

特集

special 2 feature

情報連携等に係る診療報酬評価の仕組みを改めてチェック

診療情報等の共有、退院時の共同指導や入退院に係る地域連携、がん治療での病診連携の評価

～新規事項や既存項目をピックアップ～

Point 1

患者が入院している医療機関と、退院後の在宅療養を担う医療機関が、退院後の在宅療養に関して共同指導を行う際、情報通信機器を活用できるようになった。

Point 2

患者の退院時に係る医療連携の評価には、入院基本料等加算の入退院支援加算と診療情報提供料(I)に設けられている地域連携診療計画加算もある。

Point 3

地域連携診療計画を共有する医療連携グループの取り組みについては、がん治療に「特化した評価」も設けられている。

退院時共同指導は、「医療資源が少ない地域」に限らず、情報通信機器を用いた対応が可能に

診療情報等の提供・共有や医療機関等の機能分担と連携などに係る診療報酬評価は、改定を重ねるごとに拡充され、さまざまな点数が設定されています。

2020年度診療報酬改定では、かかりつけ医機能を有する医療機関から紹介された患者や、かかりつけ医機能を有する医療機関に紹介された患者等について、紹介元の医療機関に診療情報を提供(フィードバック)した場合に算定できる「診療情報提供料(III)・150点」が新設されたほか、電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、その受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合は「診療情報提供料(I)・250点」が算定できるようになるなどの見直しが行われました。

また、連携医療機関同士の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いた共同指導やカンファレンスが実施できるよう、要件が

見直されています。

例えば、退院時共同指導料については、算定要件の見直しで、「医療資源が少ない」とされる地域でなくても、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いた共同指導が可能になりました。

退院時共同指導料は、入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う医療機関と入院している医療機関が、退院後の在宅療養に必要な説明と指導を共同で行うものですが、対面での実施を原則とし、ビデオ通話による共同指導でも算定できるようになりました。

また、退院時共同指導料は、2018年度診療報酬改定でも、関係機関間の連携が一層推進されるよう、要件が見直された経緯があります。それ以前は、入院患者の退院後の療養を担う医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師等が、入院先の医療機関の医師または医師の指示を受けた看護師等と共同で指導を行う必要がありましたが、その他に、

■ 退院時共同指導料の評価体系と算定要件の概要

■ 退院時共同指導料1 (入院患者の退院後の療養を担う医療機関が算定)

1. 在宅療養支援診療所の場合 …… 1,500点
2. 在宅療養支援診療所以外の場合 …… 900点

【算定要件の概要】

■ 入院中の患者の退院後の在宅療養を担う医療機関(在宅療養担当医療機関)の医師または同医師の指示を受けた医療従事者*1が、退院後の在宅での療養に必要な説明および指導を、患者の同意を得て、入院中の医療機関の医師または医療従事者*1と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、原則入院中1回に限り算定。

※1 この場合の医療従事者は、保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士。

● 初診料、再診料、外来診療料、オンライン診療料、開放型病院共同指導料(I)、往診料、在宅患者訪問診療料(I)・(II)は別に算定できない。

■ 退院時共同指導料2 …… 400点 (患者が入院中の医療機関が算定)

【算定要件の概要】

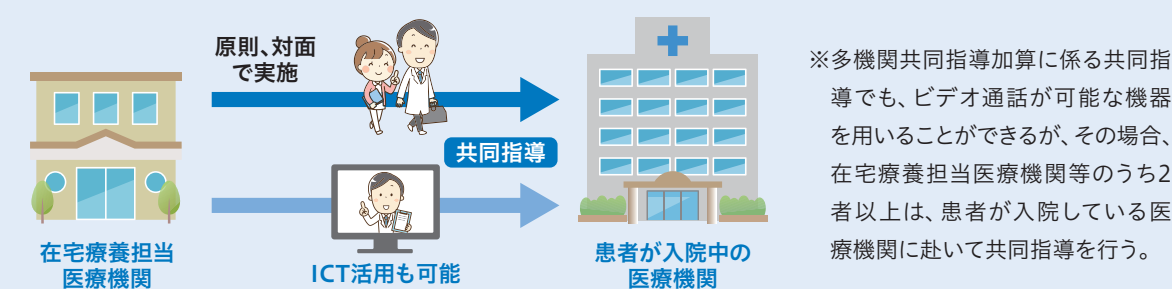
■ 自院に入院中の患者について、医師または医療従事者*1が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明および指導を、在宅療養担当医療機関の医師もしくは同医師の指示を受けた医療従事者*1または在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、原則入院中1回に限り算定。

■ 自院に入院中の患者について、医師が、在宅療養担当医療機関の医師と共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算(次の「多機関共同指導加算」を算定する場合は、算定できない)。

■ 自院に入院中の患者について、医師または保健師、助産師、看護師、准看護師が、他の機関のいずれか3者以上*2と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算。

※2 在宅療養担当医療機関の医師もしくは保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、居宅介護支援事業者の介護支援専門員、指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうち、いずれか3者以上。

● 開放型病院共同指導料(II)は別に算定できない。



(診療報酬点数表の規定に基づいて作成)

薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士といった職種も追加されました。

なお、退院時共同指導料は、2020年度改定で、地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療

管理料の施設基準における実績要件に盛り込まれるという措置もありました。同要件の「いずれか2以上を満たす」という項目に「退院時共同指導料2を3カ月で6回以上算定している」が加えられました。

■ 地域連携診療計画書の様式例として示されている計画への記載事項等

地域連携診療計画書 (様式例)

説明日 _____
患者氏名 _____ 殿
病名 (検査・手術名) : _____

月日	/	/				
経過 (日または週・月単位)	1日目	2日目	○日目	1日目	○日目	○日目
日時 (手術日・退院日など)	入院日		転院日			退院日
達成目標			(転院基準)			(退院基準)
治療薬剤 (点滴・内服)						
処置						
検査						
安静度・リハビリ (OT・PTの指導を含む)						
食事 (栄養士の指導も含む)						
清潔						
排泄						
患者様およびご家族への説明						
退院時情報	【退院時患者状態】病院名 _____			【退院時患者状態】病院名 _____		
	年 月 日	主治医	年 月 日	主治医	年 月 日	主治医

※患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されるため、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択する、という対応でもよい。

※患者が入院した医療機関は、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後1週間以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明し交付する。

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
 ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。

〔「特掲診療料の施設基準及び届出に関する手続きの取扱いについて」(厚生労働省通知)における様式例に基づいて加工・作成〕

■ 入院、転院、退院・在宅復帰——という流れに沿った評価体系の地域連携診療計画加算

患者の退院時に係る連携の評価には、地域連携診療計画加算もあります。入院基本料等加算の入院退院支援加算と診療情報提供料(Ⅰ)に設けられている既存の評価です。

地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、入院から退院後の診療まで一連の治療を担う複数の医療機関や介護サービス事業者等(連携医療機関等のグループ)の間で、あらかじめ共有されるものです。

同計画には、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に

関する退院基準などの記載が求められます。

地域連携診療計画加算は、例えば、病診連携において、病院からの退院患者を診療所が受け継いで在宅復帰後の療養を担う場合に、それぞれが施設基準等の要件を満たしていると算定が可能です。

この場合、病院は入院退院支援加算に加えて地域連携診療計画加算を退院時に算定でき、診療所は、地域連携診療計画に基づいて診療するとともに、患者の状態等に関する情報を病院にフィードバックすることにより、診療情報提供料(Ⅰ)に加えて地域連携診療計画加算を算定することができます。

診療所が受け継ぐ患者で地域連携診療計画加算の算定対象となるのは、連携先の病院において、入院退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定して退院した患者とされています。

■ 地域連携診療計画加算の算定要件の概要と、連携のイメージ

■ 入院支援加算の地域連携診療計画加算

■ 地域連携診療計画加算 300点

※次の「イ」、「ロ」のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、300点をさらに所定点数に加算。ただし、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、診療情報提供料(Ⅰ)、診療情報提供料(Ⅲ)は別に算定できない。

イ、入院支援加算の届け出を行っている病棟に入院している患者について、退院時または転院時に、その後の治療等を担う他の医療機関または介護サービス事業者等に対し、患者に係る診療情報を文書で提供した場合。

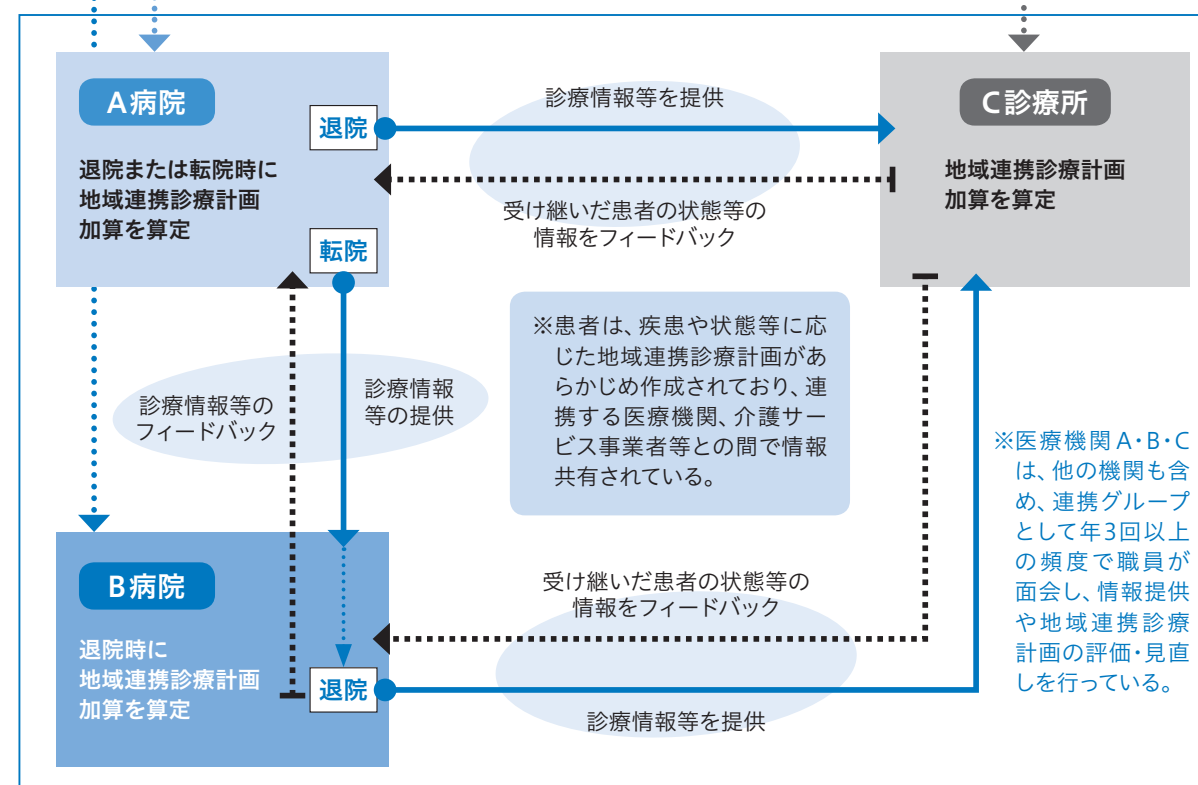
ロ、他の医療機関からの転院(1回の転院に限る)患者について、退院時または転院時に、当該他の医療機関に患者に係る診療情報を文書で提供した場合(同転院患者は、当該他の医療機関で地域連携診療計画加算を算定したもの)。

■ 診療情報提供料(Ⅰ)の地域連携診療計画加算

■ 地域連携診療計画加算 50点

※算定対象患者は、連携する医療機関で、入院退院支援加算の地域連携診療計画加算が算定されて退院した患者であって、入院中以外の患者。

※連携する医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に基づく療養を提供し、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院した月またはその翌月までに、患者が退院した連携医療機関に文書で情報提供する。



(診療報酬点数表等における地域連携診療計画加算の仕組みに基づいて作成)

また、入院支援加算の地域連携診療計画加算は、同加算が算定された患者の転院を受け入れた医療機関も、1回の転院に限られますが、入院退院支援加算・地域連携診療計画加算の算定が可能です。

そのため、例えば、急性期、回復期、在宅復帰後の療養——といった「3段階」の医療連携の流れに沿った評価の仕組みになっています。

■ がん治療に係る地域連携の診療報酬評価の概要

■ がん治療連携計画策定料

■ がん治療連携計画策定料1 …… 750点

※患者の同意を得た上で、入院中または退院した日から起算して30日以内に、あらかじめ作成されている地域連携診療計画に基づいて患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書で提供するとともに、退院時または退院した日から起算して30日以内に、別の医療機関に患者に係る診療情報を文書で提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る)に、退院時または退院した日から起算して30日以内に、1回に限り算定。

■ がん治療連携計画策定料2 …… 300点

※がん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の医療機関(連携医療機関)においてがん治療連携指導料を算定しているものについて、連携医療機関から状態の変化等に伴う紹介を受け、患者を診療し、患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り算定。

●上記のいずれも、文書による情報提供に係る診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれる。また、開放型病院共同指導料(II)、退院時共同指導料2は、別に算定できない。

■ がん治療連携指導料 …… 300点

※がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中以外の患者に対し、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定。

●文書による情報提供に係る診療情報提供料(I)および診療情報提供料(III)の費用は、所定点数に含まれる。

【がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準の概要】

- あらかじめ計画策定病院において、疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されている。
- がん治療連携計画策定料の施設基準 = ①がん診療の拠点となる病院またはそれに準じる病院である、②当該地域において退院後の治療を担う複数の医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、届け出ている。
- がん治療連携指導料の施設基準 = 地域連携診療計画において、連携する医療機関として定められており、地域連携診療計画を、がん治療連携計画策定料を算定する病院と共有している。

(診療報酬点数表の規定に基づいて作成)

地域連携診療計画に沿った連携は、がん治療に「特化した評価」も

地域連携診療計画を共有する医療連携グループの取り組みについては、がん治療に「特化した評価」もあります。がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿って、複数の医療機関が連携対応することへの評価として、がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料が設定されています。両者は「対」になる点数です。

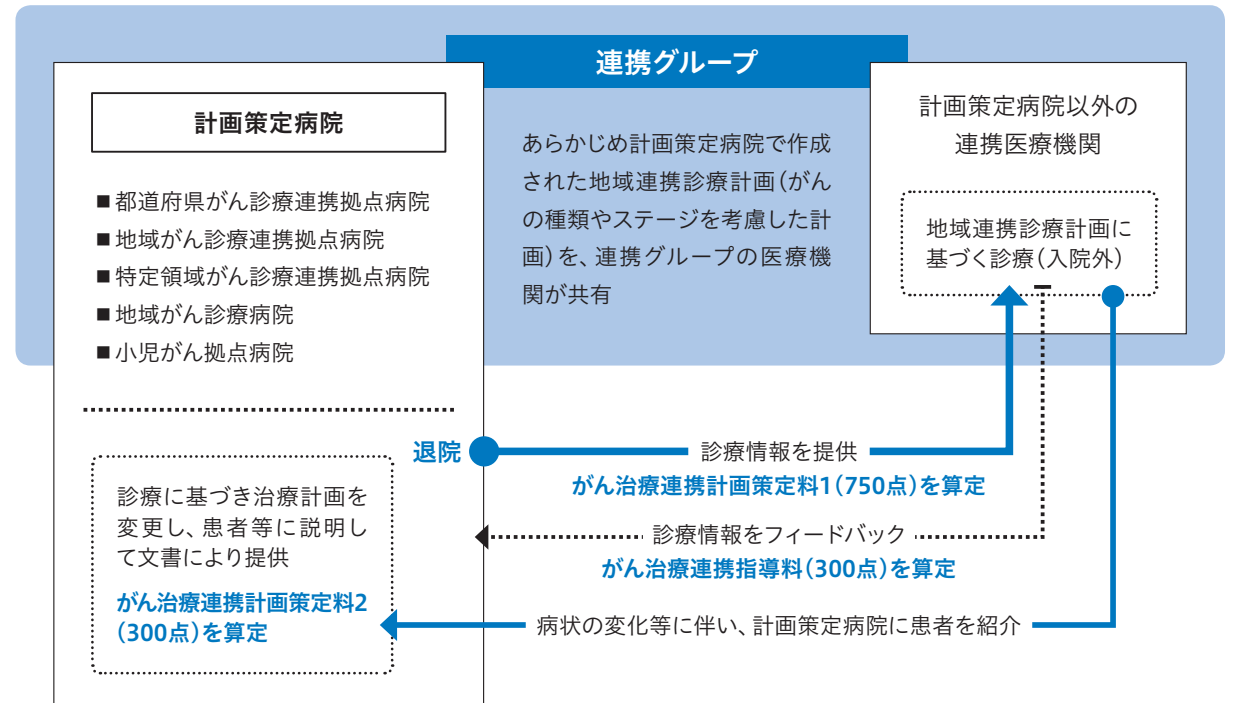
ともに施設基準がありますが、その届け出につい

ては、計画策定病院と位置付けられる、がん診療連携拠点病院等が、連携医療機関に係る届け出も併せて行うことができます。

これらの場合の地域連携診療計画は、「〇〇治療に関する連携計画」(がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の届け出に係る連携計画)ということになります。

あらかじめ、がん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携医療機関との間で共有して活用されるものです。

■ がん治療連携のイメージ(対応と診療報酬評価の概要)



(診療報酬点数表等におけるがん治療連携計画策定料等の仕組みに基づいて作成)

がん治療連携計画策定料の施設基準で求められる、がん診療の拠点となる病院は、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(2018年7月31日健発0731第1号厚生労働省健康局長通知)に基づいて指定された、①がん診療連携拠点病院(都道府県がん診療連携拠点病院および地域がん診療連携拠点病院)、②特定領域がん診療連携拠点病院、③地域がん診療病院、または、「小児がん拠点病院の整備について」(2018年7月31日健発第0731第2号厚生労働省健康局長通知)に基づいて指定された小児がん拠点病院を指します。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱われます。

がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域において、がん診療の中核的な役割を担うと認めた病院を指します。

なお、地域がん診療連携拠点病院には、必須の指定要件をすべて満たすほか、望ましいとされている要件を複数満たし、圏域内で診療実績が最も優れている——など

に該当する「高度型」と、必須の要件を十分に満たせなかった場合の「特例型」があり、通常地域がん診療連携拠点病院と合わせ3類型になっています。

がん診療連携拠点病院等の指定件数 (2020年4月1日現在)

都道府県がん診療連携拠点病院	51施設
地域がん診療連携拠点病院(高度型)	47施設
地域がん診療連携拠点病院	275施設
地域がん診療連携拠点病院(特例型)	26施設
特定領域がん診療連携拠点病院	1施設
国立がん研究センター	2施設
地域がん診療病院	45施設

がん診療に関しては、この他、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、がんゲノム医療中核拠点病院が12施設、がんゲノム医療拠点病院が33施設指定されており、がんゲノム医療連携病院は161施設にのぼります。

同計画は、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容と受診

の頻度、連携医療機関で行う治療の内容と受診の頻度などが記載されたものであることとされています。