

週刊WEB

医業経営

MAGAZINE

Vol.578 2019.6.18

医療情報
ヘッドライン

緊急避妊薬(アフターピル) 条件付きながら、 対面診療なしでオンライン処方可能に

▶厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する
指針の見直しに関する検討会

医療データ利活用促進を 改めて提言 標準規格を確立、医学用語も統一

▶規制改革推進会議

週刊
医療情報

2019年6月14日号

政府、「骨太の方針2019」 原案を提示

経営
TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (平成31年1月末概数)

経営情報
レポート

在宅医療需要拡大に対応する 在宅医療参入促進策の概要

経営
データ
ベース

ジャンル:医業経営 サブジャンル:職員との関係

就業規則の内容 賃金と労働時間に関する規制

医療情報
ヘッドライン
①

緊急避妊薬(アフターピル)条件付きながら、 対面診療なしでオンライン処方可能に

厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

厚生労働省が5月31日に開催した「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において、緊急避妊薬（アフターピル）のオンライン処方を対面診療なしで可能にすることが了承された。

転売防止のため、「薬剤師の前で1錠のみ内服」などいくつかの要件が定められるが、オンライン診療が広がる契機となりそうだ。

■オンライン診療は、原則初診は対面診療

オンライン診療は、原則として初診は対面診療が必要とされるが、ただし、「オンライン診療を用いて得られた患者の心身の状態に関する情報のみであっても、診断や治療方針の決定が可能であり、かつリスクが極めて低い場合」のみ、例外として初診からのオンライン診療が認められている。これに該当するものとして、昨年3月に策定されたガイドラインには「禁煙外来など定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合」と記されており、事実上禁煙治療しか認められてこなかった。

しかし、昨年4月の診療報酬改定で「オンライン診療料」が創設されると、この「リスクが極めて低い場合」が拡大解釈され、男性型脱毛症（AGA）、勃起不全症（ED）治療を実施するクリニックが続出し、不適切な運用も増えて、昨年10月には新聞で『ED薬処方、来院の必要一切なし』とする医療機関が多数ある」「医師どころか医療関係の資格すら持たない『相談員』と名乗る人物がスマホ画

面に出た」「糖尿病治療薬をダイエット薬として処方された」などと次々に報じられた。

■オンライン診療の指針の見直しを検討

そこで、1月に立ち上げられた「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」では、ガイドラインを見直すとともに、対象疾患を絞り込む方向で議論が展開されてきた。

オンライン診療の対象疾患候補として挙げられたのは、AGA、EDのほか花粉症などの季節性アレルギー性鼻炎、性感染症、そして緊急避妊薬の5つだが、2月の同検討会で緊急避妊薬以外の4つは却下された。

緊急避妊薬は、「性的被害が大きな心の傷になり受診のハードルが高くなること」、「婦人科のかかりつけ医がいる女性ばかりでないこと」、「夜間の相談が多い傾向のある事案であること」などから、初診からのオンライン処方を認めるべきだとの意見が多数を占めた。

一方で、転売などのリスクを指摘する意見や、緊急避妊薬処方を専門とする医療機関が出現することを危惧する意見も出たため、「処方医を産婦人科医師と研修受講医師に限定（厚労省ホームページで公表）」、「薬剤師の前で1錠のみ内服」、「内服後3週間以内に産婦人科受診」などの要件を設定した。

さらに、ED治療で不適切広告が多数あったことを踏まえ、「インターネットパトロールを通じた不適切広告への指導」も施策として挙げられている。

医療情報
ヘッドライン
②

医療データ利活用促進を改めて提言 標準規格を確立、医学用語も統一

規制改革推進会議

規制改革推進会議は、6月6日に第5次答申を安倍晋三首相に提出し、医療分野では健診データなどの利活用促進を提言した。そのための施策として「標準規格」の確立や、傷病名を含む医学用語の統一などを挙げており、電子カルテの普及促進や規格変更など、医療機関の運営に少なからず影響が出そうだ。

■電子カルテ未導入は病院全体で40%程度

診療や健診のデータを適切に管理することで、治療や予防に役立つことは言うまでもない。健康寿命の延伸には、医療機関のみならず個人がデータをしっかり利活用することも求められ、データが送受信できることが大前提だといえる。

しかし、そもそも電子カルテは未だに普及しているとは言い難い。400床以上の大病院でも3割程度が未導入であり、全体の未導入率は40%程度といわれている。導入している医療機関でも、囲い込みを狙うベンダーの意図もあり、データの規格統一は進んでいない。

結果としてデータを利活用できる環境が整っておらず、規制改革推進会議の医療・介護ワーキンググループのほか、厚生労働省の社会保障審議会医療部会でも「電子カルテの標準仕様」を定めるべきとの意見が出されている。今回、首相への答申で「標準規格の確立」を打ち出したことが、電子カルテ普及率向上へつながるかどうか注目される。

また、データを十分に利活用できるようにするうえで障壁となっているのが、傷病名を

含む医学用語が統一されていないことだ。

データを解析するうえでも、検索スピードを上げるためにも、同じ疾患であれば同じ用語を使うほうが望ましい。

しかし現実的には、たとえば「胆石」でも「胆嚢結石」「Gall Stone」「GS」などと、いくつもの表現が存在している。

これを統計解析に利用するにはデータ補正を行わなければならない、これまでも多大なコストを必要としてきた。

■レセプト以外での傷病名は医療機関次第

診療報酬請求における傷病名に関しては、レセプト電算処理用の傷病名マスターとICD10対応標準病名マスターが一本化され、厚労省の標準規格となっている。ところが、レセプト以外では、電子カルテにおいてもどの病名にするかは医療機関次第となったままであり、診療データの利活用という点では不十分な状況だ。そこで、規制改革推進会議は「地域医療連携ネットワークにおける地域医療圏」において「国際基準にも準拠した傷病名マスター」を原則とすることを提言し、外国人医療における自動翻訳やAI問診なども踏まえ、小病名を含む「包括的な医学用語集」の構築に着手するべきとしている。

これらの提言を読み解くと、これからの医療機関に必要なのは地域医療連携ネットワークを前提とした「医療の標準化」であり、とりわけ診療所ではその傾向があった属人的な診療が排除されていく可能性が高い。

医療情報①
経済財政
諮問会議

政府、「骨太の方針2019」 原案を提示

政府は、6月11日に開かれた経済財政諮問会議（議長＝安倍晋三首相）に、「経済財政運営と改革の基本方針2019（仮称）」（骨太の方針2019）の原案を提示した。

社会保障分野では、▼予防・健康づくりの推進 ▼多様な就労・社会参加に向けた年金制度改革等 ▼医療・介護制度改革 を柱に、それぞれ詳述している。

社会保障の給付と負担のあり方については、「骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる」とした。

「予防・健康づくりの推進」では、▼健康寿命延伸プランの推進 ▼生活習慣病・慢性腎臓病・認知症・介護予防への重点的取り組み ▼健康増進に向けた取り組み、アレルギー疾患・依存症対策 をテーマに掲げた。

「多様な就労・社会参加に向けた年金制度改革等」では、「多様な就労・社会参加を促進するため、勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆社会保険制度の実現を目指して検討を行う」とした。

■「三位一体」の改革推進を明記

「医療・介護制度改革」では

- ①医療・福祉サービス改革プランの推進 ②医療提供体制の効率化
③保険者機能の強化 ④診療報酬・医薬品等に係る改革 の4つを柱に据えた。

①では、医療・福祉サービス改革プランにより「ロボット・AI・ICT等のデータヘルス改革」「タスク・シフティング」「シニア人材の活用推進」「組織マネジメント改革」「経営の大規模化・協働化」を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図るとし、単位時間サービス提供量について、40年に5%以上の向上、医師については7%以上の向上を目標として掲げた。

また、レセプトに基づく薬剤情報や特定健診情報といった患者の保健医療情報を、患者本人や全国の医療機関等で確認できる仕組みを、21年10月を目途に稼働させるとしている。

②ではまず、「地域医療構想の実現に向けた取り組み」「医師偏在対策」「医療従事者の働き方改革」を三位一体で推進すると明記した。（以下、続く）

医療情報②
中央社会保険
医療協議会

オンライン診療、 診療・支払側で意見分かれる

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院教授）は6月12日に総会を開き、以下について議論した。

- ▼科学的な根拠に基づく医療技術の評価のあり方
- ▼医療におけるICTの利活用

また、診療報酬基本問題小委員会と「妊産婦に対する保健・医療体制のあり方に関する検討会」から報告を受けた。

■既存と同等の新技術、評価も同等として保険適用

既存の技術と同等程度の有効性および安全性があるとされた医療技術について、厚生労働省はこの日、「2018年度診療報酬改定の考え方と同様に、今後も診療報酬上においては同等の評価として保険適用」する方針を提案、各側とも概ね了承した。

18年度改定では、既存の腹腔鏡手術と同等程度の有効性・安全性があるとされた胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術など12の手術について、ロボット支援下内視鏡手術を保険適用した。

診療報酬点数は、従来の当該技術と同じに設定された。

以前は、既存の腹腔鏡手術に対する優越性を示した技術だけが収載されるルールで、12年に前立腺がん、16年に腎がんが、それぞれ従来技術より高い点数で保険適用となっていた。

■オンライン診療、支払側は「推進」

医療におけるICTの利活用では、オンライン診療・服薬指導が論点となった。

厚労省は、愛知県の篠島（国家戦略特区）において、オンライン診療と遠隔服薬指導を組み合わせ、離島の患者に医療を提供できた例などを示し、議論を求めた。

診療側は、対面診療の原則や、安全性などのエビデンスを重視して慎重姿勢を示したのに対し、支払側は、次期改定で緩和できるところは緩和すべきと主張。

とくにオンライン服薬指導について、国会で審議中の医薬品医療機器法改正案が成立すれば、具体化を進めるべきと訴えた。

厚労省は、オンライン診療について、離島・へき地等の医療資源の少ない地域と、それ以外の利活用を分けて議論を進めるなどの方針を示し、両側とも了承した。（以下、続く）

週刊医療情報（2019年6月14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。

医療施設動態調査 (平成31年1月末概数)

厚生労働省 2019年3月26日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 5床の減少。
一般診療所の施設数は 48施設の減少、病床数は 379床の減少。
歯科診療所の施設数は 67施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	平成31年1月	平成30年12月			平成31年1月	平成30年12月	
総数	178 928	179 045	△ 117	総数	1 636 349	1 636 733	△ 384
病院	8 355	8 357	△ 2	病院	1 542 774	1 542 779	△ 5
精神科病院	1 055	1 055	-	精神病床	328 843	328 676	167
一般病院	7 300	7 302	△ 2	感染症病床	1 884	1 878	6
療養病床を 有する病院（再掲）	3 721	3 722	△ 1	結核病床	4 713	4 744	△ 31
地域医療 支援病院（再掲）	574	572	2	療養病床	316 811	317 051	△ 240
				一般病床	890 523	890 430	93
一般診療所	102 096	102 144	△ 48	一般診療所	93 517	93 896	△ 379
有床	6 836	6 867	△ 31				
療養病床を有する 一般診療所（再掲）	824	832	△ 8	療養病床 （再掲）	8 269	8 376	△ 107
無床	95 260	95 277	△ 17				
歯科診療所	68 477	68 544	△ 67	歯科診療所	58	58	-

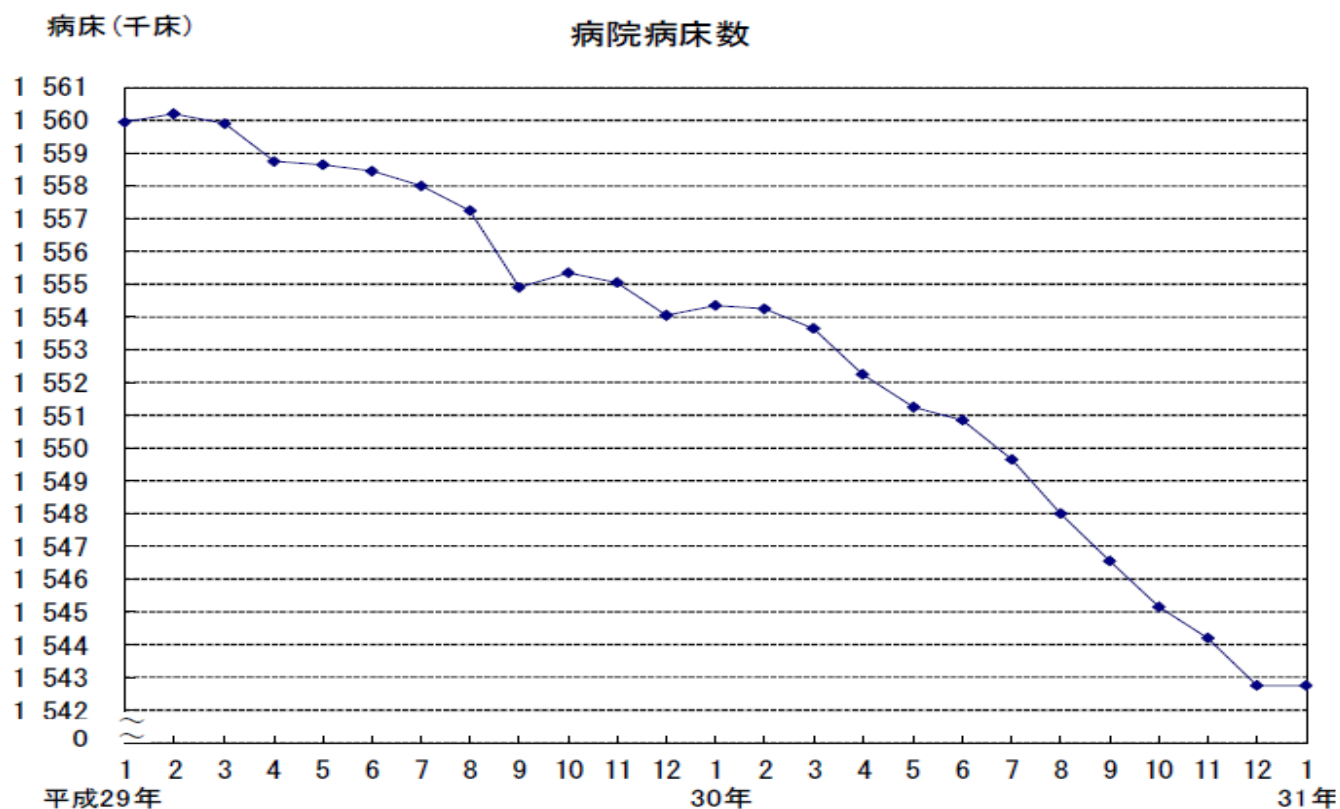
2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成31年1月末現在

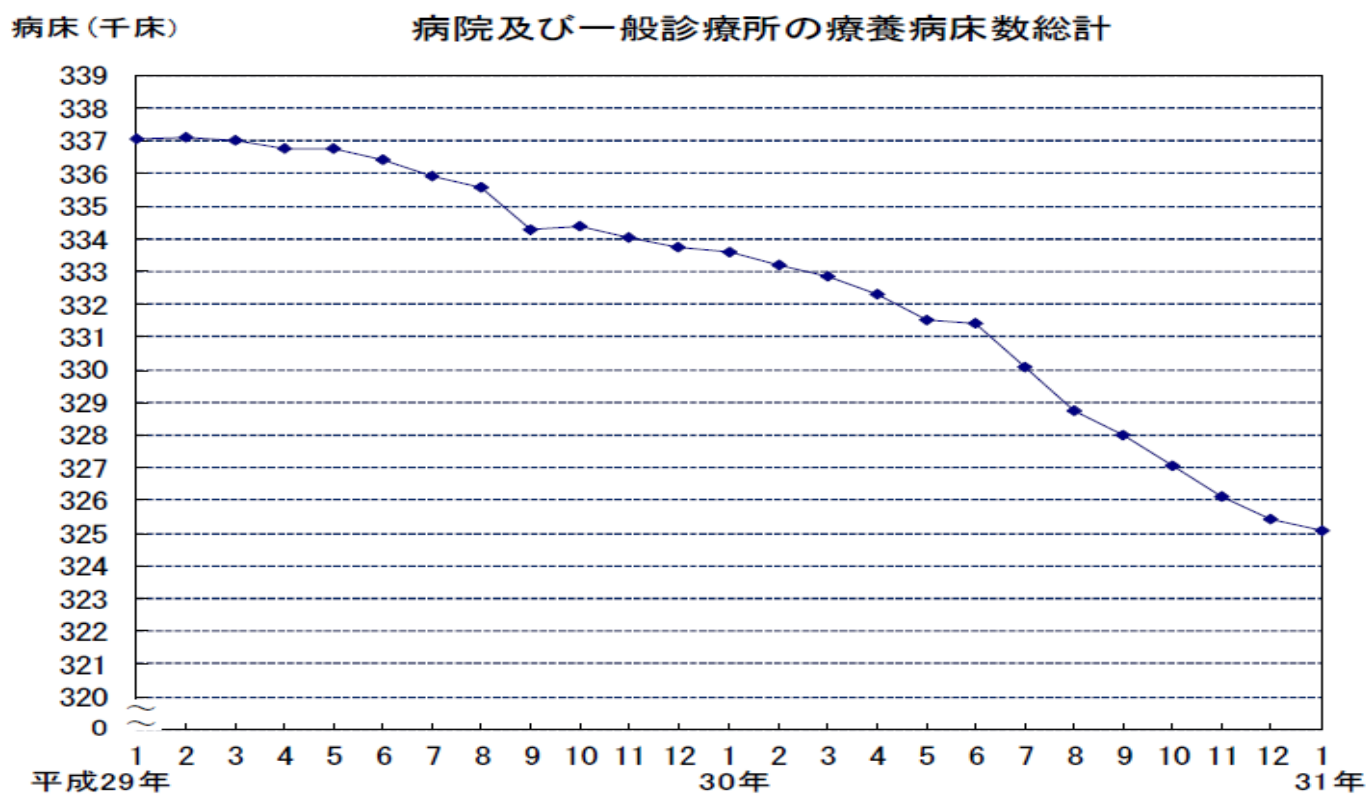
	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 355	1 542 774	102 096	93 517	68 477
国 厚生労働省	14	4 622	22	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 731	-	-	-
国立大学法人	47	32 683	147	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	33	12 465	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 197	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 823	2	-	-
その他	24	3 711	362	2 175	3
都道府県	199	52 931	253	176	7
市町村	620	127 898	2 933	2 184	255
地方独立行政法人	104	40 769	33	17	-
日赤	92	35 559	205	19	-
済生会	85	22 880	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 717	-	-	-
厚生連	103	32 678	66	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	301	-	2
共済組合及びその連合会	42	13 362	146	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	197	49 588	498	271	103
医療法人	5 750	862 039	43 054	70 463	14 463
私立学校法人	112	55 555	189	38	16
社会福祉法人	199	34 148	9 888	339	37
医療生協	82	13 672	305	267	52
会社	35	9 123	1 699	10	10
その他の法人	211	44 180	734	284	113
個人	183	17 189	41 189	17 230	53 409

参 考

■病院病床数



■病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（平成31年1月末概数）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。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

在宅医療需要拡大に対応する 在宅医療参入 促進策の概要

- 1.在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少
- 2.在宅医療参入促進のインセンティブ
- 3.医療連携体制の強化と看取りの充実
- 4.オンライン診療と在宅医療需要への対応



参考文献

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」「主な施設基準の届出状況等」「平成30年度診療報酬改定について」「社会保障審議会医療部会 平成30年度診療報酬改定の概要」「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」
経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」
日経ヘルスケア 2018年9月号

1

医業経営情報レポート

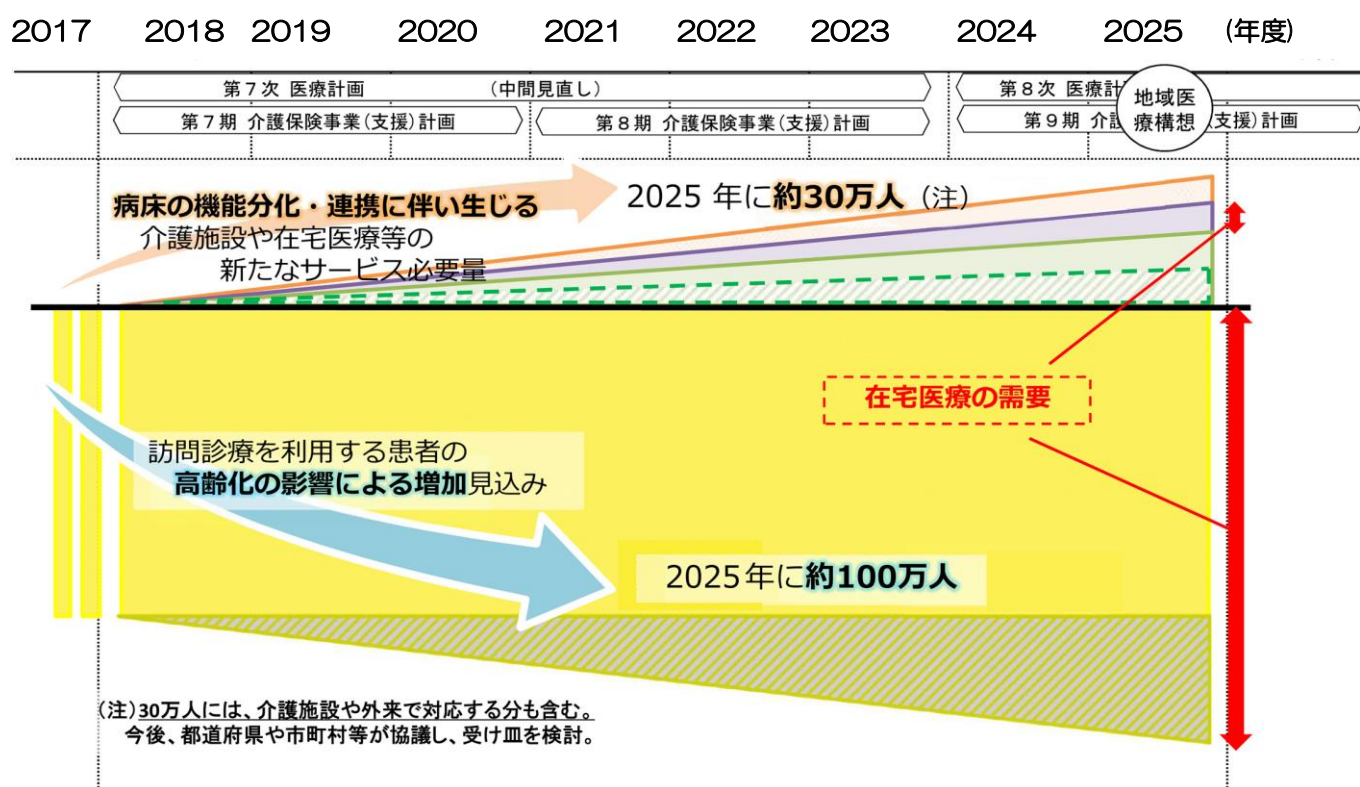
在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少

■ 在宅医療の需要拡大

(1) 在宅医療需要拡大の見込み

厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」で公開された資料によると、継続する高齢化の進展のほか、療養病床の医療区分1の入院患者の70%、および医療資源投入量の低い入院患者等を介護施設や在宅医療等に移行させることにより、在宅医療の需要は大幅に増える見込みとなっています。

◆ 在宅医療の需要拡大の見込み



(出典) 厚生労働省 第11回 医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

(2) 整備が進まない在宅医療提供体制

24時間対応の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は、在宅療養支援診療所は横ばい、また在宅療養支援病院については微増していますが、在宅医療を担う医療機関は訪問診療の需要の伸びと比較すると増えていないのが現状です。

政府は、今後需要の拡大が予想される在宅医療に対し、診療報酬を上げて対応をしています。

2

医業経営情報レポート

在宅医療参入促進のインセンティブ

■ 質の高い在宅医療の確保に向けた取り組み

政府としては、在宅医療のニーズの増大に備えて診療報酬の見直しを行い、在宅医療の報酬を高くしてその担い手を増やす方針を明らかにしています。

今次改定では、外来医療や入院医療において、在宅医療の提供実績を要件とした報酬が設定されたことが重要なポイントのひとつとなりました。

◆ 質の高い在宅医療の確保のための診療報酬改定

【在宅医療の提供体制の確保】

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、24 時間体制の確保が負担

【在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応】

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、在宅医療ニーズは多様化・高度化



● 複数の医療機関の連携による 24 時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

● 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

● 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

● 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月 1 回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

● 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

● ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

（出典）厚生労働省 第 61 回社会保障審議会医療部会 平成 30 年度診療報酬改定の概要

3

医業経営情報レポート

医療連携体制の強化と看取りの充実

■ 専門外の診療を他医療機関がサポート

(1) 医療機関連携を報酬上で評価

平成30年度診療報酬改定における在宅医療では、在宅患者訪問診療料の見直しが行われ、今までの「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療」（1訪問診療1医療機関の原則）体制から、依頼を受けて他医療機関が訪問診療を行う場合も算定が可能となり、複数医師の連携による在宅医療が可能となりました。

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

イ) 同一建物居住者以外の場合	833 点
ロ) 同一建物居住者の場合	203 点

2 在宅患者訪問診療料 2

イ) 同一建物居住者以外の場合	830 点	⇒ 新設
ロ) 同一建物居住者の場合	178 点	⇒ 新設

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2の主な算定要件

在宅時医学総合管理料、入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下：在宅時医学総合管理料等）の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定できる。

※有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する（144点）。

(2) 医療機関連携の強化

平成30年度改定では、一人の患者を異なる専門分野の医療機関が連携する体制への評価が導入されました。例えば、内科の医師が診ていた患者に皮膚疾患や精神疾患などで専門的な治療や処置が必要となった際に依頼し、複数の意思で連携した診療を継続することが検討されます。

4

医業経営情報レポート

オンライン診療と在宅医療需要への対応

■ オンライン診療の実用化へ

今次改定においては、オンライン診療が診療報酬として算定できるようになりました。

オンライン診療とは、「遠隔医療のうち医師と患者間において、情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、診断結果を伝達する等の診療行為をリアルタイムで行う行為」です。具体的な例としては、離島など医療過疎地における診療のほか、患者は自宅のスマートフォンのビデオ通話機能等を使って医師が患者に行う診療などが挙げられます。

一定の要件を満たす場合、在宅医療に関しては、オンライン診療料とオンライン在宅管理料が算定可能です。

また、在宅時医学総合管理料の見直しにより状態の安定した患者についての訪問は月 2 回から 1 回となるように評価で誘導しており、オンライン診療の活用によって、こうした診療を補うことを想定しています。

◆ オンライン診療料

● オンライン診療料：70 点（1 月につき） ●

【主な算定要件】

- ・ オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する 3 月は算定できない。
- ・ 対象となる管理料等を初めて算定してから 6 月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から 6 月以上経過している場合は、直近 12 月以内に 6 回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- ・ 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は 3 月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診療を行う。
- ・ オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。

【施設基準】

- ・ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- ・ オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- ・ 1 月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が 1 割以下。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から 6 月以上を経過した患者。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| ・ 特定疾患療養管理料 | ・ 地域包括診療料 | ・ 小児科療養指導料 |
| ・ 認知症地域包括診療料 | ・ てんかん指導料 | ・ 生活習慣病管理料 |
| ・ 難病外来指導管理料 | ・ 在宅時医学総合管理料 | |
| ・ 糖尿病透析予防指導管理料 | ・ 精神科在宅患者支援管理料 | |

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。

就業規則の内容

労働条件を明示するための就業規則は、どのような内容を定めるのでしょうか。

職員を採用するにあたっては、労働基準法の定めにより労働条件を明示することが必要とされ、この明示には、一般に就業規則を交付することによって行われます。

この就業規則は、採用から退職までの労働条件や職場の規律などを定めたものであり、人事労務管理の基準であると共に、職員だけでなく使用者もこの規定に拘束されます。

労働基準法の定めによれば、就業規則について、以下のような制限を設けています。

- ①作成と届出
- ②効力
- ③規定事項（絶対的・相対的・任意的記載事項）
- ④作成手続（意見聴取義務・届出義務・周知義務）
- ⑤変更

就業規則の内容は、憲法・労働基準法・労働組合法等その他法令に違反してはならず、仮に違反する部分があれば、その部分については無効となります。

ただし、就業規則は所轄の労働基準監督署に対して届出が必要であるため、違反部分については届出の段階で、労働基準監督署長から変更命令を出すことができます。

一方、就業規則と異なり、労働協約は労使間の合意により定められ、両者の代表者の署名・捺印を得るという形式を取ることから、労働協約は就業規則よりも上位規範とされており、労働協約に抵触する就業規則は、その部分に限り無効となります。

実際には、就業規則の労働条件に関する条項と労働協約における労働条件に関する条項は一致していたにもかかわらず、改定を重ねているうちに、両者の内容が合致しないという事態が生じるというケースです。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係

賃金と労働時間に関する規制

**賃金と労働時間に関する規制には、
どのようなものがありますか。**

労働基準法上、賃金とは労働の対価として使用者が労働者に支払う全てのものをいい、賃金・給料・手当・賞与等の名称の如何を問うものではありません。

また、労働の対価として支払われるものですから、使用者が任意に支払う祝金・弔慰金等は賃金とはみなされませんが、労働基準法において退職金の支払義務の定めはないものの、就業規則や労働協約において支給規定や支給基準を定めている場合には、賃金とみなされます。

なお、民法上は、賃金請求権の消滅時効は1年と定められていますが、労働基準法においては、労働者保護の観点から、賃金請求権の消滅時効を2年、退職金の消滅時効については5年と定めています。

また賃金支払には、以下の4つの原則が定められており、賃金額の保障として契約自由の原則を制限しています。

- ①通貨払い
- ②直接払い
- ③全額払い
- ④提起日払い

その他、休業手当および三六協定による時間外労働・休日労働に対する割増賃金について、使用者には支払義務が課されています。

労働時間とは、一般に労働者が使用者の明示・黙示の指示により、その指揮命令下に置かれている時間とされます。

使用者は、労働者に対し休憩時間を除き、1日につき8時間、1週間に付き40時間を超えて労働させてはならないと定められており、これを法定労働時間といい、これに対し各事業所において就業規則等で定められている時間を所定労働時間といいます。

使用者が労働者を法定労働時間を超えて労働させるには、時間外労働に関する労使協定（三六協定）を締結し、所轄の労働基準監督署に届け出なければなりません。また、三六協定があるからといって、それだけで労働者に時間外労働を命じることができるのではなく、労働協約・就業規則・労働契約等において、時間外労働および休日労働が労働契約の内容になっていることが必要とされています。