

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.602 2019.12.10

医療情報ヘッドライン

新たに
「社会福祉連携推進法人」創設
経営基盤強化に向けた連携促進等が目的

▶厚生労働省 社会福祉法人の事業展開等に関する検討会

介護休暇を1時間単位で取得可能に
看護休暇も同様にする方向

▶厚生労働省 労働政策審議会雇用環境・均等分科会

週刊 医療情報

2019年12月6日号

医療経済実態調査への見解、
支払・診療両側が陳述

経営 TOPICS

統計調査資料

平成30(2018)年

医療施設(動態)調査の概況

経営情報レポート

ウェブサイトも規制対象に
新たな医療広告ガイドライン

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
腰部に関する労災認定について
通勤途中に怪我をした場合の認定

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。

新たに「社会福祉連携推進法人」創設 経営基盤強化に向けた連携促進等が目的

厚生労働省 社会福祉法人の事業展開等に関する検討会

厚生労働省は、10月29日の「社会福祉法人の事業展開等に関する検討会」で、新たな非営利連携法人「社会福祉連携推進法人（仮称）」を創設する方針を示した。良質な福祉サービスの提供と、社会福祉法人の経営基盤強化に向けた連携促進が目的で、社会福祉法人を含めた複数の事業者が連携することでスケールメリットを生み出し、福祉人材の確保・育成を推進するとともに、複雑・多様化する福祉ニーズに対応できるようにする。

■ 4月に立ち上げた「社会福祉法人の事業展開等に関する検討会」で決定

介護業界を含め、福祉分野の人手不足は深刻である。人口減少社会に突入した今、その傾向はさらに加速すると考えられる。ただでさえ人材確保にはコストも人的リソースも必要とするため、今後、事業者単体で人材確保を進めていくのは明らかに非効率だとされる。

さらに、福祉ニーズは複雑・多様化の一途を辿っており、切れ目のない生活支援サービスへの期待も高まっている。既存の社会保障や福祉政策では対応しきれないことは明らかで、社会福祉法人をはじめとする介護・福祉系の事業者を取り巻く環境は極めて厳しい。こうした状況を打破するには、法人間で連携を図るのがひとつの方策として考えられるが、社会福祉法人には事実上「社会福祉協議会を通じた連携」もしくは「合併・事業譲渡」しか選択肢がないのが現状であった。

そこで、4月に立ち上げられた「社会福祉

法人の事業展開等に関する検討会」では、検討の主要テーマに「連携の促進方策」を掲げ、これまで3回にわたって議論を展開し、その中で「社会福祉協議会を通じた連携」と「合併、事業譲渡」の中間的な選択肢として、「社会福祉法人の自主性を確保しつつ、連携を強化できる法的ルールの整った選択肢」を整備すべきとの結論に至った。

■ 参加する法人への資金貸付も、「地域医療連携推進法人」と同様とする方針

厚労省がこの日の会合で示した「社会福祉連携推進法人（仮称）」のイメージは、複数の医療機関が役割を分担する「地域医療連携推進法人」をモデルとしたもので、1人以上の社会福祉法人が加わることを必須条件とし、社会福祉法人を含めて社会福祉事業を行っている法人が2つ以上参加する形となっている。

関係自治体や社会福祉従事者養成機関など連携業務を担う事業者などの参画も視野に入れている。各法人が社員となり、議決権は1社員1つずつで、代表理事には所轄庁の認可が必要で、連携法人の合併は認めない。

参加する法人（連携法人の社員）への資金貸付も、「地域医療連携推進法人」と同様とする方針で、連携法人が社員へ貸付を実施する仕組みとなる。貸付原資として、社会福祉法人から連携法人への貸付も可能だが、それは他の資金と区分経理し、「貸付対象社会福祉法人」への貸付以外の使用を禁止する。税制の扱いは財務当局と調整中としている。

介護休暇を1時間単位で取得可能に 看護休暇も同様にする方向

厚生労働省 労働政策審議会雇用環境・均等分科会

厚生労働省は、10月28日の労働政策審議会雇用環境・均等分科会で、「介護休暇」を1時間単位で取得できることを可能にする方針を示した。「家族介護者が突発的な対応や介護専門職との相談などを行う場合に、所要時間に応じてより柔軟に取得できるように」との観点からで、とりわけケアマネジャーにとっては、家族との面談機会を設けやすくなると思われる。

■介護休暇は当該家族が1人で1年間に5日、2人以上は1年間で10日まで取得できる

介護休暇は、育児・介護休業法によって定められている制度で、年次有給休暇とは別に、要介護状態になった両親や身内などの家族を介護・世話する労働者に対して与えられる休暇で、当該家族が1人の場合は1年間に5日、2人以上の場合は1年間につき10日まで取得できるようになっている（1年間とは、4月1日から翌年3月31日までの期間）。

しかし、現行の介護休暇制度では、取得の最小単位は半日で、ケアマネジャーとの面談は、ケアプランを見直す際などに設けられるが、短時間で済むことも多いため、そのために介護休暇を取得するのは見合わない。

そうした実情を踏まえ、政府は6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2019（骨太方針2019）」で「1時間単位の取得が可能となるよう、必要な法令の見直しを行う」と明記しており、今回の厚労省の提示は、これを受けてのものとなっている。

なお、現行の介護休暇制度は前述のとおり半日単位のため、所定労働時間が4時間以下の労働者は対象外となっている。4時間以下だと、全日休むのと同様の結果になってしまうからだ。しかし、休暇の取得単位が1時間になれば、「3時間勤務」といったパターンもあり得るため、1時間単位にした場合、厚労省は「取得の対象から除外しない」方針も示している。

■看護休暇も介護休暇の見直しと足並みを合わせ1時間単位の取得を可能とする方針

また、厚労省は看護休暇にも言及しており、これは、子どもが病気やケガの際に休暇を取得しやすくする制度で、予防接種や健康診断を受けさせることも取得範囲に含めており、介護休暇の見直しと足並みを合わせて1時間単位の取得を可能とする方針を掲げている。

気になるのは、制度が変わることで人事・労務関係のシステムを改修しなければならないことだが、厚労省は公布から1年程度の期間を確保するとし、システム改修のコスト負担を余儀なくされる企業側の理解を得られるよう、その間に内容の周知を進めるとしている。



医療情報①
 中医協
 総会

医療経済実態調査への見解、 支払・診療両側が陳述

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は11月27日に総会を開き、第22回医療経済実態調査の結果について支払側と診療側がそれぞれ見解を提示した。支払側は幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）、診療側は松本吉郎委員（日本医師会常任理事）が代表して見解を述べた。一般病院の損益差額率について、支払側は「2018年度に一般病院の医療法人は2.8%の黒字であり、11年度以降、安定的に黒字が続いている。国立および公立病院は、それぞれマイナス2.3%、マイナス13.2%と赤字幅が大きく、一般病院全体の平均を押し下げている」と分析した。機能別では「国公立を除く一般病院では、特定機能病院を除いて0.2～4.9%の黒字だった。療養病床60%以上の病院は、全体で4.5%、国公立を除くと4.9%と安定的に黒字である。療養病床を有しない病院およびDPC病院は、全体および国公立を除く場合で前回調査もしくは17年度と比較すると改善傾向にある」と結論づけた。一方診療側は、「病院の損益差額率は、一般病院でマイナス2.7%となった。医療法人では病院長給与を引き下げたものの、チーム医療が進むなかで職員数が増加し、給与費率は横ばいであった。また、医療法人の3分の1が赤字であった」と分析した。

■一般診療所、支払側は「平均損益は黒字」

一般診療所について、支払側は個人・医療法人ともに有床無床にかかわらず黒字であり、有床の一般診療所は個人、医療法人それぞれ29.9%と4.1%であった。無床の一般診療所は個人、医療法人それぞれ32.0%と6.3%を示したと、好調ぶりを強調した。また診療側は、一般診療所は、医業収益（収入）が横ばいであったとし、さらに医療法人は院長給与を引き下げたものの看護補助職員等の増加により、入院収益なしの損益差額率は横ばいであったこと、入院収益あり（有床診療所）は、医業収益（収入）の減少が影響して、損益差額率が低下したと主張した。

また、一般診療所（医療法人）の3分の1が赤字であったと主張した。さらに診療側は一般診療所と一般病院を比較し、「一般診療所の損益差額率が一般病院よりも高いという指摘もあるが、一般診療所と一般病院は損益差額の計算式が異なるので、単純に比較できない。在宅療養支援診療所（在支診）では、医業収益（収入）は伸びたが、給与費をまかないきれず、在支診以外と比べて損益差額率が低い」と指摘した。この指摘に対して、支払側は、一般診療所院長の平均年収について「有床が3466万円、無床が2745万円であり、17年度と比較してほぼ横ばいだった」と診療側と異なる見方を示した。

■支払側の各関係団体、加藤厚労相にマイナス改定を要請

実調の結果を受けて、支払側の各関係団体は 11 月 27 日、連名で加藤勝信厚労相宛てに「2020 年度診療報酬改定に関する要請」を提出し、マイナス改定を要請した。(以下、続く)

医療情報②
 中医協
 総会

経口摂取回復促進加算の 算定要件に意見相次ぐ

11 月 27 日の中医協総会では、リハビリテーションについてもテーマとなった。リハビリの現状について厚労省は、以下などを課題として挙げた。

- ①がん患者リハビリテーション料の対象患者が、がんの種別と治療介入の有無などで規定されている
- ②対象者の拡大や施設基準の要件緩和にかかわらず、経口摂取回復促進加算の算定回数が減少

そのうえで以下について、見直しを提案した。

- ▼疾患別リハビリテーション料に係る療法士の配置要件
- ▼がん患者リハビリテーション料の対象患者の要件
- ▼経口摂取回復促進加算の算定要件

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、各見直し案に「言語聴覚士を配置した場合の評価を考えたかどうか」「リハビリの必要な患者を救える評価体系が求められる」「経口摂取回復促進加算の算定回数が減っているので要件を緩和したらどうか」と意見を述べ、同意した。

有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は、経口摂取回復促進加算の算定要件に言及し、「月に1回以上、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、歯科衛生士、理学療法士または作業療法士を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施」との要件について、「薬剤は栄養に影響を及ぼすので、薬剤師がカンファレンスに関われば効果上がる。もし要件を見直すのならチームのなかに薬剤師を明記してほしい」と要望した。

リハビリについては、リハビリ実施計画書とリハビリ総合実施計画書の様式について、書類作成に伴う現場の負担を軽減する観点から、様式の整理と取扱いの明確化が、厚労省から提案された。これについて猪口雄二委員（全日本病院協会会長）は、「リハビリテーション実施計画書は患者に見せて、合意のうえでサインをもらうので、患者が見て分かりやすい様式にしてほしい」と要望した。

平成30(2018)年 医療施設(動態)調査の概況

厚生労働省 2019年9月25日公表

1 施設数

(1) 施設の種別別にみた施設数

全国の医療施設は 179,090 施設で、前年に比べ 598 施設増加している。

「病院」は 8,372 施設で、前年に比べ 40 施設減少しており、「一般診療所」は 102,105 施設で 634 施設増加、「歯科診療所」は 68,613 施設で 4 施設増加している。

施設数を施設の種別別にみると、「精神科病院」は 1,058 施設で、前年に比べ 1 施設減少、「一般病院」は 7,314 施設で、39 施設減少している。一般病院のうち「療養病床を有する病院」は 3,736 施設（病院総数の 44.6%）で、前年に比べ 45 施設減少している。

一般診療所は「有床」が 6,934 施設（一般診療所総数の 6.8%）で、前年に比べ 268 施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は 847 施設で、前年に比べ 55 施設減少している。「無床」は 95,171 施設（同 93.2%）で、前年に比べ 902 施設増加している。

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	平成 30 年 (2018)	平成 29 年 (2017)	増減数	増減率 (%)	平成 30 年 (2018)	平成 29 年 (2017)
総数	179 090	178 492	598	0.3
病院	8 372	8 412	△ 40	△ 0.5	100.0	100.0
精神科病院	1 058	1 059	△ 1	△ 0.1	12.6	12.6
一般病院	7 314	7 353	△ 39	△ 0.5	87.4	87.4
(再掲)療養病床 を有する病院	3 736	3 781	△ 45	△ 1.2	44.6	44.9
一般診療所	102 105	101 471	634	0.6	100.0	100.0
有床	6 934	7 202	△ 268	△ 3.7	6.8	7.1
(再掲)療養病床 を有する一般診療所	847	902	△ 55	△ 6.1	0.8	0.9
無床	95 171	94 269	902	1.0	93.2	92.9
歯科診療所	68 613	68 609	4	0.0	100.0	100.0
有床	21	24	△ 3	△ 12.5	0.0	0.0
無床	68 592	68 585	7	0.0	100.0	100.0

(2) 開設者別にみた施設数

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5,764施設（病院総数の68.8%）と最も多く、次いで、「公的医療機関」が1,207施設（同14.4%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が42,822施設（一般診療所総数の41.9%）と最も多く、次いで、「個人」が41,444施設（同40.6%）となっている。歯科診療所は「個人」が53,682施設（歯科診療所総数の78.2%）と最も多くなっている。

前年と比べると、病院は「医療法人」が2施設、「個人」が23施設減少している。

一般診療所は「医療法人」が895施設増加し、「個人」が448施設減少している。

歯科診療所は「医療法人」が456施設増加し、「個人」が451施設減少している。

この1年間に開設者を変更した施設は、病院34施設、一般診療所1,093施設、歯科診療所579施設で、このうち開設者を「個人」から「医療法人」へ変更した施設は、病院16施設、一般診療所974施設、歯科診療所508施設となっている。

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	増減数	増減率 (%)	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)
病 院	8 372	8 412	△ 40	△ 0.5	100.0	100.0
国	324	327	△ 3	△ 0.9	3.9	3.9
公的医療機関	1 207	1 211	△ 4	△ 0.3	14.4	14.4
社会保険関係団体	52	52	-	-	0.6	0.6
医療法人	5 764	5 766	△ 2	△ 0.0	68.8	68.5
個 人	187	210	△ 23	△ 11.0	2.2	2.5
その他	838	846	△ 8	△ 0.9	10.0	10.1
一般診療所	102 105	101 471	634	0.6	100.0	100.0
国	536	532	4	0.8	0.5	0.5
公的医療機関	3 550	3 583	△ 33	△ 0.9	3.5	3.5
社会保険関係団体	464	471	△ 7	△ 1.5	0.5	0.5
医療法人	42 822	41 927	895	2.1	41.9	41.3
個 人	41 444	41 892	△ 448	△ 1.1	40.6	41.3
その他	13 289	13 066	223	1.7	13.0	12.9
歯科診療所	68 613	68 609	4	0.0	100.0	100.0
国	5	5	-	-	0.0	0.0
公的医療機関	262	265	△ 3	△ 1.1	0.4	0.4
社会保険関係団体	7	7	-	-	0.0	0.0
医療法人	14 327	13 871	456	3.3	20.9	20.2
個 人	53 682	54 133	△ 451	△ 0.8	78.2	78.9
その他	330	328	2	0.6	0.5	0.5

2 病床数

(1) 病床の種類別にみた病床数

医療施設の病床数をみると、全病床数は1,641,468床で、前年に比べ11,835床減少している。

病院は1,546,554床で、前年に比べ8,325床減少しており、一般診療所は94,853床で3,502床減少、歯科診療所は61床で8床減少している。

病院の病床を病床の種類別にみると、「一般病床」は890,712床(病院の全病床数の57.6%)で、前年に比べ153床減少、「精神病床」は329,692床(同21.3%)で2,008床減少、「療養病床」は319,506床(同20.7%)で5,722床減少している。

一般診療所の「療養病床」は8,509床で、前年に比べ560床減少している。

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)	増減数	増減率 (%)	平成30年 (2018)	平成29年 (2017)
総数	1 641 468	1 653 303	△ 11 835	△ 0.7
病院	1 546 554	1 554 879	△ 8 325	△ 0.5	100.0	100.0
精神病床	329 692	331 700	△ 2 008	△ 0.6	21.3	21.3
精神科病院	246 288	247 595	△ 1 307	△ 0.5	15.9	15.9
一般病院	83 404	84 105	△ 701	△ 0.8	5.4	5.4
感染症病床	1 882	1 876	6	0.3	0.1	0.1
結核病床	4 762	5 210	△ 448	△ 8.6	0.3	0.3
療養病床 (A)	319 506	325 228	△ 5 722	△ 1.8	20.7	20.9
一般病床	890 712	890 865	△ 153	△ 0.0	57.6	57.3
一般診療所	94 853	98 355	△ 3 502	△ 3.6	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	8 509	9 069	△ 560	△ 6.2	9.0	9.2
歯科診療所	61	69	△ 8	△ 11.6
療養病床総数 (A)+(B)	328 015	334 297	△ 6 282	△ 1.9

(2) 開設者別にみた病床数

床数を開設者別にみると、「医療法人」が病院では865,038床(病院の全病床数の55.9%)、一般診療所では71,166床(有床の一般診療所の全病床数の75.0%)と最も多くなっている。



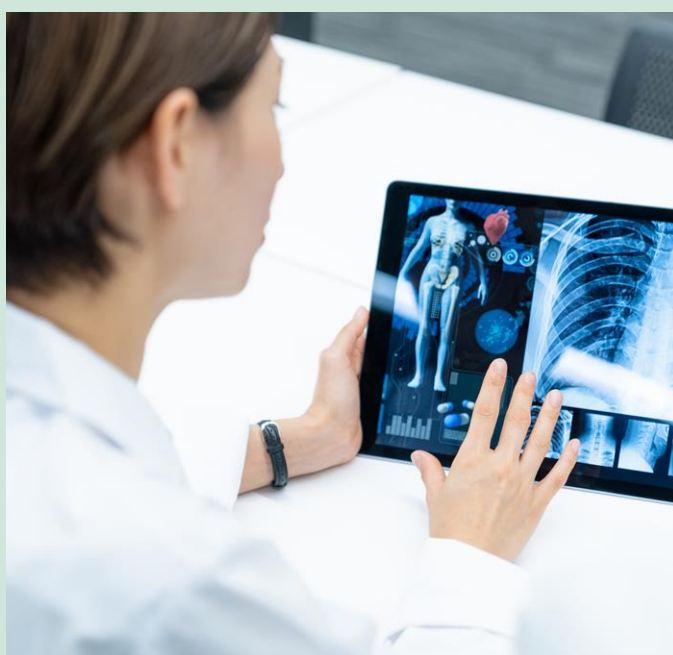
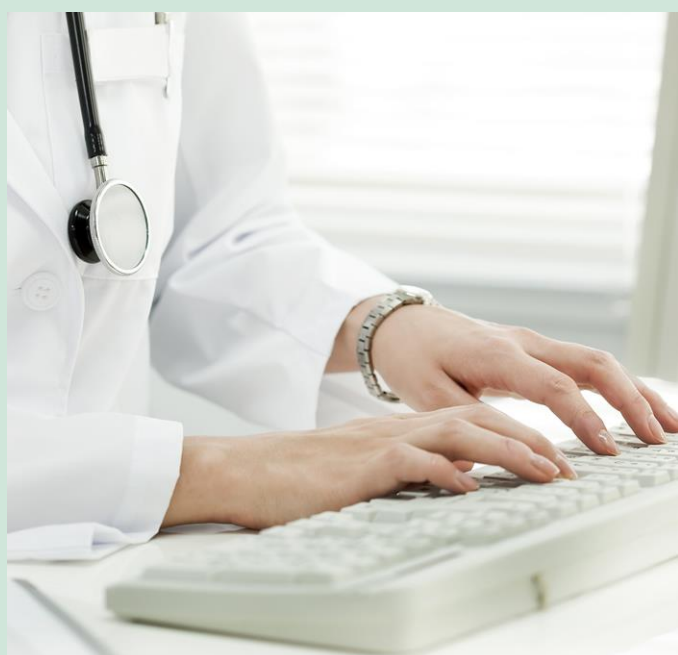
経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

ウェブサイトも規制対象に
新たな医療広告
ガイドライン

- 1.医療法改正と広告規制の見直し
- 2.新医療広告ガイドラインの概要と罰則規定
- 3.広告規制の強化による影響と対応
- 4.医療広告規制の対象となる具体例



1

医業経営情報レポート

医療法改正と広告規制の見直し

■ 医療広告規制見直しの経緯

(1) 医療法改正における広告規制見直し

平成 29 年に成立した改正医療法において、医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が近年増加している現状を踏まえ、医療広告に関する規制についても見直しが行われました。

◆ 平成29年医療法改正の概要

1. 検体検査の精度の確保（医療法、臨床検査技師等に関する法律）
2. 特定機能病院におけるガバナンス体制の強化（医療法）
3. 医療に関する広告規制の見直し
美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数の増加等を踏まえ、医療機関のウェブサイト等を適正化するため、虚偽または誇大等の不適切な内容を禁止
4. 持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長
(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律)
5. その他

(2) 新たな医療広告ガイドラインの策定

医療法改正に伴い、①医療機関のホームページを医療法上の「広告」に含めて規制の対象とすること、②医療法に基づき禁止している虚偽広告や誇大広告等については、医療機関のホームページについても禁止すること等の議論が「医療情報の提供内容等に関する検討会」において行われてきました。こうした経緯のもと、新たな「医療若しくは歯科医療または病院若しくは診療所に関する広告に関する指針（医療広告ガイドライン）」が策定され、厚生労働省令とともに、平成30年6月1日より施行されています。

◆ 医療広告ガイドラインの基本的な考え方 ～ 厚生労働省「医療広告ガイドライン」より抜粋

- ① 医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。
- ② 医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。

今回の広告規制の見直しに当たっては、こうした基本的な考え方は引き続き堅持しつつも、患者等に正確な情報が提供されその選択を支援する観点から、客観性・正確性を確保し得る事項については、広告事項としてできる限り幅広く認めることとしたものである。

2

医業経営情報レポート

新医療広告ガイドラインの概要と罰則規定

■ 新医療広告ガイドラインの施行

従来の医療広告ガイドライン、および「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針」（医療機関ホームページガイドライン）に代わり、新しい医療広告ガイドラインが策定され、平成30年6月より施行されています。

平成29年の医療法改正により、広告の内容及び方法に係る禁止事項として、従来法律に規定されていた「虚偽」に加えて、これまで省令に規定されてきた「誇大」「比較優良」「公序良俗違反」を法令上に規定しました。

これを受けて、新たな医療広告ガイドライン（新広告GL）は、法令に基づく禁止事項やそれ以外の事項について、次のように現在の考え方を示しています（下図のうち、■が新たな規定部分）。

◆ 医療広告禁止事項の変遷

○：罰則による規制 / △：指導ベースの規制

	医療法	新省令	新広告GL	旧広告GL	旧HPGL
虚偽	○		○	○	△
誇大	○		○	○	△
比較優良	○		○	○	△
客観的事実が証明できない		虚偽・誇大に統合	虚偽・誇大に統合	○	△
公序良俗違反	○		○	○	-
品位を損ねる内容			△	△	△
他法令広告違反			△	△	△
治療等の内容・効果に関する体験談		○	○	(○) 客観的事実が証明できないとして禁止	(△) 意図的な取捨選択は誇大として禁止
治療等の内容・効果について、患者等を誤認されるおそれがある 治療等の前または後の写真等		○	○	(○) 効果に関する事項は広告可能事項ではない	(△) 撮影条件等の変更、加工は虚偽・誇大として禁止

（出典）厚生労働省 医療広告規制の検討状況と今後の取組について

3

医業経営情報レポート

広告規制の強化による影響と対応

■ 医療広告戦略とツールの見直し

(1) 自院ホームページのコンテンツ

ウェブサイトが規制対象となった新たな医療広告ガイドラインの内容を踏まえ、自院のホームページに掲載しているコンテンツが医療広告として適切なものかを確認する必要があります。

例えば、患者の体験談や症例写真を掲載している場合には、ホームページの内容変更が必要となる可能性もあります。

ただし、症例写真のケースでは、下記のような工夫で掲載が認められるようになります。

◆ 術前または術後の写真の掲載が認められるケース～詳細説明を追加する

● 禁止対象の例	● 禁止対象外の例
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">説明不十分！ ×</p>	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">詳細な説明あり</p> <p>(具体的な治療内容、費用等に関する事項、副作用、リスク等)</p> <p style="color: blue; font-size: 1.5em;">○</p>

(出典) 厚生労働省 医療広告規制の検討状況と今後の取組について

(2) メールマガジンに対する規制適用

厚生労働省は、医療広告ガイドラインに関するQ&Aを公表しています。

例えば、患者の希望により入手する場合も想定し、医療機関が配布するメールマガジンやパンフレットについて、次のような見解を示しています。

◆ メールマガジンやパンフレットの取り扱い～(出典)医療広告ガイドラインに関するQ&A(案)

● メールマガジンやパンフレットは広告として取り扱われるため、広告規制の対象

⇒ ただし、患者等が自ら求めて入手する情報を表示する媒体になるため、広告可能事項の要件を満たした場合には、広告可能事項の限定を解除可能

4

医療広告規制の対象となる具体例

■ 医療広告とはみなされない具体的な例

医療広告ガイドラインにおいては、通常、医療に関する広告とはみなされないものの具体例が示されています。従前の医療広告ガイドラインと比較すると、患者申出によるパンフレット送付等の項目、およびインターネット上のホームページの項目が削除され、医療広告の対象となった点が改正されています。

◆ 医療に関する広告とはみなされないものの具体例(通常の場合:一部加工)

(1) 学術論文、学術発表等

学会や専門誌等で発表される学術論文、ポスター、講演等は、広告とみなされることはない。ただし、学術論文等を装いつつ、不特定多数にダイレクトメールで送る等により、実際には特定の医療機関(複数の場合を含む。)に対する患者の受診等を増やすことを目的としていると認められる場合には、「誘引性」を有すると判断し、「誘引性」及び「特定性」の要件を満たす場合には、広告として扱う。

(2) 新聞や雑誌等での記事

新聞や雑誌等での記事は、「誘引性」を通常は有さないため、広告に該当しないが、費用を負担して記事の掲載を依頼することにより、患者等を誘引するいわゆる記事風広告は、広告規制の対象となる。

(3) 患者等が自ら掲載する体験談、手記等

自らや家族等からの伝聞により、実際の体験に基づいて、例えば、A病院を推薦する手記を個人Xが作成し、出版物やしおり等により公表した場合や口頭で評判を広める場合には、一見すると「誘引性」及び「特定性」の要件を満たすが、この場合には、個人XがA病院を推薦したにすぎず、「誘引性」の要件を満たさないため広告とはみなさない。ただし、A病院からの依頼に基づく手記であったり、A病院から金銭等の謝礼を受けているまたはその約束があったりする場合には、「誘引性」を有するものとして扱う。また、個人XがA病院の経営に関与する者の家族等である場合にも、病院の利益のためと認められる場合には、「誘引性」を有するものとして、扱うものであること。

(4) 院内掲示、院内で配布するパンフレット等

院内掲示、院内で配布するパンフレット等はその情報の受け手が、既に受診している患者等に限定されるため「誘引性」を満たすものではなく、情報提供や広報と解される。

(5) 医療機関の職員募集に関する広告

医療機関に従事する職員の採用を目的とした求人広告は、通常、医療機関の名称や連絡先等が記載されているが、当該医療機関への受診を誘引するものではないことから、「誘引性」を有するものではない。



ジャンル：労務管理 > サブジャンル：労災保険

腰部に関する労災認定について

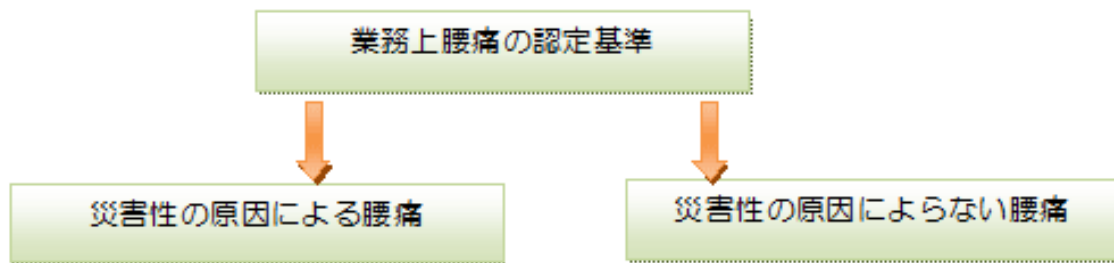
病院内で荷物を移動中にギックリ腰になった職員がいます。腰部の労災認定は難しいと聞きますが、労災認定されるのでしょうか？

一般的には、既往の腰痛がなく、突発的にギックリ腰が発症したのであれば、労災として認定される可能性があります。まずは、当該職員が受診するにあたっては、労災指定病院で療養補償給付を受けるようにします。

療養補償給付請求書が所轄の労働基準監督署に届いたあと、その請求書だけで判断ができない場合には、追加の書類の提出を求められる場合があります。

腰痛の場合、腰痛の発症が加齢や運動不足からくるのか、業務上の原因からくるのかを特定するのが困難といわれていますが、「業務上腰痛の認定基準」に合致すれば、労災と認定される可能性があります。

この認定基準では、下記の2つに分けて判断しています。

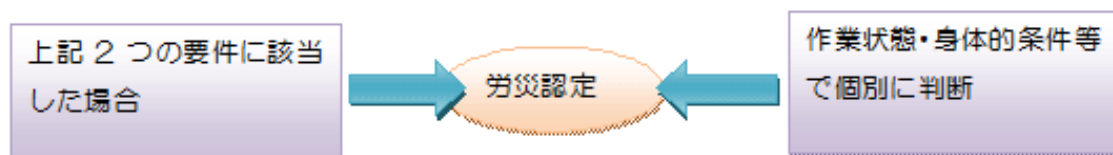


■ 災害性の原因による腰痛

- ① 業務遂行中の突発的なもの
- ② 腰痛の発症との関係が医学的に認められること

■ 災害性の原因によらない腰痛

- ① 腰部に過度の負担のかかる業務に短期間従事する職員に発症した腰痛
- ② 重量物を扱う業務に従事する労働者に発症した腰痛





ジャンル：労務管理 > サブジャンル：労災保険

通勤途中に怪我をした場合の認定

マンションに住む当院の職員が、雨で濡れた階段で足を滑らせ転落し、足を骨折してしまいました。この場合、通勤災害として認められるのでしょうか？

通勤災害とは、労働者が、就業するため住居と就業の場所との間を合理的な経路及び方法によって往復する間に発生した災害のことをいいますが、マンションの共用部分で負傷した場合、当該マンションの共用部分が住居内なのか、あるいは住居と就業場所との経路上にあるのかがポイントとなります。

この点について行政解釈では、部屋の外戸が住居と通勤経路との境界であるので、マンションの階段は通勤上の経路として認められるとされています。

したがって、このケースは就業のため自院に向かっていたこと、合理的な経路・方法であること、通勤起因性を否定する事由がないことといった他の要件を満たす限り、通勤災害として認められることとなります。なお、一戸建ての屋敷構えの住居の玄関先については、行政解釈で「住居内であって、住居と就業の場所との間とはいえない」とされています。したがって、門を出たところから通勤上の経路として認められる形となります。

<p>「就業に関し」とは</p>	<p>通勤とされるためには、労働者の住居と就業の場所との間の往復行為が業務と密接な関連をもって行われることが要件とされています。</p> <p>したがって、被災当日に就業することとなっていたこと、又は現実に就業していたことが必要です。この場合、遅刻やラッシュを避けるための早出など、通常の出勤時刻と時間的にある程度の前後があっても就業との関連は認められます。</p>
<p>「住居」とは</p>	<p>労働者が居住して日常生活の用に供している家屋等の場所で、本人の就業のための拠点となるところをいいます。したがって、就業の必要上、労働者が家族の住む場所とは別に就業の場所の近くにアパートを借り、そこから通勤している場合には、そこが住居となります。また、通常は家族のいる所から通勤しており、天災や交通ストライキ等の事情のため、やむを得ず医療機関近くのホテル等に泊まる場合などは、当該ホテルが住居となります。</p>
<p>「就業の場所」とは</p>	<p>業務を開始し、又は終了する場所をいいます。</p> <p>一般的には、医療機関の本来の業務を行う場所をいいますが、外勤業務に従事する労働者で、特定区域を担当し、区域内にある数か所の用務先を受け持って自宅との間を往復している場合には、自宅を出てから最初の用務先が業務開始の場所となり、最後の用務先が業務終了の場所となります。</p>