

平成 20 年 4 月 4 日

会 員 各 位

社団法人 日本精神科病院協会  
医療経済委員会

平素より大変お世話になっております。

去る 3 月 24 日に、支部より代表者 2 名にご出席を賜り、厚生労働省 医療課より精神医療担当を招き、20 年度診療報酬改定内容について説明会を開催したところでありますが、そこで説明した内容（平成 20 年度診療報酬改定説明会 Q & A）について、4 月 3 日、厚生労働省より一部訂正の連絡がありましたので、急ぎご連絡いたします。

なお、診療報酬改定に関する情報につきましては、本情報を含め、日精協ホームページ・会員専用ページ「行政情報」に随時掲載いたしますので、そちらもご参照ください。

## 平成 20 年度診療報酬改定説明会 Q & A の訂正

### 「精神科身体合併症管理加算」

問 18	区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。）区分番号「A104」、……及び区分番号「A314」認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。」とあるが、18 対 1 入院基本料で、複数病棟を持っている病棟のうち 15 対 1 を配置している病棟の患者は、要件が整えば算定は可能か？
回答	要件が整えば算定可能です。
訂正	「区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。）区分番号「A104」、……及び区分番号「A314」認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。」から、18 対 1、20 対 1、特別入院基本料を算定している病棟は、算定不可である。

# 平成20年度診療報酬改定説明会 Q & A

※本質問に関しては厚生労働省医療課に確認済みである 日精協 医療経済委員会 H20.3.24

1. 精神科地域移行実施加算	
問 1	「入院期間が5年」の入院期間とは、入院基本料の取り扱いの例にある取り扱いでよいのか？
回答	貴見のとおり。
問 2	「介護老人保健施設」や「介護老人福祉施設」へ入所の場合は退院としてカウントできるか。
回答	「死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない」となっており、死亡又は他の医療機関への転院による退院以外は、地域へ移行したと判断されます。
問 3	当院では医療福祉相談室をPSW9名で運営しているが、後方連携(地域移行支援)担当として、相談室内での担当を明確にするのではなく、組織上で完全部門化しなくてはならないものか。(部門の設置要項や指針等が申請時に必要か) 地域移行を推進する専門の部門のイメージとしては、各部署からの代表からなる委員会のような形式でもよいのか。
回答	当該病院に専門の部門(以下この項において「地域移行推進室」という。)が設置され、医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による地域移行推進のための体制が院内に確保されていれば足够了。ただし、地域移行推進室には精神保健福祉士が1名以上専従している必要があります。
問 4	専従の精神保健福祉士とあるが、地域移行推進のために、当然、デイケア、訪問看護指導等にあたるのが想定されるが、保険請求等についての制限はあるのか？
回答	「精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務(当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務)に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。」とあり、精神科訪問看護指導、精神科退院前指導等は、「地域移行支援に係る業務」と判断されますが、デイケア等の精神保健福祉士は、専従となりますので認められません。
問 5	「当該保険医療機関において、地域移行を推進する～当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える～」とあるが、退院実績をとる場合「全ての精神病棟」をトータルしたものでみるのか、それとも、病棟単位でみるのか(それによって数字が変わるため)。
回答	「精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間5年以上の入院患者のうち、退院した患者(退院後3月以内に再入院した患者を除く。)の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定する。」とあり、「全ての精神病棟」をトータルとして計算されます。算定は、病棟ごとに行われます。

<b>2. 精神科地域移行支援加算</b>	
問 6	「精神科地域移行支援加算」: 医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して計画を策定→ 計画書のフォームはあるのか。
回答	「保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式 24 を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。」とあり。(精神科)退院療養計画書・別紙様式 24 をご参照ください。
問 7	「入院期間が1年以上」の入院期間とは、入院基本料の取り扱いの例にある取り扱いでよいか？
回答	貴見のとおり
問 8	支援加算 200 点は、従来の退院療養計画書に OT 或いは PSW の記載があれば、加算算定可能と判断してよいのか。
回答	「精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定する」とあり、原則的には、共同して策定することとなるが、策定上、必ずしも全員が関わるとは限らないと考えられます。
<b>3. 精神科継続外来支援・指導料加算</b>	
問 9	支援加算を算定する場合の様式等がありますか。また、医師の指示があったが緊急に業務が入り、指示日に支援が出来なかった場合、後日支援加算の算定は可能でしょうか。
回答	特にありませんが、「精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価」されたものです。また、後日の支援加算の算定は、できません。
問 10	「保健師等による支援加算」は、「精神科継続外来支援・指導料」に加算され 55 点+40 点が算定できるのか。また、外来管理加算を算定していても算定できるか。保健師等による支援加算のみの計上は出来ないのか？医師による継続外来支援・指導とセットなのか？
回答	55 点+40 点が、算定され、あくまでも加算なので、精神科継続外来支援・指導に加算されるもので単独で算定はできません。また、外来管理加算との併算定はできません。

問 11	「保健師等による支援加算」と「精神科退院前訪問指導料」、「精神科訪問看護・指導料」その相違点は何か。
回答	「保健師等による支援加算」とは、「入院中の患者以外の患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したもの」 「精神科退院前訪問指導料」は、入院している精神障害者である患者の退院に先立ち、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合を評価しています。 「精神科訪問看護・指導料」は、「精神障害者である入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合の評価となります
問 12	電話等の支援でも算定できるか。
回答	電話等の支援は、算定できません。
問 13	対象精神疾患に認知症、てんかんは含まれないのか。
回答	「入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等のもの」とあり、認知症、てんかんは、含まれません。
問 14	保健師等による支援加算の支援内容について各種社会資源の紹介や手続き援助は含まれるのか？（自立支援医療についての案内・手続き援助、障害者手帳の紹介・手続き援助、障害者年金、傷病手当など）
回答	「療養生活環境を整備するための支援」のために必要な内容であれば、含まれます。

## 5. 精神科身体合併症管理加算

問 15	一旦算定して治療を行い、病状が回復した後、再度、病状が悪化することも想定されるが、その場合、算定に回数の制限はあるのか？特に高齢者の場合は、何度も繰り返すことが想定されるので、制限はないほうが現実的であるが、いかがなものか。
回答	「当該加算は、当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり、 <u>同一月</u> において同一疾患に対して1回に限り算定可能です。
問 16	「他の医療機関との連携」はその旨の契約的な文書が必要か。
回答	特に必要ありませんが、身体疾患についての入院治療が必要な場合に受け入れる保険医療機関等、具体的な記載が必要です。様式については、様式 31 をご参照ください。
問 17	「精神科身体合併症管理加算」は、平成 20 年度 4 月 1 日より算定可能であるが、3 月 31 日以前に発症している場合、4 月 1 日から 7 日間算定可能か？
回答	治療開始日から 7 日間について算定可能です。
問 18	「区分番号「A103」精神病棟入院基本料(10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」……及び区分番号「A314」認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。」とあるが、18対1入院基本料で、複数病棟を持っている病棟のうち15対1を配置している病棟の患者は、要件が整えば算定は可能か？
回答	要件が整えば算定可能です。
問 19	算定要件に「当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており…」とありますが、各病棟に内科又は外科を専門とする医師が必要か。
回答	「専任」とは「担当者」と解釈され、「内科又は外科を専門とする医師」が病院に常勤又は非常勤として勤務しており、算定される当該病棟で診察・治療を担当している必要がある。「当該病棟」とは、算定される病棟を指し、算定病棟が複数ある場合、それぞれの病棟に別の内科医等を配置する必要はない。
問 20	算定要件に「当該加算は、当該疾患開始から7日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる」とありますが、月をまたがって算定する場合、例えば、4月25日(4/25～30の6日間算定)、5月1日～7日間算定可能と解釈してよいか？
回答	月をまたがって算定する場合でも、治療開始日からの算定であるため、例えば4月25日に治療開始であれば、5月1日までの7日間の算定となる。

<b>6. 通院・在宅精神療法</b>	
問 21	往診料は算定可能ですか。
回答	「通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。」とあり、要件が整えば往診療が算定できます。
問 22	診療に要した時間が5分を超えたときに算定となっているが、診療録上の時間の記載は、「〇時〇分～〇時〇分」と記載しなければならないか、それとも「〇〇分」と要した時刻だけの記載でよいのか？
回答	通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分又は30分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。
<b>7. 通院・在宅精神療法 20歳未満加算</b>	
問 23	○初診日が、平成20年4月1日以前の患者でも、1年経過していない患者は算定可能かご教授ください。 ○6ヶ月から1年に延長されますが、例)H19.7.5開始日の場合、H20.1.4で加算は終了していますが、4月からH20.7.4まで加算ができるという解釈でよろしいですか。
回答	初診日から起算して1年以内の期間であれば、算定可能です。
<b>8. 後期高齢者の診療報酬について</b>	
問 24	「後期高齢者退院時薬剤情報提供料、退院時栄養・食事管理指導料」は、精神科・認知症病棟で取れるのか。
回答	精神科病棟入院基本料は、算定可能です。精神科の特定入院料は、算定不可です。
問 25	後期高齢者総合評価加算は、特定入院料(精神療養病棟、認知症病棟)に加算できるのか。
回答	「A240 後期高齢者総合評価加算」は、「入院基本料等加算」であり、精神科病棟入院基本料、精神科の特定入院料は、算定できません。
問 26	後期高齢者退院調整加算は、精神科退院指導料に加算できるのか。
回答	「後期高齢者退院調整加算」は、「入院基本料等加算」であり、精神科専門療法の加算はできません。

問 27	後期高齢者終末相談支援料は、時間の記載が必要ですか。必要なら、所要時間で良いのか、開始時間、終了時間も必要でしょうか。カルテ、レセプトの記載方法をご教授ください。
回答	「B018 後期高齢者終末相談支援料」は、精神病棟入院基本料で算定が可能です。 「一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成 18 年5月 21 日医政発第 0521011 号)、「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会)等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書(電子媒体を含む。)又は映像により記録した媒体(以下、この区分において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。」とありますのでご留意ください。
問 28	包括病棟でも算定が可能でしょうか。
回答	包括病棟は、包括の除外項目にありませんので算定不可です。
<b>9. 精神科救急入院料 1</b>	
問 29	新たに申請が必要と思われませんが、H20 年 4 月からの算定を行おうとすれば、いつの新規患者数を基本とした届出書をいつまでに提出すれば算定できますか。また、届出が受理されたあと 6 割以上の退院者数を切った場合の猶予期間などは設定されているのでしょうか。
回答	届出受理後の精神科救急入院料の実績は届出 4 ヶ月前の実績が必要になります。猶予期間としては、「算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」となります
<b>10. 精神療養病棟入院料</b>	
問 30	除外薬剤注射に係る費用の内容
回答	別表第5の一の二 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 抗ウイルス剤(後天性免疫不全症候群(エイズ)又は HIV 感染症の効能又は効果を有するもの) インターフェロン製剤(B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの) 抗ウイルス剤(B 型肝炎・C 型肝炎の効能又は効果を有するもの)
<b>11. 認知症患者紹介加算</b>	
問 31	精神科受診又は入院患者に対して、脳外科等を受診して鑑別のためCTやMRIを依頼した場合も算定できるか。
回答	算定は、可能です。

<b>12. 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)</b>	
問 32	急性増悪の日時の記載は必要でしょうか。カルテ、レセプト双方の記載方法をご教授ください。
回答	「その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載すること。」
<b>13. 精神科退院前訪問指導料</b>	
問 33	対象患者は4月以降に入院した方か？それ以前より入院されていた方は対象とならないのか。
回答	それ以前に入院している患者でも該当する。
<b>14. 在宅療養支援病院の新設</b>	
問 34	「半径4キロ以内に診療所がない病院」とあるが、診療所とは「在宅療養支援診療所」と解するのか、「全ての診療所」なのか。
回答	「在宅療養支援診療所」算定の診療所でなく全ての診療所です。
<b>15. 薬剤管理指導料</b>	
問 35	厚生労働大臣が定める患者に対して、投薬注射について薬の内容
回答	抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤(ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。)、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る。)、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者(薬剤管理指導料の「1」に該当する場合を除く。)に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定されます。
問 36	①特に安全管理が必要な医薬品の精神神経用剤とは、向精神薬全般と解釈してよろしいか。 ②薬剤管理指導料の安全管理が必要な医薬品の精神神経用剤とは厚生省コード117で分類されている薬と考えてよいか。
回答	貴見のとおり。厚生省コード117 精神神経用剤は、クロルプロマジン製剤、フェノチアジン系製剤、イミプラミン系製剤等になります。
<b>16. 後発医薬品の使用促進等</b>	
問 37	後発医薬品への変更を不可にするための院外処方箋への保険医署名について、署名又は記名・押印とあるので、プリンタでその箇所に保険医名を印字して、押印するという形式でも問題はないか。
回答	貴見のとおり

17. 医療機器安全管理料	
問 38	除細動装置はAEDでも可か。
回答	人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、徐細動装置及び閉鎖式保育器以外の生命維持管理装置を使用した場合は算定不可であり、AEDはこれに含まれない。
18. 児童・思春期精神科入院医学管理加算	
問 39	治療室単位になったが病棟としては 10 対 1 の入院基本料の施設基準を満たしていないのはダメなのでしょうか？
回答	病棟として10対1を満たしておれば可能です。
問 40	<p>現行の児童思春期精神科入院医学管理加算の施設基準では</p> <p>①看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師。</p> <p>②平均在院日数が 28 日以内である。</p> <p>の 2 点が明記してないのですが、この要件は必要なのでしょうか。</p>
回答	<p>児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準は、以下のとおりです。</p> <p>(1)20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね 8 割以上入院させる病棟又は治療室であること。</p> <p>(2)当該病棟又は治療室に常勤の医師が 2 名以上配置されており、うち 1 名以上は精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 18 条第 1 項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)であること。</p> <p>(3)当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、1 日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟又は当該治療室を有する病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、1 日に看護を行う看護師の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は当該治療室を有する病棟における夜勤を行う看護師の数は、前段の規定にかかわらず、2 以上であることとする。</p> <p>(4)20 歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(5)20 歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること</p> <p>等以上です。</p>

## 19. 精神科措置入院診療加算

問 41	<p>内容は、医科点数表の解釈平成18年10月版で説明いたします。</p> <p>P36～37の通則4に「第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。」とあります。</p> <p>また、A227 精神科措置入院診療加算(P89)は、「当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する」とあります。精神科で措置解除になって3ヶ月以内に再度入院となった場合は、当然上記の「急性増悪その他やむを得ない場合を除き」に該当すると判断して「入院した日から起算して計算する。」と解釈しておりました。</p> <p>今回の改定で、「第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間に通算される再入院の初日は算定できない。」と追加になっておりますが、上記の解釈と矛盾することにならないでしょうか？</p> <p>また、A228 精神科応急入院施設管理加算にも、上記追加文章があります。医療保護入院では、「その他やむを得ない場合」の状況は、措置と比較したら、当然とはいえないまでも、「急性増悪の状況がある」ことがあると思います。</p>
回答	<p>「入院期間に通算される再入院の初日」とは、ご指摘の「急性増悪その他やむを得ない場合」は含まないと解釈してください。</p> <p>従いまして、これまで通り、措置解除後、急性増悪して再度措置入院した場合は算定可能です。</p> <p>応急入院についても同様です。</p>