

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

※この「診療所票」は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

※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「○」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。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 1. 貴施設の概要

①所在地	01. （ ）都・道・府・県
②開設者（○は1つ）	01. 医療法人                      02. 個人                      03. その他（具体的に ）
③種別（○は1つ）	01. 有床診療所 →病床数：一般（ ）床 療養（ ）床 合計（ ）床 02. 無床診療所
④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所（○はいくつでも）	01. 該当なし                      02. 介護老人保健施設                      03. 介護老人福祉施設 04. 訪問看護ステーション                      05. 居宅介護支援事業所                      06. 地域包括支援センター 07. 訪問介護事業所                      08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 看護小規模多機能型居宅介護                      10. 通所介護事業所 11. 介護療養型医療施設                      12. 介護医療院 13. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス） 14. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス） 15. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス） 16. その他 （ ）

## ⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。（○はいくつでも）

01. 内科 <sup>注1</sup>	02. 外科 <sup>注2</sup>	03. 精神科	04. 小児科
05. 皮膚科	06. 泌尿器科	07. 産婦人科・産科	08. 眼科
09. 耳鼻咽喉科	10. 放射線科	11. 脳神経外科	12. 整形外科
13. 麻酔科	14. 救急科	15. 歯科・歯科口腔外科	16. リハビリテーション科
17. その他（ ）			

注1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

⑥貴施設の職員数（常勤換算<sup>注3</sup>）をご記入ください。

1) 医師	（ ）人		
a. (うち)精神保健指定医	（ ）人		
b. (うち)上記以外の精神科医師	（ ）人		
c. (うち)精神科以外の医師 ※精神科病棟に従事している精神科以外の診療科のうち、勤務回数の多い科から、最大3診療科までご記載ください	d. 診療科名1 （ ）	（ ）人	
	e. 診療科名2 （ ）	（ ）人	
	f. 診療科名3 （ ）	（ ）人	
2) 看護師（保健師を含む） <sup>注4</sup>	（ ）人		
a. (うち)精神看護専門看護師*	（ ）人		
b. (うち)認知症看護認定看護師*	（ ）人		
c. (うち)精神科認定看護師**	（ ）人		
d. (うち)特定行為研修修了者	（ ）人		

3) 准看護師	( )人
4) 看護補助者	( )人
5) 薬剤師	( )人
6) 作業療法士	( )人
7) 公認心理師	( )人
8) 精神保健福祉士	( )人
9) 社会福祉士(上記8)を除く)	( )人
10) 管理栄養士	( )人
11) 事務職員	( )人
12) その他の職員	( )人

注3 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。

■ 1週間に数回勤務の場合: (非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■ 1か月に数回勤務の場合: (非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)

注4 \* 日本看護協会の認定した者    \*\* 日本精神科看護協会の認定した者

⑦貴診療所は、時間外、休日または深夜の救急外来(精神疾患にかかるもの)に対応していますか。 対応している場合体制についてもお選びください。	
1) 対応状況	01. 対応している → 対応時間 (11. 24時間 12. 特定の時間) 02. 対応していない
2) 【1) 対応状況で「01. 対応している」とご回答した場合】 地域の医療機関との輪番制での対応の有無	01. 輪番制で対応している 02. 自院のみで対応している
3) 【1) 対応状況で「01. 対応している」とご回答した場合】 医師(○は1つ)	01. 宿直が担当 02. 通常勤務として勤務者を配置している(宿直も兼ねている) 03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている
4) 【1) 対応状況で「01. 対応している」とご回答した場合】 看護師(保健師含む)(○は1つ)	01. 宿直が担当 02. 通常勤務として勤務者を配置している(宿直も兼ねている) 03. 宿直担当以外に救急外来担当の勤務配置を行っている

⑧精神保健指定医の業務のうち実施しているものをお選びください。(○はいくつでも)
01. 措置入院、緊急措置入院時の判定 02. 医療保護入院時の判定 03. 応急入院時の判定 04. 措置入院者の定期病状報告に係る診察 05. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察 06. 任意入院者の退院制限時の診察 07. 入院者の行動制限の判定 08. 措置入院者の措置症状消失の判定 09. 措置入院者の仮退院の判定 10. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定 11. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定 12. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定 13. 精神医療審査会委員としての診察 14. 精神科病院に対する立入検査、質問及び診察 15. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察 16. 指定医としての業務は行っていない



4. 療養生活継続支援加算の状況

①療養生活継続支援加算の届出状況をご記入ください。(○は1つ)

01. 届出をしている →①-1へ

02. 届出をしていない →①-2・①-3へ

①-1 上記①で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

令和4年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)等についてご記入ください。

1)算定回数

( )回

2)算定患者数(実人数)

( )人

①-2 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。

療養生活継続支援加算の届出をしていない理由は何ですか。(○はいくつでも)

01. 満たすことが難しい要件があるため

02. 対象となる患者がいないため

03. 経営上のメリットがないため

04. その他 ( )

①-3 上記①で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。

満たすことが難しい要件は何ですか。(○はいくつでも)

01. 当該支援に専任の看護師又は精神保健福祉士が1名以上勤務

02. 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者は1人に月80人以下である

03. 看護師は精神科等の経験を3年以上有し、適切な研修を修了している

04. その他 ( )

④指導を行っている職種をお選びの上、指導に従事している人数(実人数)をお答えください。(○はいくつでも)

01. 看護師 ( ) 人

02. 精神保健福祉士 ( ) 人

5. 精神疾患患者に対するオンライン診療の実施状況について

① 情報通信機器を用いた場合の初診・再診料等の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)

1)初診料(情報通信機器を用いた場合)

( ) 件

2)再診料(情報通信機器を用いた場合)

( ) 件

3)外来診療料(情報通信機器を用いた場合)

( ) 件

4)電話による初診(コロナ特例による)

( ) 件

【②～④は上記①の1)～4)のいずれかで1件以上と回答した施設にお伺いします。】

② 情報通信機器を用いて診療する場合、対応する医師について該当するものをお選びください。(○はいくつでも)

01. 精神保健指定医

02. 精神保健指定医以外の医師

③ 情報通信機器を用いた診療に対応している精神疾患患者の疾患として該当するものをお選びください。(○はいくつでも)

↓対応している疾患(主傷病)に○

初診患者(令和4年10月)

再診患者(令和4年10月)

01. 認知症(他の精神疾患によるものは除く) (F00-03)

( ) 人

( ) 人

02. その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09)

( ) 人

( ) 人

03. アルコールによる精神・行動の障害 (F10)

( ) 人

( ) 人

04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19)

( ) 人

( ) 人

05. 統合失調症 (F20)

( ) 人

( ) 人

06. その他の精神病性障害 (F21-29)

( ) 人

( ) 人

07. 気分(感情)障害 (F30-39)

( ) 人

( ) 人

08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F40)

( ) 人

( ) 人

09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F50)

( ) 人

( ) 人

10. 成人の人格・行動の障害 (F60)

( ) 人

( ) 人

11. 知的障害(精神遅滞) (F70)

( ) 人

( ) 人

12. 心理的発達の障害 (F80)

( ) 人

( ) 人

13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98)

( ) 人

( ) 人

14. 詳細不明の精神障害 (F99)

( ) 人

( ) 人

15. てんかん (G40)

( ) 人

( ) 人

④ 情報通信機器を用いた診療に対応していない疾患又は状態として該当するものをお選びください。(○はいくつでも)

01. 自傷が疑われる場合

02. 他害が疑われる場合

03. 希死念慮がある場合

04. その他 ( )

## 6. 通院精神療法の実施状況について

① 通院精神療法の算定件数についてお伺いします。(令和4年10月1か月間)

1) 60分以上(精神保健指定医)	( ) 件
2) 60分以上(精神保健指定医以外)	( ) 件
3) 30分以上(精神保健指定医)	( ) 件
4) 30分以上(精神保健指定医以外)	( ) 件
5) 30分未満(精神保健指定医)	( ) 件
6) 30分未満(精神保健指定医以外)	( ) 件

② 通院精神療法に従事している医師数についてご記入ください。(令和4年10月1か月間)

1) 精神保健指定医	( ) 人
2) 精神保健指定医以外	( ) 人

## 7. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。(〇はいくつでも)

00. 届出をしていない →p.7の質問8へ	
01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの）	02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの）
03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの）	04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの）
05. 精神科ナイト・ケア	06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。(〇はいくつでも)

a.医師	b.看護師・准看護師	c.作業療法士	d.精神保健福祉士	e.社会福祉士(d除く)
精神科( )人 それ以外( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
f.公認心理師(d・e除く)	g.看護補助者	h.その他		
( )人	( )人	( )人		

③令和4年10月1か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数(実際に利用した患者数)<sup>注6</sup>をご記入ください。

	a. 患者数	b.うち早期加算の患者数	c. うち1年超の患者数	d. うち3年超の患者数	e. うち5年超の患者数
1)精神科ショート・ケア	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
2)精神科デイ・ケア	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
3)精神科ナイト・ケア	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
4)精神科デイ・ナイト・ケア	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人

注6 「c.うち1年超の患者数」には「d.うち3年超の患者数」を含みます。「d.うち3年超の患者数」には「e.うち5年超の患者数」を含みます。

③-1 上記③1)のうち、疾患別等専門プログラム加算の算定患者数(実人数)	( )人
---------------------------------------	------

③-2 1年超継続している患者に対して、どのようなプログラムを実施していますか。(〇はいくつでも)

- |                |                              |
|----------------|------------------------------|
| 01. 生活能力を向上させる | 02. 社会や周囲の人とのコミュニケーション能力を高める |
| 03. 社会生活への動機付け | 04. 社会資源やサービスの利用方法           |
| 05. 精神症状への対処方法 |                              |
| 06. その他 ( )    |                              |

④精神科デイ・ケア等で行っているプログラムの目的としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

- |               |               |          |               |
|---------------|---------------|----------|---------------|
| 01. 就労（就労・復職） | 02. 就学（進学・復学） | 03. 心理教育 | 04. 日常生活能力の回復 |
| 05. 社会適応能力の回復 | 06. その他 ( )   |          |               |

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に〇をつけてください。(〇はいくつでも)

01. 疾患別プログラム	11. 統合失調症	12. 気分障害	13. アルコール依存症	14. 双極性障害
	15. 不安障害	16. 発達障害	17. 強迫性障害	18. 摂食障害
	19. 薬物依存	20. その他 ( )		
02. その他 ( )				

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつかのプログラムを設けていますか。(○は1つ)			
01. 1 種類	02. 2 種類	03. 3 ～ 5 種類	04. 6 種類以上

⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。(最も多いものに○を1つ)
01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定 02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定 03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定 04. 1 か月単位・1 週間単位などで、本人が決定 05. 1 か月単位・1 週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定 06. 1 か月単位・1 週間単位などで、専門職が決定 07. その他 (具体的に )

## 8. 在宅医療の状況について

### 《精神在宅患者の往診》

①貴施設では、精神科在宅患者の往診を実施していますか。(○は1つ)	
01. 実施している →①-1・①-2へ	02. 実施していない →①-3へ

①-1 往診を実施した理由は何ですか。(○はいくつでも)	
01. 緊急対応のため (自傷、他傷の恐れ等)	02. 精神症状が悪化したため (01に至らない程度)
03. その他 ( )	

①-2 上記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。 令和4年10月における実施回数、往診を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。			
1) 往診の実施回数		( ) 回	
2) 往診を行った患者数	実人数	( ) 人	
3) 上記2)のうち 在宅精神療法の算定区分別の 患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	( ) 人	
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	( ) 人	
	c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者	( ) 人	
	d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者	( ) 人	
	e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者	( ) 人	
4) 上記2)のうち精神科在宅患者支援 管理料の算定区分別の患者数	a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」 (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者	( ) 人	
	b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」 (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者	( ) 人	
	c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」	( ) 人	
	5) 上記2)のうちICD-10別の患者数		
a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く) (F00-03)	( ) 人	b. その他の症状性を含む器質性精神障 害(F04-09)	( ) 人
c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)	( ) 人	d. その他の精神作用物質による精神・行 動の障害(F11-19)	( ) 人
e. 統合失調症(F20)	( ) 人	f. その他の精神病性障害(F21-29)	( ) 人
g. 気分(感情)障害(F3)	( ) 人	h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障 害(F4)	( ) 人
i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動 症候群(F5)	( ) 人	j. 成人の人格・行動の障害(F6)	( ) 人
k. 知的障害(精神遅滞)(F7)	( ) 人	l. 心理的発達の障害(F8)	( ) 人
m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情 緒の障害(F90-98)	( ) 人	n. 詳細不明の精神障害(F99)	( ) 人
o. てんかん(G40)	( ) 人		

①-3 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。

往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(〇はいくつでも)

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 01. 往診が必要な患者がいないため          | 02. 職員が不足しているため     |
| 03. 急な対応が難しいため              | 04. 移動時間の確保が難しいため   |
| 05. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため | 06. 緊急時の対応等に不安があるため |
| 07. その他 ( )                 |                     |

【前記①で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】

②身体合併症に対応していますか。(〇は1つ)

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 01. 自院の医師が対応 →②-1へ | 02. 他院の医師と連携して対応 →②-1へ |
| 03. 対応していない →③へ    |                        |

②-1 上記②で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。

下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに〇、対応不可のものに×)

a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
c. 気管カニューレを使用している状態にある者	
d. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
r. 向精神薬による副作用への対応	



# 《精神在宅患者の訪問診療》

③貴施設では、精神科在宅患者の訪問診療を実施していますか。(○は1つ)

01. 実施している →③-1・④へ

02. 実施していない →③-2へ

③-1 上記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。

令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

1) 訪問診療の実施回数		( )回	
2) 訪問診療を行った患者数	実人数	( )人	
3) 上記2)のうち 在宅患者訪問診療料の算定区分別の患者数	a. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」	( )人	
	b. 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「2」	( )人	
	c. 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	( )人	
4) 上記2)のうち 在宅精神療法の算定区分別の患者数	a. 在宅精神療法「イ」の算定患者	( )人	
	b. 在宅精神療法「ロ」の算定患者	( )人	
	c. 在宅精神療法「ハ」(1)の算定患者	( )人	
	d. 在宅精神療法「ハ」(2)の算定患者	( )人	
	e. 在宅精神療法「ハ」(3)の算定患者	( )人	
5) 上記2)のうち精神科在宅患者支援管理料の算定区分別の患者数	a. 精神科在宅患者支援管理料の「1」 (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者	( )人	
	b. 精神科在宅患者支援管理料の「2」 (うち)令和4年度改定で算定可能となった患者	( )人	
	c. 精神科在宅患者支援管理料の「3」	( )人	
	6) 上記2)のうちICD-10別の患者数		
	a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)	( )人	b. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)
c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)	( )人	d. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)	( )人
e. 統合失調症(F20)	( )人	f. その他の精神病性障害(F21-29)	( )人
g. 気分(感情)障害(F3)	( )人	h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)	( )人
i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)	( )人	j. 成人の人格・行動の障害(F6)	( )人
k. 知的障害(精神遅滞)(F7)	( )人	l. 心理的発達の障害(F8)	( )人
m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98)	( )人	n. 詳細不明の精神障害(F99)	( )人
o. てんかん(G40)	( )人		

③-2 上記③で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。

訪問診療を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。(○はいくつでも)

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| 01. 訪問診療が必要な患者がいらないため | 02. 職員が不足しているため             |
| 03. 移動時間の確保が難しいため     | 04. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため |
| 05. 在宅での対応等に不安があるため   |                             |
| 06. その他 ( )           |                             |

【前記③で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。】	
④身体合併症に対応していますか。(○は1つ)	
01. 自院の医師が対応 →④-1へ	02. 他院の医師と連携して対応 →④-1へ
03. 対応していない →⑤へ	

④-1 上記④で「01. 自院の医師が対応」「02. 他院の医師と連携して対応」と回答した施設にお伺いします。 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○、対応不可のものに×)	
a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
c. 気管カニューレを使用している状態にある者	
d. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
r. 向精神薬による副作用への対応	

## 《体制・施設基準等》

⑤往診又は訪問診療の提供にあたって他の医療機関等との連携により対応していますか。	
01. 連携している →⑤-1へ	02. 連携していない →⑥へ

⑤-1 連携している場合の状況についてご回答ください。	
1) 連携先	01. 病院 →病床規模：( 11. 100床未満 12. 100床以上300床未満 13. 300床以上500床未満 14. 500床以上 ) 02. 診療所
2) 連携先の状況	01. 同一法人・グループ 02. それ以外
3) 連携する場合の患者の特徴	01. 治療を要する身体疾患を有している 02. 特定の精神疾患を有している 03. その他 ( )

【すべての施設にお伺いします。】

⑥貴施設において、独自あるいは他の医療機関等との連携等により、24時間体制として整備されているものをご記入ください。  
(○はいくつでも)

01. 自施設のみで24時間往診の体制を確保  
02. 他の医療機関と連携し24時間往診の体制を確保  
03. 自施設のみで24時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制を確保  
04. 他の医療機関等と連携し24時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制を確保  
05. 確保していない

⑦以下の施設基準のうち、届出を行っているものをご記入ください。(○はいくつでも)

01. 機能強化型在宅療養支援診療所  
02. 機能強化型在宅以外在宅療養支援診療所  
03. 在宅時医学総合管理料  
04. 施設入居時等医学総合管理料  
05. いずれも届出を行っていない

《精神科在宅患者支援管理料》

⑧貴施設では精神科在宅患者支援管理料の施設基準の届出を行っていますか。(○は1つ)

01. 届出をしている →⑧-1へ  
02. 届出をしていない →⑧-8へ

⑧-1 上記⑧で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

1)届出の種類(○はいくつでも)	01. 精神科在宅患者支援管理料 1 02. 精神科在宅患者支援管理料 2
2)「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施する上で、連携する訪問看護ステーションの有無(○はいくつでも)	01. ある →連携先 (11. 特別の関係 <sup>注7</sup> にあるもの 12. それ以外) 02. ない

注7 「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与える場合をいいます。

⑧-2 上記⑧で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

令和4年8月～10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。(○は1つ)

01. 算定あり →⑧-3へ  
02. 算定なし →p.13の9へ

⑧-3 上記⑧-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします。

令和4年8月～10月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。(○は1つ)

01. 算定あり →⑧-4へ  
02. 算定なし

⑧-4 精神科オンライン在宅管理料を算定していない理由としてあてはまるものをお選びください。  
(○はいくつでも)

01. 患者が望まないため  
02. オンラインでは不十分であるため  
03. オンラインに対応できる機器等がないため  
04. その他 ( )

【上記⑧-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします】

⑧-5 「精神科在宅患者支援管理料」に基づく医学管理を実施している職員の体制(貴施設のみ)について職種別の実人数をご記入ください。

	常勤		非常勤	
	専 従	専 任	専 従	専 任
1)医師	( )人	( )人	( )人	( )人
(うち)精神保健指定医	( )人	( )人	( )人	( )人
2)保健師・看護師	( )人	( )人	( )人	( )人
3)精神保健福祉士	( )人	( )人	( )人	( )人
4)作業療法士	( )人	( )人	( )人	( )人
5)その他( )	( )人	( )人	( )人	( )人

⑧-6 令和4年10月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定件数をご記入ください。						
1)算定区分別						
a. 精神科在宅患者支援管理料1			( )件			
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人			( )件			
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上			( )件			
ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人			( )件			
ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上			( )件			
b. 精神科在宅患者支援管理料2			( )件			
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者1人			( )件			
イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者2人以上			( )件			
ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者1人			( )件			
ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者2人以上			( )件			
c. 精神科在宅患者支援管理料3			( )件			
イ. 単一建物診療患者1人			( )件			
ロ. 単一建物診療患者2人以上			( )件			
2)ICD-10別						
a. 症状性を含む器質性精神障害	( )件	b. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	( )件			
c. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	( )件	d. 気分(感情)障害	( )件			
e. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身表現性障害	( )件	f. 生理的障害及び身体的要因に関連した動症候群	( )件			
g. 成人の人格及び行動の障害	( )件	h. 知的障害(精神遅滞)	( )件			
i. 心理的発達の障害	( )件	j. 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	( )件			
k. 詳細不明の精神障害	( )件					
⑧-7 令和4年8月～10月における精神科退院時共同指導料に基づく各種カンファレンスの開催回数、対象実患者数、参加職種をご記入ください。						
a. チームカンファレンス	1)開催回数		( )回			
	うちビデオ通話等により実施		( )回			
	2)対象実患者数		実患者数：( )人			
	3)参加職種 (それぞれあてはまる番号1つに○)		すべての ケースで参加	半数以上の ケースで参加	半数未満の ケースで参加	参加している ケースはない
	a. 精神科医		01	02	03	04
	b. 看護師または保健師		01	02	03	04
	c. 精神保健福祉士		01	02	03	04
	d. 作業療法士		01	02	03	04
b. 共同カンファレンス	1)開催回数		( )回			
	うちビデオ通話等により実施		( )回			
	2)対象実患者数		実患者数：( )人			
	3)参加職種 (それぞれあてはまる番号1つに○)		すべての ケースで参加	半数以上の ケースで参加	半数未満の ケースで参加	参加している ケースはない
	a. 精神科医		01	02	03	04
	b. 看護師または保健師		01	02	03	04
	c. 精神保健福祉士		01	02	03	04
	d. 作業療法士		01	02	03	04
e. 保健所又は保健センター		01	02	03	04	

⑧-8 前記⑧で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。

令和4年10月における実施回数、訪問診療を行った患者数(実人数)等についてご記入ください。

1)届出を行わない理由 (○はいくつでも)	01. 対象となる患者がいないため →【満たすことが難しい対象要件】 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">         11. ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者          12. 機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者          13. 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者       </div>
	02. 施設基準を満たすことが難しいため →【満たすことが難しい施設基準】 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">         21. 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること          22. 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること          23. 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること          24. 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること       </div>
	03. その他 ( )
2)今後の届出意向 (○は1つ)	01. 届出の予定がある→届出予定時期：西暦 ( ) 年 ( ) 月 02. (具体的な予定はないが) 届出の意向がある    03. 検討中であり、まだ分からない 04. 届出を行う意向はない    05. その他 ( )

## 9. 精神科訪問看護の状況

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。(○は1つ)

01. 診療所(貴施設)が行っている →②へ

02. 診療所(貴法人)設置の訪問看護ステーションが行っている →⑫へ

03. 行っていない →⑫へ

【以下②～⑪の設問は、上記①で「01. 診療所(貴施設)が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数(常勤換算<sup>注8</sup>)をお答えください。(病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。)

1)保健師・看護師	2)准看護師	3)作業療法士	4)精神保健福祉士	5)その他	6)合計
( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人

注8 非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。(小数点以下第1位まで)

■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴施設が定めている常勤職員の1か月の勤務時間)

②-1 上記②で「その他」に職員数を記入された場合、具体的な職種をお答えください。

②-2 24時間対応が可能な体制を確保していますか。

01. 確保している

02. 確保していない

③令和4年10月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数(実人数)

実人数( )人

③-1 上記③のうち、身体疾患を有する患者数(実人数)

実人数( )人

④令和4年11月1日～11月7日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数(実人数)をお答えください。

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
実人数( )人	実人数( )人	実人数( )人	実人数( )人	実人数( )人	実人数( )人

⑤令和4年 10 月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数(人)と算定回数(回)をお答えください。			
	1) 30 分未満	2) 30 分以上	3) 合計
a. 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
b. (うち)保健師又は看護師による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
c. (うち)作業療法士による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
d. (うち)精神保健福祉士による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
e. (うち)准看護師による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
f. 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
g. (うち)保健師又は看護師による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
h. (うち)作業療法士による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
i. (うち)精神保健福祉士による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
j. (うち)准看護師による算定回数	( )人 ( )回	( )人 ( )回	( )人 ( )回
⑥令和4年 11 月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する専門の研修を受けた看護師の人数(実人数)をお答えください。 ※以降の設問において「専門の研修を受けた看護師」とは、右記の4種類を指します。 ※右記の4種類について複数該当する者については、それぞれに人数を計上してください。	1)精神看護専門看護師(日本看護協会)		( )人
	2)認知症看護認定看護師(日本看護協会)		( )人
	3)精神科認定看護師(日本精神科看護協会)		( )人
	4)特定行為研修修了者		( )人

【上記⑥のいずれかの項目で1人以上をお答えいただいた方は、次の質問⑦～⑨にお答えください。】

⑦令和4年 10 月1か月間の専門の研修を受けた看護師による精神科訪問看護の実施状況をお答えください。	1)精神科訪問看護の実施回数		( )回
	2)訪問看護ステーションや他医療機関との同行訪問回数		( )回
	3)訪問看護ステーションや他医療機関へのコンサルテーション <sup>注9</sup> の実施回数		( )回
	a. (うち)訪問看護ステーション又は他医療機関へ出向いて実施		( )回
	b. (うち)自施設で実施		( )回
	c. (うち)ICT を活用して実施 (具体的な実施方法別に回数をお答えください)	c-1) ビデオ通話	( )回
		c-2) 電話	( )回
		c-3) メール等	( )回
d. (うち)上記以外の方法で実施		( )回	
具体的な方法 ( )			

注9 患者宅への同行訪問ではなく、訪問看護ステーションや他医療機関の看護職員に対して、個々の患者のケアについて、訪問看護ステーション等の相談先に出向いての相談対応や、ビデオ通話や電話等による相談対応を行うことを指します。

⑧上記⑦について、専門の研修を受けた看護師が実施したケアの内容をお答えください。(〇はいくつでも)		
01. 生活リズムの確立	02. 家事能力、社会技能等の獲得	03. 対人関係の改善(家族含む)
04. 社会資源活用への支援	05. 薬物療法継続への援助	06. 身体合併症の発症・悪化の防止
07. その他 ( )		

⑨上記⑧以外の専門の研修を受けた看護師による活動をお答えください。(〇はいくつでも)	
01. 研修の開催(自施設職員向け)	02. 研修の開催(施設外を含む精神科関係者向け)
03. セミナー・相談会の開催(患者及び家族向け)	04. セミナー・相談会の開催(地域住民向け)
05. その他 ( )	

⑩複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した利用者数を保健師又は看護師と同行した職種ごとにご記入ください。 (令和4年10月) ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上					
	a.保健師 /看護師	b.作業療法士	c.准看護師	d.看護補助者	e.精神保健 福祉士
⑩-1 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者	人	人	人	人	人
⑩-2 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者	人	人	人	人	人
⑩-3 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者	人	人	人	人	人
⑩-4 その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者	人	人	人	人	人
(具体的に： )					

⑪身体合併症に対応していますか。(○は1つ)	
01. 対応している →⑪-1へ	02. 対応していない →⑫へ

⑪-1 上記⑪で「01. 対応している」と回答した施設にお伺いします。 下記の状態等の患者への対応の可否をご記入ください。(対応可能なものに○、対応不可のものに×)	
a. 在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者	
b. 在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者	
c. 気管カニューレを使用している状態にある者	
d. 留置カテーテルを使用している状態にある者	
e. 在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者	
f. 在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者	
g. 在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者	
h. 在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者	
i. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者	
j. 在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者	
k. 在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者	
l. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者	
m. 在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者	
n. 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者	
o. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	
p. 真皮を越える褥瘡の状態にある者	
q. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者	
r. 向精神薬による副作用への対応	

【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】

⑫その他、令和4年度の精神医療に係る診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

診療所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。