

**(2) 患者等が麻薬を受領する際の待ち時間の改善**

麻薬小売業者が、ファクシミリで電送された麻薬処方せんの処方内容に基づいて麻薬の調製等を開始することを認めることとし、患者等が麻薬処方せんを持参した場合に、速やかに当該処方せんを確認し、麻薬を交付することを可能にし、患者が麻薬を受領する待ち時間の改善を図ることとする。

**(3) 麻薬の保管設備に係る麻薬診療施設の負担の軽減**

麻薬診療施設の開設者が麻薬を所有又は管理しない場合は、麻薬診療施設内の麻薬保管設備の設置を不要とすること。

**4 麻薬管理マニュアル改訂の3つのポイント**

2006年12月に「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」と「薬局における麻薬管理マニュアル」が在宅医療を推進するために改訂されている。以下に、そのポイントについて解説する。

1) 看護師は主治医の指示で、麻薬及び麻薬処方箋を患者宅に届けることができる。

今回の改訂では、「麻薬施用者（麻薬の施用を指示できる医師等）は、患者の病状等の事情により患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた看護又は介護に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬及び麻薬処方せんを手渡すことができる」とされ、対象が広がった。この場合、「患者・家族の意を受けた人である」ということを書面、電話などで確認することが必要ということになっている。

2) 麻薬の注射薬を上記ホームヘルパーなどに手渡す場合の「薬液を取り出せない構造で麻薬施用者が指示した注入速度を変更できないものにして下さい」という項目に、「ただし、看護師が麻薬施用者の指示・監督の下、患者宅で麻薬注射剤の施用を補助する場合はこの限りではありません」という但し書きが追加された。

これは、看護師であれば、麻薬の注射薬をアンプルのまま患者宅に持って行くことができる、あるいは、麻薬管理者である薬剤師が患者宅に持っていき、そこで看護師がカートリッジにセットするなどの行為ができるようになったということの意味する。

3) 処方箋をファックスで麻薬小売業者（調剤薬局）に送った場合、薬局では処方箋原本を確認する前に調剤を始めることができる。

もともとファックスで調剤する場合、患者がその薬局に取りに来ないという場合もあるため、麻薬の場合は、破棄する手続きが詳細であるため原本を確認してから調剤するという段階を踏んでいた。しかし、今回、「患者等が受け取りに来ない場合、調剤前の麻薬として再利用できる」となったため、処方されてから患者に麻薬が届くまでの時間を節約することが可能となった。

## 5 患者・家族の疼痛緩和に上手に生かしてほしい

在宅医療に関わるのは以上の3つである。そのほかに大きく変わるところは、病院に入院している患者であっても「患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要最低限の麻薬を管理させることは差し支えありません」とされ、患者の不注意で紛失した場合は状況を確認して盗難や詐取されたなどの状況がない場合には、麻薬事故届を提出する必要がないとされた。これは、退院に向けて積極的な服薬指導を行うためには重要なポイントであろう。

こうした病院内での機能を充実させるために、麻薬を自己管理している患者については、その患者が麻薬を紛失したとしても麻薬管理者からの麻薬事故届が不要とされたこともあるので、病棟における退院指導の一環として活用してほしいと考える。

### 文 献

- 1) ホームページ [http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/med\_info/drug2/odjrh3000000i0y6-tt/drug\_man2006hosp.pdf]
- 2) ホームページ [http://ganjoho.ncc.go.jp/pro/med\_info/drug2/pdf/drug\_man2006hosp.pdf]

(山田雅子)



## 医行為をめぐる法的な解釈



医行為の実施にまつわる法的解釈について、医師法及び保健師助産師看護師法から解説する。また、非医療者による医行為についても併せて解説する。

### 1 医師法と保健師助産師看護師法における医行為の解釈

そもそも医行為に関して、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、医業を医師の独占業務（医師でしか行ってはいけない行為）として位置づけている。しかし、医師の業務は多岐にわたり、ある一定の教育を受け国家資格を有する医師以外の医療者に対して医師が指示を出す場合に限り、医行為を医師でなくても実施することができる」とされている。たとえば、看護師の行う診療の補助、診療放射線技師が行う人体に対する放射線の照射などがそれに該当する。

では、何を医行為とするかであるが、現在の判例の通説としては「医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」とあるとか、「医師の医学的な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、又は危害を及ぼすおそれのある行為」とされている。1つひとつの行為について、医療行為か否かの定義がなされているわけではない

が、近年、医療職の配置が少ない介護現場において、非医療職が医行為を行ってよいのかといった混沌とした状況に対し、厚生労働省から出された通知では、たんの吸引、血圧測定、処方薬の使用介助、爪切り、浣腸といった行為については医行為ではないとした解釈がなされている<sup>1)</sup>。しかしこれらも、「患者の状況によっては同じ行為であっても医行為になりうる」という前提での解釈であるということは注視しておく必要がある。

一方、看護師の業務である診療の補助は、医師の指示を必要とする業務である。これは医師法第17条「医師でなければ、医業をなしてはならない」について、看護師であって医師から指示がある場合にはその限りではないという構造から成り立っている。具体的には、在宅医療においては経口薬、注射薬などの投薬に関する指示、酸素療法における酸素流量の指示、人工呼吸器管理に関しては、呼吸回数等の設定、肺理学療法の実施、吸引の実施などに関する指示などがそれにあたると考えられる。しかし、どの行為が医行為にあたるのかということについては、前述した定義に基づき、現場の医師と看護師の間で議論し、その患者が必要としている行為について整理をし、在宅療養者が不利益を被らないよう、また非医療職に法外な責任を押しつけないような配慮を十分に行う必要がある。

そのために医師、看護師を中心とした医療職は、1つひとつの行為について、具体的な話し合いの場をもち、そのリスクなどを整理し、申し合わせ事項をとりまとめて事前約束指示を作成したり、経験の浅い行為については研修プログラムを作成して実施したりといった調整を行っていくことが求められる。

## 2 医行為かどうかの判断

繰り返すが、介護職に医行為を指示することはできないのが法律の定めとなっている。前述した医行為を行うことのできる医療関係職種として介護福祉士は位置づけられていないのである。ましてや、国家資格ではないホームヘルパーにとってはもちろんである。したがって、大原則として介護職に医行為を指示し実施させることは、現在のわが国の法体系においては違法であるといわざるをえない。

前述の厚生労働省医政局長通知の内容をみると、たとえば、「軽微な切り傷、擦り傷、やけどなどについて、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること」とは医行為にあたらないとしている。つまり、傷の処置と一言にいってもその程度が異なり、軽微であれば医行為ではないという解釈である。反対に軽微ではない場合の傷の処置は医行為ということになる。もちろん、軽微か否かの状況判断は医師が行うのが原則となる。近頃の褥瘡の処置において、台所用品であるラップなどの使用を勧めているとの報告もあるが、ラップだから医行為ではないと誤った解釈をしていることについては危惧される場所である。

傷の処置に使用する材料が医療材料であっても台所用品であっても重要なのは、その傷の程度によって医療職が行うべき医行為であるか、介護職が行える医行為でない行為なのかの判断を行うことなのである。

看護職にたずねると、ある医行為に対して、法律上できないということと、自分の経験上実

施したことがないことを混同して「できない」と考えている者が多いように感じる。また、法律上ということと院内ルールとして行っていないということについても区別がついていない場合もあるため、整理をして在宅における新たなルールをつくっていくことも視野に入れた検討をしてほしいと考える。

たとえば、男性の尿道留置カテーテルの交換については、病院内では医師が行うというルールが存在していても、在宅医療の現場では看護師がその役割を担っていることが多いということが例として取り上げられる。このとき、実施経験がない看護師は、男性の場合のリスクについて学習し、手順を確認し、できれば病院やクリニックで実習したり、主治医と同行訪問をしながら実習したりするなどして、そのうえで在宅において1人で実施するという教育プログラムが必要となろう。

### 3 医行為と介護職

次に、こうした大原則を確認したうえで、ヘルパーなどによるたんの吸引に関する通知文<sup>2)</sup>を読んでほしい。本通知では、在宅における筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者に対するたんの吸引の実施について、一定の条件が備わった場合、家族以外の非医療者が実施しても違法ではないと解釈されている。

たんの吸引はそもそも医行為として解釈されているが、通知では、表7-1に示した条件すべてが整ったうえでヘルパー等が行うこともやむをえないとの考え方が示されている。ヘルパーはこれらの条件がすべて整った環境のなかで、特定の患者に対して気管カニューレ内の限られた部分のたんの吸引を行うことの違法性が阻却されるという考え方である。

ちなみに、これらの条件が整ったとしても、ヘルパーは業務としてこの行為を行うわけではなく、あくまでもヘルパー個人が患者個人と同意を結び、業務外で行うとされている。したがって、何か事故につながった場合、ヘルパーは法的には誰の指示も受けていないことになり、責任の追及がされた場合などリスクを負っている。

こうした課題が残っているため、ヘルパーがたんの吸引を行うことでALSなどの人工呼吸器を装着して自宅で過ごす患者のQOLが高まる可能性が出てきたものの、その安全を保証する仕組みとしてはまだ十分に整っている状況とはいえない。訪問診療が可能な医師や訪問看護師を見つけるのが困難であり、そのためにヘルパーがたんの吸引を行っているという事例もあるようだが、本来は医療職が24時間体制で関われる体制を整え、介護職などに対しては医行為の手順を教えるのではなく、安心して介護の仕事に専念できるよう体制を整え支援することが医療職の重要な役割であるといえよう。

表7-1 家族以外の非医療者によるたんの吸引が容認されるための6つの要件<sup>2)</sup>

#### 1. 療養環境の管理

- 1) 入院先の医師は、患者の病状等を把握し、退院が可能かどうかについて総合的に判断を行う。

- 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、法律的には「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晩を家族が行い、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のはいうまでもな

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、頻回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』<sup>1)</sup> や2008年度版の『死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』<sup>2)</sup> 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]

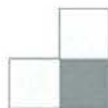
#### 参考文献

- 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



## 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変された。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	2
医師	830点	200点
	在宅時医学総合管理料 ①在宅療養支援診療所（病院） 処方せん交付あり 4,200点 処方せん交付なし 4,500点 ② ①以外 処方せん交付あり 2,200点 処方せん交付なし 2,500点	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） 処方せん交付あり 3,000点 処方せん交付あり 3,300点 ② ①以外 処方せん交付あり 1,500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	
	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 麻薬管理指導加算 100点	2 385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ことが必要であり、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上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上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に例示した。

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®・ツインライン®のみ算定可能) 特定保険医療材料 ・パンパタイプ /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 イリリガートル 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には 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 インソジン® 100mL ガーゼ 10 枚 綿棒 6 本 カテーリーブ® 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>カニューレ交換 (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: サーマンベント® 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 (特) 268 円 ・2 管一般 (監) 729 円 ・2 管一般 (診) 1,750 円 ・特定 (特) 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てい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者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、患者の求めに応じて、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者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、患者の求めに応じて、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者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つては、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」で届け出ることも可能である。

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〕