



週刊WEBマガジン



医業経営

2026.8.18

医療情報ヘッドライン

**28年度
医学部臨時定員
全国的に削減
医師偏在指標など
勘案し一定の配慮を**

▶厚生労働省 検討会

**27年度予算概算要求
の方針を了承
社会保障費
の自然増は
3,900億円**

▶内閣府 経済財政諮問会議

経営TOPICS

統計調査資料 **医科・歯科医療費の動向**
(電算処理分・令和7年度2月号)

経営データベース

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療法人制度
医療法人設立のスケジュール
医療法人の社員の位置づけ

週刊 医療情報

2026年8月7日号
「無医地区」増加に転じる
25年10月末

経営情報レポート

医療機関の熱中症対策
患者・職員・地域を守る
院内体制づくり

発行: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

28年度医学部臨時定員 全国的に削減 医師偏在指標など勘案し一定の配慮を

厚生労働省 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

厚生労働省は7月31日に医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会を開催し、2028年度の医学部臨時定員の調整方法について議論を行った。恒久定員内への地域枠設置を含め一般枠におけるさらなる取り組みを進めるとともに、各都道府県の臨時定員を削減する方針を提示。医師確保のニーズが特に高い県については、一律に削減するのではなく、削減の必要性や影響を検討した上で一定の配慮を行う考えも示した。

■25年度の恒久定員内地域枠は19.9%

医学部定員は、本来の定員である恒久定員と、医師不足や地域偏在に対応するために国が認めている増員枠の臨時定員に分けられ、臨時定員の多くは一定期間、その地域で働くことを条件とする地域枠などに活用される。

7月に閣議決定された「骨太の方針 2026」では、2028年度以降、医学部定員の削減に取り組む方針が掲げられている。

厚労省の資料によると2008年度以降、医学部の入学定員は過去最大規模となり、2026年度は9,376人に上った。定員に占める地域枠等の数・割合をみると、2007年度の173人・2.3%から2025年度には1,847人・19.9%まで増加。恒久定員内への地域枠設置は主に医師多数県で進んでいる。

また、地域枠等を要件とした臨時定員の数・割合は、2024年度が955人・10.3%、2025年度が933人・10.1%から、2026年度には912人・9.7%となり、若干の減少傾向にある。

4月の同検討会では、2027年度の医学部総定員は、2025年度の9,393人に対して、地域の実情等に配慮しながら全体として削減

が図られるよう対応する方向性であることを説明。そのために、厚労省および文部科学省では、都道府県や大学に対して恒久定員内の地域枠等の確保に向けた支援を進めているところだとした。

厚労省は2028年度の臨時定員について、日本全体として削減を図る方向性が妥当であると提案。それに対し、自治体からは「全ての地域において真に必要な医師数が確保できるまで、地域枠医師の臨時定員増の継続および専攻医募集シーリングの慎重かつ柔軟な運用」を強く求める声が上がっていた。

■医師偏在指標や75歳以上の医師数

恒久定員内地域枠設置状況を踏まえた配慮を

28年度の医学部臨時定員は、26年度から引き続き削減を図ることとなるが、厚労省は同日の検討会で地域の実情への配慮についても言及した。

具体例として、各都道府県でばらつきのある医師偏在指標において、全国値を下回る県での削減は、一定の配慮を行うべきだという考えを示した。

他にも、75歳以上の医師数が多い都道府県については、将来の医師不足を考慮した配慮を続ける必要があるとして、現行は医師多数県の中で上位3分の1を配慮の水準としているところ、医師少数県における実態も勘案した上で、配慮対象を見直す案を示した。

また、恒久定員内地域枠について、多くの大学が設置するようになってきた背景から、現行の100名あたり6名以上という基準を続けると、配慮対象が多くなりすぎる可能性が生じる。そこで、直近の設置状況を踏まえて配慮の水準を見直す必要性を訴えた。

医療情報
ヘッドライン
②

27年度予算概算要求の方針を了承 社会保障費の自然増は3,900億円

内閣府 経済財政諮問会議

政府は7月30日に経済財政諮問会議を開催し、片山さつき財務大臣が提出した「令和9年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針」の案を了承した。

財務省は、医療や年金などの社会保障費について、高齢化などによる「自然増」が前年度当初予算額から3,900億円の増額になることを報告。予算編成過程で「高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算」することが認められる旨も確認した。

各省庁は8月末までに必要となる経費を財務省に概算要求する。その後、財務省と各省庁が折衝し、年末までに27年度の予算をまとめていく予定だ。

■高市首相「補正予算は真に緊急性の高い施策に限定」

政府は7月21日に「経済財政運営と改革の基本方針2026『責任ある積極財政』元年～日本の挑戦を起動する！～」(骨太の方針2026)を閣議決定。社会保障関係費については、「現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針の下、国費だけでなく、給付費全体、公費・保険料負担、現役世代の可処分所得などを踏まえ、給付と負担の改革を継続していく」方針を打ち出した。

「骨太の方針2026」に基づいて進める27年度予算編成において、国内投資を通じた潜在成長率の引上げにつながる施策を予見可能性を持って実施できるよう、通常歳出と

は別に、「『強く豊かな日本』投資枠」を創設。この投資枠には要求上限を設けず、事項要求も含め、所要額を適切に要求できる仕組みとする方針だ。

また、要求・要望は賃金や調達価格の上昇を踏まえて行い、予算編成過程において、26年度予算に続き「経済・物価動向等の的確な反映」を実現する。

さらに補正予算依存の財政運営からの脱却についても明言し、恒常的な施策を当初予算に計上するため、必要に応じて、事項のみの要求も含め、適切に要求・要望を行う考えで、高市首相は記者会見で「『補正予算は、真に緊急性の高い施策に限定する方針』を明確にしていきます」と強調している。

■27年度予算の全体像も公表 社会保障負担率の目標明示や高齢者医療費 窓口負担割合の見直しの実施を検討

同日の経済財政諮問会議では、有識者議員が提出した「令和9年度予算の全体像(案)」のとりまとめも行われた。

その中で、「現役世代の可処分所得に影響する保険料率の引下げなど、中長期の重要政策について、経済・財政・社会保障の全体を俯瞰して検討」する考えを明記している。

社会保障において、社会保障負担率の目標や改革項目の具体化と工程の明確化を行うほか、高齢者の医療費窓口負担割合の見直しなど、医療・介護を中心とした社会保障制度改革に取り組む方針を改めて示した。

医療情報①
厚生労働省
公表

「無医地区」増加に転じる 25年10月末

厚生労働省は、住民が医療機関を利用することが困難な「無医地区」が2025年10月末現在で全国に575地区あり、3年前から18地区増えたとする調査結果を公表した。同省が把握している限り、1966年度の調査以降、無医地区は減り続けていたが、今回増加に転じた。

担当者は「医療機関の閉院が増えたことが主な要因」とみている。

47都道府県のうち13道県で無医地区が減少。

福岡（25年10月末現在で13地区）で4地区、富山（同6地区）と奈良（同7地区）で共に2地区減った。

増えたのは15県で、大分（同44地区）が6地区、岩手（同28地区）と島根（同32地区）、山口（同12地区）、沖縄（同9地区）でそれぞれ4地区増えた。

山形や東京、大阪、佐賀など7都府県には無医地区がない。25年10月末の無医地区の人口は計13万4,753人で、3年前から1万2,547人増えた。

無医地区は、医療機関のない地域で、その地区の中心的な場所からおおむね半径4キロメートル以内に50人以上が居住し、かつ医療機関を容易に利用できない地区。へき地保健医療体制の確立に必要な基礎資料を得るため、厚労省では全国の無医地区や医療の確保状況の実態を3年ごとに調査。25年度の調査は384市区町村に調査票の作成を依頼し、全てが有効回答した。無医地区は1984年には全国に1,276地区あった。

医療情報②
厚生労働省
要請

病床を整備する医療機関に 「説明求めて」

厚生労働省は、医療機関の開設や増床の許可申請があった場合、新たに整備する病床が担う医療機能と将来の必要病床数との関係性を、開設・増床の許可を待たず地域医療構想調整会議で説明させるよう各都道府県に通知で要請した。

都道府県は、設備の整備や雇用計画の妥当性などの説明も知事の権限で求める。個人間の継承を含め開設者を変更する医療機関にも、どのような役割や機能を担うか地域医療構想調整会議に出席して説明させる。

厚労省は、「地域医療構想策定ガイドライン」を7月3日に公表したことを受けて、都道府

県知事の権限、医療機関ごとの取り組み状況の共有、地域医療構想アドバイザーに関するこれまでの通知や事務連絡の内容を整理し、各都道府県に 8 日付で改めて通知した。

知事の権限に関してはほかに、以下などの場合、不足する医療の提供を開設や増床の許可の条件にする。

- ▼構想区域で不足する医療機能以外の病床の整備を予定している
- ▼ほかの医療機関による転換の意向を考慮してもなお充足を見通せない機能がある

開設・増床の許可を受けたのに正当な理由なくこの条件に従わない場合は、医療審議会の意見を聴いた上で、条件に従うべきことを期限付きで勧告する。医療機関がこの勧告にも従わない場合は「勧告に係る措置」を命令し、それにも従わなければ都道府県がその旨を公表する。

地域医療構想調整会議での役割分担の協議を促すため、通知では、医療機関ごとの機能や診療実績だけでなく地域医療介護総合確保基金など補助金の活用状況を共有することも都道府県に求めた。

医療情報③
厚生労働省
WG

JCHO、25年度に 経常損失30億円計上

全国で 57 病院を運営する地域医療機能推進機構（JCHO）の 2025 年度の経常収支は 30 億円の赤字だった。新型コロナ関連の補助金による収入があった 23 年度から 3 期連続で損失を計上した。赤字幅は前年度の 59 億円からほぼ半分に圧縮した。

25 年度の経常収支は、補正予算の底上げもあり収益が 2.6%増の 4,139 億円、支出が 1.9%増の 4,169 億円。ただ、医業収支は 39 億円悪化し、25 年度は 153 億円の赤字だった。

厚生労働省の「独立行政法人評価に関する有識者会議」のワーキンググループ（WG）に 7 月 29 日、25 年度の業務実績を報告した。

25 年度の新規入院は 1 日平均 746.0 人（前年度比 0.2%増）と頭打ちになったが、入院診療単価は 21 年度以降で最も高い 6 万 4,668 円（2.7%増）だった。

全身麻酔の手術も 21 年度以降では最多の計 6 万 1,045 件（2.9%増）を実施した。

支出に関しては委託費の見直しや共同購入を進め、収支の改善を目指す。ただ、JCHO の山本修一理事長はこの日の WG の会合で、材料価格や薬剤費の高騰のインパクトが大き過ぎて費用の圧縮には限界があるとの認識を示した。

JCHO は、業務の質向上や財務の改善など中期計画に盛り込んだ 4 項目の業務実績を 5 段階で 2 番目に高い「A」と自己評価した。

週刊医療情報（2026年8月7日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医科・歯科医療費の動向 (電算処理分・令和7年度2月号)

厚生労働省 2026年6月30日公表

最近の医科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度2月号

【調査結果のポイント】

- 令和7年度2月の医科医療費（電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は+3.0%で、受診延日数の伸び率は+1.9%、1日当たり医療費の伸び率は+1.2%であった。

■診療種類別 医科医療費の伸び率

	医療費	受診延日数	1日当たり医療費
総数	3.0 %	1.9 %	1.2 %
入院	1.7 %	▲0.7 %	2.4 %
入院外	4.6 %	2.6 %	2.0 %

- 制度別に医科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+6.3%、国民健康保険は▲0.8%、後期高齢者医療制度は+2.9%、公費は+0.7%であった。

■制度別 医科医療費の伸び率

	被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療制度	公費
総数	6.3 %	▲0.8 %	2.9 %	0.7 %
入院	3.9 %	▲1.7 %	2.3 %	▲0.2 %
入院外	7.8 %	0.2 %	4.0 %	2.2 %

- 医療機関種類別に医科医療費の伸び率をみると、医科病院の大学病院は+7.6%、公的病院は+2.0%、法人病院は+0.8%で、医科病院において病床数 200 床未満は+1.9%、200 床以上は+2.3%で、医科診療所は+5.4%であった。

■医療機関種類別 医科医療費の伸び率

	大学病院	公的病院	法人病院	(再) 200 床未満 の医科病院	(再) 200 床以上 の医科病院	医科診療所
総数	7.6 %	2.0 %	0.8 %	1.9 %	2.3 %	5.4 %
入院	7.3 %	1.5 %	0.7 %	1.9 %	1.7 %	▲3.0 %
入院外	8.1 %	3.4 %	0.9 %	1.6 %	3.9 %	5.7 %

- 都道府県別に医科医療費の伸び率をみると、岩手県が+5.7%と最も大きく、山口県が+0.2%と最も小さかった。

■都道府県別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい都道府県	伸び率が最も小さい都道府県
総数	岩手県（5.7%）	山口県（0.2%）
入院	岩手県（7.7%）	福島県（▲1.1%）
入院外	神奈川県（6.2%）	青森県（0.3%）

- 5** 年齢階級別（5 歳階級）に医科医療費の伸び率をみると、10 歳以上 15 歳未満が +21.9%と最も大きく、0 歳以上 5 歳未満が▲3.0%と最も小さかった。

■年齢階級別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい年齢階級	伸び率が最も小さい年齢階級
総数	10 歳以上 15 歳未満 （21.9%）	0 歳以上 5 歳未満 （▲3.0%）
入院	75 歳以上 80 歳未満 （9.3%）	80 歳以上 85 歳未満 （▲3.2%）
入院外	10 歳以上 15 歳未満 （26.5%）	0 歳以上 5 歳未満 （▲4.5%）

- 6** 疾病分類別に前年度の医療費の割合が高かった傷病の医科医療費の伸び率をみると、循環器系の疾患が+2.7%、新生物が+5.1%、筋骨格系及び結合組織の疾患が+5.2%、腎尿路生殖器系の疾患が+1.4%、損傷、中毒及びその他の外因の影響が+3.1%、また、呼吸器系の疾患が+7.2%であった。

■疾病分類別 医科医療費の伸び率（総数）

	循環器系の疾患	新生物	筋骨格系 及び結合組織 の疾患	腎尿路生殖器 系の疾患	損傷、中毒 及びその他の 外因の影響	呼吸器系 の疾患
総数	2.7 %	5.1 %	5.2 %	1.4 %	3.1 %	7.2 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率（入院）

	循環器系の疾患	新生物	損傷、中毒及 びその他の 外因の影響	精神及び 行動の障害	筋骨格系及び 結合組織 の疾患	呼吸器系 の疾患
入院	3.3 %	4.7 %	3.0 %	▲0.4%	4.9 %	▲10.0 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率（入院外）

	循環器系の疾患	新生物	腎尿路生殖器 系の疾患	内分泌、栄養 及び代謝疾患	筋骨格系及び 結合組織 の疾患	呼吸器系 の疾患
入院外	1.6 %	5.6 %	0.7 %	2.7 %	5.4 %	24.5 %

- 7** 診療内容別に前年度の医療費の割合が高かった診療内容の医科医療費の伸び率をみると、入院基本料、特定入院料等が+0.7%、DPC 包括部分が+0.7%、薬剤料が+5.9%、検査・病理診断が+5.8%、手術・麻酔が+3.5%であった。

■診療内容別 医科医療費の伸び率(総数)

	入院基本料、 特定入院料等	DPC 包括部分	薬剤料	検査・病理診断	手術・麻酔
総数	0.7 %	0.7 %	5.9 %	5.8 %	3.5 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院)

	入院基本料、 特定入院料等	DPC 包括部分	手術・麻酔	特定保険 医療材料	リハビリ テーション
入院	0.7 %	0.7 %	2.9 %	6.6 %	3.0 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院外)

	薬剤料	検査・病理診断	医学管理	再診	処置
入院外	6.1 %	6.4 %	1.6 %	1.1 %	▲1.4 %

最近の歯科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度2月号

【調査結果のポイント】

- 令和7年度2月の歯科医療費（入院・入院外の合計で、電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は+3.6%で、受診延日数の伸び率は+0.7%、1日当たり医療費の伸び率は+2.8%であった。
- 制度別に歯科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+3.9%、国民健康保険は▲0.2%、後期高齢者医療制度は+6.1%、公費は+3.8%であった。
- 医療機関種類別に歯科医療費の伸び率をみると、歯科病院では+4.5%、歯科診療所では+3.5%であった。
- 都道府県別に歯科医療費の伸び率をみると、島根県が+6.9%と最も大きく、青森県が+0.4%と最も小さかった。
- 年齢階級別（5歳階級）に歯科医療費の伸び率をみると、100歳以上が+15.2%と最も大きく、5歳以上10歳未満が▲3.7%と最も小さかった。
- 歯科疾病分類別に前年度の医療費の割合が高かった傷病の歯科医療費の伸び率をみると、歯周炎等が+4.4%、歯肉炎が+1.9%、う蝕が+0.6%、補綴関係（歯の補綴）が▲0.5%、根尖性歯周炎(歯根膜炎)等が+0.2%であった。

医科・歯科医療費の動向（電算処理分・令和7年度2月号）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



医療機関の熱中症対策

患者・職員・地域を守る 院内体制づくり

1. 熱中症の現状と医療機関が果たす役割
2. 患者・地域住民を守る予防と初期対応
3. 患者動線と職員業務に応じた実践対策
4. 組織的な体制づくりと地域連携



■参考資料

【厚生労働省】：「職場における熱中症対策の強化について」 【環境省】：「熱中症環境保健マニュアル
～総論～ 2025 年 7 月版」 【総務省】：「令和 7 年（5 月～9 月）の熱中症による救急搬送状況」 他

1

医業経営情報レポート

熱中症の現状と医療機関が果たす役割

近年、夏の暑さは厳しさを増し、長期化しており、熱中症による救急搬送は高い水準で推移しています。熱中症は炎天下の屋外だけでなく、住居、医療機関の待合室、送迎車、訪問先などでも発生します。特に高齢者は、暑さや喉の渇きを感じにくく、体温調節機能も低下するため、本人が気づかないまま重症化する可能性があります。

医療機関には、熱中症患者への対応を行うだけでなく、患者や家族への予防啓発、院内環境の管理、訪問・送迎・清掃・厨房等に従事する職員の安全確保が求められます。

このような状況下、2025 年6月には、一定の暑熱環境下で行う作業について、報告体制の整備、対応手順の作成、関係作業員への周知が事業者には義務付けられました。

熱中症対策は、個人の注意だけに委ねるものではありません。暑さ指数（WBGT）を用いて危険度を把握し、発症時に迷わず対応できる体制を平時から整えることが、患者の安全と職員の健康、診療継続を守るうえで重要です。

■ 医療機関に求められる3つの役割

医療機関には、熱中症患者への診療・初期対応に加え、患者や地域住民への予防啓発、職員の安全衛生管理という3つの役割が求められます。

■ 熱中症対策に関する役割の一例

役割	主な対象	実務上の対応
診療・初期対応	来院患者、電話相談者	症状確認、身体冷却、受診・救急要請の判断、搬送時の情報共有
予防啓発	高齢者、家族、地域住民	暑さ指数、エアコン、水分・塩分、見守りについて具体的に説明
職員の安全衛生管理	訪問、送迎、清掃、厨房、屋外業務等	リスク評価、報告体制、対応手順、休憩・教育を整備

■ 2025年の救急搬送は10万510人で過去最多

総務省消防庁によると、2025 年5月から9月までの熱中症による救急搬送者数は100,510 人でした。2008 年の調査開始以降で最多となり、6月は過去最多、9月は過去2番目の搬送人数となりました。近年は搬送者数が高い水準で推移しており、暑さが長期化することを前提に備える必要があります。

2025 年の北海道における熱中症救急搬送人員は 2,727 人でした。月別では7月が 1,582 人と最も多く、全体の 58.0%を占めています。北海道でも短期間に急激に暑くなる時期があり、もはや「寒冷地だから大丈夫」とは言えない状況となっています。

患者・地域住民を守る予防と初期対応

■ 気温だけでなく暑さ指数(WBGT)を確認する

熱中症の発生条件は、気温だけでは判断できません。湿度、風、日射を含む暑さ指数(WBGT)を確認し、患者への案内や職員業務を状況に応じて見直すことが重要です。

暑さ指数(WBGT)は、気温に加えて湿度、風、日射・輻射を考慮した熱中症リスクの指標です。同じ気温でも、湿度が高い、風が弱い、直射日光や照り返しが強い環境では危険度が高まります。

医療機関では、天気予報の気温だけでなく、環境省の実況値・予測値、または実測値を確認し、患者対応と屋外業務を調整する必要があります。

■ 暑さ指数の区分と医療機関での行動例

暑さ指数	表示区分	行動の目安
21 未満	ほぼ安全	適宜、水分補給し、急な暑さや体調不良には注意する
21 以上 25 未満	注意	積極的に水分補給し、長時間の活動を避ける
25 以上 28 未満	警戒	休憩を増やし、高齢者の外出や屋外待機を見直す
28 以上 31 未満	厳重警戒	激しい運動・高負荷作業を中止し、涼しい環境を優先する
31 以上	危険	運動は原則中止。管理者が活動の中止・延期・変更を判断する

環境省：熱中症予防情報サイトの暑さ指数区分を基に作成

特に院内では「場所ごと」に確認することも重要です。待合室が涼しくても、玄関付近、駐車場、送迎車内、厨房、清掃・設備管理の作業場所は暑熱環境が異なります。

職員が実際に作業する場所で WBGT 又は気温を確認し、直射日光、空調、作業時間、防護具の有無を併せて評価する必要があります。

■ 場所ごとの点検例

場所	行動の目安
待合室・診察室	エアコンの作動状況、室温・湿度、直射日光の入り方、空気の流れ等
受付・事務室	パソコンや機器からの排熱、窓際の温度上昇、水分補給しやすい状況
処置室・検査室	換気設備や空調の作動状況、防護具着用時の暑熱負担
玄関・廊下	外気の流入、日射による温度上昇、患者の待機場所の暑さ
駐車場・送迎車	車内温度、送迎時の待機時間、職員の休憩・水分補給状況
訪問診療・訪問看護	訪問先の室温、エアコンの使用状況、移動中の休憩や水分補給状況

3

医業経営情報レポート

患者動線と職員業務に応じた実践対策

■ 患者を守る院内環境と患者動線の管理

第2章で整理した危険度の把握と初期対応を、院内の患者動線と職員業務に落とし込むことが必要です。医療機関における熱中症対策は、待合室や診察室の空調管理だけでは十分ではありません。

患者は、駐車場、玄関、受付、待合室、診察・検査、会計、送迎車など、来院から帰宅まで複数の場所を移動します。場所によって日射、照り返し、空調、待ち時間などの条件が異なるため、患者動線全体を通して暑熱リスクを確認する必要があります。

特に、高齢者、歩行に時間を要する人、発熱や体調不良のある人は、短時間の屋外待機や高温になった車内でも身体への負担が大きくなる可能性があります。受付時の声掛け、涼しい場所への誘導、待ち時間の短縮など、患者の状態に応じた対応が求められます。

環境省は、施設を運営する立場の者が、施設利用者に熱中症予防を呼び掛け、日差しを遮る場所を設置することなどを有効な対策として示しています。

医療機関でも、患者が長時間暑い場所にとどまらない仕組みを整える必要があります。

■ 医療機関における場面別の熱中症対策例

場面	主なリスク	対応例
予約・来院前	暑い時間帯の外出、体調不良のまま来院	予約時に注意喚起し、必要に応じて時間変更や送迎方法を案内する
駐車場・玄関	直射日光、路面の照り返し、高温の車内での待機	日陰への誘導、院内呼出し、車内に患者を長時間残さない運用を行う
受付・待合室	混雑、長時間待機、換気による室温上昇	温度・湿度を確認し、座席の確保、優先受付、体調への声掛けを行う
診察・検査	発熱、脱水、移動や検査による身体的負担	症状と水分摂取状況を確認し、必要に応じて冷却や休息場所を確保する
会計・帰宅時	会計・処方待ち、暑い屋外への再移動	待ち時間を短縮し、送迎者との連絡や涼しい場所での待機を案内する
送迎車	乗車前の車内高温、空調不良、降ろし忘れ	事前に冷房を入れ、車内温度と乗降者を確認する

医療機関ごとに建物の構造や患者層、診療体制は異なるため、毎年暑くなる前に患者動線を点検し、実際に体調不良者が発生した場合は、対応内容や課題を記録して次の運用改善につなげることが重要です。

4

医業経営情報レポート

組織的な体制づくりと地域連携

■ 経営層が主導すべき院内体制の整備

第3章で整理した患者・職員への現場対応を継続的に機能させるには、個々の職員の注意や判断だけに委ねず、院長・事務長などの経営層が組織として対策を管理する必要があります。

経営層は、熱中症対策の方針を示したうえで、責任者と代行者、異変発見時の報告経路、緊急時の対応手順を明確にし、職員全体で共有することが重要です。

特に、院内外の暑熱環境の確認、体調不良者が発生した場合の初動対応、冷却用品の配置、救急要請の判断、職員への周知については、暑くなる前に整備・確認しておくことが肝要です。

つまり、熱中症対策を夏季だけの一時的な取組とせず、医療安全・労務管理の一環として継続的に運用することが求められます。

■ 確認すべき院内体制

- 責任者の設定：熱中症対策の責任者と不在時の代行者を決めているか
- 暑熱環境の把握：院内外の温度、湿度、WBGTを誰が、いつ確認するか定めているか
- 報告体制：患者・職員の異変を発見した際の報告先が明確になっているか
- 対応手順：涼しい場所への移動、身体冷却、院内診察、救急要請の手順が定められているか
- 必要物品：冷却材、タオル、飲料、温湿度計等の保管場所を職員が把握しているか
- 職員への周知：マニュアル、掲示、朝礼、研修等により対応方法を共有しているか
- 記録と見直し：発生場所、症状、対応内容を記録し、改善に活用しているか

院内体制の整備に当たっては、マニュアルを作成するだけでは十分ではありません。誰が暑熱環境を確認し、誰が体調不良者への対応を判断し、誰が救急要請を行うのか等を、職員全体で共有する必要があります。責任者が不在の場合に備えて代行者も定め、受付、看護、事務、送迎など、部門ごとの連絡経路を明確にしておくことが重要です。

また、温度や湿度、WBGTの確認方法についても、担当者、確認時間、記録方法を具体的に決めておく必要があります。確認結果が一定の基準を超えた場合には、待合室の温度調整、屋外業務の時間変更、職員の休憩追加、患者への注意喚起など、どの対応を実施するかをあらかじめ整理しておくことが求められます。

さらに、実際に熱中症またはその疑いがある事例が発生した場合は、発生日時、場所、当時の室温・湿度、症状、実施した対応、受診・搬送の有無を記録しておくことが求められます。

なぜなら、その記録を基に、患者動線、勤務配置、休憩体制、設備環境、連絡手順を見直すことで、同様の事例の再発防止につなげることができるからです。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療法人制度

医療法人設立のスケジュール

医療法人設立のスケジュールについて、教えてください。

■医療法人の申請時期

医療法人の設立は着手から認可まで6ヶ月ほどかかる長い手続きになります。申請先はクリニック所在地の都道府県で、申請時期については各都道府県で異なっておりますので、まずは法人設立の申請時期の確認をする必要があります。一般的な申請時期は、春に申請を行い、夏頃に法人設立の認可、もしくは秋に申請、年明けに認可という年2回が標準的スケジュールです。

地域ごとの具体的な日程は、各都道府県のホームページ等で確認することができます。

■医療法人設立するまでのスケジュール(各都道府県によって異なる場合があります)

①医療法人設立説明会	都道府県によって説明会や事前相談会が行われます。
②定款・寄附行為(案)の作成	
③設立総会の開催	発起人全員で設立総会を開催し医療法人の基本的事項を決定し、議事録を作成します。
④設立認可申請書の作成	
⑤設立認可申請書の提出(仮受付)	一般的に年2回の受付、締め切りは各都道府県により異なります。
⑥事前審査	各都道府県で設立認可申請書の審査が行われます。 設立代表者に対してのヒアリングも行われます。
⑦設立認可申請書の作成	
⑧設立認可申請書の提出(本申請)	
⑨医療審議会での諮問	医療法人の認可について審議されます。
⑩医療法人設立認可についての答申	医療法人設立を認可する旨の答申が行われます。
⑪設立認可書の交付	
⑫設立認可書の受領	
⑬医療法人設立登記	医療法人設立認可後、2週間以内に管轄の法務局で登記を行います。
⑭登記完了(医療法人設立)	
⑮拠出金の払込み	基金の払込みは基金拠出契約書に定められた日までにを行います。理事長が拠出を行っている場合は、利益相反となるため『特別代理人』の選任申請が必要です。
⑯登記完了届の提出	登記完了届および登記簿謄本を各都道府県または保健所に提出します。
⑰保健所への各種届出	病院(診療所)開設許可申請 / 病院(診療所)使用許可申請 / 病院(診療所) 開設届 / 病院(診療所)廃止届(個人開設)
⑱社会保険事務局又は社会保険事務所への各種届出	保険医療機関指定申請書・保険医療機関遡及指定願、その他の届出
⑲税務署他関係書類の提出	税務署等諸官庁へ事業開始に伴う各種届出

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療法人制度

医療法人の社員の位置づけ

医療法人の社員の位置づけとは、 どのようなものでしょうか？

医療法人における社員とは、実際に病院で働く従業員の方のことではなく（従業員の方が社員になることも可能であり、従業員の中に社員という地位を有する方がいるケースもあります）、医療法人の重要な意思決定機関である社員総会に参加して議決権を行使する方のことをいいます。

社員

- 医療法人の社員は、株式会社の株主に近い存在で、社員総会において議決権を行使し、重要議案を決定します。

- 株主との違いは、出資や財産の拠出は入社の条件ではありません。全く出資・拠出しない方でも社員総会の選任により問題なく社員になることができます。
- 社員の人数に法的制限はありませんが、ほとんどの都道府県において社員が3名を下回ることは医療法人制度の趣旨に鑑み好ましくないとされ、行政指導の対象となります。
- 自然人および営利法人以外の法人は社員になることができます。
- 社員は役員とは別の存在であり、社員は必ずしも役員になる必要はありません。
- 「持分あり」社団の場合、出資社員のみが退社時の払い戻し請求権を持ちます。
- 拠出の有無やその金額に関係なく、1人1議決権を有する建前をとっています。
- 社員は社員総会において法人運営の重要事項について議決権及び選挙権を行使するものであり、実際に法人の意思決定に参画できない者を名目的に選任することは適当ではありません。
- 社員になるための手続は、定款に定める事項とされていますが、一般的な定款では、社員総会によって選任することとされています。
- 未成年者でも、自分の意思で議決権が行使できる程度の弁別能力を有していれば（義務教育終了程度の者）社員となることができます。

社員の権限

- | | |
|--------------------|------------------------|
| ①定款の変更 | ②基本財産の設定及び処分（担保提供を含む。） |
| ③毎事業年度の事業計画の決定及び変更 | ④収支予算及び決算の決定 |
| ⑤剰余金または損失金の処理 | ⑥借入金額の最高限度の決定 |
| ⑦社員の入社及び除名 | ⑧本団体の解散 |
| ⑨他の医療法人との合併契約の締結 | ⑩その他重要な事項 |

※上記には「役員の選任」は記載されていませんが、役員の選任についても社員総会にて決定することとなります。