

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol. 642 2020. 9. 29

医療情報ヘッドライン

オンライン資格確認で無償配布される  
「公認端末」3機種の詳細が明らかに

▶厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

福祉医療機構、貸付限度額を引上げ  
病院は10億円、診療所は5,000万円

▶福祉医療機構

週刊 医療情報

2020年9月25日号

採用数が過去3年平均5以下、  
シーリングの対象外

経営 TOPICS

統計調査資料  
病院報告

(令和2年3月末概数)

経営情報レポート

特定処遇改善加算取得の  
実務ポイント

経営データベース

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 福利厚生

カフェテリアプランとは  
衛生管理者の選任

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行: 税理士法人 常陽経営

# オンライン資格確認で無償配布される「公認端末」3機種の詳細が明らかに

厚生労働省 社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は9月16日の社会保障審議会医療保険部会で、保険医療機関や保険薬局がどのようにオンライン資格確認の導入準備をすればよいかを改めて報告。事実上無償配布される顔認証付きカードリーダー端末3機種の詳細や、国民向け周知広報の内容・スケジュールについても提示した。

## ■返戻レセプト対応などの軽減効果も期待

2021年3月から開始される予定のオンライン資格確認は、健康保険証の資格確認をオンラインで可能とする仕組みだ。マイナンバーカードと顔認証付きカードリーダーを用いて患者の本人確認ができるだけでなく、高額な医療費がかかりそうなとき、患者からの申請がなくても限度額情報を取得することが可能だ。窓口での保険証入力や限度額適用認定証確認といった作業も簡略化できる。

さらに魅力なのは、返戻レセプト対応や未収金リスクの減少が期待できることだ。今までは、レセプト請求後によりやく確認できる仕組みだったため、たとえば退職などで資格を喪失した保険証を提示しての受診（資格喪失後受診）が可能だった。この場合、レセプトが返戻されるだけでなく、医療機関は患者へ連絡して資格情報を確認し、修正して再度レセプト請求をしなければならない。手間がかかるだけでなく、確認できなかったときは未収金も発生してしまう。

保険者の負担も大きい。協会けんぽ沖縄支部は2014年に「資格喪失後受診による医療費」が年間約1億5,000万円に達したと発

表。返納金債権となった医療費の回収率がわずか52%だったことも明らかにしている。

その場ですぐ資格確認できるオンライン資格確認が、これらの問題解決に貢献するであろうことは間違いない。

## ■マイナンバーカードの低い普及率がネック

ただし、マイナンバーカードの普及率が2020年7月1日時点で17.5%とかなり低いことは懸念材料だ。「通知カード」が5月に廃止され、最大5,000円還元のマイナポイントがスタートし、菅義偉首相が普及に意欲を見せているといった好材料は揃っているものの、来年の3月までにどこまで普及率を伸ばせるかがオンライン資格確認の成否を左右することになるだろう。

なお、オンライン資格確認の導入に必要な顔認証付きカードリーダー端末は、社会保険診療報酬支払基金を通じて無償提供される。同基金が開設したWebサイト「オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト」にアカウント登録したうえで、利用申請をすればいい。カードリーダー端末は、富士通マーケティングの「Caora」(PD-CA01)、パナソニックシステムソリューションズジャパンの「顔認証付きカードリーダー」(XC-STFR1J-MN)、アルメックスの「Sma-pa マイナタッチ」CPS-100G（スペースグレイ）もしくはCPS-100W（ホワイト）の3機種から選択可能。いずれもマスク着用時の顔認証が可能で、カード置き忘れ通知機能もついている。

医療情報  
 ヘッドライン  
 ②

# 福祉医療機構、貸付限度額を引上げ 病院は10億円、診療所は5,000万円

## 福祉医療機構

厚生労働省所管の独立行政法人で、医療機関や社会福祉法人への資金貸付業務を行っている福祉医療機構は9月15日、「新型コロナウイルス対応支援資金」の融資条件を拡充したと発表。病院の貸付限度額は従来の7.2億円から2.8億円増となる10億円で、診療所は従来の4,000万円から1,000万円増となる5,000万円に引き上げられた。

新型コロナウイルスの感染拡大による病棟の受入制限や一般患者の「受診控え」などで、経営状態が悪化する医療機関が続出していることを受けての対応となる。

### ■5年間は無利子、6年目以降貸付利率0.2%

新型コロナウイルスの感染によって事業停止となった事業者を対象に相談窓口を設置し、「新型コロナウイルス対応支援資金」として長期運転資金の貸付を実施している。この融資を受けられるは、「前年同月と比較して、医業収益が30%以上減少した月が1月以上ある医療機関」。今回、前述のように貸付限度額が引き上げられたほか、無利子枠および無担保枠の上限も引き上げられた。病院の場合、無利子枠が1億円から2億円で、無担保枠が3億円から6億円となっている。診療所はどちらも4,000万円から5,000万円へと引き上げられた。貸付条件は、償還期間が15年以内、据置期間が5年以内。貸付利率は、当初5年が無利子、6年目以降は0.2%。

### ■7月時点で病院25%が資金繰りに苦しみと予測

福祉医療機構が7月に公表したリサーチレポートによれば、全国規模で緊急事態宣言が

発令されていた4月、一般病院の74.3%が医業収益を減らしている。

しかも、3割以上の減収となった病院が15.8%も占めており、深刻な経営状態に陥っているところも少なくない。前述のとおり「受診控え」の傾向も顕著で、ほとんどの病院の外来診療収益がマイナス。4割減、5割減となっている病院もある。医業収益が下がれば、当然のことながら資金繰りが苦しくなる。

しかも、院内感染予防や感染拡大防止のためゾーニングを実施したり、入口前での検温・問診のほか発熱外来の設置をしたり、防護服や消毒用エタノール製剤といった医療資材の確保をしたりしなければならぬため、どうしてもコストがかかってしまう。

福祉医療機構は、3カ月後の資金繰りDIを14ポイント低下のマイナス38%ポイントと見込んだうえで、「医業収益1割減」のシミュレーションも公表。毎月1床あたり18万2,000円の不足と試算しており、これが3カ月以上続くと、25%の病院で資金繰りが苦しくなるとしていた。

同機構はさらに、「かつてない規模での金融支援（新型コロナウイルス対応支援資金）に加え、今後も必要な調査・レポート等による情報提供をとおした経営支援も行っていく予定」としていたが、4月の緊急事態宣言発令から数えて半年が経過した現在（9月下旬）も、感染収束のメドは経っていない。

そのため、緊急で融資枠を拡大しないと地域医療が崩壊するおそれがあると判断したのではないかと。

医療情報①  
 医道審  
 専門研修部会

## 採用数が過去3年平均5以下、 シーリングの対象外

厚生労働省は9月17日、医道審議会医師分科会専門研修部会（部会長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）の会合を開き、以下などについて議論した。

- ▼2019年度厚生労働相の意見・要請に対する日本専門医機構の対応
- ▼21年度専門研修プログラムに対する厚労相からの意見・要請案
- ▼専門研修における研究医枠

19年度の厚労相の意見・要請への対応については、参考人として出席した日本専門医機構の寺本民生理事長が説明。20年度の専門研修プログラムのシーリングに関する方針として掲げた、以下の3点のほか、専攻医の研修内容を記載するシステム（マイページ）の本格稼働、カリキュラム制に関する各領域学会への整備依頼と各領域基準・選択要件等のホームページに掲載（明示）などの具体的な実施事項を示した。

- ①地域医療対策協議会で認められた地域枠医師および自治医科大学出身医師はシーリングの枠外とする
- ②過去3年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を過去3年の採用数のうち大きいほうとし、シーリング数が5（連携プログラム0）の都道府県別診療科をシーリング対象外とする
- ③地域貢献率の算出はシーリング対象外の都道府県において研修を実施する期間と都道府県内の医師少数区域での研修期間も考慮に入れる

21年度専門研修プログラムの整備状況について厚生労働省は、シーリングに関する方針について、「過去3年の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする」を④として加えることを提起。さらに以下のような対応案を示した。

- ▼シーリング対象外の基幹施設のプログラムで研修期間の大部分をシーリング対象地域における連携先で研修を行うプログラムがあるとの報告があり実態を調査。また、シーリングが適切に機能するよう、整備指針を改定しシーリング対象地域における研修期間に一定の上限を設ける
- ▼連携施設に3カ月以上勤務しないプログラムが存在するため、プログラムが専門医制度新整備指針、運用細則等に則っているか厳正に審査し、即していないプログラムは認定を行わない。また、連携施設での勤務が3カ月のみのプログラムが散見されるため最低勤務期間延長の再検討を行う
- ▼複数プログラムを持たない診療科が存在する都道府県の地域医療対策協議会および基幹施設から事情を聴取、人口や病院数等の地域の実情、教育レベルの維持、および実際の採用数の観点等から妥当であるか検証を行う

- ▼研修先が未定の期間があるプログラムについては募集を認めない。なお、研修先が未定の期間があるプログラムが認定され募集が行われた場合は、その基幹施設を公表することもあり得る
- ▼カリキュラム制の整備指針がいまだに認定されていない一部の領域（研修施設の要件や修了の要件等、具体的な内容が不明瞭のままカリキュラム制の研修を開始せざるを得ない専攻医が生じている）は、登録システムの整備を含めカリキュラム制を希望する専攻医に対する正式な制度を整備する。またカリキュラム制で研修が行える医療機関のリストを早急に整備、各学会および日本専門医機構のホームページ等で速やかに公開する

21 年度専門研修プログラムに対する厚労相からの意見・要請案は、部会長預かりで承認された。（以下、続く）

**医療情報②**  
**中央社会保険**  
**医療協議会**

## 経過措置期間の一律延長など決定

### ～9月16日の総会で事務局案を承認

中央社会保険医療協議会（会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は9月16日に総会を開き、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する診療報酬上の臨時的な取り扱いについて、小塩会長は、診療実績要件に関する経過措置の期限を一律延長するなどとした事務局案を承認する決定を示した。臨時的な取り扱いについては、8月の会合に事務局が案を示し議論したが、折り合いがつかず「会長預かり」となっていた。

事務局案では、2020年度診療報酬改定における経過措置のうち、20年9月30日を期限とするもので、患者の診療実績に関する要件については、21年3月31日までは、20年3月31日時点で届け出ている区分を引き続き届け出てよいとした。また、実績等の評価方法（「重症度、医療・看護必要度」の評価方法など）については、経過措置の期限を20年9月30日までとした。さらに、「職員が新型コロナウイルス感染症に感染しまたは濃厚接触者となり出勤ができない医療機関」については、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」と同様の取り扱いとするほか、緊急事態宣言の期間については、すべての医療機関を「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」に該当するとみなす。

### ■一般病棟入基料、1万2000床あまり減

厚労省はこの日の会合で、19年7月1日時点での主な施設基準の届け出状況等を報告した。報告によると、一般病棟入院基本料を届け出ているのは、医療機関4821施設の1万2729病棟、59万2340床だった。18年に比べ、75施設、329病棟、1万2569床の減少だった。療養病棟入院基本料を届け出ているのは、3163施設の4431病棟、21万5480床。18年に比べ、こちらも125施設、113病棟、4779床減少した。（以下、続く）

経営 TOPICS  
 統計調査資料  
 抜粋

# 病院報告

## (令和2年3月末概数)

厚生労働省 2020年7月10日公表

### 1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和2年3月	令和2年2月	令和2年1月	令和2年3月	令和2年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 204 163	1 239 190	1 222 998	△ 35 027	16 192
精神病床	276 793	278 345	278 200	△ 1 552	145
感染症病床	267	155	79	112	76
結核病床	1 333	1 343	1 336	△ 10	7
療養病床	263 790	266 089	264 611	△ 2 299	1 478
一般病床	661 980	693 259	678 772	△ 31 279	14 487
(再掲)介護療養病床	23 329	24 606	25 464	△ 1 277	△ 858
外来患者数	1 221 094	1 251 217	1 248 972	△ 30 123	2 245
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 814	3 884	3 878	△ 70	6
(再掲)介護療養病床	1 350	1 360	1 390	△ 10	△ 30

注1) 介護療養病床は療養病床の再掲である。注2) 令和元年10月分については、令和元年台風第十九号の影響により、長野県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

### 2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	令和2年3月	令和2年2月	令和2年1月	令和2年3月	令和2年2月
病院					
総数	76.3	77.8	80.9	△ 1.5	△ 3.1
精神病床	84.3	84.9	85.1	△ 0.6	△ 0.2
感染症病床	22.0	12.4	4.1	9.6	8.3
結核病床	32.6	31.9	31.9	0.7	△ 0.0
療養病床	85.6	86.9	87.1	△ 1.3	△ 0.2
一般病床	70.5	72.4	77.6	△ 1.9	△ 5.2
介護療養病床	82.4	90.2	88.4	△ 7.8	1.8
診療所					
療養病床	50.6	51.4	52.2	△ 0.8	△ 0.8
介護療養病床	67.1	66.0	66.7	1.1	△ 0.7

注) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

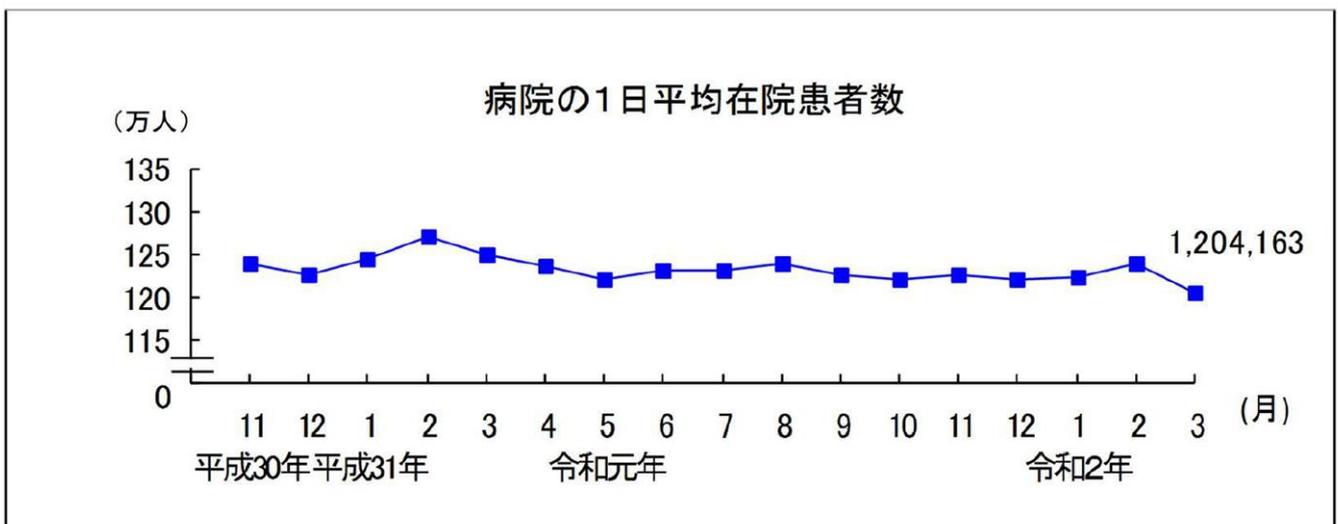
### 3 平均在院日数(各月間)

病院	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和2年3月	令和2年2月	令和2年1月	令和2年3月	令和2年2月
病院					
総数	27.9	27.7	28.6	0.2	△ 0.9
精神病床	271.8	266.8	282.5	5.0	△ 15.7
感染症病床	8.4	9.4	8.8	△ 1.0	0.6
結核病床	51.2	58.6	67.7	△ 7.4	△ 9.1
療養病床	132.3	133.1	138.8	△ 0.8	△ 5.7
一般病床	16.4	16.5	16.8	△ 0.1	△ 0.3
介護療養病床	208.6	324.7	332.7	△ 116.1	△ 8.0
診療所					
療養病床	104.5	99.2	105.9	5.3	△ 6.7
介護療養病床	149.7	144.2	160.8	5.5	△ 16.6

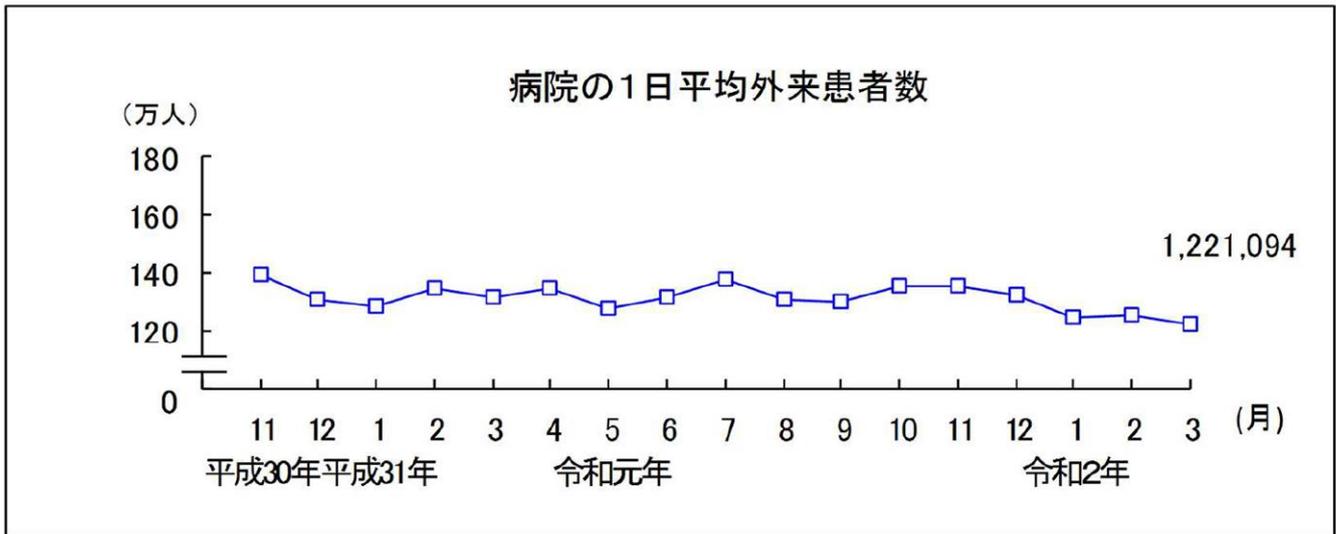
注) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

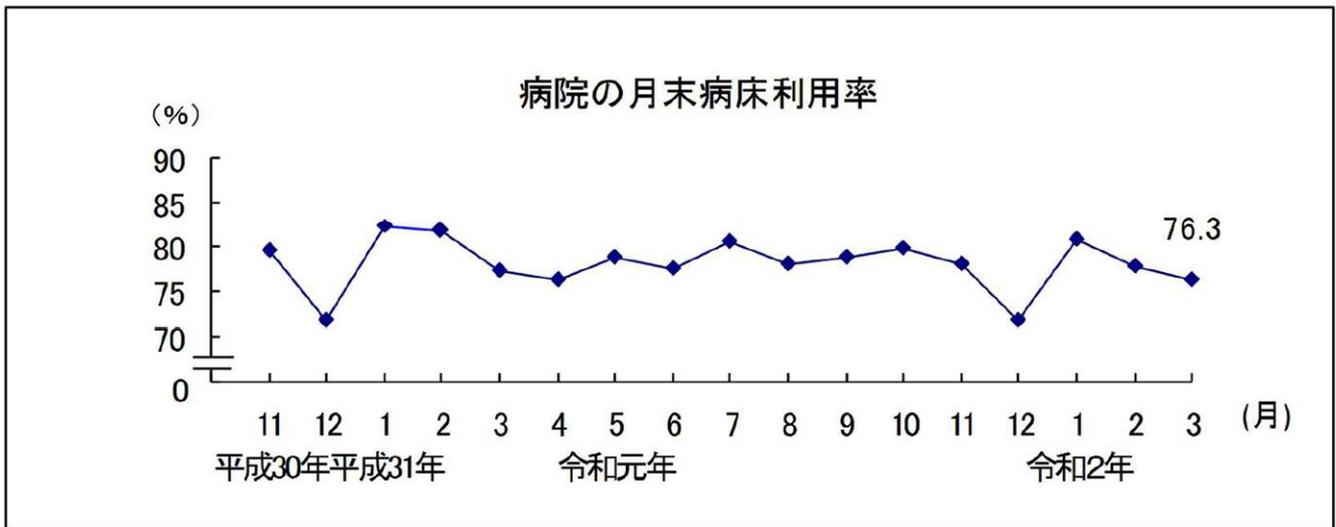
#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移



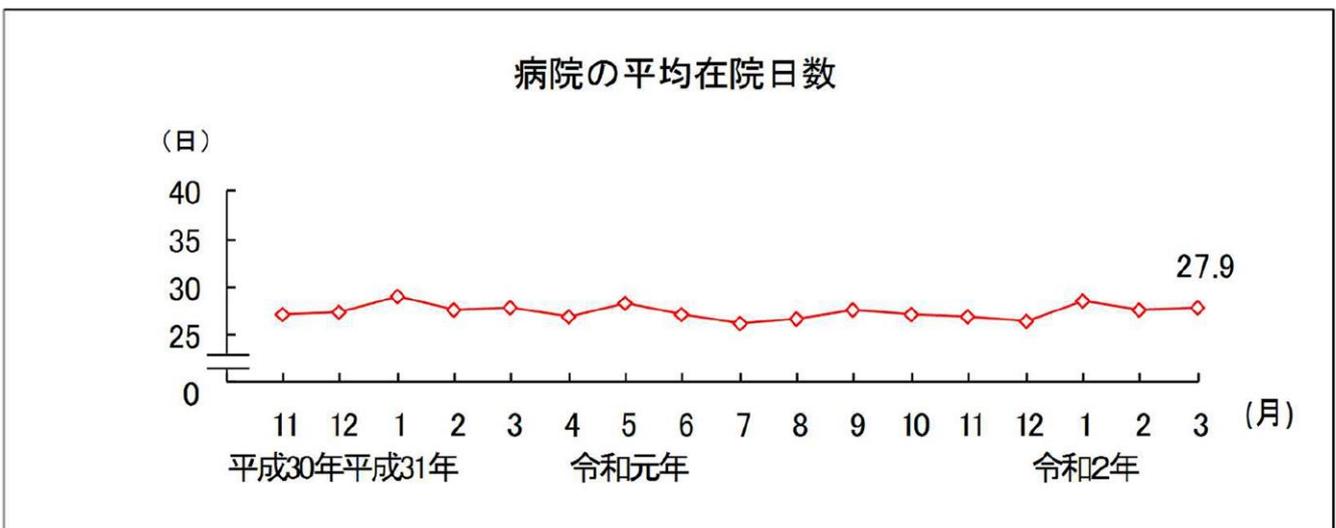
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報  
レポート  
要約版



福 祉 経 営

# 特定処遇改善加算取得の 実務ポイント

1. 特定処遇改善加算の概要と取得要件
2. 職員への配分方法とシミュレーション
3. 計画書の作成と留意点



# 1

## 医業経営情報レポート

# 特定処遇改善加算の概要と取得要件

### ■ 特定処遇改善加算が新設された背景

現行制度における介護職員に対する処遇改善加算のルーツは、平成 21 年 10 月開始の「介護職員処遇改善交付金」です。

当時、介護職員の賃金水準は低く、他産業への人材流出という課題解決のために創設されました。

平成 22 年度からは、追加要件として「キャリアパス要件」が設けられ、介護職員の職位や職責などに基づいた任用要件を整備し、それに応じた賃金体系を定めることとされました。

現在は、最も高いランクの介護職員処遇改善加算(I)を算定すると、月 3 万 7,000 円相当の賃金改善が実現しています。

さらに、令和元年 10 月より新設された「特定処遇改善加算」は、介護人材の拡充を目指した「新しい経済政策パッケージ」に基づく、福祉人材の更なる処遇改善を目的として設けられた加算になります。

### ■ 新しい経済政策パッケージ

人材確保のための取組をより一層進めるため、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進める。

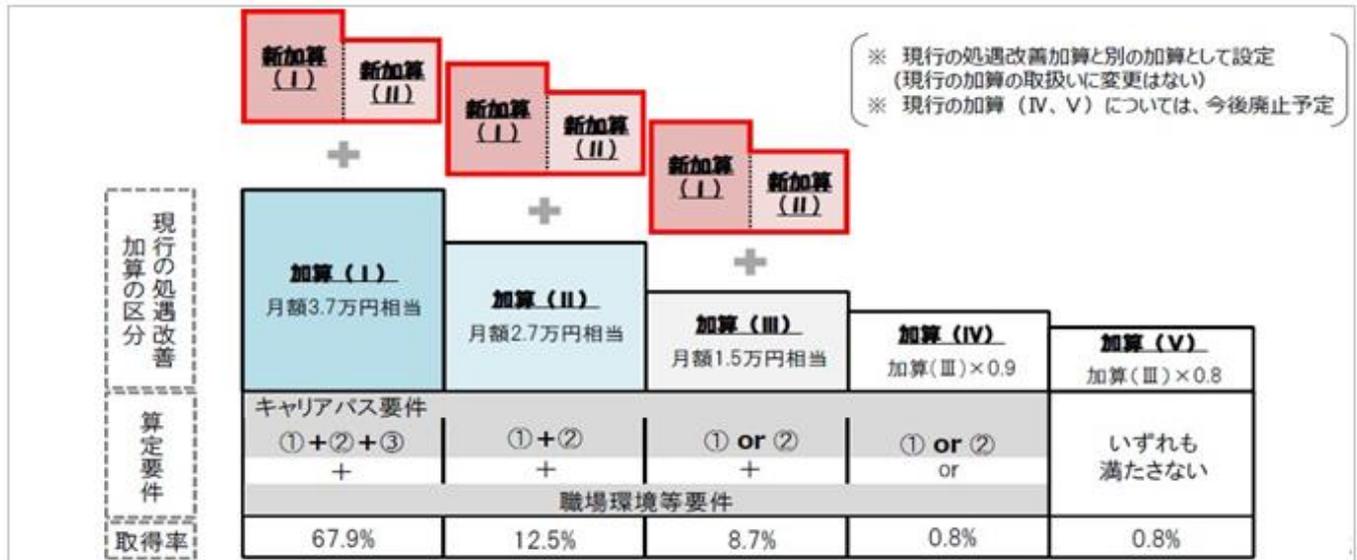
具体的には、他の介護職員などの処遇改善に、この処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることを前提に、介護サービス事業所における勤続年数 10 年以上の介護福祉士について月額平均 8 万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費 1,000 億円程度を投じ、処遇改善を行う。

### ■ 特定処遇改善加算の概要

新設された特定処遇改善加算は、現行の処遇改善加算に上乗せして取得できます。

取得要件は「現行の処遇改善加算(I)から(Ⅲ)までを算定していること」「現行の処遇改善加算の職場環境等要件について、複数の取り組みを行っていること」「ホームページなどでの情報公開」などが設けられています。

■特定処遇改善加算のイメージ図



■現行の処遇改善加算～キャリアパス要件、職場環境等要件

要件	定義	必要な仕組み・規程
キャリアパス要件①	職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備すること	(1) キャリアパスフレーム (2) キャリアパスフレームと連動した給与規程
キャリアパス要件②	資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること	(1) 階層別の研修計画 (2) 職員研修の実施
キャリアパス要件③	経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けること	(1) 昇給ルールが明文化された給与規程 (2) 人事考課制度、人事考課規程
職場環境等要件	賃金改善以外の処遇改善を実施すること	(1) 資質の向上 (2) 労働環境・処遇の改善 (3) その他

特定処遇改善加算の特徴は、2つあります。

1つ目は「経験・技能のある介護職員（介護福祉士）」に重点配分する点です。

もう一つは「加算の趣旨を損なわない程度で、介護職員以外の職員にも配分可能」な点です。

例えば、通所介護事業所の生活相談員などは、現行の処遇改善加算の対象外でしたが、新加算では配分可能になります。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 職員への配分方法とシミュレーション

### ■ 職員への配分方法とシミュレーション

特定処遇改善加算の支給対象者は、下記の3区分です。

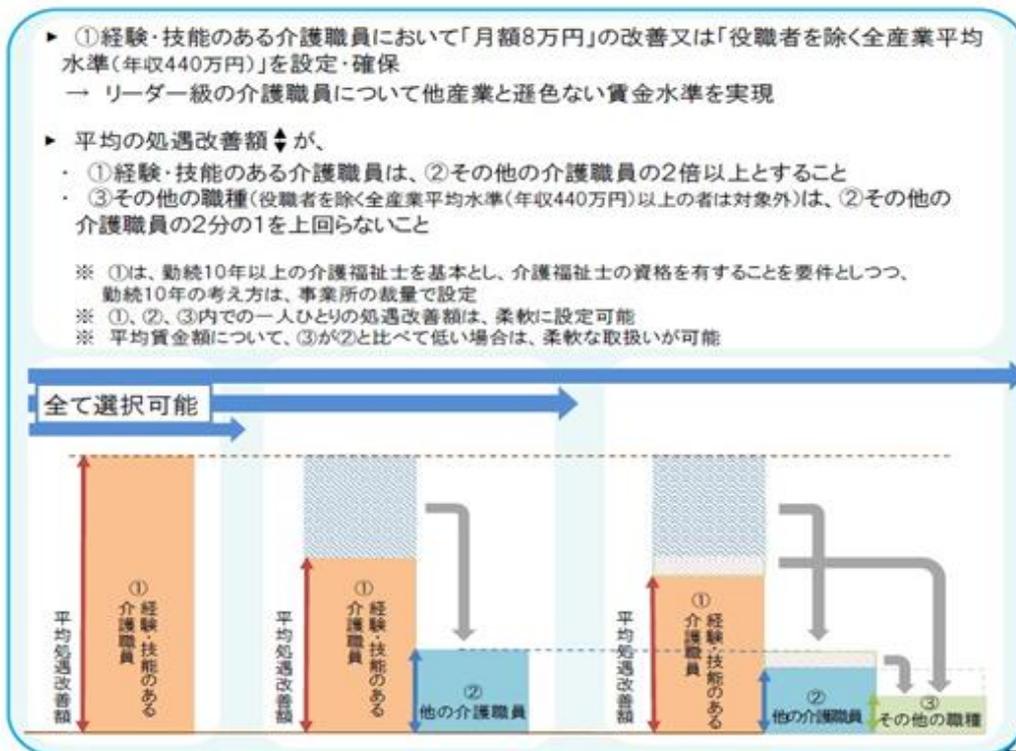
#### ■ 特定処遇改善加算 支給対象者

- ①「経験・技能のある介護職員」 \*障害福祉サービスは「障害福祉人材」
- ②「その他の介護職員（経験・技能のある介護職員以外の介護職員）」
- ③「その他の職種」

①の「経験・技能のある介護職員」は、「勤続10年以上の介護福祉士」が基本となります。ただし、「介護福祉士の資格を有することを要件としつつ、勤続10年以上の考え方については、事業所の裁量で設定できる」としています。

この際、配分額は①の「経験・技能のある介護職員」が、②の「その他の介護職員」の2倍以上、そして③の「その他の職種」は、②の「ほかの介護職員」の2分の1以下にする必要があります。つまり、配分比率は①②③の順で「2以上 対 1 対 0.5 以下」に設定するという事です。

#### ■ 配分方法のイメージ



## 3

## 医業経営情報レポート

## 計画書の作成と留意点

## ■ 配分の方針を固める際に留意すべき点

特定処遇改善加算計画の策定において、法人としての配分の方針を固める際に留意すべき点は、下記のとおりです。

- ① サービス種類ごとの加算率が収入に対して設定されるため、収入（稼働率・延べ利用者数）を高めなければ、処遇改善原資を捻出しにくくなる。
- ② 介護福祉士の配置が要件となっている加算を取得することが加算（Ⅰ）の条件であるため、有資格者かつ技能・スキルのある介護職員の定着を推進する必要がある。
- ③ 処遇改善加算の支払方法が複雑であるため、十分な試算のもと支払いを行うことが重要となる。
- ④ 支給される給与に対するメッセージや意義がなければ、職員の不満を抱く結果となるため、法人の人事施策に基づいて支給するなど、何のために支払うのかを明確にする必要がある。
- ⑤ 処遇改善加算支給対象外の事業（居宅介護支援事業所、訪問看護等）を併設している場合の職員間の納得性をどう高めるか、緻密な給与・人事施策が必要となる。

## ■ 特定処遇改善計画書の作成

**（１）計画書の作成**

法人単位、または事業所単位いずれの方法で届け出る場合であっても、計画書の様式は共通です。

但し、法人単位で届け出る場合は、別紙様式２（添付書類１）の「介護職員等特定処遇改善加算計画書（指定権者内事業所一覧表）」を別に添付することになりますので、計画書の「事業所の名称・所在地」欄の記入は不要です。

**（２）介護福祉士の配置等要件**

特定加算（Ⅰ）を取得する場合、サービス提供体制強化加算の最上位の区分を算定している必要があります（但し、訪問介護の場合は特定事業所加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）、特定施設入居者生活介護等の場合はサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ又は入居継続支援加算、介護老人福祉施設等の場合はサービス提供体制強化加算イ又は日常生活継続支援加算）。



# カフェテリアプランとは

**福利厚生制度で注目されている、カフェテリアプランと呼ばれる制度について教えてください。**

カフェテリアプランとは、対象従業員に一定期間（1年間や半年など）に利用することのできる福利厚生費の枠をポイント化して与え、そのポイントの範囲内で各自の生活スタイルや価値観に合った福利厚生メニューを選択してもらう仕組みのことをいいます。

## 1. カフェテリアプランのメリット

- ①従業員それぞれのライフスタイルに合ったメニューを用意することができる
- ②福利厚生サービスの性別間や世代間の受益格差を解消することができる
- ③満足度の高いサービスを提供することで、福利厚生制度の充実度をアピール
- ④従業員が自らライフプランを設計する自助努力をバックアップ

## 2. カフェテリアプランの運用例

カフェテリアプランの導入にあたっては、自社で選択メニューを用意したり、外部企業に選択メニューを委託するなどの方法があります。従業員は、年間で利用できる一定のポイントが与えられ、そのポイント内で自分にあったメニューを選択し利用します。例えば、カフェテリアプランの対象とする法定外福利費が従業員1人当たり年間10万円だとすると、単価500円のポイントを期初に200ポイント付与し、その範囲内で所定のメニューの中から、カフェテリア食堂でトレーに好きな料理の皿を乗せるように、従業員に自由に選択してもらいます。

## 3. カフェテリアプランの運用に伴う税務上の留意点

カフェテリアプランは、自由選択性による福利厚生サービスの提供となるため、サービス提供の内容により給与課税されるものとされないものが混在することになります。

例えば、家族旅行の費用負担やレストランの食事券の支給は、給与として課税されますし、人間ドックの費用負担などは、非課税とされ給与課税されません。

課税か非課税かは、個々のサービス内容に照らして判断することになります。

## 4. フリンジ・ベネフィット課税

会社が、役員や従業員に対して食事を支給したりや値引き販売などを行ったりする場合があります。このような給与以外の経済的利益をフリンジ・ベネフィット（付加的給付）といいます。例えば、食事の支給、永年勤続者の記念品等、商品の値引き販売、住宅の低廉貸与、金銭の低利貸付、レクレーション費用負担、健康診断や厚生施設の利用など様々なものがあります。



ジャンル:労務管理 > サブジャンル:福利厚生

# 衛生管理者の選任

衛生管理者を選任したいのですが、  
 どのような基準で選任すればよろしいのでしょうか。

衛生管理者とは、労働安全衛生法において定められている、労働条件、労働環境の衛生的改善と疾病の予防処置等を担当し、事業場の衛生全般の管理をする者のことで、労働安全衛生法では、下表に掲げる事業場の規模に応じて、衛生管理者を選任することとされています。

一定規模以上の事業場については、衛生管理者免許、医師、歯科医師、労働衛生コンサルタント等の免許、資格を有する者からの選任が義務付けられています。また衛生管理者は、原則として事業場の専属でなければならず、外部に委託することはできません。

## 1. 目的

- 労働災害の防止、危害防止基準の確立
- 責任体制の明確化
- 自主的活動の促進
- 労働者の安全と健康の確保
- 快適な職場環境の形成

## 2. 選任基準

常時 50 人以上の労働者を使用する一定の事業場において規模別に一定数の選任が義務付けられています。また、業種により、衛生管理者になる者の資格条件が定められています。

### [業種]

農林畜水産業、鉱業、建設業、製造業(物の加工業を含む。)  
 電気業、ガス業、水道業、熱供給業、運送業、自動車整備業、機械修理業、医療業及び清掃業

### [資格]

第一種衛生管理者免許若しくは衛生工学衛生管理者免許又は医師、歯科医師、労働衛生コンサルタント、厚生労働大臣の定める者

### [業種]

その他の業種

### [資格]

第一種衛生管理者免許、第二種衛生管理者免許、衛生工学衛生管理者免許、医師、歯科医師、労働衛生コンサルタント、その他厚生労働大臣が定める者

原則としてその事業場に専属することとされ、1001 人以上（一定の業種にあっては 501 人以上）の事業場では複数の衛生管理者のうち少なくとも 1 人は衛生管理者の業務に専任する者を置かなければなりません。