

地域包括診療料 1 1,660点  
地域包括診療料 2 1,600点  
(月1回)

地域包括診療加算 1 25点  
地域包括診療加算 2 18点  
(1回につき)

病院

診療所

診療所

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) (Ⅲ)
- ・ 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

診療所又は許可病床が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。

患者に対し指導・服薬管理等を行う

指導

・ 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

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

・ 当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 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 ・ 原則として院内処方を行う

・ 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、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する

・ 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

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等。

在宅医療の提供および24時間の対応

・ 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) 連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

・ 下記のすべてを満たす

- ①地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ②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常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤
- ③在宅療養支援診療所

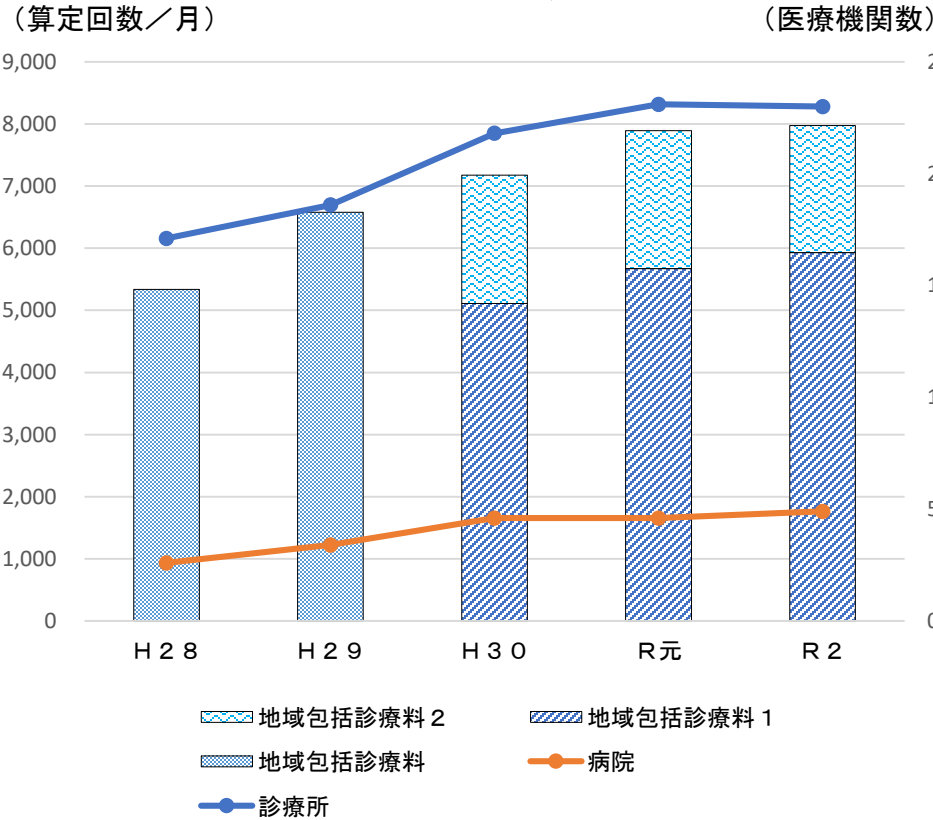
・ 下記のうちいずれか1つを満たす

- ①時間外対応加算1、2又は3の届出
- ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤
- ③在宅療養支援診療所

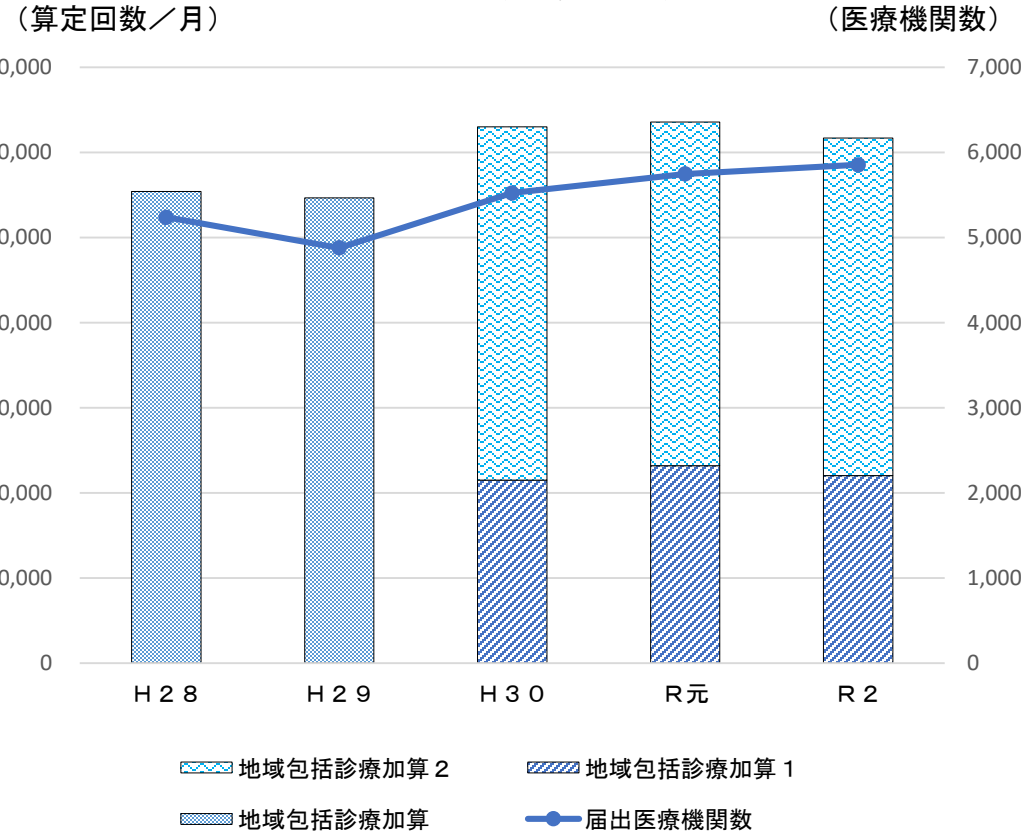
# 地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の方が、届出医療機関数・算定回数ともに多かった。

地域包括診療料  
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算  
届出医療機関数・算定回数

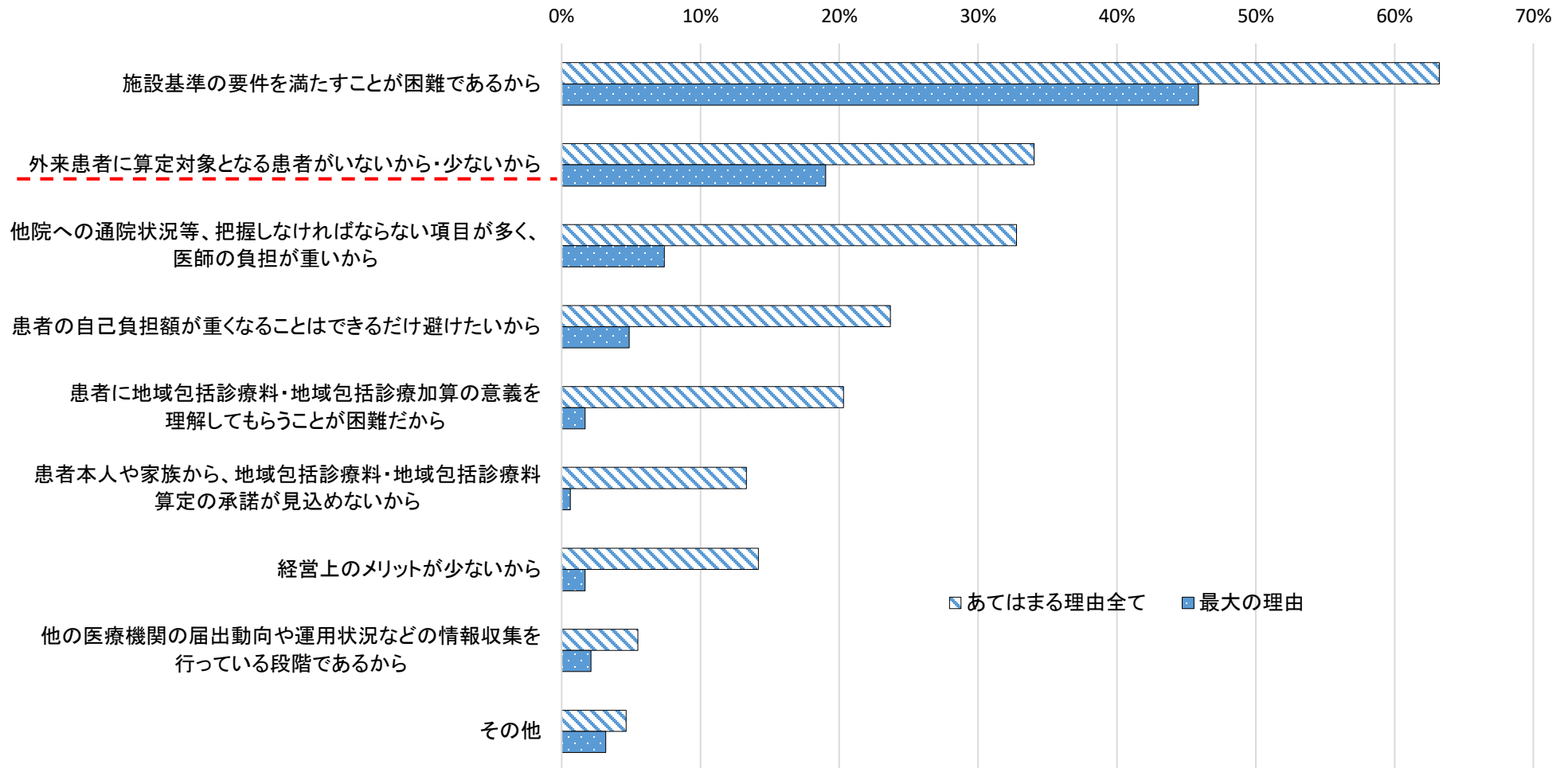


出典：  
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況  
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

# 地域包括診療料・加算を届け出ていない理由

○ 地域包括診療料・加算を届け出ていない理由としては、「施設基準を満たすことが困難」との回答が最も多かったが、「算定対象となる患者がいらない・少ない」「医師の負担が重い」と回答している施設も一定程度存在していた。

地域包括診療料・加算を届け出ていない理由 (n=473)



# CKD（慢性腎臓病）について

○ CKDに対する治療においては、かかりつけ医と専門医療機関における連携が重要とされている。

【参考2】

## 病期に応じた腎疾患対策の全体像

厚生労働省 腎疾患対策検討会



項目例: 血圧、脂質、血糖、喫煙、尿蛋白および血清クレアチニン等

受診勧奨

標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】

紹介

「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」

**健診**  
保健指導、受診勧奨  
健診受診率向上(未受診者受診勧奨)

**かかりつけ医等**  
療養指導士等メディカル  
スタッフとの連携

**2人主治医制など  
担当医間の連携**

**腎臓専門医療機関等**  
メディカルスタッフや他科専門医等との連携  
最適な腎代替療法の選択、準備

市民公開講座や資料等によるCKD認知度の上昇

通院患者へのCKD発症予防、重症化予防に関する知識の普及

各種ガイド、ガイドライン等で推奨される診療の均てん化

関連する疾患の治療との連携強化

腎臓病療養指導士の育成、かかりつけ医等との連携

関連する療養指導士等との連携強化

関連学会と連携したデータベースの構築

病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発

関連する施策

- ・ 禁煙、運動、減量、減塩等について、健康日本21(第二次)に目標を掲げ、取組を推進
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- ・ 難病診療連携拠点病院を中心とした医療提供体制の構築、指定難病患者データベースの稼働 等
- ・ 腎移植に関する普及啓発活動、院内体制の整備、提供移植施設の負担軽減 等

# かかりつけ医におけるCKDの管理

## 【かかりつけ医における管理】

CKD患者に対しては、CKD悪化因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙、貧血など）を把握し、生活習慣の改善や血圧・血糖・脂質異常症の管理を行いながら、CKDのフォローアップとして尿検査・血液検査をステージG1～G2であれば3～6ヶ月ごと、ステージG3～G5であれば1～3ヶ月ごとに実施する。

出典：日本腎臓学会「CKD診療ガイド2012」

CKD分類	GFR						備考	
	90	60	45	30	15			
管理目標	ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	
	ハイリスク群 (G2A1)	G1A3	G2A3	G3aA2	G3bA2	G4A2	G5A2	
生活習慣管理	体重	BMI 25 未満						たんぱく質制限時のエネルギー必要量は健康人と同程度 (25～35Kcal/kg体重/日)
	たばこ	禁煙						
	食事	高血圧があれば 塩分 3g/日以上6g/日未満		塩分 3g/日以上6g/日未満				
生活習慣病管理	血圧	糖尿病合併の場合 130/80mmHg未満 (RA系阻害薬を推奨) 糖尿病非合併の場合 A1では140/90mmHg未満、A2,3では130/80mmHg未満 (A1ではRA系阻害薬、Ca拮抗薬あるいは利尿薬、A2,3ではRA系阻害薬を推奨)						G3b以降のRA系阻害薬の使用は腎臓専門医に相談
	血糖値	HbA1c 7.0% 未満			ビグアナイド薬は禁忌	ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、SU薬は禁忌		G3a以降では低血糖の危険性を考慮
	脂質	LDL-C 120mg/dL 未満 またはnonHDL-C150mg/dL 未満			フィbrate系はフィbrate以外は禁忌		薬物による横紋筋融解症への注意	
	貧血	腎性貧血以外の原因検索		腎性貧血はHb10～12g/dL				EPO製剤使用は腎臓専門医に相談 鉄欠乏対策
CKD進展管理	骨・ミネラル	P、Ca、PTH: 基準値内						低アルブミン血症では補正Caで補正
	カリウム	リン制限食						PTHが基準値を超える際は活性型ビタミンD
	尿酸	血清カリウム4.0～5.4mEq/Lの範囲で管理						高P血症ではリン吸着剤
	尿毒素	尿酸値が7.0 mg/dL を超えたら生活指導、9.0 mg/dL 以上から薬物治療開始を推奨						高K血症の原因検索 低K血症に注意
	薬剤	球形吸着炭の服用						腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整
ステージごとの適切な治療	● CKDの原因精査 ● CVDを含む合併症の検査と治療							
CKDの診療方針	● 腎代替療法(透析、移植)の情報提供と準備							
	● かかりつけ医が専門医と協力して治療						● 専門医による治療	

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

かかりつけ医における診療が求められている

# 心不全について

○ 循環器病の医療提供体制については、急性期～回復期・慢性期のネットワークが重要とされている。

- 循環器病は、急性期突然死の主な原因かつ介護が必要となる主な原因であり、急性期から維持期まで一貫した診療提供体制の構築が必要。
- 診療提供体制の評価にあたっては、地域の評価指標に加えて、各医療施設に対する評価指標も必要。(具体的な指標については今後の検討が必要。)

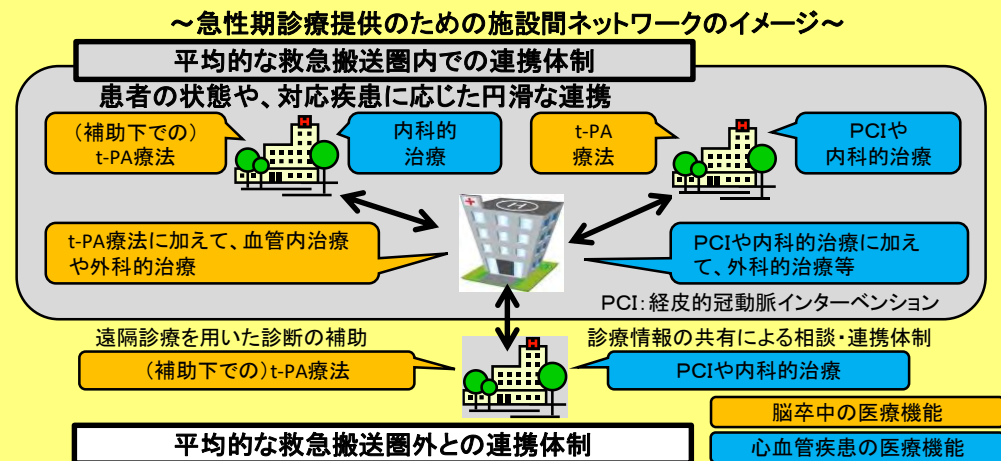
急性期

## (1) 基本的な考え方

- 時間的制約の観点(早急に、適切な治療を開始する必要性)
- 国民に対する教育・啓発(疾患の前兆、症状、発症時の対処法等)
- 専門性を重視した救急搬送体制

## (2) 施設間ネットワーク構築および施設が担う医療機能に関する考え方

- 地域の医療施設が連携し、24時間専門的な診療を提供できる体制
  - ・平均的な救急搬送圏内での連携体制が基本
  - ・地域や対応疾患によっては平均的な救急搬送圏外との連携体制
    - ※遠隔画像診断等の診断の補助に基づくt-PA療法実施
    - ※緊急の外科的治療が必要な急性大動脈解離への対応 等
- 施設毎の医療機能を明確にした上での、効率的な連携体制
  - ・施設毎の医療機能は、地域の状況等に応じて柔軟に設定
- 提供する急性期医療について、安全性等の質の確保



回復期  
維持期

## (1) 基本的な考え方

- 再発予防・再入院予防の観点
- 慢性心不全患者への対策
  - ・増悪による再入院を繰り返しやすい、今後患者数が増加

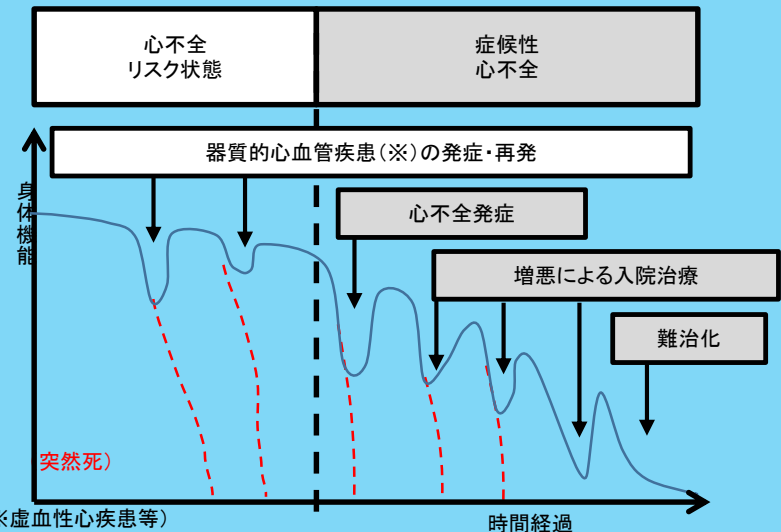
## (2) 再発予防・再入院予防に向けた考え方

- 多職種チームによる多面的・包括的な疾病管理(※)
  - ・患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等
  - ※学会は、「疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション」と提唱。
- 地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制

## (3) 慢性心不全対策の考え方

- 地域全体で慢性心不全患者を管理
  - ・かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の連携
- 幅広い心不全の概念の共有
  - ・患者、家族、心血管疾患を専門としない医療従事者や行政等との共有

～心血管疾患患者の臨床経過イメージ～



# かかりつけ医における心不全の管理

○ かかりつけ医には、心不全の発症予防や、発症後の専門医と連携した急性増悪への対応及び安定期の心不全管理の実施が求められている。

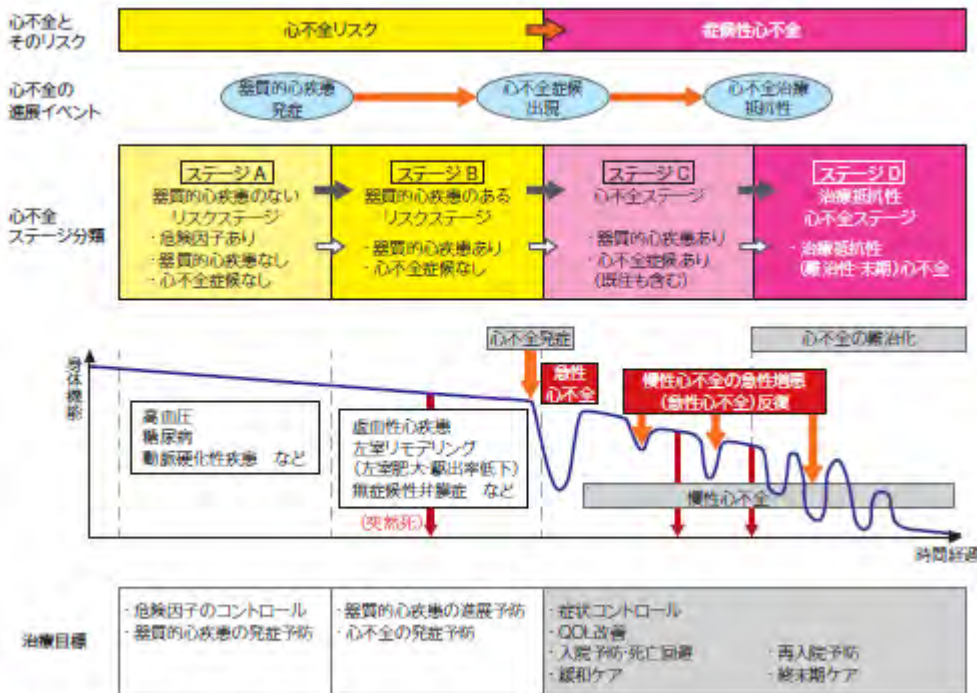


図1 心不全とそのリスクの進展ステージ

ステージA～B：かかりつけ医が中心となって、生活習慣病の管理等を通じた心不全の発症予防を実施。  
 ステージC～D：かかりつけ医と専門医の連携により急性増悪への対応及び安定期の心不全管理を実施。

(「1-1-1 心不全の概念」より)

## Key points

- かかりつけ医による心不全の日常診療は、基礎心疾患に対する治療を継続しながら増悪因子を排除し、薬物調整により病態を維持する。

表 29 心不全診療におけるかかりつけ医の主な役割

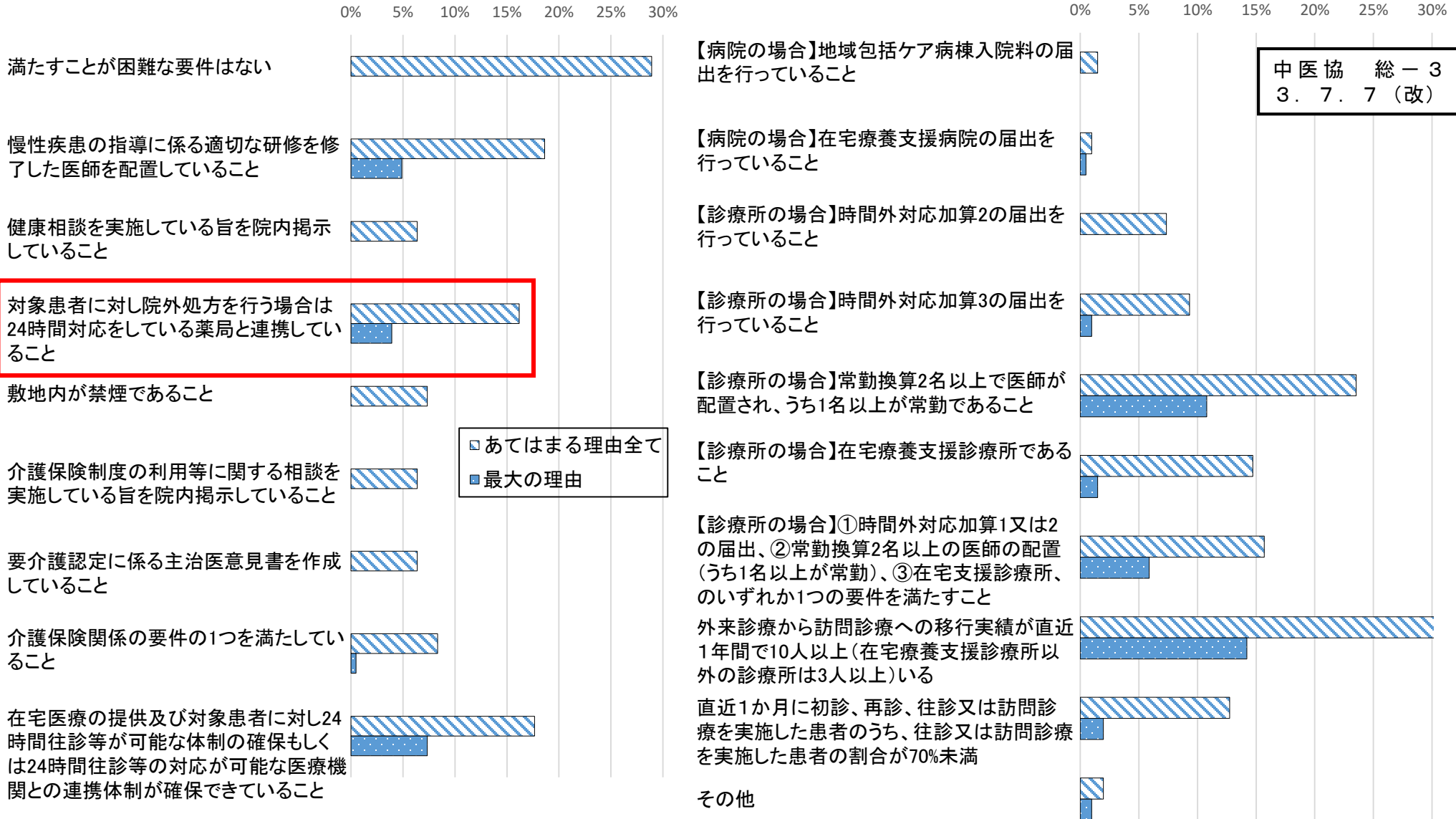
主な役割	解決すべき課題	解決策
日常的な心不全管理	再入院の回避 重症化予防 症状緩和	心不全の重症度ステージに沿った、継続的で適切な診療 セルフケア支援と増悪因子の管理(体重管理、食事管理(減塩)指導など) 症候性となった早い段階から緩和ケアを意識 ACPに基づく医療やケアの実践
ADL・QOLの向上	フレイルの進行・悪化 再入院の回避 意欲の低下	<u>適切な運動療法の指導、過剰な安静の回避</u> (p.35 図9、運動療法・動画リンク)
併存疾患の管理	認知症、誤嚥性肺炎などの併存症 患者の個別性・多様性	併存症に対する適切な診療 栄養状態、フレイル、社会生活環境等の評価 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践 <u>病状に応じて適切な医療機関を紹介</u>
医療・介護連携	急性期病院と地域におけるシームレスな医療・介護連携	急性期病院から、慢性期病院、地域医療機関までの縦の連携(病診連携) 地域における慢性期病院、プライマリケアを行う地域診療所、循環器専門クリニックでのグループ診療を意識した横の連携(診診連携) 基幹病院とかかりつけ医の役割・機能の分担 <u>医療と介護双方における的確な患者情報の共有</u>
在宅療養支援	生活の場での心不全管理 身体機能が低下して外来通院が困難	多職種チームによる包括的な心不全診療・ケアの提供 入院患者の早期退院支援 患者や家族の生活を支えるための日常の療養支援 <u>病状悪化時の往診や入院医療機関との連携などの急変時の対応</u> 患者の望む場所での看取りの実施など

地域包括診療料・加算において評価の対象とされている診療に該当

# 地域包括診療料・加算の施設基準において満たすことが困難な要件

○ 満たすことが困難な要件については、研修を修了した医師の配置と院外処方における24時間対応可能な薬局との連携に加え、在宅医療に係る取組を挙げた施設が多かった。

地域包括診療料・加算の施設基準のうち満たすことが困難な要件（いずれかを届け出ている医療機関（n=204）の回答）



中医協 総-3  
3.7.7 (改)