週刊WEB
医業経営 MAGAZINE
Vol.736 2022.8.30

医療情報ヘッドライン

オンライン資格確認、推進体制を強化
「運用開始状況」の地域格差解消のため

▶厚生労働省　社会保障審議会　医療保険部会

特定行為研修の役割を見直しへ
「医師の働き方改革」での活用も視野に

▶厚生労働省　医道審議会 保健師助産師看護師分科会

週刊 医療情報

2022年8月26日号

「全ゲノム解析等実行計画2022」を了承

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告
（令和4年3月分概数）

経営情報レポート

個別指導のルールや仕組みを正しく理解
厚生局による指導・監査の状況と対応策

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

労災の認定判断ポイント
入職前研修中の怪我の労災

発行:○○○○○○会計事務所

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 ❶

オンライン資格確認、推進体制を強化 「運用開始状況」の地域格差解消のため

厚生労働省　社会保障審議会　医療保険部会

厚生労働省は、8 月 19 日の社会保障審議会医療保険部会で、オンライン資格確認の推進体制を強化する方針を示した。各都道府県単位で地方厚生局、支払基金支部、国保連に担当者を置き、「オンライン資格確認の普及に向けた連携会議」を設置。医療関係団体や医療機関・薬局へ強く働きかけるとした。

オンライン資格確認は 2023 年 4 月から原則義務化される予定だが、顔認証付きカードリーダー（以下、カードリーダー）の申込数が伸び悩んでいることに加え、「運用開始状況」に地域格差があることが明らかになったため、体制強化に乗り出した格好だ。

■診療所は医科・歯科とも運用開始が2割未満

患者がどの医療保険に加入しているか、医療機関で確認できるオンライン資格確認。従来は、レセプト請求後に返戻されるまで資格喪失の確認ができなかった。そのため、事務負担が大きく未収金リスクもあったが、オンライン資格確認ならばそうした課題が解消される。医療機関にとっては大きなメリットとなるはずだが、導入は遅々として進んでいない。8 月 14 日時点で運用開始施設数は全医療機関（病院、医科診療所、歯科診療所、薬局）の 3 割に満たない 26.8%。これを都道府県別および施設類型別に見ると、状況はより深刻であることがわかる。

病院は最下位の茨城が 25.9%、次いで東京 31.4%、大阪 32.6%、福岡 35.6%、千葉 36.1%と全体平均よりも多いが、医科診療所は最も進んでいる宮崎で 29.3%（次いで鹿児島 28.7%、富山 28.1%）。最下位の島根は 12.4%にとどまっている。それどころか、20%を割っているのが 24 都道府県と半数以上を占め、全体でも 18.1%と至って低調。歯科診療所も、上位の宮崎、鳥取こそそれぞれ 50.2%、45.2%だが全体では 18.8%だ。なぜここまで進まないのか。

理由の 1 つは、導入のプロセスが複雑なことだ。カードリーダー自体は無償で提供されるが、厚労省の「オンライン資格確認ポータルサイト」でアカウント登録をし、カードリーダーを認定 4 機種の中から選定・申し込みをしてからシステムベンダーに別途発注。

その後、機器受取・設定、運用テストなど運用準備を重ねて、ようやくスタートできる。

システムベンダーとのやりとりも 1 度や 2 度では済まないため、日常業務に追われ、人手も十分とはいえない診療所の導入が遅れているのもうなずけよう。

■医療DXの基盤のため早急な整備が必要

しかし、政府・厚労省としてはこの状況に手をこまねいているわけにはいかない。オンライン資格確認は、医療費抑制効果も期待される「医療 DX」の基盤となるからだ。

マイナンバーと紐づけた健康保険証（マイナ保険証）を通じ、医療機関や薬局が特定健診情報や薬剤情報、医療費通知情報を閲覧できるようにすることで、質の高い医療につなげようというわけだが、基盤が固められなければ絵に描いた餅となる。厚労省は都道府県のみならず、市区町村別の運用開始状況の公表も開始しており、とりわけ診療所への働きかけが強まるのは間違いなさそうだ。

医療情報ヘッドライン②

特定行為研修の役割を見直しへ 「医師の働き方改革」での活用も視野に

厚生労働省　医道審議会 保健師助産師看護師分科会

厚生労働省は、8 月 22 日の医道審議会保健師助産師看護師分科会の「看護師特定行為・研修部会」で、特定行為研修の役割を見直す方針を示した。在宅医療に限らず、高度急性期への対応や、2024 年 4 月に開始する「医師の働き方改革」を受けて医師からのタスク・シフト／シェアを強めるのが狙いだ。

■医師や病棟看護師の負担を軽減する効果も

医師法によって、医療行為は医師のみが行えると定められている。しかし、特定行為と呼ばれる 21 区分 38 行為は、特定行為研修を修了すれば看護師も行うことができる。

この研修制度は、いわゆる「2025 年問題」を見据えて 2015 年 10 月に創設された。

2025 年問題とは、日本の最大人口ボリュームである団塊の世代が 2025 年に全員 75 歳以上となり、在宅医療や訪問看護のニーズが急増すること。医師だけでは「手が足りない」状況に陥ることが予想されるため、2025 年度までに約 10 万人の「特定行為研修修了看護師」の養成をめざしてきた。

ところが、医療を取り巻く環境は予想外の変化を見せる。1 つはコロナ禍だ。人工呼吸器や ECMO など、集中治療を要する重症患者に対応するため、高度な知識と技術を持つ看護師の確保が急務となった。

もう 1 つが「医師の働き方改革」である。

勤務医の時間外労働に上限を設けるため、その“穴埋め”をしなくてはならないが、特定行為研修修了者の配置が有効だとわかってきた。

148 床の二次救急拠点病院で、消化器外科に 3 名の特定行為研修修了者を配置したところ、配置前に比べて医師による 1 週間あたりの指示回数が 500 回近く減少。しかも、病棟看護師の月平均残業時間も 4 割以上減った。

500 床以上の特定機能病院で心臓血管外科に 2 名を配置したケースでは、医師 1 人あたりの年間平均勤務時間が約 445 時間も減っている。

適切に修了者を配置することで、効率的かつ質の高い医療を実現できるというわけだ。

■半数近くが研修受講費を自己負担している

他方で、特定行為研修には課題も多い。大きいのは、医療機関側の「理解」の不足だ。

厚労省の調査では、就業先で特定行為を実施していない修了者が 31.6%にのぼった。

理由で最も多かったのが「修了者が活動できるような体制がない」で 52.8%。

そして、実施にあたって困難に感じていることとして「特定行為研修制度について周知すること」が 53.6%、そのほか「修了者自ら手順書を作成しなければならない状況がある」（38.3%）、「医師の理解を得られない」（25.4%）などが理由に挙がっている。

職場の理解が足りないため、半数以上（51.9%）が「研修と仕事の両立が難しい」と感じ、45.3%が研修受講費を自己負担している事実も見逃せない。2022 年 3 月現在で修了者数が未だ 5,000 人にも届かないのは、そうしたいくつもの課題があるからだ。

ただ、今回それらが改めて問題視されたことで、診療報酬でもより手厚く評価される可能性が出てきたのではないか。

ビズアップ週刊 医療情報
2022年8月26日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
厚科審
専門委員会

「全ゲノム解析等実行計画2022」を了承

厚生労働省は８月19日、「厚生科学審議会科学技術部会全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」（委員長＝中釜斉・国立がん研究センター理事長）の会合を開き、厚労省が示した「全ゲノム解析等実行計画 2022（仮称）」（案）を大筋で了承した。今後、「厚生科学審議会科学技術部会」（部会長＝福井次矢・東京医科大学茨城医療センター病院長）での議論を経て、正式に取りまとめる方針。

実行計画は、対象患者や実施体制について方向性を具体化したほか、患者還元・利活用等に係る運営方針や倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）、患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）に係る事項についても幅広く記載している。

全ゲノム解析等の対象患者については、既存の医療では診断困難、もしくは根治の可能性が低いが、全ゲノム解析やマルチオミックス解析等を用いることで、より精度の高い診断・治療に係る効果が見込まれる患者とした。がん・難病の全ゲノム解析については、2019 年から21 年度にかけて約１万9300 症例（がん領域約１万3800 症例、難病領域;約5500 症例）の解析を行い、22 年度には新たに同意を得た患者について約 4500 症例（がん領域：約2000 症例、難病領域：約2500 症例）の解析及び患者還元を予定している。

事業実施の基本的な方向性については、厚労省の設置する専門委員会で決定し、事業実施組織がその具体的な運用を担うことを想定している。医療機関やシークエンス企業、解析・データセンター、さらには産業界やアカデミアとも連携しつつ、患者還元やデータ利活用の促進を図ることとしている。時期についてはこれまで、23 年度中に事業実施組織を構築するとしていたが、これを25 年度発足に変更した。

患者還元が可能な情報およびその還元方法については、以下として整理している。

▼研究・創薬等における成果に関する情報：医薬品開発による新規治療法等の提供
▼日常診療に導入できる情報：医学的意義が明確な情報の提供と適応がある場合の診断・治療等の提供など
▼新たな個別化医療等に関する情報：臨床研究、治験等への参加機会の提供

また、事業目的の達成に向けては、以下の３つの基本戦略によって、がんや難病等の克服を目指す。

▼全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬等に活用するための基本戦略
▼早期に日常診療へ導入するための基本戦略
▼新たな個別化医療等を実現するための基本戦略

医療情報②
厚生労働省
検討会

「議論の整理」案を大筋で了承

～仮名加工情報の保護と利活用に関する検討会

厚生労働省は８月 19 日、「医療分野における仮名加工情報の保護と利活用に関する検討会」（座長＝森田朗・東京大学名誉教授）の会合を開き、６ 回に渡り議論してきた内容や、関係団体からのヒアリングなどをまとめた「これまでの議論の整理」を大筋で了承した。

「これまでの議論の整理」（案）では、以下の項目で論点を取りまとめている。

▼医療情報の性質と現行法制上の課題
▼本人・国民の理解促進に向けた取り組み
▼仮名化された医療情報の二次利用のあり方
▼その他

これに対し、山口育子構成員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）は、「これまでの議論が網羅的にまとめられている」と評価。「医療情報の利活用に関する同意については同意した本人が『何に』同意をしたのか真に理解していない場合もあるとの指摘もある」との記載に対し、「国民からすると、自分の医療の専門性と情報の利活用やセキュリティ上の専門性の二重の難しさがある」と指摘した。

宍戸常寿構成員（東京大学大学院法学政治学研究科教授）は、本人・国民の理解促進に向けた取り組みに関して、「周知啓発は簡単なものではない。新しい仮名化情報の利活用と、『次世代医療基盤法』見直しの周知を一体でやってはどうか」と提案した。長島公之構成員（日本医師会常任理事）も、「本人の理解促進に加えて医療機関・医療者側の理解が必要だ。その時に『次世代医療基盤法』と一体的に理解促進をしないと現場で混乱が起きる」と強調。さらに、「本検討会における議論は、多くの部分において『次世代医療基盤法』の見直しがどうなるか、方向性がいつごろ決まるのかで大きく影響を受ける。そこを見ないと次のステップに進めないのではないか」と指摘した。

森田座長は「これまでの論点が広く大きく及んでおり、この検討会で何を議論して、最終的に何を出すのか、今回の整理で現時点での着地点として取りまとめたい。次回以降の議論においては、『次世代医療基盤法』の改正に資する結論に限定するのか、あるいは、より広く医療情報に関する法制度の原則についても言及するのか、そうした議論ができるよう整理してもらいたい」と締めくくった。

週刊医療情報（２０２２年８月２６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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

病院報告
（令和4年3月分概数）

厚生労働省　2022年6月24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4年3月	令和4年2月	令和4年1月	令和4年3月	令和4年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 142 895	1 155 264	1 153 902	△ 12 369	1 362
精神病床	265 816	267 867	268 470	△ 2 051	△ 603
感染症病床	10 825	16 202	7 548	△ 5 377	8 654
結核病床	1 020	1 111	1 122	△ 91	△ 11
療養病床	241 359	242 360	243 151	△ 1 001	△ 791
一般病床	623 876	627 724	633 610	△ 3 848	△ 5 886
外来患者数	1 312 779	1 224 547	1 167 384	88 232	57 163
診療所					
在院患者数					
療養病床	2 726	2 797	2 820	△ 71	△ 23

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4年3月	令和4年2月	令和4年1月	令和4年3月	令和4年2月
病院					
総数	74.8	75.8	77.1	△ 1.0	△ 1.3
精神病床	81.9	82.1	82.6	△ 0.2	△ 0.5
感染症病床	410.3	812.6	737.2	△402.3	75.4
結核病床	24.7	27.1	29.1	△ 2.4	△ 2.0
療養病床	85.4	85.1	85.9	0.3	△ 0.8
一般病床	68.3	69.3	71.2	△ 1.0	△ 1.9
診療所					
療養病床	45.4	46.3	47.0	△ 0.9	△ 0.7

注１）　月末病床利用率　＝ $\dfrac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}}$ ×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。

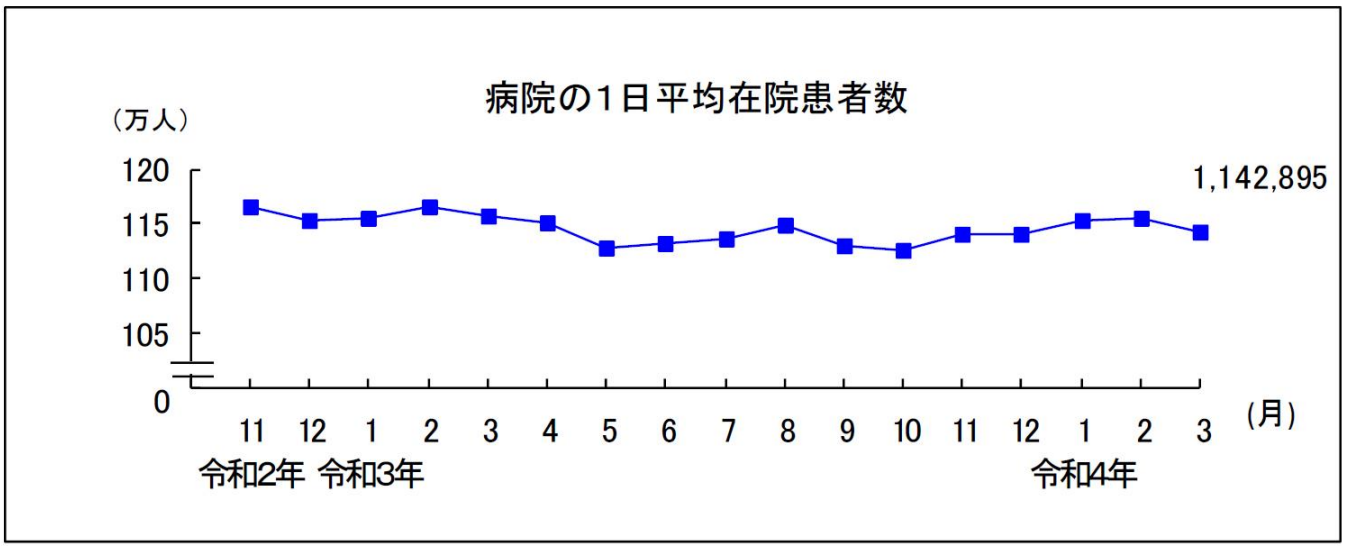
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和４年３月	令和４年２月	令和４年１月	令和４年３月	令和４年２月
病院					
総数	27.3	28.9	28.7	△ 1.6	0.2
精神病床	265.9	297.0	299.8	△ 31.1	△ 2.8
感染症病床	10.4	10.4	7.3	0.0	3.1
結核病床	40.7	40.2	48.8	0.5	△ 8.6
療養病床	120.9	130.4	136.2	△ 9.5	△ 5.8
一般病床	16.3	17.4	17.2	△ 1.1	0.2
診療所					
療養病床	87.8	102.0	108.3	△ 14.2	△ 6.3

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

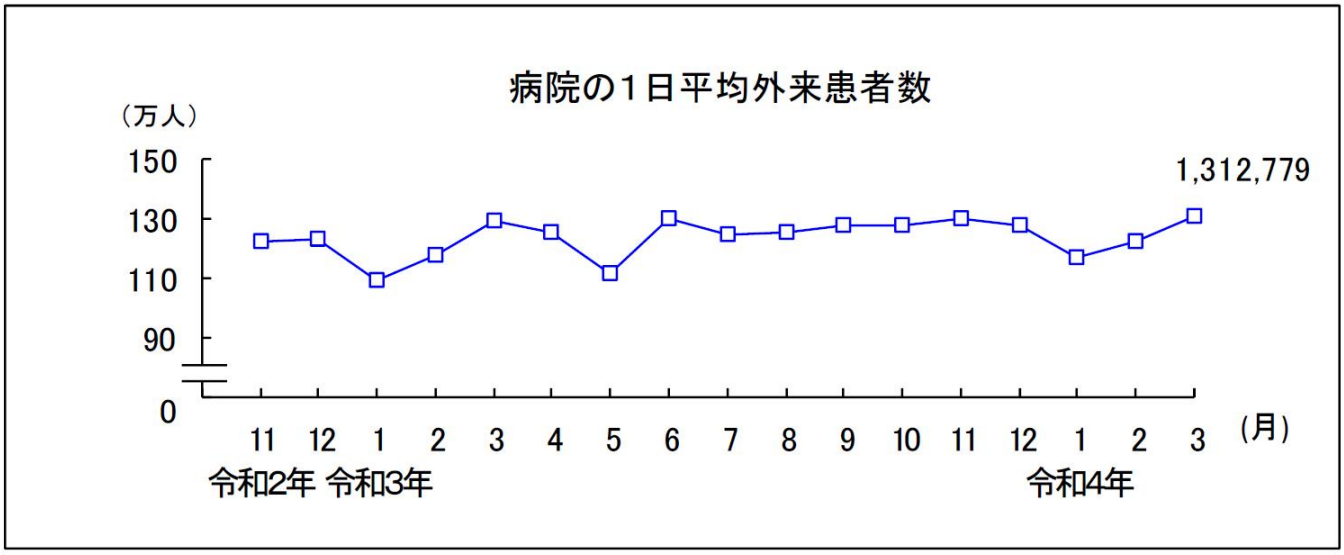
ただし、療養病床の平均在院日数 ＝ $\dfrac{\text{在院患者延数}}{\text{1／2}\left(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数}\right)}$

◆病院：1日平均在院患者数の推移

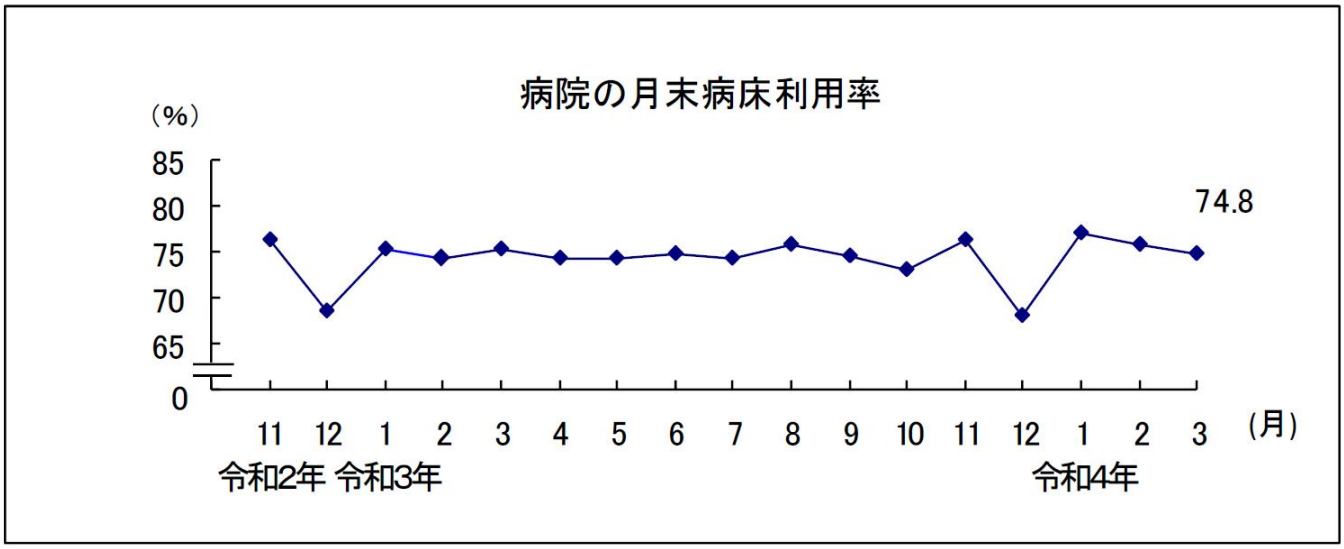


注）数値は全て概数値である。（以下同）

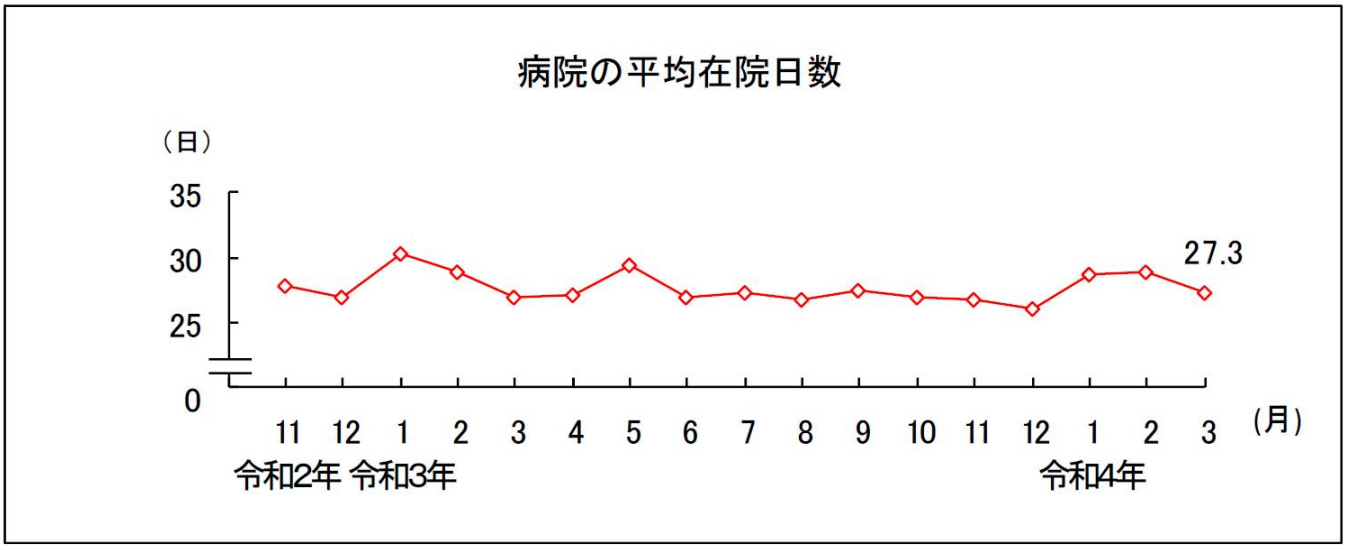
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和４年３月分概数）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。

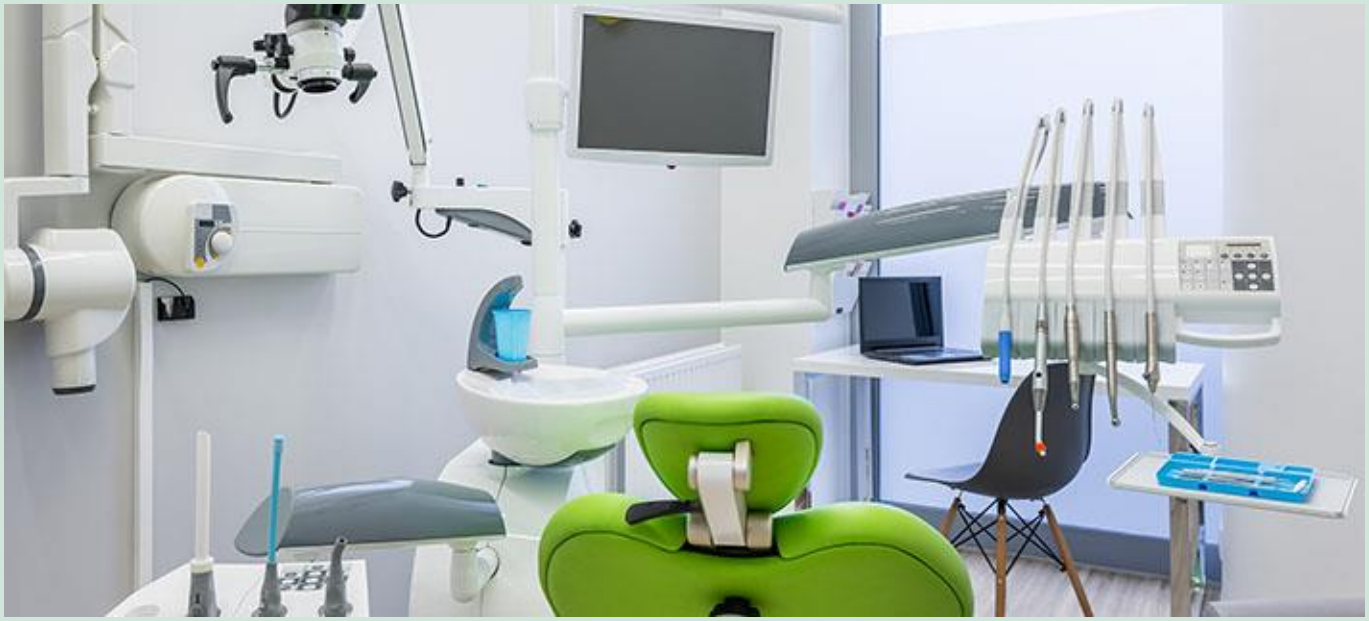
経営情報レポート
要約版

歯科医院

個別指導のルールや仕組みを正しく理解

厚生局による指導・監査の状況と対応策

1. 歯科医院への指導・監査の実施状況
2. 指導・監査の目的とその概要
3. 返還・取り消しとなる不正請求事例
4. コンプライアンスの確立による不正防止策



■参考資料

【厚生労働省ホームページ】：保険医療機関等の指導・監査等の実施状況
保険診療の理解のために（歯科）令和４年度　　**【各厚生局ホームページ】**：平均点数

1 医業経営情報レポート
歯科医院への指導・監査の実施状況

都道府県厚生局の歯科医院への指導・監査は、法令に則った保険診療、診療報酬請求を歯科医に周知徹底させるためのものです。個別指導にとどめ、監査に至らないようにすることが重要ですが、監査に至ってしまった場合は、その結果により診療報酬の自主返還や監査、そして保険医・保険医療機関の取り消しなどの行政処分がなされることから、厚生局から個別指導の実施通知が届くと、院長の心理的な負担は相当なものとなります。

不適切な診療報酬請求をしていた場合は、それが故意ではなく過失によるものであっても、ケースにより、５年間の保険医・保険医療機関の取り消しなどの行政処分の対象となります。そのため、指導・監査への対応の失敗は、歯科医院の経営破綻に直結します。院長は指導・監査の状況を把握し、指導・監査を受けないような診療と診療報酬請求を行う必要があります。

■ 厚生労働省　実態調査データ

(１)返還請求　令和元年は108億円超、令和2年は59億円超

厚生労働省「保険医療機関等の指導及び監査の実施状況」で保険医療機関等から診療報酬の返還を求めた金額は、令和元年度が 108 億 7,355 万円で、令和２年度では 59 億 5,925 万円となっています。

令和元年後半から令和２年以降はコロナ禍の影響もあり、個別指導を控えていました。これによる減少が大きな要因となっており、電子カルテやレセコンが普及し、かつ厚生局では開業時の初期指導も行っているにかかわらず、大幅な減少には至っていません。

■保険医療機関等から診療報酬の返還を求めた金額

年度	指導から	適時調査から	監査から	合計
令和元年度	34億2,498万円	50億4,652万円	24億205万円	108億7,355万円
令和2年度	28億6,594万円	26億872万円	4億8,459万円	59億5,925万円

取り消しの特徴として、架空請求・付増請求・振替請求・二重請求がそのほとんどを占めており、保険医療機関取り消しに係る発端として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者等からの通報が 12 件と取消件数の半数以上を占めていることが報告されています。

■令和2年度の取り消しの状況

区分	件数
保険医療機関等の指定取消	11件（令和元年度11件）
保険医療機関の指定取消相当	8件（令和元年度10件）
保険医等の登録取消	18人（令和元年度14人）
保険医等の登録取消相当	0人（令和元年度1人）

2 医業経営情報レポート 指導・監査の目的とその概要

指導・監査の対象となる場合は様々で、新規指定の保険医療機関等については、概ね１年以内にすべてを対象として集団指導が実施されるほか、１件当たりの平均点数が高い順に選定される集団個別指導などがあります。

■ 指導の実施形態と監査の対象

（１）指導の形態と対象医療機関選定基準

指導の目的は、保険診療の質的向上及び適正化を図ることにあります。よって、保険診療の取扱い及び診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼としており、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、各医療機関は、円滑な実施に努めることとなっています。

■指導形態

①集団指導

②集団的個別指導

③個別指導　・都道府県個別指導　・共同指導　・特定共同指導

各指導の選定基準については、各都道府県によって多少の違いはありますが、概ね以下のとおりです。

■集団指導の選定基準

●新規指定の保険医療機関等については、概ね１年以内にすべてを対象として実施する。

●診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

■集団的個別指導の選定基準

●保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書の１件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。）について１件当たりの平均点数が高い順に選定する。

●１件当たりのレセプトが、概ね都道府県平均よりも高い病院にあっては1.1倍以上、診療所にあっては1.2倍以上の医療機関。これらの医療機関のうち、上位８%に相当する医療機関。

●集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

3 医業経営情報レポート
返還・取り消しとなる不正請求事例

保険医療機関等の診療内容または診療報酬の請求について、不正または著しい不当が疑われる場合等において監査が行われます。

監査の終了後に、診療報酬の返還命令や取消処分の場合は聴聞手続きを経た上で、必要な措置（取消処分・戒告・注意）がとられます。

返還命令や取り消し処分になった不正内容について、院長は十分熟知し、自院での状況を把握し、予防策を取る必要があります。

■ 架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求事例

保険医療機関等名	K歯科医院　　令和元年指定取消
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求 （返還金額 10,235千円）
不正の内容等	**1. 監査に至った経緯** 〇厚生支局△事務所に対し、市役所から送付された医療費通知に、受診していない記録が含まれている旨の情報提供があり、個別指導を実施したところ、架空請求及び二重請求を認める発言があり、さらに患者調査を実施した結果、不正な診療報酬請求を行っている疑義が生じたことから、個別指導を中止し、監査を実施した。 **2. 監査結果** ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険適用外である診療に係る費用を患者から受領しているにもかかわらず、保険適用である診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険適用外である診療を、保険適用である診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 **3. 処分等　令和元年保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消**

4 医業経営情報レポート コンプライアンスの確立による不正防止策

院内のコンプライアンスを、院長以下スタッフ全員での意思統一することが一番の不正予防につながります。診療報酬請求の根拠は、診療録（カルテ）にあります。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、不正請求の疑いを招く恐れがあります。

開設者、管理者として自院のコンプライアンスを徹底し、不正請求の無いように、疑いをもたれないようにすることが不正防止策の基本です。

■ コンプライアンスを徹底するための体制作り

（１）レセプトの請求内容や施設基準の要件を的確に把握する

毎月のレセプトの内容をチェックし、不正あるいは不正と誤認されるような内容がないか、管理者自らが確認することが必要です。すべてのレセプトを確認する必要はありませんが、主要治療について、その手技や医療材料などが適性に選択され使用されているかといった、いわゆる管理者点検を行うことは重要なことです。特に勤務歯科医師については、レセプトのすべての源はカルテ及び処方箋であることを十分に認識させ、しかるべき記載や署名を徹底していただくためにも定期的なカルテ監査なども機能させるべきです。

また、医療法の観点から、国家資格者不足のチェック機能を確立し、維持継続させることも必須要件ですし、施設基準についてもその要件をクリアしているかどうかチェックできる仕組みを作り、これらの情報を一元的に管理し余裕をもった体制の整備が必要です。

（２）支払機関や保険者・事務局への協力体制を強化する

支払基金や連合会はもちろんのこと、保険者からの問い合わせや、あるいは毎月の返戻や査定について、適切に処理するとともに、再審査請求などで先方へ分かりやすい症状詳記を添付するなど、協力体制をアピールすることが肝要です。

特に査定の多い保険者については、その状況について直接支払い機関や事務局に確認するなどして熱心な医療機関であることを意識させることも重要です。

（３）職員への研修体制を強化する

コンプライアンスの重要性について広く職員に浸透させる仕組みが求められます。

例えば今回紹介したような取り消しに至った不正に関する事例などを、リスクマネジメント研修会などで取り上げ、問題意識を持たせるとともに、管理者自らが体制整備を進めることに意欲的であることを知らしめることが大切です。

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：労務管理 ＞ サブジャンル：労災保険

労災の認定判断ポイント

職員がパソコン入力業務で腱鞘炎になり、労災申請を希望していますが、私生活でもパソコンを使用しています。労災に該当する判断ポイントを教えてください。

労災認定の判断は、貴院ではなく行政官庁（労働基準監督署）が行うものです。膨大な量のデータ入力等をパソコンで操作している事務職員の中には、これによって肘に強い痛みなどの症状が出て、腱鞘炎という診断を受けるケースもあります。

医療機関の事務作業場においては、労災として認定される傷病が発生するのは想像しにくいかもしれませんが、職員が労災申請を希望する場合は、貴院としては、傷病に至るまでの経過と事実関係を可能な限り証明してあげることが望ましいでしょう。

■労災認定のポイント～業務災害に該当するケース

労災保険では、業務災害及び通勤災害を保護の対象としており、このうち業務災害とは、労働関係から生じた災害、すなわち労働者が労働契約に基づいて使用者の支配下において労働を提供する過程で、業務に起因して発生した災害をいいます。

「業務遂行性」とは、労働者が使用者の支配下にある状態をいい、業務に起因することを「業務起因性」といいます。業務遂行性がなければ業務起因性も成立しない一方で、業務遂行性があれば必ず業務起因性があるとは限りません。

（1）業務遂行性	事業主の支配下で被災した傷病であるかどうか （＝院長又は上司指示業務か否か）
（2）業務起因性	業務に起因して災害が発生し、これが原因となって傷病等が発生したという相当因果関係があるかどうか（＝自院で定められた業務が原因になっているか否か） ①労働の場（＝院内・関連施設等）に有害因子が存在していること ②健康障害を起こしうるほどの有害因子にばく露していたこと ③発症の経過および病態

なお、労災の申請が却下された場合には不服申立（審査請求）を行うことができます。また、審査（一審）の決定に不服があるときには、不服申立（再審査請求）を行うことができます。

さらに、再審査（二審）の裁決に不服があるときには、裁判所に対して不服申立（訴訟）を行うことができます。いずれも申立期間が限られていますから、期限に対する注意が必要です。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：労務管理 ＞ サブジャンル：労災保険

入職前研修中の怪我の労災

採用内定者全員を対象に、入職前研修を行いたいのですが、仮に、この研修中に採用内定者が怪我をした場合、労災扱いとなるのでしょうか？

内定者の入職前研修中の事故が労災となるか否かについては、まず研修参加者に労働者性があるかどうかが問題となりますが、労働者性があるかどうかは下記２点を検討し、判断されます。

（１）労務の提供がなされているかどうか
（２）労務の提供に対する報酬が支払われているかどうか

当該研修が業務知識を身につけさせることを目的としたものであること、また、参加が義務づけられていることからみると、研修中労務の提供がなされており、賃金の支払いが必要と考えられます。

したがって、当該研修への参加者には労働者性があると解されます。

次に、労災保険が適用されるためには、第２の要件として下記２点を満たすことが必要です。

（１）労働者が災害発生時に使用者の指揮監督下におかれていること（業務遂行性）
（２）研修と災害との間に相当の因果関係があること（業務起因性）

例えば、研修終了後の自由時間に事故に遭った場合は、業務遂行性、業務起因性ともに認められませんが、担当者に従って院内を見学中に階段を踏み外したり、実際に簡単な機器の操作をしているときに、誤って手を負傷してしまったりした場合などは、この２つの要件を満たすものと考えられます。

したがって、当該研修中に発生した事故に、業務遂行性と業務起因性の両方が認められれば、労災保険から給付を受けることができるでしょう。

なお、上記のような研修への参加の往復の時間は通勤に準じたものと考えられますので、その途上で災害に遭った場合には、指定された経路を途中で逸脱していない限り、通勤災害として扱われることになります。