

●在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書●

（「療養上の世話」の構造化に関する研究）

全国訪問看護事業協会

社団法人 全国訪問看護事業協会 本委員会委員長 竹中浩治 主任研究員 川村佐和子

平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康推進等事業)

●在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書●

(「療養上の世話」の構造化に関する研究)

社団法人 全国訪問看護事業協会 本委員会委員長 竹中浩治 主任研究員 川村佐和子

研究組織

本委員会

委 員 長	竹 中 浩 治	(全国訪問看護事業協会副会長)
主任研究員	川村 佐和子	(東京都立保健科学大学教授)
委 員 員	西 島 英 利	(日本医師会常任理事)
委 員 員	山 崎 摩 耶	(日本看護協会理事)
委 員 員	平 林 勝 政	(國學院大學法学部教授)
委 員 員	廣 井 良 典	(千葉大学経済学部助教授)
委 員 員	草 刈 淳 子	(千葉大学看護学部教授)
委 員 員	川 越 博 美	(聖路加看護大学教授)
委 員 員	数 間 恵 子	(東京医科歯科大学教授)

「療養上の世話」の構造化に関する研究（小委員会）

委 員	川村 佐和子	(東京都立保健科学大学)
委 員	曾根田 靖昭	(東京都杉並区医師会)
委 員	山 崎 摩 耶	(日本看護協会)
委 員	平 林 勝 政	(國學院大學)
委 員	廣 井 良 典	(千葉大学)
委 員	草 刈 淳 子	(千葉大学)
委 員	川 越 博 美	(聖路加看護大学)
委 員	数 間 恵 子	(東京医科歯科大学)

研究協力者

宇都木 伸	(東海大学法学部)
徳永 梢子	(日本看護協会)
大場 和子	(全国訪問看護事業協会)
尾崎 章子	(東京都立保健科学大学)
本道 和子	(東京都立保健科学大学)
小西 知世	(明治大学大学院)
西田 幸典	(湘央生命科学技術専門学校)

目 次

はじめに

第Ⅰ部 訪問看護における療養上の世話の構造について

1. 我が国の訪問看護の系譜とその特徴	3
2. 医療の変革と訪問看護の役割	7
3. 我が国における健康問題の推移と在宅サービス	11
4. 国民の主体性の尊重と医療参加	18
5. 諸外国の医療変革と職種の役割分担の動向	22
6. 我が国における看護教育の進展	26
7. 在宅看護における「療養上の世話」の構造とその課題	29
文献	37
図表	42

第Ⅱ部 訪問看護をめぐる法状況

1. 在宅医療をめぐる法制度の俯瞰	81
2. 「療養上の世話」と「診療の補助」に関する文献検討	100
3. 在宅療養の担い手の役割分担をめぐる法的枠組	105
表	133
おわりに	153

はじめに

はじめに

近年の医療に対する社会的ニーズの変化は、在宅医療にも大きな影響を与えている。すなわち、人々の尊厳を維持する医療の在り方として、人々がその主体性をもって、自由な意志をもって、医療を選択することができるよう医療提供の選択肢を拡大することである。ここには、QOLの向上をはかり、生活を支援するタイプのサービス提供法が重んじられる。次いで、医療サービスの効率化を図り、医療費の高騰を抑制することである。医療機関の類型化によるサービスの特徴づけや経済的評価の相違も進展している。従来の急性期に対応する医療は、入院期間を短縮化させ、早期退院により在宅で医療を継続する方向である。

これらの変化により、在宅医療は医療依存度が高い人々を対象にし、技術の高度化が求められることになった。同時に、人工呼吸管理を実施しながら、登校して学業を続ける子供たちや飛行機を利用して旅行する人々が増加している。かつては、ICUの中で専門技術者によって管理されていた生命維持装置も、今や、街の中を闊歩する時代になっている。

このような時代の変化が著しいときにとって、従来の医療や看護のシステムで運営されている在宅医療の現場に、混乱がないはずはない。数時間毎に注射を必要とするがん末期患者や夜間であっても気管切開口に絶えず貯留してくる痰を吸引しつづける人々の病室や、人工呼吸器で呼吸を維持しつつ通う子供の教室で、さまざまな課題が生じ、簡単に解決策を見出せぬまま混乱となり、在宅療養者やかれらを支援する人々に焦りと疲労をもたらしている場合が多い。訪問看護婦はこれらの渦の中で、当事者としての責任を強く感じ、社会ニーズである人々の安全で健康な生活を維持するために、よりよい解決策を模索している。

以上の観点にたち、訪問看護職者の立場から本研究は開始された。一昨年度は、看護サービスを整理する方法を検討するために、訪問看護におけるプロトコールの作成を試行した。次いで、昨年度は「訪問看護における診療の補助」に関する研究を行い、訪問看護側は診療の補助行為に関する施設内規準を作成し、医師（医療機関）と組織間協定を結び、看護サービスを客観的に運営する方法を提案した。そして、本年度は訪問看護婦が行う「療養上の世話」について、検討することとした。

保健婦助産婦看護婦法においては、看護婦の機能が「療養上の世話」と「診療の補助」の2つの分類によって示されている。しかし、現状では、前述したとおり、医療依存度が高い状態の人々が一般社会生活を共有する時代である。医療依存度が高い人々に対するサービスにおいては、2つの内容は重複して存在している。例えば、病棟で治療目的のために痰を吸引すれば医行為で、学校の教室で咳の代替として痰を吸引すれば生活支援行為であるというような、場所や目的による仕分けも、医師や看護婦が行えば医行為で、ヘルパーや教員が行えば生活支援行為という、実行者による分類も適当ではない。看護婦のサービスは両者のサービスを一体として安全に行えるところに特徴がある。しかも単に痰を除去するだけではなく、その時々の人々の状態を観察結果から判断し、状態を悪化させない、合併症を生じさせないという予防的な配慮をあわせてもち、自力で去痰を可能とする徵候を見出し、その力を強化させるという効能をもつ支援である。

そこで、本研究では、看護婦が医療依存度の高い状態の人々に対して、医療機関外で、現行法上の医療的行為を行う際に、安全に対応することを客観的に示した上で、主体的なサービスを実施できる方策を検討した。

本研究は2部構成である。第一部は看護婦のサービスの実情とそれを巡る社会的な見解を整理し、第二部は療養上の世話とくに診療の補助と重複するサービスについて、法的な課題を整理するものとし、ここに示した。

第一部

訪問看護における 療養上の世話の構造について

1. 我が国の訪問看護の系譜とその特徴
2. 医療の変革と訪問看護の役割
3. 我が国における健康問題の推移と在宅サービス
4. 国民の主体性の尊重と医療参加
5. 諸外国の医療変革と職種の役割分担の動向
6. 我が国における看護教育の進展
7. 在宅看護における「療養上の世話」の構造とその課題

1. 我が国の訪問看護の系譜とその特徴

日本の訪問看護の萌芽は、近代看護の発祥とほぼ同時期とされ、100年以上の歴史をもっており、その発展経緯には様々な系譜がある^{1) 2)}。

1) 派出看護³⁾

病院が未発達な19世紀後半、我が国のみならず多くの国々において、病人は家庭において治療を受けていた。そのため、看護婦の多くは、病人の家にでかけて看護サービスを行うという形態をとっており、我が国では「派出看護」と呼ばれ、訪問看護はこれから始まったのである。当時、病院は貧困者が入る場所であり、裕福な者は派出婦による在宅看護をうけていた。

1884年の有志共立東京病院（現東京慈恵会医科大学）や京都看病婦学校（1887年）では創設当初から派出看護について検討していた。前者は上流階級の家庭を、後者はキリスト教の慈善事業として、貧困者をそれぞれ対象に、巡回看護を行っていたといわれる。

1891年には、自営の最も古い「慈善看護婦会」（3年後に東京看護婦会）が設立され、独自の採算性を図った点で特記される。

第2次大戦後、1947年、東京看護婦会による看護婦派出事業は、職業安定法の施行に伴って禁止され、看護婦の紹介業務は主として公共職業安定所及び労働大臣の許可を受けた有料職業紹介事業によって行われるようになった。大半が入院患者の「付き添い」として、病院で働いていた。

1997年には、病院内における看護体制がそれまでの「基準看護」制度から「新看護体系」にと改正され、これが全面施行となった。その結果、それまでの病院の「付き添い」者は病院の看護助手として雇用されるようになり、派出看護婦の紹介は需要が減少した。

2) 病院を基盤とした訪問看護（一般疾患）

1898年に、日本赤十字社本部に「赤十字社外勤看護婦」が設置された。この事業が病院を基盤とした訪問看護及び公衆衛生看護活動のはじめとされている。主たる対象は中流階級の家庭であったとされている。

1911年には、生江孝之が巡回看護婦事業の必要性を説き、関東大震災以後、1923年には済生会病院で巡回看護婦の訪問が開始された。

1927年、聖路加病院では公衆衛生看護事業が開始された。同病院の創始者は退院患者の継続看護に力を入れていた。その後、組織再編があったが、70年以上におよぶ積極的な訪問看護活動はよく知られているところである。

3) 公衆衛生看護／保健所保健婦による家庭訪問

1937年、旧保健所法により、「保健婦」が設置され、1938年に埼玉県所沢保健館と国立公衆衛生院が設置された。保健所つまり公的責任として行われる公衆衛生看護による訪問看護活動が始まった。

第2次大戦後、1947年、新保健所法によって保健婦一人あたり担当人口5,000人を目標に設置され、各保健婦が「受け持ち地区」をもって家庭訪問活動を行った。訪問対象は、結核が主たる疾患であった。自転車で患者を訪問し患者の看護をすると共に、消毒や感染予防について家族を指導した。

1960年の保健所法改正により、保健所活動の類型化が導入されたが、受け持ち地区の人口が増加するに従って、母子、精神、難病等特定疾患など新しい事業が増加し、健診や集団指導の仕事が増え、家庭訪問活動は減少した。一方、町村合併により地方自治体の規模が大きくなり、力が強化すると共に市町村に設置される保健婦数も多くなり、1965年以降に「対人サービスは市町村へ」という方針が出された。

1997年、保健所法が廃止され、地域保健法が施行され、訪問活動の多くは市町村事業に移行した。

4) 市町村保健婦（その前史としての市町村国民健康保険組合保健婦を含む）⁴⁾

1961年、国民健康保険法の改正により、「国民皆保険」が達成した。住民の国保加入を促進するため、市町村国保組合の保健施設の一環として、国保課（係）に保健婦が設置された。

市町村の衛生課には、既に予防接種や伝染病予防の活動を主務とする保健婦がいたが、市町村の国保保健婦（その前史としての国民健康保険組合保健婦は1938年から）による訪問看護活動には市町村国保の医療費抑制のために、医療に直結した活動も含まれていた。訪問看護活動により、結核患者を早期に発見し、早期に治療することによって医療費を節約する一方、脳卒中による「寝たきり病人」を自動他動運動によるリハビリテーションによって歩行させ、社会復帰させるような活動を行っていた。このような訪問看護活動の成果は、医療費抑制への貢献として大きな話題となり、訪問看護活動による市町村国保組合の赤字抑制が期待された。保健婦には、最新の看護技術をマスターさせるため、各県の国保指導保健婦により社会保険病院を初めとした公的病院における看護技術研修が企画され、実施された。

当初、国保被保険者は各市町村人口の7-8割を占めていたが、1965年以降では高度経済成長に伴い兼業農家が増えた結果、住民の2-3割を占めるのみとなった。さらに、市町村保健婦の対象地域が保健所保健婦と重複することから、市町村保健婦の国保被保険者のみを対象とするサービス提供のあり方が時代に適合しなくなり、1978年、国の「健康つくり」施策の中で、国保保健婦はそれ以前から設置されていた衛生課所属の保健婦と共に、市町村行政全般を担当する保健婦となった。

1983年に、老人保健法が施行された後は、住民生活を支援する行政看護職として、福祉サービスなど行政サービスを統合して提供する役割を果たしている。

5) ターミナル期にある人々や難病患者等の在宅医療・在宅看護

医療依存度が高い状態にありながら退院し、在宅療養する人々のQOLを向上させるために始まったものである。診療報酬制度により在宅医療指導管理料を請求できる療法（在宅酸素療法、在宅呼吸管理療法、在宅中心静脈栄養法など）を継続している患者に対する訪問看護では医療的な看護技術を要求される点で、1)～4)に述べた訪問看護とは相違があり、その後、国民医療総合計画、医療法改正などにより展開されている、新たな時代的要請の下に出現した訪問看護のタイプであるといえる。このタイプに分類される在宅看護活動には次のサービスがある。

1970年代に入り、東京都東村山市などが白十字病院に委託して寝たきり老人の訪問看護を、1974年には堀川病院（京都）が「居宅療養部」を独立させた。また同年、東京都立府中病院（現神経病院）では在宅診療を開始し、在宅人工呼吸療法患者等の訪問看護を実践した。日本大学板橋病院においては、在宅酸素療法患者に対する専門的な訪問看護サービスが開始された。1980年には、白十字診療所と河北総合病院等の連携によるライフケアシステムが発足した。東京都立府中病院の在宅診療活動は病院の診療班が巡回するだけでなく、患者が居住する地域の医師会、医療や福祉に関する行政、ボランティア組織などと連携し、地域ケアの組織化にも着手している。

これらの活動は、東京都委託研究「難病の早期発見・早期治療の機構に関する研究班」（1975年）や厚生省「難病の治療・看護調査研究班」、全国ホームケア研究会、東京ホームケア研究会、難病看護研究会（現日本難病看護学会）、日本プライマリケア学会の組織化により、研究的な取り組みも発展した。日本プライマリケア学会在宅ケア研究委員会では、1987年に、「わが国における在宅ケア制度—その現状と将来展望」を発表し、はじめて我が国における在宅医療の定義を行い、訪問看護の在り方についても論じられた。

6) 訪問看護ステーションによる訪問看護

1983年に老人保健法が施行され、寝たきり老人等を対象にする訪問指導が開始され、さらに老人保健法の改正により訪問看護事業（新設）として（老人）訪問看護ステーションが設置されることとなった。訪問看護ステーションではその管理者は看護職と定められ、我が国でははじめて看護職者が医療に関係する機関の管理者となる道が開けた。

訪問看護ステーションは当初、介護を中心とする看護サービスを行う目的で設置され、新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）による設置目標値は5000ヶ所である。開設数は当初277事業所であったものが、1997年末には2360事業所に増加した。設置主体では、医療法人が55.5%、医師会が10.5%、社会福祉法人が8.8%である。概観すると比較的規模の小さいものが多く、「生活支援型」の看護が中心といえよう（表1）⁵⁾。

7) 民間事業体による訪問看護

村松静子らにより創設された「日本在宅看護システム株式会社」や、企業の多様な分野の一つとして訪問看護を開拓しているセコム(株)などの民間事業体による訪問看護である。在宅療養者が個人として契約し、サービスを購入するもので、患者一看護婦関係の成立が重要な要點であることが特徴的である。依頼者が要求する確かな技術に応え、サービスに対して、高い満足感を与えられるサービス提供が求められる。この意味では最も古い派出看護婦と類似している。

このタイプの訪問看護組織は、医療的看護技術を含めた訪問看護サービスを適切に提供できる、看護の質を維持するための努力も大きい。また、患者と看護婦の両者の安全を守るために、医療過誤への対策として賠償責任補償制度を作る等、新たな取り組みがなされている。

従来の医療・看護界にあっては、訪問看護サービスも保健所や市町村の公的機関から無料あるいはごく僅かの低料金で行われていたため、このタイプの看護援助技術提供料が市場価格に近い金額（一万円前後）であり、看護市場の存在を明らかにした点も特筆される。専門技術を必要とする人々を、医師とともに支援する訪問看護への期待も高まっており、このタイプの訪問看護に対する需要も高まる傾向で、健康保険の適用範囲の拡大と共に、経営が軌道に乗りつつあるとされている。

8) その他

アメリカのケアマーク社など、外国の訪問看護事業体（特に High Care 看護を中心としたサービス提供）が日本に支社を開設し、医療材料、設備、器具類などとともに高度在宅療養者に高度の看護技術を提供する幅広い企業として参画してきている。

過去約 100 年間のわが国の訪問看護の流れを概観すると、まず、治療の場が「家庭」にあり、訪問看護で対応していた。医療の進歩とくに外科的治療法の著しい進展に伴って、治療の場が医療施設内に移行し、入院治療が発達した。看護サービスも医療施設内サービスとして、とくに病棟看護や手術室や ICU でのサービスが中心となった。近年になって、増加する高齢者に対するサービスや QOL 向上そのためのサービスそして医療経済的なニーズが高まり、社会的ニーズが変化し、再度「家庭」が看護を提供する場となるに至っている。

また、看護提供に関しては、看護サービスに関する社会的ニーズが高まっていること、要求される看護サービスが急速に質的变化（個別化・高度化）をきたしていること、従来は行政による公的経費で無料またはきわめて少額な負担金でまかなわれていたサービスが受益者負担型に移行していることが指摘される。

これらの諸点は、アメリカのホーム・ケア 100 年の歴史の展開ときわめて類似している⁶⁾。今後ますます、経済圏が世界化する中で、米国や諸外国の訪問看護の展開を参考にすることは、今後の我が国における訪問看護の方向を推測する上で有用であろう。

2. 医療の変革と訪問看護の役割

訪問看護サービスは近年の社会的ニーズによって、その重要性が認められ、医療の変革を支える柱の一角を担っていくと期待されている。訪問看護サービスは前述したように、19世紀後半に、家庭での治療、手当を行い、生活を支援するサービスから始まっている。近年では、虚弱な高齢者や寝たきり高齢者の生活を支援し、介護サービスを中心とする「生活支援型訪問看護」サービスに加えて、医療依存度が高い療養者に対する「医療的看護技術を提供する訪問看護」サービスや企業体によるサービス提供など、その在り方が多様化している。

そこで、訪問看護サービスに関する、近年の法制度の動向を概説してみる。

1) 医療変革国民医療総合対策本部の中間報告

1987年に、医療変革国民医療総合対策本部が中間報告⁷⁾を提出した。報告書では、今後の医療の方向として、①老人医療のあり方、②長期入院のは是正、③大学病院のあり方、④患者サービスの向上、⑤その他が示されている。これらは、後期高齢者人口の急増による医療費の高騰への対応策で、これまでの施設医療中心から地域医療へ、キュアからケアへの重心を移行させるものであり、その後の関係法の改正は、全てこの方向へ向けた一連の改正といえる。

2) 老人保健法

1982年に制定された老人保健法は、保健と医療が1つの法のなかで結合された点で画期的であるといわれている。同法の施行（1983年2月）を契機として、寝たきり老人等を対象に訪問看護指導が開始され、高齢者の介護を中心とする「在宅生活支援型」看護が保険医療制度として始まった。1992年の改正で「老人訪問看護事業」が発足し、訪問看護ステーションが設置されている。

3) 医療法

1985年の医療法の大改正によって、地域保健医療計画をたてる基本的基盤として、「医療圏」の設定が義務づけられた。各都道府県は地域保健医療計画に基づき、住民が当該圏域の中で二次医療サービスを受けることが出来るよう、圏域設定を行う。同時に、他の法律の改正により、保健所は二次医療圏ごとに設置されることになったため、はじめて地域における

る保健と医療提供の圏域が一致することとなった。前述した老人保健法によって1つの法の中で保健と医療、福祉が結合され、従来の厚生行政ではいわゆる縦割りであった「保健」「医療」「福祉」の提供構造が統合化したといえる⁸⁾。

1992年の改正によって、医療の担い手として、「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療従事者」が挙げられ、初めて薬剤師と看護婦が医療の担い手として法に明記された。さらに、「チーム医療」に関する文言も明記され、総合医療を認めるものに改正された。

また、医療提供の場として患者の「居宅等」と法に明記され、在宅医療が法的にも医療提供の場として認められた。

そして、医療機関の機能分類が盛り込まれ、各医療施設は特定機能病院、療養型病床群などに分類されることとなった。このことによって、それぞれの医療施設はその設置目的による分類毎の診療報酬の基準に従うこととなった。例えば、1997年には病院では、その病院の平均在院日数別に、入院初期の医学管理料が決められ⁹⁾、これらに該当する医療機関は、病院経済と平均在院日数の長さは密接な関係を持つこととなった。この結果、該当する病院の在院日数は急激に短縮していくであろうと予測されている。

4) 訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業

1986年から始まった地域ケアコーディネーターに関する検討会成果を受けて、1988年から、在宅訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業が全国11ヶ所で開始された。同年7月には厚生省大臣官房に「地域振興課」が設置され、地域における保健・医療・福祉の連携が行政方針として推進されることとなった。

5) 「地域保健対策強化のための関係法律の整理に関する法律」

1994年に上記法律の制定によって、これまでの保健所法（1947年法101）は廃止され、1997年をもって地域保健法の全面施行となった。これにより、保健所の対人サービスは市町村に移譲されることとなった。

6) 在宅療養に重点をおいた健康保険診療報酬改訂

健康保険診療報酬制度は従来、外来医療と入院医療の2分類で構成されていたが、1988年、在宅療養に重点をおいた改訂が行われ、在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法などの患者に対する診療報酬請求項目つまり「在宅医療指導管理料」が新設された。

その前後の健康保険法の改正で「退院患者継続看護・指導料」（1983年）、「精神科訪問看護・指導料」（1986年）、「寝たきり老人訪問看護・指導料」（1988年）、1992年には看護重点の点数改正がなされ、「在宅患者訪問看護」の対象が拡大され、同時に「退院前訪問看護」、「在宅患者訪問診療情報提供料」、外来における「在宅療養指導料」が新設され、外来通院可能な状態の患者への対応も含めて、訪問看護サービスに報酬が支払われようになってきた。訪問看護サービスに対する報酬制度の現状については後述する。

7) 厚生省看護制度検討会報告

1987年、厚生省看護制度検討会はその報告書「21世紀に向けての看護制度のあり方」¹⁰⁾において、「訪問看護婦の育成」について、看護職の訪問看護教育や研修を促した。

保健医療制度の改革と合わせて、看護職の教育カリキュラムが改められ（1967年、1988年及び1996年）、看護基礎教育の中に「看護管理」、「地域看護」、「在宅看護」などが新たに加わり、看護婦の高等教育化が始まった。

8) 診療報酬における訪問看護の推移と期待^{11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21)}

わが国の医療サービスの提供は、1961年の国民皆保険に代表されるように、国民全体をカバーする制度として進められてきた。医療サービスは基本的に現物給付で、医療サービスに対する支払い方式は、診療報酬点数表の診療行為と頻度に応じて支払われる出来高払いとされてきた。しかし、経済が低成長の時代を迎え、高齢化の進展、疾病構造の変化等により医療費の上昇が問題となる中、医療費抑制策の一環として包括払いの導入も広がっている。現在、医療サービスの提供は、適正な情報公開のもとに患者が主体的に自分の療養について選択できるあり方へと変貌しつつある。また、在宅医療へのシフトにより、訪問看護はハイテク、ハイタッチの時代を迎えており、在宅療養者への適正で効率的な医療提供のあり方が求められている。さらに、2000年度より、介護保険法においても新たな介護報酬体系のもと、要介護者への訪問看護が再編成されていく。

わが国の訪問看護を振返ってみると、1965年以降よりすでに先駆的な医療機関や地方自治体で寝たきり老人等を対象に独自に始められていた。しかし、制度化されたのは老人保健法制定（1982年）以降であり、1983年、老人保健法に基づき創設された老人診療報酬で退院患者継続看護・指導料（100点）が設定され、訪問看護は診療報酬で初めて点数設定された（表2）。1988年には「寝たきり老人訪問看護・指導料」に改称され、対象が退院患者以外へ広がった。社会保険診療報酬では、1986年に新設された「精神科訪問看護・指導料（200点）」が最初であり、その後1988年に在宅患者訪問看護・指導料が新設され、寝たきりまたは難病患者への訪問看護が認められるようになった。

一方、本格的な高齢社会の到来に備え、平成元年12月策定されたゴールドプランで「寝たきり老人ゼロ作戦」が提示され、この中の「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」が予算化された。訪問看護の新たな時代が胎動を始めた。在宅医療の推進として、1992年、老人保健法の一部改正により、かかりつけ医師との連携により在宅療養の老人に訪問看護を提供する老人訪問看護制度（表3）が創設された。医療費支払は現金給付で、診療報酬点数表とは別だての老人訪問看護療養費が設定された。1994年6月には、健康保険法の改正で訪問看護事業が創設され、訪問看護療養費が創設された。これにより、訪問看護の対象は老人以外へ拡大した。

この後、末期患者や医療器具使用患者、精神障害者への訪問看護等に新設が続き、内容の充実が図られていった。1996年には、社会保険診療報酬で在宅患者末期訪問看護・指導料、精神科退院前訪問指導料が、訪問看護療養費では24時間連絡体制加算、特別地域加算が新設された。1998年には、在宅療養指導管理料算定患者や気管カニューレ等設置患者へ訪問看護ステーションが行う訪問看護に、重症者管理加算が新設された。また、退院1ヶ月以内の医療器具使用患者への医療機関からの訪問看護に、在宅移行管理加算が新設された。

そのほか、医師の判断で訪問看護指示書の有効期間が2カ月に延長できるようになり、訪問看護ステーションの従事者に助産婦が追加された。

一方、看護婦が行う在宅療養のための指導については、1983年、老人診療報酬で設定された退院時指導料（100点）によって初めて点数設定された（表2）。社会保険診療報酬ではこれより10年遅く、1994年10月に退院前指導料が設定された。

また、医師等と看護婦が共同で行う指導への評価としては、1988年、老人診療報酬で開放型病院老人共同指導料が新設され、1994年、社会保険診療報酬で、開放型病院共同指導料および在宅患者入院共同指導料の退院時共同加算が設定された。1997年には、入院初期の共同診療計画に対して入院診療計画加算が設定された。

外来看護婦の専門性を評価するものとしては、1992年、外来で看護婦が行う在宅療養指導管理料算定患者、及び器具を装着しておりその管理に配慮を要する患者への個別指導に在宅療養指導料（100点）が新設された。しかしながら、専用の場所、専用の電話、30分以上の指導時間で月1回を限度とするなど算定要件が厳しかった。その後、1994年、専用の電話等の要件が緩和され、1996年には、初回月は2回まで算定可能となった。今後さらに、複数の患者への教育指導に対する算定等、要件緩和が期待される。精神科専門療法に関しても、1994年、精神障害者の病状の改善と社会生活機能の回復を図るために看護婦等が行う入院生活技能訓練法について点数が設定された。

現行診療報酬に点数設定されている在宅療養関連項目については、表4に示した。今後、訪問看護を推進するために診療報酬に期待することは、次のようなものである。まず、訪問看護技術や必要度の評価、医師の指示との関連における医療処置の実施など訪問看護の運営上の評価。次に、医療器具や衛生材料の訪問看護婦の使用に対する診療報酬上の手当。さらに、予防や改善のための行為など、在宅医療・訪問看護サービスの成果、質の評価などが、期待される。

こうした一連の医療・看護をめぐる法制度の動きを見るとき、形式的にはほぼ一応の整合性をもって、改革・整備されてきたといえよう。但し、ソフト面については、基礎教育の面で手がつけられた処で、実務面での運営内容の内付けは、まさにこれからの問題である。看護がどこまで社会サービスの1つとして、参画していくことが出来るか、それはこれからの課題である。

3. 我が国における健康問題の推移と在宅看護サービス

1) 超高齢社会における健康問題

我が国の人団動態および健康問題に関する指標を検討してみる。出生率（人口1000対9.6）は、欧米の諸国に比して低値であり、死亡率（人口1000対7.4）も低い（表5）²²⁾。一方、高齢者（65歳以上）と後期高齢者の人口は年々増加しており、その増加は近年著しい（図1中折れ線）²³⁾。少産少死による高齢化が進行し、生産人口およびケア提供年齢層の相対的な低下が顕著である。

疾病構造は1955年以降では感染症を中心とする構造であったが、それ以降、1975年頃には慢性疾患が中心となり、現在では老人退行性疾患が中心となってきた²⁴⁾。

受療の方法では、循環系疾患と神経系疾患では、在宅療養の比率が外来受療よりもやや高く、精神系疾患では入院受療が中心になっている（図2）。主要疾患別では、糖尿病（81.2%）、高血圧（94.6%）、ウィルス肝炎（89.6%）は、外来での受療が多く、脳血管疾患と悪性新生物は、外来と入院との比率が同数に近く、脳血管疾患に在宅医療の受療が多い。痴呆は、入院が77.3%で最も多く、在宅療養も4.0%と他の疾患に比較して高い（図3）²⁵⁾。

平均在院日数では、O E C D諸国など諸外国よりも長期である。しかし、1987年以降、徐々に低下しており、1992年の医療法改訂や1997年度の入院時医療管理料の改訂により、さらに低下傾向に拍車がかかると推測されている（図4）²⁶⁾。

退院後は、88.7%が家庭に退院し、在宅療養に移行する。福祉施設入所は0.6%であり、他の医療機関への転院は3.7%である（図5）²⁷⁾。在宅医療の利用者は年齢構成が65歳以上が多い。

以上のような状況から、我が国の現状は、人口構成の超高齢化に伴い、サービス提供を家族に求めることは困難であり、在宅療養者が増加する傾向があることが分かる。このような社会の健康問題状況を、廣井、長谷川らは歴史的推移で分類し、医療のみでなく経済的側面も加味した検討により、健康転換相という概念で把握している（表6）²⁸⁾。この健康転換相の考え方によると、前期状況は老人退行期（第3相）であり、その対応は高齢者の医療・福祉を統合した独立のシステムで対応すること、またサービス提供法としては、福祉と在宅でのサービス供給を生活重視する、QOLモデルで対応することが適切であると分析している（表7）。

超高齢化社会に入る我が国これから医療サービスシステムもこの方向性をもつものであり、QOLを追求し、生活モデル型の在宅看護サービスは、サービス提供システムにおいて重要な役割を担うことになる。

2) 在宅療養者に対する療養上の世話サービスの特徴

看護婦は保健婦助産婦看護婦法により、療養上の世話と診療の補助を業とする。このことは訪問看護婦にとっても共通するものである。

また、老人訪問看護ステーションは虚弱老人に対して介護を中心とする看護を提供するものと定められていたから、ここに働く訪問看護婦は主として介護を中心とした業務を行い、診療の補助行為は業務の中で重要性が低かったといえる。すなわち、介護を中心とする看護を行うことにより、療養上の世話業務を実施するものであり、それは介護を中心とする看護ときわめて近い存在であったといえよう。

しかし、訪問看護ステーションの対象が拡大し、高齢者のみではなくなり、がん末期の人々や難病患者などが加わってくると、がん性の疼痛をうまくコントロールできるか、中心静脈栄養法が適切に行われるかにより、療養生活の質が変化してくる。がん末期患者が自宅に退院すると、鎮痛剤の量が少量にできるという報告がいくつもあるが、この場合には、看護法により、身体を清潔にし、循環を良好に保ち、栄養を苦痛少なく摂りいれ、家族らとの交流を円滑にし、自身の希望に叶う時間を作り、心地良い時間を延長するという療養上の世話の蓄積から得られる効用である。鎮痛剤の投与量が減少すれば、患者にとっては副作用を軽減でき、より健康に過ごせるであろう。仮に、その経過を重ねて、鎮痛剤の投与から離脱できるようになれば、それは診療上の効果にもよい影響である。

また、表8²⁹⁾は、難病で、人工呼吸器を装着した患者が外出する際に用いられている外出手順書である。外出するという生活を支援する世話においても、事前に医師がその外出計画を承認していても、その計画実行直前の患者の健康状態を観察し、計画実行の適切性や医師への連絡の要・不要を判断しているのは看護婦である。また、その計画実行中に予測されうる事態や生じるかもしれない危険を予防したり、不幸にして危険に遭遇した際の対策を講じているのも看護婦である。これらのために、医療の知識や技術を駆使し、医療材料や衛生材料を、外出先で使用できるように準備し、必要時には人工呼吸器の回路を交換するなどの技術サービスができることも含まれる。

このように、医療依存度が高い人々への療養上の世話においては、療養生活の質を向上させる目的で行うサービスであっても、つまり生活支援型サービスであっても、その裏面には、医療的看護技術サービスが存在しているといえる。

近年改正された医療法では、人々の尊厳を維持することがうたわれ、サービスを受ける人々の選択が重要視されている。生命予後に危険が予測されても、きちんとした説明の後であれば、自身の選択が優先される。サービスを受ける人の選択によっては、看護婦が行う診療の補助行為と療養上の世話は分離困難な関係になるともいえよう。

そこで、このような医療依存度が高い人々の訪問看護を進展させる際には、療養上の世話と同時に、並行的に現れてくる診療の補助と同じ方法を用いるサービスを、訪問看護婦が実施可能とすることが必要になろう。

医療機関内において看護婦が行う医行為の範囲について、若杉らは、その論文で、医師と看護婦が同じ室内にいるというような、場の共有や行為の難易度および行為により生じる危険性などで、行為別に業務範囲を定める努力をしている。しかし、現状では、医療法や診療報酬制度に見る通り、看護婦が実施してよい行為、許されない行為を単純に分類することは困難である。

3) 在宅看護サービスの現状

近年における、我が国の在宅看護は、老人保健法を中心とする訪問看護制度によって発展している。老人保健法に基づく訪問看護事業は当初、老人訪問看護ステーションとして、介護を中心とする看護を提供するものであった。その後、サービス対象を拡大し、訪問看護ステーションとして発展をみている。

訪問看護ステーションの開設数は、1997年12月末には2360事業所に増加している。この開設数は新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の目標値500ヶ所に対して47.2%であり、今後さらに、増加すると予測されている。

訪問看護ステーションの利用者状況を、1997年訪問看護統計調査の概況（厚生省大臣官房統計情報部）³⁰⁾からみると次のとおりである。

利用者数は1997年6月1ヶ月間では92,622人であり、前年に比べ52.3%増加している（表9）。

適用法別では、「老人保健法」による利用者が前年に比べ49.5%増加であるに対し、「健康保険法等」による利用者は75.4%の増加となっている（表9）。

平均年齢は全利用者では78.0歳であるが、「老人保健法」による利用者は81.4歳に対し、「健康保険法等」による利用者は53.3歳と若い。

主たる傷病では、「老人保健法」による利用者が循環器系疾患が54.2%であるに比べ、「健康保険法等」による利用者は循環器系疾患と神経系疾患を合わせて53.8%である（表10）。

看護内容では、「老人保健法」による利用者では病状観察、本人の療養指導、日常生活の援助等の割合が高いが、「健康保険法等」による利用者では「老人保健法」による利用者に比べ、経管栄養の管理、呼吸管理に伴う処置、IVH管理等の医療的内容が多い。健康保険法等の利用者中特定疾患をもつ利用者は医療的内容がさらに多くなっている（表11）。サービス対象のニーズによって、訪問看護が提供するサービスに、医療的看護技術が増加していく傾向である。

入院期間の短縮化に伴い、日帰り手術なども増加すると、次第に訪問看護対象の医療依存度は高い者が増加してくると予測される。

4) 医療処置の実施とその条件整備

現在、増加の傾向にあり、今後増加が予測される訪問看護業務における医療的看護技術サービスは、主治医の指示によって行われるものであるが、実際にはどのように行われているのであるか。医師の指示と看護技術サービスの関係について、従来行われてきた研究成果および関係する論文や資料から、検討してみる。

(1) 医療的看護技術サービスに対する訪問看護事業所の対応

1995年に、草刈らが行った研究「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究」³¹⁾では、全国の423事業所（訪問看護ステーション）の施設長および本調査に回答した事業所と連携している医師312名から回答を得た結果を分析している。表12,13

に示す医療的看護行為に関して、現時点での実施の有無と対象者がいた場合に実施する意向があるか否かを調査している。ほとんどの項目について、実施または実施する準備をしている事業所が50%を超えており、事業所の施設長（看護職者）の積極性が推測された。また、一部の施設長は事業所の専門分化を検討しており、将来的は例えば「中心静脈栄養法を中心とする医療的看護技術サービス」を提供する専門性を標榜する事業所へ移行したいという回答もあった。

（2）医師からの医療的看護技術サービスニーズと訪問看護婦の対応

医師の指示と訪問看護婦サービスとの関係を同じく草刈研究から読み取ると次の通りである³²⁾。

医療的看護技術内容について：医療的看護技術39項目は「医師が指示を出している」割合と「看護婦が実施している」割合がほぼ同じであったが、「医師の指示」よりも「看護婦が実施している」割合が高い項目は、①機能回復訓練（肺理学療法を除く）と②服薬管理・指導（内服薬・外用薬・注射薬など）であり、「医師の指示」よりも「看護婦が実施している」割合が低い項目は①女性の導尿、②静脈採血、③検査用採尿・採痰などの20項目であった。前述の①機能回復訓練（肺理学療法を除く）や②服薬管理・指導は看護サービスとしての生活指導や支援に際して行われることが多いものであり、これらは従来の療養上の世話に含まれていたものといえる。

しかし、後述の20項目は、医師が指示を出していてもあるいは指示を出す意向があつても訪問看護婦がこれを受けてサービスを提供できていない状況を示しており、医師側に「看護職者が医療的看護サービスを実施する」期待が強い項目である（表13）。

医師の指示について：医療的看護技術サービスを医師の指示の型でみると、そのほとんどが「個別具体的指示」で実施されているが、日常生活援助に関連したCAREの要素が高いものほど、また予測外の状況展開がみられるものは、看護職者の裁量と責任のもとに実施されていることが明らかにされている。

指示と指示受けに関する課題：看護職者側が医師の指示を受けて、医療的看護技術サービスを実施する際に躊躇している問題としては、①指示書の内容が、看護職者の業務範囲を明示していないため、実施すべき内容が特定化できない状況にあり、指示書を受けた看護職者がどこまで自律的に判断し実施すべきか苦慮すること、②必要な衛生材料や医療器具が入手できず、適切な処置を行うことに困難が多い状況であること、さらに③看護職者にはこれらの実施に伴う収入がないことが指摘されている。

また、医師の立場から看護職者に指示を出す際に生じる課題としては、①医療依存度が高い人々の在宅療養を容認しがたいため、指示を出せないというものや、②実施上で事故が生じた際の責任が、指示を出した医師側にあるということは容認できない（実施責任は訪問看護婦側にもあると考えているので、サービスを依頼したいが、依頼できない）という事情が指摘されている。

さらに、60人の医師（312人中19.2%）が自由意志で書いた自由記載から得られた意見では、60人中7人（11.7%）が在宅ケアの実施に疑問を持ったり、反対意見を持っており、53人（88.3%）は在宅ケアの発展が必要であるとの見解であった³³⁾。

また、訪問看護婦が医療行為を行うことに直接的な意見を記載していた15人の意見では、6人の医師が訪問看護婦は医療行為を実施すべきではないという見解であり、3人が訪問看

護婦に医療行為を依頼したいが、（県などに問い合わせて法的には許可されないと知ったので、ニーズに反して）現行制度下では依頼しないと言う見解であり、他の6人は現に指示を出しているという見解であった。現在、指示を出している医師たちも主治医が許可しているのだから、看護婦が医療的な技術サービスを行っても問題はないしながらも、将来的には合法的に指示が出せるようになることを期待し、あわせて実施する看護職者に経済的な負担を負わせたくないという意見をもっている。法的に承認され、看護職者への経済的問題が解決されれば、訪問看護婦に医療行為の指示を出したいという意見はあわせて9人の医師（60%）がもっていたことになる。現在、在宅医療を担っている医師たちの記載には、患者達のニーズの深刻さが綴られ、看護職者が違法性に萎縮してニーズに充分対応しない状況に対して、苛立ちさえ感じられるものであった。

医師と看護職者の意見の相違：実践現場での医師と看護職者の活動姿勢は一般的な共通性を持つのだろうか。正野が行った研究³⁴⁾を提示してみる。正野は在宅ケア実践医師（29名）と訪問看護職者（55名）の回答を分析している。設問「医師の指示がある場合に、訪問する看護職が行う医療行為の範囲」についての意見では、医師の回答は「制限なし」が58.6%、「制限あり」が37.9%、「どちらともいえない」が3.5%の回答であった（図6）。また、設問「看護職の業務範囲を法的に拡大すること」についての医師の意見は、「賛成」と回答する医師が96.9%、「反対」が3.1%であった（図7）。さらに医師が、看護職の業務を拡大することに賛意を表す理由は、「医師と看護職が共通に行える診療業務が増える」46.4%、「在宅療養を希望する患者層の受け入れが広がる」が21.4%であった。行為別には、医師と看護職が50%以上が共通して担当している項目は「採血」「筋肉注射」「男・女性の導尿カテーテルの挿入・交換」「点滴注射」の5項目であり、医師又は看護職者のいづれかから担当者を選択する判断の規準としては「行為の危険性」「（実施者の）行為の経験と力量」が挙げられている。医師のみが担当する場合が多い項目は、「褥創壊死部の切開」のみであった。医師を担当者とする判断の規準は「技術的問題」「全身への影響が大きい」ことが挙げられている。

一方、看護婦の回答では、実施可能な医療行為の制限を医師に比べ、強く意識しており、業務範囲の拡大にも反対意見が多くかった。この事象について、正野は看護職側が以前の鯖江裁判事件などから、看護職者は医療的行為をすべきではないと強く思い込んでいるのではないかと述べている。医師の期待に応えて在宅医療を推進するために、看護婦は積極的に医療行為に取り組んでいくべきである。

高度医療実践医師の考え方：ホームインヒュージョンテラピイ研究会（Home Infusion Therapy：HIT研と略）は、我が国において、在宅での中心静脈栄養法に早期から取り組み、開発研究している医師と看護職者の研究会ある。この研究会を主催する大学病院医師グループ（竹山博光ら：名古屋市立大学第一外科）が、HIT研の幹事が所属する大学病院などの医療機関の医師51名から、HITに関係する医療行為について、どの職種にどのような医療行為の実施を認めるかを調査している³⁵⁾。「血液検査のオーダー」を医師以外が行ってよいとする医師は22%で、うち看護職が行ってよいとする回答は91%、「血液検査の検体採取」を医師以外が行ってよいとする医師は84%で、うち看護職が行ってよいとする回答は95%、「末梢留置カテーテルの挿入」を医師以外が行ってよいとする医師は65%で、うち看護職が行ってよいとする回答は100%、「薬剤の調整」を医師以外が行ってよいとする医師は75%で、うち看護職が行ってよいとする回答は45%、「中心静脈栄養カテーテルの挿入」を医師以外が行ってよいとする医師は20%で、うち看護職が行ってよいとする回答は100%であった。

そして、医師はこのような実施権限を看護職者に移譲したいが、看護職者がこの期待に応えない現状を次のように批判している。「昭和28年にいわゆる国立鰐江病院事件（看護婦が医師の指示によって静脈注射を行った際に薬品の確認を怠って、致死となる過失をした）」が発生した。昭和38年頃、行政解釈により、医師の指示により看護婦が行う静脈注射においては、医師法17条、保健婦助産婦看護婦法37条の違反にならないとする見解がだされたが、看護婦側がこれに反対し、看護婦が静脈注射等を実施することを否定し、今に至っている³⁶⁾。しかし、この調査結果のような事実を踏まえ、行政解釈としても、医師の判断で看護婦などに医療行為をさせることができ、看護婦などは先端技術、医療器械・器具・用具に関する知識と技術を習得し、資格を認定し、医師の指示があれば権限と責任をもって、主体性をもって業務に取り組むことが必要である。在宅静脈栄養における役割分担のアンケート調査から判断する医師が行うべきことは治療方針の決定・変更と外科的処置である。看護婦はカテーテルの管理、合併症を含め患者に密着した業務が主体であるが、チーム医療の連携に中心的役割が期待されている。

社会的ニーズ：1996年に設置された厚生省健康政策局所管の「21世紀初頭に向けての在宅医療について」委員会は、介護保険制度の基盤整備に向けて、在宅医療の質・量及びその供給体制について審議し、今後の在宅医療は「入院を中心とした医療提供体制」や「治療一辺倒の医療」から「在宅患者を支援する医療も重視した医療提供体制」「患者のQOLに配慮した医療」を、「医師自己完結型医療」ではなく「保健・医療・福祉等関係者からなる連携」による対応として促進することの重要性を指摘している³⁷⁾。また、在宅医療を「看護や介護が中心の在宅医療」「患者自ら医療技術を用いる在宅医療」そして「在宅末期医療」に3分類している。

とくに訪問看護に関しては次の諸点が指摘されている。

「①診療所や中小病院において、在宅医療を推進していくためには、医療機関との連携を念頭においた訪問看護ステーションやホームヘルパーステーション等の整備を推進していくことが重要である。患者の利便の向上と医療提供の効率性の観点から、訪問看護ステーションにおいては、介護職員の配置やホームヘルパーステーションとの一体的整備等連携の緊密化を推進すべきである。②訪問看護を推進する上で、患者宅において看護婦による気管カニューレの交換など個別具体的指示を必要とする医行為に関して適切な実施を確保するため、その標準的な作業手順について早急に検討すべきである。併せて、静脈注射の取り扱いについても検討すべきである。また、訪問リハビリテーションについても、理学療法士・作業療法士に必要な標準的な作業手順について早急に検討すべきである。③訪問看護ステーションの看護婦が訪問した際に、医師の指示の下、速やかに必要な医療材料や衛生材料を提供できるよう、訪問看護ステーションにおけるその診療報酬上の取り扱いについて検討すべきである。併せて、薬局においても医師の指示に速やかに対応できるように同様の措置について検討すべきである。④在宅患者の口腔ケアの技能の更なる向上や適切な提供の在り方等歯科保健の充実について検討する必要がある。」

つまり、訪問看護は在宅医療の推進のために、他の職種職者と連携を緊密にし、個別具体的指示を必要とする医行為に関して、標準的な作業手順（プロトコールなど）を作成し、医師の指示の下に、速やかに必要な医療材料や衛生材料を提供し、併せてその診療報酬上の取り扱いが決められることとなるものと読み取れる。

5) 本章のまとめ

以上のように、実践現場においては、社会的ニーズに対応する専門的な対応が不十分であり、専門職者との連携が不十分なまま、規制緩和の方向に向かっており、混乱が生じている。人々の健康問題を安全に解決していくために、訪問看護婦（看護職者）が医療的看護技術サービスを実施できるような法的、経済的環境の整備について検討が必要であり、これは緊急性を要する課題であると考えられる。

4. 国民の主体性の尊重と医療参加

1) 医療参加の条件整備とその実際

近年の相次ぐ、医療法改正により、「医療の目的は生命の尊重とともに、人々の尊厳を重要視し」し、「医療は国民自らに努力による」ものとなり、その利用者の主体性が尊重されると同時に、積極的な医療への参加が促進されることとなった。具体的には、国民が医療の選択権を発揮するために、医療情報の開示とそれを用いて行われるインフォームドコンセントの実施を促進するための方策として、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」³⁸⁾などが検討されている。

また、在宅療養者においては、「21世紀初頭に向けての在宅医療について」³⁹⁾で審議されたところでは、「患者のQOLに配慮した医療」を「在宅患者を支援する医療も重視した医療提供体制」において「保健・医療・福祉等関係者からなる連携」による対応を受けながら、「患者自ら医療技術を用いる在宅医療」を実践していくことが求められている。

しかし、患者やその家族は退院時に短時間の指導は受けているとしても、医療に関する知識や技術の教育背景もなく、適切な医療材料や衛生材料も提供されず、24時間365日、在宅医療を担っていくことは極めて困難が多い。実際、患者および障害者の組織からはこの主旨の意見が多く提出されている。例えば、1998年に行われた難病に関する調査研究結果^{40) 41) 42)}では、筋萎縮性側索硬化症により人工呼吸器を装着している人々（373名）の多くが困難を訴えている。具体的には、訪問看護制度も不十分であり、ケア担当家族の41.9%が介護者が一人のため、慢性疲労状態であると訴え、10.1%が長い闘病生活に疲れ果てていると回答している。そして、ヘルパーが吸引などの行為を家族に代わってやってくれるので、ヘルパー派遣に対する希望が大きいと言われている。

本来、訪問看護婦はその教育背景から考えてみても、患者や家族が直面している困難の軽減や除去を行うに最も適した職種であり、そのために訪問看護は専門技術を用いた継続教育や家族の負担軽減のための技術提供、そして変化する患者の生活上および症状に適したケア方法の工夫を家族とともに実施していくことが必要である。また、人工呼吸器など生命維持装置を装着している人々は現状の福祉施設に入所することは環境的な制約が多く、諸外国にある看護施設をもって、デイケアやレスパイトケア、療養中に単身者となってしまった人々などの継続的ケアを実施していく必要がある。

しかし、訪問看護婦がこれらのニーズに充分な対応ができていないために、難病在宅療養者や重症心身障害児の学校内生活などにおいては、医事法制上の無資格者がこれを実施することを公認していく方向で、現実的に対応されている事実もある。

2) 重症心身障害児教育における、教職員による医行為の実施について

重症心身障害児が教育を受ける権利の実行が促進されていくことはきわめて評価すべきことである。しかし、一方では、多くの児の生活には、痰の吸引や食事の胃内注入など、医療的な技術サービスが不可欠であり、これを実施する看護サービス制度ができていないため、次の学校生活に困難が生じている。これを解決するために、次第に教員がこれら従来、医行為と呼ばれてきた行為をモデル的に実施したこともある。いわゆる規制緩和という概念に入る考え方であろう。このことは、児の教育を受ける権利の保証という側面では評価されるべきことであるが、一方では安全な医行為の実施という側面では検討が必要であろう。そこで、これら医行為についてどのような考えに基づいて規制緩和が進んでいるかを検討しておく必要がある。その経過は表14に示すとおりである。

1990年頃より、養護学校などで、この問題が顕在化し、討論が公開されるようになった。まず、1990年に横浜市教育委員会が「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」が「吸引や経管栄養の注入などは・・・、疾病の診断や治療等の狭義の医療行為とは異なるもの・・・特別な資格を有するものが行わなければならない」という明確な規定はみあたりません。したがって、これらの行為は、生活行為の一部とみなされますので、日々の教育活動の一環として学校で行うことが可能・・」という考え方を公開した⁴³⁾。しかし、東京都教育委員会(1991年)⁴⁴⁾は横浜市教育委員会の意見とは違って、痰の吸引や経管栄養の注入などは医療行為と見なすとの見解であり、大阪府教育委員会(1991年)は「健康の保持増進に関する特別な配慮からここでいう医療的ケア等を広くヘルスケアの一環として考えることも可能であろう」という見解を出した⁴⁵⁾。医療的ケアをヘルスケアと広く解釈して、医療的行為ではあるが、広義に解釈できるから、有資格者でなくても行ってよいという考えになるのであろうか。さらに高知県教育委員会は1995年に、「・・法的には医師や医師の指導を受けた看護婦又は保護者が行うことになっており、教職員が行う場合には法に触れるおそれがある」との見解を示した⁴⁶⁾。このように、重症心身障害児の学校生活における吸引などの行為については、見解が地域毎に異なっていた。

しかし、1996年になると、柳川が「教員等が障害児の教育現場でいわゆる医行為を行うことと医療法第17条との関係について」⁴⁷⁾において、生徒に保健衛生上の危害が及ぶおそれのないように処置・配慮がされた上でのことなら、これを教員等が行っても法第17条違反にはならないという考え方を示してからは、1998年に、加藤が「・・医行為を業として行ったとしても・・・お子さんの教育を受ける権利。あるいはまた学校で行われる医療的ケア、その危険性がどの程度のものか、また保護者の方の承諾・・医学的な教育という訓練を受けて行えば医師法第31条項1号に違反して処罰することはないだろう」⁴⁸⁾との見解を示した。この意見公開と同時に、障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区の医師有志約600人が厚生省に対し、次の要件を充たす場合に学校教職員や通所施設職員が吸引などを行いうるという見解を明らかにするよう要望した⁴⁹⁾。要件は次のとおりである。①その行為が必要である特定の対象児(者)に限定して、その特定の行為について、行われるものであること、②その行為はその対象児に日常的に行われているものであること、③その行為が行われることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること、④その行為が行われることにつき、医師による同意および指示と、指導管理が継続的になされること。また同じ頃、鹿内(弁護士、厚生省保健医療局国立病院部訴訟専門調査員)は、保護者や介護者が行う在宅酸素療法、経管栄養、自己導尿、自己注射、中心静脈栄養、人工呼吸器療法、腹膜灌流等を生活行為として医師法違反としない。器具の開発と充分な訓練によって相対的医行為外の行為とすることができたものとしている⁵⁰⁾。1997年には衆議院厚生委員会で谷局長が厚

生省の見解は看護婦が行うべき行為と整理しているという見解を示した⁵¹⁾。しかし、10日後には厚生省医事課は医師以外が医療行為を行うという行為自体は医師法に違反する可能性が高いとしながらも在宅医療では医師の指導のもと、家族が医療行為をしている、保護者からのきちんとした委託と医師の指示があるなどの条件を充たせば、違法性が問われない可能性も考えられると、教員が医療的ケアを行っている現状を追認する姿勢を示した⁵²⁾。

さらに、1998年に、文部省特殊教育課は医療的ケアの見解として次のような内容を示した⁵³⁾。

*医療的ケアの行為のうち、次のものは特段の医学的知識や技能がいらず、基本的な医行為でもないと考えられる。

- ①咽頭より手前の口腔内吸引
- ②生理食塩水・精製水の吸入
- ③あらかじめ用法用量が区分けされている定時服薬ケア

*医療的ケアの諸類型のうちそれぞれ次の範囲については、…研修や医師等専門家の管理の下なら、教師が行っても実質的に本人に危害をおよぼすおそれは極めて小さいものと考える。(吸引以下8項目)

*医療的ケアの条件

- ①事前の具体的教育・医師の指導管理
 - ②本人の状態を知悉し、医師の教育内容を状態に即して実施可能
 - ③異常が生じた場合の連絡体制
- *次の理由から、学校内の個々の児童生徒に完結しており、国民の保健衛生への危害発生のおそれがない。
- ①文書により親の依頼により、家族に代わって行うことを確認する。
 - ②不特定多数に対応するのではなく、担任教師が依頼があった特定少数の児童生徒に対応する。
 - ③医療的ケアで報酬をもらっているわけではない。

3) 規制緩和について

さらに、1997年には、政府は規制緩和に関する検討を行い、「経済構造の変革と創造のための行動計画」(ニュービジネス協議会規制緩和要望)において、受診者の選択を広げ、新規事業を創造する観点から、…在宅医療の推進のため、平成10年中に薬事法(薬剤の宅配禁止)、労働者派遣事業(看護婦・医師派遣事業の禁止)に係る規制を緩和し、保助看法に定める単独医療行為の禁止や医師法に定める医師でない者の医業範囲の明確化を図るとしている。

4) 本章のまとめ

このように、医事法制上の無資格者が、従来であれば医行為と判断されていた行為を行うことについて社会的に認めるべきであるとの考え方もある。しかし一方、看護職者においては、それらの行為が現行法上では医行為として扱われているため、医師の詳細な指示を待っている状況があり、また医師も現行法によっては指示をだすことができないという状況下でこれを躊躇しているという現実がある。ここに、在宅医療における医行為の実施を巡って、深刻な混乱が出現する理由が求められよう。

5. 諸外国の医療変革と職種の役割分担の動向

今後増加が予測されている、医療依存度が高い在宅療養者に対する専門的なサービスをどのように整理し、解決に導くかを検討するために、諸外国における問題整理とその解決策について、資料を収集し、検討した。

各国の医療・福祉職種の役割分担の見直しをめぐる近年の動向について、最新の研究成果として、医療経済研究機構「高齢者ケアにおける医療・福祉職種の業務分担に関する研究」⁵⁴⁾を引用する。

——まず、医師の独占業務の見直しという点を中心に、医療・福祉職種の役割分担の見直しが、国レベルでもっともまとまった形で進められているのはイギリスである。すなわち、NHS改革の流れの中で、プライマリケア分野を中心に、看護婦や薬剤師の業務範囲ないし自立性の拡大が図られており、この点は1997年における政権交代以降も同様で、特に最近における“プライマリケアの中心に看護婦をおく”試みが注目に値する。

イギリスと同様の方向を追求しているのがスウェーデンであり、高齢者医療・福祉に関するいわゆるエーデル改革の中で、看護婦の自律性の拡大や、福祉職種の業務拡大が積極的に進められている。

一方、医師以外の職種の業務の拡大という点ではこれらの国と共通の方向性をもちつつも、若干異なるユニークな展開を示しているのがアメリカである。一部の州において高等業務登録者護婦（A P R N S）に薬の処方権が認められたり、また薬剤師に一部の薬剤の処方権が認められるなど、相当大胆な見直しが進められている反面、改革が州によってまちまちであり、また、伝統的には医師の権限や医師会の力が強く、医師会サイドからの反対も相当強いものがある。アメリカの場合は、基本的な医療システムや法制自体が日本やヨーロッパのものと比べて独自であり、アメリカの動向については、一方で様々な参考とする反面、少し距離を置いた上で評価していく必要があると思われる。なお、看護婦については、高等業務登録者護婦など「教育年限や専門性の差別化」の中で業務の拡大を図っていくという方向が顕著である。

医療・福祉職種の役割分担をめぐる見直しは各国共通の課題であり、各々の国において様々な改革が進められつつある。わが国においても、高齢化の進展に伴う医療・福祉サービスの再編や、消費者から見て真に望ましい医療・福祉サービスのあり方の追求、さらには費用対効果の要請も加わって、医療・福祉職種の役割分担の見直しは今後大きな課題になっていくものと考えられる。——

以下、我が国の看護職員が諸外国の訪問看護婦業務を実際に調査した資料や文献から、その実際をまとめてみる。

1) 英国の訪問看護婦⁵⁵⁾ ⁵⁶⁾ ⁵⁷⁾ ⁵⁸⁾

(1) 地域ケアに関連する看護職種

ディストリクトナース（District Nurse）とヘルスビジター（Health Visitor）、地域精神科看護婦、リエゾン看護婦などがある。

彼らは地域の医師(GP)と連携し、各地域医師に登録されている人々の健康問題に応じて、それぞれの専門性に対応する役割を分担している。このチームはプライマリケアチームと呼ばれている。

ディストリクトナースは、大学等の高等教育施設での卒後教育のコースを修了し、プライマリヘルスケアの一員として、急性期および慢性期疾患療養者、終末期療養者への家庭訪問を行ない、療養者が地域で生活できるようケアを提供する。在宅ケアの24時間ケア体制を実施し、night nurseが常に緊急時に備えている。必要に応じてPT、OT、STとの連携も図りながら支援を行なっている。最近は、早期に退院する療養者や高度の看護技術を必要とする在宅療養者が増加し、支援内容も変化してきている。病院の集中在宅ケアチーム（Intensive Home Care Team）からプライマリケアチームに引き継ぎを受ける患者に対しては、最新の医学や病気の兆候を読み取り、アセスメントしていくと同時に、ケアコーディネーターの役割も担っている。

リエゾン看護婦は、病院と地域を結ぶ看護婦で、地域ケアの促進に重要な役割を担っている。病院からナーシングホームへの退院、あるいは継続的なケアが必要な場合、ケアを立案、実施していく。

(2) 最近の動向

1990年に成立したNHS・コミュニティケア改革法（National Health Service and Community Care Act. 1990）以来、競争原理や市場原理が導入され、医療・福祉サービスの効率化や消費者の選択の拡大を図るための改革が進められている。特にプライマリ・ケアの分野では、医療・福祉各職種間の業務分担のあり方について検討が行われており、1997年には、プライマリ・ケア改革として、各職種の業務範囲を拡大していく方向が示され、様々な実験的な「パイロット・スキーム」が打ち出された。このなかで、既にある看護婦の処方スキームをさらに拡大するためのプログラム（パイロット・スタディ）が実施され、初めて看護婦がプライマリ・ケアサービスの提供をリードする試みがなされている。これには地域医師を雇用することも含まれている。

(3) 看護教育

看護教育政策諮問委員会「project 2000」(1986年)では、以上のような看護婦の職能拡大を支える基盤として、看護教育の高等教育化とその一本化を図り、准看護婦教育廃止を打ち出した。准看護婦廃止によるマンパワー不足は看護助手により補うこととなっている。

2) スウェーデンの訪問看護婦^{59) 60) 61)}

スウェーデンでは、医師は看護婦の要請がない限り、往診しない。

訪問看護婦は3年間の教育の後、1年間の実務経験と更に1年間の教育を受け、処方権が与えられ、限定された200種類の薬を処方することができる。訪問によって行う業務はインシュリンの注射と薬剤管理が多く、高等医療処置（在宅酸素療法、IVH管理、ターミナルケア、ペインコントロールなど）はナーシングホームからの訪問看護婦が行っている。緊急時連絡に対しては30分以内に患者宅に到着できるような体制がある。在宅死は50%程度である。予測された死亡に対しては訪問看護婦が看とり、死亡診断書を書くが、急変時には医師が往診し、死亡診断を行う。訪問看護婦は月1回心理学者によるカウンセリングが受けられ、重い責任によるストレスが大きくて退職者は少ない。サービスに対する専門家による客観的評価が行われる。

3) デンマークの訪問看護婦⁶²⁾

デンマークの訪問看護婦の活動は、ナーシングホームの入居者の状態チェック、ヘルパーのコンサルタント、必要時の医師連絡と緊急対応、注射と投薬、ヘルパーがカテーテルのつまりを発見したという連絡で交換する、がん末期などの重症者のケアなどである。

看護婦の教育は、介護ヘルパーの教育の後に受けることができる仕組みであり、ヘルパーと看護婦はその教育上一本化している。デンマークでは、ホームナース制度のもとで、介護ヘルパーが働き、ナースの責任のもとに運営されている。ホームナースは医師の指示に基づく疾病看護のみでなく、ヘルスプロモーション、リハビリテーションに関して、予防的に取り組んでいる。

4) 米国の看護制度

米国では、上級実践ナース（advanced practice nurse: APN）として、ナースプラクティショナー（NP）、クリニカルナーススペシャリスト（CNS）、認定ナースミッドワイフ、ならびに、認定麻酔専門看護婦を総称している。上級臨床看護実践に携わるナースは、包括的なヘルスアセスメントを行い、高度の自主性を有し、個人、家族あるいは特定の社会集団が顕在的、潜在的健康問題に対して示す様々な反応を診断・治療する・ウェルネス（健全状態）の促進のために必要な治療指針を定める⁶³⁾。

ナースになる最低レベルは、各州の看護婦業務法令（nurse practice acts）が決めている。1970年代にナースの役割が拡大したことによって、多くの州の法令が改正され、ナースの責任範囲が追加された。各州は拡大した看護の役割に対して法律上の責任を与えるためいくつかの方法を選択した。ほとんどの州では、州の看護評議会の権限で、看護婦業務法令の下に上級実践に関する規定を設けた。1992年現在、43の州の看護評議会が上級実践について規定するに至っている。

資格認定はある専門職を実践するための免許を有する一個人が専門領域の実践に関してあらかじめ明確に決められた規準を満たしていることを、非政府機関や協会が認める手続きを

するものである。認定の目的はその個人がある特定の専門分野において必要とされる多くの知識を修得し、技術を身につけていたことを公衆に保証することである。認定機関には米国看護婦資格審査委員会 (American Nurses' Credentialing Center : ANCC) などがある⁶⁴⁾。

認定の規準はN Pでは、修士の学位が必要であり、修士課程または正式な卒後教育プログラムにおいてN Pの教育を受けていることである。A P Nの活躍の場は、急性期ケア、長期ケア、外来ケア、地域（在宅ケア、ホスピスケアなど）など全領域にある。アメリカの州の法令の多くは、N Pは指針に従って仕事をしなくてはならないと規定している。

ガイドライン（指針）やプロトコール（手順書）は、現時点でのケアの基準を反映したものであり、利用可能な科学的知識に基づいていなくてはならない。指針や手順書はA P Nが専門的な仕事をしていく上で準拠しなくてはならない重要な要素である。手順書は主観的・客観的データを得る方式を提供し、そのデータに基づいたアセスメントをし、特定の問題に対する個別的なケアプランを作り上げができるものである。必要とされるデータを集め、診断をし、その後の管理や適切な看護介入とフォローアップのための指針を作ることができる。いったん手順書が作られた上は、それに従って仕事を進めなくてはならないし、そうしなかった場合には、A P Nは規約不履行や医療過誤を問われる可能性がある⁶⁵⁾。

在宅で医療行為をする看護職は専門的な教育を受け、資格をもち、プロトコールに従って行動している。看護婦がもっている資格によって、処方権を得ている州も多い⁶⁶⁾。

5) 本章のまとめ

以上のことから、諸外国では、次のような方向で進んでいることが読みとれる。1) プライマリケア実践の中心に看護婦をおく傾向である、2) 看護婦には必要な権限が与えられている、（処方権の一部や限定された死亡確認行為、医療処置の実施に関する業務分担など）、3) 看護婦の活動は、規準化されている、4) 看護婦は福祉職員と連携して働いているが、医療上の責任は看護婦に重い、5) 看護婦は前述の行為に責任をもてるような教育や資格、権限が与えられている。

6. 我が国における看護教育の進展

1) 4年制大学の増加と学士号取得の門戸開放

看護の基礎教育は従来、専門学校における教育がその中心であった。しかし、1996年には、看護婦等人材確保の促進に関する法律の制定や自治省からの公立の看護大学・短期大学の設置に関する財政支援策の開始により、看護系大学の設置が促進されるようになった。その結果、看護系大学は、1989年には11大学であったが、1998年4月には国立大学25校、公立大学19校、私立大学19校とあわせて63大学が設置されるに至った（表15、図8）⁶⁷⁾。1999年4月には、76大学になる予定であり、さらにこの増加は続くと予測されている。入学定員数も大学の増加に伴って増加しており、1997年度には3328名であったものが、翌年1998年度には4253名となっている（表16、図9）。

近年、学士への途が広く開かれるようになり、看護教育カリキュラムも大綱化されたことによって、従来の看護教育を受けた者の高等教育への継続が可能となった。1998年度には看護系大学40校が看護系短期大学卒業者を対象とした編入学制度（40大学で入学定員総数502名）を実施している。さらに1999年度からは2年以上1700時間の教育を行っている専門学校卒業者に対しても、4年制大学の編入学に門戸が開かれるようになった。短期大学や専門学校卒業者に対する学士号取得の途は編入学以外に、学位授与機構による途も準備されている。学位授与機構に学位を申請するための勉学機会として、科目等履修生制度に則る教育を行っている看護系大学も多い。

2) 大学院の増加

看護における大学院教育の意義は、いまだ発展の途上にある看護学研究を促進し、これを教育する人材および高度専門職業人を育成するところにある。看護学の修士課程は1979年に千葉大学看護学部に初めて設置され、看護学の博士課程は1988年聖路加看護大学に初めて設置された。1998年度には、看護系大学が63校あるが、大学院課程を設置している大学は、修士課程で国立大学12校、公立大学5校、私立大学5校、あわせて22大学（入学定員総数394名）である。また博士課程は、国立大学4校、私立大学3校であわせて7校（入学定員総数60名）となっている。今後、なお増加の傾向である（表15、16、図8、9）。

3) 在宅看護論のカリキュラム化

1996年の看護婦養成カリキュラムの改訂により、在宅看護論が基礎看護教育のカリキュラムに加えられ、すべての看護婦は在宅看護に関する教育を学習することになった。また、保健婦教育は4年生大学において、看護婦との統合カリキュラムにより勉学する者が増加している。

つまり4年生大学を卒業した看護婦は保健婦としての学習もしており、健康問題を健康レベルで分断することなく理解し、論理的思考能力や問題解決能力を身につけ、幅広い対応能力をもつ看護職者が育成されるようになってきたと考えられる。

4) 専門看護師と認定看護師

基礎教育に加えて、専門性を深めた看護職者の育成も開始された。専門看護師と認定看護師である。これらの専門性は、職能団体である日本看護協会が個別に認定するところであるが、その教育には看護系大学も参加している。このことは、開発能力および論理的思考をもち研究的能力を有する看護の専門家を実践現場に輩出することに重要な要件である。

わが国の専門看護師育成の動きは、米国よりおよそ20年遅れ、80年代から始まった⁶⁸⁾。1982年、聖路加看護大学大学院で精神科看護学のコースが開設され、1986年、修了者が初めて CNS として精神科個人病院で職務に就いた。こうした中、1987年、厚生省看護制度検討委員会が、専門看護婦（士）の認定システムを確立する検討を提言する報告書をまとめ、これを受けて、同年7月、日本看護協会は専門看護婦制度委員会を発足させ、1989年、日本看護系大学協議会が専門看護婦についての検討を開始した。

90年代に入り、独自の専門看護婦認定制度を導入する民間病院も現れ始めた。1990年、榎原記念病院が循環器の専門看護婦制度（SRN）を導入、1993年、北里大学病院でも独自に癌看護と感染看護の専門看護婦（CNS）制度が導入された。

一方、認定のしくみを多様な視点から検討してきた日本看護協会専門看護婦（士）資格認定制度委員会が1994年、「専門看護婦（士）資格認定制度（案）」を答申した。1995年3月には、日本看護系大学協議会が「専門看護婦（士）養成のための修士課程におけるカリキュラム」を発表した。専門看護師制度を支える骨格が整う中、1995年11月、日本看護協会は専門看護師の特定分野として精神看護及びがん看護を承認し、専門看護師の育成を開始することとなった。

専門看護師制度は、水準の高い看護ケアを効率よく提供するため、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を育成する制度である。資格要件は大学院修士課程を修了し実務経験5年以上（うち3年以上は特定分野の経験を有する）の者とされている。専門看護師は、専門看護師認定試験に合格後、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有することが認められ、実践、教育、相談、調整、研究の5つの役割を果たす⁶⁹⁾。

1996年4月、第1回専門看護師認定試験が実施され、がん看護専門看護師4名、精神看護専門看護師2名が認定された。さらに、介護保険法の導入を控え、地域看護の質の向上をはかるため、同年11月、「地域看護」が特定分野に新たに加えられた。現在、日本看護協会が認定した専門看護師は計14名（がん看護7名、精神看護5名、地域看護2名）となっている。

また、認定看護師制度は、1995年、特定看護分野で熟練した看護技術と知識を用いて水

準の高い看護実践のできる看護婦を6ヶ月間で育成する制度として設けられた。認定看護師の役割は実践、指導、相談の3つとされている。1996年11月、日本看護協会は「救急看護」と「創傷・オストミー・失禁（WOC）」の2分野で認定看護師の教育を開始し、救急看護認定看護師17名、創傷・オストミー・失禁（WOC）看護認定看護師20名が誕生した。その後、「重症集中ケア」「ホスピスケア」「がん性疼痛看護」でも教育が行われ、現在、認定看護師の数は132人となっている。また、分野についても、医療依存度の高い在宅療養者が急増する中、訪問看護現場の質の向上をはかるため「訪問看護」が特定されたほか、「がん化学療法看護」「感染管理」など計8分野となっている⁷⁰⁾。

専門看護師、認定看護師制度の発展のため、今後ますます教育機関の拡充と現場での受け入れ体制の充実、経済評価が期待されている。また、専門看護師、認定看護師についても、医療費抑制策が進む中、医療の質の向上と経済的効果への寄与についてスペシャリストとして実績を示し、活動の場を広げていくことが必要である⁷¹⁾。

5) 本章のまとめ

看護職においては、看護婦としての基礎教育を高等教育化し、在宅看護論を基礎教育のカリキュラムの一つとして加え、この業務に必要な知識や技能をさらに貯えさせる再教育の研修を組み、資格を与えるシステムを作り上げている。

従来の看護職者の教育は養成所を中心とするものであったが、近年、高等教育化が進み、さらに、現任者が高等教育を受ける途も広く開かれた。このことにより、看護職は専門職としての基礎的要件を整備した。また、高等教育により、論理的思考能力や研究能力を有する看護職者を実践現場に輩出する条件が整ったといえる。

7. 在宅看護における「療養上の世話」の構造とその課題

訪問看護も看護婦のサービスとしては、「療養上の世話」と「診療の補助」を行うものである。従来では、看護は医療施設の中で、医師と同じ屋根の下でサービスを行ってきたため、2つのサービスを分離して考えることの必要性が少なかった。しかし、訪問看護サービスでは、医師の指示を受けて行っているものではあっても、医師と異なる場において「診療の補助」や医療的行為を行うこととなり、その実施方法について検討が必要となっている。

従来、看護婦はこれら業務を、とくに医療的行為を含む「診療の補助」業務は医療施設内で行ってきた。しかし、近年の在宅医療の進展とともに、訪問看護婦はこれを医療施設外で、「療養生活の世話」業務と重複して行うことが要求されるようになった。だが、法制度やその解釈は、1)「医師がその場にいることは必ずしも必要としない医行為」の範疇も明確でなく、2)すべての医行為に「同一室内にいるなど事故が発生した場合に応急の処置をとりうる状態」を求めるものであり、利用者ニーズとの齟齬が生じている。本章では、制度面とくに現行法の解釈と実践現場でのニーズとの齟齬について実際的に検討することとする。

従来の法制度の解釈に関する論文はきわめて少ないため、その代表として、平素引用されている、若杉らによる1989年に出された報告書「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」⁷²⁾を用いることにする。以下、『』内に若杉らの報告の引用部分を示す。

A 法医学的にみる従来の見解の紹介

1) 診療の補助および療養上の世話に関する見解

療養上の世話については、『医師の指示を要しないとする説と療養上の世話と診療の補助の差は行為の目的によるものであり、療養上の世話についても医師の指示を受けるべきであるとの説がある。いずれの説も医師の医学的判断が必要な場合と、看護婦が独自の判断を働く領域の存在を認めている。療養上の世話についても包括的には医師の指示下に行われるべきである。』としている。

また、看護婦による狭義の診療の補助業務とも重なりうる『医業の他の医療関係職種への部分的解除』については、『医事法制上の資格を有する者は、医師又は歯科医師の指示、監督の下に、医行為（医師の業務独占行為）なすことを業とすることができる（保健婦助産婦看護婦法第31、37条、診療放射線技師法第24条、臨床検査技師・衛生検査技師などに関する法律第2条、薬剤師法第23条等）医行為の一部は条件付きで他の医療関係職種に委譲されている』としている。そして、『看護婦等医事法制上の資格を有する者が医師の指示下に医行為を行う場合、医師の面前での直接監督指導下に行うことの必要なものがある。他方、医師がその場にいることは必ずしも必要としない医行為もある。この場合、同一室内にいるなど事故が発生した場合に応急の処置をとりうる状態にある、あるいは適切な指示をすることが通常可能な状態にあることが必要とされている』としている。その後の在宅医療の拡大を考慮して、『なお今後は、医療の現場の変化も踏まえ、医療機関外の医行為のあり方について検討を加える必要がある』として、次のような医療施設外の医行為についての見解を述べている。

2) 医療施設外の医行為に関する見解

若杉らの報告書では、『在宅等医療施設外での医療は医療施設内の医療に比較して、緊急時における医療従事者の対応体制が不十分等、患者が置かれている危険性は高い。そのため、医行為についても慎重な取り扱いがなされている。』とし、医療関係職種が行う医行為についても、医療機関外では医師の指示下においても医師以外の医療従事者が診療の補助行為（医行為）を行うことは原則的にできないとの運用がされてきた。しかし、『在宅医療では医療施設外においての医師と医療従事者によるチーム医療は、医療施設内に比し重要になると考えられる。従って、今後は、医療施設外において医師の指示下に行われる医療従事者の医行為について検討する必要がある』さらに、『医療施設外の医行為は、人体に及ぼす危害の程度について医療施設内との整合性を図り、患者がより危険な状況に置かれることに鑑みて、その範囲はより限定的に定める必要がある。医師の指示も、看護婦等の医療従事者が医師の包括的管理下に行いうる医行為の内容に加えて、指示の期間も含めより個別的具体的に行われる必要がある。また、患者を訪れる医療従事者の報告・助言の果たす役割はより大きくなる。このため、指示及び報告についてのシステムのあり方を検討するとともに、書面の様式を定

める等の対応が望まれる』などと詳細な指導・監督の必要性を説いている。医行為と医療施設・医療チームの関係については『在宅医療という緊急時の対応がより困難な状況において安全性を確保しながら医療行為を行うためには、主治医が患者・家族の状況とチーム医療を担う医療従事者の資質を十分に把握し、これらの者との緊密な連携の下に医療を行う必要がある。そのためには、主治医と医療チーム員が同じ医療施設に所属していることが医療施設内と同様に原則的な形態となる。・・医療施設がそれ以外の医療従事者に訪問看護などを委託する場合であっても、当該患者に対し主治医と在宅医療従事者が特定され、その間に緊密な方向と指導監督による十分な連携が図られる必要がある。・・なお、緊急時の対応について、地域医療の中で、当該医療施設、医療チームを始め、救急医療支援機関を含め、バックアップ体制を明らかにしておく必要がある』である。しかし、現在の在宅医療においては、『主治医と医療チーム員が同じ医療施設に所属していること』は原則ではなく、この形態を原則として求めることはできない。若杉論文における原則外の形態で、訪問看護婦が行う医療的行為の環境を整備することが必要となっている。

3) 医療施設外での医行為の責任に関する見解

若杉報告では、『医行為に伴う事故については、従前、医師の指示下に医療従事者が行為を行う場合であっても、指導監督を行った医師に主たる刑事的・民事的責任を負わせてきた。チーム医療の拡大の下で、今後は医師とその他の医療従事者との間について、業務分担の在り方と並行して、適切な責任分担のありかたについて検討がなされるべきである。看護婦の能力など勘案して、どの看護婦にいかなる業務を・医行為を指示したかという点については、医師は責任を負う。他方、患者の状況の報告や指示を受けるべきことの照会や、実行行為を果たすまでの注意義務については、医師に加えて看護婦も責任を免れない』としている。訪問看護婦の自立性が高くなるに従って、その責任は当然重くなるであろう。

4) 無資格者の医行為に関する見解

さらに『医事法制上の資格を有していない者は医師の直接かつ具体的指示があった場合に、医師の補助者として人の健康に危害を及ぼす虞のない単純かつ軽易な行為をなしうるにすぎないとされている』としている。しかし、どの行為が許される範囲にあるかについては記されていない。

B 現在の訪問看護とその課題

若杉らの報告書から引用した見解は、1989年の環境において示された見解である。その後、在宅医療環境は著しい変化をみており、看護婦の業務に関する環境やニーズも大きな変貌をみている。

1) 訪問看護の場について

1989年では、未だ居宅での医療は試行段階にあり、基本的には虚弱老人を対象に、病気をもっていても、病状が比較的安定している人々を対象にしていた。しかし、その後の医療法改正によって、居宅は医療の場となり、在宅医療は法的な背景をもつ医療サービス形態の一つとなった。さらに、社会的入院の減少化や入院期間の短縮化とともに、医療サービスにおける在宅医療の重要性は増加している。

2) 対象の状態

1991年の医療保険制度改訂によって、在宅酸素療法や人工呼吸療法など9項目の在宅医療管理が診療報酬対象として承認された。つまり、生命維持装置などを使用して医療を継続する患者、がんターミナル期の患者などが在宅医療の対象に含まれることとなった。訪問看護ステーションでは、当初は高齢者のみを対象とすることになっていたが、1997年6月には老人保健法の利用者が87.7%に対し、健康保険法等の利用者が12.3%となり、前年と比較し、75.4%増加しており、後者つまり医療を必要とする人々の増加が著しい状況である⁷³⁾。このことは、訪問看護婦も医療を必要とする人々を対象とする方向に進んでいることを示している。

一方、介護ワーカーは高齢者対策とあいまって、職員数を著しく増加させており、看護婦に対するニーズは生活型支援の担当者としてよりもさらに教育背景を活かした専門的サービスが期待されるようになっている。ここに、訪問看護婦によるサービスが医療的技術サービスを多く含む方向へとシフトしていく傾向を推測する。

3) 訪問看護サービスの内容と必要とされる技術

訪問看護サービスの利用者ニーズが1989年と相違しているに伴って、医療依存度が高くなっていることは前述したとおりである。療養上の世話に分類される環境整備についてみると、例えば、利用者の退院に伴う居宅の環境整備を訪問看護婦がサービスしているが、医療依存度が高い人々では、まず、医療の継続ができる環境を整備するため、家族を支援して主治医をさがしたり、医師を補佐して、医療機器を導入したり、家族に介護や医療処置技術を伝達したり、消毒薬や衛生器材の入手を助けたりしている。訪問サービスにおいては、患者に経済負担があったり、家族の居室を病室に転用したりする所以があるので、あくまでも主体は患者や家族にあり、訪問看護婦は環境整備などの療養上の世話を実施する際においては、それぞれの行為に対し、説明と同意を求め、患者や家族の主体的な行動を支援する方法を探っているが、自宅での生活環境整備といつても、医療的なサービスが重複している。

また、在宅療養はQOLを追求するに都合がよい場でもあり、療養上の世話の大きな目的も利用者のQOLにある。近年では、人工呼吸管理を実施しながら、登校して学業を続ける子供たちや飛行機を利用して外国旅行をする人々が増加している。ICUの中で寝台上だけであった患者の生活は、在宅療養に移ると、自身の意志で外出し、商売を行い、学業を続けるという、自由で活動的な日々を得られる。しかし、自由で活動的な日々を支援する、療養上の世話業務では、その安全性を保障するために、医療の知識や技術を駆使し、環境を整備し、危険を予防する手段を講じ、緊急時の対応に備え、器材を入手し、医行為であると分類されている技術サービス（例えば、膀胱カテーテルの交換）を行う。訪問看護婦は患者に自由で楽しい、快い時間を過ごして欲しいと願う演出者や同行者であり、診療の補助というサービスを通じて、安全な時間を維持できる医療技術提供者でもある。療養上の世話が診療の補助と一体的に看護サービスを構成している実態がある。

1989年の報告書では、『看護婦等医事法制上の資格を有する者が医師の指示下に医行為を行う場合、医師の面前での直接監督指導下に行うことの必要なものがある。他方、医師がその場にいることは必ずしも必要としない医行為もある。この場合、同一室内にいるなど事故が発生した場合に応急の処置をとりうる状態にある、あるいは適切な指示をすることが通常可能な状態にあることが必要』とされている。患者は居宅で生活しているのであるし、先ほどの例にも示した通り、療養上の世話として、外出や通学や旅行に付き添うという場合は、路上において吸引するというような場面も生じる。看護婦等が医療的行為を行う条件（医師の面前あるいは医師と同一室内で）を充たして、それらを行うことは不可能である。同時に、患者や家族の意志に沿って行う療養上の世話の実行としては、医行為を行う場の選択権も患者が有しているという側面もある。

そこで、『医師がその場にいることは必ずしも必要としない医行為』を明確にする、または『医師がその場にいることは必ずしも必要としない』条件を明確にするなどの検討を早急に行って、十分に利用者ニーズに対応していくける環境を整備する必要がある。

4) 責任について

若杉らは、医行為に伴う事故について、チーム医療が拡大されるなかで、今後は医師とその他の医療従事者と業務分担の在り方や適切な責任分担のありかたについて検討がなされるべきであると記している。

平成元年の見解を基にすれば、医師には指示を下すことに対する責任があり、他方、患者の状況の報告や指示を受けるべきことの照会や、実行行為を果たす上での注意義務については、看護婦にも責任があるということになろう。しかし、現状では、医師の指示が看護婦の行為の範囲を必ずしも適切に指示していない場合が多く、業務や責任の分担があいまいである場合が多いといわれている。これが在宅医療の拡大を押さえているという考え方をもつ医師もいる。以上は、医師と看護婦の関係であるが、重要視されている医療チームを適切に形成・運営する責任はどこにあるのかは検討されていない。今後、社会システムとして発展することが要請されている在宅医療全般に対して、業務と責任分担の関係を検討しておく必要性がある。

これらのこととは、看護婦と介護ワーカーなど他職種との関係についても同様に課題である。

5) サービスを適切にし、システム化する方策

若杉らの報告書では、原則として、在宅医療では、緊急時における医療従事者の対応体制が不十分等、患者が置かれている危険性が高いため、医行為についても慎重な取り扱いを行い、医療施設内で行われる医行為と整合性をとりつつ、これに準じた安全確保を得ようとするなどを述べている。そのための諸条件として、次の項目が記載されている。

- (1) 医師と医療従事者によるチーム医療が重要である。
- (2) 主治医が患者・家族の状況とチーム医療を担う医療従事者の資質を十分に把握しこれらの者との緊密な連携の下に医療を行う必要がある。
- (3) 医療チームの緊密な連携をはかるため、主治医とチーム員は同一施設に所属していることが望ましい。
- (4) 主治医と所属医療施設が異なる医療従事者に訪問看護などを委託する場合には、当該患者に対し、主治医と在宅医療従事者が特定され、その間に、指導監督による十分な連携が図られる必要がある。
- (5) 緊急時の対応について、地域医療の中で、当該医療施設、医療チームを始め、救急医療支援機関を含め、バックアップ体制を明らかにしておく必要がある。
- (6) 医療施設外の医行為は、人体に及ぼす危害の程度によって、その範囲を医療施設内よりも限定的に定める。
- (7) 医師の指示も、看護婦等の医療従事者が医師の包活的管理下に行いうる医行為の内容に加えて、指示の期間も含めより個別的具体的に行われる必要がある。
- (8) 訪問する医療従事者の報告・助言の果たす役割はより大きくなるため、指示及び報告についてのシステムのあり方を検討するとともに、書面の様式を定める。

現状の訪問看護システムでは、主治医を含む医療チームの一員として、訪問看護婦は開始時および2ヶ月に1度は指示書を受け、それぞれの書式を設けて報告を行っている。

緊急時に対応するバックアップ体制は、訪問看護組織がこれを得ようと多大な努力をしているが、困難が大きいといわれている。

また、医療施設外で行われる医行為の範囲を危険度に従って、厳しく限定するということは、医療法や診療報酬制度の改正によって、人工呼吸器による呼吸管理を受けている者など、事故に遭遇した場合に数分間で生命危機に陥るような危険度をもつ患者が既に在宅療養を認められている現状であるから、医行為の範囲を限ることに終始することは逆に危険であり、むしろ、いかに安全に在宅で医行為を可能にするかという考え方を基本におき、必要な器材などの環境整備も含め、サービス体系を作り上げていくことが適切ではないだろうか。

さらに、包括的管理下にある医行為も個別具体的な指示法を用いることが望まれているが、このことは、8項の指示と報告を書面にて行うということと併せて考え、簡便で、患者の症状変化に併せ、臨機応変に用いることができる、合理的なシステム、例えば医療処置管理看護プロトコールなどのようなツールをもちいる方法を開発する必要がある。

現在の在宅医療サービスは若杉らの報告が公開された時期に比して著しく進展し、訪問看護においても、褥創の処置や排泄のカテーテル管理などは、多くの訪問看護ステーションで常時行われており、他の医療行為についても、それを必要とする対象者に遭遇すれば、療養上の世話をもらえる準備が訪問看護婦側にはできるところまで進んでいる。しかも、この活動の拡大は実態として社会から求められており、個別的なケアは医師を含めボランティア的なチームで実施されている。このような現状にあって、求められていることがらは、個別ケア技術ではなく、社会的なシステムとして、これらを安全に行うことである。そのために、次のような提案を検討した。

- (1) 医療チームはそれぞれの職種においてふさわしい教育を受け、とくに在宅医療に関する知識と技術を習得しているものを中心として構成する。
- (2) 医療チームにはコーディネーターをおき、チーム員間の連携を緊密に調整する。
- (3) 緊急時対応はそれぞれの対象者の個別的なニーズにあわせて、事前に明らかにしておき、医療チーム員には伝達される。
- (4) 訪問看護における指示と報告に関しては、個別的にその原則（規準）を定め、医師（主治医が所属する施設）と訪問看護組織間で事前に約束を交わしておく。これに基づいて、それぞれの指示や報告の内容を書式化する。指示には事前指示や予防的処置などに対する指示も含まれる。
- (5) 上記4項の原則に基づいて、医療的行為を安全に実施し、責任の所在を判断できるようとする。

6) チーム活動について

若杉らの見解では、『従来、医療機関外では医師の指示下においても医師以外の医療従事者が診療の補助行為（医行為）を行うことは原則的にできないとの運用がされてきた』と厳しい条件を述べ、その上で、在宅医療をチームで行うことを重要視し、安全性を確保するために、『医事法制上の資格を有していない者は医師の直接かつ具体的な指示があった場合に、医師の

補助者として人の健康に危害を及ぼす虞のない単純かつ軽易な行為をなしうるにすぎない』としている。医療施設以外で行われる医行為に関しては、在宅医療の一環として、医師に加えて看護婦等資格をもつ者およびその利用者に関する職種員で構成されたチームサービスであることを明確に認識している必要がある。

7) 訪問看護婦の資質の向上について

以上の検討を踏まえ、訪問看護婦は必要なサービスができるよう、絶えず能力を高めていく努力が必要である。

8) 本章のまとめ

訪問看護婦は当初は虚弱な高齢者を利用者とし、生活型支援サービスを行っていた。しかし、近年、訪問看護サービス利用者の医療依存度が高くなり、生命維持装置を使用している場合やターミナル期である場合もあり、「療養上の世話」と「診療の補助」を重複してサービスすることだけではなく、「診療の補助業務」のうちであっても医療的行為を行うことが求められるようになっている。また、訪問看護婦の職場つまり利用者の自宅は医療施設内のように医師ときわめて近接した空間の中ではないから、若杉論文に示されているように医療施設内で看護婦が「診療の補助」を行う条件（医師ときわめて近接した場で医療的行為を行う）を満たすことは出来ない。

しかし、利用者ニーズは増加しており、主治医の中にもこれら医療的行為を訪問看護婦に積極的に取り組むように求める声もあることから、法改正や、診療の補助を含む療養上の世話を必要とする場合には医師と実施方法について事前に協議しておき、この取り決めに従って訪問看護婦は医療的行為を安全に実施する方法や救急対応の環境整備、チーム活動方法などを検討していくことが課題となる。

文 献

- 1) 木下安子：訪問看護の歴史、看護 Mook 34, p.13-20, 1990.
- 2) 亀山美知子：近代日本看護史、ドメス出版、1985.
- 3) 坪井良子監修：現代日本看護名著集成、派出看護婦の実情—派出看護婦労働実態調査報告、大窓社、1993（上記解題、草刈淳子、別題書、大窓社、1993）
- 4) 小林富美栄 鈴木一雄 草刈淳子（司会）、国保保健婦 40 年—住民の生活実態と国策の狭間にて—国民健康保険保健婦の足跡を振り返って、保健婦雑誌、42 (3), 228-240, 1986.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部、平成 9 年訪問看護統計調査の概況、p.3-5, 1998.
- 6) Wilkerson,K.B. : Home Care the American Way ; An Historical Analysis, 邦訳：山口佳子他、アメリカにおける在宅ケア：歴史的分析、看護管理、6 (1), 1996.
- 7) 厚生省、医療変革国民医療総合対策本部中間報告、1987.
- 8) 草刈淳子、「診療圈」「医療圏」の概念構造に関する考察、病院管理、14 (4), 1977.
- 9) 診療報酬点数表 平成 9 年度改訂版
- 10) 厚生省看護制度検討会、21 世紀に向けての看護制度のあり方、報告書、1987.
- 11) 厚生省大臣官房老人保健福祉部監修：老人の保健医療と福祉—制度の概要と動向—、財団法人長寿社会開発センター、1992.
- 12) 西村万里子：診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察—医療費の規定要因：診療報酬改定率の決定と医療政策—、（社会保障研究所編）医療保障と医療費、東京大学出版会、1996.
- 13) 高木安雄：診療報酬の変遷とその経済的效果、（社会保障研究所編）医療保障と医療費、東京大学出版会、1996.
- 14) 高木安雄：高齢化による医療費増加と医療政策の課題—老人病院の改革と長期入院のは正対策の実際と問題点—、（社会保障研究所編）医療保障と医療費、東京大学出版会、1996.
- 15) 岩下清子ほか：診療報酬—その仕組みと看護の評価 第 3 版、日本看護協会出版会、1998.
- 16) 厚生省保険局医療課・老人保健福祉局老人保健課監修：医科点数表の解釈、社会保障研究所、1998.
- 17) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・保険局医療課監修：訪問看護業務の手引き、社会保障研究所、1998.
- 18) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修：第 11 版 老人診療報酬ハンドブック Q&A・法令通知集、中央法規出版、1998.
- 19) 医学通信社編集部：訪問診療・訪問看護のための在宅診療報酬 Q&A、医学通信社、1998.
- 20) 杉谷藤子：「在宅療養指導料」等新設への働きかけ—日本看護協会の政策提言、インターナショナル・ナーシング・レビュー、Vol.21 No.4, 1998.
- 21) 野村陽子：診療報酬における経済的評価の現状と市場原理、インターナショナル・ナーシング・レビュー、Vol.22 No.1, 1999.
- 22) 厚生省大臣官房統計情報部、平成 10 年人口動態総覧、1998.
- 23) 総務庁、国勢調査、1997.
- 24) 長谷川敏彦、新しい医療需要と病院の整備—健康転換概念による分析、病院、53 (1), p.25-31, 1994.
- 25) 厚生省大臣官房統計情報部、平成 8 年患者調査、1997.
- 26) 武藤正樹 都直人 坂本すが 他、基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド、日研、p.11, 1998.
- 27) 厚生省大臣官房統計情報部、平成 8 年患者調査、1997.
- 28) 長谷川敏彦、日本の健康転換のこれからの展望、
- 29) 水野優希 小倉郎子 川村佐和子、人工呼吸器装着者の外出支援

-
- 30) 厚生省大臣官房統計情報部, 平成 9 年訪問看護統計調査の概況, p.3-5, 1998.
- 31) 草刈淳子 長友みゆき 内田恵美子 他, 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究, 平成 7-8 年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成(事業)研究報告書, p.54, 1997.
- 32) 草刈淳子 長友みゆき 内田恵美子 他, 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究, 平成 7-8 年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成(事業)研究報告書, p.56-71, 1997.
- 33) 草刈淳子 長友みゆき 内田恵美子 他, 在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究, 平成 7-8 年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成(事業)研究報告書, p.56-71, 1997.
- 34) 正野逸子, 在宅ケアにおける看護業務の現状と課題, 訪問看護と介護, 2(7), p.467-472, 1997.
- 35) 竹山廣光 高山宗之 真辺忠夫 他, 在宅静脈栄養における役割分担, Pharma Medica, 16 (9), p.53-60, 1998.
- 36) 日本看護協会, 看護職の社会経済福祉に関する指針 医療事故編, p.9-12, 1997.
- 37) 厚生省在宅医療の推進に関する検討会, 21世紀初頭に向けての在宅医療について, 1998.
- 38) 岩井郁子 宇都木伸 大熊由紀子 他, カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書、1998.
- 39) 前掲 36)
- 40) 佐藤猛 吉野英 浜明子 他, ALS患者の療養環境に関するアンケート調査, 厚生省特定疾患 ALS患者等の療養環境整備に関する研究班 平成 9 年度研究報告書, p.31-61, 1998.
- 41) 平井俊策 田中千鶴子 磯部祥子 他, ALSの療養に関する問題ー医療相談室の電話相談を通してー, 厚生省特定疾患 ALS患者等の療養環境整備に関する研究班 平成 9 年度研究報告書, p.120-122, 1998.
- 42) 斎田孝彦 谷垣静子 豊浦保子 他, 日本ALS協会近畿ブロックの患者・家族の療養実態, 厚生省特定疾患 ALS患者等の療養環境整備に関する研究班 平成 9 年度研究報告書, p.130-132, 1998.
- 43) 横浜市教育委員会 障害児生理管理検討委員会, 養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言, 1990.
- 44) 東京都教育委員会 医療行為を必要とする児童・生との教育措置等検討委員会, 医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告), 1991.
- 45) 大阪府教育委員会 医療との連携のあり方に関する検討委員会, 医療との望ましい連携について(報告), 1991.
- 46) 高知県教育委員会 高知県心身障害教育振興対策協議会, 学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について, 1995.
- 47) 柳川従道, 教員等が障害児の教育現場でいわゆる「医療行為」を行うことと医療法第 17 条との関係について, 財団法人日本自動家庭分科協会機関誌「がんばれ!」, No.37, 1996.
- 48) 加藤済仁, 学校における医療的ケアの法的解釈, 財団法人日本児童家庭分科協会第 17 回こどもの難病シンポジウム報告書, 1996.
- 49) 医師有志, 学校における医療的ケアの法的解釈, 財団法人日本児童家庭分科協会第 17 回こどもの難病シンポジウム報告書, 1996.
- 50) 鹿内清三, 肢体不自由養護学校における医療的ケアと責任, 都肢研講演会, 1996.
- 51) 谷修, 石毛えい子衆議院議員質問答弁, 第 140 回国会衆議院厚生委員会議事録, 1997.
- 52) 厚生省医事課, 求められる「医療的ケア」, 朝日新聞大阪本社版朝刊, 6月 24 日, 1997.
- 53) 文部省特殊教育課, 医療的ケアについての見解, 1998.
- 54) 廣井良典 竹中文良 中島健一 他, 高齢者ケアにおける医療・福祉職種の業務分担

- に関する研究、財団法人医療経済研究機構報告書、p.2-13, 1998.
- 55) 変革期における保健活動—英国の保健・医療・福祉の連携一、先駆的保健活動交流推進事業海外保健調査報告、1994.
- 56) 矢部久美子、英国のコミュニティ・ケアを支える人々(連載)、看護、50(1~12), 1998.
- 57) Stuart Skyte、英国の看護職規定法、武山満智子 訳、看護、50(13), p.58-61, 1998.
- 58) 稲岡光子、英国の「スーパーナース」について、看護、50(13), p.106-109, 1998.
- 59) Jan Vikenhem、スウェーデンの看護職規定法、浅野祐子 訳、看護、50(13), p.48-53, 1998.
- 60) 奥村芳孝、スウェーデンから見た日本の准看護婦問題、看護教育、38(7), p.510-514, 1997.
- 61) 小林邦代、スウェーデンの地域包括医療サービス、訪問看護と介護、2(3), p.210-214, 1997.
- 62) 村嶋幸代、デンマークのホームケア 3 ナースとヘルパーの関係、訪問看護と介護、2(12), p.876-879, 1997.
- 63) Mariah Snyder Michaelene P. Mirr、進歩する看護実践 専門職としての指針、小西恵美子 野島良子 監訳、へるす出版、p.5, 1998.
- 64) Mariah Snyder Michaelene P. Mirr、進歩する看護実践 専門職としての指針、小西恵美子 野島良子 監訳、へるす出版、p.42-56, 1998.
- 65) Beverly Malone Winifred Y. Carson、米国における看護婦(士)とその専門職域: 上級実践看護婦(士)の発展に伴う問題点、早野真佐子 訳、看護、50(13), p.77-87, 1998.
- 66) Wisconsin Administrative Code N8, Board on Nursing, Certification of Advanced Practice Nurse Prescriber, Wisconsin Statutes and Administrative Code Relating to the practice of Nursing, p.108-110, 1997.
- 67) 厚生省看護問題研究会、看護六法 平成10年度版, p.1222-1227, 1998.
- 68) 鈴木文江:専門看護師・認定看護師制度の歴史的経緯、看護、第48巻第14号、1996.
- 69) 岡谷恵子ほか:座談会 専門看護師・認定看護師制度の現状と未来、看護、第48巻第14号、1996.
- 70) 日本看護協会専門看護師認定委員会認定実行委員:専門看護師認定の現場から—認定3年目を迎えて、看護、第50巻第2号、1998.
- 71) 富律子:専門看護師・認定看護師制度の現状と課題、看護、第49巻第9号、1997.
- 72) 若杉長英 今井澄 宇都木伸、医療行為および医療関係職種に関する法医学的研究、平成1年度厚生科学研究报告書、1989.
- 73) 厚生省大臣官房統計情報部、平成9年訪問看護統計調査の概況、p.3-5, 1998.
- 74) 大学病院の訪問看護を考える会、連載「大学病院に訪問看護は必要か」、看護、48(12)(13)(14), 1996 及び 49(1), 1997.
- 75) 千葉県医師会 千葉県歯科医師会 千葉県薬剤師会 千葉県看護協会 各地域保健医療協議会、平成8年度 千葉県医療圏シンポジウム、1997.2.15.
- 76) 日本訪問看護振興財団・日本看護協会、第2回訪問看護交流会—365日、24時間の在宅ケア、訪問看護の自立をめざして—(1997.1.16-17)
- 77) 長谷川敏彦、新しい医療需要と病院の整備—健康転換概念による分析、病院、53(1), p.25-31, 1994.
- 78) 竹沢祥子、草刈淳子、長友みゆき:アメリカ合衆国におけるナースプラクティショナーの法的権限の動向—処方権限に焦点をあてて—、第25回日本看護研究学会抄録.
- 79) Paul L. Grimaldi, Medicare Increases Managed Care's Accountability, Part 2, Nursing Management, February, p.10, 1999.
- 80) Ann Kobs, Managing the Environment of Care, Q&A from JCAHO, Nursing Management,

April, p.10-13, 1998.

- 81)長友みゆき 菅田勝也 佐藤鈴子 草刈淳子, 看護サービス提供における医師の指示状況と看護婦の業務範囲, 病院管理, 36 (1), p.5-15, 1999.
- 82)松野かほる 他, 訪問看護の効果と需要をめぐって(原題「医療保険制度における看護ケアの評価に関する研究—訪問看護の効果について」), 昭和61年度厚生科学研究費補助金による, 看護展望, 1月臨時増刊号, 14 (2), 1989. (分担研究 草刈淳子, 欧米にみる在宅ケア, 訪問看護の費用/効果に関する研究, p.138-148).
- 83)草刈淳子, (宮崎歌代子協力), 病院基盤の訪問看護の実態とその医事法学の一考察, (日本医事法学会編, 年報) 医事法学 10, p.10-22, 1995, 日本評論社.
- 84)川島みどり: 看護の自立—現代医療と看護婦、勁草書房, 1977.
- 85)季羽倭文子: 訪問看護活動の意義と専門性、看護MOOK No.34, 1990.
- 86)禹満, 大阪府立交野養護学校における医療的ケアに対する独自の取り組み~校医の立場から~, 財団法人日本児童家庭分科協会第17回こどもの難病シンポジウム報告書, 1996.
- 87)結城康博, 医療的ケアを伴う重度重複障害者における問題, 社会福祉学, p.162-176, 1998.
- 88)富和清隆, 学童期以降の障害児の医療ケア, 小児科診療, 5, p.927-932, 1998.
- 89)杉本健郎 禹満, 養護学校における医療的ケアの実態と対策, 小児科診療, 5, p.933-937, 1998.
- 90)医事第38号, インシュリンの自己注射について, 1981.
- 91)千葉県教育委員会 千葉県障害児教育検討委員会, 本県障害児教育の課題と今後のあり方について, 1997.
- 92)文部省特殊教育課, 求められる「医療的ケア」, 朝日新聞大阪本社版朝刊, 6月24日, 1997.
- 93)文部省, 日本教育新聞, 9月6日, 1997.
- 94)文部省特殊教育課, 「医療的ケア」教員も一役, 日本経済新聞夕刊, 10月3日, 1997.
- 95)厚生省, 「医療的ケア」教員も一役, 日本経済新聞夕刊, 10月3日, 1997.
- 96)自由民主党, 緊急国民経済対策について, 議事録, 10月21日, 1997.
- 97)政府, 経済構造の変革と創造のための行動計画, 12月24日, 1997.
- 98)厚生省, 15薬品群、医薬部外品に移行, 薬事日報, 1月29日, 1999.
- 99)財団法人 厚生統計協会, 国民衛生の動向, p.192-196, 1998.
- 100)見藤隆子, 保健婦助産婦看護婦法の50年 改正に向けて, 看護, 50 (13), p.44-47, 1998.
- 101)Fadwa A. Affara, 看護制度の国際的現状, 吉田映子 訳, 看護, 50 (13), p.83-100, 1998.
- 102)山見信夫, 看護婦に必要な法律の知識, 臨床看護, 24 (5), p.671-682, 1998.
- 103)厚生省, 健康政策六法, 中央法規出版, p.2101-2112, 1997.
- 104)菅野耕毅, 医事法と医学教育論, 信山社, p.145-165, 1997.
- 105)菅野耕毅, 看護事故判例の理論, 信山社, p.47-266, 1997.
- 106)井上幸子, 看護業務—その法的側面, 日本看護協会出版会, p.27-65, 1983.
- 107)高田利廣, 看護の安全性と法的責任 第4集, 日本看護協会出版会, p.25-48, 1982.
- 108)馬庭恭子, 医師の指示からの自立, インターナショナルナーシングレビュー, 21 (1), p.54-56, 1998.
- 109)小島通代, 保健婦助産婦看護婦法における看護業務と医師の指示との関係の検討, 看護管理, 6 (3), p.192-197, 1996.

-
- 110) 小島通代 木原路乃 塚本尚子 他, 看護判断の有効性と妥当性に関する研究—患者の身体的側面に関する看護婦の判断と医師の判断との相互作用および看護婦の業務達成の自己管理—, 平成7年度厚生省看護対策総合研究事業研究報告書, p. 1-35, 1996.
- 111) 北住映二, 教職員に障害児への「医療行為」を認めて(前), ばんぶう, 3月号, p. 74-77, 1997.
- 112) 北住映二, 教職員に障害児への「医療行為」を認めて(後), ばんぶう, 4月号, p. 74-77, 1997.
- 113) 杉谷藤子, 「看護事故」防止の手引き, 日本看護協会出版会, p. 78-93, 1997.
- 114) 石井トク, 医療事故 看護の法と倫理の視点から, 医学書院, p. 1-36, 1992.
- 115) 金子光, 保健婦助産婦看護婦法の解説, 日本醫事新報社, p. 36-121, 1992.
- 116) 富田功一, コ・メディカルの医療行為と法律, 南山堂, p. 11-34, 1992.
- 117) 草刈淳子, 看護サービスにおけるコアサービス, 看護管理, 8(11), p. 856-866, 1998.
- 118) 佐藤司 河野正輝 平林勝政 他, 高齢社会と介護システム, 向学社, p. 31-54, 1997.
- 119) 日本医事法学会, 年報 医事法学, 日本評論社, p. 38-119, 1994.
- 120) 中川米造, オーダーとは何か, 保健医療行動科学会年報, 8, p. 41-94, 1993.
- 121) 清水貞夫, 医療とのあらたな連携をもとめて, 障害者問題研究, 24(2), p. 92-93, 1996.
- 122) 三宅捷太, 医療的ケアと学校教育, 障害者問題研究, 24(2), p. 94-107, 1996.
- 123) 斎藤繁, 肢体不自由養護学校における「医療ケア」をめぐる状況, 障害者問題研究, 24(2), p. 108-111, 1996.
- 124) 村田利正, 医療的ケアと教育実践, 障害者問題研究, 24(2), p. 112-119, 1996.
- 125) 中西睦子, 看護、この矛盾多きもの, EXPERT NURSE, 9(5), p. 28-31, 1993.
- 126) 鹿内清三, 法律はナースに何を求めているのか, EXPERT NURSE, 9(5), p. 48-51, 1993.
- 127) 小島通代, 「指示」を軸とする、看護婦と医師との業務上の関係, 看護, 46(10), p. 32-39, 1994.
- 128) 藤枝知子 高橋美智 椎名ひろみ 他, 保健婦助産婦看護婦法検討委員会答申, 1994.
- 129) 川村佐和子, 「在宅看護論」新設定の意義と展開の仕方, 平成8年度 看護白書, 日本看護協会出版会, p. 90-101, 1996.
- 130) Ann B. Hamric, クリニカル・ナーススペシャリスト(CNS)の役割の歴史的概観、看護研究, Vol. 27 No. 5, 1994.
- 131) 南裕子: 日本における専門看護師の誕生と発展に向けて、看護, 第47巻第14号, 1995.
- 132) パトリシア・R・アンダーウッド: 米国における専門看護婦—クリニカル・ナース・スペシャリストの発展過程、看護, 第47巻第14号, 1995.
- 133) 井部俊子: スペシャリスト導入と組織づくり—聖路加国際病院の実践から、インターナショナル・ナーシング・レビュー, Vol. 19 No. 4, 1996.
- 134) 粕田孝行: スペシャリストの活用—長谷川病院の場合、インターナショナル・ナーシング・レビュー, Vol. 19 No. 4, 1996.
- 135) 岡谷恵子ほか: 専門看護師導入に関する看護職のニーズ調査、インターナショナル・ナーシング・レビュー, Vol. 19 No. 4, 1996.
- 136) 阿部俊子: スペシャリストの役割—米国における歴史と現状、インターナショナル・ナーシング・レビュー, Vol. 19 No. 4, 1996.
- 137) 馬場恭子ほか: 対談 看護の卓越した技(スキル)とは何か—地域看護専門看護師編、看護, 第50巻第7号, 1998.

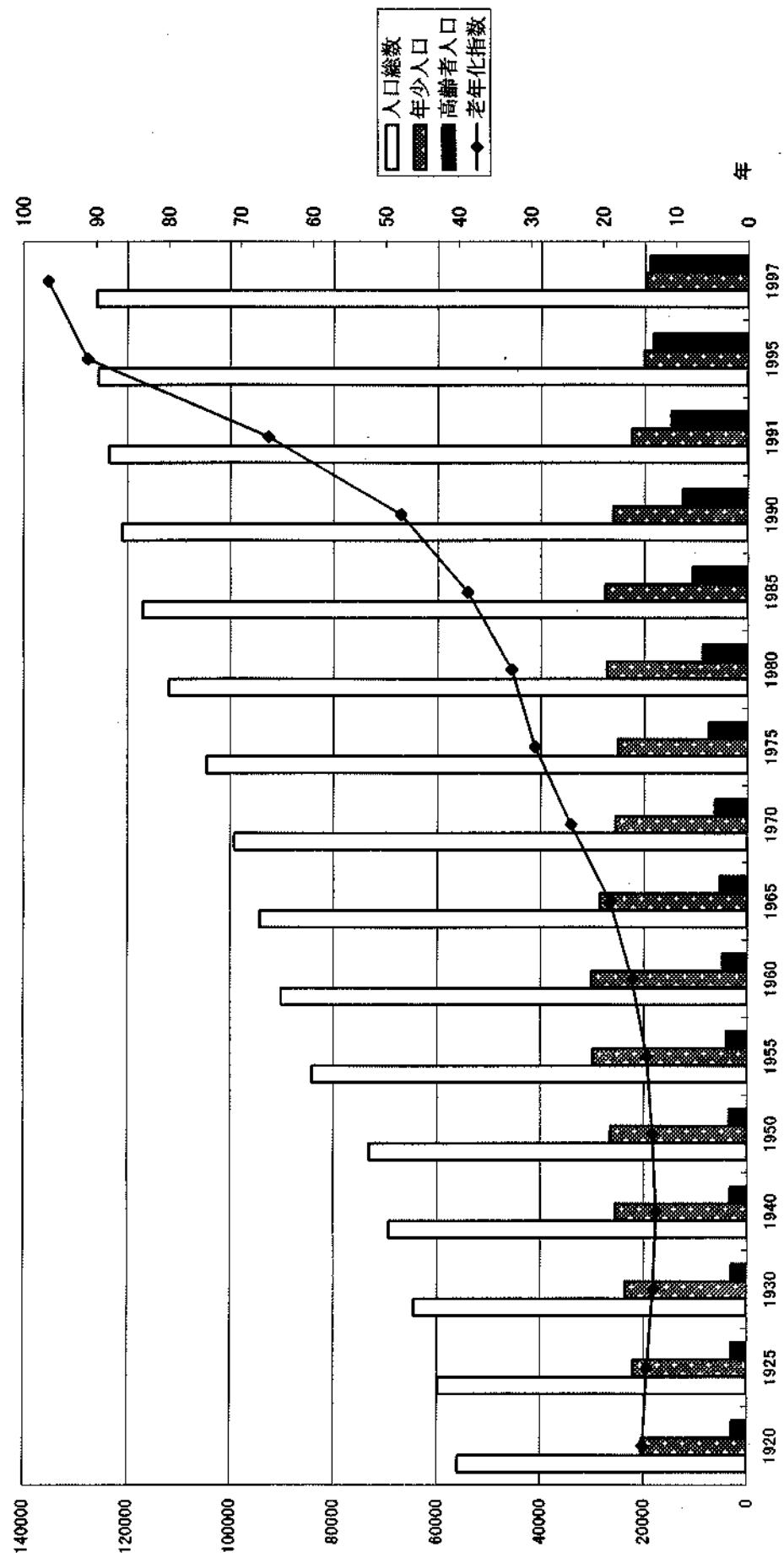


図1. 高齢者人口の推移

総務省統計局「国勢調査」

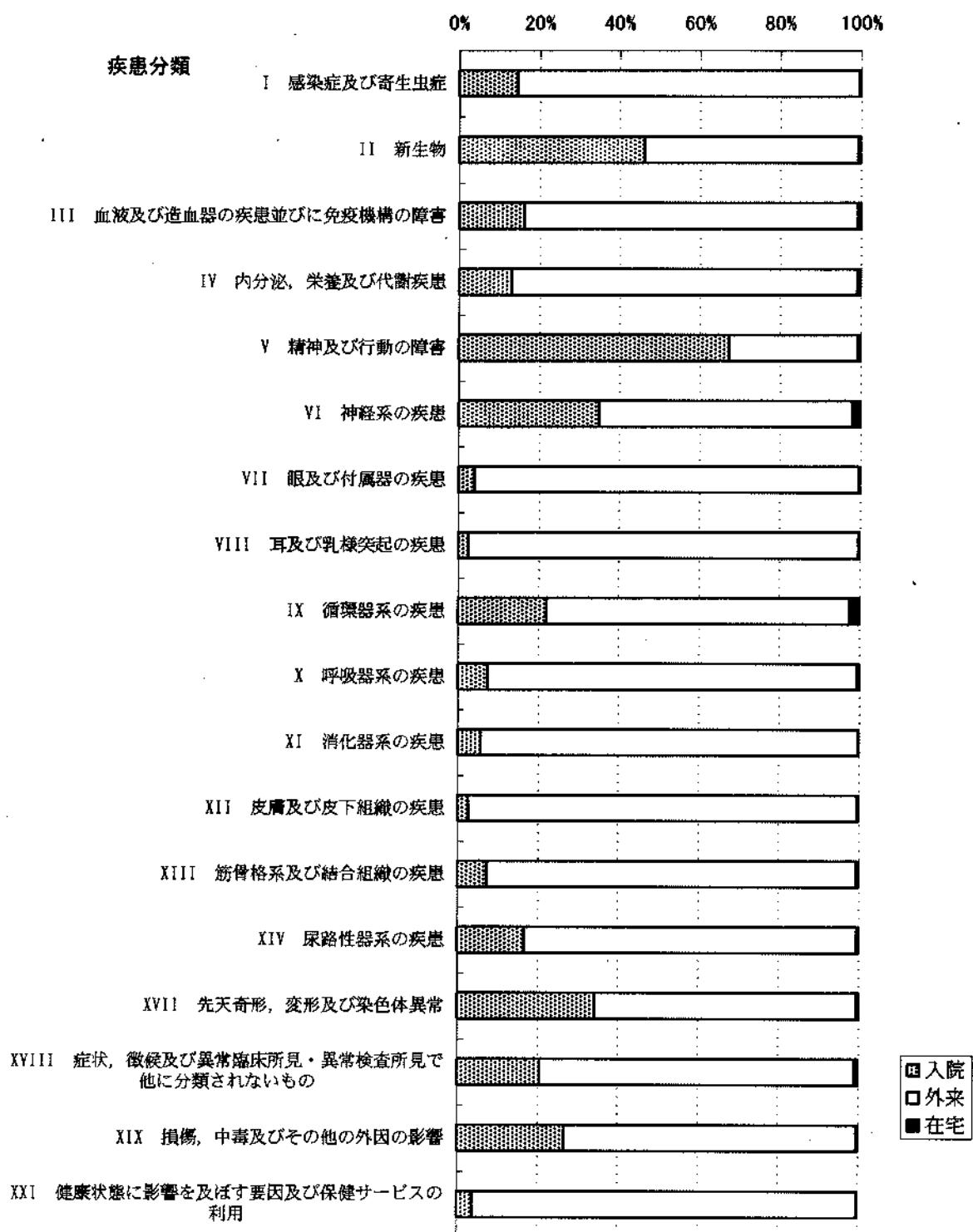


図2. 入院・外来・在宅受療数比較 (%)

平成8年度 患者調査

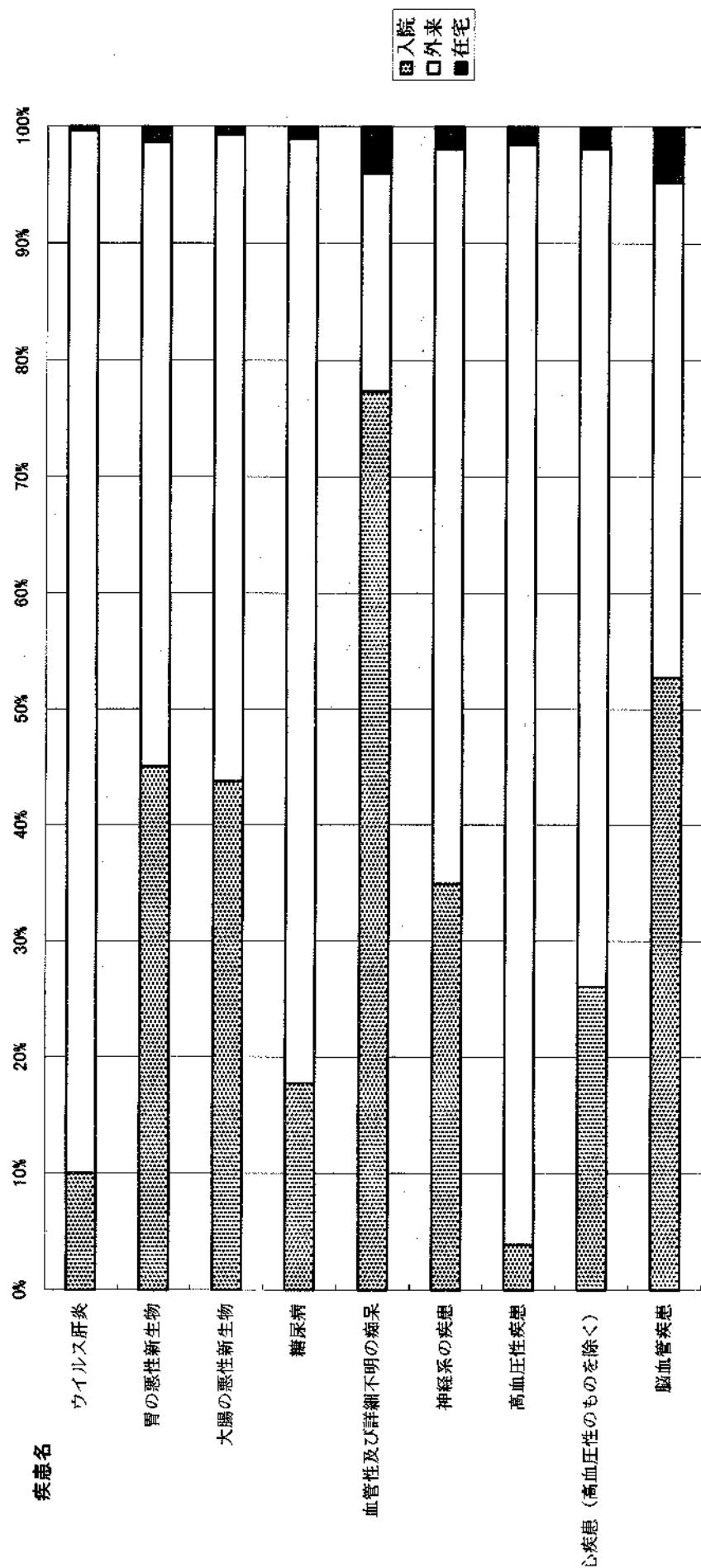


図3. 主な疾患別入院・外来・在宅受療数比較
平成8年度 患者調査

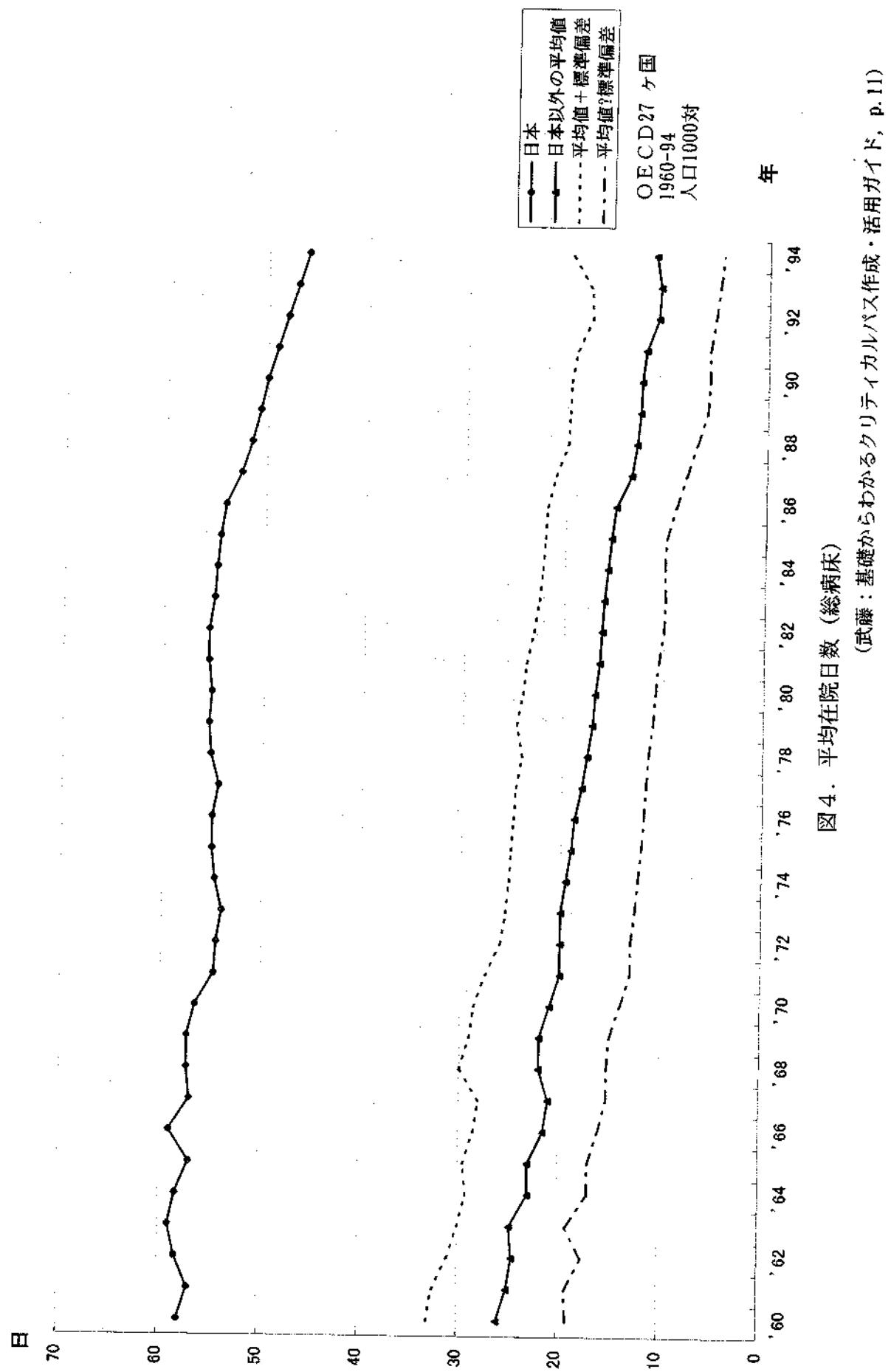


図4. 平均在院日数（総病床）

(武藤：基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド, p. 11)

図5. 入院前の場所・退院後の行き先別推計退院患者数・構成割合(経路)



* 家庭には、病院・一般診療所への通院・在宅医療も含む。

(平成8年度 患者調査)

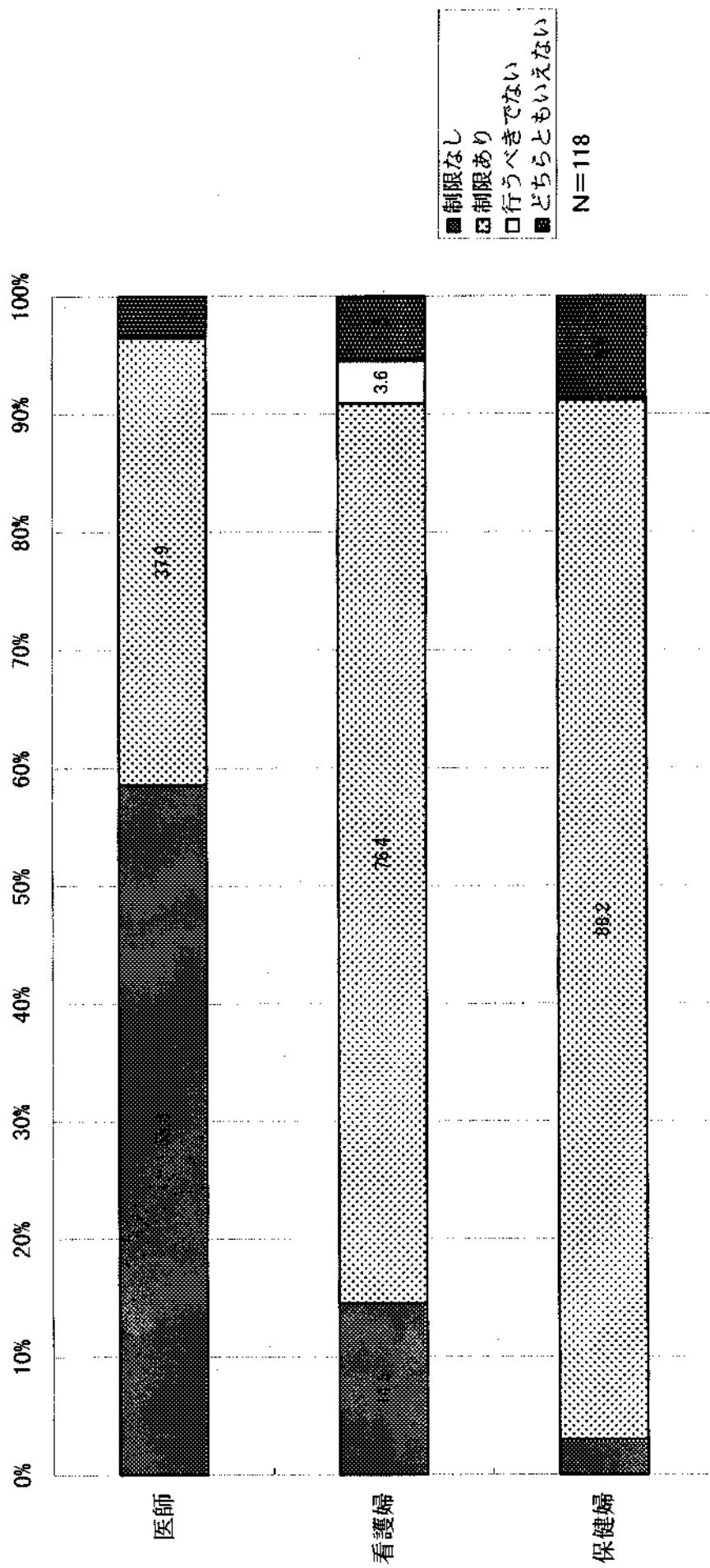


図6. 医療行為における各職種間の認識差
(正野、在宅ケアにおける看護業務の現状と課題、訪問看護と介護、2(7)、1997より)

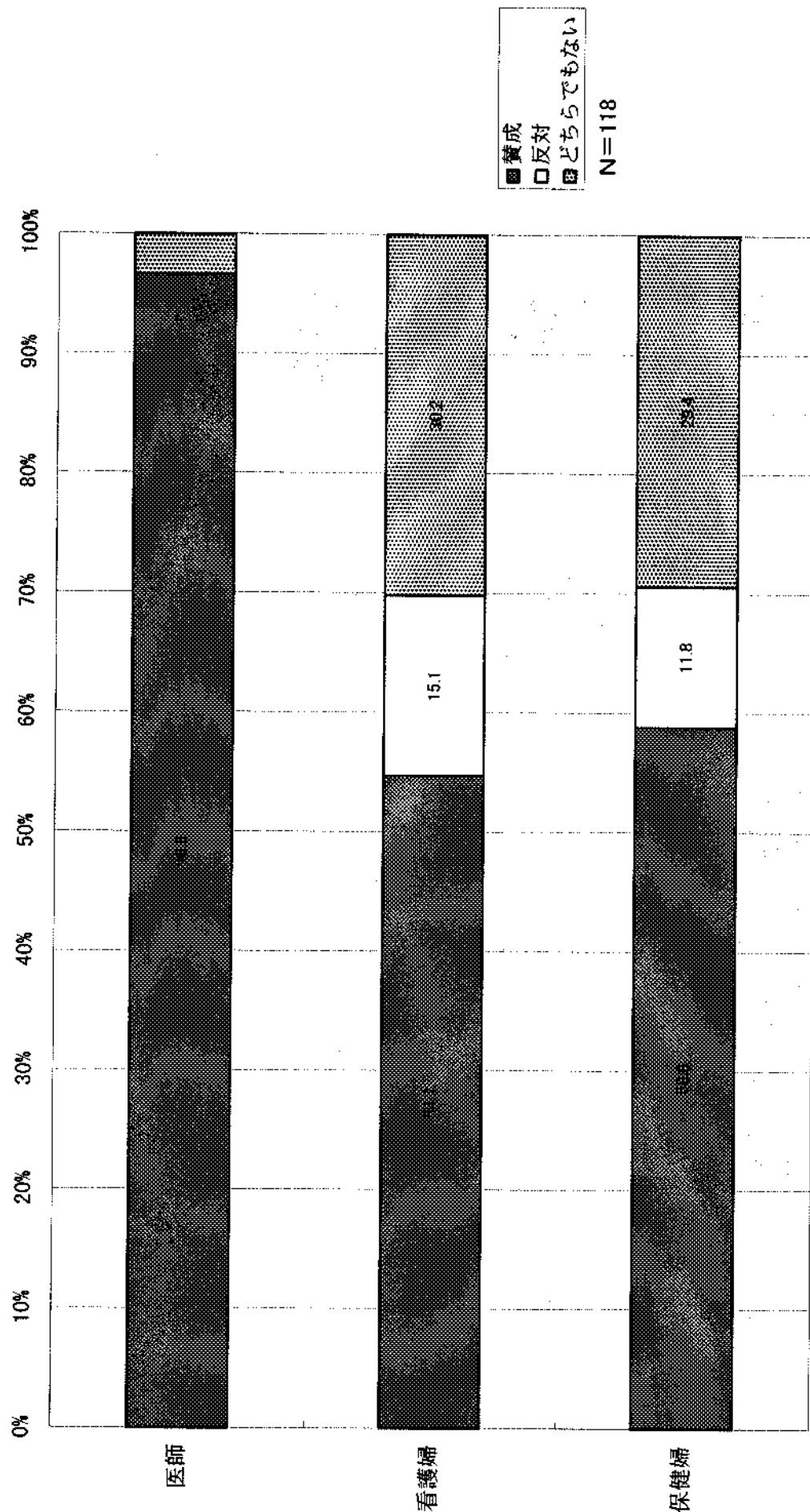


図7. 看護職の業務範囲の法的拡大化における各職種間の認識差

(正野, 在宅ケアにおける看護業務の現状と課題, 訪問看護と介護, 2(7), 1997より)

機関数

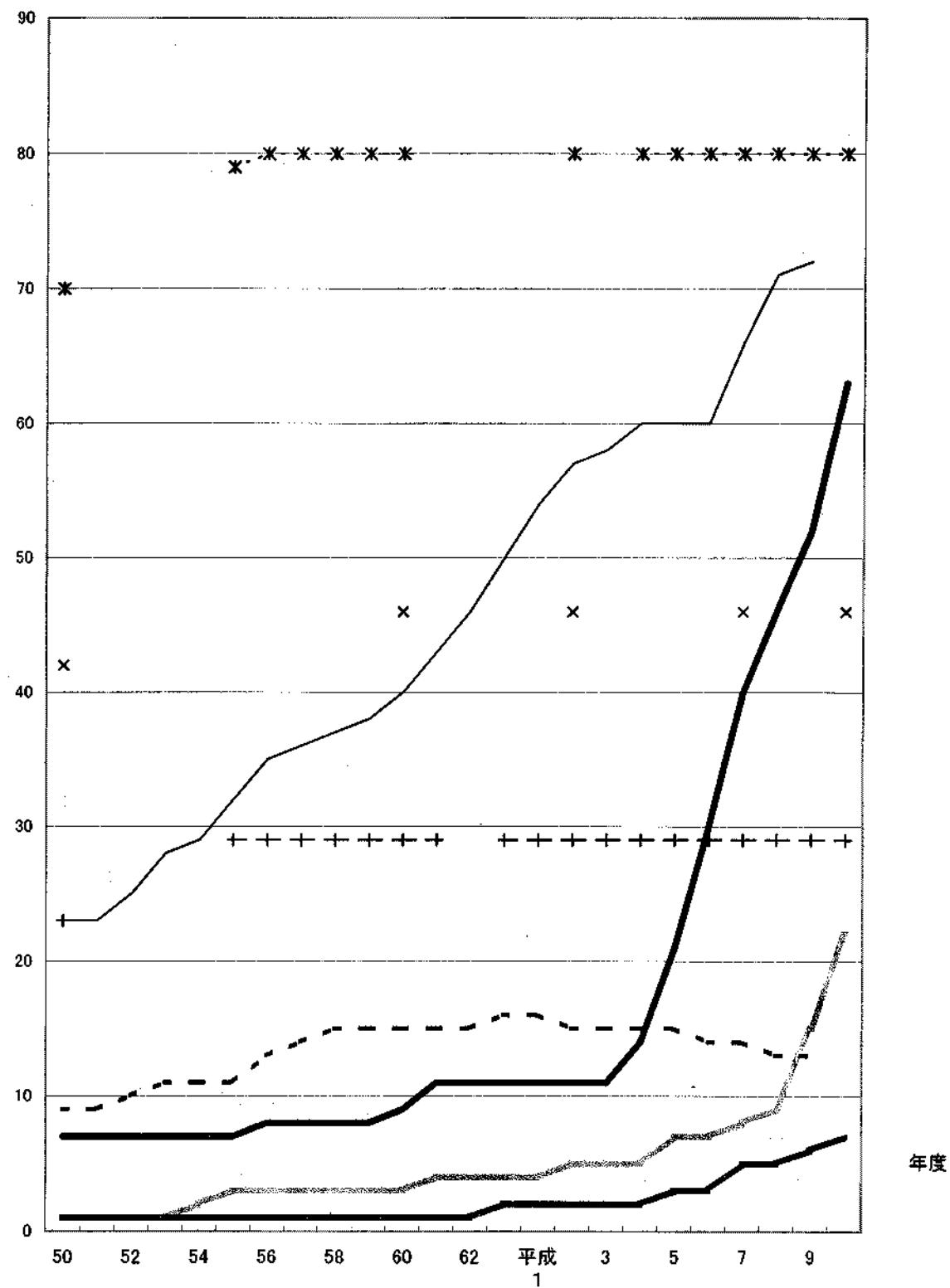


図 8. 養成機関数の変遷

大学院修士課程	大学院博士課程	大学	短期大学3年制
- - -	—	—	—
短期大学2年制	··· * ···	— + —	- * -
医学系大学		歯科医学系大学	薬学系大学

人数

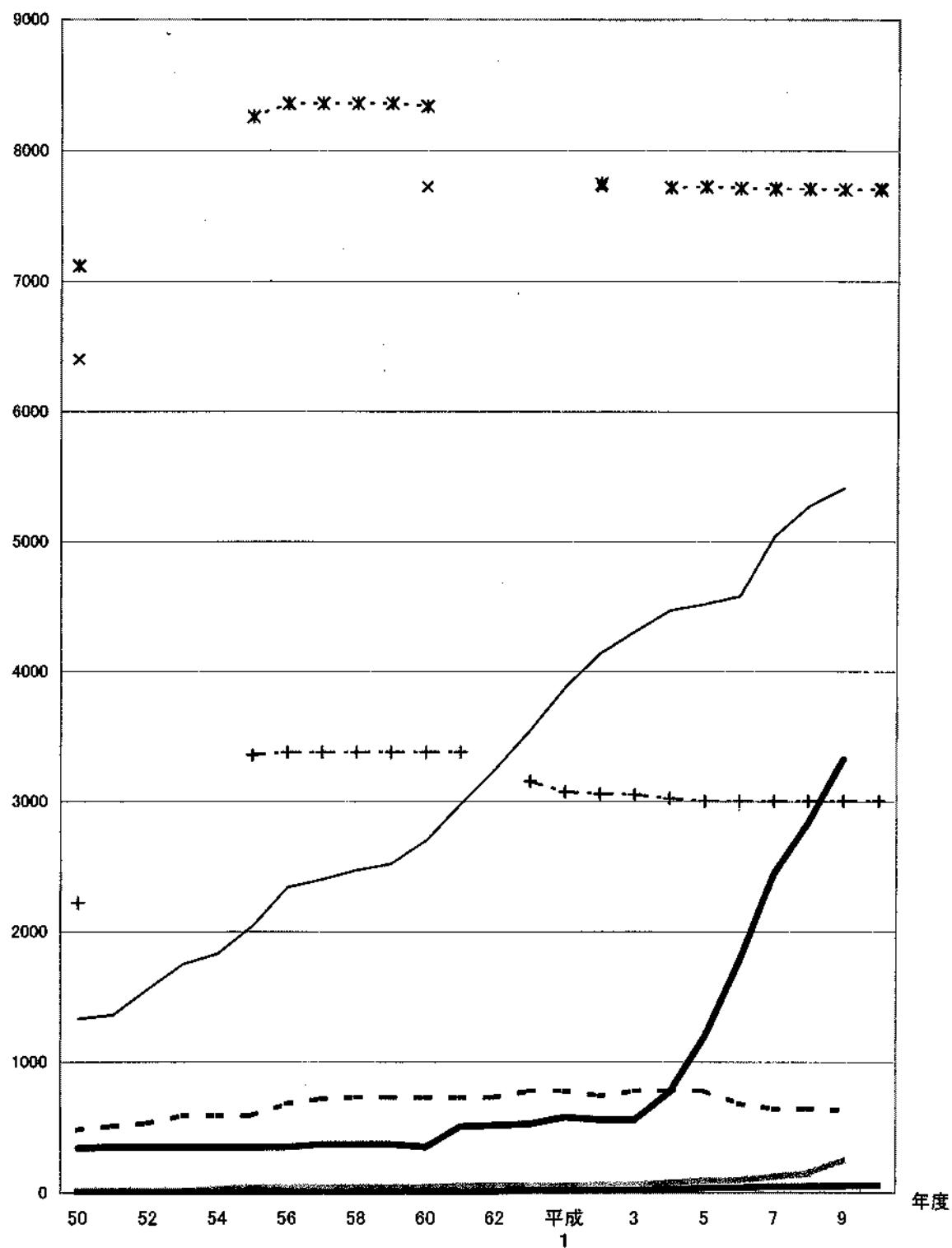


図9. 養成機関の入学定員数の遷移

大学院修士課程	大学院博士課程	大学	短期大学3年制
短期大学2年制	医学系大学	歯科医学系大学	薬学系大学

表1. 開設者別訪問看護事業所数の年次推移

年次	総数	地方公共団体	医療法人	社会福祉法人	公的・社会保険関係団体	医師会	看護協会	その他
平成5年	277	31	143	31	4	40	13	15
6年	516	54	254	53	10	75	24	46
7年	822	68	422	81	20	113	36	82
8年	1374	89	734	123	40	172	46	170
9年	2048	125	1137	180	63	216	65	262
9年 - 8年增加率	49.1	40.4	54.9	46.3	57.5	25.6	41.3	54.1

平成9年 訪問看護統計調査

表2 訪問看護・在宅指導等の変遷

特掲診療料等			昭58	61	63	平2	4	6		8	9	10
								4月	10月			
訪問看護	診療報酬点数表	寝たきり老人訪問看護・指導料 (在宅移行管理加算) (ターミナルケア加算)	100	180	250	380	470	480	500	530	530	530
		在宅患者訪問看護・指導料 (在宅移行管理加算) (ターミナルケア加算)		230	360		450	480	500	530	530	530
		精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) (Ⅱ)		200	250	380	470	500	520	550	550	550
		寝たきり老人末期訪問看護・指導料 (4回目以降) (ターミナルケア加算)						150	160	160	160	160
		在宅患者末期訪問看護・指導料 (4回目以降) (ターミナルケア加算)						500	530	530	530	530
		在宅末期医療総合診療料						600	630	630	630	630
		退院患者継続訪問指導料				300	300	1000	1200	1200	1200	1200
		退院前訪問指導料(老人) (一般)				300	360	530	530	530	530	530
		精神科退院前訪問指導料					280	300	630	630	630	630
		基本療養費(Ⅰ) 基本療養費(Ⅱ) (特別地域加算)					4700	5000	5000	5300	5300	5300
訪問看護療養費		訪問看護末期基本療養費 (4回目以降)							50/100	50/100	50/100	1600
		管理療養費:1日目				2400	6600	6600	7000	7050	7050	7050
		" :2日目以降				2500	2600	2600	2900	2900	2900	2900
		" (退院時共同指導加算)					2600	2800	2800	2800	2800	2800
		" (24時間連絡体制加算)						2000	2000	2000	2000	2500
		" (重症者管理加算)										2500
指導料等	診療報酬点数	情報提供療養費				1000	1300	1300	1500	1500	1500	1500
		ターミナルケア療養費					10000	10000	12000	12000	12000	12000
		入院診療計画加算(一般病棟) 入院診療計画加算(療養病棟等)	100	100	100	120	130	150	150	160	300	350
		退院指導料(老人)						150	160	300	300	250
		退院指導料(一般)							300	300	300	300
		開放型病院老人共同指導料(Ⅱ)の退院時共同指導加算			350	350	370	390	430	430	430	430
		開放型病院共同指導料(Ⅱ)の退院時共同指導加算						390	390	430	430	430
		在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)の退院時共同指導加算						340	340	360	360	360
		寝たきり老人退院時共同指導料						120	140	140	140	140
		老人退院時リハビリテーション指導料		200	200	220	240	240	260	260	260	300
		退院時リハビリテーション指導料						240	260	260	260	300
		退院時共同指導料										150
		在宅療養指導料				100	110	110	150	150	150	170
		入院生活技能訓練法					75	75	100	100	100	170

注1:訪問看護療養費は、点数ではなく“円”である。

注2:平成8~10年の訪問看護療養費の基本療養費(特別地域加算)は比率表示である。

* 資料 岩下清子ほか:診療報酬ーその仕組みと看護の評価 第3版、日本看護協会出版会、1998.

表3 老人訪問看護制度と訪問看護制度の概要

平成10年4月

	老人訪問看護制度	訪問看護制度
1. 訪問看護サービスの対象者	疾病、負傷等により、家庭において寝たきり又はこれに準ずる状態にある老人医療受給者であって、かかりつけの医師が必要と認めたもの	疾病、負傷等により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者であって、かかりつけの医師が必要と認めたもの(老人医療受給対象者を除く)
2. 訪問看護サービスの従事者	保健婦(士)、看護婦(士)、准看護婦(士)、理学療法士、作業療法士	保健婦(士)、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)、理学療法士、作業療法士
3. 訪問看護サービスの内容	かかりつけの医師の指示に基づいて、看護婦等が訪問し、在宅において訪問看護サービスを提供する。	
4. 費用の支払い	老人訪問看護ステーションが、市町村から老人訪問看護療養費の支払いを受ける (老人)訪問看護ステーションは、訪問看護サービスの利用者から利用料の支払いを受ける	訪問看護ステーションが、保険者から訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支払いを受ける
5. 費用の内訳	(老人)訪問看護基本療養費(Ⅰ)(1日につき) イ 保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法士 5,300円 口 准看護婦 4,800円 (老人)訪問看護基本療養費(Ⅱ)(1日につき) * 保健婦、看護婦、作業療法士 延長時間加算(1時間につき) 特別地域訪問看護加算 (注)週3日を限度(別に厚生大臣が定める疾病等の患者を除く) 急性増悪時等で特別指示のあった場合、14日以内は回数制限はない (老人)訪問看護末期基本療養費(1日につき) イ 保健婦、看護婦 ① 週3回目まで 5,300円 ② 週4回目以降 6,300円 口 准看護婦 ① 週3回目まで 4,800円 ② 週4回目以降 5,800円 (老人)訪問看護管理療養費(訪問の都度算定、ただし月12日まで) イ 月の初日の訪問の場合 7,050円 口 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき) 2,900円 (寝たきり老人)退院時共同指導加算 2,800円 24時間連絡体制加算 2,500円 重症者管理加算 2,500円 (老人)訪問看護情報提供療養費 1,500円 (老人)訪問看護ターミナルケア療養費 12,000円	訪問看護基本療養費(Ⅰ)(1日につき) イ 保健婦、助産婦、看護婦、理学療法士、作業療法士 5,300円 口 准看護婦 4,800円 訪問看護基本療養費(Ⅱ)(1日につき) イ 保健婦、看護婦、作業療法士 延長時間加算(1時間につき) 特別地域訪問看護加算 基本療養費の 50/100 (注)週3日を限度(別に厚生大臣が定める疾病等の患者を除く) 急性増悪時等で特別指示のあった場合、14日以内は回数制限はない (老人)訪問看護末期基本療養費(1日につき) イ 保健婦、看護婦 ① 週3回目まで 5,300円 ② 週4回目以降 6,300円 口 准看護婦 ① 週3回目まで 4,800円 ② 週4回目以降 5,800円 (老人)訪問看護管理療養費(訪問の都度算定、ただし月12日まで) イ 月の初日の訪問の場合 7,050円 口 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき) 2,900円 (寝たきり老人)退院時共同指導加算 2,800円 24時間連絡体制加算 2,500円 重症者管理加算 2,500円 (老人)訪問看護情報提供療養費 1,500円 (老人)訪問看護ターミナルケア療養費 12,000円
6. 利用者負担	基本利用料 1回 250円 その他利用料 ・長時間、休日、時間外 ・交通費、物品サービス等 (実費相当額)	健康保険の場合(例) 算定基準により算定した額の 2割(本人) 算定基準により算定した額の 3割(家族) その他利用料 ・長時間、休日、時間外 ・交通費、物品サービス等 (実費相当額)
7. 公費負担医療制度	更正医療、育成医療、精神保健福祉法による通院医療、医療扶助等	同左
8. 高額療養費制		適用: -限度額 63,600円(低所得者 35,400円) -30,000円(低所得者21,000円)以上となった場合は合算対象 -人工透析、血友病は10,000円
9. ステーション数	2,559か所(平成10年3月末現在)	2,551か所(同左)

(注) 1 利用者負担の健康保険の例とは、基本療養費と管理療養費を合算した場合のものである。

2 利用者負担の10円未満の額は四捨五入となる。

表4 診療報酬点数表における在宅療養関連項目

社会保険診療報酬				老人保健診療報酬			
項目	点数	算定期間	算定期間	項目	点数	算定期間	算定期間
基本診療料				老人基本診療料			
入院時医学管理料				老人入院時医学管理料			
・入院診療計画加算	350／250点	入院中1回限り	入院中の監視、医師、看護婦等が共同して营养計画を策定し、病名、症状、検査内容、入院期間等について文書による説明を行った場合。	老人の様、医師、看護婦等が共同して营养計画を策定し、病名、症状、検査内容、入院期間等について文書による説明を行った場合。	入院中の監視、医師、看護婦等が共同して营养計画を策定し、病名、症状、検査内容、入院期間等について文書による説明を行った場合。	入院中の監視、医師、看護婦等が共同して营养計画を策定し、病名、症状、検査内容、入院期間等について文書による説明を行った場合。	入院中の監視、医師、看護婦等が共同して营养計画を策定し、病名、症状、検査内容、入院期間等について文書による説明を行った場合。
特種診療料				老人特種診療料			
指導管理等				老人慢性疾患外来統合診療科	275／1,035点	2回／月履歴	老人慢性疾患外来統合診療科
				老人慢性疾患外来統合診療科	255点		老人慢性疾患外来統合診療科
				老人慢性疾患外来长期指導料	212／137／80点	2回／月定期	老人慢性疾患外来長期指導料
				老人慢性疾患生活指導科	212／137／80点	2回／月定期	老人慢性疾患生活指導科
特定疾患指導専門科	202／137／80点	2回／月定期	特定疾患指導専門科	202／137／80点	2回／月定期	特定疾患指導専門科	202／137／80点
・ウイルス疾患指導科	240／380点		・ウイルス疾患指導科	240／380点		・ウイルス疾患指導科	240／380点
・特定禁制治療管理科	300点		・特定禁制治療管理科	300点		・特定禁制治療管理科	300点
・悪性腫瘍専門治疗管理科	270／450点		・悪性腫瘍専門治疗管理科	270／450点		・悪性腫瘍専門治疗管理科	270／450点
・小兒特定疾患カウンセリング科	210点		・小兒特定疾患カウンセリング科	210点		・小兒特定疾患カウンセリング科	210点
・小兒利尿薬指導科	250点		・小兒利尿薬指導科	250点		・小兒利尿薬指導科	250点
・てんかん指導科	250点		・てんかん指導科	250点		・てんかん指導科	250点
・難聴外来指導科	150点		・難聴外来指導科	150点		・難聴外来指導科	150点
・皮膚科特定疾患指導管理料	550／210点		・皮膚科特定疾患指導管理料	550／210点		・皮膚科特定疾患指導管理料	550／210点
・外來栄養食事指導料	130点		・外來栄養食事指導料	130点		・外來栄養食事指導料	130点
・入院栄養食事指導料	30点		・入院栄養食事指導料	30点		・入院栄養食事指導料	30点
・集団栄養食事指導料	50点		・集団栄養食事指導料	460／320点		・集団栄養食事指導料	460／320点
・心臓ベースメーカー指導管理料			・心臓ベースメーカー指導管理料			・心臓ベースメーカー指導管理料	
・在宅被服指導料	170点		・在宅被服指導料	170点		・在宅被服指導料	170点

・衛生検査指導料	480/340 点		
・慢性維持透析患者外来医生管	2,900点		
小児科外来診療料（1日につき）	540/650点 370/480点		
運動療法指導管理料	900/ 1,200点	1回／月限 度	
手術的医学管理料	1,520点		
開放型病院共同指導料（Ⅰ）	350点	患者1人に つき1回／ 月限度	開放型病院に自己の診察した患者を入院させた医師が、開放型病院と共同で治療指導を行った場合。
・退院時共同指導加算	330点		退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に対する指示を受けて、開放型病院の看護師と共同して退院後の看護上必要な指導を行った場合。
開放型病院共同指導料（Ⅱ）	220点	患者1人に つき1回／ 月限度	開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合に適用する場合。
・退院時共同指導加算	430点		退院に際して患者又はその看護に当つている者に、退院後の看護上必要な指導を行つた場合。開放型病院の看護師と共同して行つた場合。
在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	310点		診療所において、在宅診療指導料、在宅未賄経緯合診療料又は在宅看護指導料を算定している患者が、看護の必要性等に伴い、病院に入院した場合、上院が入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して看護上必要な指導を行つた場合。
・退院時共同指導加算	290点	1回限度 度	入院1か月以内は4回/ 月限度。
在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）	140点	1回限度 度	退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に對して行つた場合。
・退院時共同指導加算	360点	1回限度	在宅患者入院指導料（Ⅰ）を算定する条件。
救命救急告警料	500点		退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に、退院後の看護上必要な指導を行つた場合。

・衛生検査指導料	480/340 点		
・慢性維持透析患者外来医生管	2,900点		
小児科外来診療料（1日につき）	540/650点 370/480点		
運動療法指導管理料	900/ 1,200点	1回／月限 度	開放型病院に自己の診察した患者を入院させた医師が、開放型病院と共同で治療指導を行つた場合。
手術的医学管理料	1,520点		
開放型病院共同指導料（Ⅰ）	350点	患者1人に つき1回／ 月限度	退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に対する指示を受けて、開放型病院の看護師と共同して退院後の看護上必要な指導を行つた場合。
・退院時共同指導加算	330点		退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に、退院後の看護上必要な指導を行つた場合。
開放型病院共同指導料（Ⅱ）	220点	患者1人に つき1回／ 月限度	開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合に適用する場合。
・退院時共同指導加算	430点		退院に際して患者又はその看護に当つている者に、退院後の看護上必要な指導を行つた場合。開放型病院の看護師と共同して行つた場合。
在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	310点		診療所において、在宅診療指導料、在宅未賄経緯合診療料又は在宅看護指導料を算定している患者が、看護の必要性等に伴い、病院に入院した場合、上院が入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して看護上必要な指導を行つた場合。
・退院時共同指導加算	290点	1回限度 度	入院1か月以内は4回/ 月限度。
在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）	140点	1回限度 度	退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に對して行つた場合。
・退院時共同指導加算	360点	1回限度	在宅患者入院指導料（Ⅰ）を算定する条件。
救命救急告警料	500点		退院に際して当該患者又はその看護に当つている者に、退院後の看護上必要な指導を行つた場合。

送院指導料	300点	1回限度				入院期間が1月以上の患者又は家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要な保健医療サービス又は福祉サービス等にに関する計画を行った場合。
老人退院指導料 複数料	300点	1回限度				老人退院時共同指 導料
・既に老入退院時共同指 導料	600点	1回限度				老人退院時共同指 導料 (1)
既に老入退院時共同指 導料 (II)	140点	1回限度				老人退院時共同指 導料 (II)
老人退院時リハビリテー ション指導料	300点	1回限度				退院時に、患者又は家族等には退院後の家庭での基本的な動作能力又は社会的活動能力を回復させるため必要な指導を行った場合。医師の指示を受けたてて、保健医療施設の理学療法士又は作業療法士が保健師、看護師、精神保健福祉士等とも協定できる。
退院時共同指導料	300点	1回限度				退院中の患者又はその家族等に対する、医師、看護師等が、退院後の居住における保健医療上必要な指導を、訪問看護等と共同して行った場合。医師の指示を受けたてて、保健医療施設の理学療法士又は作業療法士等が訪問看護、栄養士、看護師等と共同で指導を行った場合にも算定できる。
退院時共同指導料	150点	入院中1回 限度				入院中に1回(入院後月初期)は看護師等に對して、退院後の指導を行った場合。医師の指示を受けたてて、保健医療施設の理学療法士又は作業療法士等が訪問看護等と共同で指導を行った場合にも算定できる。
退院前訪問指導料	360点	1回				入院期間が1月以上と見込まれる患者を訪問し、当該患者に先立つて患者を訪問し、退院後の指導を行った場合。医師の指示を受けたてて、保健医療施設の理学療法士又は作業療法士等が訪問看護等と共同で指導を行った場合にも算定できる。
療育管理指導料	480点	1回/週に限 り、2回/月 限度				依頼医療機関が、患者の同意を得て、患者の状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合。(1)診療所から診療所へ、病院から病院へ。(2)診療所から市町村等へ。(3)診療所から保健医療施設へ。(4)保健医療施設から精神障害者等へ。
診療指導提供料 (4)	220点	1回/月限度				老人診療指導提供料 (4)

診療情報提供料(住)	240点	紹介先1人につき1回版 月履歴	(1) 在宅医療診療料から診療所へ。(2) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(3) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(4) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(5) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(6) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(7) 在住生活指導料を算定すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。
診療情報提供料(1)	500点	患者1人に つき1回版 月履歴	病院が患者の退院に際して、患者の同意を得て、患者の文書を添えて患者の治療状況を示すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(1)地域医療支援病院又は特定機能病院か、地元医療支援病院又は特定機能病院か、患者の同意を得て、患者の文書を添えて患者の治療状況を示すべき指掌管掌等を行つて患者が診療所へ。(2)地域医療支援病院から、診療料から、200点未満の病院へ。(3)特定機能病院から診療所へ、200点未満の病院へ。
診療情報提供料(1)	520点	患者1人に つき1回版 月履歴	出家の求めに応じて出家に付すべき修業を行つた場合。
在 宅 医 療	・在 総 科	650点	施設基準に適合した保険医療施設ににおいて、通院困難な症候群患者下に遇り但して、計画的でない医療行為を行つていている場合に、患者又はその看護者から、患者又はその看護者の意見を見求める場合に、患者又はその看護者等の意見を考慮する場合。
・在 宅 医 療・看 护・理 學	3,290点	1回／月報 送	通院困難な在宅医療患者に、同意を得て、計画的な医療管理のもとに定期的に訪問して診療を行つた場合。

			3日/週限度。 急性増悪等の場合は1月1回に限り14日以内、14日まで算定可。	寝たきり老人訪問診療科(Ⅱ) ・寝たきり老人訪問診療科 ・時間外加算 ・在宅老人ホームナナル加算 ・在宅看取り加算	320点	寝たきり老人等に対する診療が、在宅療養の下に、定期的に訪問された場合。
	1時間を超えた場合、 30分毎		1時間を超えた場合、 30分毎	・在宅老人訪問診療科(Ⅰ) ・寝たきり老人未定期訪問診療科(Ⅰ) ・時間外加算 ・在宅看取り加算	100点 1,200点 200点	患者における診療が1時間を超えた場合。 寝たきり老人訪問診療科(Ⅰ)を算定し、在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。 患者において死に診断を行つた場合。
在宅末期医療総合診療科(1日に1,500点 1,700点)	1週単位			・寝たきり老人未定期訪問診療科(Ⅰ) ・時間外加算 ・在宅老人訪問診療科(Ⅰ) ・寝たきり老人未定期訪問診療科(Ⅰ) ・時間外加算 ・在宅看取り加算	790点 1,090点 820点 1,180点 100点 200点	厚生大臣が定める施設基準に適合していると都道府県知事に届け出た保険医療機関において、患者が困難な居宅生活の本質的性質を患者に対して、同意を得て、計画的な医学管理の下に、総合的な医療を提供した場合。 医療において死に診断を行つた場合。 在宅療養の在宅医療に限り老人等に対して、計画的な医学管理の下に、定期的に訪問して診療を行つた場合。 医療において死に診断を行つた場合。 在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。 患者又は家族等に看護上必要な指導を行つた場合。
救急搬送診療科	200点 650点	1日/週限度。 患者を教習用の自動車で保健医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車に同乗して診療を行つた場合。	1日/週限度。 患者において死に診断を行つた場合。 在宅看取り加算	寝たきり老人訪問指導管理科 ・寝たきり老人訪問指導管理科 ・保育師 ・准看護師	430点 430点 330点 180点	在宅療養の在宅医療に限り老人等に看護上必要な指導を行つた場合。 在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。 在宅療養の在宅医療に限り老人等に対して、診療が困難なものに対して、診療に基づき、訪問看護計画によつて、保育師、助産婦、看護師又は准看護師を訪問させて看護又は看護上必要な指導を行つた場合。
在宅患者訪問看護・指導科(1日に1回) ・保育師又は准看護師	530点 480点	1日/週限度。 急性増悪等の場合は1回に限り14日以内、14日まで算定可。	1日/週限度。 在宅看護師	330点 180点		在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。
・在宅移行管理加算	250点	特別な管理を必要とする患者に対して、定期的に4回以内に4回以上訪問看護を行つて、訪問看護計画によつて、当該診療を行つた場合。	・在宅移行管理加算 ・在宅老人ホームナナルケア加算	250点 1,200点	1回程度	在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。
・在宅ターミナルケア加算	1,200点	1ヶ月以上在宅訪問看護・指導を実施し、死亡前2時間以内にターミナルケアを行つた場合。				在宅で死亡した者に1ヶ月以上ターミナルケアを行つた場合。

在宅患者未定期間看護・指導料（1日につき）	在宅において看護を行つている未病の慢性機能障害者であつて、迎院が困難なものに対する看護又は療養に基づく、訪問看護師が訪問して看護又は療養上必要な指導を行つた場合。	3回／週まで	未病の慢性機能の在宅在り老人等に対して、診療に基づき、訪問看護師によつて、当該診療を行つた保険診療を行つた場合、保健師、看護師又は看護師が訪問して看護又は療養上必要な指導を行つた場合。	・保健婦又は看護師	530点	週3回台まで
				・保健婦又は看護師	530点	週4回目以降の訪問日
				・准看護師	480点	週3回目までの訪問日
				・准看護師	580点	週4回目以降の訪問日
在宅ターミナルケア加算	1か月以上在宅訪問看護・指導を実施し、先に前半時間以内にターミナルケアを行つた場合。	3回／週以降	在宅在り老人ターミナルケアアドバイス	・在宅老人ターミナルケアアドバイス	1,200点	1ヵ月以上既にターミナルケアを行つた場合。
				・在宅老人ターミナルケアアドバイス	1,200点	1ヵ月以上既にターミナルケアを行つた場合。
				・在宅訪問看護指示料	530点	1回／月程度。
				・在宅訪問看護指示料	300点	1回／月程度。
訪問看護指示料	在宅において必要な指導を行つた場合。	3回／週度	在宅の主治医が診療に基づき指定老人訪問看護事業者からの指定に従つて行い、当該保険性経済内閣と買う被扶助又は作業療法士をして基本的動作能力又は社会的適応能力の向後を図らための訓練等について必要な指導を行わせた場合。	・在宅訪問看護指示料	530点	1回／月程度。
				・在宅訪問看護指示料	100点	1回／月程度。
				・在宅訪問看護指示料	100点	1回／月程度。
				・在宅訪問看護指示料	360点	2回程度。
・在宅患者訪問看護料	100点	1回／月度	在宅在り老人等に対して、診療に基づき計画的な医学管理指導を行つた場合。	・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
・在宅患者訪問看護料	100点	1回につき	在宅在り老人等に対して、診療に基づき計画的な医学管理指導を行つた場合。	・在宅患者訪問看護料	100点	1回につき。
				・在宅患者訪問看護料	100点	1回につき。
				・在宅患者訪問看護料	100点	1回につき。
				・在宅患者訪問看護料	100点	1回につき。
・在宅患者訪問看護料	100点	2回／月度	在宅在り老人等に対して、診療に基づき計画的な医学管理指導を行つた場合。	・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。
				・在宅患者訪問看護料	550点	2回／月度。

在宅経営指導管理料	1回／月報 度	当該指導管理が必要と医師が判断した患者又は患者の看護上必要な事項の注意及び指導を行った上で、医学管理を十分に行い、在宅療養に従事する指導者、保健医療材料を支給した場合。		
・遠隔前主任終業指導管理料	120点	入院患者が在宅療養に従事する指導者を行った場合。		
・在宅自己注射指導管理料	820／950 点	在院外の患者に自己注射を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅自己腹膜透析指導管理料	3,800点	在院外の患者に自己腹膜透析を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅血液透析指導管理料	3,800点	在院外の患者に、在宅血液透析を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅營養指導管理料	1,300／ 2,500点	在院外の患者に、在宅營養指導を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅中心静脈栄養指導管理料	3,000点	在院外の患者に、在宅中心静脈栄養法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅成分栄養管栄養指導管理料	2,500点	在院外の患者に、在宅成分栄養管栄養法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅自己透尿指導管理料	1,800点	在院外の患者に、在宅自己導尿に従事する指導管理を行つた場合。		
・在宅人工呼吸指導管理料	2,800点	在院外の患者に、在宅人工呼吸を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1,300点	経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用し在院外の患者に、在宅持続陽圧呼吸療法に従事する指導管理を行つた場合。		
・在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500点	在院外における悪性腫瘍の治療法又は化学療法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅慢たきり患者処置指導管理料	1,050点	在宅で慢たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該医師が里親訪問し当該処置に関する指導管理を行つた場合。	慢たきり老人施設指導管理 料	1回／月報度。
・在宅自己透析管理指導管理料	1,300点	透析除去のために補充型透析、在宅自己透析する患者に指導管理を行つた場合。		
特定保険医療材料料				

在宅経営指導管理料	1回／月報 度	当該指導管理が必要と医師が判断した患者又は患者の看護上必要な事項の注意及び指導を行つた上で、医学管理を十分に行い、在宅療養に従事する指導者、保健医療材料を支給した場合。		
・遠隔前主任終業指導管理料	120点	入院患者が在宅療養に従事する指導者を行つた場合。		
・在宅自己注射指導管理料	820／950 点	在院外の患者に自己注射を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅自己腹膜透析指導管理料	3,800点	在院外の患者に自己腹膜透析を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅血液透析指導管理料	3,800点	在院外の患者に、在宅血液透析を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅營養指導管理料	1,300／ 2,500点	在院外の患者に、在宅營養指導を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅中心静脈栄養指導管理料	3,000点	在院外の患者に、在宅中心静脈栄養法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅成分栄養管栄養指導管理料	2,500点	在院外の患者に、在宅成分栄養管栄養法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅自己透尿指導管理料	1,800点	在院外の患者に、在宅自己導尿に従事する指導管理を行つた場合。		
・在宅人工呼吸指導管理料	2,800点	在院外の患者に、在宅人工呼吸を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1,300点	経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器を使用し在院外の患者に、在宅持続陽圧呼吸療法に従事する指導管理を行つた場合。		
・在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500点	在院外における悪性腫瘍の治療法又は化学療法を行つて指导管理を行つた場合。		
・在宅慢たきり患者処置指導管理料	1,050点	在宅で慢たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該医師が里親訪問し当該処置に関する指導管理を行つた場合。	慢たきり老人施設指導管理 料	1回／月報度。
・在宅自己透析管理指導管理料	1,300点	透析除去のために補充型透析、在宅自己透析する患者に指導管理を行つた場合。		
特定保険医療材料料				

老人デイ・ケア料(1日につき)				
	・老人デイ・ケア料 (I)	520/780点	3日/週限度。	保険医療機関が、その心身機能の回復又は維持を図るため、老人デイ・ケアを行った場合。
精神科専門療法	・老人デイ・ケア料 (II) ・痴呆性老人デイ・ケア 加算	768/1,026点	3日/週限度。	保険医療機関が、著しい精神障害又は著しい運動障害をする患者に対して、その心身機能の回復又は維持を行った場合、老人デイ・ケアを行った場合。
		75点		
精神科専門療法				
	精神科を専従している保険医療機関で精神科を担当している医師の指示を受けた当該医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士等が、入院以外の精神障害者又は家族の了解を得て患者を訪問し、入院後精神疾患指揮等を行った場合。			
精神科専門療法・指導料(1)				
	精神科専門療法・指導料(1)	550点	3回/週限 度	精神科専門療法を担当している保険医療機関で精神科を担当している医師の指示を受けた当該医療機関の保健師、看護師等が精神障害者又は精神疾患指揮等を行った場合、精神疾患の発見又は介護又は社会復帰相談を行った場合。
精神科専門療法・指導料(II)				
	精神科専門療法・指導料(II)	160点	3回/週限 度	入院期間が3月を超えると収込まれる患者の退院後のお家等を訪問し、当該患者又は家族等の状態の改善の検査等を受けて指導を行つた場合、医師の指示が診断し指導を行つた場合も算定できる。
精神科退院前訪問指導料				
	精神科退院前訪問指導料	380点	1回	精神科を専従している保険医療機関において、2人以上の経験のある從事者(有資格者又は作業療法士のいずれか1人、及び精神保健福祉士等、臨床心理士の計2人以上)のうち2人が入院生活技能訓練法を行つた場合。
入院生活技能訓練法				
	入院生活技能訓練法	100/75点	1回/週限 度	

表5. 人口動態総覧(率)の国際比較

国名	出生率		死亡率	
		(人口千対)		
日本	1998	9.6	1998	7.4
アメリカ合衆国	1996	* 14.8	1996	* 8.8
イギリス	1995	12.5	1996	10.9
ドイツ連邦共和国	1997	9.6	1997	10.4
フランス	1996	12.6	1996	9.2
イタリア	1997	* 9.4	1997	* 9.8
スウェーデン	1997	* 10.1	1997	* 10.5

注：*印は暫定値である。

資料：[1] 日本 人口動態統計

[2] 外国 出生率・死亡率は、UN, POPULATION AND VITAL STATISTICS REPORT, July, 1998

ただしアメリカは、US, Monthly Vital Statistics Report, Vol. 46, No. 11, Supp., June 30, 1998

表6. 健康転換と対応システム

健康転換		対応システム	(参考) 供給体制
第1相	感染症 ↓ 慢性疾患	公衆衛生施策 (←税)	(開業医中心)
第2相	慢性疾患 ↓ 老人退行性疾患	医療保険制度	病院中心： 医療 & 施設 ↓ 福祉 & 在宅
第3相	老人退行性疾患	高齢者の医療・福祉を統合した独立のシステム	

(長谷川敏夫「日本の健康転換のこれからの展望」)

表7. 「医療モデル」と「生活（QOL）モデル」の対比

	医療モデル	生活（QOL）モデル
目的	疾病の治癒、救命	生活の質（QOL）の向上
目標	健康	自立
主たるターゲット	疾患（生理的正常状態の維持）	障害（日常生活動作能力【ADL】の維持）
主たる場所	病院（施設）	社会（生活）
チーム	医療従事者（命令）	異職種（医療、福祉等）（協力）
（参考）対象の捉え方（WHO等）	医学モデル（病因—病理—発現）	障害モデル（機能障害—能力低下—ハンディキャップ）

（長谷川：日本の健康転換のこれからの展望）

表8 外出手順表

「外出前」	具体的な方法、内容 G氏に聽する事例 ・G氏に外出の意志（町山）を確認する。	G氏以外の事情 ・外出先に聞きする情報収集（行動範囲の査定）
1) 外出の希望	・体調は外出可能な状態を考慮する（医療、看護志による）	・外出先に聞きする情報収集（行動範囲の査定） 〔内容〕◎車椅子で移動可かかバシースの有無と位置 ・車椅子の段差や急な坂道の有無と大きさ ・出入口の広さ及びペーテー有無と大きさ ・宿泊施設の部屋は洋室で、又は豪華など ・浴槽、先着着地の大きさなど ・車椅子に対する移動手段（室内人の有無など） ・自走車椅子での移動
2) 身体条件の査定定期的勤務時の体調把握、本人の確認	・体調は外出可能な状態を考慮する（医療、看護志による）	・徒歩5~15分圏内 ・都営は六一ムと電車の段差が無くなり、車内に車椅子の定位装置があり自宅からも近く利用しやすい。 ・子自動車利用の時 ・ハンディタクシーや浜崎の移送サービスの利用 ・福井急時、救急車のアルが整備部を含めて運転する。 ・車の緊急時、ガソリンの準備、外山前後約1時間ずつ要する。 ・時間計画はG氏生活リズムに合わせるようにする ・（午後が早まる）
3) 外出手順の検討	・外出用荷物の整理 ・車椅子の搬入搬出、先着着地の大きさなど ・車椅子の移動手段（室内人の有無など） ・自走車椅子での移動	・バッテリーの使用可能時間をする。 ・車椅子の搬入搬出、先着着地の大きさなど ・車椅子の移動手段（室内人の有無など） ・自走車椅子での移動
4) 外出に要する人手の確保	・予想される身体的負担（患者） ・車椅子上同一部位の刺繡による苦痛 ・外部環境の変化による影響 ・生活リズムの変化による影響 などを考慮する。	・機器や器具の変化に対処できる ・藤生用具の操作ができる ・G氏の音声による音声 ・G氏とコミュニケーションがとれる の条件を持ち日常の介護方法を熟知している人が必要である。 ・常時複数の介護者がいる場合 ・外出先の運送方法や料金の仕方 ・G氏の音声による音声 ・G氏とコミュニケーションがとれる の条件を持ち日常の介護方法を熟知している人が必要である。 ・常時複数の介護者がいる場合 ・近距離、日帰りではかかりつけ医に連絡 ・遠距離、宿泊対しての依頼状送付。 ・体調コントロール（排便など） ・外山前前の体調確認（主治医、本人の判断）
5) 緊急事態に對応準備する	・機器類の故障に對する ・藤生用具の操作ができる ・G氏の音声による音声 ・G氏とコミュニケーションがとれる の条件を持ち日常の介護方法を熟知している人が必要である。 ・常時複数の介護者がいる場合 ・近距離、日帰りではかかりつけ医に連絡 ・遠距離、宿泊対しての依頼状送付。 ・体調コントロール（排便など） ・外山前前の体調確認（主治医、本人の判断）	・「外出セシト」、機器類の点検 ・必要物品の用意 ・出発の1時間前前に準備を始める。
6) 外出必携物品の用意	・当外出準備 1) 食事 2) 排泄援助	・G氏が量を決めている。（時間がないときは通常入れずに運ぶ。） ・人手満足時間により手順の中を行わない時もある。 ・ネプライザーは去痰剤にソルボン使用。

6 外出必要物品の用意
Ⅱ 当日出发準備

- 1 食事
- 2 掛け縫物
- 3 必要物品を準備

4 着替え

- 1) 上(肌着、ズボン)、下(股引き、ズボン)
- 2) しておらず、おでこ、一 度で着替える。
- 3) G氏の両脇に立ち、あらかじめ袖を外す。
- 4) G氏を、外掛け脱ぎ位に引き出す。
- 5) 逆掛け脱ぎ位に引き出す。
- 6) 脱ぎ位に引き出す。
- 7) 上の脱ぎ位に引き出す。
- 8) 階段回路の差室(加湿器、ガス)ドラッグ

- 1) G氏から鼻孔を開放する。
- 2) G氏は鼻孔側の呼吸器側の鼻孔を開放する。
- 3) フィルターを外し、間をコネクターで接続する。
- 4) 回転コネクタを接続する。
- 5) G氏に器具を再開させる。

6 呼吸器本体への移動
車椅子

「外出セット」、機器類の点検
必要物品の用意

※表 参照

1) 時間位前に準備を始める。ないときには量入れ備えている。(持参する中で行わないことは運用手である。)	・G氏が量入れ備えている。(持参する中で行わないことは運用手である。)
2) ライザーは去痰剤にbolton使用。	・ライザーはbolton使用。
3) ハッテリーライザー準備	・ハッテリーライザー準備
4) 必要物品の準備…シャツを軽く確認	・必要物品の準備…シャツを軽く確認
5) 室内椅子から道路にかける。	・室内椅子から道路にかける。
6) 帰室用浴衣→外出着への着替えをする。(ポン)	・帰室用浴衣→外出着への着替えをする。(ポン)
7) 上(肌着、ズボン)、下(股引き、ズボン)	・上(肌着、ズボン)、下(股引き、ズボン)
8) おでこ、一 度で着替える。	・おでこ、一 度で着替える。
9) 逆掛け脱ぎ位に引き出す。	・逆掛け脱ぎ位に引き出す。
10) 階段回路の差室(加湿器、ガス)ドラッグ	・階段回路の差室(加湿器、ガス)ドラッグ
11) G氏から鼻孔を開放する。	・G氏から鼻孔を開放する。
12) G氏は鼻孔側の呼吸器側の鼻孔を開放する。	・G氏は鼻孔側の呼吸器側の鼻孔を開放する。
13) フィルターを外し、間をコネクターで接続する。	・フィルターを外し、間をコネクターで接続する。
14) 回転コネクタを接続する。	・回転コネクタを接続する。
15) G氏に器具を再開させる。	・G氏に器具を再開させる。

5) G 氏に回路をつけ、器械換気を再開させる。	車椅子の準備	1) 車椅子の肘掛けを外し、ペット盤に設置して、ロホクリー ^ン を座席に滑り止める。2) 車椅子を同じ高さにする。3) ベントとシートを車椅子と同じ高さにする。
	G 氏の移動	4) G 氏をベッドトの端に寄せて蘇生バックで呼吸確認する。5) G 氏から外引手を引つたままG 氏の胸中を手で握りながらG 氏の下肢を水平に移動する。6) G 氏から(バスを手で持つて)G 氏に回路をつけ、器械換気を再開させる。
6) 機器類の車椅子への移動	出発前の体勢を整える	1) G 氏をベッドトの端に寄せて蘇生バックで呼吸確認する。2) G 氏から外引手を引つたままG 氏の胸中を手で握りながらG 氏の下肢を水平に移動する。3) G 氏をベッドトの端に寄せて蘇生バックで呼吸確認する。4) G 氏から外引手を引つたままG 氏の胸中を手で握りながらG 氏の下肢を水平に移動する。5) G 氏から(バスを手で持つて)G 氏に回路をつけ、器械換気を再開させる。
7) G 氏の車椅子への移動	機器類の車椅子への移動	1) 肘かけを組み立てる。2) 口台を車椅子の下に載せる。3) 吸引器とバッテリーを車椅子の下に横幅する。4) 呼吸器、吸引器とも外部部品ノリに接続する。5) バッテリーに差し込む。6) 車椅子に固定する。7) 呼吸器のカーティードコードを車椅子に接続する。8) 吸引器のカーティードコードを車椅子に接続する。9) バッテリーパックは終まります。10) 車椅子を支える。
III 外出中の目的地までの移動	1) 自動車による移動	1) 体調観察。2) 移動椅子の凹凸により頭が搖れる。3) 車椅子や頭を知らせる。4) 停止位置を確定する。5) 車椅子の運転者による移動手段による移動
	2) 離着援助	1) 呼吸音の変化、G 氏の訴えにより吸引を行う。2) 吸引音による移動への対処。3) 呼吸器の手をもたれを防ぐ。4) 吸引チップを入れて吸引する。(気切部)

⑥アルコール綿で耳を拭き精製水で内側を洗浄しながらの鼻腔から、口鼻腔を清潔にする。アーバー側面を拭き精製水で切る。(吸引工具を用いて元の吸引も適宜行う。)	携帯用のネブライザーの実施(1)吸引が困難な場合は、外用吸引器の吸引筒を機械部の一部に接続する。(2)一時用吸引器の吸引筒を機械部の一部に接続する。(3)回転式吸引器の吸引筒を機械部の吸引筒に接続する。	3 食事	G氏は血量がどのくらいの時に食事をする。量を確認する。量を意図しておらず、体温を測定する。G氏の意図に基づくと、G氏は食事の間隔を約30分から1時間程度と定めている。G氏は食事の間隔を約30分から1時間程度と定めている。	4 排泄	車椅子用トイレで排泄する。十分に休息をとる。外用吸引器を用いて車椅子上に吸引筒を接続する。吸引筒を車椅子上に接続する。	5 入浴	入浴室に移動する。十分に休息をとる。外用吸引器を用いて車椅子上に吸引筒を接続する。吸引筒を車椅子上に接続する。	W 当日帰宅後	室内への移動・車椅子を前向きにしスロープをのぼり室内に。玄関を開け、スロープを玄関から道階にかけて先に一歩かる。外部バッテリーと呼吸器の接続部を支えます。(呼吸器は内部バッテリーで作動させる)・車椅子が非常に重いためスロープを昇る前に車椅子を前向きにしスロープをのぼり玄関を開けます。

表9. 適用法、性別でみた利用者数の年次推移

	総数			老人保健法		健康保険法等		男	女
		男	女	男	女	男	女		
平成 5年	8,262	3,355	4,907	8,262	3,355	4,907			
6年	18,798	7,458	11,340	18,798	7,458	11,340			
7年	34,093	13,584	20,509	30,801	11,866	18,935	3,292	1,718	1,574
8年	60,815	24,312	36,503	54,312	20,922	33,390	6,503	3,390	3,113
9年	92,622	36,810	55,812	81,213	31,048	50,165	11,409	5,762	5,647
9年 - 8年 増加率	52.3	51.4	52.9	49.5	48.4	50.2	75.4	70.0	81.4
平均年齢	78.0	75.4	79.6	81.4	79.6	82.6	53.3	53.2	53.4

平成9年 訪問看護統計調査

表10. 訪問看護の疾病別利用状況

	利用者数(人)			構成割合(%)		
	総数	老人保健法	健康保険法	総数	老人保健法	健康保険法等
総 数	92 622	81 213	11 409	100	100	100
I 感染症及び寄生虫症	716	568	148	0.8	0.7	1.3
II 新生物	4 923	4 086	837	5.3	5	7.3
III 悪性新生物(再掲)	3 990	3 407	583	4.3	4.2	5.1
IV 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	265	253	12	0.3	0.3	0.1
V 内分泌、栄養及び代謝疾患	3 363	3 035	328	3.6	3.7	2.9
糖尿病(再掲)	2 981	2 728	253	3.2	3.4	2.2
VI 精神及び行動の障害	6 428	4 949	1 479	6.9	6.1	13
痴呆(再掲)	3 097	4 043	548	4.4	5	5
精神分裂病(再掲)	1 082	114	68	1.2	0.1	0.85
VII 神経系の疾患	9 270	6 390	2 880	10	7.9	25.2
パーキンソン病(再掲)	3 460	3 116	344	3.7	3.8	3
VIII 眼及び付属器の疾患	131	119	12	0.1	0.1	0.1
IX 耳及び乳様突起の疾患	43	40	3	0	0	0
X 循環器系の疾患	47 304	44 042	3 262	51.1	54.2	28.6
高血圧性疾患(再掲)	5 885	5 788	97	6.4	7.1	0.9
心疾患(再掲)	5 273	5 168	105	5.7	6.4	0.9
XI 運動器系の疾患	35 882	32 308	3 024	38.1	39.8	26.5
XII 呼吸器系の疾患	4 103	3 883	220	4.4	4.8	1.9
XIII 消化器系の疾患	1 515	1 391	124	1.6	1.7	1.1
XIV 皮膚及び皮下組織の疾患	673	623	50	0.7	0.8	0.4
褥瘡(再掲)	493	459	34	0.5	0.6	0.3
XV 骨格筋及び結合組織の疾患	7 217	6 484	733	7.8	8	6.4
骨の密度及び構造の障害(再掲)	1 075	1 067	8	1.2	1.3	0.1
XVI 尿路性器系の疾患	1 764	1 584	180	1.9	2	1.6
XVII 妊娠、分娩及び産じょく	-	-	-	-	-	-
XVIII 周産期に発生した病態	6	-	6	0	-	0.1
XIX 先天奇形、染色体異常	185	51	134	0.2	0.1	1.2
XVIIII 症状、徵候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類され	327	290	37	0.4	0.4	0.3
XIXI 損傷、中毒及びその他の外因の影響	4 359	3 401	958	4.7	4.2	8.4
XXI 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	30	24	6	0	0	0.1
総計 疾患(再掲)	5 573	4 995	1 478	6	5	5.1

平成9年 訪問看護統計調査

表11. 訪問看護の看護行為別利用状況

(利用者数)	総 数	老人保健法	健 康 保 健 法 等				その他の 精神分裂病	
			総 数	特定疾患	精神分離病	その他		
1 本人の栄養指導	人) (92 622) (%)100.0	72.3 52.9 69.4 71 34.8 29 59.8 19.5 19.5 6.8 7.2 2.8 3.8 0.6 4.2 0.1 1.2 13.7 1.2 2.1 0.4 5.5 94.6 22.6	(81 213) (%)100.0	(11 409) 72 53 70.9 71.7 34.9 29.2 60.2 19.8 19.8 6.6 6.6 2.9 3.8 0.6 3.6 0.1 1.2 14 1.2 2 0.4 5.5 94.7 22.1	(1 478) 74.5 52.2 58.8 66.5 34.2 27.3 56.6 72.3 17.7 8.7 12.1 2.2 3.8 0.5 8.5 1.2 1.2 1.1 1.2 0.4 5.5 93.9 26	100 47.6 65.4 76.4 37.6 37.1 72.3 22.3 18.7 8.7 18.7 2.6 4.2 1.3 8.5 0.4 1.2 1.8 2.7 0.3 5.5 95.5 27.9	100 90.7 90.4 22.3 38.1 36.8 0.7 3.6 0.8 59.8 18.8 - 8.8 - 12.9 - 4.3 0.1 - 0.2 0.6 - 2.6 0.4 1.2 6 93.9 31.8	72.7 48.8 61.6 67.9 33.4 28.6 59.8 18.8 - 8.8 - 12.9 - 4.3 0.1 - 0.2 0.6 - 2.6 0.4 1.2 6 93.9 31.8
2 服薬管理								
3 家族の介護指導								
4 日常生活の介助								
5 環境整備								
6 体位交換								
7 リハビリテーション								
8 創傷部の医療的処置								
9 膀胱洗浄・導尿								
10 経管栄養の管理								
11 点滴の管理								
12 在宅酸素療法の指導・補助								
13 V H の管理								
14 呼吸管理による処置								
15 C A P D の管理								
16 人工肛門の管理								
17 洗腸・摘便								
18 介護機器導入時の看護								
19 ダニミナルケア								
20 死亡前24時間以内のタ-ミナルケア								
21 検査補助								
22 病状観察								
23 その他								

表12. 訪問看護における医療行為の実施状況

医療行為	1998年川村研究報告書		1996年草刈班 研究報告書		平成9年 訪問看護 統計調査	
	実施経験施設 数/16施設中	%	難易度	実施し てい る % 合計%	実施の意 思あり% % 合計%	
1 女性の導尿	16	100.00	1	53.7	41.9	95.6
2 男性の導尿	13	81.25	1	46.3	40.9	87.2
3 自己導尿の管理・指導	13	81.25	1	45.4	53.4	98.8
4 女性の膀胱留置カテーテル交換	15	93.75	1	62.6	30.8	93.4
5 男性の膀胱留置カテーテル交換	13	81.25	1	56.7	27.5	84.2
6 膀胱留置カテーテル管理・指導	15	93.75	1	82.0	18.0	100.0
7 膀胱洗浄	15	93.75	1	78.6	23.4	100.0
8 腎カテーテル洗浄(腎洗)	4	25.00	2	8.3	35.4	43.7
9 腎カテーテル管理・指導	8	50.00	1	15.8	47.8	63.6
10 経管栄養の実施(流動食の注入)	13	81.25	1	67.8	31.7	99.5
11 経管栄養の管理	15	93.75	1	76.8	23.2	100.0
12 経鼻胃管の交換	14	87.50	1	54.1	30.2	84.3
13 胃ろうチューブの交換	8	50.00	*	0.5		
14 経皮的胆管ドレナージ管理・指導	11	68.75	1	17.0	66.6	83.6
15 人工肛門管理・指導	16	100.00	1	45.6	53.4	99.0
16 人工肛門洗腸(洗腸排便法)	5	31.25	2	12.3	75.5	87.8
17 フィンガーブジー	7	43.75	2	14.7	50.9	65.6
18 搾瘡処置	14	87.50	1	94.1	5.9	100.0
19 搾瘡の壞死部切除	5	31.25	3	31.0	20.3	51.3
20 創傷処置	14	87.50	1	85.1	14.9	100.0
21 皮下注射の実施	14	87.50	1	34.0	39.7	73.7
22 筋肉注射の実施	11	68.75	1	33.6	39.4	73.0
23 自己注射の管理・指導	14	87.50	1	47.3	52.2	99.5
24 静脈注射の準備	7	43.75	1	40.4	30.8	71.2
25 静脈注射の実施	7	43.75	2	34.5	28.9	63.4
26 点滴注射の準備	11	68.75	1	45.9	26.9	72.8
27 点滴注射の実施	11	68.75	2	42.1	24.4	66.5
28 点滴交換	11	68.75	1	37.8	42.1	79.9
29 中心静脈栄養の消毒・輸波セット交換	15	93.75	1	31.0	56.5	87.5
30 中心静脈栄養管理・指導	15	93.75	1	34.5	59.4	93.9
31 ヘパリンロック実施	11	68.75	1	20.8	56.0	76.8
32 吸入(ネブライザー)	16	100.00	1	57.7	42.1	99.8
33 排痰法(タッピング)	15	93.75	1	53.9	43.3	97.2
34 肺理学療法(呼吸訓練)	15	93.75	1	53.9	43.3	97.2
35 口腔・鼻腔内吸引	15	93.75	*	0.5		
36 気管内吸引	15	93.75	1	64.3	33.3	97.6
37 気管カニューレ(金属)交換	7	43.75	2	21	42.1	63.1
38 気管カニューレ(ポーテックス)交換	6	37.50	2	21.7	37.6	59.3
39 気管カニューレ管理・指導	15	93.75	1	50.6	45.4	96.0
40 気管内洗浄	2	12.50	3	2.8	23.6	26.4
41 人工呼吸療法管理・指導	13	81.25	1	18.2	64.0	82.2
42 人工呼吸器セッティング変更	7	43.75	1	4.5	44.2	48.7
43 在宅酸素療法管理・指導	16	100.00	1	67.8	32.1	99.9
44 在宅酸素酸素量変更	13	81.25	1	33.3	35.0	68.3
45 薬葉管理・指導	16	100.00	1	95.3	4.7	100
46 機能回復訓練	15	93.75	1	78.5	17.5	96.0
47 自己腹膜灌流灌流液交換	4	25.00	1	6.9	62.6	69.5
48 自己腹膜灌流管理・指導	4	25.00	1	9.7	66.9	76.6
49 シヤント管理・指導	8	50.00	1	12.3	62.4	74.7
50 抗癌剤注入輸液ボトル交換	1	6.25	1	3.1	48.9	52.0
51 抗癌剤注入輸液ポンプ操作	1	6.25	1	2.4	48.0	50.4
52 抗癌剤のワンショット注入	0	0	1	0.9	28.6	29.5
53 癌化学療法管理・指導	3	18.75	1	9.5	57.2	66.7
54 疼痛管理の実施(経口・座薬)	15	93.75				
55 疼痛管理の実施(硬膜外・持続皮下注)	6	37.50	1	6.6	52.0	58.6
56 バック加圧換気	8	50.00				
57 体外式心マッサージ	6	37.50				
58 死亡時刻の確認	9	56.25	1	18.9	24.8	43.7
59 試験紙による採尿	13	81.25	1	22.2	67.9	90.1
60 検査用採尿	14	87.50				
61 検査用採痰	12	75.00				
62 静脈採血	14	87.50	1	55.8	29.8	85.6
63 動脈採血	0	0	3	2.1	7.3	9.4
64 経皮的動脈血酸素飽和度測定	13	81.25	1	22.5	34.5	57.0
65 血糖測定	16	100.00	1	39	50.6	89.6
66 心電図測定	5	31.25	1	17.0	42.6	59.6
67 バイタルサインの測定(P. T. R. B.P.)						
68 罹瘻予防						
69 流膿						13.7
70 食事指導						
71 経鼻エアウェイ						

表13. 医療行為に対する医師の指示の状況

医療行為	平成7-8年度草刈班 (%)		
	指示を出し ている	指示を出し たい	合計
1 女性の導尿	75.6	18.6	94.2
2 男性の導尿	71.8	20.6	92.4
3 自己導尿の管理・指導	52.2	34.6	86.8
4 女性の膀胱留置カテーテル交換	71.2	19.6	90.8
5 男性の膀胱留置カテーテル交換	66.3	21.2	87.5
6 膀胱留置カテーテル管理・指導	79.2	15.4	94.6
7 膀胱洗浄	75.3	17.9	93.2
8 腎カテーテル洗浄(腎洗)	6.4	30.5	36.9
9 腎カテーテル管理・指導	9.9	29.4	39.3
10 経管栄養の実施(流動食の注入)	74.0	21.3	95.8
11 経管栄養の管理	74.7	20.5	95.2
12 経鼻胃管の交換	55.1	23.1	78.2
13 胃ろうチューブの交換			
14 経皮的胆管ドレナージ管理・指導	18.3	34.3	52.6
15 人工肛門管理・指導	48.1	37.8	85.9
16 人工肛門洗腸(浣腸排便法)	34.6	42.6	77.2
17 フィンガーブジー	24.0	33.0	57.0
18 梗塞処置	92.0	6.1	98.1
19 梗塞の壞死部切除	25.6	20.9	46.5
20 創傷処置	81.7	11.9	93.6
21 皮下注射の実施	59.0	22.1	81.1
22 骨肉注射の実施	58.7	21.5	80.2
23 自己注射の管理・指導	61.9	28.2	90.1
24 静脈注射の準備	60.6	19.9	80.5
25 静脈注射の実施	52.2	22.5	74.7
26 点滴注射の準備	62.2	20.8	83.0
27 点滴注射の実施	58.0	24.7	82.7
28 点滴交換	58.2	22.5	80.7
29 中心静脈栄養の消毒・輸液セット交換	37.5	40.4	77.9
30 中心静脈栄養管理・指導	40.4	38.1	78.5
31 ヘパリンロック実施	31.1	37.8	68.9
32 吸入(ネブライザー)	70.2	23.7	93.9
33 排痰法(タッピング)	50.6	37.8	88.4
34 肺理学療法(呼吸訓練)	50.6	37.8	88.4
35 口腔・鼻腔内吸引			
36 気管内吸引	65.7	23.1	88.8
37 気管カニューレ(金属)交換	29.8	30.7	60.5
38 気管カニューレ(ポーテックス)交換	31.1	30.4	61.5
39 気管カニューレ管理・指導	51.9	29.8	81.7
40 気管内洗浄	9.0	26.9	35.9
41 人工呼吸療法管理・指導	17.6	43.9	61.5
42 人工呼吸器セッティング変更	8.3	38.8	47.1
43 在宅酸素療法管理・指導	64.1	28.2	92.3
44 在宅酸素濃度変更	44.9	32.7	77.6
45 服薬管理・指導	84.0	10.2	94.2
46 機能回復訓練	65.4	25.0	90.4
47 自己腹膜灌流灌流液交換	11.5	40.0	51.5
48 自己腹膜灌流液管理・指導	9.9	41.6	51.5
49 シャント管理・指導	13.1	31.1	44.2
50 抗癌剤注入輸液ボトル交換	9.9	36.5	46.4
51 抗癌剤注入輸液ポンプ操作	9.0	34.9	43.9
52 抗癌剤のワンショット注入	5.1	24.3	29.4
53 癌化学療法管理・指導	13.1	36.8	49.9
54 疼痛管理の実施(経口・座薬)			
55 疼痛管理の実施(硬膜外・持続皮下注)	10.9	36.2	47.1
56 バック加圧換気	14.1	32.4	46.5
57 体外式心マッサージ	19.9	35.3	55.2
58 死亡時刻の確認	18.9	16.0	34.9
59 試験紙による採尿	55.1	25.3	80.4
60 検査用採尿	72.4	18.3	90.7
61 検査用採痰	72.4	18.3	90.7
62 静脈採血	74.7	16.6	91.3
63 動脈採血	6.7	18.3	25.0
64 経皮的動脈血酸素飽和度測定	32.1	36.9	69.0
65 血糖測定	60.6	27.2	87.8
66 心電図測定	35.3	40.1	75.4
67 パイタルサインの測定(P. T. R. B.P.)			
68 梗塞予防			
69 浣腸			
70 食事指導			
71 経鼻エアウェイ			

表14. 医療的ケアの法解釈（見解）

発表	著者	課題	見解
医事第38号 昭和56年5月21日		インシュリンの自己注射について	医師が継続的なインシュリン注射を必要と判断する糖尿病患者に対し、十分な患者教育および家族教育を行った上で、適切な指導及び管理のもとに患者自身（又は家族）に指示して、インシュリンの自己注射をしても医師法第17条違反とならない。
厚生省 厚生科学研究所報告書 平成1年	若杉 長英 今井 澄 宇都木 伸 村上 鹿郎 若狭勝太郎	医療行為および医療関係職種に関する法医学的研究	*「業」は不特定の者、又は多数の者を対象として行うことであって、自己に対する行為は、反復継続の意思があつても「業」から除外される。家族に対する行為もこれまで自己に対するのと同様に扱われている場合があるが、全ての行為を自己に対する行為に準じて取り扱われるべきについては、在宅医療の進展などを踏まえ、家族の概念と併せて検討する必要がある。 *看護婦の静脈注射については絶対的医行為とされてきたが、危険性の程度からみて相対的医行為にすべく行政上の整理が必要である。 *療養上の世話については、医師の指示を要しないとする説と、療養上の世話と診療の補助の差は行為の目的によるものであり、療養上の世話についても医師の指示を受けるべきであるとの説がある。いずれの説も医師の医学的判断が必要な場合と、看護婦が独自の判断を働かせる領域の存在を認めている。療養上の世話についても包括的には医師の指示下に行われるべきである。 *在宅医療では医療施設外においての医師と医療従事者によるチーム医療は、医療施設内に比し重要になると考えられる。従って、今後は医療施設外において医師の指示下に行われる医療従事者の医行為について検討する必要がある。
平成2年3月	横浜市教育委員会 (障害児生理管理検討委員会)	養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言	…疾病の診断や治療等の狹義の医療行為とは異なるもの…。…特別な資格を有するものが行わなければならぬという明確な規定はみあたりません。したがって、これらの行為は、生活行為の一部とみなされますので、日々の教育活動の一環として学校で行なうことが可能…
平成3年3月	東京都教育委員会 (医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会)	医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)	…痰の吸引や経管栄養等は、法的には医療行為と解釈されている。
平成3年3月	大阪府教育委員会 (医療との連携のあり方にに関する検討委員会)	医療との望ましい連携について(報告)	…「健康の保持増進に対する特別な配慮」という観点から、ここでいう医療的ケア等を、広く「ヘルスケア」の一環として考えることも可能であろう。
平成7年3月	高知県教育委員会 (高知県心身障害教育振興対策協議会)	学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について	…法的には医師や医師の指導を受けた看護婦又は保護者が行うことになっており、教職員が行なう場合は法に触れるおそれがある。
財団法人日本児童家庭文化協会機関誌 「がんばれ！No.37」 平成8年7月1日	柳川 従道(弁護士)	教員等が障害児の教育現場でいわゆる「医療行為」を行うことと医療法第17条との関係について	生徒に保健衛生上の危害が及ぶおそれのないように処置・配慮がされた上でのことなら、これを教員等が行なっても法第17条違反にはならないと考える。
財団法人日本児童家庭文化協会第17回こどもの難病シンポジウム報告書 平成8年11月16日	加藤 済仁(弁護士)	学校における医療的ケアの法的解釈	…医行為を業としておこなったとしても…お子さんの教育を受ける権利、あるいはまた学校で行われる医療的ケア、その危険性がどの程度のものか、また保護者の方の承諾・医学的な教育という訓練を受け手が行なえば医師法第31条項1号に違反して処罰することはないだろう。
財団法人日本児童家庭文化協会第17回こどもの難病シンポジウム報告書 平成8年11月16日	障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区的医師有志	同上	厚生省へ下記の要件を充たす場合に学校教職員や通所施設職員が行なうという見解を明らかにするように約600人の医師が要望している。 ①その行為が必要である特定の対象児(者)に限定して、その特定の行為について、行われるものであること。 ②その行為は、その対象児(者)に日常的に行なわれているものであること。 ③その行為が行われることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること。 ④その行為が行われることにつき、医師による同意および指示と、指導管理が継続的になされること。
財団法人日本児童家庭文化協会第17回こどもの難病シンポジウム報告書 平成8年11月16日	禹 满(医師・大阪府立交野養母学校校医)	大阪府立交野養護学校における医療的ケアに対する独自の取り組み～校医の立場から～	…在宅医療で親が行なっている行為の肩代わりであることと、また生活行為でありますけれど、学校保健行為の一つであろうと我々は考えました。…我々が注目したのが学校保健法の第1条「児童生徒の疾病・異常の有無を早期に発見し、適切な指示や治療で疾病的進行を防ぐこと」と記載されていることです。
都政研講演会 平成8年11月	鹿内 清三(弁護士・厚生省保健医療局国立病院部訴訟専門調査員)	肢体不自由養護学校における医療的ケアと責任	放任主義：在宅養育に必要な保護者や介護者が行なう在宅酸素療法、経管栄養、自己導尿、自己注射、中心静脈栄養、人工呼吸器療法、腹膜灌流等を生活介護行為として医師法違反としない。器具の開発と十分な訓練によって相対的医行為外の行為とすることができたもの。
平成9年2月	千葉県教育委員会 (千葉県障害児教育検討委員会)	本県障害児教育の課題を今後のあり方について	…医師法等は「医行為」を「業」として行なうことを規制したものであるが、具体的な事項については個々には明示されていない…。…「学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為」としてとらえることとし、養護の略称として「医療的援助行為」を用いることとする。…対応できる事項は、医師の指示を受けて行なう「相対的医行為」の一部…。

第140回国会 衆議院厚生委員会 平成9年6月13日	谷 修(政府委員)	石毛えい子衆議院議員 質問答弁	痰の吸引あるいは処置、…痰の吸引については、例えば上手くいかない場合には窒息のおそれがあるとか、あるいは処置については二次感染のおそれがあるとかといったようなことがございますので、考え方としては、看護婦が行うべき行為だというふうに私共は整理をいたしております。…もちろん看護婦に拘らず身分法というものは、その時代時代によって行うべき業務というものは変化をしていくというふうに考えております。
朝日新聞大阪本社版 平成9年6月24日 朝刊	文部省特殊教育課	求められる「医療的ケア」	医療的介護が常に必要な子は病院などに入院し、病弱養護学校などの教育を受ける方法もある。
朝日新聞大阪本社版 平成9年6月24日 朝刊	厚生省医事課	求められる「医療的ケア」	「医師以外が医療行為を行うという行為自体は医師法に違反する可能性が高い」としながらも、「在宅医療では医師の指導のもと、家族が医療行為をしている。保護者からのきんとした委託と医師の指示があるなどの条件を満たせば、違法性が問われない可能性も考えられる」と、教員が医療的ケアを行っている現状を追認する姿勢を示している。
日本教育新聞 平成9年9月6日	文部省		教員が医療的ケアを行うことには難色を示しているが「現状のままでいいというわけではない」とも認識。…非公式ながら厚生省に事情説明も始めた。
日本経済新聞 平成9年10月3日 夕刊	文部省特殊教育課	「医療的ケア」教員も一役	厚生省が認めないとともに、教職員が医療的ケアを行うことはできない。
日本経済新聞 平成9年10月3日 夕刊	厚生省	「医療的ケア」教員も一役	医療行為と考えられ、医師の資格のない者が行うと、医療法上問題になる可能性がある。
平成9年10月21日	自由民主党	緊急国民経済対策について	在宅医療に係る規制の緩和・明確化 ①問題点：現在在宅医療はごく一部の行為に限定されており、多様なサービスの提供が不可能な状況。 (ニュービジネス協議会規制緩和要望) ②対応策：薬事(薬剤の宅配禁止)、労働者派遣事業法(看護婦・医師派遣事業の禁止)の規制を緩和するとともに、看護婦法に定める単独医療行為の禁止や医師法に定める医師でない者の医業禁止の範囲を明確化 ③効果：受診者の選択肢が広がるとともに、新規事業を創出。
平成9年12月24日	政府	経済構造の変革と創造のための行動計画 <規制緩和>	受診者の選択を広げ、新規事業を創造する観点から、…在宅医療の推進のため、平成10年中に薬事法(薬剤の宅配禁止)、労働者派遣事業(看護婦・医師派遣事業の禁止)に係る規制を緩和し、看護婦法に定める単独医療行為の禁止や医師法に定める医師でない者の医業範囲の明確化を図る。
平成10年3月	文部省特殊教育課	医療的ケアについての見解	*医療的ケアの行為のうち、次のものは特段の医学的知識や技能がいらず、基本的な医行為でもないと考えられる。 ①咽頭より手前の口腔内吸引 ②生理食塩水・精製水の吸入 ③あらかじめ用法用量が分けられている定期服薬ケア *医療的ケアの諸類型のうちそれぞれ次の範囲については、…研修や医師等専門家の管理の下なら、教師が行っても実質的に本人に危害をおよぼすおそれは極めて小さいものと考える。(吸引以下8項目) *医療的ケアの条件 ①事前の具体的教育・医師の指導管理 ②本人の状態を知悉し、医師の教育内容を状態に即して実施可能 ③異常が生じた場合の連絡体制 *次の理由から、学校内の個々の児童生徒に完結しており、国民の保健衛生への危険発生のおそれがない。 ①文書により親の依頼により、家族に代わって行うことを確認する。 ②不特定多数に対応するのではなく、担任教師が依頼があった特定少數の児童生徒に対応する。 ③医療的ケアで報酬をもらっているわけではない。
社会福祉学 平成10年6月	結城康博	医療的ケアを伴う重度重複障害者における問題	…確かに在宅で行っている絶度の医療行為(吸引・経管栄養・導尿など)を生活行為として解釈し、在宅以外で親族以外の一般職員が行なうことは一部の組織や自治体で行われている。…しかし、様々な理由から社会通念として一般化するには、まだ相当な時間を要する。厚生省は、この問題について公式な見解を示していない以上、基本的に医療行為との考え方である。
薬事日報 平成11年1月29日	厚生省医薬安全局	15 製品群、医薬部外品に移行	「擦り傷、切り傷、さし傷、かき傷、靴ずれ、創傷面の消毒又は保護に使用されることが目的とされている物」「のどの不快感を改善することが目的とされている物」「ひび、あかぎれ、ただれ、うおのめ、たこ、手足のあれ、かさつき等を改善することが目的とされている物」「胃の不快感を改善することが目的とされている物」「肉体疲労時、中高年期のビタミン又はカルシウムの補給が目的とされている物」「滋養強壮、虚弱体质の改善及び栄養補給が目的とされている物」が、医薬部外品として追加された。全部で15製品群にあたる。

表15. 看護教育機関数推移

	大学院博士課程	大学院修士課程	大学	短期大学3年制	短期大学2年制	専修学校3年制	専修学校2年制
昭和20 21						17	
22						51	
23						61	
24						81	
25							
26						99	
27			1			116	
28			2			149	
29			2			154	
30			2			161	
31			2			161	
32			2			161	4
33			2			162	11
34			2			167	21
35			2			171	22
36			2			177	32
37			2			182	42
38			2			191	51
39	1	1	3			199	69
40	1	1	3			204	75
41	1	1	4			211	81
42	1	1	4			213	98
43	1	1	6			221	123
44	1	1	6			226	152
45	1	1	6			236	194
46	1		6			253	247
47	1	1	6			263	279
48	1	1	6			280	315
49	1	1	6			301	353
50	1	1	7	23	9	329	389
51	1	1	7	23	9	340	410
52	1	1	7	25	10	352	434
53	1	1	7	28	11	367	438
54	1	2	7	29	11	377	452
55	1	3	7	32	11	391	460
56	1	3	8	35	13	406	450
57	1	3	8	36	14	414	440
58	1	3	8	37	15	419	428
59	1	3	8	38	15	423	421
60	1	3	9	40	15	431	419
61	1	4	11	43	15	437	418
62	1	4	11	46	15	446	418
63	2	4	11	50	16	451	417
平成 1 1	2	4	11	54	16	462	407
2	2	5	11	57	15	469	407
3	2	5	11	58	15	478	412
4	2	5	14	60	15	500	420
5	3	7	21	60	15	447	417
6	3	7	30	60	14	461	420
7	5	8	40	66	14	485	423
8	5	9	46	71	13	490	428
9	6	15	52	72	13	496	430
10	7	22	63				

表16. 看護教育機関入学定員数推移

年度	大学院博士課程	大学院修士課程	大学	短期大学3年制	短期大学2年制	専修学校3年制	専修学校2年制
昭和20 21 22 23 24 25						625 1475 1735 2450	
26						3040	
27			20			3215	
28			83			4240	
29			83			4274	
30			83			4156	
31			83			4415	
32			83			4520	150
33			83			4757	285
34			83			4808	416
35			83			5004	431
36			83			5098	682
37			83			5435	853
38			83			5593	1088
39	9	12	143			5983	1360
40	9	12	143			6144	1918
41	9	12	163			6451	1977
42	9	12	163			6728	2693
43	9	12	223			7199	3572
44	9	12	223			7426	4972
45	9	12	223			8199	6737
46	9	12	223			9400	8606
47	9	12	223			10102	10113
48	9	12	223			11189	11583
49	9	12	223			12646	13138
50	9	12	340	1330	480	14079	14606
51	9	12	350	1360	510	14673	15611
52	9	12	350	1560	530	15468	16546
53	9	12	350	1750	590	16190	16726
54	9	27	350	1830	590	16673	17267
55	9	42	350	2040	590	17593	17577
56	9	42	350	2340	680	18613	17256
57	9	42	370	2400	720	18973	16953
58	9	42	370	2470	730	19343	16608
59	9	42	370	2520	730	19540	16383
60	9	42	350	2700	730	20165	16443
61	9	52	505	2980	730	20795	16458
62	9	52	515	3250	730	21380	16478
63	19	52	525	3550	780	21575	16666
平成 1	19	52	578	3880	780	22268	16486
2	19	62	558	4140	740	22928	16746
3	19	62	558	4310	780	23698	17161
4	23	75	768	4470	780	25310	14842
5	38	94	1198	4520	780	21447	17873
6	38	94	1778	4580	680	22314	18257
7	48	124	2448	5040	640	23424	18386
8	48	143	2838	5270	640	24071	18591
9	52	253	3328	5410	630	23957	18601
10	56						

第Ⅱ部

訪問看護をめぐる法状況

1. 在宅医療をめぐる法制度の俯瞰
2. 「療養上の世話」と「診療の補助」に関する
文献検討
3. 在宅療養の担い手の役割分担をめぐる法的枠組

1. 在宅医療をめぐる法制度の俯瞰

本章は、在宅医療に関する各個別具体的な法的諸問題を検討する前に、当該医療をめぐる現時点での法状況の概略を示し、いくつかの問題点を指摘するものである。なお、論述の便宜上、少し立ち入った記述や意見は註記にまわしたので、註が長くなってしまったことをお詫びする¹⁾。

1) 概況

在宅医療²⁾には、非常に数多くの法がかかわってくる（第Ⅱ部末 表1参照）。しかしながら、表1において、そのすべてが網羅されているわけではない。表1において取り上げた法規以外にも、取り上げるべき機会を逸した法規があるだけではなく、本章において、原則、検討の対象外とした在宅医療にかかわる各種政・省令や告示、通知等も多数存在する。したがって、表1でとりあげた法は、在宅医療をめぐる法の、まさに氷山の一角でしかないものであることに留意すべきであろう。

それにもかかわらず相当数にのぼる在宅医療をめぐる一連の法規は、それぞれの法規が演ずる役割によって、いくつかに分けて考えることができる（第Ⅱ部末 表2参照）。

第1に、物的側面に関するものである（表2第1類参照）。これには、医療施設など「場」に関するもの（以下、施設法規と略す）と、医薬品や医療用具など「物」に関するもの（以下、薬事法規と略す）とがある。前者に該当するものとしては、医療法、老人福祉法などをあげることができる。後者には、薬事法、麻薬及び向精神薬取締法などが該当しよう。当該側面で注目すべきは、施設法規のひとつである医療法である。同法平成4年の改正³⁾の際、付加された第1条の2第2項において、病院等「施設」とならんで患者の「居宅」が医療の提供される場として指定された。その意味において本項は、在宅医療という観点からみると、それを法認したものであるということができ、その限りにおいて、在宅医療の根拠法規（条文）と位置づけることができる。

第2に、人的側面に関するものである（表2第2類参照）。ヘルス=ケア提供者の資格に関するものが、その中心である（以下、資格法規と略す）。これには、医師法、保健婦助産婦看護婦法などの医療関係職種に関するものと、社会福祉及び介護福祉士法、栄養士法などの福祉関係職種に関するものとがある。この資格法規をめぐる問題点については後に素描する。

第3は、いかなる医療サービスを提供するのか、といった業務に関して規定するものである⁴⁾（以下、業務法規⁵⁾と略す。表2第3類参照）。老人福祉法第5条の2第2項における「老人居宅介護事業」あるいは老人保健法第6条第5項の「老人訪問看護事業」などがその例としてあげられる。

第4に、経済的な側面に関するものである（表2第4類参照）。これは、たとえば医療保険制度などのような、主として医療費用あるいは介護費用に関するものである（以下、

経済法規と略す）。健康保険法、国民健康保険法などが該当しよう。当該側面については、そのもっとも現実的かつ実際的な一端である診療報酬制度を糸口に在宅医療サービス提供体制の概況とその問題点等について、本報告書内ですでに検討を加えた⁶⁾。

第5に、そもそもこれらの各種法規の背景に位置する法である（以下、一般法規と略す。表2第5類参照）。一般法規として該当するものは、憲法、民法、刑法である。すべての医事衛生法規の根拠条文である憲法第25条については、論ずるまでもなかろう⁷⁾。民法と刑法は、主として在宅医療にかかるヘルス＝ケア提供者の責任という側面でかかわることになる。すなわち、不適正な医療や介護が為されてしまった場合、事後的に、当該ヘルス＝ケア提供者に対して、損害賠償責任が問われた場合には民法が、あるいはまた業務上過失致死傷罪等が問われた場合には刑法が、それぞれかかわることになるのである。この一般法規に関する側面で殊に触れておかなければならぬ点は、在宅医療が行われる際に必要不可欠なものである訪問看護は、その類型により、契約という側面で、民法とより密接にかかわってくるという点である。

訪問看護には、費用という観点からみた場合、基本的に社会保険診療報酬（65歳以上の者については老人診療報酬）点数表の拘束を受ける訪問看護形態である「病院在宅医療型」⁸⁾、老人保健法第19条に基づき、全面的に公費でまかなわれる「地方自治体訪問指導型」⁹⁾、老人保健法第6条第5項および健康保険法第44条ノ4第1項に基づき、厚生大臣の定める実施基準内では（修正された）社会保険と公費で、基準を超える訪問看護については私費でまかなわれる形態である「訪問看護ステーション型」¹⁰⁾という、原則、社会保険あるいはまた公費でまかなわれる3つの形態以外に、「民間機関訪問看護型」¹¹⁾という形態がある。この民間機関訪問看護型では、民間の訪問看護業者と患者との間で私的な契約を締結し、それに基づいて訪問看護が行われる¹²⁾。いわば、独立業務としての訪問看護であり、他の類型と比した場合、当該契約に基づいて患者がその費用のすべてを、私費で負担するところにその最たる特徴がある。かような訪問看護契約も契約の一種であるから、その要件・効果等は、もちろん契約に関する一般法である民法上の規定および理論によることになる。なお、この民間機関訪問看護型における訪問看護は、保険適用が行われず全額実費となることから、非常に高額なものとなる傾向にある。それゆえに、患者の財産管理という問題が、ここにおいて生じてくることになる¹³⁾¹⁴⁾。在宅医療をめぐる新たな問題の1つとして指摘しておこうと思う¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。

以上、5つの側面から在宅医療に関する法規のカテゴリー化を試みたが、もっとも、たとえば、老人保健法では、第6条第5項、第17条第1項第4号などで老人訪問看護事業における業務内容について定めているだけではなく、同法第4章において、当該業務の現実的な裏付けとなる費用の点についても規定していること、また、保健婦助産婦看護婦法においては保健婦・助産婦・看護婦資格について規定する（同法第7条）と同時に、各資格者の業務内容（同法第2条、第3条、第5条および同法第4章）およびその他医療従事者間における業務分担協力関係（同法第5条、第31条）についても定めていることからも明らかのように、あるひとつの法規が上述の項目のうちのどれかひとつに、必ずしもきれいに当てはまらないことに注意を要する。

さて、在宅医療に関する現行法を俯瞰的にみた場合、非常に多種多様な法が存在し、その全体像を把握することすら難しいものとなってきたことは、その構造が、非常に複雑怪奇なものとなっていることが、各法規を若干詳細にみた表3などを参考すれば、即座に理解できよう。かような現状をもたらした一端には、疾患構造の変化¹⁸⁾、医学医療看護介護技術の高度化に伴いそれ相応の専門職種が要求されるに至ったこと¹⁹⁾、医療ニーズの多様

化に伴い医療範囲の拡大が求められるようになったこと、そして、これらの医療それ自体をめぐる状況や医療に対する社会的要請の変化に対応するために、その都度、各法律が改正されたり新たな法律が立法されたりしたことがある。これら一連の法改正や立法措置が目指したもののは、在宅医療に関する医療システムの整備にあることは間違いないから、しかしながら、依然として、現行法の枠組では、在宅医療の質・量およびその提供体制が国民の要請に応えることのできるものに至っていると言うには程遠い状況にあるだけではなく、このような複雑さが、医療現場に混乱や矛盾を招く一助となる様相をも呈するに至っていることを、重視する必要があるのではないか²⁰⁾。もはや今までの、いわば対処療法的な取り組みで済ますことのできた段階は過ぎ去り、根治を目指す取り組み、つまり新たなる法的枠組を模索する段階が到来しているように思われる所以である²¹⁾。かような状況は、以下で素描する資格法規をめぐる諸問題において、より具体的に顕在化していくことになる。

2) 資格法規概説

医療が行われる前提として、その供給主体を一定の学識・技量を有する者に限定するのが資格法規である。つまり、資格法規は、医療が本質的に危険な行為であり、みだりにこれが行われるとき、人の生命・身体が危険にさらされることになることから、特定の訓練を経て一定の知識と技能とを有していると認められた者にのみ解除することによって、安全性の確保、医療の質の維持、資格者の資質の向上に寄与することを目的としているのである²²⁾。

この資格法規をめぐる問題には、有資格者に関するものと、無資格者に関するものとがある。

(1) 有資格者に関する問題

従来からの外来通院・往診による医療は、原則として個々の受療形態が自己完結的で、他の医師・他の医療関係職種あるいは福祉関係職種との連携を、さほど必要とするものではなかった。これに対し、在宅医療における医師患者関係においては、その性質上、病院の医師と地域のかかりつけ医とのいわゆる「病診連携」、医師らと院内外の看護婦・保健婦などの医療関係職種間における連携、あるいはまた介護福祉士やヘルパーなどの福祉関係職種との連携が必要不可欠である²³⁾。

ところで、このような連携を基に形成された在宅医療チームが業務を円滑に遂行するにあたって、まず、はじめにしておかなければならないことは、誰が何を担当するのか、といった当該チームにおける各人の業務分担である。この業務分担は、各医療チームが担当する各個別のケースごとに実際的かつ具体的に決定されることになるのであろうが、その決定が、あくまでも法に則したものでなければならぬことはいうまでもない。そこで、現行法において、在宅医療にかかる各関係職種間の業務分担がどのようにになっているのか、その構造を調査分析し明らかにしておく必要があろう。本研究班においては、この点につき、焦点を医療関係職種にあて、後の論文において検討を加えた²⁴⁾。

(2) 無資格者に関する問題

在宅医療においては、気管内吸引、人工呼吸器の操作、膀胱カテーテルの留置に伴う処置、気管カニューレの交換、鎮痛療法の施行など、適切な医療処置が継続されなければならないことがある。これらの医療処置は、医師等の医事専門家の専権に属する「医療行為」出会って、それ以外の無資格者——この場合、当然ながら福祉関係職種も無資格者に該当する——が、そもそも本来的に行うことのできないものである。それゆえ、かような医療行為を無資格者が行った場合、「医師でなければ、医業をなしてはならない」とする医師法第17条ならびに看護婦の業務を「傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」と規定する保健婦助産婦看護婦法（以下、保助看法と略す）第5条および看護婦以外の者が保助看法第5条に規定する業務をなすことを禁止する保助看法第31条に抵触することになるが、しかしながらその一方で、在宅医療に関する社会的システムの整備が立ち遅れている現状では、在宅医療が無資格者によって行われざるをえない状況が多々存在するという厳然たる事実も存在している²⁵⁾。ことここに至って、在宅医療において当該行為を行った無資格者が、医師法違反あるいは保助看法違反に問われるあるいは問われるべきなのか——視点をかえれば、法的にみた場合、かのような行為を、無資格問題者が実施可能なのか否か、すべきなのか否か——となる。

この無資格者に関する問題については、本研究班においては、学校教職員および通所施設職員を、詳細な検討対象として選択した。近年、養護学校において、経管栄養や吸引などの医療的処置を要する障害児が増えてきていることから、学校教職員および通所施設職員が、当該医療処置（医療的ケア）を実施することができるか否かについて、国会等で論じられるに至ってきており、また本研究班においても、特に検討の要を認めたからである。この点について、詳細に検討した部分を参照されたい。

学校教職員および通所施設職員以外で問題となる無資格者として、主として在宅患者の家族があげられる。本節は、最後にこの点につき若干詳述する。

先に述べたように、在宅医療に関する社会的システムが充分に整っているということができない現在、好むと好まざるとにかかわらず、在宅患者の家族が、当該患者を支える中心的な役割を担わざるをえないという現実が存在する²⁵⁾。したがって、当該問題は、換言すれば、現状においては在宅医療をそもそも可能ならしめるか否かを決する重要問題であるといふこともできる。

まず、患者家族が行う医療行為と医師法第17条との関係についてであるが、介護福祉士やボランティアなどとは異なり、原則として医師法違反に問われることはない解するのが妥当であると思われる。蓋し、医師法第17条は、広く公衆に公示し、不特定の者または多数の者に対して医療行為をなそうとする者を規制する規定であり、したがって、患者自身が行う自己医療やそれに類推しうる限りでの（あるいは、患者本人の履行補助者としての）家族の行う医療は、同法の規制の範囲外にあると考えられるからである。

次に、保助看法第5条との関係についてであるが、在宅医療において家族が一定の医療行為を行う場合、それは医師の指示の下に行われる——医師の指示がなければ医療行為を行えないのが原則とすべきである——ことになることから、家族による医療行為は、無資格者が「診療の補助」として医療行為を行っているという側面をも有していることになり、保助看法違反の疑いも生ずることになる。

この点に関しては、東京高裁平成元年2月23日判決²⁷⁾が参考となる。東京高裁は、病院内で医師が無資格者にどのような診療補助業務をさせることができるかという争点につき、「いわば医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者

に危害の及ぶことがなく、かつ判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる程度にとどめられるべき」との判断を示した。かように無資格者が、病院内においてなしうる診療の補助内容には、厳格な限定が付されていることからすれば、仮に、当該判決の論理をそのまま在宅医療に適用した場合、医師法第17条に抵触しないまでも保助看法第5条・第31条との関係で抵触することになり、家族による医療行為が必要不可欠な現状では、在宅医療そのものが成立しないということになってしまうであろう。

このような歪んだ状況を解消するための、そもそもの解決策は、医行為のような患者に危害を及ぼす危険のある行為は、常に医師・看護婦等の専門家が行うというシステムを構築することにある。しかしながら、かかるシステムを構築することは、一朝一夕にできることではなく、また日々このような問題に直面している現場では、正しい答えができるまで待つ時間的余裕もない。それゆえ、かようなシステムを、まずなによりも第1に構築することがなされなければならないが、その一方で同時に、このような現実が《現時点においては存在する》ことを《真摯な姿勢で真正面から》受けとめ、臨時応急的な措置として、次善の策あるいは暫定的な策を模索することも、また求められなければならないであろう。その際、検討されるべきは、《患者の安全の確保》とそこで行われる《医療の質の維持》という観点から、どのような条件下であるならば、家族による医療行為が認められるか、それを可能にする条件を明らかにすることにあろう。当該要件立ても、火急の検討を要する課題であろう。

註釈

*）在宅医療の定義

1) 本稿は、平林勝政「在宅医療」宇都木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』121頁以下（尚学社、追補版第1版、1997年）および同「医療・看護・介護の役割分担と連携」日本学術会議社会法学研究連絡委員会編『高齢社会と介護システム』31頁以下（尚学社、第1版、1997年）、三木知博・宇都木伸「東海大学医学部在宅医療科学講座定期研究発表 介護保険制度の中での在宅医療」在宅医療第5巻4号40頁以下（1998年）によるところが多い。

2) 在宅医療とは何か、ということについて現在、意見の一一致をみることはできない。おそらくは、その背景に、医療とは何か、看護とは何か、介護とは何か、という極めて根源的な問題がひそんでおり、かかる部分に見解の一一致がみられないからであるように思われる。本稿において在宅医療とは、「継続的な医療を必要とする患者に対し、入院時に医師の持つ責任と同じ責任のもとで、自宅等の医療施設外において行われる、専門的技術を内容とする医療」（平林「在宅医療」前掲註1 123頁）と措定することにする。なお、この点に関する検討も、本研究班は行っている。後掲論文「在宅療養の担い手の役割分担をめぐる法的枠組」を参照されたい。

3) 平成4年法89号。

4) 当該規定は、あくまでも枠組を提示するだけのものである。法は、個別具体的な医療の内容そのものに対して事前規制を行わないのが原則である。もっとも、たとえば、医療過誤に対する医療スタッフの責任が追求される過程において、過失判断の基準としての注意義務の設定という局面で、法は、医療内容そのものに、例外的にかつ事後的に、関与することになる。

5) ここでとりあげるすべての法規が、在宅医療という「業務」に何らかの形で関与するものであることをかんがみると、正確には「狭義の業務法」というべきであろう。

6) ここでは、在宅医療サービス提供体制の経済的側面において、今後多大な変化をもたらすであろう介護保険法が施行された後（平成12年4月1日以降）、介護保険による給付と他法等による給付・公費負担医療とが、いかなるの関係にたつかについて概観しておく。

わが国では、介護保険法が成立する以前から、様々な法律により、国民の健康障害に対する保障措置がなされている。したがって、介護保険法施行後、介護保険上「要介護認定」を受けた被保険者の保障が、どの法律に基づいて実施されるのかが問題となる。この点につき、結論を大まかにいえば、災害補償関係各法、戦傷病者特別援護法および原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（認定疾病医療、たとえば、白血病、肺癌等厚生大臣が個々に認定した疾患に関する医療）は、介護保険法に優先し、それ以外の各法との関係は、原則として同様のサービスであれば、介護保険法の方が優先することになる。以下、若干詳細にみていくこととする。

① 医療保険各法および老人保健法との関係

要介護者が、健康保険・国民健康保険等、各医療保険と介護保険とで給付が重なるものについての給付を受けようとするときは、各医療保険からは介護保険の給付に相当するものについては給付されない。また、指定介護療養型医療施設（現在の療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟、介護力強化病院が、それに該当する）に入所している者については、原則として、各医療保険からの給付は行われず、介護保険から給付が行われる。以上2つの側面では、介護保険が優先することになる。

もっとも、指定介護療養型医療施設に入所している者であって、介護保険施設では提供することが困難な治療（たとえば、歯の治療）等のうち、厚生大臣が定める一定のものにつき、各医療保険から給付される。指定介護療養型医療施設に入所している要介護者が、手術等の急性期治療を必要になった場合にも、原則として、他の医療施設に移り、各医療保険から給付をうけることになる。

② 老人福祉法上の福祉の措置

要介護者および要支援者に対する老人福祉法に基づくサービス（たとえば、特別養護老人ホームにおけるサービス、日帰り介護など）は、介護保険から給付される（介護保険優先）。しかし、老人福祉法に基づく措置によるサービスであっても、本人の心身の状況や家族関係等の事情から、要介護者および要支援者がそのまま放置された場合（たとえば介護放棄など）、あるいはまた利用者と事業者・施設との間の自由な契約に基づくサービスの利用が望めない場合、例外として措置によるサービス提供が行われ、その場合の費用は公費で賄われ、負担能力に応じた費用が徴収される。但し、このようなケースであっても、介護保険から給付を受けることができる場合には、その相当分は公費から支弁されない。

③ 精神保険及び精神障害者福祉に関する法律等による公費負担医療との関係

精神保険及び精神障害者福祉に関する法律における通院医療、身体障害者福祉法における更生医療、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律における一般疾病医療は、いずれも各法からそれぞれ給付がなされてきた公費負担の医療であるが、介護保険施行後は、介護保険の給付がこれに優先し、公費負担医療の給付は、介護保険における利用者負担部分についてのみ行われることになる（介護保険優先）。

④ 身体障害者福祉法等との関係

介護保険の給付が受けられる身体障害者に対する身体障害者福祉法等による訪問看護等の在宅福祉サービスよりも、介護保険の訪問看護等の保険給付が優先することから、原則として介護保険によって併給されるされることはない（更生医療については前記③の取り扱いとなる）。但し、この場合も手話通訳等障害者施策に固有のサービスであって、介護保険からの給付がないものについては、障害者施策から給付が行われる。

⑤ 生活保護法との関係

生活保護法における被保護者であって、介護保険の被保険者であるものに対しては、介護保険を優先的に適用し、利用者負担相当部分について生活保護法による介護扶助（新設規定）が行われる（介護保険優先）。また、介護保険料（1号保険料のみ）については、生活扶助による給付が行われる。一方、医療保険に加入していない40歳以上65歳未満の生活保護法における被保護者については、介護保険の被保険者には該当しないので、必要な給付は介護扶助によって行われる。

⑥ その他介護保険が優先するもの

結核予防法における一般患者に対する医療、特定疾患治療研究事業（いわゆる難病対策）についての局長通知、および先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（いわゆる血友病対策）についての局長通知における治療研究に係る医療、それぞれいずれも公費負担医療の給付がなされるが、介護保険の給付はこれらに優先する。

⑦ 災害補償関係各法の療養補償との調整

労働者災害補償保険法における療養補償給付・介護補償給付で、介護保険による給付に相当するものを受け取ることができるとときは、規定により介護保険による給付は行われない。すなわち、労働者災害補償保険が優先することになる。

なお、この点についての詳細な解説は、松田朗『介護支援専門院のためのわかりやすい介護保険制度』46頁以下（メヂカルフレンド社、第1版、1998年）、北澤京子・林工「特集 待ったなし介護保険——いまだ見えぬ介護報酬と療養型病床群のゆくえ——」日経メディカル1998年12月号70頁以下参照のこと。

7) 憲法25条に関しては、一番ヶ瀬康子（監）片居木英人『介護福祉ハンドブック社会福祉における人権と法』（一橋出版、第1版、1996年）第1章、などを参照のこと。

8) 医療依存度の高い患者が退院し、在宅医療に移行した場合、当該病院の「在宅診療班」の一部として行われる訪問看護、いいかえれば、つまりは医療の中の訪問看護である。この形態の訪問看護は、基本的に社会保険診療報酬点数表の、65歳以上は老人診療報酬点数表の拘束を受ける

ことになる。

9) 老人保健法第19条（「訪問指導は、その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者について、保健婦その他の者を訪問させて行われる指導とする。」）に基づき、各地方自治体が行う「訪問指導」事業の中で、必要に応じて行われる看護である。いいかえれば、つまりは保健指導の一環として行われる訪問看護である。この行政主体のサービスは、費用は、全面的に公費において賄われ、その内容は、原則、各地方自治体の実施要綱に拘束される。

10) これは「訪問看護ステーション」からサービスが提供される訪問看護であり、サービスの受給対象者という観点から見た場合、2種に分類できる。その一つは、老人を対象に「老人訪問看護事業」を行う「老人訪問看護ステーション」からの訪問看護である。平成3年の法改正（平成3年法89号）後、老人保健法第6条第5項（「この法律において「老人訪問看護事業」とは、疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人またはこれに準ずる状態にある老人（主治の医師がその治療の必要な程度につき厚生省令で定める基準に適合していると認めた者に限る。）に対し、その者の家庭において看護婦その他厚生省令で定める者が行う療養上の世話または必要な診療の補助（以下「老人訪問看護」という）を行う事業をいう。」）に基づき始められた。

いま一つは、老人以外の、難病患者・重度障害者・精神障害者等を対象に「訪問看護事業」を行う「訪問看護ステーション」からの訪問看護である。平成6年の健康保険法等の改正（平成6年法56号）により、健康保険法第44条ノ4第1項（「疾病又ハ負傷ニ因リ居宅ニ於テ継続シテ療養ヲ受クル状態ニ在ル者（主治ノ医師ガ其ノ治療ノ必要ノ程度ニ付命令ノ定ムル基準ニ適合シタルト認メタルモノに限ル）ニ対シ其ノ者ノ居宅ニ於テ看護婦其ノ他命令ヲ以テ定ムル者の行フ療養上ノ世話又ハ必要ナル診療ノ補助（以下訪問看護と称ス）ヲ為ス者ニシテ都道府県知事ノ指定スルモノ（以下指定訪問看護業者ト称ス）ニ就キ被保険者（老人保健法ノ規定ニ依ル医療ヲ受クルコトヲ得ベキ者ヲ除ク）ガ当該指定ニ係ル訪問看護事業を行フ事業所ニ依リ行ハル訪問看護（以下指定訪問看護ト称ス）ヲ受ケタルトキハ訪問看護療養費トシテ其ノ指定訪問看護ニ要シタル費用ニ付之ヲ支給ス」）に基づき「訪問看護事業」を行う「訪問看護ステーション」（狭義の「訪問看護ステーション」ということになる。）が認められた。

老人保健法第6条第5項に基づく老人訪問看護事業および健康保険法第44条の4第1項に基づく訪問看護事業、いずれにおいても、ステーションと患者との間に独立的な訪問看護契約が結ばれるが、費用の支払いについては、すべて私費なのではなくて、厚生大臣の定める実施基準内では（修正された）社会保険と公費で、基準を超える訪問看護は私費で賄われる。すなわち、原則、社会保険と公費とで賄われ、例外的に私費で賄われるのである。費用の側面からみれば、この「訪問看護ステーション型」は、「病院在宅医療型」「地方自治体訪問指導型」「民間機関訪問看護型」、以上3種の訪問看護の折衷型と位置づけることができよう。

11) 民間の訪問看護業者（たとえば、日本在宅看護システム株式会社、セコム㈱、ケアマーク社）と患者との間で私的な契約を締結し、それに基づいて訪問看護が行われる。いわば、独立業務としての訪問看護であり、当該契約に基づいて患者がその費用をすべて私費で負担する。

12) ここに看護市場の存在が明らかにみてとることができ。このタイプの訪問看護組織は、市場原理に大きな影響をうけるため（あるいは支配されるため）必ずしも良いことばかりではないことを忘れるべきではないであろう。この点については、たとえば、李哲充『市場原理に揺れるアメリカの医療』（医学書院、第1版、1998年）161頁以下を参照されたい。

13) これは、法制審議会および国会等において活発に審議が行われている成年後見制度に関する問題である。在宅療養者の財産管理をめぐる具体的な問題についての指摘は後註14に譲り、本註では、執筆の時点（1999年6月）における本制度をめぐる状況の概略を紹介し、いくつかの問題点を指摘することにする。

一、近年、成年後見制度が新たに議論されるに至ったその原因是、わが国における急激な高齢

社会の進展に伴う要保護成年者の増加（殊に意思能力に問題のある高齢者の飛躍的な増加）と家族形態の変化、並びに知的障害者・精神障害者等の権利義務意識の高まりにあり、かような高齢社会への対応及び知的障害者・精神障害者等の福祉の充実の観点から、新たな法的システムが必要とされたことにある。もっとも現行民法上においても、禁治産（民法第7条）・準禁治産制度（民法第11条）による行為能力の剥奪・限定及びこれを前提とする後見（民法第838条以下）・保佐（民法第847条）制度により、かのような人々の利益を擁護する制度が存在する。しかしながら、現行の制度には、要保護成年者の能力判定の困難性および鑑定コスト（時間と費用の両側面）の問題並びに実際の機能喪失のプロセス（たとえば高齢者の判断能力は、ある時期を境にして失われるというものではなく、徐々に行きつ戻りしおながら徐々に減退していく）と法律上の取扱い（禁治産者になると一切の行為能力を奪われ、食料品等日用品の購入すらできなくなり、準禁治産者の場合は、民法第12条所定の行為に関して一律に行為能力が制限されることになることから、硬直した制度であり柔軟性がないといわれる）との不一致、禁治産宣告並びに準禁治産宣告の戸籍への記載（治産を禁ずるという名称から悪いイメージを呼び起こし、社会的な差別や偏見を生ぜしめているだけではなく、そのことゆえに、「戸籍が汚れる」が末代まで残るとの懸念から家族が申立てを敬遠するといわれている）、後見人をコントロールするシステムの不存在（このゆえに、本人の保護ではなく家族間の財産争いの道具に墮しているといわれている）等の数々の問題があるだけではなく、実際には、ほとんど活用されていないことから、運用面で充分に機能していないという実情がある。そこで、判断能力の不充分な成年者（痴呆性高齢者・知的障害者・精神障害者等）を保護するため、先に示した観点から、自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーション、身上監護の重視等の新しい理念と従来の本人の保護の理念との調和を旨として、柔軟かつ弾力的な利用しやすい、新たな制度を構築することが求められたのである。

二、さて、以下においては、「民法の一部を改正する法律案等要綱」（家庭裁判所月報第51巻第4号133頁以下。以下、改正要綱と略す）を中心にその内容を俯瞰する。改正要綱の特徴としては、大きく、①補助類型の新設、②後見制度の充実、③任意後見制度の創設、の3点があげることができる。

① 補助類型の新設

現行の禁治産・準禁治産の制度を、各人の多様な判断能力及び保護の必要性の程度に応じた柔軟かつ弾力的な措置を可能とするため、新たに「補助類型」を新設するとともに、従来の準禁治産類型を「保佐類型」に、禁治産類型を「後見類型」に改める。補助類型は、精神上の障害（痴呆・知的障害・精神障害・自閉症等）により判断能力（事理弁識能力）が不充分な者のうち、「保佐類型」（精神上の障害により判断能力が著しく不充分な者を対象とし、単に浪費者であることを要件とはしていない。但、浪費者の中で判断能力の不充分な者は保佐又は補助の各類型の対象となる）又は「後見類型」（精神上の障害により判断能力を欠く常況にある者を対象とする）の程度に至らない軽度の状態にある者を対象としている。家庭裁判所は「補助開始の審判」（保佐類型の場合は「保佐開始の審判」、後見類型の場合は「後見開始の審判」）とともに「被補助人」（保佐類型「被保佐人」、後見類型「成年被後見人」）のために「補助人」（保佐類型「保佐人」、後見類型「成年後見人」）を選任し、当事者が申立により選択した「特定の法律行為」について、審判により補助人に代理権又は同意権・取消権の一方又は双方を付与する（保佐類型の場合は、保佐人に同意権の対象行為（民法第12条第1項）について取消権を付与、その上で当事者が申立により選択した「特定の法律行為」について審判により保佐人に代理権を付与することを可能にする。後見類型の場合は、成年後見人は広範な代理権・取消権を付与されるものの、自己決定の尊重の観点から、日用品の購入その他日常生活に関する行為を本人の判断に委ねて取消権の対象から除外されている）。

② 後見制度の充実

これは次の5つの点から見直しがなされている。

ア) 配偶者法定後見人制度の廃止： 配偶者が当然に後見人・保佐人となる旨を定める現行規定を削除し、家庭裁判所が個々の事案に応じて適任者を選任することができるよう検討されている。これは、特に痴呆性高齢者等の場合には、配偶者も相当高齢に達していることが多く、必ずしも配偶者が常に適任とは限らないことが考慮されたようである。

イ) 複数成年後見人制度の導入及び法人成年後見人制度の明文化： 利用者の多様なニーズに応える保護・支援の方策として、成年後見の体制についての選択肢を広げる観点から、複数の成年後見人を選任可能とするとともに、法人（たとえば社会福祉協議会、弁護士会、信託銀行等）も成年後見人に選任することが可能とされることが法案に盛り込まれた。

ウ) 成年後見人等の選任の考慮事情の明文化： 本人との利益相反のおそれのない信頼性の高い個人・法人が成年後見人に選任されることを手続的に担保するため、成年後見人の選任に当たって家庭裁判所が考慮すべき事情が明示的に列挙されることとなった。

エ) 身上配慮義務及び本人の意思の尊重等： 自己決定の尊重及び身上監護の重要性を考慮して、現行の規定（民法第858条第1号）に代えて、成年後見人等は、その事務を行うに当たって、本人の意思を尊重し、かつ本人の心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない旨の一般的な規定が盛り込まれた。

オ) 監督体制の充実： 補助人・保佐人・成年後見人を監督する補助監督人・保佐監督人・成年後見監督人の制度を新設する。なお、法人が補助監督人・保佐監督人・成年後見監督人に選任されることを可能とすることが盛り込まれる模様である。

③ 任意後見制度の創設

現行民法の任意代理権は、通説ではその解釈上、本人の意思能力喪失後も消滅しないと解されているが、本人の判断能力が低下した後は、能力が低下する前に授権した委任契約を本人自ら任意代理人を監督することができないことから、権限濫用の恐れがある。そのため、判断能力低下後の事務に関する代理権を、能力が低下する前に授権する委任契約を、実際上、利用することが困難であった。そこで、かような委任契約の活用を図るため、本人の判断能力低下後の任意代理人に対し公的機関による監督を伴う任意代理制度を創設することが盛り込まれた。契約の締結およびその方式は、本人自ら選任した任意後見人に対し、能力喪失後の療養監護及び財産管理等に関する事務の全部又は一部につき代理権を付与する委任契約を、家庭裁判所が任意後見監督人を選任した時から効力が発する旨の特約を付したうえで、公証人が作成する公正証書によることによって成立する。

三、この成年後見制度についてはいくつかの問題点を指摘することができるようと思われる。まず第1に、制度の骨格についての問題があげられよう。各人の多様な判断能力及び保護の必要性の程度に応じた柔軟かつ弾力的な措置を可能とするために、従来の二元的な制度から新たに補助類型を新設した三元的な制度への改正が試みられているが、しかしながら、判断能力が充分でないといわれる人々の能力の程度には様々な段階がある（殊に痴呆性高齢者の場合）だけではなく、そもそも人の能力それ自体が千差万別であるとの能力観に立つのならば（当該観点は改正要綱においても支持されていると思われる）、やはり、いくらその類型を細分化したとしても、あらかじめ一定の類型を用意する限り、法律上の取扱と実際の能力喪失のプロセスとの間に齟齬が生じてしまうことは免れえないであろう（その限りにおいて、日弁連司法制度調査会が呈示した一元的な制度構成のほうが、より理念を忠実に具体化することができるようと思われる。なお、日本弁護士連合会司法制度調査会『成年後見法大綱（中間意見）』1996年12月24日を参照のこと）。

第2に、能力鑑定の問題がある。当該成年者の要保護性の程度を家庭裁判所が判断するためには、同時にあるいはまた事前に専門家の手による当該成年者の能力評価、すなわち能力鑑定が行われる必要性がある。もっとも、補助類型においては、本人の申立又は同意を要件とする制度設計がなされていることもあり鑑定を要しないものとされてはいるものの、しかしながら、保佐類

型・後見類型においては、依然として、基本的に鑑定を必要的なものとする現行制度を維持している。今後、意思能力に問題のある高齢者の増加等により鑑定件数が飛躍的に増加することが容易に推察できることから、個々人の個別的な能力を、きめこまかく鑑定できるような鑑定技術の確立とともに、簡易化を含む鑑定の制度化（たとえば鑑定医の調達、鑑定費用の低額化、鑑定時間の短期間化、能力評価センター等の設置など）が必要不可欠なものとなることは多言を要しないであろう。が、現在まで、この点についてさほど議論が深化していないように思われる（少なくとも「成年後見制度の改正に関する要綱試案」の段階においては、明確に議論されていたようであるが、改正要綱においては、どの程度、当該問題に対して論じられたのかが、ほとんどわからぬように思われる）。

第3に、身上監護と財産管理の問題があげられよう。この身上監護と財産管理の区別、特に身上監護をどのように理解するのかといった問題は、その理解如何で、成年後見人の職務内容に大きな差異が生ずることから、制度の根幹に関わる非常に重要なものであるということができる。さて、この問題については、大きく2つの考え方がある。まず、身上監護に重点を置き、財産管理を身上監護との関連で理解する見解である（新井誠『高齢社会の成年後見法』（有斐閣、改訂版、1999年）163頁以下、同「高齢社会の成年後見法——特集 成年後見法制の展望——」自由と正義第47巻7号30頁、小賀野晶一「成年身上監護制度論(1)」ジュリスト1090号116頁以下）。この見解においては、成年後見人を、被後見人の介護・医療に関してサービスを選択し、決定を行うコーディネーターと位置づける（小賀野晶一「成年身上監護制度論(1)」ジュリスト1090号116頁）。いいかえれば、身上監護を医療における同意を含めて広く解することによって、成年後見人に被後見人の身上監護に関する決定権を与える一方で、被後見人の身上監護に貢献するように財産管理を行う法的義務を課すのである。これに対して、身上監護を限定的に捉え、成年後見人は、財産管理に還元できる身上監護のみを行うべきであるものと解する見解がある（道垣内弘人「成年後見制度私案（二）」ジュリスト1075号93頁以下、同「成年後見制度立法において考えるべき事柄」自由と正義第47巻8号83頁以下）。この見解によれば、財産管理に還元されない身上監護の範囲は、事実上医的侵襲および施設へ強制的な収容に対する同意に限られることになる。しかも、このような身上監護を行う権限、特に、本人が同意できない場合に、本人の医学的治療に対して同意する権限を成年後見人に与えることを否定的に解する（なお、このような議論の一方で、はたして身上監護という概念自体が有効かどうかを再検討すべきであるとの意見もある。伊藤昌司「ブックレビュー・新井誠著『高齢社会の成年後見法』法律時報第67巻7号101頁。同論文の註2において、フランスでは親権法の改正に際し、財産管理権との対比で十把ひとからげに監護権の対象とされていた様々な生活事実の間には何の統一性もないことが確認され、立法に反映されたことが記されている）。成年後見において、被後見者の日常生活には、財産管理の問題と身上監護の必要性とが密接に結びついていることを看過することはできないであろう。一般に、民法の規律の対象である契約を中心とする法律行為の中には、たとえば医療契約、施設入所契約、介護契約などのような、財産管理を主たる目的とするもののみならず、身上監護を主たる目的とするものが多く含まれており、その一方、財産管理を主たる目的とする法律行為の場合でも、なんらかの形で、本人の身上に関連する事項が含まれていることも多分にあろう。そもそも一般に、本人の財産は、財産管理のみを目的として管理されるのではなく、本人の福祉に適合するように、本人の身上監護をも目的として利用されるべきものなのではなかろうか。また、被後見者の日常生活は、通例、第三者の介護や援助が必要となる場合が多く、これまででは、その「多くの場合法的根拠が曖昧なまま処理されているのが現状といってよく、周囲の人々は法的な限界が不明確なまま対処しているのが実情である」（日本弁護士連合会『高齢者的人権と福祉 介護のあり方を考える』294頁（こうち書房、第1版、1996年））。被後見者の人権を守りつつ、これを支える人々の権利や義務を明確にするためにも、このような事実上の行為に法的な根拠を与え、制度化することもまた不可欠であるといえよう。前者の見解をもって妥当とすべきであろう

(改正要綱も前者の見解を支持しているように思われる)。

四、この成年後見制度に関する検討は、平成11年2月16日の法制審議会民法部会総会において、この改正要綱を決定し法務大臣に答申したことにより、これまでの主たる議論の場であった該部会の手を離れた。本年3月に「民法の一部を改正する法律案」「任意後見契約に関する法律案」「後見登記等に関する法律案」「民法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案」が国会に提出されるに至り、現在、審議中である。なお、成年後見制度に関する文献は、以上あげた他に、成年後見制度研究班『関西大学法学研究所研究叢書第16冊 高齢者の権利保護をめぐる諸問題——年後見制度を考える——』(関西大学法学研究所、第1版、1998年)、野田愛子・升田純編『高齢社会と自治体——新たな成年後見システムの模索と構築——日本加除出版株式会社、第1版、1998年)、関東弁護士会連合会『障害者的人権 障害者の裁判を受ける権利／成年後見制度の研究』(明石書店、第1版、1995年)、新井誠・小笠原祐次ほか編『高齢者の権利擁護システム』(勁草書房、第1版、1998年)、米倉明『信託法・成年後見の研究 [民法研究第3巻]』(新青出版社、第1版、1998年)第2編、米倉明・新井誠ほか『高齢者財産管理に関する法制の研究 (I—成年後見制度の検討—報告書) 財団法人トラスト60、1991年12月24日)、「成年後見制度の改正に関する要綱試案及び補足説明」(法務省民事参事官室、1998年4月)等を参照のこと。

14) ここでは、在宅療養者の財産管理をめぐる具体的いくつかの問題を指摘する。

一、在宅療養者が介護を受けるためには、大きく、公的な介護サービス、民間の有料サービス、家族・親族による介護サービス、の3つの方法がある。このうち、公的な介護サービスへの社会的な期待は、もっとも高いことから、これを充実させる施策(この結実が介護保険法であろう)がとられているが、その一方で、公的な予算に限界があることが否めないことから(保険制度を用いる介護保険においても、それは例外ではないことは、すでに明らかになっている。)、民間の有料な介護サービスや家族によるサービスに対する期待およびその占める割合が増加するものと予測できよう。公的サービス(特に介護保険法)に関する問題点の指摘については後註17に譲ることにして、以下においては、民間による有料介護サービスと家族・親族による介護サービスの法的な観点から見た問題点を、いくつか指摘することにする。なお、本註は、升田純「高齢者と消費者問題」野田・升田編前掲註13 131頁以下によるところが多い。

二、民間による有料な介護サービスは、介護サービスの提供が契約に基づき行われるものであるため、契約をめぐる紛争が生ずることになる。この民間による有料な介護サービスに関する問題を概観すると、介護サービス自体の不適切性をめぐる問題と、介護サービス提供契約の性質・背景をめぐる問題とにわけられるように思われる。介護サービス自体の不適切性をめぐる問題の側面においては、第1に、業者と契約を締結し各種の介護サービスを受けようとする場合で、在宅療養者(特に高齢者)の判断能力が減退していたときは、被介護者自らが契約を締結し、更新し、費用を払うことができなくなる——すなわち法律行為(財産管理)ができなくなる——という問題が生ずる。この点については、前掲註13を参照されたい。第2に、在宅療養者が受けたサービスの質が期待に反していたような場合が問題となる。このような場合、被介護者は、まず、介護サービス提供契約の内容によるものの、債務不履行に基づく損害賠償責任の追求をすることが可能である。しかし、かような事態においては、損害賠償責任を追求しても、結局、被介護者に必要な介護を充たすことができないことをかんがみると、契約の内容に従った介護サービスの履行を迅速かつ容易に求めることを可能としなければならないであろう。ゆえに、当該サービス提供契約は、継続的契約であることが通例であることから、契約の履行をめぐる紛争においては、たしかに過去の契約の履行をめぐる部分については損害賠償責任の追求でもやむをえないであろうが、将来の契約の履行をめぐる部分については、契約の内容に従った介護サービスの履行を求めることが必要かつ重要であろう。当該契約の性質から生ずる問題は、殊に、当該サービス提供契約は、サービスの遅滞、品質の低下がサービスの提供を受ける被介護者の生活・生存に密接

に関わるものであるだけではなく、被介護者の身体的精神的能力の減退により適時にかつ的確にクレームをつけ、交渉を行うことができないという性質をも有することから生ずる。このような情況を勘案すれば、当該サービス提供契約においては、被介護者は非常に不利な立場に置かれているとみることができることから、業者の責任を厳格化する必要性が高くなり、したがって、契約の効力の判断・内容が厳格に解釈されるだけではなく、介護サービスの内容が明確化・類型化される要があるように思われる。業者による自由な中途解約・更新拒否・代金の増額を認めることもまた妥当ではないであろう。というのも、被介護者が当該業者からサービスの提供を受け始めると同時に、被介護者には該サービスに依存する関係が生じてしまうことを斟酌すれば、業者が代金の増額等を理由に契約内容を自由に変更してしまうと、被介護者の立場が非常に危ういものになってしまうおそれがあるからである。業者の倒産という事態により被介護者が被害を受けるおそれがあることも予測しておく必要があろう。当該契約の背景的な側面から生ずる問題としては、介護サービス提供業者が倒産した場合、サービスを利用していた被介護者は、その瞬間から生活・生存に深刻な影響を受けることになるということがあげられるであろう。この場合、代替的あるいは暫定的なサービスが受けられるよう、行政的な処置が構築される必要性があろう。また、一時金が前払いされている場合があるが、このような一時金の変換義務の履行確保措置を講ずることも必要であろう（なお、在宅以外の有料老人ホームあるいはケア付きマンション・高齢者住宅における問題もあり、この点については、最高裁における判例も呈示されている（最判3小平成8年11月12日判例時報1585号21頁））。

三、家族・親族による介護サービスは、核家族化・小子化の傾向が続くため、その役割が低下する傾向にあるが、依然としてもっとも期待され且つ重要な役割を果たす介護の方法であろう。家族・親族によって介護サービスが提供される場合には、サービス事態につき対価が支払われないことが多いことから、一見すると、無償のサービスであるかのように考えられるが、その実、在宅療養者（特に高齢者）が保有する財産の相続・遺言・贈与等が予定され、期待されている。つまり、資産を有する在宅療養者（特に高齢者）を家族・親族が世話や介護をする際には、その財産が世話や介護の実質的な引き当てになっていることが多いのである。したがって、家族や親族は、被介護者の日常生活上の世話や介護をすることによって、当該被介護者の資産の贈与あるいは死因贈与を予定もしくは期待し、それをうけ当該被介護者も、自らを世話してくれる家族・親族に財産を贈与あるいは死因贈与するのであるが、家族の世話や介護が充分でなかつたり不和が生じたりした場合、両者の間の信頼関係にひびが入りそれが破壊され、贈与等の解除または取消が問題となり、結果、資産の相続等を巡り深刻な紛争に発展することがある（かような紛争のうち、財産贈与を巡る争いとしては、たとえば、札幌地裁昭和35年8月24日下民集10巻8号1768頁、福岡地裁昭和46年1月29日判例時報643号79頁、東京地裁昭和50年12月25日判例時報819号54頁、最判2小昭和53年2月17日判例タイムズ360号143頁、東京地裁昭和59年8月31日判例タイムズ542号237頁、東京地裁昭和63年6月27日判例時報1306号56頁、東京地裁平成5年5月7日判例タイムズ859号233頁など非常に多数存在する）。この場合、被介護者が贈与を利用した場合には、負担付贈与（民法§553）における負担の不履行による解除、背信行為を理由とする贈与の解除、取消を主張して贈与した財産の回復を図ることがあるが、後者については民法上、明文の規定がないため、その適用の可否が問題となる。死因贈与を利用した場合には、負担付死因贈与における負担の不履行による解除、取消、死因贈与の取消を主張することがある。被介護者が遺言を利用する場合、当該被介護者は遺言による財産の移転をほのめかしながら、世話・介護をうけることになるが、当該被介護者の判断能力が減退した状態で遺言した場合、遺言が無効とされることがある。婚姻・養子縁組を利用し、これによって相続させ、財産を得させることもある。もっとも、この場合においても判断能力が減退したときには、その効力が争われることがある。

15) 在宅医療に関してこれまでつとに指摘されてきた諸問題については、平林前掲註1を参照の

こと。

16) これまでの在宅医療をめぐる法制度は、その内容の重点を在宅療養者の日常生活能力の維持・回復という側面に置いてきた。かかる姿勢は、決して間違いではなく、今後とも維持されてしまうべきものと考えるが、しかしながら、その一方で、在宅療養者の財産管理という視点からのアプローチには乏しかったこともあり、当該側面をめぐるトラブルが頻発するという状況を招いてしまったきらいがある。そこで、このような状況の改善および在宅医療をめぐるより良い環境の整備を目的として、在宅療養者の日常生活能力の維持・回復という側面に関しては「介護保険法」というシステムを導入し、在宅療養者の権利擁護という側面に関しては「成年後見制度」というシステムの導入が検討され、今後、当該両システムが、在宅医療の大枠となり、相互に車の両輪のごとく機能していくことが期待されているのである。したがって、各制度それぞれが個別に内包する問題ではなく、両制度を俯瞰的にみた場合、今後生ずるであろう問題をもまた無視することはできないであろう。筆者は、この点につき未だ認識が確かではないため、両制度運用の際に生ずるであろう人的側面の問題についてのみ若干触れ、それ以外を述べることは差し控えようと思う。

一、さて、介護保険の適用を受けるためには、医療保険とは異なり、認定という手続を経なければならない。当該認定の流れは、介護保険法第27条によれば、以下のようになる。
①要介護認定を受けようとする被保険者は申請に被保険者証を添付して市町村に申請する。その際、被保険者は指定居宅介護支援事業者等に手続を代行させることができる。
②申請を受けた市町村は、被保険者に面接をするなどして、厚生省令で定める事項について調査をする。なお、この調査も「指定居宅介護支援事業等」に委託することができる。
③さらに、市町村は、被保険者の主治医の意見を求める。主治医がない場合、もしくは当該意見を求めることが困難な場合、指定する医師または職員である医師の診断を受けることになる。
④この調査結果（厚生省の案では、調査結果を総合判断した上での認定案が付されることになる）と診断結果とが、介護認定審査委員会に送られ最終認定がなされる。また、「認定審査会は、審査および判定をするにあたって必要があると認めるときは、被保険者、家族、主治医等の意見を聞くことができる」。
⑤認定結果は30日以内に知られ、認定の効力は申請の日に遡って生ずることとされている。この決定に不満のある者は、県に設置される介護保健審査会に審査請求することができる。
⑥市町村は、この認定意見に基づき、その申請者が受けることができるサービスの種類を指定することができる。
⑦そして、この認定に基づき被保険者は、通常は「指定居宅介護支援事業者」の支援を得て、現実に入手可能なサービスを組み合わせて居宅介護サービスを組み合わせて居宅介護サービス計画（ケアプラン）を立て、サービスを受けることになる（但し、この計画は作らなくともよい）。

たとえば、既に後見人が付された痴呆状態にある要介護者が、介護保険の適用を受ける場合を、当該後見人を中心に考えてみる。まず、①の段階において、被保険者（=要介護者）に代わり、市町村に対して、申請手続（あるいは指定居宅介護支援事業者等に手続代行を依頼）することになる。次に、②③の段階においては、おそらくは、被保険者の面接や診断の付添いをすることになろうし、④の段階では、認定審査会から意見を求められることもあるだろう。
⑤の段階では、認定結果に不服がある場合、審査会に対して不服申立をしなければならず、⑦の段階においては、被保険者とともに（むしろ被保険者以上に）介護支援専門員（ケアマネージャー）とケアプランを立てることになる。ここからもわかるように、介護保険の適用を受ける際にも、後見人は①⑤のような要所要所の法律行為を担わなければならないだけではなく、被保険者の生活・生存に即かかわることになるケアプランの作成に密接に関与することが要求されることになる。このような形で、成年後見制度と介護保険法とは、互いに関係を有することになるが、かようなケースでの問題点は、次のようなところにあると思われる。

二、先にも触れたように、介護保険の適用を受ける際、後見人という代理人は、その多くの場合において1人で節々の事務の代行をしなければならないため、確かに熱心で優秀な代行者であ

る場合には、一連の流れはスムーズに進むであろうが、そうではない場合（たとえば後見人が法人である場合）には、それが滞るおそれが多くある。同様のことは、まさに介護保険の側にもいえることであって、代行事業者（実際には1人の専門員）が必ずしも熱心で優秀ではない場合にも、認定手続が滞ることになる。またケアプランは、実際上ほとんどの場合、1人の後見人と1人のケアマネージャーとの間で作成されることになると予想されるが、なんらかの弾みで両者の間に偏見等が生じてしまった場合、双方の間のみでは、なかなか関係を修復することが困難であろうし、それが結果的に被保険者の生活の質を低下させることにもつながる可能性がある。したがって、後見人・ケアマネージャー以外の第三者で、派遣回数が多く、最も本人と接し在宅要介護者の日常生活や家族関係等についてかなり密着した立場に立ち、問題点をいち早く見つけることのできる在宅制度を支える人、殊に訪問看護婦・ヘルパーらとの連携や情報のフィードバック・共有等をいかにすべきかが、成年後見制度および介護保険法を中心とした今後の在宅医療をめぐる制度の成否の鍵を握るように思われる。

17) これまで、医療・看護の領域とされてきた老人訪問看護、保健婦の訪問指導および療養型病床群で提供される医療・看護・介護が、介護保険法の下では、それぞれ訪問看護、居宅療養管理指導および介護療養施設サービスとされ提供・管理されることになる。実質的には、現在「在宅医療」といわれているものの大部分がここに含まれることになる。したがって、今後の在宅医療のあり方を考えるに際しては、介護保険の制度を抜きにして考えることはできないであろう。ここでは、介護保険法に関する、たとえば経済的政策的等の側面からの制度全体に関する問題点の指摘は他のスタンダードな書物に譲り、個々の被保険者への介護サービスの適用の場面、特に認定の段階に焦点をあて問題点を指摘する。

介護保険によるサービスを受けるには①被保険資格を持つ者が、②要介護状態であるという「認定」を受け、③その認定の範囲内で介護支援事業者の助けを得ながらケアプランを立て、④そのプランにしたがってサービス事業者からサービスを受け、⑤その費用の請求を保険者である市町村に対してする、という手続を経る。

まず、この認定手続を規定している第27条を俯瞰すると、「指定居宅介護支援事業者」は、申請という初期の段階からの調査、そしてケアプランニングという最終の段階まで三重に関与しうる制度（但し必然ではない）になっていることが判る。ここにいう調査が、実質的には第1次判定であることからすれば、申請代行者と実質的認定者が重なるこの制度は、適正手続という観点から疑問が持たれる。法的には、一方当事者と判断者とが係わり持つことは、「自然的正義」に反し無効であると考えられている。また、この制度下では、申請の段階で、すでに代行業者（実際には“1人の”専門員ということになる）の頭の中ではケアプランのあらましが描かれていることになる。ところが、現在の支援センターの多くがそうであるように、支援事業者の多くは特定のサービス事業者と密接な関係を持つ。この関連が認定作業に不当な影響を与えないよう配慮しなくてはならないであろう。また、当該地域において現に存在し利用が容易であるサービスに、ニードの方を適合させてしまうという恐れも多い。それは現実にはやむを得ないことと考えられやすいが、かような常態は福祉の進歩を阻害するであろう。住民の必要性を要求に応じてサービスを整えていくことが本来の姿であり、そうすることによって初めて地域のケアは充実されよう。

市町村の調査は厚生省令で定める事項について行われることになる。この調査項目を操作することによって、要介護者の人数のコントロールが可能となる。とすれば、このような法の本来の趣旨にかかり、国民の権利を左右することになり基本的な認定の基準は全面的には省令に委ねず、法の中で制限しておくべきものであろう。また現在の調査項目には要介護者の身体機能と精神機能のみが含まれ、家屋状況や家族構成等は考慮されていない。現実には住宅や家族の状況により支援るべき内容に大きな差が生ずることも周知の事実である。何らかの形で扱うことを検討すべきであろう。主治医の意見を得ることが予定されているが、その困難なときには指定医をもって代えることができることとされている。しかし、慢性疾患の診断は継続的診療関係の中で

はじめて可能となる性格のものであり、そのときにのみ指定された医師では適切に判断することは極めて難しいであろう。そもそも、在宅医療というものは、主治医の継続的診断を前提とすべきものである。この主治医の欠落という問題は、在宅医療に特に顕在化してくる問題であって、本来的には、わが国の国民医療全体にとっての問題点と理解すべきであろう。

さらに第1次判定はコンピューターによりなされることが予定されているが、医療資源の効率的運用という観点から、且つ《数的に》問題を処理するコンピューターが《算出する》結果と医師の意見との間に、1人の患者の扱いをめぐって大きな対立が生ずることは必然であるように思われる。両者の見解の違いをいかに調整するかが、今後の課題となろう。

なお、介護保険法に関する文献としては、「公的介護保険制度」ジュリスト1094号11頁以下、朝川知昭「介護保険制度の創設」時の法令1568号6頁以下、石川満『欠陥「介護保険」改革・改善への提言』（自治体研究社、第1版、1998年）、伊藤周平『介護保険制度の改善点』（あけび書房、第1版、1998年）、足立正樹編『各国の介護保障』（法律文化社、第1版、1998年）、大村隆・田坂治ほか『介護の経済学』（東洋経済新聞社、第1版、1998年）、（財）東京市町村自治調査会『市町村からの緊急提言 介護保険と自治体負担 公的介護保険制度の課題と提言』（大成出版社、第1版、1997年）、渡辺俊介『介護保険の知識』（日本経済新聞社、第1版、1997年）、田中きよむ「介護保険と措置制度をめぐる論争に関する一考察」高地論叢59号89頁以下、本沢巳代子『公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ』（日本評論社、第1版、1997年）、厚生省高齢者介護対策本部事務局（監）『高齢者介護保険制度の創設について国民の議論を深めるために』（ぎょうせい、第1版、1996年）ほか参照されたい。

18) いわゆる疫学転換あるいは健康転換（epidemiologic or health transition）という現象である。この点については、鈴木庄亮「疾病構造の変化」高久史麿・小林登編『特別企画 20世紀の医学をふりかえる』からだの科学200号21頁、広井良典『ケアを問い合わせなおす <深層の時間>と高齢化社会』（ちくま新書、第1版、1997年）105頁以下参照。

19) たとえば、平成9年12月19日に公布された言語聴覚士法（法第132号）の制定趣旨において、当該資格が必要となったことの理由に、「人口の高齢化等に伴い、リハビリテーション医療の分野において言語機能及び聴覚に障害を持つ者に対して訓練を行う専門技術者の果たす役割が重要になってきたこと」があげられている（石田勝彦「言語聴覚士の国家資格を創設 『言葉と耳のリハビリ専門家』育成のために」時の法令1576号40頁）。

20) たとえば、「座談会 わたしの医療改革」岩崎栄・広井良典編『医療改革』（からだの科学臨時増刊）12頁〔上林発言〕参照のこと。

21) その際、念頭に置くべきことは、「人口構造や疾病構造、産業構造という現実はダイナミックに変化していくが、私たちはどうしても既存の制度の枠組みでものを見てしまうため、なかなか改革がスムーズに進まない。『現実』と『制度』の間にはそうしたタイムラグと緊張関係があり、高齢者介護問題や、広く社会保障制度をめぐる問題には現在そのことが強く現れているようと思われる。」（広井前掲註18131頁）ということなのではなかろうか。

22) 平林勝政「医療スタッフに対する法的規制——医師に対する法的規制を中心に」宇都木伸・平林勝政『フォーラム医事法学』201頁（尚学者、追補第1版、1997年）

23) このような「在宅医療チーム形成義務」を考える際、東京地裁平成10年7月28日判例時報1665号84頁がひとつの恰好な事例を提供している。

本件原告（事故当時59歳。女性）は、平成3年11月に脳出血を起こし〇病院に入院、治療を受けたが、左半身麻痺の後遺症が残ったため、平成4年2月から〇病院でリハビリテーションの訓練をうけ始めた。原告は同年5月末頃には退院が可能な状況となり6月中旬に退院、在宅へ移行し、通院によるリハビリを受けるようになった。通院につき、原告の家族が介助することが困難であったため、区社会福祉協議会が設置、運営するボランティアセンターから派遣されたボランティアAによる歩行介護を6月下旬から受けているところ、同年7月、前述センターから派遣さ

れたAによる歩行介護を受けて、約40分間の当該訓練から帰宅中、Aがタクシーを呼ぶために一時、原告の側を離れた間に、転倒して、右足大腿部を骨折した。本件事故は、医事専門家でも福祉専門家でもない「素人であるボランティア」の行為に関して生じているところに、その特殊性があると思われる。かようなボランティアの性質に着目すれば、確かに「医療専門家のような介護を期待することはできない」であろうし、その限りにおいて、「歩行介護を行うボランティアには、障害者の身を案ずる身内の人間が行う程度の誠実さをもって通常人であれば尽くすべき注意義務を尽くすことが要求されている」と考えるのは適切であるように思われる。しかしながら、在宅医療という観点から本事件をみた場合、ボランティアが「原告の歩行介護を引き受ける際、センター、担当医又原告のいずれからも具体的な介助の方法については指示、指導ないし希望を告げられていなかった」状況を勘案すると、はたして在宅医療を継続していく上で必須条件のひとつである「介護福祉士やボランティアなどの福祉についての専門家や素人を含む介護スタッフとの連携」（平林前掲註1）131頁）がなされていたのか、非常に疑問に思われる。なお、本訴訟において原告は〇病院ではなく、区社会福祉協議会に対し介護派遣契約の債務不履行に基づき、ならびにボランティアAに対しては不法行為に基づき損害賠償を請求し、いずれも棄却されている（控訴）。

24) 他には、広井良典・竹中文良他『高齢者ケアにおける医療・福祉職種の業務分担に関する研究報告書』（財団法人医療経済研究機構、1998年3月）等を参照のこと。

25) たとえば平成11年4月25日朝日新聞を参照のこと。

26) たとえば、NHKクリエイティブ編『介護の現場——NHKに寄せられた222通』（NHKの手紙から——クリエイティブ、第1版、1997年）、青木みか『老いが老いを看とるとき 在宅介護7年のくふう』（ミネルヴァ書房、第1版、1996年）、春日耕夫・春日キスヨ『孤独の労働 高齢者在宅介護の現在』（広島修道大学総合研究所、第1版、1992年）など参照のこと。

27) 医療法人芙蓉会富士見産婦人科病院において、同病院の院長の夫で、自らは医事関係法規上何の資格も有しない無資格者である同法人理事長が、同病院の患者に対して生理学的検査等を実施しただけではなく、患者らから摘出する必要のない健全な子宮、卵巢などの摘出手術を実施せしめたとして、昭和55年10月1日に当該病院理事長を医師法違反の罪で、同年10月26日に当該病院院长を保助看法違反の罪で起訴された事件である（なお、患者らの傷害罪での刑事告訴に対して、浦和地検は、結局「手術は医師の裁量の範囲内であった」として起訴を見送った経緯がある）。ここでは本稿の性格上、当該病院院长に関する一連の裁判例を紹介する。事案の詳細は、当該病院院长が、①看護士・準看護士等の免許を有しない無資格者である理事長に、昭和53年1月6日から同昭和54年10月9日までの間に患者134名に対し212回にわたり超音波検査（以下「ME検査」と略する場合もある）を実施せしめた、②看護婦・準看護婦等の免許を有しない無資格者である院長秘書Aに、昭和54年2月27日から同55年9月2日までの間に、41名の患者に対する開腹手術における創部縫合に際して42回にわたり筋膜の縫合糸の結紮を実施せしめた、③看護婦・準看護婦等の免許を有しない無資格者である無資格者である院長秘書Bに、昭和54年2月22日から同55年5月17日までの間に、13名の患者に対し16回にわたり心電図検査を実施せしめたというものである。いずれも無免許で診療の補助をなすことを業とすることを禁じた保助看法第31条1項、第32条、第60条1項の違反により第43条1項1号の罪に問われた。弁護人は、前述3点につき、ME検査および心電図検査ならびに縫合糸の結紮の各行為は、いずれも医師の指示ないし指揮・監督の元で、手足として行われたものであって、保助看法第31条1項、第32条違反とはならない。そもそも、ME検査および心電図検査については、単なる臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律（以下、臨衛法と略す場合がある）上の検査であることから保助看法上の「診療の補助」に該当するものではなく、また、縫合糸の結紮は、単純な機械的作業であって衛生上危害を生ずる恐れのないものであることから、当該行為も保助看法上の「診療の補助」に該当しないことを主張した。浦和地方裁判所川越支部は、ME検査および心電図検査ならびに縫合糸の結紮

のいずれの行為に対しても、「本来医師が行うのでなければ衛生上危害を生じ、又は生ずるおそれのある医行為」として位置づけ、「これを医師以外の者が医師の指示を受けて診療の補助として行う場合は、保助看法5条等の診療の補助」にあたるため、保助看法第31条1項、第32条の適用をうけることになると判断し、弁護人主張を退け、病院長に対し懲役8月執行猶予3年の判決を下した（浦和地裁川越支部昭和63年1月28日判例時報1282号10頁）。病院長（被告人）控訴。東京高等裁判所は、「医師は、診療を行うに当たり、常に看護婦、准看護婦、看護士、准看護士、その他法定の診療の補助者しか使えないものと断することはできず、各種の医療用機器を使用できるのと同様、人を、その資格の有無にかかわらず、自己の助手として適法に使うことのできる場合のあることは否定し難い。しかし、法が一定の有資格者に限って診療の補助を業とすることを許していることからすると（保助看法5条、6条、31条、32条、60条、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律20条の2、理学療法士及び作業療法士15条、視能訓練士法17条等）、医師が無資格者を助手として使える診療の範囲は、おのずから狭く限定されざるをえず、いわば医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者に危害の及ぶことがなく、かつ判断作用を加える余地が乏しい機械的な作業を行わせる程度にとどめられるべきものと解する。」といふ認識のもとに、被告人の関与した本件各診療補助行為は、いずれも医師の助手として行うことができる範囲を明らかに超えるものであったとして、被告人側の控訴を棄却した（東京高裁平成元年2月23日判例タイムズ691号152頁）。その後、最高裁へ上告されたが棄却、有罪が確定した（最高裁平成2年3月8日判例集未登載。病院長に対して懲役8月執行猶予3年）。なお、本件は昭和56年5月1日以降、医療法人芙蓉会と当該病院理事長・院長ら病院側、国、県、に総額約14億4400万円の損害賠償を求めた民事訴訟が東京地裁に提起され、平成11年6月30日に「異様な乱診乱療の実態をつかんだり予見したりすることは困難であった」として国および県への請求は棄却されたが、「医師資格のない元理事長でのたらめな診断に医師が追随し、全く必要のない手術を繰り返した『乱診医療』で、患者方に重大な損害を与えた」として、病院側に総額約5億1400万円の支払いを命じる判決を言い渡した（朝日新聞平成11年7月1日朝刊）。

文 献

すでに引用したもののはか

針生誠吉・小林良二編『都市研究⑩ 高齢社会と在宅福祉』

(日本評論社、第1版、1994年)

河野正輝・菊地高志編『高齢者の法』(有斐閣、第1版、1997年)

久塚純一・古橋エツ子ほか『テキストブック 社会保障法』

(日本評論社、第1版、1998年)

荒木誠之『生活保障法理の展開』(法律文化社、第1版、1999年)

川村佐和子編『在宅福祉専門職ライブラリー 介護福祉士編 在宅介護福祉論』

(誠信書房、第1版、1994年)

広井良典『医療保険改革の構想』(日本経済新聞社、第1版、1997年)

鈴木厚『日本の医療を問い合わせなおす——医師からの提言』

(ちくま新書、第1版、1998年)

関ふ佐子「アメリカの高齢者ケアにおける社会保障と家族の役割(1)(2) アメリカ責任

法(Family Responsibility Laws)を素材として」北大法学論集第48巻2号、3号

「シンポジウム『継続医療を必要とする老人をめぐる諸問題』」年報医事法学第3巻

「シンポジウム『在宅医療・再論』」年報医事法学第4巻

2. 「療養上の世話」と「診療の補助」に関する文献検討

1) 「療養上の世話」と「診療の補助」に関する文献解釈

看護婦の業務は、「療養上の世話」と「診療の補助」とが保健婦助産婦看護婦法により定められている。その内容はこれまで幾つかの議論がなされてきたが、それは全て施設内でのことで、訪問看護での解釈はなかった。「療養上の世話」については、以前より「療養上の世話業務は看護婦の主体性をもってなされる業務であって、医師の指示を必要としない」という考え方と、「病院内で療養上の世話を看護婦が行う場合に、医師の指示と完全に切り離せるものかどうか疑問である。むしろ療養上の世話と診療の補助というのを簡単に医師の指示の必要性という観点から切り離すことはできない」とする考え方の大別してきた。後者は、「入浴の許可」「歩行開始の時期」「特別食・水分摂取量の指示」場合によっては「全身清拭・洗髪の可否」等、医学的判断を伴うものには、前提として医師の指示が必要である、としている。井上はいずれの場合にても、「「療養上の世話」の行為は、その行為そのものに対する医師の指導、監督は必要とせず、看護婦の知識と技術そして看護婦の判断で行い得るものであり、行うべきものである。」と述べている。そして、「診療の補助の場合と異なり、療養上の世話の行為には医師の監督責任は及ばず、看護婦が主体的にその行為に対する責任をとることとなる。」としている（井上、1983）¹⁾。

その後、保健医療福祉関係の専門職に関する身分法が増えてくる中、1990年代の文献において、更に保健婦助産婦看護婦法の解釈が論じられている。

富田は、療養上の世話を「本来の看護婦の本質的業務であり、資格のある正看護婦の独占的業務である。」と位置付け、「患者に対する普通の肉体的な手当てに必要な手先の仕事」と定義している。その行為の例としては、「患者の誘導」「内服薬の服薬補助」「寝具・装具などの交換」「入浴その他の清潔保持」「自発的排便排尿の補助又は糞便の処理」等を挙げている。

一方で診療の補助については、「できれば医師自身の行うべきものであるが、高度かつ複雑多岐になってきた現今の診療内容からすれば、助力なしでは十分な活動ができない。そのため医師の責任のもと、医師の意思どおりに分担する業務。」であると定義している。そして、「看護婦は訓練をつみ、教育されているので、一挙手一投足にいたるまで医師の支配下に補助するのではなく、概括的ではあっても具体的指示を得て実施すべきである。」としている（富田、1992）²⁾。

それに対して鹿内は、療養上の世話と診療の補助の区別について、「治療技術の進歩で、医療機器の中に、診療機能と世話援助機能が合体するものが開発されるにつれ、両者を分類することは困難になっている。」と述べている。そして、「例えば導尿をし、検査を出す、という事柄は、導尿により排泄の援助を行い、患者を楽にするという面では療養上の世話行為と考えられ、検査を出す、という面では診療補助行為を示してはいるが、行為としてはカテーテルを挿入するという行為でまとめられる。」という解説がなされている。その上で、

「医師の指示」について「特定の患者の必要な診療に関し、具体的な医療行為の持つ危険性と、看護婦の一般的に有する知識能力の限界とから相対的に決定される範囲で、担当医師が補助行為（代行）として必要と判断した事項について、特定の処置を行うことを看護婦に要求すること」と定義している。これは、医師の指示の必要性が、その時々の医療行為のもつ危険性により、変化することを示唆するものと考えられる（鹿内、1993）³⁾。

石井は、医療における医師と看護婦の業務範囲を、4つに区分している。医師の治療・診断行為にあたる「絶対的医行為」、医師の行為である診療を補助する業務である「相対的医行為」、医師の絶対的医行為である診断・治療などに対して看護婦が医師を補助し、患者を危険から守り、苦痛・不安を軽減するための行為である「相対的看護行為」、いわゆる療養上の世話にあたる「絶対的看護行為」である。そして、看護婦の業務範囲は、相対的医行為、相対的看護行為、絶対的看護行為であり、絶対的看護行為には医師の指示、指導、監督は必要ない、としている（石井、1992）⁴⁾。

また、小島は、それまでの考え方と異なる解釈を提示している。それは、保健婦助産婦看護婦法第5条には、「療養上の世話」と「診療の補助」に対し、医師の指示が必要であるという文言がなく、第37条にある医師の指示を必要とする行為については、その両者とは異なる内容である、という解釈である。小島は、第37条の医師の指示を要する行為を、「医行為の代行」と定義し、「看護業務と医師の指示との関係を明らかにするためには、「診療の補助」と「医行為の代行」とを峻別すべきである。」と述べている。そして、「療養上の世話」と「診療の補助」については、医師の指示は必要でなく、看護婦の独占業務として積極的に看護婦が実施すべきものであると位置付けている。その上で、「医行為の代行」について、代行できる医行為の具体的項目をどのように明らかにしていくかを検討することが重要であるとしている。さらに、「診療機械の進歩、医薬品の進歩、看護技術の向上、施設内協定書（プロトコール）あるいは取り扱い基準の作成などの医療提供システムの工夫、社会的ニーズなどによって、今後は看護婦が代行できる範囲が次第に拡大すると思われる。」と述べている（小島、1996）⁵⁾。

医師の指示の必要性について、山見は、「療養上の世話」を「患者またはじょく婦に対して、医学的な知識および技術を必要とする世話行為」と定義し、「臨床の現場では医師が療養上の世話行為を逐次指示することは不可能なので、その行為そのものに対しては医師の指示監督は必要ない。」と述べている（山見、1998）⁶⁾。

看護協会の見解として、見藤は、診療の補助行為について以下のように述べている。「新しい医療職種が誕生すると、看護婦はその業務ができなくなると思っている人がいるが、それは誤りである。新しい医療職種に看護業務を行うことを認めた上で、看護婦は引き続きすべての業務を行える。ただし、○○職という名称を名乗ることはできないが、業務は行える。診療の補助業務はそういういった看護の業務独占である。」（見藤、1998）

訪問看護の立場からは、馬庭が、在院日数短縮の流れの中で医療依存度が高い人々が在宅医療をおこなっていく傾向の増加を指摘した上で、以下のように述べている。「病院と違って、患者という、医療設備がなく、医師、他職種のいない空間で、訪問看護婦が医療処置をはじめ、高度な技術、判断を求められる場面がこれから増えていく。看護職の業務は保助看法5条に「診療の補助」と「療養上の世話」と規定されている。しかし、上述のような状況にもかかわらず、「診療の補助」の中身が今までの50年間、十分吟味されてこなかったために、今、現場で医療依存度の高い利用者を眼の前にして、看護職はどこまで医療行為をなすべきか、あるいはできないのか深いジレンマの中にいる。」（馬庭、1998）⁸⁾

以上の文献からは、「療養上の世話」については、看護婦の独占業務であるという位置付けで一致しており、そこに医師の指示が必要であるという見解はみられていない。その反面、「診療の補助」については、異なった解釈が存在しており、医師の指示についても一致した

見解がみられていないのが現状である。しかし、最近の文献では、「診療の補助」についても、医療行為の難易度による医師の指示の有り方の変化が、ほぼ一致した見解として述べられている。さらに、医療行為別に、どの行為が「衛生上危害を生ずる虞のある」行為であるかの検討の必要性が明らかにされている。

2) 医療行為に関する文献

医療行為については、近年、養護学校における教員による行為の是非が問題となり、いくつかの文献によって検討されている。

過去に遡ると、保健婦助産婦看護婦法の解説書において、金子は看護婦の業務範囲を分類して解説している。それによると、「看護婦が独自の判断で行いうるもの」として、療養上の世話があり、「指示がなければ行えないもの（危険業務）」として、「臨時応急手当をする場合のほか、指示がなければ、診療機械を使用し、医薬品を授与し、または医薬品について指示をなすなど、医師、もしくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない。」として、「診療機械の使用」「医薬品の授与」「医薬品の処方」を例にあげている。その上で、「なお、例示以外の危害を生ずる虞のある行為にどのようなものがあるかは、社会通念によって決められる。」と述べており、この考え方が、現在まで踏襲されているといえる。さらに、「指示があっても行えないもの」として「静脈注射」を挙げている。その理由として、「身体に及ぼす影響が甚大なことと、技術的に困難であることがその理由である。」と述べている（金子、1963）⁹⁾。

近年になってからは、鹿内は「診療の補助として看護婦ができる医療行為」として、医師の指示の具体性がその医療行為の危険の大小、看護婦の知識、経験、能力によって異なるとしながらも、救急救命士の業務を例に挙げて述べている。それによると、救急救命士法第43条にある救急救命士の業にあたる行為は、当然看護婦の業務として適応される、とされている。それらの行為は、「半自動式徐細動器による徐細動」「聴診器、血圧計、心電計、パルスオキシメーターを使用し、心肺停止状態の診断」「薬剤を用いて静脈確保のための輸液」「食道閉鎖式エアウェイ、ラリンゲルマスクによる気道確保」である（鹿内、1993）¹⁰⁾。

その一方で、養護学校における医療行為の実施について検討している文献においては、幾つかの行為を、養護学校で実施可能な行為として具体的に挙げている。

大阪府立茨木養護学校の報告では、同校では既に、「常用薬（抗痙攣剤など）の投与」「経管栄養の注入（チューブの挿入は除く）」「自己導尿の管理」「口腔内の吸引器による吸引」「蒸留水の吸入器による吸入」「緊急時の投薬」「介助が必要な導尿」「鼻もしくは咽頭から下咽頭にかけての吸引」「酸素吸入」「薬液の吸入器による吸入」「介助が必要な人工膀胱の管理」「気管切開部の管理」を実施している、とある（村田、1996）¹¹⁾。

北住は、「従来、いわゆる医療行為とされてきた行為のなかには、大別すれば、高度の知識や技術を要し診断・治療行為として行われるものと、健康・生活維持のために、本人あるいは周囲の人により、技術的困難性や危険性をさほど伴わずに、援助・介護行為としてなされているものとがある。これらをまとめて一律に論ずるのは誤りであり、後者は前者とは異なったレベルのもの、すなわち、医療的介護行為（医療的ケア）として、従来の医療行為の枠に押しこめることなく、弾力的に考えられていくべきである。」と述べ、「医療的介護行為」という分類を提起している。そして、「医療行為であるか否か、あるいは、医療行為であるとして行為者が医療者に厳しく限定されるべきか否かは、その行為に必要とされる医学

的知識や技術のレベル、および、その行為に伴う危険性によって判断されるというのが、本質論としての考え方であろう。」「その子どもにとって必要とされるこれらの行為が制限・禁止されていることが、結果的にその子どもに「危害を生ずる」可能性がある事態を招いているという現実があることも十分に判断されるべきである。」と述べている。その上で、「医療的介護行為」として、「経管栄養注入」「吸引」「導尿」を挙げ、これらは日常的に家庭で家族により行われており、技術的困難性もさほどなく、基本的な手順や注意点を守って行われれば危険性が小さいとしている。そして、実施にあたっては、医師の管理下において、以下の基本的条件を整えることが必要であるとしている。

- ①その行為が必要である特定の対象児に限定して、なされるものであること。
- ②その行為は、その対象児に日常的になされているものであること。
- ③その行為がなされることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること。
- ④その行為がなされることにつき、医師による同意および指示と指導管理が、継続的に行われること。

その上で、「これらのこととは、地域通所施設での対応および成人障害者への対応にも共通するものである。」と結んでいる（北住、1997）¹²⁾。

富和は、「医療行為と高度なケアとの境界は連続的である」とし、「従来医療行為と考えられていた経管栄養、吸引、導尿などは医療的ケアとよばれ、日常的な生活援助行為として、家族やさらには家族以外の介護者によって行わざるを得なくなっている。」と述べ、「経管栄養」「吸引」「導尿」を生活援助行為として位置付けている（富和、1998）¹³⁾。

杉本らは、「医療的」という言葉が「医療に似ているが、医療にあらず」という意味をふくんでいるかもしれない、と前置きし、同様の行為を「生活行為」と位置付けている研究者もいることを明らかにしている。そして、看護婦の行為を例に挙げ、「老人医療での看護ステーションからの看護では、実施者が看護婦であっても主治医のマニュアル化した行為の範囲内でしか合法とならない。」と述べている。その上で、「易感染性のある子どもに肺炎防止のために吸引をし、慢性栄養障害の対象としてのチューブ栄養をすることは、教育の一貫として学校保健行為の一つとして位置付けるべきである。」とし、「吸引」「経管栄養」を「学校保健行為」として位置付けている。その実施の条件には、行為のマニュアル化と、看護婦免許を持つ養護教諭による医師の指示に基づいた実施が挙げられている（杉本 他、1998）¹⁴⁾。

以上、医療行為については、立場によって異なる見解がある。居宅等における医療行為の需要は増加しており、これらの議論は今後更に、行為の種類の増加も含め、増えていくものと推測できる。

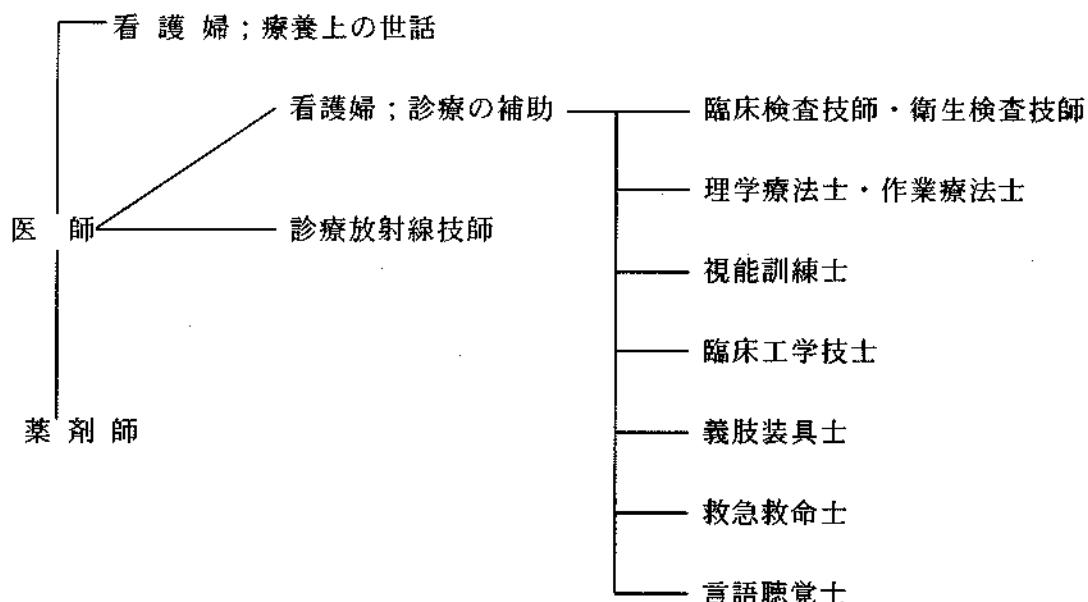
文 献

- 1) 井上幸子：看護業務—その法的側面—，日本看護協会出版会，p. 41-42, 1983.
- 2) 富田功一：コメディカルの医療行為と法律，南山堂，p. 19 - 34, 1992.
- 3) 鹿内清三：法律はナースに何を求めているのか，EXPERT NURSE, 9 (5), 48 - 51, 1993.
- 4) 石井トク：医療事故 看護の法と倫理の視点から，医学書院，p. 5-10, 1992.
- 5) 小島通代：保健婦助産婦看護婦法における看護業務と医師の指示との関係の検討，看護管理，6 (3), p. 192 - 197, 1996.
- 6) 山見信夫：看護婦に必要な法律の知識，臨床看護，24 (5), p. 671-682, 1998.
- 7) 見籠隆子：世界の看護職規定法，看護，50 (13), p. 44 - 45, 1998.
- 8) 馬庭恭子：医師の指示からの自立，インターナショナル ナーシング レビュー, 21(1), p. 54 - 56, 1998.
- 9) 金子光：保健婦助産婦看護婦法の解説，日本医事新報社，p. 107 - 121, 1963 (1992).
- 10) 前掲 3).
- 11) 村田利正：医療的ケアと教育実践 茨木養護学校の場合，障害者問題研究, 21 (2), p. 112 - 119, 1996.
- 12) 北住映二：教職員に障害児への「医療行為」を認めて（後編），ばんぶう 4月号, p. 74 - 77, 1997.
- 13) 富和清隆：学童期以降の障害児の医療ケア，小児科診療 5, p. 927 - 932, 1998.
- 14) 杉本健郎 福満：養護学校における医療的ケアの実態と対策，小児科診療 5, p. 933 - 937, 1998.

3. 在宅療養の担い手の役割分担をめぐる法的枠組

A. 医療スタッフの業務分担と看護婦の業務

1) 医療スタッフの業務分担に関する現行法の構造



医療スタッフの業務分担に関する現行法の構造は、「医療及び保健指導を掌る」（医師法第1条）医師が、まず第一次的に業務（医業）を包括的に独占する（同17条）。

その上で、その業務の一部である「販売及び授与目的の調剤」を薬剤師に（薬剤師法第19条）、「人体に対する放射線の照射」を診療放射線技師に（診療放射線技師法第2条第2項、第24条）独占的に分担させている。また、「療養上の世話」と「診療の補助」とを看護婦に業務独占させている（保健婦助産婦看護婦法第5条、第31条）。以下、これらのスタッフと医師との関係についての法律の規定の仕方の相異について検討する。

(1) 薬剤師

調剤については、薬剤師がまず一次的にこれを独占し、医師は法律によって列挙された一定の場合に限り、いわば例外的に、自己の処方せんによって調剤することができるにすぎない。薬剤師法第19条が原則的な一般規定であり、医師法第22条はその特別規定であると解されている。医薬分業の原則のもと、調剤に関する薬剤師の地位の独立性は、その実態はともかくとして、少なくとも法律の規定の仕方から見る限り、確立されているといえよう。

(2) 診療放射線技師

放射線の人体に対する照射について、診療放射線技師法第24条は、医師が診療放射線技師と並んで「業務独占」する旨を規定している。ここでは、医師法17条が一般規定であり、診療放射線技師法第24条はその特別規定であると解されている（最判平成3年2月15日判タ763号187頁）。

2) 看護婦

(1) 看護婦の業務と他の医療スタッフとの関係

これに対して保健婦助産婦看護婦法は、「療養上の世話」と「診療の補助」を看護婦に独占させている（保健婦助産婦看護婦法第5条、第31条）¹⁾が、さらに、看護婦に概括的に独占させている「診療の補助」業務は、その例外として、最右列にある医療スタッフに、法律によって個別的に制限列挙された範囲内で解除されている。すなわち、臨床検査技師は「採血と生理学的検査」を（臨床検査技師、衛生検査技師に関する法律第20条の2）、理学療法士と作業療法士は「理学療法と作業療法」を（理学療法士、作業療法士法第15条第1項）、視能訓練士は「両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査並びに眼科に係る検査」を（視能訓練士法第17条第2項）、臨床工学技士は「生命維持管理装置の操作」を（臨床工学技士法第37条）、義肢装具士は「義肢及び装具の探型並びに身体への適合」を（義肢装具士法第37条）、救急救命士は「救急救命処置」を（救急救命士法第43条）、言語聴覚士は「嚥下訓練及び人工内耳の調整」を（言語聴覚士法第42条）、それぞれ、「診療の補助」として行うことを認められている。

(2) 保助看法5条の立法趣旨

従来の看護婦の業務の実態が、医師の助手としてその指示に従い、診療の介補を主体とするものであり、患者の療養上の世話は限られた分野であったこと（患者の身の回りの世話は家族または付添い婦が行なっていた）を反省し、「病人の健康回復のためには、診断に基づく治療と、治療下にある病人の療養上の世話、すなわち治療を有効にうけいれる病人の状態をつくる看護が非常に重要なものであること、両者は均衡を保ちつつ相互に協力体制をとつて目的を完遂すべきものである」との新しい思想に基づくものであったといわれている²⁾。

(3) 法律の規定の仕方からみた看護婦と医師との関係

看護婦の定義を規定する保助看法第5条には、診療放射線技師の定義を規定する診療放射線技師法第2条第2項のような「医師又は歯科医師の指示の下に」との文言はない。

上に述べたような保助看法第5条の立法の趣旨からみても、また、看護婦の「療養上の世話」は、医師が業務独占する「医行為」に含まれるものではなく、したがって、現行法上医師が独占している業務の一部を委譲されたものではないということからみても、これは看護婦に固有の独立業務であると考えられる。「療養上の世話」業務を行うには「医師の指示」は不要であると考えられる理由である。

そうであるとするならば、「療養上の世話」業務は一次的に看護婦に独占され、いわば例外的に医師に解除されるということになる。看護業務が医師に解除される旨を規定する保助看法第31条は、その理をあらわしており、これは薬剤師法第19条の規定の仕方と同じ構造を有している。「療養上の世話」業務に関する限り、薬剤師法と同様に、保健婦助産婦看護婦法が原則的な一般法であり、医師法がその例外的な特別法であると解することができよう。ただし、保健婦助産婦看護婦法と薬剤師法とを比較した場合、第1条の規定の仕方が異なる。薬剤師法が薬剤師の「任務」として「薬事衛生をつかさどる」旨を規定しているのに対し、保健婦助産婦看護婦法は、最右列の医療スタッフと同様、看護婦等の「資質の向上」を旨とする法律の「目的」を規定するのみである。看護婦が薬剤師よりやや下に位置付けられる所以である。

これに対して、「診療の補助」業務を行うには「医師の指示」が必要とされるが、保健婦助産婦看護婦法第5条にその旨の規定はない。これは事柄の性質上当然であるので、あえて明文でこれを規定する必要はないと考えたのであろうか。ただ、医師が業務独占する「医行為」を看護婦が「診療の補助」業務³⁾として行う場合に限って、保助看法第37条は「主治の医師」の指示を要件としている。これは、診療放射線技師の役割に類似しており、したがって、診療の補助業務に関する限り、医師法が原則的な一般法であり、保健婦助産婦看護婦法がその例外的な特別法であると解されよう。

以上のように、看護婦については、「療養上の世話」業務と「診療の補助」業務との法律上の規定のあり方を別異に考えるべきであろう。

3) 医師を頂点とするタテ型の分担協力関係

いずれにせよ、医師を頂点とするタテ型の構造をとる医療スタッフの業務分担に関する現行法は、わが国の病院組織が「一人医療」を原型として展開されてきた点に起因すると思われる。すなわち、医師一人ですべての医療行為が行われ、すべての働きの責任は医師一人に帰属するという「一人医療」の形で病院医療が行われるプロセスにおいて、「患者の増加に対処したり、業務範囲を拡大するために、看護婦や薬剤師や検査士など」の医療スタッフが雇用されるようになったが、それらのスタッフはいわば「医師の手足」として「医師の従属的存在」とみなされてきたことによるのである。

「医師」を中心とするタテ型の分担協力関係は、次のような法律の規定のされ方からも看取することができる。

(1) 医師は全ての医療行為を行うことができる

医療スタッフの業務が、それらの免許を有する者に独占され（業務独占）、一般には禁止されている場合であっても、医師にはすべてその禁止が解除されている。保健婦助産婦看護婦法第31条が、「看護婦でなければ、第5条に規定する業をしてはならない。但し、医師法又は歯科医師法……の規定に基づいてなす場合は、この限りでない」と規定するのがその例である。

法律上、医師はオールマイティーであり、医師免許状さえとつておれば特別の訓練を受けていることも、看護婦や臨床検査技師や診療放射線技師などの仕事もできることになっている⁴⁾。

(2) 医師の指示の必要性

医師以外の医療スタッフの行う業務のほとんどが、医師の「指導監督」、「指示」「具体的指示」などの下に行わなければならないとされている。看護婦の行う「療養上の世話」が唯一の例外と言えよう。

もっとも、その文言は、各関係法規によりかなりのバラツキがある。すなわち、医師または歯科医師の「指導監督」（臨床検査技師法第2条）、「指示」（たとえば、保育看護法第37条、診療放射線技師法第2条など）、「具体的指示」（たとえば、診療放射線技師法第26条、臨床検査技師法第20条の2など）、「直接の指導」（歯科衛生士法第2条）、「指示書」「直接の指示」（歯科技工士法第18条）、「処方せん」（薬剤師法第23条）等である。

このコトバのバラツキを統一的に理解することは、ほとんど不可能とも思われるが、概ね、次のように整理できよう。

①一定の業務を独占している医療スタッフは、たとえば、診療放射線技師にみられるように、業務を行う際して、医師等の「具体的な指示」が必要とされる。薬剤師における「処方せん」も、具体性が必要であるという点において、これと同義に解しうる。医的侵襲を伴う危険性の程度の高い「医行為」を業務内容としているからであろう。

これに対し、保健婦助産婦看護婦法第37条は、看護婦等が医行為を行うとき、「医師の指示」が必要である旨を規定するだけである。これが診療の補助業務の一つとして行われることに相異はないとしても、看護婦等の行う診療の補助業務は他の医療スタッフのように特定されておらず、その範囲は広い。したがって、診療の補助業務のすべてに医師の「具体的指示」は必要とされないとしても、他の診療放射線技師や薬剤師等と同様、医的侵襲を伴う危険性の程度の高い医行為を行うときには、それが必要であると解すべきであろう。

②基本的には名称を独占する最右列の医療スタッフについて、

a) その定義規定では、より抽象的・一般的な「医師の指示」という文言が用いられることが多い（臨床検査技師、衛生検査技師のみ「指導監督」という文言が用いられているが、具体性のない、より抽象的・一般的なコトバであるという点においては共通である。ただし、この二つのコトバにどのような差異を認めるべきかは、なお検討を要する）。

b) これらのスタッフが、診療の補助としてその業務を行う場合、特定行為について、「医師の具体的指示」が必要とされることが多い⁵⁾。省令によって規定されることの多い特定行為は、いずれもより危険度の高い相対的医行為であるように思われ、その限りにおいて、①の

医療スタッフに対するのと同様の取扱いがなされているといえよう。

なお、上に述べたことの反対解釈として、②の医療スタッフは、特定されていない行為については、いわゆる「医師の包括的指示」に基づいて行うことができると解される余地がある。これらの医療スタッフの業務内容が、法律のよって個別的に制限列挙されたものに限定され、その範囲内であるならば、医師の包括的指示があれば、患者に危害を及ぼす虞はないと判断されたからであろう。

B. 訪問看護における医療・看護・介護の役割分担と連携

一 看護と介護

1) 「介護」概念の登場とその展開

(1) 「介護」概念の登場

介護というコトバが一般に用いられるようになったのは、比較的最近のことである。たとえば、『広辞苑』についてこれをみてみると、昭和30年の第一版、昭和44年の第二版に「介護」という項は見当たらず、昭和58年の第三版になってはじめて「介護」という項を見いだすことができる。

しかし、社会福祉関係の法令の中においては、このコトバはかなり前から用いられていたようである^①。たとえば、古くは「不具モシクハ疾病トナリ常ニ介護ヲ要スルモノハ……」と規定する、明治25年の「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」（陸軍省陸達第96号）第1条第1号にそれを見いだすことができる^②。しかし、いま、われわれが問題にしようとしている「介護」概念の登場のきっかけは、昭和38年に制定された「老人福祉法」（法律133号）と関係がある^③。

昭和37年、中央社会福祉審議会「老人福祉施策の推進に関する意見」は、「精神上又は身体上著しい欠陥があるため常時介護を要する老人についてはこれに適した処遇を効率的に行うため、その他の老人と区別して収容するための対策を講すべき」旨を主張した。それを受けて翌年に制定された「老人福祉法」により老人ホームの体系が新しくなり、いわゆる寝たきり老人を対象とする特別養護老人ホーム（以下、特養ホームということがある。）が設置されることとなった。同法は、この特養ホームへの入所要件として、「65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることことが困難なもの」（第11条第1項第2号）と規定し、ここに「介護」というコトバが使われている。しかし、介護とは何かについて、老人福祉法は何も規定していない。

「介護」というコトバが实际上問題になったのは、特養ホームでの老人の世話を誰が行うかをめぐってのようである。特養ホームの入居者は何らかの病気や障害をもつ人であるので、当初、看護婦を当てることも考えられたが、看護婦不足のために実現できなかった。そこで、特養ホームの入居者は家庭での世話が困難なケースであり、ホームは家庭に代わって世話をする場所であるという考え方方が強調された。この考え方に基づき、特養ホームで老人の世話をする者は家族の代わりであるといえるから専門家でなくともよく、したがって従来のホームと同じように素人である「寮母」でよいということになったようである。問題は、この「寮母」の行う身の回りの世話行為を何と呼ぶかであるが、看護婦の資格のない者の行為を「看護」と呼ぶことはできないので、「介護」と呼ぶようになったというのである^④。

(2) 「介護」概念の展開と変質（その1）

昭和62年、「社会福祉士及び介護福祉士法」（法律第30号）の制定により、「介護」概念は新たな展開と第一の変質をみせることになる。

同法は、人口の高齢化、とりわけ「後期高齢人口が大幅に増加することに伴い、寝たきり老人等介護をする老人の急増が確実視され」、その一方で「世帯規模の縮小、扶養意識の変化等に伴い、家庭における介護能力の低下が見られる」中で、「だれもが安心して老人、身体障害者等に対する福祉に関する相談や介護を依頼することができる専門的能力を有する人材を養成、確保して、在宅介護の充実強化を図ること」を目的に立法されたものである。このうち、老人、身体障害者等に対する「福祉に関する相談」を担当するのが「社会福祉士」であり¹⁰⁾、「介護」を担当するのが「介護福祉士」である。

ここにおいて、もともとは無資格者による身の回りの世話行為であった「介護」が、「専門的能力を有する」有資格者によって提供されるようになった。介護担当者の「専門職」化である¹¹⁾。「素人によるケアから専門家によるケアへ」、介護概念の第一の変質である¹²⁾。

2) 「看護（療養上の世話）」と「介護」の「法律上」の役割分担

(1) 「介護」とは

社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項は、「介護福祉士」を「第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者」と規定している。この法律に「介護」とは何かを抽象的に定義する規定はない。「入浴、排せつ、食事」という、介護に相当する具体的行為を例示するという手法がとられている。

(2) 「療養上の世話」とは

看護とは何かについて、保健婦助産婦看護婦法も抽象的定義規定を持っていない。同法第5条は、看護業務が「療養上の世話」と「診療の補助」であることを明らかにするのみであり、「療養上の世話」とは何かを定義する規定をもたない。しかし、社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項が介護に相当する具体的行為として例示している「入浴、排せつ、食事」の世話が、「療養上の世話」に入る具体的行為であることに異論はあるまい。

とするならば、「介護」と「看護（療養上の世話）」とは、そのサービス内容に関する限り、少なくとも、部分的には重複していると言うことができよう¹³⁾。

(3) 法律上の役割分担

それでは、「介護」と「看護（療養上の世話）」とは、どのように役割分担をしているのであろうか。法律の規定の仕方から見る限り、看護婦による「療養上の世話」が、「傷病者もしくはじょく婦」に対する身の回りの世話であるのに対し、介護福祉士による「介護」は、「身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者」に対する日常生活上の身の回りの世話である、と解することができる。看護と介護は、提供するサービスの内容においては共通するところがあるとしても、その提供する対象が「傷病者」と「障害者」というように異なるのである。

(4) 法律上の「役割分担」は実際上、有効に機能しうるか

傷病者と障害者は、概念的には上に述べたように区別することができるとても、実際上、この両者を截然と区別することは困難であることが多い。「障害には、①生まれたときからの障害、②病気のあとでの障害、③病気と並存する障害、の三つの部類が存在する」といわれ、とくに慢性病の場合、「傷病」と「障害」とは、いわば盾の両面をなしてて、「病気によって引き起こされた事態を、個体の物理的・化学的变化という角度からとらえると疾患となり、人間としての働きの角度からとらえると障害になる」という¹⁴⁾。また、寝たきり老人のように、「傷病」状態と「障害」状態とを行きつ戻りつしている場合もある¹⁵⁾からである。

3) 介護概念の展開と変質（その2）

(1) 老人訪問看護制度発足時における「創設の趣旨」

提供するサービスの内容に共通のものがあるとしても、その提供する相手方の違いによって区別されていた「看護」と「介護」であるが、次第にその境界が不明確になり、傷病者に対しても「介護サービス」が提供されることが認められるようになった。その嚆矢となったのは、老人訪問看護制度発足時における「創設の趣旨」の中の「老人訪問看護制度は、老人保健法による給付として、在宅の寝たきりの老人等に対し、看護婦等を訪問させ、介護に重点をおいた看護サービスを提供しようとするものです。」という表現である¹⁶⁾。

(2) 障害者基本法（平成5年法律94号）

心身障害者対策基本法の一部改正として平成5年に制定された「障害者基本法」（法律94号）は、その第2条において、「この法律において「障害者」とは、身体障害、精神薄弱又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と規定し、かつて医療の対象ではあるがを福祉の対象ではなかった「精神障害者」もまた福祉の対象となる旨を明らかにした。

障害者基本法の適用が問題となる難病患者についても、「その相当多くの患者が肢体不自

由等の身体又は精神上の障害を有して」おり、「このように病気により身体又は精神上の障害を有している場合は、改正法の「身体障害」又は「精神障害」の中でとらえることができる」と解釈されている¹⁷⁾。基本法の対象となる「障害者」は、「長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」であれば足り、その原因が「疾病」ないしは「傷病」という、同時的に医療を必要とする場合であってもこれを排除しないものであるといえよう。

(3) 新看護等の基準¹⁸⁾

平成6年から実施された「新看護の基準」において、看護は、「当該保険医療機関の看護婦、准看護婦又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護婦の指導を受けて看護の補助を行う者（以下「看護補助者」という。）」が行うものとされている。いかなる資質を有する者が「看護補助者」に入るかは、保険医療機関により異なり必ずしも一義的ではないが、介護福祉士の資格を有する「介護職員」が入ることのあることは否定し得ないであろう。このことは、たとえば、療養型病床群において、看護補助者を看護婦と同数あるいはそれ以上に配置することが要求されているが、ここにいう「看護補助者」が、実質的に「介護職員」であるとの理解が示されていることからも明らかであろう¹⁹⁾。

(4) 特別介護料の新設

平成6年6月の健康保健法等の一部改正により付添看護の廃止が決定されたが、同10月の診療報酬の改定において、「特別介護料」が新設された。これは、直ちに付添看護の解消が困難な医療機関において、いわば過渡的な職務形態として、特定の患者に対し特定の看護補助職員が「介護（特別介護）」を行うことを認め、これに診療報酬上の評価を与えるものである²⁰⁾。ここでもまた、医学的管理を必要とする者（すなわち、入院患者）に対し、無資格者である「看護補助職員」による「介護」が行われることが容認されている。特別介護の対象となる患者は、いわゆる寝たきりの状態にある患者で、体位交換もしくは床上起座ができない患者又は食事や用便に介助を必要とする患者である²¹⁾とされていることからすると、特別介護を担当する看護補助職員によって提供されることが予定されているサービス内容は、単なる買い物とか洗濯といった日常家事援助（家政的業務）に限定されるのではなく、ボディタッチを含む身体的援助が中心であると考えられる。そうであるとするならば、ここにおいて、特別介護を担当する看護補助職員や介護福祉士の行うサービス内容と看護婦の提供するサービスとは、ほとんど区別できなくなったといえる。「障害者を対象とするケアから傷病者をも対象とするケアへ」、介護概念の第2の変質である²²⁾。

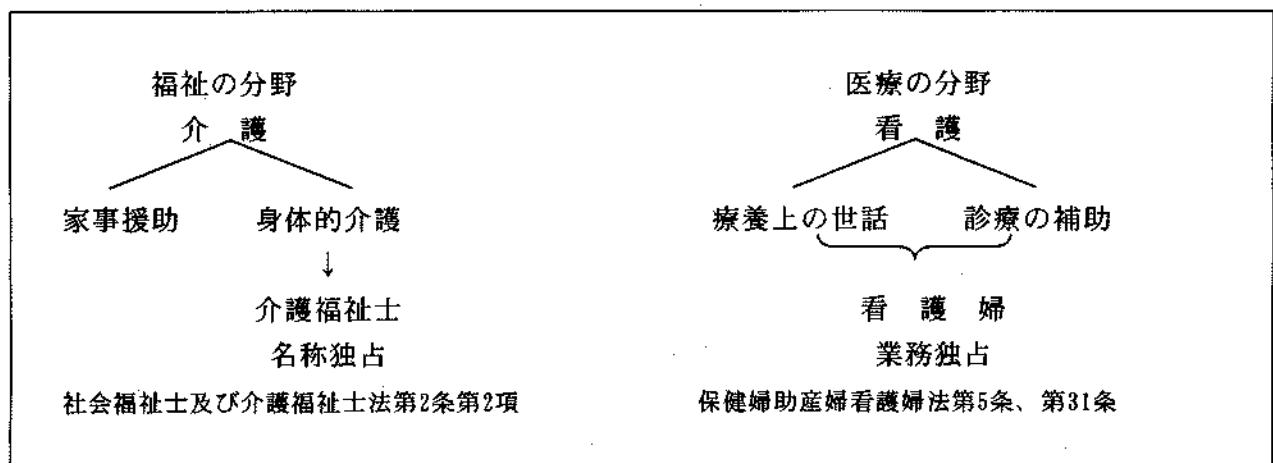
4) チームの形成と看護・介護の連携の必要性

介護と看護（療養上の世話）とは、生活活動の援助という側面において競合しているといわざるを得ない。しかし、両者の役割分担（業務分担）の基準を「障害者」か「傷病者」かというような提供するサービスの相手方の違いに求め、互いに排他的に業務を行うと考えることは妥当ではあるまい。傷病者とも障害者とも捉えられる同一人に対し、介護と看護とが連携をとりながら、同時的にあるいは異時的にかかわらざるを得ないのが現実であるとする

ならば、何らかの基準に基づく役割分担（業務分担）を前提に、それぞれがとるべき責任の範囲を明確にしておく必要があろう。

（1）介護と看護をめぐる現行法上の枠組

現行法上、介護は福祉の分野の業務であり、看護は医療の分野の業務であると位置づけられている。介護の業務は、買物、炊事、洗濯、掃除といった「家事援助（Home Making）」（家政的業務）と、体位交換、入浴・排泄・食事等の介助といった「身体的介護（Personal Care）」（身辺的ケア業務）とに分けて考えることができるであろう。これに対し看護の業務は、食事、排泄、睡眠、移動、清潔といった生活活動を援助する「療養上の世話」と、与薬、注射、診療機械の操作といった「診療の補助」とに分けられる。



介護の業務のうち、家事援助については法は何も規制していないので、誰でもこれを自由に行うことができる。これに対し、身体的介護については介護福祉士が名称を独占している（社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項）。したがって、介護福祉士でない者が入浴、排泄、食事の世話をを行うこと自体は違法とならないが、介護福祉士という名称を用いてそれらを行うと違法となる。看護については、いずれの業務も看護婦の業務独占であり（保健婦助産婦看護婦法第5条、第31条）、看護婦以外の者がこれを行うと違法となる。

（2）介護と看護の関係

①介護と看護の異同 以上のような介護業務と看護業務をめぐる現行法の枠組を前提にあらためて介護と看護の関係を考えてみると、家事援助業務がホームヘルパーや介護福祉士という介護職にある者によって行われることに問題はない。むしろ、これらの業種の本来の業務であるといえよう。これに対して、診療の補助として一定の医行為が行われる場合、介護職はこれを行うことができず、看護婦のみが行なう。看護婦の業務独占にかかる行為であるからである（この点については、後に詳述する）。介護福祉士が名称独占している身体的介護と、看護婦が業務独占している療養上の世話とが、その提供するサービス内容において競合しているわけである。

しかし、看護職が患者の脈をはかり、酸素量をチェックすることから生活活動の援助にアプローチするのに対し、介護職は、ケースや家族のために食事を作り、掃除をすることから生活活動の援助にアプローチする。生活活動の援助という共通の目的を持ちながら、看護と介護の有するアプローチの違いをここに見ることができるであろう。

②役割分担の基準 この両者の役割分担（業務分担）を定める基準をどこに求めるべきなのであろうか。一方が福祉の分野の業務であり、他方が医療の分野の業務であるという現行法の枠組と、上に述べたような両職種のアプローチの違いを前提に考えるとき、サービスを受ける者が医学的管理をどれだけ必要としているかという点にその基準を求めざるをえないように思われる。

すなわち、介護福祉士は、対象が明らかに医学的管理を必要としない「障害者」である場合、自らの判断と責任において生活援助・世話行為を行うことができるであろう。これに対し、医学的管理が必要な対象者に対する生活援助・世話行為については、看護婦が最終的な責任を負うべきであると考える。しかし、介護概念の展開、とりわけ、障害者のみならず傷病者をも対象とするケアへと変質してきた介護概念の展開を考えると、医学的管理を必要とする対象者に対する生活援助・世話行為を看護婦が独占し、介護福祉士、ヘルパー等の介護職がこれから排除されると考えることが現実的でないことは既に述べたとおりである。实际上、看護婦の独占業務である「療養上の世話」行為を、その「指示」に基づいて介護福祉士等の介護職に行わせざるをえないこともあるが、その場合、当該患者にとって必要とされる生活援助・世話行為のどれとどれを介護福祉士等の介護職に委譲しうるか否かは、看護婦の責任において判断されることになる。

③看護婦の責任の根拠 医学的管理が必要な対象者に対し、なぜ看護婦が最終的な責任を負わなければならないのであろうか。一つは、保健婦助産婦看護婦法上、「療養上の世話」を看護婦が業務を独占しているということをあげることができる。業務を独占しているものの責任の重さである。なお、この点については、病院内における看護業務に関してではあるが、「看護補助者は、看護婦長および看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品および消耗品の整理整頓等の業務を行う。」との通知²³⁾が参考になろう。

また第二に、より実質的な理由として、ある世話行為の実施に際して必要とされる「判断」は、看護婦でなければできないことがあるという点をあげることができる。この点を入浴を例に考えてみよう。例えば、40kgの人が80kgの人を移動する技術、おぼれないように安全に入浴させる技術等は、看護婦も介護福祉士等の介護職もこれを有しているであろう。このような技術的な面において、両者にそれほどの違いがあるとは思われない。しかし、医学的管理下にある患者の入浴にとって重要なことは、安全性の確保と同時に、彼（彼女）を入浴させてよいか否かの判断である。この専門的判断（看護判断）をしなくてはならないの看護婦であり、また、それができるのが看護婦であるといえる。この専門的看護判断能力こそが看護婦の責任の根拠といえるのである。

④チームの形成と連携の必要性 しかし、このように言っても、介護福祉士等の介護職に対する看護婦の「指示」については、医師と他の医療スタッフとの関係のように、法律上の根拠があるわけではない。あえて法律上の根拠を求めるべくすれば、社会福祉士及び介護福祉士法第47条（社会福祉士及び介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。）をあげることができよう。まずは、この「連携義務」を一つのテコとして、医療関係者（看護婦）と介護福祉士等との連携・チー

ムの形成が必要となる。

こうして形成されたチームの中で看護婦の「指示」が十分に機能するためには、看護婦と介護福祉士等の介護職とが互いにその専門性を尊重し、看護計画・介護計画を立案することが必要である。その成否のカギは、看護婦がどれだけリーダーシップを発揮しうるか否か、いいかえれば、介護福祉士等を具体的に「指導」する中で事実上の「指示」を与えることができるか否かにかかっているといえよう。なお、ここで「指示」というコトバを用いたのは、療養上の世話業務における看護婦の責任の所在を明確にするためであり、看護婦と介護福祉士等の介護職との間に身分的上下関係があることを意味するものではない。

二 看護と医療

1) 診療の補助業務と医行為

医師法第17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定し、医師が「医業」を独占することを規定している。ここにいう「医業」とは、「医行為を業として行うこと」であるとの解釈が一般的である。また、「医行為」とは「医師の医学的判断及び技術をもつてするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為」であり、「業」とは「反復継続の意思をもって行うこと」であると解される。

すでにみたごとく、保健婦助産婦看護婦法第5条は、「療養上の世話」と「診療の補助」とが看護業務であることを明らかにし、また、同法第37条は、「保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師又は歯科医師の指示のあった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他の医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない。但し、臨時応急の手当をなし、又は助産婦がへそのおを切り、かん腸を施し、その他助産婦の業務に当然付随する行為をなすことは差し支えない」と規定し、医師の指示に基づいて（緊急時の応急処置等の場合は、例外的に、医師の指示なしに）、看護婦が診療機械の使用等の「医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為」を行うことを認めている。

保健婦助産婦看護婦法第37条にいう「医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為」は、医師法第17条の「医行為」と同義であり、診療機械の使用、医薬品の授与・指示はその例示であると解されている。

かくして、保健婦助産婦看護婦法第37条により、看護婦は、本来、医師に独占されている「医行為」を、主治の医師の「指示」に基づいて行うことができるわけであるが、それが、同法第5条にいう「診療の補助」業務として行われていることに異論はあるまい²⁴⁾。問題は、どの範囲の医行為を看護婦が診療の補助として行いうるかにある。

2) 訪問看護における医行為

看護本来の業務が医行為を行うことにあるのではないことは確かであるとしても、医療依存度の高い在宅療養者にとって、医行為が訪問看護における重要な部分を占めることは間違いない。

(1) 訪問看護婦による医行為

訪問看護婦は医行為を行えない、と考える向きが少なからずある。在宅療養者やその家族は医行為をすることができるので（この点については、後に詳述する）、訪問看護婦はできないとする意見がでてくるのは何故なのであろうか。その一つの根拠として考えられるのが、保健婦助産婦看護婦法第37条にいう「医師の指示」とは、「主治の医師」が「自分の担当

患者」について、「自分のところで働いている看護婦」に対して出すものであり、たとえば、訪問看護ステーションの看護婦のような「他機関」で働く看護婦に対しての指示は出せない、という解釈である。たしかに、保健婦助産婦看護婦法が制定された昭和23年当時の診療の補助業務は、病院内で行われることが前提とされていたであろうし、看護婦が「訪問看護」という形で、病院を離れ、在宅療養者に対して「診療の補助」として「医行為」を行うことは予定されていなかったと思われる。

したがって、この制定当時の医師・看護婦関係を前提にする限り、上に述べたような解釈にも一理あることになり、もしその解釈を妥当とする見解に立てば、訪問看護婦による医行為は、医師の訪問診療に同行する場合か、せいぜいのところ、病院に基盤をおく「病院在宅医療型訪問看護」²⁵⁾においてのみ可能であるということになる。

しかし、老人を対象とした在宅生活支援型の看護サービスの提供をめざすものとして出発した訪問看護ステーションの訪問看護も、平成6年の健康保険法等の改正（平成6年法56号等）により、その対象者が難病患者、重度障害者（筋ジストロフィー、脳性麻痺、脊髄損傷等）、末期がん患者、精神障害者等、老人以外にも拡大された。

その結果、訪問看護ステーションのサービス利用者の中には、難病やターミナル等、医療依存度の高い在宅療養者が多くなり、訪問看護婦が診療の補助として医行為を実施する必要に迫られるようになっている。このような訪問看護の新たな展開を前に、保健婦助産婦看護婦法第37条を先に述べたように限定的に解釈しなければならないという理由はあるまい。

保健婦助産婦看護婦法第37条に、主治医の指示を受ける看護婦は、当該主治医と同一の組織に所属するものでなければならないとする文言はない。

とするならば、在宅療養者の「（診療所の医師であれ専門病院の医師であれ）主治の医師の指示」に基づき、訪問看護において「（当該医師と同一の組織に属すると否とにかかわらず）看護婦」が「医行為」を行うことが当然に違法となると解すべきではない。むしろ、同条のポイントは、医師に独占され原則として看護婦に禁止されている「医行為」を、「主治の医師の指示」を条件として「解除」する点にあると考えられる。医師が間近にいない「病院の外」で行われる「訪問看護」という、立法当時には予定されていなかった新たな「診療の補助」の形態に対し、現行法をもって有効に対応しうるためには、「どのような」医師の指示に基づき、「どの範囲」の医行為が看護婦に解除されうるか、の二点が検討されなければならないことになる。

（2）診療の補助として行いうる「医行為」の範囲

看護婦が「診療の補助」として行いうる「医行為」の範囲について、保健婦助産婦看護婦法は、何の規定も置いていない。

しかし、近時、医療依存度の高い患者に対する訪問看護において、看護婦が患者の家庭で医行為を行うことが要請される場合が多くなり、「診療の補助」業務として行いうる医行為の範囲を明確にすることがますます必要となってきた。

診療の補助として行いうる「医行為」の範囲についての基準として、一般に、相対的医行為²⁶⁾のうち、看護婦の知識・技術で行いうる範囲の医行為に限定される、といわれている。しかし、これだけでは「看護婦の知識・技術で行いうる医行為か」の範囲は明確にはならない。医行為を具体的に特定した上で「範囲の画定」は果たして可能なのであろうか。

①実態の把握と範囲の画定 まずなされるべきは、現に「診療の補助」としてどのような医行為が訪問看護婦によって行われているかを明らかにすることである。

かかる後に、それらのうちのどれとどれとが看護婦の知識と技術とで行い得る「相対的医行為」に属するものとなしうるか否かの検討が必要である。

医師と看護婦との業務分担にかかわることであるが故に、この検討は看護プロフェッショナルだけで行うのでは不十分であり、医プロフェッショナルとの共同作業が必須となろう。その際に留意されるべきは、その検討が現に余儀なく行われている看護婦による医行為の無批判的な追認になつてはならないということである。「患者の安全の確保・医療の質の維持」という観点からみるとき、安易な相対的医行為の拡大はなされるべきではなく、その検討は慎重になされるべきであると考えられるからである²⁷⁾。

②看護婦と静脈注射 看護婦が行なう相対定位行為の範囲を考える上で、古いけれどしかし未だに解決されていないのが、看護婦は静脈注射ができるか、という問題である。

この発端は、いわゆる「国立鯖江病院事件」にある。薬剤師である被告人Aは、劇薬ヌペルカインを封入した容器に赤字で「劇」の字を記した標示紙を貼付せず、他のぶどう糖液封入の容器と同色、同型の標示紙に「3%ヌペルカイン」と記入しただけで、ぶどう糖注射液入りコルベン容器数本と同じ滅菌器にいれておいた。また、薬剤師を補助して各科の看護婦に対する注射液の引き渡しを担当していた事務員Bに対しても特に何も注意しなかった。

翌朝、ぶどう糖溶液を取りにきた内科病棟看護婦Cに対し、Bは右「3%ヌペルカイン」溶液をぶどう糖溶液と誤認して交付し、Cが病棟の注射液充薬処置台に置いた。その後Cは、「3%ヌペルカイン」溶液に気づくが、自分がこれをぶどう糖溶液と誤認して処置台の上に置いたとは思はずに、「レントゲンの気管透視にでも使うのか」と思いそのまま処置台の隅に片寄せたのみで放置した。看護婦Dは、この「3%ヌペルカイン」溶液をぶどう糖溶液と誤認して標示を確かめずに患者に注射し、その結果、二人の患者を中毒死せしめた、という事案である。

原審の名古屋高等裁判所は、次のように判示して看護婦を有罪とした。

「看護婦は保健婦助産婦看護婦法第5条第6条第37条の各規定に徴すれば主治の医師の指示する範囲内において其診療の補助者として、傷病者に対し診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示し及びその他の医師の行うことの出来る行為をすることが許されているものと解すべきであるから、看護婦が医師の指示により静脈注射をなすことは当然その業務上の行為であるといわなければならない。(禁錮10月、執行猶予2年)」

これに対して看護婦側は、「刑法211条にいわゆる業務というのには各人が社会上の地位に基き継続的に従事する事務にして人の生命身体に対する危険を伴うものであるのみならず、その事務が適法であることを要する」と主張して上告した。この上告は、この事件を契機として出された、「静脈注射は、薬剤の血管注入による身体に及ぼす影響の甚大なること及び技術的に困難であること等の理由により、医師又は歯科医師が自ら行なうべきもので、法5条に規定する看護婦の業務の範囲をこえるものであると解する。従って静脈注射は法37条の適用の範囲外の事項である。」という「厚生省の見解」(昭和26年9月15日医収517号)²⁸⁾に基づくものである。

しかし、最高裁は、次のように判示して上告を棄却する(最判昭和28年12月22日最高裁判事例集7巻13号2608頁)。

「原審は被告人等の行為は被告人等がその社会上の地位に基づき継続的に従事する事務であつて人の生命身体に対する危険を伴うもので、しかも適法の業務であると判断したものである…から、所論…はいずれも前提を欠くものである。」

「看護婦が医師の指示に従って静脈注射をするに際し過失によって人を死傷に致した場合

には刑法211条²⁹⁾の責を負わなければならない。」³⁰⁾

i) 最高裁判所は、厚生省の見解（医収517号）に基づく上告理由を門前払いしたのであり、原審（名古屋高等裁判所）の判断の適否について実質的あるいは実体的な判断をしているわけではない。

ii) そもそも、刑法211条の「業務」は、社会生活を維持する上に反覆・継続して従事する仕事（事務）であって、人の生命・身体に対する危険を含むものであれば足り、それが適法な業務である必要はなく³¹⁾、また、報酬や利益を伴うか否かも問わない、というのが大審院時代よりの判例・通説である。したがって、本件において適法性の判断を問題とすることには意味がなく、静脈注射が適法な行為であるか否かは、原審においても結論に影響を及ぼすファクターではなかったといえよう。その意味において、判例の流れから見ると上告理由自体が、全く意味のないものであったといえる。だからこそ、最高裁は、これを門前払いしたのであろう。

iii) 昭和28年の最高裁判所の判例によって昭和26年の厚生省の見解が覆され、「静脈注射は医行為であり本来医師が行うべきものである。しかし、看護婦が医師の指示に基づいて行う限り違法ではない」とする見解がある³²⁾が、これに賛成することはできない。なぜなら、最高裁判所は、刑法211条の「業務」に看護婦の行う「静注」が入るか否かを論じているのに対し、厚生省の見解は、保助看法5条、37条の「業務」に看護婦の行う「静注」が入るか否かを論じているのである。したがって、前者の見解が後者の見解を覆すということは論理的にあり得ないからである。

iv) それでは、医収517号がいうように、看護婦が静注を行えば違法といえるのであろうか。法律や施行規則等に比し、「照会」に対する「回答」であるところの医収517号の法的拘束力は、少なくともこれを形式から見れば、極めて小さいといわざるを得ない。むしろ、静注ができるか否かは、「看護」自身が決めることがあるではなかろうか。

その際、一律におよそ静注ができるか否かを論ずることは適切ではあるまい。注入される薬物の違い（ブドウ糖の静注と抗ガン剤の静注とを同一の論ずることはできない。）、患者の病態の違い、あるいは看護婦の能力（あるいは資格）の違い等が考慮されるべきである。

③「相対的医行為」の範囲に関するスタンダード確立 調査結果に対する看護と医との検討に基づき、訪問看護を専門とする看護婦に要求される「相対的医行為」の範囲のスタンダードを確立する必要がある。そして、そのスタンダードとしての相対的医行為の実施を担保するための看護教育がなされなければならない。

看護婦の資格をもつ者に対する卒後教育の一環として、あるいは大学ないしは大学院教育において特別のカリキュラムを設け、かかる特別の教育を受けた者をスペシャリスト（訪問看護専門看護婦）とすることにより、看護業務の専門分化を「制度化」することが必要である。

④現実的対応の必要性－個別的判断 しかし、訪問看護婦の能力にバラツキのある現時点で、一律にその範囲を具体的に画定することは困難である。当該訪問看護婦の具体的な能力との関係において、指示を出す医師が、その責任において、どの範囲の医行為を行わせるべきかを個別的に判断せざるを得ないように思われる。訪問看護婦の行いうる相対的医行為の範囲は、医行為の種類だけで単純に決められるものではない。相対的医行為の範囲画定のための一般的基準としては、a) 当該医行為の危険性の程度、b) 患者の病態、c) 看護婦の知識・経験に基づいた対応能力、d) 医師の指示のあり方などが考えられる。具体的な事例においては、これらのファクターを総合的に判断して、ケースバイケースで決定していかなければならぬことになろう。その中で最も重要なのは医師の指示のあり方である。

以下、あらためて「医師の指示のあり方」について検討する。

(3) 医師の指示のあり方

病院内における伝統的な「診療の補助」の形態においては、看護婦としてその指示を履行するために必要な「専門的知識、技術」は必要とされても、医行為の内容の決定についての「固有の専門的判断」は原則として要求されていない。しかし、訪問看護におけるいわば現代的な「診療の補助」業務においては、場合によっては、どのような医行為をすべきかについて、看護婦に「固有の専門的判断」が要求されることがある。

①包括的指示 一部の医行為については、医師の指示が「包括的指示」というように形式化している実情を前提に、「訪問看護の場合には、その医療行為の必要性、緊急性、医師の指示の困難性に鑑みて、より包括的指示の名の下で、事実上、訪問看護職の主体的判断と実施が認められてよい……」との考える³³⁾ことができるか。

医師の指示が形式化しているということは、それが包括的指示で足りるとすることの根拠にはなるまい。ここにおける「包括的指示」が、訪問看護に際して「診療の補助」としての医行為が必要であることが予測されながら、「患者の全身的ケアを頼む」というように、医療に関する医師の具体的指示を全く伴わない抽象的な指示をいうとするならば、やはり問題であるといわざるを得ない。

②療養上の世話業務としての医行為 看護婦は、その有する医学（看護学）知識及び技術の能力の範囲内において、これに付随する医行為を行なうことができ、「これらの医行為は保助看法上はすべて療養上の世話業務に入れて解釈される」。このように療養上の世話業務としての医行為が成立しうるので、その限りにおいて「医師の指示」は不要である（なぜなら、療養上の世話業務に医師の指示は不要であるから）と考える³⁴⁾ことができるか。

この見解にも賛成することはできない。なぜならば、医師に医業を独占させるという現行法の原則（医師法17条）を認める限り、医療についての最終責任は医師にあると解すべきである。この医療に対する医師の責任の所在を明らかにするものとして、何らかの医療行為が看護婦によって行われる以上、医師の指示は必要であると考えるべきである。それは、看護婦による医療行為が提供される場所が病院であろうと、在宅であろうとその理は変わるべきではないと考える。そして、「患者の安全」を確保し、訪問看護における「医療の質」を担保するものとして、その指示は包括的指示は十分ではなく、より「具体的な医師の指示」が必要であると考える。

この点について、在宅で行われた医療行為に対する医師の責任を認めた東京高判昭和57年4月28日（判時1050号82頁、判タ476号167頁）が参考になる。

14歳の少年Aが医師Yの往診を受け、自宅で点滴注射を受けた。処置後、Y医師は母親に点滴中の監視を委ね、看護婦Bを連れて病院に帰った。その後（おそらく、点滴実施中またはその直後）、Aの状態が悪化し死に至った。X（Aの母親）は、本件点滴には、医師本人かまたは看護婦等医学知識を有する者の立ち会いが必要とされるのに、Yにはこれを怠った過失があるとして損害賠償の訴を提起した。裁判所は次のように判示し、Yの責任を認めた。

「医師が点滴を患家で行なうことは……原則として避けるべきであるが、やむを得ずこれを行う場合には、施術にあたる医師は起こり得る副作用の危険を避けるため注射の量、温度、速度を観察し、注射中重篤な副作用の前兆であるかもしれない患者の身体の微妙な変化をチェックするため、輸液完了までこれに立ち会い、または看護婦などこれに準じた医学知識を

有するものをしてこれに立ち会わしめる義務があるものと解するのが相当である。」

③医師の指示の分類 医師の具体的指示のあり方は、診療の補助業務の場に医師が立ち会い得るか否か、指示の内容が個別的か一般的かを基準にすると、次の4つの類型に分けて考えられよう。

- a : 医師がその場に立ち会って行なわれる個別的・具体的指示³⁵⁾
- b : 医師がその場に立会っているが、あらかじめ与えられる一般的・具体的指示³⁶⁾
- c : 医師はその場に立ち会っていないが（あるいは立ち会えないが）、あらかじめ与えられる個別的・具体的指示
- d : 医師はその場に立ち会っていないが（あるいは立ち会えないが）、あらかじめ与えられる一般的・具体的指示

④訪問看護における医師の指示のあり方と看護婦の責任 訪問看護における医行為という、新たな診療の補助業務の形態においては、それに適合的な「医師の指示のあり方」が考えられるべきである。医師が必ずしも常に立ち会えるとは限らない訪問看護においては、前述のdタイプの指示とcタイプの指示のあり方が検討されねばならないであろう。指示のあり方の妥当性を検討するに際しての基本的視座は、「在宅療養者の安全の確保」と提供される「医療の質の維持」である。

a) 「医師の指示」の「正確な伝達」の必要性： 訪問看護婦による医行為をより積極的に可能にするためには、主治医の判断や方針を正確に理解し、変化する患者の実態に対応して、医師の具体的指示を効率的に実施することが必要となる。そのためにはまず、「医師の指示」の「正確な伝達」が要求される。

b) プロトコールの必要性： その要求をみたすためには、行為別の「アルゴリズム」として、事前に作成された「基準的な指示」（ガイドライン）をそれぞれの地域や機関の協議内容に基づいて修正して「プロトコール」として共有することが必要となる。医師は、このプロトコールを基にして、対象患者ごとに修正を加えた「個別的指示」（チェックリスト）³⁷⁾を作成することが可能になるからである³⁸⁾。

c) プロトコール作成の手順とチェックリストの作成： まず第一に、学会あるいは研究組織等の学術団体による大まかな専門的基準（ガイドライン）である「学術的基準」が作成されなければならない。第二に、これをふまえて、保健所、地方自治体、学術団体、医師会、薬剤師会、医療機関、訪問看護期間、医療機器供給会社等、各地域で「地域ケアシステム」にかかる諸機関の合同による、地域特性を加味した「地域内基準」が作成される。第三には、これを受け、各施設内における「基準に関する委員会」（機関経営者（運営責任者）、実務者（訪問看護婦）、学識経験者（専門看護婦、医師）、利用者等によって構成される。）による「施設内基準」（プロトコール）が作成されることになる。

このようにしてプロトコールが作成されると、主治医は、これを各患者ごとに必要に応じて修正した「個別的指示」（具体的プロトコールとしてのチェックリスト）を出すことができる³⁹⁾。

d) プロトコールの有用性： 医師は、事前に各訪問看護機関のプロトコールやマニュアルを知ることにより、その機関の技術水準や連絡ポイントの判断基準、その方法等を知ることができ、その内容に関する修正提案をしやすくなり、その機関との連携の可否を判断しやす

くなる。また、個別的指示は、プロトコールを利用者にあわせて一部修正し、その修正内容のみを 訪問看護組織に指示すればよく、簡便化される。

他方、訪問看護機関にとっても、プロトコールやマニュアルにそって、訪問看護婦を教育し、技術水準を一定に保て、医師の指示が、具体的、詳細に、かつ簡便に受けられるというメリットがある。また、利用者に対し、事前にサービスの内容やその水準を示すものとしてプロトコールを開示することができ、これにより利用者に対する説明や承諾をより確実にすることができる⁴⁰⁾。

このように、訪問看護における看護婦による医療処置をより安全・確実なものにするために、個別的な医師と訪問看護婦との指示関係をより客観化し、制度化するものとしての「プロトコール」の作成が喫緊の課題である。本研究事業のB班は、まさにこのプロトコール⁴¹⁾作成に向けての作業であるが、これが一般化するにはなお時日を必要とするであろう⁴²⁾。

⑤プロトコールと医師の包括的指示 プロトコールの存在を前提とするとき、医師の指示が「包括的指示」で足りる場合もある。ただし、この場合の「包括的指示」の意味は、前述のような「患者の全身的ケアを頼む」というように、医療に関する医師の具体的指示を全く伴わない抽象的なものではない。ここでの包括的指示には、例えば、仮に褥瘡のプロトコールが「看護婦の裁量で調整・変更が可能なプロトコール」であったとすると、「褥瘡のプロトコールに従った医療処置を頼む」というような指示を医師が出す場合が想定される。したがって、プロトコールの存在を前提とするとき、「具体的指示」は、「調整・変更する場合にはあらためて医師の具体的指示が必要とするプロトコール」の場合のみ出されるということになる。

⑥具体的患者に対する現実的対応 具体的患者に対する訪問看護において医療処置が必要とされる場合、プロトコールの存在を前提とせずに今日これを解決しようとするとき、なお、医師の個別的な「具体的指示」が必要となる。主治の医師は、看護婦とが十分に協議した上で、各患者ごとにその患者の予想される病態の変化とそれに対応する医療処置とを含む個別的・具体的指示をあらかじめ与えられておく必要がある（これは、cタイプの指示であり、これを各患者ごとの「チェックリスト」と呼ぶ）。ここで指示が「個別的」であるためには、「個々の患者の病状」に応ずるという意味での個別性と、それを担当する「個々の看護婦の能力」に応ずる内容のものであるという意味での個別性とが、二つながらに考慮されていなければならない。当該の看護婦の能力を超えたような指示を出した医師は、その責任を問われることがある。

このチェックリストにおいては、予想される病態の変化に応じて複数の医療処置が指示される。いわば、看護判断をあらかじめ取り込んだ形の「指示」である。この複数の医療処置のうち、患者の病態に応じてどの指示を選択して実施するかは看護婦の専門的判断に任せることになる。その結果、患者の病態の判断を誤ったり、指示された処置を適正に行えなかっ場合、看護婦の責任が問われることになる（その意味において、伝統的な診療の補助業務に比し、訪問看護における看護婦の責任は重い）。これに対し、指示した処置そのものに誤りがあったような場合には、医師の責任が問われることになる。なお、看護婦は、チェックリストに基づいて行った医療処置の結果を、医師に報告する義務を負うことは言うまでもなかろう。

もちろん、時々刻々と変化する人体について、事前にその病態の変化をすべて完全に予測することは不可能であろう。予想外の病態の変化に対しては、原則として、看護婦は患者の症状を医師に報告し、必要に応じて医師の診察を受け、あらためて具体的指示を求めるべきである。その努力を怠り、医師の指示を得ずして看護婦が医療処置を行えば、その看護婦の

責任が問われてもしかたあるまい。しかし、医師との連絡がとろうにもとれず、しかも患者の生命、身体にさし迫った危険が現存しているような緊急避難的状況が存するときには、例外的に、看護婦は医師の指示がなくとも医行為を行なうことができると考えられる（保健婦助産婦看護婦法第37条但書参照）。

（4）医師代行的訪問看護の落し穴

訪問看護における医師代行的「診療の補助」の占める割合が増大し、将来、たとえば、訪問看護婦という専門看護婦の制度が確立したとしても、それだけではプロフェッショントしての看護婦の独立につながらないであろう。なぜなら、医業が医師に独占され、医療行為が最終的には医師の責任においてなされるという原則が存する限り（そして、その原則の妥当性が認められる限り）、たとえ専門看護婦であろうとも、看護婦が「医行為」を行なう限りにおいて、その行為は医師のコントロールの下におかれざるをえないと考えるからである。誤解をおそれずにあえて言えば、上に述べたような専門看護婦は、医師の助手としての看護婦の側面を助長する危険性を持った“両刃の剣”にもなりかねないのである。そうならぬためには、たとえどんなに看護業務が高度化し専門分化しようとも、「療養上の世話」業務が看護の土台であるということを忘れないことである。看護における「療養上の世話」業務の重要性は、いかなる時代、いかなる場合においても減少するものではないと考えられるからである。それだからこそ、看護婦に業務独占されている「療養上の世話」業務の構造化とその一般理論の確立が望まれるのである。

三 介護と医療

1) 患者の家族による医療処置

(1) 家族による医行為は認められるか

①医師法17条との関係 すでに述べたように、医師法17条は「医師でなければ、医業をなしてはならない」と規定し、医師以外のものが「医行為」（=医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は及ぼす虞のある行為）を「業として」（=反復継続の意思をもって）行うことを禁じている。

しかし、医療依存度の高い「在宅医療」においては、たとえば、気管内吸引、人工呼吸器のセッティング変更、膀胱留置カテーテルの交換など、かなりの種類の「医行為」が家族によって行なわれている。とするならば、そのような行為をした家族は、医師法違反の罪（同法31条⁴³⁾）に問われるのであろうか。答は「否」である。なぜならば、医師法17条は、医師でない者が広く公衆に対して自らを医師であると公示し、不特定の者又は多数の者に対して医行為をなそうとする者を規制する規定であると解されている。したがって、患者自身が行う自己医療やそれに類推し得る限りでの（あるいは、患者本人の手足としての）家族⁴⁴⁾の行う医療は、同法の規制の範囲外にあり、医師法違反は問題とならないと考えられるからである。これは、いわば国家の干渉の外にある、一種の「放任行為」であるといえよう。

②保健婦助産婦看護婦法第5条、第31条との関係 在宅医療において家族が一定の医療行為を行う場合、それは医師の指示の下に行われる（むしろ、医師の指示がなければ家族は医療行為を行えないのが原則であると考えるべきであろう）。とするならば、家族による医療行為は、素人が「診療の補助」として医療行為を行っているという側面をも有していることになる。保健婦助産婦看護婦法第31条・第32条が、看護婦又は准看護婦に「診療の補助」を業務独占させていることとあわせ考えると、在宅で「医師の指示」の下に医療行為を行う家族は、保助看法違反の罪（同法43条）に問われるのであろうか。

この点に関しては、東京高等裁判所平成元年2月23日判決（判例タイムス691号152頁）が参考になろう。無資格者と共に超音波検査や心電図検査等を行わせた院長が、保助看法31条1項等の違反を問われたケース（富士見産婦人科病院事件）において、裁判所は、無資格者にどのような診療補助業務をさせることができるかについて、次のように判示した。

「医師は、診療を行うに当たり、常に看護婦……その他の法定の診療補助者しか使えないものと断ることはできず、……人を、その資格の有無にかかわらず、自己の助手として適法に使うことができる場合のあることは否定し難い。しかし、法が一定の有資格者に限って診療の補助を業とすることを許していることからすると（保助看法5条、6条、31条、32条……）、医師が無資格者を助手として使える診療の範囲は、おのずから狭く限定されざるをえず、いわば医師の手足としてその監督監視の下に、医師の目が現実に届く限度の場所で、患者に危害の及ぶことがなく、かつ判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業を行わせる程度にとどめられるべきものと解される。」

在宅で行われる医療は病院内のそれと異なり、医師の目はすぐには届かない場所で行われる。また、そこで家族によって行われる医療行為は、必ずしも「判断作用を加える余地に乏しい機械的な作業」であるとはいえない場合が少なからずある。したがって、もし、この判決の論理をそのまま在宅医療に適用しなければならないとするならば、無資格者である家族が在宅で医療機器の操作を含む医療行為を行うことはできないことになろう。

たしかに、家族が行う診療の補助行為は、医師の目が現実に届かない場所で行っても、患者に危害の及ぶことのないことが確実な・判断作用を伴わない機械的な作業に限定することが望ましい。換言すれば、患者に危害を及ぼす危険のある医療行為は、常に医師・看護婦等の専門家が行うというシステムの構築が必要であろう。しかし、そのようなシステムが未完成な今現在、在宅医療を行う上で家族による医療行為が必要不可欠である。これが現実であるとするなら、ここで検討されるべきは、患者の安全の確保とそこで行われる医療の質の維持という観点から、どのような条件の下であるならば、家族による医療行為が認められるかを明らかにすることであろう。

(2) 家族が行いうる医行為

一般には「患者に危害の及ぶことのある」医療行為が、個別的・特定的に「患者に危害の及ぶことがない」ものとなるためには、患者の世話を担当する家族による必要にして十分な医療技術・知識の習得が要件となる。当該の家族が具体的にどのような行為を行なうかの評価・判断は、その医療行為の危険性の程度とその家族の知識・技量習得の程度とを相關的に判断し、医師の責任においてなされる。また、在宅医療開始後の医師には、家族がその医療技術の水準を維持し得るように監視し、必要に応じて再教育をする義務が課せられる。そのように解することが、在宅医療を続ける患者の安全の確保につながるからである。

また、患者の病状の急変にも間髪を入れずに対応できるような緊急連絡・連携態勢が整えられていることも必須の条件となる。そして、その態勢が十全に機能するためには、考えられる患者の病態の変化について、医師・看護婦・家族間でコミュニケーションを深め、互いに理解しておくことが必要であろう。この点については、経過観察を素人である家族に委ねる場合には、起こりうる病態の変化を予測し、それにいかに対処すべきかを具体的に説明・指導すべき義務が医師に課せられる判示した最判平成7年5月30日（判時1553号78頁、判タ897号64頁）が参考になる。

未熟児である新生児が退院後核黄疸に罹患し、脳性麻痺の後遺症が生じた事案において、裁判所は、核黄疸を前提とした措置をとらずに退院させたことに医師の過失はないしながらも、新生児に黄疸が認められる場合には、注意深く全身状態とその経過を観察し、必要に応じて適宜の措置を執る必要があり、退院させることによって自らその黄疸を観察することができなくなる医師は、退院に当たってこれを看護する父母に対し、黄疸が増強して重篤な疾患に至る危険があるので、黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに医師の診察を受けるよう説明・指導すべき注意義務を負っている。患児の「黄疸について特段の言及もしないまま、何か変わつたことがあれば医師の診察を受けるようにとの一般的な注意を与えたのみで退院させ（た医師）の措置は、不適切なものであつたというほかはない」と判示し、医師の過失を認めている。

家族による医療行為は、特定のその患者に対する個別的なものとして、「医師の責任とその指導監督の下」に是認されうる。いずれにせよ、そこで医療が行われる以上、それが病院内であろうと在宅であろうと、その医療に対しての責任はすべて医師が負わなければならぬ。

2) 介護福祉士による医療処置の可否

前述のように、家族という素人による医行為が認められるのなら、医療についての素人ではあるが、しかし、一定の訓練を受けている福祉関係職の「介護福祉士」や「ヘルパー」も医行為を行いうるのであろうか。

(1) 社会福祉士及び介護福祉士法の立法趣旨

この点を考えるのに、昭和62年5月18日の参議院社会労働委員会における、介護福祉士の業務と看護婦の業務との関係についての次のような政府委員の答弁が参考になろう。

「(介護福祉士と看護婦とは) 片や福祉の分野、片や医療の分野と、…一応整理ができる…」

ただ、現場へ参りますと、…たしかに接点となるような事態がいろいろ発生するかもしれません。…が、要するに、看護婦さんが行う医療行為あるいは看護行為について介護福祉士が介入することは、これはぜひ避けなければならないということでございます。

その点につきましては、…(介護福祉士の) 養成カリキュラムに中にそういうものを十分盛り込んで、いやしくも医療行為にわたるようなことのないようにということを十分教育するつもりであります。⁴⁵⁾」

「(褥瘡を例にすると、) 褥瘡を処置、治療するのはお医者さんなり看護婦さんである、褥瘡をつくらぬようにするのが介護福祉士だ、こういうことでございまして、治療の必要がありながら介護福祉士が余りいつまでも自分でやっているというのは、これはやはりいけないことだと思いますので、そこら辺の連携を十分とするようにする必要があるし、それは…養成課程でも十分教育する、こういうことでございます。」

以上の答弁から明らかなように、介護福祉士は「福祉の分野」の専門職として位置づけられており、医療行為を行うことは予定されていない。したがって、これを行うことを前提とした教育も受けていないのである。「社会福祉士及び介護福祉士法」の立法趣旨が以上のようなものであるとすると、(ホームヘルパーはもちろんのこと) 介護福祉士が医行為を業として行えば、医師法または保健婦助産婦看護婦法に違反するといわなければなるまい。

(2) 介護福祉士が例外的に「医療行為」を行いうる場合

①緊急時の処置 患者の生命、身体にさし迫った危険が現に存在し、他にとるべき方法がないような「緊急避難」的状況が存するときには、例外的に、介護福祉士等の介護職にある者が医療行為を行っても、その違法性が阻却されることがあるであろう⁴⁶⁾。

②看護婦の資格を持った介護職 看護婦の資格を持ったホームヘルパーや介護福祉士が、患者と個別に契約を結んだ場合、医師との間に、いわば臨時的な医師=看護婦関係が成立すれば、たとえその医師の被用者でないホームヘルパー・介護福祉士である看護婦であつたとしても、その指示に基づいて、一定の範囲の医行為を行うことができるであろう⁴⁷⁾。

(3) 患者（家族）あるいは医師の責任において介護職に医療処置を行わせることが可能か

ヘルパーや介護福祉士等の介護職に医療行為を依頼するに際し、患者の家族あるいは医師は、「責任はすべて自分がとるから」と言うことがあるという。

しかし、家族や医師がとれる責任と、とれない責任とがあることに留意すべきである。すなわち、発生した悪い結果に対し損害賠償責任を追及しないという限りにおいて、家族は介護職の行った行為に責任をとることができよう。また、その悪い結果に対し医師が損害賠償責任を負うという意味において、医師は介護職の行った行為に責任をとることができよう。これに対し、介護職の行う医療行為は、医師法または保健婦助産婦看護婦法に反する「違法」な行為であり、それに対して課せられる刑事的サンクションを、介護職本人に代わって家族や医師がとるということはできない。刑事的サンクションは、実行行為者自らが受けなければならないというのが原則であるからである。

かくして、ホームヘルパーや介護福祉士が医行為を業として行えば、原則として、医師法または保健婦助産婦看護婦法に違反する考えられるとしても、現実の在宅医療（とりわけ医療依存度の高い患者のそれ）の多くは、ホームヘルパーや介護福祉士のこのような「違法行為」に頼らなければ維持できないのである⁴⁸⁾。

いうまでもなく、このような事態は決して望ましいものではない。これに対する解決策の一つとして、ヘルパーや介護福祉士等の介護職に、口腔内の吸引、吸入、あるいは経管栄養等の極めて限定された範囲の医行為を行えるようにすべきである（あるいはこれらの行為は、生活援助行為として医行為の範囲からはずすべきである）との主張がある。（そのためには法律を整備し、それに応じた教育カリキュラムを準備することが必須不可欠であろう。）

しかし、非医療職であるヘルパーや介護福祉士等の介護職に医行為をさせる方向での解決策を考える前に、「グループハウス」あるいは「ケア付きハウス」といった「在宅型施設」構想や、訪問診療・訪問看護が必要なときに必要なだけ受けられるような在宅医療のシステムをどのように構築するが、まず考えられなければならないのではないか。いずれにせよ、在宅医療を推進しようとする国には、ホームヘルパーや介護福祉士が「違法に」医療行為をしないで済むような措置を講ずる責務がある。また、在宅医療を真に推進するためには、医療と福祉との縦割りの厚生行政を改善し、医療・看護・福祉の連携を可能にする新しい法体系を構築することが必要となろう。

註釈

- 1)なお、准看護婦もまた、「医師、歯科医師又は看護婦の指示」を条件に「療養上の世話」と「診療の補助」を業務独占している（保助看法第6条、第32条）。また、同法は、助産婦に助産を独立的に分担させているが（第3条、第30条）、保健婦は、保健指導をするに際しての名称を独立するのみである（第2条、第29条）。
- 2)金子 光『保健婦助産婦看護婦法の解説』25頁参照
- 3)「診療の補助」業務が、医行為を行うことに限られるものではない点については、後述する。
- 4)これに対して、「医師」をチームリーダーとするヨコ型の分担協力関係が模索されなければならないとされることが多いが、その場合でも、果たして、現実の医師が本当にオールマイティか否かが問題にされる必要があろう。将来的には、オーケストラ型のチーム医療ではなく、弦楽四重奏型のチーム医療の構築が必要となろう。
- 5)理学療法士の行う理学療法としてのマッサージのみが、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律」1条との関連で「具体的指示」を要求している
- 6)古川孝順・佐藤豊道・奥田いさよ編『介護福祉』第1章「介護福祉の概念と枠組」（佐藤豊道）（有斐閣、1996年）27頁以下参照
- 7)その他の社会福祉法関係における「介護」というコトバの使われ方については、たとえば、亀山幸吉「介護における実践と理論の史的展開と課題」社会福祉研究第51号83頁（鉄道公済会、1991年）を参照されたい。
- 8)一番ヶ瀬康子・井上千津子・鎌田ケイ子・日浦美智江編『介護概論』第2章「介護の働き」（鎌田）（ミネルヴァ書房、1991年）9頁以下参照
- 9)このような寮母や家庭奉仕員と呼ばれる人々によって担われた寝たきり老人や虚弱老人等のケアこそが、次に展開される介護福祉士制度の一つの源泉となっていることを否定するものは誰もいないであろう。村川浩一「介護福祉学への覚書」一番ヶ瀬康子監修『介護福祉学とは何か』125頁（ミネルヴァ書房、1993年）参照
- 10)社会福祉士及び介護福祉士法第2条第1項は、「この法律において、社会福祉士とは、第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと（第7条において「相談援助」という。）を業とする者をいう」と規定する。
- 11)「介護」が「介護福祉」になったことにより、「従来の意味とは異なる内容の介護が意図されて」おり、そこに「介護の専門性」を意味づける考え方がある。岡本民夫・久恒マサ子・奥田いさよ編『介護概論』「はしがき」（岡本）（川島書店、1989年）ii頁参照
- 12)なお、介護福祉士等の創設が「在宅介護の充実強化を図ること」にあり、介護提供の場の中心が、特養ホームのような福祉施設から在宅へと転換されていることにも注目される。これを受けて老人福祉法に第10条の3が追加され、「市町村は、65歳以上の者であって、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものが、心身の状況、その置かれている環境等の応じて、最も適切な処遇が受けられるように居宅等における介護等の措置及び特別養護老人ホームへの入所等の措置の総合的な実施に努めなければならない」とされた。
- 13)『広辞苑』第三版によると、「介護」とは「病人などを介抱し看護すること」と定義され、「看護」とは「傷病者を介抱すること。看病」と定義されている。ちなみに、「介抱」は「傷病者などの世話をすること・看病」と定義され、「看病」には「病人を介抱すること・看護」との定義が与えられている。このことから、一般的には「看護」も「介護」も「介抱」も「看病」も、ほとんど同義として用いられていることがわかる。
- 14)砂原茂一『医者と患者と病院と』 13頁（岩波新書）参照
- 15)菊池馨実「『看護』業務の法的位置づけ－老健法上の老人訪問看護制度を契機として」看護45閏9号125頁参照
- 16)厚生省老人保健福祉部老人保健課監修『老人訪問看護業務の手引き』（社会保険研究所、平成4年度版）
- 17)「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」法令解説資料総覧147号10頁参照
- 18)「新看護の基準」（平成6年3月16日告示第63号）
- 19)たとえば、厚生白書平成7年度版94頁参照

20) 「特別介護料」は、「付添看護解消計画加算」（付添看護を解消して新看護体系等へ移行する計画を策定し、都道府県知事へ届け出た病院の看護料に加算される）、「特別看護料」（重篤・術後の患者に対する看護婦、准看護婦による看護を評価する）とともに、付添看護解消のための診療報酬上の支援措置の一つである。これらの措置は、当初平成8年3月末までであったが、後に延長された。特別介護、特別看護は、病院については平成9年9月末まで算定されるが、有床の診療所については「平成8年4月以降の別に定める日まで」とされ、この制限が設けられていない（平成6年3月16日保険発第25号、平成8年3月8日保険発21号）。

21) 「厚生大臣が定める特別介護料に関する基準等」告示246（平成6年8月5日）・告示35（平成8年3月8日）；通知（平成6年8月5日保険発第102号・平成8年3月8日保険発第24号）

22) この点は、居宅介護サービスの中に、訪問介護、訪問入浴介護などとならんで、「訪問看護」が含まれている（介護保険法第41条第4項）という、介護保険制度における「介護」と「訪問看護」との関係においても看取ることができる。

23) 新看護等に係る届出の受理に関する取扱いについて（平成6年8月5日保険発第100号別添第2の2の(2)のイ）

24) もっとも、看護婦の診療の補助業務は、保助看法37条の規定する医行為のみではないことに注意すべきである。

25) 訪問看護の実施主体別分類

①病院在宅医療型（医療の中の訪問看護）

医療依存度の高い患者が退院し、在宅医療に移行したような場合に、当該病院の「在宅診療班」の一部としてなされる訪問看護である。ここにおいて訪問看護は、医療の一部として捉えられ、基本的に社会保険診療報酬（65歳以上の者については老人診療報酬）点数表の拘束を受ける。

②地方自治体訪問指導型（保健指導の中の訪問看護）

老人保健法19条（訪問指導は、疾病、負傷等により、家庭において寝たきりの状態ある者又はこれに準ずる状態にある者について、保健婦その他の者を訪問させて行われる保健指導をいう。）に基づき、各地方自治体が行う「訪問指導」事業の中で、必要に応じて行われる看護である。これは、全面的に公費においてまかなわれる行政主体のサービスであり、原則として、そのサービス内容は各地方自治体の実施要綱に拘束される。

③民間機関訪問看護型（独立業務としての訪問看護）

民間の訪問看護業者（例えば、日本在宅看護システム株式会社、セコム、ケアマーク社）と患者との私的な契約に基づいて行われる訪問看護である。いわば、独立業務としての訪問看護であり、その費用は、当該契約に基づいて患者がすべて負担する。

④訪問看護ステーション型（折衷型訪問看護事業）

老人保健法6条5項（この法律において「老人訪問看護事業」とは、疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人またはこれに準ずる状態にある老人（主治の医師がその治療の必要な程度につき厚生省令で定める基準に適合していると認めた者に限る。）に対し、その者の家庭において看護婦その他厚生省令で定める者が行う療養上の世話または必要な診療の補助（……以下「老人訪問看護」という。）を行う事業をいう。）に基づく「老人訪問看護事業」を行う

「老人訪問看護ステーション」からの訪問看護として平成3年の法改正によって始まった制度である。平成6年の健康保険法等の改正（平成6年法56号）により、「訪問看護事業」を行う「訪問看護ステーション」が認められ（健康保険法§44の4①）、その対象者が難病患者、重度障害者、精神障害者等老人以外にも拡大された。ここでは、ステーションと患者との間に独立的な訪問看護契約が結ばれるが、費用の支払については、社会保険と公費とからなり、その実施は厚生大臣の定める方針に従ってなされる。いわば、先行の3つの訪問看護の折衷型とでもいうべきものであるといわれている。

26) 本来、医行為は、医師に独占されている（医師法17条）ものであるが、今日の医学・医術の進歩・発達は、医師ひとりで適切な医療を提供することを不可能ならしめている。今日の法体系は、医師による医業の独占を原則的に認めながらも、なお、一定の教育を受けた有資格者が、医師の指示・監督のもと、一定範囲の「医行為」を行なうことを認めている。診療放射線技師がX線の照射をし、臨床検査技師が検査をし、理学療法士・作業療法士がリハビリテーションを行うなどがその例である。このように、医師以外の医療スタッフが法によって行なうことができるとされている医行為を「相対的医行為」という。これに対し、文字通り、医師でなければ行なうことのできない医行為を「絶対的医行為」という。診断、処方、治療方針の決定等の医学的判断事項、手

術等の高度の知識・技術を要する医行為、診断書の交付等がその例である。

27)ある調査によれば、「死亡時刻の確認」「抗癌剤のワンショット注入」「褥瘡の壊死部の切除」「気管内洗浄」「動脈採血」などが、訪問看護において「看護婦が行わない」医行為として分類されている。草刈淳子「在宅ケアにおける看護業務と看護の専門性に関する調査研究」（平成7-8年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成（事業）研究報告書）第IV章参照。

なお、同報告書は、訪問看護と介護 第2巻第7号（1997年7月）にその抜粋が掲載されている。

28)ただし、実際上の取扱いについて厚生省は、「しかし從来斯かる法の解釈が一般に徹底せず又医師数の不足等の理由により大部分の病院等において医師又は歯科医師の指示により看護婦が静脈注射を行っていたのが実情であり、今直ちに全般的に法の解釈通りの実行を期待することは困難な事情もあるので、当局としては今後漸次改善するよう指導する方針であるから、貴庁（=検察庁）においても事案の処理にあたっては十分これらの事情を斟酌願いたい」と続けている。

29)刑法 § 211【業務上過失致死傷罪】業務上必要ナル注意ヲ怠リ因テ人ヲ死傷ニ致シタル者ハ五年以下ノ懲役若クハ禁固又ハ五十万円以下ノ罰金ニ処ス】

30)ここに「業務」とは、人が社会生活を維持する上に反覆・継続して従事する仕事（事務）をいう。適法な業務である必要はなく、無免許医業や無免許運転であっても本条の「業務」に含まれる。また、報酬や利益を伴うか否かも問わないが、犯罪の性質からみて、特に人の生命・身体に対する危険を含むものでなければならないとされている。

31)したがって、無免許医業や無免許運転であっても本条の「業務」に含まれる。

32)看護職の社会経済福祉に関する指針（医療事故編）11頁（日本看護協会）

33)高田利廣『看護の安全性と法的責任』第10集7頁（日本看護協会、1998年）

34)高田利廣『看護の安全性と法的責任』第7集11頁（日本看護協会、1996年）

35)個々の患者を前提とした具体的な医療処置についての「指示」である。

36)ある症状についての、一般的あるいは標準的な医療処置を明らかにする「指示」である。

37)「ガイドライン」（あるいは「モデル・プロトコール」）としての「基準的な指示」と「プロトコール」は、上に述べたdタイプの指示であり、「プロトコール」に基づく具体的「チェック・リスト」としての「対象患者別の個別的指示」は、cタイプの指示である。

38)草刈・前掲報告書第VI章（草刈淳子）参照。

39)川村佐和子「老人に対する看護技術研究」（平成7年度厚生省看護対策総合研究事業報告書）参照。なお、同報告書は、看護管理第6巻第8号（1996年8月）に掲載されている。

40)草刈・前掲報告書第III章（川村佐和子）参照。

41)今日までの在宅における基準（約束事）は、手技的基準（いわゆる「マニュアル」）を中心であったが、「マニュアル」と「プロトコール」との違いは、後者には看護婦がその責任において固有の「専門的判断」をし、ある処置あるいは手技を選択しなければならない場面が織り込まれている点にある。

42)川村佐和子「老人の在宅ケアにおける看護技術研究」（平成9年度厚生省看護対策総合研究事業報告書）参照。なお、同報告書は、「在宅看護における医療処置の管理に関するプロトコール（試案）の作成」と題して、訪問看護と介護第3巻第9号（1998年9月）以下に掲載されている。

43)医師法 § 31は、§ 17の規定に違反した者は、「二年以下の懲役又は二万円以下の罰金」に処せられる旨を規定している。

44)民法 § 725の親族（六親等内の血族、配偶者、三親等内の姻族）に限定されるわけでもなく、また、民法 § 752、§ 877の扶養義務者（配偶者、直系血族および兄弟姉妹）の範囲と当然に一致するわけでもない。患者本人が、自らに代わりに、いわばその手足として、医行為をすることを委せられる程度に信頼できる家族構成員ということになろうか。本人の指名があれば、それが尊重されるべきであろう。

45)介護福祉士の養成カリキュラムの中には、「医学一般（講義）60時間」が含まれている。そこでは「人体の構造及び機能並びに公衆衛生の基礎知識並びに医事法規について教授すること」が予定されているが（社会福祉士介護福祉士学校職業訓練校等養成施設指定規則別表第四（第七条関係））、これは、介護福祉士自らが医療行為を行うためカリキュラムではあるまい（そうであるとするなら、「実習」をともなわない「講義60時間」のみでは不十分であろう）。この科目は、実務において「連携」しなければならないであろう医療関係の人々が、どのような考え方と原理で行動するかをあらかじめ学び、よりスムーズな連携を実現しようとするためのものであると解すべきであろう。

46)ただし、緊急時に備えて一定の医療技術を介護職に指導教育することについて最終的責任を

負うのは医師であり、看護婦や患者の家族ではない。

47) ヘルパー や介護福祉士が公的な機関から派遣されている場合には、本文に述べたような例外を認めることはできないであろう。公務として行うべき「ホームヘルプ」に限定・拘束され、それ以外の行為を行った場合には、「業務命令違反」の責任を問われるからである。

48) しかし、ある調査によれば、「医師や看護婦の管理下で介護職（ホームヘルパー）がしている」看護・医療的処置としては、褥瘡軽度処置の36.8%がもっとも高く、次に褥瘡重度処置の22.9%、摘便の21.2%、人工肛門の処置の16.1%、浣腸の15.1%、吸引の12.9%と続いている。また、端的に「介護職がしている」看護・医療的処置としては、同じく褥瘡軽度処置の35.3%がもっとも高く、次いで浣腸の23.0%、摘便の14.8%と続いている（「特集資料：平成7年度介護と看護の連携に関する調査報告書（抜粋）」訪問看護と介護 第2巻第1号36頁以下、42頁参照）。

■表1 在宅医療にかかる法（註：五十音順）

あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律
医師法（医師法施行規則）
医療法（医療法の一部改正について）
栄養士法
介護保険法
義肢装具士法（義肢装具士法施行規則）
刑法
健康保険法（健康保険法施行規則）
言語聴覚士法
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律
公害健康被害の補償等に関する法律
高齢者保健福祉推進10カ年戦略
高齢者保健福祉推進10カ年戦略の見直しについて
国民健康保険法
在宅寝たきり老人歯科保険推進事業の実施について
歯科医師法（歯科医師法施行規則）
歯科衛生士法
児童福祉法
視能訓練士法（視能訓練士法施行令）
社会福祉士及び介護福祉士法
社会福祉事業法
社会保険診療報酬支払基金法
柔道整復師法
障害者基本法
身体障害者福祉法
診療報酬「在宅患者訪問看護」等の大臣告示
生活保護法
精神薄弱者福祉法
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
精神保健福祉士法
地域保健法（地域保健対策等の推進に関する基本的な指針）
特別児童扶養等の支給に関する法律
日本国憲法
保健婦助産婦看護婦法
母子保健法
ホームヘルパー養成研修事業実施要綱
麻薬及び向精神薬取締法
民生委員法
民法（成年後見法）
薬剤師法（薬剤師法施行規則）
薬事法
理学療法士及び作業療法士法
臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律（臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律施行令）
臨床工学技士法（臨床工学技士法施行令、臨床工学技士法施行規則）
老人福祉法
老人保健福祉計画
老人保健法（老人保健法施行規則、指定老人訪問看護の事業および運営に関する基準）

e t c.

■表2 在宅医療に関する法規（類型別）

第1類：物的側面に関する法規

施設法規：

医療法（§1の2①）、老人福祉法、児童福祉法etc.

薬事法規：

薬事法、麻薬及び向精神薬取締法etc.

第2類：人的側面に関する法規（資格法規）

医療関係職種：

医師法（第2章）、歯科医師法（第2章）、薬剤師法（第2章）、保健婦助産婦看護婦法（第2章）、歯科衛生士法（§3～§9）、臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律（第2章）、理学療法士及び作業療法士法（第2章）、視能訓練士法（第2章）、臨床工学技士法（第2章）、義肢装具士法（第2章）、言語聴覚士法（第2章）、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律（§1～§3の3、§12の2～§12の3）、柔道整復師法etc.

福祉関係職種：

社会福祉士及び介護福祉士法（§3、§28～§39、§42～§44）、栄養士法（§2～§5の2、§5の5）、民生委員法、精神保険福祉士法etc.

第3類：業務に関する法規（業務法規）

医師法（§1、第4章）；医師法施行規則（第3章）、歯科医師法（§1、第4章）；歯科医師法施行規則（第3章）、保健婦助産婦看護婦法（§2～§6、第4章）、薬剤師法（§1、第4章）；薬剤師法施行規則（第3章）、歯科衛生士法（§13～§13の6）、臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律（§2、第4章）；臨床検査技師・衛生検査技師等に関する法律施行令（§1）、理学療法士及び作業療法士法（§2、第4章）、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律（§4～§12）、視能訓練士法（§2、第4章）；視能訓練士法施行令（第3章）、臨床工学技士法（§2、第4章）；臨床工学技士法施行令（§1）；臨床工学技士法施行規則（§32）、義肢装具士法（§2、第4章）；義肢装具士法施行規則（第4章）、言語聴覚士法（§2、第4章）、社会福祉士及び介護福祉士法（§2、第4章）、栄養士法（§1、§6）、医療法、介護保険法、健康保険法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、国民健康保険法、児童福祉法、障害者基本法、身体障害者福祉法、地域保健法、老人福祉法、老人保健法etc.

第4類：経済的側面に関する法規（経済法規）

健康保険法、国民健康保険法、社会保険診療報酬支払基金法、公害健康被害の補償等に関する法律、特別児童扶養等の支給に関する法律、生活保護法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、介護保険法、老人保健法etc.

第5類：背景に位置する法規（基本法規）

日本国憲法、民法、刑法

■表3 在宅医療をめぐる各法規の素描

(註：ここでは、在宅医療に関する法規の中で、筆者がリサーチできたもののみを詳細に取り上げた。本文中においても述べたことでもあるが、在宅医療に関する法は莫大な量にのぼり、以下のものは、氷山の一角にすぎないものであるにもかかわらず、相当量にのぼることは見ていただければ自ずと理解できる思われる。将来的な在宅医療に関する社会的システムの構築を検討する際には蟻蟻それは医療システム全体を見直すことにもつながる蟻蟻、法制度の全体像を明らかにすることも必要不可欠な要素である。今回は、筆者の力量不足もあり甚だ不充分な検討しか行うことができなかつたが、何らかの資するところとなれば幸いであると考える。)

(註：*の付してある条文は、平成12年4月1日の介護保険法施行により改正されるものである。)

(註：五十音順)

△あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律

(註：病診連携が行われた場合、在宅医療チームの一員となる可能性あり。)

- § 1 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師：「医師以外の者で、あん摩マッサージ若しくは指圧、はり又はきゅうを業とする者」
- § 4 外科手術等の禁止：外科手術を行い、又は薬品を投与し、若しくはその指示をする等の行為をしてはならない。
- § 5 特定行為の制限：あん摩マッサージ指圧師は、医師の同意を得た場合の外脱臼又は骨折の患部に施術をしてはならない。
- § 6 消毒：はり師は、はりを施そうとするときは、はり、手指および施術の局部を消毒しなければならない。
- § 7の2 秘密保持義務
- § 12 医業類似行為の制限：何人も、§ 1に掲げるものを除く外、医業類似行為を業としてはならない。ただし、柔道整復に関しては、柔道整復師法による。
- § 13の5～§ 14 罰則

△医師法

第1章 総則

- § 1 任務：医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する。

第2章 免許

第4章 業務

- § 17 業務独占：医業＝医行為を業とすること。
「医師が行うのでなければ、人体に対し危害を生ずるおそれのある行為」（昭和39年6月18日医事44の2、最判昭和30年5月24日刑集9巻7号1093頁）
- § 18 名称独占
- § 23 保健指導義務：本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

第6章 罰則

- § 31① 罰則：§ 17

医師法施行規則

第3章 業務

- § 20 死亡診断書等の記載事項
- § 21 処方箋の記載事項
- § 22 薬剤容器等の記載事項
- § 23 診療録の記載事項

△医療法

(註：§ 1の2②において「施設」と並び患者の「居宅」が医療の場と指定することにより在宅医療を法認する。また§ 1の4②および§ 30の3において病診連携を義務づけている。)

第1章 総則

§ 1 目的：病院、診療所等開設及び管理に関する必要な事項並びにこれら施設の整備を促進するために必要な事項を定めることに等により、「医療を提供する体制の確保を図り」、国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

§ 1の2① 医療提供の理念：「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、看護婦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、疾患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。」

② 「医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他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応じ効率的に提供されなければならない。」

§ 1の3 国及び地方公共団体：「医療を効率的に提供する体制」を確保

* § 1の4① 医師等の責務：「医師、歯科医師、薬剤師、看護婦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の必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

§ 1の5② 療養型病床群：病院の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの。

§ 1の6 老人保健施設：老人保健法の規定による老人保健施設。

第2章の2 医療計画

* § 30の3① 医療計画：「医療を提供する体制の確保に関する計画」を定める。

② 計画事項：医療施設の相互機能および「業務の連携」

③ 医療計画作成にあたっての「医療と密接な関連を有する施策との連携」

△栄養士法

§ 1① 栄養士：栄養の指導に従事することを業とする者。

② 管理栄養士：栄養士の業務にあって複雑又は困難なものを行う適格性を有する者として登録された栄養士。

§ 6 名称独占

§ 8 罰則：§ 6

△義肢装具士法

第1章 総則

§ 2③ 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並びに義肢及び装具の製作及び身体への適合を行うことを業とする者。

第2章 免許

第4章 業務等

§ 37① 業務：診療の補助として義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の身体への適合を行う。保助看法§ 31・32の例外。

- § 38 特定行為の制限：医師の具体的な指示を受けなければ、義肢及び装具の装着部位の採型並びに装具の身体への適合を行ってはならない。施行規則
§ 32参考のこと。
- § 39 他の医療従事者との連携
- § 41 名称独占
- 第5章 罰則
- § 46 罰則

義肢装具士法施行規則

第4章 業務

- § 32 特定行為の制限
： § 38の義肢及び装具の装着部位の採型並びに装具の身体への適合手術直後の患部の採型及び当該患部への適合、ギプスで固定されている患部の採型及び当該患部への適合

△刑法

第1編 総則

第7章 犯罪の不成立及び刑の減免

- § 37① 緊急避難・過剰避難：自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えた場合に限り、罰しない。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を軽減し、又は免除することができる。」
②：前項の規定は、業務上特別の義務がある者には、適用しない。

第13章 秘密を侵す罪

- § 134 秘密漏洩

第27章 傷害の罪

- § 211 業務上過失致死傷等：「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は50万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。」

△健康保険法

第1章 総則

- § 1① 目的：保険者が、被保険者およびその被扶養者の業務外の事由による疾病、負傷、死亡および分娩に関して保険給付を行うことを目的とする。
② 被扶養者：
被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫、弟妹等で、主として被保険者によって生計を維持している者。配偶者としては、届出をしていなくても事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、その父母、子等も含まれる。

§ 1の2 健康保険制度の実施：

「健康保健制度ニ付テハ之ガ医療保険制度ノ基本ヲ為スモノタルコトニ鑑ミ高齢化ノ進展、疾病構造ノ変化、社会経済情勢ノ変化等ニ対応シ其ノ他ノ医療保険制度及老人保健制度並ニ此等ニ密接ニ関連スル制度ト併セテ其ノ在リ方ニ関シ常ニ検討ガ加ヘラレ其ノ結果ニ基キテ医療保健ノ運営ノ効率化、給付ノ内容及費用ノ負担ノ適正化並ニ国民ガ受クル医療ノ質ノ向上ヲ総合的ニ図リツツ実施サレルベシ」

§ 9ノ2 医師等に対する質問・検査等：

「訪問看護療養費」「家族訪問看護療養費」

第2章 被保険者

§ 13 強制被保険者：

原則として常時5人以上の従業員を使用する事業所に使用される者。ただし、各種共済組合、船舶保険法の被保険者、短期的労働者等は除外される。

第3章 保険者

§ 22 保険者：次の2種類

{ 政府
 健康保険組合

§ 28 健康保険組合の任意設立：

1または21以上の事業所について、常時300人以上を使用する事業主が厚生大臣の許可を得て設立することができる。

第4章 保険給付

§ 43① 療養の給付：

{ 診療、薬剤または治療材料の支給
 処置、手術その他の治療
 「居宅ニ於ケル療養上ノ管理及其ノ療養ニ伴フ世話ノ他ノ看護」
 病院または診療所への入院およびその療養に伴う世話その他の看護

§ 44ノ4 訪問看護療養費：

被保険者が、疾病または負傷によって居宅で継続して療養を受ける状態にある場合、医師の指示により指定訪問看護事業者から指定訪問看護を受けたときに支給される。その額は指定訪問看護事業者に要する平均的な費用の額を勘案して厚生大臣が定めるところによつて算定した費用の額の8割とする。

§ 44ノ5 指定訪問看護事業者の指定

§ 44ノ6 指定訪問看護事業者の責務

§ 44ノ7 厚生大臣又は都道府県知事の指定訪問看護事業者等への指導

§ 44ノ8 指定訪問看護事業者の事業基準

§ 44ノ13 療養の給付との関係：

§ 43①における療養は、指定訪問看護を含まない。

* § 55 資格喪失後の継続給付

* § 56 資格喪失後の死亡に関する給付

§ 59ノ2ノ2 家族訪問看護療養費：

§ 44ノ4における被扶養者の場合、被扶養者の場合、その額は7割となる。

§ 59ノ4ノ2 高額療養費：

1カ月の一部負担金や家族の自己負担金等の額または被保険者およびその被扶養者の1カ月の自己負担金のうち3万円以上のものを合算した額が一定限度額を超えるときは、それを超えた部分が高額医療費として償還される。その限度額は、療養に必要な費用が家計に与える影響を考慮して政令で定められる。

§ 59ノ5 日雇特例被保険者給付との調整

§ 59ノ6 通勤災害に関する保険給付との調整

§ 66 保険給付の支給期日

第4章の2 日雇特例被保険者に関する特例

§ 69の14の2 訪問看護療養費

§ 69の21 家族訪問看護療養費

§ 69の26 特別療養費

§ 69の28 高額療養費

§ 69の29 受給方法

§ 69の30 他の医療保険による給付等との調整

第5章 費用ノ負担

§ 70ノ3 国庫の補助

§ 70ノ4 日雇特例被保険者に係る国庫補助

△言語聴覚士法

第1章 総則

§ 2 言語聴覚士：音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るために、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者。

第2章 免許

第4章 業務等

§ 42 業務：診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚙下訓練、人工内耳の調整その他厚生省令で定める行為。

§ 43① 医療関係者との連携

② 指導：音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者に主治の医師又は歯科医師があるときは、その指導を受けなければならない。

③ 福祉関係者との連携

第5章 帰則

§ 50②

△歯科医師法

(註：在宅歯科、訪問歯科診療が行われる場合、かかわってくることになる。)

第1章 総則

§ 1 任務：歯科医療及び保健指導を掌ることによって、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。

第2章 免許

第3章 業務

§ 17 業務独占

§ 18 名称独占

§ 22 保健指導義務：本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

第6章 帰則

§ 29① 帰則：§ 17

§ 31 帰則：§ 18

歯科医師法施行規則

第3章 業務

§ 19の4 死亡診断書の記載事項等

§ 20 処方箋の記載事項

§ 21 薬剤容器等の記載事項

§ 22 診療録の記載事項

△歯科衛生士法

(註：在宅歯科、訪問歯科診療が行われる場合、かかわってくることになる。)

§ 2① 歯科衛生士：「歯科医師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歯牙露出面及び歯茎の遊離下の付着物及び沈着物を機械的作業によって除去する、並びに歯牙及び口腔に対して薬物を塗布する行為を行う者。

② 業務：歯科診療の補助。保助看法§ 31、32の例外。

③ : 歯科保健指導。

- § 13 業務独占
- § 13の2 特定行為の制限：歯科診療の補助をなすに当たっては、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなし、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虞のある行為をしてはならない。
- § 13の3 歯科保健指導：主治の歯科医師又は医師があるときは、その指示を受けなければならない。
- § 13の6 名称独占
- § 14 罰則：§ 13
- § 16① 罰則：§ 13の2～§ 13の4
- § 16の2 罰則：§ 13の6

△児童福祉法

第1章 総則

- § 1 児童福祉の理念
- ① 「すべての国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。」
 - ② 「すべての児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」
- § 2 児童育成の責任：「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」
- § 3 原理の尊重：§ 1および§ 2は、「児童の福祉を保障するための原理であり、この原理は、すべての児童に関する法令の施行にあたって、常に尊重されなければならない。」

第1節 定義

- § 4 児童の定義：満18歳未満の者。次の3つに分けられる。
- | |
|-------------------------|
| ① 乳児 満1歳未満の者 |
| ② 幼児 満1歳から小学校就学の始期までの者 |
| ③ 少年 小学校就学の始期から満18歳未満の者 |
- § 5 妊産婦の定義：妊娠中または出産後1年以内の女性
- § 6 保護者の定義：親権を行う者、後見人その他の者で、児童を現に監護する者
- § 6の2 児童居宅生活支援事業
- ① 次の4種類：

① 児童居宅介護等事業
② 児童デイサービス事業
③ 児童短期入所事業
④ 児童自立生活援助事業

 - ② 児童居宅介護等事業：§ 21の10①に該当する者に対し、「その者の家庭において」厚生省令で定めるサービス供与する事業
 - ③ 児童デイサービス事業：§ 21の10②に該当する者に対し、同項に規定する市町村長が適當と認める「施設に通わせ」、厚生省令で定めるサービスを提供する事業
 - ④ 児童短期入所事業：§ 21の10③に該当する者に対し、厚生省令で定める「施設に短期間入所させ」、必要な保護を行う事業
 - ⑤ 児童自立生活援助事業：§ 27⑨に該当する者に対し、同項の規定する「住居において同項に規定する日常生活上の援助及び生活指導」を行う事業

§ 7 児童福祉施設：14種類

- 助産施設（§ 36参照）
- 乳児院（§ 37参照）
- 母子寮（§ 38参照）
- 保育所（§ 39参照）
- 児童厚生施設（§ 40参照）
- 養護施設（§ 41参照）
- 精神薄弱児施設（§ 42参照）
- 精神薄弱児通園施設（§ 42の2参照）

盲ろうあ児施設（§ 43参照）
虚弱児施設（§ 43の2参照）
肢体不自由児施設（§ 43の3参照）
重症心身障害児施設（§ 43の4参照）
情緒障害児短期治療施設（§ 43の5参照）
教護院（§ 44参照）

第2節 児童福祉審議会

§ 8～§ 9 児童福祉の機関：児童福祉審議会

第3節 児童福祉司及び児童委員

§ 11 児童福祉の機関：児童福祉司

§ 12 児童福祉の機関：児童委員

§ 13 児童福祉の機関：児童福祉司と児童委員との関係

第4節 児童相談所、福祉事務所及び保健所

§ 15 児童福祉の機関：児童相談所

§ 18の2 児童福祉の機関：福祉事務所

§ 18の3 児童福祉の機関：保健所

第2章 福祉の措置及び保障

§ 20 育成医療

- ① : 身体に障害のある児童について、疾患を放置すればかなりの傷害を残すと認められる児童で、治療によってその傷害を軽減あるいは除去することが期待できるものについて生活能力を得させ福祉の向上を図ることを目的とする。
- ② : 育成医療の給付は次の6種

診察
薬剤又は治療材料の支給
医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
「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」
病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
移送

- ③ : 育成医療は指定育成医療機関が行う。

§ 21 指定育成医療機関の義務

§ 21の2 診療方針及び診療報酬：原則、健康保険の診療方針および診療報酬にしたがう。

§ 21の6 補装具：身体障害者手帳の交付を受けた児童に対し、必要に応じて、車椅子、補聴器、義肢、盲人安全つえなどが交付、修理される。

§ 21の10 居宅における介護等

- ① : 児童居宅介護等事業

身体障害児または精神薄弱児であって、日常生活上支障のある児童は、家庭において入浴、排泄、食事等の介護等のサービスを提供する事業。

- ② : 児童デイサービス事業

身体障害児または精神薄弱児を、必要に応じて家庭から施設へ通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等のサービスを提供する事業。

- ③ : 児童短期入所事業

保護者の疾病その他の理由により家庭において介護を受けることが一時的に困難になった身体障害児または精神薄弱児を、必要に応じて肢体不自由児施設、精神薄弱児施設等に短期間入所させ、必要な保護を実施する事業。

- ④ : 児童自立生活援助事業

日常生活を営むのに支障のある身体障害児または精神薄弱児に対して、前3項以外に、必要に応じて日常生活上の便宜を図るために用具を給付もしくは貸与する事業。

第3章 事業及び施設

§ 42 精神薄弱児施設：

精神薄弱の児童を入所させ、保護するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設。

§ 42の2 精神薄弱児通園施設：

精神薄弱の児童を保護者のもとから通わせこれを保護するとともに独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設。

§ 43 盲ろうあ児施設：

盲児およびろうあ児を入所させて保護し、独立生活に必要な指導または援助をすることを目的とする施設。

§ 43の3 肢体不自由児施設：

上肢・下肢または体幹の機能の障害のある児童を治療するとともに独立生活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設。

§ 43の4 重症心身障害児施設：

重度の精神薄弱および重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて保護し治療および日常生活の指導をすることを目的とする施設。

§ 43の5 情緒障害児短期治療施設：

軽度の情緒障害をもつ12歳未満の児童を短期間収容するか保護者のもとから通わせてその情緒障害を治すことを目的とする施設。

△視能訓練士法

第1章 総則

§ 2 視能訓練士：「医師の指示の下に」両眼視機能の回復のために矯正訓練及びこれに必要な検査を行うことを業とする者。

第2章 免許

第4章 業務等

§ 17① 業務：§ 2に規定する業務のほか、医師の指示の下に眼科検査を行う。施行令§ 14の2参照。
② 診療の補助として、矯正訓練、検査、眼科検査を行う。保助看法§ 31・32の例外。

§ 18 特定行為の制限。施行令§ 15参照のこと。

§ 18の2 他の医療関係者との連携

§ 20 名称独占

第5章 罰則

§ 22② 罰則：§ 18、§ 20

視能訓練士法施行令

第3章 業務

§ 14の2 検査：涙道通水通色素検査

§ 15 矯正訓練又は検査

：矯正訓練 抑制除去訓練法、異常対応矯正法、眩惑刺激法、残像法
検査 散瞳薬の使用、眼底写真撮影、網膜電図検査、眼球電図検査、眼振電図検査、視覚誘発脳波検査

△社会福祉士及び介護福祉士法

第1章 総則

§ 2① 社会福祉士：専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことを業とする者。

② 介護福祉士：専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者。

第4章 社会福祉士及び介護福祉士の義務等

§ 47 他の医療関係者との連携

§ 48① 社会福祉士の名称独占

② 介護福祉士の名称独占

第5章 罰則

§ 53 罰則 : § 48

△障害者基本法

第1章 総則

§ 1 目的：「障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会、経済、文化その他あらうる活動への参加を促進することを目的とする」。

§ 2 障害者の定義：「身体的障害、精神薄弱又は精神障害（以下、「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」。

§ 3 基本理念

- ① :すべての障害者は、「個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を受ける権利を有する」。
- ② :すべての障害者は、「社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする」。

§ 4 国及び地方公共団体の責務：国および地方公共団体は、「障害者の福祉を増進し、及び障害を予防する責務を有する」。

§ 5 国民の責務：国民は、「障害者の福祉の増進に協力するよう勤めなければならない」。

§ 7 施策の基本方針：「障害者の福祉に関する施策は、障害者の年齢並びに障害の種別及び程度に応じて、かつ、有機的連携の下に総合的に、策定され、及び実施されなければならない」。

第2章 障害者の福祉に関する基本的施策

§ 10① 医療：国および地方公共団体は、障害者が「生活機能を回復し、又は取得するために必要な医療の給付を行うよう必要な施策を講じなければならない」。

§ 10の2 施設への入所、在宅障害者への支援等

① :国および地方公共団体は、障害者の年齢並びに障害の種別及び程度に応じて、「施設の入所又はその利用により、適切な保護、医療、生活指導その他の指導、機能回復訓練その他の訓練又は授産が受けられるよう必要な施策を講じなければならない」。

② :国および地方公共団体は、「障害者の家庭を訪問する等の方法により必要な指導若しくは訓練が行われ、又は日常生活を営むのに必要な便宜が供与されるよう必要な施策を講じなければならない」。

③ :国および地方公共団体は、「障害者の障害を補うために必要な補装具その他の福祉用具の給付を行うよう必要な施策を講じなければならない」。

§ 19② 専門的技術職員等の確保：国および地方公共団体は、「障害者福祉に関する業務に従事する者」および§ 10の2③に規定する「福祉用具に関する専門的技術者」の養成及び訓練に努めなければならない。

△地域保健法

（註：第4条は、平成6年の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において抜本的な見直しがなされた。そこでは新たに、第1号においては、市町村に、市町村保健センター運営の際に、在宅介護支援センターを始めとする社会福祉施設等との連携及び協力体制の確立、在宅福祉サービスの担う施設との複合的整備を要請し、第5号においては、ケア・コーディネーション機能の充実を目的として掲げ、連絡調整等を行う在宅介護センターの整備を推進することを含め、保健活動の拠点、行政機関、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等の施設を結ぶ地域の特性に応じたネットワークを整備すること、が求められるに至った。本法は、今後、在宅医療における病診連携の側面を中心とした社会的システムを構築するた

めの極めて重要な一端を担うことになるようと思われる。)

第1章 総則

- § 1 目的：地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置などを定めることにより地域住民の健康の保持及び増進に寄与すること。
- § 2 基本理念：国、地方公共団体が講ずる施策は、我が国における「急速な高齢化の進展、医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公共衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高齢化を促進する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応することができるよう、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されること」を基本理念とする。
- § 3 市町村・都道府県・国の責務：「必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上」等に努めなければならない。

第2章 地域保健対策の推進に関する基本方針

- § 4 基本方針：厚生大臣は地域保健対策の推進に関する事項を定めなければならない。
「社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項」

第3章 保健所

- § 5 設置：都道府県、政令市、東京23区に設置
- § 6 事業：「治療法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項」

△日本国憲法

第3章 国民の権利及び義務

- § 25① 国民の生存権、国の社会保障的義務：「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。」

△保健婦助産婦看護婦法

第1章 総則

- § 2 保健婦：保健指導に従事することを業とする者。
- § 3 助産婦：助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導をなすことを業とする者。
- § 5 看護婦：傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする者。
- § 6 准看護婦：医師、歯科医師又は看護婦の指示を受けて、前条に規定することを業とする者。

第2章 免許

第4章 業務

- § 29 保健婦の名称独占
- § 30 助産婦の業務独占（但し、医師に解除）
- § 31 看護婦の業務独占（但し、医師・歯科医師・保健婦・助産婦に解除）
- § 32 准看護婦の業務独占（但し、医師・歯科医師に解除）
- § 35 保健婦の保健指導：主治の医師又は歯科医師があるときは、その指示を受けなければならない。
- § 36 保健婦に対する保健所長の指示
- § 37 特定行為の制限：保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師又は歯科医師の指示がなければ、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他の医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害が生ずる虞のある行為をしてはならない。但し、臨時応急の手当をなし、又は助産婦がへそのおを切り、かん脇を施し、その他助産婦の業務に当然附隨する行為をなすことは差支えない。

第5章 罰則

§ 43 罰則 : § 29～§ 32

△民法

第1編 総則

第3編 債権

第1章 総則

第2節 債権ノ効力

§ 415 債務不履行による損害賠償責任：「債務者カ其債務ノ本旨ニ従ヒタル履行ヲ為ササルトキハ債権者ハ其損害ノ賠償ヲ請求スルコトヲ得債務者ノ責ニ帰スヘキ事由ニ因リテ履行ヲ為スコト能ハサルニ至リタルトキ亦同シ」

第2章 契約

第1節 総則

第8節 雇用

第9節 請負

第10節 委任

第3章 事務管理

第5章 不法行為

§ 709 一般の不法行為：「故意又ハ過失に因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス」

§ 715 ① 使用者責任：「或事業ノ為メニ使用スル者ハ被用者カ其事業ノ執行ニ付キ第三者ニ加ヘタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス但使用者カ被用者ノ選任及ヒ其事業ノ監督ニ付キ相当ノ注意ヲ為シタルトキ又ハ相当ノ注意ヲ為スモ損害カ生スヘカリシトキハ此限ニ在ラス」

§ 720 正当防衛・緊急避難

△薬剤師法

(註：施行規則 § 13 「その他特別の理由」に該当する場合、調剤場所が在宅患者居宅となる可能性もありうる。)

第1章 総則

§ 1 任務：調剤、医薬品の供給その他の薬事衛生をつかさどることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する

第2章 免許

第4章 業務

§ 19 業務独占（但し、医師・歯科医師等に解除）

§ 20 名称独占

§ 22 調剤の場所：薬剤師は、薬局または病院、診療所、家畜診療施設の調剤所以外の場所で調剤してはならない。

§ 23 ① 業務：医師、又は歯科医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

§ 25の2 情報の提供：患者又は現にその看護に当たっている者に対し、調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報を提供しなければならない。

第5章 罰則

§ 29 罰則 : § 19

§ 30 ② 罰則 : § 23

§ 32 罰則 : § 20

薬剤師法施行規則

第3章 業務

§ 13 調剤の場所の特例：

災害その他特別の理由により、薬剤師が薬局において調剤することができない場合には、
薬剤師法 § 22の規定は、適用されない。

§ 14 調剤された薬剤の表示

§ 15 処方箋の記入事項

§ 16 調剤録の記入事項

△薬事法

(註：§ 63の2につき、在宅医療における人工呼吸器の使用実態からみて、これらの文書は、医師向けのみでは不十分であるとの見解がある。)

第1章 総則

§ 1 目的：「医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療用具の品質、有効性及び安全性の確保のため に必要な規制を行う」

- § 2 ① 医薬品：「日本薬局方に収められている物」「人又は動物の疾病の診断、治療又は予防に使用
されることが目的とされている物であって、器具器械でないもの」「人又は動物の身体の
構造又は機能に影響を及ぼすことが目的とされているの物であって器具器械でないもの」
④ 医療用具：「人若しくは動物の疾病の診断、治療若しくは予防に使用されること又は人若しくは
動物の身体の構造若しくは機能に影響を及ぼすことが目的とされている器具器械であって、
政令で定めるもの」
⑥ 希少疾病用医薬品：§ 77の2・規定の医薬品
希少疾病用医療用具：§ 77の2・規定の医療用具

第7章 医薬品等の取扱い

第2節 医薬品の取扱い

§ 50 直接の容器等の記載事項

§ 52 添付文書等の記載事項

§ 54 記載禁止事項

第5節 医療用具の取扱い

§ 63 直接の容器等の記載事項

§ 63の2 添付文書等の記載事項：

「使用方法その他使用及び取扱い上の必要な注意」「厚生大臣の指定する用具にあっては、
その保守点検に関する事項」

第9節 希少疾病用医薬品及び希少疾病用医療用具指定等

§ 77の2 指定等

第10章 雜則

§ 77の3～§ 77の4 情報の提供等

§ 77の4の2 副作用等の報告

§ 77の4の3 回収の報告

§ 77の5 特定医療用具に関する記録の作成及び保存

第11章 罰則

△理学療法士及び作業療法士法

第1章 総則

§ 2 ③ 理学療法士：「医師の指示の下に」理学療法を行うことを業とする者。

④ 作業療法士：「医師の指示の下に」作業療法を行うことを業とする者。

⑤

第2章 免許

第4章 業務

- § 15① 業務：理学療法士又は作業療法士は、「診療の補助として理学療法又は作業療法を行う」。
保助看法 § 31、32の例外
- ② 理学療法士の「病院若しくは診療所において、又は医師の具体的な指示を受けて理学療法として
行うマッサージ」。
あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律 § 1 の例外

§ 17 名称独占

第6章 罰則

§ 22② 罰則：§ 17

△臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律

(註：在宅患者居宅において、生理学的検査等を行う可能性あり。)

第1章 総則

- § 2① 臨床検査技師：医師の指導監督の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理
学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査及び政令で定める生理学的検査を行うことを業
とする者。
- ② 衛生検査技師：医師の指導監督の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学
的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査を行うことを業とする者。

第2章 免許

第4章 業務

§ 18 信用失墜行為の禁止

§ 19 秘密保持義務

§ 20 名称独占

§ 20の2① 業務：臨床検査技師は、「診療の補助として「採血（医師の具体的な指示を受けて行うもの
に限る）」及び施行例 § 1 の生理学的検査。保助看法 § 31・32の例外

第5章 罰則

§ 21 罰則

臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律施行令

§ 1 生理学的検査

心電図検査、心音図検査、脳波検査、筋電図検査、基礎代謝検査、呼吸機能検査、脈波検査、
熱画像検査、眼振電図検査、重心動搖計検査、超音波検査、磁気共鳴検査、眼底写真検査、
毛細管抵抗検査、経皮的血液ガス分圧検査

△臨床工学技士法

第1章 総則

§ 2② 臨床工学技士：「医師の指示の下に」生命維持装置の操作及び保守点検を行うことを業とする
者。施行令 § 1 参照のこと。

第2章 免許

第4章 業務等

§ 37① 業務：診療の補助として生命維持管理装置の操作を行う。保助看法 § 31・32の例外。

§ 38 特定行為の制限。施行規則 § 32 参照のこと。

§ 39 他の医療関係者との連携

§ 41 名称独占

第5章 罰則

§ 46② 罰則 : § 38、§ 41

臨床工学技士法施行令

§ 1 生命維持管理装置の身体への接続等

: 人工呼吸装置のマウスピース、鼻カニューレ等の接続又は除去、血液浄化装置の穿刺針等のシャントへの接続又は除去、生命維持管理装置の導出電極の皮膚への接続又は除去

臨床工学技士法施行規則

第4章 業務

§ 32 生命維持管理装置の操作

: 身体への血液、気体又は薬剤の注入、身体からの血液又は気体の抜き取り（採血を含む）、身体への電気的刺激の負荷

△老人福祉法

第1章 総則

§ 1 目的 : 「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対しその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、もって老人の福祉を図る」

{ 老人居宅支援事業による在宅における各種サービス（§ 5の2参照）
老人ホームの利用（§ 11参照）
老人クラブに対する援助（§ 13参照）

§ 2 基本理念 : 「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験とを有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。」

参考、老人に対する老後の心構え（§ 3①）

§ 4③ 老人福祉増進の責務 : 「老人の生活に直接影響を及ぼす事業を営む者は、その事業の運営に当たっては、老人の福祉が増進されるように努めなければならない。」

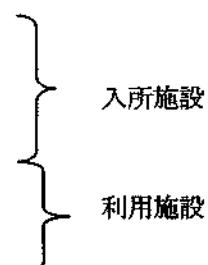
* § 5の2① 老人居宅生活支援事業 : 次の3種

{ 老人居宅介護等事業（§ 10の4・1号参照）
老人デイサービス事業（§ 10の4・2号参照）
老人短期入所事業（§ 10の4・3号参照）

- ② 老人居宅介護等事業 : 在宅老人の「居宅において」厚生省令で定める便宜を供与する事業。
- ③ 老人デイサービス事業 : 在宅老人に対して、厚生省令で定める「施設に通わせ」同厚生省令で定める便宜を図る事業。
- ④ 老人短期入所事業 : 在宅老人に対して、厚生省令で定める「施設に短期間入所させ、養護する事業」。

§ 5の3 老人福祉施設 : 次の7種

老人短期入所施設（§ 20の3参照）
養護老人ホーム（§ 20の4参照）
特別養護老人ホーム（§ 20の5参照）
軽費老人ホーム（§ 20の6参照）
老人デイサービスセンター（§ 20の2の2参照）
老人福祉センター（§ 20の7参照）
老人介護支援センター（§ 20の7の2）



§ 5の4① 介護の措置等の対象者および実施者

対象者（§ 10の3、§ 10の4参照のこと） :

65歳以上の者で、身体上または精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障のある者。
65歳未満の者であっても特に必要があると認められる者。

上記に該当する者を現に養護する者（養護者）。

実施者：

原則、対象者の居住地の市町村

§ 5の5 老人福祉実施機関：福祉事務所（社会福祉事業法参照）

§ 6 老人福祉実施機関：社会福祉主事（市町村の社会福祉事務所に配置。都道府県の社会福祉事務所に配置の社会福祉主事については§ 7を参照のこと。）

* § 6の2 老人福祉実施機関および介護支援相談

老人デイサービスセンター・老人介護支援センター等の職員は、在宅の寝たきり老人等の介護者等に対し、在宅介護等に関する総合的な総合的な相談に応じる。

§ 6の3 老人福祉実施機関：都道府県（連絡調整等の実施）

§ 8 老人福祉実施機関：保健所

§ 9 老人福祉実施機関：民生委員（民生委員法参照）

§ 10 老人保健法との関係（§ 10の2も併せて参考のこと。）

第2章 福祉の措置

§ 10の3 措置の総合的実施：市町村は、§ 5の4①に該当する者に対して、「最も適切な処遇が受けられるよう居宅における介護等の措置及び特別養護老人ホームへの入所等の措置の総合的な実施に努めなければならない。」

* § 10の4 居宅における介護等

① 1号 : 老人居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）

寝たきり老人等の家庭を訪問し、家事援助や介護サービスを提供して、老人の援助とともに家族の介護負担を軽減を図るために実施。4時間巡回型ヘルパー制度も設けられている。

2号 : 老人デイサービス事業

在宅の虚弱老人や寝たきり老人に送迎リフトバス等を用いて老人デイサービスセンター等に来所させ、または居宅に訪問して日常動作訓練や入浴、給食サービス等を提供する事業。

3号 : 老人短期入所事業

在宅の寝たきり老人等の家族の中の介護者が病気や旅行その他の理由で老人の介護ができない場合、介護者に代わって原則1週間以内施設で保護する事業（ショートステイ事業）。家族に対する介護指導を併せて行う「ホームケア促進事業」や、夜間の介護が受けられない寝たきり老人、痴呆老人等を夜間のみ施設で保護する「ナイトケア事業」も実施されている。

② : 老人日常生活用具給付等事業

寝たきり老人やひとり暮らし老人等に対し、特殊寝台等の日常生活用具を給付または貸与する事業。

* § 11 老人ホームへの入所等

§ 13 老人健康保持事業

第3章 事業および施設

§ 14 老人居宅生活支援事業の開始

§ 15 施設の設置

§ 17 施設の基準

§ 20の2の2 老人デイサービスセンター：

老人デイサービスセンター事業を実施する施設で、基本事業（生活指導、日常動作訓練、養護、家族介護者教室、健康チェック、送迎）、通常事業（入浴サービス、給食サービス）、訪問事業（入浴サービス、給食サービス、洗濯サービス）等の実施が規定されている。上記の事業をすべて実施する重養護型のA型、標準型のB型、刑介型のC型、小規模のD型、痴呆性老人毎日通所のE型と5つのタイプがある。

* § 20の3 老人短期入所施設：

ショートステイ事業を実施するもので、在宅の寝たきり老人等を介護している介護者の疾病、出産、冠婚葬祭、自己、災害等の社会的理由および介護疲れによる休養や旅行等の私的の理由により一時的に居宅介護ができない老人を原則1週間以内施設で保護するものである。

- § 20の4 養護老人ホーム：
身体上もしくは精神上または環境上の理由および経済的な理由により居宅での生活が困難な老人を入所させる施設。
- * § 20の5 特別養護老人ホーム：
身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする、いわゆる寝たきり老人等であって、居宅において介護を受けることが困難な老人を入所させる施設。
- § 20の6 軽費老人ホーム：
低所得層に属する老人（60歳以上）で、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な老人に、低額な料金で利用させる施設。食事の提供のあるA型、自炊を原則とするB型、将来の虚弱化に備えた配慮のケアハウス型の3つのタイプがある。
- § 20の7 老人福祉センター：
地域の老人に対して各種の相談に応じるとともに、健康の増進およびレクリエーションの場を提供する利用施設で、標準型の機能をもつA型、保健関係部門を強化した特A型、この2種類のセンターを補完するB型の3つのタイプがある。
- § 20の7の2 老人介護支援センター：
主として居宅において介護を受ける老人およびその者を現に養護する者に対して情報の提供、相談、指導、市町村等との連絡調整、福祉用具の展示および紹介、その他の必要な援助を行う施設。

第3章の2 老人福祉計画

第4章 費用

- § 21 市町村の支弁
§ 22 都道府県の支弁

第4章の2 指定法人

第4章の3 有料老人ホーム

- § 29 届出等

第5章 雜則

△老人保健法

（註：平成3年10月の法改正により、基本的理念において、老後における健康の保持を図るために適切な保健サービスを受ける機会を与えるられる場所として職域または地域と並んで家庭が位置づけられるとともに、老人訪問看護事業の用語の定義、老人訪問看護療養費の支給、老人保健施設に関する事項、指定老人訪問看護事業者に関する事項などについて見直し等がなされた。）

第1章 総則

- § 1 目的：「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病的予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図る」
- § 2② 基本理念：「国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、老後における健康の保持を図るために適切な医療サービスを受ける機会を与えるられるものとする。」
- * § 6④ 老人保健施設：寝たきりの老人の介護・機能訓練等と日常生活の世話をを行う施設。
⑤ 老人訪問看護事業：疾病、負傷等により、寝たきりの状態にある老人又はこれに準ずる状態にある老人に対し、その者の家庭において看護婦その他厚生省令で定める者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う事業をいう。

第3章 保健事業等

第1節 保険事業の種類

- * § 12 保健事業の種類：老人訪問看護療養費の支給、訪問指導
§ 13 健康手帳の交付：40歳以上70歳未満で必要な者
§ 14 健康教育：40歳以上の者、またはその家族
§ 15 健康相談：40歳以上の者、またはその家族
§ 16 健康審査：40歳以上の者に対し年1回

- § 17 医療の給付：「家庭における療養上の管理及びその療法に伴う世話その他の看護」を行う。
§ 17の5 老人訪問看護療養費の支給（§ 46の5の2・参照のこと）
§ 18 機能訓練：40歳以上の者で疾病、負傷等により心身の機能が低下している者
§ 19 訪問指導：心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者（40歳以上の寝たきりの者、またはこれに準ずる者）について保健婦その他者の者を訪問させて行われる指導。

第2節 医療等以外の保険事業

第3節 医療並びに入院時食事療養費及び特定療養費の支給

第1款 医療の実施並びに入院時食事療養費及び特定療養費の支給

* § 25 医療の実施

認定および実施者：市町村長
対象：70歳以上の者および65～69歳の寝たきりの老人等
現物給付方式：健康手帳を提示して受ける。

§ 28 老人医療の一部負担金

第5節 老人訪問看護療養費の支給

* § 46の5の2 老人訪問看護療養費の支給

第3章の2 老人保健施設及び指定老人訪問看護事業者

第2節 指定老人訪問看護事業者

* § 46の17の2 指定老人訪問看護事業者の指定

* § 46の17の3 指定老人訪問看護事業者の責務

* § 46の17の5 事業の基準

* § 46の17の10 他の保健事業との関係

第3章の3 老人保健計画

* § 46の18 市町村老人保健計画

第4章 費用

第1節 費用の支弁及び負担

§ 47 費用の支弁

* § 48 交付金

* § 49 国の負担

* § 50 都道府県の負担

§ 51 費用の徴収

第2節 保険者の拠出金

§ 53 拠出金の徴収及び納付義務

§ 54 医療費拠出金の額

第5章 社会保健診療報酬支払基金の老人保健関係業務

§ 64 基金の業務

第7章 罰則

§ 86 罰則

老人保健法施行規則

- § 28の5 「法第6条第5項に規定する厚生省令で定める基準は、病状が安定期にあり、家庭において看護婦等（看護婦その他次条に規定する者をいう。以下同じ。）が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要することとする。」

おわりに

おわりに

本研究は「在宅療養を推進するための条件整備に関する研究」を構成する2つの課題の一つとして行われたものである。他の課題は「在宅療養を支援するための医療処置管理看護プロトコール作成に関する研究」であり、これは本研究の成果を受けて、医師と看護婦が指示と報告を交換する際に、事前に規準を取り交わし、その規準に従ってサービスを行うという考えをもとにプロトコールを作成する、その標準プロトコール（案）を作成するものであった。この研究はすでに、報告書が作成され、試用後の評価活動も始まっている。

本研究は、訪問看護がこれから増大する高齢者人口の良質な老後を支え、人々の良質な生活を保持する支援として機能していくために、必要な法制度的環境をどのように整備したらよいかを検討するものであった。

実際に、法整備を必要とするところも訪問看護婦が実践的に現状を開拓していくべきことがらも見いだされた。訪問看護サービスに対する社会的ニーズは高まっているときであるから、今後は、社会のニーズに対応できるよう、看護サービスを十分に發揮できる法制度的環境を整備するために、法制度に関する専門家によって、いっそう具体的な検討に進んでいただきたいものである。

平成10年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康推進等事業)

在宅療養を推進するための条件整備に関する研究報告書

「療養上の世話」の構造化に関する研究

平成11年3月
発 行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8
YKB 新宿御苑ビル1001
☎ 03-3351-5898(FAX)
✉

印 刷 株式会社 厚生出版社

