

2020年度改定の Q&Aを整理、理解する

Q&Aが多いのはリハビリテーション通則、
新設の早期栄養介入管理加算など

2020年度診療報酬改定(以下、2020年度改定)についての「Q&A」をまとめた「疑義解釈資料」が、厚生労働省(以下、厚労省)からの事務連絡として、2020年3月31日～6月25日の間に、

計18回にわたって都道府県などに対して出されています。

従前の診療報酬改定時とくらべると、新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)関連のQ&Aが多く含まれているため回数自体は増えていますが、

本来の診療報酬改定に関するQ&Aの数は従前とおおよそ同じです。

そしてSARS-CoV-2関係は除いて、本来の診療報酬に関するQ&Aのうち、特に知っておきたいものをとり上げて説明します。

電話等による再診： 診療時間外の算定に例外

SARS-CoV-2の流行を背景としてオンライン診療とあわせて、再診料(電話等による再診)が注目されています。事務連絡その1による最初のQ&Aも、再診料(電話等による再診)に関するものでした。その内容は、次のとおりです。

問1 区分番号「A001」再診料のうち、注9に規定する電話等による再診について、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に必要な診療情報を文書等で提供した場合は、区分番号「B009」診療情報提供料(I)を算定できるとあるが、例えば、夜間に患者から連絡を受けて当該指示を行い、診療情報の提供を行うまでに日付が変わった場合は算定できないか。

答 診療情報の提供は、受診の指示を行った後、速やかに行う必要があるが、診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。

リハビリテーション通則： 実施計画書を明確に位置づけ

DPC関係以外で、具体的なQ&Aの件数が最多だったのは、リハビリテーション通則に関するものです。

同通則は、疾患別リハビリテーションも含めて、リハビリテーション(料)全体を規定しています。2020年度改定では、疾患別リハビリテーションの取り扱いの見直しの一環として、「疾患別リハビリテーションの実施にあたっては、リハビリテ

SARS-CoV-2関連を除く Q&A事務連絡は4回程度

2020年3月31日、2020年度改定についての「疑義解釈資料」の「その1」として、厚労省は都道府県などに対して事務連絡を行いました。以後、それに続く事務連絡は、4月に6回、5月に7回、6月に4回と、6月25日の「その18」まで計18回にわたって出されています(以下、事務連絡その1～18)。

前回の2018年度診療報酬改定(以下、2018年度改定)では、同年6月末時点で4回だったので、今回は非常に回数が増えています。増加分

の大半はSARS-CoV-2の検査にかかわるものです。それらを除けば、前回とおおよそ同じ回数と言えます。

事務連絡その1～18において、医科診療報酬点数表関係(歯科、調剤を除く)の具体的なQ&Aの問答は約370件です。それらのもとになっている診療報酬を五十音順でまとめました(【資料1】)。

新設された診療報酬/加算をもとにしたQ&Aは約40件あり、これらについては、目を通しておく必要があるでしょう。そこで、以下、新設された診療報酬/加算をもとにしたQ&Aを中心に、特に知っておきたいQ&Aを見ていきます。

【資料1】Q&Aのもとになっている診療報酬とQ&Aの件数(五十音順、新型コロナウイルス関係を除く)

診療報酬名	数	診療報酬名	数	診療報酬名	数	診療報酬名	数	診療報酬名	数
依存症集団療法	2	経尿道的尿管ステント留置術、経尿道的尿管ステント除去術	1	初・再診時の特別の料金	1	DPC／診断群分類点数表等により算定される診療報酬について	27	入院栄養食事指導料(栄養情報提供加算)	1*
医療安全対策加算(医療安全対策地域連携加算)	1	経皮的下肢動脈形成術	1	人工腎臓	1*	DPC／診療報酬の算定について	6	入院基本料に係る揭示	1
植込型除細動器移植術	1	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	3†	腎代替療法指導管理料	4†	DPC／診療報酬の調整等について	10	入院時食事療養費	1
遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、画像誘導密封小線源治療加算	1	血液化学検査	1	腎代替療法指導管理料、人工腎臓導入期加算2	1*	DPC／診療報酬の明細書関連について	12	入院退院支援加算(総合機能評価加算)	2
横断の事項	2	血漿交換療法	1	心不全に対する遠赤外線温熱療法	1	DPC／退院時処方の取扱いについて	7	入院退院支援加算(入院時支援加算)	1
オンライン診療料	4	後発医薬品使用体制加算	1*	診療情報提供料(I)	1	DPC／対象患者について	16	認知症ケア加算	5
回復期リハビリテーション病棟入院料	3††	呼吸器リハビリテーション料	1*	診療情報提供料(III)	3	DPC対象病院の基準について	1	脳血管疾患等リハビリテーション料	2
回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料	1	コンピューター断層撮影診断料通則	1	辟瘻(腸)バイパス術※	1**	DPC／同一傷病での再入院の取扱いについて	9	排尿自立支援加算	4
外来栄養食事指導料	4†	再診料(電話等による再診)	1	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給	5†
外来化学療法加算(連携充実加算)	1†	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料	3	精神科救急・合併症入院料	2	DPC／データ提出加算について	2	BRCA1／2遺伝子検査	3
外来排尿自立指導料※	3	在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料	1	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	婦人科特定疾患治療管理料	1
外来リハビリテーション診療料	1	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	1*	精神科訪問看護指示料	1	DPC／データ提出加算について	2	不整脈手術	1
顎関節人工関節全置換術	1	在宅経肛門の自己洗腸用材料加算	1	精神科訪問看護・指導料	2	DPC／データ提出加算について	2	麻酔管理料(II)	4
下肢静脈瘤血管内焼灼術	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科急性期医師配置加算	1	DPC／データ提出加算について	2	夜間看護体制加算	1
画像診断管理加算	2*	在宅自己注射指導管理料、在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	1	精神科急性期医師配置加算	1	DPC／データ提出加算について	2	夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算	4
がん患者指導管理料	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	夜間休日救急搬送医学管理料(救急搬送看護体制加算)	3
がんゲノムプロファイリング検査	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	薬剤総合評価調整加算	1
感染防止対策加算(抗菌薬適正使用支援加算)	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	リハビリテーション総合計画評価料	1
救急医療管理加算	2	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	リハビリテーション通則	13
吸着式血液浄化法	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	両室ベージング機能付き植込型除細動器移植術	1
手術調整	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	両心室ペースメーカー移植術	1
経会陰的放射線治療用材料局所注入	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	療養・就労両立支援指導料	1
経尿道的尿管ステント除去術	1	在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	療養病棟入院基本料	1
		在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料	1
		在宅自己注射指導管理料	2	精神科救急・合併症入院料	1	DPC／データ提出加算について	2	リンパ浮腫複合的治療料	2

注：青字は2020年度改定で新設された診療報酬／加算、※は名称の変更があったもの。
 *：事務連絡その5、**：事務連絡その9、***：事務連絡その15、†：事務連絡その1とその5、††：事務連絡その1・その9・その15に掲載。他はすべて事務連絡その1に掲載。

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定について」事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1～その18)」(https://www.nhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000018411_00027.html)の医科診療報酬点数表関係Q&Aをもとに作成

ション実施計画書を作成すること」といったように、リハビリテーション実施計画書の位置づけが明確化されました(【資料2】)。

一方、リハビリテーション総合計画評価料の算定においては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士などの多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これにもとづいてリハビリテーションの効果などを共同で評価することが要件となっています。そのリハビリテーション

ン総合実施計画書とリハビリテーション実施計画書の診療報酬上の関係も整理しておく必要があります。

こうした見直しを踏まえ、リハビリテーション通則にかかるQ&Aはリハビリテーション実施計画書に関する内容が中心となっています。とりわけ、次の2つのQ&A(事務連絡その1の間119、120)は基本となる内容であり、重要です。

問119 リハビリテーション実施計画書の作成について、術前にリハビ

リテーションを実施する場合は、術後、手術日を起算日として新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要がありますか。

答 手術日を起算日として新たに疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要があります。

問120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り

【資料2】リハビリテーション実施計画書の位置づけの明確化

疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し

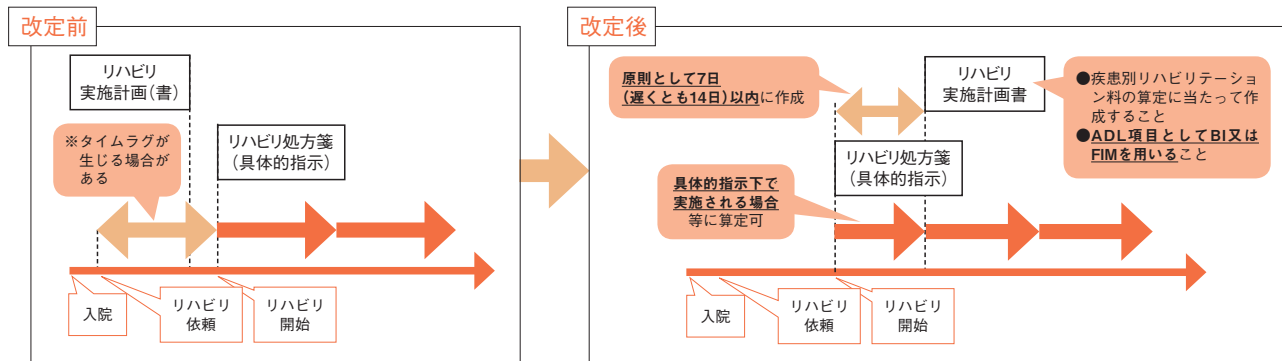
急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、以下のとおり見直す。

1. 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化する。

- 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成すること。
- リハビリテーション実施計画書の作成に当たり、ADL項目として、BI又はFIMのいずれかを用いること。

2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととする。

3. リハビリテーション実施計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについては、医師の具体的な指示の下で行われる場合等に限る、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。



出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要」（2020年3月5日）一部改題（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000616842.pdf>）

扱うことでよい。

答 従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、リハビリテーション実施計画書として取り扱うこととして差し支えない。

早期栄養介入管理加算：中断しても算定可能な要件も

2020年度改定で新設された診療報酬に限ると、関連のQ&Aが最多なのは早期栄養介入管理加算です。

同加算は、特定集中治療室での栄養管理の評価という観点から新設されており、特定集中治療室において48時間以内に経腸栄養などの栄養管理、たとえば栄養アセスメントにもとづく栄養管理計画の作成・実施、頻回なモニタリングによるその見直しなどを実施した場合に算定します（【資料3】）。

同加算の基本に関しては次の2つ

のQ&A（事務連絡その1の問49、55）を確認しておきましょう。

問49 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内の経腸栄養の開始に関して、必要な栄養量の全てを経腸栄養でまかなう必要があるのか。

答 必要な栄養量の一部が経腸栄養であれば、全ての栄養量を経腸栄養でまかなう必要はない。

問55 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5の早期栄養介入管理加算について、48時間以内に経腸栄養を開始し、2日間行ったが状態の変化により3日間中止し開始より6日目から再開した場合、中止している間の加算、再開後の加算は算定できるのか。

答 48時間以内に経腸栄養を開始し、1日に3回以上のモニタリング

を継続している場合には、経腸栄養を中断した場合であっても算定は可能。

総合入院体制加算：「改善に関する計画」を見直し

2020年度改定では「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が重点課題とされ、その一環として、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の見直しが行われました。同計画においては、「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」など7項目のうち3項目以上を含んでいることが必要となります。

そうした見直しを踏まえた総合入院体制加算に関するQ&Aは、4件あります。特に、次のQ&A（事務連絡その1の問18）を押さえておきましょう。

【資料3】早期栄養介入管理加算の新設

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

（新）早期栄養介入管理加算400点（1日につき）

【算定要件】

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

【留意事項】

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、**アからウは入室後48時間以内に実施**すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、エに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

当該加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

【施設基準】

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

①栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、**栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上**有すること。

②**特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上**有すること。

③特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

問18 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」について、院内助産や助産師外来の開設に係る要件や、妊娠褥婦の受入れ実績に係る要件はあるか。

答 開設及び実績に係る要件はないが、「院内助産・助産師外来ガイドライン2018（平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業）」を参考として開設し、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にしておくこと。

DPC制度：短期滞在手術等に追加あり

件数でQ&A全体の4割以上を占めるのはDPC制度に関するものです。これは2018年度改定においても

ほぼ同様で、DPC関連のQ&Aが、もっとも基本となる「DPC対象病院の基準について」及び「DPC対象患者について」の項目から始まっている点も同じです。

この2項目に限れば、2018年度改定と2020年度改定におけるQ&Aの大部分は共通しているのですが、今回は短期滞在手術にかかわる2件のQ&Aが追加されています。中でも、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に関連し、次のQ&A（事務連絡その1のDPC問2-16）に注目すべきでしょう。

問2-16 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引きにおいて「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四

に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限り。）は評価の対象としない。」とあるが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であっても、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

答 除外されない。基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件に準じて、短期滞在手術等基本料2又は3が算定できない場合は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

Q&Aでとり上げられていない新設の診療報酬にも注目を

2020年度改定では、さまざまな診療報酬／加算が新設されました。しかし、それらのうちQ&A（事務連絡その1～18）でとり上げられているのは半数以下です。比較的関心が高いと思われる新設の診療報酬／加算で、まだ言及されていないものとして、▽地域医療体制確保加算、▽栄養サポートチーム加算、▽遠隔連携診療料、▽療養生活環境整備指導加算、▽CAR発現性T細胞投与（一連につき）——などがあります。

特に、地域医療体制確保加算については、関心が高いだけに、今後、医師の働き方改革などの取り組みが具体化していけば、Q&Aとしてとり上げられると思われます。

なお、従前の診療報酬改定の場合は、Q&Aの事務連絡は7月末までで一段落していたのですが、本年はSARS-CoV-2関係を中心に、8月以降も続く予測されます。

出典：厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の概要」（2020年3月5日）一部改題（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000616842.pdf>）