

## 地域包括診療料・地域包括診療加算(再診料)

	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
	どちらか一方に限り届出することができる		
包括範囲	<b>下記以外は包括</b> ・(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、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		<b>出来高</b> <b>(P.4~5 参照)</b>
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) *重複しない対象疾患(4疾病のうち2つ)を診療する場合に限り、他医療機関でも算定可能		
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	<b>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。(P.6、9~10 参照)</b>		
指導服薬管理等	・院外処方を行う場合、(リストから患者が選定する)24時間開局薬局であること等	・院外処方を行う場合、24時間対応の連携薬局(又は時間外対応できるその他薬局(リストを患者に渡す))であること等	
	・患者の同意(P.8 参照)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 ・他医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握、処方薬をすべて管理、診療録に記載 ・原則として院内処方を行う。以下①②の場合に限り院外処方が可能 ①当該薬局に患者が受診している医療機関リストを渡す ②患者は受診時にお薬手帳を持参、コピーを診療録に貼付(又は当該点数算定時の投薬内容を診療録に記載) ・当該点数を算定している場合は、 <b>7 剤投与の減算規定の対象外</b> とする		
検査	・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		・特に規定なし
健康管理	・健診の受診勧奨、結果等を診療録に記載、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙(医療機関の保有又は借用部分)等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を行う旨の院内掲示、主治医意見書の作成を行っていること ・下記の <b>いずれか1つ</b> を満たす ①居宅介護支援事業所の指定を受け、かつ、常勤の介護支援専門員を配置している ②居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を提供した実績 ③当該医療機関の同一敷地内に介護サービス事業所を併設 ④担当医が地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護保険によるリハビリテーションを提供(要介護被保険者等への維持期の運動器・脳血管疾患等リハビリテーション料は原則として算定不可) ⑥担当医が介護認定審査会の委員の経験を有する ⑦ <b>担当医が都道府県等実施の主治医意見書に関する研修会受講 (P.2 参照)</b> ⑧担当医が介護支援専門員の資格を有している ⑨病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること(⑨は地域包括診療料のみ)		
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時間の対応を実施、夜間の連絡先も含め患者に説明と同意を求める(初回算定時等に署名付きの同意書、診療録に添付) ・下記の <b>すべて</b> 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 <b>すべて</b> を満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	・下記の <b>うちいずれか1つ</b> を満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が2人以上在籍 ③在宅療養支援診療所
近畿厚生局への届出書類(P.8 参照)	別添7 様式2の3(「記載上の注意」に指定される添付書類)(P.2 参照)		別添2 様式7の7(「記載上の注意」に指定される添付書類)

### 地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名 (P.6 参照)	
②	研修を修了した医師の氏名 →P.6、9～10 参照	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している (P.6 参照)	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名 (P.6 参照)	
⑤	敷地内が禁煙であること (P.6 参照)	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している (P.6 参照)	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している (P.6 参照)	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす (P.6～7 参照)	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席 →P.10～11 参照	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講 →「主治医意見書研修会」のこと 医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している (P.7 参照)	<input type="checkbox"/>
⑦-2	■下記のいずれか一つを満たす (P.7 参照)	-
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤の医師が2名以上配置されていること	<input type="checkbox"/>
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。

## 認知症地域包括診療料・認知症地域包括診療加算（再診料）

	認知症地域包括診療料 1,515点（月1回）		認知症地域包括診療加算 30点（1回につき）
	地域包括診療料の届出を行っている	診療所	診療所
	る 許可病床 200床未満病院	地域包括診療料または地域包括診療加算の届出を行っている 診療所 (P.7 参照)	
包 括 範 囲	下記以外は包括 ・（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、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		<b>出来高</b> <b>(P.4～5 参照)</b>
対 象 疾 患	認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。		
対 象 医 療 機 関	地域包括診療料の届出を行っている診療所又は許可病床が200床未満の病院	地域包括診療加算の届出を行っている診療所	
算 定 要 件	認知症地域包括診療料 1,515点（月1回） [算定要件] 認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。 (1) 認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。 (2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。 ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。 ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。 (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。 [施設基準] 地域包括診療料の届出を行っていること。		
	認知症地域包括診療加算 30点（再診料に加算） [算定要件] 認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を再診料に加算する。 (1) 認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く。）を有すること。 (2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。 ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。 ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。 (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと。 [施設基準] 地域包括診療加算の届出を行っていること。		

## 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算

## 《 1、医科点数表（告示）抜粋》

## A001 再診料 注 12

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。

## A001 再診料 注 13

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、30点を所定点数に加算する。

## 《 2、医科点数表（通知）抜粋》

## 第2節 再診料 A001 再診料

## (10) 地域包括診療加算

- ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、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したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、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。
- イ 地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。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）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。
- ウ 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。
- エ 以下の指導、服薬管理等を行うこと。
- (イ) 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こと。
- (ロ) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。
- (ハ) 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、(ニ)の場合に限り院外処方を可能とする。
- (ニ) 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
- ①調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

②原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該加算を算定している旨を、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

カ 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

キ 在宅医療を提供していること、及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

ク 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

ケ 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

コ 認知症の患者に対し本加算を算定する場合であって、当該患者の病状から、エ、キ及びク患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

#### (11) 認知症地域包括診療加算

ア 認知症地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、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したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。

(イ) 認知症以外に 1 以上の疾病（疑いは除く。）を有する者

(ロ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

① 1 処方につき 5 種類を超える内服薬があるもの

② 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬をあわせて 3 種類を超えて含むもの

なお、(ロ)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1 銘柄ごとに 1 種類として計算する。また、(ロ)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分番号「F 1 0 0」処方料の注 1 における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。

イ (10)のウからクまで及びコを満たすこと。

ウ 当該保険医療機関で診療を行う疾病（認知症を含む 2 つ以上）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定可能である。また、他医療機関で当該診療加算又は認知症地域包括診療料は算定できない。

## 《 3、施設基準（通知）抜粋》

### 第2の3 地域包括診療加算

#### 1 地域包括診療加算に関する施設基準

(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

#### 【届出様式2の3 ①に関連】

(1) 診療所であること。

#### 【届出様式2の3 ②に関連】

(2) 当該医療機関に、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。）を配置していること。

#### 【届出様式2の3 ③に関連】

(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

#### 【届出様式2の3 ④に関連】

(4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

#### 【届出様式2の3 ⑤に関連】

(5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

#### 【届出様式2の3 ⑥、⑥-2に関連】

(6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。

イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。

ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。

オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供している

こと。(なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。)

- カ 担当医が、介護保険法第 14 条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
- キ 担当医が、**都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。**
- ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

#### **【届出様式2の3 ⑦、⑦-2に関連】**

- (7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか 1 つを満していること。
  - ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。
  - イ 常勤の医師が **2 名以上**配置されていること。→平成 28 年度診療報酬改定に伴う変更
  - ウ 区分番号「B 0 0 4」に掲げる退院時共同指導料 1 に規定する在宅療養支援診療所であること。

## 2 届出に関する事項

地域包括診療加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 2 の 3 を用いること。

### 第 2 の 4 認知症地域包括診療加算

#### 1 認知症地域包括診療加算に関する基準

第 2 の 3 に掲げる地域包括診療加算の届出を行っていること。

#### 2 届出に関する事項

地域包括診療加算の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 《 4、Q & A 》

### Q 1 地域包括診療加算は、どのような点数か？

A 1

- ・再診料に対する加算 20 点です。
- ・対象患者が限られています。【高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の 4 疾病のうち、2 つ以上（疑いは除く。）を有する患者。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。】
- ・算定に先立ち、当該患者の署名付き同意書が必要です。

【参考】同意書（案文）各医療機関におかれましては独自の書式を作成ください

地域包括診療加算（地域包括診療料）に関する同意書（案文）

●●診療所

院長 ●●●●殿

私は、現在の症状について説明を受け、高血圧、糖尿病、脂質異常症、及び認知症のうち 2 つ以上を有し、●●●●医師を主治医と定め、計画的な医学管理の下で療養上必要な指導および診療を受けることに同意いたします。時間外対応について、またお薬手帳を持参することも説明を受けました。

平成 年 月 日

患者氏名

印

### Q 2 地域包括診療加算は、どのような保険医療機関においても算定できるのか？

A 2

- ・診療所においてのみ加算できます。
- ・近畿厚生局へ届出を行う必要があります。
- ・施設要件があります。 《 3、施設基準（通知）抜粋》を参照 **P.6~7 参照**

### Q 3 近畿厚生局への届出はどのように行うのか？

A 3

- ・定められた届出様式があります。「地域包括診療加算に係る届出様式」を参照 **P.1 参照**
- ・近畿厚生局指導監査課あて正副 2 部郵送にて行います（1 部は届出受理証として、「届出番号」等を記入の上、返送されます）。  
近畿厚生局指導監査課 〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8 階（電話 06-4791-7316）
- ・各月の末日までに届出を受理された場合は、翌月 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定できます。また、月の最初の開庁日に届出を受理された場合には当該月の 1 日から算定できます。
- ・近畿厚生局関連ホームページ

[http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/shinryohoshu/h26/kihon.html](http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shinryohoshu/h26/kihon.html)

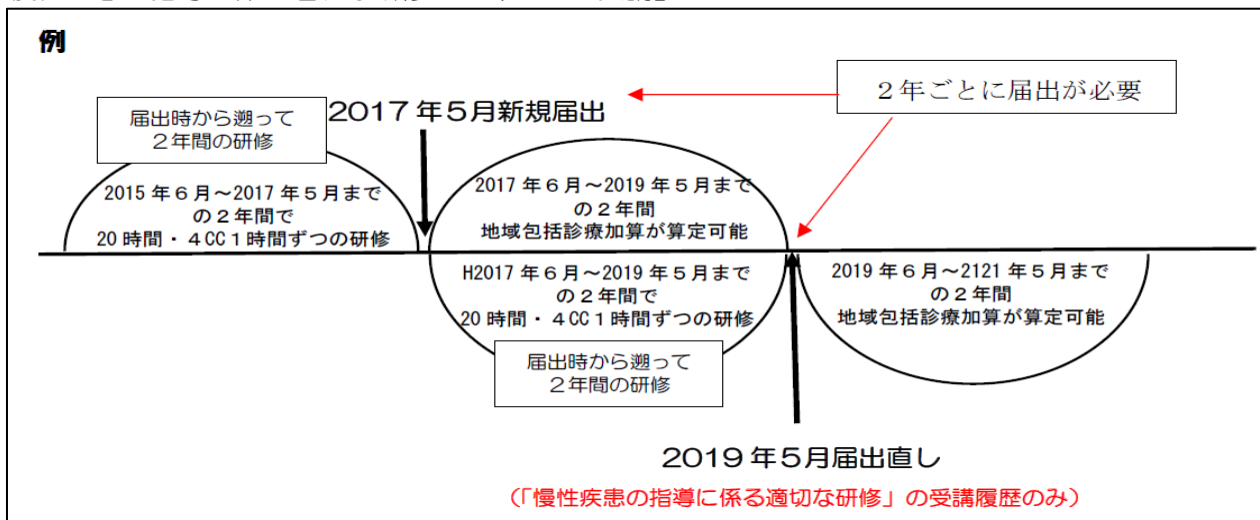


Q 4 施設要件の中にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修」とは、どのような研修か？

A 4

- ・担当医が受講しておかなければならない研修です。
- ・「都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会」とは異なります。
- ・日本医師会生涯教育制度に係る研修であり、2年間で通算20時間以上の受講。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りません。
- ・2年ごとに受講しなければなりません。

「慢性疾患の指導に係る適切な研修の2年ごとの受講」



「慢性疾患の指導に係る適切な研修」に関する資料（参考）

平成26年7月10日 厚生労働省  
疑義解釈資料（その8）

【地域包括診療加算・地域包括診療料】

（問7）A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 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医師（以下「担当医」という）」について、どのような研修が対象となるのか。

（答）高血圧症、糖尿病、脂質異常症及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、継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了しているものでなければならない。従って、初回に届出を行ったあとは、2年毎に届出を行うこと。また、原則として、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して行われるものであっても差し支えない。

（問8）A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、継続的に研修を受けていることが必要であるとされているが、2年毎に、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を含む20時間以上の研修を受けなければいけないのか。

（答）そのとおり。届出時から遡って2年の間に当該研修を受ける必要がある。

（問9）A001 再診料に係る地域包括診療加算、およびB001-2-9 地域包括診療料の慢性疾患の指導に係る適切な研修について、日本医師会が主催する日本医師会生涯教育制度に係る研修を受講し、平成26年12月に日医生涯教育認定証を受領した医師については、平成27年3月31日以降も適切な研修を修了したものと考えるか。

（答）そのとおり。ただし、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、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。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、4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、地域包括診療加算及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認知症の障害、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ない。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。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、4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。

今後、他の関係団体等が慢性疾患の指導に係る研修を実施するまでの当面の間、当該要件を満たすことを必要とする。

#### Q5 「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の受講証明書類は、どのように入手すればよいのか？

A5

- ・大阪府医師会では、希望される会員に対し、生涯研修チケット利用による研修履歴を入力した『大阪府医師会「生涯研修システム」受講証明書』を発行いたします。同通知票は近畿厚生局への施設基準届出の「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の受講証明書類として利用いただけます。
- ・『大阪府医師会「生涯研修システム」受講証明書』を希望される場合は、「受講証明書発行希望（平成〇年〇月～平成△年△月分）」と明記の上「会員氏名」・「チケット番号」・「所属郡市区等医師会名」・「連絡先電話番号」・「通知票の送付先」を記載し、ファックスにて（FAX06-6764-0267）大阪府医師会学術課まで送信をお願いいたします。後日、同課より直近の受講証明書を郵送します。
- ・『大阪府医師会「生涯研修システム」受講証明書』により、証明対象期間の受講履歴（単位数・カリキュラムコード）、合計取得単位数、主なカリキュラムコードの受講時間について証明ができます。また、研修会主催者が別途受講証明証を発行しており、それ以上のトータル受講時間、カリキュラムコード毎の受講時間が明記されている場合は、そちらを優先する取り扱いとなっております。

#### Q6 届出様式2の3 ⑥-2にある「地域ケア会議」とは何か？

A6

介護保険法第5条3項に基づく地域における包括的な支援体制を推進するため、地域包括支援ネットワークを通じて、高齢者個人に対する支援の充実を図るとともに、それを支える社会基盤の整備を図る必要がある。その一つの手法として、地域包括支援センター又は市町村が主催し、行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体の設置・運営を行う。地域ケア会議の目的は、個別ケースの支援内容の検討を通じた、(1)地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、(2)高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、(3)個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握——などである。また、地域ケア会議の機能は、(a)個別課題の解決、(b)地域包括支援ネットワークの構築、(c)地域課題の発見、(d)地域づくり・資源開発、(e)政策の形成——である。

上記(a)(b)(c)は、主に地域包括支援センター主催による「地域ケア個別会議」、上記(d)(e)は検討内容によって地域包括支援センター又は市町村主催による「地域ケア推進会議」と称する会合が考えられる。なお、地域包括支援センター運営協議会において、地域ケア会議の目的・機能に合致し、地域づくり、資源開発、政策形成等にかかる検討を行う場合は、地域ケア会議とみなして差し支えない。

地域ケア会議の構成員は会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する。なお、地域の実

情に応じて上記(a) (b) (c)は実務者、上記(d) (e)は地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルによる開催が考えられる。

