



# 全日病 NEWS 3/15

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 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.728 2010/3/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 療養病棟「初期加算」は転棟も「1回限り」算定可

2010年度改定の告示・通知 急性期看護補助体制加算は補助者への院内研修と業務内容の文書明示が必要

厚生労働省は3月5日に、4月1日から適用される2010年度診療報酬改定の関係省令・告示を官報に掲載、公布した。併せて、同日付で保険局長および医療課長等の名による関係通知を都道府県と地方厚生(支)局の担当宛に発出した。

厚労省は、また、同日、省内に都道府県と地方厚生(支)局の担当者を集めた「改定説明会」を開催、10年度改定の内容を説明するとともに、その説明をすべて同省の動画チャンネル(YouTube)で公表。さらに、同日中に同省Webサイトに告示等と通知を掲出するとともに、医科電子点数表も即日掲載した。

DPCにかかわる新たな機能評価係数や調整係数等の告示と通知は3月19日になる予定だ。(4~6面に通知の抜粋を掲載)

### 厚労省主催説明会の画像、電子点数表を同時公開

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(保医発0305第1号)の「入院料等(通則)」に、入院患者が他医療機関を受診した際の請求方法が具体的に書き込まれた。

療養病棟入院基本料に新設された、転院・入院から14日間算定できる「救急・在宅等支援療養病床初期加算」は急性期病棟の後方病床確保が目的。ただし、13対1と15対1からの転院は、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限られる。ケアミックス型における転棟も「1回限り」算定できる。

同加算は、在宅や介護保険施設等からの入院も対象となるが、併設された介護保険施設等から受け入れるケースは算定できないとした。

救急医療機関からの受け入れを評価するために新設された「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」は、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定医療機関に緊急入院後に、あらかじめ連携している保険医療機関に入院5日以内に転院した患者が対象。

紹介元医療機関の一般病棟へ緊急入院した者も対象に入るが、特別の関係にある医療機関間の転院は算定できない。また、紹介加算と受入加算の同時届出はできない。

なお、他から転院してきた患者を受入医療機関にさらに転院させた場合には算定できないが、他医療機関への入院から48時間以内に紹介加算を算定する医療機関に転院した後、5日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、紹介加算・受入加算とも算定が

認められる。新設の「後発医薬品使用体制加算」は、採用全医薬品(品目数)のうちの後発医薬品の採用品目数割合が20%以上であること等が要件と、外来も計算対象に入る。ただし、算定対象は入院患者で入院初日に限られる。入院期間が通算される再入院では算定できない。

やはり新設の「介護支援連携指導料」は入院先の医師指示下のMSW等と介護支援専門員が共同で退院後の指導を行なうことを評価する点数だが、患者の選択によるものであれば、当該医療機関に併設する居宅介護事業所のケアマネは算定ができるものの、併設する介護保険施設等のケアマネと共同指導を行なった場合は算定できないとされた。

回復期の連携を評価する「地域連携診療計画退院時指導料」には、在宅復帰後の連携を評価する項目が新設され、1と2に分かれた。これについて、「実施上の留意事項」は、急性期治療を受け持った計画管理病院に対して、転院後もしくは退院後の治療を受け持つ施設を「2段階目の保険医療機関」とし、2段階目を退院した後の外来診療を担う保険医療機関を「3段階目の保険医療機関」とした上で、さらに、「地域連携診療計画退院時指導料2」が算定可能な「(3段階目の)介護サービス事業所」として老健施設、通所リハ、訪問リハの事業所をあげている。

在宅患者の訪問診療については、前改定で「居住施設入所者等」に対する訪問が新設されたが、今回、その対象を「同一建物居住者」と定義しなおした。「実施上の留意事項」は「同一建物居住者」を例示しているが、対象を「マンションなどの集合住宅等」にまで拡げている。

### 夜勤看護については「傾斜配置ができる」

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(保医発0305第2号)では、看護職員の夜勤時間数の対象に入っていた亜急性期入院医療管理料1・2と特殊疾患入院

医療管理料を「病棟単位で算定する場合に限り」計算対象としないとしている。

また、「月平均夜勤時間数72時間以下」の縛りに関しては、「同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するもので



▲10年度改定の答申を受けて挨拶する長妻大臣(2月10日の中医協総会)

あり、病棟(看護単位)ごとに計算するものではないため、病棟(看護単位)ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はない」など、傾斜配置ができることをより明確に説明している。

72時間規定のみを満たせなくなった場合に3月に限り算定できる7対1または10対1の特別入院基本料について、「基本診療料の施設基準等」は、「(満たせなくなった原因である看護職員の減少が)一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近3月に限り、算定できる」と明記している。1割以内の変動であれば3ヶ月の届出猶予の後に3ヶ月間特別入院基本料を算定することになる。

7対1と10対1入院基本料に新設された、14日を限度に算定できる「急性期看護補助体制加算」の施設基準にも、看護要員の配置は「傾斜配置できる」と明記されている。

また、通則には、当該医療機関が「適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある」こと、「当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者」は「院内研修を年1回以上受講した者であること」、さらに、「看護補助者の業務範囲」や「個別の業務内容を文書で整備していること」といった要件が示されている。

また、「急性期看護補助体制加算」の施設基準には、「病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること」という1項があり、当該体制は「総合入院体制加算」のそれと同様とされている。

勤務医に関するこの要件は、08年度

改定で「ハイリスク分娩管理加算」「医師事務作業補助体制加算」「入院時医学管理加算」に盛り込まれたが、今回、同加算に加え、「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「小児入院医療管理料1及び2」「救命救急入院料注3に掲げる加算」と6項目が追加され、全部で9項目に広がった。

「今後、報告を求める可能性がある」病院勤務医の勤務時間や当直回数等勤務状況の具体的な把握は「客観的な手法を用いることが望ましい」とされ、改定議論で出てきた「タイムカードの確認」という細かな縛りは避けられたが、「各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管する」という規定は残った。厚労省はQ&Aにおいて、より具体的な把握方法を明らかにしている。

要件が厳しくなった回復期リハ病棟入院料については10年3月31日現在算定している医療機関は10年10月1日からの算定となる。

「亜急性期入院医療管理料」算定医療機関は専任の在宅復帰支援担当者を配置する必要があるが、その担当者は、慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算等に規定する退院調整の専従と兼ねることができる。

「亜急性期入院医療管理料1」を算定する病床数は一般病床の1割(上限40床、100床未満の病院は10床)以下が原則であるが、回復期のリハを必要とする患者のうち「合併症を有する患者」が1割以上である場合には、一般病床の数の3割までとすると緩和された。

この上限は60床、100床未満については30床までとなった。

## 安藤副会長、参院選出馬が決定!

民主党は3月3日に今年7月に行なわれる参議院選挙の第1次公認候補87人(選挙区47人、比例代表40人)を決定、安藤たかお氏(医療法人社団永生会理事長)が比例代表からの立候補が決まった。

第1次公認候補のうち医師は5名(選挙区3名、比例代表2名)。そのうち安藤氏を含む2名が新人、足立信也厚生労働政務官ほか2名が現職である。

安藤たかお副会長は51歳。全日本病

院協会の副会長を2003年4月から現在まで4期務めているほか、日本医療法人連盟副委員長、日本慢性期医療協会副会長、東京都療養型病院研究会会長、八王子市医師会理事等数多くの要職に就いている。



### 清話抄

今年1月に当院で最年長の看護師が60歳の誕生日を迎えた。しかも、開業以来38年間無遅刻・無欠勤のおまけつきだ。当院では定年延長制度があるので、本人の希望通りこれまでと同じ勤務をしばらく続けることとなっている。こ

れから本人の意思に応じて勤務日数や時間を減らすことはあり得るが、私の印象では70歳でも勤務できるのではないかと思います。元気だ。

血液透析室の準夜勤をこなし、患者さんからの信頼も厚い。患者さんへの指導にも卓越していて、ただ単にベテランだからという域を超えている。治療方針に関しても的確な意見を持っているので、医師との連携もスムーズで

大助かりである。

このように長く働いてくれる看護師さんばかりだと、看護師不足の問題もずいぶん解消されるのではないかとと思われる。そのためには、まず各医療施設がワーク・ライフ・バランスの向上に努める必要がある。

ストレスの多い医療現場で長く働ける環境を経営者が用意する責任があると思われる。次に、法的な整備、行政

のサポートも欠かせない。また、eラーニングで看護師が効果的に勉強できる環境を提供することも有効であると期待する。

2月に当院の看護師2名が日本腎不全看護学会認定の透析療法指導看護師の認定試験に合格した。今後も、看護師のワークライフバランスを尊重しつつ、やりがいを感じられる職場作りを目指したい。(秀)

# 主張

## 「医療の質向上と効率化は両立するか」再考

医療費抑制の流れが止ったとはいえず、医療を取り巻く環境は悪い方向に変化している。約束の反故や不合理が横行する等々、4年前の文章で危惧した状況が進んでいることを憂慮する。

「医療の質向上と効率化は両立するか」と題して、「先行きが不透明で、意思決定が困難な時期にこそ、原理原則に基づいて考え・行動することが必要である…医療制度改革と称して医療費抑制策が急速に展開されている。

医療は非効率、すなわち、無駄が多いという理由である…しかし、医療費高騰の主な原因は、医療技術の進歩、寿命の延長と国民の医療に対する要求水準の急激な上昇にある。何をもちて無駄と定義するかを明確にしなければ議論ができない…医療を消費と考えるか、健康投資と考えるかにもよる…質向上と経済効率は二律背反の関係と考えられていた…科学技術および管理技術の進歩により、質向上と効率化は不即不離の関係となった…変革の時代にあつて、

産業界でも、TQMを非製造業、非製造部門へ展開する方法、組織革新、業務革新の方法が模索されている…病院は、専門分化・機能分化による縦割り・横割りの壁が厚く、標準化や情報共有がしにくい組織である。複雑性・不確実性・緊急性・個別対応・非定型が当たり前の医療界でTQM展開のモデルをつくることにより、産業界への普遍化が期待できる」と報告した(新医療2006/9)内容が、そのまま現在もあてはまる。 当院では、医療の質向上を目指し

て、毎年、統一主題を決めて活動している。本年は品質管理の原点に戻り、「効率化—ムリ・ムラ・ムダを無くす—」とした。効率化が質向上の前提である。

怒りや不満を述べても意味がない。“一身の独立なくして一国の独立なし”という独立自尊の精神で、誰にも頼らず、自立/自律した団体、病院、個人として行動する事が、公私を問わず求められている。『福沢論吉 国を支えて国を頼らず』(北康利著 講談社2007)を薦めたい。(I)

# 基本的枠組みで4案。財政リスク調整で利害対立

高齢者医療制度改革会議 来年通常国会に法案提出。概算要求前に制度骨子案、12月に法案要綱

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議は新たな制度設計に向けた本格的な議論に入っている。前回2月9日の「制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方」に続いて、3月8日には「費用負担のあり方」を取り上げ、主に、高齢者医療を支える公費と保険者負担のあり方を中心に各委員が考え方を明らかにした。

75歳以上約1,400万人を対象とした後期高齢者医療には12.8兆円の医療費(うち医療給付費は11.7兆円、患者負担は1.1兆円=2010年度予算ベース)が投じられ、保険料は年額6万2,000円(09年度全国平均)が徴収されている。

財源面は給付費の5割を公費が占め、国・都道府県・市町村が4・1・1の割合で負担、残りは保険料が1割(軽減措置によって実質は7%)、各医療保険による支援金が4割(調整後の割合は国保38%、被用者62%)からなる。

08年4月にスタートした後期高齢者医療には、個人加入制、保険料の額、天引き等をめぐって主に加入者から強い反発が生じ、別建て制度であること、さらには「後期」という名称にまで疑念が示された。

そこには、75歳以上を囲い込んだ制度だけでなく別方式とされた給付の内容に対する疑問も少なからずあった。

しかし、政府は新たな高齢者医療制度を13年度に施行すると公約。周到な施行準備に2年を要すると見積られたことから、来年の通常国会で法案を成立させる必要があり、年内に制度設計の最終報告をとりまとめる日程が組まれた。

決して長くない検討期間ながら、現

## 制度設計の枠組みで4案が相上り

高齢者医療制度の新たな設計は、とくに財源構成のあり方において、厚労省、被用者保険、市町村、高齢者の利害が錯綜しており、各立場からの提案を調整するのは容易ではない。

改革会議には、現在、①都道府県単位で保険者を一元化する、②65歳以上の別建て保険を基本とする、③突き抜け方式とする(被用者保険の退職者は国保に加入せず、被用者保険が高齢者医療を運営する)、④高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る、という4つの制度設計案が提起されている。

①を提案する池上委員(慶大医学部教授)は、各保険者で被保険者の性・年齢・所得構成の相違による保険料負担の格差調整を段階的に導入した上で医療保険の統合をすべしと論じる。

「全年齢にわたるリスク構造調整を行えば、異なる保険に入っている、同

在、月1回のペースで会議は進行。議論は高齢者医療のあり方や理念の検討には踏み込まず、財源構成論中心に進められている。

3月8日の改革会議に、事務局(厚労省保険局高齢者医療課)は、65歳以上がすべて市町村国保に加入する制度を採用した場合の財源構成と患者負担割合を変更した場合の影響額を試算して示した(別掲)。

試算において、医療給付費に対する5割の公費投入を75歳以上(5.5兆円)に限定すると被用者保険の負担変動は+0.2から-0.1兆円の間にとまり、公費は現行よりも0.9兆円も減る一方で、市町村国保の負担は0.8兆円も増える。これについて、事務局は「公費が減る分を何らか国保に回せば全体の財政影響はさほど大きくない」と、厚労省として前向きな反応をのぞかせた。

また、5割の公費投入を65歳以上(8.0兆円)に広げると被用者保険はそれぞれ負担が減るものの、公費は1.2兆円、市町村国保は0.5兆円も負担が増すことになる。この試算に、事務局は「公費が増えた上、国保の負担軽減策も必要になる」と難色を示した。

患者負担割合を変更した場合の医療給付費への影響については、65~69歳の自己負担を現在の3割から2割に引き下げると3,500億円、1割に引き下げると7,200億円増加する。一方、現在軽減措置で1割とされている70~74歳の自己負担を2割に戻すと、同世代の自己負担は1,700億円増え、医療給付費は1,600億円減少する、と説明した。

一都道府県、同一所得は同じ保険料となる」とし、この導入こそが医療保険の統合を可能にするとして主張。3月8日の会議では「統合には時間がかかるが、その間は同様のリスク調整を導入している協会けんぽを高齢者医療の運営主体としてはどうか」と提案した。ただし、この考えに、事務局は「協会けんぽは今や民間の法人である」として否定的だ。

費用負担や運営責任を明確化するべきとして、「別建て」制度(②)を提案する健保連は、運営主体に協会けんぽと同様の公法人を想定。年齢を65歳で切る点については、「介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないかと」している。

突き抜け方式(③)を提案する連合は、退職者は被用者保険がグループが共同で運営する「退職者健康保険制度=仮

称」に引き続き加入、その対象者を「被保険者期間が通算して一定期間(25年)を超える退職者とその扶養家族とする」とし、「全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関」が運営主体となるという案を示している。

高齢者医療の国保への事実上の統合(④)を主張する宮武委員(目白大学大学院教授)は、「市町村国保の運営を都道府県単位に広域化し、都道府県または後期高齢者医療広域連合を活用して高齢者を含めて一体的に運営する」とし、「若人の国保保険料も、都道府県単位でできるだけ統一すべきである」と主張する。

全保険者の統合を見据えた池上案がもっとも抜本的ではあるが、実現までのハードルはかなり高く、いずれも一長一短だ。各委員の意見は、概ね65歳

以上を対象とし、都道府県単位の運営を肯定しつつも、財源調整に関しては具体論に踏み込まずにいる。

そうした中、「医療費を拡大するという展望が財源調整論に活路を与える」「そのためには消費税引き上げを持って財源に充てるという指針が欠かせない」という意見も根強いが、改革会議に毎回出席している長妻大臣ほかの政務三役は、そうした議論には応じない姿勢を貫いている。

改革会議は、次回4月14日には「保険料、給付、医療サービス等のあり方」を議論、5月の有識者ヒアリングを経てとりまとめの議論に移り、8月の概算要求前に中間まとめとして制度骨子案を固め、11年度予算に国保のシステム改修費を計上、さらに12月にかけて法案要綱の基となる最終報告をまとめる。

表1 ■ 65歳以上が全員市町村国保に加入した場合の財源構成 (試算/2010年度予算ベース)

<b>●前提</b>	
①75歳以上の医療給付費(11.7兆円)に約5割の公費を投入	
①65歳以上の医療給付費(17兆円)に約5割の公費を投入	
②高齢者の保険料の総額は現行と同額	
③現役世代による支援は、市町村国保と被用者保険は加入者数で按分し、被用者保険の間は報酬総額に応じて按分する	
<b>●65歳以上の医療給付費の財源構成 合計17兆円</b>	
①の場合	公費32%、高齢者の保険料17%、現役世代の保険料による負担51%
①の場合	公費47%、高齢者の保険料17%、現役世代の保険料による負担36%
<b>●現行各保険者等負担に対する影響</b>	
①の場合	協会けんぽ-0.1兆円、健保組合+0.2兆円、共済+0.1兆円、市町村国保+0.8兆円、公費-0.9兆円
①の場合	協会けんぽ-0.8兆円、健保組合-0.7兆円、共済-0.2兆円、市町村国保+0.5兆円、公費1.2兆円

表2 ■ 患者負担割合を変更した場合の影響額 (試算/2010年度予算ベース 単位: 億円)

年齢階級	患者負担割合	医療費	医療給付費	患者負担	
65~69歳	3割 → 2割	+1,900	+3,500	-1,600	
	3割 → 1割	+3,700	+7,200	-3,500	
70~74歳	一般	1割 → 2割	-1,900	-1,600	+1,700

### 「患者図書室」寄贈プロジェクトのご案内 NPO「医療の質に関する研究会」

あなたの病院内に「患者図書室」を設置しませんか? 私たちは、患者さんが医療情報を得るための図書室普及のために、設置を希望する病院を募集しています。

- ◆2010年度プロジェクトの概要
- 寄付の対象○全国のおよそ10の医療施設
- 寄付の内容○①医療情報に関する図書(約700冊)
- ②事務システム(蔵書管理・貸し出し返却管理・利用統計収集)
- ③学習システム(患者さんが医療情報を学習できるシステムやコンテンツ)
- ④設備(書棚・受付カウンター・閲覧コーナーほか)など
- 対象施設○45~55m<sup>2</sup>程の図書室に転用できる個室があること。職員の責任者を置き、常駐スタッフ(ボランティア可)がいること など。
- 応募期間○5月10日(月)~7月30日(金)
- 応募の方法○HP (<http://www.kanjatoshoshitsu.org>)より登録できます
- 問い合わせ先 NPO「医療の質に関する研究会」 [info@kanjatoshoshitsu.com](mailto:info@kanjatoshoshitsu.com)

# 「介護保険3施設の居室定員・廊下幅等は県条例に則る」

地域主権改革推進一括法案 国の縛りを地方に委ねる法案上程へ。人員配置・居室面積等は国の基準で

鳩山内閣は3月5日の閣議で「地域主権改革推進一括法案」を承認、今国会に上程し、成立を図ることを決めた。一括法案は内閣府の地域主権戦略室がまとめたもので、「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」と「国と地方の協議の場に関する法律案」からなる。

政省令等の改正を要するものは公布後3月以内に、都道府県で条例等の制定を要するものは来年4月1日にそれぞれ施行となる。

一括法案は、地方分権改革推進計画（12月15日閣議決定）にもとづいて、自治体行政の自由度を高めるためにネックとなっている41法律を一括して改正するというもの。

改正によって、厚生労働省関係では、保育・介護・福祉における施設・設備・運営基準は、「人員配置基準」「居室面積基準」「人権に直結する運営基準等」を除いて「参酌すべき基準」とされ、施行後、基本的には地方自治体の判断で定められることになる。介護の分野では特養、老健施設、介護療養型医療施設も対象に入る。

厚労省によると、同省所管の施設等基準のうち、約9割が地方自治体の判断で定められることになる。ただし、付則には「福祉施設の基準について、関係法律の施行の状況等を勘案し、基準の在り方について見直し検討する」と書き込まれた。

法案成立後、施行までの間に、厚労省の所管部局は当該省令告示等の改正を行なう。

地方主権改革の推進作業は、地方分権改革推進法にもとづいて、2007年4月に内閣府に設置された地方分権改革推進委員会で行なわれてきた。

同委員会は08年にも第1次、第2次の勧告を自公政権に行なったが、「地域主権改革」を改革の1丁目1番地とする鳩山政権に対する第3次勧告(09年10月7日)で実現へのめどがつき、さらに11月9日の第4次最終勧告を受けて政府は12月15日に地方分権改革推進計画を閣議決定、その作業を地域主権戦略会議に引き継いだ。

第3次勧告では、全国の自治体から要望があった指定居宅介護サービス事業者等とともに指定介護老人福祉施設、指定介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設にかかわる「従業員の資格」と「設備・運営基準」に関して「廃止又は条例委任」が求められた。

介護保険事業者の指定基準等につい

ては「地域が主体的に判断してサービスを提供することが必要」とされ、「縮小すべき義務付け・枠付けの例」として、「グループホームの指定における研修の受講要件」「訪問リハビリテーション等における指定基準」などが明記された。

第3次勧告には、医療法第21条1項・2項(病院等の人員・施設基準)の「廃止又は条例委任」もあげられたが、「自治体等から具体的な要望がなかったことから」(厚労省社会保障担当参事官室)、法案への盛り込みからは除かれた。

第3次勧告に対して厚労省は11月4日付で対応方針を表明。「深刻な悪影響が生じかねないもののみ、例外的に全国一律の最低基準(規制)を維持する」として、「施設等基準はすべて条例に委任した上で、人員配置基準、居室面積基準、人権に直結する運営基準に限り“従うべき基準”とする」とした。

また、それ以外の施設・設備・運営基

準は「参酌」によらし、利用定員については「標準」に従う(一部の「利用定員の基準」は「従うべき基準」とする)、協議・認可等計画の策定等については「廃止等(高齢者医療の確保に関する法律の事前協議、医療計画の策定義務付けは“存置”とする)」とした。

「従うべき基準」とは「都道府県の条例内容は全国一律とする」、すなわち国

の基準に従ってもらうというもので、「標準」とは、条例の内容は地方自治体に「合理的なもの」である旨の説明責任がありとした上で都道府県に委ねるといもの、「参酌すべき基準」とは、基本的には地方自治体の判断で定められるが、国として参酌となる指針を打ち出すという意味となる。

## さらなる権限移譲と一括交付金化も検討

この対応方針において、厚労省は「(都道府県における) 条例委任を認める前提」として、①「標準」「参酌すべき基準」の場合、国の基準を下回る施設・サービスについてはサービス水準に応じた介護報酬等を設定する、②「従うべき基準」の場合、条例を制定しない場合やその内容が国の基準に適合していないと認めるときは総務大臣を通じて是正を求める仕組みを導入する」という考えを示し、福祉・介護等施設が一定水準を確保するために引き続き関与していく方針を表明している。

11月4日付の厚労省方針は今回の「地域主権改革推進一括法案」に盛り込まれたため、特養、老健施設、介護療養型医療施設の人員配置基準、居室面積基準、人権に直結する運営基準に関して、都道府県は今後も厚労省が定める全国基準に従うことになる。

このうち「人権に直結する運営基準」とは「サービス内容の説明と同意、サービス提供拒否禁止、虐待・身体拘束禁止、秘密保持など」が対象となる。

なお、人員配置、居室面積、人権以外の基準としては、「居室定員、廊下幅、汚

物処理室、事務室、サービスステーションなど」あるいは「適切な食事の提供、介護の内容(入浴、排泄、着かえ等)、健康保持、地域との連携、娯楽の提供、保護者との連絡など」があげられており、今後、条例によって、介護療養型や老健の居室定員や廊下幅等が都道府県の裁量で定められる可能性が出現する。

地方分権改革推進計画に明記された、国による縛りをなくす「義務付け・枠付けの見直し」リストには「医療計画の内容義務付けの見直し等」も入っており、来春の通常国会に提出が見込まれている第6次医療法改正に影響を与える可能性がある。

地域主権戦略会議は、引き続き、国から地方への「義務枠・権限の移譲」「一括交付金化」「出先機関改革」について検討、6月に原案をまとめ、夏をめどに「地域主権戦略大綱」(仮称)を策定するとしている。

その中で、06年度の三位一体改革で手づけられた国庫補助金の税源移譲や地方交付税の見直しが再度取り上げられ、補助・交付金の地方移管が一層促進される可能性が高い。

## 介護の処遇改善 介護療養型の平均給与は31万8,780円、2.1%増加

厚生労働省は3月3日の社会保障審議会・介護給付費分科会の調査実施委員会に、「2009年度介護従事者処遇状況等調査」の結果を報告した。

調査は、09年度介護報酬改定を経て、介護従事者の処遇改善策の実態がどう変化したかを把握するために昨年10月1日に実施された。7,141事業所を対象に実施し、5,919事業所から回答を得た(回収率82.9%)。

それによると、68.9%の施設・事業所

が09年4月から9月の間に給与等の引き上げを実施、10月以降に実施する予定の施設・事業所を含めると、引き上げに応じたのは81.6%に達した

医療法人(14,170施設・事業所)については、「09年度介護報酬改定を踏まえて引き上げた」18.7%、「改定に関わらず引き上げた」24.3%、「定期昇給を実施した」55.0%、「引き上げなかったが、1年以内に引き上げる予定」9.3%、「引き上げなかったが、今後も引き上げる

予定ない」10.5%、という結果であった(複数回答)。

調査時点で08年と09年とも在籍していた介護従事者の09年の1ヶ月あたりの平均給与額は、月給の場合は、約9,500円増加している。

09年の介護療養型医療施設における平均給与額(月給)は、31万8,780円(平均43.8歳、平均勤続8.9年)で、08年の31万2,220円から6,560円(2.1%)増加している。

## 四病協 外国人看護師等受入事業で意見書を提出

四病院団体協議会は3月12日にEPAに基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受け入れ事業に対する改善を求める意見書を厚生労働大臣ほかに提出した。

「経済連携協定(EPA)に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者受け入れに関する問題点の指摘と提言」と題し

た意見書は、主にインドネシア候補者の来日から1年余経過した受け入れ施設の意見を踏まえた問題点の指摘と改善に向けた抜本的な提言を行なっている(2月15日号4面記事を参照)。

意見書は、外務大臣、経済産業大臣、法務大臣、国家戦略担当大臣および民主党幹事長にも提出された。

## 厚労省 看護師試験用eラーニングを開発、運営団体を公募

厚労省は「外国人看護師候補者学習支援事業」実施団体の公募を始めた。フィリピンとインドネシア人看護師就労希望者の国家試験受験を支援するもの。

サポートシステムは、過去の出題問題や模擬試験をデータベースで提供、その結果を表示するとともに設問別の正否や解説などを得ることができ、用語対訳検索機能付の看護専門用語辞典も搭載した学習補助ツール。試験問題等は日、英、インドネシア3カ語で表示される。システムには受け入れ施設の担当者

もログインし、回答結果を閲覧できる。

実施団体はシステムの運用だけでなく、看護と日本語の専門家による個々のレベルに応じた指導を週1日以上、1回2日程の集合研修を年4回以上実施するなど一人一人の達成度を評価、その結果に応じた指導を実施する。各受入施設を年間1回以上巡回訪問し、研修責任者等や候補者に学習方法等の指導を行なうことも予定されている。

システムは国際厚生事業団が12月から一部試行している。

## 全日病「医療機関トップマネジメントコース」の受講申し込み受付中

危機をチャンスに換える！  
質の高い病院経営の方法論に触れ、  
視野が、意識が、がらりと変わります。

### 選りすぐったカリキュラム グループワークベースの意見発表と討議

- 第1単位(2日間)  
オリエンテーション、医療概論、経営学概論、広報・ブランド管理、医療の質評価、DPCの活用
- 第2単位(2日間)  
DPC 財務への適応、財務管理、管理会計(基礎)、管理会計(応用)、人事管理
- 第3単位(2日間)  
慢性期包括評価、医療連携(第2日目) 安全管理、リスク管理
- 第4単位(2日間)  
BSC、医療における総合的質経営(TQM)の基礎と応用  
講師/長谷川友紀東邦大学医学部教授、石井孝宜公認会計士、池上直己慶應義塾大学医学部教授、河野宏和慶應義塾大学大学院教授、伊藤一小樽商科大学商学部教授、佐藤剛グロービス経営大学院教授、飯田修平練馬総合病院院長、李済民小樽商科大学大学院専攻長

【募集要項】  
受講対象 ● 理事長・院長の役職にある方、または将来の理事長・院長候補の方  
受講費用 ● 300,000円(食事代・懇親会費含む)  
受講期間 ● 6月26日(土)～10月31日(日) 全4単位8日間  
(各単位2日間 土/13:00～21:00 日/9:00～15:00)  
受講定員 ● 40名  
会場 ● 全日本病院協会本部会議室  
申込締切 ● 4月30日  
問い合わせ先 (社)全日本病院協会 03-3234-5165 mail: info@ajha.or.jp  
詳細はホームページ掲載の案内パンフをご参照ください。

# 療養病棟の初期加算、併設介護保険施設からの入院は非該当

## 介護支援連携指導料のケアマネは併設事業所なら可だが併設施設は不可

医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(抜粋)  
保医発0305第1号 2010年3月5日 ※1面記事参照 (下線部は変更箇所)

### 別添1□医科診療報酬点数表に関する事項

#### 第1章基本診療料 第2部入院料等 <通則>

##### 5 入院中の患者の他医療機関への受診

(4) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとする。

ア 入院医療機関において、当該患者が療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料(以下「入院基本料等」)を算定している場合は、入院基本料等は当該入院基本料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料(以下「特定入院料等」)を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用(特掲診療料に限る)を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定すること。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用(特掲診療料に限る)を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。

(6) 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊟(受診日数:○日)」を記載すること。ただし、特定入院料等を30%減算する場合には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

#### 第1節 入院基本料

##### A101 療養病棟入院基本料

(7) 注5に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、7対1入院基本料、10対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院(一般病棟)又は専門病院)、13対1入院基本料(一般病棟又は専門病院入院)又は15対1入院基本料(一般病棟)を算定する病棟であること。ただし、13対1及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関は救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者は、1回の転棟に限り算定できる。

イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者

については算定できないものとする。

#### 第2節 入院基本料等加算

##### A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

##### A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関(救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出保険医療機関)に緊急入院した患者(当該医療機関の一般病棟へ緊急入院した患者を含む)について、他の保険医療機関(特別の関係にあるものを除く)でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受入れ、入院後5日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、高次の救急医療機関において転院時に算定する。

(3) 救急搬送地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から5日以内に受入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。

(4) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関にさらに転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から5日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

##### A243 後発医薬品使用体制加算

(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

#### 第2章 特掲診療料

##### 第1部 医学管理等

##### B005-1-2 介護支援連携指導料

(6) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援連携指導料を算定することはできない。

##### B005-2 地域連携診療計画管理料、B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ) B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)

(2)(略)また、計画は必ず、計画管理病院、計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う保険医療

機関(以下「2段階目の保険医療機関」)又は介護老人保健施設(以下「2段階目の保険医療機関等」)、2段階目の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関(以下「3段階目の保険医療機関」)又は介護サービス事業所(介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所)(以下「3段階目の保険医療機関等」)の3段階の連携に限られる必要はなく、必要に応じて、計画管理病院及び2段階目の保険医療機関等の2段階の連携も活用されるべきものである。

##### COO1 在宅患者訪問診療料

(3) 「2」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。(略)

(4) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「1」の同一建物居住者以外の場合の所定点数を算定する。

(5) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、(3)の規定にかかわらず、1人目は、「1」の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、初診料又再診料若しくは外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料の「注4」に規定する加算を算定する。

#### 第7部 リハビリテーション <通則>

4の2 (略)標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けのために必要な手続き等について指導すること。

4の3 言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。(略)

##### 第1節 リハビリテーション料

##### H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。

##### H007-2 がん患者リハビリテーション料

(2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、適切な研修を終了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

# 療養病棟は毎日評価票の該当全項目を記載、請求時に添付

## 休日リハ提供体制加算の施設基準は平均2単位、リハ充実加算は6単位

医療課長通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(抜粋)  
保医発0305第2号 2010年3月5日 第1 基本診療料の施設基準等 ※1面記事参照 (下線部は変更箇所)

### 別添2□入院基本料等の施設基準等

#### 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(3) 夜間における勤務については次の点について留意

する。

ウ 特定入院料(小児入院医療管理料4、亜急性期入院医療管理料1又は2、特殊疾患入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る)を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象とし

ない。

オ (略)すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟(看護単位)ごとに計算するものではないため、病棟(看護単位)ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下

である必要はないものであること。また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。なお、次の療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護要員については、この限りではないこと。

(イ) 療養病棟入院基本料1を算定する病棟  
(ロ) 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟(介護保険移行準備病棟)

(4) 看護の勤務体制は次の点に留意する。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟(看護単位)ごとに要件を満たす必要はないため、病棟(看護単位)ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。(略)

**4の4 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。**

(1) 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準(夜勤看護職員1人当たり月平均夜勤時間が72時間以下であること)のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。ただし、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は、7対1特別入院基本料等を算定できないものであること。

(2) 本通知の第3の1の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。

**4の5 一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。**

(1) 10対1入院基本料(一般病棟、特定機能病院(一般病棟)及び専門病院入院に限る)を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添の一般病棟用の重症度・看護必要度評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している延患者数に占める基準を満たす患者の割合を基に評価を行っていること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。

(2) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。(略)

(3) 毎年7月に、1年間(前年7月から6月までの間)の測定結果を地方厚生(支)局長に報告すること。

**6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分**

当該療養病棟に入院する患者については、別添の「医療区分・ADL区分に係る評価票評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別紙様式の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

**8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及びロの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価**

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

**別添3 □入院基本料等加算の施設基準等**

**第2の2 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算**

**1 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算に関する施設基準**

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加し

ている有床診療所又は共同利用型病院(略)

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

**第4の3 急性期看護補助体制加算**

**1 通則**

(1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。(略)

(2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

(3) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。

(4) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延患者数)に占める基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては1割5分以上、10対1入院基本料においては1割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。

(5) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。(略)

(6) 急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。(略)

(7) 看護補助者の業務範囲について、(略)個別の業務内容を文書で整備していること。

(8) 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(9) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。(略)

**第19の2 栄養サポートチーム加算**

**1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準**

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。(略)

(2) (1)のイにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。(略)

(3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。(略)

(4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。(略)

**第20 医療安全対策加算**

**2 医療安全対策加算2に関する施設基準**

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。(略)

イ 1の(1)のイからキの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

**3 感染防止対策加算の施設基準**

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 感染防止に係る部門(以下「感染防止対策部門」)を設置していること。ただし、医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としてもよい。

(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。(略)

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は1の(1)のウに掲げる院内感染管理者(医療安全対策加算に規定するもの)を兼ねることができる。また、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは院内感染防止対策チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。

(8) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

**第24 慢性期病棟等退院調整加算**

**1 慢性期病棟等退院調整加算1に関する施設基準**

(1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

(2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。(略)

**2 慢性期病棟等退院調整加算2に関する施設基準**

(1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。(略)

(2) 病院の場合は、当該退院調整部門に退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。(略)

**第24の2 急性期病棟等退院調整加算**

**1 急性期病棟等退院調整加算1の施設基準**

(1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

(2) 当該退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。

(3) 当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

(4) 退院調整を行うにつき十分な体制として、次に掲げる退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていること。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、「A240」に掲げる総合評価加算で実施する総合的な機能評価を行うことが望ましい。

ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。

イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。

**2 急性期病棟等退院調整加算2の施設基準 (略)**

**第24の4 救急搬送患者地域連携紹介加算**

**1 救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準**

(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算

(6面に続く)

(5面から続く)  
を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

(2) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていないこと。

**第24の5 救急搬送患者地域連携受入加算**

**1 救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準**

(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていないこと。

**第26 呼吸ケアチーム加算**

**1 呼吸ケアチーム加算の施設基準**

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチームが設置されていること。

ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師

イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師

ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士

エ 呼吸器リハ等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

(2) (1)のイに掲げる看護師は5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。(略)

(3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

(4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

(5) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

(6) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

**別添4□特定入院料の施設基準等**

**第11 回復期リハビリテーション病棟入院料**

**1 通則**

(9) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数

イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

(10) 平成22年3月31日に現に回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟であって、平成22年4月1日以降に新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っていないものについては、平成22年9月30日までの間は、なお従前の例による。

**2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準**

(1) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症患者(別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の患者)が新規入院患者のうち2割以上であること。(略)

**4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準**

(1) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(2) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

(3) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

**5 リハビリテーション充実加算の施設基準**

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。計算式は第11の1の(9)に示した式を用いること。

**第12 亜急性期入院医療管理料**

**1 通則**

(3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。

**2 亜急性期入院医療管理料1の施設基準**

(1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割(一般病床の数が400床を超える病院は40床、一般病床の数が100床未満の病院は10床)以下とする。ただし、回復期のリハビリテーションを必要とする患者であって、主たる疾患あるいは合併症に対して継続してリハビリテーション以外の医療が必要な患者、中心静脈栄養を行っている患者、重度の認知症の患者、気管切開を有する患者(以下「合併症を有する患者」という)の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合には、一般病床の数の3割(一般病床の数が200床を超える病院の場合は60床、一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床)までとすることができる。なお、患者数の割合については以下のアをイで除して算

出すること。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とし合併症を有する患者の数

イ 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とする患者の数

**3 亜急性期入院医療管理料2の施設基準**

(1) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、当該病室に入院する患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者、当該保険医療機関の他の病棟から転院してきた患者又は当該病棟の他の病床から転床してきた患者であって、転院前、転棟前又は転床前の保険医療機関において一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る)、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定し、当該病室に入院した時点でこれらを算定するに至った負傷又は疾病に対して急性期治療が提供された日から起算して3週間が経過していない者(以下「急性期治療を経過した患者」)の数が3分の2以上であること。

(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(一般病床の数が100床未満の病院は30床)以下であること。ただし、当該病室において、急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は、5割(一般病床の数が100床未満の病院は50床)以下であること。

**4 リハビリテーション提供体制加算の施設基準**

注2の加算を算定する病室においては、当該病室に入院し、リハビリテーションを行う患者に対する心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション(以下「リハビリテーション」)を1人1週間あたり平均16単位以上行っていること。1人1週間あたりの平均単位数は、以下のアをイで除した数に7を乗じて得た数により計算する。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料を算定する病床に入室する患者に対し提供されたリハビリテーションの総単位数

イ 直近3か月間に当該亜急性期入院医療管理料を算定する病床において一度でもリハビリテーションを提供された患者の延入院日数

**第14 緩和ケア病棟入院料**

**1 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等**

(5) (4)に掲げる医師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、経過措置として、平成22年3月31日に現に緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなす。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日付健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)

等

# 優秀な人材確保のチャンス!!

## 加算年金のある病院基金へ、ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



**基金加入のメリット**

- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実感が得られます。

- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

**お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ**

北海道	☎011-261-3172	兵庫 県	☎078-230-3838
秋田 県	☎018-824-5761	奈良 県	☎0742-35-6777
山形 県	☎023-634-8550	和歌山 県	☎073-433-5730
福島 県	☎024-522-1062	鳥取 県	☎0857-29-6266
茨城 県	☎029-227-8010	島根 県	☎0852-21-6003
栃木 県	☎028-610-7878	岡山 県	☎086-223-5945
群馬 県	☎027-232-7730	広島 県	☎082-211-0575
埼玉 県	☎048-833-5573	山口 県	☎083-972-3656
千葉 県	☎043-242-7492	徳島 県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川 県	☎087-823-0788
神奈川 県	☎045-222-0450	愛媛 県	☎089-921-1088
新潟 県	☎025-222-3327	福岡 県	☎092-524-9160
富山 県	☎076-429-7796	長崎 県	☎095-801-5081
石川 県	☎076-262-5261	熊本 県	☎096-381-3111
長野 県	☎0263-36-4834	大分 県	☎097-532-5692
静岡 県	☎054-253-2831	宮崎 県	☎0985-26-6880
滋賀 県	☎077-527-4900	鹿児島 県	☎099-227-2288
京都 府	☎075-255-1312	沖縄 県	☎098-869-3521
大阪 府	☎06-6776-1600		

# 徳島県美馬市ホウエツ病院の防災訓練に160名

## 2009年度総合防災訓練 大規模交通災害時の連携と協力がテーマ。ヘリ搬送訓練も

全日病の2009年度総合防災訓練が2月28日に徳島県美馬市のホウエツ病院(林秀樹理事長・院長)で行なわれ、160名が参加した。

大規模交通災害発生時(多重衝突等)に、災害情報の伝達、搬送方法・救護活動、搬送先の決定、搬送先医療機関の患者受入が、関係機関(医療機関・消防等)の連携と協力によって迅速かつ適切に行われるよう習熟を図ることが、今回の訓練テーマ。

傷病者50名を想定した大規模交通災

害発生時の救助隊による救出と現場トリアージ、患者搬送と患者受け入れ訓練、ヘリ搬送訓練、DMATと会員病院による診療支援訓練という予定行動を順調に消化、所期の目的を達成した。

全日病徳島県支部とともに近隣の日赤、大学付属病院や美馬市の消防機関と警察署など多くの団体・機関からヘリコプターを含む支援協力が恵まれたほか、今回は特に徳島県医師会から全面協力を得ることができ、中身の濃い総合防災訓練となった。



▲訓練に参加したドクターヘリ



▲160名の参加者が整然と役割を努め中味の濃い防災訓練となった。(トリアージ風景)

### 2009年度第9回常任理事会の詳細 2009年12月19日

#### 【主な協議事項】

##### ●会員管理について

会員のメールアドレス登録が12月1日で2,000件(87.6%)に達した。今後、登録を得た会員には本部の各種案内をメールで送り、未登録の会員には郵送もしくはファックスによって送付する方針が了承。併せて、09年度の会員名簿発行を見送って来年度以降に再検討する提案が承認された。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

◎入会  
東京都 大崎病院東京ハートセンター 理事長 遠藤真弘  
大阪府 摂津ひかり病院 院長 切東美子  
和歌山県 名手病院 理事長 池田知子  
和歌山県 誠佑記念病院 理事長 上野雄二  
退会が1名あった結果、在籍会員数は2,284名となった。  
◎賛助会員の入会  
NPO法人 日本HIS研究センター(石田章一代表理事、本社・京都府)  
賛助会員は86社となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●病院機能評価の審査結果(Ver.5.0:順不同)

◎8月7日付病院機能評価認定証の発行・更新(19会員病院)

一般病院  
北海道 札幌東徳洲会病院 新規  
千葉県 千葉西総合病院 更新  
東京都 板橋中央総合病院 更新  
東京都 墨田中央病院 新規  
愛知県 大同病院 更新  
広島県 シムラ病院 更新  
山口県 佐々木外科病院 更新  
香川県 広瀬病院 更新  
福岡県 福岡和白病院 更新  
鹿児島県 南風病院 更新  
沖縄県 中頭病院 更新

精神科病院  
兵庫県 有馬高原病院 更新

複合病院  
宮城県 中嶋病院 更新  
岐阜県 山田病院 新規  
兵庫県 入江病院 更新  
熊本県 阿蘇温泉病院 更新  
鹿児島県 三愛病院 更新  
鹿児島県 湯田内科病院 更新  
沖縄県 オリブ山病院 更新

◎9月4日付の発行・更新(15会員病院)

#### 一般病院

北海道 秋山記念病院 新規  
茨城県 水戸総合病院 更新  
東京都 清智会記念病院 更新  
大阪府 守口生野記念病院 更新  
大阪府 豊島生野病院 新規  
広島県 東広島記念病院 更新  
香川県 総合病院回生病院 更新  
香川県 クワヤ病院 更新  
鹿児島県 小原病院 更新

療養病院  
神奈川県 さがみりハビリテーション病院 新規  
広島県 大谷リハビリテーション病院 新規

#### 複合病院

北海道 千歳豊友会病院 新規  
兵庫県 真星病院 更新  
熊本県 杉村病院 新規  
大分県 大久保病院 更新

◎10月2日付の発行・更新(21会員病院)

#### 一般病院

北海道 時計台記念病院 ver.6.0 更新  
山形県 山形済生病院 ver.6.0 更新  
鹿児島県 霧島市立医師会医療センター ver.6.0 更新  
北海道 札幌徳洲会病院 更新  
福島県 坪井病院 更新  
東京都 春山外科病院 更新  
新潟県 立川総合病院 更新  
富山県 沢田記念高岡整志会病院 更新  
広島県 翠清会梶川病院 更新  
徳島県 阿南共栄病院 更新  
大分県 日田中央病院 新規  
鹿児島県 田上病院 更新

#### 精神科病院

北海道 函館渡辺病院 新規  
佐賀県 鮫島病院 更新  
沖縄県 南山病院 更新

#### 複合病院

岩手県 東八幡平病院 更新  
岩手県 川久保病院 新規  
栃木県 御殿山病院 新規  
香川県 永生病院 更新  
佐賀県 やよいがおか鹿毛病院 更新  
鹿児島県 池田病院 更新

12月現在の認定病院は合計2,567病院。そのうち本会会員は817病院と会員病院の35.82%、全認定病院の31.83%を占めている。

## 耳朵穿孔で指刺し事故。通知で注意を促す

厚生労働省は3月1日付で医政局指導課長、医薬食品局安全対策課長連名の通知(医政指発0301第1号、薬食安発0301第7号)を都道府県等に発出、穿孔器具を使って、耳朵(耳たぶ)で採血した際に医療従事者の指を刺したという事例が複数報告されているとして、感染を避けるための留意点を示し、医療

機関に周知を図るよう求めた。

報告されている事例は、「医療従事者が穿孔器具で指先以外の部位での採血として患者の耳朵を穿孔したところ、刺針が耳朵を貫通し、耳朵を支えていた医療従事者の指を穿孔した」というもの。

### 2009年度第3回理事会・第10回常任理事会の詳細 2010年1月14日

#### 【主な協議事項】

##### ●2010年度事業計画案・予算計画案

2010年度の事業計画案および予算計画案が承認された。

##### ●国際メディカルツーリズム事業委員会の設置

経産省「国際メディカルツーリズム事業実証事業」に本会が野村総研と応募したスキームが採択されたことを受け、「国際メ

ディカルツーリズム事業委員会」が設置された。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

北海道 さっぽろ香雪病院 理事長 森 一也  
東京都 東京リバーサイド病院 理事長 猪口正孝  
兵庫県 神鋼古川川病院 院長 宇高 功  
退会が1名あった結果、在籍会員数は2,286名となった。

### 2009年度第11回常任理事会の詳細 2010年2月20日

#### 【主な協議事項】

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

◎入会  
埼玉県 三郷中央総合病院 院長 大澤秀文  
埼玉県 関越病院 院長 田中政彦  
東京都 東京共済病院 院長 桑名信匡  
岐阜県 河村病院 理事長 河村保男  
退会が6名あった結果、在籍会員数は2,284名となった。

##### ◎賛助会員の入会

株式会社じほう(代表取締役 武田正一郎、本社・東京都)  
医療法人柏堤会 戸塚共立メディカルサテライト健診センター(横川秀男理事長、神奈川県)  
社会医療法人輝城会 沼田クリニック(西松輝高理事長、群馬県)  
賛助会員は89社となった。

##### ●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

◎日帰り人間ドック  
東京都 東京リバーサイド病院  
日帰り人間ドック実施指定は484施設と

なった。

#### 【主な報告事項】

##### ●2010年夏期研修会

2010年の夏期研修会は佐賀県支部の担当で8月29日に唐津市で開催される。

##### ●2009年度臨床研修指導医養成講習会報告書

2009年度に開催された臨床研修指導医養成講習会に関する報告冊子が完成した。

##### ●終末期GL利用状況調査の結果報告

12月に実施した「終末期医療に関するガイドライン利用状況調査」の結果が報告された。回答病院は479(回答率20.9%)であった。

##### ●DPC分析事業の特別キャンペーンについて

特別キャンペーンの結果、MEDEI-TARGETに加入する参加病院が約90病院に達した。

##### ●2010年度の集合A契約締結先

特定健診・特定保健指導(集合契約A)の契約締結先として既存8団体に加え、2010年度に全国健康保険協会(協会けんぽ)との契約締結が見込まれている。



あんしんとゆとりで仕事に専念

## 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための  
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設機械補償保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - マネーフレンド運送保険
  - 医療廃棄物排出事業者責任保険
  - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

**全日病厚生会**  
http://welfare-ajha.jp/

お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12  
Tel.03-3222-5327

個人情報保護に関するアンケート 2009年度結果報告

# 22.6%の施設が保険に加入、金銭補償の実施はまだ僅少

## 個人情報の外部持ち出し制限を厳格化。全日病主催研修の認知度が着実に向上

個人情報保護担当委員会 森山 洋

当協会は認定個人情報保護団体としての活動の一環として、個人情報保護法が施行された2005年より毎年、会員施設における同法の取組みについてアンケートを実施してきた。

昨年は医療マネジメント学会(長崎市)において、アンケート結果の経年変化(05~07年)を報告した。4回目となる調査は09年7月に実施したが、各施設担当者のご協力で、高い回収率(1,037施設45.7%)を得ることができた。

09年調査の結果について、(1)全体の傾向、(2)前年との比較で変化が大きい項目、(3)4回目調査より設定された設問、に着目して特徴を検討する。

### (1) 全体の傾向

全体として5%以上の変化が見られた設問は少なく、特に、施設基本情報、個人情報保護管理責任者、監査責任者の職種、規定・掲示物等、組織体制の整備状況等の基本的設問については大きくとも3%程度の変化であった。

これは、会員施設全体として利用者側の理解が進み、現場でも現実的な対応を行っている証左と考えられる。

基本的設問において回答が3%以上変化したのは下記の2つで、ともにシステムに関わる項目であった。

●個人情報保護法対策で整備している規定  
・情報システムに関する保護規定を整備  
08年 42.6% → 09年 46.0% (+3.4%)

●掲示物の掲示場所・方法について  
・ホームページに掲載  
08年 46.8% → 09年 49.9% (+3.1%)

(2) 前年との比較で変化が大きい項目  
以下、前年に比較して大きく変化がみられた項目を抽出し、考察を加える。情報システムのセキュリティ対策、外部への持ち出し制限に関する設問である。

●実施した情報システムのセキュリティ対策  
・ID・パスワードのみ  
08年 74.2% → 09年 77.9% (+3.7%)

・サーバーによるアクセスログ管理のみ  
08年 11.4% → 09年 4.3% (-7.1%)

上記の対照的な変化は、サーバーの入替えによるOS変更に伴う管理方法の変更による可能性があるかと推測する。

「情報の持ち出し制限」については各項目で大きな変化が見られた。

●個人情報の外部持ち出しに対する制限の実施内容(複数回答)

・制限していない  
08年 12.0% → 09年 8.7% (-3.8%)

・メディアの使用禁止  
08年 22.9% → 09年 29.9% (+6.9%)

・持ち出し作業者の限定  
08年 20.5% → 09年 24.6% (+4.1%)

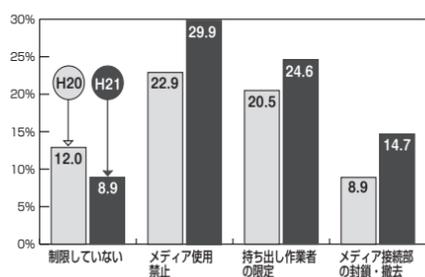
・メディア接続部の封鎖・撤去  
08年 8.9% → 09年 14.7% (+5.9%)

この原因としては、近年USBメモリーと外付HDDの使用が一般化したことで、各施設での持ち出しに関する対策が必要となり、現場レベルでも対策を厳格化したことがうかがえる。

研修会実施に関しては、院内研修会の定期開催には減少傾向が見られたが、より現場に近い職員に対する研修会実施による教育の機会が広がっている。また、外部研修へ参加する率は減少しているが、外部研修としては、会員病院に当協会実施の研修会が浸透してきていることがうかがえた。

●院内研修会の定期開催  
・定期的に開催  
08年 67.7% → 09年 63.1% (-4.6%)

### ■個人情報の持ち出し制限関連



●院内研修会の対象者

・職員全員  
08年 88.2% → 09年 92.6% (+4.4%)

●外部研修への参加  
・外部研修に参加した  
08年 36.1% → 09年 31.9% (-4.2%)

●参加した外部研修の主催者

・病院団体  
08年 62.2% → 09年 67.0% (+4.8%)

・コンサルティング会社  
08年 16.0% → 09年 10.5% (-5.5%)

(参考) 当協会主催の研修の認知率は08年の58.7%から66.4%へと7.7%増加。

(3) 今回調査で設定された設問における特徴的な変化

今回調査で初めてたずねた、個人情報保護対策の保険への加入結果について報告する。

●保険加入の有無(有効回答988)

・加入している 22.6% (223施設)

・加入していない 77.4% (765施設)

個人情報の問題で苦情があった77施設に「金銭補償の実施」の有無をたずねたところ、以下のような結果であった。

●苦情解決に対する金銭補償の実施の有無

・金銭補償をした 2.7% (2施設)

・金銭補償はしなかった 97.3% (72施設)

この、「金銭補償」を行った2施設に「保険からの支払」の有無をたずねたところ、

「保険から支払った」「保険からは支払わなかった」がそれぞれ1施設と回答が分かれた。

### (4) まとめ

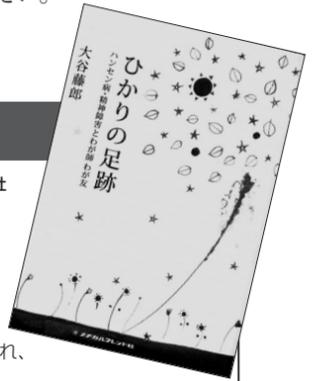
①基本的設問への回答傾向から、情報システムに関する対応以外は全体として落ち着いてきていることがわかった。

②苦情や相談の件数についても大きな変動はなく、個人情報保護法に対する利用者の理解が徐々に進んできたことがうかがえた。

③診療開示への対応は経年変化では増加傾向が続いているが、開示費用や方法についてはまだ施設ごとのバラつきが大きい。

④個人情報保護対策の保険は2割程度の施設で加入しているが、金銭補償実施や保険の実際の利用はまだ実績が少なく、今後アンケートで経過を追っていく必要がある。

『全日病ニュース』でも10回にわたり個人情報保護に関する事例紹介を掲載したが、今後も、個人情報保護担当委員会では相談事業やアンケート・研修会実施、事例の紹介等の活動を行なっていくので、会員病院においてはぜひ活用していただきたい。



## 一冊の本 book review

### 『ひかりの足跡 ハンセン病・精神障害とわが師わが友』

大谷謙郎 著 発行●メチカルフレンド社 定価●4,500円(税別)

著者は元厚労省医務局長。退任後、医療福祉団体の役員を歴任、国際医療福祉大学創設に伴い学長・総長に就いた輝かしい経歴の持ち主であるが、氏は官民の勉強会「医療問題研究会」のリーダー的存在としても知られ、医療界にも師と仰ぐ医師が多くいる。

本書は、大谷氏が人生で出会い、共感・共有した人と志し、その思想・実践を次世代に繋いでいきたいという思いから書かれた、人生の記録であるとともに「遺言」でもある名著だ。ハンセン病、精神等障害、重症心身障害、筋ジストロフィー・難病患者とのかかわりを描きながら、人権の認識あるいは倫理・道徳が医療関係者にいかに必須であるかを訴えている。(A)

## 広報委員会からのお知らせ 「若手経営者、経営者候補のネットワークの会」を開催します

全日病のシンボルの1つが若手経営者が集うヤング・フォーラムと、その参加者によるネットワークです。その中心的なメンバーも50歳前後を迎えています。そこで、30歳代、40歳代前半を対象に、新たなネットワークの会を企画しました。会員病院の「45歳以下の経営者または将来経営者になることを期待されている方」は奮ってご参加ください。

### 「若手経営者、経営者候補のネットワークの会」開催要領

- テマ ● 全日病と日本の医療制度について(仮)
- プログラム ● 参加者紹介、医療情勢と全日病について、フリートーク、軽食(立食)など。  
\*西澤会長ほか執行部、ヤングフォーラムのメンバーも参加。忌憚のない語り合いを期待しています。
- 日 時 ● 3月27日(土) 17:00~20:00
- 会 場 ● 全日本病院協会6階 大会議室
- 会 費 ● 5,000円(懇親会費として)
- お問合せ・お申込先 全日本病院協会事務局  
Tel.03-3234-5165 mail:info@ajha.or.jp

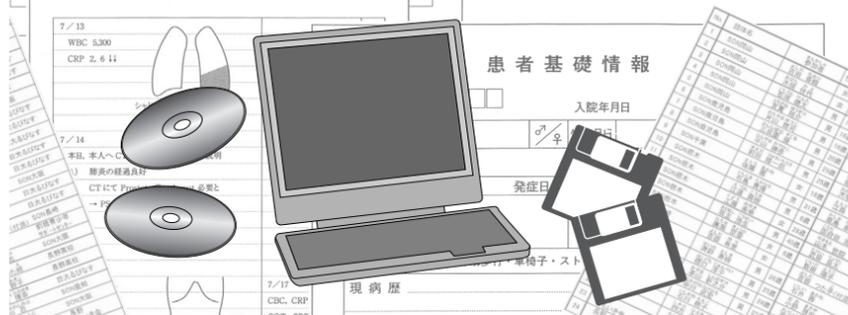
## 第9回病院事務長研修コース 開催のご案内

最終日に「経営健全化計画」を作成！  
評価試験合格者に「病院管理士」認定証を発行

- program 第1単位(2日間) これからの病院経営と事務長の役割
- 第2単位(2日間) 病院における制度会計と財務管理
- 第3単位(3日間) ①院内コミュニケーション強化に向けたコーチング  
②これからの人事労務管理の基本と実践
- 第4単位(2日間) 院内業務再設計に基づく要員適正化
- 第5単位(2日間) 病院情報システムや法務などの管理機能
- 第6単位(3日間) 経費・委託費の削減と物品管理
- 第7単位(3日間) 経営健全化に向けた病院経営診断と経営計画策定演習
- 第8単位(2日間) 総合演習「総合テスト及び各院経営健全化計画発表会」

開講期間 □ 2010年5月22日(土)~2011年1月16日(日)  
受講料金 □ 全8単位 480,000円(宿泊費・食事代含む)  
研修会場 □ 東京都内 受講定員 □ 40名 申込締切 □ 4月15日  
\*詳細は全日病ホームページ掲載の案内書をご覧ください

# 全日病厚生会 病院総合補償制度に 「個人情報漏えい保険」が追加されました



個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588