

平成 28 年 4 月 26 日

会員各位

公益社団法人 日本精神科病院協会
医療経済委員会
担当副会長 長瀬 輝誼
担当常務理事 菅野 隆
担当常務理事 平川 淳一
委員長 馬屋原 健

平成 28 年度診療報酬改定等に係る質疑応答について

平素は当協会の事業推進に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記について、各支部を通じて寄せられた主な質問について、以下のとおり取りまとめましたので、お知らせいたします。

なお、本件の回答は厚生労働省保険局医療課に確認済みであることを申し添えます。

【初・再診料】

(問1) 従来は、診療時間以外の時間、休日又は深夜のいずれにおいても再診の即日入院の場合には再診料が算定できなかったが、今回の改定で「診療時間以外の時間、休日又は深夜」も再診料を算定できるようになったと解釈してよいか。

(答)

再診料は算定できないが、再診料の時間外加算、休日加算、深夜加算に限り、算定できる。

【入院料等】

(問2) 看護職員と看護補助者の業務分担の推進について、施設基準取扱い通知「主として事務的作業を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること」とあるが、当該病棟の入院患者200人の数とは、当該病棟に指定された一定期間に入院した患者の数という解釈で良いか。

(答)

ここでいう「入院患者の数」は、1日平均入院患者数(直近1年間の延入院患者数を延日数で除して得た数)をいう。

(問3) 「主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は…」とあるが、要件を満たせば、医師事務作業補助体制加算の「医師事務作業補助者」を看護補助者としてカウントして良いのか。

(答)

不可

(問4) 新設である薬剤総合評価調整加算は区分番号「A312」精神療養病棟入院料及び「A314」認知治療病棟入院料においても算定可能か。

(答)

算定可能。なお、例えば、特殊疾患病棟入院料2など、一部の病棟では算定できない。

【精神科急性期治療病棟入院料】

(問5) 特定入院料のみの病院での算定が可能となったが、「このうち精神科急性期治療病棟入院料1及び2は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。」とある。精神科急性期治療病棟入院料1及び2のみの病院は不可ということか。

(答)

精神科急性期治療病棟については、単独ではなく、入院基本料又は他の特定入院料と併せて届け出る必要がある。(現行の施設基準上でも、病床数の2割までとする規定があるなど、単独で存在することは想定されていない)

【地域移行機能強化病棟】

(問6) 地域移行機能強化病棟の施設基準にある「当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数」の要件は、届出時の考え方として、施設基準取扱い通知第21の1(14)に、に示されているが、

例えば、60床で届出を考えていた場合、

1年以上入院患者の内、4月1人、5月0人、6月1人、7月2人が退院した場合、7月における届出の前月までの3か月間(4~6月)の平均退院患者数は2/3人となり60床で割ると1.1%で1.5%の基準をみたせず、7月の届出はできず、8月における3か月間(5~7月)では平均退院患者数は3/3人で、60床で割ると1.6%となり1.5%の基準を満たすため8月には届出が可能となることでよろしいか。

(答)

貴見のとおり。

(問7) 留意事項通知(3)ア~オは「入院患者全員に行う必要がある」とされるが、入院患者グループとしての集団支援でよいか。

(答)

個別支援を原則とする。ただし、ピアサポーターとの交流機会の提供等、集団で実施することにより、より効果的な支援を行える場合に限り、複数の患者に同時に退院支援を行うことができる。

(問8) 地域移行機能強化病棟入院料を算定の患者は、当該保険医療機関における精神科デイ・ケアについては、入院中1回まで算定可能とし、他の保険医療機関が実施する精神科デイ・ケアについてはは入院中4回まで算定可能と理解してよいか。

(答)

貴見のとおり(当該保険医療機関における精神科デイ・ケアの算定回数は入院中1回に限るが、実施回数に制限はない。)

(問9) 施設基準において「当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。」となっているが、例えば、平成28年4月時点で240床の病床許可数のある医療機関で、当該入院料を算定する病床を60床で届け出をした場合、1年当たりで病床数を228床に届出を行えば基準を達成となるが、病床の削減は毎年達成する必要があるのか。

(答)

当該入院料を届出している間、毎年、一定水準の病床の削減が行われる必要がある。

(問10) 区分番号「A312」精神療養病棟入院料と同等の要件により重症者加算と非定型抗精神薬加算を設けるとあるが、変更届出が可能な病棟は精神療養病棟入院料のみか、区分番号「A103」精神病棟入院基本料からの変更届出も可能か。

(答)

可能。

【薬剤総合評価調整管理料】

(問11) 外来受診時に6種類以上の内服薬が処方されたものについて、2種類以上減少した場合に所定点数を算定できるとされているが、外来受診時とは当該患者の初診日をさすのか、それとも平成28年4月以降に受診した時点からか。

(答)

平成28年4月以降に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、平成28年4月以降の時点で内服薬を2種類以上減少させた場合に算定できる。

【投薬】

(問12) 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。となっているが、減算しなければいけない薬剤料は超えてしまった種類の薬剤だけで良いか。

例えば、抗不安薬2剤、睡眠薬2剤、抗精神病薬3剤の場合、抗精神病薬のみの減算で良いか。

(答)

向精神薬全ての薬剤料が減算となる。

(問13) 通院・在宅精神療法の減算経過措置はあるが、薬剤料の経過措置は無いのか。

(答)

貴見の通り。

(問14) 処方料の減算において参考にとされている別紙36には、注射薬が含まれているが、向精神薬の多剤投与を行った場合の処方料等の減算や薬剤総合評価調整加算については、注射薬も含めて薬剤数をカウントするのか。

(答)

注射薬は含めず、内服薬のみをカウントする。

(問15) 区分番号「F100」処方料において、留意事項通知(3)ウ「向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて報告すること」となっているが、一度でも向精神薬多剤投与を行えば、以降報告し続けなければならないか。

(答)

前月までの3か月間に向精神薬多剤投与を行った場合に限り報告が必要となる。前月までの3か月間に向精神薬多剤投与を行っていないければ報告の必要はない。

(問16) 区分番号「F100」処方料において、留意事項通知(3)ウ「向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて報告すること」となっているが、各項目の人数については「実人数で計上すること」とされているが、以下の場合、1～3のどれが正しい見解となるか。

4月～6月に係る報告書の「抗うつ薬の投与を受けている患者数③」への記載として

Aさん	抗うつ薬の処方を受けた日	4/1	4/29	5/27	6/24
Bさん	〃	4/10		5/10	6/10
Cさん	〃	4/15			

1. 各月の延べ人数として 8名(4月4名 5月2名 6月2名)
2. 各月毎の実人数として 7名(4月3名 5月2名 6月2名)
3. 3ヶ月の実人数として 3名(Aさん Bさん Cさん)

(答)

3. 3ヶ月の実人数。

【通院・在宅精神療法】

(問17) 医科診療報酬点数表、注6において「1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。」となっているが、1回の処方に3種類以上の抗不安薬または3種類以上の睡眠薬を投与した場合においては、通常どおり算定できると考えて良いか。

(答)

貴見の通り。

(問18) 医科診療報酬点数表、注6「3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する」となっているが、別に厚生労働大臣が定め

る要件のなかに「当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること」が定められているが、「適切な管理」に用いるものは薬原性錐体外路症状評価尺度を用いることとなるが、必ず薬原性錐体外路症状評価尺度を用いなければならないのか。

(答)

薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて管理すること。

(問19) 区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料を現在届け出ている保険医療機関が通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算を算定する場合、届出が必要か。

(答)

届出は不要。

【依存症集団療法】

(問20) 医科診療報酬点数表、注1に「薬物依存症の患者であって」となっているが、薬物依存症の患者のみが対象となるのか。それとも総称して薬物依存症患者ととらえてよいか。

例えば、アンフェタミン依存、コカイン依存以外に、睡眠薬依存やシンナー依存なども対象となるか。

(答)

アンフェタミン依存及びコカイン依存は対象となる。睡眠剤依存及びシンナー依存については、対象とならない。

【精神科デイ・ケア等】

(問21) 区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア、留意事項通知(4)エ(イ)において、「直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。」となっているが、精神科デイ・ケアと精神科デイ・ナイト・ケアを届出している場合には、それぞれの中で8割なのか、合算して8割なのか。

(答)

「別紙様式31」の記載上の注意点及び留意事項通知I008-2精神科ショートケアの(4)に「同一の保険医療機関で…又は精神科デイ・ナイト・ケア(以下精神科デイ・ケア等という)を開始した日から起算して…」に続いてエの(イ)に記されている8割要件であり、精神科デイ・ケア等として合算して算出される。

(問22) 区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア、留意事項通知(4)イ「少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が患者の意向を聴取してい

ること。」となっているが、精神保健福祉士による聴取について、精神科デイ・ケア専従の精神保健福祉士のみで対応しないといけないのか。

(答)

精神科デイ・ケアに専従しない精神保健福祉士であっても、意向を聴取することができる。

(問23) 区分番号「I009」精神科デイ・ケア、医科診療報酬点数表、注4「精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」となっているが、3年以上継続して精神科デイ・ケア等を利用している者の3年とは通算の3年か。また、中断期間等がある場合や他の医療機関の精神科デイ・ケアを利用していた場合の取扱いはどのようになるか。

(答)

起算日の考え方は従前と同様。当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した日。

(問24) 区分番号「I009」精神科デイ・ケア、医科診療報酬点数表、注4「精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」と規定され、通知において、1年以上の長期入院歴を有する患者を除くとされているが、自院のみならず、他医療機関での入院歴を足し合わせて入院歴を算出してもよいか。

(答)

よい。平成28年3月31日付厚生労働省医療課発事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」に掲載済である。

〈参考〉

(問155) 区分番号「I009」精神科デイ・ケアの注4に規定する、精神疾患により、通算して1年以上の長期の入院歴を有する患者について、他の保険医療機関での入院期間を合算して1年以上の入院歴を有する患者も該当するのか。

(答) 該当する。

(問25) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した日から1年を超える期間に行われる場合

には、週 5 日を限度として算定する。ただし、週 3 日を超えて算定できるのは特に定める場合に限る。と規定され、その定める要件に「ウ精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。」とあるが診療計画の様式はあるか。

(答)

平成 28 年 3 月 31 日付厚生労働省医療課発事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その 1)」に掲載済である。

〈参考〉

(問 152) 週 4 日以上精神科デイ・ケア等を実施する患者に対し作成する診療計画の様式は、「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」の別添 2 の様式 46 の 2 を用いてもよいのか。

(答) 用いることができる。なお、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等が記載されていれば、様式は問わない。

【入院時食事療養費】

(問 26) 入院時食事療養 (I) について、市販ではなく自院にて流動食を調理する場合は、640 円で算定可能か。

(答)

従来どおり、640 円を算定できる。