

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 27 日現在

機関番号：32617

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25380079

研究課題名(和文) 地域における統合的ケア体制の構築に係る基礎研究 地域包括ケアを創る在宅医療の検討

研究課題名(英文) Constructing a community-based integrated care system for older persons

研究代表者

原田 啓一郎 (HARADA, KEIICHIRO)

駒澤大学・法学部・教授

研究者番号：40348892

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：超高齢社会のわが国において、今後、医療ニーズの高い要介護者が在宅に移行することが見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築においては、在宅医療や訪問看護の提供主体の量的・質的拡充が急務の課題である。法理論面では、継続的なケアを受ける権利保障の観点から地域包括ケアシステムを把握し、退院前後の病診連携、住まいの転居前後のケアの連携を検討する必要がある。将来的には、円滑な退院支援体制の促進、看護・介護の多職種連携による在宅ケアのための総合的な法制度の整備の検討も必要となる。

研究成果の概要(英文)： Faced with becoming a superannuated society, Japan has instituted a community-based integrated care system. The number of elderly individuals with significant medical needs is projected to increase, so at-home care will likely be of greater significance in the future. A consequence of implementing this care system is a pressing need to increase the quantitative and qualitative public and private capacities for providing home care. This study found that discharging patients from hospitals should be facilitated and comprehensive legislation should be enacted so that nurses, caregivers, and other healthcare providers can coordinate to provide the necessary home care.

研究分野：社会保障法

キーワード：地域包括ケア 在宅医療

1. 研究開始当初の背景

(1) 先進諸国では、複数の慢性疾患を抱えながら地域で生活をする高齢者の顕著な増加により、これまでの病院中心の医療体制から、地域生活に焦点をあてた保健医療福祉体制への転換が求められている。わが国でも、病院医療から在宅医療へ政策転換を進めるなかで、今後増加する独居高齢者を含め、住み慣れた自宅または自宅に近い環境において24時間365日継続して医療・介護サービスを提供する体制 地域包括ケアシステムの構築を推進するために、医療・介護制度改革が相次いで行われている。今後は、医療依存度の高い要介護者が在宅に移行することから、在宅医療は地域包括ケアを創る要としての役割が期待され、より一層の在宅医療提供体制の量的・質的充実が急務の課題となっている。

(2) 欧州諸国の先行研究では、複合的な長期ケアニーズをもつ障害者や高齢者等に対する統合ケア (integrated care) が注目を集めており、地域における統合ケアがこれからの保健医療福祉制度の将来的なすがたとして認識されている。これらの研究では、在宅医療と介護の連携・統合が地域で支える統合ケア体制の推進のカギであることが明らかにされている。

(3) これに対し、わが国の地域における統合ケア体制をめぐる研究では、地域包括ケアの実践的取組みが先行しており、政策的な研究は散見されるものの、法学的な理論研究は必ずしも活発であるとはいえない。独居高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増加する今日、これからの医療・介護サービス保障法制のあり方として、医療・看護ニーズの高い要介護者を地域で支える統合ケア体制の構築に向けた法学的な基礎理論の検討が重要な課題である。

2. 研究の目的

本研究は、これからの医療・介護サービス保障法制のあり方として、地域における統合ケア体制の構築という視角から、地域包括ケアにおける在宅医療・訪問看護の実施体制とその内容規制にかかわる法的検討を試み、地域における統合ケア体制の構築に向けた基礎理論の解明への足がかりをつかむことを目的とする。

3. 研究の方法

本研究では、在宅医療・訪問看護の実施体制とその内容規制の法的分析および理論的検討を行うことにした。

初年度は、予備的考察として、わが国の地域包括ケアシステムの全体像の把握、在宅医療における「居宅」概念の整理、統合ケアをめぐる国際的動向の把握に努めた。2年目は、地域包括ケアシステムにおける施設・在宅サービス提供主体の役割・機能に関する考察、在宅医療・介護における安全管理体制の法制

度の把握に努めた。本研究の最終年度である平成27年度は、地方における地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み実態を把握するため、地方自治体において、少子高齢化、人口減少に対応した地域コミュニティづくりと地域医療・介護体制に関するヒアリング調査を実施した。また、フランスで資料収集など現地調査を行い、フランスにおける訪問介護・訪問看護に関する法的枠組みを中心に検討を行った。そして、以上の検討のまとめとして、これまでの研究で獲得された日本法及び外国法に関する研究成果を元に、本研究課題にかかる研究成果の取りまとめ作業を行った。

4. 研究成果

(1) わが国の地域包括ケアシステムの特徴 WHO や OECD が統合ケアをケアの目標として位置づけたことにより、多くの国では、これからの医療・介護システムのあり方として統合ケアへの認識が高まり、医療・介護政策に統合ケアを取り込んでいる。統合ケアが要請される背景には、医療専門職の分業化が進む中で、主として慢性疾患の患者に提供されるケアサービスの連続性を向上させることにより、ケアの質の改善を促し、ケアの効率性を改善するねらいがある。

わが国では、介護保険制度の創設により、統合ケアの推進が加速した。今日の地域包括ケアシステムは、community-based care (地域を基盤としたケア) と integrated care (統合型のケア) の二つの独立したコンセプトが含まれていると評価されている (筒井孝子『地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向』高橋紘士編『地域包括ケアシステム』(オーム社、2012年)54頁; 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』(中央法規、2014年)77頁以下)。

(2) 多様化する在宅医療の場である「居宅」

一般に、在宅医療とは、居宅で療養中の患者に対して居宅で提供される医療を指す。在宅医療の「場」は、健康保険法では、「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」(健保63条1項)、医療法では「医療を受ける者の居宅等」(医療1条の2)と一括りに「居宅」とされている。しかしながら、今日、在宅医療を必要とする人々の「住まい」は多様化し、従来、自宅以外の「住まい」とされていた病院と特別養護老人ホームとの間には、グループホームや有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)など、病院や施設とは異なる選択肢が複数存在する。そして、これら多様化した「住まい」においては、保険診療上の在宅医療の取り扱いは一律ではなく、在宅医療を提供できる場に制約がある。

保険診療では、患者の求めに応じて診察に赴く「往診」と医師が診療計画を策定し患者に外向く「訪問診療」はそれぞれ別の診療行

為として取り扱われ、診療報酬が定められている。往診の対象には身体状態についての条件は定められていないが、訪問診療の対象については、同一建物居住者（建築基準法2条1号に掲げる建築物に居住する複数の者）である患者または同一建物居住者以外の患者であること、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者であること、とされている。

について、訪問診療の場所は、実際に療養している場であり、居宅のほか、有料老人ホーム、グループホームなどの介護施設、サービス付き高齢者向け住宅などがこれに該当する。医師の配置が義務づけられている特別養護老人ホームでの訪問診療は、末期の悪性腫瘍の患者等一定の要件に限り算定が認められ、一般には認められていない。同一建物に居住する複数の患者を同一日に訪問した場合には、在宅患者訪問診療料は減額される。については、要介護度や日常生活動作（ADL）等による基準はなく、その判断は主治医に委ねられている。

（3）在宅医療提供体制に関する法規制

近年の動向

従来、在宅医療を専門に行う保険医療機関については、健康保険法の趣旨から、保険医療機関はすべての被保険者に対して療養の給付を行う開放性を有することが必要であるとして、「外来応需の体制を有していること」を保険医療機関に求める解釈上の運用を行い、在宅医療を専門に行う保険医療機関は認めてこなかった。2016年度診療報酬改定では、在宅医療を専門に行う診療所が新たに位置付けられた。

訪問看護については、訪問看護事業者の指定基準（保健師・看護師・准看護師を常勤換算で2.5人以上配置（人員配置基準）等）を満たす必要があるが、東日本大震災に対処するための基準該当訪問看護サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準が2011年4月に制定され、東日本大震災に際し災害救助法が適用された市町村区域内の基準該当訪問看護事業者に置くべき保健師、看護師または准看護師の員数を常勤で1名以上とすることとした（時限措置であり、現在はない）。その後、政策的には、訪問看護ステーションの大規模化とネットワーク化の促進が示されている。

フランスの訪問看護提供主体の法規制

フランスの訪問看護は主として3つの態様がある。

第一に、開業看護師（*infirmière libérale*）による訪問看護である。フランスでは、看護師個人による開業が認められており、勤務看護師として24カ月（3,200時間）以上の実務経験のある看護師は、看護師会（*ordre infirmier*）への登録など所定の手続きを経て開業することができる（なお、開業看護師の偏在を防ぐために、看護師全国協約に基づき

看護サービス供給量に応じて地域ごとに開業の制限あるいは促進措置がとられている。）。開業看護師は、自宅や事務所を事業所とする。開業看護師が行う看護行為には、看護報酬点数が定められている。開業看護師の行為は、医師の処方に基づくもののほか、2007年4月13日のアレテによりガーゼや点滴材料など衛生材料については看護師が処方できる。

第二に、在宅看護サービス（*SSIAD*）である。在宅看護サービスは、1975年からはじまった医療福祉サービスのひとつであり、主として要介護高齢者を対象に、居宅で看護師や各療法士等が医療行為や保健衛生的なケアを行うサービスである。サービス提供主体は非営利法人などであり、勤務看護師や開業看護師等がその提供にあたる。

第三に、在宅入院制度（*HAD*）による訪問看護である。1970年病院改革法により本格的に導入された在宅入院は、居宅で入院時と同様に医療や看護を受けるもので、病院での入院の代替的入院として位置付けられている在宅医療である。サービス提供主体は、在宅入院機関または病院の在宅入院部門である。在宅入院は、在宅入院期間・病院・在宅ケア提供者が連携調整を図りながら、医療依存度の高い患者を在宅ケアに移行させ、継続的なケア体制を組織する機能を有する。

（4）在宅医療と医療安全管理

1994年の健康保険法の改正により、在宅医療が療養の給付の範囲として明示され、入院や外来と並ぶ位置付けになった。在宅医療は、複数の医療・介護専門職がひとりの在宅患者の療養を協働して支えるという点で、病院のような単一の医療提供主体における一貫した治療・療養の提供とは異なる。また、在宅医療は、医師や看護師の目配りが病院のようにリアルタイムで行き届かない環境にあり、複数の医療・看護専門職のほか、患者、患者の家族とともに医療安全管理を行っていかなければならない。

一方、在宅医療を必要とする人々の「住まい」は多様化し、医療の提供される場が多様化している今日、高齢者の住まいの特質に応じた医療安全のあり方の検討が求められる。この点、わが国の医療安全対策では、2006年の医療法改正により、無床診療所も含むすべての医療機関に医療安全管理体制整備が義務付けられた。これにより、在宅療養支援療養所においても、医療安全管理体制の整備が必須となった。

（5）まとめ

継続的なケアを受ける権利

フランスの医療基本法としての規定を有する公衆衛生法典では、医療行政を含めた医療に携わるすべての者が、医療を受ける者の健康状態に必要なケアと継続的なケアを保障することとしている（公衆衛生法典

L.1110-1条)。継続的なケアを受ける権利は、医療を受ける権利の内容として当然包含されているものと理解できる。地域包括ケアシステムでは、医療を受ける権利を医療へのアクセスといった入口の側面のみならず、住み慣れた地域でどのような「住まい」に住んでいても、健康状態に必要なケアを継続的に受ける権利（継続的なケアを受ける権利）としての側面から捉え直す必要がある。このような視点から退院前後の病診連携、住まいの転居前後のケアの連携を法的に検討する必要がある。

多層のかつ柔軟な訪問看護

フランスでは、継続的なケアを保障するにあたり、訪問看護の役割が重要であった。地域包括ケアシステムにおいて地域特性に応じたケアを広く実現するためには、少なくとも、専門的な臨床実践能力を有する訪問看護師が患者のニーズに応じて柔軟に訪問看護業務を実施できる体制構築、多層的な訪問看護の提供が求められる。将来的には、円滑な退院支援体制の促進、看護・介護の多職種連携による在宅ケアのための総合的な法制度の整備の検討も必要になる。

在宅医療・訪問看護と安全管理体制

病院に関する医療安全管理体制は比較的早くに整備されているものの、病院とは異なる環境である在宅での医療提供に関する安全管理体制は今後更に検討が必要である。持ち家、サービス付き高齢者向け住宅など、それぞれの在宅医療・訪問看護の場の特性に応じた安全管理体制づくりや対応基準の整備などが今後重要になる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 4 件)

原田啓一郎「社会保険と事業主の届出義務」社会保険法 31 号(2016 年)110-123 頁(査読無)

原田啓一郎「医療保険制度改革法の一考察 被用者保険への影響を中心に」季刊労働法 251 号(2015 年)102-113 頁(査読無)

原田啓一郎「社会福祉法人」社会保険法研究 4 号(2014 年)23-49 頁(査読無)

原田啓一郎「医療制度の財政」フランス医療保障制度に関する研究会(編)『フランス医療関連データ集2014年版』(2014 年)35-45 頁(査読無)

[学会発表](計 1 件)

原田啓一郎「社会保険と事業主の届出義務」日本社会保険法学会第 68 回秋季大会ミニシンポジウム「社会保険における事業主の責任」(2015 年 10 月 17 日・東北大学)

[図書](計 2 件)

古橋エツ子・床谷文雄・新田秀樹(編)

『家族法と社会保障法の交錯』(信山社、2014 年)総頁数 524 頁(原田啓一郎「高齢者の住まいと高齢者ケアをめぐる現状と法的課題」315-337 頁(査読無))

矢嶋里絵・田中明彦・高田清恵・鈴木静(編)『人権としての社会保障 人間の尊厳と住み続ける権利』(法律文化社、2013 年)総頁数 324 頁(原田啓一郎「医療制度への参加と医療制度の利用者の権利」86-97 頁(査読無))

6. 研究組織

(1)研究代表者

原田 啓一郎 (HARADA KEIICHIRO)

駒澤大学・法学部・教授

研究者番号：40348892

(2)研究分担者

該当なし

(3)連携研究者

該当なし

(4)研究協力者

該当なし