

福岡在宅医療 ことはじ 事始め（中級編）

日時：令和8年2月21日（土）14：00

場所：ハイブリッド開催（福岡県医師会館又はWEB）

主催：公益社団法人 福岡県医師会

福岡在宅医療 ことはじ 事始め（中級編）

△開催日時：令和8年2月21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. 講 演

1) トラブルや保険診療の注意点

講 師：田 中 耕太郎（福岡県医師会 理事／御所ヶ谷ホームクリニック 院長）

2) 怖くない！がん末期の在宅医療

講 師：川 本 京 子（八幡医師会立はっちい診療所 所長）

3) 成年後見人制度とACPの関連について

講 師：矢 津 剛（矢津内科消化器科クリニック 院長）

4) 心不全の在宅医療

講 師：大 森 崇 史（こもれび在宅診療所 院長）

5) 小児在宅医療の実践

講 師：一ノ瀬 英 史（いちのせファミリークリニック 院長）

6) 死体検案～異状死の基本的な見分け方～

講 師：大 木 實（大木整形・リハビリ医院 理事長）

3. 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) 『トラブルや保険診療の注意点』

公益社団法人福岡県医師会 理事

御所ヶ谷ホームクリニック 院長

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8年2月21日
福岡県医師会 理事
御所ヶ谷ホームクリニック 院長
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



• 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
 - 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

訪問診療、往診等における16 k m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）

C 0 0 0 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 k m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る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るも当該 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
- 在支診でなくても算定可
- 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

- 機能強化型在宅療養支援診療所（在支診）
 - 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）

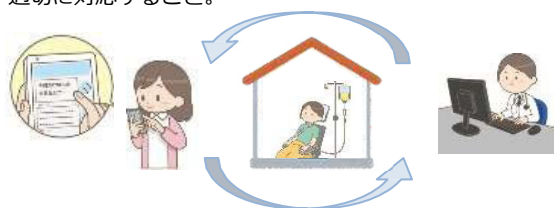
- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること

- 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ついて、看取り行為を実施せずに死亡診断のみを行った場合は算定できない。

14

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やうっ血性心不全等）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。



特養等での診療



1. 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

Fukuoka medical association



17

2. 留意事項

参考：「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について（令和6年3月27日付け厚生労働省保険局医療課長）通知

（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



- 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

Fukuoka medical association



21

➤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



(2) 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

特別養護老人ホームにおける 診療行為に対する報酬の給付調整について

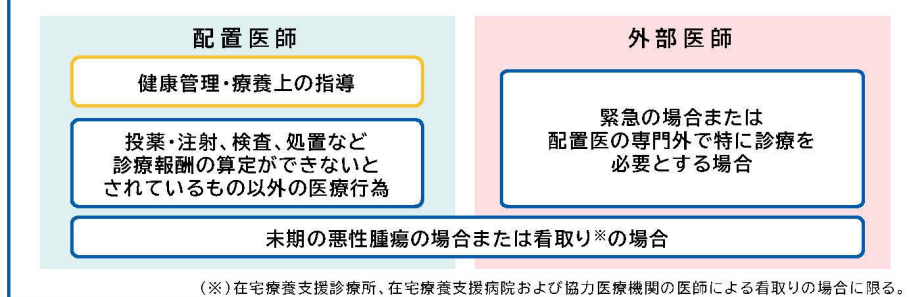
特別養護老人ホームにおける給付調整について

- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は、基準上、入所者に対し、健康管理および療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理および療養上の指導は介護報酬で対応されているため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできません。
- 一方で、配置医師以外の医師(外部医師)は、緊急の場合と配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料」「往診料」等の算定が可能です。
- また、末期の悪性腫瘍の場合または在宅療養支援診療所※の医師による看取りの場合に限っては、看取りに関する診療報酬の算定が可能です。
- こうした入所者に対する医療行為の報酬上の評価の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002号厚生労働省保険局医療課長通知 令和6年3月27日一部改正)で規定しています。

(※)在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院および協力医療機関

給付調整のイメージ図

黄色枠の業務：介護保険で評価 青色枠の行為・業務：医療保険で評価



このリーフレットは、令和6年度介護報酬改定に係る審議報告において「診療報酬との給付調整について正しい理解を促進する観点から、配置医師が算定できない診療報酬、配置医師でも算定できる診療報酬であって介護老人福祉施設等で一般的に算定されているものについて、誤解されやすい事例を明らかにするなど、わかりやすい方法で周知を行う」という意見を踏まえ、作成したものです。

参考：協力医療機関について

令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることが義務づけられました(施行の経過措置は令和9年3月末まで)。複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えありません。

- ① 入所者の病状が急変した場合等において医師または看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。
- ② 当該指定介護老人福祉施設からの診療を求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。
- ③ 入所者の病状が急変した場合等において、当該指定介護老人福祉施設の医師または協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

1 急変時に配置医師以外の医師が往診する例

配置医師が不在の時間帯に特養入所者の体調変化があり、協力医療機関の医師に往診を依頼し、診察の結果、様子観察となった。



協力医療機関

開設者、代表者が特養と同一である場合、代表者が特養の代表者の親族など特別の関係にある場合は介護保険施設等連携往診加算は算定できない

診：診療報酬による評価

緊急の場合であり特養の求めに応じて行った診療であるため、診療報酬の「**診**」初診料(または再診料)」「**診**」往診料(※1)」「**診**」介護保険施設等連携往診加算(※2の要件を満たす場合に限り)の算定が可能。
また、検査や投薬等を行っている場合には、それらの診療報酬の算定が可能。

(※1)特養含む介護保険施設等の求めに応じ、緊急で往診し「**緊急往診加算**」「**夜間・休日往診加算**」「**深夜往診加算**」を算定する場合は、以下の(1)(2)のいずれかに該当する患者(入所者)であること。この対象以外では点数が異なるため、留意すること。

(1)次のアおよびイに該当していること。

ア 介護保険施設等において、当該往診医療機関が往診を行う場合に、往診を行う患者の診療情報等を、あらかじめ患者の同意を得た上で、当該介護保険施設から往診医療機関に適切に提供されており、必要に応じて往診医療機関がICTを活用して患者の診療情報等を常に確認可能な体制を有していること。

イ 往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関において、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(2)当該患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関において、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(※2)次の要件を満たす場合に算定が可能。(施設基準の概要)

(1)当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。

(2)次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

(イ)往診を行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該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。

(ロ)介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

(3)介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

参考 急変時に配置医師以外の協力医療機関の医師が往診した結果、協力医療機関に入院した場合



協力医療機関

特別の関係にある場合は協力対象施設入所者入院加算は算定できない

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合、上記や入院に係る費用の他「**診**」協力対象施設入所者入院加算(下記要件を満たす場合に限り)の算定が可能。

【施設基準の概要】

(1)当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。

(2)次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

(イ)入院受入れを行う保険医療機関の保険医がICTを活用して当該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。

(ロ)介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

(3)上記(※2)の(3)と同様

2 特養内で診療が完結する例

- 入所者が発熱したため、配置医師が診察。
- 数日前から風邪症状が出現。軽度の脱水症状があるため特養内で注射用抗菌薬および電解質製剤を投与した。



- 入所者に対する健康管理および療養上の指導に係る評価は介護報酬の基本サービス費に含まれる。
- 診療報酬の「**診**」**「薬剤料」**「**診**」**「点滴注射」**の算定は可能（配置医師の診療日以外の日には配置医師の指示のもと看護師等が点滴を行った場合は「薬剤料」のみ算定可能。）。

3 特養内での配置医師による処置の他、外部医師が介入する例

- 入所者が居室の扉に手を挟み、表皮剥離を起こしたので、配置医師により応急的に洗浄、ガーゼで剥離部を保護し、経過観察。
- 数日が経過しても治癒する様子になかったため、配置医師の指示のもと皮膚科受診し、加療を行った。



- 入所者に対する健康管理および療養上の指導に係る評価は基本サービス費に含まれる。
- 皮膚科が配置医師の専門外である場合、**受診先の診療所において「**診**」初診料および「**診**」創傷処置等の処置に係る診療報酬算定が可能。**
- 上記事例における皮膚科医が往診に対応している場合は「往診料」が算定可能（往診に要した交通費は、入所者からの実費）。

7 29

4 特養内で末期の悪性腫瘍の入所者に対し診療および看取りを行う例

- がん末期の診断を受けた入所者に対し、配置医師が定期的に健康管理を行い、最終的に特養内で看取り、死亡診断を行った。



（介）：介護報酬による評価

- **「**診**」在宅患者訪問診療料」「**診**」在宅ターミナルケア加算（※2）」および「**診**」看取り加算（※3）」の算定が可能。**
- **「**介**」看取り介護加算（Ⅱ）」**を算定していない場合に算定できる。
- その他、在宅（この例では特養も含む）での療養を行っている患者が在宅（特養）で死亡した場合であって死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合は**「**診**」死亡診断加算」**の算定が可能。ただし、**「**診**」看取り加算」**を算定している場合には算定できない。

（※2）在宅（この例では特養も含む）で死亡した患者（入所者）に死亡日および死亡前14日以内の計15日間に2回以上往診若しくは訪問診療を行った患者または退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を行った場合に算定する。

なお、がん末期でない患者（入所者）の場合は、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院および協力医療機関の医師による看取りの場合に限る。さらに看取りを行う特養は**「**介**」看取り介護加算」**の施設基準（常勤の看護師1名を配置、24時間連絡体制を確保すること、看取りに関する指針を定め、入所者または家族に説明・同意を得ている、看取りに関する指針の見直し、看取りに関する職員研修の実施、個室または静養室を利用できるような配慮）を満たす必要がある。

（※3）事前に当該患者また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上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を看取った場合に算定する。（在宅患者訪問診療料を算定している場合に限る。）

区分	3. 入所中の患者
	ア. 地域密着型介護老人福祉施設または介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護または介護予防短期入所生活介護を受けている患者
A 000 初診料	○ 配置医師が行う場合を除く。
A 001 再診料	○ 配置医師が行う場合を除く。
A 002 外来診療料	○ 配置医師が行う場合を除く。
C 000 往診料	○ 配置医師が行う場合を除く。
C 001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	ア:○※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者および末期の悪性腫瘍の患者に限る。 ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。) イ:○※10
C 001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	ア:○※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者および末期の悪性腫瘍の患者に限る。 ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。) イ:○※10
C 002-2 施設入居時等医学総合管理料	ア:○※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者および末期の悪性腫瘍の患者に限る。) イ:○※10
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○
検査	○
画像診断	○
投薬	○
注射	○

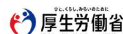
※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。

※10 当該患者によるサービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料または在宅がん医療総合診療料(以下「在宅患者訪問診療料等」という。)を算定した保険医療機関の医師(配置医師を除く。)が診察した場合に限り、算定することができる(末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。)

また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる(末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。)

- 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項および医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(令和6年3月27日付け通知老老発0327第1号 保医発0327第8号)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001252048.pdf>
- 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について(令和6年3月27日付け通知保医発0327第9号)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001235903.pdf>
- 令和6年度診療報酬改定の概要(同時報酬改定における対応)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252073.pdf>

「介護保険施設等連携往診加算」「協力対象施設入所者入院加算」の算定の際には以下の事務連絡もご参照ください。
●「疑義解釈資料の送付について(その29)」(令和7年9月16日付 保険局医療課事務連絡)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001563442.pdf>



3. 過去の会計検査院実地検査における指摘事項(抜粋)

(1) 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)

(2) 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) 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)

(4) 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)

その他

・ 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

「医療に関連した異状死の届出について」
福岡県警察医会 会長 大木 實

Fukuoka medical association



35

• 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中の左大腿部頭部骨折の疑い	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と訴え	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	

(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					
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		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		○ 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	
	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	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。					

39

39

・関連する医療費助成制度

ー障害者総合支援法

- ・医療費自己負担額1割(負担上限額あり)

ー生活保護法

- ・医療費自己負担額の免除

ー高額療養費制度

- ・医療費自己負担額に上限額の設定あり

ー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

ー難病法

- ・自己負担額に上限額の設定あり

◆在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、名称を変更（変更後：在宅医療充実体制加算）した上で、要件及び評価を見直す。

◆在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

- 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の「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定にあたって、患者割合が一定程度以上であることを要件とする。

◆在宅療養支援診療所・病院の見直し

- 在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

◆医師と薬剤師の同時訪問の推進

- 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

41

ご清聴ありがとうございました。

This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of multiple sets of three horizontal dashed lines, providing a guide for letter height and placement. The lines are evenly spaced across the entire page, which is otherwise blank.

講 演

2) 『 怖くない！がん末期の在宅医療 』

八幡医師会立はっちい診療所

所 長 川 本 京 子

演者プロフィール

川 本 京 子（八幡医師会立はっちい診療所 所長）

平成2年3月 愛媛大学医学部卒業

令和7年4月より現職

在宅医療 一般内科 一般外科

医師会活動

令和2年6月から北九州市八幡医師会理事

令和6年6月から北九州市医師会理事

担当は高齢社会対策、地域医療、連携支援 他

外部委員等

八幡在宅医会 副会長

北九州地域医療的ケア児支援協議会生活支援部会 構成員

北九州市在宅人工呼吸器使用患者・災害時総合事業プロジェクトチーム 構成員

北九州緩和ケアネットワーク 副代表幹事

認知症サポート医 ものわすれ外来

2026年2月21日 福岡県医師会

「福岡在宅医療 事始め（中級編）」

怖くない！がん末期の在宅医療

八幡医師会立はっちい診療所 川本京子

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。

本日のお話

- 在宅における症状コントロール
- 看取り期のACP・コミュニケーション
- 多職種連携
- グリーフケア



在宅における症状コントロール

緩和ケアとは？

WHOは2002年に緩和ケアを以下のように定義している。

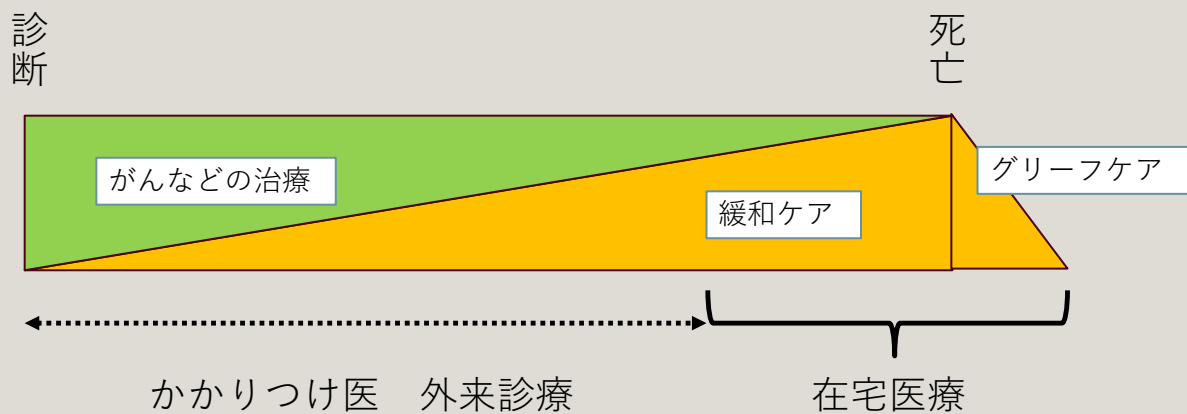
「**生命を脅かす疾患**に伴う問題に直面する**患者と家族**に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質（QOL）を向上させるためのアプローチである。」

緩和ケア

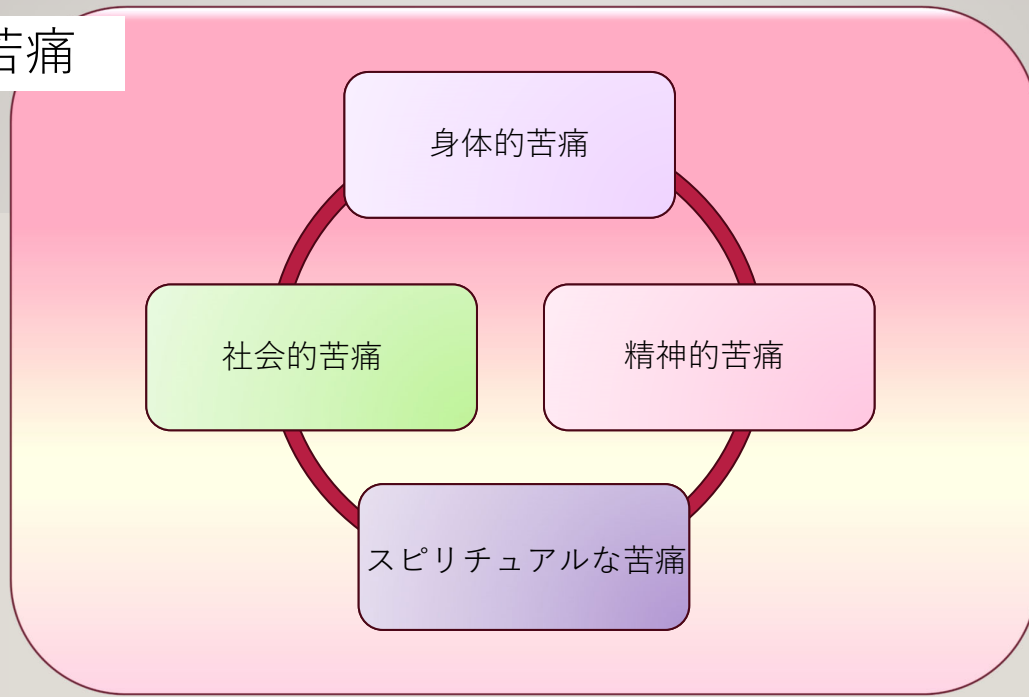
- 痛みやその他のつらい症状を和らげる
- 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える
- 死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない
- 心理的およびスピリチュアルなケアを含む
- 患者が最期までできるだけ能動的に生きられるように支援する体制を提供する
- 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する
- など

日本緩和医療学会より

WHO 緩和ケア 現在の考え方

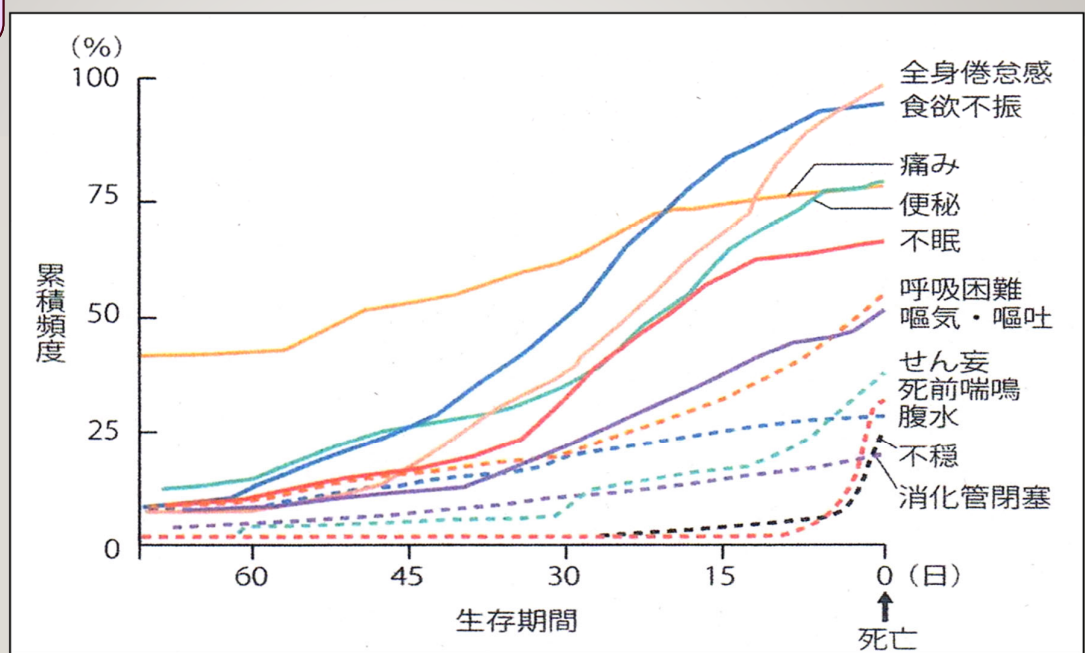


全人的苦痛



身体的苦痛

がん患者が訴える症状の変化



淀川キリスト病院 緩和ケアハンドブックより

疼痛コントロール

- 痛みは主観的なもの。まず患者の訴えを信じ、その上で客観的に評価する。
- WHO方式によるがん疼痛に対する薬物療法の4原則
- オピオイドを使いましょう

WHO方式によるがん疼痛に対する薬物療法の4原則

1. 経口投与を基本とする (by mouth)
2. 時刻を決めて規則正しく投与する (by the clock)
3. 患者ごとに個別的な適量を決める (for the individual)
4. さらに細かい配慮を行う (with attention to detail)

鎮痛薬

- 非オピオイド鎮痛薬
 - 非ステロイド性抗炎症薬：鎮痛作用や抗炎症作用、解熱作用がある
経口薬、貼付剤がある
 - アセトアミノフェン：鎮痛作用や解熱作用はあるが抗炎症作用は弱い
経口薬、坐薬、注射薬がある
最大投与量は4000mg
- オピオイド
 - 中等度から高度の痛みに用いる。経口薬、坐薬、貼付剤、注射薬がある
- 鎮痛補助薬

在宅での麻薬について

- 医療用麻薬は痛みをとるためにはとても有用。
- 開始時にはきちんと薬の説明が必要。
- 副作用対策は必ず必要。
- 経口剤、坐剤、貼付剤、注射製剤いろいろあるので使いやすい。
- 院外処方であれば自院で麻薬管理をしなくてもよい。
- 処方した麻薬は不要になれば薬局で処分をお願いできる。

在宅で役立つ疼痛コントロール

- 持続皮下注射 PCA (patient controlled analgesia)



社会的苦痛

家のローンどうしよう

友達に会えない

医療費は払えるかな

仕事をどうしよう・・・
やめないとはいけ
ないのかな

子供が小さいのに



社会資源を上手に使いましょう

- 高額療養費制度など
- 傷病手当など
- 介護支援
- ホスピスボランティア、患者会など

MSWに相談し
ましょう

精神的苦痛

気持ちのつらさの定義：多要因の不快な感情体験であり、がんやその症状・治療に向き合うための機能にかかわり得る精神的・社会的・スピリチュアルな要素

(緩和医療学より引用)

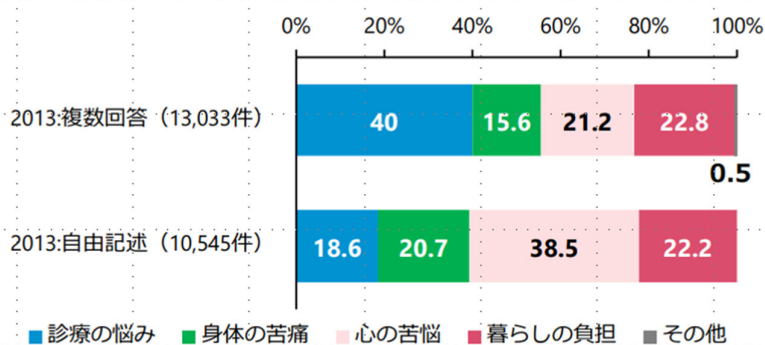
- 不眠
- 不安・抑うつ
- せん妄 など

精神的苦痛をとるために

- 薬物治療
- 非薬物治療（心理社会的介入）

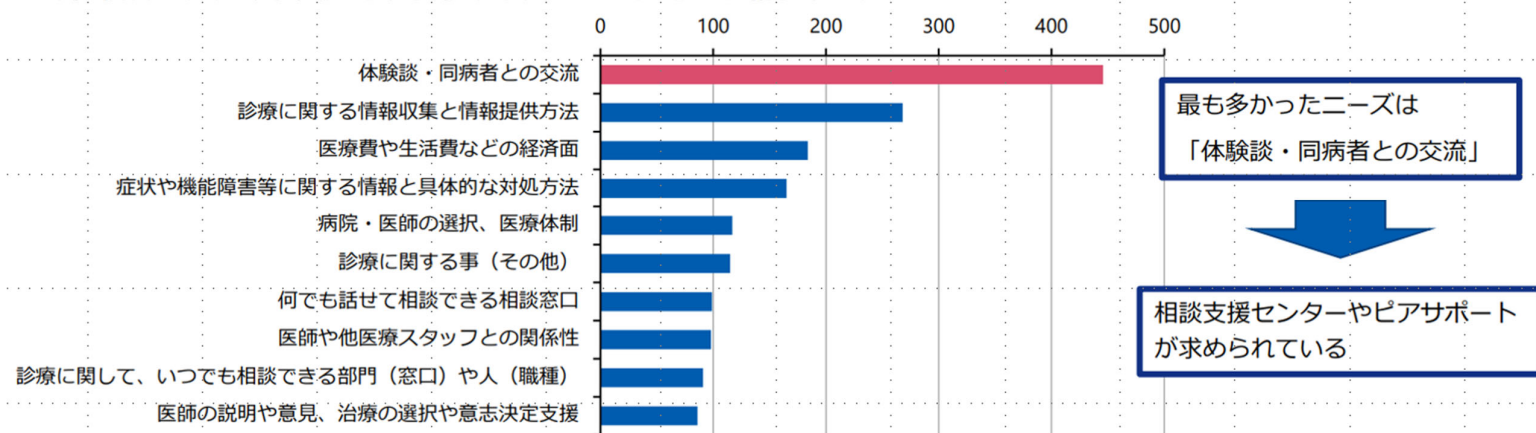


がんと診断されてから経験した悩みや負担



複数選択では診療に関する悩みが最多であった一方、自由記述では心の苦悩の割合が最も大きかった。
→治療選択や副作用の対応についての相談や、精神心理的ケアの必要性

がん体験者が、悩みや負担をやわらげるために必要と思う情報や支援



がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書、「がんの社会学」に関する研究グループ、5346

スピリチュアルな苦痛

例えば

- ・死ぬことが怖い
 - ・生きていても仕方がない
 - ・なんで自分ばかりがこんな目に合わないといけないのか
 - ・誰の役にも立たない
 - ・迷惑をかけるだけなら早く死にたい
 - ・誰も自分のことをわかってくれない
- など

終末期の日常生活動作の障害

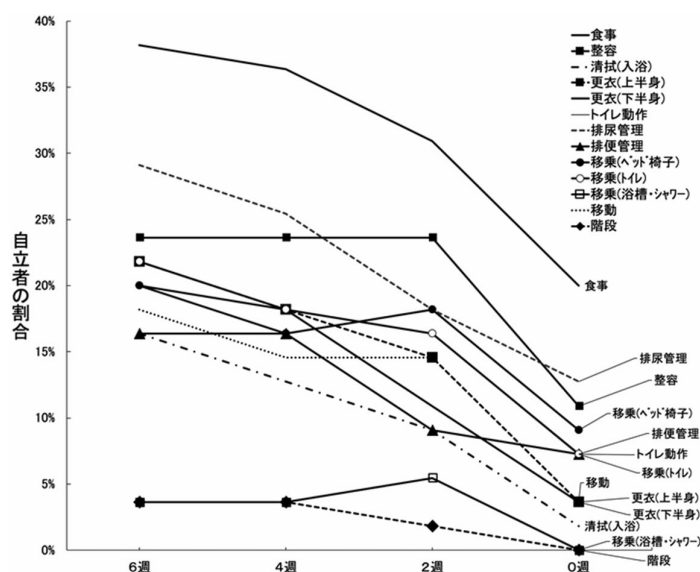


図1 機能的自立度評価法(FIM)運動項目別自立度
トイレ動作は移乗(トイレ)と推移は重なっている。

色々な事ができ
なくなる！

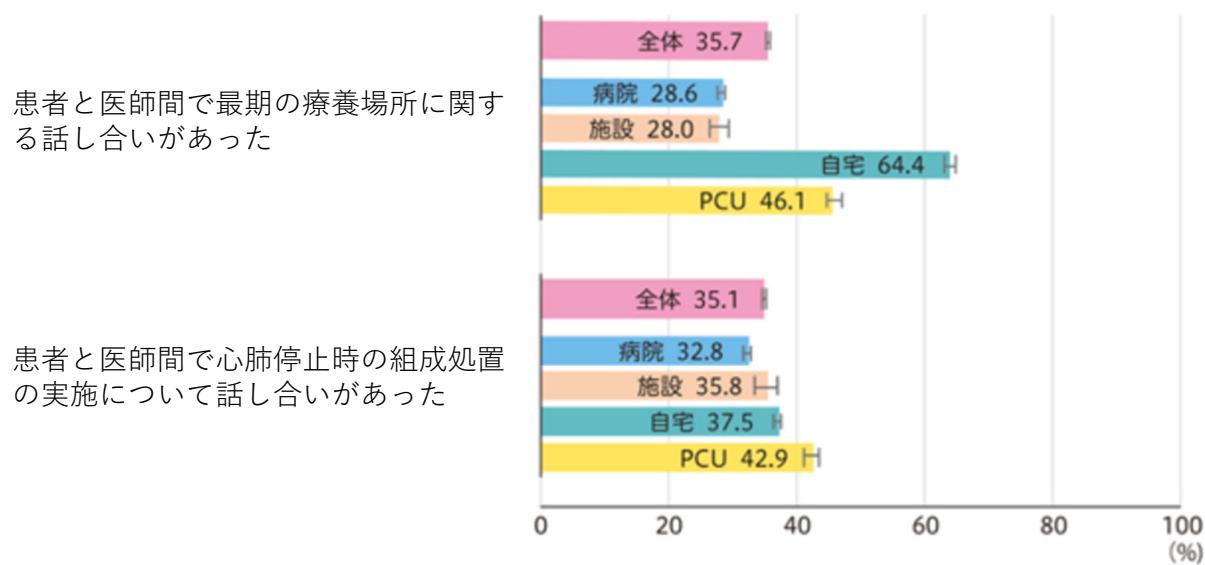


寄り添う、支える
傾聴ボランティア
(ホスピスボランティア、
臨床宗教師など)

終末期がん患者の死亡前6週間の 日常生活動作の経時的変化 Palliat Care Res 2020; 15(3): 167-74

看取り期のACP・コミュニケーション

図4 最期の療養場所の希望や医療に関する話し合い



厚生労働省委託事業がん患者の人生の最終段階の療養生活の実態調査

在宅でいつ話し合うか？

- 訪問診療開始時
- 病状悪化時：入退院時、食事が取れなくなってきた時など
- その他

訪問診療開始時（前）に必ず必要なこと

今の病状をどのくらい把握しているかを確認

入院中であれば退院前カンファレンスに参加

通院中の方であれば診療所に来て頂く

ご本人の状態が悪ければ、ご家族だけでも来ていただくと
その後の診療がスムーズになる

何を話し合うか？

- 療養場所（変わってもいい）
- ご本人の希望、したい事、したくない事、してほしくない事を聴く
- ご家族の思いも聴く
- 誰に気持ちを託したいか？
- 出来れば死生観
- その他何でも

看取りが近くなってきたとき

- ① 予後予測のツールを活用し、看取りが近いことを多職種間で共有する
- ② これから起こり得る症状についてパンフレット等で説明（例えば
OPTIM：これからの過ごし方について（看取りのパンフレット））
- ③ 療養場所や治療・ケアの方針をご本人・ご家族・医療従事者と再確認し、
最期まで症状緩和に努めること、そばにいることを伝える。
- ④ 救急車を呼ばないことを伝える。

予後予測ツール

【Palliative prognostic index】

Palliative performance scale	10～20	4.0
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取 (消化管閉塞のため高カロリー輸液を受けているものは正常とする)	著明に減少（数口以下）	2.5
	中等度減少（減少しているが数口よりは多い）	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
安静時呼吸困難	あり	3.5
せん妄	あり（薬物が単独の原因になっているもの、臓器障害を伴わないものは除外）	4.0

→ 予後予測：3週未満（＞6）、
3週以上6週未満（4＜、≤6）、
6週以上（≤4）

Palliative performance scale

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居	正常の活動・仕事が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		何らかの症状があるが、 正常活動可能			
80		明らかな症状あり。 通常の仕事困難		正常 or 減少	
70	ほとんど起居	ときに 介助			
60	ほとんど起居	明らかな症状あり。 趣味・家事困難	ほとんど 介助		清明 もしくは 傾眠± 混乱
50	ほとんど 坐位 or 臥床	著明な症状あり。 どんな仕事も困難			
40	ほとんど 臥床	著明な症状あり。 ほとんどの行動制限			
30	常に臥床	著明な症状あり いかなる活動も行いうことが出来ない	全介助	数口以下 口腔ケアのみ	
20					
10					

Palliative performance score

		スコア
臨床的な 予後の 予測	1～2 週	8.5
	3～4 週	6.0
	5～6 週	4.5
	7～10 週	2.5
	11～12 週	2.0
	> 12 週	0
Karnofsky performance scale	10～20	2.5
	≥ 30	0
食欲不振	あり	1.5
	なし	0
呼吸困難	あり	1.0
	なし	0
白血球数 (mm^3)	> 11,000	1.5
	8,501 ～ 11,000	0.5
	≤ 8,500	0
リンパ 球 (%)	≤ 11.9	2.5
	12～19.9	1.0
	≥ 20	0

Karnofsky performance scale

普通の生活・労働が可能。 特に介護する必要はない		100
		90
		80
労働は出来ないが、家庭での療養が可能。日常生活の大部分で症状に応じて介助が必要		70
		60
		50
自分自身の世話が出来ず、入院治療が必要。疾患がすみやかに進行している	動けず、適切な医療・介護が必要	40
	まったく動けず、入院が必要	30
	入院が必要。重症。精力的な治療が必要	20
	危篤状態	10

9点以上で3週間以内、
5.5点以下で30日以上の可能性が高い

看取りのとき

- ①患者の状況についての細やかな共有
- ②手を握る、声をかけることを勧める
できれば感謝の気持ちなどを伝える。
最期まで聞こえていると伝える。
- ③最期に必ず家族をねぎらう。
- ④エンゼルケアへの参加

コミュニケーション

- 言語的コミュニケーション
書き言葉 話し言葉
- 非言語的コミュニケーション
表情 身振り・タッチング 視線 声の大きさ・調子
ソーシャルディスタンスなど

悪い知らせの伝え方

SPIKES (M.D.アンダーソンがんセンターのBaileとトロント大学のBuckmanらによって開発)

Setting (面談の設定)

Perception (患者は何を知っているか)

Invitation (患者がどれくらい知りたいと思っているかを把握する)

Knowledge (情報を共有する)

Empathy&Exploration (患者・家族の感情に対応する)

Sammary&Strategy (計画とフォローアップ)

緩和医療学より引用

悪い知らせの伝え方

SHARE（日本の文化に合わせて作られたプロトコール）

Supportive environment（サポーティブな環境設定）

How to deliver the bad news（悪い知らせの伝え方）

Additional information（付加的な情報）

Reassurance and Emotional support（安心感と情緒的サポート）

緩和医療学より引用

多職種連携

退院前カンファレンスの意義

1. 診療情報提供書のみではわからないご本人・ご家族の病状に対する認識や思いを確認することができ、それを病院側、在宅側みんなで共有することができる。



しっかり病状を話していた



そんなに悪いのですか？

2. 退院後の在宅療養をスムーズに始めることができる。

多職種で本人・家族を支える

在宅

- ▶ 訪問診療（在宅医）
- ▶ 訪問看護師
- ▶ 訪問介護士
- ▶ 訪問リハビリ技師
- ▶ 訪問薬剤師
- ▶ 訪問栄養士
- ▶ ケアマネージャー
- ▶ 臨床宗教師 など

本人・家族

病院

- 主治医
- 看護師
- 介護士
- リハビリ技師
- 薬剤師
- 栄養士
- ソーシャルワーカー など

私が考える 多職種連携のコツ

- 情報交換はできるだけ密に！できるだけ顔を合わせる事
- 言った、言わないにならないように注意（ICTの活用）
- チーム医療を心掛ける。
- できるだけ退院前カンファレンスに参加。
- 専門職である相手の意見を聞き、尊重する。
- 在宅での置き薬を活用。



グリーンケア

グリーフケアとは？

グリーフ（g r i e f）：悲嘆

喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的（感情的）反応
一過性の「通常の悲嘆」と心理・社会的機能の低下を招く「複雑性悲嘆」
がある

愛しい人と死別した遺族がその悲嘆を 乗り越え、悲嘆から立ち直り、
再び日常生活に適応していくことを 見守ること。

診療所で行っている事

死別後約1ヶ月くらいにご自宅へ伺う

今のご家族の様子や亡くなった時の思いを聞き取ることで寄り添い
問題がないかを確認する。

身体的症状が出ている場合には受診を薦めることもある。

新規の患者さんにできるだけ写真を撮るようにしています。それを写真立てに入れて贈っています。



ご自宅でお看取りさせて頂いた方のところにグリーフケアの意味も込めお花を持って伺います。



グリーフケアで大切なことは
まず気づくこと

患者・家族に寄り添う気持ち、態度
きちんとした説明



がん末期の在宅医療で心がけること

- 症状コントロール、予後予測
- きちんとした説明（ご本人、ご家族）
いつもいるご家族だけではなく、できるだけ遠くにいるご家族にも説明の機会を設ける
- ACPを心掛ける
最期まで療養する場所や希望をご本人、ご家族と何度でも話し合う
- 寄り添う気持ち
自分の価値観を押し付けない
最期まで必ず診ることを言葉で伝える

ご清聴ありがとうございました。

皆さんの看取りに少しでもお役に立てれば幸いです。



This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of multiple sets of three horizontal dashed lines, providing a guide for letter height and placement. The lines are evenly spaced across the entire page, which is otherwise blank.

講

演

3)『 成年後見人制度と A C P の関連について 』

矢津内科消化器科クリニック

院 長 矢 津 剛

演者プロフィール

矢 津 剛（医療法人 矢津内科消化器科クリニック理事長・院長）

昭和 59 年 3 月 長崎大学医学部卒業

昭和 59 年 5 月 九州大学医学部第 3 内科入局

平成 5 年 3 月 医学博士取得

平成 8 年 5 月 医療法人 矢津内科消化器科クリニック開業

医師会活動

京都医師会理事・議長を経て裁定委員

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

外部委員等

福岡県在宅医療推進協議会 委員

福岡県在宅医療現場における利用者等からの暴力・ハラスメント対策部会 委員

京築保健所在宅医療推進協議会・難病委員会 委員

日本在宅ケアアライアンス データブック委員会 委員

日本死の臨床研究会 監事

日本ホスピス在宅ケア研究会 理事

行橋市地域包括支援センター運営協議会 会長

成年後見人制度とACPの関連

「成年後見人制度とACPの関連について」

在宅医療・緩和ケアの現場から考える

- ・福岡県医師会「在宅医療事始め」
- ・2026年2月21日
- ・医療法人 矢津内科消化器科クリニック
- ・矢津 剛



福岡県医師会セミナー 「在宅医療事始め」 COI開示

演題名 「成年後見人制度とACPの関連について」
発表者 矢津 剛

発表内容に関連し、
主発表者及び発表責任者には、
開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

本日の ゴール

- 成年後見制度とACP（意思決定支援）の違いを理解する
- 医師の役割を明確にする

背景：なぜ 問題になる のか

- 独居高齢者・身寄りなしの増加
- 認知症患者の増加

今地域で起こっていること

様々な制度や地域資源を活用して包括的に考える



確認事項

- ・認知症・知的障害・精神障害などで判断能力が低下
- ・金銭管理や契約行為が困難
- ・財産被害のリスクがある
- ・医療・施設契約ができない

成年後見制度の類型

- 後見：判断能力を欠く
- 保佐：著しく不十分
- 補助：一部不十分

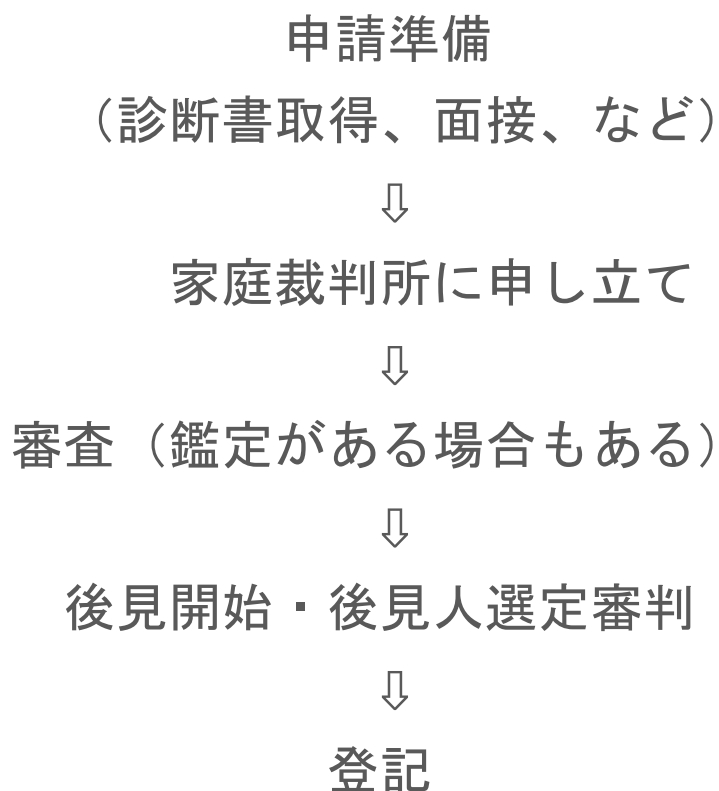
その他の身寄りのない人や孤立した方への見守り制度

- 新日常生活自立支援事業（社会福祉法）
主に市町村の社会福祉協議会が実施主体
- 保証人（民法）
- 連帯保証人（民法）
- 身元引受人（身元保証に関する法律）



様々なNPO、社団法人等が行っている。
死後の管理まで行うことがある。

成年後見人 選定の経過



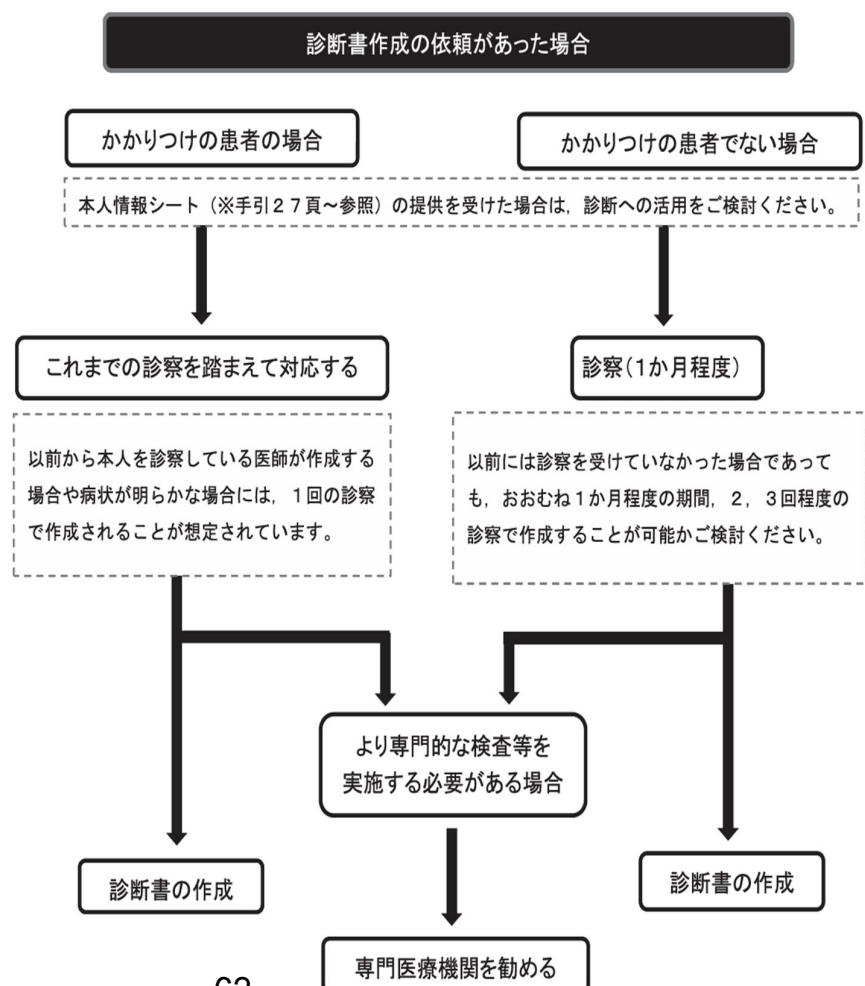
申立人にな れる人

- 本人
- 配偶者
- 4 親等内親族
- 市町村長（身寄りなし
例など） ・ ・ 約 25%

後見人候補

- 親族
- 弁護士
- 司法書士
- 社会福祉士
- 👉 近年は専門職後見人が増加傾向。

診断書作成 手引き



成年後見人の役割

- 財産管理
- 医療・介護契約
- 生活支援の調整

成年後見制度とは

内容	後見人の権限
財産管理	預金管理、不動産処分、契約解除など
身上保護	医療契約、入退院費支払いなどの代理
法律代理	契約締結・取消・追認

- 判断能力が不十分な人を法的に支援
- 家庭裁判所が関与する法的制度

アドバンス・ケア・プランニングとは？ (以下ACPと略す)

- ・「意思決定能力がなくなった時に備えて、あらかじめ自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などを話し合うプロセスのこと。」
- ・アドバンス・ディレクティブ（AD）がリビングウィルを実行するための事前指示であるのに対し、**ACPIはその話し合いのプロセスを重視し、医療者との信頼関係を構築するスキルとなる。**



ACPとは何か

- ・本人の価値観・人生観を共有
- ・将来の医療・ケアを話し合うプロセス
- ・結果にこだわらない

もしものとき の意思確認

(アドバンス
スドケアプ
ランニン
グ)

- ・嚥下ができなくなったら、胃瘻を造設するかどうか？
- ・癌などが見つかったときどこまで治療するのか？
- ・認知症で衰弱する過程でどこまで延命を望むのか？
- ・急変時、救急搬送するのか？かかりつけ医や嘱託医に委ねるのか？
- ・老衰という状態を受け入れることはできますか？

物語としての 視点

- ・どのような環境に生活していたか？
- ・どのような仕事に携わっていたか？
- ・どのような性格であるのか？
- ・趣味や好みは？
- ・家族の中の立ち位置は？
- ・大きなイベントなど、生きる上の目標は？
- ・経済的状态は？
- ・命に対する認識は（死生観）？生きる意欲は？

ACPの課題

- ① 本人の意思が最優先となっているか？
- ② どの時期でACPがどう適用されるのか？
- ③ 地域の必要な情報が本当に提供できるのか？
- ④ 医療者やケアギバーの都合によるものになっていないか？
- ⑤ 医療だけでなく、本人の人生・生活を尊重したナラティブケアになっているのか？
- ⑥ 一般住民のコンセンサスはどの程度得られているのか？

ACPの限界

- ・法的拘束力はない
- ・契約や代理決定はできない

成年後見の 限界

- 延命中止の同意は不可
- 価値観の創出はできない

① ACPと成 年後見（全 体像）

- ACP＝あくまでも意思決定
支援のスキル
- 成年後見＝財産管理の法的
制度の器

② 役割分担

- ACP：医療や生き方の価値観・希望
- 後見：財産管理契約・調整

③ 時間軸

- 判断能力があるうちのACP
- 低下後は既存ACPを参照

⑤ 多職種連携

- 中心は本人の価値観
- 医師は医学的妥当性を示す
- SDM（多職種連携同意形成）の重要性
- SDMに成年後見人が参加できる

医師の実務ポイント

- ACPは早期に
- 診療録に具体的に残す
- 判断能力評価を明確に
- 後見診断書の質が重要

よくある誤解

- ACPがあれば後見不要 → ×
- 後見人がすべてを決める。 → ×

ACPがあった場合

- 価値観を共有
- 後見人の判断が容易

要点①

- ACPは後見判断の最重要資料

要点②

- 後見人は通常家族に求めるような医療決定権者ではない。

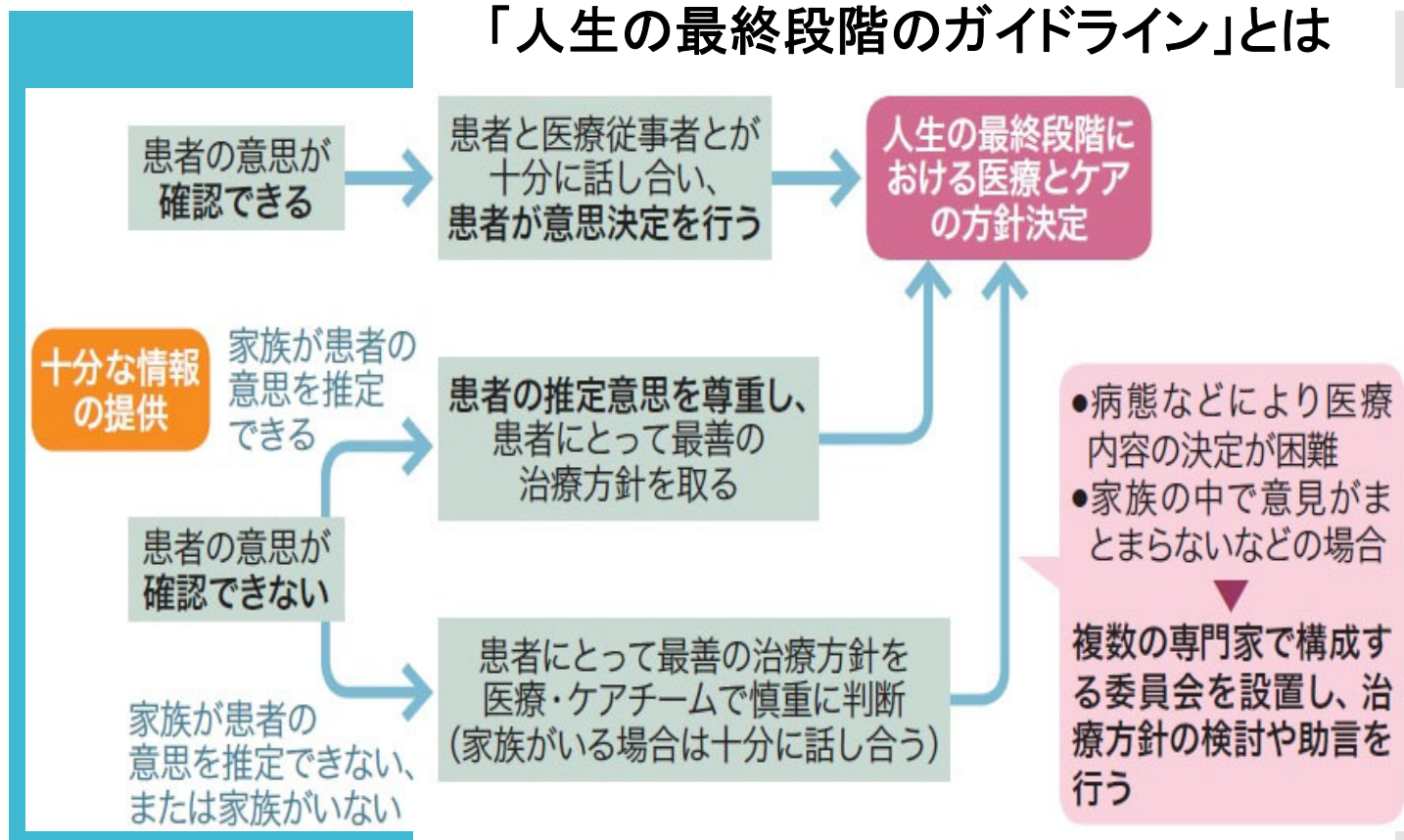
明日からで
きること

•ACP人生会議を開く。

•カルテに記録を残す

人生の最終段階のガイ
ドラインを踏まえた記
載が推奨されます。

「人生の最終段階のガイドライン」とは



ACP 人生会議 記録の例①

- ・ 【ACP（人生会議）記録】
- ・ 日時：2026年2月〇日
- ・ 場所：自宅
- ・ 参加者：本人、妻、長男、医師、訪問看護師
- ・ 患者本人より
- ・ 「人工呼吸や心臓マッサージなどの蘇生は希望しない。家で過ごしたい」
- ・ との発言あり。
- ・ 病状理解は概ね良好で、意思決定能力ありと判断。
- ・ 心肺蘇生、人工呼吸器は希望せず。
- ・ 苦痛緩和を優先し在宅療養継続の方針とした。
- ・ 今後、病状変化時には再度話し合いを行う。
- ・ 本内容は多職種で共有した。

ACP 人生会議 記録の例②

- ・ 【ACP（人生会議）記録】
- ・ 日時：2026年2月〇日
- ・ 場所：介護施設
- ・ 参加者：本人、医師、訪問看護師、ケアマネジャー、包括支援センター、
- ・ 遠方に兄弟はいるが縁を切って、身寄りがない。
- ・ 患者本人は認知症が進行し病状理解に乏しい。
- ・ 以前元気な時に「入院はしたくない。」という発言あり。
- ・ 成年後見人を申請した。
- ・ 苦痛緩和を優先し在宅療養継続の方針とした。
- ・ 今後、病状変化時には再度話し合いを行う。
- ・ 本内容は多職種で共有した。

経済的虐待 ケース提示

- 80代肺がん末期・認知症
- ACPは息子と協議
- 親の年金資産の使い込み
- 電気・水道料金未払い

ケースの経 緯

- 息子による経済的虐待
- 意思決定が停滞
- 市長申し立て
- 成年後見人制度の利用
- 施設での保護
- 看取り

まとめ

- ACPと成年後見は対立しない
- 役割は異なり補完関係にある。
- 医師の記録が本人の意思を守る。
- 医師の関与が質を左右する。

質疑応答

- ご清聴ありがとうございました

参考文献 1) 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見制度における診断書作成の手引き

2) 厚生労働省：身寄りのない人の入院および医療に係わる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン2025年3月

[illegible]

講 演

4) 『 心不全の在宅医療 』

こもれび在宅診療所

院 長 大 森 崇 史

演者プロフィール

大 森 崇 史（こもれび在宅診療所 院長）

平成 24 年 3 月 山口大学医学部医学科卒業
平成 24 年 4 月 社会保険総合病院徳山中央病院 初期臨床研修医
平成 26 年 4 月 飯塚病院 総合診療科 後期研修医
平成 27 年 4 月 飯塚病院 循環器内科 後期研修医
平成 30 年 4 月 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、心不全ケア科 医長代理
令和 4 年 3 月 九州大学大学院医学系学府医療経営管理学専攻 修了
令和 4 年 8 月 福岡ハートネット病院 総合内科・循環器内科 地域連携支援部部長
令和 7 年 12 月 こもれび在宅診療所開業（内科・循環器内科・緩和ケア内科）

医師会活動

福岡市医師会 在宅医療医会理事（令和 5－7 年）

外部委員等

日本緩和医療学会
専門的・横断的緩和ケア推進委員会 委員
緩和ケア研修 WPG WPG 員
救急・集中治療領域の緩和ケア WPG WPG 員長
九州支部代議員
日本心不全学会
心不全緩和ケアトレーニングコース HEPT 運営コアメンバー

心不全の在宅医療

福岡在宅医療 事始め（中級編）

2026年2月21日 こもれび在宅診療所 大森崇史



©Komorebi home care medical office

COI開示

発表演者、演題に関してCOI関係にある企業はありません。
記載のないスライドは演者作成のものです。

大森 崇史（おおもり たかし）

2006年 福岡県立小倉高校卒業
2012年 山口大学医学部卒業
// 徳山中央病院初期研修
2014年 飯塚病院 総合診療科
2015年 // 循環器内科
2018年 // 緩和ケア科
2022年 福岡ハートネット病院
2025年 こもれび在宅診療所開業
専門：総合内科、循環器、緩和医療
趣味：弓道



3

©Komorebi home care medical office

こもれび在宅診療所について

- 福岡県福岡市城南区鳥飼にある強化型在宅療養支援診療所
- 総合内科専門医、循環器専門医、緩和医療指導医が在籍
- 診療看護師（NP）が在籍
- ミッション 必要な医療が地域に届く社会に貢献する
- ビジョン Hospital at Homeの実現
- バリュー Co MORE BE （ともに、もっと、生きる医療）

©Komorebi home care medical office





ながれ

- 在宅における心不全診療の現状
- ガイドラインに準拠した薬物療法
- 血行動態を意識した投薬調整
- 在宅での強心薬・麻薬使用

在宅における 心不全診療の現状

©Komorebi home care medical office

1. 日本における心不全の疫学的背景

- 患者数: 2020年時点で約120万人と推定されており、**2030年**には**130万人**に達すると予測
- 心不全パンデミック: 団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となった2025年以降、爆発的な患者増（パンデミック）にある
- 予後: 心不全の5年生存率は約50%と言われており、これは多くのがん（乳がんや前立腺がんなど）よりも低い

「心臓の機能低下」だけでなく
社会的・身体的フレイルが密接に関与

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office



2. 在宅医療における心不全診療の現状

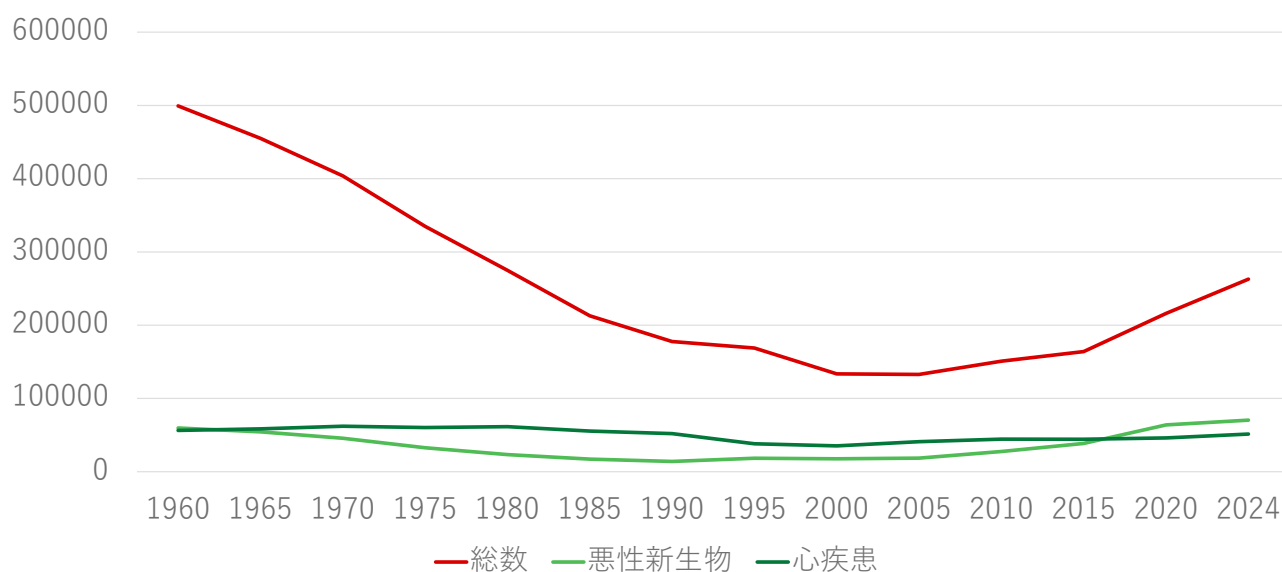
- 再入院率: 退院後30日以内の再入院率は約5%～13%前後 1年以内では約25%～35%
- 在宅療養支援診療所の介入で、一般の診療所と比較して再入院リスクが約13%～14%減少 (Sun Y, J Gen Intern Med. 2023)
- 在宅での死因: 心不全患者が自宅で看取られるケース 増

「心臓の機能低下」だけでなく
社会的・身体的フレイルが密接に関与

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



自宅での死亡者数

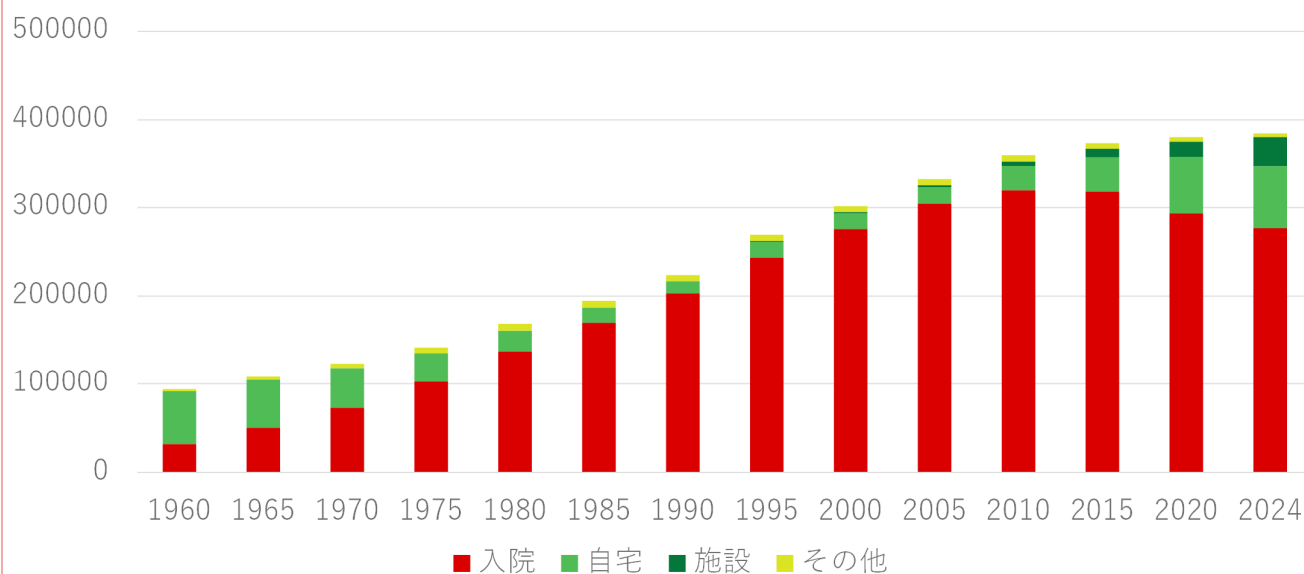


自宅での死亡者数は2005年ごろが最低で以後増えている

©Komorebi home care medical office



悪性新生物死亡場所年次推移

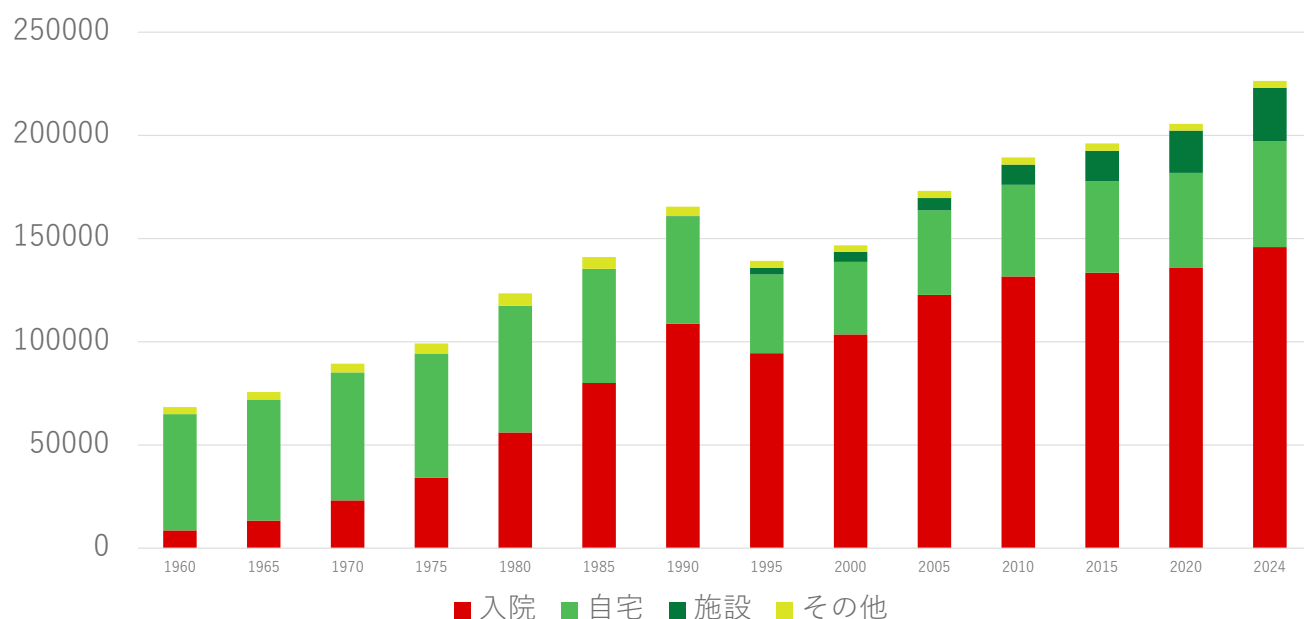


がんの死亡者総数は概ねプラトーに達し、施設の伸びが顕著

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



心疾患死亡場所年次推移



心疾患の死亡者数は増加傾向で死亡場所の比率に大きな変化はない

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office





3. 在宅心不全診療の主な課題

- 医療保険を用いた訪問看護が適用されにくい
 - 特別訪問看護指示か介護保険のない場合に限定
- 治療薬が在宅で使用しづらい
 - フロセミド注；処方箋発行不可、モルヒネ；心不全適応外 など
- 急速に医療・介護ニーズが変化し在宅対応が困難になりがち
- 治療薬が多くポリファーマシーになりやすい
- 薬剤や治療調整に専門的知識を要する
 - 植え込み型除細動器、在宅強心剤など
- がんほど終末期を過ごせる場所が整備されていない

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



GDMT

ガイドラインに準拠した薬物療法



ガイドラインをご参照ください

2025年12月19日更新
2025年3月28日発行



日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン

2025年改訂版 心不全診療ガイドライン

JCS/JHFS 2025 Guideline on Diagnosis and Treatment of Heart Failure

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心不全学会 日本心臓病学会
日本心血管インターベンション治療学会 日本不整脈心電学会
日本心臓リハビリテーション学会 日本心エコー学会
日本胸部外科学会 日本心臓血管外科学会

編集

加藤 貴雄
京都大学医学部附属病院
先端医療科学国際研究機構

編集

北井 豪 国立循環器病研究センター 心不全・移植部門 心不全部	香坂 俊 慶應義塾大学医学部 循環器内科	泉 知里 国立循環器病研究センター 心不全・移植部門	井手 友美 [*] 九州大学大学院医学部 循環器内科
秋山 英一 かわべつらこ総合医療院 循環器内科	安藤 政彦 東京大学医学部附属病院 心臓科	奥村 貴裕 名古屋大学大学院医学部 循環器内科	小俣 幸子 岡山大学医学部 循環器内科
岩崎 雄樹 日本医科大学大学院医学研究科 循環器内科	大野 洋平 東京大学医学部 内科学系循環器内科学	北岡 裕章 [*] 京都大学医学部 老年病・循環器内科学	衣笠 良治 鳥取大学医学部附属病院 循環器科 内科学・内科学分科
加地 修一郎 岡山大学医学部 循環器内科	柏村 健 新潟大学大学院医学部 循環器内科	永井 利幸 北海道大学大学院医学部 循環器内科	中村 敦子 岡山大学医学部 第二内科
組川 真太郎 九州大学大学院医学部 循環器内科	戸田 友一 岡山大学大学院医学部 循環器内科	右矢 哲 北海道大学大学院医学部 循環器内科	
彦登 俊吉 京都府立医科大学 循環器内科	南澤 巨俊 京都府立医科大学 循環器内科		

日本循環器学会ガイドラインシリーズ【アプリ版】

本ガイドラインは、アプリで図表・動画をいつでも確認できます。QRコード読み取り、もしくは「日本循環器学会ガイドラインシリーズ、アプリ版」で検索してください。



IOS版 Android版

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office



在宅医が知っておきたい2025年改訂ガイドラインの要点

- 心不全のステージ分類はA B C Dに分けられる
- 左室駆出率（LVEF）で心不全を区別する
 - LVEF 50%以上 HFpEF ヘフペフ
 - LVEF 40%未満 HFrEF ヘフレフ
- HFpEFはSGLT2阻害薬の使用が推奨される
- HFrEFはARNI（アンギオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬）、 β 遮断薬、MRA（ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬）、SGLT2阻害薬の4つの薬剤の使用（ガイドライン準拠の治療；GDMT）が推奨される
- 心不全の急性期では、うっ血と組織低灌流の有無を評価する
- うっ血の治療はループ利尿薬、酸素投与
- 日々の生活では心臓リハビリテーション、塩分制限、水分制限、体重やバイタルサインの測定、そしてACPの取り組みが重要

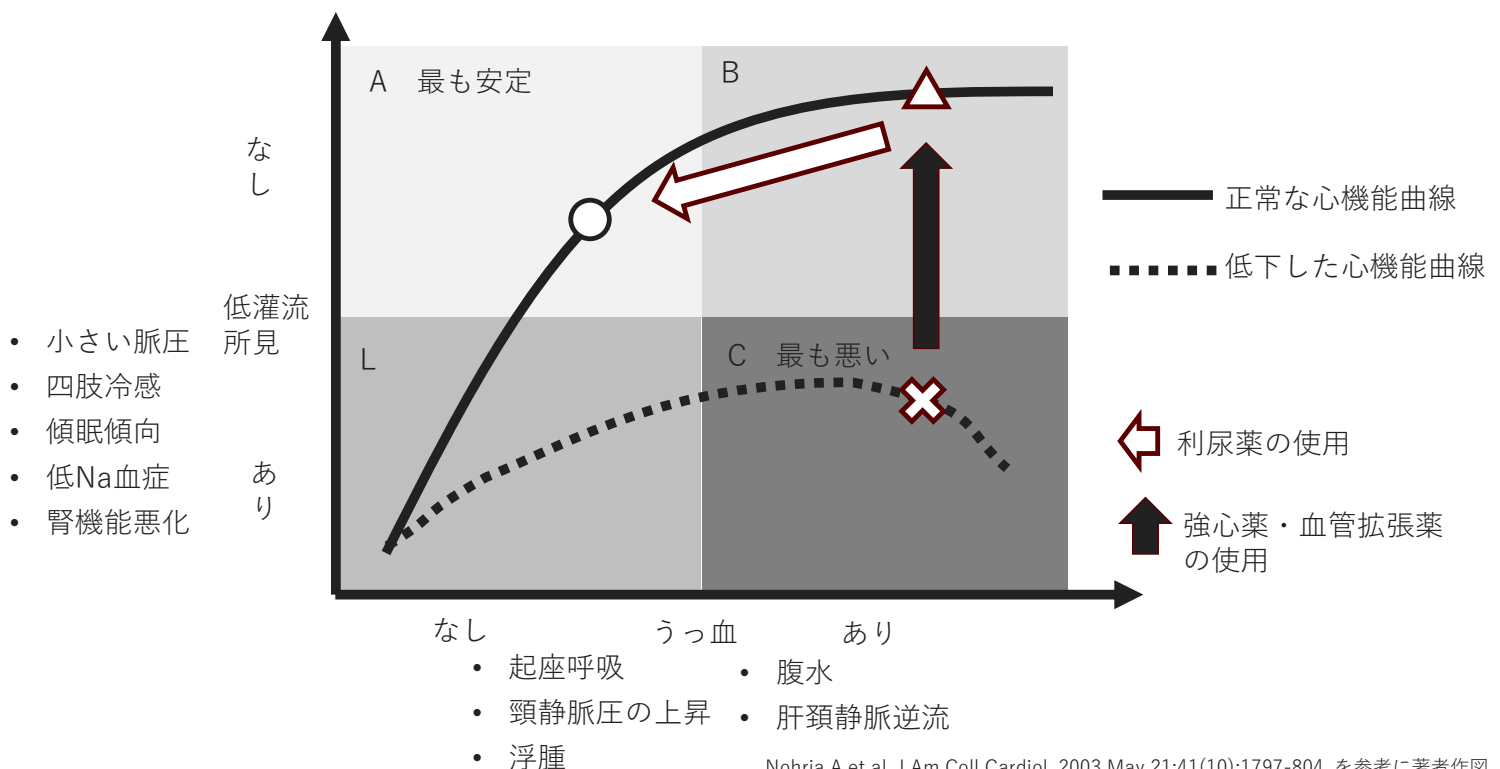
在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office



血行動態を意識した投薬調整

©Komorebi home care medical office



在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office



ループ利尿薬の使い方 最初はフロセミド錠

- まず、フロセミド錠を選択
 - もっとも安く、歴史も長い
- クレアチニン値×40mgを1日1回朝食後に使用
 - 血清Cre 1.5mg/dLであれば60mgから開始
- 低カリウム血症に注意
 - 不整脈、脱力などのリスク
- ●日までに○Kgまで落とす、と目標を決めて使用
 - 1日500gを目安

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



フロセミド錠が効かない！そんなときに考えること

- 内服回数を増やしてみる
 - 朝食後1回から、朝・昼食後1回 など
 - 夕飲むと夜間不眠のリスク
- 静注に変えてみる
 - フロセミド錠は生体吸収率が低く、静注にすると改善することも
 - フロセミド錠 40mg = フロセミド注 20mg を目安に
 - 血管確保が難しかったら筋注も可能
- 他のループ利尿薬に変えてみる
 - フロセミド錠40mg≒トラセミド錠8mg≒アゾセミド錠60mg
 - トラセミドは生体吸収率も良く低Kになりやすい

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office





フロセミド錠が効かない！そんなときに考えること

- 他の内服薬を増やしてみる
 - トリクロルメチアジド錠 1～2mg
 - まずはこれ。低Na血症に注意。
 - トルバプタン錠 7.5～15mg
 - 入院で開始する必要あり
 - MRA スピロノラクトン錠 12.5～25mg
 - 低Kは利尿抵抗性の原因に
 - SGLT2阻害薬 ジャディアンス錠 10mg
 - 利尿剤ではないが、予後改善効果が実証

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



フロセミド錠が効かない！そんなときに考えること

- 原因を調べる
 - 塩分・水分の取りすぎ
 - 低K、低Cl性代謝性アルカローシス
 - アセタゾラミドが有効
 - 低アルブミン血症
 - NSAIDs
 - 組織低灌流
 - 感染症
 - 内服アドヒアランスの問題

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



在宅における 強心薬 麻薬使用

©Komorebi home care medical office

組織低灌流があったときにできること

- 強心剤使用を考慮する
 - 指針によれば入院が必要
- GDMTを考慮する
 - 低血圧のときには使用しづらい
- β 遮断薬を中止する
 - 頻脈性不整脈があるときは注意
- エンドオブライフケアを見据えた話し合いの開始

重症心不全患者への
在宅静注強心薬持続投与指針

第1版

日本心不全学会 日本在宅医療連合学会

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office



在宅静注強心薬療法の目的と適応患者

- 治療のゴール

- 入院継続が必要な重症患者のQOL維持・向上

- 目的

- 静注強心薬（ドブタミン等）なしでは心不全の代償が困難なステージD（治療抵抗性）心不全患者に対し、在宅での持続投与を可能にすることで、QOLの維持・改善を目指す
- 長期生命予後を改善するエビデンスはなく、不整脈誘発などのリスクも伴うため、緩和的側面や移植へのブリッジとしての役割を理解する

- 主な適応基準：

1. 心不全ステージD：適切な内科的治療・デバイス治療を尽くしてもNYHA III度より改善しない状態。
2. 静注強心薬への依存状態：減量・中止を試みると末梢循環不全や臓器障害が進行し、14日以上投与継続が必要、あるいは離脱後1ヶ月程度で再入院を要する場合。
3. QOL向上の強い希望：長期入院によりQOLが低下しており、在宅移行による改善を患者自身が強く希望していること

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



在宅医の役割と実施体制

- 在宅医は、多職種チームのハブとなり、日常の全身管理とモニタリングを担う

- 実施のための技術的要件：

- 原則として、中心静脈カテーテル（PICCやCVポート）から投与
- 汎用輸液ポンプ（携帯型または定置型）を使用

- 在宅医の具体的な業務内容：

- 日常療養支援：副作用（不整脈や電解質異常）の監視、身体・生活機能の包括的評価、必要に応じた強心薬の投与量変更を行います。
- モニタリング：体重、血圧、脈拍、尿量、IN/OUTバランスの確認に加え、適宜、血液検査や心電図、心エコーなどを実施します。

- 連携体制：

- 導入医療機関（専門医）との連携だけでなく、訪問看護師や薬剤師、ケアマネジャーらと共同意思決定支援（SDM）のプロセスを共有することが不可欠です

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷血行動態を意識した投薬調整▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



緊急時対応とアドバンス・ケア・プランニング（ACP）

- トラブルへの備えと人生の最終段階における意思決定の共有が安全・安心の鍵
- 日常生活と介護の注意点：
 - 十分な支援ができる介護者の存在が必須
 - 立ち上がり動作など、過剰な心負荷を避けるための環境調整（介護ベッドやポータブルトイレの導入）が推奨
- 緊急時の対応方針：
 - 病態の急変だけでなく、ポンプの故障やルートのトラブル（閉塞、抜去）への対応手順を事前に多職種および家族間で共有
- 終末期におけるACP：
 - ACPに基づき、急変時の治療方針や、最期を自宅と病院のどちらで迎えるか、強心薬をいつ中止するかなどを繰り返し話し合う

ACPは一度で決めない、一人で決めない

©Komorebi home care medical office



在宅注射薬 PICCを活用

PICC (Peripherally Inserted Central venous Catheter)

■挿入時合併症・感染リスクを低減

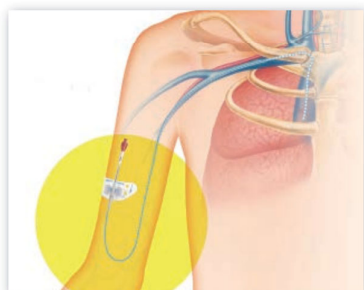
鎖骨下静脈、内頸静脈、大腿静脈から挿入される一般的な中心静脈カテーテル（CVC）に対し、腕の末梢静脈から挿入するPICCは、気胸・血胸や動脈穿刺あるいは感染のリスクを低減¹⁾できます。

■頻回な交換の必要はなく、採血も可能

末梢静脈カテーテルと比べて頻回な交換を必要とせず²⁾、また採血ルートとして使用することもできます。そのため、穿刺に伴う痛みを軽減できます。

■幅広い投与薬剤に適用

カテーテル先端は中心静脈に留置されますので、高カロリー輸液にはもちろんのこと、刺激性の高い薬剤の投与においても化学的静脈炎のリスクを低減できます。



- 末梢挿入型中心静脈カテーテル、ピックと呼ばれる
- 中心静脈カテーテルと比べて感染率が低く、長期留置も可能
- 自宅やベッドサイドでも挿入できる種類のカテーテルもある

1) Christopher J. Cinch and Dennis G. Maki, "The Promise of Novel Technology for the Prevention of Intravascular Device-Related Bloodstream Infection. II. Long-Term Device", CID 2002;34: 115 May/J. Healthcare Epidemiology.
2) 輸液期間が6日を超えると見込まれるとき、ショートタイプの末梢静脈カテーテルではなく、ミッドラインカテーテルまたは本體挿入型中心静脈カテーテル（PICC: peripherally inserted central venous catheter）を使用する。 カテゴリーII（血管内留置カテーテル由来感染の予防のためのCDCガイドライン2011）
※2 血管内留置カテーテルに伴う感染リスクを減らすために無縫合固定器具を使用する。 カテゴリーII（血管内留置カテーテル由来感染の予防のためのCDCガイドライン2011）

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用

©Komorebi home care medical office





在宅注射薬 PICCを活用

Groshong®

■Groshong® 3way Valve (Non-Heparin lock)

先端部直前の3ウェイバルブ機能が血液の逆流を防止し、カテーテル先端での血栓形成をコントロールします。そのため、ヘパリンロックが不要です。

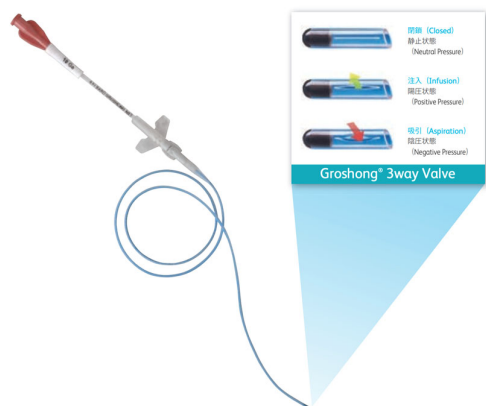
注) 薬剤注入後、あるいは定期的な生理食塩水によるカテーテル洗浄は必要です。

■シリコン製カテーテル

長期留置に適する、やわらかく血管壁への刺激が少ないカテーテルです。シリコン素材はアルコール含有性の薬剤にも適しています。

■スタットロック®

スーチャレス（縫合固定なし）で安全にカテーテル固定が可能です。



- メディコン社のグローションカテーテル
- フラッシュは週1、生理食塩水でOK
- 採血もできる
- 挿入はX線透視下が推奨される

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



在宅持続強心薬治療の投与例



【算定】

- C108-3在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点
- C161 注入ポンプ加算 1,250点（2月2回）

【方法】

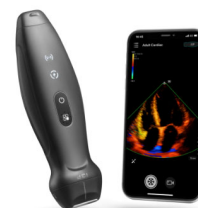
- 5%ブドウ糖液 500mlにドブタミン注を混注 3-10ml/hで持続点滴
- CADDであればアドミニストレーションスパイクキットを使用
- 毎週訪問、交換は訪問看護ステーションが週2-3回
- ドブタミンは院外処方可、ミルリノンは不可



在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



在宅心エコー検査比較



機能	KOSMOS (Cardinal Health)	Vscan Air SL (GE HealthCare)	TE air i3 (Mindray)
Bモード	○	○	○
Mモード	○	○	○
カラー	○	○	○
パルスドプラ PW	○	○	○
連続波ドプラ CW	○	X	X
Auto EF	○	○	○
組織ドプラ TDI	○	X	○

在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



末期心不全の在宅緩和ケア 呼吸困難感

- 医療用麻薬
 - がん病名がなければ使用できる薬剤は限られる
 - 例：モルヒネ塩酸塩錠・末・注 5mg/回、リン酸コデイン錠・末 20mg/回（激しい咳嗽）
 - ~~注射剤のポンプ代はコスト算定不可~~ **R6年6月より算定可！**
- ベンゾジアゼピン系薬剤
 - 麻薬に追加することで呼吸困難感を緩和するという報告がある
 - 例：アルプラゾラム 0.4mg、ロラゼパム 0.5mg
 - 緩和的鎮静として使用することもある
 - 例：ミダゾラム注 持続静注・皮下注、ジアゼパム坐剤 6-10mg/回
- 非薬物療法
 - 顔面への送風、口腔の保湿やレモン水の提供、心理的なケア、体位調整



在宅における心不全診療の現状▷ガイドラインに準拠した薬物療法▷**血行動態を意識した投薬調整**▷在宅での強心薬・麻薬使用
©Komorebi home care medical office



KEY TAKEAWAYS

- 心不全患者は今後も増えることが予想され、在宅で如何に増悪を予防できるかが課題となる
- ガイドラインに準拠した治療により、入院を予防できる
- Nohria-Stevensonの分類を用いて血行動態をイメージして治療に取り組む
- 在宅で強心剤投与は可能となったが、ACPへの取り組みや周辺環境整備も一緒に行う必要がある



©Komorebi home care medical office

[illegible]

講 演

5) 『小児在宅医療の実践』

いちのせファミリークリニック

院 長 一ノ瀬 英 史

演者プロフィール

一ノ瀬 英 史（医療法人いちのせファミリークリニック 院長）

2005 年 3 月	九州大学医学部卒業	
2005 年～2007 年	麻生飯塚病院 初期臨床研修	
2008 年～2012 年	亀田総合病院 内科小児科複合プログラム	
2012 年～2018 年	麻生飯塚病院 総合診療科 博愛会潁田病院 総合診療科	
2018 年～	医療法人いちのせファミリークリニック	副院長
2021 年～	同院	院長

医師会活動

大川三潞医師会 所属

（各種委員、多職種連携協議会 研修部会長）

福岡県小児等在宅医療推進事業 地区別検討会筑後地区会長

外部委員等

日本プライマリ・ケア連合学会 認定医、指導医、代議員

生涯学習委員会、小児・思春期医療保健委員会、在宅医療委員会、

プライマリ・ケア教育委員会、福岡県支部世話人

日本内科学会総合内科専門医

日本小児科学会小児科専門医 移行支援委員会、慢性特定疾病委員会

日本外来小児科学会 代議員

日本小児神経学会

日本在宅医療連合学会 在宅専門医 編集委員会、代議員

日本在宅ケア・アライアンス 小児地域包括ケア検討会委員

筑後小児科医会 常任幹事、事務局

福岡県小児科医会 代議員

九州外来小児科会研究会 福岡県世話人

日本保育保健協議会 ホームページ委員会、発達支援委員会

社団法人こどものみかた 理事

小児在宅医療の実践

2026年2月21日

いちのせファミリークリニック
一ノ瀬 英史



申告すべきCOIはありません



はじめに
小児在宅医療の現在地

在宅医療を利用する子どもたち

多種多様な病気

1人で複数の課題を抱えている

医療的ケアの必要性

➡ 医療アクセスの向上

医療的ケア児の全国の人数

約 **2** 万人超

15年で約 **2** 倍

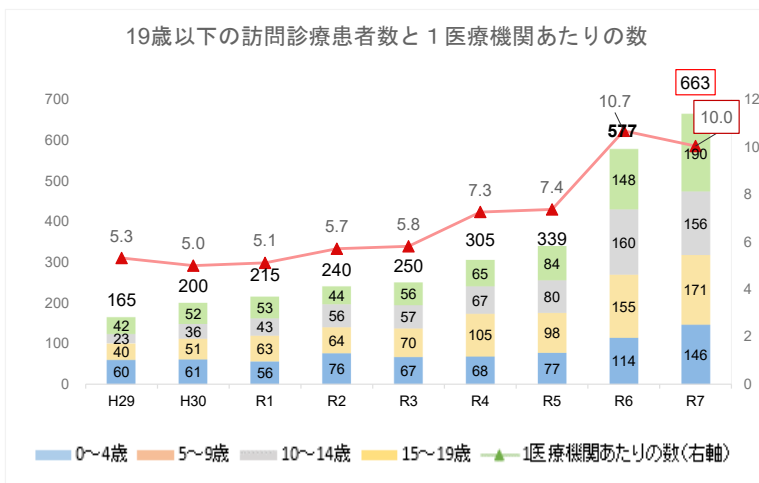
15年前

現在

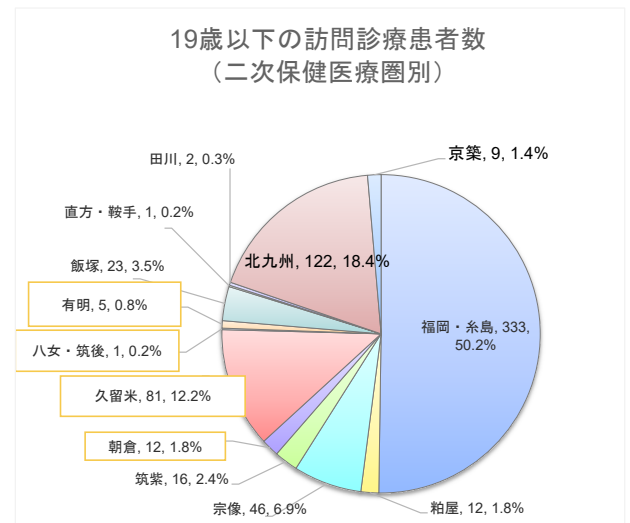


在宅医療を利用する子どもたち

R 7 年福岡県在宅療養支援診療所等調査より



8 年間で約 **4** 倍

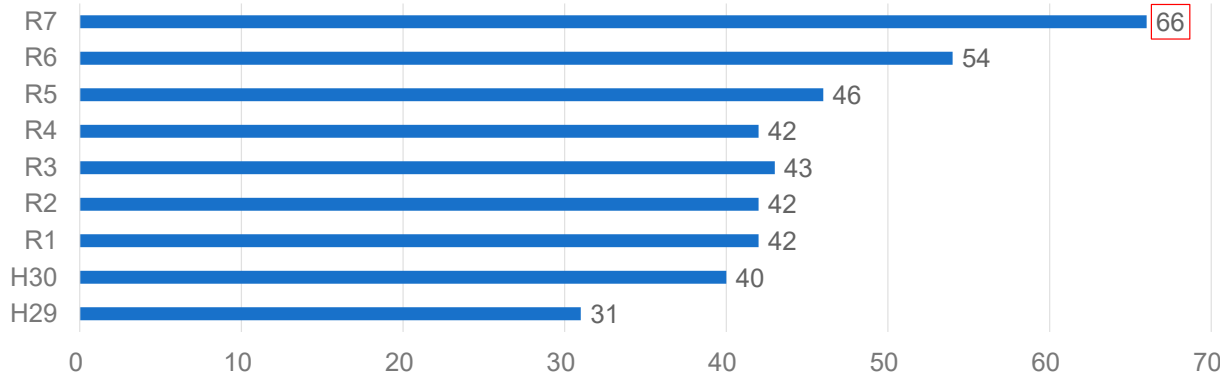




福岡県内で小児の訪問診療をしている医療機関

R7年度福岡県在宅療養支援診療所等調査より

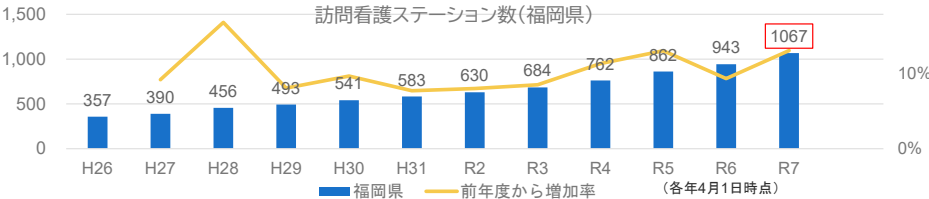
19歳以下の患者に訪問診療をしている医療機関数



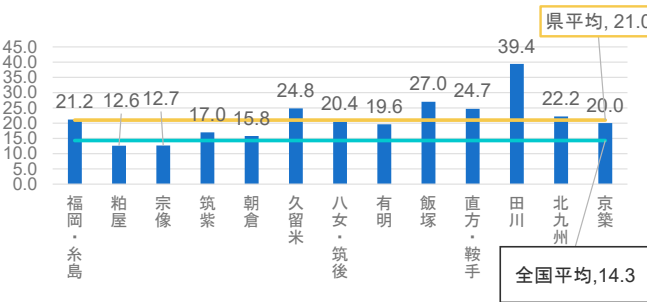
※本数値は、医療機関の所在地ベースで計算しています。

訪問看護ステーションの状況

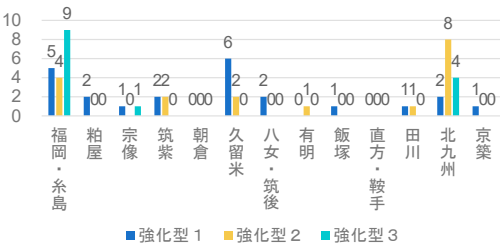
- ・訪問看護ステーション数は毎年10%程度ずつ増加しており、R6年度からR7年度にかけて124事業所増加(943→1067)
- ・人口10万人あたりの訪問看護ステーション数の県平均21.0は全国平均14.3より高いものの、一部医療圏(粕屋、宗像)においては全国平均を下回っている。
- ・常勤数が5人未満の小規模事業所が全体の約7割となっている。
- ・訪問看護利用者数の将来推計値は2040年にピークを迎え、約4万7千人。



訪問看護ステーション数(二次医療圏別・人口10万人対)



機能強化型訪問看護ステーション数(二次医療圏別)

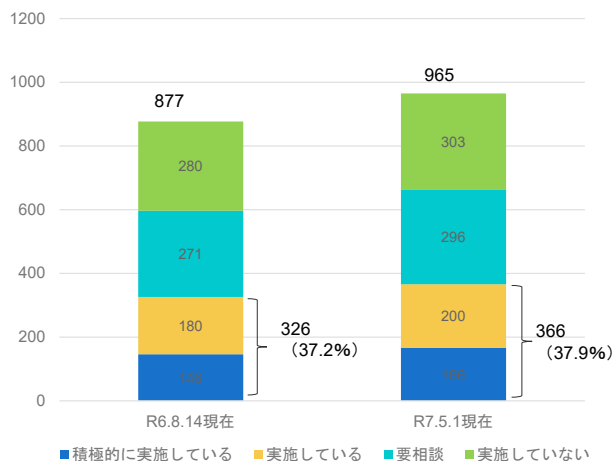


R7.8.19現在 訪問看護ステーションの看護ケア情報：

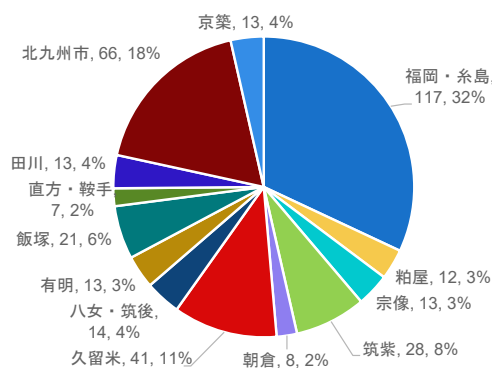
小児訪問看護の実施状況 ※実数

- 小児訪問看護を「積極的に実施している」または「実施している」と回答した訪問看護ステーションは、R7.8.19現在で366か所であり、R6.8.14現在の326か所より40か所増加した。
- 保健所別に見ると、「福岡市」「北九州市」で県全体（366か所）の半数（50%）を占めており、圏域により状況が大きく異なっている。

小児訪問看護の実施状況

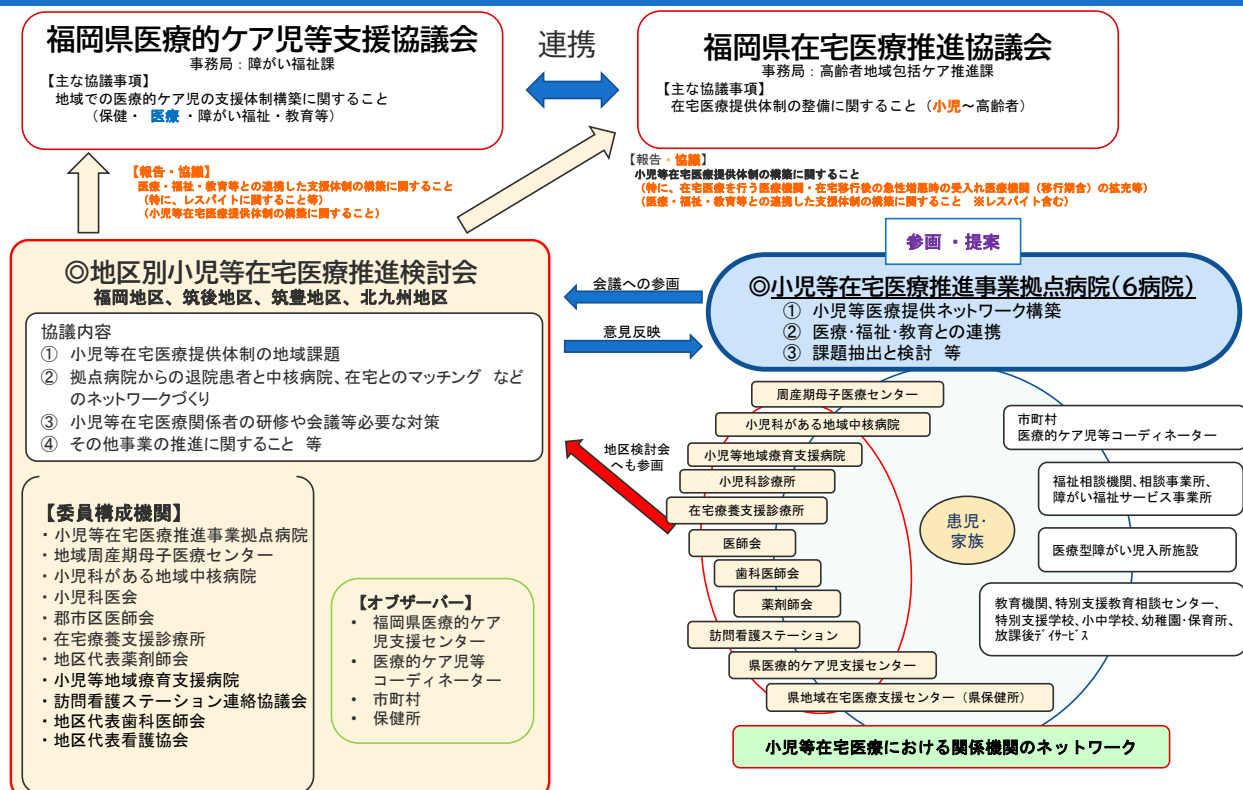


「積極的に実施している」「実施している」と回答した事業所数（二次医療圏別）



※県内の訪問看護ステーションを対象に、看護ケア情報（対応可能な処置、対象者、営業日、連絡先等）の調査を実施した結果
 ※県内の訪問看護ステーションのうち、県庁HPの掲載に同意が得られた訪問ステーションの回答

福岡県小児等在宅医療の推進体制(R7年度～)



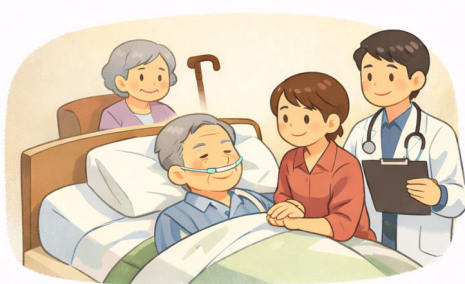
成人・小児の在宅医療の比較

項目	小児在宅医療	成人在宅医療
主な対象疾患	医療的ケア児、重症心身障害児、神経筋疾患、先天性疾患など	がん終末期、慢性心不全、COPD、認知症、脳血管障害後遺症など
疾患の時間軸	先天性・慢性疾患が多く「長期伴走型」	加齢・慢性疾患・終末期が中心
医療的ケア	人工呼吸器、吸引、経管栄養など日常的に高度	疾患に応じて変動（在宅酸素、中心静脈栄養など）
担当医（主治医）	在宅医＋病院の小児科医等 複数が多い	在宅医が主治医 たまに病院医師
意思決定	本人＋家族（親）の代理意思決定が中心	本人意思決定（ACP）を尊重
主介護者	親が中心	配偶者・子世代が中心
心理社会的課題	将来不安、きょうだい支援、学校・療育との連携	介護負担、老老介護、経済的問題
教育・福祉連携	学校、保育園、療育、行政との連携	介護保険サービス中心
多職種連携	医療＋教育＋福祉	医療＋介護（福祉）

成人・小児の在宅医療の比較

共通点 生活を支える医療・多職種連携が鍵

相違点 小児 「成長を支える医療」 成人 「人生を支える医療」



01

訪問診療が必要な こども達



疾患名の例

疾患名	疾患名
脳性麻痺	脳幹部グリオーマ
てんかん	悪性腫瘍（白血病、肉腫等）
水頭症	外傷性脳出血後遺症
低酸素脳症	先天性心疾患
先天性中枢性無呼吸	先天性代謝異常症
筋ジストロフィー	脳炎脳症
染色体異常（21、18、13トリソミー、等）	滑脳症（ミラー・ディッカー症候群）
小児がん	二分脊椎 等



それぞれの知的発達、運動発達がある

15歳 女兒 脳性麻痺



3歳 男児
CHARGE症候群
先天性横隔膜ヘルニア



それぞれの生活や暮らしがある



7歳 男児
Lenox-Gastau症候群・重度運動知的発達遅滞
気管切開、人工呼吸器、胃瘻

高い医療依存度と共に生活する

「医療的ケア」：経管栄養、吸引、人工呼吸による呼吸管理などの日常生活に必要な医療的な生活援助行為を指す

「医療的ケア児」：日常生活および社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童

（18歳以上も含む）（障害者総合支援法、児童福祉法改正2016）

医療的ケアとは

医療機関ではないところで生活を営む上で必要とされる医療的な生活援助行為で、長期にわたって必要なケアのこと。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定で新設された医療的ケア判定スコアの14項目

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| ① 人工呼吸器 | ⑧ 中心静脈カテーテルの管理 |
| ② 気管切開の管理 | ⑨ 皮下注射 |
| ③ 鼻咽頭エアウェイの管理 | ⑩ 血糖測定 |
| ④ 酸素療法 | ⑪ 継続的な透析 |
| ⑤ 吸引 | ⑫ 導尿 |
| ⑥ ネブライザーの管理 | ⑬ 排便管理 |
| ⑦ 経管栄養 | ⑭ 痙攣児の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動などの処置 |

重要！ 超重症児・準超重症児が判定される

在宅酸素療法

<適応>

高度慢性呼吸不全、慢性心不全、肺高血圧症など、肺や心臓に何らかの問題があり、酸素吸入が必要な状態



酸素濃縮器



液体酸素



酸素ボンベ

在宅人工呼吸器

- TPPV（侵襲的陽圧換気療法）
 - NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）
- 気管切開あり
マスク等利用



ネーザルハイフロー



人工呼吸器

在宅人工呼吸器

- 呼吸器の設定は、病院主治医主導になることが多い
- トラブルや緊急時対応は在宅医が行うことが多く、病院主治医との連携必要
- 呼吸管理は命に直結する部分であり、在宅医の関与は必須
- 乳幼児呼吸管理材料加算（1500点／月）：6歳未満の乳幼児に専用の呼吸管理装置（SpO2 モニターなど）を貸与した場合に加算

Vivo 45 LS
チェスト社



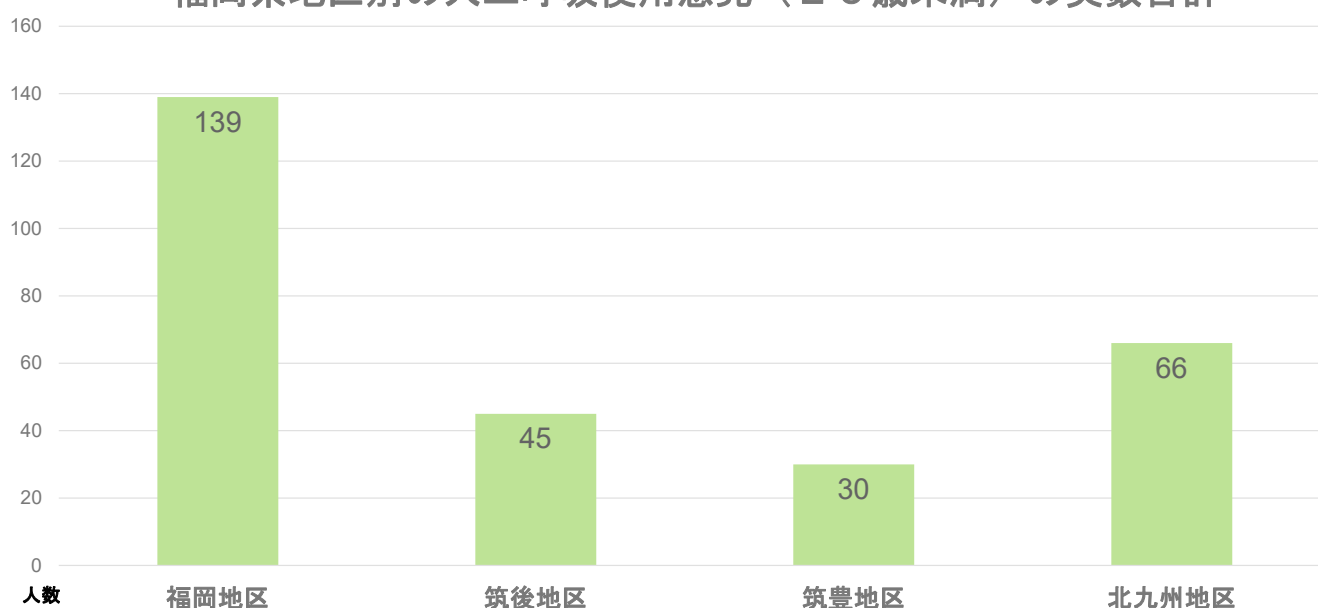
Trilogy 100
Phillips社



Trilogy Evoシリーズ
Phillips社



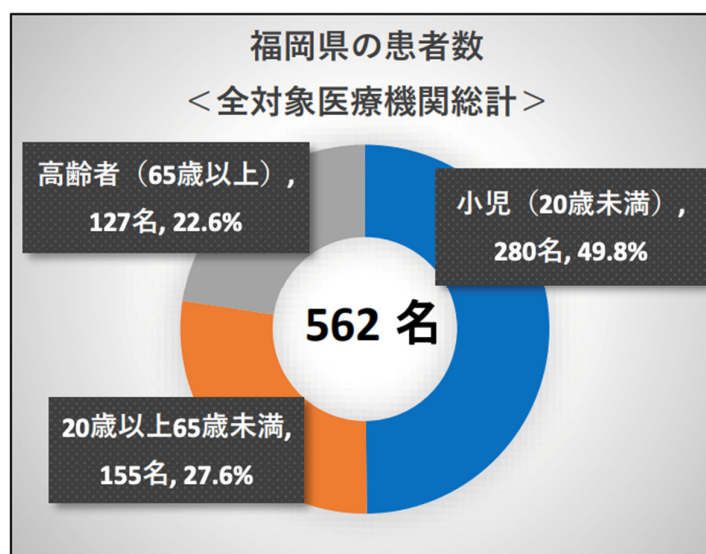
福岡県地区別の人工呼吸使用患儿（20歳未満）の実数合計



令和6年度福岡県小児等在宅医療推進事業

災害対策を目的とした在宅人工呼吸患者の調査結果（調査対象全医療機関の患者数総計）

福岡県の人工呼吸器使用患者の実数合計



令和6年度福岡県小児等在宅医療推進事業

災害対策を目的とした在宅人工呼吸患者の調査結果（調査対象全医療機関の患者数総計）

排痰補助装置

- 在宅人工呼吸器を使用している患者で、自力での排痰が困難と医師が認めた場合
- 無気肺の予防
- 成人でも、ALSなど長期人工呼吸器使用例でも使われる
- モード
 - カフアシスト
 - パーカッサー

コンフォートカフ
カフベンテック社



オールインワン
VOCSN Ventilator
カフベンテック社



カフアシスト
Philips社

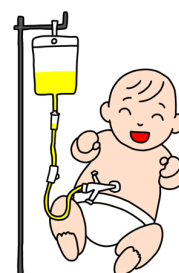


経管栄養

経鼻胃管



胃ろう



- 新生児期から哺乳ができずに、経鼻胃管で開始
- 成長とともに経口摂取を獲得する児もいるが、ほとんどは、乳幼児期に胃ろう増設をすることが多い
- 経鼻胃管の入れ替えは、親と訪問看護師が共同で行うことが多い
- 胃ろう交換は、病院の小児外科か在宅医が行う
- 胃ろうでは、ミキサー食を使用することができる
- ポンプを使用することが多い（注入ポンプ加算あり）

経管栄養

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

2,500点

エレンタール、エレンタールP、ツインラインの3種類を使用している場合に限られる

在宅小児経管栄養法指導管理料

1,050点

15歳未満の患者、又は15歳以上の患者であっても経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しており体重20kg未満

在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

2,500点

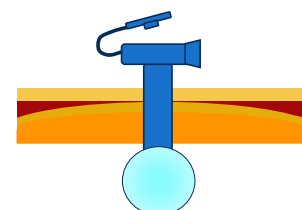
経口摂取が著しく困難なため胃瘻があり胃瘻造設術後1年以内に当該栄養を開始し、1年に限り算定可能

注入ポンプ加算

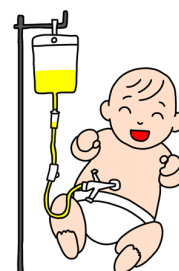
1,250点

在宅経管栄養法栄養管セット加算

2,000点



胃ろう



移動も一苦労

1歳1ヶ月 女児

病名：無脳症、Dandy-Walker症候群
慢性肺疾患、重度知的障害

使用しているデバイス

気管切開、人工呼吸器、在宅酸素
膀胱皮膚ろう、経鼻胃管

普通のベビーカーに医療機器を
てんこ盛りでお出かけ



医療的ケア児に関連する用語

知能 運動能力	正常	軽度～中東度 知的障害	重度知的障害
正常			
歩けない～ 走れる	脳性麻痺		
寝たきり～ 立てない			重症心身障害児

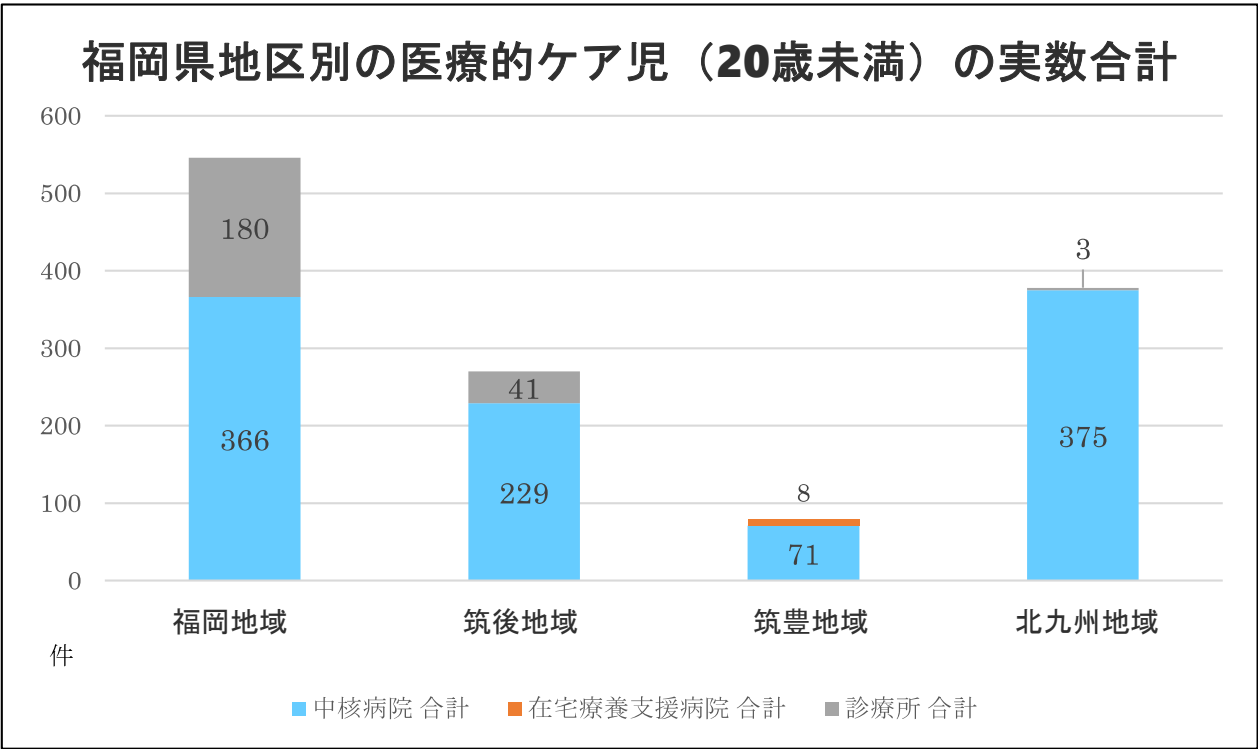
知能・運動能力に
よらず、医療的ケアが
日常的に必要な児

医療的ケア児

この枠内で、
医療的ケアが多い児

超重症児
準超重症児

みんなでできる医療的ケア児サポートBOOK p11より作図



令和5年度福岡県小児等在宅医療推進事業 小児在宅医療に関わる医療資源調査

小児在宅での緩和ケア（看取り）

- 小児の悪性腫瘍（脳腫瘍、肉腫、白血病、等）や難病等
- 症状緩和は成人同様 介入方法もほとんど変わらない
- 高齢者同様に、アドバンス・ケア・プランニング ACPは小児においても行う
- End of Life Care
 - 年齢にもよるが、子どもは思った以上に感じているし考えている
 - 家族（親、兄弟）に対するケア
 - 事前に起こりうることを説明する
 - 親であることを支える



子どもも人生会議

彼女は「言葉」では何も語らない。
でも、彼女のしぐさと表情を、彼女の
ことを大好きな人たちで、一生懸命
受け止めて、一生懸命考えて、ひとつ
ひとつ、丁寧に選んでいく。
だから周りが勝手に決めたんじゃない、
彼女が決めてるんだ、と確信できる。

これも「人生会議」のひとつのかたち



「人生会議」しよう。

「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、
家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組の事です。

オレンジホームケア
クリニック
Orange Home Care Clinic

オレンジキッズケアラボ
Orange Kids Care Lab.

人生会議

検索



02

小児在宅に関わる多職種



小児の医療体制の特徴 病院との関係性

▶ 小児期の診療体制の特徴

- 病院主治医と在宅医の二人主治医制。病院への定期通院がある
- 外来も入院もほぼ同じ病院で完結する
- 患者ごとに診療範囲を病院主治医と定める

▶ 高齢者の診療体制の特徴

- 在宅医が主治医。病院へ通院するケースは少ない
- 元主治医と連携することがある

小児の医療体制の特徴 病院との関係性

▶ 小児期の診療体制の特徴

- 病院主治医と在宅医の二人主治医制。病院への定期通院がある
- 外来も入院もほぼ同じ病院で完結する
- 患者ごとに診療範囲を病院主治医と定める

主たる疾患の マネージメント

- ・ 薬剤調整
- ・ 定期的な検査
- ・ 増悪時の入院治療

医療的ケアの日常管理

- ・ 在宅酸素
- ・ 人工呼吸器
- ・ 経管栄養管理
- ・ 導尿や排便管理
(管理料の算定)

成長発達、予防接種等

- ・ 乳幼児健診
- ・ 定期予防接種

地域事業所との連携

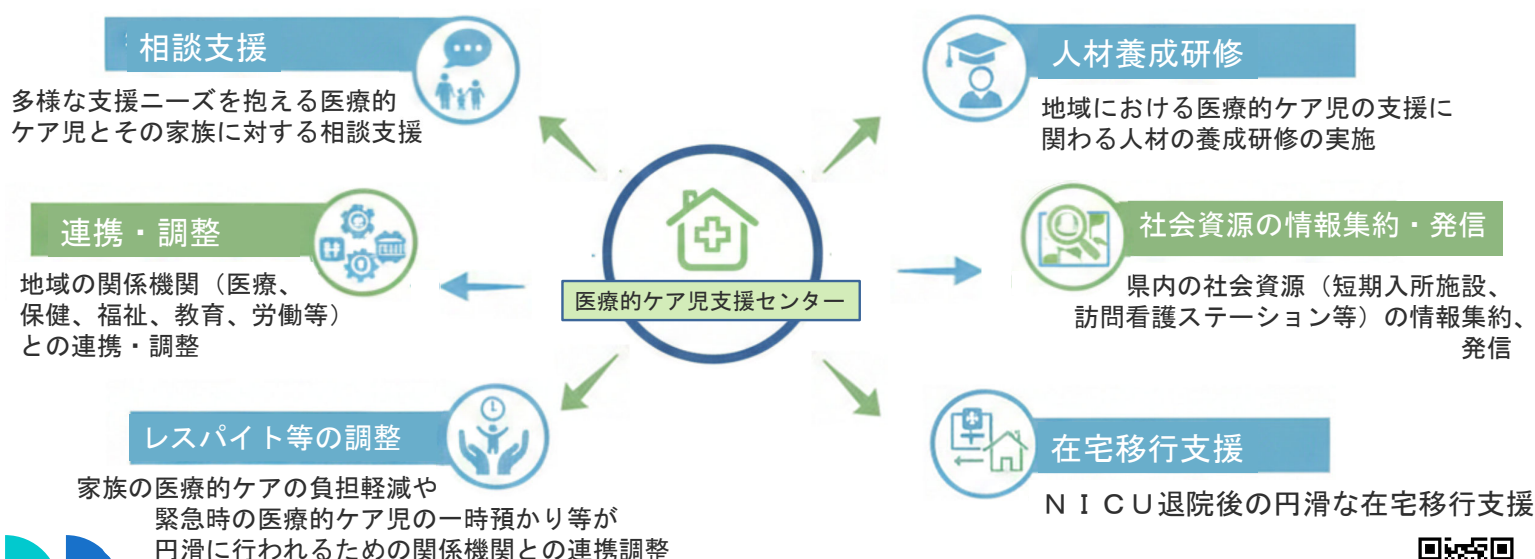
- ・ 訪問看護
- ・ 福祉
- ・ 教育

小児における多職種連携・協働

■ 多職種との連携・協働

病院	専門的治療、入退院調整、長期的な医療管理
クリニック	訪問診療、訪問歯科、耳鼻科、等
訪問看護ステーション	常に密に連携するパートナー、リハビリ職の活躍
相談支援専門員	情報共有の核（ハブ） 福祉サービス調整
医療的ケア児等コーディネーター	医療・福祉・教育等幅広い相談調整役
調剤薬局	安心安全な薬剤準備と提供から広がる生活サポート
保育・教育（学校）	集団生活、社会との関わり
療育	成長発達を促進
保健師（行政）	災害対策（避難計画）、種々の申請

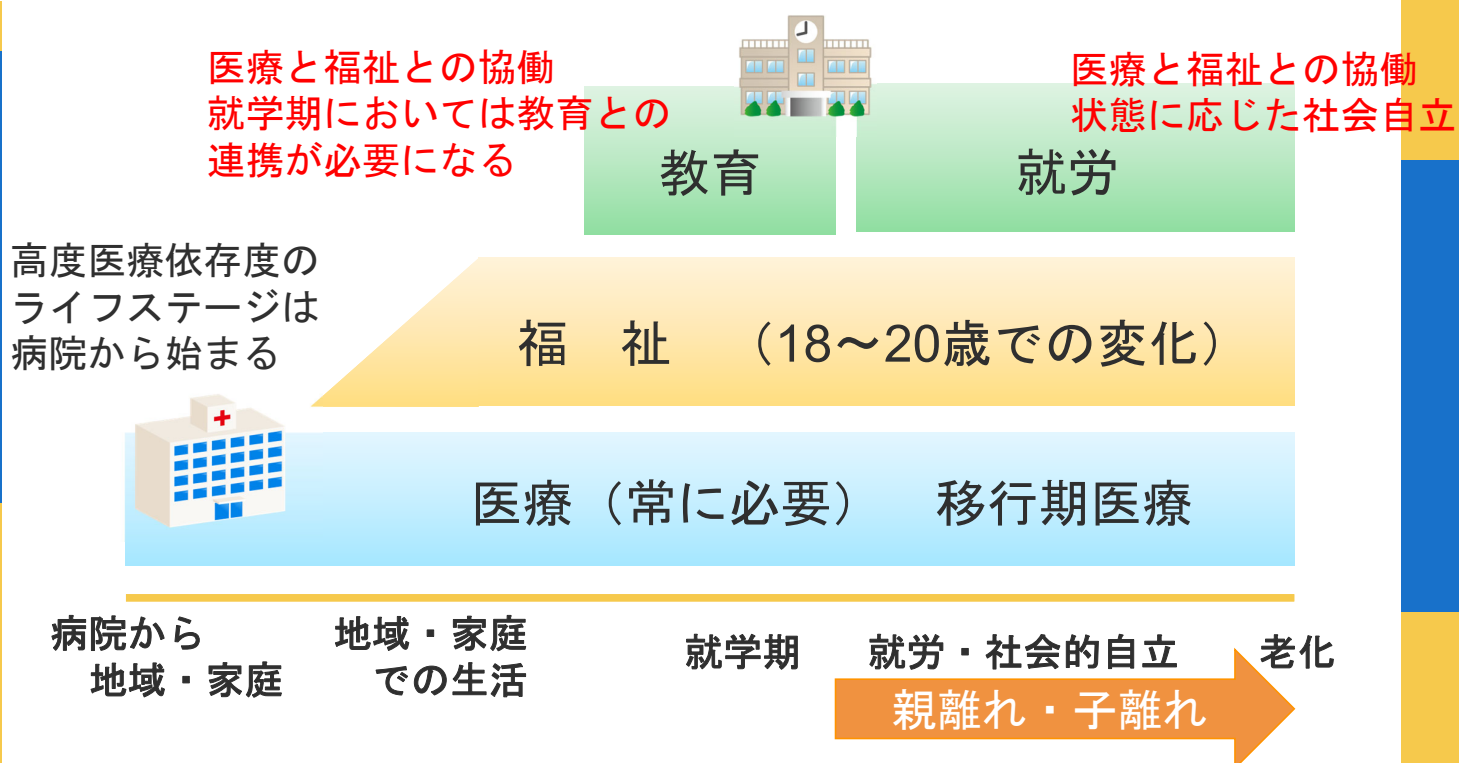
医療的ケア児支援センター



医療的ケア児等支援情報サイト



医療的ケア児・者のライフステージ



03

小児在宅医療を支える仕組み

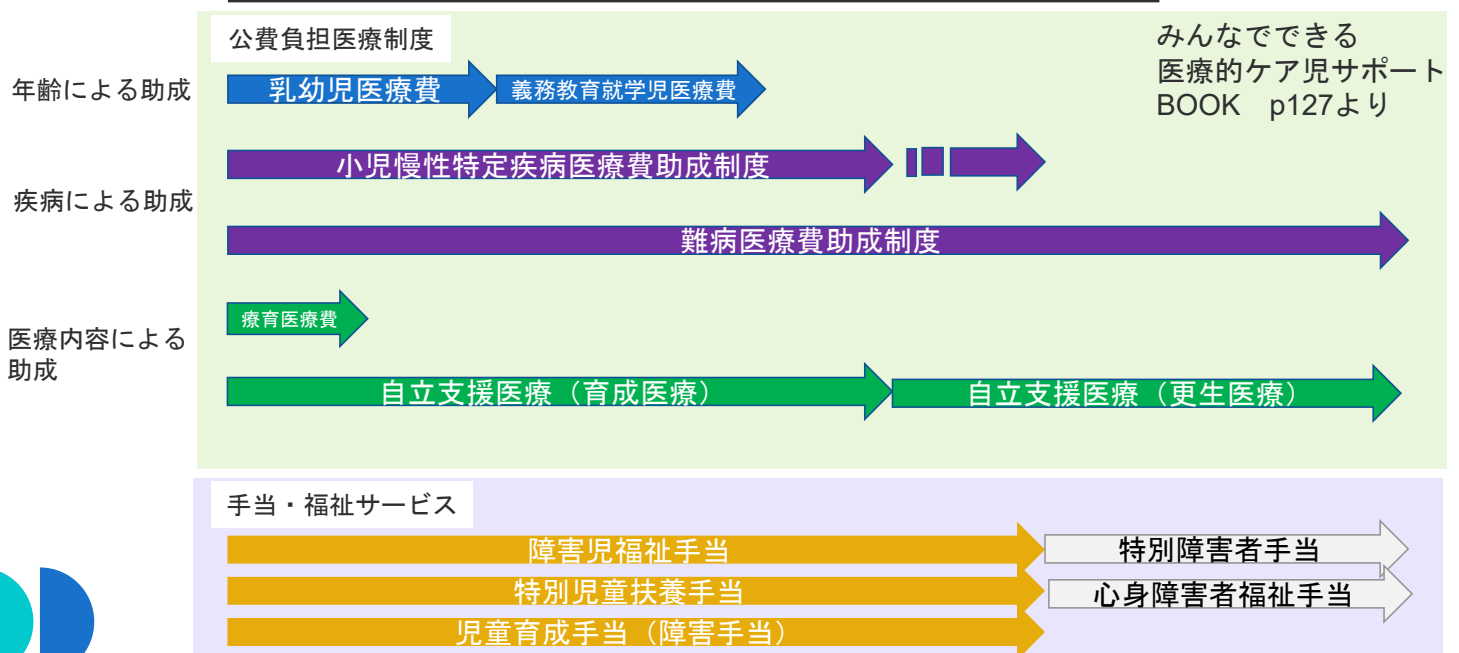
～福祉制度や福岡県の取り組み～





医療費助成制度や手当

0歳 1歳 3歳 6歳 15歳 18歳 20歳



医療保険

医科

- 機能強化型在支診（病）の施設基準に小児在宅件数要件
- 小児関連の算定 経管栄養関係、ポンプ加算、材料加算等

訪問看護

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出基準に小児在宅要件
- 医療保険での訪問看護を実施する
- 15歳未満の超重症児・準超重症児であれば、長時間訪問看護加算（90分以上）の算定が可能

訪問薬剤管理指導

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料に小児特定加算や乳幼児加算をつけられる

福祉制度・福祉サービス

障害者総合支援法・児童福祉法

小児慢性特定疾病研究事業

指定難病

身体障害者手帳

相談支援専門員 ≡ 介護保険制度のケアマネージャー

- 児童が利用できる障害福祉サービスの利用計画立案や利用する事業所の調整を行う
- 多職種カンファレンスの調整役
 - 医療、介護、福祉、教育、行政、など
- 医療だけでなく家族全体の生活を念頭に置いた、包括プランニングを行う



レスパイト 「息抜き」 「休息」

- ・ 介護者（親など）の介護の休息や、家庭の都合等で利用
- ・ 本人にとってみると、一人で泊まりにいくなど、自立・自律支援
- ・ 一時的に泊まりのサービスや日中一時預かりを提供する
- ・ 福岡県の取り組み

在宅療養児一時受入支援事業

福岡県小児慢性特定疾病児童等レスパイト支援事業
福岡県在宅難病患者レスパイト入院事業

医療型短期入所



生きるをサポートし、
子育てを支援する



まとめ

- 少子高齢化の中、医療的ケア児は増加傾向
- 在宅医療の特徴；生活を支える医療・多職種連携
小児は、「成長を支える医療」
- 成人の訪問診療との共通点は多く、小児に特徴的な部分を
押さえる

子ども達への最善の医療・福祉を提供し、
子育てを支援し生きるをサポートする

ご清聴ありがとうございました

一ノ瀬 英史
klavier.med@gmail.com



講 演

6) 『 死体検案～異状死の基本的な見分け方～ 』

大木整形・リハビリ医院

理事長 大 木 實

演者プロフィール

大木 實（大木整形・リハビリ医院 理事長）

昭和 49 年 3 月東京医科大学卒業、麻酔科研修医

昭和 50 年 6 月九州大学医学部整形外科入局

昭和 55 年 10 月開業

医師会活動

福岡市医師会理事を経て、平成 16 年 4 月福岡県医師会理事、

平成 22 年 4 月より同常任理事（担当：医事調停、医療安全 他）、

平成 28 年 6 月より同監事

令和 2 年 6 月より福岡市医師会監事を経て、

令和 4 年 6 月より同副会長

外部委員等

平成 18 年 4 月—平成 27 年 3 月 日本警察医会 副会長

平成 26 年 4 月— 福岡県警察医会 会長

平成 27 年 2 月— 日本医師会警察活動等への協力業務検討委員会 他

死体検案

～異状死の基本的な見分け方～

福岡県警察医会会長
大木整形・リハビリ医院

大 木 實

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

異状死体とは？

① 法律上の異状死体

法律上明文化されていない

② 異状死ガイドライン（日本医学会）

- (1) 外因による死亡（診療の有無、期間を問わない）
- (2) 外因による傷害の続発症あるいは後遺症による死亡
- (3) 上記(1)または(2)の疑いがあるもの
- (4) 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
- (5) 死因が明らかでない死亡

犯罪の関与を見逃さないために

- これまでの身体状況と異なる所見はないか？
- 正常な死後変化と異なる所見はないか？
- 家族や周囲の人たちに不審な点はないか？
(犯罪死体を見逃さないためには、人を疑わねばならないこともある。)

用語について

- 検 案
- 検 視
- 検 死(屍)

検案の目的

- 1 死亡の確認
- 2 死因の推定
- 3 死因の種類の推定
- 4 死亡時刻の推定
- 5 死体検案書の作成, 発行
- 6 警察官の検視に助言を行う
- 7 各種検査のための試料採取

犯罪に起因している変死体か否かは警察が決める

検 視

(刑事訴訟法第229条)

変死者又は変死の疑いのある死体がある時は、その所在地を管轄する地方検察庁又は区検察庁の検察官は、**検視**をしなければならない。

2 検察官は、検察事務官又は司法警察員に前項の処分を代行させることができる。

(刑法第192条)

検視を経ずに変死者を葬りたるものは、10万円以下の罰金又は科料に処す。

監察医制度と警察医

監察医制度

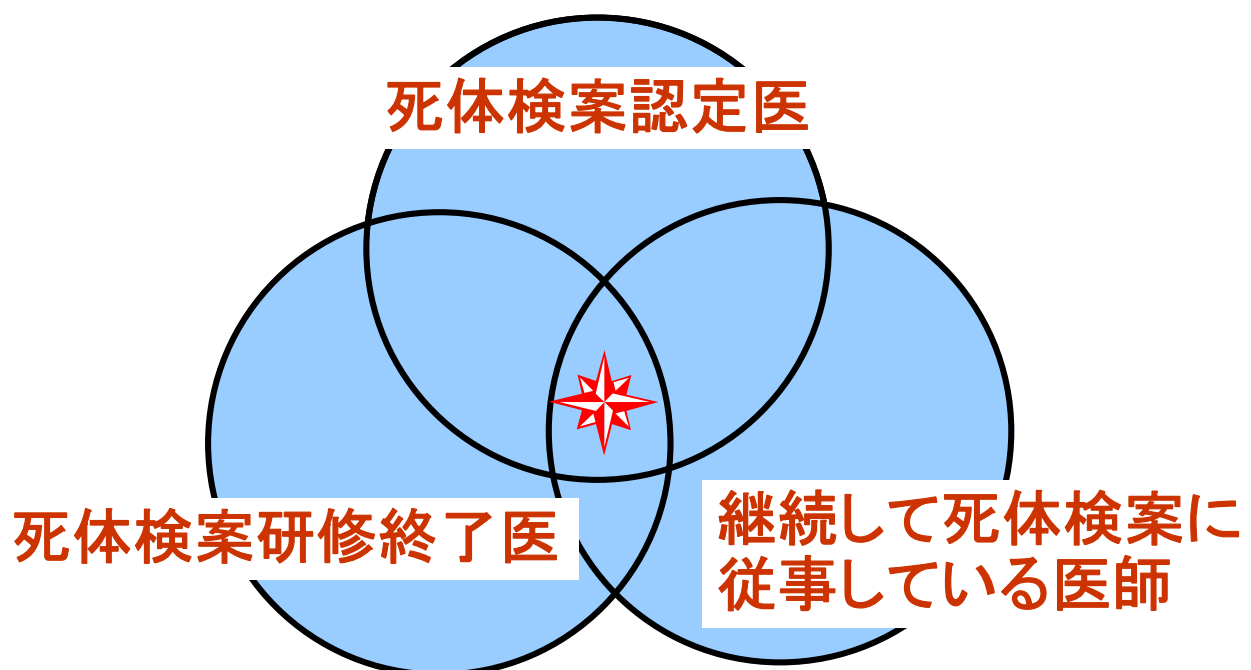
(死体解剖保存法第8条)

政令で定める地を管轄する都道府県知事は、その地域内における伝染病、中毒又は災害により死亡した疑いのある死体、その他死因の明らかでない死体について、その死因を明らかにするため**監察医を置き、これに検案解剖させることが出来る。**(以下、略)

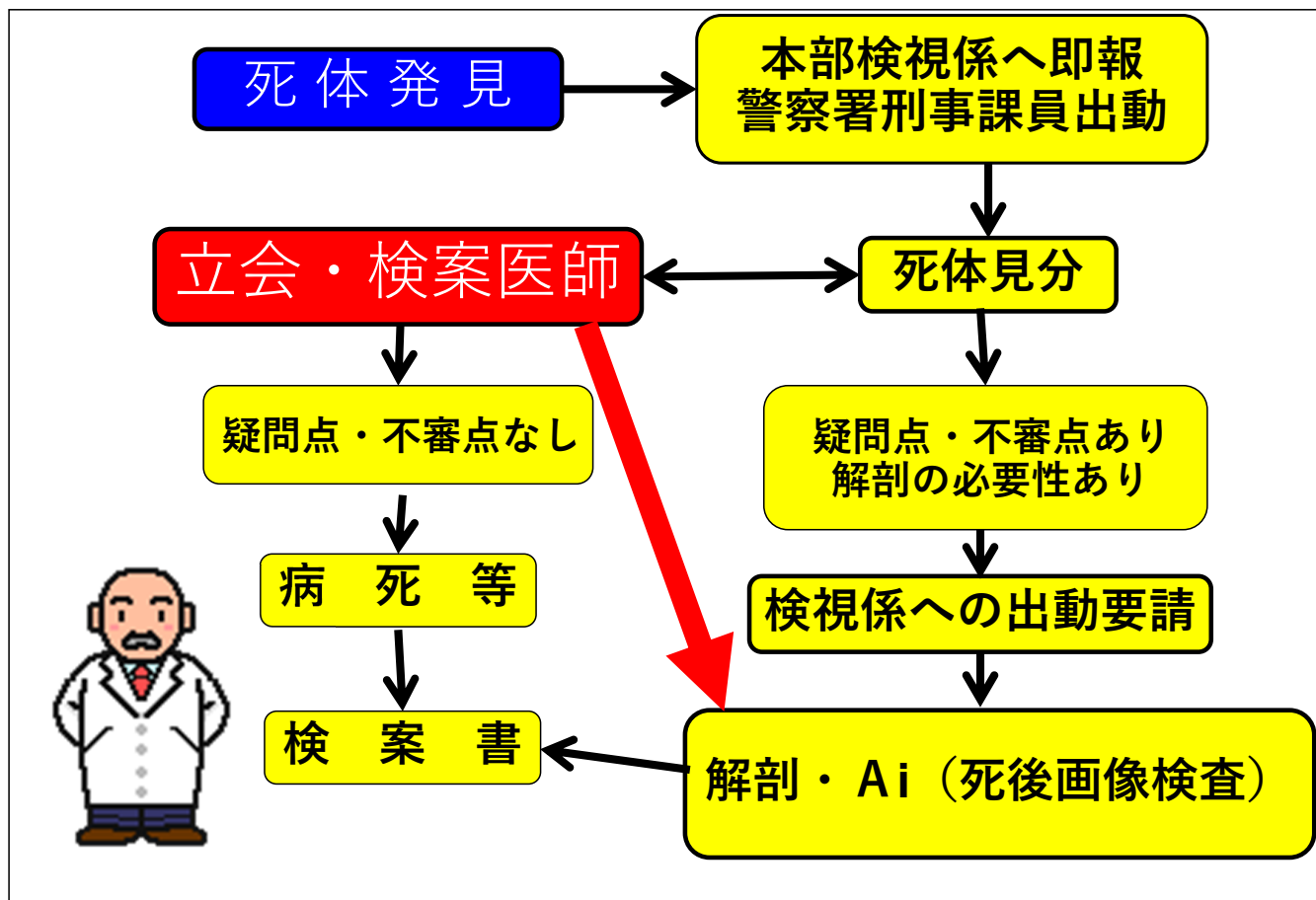
<監察医制度のある地域>

東京23区、(横浜市)、名古屋市、大阪市、神戸市

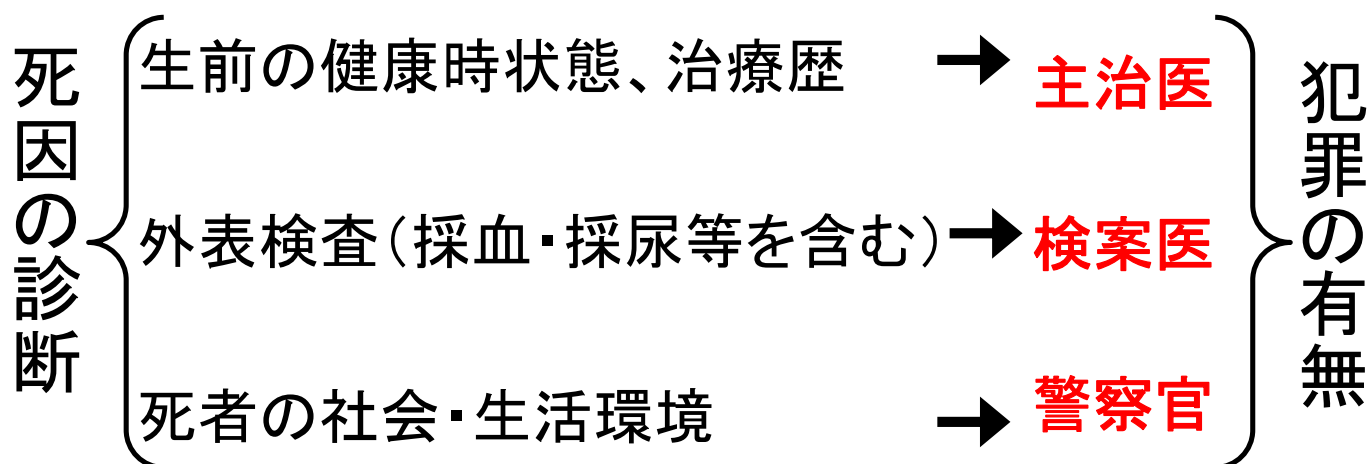
今望まれる？死体検案医



検視業務の流れ



正確な死因の決定



検視に際しての心構え

- 死者への礼を失しないこと
- 遺族の心情に配慮すること
- 無理な推定・推理はしないこと
- 画像診断(Ai)、解剖の実施を念頭に置くこと
- 感染の防止に留意すること

検視用バッグ



検視用バッグ（開いたところ）



死体検案に用いる用具

- 無鉤ピンセット（腸撮子）
- 物差し、メジャー、脱脂綿、ガーゼ、はさみ
- 温度計、聴診器、方位磁石（コンパス）
- 注射器、ルンバール針、試験管、開口器
- 白衣、ゴム手袋、靴カバー
- 筆記用具
- ルーペ、ペンライト、尿検査試験紙等

拾捌四四四



A long, thin, metallic probe or needle with a hexagonal base, lying horizontally on a light gray surface. The probe has a long, straight shaft and a sharp, pointed tip. The base is a small, hexagonal metal fitting. The entire object is positioned centrally in the frame.

外筒針

内針

全長16cm

検案の手順





検案の手順(1)

1 全身所見

- 体格, 栄養状態, 身体特徴, 損傷があれば部位ごとに性状を記載。
- 手術痕, 治療痕, 外傷, 変形等の確認。
- 直腸温, 死斑(分布, 強度, 色, 退色の程度), 死体硬直など。

検案の手順(2)

2 頭部

- ・毛髪の長さや色，白髪の混在状態
- ・頭毛の性状、長さの不ぞろいはファッションであることもあるが、いじめ等で髪を切られた可能性もある。
- ・死体の腐敗が進むと容易に抜去できる。
- ・頭髪が団子状で梳きにくい場合は長期間洗髪していない可能性がある(その他の身体衛生状態を考慮、褥瘡等)
- ・頭皮下に血腫があればブヨブヨとした感じがする
- ・耳介後方(乳突部)の青藍色変色はバトル(バットル)徴候に注意する。
- ・耳は外耳道からの出血、耳介血腫に注意。

検案の手順(3)

3 顔面

- ・皮膚のうっ血、眼瞼，眼球結膜の溢血点，貧血，黄疸の有 無や程度。
- ・顔色が胸腹部等日焼けしていない部分と比較して色調を確認し、顔面うっ血の有無を確認する。
- ・角膜の混濁の程度，瞳孔の大きさや性状。
- ・鼻腔や口腔の内容物の有無，歯列，舌，外耳と耳孔の所見
- ・腐敗が見られず緑色調であれば硫化水素ガスに接触しているおそれがある。
- ・眼部周囲のブラックアイに注意。

検案の手順(4)

3 顔面(続き)

- ・瞳孔は農薬中毒で縮瞳することが多い。
- ・脳挫傷等の脳の傷病があれば瞳孔の左右不同、変形をきたすことがある。
- ・睡眠剤等の薬物中毒の際、眼脂が見られることがある。
- ・鼻部は同部の打撲、頭蓋低骨折、強い頸部圧迫等により出血することがある。(吐血、喀血の一部が見られることもある)
- ・溺死時に鼻口部より白色微細泡沫が見られることがある。(急性循環不全に伴い同様の泡沫が見られることがあるが泡沫が大きく乾燥すると白色の残渣が付着して残る)

検案の手順(5)

4 頸部

- ・「首を絞めれば人は死ぬ」、検視上最も注意を要する。
- ・過度の可動性の有無。
- ・索痕、扼痕の有無、あればその性状と長さ。
- ・変色、圧痕、索溝、陥凹、損傷の有無。

検案の手順(6)

5 胸腹, 背部

- ・胸部の骨折の有無, 皮下気腫の有無。
(救命救急時の骨折との鑑別)
- ・腹部の陥凹、膨隆、波動感の有無。
- ・心臓ペースメーカーがあれば、場合により摘出。
(主治医への連絡、遺族の許可が必要)
- ・乳頭からの乳汁分泌、乳房の腫瘍の確認。
- ・腹水貯留、妊娠線、骨盤骨折の有無。
- ・腹部は打撲、圧迫では痕跡が残りにくい。

検案の手順(7)

6 四肢

- ・異常肢位, 異常可動性の有無。(骨折脱臼等)
- ・注射痕に注意。(主に手, 肘関節部)
- ・爪の性状, 爪床の色, 爪の付着物。
- ・防御損傷やためらい傷の有無。

7 外陰部

- ・損傷や出血, 尿失禁。
- ・女性では精液付着の有無。
- ・男性は精液漏出, 凍死では睾丸の挙上のことあり。

8 肛門

- ・糞便の漏出、異物挿入等の確認。

死体現象

死の直後から死者の身体に現れてくる様々な変化や現象をいう。

1 早期死体現象

- ① 体温降下
- ② 死斑(血液就下)
- ③ 硬直(筋肉・関節の死後硬直)
- ④ 皮膚の乾燥
- ⑤ 角膜の混濁
- ⑥ 被圧迫部の扁平化

2 晩期(後期)死体現象

- ① 腐敗
- ② 白骨化
- ③ 自家融解

3 特殊死体現象

- ① 屍蠟化
- ② ミイラ化

4 昆虫、小動物等による死体の損壊

体 温 降 下

1－① 体温降下

体温を正確に知るには直腸温度を測定する。

温度計の使用法

- (1) 肛門から約10センチ挿入
- (2) 10分間放置して測定
- (3) 挿入したまま目盛を読む
- (4) 外気温を同時に測定する

体温降下

- 気温、通気（換気）状態、体格、着衣の状態等により影響される。
- コンクリート、板張り上では降下が早く、腹水の貯留があれば遅くなる。
- 感染症、脳の外傷、覚せい剤中毒等は生前高体温をきたしていることがあり注意。
- 死亡時の直腸温が37℃とは限らないので注意が必要。
- 痩身者は降下が早い。

時間当たりの直腸内温度降下

痩せた人		肥えた人	
死後経過時間	時間当たり降下温度	死後経過時間	時間当たり降下温度
0～4	1	0～3	0.65
4～6	1.5	3～7	1.0
6～9	1.0	7～19	0.5
9～19	0.5	9～25	0.25
19～25	0.25		

※ ほぼ24時間で周囲と同値になる。

※ 外気17～18℃

$$\text{死後経過時間} = \frac{37 - T}{0.83} \quad (T: \text{直腸温度 } ^\circ\text{C})$$

(夏なら推定値×1.4、冬なら推定値×0.7)

死 斑（血液就下）

1－② 死 斑（血液就下）

- 部位を問わず死体が置かれた姿勢における下面に生ずる。
- 固い面に接している部分あるいは衣服等で圧迫されている部分などは血管が圧迫されて死斑は出現しにくい。

死 斑（血液就下）

死斑 出現	指圧 消退	死斑 最高	退色 しない	腐敗
30分～ 3時間	4～8 時間	10～12 時間	15～20 時間	24時間 以上

- 貧血や血管外（体腔内も含む）への出血で減弱。
- 急死（心臓死，窒息，急性中毒など）で強く，衰弱死、低栄養で弱い。
- 水中死体は姿勢が不安定で死斑が出にくい。
- CO中毒、寒冷暴露では，鮮紅色。
- 硫化水素中毒では帯緑色～緑褐色。

死斑と皮下出血の鑑別

	死 斑	皮下出血
部 位	死体低位部	外力作用部
皮膚圧迫部	発現しない	発現する
圧 迫	早期には消失	消失しない
転 位	早期には可能	しない

- 急死の場合、死後10～12時間経過後も移動することあり。

硬直

(筋肉・関節の死後硬直)

1－③硬直(筋肉・関節の死後硬直)

出現 開始	→	再硬直 可能	→	最高	→	硬直の 持続	→	緩解 開始
2～3 時間		6～8 時間		12～15 時間		24～30 時間		30～48 時間

- 死後1～2時間で発現し、一般に下降性。
(顎→肩→肘→膝→足趾)の順に発現。
- 高温ほど硬直の発現は早く且つ持続時間は短い。
- 筋肉の発達した青壮年は強く出現し、長時間持続。
老人、小児は弱く現われ早く消失する。

硬直（筋肉・関節の死後硬直）

- 立毛筋の硬直で急死・凍死・溺死・寒冷地で放置された場合などに鳥肌様の鷺皮が見られることがある。
- 死亡前特に筋肉を使った部分に早く硬直が出現する場合がある。
- 死亡直後から全身の筋肉が硬直する即時性硬直（強硬性硬直）がある。
- 焼死などに見られる熱性硬直、氷点下の凍死に見られる凍結硬直がある。
- 程度を高度(3+),中等度(2+),軽度(1+)で判断する。

皮膚の乾燥 角膜混濁

1－④ 皮膚の乾燥

- 生前に出来た表皮剥脱、火傷・熱傷部位、頸部の絞扼等により生じた表皮剥脱痕、刺切創の創縁や真皮等の創面では乾燥が著明で死後経過時間に伴い、黄色→褐色→暗褐色となり革皮状に硬くなる。(革皮様化)
- 露出している粘膜部(眼瞼・眼球結膜、口唇、大小陰唇)は皮膚部よりも乾燥しやすい。

1－⑤ 角膜混濁

- 死後数時間で乾燥しはじめ、半日～1日で中等度混濁、1日半～2日位で強く混濁する。
(閉眼の場合は進行が遅れる)
- 開眼の場合早期に混濁する。
- 夏季では早く、冬季では遅く出現する。
- 水中死体では早期に高度の混濁が出現する
- 類似した所見で加齢に伴う老人環がある。

特殊条件下の死体

- 小児、乳幼児の死体
死因の判断が困難なことが多く、全例Aiまたは解剖が望ましい。
虐待の有無の判断が重要。嬰兒死体では臍帯や胎盤も観察する。
- 火災現場の死体＝焼死とは限らず。
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、生前の損傷の判断は困難。
- 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。
捜査状況も考慮して判断する。

死体所見から疑われる主な病態(1)

死体所見	病 態
強い死斑	・・・窒息、急性心臓死、急性中毒など
弱い死斑	・・・失血、貧血、消耗性疾患、死後間もない死体
紅色死斑	・・・CO中毒、凍死、シアン中毒など
異常な高体温	・・・熱性疾患、薬物中毒特に覚せい剤中毒 頭蓋内疾患
異常な低体温	・・・凍死
メガネ状出血	・・・眼か部の打撲、頭蓋底骨折

死体所見から疑われる主な病態(2)

死体所見

病 態

瞳孔の縮小	・・・ 有機リン中毒、モルヒネ中毒、脳幹出血
瞳孔の拡大	・・・ アトロピン中毒
瞳孔の左右不同	・・・ 頭蓋内出血
眼脂の付着	・・・ 睡眠薬中毒
尿失禁	・・・ 脳出血や睡眠薬中毒等の昏睡死による漏出。窒息による失禁
鼻口部のキノコ状泡沫	・・・ 溺水(白水)、高度肺水腫(ピンク)
口角部のびらん	・・・ 腐食性毒物(シアンなどのアルカリ、酸)

その他外表所見から得られること

■ 顔貌や四肢の状態

ダウン症候群、骨系統疾患等

■ 皮膚疾患や創傷痕

■ 各種治療痕

ドレナージ、気管切開痕等

■ 手術痕

甲状腺、腎、肝疾患や婦人科手術、内視鏡手術痕等

心臓穿刺

スパイナル針を用い仰臥位で第3～4肋間胸骨左縁よりやや内側下方に向け、穿刺し心臓血を採取する。(血液採取)

後頭窩穿刺

スパイナル針(または約90mmの長針)を用い、仰臥位で後頭窩より前方の両側眉間中央部に向け穿刺し、髄液を採取する。(側頭下穿刺法もある)

胸腔穿刺

スパイナル針を用い、仰臥位で乳頭の高さの中腋窩線上を肩甲骨内側縁へ向けて穿刺し、胸水の有無を診る。

膀胱穿刺

スパイナル針を用い、仰臥位で下腹部正中で恥骨結合上端の上方約2横指の部位から垂直に穿刺し尿を採取する。

腹腔穿刺

18G～23G注射針を用い、臍下2横指下部、逆McBurney点、左右の肋骨弓下などから3～5cm刺入して腹水を採取する。

携帯用レントゲン撮影装置 (本体は、週刊誌とほぼ同じ大きさ)



鋇の刺入

正面

側面



特に重要な部位は頭部、顔面、頸部です

頭 部・・・皮下血種(たんこぶ)はないか？

顔 面・・・うっ血、眼瞼結膜の溢血点、瞳孔の
左右不同、過度の縮小はないか？

頸 部・・・過度の可動性、索痕、扼痕または類
似の所見はないか？

胸腹部・・・挫傷痕、皮下気腫、肋骨の軋轢音
はないか？

その他・・・口腔内異物、薬物臭、著明な縮瞳、
過剰な服薬はないか？

最後に

令和二年四月一日施行の「死因究明等推進基本法」が制定されたものの、異状死体の見分は刑事訴訟法により原則として警察官が行い、その目的は犯罪性の有無の判断に主眼が置かれている。

遺族の思いや死者の尊厳を考える時、死因究明制度の具体的な施策が求められる。

ご清聴ありがとうございました

(夜の博多湾)