

週刊WEB

医療 経営

MAGA
ZINE

Vol.781 2023.7.25

医療情報ヘッドライン

**自治体病院23%が宿日直許可未取得
現状は「許可を取りたくても取れない」**

▶ 全国自治体病院協議会

**紹介事業者の認定基準を厳格化
半年以内の離職は手数料を返戻**

▶ 厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

週刊 医療情報

2023年7月21日号

**医療法人の経営データ、
地域別集計など検討へ**

経営TOPICS

統計調査資料

**介護保険事業状況報告（暫定）
（令和5年2月分）**

経営情報レポート

**マイナカードと健康保険証の一体化！
オンライン資格確認とレセコンの活用法**

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

**腰部に関する労災認定について
通勤途中に怪我をした場合の認定**

発行: 税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

自治体病院23%が宿日直許可未取得 現状は「許可を取りたくても取れない」

全国自治体病院協議会

全国自治体病院協議会は、7月13日に「2024年4月施行を見据えた医師の働き方改革の取組状況に関するアンケート調査」の結果を公表。回答した病院の23%が宿日直許可を取得していないことがわかった。

宿日直許可を取得していない理由として最も多かったのは「労働基準監督署の許可が取れない」（38.7%）。労働基準監督署の許可を取るには「常態としてほとんど労働することがないこと」などの要件をクリアしなくてはならないため、許可を取りたくても取れない現状が浮き彫りとなった形だ。

■未取得の原因で最多は

「患者対応で睡眠が取れない」

今回の調査は、今年3月から5月にかけて全国858の自治体病院を対象に行われた（有効回答数は245）。宿日直許可の取得状況を見ると、「宿日直を行っている全ての診療科で許可を取っている」が41%、「全く取っていない」が前述のように23%だった。

申請中以外の病院で、取得できない原因を見ていくと、最も多かったのが「患者への対応等により十分な睡眠が取れない」で76%。

宿直勤務は週1回と決まっていることから、「医師1人当たりの宿日直回数」を原因に挙げている病院は48%だった。

そもそも労働基準法において「宿日直勤務」とは、「常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるもの」であり、行うには労働基準監督署の許可が必要だ。ちなみに厚生労働省が公表している「医療機関における宿日直許可について」の資料には、許

可の条件として、以下が挙げられている。

- ①常態としてほとんど労働することがないこと
- ②通常の労働の継続ではないこと
- ③宿日直手当額が同種の業務に従事する労働者の1人1日平均額の3分の1以上であること
- ④宿日直の回数が、原則として宿直は週1回、日直は月1回以内であること
- ⑤宿直について相当の睡眠設備を設置していること

■宿日直許可のない病院への

医師派遣に影響も

従来の医療機関における宿日直は、これらの要件を満たしたものだとはとてもいえなかっただろう。そもそも、入院患者の急変に対処できるよう24時間365日体制をとらなくてはならないうえ、救急対応などは到底「ほとんど労働することがない」状態とはいえない。

しかし、宿日直許可をとらなければ、時間外労働としてカウントされてしまうため、上限超えのリスクを抱えることになる（宿日直許可をとれば、断続的な宿日直勤務も労働時間規制の適用から除外される）。そうになると、困るのは医師だ。多くの病院の宿日直は、大学の医局や他の病院からの派遣で成り立っている側面もあるため、宿日直許可がないところからの派遣要請を拒まざるを得ない場合だってあるだろう。宿日直許可を得ていない医療機関への医師派遣が抑制されれば、地域医療、とりわけ救急医療の存続も危ぶまれる。

少なくとも医療界においては現実と乖離している「宿日直許可」のあり方を含め、「医師の働き方」に関する法規制の変更も求められるようになってくるかもしれない。

紹介事業者の認定基準を厳格化 半年以内の離職は手数料を返戻

厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

厚生労働省は、7月10日の社会保障審議会介護保険部会で、「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」の認定基準に、半年以内の離職で手数料の返戻を求める項目を追加するとした。

来年度からの適用を有料職業紹介事業者は、人手不足が続く医療・介護・保育分野において、人材確保のため活用されることが多いが、手数料の高額化や紹介された人材の早期離職でコスト負担が重くなっている課題がある。

近年は、「就職祝い金」など、転職を促す施策も目立つことから、規制強化に踏み切る。

■医師1件あたり紹介手数料は99万4,000円

有料職業紹介事業者の利用実績は、医師・看護師ともに年々増えている。厚労省「職業紹介事業報告」によれば、2019年度は医師15,605件、看護師56,442件だったのが、2021年度は医師18,242件、看護師57,305件。特に看護師は、2021年度実績で介護サービスの職業や保育士よりも多い。

一方で、離職率も残念ながら高い。2020年に福祉医療機構が行った「病院の人材紹介手数料」に関するアンケートによると、1年以内の離職率が最も高い職種は准看護師で41.5%。看護師も20.3%と高い。ちなみに、2020年の厚労省「雇用動向調査」によれば、平均離職率は14.2%。少なくとも医療・介護・保育分野において、職業紹介事業者経由での採用は早期離職のリスクを織り込まなければならない状況となっている。

手数料の高さも課題だ。前出の「職業紹介事業報告」によれば、2021年度の常用就職1件当たりの手数料は医師が99万4,000円、

看護師が57万2,000円。全体にかかっている手数料と就職実績から割り出した数字であり、手数料に関しては法的な規制がないことから、中にはかなり高額な手数料を請求されるケースもあるとされる。

■紹介手数料の平均値や離職率も公表へ

このように、紹介事業者を通じて採用した人材の早期離職や手数料の高さが問題視されて2021年に創設されたのが、優良な職業紹介事業者を認定する「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」だ。

2023年3月は49社（うち医療分野は39社）が認定されている。すでに認定基準には「返戻金制度を設けていること」が必須とされているが、「具体的な内容（例：在籍月数と返金率、返戻する場合の条件等）を明示していること」という書き方にとどまっていた。

今回、「6か月以内」と示したことで、早期離職に歯止めがかかることが期待される。

また、厚労省は、紹介手数料の平均値・分布、離職率について地域ごと、職種ごとに公表していく考えも示した。手数料の高騰や早期離職の増加で賃上げが困難という指摘もあり、手数料や離職率の透明化を図るのは確かに有効だろう。

ただし、人が足りなければ紹介事業者を頼らざるを得ないのも事実。むしろ、そうした構造自体が問題であり、今回の見直しは「半年以内の離職さえ防げばいい」「平均値から大きくはみ出さなければ問題ない」といった免罪符にもなりかねない。果たしてどのような動きが出てくるのか、注視したい。

医療情報①
厚生労働省
公表

医療法人の経営データ、 地域別集計など検討へ

全世代型社会保障制度関連法が成立して医療法が改正されたのに伴い、医療法人の経営情報に関するデータベース「MCDB」が8月に施行される。医療の現状や実態を把握し、政策立案に活用したり国民に情報提供したりするのが狙いで、都道府県に経営データを報告するよう原則全ての医療法人に義務付ける。厚生労働省は、医療法人の属性などに応じてグルーピングした経営データの分析結果を公表する方針。地域別のほか、運営する医療機関の規模別などに集計することを想定していて、実際の分析方法は引き続き検討する。

医療法人の経営状況を「見える化」するMCDBの創設は、政府の全世代型社会保障構築会議が2022年末に取りまとめた報告書に盛り込まれた。公的な財源を充てる医療費の使い道を「見える化」し、国民に情報提供するのが狙い。

厚労省は、社会保障審議会の医療部会に7日、MCDBの概要を報告した。

それによると、都道府県が医療法人から収集するのは病院・診療所ごとの収支などに関するデータで、医師や看護師など職種別の給与（給料・賞与）や人数の報告は任意になった。

ただ、参議院厚労委がまとめた改正法の附帯決議では、職種別給与の情報が可能な限り報告されるよう取り組むこととされた。医療・介護従事者の適切で的確な処遇改善を促すため、厚労省は、給与の情報もできる限り報告するよう医療法人に協力を呼び掛けている。

都道府県への報告は、8月に決算期を迎える医療法人から、医療機関等情報支援システム（G-MIS）を使って順次行う。

国は、都道府県からの情報提供を取りまとめ、地域別や運営する医療機関の規模別などに経営状況を分析した結果を公表する方針で、福祉医療機構にデータ分析を委託する。

厚労省では、「医療法人ごとに決算月が異なるため、ある程度情報が集まってからでないと分析は行えない」としている。医療法人の決算月は3月が多いという。

医療情報②
中央社会保険
医療協議会

24時間対応の訪問看護体制 構築へ、報酬で評価

厚生労働省は12日の中央社会保険医療協議会・総会で、質の高い訪問看護や、24時間対応が可能な訪問看護の提供体制の構築を推進するための診療報酬での評価を論点に挙げた。

訪問看護の利用者については、25年以降に後期高齢者（75歳以上）が全体の7割以上を占

めるほか、全国の198の医療圏で40年以降にピークを迎えることが見込まれている。

厚生労働省によると、21年5月時点での訪問看護ステーションの利用者（医療保険）は約38万人で、20年前の約7.8倍に増加。また、訪問看護ステーションの数も増加傾向にあり、特に看護職員が常勤換算で5人以上のステーションが増えている。

22年7月1日時点で全国の訪問看護ステーション（1万3,826カ所）の88.8%が24時間対応体制加算を届け出ている。ただ、事業所の規模が小さくなるほど届け出の割合が低くなる傾向があった。

多くの訪問看護ステーションでは24時間365日体制を取っていたり、オンコールや緊急訪問に対応していたりするが、看護職員の精神的・身体的な負担が大きいことや、夜間・休日に対応できる看護職員に限られるためその職員に負担が偏るといった指摘がある。

こうした状況を踏まえ、12日の総会では、吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）が、安全で質の高い訪問看護を提供していくために看護職員の働く環境の整備や事業所の体制整備、事業所間の連携が進むよう検討すべきだと指摘。また、「特養やショートステイなど現行制度では訪問看護を受けられない場所でも医療的ケアや看取りのニーズが増加している」とし、24年度改定に向けて対象領域や訪問先の拡大を検討する必要性も強調した。

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、サービスの継続的な提供や効率性の観点から、訪問看護ステーションの大規模化を引き続き推進する方向で検討するよう求めた。

医療情報③
厚生労働省
基本指針案

介護保険事業計画案地域の 実情に応じた基盤を整備

厚生労働省は10日、2024年度からの第9期介護保険事業（支援）計画の基本指針案を社会保障審議会・介護保険部会に示した。現行からの見直しのポイントとして、都市部と地方では高齢化の進展が大きく異なることから、地域の実情に応じたサービス提供体制を整備することを明記。また医療と介護の連携や地域包括ケアシステム、介護人材確保への取り組みを推進することなどが盛り込まれた。

介護保険事業（支援）計画は、介護保険事業に係る保険給付を円滑に実施するため3年間を期として策定されるもので、介護保険部会では24年4月からの第9期の計画を策定するための議論が進められてきた。次期計画期間中に団塊の世代が全員75歳以上となる25年が含まれることから、要介護高齢者の増加や生産年齢人口の急激な減少などが課題となっていた。10日に厚生労働省から示された基本指針案では、以下の3つの柱がポイントとして示された。（以降、続く）

- ▼介護サービス基盤の計画的な整備
- ▼地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み
- ▼地域包括ケアシステムを支える介護人材確保や介護現場の生産性向上

週刊医療情報（2023年7月21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5年2月分)

厚生労働省 2023年5月12日公表

概要

1 第1号被保険者数 (2月末現在)

第1号被保険者数は、3,584万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (2月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、692.6万人で、うち男性が219.7万人、女性が472.9万人となっている。

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19.0%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12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、416.8万人となっている。

(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12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、90.7万人となっている。

(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12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が56.5万人、「介護老人保健施設」が34.1万人、「介護療養型医療施設」が0.7万人、「介護医療院」が4.2万人となっている。

(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12月サービス分、償還給付1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、8,852億円となっている。

(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4,243億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,452億円、施設サービス分は2,723億円となっている。

(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225億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は6億円となっている。

(3) 再掲:特定入所者 介護(介護予防)サービス費

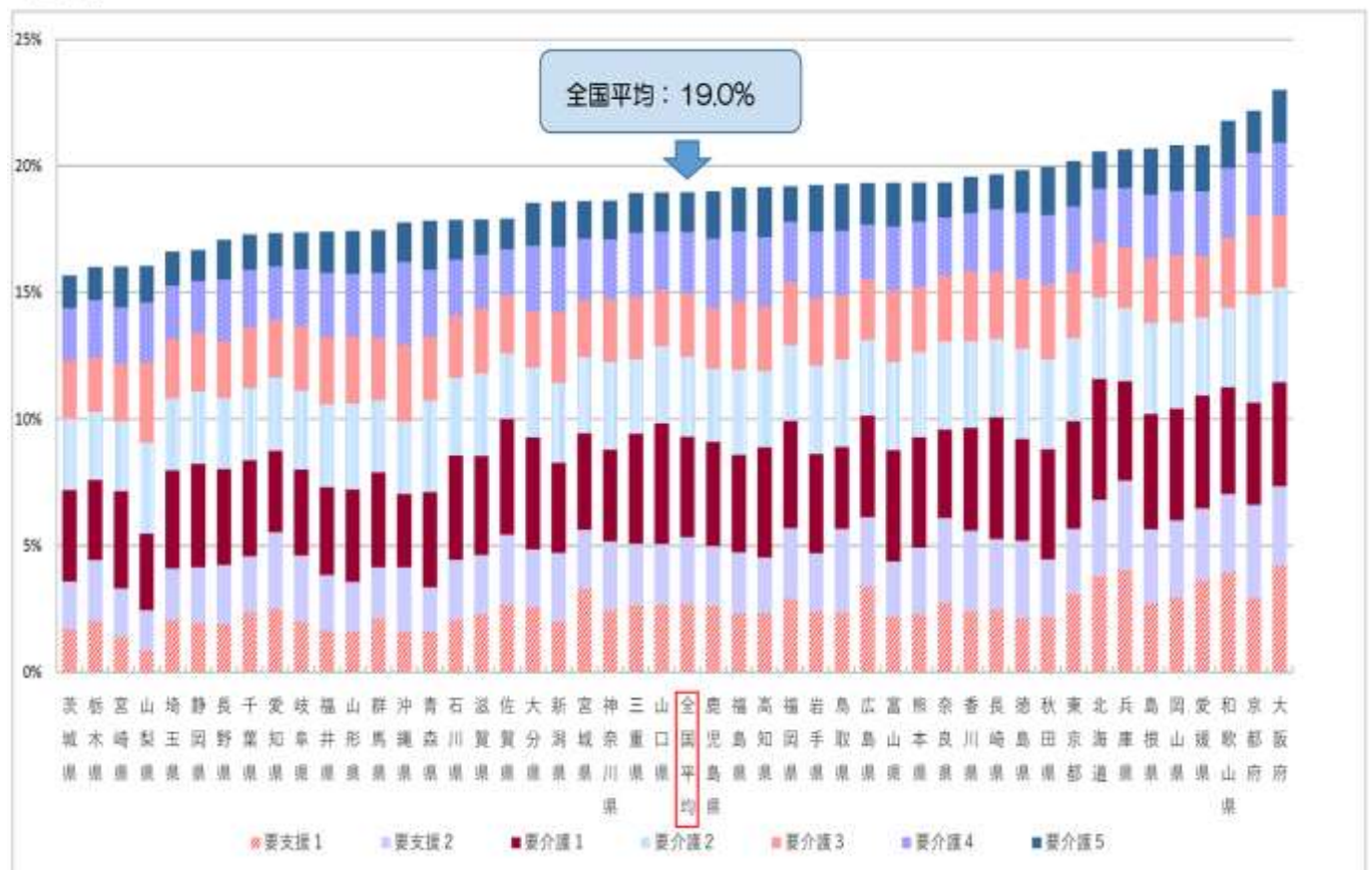
特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は203億円、うち食費分は109億円、居住費(滞在費)分は94億円となっている。

(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)

(単位:%)

【都道府県別】



出典: 介護保険事業状況報告(令和5年2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5年2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。



歯科医院

マイナカードと健康保険証の一体化！

オンライン資格確認 とレセコンの活用法

1. レセプトオンライン化の取り組みと導入メリット
2. オンライン資格確認の概要と利用状況
3. 歯科用レセプトコンピュータの役割と新機能
4. オンライン資格確認に関するQ&A



■参考資料

【厚生労働省】：オンライン資格確認について より オンライン資格確認 Q&A 集 オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ マイナンバーカードと健康保険証の一体化について 他

1

医業経営情報レポート

レセプトオンライン化の取り組みと導入メリット

政府はマイナンバーカードを健康保険証と一体化し、2024年秋には健康保険証の廃止を計画しています。

一方で、レセプトを紙媒体やCD-Rなどの電子媒体ではなく、オンラインによる請求割合を100%に近づけるため、その基本的な考え方とロードマップを公表しています。

加えて、厚生労働省では、レセプトの審査・支払業務の効率化に向けて「紙媒体で返戻されたレセプトに係る再請求を除き、オンライン請求医療機関等について、再請求をオンラインによるものとする」方針が固められ、本年（2023年）3月請求分（返戻に基づく再請求は4月以降となる）から実施すると通知しています。

■ 医療保険におけるオンライン化の取り組み

これまで、医科や調剤についてはオンライン化が推進されており、点数表別レセプト請求状況をみると、医科は78.9%、調剤は98.2%と高い普及率となっています。

一方、歯科を見ると、電子媒体でのレセプト請求は依然58.6%と高く、オンライン請求は33.5%にとどまっています。

■ 点数表別レセプト請求状況<機関数(%)>

点数表	電子レセプト		紙媒体
	オンライン	電子媒体	
医科	74,524(78.9%)	17,158(18.2%)	2,719(2.9%)
歯科	22,647(33.5%)	39,638(58.6%)	5,335(7.9%)
調剤	59,295(98.2%)	486(0.8%)	573(0.9%)

2023年4月より医療機関・薬局においてオンライン資格確認の導入が原則義務化されています。これにより、義務化の対象である光ディスク等で請求している医療機関等にはオンライン請求が可能になる回線が敷設されます。

このオンライン資格確認の導入に伴う医療の質の向上を診療報酬上の加算で評価するとともに、オンライン請求をさらに普及する観点から、オンライン請求を2023年末までに開始する場合も加算算定を可能としています。

■ 医療機関におけるオンライン請求のメリット

(1) 安全性・セキュリティの強化・請求の簡素化

電子媒体や紙媒体を支払基金や連合会の窓口へ持参、または送付する場合には、搬送時における破損や紛失といった問題が発生していましたが、暗号化通信とセキュリティを確保したネット回線を使用すれば、安全な請求が可能となります。また、電子媒体への書き込みや郵送作業が必要でしたが、ダイレクトに送信できるため、作業の簡素化が図れます。

2

医業経営情報レポート

オンライン資格確認の概要と利用状況

政府は、マイナンバー制度を進めるにあたり、マイナンバーカードと健康保険証の一体化を推進し、2024年秋には現保険証の廃止を円滑に実現するため、オンライン資格確認におけるデータ登録をより迅速化と正確性の確保を推進しています。

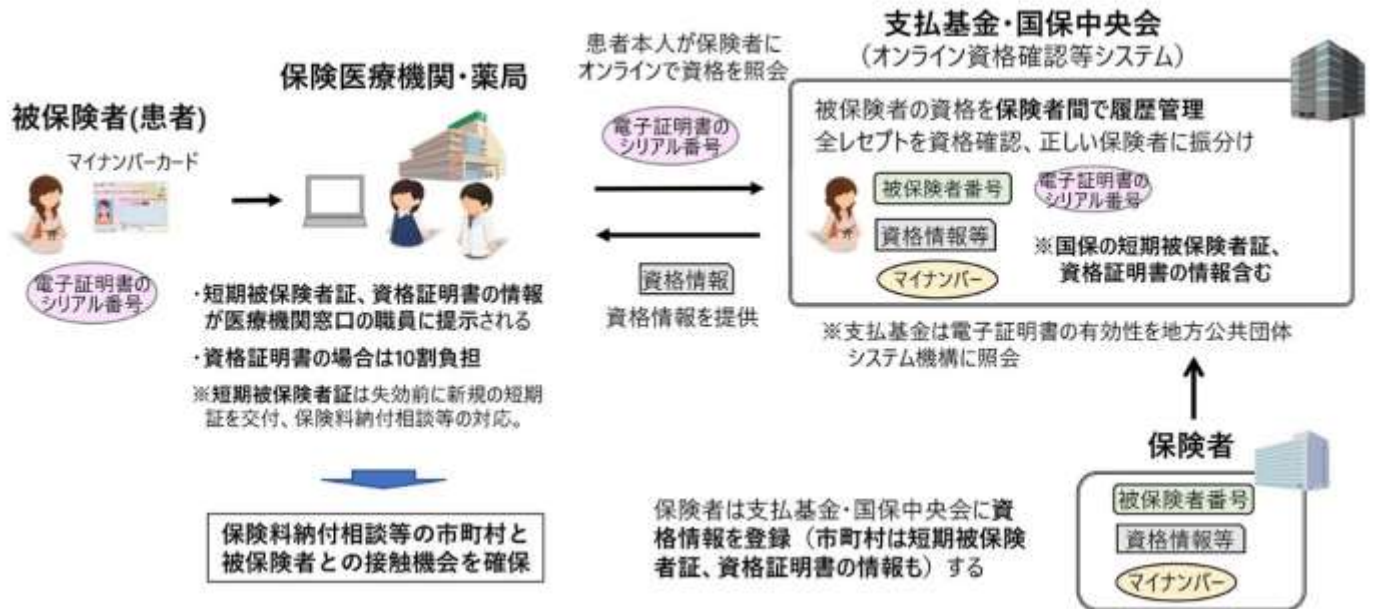
現在、マイナンバーカードの登録（各種紐づけ）では様々な不具合が起きていますが、システムの総点検を行い、不具合解消に向けて進めていき、現在の保険証の廃止時期については変わらないようにするというのが基本的な考え方です。

■ オンライン資格確認の仕組み

オンライン資格確認では、市町村は、短期被保険者証、資格証明書情報を、支払基金・国保中央会に登録し、医療機関・薬局では、患者が短期被保険者証、資格証明書を有する者かどうか分かる仕組みとなっています。

ただし、顔認証付きカードリーダーでは、患者自身が短期被保険者証、資格証明書の対象かどうかまでは表示していません。

■ オンライン資格確認の仕組み



厚生労働省:マイナンバーカードと健康保険証の一体化について

■ 発行済の健康保険証の取り扱いについて

発行済みの健康保険証については、健康保険証の廃止後、1年間（有効期間が先に到来する場合は有効期間までの間）、有効とみなす経過措置を設けることになっています。

3

医業経営情報レポート

歯科用レセプトコンピュータの役割と新機能

オンライン請求への推進やマイナンバーカードと保険証の一体化および資格確認の義務化導入により、歯科医院にとってレセプトコンピュータ（以降レセコン）の役割は非常に重要になってきています。

また、レセコンはレセプト請求や管理だけでなく、電子カルテ機能を内蔵し、診療内容の入力から保険点数を自動計算したり、入力の補助やチェックを行うシステムを内蔵したもの、さらに予約管理機能や治療説明のサポート機能、X線検査で撮影した画像の取り込みや保管まで、様々な機能を有したものまで出てきています。

■ レセコン導入のメリット

歯科用レセコンはレセプト作成のほか、会計や予約管理、オンライン請求機能、予防歯科に必要な定期健診通知等の様々な機能が搭載されている商品が出てきています。

それらの機能を活用することで、診療業務の負担軽減が期待されます。特に歯科医院では歯科医療事務（受付会計）と歯科助手を兼務していることが多く、専門の受付兼医療事務員を配置している医院は少ないのが現状です。

現在主流のレセコンでは、患者の情報を把握することや受電管理もできるので、事務作業の効率化が図れます。メーカーによって外部システムとも連携できる製品があるので、レセコン導入前には、必要な機能の検討と十分な調査が必要です。

■ レセコン機能による導入による様々なメリット

- **返戻リスクの減少**：診療内容を入力するだけで、保険点数を自動で計算。入力サポートや誤入力チェック機能を搭載している製品であれば、ミスも最小限に減らせる。レセプト提出後の返戻リスクが減少。返戻対応や再請求がオンライン請求による義務化への対応が可能
- **レセプト作業の効率化**：適正なカルテ入力補助機能、保険点数の自動計算、オンライン請求機能等
- **自動釣銭機、自動精算機とのシステム連動が可能**
- **検査機能との連動**：X線やCTとの連動、口腔内カメラ、モバイル顕微鏡等と連動し、画像をレセコン内に取り込みが可能
- **統計情報分析**：患者分析や中断患者、来院理由、年度別来院分析等が可能 等

■ 商品紹介：(株)ヨシダ アクションゲートシステム

(株)ヨシダのデンタルシステム、action GATEシステムは、レセコンとしての機能だけでなく、オンライン請求や受付対応機能（診察券アプリ）、予約システム、問診表の入力、患者説明、技工所連携、X線撮影や口腔内撮影等の画像保存機能、さらにはデータ分析から患者への情報提供までを備えたシステムです。

4

医業経営情報レポート

オンライン資格確認に関するQ&A

厚生労働省では、オンライン資格確認導入は活用に関してのQ&A集を公開しています。

資格確認自体への質問や医療機関での変化、利用開始への対応方法、資格確認端末について、マイナンバーへの不安点等、様々な質問への回答が掲載されています。

■ オンライン資格確認システムのQ&A

Q

医療機関・薬局では、患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うのですか？

A

医療機関・薬局において患者のマイナンバー（12桁の番号）を取り扱うことはありません。オンライン資格確認では、マイナンバーではなく、マイナンバーカードのICチップ内の利用者証明用電子証明書を利用します。

Q

オンライン資格確認を導入したら、患者はマイナンバーカードがないと受診できないのですか？

A

健康保険証でも受診できます。
薬剤情報等を踏まえた診療を受けたい患者はマイナンバーカードが必要です。ただし、2024年秋には健康保険証が廃止になるということで進んでいますので、注意が必要です。

Q

患者はマイナンバーカードを持っていればすぐに健康保険証として利用できるのでしょうか？

A

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、あらかじめ患者がマイナポータルで保険証利用の申込をすることが必要です。
なお、保険証利用の申込をしていない患者が受診した場合には、医療機関・薬局の窓口において、顔認証付きカードリーダーで簡単に保険証の利用登録ができます。

Q

マイナンバーカードの取扱いで気をつけるべきことはありますか？

A

医療機関・薬局の窓口ではマイナンバーカードは預かりません。
患者においては、顔認証付きカードリーダーの場合はカードリーダーに置いていただく、汎用カードリーダーの場合はカードリーダーにかざすとともに受付職員に見せていただきます。

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

腰部に関する労災認定について

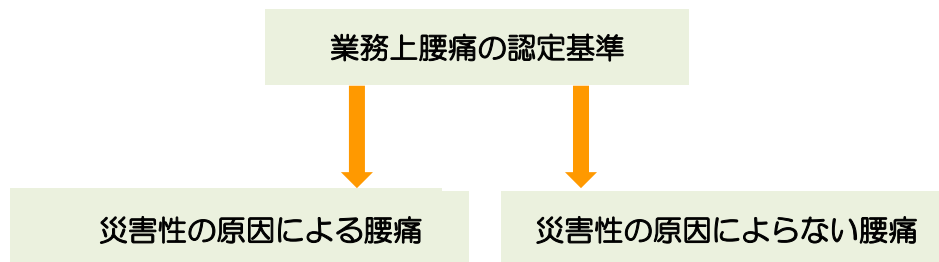
病院内で荷物を移動中にギックリ腰になった職員がいます。腰部の労災認定は難しいと聞きますが、労災認定されるのでしょうか？

一般的には、既往の腰痛がなく、突発的にギックリ腰が発症したのであれば、労災として認定される可能性があります。

まずは、当該職員が受診するにあたっては、労災指定病院で療養補償給付を受けるようにします。

療養補償給付請求書が所轄の労働基準監督署に届いたあと、その請求書だけで判断ができない場合には、追加の書類の提出を求められる場合があります。腰痛の場合、腰痛の発症が加齢や運動不足からくるのか、業務上の原因からくるのかを特定するのが困難といわれていますが、「業務上腰痛の認定基準」に合致すれば、労災と認定される可能性があります。

この認定基準では、下記の2つに分けて判断しています。



■災害性の原因による腰痛

- ① 業務遂行中の突発的なもの
- ② 腰痛の発症との関係が医学的に認められること

■災害性の原因によらない腰痛

- ① 腰部に過度の負担のかかる業務に短期間従事する職員に発症した腰痛
- ② 重量物を扱う業務に従事する労働者に発症した腰痛





ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 労災保険

通勤途中に怪我をした場合の認定

マンションに住む当院の職員が、雨で濡れた階段で足を滑らせ転落し、足を骨折してしまいました。この場合、通勤災害として認められるのでしょうか？

通勤災害とは、労働者が、就業するため住居と就業の場所との間を合理的な経路及び方法によって往復する間に発生した災害のことをいいますが、マンションの共用部分で負傷した場合、当該マンションの共用部分が住居内なのか、あるいは住居と就業場所との経路上にあるのかがポイントとなります。

この点について行政解釈では、部屋の外戸が住居と通勤経路との境界であるので、マンションの階段は通勤上の経路として認められるとされています。

したがって、このケースは就業のため自院に向かっていたこと、合理的な経路・方法であること、通勤起因性を否定する事由がないことといった他の要件を満たす限り、通勤災害として認められることとなります。なお、一戸建ての屋敷構えの住居の玄関先については、行政解釈で「住居内であって、住居と就業の場所との間とはいえない」とされています。

したがって、門を出たところから通勤上の経路として認められる形となります。

<p>「就業に関して」とは</p>	<p>通勤と認定されるためには、労働者の住居と就業の場所との間の往復行為が業務と密接な関連をもって行われることが要件とされています。</p> <p>したがって、被災当日に就業することとなっていたこと、又は現実的に就業していたことが必要です。この場合、遅刻やラッシュを避けるための早出など、通常の出勤時刻と時間的にある程度の前後があっても就業との関連は認められます。</p>
<p>「住居」とは</p>	<p>労働者が居住して日常生活の用に供している家屋等の場所で、本人の就業のための拠点となることをいいます。したがって、就業の必要上、労働者が家族の住む場所とは別に就業の場所の近くにアパートを借り、そこから通勤している場合には、そこが住居となります。また、通常は家族のいる所から通勤しており、天災や交通ストライキ等の事情のため、やむを得ず医療機関近くのホテル等に泊まる場合などは、当該ホテルが住居となります。</p>
<p>「就業の場所」とは</p>	<p>業務を開始し、又は終了する場所をいいます。</p> <p>一般的には、医療機関の本来の業務を行う場所をいいますが、外勤業務に従事する労働者で、特定区域を担当し、区域内にある数か所の用務先を受け持って自宅との間を往復している場合には、自宅を出てから最初の用務先が業務開始の場所となり、最後の用務先が業務終了の場所となります。</p>