

[総説]

在宅医療を担う医療体制の在り方

河谷 はるみ

【要旨】

2014（平成26）年度診療報酬改定は、医療供給体制の再構築を意識したものとなっている。特に、主治医機能の評価と入院患者7人につき看護職員1人を配置する基本料の削減、そして地域包括ケア病棟の創設は注目に値する。しかし、地域包括ケア病棟への転換は、診療報酬上の要件だけでなく、専門領域を横断した診療・看護体制をとる必要があり、加えて病棟管理上の工夫も求められるため、必ずしも容易ではない。2014（平成26）年6月25日「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が公布されたが、同法は、医療と介護関係の19にもおよぶ法律改正を盛り込んだ一括法である。本論文では、診療報酬改定による在宅医療への政策誘導とその限界を中心に検討する。在宅医療の推進には、在宅医療を実施する関係機関と医師の協力が不可欠であるため、在宅医療に従事する医師の養成と研修体制も喫緊の課題である。

キーワード：在宅医療 医療供給体制 主治医 診療報酬改定 介護保険法

I. はじめに

日本の医療は自由開業制が基本であり、供給体制については、医療法が、医師などの医療専門職を配置し、医療サービスを提供する医療提供施設に関する規制等を行っている。また保険給付については、医療保険制度（健康保険法第63条第3項、国民健康保険法第36条第3項）のなかで、厚生労働省令の定めるところにより、保険医療機関又は保険薬局から受けることが規定されている。在宅医療については、1991（平成3）年に老人保健法が改正され、老人訪問看護ステーションが制度化されたことに始まる。そして、1992（平成4）年には医療法が改正され、居宅が医療提供の場として位置づけられるとともに（医療法第1条の2第2項）、1994（平成6）年の健康保険法の改正によって、在宅医療は「療養の給付」の対象であることが明確化された（健康保険法第63条第1項第4号）。なお、治療に該当しない予防やリハビリは、療養の給付の範囲外である。

現在の在宅医療を担っているのは、機能強化型在宅療養支援診療所、従来型在宅療養支援診療所、何も届け出ていない診療所の3類型である。機能強化型と従来型の在宅療養支援診療所の診療報酬は高く

設定されているが、24時間365日対応という要件がある。2012（平成24）年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業（第5次医療法改正）は、全国47都道府県105拠点で実施された。熊本県では、熊本市（行政）と一般社団法人玉名郡市医師会（機関名は、玉名地域保健医療センター）の2ヶ所で実施されたが、そのなかで、医療側から介護側へのアプローチには、医師会の仲介が不可欠であることが明らかになっている。

2002（平成14）年度の診療報酬改定では、一般病床にあっては原則として医療保険を使って診療できる期日を180日と設定し、例外を除き180日を超えるものについては介護を重視すべき「患者」として評価し、介護保険へのスムーズな移行を積極的に誘導するような指針が示された。つまり、医療費抑制問題を背景にした診療報酬の適正な配分方式として、急性期は医療保険、慢性期は介護保険でというすみ分けを規定したものと推測できる¹⁾。その後も、診療報酬は改定されたが、2014（平成26）年度診療報酬改定では、さらなる医療供給体制の再構築が図られたといえる。特に、地域包括診療料（月1回/1,503点：200床未満の病院および診療所で算定できる届出制の包括点数）と地域包括診療加算（1回につき

20点：再診料の加算点数、診療所のみ算定可能)の新設は注目できよう。これらは外来の機能分化推進という観点から「主治医機能の評価」として創設されたが、地域包括診療料と地域包括診療加算は、どちらか一方しか届け出ることにはできないことになっている。

本論文では、医療供給体制の現状を把握した上で、2014（平成26）年6月25日に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、医療介護総合確保推進法とする。）の内容を確認する。そして、診療報酬改定による在宅医療への政策誘導とその限界を見出したい。在宅医療の推進には、それらを実施する関係機関の協力、つまり在宅医療を実施する関係機関と医師の協力は不可欠である。そこで、在宅医療に従事する医師の養成の在り方についても述べていきたい。

II. 診療報酬改定による在宅医療への政策誘導とその限界

在宅医療には、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りなどがあるが、重症患者や難病患者、障害児・者、そして認知症への対応など、医療行為は拡大している。そのため、現在の在宅医療では、医療の視点に加えて、権利擁護、生活支援、家族相談等の福祉の視点も求められている。特に、日常の療養支援では、患者の疾患や重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が、多職種協働によって、できる限り住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることが目指されている。在宅医療は、医師と歯科医師を中心として、薬剤師、保健師、助産師、看護師、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、歯科衛生士、管理栄養士、准看護師等の専門職が担う。しかし、専門職の慢性的な人材不足、特に、医師と看護職の人材不足は深刻な課題である。また、在宅医療を実施する関係機関は、病院・診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護老人保健施設、短期入所サービス提供施設等、様々である。最近では、

在宅医療の業務量や付随する業務の広範囲に対応するために、医師に看護師を同行させるのではなく、非資格者である事務の同行も試みられている。具体的には、医師が医療に専念できるよう、他の在宅医療の場で前例としてあるドライバー業務や診療補助業務だけではなく、さらに地域連携、家族、法人内の部門を超えたコミュニケーション（院内チームづくり）、地域包括ケア内における地域コミュニティづくりが考えられている²⁾。

医療サービスは原則として医療保険から給付され、介護サービスは介護保険から給付される。両者は社会保険という枠組みは同じであるが、それぞれのサービス提供主体、サービス内容、専門職（人材）、自己負担等の仕組みが異なっている。しかし実際のサービスを受ける患者・利用者は、そのニーズに応じて医療と介護の各サービスを途切れることなく受けている。このような現状を踏まえて、2014（平成26）年度診療報酬改定では、要介護被保険者等に対する維持期リハビリテーションの見直しや、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価の新設等が行われている。なお、2015（平成27）年度介護報酬改定の基本的な考え方は、これまでの考え方（在宅療養への移行、在宅療養の重視）が維持され、「特に、医療・看護ニーズに対応した定期巡回・随時対応型訪問介護看護など、包括報酬サービスの更なる普及促進を図り、中重度の要介護者や認知症高齢者の在宅生活を支えるためのサービス提供を強化していく必要がある。」とされている³⁾。

今回の診療報酬改定では、入院患者7人につき看護職員1人を配置する基本料（7対1入院基本料病床）の削減と、「地域包括ケア病棟」の創設が重点課題となった。具体的な内容は、7対1入院基本料病床の平均在院日数、重症度・看護必要度の算定要件の厳格化とともに、7対1入院基本料病床の要件に初めて、「自宅等退院患者割合（≡在宅復帰率）」の指標が導入されたことである。

地域包括ケア病棟とは、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有している病棟である。その機能は、①急性期病床からの患者受け入れ機能、②在宅等にいる患者の緊急時

の受け入れ機能、③在宅生活への復帰支援機能という3つの機能を備えている。在宅生活への復帰支援機能を評価するにあたって、「在宅復帰率70%以上」が導入されたことから、「在宅復帰率」という内容が急性期から亜急性期、そして慢性期にまで全て導入されたことになる。地域包括ケア病棟への転換は、多岐にわたる要件を満たした上で、一定期間の実績も求められることから、実際は必ずしも容易ではない。急性期病棟から地域包括ケア病棟への転換には、診療報酬上の要件だけではなく、専門領域を横断した診療・看護体制をとる必要があり、加えて、空床や手術件数等の経営面をも含めた、病棟管理上の工夫が求められるからである。

2014(平成26)年6月25日、「医療介護総合確保推進法」が公布された。同法は、医療と介護関係の19にもおよぶ法律改正を盛り込んだ一括法である。医療法関係では、地域における効率的かつ効果的な医療供給体制の確保が大きな柱の一つとなっている。医療介護総合確保推進法の施行により、医療機関は、都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)を医療計画において策定することになる⁴⁾。また同法は、医療確保支援を行う地域医療支援センターの機能を、都道府県の業務として医療法に位置づけている。このことにより、都道府県知事が地域医療対策協議会を構成する医療機関の開設者等に対して、医師が不足している医療機関への医師の派遣等を要請することができるようになったのである(2014(平成26)年10月施行)。

一人暮らしの高齢者や認知症高齢者、そして要介護高齢者の多くは福祉のニーズだけでなく、医療のニーズも併せ持っている。そのため看護師、特に訪問看護師の数を増やして、在宅医療や介護のニーズに対応しなくてはならない。医療介護総合確保推進法により、診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度が新設されることに注目したい。回復期や慢性期における在宅医療は、医療の分野だけでなく介護も含めたところで、両者の独自性と共通目的、そして相互関連を確認しなくてはならない。そして、在宅医療のさらなる充実のために、「保健・予防・医療(治療)・リ

ハビリテーション・福祉」の役割分担を整理した上で、医療と介護の機能再編を検討しなくてはならないと考える。この点に関して、厚生労働省は、患者ニーズに応じた効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を目指す「医療・介護機能の再編(将来像)」において、入院医療の機能分化と在宅医療の充実という方向性を示している(表1参照)。しかし、「だれもが必要な医療を必要な時に受けられる。」という大前提のもと、これを推進するためには、病院と在宅医療の機能に関する構造的な改革が必要である⁵⁾。厚生労働省は、2015(平成27)年3月9日、都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議で、地域医療構想と在宅医療の充実、地域医療介護総合確保基金などについて説明している。都道府県(保健所)と連携し、モデル二次医療圏で退院調整ルール策定と、在宅医療介護連携推進事業を行う都道府県医療介護調整実証事業は、2014(平成26)年度に9都道府県が実施しているが、2015(平成27)年度からは、さらに9都道府県が参加を希望していることが報告されている⁶⁾。同時に二次医療圏について、地域医療構想の構想区域として妥当なのかどうか、再検討する余地があると考えられる。2014(平成26)年度には、厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業も実施されていることから、在宅医療に行政、医療機関、教育機関、専門職の多職種連携だけでなく、家族の視点や地域住民も含めた、患者を取り巻く地域全体の組織論的アプローチも必須であることを立証していくであろう。

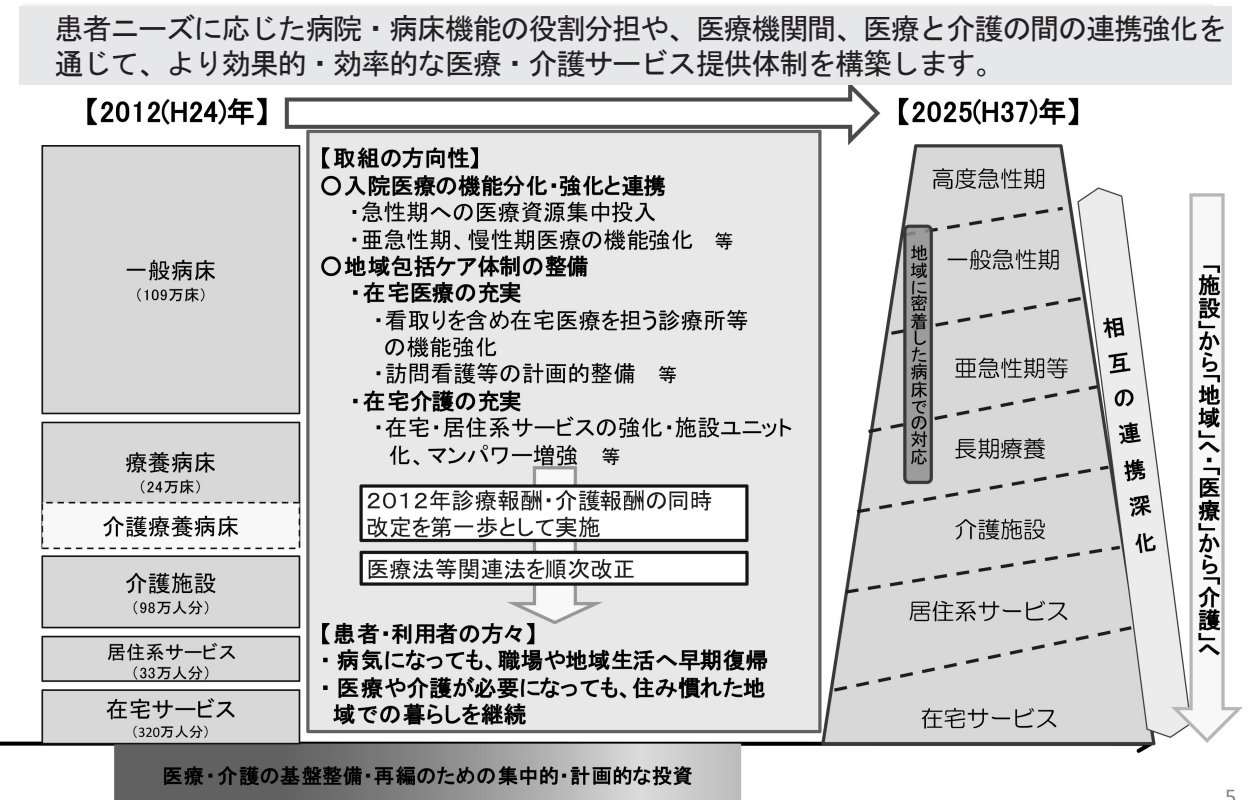
また在宅医療の推進には、在宅医療を実施する関係機関と医師の協力は、不可欠である。そのためには、医学部(医師養成機関)や医学部生に限らず、現役の医師自身に、大病院における専門診療科としての医師から、在宅医療を担う「かかりつけ医・家庭医」への発想の転換を求めたい。在宅医療を、「医术をもって病気を治すこと」に加えて、「生活を支える医療」も含めた概念として捉え直した上で、「かかりつけ医・家庭医」は、患者の病歴や治療内容、服薬状況の全体を把握しなくてはならない。フランスの医師は、専門医と一般医(2005年から内科専門医)に分かれており、各養成課程が異なっている。つまり、医学教育(医師になるまで)の第1サイクル(教養課程、2年)と第2サイクル(4年)はともに同

じであるが、第3サイクルにおいては、専門医は4年、一般医（内科専門医）は2年半の教育に分かれるのである。そのため、専門医と一般医（内科専門医）では、その報酬は異なっている。日本の在宅医療において、医療と介護の重複は多いことから、内科医を中心とした「かかりつけ医・家庭医」の専門職養成が必要と考える。また、在宅医療を担う医師を増やすための教育研修も喫緊の課題である。その方略としては、①診療所を開設している開業医師が、外来診療に加えて在宅医療に取り組む、②在宅医療に特化する診療所の増加、③病院が在宅医療部門を

整備する、の3つが考えられるが、特に、①診療所を開設している開業医師の在宅医療への参入が重要である⁷⁾。今後、医師を対象とした多職種連携研修会などのキャリア形成支援や、医師の確保を支援するための拠点整備など、教育研修体制も充実されなくてはならない。2017（平成29）年度より、「総合診療医」の研修が開始される予定であるが、果たして、「総合診療医」の必要数に達成することはできるのだろうか。

表1 医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護機能の再編（将来像）



(出典) 厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf (参照日: 2015 (平成27) 年5月24日)

Ⅲ. おわりに

医療介護総合確保推進法が公布されたことにより、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」が改正され、医療法等の改正による制度面での対応に併せて、新たな基金の創設（財政支援制度）と医療・介護の連携強化が一層図られることになった。具体的には、都道府県の事業計画に記載された医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金が都道府県に設置されることである。2014（平成26）年度からまず医療を対象として実施され、介護については2015（平成27）年度から実施される。そして、2015（平成27）年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後には、更なる拡充が検討されている。

在宅医療を担っている機関は、地域の一次医療機関である診療所、特に有床診療所である。有床診療所は、病院に比べて細かい施設基準などは決められていないため、個別性の高い診療ができるメリットがある。しかし、患者は設備が整った大病院への志向が強く、診療所は専門科（専門医）志向が強く、全ての病状に対応できないという事情や、大病院も患者を手放したくないという現実がある。24時間対応の在宅療養支援診療所は限られているため、患者の急変時には、患者の意向などにより、自宅や施設から直接、急性期病院に搬送されるケースが多い。法律の改正や診療報酬の引き上げ、そして各種加算は在宅医療推進の一方法かもしれないが、そのことだけで在宅医療が整備されるとは考えられない。なぜならば、在宅医療を提供する基盤整備が整っていないこと、自分が住む地域の「かかりつけ医・家庭医」に対する患者意識（生活全体をみてくれるという意識）が低く、「かかりつけ医・家庭医」に対しての信頼関係が出来ていないこと、その他、そもそもへき地には医者がないという深刻な課題がいくつも存在するからである。なお、診療報酬にはなじまない、あるいはなじみにくい領域として、島崎謙治教授（政策研究大学院大学）は医学教育をその代表例とされている⁸⁾。しかし、医者は保険医である以上、医療に関する法制度や政策動向（診療報酬を含む）、そして医療経済や経営についても知識を深めて

いかなくなくてはならない。医療介護総合確保推進法の各施策と、診療報酬の改定は常に整合性を保つべきものであるから、プライマリ・ケアと「かかりつけ医・家庭医」の基盤整備が整えば、診療報酬への関与も可能となるのではないだろうか。

【脚注】

- 1) 山路克文. 戦後日本の医療・福祉制度の変容－病院から追い出される患者たち. 京都：法律文化社；2013. p. 133～p.134.
- 2) 詳細については、斉藤透. 事例2 在宅医療の組織マネジメント～在宅コーディネーターの可能性～. 医事業務. 2014；464. p.16以下参照.
- 3) 厚生労働省. 第117回社会保障審議会介護給付費分科会. 資料1 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告（案）. p.2～p.3.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000069375.html>
（参照日：2014（平成26）年12月28日）
- 4) 医療計画の詳細については、菊池馨実. 社会保障法. 東京：有斐閣；2014. p.315以下参照.
- 5) 折坂義雄. 公平で効率的な在宅医療のための諸課題 フランスの在宅リハビリテーション現場からの考察. 佛教大学保健医療技術学部論集. 2015；9. p.99.
- 6) 会議の詳細については、国保実務. 2015；2953. p.34参照.
- 7) 川越正平. 医学と医療の最前線 在宅医療の現状と課題. 日本内科学会雑誌. 2014；103（12）. p.3116.
- 8) 島崎謙治. 診療報酬の誘導だけでなく政策手法の組み合わせを－社会保障法学会が医療政策でシンポジウム－. 週刊社会保障. 2014；2800. p.32.

[Review]

The Ideal Form of Medical System for Home Care

Harumi Kawatani

*Kyushu University of Nursing and Social Welfare,
Kumamoto 865-0062, Japan*

[Abstract]

The medical payment system was revised in 2014, including the rebuilding of the medical supply system. Particularly, the shift from institutional long-term care to home care is worthy of more ; however, it is not necessarily easy. This article focuses on the “convalescent stage and chronic stage” in the medical supply system and considers the home-care-incentive policy in the revision of the medical payment system. In the future, cooperation between home care affiliates and doctors will be essential for the promotion of home care. Therefore, the reform of medical education shall be considered as well.

Keywords: *Home medical care, System of medical service, Home doctor, Revision of medical treatment fees
Long-Term Care Insurance Act*

* Corresponding author. FAX: +81-968-75-1804, E-mail: haru@kyushu-ns.ac.jp