

改訂版はしがき

医業経営研鑽会メンバー共著による書籍としては8冊目、「最初に読む本」シリーズとしては「クリニック開業を思い立ったら最初に読む本」「病医院の引き継ぎ方・終わらせ方が気になったら最初に読む本」に続く3冊目として「クリニックが在宅医療を始めようと思ったら最初に読む本」を上梓したのが2021年2月でした。

その後我々は、2014年から始まった地域包括ケアシステム構想のなかで目標とされた「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年を迎え、その間に2022年と2024年の診療報酬改定を経験、コロナ後にはコロナ前ほどの外来患者数は戻らず、急激な人口減社会がいよいよ現実の問題となる等、医療を取り巻く外部環境は大きく変化しました。また2024年診療報酬改定の影響も大きく、2025年春の医療機関の決算を見る限りでは、これまでに経験したことのない経営環境の悪化を感じています。

そのようななか、2040年頃までは増加を続ける「看取り」を病院外でいかに支えるかという課題についてはもはや社会問題となっており、かかりつけ医機能を担うクリニックには在宅医療の機能を兼ね備えることが期待されています。

本書はかかりつけ医機能を担うクリニックの院長先生が在宅医療に取り組む際の「はじめの一步」の解説書として、事務長経験を持つ医療経営コンサルタント、弁護士、税理士、行政書士が在宅医療参入前後の診療所を支援している各専門職の立場から執筆したものです。また改訂にあたっては、今後の在宅医療の場面でも大きな役割を果たすことが期待される医療DXとオンライン診療等について、現時点で判明している情報を可能な限り加えております。

なお、本書の「はじめの一步」としての性格上、外来機能をほとんど持たない在宅専門診療所や、専門の在宅チームを持つ大規模診療所

または病院、障害児（者）医療等の場面で発生する問題や課題については本書内では触れず、街のクリニックで外来への通院が困難となった高齢者に対する在宅医療に範囲を絞っておりますことにつきましては、ご容赦願いたく存じます。

本書が、在宅医療を始めようとお考えの院長先生に加え、在宅医療を待っている患者さんとそのご家族の QOL 向上の一助になれば幸いです。

最後になりますが、本書の企画構想の段階からご指導いただいた我々医業経営研鑽会のリーダーである西岡秀樹会長と、足並みのそろわない共著者を構想から改訂版の上梓までお導きくださった日本法令の吉岡幸子さまには、心よりお礼申し上げます。

それでは「法令クリニック」2代目院長である「法令次郎」先生の奮闘ぶりを見ながら、在宅医療に取り組むうえでの「はじめの一步」につき一緒に考えて参りましょう。

令和7年8月

著者代表 岸部 宏一

Contents

序説 ～法令クリニック2代目院長が、はじめての「在宅医療」を軌道に乗せるまで

第1章 在宅医療の基礎

第1節 在宅医療とは	28
1. 医療の提供を受けられる場所	28
2. 狭義の在宅医療と広義の在宅医療	30
3. 在宅医療の対象	33
4. 往診と在宅訪問診療	34
5. 在宅療養支援診療所	35
6. 在宅時医学総合管理料	37
7. 施設入居時等医学総合管理料	38
8. 24時間対応の問題	38
9. 在宅ターミナルケア、看取り、死亡診断	41
10. 介護保険の居宅療養管理指導	41
第2節 在宅療養支援診療所とは	42
1. 在支診の施設基準	42
2. 在支診の3つの類型	49
3. 機能強化型の在支診	50
4. 機能強化型在支診の病床あり・なし	51
5. 在支診の施設基準を届ける際に必要なこと	52
6. 在医総管等の届出	55
7. 初診料の機能強化加算	58
第3節 往診料と在宅患者訪問診療料	65

1. 往診料	65
(1) 夜間・休日加算と深夜加算	66
(2) 緊急往診加算	66
(3) その他の加算	67
(4) カルテ記載の注意点	67
(5) レセプトに関するアドバイス	68
2. 在宅患者訪問診療料	69
(1) 在宅患者訪問診療料の算定要件	70
(2) 「通院困難」とは何か	71
(3) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）と在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の違い	73
(4) 在宅患者訪問診療料 1、同 2	74
(5) 同一建物居住者以外の場合と同一建物居住者の場合の違い	74
(6) 在宅患者訪問診療料の加算	76
(7) 訪問回数による在宅患者訪問診療料の見直し	76
(8) 同日の往診料と訪問診療料	76
(9) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の算定要件	77
(10) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の算定の際のカルテ記載	79
第4節 訪問診療における診療契約	80
1. 診療契約の内容と当事者	80
(1) 診療契約の内容	80
(2) 診療契約の当事者	82
2. 診療開始時に必要な文書	84
(1) 訪問診療に関する同意書	84
(2) 訪問診療に関する説明書兼同意書	86
(3) 個人情報取扱等に関する同意書	86
(4) その他	88
3. 個々の診療行為に関する同意	88
(1) 一般的な診療等に関する同意	88
4. 終末期の診療等に関する同意	93



第5節 在宅時医学総合管理料等と在宅療養指導管理料	101
1. 在宅時医学総合管理料（在医総管）と施設入居時等医学総合管理料（施医総管）	101
(1) 在医総管の変遷	101
(2) 在医総管と施医総管の違い	104
(3) 在医総管等の算定の仕方	105
(4) 単一建物診療患者数とは（同一建物居住者との違い）	106
(5) 在医総管の単一建物診療患者数が2人以上の場合	107
(6) 施医総管の認知症対応型生活介護事業所（グループホーム）における算定	108
(7) 施医総管の矛盾	108
(8) 在医総管の算定例	110
(9) 在医総管等の加算	117
(10) 在宅療養計画	118
(11) 24時間対応の説明と文書の提供	120
(12) 24時間対応の問題（その2）	121
2. 在宅酸素療法指導管理料について（在宅療養指導管理料の例として）	122
(1) 在宅療養指導管理料とは	122
(2) 在宅酸素療法とは	122
(3) 在宅酸素療法のカルテ記載	124
(4) レセプト上の注意点	125
第6節 終末期の診療報酬	127
1. 在宅ターミナルケア加算	127
2. 看取り加算と死亡診断加算	130
3. 終末期の対応	132
4. カルテ記載とレセプトについて	133
5. 死亡した同一建物居住者の訪問診療料	134
6. がん末期の診療報酬	135

- (1) がん末期の同一建物居住者の訪問診療料 135
- (2) がん末期の在医総管等の加算 136
- (3) 在宅がん医療総合診療料 137

第7節 訪問看護	139
1. 訪問看護指示	140
2. 要介護者への訪問看護の報酬	140
3. 特別訪問看護指示	142
4. 点滴指示	144
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	145
6. 点滴のまとめ	147
第8節 介護保険（居宅療養管理指導）との関係	149
1. 居宅療養管理指導とは	149
2. 居宅療養管理指導費	151
3. 居宅療養管理指導費の算定要件	155
4. 医療機関が介護保険の居宅療養管理指導費を請求するには	156
5. 訪問診療における諸手続きとその手順	157
6. 在宅訪問診療の行い方	157
第9節 在宅医療における ICT を用いた連携の推進および医療 DX 関連の診療報酬	163
1. 在宅医療 DX 情報活用加算	163
2. 在宅医療情報連携加算	164
3. 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	166
4. 往診時医療情報連携加算	167
5. 介護保険施設等連携往診加算	167
6. 在宅データ提出加算	169



第2章 在宅医療の実践

第1節 在宅医療開始前後の収支シミュレーション	174
1. クリニックにおける在宅医療導入の必要性	174
2. 従来の外来型クリニックと在宅療養支援診療所	174
3. 訪問診療導入シミュレーションⅠ	176
4. 訪問診療導入シミュレーションⅡ・Ⅲ	179
第2節 在宅医療に関連した人的問題	183
1. 医師	183
2. 事務職員	184
3. 看護師	185
第3節 クリニックによる訪問看護の提供	187
1. 収入面	187
2. 人員配置基準	187
3. 開設主体および開設地	188
4. 開始までの許認可、届出等	188
第4節 在宅医療に対応した設備等	193
1. 診療所の構造	193
(1) 患者エントランスと別に職員用玄関(裏口)を設ける	193
(2) 裏口を入ってすぐのところに独立の小部屋(できれば複数)を設け、以下の用途とする	194
(3) 平面図上で「診療所」「附帯事業所」の区分けを意識して設計(ゾーニング)	194
(4) 訪問診療割合が95%以上の「主として往診または訪問診療を実施する診療所」	195
(5) 上記以外の在宅療養支援診療所	196
2. 建物以外の設備投資	196
3. 自治体等の支援の活用	202
第5節 多職種連携	205

1. 多職種連携の問題点	206
(1) 多職種連携における医師の問題	206
(2) ICT ツールの利用	208
(3) 医療情報発信の問題	210
2. サービス担当者会議	211
(1) サービス担当者会議とは	211
(2) サービス担当者会議の進め方	211
(3) サービス担当者会議での検討例	212
(4) 医師のサービス担当者会議への参加問題	214
3. 在宅患者の集患と多職種連携	217
第6節 移動手段	218
1. 訪問先への移動中の事故	218
2. 自転車事故の法的責任	219
(1) 刑事上の責任	219
(2) 民事上の責任	221
3. 任意保険	222
(1) 自動車保険	222
(2) 自転車保険	222
(3) 医師賠償責任保険	222
4. 移動に使用する車両	223
(1) 移動コストの負担者	223
(2) 駐車禁止除外車両	224
第7節 終末期における対応・問題	227
1. 総 論	227
2. 終末期における診療等	229
3. 終末期における診療等に関する同意	230
(1) 患者本人に十分な判断能力がある場合	230
(2) 患者に十分な判断能力がない場合	233
4. 施設への訪問診療の場合	234

5. がん患者の訪問診療・看取り	235
(1) 緩和ケア	235
6. 書類（死亡診断書等）の作成	237
第8節 診療情報の開示等	240
1. 概 要	240
2. 個人情報保護法等について	241
3. 診療中（患者生存中）の開示等について	242
(1) 個人情報（個人情報保護法2条1項）	242
(2) 要配慮個人情報（個人情報保護法2条3項）	243
(3) 利用目的の特定および制限（個人情報保護法17条、18条）	244
(4) 利用目的の通知等（個人情報保護法21条）	248
(5) 個人情報の適正な取得（個人情報保護法20条）	250
(6) 個人データの第三者提供（個人情報保護法27条）	252
4. 診療後（患者死亡後）の開示等について	256
第9節 毎年の届出・報告事項	260

第3章 在宅医療の制度と将来

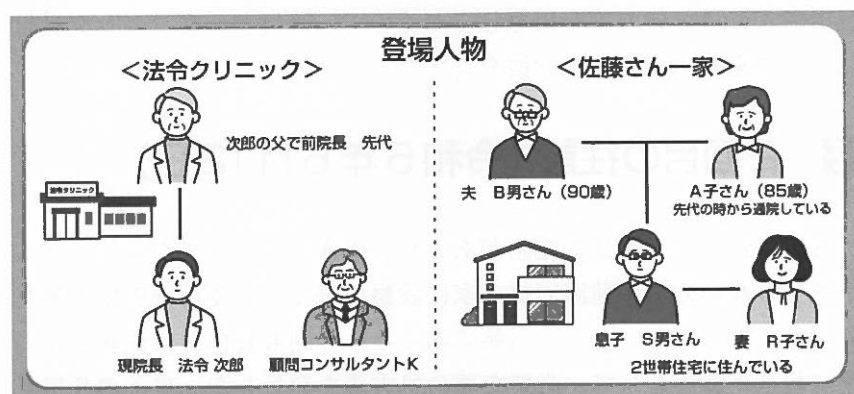
第1節 歴史的経緯	266
1. 死亡場所の変化	266
2. 増え続ける社会保障費と入院医療費の削減	268
3. 患者意識の変容と経営的視点	272
第2節 在宅医療の供給体制	275
1. これまでの経緯	275
2. 全国的傾向	278
3. 地域ごとの状況	281
4. 都道府県の地域医療計画	283
第3節 制度的誘導	285
1. 診療報酬による参入誘導とその後	285

2. 地域包括ケアシステムをはじめとした在宅医療に関する国の施策	287
3. 地域包括ケア体制のなかでの在宅医療の役割	289
4. 新規開業に際しての在宅医療への参入の意向確認	290
第4節 不適切事例の増加	292
1. 朝日新聞による訪問診療不正報道	293
第5節 かかりつけ医と在宅医療	296
1. 診療報酬上のかかりつけ医機能	296
2. 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医	297
3. 地域包括診療料	300
4. 2014年および2016年以降の診療報酬改定	308
5. 初診料の機能強化加算	310
第6節 現場の負担解消に向けた取組事例	313
1. 在宅副主治医制（柏モデル）	313
2. インターネット回線を用いたカルテ情報共有	314
3. 「ベッドサイドノート」を用いた多職種との連携	315
4. グループでのオンコール当番制による訪問診療	316
第7節 オンライン診療と在宅医療	317
1. 遠隔診療・オンライン診療の経緯	317
2. 在宅医療におけるオンライン診療の診療報酬	325
3. 在宅医療におけるオンライン診療の可能性	328
(1) 訪問診療とオンライン診療の組合せ	328
(2) ICTを活用した遠隔死亡診断	329
(3) D to P with N	330
(4) その他在宅患者に対するICTを活用した多職種連携	333

序 説

法令クリニック2代目院長が、
はじめての「在宅医療」を軌道に乗せるまで

1 初めての往診（令和6年6月1日）



法令クリニックの2代目院長・法令次郎は、外来診療の始まる直前に、佐藤A子さんの息子である佐藤S男さんから電話を受けた。A子さんは先月、自宅玄関で転倒し、大腿骨頸部骨折で入院していたが、昨日、退院して、自宅に戻ったとのこと。しかし、まだ歩くこともできず、ADL（日常生活動作）も大幅に低下していることから、家まで診察に来てもらえないか、また、これまで服用してきた血圧の薬などを処方してもらえないかとの相談であった。あまり気が進まなかったが、長年、通院している患者さんであり、自宅がクリニックから車で5分ほどと近いこともあり、その日の昼休みを利用して、A子さん

宅に向かった。

佐藤さんのお宅は、1階がA子さん夫婦、2階が息子夫婦の2世帯住宅で、Aさんは夫のB男さんと暮らしている。B男さんは年齢の割に元気だが、息子のS男さんの話では、近頃、物忘れがひどくなってきているとのことで、Aさんの介護・療養は、S男さんの妻であるR子さんが主に担っている。

Aさんの診察の結果、心雑音が聴取され、血圧は高めで、便秘気味であった。また、時々、足が痛いといった症状も出ていることから、降圧剤、利尿剤、整腸剤、鎮痛剤を14日分処方することにした。S男さんには、処方箋を用意しておくので、後ほど、クリニック受付に取りに来よう伝え、診察を終えた。

2 2回目の往診（令和6年6月12日）

S男さんから、再び、電話があった。母Aさんはまだ通院できる状態ではないので、前回同様、家に診察に来て、必要な薬の処方箋を発行してもらえないかとの依頼であった。今回も昼休みに佐藤さんの家に行き、診察をして、必要な薬の処方箋を発行した。息子のS男さんからは、今後、定期的に家に来て診察や薬の処方をお願いできないかとの話があった。

3 在宅訪問診療の検討

S男さんからの依頼を受け、法令次郎は先代院長や顧問コンサルタントKとも相談した。



法令 次郎

在宅訪問診療の依頼を受けた以上、訪問すること自体は吝かではないが、さて何から手を付けたらよいのでしょうか？

在宅医療となると24時間拘束されるのですよね？
できればそこは避けたいのですが……



コンサルタント
K

- ①これまでは往診扱いでよい。
- ②今後、定期的に患家を訪問して診察を行うということになれば、在宅訪問診療になる。
- ③在宅訪問診療＝24時間対応とは限らない。佐藤A子さんの状態は今のところ安定しているようでもあり、まずは24時間対応が必須ではないレベルの在宅訪問診療をスタートさせてはどうか。
- ④具体的には、在宅療養支援診療所の届出をせず、診療報酬は在宅患者訪問診療料を算定する。
- ⑤その場合でも、在宅訪問診療として行う以上、本人や家族に訪問診療の同意を文書で取る必要がある。
- ⑥さらに在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理を行っていくのであれば、在宅時医学総合管理料の算定も可能であるが、この場合は施設基準の届出が必要である。

4 在宅訪問診療の開始（令和6年6月26日）

次郎は悩んだ末、24時間対応が必須ではない在宅訪問診療を開始することにした。コンサルタントKのアドバイス通り、当面は在宅療養支援診療所、在宅時医学総合管理料の施設基準の届出をせず在宅患者訪問診療料の算定のみ、という必要最小限の在宅訪問診療である。次郎は、S男さんに電話をして、以下のことを伝えた。



法令 次郎

- ・ご依頼の通り、今後定期的に訪問して診察や薬の処方などを行う。
- ・前回の往診から2週間後となる明日、家に伺い、診察を行う。
- ・診察の前に本人や家族に説明をし、文書を取り交わしたうえで、在宅訪問診療を開始する。

翌日、家に伺うとS男さんは仕事で不在だったため、在宅訪問診療を始める前に、A子さんとR子さんに、在宅訪問診療の説明をして了解をもらい、A子さんに訪問診療の同意書に署名・捺印をしてもらった。診療後、今後も2週間に1回の頻度で、佐藤さんのお宅を訪問することを伝えた。

5 主治医意見書の作成（令和6年8月9日）

訪問診療を開始してから少し経った頃、R子さんから次のような相談があった。



妻 R子さん

- 義母のA子さんの療養・介護を担っているが、思った以上に大変である。
- 困っていたところ介護保険サービスを利用できることを知り、先日、地元の地域包括支援センターに相談に行った。
- ケアマネージャーを選任して、介護サービス計画を立ててもらうことで、介護保険サービスが利用できることなどを教えてもらった。
- そのため、まずは、主治医に主治医意見書を書いてもらい提出する必要がある。
- 書類を預かってきたので、主治医意見書の作成をお願いしたい。

主治医意見書は病院勤務時代に何回か書いた経験はあるが、それからは随分時間が経っている。そこで、コンサルタントKに相談し、何とか作成することができた。しばらくして、介護認定の結果の通知があり、A子さんは要介護4と認定された。

6 緊急往診（令和6年9月26日）

在宅訪問診療を開始してから3カ月が経った日曜日の夜の10時過

ぎに、先代院長である父が次郎の家を訪ねてきた。聞けば、今しがた佐藤さん宅から電話があり、A子さんが39℃近い熱を出しているとのこと。先代とB男さんとは、20年ほど前まではよく一緒にゴルフをする仲で、先代の自宅の電話番号を知っていたため、S男さんが電話してきたようだ。先代は俺が診に行くと言ったが、先代も高齢であり、車の運転には少々不安もあるので、次郎は自分が行くと告げ、佐藤さんのお宅に向い診察し、薬を処方して緊急時の連絡先等につきアドバイスして帰宅した。

7 24時間対応の検討

その後A子さんは熱も下がり、ひとまず事なきを得た。しかし次郎は、今後も今回のようなことがあるのは困ると思い、コンサルタントKに相談した。



法令 次郎

地域密着の診療所である以上、患者さんからの要請を断ることはできないが、さりとて高齢の父に負担をかけることもできず、どうしたものか？



コンサルタント K

- 先代の自宅の電話番号を佐藤さんが知っている以上、A子さんの容態に何かあれば、今後も先代の自宅に電話をかけてきて相談することは十分考えられる。
- 次郎先生が行かないと言え、今回のように先代が行くと言うだろうし、先代と佐藤さんの関係を考えると本当に行ってしまってもいいかもしれない。
- そうであれば、この際、在宅療養支援診療所の届出をして、在宅訪問診療を24時間対応に切り替えて次郎先生が対応するしかないのではないか。

次郎は、こんなことなら、最初に家に呼ばれた時に断ればよかった……と後悔した。一方で、数年前、保険医協会の講演会で地域包括ケ

アシステムの話聞き、自分も生まれ育ったこの地での地域医療における在宅医療の必要性・重要性を認識してもいた。

また、長年この地域の医療を担ってきた先代は、つい数年前までは、往診したり、自宅で看取ったりしていて、住民・患者さんから感謝されていることもよく知っていた。色々と考えた結果、在宅訪問診療を24時間対応に切り替えることにした次郎は、コンサルタントKにその決心を告げて、具体的にどうするかを相談した。

8 在宅療養支援診療所等の手続き (令和6年10月)



法令 次郎

本格的に在宅療養支援診療所として在宅医療を始めたいのですが、何から始めたらよいでしょう？



コンサルタント
K

- 手続きの前提として、24時間対応をしてくれる訪問看護ステーションや在宅患者をいざというときに受け入れてくれる病院が必要。
- 手続き時には必須ではないが、24時間対応をしてくれたり、薬を届けてくれたりする調剤薬局があったほうがよい。

コンサルタントKからは、心当たりをあたって、目途が立ったら教えてくださいとのことだった。

病院については、隣の市に大学の先輩が院長を務める中規模の病院があることを思い出し、院長に電話して頼んだところ、同様の依頼は多数あるとのことで、快く了解が得られた。しかし、訪問看護ステーションや調剤薬局には心当たりがなかったため、コンサルタントKに相談した。すると、近隣で在宅部門を強化している中規模の調剤薬局チェーンの在宅部門の責任者を知っているとのことので紹介してもらったところ、佐藤さん宅に近い店舗で対応してくれることになった。ま

た、その責任者が連携している訪問看護ステーションの所長に話をしておくから、直接話をしてみてくださいとも言ってもらえた。翌日電話を入れると、すでに話が通っており、今日の夕方ご挨拶方々伺いますとのこと。話をしたところ、書類上だけではなく、実際の在宅訪問診療でも連携・協力していきましょうということになった。

9 在宅療養支援診療所としての在宅訪問診療の開始（令和6年11月）

施設基準の届出が完了し、今月から法令クリニックは在宅療養支援診療所となった。それに伴い、月初めの訪問診療の際に、A子さんとR子さんに24時間対応の案内をしたうえで文書を渡し、併せて今後の診療・療養の計画についての説明も行った。そのなかで今後の診療・療養の計画の1つとして、同意・了解が得られるのならば定期的に訪問看護にも入ってもらいたいと考えていることも伝えた。説明を受けたR子さんは夫のS男さんと相談しますとのことだったが、後日、S男さんから、訪問看護ステーションと契約したため、訪問看護指示書の作成・発行をお願いしますとの連絡があった。

10 介護保険の居宅療養管理指導料

コンサルタントKから、次の説明があった。



コンサルタント
K

- 法令クリニックは介護保険法上のみなし指定として介護事業所となっており、所定の届出をすることで、介護保険の居宅療養管理指導料を算定・請求できる。
- そのためには、多職種連携やサービス担当者会議が重要である。

早速、居宅療養管理指導料算定の手続きをし、A子さんやR子さ

んに説明して同意をもらったうえで、翌月から居宅療養管理指導料の算定を開始することとし、それに合わせて、翌月最初の訪問診療の時に佐藤さんのお家でサービス担当者会議を開いた。勝手にわからずに不安なまま参加した法令次郎だったが、集まったケアマネージャー、訪問看護ステーションの看護師、福祉用具の担当者、薬を届けている調剤薬局の薬剤師たちは互いにそれぞれ面識もあるようだった。ケアマネージャーの司会で打合せが進み、法令次郎には病状の説明や今後の見通し、医師からの意見や在宅療養上のアドバイスなどが求められた。

Ⅱ 食事量の低下や尿路感染症・肺炎の発症 (令和6年12月頃から)

最初の往診から半年ほど経った頃から、A子さんの食事量が徐々に減ってきた。そのうえ時々、尿路感染症や肺炎を起こすようにもなった。必要に応じて訪問看護ステーションに頻回の訪問看護や点滴を行ってもらうなど、連携・協力して対応することとなり、法令クリニックとしては、その都度、必要な指示書を作成・発行した。

Ⅲ ご主人B男がアルツハイマー型認知症との診断(令和7年1月)

A子さんの夫B男さんは、このところ家に引きこもりがちで、息子夫妻から見ても明らかに認知症ではないかと思われる状態であった。そこで、息子のS男さんが、日本法令病院の認知症外来に連れていき、MRIや認知機能検査等をしてもらったところ、アルツハイマー型認知症と診断され、薬も処方された。ただ、法令病院まではやや遠く、薬がなくなる度に父を連れていくのは大変であるため、医師に相談したところ、在宅訪問診療をしてもらい、その医師に薬を出しても

らったかどうかとの話があった。そこで、母がすでに在宅訪問診療を受けているので、同じ先生に診てもらうよう紹介状をお願いした。S男さんから紹介状を渡され、ぜひ、父も訪問診療をお願いしますと言われた法令次郎は断れるはずもなく、B男さんの在宅訪問診療も行うことになった。

13 るい瘦・褥瘡・在宅酸素療法（令和7年3月）

さらに3カ月ほど過ぎた頃から、A子さんの状態はさらに低調となり、るい瘦も目立つようになった。この頃から、仙骨部などに褥瘡ができるようになり、エアマットを入れたり、指示書を発行して、訪問看護ステーションに褥瘡の頻回の処置をしてもらったりした。また、心不全が悪化して、血中酸素飽和度も上がらなくなってきた。そのため、在宅酸素療法を開始することにして、酸素濃縮装置のレンタルの手配や指示書の作成などを行った。

14 終末期（令和7年5月）

法令次郎は、最近のA子さんの状態は閉眼している時間も多くなり、意識レベルも低下してきているようで、終末期に近づいているか、場合によってはすでに終末期に入っていると考えた。そのため、S男さんに、A子さんの最期をどうしたいか、ご家族でよく話し合ってもらい、その結果を教えてほしいとの依頼をした。2週間後、S男さんからクリニックへ電話があった。家族の希望・意向をまとめたので、お話に伺いたいとのことだったので、その週の土曜日の診療終了後にクリニックで面談することにした。併せて、ケアマネージャー、訪問看護ステーションの看護師、福祉用具の担当者、調剤薬局の薬剤師にもクリニックに来てもらい、サービス担当者会議を開くことにした。

土曜日、S男さんの話を伺うと、自宅で母の最期を看取りたい、病院への入院や延命措置は望まない、それは母も望んでいることだと思うので、次郎先生に看取りをお願いしたいという内容だった。話を受け、法令次郎より、看取りに向けた説明等をし、終末期医療に関する同意書に署名・捺印をしてもらった。また、関係者で看取りに向けた連携・協力などについて話し合った。

15 ご主人B男さんの施設入居を検討

また、S男さんから、父のB男さんについての相談も受けた。近頃、知らぬ間に外出してしまうことが何回もあり、2日前には警察に捜索願を出すことも検討したほどだったとのこと。妻のR子さんは母A子さんの介護でかなり疲れており、そのうえ、父がこのような状態ではR子さんがダウンしかねないとのことで、B男さんを施設に入れたほうがよいのではないかとの話であった。

16 看取り（令和7年7月24日）

それから2カ月後の夜の11時前に、S男さんから電話があった。A子さんの呼吸が非常に弱く、呼びかけにも開眼しないので、診察に来てほしいとの依頼であった。佐藤さんの家に急いで駆けつけ、A子さんの診察をするも、ほとんど呼吸音や心音は聴こえず、10分後に、心肺停止や対光反射の消失を確認し、死亡診断を行った。

17 ご主人B男さんのその後

B男さんとはいえば、A子さんの亡くなる1カ月ほど前に有料老人ホームへ入所した。グループホームへの入所が希望だったが空きがなく、グループホームの空きが出るまでの間、とりあえず系列の有料老

著者略歴



岸部 宏一 (きしべ こういち)

行政書士法人横浜医療法務事務所 代表社員

有限会社メディカルサービスサポーターズ代表取締役

URL: <https://www.med-ss.jp/>

1965年 東京都生まれ(秋田市育ち) 1988年 中央大学商学部
商業・貿易学科卒

特定行政書士、日本医師会医療安全推進者、2級福祉住環境
コーディネーター、個人情報保護士、医業承継士

バイエル薬品㈱で10年余MRを経験後、医療法人(人工透析・消化器内科)事務長として医療法人運営と新規事業所開設を担当。2000年より㈱川原経営総合センター(川原税務会計事務所/現:税理士法人川原経営)医療経営指導部で修行、2001年行政書士登録を経て2004年独立。医業経営コンサルタントとして全国の病院・診療所の経営指導・経営支援の傍ら、医療法務分野の第一人者として法務実務並びに医師会、薬剤師会、各種士業団体等での講演を通じ、医療経営についての啓蒙活動を継続。

＝執筆＝

日経メディカルオンライン連載「クリニック事件簿」「ある日院長が倒れたら」(日経BP社)

『クリニック開業を思い立ったら最初に読む本』(2016.6 日本法令/共著)

『小説で学ぶクリニック承継 ある院長のラストレター』(2017.6 中外医薬社/共著)

『医療法人設立認可申請ハンドブック』(2017.9 日本法令/共著)

『病医院の引き継ぎ方・終わらせ方が気になったら最初に読む本』(2019.5 日本法令/共著)

『医業経営の専門家集団が教える 新 クリニックのための書式とその解説(書式テンプレート180)』(2020.7 日本法令/共著)

『3訂版 医療法人の設立・運営・承継・解散』(2021.2. 日本法令/共著)



河合 吾郎 (かわい ごろう)

河合医療福祉法務事務所

URL: <http://www.kawai-office.info/>

1974年 静岡県浜松市生まれ 1997年 中央大学経済学部卒業
行政書士、社会福祉士、個人情報保護士、医療経営士(3級)
2001年社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院に入職し、
外来医事課・医療情報センター・経理課などを経験する。

2011年8月に行政書士登録の上、静岡県浜松市にて現在の事務所を開設。病院での勤務経験を活かし、病院組織構築、病棟再編、医事課業務支援、患者未収金業務体制構築、医事課研修など医療機関の経営・運営支援を行う。様々な角度から医療機関の支援を行うことで、地域医療の発展に貢献することを目指している。



小島 浩二郎（こじま こうじろう）

税理士法人晴海パートナーズ代表社員

URL : <http://harumi-partners.jp/>

1972 年東京生まれ 2000 年税理士登録

大学卒業後に大手税理士専門学校講師を経て、千代田区の税理士法人入社、中小企業、病院・クリニックなどの医療法人・個人の税務申告やコンサルティングを行う。2003 年独立、2015 年 1 月に弁護士 7 名税理士 2 名で中央区築地に晴海パー

トナーズグループ立ち上げ社会保険労務士事務所、行政書士事務所が加わり現在に至る。

病院に対する 300 件以上の財務コンサルと中小企業の M&A のコンサル実績があり、またスポーツ組織の支援も行う。

公益社団法人日本新体操連盟 監事

一般社団法人日本アーバンスポーツ支援協議会 監事

一般社団法人医業承継士協会代表理事 ほか

=執筆=

『病医院の引き継ぎ方・終わらせ方が気になったら最初に読む本』（2019.5 日本法令 / 共著）



山田 隆史（やまだ たかふみ）

山田隆史法律事務所

URL : <https://yamadatakafumi-lo.com/>

1970 年 福岡県柳川市生まれ 1994 年 早稲田大学法学部卒業

2004 年 司法研修所修了 同年 弁護士登録

2011 年 山田隆史法律事務所開設

弁護士登録当初より、医療施設・介護施設側のみから依頼を受け、医療事故・介護事故を中心とする医療案件・介護案件

を積極的に手がけ、これまでに担当した案件は 300 件に上る。独立後は、医療事故・介護事故のみならず、クレーム対応、未払診療費の回収、スタッフの労務管理、業者との契約関係の処理、医療施設の開設・承継に関する法的チェック等、医療施設の運営における様々な問題の助言、対応を業務の中心とし、これらの経験を踏まえた講演、セミナー等も多数行っている。

=執筆=

『医業経営の専門家集団が教える 最新 クリニックのための書式とその解説（書式テンプレート 180）』（2020.7 日本法令 / 共著）