



ソーシャル ウェルビーイングと 医療基本法

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
社会貢献事業部
患者の権利法をつくる会担当チーム

漆畑真人

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度では失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について

- (1) 発表者略歴
- (2) 「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史
- (3) 「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際 ～「社会福祉」より広いソーシャルウェルビーイング～
- (4) ソーシャルワーカーの専門領域 ～人権保障(権利支援)+インフォーマルの活用～

	「医療ソーシャルワーカー」「社会福祉士」「精神保健福祉士」「福祉職」 ≠「医療職」「事務職」	
1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について	昭和58年～昭和61年 昭和61年～平成5年 平成5年～平成8年	国立病院医療センター 国立病院医療センター 国立国際医療センター
(1) 発表者略歴 (2) 「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史 (3) 「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際 ～「社会福祉」より広いソーシャルウェルビーイング～ (4) ソーシャルワーカーの専門領域 ～人権保障(権利支援)+インフォーマルの活用～	平成8年～平成13年 平成13年～平成15年 平成15年～平成16年 平成16年～平成21年 平成21年～平成22年 平成22年～平成27年 平成27年～平成29年 平成29年～現在	外来係(賃金職員) 医療社会事業係ケースワーカー(定員) 医療社会事業係ケースワーカー 医療社会事業係長 医療社会事業専門官 主任医療社会事業専門職 医療福祉相談室長 主任医療社会事業専門 医療福祉相談室長 医療福祉相談室長 非常勤職員 文京学院大学 人間学部 人間福祉学科・児童発達学科 非常勤講師

	「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史	
1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について	1895年 イギリスで配置 医療を必要としていて貧困問題を抱えている人を医療に結びつける	
(1) 発表者略歴 (2) 「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史 (3) 「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際 ～「社会福祉」より広いソーシャルウェルビーイング～ (4) ソーシャルワーカーの専門領域 ～人権保障(権利支援)+インフォーマルの活用～	1905年 アメリカで配置 疾病に影響しうる生活状態を把握してその改善のための支援を行う	
	1929年(昭和4年) 聖路加国際病院で配置(アメリカ留学して病院で研修して帰国)	
	1950年(昭和25年) 国立病院で配置	
	1987(昭和62年) 社会福祉士及び介護福祉士法成立 (当初、医療は結果的に対象外)	
	1997(平成9年) 精神保健福祉士法成立	
	1998(平成10年) 国際ソーシャルワーカー連盟に加入(医療ソーシャルワーカー団体を含む)	
	2003年(平成15年) 国立病院の医療ソーシャルワーカーが「福祉職」 社会福祉主事の任用資格 → 社会福祉士・精神保健福祉士	

1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について

- (1) 発表者略歴
- (2) 「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史
- (3) 「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際 ～「社会福祉」より広いソーシャルウェルビーイング～
- (4) ソーシャルワーカーの専門領域 ～人権保障(権利支援)+インフォーマルの活用～

「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際

「福祉相談」の**対象**は、入院・通院の患者さんやご家族が抱える「生活課題」である。

その**範囲**は、所得保障や、医療保障、高齢者や障害者などの介護や自立支援、こどもの発達支援や子育て支援、その他の**社会福祉**のさまざまな問題が中心となるが、**それだけにとどまらない**。

現場の実際では、「より広い」支援が必要となっている。
7つ例示する。

1. 「住まいの確保や改修」の支援
2. 「仕事」に就くことや続けていくこと、必要なビジネス技術を身につけるなどの支援
3. 「学校」での教育を受けることへの支援
4. ヤングケアラーへの支援
5. 法律家などと連携する「借金」や「家族関係」などの問題解決支援
6. 地域的孤立をなくし共生・交流の支援
7. てんかんや認知症の人などの自動車運転の免許や自動車保険に関する支援など

多様な生活問題が相談されてくる。「医療ソーシャルワーカー」は、「そのような福祉職」である。

1. 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について

- (1) 発表者略歴
- (2) 「医療ソーシャルワーカー」のかんたんな歴史
- (3) 「医療ソーシャルワーカー」の業務の実際 ～「社会福祉」より広いソーシャルウェルビーイング～
- (4) ソーシャルワーカーの専門領域 ～人権保障(権利支援)+インフォーマルの活用～

基本的人権のカatalog(憲法)

(1) 包括的基本権

幸福追求権、法の下の平等

(2) 自由権

＊精神的自由権

内面的精神の自由(思想・良心の自由、信教の自由、学問の自由)

外面的精神の自由(表現の自由、集会・結社の自由、通信の秘密)

＊経済的自由権

居住・移転の自由、移動・国籍離脱の自由、職業選択の自由、財産権の保障

＊身体的自由権

奴隷的拘束・苦役からの自由、刑罰以外の意に反する使役の禁止、法定手続きの保障、公務員による拷問・残虐な刑罰の禁止、提示裁判の公開原則と刑事被告人の権利の保障

(3) 社会権

労働基本権や社会保障を受ける権利、**生存権**、教育を受ける権利、勤労の権利、居住の権利など

(4) 参政権

選挙権や被選挙権、公務員の選定・罷免の権利、憲法改正や地方自治特別法制定同意権などの国民投票や国民審査など

(5) 国務請求・受益権

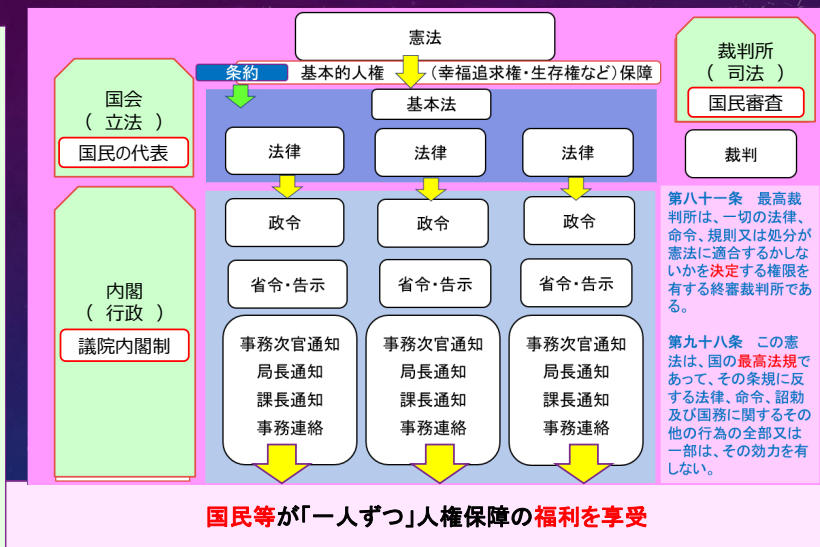
請願権、裁判を受ける権利、刑事補償請求権、国家賠償・補償請求権、直接請求権など

(6) 平和的生存権

統治機構と法体系（民主主義と自由主義）

★ 法体系は上から下に相反しない、相互に矛盾しないように、作成され・運用される。

国民が憲法で規定した価値観（人権保障）を実現するシステム



「そもそも国政は、国民の厳粛な信託によるものであつて、その権威は国民に由来し、その権力は国民の代表者がこれを行使し、その福利は国民がこれを享受する。これは人類普遍の原理であり、この憲法は、かかる原理に基くものである。」
(前文より)

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～ 「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

1. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念

- (1) WHO憲章の見落とされている? 「意義」とソーシャルウェルビーイング
- (2) 「ソーシャルワークの国際的定義」にあるウェルビーイング、その内容理解
- (3) 日本国憲法の人権規定との整合性(第13条、第14条、第25条)

1. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念

- (1) WHO憲章の見落とされている? 「意義」とソーシャルウェルビーイング
- (2) 「ソーシャルワークの国際的定義」にあるウェルビーイング、その内容理解
- (3) 日本国憲法の人権規定との整合性(第13条、第14条、第25条)

外務省ホームページに掲載されている。

1.「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念

- (1) WHO憲章の見落とされている？「意義」とソーシャルウェルビーイング
- (2) 「ソーシャルワークの国際的定義」にあるウェルビーイング、その内容理解
- (3) 日本国憲法の人権規定との整合性(第13条、第14条、第25条)

International Federation of Social Workers (2013)

Constitution and by laws

生活の安定

PREAMBLE

The International Federation of Social Workers recognises that social work originates variously from humanitarian, religious and democratic ideals and philosophies; and that it has universal application to meet human needs arising from personal-societal interactions, and to develop human potential.

Professional social workers are dedicated to service for **the welfare and self-fulfilment of human beings**; to the development and disciplined use of scientific knowledge regarding human behaviour and society; to the development of resources to meet individual, group, national and international needs and aspirations; to the enhancement and improvement of the quality of life of people; and to the achievement of social justice.

- ①「憲章」の意味
- ②「健康」と「社会的福祉」
- ③「完全な」
- ④「手段と目的」
- ⑤「条約」
- ⑥「各国政府は」
- ⑦「国連憲章に」
- ⑧「基本的権利」
- ⑨ICDとICF

国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) 総会及び国際ソーシャルワーク学校連盟 (IASSW) 総会において定義を採択 (2014年7月メルボルン)。

ソーシャルワーク専門職のグローバル定義

ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。

社会正義、人権、集团的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。

ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、

ソーシャルワークは、生活課題に取り組み**ウェルビーイングを高める**よう、人々やさまざまな構造に働きかける。

この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。

Global Definition of Social Work

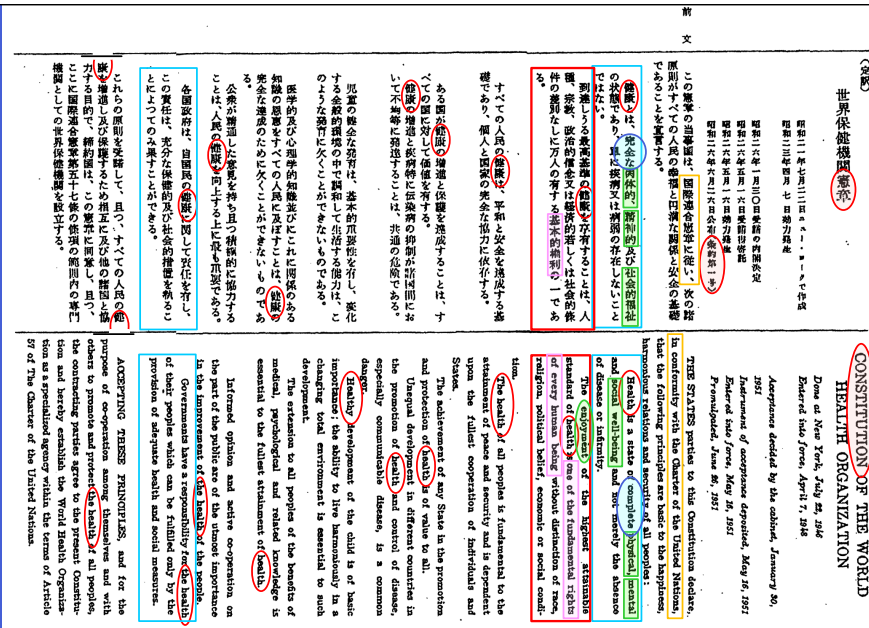
Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people.

Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work.

Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledges,

social work engages people and structures to address life challenges and **enhance wellbeing.**

The above definition may be amplified at national and/or regional levels.



1. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念

- (1) WHO憲章の見落とされている? 「意義」とソーシャルウェルビーイング
- (2) 「ソーシャルワークの国際的定義」にあるウェルビーイング、その内容理解
- (3) 日本国憲法の人権規定との整合性(第13条、第14条、第25条)

ソーシャルウェルビーイング

誰でも、生活を安定させて、その人の価値観と考え方で、納得して満足のいく人生を送ること。

法の下での平等

生存権

幸福追求権

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～ 「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

(1) 医療職と福祉職の違い

- ① 医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
- ② 養成課程と国家試験の内容

(2) 医療の法制度との整合性

- ① 福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
- ② 「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
＝ 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価
- ③ 利用者に対する責任体制
「医師の指示」なし＝『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)

(3) 独自性をもつ福祉職の普及状況

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

(1) 医療職と福祉職の違い

① 医療職が行う「医行為」と「医師の指示」

② 養成課程と国家試験の内容

(2) 医療の法制度との整合性

① 福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要

② 「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。

= 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)

「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価

③ 利用者に対する責任体制

「医師の指示」なし=『「医行為」に関する主治医の責任』が及ばない(医師法)。

管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)

(3) 独自性をもつ福祉職の普及状況

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

(1) 医療職と福祉職の違い

① 医療職が行う「医行為」と「医師の指示」

② 養成課程と国家試験の内容

(2) 医療の法制度との整合性

① 福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要

② 「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。

= 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)

「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価

③ 利用者に対する責任体制

「医師の指示」なし=『「医行為」に関する主治医の責任』が及ばない(医師法)。

管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)

(3) 独自性をもつ福祉職の普及状況

医師法

第十七条 **医師**でなければ、**医業**をなしてはならない。



保健師助産師看護師法

第五条 この法律において「**看護師**」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくははじよく婦に対する**療養上の世話又は診療の補助**を行うことを業とする者をいう。

第三十七条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、**主治の医師又は歯科医師の指示**があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

臨床検査技師等に関する法律



第二十条の二 臨床検査技師は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、**診療の補助**として、次に掲げる行為(第一号、第二号及び第四号に掲げる行為にあつては、**医師又は歯科医師の具体的な指示**を受けて行うものに限る。)を行うことを業とすることができる。

一 採血を行うこと。

二 検体採取を行うこと。

三 第二条の厚生労働省令で定める生理学的検査を行うこと。

四 前三号に掲げる行為に関連する行為として厚生労働省令で定めるものを行うこと。

診療放射線技師法

第二条

2 この法律で「診療放射線技師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、**医師又は歯科医師の指示**の下に、放射線の人体に対する照射(撮影を含み、照射機器を人体内に挿入して行うものを除く。以下同じ。)をすることを業とする者をいう。



理学療法士及び作業療法士法

第二条

3 この法律で「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。

4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。



言語聴覚士法

第四十二条 言語聴覚士は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として、**医師又は歯科医師の指示**の下に、嚥えん下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる。



救急救命士法

第二条

2 この法律で「救急救命士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。



臨床工学技士法

第二条

2 この法律で「臨床工学技士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床工学技士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、生命維持管理装置の操作(生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であつて政令で定めるものを含む。以下同じ。)及び保守点検を行うことを業とする者をいう。



義肢装具士法

第二条

3 この法律で「義肢装具士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、義肢装具士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の製作及び身体への適合(以下「義肢装具の製作適合等」という。)を行うことを業とする者をいう。



歯科衛生士法

第十三条の二 歯科衛生士は、歯科診療の補助をなすに当つては、**主治の歯科医師の指示**があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなし、その他歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をすることは、さしつかえない。



歯科技工士法

第十八条 歯科医師又は歯科技工士は、厚生労働省令で定める事項を記載した**歯科医師の指示書**によらなければ、業として歯科技工を行つてはならない。ただし、病院又は診療所内の場所において、かつ、患者の治療を担当する歯科医師の直接の指示に基いて行う場合は、この限りでない。



視能訓練士法



第二条 この法律で「視能訓練士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、視能訓練士の名称を用いて、**医師の指示**の下に、両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行なうことを業とする者をいう。

公認心理師法



第四十二条

2 公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る**主治の医師があるときは、その指示**を受けなければならない。

薬剤師法



第十九条 **薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。**ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方箋により自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方箋により自ら調剤するときは、この限りでない。

一 患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合

二 医師法(昭和二十三年法律第二百一号)第二十二条第一項各号の場合又は歯科医師法(昭和二十三年法律第二百二号)第二十一条第一項各号の場合

第二十三条 薬剤師は、**医師、歯科医師又は獣医師の処方せん**によらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。

栄養士法



第一条 この法律で栄養士とは、都道府県知事の免許を受けて、栄養士の**名称**を用いて栄養の指導に従事することを業とする者をいう。

② この法律で**管理栄養士**とは、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の**名称**を用いて、**傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導**、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた**特別の配慮**を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいう。

第五条の五 管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導を行うに当たっては、**主治の医師の指導**を受けなければならない。

社会福祉士及び介護福祉士法



第二条 この法律において「**社会福祉士**」とは、第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の**福祉に関する相談**に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は**医師**その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者(第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。)**との連絡及び調整**その他の援助を行うこと(第七条及び第四十七条の二において「**相談援助**」という。)を業とする者をいう。



2 この法律において「**介護福祉士**」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた**介護**(喀痰かくたん吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、**医師の指示**の下に行われるもの(厚生労働省令で定めるものに限る。以下「**喀痰吸引等**」という。))を含む。)を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと(以下「**介護等**」という。)を業とする者をいう。

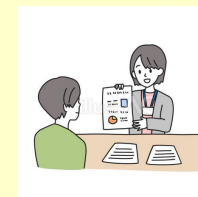
社会福祉士及び介護福祉士法



(保健師助産師看護師法との関係)

第四十八条の二 介護福祉士は、保健師助産師看護師法(昭和二十三年法律第二百三号)第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、**診療の補助**として**喀痰吸引等**を行うことを業とすることができる。

精神保健福祉士法



第二条 この法律において「**精神保健福祉士**」とは、第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号)第五条第十八項に規定する地域相談支援をいう。第四十一条第一項において同じ。)の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと(以下「**相談援助**」という。)を業とする者をいう。

精神保健福祉士法

第四十一条 **精神保健福祉士**は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない。

2 **精神保健福祉士**は、その業務を行うに当たって精神障害者に**主治の医師があるときは、その指導**を受けなければならない。



社会福祉士及び介護福祉士法

第四十七条 **社会福祉士**は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する**保健医療サービス**その他のサービス(次項において「福祉サービス等」という。)が総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との**連携**を保たなければならない。

厚生省医務局医事課長回答(昭和三九年六月一八日 医事第四四号)

これらの行為はいずれも、当該行為を行なうに当り、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為であり、**医行為**と解される。



厚生省医務局医事課長回答(昭和三九年六月一八日 医事第四四号の二)

これらの行為はいずれも、当該行為を行なうに当り、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼすおそれのある行為(**医行為**)であり、これらの行為を反覆継続すれば**医業**に該当するものと解される。

厚生労働省医政局長通知(平成16年7月1日 医政発第0701001号)

心停止者に対する自動体外式除細動器の使用については、医学的知識をもって行うのでなければ傷病者の生命身体に危険を及ぼすおそれのある行為、いわゆる「**医行為**」に該当するものと考えられ、…



厚生労働省医政局長通知(平成17年7月26日医政発第0726005号)
厚生労働省医政局長通知(令和4年12月1日医政発1201第4号)

ここにいう「**医業**」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(**医行為**)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

福祉相談援助

社会福祉士

精神保健福祉士

介護福祉士

医行為 医師の独占業務(責任)

薬剤師

くすりの調剤

処方箋

医師の指示

診療の補助

看護師

臨床検査技師

診療放射線技師

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

公認心理師

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

(1)医療職と福祉職の違い

①医療職が行う「**医行為**」と「**医師の指示**」

②養成課程と国家試験の内容

(2)医療の法制度との整合性

①福祉職だけでなく事務職も「**医師の指示**」は不要

②「健康保険の給付」にある「**治療行為**」以外のもの。

= 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)

「**医行為**」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価

③利用者に対する責任体制

「**医師の指示**」なし=『**医行為**』に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。

管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)

(3)独自性をもつ福祉職の普及状況

国家資格	業務	試験内容
医師	(医師法 第17条) 医業 (厚生労働省医政局長通知令和4年12月1日医政発1201第4号。平成17年7月26日医政発第0726005号) ここにいう「 医業 」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ 人体 に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。	(医師法 第9条) 臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能 (厚生労働省医政局医事課「医師国家試験出題基準 令和6年版」) 必修の基本的事項 医学総論(保健医療論、予防と健康管理・増進、人体の正常構造と機能、生殖、発生、成長、発達、加齢、病因、病態生理、症候、診察、検査、治療) 医学各論(先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常、精神・心身医学的疾患、皮膚・頭頸部疾患、呼吸器・胸壁・縦隔疾患、心臓・脈管疾患、消化器・腹壁・腹腔疾患、血液・造血器疾患、腎・泌尿器・生殖器官疾患、神経・運動器疾患、内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患、アレルギー性疾患、膠原病、免疫病、感染性疾患、生活環境因子・職業性因子による疾患)
	(医師法第1条) 医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保する	医師国家予備試験 科目 (医師法 第10条第2項、第12条、同法施行規則第14条) 第1部試験 解剖学(組織学を含む。)、生理学、生化学、免疫学、薬理学、病理学、法医学、微生物学(寄生虫学を含む。)&び衛生学(公衆衛生学を含む。) 第2部試験 ア 筆記試験 内科学、小児科学、精神科学、外科学、整形外科科学、産科・婦人科学、皮膚科学、泌尿器科学、耳鼻いんこう科学、眼科学、放射線科学及び救急医学(麻酔科学を含む。) イ 実地試験 内科学、外科学、産科・婦人科学、小児科学及び救急医学(麻酔科学を含む。)

国家資格	業務	試験内容
看護師	（保健師助産師看護師法 第31条第1項、第5条） 厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする （保健師助産師看護師法第1条） この法律は、保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もつて医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする。	（保健師助産師看護師法 第28条、同法施行規則第22条） 人体の構造と機能、疾病の成り立ちと回復の促進、健康支援と社会保障制度、基礎看護学、成人看護学、老年看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学、在宅看護論及び看護の統合と実践
国家資格	業務	試験内容
保健師	（保健師助産師看護師法 第29条、第2条） 厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする （保健師助産師看護師法第1条） この法律は、保健師、助産師及び看護師の資質を向上し、もつて医療及び公衆衛生の普及向上を図ることを目的とする。	（保健師助産師看護師法 第28条、同法施行規則第20条） 公衆衛生看護学、疫学、保健統計学、保健医療福祉行政論

国家資格	業務	試験内容
作業療法士	（理学療法士及び作業療法士法 第2条第4項） 厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする。 （理学療法士及び作業療法士法第15条） 保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とする。 （理学療法士及び作業療法士法第2条第2項） この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。 （理学療法士及び作業療法士法第1条） この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。	（理学療法士及び作業療法士法 第9条） 理学療法士国家試験又は作業療法士国家試験は、理学療法士又は作業療法士として必要な知識及び技能について行なう。 （理学療法士及び作業療法士法 第14条、同法施行規則第8条第2項） （1）筆記試験 ア 一般問題（解剖学、生理学、運動学、病理学概論、臨床心理学、リハビリテーション医学（リハビリテーション概論を含む。）、臨床医学大要（人間発達学を含む。）及び作業療法） イ 実地問題（運動学、臨床心理学、リハビリテーション医学、臨床医学大要（人間発達学を含む。）及び作業療法） （2）口述試験及び実技試験 運動学、臨床心理学、リハビリテーション医学、臨床医学大要（人間発達学を含む。）及び作業療法

国家資格	業務	試験内容
公認心理師	（公認心理師法 第2条） 法第二十八条の登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。 一 心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。 二 心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。 三 心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。 四 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供を行うこと。 （公認心理師法第1条） この法律は、公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もつて国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。	（公認心理師法 第5条） 試験は、公認心理師として必要な知識及び技能について行う。 （公認心理師法 第10条、指定試験機関・一般財団法人日本心理研修センター「公認心理師試験出題基準・ブループリント 令和6年版」） 公認心理師としての職責の自覚、問題解決能力と生涯学習、多職種連携・地域連携、心理学・臨床心理学の全体像、心理学における研究、心理学に関する実験、知覚及び認知、学習及び言語、感情及び人格、脳・神経の働き、社会及び集団に関する心理学、発達、障害者（児）の心理学、心理状態の観察及び結果の分析、心理に関する支援（相談、助言、指導その他の援助）、健康・医療に関する心理学、福祉に関する心理学、教育に関する心理学、司法・犯罪に関する心理学、産業・組織に関する心理学、人体の構造と機能及び疾病、精神疾患とその治療、公認心理師に関係する制度、その他（心の健康教育に関する事項等）

国家資格	業務	試験内容
社会福祉士	（社会福祉士及び介護福祉士法 第2条） 法第二十八条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第四十七条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第七条及び第四十七条の二において「相談援助」という。）を業とする （社会福祉士及び介護福祉士法第1条） この法律は、社会福祉士及び介護福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もつて社会福祉の増進に寄与することを目的とする。	（社会福祉士及び介護福祉士法 第5条） 社会福祉士試験は、社会福祉士として必要な知識及び技能について行う。 （社会福祉士及び介護福祉士法 第38条、同法施行規則第5条） 人体の構造と機能及び疾病、心理学理論と心理的支援、 社会理論と社会システム、現代社会と福祉、社会調査の基礎、相談援助の基礎と専門職、相談援助の理論と方法、地域福祉の理論と方法、福祉行政と福祉計画、福祉サービスの組織と経営、 社会保障、高齢者に対する支援と介護保険制度、障害者に対する支援と障害者自立支援制度、児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度、低所得者に対する支援と生活保護制度、保健医療サービス、就労支援サービス、権利擁護と成年後見制度、更生保護制度

国家資格	業務	試験内容
精神保健福祉士	(精神保健福祉士法 第2条) 法第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第百二十三号)第五条第十八項に規定する地域相談支援をいう。第四十一条第一項において同じ。) の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと(以下「相談援助」という。)を業とする (精神保健福祉士法第1条) この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。	(精神保健福祉士法 第5条) 試験は、精神保健福祉士として必要な知識及び技能について行う。 (精神保健福祉士法 第27条、同法施行規則第5条) 人体の構造と機能及び疾病、心理学理論と心理的支援、社会理論と社会システム、現代社会と福祉、地域福祉の理論と方法、社会保障、低所得者に対する支援と生活保護制度、福祉行財政と福祉計画、保健医療サービス、権利擁護と成年後見制度、障害者に対する支援と障害者自立支援制度、精神疾患とその治療、精神保健の課題と支援、精神保健福祉相談援助の基盤、精神保健福祉の理論と相談援助の展開、精神保健福祉に関する制度とサービス、精神障害者の生活支援システム

医療職と福祉職の違い

医療職 医行為を行う
医師の指示にもとづいて業務を行う

医師、薬剤師、
「診療の補助」
看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など

福祉職 福祉に関する相談援助を行う
医行為は行わない

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

- (1)医療職と福祉職の違い
 - ①医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
 - ②養成課程と国家試験の内容
- (2)医療の法制度との整合性
 - ①福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
 - ②「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
＝生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価
 - ③利用者に対する責任体制
「医師の指示」なし＝『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)
- (3)独自性をもつ福祉職の普及状況

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

- (1)医療職と福祉職の違い
 - ①医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
 - ②養成課程と国家試験の内容
- (2)医療の法制度との整合性
 - ①福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
 - ②「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
＝生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価
 - ③利用者に対する責任体制
「医師の指示」なし＝『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)
- (3)独自性をもつ福祉職の普及状況

医療機関にいるのは、すべて「医療職」というわけではない。

さまざまな職種が、国民・住民等に医療を提供するための業務を分担している。

国立病院の例

医療職、事務職、技能職、教育職、研究職、福祉職、療養介助職

これらのうち、「医師の指示」を必要としているのは、「医療職」である。

※ ただし、管理栄養士は、医療職ですが、「医師の指導」となっている。
「医行為」は行っていないという整理になっているのだと思われる。

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

(1) 医療職と福祉職の違い

- ① 医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
- ② 養成課程と国家試験の内容

(2) 医療の法制度との整合性

- ① 福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
- ② 「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
＝ 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価

③ 利用者に対する責任体制

「医師の指示」なし＝『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)

健康保険法は、医療保険制度を代表する一つ
医療保険制度は、「医療保障」の一環

- ① 自営業者等の国民健康保険
- ② 被用者保険(右図の種類)
- ③ 後期高齢者医療

根拠法

国民健康保険法、健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員共済組合法、私立学校教職員共済法、船員保険法、高齢者医療確保法...

種類はあるが、「給付」はほぼ統一されている。
組合健保などに付加給付があったり、公務員共済の傷病手当金の算定方法が異なるなど

診療報酬制度は、統一している。

法別番号及び制度の略称表			
(1)		法別番号	制度の略称
社 会 の 保 険	区 分		
	政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	0 1	(政)
	船員保険	0 2	(船)
	日雇特例被保険者	〇一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	0 3 (日)
		〇特別療養費（法第145条関係）	0 4 (日 特) 又は (特)
	組合管掌健康保険	0 6	(組)
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	0 7	(自)
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	3 9	(高)
	国家公務員共済組合	3 1	(共)
	地方公務員等共済組合	3 2	
保 険 制 度	警察共済組合	3 3	
	公立学校共済組合	3 4	
	日本私立学校振興・共済事業団	3 4	(退)
	特定健康保険組合	6 3	
	国家公務員特定共済組合	7 2	
度	地方公務員等特定共済組合	7 3	
	警察特定共済組合	7 4	
	公立学校特定共済組合	7 5	
法 別 番 号	日本私立学校振興・共済事業団	7 5	

(注) 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)		法 別 番 号
区 分		
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度



健康保険法

(目的)

第一条 この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)第七条第一項第一号に規定する業務災害をいう。)以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。

(保険給付の種類)

第五十二条 被保険者に係るこの法律による保険給付は、次のとおりとする。

- 一 療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費及び移送費の支給
- 二 傷病手当金の支給
- 三 埋葬料の支給
- 四 出産育児一時金の支給
- 五 出産手当金の支給
- 六 家族療養費、家族訪問看護療養費及び家族移送費の支給
- 七 家族埋葬料の支給
- 八 家族出産育児一時金の支給
- 九 高額療養費及び高額介護合算療養費の支給

あってもよい

ソーシャルウェルビーイング
生活の安定と福祉の向上
のための相談援助

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

- (1)医療職と福祉職の違い
- ①医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
- ②養成課程と国家試験の内容
- (2)医療の法制度との整合性
- ①福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
- ②「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
- = 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
- 「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価
- ③利用者に対する責任体制
- 「医師の指示」なし=『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
- 管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)
- (3)独自性をもつ福祉職の普及状況

医療法

第十五条 病院又は診療所の管理者は、この法律に定める管理者の責務を果たせるよう、当該病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督し、その他当該病院又は診療所の管理及び運営につき、必要な注意をしなければならない。

民法

- (使用者等の責任)
- 第七百十五条 ある事業のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、使用者が被用者の選任及びその事業の監督について相当の注意をしたとき、又は相当の注意をしても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。
- 2 使用者に代わって事業を監督する者も、前項の責任を負う。
- 3 前二項の規定は、使用者又は監督者から被用者に対する求償権の行使を妨げない。

3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性

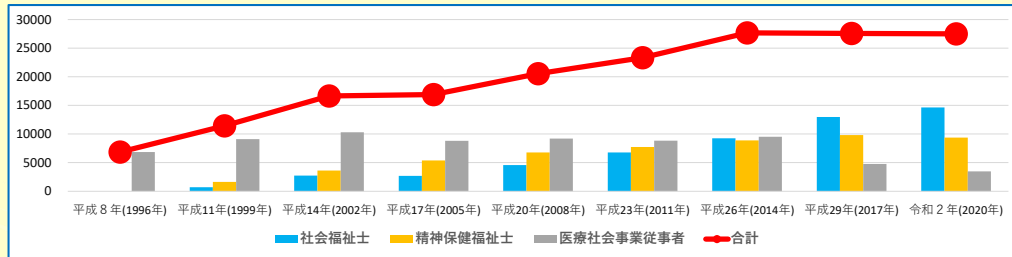
- (1)医療職と福祉職の違い
- ①医療職が行う「医行為」と「医師の指示」
- ②養成課程と国家試験の内容
- (2)医療の法制度との整合性
- ①福祉職だけでなく事務職も「医師の指示」は不要
- ②「健康保険の給付」にある「治療行為」以外のもの。
- = 生活を安定させる金銭給付(傷病手当金)
- 「医行為」を行わない社会福祉士・精神保健福祉士の診療報酬評価
- ③利用者に対する責任体制
- 「医師の指示」なし=『「医行為」に関する主治医の責任」が及ばない(医師法)。
- 管理者の監督義務(医療法第15条)、使用者責任・監督者責任(民法第715条)
- (3)独自性をもつ福祉職の普及状況

職種別にみた施設の常勤換算従事者数 (令和2(2020)年医療施設(静態・動態)調査(確定数)・病院報告の概況)		令和2(2020)年10月1日現在				
(単位:人)		診療科目				
		総数	精神科病院(再掲)	一般病院(再掲)	医療機関(再掲)	一般診療所
総数		2,102,713.3	161,481.8	1,941,231.5	224,378.2	766,481.9
1 医師		243,064.0	9,908.3	233,155.7	52,264.2	141,267.6
2 常勤	1)	188,338	7,020	181,318	44,613	104,731
3 非常勤		54,726.0	2,888.3	51,837.7	8,351.2	36,536.6
4 歯科医師		10,351.9	147.4	10,204.5	6,584.2	2,408.7
5 常勤	1)	7,960	77	7,883	5,053	1,424
6 非常勤		2,391.9	70.4	2,321.5	1,531.2	984.7
7 薬剤師		50,990.5	2,994.2	47,996.3	6,572.7	4,576.1
8 保健師		6,135.2	113.7	6,021.5	690.7	8,930.7
9 助産師		23,806.7	7.0	23,799.7	4,068.8	8,282.2
10 看護師		827,451.2	57,975.1	769,475.7	94,659.4	161,161.4
11 准看護師		90,774.9	22,221.2	68,553.7	184.6	85,283.0
12 看護業務補助者		153,382.3	22,160.9	131,221.4	6,144.6	18,302.5
13 理学療法士(PT)		84,459.3	251.1	84,208.2	2,642.9	16,505.2
14 作業療法士(OT)		47,853.9	6,958.4	40,895.5	1,145.5	3,201.8
15 機能訓練士		4,586.3	7.0	4,579.3	917.2	5,543.8
16 言語聴覚士		16,799.0	39.7	16,759.3	718.7	1,106.4
17 福祉施設員士		97.3	-	97.3	0.1	30.3
18 歯科衛生士		6,124.2	138.2	5,986.2	1,107.3	1,810.7
19 常勤	1)	...	...	...	...	...
20 非常勤		...	...	...	...	...
21 歯科技工士	1)	645.2	7.4	637.8	287.5	181.6
22 常勤		...	...	...	...	...
23 非常勤		...	...	...	...	...
24 歯科業務補助者		...	...	...	...	...
25 診療放射線技師		45,177.0	589.3	44,587.7	5,562.9	10,447.3
26 診療放射線技師		14.4	10.1	4.3	...	...
27 臨床検査技師		55,169.8	908.1	54,261.7	7,728.8	12,582.2
28 衛生検査技師		88.6	1.0	87.6	17.1	421.2
29 臨床工学技士		22,653.7	15.8	22,637.9	2,516.3	7,755.2
30 臨床工学士		934.5	14.2	920.3	2,135.1	2,135.1
31 看護管理師		439.1	3.0	436.1	13.7	3,649.3
32 管理栄養士		22,475.5	2,053.9	20,421.6	1,331.5	4,673.5
33 栄養士		4,444.8	779.2	3,665.6	221.9	1,594.8
34 療育保健福祉士		2,472.2	6,626.7	2,745.5	213.7	1,797.0
35 社会福祉士		14,643.4	115.4	14,528.0	660.4	1,606.1
36 介護福祉士		38,965.7	2,469.6	36,496.1	123.9	19,605.7
37 保育士		5,493.4	260.8	5,232.6	162.8	1,588.7
38 公認心理師		4,108.7	1,793.7	2,315.0	244.6	2,263.2
39 その他の技術員		14,552.6	1,094.4	13,458.2	2,205.2	4,903.8
40 医療社会事業従事者		3,478.1	94.3	3,383.8	327.5	1,102.2
41 事務職員		223,064.1	11,422.5	211,641.6	20,398.1	185,783.0
42 その他の職員		10,236.8	60,684.8	3,945.0	44,877.6	8,152.4

注:1) 医師、歯科医師、歯科衛生士及び歯科技工士の「常勤」は実人員である。
注:2) 病院の従事者数は、従事者数不詳を除く。

医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況にみる社会福祉士等の推移

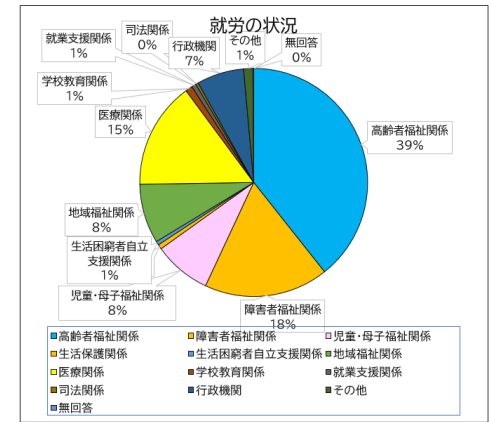
	平成8年 (1996年)	平成11年 (1999年)	平成14年 (2002年)	平成17年 (2005年)	平成20年 (2008年)	平成23年 (2011年)	平成26年 (2014年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)
社会福祉士	項目なし	705	2737	2696	4581	6767	9259	12967	14643
精神保健福祉士	項目なし	1625	3604	5378	6766	7723	8870	9822	9374
医療社会事業従事者	6837	9096	10299	8810	9201	8839	9527	4775	3478
合計	6837	11426	16640	16883	20548	23329	27656	27564	27496



社会福祉士の就労状況

(n=77576)

就労の状況	回答数(人)
高齢者福祉関係	30510
障害者福祉関係	13678
児童・母子福祉関係	6339
生活保護関係	514
生活困窮者自立支援関係	410
地域福祉関係	6539
医療関係	11727
学校教育関係	770
就業支援関係	503
司法関係	278
行政機関	5202
その他	1018
無回答	88



令和2年 社会福祉士就労状況調査 公益財団法人社会福祉振興・試験センター

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

- 講演者の紹介 ～「医療ソーシャルワーカー」について
- 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
- 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
- かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
- 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
- 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの

年表にしたがって

(1)明治元年～明治23年

(2)明治23年～昭和21年

かつての「医療制度」 はじまりごろ から 大日本帝国憲法まで				
年	医療制度	背景1	背景2	背景3
明治元年				鳥羽伏見の戦い →戊辰戦争
明治元年		五箇条の御誓文 欧米列強から日本を守るため、官民一体となって知恵を出し合い、世界列国と並ぶ実力を育てていくという宣誓。		
明治元年	「医学振興に関する太政官布告」 当時横行していた 非科学的医療を取り締まる方針 を明確にした。	政体書(太政官布告) 国家機関の組織を定め、基本方針に「五箇条の御誓文」を位置づけた。		
明治6年			徴兵令(太政官布告) 満17歳から40歳までの全国の男子を「国民軍」の兵籍に登録。満20歳で徴兵検査を受け、検査合格者の中から抽選で「常備軍」の兵役に3年間服させるなど。	
明治7年	「 医制 」発布 (太政官指導にもとづく文部省達) 西洋医学に基づく医学教育の確立と、 医師等の資格設定と許可制 、衛生行政の方針などを規定した。			
明治8年	陸軍病院条例(陸軍卿達) 「病兵」は、病氣や傷を負ってもリタイヤせず、軍の命令によって医療を受けさせ、病状が改善したら、配属部隊に戻すもの。			
明治10年				西郷隆盛・西南戦争
明治23年		大日本帝国憲法 天皇主権。国民は「 臣民 」。 基本的人権は「法律」によって制限できた。		

陸軍病院条例（明治8年10月17日 陸軍卿 山縣有朋 達）(抄）

「**摂生**(せっせい)服薬食品飲料、毫も(ごうも)医官の命に違(たが)う可(べ)からず。」

「**医官**回診の時は、病床に座して相当の礼をなす可(べ)し。

但、病症に因て座すること能(あた)わざるものは此限りにあらず。」

「**当直**及び**副直**医官は、病疾の諸事を理する者なるが故に、病兵は決して其命に違(たが)う可(べ)からず。」

「**看病人****看病卒**は医官に属し病室内外を監視し病者の看護を司る者にして病兵の使役に供する者にあらざれば病兵之を**使役**す可(べか)らざるは勿論互いに礼節を竭(つく)すべし。」**(以上、第20条抄)**

「**病兵**規則を犯す者あらば**当直**若しくは**副直**医官一々之を牒簿に録(ろく)し置き**全快**退院のとき其犯状を該隊に**報知**(ほうち)す可(べ)し。」**(第21条)**

「**病癒**えれば**送状**を附して帰隊せしむ。帰隊せしむるも猶(なお)些少(さしょう)の**治療**を要する者は其の旨趣を送状に記載し該隊医官に**報告**(ほうこく)す可(べ)し。」**(第34条)**

()内のふりがなは漆畑。

かつての「医療制度」 大日本帝国憲法から 日本国憲法まで				
明治23年		大日本帝国憲法 天皇主権。国民は「 臣民 」。 基本的人権は「法律」によって制限できた。		
明治27年				日清戦争
明治37年				日露戦争
大正3年				第一次世界大戦
大正11年	旧・健康保険法 労資協働・産業支援策			
昭和6年				満州事変
昭和12年				日中戦争～
昭和13年	旧・国民健康保険法 農村の窮乏救済策・強兵健康策		国家総動員法 戦時に際し国防目的達成のため、国内の人的および物的資源を統制、運用するもの。	
昭和14年			国民徴用令 軍需等の重要産業に国民を強制従事させる勅令	第二次世界大戦～
昭和15年	国民体力法 「未成年者の体力向上と結核予防」を目指したもの			日独伊三国軍事同盟
昭和16年				太平洋戦争～
昭和17年	国民医療法 「国民医療ノ適正ヲ期シ国民体力ノ向上ヲ図ル」ことを目的とする			
昭和20年				終戦
昭和21年		日本国憲法 国民主権。基本的人権の保障。 民主主義統治機構		

主なポイント

- 「病兵」 ＝ 傷病を抱えて戦えなくなったときも、退職(復員＝軍籍離脱)しない。
- 軍医は、傷病のことを熟知しているので、その命令に反してはならない。
- 規則を破ったものは、配属部隊に報告して、処分されることになる。
- 退院したら、在宅ではなく、配属部隊に戻る。

そこで、ここに「ない」2つのたほんとうにいせつなむものとは

→ インフォームドコンセントはない。

→ 「戦える人体」のみに関心。フィジカルとメンタル。
私生活はない ＝ ソーシャルウェルビーイングはない。

日本国憲法

第十三条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、**公共の福祉**に反しない限り、**立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。**

public welfare ↔ **common welfare**

第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
② 国は、すべての生活部面について、**社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。**

医療制度 「富国強兵」 → 「医療保障」

○国民健康保険法の施行について
(昭和三四年一月二九日発保第九号 各都道府県知事あて厚生事務次官通達)

福祉国家の理想を実現するため、政府はつとに社会保障の向上及び増進に努力してきたが、各種施策のうち**最も緊急を要するものが、疾病に対する医療保障の整備にある**ことは、広く一般の認めるところであつて、このため、政府は、昭和三二年度から最重要施策の一つとして、昭和三五年度を目標とする**国民皆保険の達成**をかけた、国民健康保険の普及を中心に諸般の基礎的条件の整備を進め、未実施市町村の解消、既存保険者の事業内容の充実につとめてきたところである。(以下省略)

○生活保護法の施行に関する件(抄)
(昭和二五年五月二〇日発社第四六号 各都道府県知事あて厚生事務次官通達)

第一 法律改正の趣旨

一 **旧法**は、救護法における**所謂慈恵的な救貧思想**を一応脱却していたのであるが、未だ完全に救貧法的色彩を拭払し得るに至らず、殊に憲法第二五条に規定されている生存権保障の精神が未だ法文上明確となつていなかったため、**新法**においては、**国が国民の最低生活を保障する建前を明確にする**ため、保護を受ける者の法的地位を確立し、保護機関等の職責権限と要保護者の**権利**との法的関係とを明瞭化するとともに、保護に関する不服申立制度によつて、要保護者が正当なる保護の実施を主張し得る法的根拠を規定したこと。

第二 一般事項

五

なお、**旧法**の下においては、生計の維持に努めない者又は素行不良な者は、保護の絶対的欠格者として取り扱われ保護を実施する余地がなかったのであるが、これは国民の最低生活保障法としての理念からみて好ましくないため、**新法**においてはこれを改め、急迫した事由がある場合には、一応先ず保護を加え、然る後、適切な指導、指示その他の措置をすべきこととなつてから、これらの点を実施機関等に十分理解させ、遺漏なき運用を期すること。

時代と価値観は変わっている
しかし、事実上、「人権」などが不明確なままにある。
あいかわらず発生してきた問題があった。



○薬害エイズ事件での人権軽視
○ハンセン病問題での人権軽視
○旧・優生保護法問題での人権軽視
○精神科医療において繰り返されている人権侵害事件
○「医療事故再発防止」のためにつくった事故調査制度の機能低下
○新型コロナのパンデミックに際して、「新型インフルエンザ対策総括会議」報告書(2010年6月)で指摘されていたことがほとんど活かされていなかった
という問題などがあった。

そして、現在、日常的な医療の現場にも、大小の問題が起こっていることが容易に想像できる。
そして、これからも、大きな問題が発生してくる「土壌」がそのまま。

かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなものについて、
人がもともと生まれながらにして持っている人権で、
インフォームドコンセントとソーシャルウェルビーイング
そして、それはいまだに、完全には取り戻せていないのではないか。

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～ 「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. **現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態**
6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
- ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
- ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
- ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

医療保険制度の目的 「医療保障」

医療保険制度

保険料

減額・免除等の制度

国民健康保険法第77条、健康保険法(一般にはないが、産前産後休業期間と育児休業期間は保険料徴収なし)
第159条、第159条の3、高齢者医療確保法第111条など

一部負担金

減額・免除等の制度

国民健康保険法第77条、健康保険法第75条の2、高齢者医療確保法第69条など

高額療養費支給の制度

国民健康保険法第57条の2、健康保険法第115条、高齢者医療確保法第84条など

保医発0304第5号 令和4年3月4日
厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知

第1 厚生労働大臣が定める揭示事項(揭示事項等告示第1関係)
(5) **保険外負担に関する事項**

(揭示例)
「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

紙おむつ代 1 枚につき ○○円
理髪代 1 回につき○○○○円
——— ——— ——— 円

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、**「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。**」

保医発0304第5号 令和4年3月4日
厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知

第3 **保険外併用療養費**に係る厚生労働大臣が定める基準等
(揭示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係)

12 **特別の療養環境の提供に係る基準**に関する事項(抄)

(8) **患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合**としては、具体的には以下の例が挙げられること。
なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。

① 同意書による同意の確認を行っていない場合(当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。)

② 患者本人の**「治療上の必要」**により特別療養環境室へ入院させる場合

(例)
・救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者

・免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

・集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要がある終末期の患者

・後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者(患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。)

・クロイツフェルト・ヤコブ病の患者(患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。)

③ **病棟管理の必要性等**から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

(例)
・MRSA等に感染している患者であって、主治医等が**他の入院患者の院内感染を防止するため**、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合

・特別療養環境室以外の病室の**病床が満床であるため**、特別療養環境室に入院させた患者の場合

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

(9) 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられるおそれがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。(3)に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。	5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態 ◇3つの大きな矛盾点 (1)「健康保険法」にある矛盾点 ①保険外負担の常態化(＝医療保障の瑕疵) ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(＝「福祉職」の独自性を曖昧化) (2)「医療法」にある矛盾点 ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(＝「人権」の曖昧化) ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(＝転院先、救急医療、専門医療など) (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点 ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける ◇垣間見る医療現場の状態 (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合) (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧 ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。 ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。
---	--

令和4年3月4日 保医発0304第2号 厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官連名通知 第21の2 患者サポート体制充実加算 1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準(抜粋) (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族(以下「患者等」という。)からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。 (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。 (3) (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。	B004 退院時共同指導料1 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関(以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及びI002において「在宅療養担当医療機関」という。)の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師(以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。)、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。
---	---

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
- ①保険外負担の常態化(＝医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(＝「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(＝「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(＝転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

医療法

第六条の十三 都道府県、保健所を設置する市及び特別区(以下この条及び次条において「都道府県等」という。)は、第六条の九に規定する措置を講ずるため、次に掲げる事務を実施する施設(以下「医療安全支援センター」という。)を設けるよう努めなければならない。

一 患者又はその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院等における医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院等の管理者に対し、必要に応じ、助言を行うこと。

二 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し、医療の安全の確保に関し必要な情報の提供を行うこと。

三 当該都道府県等の区域内に所在する病院等の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する研修を実施すること。

四 前三号に掲げるもののほか、当該都道府県等の区域内における医療の安全の確保のために必要な支援を行うこと。

平成19年3月30日 医政発0330036号 厚生労働省医政局長通知

医療安全支援センター運営要領(抜粋)

2 基本方針

センターは、次の基本方針により運営すること。

- (1)患者・住民と医療提供施設との信頼関係の構築を支援するよう努めること。
- (2)患者・住民と医療提供施設との間にあって、中立的な立場から相談等に対応し、患者・住民と医療提供施設の双方から信頼されるよう努めること。
- (3)患者・住民が相談しやすい環境整備に努めること。
- (4)相談者のプライバシーを保護し、相談により相談者が不利益を被ることがないように配慮する等、安心して相談できる環境整備に努めること。
- (5)地域の医療提供施設や医療関係団体の相談窓口や関係する機関・団体等と連携、協力して運営する体制を構築するよう努めること。

医政発 第0430003号
平成15年4月30日

各都道府県知事 殿



厚生労働省医政局長

医療安全支援センターの設置について (抜粋)

医療安全対策を総合的に推進し、医療に対する国民の信頼を高めるためには、身近な地域において医療に関する患者の苦情や相談等に迅速に対応する相談体制を整備し、患者・家族等と医療人・医療機関との信頼関係の構築に取り組んでいく必要がある。

従って、都道府県等においては、関係団体との連携・調整のもとに、この相談体制の整備を図ることが重要であり、今般、相談体制の運営方針等基本的な考え方を、別紙のとおり「医療安全支援センター運営指針」として作成したので、貴管下の保健所を設置する市又は特別区にも周知のうえ、当該指針を参考として体制整備に向けて積極的に取り組まれたい。

なお、当該指針は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言として通知するものであり、地域の実情に応じて弾力的に実施されたい。

おって、患者相談への対応事例集作成に関する研究報告書「患者相談への対応のあり方について」及び東京都における「患者の声相談窓口業務アウトライン」を添付するので、これらも参考に円滑な実施が図られるようお願いする。

患者の声相談窓口業務アウトライン

【平成14年7月】

東京都健康局医療政策部医療安全課



1 3 保険医療データ収集票（診療報酬レシートを併用）
○ 十分な別冊もないまま、入院時の病状代・おむつ代を求めた。 ○ 入院時に、いわゆる「預り金」を要求された。
対応方法： 実費徴収が認められているサービス等は規定されているため、下記の基準を参考に判断する。支払わなくてもよい場合には、病院との話し合いを勧める。病院が認めない場合で、相談者が「窓口」から病院への指導を希望した場合は、相談者の加入している健康保険を確認し、関係・老健ならば都道府県の保険主管課、社保ならば社会保険事務局に連絡し、指導してもらう。
根拠：平成14年3月18日付保医第0318001号厚生労働省通知 (1) 保険医療機関等内の見やすい場所に実費徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておく。 (2) 患者からの実費徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容及び料金等について明確かつ適切に説明し、同意を確認の上徴収する。この同意の記録は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行う。 (3) 患者から実費徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわが事収書を発行する。 (4) 「おむつ代」「施設管理料」「給食」等の曖昧な名目での実費徴収は認められない。
【実費徴収が認められているサービス等】 ① 日常生活上必要なサービスに係る費用 ア おむつ代 イ 病状貸与代（手術、検査等を行う場合の病状貸与を除く。） ウ テレビ代 エ 通院代 オ クリーニング代等 ② 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用 ア 証明書代 イ 診断書の複写手数料（複製、写しの交付等に係る手数料）等 ③ 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用 ア 在宅医療に係る交通費 イ 薬剤の寄附代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする）等
【実費徴収が認められないサービス等】 ア 入院費には係るもの（シーツ代、浴衣費、電気代、清拭用タオル代等） イ 材料に係るもの（ガーゼ代、絆創膏代、縫合糸代等） ウ サービスに係るもの（X線フィルムコピー代、手術前の制吐代等） エ その他（診療報酬の算定上、回数制のある検査等を複数回算定以上に行った場合の費用、新薬、新医療材料、先進治療等に係る費用）
【その他】 将来的に発生することが予想される費用を論証に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合には、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

1 6 診療報酬レシート
○ 同意もしていないのに個室に入られる経路ベッド料を請求された。 ○ 入院中、MRS Aに感染したため個室に入られる経路ベッド料を請求された。
対応方法： 経路ベッド料には徴収要件があり治療上の必要があれば支払わなくてもよいものであるから、下記の基準を参考に判断する。 支払わなくてもよい場合には、病院との話し合いを勧める。病院が認めない場合で、相談者が「窓口」から病院への指導を希望した場合は、相談者の加入している健康保険を確認し、関係・老健ならば都道府県の保険主管課、社保ならば社会保険事務局に連絡し、指導してもらう。
根拠：平成14年3月28日付保医第0328001号厚生労働省通知 【経路ベッド料を徴収してはならない場合の基準】 ① 同意書による同意の取得を行っていない場合 (例) 患者の医師の「治療上の必要」、看護員の署名のない同意書 ② 患者本人の「治療上の必要」により特別診療看護費へ入院させる場合 (例) 重症患者、後遺症患者等であって、病状が重篤なために安静を必要とする者、 気管挿入を要し、通院適切な看護及び介助を必要とする者、 気力低下し、感染源に罹患するおそれのある患者、 集中治療の実施、重篤な身体的・精神的苦痛を緩和する必要がある終末期の患者 ③ 実質的に患者の選択による場合 (例) MRS A等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択により予入院させたと認められる者

1 7 入院3ヶ月の3次評価報告書
○ 入院して3ヶ月たったところ、病室の移動が強制されるよう求められている。
対応方法： 3ヶ月で転院するよう病院から言われている場合、患者の状態により金銭的な経済的負担が大きいと判断し、より良い診療を受けさせるために隣接した病院に転院させるケースと、転院上の必要性があるにもかかわらず病院が転院上の理由で入院期間3ヶ月超過で転院させるケースがある。 転院先に関する事項については、主治医や病院のケースワーカー等との話し合いを勧める。相談者が病院に言い出しにくい等の理由で「窓口」から病院に伝えてもらいたいという希望があった場合は、病院に連絡し、相談者との話し合いを依頼する。 明らかに転院上の理由によるケースと思われる場合で、相談者が「窓口」から病院への指導を希望した場合は、相談者の加入している健康保険を確認し、関係・老健ならば都道府県の保険主管課、社保ならば社会保険事務局に連絡し、指導してもらう。
参考： 【診療報酬制度のしくみ】 診療報酬とは医療サービスとして入院期間が長くなれば、入院基本料等は低くなる。また老人一般病棟に入院している患者であっても、同一の診療報酬制度に90日を超えたら期間入院費という点、患者の置かれる状況にもよるが、入院基本料は低くなる。

医療法

第一条の二 医療は、生命の尊重と**個人の尊厳の保持**を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との**信頼関係に基づき**、及び医療を受ける者の**心身の状況に応じて行われる**とともに、その内容は、**単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。**

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。))において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

個人の尊厳 → 人権尊重・医療保障 → 権利擁護

ところが、信頼関係構築→医療安全支援センターの役割(権利擁護なし)

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

(1)「健康保険法」にある矛盾点

- ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
- ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)

(2)「医療法」にある矛盾点

- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
- ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)

(3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点

- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入院退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧

- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
- ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

病床機能報告制度

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

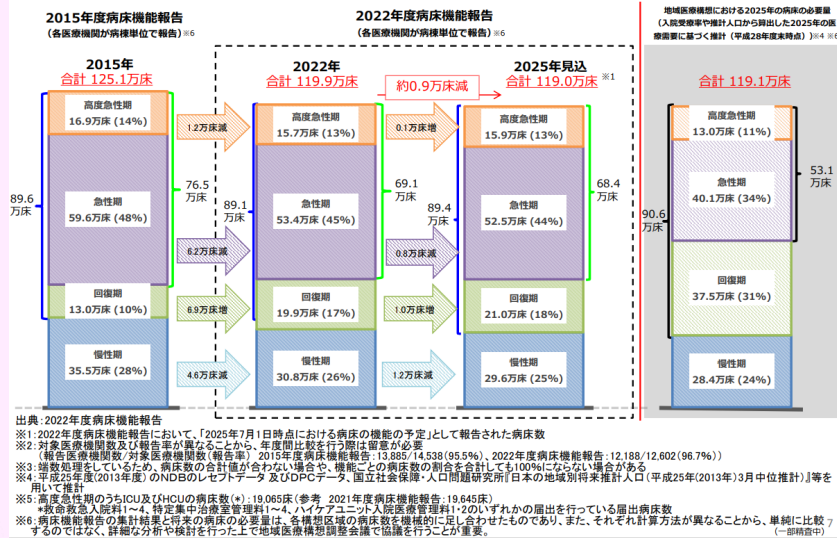
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供してなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

4



2022年度病床機能報告について

速報値



地域医療構想の実現プロセス

- まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
- 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援
都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備、設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

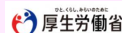
【医療法に定められている都道府県の権限】

- 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

- ※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。
- ※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

は、機能分化・連携が進まない場合は、将来の方向性を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

9



都における構想区域

- 東京都地域医療構想では、医療法第30条の4第2項12号に基づいて定める区域（二次医療圏）を「病床整備区域」と呼称する。
- 都における構想区域は「病床整備区域」とし、13区域で設定する。



- このほか、疾病・事業ごとの医療提供体制を推進する区域については「事業推進区域」として設定することとし、今後の患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて、全般的なレベルから地域包括ケアのレベルまで柔軟に運用する。



＜必要病床数等推計ツール＞2025年の医療需要推計（構想区域別）

＜参考＞1＞

◆2025年の医療需要

※レセプトデータをもとに、医療費投入量と患者数を推計し、病床稼働率で割り戻して推計した病床数

◆2025年患者住居地ベース

	高度急性期(床)	急性期(床)	回復期(床)	慢性期(床)	必要病床数計(床)	保健医療計画上の病床数(1274.1)				在宅医療等計(人)	介護・訪問診療のみ
						基準病床数	必要病床数との差	既存病床数	必要病床数との差		
区中央部	1,133.6	2,626.1	2,258.5	1,179.9	7,247.4	5,258.0	1,989.4	13,258.0	△6,009.9	11,884.2	9,055.0
区東部	1,247.2	1,620.0	2,791.6	1,455.9	6,900.0	5,000.0	1,900.0	8,000.0	1,000.0	17,000.0	17,000.0
区西部	1,204.9	3,950.0	3,106.4	1,958.9	10,489.4	9,847.0	642.4	9,847.0	642.4	24,344.0	19,774.0
区南部	1,706.2	2,038.9	2,711.5	2,022.9	11,789.2	10,000.0	1,789.2	10,000.0	1,789.2	41,000.0	18,000.0
区北西部	2,197.8	6,389.2	3,351.6	3,402.4	17,319.1	14,210.0	3,109.1	14,140.0	3,179.1	28,443.0	20,000.0
区北東部	1,584.1	4,094.2	1,954.9	2,287.1	11,923.1	10,000.0	1,923.1	10,000.0	1,923.1	19,200.0	15,000.0
区東北部	1,434.8	4,109.2	1,003.5	1,812.0	10,370.0	9,300.0	1,070.0	9,300.0	1,070.0	13,071.0	11,227.0
区南部	260.7	1,007.7	1,040.0	758.9	3,069.0	2,000.0	1,069.0	2,000.0	1,069.0	4,100.0	1,000.0
都心部	1,421.3	6,010.0	2,640.6	3,284.1	17,336.0	10,140.0	7,196.0	10,140.0	7,196.0	20,047.0	13,661.0
区東部	1,207.7	2,600.0	2,600.0	1,200.0	7,607.0	6,000.0	1,607.0	6,000.0	1,607.0	8,000.0	7,000.0
区西部	885.9	2,581.0	2,200.0	1,200.0	6,866.0	5,000.0	1,866.0	5,000.0	1,866.0	15,000.0	10,000.0
区南部	701.1	2,068.0	1,940.5	1,522.2	6,232.0	5,200.0	1,032.0	5,474.0	815.0	9,074.0	6,553.0
計	35.9	89.2	88.1	32.7	245.9	177.0	72.9	80.0	169.0	35.1	88.0
都心部	4,010.9	40,615.0	34,471.0	22,701.0	117,405.0	95,677.0	16,828.0	105,497.0	6,888.0	192,275.0	143,426.0

◆2025年医療機関所在地ベース

	高度急性期(床)	急性期(床)	回復期(床)	慢性期(床)	必要病床数計(床)	保健医療計画上の病床数(1274.1)				在宅医療等計(人)	介護・訪問診療のみ
						基準病床数	必要病床数との差	既存病床数	必要病床数との差		
区中央部	3,217.9	6,711.5	3,955.5	2,558.9	14,473.9	5,258.0	9,215.9	13,558.0	917.9	12,138.1	9,453.4
区東部	1,546.1	2,564.5	2,791.6	1,455.9	8,358.1	5,000.0	3,358.1	5,000.0	3,358.1	15,333.1	17,000.0
区西部	1,452.7	3,950.0	3,106.4	1,888.9	10,400.0	9,847.0	553.0	9,847.0	553.0	24,083.0	19,774.0
区南部	2,056.4	2,038.9	2,711.5	1,933.5	10,740.0	10,000.0	740.0	10,000.0	740.0	20,000.0	18,000.0
区北西部	1,844.8	5,512.7	4,879.3	3,146.7	15,383.0	14,210.0	1,173.0	14,140.0	1,243.0	28,443.0	20,000.0
区北東部	1,536.2	3,102.7	1,954.9	2,287.1	10,881.0	10,000.0	881.0	10,000.0	881.0	22,000.0	18,000.0
区東北部	1,387.4	3,633.8	2,739.1	2,567.7	10,328.0	9,300.0	1,028.0	9,300.0	1,028.0	13,071.0	11,227.0
区南部	260.7	1,007.7	1,040.0	758.9	3,069.0	2,000.0	1,069.0	2,000.0	1,069.0	4,100.0	1,000.0
都心部	1,421.3	6,010.0	2,640.6	3,284.1	17,336.0	10,140.0	7,196.0	10,140.0	7,196.0	20,047.0	13,661.0
区東部	1,207.7	2,600.0	2,600.0	1,200.0	7,607.0	6,000.0	1,607.0	6,000.0	1,607.0	8,000.0	7,000.0
区西部	885.9	2,581.0	2,200.0	1,200.0	6,866.0	5,000.0	1,866.0	5,000.0	1,866.0	15,000.0	10,000.0
区南部	701.1	2,068.0	1,940.5	1,522.2	6,232.0	5,200.0	1,032.0	5,474.0	815.0	9,074.0	6,553.0
計	15,652.0	42,201.0	34,614.1	21,054.1	113,521.0	95,677.0	17,844.0	105,497.0	8,854.0	190,501.0	137,826.0

◆（参考）病床機能報告 2014年7月現在報告結果

※一定性的な基準に基づき、病床単位で報告した自己申告の病床数

	高度急性期(床)	急性期(床)	回復期(床)	慢性期(床)	計
区中央部	6,153	3,778	285	485	10,701
区東部	1,132	2,001	504	1,279	5,916
区西部	1,200	6,010	711	1,855	9,776
区南部	1,811	4,010	606	1,200	7,627
区北西部	4,410	4,881	1,207	1,859	12,357
区北東部	2,567	3,404	521	2,114	8,606
区東北部	1,835	4,727	733	1,103	8,400
区南部	1,875	3,174	617	4,437	10,103
都心部	1,132	3,778	285	485	5,680
区東部	1,200	6,010	711	1,855	9,776
区西部	1,811	4,010	606	1,200	7,627
区北西部	4,410	4,881	1,207	1,859	12,357
区北東部	2,567	3,404	521	2,114	8,606
区東北部	1,835	4,727	733	1,103	8,400
区南部	1,875	3,174	617	4,437	10,103
都心部	1,132	3,778	285	485	5,680
計	31,071	43,207	7,038	24,789	106,105

＜注＞2025年の医療需要

- 在宅医療等の推計について
 - 医療費投入量と入居175名未満及び、慢性期の医療需要から移行して在宅対応とするもの、他、訪問診療・在宅療養で対応する医療需要
- 病院機能等について
 - レセプト稼働率活用上の制約のため、患者数や病床単位が1未満の場合、非表示となるため、調整が必要となり、値が異なる場合と区別している。

＜注＞ 病床機能報告 報告結果について

平成27年3月31日までに集計された106,064床のうち、報告数（84床）を削減し、医療機関平均病床数、集計率は49.95%、有床稼働率は71.1%

東京

＜注＞2025年の医療需要
○在宅医療等の推計について
医療費投入量175点未満及び、慢性期の医療需要から移行して在宅対応とするもの、他、訪問診療・看護施設で対応する医療需要
○網掛けセルについて「...」
レセプト情報等利用の法的制限から、患者等の集計単位が10未満の場合、非公表となっており、網掛けによって、値の真に2の倍数と区別している。

＜注＞ 病床機能報告 報告結果について

平成27年3月31日までに集計された106,064床のうち、無回答（464床）を除いた、
医療機能別許可病床数。集計率は病院99.5%、有床診療所75.1%



5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- 1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- 2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- 3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- 1)スピード感ある大量迅速な効率的入院退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- 2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- 3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- 1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- 2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- 3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- 1)スピード感ある大量迅速な効率的入院退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- 2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- 3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

医療ソーシャルワーカー業務指針

〔平成14年11月29日健康発第1129001号 厚生労働省健康局長通知〕

一 趣旨(抜粋)

この業務指針は、このような実情に鑑み、医療ソーシャルワーカー全体の業務の範囲、方法等について指針を定め、資質の向上を図るとともに、医療ソーシャルワーカーが**社会福祉学を基にした専門性を十分発揮し業務を適正に行うことができるよう**、関係者の理解の促進に資することを目的とするものである。

二 業務の範囲(抜粋)

医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(4) 受診・受療援助(抜粋)

入院、入院外を問わず、患者やその家族等に対する次のような受診、受療の援助を行う。

- ① 生活と傷病の状況に適切に対応した**医療の受け方、病院・診療所の機能等の情報提供等を行う**こと。

三 業務の方法等(抜粋)

保健医療の場において患者やその家族を対象としてソーシャルワークを行う場合に

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

(1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援 (現在の診療報酬制度に整合)

= 「人体」(疾病)に焦点化した医療職的思考が絶対的優位
→ 機械的・画一的マニュアル処理が中心化

= 個別の多様性をもった家庭事情(私生活・複合する生活課題)の
切り捨て傾向

= ソーシャルウェルビーイングの曖昧化

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

インフォームドコンセント = 説明のうえでの同意・不同意

「手続き」としては定着してきた。
ただ、実質的に、自己決定権は保障されているか。
単に「同意書」をとることだけが目的化していないか。

また、「提供される判断材料」に、「手術の成功率」などはあっても、
自分の場合はどちらになるか「賭け」になる。

手術をどうするか判断に際して、「生活していけるのか」、社会や地域
のフォロー体制はどうなっているのかなど、「ソーシャルウェルビー
イング」に関する情報提供はされることがあまりない。

関係者の意識から「切り捨て」られている。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

- (1)「健康保険法」にある矛盾点
 - ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
 - ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)
- (2)「医療法」にある矛盾点
 - ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
 - ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)
- (3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点
 - ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

- (1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)
- (2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない
- (3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧
 - ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
 - ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

ソーシャルウェルビーイングは、
高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉など、さまざまな社会福祉に関する行政機関や民間
事業所が担当している。

社会福祉法
(福祉サービスの提供の原則)

第五条 社会福祉を目的とする事業を営む者は、その提供する多様な福祉サービス
について、利用者の意向を十分に尊重し、地域福祉の推進に係る取組を行う他の地域住
民等との連携を図り、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な
連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようにその
事業の実施に努めなければならない。

ソーシャルウェルビーイングを図るには
多様な機関・事業所等との「連携」が必要。医療機関連携に限らない。

しかし、医療機関との連携だけに関心が寄せられていることが多い。
つまり、「ソーシャルウェルビーイング」に関する支援をすることについては、
曖昧になっている。

5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

◇3つの大きな矛盾点

(1)「健康保険法」にある矛盾点

- ①保険外負担の常態化(= 医療保障の瑕疵)
- ②診療報酬制度における福祉職と医療職との混同(= 「福祉職」の独自性を曖昧化)

(2)「医療法」にある矛盾点

- ①「権利擁護」が消失、「信頼関係の構築」が「基本方針」の筆頭(= 「人権」の曖昧化)
- ②安心できる医療提供体制をつくりきれない(= 転院先、救急医療、専門医療など)

(3)「医療ソーシャルワーカー業務指針」にある矛盾点

- ①「医行為」でない「医療保障に関する相談援助」(社会福祉)に「医師の指示」をかける

◇垣間見る医療現場の状態

(1)スピード感ある大量迅速な効率的入退院支援(現在の診療報酬制度に整合)

(2)インフォームドコンセントの提供の形式化、提供情報に生活関連情報がない

(3)ソーシャルウェルビーイングのための支援体制が曖昧

- ①「連携」先を「医療機関」に限定して考えている。
- ②ソーシャルウェルビーイングに関する「サービス提供部門」が曖昧である。

医療機関の組織規程では
「地域医療連携室」と「医療福祉相談室」が
いずれか選択制で、規定されていることがある。

○地域医療連携室は、地域の医療機関との連携業務を行う。
「医療職」の管理・命令系統の組織となっている。
「福祉職」が配置されていたとしても
命令下にあって「医療職」化したり、その「独自性」は減量される。
主として「医療連携」の問題に関するサービス提供責任体制。

○医療福祉相談室は、医療福祉相談を行う。
「福祉職」の管理・命令系統の組織となっている。
「ソーシャルウェルビーイング」の問題に関するサービス提供責任体制。

いずれも必要な提供体制。
ただし、「ソーシャルウェルビーイング」があいまいなため、業務の違いが明確
化されずに、混沌とした状態。

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

1. 講演者の紹介 ～ 「医療ソーシャルワーカー」について
2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態

6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

5. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

- (1)日本国憲法のとおりに人権に根ざした医療
- (2)WHO憲章の誠実な遵守(整合性をもつ国内法に整理)
- (3)ソーシャルウェルビーイングの実現責任を基本的施策に反映

5. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

- (1)日本国憲法のとおりに人権に根ざした医療
- (2)WHO憲章の誠実な遵守(整合性をもつ国内法に整理)
- (3)ソーシャルウェルビーイングの実現責任を基本的施策に反映

「大がかりで重大な人権侵害」が発生した。
再発防止のために患者の人権に根ざした医療の基本法が必要とされた。

医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)

前文

この法律はハンセン病問題、薬害、優生保護法に基づく強制不妊・強制堕胎手術及び非合法下における強制不妊・強制堕胎手術、医療事故、医療従事者の過労死など負の歴史を反省し、**医療を受ける者の権利保障を理念とし**、医療制度にかかわる関係者の信頼関係を土台にした医療制度を構築するために、関係者の意見を聴取しながら立案されたものである。

(中略)

ここに、**医療に関する施策について、憲法13条の保障する幸福追求権と25条の保障する生存権を具現化するものとして**、高い公益性・公共性を踏まえた医療の基本理念を明らかにするとともに、これを総合的かつ計画的に推進するため、この法律を制定する。

第1 総則

1 目的

この法律は、**医療に関する施策について、基本的人権の尊重を中心とする理念を定め、並びに国、地方公共団体、医療提供施設、医療従事者、医療関係団体、医療事業者、医療保険者及び国民の各責務を明らかにするとともに、医療に関する施策の基本となる事項を定めることにより、医療に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、もって国民の健康の保持・向上に寄与することを目的とする**こと。

2 基本理念

医療に関する施策は、次に掲げる事項を基本として行われなければならないこと。
(抜粋)

「① **すべて人は**、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件によって差別されることなく到達しうる最高水準の健康を享受する権利を有するものであり、**医療制度はその保障を目的とするものであること。**」

「② すべて人は、**病気や障がい**を理由に差別されないこと」

「④ **生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨として**、治療はもとより疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む**良質かつ適切な医療が**、医療従事者と医療を受ける者との**信頼関係に基づき**、及び**医療を受ける者の心身と生活の状況**に応じて行われるようにすること。」

5. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

- (1)日本国憲法のとおりに人権に根ざした医療
- (2)WHO憲章の誠実な遵守(整合性をもつ国内法に整理)
- (3)ソーシャルウェルビーイングの実現責任を基本的施策に反映

2 基本理念

医療に関する施策は、次に掲げる事項を基本として行われなければならないこと。

- ① すべて人は、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件によって差別されることなく到達しうる最高水準の健康を享受する権利を有するものであり、医療制度はその保障を目的とするものであること。**そこでいう健康とは、単に病気でないことを意味するものではなく、肉体的、精神的及び社会的に良好な状態を意味するものであること。**

基本理念

③ 医療を受ける者の権利には、良質かつ適切な医療を受けること及び医療を受ける者が自らの医療情報を知ることができること、また、医療情報が適切に扱われること、**必要性や危険性、費用並びに選択しうる他の方法の提示等の必要な情報を得ながら医療内容を決定することができることを**踏まえて尊重するとともに、権利が侵害された場合には迅速かつ適切に回復が図られるようにすること。

基本理念

⑤ 医療に関する施策は、**国民が参加し**、医療関係団体との相互信頼に基づき合意形成が行われ、医療を継続的、総合的に評価改善していく推進体制のもとに実施されるようにすること。

5. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性

- (1)日本国憲法のとおりに人権に根ざした医療
 - (2)WHO憲章の誠実な遵守(整合性をもつ国内法に整理)
 - (3)ソーシャルウェルビーイングの実現責任を基本的施策に反映
-

第 3 基本的施策

国及び地方公共団体は、次に掲げる施策を講ずるものとする。

- ⑥ 健康を維持するために必要な福祉相談援助が、医療と協働して提供されるための施策

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

プログラム

- 1. 講演者の紹介 ～ 「医療ソーシャルワーカー」について
 - 2. 「ソーシャルウェルビーイング」という重要な概念
 - 3. 医療の法制度に整合する「福祉職」の独自性
 - 4. かつての医療制度で失われていた2つのほんとうにたいせつなもの
 - 5. 現行の医療制度における3つの大きな矛盾点と垣間見る医療現場の状態
 - 6. 医療基本法要綱案(医療基本法フォーラム版)の必要性
-

ソーシャルウェルビーイングと医療基本法

漆畑真人

ご清聴ありがとうございました。