

小郡三井地区介護保険研究会 会長 佐々木 一彦 殿

平成14年度第1回小郡三井地区介護保険研究会

医療機関部会報告書

平成14年6月17日午後7:00～8:00

小郡三井医師会休日診療センター

出席者：

医科：石田、浦江、梯、蒲池、亀井、菊池、神代、倉岡、黒岩、佐々木、
高松、田中、二宮、浜崎、友清、蓮尾、林、仏坂、丸山、柳、
歯科：牛嶋、花田 俊秀、平田 一浩

会長挨拶

佐々木会長より挨拶：介護保険における連携を奨めるうえで、ケア会議の実施について会を重ねてきたが、ケアマネージャー（以下 CM と略す）とケア会議を持つことで、介護に対して、更に、積極的に関与し、居宅療養管理指導がとれるような方向でやっていただきたい。

大分県医師会では、介護において、対等に仕事を進める為に、介護に関わる Dr. は CM の資格をとって欲しいとされている。

事務局長（柳）より、医師会の介護保険担当理事（蒲池、友清、毛利）の紹介、並びに、同氏らを当会の幹事に加わっていただきたい旨の提案あり。

本部会にて、承認された。

友清新幹事より挨拶

今年度も、介護保険における、相互の連携を深める為、ケア会議の実施を奨める。このために、始まって2年経過して、皆さん方が経験され、気づかれた問題点等を教えていただきたい、という形で協議を開始する。

問題のあるケースをピックアップして、ケア会議は開く。

具体的に、ケア会議に参加する、構成要員は？

寝たっきりなど、当然、問題がある場合などは、Dr.側から呼びかけてケア会議を開いてよいだろう。昼休みなどを利用して、短時間で。(S)

在総診の方については、ケア会議をやるべきであろう。(K)

ケア会議で、取り上げる問題によっては、1例に1時間以上掛かる事もあり、会議が夜に開催されることになり、重荷に感じる。(I)

ケア会議を開く例は、要介護度が何度以上といった、具体的な決まりがあるのか？(H)

CMの資格は、国家資格？県の資格？

(資質の異なった、いろんなCMがいる。)

痴呆症で、勝手に買い物をして困るという例が、ケア会議に掛り、困ったことがある。(I)

介護サービスの上での事故で、医師が訴えられた事例はあるのか？(T)

介護上の事故に関して、行政が、保険者が、市町村が、その責任の一切をとる、といった項目は在るのか？(T)

介護上の問題や事故に関して、医師は、その責任をいちばん追求されやすい立場にある。(T)

ケアサービスの状況についての、CMからの月々の報告があると、状況の把握に有り難いが、今そういうものがあるのか？(T)

ケア会議は、ケアを受ける人の、ケアに対する満足度についても議論するものか？(H)

HP上の会議室を利用して、ここでケア会議を開いてはどうだろう。(H)

CM や介護サービス担当者がちよくちよく、連絡して、来てくれて、短時間の話し合いをしている、3 者が一堂に会するわけではないが。(T)

昨年の本会の集まりでも提案された、ノートを回覧して、ケア会議に代えては、等の意見あり。

友清先生より、“ショートステイした場合の医療保険の取り扱い“についての説明。(参考資料: 4 枚)

7 月か、8 月にケア会議のシュミレーションを本会で行うことを予告し、閉会とする。

平成 14 年 6 月 24 日

小郡三井地区介護保険研究会 医療機関部会長
黒岩 達

老人ホーム等にショートステイした場合の医療保険の取り扱いについて福岡県医師会に照会した内容

昨年7月の「特別養護老人ホーム等入所者の診療の取り扱いに関する講習会」において、「特別養護老人ホーム等におけるショートステイ利用者については、配置医師（福祉施設の嘱託医）の医学的管理のもとにあるとは言いがたく、一般の在宅患者と同等の取り扱いとなる。」という説明があったことに関連して以下の質問を県医師会に行い回答を得ましたのでご参考までにご報告致します。

（これは県医師会から県に確認をして頂いた後の回答です。即ち県の回答と理解して頂いて結構です。）

Q 1：かかりつけ医が老人ホームに訪問して診療して薬の処方をした場合には、在総診の算定ができるかどうか。

A 1．不可

在総診の算定要件の1つとして、月2回以上訪問診療を行うこととされています。この訪問診療には往診も含むとされています。

さて、この質問についてですが、この問題は在総診の算定ができるかを考える前に、訪問診療ができるか検討する必要があります。寝たきり老人訪問診療料は医師又は看護婦若しくは准看護婦が配置されている施設に入所している患者は算定の対象としないとされています。

したがって、特養には看護職員が配置されているため訪問診療ができないので、ショートステイの患者であっても在総診は算定不可との結論になります。

Q 2．同上で家人に病状を尋ねて薬の処方をした場合には、再診として取り扱えるかどうか。

A 2．不可

再診については第2診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合でも算定できるとされています。

しかし、投薬については、治療上の意見を求められて指示したには該当しないと思われますし、そもそもショートステイ中ですから家人が患者の症状について適切に判断でき得るか疑問であります。慢性疾患の患者であって処方内容に変更がないと判断される場合であっても医師が診療をしたうえで処方すべきものであると考えます。

（下記のQ3、A3については、平成14年4月より制度の一部改正があったため、使用を控えて欲しいという県医師会からの連絡でしたが、基本的な内容についてはこのまま使えるものと思われますので、このまま掲載します。文責：柳）

Q 3．昨年の施設等の説明会で言われたことの確認ですが、以前はショートステイ中は施設の嘱託医が診療することになっていたのが、現在は元々のかかりつけ医が診療することになったと理解していますが、間違いはないかどうか。

A 3．この理解は正確ではありません。

以前はショートステイ中の入所者については、特養ホーム等における入所者として療養の給付の取扱いについての通知の適用を受けるとしていましたが、ショートステイ利用者については配置医師の医学的管理のもとにあるとは言い難いのでこの適用は受けなかったのが説明会で説明した内容です。

第3の質問では、嘱託医とかかりつけ医の区分で書かれておりますが、かかりつけ医というよりも一般の保険医を想定していただいた方がいいです。

もともとは、ショートステイの入所者であっても嘱託医（配置医師）が診療すべきでしょうが、一般的にショートステイ中に配置医師が勤務するかどうかは不確定であるし、勤務日に入所していたとしても、継続的に医学的管理が行えるわけではないので、通知の適用を受けないと説明したものです。

このことによって、一般の入所者と異なってくる主な点は、みだりに診療の対象からはずれるのと、配置医師が往診した場合については再診料や往診料の算定ができる等の点になります。ですから、今は元々のかかりつけ医が診療することになったというよりは、元々のかかりつけ医が診療してもみだりな診療とはみないという違いになります。

上記の点から、在総診算定中の患者がショートステイ中にかかりつけ医の診療を受ける場合はどうなるのかという疑問が生じますが、そもそも在総診は在宅療養計画を策定して、計画的な医学的管理のもとに訪問して診療を行うものですから、あらかじめショートステイの予定があるのであれば、患家との協議やケアマネ等と連携を取って在宅訪問計画を策定しておくことによりショートステイ中に診療しなくてよいようにすべきではないでしょうか。

また、往診で施設に赴く必要がでた場合は、在総診としてというよりは一般の往診として行いますが、在総診算定患者であれば包括部分の算定はできません。

結論として一般的には、在総診対象患者であれば、ショートステイ中に診療しなくてよいように計画策定し、必要がでた場合は往診で対応するというのが想定されるのではないのでしょうか（もちろん、この想定にあてはまらないケースはあり得ると思いますが）。

Q 4 .在総診算定中の患者の場合について。例えば、4/2、4/16 の2回「訪問診療」を行い、・・・4/20～5/10 まで老人ホームのショートステイを行い、・・・5/18、5/25 の2回「訪問診療」を行った場合の診療報酬の算定は、4月、5月とも通常の在総診の算定が可能か？

A 4 .可能。

Q 5 .同上（Q 4）で、ショートステイ中に老人ホームから要請があり往診した場合は、在総診に加えて往診料の算定も可能か？

A 5 .可能。

Q 6 .外総診算定中のQ 4と同様の場合はどうか。同じく4/2、4/16 の2回「外来総合診療」を行い、・・・4/20～5/10 まで老人ホームのショートステイを行い、・・・5/18、5/25 の2回「外来総合診療」を行った場合の診療報酬の算定は、4月、5月とも通常の外総診の算定が可能か？

A 6 .可能。

Q 7 . またショートステイ中に老人ホームから要請があり往診した場合は、往診日の往診料の算定は可能か？

A 7 . 可能。但し外総診算定は不可。

以上が寄せられた回答です。

昨年はここまでの説明が無かったので、「一般の在宅患者と同等の取り扱いとなる。」という部分だけで全て一般の人と同じになるとの誤解を受けるような説明であったように思います。この点については説明の改善を求めています。

以上、ご報告致します。

平成 14 年 4 月 4 日 文責 柳 純二

老人ホーム等にショートステイする患者の医療の取扱い

(主治医の立場で)

1. 前もってショートステイの予定に会わせて、必要日数分の薬を処方しておく。(4 月以後、殆どの薬は長期投与が可能となった)
2. 主治医は患者の病状を文書で当該の福祉施設へ連絡しておく。(診療情報提供料 A の算定可)
3. ショートステイ期間以外については、外総診、在総診などの算定は可。
4. ショートステイ中に患者の病状が悪くなり、福祉施設からの要請があった場合は(緊急時と判断)、福祉施設に赴いて行った医療については「往診」として算定する。
5. 特に病状が悪くないのに、福祉施設に赴いて行った医療については、医療の算定は認められない。
6. 通常の薬の処方が必要になった場合は、主治医が医療機関または福祉施設で診察を行った上で処方するか、病状を把握している人の話を聞いて処方することが出来る。但し福祉施設に赴いて診察した場合も往診料の算定は不可(緊急時ではないので)、再診料のみの算定とする。

(施設の配置医師(嘱託医)の立場で)

1. 配置医師が施設で回診中に、ショートステイ中の患者に異変があったときは診療を行う。(これが現在も基本方針とされている)この場合の診療費は、配置医師は医療保険としては請求出来ない。(このときの診療は嘱託業務の中に含まれるという考え方。)