

指標

地域包括診療料および 地域包括診療加算

常任理事 地域福祉部長
林 宏一

平成26年4月よりの診療報酬改定の基本方針のポイントは表1のごとくであり、医療機関の機能分化、強化と連携、在宅医療の充実が基本認識の柱であった。ことに外来の機能分化では、患者に身近な診療所や中小病院の主治医(かかりつけ医)について、複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行う主治医機能の評価を「地域包括診療料」および「地域包括診療加算」として新設された(図1)。

主治医(かかりつけ医)機能を診療報酬により評価しようという医療保険点数の設定は、地域包括ケアシステム構築を積極的に推し進める過程での一つの布石のように思われる。地域包括診療料は許可病床

数が200床未満の病院および診療所で算定可能としている(図2)。一方地域包括診療加算は診療所のみが算定できる(図3)。これらの算定要件をまとめたものが表2である。これらの算定要件は今までにはない極めて画期的な内容を多く含んでいる。

まず診療所では自医療機関がどちらの点数を算定すべきなのか届出提出時に、自院の機能と患者構成を考慮すると、どちらを選択することがよりメリットがあるのかを当然ながら慎重に検討する必要がある。すなわち外来受診患者の対象疾患が高血圧、糖尿病、脂質異常症および認知症のうち2つ以上を有している患者が算定対象であるとされている。従っていわゆる生活習慣病と認知症ではそのほとんどが高齢者のみが対象と言って良い。地域包括診療料は月1回の算定で薬剤料を除くほとんどが、包括点数となっている。ただし当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されないとしている。すなわち月ごとに請求の方法が異なっても良いとしている。しかし患者の担当医・主治医(かかりつけ医)以外が診療した場合は算定できないこととなっており(疑義解釈資料(その1))注意を要する。

服薬管理は主治医(かかりつけ医)機能の重要な要件と位置づけ、服薬指導を含めての患者利便性を考慮し24時間対応薬局との連携を義務づけている。さらに服薬内容の一元的把握をカルテに記録として残させるため、他院、他科での処方薬リストのコピーを貼付することとしている。これは薬の重複投与や配合禁忌を防止するためとしている。これにより、この算定時には7剤投与の減算規定の対象外としている。

表1 平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日 社会保障審議会医療保険部会 社会保障審議会医療部会	
基本認識	○入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
重点課題	○医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等
改定の視点	●充実が求められる分野を適切に評価していく視点 がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等 ●患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点 医療安全対策の推進等、患者データの提出 等 ●医療従事者の負担を軽減する視点 医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進 等 ●効率化余地がある分野を適正化する視点 後発医薬品の使用促進 等
将来に向けた課題	超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

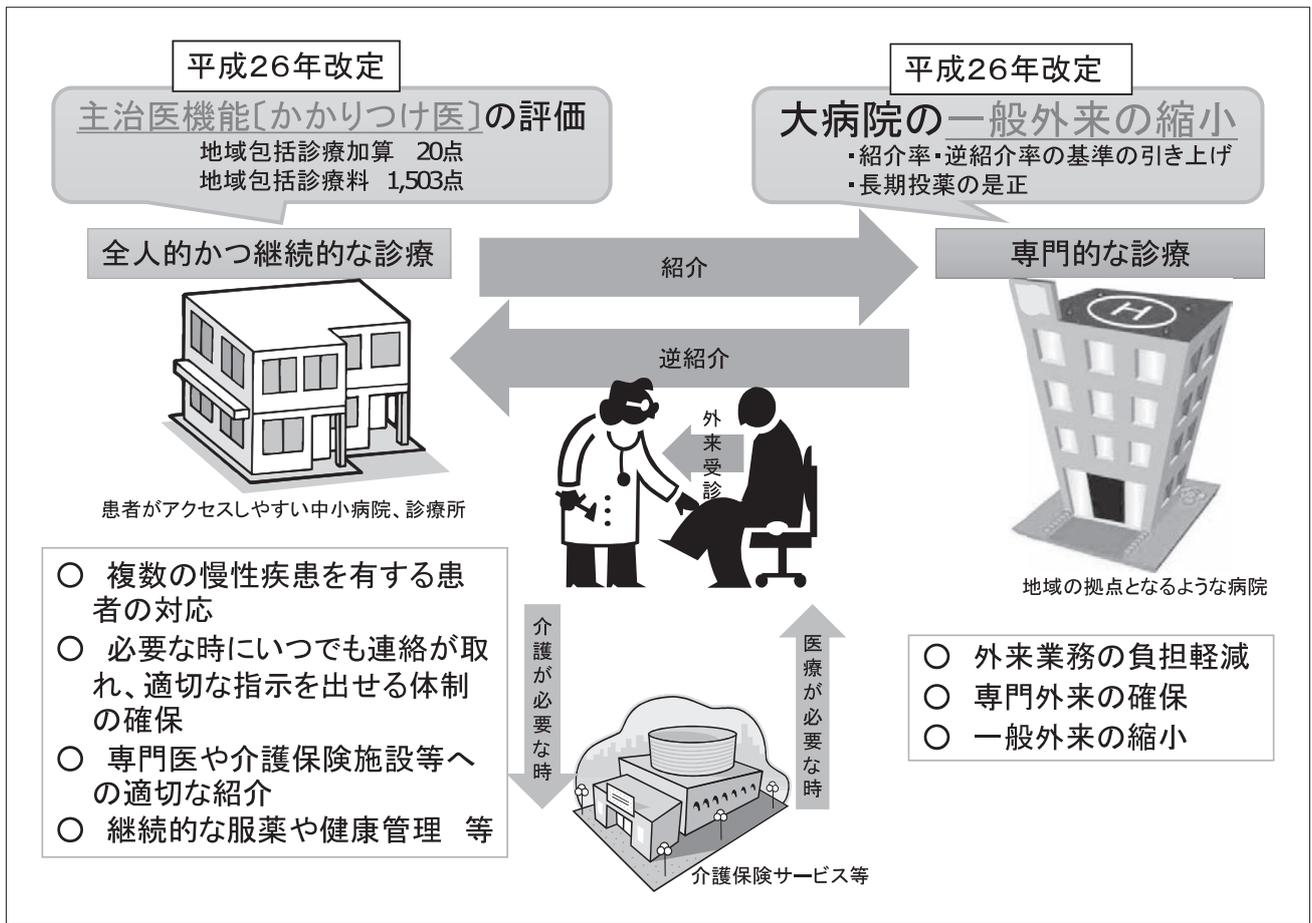


図1 外来医療の機能分化・連携の推進について

主治医機能[かかりつけ医]の評価(包括点数)

➤ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回) ※ 要件を満たすことが確認できる資料の写しを添付した上で届出必要

※1 対象医療機関は診療所又は許可病床が200床未満の病院
 ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
 ※3 初診時には算定できない
 ※4 医療機関単位ではなく、患者毎に算定を選択できる

[包括範囲]
 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。
 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
 ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]
 ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
 なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
 ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
 ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
 ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。 ※ 当該患者に院外処方を行う場合
 診療所:24時間対応の薬局と連携、病院:24時間開局であること
 ⑤ 下記のうちすべてを満たすこと

・診療所の場合 ア) 時間外対応加算1を算定していること イ) 常勤医師が3人以上在籍していること ウ) 在宅療養支援診療所であること	・病院の場合 ア) 2次救急指定病院、救急告示病院又は病院群輪番制病院であること イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること ウ) 在宅療養支援病院であること
--	---

図2 外来の機能分化の更なる推進

算定要件に介護保険制度の一部がとりこまれている。このような診療報酬点数の算定要件の設定は今まで経験した事がなく、極めて異例である。3年後の診療報酬、介護報酬の同時改定では、これらの傾向はますます顕著になってくるかも知れない。

しかし、これは施設基準なのか人員基準なのか判別しにくい。主治医(かかりつけ医)となった医師が主治医意見書の作成を行っていることを必須とし、加えて以下の9項目のうちどれか1項目を満たす事としている(表2)。医療法人として介護サービス事業所の併設、居宅介護支援事業所の指定、短期入所療養介護等の提供などは、介護療養病床や介護老人保健施設(老健)を併設運営していなければ実際上はなかなか困難である。また、医師がケアマネジャーの資格を有していることや介護認定審査会委員になっていることおよび地域ケア会議に年1回以上出席していることなどの要件は、正に国が鳴物入りで推し進める地域包括ケアシステム構築のために積極的に参加し、院内診療業務以外の院外活動をも評価し、医師は医療のみならず介護保険制度により積極的に寄与しなければならないことを暗に示している。同様にこの項目では所定の研修を受講することが定められているが、本道では当会が北海道より委託され実施している介護保険制度・障害者総合支援制度に係わる主治医研修会が該当する。この研修会は道医師会・地域福祉部が担当し、平成26年度は道内8ヵ所で開催し、受講者数は合計696名であった。本研修会を過去に一度でも受講しているのであれば本要件は満たされ、その証明として北海道より発行

される受講修了証のコピーを提出することが確実である(紛失された場合は北海道に連絡することで再発行が可能である)。なお滋賀県、広島県、愛知県の3県ではこの研修会を行っていない。

1年間(平成27年3月31日まで)の経過措置としてその概要すら示されていなかった。先に述べた介護保険にかかわる研修とは別の、「関係団体主催の研修」修了の要件が記載されている(表2)。慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下「担当医」という)、これは正にミステリーであり、どの研修を指すのかも当初は全く不明であった。ただ、この算定の届出に関して平成26年7月10日付厚生労働省保険局医療課より事務連絡として疑義解釈資料(その8)が医師会に送付されて来た。それによると、平成26年12月に日医生涯教育認定証(20時間以上)を受領した医師についてのみ適切な研修を修了したものとみなすとしていた。今後の研修の内容については、高血圧症、糖尿病、脂質異常症および認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていることとしている。初回に届出を行ったあとは、2年ごとに届出を行うこと。また、原則として、これらの研修ではe-ラーニングによる研修の受講は認めない。なお、当該研修は複数の学会等と共同で行われるものであっても差し支えない。すなわち、日本医師会生涯教育制度に係る研修について、日医生涯教育認定証を受領した後であっても、初回の届出以外は、2年間で通算20時間以上の研修を受

主治医機能[かかりつけ医]の評価(出来高:再診料の加算)

- ▶ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

※ 要件を満たすことが確認できる資料の写しを添付した上で届出必要

- ※1 対象医療機関は診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時には算定できない
- ※4 医療機関単位ではなく、患者毎に算定を選択できる
- ※5 院外処方の場合、24時間対応している薬局と連携

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。 ※ 当該患者に院外処方を行う場合、24時間対応の薬局と連携
- ⑤ 下記のうち**いずれか1つ**を満たすこと
 - ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること

関係団体主催の研修:日医(在宅医療研修+生涯教育)とするよう要請中
p.34も同様



患者がアクセスしやすい診療所

図3 外来の機能分化の更なる推進

講すること。また、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、さらに、届出にあたっては、当該研修を受講したことを証明する書類を提出すること。なお、四つのカリキュラムコード以外の項目については、例外としてe-ラーニングによる受講であっても差し支えない。

なお、平成26年12月の日医生涯教育認定証を受領していない場合であっても、2年間で通算20時間以上の研修を受講している場合は、地域包括診療加算および地域包括診療料の施設基準にある慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した者とみなす。ただし、20時間の講習の中には、カリキュラムコードとして29認知能の障害、74高血圧症、75脂質異常症、76糖尿病を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならないとしている。また平成27年2月3日の疑義解釈(その12)の中で記載されているが、2年ごとの算定更新手続きにこれら研修受講修了書の提出が義務付けられているが、四つのカリキュラムコードを含む日本医師会生涯教育講座の受講は、昨今各郡市医師会で比較

的頻回に行われているため、容易であると思われる(開催状況は北海道医報に医学会・医学講演会等開催情報として各ブロックごとに記載されている)。しかし、主治医機能に関するものとして位置づけている服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療に関する研修はほとんどなく行政(道)が主催しこれに該当する研修会も札幌開催を除いて地方ではまれにしか見られない。本道以外でも同様のことと思われ、これらのことを踏まえ、日本医師会では本年7月12日に日医会館大講堂で平成27年度地域包括医療加算、地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会を開催している(表3)。この研修会は地方会員の便宜を図る意味でテレビ会議システムを用いて都道府県医師会へ同時中継、動画配信を行っている。当会でも北海道医師会館にて中継を行い52名が参加している。これを受講したことにより、20時間のうちの6.5時間分が充足されたこととなり、日本医師会より修了証書が交付される。昨年度は道医師会として算定届出申請医の受講状況を調べ、大幅に時間数の不足が懸念されたため、1月31日に在宅医療推進研修会(5時間分)、2月1日にかかりつけ医機能強化研修会(7.5時間分)、3月22日に地域医療推進研修会(4時間分)を急遽開催した。すべて道医師会館で開催したが、これら研修会の講師をお引き受け下

表2 主治医機能〔かかりつけ医〕の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	許可病床200床未満病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診療の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)		
対象医療機関	診療所または許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は、当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに添付する等を行う等 ・(地域包括診療料のみ)当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む)を行うこととし、その旨を院内に掲示 ・当該点数を算定している場合は、 7 剤投与の減算規定の対象外 とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局と連携する 等	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のうちいずれか1つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネジャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出または介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供及び24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること 下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院、救急告示病院又は病院群輪番制病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1または2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

さった先生方にはこの誌面をかりて厚く御礼申し上げます(今年度、前記研修会は開催しない予定です)。

最後に人員基準とも言える常勤医師が3人以上在籍する事が必須の地域包括診療料の算定要件や、3人以上の医師の在籍か在宅療養支援診療所、および時間外対応加算1または2の届出診療所ではこのうち一つを満たさなければ地域包括診療加算が算定できない。これは24時間の患者対応および在宅医療時のチーム医療を見据え、常時患者と医師とが連絡可能であることを担保するものである。このように許可病床200床未満の病院であれ診療所であれ、これらの算定要件は極めて厳しいと言わざるを得ない。日本医師会が、平成26年12月17日に診療所を対象に行った調査結果公表(10月~11月に診療所開設者、管理者3,413人を対象とし調査、1,519人より回答を得ている)によると、かかりつけ医として「実施が負担・困難」と答えた項目(複数回答)の割合は、「常勤医師3人以上」77.9%、「在宅患者への24時間の対応」69.4%、「在宅療養支援診療所」54.4%の順で高かった。かかりつけ医にとって「重要」と思われる項目(複数回答)では、「受診勧奨や健康状態の管理」59.6%、「主治医意見書の作成」56.1%、「健康相談」53.3%などが多かった。これら日本医師会の調査結果を見るまでもなく、このような高いハードルの設

定は、国として何を目標しているのか皆目不明である。このような研修会に頻繁に参加しては、自院の患者に対応する時間がなくなってしまう。勉強・学習は継続しろ、患者は診ろ、特定健診・後期高齢者健康診断の受診勧奨や健康相談も行えと増々要求はエスカレートしている。

平成27年7月1日現在の施設基準等届出受理医療機関を北海道厚生局ホームページから検索すると道内の地域包括診療料(1,503点)を算定している医療機関は11医療機関のみであり、中でも200床未満の病院はわずか1医療施設である(表4)。一方、地域包括診療加算(1回ごと20点)の届出診療所は112診療所である。道内在宅療養支援診療所は256診療所が届出をしているが、この加算の算定届出診療所はその内の半数にも達していない。

在宅療養支援病院では14の2の1の(1)に規定するもの5、14の2の1の(2)に規定するもの9、14の2の1の(3)に規定するもの34、計48病院のうち先の1病院のみが地域包括診療料を届出している。

この現実は何を物語っているのだろうか? 200床未満の病院に拒絶され、支援診療所の半数以上が参加しない制度は、もはや制度設計上破綻していると言わざるを得ない。今後この算定を届出する医療機関が増加するとはとても考えられない。むしろ減少

表3 平成27年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会

プログラム		開催日:平成 27年 7月 12日 (日)
10:00	(1) 開会・挨拶 (5分)	日本医師会長 横倉 義武
	(2) 講 義	座長:鈴木邦彦常任理事
10:05	1. 脂質異常症 (60分) 江草 玄士 (江草玄士クリニック 院長) 一質疑応答一 (5分)	
11:10	2. 糖尿病 (60分) 菅原 正弘 (医療法人社団 弘健会 菅原医院 院長) 一質疑応答一 (5分)	
12:15	< 休憩・昼食 > (60分)	
		座長:松本純一常任理事
13:15	3. 高血圧症 (60分) 有田 幹雄 (和歌山県立医科大学 保健看護学部 特任教授) 一質疑応答一 (5分)	
14:20	4. 認知症 (60分) 瀬戸 裕司 (医療法人 ゆう心と体のクリニック 院長) 一質疑応答一 (5分)	
15:25	5. 禁煙指導 (20分) 羽鳥 裕 (公益社団法人 日本医師会 常任理事)	
15:45	6. 健康相談 (30分) 新田 國夫 (医療法人社団 つくし会 理事長)	
16:15	7. 在宅医療 (20分) 太田 秀樹 (医療法人 アスミス 理事長)	
16:35	8. 服薬管理 (20分) 白髭 豊 (医療法人 白髭内科医院 院長)	
16:55	9. 介護保険 (20分) 池端 幸彦 (医療法人池慶会 池端病院 理事長/院長) 一質疑応答一 (10分)	
17:25	(3) 閉会・挨拶 (5分)	日本医師会副会長 中川 俊男
17:30	(4) 終了	

表4 地域包括診療料および地域包括診療加算算定医療機関

地域包括診療料		
道 央		4件
道 南		1件
後 志		1件
日 胆		1件
道 北		3件
道 東		1件
合 計		11件

地域包括診療加算		
道 央		42件
道 南		12件
後 志		14件
日 胆		5件
空 知		6件
道 北		16件
北 見		6件
道 東		11件
合 計		112件

平成27年7月1日 現在
北海道厚生局ホームページより

するかも知れない。

厚生労働省は現在地域医療構想の名の基に地域の医療機能別病床数を割り出し(この根拠は全く不明と著者は考えている)、あたかも半強制的に余剰病床(?)の削減を押しつけている。また地域包括ケアシステムによる、在宅療養の推進をすすめ、医療・介護・福祉の連携を計り、住みなれた地域で尊厳ある一生を全うする地域完結型医療介護の構築。この基礎となるかかりつけ医を目指す医療が前述したようにすでに医療者側に受け入れられていないのである。6月16日のメディファクス(7096号)の記事に

■厚労省3局、療養病床の検討会を設置

月内にも議論開始へ

厚生労働省は地域医療構想の実現に向け、医政・老健・保険の3局で療養病床などに関する有識者検討会を設置する。2017年度末に介護療養病床を廃止することも見据え、今後の療養病床の在り方を検討するほか、慢性期の医療・介護ニーズに合った提供体制について議論する。

検討会の事務局は、保険局医療介護連携政策課(渡辺由美子課長)が担う。6月下旬にも初会合を開き、年内をめどに慢性期の医療・介護提供体制見直しに向けた論点を整理する。来年以降は、社会保障審議会の介護保険部会や医療部会などで制度改正について議論する見通しだ。政府が15日に開いた「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」で、厚労省が検討会を設置する方針を明らかにした。

メディファクス 7096号から抜粋

とあるが、介護療養病床を廃止すれば、介護療養病床と一般病床を混合運営している有床診療所は経営上すみやかに病床を廃止し無床化することが想定され、夜間も容易に連絡可能な看護師や介護職員が必ず勤務している有床診療所が減れば、24時間対応可能な診療所は激減すると考えられる。とすれば、地域包括診療料も地域包括診療加算もかかりつけ医機能を推進するためのものとして全く意味をなさなくなる。

なぜ優秀といわれている厚生労働省官僚はこのような現実が判らないのだろうか? 机上の空論で目新しい制度を作っても実際の現場の状況は何も変わらず、相変わらず老老介護や家族虐待など悲惨な事例が報告されている。

われわれ道医師会も事あるごとに、これら現実の状況を丁寧に発信し、行政が地域特性を考慮した実のある政策を立て得るよう、詳細な情報提供にさらに努めていきたい。

今回この「指標」では新たな保険診療点数の制度が及ぼした北海道内のかかりつけ医の現状について、制定後約1年間の医療者側のとらえ方について調べ報告した。

お知らせ 第42回 全道医家囲碁大会開催のご案内(予告)

標記大会を下記のとおり開催いたしますので、多くの会員にご参加いただきたくお知らせいたします。なお、申込み等につきましては、10月1日号、11月1日号の医報本紙内にて改めてご案内申し上げます。

【大会】

日時 平成27年11月15日(日)
・対局 午前9時～午後4時
・懇親会 午後4時～午後5時30分
会場 札幌市医師会館5階
札幌市中央区大通西19丁目
TEL011-611-4181

【お問合せ先】

〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目
北海道医師会事業第5課内
全道医家囲碁連盟事務局
TEL 011-231-1434
FAX 011-231-7272
E-mail: 5ka@m.douji.jp