

- 2) 入院先の医師及び看護職員は、患者が入院してから在宅に移行する前に、当該患者について、家族や在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等、家族以外の者等患者の在宅療養に関わる者の役割や連携体制などの状況を把握・確認する。
- 3) 入院先の医師は、患者や家族に対して、在宅に移行することについて事前に説明を適切に行い、患者の理解を得る。
- 4) 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び看護職員は、患者の在宅への移行に備え、医療機器・医療材料等必要な準備を関係者の連携の下に行う。医療機器・衛生材料等については、患者の状態に合わせ、必要かつ十分に患者に提供されることが必要である。
- 5) 家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、看護職員、保健所の保健師等家族以外の者等患者の在宅療養に関わる者は、患者が在宅に移行した後も、相互に密接な連携を確保する。

2. 在宅患者の適切な医学的管理

入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、当該患者について、定期的な診療や訪問看護を行い、適切な医学的管理を行う。

3. 家族以外の者に対する教育

入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、家族以外の者に対して、ALS やたんの吸引に関する必要な知識を習得させるとともに、当該患者についてのたんの吸引方法についての指導を行う。

4. 患者との関係

患者は、必要な知識及びたんの吸引の方法を習得した家族以外の者に対してたんの吸引について依頼するとともに、当該家族以外の者が自己のたんの吸引を実施することについて、文書により同意する。なお、この際、患者の自由意思に基づいて同意がなされるよう配慮が必要である。

5. 医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施

- 1) 適切な医学的管理の下で、当該患者に対して適切な診療や訪問看護体制がとられていることを原則とし、当該家族以外の者は、入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員の指導の下で、家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員との間において、同行訪問や連絡・相談・報告などを通じて連携を密にして、適正なたんの吸引を実施する。
 - 2) この場合において、気管カニューレ下端より肺側の気管内吸引については、迷走神経そうを刺激することにより、呼吸停止や心停止を引き起こす可能性があるなど、危険性が高いことから、家族以外の者が行うたんの吸引の範囲は、口鼻腔内吸引及び気管カニューレ内部までの気管内吸引を限度とする。特に、人工呼吸器を装着している場合には、気管カニューレ内部までの気管内吸引を行う間、人工呼吸器を外す必要があるため、安全かつ適切な取扱いが必要である。
- (ア) 入院先の医師や在宅患者のかかりつけ医及び訪問看護職員は、定期的に、当該家族以外の者がたんの吸引を適正に行うことができていることを確認する。

6. 緊急時の連絡・支援体制の確保

家族、入院先の医師、在宅患者のかかりつけ医、訪問看護職員、保健所の保健師等及び家族以外の者等の間で、緊急時の連絡・支援体制を確保する。

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局長通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」(医政発第0726005号)、2005年7月26日
- 2) 厚生労働省医政局長通知「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」(医政発第0717001号)、2003年7月17日

参考文献

- 1) 林 勝利: 第2章 医行為に関する法制度、介護職員基礎研修テキスト第7巻—医療及び看護を提供する者との連携、全国社会福祉協議会、2007
- 2) 看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会: 看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会報告書、厚生労働省、2003

(山田雅子)



看取りと医師法



医師の間でさえ「死亡前24時間以内に診察していないと、死亡診断書を書くことはできない」という誤解がある。いつ亡くなるかを予測することは、どれだけ経験を積んだ医師でも困難なことなので、在宅での看取りを考えた場合、「毎日の往診」を想像される医師が多数おられることと思う。確かに、尿量の低下などによりあと数日の予後となれば、訪問回数が増えることもあるが、法的には「診察後24時間以上経過した死」でも、診療中の患者は死後の診察で死亡診断書を書くことができるし、時間の長さについての規定もない。

したがって、在宅での看取りの一晚を家族が行い、翌朝、医師が診断書を持って家に何うことは現在行われていることで、夜中に訪問看護師がエンゼルケアを行っているということも、看取りが予測される病状において事前に医師から指示があれば一連の流れのなかで行われていることであり、それが医師法違反となることはないのである。

さらに具体的なことでは、死亡時刻の考え方を紹介すると、死亡時刻を、ほどなく到着する医師による死亡確認時刻であるという考え方や、家族が記録した呼吸の止まった時刻とする考え方がある。「死亡診断書記入マニュアル」では「死亡したとき」は死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入します。「死亡したとき」の一部が不明の場合でも分かる範囲で記入します」と記載されており、厳格な法的規制があるわけでもないため、柔軟な対応が可能である。また、死亡確認をする医師については、複数医師体制の場合、初めて訪問診療を行った副主治医がその患者の死亡診断書を書くことに法律上の問題はない。

もちろん、診療録に関して主治医と副主治医の間でとり決めが必要なことはいまでもな

い。ただ、心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では、「在宅での看取り」に関して医師法第20条を紹介しながら、理解を深めていただきたい。

以上、よくたずねられることをまとめたが、そもそもの医師法第20条の解釈について公にされている文書を引用して解説しておくので、確認願いたい。

医師法第20条

医師は、自ら診察をしないうで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案しないうで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。

ここで重要なのは、但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが、誤解や戸惑いの解決になるという点である。

医師法第20条但書に関する件・各都道府県知事あて厚生省医務局長通知（昭和24年4月14日医発第385号）

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方特に御配慮願いたい。

記

1. 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟しくもその者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第二十条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。
2. 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。
3. 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

「死亡診断書」と「死体検案書」の区別は、前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり、後者は死亡の原因が診療にかかわる疾病と全然別のものである場合や、診療中の患者でないものが死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。また、

旧国民医療法では、死亡診断書は交付の際に診察をしないでこれを交付することが認められていたが、医師法では、たとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が最後の受診から起算して24時間を超える場合には、改めて診察をしなければ死亡診断書を交付しえないこととされた。これは、診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。

いずれにしても在宅死の取り扱い、病院死とまったく同様である。在宅医は、異常死論議の余地がないように配慮し、必ず遺体を確認することが求められるし、訪問診療中から死を予告し、死に向かって起こりうる症状をよく説明し、医師以外のスタッフでもよいので、頻りに訪問することが重要だろう。在宅では、医療者と患者・家族との信頼関係のもと、常識的な「看取り」への移行がなされているということである。

昨今の看取りも含めた在宅医療が推進されている背景のもと、ここで取り上げた課題については、「実践 在宅看取り 死亡診断マニュアル」¹⁾ や2008年度版の「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」²⁾ がよくまとまっているので参照願いたい。

引用文献

- 1) 在宅医療を推進するための会（編）：実践在宅看取り死亡診断マニュアル [http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data3_20080331070555.pdf]
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部・医政局（編）：死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル。医療研修推進財団，2008 [http://210.193.118.11/sites/www.pmet.or.jp/sibou/H20sibou.pdf]

参考文献

- 1) 岡嶋道夫：医師法第20条と在宅医療—最後の診療から24時間以上経過していても死亡診断書は書ける [http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m411.htm]

〔松本武敏〕



在宅時医学総合管理料



在宅時医学総合管理料は、在宅で療養する患者のかかりつけ医機能の確立および在宅における療養の推進を図るものと位置づけられている。厚生労働大臣の定める下記の施設基準に適合しているものとして社会保険事務局に届出を行い、通院が困難な患者に対して計画的な医学管理のもとに月に2回以上継続して訪問診療を行った場合に算定できる。

- 1) 在宅時医学総合管理料と併せて2つ以上の在宅療養指導管理を行った場合にも、在宅療養

在宅時医学総合管理料の施設基準

告示

- イ 診療所または許可病床数が200床未満の病院であること
- ロ 在宅医療の調整担当者が1名以上配置されていること
- ハ 患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること

通知

- (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること
 - ア 介護支援専門員、社会福祉士等の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当するものを配置していること
 - イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること
- (2) 他の保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること
- (3) 地域医師会等の協力・調整の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと

指導管理料は主たる1つの指導管理のみを併せて算定する。この場合でも、従たる在宅療養指導管理にかかる加算や使用した薬剤、特定保険医療材料はそれぞれ算定できる。

- 2) すべての検査料が併せて算定できる。
- 3) 末期の悪性腫瘍の患者については、月に4回以上の往診または訪問診療を行った場合には、重症者加算1,000点を加算する。
- 4) 訪問診療の計画がなく往診のみの場合、算定できない。訪問診療を2回以上行う予定だったが、結果として訪問診療を行わなかった場合でも、往診を月2回以上行った場合は算定できる。
- 5) 1つの医療機関でも在宅時医学総合管理料1（在宅療養支援診療所4,200点）を算定する患者と、在宅時医学総合管理料2（在宅療養支援診療所以外の医療機関2,200点）を算定する患者の混在はありうる。
- 6) 1を算定する患者に対しては24時間往診・訪問看護体制を確保し、連絡担当者の氏名および連絡先、電話番号などについて文書で提供する必要がある。
- 7) 在宅時医学総合管理料は当該患者に対して主として診療を行っている医師が属する1つの医療機関において算定する。患者などに対し照会し、他の医療機関における在宅時医学総合管理料の算定の有無を確認する必要がある。
- 8) 連携調整を担当する者とは、ケアマネジャー、社会福祉士のほか、連絡調整を担当できる者であれば医師、看護師、医療事務など医療機関の職員を配置していればよく、資格は問われない。

〔川越正平〕

105◆



居住系施設への在宅医療



2006年診療報酬改定で新設された在宅療養支援診療所、在宅時医学総合管理料が、2008年改定では大きく改定された。すなわち、「居宅」に変わって「在宅」の定義が新たに設けられ、居住系施設入居者等に算定する点数が新設された。

1 居住系施設入居者等に算定する点数の取り扱い

「居宅」の表記が「在宅」となり、在宅医療が提供できる患者の療養先としての「在宅」の範囲が規定された（表7-2）。

訪問診療に関する点数が、居住系施設入居者等の患者とそれ以外の患者で区分された。居住系施設入居者等に算定する点数として、次の点数が新設された（表7-3）。

- ①在宅患者訪問診療料2（200点）
- ②居住系施設入居者等訪問看護・指導料（表7-3参照）
- ③在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2（255点）
- ④在宅患者訪問薬剤管理指導料2（385点）
- ⑤在宅患者訪問栄養食事指導料2（450点）

表7-2 「在宅」の範囲の定義

居住系施設	居住系施設以外
①特別養護老人ホーム ②養護老人ホーム ③軽費老人ホーム ④有料老人ホーム ⑤高齢者専用賃貸住宅 ⑥特定施設・地域密着型特定施設・外部サービス利用型特定施設 ⑦指定（介護予防）短期入所生活介護事業所 ⑧指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（認知症高齢者グループホーム） ⑨指定（介護予防）小規模多機能居宅介護事業所（宿泊サービス時のみ） ①～⑥に入所・入居する患者 ⑦～⑨の介護給付・介護予防給付の受給者	①自宅（持ち家・借家・マンション） ②社会福祉施設（居住系施設以外） ③障害者施設等

※「在宅」以外：病院・有床診療所、介護療養型医療施設、介護療養型老人保健施設、介護老人保健施設

表 7-3 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料

	居住系施設以外の在宅患者		居住系施設入居者等	
	在宅患者訪問診療料			
	1	830点	2	200点
医師	在宅時医学総合管理料		特定施設入居時等医学総合管理料	
	①在宅療養支援診療所（病院）		①在宅療養支援診療所（病院）	
	処方せん交付あり	4,200点	処方せん交付あり	3,000点
	処方せん交付なし	4,500点	処方せん交付あり	3,300点
	② ①以外		② ①以外	
	処方せん交付あり	2,200点	処方せん交付あり	1,500点
	処方せん交付なし	2,500点	処方せん交付あり	1,800点
	※特定施設入居者等以外では、在宅時医学総合管理料を算定			
看護師 保健師 助産師 准看護師	在宅患者訪問看護・指導料		居住系施設入居時等訪問看護・指導料	
	看護師等	週3日目まで 555点	看護師等	週3日目まで 430点
		週4日目以降 655点		週4日目以降 530点
	准看護師	週3日目まで 505点	准看護師	週3日目まで 380点
		週4日目以降 605点		週4日目以降 480点
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料			
	1	300点	2	255点
薬剤師	在宅患者訪問薬剤管理指導料			
	1	550点	2	385点
	麻薬管理指導加算	100点	麻薬管理指導加算	100点
管理栄養士	在宅患者訪問栄養食事指導料			
	1	530点	2	450点

さらに、特別養護老人ホームと特定施設等に入居する患者への特定施設入居時等医学総合管理料が新設された。在宅患者訪問点滴注射管理指導料について、居住系施設入居者等訪問看護・指導料の対象患者、訪問看護ステーションの訪問看護基本療養費（Ⅲ）の対象患者が追加された。

〔白髭 豊〕



退院調整に対する診療報酬



これまで述べてきたように、病院、診療所、訪問看護ステーションなどが協力し合って、患者の退院支援にあたる必要があるとあり、診療報酬もそれに対する評価をしてきている。そのおもな項目を示しておく。ここに挙げた解説は点数表の抜粋であり、請求可能な回数や条件など、詳細については原文を確認することをお勧めする。

1 患者が入院している医療機関で請求が可能な項目

a) 退院時共同指導料 2 (300点)

入院中の保険医療機関の保険医または看護師などが、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明および指導を、診療所の医師または看護師などと共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に算定可能である（診療所の医師の場合、さらに300点を加算し、保険薬局薬剤師、訪問看護ステーション看護師、ケアマネジャーなど、在宅医療に関連する専門職3者以上と共同した場合、さらに2,000点を加算する）。

b) 退院前在宅療養指導管理料 (120点)

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するにあたり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する（1泊2日でも算定可能）。

c) 退院前訪問指導料 (410点)

入院期間が1カ月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、患者・家族などに退院後の療養指導を行った場合、算定する。

d) 退院時リハビリテーション指導料 (300点)

患者の退院時に患者・家族に対し、退院後の居宅における基本的動作能力もしくは応用的動作能力または社会的適応能力の回復を図るための訓練などについて必要な指導を行った場合に算定する（PT、OTに限らず、医師、看護職、社会福祉士、精神保健福祉士も算定可能）。

2 診療所が入院先医療機関と共同した場合の評価

a) 退院時共同指導料 1 (1,000点) (在宅療養支援診療所の場合。それ以外では600点)

保険医療機関に入院中の患者について、診療所の医師または指示を受けた看護師などが、患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明および指導を、入院中の保険医療機関の保険医または看護師などと共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合、診療所が算定する。末期の悪性腫瘍の患者については、当

該入院中2回算定できる。

3 訪問看護ステーションが退院調整に関わった場合の評価

a) 退院時共同指導加算 (6,000円)

指定訪問看護を受けようとする者が、保険医療機関などまたは介護老人保健施設に入院あるいは入所している場合、訪問看護ステーションの看護師などが、主治医またはその所属する保険医療機関などもしくは介護老人保健施設の職員と共同し、居宅での療養上必要な指導を行った場合、加算する。

b) 退院支援指導加算 (6,000円)

厚生労働大臣が定める疾病および状態にある利用者の場合、訪問看護ステーションの看護師が退院日に療養上必要な指導を行った場合、加算する。

4 地域連携クリティカルパスの実施に関する項目

a) 地域連携診療計画管理料 (900点)

対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得たうえで転院時または退院時に計画管理病院が算定する。

b) 地域連携診療計画退院時指導料 (600点)

地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、退院後の診療計画を作成し、説明し、それを文書で提供した場合、算定する。

(山田雅子)



衛生材料や保険医療材料の供与



在宅療養指導管理料を算定する場合、必要かつ十分な量の衛生材料または保険医療材料を支給することと定められている。つまり、当該医療材料の費用は在宅療養指導管理料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

①医療機関は訪問看護ステーションとの連携などにより在宅医療に必要な衛生材料などの把握に努め、十分な量の衛生材料などを支給することとされている。

②たとえば、アルコールなどの消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏など）、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメなどは当該医療機関が提供する必要がある。代表的な在宅療養指導管理料を算定する場合に提供すべき衛生材料を表7-4に示した。

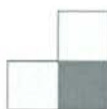
③衛生材料などの費用を患者から自費徴収することはできない。

- ④特定保険医療材料に規定される材料については、別途算定できる。

(川越正平)



居宅療養管理指導



通院が困難な患者に対して、医師が居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、ケアマネジャーに対するケアプランの策定などに必要な情報提供、ならびに患者もしくはその家族などに対する居宅サービスを利用するうえでの留意点、介護方法などについての指導および助言を行った場合、1カ月に二度を限度として算定する介護報酬である。

1) 在宅時医学総合管理料を算定しない患者については、居宅療養指導管理料 (I) (500 単位) を算定する。ケアマネジャーに対する情報提供を行わなかった場合、100 単位を所定点数から減算する。

2) 在宅時医学総合管理料を算定する患者については、居宅療養管理指導料 (II) (290 単位) を算定する。ケアマネジャーに対する情報提供を行わなかった場合、居宅療養管理指導料の算定はできない。

3) ケアマネジャーに対する情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする。当該会議への参加が困難な場合や開催されない場合などにおいては、文書など (メールや FAX などでも可) により、ケアマネジャーに対して情報提供を行うことで足りる。

情報提供すべき事項

- ①基本情報 (医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、患者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先など)
- ②患者の病状、経過など
- ③介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法など
- ④患者の日常生活上の留意事項

4) 介護サービスを利用していない患者の場合、そもそも情報提供先がないので、(I) は 100 単位の減算となり、(II) については算定ができないことになる。

5) 居宅療養管理指導料を算定する場合、市町村・ケアマネジャー・薬局への診療情報提供料は算定できない。

6) 居宅療養管理指導料はケアマネジャーが作成するケアプランに位置づけられていなくても算定できる。区分支給限度額管理の対象とならない。

表 7-4 管理料ごとに供与する衛生材料・医療材料の例

<p>在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 /2,500 点 (エレンタール[®]・エンテールド[®]・ツインライン[®]のみ算定可能) 特定保険医療材料 ・バンパータイプ /23,700 円 ・バルーンタイプ /9,010 円 ・栄養カテーテル (一般) /234 円</p>	<p>栄養管セット加算 /2,000 点</p>	<p>胃瘻交換 (1/月) 1 月に供与する衛生材料・医療材料 イルリガートル 1 個 10mL シリンジ 1 本 蒸留水 20mL × 4 カテーテルチップシリンジ 30mL × 4 カテーテルチップシリンジ 50mL × 4</p>
<p>在宅自己注射指導管理料 /820 点</p>	<p>血糖自己測定器加算 / 月 20 回以上 /400 点 月 40 回以上 /580 点 月 60 回以上 /860 点</p>	<p>血糖チェック 測定器 (例: メディセーフ[®]) 1 月に供与する衛生材料・医療材料 (1 回 / 日測定) 測定チップ (例: メディセーフ[®] 30 個 / 箱) 穿刺針 (例: メディセーフ[®] 30 個 / 箱) (アルコール綿)</p>
<p>在宅自己導尿指導管理料 /1,800 点</p>	<p>間欠導尿用カテーテル 使用加算 /600 点</p>	<p>1 月に供与する衛生材料・医療材料 セルフカテーテル ジアミトール[®] 500mL</p>
<p>在宅中心静脈栄養法指導管理料 /3,000 点</p>	<p>中心静脈栄養法輸液 セット加算 /2,000 点</p>	<p>ルート交換 月に 7 組以上使用するときは 7 組以降 特定保健医療材料で算定可 1 月に供与する衛生材料・医療材料 (6 回 / 月交換) ポンプ専用チューブ 6 本 ポート針 6 本 インジン[®] 100mL ガーゼ 10 枚 綿棒 6 本 カテリブ[®] 6 枚</p>
<p>在宅気管切開患者指導管理料 /900 点 特定保険医療材料 ・カフ付き G チューブあり /5,330 円 ・カフ付き G チューブなし /4,470 円 ・カフなし /4,470 円 在宅人工呼吸指導管理料 /2,800 点</p>	<p>人工鼻加算 /1,500 点</p>	<p>カニキュール交換 (1 回 /2 週) 1 月に供与する衛生材料・医療材料 吸引チューブ 30 + 10 本 エタノール 500mL 2 本 カット綿 半箱 Y ガーゼ 30 枚 未滅菌手袋 100 枚 マスク R[®] 500mL 1 本 人工鼻 例: サーマンペント[®] 10 個 (気切孔) 呼吸器回路用 15 個 (閉鎖)</p>
<p>在宅寝たきり患者処置指導管理料 /1,050 点 特定保険医療材料 ・2 管一般 (簡) 268 円 ・2 管一般 (簡) 729 円 ・2 管一般 (密) 1,750 円 ・特定 (簡) 778 円</p>		<p>*留置カテーテル バルーン交換 (1 回 /2 週) 1 月に供与する衛生材料・医療材料 ウロガード[®] × 2 個 10mL シリンジ × 2 蒸留水 20mL × 2</p>

7) 外来受診のみの場合には算定できない。

川越正平



意見書記載のポイント



介護保険制度においては、40歳以上65歳未満の者については、要介護状態または要支援状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢によって生ずる心身の変化に起因する疾病であって、政令で定めるもの（特定疾病）により生じた場合に、本制度によるサービスの給付がなされる。特定疾病については、1997年2月より、高齢者医療の専門家によって選定基準や範囲の規定方法、これらを踏まえた具体的な疾病などが医学的観点から検討され、15疾病が定められた。

しかし、本制度によるサービスや障害者施策による福祉サービスといった、公的サービスのいずれの対象者ともなっていないいわゆる「制度の谷間」があった。それが「がん（悪性新生物）」のケアの充実という観点から、40歳以上のがんの「末期」にある患者が本制度を利用できるよう、2006年から「がん末期」が特定疾病に追加された。

特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する考え方について—がん末期の方々が住み慣れた地域や自宅で最期を迎えるために（中間報告）

2005年10月20日 特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班

主治医意見書記入の手引き—特定疾病にかかる診断基準

2006年4月改訂版（4月22日修正）

1. がん（がん末期）

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。

2. 定義

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

1) 無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律的増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそうい

った外界からの影響を受けず無制限にかつ自律的に増殖する。

2) 浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

3) 転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

4) 何らかの治療を行わなければ、1) から3) の結果として死に至ること（致死性）

3. 診断基準

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治療を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治療困難な状態（注）にあるもの。

1) 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

2) 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔をおいた同一の検査（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの

注）ここでいう治療困難な状態とは、概ね6カ月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤などによる治療が行われている場合であっても、症状緩和など、直接治療を目的としない治療の場合は治療困難な状態にあるものとする。

※本報告書の「おわりに」に記載してあること

4. 問題点

介護保険法施行令において掲げる特定疾病としての表記として、「がん」や「末期」をどのように表現するかということについては、立法技術的観点から別途検討する必要があるが、「末期」という言葉自体を忌避している患者やその家族、医療提供者などが少なくない現状においては、「末期」という言葉を避けるため、結果として、本制度に基づき在宅医療を継続するために必要なサービスが利用できないという事態が起こる可能性も否定できない。

5. 留意すべき点

仮に特定疾病の表記上の名称を「がん」や「末期」とした場合に、要介護認定の申請や審査判定、あるいは主治医意見書への記載といった運用面では、必ずしも「末期」という言葉を必須としないなど、柔軟な対応が行われるよう留意すべきである。

6. まとめ

本報告を踏まえ、「がん末期」を特定疾病に追加するにあたっての議論が進み、「がん末

期”にある方々が介護サービスを利用しながら住み慣れた自宅や地域で最期を迎えることが可能となることを期待する。

「がん末期」の診断基準について、「治療に反応しない」「進行性」といった点についてなんらかの客観的な要件を設ける必要性についても検討がなされた。しかし、がんの種類や、その臨床経過によっても大きく異なることから、具体的な検査手技などは示さず、臨床経過のなかで主治医が総合的に判断するほうがより臨床現場に即した基準であると考えられる。

参考文献

- 1) 「がん末期」を特定疾病に追加することについて [http://www.pref.mie.jp/chojus/gyousei/H18kaisei/nintei4.pdf]
- 2) 主治医意見書記入の手引き平成18年4月改訂版(4月22日修正) [http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kourei/jigyousya/pdf/ikensho_tebiki.pdf]

[松本武敏]



在宅療養支援診療所の届出



1 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の施設基準

1) 在宅療養支援診療所の施設基準

次の各号のいずれにも該当するものであること。

- ①診療所であること。
- ②当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- ③当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- ④当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- ⑤当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保

険事務局長に届け出ていること。

⑥連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

⑦患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑧当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

⑨定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

2) 在宅療養支援病院の施設基準

次の各号のいずれにも該当するものであること。

①保険医療機関である病院であって、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること。

②当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

③当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。

④当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

⑤当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

⑥訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

⑦患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑧当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

⑨定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

2 届出の書き方の要点 (図7-1)

1) 在宅医療に係る施設基準の届出の有無

在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出は、**有**とする。

在宅末期医療総合診療料は、訪問看護、他院の医師の往診をすべて包括で請求し、それらの機関に現金支払いすることになるのでその点を確認願いたい。届出する場合は、**有**とする。

(算定するか否かは別として、届出は出しておくほうが選択の幅が広がり得策である)。

2) 当該診療所の担当者氏名

(1) 担当医、(2) 看護職員については、
自院の医師名、看護師名を記入する。

3) 24時間対応体制に係る事項

ここは、交代制有りの場合はそれぞれ勤務割表の例を添付することになる。「交代制なし」
で届け出ること可能である。

すなわち、

①患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制は1名で担当、交代制（有・無）。

②往診体制：対応体制は1名で担当、交代制（有・無）。

③緊急訪問看護体制：対応体制は1名で担当、交代制（有・無）

としておくこともできる。

4) 保健医療サービスおよび福祉サービスとの連携担当者

同意を得たケアマネジャー、または自院の診療所医師でも可能である。

5) 連携保険医療機関など

近隣の診療所と相互の協力関係を築き、同意のうえ記入する。

6) 緊急時の入院体制（図7-2）

近隣の病院で同意を得たところを記入する。最も代表的な病院名のみでよい。実際の連携先
が別病院の場合も当然想定されるが、届け出るのは1病院で構わない。

〔白髭 豊〕

図 7-1 在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1	在宅医療に係る施設基準の届出の有無 ・ 在宅時医学総合管理科に係る施設基準の届出 (有・無) ・ 在宅末期医療総合診療科に係る施設基準の届出 (有・無)
2	当該診療所の担当者氏名 (1) 担当医 (2) 看護職員
3	24 時間対応体制に係る事項 (1) 患者からの連絡を直接受ける体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有・無) ・ 担当者の氏名及び職種, 連絡方法・連絡先 ・ 当該診療所内で確保 (有・無) ・ 担当医が直接対応 (有・無) (2) 往診体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有・無) ・ 担当医及び連携保険医の氏名 (3) 緊急訪問看護体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有・無) ・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名, 所属先 * 交代制有りの場合は, それぞれ勤務割表の例を添付すること。
4	保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者 ・ 氏名, 連絡先 ・ 資格, 主な業務内容 ・ 体制 (管理者・自施設の職員・院外の事業所等との連携・その他)
5	連携保険医療機関等 (1) (1) 医療機関の名称 (3) 担当医の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先 ----- 連携保険医療機関等 (2) (1) 訪問看護事業者の名称 (3) 担当看護職員の氏名 (2) 開設者名 (4) 連絡先
6	緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有・無) (1) 連携保険医療機関の名称 (2) 開設者名 (4) 担当医の氏名 (3) 所在地 (5) 緊急時の連絡先

[記載上の注意]

- 括弧内は, いずれか該当するものに○を記入する。
- 「3」について, それぞれ交代制有りの場合は, 勤務割表の例を添付すること
- 「5」及び「6」については, 他の保険医療機関等と連携して 24 時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること
- 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること

図7-2 緊急時の注意事項および連携体制についての説明文書

平成 年 月 日
様
(所在地) ○○○○医院 院長 ○ ○ ○ ○ 印 TEL ○○○—○○○—○○○○
<p>あなたが安心して在宅療養を行えるよう本院では24時間連絡を受ける体制を整えております。緊急に連絡が必要になった場合は、(1)の電話番号等に御連絡下さい。</p> <p>また、本院は、連携医療機関等にあなたの療養上必要な情報を文書にて随時提供しており、24時間適切な往診、訪問看護および緊急時の入院が可能な体制を整備しています。</p>
<p><u>(1) 患者さんからの連絡を直接受ける体制</u></p> <p>往診・訪問看護などが必要な場合は、次へご連絡ください。</p> <p>○○○○医院 TEL ○○○—○○○○—○○○○ (24時間対応)</p> <p>(上記番号が話し中などの場合は 携帯○○○—○○○○—○○○○)</p> <p>担当者の氏名および職種 ※曜日ごとに変更がある場合は内容を記載</p>
<p><u>(2) 24時間往診体制</u></p> <p>往診は、基本的に○○○○医院院長 ○○○○が担当します。</p> <p>本院で往診不可能な場合は、連携先である △△△病院 ○○○○医師が対応します。</p> <p>連携保険医療機関の名称 開設者名 所在地 担当医の氏名 連絡先電話番号 連絡担当者</p>
<p><u>(3) 24時間訪問看護体制</u></p> <p>訪問看護は、○○○○医院の看護職員か、連携先である ○○○訪問看護ステーションの職員にて対応します。</p> <p>・○○○○医院担当者 職種・氏名</p> <p>・連携先の名称 開設者名 所在地 担当看護職員の氏名 連絡先電話番号</p>
<p><u>(4) 緊急時の入院体制確保</u></p> <p>緊急に入院の必要が生じた場合は、本院か次の保険医療機関に入院できる体制を確保しています。</p> <p>連携保険医療機関の名称 開設者名 所在地 担当医の氏名 緊急時の連絡先</p>
<p><u>(5) 他の保険医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者</u></p> <p>連絡先、氏名、資格、主な業務内容等</p>

第8章

情報システムの利用



がんの在宅チームケアでネットワーク化された情報共有を行う意義



1 はじめに

岡部医院（当院）が実践してきた WHO（世界保健機関）基準の緩和ケアでは、患者とその家族に対して、全人的なサポートを行うことを目標としている。これを実現するため、医師、看護師、ソーシャルワーカーをはじめ、さまざまな職域の人材を登用し、チームを組んで患者と家族のニーズに対応している。訪問するがんの患者数は年間 300 名弱で、これらの方々が宮城県名取市と仙台市を中心とした地域に散在している。

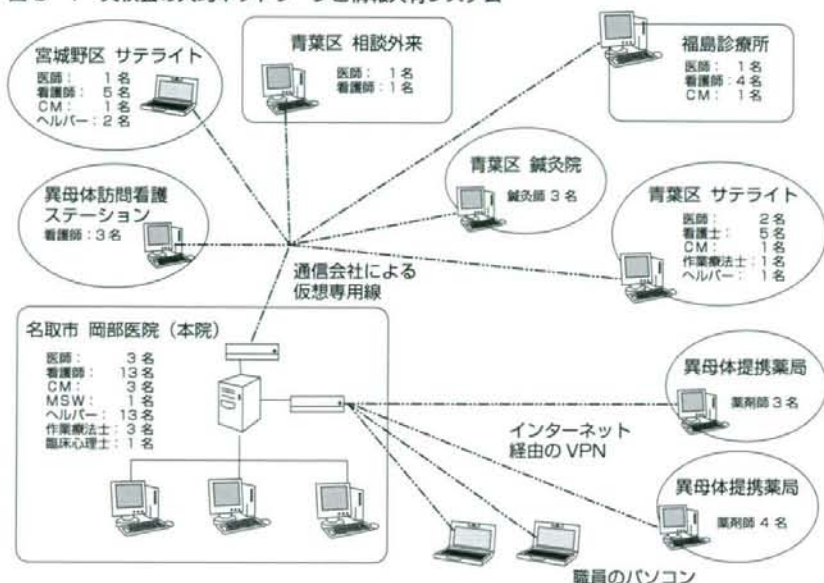
この地域で緩和ケアを継続的に実施しようとする時、伝統的な電子カルテや紙カルテの運用では、即時性、空間性の面で問題があることは開業当初から明白であった。さらに、従事している領域が、患者個々の人生にとって重大な局面の医療・介護のケアであるため、刻々と変化する病状や容態に、標準化した処置や投薬を適用するだけでは済まされない。患者を取り囲む家族の状況が支援体制に大きな影響を与えることもある。患者が在宅であることと、緩和ケアに関して全人的なサポートを行うことの2つを両立させるため、ネットワーク化された医療や介護の情報（以下、ケア情報）の共有システムを独自に開発し、試用してきた。

2 爽秋会の人的ネットワークと情報共有システム

図 8-1 のように、当院の本院は宮城県名取市に所在する。本院のほかに、福島県福島市に診療所 1 カ所、仙台市青葉区に緩和ケア相談外来 1 カ所、同青葉区と宮城野区に 1 カ所ずつサテライトがあり、診療・看護・介護活動の拠点として機能している。経営母体は異なるが、相互協力体制が確立している薬局が名取市と仙台市にそれぞれ 1 カ所、訪問看護ステーションが柴田郡大河原町に 1 カ所ある。

人員は基本的に図 8-1 のように配置されているが、医師は拠点に対して絶対的な帰属はない。看護師とヘルパーは、基本的に患者宅に最寄りの拠点からケアの提供を行う。ケアマネジャーと医療相談員は、各拠点の近隣にある紹介元の病院や、患者のご自宅または療養先の家族

図8-1 爽秋会の人的ネットワークと情報共有システム



のお宅などを移動してさまざまな調整を行う。作業療法士と鍼灸師は、必要に応じてスタッフが分散しながらサービスエリアをカバーする。臨床心理士は、仙台市を拠点にカウンセリングなどの活動を行い、定期的に福島市を訪問している。福島市には診療所が1カ所あり、医師、看護師、ケアマネジャーが福島市の南部地域をカバーしている。

当院のケア情報共有システムのデータベースは名取市の岡部医院に設置されており、名取市に勤務する50名あまりの職員がLANで接続し、情報の閲覧や入力を行っている。仙台市、福島市の分院やサテライトの職員は、通信会社の仮想専用線サービスを利用して、LANに近い通信速度で本院のサーバーにつなぎ情報の共有ができるようになっている。

スタッフは訪問を続けた結果、本来自分が属する拠点から離れることがあっても、最寄りの拠点に立ち寄ることにより、自分や他のスタッフが入力した情報をリアルタイムで見ることができるようになっている。医師が院外で業務を行う場合は、データ通信カードなどを利用して、仮想プライベートネットワーク^{*1)}経由で、サーバーに接続し、情報の閲覧などが可能になっている。異なる経営母体に属する薬局のスタッフもVPNを利用して、当院のデータベースに接続し、自分たちが担当する患者の情報を閲覧することができる。過去においては病院の建物に看護室という場があり、カルテを通して他のスタッフと同時同所で患者情報の共有が可能であった。がんの在宅チームケアでは“同時異所”で情報の共有を成立させる方法論が必要

*1) 仮想プライベートネットワーク (virtual private network) の頭文字をとり、“VPN”とも呼ばれ、誰にでも傍受される可能性のあるインターネットを利用しながらも、拠点間の通信に暗号化を行い、情報をやりとりする技術である。外部拠点から当院に接続をする場合は、この方法を用いて情報の漏洩を防いでいる。