

福岡在宅医療 ことはじ 事始め
～さあ始めよう在宅医療～

日時：令和7年2月8日（土）14：00

場所：福岡県医師会館 5階大ホール

福岡在宅医療 ことはじ 事始め～さあ始めよう在宅医療～

△開催日時：令和7年2月8日（土）14：00～17：00

△開催方法：①会場：福岡県医師会館5階大ホール

福岡市博多区博多駅南 2-9-30

②ZOOMウェビナーによるWEB配信

1. 開 会

2. 挨拶

3. 講 演

1) 福岡県における在宅医療の現況

講 師：辻 裕 二（公益社団法人福岡県医師会 常任理事）

2) 在宅医療の基本的構造と実践

講 師：伊 藤 大 樹（医療法人あおばクリニック 院長）

3) 在宅医療におけるトラブルや保険診療の注意点等

講 師：田 中 耕太郎（公益社団法人福岡県医師会 理事）

4) 多職種連携の重要性

講 師：権 頭 聖（医療法人権頭クリニック 院長）

5) 認知症・BPSDの対応

講 師：原 祐 一（公益社団法人福岡県医師会 常任理事）

6) ACPと検案の実際

講 師：牟 田 文 彦（むた ほとめき クリニック 院長）

4. 閉 会

（ 日本医師会生涯教育講座単位 3単位 CC：13、29、80、81 ）

講 演

1) 『福岡県における在宅医療の現況』

公益社団法人福岡県医師会

常任理事 辻 裕 二

演者プロフィール

辻 裕 二（医療法人辻内科クリニック 理事長・院長）

昭和 54 年 3 月鹿児島大学医学部卒業

平成 4 年 8 月開業

専門は一般内科（総合内科専門医）、消化器（主に肝胆膵）内科

医師会活動

福岡市東区医師会会長を経て、平成 26 年 6 月福岡県医師会常任監事、

平成 28 年 6 月より同常任理事

担当は地域包括ケア、在宅医療、医療情報 他

外部委員等

日本医師会小児在宅ケア検討委員会 委員

福岡県在宅医療推進協議会 会長

福岡県小児等在宅医療推進検討会 会長

福岡県地域医療構想アドバイザー（在宅医療部門） 他

福岡在宅医療 事始め ～さあ始めよう在宅医療～

福岡県における在宅医療の現況

福岡県医師会
常任理事 辻 裕二
令和7年2月8日

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

Fukuoka medical association



1

【資料2】

第8次医療計画における 在宅医療の体制整備について

 厚生労働省
ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

第1回 在宅医療シンポジウム
「在宅医療が支える暮らし～住み慣れた地域の中で～」
2024年3月20日（水）

厚生労働省医政局地域医療計画課
医師確保等地域医療対策室
外来・在宅医療対策室
室長 谷口 倫子

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Fukuoka medical association



2

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



【出典】第1回在宅医療及び医療介護連携に関するWG(令和3年10月13日) 31

厚生労働省資料より

Fukuoka medical association



3



令和6年度第1回医療政策研修会	資料
令和6年10月10日	1

地域医療構想について

令和6年度第1回医療政策研修会

厚生労働省医政局地域医療計画課

医師確保等地域医療対策室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Fukuoka medical association



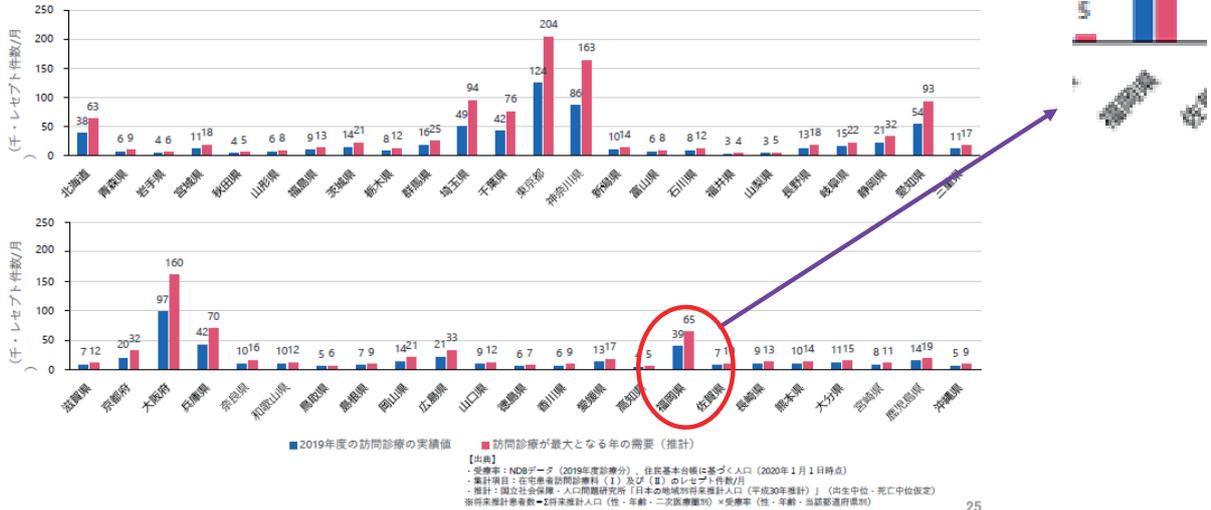
4



福岡県における 在宅医療（訪問診療）の現況 在宅医療の中心は訪問診療

訪問診療の将来需要と現下の供給実績について

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



厚生労働省資料より

Fukuoka medical association



令和6年度 福岡県・福岡県医師会による在宅医療（訪問診療）定期調査 概要

1 目的

- ・本県の在宅医療の現状等を把握し、在宅医療にかかる連携体制構築の進捗状況の評価を行う。
- ・過去の調査結果と比較し、課題を分析することで、保健医療計画や在宅医療の推進に反映させる。

2 調査実施日

令和6年7月19日

3 調査対象と回収率

令和6年7月1日現在、九州厚生局に以下の届出を行っている県内の医療機関（1,362か所）を対象とした。

- ・在宅療養支援診療所 779か所（回収数 762か所 回収率 97.8%）
- ・在宅療養支援病院 125か所（回収数 124か所 回収率 99.2%）
- ・在医総管（診療所・病院） 458か所（回収数 430か所 回収率 93.9%）

※在医総管は県内の在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設のうち、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行っていない施設

※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

Fukuoka medical association



令和5年度 在宅医療(訪問診療)調査 概要

二次 保健医療圏	人口	医療機関数		医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
		医療 機関数	圏域内 人口比率 (対10万人)	医師数	医師数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	訪問診療 患者数	訪問診療 患者数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	看取り 患者数	看取り 患者数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	
福岡・糸島	1,685,100	401	23.8	571	595	35.3	17,824	18,145	1076.8	2,456	2,489	147.7	94.8%
粕屋	294,908	50	17.0	68	70	23.8	1,154	1,170	396.8	249	256	86.7	94.0%
宗像	165,800	32	19.3	43	43	25.9	1,421	1,421	857.1	272	272	164.1	100.0%
筑紫	443,552	69	15.6	117	121	27.4	2,719	2,799	631.0	408	425	95.8	94.2%
朝倉	83,048	37	44.6	49	49	59.4	571	571	687.6	79	79	95.1	100.0%
久留米	452,650	160	35.3	192	198	43.8	3,627	3,697	816.8	924	939	207.5	96.3%
八女・筑後	129,712	45	34.7	64	68	52.4	779	805	620.6	318	321	247.7	93.3%
有明	207,084	73	35.3	105	107	51.5	1,595	1,621	782.6	322	327	157.7	97.3%
飯塚	174,328	40	22.9	64	68	39.2	1,715	1,808	1036.8	485	486	278.5	97.5%
直方・鞍手	104,692	35	33.4	42	43	40.9	1,355	1,360	1299.5	190	191	182.3	97.1%
田川	118,648	28	23.6	34	35	29.5	931	941	793.4	74	76	63.8	96.4%
北九州	1,061,069	323	30.4	410	438	41.3	9,453	10,274	968.3	1,888	2,088	196.8	92.0%
京築	184,330	36	19.5	52	52	28.2	810	810	439.4	336	336	182.3	100.0%
福岡県	5,104,921	1,329	26.0	1,810	1,888	37.0	43,954	45,422	889.8	8,001	8,284	162.3	94.9%

9

令和6年度 在宅医療(訪問診療)調査 概要

二次 保健医療圏	人口	医療機関数		医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
		医療 機関数	圏域内 人口比率 (対10万人)	医師数	医師数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	訪問診療 患者数	訪問診療 患者数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	看取り 患者数	看取り 患者数 (全数推計)	圏域内 人口比率 (対10万人)	
福岡・糸島	1,697,752	421	24.8	630	654	38.5	20,853	21,721	1279.4	2,479	2,584	152.2	95.7%
粕屋	294,610	49	16.6	67	67	22.8	1,113	1,116	378.8	208	210	71.3	98.0%
宗像	165,858	36	21.7	50	53	32.0	1,445	1,450	874.2	253	254	153.1	94.4%
筑紫	443,146	67	15.1	95	99	22.3	3,005	3,143	709.3	446	475	107.2	95.5%
朝倉	82,853	35	42.2	48	48	58.1	518	518	625.2	75	75	90.5	100.0%
久留米	450,391	161	35.7	216	221	49.0	3,755	3,897	865.2	883	918	203.9	98.1%
八女・筑後	128,614	44	34.2	58	60	46.5	829	834	648.4	357	358	278.1	95.5%
有明	203,872	71	34.8	115	115	56.6	1,706	1,713	840.0	282	283	138.7	98.6%
飯塚	172,764	42	24.3	67	69	40.1	1,877	1,895	1096.8	455	457	264.5	95.2%
直方・鞍手	103,718	34	32.8	37	37	35.8	1,180	1,180	1137.7	147	147	141.7	100.0%
田川	116,886	30	25.7	37	37	31.9	1,117	1,117	955.6	79	79	67.6	100.0%
北九州	1,051,843	336	31.9	436	449	42.7	11,279	11,583	1101.2	1,996	2,056	195.5	95.8%
京築	183,072	36	19.7	56	56	30.3	1,035	1,035	565.4	278	278	151.9	100.0%
福岡県	5,095,379	1,362	26.7	1,912	1,965	38.6	49,712	51,201	1004.9	7,938	8,174	160.4	96.6%

10

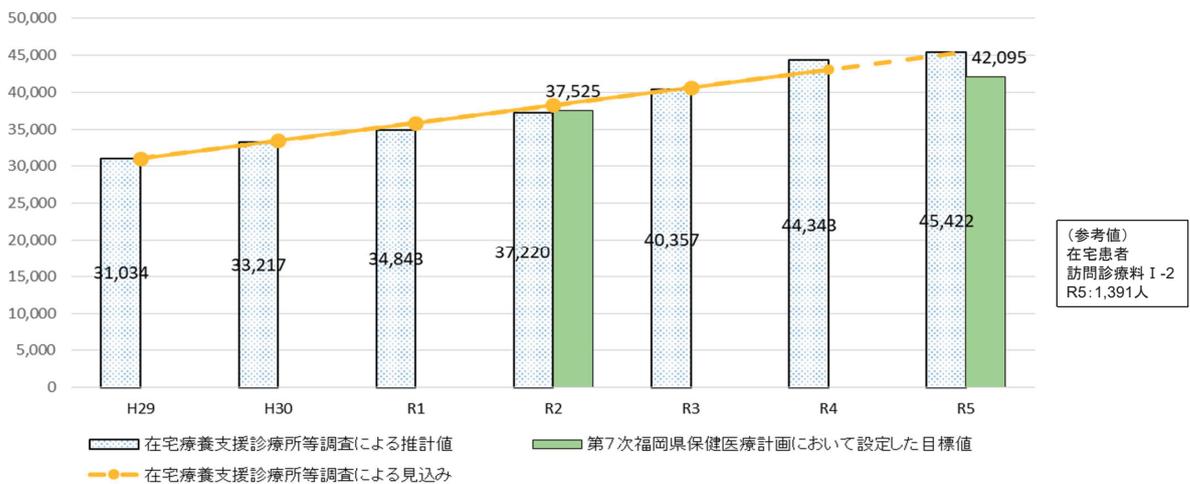
令和6年度 訪問診療調査結果と一般病床数

二次保健医療圏	人口	医療機関数		医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1ヶ月間)			病床数	在宅看取り患者数(1年間)		
		医療機関数	圏域内人口比率(対10万人)	医師数	医師数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	訪問診療患者数	訪問診療患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	2025年	看取り患者数	看取り患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)
福岡・糸島	1,697,752	421	24.8	630	654	38.5	20,853	21,721	1,279	18,913	2,479	2,584	152
粕屋	294,610	49	16.6	67	67	22.8	1,113	1,116	379	3,254	208	210	71
宗像	165,858	36	21.7	50	53	32.0	1,445	1,450	874	1,483	253	254	153
筑紫	443,146	67	15.1	95	99	22.3	3,005	3,143	709	3,757	446	475	107
朝倉	82,853	35	42.2	48	48	58.1	518	518	625	954	75	75	91
久留米	450,391	161	35.7	216	221	49.0	3,755	3,897	865	7,065	883	918	204
八女・筑後	128,614	44	34.2	58	60	46.5	829	834	648	1,936	357	358	278
有明	203,872	71	34.8	115	115	56.6	1,706	1,713	840	4,090	282	283	139
飯塚	172,764	42	24.3	67	69	40.1	1,877	1,895	1,097	2,718	455	457	264
直方・鞍手	103,718	34	32.8	37	37	35.8	1,180	1,180	1,138	1,079	147	147	142
田川	116,886	30	25.7	37	37	31.9	1,117	1,117	956	1,406	79	79	68
北九州	1,051,843	336	31.9	436	449	42.7	11,279	11,583	1,101	15,893	1,996	2,056	195
京築	183,072	36	19.7	56	56	30.3	1,035	1,035	565	1,673	278	278	152
福岡県	5,095,379	1,362	26.7	1,912	1,965	38.6	49,712	51,201	1,005	64,221	7,938	8,174	160

11

福岡県における訪問診療推移と第7次医療計画時の目標値

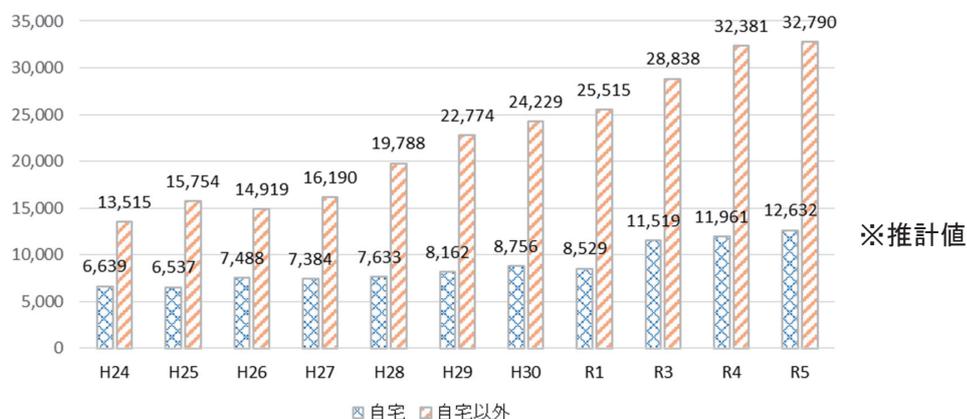
・訪問診療患者数(推計値)は年々増加しており、令和5年度(45,422人)は、目標値(42,095人)を上回った。



※「訪問診療患者数」とは、7月の1ヶ月間に訪問診療の算定を行った患者数を指す。(平成29年度、令和2年度は6月、令和5年度は5月の1ヶ月間の患者数を指す。)
 ※「在宅患者訪問診療料 I-2」とは、他の医療機関の求めに応じ、当該他の医療機関の主治医から紹介された患者に対して行う訪問診療を指す。

令和5年度 福岡県における訪問診療患者居所年次推移

- ・自宅への訪問診療患者数は、令和元年度まではわずかな増加傾向だったが、令和3年度に1.4倍に増加した。令和5年度(12,632人)は、令和4年度(11,961人)より、約5.6%増加した。
- ・自宅以外への訪問診療患者数は、平成26年以降、年々増加しているが、令和5年度(32,790人)は、令和4年度(32,381人)より、約1.3%の増加とほぼ横ばいであった。



※「訪問診療患者数」とは、7月の1ヶ月間に訪問診療の算定を行った患者数を指す。(平成29年度は6月、令和5年度は5月の1ヶ月間の患者数を指す。)

※無回答の医療機関があるため、各年度の合計人数は訪問診療患者数(推計値)と合わない場合があります。

※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。「自宅以外」とは、有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等を指す。(H24～H28については、サービス付き高齢者向け住宅は「自宅」に含む。)

※R2年度は、未調査

Fukuoka medical association



13

令和6年度 福岡県 在宅医療(訪問診療)調査

訪問診療患者数

	令和5年度 (実数)	令和6年度 (実数)
総数	43,954	49,712
自宅	12,253 (27.8%)	14,641 (29.4%)
自宅以外	31,701 (72.1%)	35,071 (70.5%)
小児(19歳以下、実数)	339	577

Fukuoka medical association



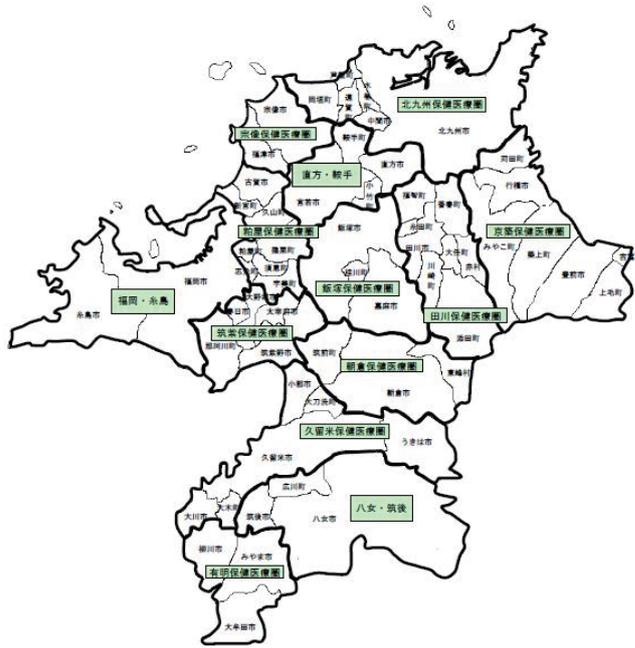
14

在宅医療における 医療・介護の圏域 二次医療圏と診療圏

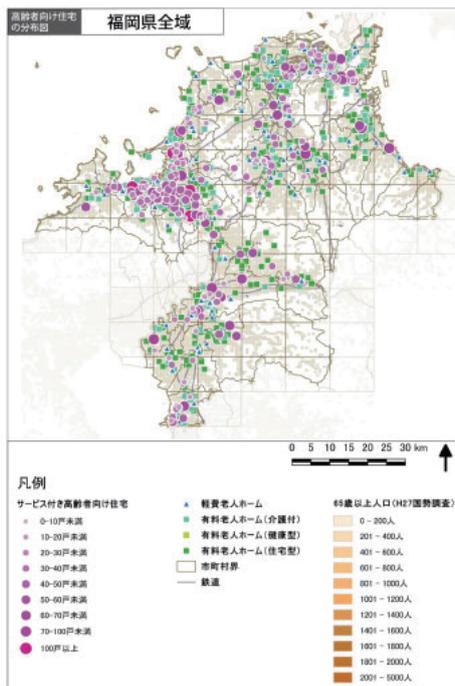
福岡県内高齢者関連施設（令和6年5月現在）（福岡県医師会集計）

高齢者向け住まい(居住系施設)										介護保険施設						合計			
サ高住	軽費老人ホーム(旧A型)	経費老人ホーム(ケアハウス)	有料老人ホーム(住宅型)	有料老人ホーム(介護付)	養護老人ホーム	グループホーム	小計	令和4年	平成29年	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム(地域密着型)	介護老人保健施設	介護医療院	小計	令和4年	平成29年	合計	令和4年	平成29年
福岡・糸島	3,522	280	1,067	11,044	4,162	357	22,761	20,167	16,588	6,019	681	2,992	771	10,463	10,207	9,894	33,224	30,374	26,482
粕屋	332	0	177	1,523	449	50	2,882	2,750	2,287	850	78	555	381	1,864	1,704	1,794	4,746	4,454	4,081
宗像	228	0	159	873	326	0	1,820	1,827	1,670	594	87	350	249	1,280	1,202	1,170	3,100	3,029	2,840
筑紫	717	150	160	2,371	991	158	5,117	4,604	3,532	1,163	154	660	456	2,433	2,391	1,932	7,550	6,995	5,464
朝倉	114	50	80	470	43	0	889	843	837	630	0	528	0	1,158	1,158	1,178	2,047	2,001	2,015
久留米	911	50	405	3,139	553	320	6,761	6,072	4,433	1,310	537	1,270	278	3,395	3,401	3,374	10,156	9,473	7,807
八女・筑後	255	70	80	681	79	120	1,663	1,527	1,327	955	29	572	48	1,604	1,604	1,614	3,267	3,131	2,941
有明	446	130	180	1,060	351	219	2,890	2,602	2,310	1,260	46	1,118	229	2,653	2,629	2,642	5,543	5,231	4,952
飯塚	588	150	218	1,126	357	140	2,928	2,648	2,140	1,200	78	790	135	2,203	2,174	2,125	5,131	4,822	4,265
直方・鞍手	397	100	292	539	473	130	2,354	2,225	2,066	730	0	701	121	1,552	1,461	1,334	3,906	3,686	3,400
田川	244	0	209	800	344	100	2,444	2,333	2,048	1,530	0	720	0	2,250	2,357	2,201	4,694	4,690	4,249
北九州	1,683	450	968	6,683	2,891	630	15,837	14,676	12,568	5,803	690	3,349	644	10,486	10,454	10,088	26,323	25,130	22,656
京築	185	50	190	1,123	765	100	2,809	2,616	2,416	1,008	78	992	35	2,113	2,113	2,064	4,922	4,729	4,480
合計	9,622	1,480	4,185	31,432	11,784	2,324	10,328	71,155	64,890	23,052	2,458	14,597	3,347	43,454	42,855	41,410	114,609	107,745	95,632
令和4年	9,336	1,480	4,185	27,668	11,860	2,462	10,361			22,567	2,410	14,709	412	2,757					
平成29年	8,425	1,480	4,185	19,194	11,594	2,702	9,334			20,990	2,140	14,870	3,410	-					

福岡県における二次医療圏



福岡県における高齢者向け住宅分布 平成29年



KDBより集計した福岡県における訪問診療の診療圏 令和2年度

令和2年度 医療機関 所在地	保険者所在地														合計	県調査
	福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方・ 鞍手	田川	北九州	京築	県外		R2年度 割戻推計
福岡・糸島	9,794	497	113	858	11	47	8	20	19	12	9	5	3	337	11,775	15,258
粕屋	160	718	39	19	1	3	0	1	3	2	2	5	1	18	970	1,042
宗像	23	86	780	3	0	1	0	0	1	6	0	53	1	18	972	1,091
筑紫	813	38	3	1,460	30	60	0	2	7	2	1	8	0	73	1,999	2,397
朝倉	3	0	0	6	359	56	0	1	0	1	0	0	0	6	431	387
久留米	7	2	1	33	34	2,506	134	51	1	0	0	2	0	135	2,905	3,149
八女・筑後	2	1	0	1	0	22	614	14	0	1	0	0	0	4	658	632
有明	1	0	1	0	0	8	1,058	1	0	0	0	1	0	49	1,127	1,176
飯塚	11	5	1	2	0	1	0	1,221	106	98	14	1	11	1	1,470	1,685
直方・鞍手	1	2	22	1	0	1	0	18	586	60	113	1	4	808	730	
田川	3	1	0	0	0	2	0	11	8	414	14	18	5	475	650	
北九州	18	5	16	3	2	2	0	1	12	57	27	7,585	129	7,932	8,168	
京築	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	7	26	761	827	856	
県外	211	27	23	214	26	360	11	111	12	13	8	121	46	0	1,183	
合計	10,548	1,382	999	2,592	464	3,069	777	1,259	1,306	791	624	7,999	959	765	33,534	37,220
地域完結率	92.9%	52.0%	78.1%	56.3%	77.4%	81.7%	79.0%	84.0%	93.5%	74.1%	66.3%	94.8%	79.4%		85.0%	

Fukuoka medical association



福岡県における 高齢者人口・訪問診療の将来推計

Fukuoka medical association



福岡県における75歳以上人口の将来推計



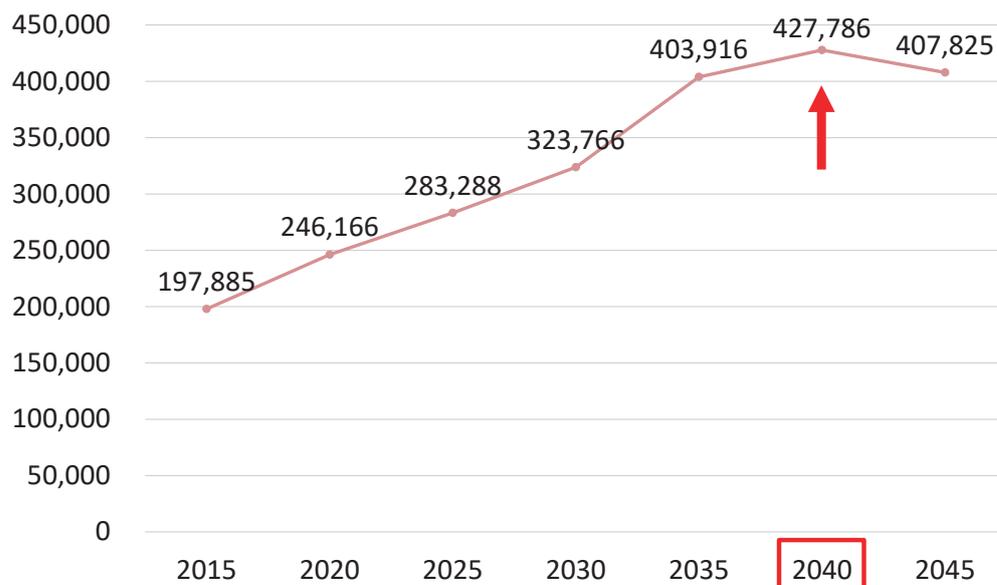
地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)より

Fukuoka medical association



21

福岡県における85歳以上人口の将来推計



地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)より

Fukuoka medical association



22

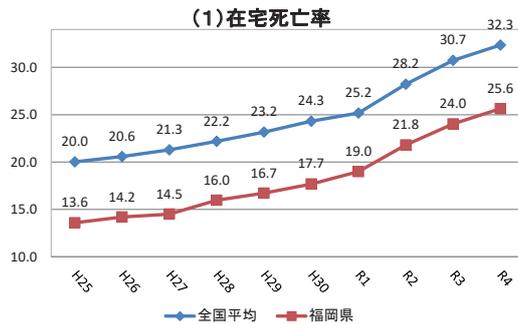
福岡県における訪問診療の整備目標(第8次医療計画)

	訪問診療患者数	市町村ごとの受療率を用いた推計 追加的需要も含む			
	医療機関ベース	医療機関ベース		患者居住地ベース	
	2023	2026	2029	2026	2029
二次医療圏	R5	R8	R11	R8	R11
福岡・糸島	17,381	21,140	23,306	18,415	20,295
粕屋	1,176	1,557	1,698	2,246	2,460
宗像	1,333	1,200	1,296	1,290	1,398
筑紫	2,667	3,252	3,594	4,028	4,447
朝倉	553	505	524	536	561
久留米	3,629	4,003	4,287	3,753	4,022
八女・筑後	785	878	918	1,034	1,086
有明	1,537	1,503	1,565	1,536	1,604
飯塚	1,832	2,084	2,182	1,850	1,939
直方・鞍手	1,360	1,375	1,445	1,262	1,325
田川	917	790	808	997	1,032
北九州	10,154	10,845	11,663	10,843	11,660
京築	786	1,173	1,244	1,301	1,382
福岡県	44,111	50,305	54,529	49,091	53,209

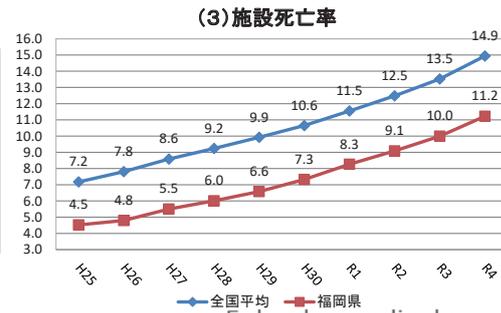
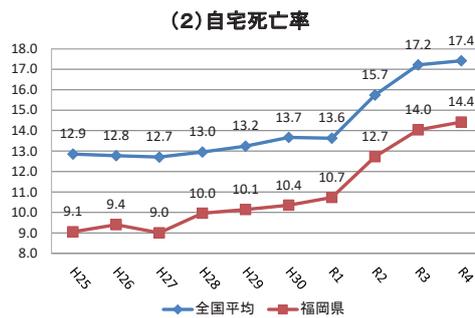
23

福岡県における 在宅死・在宅看取りの現況

在宅死亡率の推移(福岡県)



●福岡県の在宅死亡率は増加傾向にあるものの、全国平均と比較して低い。
●R2、3年度は、在宅死亡率が大きく増加した。新型コロナウイルス感染症の流行によるものと推測される。



Fukuoka medical association



25

福岡県における在宅死と在宅看取り

令和4年	在宅看取り数	警察取扱遺体数	計(在宅死?)	在宅看取り率?
	A	B	C=A+B	A/C (%)
福岡地区(15警察署)	3,464	2,877	6,341	54.6%
筑後地区(7警察署)	1,564	937	2,501	62.5%
筑豊地区(4警察署)	749	583	1,332	56.2%
北九州地区(10警察署)	2,224	1,897	4,121	54.0%
計	8,001	6,294	14,295	56.0%

A: 訪問診療調査より

B: 福岡県警報告書

	令和2年	令和4年
在宅看取り数(A)	5,989(推計)	8,284(推計)
警察取扱遺体数(B)	5,691	6,294
在宅死亡者数(D)	11,617	15,717

D: 人口動態調査より

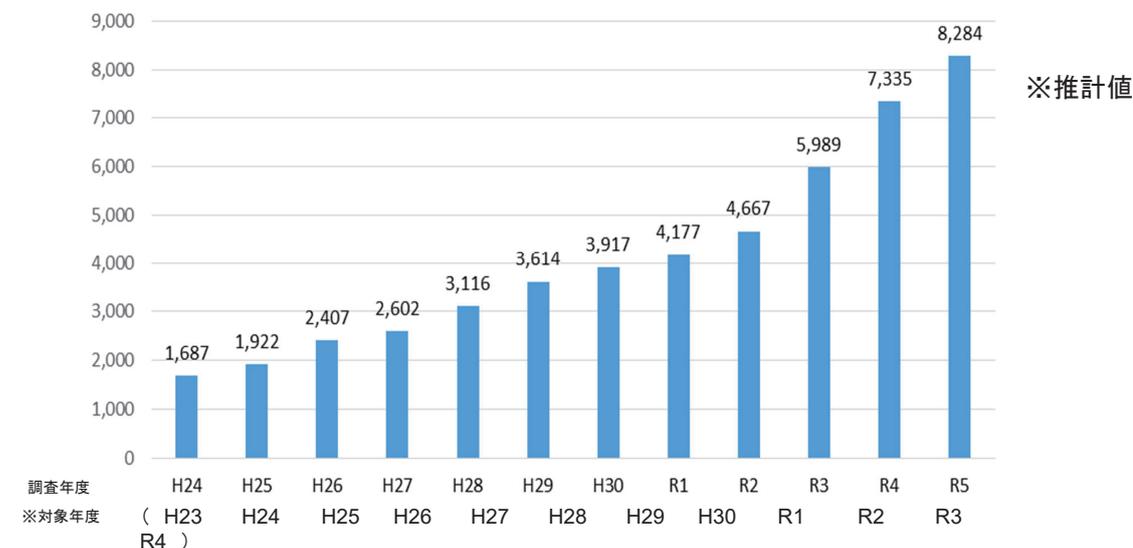
Fukuoka medical association



26

福岡県における在宅看取り患者数の年次推移

・看取り患者数(推計値)は、年々増加しており、令和3年度以降、大きく増加している。



※「在宅看取り患者数」とは、前年度4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。(H24～H28については、4月～7月までの4ヶ月に在宅で看取りを行った人数を3倍した人数を指す。)

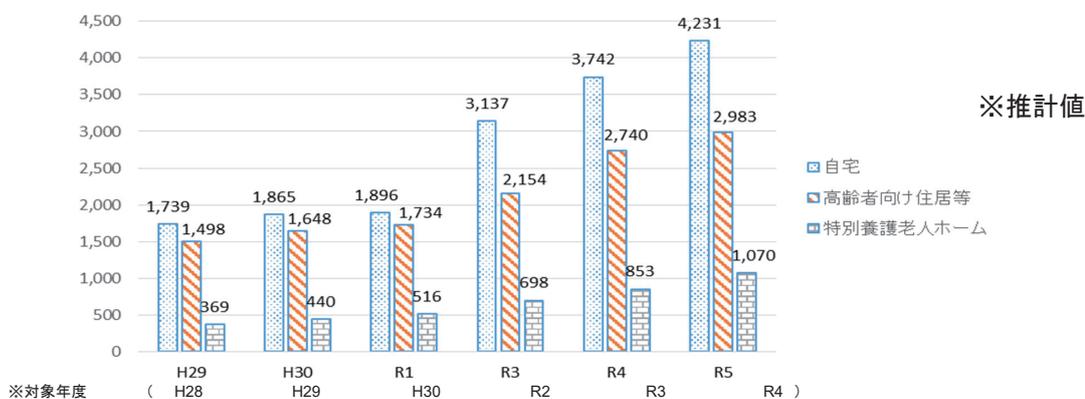
Fukuoka medical association



27

福岡県における在宅看取り患者数の居所別年次推移

- ・自宅での看取り患者数は、令和元年度までわずかな増加傾向だったが、令和3年度から大きく増加しており、令和5年度(4,231人)は、令和4年度(3,742人)より約1.1倍に増加した。
- ・高齢者向け住居等の看取り患者数は、増加傾向であり、令和5年度(2,983人)は、令和4年度(2,740人)より約1.1倍に増加した。
- ・特別養護老人ホームでの看取り患者数は、増加傾向であり、令和5年度(1,070人)は、令和4年度(853人)より約1.3倍に増加した。
- ・令和元年度までは、自宅での看取り患者数は、自宅以外の看取り患者数を下回っていたが、令和3年度以降、自宅での看取り患者数が、自宅以外の看取り患者数を上回っている。



Fukuoka medical association



28

在宅看取り患者数(R5年4月～R6年3月の1年間)

	令和6年度(実数)
総数	7,938
自宅	3,731(47%)
自宅以外	4,207(53%)

福岡県における
在宅医療推進事業の今後の取り組み

在宅医療の今後の取り組み(R5年度調査より)

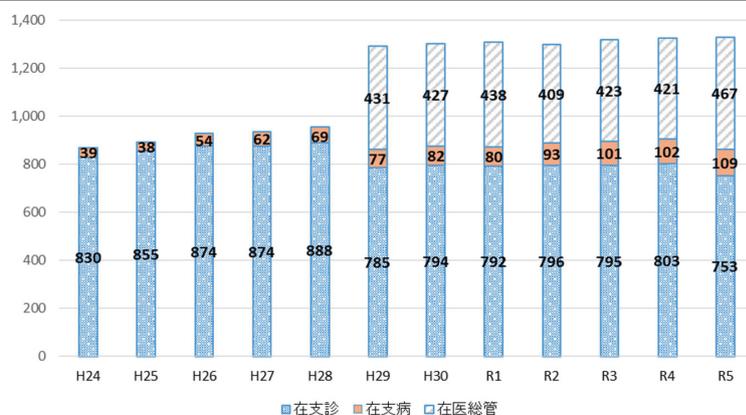
③必要に応じて新たな体制整備を講じたとして、6年後、令和11年(2029年)において、1か月当たりの訪問診療(実患者数)を何人程度にしたいですか。

	R5.5訪問診療患者数 (実数)	6年後の 訪問診療患者数	増加人数	増加割合
福岡・糸島	17,240	28,394	11,154	64.7%
粕屋	1,153	1,789	636	55.2%
宗像	1,417	2,161	744	52.5%
筑紫	2,642	4,128	1,486	56.2%
朝倉	571	1,045	474	83.0%
久留米	3,570	5,243	1,673	46.8%
八女・筑後	728	936	208	28.6%
有明	1,564	2,417	853	54.5%
飯塚	1,715	2,358	643	37.5%
直方・鞍手	1,317	1,808	491	37.3%
田川	927	1,242	315	34.0%
北九州	9,126	12,537	3,411	37.4%
京築	808	928	120	14.9%
計	42,778	64,985	22,207	51.9%

※本数値は、医療機関の所在地ベースで計算しています。

令和5年度 福岡県における在支診・在支病・在医総管届出医療機関数の年次推移

- ・在宅療養支援診療所数は、平成29年度以降、概ね横ばいで推移していたが、令和5年度(753医療機関)は、前年度より50医療機関減少した。
- ・在宅療養支援病院数は、概ね増加傾向にあり、令和5年度(109医療機関)は、令和4年度より7機関増加した。
- ・上記を除き、在医総管を届け出ている医療機関は、平成29年度以降、概ね横ばいで推移していたが、令和5年度(467医療機関)は、前年度より46医療機関増加した。



※実数

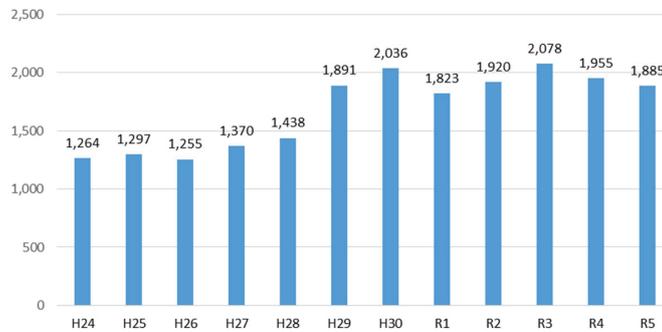
※「在医総管」は、平成29年度から調査対象としている。

※「在医総管」は、県内の在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設のうち、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行っていない施設

在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数 (年次推移)

※推計値

・医師数は、令和5年度(1,885人)は、令和4年度(1,955人)より3.6%減少しており、2年連続減少した。



※「在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数」とは、常勤換算した医師数を指す。

※「在医総管」は、平成29年度から調査対象としている。

※推計値について

平成24年度～H28年度は2区分(在支診・在診病)、平成29年度は3区分(在支診・在診病・在医総管)に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分(在支診1～3、在診病1～3、在医総管(診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分(在支診1～3、在診病1～3)、平成29年度は7区分(在支診1～3、在支病1～3、在医総管)に分けて推計し直している。

なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

※病院については、在宅医療に対応している医師数のみを集計

Fukuoka medical association



33

在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数 (年齢別)

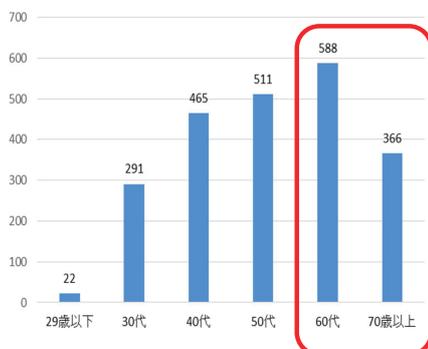
※実数

・医師数を年齢別にみると、最も多いのは、60代の588人である。

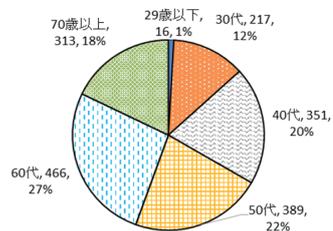
・診療所における60歳以上の医師の割合は45%、病院における60歳以上の医師の割合は36%である。

医師数(年齢別)

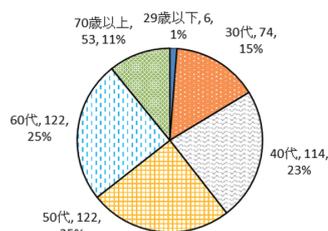
N=2,243



医師の割合(年齢別・診療所のみ) N=1,752



医師の割合(年齢別・病院のみ) N=491



※医師数は、常勤・非常勤の医師の実人数を合計したものの。

34

福岡県における在宅医療に係る課題 医療機関数 令和5年度調査より

R4	R5	医療機関数
在支診	在支診	724
在医総管	在支診	8
—	在支診 ※新規	21
在支病	在支病	98
在医総管	在支病	2
—	在支病 ※新規	9
在支診	在医総管	53
在支病	在医総管	3
在医総管	在医総管	400
—	在医総管 ※新規	11
在支診	— ※廃止又は在宅医療をやめた等	26
在支病	— ※廃止又は在宅医療をやめた等	1
在医総管	— ※廃止又は在宅医療をやめた等	11



系統別	医療機関数
新規で在支診・在支病	30
新規で在医総管	11
在医総管→在支診・在支病	10
在支診・在支病から変更なし	822
在医総管から変更なし	400
在支診・在支病→在医総管	56
在支診・在支病から廃止又は在宅医療をやめた等	27
在医総管から廃止又は在宅医療をやめた等	11

Fukuoka medical association



福岡県 在宅医療(訪問診療)調査 概要

訪問診療実施施設数

	令和5年6月	令和6年8月	増減
在宅療養支援診療所	753	779	+26
在宅療養支援病院	109	125	+16
在医総管(診療所・病院)	467	458	-9
合計	1,329	1,362	+33

Fukuoka medical association



第8次医療計画と

地域における在宅医療に必要な連携を担う拠点

福岡県在宅医療充実強化に係る事業 平成30年～

①地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)(実施:市町村(郡市区医師会))

平成26～29年度まで地域医療介護総合確保基金(医療分)を活用し、郡市区医師会において実施された「在宅医療連携拠点整備事業」について、平成30年度から全市町村において介護保険を財源として、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、医療と介護の関係者をつなぎ、在宅医療・介護連携の推進のために、医療・介護関係者の資質向上や連携に必要な機会の確保を図ることを目的に実施されている。

②福岡県在宅医療提供体制充実強化事業(郡市区医師会)

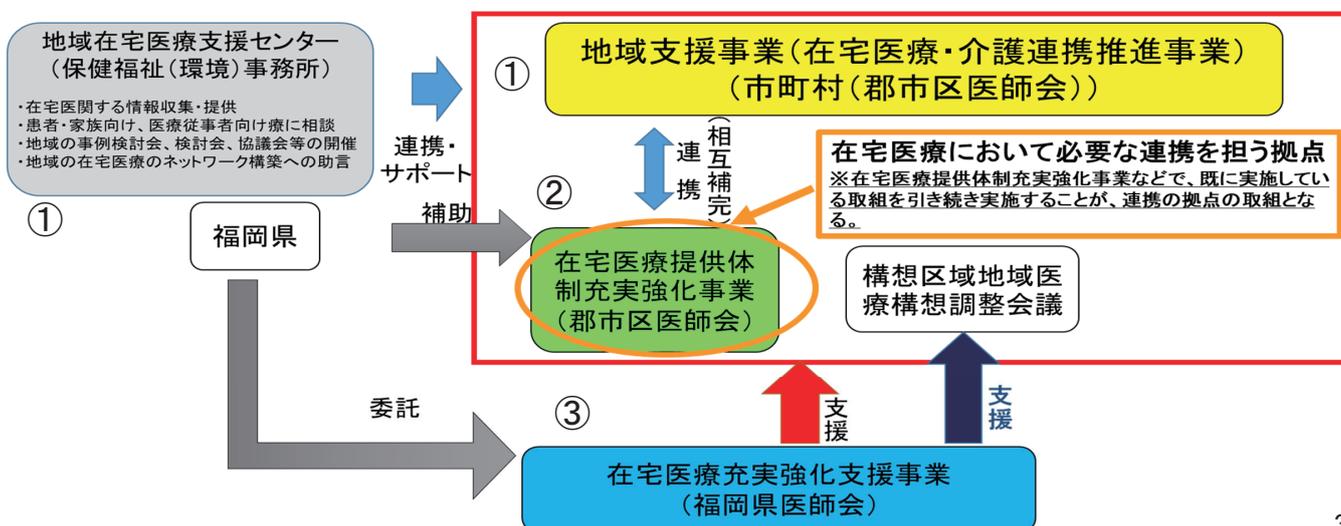
地域医療介護総合確保基金(医療分)を財源として、県の補助事業として郡市区医師会が実施する。各地域の休日夜間や容体急変時における診療体制の強化、在宅医を導入するための取組みを通じて在宅医療提供体制の充実を図ることを目的とする。

③福岡県在宅医療充実強化支援事業(福岡県医師会)

県の委託事業として県医師会が実施する。郡市区医師会が①や②において実施する協議の場や研修会及び地域医療構想調整会議等において県医師会役員等が出席・助言を行うなど、各地域の在宅医療提供体制充実に向け支援を行う。

「在宅医療において必要な連携を担う拠点」と関係機関

- 関係機関で一体的に各地域における在宅医療の連携体制を構築していく。
- 「在宅医療において必要な連携を担う拠点」として位置付けられた郡市区医師会は、地域における退院時から看取りまでの包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスの提供等に係る体制構築における中心的な役割を担う。



39

令和5年度福岡県在宅医療充実強化支援事業および第8次医療計画に向けて

- 第7次医療計画では福岡県での在宅医療は概ね国の指針通りに進んでいます。
- 在宅での看取りが予想以上に増えており、地域医療構想の中で看取り体制も再考が必要です。
- 令和6年度より働き方改革が本施行されます。特に救急医療の供給量はかなり減る予測です。
- 福岡県には一般病床は65,000床しかありません。在宅医療はもうすぐ50,000人を越えます。
- バックベッドは有限です。各地域も地域医療構想の一環として体制整備を再考して下さい。
- 地域によっては二次医療圏を越えての訪問診療が多く行われています。
- それぞれの地域特性にそった診療圏(圏域)を意識した施策が求められています。
- 令和5年度以降小児在宅医療の重要性が大きくなってきます。
- 小児期のみならず移行期(トランジション)医療の窓口、マッチングを地域で進めて下さい。
- 医療介護従事者の人材不足、高齢化が深刻になってきます。
- 2040年に向けどうしたら乗り越えられるのか医療・介護連携の再考が求められています。

40

令和6年度福岡県在宅医療充実強化支援事業 今後の重点項目

- 在宅医療は診療所の専有業務ではなくなりつつある。
地域によっては、病院の在宅医療部門をさらに充実させなければならない地域も出てきます。
在宅医療も地域医療構想の一環として体制整備を再考して下さい。
- **第8次医療計画、新たな地域医療(介護)構想**に向け、新たな視点が必要になってきます。
慢性期病床、高齢者施設、在宅医療、高齢者救急を一体として再考する必要があります。
在宅医療は今後、地域医療・介護構想として体制整備を進める必要があります。
- それぞれの地域特性にそった診療圏(圏域)を意識した施策が必要です。
特に隣接医師会間、二次医療圏間の情報交換・共有が必要になってきます。
- 小児在宅医療の重要性が大きくなってきます。

福岡在宅医療 事始め
～さあ始めよう在宅医療～

常任理事 辻 裕二

講 演

2) 『在宅医療の基本的構造と実践』

医療法人あおばクリニック

院 長 伊 藤 大 樹

演者プロフィール

伊藤 大樹（医療法人あおばクリニック 理事長・院長）

平成 8 年 3 月神戸大学医学部卒業

平成 26 年より現職

専門は総合診療（総合診療専門医）、
プライマリ・ケア（プライマリ・ケア認定医）、
循環器科（循環器科専門医）

医師会活動

平成 28 年ー令和 4 年 福岡市東区医師会 理事

専門医会活動

令和 4 年ー 福岡市在宅医療医会 会長

外部委員等

福岡県医師会看護師の特定行為研修制度に係る地域標準手順書普及等
推進委員会 委員

福岡県医師会地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）
推進委員会 委員 他

在宅医療事始

在宅医療の基本的構造と実践

伊藤大樹



あおばクリニック

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

メニュー

1. 在宅医療とは
2. 日本の在宅医療の基本的構造
3. 診療報酬の算定
4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

メニュー

1. 在宅医療とは
2. 日本の在宅医療の基本的構造
3. 診療報酬の算定
4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



在宅医療とは

■ 広義の在宅医療：

居宅(ホーム)で行われる医療全般 Home-based Medical Care

■ 狭義の在宅医療：

在宅プライマリ・ケア Home-based Primary Care である。



プライマリ・ケア の定義 by Institute of Medicine IOM

- **プライマリ・ケア**とは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである。

ACCA

Accessibility 近接性

Comprehensiveness 包括性

Coordination 協調性

Continuity 継続性

Accountability 責任性

Primary Care: America's health in a new era Edited by Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow. 395 pp. Washington, D.C., National Academy Press, 1996. ISBN: 0-309-05399-4

在宅患者訪問診療料 1986

- 「**1人の患者に対して1つの医療機関**の医師が指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回限り算定する・・・」
- ➡ 訪問診療を行う医師は **かかりつけ医 (Primary Care Physician, PCP)** として機能することが求められている。
- ➡ 日本の在宅医療の基本は **Home-based Primary Care**



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

在宅医療の対象となる患者 Definition of “Homebound Patient”

在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者

*除外基準：「少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者」

*年齢や病名の制限はない。

*訪問診療と外来診療の併用：妥当な理由があれば可能

メニュー

1. 在宅医療とは

2. 日本の在宅医療の基本的構造

3. 診療報酬の算定

4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



在宅医療を提供する医療機関(日本)

	往診	訪問診療	24時間対応 多職種連携	看取り 緩和ケア
1次 在支診以外	○	○		
2次 在宅療養支援 診療所・病院	○	○	○	
3次 機能強化型在宅療養 支援診療所・病院	○	○	○	○

*在宅医療専門診療所:在宅患者割合が95%以上 * 看取り20件以上・施設管70%以下・要介護3+重症50%以上を
満たさない場合は医学管理料が80%に減額

*The patient has to specify only one HMC provider.



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

在宅療養支援診療所 主な施設基準

1. 24時間連絡を受ける意思または看護職員を指定
2. 24時間往診・訪問看護ができる体制の確保
3. 緊急入院受け入れ体制の確保
4. 連絡先と担当医師・看護師の氏名などを患家に文書で提供
5. 連携する医療機関等への情報提供
6. 地方厚生局長に年1回在宅看取り数などを報告
7. 適切な意思決定支援に係る指針の作成
8. 訪問栄養食事指導ができる体制の整備
9. 求めに応じて介護保険施設の協力医療機関になることが望ましい



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

機能強化型在宅療養支援診療所 単独型・連携型

主な施設基準 在支診+

1. 在宅医療を担当する常勤医師3人以上
2. 過去1年間緊急の往診実績10件以上
3. 過去1年間の看取り実績4件以上

または過去1年間の15歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績4件以上

*連携型： 患者からの緊急時の連絡先を一元化

月1回の定期的なカンファレンス

各医療機関が、過去1年間の緊急往診4件以上、看取り2件以上 など



往診と訪問診療

	往診	訪問診療
診療	患者・家族・介護者の求めに応じ、可及的速やかに患家に赴き行う診療	患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に患家を訪問して行う診療
患者・家族などの同意	不要	患者・家族などの署名付きの訪問診療に係る同意書を作成しカルテに添付する
カルテの記載事項	患者・家族などの求めに応じて往診したこと、往診の理由	訪問診療の計画及び内容の要点、訪問診療時間、診療場所
回数制限	制限なし	1日1回・週3回まで（厚生労働大臣の定める疾病等・急性増悪の場合は制限なし）



往診・訪問診療が可能な場所： 居宅 ホーム

*1 サービス利用前30日以内に患者で訪問診療料等算定

*2 末期悪性腫瘍・死亡日から遡って30日以内

	名称	訪問診療	往診
	自宅 Private home	○	○
高齢者住宅	サ高住 Retirement home	○	○
	グループホーム	○	○
	有料老人ホーム(住宅型・介護付)	○	○
	軽費老人ホーム	○	○
	養護老人ホーム	○	○
地域密着型サービス	小規模多機能ホーム・看護小規模多機能ホーム	*1	○
介護保険施設	特別養護老人ホーム	*2	○ 配置医師を除く
	短期入所生活介護(特別養護老人ホーム)	*1	○ 配置医師を除く
	介護老人保健施設	×	○ 配置医師を除く
	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	×	○ 配置医師を除く
	介護医療院	×	×
通所介護(デイサービス)	通所リハビリ(デイケア)	×	×

訪問看護の利用が在宅医療のカギ！

- 訪問看護は医療保険・介護保険の双方に位置づけられている。
- 要介護認定を受けている場合、介護保険の給付が優先される。
- 医療保険による訪問看護
 1. 要介護認定なし
 2. 厚生労働大臣が定める疾病等
 3. 特別訪問看護指示期間

介護保険優先の原則

訪問看護や訪問リハビリなど、介護保険と医療保険、障害者総合支援法に同じサービスがある場合、介護保険が優先される。

介護保険の給付対象

65才以上(第1号被保険者)：疾病の種類は関係ない

40才以上65才未満(第2号被保険者)：特定疾病

1. 癌（回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの）
2. 関節リウマチ
3. 筋委縮性側索硬化症
4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・パーキンソン病
7. 脊髄小脳変性症
8. 脊柱管狭窄症
9. 早老症
10. 多系統萎縮症
11. 糖尿病性神経障害・腎症・網膜症
12. 脳血管障害
13. 閉塞性動脈硬化症
14. 慢性閉塞性肺疾患
15. 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)



週4日以上¹の訪問診療・訪問看護
医療保険での訪問看護
最多3か所の訪問看護ステーション など

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍 | 10. 多系統萎縮症 |
| 2. 多発性硬化症 | 11. プリオン病 |
| 3. 重症筋無力症 | 12. 亜急性硬化性全脳炎 |
| 4. スモン | 13. ライソゾーム病 |
| 5. 筋委縮性側索硬化症 | 14. 副腎白質ジストロフィー |
| 6. 脊髄小脳変性症 | 15. 脊髄性筋委縮症 |
| 7. ハンチントン病 | 16. 球脊髄性筋委縮症 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 9. パーキンソン病関連疾患 | 18. 後天性免疫不全症候群 |
| A. 進行性核上麻痺 | 19. 頸髄損傷 |
| B. 大脳皮質基底核変性症 | 20. 人工呼吸器を使用している状態（ASVIは含まれない） |
| C. パーキンソン病（Yahr3以上かつ生活機能障害度II/III） | |



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

厚生労働大臣が定める状態等(別表第8)

退院時共同指導料Ⅰの特別管理指導加算
週4日以上の訪問看護
複数名訪問看護加算 など

*要介護認定者への訪問看護は介護保険からの給付が優先

1. ・在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 ・気管カニューレ、留置カテーテル(胃瘻を含む)を使用している状態にある者
2. 以下の指導管理を受けている状態にある者
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅自己導尿指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
3. 人工肛門または人口膀胱を設置している状態にある者
4. 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

訪問看護の利用が在宅医療のカギ！

	特別訪問看護指示期間	厚生労働大臣が定める疾病等	厚生労働大臣が定める状態等
週3日の訪問回数の制限をうけない	○	○	○
訪問看護が医療保険の対象になる	○	○	
複数ステーションからの訪問看護	○ 2or3か所	○ 2か所	○ 2or3か所
特定施設やグループホーム入居者への訪問看護	○	○	



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

メニュー

1. 在宅医療とは
2. 日本の在宅医療の基本的構造
3. 診療報酬の算定
4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



診療報酬の基本構造

1. 診察料	在宅患者訪問診療料 往診料（+初診料・再診料）
2. 医学総管理料	在宅時医学総管理料 施設入居時等医学総管理料
3. 在宅療養指導管理料	在宅自己注射指導管理料 在宅酸素療法指導管理料 など 計35
4. 薬材料・検査料	注射薬・血液検査料 など
5. 特定医療保険材料	創傷被覆材
6. その他	訪問看護指示書・特別訪問看護指示加算・在宅患者訪問点滴注射管理指導料



往診料

* 以下のいずれにも該当しない場合

- 1) 往診を行う医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- 2) 往診を行う医療機関と連携体制を構築している他の医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- 3) 過去180日間に往診を行う医療機関の外来を受診し、再診料等を3回以上算定し、継続的に診療を受けている患者
- 4) 往診を行う医療機関と平時から連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者

	機能強化型在支診・病		在支診 在支病	在支診・在支病 以外	*その他の場合
	病床あり	病床なし			
往診料			720点		
緊急往診加算	850	750	659	325	325
夜間・休日往診加算	1700	1500	1300	650	405
深夜往診加算	2700	2500	2300	1300	485

0時	6時	8時	18時	22時	24時
深夜往診加算	夜間休日往診加算	加算なし	夜間休日往診加算	深夜往診加算	



在宅患者訪問診療料等

	在宅患者訪問診療料（ I ）		在宅患者訪問診療料（ II ）	
点数	在宅患者訪問診療料(I)1 同一建物居住者以外 888点 同一建物居住者 213点	在宅患者訪問診療料(I)2 同一建物居住者以外 884点 同一建物居住者 187点	在宅患者訪問診療料(II)イ 150点	在宅患者訪問診療料(II)ロ 150点
算定対象	在宅患者訪問診療料(II)を算定する患者以外の患者	在総管・施設総管・在宅がん医総診療料の算定要件を満たす他の医療機関から求めがあり紹介された患者	医療機関が併設されている有料老人ホーム等に入居する患者	医療機関が併設されている有料老人ホーム等に入居する患者 在総管・施設総管・在宅がん医総診療料の算定要件を満たす他の医療機関から求めがあり紹介された患者
算定回数の制限	1日1回 週3回まで（例外あり）	月1回 6カ月まで（例外あり）	1日1回週3回まで（例外あり）	月1回 6カ月まで（例外あり）



同一建物居住者 ・ 同一患家 ・ 単一建物診療患者数

診療報酬上、同一建物居住者として扱われる施設・サービスの利用者

- マンションなどの集合住宅 (サービス付き高齢者向け住宅を含む)

在宅患者訪問診療料等

老人福祉法が規定

- ・ 養護老人ホーム
- ・ 特別養護老人ホーム
- ・ 有料老人ホーム

介護保険法が規定

- ・ 短期入所生活介護 (介護予防含む)
- ・ グループホーム (介護予防含む)
- ・ 小規模多機能型居宅介護, 看護小規模多機能型居宅介護 (介護予防含む・宿泊サービス利用時に限る)

単一建物診療患者数の数え方

在総管 施設総管

【建物ごとの単一建物診療患者数】

- 特種A: 単一建物診療患者 2人 (①②)
- 老健B: 単一建物診療患者 2人 (③⑦)
- 特種C: 単一建物診療患者 3人 (④⑤⑥)
- 特種D: 単一建物診療患者 8人 (⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭)

1か所の医療機関が同一日に同一建物の患者2人以上に訪問診療や訪問看護を行った場合「同一建物居住者」として扱う。
 同一世帯に複数の患者が同居する場合は、「同一患家」として扱う。
 1つの建物において医学管理を行う患者数を「単一建物診療患者数」という。



在総管・施設総管

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
在宅時																				
医学総合管理料	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
① 月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
② 月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④ 月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等																				
医学総合管理料	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
① 月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
② 月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③ (うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④ 月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤ (うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点



在総管・施設総管に含まれるもの

算定ルール

- ・1人の患者に月1つの医療機関しか算定できない。
- ・月1回の訪問診療で算定できるが、往診のみでは算定できない。
- ・在総管と施設総管では、下に示す医学管理料・在宅療養指導管理料・処置料などが包括される。
- ・療養の給付に関係のない材料については患者から実費を徴収できる。

療養の給付と直接関係のないサービス等

- ・おむつ代、尿取りパット料
- ・在宅医療にかかわる交通費
- ・インフルエンザ等の予防接種
- ・薬局における患者への調剤した医薬品の持参料及び郵送代
- ・衛生材料又は保険医療材料の持参料及び郵送代
- ・プラスチック製買い物袋の費用
- ・公的な手続きなどの代行にかかる費用
- ・証明書代
- ・薬剤の容器代
- ・他院から借りたフィルムの返却時の郵送料
- ・画像・動画情報の提供にかかる費用

在総管・施設総管に含まれるもの

- <医学管理等>
 - ・特定疾患療養管理料
 - ・小児特定疾患カウンセリング料・小児科療養指導料
 - ・てんかん指導料・難病外来指導管理料
 - ・皮膚科特定疾患指導管理料・小児悪性腫瘍患者指導管理料
 - ・糖尿病透析予防指導管理料・生活習慣病管理料
- <在宅医療>
 - ・訪問看護指示料の衛生材料等提供加算・在宅寝たきり患者処置指導管理料
- <投薬>
 - ・投薬費用（処方箋料・外来受診時の投薬費用を含む）
- <処置>
 - ・創傷処置・爪甲除去・穿刺排膿後薬液注入
 - ・喀痰吸引・干渉低周波去痰器による喀痰排出
 - ・ストーマ処置・皮膚科軟膏処置
 - ・膀胱洗浄・後部尿道洗浄・留置カテーテル設置・導尿
 - ・介達けん引・矯正固定・変形機械矯正術
 - ・消炎鎮痛等処置・腰部又は胸部固定帯固定
 - ・低出力レーザー照射・肛門処置・鼻腔栄養



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

在宅で使用できる注射薬

訪問看護で使用する注射薬の算定ルール	在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る点滴	在宅患者訪問点滴注射管理指導料係らない点滴 皮下・筋肉内・静脈内注射
医師の指示の交付	必要	不要
算定可能な薬剤	定めはない	在宅医療の部に規定された注射薬 122種類
実施日	指示期間内であればいつでも可能	医師診療日以外
レセプト記載	訪店 ㊸注射欄の㊹その他の項目で算定	実施日 ㊺在宅の欄で算定

- 保険診療で使用できる注射薬：医師が診療で使用する注射液、訪問看護で点滴注射で使用する注射薬（在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定する場合）については制限なし
- 患者が在宅で使用できる注射薬：122種類（医科診療報酬点数表の在宅医療の部に規定）
- 患者が自己注射できる注射薬：75種類（特掲診療料の施設基準等・別表第9に規定）



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

メニュー

1. 在宅医療とは
2. 日本の在宅医療の基本的構造
3. 診療報酬の算定
4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



在宅医療を始める前に

1. 契約書
2. 個人情報利用同意書
3. 重要事項説明書
4. 訪問診療同意書
5. 在宅療養計画書

□ 往診カバンの中身



① ②
 ③
 ④
 ⑤
 ⑥
 ⑦
 ⑧
 ⑨
 ⑩
 ⑪
 ⑫
 ⑬
 ⑭
 ⑮
 ⑯
 ⑰
 ⑱
 ⑲
 ⑳
 ㉑
 ㉒
 ㉓
 ㉔
 ㉕
 ㉖
 ㉗
 ㉘
 ㉙
 ㉚
 ㉛
 ㉜
 ㉝
 ㉞
 ㉟
 ㊱
 ㊲
 ㊳
 ㊴
 ㊵
 ㊶
 ㊷
 ㊸
 ㊹
 ㊺
 ㊻
 ㊼
 ㊽
 ㊾
 ㊿

セットを作り置き



診療録ファイル・
iPhone・iPad



導尿セット・膀胱留置カテ・
縫合セット・点滴予備など



④ ポータブルエコー



⑤ 心電図



Aoba Clinic Fukuoka
Medicine & Pediatrics

当院で使用しているICTアプリ

1. LINE WORKS



2. EVERNOTE & SCANNABLE



3. MCS Medical Care Station



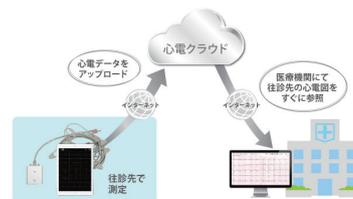
4. FaceTime



5. ZOOM



6. EKO デジタル聴診器 + ECG ・ スマート心電図 ・ VSCAN Air



7. CrossLog



8. クラウド電子カルテ

VSCAN Air



オンライン診療 D to P with N

オンライン診療補助者として
看護師が患者居宅を訪問

地域連携室・管制塔



勉強会



オンライン診療



CASE 4: 97歳 女性

■ 既往歴：廃用症候群・寝たきり・発語なし・嚥下障害・誤嚥性肺炎

両側大腿骨頸部骨折術後・うつ病・

■ 現病歴：介護付有料老人ホーム入所していたが、発熱・誤嚥性肺炎の診断で入院。高度嚥下機能障害を認め絶食・点滴。

尊厳死協会会員。延命・胃瘻は拒否。

長女（意思決定代理人）は経口摂取を希望したが、病院では不可-退院を希望され、当院へ紹介

CASE 4: 97歳 女性

- 訪問診療・訪問看護(月2週間の特別訪問看護指示)を開始
- 1日500mlの輸液点滴 (延命拒否であったが・・・)
「痰の増加・浮腫が出現すれば中止しましょう。」
- 訪問歯科・口腔ケア・嚥下指導:
Comfort Feeding ・ Skilled Feeding ・ 1日最高27口 !
- 訪問リハビリ: ベッド上 ROM・マッサージ
Spiritual Care !

CASE 4: 97歳 女性

- 浮腫の出現 - 輸液中止
酸素・モルヒネの使用は拒否
- 輸液中止の2日後に、自分がプレゼントしたグランドピアノ
を弾く孫の演奏(CD)を聞きながら永眠 (約2.5ヶ月間の訪問診療)

PPI (Palliative Prognostic Index) 短期予後

PPS Palliative Performance Scale	10~20 30~50 60以上	ECOG-PS 4 ECOG-PS 3	4.0 2.5 0
経口摂取量	著明に減少 (数口以下) 中程度減少 (数口より多い) 正常 *高カロリー輸液		2.5 1.0 0 0
浮腫	あり なし		1.0 0
安静時呼吸困難	あり なし		3.5 0
せん妄	あり なし		4.0 0

T.Morita, et al. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 1999 May;7(3):128-33

PPI (Palliative Prognostic Index)

得点	予測される予後
6.5点以上 例 ECOG-PS4(4.0) + 経口摂取数口以下(2.5)	週の単位 (<3weeks) *家族説明 Prepare for the worst 「1週間以内の可能性もあります。」
4.5点以上 例 ECOG-PS3(2.5) + 経口摂取中等度(1.0) + 浮腫(1.0)	月の単位 (<6weeks) *家族説明 Prepare for the worst 「1か月以内の可能性もあります。」

T.Morita, et al. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 1999 May;7(3):128-33

まとめ

1. 在宅医療とは
2. 日本の在宅医療の基本的構造
3. 診療報酬の算定
4. 在宅医療の実際・往診かばんの中身



ご清聴いただき有難うございました。



講 演

3) 『在宅医療におけるトラブルや保険診療の
注意点等』

公益社団法人福岡県医師会

理 事 田 中 耕太郎

演者プロフィール

田 中 耕太郎（御所ヶ谷ホームクリニック 院長）

平成 5 年 3 月九州大学医学部卒業

平成 6 年 4 月九州大学医学部総合診療部に入局

平成 13 年 4 月開業（内科・在宅医療）

医師会活動

福岡市中央区医師会会長、福岡市医師会理事を経て、

令和 4 年 6 月より福岡県医師会理事

担当は地域包括ケア、医療保険、地域医療、医事調停、医療情報 他

外部委員等

福岡県医療費適正化計画推進委員会 委員

福岡県保険者協議会 委員

福岡県後期高齢者医療検討委員会 委員

福岡県介護人材確保・定着促進協議会環境改善・人材育成部会 委員

福岡県認定審査アドバイザー 他

福岡在宅医療 事始め

トラブルや保険診療の注意点

令和7年2月8日
公益社団法人 福岡県医師会
理事 田中耕太郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

Fukuoka medical association



1

• 最初のハードル

–「在宅療養支援診療所」を届け出るか？

- 在支診でなくても在宅医療はできます
- 在宅医療に慣れてからでも検討できます
- 内科でなくても在宅医療はできます

–特別な装備は必要か？

- 患家で**患者の生活を維持**できればよい
 - 食事は？呼吸は？排泄は？・・・
 - **臨機応変**な対応
- 患者家族、訪問看護、訪問介護etc.の手助けもある
 - 患家で何ができるかは**ケアマネージャー**に質問



- 医療保険と介護保険を使用します

- 病院との違い、生活を支える視点

- 介護保険の仕組みを知ってください

- ケアマネージャー
 - 介護認定
 - 区分支給限度額
 - 多様な介護サービス
 - 給付調整(訪問看護など)
 - 居宅療養管理指導

- 最初の訪問時にチェック

- 住環境、生活リズム

- 介護力
 - 医療の継続性(インスリン、在宅酸素、麻薬etc.)
 - 転倒の危険
 - 家族関係(キーパーソン)
 - 薬の受け渡し方法
 - 自院の能力と医療必要度の兼ね合い
 - 勇気ある撤退も

• 在宅医療と診療報酬

– 患家に出向くことを評価した報酬体系

- 往診
- 訪問診療

– 患家まで出向く手間と時間を評価した点数

- 通院困難な患者
- 自宅、介護保険施設、高齢者住宅、地域密着型サービス

• 往診

- 患者または家族などの求めに応じ、可及的速やかに患家に赴く
- 初診・再診料とは別に算定
- 緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算、患家診療時間加算
- 同一患家の二人目以降は往診料を算定できない

• 訪問診療

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に患家を訪問
- 患者又は家族の署名付きの同意書をカルテに添付
- 訪問診療の計画、診療内容の要点、診療日、時間、場所をカルテに記載
- 同一建物と同一建物以外の患者で点数が異なる
- 月2回以上の訪問と月1回の訪問では点数が異なる

訪問診療、往診等における16 kmの取扱いについて

保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16 キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする「絶対的な理由」がある場合に認められる。

【告示】16kmの取扱いに関する規定

- 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（抄）

C000 往診料 720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

(略)

- 4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

訪問診療、往診等における16 kmの取扱いについて

【事務連絡】16kmの取扱いに関する規定

- 疑義解釈資料の送付について（その7）（平成19年4月20日事務連絡）

(問) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が半径16キロメートルを超えた場合に医科点数表における「C000 往診料」若しくは「C001 在宅患者訪問診療料」又は歯科点数表における「C000 歯科訪問診療料」の算定が認められる絶対的な理由とはどのようなものか。

(答) 具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる。なお、療養費における「往診料」についてもこれに準じた取扱いである。

- 疑義解釈資料の送付について（その14）（平成27年6月30日事務連絡）

(問) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診又は訪問診療（以下、「往診等」という。）については、当該保険医療機関からの往診等を必要とする絶対的な理由がある場合には認められることとされており（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号））、具体的には、①患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合、②患者の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などが考えられる（「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日付医療課事務連絡））とされている。

例えば、重症児の在宅医学管理時や、訪問型病児保育中に必要となった場合の小児科の診療など、往診等に対応できる保険医療機関の確保が特に難しい専門的な診療を要する場合で、近隣に対応できる保険医療機関を患者が自ら見つけられず、往診等を依頼された保険医療機関側も、患者の近隣に対応できる保険医療機関を実態上知らない場合は、「16キロメートルを超える往診等を必要とする絶対的な理由」に含まれるか。

(答) ご指摘の事例は「絶対的な理由」に含まれる。

なお、患者が特定施設や高齢者向け住宅等（以下、「施設等」という。）に居住する場合は、施設等が、予め、往診等を行う協力医療機関を得よう努めるべきであり、単に患者や保険医療機関が往診等を行う他の保険医療機関を知らないことをもって絶対的な理由に該当するということではできないことに留意が必要である。このような場合には、施設等又は往診等を行う保険医療機関が、施設等から16キロメートル以内の保険医療機関に個別に、又は、当該地域の医師会に、往診等を行う保険医療機関があるかを予め確認する必要がある。

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料(要届出)

- 在宅、高齢者住宅での療養を行っている患者
- 同意を得て計画的な医学管理の下に、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は(Ⅱ)の「イ」を算定している場合
- 総合的な在宅療養計画を作成し、患者・家族に説明し、説明の要点をカルテに記載する
- 主として診療している医療機関において算定
- 在宅でなくても算定可
- 種々の加算があります

- ターミナルケア

- 在宅ターミナルケア加算
 - 死亡日およびその前14日以内の計15日間に2回以上の往診または訪問診療
- 死亡診断加算
 - 死亡日に往診または訪問診療、死亡診断した場合
 - 看取り加算と併算定不可
- 看取り加算
 - 事前に十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診または訪問診療を行い、患家で看取った場合

- 在宅専門診療所
 - 外来患者が5%未満
- 在宅療養支援診療所（在支診）
 - 24時間連絡を受ける医師又は看護師
 - 24時間の往診または訪問看護体制の確保
 - 緊急入院受け入れ体制の確保
 - 年1回、実績報告
 - ACPの作成

- 在宅療養支援診療所（在支診）
 - 機能強化型
 - 在宅医療担当医師3名以上
 - 過去1年の緊急往診10件以上
 - 過去1年の在宅看取り4件以上など
 - 在支診以外の診療所よりも高い点数を算定できる
 - 在宅療養実績加算（緊急往診や在宅看取り実績）

在宅医療情報連携加算

➤ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価。

（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること

- 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
- 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
- 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
- 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）

- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

〔施設基準〕（概要）

- (1) 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- (2) 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (3) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (4) (1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- 診療情報、治療方針
- 医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- 人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

13

行政による個別指導における指摘事項

在宅医療に関する事項

- ① 往診料の緊急往診加算について、算定要件（対象としては急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合）に合致しない患者に対して算定できない。
- ② 在宅患者訪問診療料を算定した場合には、訪問診療の計画及び診療内容の要点を具体的に記載すること。
- ③ 在宅患者訪問診療料は在宅又は施設での療養を行っている患者で、通院が困難な場合に算定するもので、通院が可能なものに対しては算定できない。また、在宅患者訪問看護・指導料も通院可能なものには算定できない。
- ④ 在宅患者訪問診療料について、定期的に計画に沿った訪問診療がなされているものの、診療録には訪問診療の診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所の記載がない場合は算定できない。
- ⑤ 在宅患者訪問診療料について、個々の患者の病状に応じた定期的な訪問診療の計画及び診療日ごとの診療内容の要点を診療録へ十分に記載すること。
- ⑥ 在宅患者訪問診療料の「注7」に規定する看取り加算について、診療内容の要点等（事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行ったこと等）を診療録に記載すること。
- ⑦ 在宅患者訪問診療料の「注7」に規定する看取り加算に、死亡診断のみを行った場合は算定できない。

14

行政による個別指導における指摘事項

在宅医療に関する事項

- ⑧ 在宅時・施設入居時等医学総合管理料について、連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、**文書により提供**すること。
- ⑨ 在宅時医学総合管理料を算定した場合には、**在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載**すること。
- ⑩ 訪問看護指示料について、**訪問看護指示書等の写しを診療録に添付**すること。
- ⑪ 在宅自己注射指導管理料について、診療録に当該在宅医療を指示した根拠、**指示事項**（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、**指導内容の要点**を十分に記載すること。
- ⑫ 在宅酸素療法指導管理料について、**在宅酸素療法を導入した根拠の診療録への記載**がない例は算定できない。原因となる**疾患**（肺気腫等のCOPDやうつ血性心不全等）と**現在の酸素の使用状態・SpO2と酸素ボンベ等の管理状況**を記載し、患者やその家族に対して**安全管理についても指導**すること。
- ⑬ 血糖自己測定器加算について、在宅で血糖の自己測定をさせ、その**記録に基づき指導**を行った場合に**測定回数に応じて算定できる**ものであることに留意すること。



・特定保険医療材料費について

—基本的にはご自分で調べてください

—調べるポイント

- 在医総管、施医総管、在宅療養指導管理料に包括されるかどうか
- 処方箋に基づき薬局から調達できるかどうか
- 褥瘡処置関連は要注意



• 死亡診断と死体検案

- **誤解**「患者が亡くなる24時間前までに診察していなければ、死亡診断書を交付できない」
- **死後診察**を行って「生前に診療していた傷病に関連する死亡」と判定できる場合は交付できる
- 死体に異状がある場合は所轄警察署へ届出
 - 検案を行った場合は、死体検案書交付
 - 警察医としてスカウトされるケースも
 - 検案書作成料は医療機関で決定してよい
- 死亡届と火葬許可申請は同時に行うのが一般的
 - 祝祭日のことを念頭に家族と事前打ち合わせ

• 異状死について

- 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの
 - 現在警察当局が基準としているのは、日本法医学会が1994年に発表した異状死ガイドライン
 - 2001年外科系13学会声明「医療行為の合併症としては合理的な説明ができない予期しない死亡、およびその疑い」
 - いまだに議論が続いている

「医療に関係した異状死の届出について」
福岡県警察医会 会長 大木 實

• 成年後見制度（意思決定支援制度）

－認知症高齢者、独居高齢者の増加により、診療の同意取得が難しいケースが増加している

- 家庭裁判所で審判、後見（補佐、補助）人の選定

 - －鑑定が必要な場合もある

- 親族または自治体の首長が申し立て、申請

－後見人

- 親族、弁護士、司法書士、市民後見人

- 毎年金銭管理帳簿類を提出（負担が大きい）

- 本人の死亡まで（死後の処理は含まれない）

- 療養補助（身上看護）についての解釈は一定していない



• 医療事故・医事紛争

－医師会には医事調停制度がある

- 「医療事故・医事紛争解決のためのハンドブック」（福岡県医師会作成）

- 医賠償保険

 - －日医医賠償保険、日医医賠償特約保険、大型保険

 - －産科保障制度

 - －予防接種健康被害救済制度

- ハラスメント対策



四肢マッサージ及びROM中の左大腿部頸部骨折の疑い	注意義務違反があるとして訴訟提起	無責	いつ骨折したか不明であり、言いがかりに近い。	無責	上告棄却
癌末期で腎機能障害の患者に対し輸液療法実施中に疼痛及び痙攣が出現した後死亡	医療ミスとして慰謝料の請求	有責	300万円で示談解決を指示。高カロリー輸液が本来投与すべき時間よりも短時間で行われたことは事実。		示談 300万円
経鼻経管栄養チューブ交換を行い経管栄養滴下開始後、呼吸停止し死亡	胃管の誤挿入があったのではないかの訴え	有責	在宅で気管挿管は極めて危険。在宅だからこそ、変わったことがあればすぐに連絡をとるべき。		立消え
肝硬変・肝細胞癌末期の患者が息苦しさを訴えたため酸素投与量を増やした後、呼吸停止し死亡	危険な状態にあったにも関わらず救急搬送を要請しなかった等を訴えられ訴訟提起	無責	医師の対応に問題なし。	無責	請求棄却
排便時出血した際直腸検査を行い経過観察とし、再度出血したため高次医療機関へ紹介し、大腸癌と診断され、その後死亡	大腸癌の発見の遅れにより適切な検査・治療が行われなかったため死亡したとして損害賠償の請求	無責	医師の対応に問題なし。	審査中	

特養等での診療

配置医師（嘱託医とは）

- 1) 養護老人ホーム（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師
- 2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設されている場合の当該病院又は診療所（以下「併設医療機関」という。）の医師

- 3) 指定障害者支援施設に配置されている医師
- 4) 療養介護を行う事業所（以下「療養介護事業所」という。）に配置されている医師
- 5) 救護施設（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）に配置されている医師
- 6) 児童心理治療施設に配置されている医師

(1) 配置医師が入所者に対して診療を行った場合に 算定できない診療報酬項目

初診料、再診料（外来診療料を含む）、
小児科外来診療料、往診料

■ 特別の必要があって行う診療を除く

- ① 緊急に行った往診
- ② 急性増悪等でやむを得ず外来受診した場合
- ③ 病状が悪化して施設内で実施できない検査等が必要になり、検査、画像診断等のために外来受診した場合

※レセプトに「特別の必要があった」事情を記載



2. 留意事項

(2) 配置医師が算定できない診療報酬（全施設共通）

- 1) 特定疾患療養管理料
- 2) 地域包括診療料
- 3) 認知症地域包括診療料
- 4) 小児かかりつけ診療料
- 5) 生活習慣病管理料 (I)・(II)
- 6) 退院前訪問指導料
- 7) 在宅自己注射指導管理料
- 8) 在宅小児低血糖症患者指導管理料
- 9) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料
- 10) 在宅自己腹膜灌流指導管理料
- 11) 在宅血液透析指導管理料
- 12) 在宅酸素療法指導管理料



2. 留意事項

- 13) 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- 14) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- 15) 在宅小児経管栄養法指導管理料
- 16) 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
- 17) 在宅自己導尿指導管理料
- 18) 在宅人工呼吸指導管理料
- 19) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
- 20) 在宅ハイフローセラピー指導管理料
- 21) 在宅麻薬等注射指導管理料
- 22) 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料
- 23) 在宅強心剤持続投与指導管理料
- 24) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
- 25) 在宅寝たきり患者処置指導管理料
- 26) 在宅自己疼痛管理指導管理料
- 27) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料



2. 留意事項

- 28) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料
- 29) 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料
- 30) 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料
- 31) 在宅肺高血圧症患者指導管理料
- 32) 在宅気管切開患者指導管理料
- 33) 在宅喉頭摘出患者指導管理料
- 34) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- 35) 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料
- 36) 在宅経腸投薬指導管理料
- 37) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- 38) 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料
- 39) 在宅中耳加圧療法指導管理料
- 40) 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料



2. 留意事項

(4) 特別養護老人ホーム等に入所している患者について、算定の対象としない診療報酬項目

- 1) 看護師等遠隔診療補助加算
- 2) 外来栄養食事指導料
- 3) 集団栄養食事指導料
- 4) 在宅療養指導料
- 5) 乳幼児育児栄養指導料
- 6) 退院時共同指導料 1
- 7) 診療情報提供料 (I) (注2、注4及び注16の場合に限る)
- 8) 在宅患者訪問診療料 (I) 及び (II)
- 9) 在宅時医学総合管理料
- 10) 施設入居時等医学総合管理料
- 11) 在宅がん医療総合診療料

- 配置医師(嘱託医)は施設職員としての位置づけ
- 配置医師を確保していることに対する報酬は施設に対して支払われる

—配置医師緊急時対応加算、協力医療機関連携加算等が新設された

配置医師以外の保険医による診療

以下の場合、初・再診料、往診料、検査、処置等に係る診療報酬を算定できる。

- ① 患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合
- ② ①にかかわらず、入所者又はその家族の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療

➤ 算定の対象となる場合

8) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）

10) 施設入居時等医学総合管理料

- ① 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の利用患者については、サービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在医総管、施設総管等を算定した医師が診察した場合に限り、サービス利用開始後30日までの間
- ② 特別養護老人ホームの入所者であって
 - ア 末期の悪性腫瘍である場合
 - 又は
 - イ 特養(看取り介護加算あり)で看取った場合
在支診(病)、協力医療機関の医師により、死亡日から
遡って30日間に行われたものに限る

※ 8) については、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合のみ看取り加算可

➤ 算定の対象となる場合

12) 在宅患者訪問看護・指導料

13) 同一建物居住者訪問看護・指導料

- ① 特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるもの
- ② 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護の利用患者で、末期の悪性腫瘍であるものについては、サービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合

(8) 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、レセプトの欄外上部に、施又は（施）を表示。

- また、往診して通院・在宅精神療法又は認知療法・認知行動療法に係る精神療法を行った場合には、当該精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。

＜施設等からの質問＞

【問】特別養護老人ホームに入所している患者について、診療情報提供料（I）は算定できるか。

【答】別の医療機関に対して、診療状況を示す文書（紹介状）を提供した場合は、診療情報提供料（I）を算定できる。

ただし、以下（注2、注4及び注16）に対して、紹介状を提供した場合は算定できない。

＜注2＞市町村、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者

＜注4＞精神障害者施設、介護老人保健施設

＜注16＞連携医療機関において退院時に「地域連携診療計画加算」を算定した外来患者の状況等を当該連携医療機関に対し情報提供

3. 過去の会計検査院実地検査における 指摘事項（抜粋）

（2）医学管理等

- ・ 指定障害者支援施設の入所者に対して、在宅療養指導料を算定しているのではないかと疑義があった。（H30）

（3）在宅患者訪問診療料

- ・ 特別養護老人ホームの入所者であって、死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍であるものを除き、「在宅患者訪問診療料」は算定できないとされているが、複数の保険医療機関において、末期の悪性腫瘍でないものに対して算定している事態が見受けられた。

（H27、29）

- ・ また、指定障害者支援施設でも算定が見受けられた。（H30、R5）

3. 過去の会計検査院実地検査における 指摘事項（抜粋）

(7) 在宅時医学総合管理料

- 指定障害者支援施設の入所者に対して、在宅時医学総合管理料を算定しているのではないかと疑義があった。(H30)

(8) 検査料等

- 特別養護老人ホーム等の入所者に対して職員が行った医療行為について、診療報酬を算定していた。(H21～24)
- 健康診断に要する費用は、保険請求の対象としてはならないこととされているが、特別養護老人ホームの入所者に対して実施した健康診断の際の血液検査、心電図、X線撮影について、保険診療として請求していると思料される事態が見受けられた。(H21～24)

(参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は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こと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。					

- 関連する医療費助成制度

- 障害者総合支援法

- 医療費自己負担額1割(負担上限額あり)

- 生活保護法

- 医療費自己負担額の免除

- 高額療養費制度

- 医療費自己負担額に上限額の設定あり

- 合算医療費療養費制度

- 医療保険と介護保険自己負担額の合算により、上限を超えた額を返還

- 難病法

- 自己負担額に上限額の設定あり

ご清聴ありがとうございました。

講 演

4) 『多職種連携の重要性』

医療法人権頭クリニック

院 長 権 頭 聖

演者プロフィール

権 頭 聖（医療法人権頭クリニック 理事長・院長）

昭和 61 年 3 月高知医科大学卒業

平成 6 年 12 月開業

一般内科、外科

医師会活動

平成 26 年 6 月北九州市八幡医師会 理事

平成 28 年 6 月北九州市医師会 理事

令和 4 年 6 月北九州市八幡医師会 専務理事

担当は高齢社会対策、連携支援、地域保健、地域医療、医療福祉 他

その他

八幡在宅医会 副会長

八幡プライマリケアカンファレンス 主務

認知症サポート医、ものわすれ外来

八幡医師会立在宅医療支援診療所準備委員会

地域包括圏域多職種連携活動

在宅医療と多職種連携

「福岡在宅医療
事始め～さあ始めよう在宅医療～」



医療法人権頭クリニック 権頭聖
2025年2月8日 福岡県医師会

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

	月	火	水	木	金	土
9	外来・検査（内視鏡・エコー等）					
10						
11						
12						
	昼休み					
13	在宅	医師会	特養	認知症 グループ ホーム	医師会 (隔週) 有老	特養
14		在宅			医師会 (隔週) 有老	
15	外来	外来	休み	外来	在宅	休み
16		外来			外来	
17		サ高住 (隔週)			外来	
18						
19	医師会・学習・運動・読書・うたた寝					

かかりつけ医の延長 としての在宅医療

基本的には、計画的な訪問診療

往診も在宅医療の時間帯に

緊急往診は年間数回程度

在宅看取り（深夜は避ける）

多職種連携の重要性

- **患者の状態把握:** リアルタイムな**情報共有**により、適切な対応が可能。
- **効率的な役割分担:** 医師、看護師、介護職、薬剤師が**役割**を明確に分担。
- **ケアの一貫性:** 治療や介護**方針を共有**し、統一されたケアを実現。
- **安心感の提供:** 多職種連携により患者と家族が**安心して在宅療養**を続けられる。
- **状態変化への迅速な対応:** 看護師や介護職からの報告を基に、医療**方針の調整**が可能。
- **負担の軽減:** 医師が**診療に集中**できる環境を整え、効率的な診療を実現。
- **質の向上:** 連携することで**ミスやケアの漏れを防ぎ**、医療の質を向上。

在宅医療における多職種

- 医師**: 診断・治療方針の決定、緊急時の対応。
- 訪問看護師**: 患者の状態観察、医療処置、家族支援。
- 薬剤師**: 薬物療法の適正化、服薬指導、薬剤管理。
- 介護職**: 日常生活の支援、患者や家族の相談対応。
- ケアマネジャー**: ケアプラン作成、サービス調整、支援の窓口。
(**ソーシャルワーカー**: 福祉サービスの調整、経済的支援の助言)
- リハビリ職 (理学療法士・作業療法士)**: 機能回復訓練、生活動作支援。
- 管理栄養士**: 栄養管理、食事指導。
- 歯科医師・歯科衛生士**: 口腔ケア、摂食・嚥下機能の改善。

医療機関の在宅医療における保険点数

診療報酬の例

- ケース1: 個人宅の月1回定期訪問(平日日中)**
訪問診療料: 888点
在医総管: 1745点
合計: 2633点 (自己負担1割で約2600円、3割で約8100円)
- ケース2: 同一建物内(集合住宅)の患者(2-9人の1人あたり)月1回定期訪問**
訪問診療料: 213点
施設医総管: 710点
合計: 923点 (自己負担1割で約900円、3割で約2700円)
- ケース3: 往診**
720点



訪問看護

訪問看護の主な内容

- **健康状態の観察** バイタルサイン（体温、血圧、脈拍など）の測定や病状の観察を行い異常の早期発見に努めます。
- **医療処置** 点滴や注射、服薬管理、傷の処置、ストーマケア（人工肛門・人工膀胱の管理）など、医師の指示に基づいて行います。
- **リハビリテーション** 日常生活動作の維持や改善を目的とした簡単なリハビリを行うことがあります。
- **療養生活の支援** 食事や排泄、入浴など日常生活に必要な介助やアドバイスをを行い、患者の生活の質（QOL）の向上を支援します。
- **家族へのサポート** 介護の方法や患者への対応についてアドバイスをを行い、家族の負担軽減を図ります。

特に高齢者や慢性疾患を持つ患者の在宅療養では、早期の異変発見や緊急時対応のために、訪問看護は重要な役割を果たします。

訪問看護の費用の具体例（2024年度目安）

医療保険の場合（負担割合：1～3割）

初回訪問：850点（8,500円相当、自己負担1割なら850円）

2回目以降の訪問：600～800点程度（地域や時間帯により変動）

緊急訪問：2,000点程度。

介護保険の場合（負担割合：1～3割 所得に応じて異なる）

20分未満：300～350円程度。

30～60分：800～900円程度。

60～90分：1,200～1,300円程度。

訪問看護記録書（例 90代独居 サルコペニア）

・利用者の状態(病状)

バイタルサイン 体温36.5℃ 脈拍72/分 呼吸/分 血圧136/68 SPO2/100 体重
こたつでテレビを見られている。体調は変わりなし。食欲いつも通り 3食摂取。排便定期的にあり。
セレコックス内服開始以降も長年の腰痛は日によって差があり変わらないと。カロナル頓内服なし。
ふらつくのも変わらずとADL変わりなし。室内伝い歩きで、ふらつく時は用心して這って移動。
お風呂も一人で入れている。
食事は宅配の冷凍とネットスーパーで困ることなし。
外出はできないが穏やかに規則正しく生活を送られている。

- ・今週末 1泊で息子さん帰省予定。12/7～8息子さん帰省、年末は息子さん家族が帰省予定
介護認定結果はまだ届いていない。

[看護・介助]

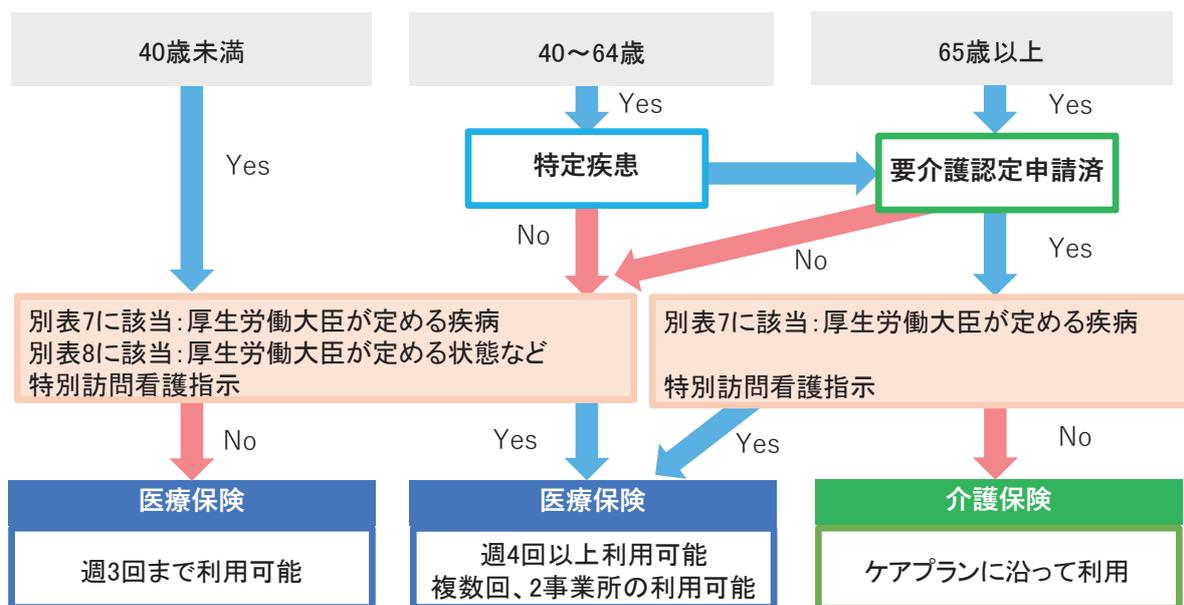
一般状態の観察,内服確認

[リハビリ・その他]

ストレッチ、下肢筋力増強運動、立位でスクワットと歩行

訪問看護指示書

訪問看護で使用される保険の選択



訪問看護指示書（医療・介護保険共通）

- **目的:** 医師の指示に基づき、訪問看護師が適切なケアを実施するための**必須**の書類
- **記載内容:** 診断名、病状、処置内容、投薬の指示、緊急時対応方法など。
- **有効期間:** 原則6か月間以内（必要に応じて更新）
- **主な用途:** 医療処置（点滴、褥瘡ケアなど）
観察（症状変化、バイタルサインなど）
- **重要性:** 医療と看護の連携を円滑化し、質の高い在宅ケアを実現する。

在宅患者訪問点滴注射指示書（医療・介護保険共通）

- **目的:** 在宅患者に対し、主治医が週3回以上の点滴治療が必要と判断した際に交付点滴を訪問看護師が行う際に発行する指示書。
- **記載内容:** 使用薬剤、用量・用法、実施回数、目的（脱水補正、栄養補給など）。
- **有効期間:** 7日まで。必要があれば都度交付可能（交付回数制限なし）。
- **適用対象:** 病状安定のため点滴が必要な在宅患者。
- **主な用途:** 輸液補給、抗生剤投与、疼痛管理、栄養補助など。
- **その他:** 同時に訪問看護指示書の発行が必要
看護師、准看護師による点滴注射が対象であり、
皮下や筋肉内注射、医師による点滴注射は算定できない。
*使用する薬剤は、医師が必要と認め、訪問する看護師、准看護師に渡して
在宅で点滴するものであれば、種類に制限はない。

特別訪問看護指示書（医療保険）

- 目的:** 緊急時や特別な処置が必要な場合に限り発行される訪問看護指示書。
- 有効期間:** 原則14日間で月1回交付
(重度の褥瘡と気管カニューレ使用状態は月2回交付可)
- 対象患者:** 急性増悪や重度の褥瘡（深さD3またはステージⅢ以上の記載が必須）、退院直後、看取りの状態など週4日以上の上訪問が必要と認められる患者
- 作成日:** 診察日でなければならない 同時に訪問看護指示書の発行が必要
- 記載内容:** 症状や病状、具体的な処置内容、緊急対応の指示などを記載。
- 主な用途:** 点滴、排痰ケア、急変時の観察・処置など特別対応時に使用。



訪問看護指示書の 具体例

- 訪問看護指示書
- 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を図すること

訪問看護指示期間 (2024年12月12日から2024年12月31日)
 点滴注射指示期間 (年 月 日から 年 月 日)

患者氏名	北九 太郎	生年月日	年 月 日 (91歳)
患者住所	福岡県北九州市八幡西区〇〇〇〇		電話
主たる傷病名	廃用症候群 フレイル 褥瘡・ステージⅠⅠⅠ		
傷病名コード	8838910		
現在の状況	症状・治療状態 右下肢の腸骨部大転子部下腿部に深さ D3 の褥瘡あり。毎日洗浄と薬剤塗布が必要である。 投与中の薬剤の用法・用量 クラビット ゲーベンクリーム 日常生活自立度 寝たきり度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症の状況 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input checked="" type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 要介護認定の状況 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 褥瘡の深さ DESIGN-R2020分類 <input checked="" type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5 NPUAP分類 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲ度 <input type="checkbox"/> Ⅳ度		
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (l/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻: サイズ、日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()		
留意事項及び指示事項	I 療養生活指導上の留意事項 栄養状態と感染症の有無について注意 II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり (40) 分を週 (2) 回 2. 褥瘡の処置等 (洗浄後にゲーベンクリーム塗布) 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 () 4. その他 (しばらく毎日保清が必要)		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	食事摂取量に応じて考慮する 緊急時の連絡先 院長携帯電話 〇〇〇〇 不在時の対応法 〇〇〇〇 または 〇〇〇〇 へ連絡 特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・臨時対応型訪問看護療養施設及び複合型サービス利用時の留意事項等あれば記載して下さい。) 住環境の清潔化と衣服寝具類の確認が必要		

- 呼吸器系 肺炎 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の急性増悪、気管支喘息発作、呼吸不全 (酸素療法やNPPVが必要な場合)
- 循環器系 心不全の増悪、不整脈 (特に急性発症や心拍数の管理が必要な場合) 狭心症や心筋梗塞後の管理
- 消化器系 消化管出血、急性膵炎や肝疾患の増悪、経管栄養中のトラブル (胃瘻部感染や閉塞)
- 神経系 脳卒中の急性期 (回復期も含む) パーキンソン病の悪化 ALS (筋萎縮性側索硬化症) などの神経変性疾患
- 感染症 感染症 (尿路感染、敗血症、創傷感染など) 新型コロナウイルス感染症などの感染症の管理
- がん・終末期ケア がん性疼痛のコントロール、終末期のがん (在宅緩和ケア)、悪液質や栄養不良の管理
- その他 退院直後 褥瘡 (特に重症例) 糖尿病の急性合併症 (糖尿病性ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧症候群) 透析トラブル 血液疾患 (貧血や血小板減少による出血リスク)



ケアマネジャー

ケアマネジャーの役割

- **ケアプランの作成:** 医療・介護サービスを組み合わせた計画を立案。
- **多職種との調整:** 医師、看護師、介護職などとの連携を図る。
- **患者や家族の相談支援:** 介護や生活に関する悩みを聞き、助言を行う。
- **サービスの手配:** 訪問介護、訪問看護、デイサービスなどを調整。
- **状態変化の把握:** 患者の生活環境や健康状態を定期的に確認。
- **緊急時の対応支援:** 必要に応じて医療機関や関係者と迅速に連携。
- **生活環境の整備支援:** バリアフリー化や福祉用具の選定を助言。

ケアプランの実例

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

令和6年11月5日

2492

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和19年 日 住所 〒 807-0844 福岡県北九州市八幡西

居宅サービス計画作成者氏名 東 由佳子

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〒 805-0062 福岡県北九州市八幡東区平野2-1-1 八幡医師会介護保険総合センター

居宅サービス計画作成(変更)日 令和6年11月5日 初回居宅サービス計画作成日 令和6年11月5日

認定日 認定の有効期間 令和6年10月7日 ~ 令和7年10月31日

要介護状態区分	<input checked="" type="radio"/> 要介護1 ・ <input type="radio"/> 要介護2 ・ <input type="radio"/> 要介護3 ・ <input type="radio"/> 要介護4 ・ <input type="radio"/> 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	本人:一か月くらいから体の動きが悪くなりました。転倒への不安が大きく、外出ができず、家の中も這って動いています。今まで新生会病院に行っていましたが、通院ができないので、権頭先生に来てもらうようになりました。息子は遠方に住んで、息子には迷惑をかけたくありません。もっと動けなくなったら施設も考えますが、できるだけ家での生活を続けたいです。体調に不安があるので、看護師さんがきてくれると助かります。介護度が決まるまで、介護保険以外のサービスも利用していきたいです。 家族:体の動きが悪くなっていて、体調のことなども心配です。私がすぐに来れる距離ではないので、看護師さんが関わってくれると何かあった時に安心なので、お願いします。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	・医療介護に関する相談に応じ、よりよい社会資源の情報提供などを行い安心して在宅生活が継続できるよう支援します。 ・訪問看護を利用し、病状、体調管理の支援や状態に応じたりハビリを受け在宅生活が継続できるよう支援します。 緊急連絡先 主治医:権頭クリニック 権頭 聖先生 093-692-5557

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 令和6年11月5日

利用者名 文子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
体が動きにくくなったりと体調に不安がある。安心して住み慣れた家で暮らしたい。	在宅生活が継続できる	R6/11/5 ~ R7/4/30	状態の変化に早期に気付き対応ができる	R6/11/5 ~ R7/1/31	診察、処方、日常生活上の留意点、指導 服薬	○	訪問診療 居宅療養管理指導 本人	権頭クリニック 本人	1回/月 毎日	R6/11/5 ~ R7/1/31 R6/11/5 ~ R7/1/31
			状態の変化に応じて必要な支援を受けられる	R6/11/5 ~ R7/1/31	処方薬の配達、服薬管理、主治医の指示による対応、連携、処方に関する相談、助言 ※主治医の指示により追加訪問あり	○	居宅療養管理指導	永犬丸調剤薬局	1回/月	R6/11/5 ~ R7/1/31
一人で転倒せずに動きたい。	目的の場所まで転倒せずに行くことができる	R6/11/5 ~ R7/4/30	動作の安定が図れ安全に移動ができる	R6/11/5 ~ R7/1/31	バイタルチェック、体調管理、服薬確認、病状に関する相談・助言、主治医の指示に基づく対応、主治医への報告 処置内容に応じて、提供時間の超過あり。 ※緊急時訪問看護加算あり	○	訪問看護	八幡医師会訪問看護ステーション	1回/週	R6/11/5 ~ R7/1/31
			関係機関との連携、社会資源を含むサービスの提案・調整	R6/11/5 ~ R7/1/31	家具や手すりを持って移動する 身体機能の向上、動作の安定が図れるようなりハビリの実施・評価、自宅内の環境への助言 ※振替利用相談可	○	居宅介護支援	八幡医師会介護保険総合センター	随時	R6/11/5 ~ R7/1/31
						○	訪問看護	八幡医師会訪問看護ステーション	1回/週 作業療法士	R6/6/14 ~ R6/12/31 R6/11/5 ~ R7/1/31

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

利用者名 文子 殿

週間サービス計画表

作成年月日 令和6年11月5日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								トイレに1,2回起きる
	2:00								
早朝	4:00								
	6:00								起床
午前	8:00								食事
	10:00	訪看 I 5							昼食、夕食など食事の準備をする
午後	12:00								昼食
	14:00				訪看 I 2				
夜間	16:00								
	18:00								夕食
深夜	20:00								入浴
	22:00								就寝



訪問薬剤師

薬剤師の役割

- **薬物療法の適正化:** 副作用や相互作用を確認し、ポリファーマシーを防ぐ。
- **薬剤の供給と管理:** 処方薬の準備、配送、適切な保管方法の指導。
- **服薬指導:** 患者や家族に薬の使用方法や注意点を説明。
- **服薬支援:** 飲み忘れ防止策の提案や服薬状況の確認。
- **医療機器のサポート:** シリンジポンプや輸液などの使用方法を指導。
- **症状の確認と情報提供:** 副作用や症状の変化を確認し、医師に報告。

訪問薬剤管理指導記録 例

- 1. 基本情報** 訪問日: 2024年12月22日 訪問時間: 14:00~14:30 患者名: ○○○○様 年齢・性別: 78歳・女性
診断名: 糖尿病、高血圧、慢性腎不全
- 2. 訪問目的** 血圧コントロールの状況確認 糖尿病薬の服薬状況の把握と副作用チェック
腎機能低下に伴う薬剤調整の必要性評価
- 3. 患者の状況** バイタルサイン: 血圧: 138/82 mmHg 心拍数: 78 bpm 体温: 36.4°C
患者の訴え: 口渇感あり (糖尿病症状の可能性) 最近、手足のむくみを自覚
- 4. 服薬状況薬剤リスト:** アムロジピン5mg (降圧薬): 毎朝服用 メトホルミン500mg (糖尿病薬): 毎食後
フロセミド20mg (利尿薬): 朝1錠
服薬状況: メトホルミンの服用後、軽度の胃もたれを訴える。フロセミドの服用後に頻尿あり。
- 5. 薬剤に関する評価** 利尿薬の調整: むくみの軽減と腎機能への影響を評価しつつ、減量を検討。
糖尿病薬の副作用: メトホルミンによる消化器症状が疑われるため、食後服用のタイミングや量の調整を検討。
- 6. 指導内容** 服薬指導: アムロジピンは毎朝同じ時間に服用するよう再確認。
メトホルミン服用時、胃もたれが続く場合は主治医に相談。
生活指導: むくみを軽減するため、夕方には足を高くして休むよう助言。
水分摂取量を適切に保つよう指導 (腎機能に配慮)。
- 7. 多職種連携への提案** 主治医への報告: 腎機能を再評価し、利尿薬の調整を検討。
看護師との連携: 足のむくみの状態を継続的に観察。
- 8. 次回訪問予定訪問日:** 2024年12月29日

訪問介護士

介護職の役割

- **日常生活支援** 食事、排泄、入浴、着替え、清拭などの身体介護を行う。
- **患者の見守り** 患者の体調や精神状態を観察し、変化があれば医療スタッフに報告する。
- **移動や外出のサポート** ベッドからの移乗や車椅子での移動、通院や外出の付き添いを行う。
- **リハビリの補助** 理学療法士や作業療法士の指導のもと、簡単なリハビリの補助を行う。
- **介護用品の管理** ベッドや車椅子、ポータブルトイレなどの介護用品の使用方法を指導し、管理
- **清掃や衛生管理** 患者が快適に過ごせるよう、居室やベッド周りの清掃を行い、衛生状態を保つ。
- **患者や家族への相談支援** 介護に関する悩みや困り事について、患者や家族の相談に応じる。



歯科医師・衛生士

歯科医師・衛生士の役割

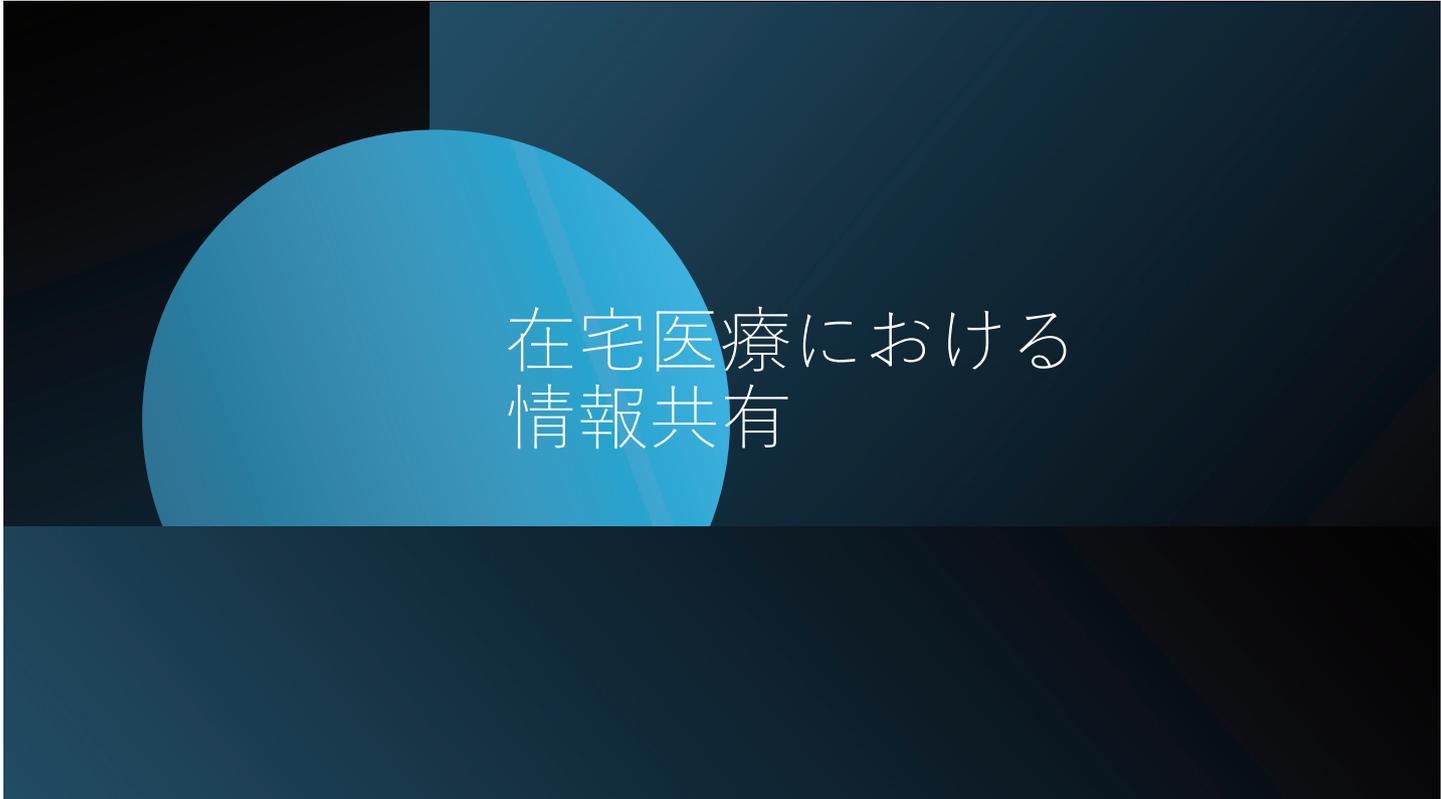
- **口腔ケアの実施:** 口腔清掃、感染予防、口腔衛生指導を行う。
- **摂食・嚥下機能の評価:** 飲み込みの状態を確認し、リハビリを提供。
- **義歯の調整・作製:** 適切な義歯使用のための調整や新規作製を実施。
- **虫歯・歯周病の治療:** 在宅で可能な範囲で口腔疾患の治療を行う。
- **誤嚥性肺炎の予防:** 口腔内の衛生管理を通じて全身の健康を支援。



ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーの役割

- 福祉サービスの調整:** 患者が利用可能な介護保険や福祉サービスの手配・調整を行う
- 経済的支援の助言:** 医療費や生活費負担の軽減に向けた制度や支援策を案内。
- 生活環境の整備支援:** バリアフリー化や福祉用具の導入をサポート。
- 心理的サポート:** 患者や家族の不安や悩みに寄り添い、相談に応じる。
- 社会復帰の支援:** 社会参加や復職を希望する患者に適したサポートを提案。



在宅医療における
情報共有

情報共有手段

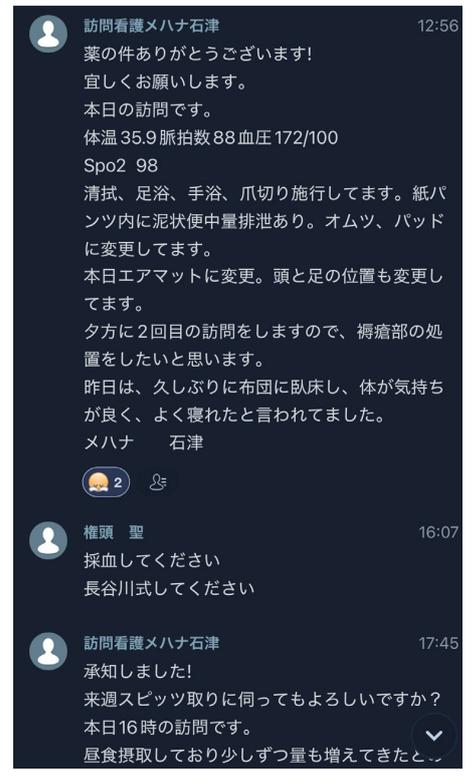
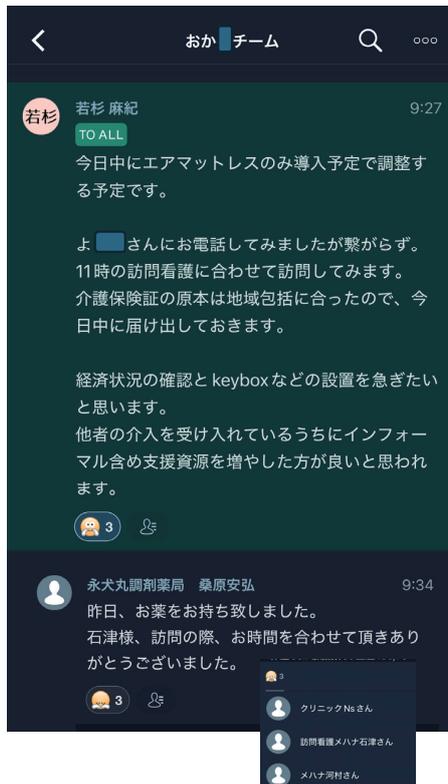
- **電話・FAX:** 緊急時に適するが記録が残りにくく情報漏れのリスクがある。
- **LINE WORKS・Chatwork・MCS:**
リアルタイム共有が可能でセキュリティも高い。
導入や操作習得に時間がかかる場合がある。
- **ケアカンファレンス:** 意見交換に優れるが、開催調整や移動、通信環境に課題がある
- **紙媒体:** 記録が簡単だが紛失や情報更新の遅れが発生しやすい。

適切な手段を補完的に活用し、最適なケア連携を目指すことが重要。

在宅医療でICTを活用することの利点

- 訪問看護師やケアマネジャーとの情報共有がリアルタイムで可能。
- 電子カルテやクラウドの活用で診療記録や指示書作成が効率化。
- 遠隔モニタリングにより訪問の必要性を適切に判断。
- 多職種間のコミュニケーションが強化され、連携がスムーズに。
- 医師の負担軽減と質の高いケア提供が可能に。
- 緊急時の連絡や指示が迅速に行える。

ICT利用の実例供覧



訪問看護メハナ石津
承知しました!
来週スピッツ取りに伺ってもよろしい
本日16時の訪問です。
昼食摂取しており少しずつ量も増えて
ことでした。
右腸骨から大腿部にかけての褥瘡は出
液なく経過しています。
ゲーバンクリーム塗布しています。
メハナ 石津

1

訪問看護メハナ石津



Photo_24-12-13-17-49-07.439.jpg
(286.84 KB)

権頭 聖
低栄養・感染症・糖尿病・高血圧・褥創
機能低下疑い・股関節周囲の機能不全
などが医療的に問題になるかと思ひます
感染制御と高浸透圧性糖尿病性昏睡の予
始めます

3

訪問看護メハナ石津
お疲れ様です。
夕方訪問です!
薬剤師さんと会いました!
ありがとうございましたm(__)m
著変ありません。
オムツ交換施行し、尿多量、軟便少量排
しました。陰部洗浄施行しています。
検査していいよとの事でHDS-Rしてま
ど写真アップしますので宜しくお願い致
ます

訪問看護メハナ石津
長谷川式は13点です

2

2024年12月19日 木曜日

権頭 聖
認知障害はありそうだが、アルツハ
くない。
MRIなどしたいが本人の協力が得ら
問
法定または任意後見のどれが本人に
のか
CMの意見はどうですか

若杉 麻紀 14:52
2024年12月19日 9:33
法定または任意後見のどれが本人にとってよい
のか
任意後見かと思ひます。

3

まとめ

- 患者と家族のニーズと目標を確認して連携
- 多職種専門性を活かし役割分担を明確化
- ICT活用は情報共有において効率的

多職種連携 付属資料

(別紙様式 16)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
患者住所	電話 () - ()		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
現在の状況 (看護項目に○等)	病状・治療 状		
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
	日常生活 自立度	寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
	認知症の状況	I II a II b III a III b IV M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
	褥瘡の深さ	HESIION-E2029 分類 D 3 D 4 D 5 N P U A P 分類 Ⅲ度 Ⅳ度	
	装着・使用 医療機器等	1. 自動投薬装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・経腸 : サイズ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工結腸 13. その他 ()	
	留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
	II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1日あたり () 分を週 () 回) 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
	在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応			
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期検診・検体採集等訪問看護職員及び検査センターで採集 時の留意事項等があれば記載して下さい。)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)			
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)			

上記のとおり、指示いたします。 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

事業所 印

表4 各種指示書の作成日と有効期間

指示書の種類	指示書作成日	有効期間
訪問看護指示書	診療日でなくてもよい	指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は6カ月以内（1カ月の指示を行う場合は有効期間の記載は不要）
特別訪問看護指示書	診療日でなければならない	指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は 14日以内
在宅患者訪問 点滴注射指示書	診療日でなくてもよい	指示書作成日と有効期間の開始日が同じで、有効期間は医師が指示を行った日から 7日間

肺炎、脱水症、脳梗塞後遺症、慢性心不全、認知症、がん末期など、患者のケアや医療処置に影響を与える疾患

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
患者住所	電話 () -		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
病状・治療 状			

厚生労働省の傷病名マスターから最新の傷病名コードをダウンロードし、使用する

患者の現在の病状や治療の経過、訪問看護で注意すべきポイントを具体的に記載
 例：疾患名や症状の概要（例：慢性心不全、軽度の呼吸困難あり）
 病状の進行状況（例：安定している、浮腫の悪化に注意、生命予後、認知障害の程度）
 患者の状態をわかりやすく伝え、訪問看護師が適切に対応できる内容を書くことが重要

現在の	病状・治療 状態						
	投与中の薬剤 の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.

薬剤名（一般名または商品名）、1回または1日の用量、服用回数、
 投与経路（経口、貼付、注射など）を明記
 例：「アムロジピン5mg 1日1回 朝食後 経口」や
 「インスリン グラルギン 10単位 夕方 皮下注」のように簡潔に記載する
 訪問看護師が薬剤管理や副作用の確認を円滑に行えるよう、必要な情報を正確に書く
 重要性の高い薬剤から順番に

の 状 況 （ 該 当 項	日常生活	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況		要支援（ 1 2 ）			要介護（ 1 2 3 4 5 ）				
	褥瘡の深さ		DESIGN-R2020 分類 D 3 D 4 D 5			NPUAP 分類 III度 IV度				



DESIGN-R® 深さ	d0 皮膚損傷・ 発赤なし	d1 持続する発赤	d2 真皮までの 損傷	D3 皮下組織まで の損傷	D4 皮下組織を 越える損傷	D5 関節腔・体腔 に至る損傷	U 深さ判定が 不能な場合
NPUAP ステージ分類	DTI疑い 圧力および/または剪（せん）断力によって生じる皮下軟部組織の損傷に起因する。限局性の紫または栗色の皮膚変色または血疱。	ステージⅠ 通常骨突出部位に局限する消滅しない発赤を伴う。損傷のない皮膚。暗色部位の明白な消滅は起こらず。その色は周囲の皮膚と異なることがある。	ステージⅡ スラフ（水分を含んだ軟らかい黄色調の壊死組織）を伴わない。赤色または薄赤色の創底をもつ。浅い開放潰瘍として現れる真皮の部分欠損。破れていないまたは開放した/破裂した血清で満たされた水疱として現れることがある。	ステージⅢ 全層組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。スラフが存在することがあるが、組織欠損の深度が分からなくなるほどではない。ポケットや膿孔が存在することがある。	ステージⅣ 骨、腱、筋肉の露出を伴う全層組織欠損。黄色または黒色壊死が創底に存在することがある。ポケットや膿孔を伴うことが多い。		判定不能 創底で、潰瘍の底面がスラフおよび/またはエスカー（黄褐色、茶色、または黒色の乾燥した硬い壊死組織）で覆われている全層組織欠損。

目 に ○ 等	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 () l/min)
		4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ
		7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ)		日に1回交換)
		8. 留置カテーテル (部位: サイズ)		日に1回交換)
		9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)		
		10. 気管カニューレ (サイズ)		
		11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 ()

7. 経管栄養カテーテルの交換頻度

胃ろう: 一般的には4~6か月ごとに交換。ただし、使用状況により異なる場合もあり
経鼻経管栄養: 1~2週間ごとに交換が推奨

8. 留置カテーテル

シリコン製は4週間 (正確には30日以内)、ラテックス製は2週間
閉塞が起こった場合、もしくは起こる兆しがある場合には交換
症候性尿路感染症の治療前には交換を考慮

9. 在宅医療における人工呼吸器の設定指示

モード: CPAP、BIPAP、SIMVなど。
設定値: 吸気圧(PIP10~20)、呼気圧(PEEP5~10)、吸気時間(Ti0.8~1.2)、呼吸回数(RR12~20)など。
酸素濃度: 必要に応じて設定 (例: 21~40%)。
緊急時対応: 呼吸不全や異常があれば、訪問看護師が速やかに医師へ報告。
詳細な設定や管理方法については、専門医や関連ガイドラインを参照してください。

在宅酸素療法 (HOT) の酸素流量設定

通常、目標とするSpO₂は90~92%以上を維持できるように設定

安静時: 1~3L/分が一般的。必要に応じて調整。

活動時: 動作時の低酸素血症を補うため、1~2L/分の追加が必要な場合があります。

睡眠時: 低酸素が進行する場合、流量を調整 (例: +0.5~1L/分)。

患者の酸素飽和度 (SpO₂) や呼吸状態を基に決定します。

患者の呼吸状態や疾患 (慢性閉塞性肺疾患など) により設定が異なるため定期的な評価を行います。

人工呼吸器の設定

一般的には、以下の項目を調整します。

- モード：容量補助換気（VCV）や圧力補助換気（PCV）、自発呼吸を補助するCPAPやBiPAPなど。
- 換気量：1回換気量（通常は6～8ml/kg）を患者の体重に基づいて設定。
- 呼吸回数：10～20回/分が一般的。
- 酸素濃度：必要に応じて21～100%で調整。
- PEEP（呼気終末陽圧）：5～10cmH₂Oが目安。

設定は主治医と多職種、患者の状態を継続的に評価しながら最適化します。

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）
緊急時の連絡先 不在時の対応

脱水改善目的

改善内容：ソリタ-T3 500mLを4時間で点滴

頻度：毎日

感染症治療目的

治療内容：生理食塩水100mL＋セフトリアキソン1gを1時間で点滴

頻度：1日1回を5日間

療養生活指導上の留意事項

患者が在宅で安全かつ快適に療養生活を送るために、訪問看護師が注意すべき点や指導すべき内容

- 「浮腫の悪化や体重増加があれば早急に主治医へ連絡」 「血糖値が300mg/dL以上または100mg/dL以下の場合は報告」 「気管切開部や胃ろうの清潔を保つための手技指導を徹底」
- 「褥瘡予防のため、2時間ごとに体位変換を促す」 「軽い運動を取り入れ、ADL維持を目指す」
- 「歩行時には転倒防止のために必ず見守りを行う」
- 「認知症があり、日中は徘徊傾向があるため、家族への見守り指導」
- 「患者の不安が強い場合は傾聴を重視し、安心感を与えるケアを」
- 「在宅酸素療法：酸素流量2L/分を遵守。火気厳禁の指導を実施。」
- 「人工呼吸器のアラーム作動時の対応について家族へ再指導」
- 「必要時には訪問看護師がレスパイトケアの支援を提案」

記載のポイント簡潔かつ具体的に記載し、看護師が現場で迅速に対応できる内容にする。
医療的な指示だけでなく、患者と家族の生活に即した配慮を盛り込む。
これらを含めることで、患者のQOL向上と安全な療養生活を支える指示書となります。

「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護」

1. 理学療法士（PT）への指示記載：「筋力維持・向上を目的とした下肢筋力トレーニング」
「関節可動域訓練を行い、拘縮の予防に努める」
具体的内容：「起立・歩行練習を週2回実施。転倒リスクに注意。」
「ベッドサイドでのストレッチングと体位変換指導」
2. 作業療法士（OT）への指示記載：「日常生活動作（ADL）の自立支援」
「上肢機能向上を目的としたリハビリ」
具体的内容：「食事動作や着脱衣動作の練習を週1回実施」
「認知症に伴う不安を軽減する作業療法」
3. 言語聴覚士（ST）への指示記載：「嚥下機能の改善と誤嚥予防」 「構音障害への対応」
具体的内容：「嚥下評価に基づく食事姿勢の指導と嚥下体操」
「失語症に対するコミュニケーション訓練」
4. 目標の共有
「在宅生活での自立を促進し、介護負担の軽減を図る」
「リハビリ結果を定期的に医師と共有し、必要に応じて指示内容を見直す」

リハビリテーション訪問の標準的な頻度と時間

パーキンソン病 頻度：初期は週2回、中期～進行期は週1～2回時間：20～40分/回
内容：理学療法士（バランス訓練）、作業療法士（ADL訓練）、言語聴覚士（嚥下機能維持）

サルコペニア・整形外科疾患 頻度：週1回時間：40～60分/回
内容：理学療法士（歩行・関節訓練）、作業療法士（ADL回復）

認知症 頻度：週1～2回時間：20～40分/回
内容：作業療法士（認知機能維持）、言語聴覚士（記憶訓練）

心不全・がん患者 頻度：週1～2回時間：20～40分/回
内容：理学療法士（有酸素運動・筋力維持）

注意：介護保険では要介護度に応じて制限があるのでケアマネ・PTと相談します

介護保険によるリハビリ

20・40・60分の20分単位で区切りがある。
訪問看護のリハビリは週120分を超えてはいけない

医療保険によるリハビリ

30分から90分で指示し分単位の区切りはない
頻度は1日1回週3回まで
特定疾病・別表7・別表8の場合は「同日複数回・週4回以上可能」

褥瘡の処置方法

創洗浄：多量の微温湯で毎日洗浄し、感染予防に努める

外用薬：プロスタンディン軟膏/ゲーベンクリーム/イソジンシュガーを創の状態に応じて選択し塗布

被覆材：滲出液の量に応じて選択

滲出液が少なければ非固着性ガーゼやハイドロコロイド材

滲出液が多ければ吸収パッドやハイドロファイバー・ハイドロフォーム材を選択

【記載例】「創部を毎日微温湯洗浄後プロスタンディン軟膏を塗布。メロリンガーゼで被覆。」

「創部を多量の微温湯で洗浄後イソジンシュガーを塗布、吸収パッドで被覆してフィルム固定。」

「褥瘡部を微温湯で洗浄し、デュオアクティブCGFを貼付。週2回洗浄と貼り替え。」

「滲出液が多い場合はハイドロサイトプラスに変更。」

「必要に応じて抗菌剤外用。」「褥瘡の深さや状態に応じて、週2回の頻度で訪問しケアを実施。」

「必要時、医師が褥瘡の状態を再評価し、治療方針を見直す。」

「創面の感染兆候（発赤、膿性分泌物）が見られる場合は、直ちに主治医へ報告。」

除圧・ずれの排除に関する指示内容

適宜体位変換を実施し、クッションやエアマットレスを使用して適切なポジショニングを行い体圧分散を図る。移乗・移動時のずれの排除に努める。*体位変換の回数は適切なポジショニングが取れていれば少なくとも可。

【記載例】「体位変換をおむつ交換ごとに実施し、体圧分散マットレスの使用を継続。」

「車椅子上で体圧分散クッションを使用、座位はできるだけ短い時間とし、ベッド上で除圧。」

「仰臥位は禁止とし、おむつ交換の度に半側臥位を左右で変換。」

「体位変換を2時間ごとに実施し、体圧分散マットの自動体位変換機能を用いる。」

在宅患者訪問点滴注射に関する指示

（投与薬剤・投与量・投与方法等）

記載例

脱水改善目的の例：「目的：脱水改善のため」

「内容：ソリタ-T3 500mLを末梢静脈ルートから4時間かけて投与」

「頻度：毎日」

「注意事項：点滴中に寒気、発疹があれば中止し連絡。」

抗菌薬投与目的の例：「目的：感染症治療」

「内容：生理食塩水 100mL + セフトリアキソン 1gを末梢静脈ルートより2時間で投与」

「頻度：1日1回を5日間継続」

「注意事項：ルート部位の腫脹を観察し、異常時は報告。」

「緊急時の連絡先」と「不在時の対応」

患者の症状悪化や機器の異常時に対応するため、迅速に連絡が取れる連絡先を記載します。例として以下の内容を含めます。

緊急時には以下の連絡先に速やかにご連絡ください。

主治医直通番号：090-XXXX-XXXX クリニック代表番号：093-XXX-XXXX

休日・夜間の連絡先：自宅（093-XXXX-XXXX）

「不在時の対応」には、緊急時に備えた対応方針を明記します。

主治医が不在の場合は、代理医師△△（090-YYYY-YYYY）または
連携病院（〇〇〇総合病院、093-XXX-XXXX）へご連絡ください。

必要に応じて救急搬送をご検討ください

これにより、緊急時の対応がスムーズになります。

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

患者の安全や適切なケアの提供に関わる重要な情報を具体的かつ簡潔に記載します。
これらの記載により、訪問看護師や他職種がリスクを把握し、適切なケアを提供できるようにします。

1. 薬の相互作用・副作用に関する留意点

「服用中の抗凝固薬（ワルファリン）の効果を定期的に観察し、出血兆候に注意。」

「降圧薬（カルシウム拮抗薬）の使用に伴うめまいや転倒リスクがあるため注意。」

2. 薬物アレルギーの既往

「ペニシリン系抗生物質に対するアレルギーあり。投与時は代替薬を使用。」

「シップ薬で皮膚炎を起こした既往あり。湿布の使用を避ける。」

3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護および複合型サービス（小規模多機能型居宅介護）利用時の留意事項

「訪問介護スタッフと情報共有を徹底し、転倒リスクの高い環境では安全対策を強化。」

「複合型サービス利用時は看護・介護スタッフ間で患者の食事状況を共有。」

4. 患者や家族への特記事項

「患者は自己判断で服薬を中止する可能性があるため、訪問時に服薬状況を確認。」

「家族が高齢のため、ケアの指導は簡潔で分かりやすく。」

装置・使用医療機器等の操作援助・管理 例文

- 「酸素流量2L/分を維持。チューブの接続部の緩みや損傷を確認。」
「人工呼吸器：設定値（例：PEEP 5cmH₂O、酸素濃度40%）を遵守。
毎日アラーム機能の作動確認を行う。」
「吸引器：口腔・気管吸引の必要性を評価し、使用後はチューブを洗浄。」
「注入ポンプ：経管栄養を設定どおりに注入。残量確認と異常アラームへ対応」
「使用後のチューブやマスクは洗浄・乾燥を徹底。感染予防策を遵守。」
「気管切開カニューレ：週1回交換。患者状態に応じて早期交換を検討。」
「フィルター類は1～2週間ごとに交換。」
「機器の作動状況を訪問時に確認し、異常があれば主治医へ報告。」
「家族に酸素療法機器の使用法、注入ポンプの設定手順を指導。」
「呼吸器や酸素装置のアラーム作動時の対処法を説明。」
「在宅酸素使用中は火気厳禁であることを再指導。」
「注入ポンプやチューブ類は患者の動きに合わせて安全に固定。」

機器管理と安全指導の要点 例文

- 酸素療法：流量2L/分を維持し、接続部の緩みや損傷確認。火気厳禁を再指導。
- 人工呼吸器：設定値（例：PEEP 5cmH₂O、酸素濃度40%）を遵守し、アラーム機能を毎日確認。
- 吸引器：必要性を評価し、使用後は洗浄を徹底。
- 注入ポンプ：設定通り注入し、残量確認や異常対応。
- 感染予防：チューブ・マスクの洗浄乾燥を徹底。
- 機器交換：気管切開カニューレ週1回、フィルター類は1～2週間ごとに交換。
- 家族指導：機器使用法、アラーム対応法、固定方法を指導。

講 演

5) 『 認知症・B P S Dの対応 』

公益社団法人福岡県医師会

常任理事 原 祐 一

演者プロフィール

原 祐一（医療法人ホームケア よつばの杜クリニック 理事長・院長）

平成 6 年 3 月東京医科歯科大学医学部卒業

平成 20 年 4 月開業

専門は精神科、内科（社会医学系専門医、指導医）

医師会活動

福岡市医師会理事を経て、平成 22 年 9 月福岡県医師会理事、

平成 26 年 6 月より同常任理事

担当は地域包括ケア、精神保健、広報 他

外部委員等

日本医師会総合政策研究機構 副所長

福岡県発達障がい者支援地域協議会 委員長

福岡県アルコール関連問題対策に係る連携会議 委員

福岡県運営適正化委員会 委員

粕屋地区認知症疾患地域医療連携協議会 委員 他

福岡在宅医療 事始め

認知症・BPSDの対応

2025年2月
福岡県医師会 常任理事
原 祐一

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

認知症・BPSDと在宅医療

在宅医療の対象となる患者は認知症も併発していることが多い

一方、認知症のみで在宅医療が導入されることはあまりない

在宅医療と認知症

- ・ 認知症と一般科疾患が併存している患者
- ・ 認知症に伴うBPSDがあり介護困難になった患者
(自宅、施設)

認知症・BPSDと在宅介護

認知症で重度の失見当識、重度の短期記憶力障害があったとしても、おとなしい方の介護はあまり大変ではない

介護が大変になるのは認知症の程度よりも、BPSDの程度

例えば・徘徊があり、夕方に家から出て行ってしまう

嫁が財布を盗ったと近所の人に言い続ける

夜中に大声を出す

食事、便など投げる

施設においても、おおむね同様

夜間に大声を出すと他の入所者が不眠・不穏になりがち

認知症の症状

中核症状

脳の神経細胞の障害によって起こる認知機能障害
記憶障害 見当識障害 実行機能障害

周辺症状

中核症状+環境要因、身体要因、心理要因などの相互作用
によって様々な精神症状や行動障害

認知症における中核症状とBPSD

(Behavioral and psychological symptoms of dementia :
認知症における行動症状と心理症状)



BPSDの陽性症状、陰性症状

陽性症状（過活動状態）

興奮・不穏・幻覚・妄想・物盗られ妄想・大声・
性的逸脱行為・脱衣・焦燥・易怒性・攻撃性・帰宅要求・
過干渉・収集癖・ろう便（放便）・暴力・自殺念慮・
昼夜逆転・徘徊・異食・過食

陰性症状（低活動状態）

うつ状態・喪失感・不眠・意欲低下・拒食・摂食障害

BPSDの対応 環境調整

部屋が暗いと、幻覚・錯覚が起きやすい

壁のシミを幽霊と錯覚して怖がる

⇒ 部屋を明るくして、壁のシミを修繕する

周りの音がうるさいと、不眠、不穏、幻聴が起きることもある

⇒ 音が出ないように調整する、場所を変える

病室でモニターの音が1日中鳴っていると、不穏を起こしやすい

⇒ 部屋を変える、ラジオや音楽をかける

入院の部屋の壁が真っ白だと、せん妄を起こしやすい

⇒ 絵を掛ける、窓が見える場所に移動する

高齢者施設に新規入所した際に、徘徊や帰宅願望が起きやすい

⇒ なじみの物（茶碗、湯飲み、ソファ、絵画）を持ってくる

BPSDの対応 治療者・介護者の姿勢

丁寧な話を聞く姿勢

・認知症の患者は、自分が伝えたいことを言葉でうまく表現できないこともあるため、本人のニーズや気持ちを考えながら傾聴する

・訴えに共感する態度で接し、視線を合わせて相づちを打つ

・幻覚、妄想様の訴えについても否定はせず、かつ積極的に肯定もせずに傾聴する

BPSDの対応 治療者・介護者の姿勢

落ち着いた環境を提供

- ・雑音があり、うるさい場所では、患者はどの音や声に注意を向けてよいのか分かりづらく、混乱に拍車をかける
- ・入院や入所中の方においては、多くの人がいる4人部屋やダイニングで話をするとうるさくなるため、静かなところで話をする
- ・他の入院・入所患者と距離を置く
- ・4人部屋においては、カーテンなどを使用して視覚や聴覚の刺激を減らす

BPSDの対応 治療者・介護者の姿勢

本人のペースに合わせる

- ・医療者が忙しいことを理由に認知症患者の訴えを放置すると、患者のストレスは悪化する
- ・患者の動作が遅くても急かしたりせずに、患者のペースに合わせたコミュニケーションやケアを行う
- ・医師や看護師のルーティーンに合わせようとはしない
- ・できるだけゆっくりと話す

BPSDの対応 薬物療法

BPSDに使用する処方薬（向精神薬）

- ・抗精神病薬
- ・抗うつ薬
- ・抗不安薬
- ・抗てんかん薬
- ・睡眠導入剤
- ・抗アルツハイマー病薬
- ・その他

抗精神病薬

ここで言う「精神病」とは、統合失調症のこと

具体例

リスペリドン（リスパダール）、クエチアピン（セロクエル）、
アリピプラゾール（エビリファイ）、クロルプロマジン（コントミン）、
レボメプロマジン（レボトミン、ヒルナミン）、
ハロペリドール（セレネース）

認知症高齢者のBPSDに使用する場合

せん妄、幻覚妄想、粗暴行為、興奮、怒り
抗精神病薬は最初に多めの量を処方し、徐々に減量する

抗うつ薬

具体例

パロキセチン（パキシル）、ミルタザピン（リフレックス）、
デュロキセチン（サインバルタ）、トラゾドン（デジレル）

うつ状態になると、精神機能が低下する

そのため、軽度の認知症高齢者がうつ状態となると、重度の認知症に
なったように見える

一部の抗うつ薬は入眠作用があるため、夕方に内服し入眠を即するため
に使用する場合がある

認知症と抑うつ

- ・アルツハイマー型認知症
坂道的進行、幸福感、記憶力の低下
- ・血管性認知症
階段的進行、感情失禁、麻痺を伴う、まだらの機能低下
- ・レビー小体型認知症
坂道的進行、幻覚妄想（幻視）、歩行動作障害（パーキンソニズム）、
睡眠行動障害（睡眠中の大声、粗暴行為）
- ・高齢者のうつ状態
深刻感、自責感、感情の混乱

抗不安薬

具体例

エチゾラム（デパス）、アルプラゾラム（ソラナックス）、
ロフラゼプ酸エチル（メイラックス）、
ジアゼパム（セルシン、ホリゾン）、クロチアゼパム（リーゼ）

不安症に対して使用

多くの抗不安薬は、睡眠導入剤に似ている化学構造を持つ
そのために、内服後に傾眠傾向となる場合が多い
転倒を起こしやすい

抗不安薬の長期内服は認知機能悪化を助長しやすい

睡眠導入剤

具体例

フルニトラゼパム（サイレース）、ブロチゾラム（レンドルミン）
ゾルピデム（マイスリー）、ゾピクロン（アモバン）、エスゾピクロン（ルネスタ）
レンボレキサント（デエビゴ）、スボレキサント（ベルソムラ）、
ラメルテオン（ロゼレム）

選別方法・・・「強さ」と「長さ」

ベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬（非BZD系睡眠薬）、その他

副作用

翌日の傾眠、夜間歩行時の転倒、物忘れ（認知症状悪化の助長）、嚥下障害、悪夢

睡眠導入剤

ベンゾジアゼピン系

フルニトラゼパム（サイレース）
ブロチゾラム（レンドルミン）

非BZD系睡眠薬

ゾルピデム（マイスリー）
ゾピクロン（アモバン）、エスゾピクロン（ルネスタ）

オレキシン受容体拮抗薬

レンボレキサント（デエビゴ）
スボレキサント（ベルソムラ）

メラトニン受容体アゴニスト

ラメルテオン（ロゼレム）

抗てんかん薬

抗てんかん薬の使用疾患

てんかん、認知症・知的障害者の興奮状態

てんかん

原発性てんかん、後発性てんかん（頭部外傷後、脳血管障害後、脳腫瘍術後など）

具体例

バルプロ酸（デパケン）、レベチラセタム（イーケプラ）、
ゾニサミド（エクセグラン）、カルバマゼピン（テグレトール）

認知症高齢者の突発的な興奮に使用

常に興奮している患者には、抗精神病薬のほうが適切

抗アルツハイマー病薬

具体例

ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、
リバスチグミン（イクセロンパッチ）メマンチン（メマリー）

陰性のBPSDのある認知症患者

コリンエステラーゼ阻害薬

ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（イクセロンパッチ）

陽性のBPSDのある認知症患者

NMDA受容体拮抗

メマンチン（メマリー）

陽性症状のある認知症患者にコリンエステラーゼ阻害薬は不向き、陽性症状を悪化させることが多い

新しい抗アルツハイマー病薬

レカネマブ（レケンビ） 薬価 11万4443円（500mg） 年間 約298万円

2週に一回の点滴 約1時間 18か月間

軽度認知症、MCI（軽度認知障害）から治療を開始

PETにてアミロイドβの蓄積の確認

髄液検査にて髄液中Aβ42/40比率の低下

作用機序：アミロイドβタンパクの除去

ドナネマブ（ケサンラ） 薬価 66,948円（350mg） 年間 約308万円

4週に一回の点滴 約1時間 12か月間

軽度認知症、MCI（軽度認知障害）から治療を開始

PETにてアミロイドβの蓄積の確認

髄液検査にて髄液中Aβ42/40比率の低下

作用機序：アミロイドβタンパクの除去

その他

軽度の興奮

漢方薬 抑肝散 抑肝散加陳皮半夏

痛みが原因でBPSDを呈する症例

NSAIDなど

かゆみが原因でBPSDを呈する症例

抗ヒスタミン薬など

顕著なBPSDの対応方法

環境調整、適切な対応、薬物療法でも介護困難な場合、
自傷他害の恐れがある場合

緊急性がない場合

精神科医の対診

緊急性が高い場合

精神科病院への入院

認知症患者への対応 -物盗られ妄想-

財布などを見つけれず、介護者を疑う場合

基本的対応

自分が疑われても、
『自分は盗っていない、何を言っているの！』などと言いつつ返したりしないように！
自分の気持ちを落ち着かせ、本人が困っていることを理解しましょう

具体的対応は

お茶などを出して、気持ちを別の方向に向ける

「一緒に探しましょう」と言って、目の前で実際に探してみる

すでに無くなっていることが分かっているもの、毎回時間をかけることが大変な場合は、別の似たものを用意する

小銭などを用意し、それを渡す

財布などをしまう場所を見つけておく

繰り返される場合は

言わない！

『冗談じゃないわ。私が盗るわけじゃないでしょう』
『どこかにしまい忘れたんじゃないの！』
『自分で隠したんじゃないの！』

認知症患者への対応 -幻覚（幻視、幻聴）、妄想-

夕方から夜間、天気の悪いとき、昼寝のあと、体調が悪いとき、視力障害や聴力障害のある方などが、実際にはないものが見えたり（誰かがいるという、虫がいるなど）、聞こえたりする

その場で対応

本人の訴えを否定しない
(本人は実際に見えたり、聞こえたりしているので、否定しない)

幻覚妄想が治まってから
(ふだんから)の対応

嫌がっているものや嫌いなものが見える場合は、追い払ったり、片付けるふりをする

照明の工夫によって、部屋を明るくする

幻覚を誘発しているもの(壁のしみなど)があれば取り除く

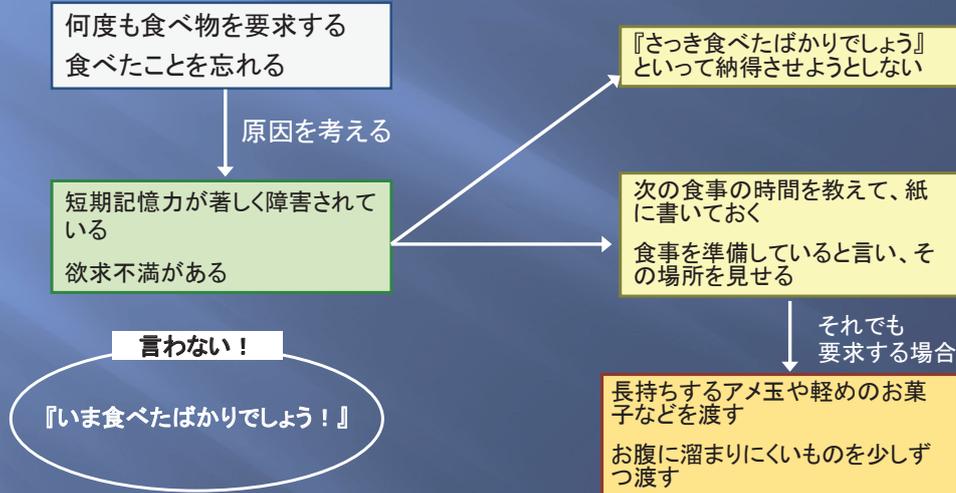
視力、聴力の障害があれば、メガネ、手術、補聴器などを使用する

言わない！

『そんなもの見える(聞こえる)わけじゃないでしょう！』

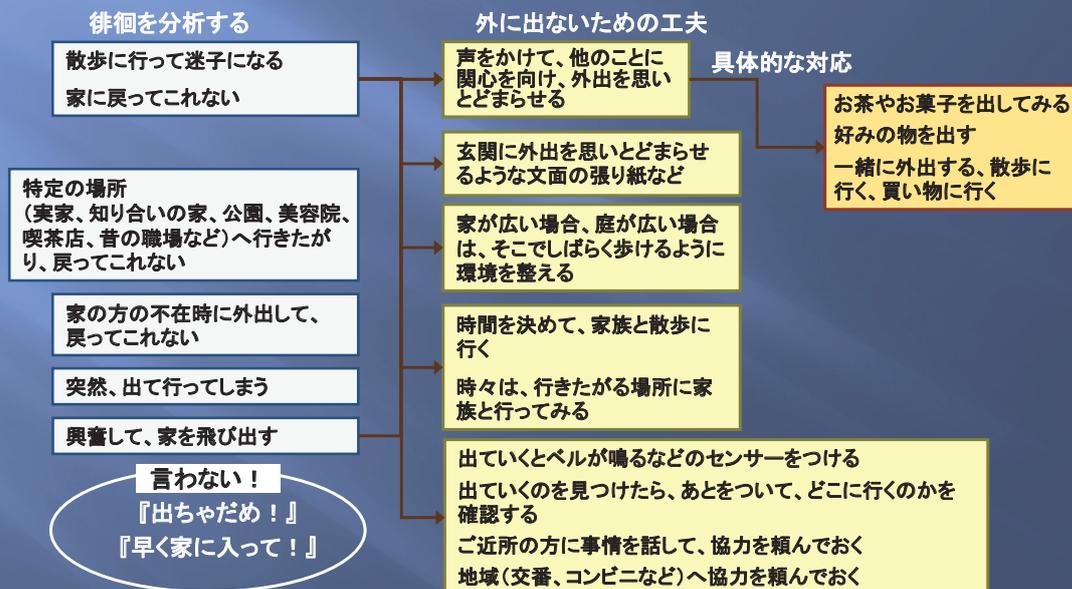
認知症患者への対応

-食事をしたにも関わらず、食事を食べてないという-



認知症患者への対応

-徘徊-



認知症患者への対応 -徘徊をして迷ったときに、探す工夫-

探す工夫

迷子札を利用する

衣服に名前や住所を縫い着ける
名刺をポケットに入れておく
衣服などにマジックなどで名前
や住所を書いておく

近所の方々に見ていないかを聞く
いつも行く場所が分かっていると、その
周辺を探す
探しても見つからない場合、警察に相
談する
スマホを持っている場合、位置検索を
してみる

健康への留意点

- ・疲労、エネルギー消耗、水分補給
- ・腰痛、足の痛み
- ・事故防止(転倒、けが)

認知症患者への対応 -帰宅願望-

夕方などになると、「家に帰る」
などと言う

具体的対応

「もう一晩泊まっていったら」と言っ
て、思いとどまらせる

(これが「徘徊」の原因になることもある)

一緒に外に出て、しばらく歩いて、
別のことに話題を移して、家に戻
る

言わない!

『何言っているの！
ここがお母さんの家でしょう！』
『一人でどこへ帰るつもり！！』

講 演

6) 『ACPと検案の実際』

むた ほとめき クリニック

院 長 牟 田 文 彦

演者プロフィール

牟田文彦（むた ほとめき クリニック 院長）

平成 11 年 3 月兵庫医科大学卒業

平成 27 年 3 月開業

一般外科（外科専門医）、呼吸器外科、内科、在宅医療

医師会活動

久留米医師会 平成 27 年 3 月入会

平成 30 年 6 月より久留米医師会 理事

担当は地域包括ケア、在宅医療 他

外部委員等

福岡県筑後地区小児等在宅医療推進検討会 委員

久留米市在宅医療介護連携推進協議会 委員長

久留米市 A C P 部会 部会長

ACP (人生会議) と検案の実際



むた ほとめき クリニック

牟田文彦

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

2019年11月25日

吉本興業お笑い芸人の小藪さんが、苦しそうな表情で自分の思いが正しく伝わっていなかった患者を演じている。「**命の危機が迫った時、想いは正しく伝わらない。**」と、もしもの時のために事前の話し合い（**人生会議**）を呼びかけている。

『死の恐怖・不安を煽っている』との批判が殺到しわずか1日でポスターは撤去された。

ネット上で『人生会議ポスター』検索
インパクト大



「もしものとき」のための話し合い

人生会議



「人生会議」とは、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと話し合い、共有する取組の事です。

人生会議

検索



人生会議パンフレットとロゴ

厚生労働省

**「もしものときに、どうしたいか」は、
変わっていくことがある。**

どのような生き方を望むかは、一人ひとり異なるもの、
また、ライフステージとともに変わっていくこともあります。

人生の最終段階において、あなたはどのように過ごしたいか、どのような医療やケアを受けたいと思いますか？
あなたが大事にしたいこと、望む生き方について、考えたり、話してみたりすることは、
もしものときに、あなたの望みをかなえる第一歩となるはずです。

人生会議 アドバンス・ケア・プランニング(ACP) 04

あなたができること
01 希望を伝える
02 希望を伝える
03 希望を伝える

変わっていくこともあるけれど、何度も繰り返し、見直すことができるから、
いま、あなたができることから始めてみませんか。



今、話し合おう。

母さん、
どうしたい？

できなかったけど、
できることがある。

※が折れた。肺炎も起こして、狭く間に寝たきり。
おきないよってたんこぶ腫、近くの洋服店。
いつか連れて行こうと思っていた。
たった一回、転んだだけでこんなに驚かれるとは。
でも、まだできることがある。
どこで過ごしたい？どんな治療がいい？
私たち何話してほしい？
だから今、人生会議。
※市役所に貼る病歴照の別添です

最期の一瞬まで日常は続く。だから、
人生会議

「もしもの時」のために話し合う

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、
病や高齢などで日常生活が支えられなくなる前に、医療
ケアや、暮らしなどをあらかじめ話し合ったり、希望や
目標を伝えること。一緒に話し、考えを共有することです。



久慈市 市役所 健康推進課 | TEL: 0942-30-9129 | FAX: 0942-30-9633 | Mail: ho-kenkei@city.kurume.jp



今、話し合おう。

お母さん、
どうしたい？

できなかったけど、
できることがある。

※が折れた。肺炎も起こして、狭く間に寝たきり。
おきないよってたんこぶ腫、近くの洋服店。
いつか連れて行こうと思っていた。
たった一回、転んだだけでこんなに驚かれるとは。
でも、まだできることがある。
どこで過ごしたい？どんな治療がいい？
私たち何話してほしい？
だから今、人生会議。
※市役所に貼る病歴照の別添です

最期の一瞬まで日常は続く。だから、
人生会議

「もしもの時」のために話し合う

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、
病や高齢などで日常生活が支えられなくなる前に、医療
ケアや、暮らしなどをあらかじめ話し合ったり、希望や
目標を伝えること。一緒に話し、考えを共有することです。

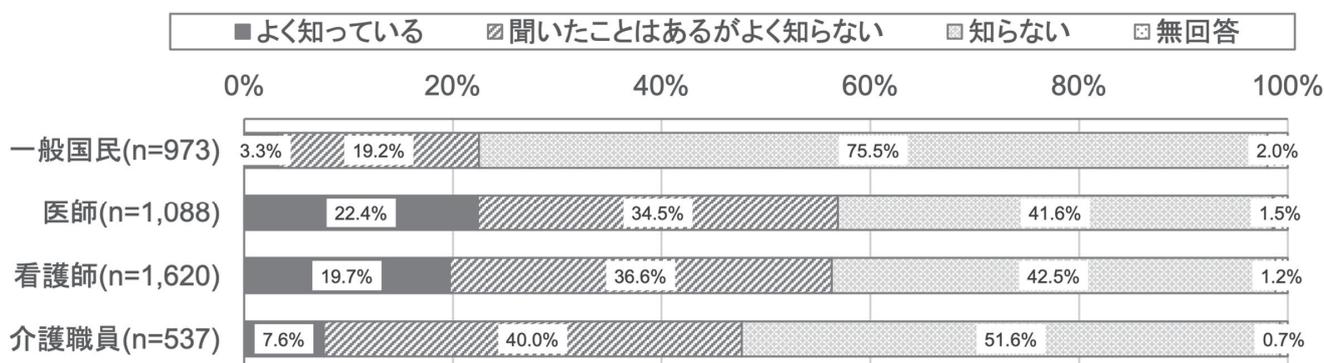


久慈市 市役所 健康推進課 | TEL: 0942-30-9129 | FAX: 0942-30-9633 | Mail: ho-kenkei@city.kurume.jp

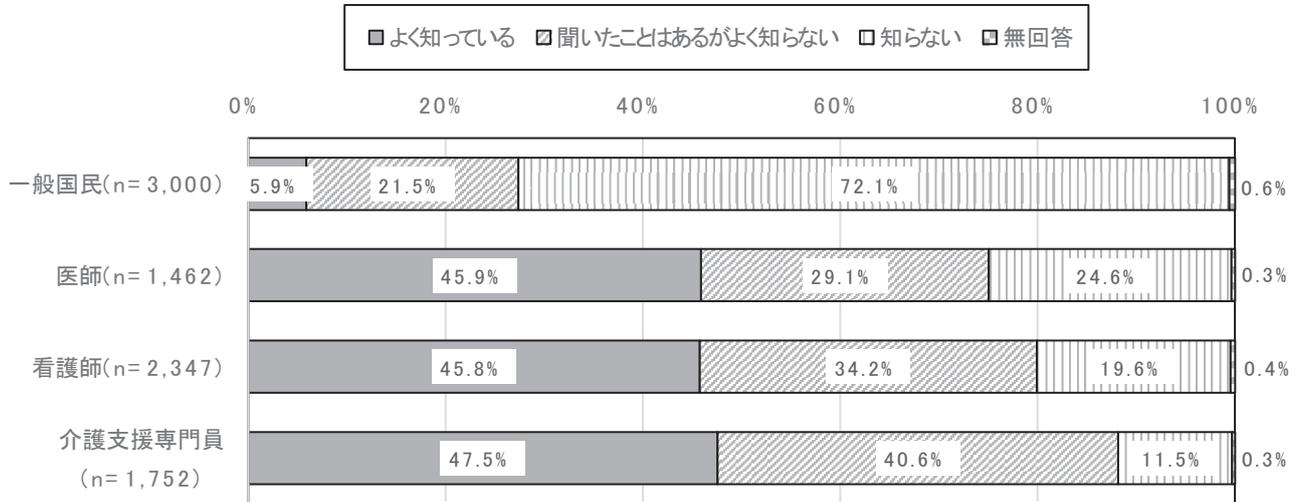
診療報酬では現在、入院・外来・在宅の場において、
 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の内容を踏まえた「適切な意思決定支援に関する指針」を定めることが算定要件とされている。

「令和6年度診療報酬改定」において、「適切な意思決定支援に関する指針」の作成を要件とする入院料の算定要件、在宅医療におけるICTを用いた情報連携となっている。

人生会議（ACP）を知っていますか？



人生会議（ACP）を知っていますか？



令和4年 人生の最終段階における医療に関する意識調査

人生会議とは？

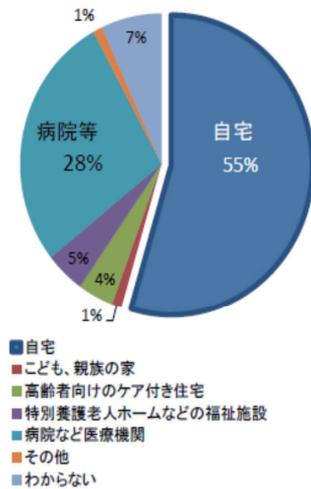
将来の体の変化に備え、今後の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族や親しい人、医療・ケアチームが**繰り返し話し合い**を行い、本人の意思決定を支援するプロセスの事です。

皆さんの**人生観**や**価値観**、**希望**に沿った将来の医療及びケアを具体化する事を目標にしています。

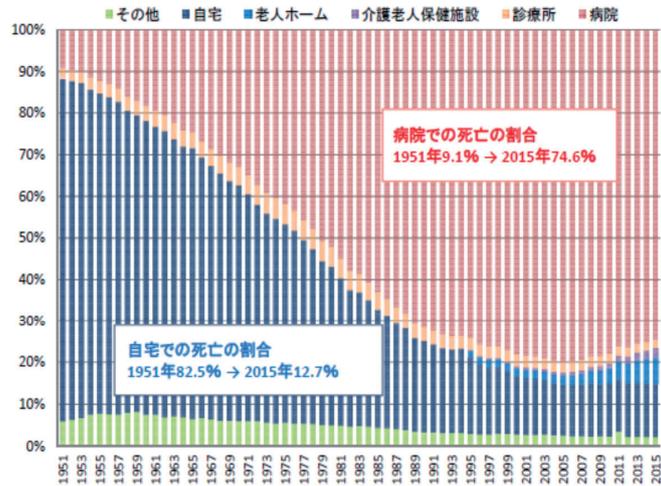
自分が何を大切としているのか、どのような生き方を望むのか、
繰り返し考え、話し合い、あなたの大切な人と共有しましょう。

人生会議は何のために必要？

最期を迎えたい場所



死亡の場所の推移



これまででは、自宅等での死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

人生会議は何のために必要？

終末期、人生の最終段階においては、70%の人が自分の受けたい医療やケアについて、自分の希望を伝えることが難しくなると言われています。

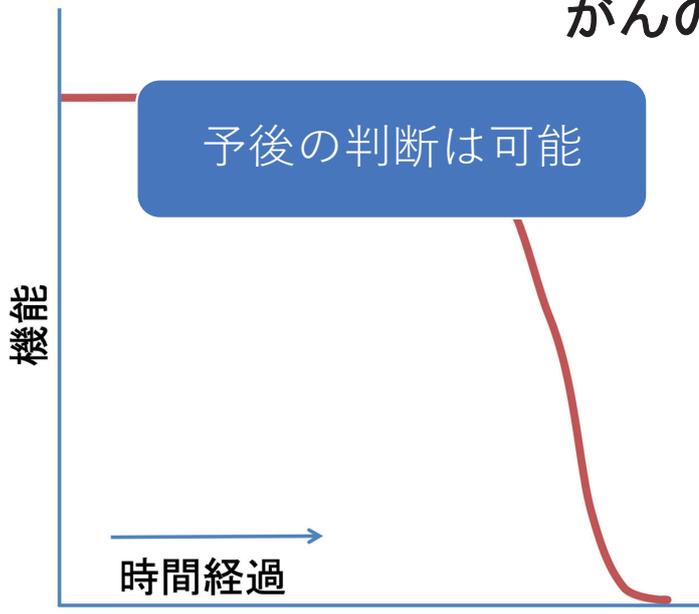
Silveira MJ, NEJM 2011

「人生会議」を元気な時から行うことにより、医療やケアに“あなたの希望”が反映されやすくなります。

ご本人の意向が確認できなくなった場合、家族にとって、本人の意思を推測する手がかりが多いほど、治療方針を決める際の精神的負担が少なくなるものです。その結果、「残された家族の不安や抑うつが軽くなる」というメリットがあります。

「人生会議」はいつから始めるのか？

がんの経過



予後の判断は可能

- 全身の機能は比較的良好に保たれた期間が続く
- 死亡前1~2ヶ月で、急速に状態が悪化する
- 予後の予測が比較的容易

人生会議は可能

Lynn. Rand Health 2003: p.8

症 例

60歳代 男性

病名 肺癌 c-T3N3M0stageIIIc 間質性肺炎

現病歴：血痰を認め近医受診。胸部Xp上異常を認め総合病院紹介となる。精査の結果、上記診断に至る。

既往歴：特になし

経過：診断後、手術、切除術、

末期状態では人生会議（ACP）は行えない。
本人の意向に沿えない

術後5ヶ月後より食欲不振、倦怠感、嚥下時違和感を認めた。精査の結果、縦隔リンパ節腫大を認め再発と判断。再度抗がん剤治療へ移行するも、食欲不振、呼吸困難、倦怠感強いため継続不可能なため、本人、家族の希望あり在宅緩和医療へ移行となる。

自宅療養を開始に伴い人生会議（ACP）を行うも、本人、家族の受け入れが困難であった。

その後、状態悪化し家族（妻）パニック状態となり救急搬送となった。

時間経過

症 例

40歳代 女性

病名 胃癌 癌性腹膜炎

現病歴：2021年10月上腹部痛あり精査の結果、スキルス型胃癌により開腹胃全摘施行。

既往歴：卵巣腫瘍摘出術

経過：診断後開腹胃全摘施行後、抗がん剤治療を開始。その後、嘔吐、

疼痛、食欲不振、体重減少、在宅療養を開始に伴い人生会議（ACP）を行うも、本人の受け入れが困難、当院での療養困難となったため前病院への入院となる。

疼痛における説明、摂食困難時の対応なども含め本人の意向を聞き入れようとしたが、逆に死のことしかイメージしか話さないとの独特な拒否があり。ACP受け入れ困難。

BSCを何処までの事なのか、不明なまま先走ったのかもしれない。

ACP

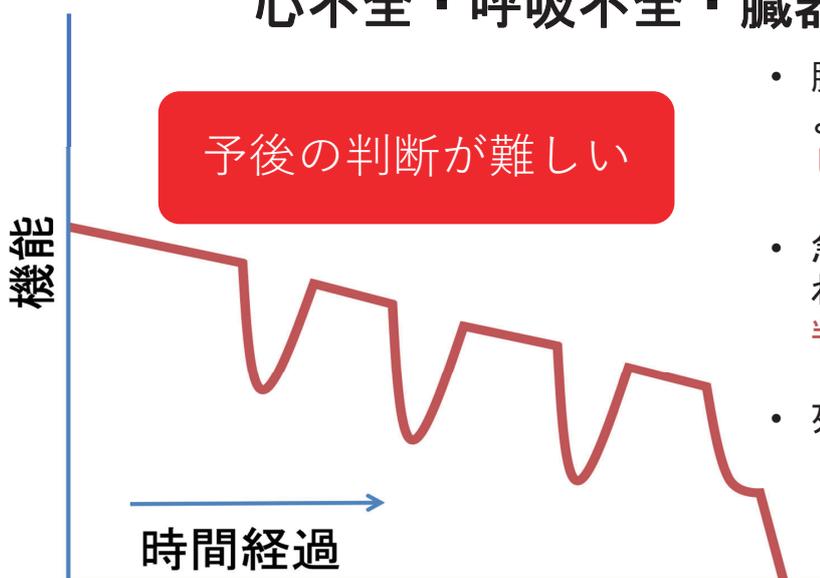


コミュニケーション不足のままACPは行えない。

時間経過

「人生会議」はいつから始めるのか？

心不全・呼吸不全・臓器不全の経過



- 肺炎などの感染症の発症などにより急激な悪化と改善を繰り返しながら徐々に状態が悪化する
- 急激な変化が起こった際に、それが改善可能な変化であるか、判断が難しい
- 死亡直前は急速に変化する

早期に人生会議

Lynn. Rand Health 2003: p.8

症 例

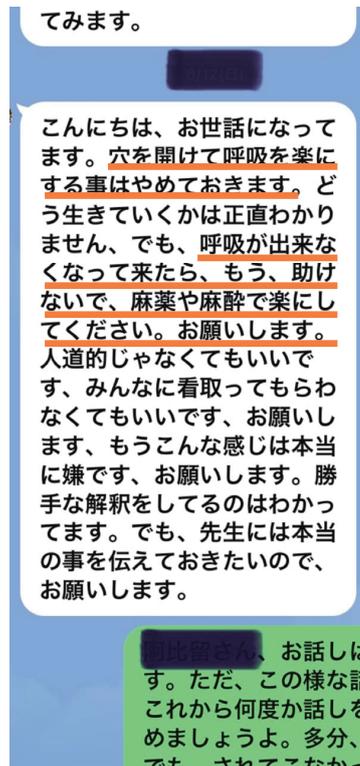
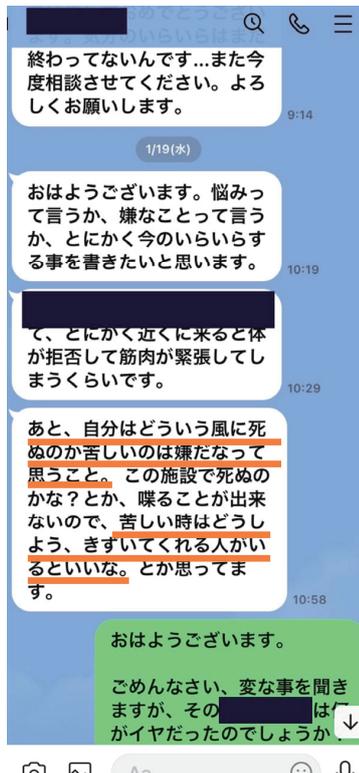
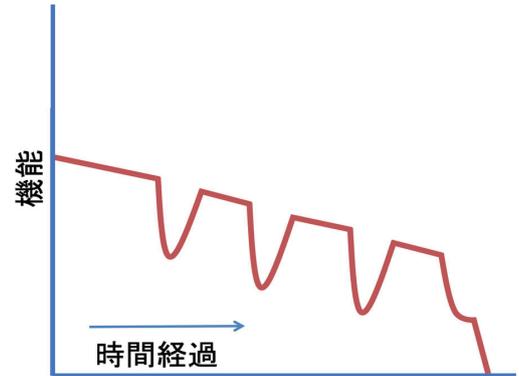
40歳代 男性

病名 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 要介護5

現病歴：2018年1月頃に四肢筋力低下を認め、2019年5月ALSと確定診断に至る。

既往歴：特になし。

経過：診断後、徐々に全身の筋力低下し、それまでの共住地区では対応困難ため久留米市内の施設へ入所となる。現在、発声困難、四肢筋力低下となり寝たきりの状態。経口摂取困難な為、胃瘻造設し経管栄養中。現在、呼吸筋麻痺が進行しており、自己喀痰排泄ができず、施設看護師による喀痰吸引が頻回に行われる様になっている。これに対し本人は辛い思いを感じている。本人とはLINEを通じて意思を確認している。



症 例

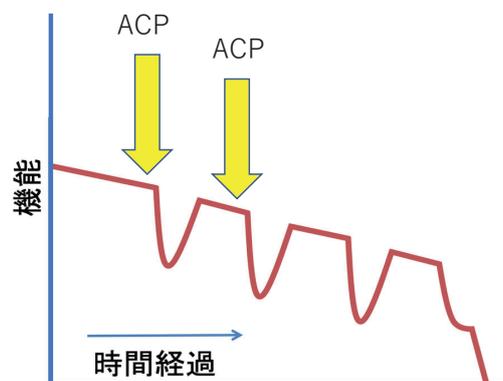
40歳代 男性

病名 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 要介護5

現病歴：2018年1月頃に四肢筋力低下を認め、2019年5月ALSと確定診断に至る。

既往歴：特になし。

経過：診断後、徐々に全身の筋力低下し、それまでの共住地区では対応困難ため久留米市内の施設へ入所となる。現在、発声困難、四肢筋力低下となり寝たきりの状態。経口摂取困難な為、胃瘻造設し経管栄養中。現在、呼吸筋麻痺が進行しており、自己喀痰排泄ができず、施設看護師による喀痰吸引が頻回に行われる様になっている。これに対し本人は辛い思いを感じている。本人とはLINEを通じて意思を確認している。



状態の変化に伴って人生会議 (ACP) を行なっていた

症 例

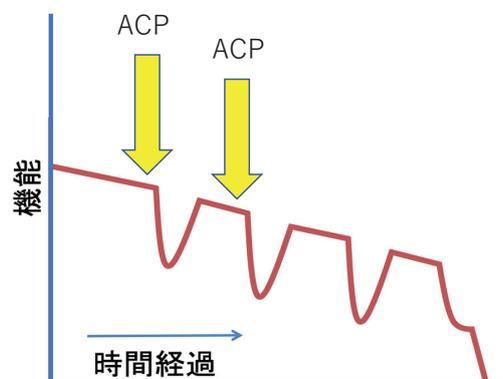
80歳代 男性

病名 慢性腎不全 間質性肺炎

現病歴：2018年12月頃までCr2.9程度で総合病院外来受診中であつたが以降受診なく、2022年10月他院受診時Cr5.4と増悪しており透析の必要性を説明されるも、本人、家族ともに拒否され、余命3ヶ月診断され、当院での訪問診療を目的に紹介となる。

既往歴：糸球体腎炎 間質性肺炎

経過：高K血症も認められ食事指導等を中心に当院定期訪問開始した。自覚症状もなく独居のため訪問看護と連携し、状態変化に注意した。2023年2月腎機能悪化し、本人へ意向を聞き透析治療を行う事の希望あり専門医へ紹介、結果やはり透析を行わない、行いたくないとの事で退院。この様な事が8月にもあり同様のお願いをして入院しますが再度拒



状態の変化に伴って繰り返し人生会議 (ACP) を行なった。
患者の意向が尊重された、患者と家族の不安が解消された。

「人生会議」はいつから始めるのか？

加齢・認知症の経過



Lynn. Rand Health 2003: p.8

症 例

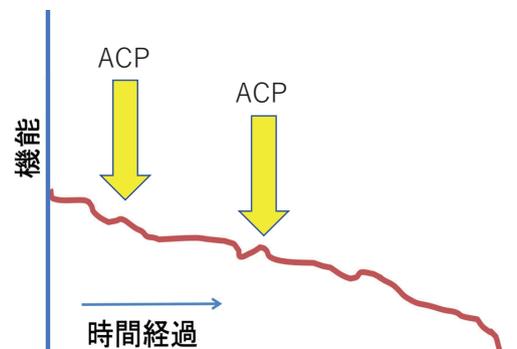
90歳代 男性

病名 認知症 嚥下障害 老衰傾向 要介護4

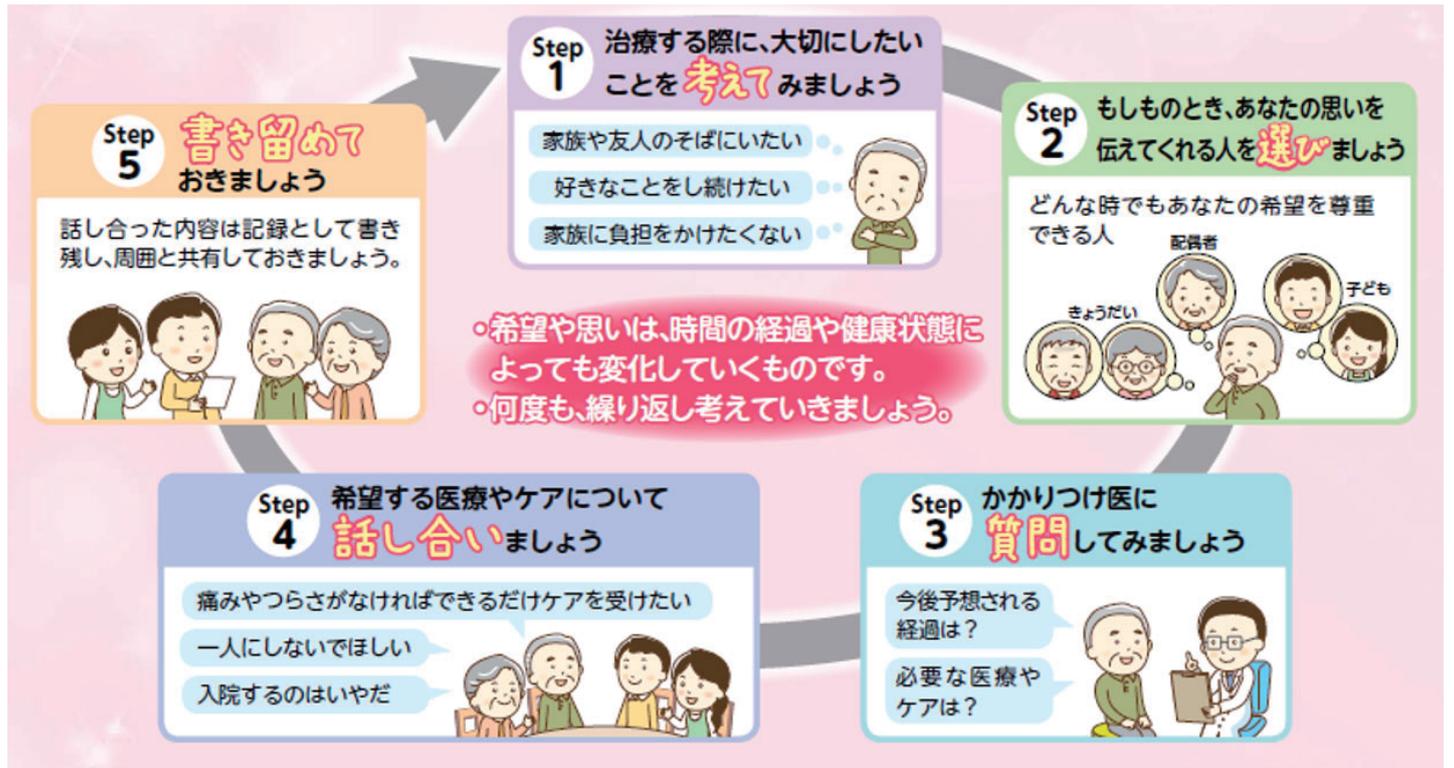
現病歴：これまで糖尿病で総合病院外来通院されておりました。令和2年8月頃より高齢による嚥下機能障害からの誤嚥性肺炎を繰り返えられるためTPNポートを挿入され、少量の経口摂取と併用され自宅療養されています。

既往歴：令和2年2月、8月、誤嚥性肺炎 11月胸膜炎、膿胸
令和3年2月誤嚥性肺炎

経過：令和3年8月より在宅へ戻り、自宅療養中です。自宅では高齢の妻、娘により介護が行われています。退院後、誤嚥もなく経過は良好です。介護面も訪問看護によって安定しています。胃瘻造設を提案し、本人、家族も希望され6月に胃瘻造設。状態変化の際に繰り返し人生会議（ACP）は行なって本人、家族の意向を聞き対応する。



状態の変化に伴って人生会議（ACP）を行う事が必要



人生会議（ACP）の最も重要なポイント

気持ちや思いは、病状によって変化します。

信頼する人とあなたの気持ちや思いについて**何度も繰り返し考え、話し合う**ことはとても大切です。（例：お盆、正月などの集う際）



もしもの時に備え、信頼できる人へ伝える準備をしましょう

私の生き方ノート

これからの医療・ケアに関する話し合い

アドバンス・ケア・プランニングの5つのステップ

(ステップ1～ステップ3「考えましょう編」)



久留米市

私の生き方ノート

これからの医療・ケアに関する話し合い

アドバンス・ケア・プランニングの5つのステップ

(ステップ4～ステップ5「話し合いましょう・伝えましょう編」)



久留米市

The screenshot displays a medical record system for a patient named 8149. It includes a navigation menu with options like 'カルテ' (Medical Record), '未実施カルテ' (Unimplemented Medical Record), '問診' (Consultation), 'ノート' (Notes), and '傷病' (Injuries). The main content area is divided into several sections:

- 有効傷病名一覧 (Effective Injury List):** A table listing various conditions and their dates, such as '進行胃癌、【多発リンパ節転移】' (Advanced Gastric Cancer, [Multiple Lymph Node Metastasis]) on 08.10.06, '【腹膜癌】' (Peritoneal Cancer) on 12.11.06, '【骨髄炎】、鉄欠乏性貧血' (Osteomyelitis, Iron Deficiency Anemia) on 12.11.06, '下肺浮腫、【慢性肺水腫】、【野指未癒】' (Lower Lung Edema, [Chronic Pulmonary Edema], [Unhealed Wild Finger]) on 07.01.07, '【両側肺葉転移】、両側乳癌転移' (Bilateral Lung Lobe Metastasis, Bilateral Breast Cancer Metastasis) on 07.01.07, '高度慢性呼吸不全、不眠症、【乳癌】' (Severe Chronic Respiratory Failure, Insomnia, [Breast Cancer]) on 07.01.14, and '胸水貯留、皮膚感染症' (Pleural Effusion, Skin Infection) on 07.01.18.
- カルテ (Medical Record):** Shows a record for 07.01.07 (火) with a date of 27 days past.
- 既往歴 (Past History):** Lists conditions like 'がん' (Cancer), '呼吸器系' (Respiratory System), '循環器系' (Circulatory System), '消化器系' (Digestive System), '泌尿器系' (Urinary System), '内分泌系' (Endocrine System), '免疫系' (Immune System), '神経系' (Nervous System), '皮膚系' (Skin System), '筋骨系' (Musculoskeletal System), '感覚系' (Sensory System), '生殖系' (Reproductive System), 'その他' (Others), and '不明' (Unknown).
- カルテ入力 (Medical Record Entry):** Shows a record for 07.01.07 (火) 1回目 外科 幸田 文彦. It includes a physical examination section with findings like 'spo2: 98%', '浮腫の程度: (-)', '聴診: 肺野に湿性啰音 (-)', and '呼吸音: 両肺野に呼吸音 (-)'. There are also diagrams of the chest and abdomen showing findings like '左鎖骨上リンパ節腫大あり' (Left supraclavicular lymph node enlargement) and '胸水貯留' (Pleural effusion).
- 処方 (Prescription):** Lists medications such as 'ラシックス錠 2.0mg', '【錠】プロセド錠 2.0mg', '【錠】スピロラクトン錠 2.5mg', '分1 朝食後', 'ナルベイン注 2mg 1mL', '生食注シリンジN/P 2.0mL', and 'エルネオバ/N F 2号輸液 1000mL'.
- 説明 (Explanation):** A text block starting with 'ACP (2回目) 訪問看護師 母 義母 同席' (ACP (2nd time) Home Visit Nurse Mother Mother-in-law Present) and '1月4日大学担当より連絡があり、疼痛管理を内服より持続注へ変更を希望されていること報告あり。また、今後の治療が困難であることも説明された。' (On Jan 4, contact from the university supervisor regarding pain management change from oral to continuous infusion. Also, explained that future treatment may be difficult).

*** 人生会議 (ACP) を行なった際は必ずカルテに記載**

まとめ

患者の自己コントロール感が高まる

Morrison, J Am Geriatr Soc. 2005

病院で亡くなることが減少

Degenholtz, Ann Intern Med. 2004

患者、代理決定者、医師のコミュニケーションが改善

Teno J. JAGS 2007

より患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少する

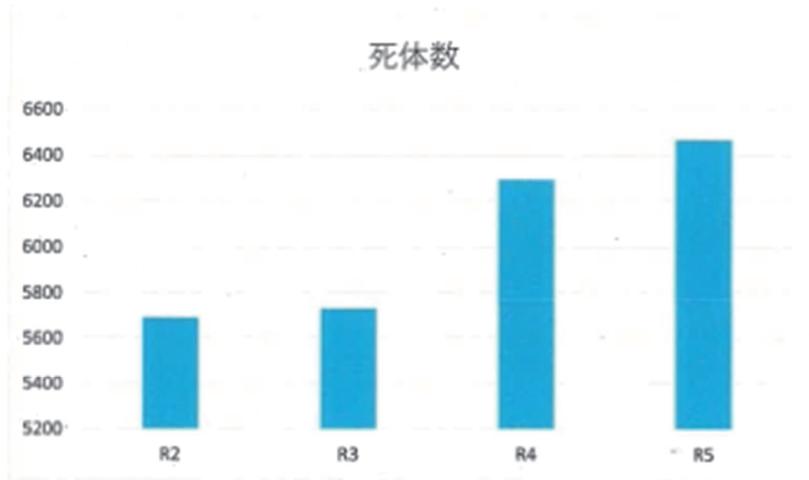
Detering K, BMJ 2010

さあ、皆さん、人生会議をしましょう！

死体検案の実際

○ 死体取扱状況

令和5年中の福岡県警の死体取扱数は、467体（前年比+173体）であり、年間6,000体を超える死体数を取り扱っている。



年	R2	R3	R4	R5
死体数	5691	5730	6294	6467

死体検案とは

医師法

- ・第19条: **検案**をした医師は、検案書の交付の求があつた場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。
- ・第20条: 医師は、自ら**検案**をしないで検案書を交付してはならない。
- ・第21条: 医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を**検案**して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

しかしながら医師法に死体検案の定義はない。

2017年度版死体検案マニュアル (日本法医学会)より

検屍(死)(死後診察)

医師が死体を外表から検査する行為のこと。

死体検案(死後診断)

検屍により得られた医学的所見に加え、死体を取りまく種々の状況や死者の既往歴等を検討したうえで、死因、死因の種類、死亡時刻、法医学的異状の有無等を判断すること。**医師が専任する判断行為である。**

死体検案書の作成について

死体検案の診断事項 -1

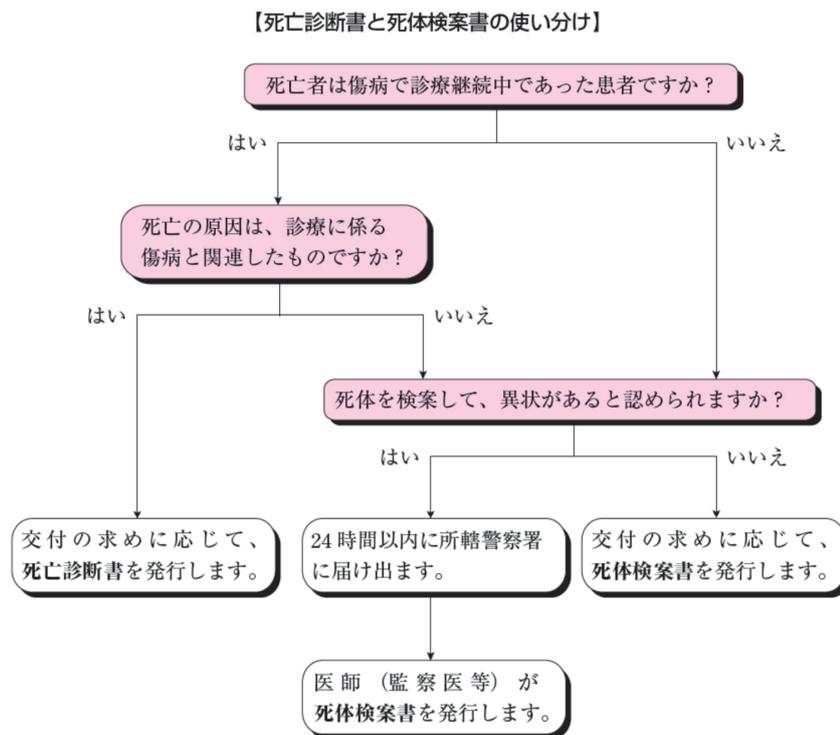
- ・死亡の確認: 医師のみができる行為
- ・死亡の原因
- ・受傷後(発症後)の経過時間
- ・死亡時刻: 死後経過時間や状況から推定
- ・死亡の種類: 病死か、外因死か

死体検案の診断事項 -2

- ・損傷の観察:
その部位、程度、成傷機転、死因との因果関係など
 - ・個人識別: 身元不詳や白骨死体の場合
 - ・新生児死体の場合: 胎齡、生産児か否か
 - ・犯罪との関連性:
医学的所見に基づき意見を述べる。
(特に解剖の必要性について)
- * 但し、最終決定者は司法警察員または検察官である。

特殊条件下の死体

- ・小児、乳幼児の死体：死因の判定が困難なことが多い。虐待の有無の鑑別も重要。嬰兒死体では臍帯も観察する。
- ・火災現場の死体＝焼死ではない。焼損で生前の損傷の判断が困難。
- ・水中死体＝溺死ではない。
- ・死後変化の進んだ死体：死因の判定、生前の損傷の判断が困難。
- ・交通事故：死体検案のみで事故の全容をつかむことは困難。捜査状況も加味して判断を。



ご清聴ありがとうございました。



参考資料

福岡県医師会診療情報ネットワーク

「とびうめネット」について

福岡県医師会診療情報ネットワーク 「とびうめネット」

「とびうめネット」は、「安心・安全な地域医療」を目指した、
下記の3つの柱の機能を持つ医療支援のネットワーク。

- 1.救急医療支援システム
- 2.多職種連携システム
- 3.災害時バックアップシステム

1

とびうめネットの3つのシステムの概要

救急医療支援システム	かかりつけ医が患者さんの病名、病歴、服用しているお薬、アレルギー、緊急連絡先等を登録することで、救急搬送先病院が情報を参照し、診療を円滑かつ効率的に行うことが可能となる。
多職種連携システム	救急医療支援システムに登録されている患者基本情報（病歴、処方等）の多職種による共有や、SNS機能を利用した多職種による情報（病態、家庭での状況等）をリアルタイムに共有することで、早期の対応が可能となる。
災害時バックアップシステム	電子レセプトデータまたは電子カルテデータ(SS-MIX2形式)を福岡県医師会内のデータセンターへバックアップすることで、大規模災害や医療機関内での不慮の事故、サイバー攻撃(外部からの不正ソフトウェアの送り込み)の際にも、データセンターに保全したデータを電子で提供することにより、診療等の最低限の業務の継続が可能となる。

2

とびうめネット事業概要

事業主体 事務局	公益社団法人 福岡県医師会 公益財団法人 福岡県メディカルセンター
事業理念	県民が安心して、納得できる医療情報の共有
開発資金	設備整備費：※地域医療介護総合確保基金（医療分） 運営費：福岡県医師会より支出
登録対象者	福岡県民全員（主として65歳以上の高齢者、介護保険2号被保険者、認知症、小児特定慢性疾患の方など）
セキュリティ	IPsec VPN（Virtual Private Network）

※平成26年の医療介護総合確保促進法の改正により、各都道府県に設置された基金。
とびうめネットは医療介護総合確保促進法に基づく福岡県計画の「診療情報ネットワーク活用拡大事業」として本基金を活用して実施。

3

とびうめネット事業概要 ～セキュリティについて～

とびうめネットの事業主体である福岡県医師会は「医療情報連携ネットワーク運営事業者」になるため、以下の3省2ガイドラインの対象となることから、同ガイドラインに沿って医療情報の安全管理が確保できるネットワークを選定しなければならない。とびうめネットで採用しているIPsec-VPNは、インターネットVPNの中でも安全性が高いとされているもので、同ガイドラインにおいても推奨されている。

厚生労働省：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版。

経済産業省・総務省：医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン。

4

救急医療支援システムとは

かかりつけ医が事前に登録した患者基本情報（診療情報及び個人情報）を、緊急時紹介先医療機関（救急搬送先病院）が参照し、診療を円滑かつ効率的に行うことが可能となる。

かかりつけ医療機関



病名
既往歴
処方 など

患者基本情報



緊急時紹介先医療機関（救急搬送先病院）



役割

- ・患者から同意を得る。
- ・患者基本情報を登録・更新する。

役割

- ・受診時に患者基本情報を参照し、診療を円滑かつ効率的に行う。
- ・入院中の診療情報（退院時サマリなど）をネットワークに提供する。
- ・かかりつけ医療機関として参加することで、自院患者の情報を登録する。（登録には同意が必要）

5

項目	内容
患者属性情報	患者氏名、カナ氏名、生年月日、性別、住所、電話番号
患者基本情報	登録病院、緊急時紹介先医療機関、保険（記号・番号）、住所種別、入所施設、緊急連絡先、担当医、訪問看護センター、担当看護師、居宅支援事業所、ケアマネ
主な病名	5つまで登録可能（5つ以上になる場合は病名・病歴等の欄に入力する）
病歴・経過等	自由入力
処方・禁忌薬	自由記入（薬品マスタ・SS-MIX検索より選択可）、禁忌薬は自由入力
アレルギー	不明・ヨード・食物・喘息・金属・その他 より選択
現在の医療・処置	不明・ペースメーカー・体内金属・ストーマ・透析療法・その他 より選択
日常生活状態	食事、栄養経路、食事形態、排泄、移動、呼吸（それぞれの状態を自立や見守り等の中から選択）
障害者医療	身体障害者、精神障害者（等級を選択）、療育（療育手帳の有無を選択）
介護保険	要支援、要介護（段階を選択）または申請中・なし・不明から選択
障害情報	嚥下障害・視覚障害・運動障害・聴覚障害・言語障害 より選択
認知自立度	認知度を選択、長谷川式スケール・MMSEの欄には点数を入力可
行動の特徴	行動の特徴を選択、自由記入も可
【搬送先病院に希望する医療】 救命救急医療が必要な場合	現時点では未定、気管内挿管・人工呼吸は希望しない等 より選択

6

多職種連携システムとは

在宅医療に関わる多職種間でのスムーズな情報共有を行うためのシステム。
医療機関だけでなく、ケアマネージャーや訪問看護師など幅広い職種で患者さんをサポートすることが可能。

《活用することで可能となること》

- ①現場の状況その場で書き込み、SNSのようなイメージで他のメンバーへ情報が共有可能。
- ②多職種間で情報をリアルタイムに共有できることから、早期の対応が可能。
- ③かかりつけ医が救急医療支援システムから予め登録した患者基本情報（病歴・処方等）を多職種間で共有することも可能。



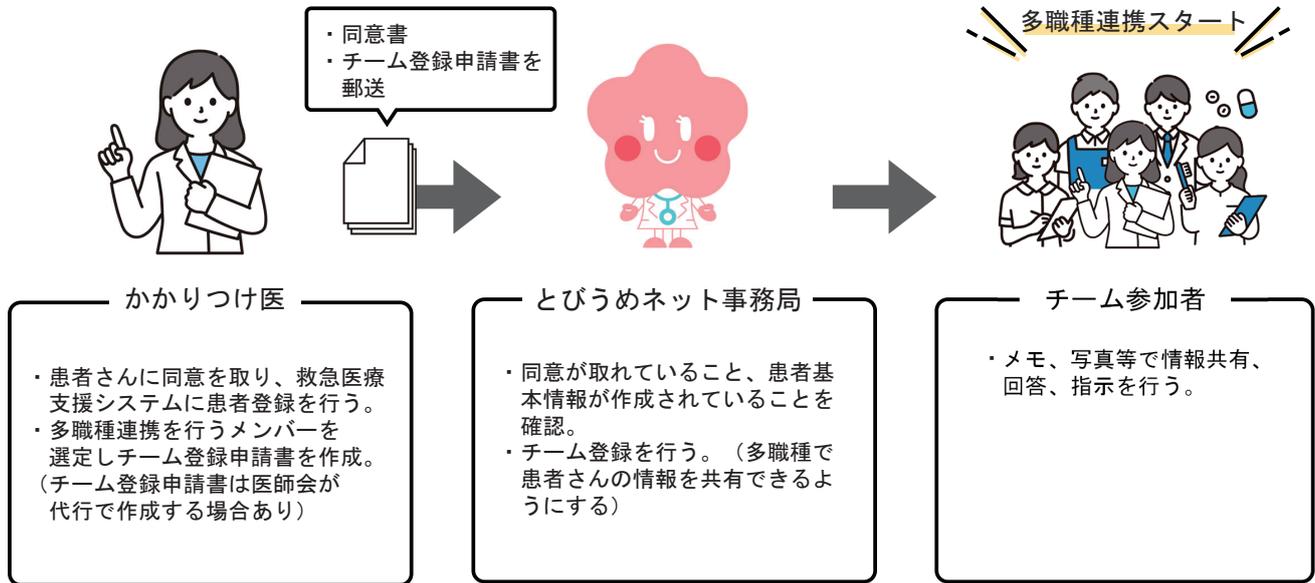
7

多職種連携システムの採用手順について

採用手続き	本システムを使用することを各郡市区医師会にて決定
参加施設	医科医療機関、歯科医療機関、調剤薬局、 介護予防サービス事業所および居宅サービス事業所、行政機関
参加職種	医師、看護師、介護職等→参加職種は各郡市区医師会にて決定
対象者	福岡県民。ただし、県内の参加施設において、県外（隣接県）の患者を連携することは可能

8

多職種連携システムが始まるまでの流れ



9

主な機能について

多職種連携システムは、大きく分けて4つの機能から構成されている。



- 1 患者メモ機能
- 2 掲示板機能
- 3 スケジュール機能
- 4 患者基本情報参照機能

※2・3・4などが表示されるバーは、★を押下することで表示される。

10

1 -1 メモ機能活用事例

患者さんの口腔内状態を画像を用いて報告し、かかりつけ医からケア方針を共有する事例。



11

2 掲示板機能

掲示板機能は、「患者さんのケア方針や本人・家族の希望等」のように常に共有しておくべき情報を登録することができる。



掲示板機能で登録可能な項目

- 身体状況
- 生活状況
- ケアプラン
- サービス提供者関連情報
- メモ

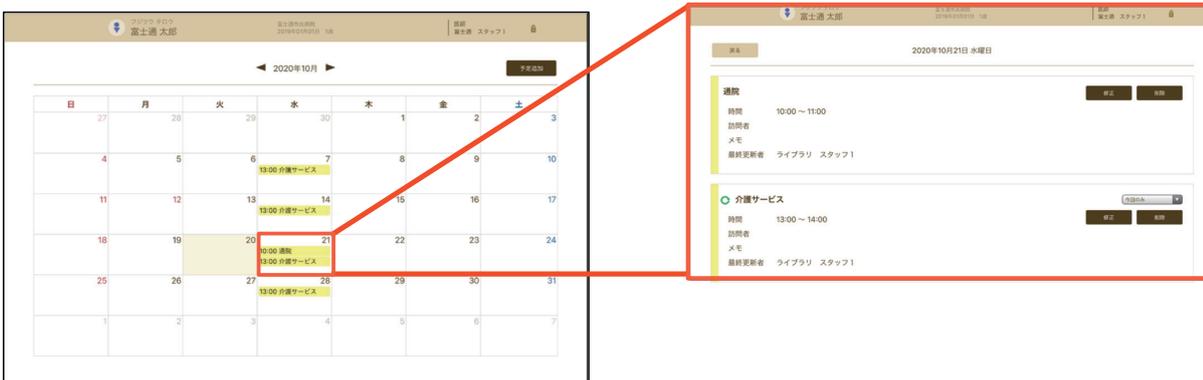
メモ機能との違い

メモ機能は日々の経過等を記録していくため、患者さんのケア方針や本人・家族の希望等のような情報はどの時点のメモに記載したか分からなくなり、埋もれてしまう。掲示板機能を使えば、情報を確認したいときすぐに参照が可能。

12

3 スケジュール機能

スケジュール機能では、チーム登録されている利用者間で患者さんに関する予定をカレンダー上に登録し、共有することが可能。スケジュールはチームメンバーであれば誰でも参照・編集が可能。



13

その他の機能

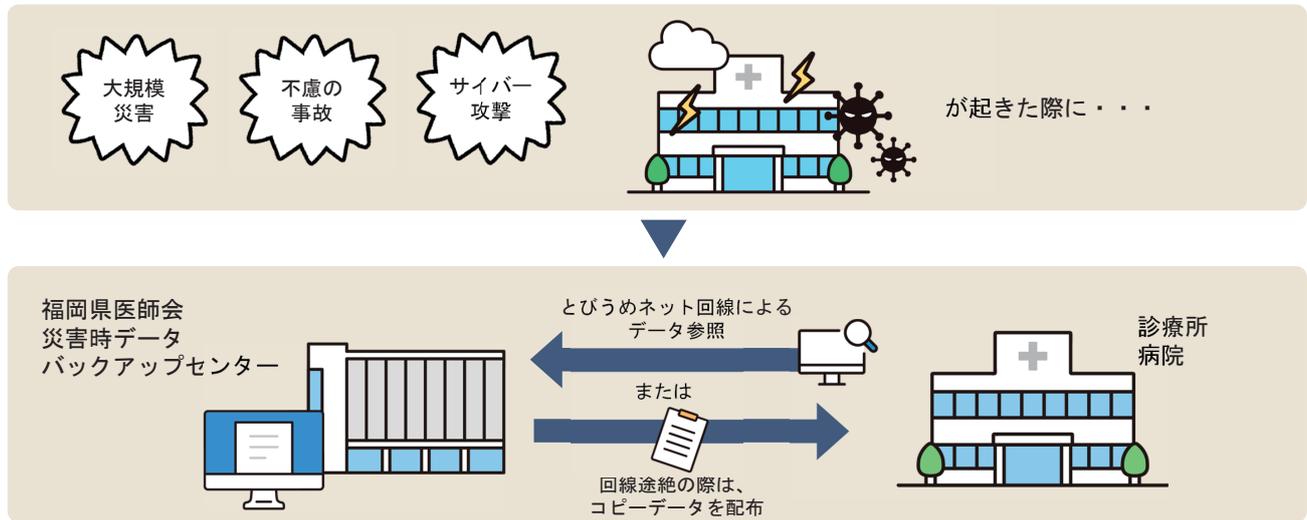
上記で紹介した4つの機能以外にも、多職種連携システムにはさまざまな機能が備わっている。

ファイル共有機能	パソコンで添付されたファイルを開覧することが可能。添付可能なファイルは画像ファイル、オフィス文書（Word・Excel・PowerPoint）、PDF。
チーム一覧	患者さんのチームに登録されている利用者（情報を共有している利用者）を確認することが可能。
カルテ参照	かかりつけ医（災害時バックアップシステム参加の医療機関に限る）においてカルテを登録し、チーム内の利用者へその閲覧を可能とした場合、利用者がカルテを参照することが可能。
テンプレート時系列一覧機能	メモ機能のテンプレートを使って作成されたものを検索し、時系列順に表示することが可能。

14

災害時バックアップシステム（費用無料）

電子レセプトデータまたは電子カルテデータ（SS-MIX2形式）を大規模災害等や医療機関内での不慮の事故（火災、水漏れ、停電等によるデータ消失や、機器障害によるデータ消失）またはサイバー攻撃の際にも、データセンターに保全したデータを電子で提供することにより、継続した診療を支援するもの。

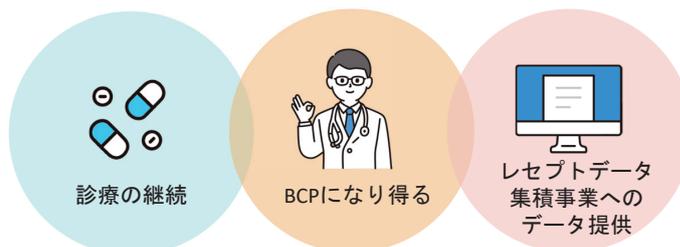


レセプトデータバックアップシステムを活用するメリット

- ・毎月の提出用レセプトデータをとびうめネットでバックアップすることで診療を継続できる場合には、インシデント発生に備えた対応が可能となる。
- ・チェックリストマニュアルにおいて、「復旧手順の整備についてはBCPIに復旧手順を定める等の方法がある」とされ、バックアップしたレセプトから復旧させる手順を定めれば、それがBCPIになると考えられる。
- ・福岡県医師会では、レセプトデータを匿名化した上で、診療行為別統計分析を行っている（※レセプトデータ集積事業）。レセプトデータバックアップに参加することで、レセプトデータ集積事業へのデータ提供もボタン1つで完了する。

※BCP（Business Continuity Planning）：災害などの緊急事態における企業や団体の事業継続計画

※レセプトデータ集積事業：レセプトデータを元に診療報酬改定の影響調査や診療所・病院別のレセプト件数などを分析し公表している。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

▶ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、**医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価**、**患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価**等を実施。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

▶ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療科） 100点

【算定要件】（概要）

・医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**について、**患者からの同意を得ていること**。

・以下の情報について、適切に記録すること

- 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
- 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
- 患者の医療・ケアを行う際の留意事項（医師が、当該留意事項を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
- 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）

・医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努めること**。

・訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上**であること。

・医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること**。

【施設基準】（概要）

(1) 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上**であること。

(2) 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。

(3) 厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」に**対応していること**。

(4) (1)に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- ・診療情報、治療方針
- ・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- ・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療におけるICTを活用した連携に係る診療報酬点数について

点数	内容	共有情報
在宅医療情報連携加算 100点 救急医療支援システム 多職種連携システム	他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価。医師が診療を行った際の診療情報等についてもICTを用いて記録し、医療関係職種等に共有する。	・次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無 ・当該患者の治療方針の変更の概要(変更があった場合) ・患者の医療・ケアを行う際の留意事項(医師が必要と判断した場合) ・患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望(患者又は家族等から取得した場合)
在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点 救急医療支援システム 多職種連携システム	在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の中で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価。	患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報
緩和ケア病棟緊急入院初期加算 200点 救急医療支援システム	保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する在支診又は在支病から、在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合に緩和ケア病棟に受入れた場合の評価。 ※緊急に入院を要する可能性のある患者に関する事前の情報提供について、文書による情報提供に代わり、ICTにて在支診又は在支病の有する診療情報を閲覧することも可能。	病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等

19

在宅医療におけるICTを活用した連携に係る診療報酬点数について

点数	内容	共有情報
協力対象施設入所者入院加算 600点(往診) 200点(往診以外) ※介護保険施設等の協力医療機関に限る 救急医療支援システム 多職種連携システム	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下「介護保険施設等」)にて療養を行う患者の病状の急変等により、当該介護保険施設等の協力医療機関が当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療を行い、入院させた場合の評価。 ※必要に応じて所属する保険医がICTを活用して診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。	患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等
介護保険施設等連携往診加算 200点 ※介護保険施設等の協力医療機関に限る 救急医療支援システム 多職種連携システム	介護保険施設等にて療養を行う患者の病状の急変等により、当該介護保険施設等の協力医療機関が事前に共有されている当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について患者又は当該介護保険施設等の従事者に十分に説明した場合の評価。 ※往診を行う医師が所属する協力医療機関がICTを活用して診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。	患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等

20

在宅医療におけるICTを活用した連携に係る診療報酬点数について

点数	内容	共有情報
<p>在宅療養移行加算 116点～316点</p> <p style="color: red;">※在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の医療機関に限る</p> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;">救急医療支援システム</div>	<p>在支診・在支病以外の保険医療機関が、外来を4回以上受診した後、訪問診療に移行した患者に対して、安心して24時間対応を受けられる体制を整備するため、連携する保険医療機関(以下「連携医療機関」)と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時から連携体制を構築した上で、訪問診療を実施した場合の評価。</p> <p>※(加算1及び3) 月1回程度の定期的なカンファレンスに代わり、連携医療機関が常にICT等を活用して患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針の情報を確認できる体制が確保できていればよいこと。</p>	<p>患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等</p>
<p>往診時医療情報連携加算 200点</p> <p style="color: red;">※在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る</p> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;">救急医療支援システム</div>	<p>在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関(以下「他の保険医療機関」)が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合の評価。</p> <p>※他の保険医療機関と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っていること。</p>	<p>患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等</p>

21

ICTを活用した連携に係る介護報酬点数について

点数	内容	共有情報
<p>協力医療機関連携加算 5単位～100単位/月 (※施設種別等による)</p> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;">救急医療支援システム</div> <div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: small;">多職種連携システム</div>	<p>介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護等が、協力医療機関と入所者又は入居者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に(概ね月に1回以上)開催することを評価。</p> <p>※ICTにより、当該協力医療機関が入所者の診療情報又は急変時の対応方針等の情報が随時確認可能な体制が確保されている場合は、定期的に年3回以上の開催で差し支えない。</p>	<p>患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等</p>
<p>初期加算(Ⅰ) 60単位/日</p> <p style="color: red;">※介護老人保健施設に限る</p> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px; margin-top: 10px; font-size: small;">救急医療支援システム</div> <div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 2px; margin-top: 5px; font-size: small;">多職種連携システム</div>	<p>介護老人保健施設における初期加算について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報を定期的に(概ね月に2回以上)更新・共有するとともに、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受入れた場合の評価。</p> <p>※地連ネットワーク等により協力医療機関が空床情報を随時確認できればよいこと。</p>	<p>当該介護老人保健施設の空床情報</p>

22

