

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.834 2024.8.27

## 医療情報ヘッドライン

**がん対策計画の中間評価に「コア指標」  
都道府県ごとの進捗状況の測定・公表も**

▶厚生労働省  
がん対策推進協議会

**「高齢社会対策大綱」の方向性が固まる  
医師養成課程でもプライマリ・ケアに重点**

▶高齢社会対策大綱の策定のための検討会

## 週刊 医療情報

2024年8月23日号

**充実段階評価の項目見直し、  
今年中に結論**

## 経営TOPICS

統計調査資料

**病院報告**

(令和6年5月分概数)

## 経営情報レポート

**保険医療機関等指導及び監査の実施状況に見る!  
指導・監査の選定基準とその対応法**

## 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

**過労死の労災認定について  
通勤災害に該当する通勤途中の些細な行為**

# がん対策計画の中間評価に「コア指標」 都道府県ごとの進捗状況の測定・公表も

厚生労働省 がん対策推進協議会

厚生労働省は、8月5日に開催したがん対策推進協議会で、現在進められている「第4期がん対策推進基本計画」の中間評価について、指標としての質が高く、アウトカムへの影響が大きい「コア指標」を軸として進める方針を示した。

どの指標を「コア指標」として選定するかは、2025年春頃に改めて同協議会で提示するが、今回例示した「年齢調整死亡率／罹患率」やがん種別早期がん割合、国民生活基礎調査の検診受診率などから選ばれる可能性が高い。なお、選定された「コア指標」は、都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定にも用いて、地域の実情に応じた取り組みが行えるようにする構想も示している。

## ■メリハリをつけた分析・評価のために

がん対策推進基本計画は、日本人の死因で最も多いがんの対策について2006年に議員立法で制定された「がん対策基本法」に基づいて策定されるもので、がん対策の基本的な方向を示すとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となっている。

2023年度から2028年度までの6年を実行期間とする「第4期がん対策推進基本計画」は2023年3月に閣議決定され、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標としている。中間評価は実行期間の3年目に行うスケジュールで、2025年夏から秋にかけて議論し、2026年夏頃に評価を公表する予定だ。

今回、厚労省が中間評価の方法として「コア指標」を提案した背景にあるのは、評価項

目の多さだ。「第4期がん対策推進基本計画」において、がん対策の評価は、分野別のアウトカムとアウトカム指標を各種統計データから把握する「ロジックモデル」という考え方をを用いることになっているが、「予防・検診・医療・共生」と大きく4つのテーマがあるうえ、医療だけでも12のアウトカムがあり、ひとつひとつを見ていくと漫然とした分析・評価になりかねない。

公表された資料には「重要な指標に絞ってメリハリをつけて分かりやすい分析・評価をすることとしてはどうか」としたうえで「『コア指標』を予め選定し、『その他指標』は測定結果のみを提示し、進捗を把握することとしてはどうか」と記している。

コア指標の例として、前述の3つを示したのは、「早期発見・早期治療」をさらに推進して全体目標の「誰一人取り残さないがん対策」を実現しようという意欲の表れだ。その結果次第では「予防」および「検診」をより手厚くする方向となることも考えられる。

## ■都道府県の計画策定状況も報告

この日の協議会では、厚労省から「都道府県がん対策推進計画」の策定状況についても報告がなされた。「ロジックモデルを活用していない」都道府県が7つあることを明らかにしたほか、「科学的根拠に基づく記載がない」など、がん対策推進基本計画とのズレをひとつひとつ指摘。「都道府県のがん対策に見える化しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるよう」取り組みを進める意向をにじませた形だ。

# 「高齢社会対策大綱」の方向性が固まる 医師養成課程でもプライマリ・ケアに

## 高齢社会対策大綱の策定のための検討会

内閣府が8月5日に開催した「高齢社会対策大綱の策定のための検討会」で、6年ぶりの改定となる「高齢社会対策大綱」に向けた報告書案が提示された。医療関係では、地域包括ケアシステムの構築を一層進めるべきとしたうえで、フレイルや認知症などを含む高齢者医療（老年医学）やプライマリ・ケアなどの地域医療について医療関係者が学ぶ機会をより充実させ、医師養成課程でもそこに重点を置くべきだと提言している。

### ■「85歳以上」への対応が今後の焦点に

日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は年々上昇し、2023年時点で29.1%と3割に迫っている。

2025年には団塊の世代が全員75歳以上となり、2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上となるため、この数字はさらに伸びていく見込みだ。2030年代後半には85歳以上人口が初めて1,000万人を超え、2070年には高齢化率が38.7%と4割近くまで達すると推計されている。

それに伴い、生産年齢人口は2040年までに約1,200万人の減少が見込まれているため、「若年世代から高齢世代までの全ての人々が、それぞれの状況に応じて、『支える側』にも『支えられる側』にもなれる社会を目指していくことが必要」だとした。

こうした考え方の方向性は、これまでの高齢社会対策と基本的には変わらない。しかし、平均寿命が約20年間で男女ともに約3歳延伸び、高齢期の体力的な若返りが科学的根拠をもとに指摘されている中で「在職老齢年金」

の見直しを検討すべきとの提言が盛り込まれるなど、「公助・共助」から「自助」の必要性をより強くにじませているのが印象的だ。

具体的には、今後増えていく「85歳以上」がキーワードだろう。「医療・介護の充実」と題した項目では、冒頭に「医療・介護の複合ニーズが高まる85歳以上人口の急増を見据え」と明記。

対応策として「在宅医療や訪問介護の質・量両面での更なる充実」を含めた地域包括ケアシステムの構築を地域に求め、「高齢期に特有の疾病に関する創薬の加速化や、がんや難病、認知症、フレイルに関する研究を更に推進するとともに、新興感染症や自然災害の発生に備え、平時から保健・医療・介護に関する情報収集・分析など公衆衛生領域の研究も推進するべき」としている。

### ■独居高齢者への支援も手厚く

また、急増している「独居高齢者」について「高齢者等終身サポート事業」に触れている点も注目したい。今年6月には「高齢者等終身サポート事業者ガイドライン」が策定されており、報告書では「医療機関や福祉団体などが連携した支援のネットワークづくり」などの好事例の横展開を通じ、取り組みを広げていくべきだと明記している。

在宅医療と組み合わせた支援で地域包括ケアシステムの中核的な役割を担うといった方向性も十分に考えられるだけに、「高齢社会対策大綱」でどのように盛り込まれ、今後の予算編成でどう位置づけられるか引き続き注視するべきだろう。

医療情報①  
 厚生労働省  
 WG

## 充実段階評価の項目見直し、 今年中に結論

厚生労働省は 8 日、救命救急センターの充実段階評価の項目見直しに関する取りまとめを 2024 年中に行い、26 年から新しい項目で評価する案をワーキンググループ (WG) に示し、おおむね了承された。議論では、救命救急センターについて「アウトカムを評価していくべきだ」といった意見が出た。WG では、11 月ごろまで複数回議論して年内に結論を出す。25 年の評価では前年の実績を用いて試行調査を行う。充実段階評価については、厚労省の 22-24 年度の地域医療基盤開発推進研究事業で項目の内容について検討することとされている。

8 日に開催された厚労省の「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ」で、「救命救急センターの現状と評価に関する研究」を担当した坂本哲也参考人 (公立昭和病院院長) が充実段階評価の項目の見直し案を提示した。

具体的には、新たな項目案として、以下の 3 つを提案。

- ▼救急外来に常に専従の看護師を配置 (1 点) し、加えて救急医療に関する専門性が高い看護師を配置している (2 点)
- ▼充実段階評価の妥当性について自施設以外の救命救急センター職員などの第三者による「peer review」を受けている (2 点)
- ▼大量輸血プロトコルを整備 (1 点) し、加えて施設内に外傷外科医などの養成研修の受講者がいる (2 点)

また、第三者による医療機能の評価に関する現行の評価項目を変更し、医療機能評価を受ける第三者に JCI (JointCommissionInternational) を追加することも提案した。

さらに、診療データ登録制度への参加と自己評価に関する現行の評価項目も見直し、以下を項目とするよう提案した。

- ▼救命救急センターで診療を行った「AIS3」 (外傷の重症度評価) 以上の全ての外傷症例を「日本外傷データバンク」に登録している (1 点)
- ▼上記に加え、救命救急センターで診察を行った全ての自傷・自殺未遂者を「自傷・自殺未遂レジストリ」に登録している (2 点)

### ●救急医療全体のバランスを考慮すべきとの指摘も

意見交換では、新たな項目案の救急外来での専従看護師の配置に反対意見が出た。加納繁照構成員 (日本医療法人協会会長) は、専従看護師の配置を評価項目にすると各病院の負担がさらにかかると指摘。また、救急医療の専門性が高い看護師の配置を項目にすれば、「約 1,200 人いる救急の看護師を取り合いしないといけない」とし、時期尚早だとの考えを示した。(以降、続く)

# 薬価削除手続き簡素化案を了承

## ～厚生労働省が7日の中医協総会で提示

厚生労働省は7日、薬価削除手続きの簡素化案を中央社会保険医療協議会の総会に示し、了承された。委員からは医療機関や薬局、患者に不利益が生じないような対応を求める意見が出た。

薬価削除を巡っては、品目が増加する中で関係学会と製薬企業の双方に負担が掛かることが指摘されており、後発医薬品の産業構造に関する厚労省の検討会が6月にまとめた報告書ではプロセスの明確化を図るとともに一定の条件の下で簡素化するなどの方策を検討すべきだとしていた。

厚労省がこの日示した薬価削除手続きの案によると、医療上の需要がなくなるなどの理由により製造販売業者が医薬品の供給停止や薬価基準からの削除を希望する場合、製造販売業者から供給停止事前報告書が提出された品目（薬価削除品目）について厚労省が撤退の可否を関係学会に確認する。

また、製造販売業者から提出された薬価削除願に基づき厚労省が撤退の可否を関係学会に改めて確認する（プロセスの明確化）。ただし、シェアが一定の割合以下の品目の場合には関係学会への再度の確認は不要とする（プロセスの簡素化）。その後、薬価削除される品目として中医協へ報告する。

薬価削除品目に関しては関係告示を改正し、経過措置期間の終了後に薬価基準から削除する。

関係告示の改正は毎年3月と11月に行い、薬価基準削除の経過措置期間は告示改正後の最初の3月末までとする。改正後、必要があれば製造販売業者が経過措置期間の延長を申請。申請があった品目について厚労省が中医協に報告した後に告示を改めて改正し、経過措置を翌年度末まで1年延長する。一方、承継や代替新規、後発品への置き換えが進んでいる長期収載品（G1）の撤退に伴って薬価削除が必要な場合は、製造販売業者から提出された薬価削除願に基づき厚労省が中医協へ報告。この場合、代替品目が存在するため学会への確認は不要とする。

また、薬価削除品目について関係告示を改正し、経過措置期間の経過後に薬価基準から削除する。告示の改正は定期的に行い、薬価基準削除の経過措置期間は告示を改正した後の最初の3月末までとする。関係告示の改正後、必要があれば製造販売業者が経過措置期間の延長を申請。申請があった品目に関して厚労省が中医協に報告した後、告示を改正し、経過措置を翌年度末まで1年延長する。

総会では、厚労省案に異論は出なかった。ただ、診療側の森昌平委員（日本薬剤師会副会長）が、薬価削除のタイミングについて関係学会だけでなく関係する企業の意見も聞きながら安定供給への影響を踏まえた上で、医療機関や薬局、患者が混乱しないよう対応すべきだと主張した。また、薬局や医療機関が不利益を被らないように流通している医薬品の最終ロットの使用期限まで経過措置の延長を設けるような対応も求めた。（以降、続く）

# 病院報告

## (令和6年5月分概数)

厚生労働省 2024年8月9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6年5月     | 令和6年4月    | 令和6年3月    | 令和6年5月   | 令和6年4月   |
| 病院    |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 総数    | 1 116 770  | 1 127 762 | 1 140 943 | △ 10 992 | △ 13 181 |
| 精神病床  | 256 837    | 256 803   | 258 037   | 34       | △ 1 234  |
| 感染症病床 | 231        | 236       | 296       | △ 5      | △ 60     |
| 結核病床  | 909        | 901       | 957       | 8        | △ 56     |
| 療養病床  | 228 144    | 229 477   | 231 158   | △ 1 333  | △ 1 681  |
| 一般病床  | 630 648    | 640 345   | 650 495   | △ 9 697  | △ 10 150 |
| 外来患者数 | 1 188 346  | 1 222 525 | 1 195 253 | △ 34 179 | 27 272   |
| 診療所   |            |           |           |          |          |
| 在院患者数 |            |           |           |          |          |
| 療養病床  | 1 590      | 1 613     | 1 682     | △ 23     | △ 69     |

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6年5月     | 令和6年4月 | 令和6年3月 | 令和6年5月   | 令和6年4月 |
| 病院    |            |        |        |          |        |
| 総数    | 75.1       | 74.8   | 73.5   | 0.3      | 1.3    |
| 精神病床  | 80.8       | 80.6   | 80.3   | 0.2      | 0.3    |
| 感染症病床 | 13.7       | 11.4   | 15.5   | 2.3      | △ 4.1  |
| 結核病床  | 26.2       | 24.8   | 24.6   | 1.4      | 0.2    |
| 療養病床  | 84.8       | 84.3   | 83.9   | 0.5      | 0.4    |
| 一般病床  | 70.5       | 70.1   | 68.2   | 0.4      | 1.9    |
| 診療所   |            |        |        |          |        |
| 療養病床  | 39.5       | 38.7   | 36.0   | 0.8      | 2.7    |

注1) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

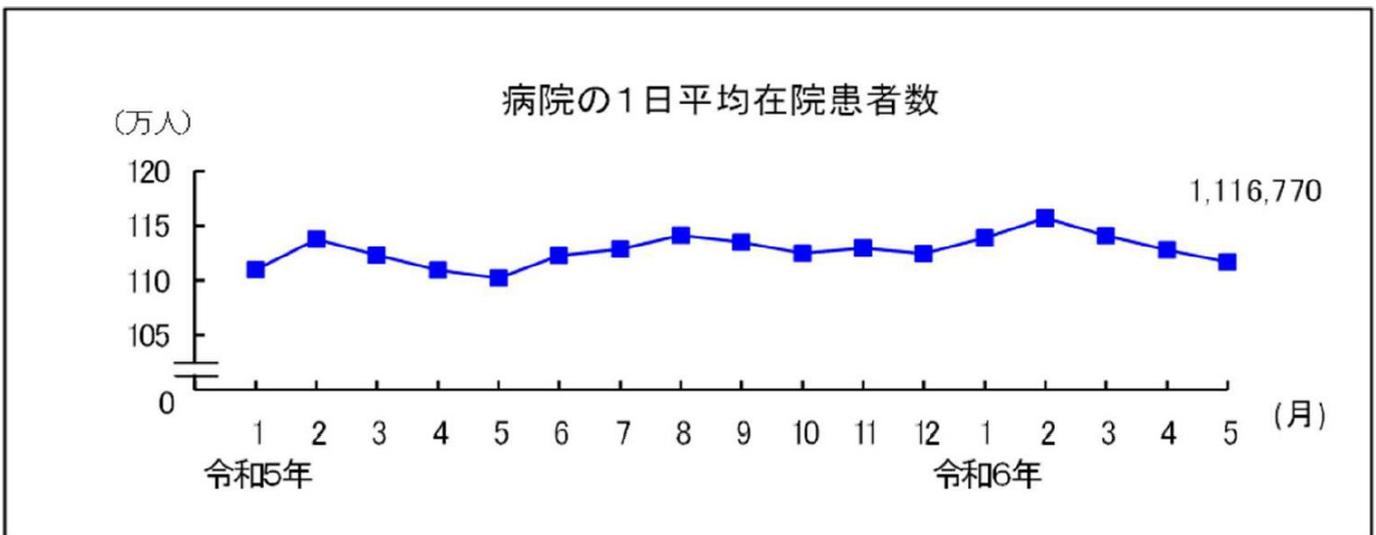
### 3. 平均在院日数（各月間）

|            | 平均在院日数（日） |        |        | 対前月増減（日） |        |
|------------|-----------|--------|--------|----------|--------|
|            | 令和6年5月    | 令和6年4月 | 令和6年3月 | 令和6年5月   | 令和6年4月 |
| <b>病院</b>  |           |        |        |          |        |
| 総数         | 25.8      | 25.6   | 26.6   | 0.2      | △ 1.0  |
| 精神病床       | 252.8     | 248.8  | 257.6  | 4.0      | △ 8.8  |
| 感染症病床      | 9.1       | 8.9    | 9.9    | 0.2      | △ 1.0  |
| 結核病床       | 53.0      | 49.3   | 45.1   | 3.7      | 4.2    |
| 療養病床       | 118.8     | 115.5  | 117.0  | 3.3      | △ 1.5  |
| 一般病床       | 15.5      | 15.5   | 16.2   | 0.0      | △ 0.7  |
| <b>診療所</b> |           |        |        |          |        |
| 療養病床       | 101.2     | 92.0   | 87.9   | 9.2      | 4.1    |

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

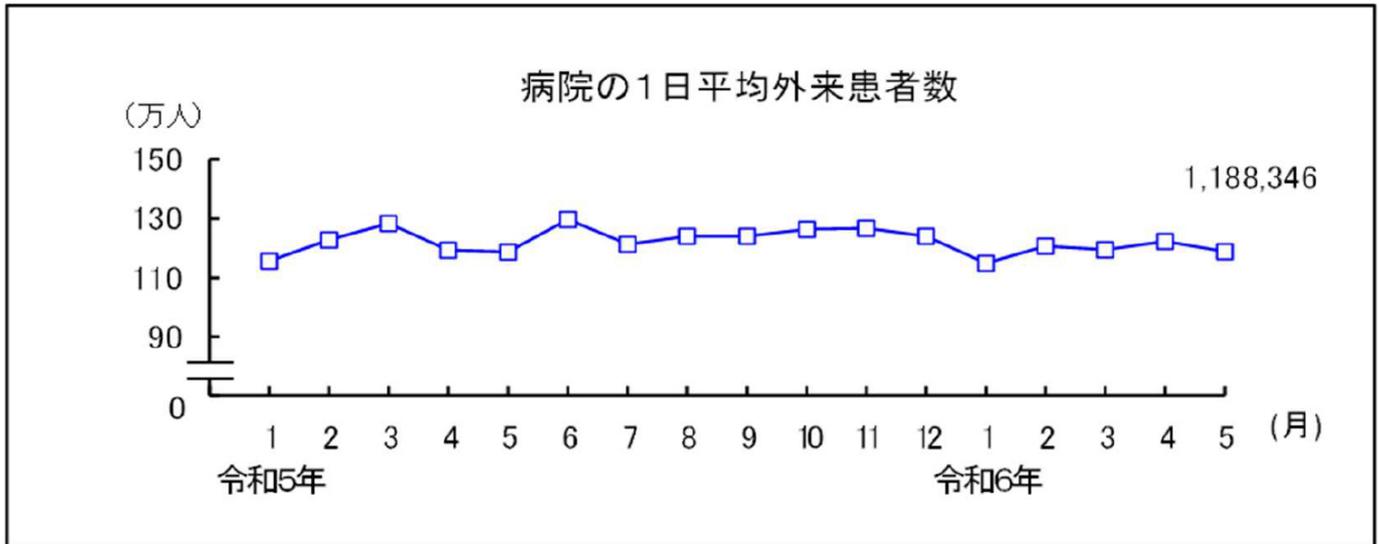
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

#### ◆ 病院:1日平均在院患者数の推移

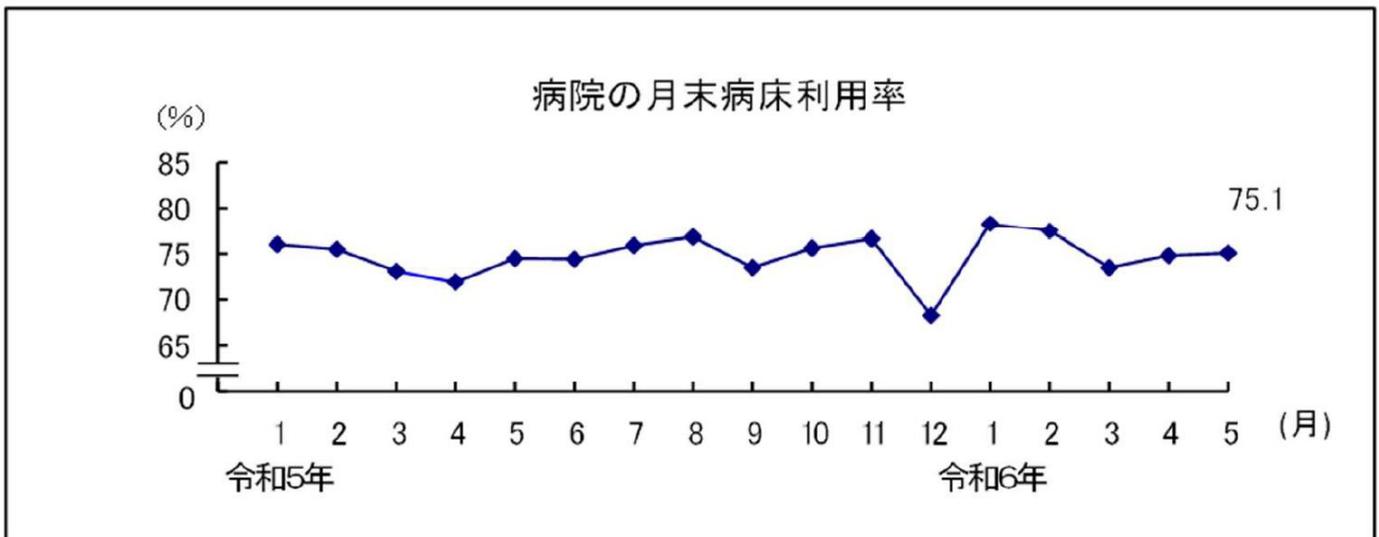


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

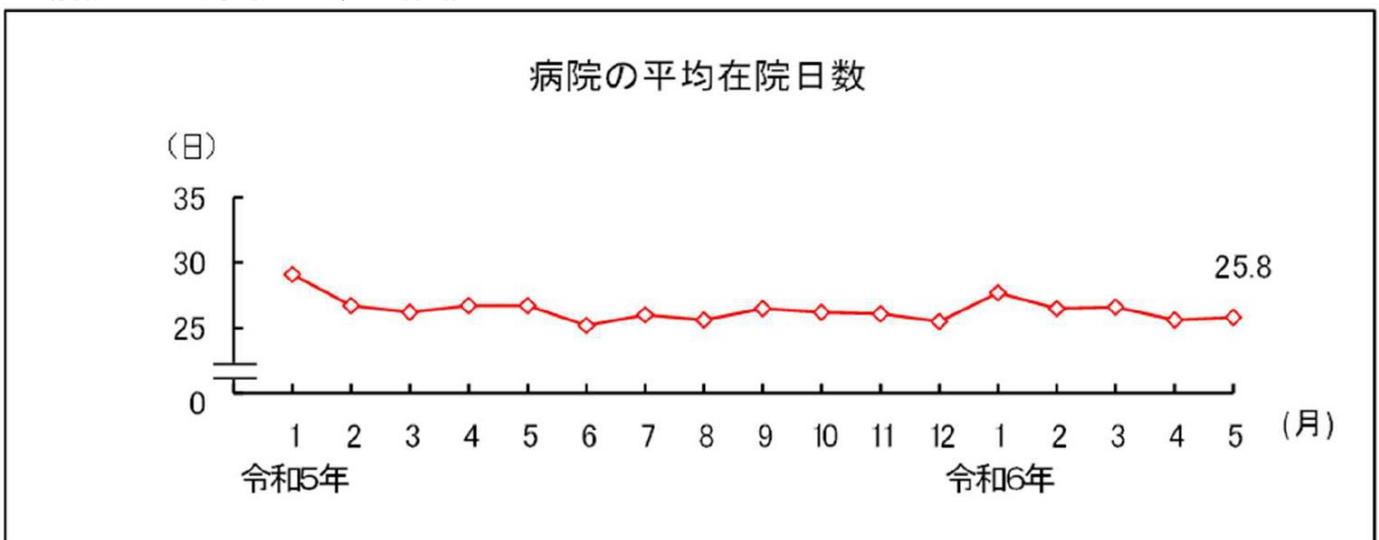
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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6年5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

# 保険医療機関等指導及び監査の実施状況にみる！ 指導・監査の選定基準と その対応法

1. 歯科医院の指導・監査の実施状況
2. 指導・監査の目的と選定基準
3. 保険診療における禁止事項
4. 特定共同指導・共同指導における指摘事項



### ■参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 特定共同指導・共同指導（歯科）における主な指摘事項  
令和4年度及び令和3年度における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（北海道厚生局） 保険診療平均点数（都道府県厚生局）

# 1

## 医業経営情報レポート

# 歯科医院の指導・監査の実施状況

健康保険法の第73条（厚生労働大臣の指導）では「保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療または調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない」と定められています。

（船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律でも同様の記載有）

令和4年度に実際に指導を受けた保険医療機関のうち、監査が実施された歯科医療機関は29件、歯科保険医は44人でした。

具体的には、歯科保険医療機関等の「指定取り消し」が2件、「指定取り消し相当」が7件、歯科保険医等の「登録取り消し」が6人、「登録取り消し相当」が2人となっています。

新型コロナウイルス感染症の影響で、指導・監査自体が少なかった時期もあり、過去の数字との比較は難しいものの、令和2年度、令和3年度に比べると若干、減少傾向となっています。

### ■ 厚生労働省 実態調査データ

#### （1）返還請求 令和3年度は48億4千万円 令和4年度は19億7千万円

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3年度が48億4千万円で、令和4年度では19億7千万円となっています。

ちなみに、令和元年度は108億7千万円、令和2年度は59億5千万円でしたので、減少傾向は明らかです。

指導・監査による返金請求は、年度によってばらつきはあるものの、電子カルテやレセコンが普及し、その内容も詳細にわたって行っていることがこの数字に表れていると思われます。

#### ■ 令和3年度、令和4年度 指導・監査の実態調査 返還金額の状況

| 年度    | 指導から       | 適時調査から     | 監査から       | 合計         |
|-------|------------|------------|------------|------------|
| 令和3年度 | 14億7,010万円 | 20億7,423万円 | 12億9,617万円 | 48億4,051万円 |
| 令和4年度 | 10億1,632万円 | 8億345万円    | 1億5,283万円  | 19億7,261万円 |

厚生労働省：保健医療機関等の指導・監査等の実施状況 より

また、保険医療機関指定取り消しの理由として、架空請求・付増請求・振替請求・二重請求といった不正がそのほとんどを占めており、これらの発覚要因として、18件のうち、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。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 指導・監査の目的と選定基準

保険医療機関である歯科医院は、健康保険法等で定められたルールに則り、適切に診療を行うことが求められています。

その上で指導というのは、医療機関が療養担当規則に違反していないかを患者本人や保険者及び支払機関等からの情報提供に基づいて、実地指導を行ったり、ルールの詳細について周知徹底したりすることを目的として、各地域の地方厚生局により実施されています。

### ■ 指導の目的

指導の目的は、言うまでもなく保険診療の質的向上及び適正化を図ることにあります。

指導大要には、「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」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、円滑な実施に努めることとなっています。

### ■ 指導について

#### 健康保険法第73条（厚生労働大臣の指導）

保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、**厚生労働大臣の指導を受けなければならない。**

※ 船員保険法第59条、国民健康保険法第41条、高齢者の医療の確保に関する法律第66条についても同様の内容記載あり。

#### 目的

「保険診療の取扱い、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」（指導大綱）

#### 指導形態

「集団指導」「集团的個別指導」「個別指導」



#### 指導後の措置

要監査 > 再指導 > 経過観察 > 概ね妥当

厚生労働省 北海道厚生局：保険診療の理解のために より

### ■ 監査の目的

監査を行うにあたり、その根拠については健康保険法第78条（保険医療機関または保険薬局の報告等）に、「厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、(略)出頭を求め、または当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機関若しくは保険薬局について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる」とされています。

## 3

## 医業経営情報レポート

## 保険診療における禁止事項

保険診療を行う上では様々な禁止事項が定められています。

これらは歯科医師法、保険医療機関及び保険医療費担当規則、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、健康保険法等の法律により禁止事項とされているものです。

## ■ 保険診療の禁止事項について

## (1) 無診察治療の禁止

- 歯科医師は、自ずから診察しないで治療をし、または診断書もしくは処方箋を交付してはならない。（歯科医師法 第20条） → 保険診療としても当然認められない
- 初診時はもちろんのこと、再診時においても同様である。

## (2) 特殊療法・研究的検査の禁止

- 特殊な療法または新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行ってはならない。（療担規則第18条）  
※例外・・・厚生労働大臣が定める先進医療（高度医療を含む）
- 各種の検査は、研究目的をもって行ってはならない。（療担規則第21条）  
※例外・・・手続きを踏んだ治験

## (3) 混合診療の禁止

- 保険医療機関が、保険診療として認められていない特殊な療法（処置、手術、検査、薬剤、歯科材料等）の費用を保険診療適用分の一部負担金と一括して患者より徴収することは、いわゆる「混合診療」に該当し、保険診療上認められない。（療担規則第5条、18条、19条）
- 保険診療における一連の治療において、保険診療と自由診療を混在させてはならない。  
※例外・・・保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴における保険給付外治療の取扱い  
ただし、当該治療を患者が希望した場合に限る

# 4

## 医業経営情報レポート

# 特定共同指導・共同指導における指摘事項

以下は保険医療機関たる歯科医院に対して行われた特定共同指導や共同指導の際における指摘事項の実例です。

ただし、その当時の施設基準や算定条件等に基づく指導において指摘された事項ですので、現在の基準と異なるところがある点、ご注意ください。

### ■ 診療に関する項目

厚生労働省ホームページ「令和4年度 特定共同指導・共同指導における主な指摘事項」より抜粋しています。

## (1) 診療録等の記載

### ① 診療録

- 診療録の整備及び保管状況について不備な例が認められたので、診療録が散逸しないように適切に編綴すること。
- レセプトコンピュータ等OA機器により作成した診療録において、診療を行った保険医が署名または記名押印を行っていない例が認められたので、適切に診療録を作成すること。
- 診療録第1面（療担規則様式第一号（二）の1）の記載内容が不備な例が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。  
例：部位、傷病名、終了年月日、転帰、主訴の記載がないまたは誤っている  
歯科医学的に診断根拠のない傷病名（いわゆるレセプト病名）が認められる
- 診療録の記載方法、記載内容に次の例が認められたので適切に記載すること。  
例：行を空けた記載、鉛筆による記載、診療行為の手順と異なる記載、訂正または追記した者及び日時が不明

### ② 歯科技工指示書

- 歯科技工指示書に記載すべき次の内容に不備が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。  
例：設計、使用材料、発行した歯科医師の氏名、当該歯科医師の勤務する診療所の所在地

### ③ 歯科衛生士の業務記録

- 歯科衛生士が行った業務について、記録を作成していない。

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。

# 過労死の労災認定について

**先日、職員が院内で仕事中に脳内出血で死亡しました。このような場合、過労死として労災認定されますか？**

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ことをいいます。

近年、過労死が大きな社会問題となり、新たな過労死の認定基準が設けられました。令和3年には、「血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」が改正されました。

## ■認定基準改正のポイント

- 長期間の過重業務の評価に当たり、労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合評価して労災認定することを明確化
- 長期間の過重業務、短期間の過重業務の労働時間以外の負荷要因を見直し
- 短期間の過重業務、異常な出来事の業務と発症との関連性が強いと判断できる場合を明確化
- 対象疾病に「重篤な心不全」を追加

## ■取り扱う疾患 脳血管疾患

### (1) 脳血管疾患

- ① 脳内出血（脳出血）      ② くも膜下出血      ③ 脳梗塞      ④ 高血圧性脳症

### (2) 虚血性心疾患等

- ① 心筋梗塞      ② 狭心症      ③ 心停止（心臓性突然死を含む。）      ④ 重篤な心不全      ⑤ 大動脈解離

## ■認定要件

次の①、②又は③の業務による明らかな過重負荷を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、業務に起因する疾病として取り扱う。

- ① 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務（以下「長期間の過重業務」という。）に就労したこと。
- ② 発症に近接した時期において、特に過重な業務（以下「短期間の過重業務」という。）に就労したこと。
- ③ 発症直前から前日までの間において、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（以下「異常な出来事」という。）に遭遇したこと。

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。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トイレを使用する場合
- ② 帰途中に近くにある公園で短時間休息をする場合
- ③ 経路上のコンビニなどで、タバコ、雑誌等を購入する場合
- ④ 駅構内でドリンク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