

週刊WEB

# 医療経営

MAGA  
ZINE

Vol.647 2020. 11. 4

医療情報ヘッドライン

## 費用対効果評価、「まずは検証」 保険収載時の活用は先送り

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

## 非認定施設でのNIPTが増加 WGが調査するも全体像把握できず

▶厚生労働省 NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

週刊 医療情報

2020年10月30日号

早ければ年内にも  
一定の整理

経営 TOPICS

統計調査資料

## 最近の医療費の動向/概算医療費

(令和元年度3月)

経営情報レポート

## 職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の概要と運用方法

経営データベース

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

## 請求漏れが発生する要因

## 適切な診療報酬請求事務の実現

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 費用対効果評価、「まずは検証」 保険収載時の活用は先送り

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、10月28日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、医薬品の費用対効果評価の実施範囲や規模の拡大を否定。まずは中医協で実施状況をしっかりと検証し、「制度の成熟度」を高めるとともに、現行は最大1年半かかっている保険収載から価格調整までの期間をできるだけ短縮することが先決だという方針を明らかにした。

「将来的にはイギリスやスウェーデンのように償還可否の決定に用いることも検討すべき」としたものの、ひとまずは検討の俎上に載せないことを示した形だ。

## ■運用開始から1年半、

### 評価の仕組み検討は時期尚早

厚労省は3月の時点で、費用対効果評価の実施範囲や規模の拡大について、「中医協での検討の継続」を提案し、了承されている。

7カ月経過した今、そこからさらに一步後退した提案をしたのは、評価の運用開始から1年半程度とまだ日が浅く、事例の評価結果も出ていないことが背景にある。

現在は12品目が対象に選定され、分析を実施。ただ、同時並行で公的分析班の追加や人材育成プログラムの開始、調査研究なども行われており、本格的な運用とは言い難い状況だ。来年3月末までに複数品目の総合的評価について、中医協での審議を予定している状態であり、医療保険部会でも「まずはその影響の検証や課題の抽出などを行うべきであり、評価の仕組みを検討するのは時期尚早」との意見が出ている。

## ■保険償還の可否判断に用いれば

### 創薬意欲を削ぐおそれも

そもそも費用対効果評価は、高度先進医療機器を用いる高額医療や、高額医薬品の価格を適正化することが目的だ。とりわけ数千万から億単位の価格となる高額医療は、社会保障費を大きく圧迫する。

近年でいえば、画期的ながん治療薬として注目を浴びたオプジーボが、当初患者1人あたり年間3,500万円かかるとされたほか、様々な新薬やロボット手術システムなどが次々に登場。今後も技術の進化に伴って超高額機器や医薬品が相次ぐことが確実視されており、価格引き下げの合意形成をとるための仕掛けとしての役割を政府や厚労省が期待しているのは間違いない。

しかし、製薬会社や医療機器メーカーにとっては死活問題ともなりかねないのも事実。

実際、前述のオプジーボは費用対効果評価の試行導入時の対象となり、都合4回も薬価が引き下げられ、結果的に当初の2割程度となってしまった。外資系製薬団体は「日本市場の魅力がなくなっている」と明言しているほどで、保険償還の可否判断に用いるかどうかは重大な焦点となってきている。

政府・厚労省としては一刻も早く可否判断に用いたいのが本音だろうが、医療機器や医薬品開発のイノベーションを阻害することが確実視されるだけに、問題を先送りした格好になったといえよう。今後、実施範囲や規模の拡大に向けた道筋をどのように描くのか、厚労省の舵取りに注目したい。

# 非認定施設でのNIPTが増加 WGが調査するも全体像把握できず

厚生労働省 NIPT等の出生前検査に関する専門委員会

厚生労働省は、10月28日に「NIPT等の出生前検査に関する専門委員会」の初会合を開催。関係学会の認定を受けていない施設でのNIPT実施例が増えていることや、ワーキンググループで実態調査をしたものの全体像が把握できなかったことなどが報告された。同委員会では、出生前検査の適切なあり方や実施体制、妊婦への情報提供のあり方や遺伝カウンセリング等の相談支援体制について議論・検討し、来年2月をめどに報告書を取りまとめる予定だ。

## ■ダウン症の可能性を推定する検査

### 手軽さから美容クリニックでも

NIPTは、妊婦の血液から胎児のダウン症といった染色体異常の可能性を推定する出生前検査。従来の出生前診断と異なり、採血のみと母体への負担が少なく、かつ精度の高い検査ができるとして、実施するクリニックが急増している。

一方で、どのクリニックが実施しているのか実態が把握できていないのが実情だ。

中には美容クリニックが実施しているケースも見られるため、厚労省は2019年10月に「母体血を用いた出生前遺伝学的検査（NIPT）の調査等に関するワーキンググループ」を設置。実態調査に乗り出したが、結果として全体像の把握ができていない。

関係学会が認定する92施設については、71施設から回答があったものの、WGがインターネット検索で突き止めた51施設については、たった9施設しか回答が得られな

かった。検査の「受検者」にもアンケート調査を試みたところ、認定施設の受検者からは36人から回答があったが、非認定施設の受検者は無回答だった。

## ■十分な検査説明もできていない現状

この日の会合では、日本産科婦人科学会の調査結果も発表されたが、それによると半数以上が非認定施設。そして、非認定施設の場合は、検査に関する説明が「ない」「15分未満」が7割以上となった。NIPTが確定診断ではなく、あくまでも染色体異常の可能性を示すのみであることを踏まえれば、検査の説明が不十分なのは倫理的な問題にも発展する。NIPTで陽性となったことで中絶を選択する例もあるからだ。他方で、非認定施設を選んだ理由として「当日に検査できる」「ネットの口コミ」「ネット予約」「安価」といった、命の選別のシビアさとは対極にある項目が多数を占めているのも見逃せない。

菅義偉内閣が不妊治療の保険適用を拡大する方針を打ち出すなど、政府も少子化対策に力を注いでいる。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大も影響してか、全国の自治体が5月から7月の間に受理した妊娠届は、昨年同時期より11.4%も減少していることが明らかになっており、少子化はより一層加速している状況だ。出生前検査の適切なあり方を実現することは、幅広い年齢層の女性が安心して妊娠・出産できる土壌醸成にもつながるだけに、同委員会の議論のゆくえをしっかりと見守りたい。

医療情報①  
 厚生労働省  
 検討会

## 早ければ年内にも一定の整理 ~3会議体の合同会議で議論

厚生労働省は10月21日、「健康・医療・介護情報利活用検討会」(座長=森田朗・津田塾大学総合政策学部教授)と、下部組織の「医療等情報利活用ワーキンググループ(WG)」「健診等情報利活用WG」の3会議体の合同会議を開き、以下について幅広に議論した。

- ▼新たな日常にも対応したデータヘルスの集中改革プラン
- ▼年末までの利活用検討会の進め方
- ▼オンライン資格確認等システムを基盤として提供される情報
- ▼電子処方箋の仕組みの構築
- ▼全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大
- ▼電子カルテ等の標準化
- ▼自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

「データヘルス改革推進本部」(本部長:厚生労働相)が示した2年間のデータヘルス集中改革プランの工程では、来春にマイナンバーカードによるオンライン資格確認が開始されるのを皮切りに、医療等情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みとして、来年3月から特定健診情報、同年10月からレセプト記載の薬剤情報、その後、手術・移植、透析、医療機関名等情報、そして、2022年夏ごろを目途に電子処方箋の運用を開始する方針を示している。

また、並行して健診・検診データの標準化に速やかに取り組むことで、パソコンやスマートフォン等を通じて国民・患者が自身の保健医療情報を閲覧・活用できる仕組み構築に向けて必要な法制上の対応を行い、来年3月には事業主健診情報、その後、がん検診、肝炎ウイルス検診、骨粗鬆症検診、歯周疾患検診情報、学校健康診断情報などへ順次拡大して運用したいとしている。厚労省は、同検討会では、以下の3点について論点を整理し、対応の方向性について議論したうえで、今年末までに可能なものから一定の整理を行うとした。

- ▼全国で医療情報を確認できる仕組みの拡大
- ▼電子処方箋の仕組みの構築
- ▼国民・患者自身の保健医療情報を活用できる仕組みの拡大

この日厚労省は、患者が確認できる保健医療情報について、以下の2つの論点を示した。

- ▼患者本人が確認できる情報は患者における有用性やシステム面を勘案しつつ、原則、患者に交付される診療明細書の全てとしてはどうか
- ▼患者に交付される診療明細書には存在しないが、レセプトに記載されている傷病名(現病名)の情報を患者本人が確認できるようにすることについてどう考えるか

医療等WGの三原直樹構成員(国立がん研究センター情報統括センター長)は、「システム上、公開できる情報の範囲を規定できるのか。精神疾患など公開したくない情報の場合はどうするのか」と質問。これに対して厚労省は、「患者に情報を一部だけしか見せずに治療に進むことの是

非もあり、公開する場合はすべてとした」と答えた。また、情報提供の同意については、医療機関に受診する際に毎回取得する必要があると説明した。健診等 WG の山口育子構成員（ささえあい医療人権センターCOML 理事長）は、情報を伝えるのが当たり前の時代となっているとしたうえで、「all or nothing で情報を共有するとなると、なぜそうした情報が医療機関に必要なのかを患者に伝える（システムとする）必要がある。また、レセプトの傷病名には疑い病名も含まれるため、患者を不安にさせないことが大事」と指摘した。

3 会議体すべての構成員を務める長島公之・日本医師会常任理事は、「がん、遺伝、精神疾患などは医師が患者に対して単に病名だけを伝えることはない。傷病名を使うには運用などテクニカルなことでは対応できないので十分な環境整備が必要」と発言。患者が大きな不利益を被る可能性が高く、今は提供すべきでないとの立場を明らかにした。

医療情報②  
政府  
閣議決定

## 循環器病対策で基本計画を閣議決定

政府は 10 月 27 日、「循環器病対策推進基本計画」を閣議決定し、厚生労働省のウェブサイトで公表した。昨年 12 月施行の脳卒中・循環器病対策基本法に基づき策定した。

計画では、全体目標として、以下の 3 本柱を据えた。

- ① 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
- ② 保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実
- ③ 循環器病の研究推進

これらに取り組むことにより、「2040 年までに 3 年以上の健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少を目指して、予防や医療、福祉サービスまで幅広い循環器病対策を総合的に推進する」とした。個別施策として、①では「循環器病の発症予防および重症化予防、子どもの頃からの国民への循環器病に関する知識（予防や発症早期の対応等）の普及啓発」を挙げた。

②では、以下の 10 項目を挙げている。

- ▼ 循環器病を予防する健診の普及や取り組みの推進
- ▼ 救急搬送体制の整備
- ▼ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築
- ▼ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援
- ▼ リハビリテーション等の取り組み
- ▼ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援
- ▼ 循環器病の緩和ケア
- ▼ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援
- ▼ 治療と仕事の両立支援・就労支援
- ▼ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

また③では、「循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発」を挙げ、「基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進」「根拠に基づく政策立案のための研究の推進」を掲げた。

# 最近の医療費の動向

## / 概算医療費(令和元年度3月)

厚生労働省 2020年8月28日公表

### 1 制度別概算医療費

#### ● 医療費

(単位：兆円)

|                | 総計   | 医療保険適用 |      |     |     |      |        |          | 公費  |       |
|----------------|------|--------|------|-----|-----|------|--------|----------|-----|-------|
|                |      | 75歳未満  |      |     |     |      | 国民健康保険 | (再掲)未就学者 |     | 75歳以上 |
|                |      | 被用者保険  | 本人   |     | 家族  |      |        |          |     |       |
|                |      |        |      | 本人  |     | 家族   |        |          |     |       |
| 平成27年度         | 41.5 | 24.2   | 12.2 | 6.4 | 5.2 | 12.0 | 1.5    | 15.2     | 2.1 |       |
| 平成28年度         | 41.3 | 23.9   | 12.3 | 6.5 | 5.2 | 11.5 | 1.4    | 15.3     | 2.1 |       |
| 平成29年度         | 42.2 | 24.1   | 12.8 | 6.9 | 5.3 | 11.3 | 1.4    | 16.0     | 2.1 |       |
| 平成30年度<br>4~3月 | 42.6 | 24.0   | 13.1 | 7.1 | 5.3 | 10.9 | 1.4    | 16.4     | 2.1 |       |
| 4~9月           | 20.9 | 11.8   | 6.3  | 3.4 | 2.6 | 5.5  | 0.7    | 8.1      | 1.1 |       |
| 10~3月          | 21.6 | 12.3   | 6.8  | 3.7 | 2.7 | 5.5  | 0.8    | 8.3      | 1.1 |       |
| 令和元年度<br>4~3月  | 43.6 | 24.4   | 13.5 | 7.4 | 5.3 | 10.9 | 1.4    | 17.0     | 2.2 |       |
| 4~9月           | 21.6 | 12.1   | 6.6  | 3.6 | 2.6 | 5.4  | 0.7    | 8.5      | 1.1 |       |
| 10~3月          | 21.9 | 12.3   | 6.9  | 3.8 | 2.7 | 5.4  | 0.7    | 8.6      | 1.1 |       |
| 2月             | 3.5  | 2.0    | 1.1  | 0.6 | 0.4 | 0.9  | 0.1    | 1.4      | 0.2 |       |
| 3月             | 3.7  | 2.1    | 1.2  | 0.6 | 0.4 | 0.9  | 0.1    | 1.4      | 0.2 |       |

注 1) 審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会)で審査される診療報酬明細書のデータ(算定ベース:点数、費用額、件数及び日数)を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分(はり・きゅう、全額自費による支払い分等)等は含まれていない。

注 2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

## ●1人当たり医療費

(単位：万円)

|            | 総計    | 医療保険適用    |      |      |      |      |      |        | 75歳以上 |              |
|------------|-------|-----------|------|------|------|------|------|--------|-------|--------------|
|            |       | 75歳未満     |      |      |      |      |      | 国民健康保険 |       | (再掲)<br>未就学者 |
|            |       | 被用者<br>保険 | 本人   |      | 家族   |      |      |        |       |              |
|            |       |           | 本人   | 家族   |      |      |      |        |       |              |
| 平成27年度     | 32.7  | 21.9      | 16.3 | 15.4 | 16.0 | 33.9 | 21.3 | 94.8   |       |              |
| 平成28年度     | 32.5  | 21.7      | 16.3 | 15.4 | 16.1 | 33.9 | 21.3 | 93.0   |       |              |
| 平成29年度     | 33.3  | 22.1      | 16.7 | 15.8 | 16.4 | 34.9 | 21.6 | 94.2   |       |              |
| 平成30年度4～3月 | 33.7  | 22.2      | 16.9 | 16.0 | 16.6 | 35.3 | 21.9 | 93.9   |       |              |
|            | 4～9月  | 16.5      | 10.8 | 8.2  | 7.7  | 8.0  | 17.4 | 10.7   | 46.6  |              |
|            | 10～3月 | 17.1      | 11.3 | 8.7  | 8.2  | 8.6  | 17.9 | 11.2   | 47.3  |              |
| 令和元年度4～3月  | 34.5  | 22.6      | 17.4 | 16.5 | 16.9 | 36.4 | 21.9 | 95.2   |       |              |
|            | 4～9月  | 17.1      | 11.2 | 8.5  | 8.1  | 8.4  | 18.0 | 11.0   | 47.5  |              |
|            | 10～3月 | 17.4      | 11.4 | 8.8  | 8.4  | 8.6  | 18.4 | 10.9   | 47.7  |              |
|            | 2月    | 2.8       | 1.9  | 1.5  | 1.4  | 1.4  | 2.9  | 1.8    | 7.6   |              |
|            | 3月    | 2.9       | 1.9  | 1.5  | 1.4  | 1.4  | 3.1  | 1.6    | 8.0   |              |

- 注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。  
 注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。  
 加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

## 2 診療種類別概算医療費

### ●医療費

(単位：兆円)

|            | 総計    | 診療費      |           |      |     |     | 調剤  | 入院時<br>食事療養等 | 訪問<br>看護療養 | (再掲)<br>医科<br>入院<br>+医科<br>食事等 | (再掲)<br>医科<br>入院外<br>+調剤 | (再掲)<br>歯科<br>+歯科<br>食事等 |
|------------|-------|----------|-----------|------|-----|-----|-----|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            |       | 医科<br>入院 | 医科<br>入院外 | 歯科   |     |     |     |              |            |                                |                          |                          |
|            |       |          |           |      |     |     |     |              |            |                                |                          |                          |
| 平成27年度     | 41.5  | 32.6     | 15.6      | 14.2 | 2.8 | 7.9 | 0.8 | 0.16         | 16.4       | 22.1                           | 2.8                      |                          |
| 平成28年度     | 41.3  | 32.8     | 15.8      | 14.2 | 2.9 | 7.5 | 0.8 | 0.19         | 16.5       | 21.7                           | 2.9                      |                          |
| 平成29年度     | 42.2  | 33.5     | 16.2      | 14.4 | 2.9 | 7.7 | 0.8 | 0.22         | 17.0       | 22.1                           | 2.9                      |                          |
| 平成30年度4～3月 | 42.6  | 34.0     | 16.5      | 14.6 | 3.0 | 7.5 | 0.8 | 0.26         | 17.3       | 22.0                           | 3.0                      |                          |
|            | 4～9月  | 20.9     | 16.8      | 8.2  | 7.1 | 1.5 | 3.6 | 0.4          | 0.13       | 8.6                            | 10.8                     | 1.5                      |
|            | 10～3月 | 21.6     | 17.3      | 8.3  | 7.4 | 1.5 | 3.9 | 0.4          | 0.14       | 8.7                            | 11.3                     | 1.5                      |
| 令和元年度4～3月  | 43.6  | 34.7     | 16.9      | 14.9 | 3.0 | 7.7 | 0.8 | 0.30         | 17.6       | 22.6                           | 3.0                      |                          |
|            | 4～9月  | 21.6     | 17.3      | 8.4  | 7.4 | 1.5 | 3.8 | 0.4          | 0.15       | 8.7                            | 11.2                     | 1.5                      |
|            | 10～3月 | 21.9     | 17.5      | 8.5  | 7.5 | 1.5 | 3.9 | 0.4          | 0.16       | 8.9                            | 11.4                     | 1.5                      |
|            | 2月    | 3.5      | 2.8       | 1.4  | 1.2 | 0.2 | 0.6 | 0.1          | 0.03       | 1.4                            | 1.8                      | 0.2                      |
|            | 3月    | 3.7      | 2.9       | 1.4  | 1.2 | 0.3 | 0.7 | 0.1          | 0.03       | 1.5                            | 1.9                      | 0.3                      |

- 注1) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。  
 入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

## ● 受診延日数

(単位：億日)

|               | 総計   | 診療費  |       |      | 調剤  | 訪問看護療養 |      |
|---------------|------|------|-------|------|-----|--------|------|
|               |      | 医科入院 | 医科入院外 | 歯科   |     |        |      |
| 平成 27 年度      | 25.8 | 25.6 | 4.7   | 16.8 | 4.2 | 8.2    | 0.15 |
| 平成 28 年度      | 25.6 | 25.4 | 4.7   | 16.6 | 4.2 | 8.3    | 0.17 |
| 平成 29 年度      | 25.6 | 25.4 | 4.7   | 16.5 | 4.2 | 8.4    | 0.20 |
| 平成 30 年度 4～3月 | 25.4 | 25.2 | 4.7   | 16.4 | 4.2 | 8.4    | 0.23 |
| 4～9月          | 12.6 | 12.5 | 2.3   | 8.1  | 2.1 | 4.1    | 0.11 |
| 10～3月         | 12.9 | 12.8 | 2.3   | 8.3  | 2.1 | 4.4    | 0.12 |
| 令和元年度 4～3月    | 25.2 | 25.0 | 4.7   | 16.1 | 4.2 | 8.4    | 0.27 |
| 4～9月          | 12.7 | 12.6 | 2.3   | 8.1  | 2.1 | 4.2    | 0.13 |
| 10～3月         | 12.6 | 12.4 | 2.3   | 8.0  | 2.1 | 4.2    | 0.14 |
| 2月            | 2.0  | 2.0  | 0.4   | 1.3  | 0.3 | 0.7    | 0.02 |
| 3月            | 2.1  | 2.0  | 0.4   | 1.3  | 0.4 | 0.7    | 0.02 |

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。  
 受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

## ● 1日当たり医療費

(単位：千円)

|               | 総計   | 医科入院   |       | 医科入院外 | 歯科  | 調剤  | 訪問看護療養 | (参考)     |
|---------------|------|--------|-------|-------|-----|-----|--------|----------|
|               |      | 食事等含まず | 食事等含む |       |     |     |        | 医科入院外+調剤 |
| 平成 27 年度      | 16.1 | 33.3   | 35.0  | 8.5   | 6.8 | 9.6 | 11.0   | 13.2     |
| 平成 28 年度      | 16.1 | 33.8   | 35.5  | 8.5   | 6.9 | 9.0 | 11.1   | 13.1     |
| 平成 29 年度      | 16.5 | 34.5   | 36.2  | 8.7   | 7.0 | 9.2 | 11.1   | 13.4     |
| 平成 30 年度 4～3月 | 16.7 | 35.4   | 37.1  | 8.9   | 7.1 | 8.9 | 11.3   | 13.5     |
| 4～9月          | 16.7 | 35.1   | 36.8  | 8.9   | 7.1 | 8.9 | 11.3   | 13.4     |
| 10～3月         | 16.8 | 35.6   | 37.3  | 8.9   | 7.1 | 8.9 | 11.4   | 13.5     |
| 令和元年度 4～3月    | 17.3 | 36.2   | 37.9  | 9.2   | 7.2 | 9.2 | 11.4   | 14.0     |
| 4～9月          | 17.1 | 35.9   | 37.5  | 9.1   | 7.2 | 9.1 | 11.4   | 13.8     |
| 10～3月         | 17.5 | 36.6   | 38.2  | 9.3   | 7.3 | 9.2 | 11.5   | 14.2     |
| 2月            | 17.4 | 36.5   | 38.2  | 9.2   | 7.3 | 9.1 | 11.6   | 14.2     |
| 3月            | 17.9 | 36.8   | 38.5  | 9.5   | 7.4 | 9.9 | 11.5   | 14.8     |

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。  
 歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。





経営情報  
レポート  
要約版



人事・労務

# 職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の 概要と運用方法

1. 勤務間インターバル制度の概要
2. 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計
3. 勤務間インターバル制度導入と運用方法



## 参考文献

【厚生労働省】時間外労働の上限規制 わかりやすい解説 働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～  
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル 時間外労働等改善助成金(勤務間インターバル導入コース)

# 1

## 医業経営情報レポート

# 勤務間インターバル制度の概要

### ■ 勤務間インターバル制度が注目される背景

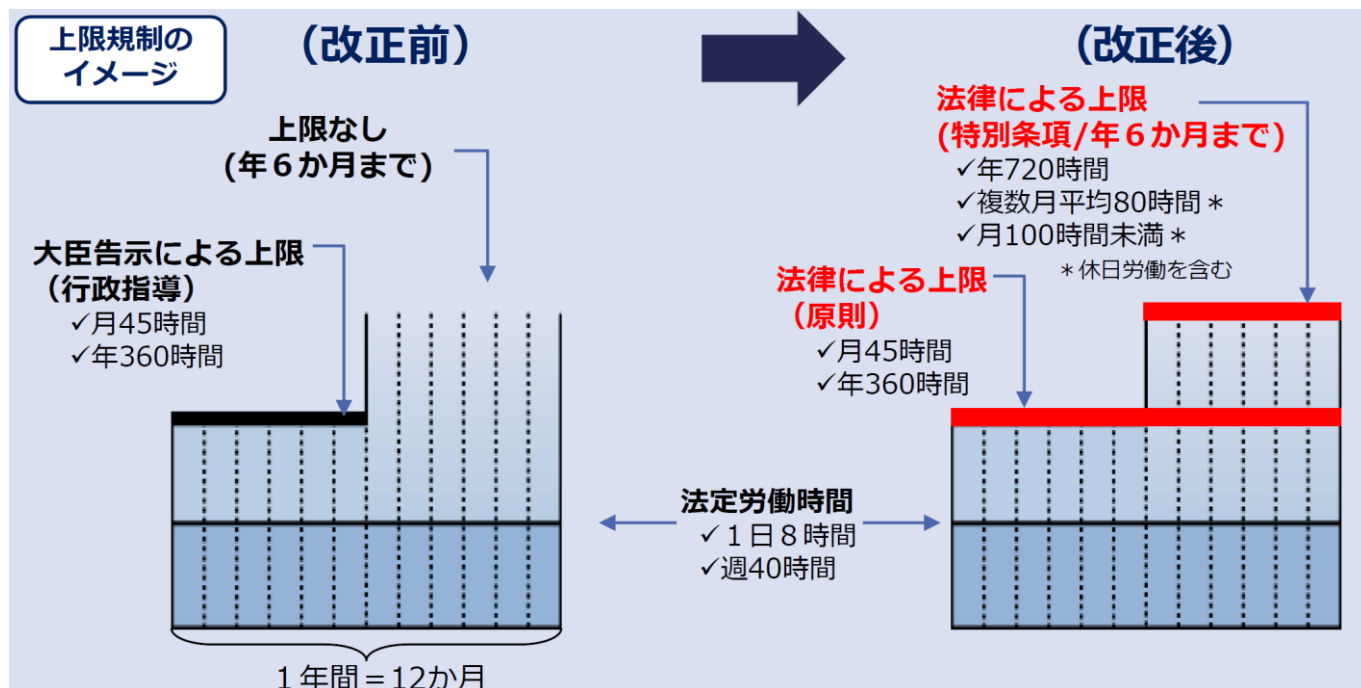
#### (1) 長時間労働への対応

厚生労働省から、「勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル」が公表されました（令和2年3月30日）。勤務間インターバル制度は、1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に、一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組みです。

勤務間インターバル制度が注目される背景には、長時間労働に起因する健康被害が増加し、長時間労働を是正する必要があると、社会全体で認識されたことが挙げられます。

長時間労働を原因とする健康被害等が社会問題化したことを受け、2019年4月から（中小企業は2020年4月から）働き方改革関連法で「時間外労働の上限規制」が新たに設けられ、1か月及び1年の時間外労働の時間に上限が設定されました。

#### ◆ 時間外労働の上限規制（※医師は適用猶予）



(出典) 厚生労働省 時間外労働の上限規制 わかりやすい解説

また、職員が健康な生活を送るために必要なインターバル時間を確保するため、勤務と次の勤務の間隔を一定時間空ける勤務間インターバル制度が導入されました。

長時間労働となった場合でも、翌日の勤務開始時刻を調整することで、一定の休息時間を確保することができます。

# 2

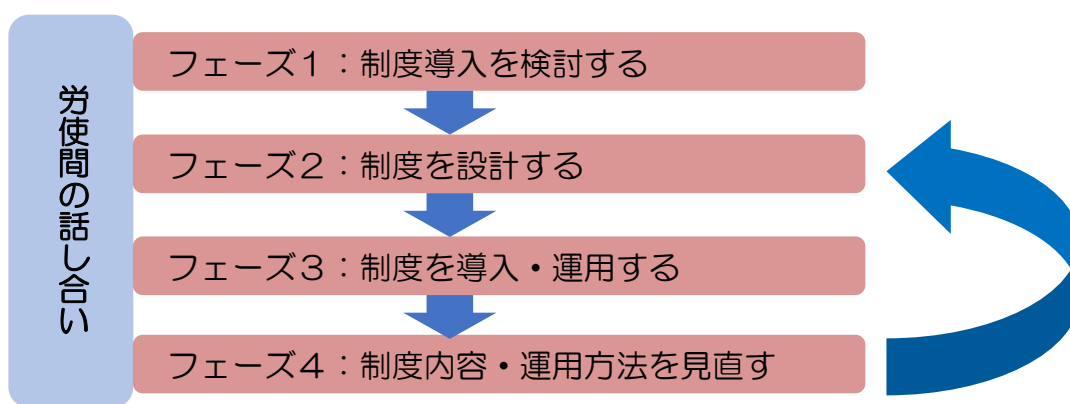
## 医業経営情報レポート

# 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計

### ■ 勤務間インターバル制度導入の全体像

医院が勤務間インターバル制度を導入し、運用するための具体的な取組は、以下の図に示すように、労使間の話し合いを土台とし、そのうえで4つのフェーズに沿ってPDCAサイクルを回しながら進めることが重要です。

#### ◆ 勤務間インターバル制度の導入・運用に向けた取組の全体像



(出典) 厚生労働省 勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル

### ■ PDCAサイクルの土台となる労使間の話し合い

職員が抱える事情や企業経営の実態を踏まえた制度を設計し、それを円滑に運用していくためには、PDCAサイクルの各フェーズにおいて労使間で十分に話し合うことが必要であり、それを勤務間インターバル制度の導入・運用の土台として位置付けることが重要です。

### ■ 勤務間インターバル制度の導入の検討

#### (1) 労働時間等に関わる現状の把握と課題の抽出

制度導入に向けた具体的な検討を始める前に、次表に示した点について現状を把握することが必要です。

まずは就業規則等で定められている労働時間に関する規定を改めて確認します。

その上で労働時間（時間外労働や休日労働の有無や長さを含む）、通勤時間等を把握し、インターバル時間が十分に取れているのか、十分に取れていないとすれば、どのような職員がどのような理由でどの程度取れていないのかを確認します。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 勤務間インターバル制度導入と運用方法

### ■ 勤務間インターバル制度の導入と運用

#### (1) 院内への周知

勤務間インターバル制度を導入し、円滑に運用していくためには、現場の管理職や職員の理解と協力が不可欠であり、導入の意義やインターバル時間を確保するための工夫、留意点等について事前に周知することが必要です。

勤務間インターバル制度の周知は、制度導入時に限られるものではありません。労働基準法（第15条第1項、施行規則第5条）では、使用者は労働契約の締結に際して、労働者に労働条件を明示しなければならないとされています。また、労働契約法（第4条第1項）では、労働基準法の労働契約の締結時より広く、労働契約締結前の説明等の場面や、労働契約が締結又は変更されて継続している間の各場面において、使用者は労働条件及び労働契約の内容について、労働者の理解を深めるようにするものとされています。

勤務間インターバル制度は、労働条件の1つです。その内容等について、継続的に周知することが重要です。

#### (2) 患者や取引先への説明

勤務間インターバル制度の円滑な運用のためには、院内関係者のみならず、患者や取引先からも理解を得ることが重要です。職員が制度の意義を理解しても、患者からの依頼が続けばインターバル時間を確保することは難しくなります。

患者・取引先に対して制度の趣旨や内容を説明し、制度導入に伴い配慮してほしいことを伝える等の対応が必要です。

また、制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか、トラブルが生じた際はインターバル時間の確保を理由に迅速に対応してもらえないのではないか等と不安を感じる患者がいるかもしれません。これらの不安や懸念を解消するためには、以下のような対応例を参考にしつつ、患者に丁寧に説明します。

#### ◆ 制度導入を伝えた際に想定される反応と対応(例)

- 制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか
- 同じ看護師に対応してもらいたいのに、インターバル時間確保のため担当者が変わるのではないか



制度導入が職員の健康確保、サービスの維持・向上に繋がること、また、異なる担当者であっても同等以上のサービスを提供できる教育訓練を行っていること等について説明

- 想定外のトラブルや自然災害等の発生時は、インターバル時間に関係なく対応してもらわなければ、人命に関わるおそれがある



制度設計のなかで適用除外となるケースを設定していることを説明

### (3)インターバル時間を確保しやすい環境づくり

インターバル時間の確保に向けて、管理職には職員の勤務実態を定期的に把握するとともに、日ごろからコミュニケーションを密にとりながら、必要に応じて業務計画や業務量等の調整を行うことが求められます。

また、職員も、働き方や休み方、生産性向上に対する意識を高めていくことが必要です。インターバル時間を確保しやすい環境としていくための工夫として、以下のようなことが挙げられます。

#### ◆インターバル時間の確保に向けた工夫

- 一定時刻になると、自動的にパソコンをシャットダウンする仕組みを導入
- 管理職に対して、職員のインターバル時間の確保状況を定期的に提出させる
- 職員の勤務実態を定期的に把握し、必要に応じて業務内容や業務量等を調整
- 無駄な作業の洗い出し、業務プロセスの見直し
- 人事考課において、働き方改革や業務効率化、(部下の)インターバル時間の確保状況等に関する項目を設定
- 研修会等において、健康管理・睡眠時間の重要性や長時間労働是正に関する情報を定期的に提供

## ■ 制度内容・運用方法の見直し

### (1)制度の効果検証、課題等の洗い出し

制度導入から一定期間が経過したら、労働時間の管理方法やインターバル時間の確保状況はもちろんのこと、導入目的に基づき期待していた効果が表れているか等を検証し、課題等を洗い出します。これらは制度導入後、定期的に行うことが望まれます。

その際には、職員や管理職を対象にアンケート調査やヒアリング調査を行い、「隠れた課題」がないかを確認することも重要です。

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

## 請求漏れが発生する要因

収入損失の要因と聞くとレセプト請求漏れがすぐ思い浮かびますが、どのような状況で発生するのですか。

医療機関における収入源となるのは、診療に対する対価であり、そしてそれを明示しているのは社会保険や国民健康保険に対する支払請求書であるレセプトです。毎月提出するレセプトには、請求漏れという収入損失が発生しているケースが頻繁に見受けられます。

最も多く見られるのは次に挙げるような、いわゆる請求漏れ、もしくはそれに結びつくリスク要因でもあります。

### ①診療報酬算定に関する知識の不足

請求事務を行う職員が診療報酬体系に定められた請求点数に基づいて、どれだけ事実に基づいて請求できるかがカギとなります。

### ②記載の不備

実施した医療行為について、適正に診療報酬を算定するためには、情報を的確にフィードバックできるシステムが重要です。

### ③転記ミス

情報をフィードバックするシステムでは、転記作業が介在すると、歪曲あるいは誤認された情報が伝達される危険性があります。

### ④伝票類の紛失

情報を伝達する媒体としての伝票類の管理体制の不備は、正確な伝達を困難にします。

### ⑤院内コンピューターシステムの不備

発生元での情報が誤ってコンピュータに入力され、このエラーをチェックできないシステムの場合、以降の伝達内容はすべて正しく伝わらなくなる危険性があります。

### ⑥部門間チェック体制の不備

レセプトは事務職員任せにせず、必ず主治医が目を通して、事実に基づく請求がなされていることを確認する仕組みが必要です。

ジャンル:診療報酬 > サブジャンル:診療報酬適正化

# 適切な診療報酬請求事務の実現

**医事課職員の診療報酬算定知識の習得やレベルアップを図るためには、どのような方法が効果的でしょうか。**

多くの医療機関では、ちょっとした思い込みや勘違い、職員の知識不足、コミュニケーション不足等により診療報酬算定の機会を逸している項目があります。戦略的視点にたち、レセプト及び診療行為別統計表等のチェックを実施して、「適切な診療報酬請求事務の実現」という姿勢に基づき、改善点を明らかにすることが重要です。

## 1. 請求事務知識と医療現場知識の習得

### (1) 医事課職員… 診療報酬請求事務知識及び医療現場基礎知識の習得

医事課職員は各部署に自ら進んで入って、現場で何が行なわれているかを自分の目で確かめることが重要です。診療報酬点数表に記載されている文章や解説を見るだけでは、現場との整合は取れないことを自覚し、絶えず情報を共有することを意識してください。

### (2) 診療部門… 診療報酬請求事務知識の理解

診療、措置など業務に忙しい中では、なかなか請求事務の知識のフィードバックをドクターに勧めていくことは困難を伴います。月1度の診療報酬適正化委員会（いわゆる返戻・査定対策のための会議）の場で、具体的な事例を基にレクチャーするのが効果的です。

## 2. 院内コミュニケーションを図る

診療行為、薬品及び治療材料の知識習得のため、診療現場に頻繁に足を運ぶなどにより、医事（算定項目）と診療現場（診療行為）のギャップを埋めます。

## 3. 点数算定知識の向上を図る

院内研修会の実施及び診療報酬管理委員会の設立による定期的な知識の習得機会の確保、情報交換などを実施します。

## 4. 医事課職員にかかる教育体制の整備

さまざまな研修会・講習会への出席、書籍の購読が基本的な項目となりますが、一人ひとりのスキルアップに対しては、直ちに成果として現れてくるかは疑問が残ります。

まず日常的な業務については、専属化しないことが重要です。