

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.659 2021.2.2

医療情報ヘッドライン

**日医会員の喫煙率が過去最低を更新
男性7.1%、女性2.1%**

▶日本医師会

**がん患者の12.9%が受療計画変更
自己判断が約4割 コロナ禍で**

▶厚生労働省 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

週刊 医療情報

2021年1月29日号

**ピアサポーター導入の
有効性訴える意見多出**

経営 TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)

(令和2年8月分)

経営情報レポート

**スタッフのモチベーションを高める
能力に応じた賃金制度の構築法**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労災保険

**過労死は業務上災害として認められるのか
通勤災害に該当する通勤途中の些細な行為**

医療情報
ヘッドライン
①

日医会員の喫煙率が過去最低を更新 男性7.1%、女性2.1%

日本医師会

日本医師会は1月27日、「2020年日本医師会喫煙意識調査報告」を発表。

男性は7.1%、女性は2.1%だった。調査は、2019年11月時点の日本医師会員の中から無作為に抽出した男性6,000名、女性1,500名の計7,500名を対象に実施。

5,588名から回答を得た。調査を開始した2000年の喫煙率は、男性27.1%、女性6.8%だったため、20年で男性が20ポイント、女性が4.7ポイント向上したことになる。

■多いのは男性が泌尿器科、女性が耳鼻咽喉科

この調査は、1999年にWHO（世界保健機関）が「医師は喫煙すべきでない」と提唱したことを受け、2000年から開始された。

日本医師会の禁煙推進活動の一環として4年ごとに実施している。調査項目は「過去および現在の喫煙状況」「使用しているたばこ製品」「喫煙に対する考え方（加熱式たばこに対する考えを含む）」のほか、「医療機関内での喫煙防止対策」「患者への禁煙指導状況」「生活習慣（飲酒、運動、睡眠、食事）」「就労状況（労働時間、休日の取得）」「抑うつ気分」「健康状態」「性、年齢、診療科目、雇用状況」の合計10項目。今回は2000年からの喫煙率の推移を明らかにするほか、会員の加熱式たばこに対する意識と使用実態を把握することを目的としている。

推移は、前述のとおり右肩下がりが続いている。年齢階級別に見ると、前回調査において男性でもっとも多かったのは40～49歳の12.4%、次いで50～59歳の12.2%、60～69歳の11.6%、20～39歳の10.8%だったが、今回もっとも多かったのは20～39

歳で9.0%。次いで40～49歳8.6%、60～69歳8.1%。初めて全階級で10%未満となっている。女性は、もっとも多いのが60～69歳で3.3%、次いで50～59歳2.3%、70歳以上2.0%。

診療科別に見ると、男性でもっとも多いのが泌尿器科で12.9%、次いで産婦人科11.9%、精神科11.6%。女性は耳鼻咽喉科6.1%、眼科4.9%、整形外科4.5%の順となっている。呼吸器科、循環器科、精神科、泌尿器科、健診科は0.0%だった。

■加熱式タバコの利用率は一般国民よりも低い

紙巻きたばこと加熱式たばこの比率だが、男性は全体の70.9%が紙巻き、32.7%が加熱式（重複回答可の設問のため、100%を超える場合あり）。ちなみに「平成30年国民健康・栄養調査」によれば紙巻き77.0%、加熱式30.6%となっており、若干ではあるが医師の加熱式たばこの使用比率が高い。女性は医師会が紙巻き83.3%、加熱式16.7%、「平成30年国民健康・栄養調査」では紙巻き84.9%、加熱式23.6%であり、女性の加熱式たばこの使用比率は低いことがわかる。

また、男女ともに「医師・患者とも喫煙すべきでない」と考える人が増加したほか、喫煙問題について十分な教育を受けていない」と考える医師が減少したことも明らかとなった。受動喫煙問題をめぐっては、2020年4月に改正健康増進法が全面施行され、医療機関は原則的に敷地内禁煙となっている。医師の喫煙は法的な規制を受けてはいないが、喫煙後30～45分間は息から有害物質が吹き出され、受動喫煙を誘引するとされる。

医療情報
ヘッドライン
②

がん患者の12.9%が受療計画変更 自己判断が約4割 コロナ禍で

厚生労働省 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

厚生労働省は1月27日に「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」をオンラインで開催。構成員の村本高史氏（サッポロビール人事部 プランニングディレクター）が、「新型コロナウイルス感染症拡大の中でのがん診療提供体制等の患者への周知に関する意見書」を提示した。その中で、昨年10月にがん患者310名を対象とした調査の結果を発表。12.9%がコロナ禍で受療計画を変更しており、治療を受けている群は26.4%が変更していることが明らかとなった。

■非治療群の自己判断変更は50.0%

この調査は、一般社団法人CSRプロジェクトが実施（CSRは「企業の社会的責任」ではなく「Cancer Survivors Recruiting、がん患者の就労」のこと。調査も就労しているがん患者を対象としている）。前述のように、治療中の3割近くが受療計画を変更していることが明らかになったことも衝撃的だが、注目したいのは自己判断で変更した人が37.5%もいることだ。さすがに治療群では14.3%と比較的少ないが、非治療群は50.0%となっており、外出自粛を守ろうとする意識や、院内感染へのおそれなどが影響しているものと思われる。

緊急事態宣言下でも通院は必要な外出・移動とされ自粛すべき対象とはなっていないが、村本氏は提示した意見書の中で「がん患者・家族の側は不安や混乱を抱え、テレビやインターネット等の情報に基づく自己判断で受療計画を変更しがちな点が少なからずあります」と指摘。さらに「患者・家族の心理的に切迫しつつある現下の状況の中で、受診控

えによるがん発見・治療の遅れや病状の進行に益々つながりかねないことを深く懸念しております」としている。

■患者・家族の情報源はテレビ、ラジオ、ネット

感染者数が急増している現在、コロナ患者受け入れ医療機関以外の医療機関は、感染拡大防止を徹底しているところばかりだ。村本氏も、「感染防止に関するこの上ない注意を払いながら、また診療体制等の何らかの制約を受けながらも、がん診療提供の継続に懸命に努めて頂いていると重々認識しております」「医療機関によっては、自施設のがん診療提供体制をわかりやすく発信している例もあります」と理解を示す。そのうえで、このような状況だからこそ、「患者・家族側の自己判断による行動に至らないよう」意見書を提示したと説明。以下の2点を要望している。

- がん診療提供体制について、患者・家族等に対しホームページ等での周知を広く行うこと
- 主治医を中心とした医療スタッフから患者・家族へ自己判断による受療の中止等を行わないよう働きかけること。

なお、これらの要望は、地域がん診療連携拠点病院や都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件に盛り込まれている「情報提供・発信に関連する事項」にそった内容でもあるとのこと。調査でもコロナ関連の情報源はテレビ、ラジオ、インターネットの順で、医療機関の情報があまり活用されていないことが明らかとなっている。命に関わる問題だけに、バイアスのかかっていない一次情報の重要性を訴える今回の要望は意義深いことではないだろうか。

医療情報
厚生労働省
検討会

ピアサポーター導入の 有効性訴える意見多出

厚生労働省は1月22日、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」（座長＝神庭重信・九州大学名誉教授）の会合を開き、地域精神医療のあり方について幅広く議論した。

この日厚労省は、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」（座長＝藤井千代・国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部長）が取りまとめた報告書を提示。精神科救急医療体制整備における取り組みを、以下の3つに整理。

▼精神科救急医療の提供に係る機能分化

▼身体合併症対応の充実

▼当事者、家族の参画

精神科救急医療の提供に係る機能分化については、機能を「平時の対応・受診前相談」「入院外医療の提供」「入院医療の提供」とし、それぞれについて課題や対応方法、考え方などを示している。さらに、櫻木章司構成員（日本精神科病院協会常務理事）が、「地域精神医療について民間病院の取り組み」と題したプレゼンテーションを行い、民間精神科病院の現状を報告した。櫻木氏は、日本精神科病院協会（日精協）会員施設の病床規模、職員数、デイケア関連の実施、入院患者の在院日数や年齢構成などの基本データを示したうえで、地域包括ケアシステムにおいて精神医療に求められるものとして、以下などを示した。

▼ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たす

▼精神科救急医療体制に参画する

▼精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資する連携の拠点機能を果たす

救急・急性期から回復期・亜急性期、重度かつ慢性までのフルラインアップが必要とし、病棟の再編が進めば、「病棟ごと」から「病棟の組み合わせ」が必要になるとの考えを示した。

議論では、「地域の課題の抽出が第一歩であり、社会資源、特にマンパワーの把握が重要」「精神科かかりつけ医と一般かかりつけ医の協議の場を設置すべき」「市町村の取り組みについては医師会なども交えて総力戦で取り組む姿勢が必要」「治療計画や診療報酬の裏付けも必要」など、さまざまな角度からの指摘や意見が出た。なかでも、「精神障害者ピアサポーター」導入の有用性・有効性を訴える意見が多く上がった。

同検討会では、年度末までに会合を2回開き、報告書を取りまとめる予定。

医療情報
厚生労働省
発表

20年の自殺者、 11年ぶりに前年上回る

厚生労働省は1月22日、「警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等」を発表した。2020年の累計自殺者数（速報値）は、前年の確定値2万169人を750人上回り、2万919人となった。自殺者数を男女別にみると、男性は前年より135人少ない1万3,943人だったのに対し、女性は前年比885人増の6,976人だった。

月別にみると、1月から6月までは前年を下回ったものの、7月以降は前年を大きく上回った。ことに10月は、前年から660人（42.9%）増の2,199人となった。

■生活苦の自殺ないようにしっかり対応

田村憲久厚生労働相は、1月26日の閣議後の記者会見で、2020年の全国の自殺者数が11年ぶりに前年を上回ったことについて「小中高生の自殺が増えている」などと言及。

コロナの影響もあると推測されるもののよく分析する必要があるとしたうえで、「原因は家庭の問題や健康問題、経済・生活の問題や学校の問題などさまざま。

経済の悪化も予想されるなか、生活に困窮する皆様に対しての対応など、生活苦によって自ら命を絶つ人々が出ないようにしっかり対応していかなければならない」などと述べた。

医療情報
厚生労働省
事務連絡

後方支援の保険医療機関 「救急医療管理加算」算定可に

厚生労働省は1月22日付で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その34）」を、地方厚生（支）局や都道府県などに宛てて事務連絡した。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）から回復したものの引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた保険医療機関については、「救急医療管理加算」（950点）を、同日以降最大90日間算定できるとした。入院の勧告・措置が解除された後、最初に転院した保険医療機関における入院日を起算日とするとした。

この取り扱いは、COVID-19から回復した後に引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関から、やむを得ない理由等により他の保険医療機関に転院した場合であっても、算定可能とした。

ただし、2回目以降の転院については、感染症法に基づく入院措置の終了後、最初に転院した保険医療機関の入院日を起算日とする。（以下、続く）

週刊医療情報（2021年1月29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。

介護保険事業状況報告(暫定) (令和2年8月分)

厚生労働省 2020年10月27日公表

概 要

1 第1号被保険者数 (8月末現在)

第1号被保険者数は、3,566万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (8月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、674.1万人で、うち男性が213.4万人、女性が460.7万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.5%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、390.5万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、86.8万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.6万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.5万人、「介護老人保健施設」が35.3万人、「介護療養型医療施設」が1.9万人、「介護医療院」が3.2万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付6月サービス分、償還給付7月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,510億円となっている。

(1)再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,997億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,368億円、施設サービス分は2,599億円となっている。

(2)再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は219億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は56億円となっている。

(3)再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

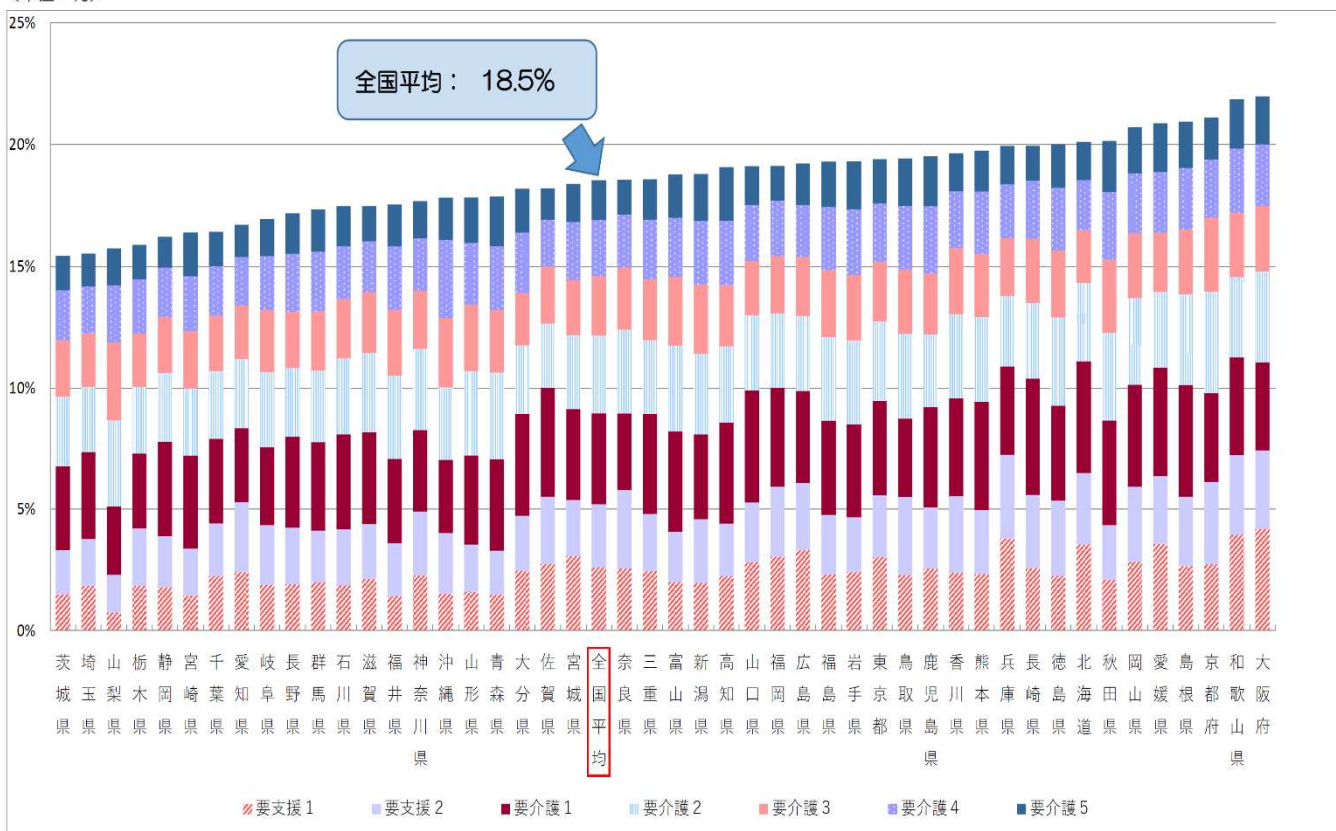
特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は271億円、うち食費分は170億円、居住費(滞在費)分は101億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

第1号被保険者一人あたり要介護(要支援)認定者割合(要支援1～要介護5)

【都道府県別】

(単位: %)



出典: 介護保険事業状況報告 (令和2年8月末現在)

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である

介護保険事業状況報告(暫定)(令和2年8月分)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

歯

科



スタッフのモチベーションを高める

能力に応じた 賃金制度の構築法

1. 歯科医院における給与制度構築の必要性
2. 職務遂行能力に基づいた処遇制度
3. スタッフの能力に応じた賃金制度の策定法
4. 業績と連動した賞与制度の構築ポイント



■参考文献

【厚生労働省ホームページ】：平成 30 年 賃金構造基本統計調査資料より
【医業セミナー】「歯科医院の賃金・賞与制度の作り方」より（講師）株式会社M & D医業経営研究所 代表取締役 木村 泰久氏

1

医業経営情報レポート

歯科医院における給与制度構築の必要性

歯科医院スタッフの給与は、過去の支給実績や他の歯科医院の求人データを参考にして決定されていたりすることが多く、賃金制度を構築し、スタッフの能力等によって給与を支給している歯科医院は少ないのが現状です。

また、厚生労働省は、「働き方改革」の実現に向けて、柔軟な働き方ができる環境づくりや賃金引き上げと労働生産性向上を掲げ、法改正に対応した労務管理の徹底を進めています。

歯科医院のスタッフのモチベーションアップには、支給される給与が重要な要素です。地域医療への貢献や医療従事者としてのやりがいだけでなく、生活の基盤となる給与の適正化・明確化は医院活性化の方法のひとつです。

本レポートでは、スタッフのモチベーションを高める賃金制度構築について解説します。

■ 給与制度構築の必要性

(1) 深刻化する歯科衛生士不足

一般社団法人全国歯科衛生士教育協議会の歯科衛生士教育に関する現状調査によると、歯科衛生士の求人倍率は 20.2 倍（平成 30 年度）となっており、平成 23 年と比較すると、6.6 倍の増加で、深刻な歯科衛生士不足となっています。

■ 歯科衛生士の就職者数・求人人数・倍率



（出典）歯科衛生士教育に関する現状調査（令和元年 5 月 一般社団法人全国歯科衛生士教育協議会）

2

医業経営情報レポート

職務遂行能力に基づいた処遇制度

一般企業では、成果主義の広がりとともに、仕事主義型人事制度が脚光を浴びるようになりました。

成果主義そのものについては、軌道修正や見直しを図る企業も出ていますが、賃金や昇格昇進の基準を「仕事」と定める方向性は、産業界でも医療界でも変わりません。

仕事主義型人事制度のひとつが職能資格制度です。開発されてからすでに 20 年以上が経過し、様々な改良が施されてきました。近年では歯科医院においても、職能資格制度を従来の年功序列制度と組み合わせて運用しているケースがあります。

■ 人事処遇の核となる職能資格制度

職能資格制度とは、「仕事の困難度・責任度などをベースとした職能資格区分を設け、各職能資格区分にごとに必要な職務遂行能力やレベルを明示した職能資格基準にもとづいて人事処遇を行う制度」と定義されています。

役職位と資格とは切り離されるので、能力の有無を問わず、勤続年数だけで役職位が与えられるものではなく、能力による資格（国家資格、民間資格とは異なる）が与えられるシステムです。

■ 職能資格制度

職能資格制度とは、職務能力を基準とした人事システムであり、
医療従事者に適用しやすい

■ 職能資格制度の考え方

(1) 職務や責任の程度に応じた給与体系

給与は、本人給（等級連動）、職能給（号俸）、職務給（業務に対する手当）、諸手当（調整手当、家族手当、扶養手当、住宅手当等）、役職手当に分かれます。等級と号俸を反映させた「本人給・職能給」と、仕事と業務内容を反映させた「職務給」を採用し、職務や責任の程度に応じた給与の支給を可能にします。

医療機関特性を考慮することで、勤務医、歯科衛生士、歯科助手、技工士、受付などの職種を設定し、それぞれの職能要件を明確にし、適正な評価が可能になります。

なお、職能等級が上がることを「昇格」、本人給が上がることを「昇給」、役職位が上がることを「昇進」と定義します。

3

医業経営情報レポート

スタッフの能力に応じた賃金制度の策定法

近年、歯科衛生士の給与が高騰しています。また、最低賃金の上昇により、受付や歯科医療事務、歯科助手の賃金も徐々に上がってきています。

そのため、一旦、賃金制度を構築しても、相場観を持って改定を行う必要があります。新たに賃金制度を策定する場合も現状に合わせて策定するのは当然ながら、将来において変更できるよう、調整を可能にしておくことが求められます。

■ 職能等級の設定

はじめに職能等級を設定します。歯科医院では、職能等級をシンプルなものに設定することがポイントです。初級、中級、上級など、各等級の能力要件を概念的に設定し、それぞれに具体的な要件を当てはめます。ただし、あまり細かく規定すると運用が難しくなるため、各等級のレベルが明確になる程度にとどめておきます。

■ 歯科医院の職能等級の設定

- 1から4等級などとして、それぞれの等級内に3～5段階の給与ランクを設定する
【設定例】
- 1等級（初級）：卒業後、3年程度
- 2等級（中級）：歯科衛生士として一人前レベル
- 3等級（上級）：後輩の指導や部門の統括など、院長の補佐ができるレベル
- 4等級（特級）：主任歯科衛生士など幹部クラス

■ 昇格の考え方と給与水準の設計

職能資格制度による昇格は、1等級（初級）から2等級（中級）は基礎能力によるものであるため、勤務年数2～3年で昇格させます。3年目の賃金を高めに設定し勤務継続につながるようにします。2等級（中級）以上の昇格には、各人の能力や意欲、研修への取り組み等から判断し、特に3等級（上級）には優秀者だけを昇格させます。

- 2等級、3等級には全員が昇格できるわけではない。10人に1人くらいの優秀者だけを昇格させ、幹部に登用する
- 昇格には最低3年～5年程度の期間がかかることを伝えておく
→ 一つの等級は最短3年で昇格できる期待感を確保する
- 昇格にあたっては、そのスタッフの能力と意欲、そして他のスタッフとのバランスを勘案する
- 特に、誰もが「あの人なら昇格しても当然」と認めることが重要である。その意味で対象者に対するスタッフ間の評価を把握しておく必要がある

4

医業経営情報レポート

業績と連動した賞与制度の構築ポイント

賞与は、職務遂行の動機付けの手段として最大の効果を発揮します。頑張った人、努力した人に報いる意味は大きいものです。

ただし、スタッフ間では金額や評価・査定をお互いに確認することが多いので、職能資格制度に基づく賞与基準による支給であるということをスタッフに理解してもらい、慎重に運用する必要があります。

■ スタッフのモチベーションを上げる賞与制度

歯科医院では、求人の際に賞与の支給基準を明記して募集していることがあります。

一方で、人事評価は行わずに固定月数で支給している医院が多いのが現状です。

しかし、これではスタッフの動機付けは困難であり、固定費として経営を圧迫する要因となってしまいます。

賞与は、歯科医院の業績と人事評価結果に連動する方法で支給する工夫が必要です。

(1) 業績に連動させる際の留意点

職能資格制度による賞与は、経營業績に連動させるのが一つの特長であり、経營業績が上がれば全体の支給額を増やし、悪化すれば全体支給額を減らすため、人件費を変動費化することができます。

しかし、業績が悪いからといって賞与支給をゼロにすると、優秀なスタッフから退職してしまう可能性があり、「業績に連動する配分割合」と「最低保証の配分割合」を設定する必要があります。

また、「経營業績に貢献した人に報いる」という考え方にに基づき、経營業績が下がると配分原資が減少しますが、そのなかで頑張った人に厚く報いることで戦力の温存を図ります。

(2) 賞与支給額の計算方法

年間賞与予算は、収入に対する人件費率を算定しておき、総人件費枠から給料の支払い額を控除して設定しておきます。

各人の最低保証賞与は、基本給に一定月数を乗じた金額で設定します。

年間賞与予算から最低保証賞与を控除した金額が、職能資格制度による賞与総額となります。

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: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

過労死は業務上災害として認められるのか

先日、職員が院内で仕事中に急に意識を失い、脳出血で死亡してしまいました。このような場合、過労死として労災認定されるのでしょうか？

このようなケースでは、業務上災害と認定される場合があります。

過労死とは、過重労働等が原因で脳血管疾患や心臓疾患を起こして死亡するもののことをいいます。

近年、過労死が大きな社会問題となり、平成7年に新たな過労死の認定基準として「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」が設けられています。

この認定基準によると、次の要件を満たす脳血管疾患及び虚血性心疾患等については、業務上災害として認められることになりました。

■ 取り扱う疾患 脳血管疾患

脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、虚血性心疾患、一次性心停止、狭心症、心筋梗塞、解離性大動脈瘤、不整脈による突然死

■ 認定要件

(1) 次に掲げるイまたはロの業務による明らかな過重負荷を発症前に受けたことが認められること。

イ. 発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る、異常な出来事（業務に関する出来事に限る）に遭遇したこと。

ロ. 日常業務に比較して、特に過重な業務に就労したこと。

(2) 過重な業務負荷を受けてから症状の出現までの時間的経過が、医学上妥当なものであること。

なお、近年、過労死に対する国の基準が見直されつつあることから、国の動向について注意が必要です。

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

通勤災害に該当する 通勤途中の些細な行為

通勤途中の自動販売機でタバコを買っていた時、
後ろから来た自転車に追突され負傷しました。
この場合は通勤災害になるのですか？

通勤の途中で行う些細な行為は、原則として逸脱・中断として扱われません。したがって、その他の要件を満たしている場合には通勤災害として扱われます。

労働者災害補償保険法では、「往復の経路を逸脱し、又は中断した場合」には、通勤災害に該当しないとされています。逸脱とは、通勤の途中で就業や通勤と関係のない目的で合理的な経路をそれることをいい、中断とは、通勤の経路上で通勤と関係ない行為を行うことをいいます。

しかし、通勤の途中で逸脱又は中断があるとその後は原則として通勤とはなりませんが、これについては法律で例外が設けられており、日常生活上必要な行為であって、労働省令で定めるものをやむを得ない事由により最小限度の範囲で行う場合には、逸脱又は中断の間を除き、合理的な経路に復した後は再び通勤となります。

通勤の途中で些細な行動をとるのはよくあることで、こうした行為をしている間に被った災害を労災保険の保険給付の対象としないということは、労働者にとっては大きな不利益となってしまいます。こうしたことから行政通達では、次のような些細な行為は逸脱・中断として扱わないことにしています。具体的には次のような行動が該当します。

- (1) 経路の近くにある公衆便所を使用する場合
- (2) 帰途中に近くにある公園で短時間休息する場合
- (3) 経路上の店で、タバコ、雑誌等を購入する場合
- (4) 駅構内でジュースの立ち飲みをする場合
- (5) 経路上の店で喉の渇きをいやすためごく短時間、お茶などを飲む場合
- (6) 経路上で商売している大道の手相見、人相見に立ち寄ってごく短時間手相や人相をみてもらう場合
- (7) その他これに準ずる行為をする場合