

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

精神医療等の実施状況調査

※令和4年11月1日（火）時点での患者について、「調査実施要領」の「Ⅱ. 対象者及び回答方法」の条件に沿って抽出の上、ご記入ください。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない質問については、令和4年11月1日（火）時点の状況についてご記入ください。

1. 患者の基本属性

①入院基本料	01. 精神病棟入院基本料			02. 特定機能病院入院基本料			03. 精神科救急急性期医療入院料		
	04. 精神科急性期治療病棟入院料			05. 精神科救急・合併症入院料			06. 精神療養病棟入院料		
07. 地域移行機能強化病棟入院料									
②性別	01. 男性		02. 女性		③年齢	_____ 歳			
④精神障害手帳	01. 手帳をもっていない			02. 1級			03. 2級		
				04. 3級			05. 申請中		
⑤障害年金	01. 受給している →等級（11. 1級 12. 2級 13. 3級） 02. 受給していない 03. 申請中								
⑥生活保護	01. 受給している			02. 受給していない			03. 申請中		
⑦障害支援区分	01. 未申請		02. 申請中		03. 区分1		04. 区分2		
	05. 区分3		06. 区分4		07. 区分5		08. 区分6		
	09. 非該当		10. 不明						
⑧居場所	01. 自宅 →⑨へ			02. 自宅以外（有料老人ホーム等）			03. その他		
⑨家族との同居	01. 家族との同居あり			02. 家族との同居なし			03. その他		

2. 入院時の状況

①入院日・入棟日	入院日：西暦（ ）年（ ）月		入棟日：西暦（ ）年（ ）月		
②入院・入棟前の居場所 (あてはまる番号すべてに○)	01. 自宅（在宅医療の提供あり）		02. 自宅（在宅医療の提供なし）		
	03. 介護老人保健施設		04. 介護医療院		
	05. 介護療養型医療施設		06. 特別養護老人ホーム		
	07. 経費老人ホーム、有料老人ホーム		08. その他の居住系介護施設		
	09. 障害者支援施設		10. 他院の一般病床		
	11. 他院の一般病床以外		12. 自院の一般病床（13、14以外）		
	13. 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床				
	14. 自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床				
	15. 自院の療養病床（14以外）		16. 自院の精神病床		
	17. 自院のその他の病床		18. 有床診療所		
	19. その他（ ）				
	③病棟	01. 一般病棟			
		02. 精神病棟 ⇒入院料		21. 精神科救急急性期医療入院料	
				22. 精神科急性期治療病棟入院料	
				23. 精神科救急・合併症入院料	
				24. 精神病棟入院基本料	
				25. 精神療養病棟入院料	
	26. 地域移行機能強化病棟入院料				
	03. その他				
④在宅・介護施設等の内訳	01. 自宅		02. 介護老人保健施設		
	03. 介護医療院		04. 介護老人福祉施設		
	05. 居宅系介護施設（グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等）		06. 精神障害者施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム）		
	07. その他（ ）				

⑤入院の主な入院の理由 (○は2つまで)	01. 精神症状が強いため 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため 05. 治療・服薬への抵抗が強いため 07. 家族が入院を希望するため 09. 退院後の日常生活の支援が得られないため	02. セルフケアに著しい問題があるため 04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 06. 身体合併症の治療のため 08. 退院後の居住先が確保できていないため 10. その他 ()
⑥入院時の入院形態 (○は1つ)	01. 任意入院 05. 応急入院	02. 医療保護入院 03. 措置入院 04. 緊急措置入院
⑦入棟時の入院形態 (○は1つ)	01. 任意入院 05. 応急入院	02. 医療保護入院 03. 措置入院 04. 緊急措置入院
⑧入院時点の患者の GAF 尺度 (○は1つ)	01. 情報あり → (GAF 尺度: _____) 02. 不明	
⑨入棟時点の患者の GAF 尺度 注1 (○は1つ)	01. 情報あり → (GAF 尺度: _____) 02. 不明	

注 1. 入院日と入棟時が同じ場合は回答不要。

⑩主傷病名及び主傷病以外の病名 (傷病名コードをご記入ください)	主傷病		入院契機	
	医療資源を最も投入した傷病名		併存症 1	
	併存症 2		併存症 3	
	続発症 1		続発症 2	
	続発症 3			
⑪身体合併症注2の有無(○は1つ)		01. あり (治療の有無を問わない) →⑪-1へ 02. なし →p.3 ⑫へ		

注 2. 治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合をいいます。ただし、経過観察中の疾患は除いてください。

【上記⑪で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

⑪-1 身体合併症注2の種類と対応する医師 (あてはまる番号すべてに○)		合併症としてあるものに○	対応する医師に○	
			内科又は外科の医師	精神科の医師
	01. 新型コロナウイルス感染症によるもの注3			
	02. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫等）の患者 ※新型コロナウイルス感染症によるもの以外			
	03. 心疾患（虚血性心疾患など）の患者			
	04. 手術または直達・介達牽引を要する骨折の患者			
	05. 脊椎損傷の患者			
	06. 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者			
	07. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者			
	08. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等）の患者			
	09. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等）の患者			
	10. 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者			
	11. 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者			
	12. 劇症肝炎または重症急性膵炎の患者			
	13. 悪性症候群または横紋筋融解症の患者			
	14. 広範囲（半肢以上）熱傷の患者			
	15. 手術、化学療法または放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者			
	16. 透析導入時の患者			
	17. 重篤な血液疾患の患者			
	18. 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群または糸球体腎炎）の患者			
	19. 手術室での手術を必要とする状態の患者			
	20. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）の患者			
	21. 妊産婦である患者			
22. その他 ()				
⑪-2 身体合併症注2に対する主な対応状況(○は1つ)	01. 治療を要する身体合併症なし 02. 自院の医師が対応（対応する医師：21. 内科 22. 外科 23. 精神科 24. その他） 03. 他院の医師が対応（対応する医師：31. 内科 32. 外科 33. 精神科 34. その他）			

⑪-3 リハビリテーション (医療)の有無(○は1つ)	01. あり → (11. 言語聴覚療法 12. 理学療法 13. 作業療法 (精神) 14. 作業療法 (精神以外)) 02. なし
--------------------------------	---

注3. 新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者を含む。

⑫身体障害の有無(○は1つ)	01. あり	02. なし
⑬知的障害の有無(○は1つ)	01. あり⇒(軽度・中度・重度・最重度)	02. なし

3. 現在の患者の状態等

(1) 直近一年間(令和3年11月～令和4年10月)における精神疾患の状況

①包括的支援マネジメント導入基準への該当状況 (あてはまる番号すべてに○)	01. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある 02. 自分1人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む) 03. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある 04. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある 05. 自傷や自殺を企てたことがある 06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある 07. 警察・保健所介入歴がある 08. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった 09. 外来受診をしないことが2か月以上あった 10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない 11. 直近の入院は措置入院である 12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある 13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている 14. 支援する家族がいない(家族が拒否的・非協力的天涯孤独) 15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・教育・障害等) 16. 分からない
②患者の GAF 尺度	

(2) 日常生活自立度等

①認知症高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	01. 自立	02. I	03. II a	04. II b	05. III a	06. III b
	07. IV	08. M	09. 不明			
②障害高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	01. J (生活自立)	02. A (準寝たきり)	03. B (寝たきり)	04. C (寝たきり)		
③ADL 区分 ^{注4} (○は1つ)	01. ADL 区分 1	02. ADL 区分 2	03. ADL 区分 3	04. 不明		
④要介護度 (○は1つ)	01. 非該当	02. 未申請	03. 申請中	04. 自立	05. 要支援 1・2	
	06. 要介護 1	07. 要介護 2	08. 要介護 3	09. 要介護 4	10. 要介護 5	
	11. 不明					

注4. 療養病棟入院基本料の ADL 区分を指しています。

(3) 治療の状況

①クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の処方内容 (直近1か月間)	1) クロザピンの使用	01. あり	02. なし
	→「01. あり」の場合 現在の投与量 (○は1つ)	a-1. 1日あたり () mg	
		a-2. 1日 () 回の投与	
	2) LAI の処方	01. あり	02. なし
	a. 非定型 LAI の薬剤の使用有 (○は1つ)	01. あり	02. なし
	→a が「01. あり」の場合 b. 非定型 LAI の投与中の薬剤の 種類 (あてはまる番号すべてに○)	01. リスパダールコンスタ 02. ゼブリエオン 03. エビリファイ	

②医療的な状態	01. 安定している	02. 時々、不安定である	03. 常時、不安定である
③医師による診察の頻度	01. 週 1 回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要 02. 週 2 ～ 3 回、医師による診察（処置、判断含む）が必要 03. 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要 04. 1 日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要 05. 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要		
④看護師による直接の看護提供の頻度	01. 1 日 1 ～ 3 回の観察および管理が必要 02. 1 日 4 ～ 8 回の観察および管理が必要 03. 02 を超えた頻繁な観察および管理が必要 04. 03 を超えた常時の観察および管理が必要 （24 時間心電図モニター装着による観察のみの場合は含まない）		
⑤リハビリ職によるリハの実施状況	01. 言語聴覚療法	02. 理学療法	03. 作業療法 04. いずれも実施していない
⑥実施している場合の頻度・単位数	言語聴覚療法 頻度：平均（ ）回/週 単位数：平均（ ）単位/回 理学療法 頻度：平均（ ）回/週 単位数：平均（ ）単位/回 作業療法 頻度：平均（ ）回/週 単位数：平均（ ）単位/回		
⑦過去7日間の実施した検査の件数	検体検査（尿・血液等）（ ）件 生体検査（超音波・内視鏡等）（ ）件 X線単純撮影（ ）件 C T ・ M R I （ ）件		
⑧入院中の手術の有無	01. 実施	02. 今後実施予定	03. 未実施

(4) 身体的拘束の状況

注5 身体的拘束は、精神保健福祉法に基づいて精神保健指定医の指示に下実施される、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいいます。

<p>①-1 精神保健福祉法上の実施理由 (あてはまる番号すべてに○)</p>	<p>01. 自殺企図又は自傷行為 02. 多動又は不穏が顕著 03. 上記以外に精神疾患のために生命の危険が及ぶおそれがある</p>						
<p>①-2 身体的拘束により期待された効果について、該当するものがあれば○ (該当する番号1つに○)</p>	<p>01 ライン・チューブ類の自己抜去防止 02. 転倒・転落防止 03. 安静保持が必要 04. 創部の保護が必要 05. その他 ()</p>						
<p>①-3 調査基準日から過去7日間において、身体的拘束を実施した日数 (該当する番号1つに○)</p>	<p>01 1 日間</p>	<p>02 2 日間</p>	<p>03 3 日間</p>	<p>04 4 日間</p>	<p>05 5 日間</p>	<p>06 6 日間</p>	<p>07 7 日間</p>
<p>以下、過去7日間のうち、直近で拘束を行った日について1日の状況をお答えください。</p>							
<p>①-4 拘束時間 (該当する番号1つに○)</p>	<p>01. 常時 (24 時間継続) 02. 一時的 (処置時、不穏時等) 03. 夜間のみ (※02 を除く)</p>						

(5) 食事の状況

①食事の摂取状況	01. 経口摂取のみ →4へ 02. 経口摂取と経管栄養・経静脈栄養を併用 →①-1へ 03. 経管栄養・経静脈栄養のみ →①-1へ			
①-1 02 又は 03 の場合、内訳	01. 経鼻胃管	02. 胃瘻・腸瘻	03. 末梢静脈栄養	04. 中心静脈栄養
①-2 上記①-1が04の場合、開始理由 (○はいくつでも)	01. 患者本人の希望 02. 家族の希望 03. 転院を行うため 04. 腸管安静等のため 05. 他に代替できる経路がない 06. その他 ()			
①-3 上記①-1が04の場合、カテーテル関連血流感染症発症の有無(入院からの履歴)	01. 発症の履歴あり 02. 発症の履歴なし			
①-4 上記①-1が04の場合、継続している理由	01. 患者本人の希望 02. 家族の希望 03. 転院を行うため 04. 腸管安静等のため 05. 他に代替できる経路がない 06. その他 ()			
①-5 上記①-1が04の場合、抜去の見込み	01. 近日中に抜去 02. 3か月以内の抜去予定 03. 半年以内に抜去予定 04. 1年以内に抜去予定 05. 01~04以外で退院時に抜去予定 06. 抜去できる見込みなし			
①-6 上記①-1が04の場合、入院中の嚥下機能評価の有無	01. あり →頻度 () /月 02. なし			
①-7 上記①-1が04の場合、入院中の嚥下リハビリの有無	01. あり →介入頻度: 30分未満(週 回) 30分以上(週 回) 02. なし			

4. 退院の見通し

①予想される入院期間	01. 1か月以内 02. 1か月超3か月以内 03. 3か月超6か月以内 04. 6か月超1年以内 05. 1年超5年以内 06. 5年超		
②入院期間が3か月超となる主な理由 (最もあてはまるものに○1つ)	01. 精神疾患の治療に時間を要するため 02. 身体合併症の治療に時間を要するため 03. 患者の経済的理由のため 04. 家族が入院を希望するため 05. 同居家族がいないため 06. 転院先、入所先または居住先が見つからないため 07. 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため 08. その他 ()		
③退院後、生活を継続するために必要と考えられる支援等 (あてはまる番号すべてに○)	01. 薬物療法 02. 精神療法 03. 精神科デイ・ケア等 04. 訪問診療 05. 精神科訪問看護 【介護保険サービス】 06. 訪問介護 07. 訪問看護 08. 訪問リハビリテーション 09. 通所介護 10. 短期入所療養介護 11. 短期入所生活介護 12. 通所リハビリテーション 13. 福祉用具貸与 14. 住宅改修 【障害福祉サービス】 15. 居宅介護 16. 重度訪問介護 17. 同行援護 18. 行動援護 19. 療養介護 20. 生活介護 21. 短期入所 22. 重度障害者等包括支援 23. 施設入所支援 24. 自立訓練(機能訓練) 25. 自立訓練(生活訓練) 26. 就労移行支援 27. 就労継続支援A型 28. 就労継続支援B型 29. 就労定着支援 30. 自立生活援助 31. 共同生活援助(グループホーム) 32. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援) 33. 計画相談支援 34. 基本相談支援 【その他】 35. 地域生活支援事業 36. その他 ()		

入院患者票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和5年1月10日(火)までに返信用封筒(切手不要)に封入の上ご投函ください。