



社会歯科学2020



日本歯科大学

G10

社会歯科学の概要
について理解する。

SBOs

- 講義のアウトライン
- 社会歯科学の概要
- 社会歯科学の定義
- 社会歯科学の内容

▷ 社会歯科とは

A. 社会歯科学とは

社会歯科学 (Social Dentistry) とは、絶えず変化している歯科医学 (歯科医術・医道を含む) を、国民の歯科保健医療のうえに合理的に直結するための原理、方法、制度などを、主として理論・管理論的な立場から考究する学問領域である。

歯科医学の中の社会歯科学は、たとえば、歯科医師やその他の歯科保健医療関係者が関心を持つ歯科医学的、社会・経済的、政治的、心理的などの諸問題を明らかにし、歯科医学の問題の解決のために必要となる。

B. 社会歯科学の内容

現代の歯科医学は、基礎、臨床、社会の3領域によって構成されている。

基礎歯科医学は、解剖・口腔解剖学、歯牙解剖学、組織・口腔組織学、病理・口腔病理学、微生物・歯科微生物学 (細菌・口腔細菌学)、免疫学、生理・口腔生理学、薬理・歯科薬理学、生化・歯科生化学、歯科理工学 (歯科材料学・歯科器械学) などによって組み立てられている。

次に、臨床歯科医学は、口腔診断学、歯科保存治療学 (歯冠保存修復学・歯内療法学・歯周療法学)、口腔外科学 (歯科外科学)、歯科麻酔学、歯科補綴学 (有床義歯学、局部義歯学、歯冠・継続・架工義歯学、固定性局部義歯学)、矯正歯科学、小児歯科学、歯科放射線学、口腔内科学、歯科隣接医学などの科目で構成されている。

そして、社会歯科学は、衛生・口腔衛生学、公衆衛生・公衆衛生歯科学 (歯科公衆衛生学)、予防歯科学、栄養・歯科栄養学、社会歯科学、医事法学、歯科医療管理、医学史・歯学史 (歯科医学史)、法医学・歯科法医学 (法歯学)、医学概論・歯科医学概論 (歯学概論) などから構築されている。

〔社会歯科学との関連〕

歴史学：歯科医学史 (歯学史)、歯科医療制度など。

法学：医事法制 (歯科保健医療における法のかかわり、歯科関係者・歯科関係施設等の法規制)、医療過誤論 (医事紛争・医療事故・医療過誤等) など。

経済学：歯科医療経済など。

経営学：歯科保健医療の需要・供給、医療費・歯科医療費 (国民医療費、診療報酬)、歯科保健医療対策と損益評価、歯科医療管理・歯科医療管理、歯科関係諸産業 (製薬産業、歯科材料・器械関係産業、歯科技工所等) など。

社会学：歯科医療社会学、医療の社会化 (歯科医療の社会化)、歯科診療圏 (適正配置・開業規制) など。

倫理学：

道徳学：歯科医道（歯科医師・歯科医療倫理）、歯科関係職種の職業倫理、人体実験と適正歯科医療の関係など

教育学：歯科医学教育、歯科医師国家試験（制度論、実施技術論、評価方法論）、歯科医師の生涯研修と免許更新制、歯科専門医制度など。

政治学：健康の政策と政治、歯科医人の立法活動への参画など。

宗教学：宗教と医療・歯科医療のかかわりなど。

その他：歯学概論（医学・歯科医学の哲学）、健康の概念、生命論、生存権・生命権、尊厳死（安楽死）、行動心理学、予防歯科学、口腔衛生学、公衆衛生歯科学、学校歯科保健学、労働歯科衛生学等、歯科法医学、行動科学領域、自然科学関連領域など。

▶ 医療関係従事者

医療関係従事者

医師、歯科医師

歯科衛生士、歯科技工士、歯科助手

薬剤師、看護師、准看護師、助産師、保健師

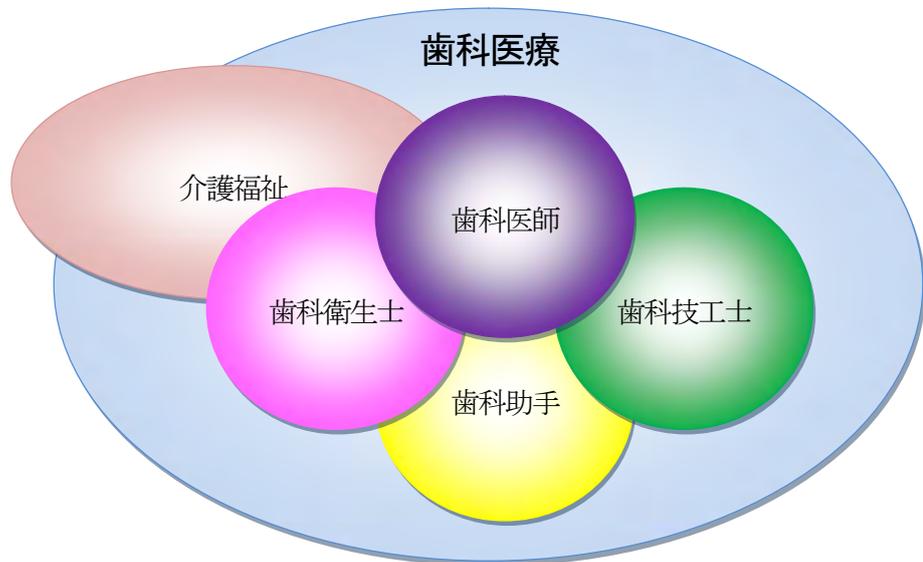
理学療法士、作業療法士、言語療法士、臨床心理士、

臨床工学技士、義肢装具士、視能訓練士

管理栄養士、栄養士

診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師

救急救命士



▶ 厚生労働省

▶ 医療連携

区分	資格	内容	資格試験	その他
保健・医療関係の仕事	薬剤師	調剤・医薬品の供給その他薬事衛生を行う。	国家資格	
	看護師	医師と協力し、患者の診断治療にあたっては医師を補助し、さらに、精神的にも肉体的にもケアを必要とする人々の療養上の看護をするとともに疾病の予防、健康の維持増進の上での援助も行う医療専門職。	国家資格	
	准看護師	都道府県知事から准看護師の免許が交付される。看護師との違いは、准看護師籍は都道府県が管理すること、准看護師は看護業務を医師、歯科医師または看護師の指示を受けて行なう（保健師助産師看護師法第6条）ことである。それ以外（職務内容）は看護師と変わらない。		知事免許
	助産師	妊娠、出産、産褥の各時期において必要な監督、ケアおよび助言を行い、自分自身の責任において分娩介助をし、新生児及び乳児のケアを行う	国家資格	
	保健師	保健指導に従事する。保健所、保健センターに勤務する地域保健師と企業に勤務する産業保健師がいる。	国家資格	
	理学療法士	身体機能障害の回復、リハビリテーション医（時に医師）の指示の下、その基本的動作能力の回復を図る。	国家資格	
	作業療法士	医師の指示の下に身体又は精神に障害のある者またはそれが予測される者に対し、応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図る。	国家資格	
	言語聴覚士	音声・言語機能又は聴覚障害のある者に対し、機能・言語訓練、検査及び助言、指導を行う	国家資格	
	臨床心理士	心の問題の援助・解決・研究を行う専門家	民間資格	
	臨床工学技士	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）及び保守点検を行う。	国家資格	
	義肢装具士	医師の指示の下に、義肢及び装具の装着部位の採型、義肢、装具の製作、身体への適合を行う。	国家資格	
	視能訓練士	視機能障害回復のための検査、矯正訓練を行う。有資格者の9割が女性。	国家資格	
	管理栄養士 栄養士	傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導。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給食管理。	国家資格	栄養士は知事免許
	診療放射線技師	医療機関において放射線を用いて撮影・治療を業務とする。	国家資格	
	臨床検査技師	医師・歯科医師の指導下に、各検査（微生物、血清、血液、病理、寄生虫、生化学的、生理） 採血 、心電図、脳波等の検査を行う。	国家資格	
衛生検査技師	臨床検査技師の業務のうち、生理学検査以外の検査（検体検査）を行う	国家資格		
救急救命士	救急患者に対して救急車で病院に到着するまでの間、医師の具体的、包括的指示のもとで救急救命処置を行う	国家資格		

相談・援護関係の仕事	社会福祉士	福祉サービスの必要な人やその家族の相談にのり、適切な福祉サービスに結び付ける役割を果たす。	国家資格	
	医療ソーシャルワーカー	患者が安心して医療が受けられるように、経済的、精神的不安を解消するための相談を担当する。	法的規制なし 社会福祉士が多い	
	■介護福祉士	介護のエキスパートとして、高齢者や障害者の日常生活の援助をする。	国家資格	介護関係 従事者
	■ケアマネジャー (介護支援専門員)	介護保健制度下で介護サービス計画の策定や管理を実施。看護師やヘルパー等の実務経験必要		介護関係 従事者
	■ホームヘルパー	高齢者や障害者の自宅を訪問し、生活上の援助や介護を行う在宅サービスの担い手。	国家資格	介護関係 従事者
	社会福祉主事 任用資格	福祉事務所等で社会福祉主事に任用されて働く資格。大学、短大で指定科目履修で取得可。	国家資格	
	保育士	保育所等の施設で子ども達の健やかな成長を見守ると同時に、基本的な生活習慣を身につけるように働きかける。	国家資格	

その他の分野	臨床心理士	心の悩みや問題をもっている人の心理面での問題解決にあたる。	国家資格	
	義肢装具士	義肢装具をつくと同時に、機能回復を促進する。	国家資格	
	手話通訳士	手話によるコミュニケーションを促進する。	公的資格	
	栄養士 栄養管理士	食事面からの栄養管理や栄養指導を行う。	国家資格	
	調理師	献立表を基に食事をつくったり、衛生管理も行う。	国家資格	
	盲導犬訓練士	視覚障害者の歩行をサポートする盲導犬を訓練する。	協会認定	

コ・メディカル (co-medical)・・・医療 (共同) 従事者	
<p>以前はパラ・メディカル (para-medical) とも言われていた。パラ・メディカルのパラは「側面」「補助」の意味であるが、現在は「医療共同従事者」を意味するコ・メディカル (co-medical) と言うようになっている。医師、歯科医師以外の医療従事者のことを指し (法的、あるいは学問的な区切りはない) ている。日本では、古くから、医師、歯科医師、薬剤師、看護師の4職種が医療職として主なものであった。しかし、医療技術の高度化や医師・歯科医師の専門性向上をカバーできる高度医療従事者の輩出などにより、コ・メディカルの職種が増加している。</p>	

G10
医療管理と歯科医師との関係及び社会保障と歯科医療との関連について理解する。

SBOs
 医療関係従事者について説明する
 社会保障、ベバリッジ報告、社会保障審議会、欧米の社会保障の説明をする
 社会保険制度の主要な法律を説明する

1-1 社会保障

1935年 米国 Social Security Act

1938年 ニュージーランド

第2次大戦以後に一般化した。

日本では、日本国憲法制定以後一般化した。

(参考：憲法は11章103条からなり、我が国における最高法規で、医療に携わる人々にとって重要なのは【憲法第13条】、【憲法第25条】である。第3章に第13条と第25条がある。

日本国憲法第13条【基本的人権の尊重】

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。

日本国憲法第25条【生存権、国の社会的使命】

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。

▷ **言葉の由来**

社会保障という言葉

「社会保障」という言葉は、英語の Social Security に対応する日本語として使われている。我が国では、1946（昭和21）年公布の日本国憲法第25条の規定中に「社会保障」という用語が使われ、その後一般化していった。英語の Social Security という言葉も、20世紀になってから使用されるようになった比較的新しい言葉である。この言葉が、世界で初めて法律に使われたのは、1935年制定のアメリカの社会保障法である。当時のアメリカは、世界恐慌後の対策としてニューディール政策が展開されていたが、失業者等に対する経済保障制度の創設が急務の課題とされていた。既にこの頃には西欧諸国では、失業保険や医療保険等の社会保険制度が創設・運用されていたが、アメリカでは、この法律により初めて、老齢年金保険制度、失業保険制度、高齢者や要保護児童を抱える生活困窮者に対する公的扶助制度などが創設された。この法律は連邦議会に上程した当初は、「経済保障法案」(Economic Security Bill) という名称であったが、「経済保障」ではその意味する範囲が狭く、一方ヨーロッパにおける「社会保険」とも相違することから、「社会」と「保障」を結合して、「社会保障」という合成語ができたといわれている。

次いで、1938年に、ニュージーランドで「社会保障法」が制定される。1942年には、ILO（国際労働機関）が、報告書『社会保障への途』を刊行し、各国の社会保障制度の歩みやその内容を整理し、ニュージーランドの制度を新しい型の社会保障制度のモデルとして紹介した。こうして「社会保障」という言葉が一般化していった。また、1941年8月のチャーチル（イギリス首相）とルーズベルト（アメリカ大統領）の洋上会談により発表された大西洋憲章中に「社会保障」に関する提案が盛り込まれたことも、この言葉が世界中に広まる契機になったといわれている。

平成11年版 厚生白書より

▷ 社会保障審議会

■ 社会保障の範囲の規定

社会保障制度審議会（昭25年10月16日）

「社会保障制度に関する勧告」

「社会保障制度の総合調整に関する勧告」（昭37年8月）

- 狭義の社会保障…………… ① 公的扶助
② 社会福祉
③ 社会保険
④ 公衆衛生および医療

広義の社会保障……………①+②+③+④+恩給+戦争犠牲者援護

関連制度……………住宅対策、雇用（失業）対策

☆ 日本の社会保障はベバリッジ報告（1942年、昭17年）の影響を受けている。



Beveridge, William Henry
オリオンプレス提供
(2001年・目で見える社会保障
法教材、有斐閣より)

ベバリッジ報告

1942年11月、ウィリアム・ベバリッジが彼を委員長とする委員会での検討をもとに政府に提出した戦後のイギリスの社会保障の方向を示した報告書『社会保険および関連サービス』の通称である。

ベバリッジは、社会進歩を阻む五つの害悪として、窮乏、疾病、無知、不潔、怠惰をあげ、このうちの窮乏に対する策として社会保障を位置づけた。すなわち、彼は社会保障の範囲を所得保障に限定し、所得の中断または喪失によって発生する一般的ニーズに対する社会保険、および例外的ニーズに対する公的扶助によって窮乏からの解放を達成しようとした。中核となる社会保険については、全国民に均一額の最低生活給付を提供し、これに対応して拠出も均一額とすること、諸制度を統合し、行政責任を一元化することを原則とした。社会保障の目標達成のための不可欠の条件として、児童手当、保健サービス、完全雇用をあげた。このベバリッジ報告は、イギリスにとどまらず、戦後の世界各国の社会保障制度の展開に大きな影響を与えた。

▷ 社会保障審議会

社会保障制度審議会

社会保障制度審議会設置法（1948〔昭和23〕年）により、内閣総理大臣の所轄に属し、社会保障制度につき調査、審議および勧告を行うことを目的として設置された審議会である。これまでに数々の勧告・建議・答申などを行ってきた。なかでも重要なのが、わが国社会保障制度の発展の基礎を築いたといわれる1950（昭和25）年「社会保障制度に関する勧告」のほか、経済成長による所得格差の拡大等に対処することをねらいとした1962（昭和37）年「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告」、21世紀超高齢社会にふさわしい社会保障の再構築をめざした1995（平成7）年勧告「社会保障体制の再構築・・・安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」などである。なお同審議会は2001（平成13）年1月の中央省庁再編に伴い廃止され、その任務の一部については、内閣府におかれる経済財政諮問会議に統合された。また厚生労働省のもとに、社会保障審議会が設置され、基本的な政策のあり方を審議することになった。

▷ 社会保障の定義

社会保障制度審議会による「社会保障」の定義

我が国では、日本国憲法第 25 条の規定中に、「社会保障」という言葉が表れる。

第 25 条は、

- ① 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。

と規定し、国民の生存権を保障するとともに、社会保障制度の法的基礎を成している。

ここで使われている「社会保障」という言葉は、イギリス、アメリカのような用法であるが、いずれにせよ明確な定義はなされていない。

現在まで、我が国で社会保障制度についてよく用いられてきた定義は、1950（昭和 25）年の社会保障制度審議会勧告におけるものである。ここでは、次のように定義している。

「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥ったものに対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである。」

この定義では、第一に、病気やけが、出産、老齢、障害、失業といった生活上困窮を引き起こしかねない事態に対して、保険的方法（社会保険）か直接公の負担による方法（社会扶助）を用いた経済保障で対応すること、第二に、現に生活に困窮している者に対しては、国家扶助（生活保護制度）によって最低限度の生活を保障すること、第三に、これらの方法とあわせて、公衆衛生及び社会福祉の向上を図ること、を社会保障制度の内容と位置づけている。

平成 11 年版厚生白書より

欧米諸国において「社会保障」という言葉が意味するもの

各国で「社会保障制度」と呼ばれているものは、その国の国民性や価値観などを基盤にして、社会体制や経済状態、政治的条件等を反映しながら形成されてきたものである。したがって、各国の制度を見ると、仕組み、内容ともに千差万別である。国際比較をする場合には、こうした各国間の制度面の様々な相違を認識した上で比較をしないと誤解しやすい。

社会保障 (Social Security) という言葉の意味も我が国と異なっている。イギリスでは、Social Security とは、年金や児童手当のような所得保障を意味する。我が国でいう社会保障に近い用語としては、社会政策 (Social Policy) 又は社会サービス (Social Services) が用いられている。Social Policy 又は Social Services という用語は、所得保障や、医療 (イギリスでは国民保健サービス (National Health Service)) 及び対人福祉サービス (Personal Social Services) を含む概念である。さらに、住宅政策や教育、雇用も含んだ概念で使われている。また、アメリカでも、社会保障 (Social Security) は年金等の所得保障の意味で使われることが多い。

我が国でいう福祉サービスは Human Services と呼ばれ、福祉 (Welfare) は、資産調査付きの租税財源によるサービス、特に母子世帯を対象にした貧困家庭一時扶助 (TANF) を指して用いられることが多い。ただし、アメリカ

の社会保障法 (Social Security Act) は、所得保障である年金保険のみならず、失業保険、母子保健、障害者福祉、老人医療、医療扶助等を含む総合的な法律となっている。フランスでは、社会保障 (Securite Sociale) というと、疾病保険や老齢保障等の社会保険を指している。社会保険に加えて、社会扶助 (老齢、障害、疾病等の事由について現金給付、サービスの提供を行うもので、所得制限がある)、社会事業 (所得制限がないその他の社会福祉活動) 及び自立最低所得保障制度を総合して、社会的保護 (Protection Social) と呼んでいる。ドイツでは、社会保障 (Soziale Sicherheit) は、社会保険、社会補償 (戦争犠牲者援護等) 及び社会的援助・助長 (社会扶助や修学援助等) を含む概念となっている。ただし、社会福祉という用語 (Soziale Wohlfahrt) は、あまり用いられない。

平成 11 年版厚生白書より

1-2 社会保障制度の主要法律

▷ 社会保障制度の 主要法律

社会保障制度は、国民生活の安定や国民の健康の確保を目的としたものであり、老齢・障害等によるハンディキャップを負った人々が円滑に社会生活を営むための各種サービスを提供する社会福祉、病気やけがに伴う特別の出費に対応するための医療保険、病気の予防や治療の確保、老齢・死亡・障害・失業等による収入の減少に対する所得保障などをその内容としている。

公的扶助	生活保護法
社会福祉	(老人保健法)、身体障害者福祉法、 精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子福祉法、母子 保健法
社会保険	
医療保険	健康保険法、国民健康保険法、 船員保険法 (注 1)、 各種の共済組合法 (注 2) 高齢者医療確保法 (高齢者の医療の確保に関する法律)
年金保険	厚生年金保険法、国民年金法、各種の共済組合法、 農林漁業団体職員組合法
失業保険	雇用保険法
災害補償	労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法、 地方公務員災害補償法
児童手当	児童手当法
公衆衛生・医療	伝染病予防法、結核予防法、精神衛生法、予防接種法、 清掃法、医療法、薬事法、下水道法
環境政策	公害対策基本法、公害健康被害補償法、 自然環境保全法

(注 1) 船員保険法は、医療、年金、失業、災害補償の各部門をもつ総合的
社会保険

(注 2) 国家公務員、地方公務員および私立学校教職員の各共済組合がある。
医療と年金部門をあわせもつ。

社会保障制度を学習する際の重点事項  厚生労働省 HP 社会保障教育より改変

◆社会保障教育の意義

子どもたちが将来、自立した大人として自分らしい生き方を実現するためには、自ら考え、判断する力を身につけ、社会の中で自分の役割を果たしていくことが必要です。

社会保障の学習と言うと、年金や医療など個別の制度の学習を思い浮かべられるかも知れませんが、少子高齢化の進行や地域・家族の変容、経済の低迷など社会経済情勢が大きく変化している昨今、個別の制度論よりも先に、そもそも社会保障制度がよって立つ社会のあり方を考えることが大切ではないでしょうか。

社会保障という仕組みを共通項として、身近な地域社会の中での一人ひとりの役割、助け合い、連帯といったことから、行政や国の機能・役割まで、自ら主体的に考えるきっかけとすることができます。こうした学習を広く展開することは、子どもたちの成長にとって大きなプラスになるものと考えています。

社会保障の理念

■リスクと自立と社会保障制度

・人生を生きていく上では様々なリスクがあること ・やむを得ない理由で様々な助けを必要としている人々がいること ・誰もが助けを必要とする状態になる可能性があること ・自立した生活を支援するために、社会保障制度があること ・日本では全ての国民に人間として最低限度の生活が保障されていること。そのための制度が社会保障であること

■日本の社会保障制度の考え方 ・日本の社会保障は「社会保険」が中心で、他に社会福祉、公的扶助、公衆衛生があること ・それぞれの財源は、税や社会保険料（と自己負担）で賄われていること（可能であれば税と社会保険料の違い） ・社会保険の受給は社会保険料の納付が原則であること ・社会保障制度は一人ひとりが支えていかなければならないものであること ・社会保障制度は、市場経済だけでは果たせない社会の安定等の目的を達成するために所得再分配を行っていること ・社会保障制度はその所得再分配機能を通じて対象者個人の生活を守っているだけでなく、経済・社会の安定・活性化にも役立っているということ ・社会保障制度は国ごとに大きく異なり、その国の社会のあり方を映し出していること

■日本の社会保障制度の考え方 ・日本の社会保障は「社会保険」が中心で、他に社会福祉、公的扶助、公衆衛生があること ・それぞれの財源は、税や社会保険料（と自己負担）で賄われていること（可能であれば税と社会保険料の違い） ・社会保険の受給は社会保険料の納付が原則であること ・社会保障制度は一人ひとりが支えていかなければならないものであること ・社会保障制度は、市場経済だけでは果たせない社会の安定等の目的を達成するために所得再分配を行っていること ・社会保障制度はその所得再分配機能を通じて対象者個人の生活を守っているだけでなく、経済・社会の安定・活性化にも役立っているということ ・社会保障制度は国ごとに大きく異なり、その国の社会のあり方を映し出していること

G10
 社会保障と国民との関わり、人口動態と高齢社会を考え、社会保障のなかの所得保障を理解する。

SBOs
国民と各社会保障制度、福祉制度との関わりについて説明する
人口と社会保障について解説する
所得保障について説明する。

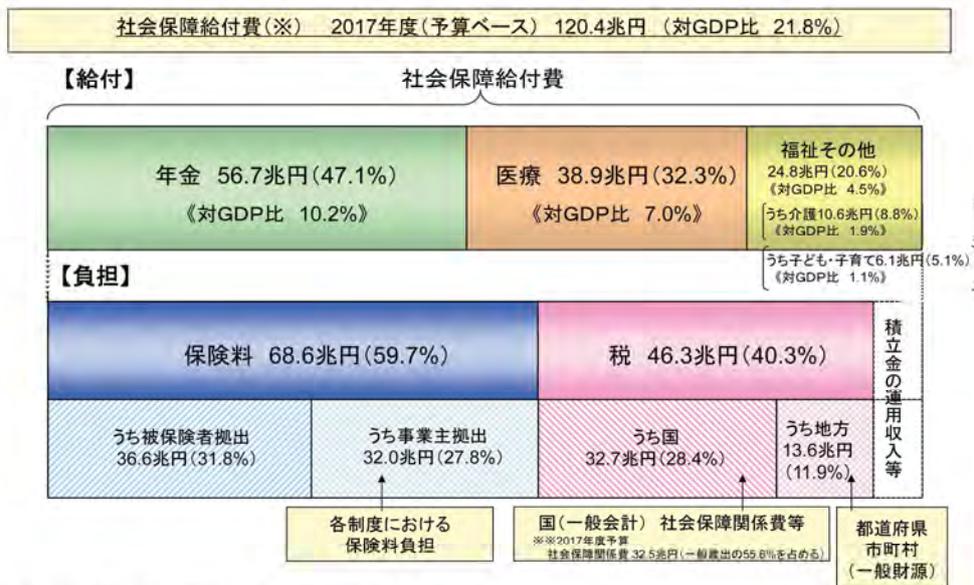
2-1 社会保障制度と福祉制度

国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度



(資料) 社会保障制度改革 厚生労働省 HP より

社会保障の給付と負担の現状(2017年度予算ベース)



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

▷ 人口と社会保障

2-2 人口と社会保障

人口の少子高齢化、都市集中化、核家族化、就業構造の変化について言及する。

- 1) 少子高齢化社会
- 2) 世界有数の長寿国
- 3) 高齢者の扶養が社会保障の重要問題

我が国では、諸外国のなかでも類を見ない速度で少子・高齢化が進行している。65歳以上人口は、平成62(2050)年には35.7%に達することが予想され、合計特殊出生率は、平成15(2003)年には1.29にまで低下した。

国民の生活環境を見てみると、都市部を中心に核家族世帯・単独世帯が増加するなど家族形態が変化するとともに、女性の就業者の増加や雇用形態の多様化など就業構造が変化している。一方、我が国の経済は、近年、低成長で推移しており、産業の空洞化や経済の国際化等に対応するための構造改革が求められている。

▷ 少子化

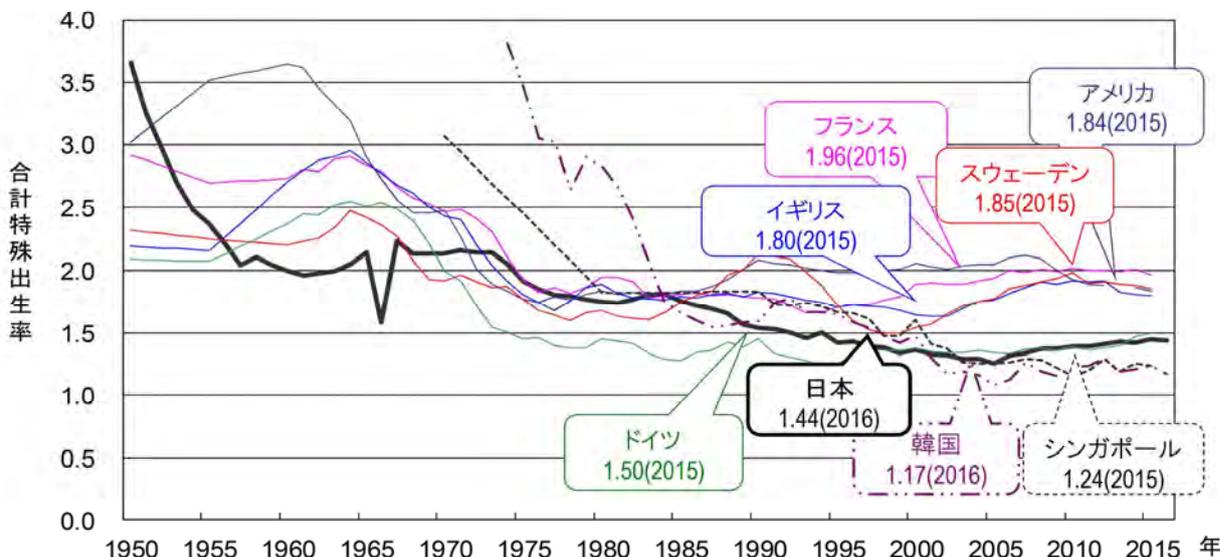
我が国の合計特殊出生率(注)は、戦後は4を超えていたが、1950年代から2程度にまで低下した後、1960年代から1970年代前半まで、ひのえうまを除き、緩やかな上昇傾向にあった。しかし、その後は1980年代前半を除いて緩やかに低下し、2003(平成15)年には1.29と初めて1.3を下回り、2004(平成16)年も同じく1.29となっている。先進諸外国と比較すると、イタリアなどの合計特殊出生率の低い国のグループに属する。

(注) 少子化の状況を表す指標としてしばしば用いられるのが「合計特殊出生率」がある。これは、15～49歳の年齢別の出生率(=母親の年齢別出生数/年齢別の女性の人数)を合計したものであるが、年齢構成が異なる地域ごとの出生の状況を比較するとき用いる指標である。ここでいう合計特殊出生率は「期間合計特殊出生率」といい、このほかに、「1人の女性が一生の間に生む子どもの数」として同一年生まれの出生率を積み上げた「コーホート合計特殊出生率」という出生率がある。

Link ▷ 出生率の国際比較 平24年人口動態統計 厚労省

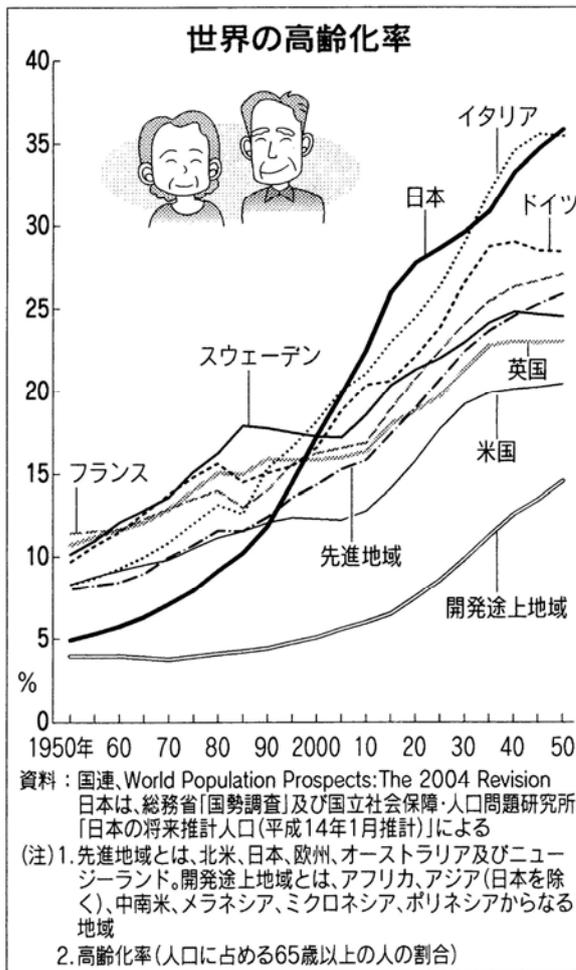
諸外国の合計特殊出生率の推移

○我が国の出生率を諸外国と比較すると、ドイツや南欧・東欧諸国、アジアNIESとともに、国際的にみて最低の水準。
○また、2006年以降の出生率は、横ばいもしくは微増傾向だが、2016年も1.44と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。



資料：人口動態統計(日本)、UN「Demographic Yearbook」、Eurostat等

▷ 高齢化



2005年(平成17年)9月19日 言 査 査

65歳以上 5人に1人



2005年8月29日 日本経済新聞より

Link ▷ 70歳以上2000万人突破 ■ 08.9.15. 朝日

▷ 平均寿命

平均寿命の国際比較

(単位：年)

	国	作成基礎期間	男	女
	日本	2011	79.44	85.90
北アメリカ	アメリカ合衆国	2010	76.2	81.1
アジア	イスラエル	2010	79.7	83.4
	韓国	2010	77.2	84.1
ヨーロッパ	フランス	2011	78.2	84.8
	アイスランド	2011	79.9	83.6
	イタリア	2011	79.4	84.5
	ノルウェー	2011	79.00	83.45
	スウェーデン	2011	79.81	83.70
	スイス	2010	80.2	84.6
	イギリス	2008-2010	78.20	82.27
オセアニア	オーストラリア	2008-2010	79.5	84.0

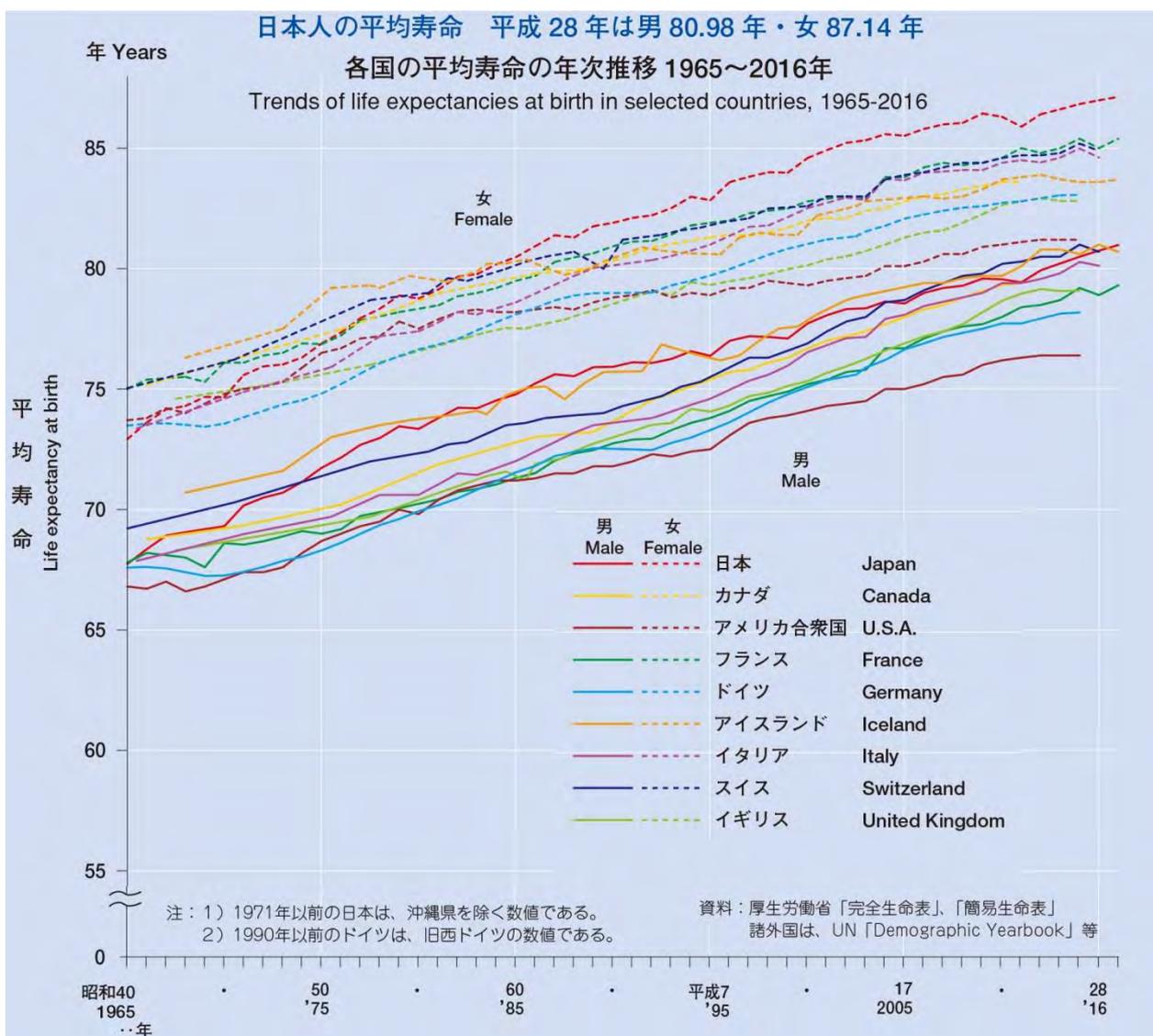
(注) 当該政府の資料による。

平成24年版 厚生労働白書より

Link ▷ 平均寿命更新 ■ 08.8.1. 日経

Link ▷ 加齢に立ち向かう医療

Link ▷ 高齢世帯20県で40%超



生命表では各年齢の人が平均であと何年生きるかを示す平均余命が算出される。そのうち、零歳児の平均余命が、平均寿命に該当する。5年に1度の国勢調査を基に、完全生命表がまとめられ、それ以外の年は簡易生命表が作成される。

★ 従属人口指数

14歳以下と65歳以上の人口を加え、これを15歳から64歳の生産年齢人口で除した数に100を乗じたもの。

従属人口指数は大正末期から昭和15年頃まで常に71程度で、昭和45年には約50まで低下したが、その後上昇してきている。かつての日本は、幼少年人口が多かったが、昭和20年代から出生率が低下して来たため高齢者は増加するが児童は増えないという先進国パターンになってきた。

★ 高齢化社会での問題点

- ① 高齢者医療——→医療費の増加
 (原因) 高齢者の有病率が高い
 慢性の疾患が多い
 長期の療養が必要

★その他の医療費増加原因

- ・医師の増加
- ・高度の医療

- ② 年金の改善——→国民の費用の負担の増加

★ 住民の都市集中化、核家族化の問題点

- 都市集中——→住宅、交通、教育、医療、社会福祉、サービスの地域的
 配置の片寄り
 核家族——→各種の事故に対する家族の適応能力を弱める

▷ まとめ

■ 社会保障制度に影響を与える主な要素

★早婚・多子・短命から晩婚・少子・長命の傾向
 多様な社会保障制度の対応が必要となる。

- ① 合計特殊出生率1.29、出生数112万人 (平成15年)
 (合計特殊出生率1.44、出生数97.6万人 平成28年)

対応・施策→少子化対策の推進

第二次ベビーブームの後、昭和49(1974)年以降、出生数は減少し続け、平成14(2002)年は約115万人となっている。国立社会保障・人口問題研究所の推計では、平成18(2006)年に、我が国は総人口が減少し始め、人口減少社会になるとされている。

近年の出生数減少の原因としては、乳幼児死亡率が低下したこともあり、少ない子どもを大切に育てたいという一般的な風潮(多産多死から少産少死へ)や、高学歴化や女性の社会進出などにより晩婚・晩産化が進み、出産する期間が短くなっていることがあげられる。しかし、その背景には、性別役割分業を前提とした職場優先の企業風土、核家族化や都市化の進行等により、仕事と子育て両立の負担感が増大していることや、子育てそのものの負担感も増大していることがあると考えられる。少子化への対策については、平成6(1994)年に子育て支援を社会全体として取り組むべき課題と位置づけるとともに、今後10年間を目標として取り組むべき施策を社会保障だけでなく、教育、雇用、住宅などの分野も含めて総合的な計画としてとりまとめた「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」が策定された。また、平成11(1999)年に、「少子化対策推進特別閣僚会議」において、「少子化対策推進基本方針」が決定され、それに基づき、同年、総合的な実施計画として「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について(新エンゼルプラン)」が策定された。

また、平成15年には「少子化社会対策基本法」及び「次世代育成支援対策推進法」が成立し、平成16(2004)年には「少子化社会対策基本法」に基づく「少子化社会対策大綱」が策定されるとともに、同大綱の効果的な推進を図るため「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画(子ども・子育て応援プラン)」が策定されるなど、少子化対策が重点的に取り組まれていく。

② 核家族化(昭和40年3.75人、平成15年2.76人)、高齢世帯の増加

三世帯世帯とは親・子・孫が同居した世帯、核家族世帯とは夫婦だけ、または夫婦と未婚の子どもだけの世帯、単独世帯とは1人だけの世帯をいうが、三世帯世帯は急速に減少し、代わって核家族世帯・単独世帯が増加してきている。世帯人員でみても平均世帯人員は減少してきており、平成15(2003)年には2.76人と3人を下回るに至っている。

こうした傾向は今後も続き、平成32(2020)年には、核家族世帯の割合が58.0%、平均世帯人員は2.49人になるものと推計されている。

高齢化の進行とともに高齢者(65歳以上の者)のいる世帯は次第に増加しており、平成15年で1727万世帯、全世帯数の3分の1強(37.7%)を占めるようになってきている。このうち、単独世帯が19.7%、夫婦のみの世帯が28.1%、三世帯世帯が24.1%となっている。この割合の推移をみると、三世帯世帯は低下傾向、単独世帯および夫婦のみの世帯は上昇傾向にある。この理由としては、平均寿命の伸長により子どもが独立した後の期間が長くなったこと、家族意識の変化により老後は子どもに頼らずに生活していこうという高齢者が増加してきていること、都市部を中心に住宅事情のため三世帯同居が難しくなってきていることなどが考えられる。

高齢者のみの世帯、すなわち家族による介護が不可能または困難な世帯の増加は、介護を社会全体によって支える介護保険の創設が必要となった要因の一つである。世帯主年齢が65歳以上の高齢世帯の総数は、平成7(1995)年の869万世帯から平成32(2020)年には1847万世帯と約2倍に増大することが見込まれ、とりわけ、単独世帯の伸びが大きいものと推計されている。

③ 人口の都市集中化

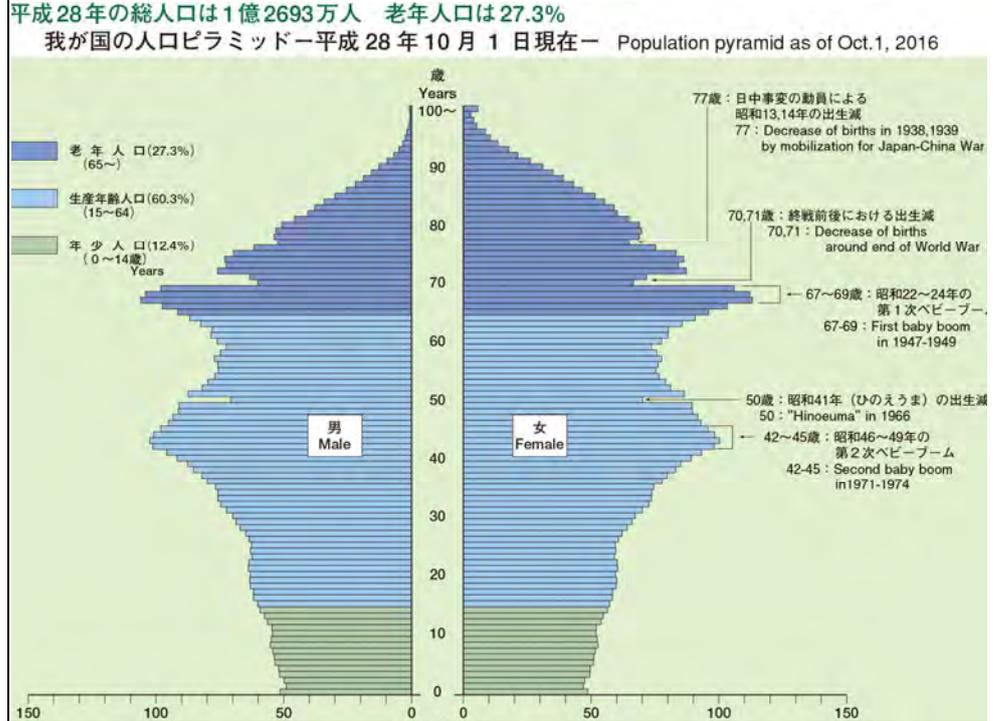
戦後の経済発展の過程を通じて、人々の大都市圏への集中が進み、都市部においては、人口の流動化、近所づきあいの希薄化が進み、地域のコミュニティを変容させるなど大きな影響をもたらしている。一方、地方においては、過疎化、高齢化が進行している地域があり、地域ごとの差異が拡大している。

厚生労働省「平成12年老人保健福祉マップ」によれば、65歳以上人口の比率が高い市町村では50%を超えているところもある一方、首都圏を中心とする比較的新しいベッドタウンにおいては、7%程度のところもあり、若年層を中心とした年齢構成となっている。

▷ 人口ピラミッド

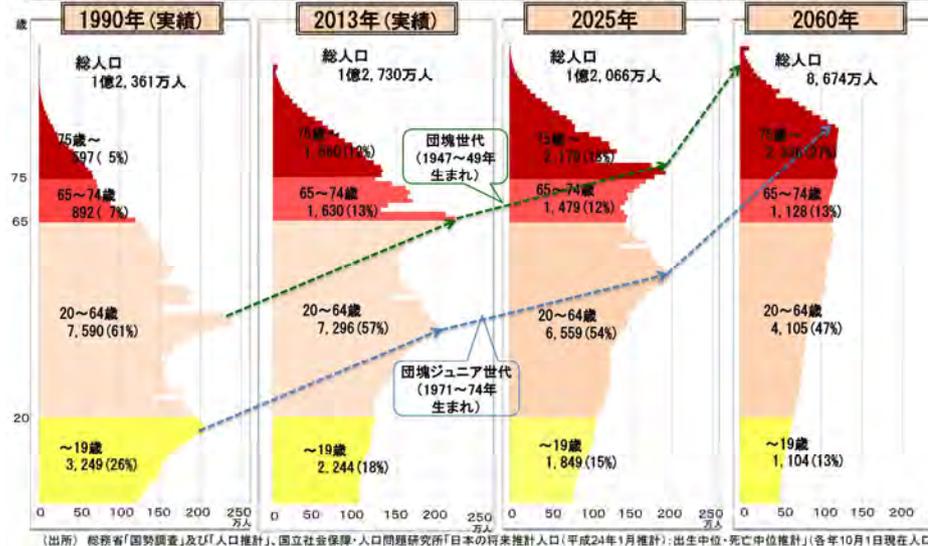
国勢調査は、我が国に住んでいるすべての人を対象とする国の最も基本的な調査で、国内の人口や世帯の実態を明らかにするため、5年ごとに行われる。国勢調査の結果は、衆議院の小選挙区の画定基準、地方交付税の算定基準など、多くの法令でその利用が明記されている。また、国や地方公共団体における様々な施策の立案・推進に利用されるのみならず、学術、教育、民間など各方面で広く利用されている。

国勢調査による年齢ごとの人口を男女別にグラフ化したものである。下図は、平成22年の国勢調査による人口ピラミッドである。

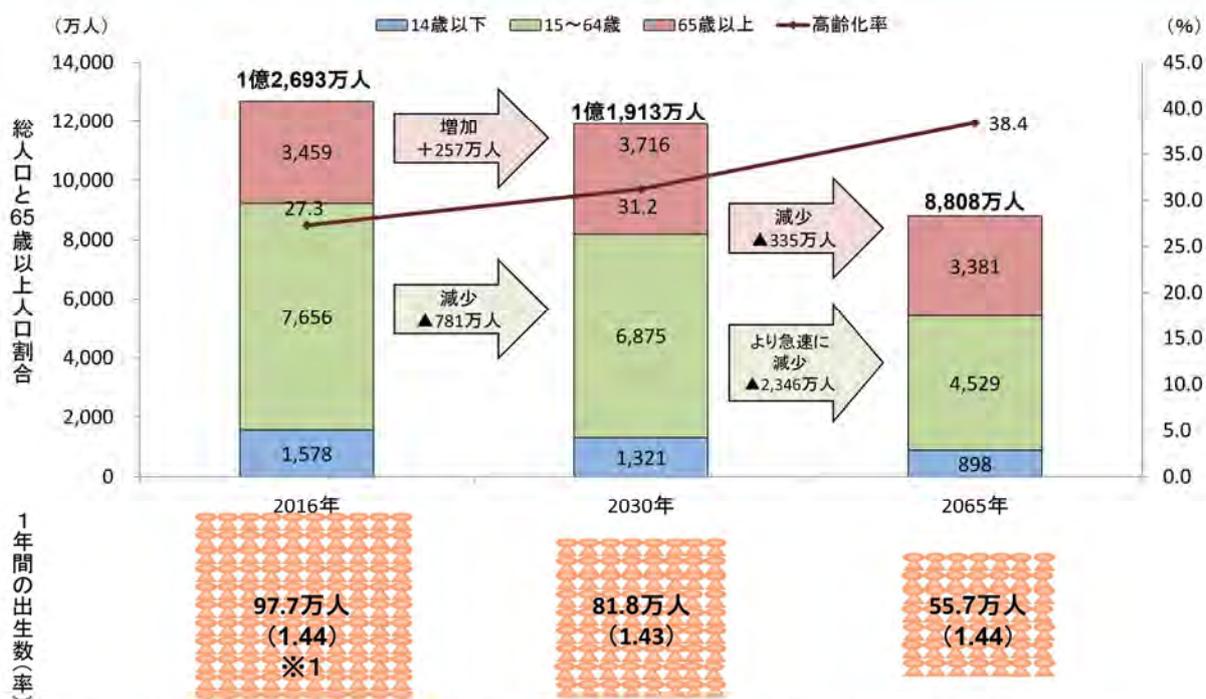


日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



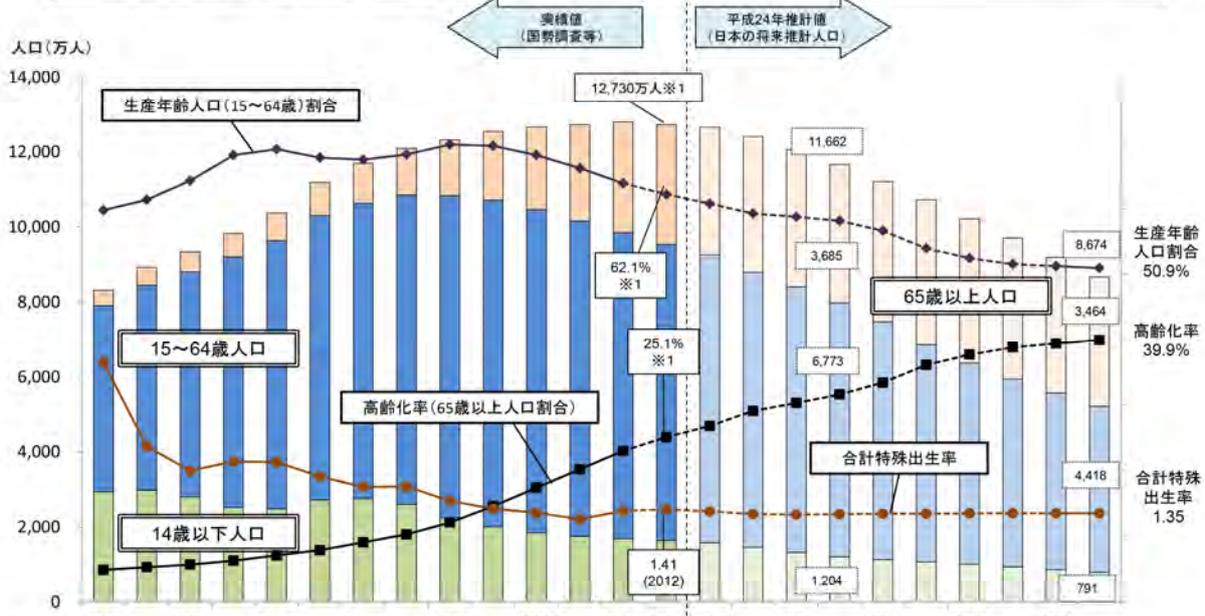
今後の人口構造の急速な変化



(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)：出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」
※1 出典：2016(平成28)年人口動態統計

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」
※1 出典：平成25年度 総務省「人口推計」(2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

▷ 人口動態総覧

	 出生	 死亡	 乳児死亡 (再掲)	 死産	 婚姻	 離婚
平成5年	1,188,282人 27秒に1人	873,532人 36秒に1人	5,169人 101分39秒に1人	45,060胎 11分39秒に1胎	792,658組 40秒に1組	188,297組 2分47秒に1組
平成9年	1,191,655人 26秒に1人	913,402人 35秒に1人	4,403人 119分22秒に1人	39,546胎 13分17秒に1胎	775,651組 41秒に1組	222,635組 2分22秒に1組
平成10年	1,203,147人 26秒に1人	936,484人 34秒に1人	4,380人 120分に1人	38,988胎 13分29秒に1胎	784,595組 40秒に1組	243,183組 2分10秒に1組
平成12年	1,177,669人 26秒に1人	961,653人 32秒に1人	4,010人 131分4秒に1人	38,452胎 13分29秒に1胎	792,658組 40秒に1組	250,529組 2分6秒に1組
平成16年	1,110,835人 28秒に1人	982,031人 31秒に1人	3,122人 2時間48分49秒に1人	45,060胎 13分40秒に1胎	720,429組 44秒に1組	270,815組 1分57秒に1組
平成17年	1,062,604人 30秒に1人	1,084,012人 29秒に1人	2,960人 2時間57分34秒に1人	31,830胎 16分31秒に1胎	714,261組 44秒に1組	261,929組 2分に1組
平成18年	1,092,662人 29秒に1人	1,084,488人 29秒に1人	2,863人 3時間3分35秒に1人	30,912胎 17分に1胎	730,973組 43秒に1組	257,484組 2分2秒に1組
平成19年	1,089,745人 29秒に1人	1,108,280人 28秒に1人	2,828人 3時間5分51秒に1人	29,323胎 17分55秒に1胎	719,801組 44秒に1組	254,822組 2分4秒に1組
平成21年	1,070,025人 29秒に1人	1,141,920人 28秒に1人	2,556人 3時間25分38秒に1人	27,021胎 19分27秒に1胎	707,824組 45秒に1組	253,408組 2分4秒に1組
平成22年	1,071,304人 29秒に1人	1,197,012人 26秒に1人	2,450人 3時間34分32秒に1人	26,560胎 19分47秒に1胎	700,214組 45秒に1組	251,378組 2分5秒に1組
平成23年	1,050,698人 30秒に1人	1,253,463人 25秒に1人	2,463人 3時間33分24秒に1人	25,755胎 20分24秒に1胎	661,899組 48秒に1組	235,734組 2分14秒に1組
平成24年	1,037,101人 30秒に1人	1,256,254人 25秒に1人	2,298人 3時間49分21秒に1人	24,804胎 21分15秒に1胎	668,788組 47秒に1組	235,394組 2分14秒に1組
平成25年	1,029,800人 31秒に1人	1,268,432人 25秒に1人	2,185人 4時間33秒に1人	24,093胎 21分49秒に1胎	660,594組 48秒に1組	231,384組 2分16秒に1組
平成26年	1,003,532人 31秒に1人	1,273,020人 25秒に1人	2,081人 4時間12分33秒に1人	24,093胎 21分49秒に1胎	643,740組 49秒に1組	222,104組 2分22秒に1組
平成27年	1,005,656人 31秒に1人	1,290,428人 24秒に1人	1,916人 4時間34分19秒に1人	22,621胎 23分14秒に1胎	635,096組 50秒に1組	226,199組 2分19秒に1組
平成28年	976,979人 32秒に1人	1,307,765人 24秒に1人	1,928人 4時間33分22秒に1人	20,938胎 25分10秒に1胎	620,523組 51秒に1組	216,805組 2分26秒に1組

資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

(注) 2013(平成25)年は概数である。

G10

所得保障の意味と関連する各制度について理解する

SBOs

- 社会保険の種類を列記する
- 公的扶助について説明する
- 児童手当について説明する
- 生活保護制度について説明する

2-3 所得保障

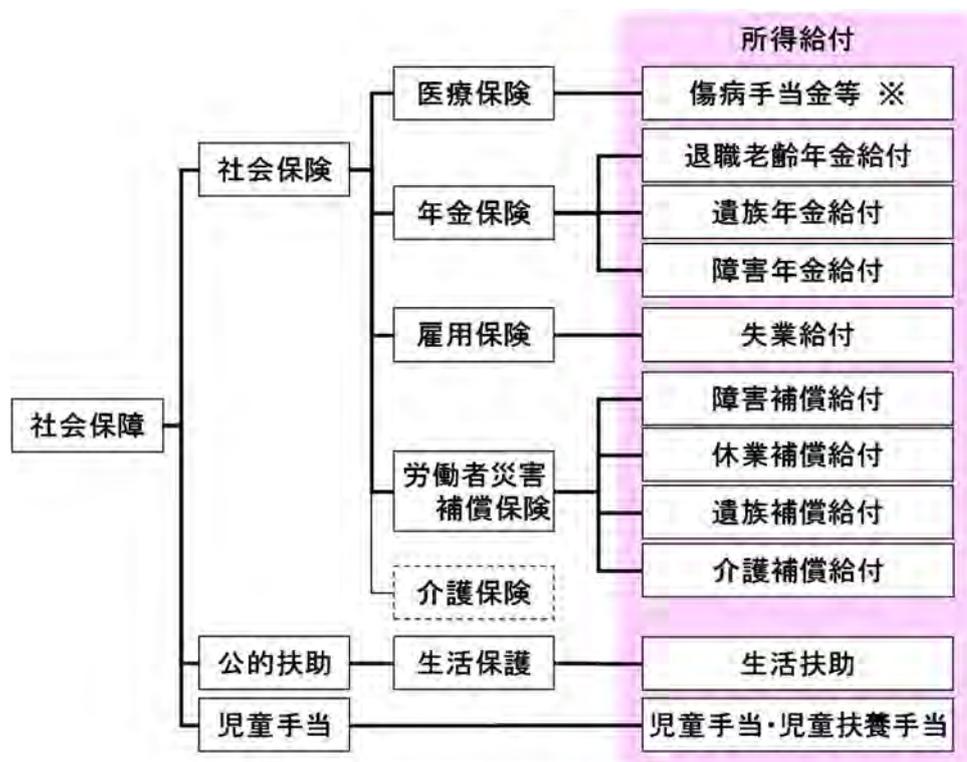
<内容>障害、老齢、死亡、児童の扶養等のさまざまな事故により、一時的、恒常的に生活費や介護費が得られないとき、国民の所得を保障する制度で、社会保障の支柱をなすものである。

わが国では、

- 1) 各種社会保険制度における所得給付（現金給付）
- 2) 児童手当などの手当制度
- 3) 生活保護などの公的扶助

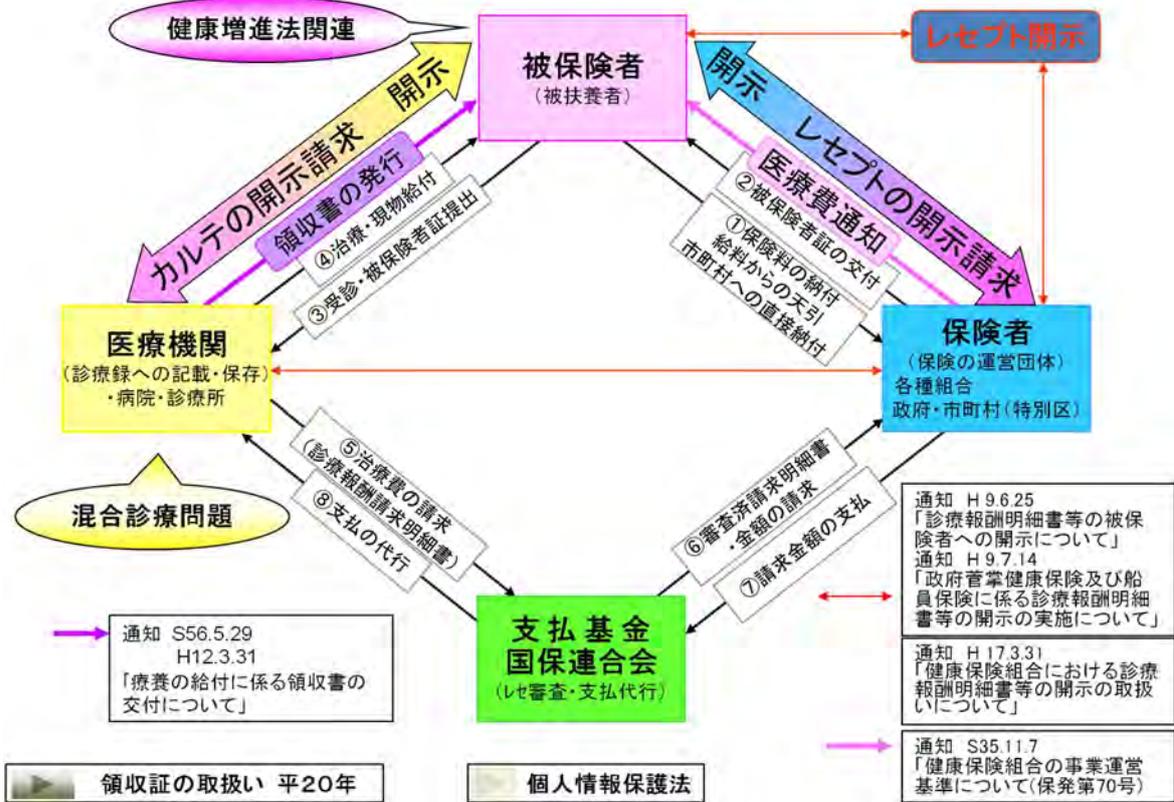
▷ 社会保険の種類

<種類>

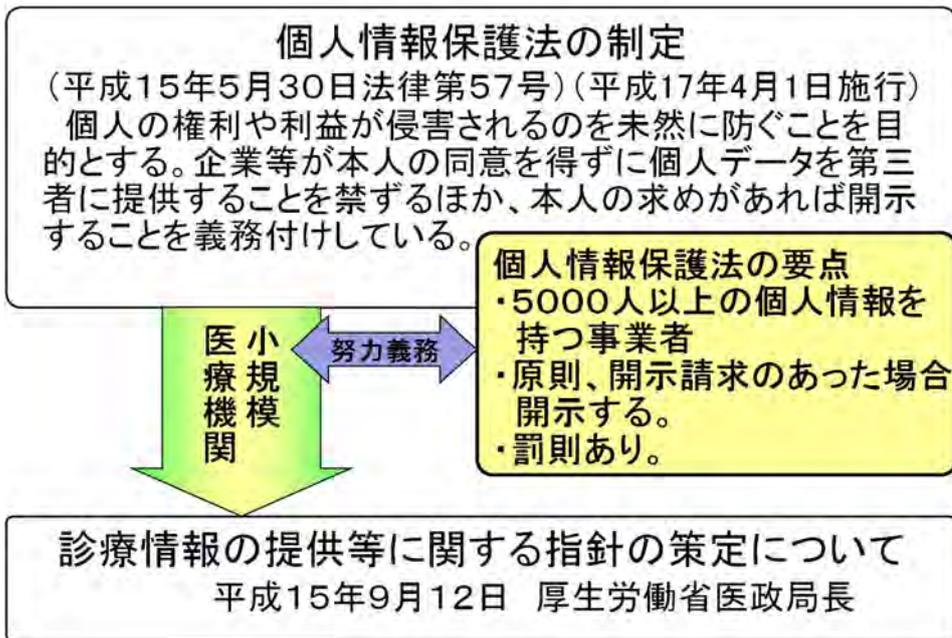


▷ 最近の医療保険

[医療保険において医療の給付を行う際、特に注意すべき事項]



▷ 個人情報保護法



G10

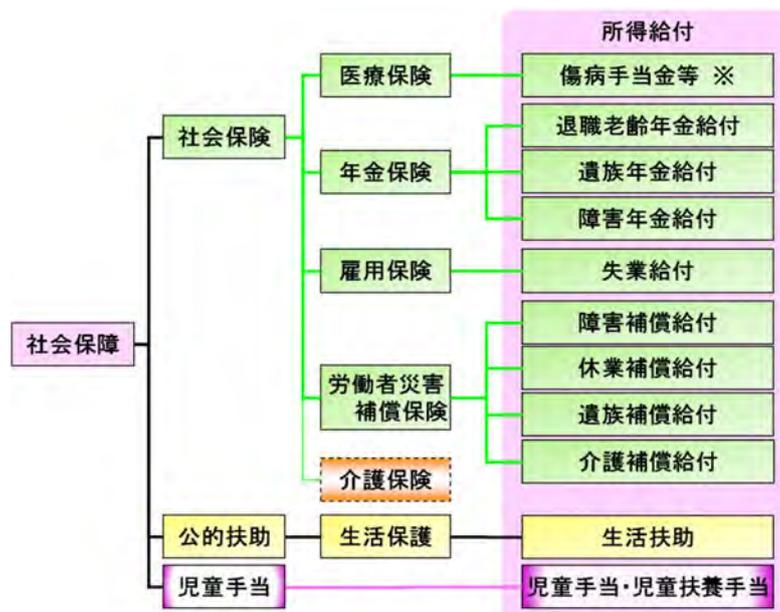
所得保障の意味と関連する各制度について理解する

SBOs

- 社会保険の種類を列記する
- 公的扶助について説明する
- 児童手当について説明する
- 生活保護制度について説明する

▷ 社会保険と所得給付

3-1 社会保険の種類



■社会保険には

医療保険、年金保険、雇用保険、災害補償保険、介護保険がある。

わが国において、国民皆保険、皆年金の体制が整い、国民全体が何らかの制度によって、医療保険及び年金保険の対象とされている。しかしながら、医療保険、年金保険についての制度のたてかたは、多種の制度が並立し、しかもその内容が制度ごとに異なっているという現状である。わが国においては、まず職域ごとに危険に応じて相扶共済制度が発達し、次いでやや広く一般「被用者」に社会保険が適用実施され、さらにこの職域保険にもれる一般住民等について地域保険が実施されるという経過を経て、皆保険、皆年金が達成されたという事情に基づくものといえる。

①被用者のための職域保険

A 一般労働者

- 健康保険法 (医療)
- 厚生年金保険法 (年金)
- 雇用保険法 (失業)
- 労働者災害補償保険法 (労災)

B 特殊職域の労働者

- 船員保険法 (医療、年金、失業、労災)
- 国家公務員等共済組合法 (医療、年金)
- 地方公務員等共済組合法 (医療、年金)
- 私立学校教職員共済組合法 (医療、年金)
- 農林漁業団体職員共済組合法 (年金)

②一般住民のための地域保険

国民健康保険法（医療）

国民年金法（年金）

以上のようにわが国の社会保険制度は各種の制度が分立し、制度間で給付と負担の不均衡が生じているところから、給付と負担の公平を図っていくことが重要な課題となっており、昭和58年2月には老人保健法が施行されて70歳以上の者、65歳から69歳までの寝たきりの者については、被用者であるか否かを問わず、医療保険の医療給付に代えて、この老人保健制度によって医療が行われることとなった。また、年金制度の改革により昭和61年4月から基礎年金制度が導入され、職域保険の被保険者も国民年金法の適用を受けている。

社会保険は、その果たす役割によって、医療保険、年金保険、雇用保険、災害補償保険および介護保険に分けられるので、それについて説明する。

▷ 医療保険

A) 医療保険

医療保険は、疾病、負傷、死亡または分娩など短期的な経済的損失について保険給付をする制度である。

医療給付は金銭を支給する方法はとらず、医療機関にかかった費用を、保険者から支払うという現物給付の形をとるのが原則である。また、被用者については、業務上の傷病および死病については医療保険でなく、使用者の補償責任を担保する災害補償保険の保険事故とされている。

なお、被用者のための医療保険では、被保険者である被用者本人だけでなく、その者の扶養する被扶養者の事故についても給付が行われる。

▷ 年金保険

B) 年金保険

年金保険は、老齢、障害、死亡を主な保険事故として、原則として各種の年金給付を支給する制度であって、労働能力の長期的喪失または生計維持者の死亡について、その本人または遺族の生活を保障しようとする長期保険である。従って、同じく死亡を保険事故としていても、医療保険では、埋葬料が、年金保険では遺族年金が支給される。

年金給付の主体である老齢年金については、普通25年以上の長期間にわたる保険料の拠出と、一定年齢への到達とを条件として、給付が行われ、保険料もまた長期的に計算されて定められている。

▷ 雇用保険

C) 雇用保険

昭和49年12月の第74回臨時国会において、雇用保険法（昭和49年法律第116号）が成立し、昭和50年4月1日から全面的に施行された。その後社会経済情勢の変化に伴い数次の改正が行われた。

雇用保険制度は、今後の経済社会の動向に即応し、多様化した雇用政策上の課題に応えるための雇用に関する総合的な機能を有する保険制度である。

雇用保険制度の概要は、次の通りである。

- (1) 業種や規模にかかわらず全産業の全労働者を適用対象とする。
- (2) 主たる事業として、被保険者である労働者が失業した場合に失業給付を行って、求職活動を行う間の生活保障と再就職の援助を行う。なお、失業給付は、被保険者の種類（一般被保険者、高年齢継続被保険者、季節労働者などの短期雇用特例被保険者および日雇労働被保険者）に応じて、それぞれにふさわしい給付が行われる。

(3) (2) の付帯事業として、被保険者等に関し失業の予防、雇用状態の是正、雇用機会の増大、雇用の安定を図るための雇用安定事業、職業生活の全期間を通じた労働者の能力の開発を図るための能力開発事業および職業生活上の環境の整備改善、その他労働者の福祉の増進を図るための雇用福祉事業を実施する。

▷ 災害補償保険

D) 災害補償保険

災害補償保険は、業務上の事由または通勤による労働者の負傷、疾病、障害、または死亡を保険事故とし、それによる療養費、休業中の賃金、障害のため失われた労働能力および遺族の被扶養利益等の回復ないしは填補を、年金または一時金の支給等の方法で行う制度である。

労働基準法、国家公務員法、船員法等の労働関係の基本法には、使用者の災害補償責任が規定されており、この責任を保険の方法によって肩代わりするのが災害補償保険であり、費用は全部が使用者の負担となっている。また、災害補償を受けるのは労働者の当然の権利であるという見地から、労働者に対して直接に給付が支給されるという形をとっている。

▷ 介護保険

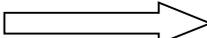
E) 介護保険

介護保険制度は、高齢化の進展に伴い高齢者介護の問題が深刻化してきたなかで、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みである。社会保険方式により、利用者の給付と負担の関係を明確にするとともに、利用者の選択により、必要な医療・福祉サービスを総合的に受けられる利用者本位の仕組みとなっている。

▷ 後期高齢者
医療保険

F) 後期高齢者医療保険（長寿医療制度）

2007年3月31日までの「老人保健法」が、「後期高齢者医療制度」の発足にあわせ2008年4月1日から後期高齢者医療保険（長寿医療制度）に変更になったもので、高齢者の医療の確保と、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的として制定された法律（高齢者の医療の確保に関する法律）である。

詳細は後述  高齢者の保健福祉

▶ 児童手当

3-2 児童手当

児童手当制度は、児童を養育している家庭に児童手当を支給することにより、家庭における生活の安定に寄与するとともに、次代の社会を担う児童の健全育成及び資質の向上に資することを目的としている。

- <種類> 児童手当（国）
児童育成手当（都・市町村）
児童扶養手当（国）
特別児童扶養手当（国）
障害児福祉手当（国）
重度心身障害者手当（都）

☆児童の定義

支給額の算定等に当たっての児童の定義を18歳未満から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に改めた。

☆児童手当の支給要件

児童手当は、3歳未満の児童を監護し、かつ、これと一定の生計関係（養育者が児童の父母であるか父母以外の者であるかにより異なり、父母にあつては、児童の生計を同じくしていることが必要であり、父母以外の者にあつては、児童の生計を維持していることが必要である。）にある者（日本に住所を有する外国人を含む。）に対して支給される。

ただし、その者の前年の所得が一定の額以上であるときは、児童手当は支給されない（所得制限）。

児童手当の支給を受けようとする者は、その住所地の市町村長の認定を受ける必要があり、認定の請求を行った月の翌月分から支給事由が消滅した月分まで、その市町村長から支給される。児童手当の支払は、毎年2月、6月及び10月の3期に分けて、それぞれの前月までの分が一括して支払われる。

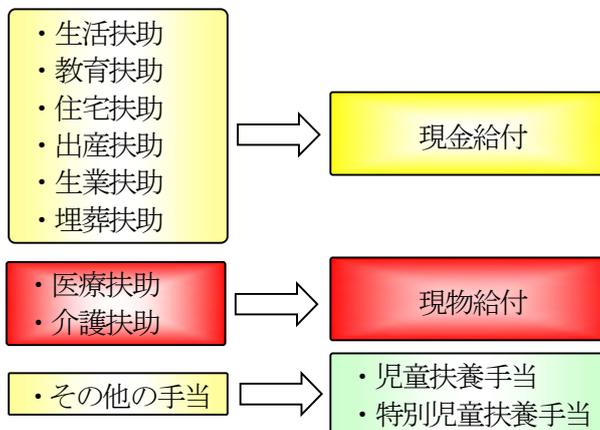
Link [所得制限](#)

▷ 公的扶助

3-3 公的扶助

生活保護のように、生活困窮者一般に対する扶助である。本人の資産能力の活用、親族の扶養義務、他法による扶助などを優先させ、公的扶助は最後の手段としてそれを補足するものである。国（公）費による扶助である。

<種類>



▶ 112回 国試

☆児童扶養手当は、夫と離別した母子家庭や父母のいない児童を養育している祖父母などの世帯を対象にし、公的年金制度から年金を受けられない場合に支給される。

★年金制度の遺族基礎年金、遺族厚生年金もあるが、この場合は夫と死別した母子家庭を対象としている。

■ 生活保護制度

生活保護制度は、生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障し、併せてその自立を助長する制度である。

保護の種類は、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助及び葬祭扶助の8種類であり、要保護者の必要に応じ、単給または併給として行われる。

生活保護費の決め方

(最低生活費の計算)

生活扶助	+	教育扶助	+	住宅扶助	+	医療扶助	+	介護扶助
生活費		義務教育費		家賃等		医療費		介護費

=最低生活費

・このほか、出産、葬祭等がある場合は、その基準額が加えられる。

(収入充当額の計算)

平均月額収入 - (必要経費の実費 + 各種控除) = 収入充当額

(扶助額の計算)

最低生活費 - 収入充当額 = 扶助額

★生活保護の基準

生活保護の基準のうち、衣食その他日常生活の需要を満たすための生活扶助基準については、一般国民の消費動向等に対応して改定するいわゆる水準均衡方法により改定している。

▶ 級地制度

世帯類型別最低生活保障水準（平成 17 年度）（単位：円）

	標準 3 人世帯 33 歳男・29 歳 女 4 歳子	高齢単身世帯 68 歳女	高齢夫婦世帯 72 歳男・67 歳 女	母子 3 人世帯 30 歳女・9 歳子 ・4 歳子
1 級地-1	162, 170	80, 820	121, 940	155, 970
1 級地-2	154, 870	77, 190	116, 460	148, 950
2 級地-1	147, 580	73, 540	110, 960	141, 930
2 級地-2	140, 270	99, 910	105, 480	134, 910
3 級地-1	132, 980	66, 260	99, 990	127, 900
3 級地-2	125, 680	62, 640	94, 500	120, 870

1985 年 12 月（昭和 60 年）、中央社会福祉審議会において、級地制度のあり方に関する意見具申がとりまとめられた。

すなわち、「現行級地区分は、各地域の生活様式差および物価差等による生活水準の差を踏まえ、市（区）町村を単位に 3 級地制をとり、各級地ごとの基準格差は 9%となっている（1 級地基準=100%、2 級地=91%、3 級地 =82%）が、地域によっては一般世帯との間に不均衡が生じている実態にかんがみ、各地域における両者の均衡を可能な限り確保するという見地から、現行 1~3 級他の最大地域格差（18%）は拡大するとともに、国民の日常生活圏域が拡大する傾向にあることから、現行級地の細分化を図るべきである」とされた。

この意見具申を受け、87 年度において、生活扶助基準について従来の 1 級地から 3 級地の各級地をそれぞれ 2 級地の 1 と 2 の区分に細分化を図り、合計 6 区分とする改定が行われた。

また、各級地間の格差についても、同時に拡大を図った結果、現在では 4.5%等差となっており、上位級地 1 級地-1 と下位級地 3 級地-2 とでは、その格差が 22.5%となっている。

生活保護世帯数と構成比の年次推移

世帯類型別被保護世帯数の構成比については、高齢者世帯、母子世帯、傷病・障害者世帯で総数の 9 割を越えている。近年は高齢者世帯の割合が増加し、従来最も多かった傷病・障害者世帯を上回り、平成 15 年度では、高齢者世帯 46.4%、傷病・障害者世帯 35.8%となっている。

年度	世帯数 (千世帯)	高齢者世帯 (%)	母子世帯 (%)	傷病・障害者世帯 (%)	その他の世帯 (%)
1980 (昭 55) 年度	747	30.3	12.8	46.0	10.9
1990 (平 2) 年度	624	37.2	11.7	42.9	8.1
1992 (平 4) 年度	586	40.2	9.9	42.4	7.5
1993 (平 5) 年度	586	41.1	9.3	42.3	7.2
1994 (平 6) 年度	595	41.8	9.0	42.1	7.1
1995 (平 7) 年度	602	42.3	8.7	42.0	6.9
1996 (平 8) 年度	613	43.2	8.4	41.6	6.8
1997 (平 9) 年度	631	44.0	8.2	41.0	6.7
1998 (平 10) 年度	663	44.5	8.2	40.4	6.8
1999 (平 11) 年度	704	44.9	8.3	39.6	7.1
2000 (平 12) 年度	751	45.5	8.4	38.7	7.4
2001 (平 13) 年度	805	46.0	8.5	37.8	7.7
2002 (平 14) 年度	871	46.3	8.6	36.7	8.3
2003 (平 15) 年度	941	46.4	8.7	35.8	9.0
2004 (平 16) 年度	999	46.7	8.7	35.1	9.4

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）」

G10

医療保障の意義と方式、医療保険を理解する。

SBOs

- 医療保障を説明する
- 医療給付の体系を説明する
- 医療保険制度を説明する

▷ 医療保障

4-1 医療保障

<医療保障の意義>

医療保障（medical security）という用語が、どのような意味内容なのかについて、WHO（国際保健機関）、ILO（国際労働機関）、そしてわが国の専門家の間でも定説があるわけではない。

医療保障という表現が生まれたのは、社会保障の展開・普及と密接に結びつき、法的には憲法 25 条の生存権保障、憲法 13 条の幸福追求権あるいは快適生存権、さらに憲法 14 条の普遍的平等適用原則を軸に、積極的に人間の健康で文化的な生活を確保するために、権利としての健康の維持保全、社会への復帰と生活適合（リハビリテーション）を実現するという内容を内包しているといってもよい。したがって、医療保障ということの意味は、それを実現する技術的手段がどのようなものであろうとも、個別的に保険技術あるいは社会扶助技術をとろうと、また、公衆保健技術方式をとろうと、それらを通じてその内容も、所得保障をはじめとして医療サービスあるいは医療費保障をとろうと、あるいはそれらのものの併合方法をとろうと、理想として、すべての人々が、健康で快適な生活保持のため、差別なく、その欲する必要な医療（予防・治療・リハビリテーションの包括的な医療サービス）を、いつでも、どこでも、無償（あるいは経済的苦痛を伴わない適切な費用負担で）を受けられるということである。

<公衆衛生と医療の種類>

- 一般保健サービス（健康増進、疾病別保健対策）
- 医療供給（医療施設・医療供給体制の整備、従事者の養成確保）
- 生活環境対策（上下水道等の生活環境施設の整備、食品衛生の向上、環境衛生関係営業の指導・監督）
- 環境保全（自然環境保全、環境保健、大気汚染・水質汚染・騒音等の防止）
- 学校保健（学齢期の保健、学校給食、学校安全）
- 労働衛生（労働衛生対策、職業病の認定・補償）

▷ 医療給付の体系

4-2 医療給付の体系

- 1) 社会保険方式
- 2) 保健サービス方式

1) 社会保険方式は、多くの国で普及しているものである。

①全国民に対して一元化した保険制度をとるもの

②医療費のみの補償である。

わが国の現行の医療現物給付方式

2) 保健サービス方式

①イギリス・ニュージーランド等の英法系諸国、スウェーデン、

②社会主義諸国で採用している。

③全国民に対して平等適用の保健サービス給付で最低限保障の思想が強く貫かれている。

Link 医療保険の給付内容については後述 → 「医療保険の給付」参照の事

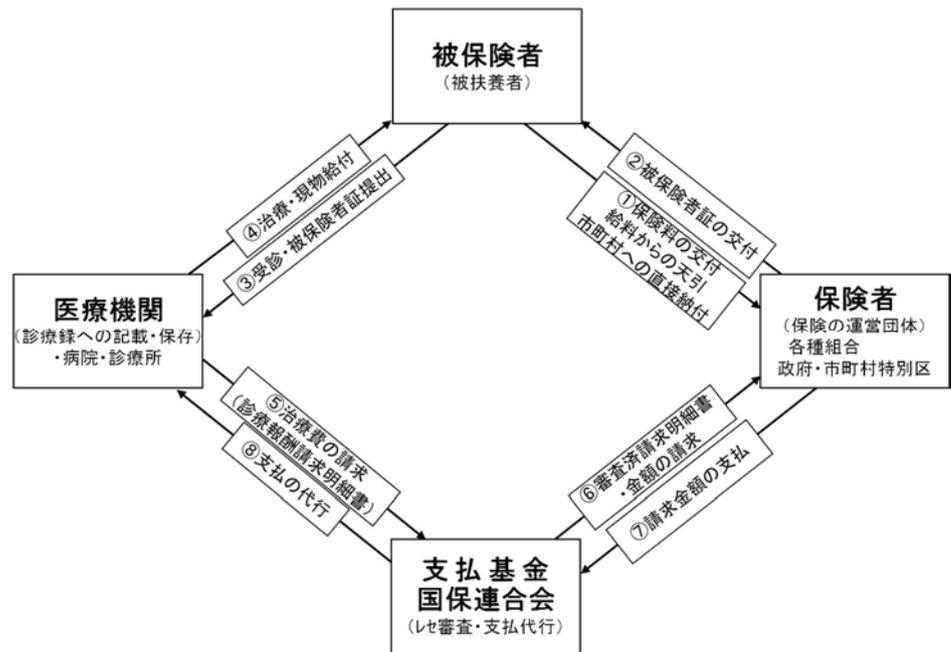
4-3 医療保険制度の説明

医療保険制度とは、疾病という不確実な事故にそなえて、危険負担を集団で社会的に行う仕組みであり、個人ではその損失を負担できない危険について集団で平均化しようとする社会的なシステムである。病気やけがにみまわれた場合、医療サービスの提供を受けてその回復・救済を行うことが必要であり、その経済的な負担について個人ではなく、社会政策的な観点から社会保険の仕組みを使って費用保障を行う制度である。

わが国では、国民すべてがいずれかの医療保険制度に加入する「国民皆保険」の仕組みをとっている。地域や職場の各保険集団に強制加入することが原則となっており、所得に応じて保険料が徴収される。また、医療保険が費用保障を目的に行う保険給付の内容は法律によって定型化されており、国民すべてが平均的・標準的な医療サービスを安心して受けることができるようになっている。しかし、医療保険が費用保障するといっても、病気になった人とならない人の公平性の確保や乱受診の防止、医療費増加に対する財政安定化などの観点から、患者には受益者負担として一部負担が設けられており、医療費のすべてが費用保障されるわけではない。

このように国民の健康を維持する観点から経済的な負担を心配することなく、受診できるようにするのが医療保険の基本的原理であり、その公共的性格が強いことをふまえて、その管理・運営は国・市町村やそれに準ずる機関（健康保険組合、各種共済組合など）によって行われている。

▷ **国民皆保険**
国民すべてが何らかの公的医療保険制度に強制的に加入していることをいう。民間医療保険が中心のアメリカや高所得者は公的医療保険から除外されるドイツなどとは異なり、わが国では企業や地域の医療保険に必ず加入しなければならない。この結果、「いつでも、どこでも、誰でも、安心して医療が受けられる」という医療保障が実現している。しかし、画一的で公平な医療サービスが重視されるために、患者の多様なニーズに応えられない、最先端の高度医療が受けられないなどの課題も抱えている。



図の説明

- ① ②：各保険集団に加入した被保険者（その家族も被扶養者として含まれる）は、所得に応じて保険料を保険者（保険集団を指す）に納めて、危険負担をし、**被保険者証**の交付を受ける。
- ③ ④：疾病や傷害の際は医療機関に受診して、診察・投薬などの医療サービスを受け、一部負担金を支払う。
- ⑤：医療機関は一部負担を差し引いた残りを保険者から医療サービスの対価として受け取る必要があり、それを診療報酬として審査・支払い業務を行う社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会の審査支払機関（第三者機関）に請求する。この時使われる請求書を、**診療報酬請求明細書（レセプト）**と呼ぶ。

▷ **被保険者証**
被保険者証は、自動車運転免許証とともに身分を証明するものとして機能している。サラ金や携帯電話の申込みなどには、自動車運転免許証よりも信用度が高く、所属する保険集団の企業規模や所得水準などが明らかになることによって、個人の与信能力を示す役割を果たしている。保険診療以外にも被保険者証は使われることが多い。

⑥ ⑦：支払基金・国保連合会は審査した後に被保険者が加入する各保険者に請求書を送付して、請求金額の支払いを受ける。

⑧：支払基金・国保連合会は各医療機関に診療報酬の支払いを行い、患者が払った一部負担と合計して医療機関は保険診療の費用のすべてを受け取ることになる。

▶ **療養担当規則**
「保険医療機関及び
保険医療養担当規則」

▶ **診療報酬点数表**
・ 歯科点数表

診療報酬は、保険医療機関が提供できる診察・検査・投薬・注射などの医療行為の内容・範囲は、**療養担当規則**と**診療報酬点数表**によって定められており、保険医療のサービスメニューと公定料金表の機能を果たしている。これをもとに保険医療機関は、患者に提供した保険医療サービスの対価として、診療報酬を保険者から受け取る。診療報酬点数表には、医薬品や医療材料など物の価格から処置・手術・看護など技術やサービスの価格が含まれており、それぞれの診療行為ごとに**1点10円**で合算して、審査支払機関に請求する。

医療給付のうち、このように保険者が医療機関に対して被保険者が保険診療に要した医療費を支払う方法を「**現物給付方式**」といい、この場合、被保険者やその家族は保険者と契約した医療機関（これを保険医療機関といい、わが国のほぼすべての医療機関が指定を受けている）に行けば、一部負担分だけの支払いで、医療を受けることができる。

このほか医療給付には、「**償還払方式**」がある。償還払方式は、被保険者やその家族がまず医療機関に医療費の全額を支払って、その後に保険者から償還（払い戻し）を受けるという方法をいう。わが国の医療保険の医療給付でも、やむを得ない事情により保険診療が受けられず自費で診察を受けた場合や、高額な医療費の自己負担分の一部については後者の方法がとられており、医療給付は現物給付と償還払給付の二つの方法が併用されている。

こうした医療保険の仕組みのもとで患者は医療費のすべてを医療機関の窓口で支払うことなく、安心して受診できることになる。また、保険者もそれぞれの医療機関に自らの保険集団に加入する被保険者がかかった保険診療の費用を個々に支払うのではなく、審査・支払い業務を第三者機関に委ねることによって、まとめて支払うことが可能となり、国民すべての健康の維持・向上を目的に医療保険制度は効率的な管理・運営の仕組みが築かれている。

この**費用保障のシステムの問題点**としては、

- ①患者の医療サービスに対するコスト意識を希薄にして安易な受診を発生させている。
- ②医療機関も過剰な投薬・検査を提供している。
- ③保険者も直接的に医療費の審査・支払いに関与しないために保険医療の内容に関心が薄くなっている。
- ④医療技術の高度化や患者ニーズの多様化に対応しがたい現状となっている。

▶ **システムの問題点**

Link 患者ニーズの多様化への対応 ■厚生労働省 05. 12.

G10

医療保険の意義と各制度について理解する。

SBOs

- 国民皆保険について説明する
- 国民健康保険制度を説明する

▷ 国民皆保険

5-1 医療保険制度

■国民皆保険成り立ちの経緯

わが国の「いつでも、どこでも、誰でもが安心して医療を受けられる」という国民皆保険は、長い経緯を経て成立している。

わが国の医療保険は、1922（大正11）年に制定されて、1927（昭和2）年に全面施行された健康保険法から始まる。その適用となる被保険者は、工場や鉱山、交通業などの事業所で働く従業員本人のみを対象としていたために、人口の3.0%であった。

明治末期に官業現業員共済組合として発足した今日の共済組合のうち、1931（昭和6）年の国家公務員共済組合の被保険者を加えても、人口の3.2%である。

1938（昭和13）年には厚生省が創設され、国民健康保険法が制定された。当時は、市町村・職業を単位とする任意に設立する保険組合の形態をとっていた。

その結果、1938年の医療保険適用人口は国民健康保険の2.0%を加えて9.9%となり、国民の約1割が医療保険の適用を受けられた。

1939（昭和14）年には船員保険法、職員健康保険法が制定され、船員のほか販売・金融などの事業所で働く従業員にも医療保険が開始された。また、健康保険法改正により家族に対する医療保険の適用が任意給付として始まっている。このため、1940（昭和15）年の医療保険適用人口は13.6%まで上昇し、国民の7人に1人が医療保険の適用とり、公的な医療保険が次第に軌道に乗っていくことがわかる。

1941（昭和16）年に太平洋戦争となるが、医療保険制度は労働力の保持・培養とともに、「銃後の守り」の一つとして拡充され、1942（昭和17）年には健康保険法改正により職員健康保険が統合されたほか、それまで任意であった家族給付が法定化されて、医療保険の適用人口は拡大する。1943（昭和18）年には国民の4人に3人が医療保険に加入するまでになった。特に、国民健康保険は人口の51.7%と最大の加入者となっており、政管健保と組合健保の被用者保険は合わせても2割にとどまる。当時は、就業者の44%が農林漁業に従事しており、これら農村や漁村で生活する人々に国民健康保険を提供することによって、医療保険の適用拡大を実現していった。

1945（昭和20）年の敗戦による第二次世界大戦の終結、経済社会の崩壊と混乱は医療保険を大きく動かし、医療保険適用人口は55.9%まで低下する（1949（昭和24）年）。特に国民健康保険の被害は甚大で、その適用人口は29.4%とほぼ半減し、政管健保や組合健保、共済組合の適用人口が戦前と同じレベルを維持していることと対照的である。当時、工場や企業の崩壊から就業者の48%が農林漁業に従事していたことを考えると、国民の医療保障は危機的状況であった。

このため、医療保険の再構築など社会保障制度の整備は、戦後の大きな目標とされ、1953（昭和28）年には日雇労働者健康保険法、私立学校教職員共済組合法が制定され、医療保険適用人口は64.9%までをと回復する。しかし、国民健康保険は28.7%と更に低下し、経済社会の混乱によって最も強く影響される制度であることが明らかとなる。

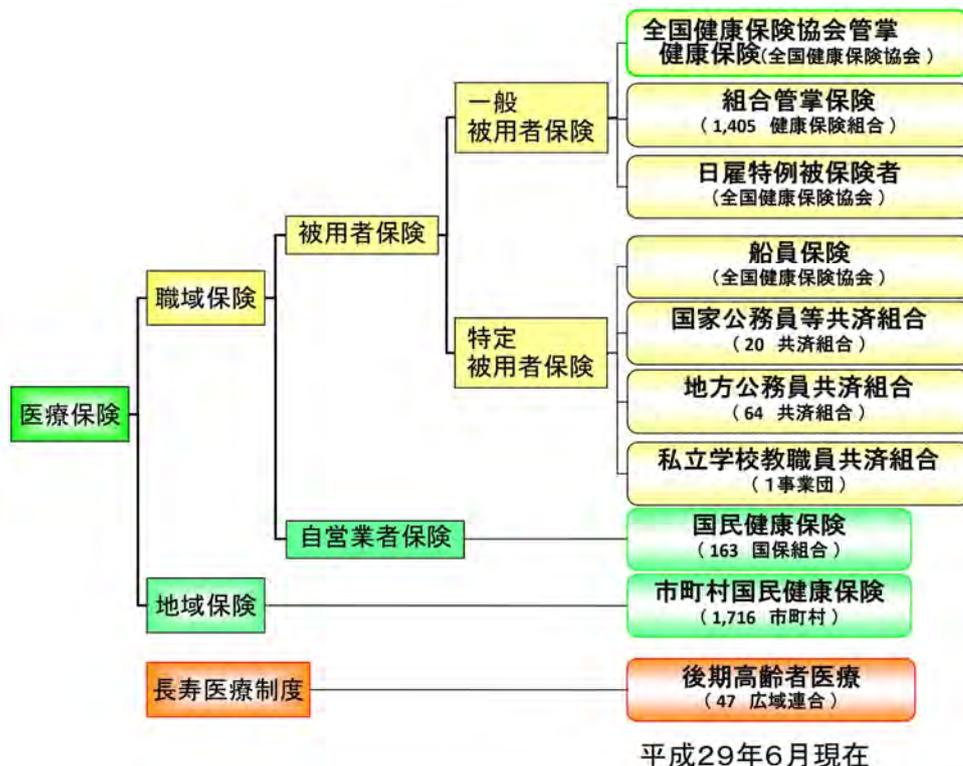
1956 (昭和 31) 年に公共企業体職員等共済組合法が制定され、1958 (昭和 33) 年には国民健康保険法が全面改正されて、国民皆保険が準備されていく。この全国民に医療保険を適用する国民皆保険構想は、1950 (昭和 25) 年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」において提唱され、1956 (昭和 31) 年には厚生省の「医療保障委員会」から「国民皆保険の実現には、国民健康保険を中心とする疾病保険の普及強化を図るべきこと」が強調され、社会保障制度審議会も同年、「現下における医療保障制度並びに国民生活の事情にかんがみ、速やかに医療保障制度の改善を行い、国民皆保険体制を確立する必要がある」と述べ、強制加入による国民健康保険の実施の気運が社会に高まっていた。厚生省も翌昭和 32 年度には、「国民健康保険全国普及 4 カ年計画」に着手し、1958 (昭和 33) 年の国民健康保険法全面改正による国民皆保険の基盤の確立を実現している。

1961 (昭和 36) 年は、国民皆保険が実現された年である。国民健康保険の全国普及のうえで問題とされていた都市部においても、1959 (昭和 34) 年に東京都特別区、1961 (昭和 36) 年 1 月に神戸市、同年 4 月に横浜市・名古屋市・京都市・大阪市でそれぞれ実施され、国民皆保険体制が発足する。医療保険適用人口は 98.7% とほぼ 100% となるが、生活保護法による被保護人員 164 万人、総人口の 1.7% を合わせると、すべての国民に医療保障を確立している。

国民健康保険の適用人口は 49.6% と 1943 (昭和 18) 年の水準までに回復して、国民健康保険が国民皆保険の実現の根幹をなしていた。当時、農林漁業に従事する者は、就業者全体の 32.4% であり、これらの人々への医療保険の適用・普及が、1960 年代の高度経済成長や所得倍増計画を実現させていった。

▷ 医療保険制度体系

■ 医療保険制度の体系



医療保険制度は、大きく職域保険と地域保険に分類できる。これは、保険集団の形成について、職域保険のように職業の形態・同種の職業の者に着目するか、地域保険のように地域という同一の地域内の住所に着目して、保険集団を形成するかの相違である。職域保険は更に被用者保険と自営業者保険に分類され、地域保険である国民健康保険は一つの行政単位が一つの保険集団をなし、市町村が保険者となって医療保険が運営されている。

被用者保険は事業所に使用されている者、いわゆるサラリーマンを対象とする医療保険であり、一般の被用者を対象にするものと特定の職種の被用者を対象とするものとに分かれる。

健康保険は一般の被用者を対象としており、中小企業のサラリーマンが加入するのが政府管掌健康保険であり、通常、**協会けんぽ**と呼ばれ、全国健康保険協会が保険者となっている全国一本の医療保険である。ここには、日雇特例被保険（日雇労働者を対象）が1984（昭和59）年に日雇特例被保険者（現在、健康保険法第3条第2項被保険者）として統合されている。

大企業のサラリーマンをカバーするのが組合管掌健康保険であり、組合健保と呼ばれて、それぞれの企業・業種ごとに保険集団を形成している。

特定被用者の医療保険は船員、国家公務員、地方公務員、私立学校教職員をそれぞれ対象とする制度であり、海上で働く労働者の特殊性をふまえた制度の必要性、制度発足の歴史的な古さなど過去の沿革などもあって、一般の健康保険とは異なる歴史・制度となっている。このため、一般の医療保険制度との給付や負担の格差が常に問題とされながらも、**健康保険との統合・一本化**はなされていない。

被用者保険の特徴は、保険料の負担について事業主負担があることで、労使折半とされ、残り半分を被保険者が負担することになっている。また、保険給付の面でも傷病手当金や出産手当金などの休業補償の給付が設けられている。自営業者や個人零細企業が多く加入する国民健康保険や国民健康保険組合では、疾病による休業の認定が困難であるために休業補償のための保険給付は行われていない。

自営業者保険はわが国では国民健康保険組合が該当し、医師・歯科医師・弁護士・理容師・美容師などの職種別の組合が全国一本されて、都道府県別にそれぞれ保険集団を形成している。同じ自営業者でも保険集団を形成できない個人零細の自営業者は地域保険である市町村国民健康保険に加入することになり、この市町村国保と区別して、これらの国民健康保険組合は国保組合と呼ばれる。

このようにわが国の医療保険制度はさまざまな保険集団が形成されて、分立したものとなっているが、国民すべてがいずれかの医療保険に加入して、被保険者又はその家族として被保険者証（共済組合では組合員証）が与えられている。しかし、それぞれの保険集団に加入する被保険者の年齢や所得には大きな格差が存在するために、保険給付の内容や保険料率の格差となって各医療保険制度間の格差の問題となっている。

▷ 医療保険制度の統合・一本化

医療保険制度が分立するわが国においては、財政的に余裕のある保険者と赤字に悩む保険者がおのずと発生してくる。大企業を中心とする組合健保においても、産業構造の変化のなかで石炭鉱業や繊維・紡績工業などの組合健保では赤字経営が続いており、どのように相互扶助を行うのか、医療保険の歴史的課題となっている。このため、組合健保においては財政窮迫組合共同事業のもとで赤字組合に対する内部援助がなされ、高齢者と低所得者に悩む国民健康保険に対しては老人保健制度のもとで被用者保険からの財政調整が老人保健拠出金によって実施されている。しかし、高齢化と医療費増加のもとでこのような相互援助にも限界があり、すべての医療保険制度を統合して一本化し、財政的な安定を図るべきという意見もある。

Link ▶ 医療保険者の再編・統合 19年厚生労働白書

Link ▶ 社会保障カードの導入・1枚で 2007.9.28 日経

医療保険制度の概要

(令和2年4月時点)

制度名	加入者数 (平成31年3月末)	加入者数 (平成31年3月末)	保 険 給 付				財 源			
			医 療 給 付				現金給付	保険料率	国庫負担・補助	
			一部負担	高額療養費制度、 高額医療・介護合算制度	入院時食事 療養費	入院時生活 療養費				
一般被 保 険 者	協会 けんぽ	39,400 [23,757] [15,643]	健康保険組合 1,391	39,400 [23,757] [15,643]	(高額療養費制度) ・自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 282,600円+医療費842,000円×1% (年収約770～約1,160万円) 167,400円+医療費558,000円×1% (年収約370～約770万円) 80,100円+医療費267,000円×1% (～年収約370万円) 57,600円 (住民税非課税) 35,400円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 282,600円+医療費842,000円×1% (年収約770～約1,160万円) 167,400円+医療費558,000円×1% (年収約370～約770万円) 80,100円+医療費267,000円×1% (～年収約370万円) 57,600円 (住民税非課税世帯) 24,600円、外来(個人ごと)14,000円 (住民税非課税世帯のうち特に所得の低い者) 15,000円、外来(個人ごと)8,000円	(食事療養標準 負担額) ・住民税課税 世帯 1食につき 460円 ・住民税非課 税世帯 90日目で 1食につき 210円 91日目から 1食につき 160円	(生活療養標準 負担額) ・医療区分 (I) (II) (III) 1食につき 460円 10日につき 370円 ・住民税非課 税世帯 1食につき 210円 10日につき 370円	・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等	10.00% (全国平均)	給付費等の 16.4%
	健康保険法 第3条第2項 被保険者	全国健康 保険協会								
船員保険	全国健康 保険協会	119 [58] [61]	70歳以上75歳未満 2割 (現役並み所得者 3割)	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円	・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等	9.60% (疾病保険料 率)	定 額	
各 種 共 済	国家公務員 20共済組合	8,575 [4,537] [4,038]	70歳以上75歳未満 2割 (現役並み所得者 3割)	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円				・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等
地方公務員等 64共済組合	1 事業団	30,256	市町村 1,716 国保組合 162 市町村 27,517 国保組合 2,739	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円	・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等	世帯毎に応益割 (定額)と応能 割(負担能力に 応じて)を賦課 保険者によって 賦課算定方式 は多少異なる	給付費等の 41% 給付費等の 28.4～47.4%	
私学教職員	1 事業団	1,716	市町村 1,716 国保組合 2,739	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円				・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等
国民 健 康 保 険	農業者 自営業者等	1,716	市町村 1,716 国保組合 2,739	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円	・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等	世帯毎に応益割 (定額)と応能 割(負担能力に 応じて)を賦課 保険者によって 賦課算定方式 は多少異なる	給付費等の 41% 給付費等の 28.4～47.4%	
健康 保 険	被用者保険 の退職者	1,716	市町村 1,716 国保組合 2,739	・世帯合算基準額 70歳未満の者については、同一月における210,000円以上の 負担が複数の場合は、これを合算して支給 ・多数該当の負担軽減 12月間に3回以上該当の場合の4回目からの自己負担限度額 (70歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円 (住民税非課税) 24,600円 (70歳以上75歳未満の者) (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 44,400円 ・長期高齢者患者の負担軽減 血圧病、人工透析を行う慢性腎不全の患者等の自己負担 限度額 10,000円 (ただし、年収約770万円超の区分で人工透析を行う70歳未 満の患者の自己負担限度額 20,000円)	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 100円 10日につき 370円	・特に所得の低 い住民税非課 税世帯 1食につき 130円 10日につき 370円				・傷病手当金 ・出産育児一 時金 等
後期 高 齢 者 医 療 制 度	後期高齢者 医療広域連合	47	17,718 (現役並み所得者 3割)	・自己負担限度額 (年収約1,160万円～) 282,600円+医療費842,000円×1% (年収約770～約1,160万円) 167,400円+医療費558,000円×1% (年収約370～約770万円) 80,100円+医療費267,000円×1% (～年収約370万円) 57,600円 (住民税非課税世帯) 24,600円、外来(個人ごと)14,000円 (住民税非課税世帯のうち特に所得の低い者) 15,000円、外来(個人ごと)8,000円 ・多数該当の負担軽減 (年収約1,160万円～) 140,100円 (年収約770～約1,160万円) 93,000円 (年収約370～約770万円) 44,400円 (～年収約370万円) 24,600円	同上	同上 ・老齢福祉年 金受給者 1食につき 100円 10日につき 0円	葬祭費 等	各広域連合 によって定め た被保険者 均等割額と所 得割額によっ て算定されて いる 給付費等の 約10%を保険 料として負担	給付費等の約50% を公費で負担 (公費の内訳) 国:都道府県: 市町村 4:1:1 さらに、給付費 等の約40%を 後期高齢者支 援金として現 役世代が負担	

- (注) 1. 後期高齢者医療制度の被保険者は、75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者で一定の障害にある旨の広域連合の認定を受けた者。
 2. 現役並み所得者は、住民税課税所得145万円(月収28万円以上)以上または世帯に属する70～74歳の被保険者の基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以上の者。ただし、収入が高齢者複数世帯で520万円未満若しくは高齢者単身世帯で383万円未満の者、及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の者は除く。特に所得の低い住民税非課税世帯とは、年金収入80万円以下の者等。
 3. 国保組合の定率国庫補助については、健保の適用除外承認を受けて、平成9年9月1日以降新規に加入する者及びその家族については協会けんぽ並とする。
 4. 加入者数は四捨五入により、合計と内訳の和とが一致しない場合がある。
 5. 船員保険の保険料率は、被保険者保険料負担軽減措置(0.50%)による控除後の率。

▷ 国民健康保険制

5-2 国民健康保険

健康保険や共済組合等に加入することのできない人は、すべて国民健康保険に加入しなければならない。国民健康保険事業は、区市町村及び国民健康保険組合で行っている。

●被保険者

対象者：次の人以外は、すべて区市町村の国民健康保険の被保険者となる。ただし、外国人の場合は外国人登録を行い、在留資格等により1年以上日本に滞在すると認められる人に適用される。

- ①健康保険・船員保険・公務員の共済組合など被用者保険の被保険者とその被扶養者
- ②生活保護の受給世帯員
- ③国民健康保険組合の組合員とその世帯員
- ④その他条例で定める人 (国保法第5条、第6条)

届出：被保険者になった日（他の医療保険の被保険者またはその被扶養者でなくなったとき）から14日以内に居住地の区市役所・町村役場へ

根拠法令等：国保法第9条、国保法施行規則第2条

▷ 退職者医療制度

●退職者医療制度の対象者

退職被保険者：区市町村の国民健康保険の被保険者で、厚生年金保険、各種共済組合など被用者年金保険による老齢（退職）年金、又は通算老齢（退職）年金の受給権者であって次のいずれかに該当する人。

- ① 被用者年金保険の被保険者期間が20年以上ある人
- ② 被用者年金保険の被保険者期間が、20年未満である場合は、政令で定める期間以上の被保険者期間がある人
- ③ 40歳以降の被用者年金保険の被保険者期間が10年以上ある人 (国保法第8条の2第1項)

被扶養者：国民健康保険の被保険者で、退職被保険者と同一世帯に属し、主として退職被保険者の収入によって生計を維持している次のいずれかに該当する人。ただし、老人保健法の適用を受ける人を除く。

退職被保険者の直系尊属、配偶者（内縁関係を含む）及び三親等内の親族内縁関係にある配偶者（この人の死亡後も含む）の父母及び子

(国保法第8条の2第2項)

届出：老齢（退職）年金証書などの到達日の翌日から14日以内に居住地の区市役所・町村役場へ

根拠法令等：国保法第9条、施行規則第4条、施行規則第4条の2

●保険料（税）

国民健康保険料（税）は毎年度保険者（区市町村・国民健康保険組合）が定めている。なお、介護保険制度の施行により平成12年4月から、介護保険第2号被保険者にかかる介護保険料を、従来の国民健康保険料（税）に上乗せし、国民健康保険料（税）の一部として徴収している。区市町村の国民健康保険の場合には、一定の所得以下の世帯に対し、保険料（税）の軽減措置がとられている。また、災害その他特別な理由により生活が著しく困難となった場合、保険料（税）の減免・徴収猶予の制度もある。

年額：保険料（税）、賦課限度額は、各保険者により異なる。

納付：口座振替、納付書又は徴収員の訪問による。

給付：「医療保険の給付」参照

▶ 健康保険制度

5-3 健康保険

健康保険には、主として中小企業の従業員を対象とした政府管掌健康保険と、大企業及び同種同業の企業が健康保険組合を設立して行う組合管掌健康保険がある。

●被保険者：

(健康保険法第3条第2項の規定による被保険者(以下「法第3条第2項被保険者」という)は次ページに掲載)

強制被保険者：次のような事業所(強制適用事業所)に使用される人

- ① 常時5人以上の従業員を雇用する適用業種の事業所
- ② 常時1人以上の従業員を雇用するすべての法人事業所

根拠法令等：健保法第3条

適用業種
非適用業種

任意適用被保険者：次のような事業所(任意適用事業所)に使用される人

- ① 従業員が5人未満で個人経営の適用業種の事業所
- ② 非適用業種で個人経営の事業所

なお、任意適用事業所は、従業員の半数以上の同意を得て認可を受けた場合は健康保険の適用事業所となり、全従業員が被保険者となる。ただし、事業主は被保険者にならない。

根拠法令等：健保法第31条

適用業種	物の製造・加工・鉱業・土石の採掘、電気、運送、貨物の積みおろし、物の販売・配給、金融・保険、物の保管、あっせん、集金・案内・広告、清掃、土木・建築、教育・研究・調査、医療、通信・報道、社会福祉
非適用業種	農業・畜産業・水産業・林業など第一次産業、旅館・飲食店・料理店・接客業・娯楽業・理美容業・などサービス業、弁護士・税理士、会計士など専門サービス業、神社・寺院・教会など宗務業

任意継続被保険者：被保険者期間が継続して2か月以上ある人が資格を失った場合、2年間は個人で被保険者の資格を継続できる制度。

保険料は事業主負担相当分も個人で負担。手続きは、資格喪失後20日以内に居住地の社会保険事務所又は所属していた健康保険組合へ。

根拠法令等：健保法第3条

被扶養者：

- ① 被保険者の父母・祖父母など直系尊属と配偶者・子・孫・弟妹のうち、主として被保険者の収入によって生計を維持している人
- ② 被保険者の3親等以内の親族等で、被保険者と一緒に生活していて、主として被保険者の収入によって生計を維持している①以外の人

根拠法令等：健保法案3条

●保険料 (法第3条第2項被保険者は次ページに掲載)

健康保険の保険料は、被保険者の報酬に応じて一定の割合で決められる。報酬を基に標準報酬月額を決め、保険料計算の基礎にしている。

月 額：政府管掌健康保険では標準報酬月額額の 1000 分の 82（介護保険の被保険者は 1000 分の 94.5、事業主と被保険者で折半）、組合管掌健康保険では標準報酬月額額の 1000 分の 30～95 の範囲（被保険者負担の限度は、1000 分の 45）。

根拠法令等：健保法第 160 条、第 161 条、第 162 条、第 163 条

「育児休業・介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（育児・介護休業法）による育児休業等をしている被保険者が申出をした場合、育児休業等を開始した日の属する月から、最長で子が 3 歳になるまでの期間の保険料が免除される。

標準報酬月額：

- ① 資格取得時決定：採用時に、その新規採用者が受けるであろう報酬の額によって標準報酬月額を決定
- ② 定時決定：毎年 7 月に、4 月～6 月に受けた報酬の平均月額を標準報酬月額等級区分にあてはめて、その年の 9 月以降の標準報酬月額を決定
- ③ 随時改定：報酬額の変動が一定額以上になったときは、変動月の 4 か月目から変更
- ④ 育児休業等終了時改定：育児休業等終了日に 3 歳未満の子を養育している被保険者は、事業主を経由して申出た場合、育児休業等終了日の翌日の月以降 3 ヶ月間に受けた報酬の平均額に基づき、その翌日から変更

根拠法令等：健保法第 41 条、42 条、43 条

賞与に対する保険料：賞与金額から 1000 円未満を切り捨てた額を標準賞与額とし保険料率を掛けて算出する。標準賞与額は、1 か月あたり健康保険では 200 万円を上限とする。

根拠法令等：健保法第 45 条、160 条、161 条、162 条、163 条

納 付：事業主が毎月の給料から前月分の保険料を控除して納付。賞与に対する保険料は当該賞与から控除する。任意継続被保険者の保険料については自ら納付（前納ができる。）

根拠法令等：健保法第 164 条、第 165 条、第 166 条

給 付：（「医療保険の給付」参照）

▷ **日雇保険制度**

●**法第 3 条第 2 項被保険者**

対象者：健康保険の適用事業所（前ページ）や失業対策事業又は公共事業を行う事業所に使用されている次のような人

- ① 臨時に使用される人で日々雇い入れられる人
- ② 臨時に使用される人で 2 か月以内の期間を定めて使用される人
- ③ 4 か月以内の季節的業務に使用される人
- ④ 臨時的事業の事業所に 6 か月以内使用される人

ただし、①の人が 1 か月を超えて、又は②の人が所定の期間を超えて引き続き使用される場合は健康保険の一般の被保険者となる。③及び④の人が初めから 4 か月及び 6 か月を超えて使用される予定のときも健康保険の一般の被保険者となる。

根拠法令等：健保法第 3 条

適用除外：家庭の主婦、学生アルバイトなどで短期間だけしか働かない人などは、居住地の社会保険事務所に適用除外の申請ができる。

根拠法令等：健保法第3条

届出：健康保険法第3条の規定による労働者が適用事業所に使用され、初会保険事務所又は指定市町村の役場に届け出て、健康保険被保険者手帳の交付を受ける。

根拠法令等：健保法第126条

●**法案3条第2項被保険者の保険料**

法第3条第2項被保険者の保険料は、健康保険被保険者手帳によって納付が証明され、受給資格の確認が行われる。

月額：事業主と被保険者で負担。

根拠法令等：健保法第168条、第169条

納付：事業主が使用日ごとに保険料を賃金から控除して、健康保険被保険者手帳に健康保険印紙をはり、消印。

給付：「医療保険の給付」を参照

根拠法令等：健保法第169条

▷ 高齢者医療制度

5-5 高齢者医療制度について

現在の急激な少子高齢化とともに、老人医療費が増大してる。現役世代と高齢者世代の負担を明確にする目的で、平成 20 年 4 月から新たな高齢者医療制度が設けられている。

この高齢者医療制度は年齢により、前期と後期に分けられる。

「前期高齢者医療制度」は 65 歳から 74 歳までの人を対象とし、「後期高齢者医療制度」は 75 歳以上の人を対象としている。

■後期高齢者医療制度

独立した医療制度として、国が 5 割、現役世代が 4 割、高齢者自身が 1 割の負担を行うことにより運営されている。

保健組合の被扶養者など全ての方が加入しているが、75 歳以上の後期高齢者は、後期高齢者だけの独立保険に加入しなければならない。

保険者

各都道府県の区域ごとに広域連合が設立され、広域連合が保険者となり各事務手続きを行う。

被保険者

広域連合の区域内に住む 75 歳以上の方。

寝たきりなど一定の障害状態にある場合は 65 歳以上の方。

自己負担額と限度額

原則的に 1 割負担であるが、現役並みの所得者の場合、3 割負担となる。限度額に関しては、従来の老人健康保険制度と変わらない。

保険料

各都道府県により、条例で決められ、原則として公的年金から天引きされ徴収される。

全国平均としては年間 7 万 2000 円で、その他にも介護保険料を徴収されるので、平均的に毎月 1 万円程度の保険料となる。

■前期高齢者医療制度

これまでの退職者医療制度や任意継続被保険者制度に代わる新しい制度である。原則的には、退職者医療制度や任意継続被保険者制度は廃止される。経過措置として平成 26 年度まで 65 歳未満の退職者は退職者医療制度を適用できる。

保険者

従来と変わらない。

被保険者

65 歳以上 75 歳未満の方。

自己負担額

① 70 歳未満の方は原則として、原則として 3 割負担。

② 70 歳以上 75 歳未満の方は、2 割負担。

ただし、現役並みの所得がある場合は 3 割負担となる。

その他

70歳になった月の翌月から国民健康保険前期高齢者の対象者となる。

「**高齢受給者証**」が交付されるので、受診するときには、「保険証」と「**高齢受給者証**」を窓口に提出する。

■まとめ

後期高齢者医療制度については、75歳以上が後期高齢者として加入を義務づけられている。家族の被扶養者となっている人や、寝たきり等で障がい認定を受けた65歳～74歳の方も保険料負担の対象になる。そのため被扶養者として保険料を支払っていなかった人も高齢者医療制度の対象者となった場合、75歳以上なら後期高齢者医療、74歳以下なら国民健康保険等に加入し、保険料を支払うことになる。

G10

医療の給付の意義を理解し、給付内容を知る。

SBOs

- 療養の給付を説明する
- 療養費・手当金の支給を説明する
- 特定療養費制度と高度先進医療を説明する

▷ 医療保険の給付

6-1 医療保険の給付

- 1) 療養の給付 (現物給付)
- 2) 療養費の支給 (現金給付)
- 3) 手当金の支給 (出産、死亡などに対して現金給付)

☆原則として給付を受けられない病気やけがについて

- ①美容整形、近視の手術、正常な妊娠・出産
- ②健康診断
- ③予防注射
- ④経済上の理由による妊娠中絶

☆業務上の病気やけがは

労働者災害補償保険法
労働基準法

などによって診療が受けられるため保険では診療は受けられない。

☆自動車事故などの第3者の行為によって受けた傷病について保険で診療を受けるときは「第3者の行為による傷病届」を保険者(区市町村役場、国民健康保険組合、協会けんぽ、健康保険組合)に提出する。

☆給付を受ける権利は2年で時効になる。

●病気やけがに対する給付

現物給付

医療保険では、被保険者等が病気やけがをしたとき、保険を扱っている病院や診療所(保険医療機関等)の窓口で被保険者証を提出し、診察、治療などの医療を受ける方式を原則としている。すなわち、医療を受けるのに必要な金銭を給付するのではなく、病気やけがを治すのに必要な医療そのものを現物で給付する方式(現物給付)をとっている。

療養の給付：被保険者の病気やけがに対して行われる、①診察 ②薬剤又は治療材料の支給 ③処置、手術などの治療 ④在宅療養上の管理、世話及び看護 ⑤入院(食事の費用を除く)、看護の給付(健保法第63条、国保法第36条)

ただし、往診の自動車代、保険で認められていない薬の使用等については給付を受けられない。

入院時食事療養費：被保険者が入院した場合に受けた食事の費用について行われる給付

(健保法第85条、国保法第52条)

▷ 先進医療

評価療養
先進医療

選定療養

- 特別の療養環境
(差額ベッド)
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 小児う蝕の指導管理
- 大病院の再診
- 180日以上入院
- 制限回数を超える
医療行為

Link 特定療養費と高度先進医療 平成16年12月 厚生労働省

平成18年10月 特定療養費制度の廃止と**保険外併用療養費**の新設

家族療養費（健康保険のみ）：健康保険の被扶養者の病気や怪我に対して療養の給付と同様に行われる給付（入院時の食事の費用を含む。）

（健保法第110条）

訪問看護療養費・家族訪問看護療養費：寝たきりの状態にある被保険者及び健康保険の被扶養者が、指定訪問看護事業者（訪問看護ステーション）から受ける訪問看護の現物給付

（健保法第88条、第110条、国保法第54条の2）

自己負担：療養の給付を受ける場合、次の自己負担をしなければならない。

① 国民健康保険の場合

被保険者（被扶養者）の年齢に応じて、次の自己負担となる。

- ・3歳未満 医療費の2割
- ・3歳以上70歳未満 医療費の3割
- ・70歳以上 医療費の1割（一定以上所得者は3割）

また、災害その他特別の理由により、自己負担の支払が困難な場合、自己負担の減免・徴収猶予が受けられる。（国保法第42～44条）

なお、入院時の食事の自己負担は、1食260円、1日3食に相当する額を限度とする。ただし、住民税非課税世帯等は次の自己負担となる。

- ・住民税非課税世帯
 - 90日までの入院 1食210円
 - 90日を超える入院 1食160円
(過去12か月の入院日数)
- ・住民税非課税世帯で、所得が一定基準に満たない70歳以上被保険者1食100円

② 健康保険の場合 被保険者（法第3条第2項被保険者を含む。）及び被扶養者の年齢に応じて、次の自己負担となる。

- ・3歳未満 医療費の2割
- ・3歳以上70歳未満 医療費の3割
- ・70歳以上 医療費の1割（一定以上所得者は2割）

（健保法第74条 健保法第110条）

なお、入院時の食事の自己負担は、1食260円、1日3食に相当する額を限度とする。ただし、住民税非課税世帯等は次の自己負担となる。

- ・住民税非課税世帯
 - 90日までの入院 1食210円
 - 90日を超える入院 1食160円
- ・住民税非課税世帯で、所得が一定基準に満たない70歳以上被保険者1食100円。

（健保法第85条）

また、訪問看護にかかる費用の基本利用料の3割を自己負担。70歳以上の被保険者については1割負担。（一定以上所得者は2割）

（健保法第88条）

診療を受けられる期間：

- ① 国民健康保険の場合 被保険者である期間
- ② 健康保険の場合 被保険者又は被扶養者である期間
- ③ 健康保険法第3条第2項被保険者の場合 診療を受けるには、診療を受ける月の前2か月間に通算して26日分以上又は前6か月間に通算して78日分以上の保険料を納めていることが必要。診療を受けられる期間は、同一の病気やけがについて、被保険者及び被扶養者とも療養の給付等を受け始めた日から1年。ただし、この期間経過後であっても所定の保険料を納めているときは、引き続き保険で診療を受けられる。

(健保法第129条)

なお、初めて手帳の交付を受けた場合など受給資格発生前に病気やけがをしたときは、事前に社会保険事務所又は指定市役所・町役場から特別療養費受給票の交付を受け、それを保険医療機関に提出することにより、被保険者・被扶養者とも3割の自己負担で翌々の末日まで(月の初日から起算する場合は2か月間)診療を受けられる。

根拠法令等：健保法第145条

● **現金給付**

現物給付が困難な場合などで被保険者等が一時立替払いをした場合のために、後で現物給付に相当する額を金銭で給付する方式(現金給付)が設けられている。

また、健康保険においては、病気やけがで労務不能となった場合には休業補償として現金給付が行われる。

請求は各保険者(区市役所・町村役場・国民健康保険組合・社会保険事務所・健康保険組合)へ

療養費：被保険者及び健康保険の被扶養者が次の場合で、保険者が認めた場合に行われる現金給付

根拠法令等：健保法第87条、国保法第54条

- ① 輸血用の生血、コルセット・義眼などの治療材料や柔道整復師による治療など、保険医療機関で給付できないものを受けたとき。
- ② 被保険者証の交付を受ける前又はやむを得ない事情で被保険者証が手元になく診療を受けたとき。
- ③ やむを得ない事情により保険医療機関以外で診療を受けたとき。

移送費：移動困難な被保険者及び被扶養者が、療養上必要があり移送されたときで、緊急その他やむを得ないと保険者が認めた場合にその費用について支給

根拠法令等：健保法第97条、国保法第54条の4

高額療養費：被保険者及び被扶養者の1か月の自己負担額(入院時の食事にかかる自己負担額を除く。)をそれぞれ各月ごと同一医療機関(医科・歯科別、旧総合病院の各科別、入院・通院別)ごとに合算し、その額が下表の自己負担限度額を超えたときは、その超えた額を高額療養費として支給。ただし、

- ① 同一世帯で1か月2万1000円以上の自己負担額が2件以上ある場合はこれらを合算し、下表の自己負担限度額を超えたときは、その超えた額を支給。
- ② 同一世帯で直近の12か月間に既に3回以上の高額療養費の支給を受けたときは、4回目から下表の自己負担限度額を超えた額を支給。
- ③ 長期間高額な治療を必要とする疾病で、厚生労働大臣が定めるもの（血友病・人工透析を要する慢性腎不全及び血液製剤に起因するHIV感染者）については、1か月に1万円を超えた額を現物支給。

※自己負担限度額
(70歳未満の人)

	自己負担限度額	②の自己負担限度額
上位所得者	139,800円+(医療費-466,000円)×1%	77,7000円
一般	72,300円+(医療費-241,000円)×1%	40,200円
低所得者	35,400円	24,600円

(70歳以上の人)

	自己負担限度額		②の自己負担限度額
	個人単位(外来のみ)	世帯単位(入院含む。)	
一定以上所得者	40,200円	72,300円+(医療費-361,500円)×1%	40,200円
一般	12,000円	40,200円	-
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	-
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円	-

※ 上位所得者の基準など、詳しくは区市町村へ

▷ 平成18年10月 医療保険改定による変更

(70歳未満の人)

	自己負担限度額	②の自己負担限度額
上位所得者	150,000円+(医療費-500,000円)×1%	83,4000円
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
低所得者	35,400円	24,600円

(70歳以上の人)

	自己負担限度額		②の自己負担限度額
	個人単位(外来のみ)	世帯単位(入院含む。)	
一定以上所得者	44,400円	80,100円+(医療費-26,700円)×1%	44,400円
一般	12,000円	44,400円	-
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	-
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円	-

根拠法令等

：健保法第115条、健保令第41条、第42条、国保法第57条の2、国保法施行令第29条の2～4

傷病手当金：

- ① 国民健康保険の場合 国民健康保険組合の一部で支給。支給額は各組合ごとに規定
- ② 健康保険の場合 被保険者が療養のため欠勤して給料が受けられないとき支給。給料が支払われていてもその額が傷病手当金の額より少ないときはその差額が支給される。支給額は1日につき標準報酬日額の6割。支給期間は休業第4日目から1年6か月間（健康保険組合の場合は付加給付を行うことが認められている）。また、出産手当金と同時に受けられるときは出産手当金を支給（健保法第99条、第108条、第109条）。また、健康保険法第3条第2項被保険者の場合は、療養の給付等を受けていることか必要で、支給額は1日につき、標準報酬日額及び保険料納付日数に応じて算出された額。支給期間は休業第4日目から6か月（結核性疾患は1年6か月）

根拠法令等： 健保法第135条、国保法第58条第2項

■出産・死亡に対する給付

●国民健康保険の場合

出産・死亡に対して手当金が支給される。請求は区市役所・町村役場・国民健康保険組合へ。

根拠法令等： 国保法第58条第1項

以下の説明は区部の場合で、市町村及び国民健康保険組合の場合は、それぞれ別に定められ異なる。

出産育児一時金： 被保険者が出産（4か月以後の流産・人工妊娠中絶を含む。）したとき、1人につき35万円

葬祭費： 被保険者が死亡したとき、葬祭を行った人に対して7万円

●健康保険の場合

[法第3条第2項被保険者は該当]

出産・死亡に対して手当金が支給される。健康保険組合の場合は付加給付を行うことが認められている。

請求は社会保険事務所・健康保険組合へ

出産育児一時金： 被保険者が出産（4か月以後の流産・人工妊娠中絶を含む。）したとき、1人につき：30万円

根拠法令等： 健保法第101条、健保令

出産手当金： 被保険者が産休のため給料を受けられないとき、出産の日（出産の日が産予定日より遅れた場合においては産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）目から出産の日後56日目までの範囲で支給。支給額などは傷病手当金に同じ。

家族出産育児一時金： 被扶養者が出産したとき、1人につき30万円

根拠法令等： 健保法第114集、健保令

埋葬料（費）： 一被保険者が死亡したとき、標準報酬月額1か月分（この額が10万円に満たないときは10万円）を遺族に支給。遺族がなく他人が埋葬を行ったときは、上記金額の範囲で埋葬にかかった実費を支給。被保険者が資格喪失後3か月以内又は資格喪失後、傷病手当金や出産手当金の継続給付を受給している間、及びそれらを受給しなくなった日か

ら3か月以内に死亡したときも同様に支給

根拠法令等：健保法第100条

家族埋葬料：被扶養者である家族が死亡（死産を除く）したとき、10万円（健保法第113条）

資格喪失後の給付：被保険者期間が1年以上ある人が資格を失ったときに、傷病手当金又は出産手当金を受給していたか受給条件を満たしている場合は、資格喪失後も被保険者と同様に支給。また、被保険者期間が1年以上ある人が資格を失ってから6か月以内に出産したときも、出産育児一時金、出産手当金を支給。

根拠法令等：健保法第104条

●法第3条第2項被保険者の場合

出産、死亡に対して一定の保険料納付要件のもとに、一般の被保険者と同様の給付が行われる。出産育児一時金・出産手当金は産前4か月に通算して26日分以上、家族出産育児一時金・埋葬料・家族埋葬料は産前・死亡前2か月に通算して26日分以上、又は6か月間に通算して78日以上の保険料を納付していることが必要である。ただし、埋葬料については、療養の給付を受けている被保険者が死亡したときは、この納付要件はない。また、傷病手当金、出産手当金及び埋葬料の額は標準賃金日額により決められる。

G10
労働者の保険、福祉について理解する。

SBOs
労働保険を説明する
労働福祉を説明する

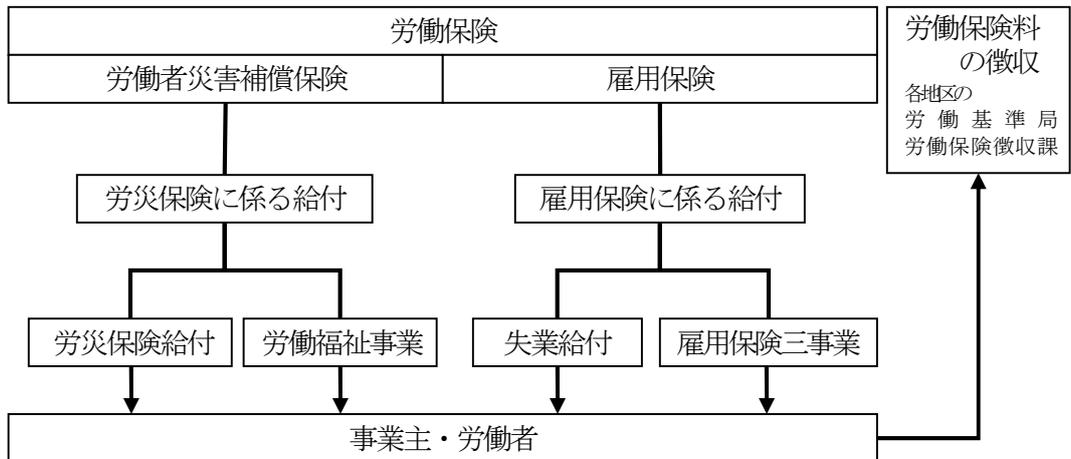
7-1 労働保険制度と労働福祉

■総説

社会保険の制度のうち、労働者災害補償保険（労災保険）と雇用保険を総称して労働保険と呼ぶ（1969（昭和 44）年の労働保険の保険料の徴収等に関する法律第 2 条）。

労災保険と雇用保険は、労働者の雇用関係を前提とした制度であり、労働者が被るかもしれない業務上あるいは通勤途上の病気・けが、障害、死亡、失業などの危険への保険制度であり、他の社会保険とはやや性格を異にする。労災保険は被災労働者に対する補償の面で中心的な役割を果たしている。保険給付は両保険制度で個別に行われているが、保険料の徴収については、労働保険として、原則一体のものとして取り扱われており、各事業所における賃金総額に労災保険率と雇用保険率を合わせた率を乗じて得た額を労働保険料として徴収される。

労働保険は、農林水産事業の一部を除き、労働者を 1 人でも雇っていれば、その事業主は成立手続きを行い、労働保険料を納付しなければならない。



■労働保険給付について

労災保険の保険給付には、業務災害に関する保険給付と通勤災害に関する保険給付とがある。

1 業務災害

業務上の定義については、法律に具体的な定めはない。個々のケースについての解釈を積み重ねることによって規制している。

負傷、疾病、障害または死亡の原因となった災害が業務上であるかどうかは、所轄の労働基準監督署で決定される。例えば施設内において勤務中の場合は原則として業務上と認められる。施設内にいないで勤務中の場合は、外勤者や運転手、出張中の事故のときで、勤務に関係のない私的な行動以外は業

務上と認められる。例えば出張先の工場で怪我をした場合は業務上、出張先で祭を見物中に怪我をしたのは業務外とされる。

2 通勤災害

通勤災害とは、労働者の通勤による負傷、疾病、障害または死亡をいう。通勤とは、労働者が就業に関し、住居と就業の場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい、業務の性質を有するものは除かれる。

労働者が、当該往復の経路を逸脱し、または往復を中断した場合には、当該逸脱または中断の間及びその後の往復は、通勤には含まれない。ただし、当該逸脱または中断が、日常生活上必要な行為であって厚生労働省令で定めるものやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、当該逸脱または中断の間を除き合理的な経路に復した後は通勤とされる。

■業務災害・通勤災害に関する保険給付

1 療養補償給付（療養給付）

業務（または通勤）により病気・怪我をしたときには、療養補償給付（療養給付）が支給される。

病気・怪我をしたときには労災病院や労災指定病院等で必要な医療等を治るまで受けられる（療養の給付）。やむを得ず指定以外の病院・診療所等で診療を受けた場合は立替払いをし、払い戻しを受ける（療養の費用）。

現物給付として必要な医療等（健康保険の入院時食事療養・指定訪問看護を含む）を無料で受けられる。健康保険の一部負担金（入院時食事療養の標準負担額・指定訪問看護の基本利用料）に相当するものはない。ただし通勤災害は、初診時 200 円の一部負担がある。

2 休業補償給付（休業給付）

業務（または通勤）による病気・怪我で休業し、賃金が支払われないときには、休業補償給付（休業給付）が支給される。療養のため 4 日以上休業し、賃金が支給されないとき、休業 4 日目から支給される。給付額は、休業 1 日につき休業給付基礎日額（原則として、労働基準法上の平均賃金）の 60%相当額である。このほかに 1 日につき休業給付基礎日額の 20%の休業特別支給金も支給される。

3 傷病補償年金（傷病年金）

業務（または通勤）により長期療養をするときには、傷病補償年金（傷病年金）が支給される。

病気・怪我が 1 年 6 か月たっても治らず、その傷病の程度が傷病等級（第 1 級～第 3 級）に該当する場合は、休業（補償）給付に代えて傷病補償年金が支給される。この年金は、業務上の傷病が長引く場合に、手厚い保護を行おうとするものである。

年金額は障害の程度に応じて、第 1 級は年金給付基礎日額の 313 日分、第 2 級は 277 日分、第 3 級は 245 日分である。このほかに、傷病特別支給金と傷病特別年金が支給される。

4 障害補償給付（障害給付）

業務（または通勤）による病気・怪我が治っても身体に障害が残ったときには、障害補償給付（障害給付）が支給される。身体障害が残ったとき、障害の程度に応じて年金または一時金が支給される。

年金額は、障害の程度に応じて、第1級（給付基礎日額の313日分）から第7級（同131日分）である。一時金の額は、障害の程度に応じて、第8級（同503日分）から第14級（同56日分）である。障害等級に応じ障害特別支給金、障害特別年金・一時金も支給される。

5 介護補償給付（介護給付）

業務（または通勤）による病気・怪我で重度の障害状態にあり、介護を必要とするときには、介護補償給付（介護給付）が支給される。この給付は1996（平成8）年4月1日から実施された制度である。労働福祉事業の介護料の支給対象者は、障害または傷病等級1級の者のうち、じん肺、せき損等により、「常時介護を要する者」に限られていたが、介護補償給付の支給対象者は、障害または傷病等級1級の者及び2級のじん肺、せき損等の者であって、「常時または随時介護を要する者」に拡大された。この結果、受給者数は平成7年度に比べて、平成9年度には約62%増加した。

6 遺族補償給付（遺族給付）

労働者が業務上（または通勤）による怪我・病気で亡くなったとき、一定の範囲内の遺族に遺族補償給付（遺族給付）が支給される。

7 葬祭料（葬祭給付）

業務（または通勤）による病気・怪我で死亡した労働者の葬祭を行うときには、葬祭料（葬祭給付）が支給される。給付額は、一定額（2004（平成16）年4月1日現在31万5000円）に給付基礎日額の30日分を加えた額か給付基礎日額の60日分のいずれか高いほうの額である。

●二次健康診断等給付

二次健康診断等給付は、事業主が実施する労働安全衛生法に基づく定期健康診断等において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目（①血圧、②多血中脂質、③血糖、④肥満度）について異常の所見があると診断されたとき行うものである。給付の内容は二次健康診断（脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査）及び特定保健指導である。

なお、労災給付について不服があるときは、都道府県労働局におかれている労災保険審査官に審査請求をすることになる。

●労災保険年金給付と社会保険・民事損害賠償との調整

〔労災保険年金給付と厚生年金・国民年金の給付との調整〕

労災保険は業務上や通勤途上の災害について給付を行うことになっているが、厚生年金保険法及び国民年金法では、業務上・業務外を区別せず、各事故について年金給付を行うことになっている。したがって労災年金給付と厚生年金保険等の年金給付が、同一の事由によって重複支給される場合がある。

その場合は、厚生年金保険等の年金給付と労災年金の給付の種類に応じ、政令で定める一定の率を労災年金額に乗じて減額、調整することになっている。

●労災保険年金給付と民事損害賠償との調整

労働災害によって生じた損害については、労災保険から保険給付でその補償を受けることができ、また、民事上の賠償責任が使用者にある場合には、使用者から直接損害の賠償を受けることができる。しかし、同一の損害について双方から重複しててん補がなされるとてん補の総額が実際に生じた損害額を上回ることとなり、また労災保険の保険料は全額使用者負担であるので保険料負担者である事業主の保険利益を損なうなど不合理な結果を招く。そこで、発生した災害については、労災保険給付と民事損害賠償との間で調整することになっている。

■労働福祉事業

労災保険では、業務上の災害及び通勤途上の災害に関する補償給付の支給を第一の目的としているが、あわせて、被災労働者の社会復帰、遺族の就学援助など各種の施策を行っている。これらが労働福祉事業と呼ばれている。労働福祉事業としては、次のようなものがある。

- ① 被災労働者の円滑な社会復帰を促進するために必要な事業
 - ・労災病院、医療リハビリテーションセンター、総合せき損センター、労災リハビリテーション作業施設等の設置運営
 - ・外科後処置、義肢その他の補装具の支給、アフターケア（健康管理）
 - ・在宅介護資金及び自動車購入資金の貸付け
- ② 被災労働者及び遺族の援護を図るために必要な事業
 - ・特別支給金の支給、労災就学援護費の支給、労災就労保育援護費の支給
 - ・労災援護金の支給、年金担保資金の貸付け、労災保険会館の設置運営
- ③ 業務災害の防止、健康診断に関する施設の設置及び運営、労働者の安全及び衛生の確保のために必要な事業
 - ・健康診断センター、海外勤務健康管理センター、産業保健推進センターの設置運営
 - ・労働災害防止団体への助成、産業医学の振興
- ④ 適正な労働条件の確保を図るために必要な事業
 - ・未払賃金の立替払い

これらの労働福祉事業は、所轄労働局長が直接行うものと、厚生労働省の外郭団体である労働福祉事業団が行うものがある。

なお、労働条件確保事業としての未払賃金の立替払いとは1年以上継続して事業活動を行っていた企業が、破産の宣告、倒産等一定の事由が生じた場合、その事由が生じた日の6月前から2年間に退職した労働者の賃金の全部または一部が支払われていない場合には、労働者の請求に基づいて、未払賃金のうち一定の範囲内のものをその事業主に代わって国が弁済する。具体的には、労働基準監督署長の確認等に基づき労働福祉事業団が行うことになる。

■ 費用の負担

1972（昭和47）年4月1日から、労災保険の保険料と雇用保険の保険料が「労働保険料」として一本化されたが、二つの保険の適用関係や被保険者の範囲等が単純に統一されたわけではなく、それぞれの特殊性は存続しているため、その保険料についても、次のように5種類に分けて処理される。

- ① 一般保険料は、事業主が労働者に支払う賃金の総額を算定の基礎とする保険料で、その額は、賃金の総額に一般保険料率〔原則として、労災保険率（事業の種類ごとに最低1000分の5から、最高1000分の129の間で定められている。）と雇用保険率（1000分の19.5、平成16年度未までは1000分の17.5）〕を乗じて得た額である。
- ② 第1種特別加入保険料は、労災保険の特別加入の承認を受けた中小事業主とその家族従事者等についての保険料で、その額は、当該特別加入者の給付基礎日額に応じて定められた保険料算定基礎額の総額に、第1種特別加入保険料率（労災保険率と同一の率）を乗じて得た額である。
- ③ 第2種特別加入保険料は、労災保険の特別加入の承認を受けた大工、左官などの一人親方等についての保険料で、その額は、当該特別加入者の給付基礎日額に応じて定められた保険料算定基礎額の総額に、第2種特別加入保険料率を乗じて得た額である。
- ④ 第3種特別加入保険料は、労災保険の特別加入の承認を受けた海外派遣者についての保険料で、その額は、当該特別加入者の給付基礎日額に応じて定められた保険料算定基礎額の総額に、第3種特別加入保険料率を乗じて得た額である。
- ⑤ 印紙保険料は、雇用保険の日雇労働被保険者について一般保険料に加えて納付する保険料である。

労働保険料の額のうち、労災保険に係る部分（一般保険料のうち労災保険率に応ずる部分、第1種特別加入保険料、第2種特別加入保険料及び第3種特別加入保険料の額）は、全額事業主が負担する。

一般保険料のうち労災保険の保険料額は、支払賃金総額に労災保険率を乗じて算定する。労災保険率は、事業の種類ごとの過去3年間の業務災害及び通勤災害に関する災害率ならびに二次健康診断等給付に要した費用等を考慮して定めることになっている。

例えば、2003（平成15）年4月1日からの労災保険率は、水力発電施設・ずい道等新設事業（129/1000）、金属鉱業・非金属鉱業または石炭鉱業（87/1000）などでは高く、たばこ等製造業（5.5/1000）、印刷または製本業（5/1000）、計量器、光学機械、時計等製造業（5/1000）などでは低い。

さらに、この労災保険率は、一定規模以上の事業については、個々の事業ごとに過去3年間の収支率（保険料と保険給付等との比率）に応じて増減させる、「メリット制」がある。メリット制は、これによって、事業主の自主的な災害防止努力の促進を図るとともに、同じ業種でも労働災害の多い事業と少ない事業の保険料負担の公平を図るのに役立っている。

▷ **メリット制**
メリット制とは、過去3年間の労働者数がそれぞれ100人以上など一定規模以上の事業で、過去3年間の保険給付額及び特別支給金との合算額と同期間中の確定保険料に一定の調整率を加えた額との割合（収支率）が85%を超え、または75%以下であるときに、翌年度の保険料率（非業務災害分の保険料率を除く）を40%の範囲内で収支率に応じた一定率だけ引き上げ、ないし引き下げる制度。

7-2 雇用保険制度

総説

雇用保険は、

- ①労働者が失業した場合及び雇用の継続が困難となる事由が生じた場合や職業に関する教育訓練を受けた場合に必要な給付を行い、労働者の生活及び雇用の安定を図るとともに、求職活動を容易にするなどその再就職を促進すること
- ②労働者の職業の安定に資するため、失業の予防、雇用状態の是正及び雇用機会の増大、雇用構造の改善、労働者の能力の開発向上、その他労働者の福祉の増進を図ること、を目的としている。
このような目的を受けて、雇用保険事業では、失業等給付を行うほか、雇用安定事業、能力開発事業及び雇用福祉事業を行う。

● 保険者・適用事業・給付の対象者

雇用保険の保険者は政府（厚生労働省）で、その現業事務を取扱う出先機関は、都道府県労働局、**公共職業安定所**である。

雇用保険は、労働者が雇用されるすべての産業の事業に適用される。ただし、農林水産業の一部については当面、常時 5 人未満の労働者を雇用する個人企業を暫定任意適用としている。

なお、国、都道府県、市町村、その他これに準ずるものの事業に雇用される者、船員保険の被保険者等は雇用保険から適用除外とされている。

給付の対象者は、適用事業所に使用されている労働者である。雇用保険では、短時間労働者（パートタイム労働者）及び登録型派遣労働者も対象とされる。

被保険者は、一般被保険者、高齢継続被保険者、短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者に分かれる。

▷ **失業者に対する保護**
労働者が失業した場合に、民間労働者（日本私立学校振興・共済事業団の加入者を含む）には、その職域によって雇用保険、船員保険より給付が行われる。なお、公務員や公務員に準ずる職域で働く者については、失業給付はない。

▷ **公共職業安定所**
公共職業安定所は、地域に根ざした機関として発展し、地域住民にいっそう親しまれる存在となることを目指して、愛称を公募した結果「ハローワーク」に決定し、この愛称を1990（平成2）年から活用して、サービスのいっそうの向上に努めている。

Link ▷ **雇用保険制度の変更 2007.10.7 日経**

Memo

■ 雇用保険三事業

雇用保険の主体は失業等給付であるが、これに加えて、雇用保険制度では、雇用安定事業、能力開発事業及び雇用福祉事業の三事業が行われている。これら三事業は、高齢社会への移行、景気の変動、産業構造の変化、急速な技術革新などに適切に対応し、質量両面にわたる完全雇用を達成するという雇用政策上の課題を遂行するために行われるものである。

●雇用安定事業

雇用安定事業は、被保険者及び被保険者であった者に関し、失業の予防、雇用状態の是正、雇用機会の増大その他雇用の安定を図るために行われる事業である。

① 事業活動の縮小時における雇用の安定

景気の変動、産業構造の変化等に伴い、事業活動の縮小を余儀なくされ、休業、教育訓練または出向を行った事業主に対して「雇用調整助成金」が支給される。その他、「労働移動雇用安定助成金」もある。

② 高齢者の雇用の安定

高齢者の雇用の安定を図るため、継続雇用制度の導入・定着と高齢者の多数雇用を行う事業主に対して「継続雇用定着促進助成金」が支給される。その他、事業主に対して「高齢者雇用環境整備奨励金」「高齢期就業準備奨励金」等が支給される。

③ 地域における雇用の安定

地域別の雇用の不均衡を是正するために、雇用機会増大促進地域または過疎雇用改善地域で雇用開発を進めるため、これらの地域内で事業所の設置・整備を行い、地域の求職者を雇い入れた事業主に対して「地域雇用開発助成金」が支給される。

その他、季節的業務に就く者を通年雇用する事業主に対して「通年雇用安定給付金」が支給される。

④ 障害者・母子家庭の母等の雇用の安定

障害者、母子家庭の母、高齢者（55歳以上65歳未満）等の就職が特に困難な者を公共職業安定所の紹介により、継続して雇用する労働者として雇い入れた事業主に対して「特定求職者雇用開発助成金」が支給される。

⑤ 育児や介護を行う労働者の雇用の安定

育児や家族の介護を行う労働者の雇用の安定に資する措置を講ずる事業主に対し、「育児・介護雇用安定助成金」（①事業所内託児施設助成金、②育児・介護費用助成金、③育児・介護雇用環境整備助成金、④育児休業代替要員確保等助成金）が支給される。

「育児・介護費用助成金」とは、育児または家族の介護のために、家政婦、ベビーシッター、ホームヘルパー等を利用する労働者に対し、それに要する費用を補助した事業主や、ベビーシッター会社、シルバーサービス会社等と契約し、そのサービスを従業員の利用に供した事業主を対象に、その補助または負担した費用の一部を助成する制度である。

●能力開発事業

能力開発事業は、被保険者等に関し、職業生活の全期間を通じて、これらの者の能力を開発し、及び向上させることを促進するために行われる事業である。

① 事業主等の行う職業訓練に対する助成援助

地域的な中小企業の団体が行う中小企業人材育成事業に対して「中小企業人材育成事業助成金」「広域団体認定訓練助成金」「認定訓練助成事業費補助金」が支給される。

② 公共職業能力開発施設等の充実

被保険者等の職業訓練等を充実させるため、職業能力開発総合大学校、職業能力開発大学校、職業能力開発短期大学校、職業能力開発促進センター等の設置及び運営を行う。

③ 生涯能力開発等の促進

職業能力の開発、職業訓練を行う事業主等に対して「生涯能力開発給付金」が支給される。

④ 再就職を促進するための訓練及び講習の実施

雇用保険の受給者を対象として、職場環境に適応させるための訓練の実施や再就職促進講習を行う事業主等に対して「再就職促進講習給付金」が支給される。

●雇用福祉事業

雇用福祉事業は、被保険者等に関し、職業生活上の環境の整備改善、就職の援助その他これらの者の福祉の増進を図るために行われる事業である。雇用福祉事業として、次のような事業が行われている。労働者の就職、雇入れ、配置等についての相談・援助、教養、文化、体育またはレクリエーションの施設の運営、就職資金の貸付け、職業に関する調査・研究などが行われる。

その他、介護業務に係る労働者の確保と介護労働者の福祉の増進を図るため、介護労働者の雇用管理の改善、及び介護労働者の雇入れ時等に福祉の増進を図るための措置を講じた事業主に対して、「介護労働者雇用創出助成金」が支給される。

GIO

高齢者の動向と介護保険制度の成立について認識する

SBOs

- 高齢者保健福祉施策の動向を説明する
- ゴールドプランを説明する
- 従来の問題点を説明する
- 介護保険制度の設立について説明する

▷ 背景と経緯

■ 高齢者保健福祉施策の変遷と動向
介護保険制度創設の背景及び経緯

【総説】

高齢者の生活安定を図るうえで、今日、最も施策の改善が急がれているのは介護保障である。高齢社会の進展に伴って要介護高齢者が急増するが、家族介護の限界は明らかであり、従来の老人保健制度や老人福祉制度による対応もそれぞれに問題を抱えているばかりでなく、相互の不整合性や矛盾も顕著になってきた。こうして、保健・医療・福祉を横断的に統一した総合的な介護保障制度の確立が求められるようになってきた。

要介護高齢者をめぐる状況と、現行制度の問題点、介護保険制度創設のねらいと、制度創設に至る経緯等について述べる。

1 要介護高齢者をめぐる状況

1-1 要介護高齢者の増加と介護リスクの一般化

現在、要介護高齢者が急増している。介護保険が発足した2000（平成12）年4月末と2004（平成16）年4月末を比較すると、要介護・要支援認定者数は218万人から387万人へ、認定率（65歳以上の第1号被保険者に対する割合）は10.1%から15.8%に上昇した。将来的にも高齢化の進展、特に後期高齢者の増加による要介護高齢者の急増は避けられない。

今日の長寿社会では、要介護状態の発生は、国民の多くに相当な確率でふりかかる一般的なリスクである。実際に、85歳以上の高齢者では、要介護・要支援の認定者割合が半数を超え、要介護度も重くなっている。また、要介護状態が長期化しつつあり、5年以上寝たきりが約3分の1、3年以上では半数を超える（厚生省「平成10年国民生活基礎調査」）。

1-2 家族機能の低下

わが国の高齢者介護は、家族による介護に大きく依存している。介護保険で要介護・要支援と認定された者の主な介護者の状況を見ると、71.1%は同居の家族であり、性別では女性が76.4%、年齢別では60歳以上が53.7%、続柄では配偶者25.9%、子の配偶者22.5%、子19.9%などとなっている（厚生労働省「平成13年国民生活基礎調査」）。

こうしたなかで、要介護高齢者を抱える家族に心身両面にわたる過重な負担がかかり、家族の人間関係そのものが損なわれ、介護放棄、介護虐待、ときには介護離婚といわれるように離婚原因になるような状態が生じている。ちなみに、家族介護者のうち「要介護者に憎しみを感じたことがある」が約3分の1（35.4%）を占め、「要介護者に対し虐待したことがある」が約6分の1（17.9%）となっている（連合総合生活開発研究所「介護サービス実態調査」（平成13年））。また、家族の介護のため、退職等を余儀なくされる状況も増え、現状では特に女性の就業を阻害する要因にもなっている。

しかも、かつてわが国の「含み資産」といわれた子と同居する65歳以上の高齢者の割合は約5割（47.8%）にまで低下し、65歳以上の者のいる世帯に占める「夫婦のみ」や「ひとり暮らし」の高齢者世帯の割合が約5割（47.8%）

にまで増加した（いずれも厚生労働省「平成15年国民生活基礎調査」）。

▷ 従来の制度の問題

2 従来の制度の問題点と介護保険制度創設のねらい

2-1 従来制度の問題点

従来は、高齢者介護に対して、老人福祉法に基づく老人福祉制度と、老人保健制度に基づく老人医療の双方で対応してきたが、それぞれに問題はあった。

老人福祉制度の対象となるサービスは、特別養護老人ホーム、ホームヘルプサービス、デイサービス等で、いずれも行政機関である市町村が対象者へのサービスの提供の要否を判定し、サービスの提供内容を決定するという措置制度に基づくもので、次のような問題が指摘されていた。

- ① 行政機関である市町村がサービスの種類及び提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない。
- ② 所得調査が必要なため、利用にあたって心理的抵抗感を伴う。
- ③ 市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的になりがちである。
- ④ 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担（応能負担）であるため、中高所得層にとって重い負担になる。

それに対して、老人保健制度の老人医療の対象となるサービスは、老人保健施設、療養型病床群、一般病院、訪問看護、デイケア等で、次のような問題があった。

- ① 福祉サービスの基盤整備が不十分であることや、中高所得層にとっては特別養護老人ホームに入所するよりは入院のほうが利用者負担が軽いことなどから、介護を理由とする一般病院への長期入院（いわゆる社会的入院）が発生し、医療資源の非効率な使用を招いている。
- ② 治療を目的とする一般病院では、食堂、浴室が整備されておらず、居室面積も狭いなど、介護を要する者が長期に療養する場としては不適切である。

このように、福祉と医療の各制度が関連なく発展してきたため、同様な状態にある要介護者でありながら、異なる制度により別々な対応がなされ、利用者負担や利用手続き等に不合理な格差や差異が生じていたのである。

2-2 介護保険制度創設のねらい

介護保険制度は、様々な問題を抱えていた老人福祉と老人医療の両制度を再編成し、国民の共同連帯の理念に基づき、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設し、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが同様な利用手続き、利用者負担で、利用者の選択により総合的に利用できる体制を構築するものであり、次の4点を主なねらいとしている。

- ① 高齢者介護という高齢化の進展に伴う新たな問題に対応するもので、高齢社会に適合した社会保障制度を構築するための社会保障構造改革の重要な第一歩とする。
- ② 介護を医療保険から切り離すことにより、医療の歪みを正し、医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度改革を実施する前提条件を整備する。
- ③ 利用者の意向を反映した介護サービス計画（ケアプラン）の作成や、被保険者の意見を反映した介護保険事業計画の策定等を通じて、利用者本位の制度を構築する。
- ④ 民間事業者や非営利組織等の多様な供給主体の参入により、サービスの質の向上、費用の効率化を図るとともに、保険対象外のサービスとの組み合わせを弾力的に認め、多様な需要については民間保険の活用等を図る。

高齢者保健福祉の変遷	
1960年代 高齢者福祉の創設	
1962 (昭和 37)	訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設
1963 (昭和 38)	老人福祉法制定
1968 (昭和 43)	老人社会活動促進事業の創設（無料職業紹介など）
1969 (昭和 44)	日常生活用具給付等事業の創設、寝たきり老人対策事業の開始
1970年代 老人医療費の増加	
1970 (昭和 45)	社会福祉施設緊急整備5か年計画の策定
1971 (昭和 46)	中高年齢者等雇用促進特別措置法制定（シルバー人材センター）
1973 (昭和 48)	老人医療費無料化
1978 (昭和 53)	老人短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設、国民健康づくり対策
1979 (昭和 54)	日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 保健・医療・福祉の連携と在宅サービスの重視	
1982 (昭和 57)	老人保健法制定（医療費の一部負担の導入、老人保健事業の規定） ホームヘルプサービス事業の所得制限引上げ（所得税課税世帯に拡大）
1986 (昭和 61)	地方分権法による老人福祉法改正（団体委任事務化、ショートステイ・デイサービスの法定化）
1987 (昭和 62)	老人保健法改正（老人保健施設の創設）、社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988 (昭和 63)	第1回全国健康福祉祭（ねんりんピック）の開催、第2次国民健康づくり対策
1989 (平成元)	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定 健康長寿のまちづくり事業の創設
1990年代 計画的な高齢者保健福祉の推進	
1990 (平成 2)	福祉八法改正（在宅サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画）・寝たきり老人ゼロ作戦・在宅介護支援センターの創設 介護利用型軽費老人ホーム（ケアハウス）の創設 高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）生活援助員派遣事業の創設
1991 (平成 3)	老人保健法改正（老人訪問看護制度創設）
1992 (平成 4)	福祉人材確保法（社会福祉事業法等の改正）
1993 (平成 5)	福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律制定
1994 (平成 6)	新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定
1995 (平成 7)	高齢社会対策基本法制定
1996 (平成 8)	高齢社会対策大綱の策定（閣議決定）
1997 (平成 9)	介護保険法制定 痴呆対応型老人共同生活援助事業（認知症高齢者グループホーム）の創設 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）の策定
1999 (平成 11)	介護休業の義務化
2000年代 新たな介護制度の開始	
2000 (平成 12)	介護保険法施行
2001 (平成 13)	新しい高齢社会対策大綱の策定（閣議決定）
2004 (平成 16)	介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会報告） 「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見
2005 (平成 17)	介護保険法改正、施設給付を見直し、介護報酬を改定
2008 (平成 20)	介護保険法改正、介護サービス事業者の違法営業などが問題になり、法令遵守のための業務管理体制の整備
2011 (平成 23)	介護保険法改正、介護保険料、介護報酬が改定
2014 (平成 26)	介護保険法改正、地域密着・包括システム構築、利用者負担の公平化

3 高齢者保健福祉の展開と介護保険制度創設の経緯

3-1 高齢者保健福祉施策の展開

戦後の経済成長下での人口の都市集中、核家族化の進展、扶養意識の変化等による高齢者問題の顕在化に対応して、高齢者福祉対策を総合的に推進するために、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された。これにより、それまでの低所得者に限定された施策から、所得の多寡に関わりなく支援を必要とする高齢者を幅広く対象とする施策への転換がなされた。

高度経済成長期には、年金制度が十分に成熟していない当時において、経済的理由により必要な医療が受けられない高齢者の存在が問題になり、1972（昭和47）年の老人福祉法の改正により1973（昭和48）年に老人医療費支給制度が実施され、老人医療費の無料化が行われた。この老人医療費支給制度は、医療保険の自己負担が重い国民健康保険の被保険者と被用者保険の被扶養者である70歳以上の高齢者及び65歳以上70歳未満の寝たきりの高齢者を対象に、所得制限を条件として、医療保険の自己負担分を公費（国2/3、都道府県1/6、市町村1/6）で支給するものであった。これにより、高齢者の受診時の負担は軽減されたが、その一方で過剰受診・過剰診療による老人医療費の膨張と、高齢者を多く抱える国民健康保険の財政窮迫を招くことになった。

老人医療費無料化の反省のうえに立って、1982（昭和57）年に老人保健法が制定され、1983（昭和58）年に実施された。同法は、従来の治療偏重の医療から保健医療サービスの総合化への政策転換、適切な一部負担の導入、医療保険制度間の老人医療費の負担の公平化を図るものであった。さらにその後、老人保健法改正により、1986（昭和61）年に老人保健施設、1991（平成3）年に老人訪問看護の制度が創設されるなど、医療サイドからの高齢者介護への取組みが強化された。

1989（平成元）年には、平成2年度を初年度とする「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定され、サービス基盤の計画的整備が推進されることになった。この計画は1994（平成6）年に見直しが行われ、整備目標を拡充した「新ゴールドプラン」が策定された。

▷ ゴールドプラン

3-2 介護保険制度の創設の経緯

高齢者介護制度のあり方について、1994（平成6）年3月の高齢社会福祉ビジョン懇談会の報告書「21世紀福祉ビジョン」は、国民誰もがが必要なサービスを等しく受けられる介護システムの構築を提言し、同年12月の高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」は、高齢者の自立支援を基本理念とし、社会保険方式に基礎をおいたシステムの構築を提言した。さらに、1995（平成7）年7月には、社会保障制度審議会の勧告「社会保障体制の再構築」が公的介護保険制度の創設を提言した。

こうして、介護保険の創設の機運が高まるなかで、1995（平成7）年2月から厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会において検討が始まり、1996（平成8）年4月に審議会の最終報告書が提出された。これを受けて厚生省は、6月に介護保険制度案大綱を諮問し、答申を得た。その後、与党内の調整を経て、11月、臨時国会に「介護保険関連三法案」が提出された。法案は1年余りにわたり国会で審議され、衆議院では、介護保険事業計画の策定に当たり被保険者の意見を反映させること、制度全般の見直しの時期を明記すること等の修正が行われ、参議院では、国が講ずべき措置として介護サービスの供給体制の整備に関する施策を追加する内容の修正が行われた後、1997（平成9）年12月に可決成立し、2000（平成12）年4月1日から施行されることになった。

▷ 介護保険制度施行

Link ▷ 平成18年4月 介護保険法の一部改正 別添参照

3-3 円滑な実施のための特別対策

介護保険法の実施直前になって、その円滑な実施を求める声が高まった。そこで、1999（平成 11）年 11 月、政府は、当時の与党三党（自民党・自由党・公明党）からの申し入れを基本とし、市町村等からの要望を踏まえて、介護保険法の円滑な実施のための特別対策を講じることとした。

その概要は以下のとおりであるが、いずれも法律改正を伴わない予算上の対応措置である。

① 高齢者保険料の特別措置

第 1 号被保険者である高齢者の保険料については、制度実施から半年間は徴収せず、その後 1 年間は半額に軽減することができるよう、市町村がその財源に充てる基金を設けるために必要な費用の全額を国が負担する。

② 医療保険者対策

第 2 号被保険者である 40 歳から 65 歳未満の者の保険料は、医療保険の保険料に上乗せして徴収されるため医療保険者全体としては従来よりも負担増になるが、その負担増の 1 年分に相当する額を平成 12 年度及び平成 13 年度にわたって国の負担により財政支援する。ただし、この支援措置の対象は、財政運営が特に厳しい健康保険組合と市町村国民健康保険に限られる。

③ 低所得高齢者の利用者負担の軽減措置

低所得世帯に属する者の利用者負担の軽減を経過措置として行う。具体的には、制度施行時に訪問介護を利用していた高齢者の利用者負担については、当面 3 年間は 3%、その後段階的に引き上げ、平成 17 年度から 1 割とする。

65 歳前から障害者施策による訪問介護を利用していた者で 65 歳になった者については、平成 16 年度までの間 3%とする。

その他、低所得で特に生計が困難である者に対して利用者負担の減免を行った社会福祉法人に対する補助、生活福祉資金貸付制度の拡充などの措置を講じる。

④ 家族介護支援対策

家族介護支援対策として、介護保険制度とは別に、市町村が自らの選択により家族介護支援事業を行った場合、その経費について国、都道府県が助成する（平成 13 年度までの当面の措置）。

具体的な支援内容は、介護用品の支給や家族介護者交流事業（年間 10 万円まで）、家族介護者ヘルパー受講支援事業、重度の介護を要する高齢者を在宅で介護している低所得世帯の家族に対し年額 10 万円までの金品を支給する家族介護慰労事業（平成 13 年度から実施）などである。

⑤ 介護予防・生活支援対策

要介護認定で介護保険の対象外になった者を含む在宅の高齢者に対して、要介護状態にならないようにするとともに、自立した生活への支援を行うための介護予防・生活支援事業を拡充することとし、市町村が地域の実情に応じて行う事業の経費について、国、都道府県が助成する。

⑥ 介護基盤整備対策

新ゴールドプランが平成 11 年度をもって終了したことから、1999（平成 11）年 12 月に、厚生・大蔵・自治の三大臣合意により、介護サービス基盤の整備に加え、介護予防、生活支援等を推進するための総合的プランとして、「今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン 21）」を策定した。

GIO

介護保険の仕組みと給付について理解する

SBOs

- 介護保険制度の内容を説明する
- 財源と給付内容を説明する
- 介護保険サービスの利用法を説明する

■介護保険制度の概要

【総説】

介護保険制度は、年金、医療、雇用、労災に続く五つめの社会保険制度として創設され、保険者は市町村及び特別区で、国、都道府県、医療保険者、年金保険者等により構成されている。被保険者は65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなり、被保険者が要介護状態等になった場合に、指定居宅サービス事業者及び介護保険施設を通して、現物給付を基本として在宅・施設両面にわたる総合的な介護サービスを提供し、利用者の一部負担を除く給付に要する費用を、国民の共同連帯の理念に基づき公費と保険料によって公平に負担するものである。

市町村及び特別区は、法定給付のほか、独自の特別給付及び保健福祉事業を行うことができる。

1 目的・理念及び制度の枠組み

1-1 目的・理念

介護保険法は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった者に対して、その者が有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供し、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としている。

保険給付に当たっては、①要介護状態の軽減、悪化の防止または要介護状態になることの予防に努めるとともに、医療との連携に十分に配慮すること、②被保険者の心身の状況やおかれた環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切なサービスが総合的・効率的に提供されるよう配慮すること、③保険給付の内容及び水準は、要介護状態になっても、可能な限り在宅においてその能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう配慮すること、とされている。

また、介護保険法は、国民の努力義務として、①要介護状態になることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めること、②共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担すること、としている。

1-2 保険者

介護保険の保険者（運営主体）は市町村及び特別区（以下「市町村」という）である。市町村を保険者としたのは、介護サービスの地域性、老人福祉・老人保健事業の実績、地方分権の流れなどを踏まえ、住民に最も身近な行政単位である市町村が最適だと考えられたからであるが、複数の市町村による運営の広域化も可能である。

そのうえで、市町村の介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、国、都道府県、医療保険者、年金保険者等が重層的に支え合うこととしている。

国は、①給付費、財政安定化基金、事務費に対する国庫負担、②サービス基盤整備に対する基本指針の策定と財政支援措置、③保険者の適正運営のための指導、サービス提供事業者に対する指導監督、④要介護認定、保険給付、事業者・施設等の基準の設定、⑤介護報酬の額の設定、等を行う。

都道府県は、①給付費、財政安定化基金に対する負担、③都道府県介護保険事業計画の策定と市町村への助言、③財政安定化基金の設置、介護認定審査会

▷ 介護保険の目的

の共同設置への支援、要介護認定の審査判定業務の市町村からの受託、審査請求に対する介護保険審査会の設置、④事業者・施設の指定・許可・指導・監督、⑤介護支援専門員の養成、等を行う。

医療保険者は、所属する第2号被保険者の介護保険料を医療保険の保険料と合算して徴収し、社会保険診療報酬支払基金に納付する。

年金保険者は、第1号被保険者のうち一定額以上の老齢（退職）年金受給者の介護保険料を年金の支払いの際に年金から**特別徴収**する。

1-3 被保険者

介護保険の被保険者は、市町村の区域内に住所を有する者（以下「住民」という）のうち、40歳以上の者である。これは、40歳以上になると初老期痴呆や脳卒中等による要介護状態の発生の可能性が高くなること、親も要介護状態になる可能性が高く、介護保険制度により家族としての負担が軽減されること、等による。

被保険者は、要介護状態の発生率、保険料算定の考え方や徴収方法の違いにより、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険の加入者である第2号被保険者に区分されている。第1号被保険者の適用と保険料負担は個人単位の仕組みで、個々人が被保険者になり、個人別に保険料を納付する。被保険者証は第1号被保険者の全員と要介護・要支援認定を受けた第2号被保険者に交付される。

介護給付の受給権者は、第1号被保険者については、原因を問わずすべての要介護者または要支援者であるのに対して、第2号被保険者については、老化に起因する特定疾病による要介護者または要支援者に限定され、その他の原因による若年障害者については障害者福祉施策で対応することとされている。

第1号被保険者の保険料は、自らが受ける介護サービスに対応したものであり、地域のサービス水準に応じて、市町村単位で保険料を算定する。これに対して、第2号被保険者の保険料は、老親の介護を社会的に支援するという世代間連帯の性格も有していることから、市町村単位ではなく、各医療保険者が医療保険料と合算して徴収する。

1-4 介護保険事業計画

国は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するために、介護サービスの提供体制の確保等に関する基本指針を定める。

この基本指針に則して、市町村は**市町村介護保険事業計画**を、都道府県は**都道府県介護保険事業支援計画**を3年ごとに5年を1期として策定する。

市町村介護保険事業計画は、①各年度の対象サービスの種類ごとの量の見込み、②見込み量確保のための方策、③指定居宅サービス事業者間の連携確保等の介護サービスの円滑な提供を図るための事項、等について定める。市町村は、事業計画の策定や変更の場合、被保険者の意見を反映させるために、計画策定委員会の設置等の必要な措置を講ずる。

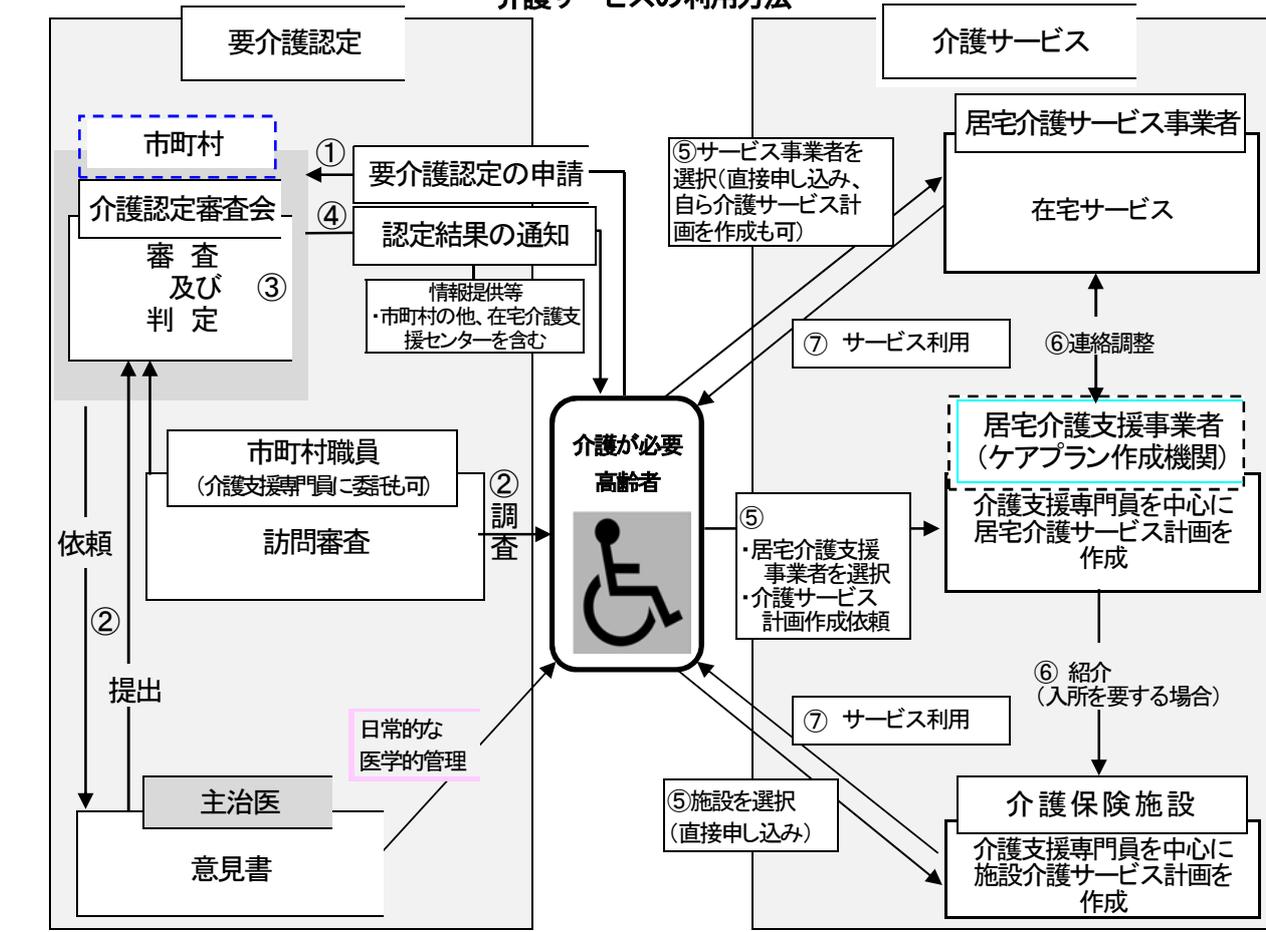
都道府県介護保険事業支援計画は、①都道府県が定める区域ごとの各年度の介護保険施設の種類の必要入所定員総数等の介護サービスの量の見込み、②介護保険施設等の施設整備に関する事項、③介護支援専門員等の介護サービス従事者の確保または資質の向上に資する事業に関する事項、④介護保険施設相互間の連携確保等の介護サービスの円滑な提供を図るための事項、等について定める。

市町村介護保険事業計画 都道府県介護保険事業支援計画

介護保険事業計画と老人保健福祉計画

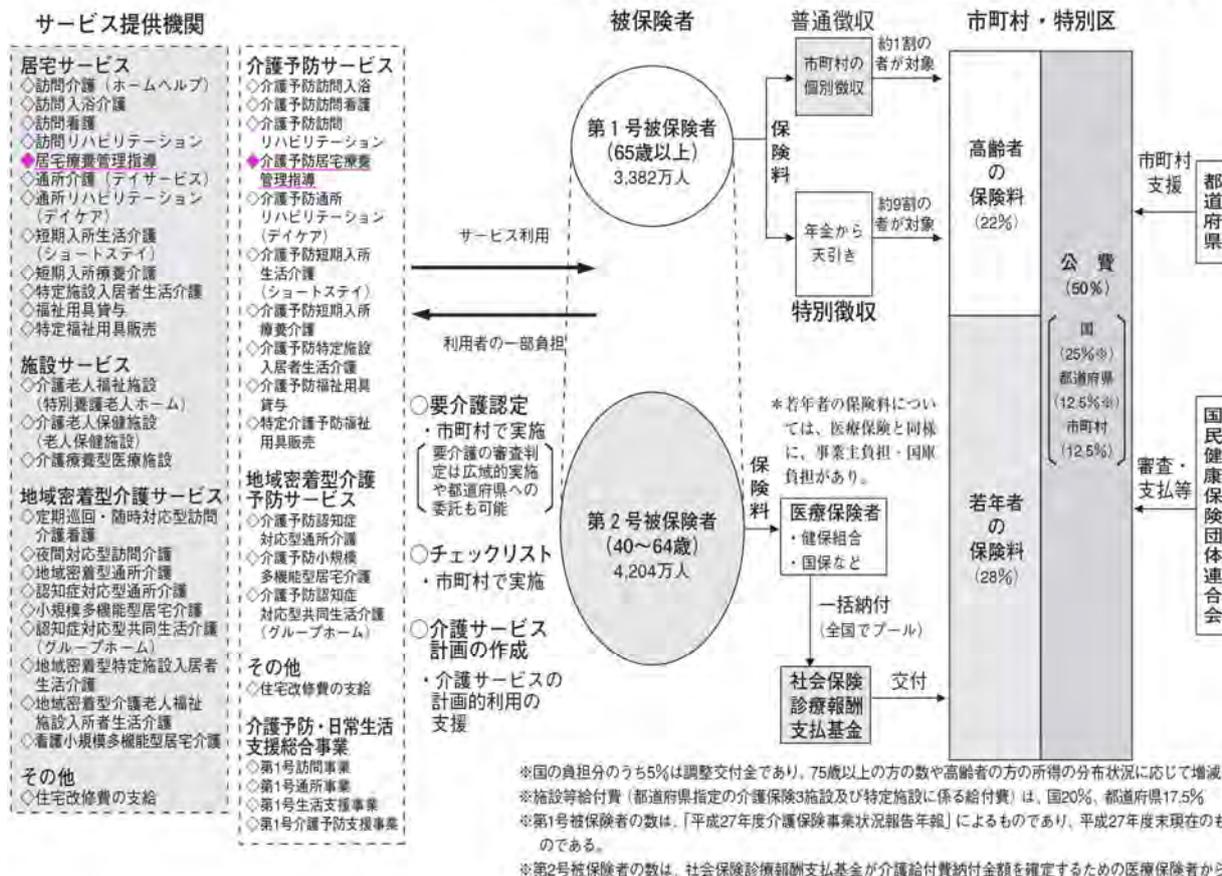
1990（平成2）年の老人福祉法等の改正により、老人に対する保健福祉サービスの拡充に総合的かつ計画的に取り組むため、市町村及び都道府県は、老人保健福祉計画を策定し、整備を図るべきサービスの実施目標等を示すことが義務づけられた（1993（平成5）年4月1日施行）。市町村及び都道府県の介護保険事業計画は、この老人保健福祉計画と調和を保って策定することとされている。

介護サービスの利用方法



介護保険制度の体系図

2018年版厚生労働白書資料編より



2 保険給付の手続きと内容

1 要介護認定・介護支援サービス

要介護者と要支援者

介護保険制度の法定給付には、要介護者に対する介護給付と要支援者（要介護状態となるおそれがある虚弱の状態にある者）に対する予防給付がある。

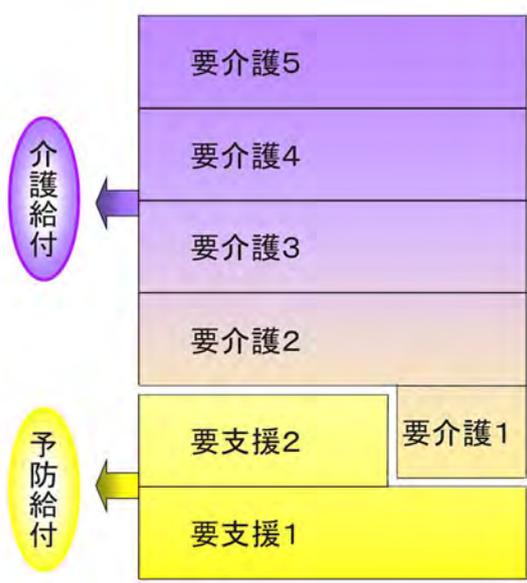
介護給付を受けるためには、被保険者は、要介護または要支援の状態にあるかどうか、要介護状態はどの程度か（要介護状態区分）を確認するために、市町村の要介護認定または要支援認定を受けなければならない。

要介護状態とは、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態」をいい、この状態にある者が要介護者である。ただし、第2号被保険者については、要介護状態になった原因が初老期痴呆や脳血管障害等の老化に起因する疾病（**特定疾病**）によるものであることが条件になっている。要介護者には、施設サービスと在宅サービスが要介護状態区分に応じて提供される。

要支援状態とは、「身体上又は精神上の障害があるために、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態」にある者をいい、この状態にある者が要支援者である。ただし、第2号被保険者については、特定疾病による要支援者に限られる。要支援者には、要介護状態の発生を予防する観点から、在宅サービスのみ（痴呆対応型共同生活介護を除く）が提供される。

要介護状態区分
要介護状態は、生活の一部について部分的介護を要する「要介護1」、中等度の介護を要する「要介護2」、重度の介護を要する「要介護3」、最重度の介護を要する「要介護4」、過酷な介護を要する「要介護5」の5段階に区分される。

特定疾患
次 15 疾病が特定疾病。
①初老期における痴呆
②脳血管疾患
③筋萎縮性側索硬化症
④パーキンソン病
⑤脊髄小脳変性症
⑥シャイ・ドレーガー症候群
⑦糖尿病性腎症
糖尿病性網膜症及び糖尿病性神経障害
⑧閉塞性動脈硬化症
⑨慢性閉塞性肺疾患
⑩両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
⑪慢性関節リウマチ、
⑫後縦靭帯骨化症
⑬脊柱管狭窄症
⑭骨折を伴う骨粗索症
⑮早老症



要介護認定の過程

要介護認定の申請から決定に至る過程は以下のとおりである。

- ① **認定の申請**……要介護認定を受けようとする被保険者は、申請書に被保険者証を添付して、市町村に認定の申請を行う。この申請手続きは、家族が行うこともできるし、指定居宅介護支援事業者や介護保険施設が代行することもできる。
- ② **訪問調査等**……申請を受けた市町村は、市町村職員を派遣して、被保険者の心身の状況やおかれている環境等について調査を行う（1次判定）。市町村は、この調査を指定居宅介護支援事業者等に配置された介護支援専門員（ケアマネジャー）に委託することができる。併せて市町村は、被保険者の主治医に対して、被保険者の疾病や負傷の状況等について意見を求める。
- ③ **審査・判定**……市町村に設置され、保健・医療・福祉の専門家により構成される**介護認定審査会**において、訪問調査結果や主治医の意見等をもとに、要介護状態に該当するかどうか、該当する要介護状態の区分は何か、第2号被保険者については特定疾病によるものであるかどうかの審査・判定を行う（2次判定）。
- ④ **認定と通知**……市町村は、介護認定審査会の判定結果に基づいて、要介護認定を行い、被保険者に対して、その結果と場合によっては介護認定審査会の意見を被保険者証に記して通知する。

以上の調査等及び審査・判定は、公平性と客観性の観点から、全国統一基準に基づいて行われる。

認定は、原則として申請日から30日以内に行われる。ただし、被保険者の心身の状況の調査に日時を要する等の特別の事情がある場合は、30日以内に被保険者に見込み時間と理由を通知したうえで、延期することができる。

要介護認定の効力は申請日にさかのぼり、申請日以降に利用したサービスについて給付が受けられる。また、申請前であっても、緊急等やむを得ない事情がある場合は給付の対象になる。

要介護認定等には有効期間が設定され、定期的に更新される。認定の有効期間は、新規認定の場合は原則6か月で、更新認定の場合は原則12か月（最長24か月）とされている。また、有効期間内であっても要介護状態に変化があった場合は、被保険者の申請または市町村の職権により、要介護状態区分の変更の認定、認定の取消し等を行うことができる。

なお、市町村の認定結果について不服がある場合は、都道府県の介護保険審査会に審査請求をすることができる。

要支援認定についても、基本的に以上と同じである。

▷ 介護サービス
利用方法の図
⑤参照

介護支援サービス

介護保険制度では、要介護者及び要支援者に対して、その心身の状態や個々の課題（ニーズ）等を十分に把握したうえで（アセスメント）、そのニーズに合った適切なサービスが受けられるよう、介護サービス計画（ケアプラン）の作成等を通じて、保健・医療・福祉分野の各種サービスを総合的、継続的に提供する介護支援サービス（ケアマネジメント）の機能が制度化されている。

介護サービス計画とは、個々の要介護者等の心身の状態や生活環境等に応じて、サービスの種類、内容、スケジュール、実施者等を定めた計画である。施設サービスの場合は、施設において必ず介護サービス計画を作成しなければならない。一方、在宅サービスの場合は、介護サービス計画を作成しなくてもサービスを利用できるが、その場合には償還払いになる。

介護サービス計画は、要介護者等からの依頼に基づき、指定居宅介護支援事

介護支援専門員

厚生省令では、介護支援専門員の資格要件として、原則として、保健・医療・福祉の分野で合計5年以上の実務経験を有する者で、都道府県知事が行う介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、一定の実務研修を修了した者としている。

業者や介護保険施設に配置される**介護支援専門員**が作成する。作成に当たっては各介護サービス提供者等から構成されるサービス担当者会議（ケアカンファレンス）において検討するが、その際には要介護者や家族の意向を十分に反映させるとともに、最終的には要介護者等の承諾を得なければならない。なお、介護サービス計画は、要介護者等が自ら作成することもできる。

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じるとともに、市町村、居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものである。

2 保険給付の概要

介護保険の保険給付には、法定給付である要介護者に対する介護給付及び要支援者に対する予防給付のほか、市町村が条例で定める特別給付の3種類がある。

要介護者に対しては、介護給付として要介護度に応じた在宅サービスと施設サービスが提供される。一方、要支援者に対しては、要介護状態の発生の予防という観点から、予防給付として介護給付と同様の在宅サービスが提供される（痴呆対応型共同生活介護と施設サービスは行われない）。

現物給付と現金給付

保険給付は、法律上は**償還払い**方式の規定になっているが、実際上は指定居宅サービス事業者及び介護保険施設からのサービスを受けた場合等の一定の要件を満たした場合は、**代理受領方式**による現物給付の扱いとされる。

償還払いになるのは、要介護認定等の申請前にサービスを受けたとき、介護サービス計画作成を受けることを事前に市町村に届け出ていないとき、介護サービス計画を作成しないでサービスを受けたとき、などである。また、現金給付（福祉用具購入費、住宅改修費、高額介護サービス費・高額居宅支援サービス費）は、**償還払い**である。

上記の指定居宅サービス事業者及び介護保険施設は、国の定める人員基準、運営基準、設備基準等を満たすものとし、都道府県知事の指定（介護老人保健施設は許可）を受けることを必要とする。このうち、指定居宅サービス事業者については、民間非営利組織を含む民間事業者の参入が認められている。なお、事業者が法人でないときや基準を満たさないときは、指定が受けられない。ただし、在宅サービスについては、都道府県知事の指定を受けない事業者であっても、一定の要件を満たす事業者（基準該当居宅サービス事業者）の在宅サービスについては、市町村が認めれば、償還払いにより給付が行われる。

在宅サービス・施設サービス

介護保険の保険給付の対象になるサービスには、大別して在宅サービスと施設サービスがある。

在宅サービスのなかには、介護支援サービスを保険給付として認めている。また、福祉用具の購入費や住宅改修費も保険給付の対象である。さらに、在宅（居宅）のなかには、有料老人ホーム等における居室も含まれる。在宅サービスには、区分支給限度額が設けられており、その範囲内で要介護者等の希望や環境等に応じて、複数のサービスを自由に組み合わせて受けることができる。

区分支給限度基準額は、在宅サービスの種類ごとの相互の代替性等の観点から、いくつかのサービスを一つの区分としてまとめ、その区分ごとに厚生労働大臣が定めるものである。基準額は、要介護状態に応じた標準的な利用の仕方

償還払い方式

介護サービスの利用者が事業者・施設に費用の全額をいったん自費で支払い、後で保険者（市町村）から保険給付分の費用の払い戻しを受ける方式

代理受領方式

事業者・施設が利用者にならわって保険者（市町村）から保険給付分の費用の支払いを受ける方式。

や、各サービスの費用をもとに設定される。

さらに、市町村は、厚生労働大臣が定める区分支給限度基準額の範囲内において、条例で、地域のサービス基盤の整備状況に応じて、個別の種類の子サービスの支給限度基準額を定めることができる。

なお、市町村は独自の判断で、第1号被保険者の保険料を財源として、条例により基準額を上乗せすることができる。逆に、制度施行当初において、サービス提供体制等が整わない場合は、経過的に条例で、厚生労働大臣の定める支給限度基準額よりも低い基準額を設定することも認められている。

区分支給限度基準額のほかに、居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額、居宅介護住宅改修費支給限度額が設けられるが、いずれも独立したものとして設定される。

居宅療養管理指導、痴呆対応型共同生活介護等の一部の在宅サービス、介護支援サービス、施設サービスについては支給限度額は設定されていない。これらのサービスは、他のサービスとの代替性がないことから、具体的な内容は介護報酬の算定方法による。

有料老人ホーム等

有料老人ホームやケアハウス等の施設については、居宅とみなし、外部から在宅サービスが提供される。ただし、契約に基づいて施設が介護サービスを提供する場合で一定の要件を満たすものは、特定施設入所者生活介護として介護保険から給付が行われる。

介護報酬

保険給付の対象になる各種介護サービスの費用の額の算定基準である介護報酬は、厚生労働大臣が定める基準により算定される。

介護報酬は、サービスの種類ごとに、①サービスの内容、②要介護状態区分、③事業所・施設の所在地、等に応じた平均的費用を勘案して算定される。このうち、③は、地域における物件費や人件費の差を考慮するものである。

なお、介護報酬を定める場合、厚生労働大臣はあらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

利用者負担

利用者負担は、サービスを利用する者と利用しない者の負担の公平、利用者のコスト意識の喚起等の理由から、在宅サービス及び施設サービスともに、原則として費用の1割である。ただし、介護サービス計画作成の費用については全額が保険給付される。

その他、施設入所者については、医療保険制度と同様に、在宅の要介護者との公平性の観点から、食費の標準負担額がある。施設入所者の教養娯楽費、理美容代等の日常生活費は保険給付の対象外である。

利用者負担については、家計への影響に配慮して、1割の自己負担額が一定額を超えた場合は、医療保険の高額療養費制度と同様に、超過分が高額介護サービス費または高額居宅支援サービス費として払い戻される。ただし、福祉用具購入費、住宅改修費の自己負担額、食事の標準負担額、日常生活費等の自己負担額は対象外である。

低所得者については、上記の利用者負担の上限額及び食事の標準負担額が軽減される。その他、円滑な実施のための各種の低所得者対策が講じられている。

市町村の特別給付と保健福祉事業

市町村は、法律で定められた保険給付以外に特別給付として、条例の定めにより要介護者等に対して、要介護状態の軽減、悪化の防止、要介護状態になる

ことの予防のための独自の給付を実施することができる。

その他、市町村は、保健福祉事業として、家族介護者等に対する支援事業、被保険者が要介護状態になることを予防するための事業、直営介護サービス事業の運営等の事業、利用者負担に対する資金の貸付け等の事業を行うことができる。なお、保健福祉事業の対象者は、特別給付と異なり、要介護者等に限らない。

以上の特別給付及び保健福祉事業の財源は、基本的に第1号被保険者の保険料が想定されている。

保険給付の調整・制限

要介護者・要支援者であっても、労働者災害補償保険や公費によって、介護保険の給付に相当する給付を受けている場合には、その限度において、介護保険からの給付は行われない。

また、①監獄や刑務所等に拘禁されている場合、②故意の犯罪や重大な過失、正当な理由なくサービスの利用に関する指示に従わないこと等によって要介護の状態になったり、状態を悪化させた場合、③正当な理由なく市町村の求める文書の提出等に応じないとき、等には保険給付の全部または一部が支給制限される。

さらに、第1号被保険者が介護保険料を滞納している場合には、保険給付の支払い方法の変更（現物給付を行わず償還払いとする）、一時差し止め、滞納保険料と保険給付の相殺、保険給付の減額措置（給付率を9割から7割給付とするほか、高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費を支給しない）等が行われる。また、第2号被保険者が医療保険料を滞納している場合には、保険給付の一時差し止めが行われる。

3 費用負担

3-1 費用負担

公費負担と保険料負担の割合

介護保険の法定給付に要する費用は、50%が公費負担、残る50%が保険料負担によって賄われる。

公費負担の内訳は、国が25%、都道府県12.5%、市町村12.5%である。国庫負担は、すべての保険者共通の定率負担分20%と、保険者間の財政力格差の調整のためにあてられる調整交付金5%からなる。調整交付金は、①要介護リスクの高い後期高齢者（75歳以上）の加入割合の相違、②高齢者（第1号被保険者）の負担能力（所得水準）の相違、③災害時の保険料減免等の特殊要因等、保険者の努力によっては対応できない要因による格差を調整するものである。

保険料負担分は給付費の50%で、その総額を第1号被保険者と第2号被保険者が、それぞれの1人当たりの全国平均の保険料が同じ水準になるように人数比で按分して負担することとし、第1号被保険者の負担分が18%、第2号被保険者の負担分が32%になっている。この比率は全保険者（各市町村）共通であり、個々の保険者の高齢化率の違いは、財政上は完全に調整される仕組みになっている。

保険料の算定と徴収方法

第1号被保険者の保険料の基準額は、市町村の介護保険事業の財政見通しに基づき、中期的財政運営の観点から3年ごとに設定される。基準額は市町村ごとに給付水準に応じて定められ、個々の被保険者の保険料は所得に応じて5段階の定額保険料とされる。

第1号被保険者のうち、一定額以上の老齢（退職）年金受給者については年金から天引き（特別徴収）し、その他の者については市町村が直接徴収する（普

通徴収)。

第2号被保険者の保険料は、各医療保険の保険者が全国平均の1人当たり保険料に医療保険加入者数を乗じた額を賄えるよう、医療保険料と合算して徴収し、介護給付費納付金として社会保険診療報酬支払基金に納付し、支払基金から市町村に交付する。なお、第2号被保険者の保険料は、各医療保険の保険料の算定方式に従って定められる。

被用者の医療保険加入者である第2号被保険者については、原則として2分の1の事業主負担がある。また、国民健康保険の加入者分については50%、政府管掌健康保険の加入者分については16.4%の国庫負担が行われる。これらはいずれも医療保険制度における老人保健医療拠出金と同じ仕組みである。

3-2 財政安定化基金等

財政安定化基金事業

市町村の保険財政の安定化を図るため、都道府県に財政安定化基金を設置し、次のような事業を行う。

- ① 通常の実行を行ってもなお生じる保険料収納率の悪化により、介護保険財政に不足が生じる場合、財政不足額の一部を交付する。
- ② 給付費の見込み誤りや収納率の悪化等によって財政収支の不均衡が生じた場合、必要な資金を貸与する。

資金の貸付けを受けた市町村は、次の事業運営期間に3年間の分割で返済することとして、返済の財源を含めて第1号被保険者の保険料を設定する。

財政安定化基金の財源は、国、都道府県、市町村のそれぞれが3分の1を負担する。このうち市町村の財政安定化基金への拠出金は、第1号被保険者の保険料で賄われる。

市町村相互財政安定化事業

市町村は、財政単位の広域化と規模の拡大によって財政の安定化を図るため、保険給付費と財政安定化基金への拠出金・借入金の返済財源について、他の市町村と共同して、共通の調整保険料率を設定し、介護保険財政について相互に調整を行うことができる。

都道府県は、市町村からの求めに応じて、共同化に係る市町村間の調整を行うとともに、調整を行う市町村の求めに応じて調整保険料率に係る基準の提示等の助言や指導を行うことができる。

3-3 審査・支払い

国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)は、介護保険事業に関して、次のような業務を行う。

- ① 市町村の委託を受けて行う居宅介護サービス事業者や介護保険施設から提出される介護給付費請求に関する審査、支払い。
- ② 事業者・施設の行うサービスに関する調査、指導、助言。
- ③ 市町村の委託を受けて行う、介護保険給付について市町村が代位取得した第三者に対する損害賠償金の徴収または収納の事務。
- ④ 指定居宅サービスや施設サービスに係る事業の運営。
- ⑤ その他、介護保険事業の円滑な運営に資する事業。

上記①の審査を行うために、国保連に介護給付費審査委員会が設置される。委員会は、医療保険と同様に、介護給付等対象サービス担当者、市町村、公益の同数の代表からなる三者構成である。

②の業務は、事業者等の行うサービスについて、利用者からの苦情を受け付け、事実関係の調査を行い、改善の必要がある場合には、事業者等に対して指導、助言を行うものである。

3-4 介護保険審査会

保険者の行った行政処分に対する不服申し立ての審理・採決を行う第三者的機関として、都道府県に介護保険審査会が設置されている。

審査会の審理対象になる行政処分は、①保険給付に関する処分（要介護・要支援認定に関する処分、被保険者証の交付の請求に関する処分、給付制限に関する処分等）、②保険料その他の徴収金に関する処分（保険料の賦課徴収に関する処分、不正利得に関する徴収金等に関する賦課徴収、保険料等の徴収金に関する滞納処分等）である。

審査会は、被保険者代表、市町村代表、公益代表の三者構成である。その他、審査会には、要介護・要支援認定に関する審査請求を迅速かつ正確に処理するために、都道府県の実情に応じて、保健・医療・福祉の学識経験者を専門調査員としておくことができる。

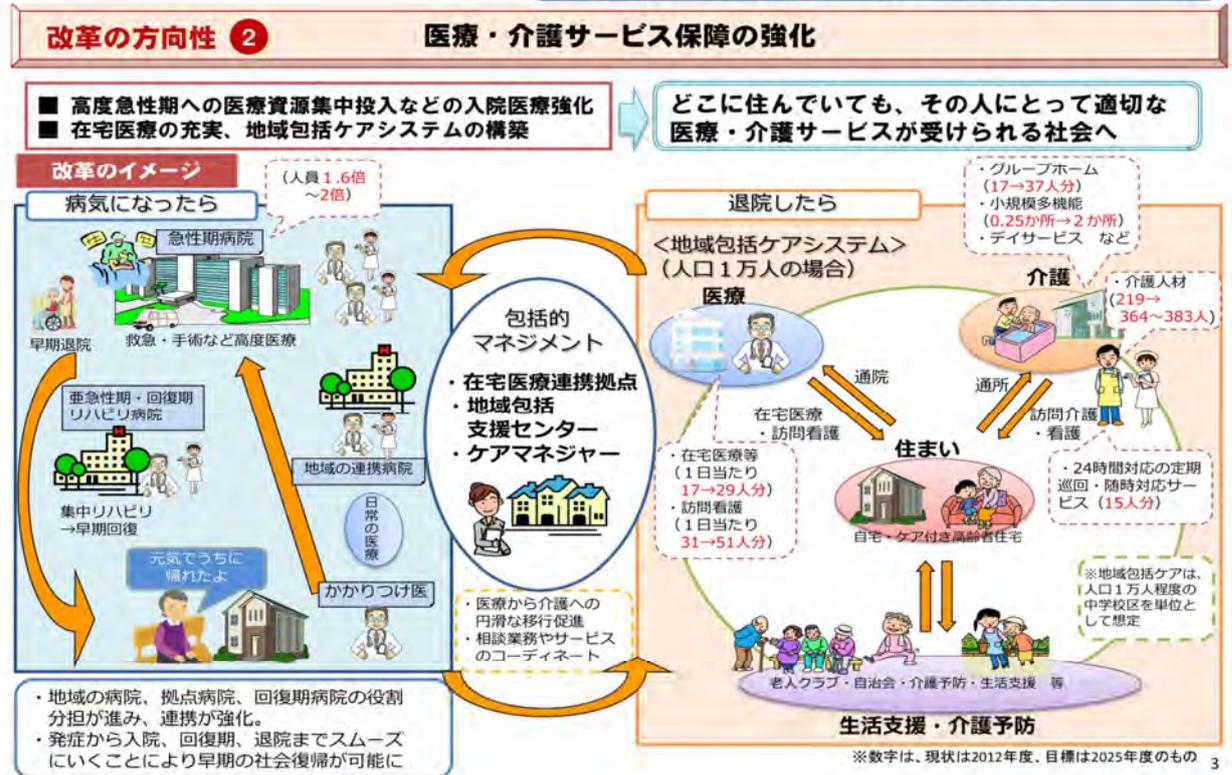
3-5 施行期日と検討事項

介護保険制度は、2000（平成12）年4月1日から施行された。ただし、在宅サービスについては、基盤整備の状況やサービスの必要量等を勘案して、経過的に（施行日から5年を経過した日以降、政令で定める日まで）国が定める区分支給限度額よりも低い支給限度額を条例で定めることができる。また、施行日において、老人福祉施設に入所している者については、施行日から5年間に限り、施行日から引き続き入所している間は、要介護被保険者とみなし、かつ利用者負担についても負担能力に応じた減免を行う。

また、施行後5年をめどとして、被保険者の範囲、保険給付の水準・内容、保険料の負担のあり方等、介護保険全般について検討を行い、その結果に基づいて必要な見直し等を行うこととされている。

在宅医療

社会保障・税一体改革の中に在宅医療の位置づけ
「医療・介護の将来像」 平成24年7月2日



GIO
 これからの医療について理解する。

SBOs
 将来必要とされる医療形態を説明する。
 インフォームドコンセント、継続的・包括的医療、POS・DOS、EBM 等を説明する。

■これからの医療



【問題点】

- ◆ 専門細分化（全体的診断ができない）
- ◆ 心理・行動の認識不足（病気を治して病人を治さず）
- ◆ 患者とのコミュニケーション不足（患者との医療トラブル、医療訴訟）

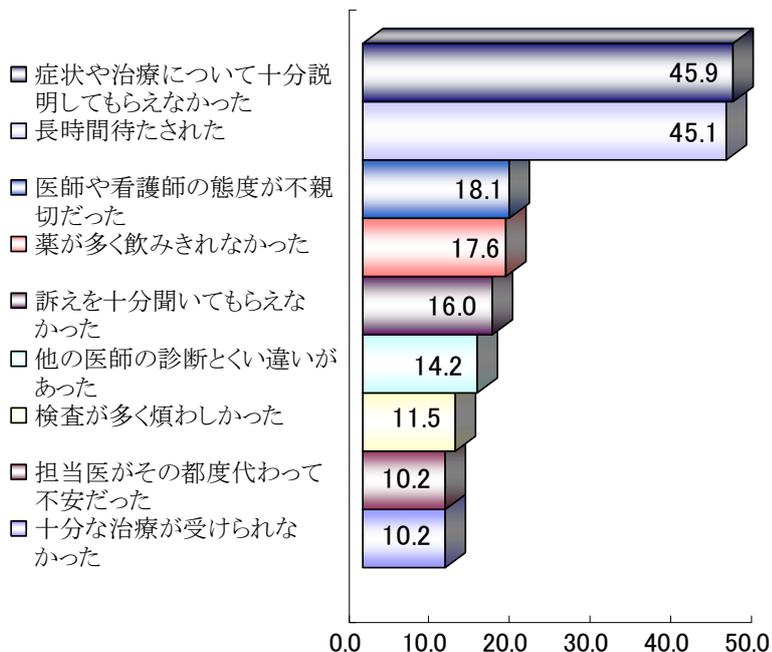
【問題解決の1方法として】

インフォームドコンセント（Informed Consent：1991年頃より、医科、歯科界で注目されてきた。）

患者は病気（疾患）からの苦痛、治らない不安、家族への心配等がある。病気を診断し治療することだけでなく、患者の心（病）をもケアして（面倒をみて）くれる医師が必要となっている。

医療への不満・疑問

（平成7年10月 健康保険組合「健康づくりと医療」に関する調査結果報告書）



■これからの医療に必要とされる「医の倫理」「医療に関連する用語」

1. 「医の倫理」の必要性

【理由】

医学・歯学・福祉及びそれらの医療行為において倫理感が必要となるのは、医療上の正当性がないかぎり、人に対する傷害行為となるためである。

▷ 基本的人権

1-1 基本的人権

日本国憲法における基本的人権

第11条 基本的人権の不可侵

国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在および将来の国民に与えられる。

第25条 生存権、国の社会的使命

- (1) すべての国民は、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、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない。

医療法に述べられた患者の人権

1997年の医療法改正により、医療は「生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とする」と定義づけられた

(第1条の2)

「生命の尊重」とは、医療が生命を守ることを第一にするという従来の医療の目的である。「個人の尊厳の保持」とは、医療現場における患者の人権擁護のことであり、医療ではこれらを両立が求められている。

▷ 医療倫理

1-2 医療倫理に関する事項

医の倫理規定は主に世界医師総会で採択されたものである。

医の倫理規定には、

- 1) 医師の職業倫理
- 2) 患者の権利
- 3) 死・終末期医療に関する倫理などがある。

1) 医師の職業倫理

▷ ヒポクラテスの誓い

① ヒポクラテスの誓い (BC 5世紀)

古代ギリシャ人で医学の父と称される医師ヒポクラテスに由来するといわれる医師の倫理を述べた誓文。医師のモラルの古典的指針とされる。

ヒポクラテスは紀元前5世紀にエーゲ海のコス島に生まれたギリシャの医師で、それまでの呪術的医療と異なり、健康・病気を自然の現象と考え、科学に基づく医学の基礎を作ったことで「医学の祖」と称されている。彼の弟子たちによって編纂された「ヒポクラテス全集」には当時の最高峰であるギリシャ医学の姿が書き残されている。その中で、医師の職業倫理について書かれた宣誓文が「ヒポクラテスの誓い」であり、世界中の西洋医学教育において現代に至るまで語り継がれている。

▷ 医療倫理の4原則

▶ 112回 国試

「ヒポクラテスの誓い」にあるように、医師の職業倫理や医療の原則については古くより議論されてきたが、20世紀の医学の様々な倫理的問題に対して、対応できるような原則が考案された。

「医療倫理の4原則」とは、**自律尊重**(respect for autonomy)、**無危害**(non-maleficence)、**善行**(beneficence)、**正義**(justice)の4つ。これは1979年にビーチャム(T. L. Beauchamp)とチルドレス(J. F. Childress)¹⁾が提唱した原則。

▷ ジュネーブ宣言

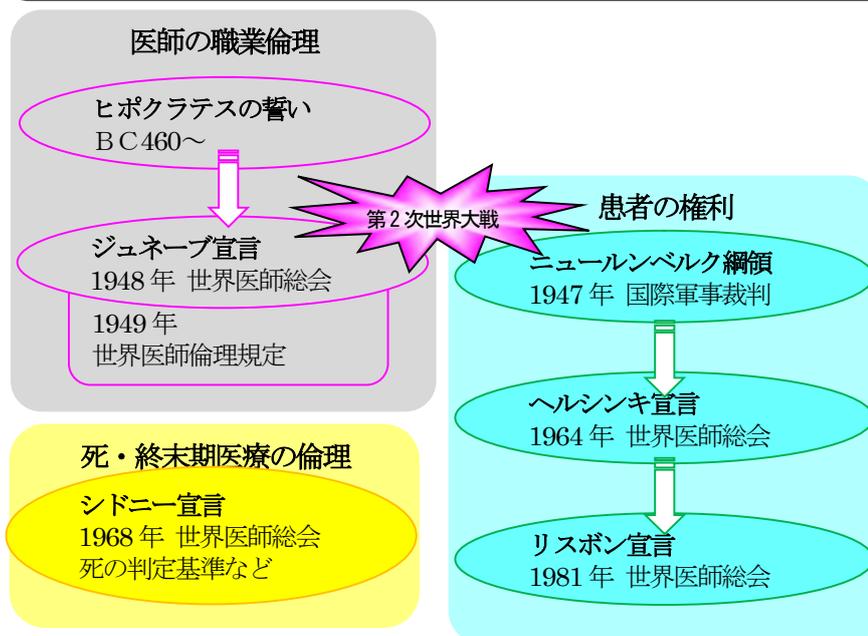
② ジュネーブ宣言 (1948年、世界医師総会)

人類への奉仕、患者の非差別、良心と尊厳をもった医業、患者の秘密の尊重などを謳った医師の職業倫理規定である。

【ジュネーブ宣言全文】

- ・私は自分の生涯を人類に奉仕することを厳粛に誓うものである。
- ・私は恩師が当然受けるべきである深い尊敬と感謝の念を恩師に捧げる。
- ・私は良心と尊厳を持って医業に従事する。
- ・私は第一に患者の健康について考慮を払う。
- ・私は患者の信頼に応じて秘密を尊重し、その死後までもそれを守る。
- ・私は全力をあげて光輝ある医学の伝統を擁護する。
- ・私の同僚は私の兄弟である。
- ・私は診療に当たって宗教、国籍、人種、政党、社会的地位によって患者を差別しない。
- ・私は如何なる脅迫があろうとも、生命の始まりから人命を最大限に尊重する。人道の法則に反して医学的知識を用いるようなことはしない。
- ・私は他からの拘束を受けず、自分自身の名誉にかけてこれらのことを厳粛に約束する。

医療倫理などの国際規定



▷ ニュールンベルク綱領

2) 患者の権利

患者の権利に関する宣言にはニュールンベルク綱領、ヘルシンキ宣言、リスボン宣言がある。このうちニュールンベルク綱領、ヘルシンキ宣言はヒトを対象とした医学研究を行う場合の基準を定めたものである。

一方、リスボン宣言は、診療における患者の権利を示したものである。

① **ニュールンベルク綱領** (1947年、ニュールンベルク国際軍事裁判)
第二次世界大戦中に行われた、ナチスドイツのユダヤ人に対する大虐殺(ホロコースト)が裁かれたのがニュールンベルク国際軍事裁判である。そこではさらに、ユダヤ人だけでなく、自国民の身体障害者や同性愛者、共産主義者に対する「安楽死」計画、強制収容所での非人道的な人体実験などがナチスの医師により行われていたことが明らかにされた。このように、医師が人権を蹂躪することがあってはならないとの反省から患者の意思を尊重する医療の綱領を定めた“ニュールンベルク綱領”が発表され、その後の医療における倫理規定に大きな影響を及ぼした。

▷ ヘルシンキ宣言

② **ヘルシンキ宣言** (1964年、世界医師総会)

ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則。医学の進歩のためには人体実験が必要なことを認めた上で、「被験者(患者)の利益は科学と社会への寄与よりも優先されるべき」という原則を述べている。我が国における新薬治験(臨床試験)の実施基準であるGCP(Good Clinical Practice)はヘルシンキ宣言の遵守を根幹としている。

【ヘルシンキ宣言で述べられている医学研究のための基本原則(抄)】

- ・被験者の生命、健康、プライバシー及び尊厳を守ること
- ・一般的に受け入れられた科学的原則に従い、実施前に十分な知識を得ること。
- ・実験計画書を作成し、適切な倫理審査委員会に提出しなければならないこと
- ・研究計画書は、必ず倫理的配慮を含んでいること
- ・科学的な資格のある人によって、臨床的に有能な医療担当者の監督下において行われなければならないこと
- ・被験者に生じうるリスクと利益を事前に注意深く評価すること
- ・生じうるリスクを管理できない場合には行ってはならないこと
- ・目的の重要性が研究に伴うリスクにまさる場合にのみ行われるべきであること
- ・研究の結果から利益を得られる相当な可能性がある場合にのみ正当とされること
- ・被験者はボランティアであり、かつ十分説明を受けた上で参加すべきであること
- ・被験者のプライバシーの保持、人格に関する研究の影響を最小限にする手段が講じられなければならないこと
- ・被験予定者からインフォームドコンセントを可能な限り文書で取得すること
- ・医師への依存や強制の下での同意とならないよう注意を払うこと
- ・同意能力のない対象者では法的代理人から同意を得ること

▷ **リスボン宣言**

③ **リスボン宣言** (1981年、世界医師総会)

患者の権利宣言ともいわれ、近年の患者中心の医療の基本をなす概念(インフォームドコンセント、セカンドオピニオン、自己決定のための協力、知る権利やプライバシーの尊重など)が述べられており、我が国の医療法や各病院の患者権利宣言などに大きな影響を与えている。

【リスボン宣言における患者の権利(抄)】(11項目)

- (1) 良質な医療を受ける権利
差別されない権利、医療の質の保証
- (2) 選択の自由の権利
保健医療機関の選択の自由、セカンドオピニオンを得る権利
- (3) 自己決定の権利
自己決定のための情報を受ける権利、治療・検査を承諾・拒否する権利、被験者になることを拒否する権利
- (4) 意識のない患者におけるインフォームドコンセント
- (5) 法的無能力者の患者の意思決定
- (6) 患者の意思に反する処置
患者の意思に反する処置を行える条件
- (7) 情報を知る権利
診療録開示の権利、知りたくない情報を知らされずにいる権利
- (8) 機密保持を得る権利
- (9) 健康教育を受ける権利
- (10) 尊厳を得る権利
- (11) 宗教的加護を受ける権利

▷ **シドニー宣言**

3) **死・終末期医療に関する倫理**

① **シドニー宣言** (1968年、世界医師総会)

死に関する声明。臓器移植という新たな医療技術により、改めて“死”を定義づける必要が生じた。死の判定基準に関する基本指針を示したもの。

2. **医師・歯科医師と患者との関係に関する事項**

歯科医師は、単に患者の病気を治そうとするばかりでなく、患者やその家族の不安・苦悩を軽減させるよう努めなければならない。

▷ **インフォームドコンセント**

2-1 **インフォームドコンセント Informed Consent**

【よく説明された上での同意=説明と同意】

アメリカ社会において、自己防衛のために個人の権利が強く主張されている。そこで、医師の患者に対しての説明義務として発生してきたものである。

欧米諸国の患者には、医療に対する権利意識の高まりがあり、その中で言われているのが Informed Consent の考え方である。医師は義務として十分な情報を患者に与え、その選択と決定を患者自身に委ねるといった医師と患者の関係である。

日本では、医師と患者の関係は従来、患者が弱い立場で、ものが言えない状態にある。最近になって社会あるいは患者の医療に対する考え方が

明確になってきており、医療内容の説明希望、マスメディアの医療情報の提供などが盛んになってきている。そこで日本においても Informed Consent が言われはじめ、治療の効果を上げるためにも、患者を疾患から早く回復させるためにも医療、治療の適切な情報を提供することの重要性が問われるようになってきた。

Informed Consent は患者に対して治療内容の説明という単なる意味でなく、患者が治療法などについて正しい説明を受け理解した上で自主的に選択、同意あるいは拒否できるという内容をもっている。Informed Consent を実践するには、医師と患者は互いに信頼できる関係を保つことが重要であり、そのためには社会に、生命、健康、人権、個性などを大切にする文化があり、患者も健康に対して関心を持ち、医療に参加する意志を持つことが必要である。このような状況においては、医療情報も科学的に裏付けされたものでなければならぬし、治療も的確で適正なものでなければならぬ。結果的に医療の向上につながるものとなる。

患者に説明されるべき内容はヘルシンキ宣言、リスボン宣言および医療法にも示されている。

▶特集：歯科医療でのインフォームドコンセント 1991 歯科評論 PDF

【ヘルシンキ宣言のインフォームドコンセント】

ヘルシンキ宣言では治験対象者に対して以下の説明をすべきであるとされている。

- ・研究目的
- ・研究方法
- ・資金源
- ・起こり得る利害の衝突
- ・研究者の関連組織との関わり
- ・研究に参加することにより期待される利益および起こり得る危険ならびに必然的に伴う不快な状態
- ・対象者はいつでも報復なしに、この研究への参加を取りやめ、または参加の同意を撤回する権利を有すること

【リスボン宣言のインフォームドコンセント】

- ・医師は患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。
- ・同意能力のない者からのインフォームドコンセントの取得について

①意識喪失者に対して

原則：可能なかぎり法定代理人からインフォームドコンセントを取得する

代理人不在の場合：緊急時で代理人が不在の場合は患者があらかじめ医療処置を拒否する意思あるいは信念を明らかにしていないかぎり、患者の承諾があったものとみなす。

自殺による意識喪失者：自殺企図により意識を失っている患者に対しては、常に救命に努めるべきである。

②未成年あるいは法的無能力者に対して

原則：本来患者の同意が必要な状況では患者の法定代理人の同意を求めべきである。その場合であっても、患者をその能力の許すかぎりにおいて意思決定に参画させねばならない。

判断能力がある場合：患者が法的無能力者であっても合理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。

法定代理人が不適切な判断をする場合：患者の法定代理人が、医師

の立場から見て患者の最善の利益にかなうとみなされる治療を禁止する場合、医師は関係する司法機関などに異議申立てを行うべきである。緊急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することが求められる。

【医療法のインフォームドコンセント】

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない（第1条の4の2）。

〔治療のためのインフォームドコンセントの説明内容〕

リスボン宣言や医療法には治療に先だつインフォームドコンセントのための具体的説明内容は規定されていない。しかし現在、一般的には治療行為を行うに先だつて、以下の5項目を説明する必要があるとされている。

1. 病気とその現状
2. これに対して行おうとしている治療方法
3. その治療法の危険度
4. それ以外の可能な治療法
5. 治療した場合、しない場合の予後

▷ プライバシーの保護

2-2 プライバシーの保護

患者の解釈モデルを理解するためにメディカルインタビューではできるだけ多くの情報を患者から収集すべきである。しかし患者が主訴と関係付けていない個人的な情報の収集の場合には特に配慮を要する。また、得られた情報は身体的情報だけでなく、社会的情報（家族構成、家族問題、職場環境、など）心理的情報（鬱的傾向、ストレスを感じている、など）もすべて医療情報として扱い、厳密に保護されなければならない。

▷ 守秘義務

2-3 守秘義務

歯科医師はその立場から患者のプライバシーを知ることが多いが、ジュネーブ宣言やヘルシンキ宣言に記されているように患者の秘密を他人に漏らしてはならない。特に、我が国では守秘義務に違反した場合は刑法上の刑事責任を問われる。

▷ 患者の価値観の尊重と自己責任

2-4 患者の価値観の尊重と自己責任

患者が自らの価値観によって治療方針を決定するという事は、自ら意思決定することである。すなわち患者は自らの決定に自己責任を負う。患者の決定に際し、歯科医師は患者の価値観を可能な限り尊重すべきである。しかし、患者の決定にはときに、生命の保護に反する場合、公序良俗に反する場合、医療の倫理規範に反する場合、などがある。そのような場合、患者の自己責任であるからと責任放棄はできない。歯科医師は自らの「裁量」と患者の「自己決定」を合致させる努力をしなければならない。

▷ コンプライアンス

2-5 コンプライアンス Compliance

医療者から与えられた助言や指示に、患者が実際に従う度合いのことであり、患者が医療者の指示に従わないことをコンプライアンス不良と

▶ 末期患者とその家族への対応

いう。

以下のような指示に対してコンプライアンスが不良の場合、治療効果が低下することが考えられる。

- 1) 外来の再診や検査のための来院の指示
- 2) 服薬の指示
- 3) 禁酒、禁煙、食事内容、運動などライフスタイルの変容の指示

▶ セカンドオピニオン

2-6 末期患者とその家族への対応

もはや治療によって根治を期待できない病状の患者を末期患者という。末期患者への対応をターミナルケアと呼ぶ。末期患者には残された生存期間を無理に延ばす処置（延命処置）よりも、存在する今日の生命または生活の質（QOL）を可能なかぎり豊かにするよう、ケア主体の医療が重視される。対症療法的には苦痛の除去（ペインコントロール Pain Control）を主体とし、さらに家族に対する精神的サポートも必要となる。

▶ EBM

2-7 セカンドオピニオン

主治医以外の医師の意見。第二診断とも言われる。患者が治療に関する意思決定のために、主治医以外の専門家の診断や治療方法について意見を聞くこと。リスボン宣言では患者の自由な選択にかかわる権利のひとつとして、「患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。」としている。

2-8 EBM

経験則に頼ってきた『従来の医療』を改善するための考え方。『根拠に基づいた医療』はエビデンス・ベースド・メディシン（Evidence Based Medicine=EBM）と呼ばれ、世界の医療の主流になりつつある。医療界で、EBM やエビデンスという言葉聞くことが次第に多くなった。近頃では医薬品のプロモーションにおいてすら、「エビデンスに基づいた……」というキャッチフレーズが謳われるようになってきている。しかし、その多くは同じ言葉を使いながらも意味するところが人によって少なからず異なっている。

第一の疑問は、「過去の医療は根拠に基づいた医療でなかったのか？」ということである。 いったい医師が根拠なく医療を行うことなどあるのだろうか。もう一昔以上前、文献検索サービスが医薬品メーカーMRの仕事のひとつとして大きな重みをもっていた。なぜ？それは、医師にとって、「文献では……」という根拠がその当時も結構な重みをもっていたからだ。このことに象徴されるように、医師が何らかの根拠をもって医療を行うことは今に始まったことではなく、すでにずっと昔からなされてきたことである。臨床医は昔も今も日々患者を前にして何らかの決断をしている。診断を下すことはもとより、それに至るためにどの検査を行い、さらに診断が決まったら、どういう治療手段を施すか、常に決断を迫られているのである。何らかの根拠に基づいて決断してきた。ただ、注意すべきは、その根拠が、過去の同じ症状の患者を診た「経験」かもしれないし、「同僚あるいは先輩医師に相談した結果」、はたまた「教科書」や「最新雑誌の文献」かもしれない。

たくさんの根拠のなかから、ある決断がどれに基づくか、その選択にみられるばらつきはすさまじく大きかった。経験一本槍の医師もいれば、ケースバイケースで取捨選択している医師もいる。その結果が医療行為のばらつきにもつながっていた。このような状態では医療に混乱を招く

ので、少なくともとっかかりの部分はコンセンサスに基づくべきだとして、EBM という手法が参照された。これが今の EBM の原点である。

▷ 患者中心の医療

2-9 患者中心の医療

従来、医師、歯科医師は患者との関係において“患者のために”という大義名分のもと、自らの判断を押しつける傾向があったと考えられている。ヒポクラテスの誓いやジュネーブ宣言で謳われている医師の職業倫理では、医師側が治療のリーダーシップをとろうとする父権主義（パターナリズム）的医療に陥りやすい。そのような反省から、POS、患者立脚型医療評価などが提唱されている。

a. パターナリズム医療（父権主義的医療）

患者の最善の利益の決定の権利と責任は医師側にあり、医師は自己の専門的判断を行なうべきで、患者はすべて医師に委ねればよいとする考え方。患者が意思決定能力を持つ状態にもかかわらず、能動受動関係がとられている状態。医師の神格化の崩壊、患者の権利意識の高まりとともに否定され、無くなりつつある。

b. POS：（問題志向、患者中心、プライマリーケア、予防重視 ＝problem、patient、primary、preventive）Oriented System

患者の持つ医療上の問題点に焦点を合わせ、その問題を持つ患者の最善の扱い方を目指して努力する一連のシステムのことである。医師が患者に対して診断をつけ、その疾患に対処することのみが行われてきた従来の医療への反省から生まれた概念。診断主体のシステムは DOS：（疾患、医師、薬中心＝disease、doctor、drug）と呼ばれる。

▷ POS と DOS

3. 患者・障害者の心理的・社会的問題に関する事項

▷ クオリティーオブライフ

3-1 クオリティーオブライフ QOL

「生命の質」または生活の質と訳される。本来は生活水準を財産や物質供給などの量的側面からだけでなく、生活への満足度や余暇時間といった非物財的側面も含めて質的に評価しようとする社会学の概念である。医療における QOL は当初ターミナルケアの現場で生まれた。末期ガン患者にこれ以上の治療は不可能となったとき、残されたその患者の生活の質をできるだけ高めるために痛みを鎮め、こころ

に支えを与えようとするホスピス運動である。この運動はそれまで延命すなわち「命の量」の増加を第一の目的としていた医療の世界に大きな影響を及ぼした。その後 QOL の概念は高齢者や障害者、慢性疾患患者に対する医療評価に取り入れられ、さらには地域健康増進運動のゴールにも位置づけられるようになった。特に緊急性が少ない生活習慣病の治療においては、治療によって患者が自らの QOL が向上したと感ずることが医療に対する患者の満足度にとって重要である。

▷ リハビリテーション

3-2 リハビリテーション

リハビリテーションは「機能回復」と訳されることが多いが、本来の意味は「自分がももいた場所に帰ること」である。すなわち家庭復帰、職場復帰などの社会復帰を意味する。WHO の障害分類（1980 年）では、身体の一部に機能喪失がある状態をインペアメント（機能障害）とし、機能喪失

があるために社会生活に必要な能力が失われることをデイスアビリティ（能力障害）、さらに能力が失われたために実際に社会参加できなくなることをハンディキャップ（社会的障害）とした。リハビリテーションの意義は、身体機能・能力が失われてもそれを回復したり、代替能力（車イスによる移動能力）を身につけたりすることによってインペアメントやデイスアビリティを可能な限り小さくし、ハンディキャップが生じることを防止することにある。

▷ ノーマライゼーション

3-3 ノーマライゼーション

高齢者や障害者など、障害や能力低下があっても、ごく普通の生活を営むことができ、かつ差別されない社会を作るという基本理念である。1952年頃、デンマークの「障害を持つ親の会」の運動として始まった。我が国でも近年その理念が広く浸透しつつある。

ノーマライゼーションは、障害者に対して一方的な同情や援助を与えるものでなく自立を支援するためのものであることに注意したい。

▷ バリアフリー

3-4 バリアフリー

ノーマライゼーションの障壁となるものをバリアといい、一般に4つのバリアが存在すると考えられている。バリアフリーとはこれらのバリアをなくすことであり、それにより障害者の社会参加が可能となる。リハビリテーションが障害者側が社会に復帰しようとする努力であり、ノーマライゼーションは社会が障害者に対する受け入れ体制を整えることである。

1. 物理的バリア	通路の段差	段差の解消
2. 制度のバリア	資格取得の制限	資格に関する法改正
3. 文化、情報伝達のバリア	情報伝達手段の制限	点字、文字情報
4. こころのバリア	偏見、同情	教育、啓蒙、意識変容

▷ プライマリー・ケア

3-5 プライマリー・ケア Primary Care

基本的医療（疾患の診療、予防）と保健（健康管理、増進）を地域住民に提供する。地域に住んでいる人で健康に問題のある人が、医療専門家より最初に受けヘルス・ケアのこと。

1978年9月ソ連アルマ・マタでWHOがプライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議を開き今後の世界的活動の基本となる宣言を採択した。その6項に“プライマリ・ヘルス・ケアは人々が生活し労働する場所に、できるだけ近接して保健サービスを提供する国家保健システムと個人、家族、地域住民とが接触する最初の段階として位置づけられる”としている。

プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care(=PHC)

和訳としては「初期診療」「一次医療」が使われる。WHOでは「人類の健康状態を改善させるために必要なすべての要素を地域レベルで統合する手段をいい、国家保健システムに組み込まれ、予防、健康増進、治療、社会復帰、地域開発活動すべてを含む」と定義し、包括的医療の考えを広める中核的考えとしている。日本では、「プライマリーケア」といい、「病気やけがをしたとき最初に受ける医療」という意味に限定して使われることが多い。プライマリーケア医は、一般医、家庭医などとも呼ばれ、以前のアメリカと同様専門医に比し、軽く扱われがちであるが、総合的医療こそ優秀な人材が必要であることが認識されるようになり、日米の大学でもプライマリーケアの専門医を養成する講座が新しく生まれつつある。

▶ WHO

3-6 WHO World Health Organization

国際保健機構の略。国際連合のうちで保健衛生の分野を受け持つ専門機関。

1946年の第1回国連総会の決議にもとずいて設置が決まり、1948年に発足した。本部はスイス、ジュネーブに置かれ、日本は1951年に加盟した。事業は、保健問題に関する情報の収集、および研究、加盟国の公衆衛生行政の強化のための援助活動などを行っている。

▶ ホスピス

3-7 ホスピス

ホテル、ユース・ホステル、ホスピタル（病院）などの言葉と兄弟で、主人が客を温かくもてなす意味のラテン語からでている。中世ヨーロッパでは、宿のない旅人のための無料宿泊所、身寄りのない人を介抱する所などをホスピスと呼んでいたという。がん末期の人を世話する所を意味するようになったのは、今世紀になってからである。近代ホスピスの祖としてマザー・エイケンヘッドが有名である。1967年、ロンドン郊外にシシリー・ソンドースにより開設されたセント・クリストファー・ホスピスは末期患者のケア（看護）の施設として、近代的ホスピスのモデルとされている。欧米では終末医療をホスピス・ケアと呼ぶことが多いが、日本ではターミナル・ケアとも言う。80年代から我が国でもホスピス・ケアが始まっている。末期癌の症状緩和ケア（palliative care）を行っている病棟で、専任医師の設置などの施設基準を満たし、厚生労働大臣あるいは都道府県知事が承認した医療施設が中心になって組織している「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が「ホスピス・緩和ケアプログラムの基準」を策定し1997年1月より実施している。

▶ 望まれる歯科医師像

4 望まれる歯科医師像

（「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会」平成7年11月28日）

高齢社会の歯科保健医療の特徴は、国民生活との関わりが、これまで以上に、幅と深さを持つ点にある。

第一に、歯科の健康は高齢者のQOLにとって基本的な重要性を持っている。このことは8020運動推進の原点でもある。

第二に、中高年齢者層は、ニーズが多様かつ高度であり、また、一人一人が自分のライフスタイルを持っている。こうした国民に対して、セルフケアや食生活までもカバーする長期的かつ計画的な指導を的確に行い、患者の健康行動を助長していくことが求められ、歯科医師と患者との良き協力関係が必須である。

(1) 一社会人として信頼できること

歯科医師が一社会人として信頼される必要があり、優れた見識と豊かな人間性が求められる。

(2) 歯科の健康上の不安や障害を的確に排除あるいは緩解できる知識と技能を持っていること

治療には、患者に不安感を与えないこと、また、その訴えに真剣に耳を傾け、意図を汲み取った上で、患者自らの健康行動を助長させることが肝要である。歯及び口腔の健全な機能が全身的な健康を支えていること、また、歯や口腔は顔面を構成し、会話を司ることから精神活動や社会参加に寄与する役割が大きいことを説明し、理解を得る必要がある。単なる病気治療ではなく、口腔の諸機能を回復し、生涯を通じて維持することを目標として、口腔全体を計画的に診ていくこと

が必要である。

(3) 自ら行った処置の予後についての予測ができること

診療方針の決定は、予後の予測を含めて行うべきものである。一定期間予後を見届ける姿勢を持つこと及び患者自身の自己管理が必要であることを患者に理解させることが必要である。

(4) 歯科保健の保持・増進に適切な助言、援助のできる知識、技能を持つこと

齲蝕と歯周疾患は、いずれも食事を含めた生活習慣に起因する。生活改善につながる動機づけを患者に与え、患者との協力態勢を作り上げていくように努める。

(5) 専門的分野における自己の能力の限界を知り、常に研修意欲を持つこと

患者にとって最善の処置ができるよう自己研鑽を積み、歯科医療技術の錬磨と医道の高揚に努める。また、他の開業医との協力や専門医への紹介など、関係機関との連携のための体制づくりが必要である。そのために患者の苦情や相談等に関する情報の収集と、歯科医師会、歯科大学などの参加を得た組織的な取り組みが不可欠である。

(6) 患者に対して、十分な説明を行い、同意を得ること（インフォームド・コンセント）

歯科医師が患者に対して十分な説明をし、患者の同意を得て治療等を行うという考え方が基本的に尊重される必要がある。一方的な情報提供に終始するのではなく、患者の声を聞く姿勢も重要である。患者が治療に関するメリット、デメリットを十分理解して同意できるように配慮する必要がある。

▷ **歯科医師の養成に関する確認書 平18年**

5 今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会中間報告書

「患者の選択の尊重や保健医療に求められる水準の高まりを背景として、国民の要求に十分応えうる歯科医師の資質向上が大きな課題である。本検討会は、本年8月末に文部科学・厚生労働両大臣による歯科医師の養成に関する確認書が示されたこと等に鑑み、新規参入歯科医師を対象とした資質向上のための考え方等を中心に検討し、中間報告としてとりまとめた。」

平成18年12月8日（金）
厚生労働省医政局歯科保健課

- ◆ 中間報告書（概要）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1208-9a.pdf>
- ◆ 中間報告書
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1208-9b.pdf>
- ◆ 委員名簿
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1208-9c.pdf>
- ◆ ワーキンググループ委員名簿
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1208-9d.pdf>

G10
 歯科関係法規
 歯科医師としての
 基本法律を知る.

- SBOs
- 医療法について説明する.
 - カルテと歯科医師法について説明する.
 - 健康保険法と療養担当規則について説明する.

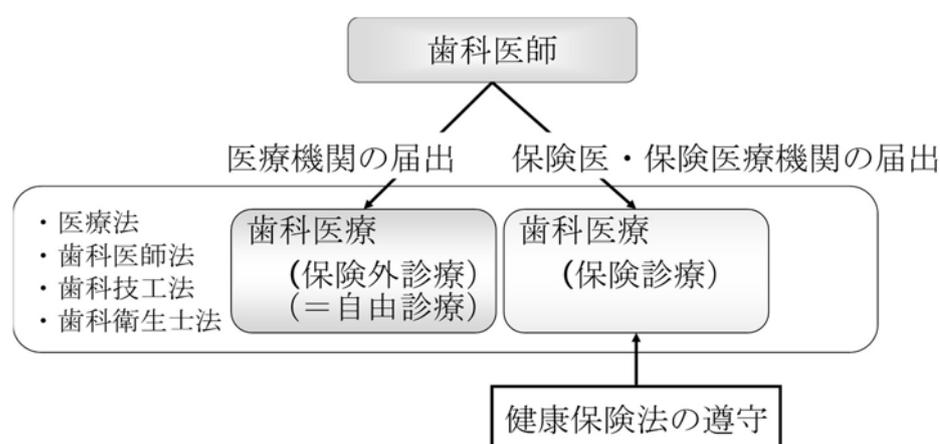
■総説

現在、歯科医師の資格は歯科医師国家試験に合格し、厚生労働省に歯科医籍として登録することにより得られる。

歯科医師は歯科関連の研究者あるいは歯科診療を行う医療従事者として、国民の健康増進と歯科疾患の治療に携わっている。

歯科診療においては、歯科医師免許だけでの自由診療と言われている歯科治療と、健康保険法に基づいた保険診療とがある。

ここでは特に歯科関連の法規がどのように歯科医療に関係しているか、又、歯科医療を行う際にどのような事務的な注意が必要であるかを理解する。



▷ 歯科医師との関連事項

■歯科医師に関連する各法律の特に重要な医療事務事項

1. 診療録 (=カルテ)

【記載】 歯科医師自身が行う (歯科医師法第 23 条)

【保存】 歯科医療機関の管理者が 5 年間保存

【記載事項】 (歯科医師法施行規則第 22 条)

- ① 診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢
- ② 病名および主要症状
- ③ 治療方法 (処方および処置)
- ④ 診療年月日

2. 処方箋 (せん)

【交付】 診察した歯科医師が自ら交付 (歯科医師法第 20 条)

処方箋交付義務 (歯科医師法第 21 条)

【保存】 処方箋の保存については、医師法、歯科医師法にその義務は記載されておらず、薬剤師法で、薬局開設者が調剤済みから 3 年間保存することが定められている。また、医療法では、病院について処方箋を 2 年間保存することが定められている

【記載事項】 (歯科医師法施行規則第 20 条)

【記載事項】

歯科技工指示書の記載事項は平成 25 年 4 月 1 日改正施行され①～⑦の 7 項目に変更された。

- ・患者の氏名・年齢
 - ・薬名
 - ・分量・用法・用量
 - ・発行の年月日
 - ・使用期間
 - ・歯科医療機関の名称および所在地または歯科医師の住所
- 以上を記載し、記名押印または署名すること

3. 歯科技工指示書

【保 存】 病院、診療所、または歯科技工所の管理者は、当該病院、診療所または歯科技工所で行われた歯科技工に関わる指示書を当該歯科技工が終了した日から 2 年間保存しなければならない（**歯科技工士法第 19 条**）

【記載事項】（**歯科技工士法施行規則第 12 条**）

- ① 患者の氏名
- ② 設 計
- ③ 作成の方法
- ④ 使用材料
- ⑤ 発行の年月日
- ⑥ 発行した歯科医師の氏名及び当該歯科医師の勤務する病院又は診療所の所在地
- ⑦ 当該指示書による歯科技工が行われる場所が歯科技工所であるときは、その名称及び所在地

4. 照射録

【作 成】 診療放射線技師が人体に放射線照射した場合に作成しなければならない（**診療放射線技師法第 28 条**）

【記載事項】

- ① 照射を受けた者の住所、氏名、性別、年齢
- ② 照射の年月日
- ③ 照射の方法（具体的かつ精細に記載すること）
- ④ 指示を受けた医師または歯科医師の氏名およびその指示内容

【保存期間】 照射録に関する保存期間の法律上の規定はない

5. 歯科衛生士業務記録

【作 成】 歯科衛生士は業務を行った場合に業務記録を作成する（**歯科衛生士法施行規則第 18 条**）

【保 存】 3 年間保存する

【記 載】 記載内容の規定はない

6. エックス線フィルム

【保存義務】 撮影した病院、診療所

【保存期間】 病院におけるエックス線フィルムの保存期間は 2 年間である（**医療法施行規則第 20 条の 11**）

また、保険診療の関係書類として 3 年間の保存義務が規定されている（**療養担当規則**）

7. 模型（＝スタディ・モデル）

模型の保存は、当該病院または診療所が行うものである。保存期間については、法的に明示されていないが、関係書類として保存義務がある（**療養担当規則**）

8. 診断書

【交 付】 診察した歯科医師が交付しなければならない（**歯科医師法第 20 条**）

また、診断書の交付請求があったときはこれを交付しなければならない（**歯科医師法第 19 条**）

【保 存】保存義務は法規で定められていない
 【記載事項】定められていない。

9. 死亡診断書

歯科医師は、医師と同様、死亡診断書の作成ならびに交付の義務がある。
 死亡診断書の記載事項は**歯科医師法施行規則第19条の4**で定められている。
 ただし、歯科医師は死体検案書は発行できない

【まとめ】医療関係書類の法的保存期間

書類	保存期間	保存義務者	関係法律
診療録	5年間	管理者	歯科医師法
処方箋（せん）	2年間 3年間	病院 薬局	医療法 薬剤師法
歯科技工指示書	2年間	医療機関 歯科技工所	歯科技工士法
歯科衛生士記録簿	3年間	歯科衛生士	歯科衛生士法
診断書	交付義務のみ		

▷ 歯科医師と健康保
 険法

■健康保険法と保険医及び保険医療機関

歯科医師が歯科診療を行う場合、保険診療では健康保険法の規定により歯科医師は保険医の登録を行い、医療機関は保険医療機関の指定を受けなければならない。

【健康保険法による保険診療の際の重要事項】

（診療録の提示等）

▷ 全改：平14法102

第60条 厚生労働大臣は、保険給付を行うにつき必要があると認めるときは、医師、歯科医師、薬剤師若しくは手当を行った者又はこれを使用する者に対し、その行った診療、薬剤の支給又は手当に関し、報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

（厚生労働大臣の指導）

第73条 保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の指導をする場合において、必要があると認めるときは、診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により指導に立ち合わせるものとする。ただし、関係団体が指定を行わない場合又は指定された者が立ち会わない場合は、この限りでない。

（保険医療機関又は保険薬局の報告等）

第78条 厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、保険医療機関若しくは保険薬局若しくは保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者であった者（以下この項において「開設者であった者等」という。）に対し報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、保険医療機関若しくは保険薬局の開

設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者（開設者であった者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機関若しくは保険薬局について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第 27 条第 2 項及び第 73 条第 2 項の規定は前項の規定による質問又は検査について、第 27 条第 3 項の規定は前項の規定による権限について準用する。

（保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し）

第 80 条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第 63 条第 3 項第 1 号の指定を取り消すことができる。

1. 保険医療機関において診療に従事する保険医又は保険薬局において調剤に従事する保険薬剤師が、第 72 条第 1 項（第 85 条第 9 項、第 86 条第 13 項、第 110 条第 7 項及び第 149 条において準用する場合を含む。）の規定に違反したとき（当該違反を防止するため、当該保険医療機関又は保険薬局が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。）。

2. 前号のほか、保険医療機関又は保険薬局が、第 70 条第 1 項（第 85 条第 9 項、第 86 条第 14 項、第 110 条第 11 項及び第 149 条において準用する場合を含む。）の規定に違反したとき。

3. 療養の給付に関する費用の請求又は第 85 条第 5 項、第 86 条第 3 項若しくは第 110 条第 4 項（これらの規定を第 149 条において準用する場合を含む。）の規定による支払に関する請求について不正があったとき。

4. 保険医療機関又は保険薬局が、第 78 条第 1 項（第 85 条第 9 項、第 86 条第 13 項、第 110 条第 7 項及び第 149 条において準用する場合を含む。次号において同じ。）の規定により報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。

5. 保険医療機関又は保険薬局の開設者又は従業者が、第 78 条第 1 項の規定により出頭を求められてこれに応ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき（当該保険医療機関又は保険薬局の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該保険医療機関又は保険薬局が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。）。

▷改正：平 14 法 102

6. この法律以外の医療保険各法による療養の給付若しくは被保険者若しくは被扶養者の療養又は老人保健法による医療、入院時食事療養費に係る療養若しくは特定療養費に係る療養に関し、前各号のいずれかに相当する事由があったとき。

（保険医又は保険薬剤師の登録の取消し）

第 81 条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医又は保険薬剤師に係る第 64 条の登録を取り消すことができる。

1. 保険医又は保険薬剤師が、第 72 条第 1 項（第 85 条第 9 項、第 86 条第 12 項及び第 11 項、第 110 条第 7 項並びに第 149 条において準用する場合を含む。）の規定に違反したとき。

2. 保険医又は保険薬剤師が、第 78 条第 1 項（第 85 条第 9 項、第 86 条第 12 項及び第 13 項、第 110 条第 7 項並びに第 149 条において準用する場合を含む。以下この号において同じ。）の規定により出頭を求められてこれに応ぜず、第 78 条第 1 項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。

3. この法律以外の医療保険各法又は老人保健法による診療又は調剤に関し、前 2 号のいずれかに相当する事由があったとき。

指導・監査の概略

目的

○ 指導（健康保険法第73条）

社会保険の医療担当者として、適正な療養の給付を担当させるため、療養担当規則に定められている診療方針、診療報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底し、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的としている。

○ 監査（健康保険法第78条）

医療担当者の行う療養の給付が、法令の規定に従って適正に実施されているかどうか、診療報酬の請求が適正であるかどうかなどを、出頭命令、立入検査等を通じて確かめることを目的としている。

監査後の行政措置

・監査後の行政措置には、「取消」、「戒告」、「注意」がある。

「取消」には次の2種類がある。

1. 以下の要件に該当する場合、保険医療機関等の指定を取り消すことができる。

（健康保険法第80条）

- (1) 療養担当規則違反
- (2) 不正請求
- (3) 監査の際の報告命令等への不服従・虚偽報告・出頭拒否等

2. 以下の要件に該当する場合は、保険医等の登録を取り消すことができる。

（健康保険法第81条）

- (1) 療養担当規則違反
- (2) 監査の際の虚偽報告・出頭拒否等

・なお、保険医療機関等の指定や保険医等の登録が取り消され、5年を経過しないものについては、再指定、再登録を拒否することができることになっている **（健康保険法第65条、第71条）**

・また、保険医療機関等が不正によって診療報酬の支払を受けたときは、保険者は保険医療機関等に対し、その額を返還させるほか、その額の40%の加算金を支払わせることができることになっている **（健康保険法第58条）**

【保険医及び保険医療機関と保険医療養担当規則】

健康保険法（大正十一年法律第70号）第43条ノ四第1項及び第43条ノ六第1項（これらの規定を同法第59条ノ二第7項において準用する場合を含む。）の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法（昭和二十八年法律第207号）及び船員保険法（昭和十四年法律第73号）を実施するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則を次のように定める。

第1章 保険医療機関の療養担当（第1条-第11条の3）

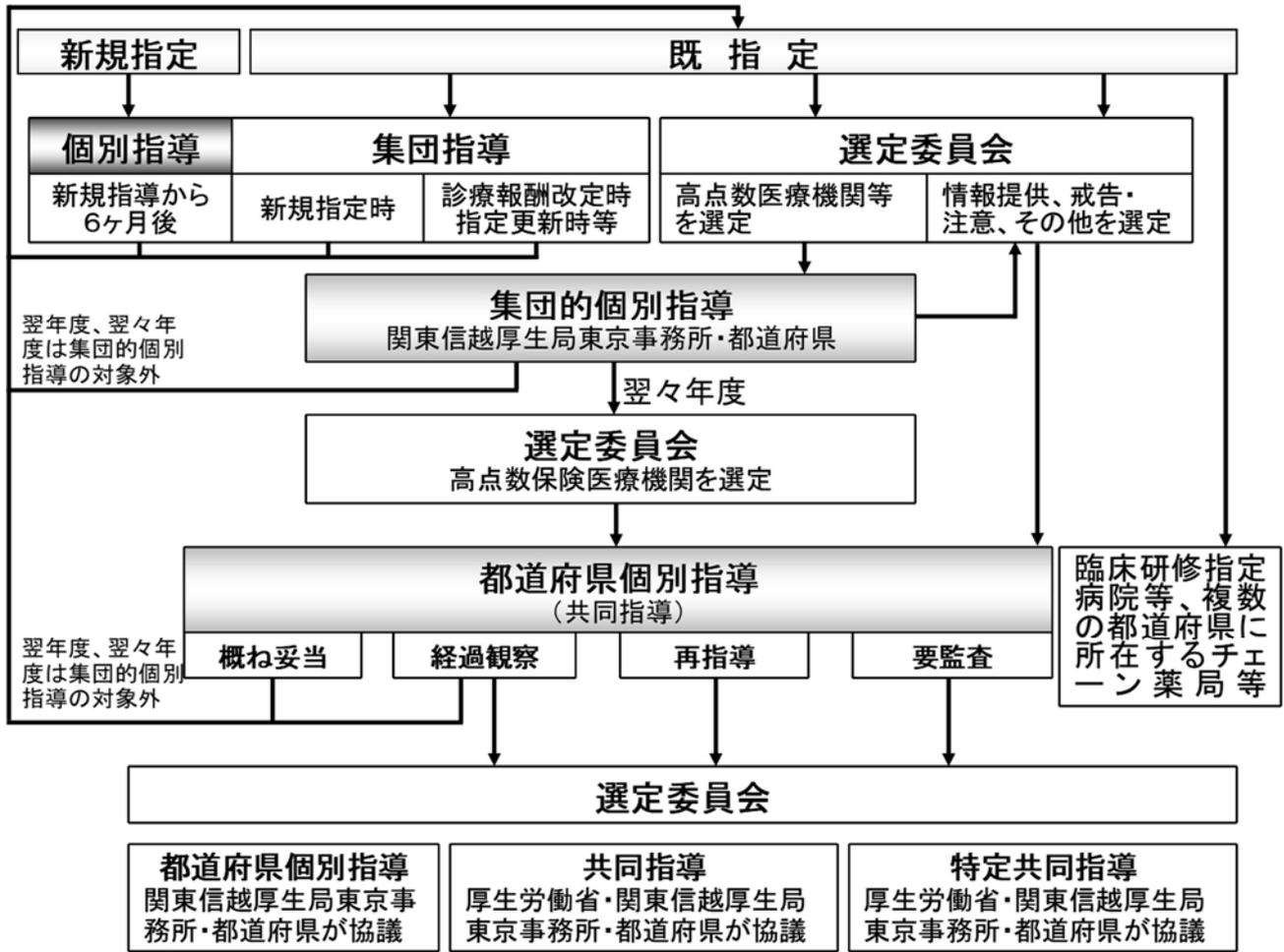
第2章 保険医の診療方針等（第12条-第23条の2）

第3章 雑則（第24条）

附則

【保険医療機関等の指導】

健康保険法第73条によるもの



ス
ラ
イ
ド
1

社会歯科学 2019

▶ 被災

▶ 国家試験 改定

▶ 学生便覧 ▶ 禁煙

▶ 医療従事者	▶ 社会保障と人口	▶ 社会保障関連制度	▶ 社会保険の種類
▶ 医療保障と医療保険	▶ 国民皆保険と医療保険	▶ 保険外併用療養費制度	▶ 高齢者医療制度
▶ 療養の給付	▶ 労働者の保険・福祉	▶ 高齢者の保健福祉	▶ 介護保険制度
▶ 年齢と老健・介護	▶ これからの医療	▶ これからの医療2	▶ 医療法 ▶ 国勢調査
▶ 歯科医師法	▶ 歯科衛生士法	▶ 歯科技工士法	▶ 厚労白書 ▶ 厚労省HP

ス
ラ
イ
ド
2

歯科医療管理学とは

社会歯科学とは
社会歯科学(Social Dentistry)とは、歯科医学および歯科医療を社会科学的見地から考察する学問領域である。歯科界を取り巻く諸事情の実態を把握し、社会科学的な取り組みと分析を行い歯科医学に貢献する。

▶ <http://www.socialdentistry.jp/> 社会歯科学会

歯科医療管理学とは
歯科医療管理学(Dental Practice Administration)とは、絶えず変化している歯科医学(歯科医術・医道を含む)を、国民の歯科保健医療のうに合理的に直結するための原理、方法、制度などを、主として理論・管理論的な立場から考究する学問領域である。

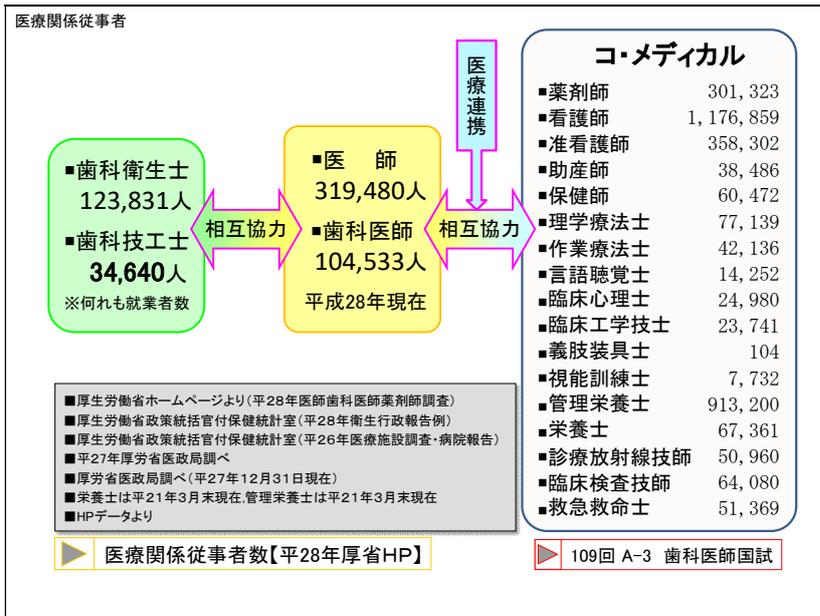
▶ Japanese Society Of Dental Practice Administration)JSDPA

ス
ラ
イ
ド
3

歯科医療の人的連携

▶ 多職種との連携 2015歯界展望	▶ 医療連携 ■厚労省・18年度医療計画の検討
▶ 医療連携 2013 日経	▶ 医療改革 ■18年度改革(関連法一部改定)
▶ 在宅医療連携 2015 厚労省	▶ 医療改革 ■18年度改革 Ppt

ス
ラ
イ
ド
4



ス
ラ
イ
ド
5

ビバレッジ

Beveridge, William Henry
オリオンプレス提供
(2001年・目で見える社会保障法教材、有斐閣より)

イギリスの労働者の互助組織で、1911年、国民健康法により社会保険制度が創設された。
 第2次世界大戦中に出された「ビバレッジ報告」により社会保障制度の青写真が示され、戦後、その体系が整備されていった。
 所得保障としては①すべての国民を対象とする保険料を財源とする拠出制給付、②租税を財源とし、所得にかかわらず支給される非拠出制給付、③租税を財源とし、低所得者を対象とした所得関連給付の別がある。
 また、医療は税財源で原則として無料の医療サービスを行う独特の国民保険サービス(NHS)として実施されている。

ス
ラ
イ
ド
6

社会保障制度

社会保障制度は、
 国民生活の安定や国民の健康の確保を目的としたものであり、老齢・障害等によるハンディキャップを負った人々が円滑に社会生活を営むための各種サービスを提供する**社会福祉**、病気やけがに伴う特別の出費に対応するための**医療保険**、病気の予防や治療の確保、老齢・死亡・障害・失業等による収入の減少に対する**所得保障**などがあり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

ス
ラ
イ
ド
7

日本国憲法

日本国憲法第25条
【生存権、国の社会的使命】
 1. 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。

▶ 日本国憲法

ス
ラ
イ
ド
8

社会保障制度の具体例

社会保障の具体例

生活保護制度: 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する

母子保健: 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進する

社会福祉: 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことのできるよう、在宅サービス、施設サービスなどを提供する

児童福祉: 児童の健全育成や子育てを支援する

医療保険: 病気やけがの際、誰もが安心して医療にかかれるようにする

年金制度: 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者および遺族の生活を所得面から保障する

公衆衛生: 食品や医薬品の安全性を確保する

ス
ラ
イ
ド
9

社会保障制度

公的扶助.....生活保護法

社会福祉.....老人保健法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子福祉法、母子保健法、介護保険法

社会保険

医療保険....健康保険法、国民健康保険法、船員保険法(注1)、各種の共済組合法(注2)

年金保険....厚生年金保険法、国民年金法、各種の共済組合法、農林漁業団体職員組合法

失業保険....雇用保険法

災害補償....労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法

児童手当.....児童手当法

ス
ラ
イ
ド
13

高齢化

世界の高齢化率

資料：国連「World Population Prospects: The 2004 Revision」
国連は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成16年1月推計）」による。
(注) 先進地域とは、北米、日本、欧州、オーストラリア及びニュージーランド、開発途上地域とは、アフリカ、アジア、日本を除く。中東、メキシコ、ミクロネシア、ポリネシアからなる地域。
② 高齢化率（人口に占める65歳以上の人の割合）

2005年(平成17年)9月19日 産経

65歳以上 5人に1人

戦後の高齢者人口の推移

戦後、日本は急速な高齢化を遂げた。戦前、戦中、戦後を通じて、人口は増加し続けた。戦後、出生率の低下と死亡率の低下により、人口は増加し続けた。戦後、出生率の低下と死亡率の低下により、人口は増加し続けた。戦後、出生率の低下と死亡率の低下により、人口は増加し続けた。

2005年(平成17年)9月19日 産経

高齢化率の推移

2005年(平成17年)9月19日 産経

▶ **■世界の高齢化率**

▶ **■65歳以上**

▶ **■高齢世帯40%超**

▶ **■70歳以上2000万人突破**

ス
ラ
イ
ド
14

加齢と医療

加齢に立ち向かう医療

重点治療から生活の質へ

健康と医療
フォーラム

2005年(平成17年)9月29日(金曜日)

加齢に立ち向かう医療

重点治療から生活の質へ

高齢者の医療は、単に病気を治すだけでなく、生活の質を向上させることが重要です。高齢者の医療は、単に病気を治すだけでなく、生活の質を向上させることが重要です。高齢者の医療は、単に病気を治すだけでなく、生活の質を向上させることが重要です。

▶ PDF **■加齢と医療**

ス
ラ
イ
ド
15

平均寿命 ■28年版厚生労働白書

平均寿命の国際比較 (単位：年)

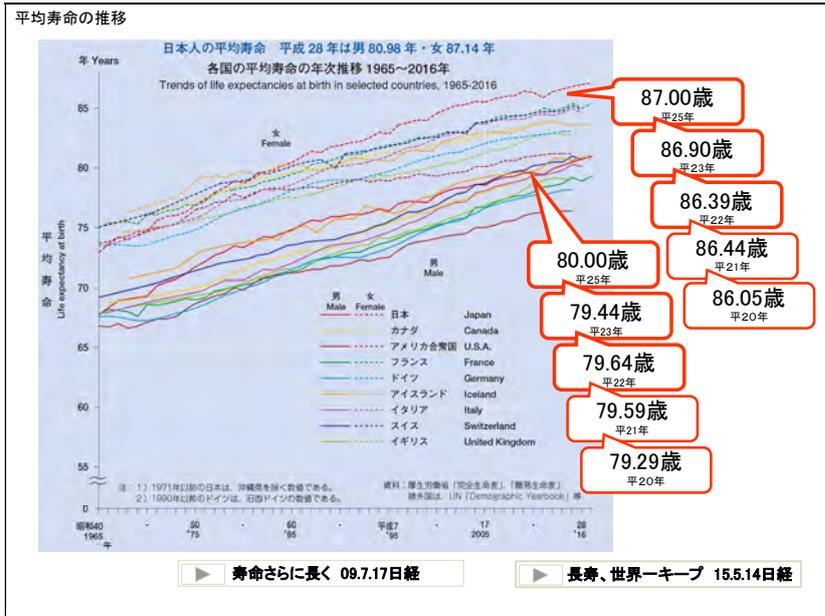
国	作成基礎期間	男	女
日本	2016	80.98	87.14
北アメリカ	2014	76.4	81.2
アジア	2014	80.3	84.1
ヨーロッパ	2015	79.0	85.2
フランス	2016	79.3	85.4
アイスランド	2016	80.7	83.7
イタリア	2015	80.115	84.606
ノルウェー	2016	80.61	84.17
スウェーデン	2016	80.56	84.09
スイス	2015	80.7	84.9
イギリス	2013-2015	79.09	82.82
オセアニア	2013-2015	80.4	84.5

(注) 当該政府の資料による。

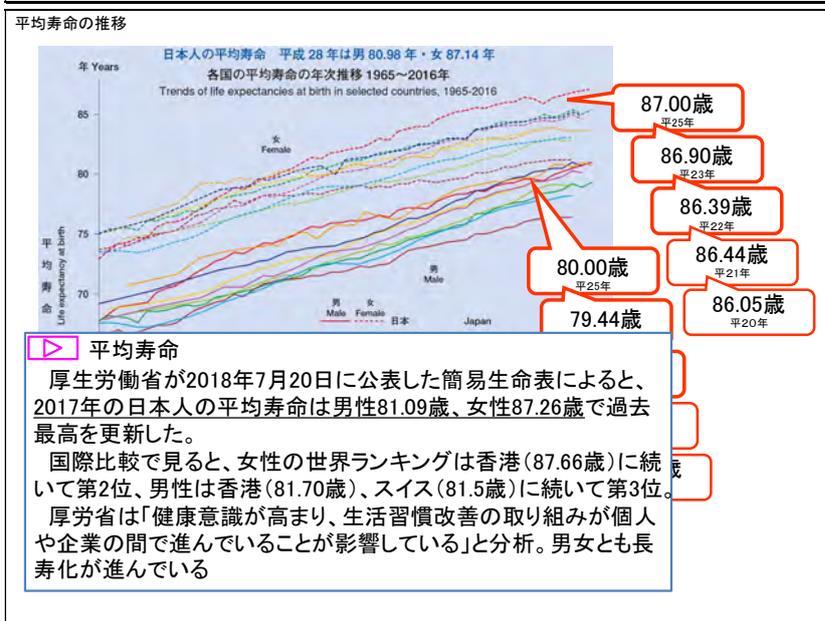
▶ 平均寿命の国際比較 平28年版厚生労働白書資料

▶ 平均寿命の国際比較 平29年版厚生労働白書資料

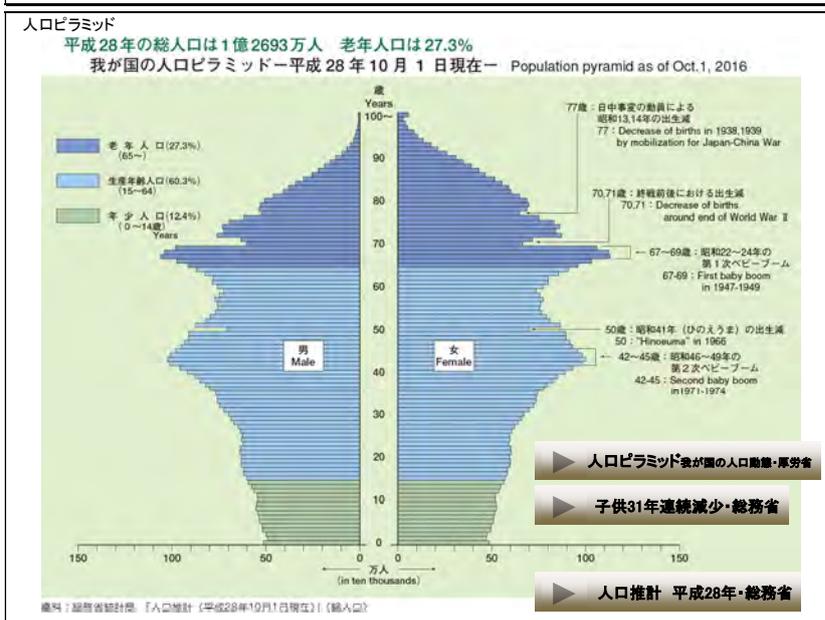
ス
ラ
イ
ド
16



ス
ラ
イ
ド
17



ス
ラ
イ
ド
18



ス
ラ
イ
ド
19

人口ピラミッド

総務省統計局 日本の統計の中核機関

Statistics Japan

ホーム 組織紹介 インフォメーション 統計データ よくある質問 実施中の調査

ホーム > 統計データ > 人口推計 > 人口推計(平成28年(2016年)12月確定値, 平成29年5月概算値) (2017年5月22日公表)

人口推計(平成28年(2016年)12月確定値, 平成29年5月概算値) (2017年5月22日公表)

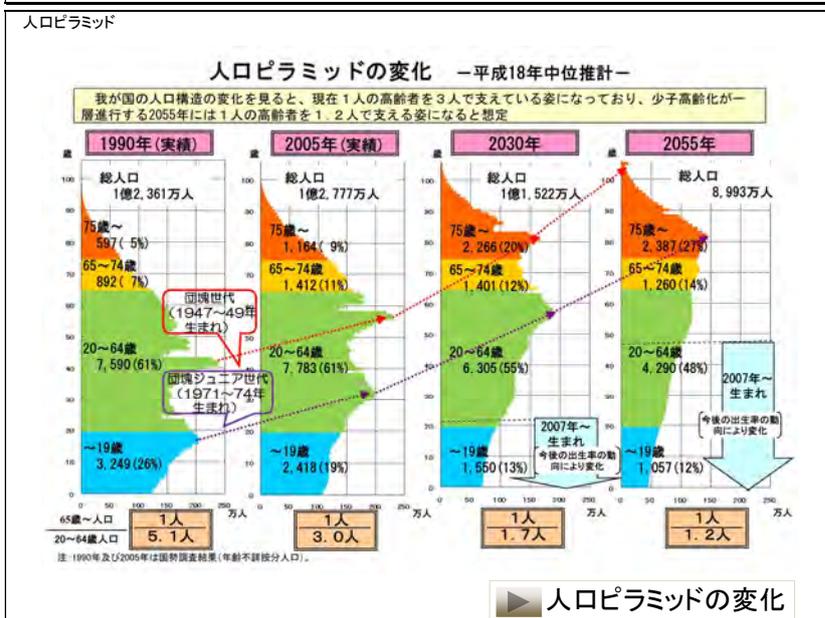
＜ポイント＞ **＜総人口＞1億2673万人**

【平成29年5月1日現在(概算値)】
 <総人口> 1億2673万人で、前年同月に比べ減少 ▲20万人 (▲0.15%)

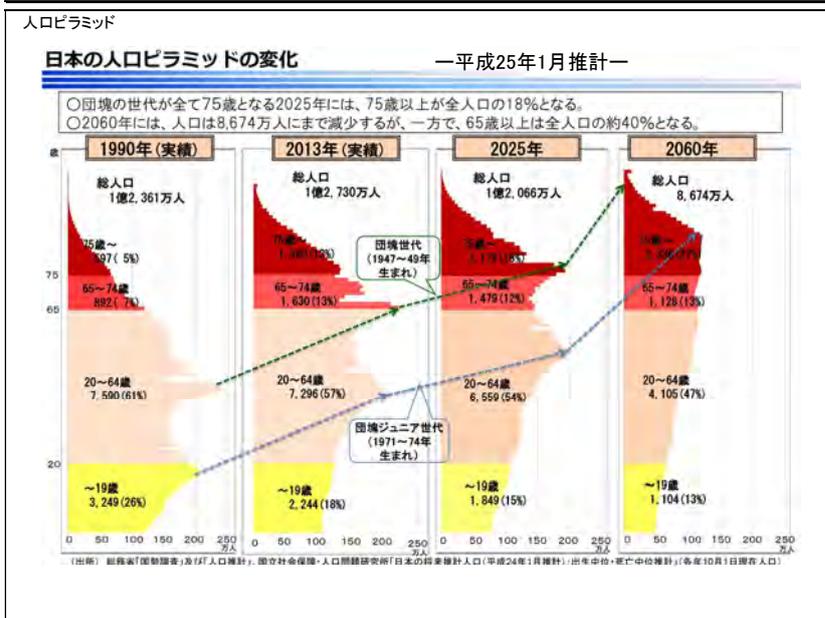
【平成28年12月1日現在(確定値)】
 <総人口> 1億2691万8千人で、前年同月に比べ減少 ▲17万人 (▲0.13%)
 ・15歳未満人口は 1574万5千人で、前年同月に比べ減少 ▲17万人 (▲1.07%)
 ・15～64歳人口は 7650万2千人で、前年同月に比べ減少 ▲67万7千人 (▲0.88%)
 ・65歳以上人口は 3467万1千人で、前年同月に比べ増加 ▲67万6千人 (▲1.99%)
 <日本人人口> 1億2495万5千人で、前年同月に比べ減少 ▲31万2千人 (▲0.25%)

▶ 子供31年連続減少・総務省 ▶ 人口推計 ■ 2017.5.22総務省

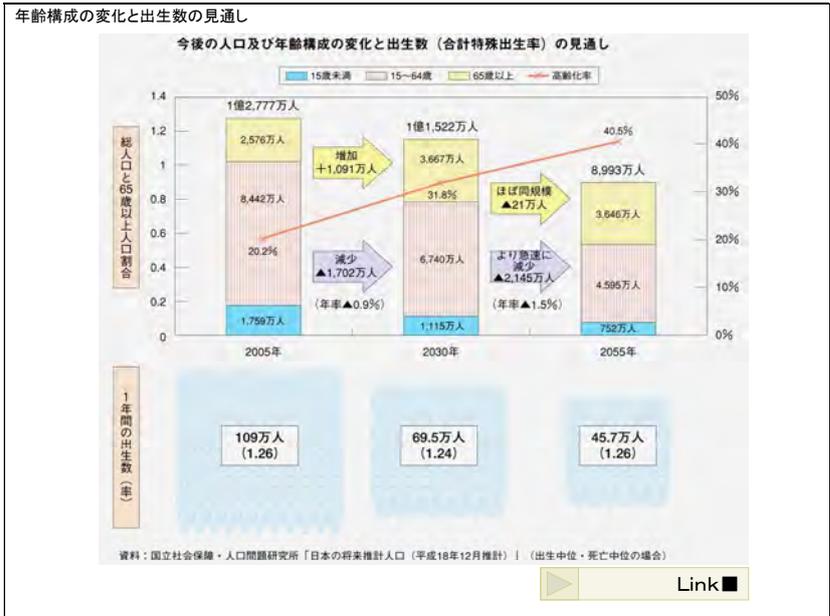
ス
ラ
イ
ド
20



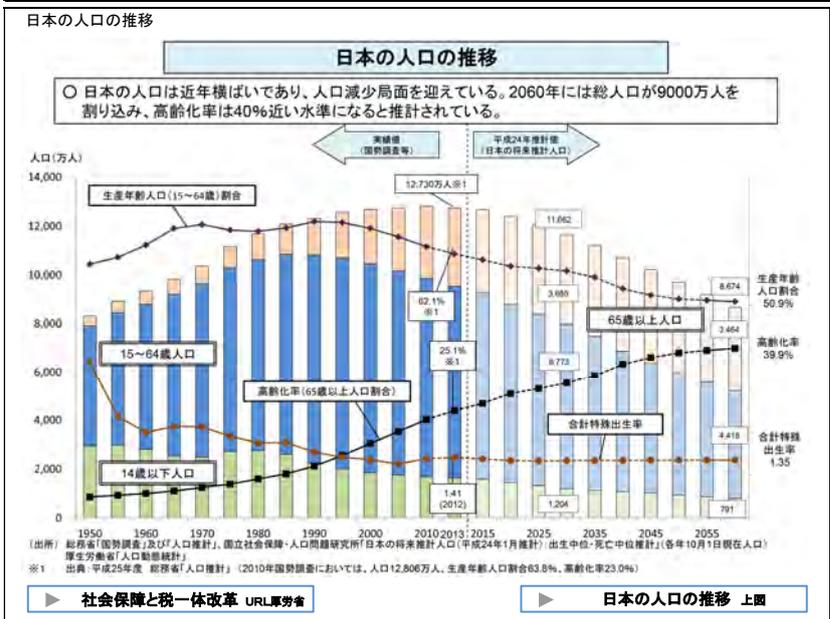
ス
ラ
イ
ド
21



ス
ラ
イ
ド
22



ス
ラ
イ
ド
23



ス
ラ
イ
ド
24

日本の将来推計人口

Population Projection for Japan

日本の将来推計人口(平成24年1月推計)

平成23(2011)年～平成72(2060)年

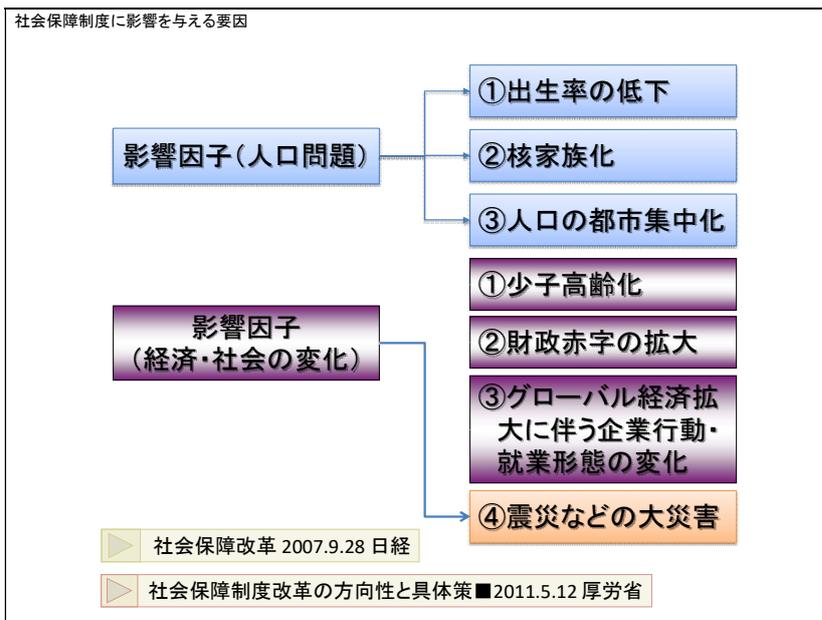
附：参考推計 平成73(2061)年～平成122(2110)年

▶ [概要報告書](#) 国立社会保障人口問題研究所
平成24年1月30日公表資料 ▶ [概要](#)

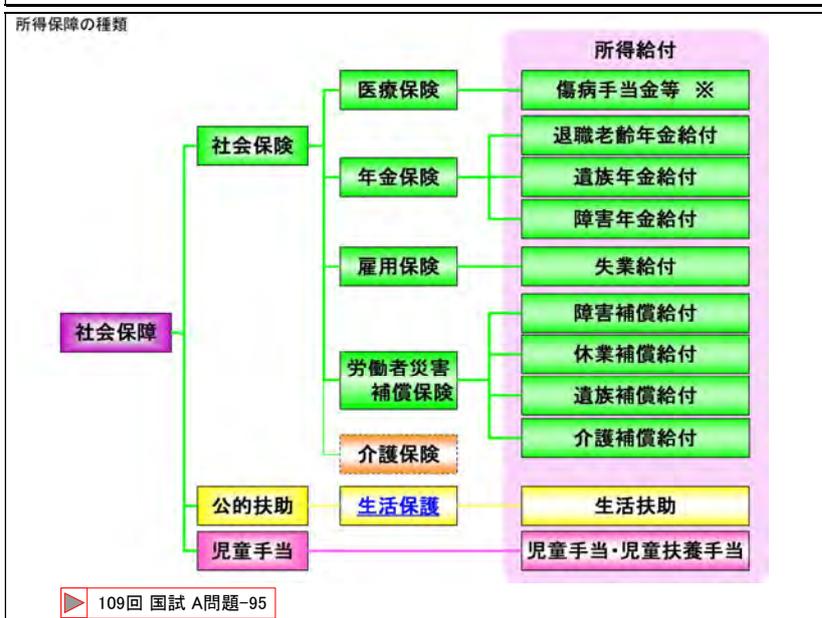
▶ [詳細結果表](#)

推計結果表(2011～2060年、参考推計2061～2110年)
仮定値表(出生、死亡、国際人口移動)
資料表(実績値、国際比較など)

ス
ラ
イ
ド
25



ス
ラ
イ
ド
26



ス
ラ
イ
ド
27

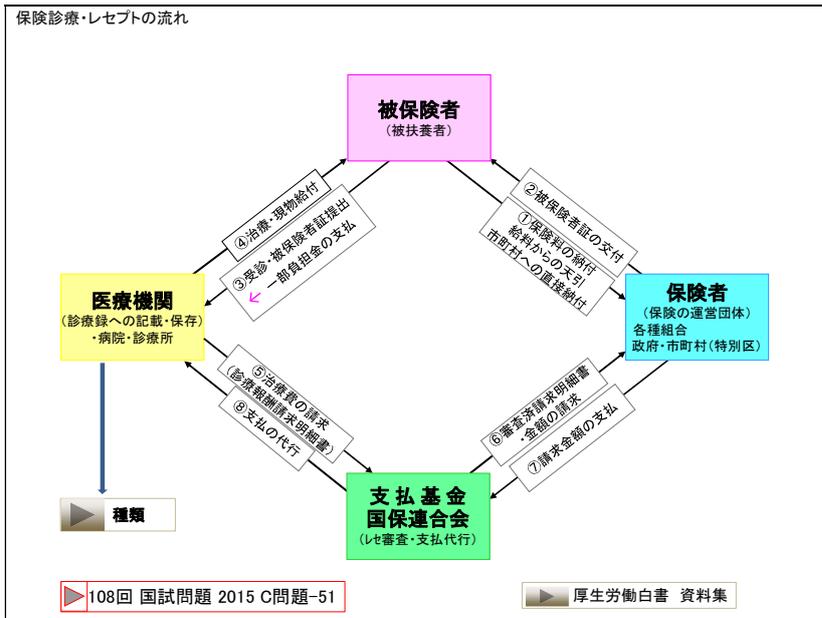
傷病手当金(現金給付)

傷病手当金等 ※ Slide 傷病手当金

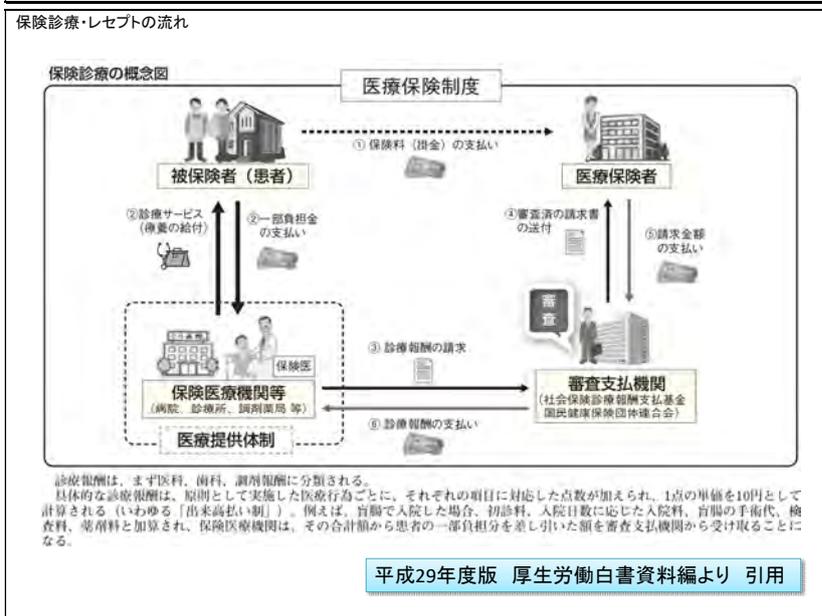
医療に関する給付を医療給付といい、被保険者に傷病の治療のための費用を給付するものである。これには二つの方法があり、一つは現物給付として保険者が直接保険医療機関に被保険者が療養に要した費用を支払うものである。もう一つは、償還払方式であり、被保険者がまず保険医療機関に医療費の全額を支払い、その後保険者から払い戻し(償還)を受けるものである。わが国では、現物給付とともに高額療養費については償還払方式が採用され、二つの方式が併用されている。

現金給付には、傷病または出産による休業補償としての傷病手当金、出産手当金と出産育児一時金や埋葬料などの実費補償的な給付とがある。傷病手当金は、被用者保険に特有な給付であり、自営業者等の国民健康保険の場合は、休業による所得損失の確定が困難という理由から保険給付として実施されていない。

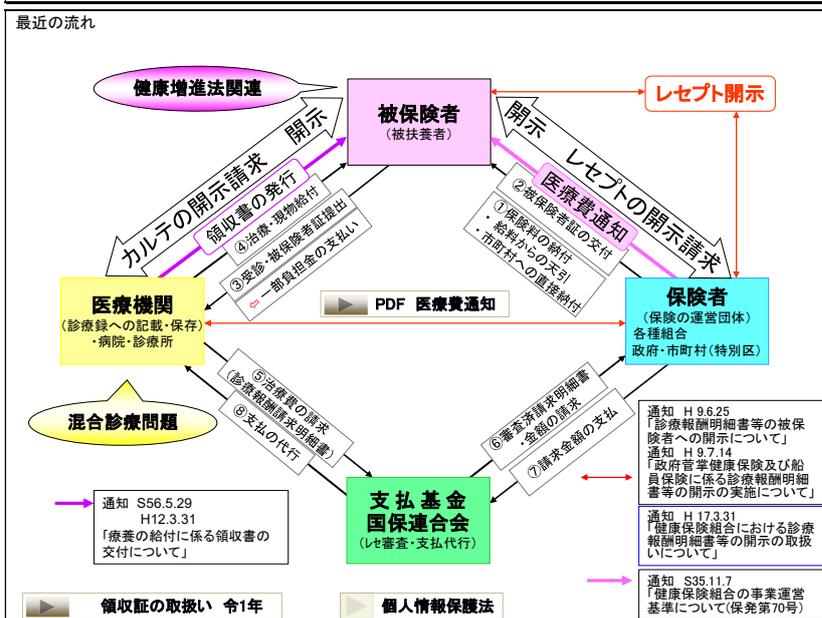
ス
ラ
イ
ド
28



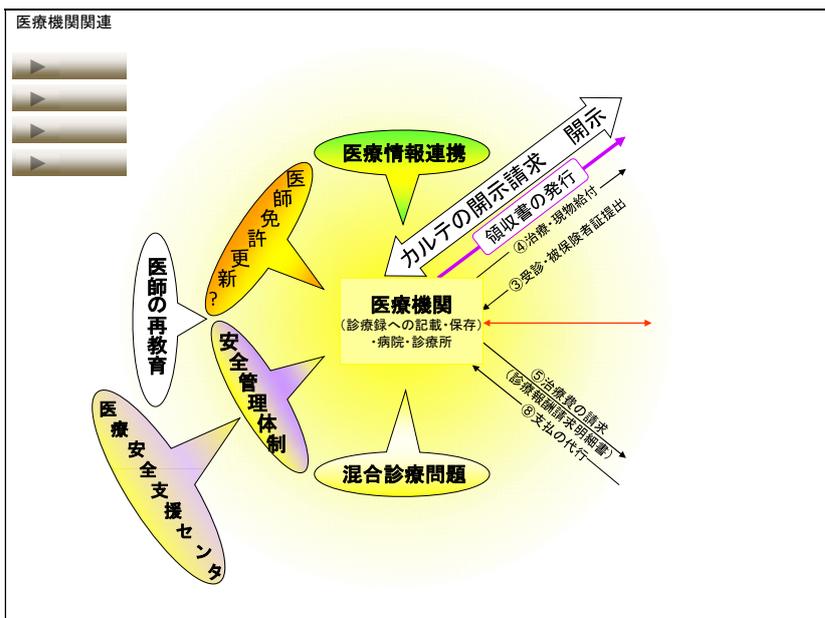
ス
ラ
イ
ド
29



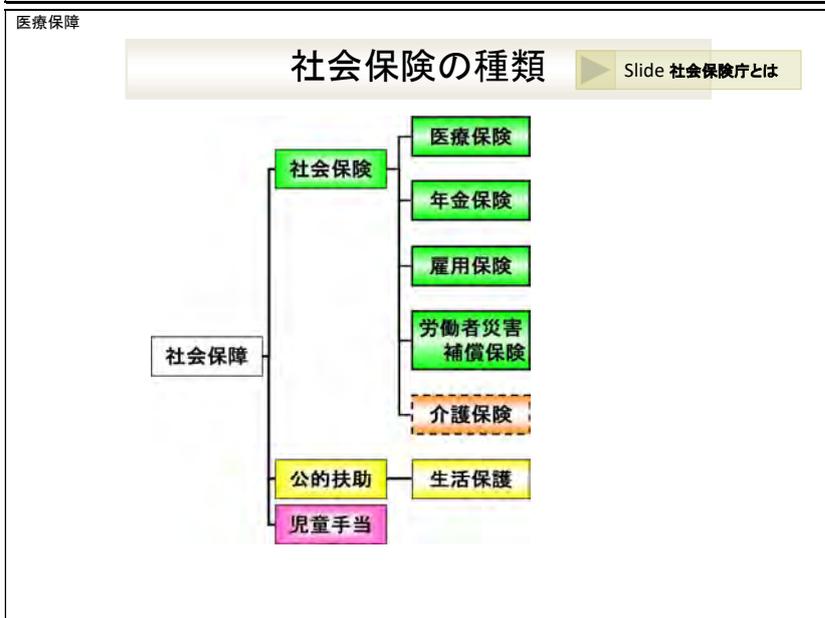
ス
ラ
イ
ド
30



ス
ラ
イ
ド
31



ス
ラ
イ
ド
32



ス
ラ
イ
ド
33

医療保障

人々が、健康で快適な生活保持のため、差別なく、必要な医療(予防・治療・リハビリテーションの包括的な医療サービス)を、いつでも、どこでも、無償(あるいは経済的苦痛を伴わない適切な費用負担で)で受けられるということ。

ス
ラ
イ
ド
34

社会保障制度

医療給付の体系

1) 社会保険方式
2) 保健サービス方式

日本では、社会保険方式により医療の給付がなされている。

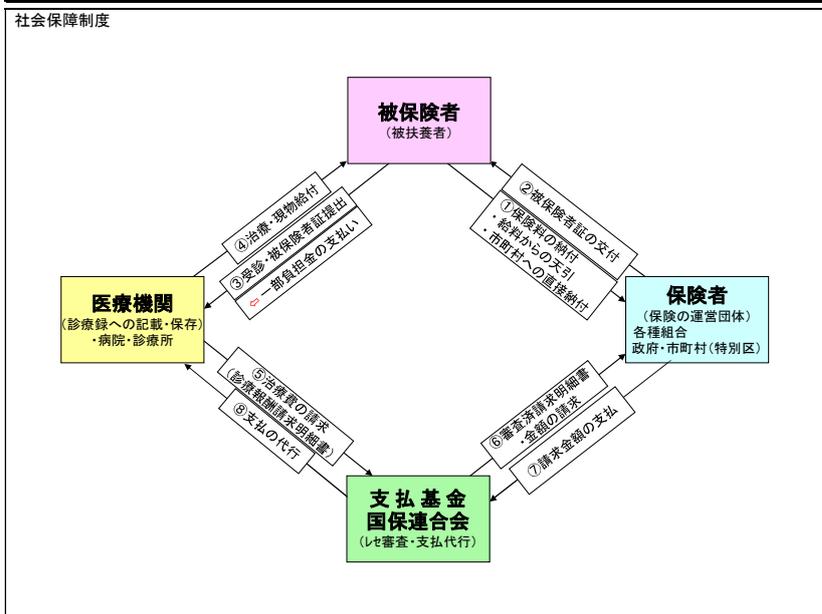
↓

医療保険制度

各国の医療保障制度は、その国の社会環境、歴史的背景のもとに、それぞれ独自に発展してきたもので、大別して保険料に財源を求める**社会保険方式**と、租税に財源を求める**保健サービス方式**とがある。

社会保険方式を採用する国として西ドイツ、フランス、日本などがあり、保健サービス方式を採用する国としてはイギリス、両方式を併用している国としてスウェーデンが挙げられる。アメリカは、社会保険方式を採用しているが国民を対象とした公的医療保険制度はなく、高齢者を対象とした制度に限られている。なお、社会保険方式を採用する国においては、公的扶助制度がその機能を補完している。

ス
ラ
イ
ド
35



ス
ラ
イ
ド
36

被保険者証

国民健康保険 有効期限 平成30年 7月31日
被保険者証 記号 番号 10●5●7●●
氏名 萩原 重一 ジェネリック医薬品を希望します
生年月日 昭和●●年 5月●●日 性別 男
住所 松戸市日暮●丁目5番地の11 グリーンプラザ八柱第●●●04号
世帯主氏名 萩原 重一 一部負担金割合
資格取得年月日 平成19年 4月 1日 3割
交付年月日 平成29年 7月 7日
高齢受給者証発効期日 平成29年 8月 1日
保険者番号 120071 松戸市

注意事項 医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で提示してください。

●以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1.から3.までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、臓器提供及び臓器提供を受けた後においても、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、臓器提供した事及び後述。移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

【1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、○をつけてください。】
【特記欄】 _____ 【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・膵臓】

発効年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
発給者氏名: _____ 氏名
発給者住所: _____

PDF 協会けんぽ被保険者証 Slide 政管健保→協会けんぽ

10-6-30健保連・証の省略事項

ス
ラ
イ
ド
37

レセプト

歯科レセプト用紙PDF
医科レセプト用紙PDF

ス
ラ
イ
ド
38

歯科点数表の解釈

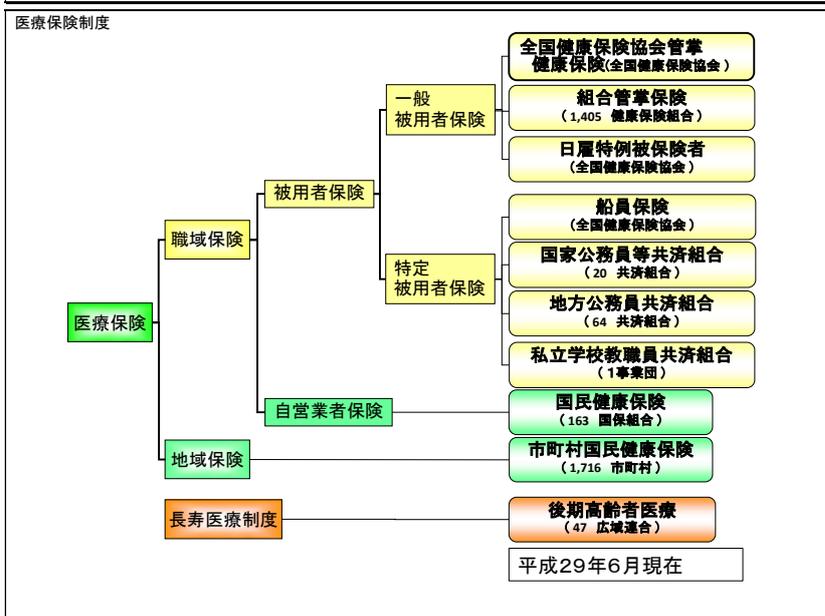
第1章 基本診療料
第1部 初・再診料(区分A)
第2部 入院料等(区分A)

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等(区分B)
第2部 在宅医療(区分C)
第3部 検査(区分D)
第4部 画像診断(区分E)
第5部 投薬(区分F)
第6部 注射(区分G)
第7部 リハビリテーション(H)
第8部 処置(I)
第9部 手術(J)
第10部 麻酔(K)
第11部 放射線治療(L)
第12部 歯冠修復・欠損補綴(M)
第13部 歯科矯正(N)
第14部 病理診断(O)

① 歯科点数表は2年ごとの保険改定時に改正される。

区分・注・通知の説明

ス
ラ
イ
ド
39



ス
ラ
イ
ド
40

制度の概要

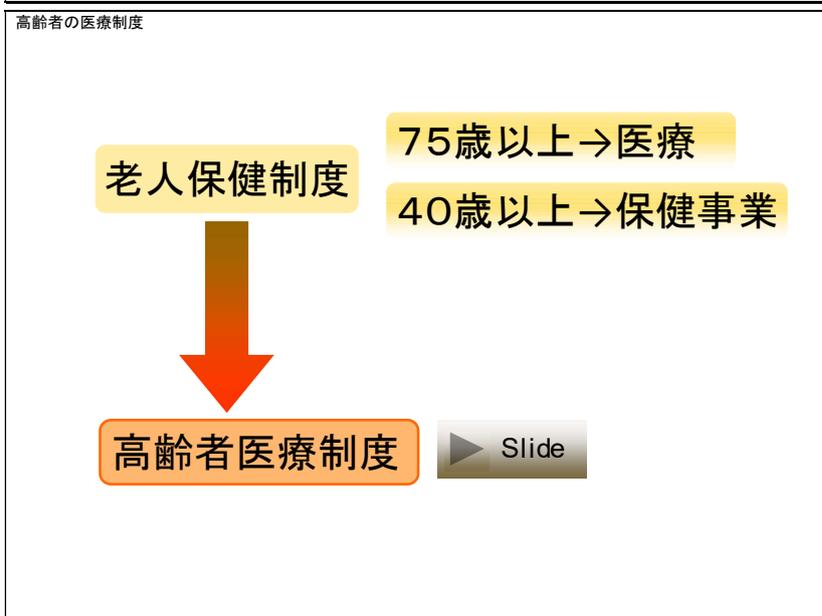
総加入者数126,142千人
(平成29年6月現在)

制度名	加入者数 [千人]	加入者数		加入者数 [千人]							
		加入者数	加入者数								
協会けんぽ	27,155	27,155	15,527	11,628	15,527	11,628	11,628	11,628	11,628	11,628	11,628
健康保険法 健康保険会 健康保険会 健康保険会	29,136	29,136	15,811	13,324	15,811	13,324	13,324	13,324	13,324	13,324	13,324
健康保険法 健康保険会	19	19	13	6	13	6	6	6	6	6	6
健康保険法 健康保険会	124	124	56	68	124	68	68	68	68	68	68
健康保険法 健康保険会	20	20	8,774	11,226	20	11,226	11,226	11,226	11,226	11,226	11,226
健康保険法 健康保険会	44	44	1,716	42,272	44	42,272	42,272	42,272	42,272	42,272	42,272
健康保険法 健康保険会	1,716	1,716	34,687	32,971	1,716	32,971	32,971	32,971	32,971	32,971	32,971
健康保険法 健康保険会	1,716	1,716	193	1,523	1,716	1,523	1,523	1,523	1,523	1,523	1,523
健康保険法 健康保険会	1,716	1,716	2,364	3,080	1,716	3,080	3,080	3,080	3,080	3,080	3,080
健康保険法 健康保険会	18,223	18,223	1	18,222	18,223	18,222	18,222	18,222	18,222	18,222	18,222

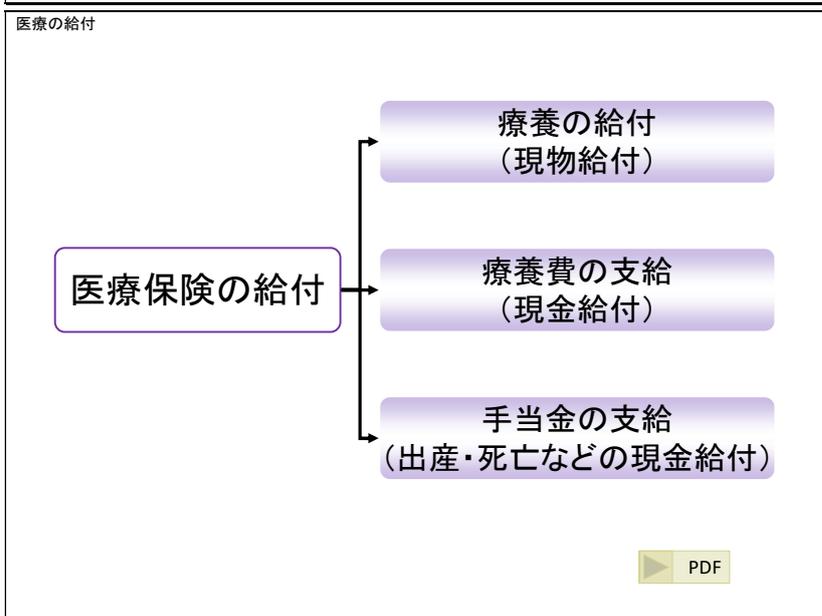
協会けんぽ

平29年版 pdf

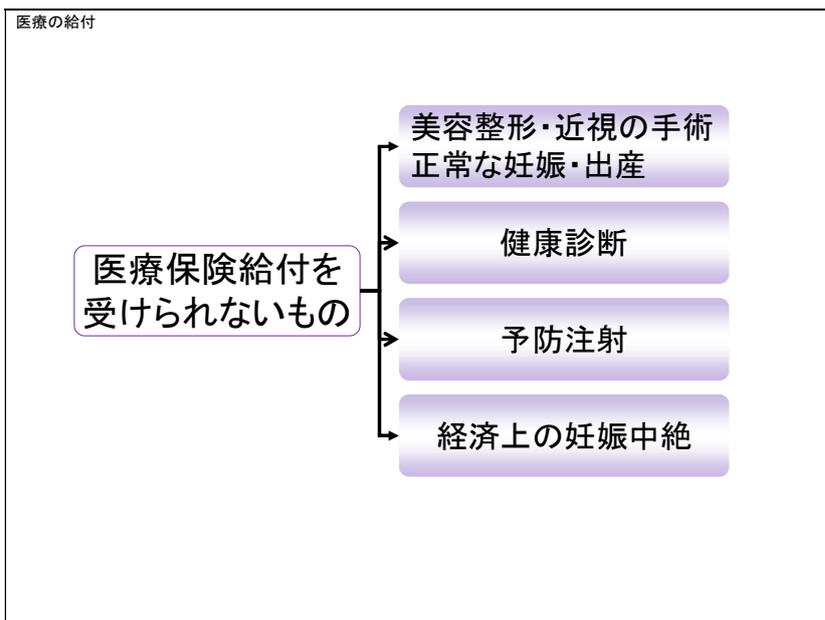
ス
ラ
イ
ド
41



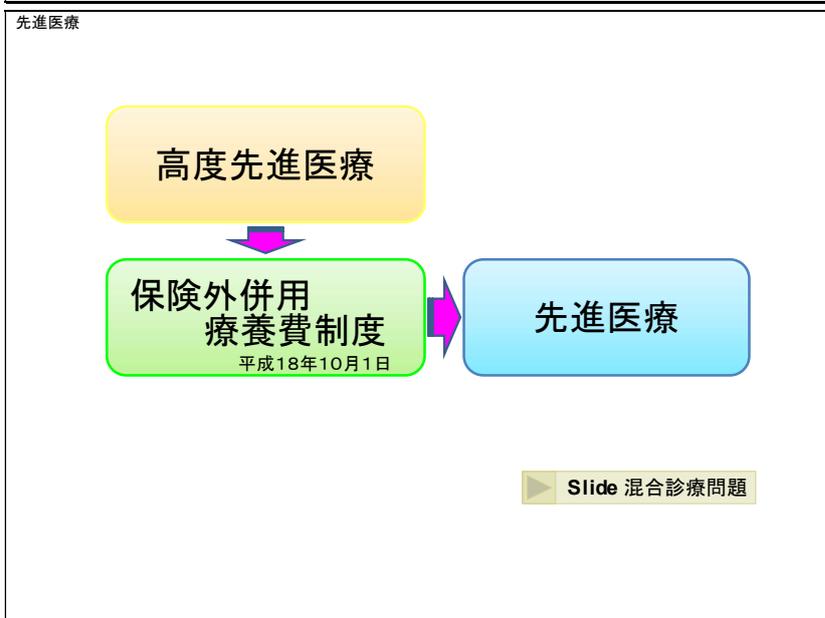
ス
ラ
イ
ド
42



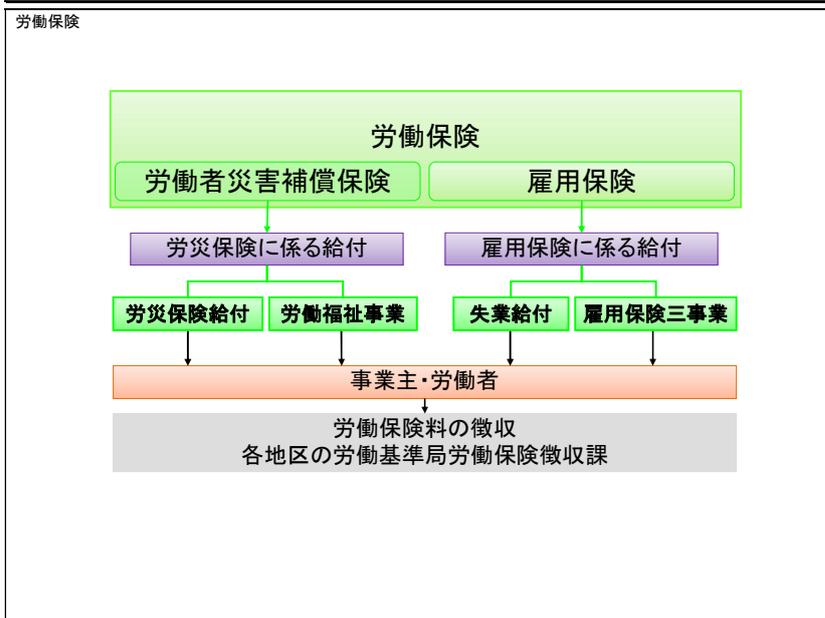
ス
ラ
イ
ド
43



ス
ラ
イ
ド
44



ス
ラ
イ
ド
45



ス
ラ
イ
ド
46

労働保険

労働保険

業務・通勤災害時の保険給付

1. 療養補償
2. 休業補償
3. 傷病補償
4. 障害補償
5. 介護補償
6. 遺族補償
7. 埋葬料

・二次健康診断等の給付

労働福祉事業

- ①社会復帰促進
- ②被災労働者・遺族への援護
- ③健康診断、安全・衛生の確保
- ④労働条件の確保

[労災保険年金給付と厚生年金・国民年金の給付との調整]
[労災保険年金給付と民事損害賠償との調整]

ス
ラ
イ
ド
47

雇用保険

雇用保険

失業者の保護

- ①失業時などの労働者の生活・雇用の安定を図る
- ②失業の予防、雇用状態の是正、能力開発など福祉増進を図る

雇用保険三事業

- 1.雇用安定事業
- 2.能力開発事業
- 3.雇用福祉事業

ス
ラ
イ
ド
48

高齢者医療制度

高齢者医療制度 ▶

65歳 75歳

(1)後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度
(2)前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度

▶ PDF 高齢者医療制度しくみ

ス
ラ
イ
ド
49

高齢者医療制度

高齢者医療制度 ▶

(1) 後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度
 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄う。

(2) 前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度
 65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。

(3) 世代間の負担の明確化
 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、**世代間の負担の明確化等を図っている。**

▶ PDF 高齢者医療制度しくみ

ス
ラ
イ
ド
50

介護保険制度

介護保険制度 ▶

▶ Slide 介護保険制度のしくみ

ス
ラ
イ
ド
51

これからの医療

これからの医療について

▶ 医療への不満

▶ 基本的人権

▶ 医療の倫理規定

▶ 患者の権利

▶ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

▶ 患者および障害者の心理的・社会的問題に関する事項

▶ 医療連携

ス
ラ
イ
ド
52

歯科関係法規

歯科関係法規

- ▶ **歯科と法律**
- ▶ **医療法** ▶ **歯科医師法** ▶ **歯科衛生士法** ▶ **歯科技工士法**
- ▶ **健康保険法** ▶ **健保法第73条**
- ▶  **保険医療機関および保険医療費担当規則** ▶ **関連 健康日本21など**

ス
ラ
イ
ド
53

医療連携

地域連携(切れ目のない医療を提供するための構想)
 ある地域に属する医療機関同士が、それぞれの機能を活かして、患者紹介などの連携を取る医療体制のこと。
 かかりつけ医と病院との病診連携、一般病棟、療養型やリハビリ病院、特定機能病院などにおける病病連携によって、ネットワークを形成する。
 患者が居住する地域の中で、傷病の状態に応じて、もっとも適切な医療を受けられるような、地域内で完結した医療体制を目指している。
 長期継続療養を必要とする患者のために、福祉との連携も必要。

- ▶ **医療連携について** [厚生労働省 PDF](#)
- ▶ **社会保障・税一体改革** [厚生労働省](#)  **社会保障給付費 白書**
- ▶ **医療・介護の総合的な確保に向けた取組について** 平成27年3月9日 保険局医療介護連携政策課
- ▶ **在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック**
- ▶ **平成24年度 在宅医療連携拠点事業 総括報告書**

ス
ラ
イ
ド
54

国家試験問題

「平成26年版歯科医師国家試験出題基準」の発表 厚労省平24年4月18日

- 107回 歯科医師国家試験** 平成26年2月1日(土)、2日(日)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/topics/tp140512-02.html
- 108回 歯科医師国家試験** 平成27年1月31日(土)、2月1日(日)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/topics/tp150511-02.html
- 109回 歯科医師国家試験** 平成28年1月30日(土)、31日(日)
<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2016/siken02/about.html>
- 110回 歯科医師国家試験** 平成29年2月4日(土)、5日(日)
<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2017/siken02/about.html>



55

ス
ラ
イ
ド
55

国家試験問題

「平成30年版歯科医師国家試験出題基準」の発表 厚労省平29年5月8日

111回 歯科医師国家試験 平成30年2月3日(土)、4日(日)
<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2018/siken02/about.html>

112回 歯科医師国家試験 平成31年2月11日(土)、12日(日)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsite/bunya/kenkou_iryuu/ryou/topics/tp140512-02.html

113回 歯科医師国家試験 令和 2年 月 日()、日()

114回 歯科医師国家試験 令和 3年 月 日()、日()

厚労省

56

ス
ラ
イ
ド
56

国家試験問題

「令和4年版歯科医師国家試験出題基準」の発表 予定

115回 歯科医師国家試験 令和 4年

116回 歯科医師国家試験 令和 5年

117回 歯科医師国家試験 令和 6年

118回 歯科医師国家試験 令和 7年

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

これからの医療について

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

歯科医師は、単に患者の病気を治そうとするばかりでなく、患者やその家族の不安・苦悩を軽減させるよう努めなければならない。

1

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

インフォームドコンセント Informed Consent
【説明と同意】
医師は義務として十分な情報を患者に与え、その選択と決定を患者自身に委ねるといふ医師と患者の関係である。Informed Consent は患者に対して治療内容の説明という単なる意味でなく、患者が治療法などに説明を受け理解した上で自主的に選択、同意あるいは拒否できるという内容をもっている。Informed Consent を実践するには、医師と患者は互いに信頼できる関係を保つことが重要であり、患者も健康に対して関心を持ち、医療に参加する意志を持つことが必要である。患者に説明されるべき内容はヘルシンキ宣言、リスボン宣言および医療法にも示されている。

2

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【ヘルシンキ宣言のインフォームドコンセント】
ヘルシンキ宣言では治験対象者に対して以下の説明をすべきであるとしている。

- ・研究目的
- ・研究方法
- ・資金源
- ・起こり得る利害の衝突
- ・研究者の関連組織との関わり
- ・研究に参加することにより期待される利益および起こり得る危険ならびに必然的に伴う不快な状態
- ・対象者はいつでも報復なしに、この研究への参加を取りやめ、または参加の同意を撤回する権利を有すること

3

ス
ラ
イ
ド
4

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【リスボン宣言のインフォームドコンセント】

- ・医師は患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。
- ・同意能力のない者からのインフォームドコンセントの取得について
 - ①意識喪失者に対して

原則：可能なかぎり法定代理人からインフォームドコンセントを取得する

代理人不在の場合：緊急時で代理人が不在の場合は患者があらかじめ医療処置を拒否する意思あるいは信念を明らかにしていないかぎり、患者の承諾があったものとみなす。

自殺による意識喪失者：自殺企図により意識を失っている患者に対しては、常に救命に努めるべきである。

4

ス
ラ
イ
ド
5

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

- ②未成年あるいは法的無能力者に対して

原則：本来患者の同意が必要な状況では患者の法定代理人の同意を求めべきである。その場合であっても、患者をその能力の許すかぎりにおいて意思決定に参画させねばならない。

判断能力がある場合：患者が法的無能力者であっても合理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。

法定代理人が不適切な判断をする場合：患者の法定代理人が、医師の立場から見て患者の最善の利益にかなうとみなされる治療を禁止する場合、医師は関係する司法機関などに異議申立てを行うべきである。緊急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することが求められる。

5

ス
ラ
イ
ド
6

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【医療法のインフォームドコンセント】

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない(第1条の4の2)。

〔治療のためのインフォームドコンセントの説明内容〕

リスボン宣言や医療法には治療に先だつインフォームドコンセントのための具体的説明内容は規定されていない。しかし現在、一般的には治療行為を行うに先だつて、以下の5項目を説明する必要があるとされている。

1. 病気とその現状
2. これに対して行おうとしている治療方法
3. その治療法の危険度
4. それ以外の選択肢として可能な治療法
5. 治療した場合、しない場合の予後

6

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【プライバシーの保護】
患者の解釈モデルを理解するためにメディカルインタビューではできるだけ多くの情報を患者から収集すべきである。しかし患者が主訴と関係付けていない個人的な情報の収集の場合には特に配慮を要する。また、得られた情報は身体的情報だけでなく、社会的情報(家族構成、家族問題、職場環境、など)心理的情報(鬱的傾向、ストレスを感じている、など)もすべて医療情報として扱い、厳密に保護されなければならない。

7

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【守秘義務】
歯科医師はその立場から患者のプライバシーを知ることが多いが、ジュネーブ宣言やヘルシンキ宣言に記されているように患者の秘密を他人に漏らしてはならない。特に、我が国では守秘義務に違反した場合は刑法上の刑事責任を問われる。

8

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【患者の価値観の尊重と自己責任】
患者が自らの価値観によって治療方針を決定するという事は、自ら意思決定することである。すなわち患者は自らの決定に自己責任を負う。患者の決定に際し、歯科医師は患者の価値観を可能な限り尊重すべきである。しかし、患者の決定にはときに、生命の保護に反する場合、公序良俗に反する場合、医療の倫理規範に反する場合、などがある。そのような場合、患者の自己責任であるからと責任放棄はできない。歯科医師は自らの「裁量」と患者の「自己決定」を合致させる努力をしなければならない。

9

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【コンプライアンス Compliance】
 医療者から与えられた助言や指示に、患者が実際に従う度合いのことであり、患者が医療者の指示に従わないことをコンプライアンス不良という。以下のような指示に対してコンプライアンスが不良の場合、治療効果が低下することが考えられる。

- 1) 外来の再診や検査のための来院の指示
- 2) 服薬の指示
- 3) 禁酒、禁煙、食事内容、運動などライフスタイルの変容の指示

10

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【末期患者とその家族への対応】
 もはや治療によって根治を期待できない病状の患者を末期患者という。末期患者への対応をターミナルケアと呼ぶ。末期患者には残された生存期間を無理に延ばす処置（延命処置）よりも、存在する今日の生命または生活の質（QOL）を可能な限り豊かにするよう、ケア主体の医療が重視される。対症療法的には苦痛の除去（ペインコントロールPain Control）を主体とし、さらに家族に対する精神的サポートも必要となる。

11

これからの医療 ■ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【セカンドオピニオン】
 主治医以外の医師の意見。第二診断とも言われる。

患者が治療に関する意思決定のために、主治医以外の専門家の診断や治療方法について意見を聞くこと。リスボン宣言では患者の自由な選択にかかわる権利のひとつとして、「患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。」としている。

12

▶ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【EBM】

経験則に頼ってきた『従来の医療』を改善するための考え方。
『根拠に基づいた医療』はエビデンス・ベースド・メ
ディシン(Evidence Based Medicine=EBM)と呼ば
れ、世界の医療の主流になりつつある。

▶ 医師・歯科医師と患者との関係に関する事項

【患者中心の医療】

従来、医師、歯科医師は患者との関係において
“患者のために”という大義名分のもと、自らの判断
を押しつける傾向があったと考えられている。ヒポク
ラテスの誓いやジュネーブ宣言で謳われている医
師の職業倫理では、医師側が治療のリーダーシッ
プをとろうとする父権主義(パターナリズム)的医療
に陥りやすい。そのような反省から、POS、患者立
脚型医療評価などが提唱されている。

ス
ラ
イ
ド
1

歯科診療所の医療安全確保



特集・医療安全 ■ 日歯雑誌
平成19年2月

- 医療安全管理指針
- 院内感染対策指針
- 医薬品の安全管理
- 医療機器の安全確保
- PDF 減菌不十分で角膜炎

平成19年6月
社団法人 日本歯科医師会

1

平成19年6月に医療安全管理指針、院内感染対策指針、医薬品の安全管理、医療機器の安全確保等について記載してあります。医療安全対策を怠りますと、思いがけない時に医療事故が起きることがあります。

ス
ラ
イ
ド
2

歯科診療所の医療安全確保

歯科診療所（無床診療所）における医療安全対策早見表

区分	指針等の整備	委員会の開催	責任者の設置	従業者に対する研修の実施	改善のための措置など
安全管理のための体制	医療安全管理指針	※1	医療安全管理者 ※2	年2回程度 ※3※4	事故報告等の改善のための方策 ・医療事故防止マニュアル ・緊急時対応マニュアル
院内感染対策のための体制の確保に係る措置	院内感染対策指針	※1	—	年2回程度 ※3※4	感染症発生状況など改善のための方策 ・院内感染防止マニュアル
医薬品に係る安全確保のための体制の確保に係る措置	医薬品業務手順書	—	医薬品安全管理責任者 ※2	必要に応じて ※4	手順書に基づく業務の実施 情報収集及び改善のための方策 ・医薬品管理簿
医療機器に係る安全確保のための体制の確保に係る措置	医療機器保守・点検計画 ※5	—	医療機器安全管理責任者 ※2	新しい医療機器導入時	医療機器の適正使用・保守点検・情報管理等の包括的管理

※1：無床診療所は委員会を設けず職員ミーティングで可
 ※2：厚生労働省医政局長通知（平成19年3月30日付・医政発第0330012号）で定める常勤の医療従事者（院長の兼任可）
 ※3：診療所外での研修可
 ※4：他の研修と併せて実施可
 ※5：保守点検計画・記録作成が必要な医療機器とは、生命維持装置等（人工心臓装置等）の医療機器7種。他の医療機器に関しては、必要に応じて適宜保守点検及び計画の作成を行う。

2

日歯編集による早見表です。
 ※1：無床診療所は委員会を設けず職員ミーティングで可
 ※2：局長通知で定める常勤の医療従事者（院長の兼任可）
 ※3：診療所外での研修可
 ※4：他の研修と併せて実施可
 ※5：保守点検計画・記録作成が必要な医療機器とは、生命維持装置等の医療機器7種。

ス
ラ
イ
ド
3

医療安全 CDCとは



最新
歯科医療における
院内感染対策
CDCガイドライン

歯科における院内感染対策ガイドライン検討委員会

CDC ガイドラインについて
米国の政府機関である疾病防疫センター CDC (Centers for Disease Control and Prevention) は、病院感染対策に関するガイドラインや勧告を多く発表しています。最新の医学文献を網羅した上で勧告されており、感染起因菌の病原性や伝播経路が日米で大きく異なるとは考えられないので、日本における病院感染対策を検討する際にも、重要な資料と思われる。

- Guidelines for ~2003
- 厚労省版 2004.3.31
- ガイドライン 2004.7.1
- 2004.12.24

3

本学元口腔外科学講座教授の佐藤 田鶴子先生が監修、医学界で CDC の専門である県西部浜松医療センター感染症科科長の矢野邦夫先生らによって2004年12月24日に第1版が出版されました。

ス
ラ
イ
ド
4

医療安全 スタンダードプレコーションとは

(CDC 日本の国立感染症研究所に相当する 国家機関)により提起された感染管理・感染対策のための根本概念

【成立背景】

- 1970年、最初の隔離対策が、現在の考え方に先立ってCDCにより提唱。
- 1987年、当初「ユニバーサルプレコーション」という考え方として、医療従事者への血液性感染症の伝播を防ぐための方法として提唱。
- 1996年、このコンセプトを拡大して「スタンダードプレコーション」という呼び名へ変更。スタンダードプレコーションは、医療従事者のみならず、医療現場におけるすべての患者やそこに来る人たちへの感染源の伝播を防ぐための方法として提唱。
- これは、同年代に米国でエイズが急速に蔓延し、医療従事者のエイズ感染も多く報告されたことがきっかけになっている。
- 近年HIV、肝炎の感染問題、最近では新種のウイルス(肝炎やSARS、鳥インフルエンザなど)も出現し、身近にあると認識されるようになり、感染から患者と医療従事者の身を守る方法として、スタンダードプレコーションは確立された。

4

ス
ラ
イ
ド
5

医療安全 スタンダードプレコーションとは

スタンダードプレコーション Standard Precautions (SP)
標準的感染予防策の基本は以下通りである。

- ①手洗い: 感染源となりうるものに触れた後、手袋を外した後、つぎの患者に接するとき、普通の石鹸を使っておこなう。
- ②手袋: 感染源となりうるものに触れるときや患者の粘膜や傷のある皮膚に触れるとき、清潔な手袋を着用する。使用后、もしくは非汚染物や他の患者に触れるときは、手袋を外し、手洗いする。
- ③マスク・ゴーグル・フェイスマスク: 体液・体物質等が飛び散り、目・鼻・口を汚染する恐れのある場合に着用する。
- ④ガウン: 衣服が汚染される恐れのある場合に着用する。汚染されたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いをする。
- ⑤器具: 汚染した器具は、粘膜・衣服・環境を汚染しないように操作する。再使用するものは、清潔であることを確認する。
- ⑥リネン: 汚染されたりネン類は、粘膜・衣服・他の患者・環境を汚染しないように操作し、適切に移送・処理する。

5

歯科においては、さらに細かな器械・機具がありますので取扱いは煩雑となります。

スライド 1

介護保険

介護保険の概要

介護保険制度は、年金、医療、雇用、労災に続く五つめの社会保険制度として創設され、保険者は市町村及び特別区で、国、都道府県、医療保険者、年金保険者等により構成されている。被保険者は65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなり、被保険者が要介護状態等になった場合に、指定居宅サービス事業者及び介護保険施設を通して、現物給付を基本として在宅・施設両面にわたる総合的な介護サービスを提供し、利用者の一部負担を除く給付に要する費用を、国民の共同連帯の理念に基づき公費と保険料によって公平に負担するものである。

1

スライド 2

介護認定区分

保険給付と要介護状態区分 17年国会提出

2

スライド 3

要介護認定とサービスの利用方法

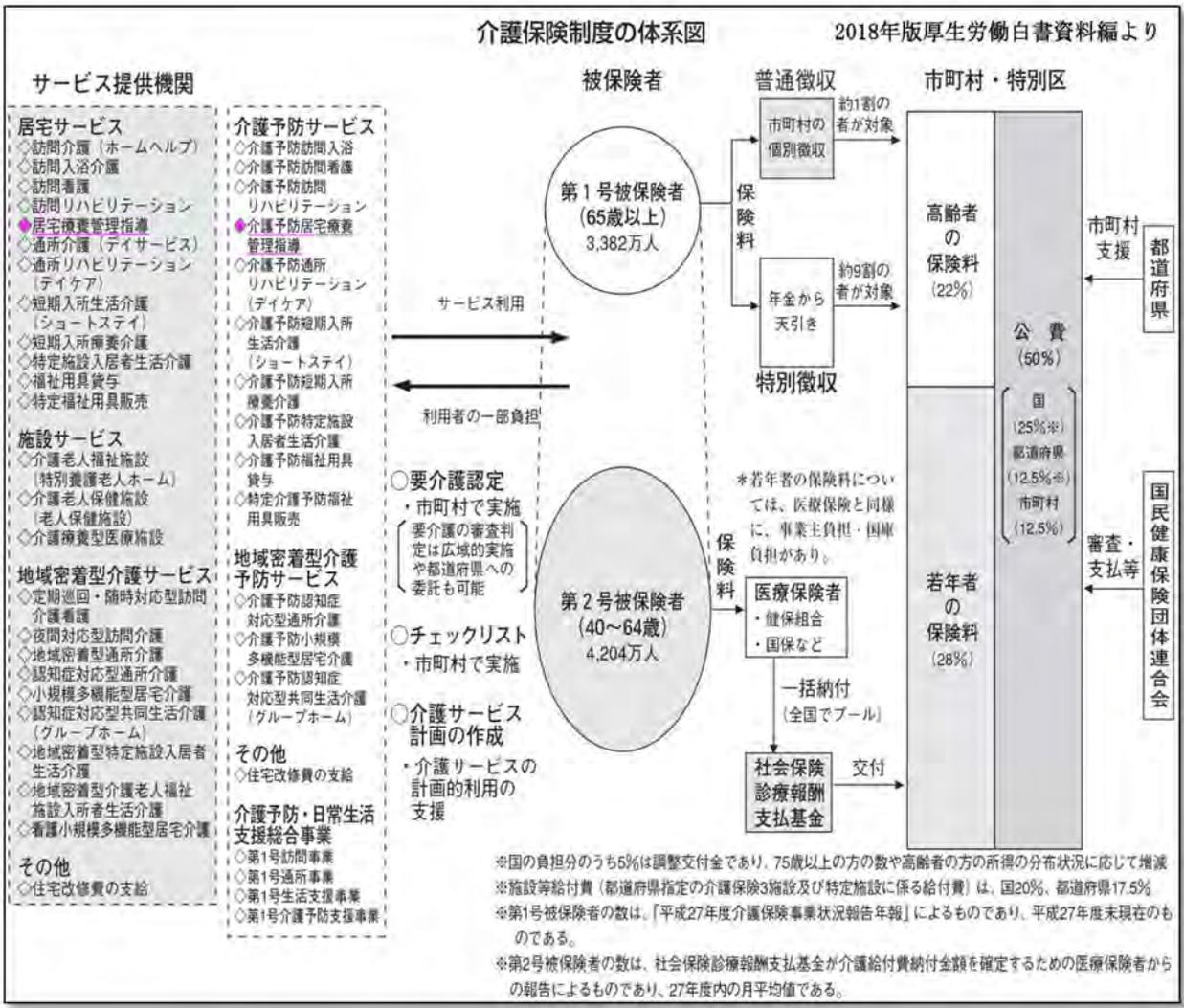
3

障害者シンボルマーク



国際シンボルマーク
 障害者が利用できる建築物・施設であることを明確に示す全世界共通のマークであり、障害者が、住みよい街づくりに寄与することをねらいとして国際リハビリテーション協会が定めた。利用対象の条件はマーク本来の趣旨(=障害者が利用できる建築物・施設であることを明確に示す全世界共通のマーク)の利用であれば問題ない。
 本来の趣旨以外の目的で利用する場合は、原則として障害者手帳所持者及びその介護者に限る。
 問合せ:財団法人
 日本障害者リハビリテーション協会
 〒162-0052 新宿区戸山1-22-1
 Tel.5273-0601

4



ス
ラ
イ
ド
1

健康保険法 第64条

健康保険法第64条

(保険医又は保険薬剤師)

第六十四条 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師若しくは歯科医師又は保険薬局において健康保険の調剤に従事する薬剤師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師若しくは歯科医師(以下「保険医」と総称する。)又は薬剤師(以下「保険薬剤師」という。)でなければならない。

ス
ラ
イ
ド
2

健康保険法 第65条

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

3 厚生労働大臣は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。

五 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の

開設者又は管理者が、この法律、船員保険法、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)、高齢者の医療の確保に関する法律、地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第四十二号)、私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二十四号)、厚生年金保険法(昭和二十九年法律第十五号)又は国民年金法(昭和三十四年法律第四十一号)(第八十九条第四項第七号において「社会保険法」という。)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法(昭和二十五年法律第二十六号)の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第八十九条第四項第七号及び第九十九条第二項において「社会保険料」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した社会保険料のすべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る社会保険料の納付義務を負うと定める法律によって納付義務を負う社会保険料に限る。第八十九条第四項第七号において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。

ス
ラ
イ
ド
3

健康保険法 第65条

五 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の開設者又は管理者が、この法律、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法、厚生年金保険法又は国民年金法の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(「社会保険料」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した社会保険料のすべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る社会保険料の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う社会保険料に限る。第八十九条第四項第七号において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。

ス
ラ
イ
ド
4

健康保険法 第199条

(資料の提供)

第百九十九条 社会保険庁長官は、被保険者の資格、標準報酬又は保険料に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、法人の事業所の名称、所在地その他必要な資料の提供を求めることができる。

2 厚生労働大臣は、第六十三条第三項第一号又は第八十八条第一項の指定に関し必要があると認めるときは、当該指定に係る開設者若しくは管理者又は申請者の社会保険料の納付状況につき、当該社会保険料を徴収する者に対し、必要な書類の閲覧又は資料の提供を求めることができる。

ス
ラ
イ
ド
5

健康保険法第73条 指導・監査

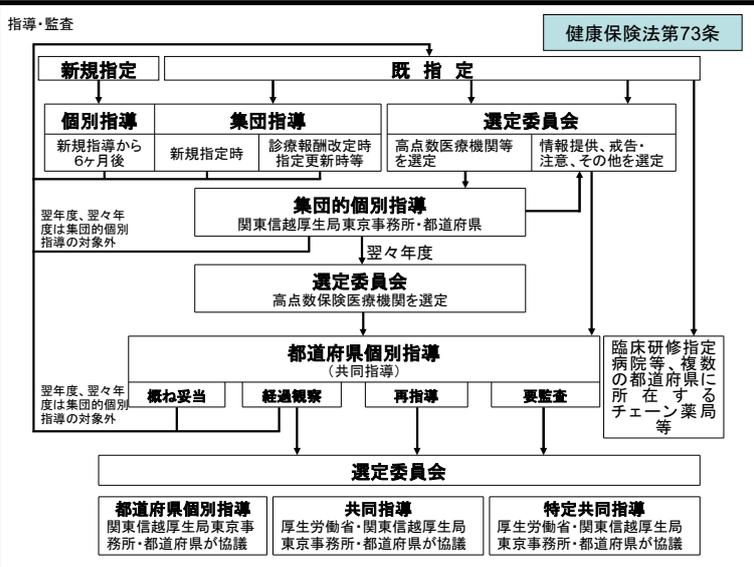
(厚生労働大臣の指導)

第七十三条

保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の指導をする場合において、必要があると認めるときは、診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により指導に立ち会わせるものとする。ただし、関係団体が指定を行わない場合又は指定された者が立ち会わない場合は、この限りでない。

ス
ラ
イ
ド
6



ス
ラ
イ
ド
7

健康保険法 指導大綱

健康保険法第73条 指導大綱

平成20年9月30日保発第0930008号

第1 目的
この大綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生(支)局長又は都道府県知事が、健康保険法(大正11年法律第70号)第73条(同法及び船員保険法(昭和14年法律第73号)において準用する場合を含む。)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第41条及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第66条(同法において準用する場合を含む。)の規定に基づき、保険医療機関若しくは保険薬局(以下「保険医療機関等」という。)又は保険医若しくは保険薬剤師(以下「保険医等」という。)に対して行う健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び老人保健法による療養の給付若しくは医療若しくは入院時食事療養費若しくは入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療(調剤を含む。以下同じ。)の内容又は診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求に関する指導について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

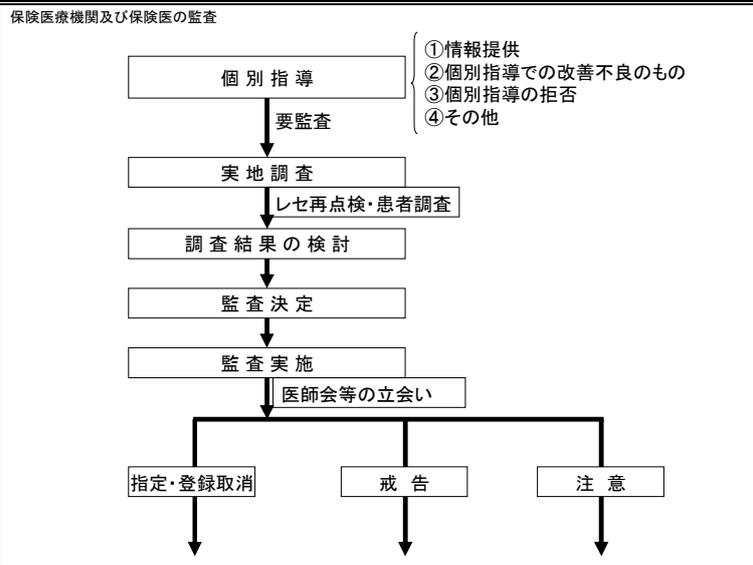
ス
ラ
イ
ド
8

健康保険法 監査要綱

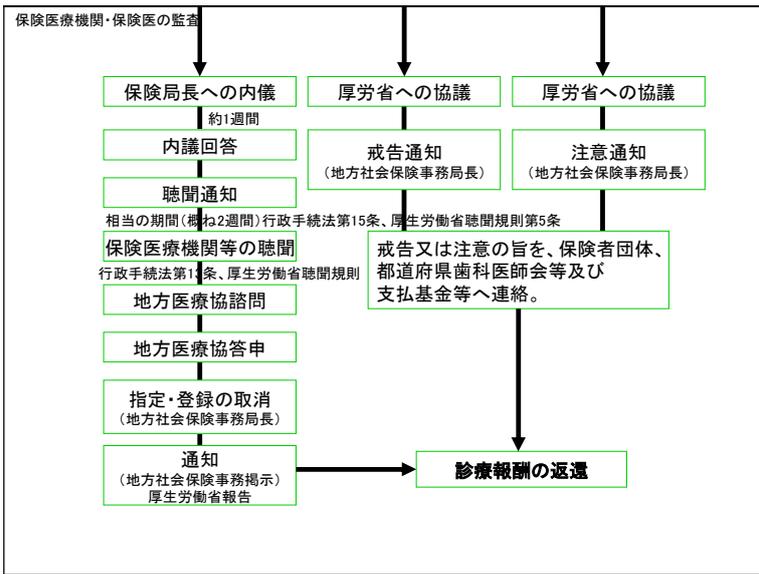
健康保険法第78条 監査要綱

第1 目的
この要綱は、厚生労働大臣若しくは地方厚生(支)局長又は都道府県知事が、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条(同法及び船員保険法(昭和14年法律第73号)において準用する場合を含む。)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)第45条の2及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第72条(同法において準用する場合を含む。)の規定に基づき、保険医療機関又は保険薬局(以下「保険医療機関等」という。)に対し、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費若しくは家族療養費の支給に係る診療(調剤を含む。以下同じ。)の内容又は診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求について行う監査に関する基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

ス
ラ
イ
ド
9



スライド 10



スライド 11

指導・監査

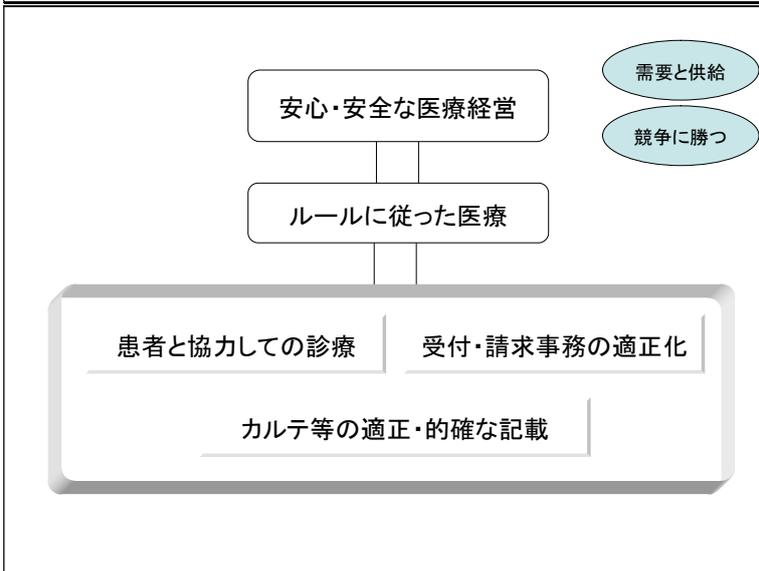
(不正利得の徴収等)

第58条 偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者があるときは、保険者は、その者からその給付の価額の全部又は一部を徴収することができる。

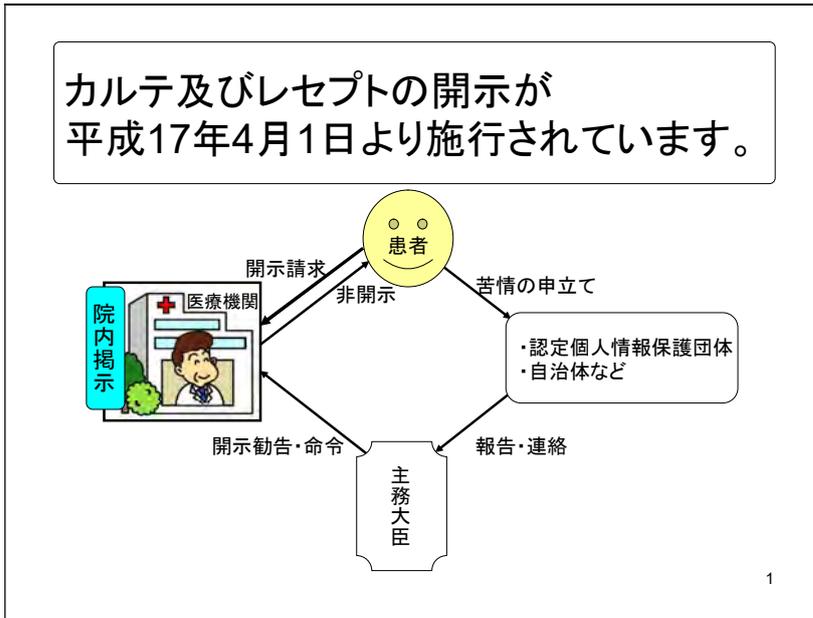
2 前項の場合において、事業主が虚偽の報告若しくは証明をし、又は第63条第3項第1号に規定する保険医療機関において診療に従事する第64条に規定する保険医若しくは第88条第1項に規定する主治の医師が、保険者に提出されるべき診断書に虚偽の記載をしたため、その保険給付が行われたものであるときは、保険者は、当該事業主、保険医又は主治の医師に対し、保険給付を受けた者に連帯して前項の徴収金を納付すべきことを命ずることができる。

3 保険者は、第63条第3項第1号に規定する保険医療機関若しくは保険薬局又は第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者が偽りその他不正の行為によって療養の給付に関する費用の支払又は第85条第5項(第85条の2第5項及び第86条第4項において準用する場合を含む。)、第88条第6項(第111条第3項において準用する場合を含む。)若しくは第110条第4項の規定による支払を受けたときは、当該保険医療機関若しくは保険薬局又は指定訪問看護事業者に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に100分の40を乗じて得た額を支払わせることができる。

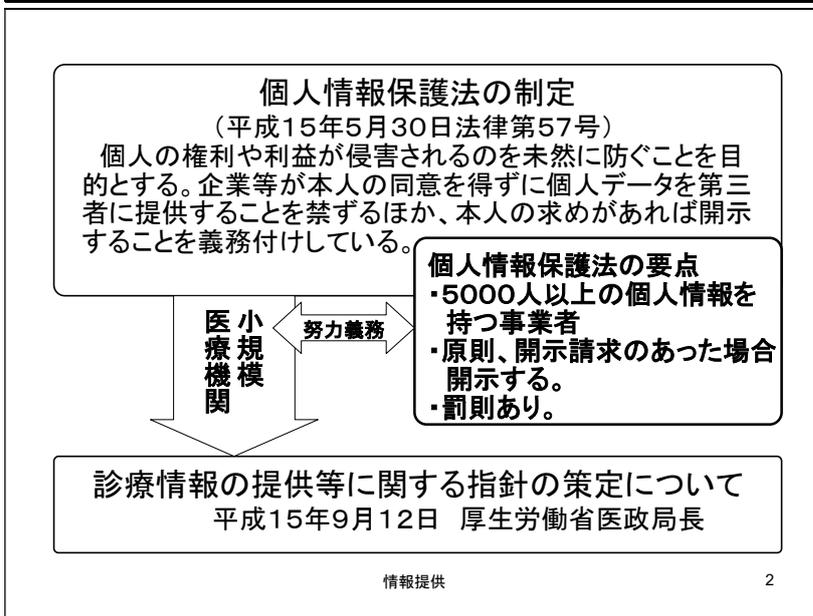
スライド 12



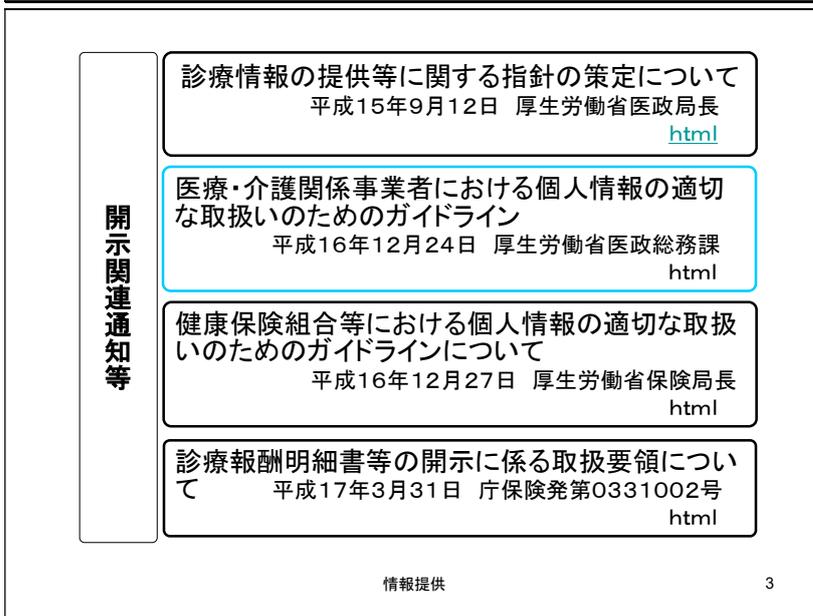
ス
ラ
イ
ド
1



ス
ラ
イ
ド
2



ス
ラ
イ
ド
3



ス
ラ
イ
ド
4

趣旨 「診療情報の提供等に関する指針の策定について」
厚生労働省医政局長 平成15年9月12日

- 1、患者と医療従事者とのより良い信頼関係の構築
- 2、情報の共有化による医療の質の向上
- 3、医療の透明性の確保
- 4、患者の知る権利

※生活習慣病を予防し、患者が自らの健康管理を行っていく上で、患者と医療従事者が医療情報を共有することが重要。

情報提供

4

ス
ラ
イ
ド
5

定義

○「**診療情報**」とは、診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た情報をいう。

○「**診療記録**」とは、診療録、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録をいう。

○「**診療情報の提供**」とは、

- ①口頭による説明
- ②説明文書の交付
- ③診療記録の開示

等具体的な状況に即した適切な方法により、患者等に対して診療情報を提供することをいう。

○「**診療記録の開示**」とは、患者等の求めに応じ、診療記録を閲覧に供すること又は診療記録の写しを交付することをいう。

情報提供

5

ス
ラ
イ
ド
6

診療情報の提供に関する一般原則

○医療従事者等は、患者等にとって理解を得やすいように、懇切丁寧に診療情報を提供するよう努めなければならない。

○診療情報の提供は、

- ①口頭による説明
- ②説明文書の交付
- ③診療記録の開示

等具体的な状況に即した適切な方法により行われなければならない。

・説明文書の交付に関する書類
・診療記録の開示に関する書類

情報提供

6

ス
ラ
イ
ド
7

医療従事者の守秘義務

○医療従事者は、患者の同意を得ずに、患者以外の者に対して診療情報の提供を行うことは、医療従事者の守秘義務に反し法律上の規定がある場合を除き認められないことに留意しなければならない。

診療記録の正確性の確保

○医療従事者等は、適正な医療を提供するという利用目的の達成に必要な範囲内において、診療記録を正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない。
○診療記録の訂正は、訂正した者、内容、日時等が分かるように行われなければならない。
○診療記録の字句などを不当に変える改ざんは、行ってはならない。

情報提供

7

ス
ラ
イ
ド
8

診療中の診療情報の提供

○医療従事者は、原則として、診療中の患者に対して、次に掲げる事項等について丁寧に説明しなければならない。
①現在の症状及び診断病名 ②予後
③処置及び治療の方針 ④処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用
⑤代替的治療法がある場合には、その内容及び利害損得（患者が負担すべき費用が大きく異なる場合には、それぞれの場合の費用を含む）
⑥手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要（執刀者及び助手の氏名を含む。）、危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無
⑦治療目的以外に、臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容
○医療従事者は、患者が「知らないでいたい希望」を表明した場合には、これを尊重しなければならない。
○患者が未成年者等で判断能力がない場合には、診療中の診療情報の提供は親権者等に対してなされなければならない。

ス
ラ
イ
ド
9

診療記録の開示

(1)診療記録の開示に関する原則

○医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。
○診療記録の開示の際、患者等が補足的な説明を求めたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい

情報提供

9

ス
ラ
イ
ド
10

診療記録の開示に関する手続

- 医療機関の管理者は、以下を参考にして、診療記録の開示手続を定めなければならない。
- ①診療記録の開示を求めようとする者は医療機関の管理者が定めた方式に従って、医療機関の管理者に対して申し立てる。
なお、申し立ての方式は書面による申し立てとすることが望ましいが、患者等の自由な申し立てを阻害しないため、申し立ての理由の記載を要求することは不適切である。
 - ②申立人は、自己が診療記録の開示を求め得る者であることを証明する。
 - ③医療機関の管理者は、担当の医師等の意見を聴いた上で、速やかに診療記録の開示をするか否か等を決定し、これを申立人に通知する。医療機関の管理者は、診療記録の開示を認める場合には、日常診療への影響を考慮して、日時、場所、方法等を指定することができる。なお、診療記録についての開示の可否については、医療機関内に設置する検討委員会等において検討した上で決定することが望ましい。

情報提供

10

ス
ラ
イ
ド
11

診療情報の提供を拒み得る場合

- 医療従事者等は、診療情報の提供が次に掲げる事由に該当する場合には、診療情報の提供の全部又は一部を提供しないことができる。
- ①診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき
 - ②診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき
- 〈①に該当することが想定され得る事例〉
患者の状況等について、家族や患者の関係者が医療従事者に情報提供を行っている場合に、これらの者の同意を得ずに患者自身に当該情報を提供することにより、患者と家族や患者の関係者との人間関係が悪化するなど、これらの者の利益を害するおそれがある場合
- 〈②に該当することが想定され得る事例〉
症状や予後、治療経過等について患者に対して十分な説明をしたとしても、患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす場合
- ※個々の事例への適用については個別具体的に慎重に判断することが必要である。

情報提供

11

ス
ラ
イ
ド
12

遺族に対する診療情報の提供

- 医療従事者等は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供しなければならない。
- 遺族に対する診療情報の提供に当たっては、3、7の(1)、(3)及び(4)並びに8の定めを準用する。ただし、診療記録の開示を求め得る者の範囲は、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者(これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。)とする。
- 遺族に対する診療情報の提供に当たっては、患者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重することが必要である。

情報提供

12

ス
ラ
イ
ド
13

他の医療従事者からの求めによる診療情報の提供

- 医療従事者は、患者の診療のため必要がある場合には、患者の同意を得て、その患者を診療した又は現に診療している他の医療従事者に対して診療情報の提供を求めることができる。
- 診療情報の提供の求めを受けた医療従事者は、患者の同意を確認した上で、診療情報を提供するものとする。

診療情報の提供に関する苦情処理

- 医療機関の管理者は、診療情報の提供に関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない。
- 医療機関の管理者は、都道府県等が設置する医療安全支援センターや医師会が設置する苦情処理機関などの患者・家族からの相談に対応する相談窓口を活用するほか、当該医療機関においても診療情報の提供に関する苦情処理の体制の整備に努めなければならない。

情報提供

13

ス
ラ
イ
ド
14

診療情報の提供に関する規程の整備

- 医療機関の管理者は、診療記録の開示手続等を定めた診療情報の提供に関する規程を整備し、苦情処理体制も含めて、院内掲示を行うなど、患者に対しての周知徹底を図らなければならない。

---保有個人データに関する事項の公表等(法第24条)---

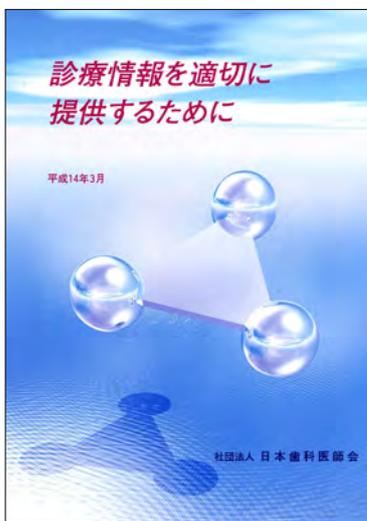
【法の規定により遵守すべき事項】

- (ア)個人情報取扱事業者の氏名又は名称
 - (イ)保有個人データの利用目的
 - (ウ)個人データの利用目的の通知、開示、訂正、利用停止等の手続の方法、及び保有個人データの利用目的の通知又は開示に係る手数料の額
 - (エ)苦情の申出先
- 等本人の知り得る状態に置かなければならない。

情報提供

14

ス
ラ
イ
ド
15



開示手続に関する対応

- ①患者が診療録等の開示を求めてきた場合には「診療録等の開示申込書」の提出を求める。
- ②開示請求内容について、書面で記録、保存する。
- ③患者本人以外(親族、代理人)の場合、患者本人の委任状の提出を求める。(法廷代理人は不要)
- ④「開示申込書」を受理したら、「返答書」で開示の可否を速やかに通知する。

情報提供

15

ガイドラインにおける小規模医療機関とは？

- ・法令上「個人情報取扱事業者」として
識別される個人の数の合計が過去6ヵ月以内の
いずれの日にも 5,000 を越えない事業者。
- ・法令上の罰則規定はない。
- ・医療、介護関係事業者からサービスを受ける患者・
利用者から
 - ①良質、適切な医療・介護サービスの提供の期待
 - ②医療・介護サービス提供のために最善の努力を
する。
 - ③どの事業者が法令上の義務を負う個人情報取
扱事業者か不明

情報提供 16

**私たちスタッフは
あなたの大切な個人情報を守ります。**

歯科医院での「個人情報」といわれるものには、
問診票、診療録、検査記録、エックス線写真、
口腔内写真、歯型、処方せん、紹介状などがあります。
当医院は、そのような「個人情報」を守り、
安心して治療が受けられるよう努めます。



利用・取扱い

- 個人情報の利用目的は、案内に明示してあります。
- 個人情報は、利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱いません。また、利用目的を変更したことはありません。
- 個人情報は、不適切な手段により取得しません。

適正・安全管理

- 個人データは、利用目的の達成に必要な範囲で、正確かつ最新の内容に保ちます。
- 個人データは、漏えい・滅失・毀損防止等による管理・メンテナンス等を行う監視を行います。

第三者への提供

- 第三者への提供は、個人情報保護法、薬機法、学校教育法その他の関係法令に個人データを提供することにより、あらかじめ本人の同意を得ます。
- 第三者へ個人データを提供する場合、第三者で第三者の医療機関との連携・他の医療機関へ提供されることにより、第三者に個人データが提供されることとなります。その内容等についてはお問い合わせください。

ご本人からの管理

- 個人データを削除・訂正する権利はありますが、業務上の必要から、訂正・削除できない場合があります。
- 個人情報の取扱いについての苦情、ご指摘、お問い合わせは、受付にお申し出ください。

社団法人 日本歯科医師会

こちらの歯科医院では
個人情報を次のような目的に利用させていただきます。

歯科医院内で、患者さんへ医療を提供するために利用

はじめに受診されるとは

- 診療の進捗、経過等による経過観察や相談を継続していただくことによる、治療費、薬剤費など医療費の請求を行います。

歯科医療サービスの提供では

- 診察、検査結果、診断、治療計画（処置計画）の作成、生活指導を行います。
- 予防、検診、口腔ケアの指導などを行います。

患者さんにかかわる医院管理・運営業務では

- 診療の提供を行います。
- 診療報酬・費用・保険金請求、歯料補助金請求などを行うことにより診療報酬サービスの請求を行います。
- 患者さんからの苦情・相談、お問い合わせなどを行います。

医療保険事務では、医療費請求のために保険請求明細書を作成します。

歯科医院外へ、患者さんの医療情報を提供することによる利用

患者さんに提供する歯科医療サービスのうち

- 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、歯科診療補助などにより提供を行います。
- 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、歯科診療補助などにより提供を行います。
- 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、歯科診療補助などにより提供を行います。
- 歯科医師、歯科衛生士、歯科助手、歯科診療補助などにより提供を行います。

医療保険事務のうち

- 診療報酬請求を行う場合があります。
- 診療報酬請求を行うことにより、診療報酬請求書の作成・提出を行います。
- ストップ・リコール等を行う場合があります。
- 診療報酬請求書の作成、提出を行います。

企業等から委託をされて歯科診療を行った場合は、企業などへ結果をお知らせします。
歯科医師賠償責任保険などにかかわる医療に関する専門団体、保険会社などへ
相談または提出などを行います。

歯科医療の質を向上させるために利用

歯科医院内での医院管理・運営業務のうち

- 診療報酬請求書の作成・提出を行います。
- ストップ・リコール等を行う場合があります。
- 診療報酬請求書の作成、提出を行います。

● お尋ねになりたいことは、受付にお申し出ください。

歯科医院

都条例

**個人情報を
守ります**

東京都個人情報保護制度



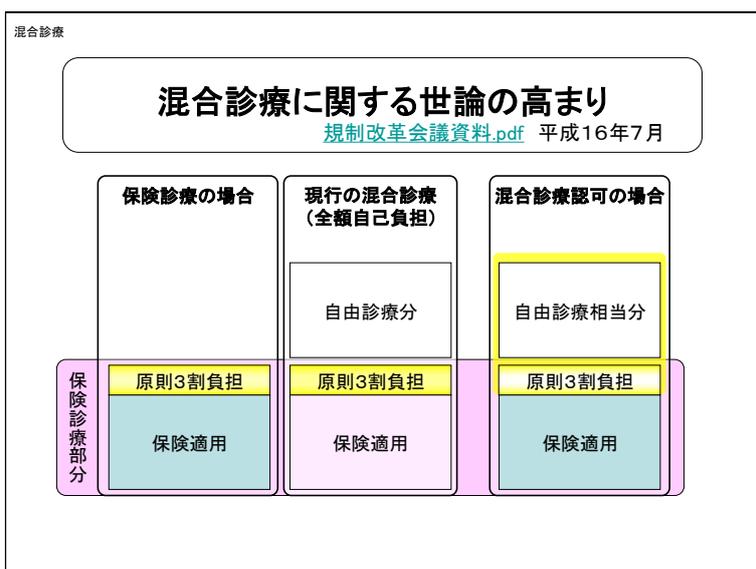
東京都

東京都の条例による場合

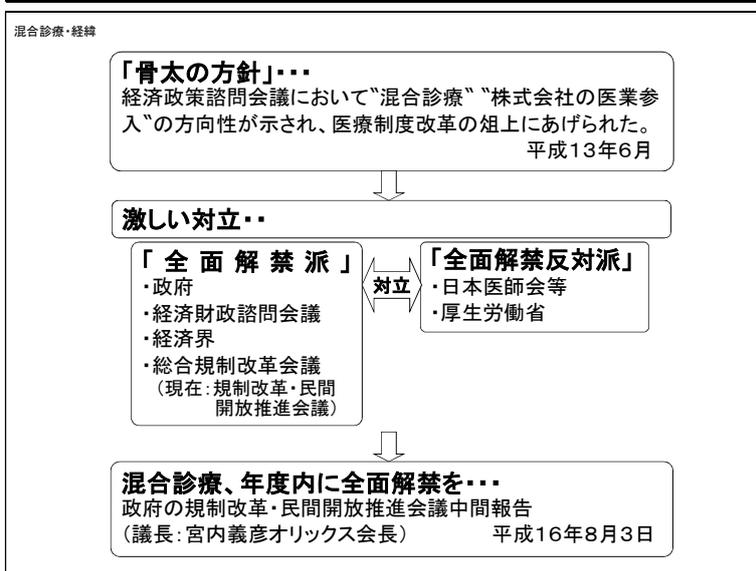
- 平成2年
「東京都個人情報の保護に関する条例」
条例改定――平成17年4月施行
- 都の職員等にも罰則あり
2年以下の懲役、100万以下の罰金
- 相談窓口
生活文化局
広報広聴部情報公開課個人情報係
TEL 03-5388-3160
[http://www.metro.tokyo.jp
/POLICY/JOHO/privacy.htm](http://www.metro.tokyo.jp/POLICY/JOHO/privacy.htm)

18

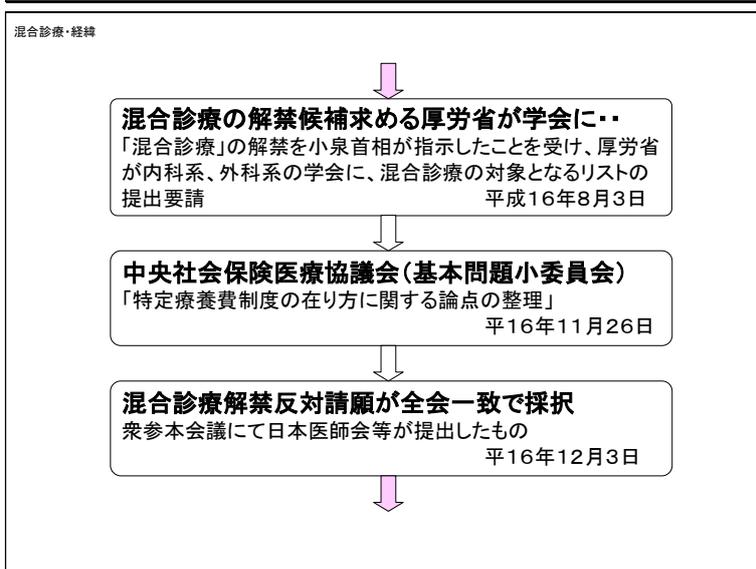
ス
ラ
イ
ド
1



ス
ラ
イ
ド
2



ス
ラ
イ
ド
3



混合診療について

ス
ラ
イ
ド
4

混合診療3

↓

「混合診療」問題で決着 平成16年12月15日
尾辻厚労相と村上規制改革相とで基本的合意がなされる。

厚労省、混合診療問題への今後の対応発表 平成16年12月15日夜
『いわゆる「混合診療」問題について』を発表
・患者の切実な要望に的確に対応するための3本柱
①「国内未承認薬」について保険診療との併用が可能な体制の確立
②「必ずしも高度でない先進技術」について、技術ごとに一定水準の要件を設定し、該当医療機関に保険診療との併用を認める。
③「制限回数を越える医療行為」について、適切なルールの下に保険診療との併用を認める。

ス
ラ
イ
ド
5

混合診療4

改革の考え方（厚労省資料）

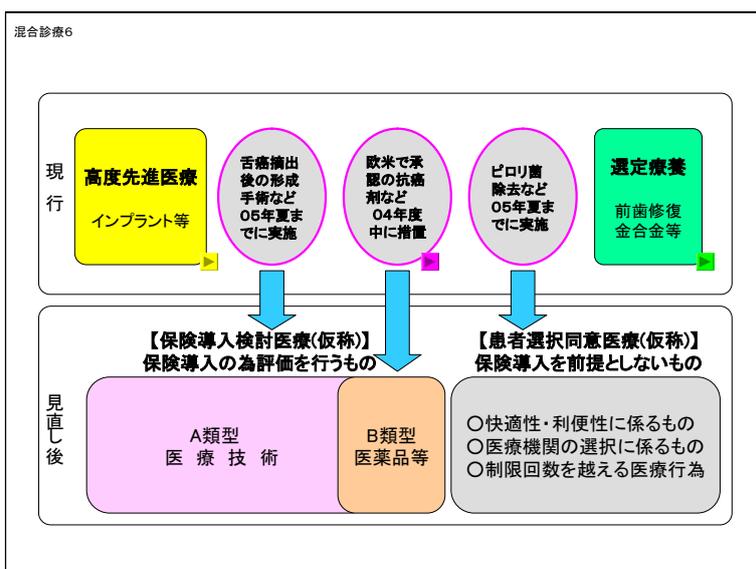
- 「将来的な保険導入のための評価を行うかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直し、「特定療養費制度」を廃止し、「保険導入検討医療(仮称)」と「患者選択同意医療(仮称)」とに新たな枠組みとして再編成する。
- このような改革により、より分かりやすい制度となるとともに、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、概ねすべてに対応できる。

ス
ラ
イ
ド
6

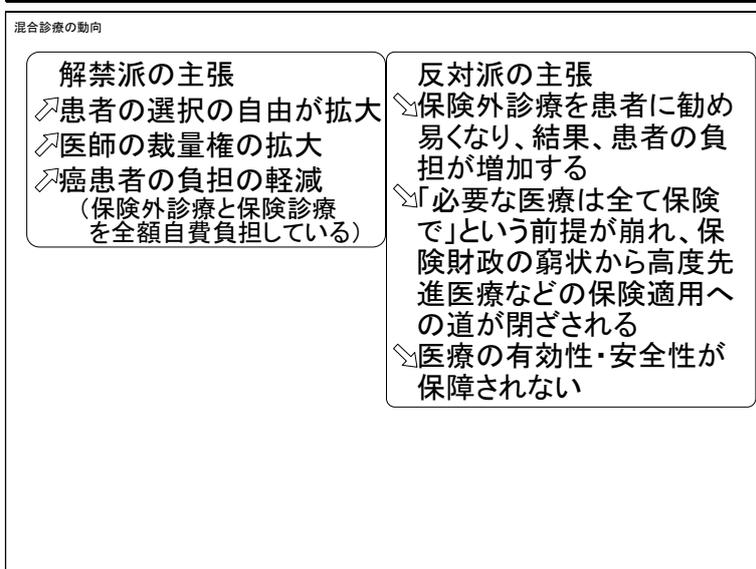
混合診療5

現 行	<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">高度先進医療 インプラント等</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">必ずしも 高度でない 先進技術</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">国 内 未承認薬</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">制限回数 を越える 医療行為</div>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #90EE90; padding: 5px; display: inline-block;">選定療養 前歯修復 金合金等</div>
	↓	↓	↓		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">【保険導入検討医療(仮称)】 保険導入の為評価を行うもの</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">【患者選択同意医療(仮称)】 保険導入を前提としないもの</div>		
見 直 し 後	<div style="border: 1px solid black; background-color: #FFC0CB; padding: 5px; display: inline-block;">A類型 医療技術</div>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; display: inline-block;">B類型 医薬品等</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">○快適性・利便性に係るもの ○医療機関の選択に係るもの ○制限回数を越える医療行為</div>		

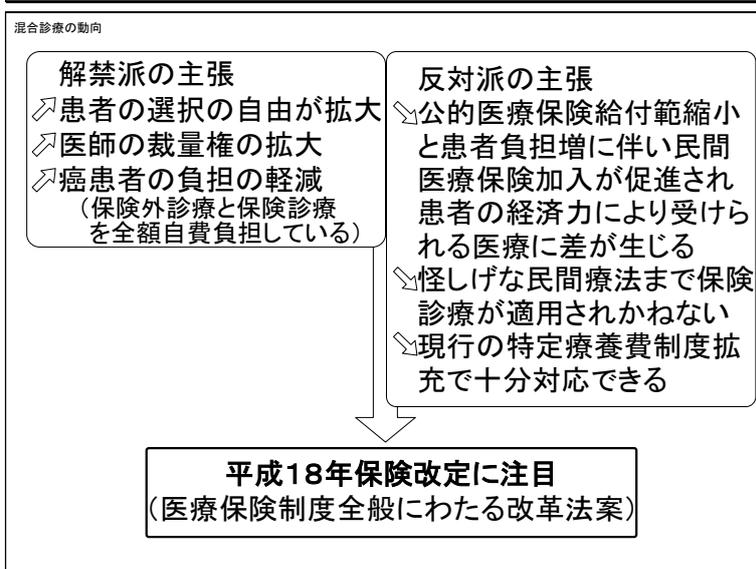
スライド7



スライド8



スライド9



混合診療について

ス
ラ
イ
ド
10

歯科の取扱(現行)

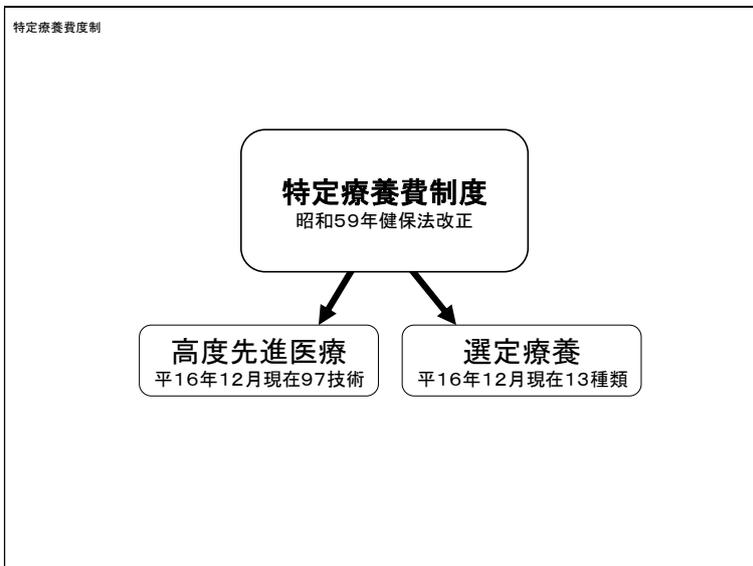
保険給付外の材料使用による自費診療の取扱い

◇歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、**歯冠修復にあつては歯冠形成(支台築造を含む)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。**

なお、保険医療機関は、当該治療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療へ以降等がその旨判のように記載を行う。

(昭51. 7. 29 保文発352)
(昭51. 11. 26 保険発115)

ス
ラ
イ
ド
11



ス
ラ
イ
ド
12

特定療養費制度

高度先進医療
平16年12月現在97技術

歯科関連(11技術)	特定承認保険医療機関名
・インプラント義歯	▶ 1
・顎顔面補綴	▶ 2
・顎関節症の補綴学的治療	▶ 3
・歯周組織再生誘導法	▶ 4
・接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定	▶ 5
・光学印象採得による陶材歯冠修復法	▶ 6
・X線透視下非観血的唾石摘出術	▶ 7
・レーザー応用によるう蝕除去・スケーリングの無痛療法	▶ 8
・顎関節鏡視下レーザー手術併用による円板縫合固定術	▶ 9
・顎関節脱臼内視鏡下手術	▶ 10
・耳鼻咽喉領域の機能障害を伴った顎関節症に対する 中耳伝音系を指標とした顎位決定法	▶ 11

スライド 13

特定療養費制度

選定療養
平16年12月現在13種類

患者の選択に委ねることが適当と思われるサービスについて、患者自ら選択して追加的な費用を自己負担しつつ、基礎的部分について療養費の支給を受けながら、診療を受けるもの。

昭59年 ・特別の療養環境
昭59年 ・前歯部の鑄造歯冠修復等に使用する金合金又は白金加金
平 4年 ・予約診療
平 4年 ・時間外診療
平 6年 ・金属床総義歯
平 8年 ・200床以上の病院の初診
平 8年 ・医薬品の治験に係る診療
平 9年 ・小児齲蝕の治療終了後の指導管理
平14年 ・医療用具の治験に係る診療
平 8 ・200床以上の病院の再診
平14年 ・薬事法承認後、保険収載前の医薬品に係る診療
平14年 ・180日超の入院
平16年 ・薬価収載された医薬品の適応外投与

スライド 14

治験による混合診療検討未承認薬

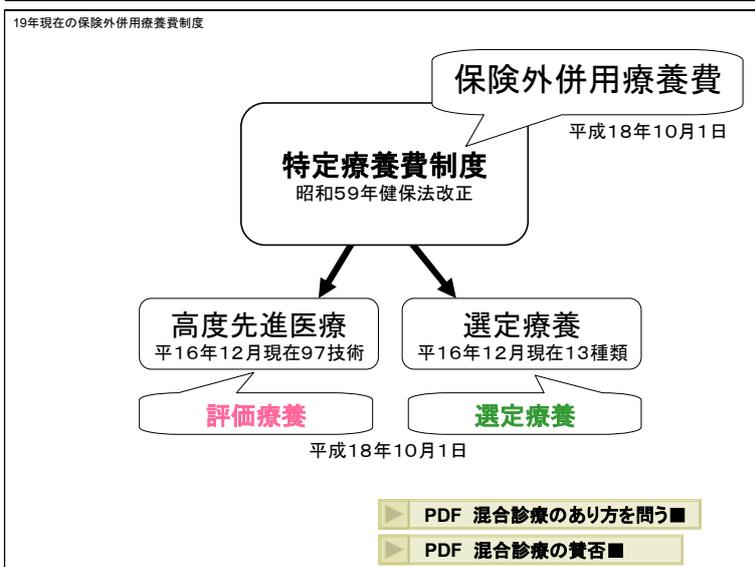
未承認薬

欧米で承認の
抗癌剤など
04年度中に
措置

機 能	医薬品名
抗がん剤	サリドマイド(米)
	ベメトレクスト(米)
	ボルテゾミブ(米、EU)
酵素製剤	ラロニダーゼ(米、EU)
低血糖症用剤	ジアソキサイド(米、独、仏)
呼吸器官用剤	一酸化窒素(米)
血液凝固阻止剤	エノキサパリン(米、独、英、仏)
	フォンダパリヌクス(米、EU)
	硫酸クロビドグレル(米、独、英、仏)
免疫抑制剤	エベロリムス(独、EU)
	抗ヒト胸細胞ウサギ免疫グロブリン(米、仏)
抗多発性硬化症剤	ナタリズマブ(米)
	インターフェロンベータ1a(米、独、英、仏)
総合失調症用剤	アリビプラゾール(米、EU)
	クロザピン(米、英、仏)
腎機能検査薬	イヌリン(米)
生殖器官用剤	酢酸セトロレリクス(米、独、英、EU)
鎮痛剤	塩酸レミフェンタニル(米、独、英)
眼科用剤	ロテブレドノール(米)

(注)過去5年間に患者団体などから早期承認の要望があり、欧米4カ国のいずれかで承認済みの医薬品。()内は承認されている国・地域。 平17年5月12日 日経新聞より

スライド 15



混合診療について

ス
ラ
イ
ド
16

19年現在の保険外併用療養費制度

**特定療養費制度廃止と
保険外併用療養費新設**

特定療養費を廃止し、新たに「保険外併用療養費」とする。
「保険外併用療養費」は、

「評価療養」
厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養
その他の療養であって、保険給付の対象とすべきか否
かについて評価を行うことが必要な療養)

「選定療養」
被保険者の選定に係る特別の病室の提供やその他の
療養を受けたときに支給される(療養の基礎的医療部
分について保険外併用療養費が支給され、その他の
高度な医療や特別なサービスの費用について患者の
自己負担とすることが認められる)
とする。

ス
ラ
イ
ド
17

19年現在の保険外併用療養費制度

**特定療養費制度廃止と
保険外併用療養費新設**

(1)評価療養
①高度先進医療
②(必ずしも高度ではない)先進医療
③国内未承認薬
など

(2)選定療養
①特別の療養環境の提供
②200床以上病院の初診料
③制限回数を超えて受けた診療
など

▶ PDF 先進医療 先進医療実施医療機関

ス
ラ
イ
ド
1

24 医療法 医療法とは

医療法
 1948年(昭和23年)7月30日に公布され、施行は同年10月27日で、最終改正は2008年5月2日。
 医療を提供する体制の確保と、国民の健康の保持を目的とする。
 病院・診療所・助産所の開設・管理・整備の方法などを定める医療機関に関する法律である。
 医師・歯科医師等の各資格の責務や職能などは、医師法・歯科医師法等の各医療資格を規定する法律で定められている。

医療提供施設
 1条の2第2項は、下の4施設とその他の医療を提供する施設を**医療提供施設**と定義している。
病院: 医師・歯科医師が、公衆・特定多数人のため医業・歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの(1条の5第1項)
診療所: 医師・歯科医師が、公衆・特定多数人のため医業・歯科医業を行う場所で、病院以外(1条の5第2項)
介護老人保健施設: 介護保険法の規定による介護老人保健施設(1条の6)
調剤を実施する薬局
 その他の医療を提供する施設: 助産所など

ス
ラ
イ
ド
2

24 医療法

医療法の改正 平成18年

第1章	総 則	(第1条～第6条)
第2章	医療に関する選択の支援等	(第6条の2～第6条の8)
第3章	医療の安全の確保	(第6条の9～第6条の12)
第4章	病院、診療所及び助産所	(第7条～第30条の2)
第5章	医療提供体制の確保	(第30条の3～第38条)
第6章	医療法人	(第39条～第71条)
第7章	雑 則	(第71条の2～第71条の6)
第8章	罰 則	(第71条の7～第77条)
	附 則	

ス
ラ
イ
ド
3

24 医療法

総 則 第1条

この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

ス
ラ
イ
ド
4

24 医療法

総則 第1条の2 (患者の人権)

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。

ス
ラ
イ
ド
5

24 医療法

総則 第1条の2

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、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において、医療提供施設の機能(以下「医療機能」という。)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。

ス
ラ
イ
ド
6

24 医療法

総則 第1条の3

国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない。

ス
ラ
イ
ド
7

24 医療法

総則 第1条の4

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

ス
ラ
イ
ド
8

24 医療法

総則 第1条の4

3 医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

ス
ラ
イ
ド
9

24 医療法

総則 第1条の4

4 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

ス
ラ
イ
ド
10

24 医療法

総則 第1条の4

5 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療技術の普及及び医療の効率的な提供に資するため、当該医療提供施設の建物又は設備を、当該医療提供施設に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手の診療、研究又は研修のために利用させるよう配慮しなければならない。

ス
ラ
イ
ド
11

24 医療法

総則 第1条の5

この法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

ス
ラ
イ
ド
12

24 医療法

総則 第1条の5

2 この法律において、「診療所」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。

ス
ラ
イ
ド
13

24 医療法

総則 第1条の6

この法律において、「介護老人保健施設」とは、介護保険法(平成9年法律第123号)の規定による老人保健施設をいう。

総則 第2条

この法律において、「助産所」とは、助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所において行うものを除く。)を行う場所をいう。

2 助産所は、妊婦、産婦又はじよく婦10人以上の入所施設を有してはならない。

ス
ラ
イ
ド
14

24 医療法

※ 医療に関する情報の提供等

医療に関する情報の提供等 第6条の2

国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、患者又はその家族からの相談に適切に応ずるよう努めなければならない。

ス
ラ
イ
ド
15

24 医療法

広告の制限

※ 医業、歯科医業又は助産師の業務等の広告

※ 第6条の5

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。

ス
ラ
イ
ド
16

24 医療法

1. 医師又は歯科医師である旨
2. 診療科名
3. 病院又は診療所の名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項並びに病院又は診療所の管理者の氏名
4. 診療日若しくは診療時間又は予約による診療の実施の有無
5. 法令の規定に基づき一定の医療を担うものとして指定を受けた病院若しくは診療所又は医師若しくは歯科医師である場合には、その旨

ス
ラ
イ
ド
17

24 医療法

6. 入院設備の有無、第7条第2項に規定する病床の種別ごとの数、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の員数その他の当該病院又は診療所における施設、設備又は従業者に関する事項
7. 当該病院又は診療所において診療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の氏名、年齢、性別、役職、略歴その他のこれらの者に関する事項であつて医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの

ス
ラ
イ
ド
18

24 医療法

6. 入院設備の有無、第7条第2項に規定する病床の種別ごとの数、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の員数その他の当該病院又は診療所における施設、設備又は従業者に関する事項
7. 当該病院又は診療所において診療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の氏名、年齢、性別、役職、略歴その他のこれらの者に関する事項であつて医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの

ス
ラ
イ
ド
19

24 医療法

8. 患者又はその家族からの医療に関する相談に応ずるための措置、医療の安全を確保するための措置、個人情報の適正な取扱いを確保するための措置その他の当該病院又は診療所の管理又は運営に関する事項
9. 紹介をすることができる他の病院若しくは診療所又はその他の保健医療サービス若しくは福祉サービスを提供する者の名称、これらの者と当該病院又は診療所との間における施設、設備又は器具の共同利用の状況その他の当該病院又は診療所と保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する事項

ス
ラ
イ
ド
20

24 医療法

10. 診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報の提供、前条第3項に規定する書面の交付その他の当該病院又は診療所における医療に関する情報の提供に関する事項
11. 当該病院又は診療所において提供される医療の内容に関する事項(検査、手術その他の治療の方法については、医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるものに限る。)

ス
ラ
イ
ド
21

24 医療法

12. 当該病院又は診療所における患者の平均的な入院日数、平均的な外来患者又は入院患者の数その他の医療の提供の結果に関する事項であつて医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの
13. その他前各号に掲げる事項に準ずるものとして厚生労働大臣が定める事項

ス
ラ
イ
ド
22

24 医療法

※ 医療の安全の確保

※ 第6条の9

国並びに都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発その他の医療の安全の確保に関し必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

ス
ラ
イ
ド
23

24 医療法

※ 第6条の10

病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

ス
ラ
イ
ド
24

24 医療法

※ 管 理

※ 第10条

病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は臨床研修等修了医師に、歯科医業をなすものである場合は臨床研修等修了歯科医師に、これを管理させなければならない。

2 病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が、医業及び歯科医業を併せ行うものである場合は、それが、主として医業を行うものであるときは臨床研修修了医師に、主として歯科医業を行うものであるときは歯科医師に、これを管理させなければならない。

ス
ラ
イ
ド
25

24 医療法 医療法14の2-1 医療法による院内掲示事項

第四章 病院、診療所及び助産所

第二節 管理

※ / 医療法による院内掲示事項

※ / 第14条の2の1

第14条の2
 病院又は診療所の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、当該病院又は診療所に関し次に掲げる事項を当該病院又は診療所内に見やすいよう掲示しなければならない。
 一 管理者の氏名
 二 診療に従事する医師又は歯科医師の氏名
 三 医師又は歯科医師の診療日及び診療時間
 四 前三号に掲げるもののほか、厚生労働省令で定める事項

ス
ラ
イ
ド
26

24 医療法 医療法施行規則9の3、9の4 院内掲示

医療法施行規則9の3、医療法施行規則9の4

※ / 医療法施行規則9の3、9の4 院内掲示

第9条の3 第9条の4

第9条の3 病院又は診療所の管理者は、法第十四条の二第一項第一号から第三号までに掲げる事項及び次条に掲げる事項を、当該病院又は診療所の入口、受付又は待合所の付近の見やすい場所に掲示しなければならない。

第9条の4 法第十四条の二第一項第四号に規定する厚生労働省令で定める事項は、建物の内部に関する案内(病院の場合に限る。)とする。

ス
ラ
イ
ド
27

24 医療法 医療法第25条 立入検査

第四章

※ / 医療法第25条による立入検査

第25条

第25条
 都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、必要があると認めるときは、病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者に対し、必要な報告を命じ、又は当該職員に、病院、診療所若しくは助産所に立ち入り、その有する人員若しくは清潔保持の状況、構造設備若しくは診療録、助産録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

歯科医師法

総則 第1条

歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによつて、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ものとする。

免許 第2条

歯科医師になろうとする者は、歯科医師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

1

歯科医師法

業務 第17条

歯科医師でなければ、歯科医業をなしてはならない。

業務 第18条

歯科医師でなければ、歯科医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。

2

歯科医師法

業務 第19条

診療に従事する歯科医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。
2 診療をなした歯科医師は、診断書の交付の求があつた場合は、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

業務 第20条

歯科医師は、自ら診察しないで治療をし、又は診断書若しくは処方せんを交付してはならない。

3

ス
ラ
イ
ド
4

歯科医師法

業務 第21条

歯科医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、その限りでない。

4

ス
ラ
イ
ド
5

歯科医師法

1. 暗示的効果を期待する場合において、処方せんを交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合
2. 処方せんを交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にするおそれがある場合
3. 病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合
4. 診断又は治療方法の決定していない場合
5. 治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合
6. 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合
7. 薬剤師が乗り組んでいない船舶内において、薬剤を投与する場合

5

ス
ラ
イ
ド
6

歯科医師法

業務 第23条

歯科医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する歯科医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その歯科医師において、5年間これを保存しなければならない。

6

歯科衛生士法関連

ス
ラ
イ
ド
1

歯科衛生士法

歯科衛生士法

第一条 この法律は、歯科衛生士の資格を定め、もつて歯科疾患の予防及び口腔衛生の向上を図ることを目的とする。

第二条 この法律において「歯科衛生士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師(歯科医業をなすことのできる医師を含む。以下同じ。)の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置として次に掲げる行為を行うことを業とする女子をいう。

- 一 歯牙露出面及び正常な歯茎の遊離縁下の付着物及び沈着物を機械的操作によつて除去すること。
- 二 歯牙及び口腔に対して薬物を塗布すること。

1

ス
ラ
イ
ド
2

歯科衛生士法

歯科衛生士法

第二条

2 歯科衛生士は、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、歯科診療の補助をなすことを業とすることができる。

3 歯科衛生士は、前2項に規定する業務のほか、歯科衛生士の名称を用いて、歯科保健指導をなすことを業とすることができる。

昭30年 改正

平成元年6月改正
平成3年7月施行

保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条

2

ス
ラ
イ
ド
3

歯科衛生士法

歯科衛生士法施行規則

(平成元年十月三十一日)
(厚生省令第四十六号)

中 省略

第三章 雑則

(記録の作成及び保存)

第十八条 歯科衛生士は、その業務を行った場合には、その記録を作成して3年間これを保存するものとする。

3

ス
ラ
イ
ド
4

歯科衛生士の活用

2. 従事者の状況(1施設当たり) 有効回答施設数 642(平17)
593(平19)

		個人	
		平成17年調査	平成19年調査
常勤従事者	歯科医師	1.2	1.2
	歯科衛生士	1.1	1.0
	歯科技工士	0.2	0.2
	薬剤師	-	0.0
	事務職員	0.7	0.7
	その他職員	1.0	1.1
	役員	-	-
総数		4.2	4.2
無給の家族従事者		0.2	0.2

第16回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告「歯科(集計2)表」
第16回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告「歯科(集計2)図」

4

ス
ラ
イ
ド
5

保健師助産師看護師法

第4章 業務

第31条 看護師でない者は、**第5条**に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法(昭和23年法律第202号)の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

2 保健師及び助産師は、前項の規定にかかわらず、第5条に規定する業を行うことができる。

第5条の業＝傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助

第32条 准看護師でない者は、**第6条**に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない。

第6条の業＝第5条と同じ

5

ス
ラ
イ
ド
6

歯科衛生士の活用

歯科衛生士法

「歯科診療の補助」とは？

「歯科診療の補助」
絶対的医行為の範囲

- ①歯の切削
- ②切開や抜歯などの観血的処置
- ③精密印象を取ることや咬合採得
- ④歯石除去術のための鎮痛処置を除いた薬剤の皮下注射や歯肉注射
- エックス線撮影を診療補助として行うことはできない。

上記以外は「歯科診療の補助」と考えられます。

6

歯科技工士法

目的 第1条

この法律は、歯科技工士の資格を定めるとともに、歯科技工の業務が適正に運用されるように規律し、もつて歯科医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。

1

歯科技工士法

用語の定義 第2条

1 この法律において、「歯科技工」とは、特定人に対する歯科医療の用に供する補てつ物、充てん物又は矯正装置を作成し、修理し、又は加工することをいう。ただし、歯科医師（歯科医業を行うことができる医師を含む。以下同じ。）がその診療中の患者のために自ら行う行為を除く。

2 この法律において、「歯科技工士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、歯科技工を業とする者をいう。

3 この法律において、「歯科技工所」とは、歯科医師又は歯科技工士が業として歯科技工を行う場所をいう。ただし、病院又は診療所内の場所であつて、当該病院又は診療所において診療中の患者以外の者のための歯科技工が行われないものを除く。

2

歯科技工士法

禁止行為 第17条

1) 禁止行為の趣旨

歯科技工の業務は、高度の専門的知識および技能が要求されるものであるにもかかわらず、従来なら法的規制がなく放任されていたため、粗悪な補綴物、充填物、矯正装置などが作成され、歯科医療に多くの支障をもたらしていた。こうした事情を考慮して、本法は、歯科技工の業務を、それに必要な専門的知識および技能を有する歯科医師または歯科技工士の独占的業務とし、それ以外の者が歯科技工の業務を行うことを禁止したものである（法17条）。

3

ス
ラ
イ
ド
4

歯科技工士法

禁止行為 第17条

2) 禁止行為の内容
 歯科医師または歯科技工士でなければ、業として歯科技工を行ってはならない(法17条1項)。いわゆる「業務独占」の規定である。
 「業として行う」とは、反復継続の意思をもって行うこと。
 「歯科技工」とは、特定人に対する歯科医療の用に供する補綴物、充填物、または矯正装置を作成し、修理し、または加工することである(法2条1項)。歯科技工士のほかに、歯科医師にも業として歯科技工を行うことを認めているのは、歯科技工が、歯科医療行為として歯科医師により行われていた行為であり、歯科医療の一部をなすものであるからである。

4

ス
ラ
イ
ド
5

歯科技工士法

歯科医療の停止を命ぜられている歯科医師(歯科医師法7条2項)は、その期間中は歯科技工の業務も行うことができない(法17条2項)。歯科医療全体の停止を命ぜられているのであるから、その一部分である歯科技工の業務も認められないことは当然である。
 歯科医師または歯科技工士が、歯科技工を行うにあたり資格のない助手に作業を補助させることは許されるであろうか。その助手の作業の内容が本法2条1項の「歯科技工」に該当する場合は、本法17条により禁止される。ただし、その内容が「歯科技工の製品になんら影響を及ぼさないような単純軽微な行為を、歯科医師または歯科技工士の手足として行う場合」に該当するときは、許容されるものと解される(昭和31年2月27日、厚生省医務局長回答)。

5

ス
ラ
イ
ド
6

歯科技工士法

歯科技工指示書 第18条

1) 歯科技工指示書制度の趣旨
 歯科技工の業務は、必ず歯科技工指示書によって行われなければならない(法18条)、またその歯科技工指示書は一定期間保存しなければならないものとされる(法19条)。その理由は、歯科医師の指示が確実に行われ、かつ、適正な補綴物、充填物、矯正装置が作成されることを確保するためである。

6

歯科技工士法

歯科技工指示書 第18条

2) 歯科技工指示書の原則
 歯科医師または歯科技工士は、原則として、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ってはならない(法18条)。指示書なしにもその指示が確実に行われることが期待できる場合は、必ずしもこの原則に従う必要はないといえるので、病院また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づいて行う場合には、指示書なしに歯科技工を行ってもよいこととした(同条但書)。歯科医師がその診療中の患者のために自ら補綴物、充填物、矯正装置などを作成する場合に、指示書の必要がないことはいうまでもない。その場合の行為は「歯科技工」(法2条1項)に該当しないからである。

歯科技工士法

歯科技工指示書 施行規則第12条

歯科技工指示書の記載事項(規則12条)。
 1 患者の氏名
 2 設計
 3 作成の方法
 4 使用材料
 5 発行の年月日
 6 発行した歯科医師の氏名及び当該歯科医師の勤務する病院又は診療所の所在地
 7 当該指示書による歯科技工が行われる場所が歯科技工所であるときは、その名称及び所在地

▶ 歯科技工指示書
 ▶ 指示書の改正

歯科技工士法

指示書の保存義務 第19条

歯科技工指示書の保存義務
 病院、診療所または歯科技工所の管理者は、その病院、診療所または歯科技工所で行われた歯科技工に関する指示書を、その歯科技工が終了した日から起算して2年間、保存しなければならない(法19条)。これは、歯科技工の業務が指示書どおりに行われたか否かを確認できるようにするためであり、また歯科技工指示書の原則を確保するためでもある。

ス
ラ
イ
ド
10

歯科技工士法

業務上の注意 第20条

歯科医業行為の禁止
 歯科技工士は、その業務を行うにあたっては、印象採得、咬合採得、試適、装着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(法20条)。これらの行為は、本法の「歯科技工」(法2条1項)に該当せず、歯科医業に固有のもので、歯科医師法により歯科医師以外の者に禁止されている(同法17条)行為である。

こうした業務上の注意に関する訓示的規定を設けた理由は、歯科技工が歯科医師の業務と密接不可分な関係にあることから、ともしれば歯科技工士が自己の業務範囲を逸脱して歯科医業の領域にまで入り込むおそれがあるので、そのような違反を犯すことのないよう注意を喚起するためである。

10

ス
ラ
イ
ド
11

歯科技工士法

秘密を守る義務 第20条の2

4) 秘密を守る義務
 歯科技工士は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。
 歯科技工士でなくなった後においても、同様とする(法20条の2)。これは、医療関係者に求められる当然の義務であるが、歯科技工士・保健師・看護師等についてはその規定がなかったため、平成13年の法改正により新設された。違反した者は、50万円以下の罰金(法31条)。これは告訴がなければ公訴されない親告罪である。

親告罪
 告訴がなければ公訴を提起することができない罪をいう。告訴を欠く公訴は、訴訟条件を欠くものとして判決で公訴棄却とされる。
 親告罪のうち、犯人と被害者の間一定の関係がある場合にかぎり親告罪となるものを**相対的親告罪**、それ以外の親告罪を**絶対的親告罪**という。前者の例としては親族間の窃盗(刑法244条)がある。

11