

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.728 2022.6.28

医療情報ヘッドライン

サイバー攻撃等から医療機関を守るため、セキュリティ指針、今年度中に見直し

▶厚生労働省

**がん診療連携拠点病院の要件見直し
セカンドオピニオンの受診は「推奨」へ**

▶厚生労働省 がん診療連携拠点病院の指定要件に関するワーキンググループ

週刊 医療情報

2022年6月24日号

**外来医療提供体制について
一巡目の議論開始**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和3年12月分概数)

経営情報レポート

**窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理
マイナンバーカード活用によるオンライン資格確認の概要**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:退職・休職

定年間際の労災

切迫流産で長期入院する場合

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

サイバー攻撃等から医療機関を守るため、セキュリティ指針、今年度中に見直し

厚生労働省

後藤茂之厚生労働相は、6月21日の定例記者会見で、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を今年度中に見直すと明言した。3月30日に第5.2版として改訂されたばかりだが、「具体的なセキュリティ対策の記載をより一層わかりやすい形」にする。並行して「医療機関で活用できる基本的なセキュリティ研修資料及びガイドラインの理解促進のための資料を提供」するなどの対応も行う予定とした。

さらに、頻度も脅威も増し続けるサイバー攻撃から医療機関を守ることについて「重要な課題」との認識を示し、政府が危機感を募らせていることをにじませた。

■「医療機関のセキュリティ強化は不可欠」と後藤厚労相

この発言は、記者の質問を受けてのもの。

記者は、6月19日に徳島県鳴門市の鳴門山上病院が身代金要求型コンピュータウイルスであるランサムウェアによる攻撃を受け、電子カルテにアクセスできなくなった事件を挙げ、「厚生労働省としてどれくらいの危機意識を持って事態に対処しているか」を問うた。後藤厚労相は前述のコメントに加え、「国民の生命・健康を守る医療機関が、サイバー攻撃によりその機能を失うことがないよう、サイバーセキュリティ対策の強化が不可欠」と述べている。

直近でサイバー攻撃による被害を受けた医療機関としては、同じ徳島県つるぎ町の町立半田病院が挙げられよう。2021年10月末に約8万5000人分の電子カルテデータが

失われ、新規患者や救急搬送の受け入れを原則として停止。診療を全面的に再開できるまで約2カ月を要した。連携する医事会計システムも使えなかったため診療報酬の請求もできず、損害額は億単位にのぼったとされる。

■四病協は公的補助金支給を大臣に要望済み

半田病院が6月7日につるぎ町議会へ提出した有識者会議による調査報告書を見る限り、セキュリティ体制が整っていないことは明白だった。半田病院もベンダー側にも当然問題はあるが、突き詰めれば十分な対応ができるほどセキュリティ予算が確保されていないのが最大の課題だろう。

3月には四病院団体協議会が、後藤厚労相に「病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給について（緊急提言）」と題した要望書を提出し、公的な補助金の支給を求めている。

「病院でもサイバー対策の重要性は理解しているが、予算制約上、本来実施すべき対策が行えない状況」があり、「診療報酬という公定価格に基づき収支管理を行わざるを得ず、且つ、収支差益も報酬改定に伴い変動・低減していく」ため、自助でサイバーセキュリティへの投資を続け続けるのが困難だからだ。

病床規模別では、20～90床の十分水準が800万円程度、100～199床は1,700万円程度、200～299床は2,600万円程度の資金を必要としている。

単に指針を示すだけでなく、“実のある支援”が求められるフェーズであることは確かだが、国はどう動くか注目される。

がん診療連携拠点病院の要件見直し セカンドオピニオンの受診は「推奨」へ

厚生労働省 がん診療連携拠点病院の指定要件に関するワーキンググループ

厚生労働省は、6月20日の「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」で、がん診療連携拠点病院の指定要件見直し案を提示した。

セカンドオピニオンの受診を推奨させるほか、緩和ケアをより重視するなど、従来以上に患者のQOLを意識した内容となっている。

後期高齢者の人数が急増していく中で、在宅医療も担う地域の診療所の役割が重くなっていくことを示唆しているともいえよう。

■痛みは「第5のバイタルサイン」

セカンドオピニオンは、患者自身が病気や治療を理解し、納得できる治療方法を選べるようにするのが目的。とはいえ、実際には主治医の気分を損ねたくないという思いも出てくるため、言い出しにくい人も多いただろう。

現行の指定要件でも、「他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明」し、「セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明」することを求めている。しかし、今回の見直し案ではさらに踏み込み、「他施設におけるセカンドオピニオンを活用することの心理的な障壁を取り除くことができるよう説明すること」と表現した。平たく言えば、医師や医療従事者からセカンドオピニオンの受診を積極的に推奨せよということだ。

緩和ケアについても、従来よりもさらに患者および患者の家族の気持ちに寄り添った内容となっている。「経時的にがん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握、およびそれらに対する適切な対応を、

診断時から一貫して行う」、「外来での専門的な緩和ケア提供体制を整備する。自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受け入れを行う」といった項目がそうだ。

とりわけ前者は、「診断時から一貫して経時的な変化を把握すべき」としており、どのような痛みがあるか常時チェックする必要があることを示しているといえる。

実際、会合では構成員から「痛みは第5のバイタルサインと捉えて毎日チェックすべき」との意見も出された（通常、バイタルサインは脈拍、血圧、呼吸、体温の4つを指す）。

■BCPも「策定が望ましい」と明記

地域連携の推進体制について、「がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むこと」と強調しているのも見逃せない。その際の緩和ケアの提供に関しても細かく記しているほか、2018年12月時点で全病院の25.0%しか策定されていないBCP（事業継続計画）についても「策定することが望ましい」と明記された。新型コロナ対応の反省も踏まえたものと見られ、がん対応のみならず、最新の医療機関間連携に必要な要素が盛り込まれていると受け止めるべきだろう。

なお、がん診療連携拠点病院は、質の高いがん医療を提供できると厚労省が指定した医療機関。2006年にがん対策基本法が成立し、翌2007年にその設置が盛り込まれたがん対策推進計画が制定されている。2022年4月1日現在、全国に408カ所、地域がん診療病院は45カ所指定されている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

外来医療提供体制について 一巡目の議論開始

厚生労働省は6月15日、「第8次医療計画等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）の会合を開き、外来医療の提供体制について一巡目の議論をスタートさせた。この日は、外来医療にかかる地域の医療資源として、人材配置と医療機器の効率的な活用についてそれぞれ意見を求めた。

厚労省は、外来患者数は全国では2025年にピークを迎えることが見込まれていると報告。

一方、在宅患者数は多くの地域で増加し、2040年以降にピークを迎え、全国での救急搬送件数は2035年にピークとなるとした。

これを踏まえ厚労省は、外来医療計画における人材配置の論点として以下の2点を示した。

- ▼多くの地域においては、今後外来患者数の減少が想定されており、次期外来医療計画には二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた、計画の策定を求めることについてどのように考えるか
- ▼外来医療計画に基づく取り組みが2020年度から進められており、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響もあり、地域が必要とする医療機能を担う等の外来医師偏在対策の取り組みは必ずしも十分になされていないが、外来医師偏在指標を含む対策のあり方や実効性の確保についてどのように考えるか

尾形裕也構成員（九州大学名誉教授）は、「外来医療の問題を考えるときには、在宅医療ニーズが拡大していくことを十分、踏まえる必要がある。外来患者数が今後相当減少することを前提にして、地域における外来医療と在宅医療の双方のあり方について総合的に考えるべきだ」と指摘。さらに、外来医師数だけでなく、内容や外来医療提供の機能の視点（ソロ・プラクティスなのかグループ・プラクティスなのか、あるいはビル診なのか等）についても検討するよう求めた。

城守国斗構成員（日本医師会常任理事）は、「事務局が示した論点では、対策のあり方や実効性が担保されていない。白地に絵を描く医療計画ではなく、既に各地域において診療所・病院が存在して患者さんもいるなかで現状を計画的に変えていくという観点を皆で共有すべきだ。各地域で外来医療計画を作るときの基本的な考え方として、地域で外来医療の何が問題なのかの現状把握をしたうえで、人口減少を見据え、医師や医療機関の所在やあり方を検討するところから始めないと実効性は担保できない」と指摘。在宅療養支援診療所が地域に1つできると、在宅受け入れ能力は大きく上がるとし、「通常の外来医療と在宅医療の計画を切り分けて計画を立てるとしてもいいのではないか」とする考えを示した。

河本滋史構成員（健康保険組合連合会常務理事）は、「かかりつけ医機能の制度整備と外来医療の提供体制の議論と離して考えることはできない。また、次期外来計画に在宅患者数、緊急搬送件数の増加の要素をどのように織り込むか、論点に加えるべきではないか」と提言。「現行の取り組みで不十分であれば、外来医療についても地域医療構想のような現状とあるべき姿を定量的に示す、より規制的な方策の検討も必要だ」と訴えた。（以降、続く）

医療情報②
 厚生労働省
 WG

医師少数スポットの設定で議論

～地域医療構想および医師確保計画に関するWG

厚生労働省は6月16日に「地域医療構想および医師確保計画に関するワーキンググループ（WG）」（座長＝尾形裕也・九州大学名誉教授）の会合を開き、次期の「医師確保計画」の策定に向けた課題などについて議論。厚労省は、医師少数スポットについて、以下と整理した。

- ▼原則として医師少数スポットを市区町村単位で設定する
- ▼へき地や離島等は、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とする
- ▼医師少数スポットを市区町村単位で設定しない場合、医師確保計画に設定の理由を明記する
- ▼これまで設定していた医師少数スポットについては設定箇所の見直しを行う

同様に、目標医師数については、以下とする案を整理し、論点として示した。

- ▼医師少数区域において医師確保計画開始時に既に目標医師数を達成している場合は、将来の必要医師数を踏まえて目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定する
- ▼医師少数区域以外の二次医療圏は、目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定する

大屋祐輔構成員（全国医学部長病院長会議理事）は、各都道府県が医師少数スポットを決めるとされている点について、「313カ所のなかには、地域の特殊事情で誰しものが納得するものと、二次医療圏のなかで相対的に少ないからといった理由で出されているものもあるのではないか」と指摘。加えて、「医師が少ない場合であっても、病院勤務の医師が少ないのか、診療所勤務の医師が少ないのか、あるいは両方なのかで取るべき対策が全く異なる。そうしたデータも示してもらいたい」と要望した。

幸野庄司構成員（健康保険組合連合会参与）も、少数スポットに関して全国統一の基準がない点を問題視し、「それでは作る側が自由に線引きでき、ガイドラインの主旨にも反する。国は都道府県任せにせず、何らかの定量的な基準を示すべきではないか。市町村単位で少数スポットを設定するとした場合、ある市町村ででは医師が少なくても取り巻く地域を含めて手当てが可能であれば少数スポットとするべきではない。そうした取り巻く地域の定量的基準をガイドラインに示すべきではないか」と主張した。（以降、続く）

病院報告 (令和3年12月分概数)

厚生労働省 2022年3月30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3年12月 | 令和3年11月 | 令和3年10月 | 令和3年12月 | 令和3年11月 |
| 病院 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 総数 | 1 140 868 | 1 141 176 | 1 126 324 | △ 308 | 14 852 |
| 精神病床 | 268 942 | 269 965 | 269 994 | △ 1 023 | △ 29 |
| 感染症病床 | 824 | 825 | 2 094 | △ 1 | △ 1 269 |
| 結核病床 | 1 126 | 1 154 | 1 140 | △ 28 | 14 |
| 療養病床 | 242 563 | 241 467 | 241 535 | 1 096 | △ 68 |
| 一般病床 | 627 414 | 627 765 | 611 561 | △ 351 | 16 204 |
| 外来患者数 | 1 274 302 | 1 298 535 | 1 275 375 | △24 233 | 23 160 |
| 診療所 | | | | | |
| 在院患者数 | | | | | |
| 療養病床 | 2 827 | 2 868 | 2 930 | △ 41 | △ 62 |

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

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3年12月 | 令和3年11月 | 令和3年10月 | 令和3年12月 | 令和3年11月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 68.1 | 76.4 | 73.1 | △ 8.3 | 3.3 |
| 精神病床 | 82.9 | 83.0 | 83.0 | △ 0.1 | △ 0.0 |
| 感染症病床 | 68.8 | 40.6 | 76.6 | 28.2 | △ 36.0 |
| 結核病床 | 27.6 | 29.1 | 28.7 | △ 1.5 | 0.4 |
| 療養病床 | 85.5 | 85.0 | 84.1 | 0.5 | 0.9 |
| 一般病床 | 57.3 | 71.6 | 66.2 | △ 14.3 | 5.4 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 45.8 | 47.2 | 47.1 | △ 1.4 | 0.1 |

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 月末在院患者数は、許可(指定)病床数にかかわらず、現に当月の末日24時現在に在院している患者数をいう。このため、感染症病床の月末在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから100%を上回ることがある。

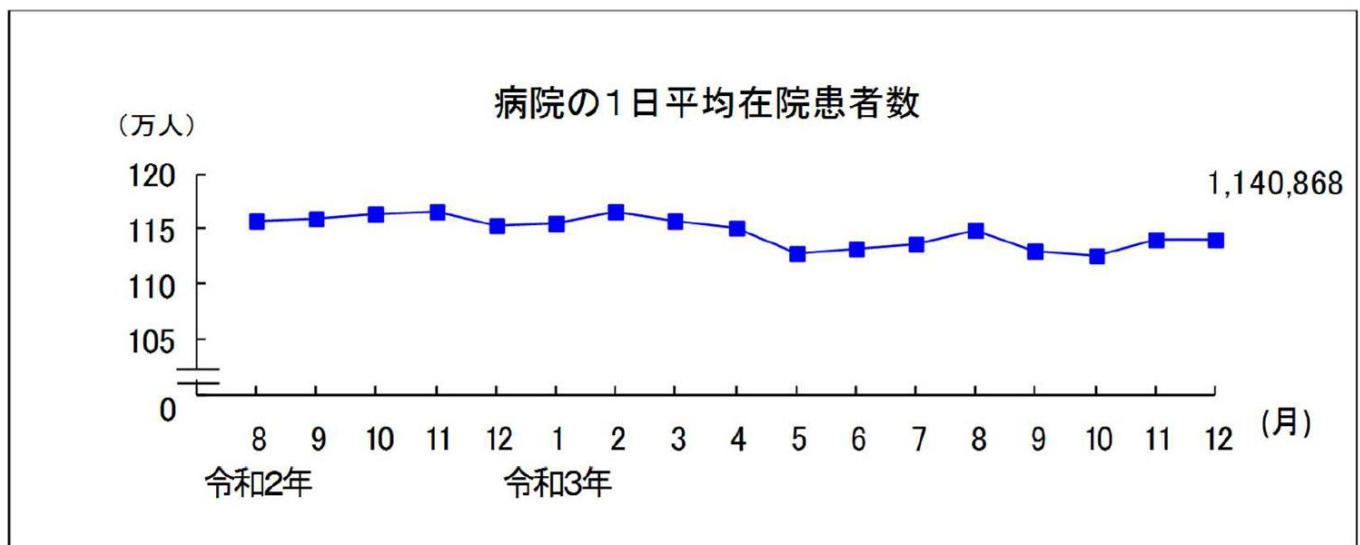
3. 平均在院日数(各月間)

| | 平均在院日数(日) | | | 対前月増減(日) | |
|-------|-----------|---------|---------|----------|---------|
| | 令和3年12月 | 令和3年11月 | 令和3年10月 | 令和3年12月 | 令和3年11月 |
| 病院 | | | | | |
| 総数 | 26.1 | 26.7 | 26.9 | △ 0.6 | △ 0.2 |
| 精神病床 | 263.3 | 270.8 | 272.7 | △ 7.5 | △ 1.9 |
| 感染症病床 | 6.0 | 7.2 | 8.9 | △ 1.2 | △ 1.7 |
| 結核病床 | 56.3 | 60.4 | 59.0 | △ 4.1 | 1.4 |
| 療養病床 | 118.8 | 125.2 | 129.4 | △ 6.4 | △ 4.2 |
| 一般病床 | 15.3 | 15.6 | 15.6 | △ 0.3 | 0.0 |
| 診療所 | | | | | |
| 療養病床 | 91.4 | 96.6 | 109.7 | △ 5.2 | △ 13.1 |

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

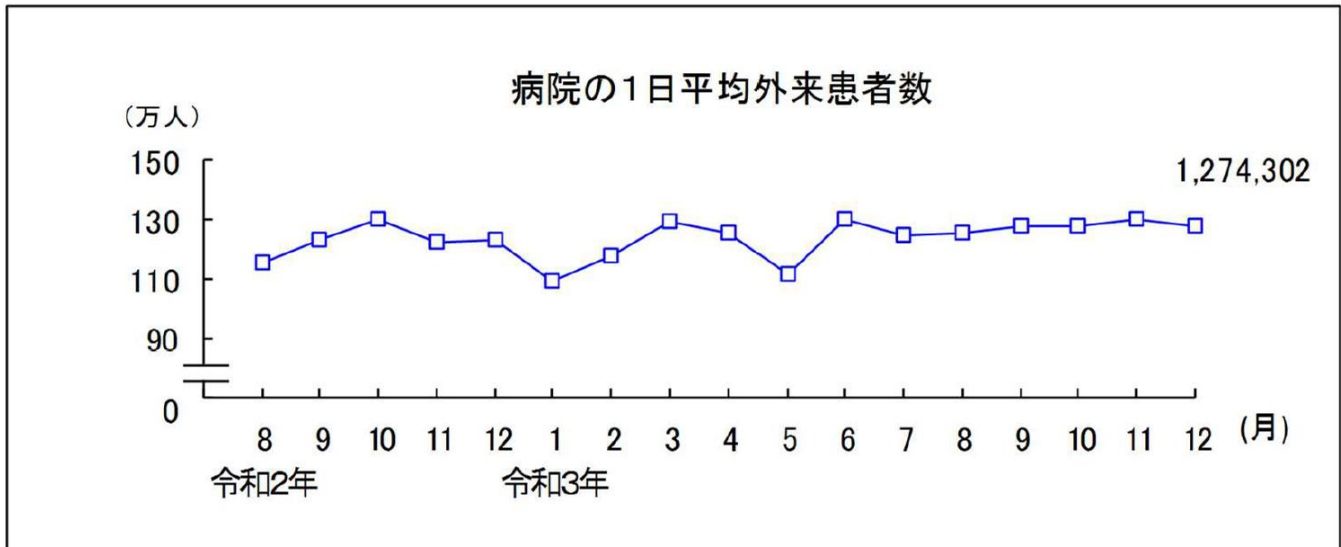
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

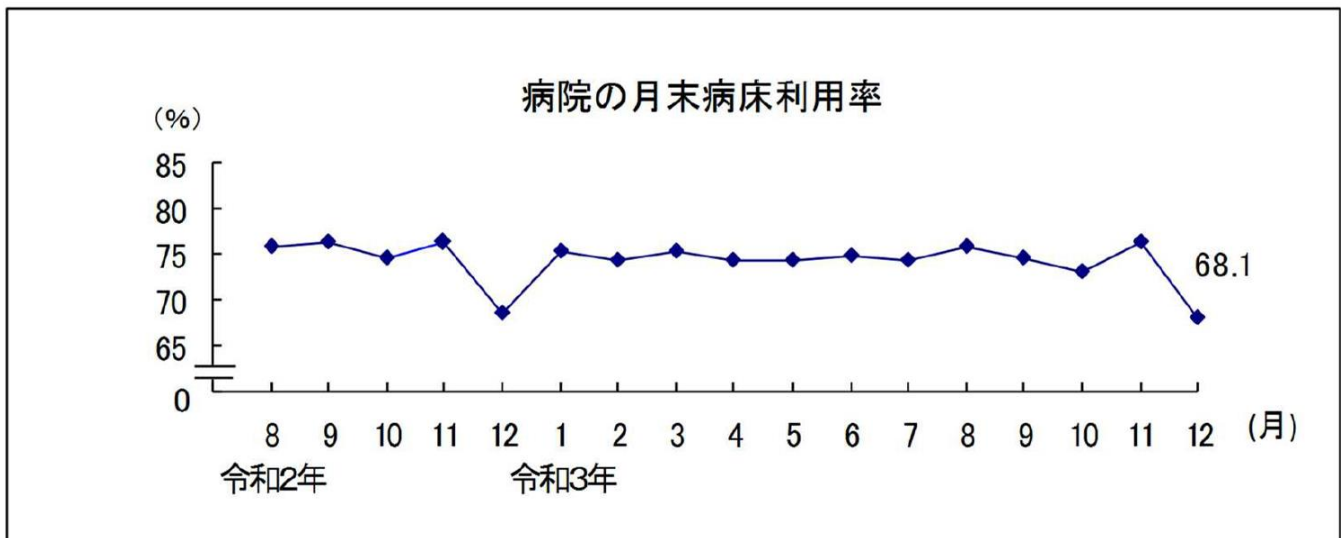


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

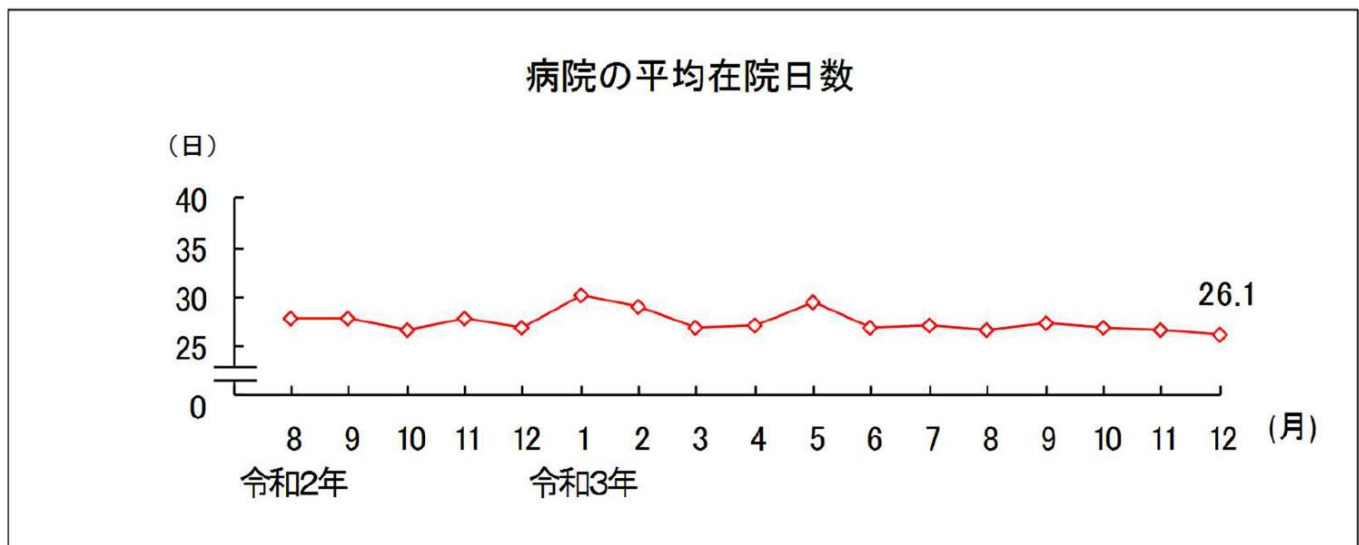
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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



医業経営

窓口業務の負担軽減と医療情報の一元管理 マイナンバーカード活用による オンライン資格 確認の概要

1. オンライン資格確認導入の背景とその概要
2. オンライン資格確認を導入するメリット
3. 医療機関における準備作業と留意点
4. クリニック導入事例と厚生労働省Q&A



■参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）
第142回社会保障審議会医療保険部会資料

1

医業経営情報レポート

オンライン資格確認導入の背景とその概要

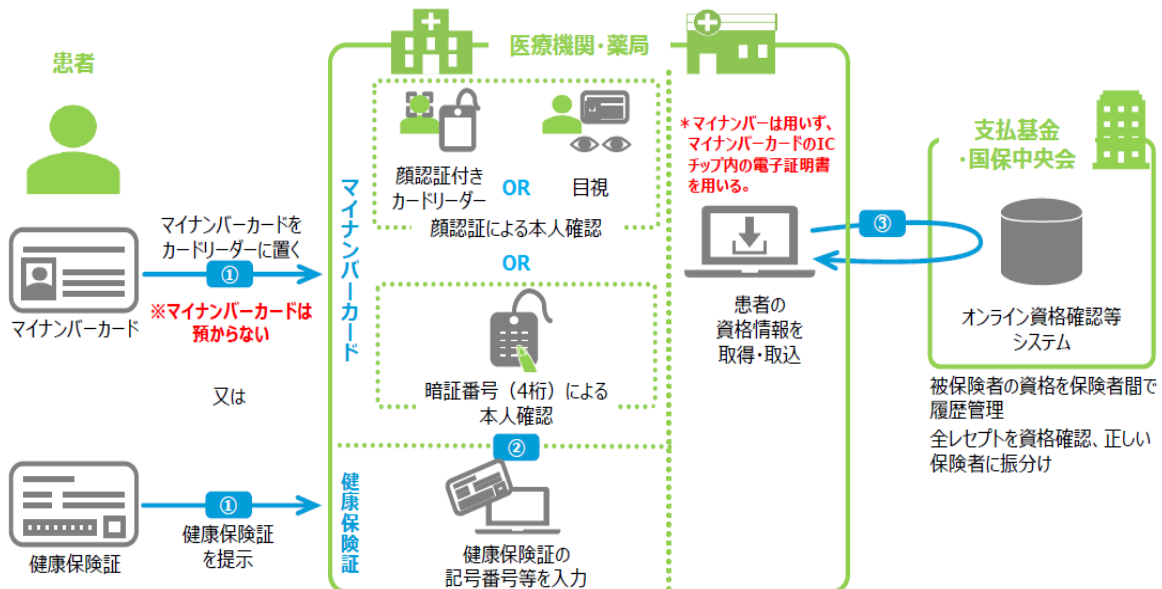
■ オンライン資格確認の導入背景

(1) オンライン資格確認とは

オンライン資格確認は、患者が持参したマイナンバーカードのICチップまたは健康保険証の記号番号などによりオンラインで資格確認を行うことができる新制度です。

「資格確認」とは医療機関・薬局の窓口で、患者の保険資格情報を確認することで、この新制度の利用が開始された場合、その患者が現在、保険診療を受ける資格があるのか、即時オンライン上で確認できるようになります。

◆ オンライン資格確認の体系等



出典：厚生労働省 オンライン資格確認の導入について（医療機関・薬局、システムベンダ向け）

◆ オンライン資格確認の導入(マイナンバーの健康保険証利用)について

- 医療機関・薬局の窓口で、患者の直近の資格確認情報等が確認できるようになる
- 保険者を異動しても個人単位として資格確認が可能となるよう、被保険者記号・番号を個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）で定める

(2) オンライン資格確認導入の背景

現状では、医療機関や薬局で資格確認をするために、患者の健康保険証に記載されている必要な項目（保険証記号番号、氏名、生年月日、住所など）の情報を医療機関システムへ一つずつ入力しています。しかし、この時に資格の有効期限や正しい所持者であるかという確認が取れないため、健康保険証の有効性が確認できないという問題があります。

2

医業経営情報レポート

オンライン資格確認を導入するメリット

■ オンライン資格確認の導入メリット

(1) 医療機関側のメリット

オンライン資格確認を導入することで、医療機関と患者の双方にメリットがあります。主に医療機関が受けられるメリットは以下のとおりです。

◆ オンライン資格確認のメリット(主に医療機関側)

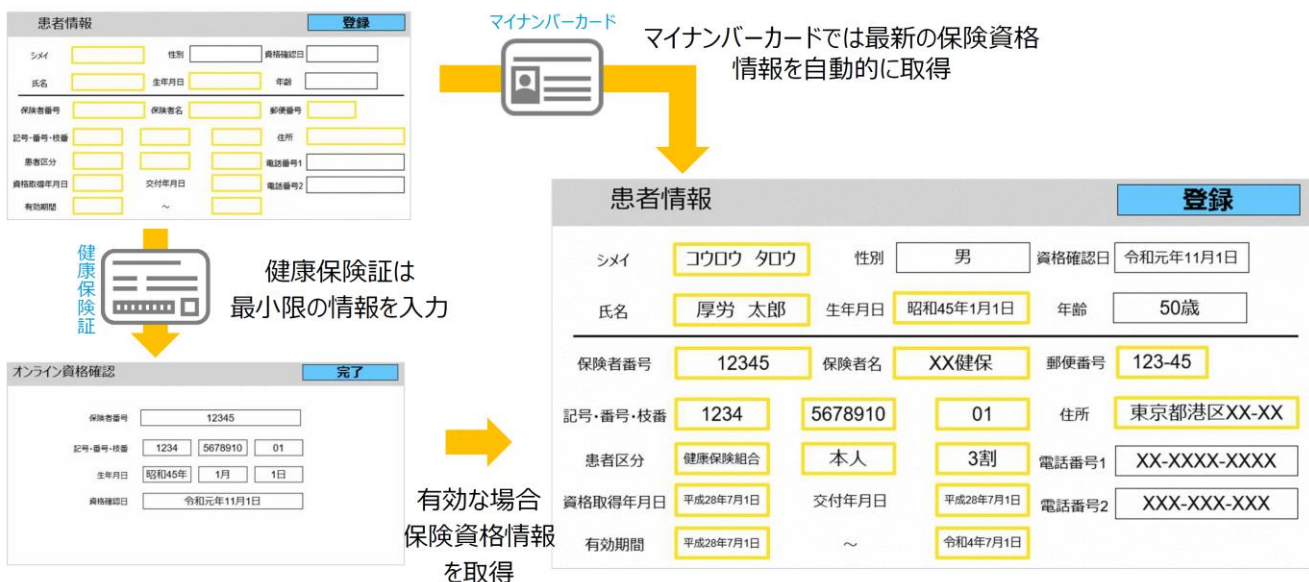
● 資格過誤によるレセプト返戻の作業削減

⇒ オンライン資格確認を導入すると、患者の保険資格がその場で確認できるようになるため、資格過誤によるレセプト返戻が減り、窓口業務が削減される。

● 保険証の入力の手間削減

⇒ 今までは受付で健康保険証を受け取り、保険証記号番号、氏名、生年月日、住所等を医療機関システムに入力する必要があったが、オンライン資格確認を導入すると、マイナンバーカードでは最新の保険資格を自動的に医療機関システムで取り込むことができる。

健康保険証での資格確認についても、最小限の入力は必要だが、健康保険証が有効であれば同様に資格情報を取り込むことができる。



● 来院・来局前に事前確認できる一括照会

⇒ 一括照会では、事前に予約されている患者等の保険資格が有効か、保険情報が変わっていないかを把握することができる。

なお、確認した保険資格が資格喪失等により無効である場合、受付時に資格確認を行う必要がある。

3

医業経営情報レポート

医療機関における準備作業と留意点

■ オンライン資格確認導入手順

オンライン資格確認の導入に向けた準備作業は以下の5ステップになります。

顔認証付きカードリーダーの提供や、システムベンダ（現在利用のレセプトコンピュータ等の業者）の現地作業までに期間を要するため、早めに顔認証付きカードリーダーの申し込みとシステムベンダへの発注が必要となります。

◆ 準備作業のステップ

ステップ1：医療機関等向けポータルサイトでのアカウント登録を行う

⇒医療機関等向けポータルサイト「<https://www.iryohokenijyoho-portalsite.jp/>」から登録。

ステップ2：顔認証付きカードリーダー申し込み

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、必要事項（希望する製品等）を入力し、申し込みを行う。

ステップ3：システムベンダへ発注

⇒導入を希望する時期と顔認証付きカードリーダーの製品名をシステムベンダに伝える。

ステップ4：導入・運用準備

⇒医療機関等向けポータルサイトにて、オンライン資格確認利用申請を行う。全ての導入作業完了後、正常にシステムが動作するかを確認する「運用テスト」をシステムベンダが行う。立会いが必要な場合があるので、医療機関・薬局側での対応内容をシステムベンダに確認する。

オンライン資格確認の導入を踏まえた受付業務等の変更点の確認を行う。

「個人情報保護の利用目的」の更新を行い、オンライン資格確認に対応していることを示すポスター・ステッカーの掲示を行う。

ステップ5：運用開始

⇒準備が整い次第、オンライン資格確認の運用を開始する

■ オンライン資格確認に関する補助金

オンライン資格確認を導入する医療機関・薬局は補助金を申請することができます。

顔認証付きカードリーダーは、病院については3台まで、診療所については1台が無償提供されます。

それ以外の費用については申請することで補助金が出る場合があります。

4

医業経営情報レポート

クリニック導入事例と厚生労働省Q&A

■ クリニックのオンライン資格確認導入事例

(1) Aクリニックの概要

医療機関等向けポータルサイトでは、オンライン資格確認の導入事例を紹介しています。本稿では、クリニックの事例を紹介します。

◆ Aクリニックの概要

● 導入を検討した背景と経緯

当院は 2013 年に内科、小児科、呼吸器内科を診療科目とし、JR 中央線武蔵境駅からバスで5分ほどの地に開業。開業当時、周辺は広大な林地であったが、ほどなく宅地造成が進んで 100 軒を超える民家や集合住宅が建設された。そのため当院の患者の年齢層は、このエリアに新居を構えた家族の子どもたちから代々この土地に住んでいるお年寄りまで幅広いのが特徴である。

現在、当院は理事長と看護師2名、事務員2名で運営。通常であれば1日平均約 60 人の患者を診療しているが、インフルエンザシーズンともなれば初診患者だけで 30 人以上が来院。さらにインフルエンザの二次感染による肺炎、気管支喘息や COPD の増加、花粉症などが重なり、1日患者数が 190 人以上に達したこともある。

さまざまな疾患の患者により良い診療とサービスを提供し、必要に応じて基幹病院に紹介するため、当院では早くから電子カルテシステムを導入していた。

2020 年9月に電子カルテシステムの更新時、メーカーの担当者からオンライン資格確認等システムについても情報提供を受けたことが、導入を検討するきっかけになった。

(2) オンライン資格確認等システム導入理由

多数の患者が受診されると事務員の業務負担が激増し、保険資格過誤によるレセプト返戻がさらに疲労を募らせることとなります。オンライン資格確認等システムを導入することにより、事務員の負担を減らしたいと思ったことが導入のきっかけとなりました。

Aクリニックでは元々、健康保険証の入力作業に時間を要していたので、入力作業削減により事務員の負担軽減が見込めるのも一つの理由となりました。

また、オンライン資格確認等システムを導入した大きな理由として、高齢患者に「ポリファーマシー（多剤服用による薬物有害事象）」弊害がおよぶのを防ぎたかったことを挙げています。オンライン資格確認等システムの導入により薬剤情報閲覧を活用することが、薬物有害事象を防ぐうえでも必須になると考えたようです。また、特定健診データを参照できることに加え、オンライン資格確認に対する患者の理解が導入の決め手となりました。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 退職・休職

定年間際の労災

**定年間際に業務上の災害で入院した職員がいます。
 このような場合の取り扱いについて教えてください。**

労働基準法では、業務上の災害による傷病の期間中とその後 30 日間の解雇を禁止しています。しかし、ここで制限しているのは、あくまでも解雇であって、労働契約上（就業規則上）の雇用契約期間満了による定年退職の場合は、ここでいう解雇制限には該当しません。しかし就業規則等に「従業員が満 65 歳に達したときは定年により退職する。ただし、本人が希望し、当院がそれを認めた場合には、継続して雇用することができる」等の定めがあり、実際に会社の都合や労働者の希望がある場合に勤務延長したり、嘱託等

として再雇用する制度が運用されている場合は事情が異なります。

このような場合、労働者も、定年の延長あるいは再雇用等の可能性に期待を持つことになるからです。したがって、当該規定がある場合、労働基準法上の解雇制限の問題が生じるため、業務上の傷病による休業期間中及びその後 30 日間は解雇することができません。

よって、当該傷病による休業期間が終了し、その後 30 日を経過するまでの期間は、退職日（定年）の延長が必要です。

■退職後の労災保険給付

労働者が業務上の事由により負傷または疾病を被った場合、災害の性質や、負傷または疾病の程度によっては相当長期間療養しなければならないこともあります。

このような場合、労災保険給付が雇用関係の存在している期間中についてのみ補償され、退職等の理由により雇用関係がなくなった場合は補償されないということになると、被災労働者の被った損害のうち一部しか補てんされないこととなります。

●労働基準法第 83 条および労災保険法第 12 条の5

「補償を受ける権利は、労働者の退職によって変更されることはない」

⇒ 退職を理由として使用者との間に雇用関係がなくなったとしても、支給事由が存在する限り保険給付を受けることができる

保険給付を受ける権利を雇用関係の存在する期間のみに限定することは、休業補償給付が賃金損失に対する補償であるという点から不合理だといえます。それは、負傷していなければ、被災した事業場を定年により退職したとしても、他の事業場に再就職し、賃金を得ることもできるからと理解されています。よって、業務上の事故に対する補償は、雇用関係の存続とは別個に考えるべきとされ、法律上も上記のような規定が置かれています。



ジャンル:労務管理 > サブジャンル:退職・休職

切迫流産で長期入院する場合

当院の女性職員が「切迫流産」と診断され、入院中です。
 この場合、傷病休職として良いのでしょうか？

「切迫流産」を理由とする休職は、傷病休職として扱って問題はありません。

■休職と休業

休職とは、勤務先に在籍したまま長期間の労働義務が免除され、かつ雇用契約はそのまま持続することをいいます。何らかの理由により就業が不可能になったときに、就業規則などの定めにより適用されます。

一方、会社都合の休職は、これと区別して休業といいます。

| | |
|-----|---|
| ①休職 | 労働者の個人事情に起因するものであり、労働者都合で休職するため、通常は無給。 |
| ②休業 | 会社都合の休職であり、労基法により平均賃金の6割以上の休業手当を支払う必要がある。 |

一般に、休職については就業規則に定めを置きますが、労働基準法は、制度を導入している場合は就業規則等に明記することを除いては特に言及しておらず、内容については自由に定めることが可能です。ただし、「休職期間は無給」という就業規則上の定めがあっても、当該期間内に実際に就業した場合は、当然賃金支払の義務が生じます。また、休職期間は勤続年数等で差異を設け、休職事由の消滅により休職期間中であっても復職できるのが一般的ですが、更に休職が続くようであれば休職期間の延長、あるいは退職・解雇等となる場合もあります。

■休職の種類と期間

| 休職の種類 | 休職の理由 | 休職期間 |
|--------|-------------------|--------------|
| 私傷病休職 | 業務上でない事故やけが、病気等 | 数か月～数年 |
| 起訴休職 | 刑事事件により起訴された場合 | 一定期間（事由消滅まで） |
| 懲戒休職 | 不正などによる自宅謹慎等 | 一定期間（別途定める） |
| 出向休職 | 他法人・医療機関等への出向 | 出向期間終了まで |
| 自己都合休職 | 業務外の私的理由（例：海外留学等） | 一定期間（事由消滅まで） |

「切迫流産」は健康保険の療養の対象であり、傷病手当金の対象ともなるため、これによる休職は傷病休職として扱うのが妥当です。なお、当該休職期間中の賃金が支払われていない場合は、医師の証明により休業4日目から傷病手当金の支給を受けることができます。