

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.857 2025.2.10

医療情報ヘッドライン

**医療DX推進体制整備加算を見直し
電子処方箋の導入有無で点数に差**

▶厚生労働省 中医協

**医療機関の指導・監査状況を公表
不正請求などで21件が指定取消**

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年2月7日

**宿日直中に発生した通常業務、
日勤ベースの賃金必要**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和6年11月末概数)**

経営情報レポート

**介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した
令和6年度介護報酬改定の概要**

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:有給休暇

**有給休暇の留意点
半日単位年休制度の導入**

医療DX推進体制整備加算を見直し 電子処方箋の導入有無で点数に差

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は1月29日の中央社会保険医療協議会総会で、「医療DX推進体制整備加算」を現行の3区分から6区分に再編する方針を示した。今年の4月1日から適用する。

電子処方箋の導入有無で点数に差がつき、最も点数の高い加算1は現行の11点から12点に引き上げられる。

■マイナ保険証一本化で利用率上昇も さらなる利用促進を

「医療DX推進体制整備加算」は、2024年度の診療報酬改定で新設された。厚労省の資料では以下のように記されている。

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価

施設基準も、この説明に則ったものとなっている。とりわけ「オンライン資格確認を行う体制を有していること」「電子処方箋を発行する体制を有していること」「電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること」「マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること」あたりは目を引くところだ。

裏を返せば、加算の名称どおり医療DXの推進体制の整備に寄与したインセンティブということになる。

2024年6月に導入された当初は3区分で、施設基準の「電子処方箋」については今年3月末日まで経過措置が設けられていた。

■マイナ保険証の利用率は25%を突破

オンライン資格確認およびマイナ保険証の利用件数は着実に増えている。とりわけ最新の昨年12月は、いずれも過去最高を記録し、オンライン資格確認は2万4,467件、マイナ保険証の利用件数は6,219万8,847件で、利用率は25.42%と全体の4分の1を上回った。前月が18.52%だったことを踏まえると、大きな成果につながったと評価できる。

背景には、「紙」の健康保険証の新規発行が12月2日に終了となったことが挙げられよう。

では電子処方箋はどうか。1月12日現在、薬局は63.2%であるのに対し、病院は3.9%、医科クリニックは9.9%、歯科クリニックでは1.7%。厚労省は「仮に足下の導入実績が継続すると、薬局については年度内に約8割弱の薬局への導入が見込まれるものの、医療機関については、導入率は約1割弱に留まることが見込まれる」としており、明確に医療機関での導入が低調だ。

電子処方箋の導入をためらう医療機関について、厚労省は7点の要素を挙げている。

とりわけ「電子カルテのシステム更改や切替等によらず、導入する際の費用負担が重い」「周囲の医療機関・薬局が導入していない（導入施設数が限られ、緊要性を感じない）」は深刻だ。同省は「費用負担が重い」に対しては「導入補助金を継続」し、「電子カルテを導入しておらず、電子処方箋をいれても効率的にならない」に対しては「標準型電子カルテを含めたクラウド型電子カルテの普及を進める」としている。

医療機関の指導・監査状況を公表 不正請求などで21件が指定取消

厚生労働省

厚生労働は1月28日に、2023年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況を公表。監査を受けた保険医療機関は医科22件、歯科22件、薬局2件の計46件で前年度から6件減少した。

保険医は医師が41人、歯科医師が35人、薬剤師が12人の計88人で前年度から2人減少した。そのうち、指定取消となった保険医療機関は、医科が11件、歯科が9件、薬局が1件の計21件で前年度から3件増加。

保険医の登録取消は前年度と同じく計14人で、医科が5人、歯科が9人で薬局はいなかった。いずれも保険医療機関の廃止などでこれらの行政処分が行えなかった「取消相当」も含む。

■監査を受けた約半数の

保険医療機関等が指定取消処分に

医科・歯科や薬局の保険医療機関等、医師・歯科医師や薬剤師の保険医等に対し、保険診療や診療費の請求が適切に行えるように実施されている「個別指導」。これは支払基金や保険者、被保険者から情報の提供があった場合や、個別指導の結果、経過観察後も改善が認められない保険医療機関等や保険医等を対象に行われるもの。

個別指導には、新規開業の保険医療機関等に対し概ね1年以内に全てを対象として実施される「新規個別指導」や、診療報酬明細書の1件あたりの平均点数が高い医療機関が選定される「集団的個別指導」がある。

指導後には「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」の措置があり、要監

査措置を受けた場合または個別指導を拒否した場合に、監査に進むこととなる。

2023年度に保険医療機関等に行われた個別指導は1,464件となり、前年度から41件減少。また、個別指導を受けた保険医等は4,425人で、前年度から424人の増加となった。

集団的指導は、2020年度にコロナウイルス感染拡大防止のため0件だったが、2021年度から再開。2023年度には1万568件で、前年度から4,730件減少。新規個別指導は、6,575件で前年度から166件の減少となった。

著しいルール違反が疑われる場合に調査を行う監査は46件実施され、そのうち約半数の21件が指定取消となり、保険医等は88人が監査を受け、登録取消となったのは14人だった。

■不正発覚のきっかけは情報提供が大半

保険医療機関等が指定取消処分となった原因（不正内容）は、架空請求や付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求など多岐にわたっていると説明。不正発覚のきっかけは、保険者、医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者等からの情報提供が21件のうち18件と大半を占めていたほか、3件は警察の摘発などによるとした。

返還金額は前年度から約26億5,000万円増加した46億2,338万円。内訳は指導による返還分が13億5,390万円、適時調査による返還分が31億9,557万円、監査分は7,391万円だった。

医療情報①
 厚生労働省
 見解

宿日直中に発生した通常業務、 日勤ベースの賃金必要

厚生労働省は1月28日、宿日直中の医師が多数の急患の搬送などにより通常時と同様の業務を行った場合、宿日直手当に加えて日勤などをベースにした賃金を支払う必要があるという見解を示した。

医師が常勤の場合は、日勤の賃金基準に基づき算定した賃金を上乗せして支払う。宿日直のみを行う非常勤の場合でも、あらかじめ宿日直中に発生しうる通常時と同様の業務への賃金を労働契約時に明示し、宿日直手当とは別に支払うこととした。

この場合の賃金の決め方について厚労省は、日勤だけでなく宿日直も行う、ほかの医師の日勤の賃金基準に基づき定めることが考えられると例示した。

厚労省は医師の時間外労働の上限規制に関するQ&Aについて、28日に追補分を公表した。

追補分ではほかに、医師1人の宿直回数は週1回までという内容で宿日直許可を得ているものの、やむを得ない理由で週に2回宿直を行った医師への賃金についても解釈を示した。

この場合、2回目の宿直は宿日直許可外の業務となる。そのため、宿日直手当ではなく、日勤の賃金基準などに基づく賃金を支払う必要があるとした。2回目の宿直の業務時間数について厚労省は、時間外労働の上限規制の対象に含まれるため、留意が必要だとしている。

厚労省はまた、宿日直許可の内容と勤務実態に乖離が見られる場合は、勤務内容の見直しを求めた。それでもなお、宿日直許可に沿った運用が難しい場合には、労働基準監督署や医療勤務環境改善センターに相談し、必要に応じて再申請などを行うこととした。

医療情報②
 厚生労働省
 WG

標準型電子カルテ試行版 第1弾3月に提供開始

厚生労働省は、現在開発中の標準型電子カルテα版（試行版）の第1弾を3月、第2弾を夏ごろに提供開始する。半年以上かけて実施するモデル事業で出てきた課題を集め、α版を適宜改修していく。1月31日に開催した省内のワーキンググループ（WG）で明らかにした。

標準型電子カルテは、日常診療で使うのに最低限必要な機能を搭載したクラウド型のシステムで、低コスト化が期待されている。α版の対象となるのは、電子カルテを導入していない医科の無床診療所で、診療科によらない共通の診療行為を想定している。

厚労省ではα版のモデル事業を3月に開始し、医療DXの有用性や機能などの検証、課題を

収集することで、さらなる活用方策の検討を図っていく。

この日の WG で示された実施計画によると、モデル事業は電子カルテを導入していない医療機関が対象となる。対象の地域は、電子カルテ情報共有サービスのモデル事業対象地域（全国 10 力所）を中心に今後選定する。

モデル事業では、「実用最小限の機能」「導入や運用の負荷」「医療 DX を活用した付加価値」という観点で検証を行い、2026 年度に予定されている標準型電子カルテの本格実施に向けた課題や検討事項を収集する。

厚労省では、本格実施に当たって想定される、以下などの課題への対応も検討する。

▼診療所内の臨床検査機器との連携

▼レセコンとの連携

▼実用最小限の機能拡充

31 日の WG では、モデル事業について「フィードバックが必要だ」との指摘や、「一定期間かけて実施した方がいい」という意見が出た。

医療情報③
 中央社会保険
 医療協議会

入院時食費基準額の 引き上げなど答申

中央社会保険医療協議会は 1 月 29 日、2025 年度に診療報酬の期中改定を行い入院時の食費基準額を引き上げることや、特定薬剤管理指導加算を見直すことなどを答申した。

2 月中に告示し、4 月 1 日から適用する。

入院時の食費の総額は、現在よりも 1 食当たり 20 円引き上げられる。入院時食事療養Ⅰで「流動食のみ」を提供する場合、1 食の総額は 605 円から 625 円に、「流動食のみ」以外の食事療養を行うケースでは 670 円から 690 円に変わる。

厚労省では患者負担の引き上げでの対応を想定している。

入院時の食費は、24 年度の診療報酬改定で 1 食当たり 30 円引き上げられた。ただ、その後食材費などの高騰が続いていることに加え、医療の一環として提供されるべき食事の質を担保する観点から、厚労省は 2 年連続で引き上げる。

同じ成分の後発医薬品がある先発薬（長期収載品）を希望する患者に対し、医薬品の選択に関する説明や指導を薬剤師が行った場合に薬局が算定する「特定薬剤管理指導加算 3」の「□」の評価も見直す。4 月 1 日から、1 回当たり 5 点を 10 点に引き上げる。

長期収載品を希望する患者に選定療養の負担を求める仕組みが 24 年 10 月に施行され、患者への説明など薬局の業務負担がさらに増えていることを踏まえた対応。

日本保険薬局協会が 24 年 12 月に公表した調査結果によると、長期収載品の選定療養に関する患者への対応について 4,551 薬局の約 9 割が負担感を訴えているという。

週刊医療情報（2025年2月7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 (令和6年11月末概数)

厚生労働省 2025年1月31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 505床の減少。
 一般診療所の施設数は 67施設の増加、病床数は 347床の減少。
 歯科診療所の施設数は 54施設の減少、病床数は 増減なし。

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
	令和6年 11月	令和6年 10月			令和6年 11月	令和6年 10月	
総数	179 685	179 674	11	総数	1 540 537	1 541 389	△ 852
病院	8 055	8 057	△ 2	病院	1 468 698	1 469 203	△ 505
精神科病院	1 057	1 058	△ 1	精神病床	315 888	316 087	△ 199
一般病院	6 998	6 999	△ 1	感染症 病床	1 945	1 941	4
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 332	3 334	△ 2	結核病床	3 508	3 508	-
地域医療 支援病院 (再掲)	703	703	-	療養病床	268 124	268 274	△ 150
				一般病床	879 233	879 393	△ 160
一般診療所	105 365	105 298	67	一般診療所	71 778	72 125	△ 347
有床	5 365	5 391	△ 26				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	419	423	△ 4	療養病床 (再掲)	3 962	4 002	△ 40
無床	100 000	99 907	93				
歯科診療所	66 265	66 319	△ 54	歯科診療所	61	61	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

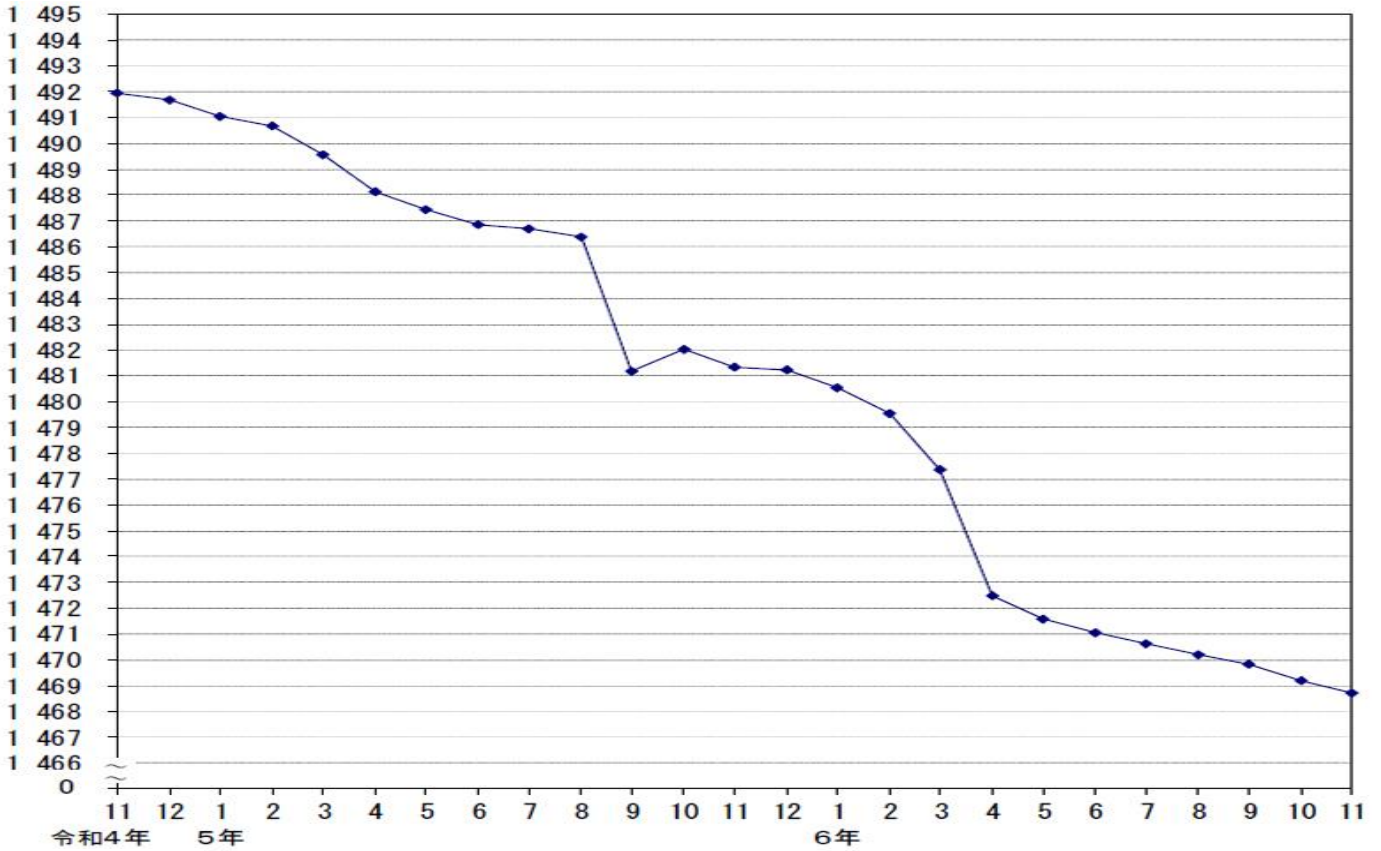
令和6年11月末現在

	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	8 055	1 468 698	105 365	71 778	66 265
国 厚生労働省	14	3 760	18	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 497	-	-	-
国立大学法人	47	32 667	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 478	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 047	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 156	3	-	-
その他	19	3 362	381	2 172	4
都道府県	184	45 424	262	182	7
市町村	587	117 330	2 921	1 851	236
地方独立行政法人	134	51 979	35	17	-
日赤	91	33 903	202	19	-
済生会	83	22 086	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	95	29 352	63	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	260	-	1
共済組合及びその連合会	39	12 881	133	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	185	45 736	439	121	81
医療法人	5 624	826 958	47 839	56 727	17 122
私立学校法人	113	55 605	196	38	14
社会福祉法人	200	33 370	10 536	363	39
医療生協	78	13 002	286	179	49
会社	24	7 397	1 467	7	14
その他の法人	196	40 169	1 452	351	206
個人	91	8 230	38 656	9 697	48 488

参 考

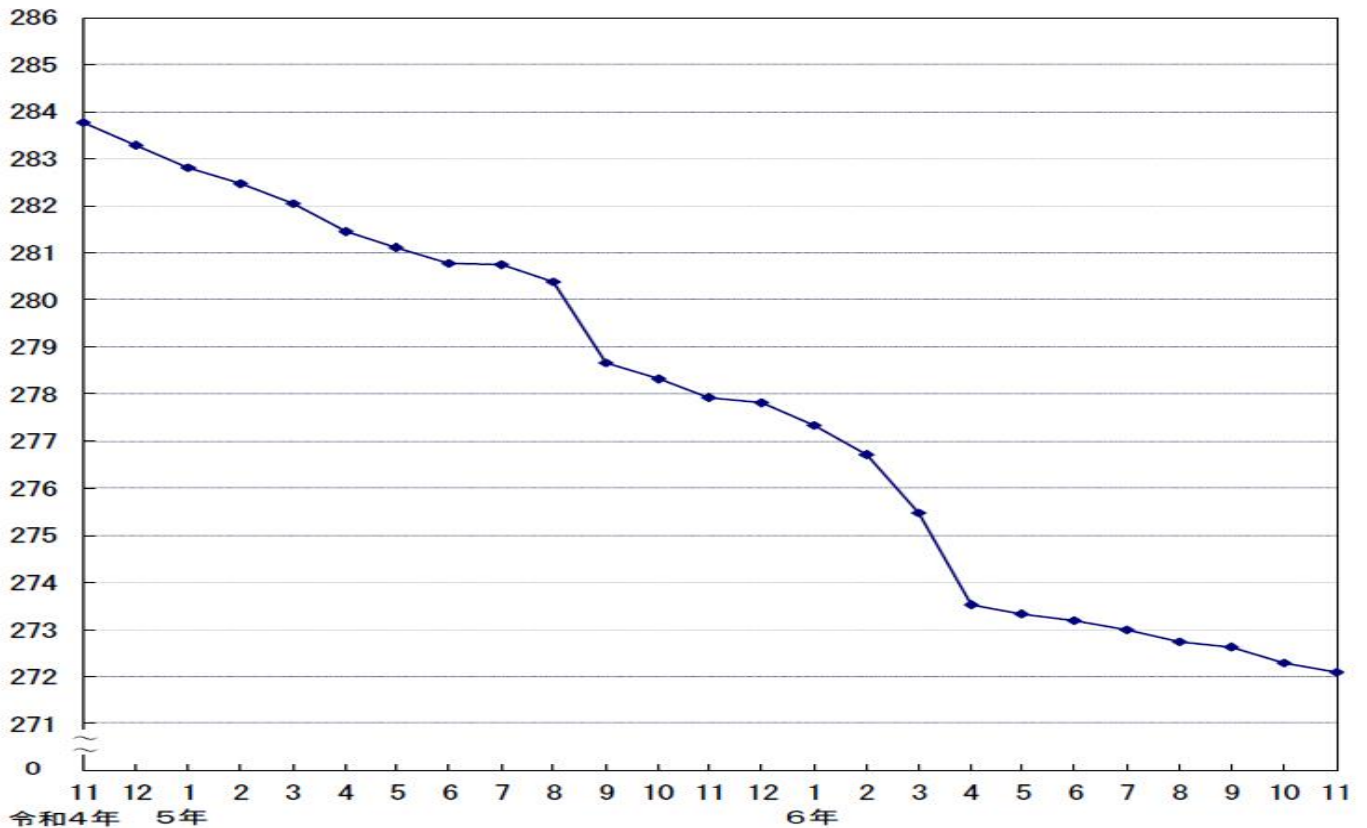
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

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 (令和6年11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



制 度 改 正

介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した

令和6年度

介護報酬改定の概要

1. 介護現場の現状と介護報酬改定の概要
2. 居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進
3. 施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価
4. 働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価



■参考資料

【厚生労働省】：我が国の人口について 社会保障審議会一介護給付費分科会 各会資料 令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要 令和6年度介護報酬改定における改定事項について（老健局）

1

医業経営情報レポート

介護現場の現状と介護報酬改定の概要

■ 介護人材不足の問題と介護保険制度の持続可能性への対応が求められる

高齢者人口がピークを迎える 2040 年頃に向けて、85 歳以上人口割合の増加や生産年齢人口の急減といった更なる人口構造の変化や、それに伴う社会環境の変化が見込まれています。

生産年齢人口の減少が顕著となれば、介護を含む各分野における人材不足が更に大きな社会問題となり、将来に向けては、介護人材の確保と介護事業所の健全な経営環境を確保することが我が国の重要な課題となります。

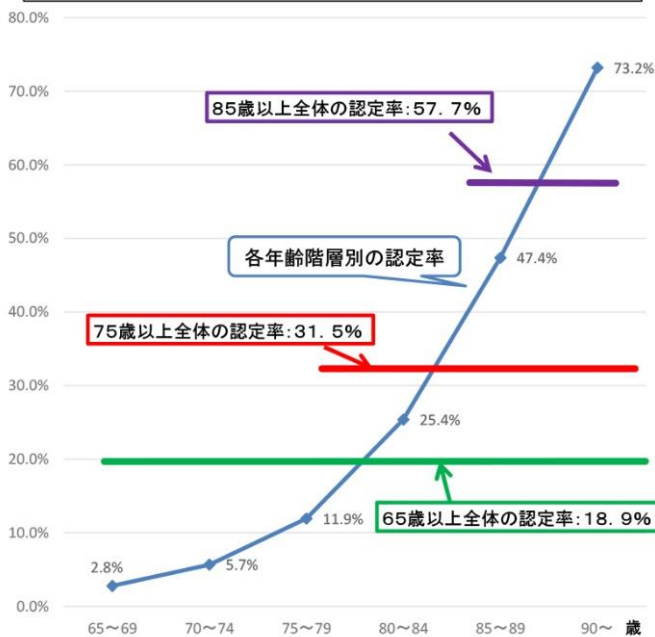
このような少子高齢化時代においては、保険料・公費・利用者負担で支えられている介護保険制度の安定性・持続可能性を高めていくことが重要です。

国は、制度の安定性・持続可能性といった観点から、介護報酬による評価の適正化、重点化、報酬体系の整理・簡素化を進めていくことが必要だとし、今次改定はこれらのことを念頭に置いたものとしています。

◆ 今後の介護保険をとりまく状況

年齢階級別の要介護認定率

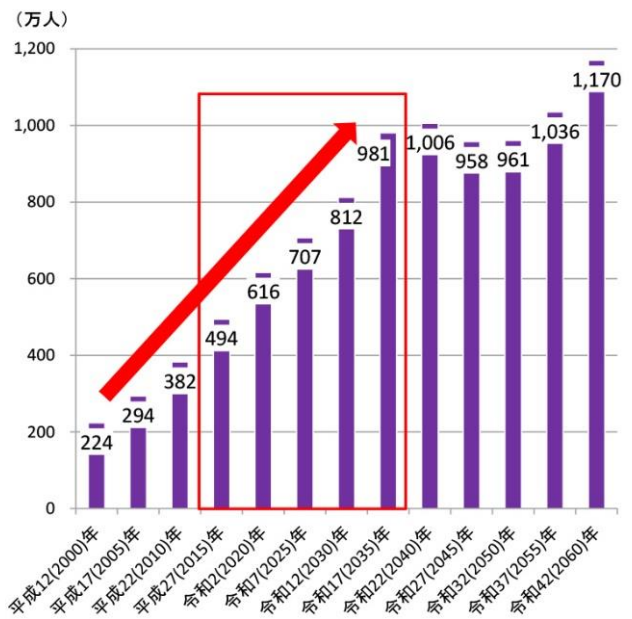
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典:
○ 2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)

85歳以上の人口の推移

○ 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



出典:
○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

(出典) 厚生労働省：社会保障審議会一介護給付費分科会 第217回 資料1

2

医業経営情報レポート

居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進

■ 居宅介護支援における特定事業所加算の見直しへ

現行の特定事業所加算の算定要件の見直しとともに、報酬単価の引き上げが行われました。

◆概要

- ア) 多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。
- イ) (主任)介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。
- ウ) 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。
- エ) 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

(出典) 厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について 以下同

◆単位数

<現行>	<改定後>
・特定事業所加算(Ⅰ) 505単位/月	・特定事業所加算(Ⅰ) 519単位 (変更)
・特定事業所加算(Ⅱ) 407単位/月	・特定事業所加算(Ⅱ) 421単位 (変更)
・特定事業所加算(Ⅲ) 309単位/月	・特定事業所加算(Ⅲ) 323単位 (変更)
・特定事業所加算(A) 100単位/月	・特定事業所加算(A) 114単位 (変更)

■ 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算が設けられました。

◆算定要件等及び単位数

<算定要件等> (訪問リハビリテーションの場合)

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。

※利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

<単位数> ・退院時共同指導加算 600単位/回 (新設)

3

医業経営情報レポート

施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価

■ 配置医師緊急時対応加算の見直しと協力医療機関との連携体制の構築

入所に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分を設けられました。

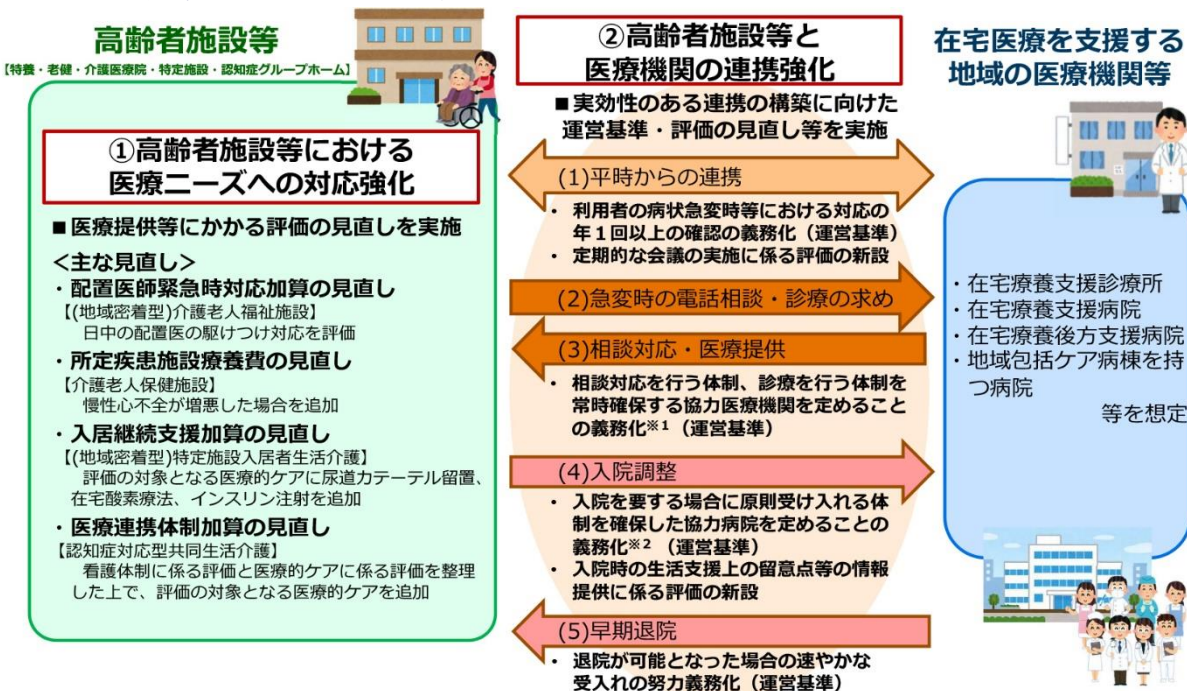
また、高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しが行われました。

◆ 配置医師緊急時対応加算の単位数

<現行>	<改定後>
● 配置医師緊急時対応加算	● 配置医師緊急時対応加算
<ul style="list-style-type: none"> 早朝・夜間の場合 650単位/月 深夜の場合 1,300単位/月 	<ul style="list-style-type: none"> 配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回 (新設) (早朝・夜間及び深夜を除く) 早朝・夜間の場合 650単位/月 深夜の場合 1,300単位/月

(出典) 厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について

◆ 高齢者施設等と医療機関の連携強化



※1 経過措置3年。(地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

(出典) 厚生労働省：社会保障審議会一介護給付費分科会 第239回 資料1

4

医業経営情報レポート

働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価

■ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催やそれに必要な安全対策を講じた上で、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、一定期間ごとに、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うことを評価する新たな加算を設けました。

加えて、上記の要件を満たし、提出したデータにより業務改善の取組による成果が確認された上で、見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていることを評価する区分も設けられています。

◆ 単位数及び算定要件等

<単位数>

- 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月 **（新設）**
- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月 **（新設）**

<算定要件等>

● 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） **（新設）**

- ・（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果*が確認されたこと。
- ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
- ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

注：生産性向上に資する取組を従来より進めている施設等においては、（Ⅱ）のデータによる業務改善の取組による成果と同等以上のデータを示す等の場合には、（Ⅱ）の加算を取得せず、（Ⅰ）の加算を取得することも可能である。

● 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） **（新設）**

- ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

*業務改善の取組による効果を示すデータ等について

○（Ⅰ）において提供を求めるデータは、以下の項目とする。

- | | |
|---|-----------------------------|
| ア 利用者のQOL等の変化（WHO-5等） | イ 総業務時間及び当該時間に含まれる超過勤務時間の変化 |
| ウ 年次有給休暇の取得状況の変化 | エ 心理的負担等の変化（SRS-18等） |
| オ 機器の導入による業務時間（直接介護、間接業務、休憩等）の変化（タイムスタディ調査） | |

○（Ⅱ）において求めるデータは、（Ⅰ）で求めるデータのうち、アからウの項目とする。

○（Ⅰ）における業務改善の取組による成果が確認されていることとは、ケアの質が確保（アが維持又は向上）された上で、職員の業務負担の軽減（イが短縮、ウが維持又は向上）が確認されることをいう。

（出典）厚生労働省 老健局：令和6年度介護報酬改定における改定事項について

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:有給休暇

有給休暇の留意点

有給休暇の取得義務化の対象者や留意点について教えてください。

(1)有給休暇の取得義務化とは

有給休暇の取得義務化は、2019年4月から労働基準法の改正により導入されました。政府の働き方改革の一環として、医療機関に職員の労働環境改善を義務付け、雇用主はフルタイムで働く正職員や無期雇用の契約職員など、年間10日以上の有給付与日数がある職員に最低5日間の有給休暇を取得させなければなりません。

■違反した場合の罰則

職員に年5日以上の有給を取得させなかった場合は、労働基準法違反となり、職員1人につき30万円以下の罰金が科される可能性があります。5日の取得義務ができなかった職員が複数いれば、罰金総額も増えていきます。また、労働基準監督署から監督指導が入ったり、社会的なイメージ低下のリスクもあります。職員の有給取得を軽視すれば、法的制裁を受けるだけでなく、医療機関の評判にも影響が及ぶ可能性が高くなります。

(2)医療機関側の対策例

確実に有給休暇を取得させるための方法として、個別指定方式と計画年休制度があります。

■個別指定方式

有給休暇の取得が5日も満たない職員に医療機関側が取得日を指定する方法です。お互いが話し合い、合意の上で日にちを決めます。小規模な場合に有効とされています。

■計画年休制度(計画的付与)

計画年休制度は、職員の年次有給休暇の内、5日分を医療機関側であらかじめ計画をして指定する制度です。これを行うには労務協定で定める必要があります。

一度計画した計画年休日は、変更ができません。そのため仕事が混雑していても取得させなければならないため柔軟性に欠けるデメリットがあります。

■休みやすい環境作り

有給休暇の取得は労働者の権利であり、医療機関は取得させる義務があります。しかし単に取得を強制するだけでは十分ではありません。休暇取得を阻害する最大の要因は、「仕事が回らなくなる」といった業務上の理由です。組織的な取り組みにより、業務への影響を最小限に抑えつつ、労働者が休暇を気兼ねなく取得できる環境を整備することが重要です。休暇取得は労働者のメンタルヘルスや生産性の維持にもつながり、結果として医療機関の発展に寄与するはずで

(3)年次有給休暇管理簿と義務

有給休暇の取得義務化に伴い、医療機関は職員一人ひとりの有給休暇の取得状況を年次有給休暇管理簿で管理する必要があります。



ジャンル:労務管理 > サブジャンル:有給休暇

半日単位年休制度の導入

半日単位年休制度の導入に際しての
注意すべき点を解説してください。

(1)半日単位年休とは

1日の労働時間の半分を有給休暇として与える制度が半日単位年休です。
 半日単位年休の導入は職員の働き方の選択肢を広げる一方、運用面での負担も生じるため、慎重に検討する必要があります。また、半日単位年休は、労働基準法には規定されていません。そのため、就業規則の設定を行えば、労使協定が締結されていなくても導入することが可能です。

(2)就業規則の規定

半日単位年休の導入は使用者の一方的な判断ではなく、職員との合意の上で進める必要があります。十分な協議を経て、医療機関の実態に合った制度設計をすることが肝心です。

■半日単位年休の単位と区分

半日単位年休を導入する場合、「半日」をどのように区分するかが重要な検討事項となります。

①午前と午後に区切る方法

例えば始業時間が9時で1時間の休憩を挟いで就業時間が17時までの場合、「午前休は9時から12時まで(実質3時間)」、「午後休は13時から17時まで(実質4時間)」と区切ります。このように午前と午後で実質の休暇時間が異なるため、職員に不公平感が生じる可能性があります。

②所定労働時間を2等分する方法

1日の所定労働時間を2等分して、前半と後半に区切ります。

実務上は①の方法(午前休・午後休)が一般的ですが、いずれの方法を採用した場合でも、半日年休の取得は0.5日の消化となります。

半日単位年休の運用では、こうした午前と午後の不公平感が生じる点に留意が必要です。場合によっては時間単位の年次有給休暇制度を検討する必要があります。

(3)時間単位年休

時間単位年休とは、年次有給休暇を時間単位で取得できる制度のことです。半日単位の半日年休制度とは異なり、より細かい時間単位で休暇を取得することができます。

■半日単位年休と時間単位年休の違い

半日単位年休と時間単位年休の主な違いは、労使協定の要否という点にあります。労使協定を結ばずに導入できる半日単位年休制度は、制度導入の手続きは比較的シンプルです。

一方で、時間単位年休は労使協定が義務付けられているため、手続きが複雑になります。ただし、職員にとって融通が利く休暇取得が可能となるため、働きやすい環境への改善となります。