



全日病 ニュース 5/1

21世紀の医療を考える全日病 2008

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.685 2008/5/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

回答病院の52.1%で院内暴力等。平均月1件の割合

暴力等の院内リスク 管理体制実態調査 リスク管理ができない病院。執行部は対策マニュアルや職員研修を予定

本会の「院内暴力等に関する実態調査ワーキンググループ」(川島周委員長)がこのほどまとめた「院内暴力・暴言等の院内リスク管理体制実態調査」結果によると、会員病院における職員に対する身体的・精神的暴力等が過去1年に回答病院の52.1%で生じており、その件数は6,882件にも上っていた。

回答病院あたり6.2件、事例がみられた病院については11.9件と、月1件の暴力・暴言事件が生じていた。

その38.3%が患者による暴言など精神的暴力、次いで、32.7%が患者による身体的暴力であった。患者によるセクハラも13.1%を占めた。

事例があった病院の1/4に、施設や備品等の損壊が生じるケースがみられた。また、事例発生病院の70%が「職員が怪我・傷害・精神的ショックを受けた」ケースがあったことを認めた。

警察へ届け出た件数は5.8%、弁護士に相談した件数と合わせても、第3者を交えて解決を探ったケースは7.9%に過ぎず、事例発生病院のほとんどが内部処理で終わっている。被害を受けた職員に対する支援を行なった病院も42.9%と過半数を下回った。

こうした院内暴力・暴言などを防止するための管理体制を整備しているところは、回答病院の22.0%に過ぎない。対策マニュアルやガイドラインを整備している病院はさらに少なく、回答病院の16.2%という状態だ。

今回調査の結果を重視した執行部は、4月21日、調査結果を西澤会長自ら厚生労働省記者クラブで発表する一方、対策マニュアルの作成や対応にかかわる職員研修の開催に取り組む方針を固めた。(2面に調査結果の概要を掲載)

初の実態調査。結果をマスコミに公表

病院職員に対する暴力・暴言事件が発生していることはかねてから公然の事実であったが、病院関係者の手でつまびらかにされることは少なく、タブー視されていた向きもあった。

したがって対策が個々の病院まかせ

になってきた上、マスコミや世論に実態が明らかにされてこなかったこともあり、現在に至るも病院や職員が「泣き寝入り」となるケースがほとんどである。

しかし、入院患者による殺傷事件等

がマスコミにぎわすなど暴力事件の深刻化が進み、強い恐怖心を抱いて夜間当直などに臨む職員の悩みが顕在化してきた。さらに、セクハラを含む精神的暴力を見逃さない職員意識の変化もあり、危機管理問題の重要テーマとして浮上ってきた。

全日病が初めてこの問題を取り上げたのは2004年6月の全日病学会北海道大会で、事務局長研修会の一環として「暴言・暴力に対する病院の対応」というプログラムが組まれた。

この、会員病院による事例発表や警察関係者の講演などが好評を博したことから、その内容を本に収める計画を企画室委員会(川島周委員長)が提案、05年2月に医療従事者委員会(大橋正實委員長)の手で冊子化され、全会員に送付された。実際現場で各病院が参考にできる対応チャートと警察など全国の相談窓口一覧が冊子の巻末に添えられた。

冊子に対する反響は大きく、会員病院からは、その後も具体的な対策を求める声が続いた。こうした中から実態調査が提唱され、「院内暴力に関する実態調査ワーキングチーム」を立ち上げ、全会員を対象とした「院内暴力など院内危機管理体制に関する医療機関の実態調査」を実施することが昨年12月の常任理事会で決まったもの。

調査は、昨年12月から今年1月にかけて全会員病院を対象に実施され、1,106病院から回答を得た(回収率49.2%)。院内暴力・暴言に関する大規模な調査は全国でも初めてとみられる。マスコミの注目も高く、調査結果は主要各紙に取り上げられた。

執行部は、会員病院を支援する立場から、対策マニュアルの作成や対応にかかわる職員研修の実施を計画しており、秋口には東京都内で研修会を開催する方針だ。また、医療従事者委員会も、11月の全日病学会(東京都支部担当)でシンポジウムを開催、会員病院の事例などを紹介する予定だ。



▲記者発表に臨む西澤会長と飯田常任理事(4月21日)

調査が提唱され、「院内暴力に関する実態調査ワーキングチーム」を立ち上げ、全会員を対象とした「院内暴力など院内危機管理体制に関する医療機関の実態調査」を実施することが昨年12月の常任理事会で決まったもの。

調査は、昨年12月から今年1月にかけて全会員病院を対象に実施され、1,106病院から回答を得た(回収率49.2%)。

院内暴力・暴言に関する大規模な調査は全国でも初めてとみられる。マスコミの注目も高く、調査結果は主要各紙に取り上げられた。

執行部は、会員病院を支援する立場から、対策マニュアルの作成や対応にかかわる職員研修の実施を計画しており、秋口には東京都内で研修会を開催する方針だ。また、医療従事者委員会も、11月の全日病学会(東京都支部担当)でシンポジウムを開催、会員病院の事例などを紹介する予定だ。

厚労省「保険者に未収金立替義務はない」

病院未収金の実態調査 1施設平均4,800万円、医療法人は少なめ。増加ストップの兆候も

未収金実態調査によると、病院の06年度未収金は1施設あたり約4,800万円に達していることが判明した。ただし、05年度から06年度にかけて減少兆候もみられ、病院側の対策強化によって、増加をたどってきた未収金にストップがかかった可能性があることをうかがわせる。(調査結果の詳細は次号に掲載)

調査は、厚生労働省の手で、昨年12月から今年2月にかけて四病院団体協

議会加入病院(2,844施設)を対象に実施。755病院から回答が得られたうち、集計を終えた637病院の結果が4月23日の「医療機関の未収金問題に関する検討会」に報告された。

07年12月分の未収金は1施設あたり31.8件、約147万円。1件あたりの金額は4万6,238円。入院1件あたり11万3,043円、外来1件あたりは1万1,877円だった。

同月の1施設あたり未収金を開設主体別にみると、公立(平均377.8床)が63

件で約297万円、公的(354.9床)が51.4件で約262万円、国立(466.6床)が47.3件で約233万円、医療法人(190.4床)が17.6件で約68万円であった。

同日の検討会で、恵寿総合病院(石川県七尾市)と新日鏡八幡記念病院(福岡県北九州市)が自院における未収金対策を報告した。

また、事務局(厚労省保険局国民健康保険課)は「これまでの議論の整理(案)」を提示。その中で「保険者が未払い一

部負担金を立替払いする必要はない」という見解を示した。

その上で、未収金の事前予防が重要として病院側に従前の取り組みを求めるとともに、生活困窮者に対する取り組みとして、①国保一部負担金減免制度の適切な運用、②医療機関・国保・生活保護の連携強化、③無料低額診療事業の紹介とそのあり方の検討、④国保の資格証明書交付における特別事情把握の徹底、⑤出産育児一時金受取代理の徹底・制度化、⑥資格喪失情報の交換等(08年度中に市町村国保と国民年金との間で資格情報の交換体制が構築される)、⑦入院保証金解釈の周知徹底、⑧応召義務の解釈、などを例示した。

夜勤基準未達も減算算定で変更届出は暫時“猶予”

介護療養型老人保健施設でQA 施設基準欠けたら既存老健報酬の算定を届出、満たした時点で再届出

厚生労働省は4月21日付事務連絡で、介護療養型老人保健施設の介護報酬算定要件と介護老人保健施設指定基準の経過措置等に関する「Q&A」を各都道府県に送付した。介護療養型老人保健施設の届出を5月1日から受け付けることから、転換にともなう介護報酬算定上ほかの疑義を明らかにするためにまとめたもの。

「Q&A」で、老健局老人保健課は、施設基準と夜勤職員基準の両方を満たすことが当該施設サービス費算定の要件である介護療養型老健施設がいずれかの基準に欠けた場合について、①施設基準を満たさなくなった場合は、その翌月に変更届出を行なって通常型老健施設の施設サービス費を算定する、②再び施設基準を満たした場合は、翌月に変更届出を行えば、再度、介護療

養型老健施設の施設サービス費が算定できる、③夜勤職員基準を満たさなくなった場合は、その翌月から夜勤職員基準減算を算定するため、即座に施設

サービス費の変更届出は要らない、④夜勤職員基準を継続的に満たさない場合は通常型老健施設の施設サービス費を算定する変更届出を行うべきと説

看護基礎教育のあり方懇談会 看護業務の範囲拡大について議論

4月24日の「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」に参考人として招致された南裕子氏(近大姫路大学長)は、先進各国で看護業務範囲の拡大と高学歴化が進んでいると指摘。わが国における看護職の役割拡大がますます現実の課題となっていると提起した。

日本人として初めて国際看護師協会(ICN)会長に就任した南氏は、看護職の国際的現状を踏まえ、わが国看護職をめぐる課題に、①高齢化への対応、②免許の更新制、③看護職役割拡大への



本格的な取り組み、などをあげた。

役割拡大について、同氏は、一般看護職、専門看護師・認定看護師等、「高度実践看護師」のそれぞれについて必要性があると述べ、専門看護師・認定看護師制度を確立するとともに、新たに

明、基準と施設サービス費算定の関係を整理して示した。

一方、転換した介護老人保健施設に適用される施設・設備基準の経過措置については、介護療養型老人保健施設の施設サービス費が算定できなくなった場合でも、当該要件を満たしている場合には引き続き適用されるとした。(3面に「Q&A」の概要を掲載)

「高度実践看護師」というスペシャリストを養成する必要を訴えた。

同時に、役割拡大のためには、医師による医業の独占規定したがって医行為の定義を見直すべきであるとも指摘。「医師等と同等に判断・処方・行為をすることができる看護職の可能性」について議論すべきであると論じた。

看護教育については、免許取得直後研修の充実や卒業教育の拡大を求める一方で、「大学における基礎教育」が不可欠とも提起。基礎教育への社会人入学制度の導入、大学院教育の充実、博士課程の充実、などを提唱した。

7割の病院で職員がショックを感受。その9割近くが看護師

暴力等の院内リスク管理実態調査 事例発生病院の1/4で施設・備品等の損壊。警察へ届け出たケースは5.8%

■実態調査結果をとりまとめて—社会の急速変化に追いつけない病院

11月の全日病学会(東京)で「院内暴力から職員を守る方法」を開催



院内暴力に関する実態調査ワーキングチーム委員長・常任理事 **川島 周**

私は医者になって35年になるが、昔と今と比べると本当にわれわれを取り巻く環境が変化した。もちろん、技術的進歩など歓迎すべきものも数多くあり、決して、この変化を悔やんでばかりいるつもりはない。

しかし、悪化したものについては、もし元に戻せるなら戻してほしいと思う気持ちが日増しに強くなっていることは間違いない。その悪化したものの中で一番嫌なものはわれわれ医療職員と患者達との人間関係である……。

以上の文言は2005年2月に刊行した「暴言・暴力に対する病院の対応」(医療従事者委員会編)の序文として私が書いたものである。

毎月の医療従事者委員会の席上でも、次々と患者とのトラブルが報告されており、患者とのもつれに由来する圧迫感や嫌悪感是我々の心中でますます強くなっている。

そこで再び、「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」を、西澤会長の指示により行った。

今回何よりも驚いたのは回収率の高さである。全日本病院協会加入2,248病院(当時)の49.2%にあたる1,106病院より回答をいただいた。私の記憶にある限り、当協会が行ったアンケート調査では最高の回収率と考えられ、このような事態に対する会員の関心の高さを象徴していると思われる。

そして、また、過去1年間だけでも52.1%(576病院)が職員に対する院内

暴力(身体的暴力・精神的暴力・セクハラ)などを経験しているというのも、驚異的と考えられる。

私が属する徳島県医師会が独自に行った調査でも、以前考えられなかった医師に対する直接的暴力行為や傷害事例が報告されている。まさに、医療現場も、一般社会以上にリスクの高い職場へと変化しつつあると言える。

さらに、警察への届出件数の少なさ(5.8%)や対策マニュアル整備率の低さ(16.2%)という数字は、社会環境の急速な変化に病院の対策が追いつけていないことを如実に示している。

以上の点を踏まえ、医療従事者委員会は、本年11月に東京で開催される全日病学会で、「院内暴力から職員を守る方法」というタイトルでシンポジウムを開催する。

対策マニュアルを整備して有効であった病院や愛知県医師会の苦情相談センターによる未然防止策等を発表してもらい、パネルディスカッションでは有効な方法を検討してもらいたいと考えている。

いずれにせよ、このような院内での不穏な状況の発生は、全く社会状況の変化に伴うものであると認識している。明治初期に日本を訪れた外国人が賞賛した礼節豊かな日本は殆ど消滅している。小学校で教師の指示に従わない児童が、成長後に医師の指示に従うとは考えがたいことである。

したがって、基本的な対策は教育方針の根本的改革ということになるが、これ以外の病院を守る決定的な方法は、「航空保安法」のような「病院保安法」の制定しかないと考えられる。

喫煙による火災の発生防止や24時間外部に開放されている病院の安全を守るものは法律しかないとは個人的に考えているが、諸氏の指導を仰ぎたい。

「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」結果の概要

調査客体 ● 全会員 2,248病院 (調査当時)
調査期間 ● 2007年12月20日～2008年1月31日
回答数 ● 1,106件 (回答率49.2%)

■過去1年間に病院職員に対する身体的暴力・精神的暴力等の有無

あった 576病院 (52.1%)
発生件数 6,882件

■警察への届出、弁護士への相談

(分母6,882件)

警察へ届け出た 397件 (5.8%)
弁護士に相談した 144件 (2.1%)

■発生した暴力による施設や備品等損壊の有無 (分母576病院)

あった 142病院 (24.7%)

■発生した暴力による職員の怪我・傷害・精神的ショックの有無

(分母576病院)

受けた 404病院 70.1%

●ショックを受けた職員の内訳

(複数回答：分母404病院)

看護師 358病院 (88.6%)
事務職 125病院 (30.9%)
医師 103病院 (25.5%)
その他の医療職 90病院 (22.3%)
その他 24病院 (5.9%)

*「その他」の内訳は「介護職」4病院、「看護助手」4病院、「警備スタッフ」2病院など

■院内暴力・暴言等の内訳

内容	当事者	件数	割合
身体的暴力	患者本人によるもの	2253	32.7%
	家族、親族、患者関係者によるもの	62	0.9%
精神的暴力	患者本人によるもの	2652	38.3%
	家族、親族、患者関係者によるもの	784	11.4%
セクハラ	患者本人によるもの	900	13.1%
	家族、親族、患者関係者によるもの	35	0.5%
その他	患者本人によるもの	173	2.5%
	家族、親族、患者関係者によるもの	23	0.3%
合計		6882	100.0%

■被害を受けた職員に対する支援

(分母1,106病院)

行っている 475病院 (42.9%)

●支援の内容

(複数回答可：分母475病院)

専門家によるカウンセリング 117病院 (24.6%)
一定期間の休養 157病院 (33.1%)
部署の配置換え 153病院 (32.2%)
その他 205病院 (43.2%)

*「その他」の内訳は「上司、所属長等による面談、カウンセリング」(80病院)、「受け持ち患者の変更」(12病院)、「患者へ複数で対応」(5病院)、「患者の転院・転棟」(5病院)など

■院内暴力・暴言など防止を目的として実施されている保安対策 (複数回答：分母は1,106病院)

防犯ビデオ、監視カメラ	40.7%
制止の為の器具の常備	9.8%
警備委託先への非常通報ボタン、非常電話の設置	14.4%
暴対法に基づく暴力追放推進センターなどが主催する不当要求防止責任者講習会参加	17.1%
暴言、暴力行為、危険行為、セクシャルハラスメント、などにより、他の患者さんや職員が被害を受けた際に病院が確固たる対応をする。という趣旨のポスター掲示	8.7%
元警察職員の雇用	6.6%
深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫	21.1%
外来、病棟における単独勤務時間の回避、短縮	19.2%
過去の暴力、暴言など行為履歴のある患者のスクリーニング作業	20.0%
職員のユニフォームの変更	20.3%
携帯電話、防犯ベルの貸与	10.5%
その他	8.2%
無回答	17.7%

■入院患者に酌量、興奮などが認められ、周囲に迷惑がかかる時の対応 (分母は1,106病院)

すぐに退院してもらう	26.5%
まず注意をし、繰り返す場合には退院してもらう	58.7%
方針が定まっていない	4.8%
その他	9.0%
無回答	1.1%

*「その他」の内容は「主治医の判断による」「個室・隔離室で対応する」「家族へ連絡する」「警察へ連絡する」など

■認知症症状のある患者が身体合併症治療のため入院が必要となった場合受け入れているか (分母は1,106病院)

積極的に受け入れている	14.5%
積極的ではないが受け入れている	71.2%
できるだけ受け入れない	8.9%
受け入れていない	2.4%
無回答	3.1%

■認知症症状のある患者が管理困難である理由 (複数回答可：分母は1,106病院)

患者本人の治療が出来ない	20.5%
治療に当たって患者本人の協力を得ることが困難	68.4%
患者本人の身体面での危険が多い	59.6%
他の患者より苦情がでる	52.4%
患者に手を取られて、他の患者の看護が不十分になる	63.9%
院内に精神科医がいない	43.9%
身体疾患治療後の受け入れ先を見つけることが困難である	28.3%
その他	5.0%
無回答	3.9%

*「その他」の内容は「患者家族への対応の問題」「院内体制・設備の問題」など

■入院患者に認知症等による徘徊などの行動が認められ、周囲に迷惑がかかる時の対応 (分母は1,106病院)

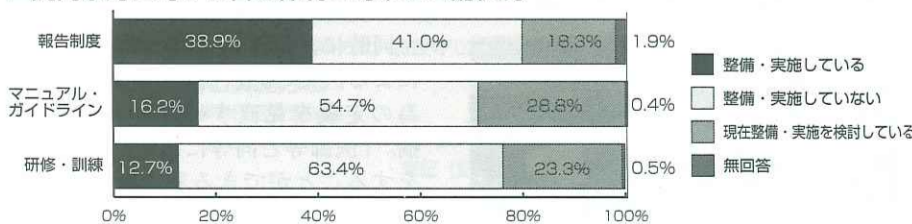
すぐに退院してもらう	3.8%
まず注意をし、繰り返す場合には退院してもらう	41.7%
方針が定まっていない	14.0%
その他	39.1%
無回答	1.4%

*「その他」の内容は「家族へ相談し対応協力を求める」「個室対応」「投薬等で対処」「精神科病院へ相談」「主治医の判断」「部屋の移動」など

■院内暴力・暴言など防止の管理体制の内訳 (分母は1,106病院)

	管理体制の整備状況	対策マニュアルやガイドラインの整備状況	職員研修・訓練の実施	暴力・暴言は許さないという姿勢を院内掲示やパンフレットで明示しているか	職員の暴力・暴言など被害を院内で把握する(報告制度など)体制の整備状況
(整備・実施)している	22.0%	16.2%	12.7%	12.3%	38.9%
(整備・実施)していない	54.4%	54.7%	63.4%	69.5%	41.0%
現在検討している	23.3%	28.8%	23.3%	17.2%	18.3%
無回答	0.3%	0.4%	0.5%	1.0%	1.9%

■院内暴力に対する管理体制と対策の整備状況



■所轄警察との連携 (分母は1,106病院)

選択肢	回答数	割合
特別なコンタクトは行っていない	505	45.7%
一般的な防犯、安全、について相談している	568	51.4%
定期的に打ち合わせを行っている	25	2.3%
無回答	8	0.7%

施設基準経過措置は療養型老健報酬が算定不可でも適用

感染対策指導管理要件の感染防止対策委は併設医療機関あるも必要。委員兼任は可

厚労省老健局老人保健課（事務連絡） 「介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&A」（概要） 4月21日 *1面記事を参照

【介護療養型老人保健施設の介護報酬の算定に係るQ&A関係】

Q1 介護療養型老人保健施設の基準のいずれかを満たさなくなった場合は通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定するのか。また、基準を再度満たすと介護療養型老人保健施設の施設サービスを算定することは可能か。

A 施設基準を満たさない場合には、満たさなくなった月の翌月に変更届出を行い、当該月から通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定する。施設基準を再度満たす場合には、満たすこととなった月の翌月に変更届出を行い、当該月から、介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定する。なお、夜勤職員基準を満たさなくなった場合は、その事態が発生した月の翌月から夜勤職員基準減算を算定することとなり、施設サービス費は即座に変更届出を要するものではないが、夜勤職員基準を継続的に満たさない場合には、通常の介護老人保健施設の施設サービス費を算定するという変更届出を行うべきである。

Q2 介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定するための入所者に係る基準は、直前3月間の入所者状態を把握していた場合、事前に変更届出を行い、平成20年5月1日の施行とともに算定が可能か。

A 届出に係る施設サービス費については、届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始することから、療養病床等を転換した介護老人保健施設が平成20年2月から4月までの各月末日の入所者状態を記録しており、介護療養型老人保健施設の施設基準に適合している場合には、同年5月1日までの間に変更届出が受理されることで、同月から介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定することができる。

Q3 「喀痰吸引」又は「経管栄養」の割合が15%以上という基準を満たす介護療養型老人保健施設について、当該基準を満たさなくなったが、「ランクM」の入所者割合が20%以上であるという基準を満たしていた場合には、引き続き介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定することは可能か。また、この平均値の考え方如何。

A 可能である。同一の基準で連続して3ヶ月の間、各月末日数値の平均値が満たしている場合に算定できる。平均値とは、算定月前3ヶ月の割合の数値を合計して3で除して得た数により判断する。

(参考：5月に介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定できる場合の例)

	2月	3月	4月	3か月の平均値
施設基準に適合する者の割合 (喀痰吸引又は経管栄養に係る基準の場合)	13%	13%	20%	15.3% → 基準に適合

Q4 介護療養型老人保健施設の施設基準において、「過去12ヶ月の新規入所者のうち、医療機関からと自宅等からの入所者割合の差が35%以上である」旨規定されたが、「自宅等」の具体的な居住類型はどのようなものか。

A 「自宅等」とは、入所者の自宅（借家、借間、社宅等を含む）、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、家族等の自宅をいうものであり、グループホーム及び養護老人ホーム等の社会福祉施設は含まない。

Q5 介護療養型老人保健施設において、介護老人保健施設の夜勤職員基準（看護又は介護職員2人以上）を満たす場合でも、介護療養型老人保健施設の夜勤看護職員基準（看護職員41：1以上）を満たしていない場合には減算されるのか。

A 減算される。

Q6 療養病床等から介護老人保健施設に転換する場合、施設・設備基準に係る経過措置は増築・改築時にも適用されるとされているが、この趣旨は介護療養型老人保健施設の施設サービス費算定についても同様か。

A 介護療養型老人保健施設については増築・改築した部分は認められず、原則として、転換を行った部分のみが介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定できる。ただし、同一法人内の医療機関の病床を併せて一体として転換する場合には認められる。

Q7 療養病床等から介護療養型老人保健施設に転換

する場合、初期加算、短期集中リハ実施加算等を算定する起算日はどの時点となるか。

A 転換前の入院日が起算日となる。なお、初期入所診療管理等の特別療養費についても、転換前の介護療養型医療施設に当該算定項目に相当する特定診療費が存在することから、同様に転換前の入院日が起算日となる。

Q8 介護療養型老人保健施設のターミナルケア加算は所定単位数（施設サービス費）に加算される。ターミナルケア加算算定の同意を得てターミナルケアを行っていたが、退所・外泊により、死亡月に施設サービス費を算定していない場合の取扱い如何。

A ターミナルケア加算は、退所した後又は外泊（外泊加算を算定している場合を除く）中に入所者が死亡した場合でも、死亡前30日からそれらの日数を減じた日数について、実際にターミナルケアを行っていた場合に加算できる。また、当該加算は、原則として死亡月の施設サービス費に加算するが、これらの退所・外泊により死亡月に施設サービス費を算定していない場合には、遡って死亡前月の施設サービス費に加算する。ただし、外泊加算は施設サービス費に代えて算定するものであることから、外泊加算を算定している場合には死亡月にターミナルケア加算を算定する。

Q9 介護療養型老人保健施設の療養体制維持特別加算の算定は、療養型介護療養施設サービス費（I）等を算定する指定介護療養型医療施設であったものが当該施設定員の半数を超えることが要件となっているが、短期入所サービスの取り扱い如何。

A 短期入所サービスの人員配置は指定介護療養型医療施設と一体的のものであることから、療養型介護療養施設サービス費（I）等及び病院療養病床短期入所療養介護費（I）等を算定していた部分が、転換した介護療養型老人保健施設の定員の半数を超えている場合には、当該要件を満たすこととなる。

Q10 感染対策指導管理を算定するには、施設内感染防止対策委員会を設置し、定期的に開催する必要があるとされているが、併設の介護療養型医療施設がある場合、この介護療養型医療施設の院内感染防止委員会と共同とすることは認められるか。

A 介護療養型老人保健施設と介護療養型医療施設は、施設が別個のものであることから、それぞれ別個に感染防止対策委員会を有する必要がある。ただし、これら委員会のメンバーを兼任することや同時開催することは差し支えない。

Q11 薬剤管理指導を算定するに当たっては医薬品情報管理室を設置しなければならないが、これは介護療養型老人保健施設単独で有

しなければならないか。

A 医薬品情報管理室は併設医療機関と兼用して差し支えない。また、医薬品情報管理室は、薬剤管理指導のための「専用」でなければならないが、施設内の一室の一角を医薬品情報管理室として活用することでも差し支えない。

Q12 リハビリテーション指導管理は、理学療法士又は作業療法士による個別リハの実施が要件とされているが、この個別リハの頻度・時間等の具体的基準はあるか。

A 頻度は問わない。また、1回当たりの時間は20分程度が望ましい。

Q13 平成20年度の診療報酬改定により、療養病床等から転換した介護老人保健施設に併設される医療機関の医師による往診を評価する「緊急時施設治療管理料」が創設された。一方、従来から介護老人保健施設が算定できる緊急時施設療養費を算定するための医療行為を行う医師とは、当該介護老人保健施設の医師を指すものか。

A そのとおり。

【療養病床等から転換した介護老人保健施設の指定基準に係るQ&A関係】

Q14 療養病床等から転換した介護老人保健施設に適用される施設・設備基準の経過措置（介護老人保健施設基準省令附則第13条～19条）には経過措置期間が明記されていないが、恒久措置と解してよいか。

A 当該経過措置は、療養病床等と介護老人保健施設の基準が異なることから、転換に当たって、建物の躯体工事を行う必要があること等を考慮したものである。したがって、当該転換に係る部分の新築、増築又は全面的改築までの間適用されるものである。

Q15 療養病床等から転換した介護老人保健施設に適用される療養室の床面積基準に係る経過措置（平成18年7月1日以後に新築、増築又は全面的改築が行われていないものに限る）は、平成24年4月1日以降、「本則の基準を満たしている施設との均衡に配慮した評価を行う」とされ、「近接する談話室の面積を当該談話室に近接する療養室の定員数で除した面積を減じた面積以上を満たす場合は、この限りでない」とある。この「近接」の解釈如何。

A 「近接」の範囲は、談話室と同じ階にあって、療養室の入所者が療養生活上、当該談話室と当該療養室とを一体的に利用できる場合をいう。（平成12年老企第44号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」第3の4（5）①を参照）

また、当該経過措置は、当該転換に係る療養室の新築、増築又は全面的改築までの間、適用されるものである。

Q16 療養病床等から転換した介護老人保健施設に適用される施設・設備基準の経過措置（前出＝Q14）は、介護療養型老人保健施設の施設サービス費が算定できなくなった場合には、適用除外となるのか。

A 療養病床等から転換した介護老人保健施設に適用される施設・設備基準の経過措置は、平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に「介護老人保健施設基準省令」附則第13条～19条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に適用されるものである。したがって、介護療養型老人保健施設の施設サービス費を算定できなくなる場合でも、この要件を満たしている場合には引き続き適用される。

Q17 療養病床等から介護療養型老人保健施設に転換することにより、通常の介護老人保健施設と介護療養型老人保健施設が併設する場合に、一体として介護療養型老人保健施設の開設許可を受けることは可能か。

A 一体として介護療養型老人保健施設の許可を受けることはできない。療養病床等から通常の介護老人保健施設に転換する場合には、一体として許可を受けることは可能。

Q18 療養病床等から介護老人保健施設に転換する場合、通所リハのみなし指定の対象となるが、その場合の取り扱い如何。

A 転換前の療養病床等を有する病院又は診療所で、通所リハの指定を受けて当該サービスを行っていたものは、介護老人保健施設へ転換し、引き続き通所リハを行う場合には、

①通所リハのみなし指定を辞退する、又は、
②従来の通所リハの指定を辞退し、みなし指定による通所リハに切り替える、
のどちらか一方を選択する必要がある。

【サテライト施設の多様化に係るQ&A関係】

Q19 サテライト型小規模介護老人保健施設を本体施設に2か所以上の設置する場合に、「サテライト型小規模介護老人保健施設の入所者の医学管理等の処遇が適切に行われる場合」という要件があるが、この具体的な内容如何。

A 「サテライト型小規模介護老人保健施設の入所者の医学管理等の処遇が適切に行われる場合」とは、本体施設の入所者に対して必要な職員数及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に対して必要な職員数の合計数以上を本体施設に配置しており、これらの職員により、本体施設及びサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者に適切にサービス提供を行う場合をいう。この具体的な取扱いには、例えば、本体介護老人保健施設（定員100人）にサテライト型小規模介護老人保健施設（定員20人）を2施設設置した場合の医師の配置については、本体介護老人保健施設に配置された医師（常勤で1人及び常勤換算方法で0.4人以上）がサテライト型小規模介護老人保健施設の入所者の医学的管理等を行う場合にあっては、サテライト型小規模介護老人保健施設に医師を配置しないことができるものである。

ビジョンを「基本方針2008」と「概算要求」に反映

安心と希望の医療確保ビジョン 政府の医療崩壊危機打開策の基に。医療構造改革との関係は不明

4月21日に開催された「安心と希望の医療確保ビジョン」会議はビジョンのとりまとめに入った。5月内に案をまとめる見込みだ。

舛添厚生労働大臣は、同会議がまとめるビジョン案を基に、政府として医療崩壊危機の「打開策」をまとめる意向を表明した。

しかし、すでに進んでいる医療構造改革、とりわけ医療費適正化計画との関係がどうなるかの議論は、現在のところなされていない。

同会議は、これまでの6回にわたる会合で、地域医療従事医師、歯科医師・看護師・助産師、救急・産科・小児科医師、病院薬剤部長、有識者と、各分野の医療関係者からヒアリングを行なったほか、在宅医療に取り組む診療所の視察も実施した。

舛添大臣は会議に毎回立会い、副大臣等とともに視察にも参加している。

7回目となる同日の会議は、コアのメンバーである矢崎義雄氏(独立行政法人国立病院機構理事長)、野中博氏(野中病院院長)、辻本好子氏(NPOささえあい医療人権センターCOML理事長)の3人が、ビジョン策定に向けた構想を披露した。

3氏は、それぞれの視点から、チーム医療や地域連携の質を高めるために

多職種間連携を含むスキル・ミックスを進める必要性を指摘した。

野中氏は「治す医療」と「支える医療」のバランスが重要と主張して、退院後の地域ケアの問題を中心に論じるとともに、「治す」ことに特化している入院医療のあり方に疑問を投げかけた。

一方、辻本氏と矢崎氏はかかりつけ医に依拠した総合診療の推進、さらには総合医・総合科を確立する必要性を指摘。とくに、矢崎氏は、そうした仕組みを実現するためには医師法や保健師・助産師・看護師法の改正が必要だと強調した。

かかりつけ医や総合医の制度について、野中氏は「制度によらないかかりつけ医の普及」が重要なテーマであると応じた。

また、矢崎氏は、①ケア付きの介護施設、②診療所の機能強化と2人医師体制、③病院医師業務の見直しなど、ある程度踏み込んだ提案を試みた。

しかし、3氏の意見陳述は、複雑な歴史的経緯、社会・経済背景、制度・施策等からなる現代医療制度の構造矛盾を解消する処方せんとしては、まとまりを欠いた感が否めないものであった。

舛添大臣は「ビジョンは8月の概算要求に反映させなければならない」と指摘。「医師の年間養成数の数値目標

は可能か。そうした議論は有効か。それが否であれば、2万人という医師需給ギャップをスキルミックス等でカバーすることは可能か」という問題を例示した上、具体的な数値目標を明記した短期(2~3年)・中期(5~7年)・長期(10~15年)に分けたビジョンを作りたいと提起。政策的合理性を担保したスキームの原案作成を3氏に要請した。

舛添大臣は、事務局(厚労省医政局総務課)が先行してとりまとめるという慣行に対して、アドバイザリーボードと称された3氏の見識を重視する斬新なスタイルでビジョン策定に臨もうとしている。

それは、3氏がいずれも、内閣府に設置されている社会保障国民会議「サービス保障(医療・介護・福祉)分科会」のメンバーであるからだ。

会議は残り2回の会合で何らかの結論を打ち出すが、ビジョン案は社会保障国民会議とともに経済財政諮問会議に回送され、「経済財政改革の基本方針2008」へ反映される。

同日の会議で、舛添大臣は、「総理もこの会議に大変期待している。恐らく、このビジョンがそのまま政府のビジョンとなることだろう」と語った。つまり、



ビジョン案は、今後想定される解散・総選挙で国民に信を問う「マニフェスト」となる可能性があり、したがって、2,200億円抑制の是非を含む提言ともなり得る。

しかし、それにしては、現在進行中の医療構造改革との関係がまったく議論されていない。また、質・安全の現状分析とその向上へのアプローチに欠け、第一、改革後の患者のニーズや受診実態、地域医療や救急等の実態、医療・介護連携の実態など、担保されるべきデータに欠ける中、議論はとば口ついに過ぎない。

ビジョンには医療法を含む医療関連法体系の改正が含まれることが避けられない。だが、「明確なコンセンサスは今のところスキルミックスのみだ」と関係者も合意形成の難しさを認めている。

総合医・総合科や医師・看護業務をめぐる議論も十分深まったとは思えない中で、どのような結論に至るのか、とりまとめが注目される。

医師事務補助と後期高齢者総合評価で研修

全日病独自で開催を計画。提携団体と協議を開始

西澤執行部は、2008年度診療報酬改定で導入された、医師事務作業補助体制加算および後期高齢者総合評価加算の届出要件とされた医師事務作業補助者および病院医師に必要な研修を独自で開催することを決めた。

4月19日の08年度第1回常任理事会で猪口副会長が報告した。

2次救急病院にも配置が増えるとみられる医師事務作業補助者は、32時間の講習と6ヶ月間のOJTを受けないと加算が算定できない。

同様に、後期高齢者の入院時に総合的機能評価をする場合も、病院に「適切

な研修を修了した」常勤医が1名以上いることが加算の要件とされ、ワークショップを含む通算「16時間以上程度」の研修概要が示された。

改定に対する会員病院の対応を支援するために、これらの研修機会を提供するというのが執行部の方針。

すでに研修企画の打合せ会を立ち上げ、医師事務作業補助者に関しては研修ノウハウを有する団体と共同開催する方向で、また、後期高齢者総合評価については関連学会との連携を視野にプログラム開発の検討作業に着手した。今年度の早期に開催を見込んでいる。

特定健診で保険者6団体と集合契約を締結

全日病と各保険者中央団体との集合契約に関する交渉が進んでいる。

交渉を担当する西常任理事が4月19日の常任理事会に報告したところによると、健保連、地方公務員共済、国家公務員共済、私学共済とは契約を終え、5月連休明けには受託病院リストの最終提出を終える運びだ。

また、全国建設工事業国保組合およ

び中央建設国保組合とは4月内に契約を締結、5月半ばにかけて受託病院リストの提出を行なう予定だ。

これ以外の2つの保険者とも交渉が進んでいるが、各保険者とも、これから受診券の発行に着手することから、被扶養者による本格的利用は7月以降となる見込みだ。

日病協 猪口副会長が診療報酬実務者会議委員長に就任

11病院団体が構成する日本病院団体協議会は4月25日の代表者会議で、2008年度の議長に日本病院会山本修三会長の就任を決めた。副議長には日本私立医科大学協会の小山信彌業務担当理事(東邦大学医学部心臓外科学教授)が選ばれた。

また、診療報酬実務者会議の委員長に本会猪口雄二副会長の就任を決めた。

猪口副会長は、すでに、全日病および四病協の医療保険・診療報酬委員長を務めており、まさに、2010年改定等に向けた提言・要望活動の重責を一手に担うことになる。

全日病・医法協共催 2008年度医療安全管理者養成課程講習会 開催のご案内

「医療安全対策加算」取得要件—医療安全管理者養成課程講習会を開催します

開催日時 ●第1クール(講義) 7月 4日(金) 9:30~18:30 7月 5日(土) 9:00~17:00
 ●第2クール(講義) 7月18日(金) 9:30~18:00 7月19日(土) 9:00~17:00
 ●第3クール(演習) ①8月2日(土)、3日(日) ③8月23日(土)、24日(日)
 ②8月9日(土)、10日(日) ④9月 6日(土)、7日(日)

*講義2クール(4日間)と演習1クール(2日間)を受講いただけます。
 *演習の参加は講義2クール受講修了者に限ります。演習は土日2日間1回の受講となるため、上記日程から第3希望まで選んだ上調整させていただきます。時間はいずれも土曜日10:00~18:00、日曜日9:00~17:00の予定です。

会場 ●第1、2クール(講義) ベルサール三田(イベントホール) 東京都港区三田
 ●第3クール(演習) 全日本病院協会(6F会議室) 東京都千代田区

参加料 ●80,000円(受講料、テキスト代、昼食代を含む)
 定員 ●講義250名、演習(各回)約60~70名前後

申込期限/5月30日(金)(定員に達し次第締切ります)
 申込方法/所定の申込用紙に必要事項をご記入のうえファックスにて(03)3237-9366までお送りください。(当講習会の案内は本会HPよりダウンロードできます)

ご注意/講義2クールと演習の全日程を修了した方に「認定証」を授与します。なお、本講習会は「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たしています。

問合先 全日病事務局(医療安全講習会担当) Tel. 03-3234-5165 Fax. 03-3237-9366

医療事務技能審査試験のご案内

医療事務技能審査試験は、厚生労働大臣許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカルクラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカルクラーク (2)2級メディカルクラーク
- 受験資格 1級・2級それぞれ受験資格があります。 ■受験料 6,500円(1級・2級とも同一)
- 試験会場 全都道府県の公共施設等で実施します。 ■試験日(平成20年度)

■試験科目と実施方法

(1)1級医療事務技能審査試験

・実技I	接遇、院内コミュニケーション	
・学 科	医療事務専門知識	筆記(記述式) 50分
・実技II	診療報酬請求事務	筆記(択一式) 60分
		・明細書点検 70分

(2)2級医療事務技能審査試験

・実技I	患者接遇	筆記(記述式) 50分
・学 科	医療事務一般知識	筆記(択一式) 60分
・実技II	診療報酬請求事務	・明細書点検 70分

20年	5月24日(土)	2級
	6月28日(土)	1級・2級
	7月26日(土)	2級
	8月23日(土)	2級
	9月27日(土)	2級
	10月25日(土)	1級・2級
21年	11月22日(土)	2級
	12月20日(土)	2級
	1月24日(土)	2級
	2月28日(土)	1級・2級
	3月28日(土)	2級

1級メディカルクラーク講座のご案内

現在、病医院事務部門で活躍されている方や、2級メディカルクラークで病医院事務部門に進出しようとする方を対象に、点数表解釈をはじめ公費負担、諸法など、保険請求事務の実務を中心とした、より高度な専門的知識と技能の養成をします。1級医療事務技能審査試験の受験準備講座としてお勧めします。

- ＜募集要項＞
- 受講資格 ①医療機関等において医療事務職として1年以上の実務経験があること
 ②2級メディカルクラーク(医科)もしくは2級医療事務職(医科)であること
 ※①②のいずれかに該当する方
- 受講期間 6カ月(受講期間延長制度あり)
- 受講受付 随時
- 受講料
- | | |
|-----|-----------------------|
| 一 般 | 78,000円 |
| 賛助員 | 75,000円(入学金3,000円が免除) |
- ※分納(2回)もできます。