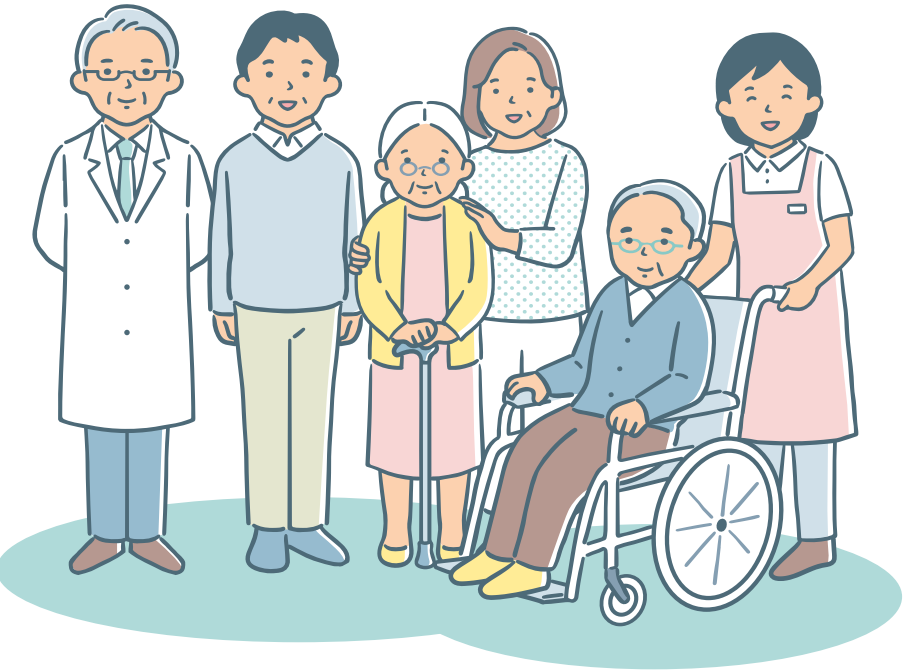
札幌市医師会
在宅医療ハンドブック
2026



在宅医療・介護・認知症サポートセンター

フリーダイヤル：0120－１４２（いっしょに）－８６４（やろうよ）

業務時間：平日　午前10時～午後５時

（土曜・日曜・祝日を除く）

一般社団法人　札幌市医師会
札幌市中央区大通西 19 丁目
☎011(611)4181(代表)

はじめに

2016年5月、在宅医療を担う先生方に手引書として活用いただくことを目的に「在宅医療ハンドブック」を発刊してから、今年度で7回目となる「2026年版」を発行することになりました。

近年、在宅医療を取り巻く環境は大きく変化しています。高齢化の進展に伴う医療と介護の複合的ニーズの増加に加え、障がいのある方や医療的ケアを要する小児など、在宅医療の対象はますます多様化しています。また、疾病構造の変化に伴い、「治す医療」から、「治し、支える医療」への転換が求められており、在宅医療の果たす役割はますます重要となっています。

私たち執行部は、急性期から回復期、慢性期、そして終末期まで患者の状態に見合った地域完結型の医療提供体制の整備を行うとともに、多職種協働による在宅医療・介護連携の推進に取り組んで参りました。

本ハンドブックでは、当会が実施している事業を紹介するとともに、在宅医療の実践に役立つ情報を掲載しておりますので、当会の事業をご利用いただくことで、在宅医療に携わる会員への支援となれば幸いです。

今後も、行政や札幌市在宅医療協議会をはじめ関係団体との顔の見える緊密な連携体制を大切にし、市民の立場に立った保健・医療・福祉サービスの一体的提供に向け、会内に設置した「在宅医療・介護・認知症サポートセンター」を中心として総力を挙げて取り組んで参りますので、会員各位のご協力をよろしくお願いいたします。

結びに、本ハンドブックの作成にあたり、ご多忙の中にもかかわらず、ご執筆、ご監修にご協力いただきました先生方ならびに関係者の皆様に、心より御礼申し上げます。

令和8年10月

札幌市医師会　会長　今　　眞人

目　次

『はじめに』

『在宅医療の基礎知識と実践』

在宅医療とは …… 07
小児の在宅医療について …… 10
障がい児者への相談支援について …… 13
在宅での看取りにあたって
　～死亡診断書作成の留意点～ …… 16
2026年度 診療報酬改定について …… 21

『在宅医療を支える地域連携と体制づくり』

在宅医療における「機能するBCP」 …… 37
在宅と救急の現場におけるACPの実際
　― 在宅医、かかりつけ病院内科医、
　二次救急当番医の１人３役の立場から ― …… 40
緊急ACPについて …… 42
札幌市の在宅医療に関する取組について …… 44
札幌市在宅医療協議会の活動について …… 46
在宅ケア連絡会に行こう！ …… 48

『札幌市医師会　在宅医療バックアップ体制』

札幌市医師会
　在宅医療バックアップ体制について …… 50
在宅医療･介護･認知症サポートセンター …… 52
在宅療養情報マップ …… 53
往診バックアップシステム【通称：BATON】 …… 54
在宅緊急時後方支援病院体制 …… 56
在宅医療･介護連携手帳 …… 57
在宅医同行研修 …… 58

『関係機関の紹介等』

関係機関連絡先 …… 59
札幌市地域包括支援センター･介護予防センター一覧 … 60

在宅医療とは

地域包括ケア推進委員会
委員長　中川　貴史

1．医療は誰のものか

筆者が医師としての一歩を踏み出した25年前、医療の権威勾配の是正や患者中心の医療といった概念は既に強調されつつありました。しかし、現在でも、パターナリスティックな側面が依然として潜んでいることは否めません。診察室という空間では、どうしても医療者が主体となり、無意識のうちに主導権を握ってしまいがちです。

では、私たちが取り組む在宅医療とはどのような存在なのでしょう。

医学は、臓器や病態、あるいは検査や手術といった技術の専門性を深め、領域を細分化させることで発展を遂げてきた歴史があります。内科、外科、眼科、放射線科などの診療科は、医療者が何を対象とし、どのような技術を用いてアプローチするかという「領域」を示しています。

これに対し在宅医療が示しているのは、特定の専門領域ではなく生活の「場」そのものです。患者自身が長年暮らし､人生を歩み続けてきた極めて個人的な場です。私たち医療者は絶対的な決定権を持つ存在ではなく、訪問者として迎え入れられる立場となります。主導権が医療者から患者へと戻るという立ち位置の変化こそ在宅医療の本質であり、医療とは本来誰のためのものかという原点を教えてくれるのが在宅医療なのかもしれません。

2．多様化するニーズ

在宅医療の実践は、療養過程に応じ主に以下の4つの場面に整理できると言われています。

①病院からのスムーズな生活への移行を支える導入および退院支援の場面
②住み慣れた家での日々の暮らしと健康状態を保つ日常および慢性期の療養支援の場面
③発熱や病状の変化に対して迅速に対応し不要な急性期入院を防ぐ急変時対応の場面
④人生の最終段階において苦痛を和らげ、本人の望む環境で穏やかな最期を支える看取りの場面

かつて在宅医療の主な対象は、寝たきりの高齢者や末期癌患者が中心でした。しかし、現在は超高齢化に伴い、心不全、慢性呼吸器疾患、腎不全、認知症などの多疾患併存患者が急増しています。さらに、周産期医療の高度化に伴い増えている医

療的ケア児などの小児在宅医療や成人期への移行支援、難病患者への対応、腹膜透析、中心静脈栄養、輸血といった複雑なデバイス管理を要する患者など、その対象は世代や病態を超えて多岐にわたっています。

このように拡大するニーズに応えるためにも、疾病管理は勿論重要ですが、患者が抱える障害や生きづらさ、生活上の制限を含めた全体像を把握し、何が彼らにとって重要なのかを共に考え続ける柔軟な姿勢が求められています。

3．持続可能な体制を考える

在宅医療の大きな柱に、24時間365日の対応があります。夜間や休日も対応してもらえる安心感は、自宅で療養し続ける上で大きな支えとなります。一方、一人の医師の自己犠牲や過度な負担に依存する体制には明確な限界が訪れています。医師自身の健康や生活が脅かされては、地域に必要な医療を永続的に提供することはできません。

このような状況を踏まえ国の施策でも明確な変化が生じています。2026年診療報酬改定で新設された充実体制加算は、その象徴と言えます。常勤医師数や重症患者への対応、看取りや緊急往診の実績、さらには教育や人材育成への取り組みなどが総合的に評価される仕組みが盛り込まれました。ここから読み取れるのは、単独の医師や単一の診療所だけで24時間の重荷を背負い込む時代から、複数の医師や医療機関が連携してグループで地域を支える体制への移行が不可欠であるというメッセージが込められていると筆者は考えています。

個々が孤立して対応するのではなく、チームとして補い合う体制を整えることは、持続可能な地域医療を維持するための必然的な方向性となっています。

4．札幌市全体でのネットワーク

しかし、理想的なグループ診療や連携体制を構築することは容易ではありません。自院のやり方に固執していては、真の連携は成り立たないでしょう。地域全体で支える基盤づくりが重要となります。

札幌市においては、札幌市医師会を中心に、地域包括ケア推進委員会や札幌市在宅医療協議会などが協力し、行政や関係機関と一体となって在宅医療の推進に向けた環境整備を進めてきました。いかにしてグループ診療体制を構築していくかの検討も進めています。

また、より実践的な現場を支えているのが、市内10区で展開されている在宅ケア連絡会です。そこでは、医師だけでなく現場で患者を支えるあらゆる職種が集い、顔の見える関係を築き、共に学び、考え、行動する貴重な場となっています。札幌市が誇る連携の形がここにあります。詳細は別項に委ねます。

5．プライマリ・ケアの実践の場として

プライマリ・ケアの基本的な特徴として挙げられる5つの原則を紹介します。い

つでも身近な相談相手である「近接性」、日常から看取りまで途切れなく関わる「継続性」、心身のあらゆる問題に対応する「包括性」、多職種や他機関と連携する「協調性」、そして患者と地域に対して真摯に向き合う「責任性」です。

在宅医療は、これらの原則が発揮される場でもあります。多疾患併存やポリファーマシーなどケアの優先順位を考え最適化することは、かかりつけ医の重要な役割です。また、単なる疾病管理にとどまらず、人間関係や生活背景、人生の価値観にまで視野を広げちょうど良い落としどころを共に見つけ出すことも重要な役割です。

時として正解のない倫理的課題にも直面します。人生の最終段階における意思決定、患者と家族など関係者の意見の相違、葛藤も絶えません。高度専門医療では治療の手立てがなくなった後であっても、決して関わりを諦めず、患者や家族の不安や問いに対し最後まで逃げずに寄り添い続けることこそ、在宅医の本質であると考えます。

結びに

在宅医療の本質は、医療を患者の暮らしと程良く調和させていくことにあります。医療機関のベッド上では疾病を抱えた患者として存在していた方が、自宅に戻った瞬間に、一人の生活者となり、人生を主体的に歩む尊厳を取り戻す姿を我々は幾度となく目にしてきました。

在宅医の役割とは、患者の物語に耳を傾け、その人らしい生き方を尊重することだと思います。医療・介護の垣根を越え、地域に関わるすべての職種と強固な連携を構築し、患者自身が住み慣れたこの札幌の街で自分らしく安心した生活を送るための支援ができる在宅医療を創り上げていきたいものです。

小児の在宅医療について

医療法人稲生会　生涯医療クリニックさっぽろ
川村　健太郎

1．はじめに

在宅人工呼吸器などを使用して、自宅・地域で生活する医療的ケア児の数は、少子化の中でも年々増加し、全国で20,000人を超えている。高齢者の数と比較するとごく少数ではあるものの、確実に存在し、地域・社会を構成する一員である。在宅医療の分野でも、小児や医療的ケア児への対応は重要な課題となっている。医療的ケア児も当然ながら大人になる。成人に向かう過程で、子ども自身の自律・自立を支援するとともに、小児科中心の医療から成人診療へと医療体制を移行していく取り組みは、移行期医療支援（成人移行支援）と呼ばれる。小児科と、在宅医を含む成人診療科が連携しながら、この時期を支えていくことが求められている。

2021年には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）」が施行され、医療的ケア児とその家族への支援が、国や地方公共団体の責務として明確に位置づけられた。さらに2026年7月には改正法が公布され、支援の対象が医療的ケアを必要とする成人や重症心身障害者にも広げられることになった。成人になっても切れ目なく必要な医療が提供されるための体制整備についても盛り込まれており、今後、移行期医療への取り組みがさらに進むことが期待されている。

2．医療的ケア児のいろいろ

医療的ケア児と一括りにいっても、その状態像は非常に多様である。本稿では、理解しやすくするために大まかに4つのパターンに分けて示す（原稿末尾の図参照）。

重度の知的障害と肢体不自由を併せ持つ「重症心身障害児」は、低酸素性虚血性脳症など脳障害を背景とする。医療的ケア児の中でも多くみられる状態像であり、呼吸障害、摂食嚥下障害、てんかんなどを合併し得る。「肢体不自由児」では、神経筋疾患などにより運動機能が著しく障害され、多くは歩行が困難である。呼吸や嚥下に問題を来し、人工呼吸器や経管栄養などの医療的ケアを必要とする一方、知的障害を伴わない、あるいは軽度にとどまる場合も多い。

一方、運動機能に大きな障害がなく、歩くことのできる医療的ケア児もいる。全身の筋力には問題がなくても、気道狭窄などの呼吸障害のために気管切開や人工呼吸器を使用したり、摂食嚥下機能や消化吸収の障害のために経管栄養や中心静脈栄養を必要としたりする子どもたちである。「知的障害・発達障害」を併せ持つ場合には、集団生活やコミュニケーション、安全確保などに難しさを抱えることがある。一方、知的発達を含めて「機能ほぼ正常」である子どもたちも少なくない。Ⅰ型糖

尿病に対するインスリン注射など、日常的に医療的ケアを必要としていても、通常は訪問診療を必要としない子どももこの中に含まれる。

3．病診連携と移行期医療

小児在宅医療では、専門的な医療や急性期の入院対応を担う病院主治医と、地域でかかりつけ医の役割を担う在宅主治医との連携が基本となる。医療的ケアがない、あるいは比較的シンプルで、全身状態が安定している場合には、在宅医が介入せず、病院小児科がかかりつけ医としての役割も一手に担っているケースも少なくない。しかし、こうした患者も成人期が近づくにつれて、病状が変化し、新たに医療的ケアが必要になったり、通院の負担が大きくなったりする。成人診療科への橋渡しも意識されるようになり、移行期医療の取り組みの一環として、在宅医の介入が重要な選択肢となっている。

ただし、一人の在宅医がすべてを担う必要はない。移行期医療は、小児科から成人診療科への単なる「転科」ではなく、患者の成長や生活、病状の変化に即したチームの再編と捉えるべきであり、「つながり、ともに」という姿勢が重要であることを強調したい。病院、あるいは在宅医同士でも連携し、相談し合いながら、地域の課題として取り組むことが求められる。札幌市在宅医療協議会では、小児科医と在宅医がともに学び、関係性を深めることを目的として、「在宅医療に役立つ勉強会 小児在宅・移行期医療シリーズ」を開催している。医療的ケア児・者やその関係者を地域のネットワークで支える文化を、この地域に醸成していきたい。

4．換気傷害の評価と介入

医療的ケア児・者や重症心身障害児・者の診療では多くの視点が必要となるが、とりわけ呼吸障害への対応が求められる場面は多い。在宅医が知っておきたい呼吸管理のポイントとして、「換気障害」に対する評価や対応について触れ、本稿を閉じたい。

小児在宅医療では、肺への空気の出入り、すなわち「換気」の視点から呼吸状態を評価することが重要である。換気障害は大きく、呼吸ドライブの異常である中枢性、気道狭窄による閉塞性、呼吸筋力の低下や胸郭変形から来る拘束性に分けて考える。それぞれの要素を念頭に「どこで換気が妨げられているのか」という視点で患者を診ると、呼吸状態を整理しやすく、対応のヒントになる。

換気障害は、覚醒時のSpO_2には現れにくいため、頻呼吸、副呼吸筋（胸鎖乳突筋、斜角筋など）の使用、喘鳴などの呼吸様式にも着目する。慢性的な低換気では、夜間の頻回覚醒、盗汗、日中の眠気、活動性低下、朝の頭痛、認知機能の低下などを認めることがあり、慢性肺胞低換気症状として重要な指標とされている。換気は睡眠時に悪化し、特にpCO_2で変化を捉えやすいが、その評価には専用の検査機器が必要となる。直接的なCO_2評価が難しい場合には、睡眠時無呼吸症候群の検査である終夜パルスオキシメトリー（SpO_2モニタリング）や、慢性的な高CO_2血症の指

標となる血液ガス検査のHCO_3^-上昇を参考とする。

慢性的な換気障害はゆっくり進行し、日常生活に大きな問題がない時期が続くことも多い。しかし、換気の予備力が低下すると、感染症などを契機として、急変に至ることもある。呼吸様式の異常、慢性肺胞低換気症状と併せて、夜間のSpO_2低下やpCO_2上昇を目安に、早い段階から非侵襲的換気療法（NPPV）など換気補助を検討する。大きく体調を崩してから対応するのではなく、先を見越して介入する「プロアクティブ」な視点が、安定した生活を長く支えることにつながっていく。

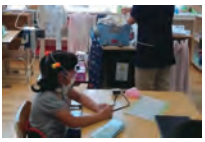
5. おわりに

小児在宅医療では、専門的な知識やスキルを求められる場面もある。しかし、かかりつけ医として患者の暮らしを支え、必要なときには専門医やほかの医療機関、地域の支援者とつながりながら診療していくことは、小児でも成人でも変わらない。一人ですべてを担う必要はなく、それぞれの専門性や経験を持ち寄り、相談し合えること自体が地域の大切な医療資源になる。

医療的ケア児は成長し、やがて大人になる。その歩みを切れ目なく支えていくために、小児科と在宅医、病院と地域、そしてさまざまな支援者が「つながり、ともに」関わっていく。小児在宅・移行期医療を特別な誰かだけが担うのではなく、地域のみんなで支える文化を、この札幌に育てていきたい。

図.

医療的ケア児のいろいろ

重症心身障害児	肢体不自由児	知的障害・発達障害	機能ほぼ正常
			
脳障害・先天異常症候群	神経筋疾患	先天異常症候群	気道狭窄・栄養障害・内分泌疾患
寝たきり 知的障害	知的機能は良いが 歩けない	歩ける 強度行動障害など	歩ける 話せる
58%	7%	8%	27%
合併症も多く、ケアが複雑、頻回になりやすい	地域の小学校に入学するなど札幌ではインクルージョン進んでいる	カニューレ事故抜去などのリスクがあり、見守りが必要	医ケアの自立も目指せる

埼玉医科大学総合医療センター小児科奈倉道明先生スライドを参考に作成

障がい児者への相談支援について

いにし社会福祉士 / 作業療法士事務所
管理者・相談支援専門員　伊西　夏恵

1．計画相談と障害児相談支援

医療の提供のみならず豊かな生活を支援しようとする時、障がい児者が相談支援につながって欲しいと考える医療者は、少なくないでしょう。

障がい児者が**障害福祉サービス**（居宅介護や短期入所等）や**障害児通所支援**（放課後等デイサービス等）を利用しようとする際は、申請先の市町村へ**サービス等利用計画案**の提出が必要です。

その作成を担うのが、札幌市から事業所指定を受けた**指定特定相談支援事業者**および**指定障害児相談支援事業者**です。

これら障がい児者への相談支援は、先に整備がなされた介護保険サービスでケアマネジャー（介護支援専門員）が高齢者に提供するケアマネジメントの障害児者版と言えるのではないでしょうか。介護保険法を根拠法にして介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランを作成しケアマネジメントを提供するのと同様、**障害者総合支援法**を根拠法にして障害福祉サービスで**計画相談支援**を、また**児童福祉法**を根拠法にして障害児通所支援では**障害児相談支援**を提供します。

2．相談支援専門員の役割

障がい児者の相談支援を現場で担当するのが、相談支援事業所に所属する**相談支援専門員**です。

よく「相談支援専門員に何をどこまで頼んで良いのかわからない。」という声を耳にします。また「医療機関や訪問看護ステーションについて等、医療について相談支援専門員に調整をお願いしても良いものか」と尋ねられることもあります。

相談支援専門員は積極的に利用者のもとに出向き、その声に耳を傾けて困り事を拾い上げる窓口です。相談できない事などはありません。利用者が希望する生活に少しでも近づくことができるよう、相談支援専門員は自身が持つ知識や技術および培ったネットワークを駆使して、法制度に基づくフォーマルなサービスおよび助け合いの精神からなるインフォーマルなサービスについて丁寧に説明し提案します。複雑化する昨今の困り事に自らの知識や技術が及ばない時もなかにはありますが、そのような時も決して見て見ぬふりをすることなく、然るべき機関や専門家につなげようと努力し、利用者を独りぼっちにはしないはずです。

3．相談支援の3層構造

札幌市には、①**基幹**相談支援事業所（以下基幹）、②**委託**相談支援事業所（以下委託）、③**指定**相談支援事業所（以下指定）という3種の相談支援事業所が存在し

ます。

障がい児者の多くは**相談支援の最前線**と呼ばれる③**指定**（市内に200か所前後、うち約150か所は障害児相談支援も可能）を利用します。利用者と③**指定**の相談支援専門員は居宅で定期的にモニタリングを行い、希望する生活を送ることができているか、どこか改善すべき点はないか等を都度確認します。

この③**指定**を後方支援するのが、②**委託**（区内に1 ～ 3か所）の役割です。また②**委託**を①**基幹**（市内に1か所）がさらに後方から支援します。

「数えきれない程ある相談支援事業所の中からどこを選べば良いのかわからない」と言う声を聞くことが多くあります。ましてや相談支援事業所の相談支援専門員は多忙で余裕がなく、いきなり電話をかけても空きがないと断られることもあるでしょう。そのような時は、利用者が居住する区の②**委託**に相談をしてみるのもひとつの手かと思います。

4．意思決定支援

厚生労働省は、平成29（2017）年に作成した「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」を、今まさに見直そうとしています。令和8（2026）年7月に示された**障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（第2版）**では、「本人の最善の利益」に関する記載を削除し、国連障害者権利委員会が提案する「意思と選好に基づく最善の解釈」との表現に基づき意思決定支援を再定義しようとしています。現行のガイドラインにある「本人の最善の利益」という言葉が「第三者が決定する」と読みとれると考え、国連障害者権利委員会が懸念を示したのです。この指摘を私たちは重く受け止めなければなりません。

医療の進歩もあり、小児期発症の重い病気を持つ障がい児は、成人して障がい者になった後も長く在宅生活を送るようになりました。その命を大切に守り育んできた親や支援者は、本人のために良かれと思い本人の「必要」を考え、時に強く提案します。小さな頃からのかかわりの延長線上で障がい児者を「保護・管理・矯正」が必要な守るべき弱き人ととらえ、**パターナリズム**を背景にして「本人の最善の利益」という大義名分を理由に第三者がその方の人生の選択を奪ってしまう。残念ながらそのような場面をこれまで何度も経験して来ました。

5．自己決定の尊重とエンパワーメント

相談支援を行ううえで私たちが大切にすべき事の一つに、権利擁護があります。

病気や障がいを理由に障がい児者が不当な差別を受けることなく、誰もがあたりまえに享受する自由を手に入れる。自己決定が尊重されて、自身の選択で人生を歩むことができる。人権を尊重することこそが、相談支援の根底に流れるべき基本的な考えではないかと思います。

平成18（2006）年に国連が障害者権利条約を採択した際、**「私たちのことを私たち抜きで決めないで（Nothing About Us Without Us）」**というスローガンを掲

げ、障がい当事者は活動に加わりました。親や権威者（医療者や専門家と呼ばれる者）が本人の意思を十分に尊重しないままに勝手に物事を決めてしまうのではなく、その方の持つ強さ（ストレングス）を信じて応援団の一員となって黒子に徹する。自らの選択と決定によって得られた人生を自分の力で全うしたと本人が感じることができるよう、利用者を絶えず勇気づけながら**エンパワーメント**する。それこそが私たち支援者と呼ばれる者に求められる本来の役割ではないかと思うのです。

「参考文献」

札幌市保健福祉局障がい福祉課,協力/さっぽろ地域づくりネットワーク ワン・オール『計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の申請及び支給について（計画相談支援等マニュアル）』（令和6年6月改訂）
札幌市保健福祉局障がい福祉課『札幌市内指定特定（障害児）相談支援事業所一覧』（令和8年8月1日現在）
厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課 地域生活・発達障害者支援室『障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（第２版）案について』（令和8年7月10日）
外務省『障害者権利条約』

在宅での看取りにあたって
～死亡診断書作成の留意点～
（2026年度版）

1．在宅での看取りにおける死亡診断書の作成

在宅療養患者さんの看取りは、医療機関での看取りとは異なり、患者さんが息を引きとったときに必ずしも医師が立ち会う、もしくは医師がすぐに駆け付けることができない場合があります。

◆**患者さんが死亡する24時間前に医師の診察を受けていなければ、**医師があらためて診察をして、診療継続中の患者さんが診療に関わる傷病と関連した原因によって死亡したことが明らかな場合は、医師は死亡診断書を作成することができます。

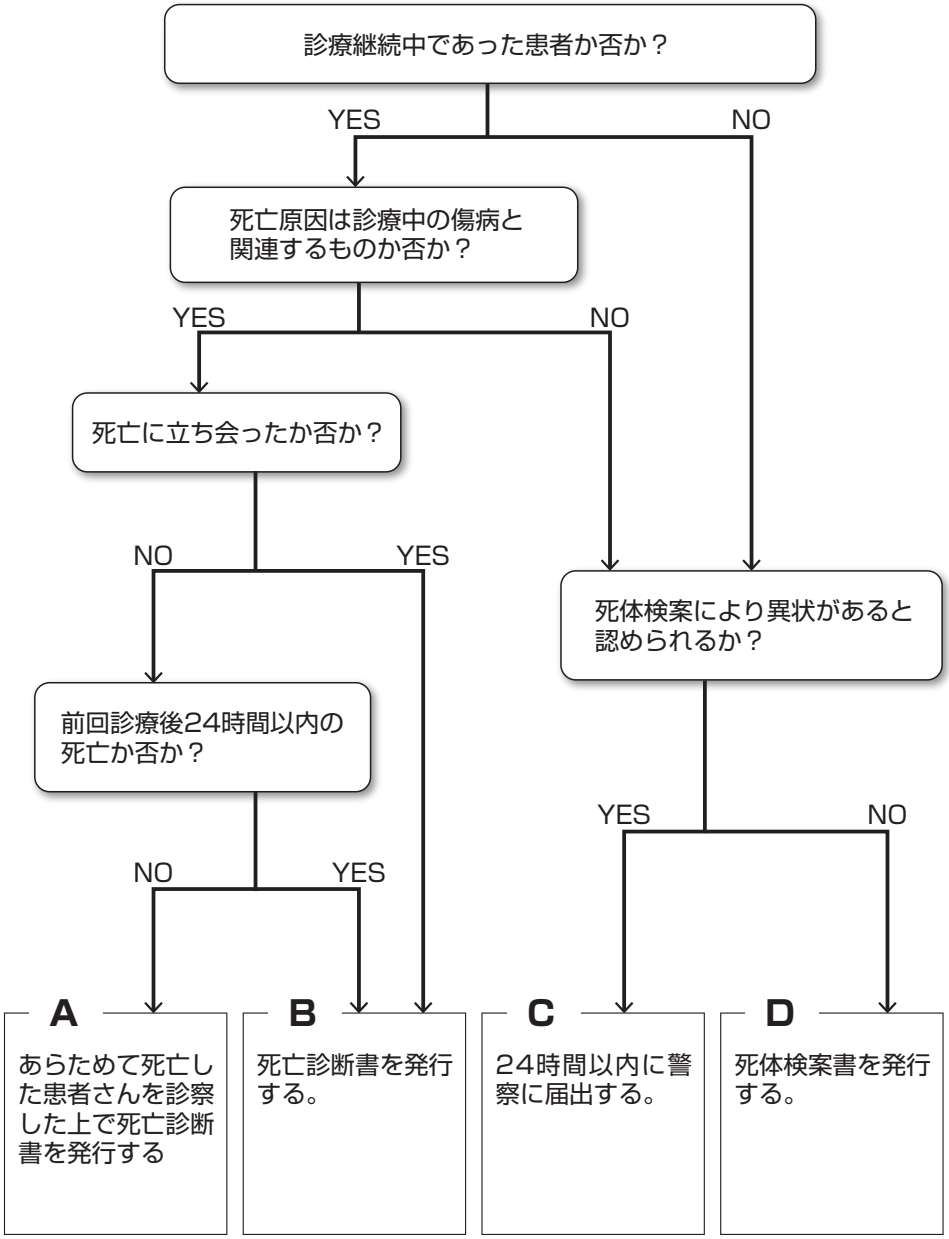
◆**患者さんが死亡する24時間前に医師の診察を受けていれば、**あらためて診察をしなくても死亡診断書を作成することができます。（医師法第20条但し書）

注）医師法第20条（無診察治療の禁止）但し書は、患者さんが死亡する前の24時間以内に医師の診察を受けていないと、死亡診断書を作成できないということではありません。

医師法第20条但し書の意味するところは、医師法が施行された当時の通信インフラや移動手段・交通事情等では、医師が患家に「すぐに赴くことが出来ない」状況が相当数生じた時代を反映しています。

死の判定（死亡診断）は、医師にのみ許される行為です。医師としての責任と生命への畏敬の念から「すぐに行かなくてもよい」ということではありません。

患者死亡時の対応について



2．主治医（かかりつけ医）以外の医師が死亡診断（もしくは死体検案）をしたとき

在宅療養患者さんの看取りで、患者さんが息を引きとった（心肺停止状態）ときに、主治医（かかりつけ医）以外の医師が死亡診断した場合には、死亡診断に立ち会った医師が死亡診断書（もしくは死体検案書）を作成することになります。

患者さんの死亡診断をした際には、死亡届（A5判）の右側半分に付されている死亡診断書（死体検案書）を死亡診断に立ち会った医師が記載します。その写しは、診療録等とともに保管することをお奨めします。

後日、区役所や法務局からの問合せや死亡診断書の加筆・訂正などを行う場合は、死亡診断に立ち会った医師以外の医師が保管してある写しに基づいて書類作成を行ってもかまいません。

【死亡診断書（死体検案書）の再発行について】

各種手続きの名義変更や保険金請求等で死亡診断書（死体検案書）の再発行を求められた場合は、死亡診断書（死体検案書）の写しに基づいて発行してください。

死亡診断書には診断年月日と発行年月日を記載し、再発行の際にはその発行年月日と医師名を記載します。死体検案書の効力や意義ならびに取り扱いは、死亡診断書と同等のものです。

死亡の証明は、本籍地の市町村役場で取得できる「除籍謄本」によっても可能です。

3．死体検案と異状死について

診療継続中の患者さんが診療に関わる傷病と関連しない原因によって死亡した場合は、死亡診断書ではなく死体検案書を作成することになります。

医師は死体検案を行って、異状があると認めたときは24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務づけられています。

【異状死の解釈について】

医師法第21条での死体の「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、これにより医師が死体の外表を検査して外表面に異状（外表異状説）を認めた場合には、異状死として届け出義務を負うというのが、現在の裁判所の考えとして確立しました。

医師法第21条で求められているのは、異状死体があったことの届け出であり、

死にいたる過程を考慮するものではありません。

ちなみに、老人虐待等の疑いは、高齢者虐待防止法により市町村への通知が義務付けられています。

4．在宅で救急要請をした場合

在宅での看取りを希望していた患者さんが息を引きとった場合に、家族や介護者等の周囲の者が慌ててしまい、はからずも119 番通報するような場合がみられます。

救急要請をしても、同時にかかりつけ医にも連絡をとって往診を依頼することが出来れば、望まれない救急搬送を回避することができます。

救急隊は、適切な応急処置を行いながら医療機関に搬送して傷病者を医師の管理下に置くことが任務です。しかし、明らかに死亡している場合は「不搬送」にすることがあります。

札幌市消防局の不搬送の基本的要件は、傷病者が明らかに死亡している場合に死体現象をもとに判断することですが、超高齢社会の進展を踏まえて、救急隊が本来業務である救命活動に全力で取組むために、「救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応ルール」を策定しています。長寿社会においては、DNARの概念やACPの啓発と合意形成が必要です。

【在宅での看取りを適切に行うための心得】

「望まれない救急搬送」が行われないためには、

①在宅医療を行う医師は、患家もしくは介護施設等からの予期せぬ救急要請が生じた場合でも、その直後に連絡を受けて、速やかに現場に赴いて診察（死亡診断）を行う態勢を備えておくのが望ましいことです。

②在宅医療を行う医師は、生前の診察で患者さんの病状が悪化しつつある場合は、あらかじめ家族や周囲の看護・介護者に今後の見通しと加療方針を説明し、その対応方法の確認が大切です。

③在宅医療の現場では、他職種協働の機運が高まるにつれて、医療過誤や医療介護関連職種による業務上過失を招くことも想定されますので、医師は日頃から他職種への情報共有と的確な指導が必要です。

【死亡診断書（死体検案書）作成の要点】

（1）死亡診断書（死体検案書）は、「人の死」の医学的・法律的証明と我が国の死因統計の資料という二つの大きな意義を持っています。また、実務的には死者の除籍（戸籍抹消）と火葬許可に必要です。

（2）死亡診断書（死体検案書）に記載する死亡時刻は、実際に医師が応召して死亡診断をした時刻ではなく、死に至る状況やご家族の想いなどを考慮して、家族や介護者などが息を引きとったことを確認した時刻にすることもできます。しかしながら、家族などからの情報のみで診断書を作成することにより、相続や保険請求などのトラブルに巻き込まれることもあります。
なお、死亡時刻を○時○分（頃）あるいは、○時○分（推定）と記載することもできます。

（3）標題の「死亡診断書（死体検案書）」や、最下段の「上記のとおり診断（検案）する」「診断（検案）年月日」「本診断書（検案書）発行年月日」については、不要なものに二重横線を引きます。二重横線に訂正印は必要ありません。

（4）歯科医師は、歯科・口腔外科領域の疾患による死亡に限って死亡診断書を作成することができますが、死体検案書を作成することはできません。

（文責　鈴木　研一）

2026年度（令和8年度）診療報酬改定について

【在宅医療分野でのポイント】

◎全体としては近年に無く大幅なプラス改定（本体＋3.09%）であり、医療従事者の賃上げと物価高騰対応が最大の柱と位置づけられた。在宅医療分野では前回に引き続き在宅医療の『質』への取り組みが重要視され、訪問診療（重症患者等割合）や往診、看取りなどへの取り組みによって診療報酬上で高い点数が反映されるようになった。一方で算定要件のほとんどは抜本的な変更というよりも要件の明確化や点数調整が中心だった。

《主な変更、新設項目》

◎在宅医療における医療機関の体制評価

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を再編・改称して、重症患者・看取り・小児在宅患者等を含めた体制全体を評価する「在宅医療充実体制加算」が新設された（点数はおおむね倍増）
- 機能強化型在宅療養支援診療所・病院（在支診・在支病）において、連携型は「自院医師での往診体制の確保」等の基準により『イ』『ロ』に分割され、医学総合管理料の算定が区分された
- 機能強化型在支診・在支病においての、第三者（株式会社等）による24時間連絡体制および往診体制を確保する場合の要件が明確化された
- 在支診・在支病の要件に「業務継続計画（BCP）の策定及び定期的な見直し」が追加された

◎患者の状態等に応じた適切な在宅医療提供についての評価

- 在宅時医学総合管理料（在総管）/ 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）について
  - 月2回以上の訪問診療患者数における重症度の高い患者等（重症患者：別表第８の２＋包括的支援加算:別表第８の３）の割合が一定を満たさない場合、月1回相当点数へ減算される（要介護度の低い患者への画一的な頻回訪問の見直し）
  - 患家における残薬確認や適切な服薬指導が要件に追加
- 医師と薬剤師による在宅患者への同時訪問に対する評価の新設（訪問診療薬剤師同時指導料：300点/ 6月に１回）
- 往診時医療情報連携加算（200点）：被支援側が機能強化型以外の在支診・在支病でも算定可能となった
- 退院後訪問栄養食事指導料の新設（入院医療機関による算定）
  ⇒退院直後に管理栄養士が患家等を訪問して栄養指導を行った場合に算定

・在宅医療情報連携加算において、使用することができるICTの要件などが明確化された
・遠隔連携診療料の対象疾患の見直しおよび点数の増加（D to P with Dの活用推進）
⇒750点/500点だった区分が900点に統一された

◎医療従事者の賃上げ・物価高騰対応（外来・在宅ベースアップ評価料 等）
・ベースアップ評価料における対象職種が拡大（40歳未満の勤務医等）し、継続的な賃上げに取り組む医療機関に対して点数が上乗せされた（令和9年6月以降はさらに引上げ予定）
・外来・在宅物価対応料が新設された（初診2点・再診2点・訪問診療3点）

◎在宅医療充実体制加算⇒旧「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」の再編・改称
・緩和ケアに限定せず、地域の重症な在宅患者に対して質の高い診療を行う医療機関に対する評価のため、重症患者への対応、緊急往診や看取り、小児在宅医療、さらには地域連携や多職種連携（ICT活用など）を含めた幅広い在宅医療全般の体制が評価対象となった
・在総管/施設総管、緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算、ターミナルケア加算、在宅医療総合診療料への上乗せ加算（点数は概ね倍増している）
・単独型機能強化型在支診・在支病であることが前提であり、地域の重症な在宅患者に対して質の高い診療を提供するための十分な体制と実績が求められる
・加算点数について

在総管 / 施設総管の上乗せ加算（点）	単一建物患者数	在総管	施設総管
	1人	800	600
	2～9人	400	300
	10～19人	200	150
	20～49人	170	128
	上記以外	150	113
訪問診療料や往診料の上乗せ加算（点）	在宅ターミナルケア加算	2000	
	緊急往診加算 夜間・休日往診加算 深夜往診加算	200	

・主な施設基準（抜粋）

人員配置など	在宅医療担当医師：常勤換算 3 名以上、かつ常勤 2 名以上 自院単独での 24 時間連絡および往診体制を確保している
実績（過去 1 年）など	緊急往診 30 件以上、かつ看取り＋小児在宅患者数の合計 30 件以上 緩和ケア研修修了の常勤医師の配置、オピオイド系鎮痛薬の実施経験、年間看取り 10 件以上等の施設で 3 か月以上の勤務歴を持つ常勤医師の配置　など
対応患者について	重症患者（別表第 8 の 2）と終末期患者の割合が原則 2 割以上 常勤換算医師 1 人あたりの実患者数が原則 100 人以下
その他 （ICT・連携）	在宅医療情報連携加算の届出を行っている 在宅医療にかかわる教育実績（実習生・研修医等の受け入れ） 在宅データ提出加算の届出が望ましい

（かなり細かな規定あり、詳細は厚労省告示や疑義解釈をご参照ください）

【在宅医療における診療報酬の基本構造】

◎評価の枠組み自体には大きな変更はなく、①訪問して診療を行ったこと、②総合的な医学的管理、③患者の状態に合わせた特別な指導管理、④書類交付や連携対応などに対する評価の組み合わせで成り立っている（在宅がん医療総合診療料は末期悪性腫瘍の患者に対して、これらの費用や訪問看護の費用を包括した、いわゆる『まるめ算定』）

◎各評価の概要（下線：令和8年度改定による変更点）

①訪問して診療を行ったことに対する評価（訪問毎に算定）

・在宅患者訪問診療料：計画的な医学管理のもと、定期的に行う診療（小幅の増加）

・往診料：急な発熱などで患者や患家からの求めに応じて臨時で行う診療（据え置き）

※各種加算：在宅ターミナルケア加算・看取り加算・死亡診断加算・往診時医療情報連携加算（要件変更）・<u>在宅医療充実体制加算</u>　など

②総合的な医学的管理（24時間体制など）に対する評価（月一回算定）

・在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料

※各種加算：包括的支援加算・頻回訪問加算・在宅移行早期加算・<u>在宅医療充実体制加算</u>　など

③患者の状態に合わせた指導管理などに対する評価

・在宅療養指導管理料（在宅酸素療法、在宅自己注射、人工呼吸器等の管理に対する評価）

⇒<u>各種材料加算が「3月に3回」算定可能に変更</u>

<u>新設：在宅自己腹膜灌流指導管理料2・在宅ハイフローセラピー指導管理料2</u>

・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
⇒週３回以上点滴注射が必要な患者において、看護師への指導に対する評価
・在宅患者訪問褥瘡管理指導料
⇒重度褥瘡患者に対する多職種でのカンファレンスや診療への評価
・新設：訪問診療薬剤師同時指導料（300点/6月に1回）
⇒医師と薬剤師による患家（自宅療養患者など／施設入居者等を除く）への同時訪問による服薬指導や残薬管理に対する評価
・薬剤料（注射・点滴）、処置などにかかる費用

④書類交付や連携対応などに対する評価（①～③に比べて補助的）
・退院時共同指導料
・在宅患者緊急時等カンファレンス料
・訪問看護指示料（協力医療機関との連携要件が明確化） など

診療報酬の構造のイメージ

①訪問して診療を行ったことに対する評価
- ・在宅患者訪問診療料
- ・往診料

※各種加算
- ・在宅ターミナルケア加算、看取り加算
- ・在宅医療DX情報加算　等

＋

②総合的な医学的管理に対する評価
- ・在宅時医学総合管理料（在総管）
- ・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

※各種加算
- ・包括的支援加算
- ・頻回訪問加算
- ・在宅医療情報連携加算　等

＋

③患者の状態に合わせた指導管理などに対する評価
- ・在宅療養指導管理料（在宅酸素、人工呼吸　等）
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・薬剤料（注射・点滴）や処置などにかかる費用

＋

④書類交付や連携対応などに対する評価
- ・退院時共同指導料
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・訪問看護指示料　等

在宅がん医療総合診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に対して週４回以上の訪問診療・訪問看護等の総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

◎基本的には『まるめ』の算定だが、下記のものは併算定可
- ・死亡診断加算
- ・緊急な往診
- ・一部の検体検査判断料など
- ・在宅ターミナルケア加算
- ・酸素療法加算
- ・看取り加算

【在宅療養支援診療所・病院（在支診・在支病）について】

◎在支診・在支病とは

・在宅医療を受ける患者に対して必要な機能（厚労省の施設基準：24時間連絡応需体制・24時間往診など）を満たした医療機関で、一般の診療所と比べて高い在宅関連点数を算定可能であり、在宅患者の割合や施設基準の適用によって下図のように区分される

・在宅患者割合が95%以上の診療所は「在宅医療専門の診療所」と定義され、在支診として認められるためには独自の基準がある

※在支診の分類ロジック（3ステップ）

<table>
<tr><td rowspan="2">在宅患者割合が 95%以上</td><td colspan="4">（機能強化型）在支診としての一般的な基準かつ在宅医療専門診療所としての独自の基準（看取り数、施設総管の割合など）を満たす</td><td>（機能強化型）在支診である在宅医療専門の診療所</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記基準を満たさない</td><td>在宅医療専門の診療所
（施設基準等適用以外）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">在宅患者割合が 95%未満</td><td rowspan="4">在支診・在支病の基準を満たす</td><td rowspan="3">機能強化型の基準を満たす</td><td colspan="2">単独で満たす</td><td>単独型機能強化型
在宅医療専門診療所 / 病院</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連携で満たす</td><td>往診体制等の基準を満たす</td><td>連携型機能強化型
在宅医療専門診療所 / 病院『イ』</td></tr>
<tr><td>往診体制の基準を満たさない</td><td>連携型機能強化型
在宅医療専門診療所 / 病院『ロ』</td></tr>
<tr><td colspan="3">機能強化型の基準を満たさない</td><td>従来型
在宅医療専門診療所 / 病院</td></tr>
<tr><td colspan="4">在支診・在支病の基準を満たさない</td><td>一般の診療所 / 病院</td></tr>
</table>

◎在宅療養支援診療所の基準（抜粋）

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">機能強化型</td><td rowspan="2">従来型</td></tr>
<tr><td></td><td>単独型</td><td>連携型『イ』</td><td>連携型『ロ』</td></tr>
<tr><td>全ての在支診の基準</td><td colspan="4">① 24 時間の連絡応需体制　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適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑦訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備　⑧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　⑨業務継続計画 BCP の策定</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型在支診が満たすべき基準</td><td>在宅医療を担当する常勤の医師：3人以上</td><td colspan="2">在宅医療を担当する常勤の医師
：連携内で3人以上</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">過去1年間の緊急往診の実績：10 件以上</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td>自院医師での連続する 24 時間の往診体制を月に4回以上確保（※）</td><td></td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="3">3 月に 2100 回以上の訪問診療⇒在宅データ提出加算の届出が必要</td></tr>
</table>

※「自院医師」として認められる外部医師の要件（区分イ）：平時から訪問診療等を行う医師、または当該医療機関からの往診経験 10 回以上を有し、往診担当日の前日以前に診療録を閲覧でき、必要に応じ診療方針を訪問診療医と共有できる医師（情報連携システムの整備が前提）

【①訪問して診療を行ったことに対する評価】

◎在宅患者訪問診療料⇒定期的/計画的な患家への訪問に対する評価

・同意書の作成と診療録への添付、訪問診療の計画および診療内容の要点の記載、開始/終了時間、診療場所、次回診察予定などを明記する必要あり

・原則は週3回までを限度に算定：「厚生労働大臣が定める疾病等（特掲診療料の施設基準等：別表第7）」に該当する場合や、急性増悪などによる一時的な頻回訪問（14日以内に限る）では週4日以上の算定が可能となる

厚生労働大臣が定める疾病等（特掲診療料の施設基準等：別表第７）		
①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン病 ⑧進行性筋ジストロフィー症	⑨パーキンソン関連疾患 (a) 進行性核上性麻痺 (b) 大脳皮質基底核変性症 (c) パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡまたはⅢ度） ⑩多系統萎縮症 (a) 線条体黒質変性症 (b) オリーブ橋小脳萎縮症 (c) シャイ・ドレーガー症候群	⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化性全脳炎 ⑬ライソゾーム病 ⑭副腎白質ジストロフィー ⑮脊髄性筋萎縮症 ⑯球脊髄性筋萎縮症 ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑱後天性免疫不全症候群 ⑲頸髄損傷 ⑳人工呼吸器を使用している状態（ASV は含まれない）

◎在宅患者訪問診療料の区分について

・まず「有料老人ホーム等に併設される医療機関が当該施設の患者に訪問診療を行った場合（Ⅱ）」と「それ以外（Ⅰ）」で分けられ、次いで「自院患者」と「他院から紹介を受けた患者」で、さらに「同一建物居住者」と「それ以外」によって算定点数が決定される

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の区分と点数		
（Ⅰ）- 1　自院患者に対する訪問診療		
	（Ⅰ）- 1 - イ　同一建物居住者以外	890 点（微増）
	（Ⅰ）- 1 - ロ　同一建物居住者	215 点（微増）
（Ⅰ）- 2　他院から紹介を受けた患者に対する訪問診療		
	（Ⅰ）- 2 - イ　同一建物居住者以外	886 点（微増）
	（Ⅰ）- 2 - ロ　同一建物居住者	189 点（微増）

※ 同一建物居住者について（令和8年度改定にて変更なし）

・1 ヶ所の医療機関が同一日に同一建物の患者2人以上を診察した場合、「同一建物居住者」として扱う（マンション・老人ホーム・グループホームなど）

・同一世帯に複数の患者（夫婦など）が同居する場合は「同一患家」として扱い、同一患家で複数の患者を診察（訪問診療）した場合は1人目に「同一建物居住者以外」、2人目以降には再診料（初診料）などを算定する

・同一建物居住者として扱わないケース

（1）往診　（2）末期の悪性腫瘍で訪問診療を開始した日から60日以内の患者

（3）死亡日から遡って30日以内の患者

◎在宅患者訪問診療料の加算（抜粋）

・乳幼児加算（400点）：6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合

・患家診療時間加算（100点～）：患家における診療時間が1時間を超える場合、30分またはその端数を増すごとに加算

・在宅ターミナルケア加算、看取り加算、死亡診断加算：後述
・在宅医療DX情報活用加算（10点）：オンライン資格確認により取得した診療情報などを診療に活用できる体制の整備を行っている場合に加算
・外来・在宅ベースアップ評価料：継続的な賃上げに取り組む医療機関は上乗せあり
・外来・在宅物価対応料（新設）：初診2点、再診2点、訪問診療時3点

◎自宅での看取りに関して

・在宅ターミナルケア加算（3,500点～ 6,500点：基本点数は令和8年度改定にて変更なし）
  ・死亡日および死亡日前14日間以内の計15日間に2回以上の往診あるいは訪問診療を実施した場合、または退院時共同指導料１を算定した上で往診または訪問診療を実施した場合（往診後24時間以内に在宅以外で死亡した場合にも）に算定
  ・ターミナルケアの実施については､厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応することが要件化されている（ACP＝アドバンス・ケア・プランニングの推進が令和8年度改定でも重視されている）
  ・在宅医療充実体制加算（＋2000点）：旧加算の再編・改称に際して引き上げ（1000点→2000点）
・看取り加算：3000点⇒事前に患者や家族に対して十分な説明を行った上、死亡日当日に往診または訪問診療を行って患者を患家で看取った場合に算定
・死亡診断加算：200点⇒死亡日当日に往診または訪問診療を行い、死亡診断を実施した場合に算定（看取り加算との併算定不可）
※非がん疾患（末期呼吸器・末期腎不全）への緩和ケア対象拡大⇒外来緩和ケア管理料や在宅麻薬等注射指導管理料などの対象に、がん・心不全等に加えて「末期呼吸器疾患」や「末期腎不全（透析差し控え・中止者等を含む終末期）」の患者が追加された。これに伴い非がん患者に対する在宅ターミナルケアの機会が広がることが期待される

◎往診料について

・患者または家族など患者の看護に当たる者が、医療機関に対し電話等で直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定（720点：令和8年度改定にて変更なし）
・原則として16km以内（例外規定あり）、また回数の制限なし
・同一患家の2人目以降の患者については往診料ではなく初・再診料などを算定する

・診療時間が1時間を超える場合30分又はその端数を増すごとに100点を加算
・往診料にも在宅ターミナルケア加算・看取り加算が算定可能（令和6年度改定より継続）
・往診時医療情報連携加算（200点）⇒当該の在支診・在支病と連携体制を構築している医療機関（機能強化型以外の在支診・在支病からの依頼でも算定可能となった）が訪問診療を行っている患者に対して往診を行った場合の評価

※緊急往診加算について
・標榜時間内、外来患者の診療中に患者または介護者から緊急連絡を受けて往診を行った場合に算定する（具体的には急性心筋梗塞・脳血管障害・急性腹症などが予想される場合や、意識障害・重度感染症・終末期患者に対する往診時に算定可能）

※夜間・休日往診加算と深夜往診加算について
・休日とは日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日をいう
なお、1月2日及び3日ならびに12月29日、30日は休日として扱う
夜間：午後6時～午前8時（※深夜：午後10時～午前6時）

※上記の加算は「普段から訪問診療を行っている患者（過去60日以内に訪問診療料を算定している等）」以外の患者に対しては点数が減算される（令和8年度改定にて変更なし）

往診料の加算（点）		機能強化型在支診・在支病（病床あり / なし）	従来型 在支診・在支病	在支診・在支病以外
緊急往診加算	普段から訪問診療を行っている患者	850/750	650	325
	それ以外	325		
夜間・休日往診加算	普段から訪問診療を行っている患者	1700/1500	1300	650
	それ以外	405		
深夜往診加算	普段から訪問診療を行っている患者	2700/2500	2300	1300
	それ以外	485		

※在宅医療充実体制加算はそれぞれ +200 点

【② 総合的な医学的管理に対する評価】

◎医学総合管理料（在総管/施設総管）

・計画的な医学管理のもとに定期的な訪問診療を行う場合に算定（月1回）
在宅療養計画書の作成および説明・カルテ記載、計画に基づいた月1回以上の診療、他職種との連携、患者の同意等の基準あり
・一部の医学管理料や在宅療養指導管理料、処置料などは包括される

・在総管⇒自宅（戸建て、集合住居）、小規模多機能（制限あり）、ケアハウス等への訪問
・施設総管⇒老人ホーム・サ高住・グループホームなどへの訪問
・点数は「患者の居住場所」「医療機関の区分」「月の訪問回数や患者の状態」「単一建物の診療患者数」によって細分化され、一度に診療する患者数が多いほど減額される（令和8年度改定にて変更なし）

◎診療報酬上でのポイント/変更点など

・月2回以上の訪問診療患者数における重症度の高い患者等（重症患者：別表第８の２＋包括的支援加算：別表第８の３）の割合が一定数（20%）を満たさない場合、月２回以上の訪問を行っていても医学総合管理料は『月1回相当点数』へ減算される（要介護度の低い患者への画一的な頻回訪問の見直し）
・連携型の機能強化型在支診・在支病において、自院医師による24時間往診体制の充実度に応じて「区分イ」（主に自院医師による月4回以上の連続24時間往診体制を確立）と「区分ロ」（未確立）の2つに区分され、「区分ロ」では従来型在支診・在支病の点数となる
・在宅医療充実体制加算の新設（前述）

◎在総管・施設総管の加算について（詳細な基準等は成書をご確認ください）

・『在宅医療充実体制加算』以外には本改定にて大きな変更なし（要件の明確化等が中心）
・包括的支援加算（月1回150点）
⇒通院が特に困難な患者や関係機関との連携が必要な患者（特掲診療料の施設基準等：別表８の３）への診療の評価、上記患者割合の基準となるため重要性が増している
・在宅療養移行加算１～４（月1回、116～316点）
⇒在支診・在支病以外の医療機関が自院外来患者を在宅医療に移行し、24時間体制や往診体制を確保した場合の評価
・在宅移行早期加算（月1回100点、計3回まで）
⇒入院患者が退院して早期（１年以内）在宅医療に移行した場合の評価、在総管/施設総管の算定開始から3ヶ月以内であれば、月1回・計3回まで加算できる
・頻回訪問加算：初回（800点：月1回）、2回目以降（300点：月1回）
⇒特別な管理を必要とする患者（別表第３の１の３）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行ったことに対する評価

◎重症度の高い患者（別表８の２）

１．次に掲げる疾患に罹患している患者
　末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
２．次に掲げる状態の患者
　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態
　在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態
　在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態
　在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
　肺高血圧症であってプロスタグランジンＩ２製剤を投与されている状態
　気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態
　ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

◎包括的支援加算の対象患者（別表８の３）

（１）要介護３以上に相当する患者または障害支援区分２以上
（２）認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
（３）月４回以上の訪問看護を受ける患者
（４）訪問診療時または訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
（５）特定施設等の入居者の場合は、医師の指示を受けて看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
（６）麻薬の投薬を受けている患者
（７）医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

◎特掲診療料の施設基準等：別表第３の１の３

①末期の悪性腫瘍である患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く）	
②（1）であって、(2) 又は（3）の状態である患者	
	(1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、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、在宅人工呼吸指導管理、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、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又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
	(2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
	(3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
③在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの⇒②の（1）を２つ以上行っている患者	

◎医学総合管理料の診療報酬のポイント

・基本点数は令和6年度改定から据え置き、これに「在宅医療充実体制加算」の上乗せあり
・月2回以上の訪問診療患者数における重症度の高い患者割合（＜20%）によって、医学総合管理料は減算される
（「月２回以上」⇒「月１回」へ、表の右にスライドする）
・連携型機能強化型在支診の細分化（自院医師による往診体制）により、点数の減算がある
・第三者（株式会社等）による24時間連絡体制および往診体制を確保する場合の要件が明確化
⇒当てはまらない場合は『その他』で算定

◎在支診における医学総合管理料（抜粋）

（「情報通信機器を用いた診療」を組み合わせる区分等、詳細な点数は最新の点数表を参照してください）

		単一建物患者数	在総管			施設総管		
			月2回以上（難病等）	月2回以上	月1回	月2回以上（難病等）	月2回以上	月1回
強化型在支診（病床あり）		1	5385	4485	2745	3885	3185	1965
		2～9	4485	2385	1485	3225	1685	1065
		10～19	2865	1185	765	2865	1185	765
		20～49	2400	1065	670	2400	1065	670
		50～	2110	905	575	2110	905	575
強化型在支診（病床無し）		1	4985	4085	2505	3585	2885	1785
		2～9	4125	2185	1365	2955	1535	975
		10～19	2625	1085	705	2625	1085	705
		20～49	2205	970	615	2205	970	615
		50～	1935	825	525	1935	825	525
連携型強化型在支診（往診体制未確保）	従来型在支診	1	4585	3685	2285	3285	2585	1625
		2～9	3765	1985	1265	2685	1385	905
		10～19	2385	985	665	2385	985	665
		20～49	2010	875	570	2010	875	570
		50～	1765	745	490	1765	745	490
その他		1	3435	2735	1745	2435	1935	1265
		2～9	2820	1460	980	2010	1010	710
		10～19	1785	735	545	1785	735	545
		20～49	1500	655	455	1500	655	455
		50～	1315	555	395	1315	555	395

【③患者の状態に合わせた指導管理などに対する評価】

◎在宅療養指導管理料

・在宅において、自己注射や在宅酸素療法、人工呼吸器など、特定の医療行為を継続して行う必要性がある場合に算定
・療養上必要な事項についての適切な指導、医学管理、必要十分な量の衛生材料や保険医療材料の支給が必要であり、指導管理の根拠や指示事項、指導内容の要点などの診療録への記載が必須
・複数の医療機関が同一の指導管理を行う場合、主たる指導管理を行う医療機関1カ所のみが算定（例外規定あり）
・2つ以上の在宅療養指導を行う場合は主たる指導管理料1つの点数のみ算定するが、材料や機器の各種加算はすべての指導料において算定することができる
・「在宅寝たきり患者処置指導管理料」を除いて、在総管・施設総管と併算定が可能（在宅がん医療総合診療料とは併算定できない）

◎その他

・在宅患者訪問点滴注射管理指導料⇒週３回以上点滴注射が必要な患者において、看護師への指導に対する評価
⇒週３回以上点滴注射が必要な患者、看護師への指導に対する評価
・在宅患者訪問褥瘡管理指導料⇒重度褥瘡患者に対する多職種でのカンファレンスや診療への評価
・救急搬送診療料：1300点（必要に応じて長時間加算や新生児/乳幼児加算を併算定）
在宅患者が急変して救急車などで救急医療機関に搬送する際に医師が同乗して診療した場合に算定
・訪問診療薬剤師同時指導料（300点/6月に1回）⇒医師と薬剤師による患家（自宅療養患者など／施設入居者等を除く）への同時訪問による服薬指導や残薬管理に対する評価
・がん性疼痛緩和指導管理料（在宅にかぎらず）
がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対し、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行って麻薬を処方した場合に算定（月1回）

【④ 書類交付や連携対応などに評価】（①〜③に比べて補助的）

◎退院時共同指導料1（在宅側）（2は入院側）：在支診1500点/その他900点＋特別管理指導加算200点

・入院医療機関および退院後の在宅療養を担う医療機関の医師、または　医師の指示を受けた『看護師等・薬剤師・管理栄養士・PT/OT/ST・MSW』が共同で退院後の在宅療養上で必要な説明や指導を行い、その内容を文章にして患者へ提供した場合に算定

◎在宅患者緊急時等カンファレンス料：200点（月2回まで）

・在宅で療養する患者の病状急変や診療方針の大幅な変更などの必要が生じた場合、関係する医療関係職種が共同でカンファレンスを行い、その内容を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に算定
・初/再診料、訪問診療料は原則として併算定できないが、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を指導日と同日に行った場合は訪問診療料を併算定できる
・カンファレンスの要件や参加者、人数などを診療録に記載が必要

◎在宅患者連携指導料：900点（月1回）

・在宅療養中の患者について、歯科訪問診療を実施する医療機関、訪問薬剤管理指導を実施する薬局または訪問看護ステーションと月2回以上、文章などで情報を共有し、その診療情報を基に患者や家族に指導を行った際に算定
（在総管/施設総管、在宅がん医療総合診療料との併算定不可）

◎訪問看護指示料：300点（月1回）

・在宅療養中の患者に対して主治医が訪問看護の必要性を認め、訪問看護指示書を交付した際に算定

【その他、在宅医療に関連した事柄（介護保険制度など）】

◎年齢と介護保険の適用

①40歳未満：介護保険の給付対象とならない（障害者総合支援法の対象となり得るかどうかを検討）
②40歳以上65歳未満
・要介護状態になった原因が下記の特定疾病に該当する場合、認定を受けることで介護保険の給付対象となる
・そうでない場合は障害者総合支援法の対象となり得るかどうかを検討
③65歳以上の場合：認定を受けることで介護保険の給付対象になる

＜第２号被保険者が介護保険の給付対象となる特定疾病＞	
①末期がん	⑪多系統萎縮症 線条体黒質変性症 シャイ・ドレーガー症候群 オリーブ橋小脳萎縮症
②関節リウマチ	⑫糖尿病性神経障害 糖尿病性腎症 / 網膜症
③筋萎縮性側索硬化症	⑬脳血管疾患
④後縦靭帯骨化症	⑭閉塞性動脈硬化症
⑤骨折を伴う骨粗鬆症	⑮慢性閉塞性肺疾患 肺気腫・慢性気管支炎 気管支喘息・びまん性汎細気管支炎を含む
⑥初老期における認知症	⑯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
⑦パーキンソン病 進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症	
⑧脊髄小脳変性症	
⑨脊柱管狭窄症	
⑩早老症	

◎居宅療養管理指導（介護保険）

・医師が介護支援専門員（ケアマネジャー）に対し、居宅サービス計画策定のための情報提供を行い、また利用者等にサービス利用上の留意点や介護方法等についての指導・助言を行った場合に、１か月に2回を限度に算定できる

・居宅療養管理指導費（Ⅰ）：Ⅱ以外の場合に算定

単一建物居住者が１人	515単位
単一建物居住者が２～９人	487単位
単一建物居住者が10人以上	446単位

・居宅療養管理指導費（Ⅱ）：在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定

単一建物居住者が１人	299単位
単一建物居住者が２～９人	287単位
単一建物居住者が10人以上	260単位

※本資料は令和8年度診療報酬改定（令和8年6月1日施行）における在宅医療関連の主な変更点を整理した医師会員向けのハンドブックです。個別の算定可否は、最新の告示・通知・疑義解釈および所轄の地方厚生（支）局の見解を必ずご確認ください。

（文責：西川　就）

在宅医療における「機能するBCP」

ファミリークリニックさっぽろ山鼻
松田　諭

近年、地震や台風、豪雨などの自然災害が相次ぎ、新型コロナウイルス感染症の流行も、医療･介護サービスが突然継続できなくなる可能性を私たちに突きつけた。こうした経験を背景に、医療・介護の領域でも、災害時にいかに医療・ケアを継続するかというBCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）の重要性が高まっている。

BCPとは、災害や感染症の流行などによって通常どおりの業務継続が困難になったときにも、重要な機能をできる限り継続し、あるいは早期に再開するための計画である。災害対応マニュアルが「発災したときに何をするか」を示すものだとすれば、BCPではさらに「限られた資源の中で何を優先して続けるか」「どのように事業を立て直していくか」を平時から考えておく。

また、BCPは災害の種類ごとに細かな手順を作ることだけを意味しない。地震、水害、感染症、停電など原因が異なっても、結果として「人が足りない」「通信できない」「物資が届かない」といった事業継続上の問題は共通している。どのような危機が起きても重要な業務を継続できるよう備え、さらに訓練や振り返りを通じて継続的に改善していくことが重要である。

とりわけ在宅医療では、BCPを自院だけの問題として考えることはできない。患者は地域に分散し、その生活は医師だけでなく、訪問看護、薬局、ケアマネジャー、介護事業所、病院、行政など、多くの人や組織によって支えられている。診療所自体が無事であっても、停電や通信障害、道路の寸断が起きれば訪問できないかもしれない。薬が届かなかったり、訪問看護や介護サービスが継続できなくなったりする可能性もある。在宅医療のBCPとは、診療所の診療機能だけではなく、患者の生活を支えているネットワークをいかに継続するかを考えることでもある。

では、実際に「使えるBCP」を作るには何が必要だろうか。

災害時には、平時よりもやらなければならないことが増える。一方で、出勤できる職員や利用できる物資、交通、通信などの資源はむしろ減少する。さらに、状況は刻々と変化し、事前には想定していなかった問題も次々と生じる。このような状況で、すべての行動をあらかじめマニュアルに書いておくことには限界がある。

だからこそ、災害時に最も重要なのは、**一人ひとりがその場の状況を捉え、自主的に考え、行動できること**だと私は考えている。BCPはすべての状況に対する「答え集」ではなく、それぞれが判断するための共通基盤である。BCPは「あること」よりも、「機能すること」が重要なのである。

そのためのミニマムとして、私は「ビジョン」「行動指針」「情報管理」の三つを重視している。

第一は、**ビジョン**、すなわち「何を大切にするのか」である。災害時には、管理者がすべての現場の状況を把握し、一つひとつ指示を出すことはできない。異なる場所にいる職員がそれぞれ判断しても、組織として同じ方向に進むためには、「私たちは何を大切にするのか」「地域の中でどのような役割を果たしたいのか」という価値観が共有されている必要がある。ただし、理念として掲げているだけでは十分ではない。平時から具体的な場面について「自分ならどうするか」「なぜそう考えるのか」を話し合い、お互いが大切にしているものを知ることが、非常時の自律的な判断につながる。

第二は**行動指針**である。限られた人員と資源ですべての業務を続けることはできない。したがってBCPでは、「何をするか」だけではなく、「何をやらないか」を考えておくことが重要になる。何を優先して継続するのか、何を縮小するのか、何を一時中止するのか。さらに、自院だけでは対応できなくなったときに、いつ、誰に助けを求めるのか。災害の種類だけで対応を決めるのではなく、その時点で自分たちに「何ができるのか」を見極め、それに応じて行動を変えていく必要がある。

そして第三が**情報管理**である。災害時に適切に判断するためには、まず「今、何が起きているのか」が分からなければならない。患者の状況、職員の状況、自院の機能、ライフラインや道路の状況、そして地域の医療・介護事業所がどこまで動けているのか。必要な情報を収集し、記録し、共有し、刻々と変わる状況に応じて更新していく。**情報がなければ判断できず、情報が共有されなければ連携できない。**

特に在宅医療では、この「情報を共有する」という視点が自院BCPから地域BCPへとつながっていく。大規模な災害になれば、一つの診療所だけで在宅療養者を支え続けることには限界がある。しかし地域を見渡せば、「訪問できるスタッフはいるが物資がない」「非常用電源を持っている施設がある」など、それぞれが異なる強みと弱みを持っている。互いに「何に困っているのか」「何を助けてもらいたいのか」「自分たちは何を提供できるのか」が分かれば、地域に分散している資源をつなぎ、補い合うことができる。

こうした考えから、札幌市中央区在宅ケア連絡会では、BCPを単に各事業所で作成するだけではなく、地域の中で実際に機能させるための取り組みを進めている。例えば、災害時の具体的なケースについて「自分ならどうするか」「なぜそうするのか」を話し合い、それぞれが大切にしている価値観を共有する。また、時間とともに被害状況が変化する机上訓練を行い、どのように情報を集め、記録し、共有するのか、さらにどの業務を続け、何をやめるのかを実際に考える。

ここで大切なのは、訓練で「正解」を出すことではない。実際に考え、動いてみることで、「この情報が足りない」「誰に連絡すればよいか分からない」「ここから先は自分たちだけでは対応できない」といった課題が見えてくる。そして地域の事業所同士で取り組むことで、お互いができること、できないことも見えてくる。

BCPを一緒に考えるプロセスそのものが、災害時に助け合える地域の関係づくりにつながると考えている。

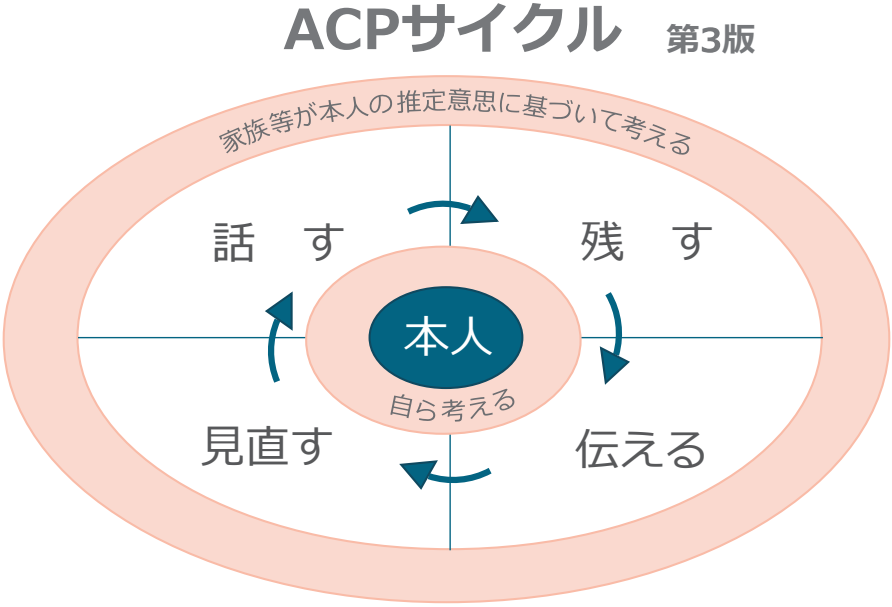
BCPは、一度作成して完成するものではない。作成し、訓練し、振り返り、修正する。それを繰り返すことで初めて、紙の上のBCPから「使えるBCP」へと育っていく。不確実な状況でも、それぞれが「何を大切にするのか」を共有し、必要な情報をつなぎ、自ら考え、連携して動ける状態をつくること。それこそが、在宅医療における「機能するBCP」の目指す姿である。

在宅と救急の現場におけるACPの実際

―在宅医、かかりつけ病院内科医、二次救急当番医の1人3役の立場から―

社会医療法人恵和会西岡病院
内科　澤田　格

私は、在宅医、かかりつけ病院内科医、二次救急当番病院の担当医という1人3役の立場で日常診療をしており、在宅から病院、救急へつながるACPを意識しています。厚生労働省のいう「人生会議」は、希望を固定することでも、治療を拒否することでもありません。本人の価値観や大切にしたい生活を出発点に、病状や生活の変化に応じて話し合い、記録し、伝え、見直すプロセスです。私達はこれを「話す、残す、伝える、見直す」という「ACPサイクル」（私たちの造語）として整理し、2018年から使っています。添付します図は、その循環を示したものです。



2018年3月13日　札幌総合法律事務所 福田 直之弁護士 と 西岡病院 澤田 格医師による共同作図
2019年9月15日　改訂第２版　福田弁護士と澤田医師の共同作図
2023年8月15日　改訂第３版　福田弁護士と澤田医師の共同作図

本人を中心に置き、①話す、②残す、③伝える、④見直すという対話と共有を繰り返すACPの循環。家族等は周囲から支えるというイメージ。本人の意向は、病状、生活環境、家族構成、気がかり、医療・介護の状況によって変化し得るため、継続的なフォローアップが必要。

事例1。誤嚥性肺炎、認知症があり、胃瘻をめぐって家族の意見が分かれた80代男性。家族からは、娘は「胃瘻くらいまでして頑張ってほしい」、妻は「本人と話したが、つらい治療は望まない」、本人からは「胃に穴を開けるのは拒否だ」と、それぞれ異なる声が聞かれた。一方、治療の経過の中で、本人が「(孫の結婚式に)行きたい」、「家に帰るのが目的だ。そのためなら何でもする」という言葉を述べ、治療行為の賛否だけでなく、孫の結婚式に行くことや自宅に帰ることが、本人の生きる価値・目標だと捉え直す機会が訪れました。結果的に看取りのプロセスとなったが、本人も家族も満足した経過を辿ることができた事例で、本人の言葉をできるだけ丁寧に聴き、家族の解釈だけで意思を代弁しないこと、本人の意思を確認し直すことの大切さを実感した事例でした。

事例2。肺がん、COPD、在宅酸素療法を抱え、本人は「もう入院はこりごり。最期は自宅で過ごしたい」、「少しでよいから酒を飲みたい」と希望されました。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問入浴を組み合わせ、自宅では入院中に見せなかった生き生きした笑顔が見られた。しかし病状が進むと呼吸苦が強まり、妻が救急車を呼び、搬送直後に亡くなられた。在宅で確認した希望と、急変時に家族が直面する恐怖との間に、相違はあったが、プロセス全体を通して、本人・家族の安心感、達成感が満たされる結果であった。訪問診療医の立場から2次救急当番医の立場を私ひとりで対応したケースでした。

当院では、2015年、2020年、2025年の入院患者のACP記録を振り返りました。2025年の記録は、自己決定型60.0%、家族委任型20.0%、条件付き治療希望型14.7%、未決定・保留型5.3%に分類されました。これは意思決定の多様性を示す当院の実践データです。また、年齢層が上がるほど「延命希望なし」「苦痛緩和」「胃瘻・人工栄養拒否」が増える傾向であり、年次的な全体の変化を具体的に見ることができるデータでした。

ACPは話し合いのプロセス（完全なプロセス主義）であり、リビング・ウィルや事前指示書（結果主義的な要素が強いもの）ではありません。決して救急搬送を避けること自体を目標とせず、搬送する場合もしない場合も、本人にとって何を守る選択なのかを具体化する。そのために平時から、「もし苦しくなったら」「改善する見込みがあるなら」「自宅で困難になったら」と問い、記録し、救急を含む次の現場へ伝え直します。

ACPは、将来の正解を一度で決めることではありません。本人の人生の目標を医療・介護の判断につなぎ、急変時にもその人らしい選択に近づけることを目的としています。本人自ら考えを言語化し、周囲は本人の言葉を聴き、記録を残し、救急を含む次の場面へ確実に伝える。「ACPサイクル」を日常業務に組み込み、対話の技術を磨くことが、在宅から救急まで切れ目のない支援につながると確信しています。

緊急ACPについて

勤医協中央病院
田口　大

当院のデータでは、救急搬送のうち70歳以上の高齢者の割合が約6割を占めます。そして、ER搬入時に**すでにACPが実施されている割合が6.0%**で、**ERで緊急ACPが実施される割合が10.7%**となっています。さらに院内急変案件では心肺蘇生処置が実施されても救命される案件は皆無です。そもそも院内急変案件は本当に急変なのか？ ERで臨時入院した時点で残された人生がわずかだったのに、大事な最期の迎え方や患者の人生観や価値観を確認できていなかっただけではないのか？というモヤモヤした思いを救急医は抱いています。本執筆を機会に改めてACPに関してたどり着いた参考図書で感銘を受けた2冊をご紹介します。是非、ご一読いただきたいと思っています。

1冊目は伊藤香・大内啓著の「**新訂版 緊急ACP 悪い知らせの伝え方、大切なことの決め方**（医学書院）定価2,640円（税込）」です。本書では、医療従事者が患者・家族とのコミュニケーションスキルとして**SPIKES・NURSE・REMAP**を身に付けている必要があることを気付かせてくれました。

●**SPIKES** 悪い知らせを話す際のロードマップ

Setup	会話に備える（情報、場所、人）
Perception	患者の理解を把握する
Invitation	本題に入る前に患者の許可を得る
Knowledge	簡単にわかりやすく伝える
Emotion	患者の感情に対応する
Summarize	話し合った内容をまとめ、今後の方針を説明する

●**NURSE** 感情に対するスキル

Naming	感情を言葉で示す
Understanding	理解を示す
Respecting	敬意を示す
Supporting	支持を示す
Exploring	さらに掘り下げて聞く

●**REMAP** 治療のゴールを決めるためのロードマップ

Reframe why the status quo isn't working	状況の変化を伝える
Expect emotion & empathize	感情に対応し、共感する
Map the future	将来を見据え、 重要な価値観を掘り下げる

Align with the patient's values　　患者の価値観に基づいた治療の方向性を確認する

Plan medical treatments that match patient values　　患者の価値観に合った治療計画を立てる

2冊目は中川俊一著の「**米国緩和ケア専門医が教える あなたのACPはなぜうまくいかないのか？**（MEDICAL VIEW）定価2,970円(税込)」です。今までの自分が行なってきたACPがいかに不味かったか、事前指示書のピットフォール、これからのコミュニケーションスキルの改善点に関してたくさん気付かせてくれました。本書で推奨する**3ステージプロトコル**をまとめてみました。

1st stage：病状の説明

事前の準備
相手の理解を確認
情報の伝達
　2分ルール& 50%ルール
予後情報
　時間vs自立度vs時間＋自立度
感情への対応
　NURSEで対応
質問にはワンワードまたはワンセンテンスで答える

⇩

2nd Stage：治療ゴールの設定（患者側の情報がメイン）

人生観、価値観を探る質問→患者の人となりを知る
「〇〇さんがどんな人なのか、教えてもらえますか？」「〇〇さんはどんな性格ですか？」
「楽しみにしていることって何ですか？」
「本人の生きがいって何ですか？」
「本人はどんなことを大切にする人ですか？」
「本人にとって一番大事なものって何かありますか？」
「今後状態が悪くなったときに、一番気がかりなことは何ですか？」
「このように具合が悪くなったときのことを、本人と相談したことがありましたか？」
「●●になったら生きていたくない（死んだほうがまし）という考えはありますか？」
治療のゴールを３つに分ける
　①フルコース（Survivalを延ばす）
　② Withhold （〇〇をしない）
　③ 完全緩和、Withdraw(〇〇をやめる。Comfortを最大化、あらゆる苦痛を取り除く）

⇩

3rd Stage：治療オプションの相談（医療者側がリードする）

一つ一つの医療行為のbenefitとBurdenを考える→何が必要で、何が必要でないのか？
一つ一つの治療について相手に許可を求めない
×「心臓マッサージはどうしますか？」「抗生剤を続けたいですか？」
ゴールに沿った治療をこちらから提案する
　「〇〇は続けましょう。ただ▲▲とか□□はしない方が良いと思います。」
治療法については交渉が必要
状況に応じてtime limited trialを考える

※1　1st→2nd→3rd のように進める。2ndが最も重要。
※2　2ndでは Tell me more, Why? What else？ で会話を広げて掘り下げる
※3　決断をその場で無理強いしない。説得ではなく納得が人を決断させる。
※4　「DNARを取る」という表現を使用しない。意向の確認なので、今の職場で「DNARを取りますか？」の発言があれば、修正をする。

札幌市の在宅医療に関する取組について

札幌市保健福祉局
高齢保健福祉部介護保険課
ウェルネス推進部医療政策課

はじめに

市民の命と暮らしを24時間体制で支えていただいている在宅医の皆様に深く感謝申し上げます。

本稿では、札幌市の在宅医療に関する計画及び施策についてご紹介いたします。

1　さっぽろ医療計画2024について

札幌市では、医療分野の計画として策定した「さっぽろ医療計画2024」（計画期間：2024～2029年度）において、「市民が生涯を通して健康で安心して暮らせる社会の実現に向けた医療・保健システムの確立」を基本理念とし、施策の柱のひとつに在宅医療を掲げています。

本計画では、急速に進む高齢化に伴い在宅医療需要が急増すると予測されることから、在宅医療の施策の方向性を以下の３点とし、後述する各取組を実施しております。

①在宅医療機関同士の連携体制の整備や在宅医療を担う医療従事者の確保
②多職種における連携や情報共有の体制を強化
③人生会議（ACP）の考え方を含め、在宅医療に関する市民への情報発信の強化

また、本計画では、「在宅医療を受けている市民の満足度（目標値：80.0%）」を在宅医療の指標のひとつとしております。2025年度の市民意識調査では、実際の利用者の87.7%が「満足」（「満足している」31.6%・「どちらかといえば満足」56.1%の合計）と回答し、目標値を大きく上回る高い評価をいただきました。在宅医療の需要が増加する中においても、質の高い医療を提供していただいている在宅医の皆様に改めて感謝申し上げます。

2　札幌市の在宅医療に関する取組について

札幌市では主に以下の事業を札幌市医師会への委託により展開しています。

（1）　医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態となっても高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、以下の２点について実施しています。

①在宅医療・介護連携に関する相談窓口の運営：在宅医療と介護の連携に資する情報提供や助言を目的に医療機関及び介護サービス事業者を対象とした相談窓口を設置し運営する。

②在宅医療・介護に関する普及啓発等：市民向けシンポジウム等の開催、在宅医療及び介護従事者向け意見交換会の実施、在宅医療・介護連携手帳の配布等を実施。

（2） 在宅医療提供体制整備業務

以下の３点について実施しています。

①人材育成：在宅医療に取り組む、または新規参入を目指す医師へ勉強会や同行研修の実施。

②グループ診療体制：夜間・休日の代診や緊急時の後方支援を市内10区で運用。令和8年度からは、より活用しやすくするため運用方法を一部見直し。

③普及啓発：在宅医療や人生会議（ACP）市民向け講演会の実施。

（3） 在宅医療連携拠点業務

2025年度に、北海道から「在宅医療連携拠点」の実施主体として札幌市、共同実施主体として札幌市医師会が指定を受けたところです。全市を統括する「基幹拠点」と区ごとに「区域拠点」を設け、地域特性に応じた多職種連携を推進しています。

札幌市在宅医療協議会の活動について

札幌市在宅医療協議会
会長　三木　敏嗣

私たち「札幌市在宅医療協議会」は、札幌市医師会と連携しながら、在宅医療・在宅療養の振興と発展を目指して活動しています。地域で質の高い在宅医療を提供し、市民の皆様が最期まで住み慣れた地域やご自宅で自分らしい生活を続けられるよう支えることを大きな目標に掲げています。この機会に、私たちの歩み、在宅医療への思いと活動をご紹介するとともに、多くの先生方に入会いただきたくご案内申し上げます。

＜会員同士のつながりを大切にしています＞

当協議会は、平成27年9月29日に坂本仁先生を初代会長として設立され、札幌市医師会と緊密に連携しながら、円滑な在宅医療体制と多職種連携体制の構築を目指して活動を始めました。設立年の12月には会員向けメーリングリストが開設され、オンライン上での活発な意見交換がスタートしています。在宅医療の現場では、判断に迷う場面や誰かに相談したい場面が少なくありません。そうしたときに気軽に質問したり情報を共有したりできる環境が整っており、会員同士の親睦を深めながら和気あいあいとした雰囲気で成長していけることが私たちの強みです。設立から11年が経ち、現在では札幌市医師会の協議会の中で会員数が3番目に多い組織へと発展しました。

＜良質な在宅医療と、自分らしい生活の実現のために＞

私たちの活動は、おおむね次の四つに整理できます。

- 在宅医療を提供する医師の組織化と質の向上
- 在宅看取りの支援と後方支援体制の構築
- 多職種連携の推進
- 札幌市の地域包括ケアシステム構築への寄与

人材育成の面では、研修会の開催や訪問診療への同行研修を通じて、良質な在宅医療を提供できる医師の養成に努めています。「在宅医療に役立つ研修会」シリーズでは、緩和ケア、眼科、皮膚科、透析、医療的ケア児や移行期医療など、幅広いテーマをこれまでに取り上げてきました。また、「在宅医療に役立つ情報集」の出版も活動の柱の一つです。初版は手作りの温かみのあるものでしたが、現在では在宅医療実施施設、後方支援施設、訪問看護ステーションまでを網羅する、札幌市の在宅医療に欠かせないデータブックへと成長しました。市民向けの啓発としては、全国在宅療養支援医協会および公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団と共催で「在宅医療推進フォーラム」を開催しています。最近ではショッピングモールでの斬新なイベントも実施し、全国的な注目を集めました。

＜現場へアウトリーチする医療、そして災害時の自主的な対応へ＞

私たちが在宅医療の本質と考えるのは、患者さんの生活の場に自ら足を運び寄り添う「現場へアウトリーチする医療」です。このアウトリーチ力は、災害時や有事にも大きな力を発揮します。平成30年の北海道胆振東部地震とそれに伴う広域停電（ブラックアウト）の際には、直ちに小委員会を立ち上げ、災害時に在宅医が取るべき行動を検討しました。これを契機に救急医、警察医、救急救命士との連携も大きく前進し、相互研修も実現しています。コロナ禍でも私たちの機動力が生かされました。2020年5月、クラスターが発生した施設には対応可能な会員が医療支援の実働部隊として入り、現地での看取りを含め切れ目なく活動しました。2021年5月のコロナ第4波で札幌の入院病床が逼迫した際には、在宅療養中のコロナ患者への往診体制に応じて多くの会員がCOVID在宅チームに参加し、即応性と会員同士の連携力を発揮しました。いざというときに、対応可能な医療機関が自主的に動き、助け合いながら現場へ飛び込んでいける心強いネットワークが、ここにあります。

＜心ある先生方、ぜひご一緒しましょう＞

地域包括ケアの時代を迎え、在宅医療の役割はますます大きくなり、その可能性は無限に広がっています。「さっぽろ医療計画2024」の策定に際しては協議会から委員を派遣し、在宅現場の声を国、道、市に届ける道も開かれました。第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」事業は、2025年に札幌市医師会が受託し、当協議会はその実践をサポートする立場にあります。これから在宅医療を始めたい先生も、すでに最前線で活躍されている先生も、ぜひ札幌市在宅医療協議会へお入りください。会員同士で交流を楽しみながら、地域での質の良い在宅医療と、市民の皆様が最期まで住み慣れた地域やご自宅で自分らしい生活を送れる社会を、一緒に築いていきましょう。心ある先生方のご参加を心よりお待ちしております。入会をご希望の方は、札幌市医師会（011-611-4181）事務局までご連絡ください。

在宅ケア連絡会に行こう！

静明館診療所
大友　宣

札幌で発明されたものはたくさんあります。「味噌ラーメン」「メパフェ」「雪まつり」はよく知られています。「在宅ケア連絡会」も札幌の発明品です。しかも、この発明品は在宅医療には切っても切れないものです。病院で専門医として勤務していたりするとよく実感が湧かないのですが、在宅医療には多職種連携とか多職種協働が必須です。これがなければ成り立たないくらいです。病院では、ほとんどの場合は医師がトップとなっているヒエラルキーのもとのチーム医療になっています。在宅医療や在宅ケアの現場では医師も多職種協働の一員であり、対等な立場として他の専門職種を尊重しながら協働していく必要があります。そのような在宅医療や在宅ケアにおける多職種連携、多職種協働のプラットフォームとして、札幌で在宅ケア連絡会が発明されました。

1986（昭和61）年、医師が定期的に患者宅を訪問する「訪問診療」が導入されました。1992（平成4）年には医療法の改正により、医療を受ける者の居宅等において医療が提供されるという体系が規定されました。1994（平成6）年には診療報酬に「在宅医療」の項目が新設されました。高齢者問題について中長期的な考察を行っていた札幌市医師会医療システム検討調査委員会は、1995（平成7）年在宅療養についての報告をまとめ、同年在宅療養支援委員会が発足しました。両委員会は1997（平成9）年札幌市医師会は地域在宅ケアシステムを実際的に運用する役割をはたすことが望まれる、と報告しました。これを受けて、札幌市西区医師会員有志が呼びかけ、1997(平成9)年8月「西区在宅ケア連絡会」が発足しました。西区在宅ケア連絡会の目的は、

1．西区内に居住し在宅療養を希望する人々の在宅療養推進のための連絡調整をはかること
2．医療、保健、福祉の三者およびMSWなどが集まり一人一人の患者について、実際的な検討を行い実のある結論が出るようにする
3．できることから始める

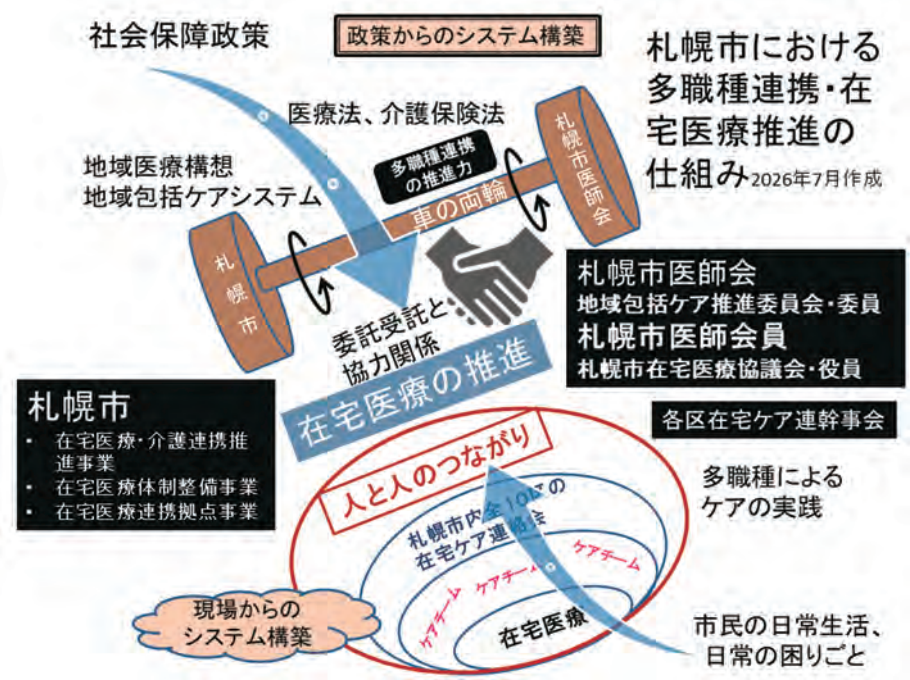
でした。関係者が集まり、明日からすぐ役に立つ結論がでる会を目指しました。参加の呼びかけは、医師、歯科医師、行政職員、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、リハビリ、薬剤師、栄養士など全ての医療機関、介護事業所の職員になされ、さらに、一般住民のどなたでも参加は構いません、とされました。これ以降西区では在宅ケア連絡会が300回以上も続けられています。その歩みに合わせて、札幌市内の他の各区でも在宅ケア連絡会が開催されるようになりました。また、北海道の各地でも同様の在宅ケア連絡会が生まれたりしています。1年に1回ビール園などで700名規模の「連絡会の連絡会新年交流会」が開催され、各職能団体の会長や市

長も参加したりしています。

全国的に見て、他の都府県にも多職種連携の会はあるのですが、行政主体でも医師会主体でもない比較的自由な組織で、これほど大規模に多職種連携の事業を行なうことができている例は見たことがありません。また、これほど、行政や医師会の在宅医療や在宅ケアに関連する委託事業に深く関わっている自由な組織の例を見たことはありません。それほど特徴的であるように思われます。

現状では「医療従事者向け事例検討会・勉強会」「在宅医療・介護の連携に関する多職種との意見交換」「在宅医療・介護連携に関するシンポジウム」「各区域連携拠点で行なう研修会」など様々な委託事業が在宅ケア連絡会の場で行われているのが事実になります。

在宅医療を行なうためには多職種連携、多職種協働が必須です。在宅医療を行う医師は他の専門職種と協働してその地域をつくりあげることが求められています。札幌で『ザイタク』やるなら、「味噌ラーメン」「メパフェ」「雪まつり」といっしょに「在宅ケア連絡会」もどうぞ！



札幌市医師会
在宅医療バックアップ体制について

札幌市医師会　地域医療部
部長　熊谷　範子

地域包括ケアシステムは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者が重度の要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進することに始まりました。医療においては、高齢化に伴い疾病構造が変化し、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められています。在宅医療は、入院医療・外来医療・介護・福祉サービスなどと連携し、地域包括ケアシステムの中心としての役割を果たすことが期待されています。2026年を迎えた現在、85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年に向けて、年齢や疾病、障害によらず、すべての市民が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域共生・地域の支えあいの重要性が叫ばれるようになりました。その実現のためにも、在宅医療は引き続き重要な役割を担うことが期待されています。

当会では、急性期から回復期、慢性期まで、患者の状態に見合った医療提供体制の整備を行うとともに、在宅医療等を積極的に推進しています。在宅医療に携わる会員の先生方のお役に立てるよう、以下のようなバックアップ体制を構築しております。

1．在宅療養情報マップ：訪問診療医や対応可能な分野などを検索できるページです。
2．往診バックアップシステム【通称：BATON】：学会等で不在時や新興感染症流行時に会員が罹患した際の支援を行うシステムです。旧「主治医・副主治医システム」を新たに見直しました。
3．在宅緊急時後方支援病院体制：在宅医療を受けている患者に入院が必要となった際の緊急時のバックアップを行う病院の体制です。
4．在宅医療・介護連携手帳：訪問診療医、多職種、病院等の情報共有を推進するためのツールです。
5．在宅医同行研修：新たに在宅医療への参入を目指す医師や在宅医療への理解を深めたい医師を対象に、在宅医療を実践している医師の訪問診療に同行する研修システムです。
6．在宅医療・介護・認知症サポートセンター：医療機関や介護サービス事業等

において従事する医療・介護関係者からの在宅医療や認知症医療に関する相談の窓口です。

7．在宅医療に関する研修会：医師や市民向けの研修会を実施しています。

これらのバックアップ体制は、在宅医療に従事する会員の先生方だけでなく、在宅医療を提供する医療機関と連携する会員の先生方にも役に立つ内容も多く含まれています。詳細は次項以降をご参照ください。ぜひ、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

在宅医療・介護・認知症サポートセンター

「在宅医療・介護・認知症サポートセンター」では、医療機関および介護サービス事業所等において従事する医療・介護関係者からの相談に応じ、在宅医療と在宅介護の連携や認知症の早期相談、早期診断等の推進に資する情報提供及び助言、その他必要な調整や支援を行なっております。ぜひご活用ください。

このような相談内容にお応えします。

《 例えば 》

●訪問診療してくれる医療機関を教えてほしい

対応 ➡ ご希望、病状等を伺ったうえで、訪問診療を行っている医療機関をご案内します。

●認知症の専門医のいる医療機関を教えてほしい

対応 ➡ 当会所属医療機関に調査した診療体制や各機能（鑑別診断・入院・訪問診療等）の情報をもとに、ご案内します。

●認知症患者の入院先を探している

対応 ➡ 病状や緊急度を伺い、入院対応可能な医療機関について、調整を図ります。

●通院患者について生活全般に心配があるが、どこに相談するとよいのか

対応 ➡ 生活状況やお住いの区を伺い、所管する地域包括支援センターについてご案内します。必要に応じて介護保険制度や手続きについての情報提供もします。

相談方法

専門相談員が常駐していますので、お電話いただくか、直接窓口（札幌市医師会館１階 ※青色の看板が目印です）にお越しください。



☎フリーダイヤル　0120-142-864
午前10時～午後５時（月～金）
（祝日・年末年始を除く）

在宅療養情報マップ

当会では、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みの一つとして「在宅療養情報マップ」を当会ホームページで一般公開しております。

このマップは、各医療機関の在宅診療体制から、訪問主治医等の情報を検索できます。

在宅診療を担う医療機関や専門領域の在宅医をお探しの際にはご活用ください。

https://www.spmed.jp/home-map/worker/

【検索方法】

「条件検索」と「キーワード検索」があります。必要な項目を選択し、検索してください。



（画面の一部）

主な検索項目

- 医療機関の役割
  （訪問主治医・訪問副主治医・訪問協力医後方支援施設・認知症対応医）
- 訪問可能な区、時間
- 対応可能な分野
- 医師の診療以外に可能な対応
- 対応可能な医療の範囲

【検索結果】

「一覧表」もしくは「マップ」で表示されます。検索結果は印刷することも可能です。



（一覧表）



（マップ）

【掲載情報】

①各医療機関の情報（担当者・担当部署・氏名・診療科目、住所、電話番号など）

②病院、診療所との連携や在宅医療への取り組みや特徴

※登録のお願い

情報の更新は、定期的に行っておりますが、掲載内容の修正や追加が必要となりましたら、札幌市医師会事務局までご連絡ください。

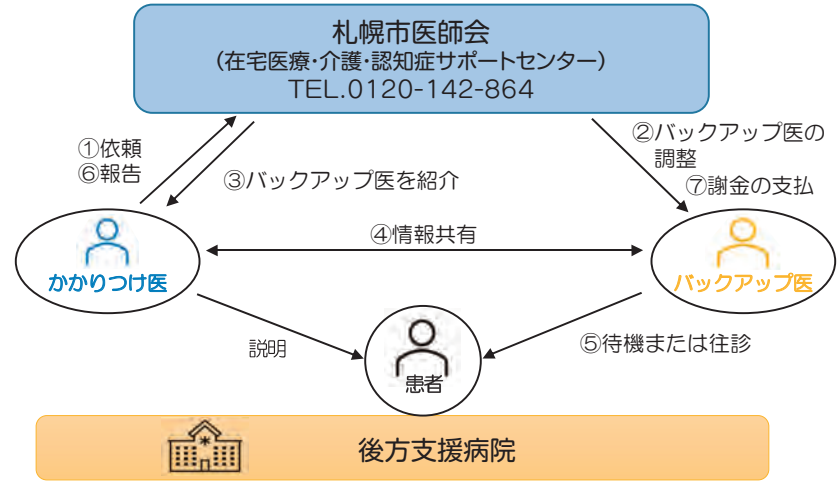
往診バックアップシステム【通称：BATON】

札幌市医師会では、在宅医療を行う医療機関のグループを形成し、学会出張等で不在にする際や、新興感染症発生時等に、会員が罹患あるいは濃厚接触者となった場合の往診支援を行うことを目的として、往診バックアップシステムを構築しております。これから新規で在宅医療を始めようとする会員は、本システムにご参加いただくことにより、在宅医療の経験が豊富な医療機関から必要時に往診支援を受けることが可能です。

本システムの詳細及び参加をご希望する会員につきましては、事務局（札幌市医師会 在宅医療・介護・認知症サポートセンター）までお問い合わせください。

基本型

【往診バックアップシステム　イメージ図】



本システムの利用について

■利用できる医療機関（かかりつけ医）

・本システムに登録している医療機関。

・在支診３及び在支診の届出を行っていない医療機関。

※同じ法人内での利用は不可。

※原則、同じ区内、もしくは隣接区での連携に限る。

■往診対応を行う医師（バックアップ医）

・本システムに登録している医療機関の医師。

・在支診１及び在支診２の医療機関の医師。

■依頼できる患者

・看取り対応が必要な患者、状態変化時対応が必要な患者とし、かかりつけ医が不在の間、バックアップ医が往診対応を行うことに同意している患者。
・１回の利用で依頼できる患者数には、原則として上限があります。詳細は、事務局までお問い合わせください。

■利用可能日数・依頼回数

・１度の依頼で利用できる日数･回数には、原則として上限があります。詳細は、事務局までお問い合わせください。

患者への同意について

・かかりつけ医は、本システムを利用する際、事前に患者に説明を行い、同意を得ること。

往診を行った際の診療報酬について

・往診を行った医療機関（バックアップ医）がカルテを作成し、診療報酬を請求する。

バックアップ医への謝金について

・バックアップ医には、札幌市医師会から謝金を支払う。

その他

・死亡診断書について、バックアップ医が初診で死亡診断をした場合でも、検案書ではなく死亡診断書として発行ができる。（かかりつけ医との間に事前の情報共有ができているため）
・バックアップ医が診療時間内に、看取りや状態変化時対応等で出勤しなければならない時は、代診により不在である旨を分かりやすい場所に掲示することで医療法上問題ない。

在宅緊急時後方支援病院体制

往診バックアップシステムを推進するため、在宅医療を担う医師の緊急時の支援体制である「札幌市医師会在宅緊急時後方支援病院体制」を運用しております。

本体制は、在宅療養中の患者が緊急の入院や医療対応を必要とした際に、円滑な受入れを行うための仕組みです。参画医療機関による輪番制で運営しており、2か月ごとに当番表を作成しています。

【在宅緊急時後方支援病院体制の概要】

・当　　番　　日：日曜日・祝祭日・年末年始（12月29日～1月3日）
・当 番 時 間 帯：午前9時から翌日午前9時
・参 画 医 療 機 関 数：32施設（輪番制）
・参画医療機関の役割：①在宅医療を実践している会員医療機関、介護施設、住宅関連事業所等からの受入れ要請に応じ、診療を行う。
②受入れ要請に対応するための病床を確保する。
・注　意　事　項：①当番病院へ患者を搬送する際は、事前に「Dr.to Dr.」により直接連絡を行い、承諾を得たうえで搬送を行う。
②当番病院が満床の場合あるいは処置中等で対応できない場合は、市立札幌病院へ依頼する。

参考：https://www.spmed.jp/member/homecare/
※会員専用ページ

★参画医療機関の募集について

本事業への参画にご関心のある医療機関は、事務局までお問い合わせください。

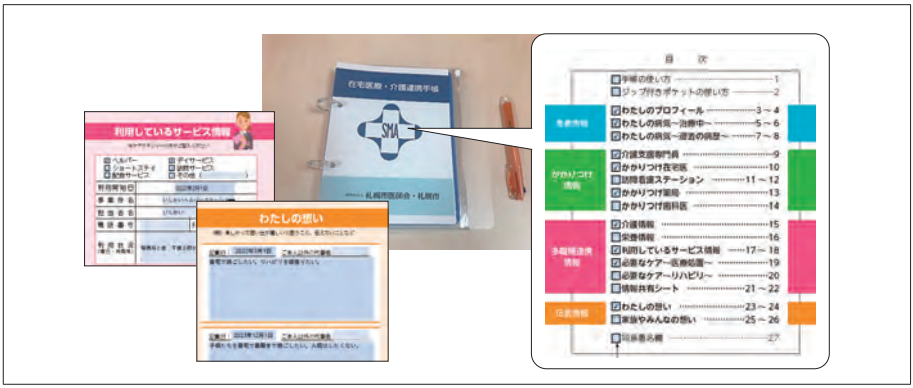
【お問合わせ先】札幌市医師会　事業一課
在宅医療・介護・認知症サポートセンター
TEL：0120-142-864

在宅医療・介護連携手帳

当会では、在宅医と多職種、後方支援病院との情報共有を推進するため、患者の基本情報の共有や連絡ノートとして活用できる「在宅医療・介護連携手帳」を作成しております。

配付対象者　**医療と介護のサポートが必要な方**

手帳の内容　A5サイズのリングファイル（全27頁）。診察券やお薬手帳などを保管できるファスナーポケット付き。名刺入れもあるため、担当者が変わっても差し替え保管が可能です。掲載項目は目次をご参照ください。



利用方法　ご希望される場合は、下記担当者までご連絡ください。
手帳の各頁は、札幌市医師会「会員専用」のホームページからダウンロードができます。
データは、『印刷用』と『データ入力用』の2種類があります。

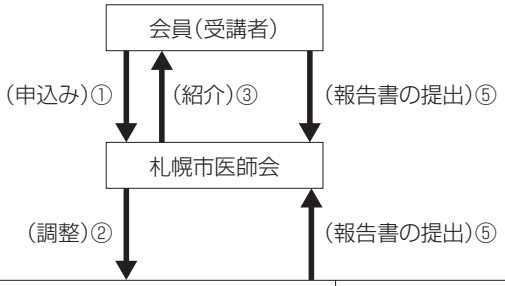
・印刷時は関連した2枚の頁がA4サイズで印刷されますので、半分に折るなどしてご利用ください。
・データ入力用はダウンロードいただいた後に、ご入力ください。

【お問合わせ先】札幌市医師会　事業一課
在宅医療・介護・認知症サポートセンター
TEL：0120-142-864

在宅医同行研修

新たに在宅医療参入を目指す、また興味がある医師を対象に在宅医療を実施している医師の訪問診療に同行し研修を行っております。研修期間は、半日からでも可能です。

訪問診療の実地研修を希望される先生は、是非ご利用ください。



支　部	指　導　医	専門分野
中央区東	矢崎　一雄(静明館診療所)	一般、神経難病
東	中川　貴史(栄町ファミリークリニック)	一般、緩和ケア
白石	熊谷　範子(くまさんクリニック)	一般、緩和ケア
厚別	中木村　繁(ファミリークリニックこころ)	外科、リハビリテーション科
清田	藤原　葉子(ホームケアクリニック札幌)	緩和ケア
西	吉澤　朝弘(勤医協札幌西区病院)	一般、緩和ケア
西	一木　崇宏(ホサナファミリークリニック)	小児
手稲	大塚　亮平(手稲家庭医療クリニック)	一般、緩和ケア
手稲	土畠　智幸(生涯医療クリニックさっぽろ)	小児、人工呼吸器(身体障がい)

R8.9月現在

【受講にあたっての流れ】

①希望者（受講者）は申込書を札幌市医師会事務局へ送付（随時受付）
②事務局は指導医と調整を行う。
③指導医を受講者へ紹介する。
④指導医と受講者は調整の上、同行研修を実施する。
⑤指導医及び受講者は、同行研修終了後実施報告書及び受講報告書を札幌市医師会へ提出する。

※指導医と同じ法人内での受講については認めない。

【お問合わせ先】札幌市医師会　事業一課
在宅医療・介護・認知症サポートセンター
TEL：0120-142-864

関係機関連絡先

札幌市医師会　在宅療養情報マップ
https://www.spmed.jp/home-map/worker/
札幌市医師会
在宅医療・介護・認知症サポートセンター
TEL　0120-142-864

札幌市医師会　医療機関情報マップ
https://www.spmed.jp/medimap/
札幌市医師会
TEL　011-611-4181

札幌歯科医師会　歯科訪問診療
https://sasshi.jp/visitdental-search
札幌歯科医師会
TEL　011-561-3001

札幌薬剤師会　在宅医療受入可能薬局マップ
https://www.satsuyaku.or.jp/zaitaku/
札幌薬剤師会
TEL　011-814-5556

札幌市地域包括ケアマップ
https://www.city.sapporo.jp/koreifukushi/index_11.html

札幌市地域包括支援センター・介護予防センター一覧 令和8年4月1日現在

※「担当地区」は、各まちづくりセンターの名称で表記しています。

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区（まちづくりセンター）
中央	**札幌市中央区第1地域包括支援センター**	**060-0062**	**札幌市中央区南2条西10丁目1001-5** パールタウン内	**209-2939**	**271-7878**	**下記の地区すべて**
	札幌市中央区介護予防センター大通公園	060-0062	中央区南2条西10丁目1001-5 パールタウン内	271-1294	271-7878	本府・中央、西創成、大通・西、桑園
	札幌市中央区介護予防センター北一条	064-0958	中央区宮の森1237-1 宮の森病院内	777-3000	611-2228	東北・東、苗穂、豊水
	札幌市中央区第2地域包括支援センター	**064-0941**	**札幌市中央区旭ヶ丘5丁目6-51**	**520-3668**	**561-8300**	**下記の地区すべて**
	札幌市中央区介護予防センター円山	064-0944	中央区円山西町4丁目3-20 西円山敬樹園内	633-6056	644-9619	南円山、円山
	札幌市中央区介護予防センター宮の森	064-0958	中央区宮の森1237-1 宮の森病院内	611-7741	611-2228	宮の森
	札幌市中央区第3地域包括支援センター	**064-0919**	**札幌市中央区南19条西8丁目1-14 第18ふじい宅建ビル2階**	**205-0537**	**205-0538**	**下記の地区すべて**
	札幌市中央区介護予防センター曙・幌西	064-0944	中央区円山西町4丁目3-20 西円山敬樹園内	633-6055	644-9619	曙、幌西
	札幌市中央区介護予防センター旭ヶ丘	064-0941	中央区旭ヶ丘5丁目6-51 慈啓会 特別養護老人ホーム内	532-6110	530-1623	山鼻
北	**札幌市北区第1地域包括支援センター**	**001-0024**	**札幌市北区北24条西5丁目札幌サンプラザ5階**	**700-2939**	**700-5037**	**下記の地区すべて**
	札幌市北区介護予防センター新道南	001-0024	北区北24条西5丁目 札幌サンプラザ5階	707-4129	700-5037	鉄西、幌北、北
	札幌市北区介護予防センター新琴似	001-0901	北区新琴似1条11丁目5-7 パークハイツ7号室	769-2800	790-6030	新琴似

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区 (まちづくりセンター)
北	**札幌市北区第2 地域包括支援センター**	**001-0040**	**札幌市北区北40条 西4丁目2-7 札幌N40ビル　2階**	**736-4165**	**746-1665**	**下記の地区 すべて**
	札幌市北区 介護予防センター 百合が原	002-8081	北区百合が原11丁目185-13 オニオンコート内	774-3333	774-3377	麻生、 太平百合が原
	札幌市北区 介護予防センター 篠路	002-8022	北区篠路2条9丁目1-80 グリーンピア篠路内	770-6161	770-6262	篠路茨戸
	札幌市北区第2 地域包括支援センター 拓北・あいの里支所	**002-8072**	**札幌市北区あいの里 2条5丁目1-45 あいの里三育ビル3階**	**214-9323**	**214-9345**	**下記の地区 すべて**
	札幌市北区 介護予防センター 茨戸	002-8042	北区東茨戸2条2丁目8-21 福寿園内	773-6110	775-5880	拓北･あいの里
	札幌市北区第3 地域包括支援センター	**001-0908**	**札幌市北区新琴似 8条14丁目2-1**	**214-1422**	**214-1423**	**下記の地区 すべて**
	札幌市北区 介護予防センター 新川・新琴似西	001-0930	北区新川715-2 新川エバーライフ内	764-2232	768-2413	新川、新琴似西
	札幌市北区 介護予防センター 屯田	002-8081	北区百合が原11丁目185-13 オニオンコート内	774-3740	774-3377	屯田
東	**札幌市東区第1 地域包括支援センター**	**065-0023**	**札幌市東区北23条 東15丁目5-26 昌栄堂ビル3階**	**711-4165**	**751-3272**	**下記の地区 すべて**
	札幌市東区 介護予防センター なえぼ	065-0042	東区本町2条5丁目7-10 竹田ビル1階	782-7010	785-6572	鉄東、苗穂東
	札幌市東区 介護予防センター 北光	065-0017	東区北17条東5丁目2-5 大友恵愛園内	752-6110	723-0790	北光
	札幌市東区 介護予防センター 北栄	065-0023	東区北23条東15丁目5-26 昌栄堂ビル3階	751-1294	751-3272	北栄

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区 (まちづくりセンター)
東	**札幌市東区第2 地域包括支援センター**	**065-0042**	**札幌市東区本町2条 5丁目7-10　竹田ビル1階**	**781-8061**	**785-6572**	**下記の地区 すべて**
	札幌市東区 介護予防センター 元町	065-0025	東区北25条東20丁目7番1号	374-7000	374-7805	元町
	札幌市東区 介護予防センター 伏古本町	007-0867	東区伏古7条3丁目1-33 藤苑内	781-1100	781-4567	伏古本町
	札幌市東区 介護予防センター 東苗穂	007-0819	東区東苗穂町1089-1 ウィズ東苗穂内	789-6050	789-3101	札苗
	札幌市東区第3 地域包括支援センター	**007-0845**	**札幌市東区北45条 東15丁目3-15 サンシャインビル1階**	**722-4165**	**731-1665**	**下記の地区 すべて**
	札幌市東区 介護予防センター 栄町	007-0845	東区北45条東9丁目2-7 禎心会東センター内	748-8484	712-0916	栄西
	札幌市東区 介護予防センター 栄・丘珠	007-0843	東区北43条東16丁目1-10 パレス・ロイヤルV 503号室	780-5512	780-5513	栄東、丘珠
白石	**札幌市白石区第1 地域包括支援センター**	**003-0027**	**札幌市白石区本通4丁目 北6-1　五光ビル3階**	**864-4614**	**864-5633**	**下記の地区 すべて**
	札幌市白石区 介護予防センター 白石中央	003-0024	白石区本郷通3丁目南1-35 コミュニティホーム白石内	864-5535	864-9590	白石
	札幌市白石区 介護予防センター 川下	003-0864	白石区川下4条6丁目2-23 きさく苑デイサービス センター内	875-6810	875-8551	北東白石
	札幌市白石区第2 地域包括支援センター	**003-0003**	**札幌市白石区東札幌 3条3丁目7-25 シヴァビル5階**	**837-6800**	**837-6801**	**下記の地区 すべて**
	札幌市白石区 介護予防センター 菊水	003-8510	白石区菊水4条1丁目9-22 勤医協札幌病院内	820-1365	820-1366	東札幌、菊水
	札幌市白石区 介護予防センター 菊の里	003-0828	白石区菊水元町 8条2丁目7-15 平成苑内	879-6012	875-3663	北白石、菊の里

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区 (まちづくりセンター)
白石	**札幌市白石区第3 地域包括支援センター**	**003-0026**	**札幌市白石区本通17丁目 南5-12　清友ビル1階**	**860-1611**	**860-1612**	**下記の地区 すべて**
	札幌市白石区 介護予防センター 本通	003-0026	白石区本郷通17丁目南5-12 清友ビル1階	876-8965	860-1612	東白石、白石東
厚別	**札幌市厚別区第1 地域包括支援センター**	**004-0072**	**札幌市厚別区厚別 北2条5丁目1-7**	**896-5077**	**896-5021**	**下記の地区 すべて**
	札幌市厚別区 介護予防センター 厚別西東	004-0072	厚別区厚別北2条5丁目1-7	896-5019	896-5021	厚別西、厚別東
	札幌市厚別区 介護予防センター もみじ台	004-0007	厚別区厚別町下野幌38-18 ディ・グリューネン内	898-8660	898-6760	もみじ台
	札幌市厚別区第2 地域包括支援センター	**004-0022**	**札幌市厚別区厚別南 5丁目1-10**	**375-0610**	**375-0615**	**下記の地区 すべて**
	札幌市厚別区 介護予防センター 厚別中央・青葉	004-0055	厚別区厚別中央 5条6丁目5-20 かりぷ・あつべつ内	896-1475	894-4404	厚別中央、青葉
	札幌市厚別区 介護予防センター 大谷地	004-0041	厚別区大谷地東5丁目7-10 ナーシングヴィラ大谷地内	894-6110	894-6188	厚別南
豊平	**札幌市豊平区第1 地域包括支援センター**	**062-0012**	**札幌市豊平区 美園12条7丁目7-8 八千代ビル1階**	**841-4165**	**841-5533**	**下記の地区 すべて**
	札幌市豊平区 介護予防センター 美園	062-0012	豊平区美園12条7丁目7-8 八千代ビル1階	817-1294	841-5533	豊平、美園
	札幌市豊平区 介護予防センター 中の島	062-0921	豊平区中の島1条8丁目3-18 介護老人保健施設 ジェイコー中の島内	813-3311	813-3833	平岸、中の島

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区（まちづくりセンター）
豊平	**札幌市豊平区第2地域包括支援センター**	**062-0034**	**札幌市豊平区西岡4条3丁目7-5　竹田ビル1階**	**836-6110**	**836-6116**	**下記の地区すべて**
	札幌市豊平区介護予防センター西岡	062-0035	豊平区西岡5条12丁目1-2みどりの丘内	581-3000	584-3005	西岡
	札幌市豊平区介護予防センター東月寒・福住	062-0053	豊平区月寒東3条18丁目20-48サービス付き高齢者向け住宅　しらかばの杜内	852-8830	858-6315	福住、東月寒
	札幌市豊平区第3地域包括支援センター	**062-0020**	**札幌市豊平区月寒中央通7丁目6-20JA月寒中央ビル2階**	**854-7777**	**854-7780**	**下記の地区すべて**
	札幌市豊平区介護予防センター月寒	062-0021	豊平区月寒西1条4丁目3-1つしま医療福祉研修センター 2階	857-6110	598-7006	月寒
	札幌市豊平区介護予防センター南平岸	062-0034	豊平区西岡4条13丁目17-1	584-1325	584-1360	南平岸
清田	**札幌市清田区第1地域包括支援センター**	**004-0871**	**札幌市清田区平岡1条2丁目12-11**	**888-1717**	**888-1718**	**下記の地区すべて**
	札幌市清田区介護予防センター北野・平岡	004-0867	清田区北野7条4丁目8-25	885-1230	883-1450	北野、平岡
	札幌市清田区第2地域包括支援センター	**004-0841**	**札幌市清田区清田1条1丁目1-36タナカビル2階**	**887-5588**	**887-5311**	**下記の地区すべて**
	札幌市清田区介護予防センター清田・里塚・美しが丘	004-0839	清田区真栄395-1秀寿園内	885-7119	885-8029	清田、里塚･美しが丘
	札幌市清田区介護予防センター清田中央	004-0846	清田区清田6条1丁目1-30神愛園清田内	882-5322	886-6802	清田中央

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区 (まちづくりセンター)
南	**札幌市南区第1 地域包括支援センター**	**005-0003**	**札幌市南区澄川 3条6丁目3-3 じょうてつドエル真駒内1階**	**867-0710**	**867-0717**	**下記の地区 すべて**
	札幌市南区 介護予防センター 石山・芸術の森	005-0855	南区常盤5条1丁目1-7	592-7622	592-7775	石山、芸術の森
	札幌市南区 介護予防センター 澄川	005-0003	南区澄川3条6丁目3-3 じょうてつドエル真駒内1階	598-1295	867-0717	澄川
	札幌市南区第2 地域包括支援センター	**005-0814**	**札幌市南区川沿 14条2丁目1-36**	**572-6110**	**572-7075**	**下記の地区 すべて**
	札幌市南区 介護予防センター 定山渓	061-2303	南区定山渓温泉西3丁目71 定山渓病院内	598-3311	598-3338	簾舞、藤野、 定山渓
	札幌市南区 介護予防センター もいわ	005-0832	南区北ノ沢1819-9	578-4525	571-7566	藻岩 (藻岩・南沢)
	札幌市南区第3 地域包括支援センター	**005-0014**	**札幌市南区真駒内幸町 2丁目1-5 真駒内幸町ビル701号室**	**588-6510**	**588-6511**	**下記の地区 すべて**
	札幌市南区 介護予防センター まこまない	005-0014	南区真駒内幸町2丁目1-5 真駒内幸町ビル701号室	581-1294	588-6511	真駒内、藻岩下
西	**札幌市西区第1 地域包括支援センター**	**063-0811**	**札幌市西区琴似 1条5丁目1-10 琴似1条ビル1階**	**611-1161**	**611-1173**	**下記の地区 すべて**
	札幌市西区 介護予防センター 八軒	063-0845	西区八軒5条西3丁目4-8 コーポ八軒1階	624-7026	624-7096	八軒、八軒中央
	札幌市西区 介護予防センター 山の手・琴似	063-0004	西区山の手4条5丁目3-1 セージュ山の手内	631-6110	614-8444	琴似二十四軒、 山の手

区	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	担当地区 (まちづくりセンター)
西	**札幌市西区第2 地域包括支援センター**	**063-0051**	**札幌市西区宮の沢 1条1丁目1-3 宮の沢1条ビル4階402**	**661-3929**	**661-3960**	**下記の地区 すべて**
	札幌市西区 介護予防センター 西町	063-0032	西区西町南21丁目2-15 コミュニティ・カフェ ふうしゃ内	663-2558	663-2558	西町
	札幌市西区 介護予防センター 西野	063-0037	西区西野7条3丁目5-36 デイサービス五天山 ふくしあ内	668-3300	671-6868	西野
	札幌市西区第3 地域包括支援センター	**063-0823**	**札幌市西区発寒 3条1丁目2-25 ヒロガミビル1階**	**671-8200**	**671-8250**	**下記の地区 すべて**
	札幌市西区 介護予防センター 発寒	063-0834	西区発寒14条12丁目2-22	666-6855	666-6501	発寒北、発寒
手稲	**札幌市手稲区第1 地域包括支援センター**	**006-0814**	**札幌市手稲区前田 4条10丁目2-8 タケシンスクエアビル3階**	**695-8000**	**695-8855**	**下記の地区 すべて**
	札幌市手稲区 介護予防センター まえだ	006-0812	手稲区前田2条10丁目1-7 手稲つむぎの杜内	685-3141	685-3880	前田
	札幌市手稲区 介護予防センター 新発寒・富丘・ 西宮の沢	006-0004	手稲区西宮の沢 4条3丁目3-40 愛輪園内	683-5561	683-5173	新発寒、 富丘西宮の沢
	札幌市手稲区第2 地域包括支援センター	**006-0835**	**札幌市手稲区曙 5条2丁目8-1**	**686-7000**	**686-6000**	**下記の地区 すべて**
	札幌市手稲区 介護予防センター 中央・鉄北	006-0022	手稲区手稲本町 2条2丁目1-1 村田ビル1階	682-1294	684-8066	手稲、手稲鉄北
	札幌市手稲区 介護予防センター 稲穂・金山・星置	006-0035	手稲区稲穂5条2丁目6-5 手稲ゆうゆう内	685-8366	681-7375	稲穂金山、星置