

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.835 2024.9.3

医療情報ヘッドライン

医療広告違反の行政処分は1年以内に
「長期未改善事例」への対応を強化

▶厚生労働省

10月から「医療DX加算」が再編
マイナ保険証利用率に応じた3段階に

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年8月30日号

健康サポート薬局も
法令上明確化へ

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和6年6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:リスクマネジメント >
サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状
院内暴力・クレームの実態
院内暴力への対応マニュアル

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療広告違反の行政処分は1年以内に「長期未改善事例」への対応を強化

厚生労働省 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

厚生労働省は8月22日に「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」で「医療広告ガイドラインに基づく標準的な期限も含めた指導・措置等の実施手順書のひな型」（以下、ひな型）の案を提示。長期にわたり改善が認められない違反広告への対応期限の目安を「覚知から行政指導まで2～3カ月」、「中止・是正命令まで6カ月以内」、「行政処分までを1年以内」とした。

なお、「覚知」とは、「厚生労働省委託事業からの情報提供、医療法第25条に基づく立入検査時における医療広告違反の発見、市民等からの通報等により違反を認識することを指す」としている。

■1年以上改善されない違反広告が81件

医療広告の規制は、インターネットの普及に伴い変化してきた。2017年から「医業等に係るウェブサイトの監視体制強化事業」（ネットパトロール事業）が開始し、広告違反の懸念がある事業者には注意喚起を行うとともに、改善が認められない事例は指導権限を持つ自治体に移管されている。

ところが、一部には自治体の指導を受けても改善が認められない事例も存在する。厚労省の調査によれば、2024年3月末時点で、1年以上の長期にわたって改善されていないサイト数は81件。うち13件は2019年度以前に指導されており、4年以上にわたって放置されている状況だ。

なぜこうした状況が起こるのか。1月に行われた同分科会では、自治体から「他県、他の医療機関との対応の差を引き合いに出されると強い指導が難しい」「期限を設けて指導

することも検討しているものの、どの程度の期限を設ければよいか判断が難しい」などの意見が寄せられていることが紹介されている。

今回の「ひな型」は、そうした意見を受けて用意された。まず違反を3項目に分類し、前述のとおり指導・措置の対応ステップと期限の目安を示している。

違反の3項目は以下の通り。①②は医療法に基づく違反のため、行政指導に依らない場合は法に基づく措置への移行を示している。

- ①虚偽広告および麻酔科を診療科名として広告するときの麻酔科医の氏名の併記の不足
- ②比較優良広告、誇大広告、公序良俗、体験談、治療前後の写真など
- ③品位を損ねる内容の広告など

■違反で多いのは「美容注射・顔整形・GLP-1」

なお、厚労省は同日の分科会で、2023年度のネットパトロール概況を明示。それによれば、2022年度は1万4,315サイトと過去最多の通報件数だったのが2023年度は4,854サイトと大幅に減った。そのうち、医療広告違反が確認されたのが1,098サイトで、1サイト平均5.8カ所の違反があった。

違反種類で最も多かったのが「広告が可能とされていない事項の広告」で、とりわけ美容はリスク・副作用の記載が不十分なケースが多かった。美容の違反割合は「美容注射」が21%と多かったものの、「顔整形」「GLP-1」が各11%、「発毛・AGA」「リフトアップ」「アンチエイジング」が各9%、「脱毛」が6%だった。歯科は「審美」33%、「インプラント」25%、「矯正」17%とこの3つで75%を占めている。

10月から「医療DX加算」が再編 マイナ保険証利用率に応じた3段階に

厚生労働省

厚生労働省は8月20日、「医療DX推進体制整備加算」の見直しを官報告示した。

10月1日から、マイナ保険証の利用率に応じた3段階の評価に再編される。現在、同加算は8点だが「加算1」が11点、「加算2」が10点、「加算3」が8点となる。

■「加算1」の算定には利用率30%が必要に

マイナ保険料の利用率は今年10月から12月まで「加算1」が15%、「加算2」が10%、「加算3」が5%だが、来年1月から3月はそれぞれ30%、20%、10%へと引き上げられる。来年4月以降の利用率については、中央社会保険医療協議会（中医協）で今年中に決定するが、さらに引き上げられる可能性がある。なお、「加算1」「加算2」の施設基準には、「マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること」も追加された。

今年度の診療報酬改定で新設された「医療DX推進体制整備加算」は、「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、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」だ。実質的には、マイナ保険証を利用した受診率を増やした医療機関へのインセンティブであり、施設基準には「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（令和6年10月1日から適用）」が盛り込まれている。

なお、マイナ保険証の利用率は、以下のどちらかを用いることができる。

- ①レセプト件数ベース
- ②オンライン資格確認件数ベース利用率

①の場合、実績を反映できるのは3か月後であるため、厚労省は「②の方が迅速に把握できるため、来年1月までに限り、②を用いることも出来る」と「医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直しについて」と題した公表資料に明記。早くインセンティブが獲得できる②の利用推奨をにじませている。

■7月のマイナ保険証利用率は11.13%

このように、マイナ保険証の利用促進に力を注いでいるのは、12月に現行の健康保険証の廃止が決まっていることが大きい（マイナ保険証を持っていなくても「資格確認書」の交付を受けることができるので、従来と変わらず保険医療を受けることは可能）。

2023年度補正予算案ではマイナ保険証の利用促進に887億円が計上され、今年5月から7月の3カ月を「マイナ保険証利用促進集中取組月間」として、マイナ保険証の利用人数の増加量に応じて医療機関に一時金も支給。この一時金は6月に倍増することが決定しており、診療所・薬局には最大20万円、病院には最大40万円が支給される。

ちなみに、「マイナ保険証利用促進集中取組月間」の最終月だった7月のマイナ保険証の利用率は11.13%。6月の9.90%から1.23ポイントの増加で初めて10%を突破している。

12月の健康保険証廃止に向け、一時金の増加や「医療DX推進体制整備加算」の見直しの効果がどのように表れるか引き続き注視したい。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

健康サポート薬局も 法令上明確化へ

厚生労働省は 21 日、健康サポート薬局も法令上明確化するとともに、地域住民が必要とする機能を果たせる薬局であることを示す名称の表示を可能とする案を有識者検討会に示し、了承された。住民が必要な機能を持つ薬局を主体的に選択できるようにする狙いがある。

住民や患者にとって分かりやすくなるよう、厚労省では制度設計に当たって必要な対応を検討する方針。

健康サポート薬局は、「かかりつけ薬剤師・薬局」の基本的な機能を持ちつつ、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する。

2016 年 10 月に都道府県知事への健康サポート薬局の届け出が始まり、24 年 3 月末現在で全国の計 3,195 薬局が届け出ている。

一方、医薬品医療機器等法の改正に伴い、21 年 8 月には地域連携薬局や専門医療機関連携薬局の都道府県による認定制度の運用がスタートしたが、健康サポート薬局と地域連携薬局で担う機能に共通する部分があり、地域での位置付けや違いの分かりにくさが指摘されていた。

21 日に開催された「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」で厚労省は、健康サポート薬局に関する論点を示した。具体的には、健康サポート薬局の役割や機能を明確にし、地域住民がその薬局を利用するメリットを認知できるようにする重要性を指摘した。

また、地域連携薬局や専門医療機関連携薬局については特定の機能を持つ薬局を法令上明確にするとともに、その機能を果たせる薬局であることを示す名称の表示を可能とするために導入されたことも説明した。

その上で、健康サポート薬局も同様に法令上明確化し、地域住民が必要な機能を果たせる薬局であることを示す名称の表示を可能とすることが必要だとし、議論を促した。

意見交換では論点案に異論はなかった。

山口育子構成員（NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長）は健康サポート薬局についても制度化して具体的な役割を明確化するよう要望。また、その役割を今後検討していく必要があるとも強調した。



医療機能情報提供、障害者関連 の項目追加・修正へ

病院や診療所などが医療機能に関する情報を都道府県に報告する「医療機能情報提供制度」について、厚生労働省は 22 日、障害のある人に関する報告項目を追加・修正する案を関連の分科会に示し、了承された。

障害者向けの駐車場の台数などの報告を新たに求める。

厚労省では今後、報告の項目に関する省令や告示を見直すとともに、報告システムを改修する。その上で、追加・修正した項目に関する報告を 2026 年 1 月から受け付け、同 4 月から医療情報ネット「ナビイ」で公表する。

新たに加わる障害者関連の報告項目はほかに、以下など。

- ▼電話による診療予約の可否と予約用電話番号
- ▼電子メールによる診療予約の可否と予約用メールアドレス
- ▼家族・介助者に関する入院中の特記事項
- ▼家族や介助者の入院中の付き添い・同行の可否
- ▼障害者や家族向けの相談窓口の有無
- ▼ストーマを造設した人のための「オストメイト」対応トイレの設置

一方、既存の項目について、「車椅子等利用者に対するサービス内容」を「車椅子・杖等利用者に対するサービス内容」に修正するほか、「多機能トイレの設置」を「バリアフリートイレの設置」に、「施設内の情報の表示」を「文字による対応」にそれぞれ見直す。

これらの項目の追加・修正は、厚労省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」の取りまとめに基づき、障害者団体や関係団体との意見交換やヒアリングを踏まえた対応。

医療機能情報提供制度は、患者が受診先を適切に選択できるように支援するため、都道府県ごとの運用が 07 年 4 月に始まった。

医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を病院や診療所などに義務付ける一方で、都道府県知事は報告を受けた情報を住民や患者に分かりやすい形で提供する。

厚労省は、25 年 4 月に施行される「かかりつけ医機能」の報告制度の項目のうち、国民や患者が適切に医療機関を選択できることにつながるものを医療機能情報提供制度の項目に位置付ける方針。

週刊医療情報（2024年8月30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6月末概数)

厚生労働省 2024年8月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 7施設の減少、病床数は 1 1 4 0床の減少。
 一般診療所の施設数は 4 7施設の増加、病床数は 3 8 4床の減少。
 歯科診療所の施設数は 4 7施設の減少、病床数は 2床の減少。

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6月	令和6年5月			令和6年6月	令和6年5月	
総数	180 103	180 110	△ 7	総数	1 545 731	1 547 257	△ 1 526
病院	8 068	8 075	△ 7	病院	1 472 311	1 473 451	△ 1 140
精神科病院	1 057	1 057	-	精神病床	317 345	317 521	△ 176
一般病院	7 011	7 018	△ 7	感染症病床	1 943	1 946	△ 3
療養病床を有する病院(再掲)	3 355	3 356	△ 1	結核病床	3 551	3 561	△ 10
地域医療支援病院(再掲)	695	695	-	療養病床	269 586	269 660	△ 74
				一般病床	879 886	880 763	△ 877
一般診療所	105 346	105 299	47	一般診療所	73 361	73 745	△ 384
有床	5 484	5 511	△ 27				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	446	452	△ 6	療養病床(再掲)	4 245	4 311	△ 66
無床	99 862	99 788	74				
歯科診療所	66 689	66 736	△ 47	歯科診療所	59	61	△ 2

2 開設者別にみた施設数及び病床数

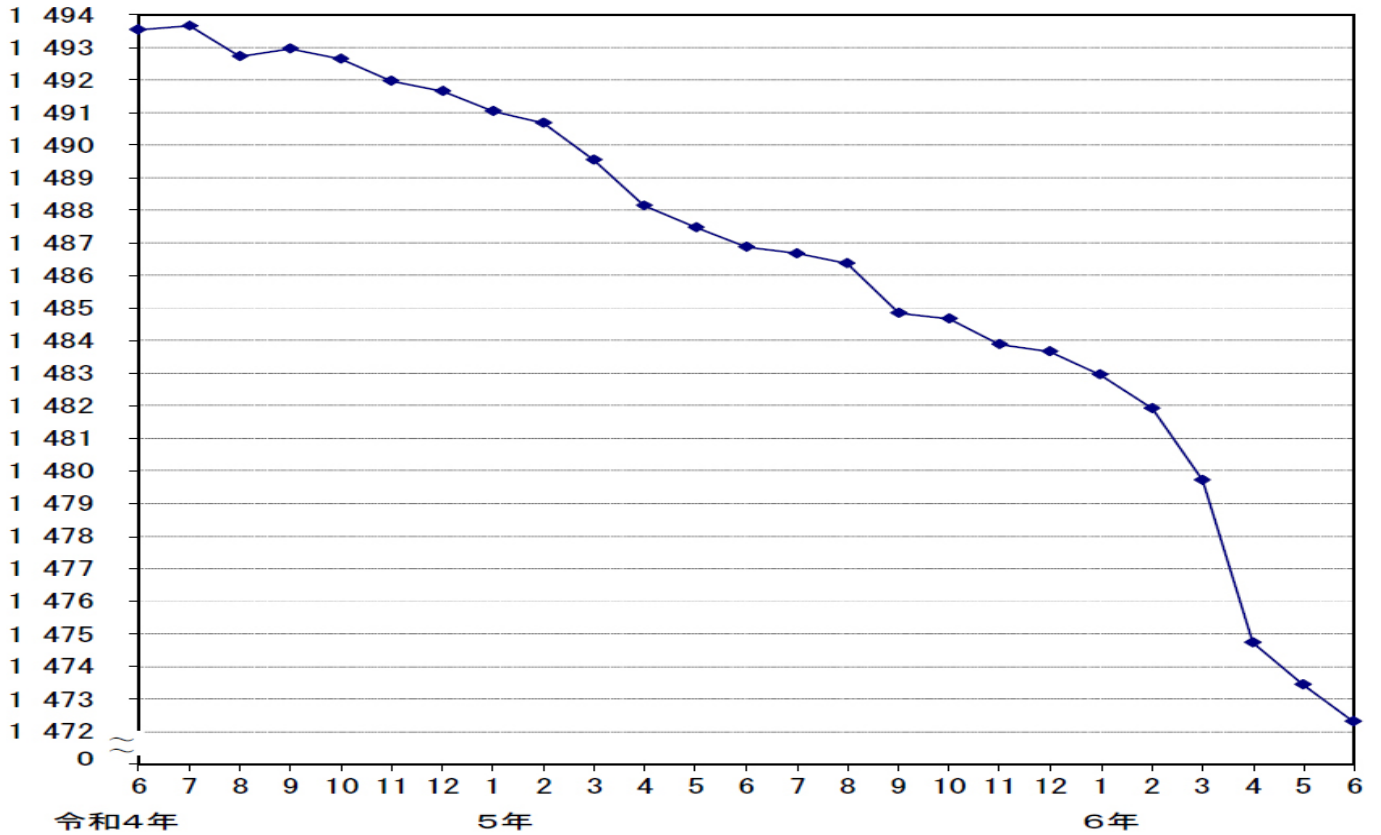
令和6年6月末現在

	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	8 068	1 472 311	105 346	73 361	66 689
国 厚生労働省	14	3 767	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	51 591	-	-	-
国立大学法人	47	32 630	148	-	-
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	15 146	4	-	-
その他	18	3 312	369	2 188	4
都道府県	185	45 711	271	182	7
市町村	588	117 805	3 009	1 898	237
地方独立行政法人	133	51 891	35	17	-
日赤	91	33 930	203	19	-
済生会	84	22 267	53	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	95	29 471	64	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	132	-	3
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	187	45 995	462	127	89
医療法人	5 630	828 512	47 557	57 761	17 001
私立学校法人	113	55 750	196	38	15
社会福祉法人	201	33 494	10 533	382	41
医療生協	78	13 018	285	179	48
会社	25	7 528	1 515	7	13
その他の法人	194	40 048	1 384	362	190
個人	95	8 730	38 830	10 147	49 039

参 考

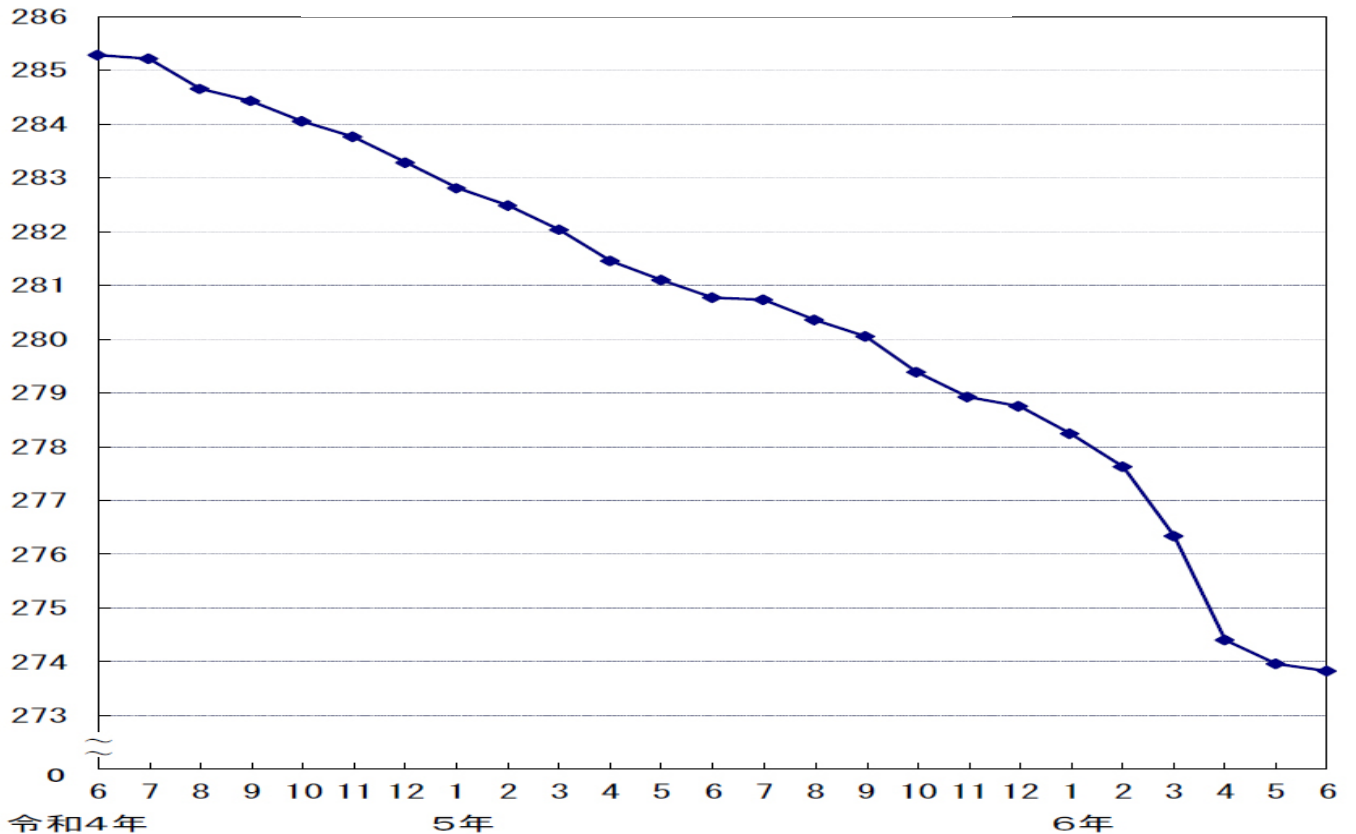
病床 (千床)

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6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



※本レポートは令和6年2月18日時点の情報に基づき作成しています。

■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

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

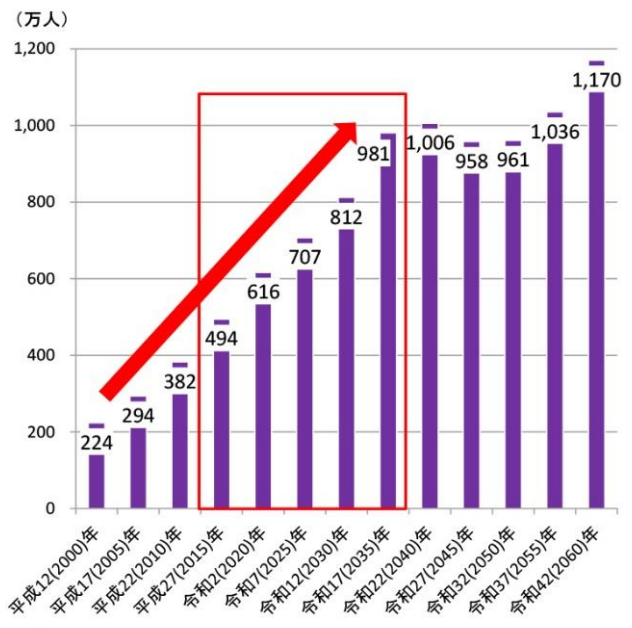
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



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)

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が見直されるとともに、報酬単価の引き上げが行われました。具体的な算定要件の見直しは以下のとおりです。

◆ 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件の見直し内容

- 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 社会保障審議会一介護給付費分科会 第239回 資料1 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)

■ 医療機関のリハビリテーション実施計画書等の受け取りの義務化へ

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、退院後のリハビリテーションを提供する際に、訪問・通所リハビリテーション実施事業者は、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することが義務付けられました。また、リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価が新たに設けられています。

◆ 退院時共同指導加算

<算定要件等>

リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、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

入所者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、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設の入所者の生活介護において早朝・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が設けられています。

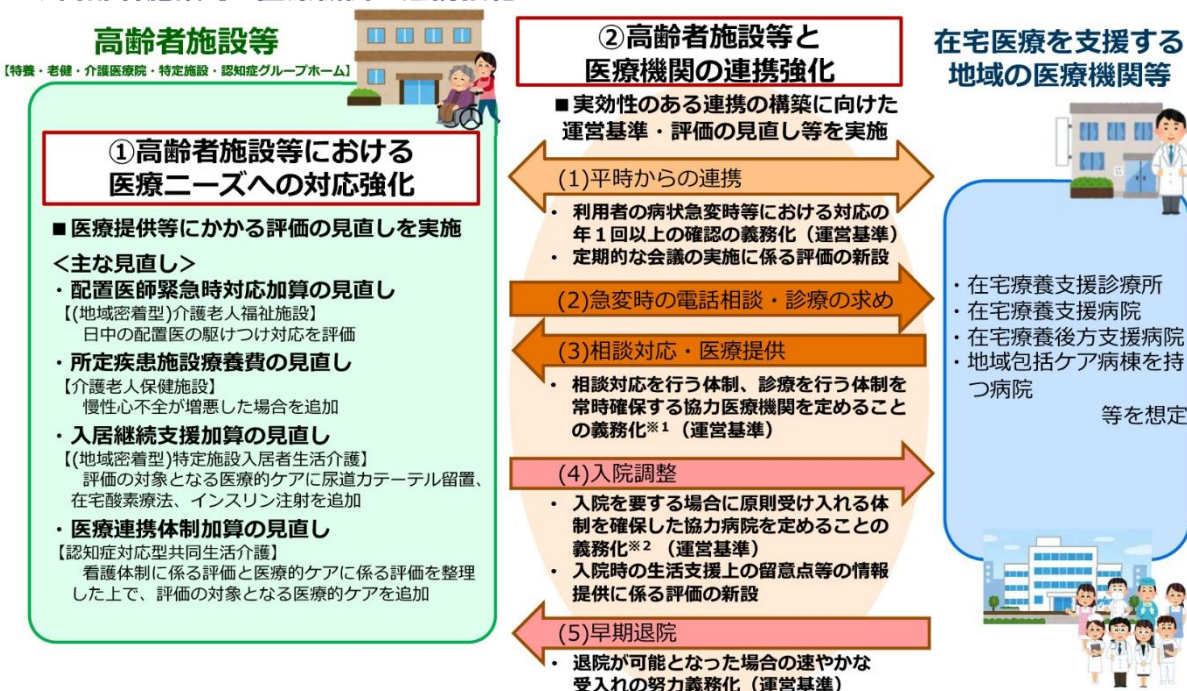
また、高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しが行われました。

◆ 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 社会保障審議会一介護給付費分科会 第239回 資料1 以下同

◆ 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。

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

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算が設けられました。

◆生産性向上推進体制加算の内容

<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）

<対象施設(サービス)>

- ・短期入所系サービス（介護予防含む）、居住系サービス（介護予防含む）、多機能系サービス（介護予防含む）、施設系サービス

<算定要件>

- 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。
- 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。

（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

■ その他、介護報酬に関連する見直し

(1)他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗が可能になる

通所系サービスにおける送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗が可能となりました。

この場合、責任の所在等を明確にすることが必要となります。

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:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

院内暴力・クレームの実態

院内暴力・クレームの実態について教えてください。

(1) モンスターパシエントに見え隠れする院内暴力増加の実態

診療所や病院の職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力行為を受ける「院内暴力」が社会的問題として取り上げられています。病気や症状で苦しんでいる患者が、治療や予後に対する不安やストレスから医療者側に不満をぶつける事態は従来からみられたケースですが、そうした「患者支援の範囲」を超越する暴言や暴力行為、医療現場でモラルに欠けた行動をとる患者（モンスターパシエント）が増加しているのが現状です。

■暴言・クレーム事例

- 診察の待ち時間が長いと腹を立て、患者や家族が壁を蹴ったり、暴言をはく
- 検査に異常がないとわかると検査費用の支払いを拒む
- 暴力によって怪我を負う

(2) 精神的な院内暴力は表面化しにくい傾向がある

院内暴力の当事者の多くは患者本人であり、その大部分が加害者になるケースが多くなっています。患者の家族・親族など関係者が起こす言動による場合もありますが、暴言など「精神的暴力」が「身体的暴力」より多い傾向にあるのが現状です。

一般に、加害者が暴言や暴力行為を意識的に行う場合は、報復が困難だと感じる相手を選択する傾向があるといわれています。しかし近年では、自身の思い通りにならないことだけを理由として、受付や会計時に職員を罵倒したり、相手を選ばずに理不尽な要求を突きつけ続けたりする患者や家族等が増えています。

(3) 院内暴力の影響と事後に予想されるダメージ

診療所や病院内で起こる暴言や身体的暴力は、当事者となった職員・患者やその家族、来院者だけではなく、目撃者や周囲にいた人々など関係する全員に対して、程度は様々ながらマイナスの影響を及ぼします。身体的な障がいをもたらす暴力行為は、被害者の心身に影響を与えるため、ストレス障がい（ASD：急性ストレス障がい、PTSD：外傷後ストレス障がい）の原因になることがあります。幸いにしてこれらに至らなくても、危険や恐怖を感じる出来事に遭遇した後にはストレス反応（PTSR：外傷後ストレス反応）が生じるものですから、直後の影響の大きさを測ることは困難かもしれません。症状がASDやPTSDに該当すると疑われた場合には、専門医を受診して治療する必要があります。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故とリスクマネジメントの現状

院内暴力への対応マニュアル

院内暴力への対応マニュアルの整備とその方法について、教えてください。

(1) 対応マニュアルにおける行為レベルの定義

一般に暴言や暴力行為が発生した場合には、予め定義したレベルに応じた対応を行うことが適切かつ効果的です。

特に、緊急で対応を迫られるケースに備えて、危機管理体制のひとつと位置づけ、職員全員が同様に対応できるようにする必要があります。

(2) 暴力対応研修と発生後のフォローの重要性

苦情やクレーム対応については、担当部署あるいは担当者が決められていることが多く、研修は限られた職員が受講することになりがちですが、院内暴力対応研修は、全ての職員に対して実施しなければなりません。

それは、暴言や暴力行為に至るメカニズムを理解したうえで、これを回避する方法や能力を習得し、適切な対応をとれるようにしておく必要があるためです。

したがって、新入職員オリエンテーションや年間研修スケジュールに組み込み、定期的な実施を継続していくことが求められます。

(3) 院内暴力のレベル

院内暴力の中には、その種類によって刑事罰に相当する行為も含まれます。

例えば、暴言は身体的傷害に結びつくことが少ないものの、言葉の暴力として脅迫罪や強要罪、名誉毀損等に該当する場合がありますから、予め「暴力とみなせる行為」を示しておき、自院内の実態を把握すると共に、予防策の検討を進めて、院内暴力に対するリスクマネジメントに役立たせることができます。

(4) 研修プログラムに盛り込むべき内容

● 暴言・暴力に関する基本的知識

暴力のメカニズム、暴力のリスク要因等

● 暴言・暴力のリスクマネジメント

● 院内暴力をめぐる現状の周知と理解

● 暴力等発生を回避、緩和するコミュニケーション能力の育成

不快な症状・疼痛の緩和方法、十分な説明と同意の確認、暴言・不快な態度への対応トレーニング

● 身体的危機の回避対処法

具体的場面での回避策、回避基本的護身術、抑制方法

● 院内暴力発生時の自院としての組織的対応

対応フロー、連絡・報告体系、情報共有システム、精神的支援体制 等