



DECEMBER 2021

2022年度診療報酬改定に向けた議論が進む

地域包括診療、療養・就労両立支援の評価対象
疾患の拡大などが論点に挙がる ～CKDや糖尿病など～

Point 1

2022年度診療報酬改定に向けた中央社会保険医療協議会の議論で、地域包括診療料と再診料の地域包括診療加算の評価の在り方が論点に挙がった。両点数の算定対象疾患に慢性腎臓病(CKD)や心不全を追加するという案がある。

Point 2

また、患者の治療と仕事の両立を推進するための療養・就労両立支援指導料の評価の在り方も論点に挙がり、2020年度改定における対象疾患の追加に続き、さらに糖尿病や心疾患などを対象疾患に加えるかどうかなどが検討されている。

地域包括診療料等を届け出ている理由には
対象疾患の問題もありそう

地域包括診療料と地域包括診療加算は、主治医機能の強化を図るためとして2014年度診療報酬改定で新設されました。診療料は、許可病床数200床未満の病院と診療所の再診を包括的に評価するものとされ、診療加算は、診療所に限定された再診料の加算です。

両者とも、生活習慣病などに対するかかりつけ医の診療・管理を評価する点数であり、内服薬の7種類以上投与に係る減算規定が適用外になるという取り扱いもあります。

両点数の新設後、評価体系等が部分的に見直されていますが、算定対象となる患者は従来、①脂質異常症、②高血圧症、③糖尿病、④認知症——のうち、2以上の疾患(疑いは除く)を有する患者とされています。

2022年度診療報酬改定に向けた議論では、慢性腎臓病(CKD)や心不全について、かかりつけ医が専門医と連携しながら、基礎疾患に対する治療や悪化予防などの管理を担うことが求められているなどの課題を踏まえ、地域包括診療料・診療加算の評価の在り方をどのように考えるか、といったことが論点の一つに挙がりました。

そのうち、CKDについては、かかりつけ医による血圧、血糖値、脂質に係る医学管理などが、すでに地域包括診療料・地域包括診療加算で評価の対象となっている診療に該当するとされています(3ページに関連資料掲載)。

一方、診療報酬改定の結果検証に係る調査によると、地域包括診療料・地域包括診療加算を届け出ている理由で最も多いのは、「施設基準を満たすことが困難」という回答でしたが、「算定対象となる患者が少ない・少ないから」とした回答も多くなっていました(4ページにグラフ掲載)。

地域包括診療料と再診料の地域包括診療加算の概要

地域包括診療料		地域包括診療加算		
診療所と許可病床数200床未満の病院が対象		診療所が対象		
月1回算定		再診1回につき算定		
地域包括診療料1 1,660点	地域包括診療料2 1,600点	地域包括診療加算1 25点	地域包括診療加算2 18点	
対象患者 ①脂質異常症、②高血圧症、③糖尿病、④認知症——のうち、2以上の疾患(疑いは除く)を有する患者。				
施設基準等の概要	診療料1 ● 以下の全てを満たしている。 ①直近1年間に、自院での継続的な外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上。 ②直近1カ月に初診・再診・往診・訪問診療を実施した患者のうち、往診または訪問診療を実施した患者の割合が70%未満。		加算1 ● 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保している(在宅療養支援診療所以外は、連携医療機関の協力を得て行う場合を含む)。 ● 以下の全てを満たしている。 ①直近1年間に、自院での継続的な外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が、在宅療養支援診療所については10人以上、それ以外は3人以上。 ②直近1カ月に初診・再診・往診・訪問診療を実施した患者のうち、往診または訪問診療を実施した患者の割合が70%未満。	
	診療料2 ● 以下の全てを満たしている。 【診療所の場合】 ①時間外対応加算1を届け出ている。 ②常勤換算2人以上(1人以上が常勤)の医師を配置している。 ③在宅療養支援診療所である。 【病院の場合】 ①地域包括ケア病棟入院料を届け出ている。 ②在宅療養支援病院である。		加算2 ● 以下のいずれかを満たしている。 ①時間外対応加算を届け出ている。 ②常勤換算2人以上(1人以上が常勤)の医師を配置している。 ③在宅療養支援診療所である。 ● 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の連絡体制を確保している。	

※地域包括診療料と地域包括診療加算は、どちらか一方の届け出が可能。
 ※地域包括診療料には、以下の項目以外の費用が包括される(以下の項目は別途算定可能)。ただし、患者の状態に応じて月ごとに出る高算定への切り替えが可能。
 ①再診料の時間外・休日・深夜等の加算
 ②地域連携小児夜間・休日診療料
 ③診療情報提供料(II)・(III)
 ④在宅医療の費用(在宅患者訪問診療料、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)
 ⑤投薬の費用(処方料、処方せん料を除く)
 ⑥患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

(厚生労働省の「令和2年度診療報酬改定について」における「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(医科点数表の初・再診料および医学管理等)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603747.pdf>)および<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603749.pdf>)、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666310.pdf>)、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666311.pdf>)に基づいて加工・作成)

■ かかりつけ医によるCKDの管理
(日本腎臓病学会の「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言」による)

管理目標	CKD分類	GFR								備考
		ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1	G5A1	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常人と同程度 (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	食事	たんぱく質制限食 0.8-1.0g/Kg体重/日		たんぱく質制限食 0.6-0.8g/Kg標準体重/日						たんぱく質制限時のエネルギー必要量は健常人と同程度 (25-35Kcal/Kg体重/日)
	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)								
	血糖値	HbA1c 7.0%未満								
	脂質	LDL-C 120mg/dL未満 またはnonHDL-C 150mg/dL未満				フィブラート系はクリフィブラート以外は禁忌				
	貧血	腎性貧血以外の原因検索		腎性貧血はHb 10~12g/dL						
CKD進展管理	骨ミネラル	P、Ca、PTH：基準値内								たんぱく質制限時のエネルギー必要量は健常人と同程度 (25-35Kcal/Kg体重/日)
	カリウム	リン制限食		高P血症ではリン吸着剤						
	尿酸	尿酸値が7.0mg/dLを超えたら生活指導、8.0mg/dL以上から薬物療法開始を推奨								
	尿毒症	球形吸着炭は他の薬剤と同時に使用しない								
薬剤	腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整								たんぱく質制限時のエネルギー必要量は健常人と同程度 (25-35Kcal/Kg体重/日)	
ステージごとの適切な治療	●CKDの原因精査 ●CKDを含む合併症の検査と治療									
CKDの診療方針	●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									

(中央社会保険医療協議会 (2021年10月20日) 資料「外来(その2)」(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000845311.pdf)に基づいて加工・作成)

■ CKDについて、かかりつけ医と専門医等の連携などによる診療体制の充実を目指す

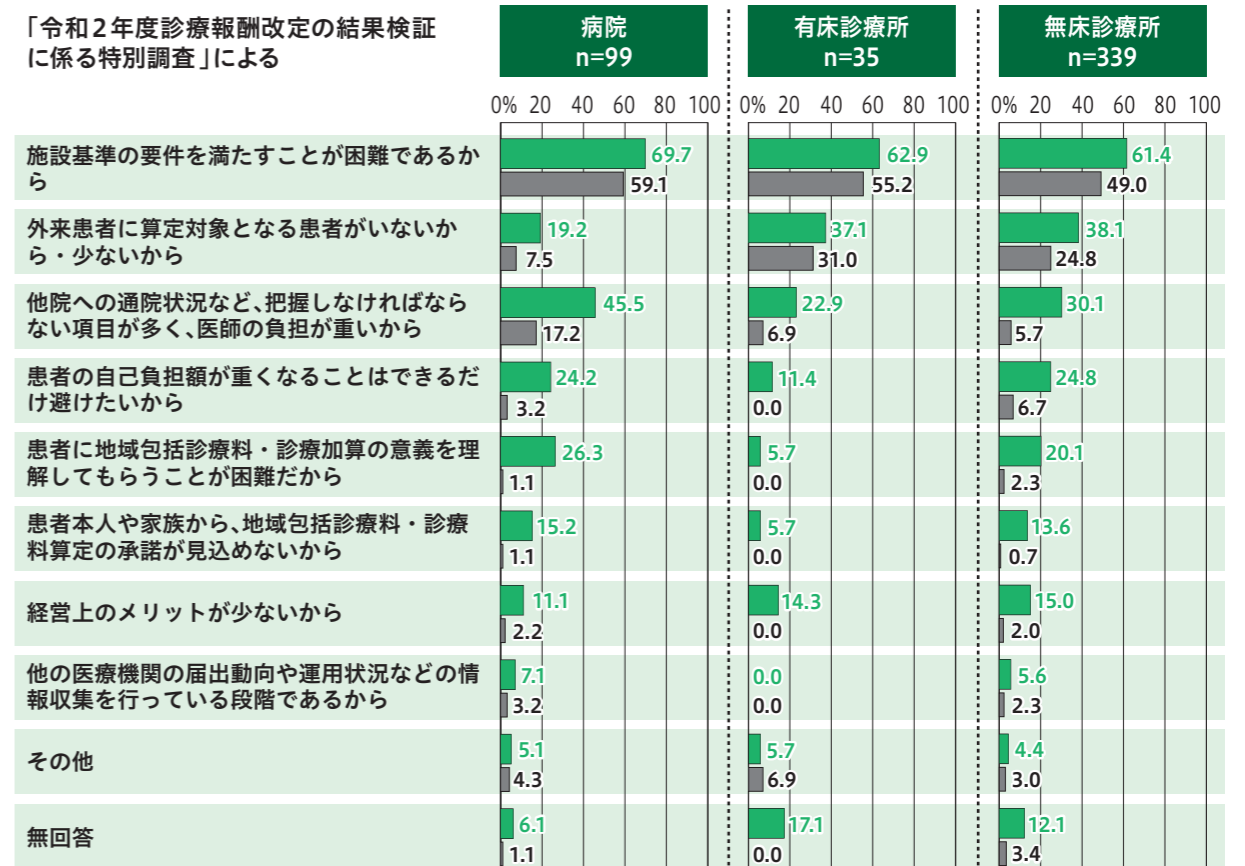
CKDについては、厚生労働省の腎疾患対策検討会が2018年7月に、10年ぶりの改訂版としてとりまとめた報告書「今後の腎疾患対策のあり方について」などを踏まえた取り組みが推進されています。報告書では、腎疾患対策の更なる推進を目指す取り組みとし、達成すべき成果目標の中に、かかりつけ医、

メディカルスタッフ、専門医等が連携し、全てのCKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域のCKD診療体制を充実させることなどが掲げられています。

これら医療提供体制の整備に係る評価指標には、①かかりつけ医と腎臓専門医等の間の紹介・逆紹介率、②地域別のCKD診療を担う医療従事者数、③紹介基準に則った腎臓専門医への紹介率——などがあります。

■ 地域包括診療料・地域包括診療加算を届け出ていない理由

■ 地域包括診療料1・2および地域包括診療加算1・2のいずれも届け出ていない施設の理由の回答割合(複数回答)
■ 届け出ていないと回答した施設の、届け出をしていない最大の理由の回答割合



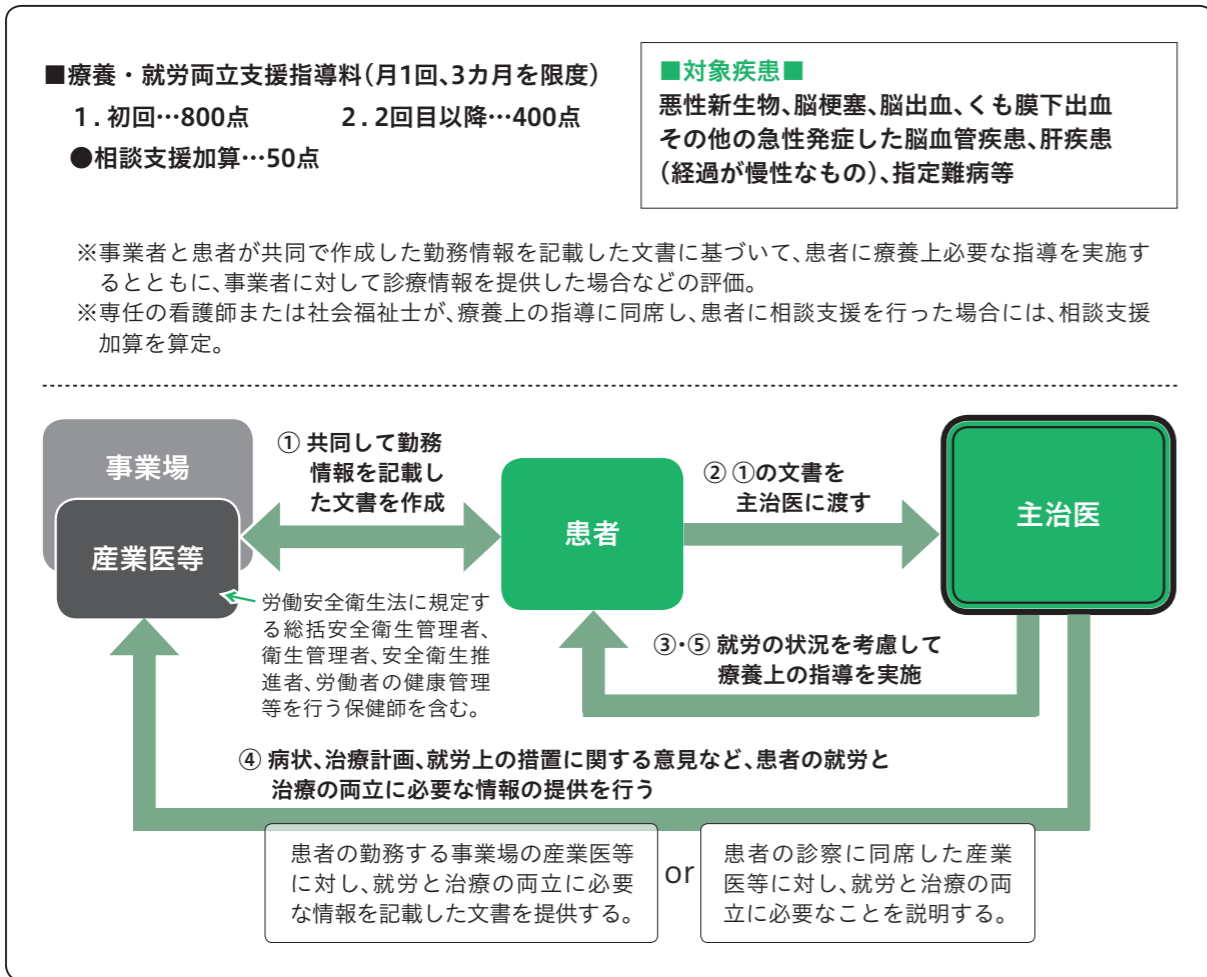
※届け出ていない最大の理由の回答割合は、届け出ていない理由(複数回答)について無回答の施設を除外して集計したものの(病院n=93、有床診療所n=29、無床診療所n=298)

(中央社会保険医療協議会(2021年3月24日)資料「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)の報告案について」(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768007.pdf)に基づいて加工・作成)

2028年までに、年間の新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるとの目標は、国が目指す「全世代型社会保障」を実現するための健康寿命延伸プランにも掲げられています。また、厚生労働省の「慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業」も行われています。モデル事業は、国が都道府県を対象に補助金を交付し、行政と医療提供者が連携して対策モデルを構築するといった取り組みです。都道府県から市町村への横展開を図り、さらに全国へ対策を均てん化していきます。

◇ ◇
かかりつけ医によるCKDの管理に関しては、日本腎臓病学会の「CKD診療ガイド2012」で取り組みが例示されています。「糖尿病、高血圧、脂質異常症、肥満、喫煙、貧血などのCKD悪化因子を把握し、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・血液検査を実施する(ステージG1~G2であれば3~6カ月ごと、G3~G5であれば1~3カ月ごとに実施)」などとした対応が示されています。

■ 療養・就労両立支援指導料に係る取り組み等の概要



(厚生労働省の「令和2年度診療報酬改定について」における「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の医科診療報酬点数表に関する事項(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666093.pdf>)および中央社会保険医療協議会(2021年11月5日)資料「個別事項(その3)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000851859.pdf>)に基づいて加工・作成)

療養・就労両立支援指導料の対象疾患は連携マニュアルの事例などを考慮し検討

2022年度診療報酬改定に向けた議論では、患者の治療と仕事の両立を推進するための療養・就労両立支援指導料の評価の在り方についても、対象疾患の拡大が論点となりました。糖尿病、心疾患、若年性認知症が、追加する対象疾患の案に挙がっています。

糖尿病と心疾患は、厚生労働省が作成・公表している「事業場における治療と仕事の両立支援のため

のガイドライン」の別冊参考資料である「企業・医療機関連携マニュアル」に事例が追加されており、若年性認知症については、治療と仕事の両立に当たって特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)などを示した手引きが、2021年度中に策定される予定であることを踏まえたものです。

療養・就労両立支援指導料は、がん治療と仕事の両立を診療報酬面からも支援するためとし、2018年度診療報酬改定で新設されました。当初は、がんと診断された患者だけが対象でしたが、2020年度改定で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急

■ 「企業・医療機関連携マニュアル」における糖尿病の事例の概要

事例の概要	糖尿病教育入院を行う初期の2型糖尿病で、退院後、通院による治療と仕事の両立を目指す事例	部署異動がきっかけで経口薬治療を中断していた2型糖尿病で、治療を再開し仕事の両立を目指す事例	インスリン治療中の1型糖尿病で、交替制勤務を継続しながら、治療と仕事の両立を目指す事例
年代・性別	40歳代男性	50歳代男性	40歳代男性
治療	病名	2型糖尿病	2型糖尿病
	治療	薬物療法(経口薬)	薬物療法(経口薬)
企業の状況	規模	中小企業	中小企業
	職種等	正社員(建設会社作業員)	正社員(運送会社営業職)
	産業医等	なし	嘱託産業医、保健師
			専属産業医

(厚生労働省のホームページのコンテンツ「治療と仕事の両立について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>)内の「企業・医療機関連携マニュアル」(<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf>)に基づいて加工・作成)

性発症した脳血管疾患、肝疾患(経過が慢性なもの)、指定難病等が対象疾患に追加された経緯があります。

なお、療養・就労両立支援指導料の評価の在り方については、診療情報の提供先に、労働安全衛生法に基づく「衛生推進者」を加えるかどうかなども論点に挙がっています。

衛生推進者は、産業医や衛生管理者などの選任義務がない事業場(業種)で、労働者の健康に係る業務を担当する者として選任されている場合があります。衛生推進者は、治療と仕事の両立支援において診療情報の提供先となり得るものの、療養・就労両立支援指導料の評価の対象にはなっていないとし、評価対象の情報提供先に追加する案が挙がりました。

糖尿病については背景等が異なる3パターンで「両立」を目指す事例～連携マニュアル～

企業・医療機関連携マニュアルでは、糖尿病患者に対する両立支援について、①教育入院を行う初

期の2型糖尿病で、退院後の通院による治療との両立を目指す、②部署異動がきっかけで経口薬治療を中断していた2型糖尿病で、治療を再開し両立を目指す、③インスリン治療中の1型糖尿病で、交替制勤務を継続しながら、治療との両立を目指す——とした3つの事例が取り上げられています。

これらの事例における主治医の意見書については、「入院が望ましいが、本人の希望もあり、外来通院での服薬治療継続とし、通院や時間外労働について職場の配慮を求める内容とし、使用している薬剤の効果や副作用について記載」(事例②)、「業務中の血糖の変化を確認するために、CGM(持続型血糖測定)を用いる旨、シックデイや低血糖時の状態とその対応方法について記載。血糖測定、インスリン注射のタイミングや食事については本人に指導しているため、本人に確認してもらいたいことを記載し、運転前の血糖確認と、低血糖時の補食・再測定が必要であることも明記」(事例③)などとした作成例が紹介されています。

《発行》
アステラス製薬株式会社
 東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》
医療総研株式会社 (担当:田中 勝志)
 東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒151-0002
 TEL. 03-6451-1617