

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士 国家試験

受験対策 web 講座

保健医療サービス

仲井 達哉(川崎医療福祉大学)

【現職】

川崎医療福祉大学 医療福祉学部医療福祉学科 講師

【経歴】

医療ソーシャルワーカーとして医療機関の勤務を経て、現在に至る

岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士後期課程修了（博士：保健福祉学）

社会福祉士

【専門】

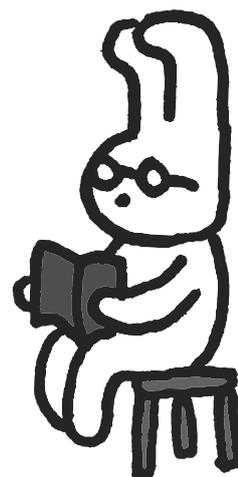
保健医療ソーシャルワーク

【趣味】

アウトドア、キャンプ

【受験生の皆さんへ】

受験勉強は、自分と向き合い、自分に問いかけ、自分とたたかう、そんな根気のいる取り組みかもしれません。しかし、皆さんが取り組まれた努力やそのプロセスは、社会福祉士・精神保健福祉士となってクライアントに関わる際に、必ずや皆さんを、そしてクライアントを下支えする力となるものと信じています。



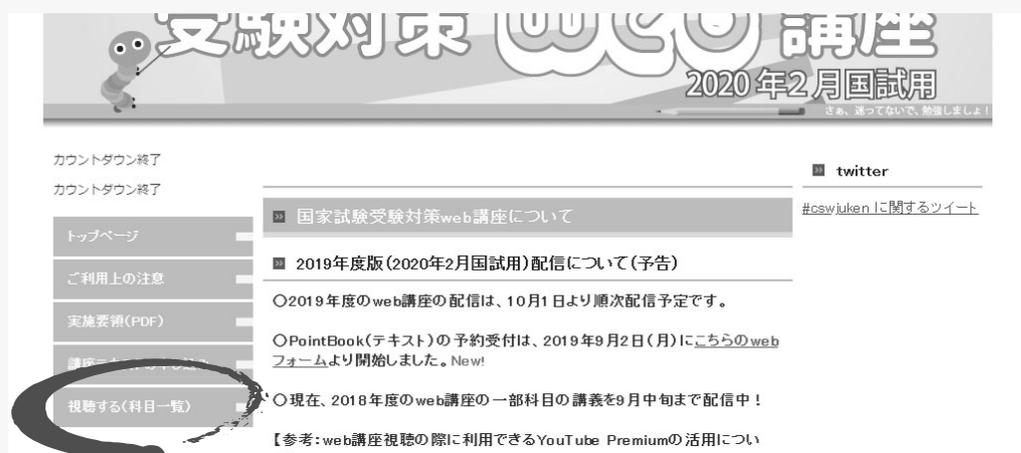
受験対策 web 講座

視聴方法



アクセス用 QR コード

- ① 日本ソーシャルワーク教育学校連盟ホームページに開設されている『社会福祉士・精神保健福祉士国家試験受験対策 web 講座 特設サイト』にアクセスしてください。
- ② ホームページの左側にある【視聴する（科目一覧）】各科目名をクリックすると、該当科目の講座映像が視聴できます。



- ③ このページ下部の『web 講座の利用について』『ご利用の前に』をよくお読みの上、視聴してください。

受験対策 web 講座の 利用について

本連盟がこの web 講座映像配信で利用している動画配信サイト【YouTube】は、利用規約により、講座映像の商用利用を禁止しています。

この web 講座を、パブリックビューイング形式（独自に会場等を設定して講義映像を放映し、複数の方が視聴すること）で利用する場合、参加費等の費用を視聴者から徴収することはできませんのでご注意ください。さらに、受験対策 Point Book をコピーして配布することは、固く禁じます。

なお、【YouTube】の利用規約に違反し、損害賠償や訴訟等法的措置が講じられた場合は、当該違反者がその責任を負うものとし、本連盟は一切の責任を負いません。

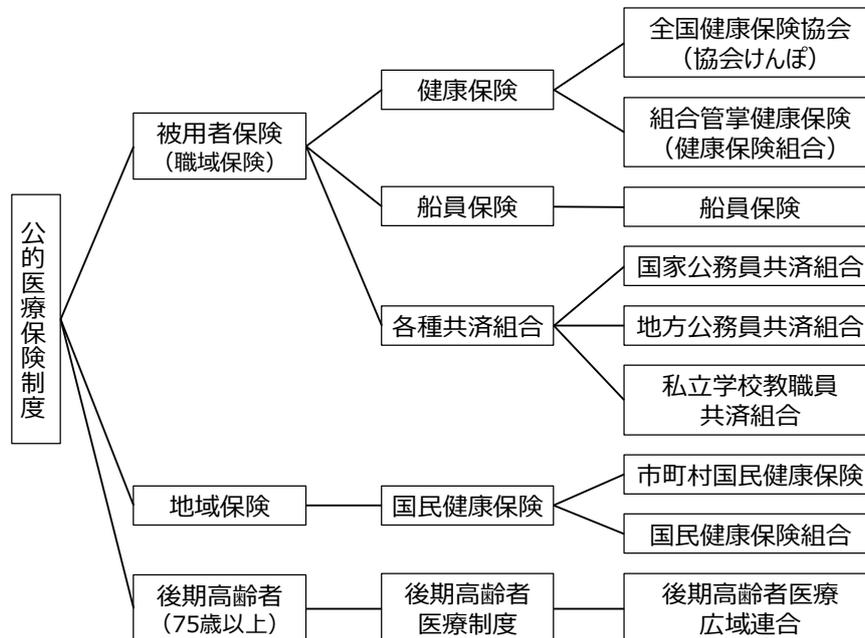
ご利用の前に

- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、国家試験直前の受験対策として本連盟が作成しています。『受験 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、必ずしも国家試験の合格を保障するものではありませんので、各自の判断によりご利用ください。web 講座映像や受験対策 Point Book の視聴・購読によって、視聴した者及びその関係者が不利益を被った場合も、本連盟及び当該科目担当講師は一切責任を負いません。
- 本講座では、個人からの講義内容に関する本連盟及び講師への意見・質問・疑義照会は受け付けておりません。
- 『受験対策 Point Book』は、各講師が国家試験までに最低限押さえておくべきポイントを絞って作成しています。講義内で口頭のみで説明している内容は、各自調べて理解を深めてください。
- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』の内容に万が一訂正があった場合は、特設サイト内の当該講座の視聴ページに訂正・補遺を掲載します。
- 『受験対策 Point Book』の点訳資料及び講義映像内の字幕・手話通訳はご用意できません。
- 乱丁・落丁本はお取り替えしますので、現物を着払いでご返送ください。

I. 医療保険制度

1. 医療保険制度の概要

日本の医療保険制度は、「健康保険」「船員保険」「共済組合」「国民健康保険」「後期高齢者医療制度」に大別することができる。



厚生労働省「我が国の医療保険について」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken01/index.html をもとに講師作成

2. 高額療養費

高額療養費制度は、重度の疾病等による入院や治療が**長期化**した場合に、医療費の自己負担額が高額となるため、**所得や年齢**に応じて、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される（償還する）制度である。

- ・所得区分は、**医療保険における世帯**の所得によって定められる
- ・入院時食事療養費や居住費、差額ベッド代などは対象とならない
- ・**消滅時効**が規定されている（診療を受けた月の翌月の初日から数えて**2年以内**が申請期間限度）
- ・【**世帯合算**】自己負担限度額に達しない場合であっても、**同一月内に同一世帯で21,000円以上の自己負担が複数あるとき**、また、**同一人が同一月内に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれの自己負担額が21,000円以上ある場合**に、これらを**合算**して自己負担限度額を超えた金額が支給される
※70歳以上に関しては、負担額にかかわらず、合算して高額療養費を請求できる
- ・【**多数該当**】同一世帯で、**直近12ヵ月間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合**、**4回目以降からは自己負担限度額が引き下げられる（減額される）**
- ・【**長期高額疾病**】厚生労働大臣が指定する、高額、長期の療養を必要とする疾病（特定疾病）とされる「人工透析を行う慢性腎不全」「血友病」「抗ウイルス薬を投与している後天性免疫不全症候群」の長期高額疾病患者は、自己負担の限度額が**月額10,000円**となる。（但し、医療機関ごと、入院・通院ごと）※慢性腎不全で70歳未満、標準報酬月額が53万円以上の場合、月額20,000円となる

◆（高額療養費）70歳未満の自己負担上限額◆

所得区分	自己負担限度額
①区分ア 年収約1160万円以上 （標準報酬月額83万円以上の方）	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%
②区分イ 年収約770～1160万円 （標準報酬月額53万円～79万円の方）	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%
③区分ウ 年収約370～770万円 （標準報酬月額28万円～50万円の方）	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%
④区分エ 年収約370万円以下 （標準報酬月額26万円以下の方）	57,600円
⑤区分オ（低所得者） （被保険者が市区町村民税の非課税者等）	35,400円

◆（高額療養費）70歳以上の自己負担上限額◆

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来 （個人ごと）	外来・入院 （世帯）
①現役並み所得者	【現役並みⅢ】 年収約1160万円～ （標準報酬月額83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方）	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	
	【現役並みⅡ】 年収約770～1160万円 （標準報酬月額53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方）	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	
	【現役並みⅠ】 年収約370～770万円 （標準報酬月額28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方）	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	
②一般所得者 （①および③以外の方）		18,000円 （年間上限14.4万円）	57,600円
③低所得者	Ⅱ（住民税非課税世帯）	8,000円	24,600円
	Ⅰ（住民税非課税世帯） *年金収入80万円以下など		15,000円

出典：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ」<https://www.mhlw.go.jp/content/000333280.pdf> に一部加筆

3. 保険外併用療養費

日本では、保険診療と保険外診療の併用（混合診療）は原則として禁止しており、保険外診療が発生する場合には、全体が自由診療となり、医療費の全額が自己負担となる。

これを原則とするが、この保険診療と保険外診療の併用を例外的に認める制度を「保険外併用療養費」という。 ➤「評価療養」／「患者申出療養」／「選定療養」

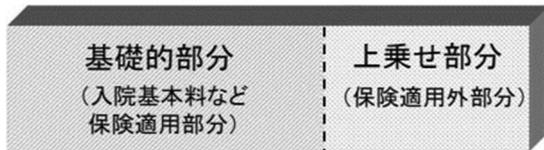
保険外併用療養制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- 保険導入のための評価を行うもの
- 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み 〔評価療養の場合〕



保険外併用療養費として 医療保険で給付
患者さんから料金徴収可
(全額自己負担※)

※保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療等を行うに当たり、あらかじめ患者さんに対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者さんの自由な選択に基づき、文書によりその同意を得る必要があります。また、その費用については、社会的にみて妥当適切な範囲の額としています。

○ 評価療養

- ・ **先進医療**(先進A:36技術、先進B:69技術 平成29年9月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の**治験**に係る診療
- ・ 薬事法承認後で**保険収載前**の医薬品、医療機器、再生医療等製品の**使用**
- ・ 薬価基準収載医薬品の**適応外使用**
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の**適応外使用**
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 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
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

出典：厚生労働省「保険外併用療養費制度について」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/20170925.pdf>

II. 診療報酬

診療報酬とは、病院や診療所などの医療機関が行った手術や検査、薬などの保健医療サービスに対して、医療保険の保険者が支払う公定価格(報酬)のことをいう

- ・ 「**医科診療報酬**」「**歯科診療報酬**」「**調剤報酬**」がある
- ・ 診療報酬の審査および支払い権限は、医療保険者にある
- ・ レセプト＝診療報酬明細書
- ・ **審査支払機関**＝国民健康保険団体連合会 / 社会保険診療報酬支払基金
- ・ 保険医療機関は、厚生労働大臣の指定を受けた保険診療を行う医療機関であり、そこでの医療行為に対して公的医療保険が適応される
- ・ 保険医療機関に所属する医師は、医師免許を有しただけでは、保険診療は行えない。**保険医**として地方厚生局長に申請、登録が必要
- ・ 診療報酬点数表は、**全国一律**に設定されている (**1点=10円**)
- ・ 診療報酬は、**中央社会保険医療協議会**が厚生労働大臣の諮問を受けて協議、答申し、**厚生労働大臣が決定**する
- ・ 診療報酬は**2年に1度**改定される

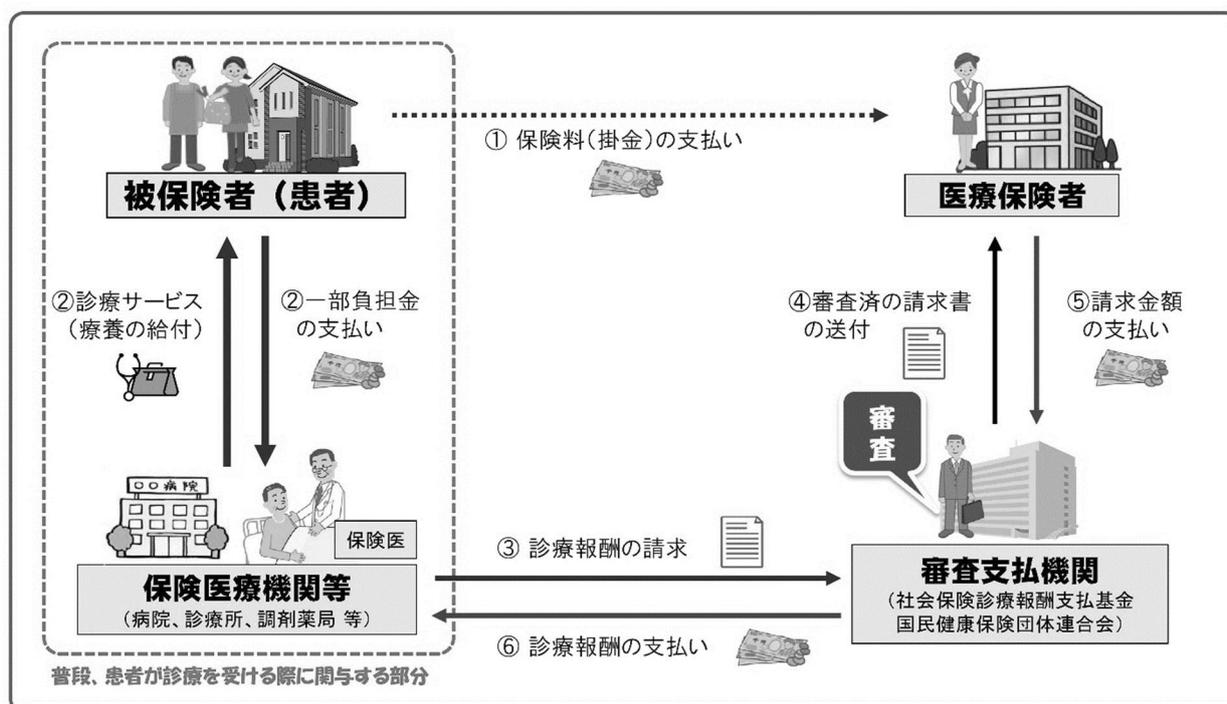
※介護報酬は3年に1度の改定であるため、**診療報酬と介護報酬の同時改定は6年に1度**行われる

- ・診療報酬の計算方法には、出来高払い制度と、包括払い制度がある

方式	内容
出来高払い方式	一つひとつの医療行為ごとに点数を設定し、それらを合計して計算する方法。外来診療では主流となっている計算方式。
包括払い方式	疾病の種類によって入院1日当たりの費用が決められた計算方式。実施した治療の内容に関係なく、定額が支払われる。診断群分類別包括評価（DPC/PDPS）と呼ばれ、急性期医療に係る医療機関などの入院診療で実施されている

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



出典：厚生労働省「我が国の医療保険について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000377686.pdf>

【社会福祉士に関連する主な診療報酬】

診療報酬	主な基準
患者サポート体制 充実加算	専任の医師、看護師、薬剤師、 <u>社会福祉士</u> 、その他医療有資格者などが、標榜時間内に常時1名以上配置、相談内容に応じた対応ができる体制があること
回復期リハビリテーション病棟入院料1	専任のリハビリテーション科の医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、在宅復帰支援を担当する専任の <u>社会福祉士</u> など1名以上の常勤配置がされえていること ※体制強化加算1では、3年以上の経験・研修を修了した専従常勤医師と退院調整に関する3年以上の経験を有する専従常勤社会福祉士を配置。体制強化加算2は、専従の常勤医師2名以上（兼業条件あり）、専従の常勤社会福祉士1名以上

診療報酬	主な基準
リハビリテーション 総合計画評価料	定期的な医師の診察および運動機能検査または作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 <u>社会福祉士</u> などの多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成していること
退院時リハビリテーション指導料	医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健師、看護師、 <u>社会福祉士</u> 、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる
入退院支援加算1	当該部門の退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の <u>社会福祉士</u> が1名以上配置されていること。加算2も同様
介護支援連携指導料	医師または医師の指示を受けた看護師、 <u>社会福祉士</u> などが介護支援専門員と共同して、退院後の介護サービスなどについて説明及び指導を行う。退院先が介護保険施設などへの入所あるいは転院であっても算定可
退院時共同指導料	看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士もしくは <u>社会福祉士</u> などが、退院後の療養上必要な説明などを入院中に保険医、看護師などと共同して行い、文書により情報提供した場合に算定する
認知症ケア加算1	身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する 認知症ケアに係るチームは、認知症患者の診療等について経験を有する専任の常勤医師・常勤看護師・認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤 <u>社会福祉士</u> 又は常勤精神保健福祉士で構成される
がん患者リハビリテーション料	定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 <u>社会福祉士</u> などが共同して計画を作成していること
ウイルス疾患指導料	<u>社会福祉士</u> または精神保健福祉士が1名以上勤務していること

Ⅲ. 保健医療サービスの概要

1. 医療法

「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」

◆医療法に関連した政策◆

- ・医療介護総合確保推進法（2014年）
- ・病床機能報告制度（2014年）
 - 高度急性期機能 / 急性期機能 / 回復期機能 / 慢性期機能
- ・地域医療構想；地域医療ビジョン（2015年）

2. 医療施設の概要

「医療法」に定める医療提供施設

- ・病院（20床以上）
- ・診療所 → 有床診療所（1～19床） / 無床診療所（0床）
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・調剤薬局

3. 病院

医師または歯科医師が、公衆また特定多数人のため医業または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をいう。（医療法第1条の5）

- ・病院の配置は医療計画に基づいて行われ、設置には都道府県知事の開設許可を要する
- ・病院は、一般病院、精神科病院から構成されている
- ・病院の病床は5種類＝「精神病床」「感染症病床」「結核病床」「療養病床」「一般病床」
※病床の割合：一般病床（57.3%）、精神病床（21.3%）、療養病床（20.9%）

出典：厚生労働省「平成29年医療施設調査・病院報告の概況」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/>

4. 診療所

医師または歯科医師が、公衆また特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないものまたは、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。（医療法第1条の5第2項）

- ・診療所の開設は、臨床研修等修了医師や歯科医師が開設後10日以内に所在地の都道府県知事に届け出さえすればよい（許可は必要ない）
- ・診療所の管理者は医師または歯科医師でなければならない
- ・診療所は、一般病床および療養病床を設けることができる（感染症病床は設置できない）

5. 特定機能病院と地域医療支援病院

1) 【特定機能病院】 医療法第4条の2に規定

- ①高度の医療を提供する能力
- ②高度の医療技術の開発および評価を行う能力
- ③高度の医療に関する研修を行わせる能力
- ④医療の高度の安全を確保する能力
- ⑤厚生労働大臣が個別に承認

2) 【地域医療支援病院】 医療法第4条に規定

地域の他の医療機関（かかりつけ医等）を支援する地域医療の中核を担う病院

- ①紹介患者に対する医療の提供
- ②医療機器の共同利用の実施
- ③救急医療の提供
- ④地域の医療従事者に対する研修の実施
- ⑤都道府県知事が個別に承認

特定機能病院制度の概要

趣旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院(平成31年4月1日現在) ... 86病院(大学病院本院79病院)

役割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること(紹介率50%以上、逆紹介率40%以上)
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - ・医師 ……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・薬剤師 ……入院患者数÷30が最低基準。(一般は入院患者数÷70)
 - ・看護師等 ……入院患者数÷2が最低基準。(一般は入院患者数÷3)
 - ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備 ……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・医療安全管理責任者の配置
 - ・専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・監査委員会による外部監査
 - ・高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。²

出典：厚生労働省「特定機能病院について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>

地域医療支援病院制度の概要

趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。

※承認を受けている病院(平成30年9月現在) ... 586

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること
 - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
 - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

出典：厚生労働省「第18回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会資料」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000520965.pdf>

6. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

地域における在宅療養の支援を目的に、24 時間体制での往診や訪問看護を行う医療機関として、指定されている。

【在宅療養支援診療所】

地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【在宅療養支援病院】

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院であり、且つ 200 床未満又は半径 4km 以内に診療所がないこと

【在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の主な施設基準】

- ・ 24 時間連絡を受ける体制の確保
- ・ 24 時間の往診体制
- ・ 24 時間の訪問看護体制
- ・ 緊急時の入院体制
- ・ 連携する医療機関、訪問看護ステーション等への情報提供
- ・ 年に 1 回、看取り数等を報告している

➤ 2012 年（平成 24 年）の診療報酬改定で機能強化型の在宅療養支援診療所・病院が設けられた



在宅医療を担当する常勤の医師を 3 名以上配置すること、又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師を 3 名以上配置すること等が基準となる

7. その他の主な医療施設・機能

【在宅療養後方支援病院】

在宅医療を行う上で、緊急時における後方病床の確保が重要であることから新設（2014 年度改定）

- ・ 許可病床＝200 床以上
- ・ あらかじめ届け出た入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病棟を常に確保
- ・ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3 ヶ月に 1 回以上、診療情報を交換すること

【地域包括ケア病棟】

- ・ 地域包括ケア病棟の役割は、①急性期からの患者の受け入れ、②患者の在宅・生活復帰支援、③緊急時の介護施設等、自宅・在宅医療からの患者の受け入れ
- ・ 在宅復帰率が 7 割以上あること
- ・ 専任の在宅復帰支援担当者が配置されている
- ・ 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること

※ 「回復期リハビリテーション病棟」の説明と混同しやすいので要注意。

- ADL 能力の向上による寝たきりの防止
- 家庭復帰を目的とした短期集中的なリハビリテーション

8. 医療計画

医療計画とは、医療機関の適正な配置や医療資源の効率的活用など、医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域における切れ目のない医療の提供（地域完結型医療）を実現することにより、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ることを目的とした計画である。

- ・都道府県が、2次医療圏および3次医療圏を設定し、療養病床および一般病床に係る基準病床数を定める（医療法第30条の4）
- ・2次医療圏＝特殊な医療を除く一般の入院に係る医療を提供する病院および診療所の病床の整備を目的とした、地理的条件、社会的条件等を考慮して設定された区域のこと
- ・3次医療圏＝特殊な医療を提供する病院の病床の整備を目的とした、都道府県を基本単位として設定された区域のこと

Key Word : 5疾病5事業

- ・【5疾病】 がん 脳卒中 急性心筋梗塞 糖尿病 精神疾患
- ・【5事業】 救急医療 災害時における医療 へき地の医療 周産期医療 小児医療（救急含む）
※在宅医療を加えて覚えておくと良い（5事業および在宅医療）
- ・医療計画では、上記5疾病5事業および在宅医療について具体的な医療連携体制を記載することになっている

9. 医療法の改正

1985年の第一次医療法改正にはじまり、2017年には第八次改正が行われている。

近年の動向として2018年7月25日に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が公布された。

【改正の趣旨】

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる

【改正の概要】

- 1) 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設
 - ・医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設
 - ・当該認定を受けた医師を一定の病院等の管理者として評価する仕組みの創設
- 2) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
 - ・都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進める「医師確保計画」の策定
 - ・都道府県と大学医局等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化
 - ・効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務、医療勤務環境改善支援事務の見直し
- 4) 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応
 - ・外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設
- 5) その他
 - ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加

出典：中央法規出版（2019）『社会福祉士養成講座別冊 社会福祉制度等の主な動きとポイント』に一部加筆

IV. 保健医療サービスにおける専門職の役割と実際

【医療ソーシャルワーカーの役割】

2002年（平成14年）改訂 厚生労働省通知「医療ソーシャルワーカー業務指針」において、業務の範囲と業務の方法等について示されている

◆業務の範囲◆

- ①療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- ②退院援助
- ③社会復帰援助
- ④受診・受療援助
- ⑤経済的問題の解決、調整援助
- ⑥地域活動

◆業務の方法◆

- ①個別援助に係る業務の具体的展開
- ②患者の主体性の尊重
- ③プライバシーの保護
- ④他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携
- ⑤受診・受療援助と医師の指示
- ⑥問題の予測と計画的対応
- ⑦記録の作成等

V. 保健医療サービス関係者との連携と実際

◆多職種チームの分類（3類型）◆

マルチディシプリナリーモデル（マルチ型チーム）

多職種が明確な役割分担に基づいて利用者に関わり、各専門職が個別のケアや治療を行い、目標も個別に決定し、各職種間の相互作用は小さい。多くの場合、医師による統括・指示のもと展開される。チームとしての多職種間連携・協働は弱い。

インターディシプリナリーモデル（インター型モデル）

専門職間のコミュニケーションが重視され、職種間での階層性はなく、相互作用が大きい。他の専門職と共に1つの目標（共通の目標）に向かって、緊密な相互連携・協働によって治療・ケアが行われる。多職種間連携が重要となるが、チームコンフリクトが生じる可能性もある。

トランスディシプリナリーモデル（トランス型モデル）

多職種による連携・協働に加えて、役割開放が特徴といえる。各専門職が、チーム内で果たすべき役割に対し意図的に計画的に専門分野を超えた横断的なアプローチ（役割の交代等）を可能とする。多職種間の連携が大前提である。