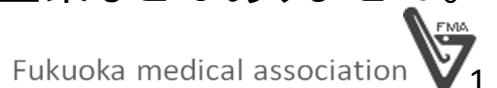


福岡在宅医療 事始め

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。



• 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

- 一病院との違い、生活を支える視点

- 一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

- 一住環境、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16km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16km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「往療料」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 得る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
 - 1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）

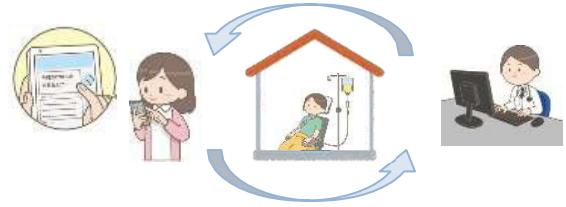
- ・医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関する情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- ・以下の情報について、適切に記録すること

- 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・指導料も通院可能の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充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

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

■特別の必要があつて行う診療を除く

- 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「特別の必要があつた」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

以下の場合は、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。

- 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
- 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

(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

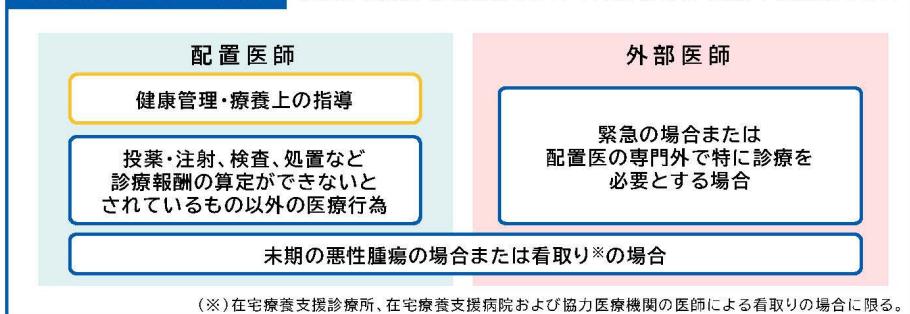
特別養護老人ホームにおける給付調整について

- 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等※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



(※)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。

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、様子観察となつた。



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る)」** 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に、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に、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に、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に、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



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

協力医療機関

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る)」 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に、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に、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がなかったため、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)。

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。)

参考資料

「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」(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)(別紙1より抜粋)

算定可能な報酬は「○」と表記。

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(以下「在宅患者訪問診療料」)、在宅時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/stf/seisaku-jaigo/seisaku-jaigo/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日付け通知老老発0327第9号)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-jaigo/seisaku-jaigo/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/stf/seisaku-jaigo/seisaku-jaigo/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/stf/seisaku-jaigo/seisaku-jaigo/12404000/0012563442.pdf>



medical association  31



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の疑義があった。(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の疑義があった。（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)
- ・医賠責保険
 - －日医医賠責保険、日医医賠責特約保険、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、言いかかりに近い。	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。 高力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いう体制をとるべき。		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だ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 ④ 緊急時の入院体制 ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 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	② 24時間の往診体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑧ 訪問栄養食指導を行うことが可能な体制の整備	③ 24時間の訪問看護体制 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している					
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					<ul style="list-style-type: none"> ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅療養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つた場合は、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	<p>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上</p> <p>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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を届け出している <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p>	<p>⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上</p> <p>⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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を届け出している <p>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</p>				39		

・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

◆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。

ご清聴ありがとうございました。