

週刊WEB

# 医療 経営

MAGA  
ZINE

Vol.694 2021.10.19

医療情報ヘッドライン

## 最先端医療の拠点拡大へ規制緩和 病床過剰地域でも設置可能に

▶ 厚生労働省 社会保障審議会 医療部会

## 急性期入院料1に新たな要件を検討か 「ICU」「手術件数」が指標の有力候補

▶ 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療費等の調査・評価分科会

週刊 医療情報

2021年10月15日号

## 総合確保基金、 未執行の要因にCOVID-19も

経営TOPICS

統計調査資料

## 医療施設動態調査 (令和3年4月末概数)

経営情報レポート

## 適切な対応で患者満足度向上につなげる 患者クレームの要因とその対処法

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

## 医療保険、年金保険、社会福祉に関連する法律 社会保障制度の特徴

京都税理士法人  
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社  
〒601-8328 京都市南区吉野町九条町30番地1 江後経営ビル  
TEL: 075-603-6363 FAX: 075-603-6565

滋賀本社  
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階  
TEL: 077-560-5530 FAX: 077-560-5540

大阪支社  
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-3 大阪駅前第三ビル31F  
TEL: 06-6344-1683 FAX: 06-6344-1578

# 最先端医療の拠点拡大へ規制緩和 病床過剰地域でも設置可能に

厚生労働省 社会保障審議会 医療部会

厚生労働省は、10月4日の社会保障審議会医療部会で、最先端医療の拠点を全国に拡大できるよう規制を緩和する方針を示した。

現行の医療法では、医師や医療資源の偏在を解消するため、病床過剰地域では公的医療機関などの開設・増床ができない。そのため、最先端医療の拠点を展開するのは事実上困難となっており、トップレベルの治療法が普及する妨げとなっている面もあった。

## ■国家戦略特区の特例を適用し

### ロボット支援手術などを展開か

コロナ禍で注目を集めた「病床数」だが、地域ごとに上限が定められている。

膨らみ続ける医療費の抑制と、適切な医療資源の配置を行うことが目的だ。

ただし、特例措置として、病床過剰地域であっても新たに病床を整備することが可能なケースがある。

現状、認められている特例は「がん、救急、治験等」のみだが、そこに「最先端医療」を追加しようというのが、今回の厚労省方針だ。

医療法を改正することなく適用するためのスキームとして持ち出されたのが、国家戦略特区の特例。国家戦略特別区域法によれば、

「『世界最高水準の高度の医療であって、国内においてその普及が十分でないものを提供する事業』（最先端医療）について、内閣総理大臣の認定を受けたときは、病床過剰地域であっても、当該事業に必要な病床の設置が可能となる特例」が設けられている。

この特例措置を、病床過剰地域の特例に適用することで、最先端医療を実施する拠点を増やそうというわけだ。

ちなみに現状、国家戦略特区の特例として認定を受けているのは東京圏、関西圏、福岡市・北九州市、沖縄県の4区域7自治体10事業者。

低侵襲ロボット支援手術のダヴィンチが代表的で、東京圏ではがん研究会や順天堂大学医学部附属順天堂医院で適用されている。

## ■委員からは厳密な審査を求める声が続出

なお、この特区のスキームを活用した案は、今年6月に閣議決定された「成長戦略フォローアップ」に盛り込まれている。

「2021年度中に検討し、結論を得る」と明記されていたことを受け、厚労省が具体的な道筋を描き始めた格好だ。

ただし、この日の部会では委員から意見が続出。厚労省が示した「都道府県知事から厚生労働大臣に協議し、同意を得た場合には設置が可能となる」「最先端医療の該当性について、関係学会の推薦を得たものであって保険収載されていないものなど対象を明確化する」といった案に対し、「関係学会の推薦を必須とすべき」「利益相反が起こらないよう審査は厳密に」といった注文がつけられた。

今後は国家戦略特区ワーキンググループでの議論を経て、今年度中に医療部会に戻され、方向性を固めることになっているが、細かく要件を定義することになりそうな気配だ。

# 急性期入院料1に新たな要件を検討か 「ICU」「手術件数」が指標の有力候補

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療費等の調査・評価分科会

厚生労働省は、10月1日の中央社会保険医療協議会「入院医療費等の調査・評価分科会」で、急性期入院医療における「ICUの設置および手術件数」を議題として提示。これらを新たな評価指標として盛り込む意図をにじませた。入院料の中でもっとも単価が高額な「急性期一般入院料1」（1日1,650点）の届出における“ハードル”を上げ、医療費の抑制を図ろうとしているものと思われる。

## ■ICU設置病院のほうが手術件数も多い

「ICUの設置および手術件数」を議題とするにあたり、厚労省は関連データを提示。まず「救命、ICU（集中治療室）、HCU（高度治療室）」の有無に合わせた病床数を出し、これらの治療室がない医療機関は300床未満の割合が高いこと、300床未満の医療機関では「急性期一般入院料1」の占める割合が60%未満の医療機関が多いことを示した。

そのうえで、治療室の有無別に手術件数の実績をデータ化。「全身麻酔の手術」「人工心肺を用いた手術」「悪性腫瘍の手術」「腹腔鏡下手術」「心臓カテーテル法による手術」「消化管内視鏡による手術」「時間外に実施された手術」「6歳未満における手術」のいずれも、「治療室あり」の医療機関のほうが「治療室なし」のそれより実績が多いことを明らかにしている。

さらに、「救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関」も分析。400床以上の大規模病院のほうが救急搬送を多く受け入れ、時間外の手術も積極的に実施している実態を示している。

普通に考えれば、病床規模が大きな医療機関のほうが医師・看護師などの医療従事者を多く抱え、さまざまな事態に対応できる設備を整えているのは当然のことだ。しかし、その明瞭な事実を改めて打ち出すことで、「急性期一般入院料1」は人員体制も設備も充実した大病院のみが算定すべきものとおわせる効果を狙ったのではないだろうか。

## ■中小病院と大病院は機能が異なる

診療側の委員は、そうした厚労省の意図を敏感に受け止めたようだ。全日本病院協会会長の猪口雄二氏は、「中小病院の急性期機能と大規模病院のそれは異なるのでは」と疑義を呈するとともに、「100床規模の病院でICUを設置・維持するのは困難」と発言。

他の委員からも、中小病院と大病院では救急でも機能分化が進んでいることへの指摘があるなど、ICUと手術件数を評価指標として重視することに慎重な意見が出された。

これに対し、支払側委員は「同じ急性期一般入院料1を算定する病棟ならば、実績を踏まえた評価がなされるのは当然」と反発。厚労省案に参意を示している。

旧7対1からの入院料の変遷を考えれば、最上位の入院料の算定数をできるだけ削ろうとする政府・厚労省のスタンスは依然として変わらないと思われる。その意味では、何らかの形でICUおよび手術件数が要件として盛り込まれると考えるのが妥当だろう。

ICUの設置だけで優位性があるのか、手術件数の基準はどの程度になるかが今後の焦点になってくるのではないだろうか。

医療情報①  
 厚生労働省  
 会合

## 総合確保基金、 未執行の要因にCOVID-19も

厚生労働省は10月11日、医療介護総合確保促進会議（座長＝田中滋・埼玉県立大学理事長）の会合を開いた。厚労省は、以下について報告。

- ▼「地域医療介護総合確保基金」の執行状況
- ▼2020年度交付状況等および21年度内示状況
- ▼総合確保方針の改正

その後、「医療・介護の総合確保に向けた取り組み」「総合確保方針の次期改定に向けた進め方」について議論した。20年度地域医療介護総合確保基金の交付状況については、医療分の交付額が556.2億円（基金規模834.3億円／うち国費556.2億円）、介護分の交付額が498.9億円（基金規模748.3億円／うち国費498.9億円）と報告。

また、14年度～19年度の基金の交付状況については、医療分の交付総額が5372億円（予算総額5582億円／執行総額4614億円）、介護分の交付総額が3158億円（予算総額3721億円／執行総額2525億円）と報告した。

20年度の基金の医療分の事業区分別の交付額については、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業」が39.6%（220.0億円）、「居宅等における医療の提供に関する事業」が5.6%（31.0億円）、「医療従事者の確保・養成に関する事業」が51.5%（286.5億円）、「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」が3.4%（18.6億円）。公的・民間の交付額（国費）の割合は、公的機関が27.9%、民間機関が60.0%（交付先未定12.0%）となっている。

24年4月から開始される「医師の働き方改革」に関連して新たな事業区分となった「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」の都道府県別の交付状況では、29の都道府県で交付実績がないことが明らかとなった。また、「13年度～19年度の地域医療介護総合確保基金の交付状況」の全体の執行率は85.9%。秋田、神奈川、大阪、兵庫、和歌山、島根、山口、徳島、愛媛、長崎、宮崎の11府県では執行率が100%に達しているものの、青森、東京などの執行率は5割程度に止まっている。

未執行額が生じている主な要因として、複数年度にわたって実施中および今後実施予定の施設設備整備事業について後年度の負担分を確保しているため、そして、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により各都道府県で地域医療構想調整会議の議論が開催できない等

の影響などを挙げ、未執行額は次第に解消される見込みと説明した。

構成員からは、都道府県により同基金の活用（交付額）に大きなばらつきがあり、現状、地域の医療現場で大きな問題となっている医療従事者の確保・養成の問題や、それに直結する「医師の働き方改革」への対応などに同基金を活用しないことへの疑問や懸念が多く出された。

### ●総合確保方針の次期改訂の議論開始

また、厚生労働省はこの日、総合確保方針の次期改定に向けた進め方について、以下の3つの論点を示した。

- ▼COVID-19の拡大への対応は医療・介護分野における重要なテーマだが、総合確保方針の改定に向けた議論においては人口動態の変化への対応など、より長期的な事項について検討すべき
- ▼引き続き「地域包括ケアシステム」の構築を進め、一層の医療介護連携政策を推進していくことが重要
- ▼介護・医療間の情報共有を可能にするための標準化など、より一層のデジタル化による医療・介護の情報連携の強化が重要

これについては、構成員よりさまざまな意見や要望はあったものの、大きな異論は出されなかった。今後、24年からの第8次医療計画や、第9期介護保険事業支援計画のスタートに向け、22年末を目途に総合確保方針を取りまとめることとなる。

医療情報②  
 財務省  
 報告

## COVID-19緊急支援事業、 1施設10.1億円で黒字化

財務省は、10月11日に開かれた財政制度等審議会・財政制度分科会（分科会長＝榊原定征・東レ社友・元社長・会長）に、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のまん延に対する緊急支援事業補助実施医療機関の収支データ分析を実施し、分析結果を報告した。

調査は、厚生労働省によるアンケート調査の結果を集計したものをを用いた。

1715の緊急支援事業補助実施医療機関に対し調査票を送り、回答が得られた1290医療機関のデータをまとめたもの。回収率は75.2%。

1医療機関あたりの収支状況について、2019年度の医業収益が98.5億円だったのに対し、20年度は94.9億円で、3.6億円、3.7%のマイナスとなった。

一方医業費用は、19年度の98.3億円が、20年度には98.4億円とわずかに増加。医業収支は19年度が0.2億円の黒字だったが、20年度は3.5億円の赤字となった。

20年度から始まったCOVID-19関係補助金は、同年度で平均10.1億円実施されており、これを含めると6.4億円の黒字で、利益率は6.1%となった。

# 医療施設動態調査 (令和3年4月末概数)

厚生労働省 2021年6月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 6施設の減少、病床数は 1、776床の減少。  
 一般診療所の施設数は 209施設の増加、病床数は 287床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 12施設の増加、病床数は 増減無し。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和3年4月	令和3年3月			令和3年4月	令和3年3月	
総数	179 710	179 495	215	総数	1 590 377	1 592 440	△ 2 063
病院	8 221	8 227	△ 6	病院	1 505 266	1 507 042	△ 1 776
精神科病院	1 055	1 055	-	精神病床	323 975	324 202	△ 227
一般病院	7 166	7 172	△ 6	感染症病床	1 886	1 886	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 541	3 548	△ 7	結核病床	4 089	4 089	-
地域医療支援病院(再掲)	630	628	2	療養病床	288 968	289 568	△ 600
				一般病床	886 348	887 297	△ 949
一般診療所	103 426	103 217	209	一般診療所	85 049	85 336	△ 287
有床	6 269	6 286	△ 17				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	664	679	△ 15	療養病床(再掲)	6 544	6 722	△ 178
無床	97 157	96 931	226				
歯科診療所	68 063	68 051	12	歯科診療所	62	62	-

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

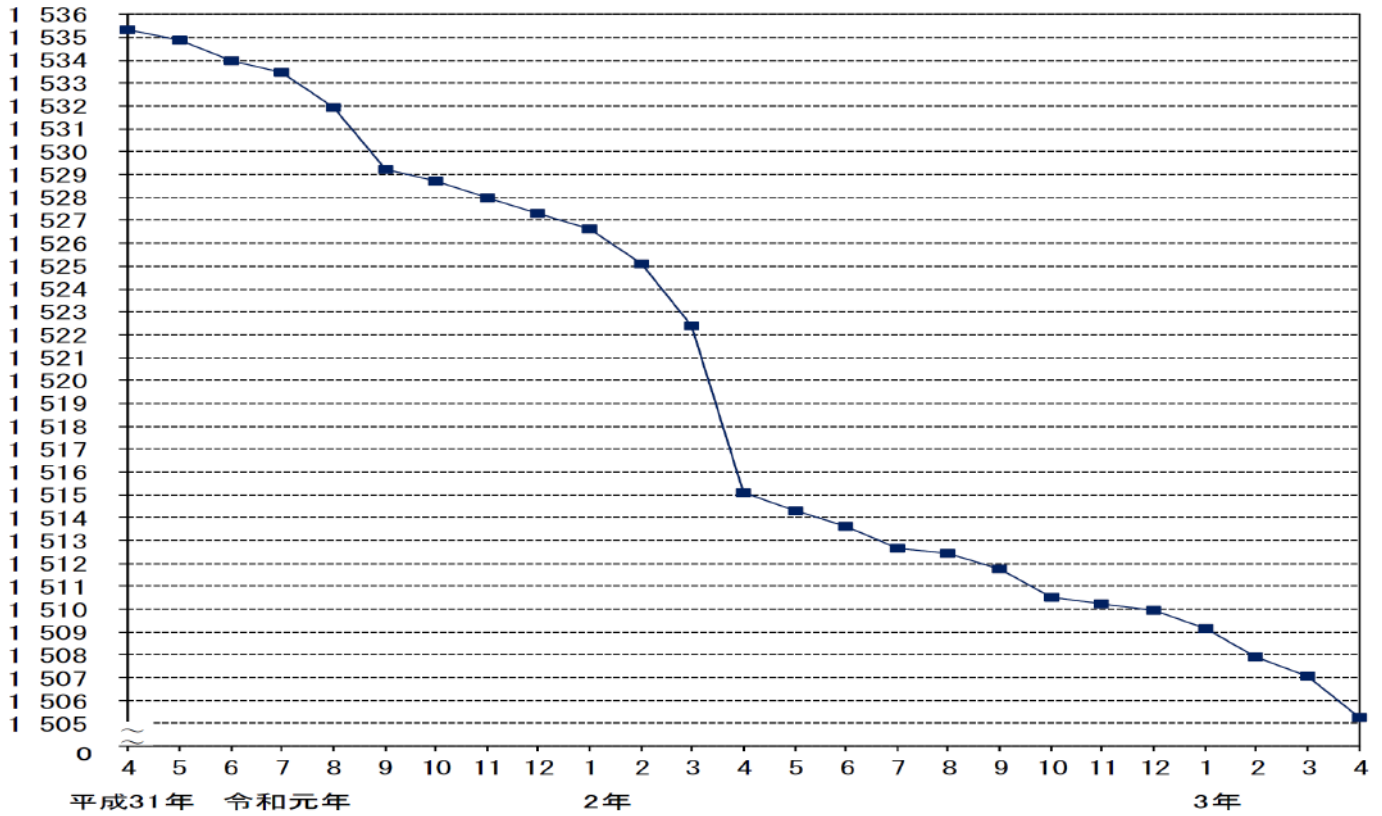
令和3年4月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
<b>総数</b>	8 221	1 505 266	103 426	85 049	68 063
国 厚生労働省	14	4 239	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 802	-	-	-
国立大学法人	47	32 634	148	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 142	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 110	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 253	5	-	-
その他	23	3 515	364	2 167	3
都道府県	195	50 990	273	176	7
市町村	604	122 143	2 962	2 065	253
地方独立行政法人	114	44 484	36	17	-
日赤	91	34 710	204	19	-
済生会	83	22 564	53	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 699	65	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 566	285	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 135	138	-	4
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	203	50 283	492	200	99
医療法人	5 686	840 772	44 730	65 541	15 475
私立学校法人	114	55 957	191	38	20
社会福祉法人	198	33 571	10 218	358	39
医療生協	82	13 679	298	224	49
会社	29	8 054	1 604	10	13
その他の法人	203	42 324	867	331	125
個人	143	12 698	40 459	13 849	51 973

参 考

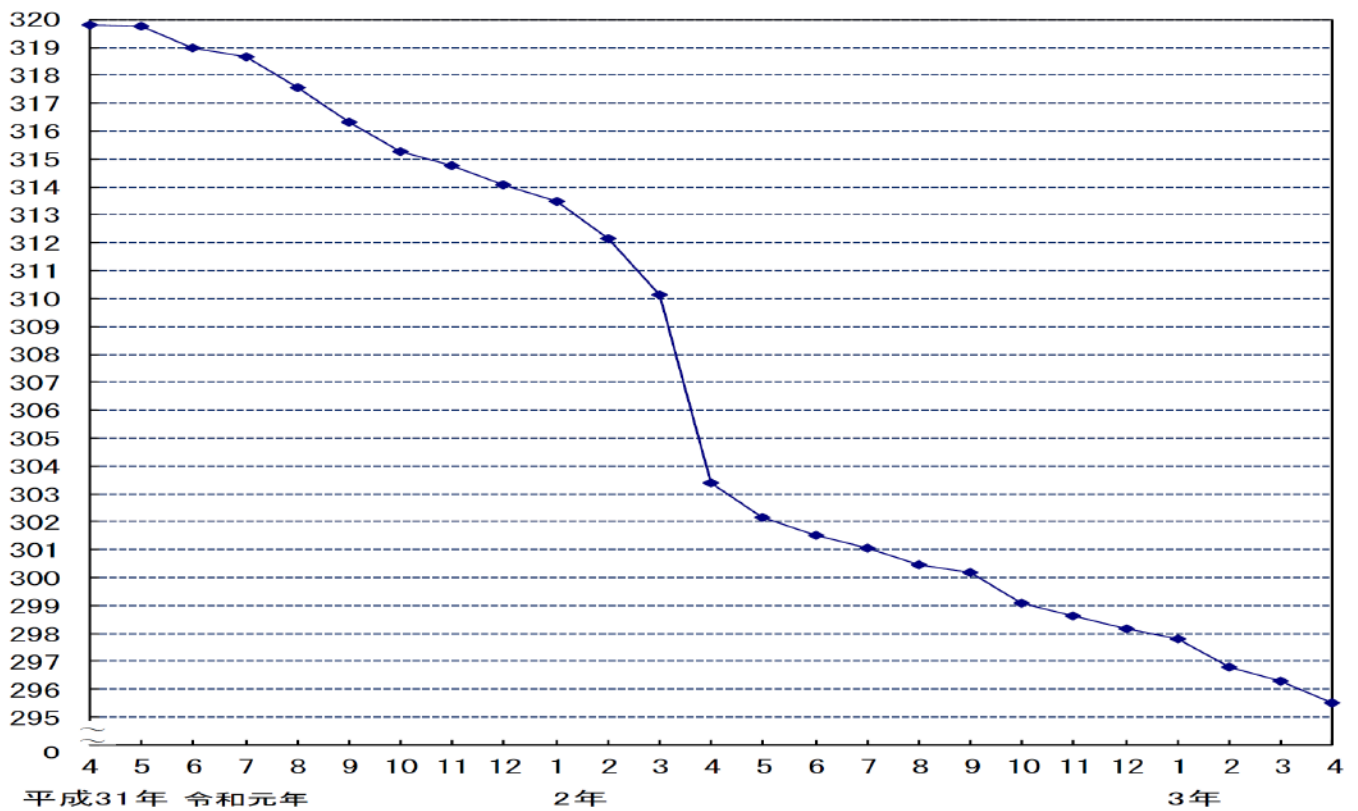
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計







経営情報  
レポート  
要約版



歯科医院

適切な対応で患者満足度向上につなげる

# 患者クレームの要因と その対処法

1. 患者クレーム増加の背景と要因分析
2. クレームを予防する事前対策
3. クレーム発生時の対処法
4. 代表的な事例と対応における留意点



## ■参考資料

【「歯科医院の医療過誤とクレーム対策の実際」セミナーより】

講師：株式会社M&D医業経営研究所 代表取締役 木村 泰久 氏

【モリタ DENTAL PLAZA ホームページ】：クレーム対応の注意点より

【厚生労働省】：療養担当規則より

# 1

## 医業経営情報レポート

# 患者クレーム増加の背景と要因分析

現在、インターネットを活用したSNSなどの普及により、歯科医療知識にも触れやすくなっているとともに、歯科医療に対するニーズの複雑化、多様化が起っています。

しかし、その中には間違った医療情報や一方的な悪評判・悪口も多々存在し、患者はその見分けがつかず、そのまま信じてしまうということがあります。その情報を鵜呑みにして、受けた診療によって生じた疑問や不満を、歯科医院へクレームとしてぶつける、という流れになっています。このようなマイナス情報を、プラスの力として変えるために、患者からのクレームを歯科医院への強い要望と捉え、予防対策を講じて患者満足度向上につなげる必要があります。

### ■ クレーム増加の背景

歯科診療を行う上で、法的な問題が生じることは確かにあります。特にここ数年、患者から歯科医師会、保健所、弁護士事務所等への「医療ミスではないか」という相談件数が増加しているようです。しかし、年々医療技術が発達している状況と歯科治療機器の進化している現状を考えるとミスが増加しているという事は考えられません。

あるとしたら、TV やラジオ、インターネットや SNS の発達で、様々な情報があふれていること、また、患者の権利意識が高まったこと、そして少数であっても対歯科医院に損害賠償等を行った事が広まっているという事が考えられます。

### ■ クレーム増加の背景

- メディア（TV、ラジオ、SNS 等）の影響で、患者側の権利意識が高まったこと  
（物言う患者の増加）
- 権利意識の高まりと反比例するように、歯科医師に対する信頼が揺らいでいること  
（医療過誤事件が多く報道されることで、歯科医師が絶対であるという時代ではなくなった）

### ■ 患者クレームの要因分析

#### （1）診療行為・診療内容に関する項目

診療行為や内容に対するクレームは様々あります。実際の診療行為に対するクレーム以前に、診療に関する説明不足から発生しているという事例もあります。

インフォームドコンセントやコミュニケーション不足があり、診療後も治らないといったクレームも、事前の説明不足等が一因となっている事があります。

その他、待ち時間が長い、予約しているのに待たされる、受付会計専門が居ないため、受付時や会計時に時間がかかる、といったものもあります。

# 2

## 医業経営情報レポート

# クレームを予防する事前対策

クレームの対処方法の確立も大事ですが、クレームが起こらないようにする予防への取り組みが必要です。診療の技術向上の研修や患者との接遇力、コミュニケーション能力の向上、診療行為への患者との書面による契約、バリアフリーへのリニューアル工事、治療ユニットの大掃除、予約システムの導入等による待ち時間対策等、様々な手法があります。

### ■ クレーム予防対策

#### (1) 診療への技術向上対策

外部への臨床研修やセミナー（コロナ禍のためリモートによる研修等）への参加や、院内で実技指導を繰り返し行います。土日や夜間の診療を行っている研修時間を取ることは難しいかもしれませんが、診療の質の向上のために時間を取りましょう。

一つひとつの診療行為も大事ですが、受付から診療、検査、会計まで一貫した模擬診療もクレーム防止に役立ちます。患者役はスタッフに行ってもらいます。普段当たり前に行っている患者対応が、第三者の目には、態度や言葉使い、表情、会話のタイミング等で気になる点が出てくるかもしれません。診療技術だけでなく、接遇力向上につながります。

#### ■ 診療への技術向上対策

- 院内、院外の臨床研修やセミナーに参加させる（リモート研修も含む）
- 患者来院時から会計迄の模擬診療を行う

#### (2) コミュニケーション能力の向上対策

クレームで多いのが、患者の話を聞かない、説明がない、もしくは説明が少ないといった内容です。初対面になる初診時からコミュニケーションを取れるよう研修が必要です。

コミュニケーションを上手に取る方法は、話し方と聞き方です。

#### ■ コミュニケーション能力の向上 話し方と聞き方

##### 「話し方」

- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| ● 分かりやすく誠実に話す    | ● 場面・目的・相手を明確に意識する |
| ● 話す内容を整理してから始める | ● 相手に合わせた話し方にする    |
| ● 聞きやすい音量を心がける   | ● 結論を先に話し、内容を後に話す  |
| ● 一文を短くする        | ● 主語と述語を近づける       |
| ● 話のキーワードを意識する   | ● 話の間（呼吸の間）を作る     |

##### 「聞き方」

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| ● 相手の目を見て、静かに穏やかに聞く | ● うなずきや相づちをタイミングよく入れる |
| ● 正確に聞く（オウム返しで確認）   | ● 感心した表情や優しい表情で聞く     |
| ● 患者が言葉に詰まっても促さない   | ● 言いたい事が先に判っても遮らない    |

# 3

## 医業経営情報レポート

# クレーム発生時の対処法

クレームの多くは些細なことをきっかけにして発生します。「クレームになりそう」と感じた場合には、すぐに適切な対応を取る必要があります。

### ■ クレーム対応のルールづくり

クレームが発生した場合を想定してルールを決めておくことが重要です。誰が対応するのか、記録を付け、冷静に対応することがポイントです。

その場しのぎで損害賠償や金銭での解決を図るようなことは逆効果になる可能性があります。

### ■ クレーム対応のルール

- クレームは告げられたスタッフが対応するのではなく、院長や責任者へ取り次ぎ、対応する(副院長、事務長がいる場合は、院長以外の責任者が対応する)
- クレームを受ける場所は、受付や待合室、診察室ではなく、院長室や応接室など、個室で対応する：他の患者に聞かれないようにし、また、患者自身が冷静になる時間と空間を与える
- 複数で対応する：数的有利な状況を作り、訴えを確実に聞き取る
- 経緯を記録（メモ・録音など）する：場所や時間及び訴えについて記録する
- 院長やスタッフの自宅電話や携帯電話の番号は教えない：防犯上、クリニックの電話番号以外は教えない
- 交渉は対等な立場で行う：明確に医院側のミスでない限り、お互いの立場は対等な関係であることを認識する。但し、患者は専門の知識がないため、弱い立場と認識し、気配り、心配りは忘れない
- 怒りによって感情が高ぶっている場合が多く、心を鎮めるような言葉を選ぶ

### ■ クレーム対応時の禁止事項

- 言い訳をする
  - 言ってはいけない単語：「絶対」「普通は」「どこの歯科診療所でも」「他の患者は」
  - 話をさえぎらない：相手はまずは自分の主張を聞いて欲しいので、全部静聴する
  - 迷惑そうな態度を取らない、表情を作らない
  - 時間を気にして、後日聴く、ということはしない
- ※じっくり話を聞き、医院側の説明を行った後、結論や解決策を提示するのに後日とするのは良いが、話を聞く場面までは後日にはしない

### ■ クレーム対応時の注意点

クレーム対応時には様々な注意点があります。ルールに基づいて対応するのは基本ですが、その場でなければ判断がつかない場合もあります。その時の患者の感情やクレームの対象となったスタッフの思い、事実と思い込み等、はっきりしていることと、目に見えないことが混在しているのが当たり前です。その現状を踏まえ、対応しなければいけません。

患者とスタッフ双方の思いと事実を聞き取りし、その上で患者に対応する必要があります。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 代表的な事例と対応における留意点

クレームが発生し、その対応を間違えると訴訟になることもあります。

ただし前章でもあった通り、医療は必ず病気を治すことを確約できません。治療をすることを委任されているだけであり、このような契約を準委任契約といいます。結果を出すことは受託者の義務ではありません。そのため、ミスのない診療で完治しないことは問題ないとしても、説明をしていない、医療ミスがあった、接遇に問題があった等、別な要素へのクレームに対しては、謝罪や損害賠償等の責任が発生する可能性があります。

クレーム対応の事例を知り、自医院でもし起こった場合に備えておくことも必要です。

### ■ 長い待ち時間と緊急時受付可へのクレーム

#### ■ クレーム内容

完全予約制（但し、緊急の患者も受け入れます、とホームページや院内に掲示あり）の当院に、「急に痛みが出て治療して欲しい。1時間位で来院できる。」という電話が入った。受付が「予約が一杯入っているため、来院してから30分から50分位お待ちいただきますが、それによろしければご来院ください。」と説明し、「それでも良いからこれから行きます。」との事で来院となった。飛び込みの患者の前の患者の治療が思ったより長引き、1時間ほど待たせた後に診療となったが、診ると、複数本にわたっての治療が必要だったため、痛みを一度に全部抑えるのは難しいことを説明し、本日の分の治療を終了し、次回の予約を取って帰宅してもらった。その後、同患者より医院へ電話があり、「待ち時間が言っていた時間をオーバーしても説明や謝罪もなく、痛いから来院したのに治療後にも痛みが残り、それが当たり前だと言わんばかりだった。仕事を休んでまで来た意味が無かった。治療費を返せ」とのクレームだった。

#### ■ トラブルに至った原因と解決内容

##### 1. トラブルになった原因

受電時に「先に予約があり来院しても待ってもらおう」と告げてはいたが、実際に言っていた待ち時間を超えることが判明しても、診療にあたる歯科医師から受付に、「待ち時間が少し伸びそうだと患者に説明するよう」指示をしていなかった。

さらに治療部位が複数本あるため1日で終わらすことが出来ず、痛みが残るという説明はしたが、医院側には「それは当たり前」との思いがあり、表情や態度、言葉使いに素っ気なさが出て、患者の気持ちに寄り添えなかった。

##### 2. 解決内容

電話を掛け直し、説明不足や思いやりが足りなかったことを謝罪し、今後はもっと患者の気持ちを汲み取り、思いやりのある態度や言葉で対応することを約束した。

また、実際に待ち時間があること、複数本の治療の為に痛みが残ることを告げていて、カルテにも説明を記載してあったことも伝え、治療費返還は取り下げてもらい、謝罪は受け入れてもらった。



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

# 医療保険、年金保険、 社会福祉に関連する法律

**医療保険および年金保険、社会福祉に関連する法律を教えてください。**

医療保険では、健康保険法や国民健康保険法などが関連します。

年金保険では厚生年金保険法が、また社会福祉に関連する法律は、社会福祉法や生活保護法等が該当します。

社会保障制度に係る法律には、健康保険法、国民健康保険法、厚生年金法、また社会福祉法や生活保護法などが挙げられます。

健康保険法	健康保険法は、事業所の雇用労働者および被扶養者の業務外の疾病や負傷、出産、死亡について定めた法律である。国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。
国民健康保険法	国民健康保険法は、健康保険法と共に、わが国の医療保険制度を支える大きな 2 本柱の 1 つで、事業所の雇用労働者や公務員以外の自営業者等を主な対象にした法律である。国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的とする。
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の医療の確保に関する法律とは、かつては「老人保健法」として制定されていたが、法改正により平成 20 年 4 月 1 日に現在の高齢者の医療の確保に関する法律となり、75 歳以上の高齢者および 65 歳以上の一部障がい者を対象とする後期高齢者医療制度が始まった。高齢者の医療の確保に関する法律は、「高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費適正化推進計画の作成、保険者による健康診査の実施、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者医療制度の創設」等により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いる。
厚生年金保険法	厚生年金保険法は、民間企業の労働者が加入する年金保険について定めた法律である。厚生年金は保険料の一部が自動的に国民年金（基礎年金）に拠出される仕組みから、「2階建て年金」と呼ばれており、これに上乘せする「3階部分」の厚生年金基金についてもこの法律で規定している。特徴としては、老齢・障害・死亡などの保険事故に際し、報酬に比例した年金給付を行うことが挙げられる。

## ■社会福祉に関連する法律

社会福祉法	社会福祉法は日本の社会福祉の目的・理念・原則と対象者別の各社会福祉関連法に規定されている福祉サービスに共通する基本的事項を規定した法律。1951 年の制定時は社会福祉事業法という名称で、社会福祉基礎構造改革の検討を経て、2000 年 5 月に社会福祉法に名称と内容が大幅に改正され、同年 6 月に施行されている。
生活保護法	生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の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するとともに、自立を助長することを目的としている。
介護保険法	介護保険法は、急激な高齢化の進展に対応するために、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして平成 12 年に創設された介護保険制度について必要な事項を定めた法律である。「自立支援」「利用者本位（尊厳の保持・自己選択）」を基本理念とし、給付と負担が明確な社会保険方式によって運用されている。
老人福祉法	老人福祉法は、老人の福祉に関する原理を明らかにし、高齢者に対し、心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じて、老人の福祉を図ることを目的としている。老人福祉法では、老人を 65 歳以上と規定し、介護保険のサービスを受けられない人を、同法による老人居宅生活支援事業と老人ホームへの入所措置の対象としている。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

# 社会保障制度の特徴

社会保障制度には、どのような特徴がありますか。

我が国の社会保障制度は、以下のような特徴があります。

## ■社会保障制度

### (1) すべての国民の年金、医療、介護をカバー(国民皆保険・皆年金体制)

- 社会保障給付の大部分を占める年金・医療・介護は、社会保険方式により運営
- 年金制度は高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障
- 医療保険制度は「誰でも、いつでも、どこでも」保険証1枚で医療を受けられる医療を保障
- 介護保険制度は加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことができるよう、必要な介護を保障

### (2) 社会保険方式に公費も投入し、「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営

- 社会保障の財源は、約60%が保険料、約30%が公費、約10%が資産収入等で、保険料中心の構成となっている

### (3) 「サラリーマングループ」と「自営業者等グループ」の2本立て

- サラリーマン(被用者)を対象とする職域保険(健康保険、厚生年金)と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ(国民健康保険、国民年金)の2つの制度で構成

### (4) 国・都道府県・市町村が責任・役割を分担・連携

- 年金等は国、医療行政は都道府県、福祉行政は市町村がそれぞれ中心となって、社会保障制度を運営
- 医療・福祉サービスにおいては、民間主体の事業者が重要な役割を果たしている

## ■国民皆保険

### (1) 国民皆保険制度の意義

- 国民皆保険制度を通じて世界レベルの平均寿命と保健医療水準を実現している
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要

### (2) 日本の国民皆保険制度の特徴

- 国民全員を公的医療保険で保障
- 医療機関を自由に選べる(フリーアクセス)
- 安い医療費で高度な医療
- 社会保険制度を基本としつつ、皆保険を維持するため公費を投入