

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

※この病院票は、病院の開設者・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	( ) 都・道・府・県			
②開設者 <sup>注1</sup> (○は1つ)	01. 国立	02. 公立	03. 公的	04. 社会保険関係
	05. 医療法人	06. その他の法人	07. 個人	
③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 ( )			
④病院種別 (○は1つ)	01. 精神科病院（単科） <sup>注2</sup>	02. 精神科病院（内科等一般科標榜あり） <sup>注3</sup>		
	03. 精神科を有する特定機能病院	04. 精神科を有する一般病院		

注1 国立（国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構）  
公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人）  
公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）  
社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）  
医療法人（社会医療法人は含まない）  
その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人）

注2 精神科病院（単科）：精神病床のみを有する病院のうち、精神科、神経科、心療内科、児童精神科、老年精神科のみを標榜する病院

注3 精神科病院（内科等一般科標榜あり）：精神病床のみを有する病院のうち、上記以外の内科等一般科も標榜する病院

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4</sup>	02. 外科 <sup>注5</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4 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5 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令和4年11月1日時点における、医療法上の1)病棟数、2)許可病床数をそれぞれご記入ください。 ※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数に「0」をご記入ください。					
	a. 一般病床	b. 療養病床	c. 精神病床	d. 感染症病床	e. 結核病床
1)病棟数	( )棟	( )棟	( )棟	( )棟	( )棟
2)許可病床数	( )床	( )床	( )床	( )床	( )床

⑦(1)貴施設において届出を行っている入院基本料は何ですか。(あてはまる番号すべてに○)			
(2)上記(1)で○をつけた入院基本料について、あてはまる番号をすべてお選びください。			
(1)01～06のうち、 あてはまる番号すべてに○		(2)左記(1)で○をつけた入院料について、あてはまる番号すべてに○	
01.	一般病棟入院基本料 → ( )床	01. 急性期一般入院料 1 03. 急性期一般入院料 3 05. 急性期一般入院料 5 07. 地域一般入院料 1 09. 地域一般入院料 3	02. 急性期一般入院料 2 04. 急性期一般入院料 4 06. 急性期一般入院料 6 08. 地域一般入院料 2
02.	療養病棟入院基本料 → ( )床	01. 療養病棟入院料 1 03. 療養病棟入院基本料注11	02. 療養病棟入院料 2
		夜間看護加算	01. 届出あり      02. 届出なし
03.	結核病棟入院基本料 → ( )床	01. 7対1 05. 18対1	02. 10対1 06. 20対1
04.	精神病棟入院基本料 → ( )床	01. 10対1 05. 20対1	03. 15対1 04. 18対1
		看護補助加算の届出の有無	
		11. あり	12. なし
05.	特定機能病院入院基本料 → ( )床	一般病棟 結核病棟 精神病棟	01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 04. 15対1
06.	その他の入院基本料 → ( )床	01. 7対1 02. 10対1	03. それ以外

⑦-1 貴施設において届出を行っている特定入院料は何ですか。(あてはまる番号すべてに○)				
あてはまる番号に○をつけ、病床数をご記入ください。				
01.	救命救急入院料	床	02. 特定集中治療室管理料	床
03.	ハイケアユニット入院医療管理料	床	04. 脳卒中ケアユニット入院管理料	床
05.	小児特定集中治療室管理料	床	06. 新生児特定集中治療室管理料	床
07.	母体・胎児集中治療室管理料	床	08. 新生児集中治療室管理料	床
09.	新生児治療回復室入院管理	床	10. 小児入院医療管理料	床
11.	回復期リハビリテーション病棟入院料	床	12. 地域包括ケア病棟入院料	床
13.	緩和ケア病棟入院料	床		

⑧貴施設の精神科病棟について伺います。入院料および加算の届出状況として該当するものすべてをお選びください。 (○はいくつでも)	
a. 入院料	01. 精神科救急急性期医療入院料 ⇒看護職員夜間配置加算の届出 11 あり 12 なし
	02. 精神科急性期治療病棟入院料 →区分 (21. 入院料 1 22. 入院料 2)
	03. 精神科救急・合併症入院料 ⇒届出していない理由：01. 精神科単価病院のため 02. 対象となる患者がいらないため 03. 満たせない要件がある (要詳細化) 04. 経営上のメリットがない 05. その他 ( ) ⇒看護職員夜間配置加算の届出 31. あり 32. なし
	04. 児童・思春期精神科入院医療管理料
	05. 精神療養病棟入院料
	06. 認知症治療病棟入院料 →区分 (61. 入院料 1 62. 入院料 2)
	07. 地域移行機能強化病棟入院料
b. 加算	01. 精神科応急入院施設管理加算【A228 精応】      02. 精神病棟入院時医学管理加算【A230 精医管】
	03. 精神科救急医療体制加算【A311】 ⇒区分 (31. 1 32. 2 33. 3)
	04. 精神科措置入院退院支援加算【A227-2】      05. 精神科地域移行実施加算【A230-2 精移】
	06. 精神科身体合併症管理加算【A230-3 精身】      07. 強度行動障害入院時医療管理加算【A231-2 強行】
	08. 認知症ケア加算【A247 認ケア】      09. せん妄ハイリスク患者ケア加算【A247-2 セハイ】
	10. 精神科急性期医師配置加算【A249 精急医配】 →区分 (101. 1 102. 2 103. 3)

⑨貴施設が届出を行っている入院基本料等加算をお選びください。(〇はいくつでも)		
01. 診療録管理体制加算 →区分 (11. 診療録管理体制加算 1 12. 診療録管理体制加算 2)		
02. データ提出加算 →区分 (21. データ提出加算 1 22. データ提出加算 2 23. データ提出加算 3 24. データ提出加算 4)		
03. 栄養サポートチーム加算	04. 精神科リエゾンチーム加算	05. 摂食障害入院医療管理加算
06. 依存症入院医療管理加算	07. ハイリスク分娩等管理加算	08. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
09. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	10. 精神疾患診療体制加算	11. 排尿自立支援加算

⑩次の加算等に係る診療において公認心理師が心理的支援を行っているものをお選びください。(〇はいくつでも)		
01. 重症患者初期支援充実加算	02. 生殖補助医療管理料1	03. 総合周産期特定集中治療室管理料
04. 依存症入院医療管理加算	05. がん患者指導管理料ロ	06. 療養・就労両立支援指導料

⑪救急告示の有無 (令和4年11月1日時点) (〇は1つ)		01. 救急告示なし	02. 救急告示あり
⑫救急医療体制 (令和4年11月1日時点) (〇は1つ)	01. 高度救命救急センター	02. 救急センター	03. 二次救急医療機関
	04. いずれにも該当しないが救急部門を有している 05. 救急部門を有していない		
⑬精神医療に関する指定状況 (令和4年11月1日時点) (〇はいくつでも)	01. 措置入院指定病院	02. 応急入院指定病院	
	03. 精神科救急医療施設	04. 認知症疾患医療センター	
⑭精神科救急医療体制整備事業への参加の有無 (〇は1つ)	05. 指定自立支援医療機関	06. 指定発達支援医療機関	
	07. 医療観察法指定入院医療機関	08. 医療観察法指定通院医療機関	
⑮参加している場合の種別 (〇は1つ)	01. 参加している	02. 参加していない	
	01. 病院群輪番型施設	02. 常時対応型施設	
	03. 外来対応型施設	04. 身体合併症対応型施設	

⑯令和4年10月における、医療法上の精神病床の各入院料別の1)病棟数、2)届出病床数、3)平均在院日数 <sup>注6</sup> 、4)在宅復帰率 <sup>注7</sup> 、5)患者数をそれぞれご記入ください。								
	1)病棟数	2)届出病床数	3)平均在院日数 <sup>注6</sup>	4)在宅復帰率 <sup>注7</sup>	5)令和4年11月1日24時時点の入院患者数			
					①患者数	②うち精神疾患のみ(身体合併症なし)	③身体合併症あり(精神疾患で入院) <sup>注8</sup>	④身体合併症あり(身体疾患で入院) <sup>注9</sup>
a. 精神病床全体	棟	床	日	%	人	人	人	人
b. 精神病棟入院基本料	棟	床	日	%	人	人	人	人
c. 特定機能病院入院基本料(精神病棟)	棟	床	日	%	人	人	人	人
d. 精神科救急急性期医療入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
e. 精神科急性期治療病棟入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
f. 精神科救急・合併症入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
g. 児童・思春期精神科入院医療管理料	棟	床	日	%	人	人	人	人
h. 精神療養病棟入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
i. 認知症治療病棟入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
j. 地域移行機能強化病棟入院料	棟	床	日	%	人	人	人	人
k. 介護療養型医療施設(老人性認知症疾患療養病棟)	棟	床	日	%	人	人	人	人

注6 平均在院日数は令和4年8月～10月の3か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです(小数点以下は切り上げてください)。

平均在院日数=(8月～10月の在院患者延べ日数)÷[(8月～10月の新入棟患者数+8月～10月の新退棟患者数)÷2]

また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象に含めて算出してください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者(算定要件に該当しない患者を含む)をもとに算出してください。

注7 「在宅復帰率」=A÷B : A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等(介護医療院を含む)、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者(死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く)×100、B. 該当する病棟から退棟した患者(死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く)。

注8 主傷病名が精神疾患であり、かつ身体疾患を有する患者についてご記入ください。身体合併症については、医師の介入が必要な身体合併症(例:身体疾患に対して、定期的な診察、血液検査、投薬等を行っている場合)を有する患者数をご記入ください。

注9 主傷病名が身体疾患である患者についてご記入ください。

⑰ 上記⑱で回答した入院料について、今後の意向をお選びください。	
01. 転換・削減予定あり →⑰- 1へ	02. 転換・削減予定なし →⑱へ

⑰-1 転換・削減予定がある場合、検討している転換先・削減対象の病棟数・病床数等についてご記入ください。				
	検討している転換先		検討している削減数	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数
a. 精神病棟入院基本料	棟	床	棟	床
b. 特定機能病院入院基本料(精神病棟)	棟	床	棟	床
c. 精神科救急急性期医療入院料	棟	床	棟	床
d. 精神科急性期治療病棟入院料	棟	床	棟	床
e. 精神科救急・合併症入院料	棟	床	棟	床
f. 児童・思春期精神科入院医療管理料	棟	床	棟	床
g. 精神療養病棟入院料	棟	床	棟	床
h. 認知症治療病棟入院料	棟	床	棟	床
i. 地域移行機能強化病棟入院料	棟	床	棟	床
j. 介護療養型医療施設 (老人性認知症疾患療養病棟)	棟	床	棟	床

⑱ 貴施設の職員数(常勤換算 <sup>注10</sup> )をご記入ください。(施設全体の延べ人数でお答えください。)			
1) 医師	( )人		
a. (うち)精神保健指定医	( )人		
b. (うち)精神科特定医師	( )人		
c. (うち)上記以外の精神科医師	( )人		
d. (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	e. 診療科名1 ( )	( )人	
	f. 診療科名2 ( )	( )人	
	g. 診療科名3 ( )	( )人	
2) 看護師(保健師を含む) <sup>注11</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 10 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 11 \* 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

⑱貴施設における令和4年10月1か月間の精神保健福祉法上の入院区分に応じた新規入院患者数(延べ人数)をご記入ください。		
	a. 延べ人数(全体)	b. (うち)時間外・休日の延べ入院患者数
1)総数	延べ 人	延べ 人
2)(うち)措置入院患者数	延べ 人	延べ 人
3)(うち)緊急措置入院患者数	延べ 人	延べ 人
4)(うち)医療保護入院患者数	延べ 人	延べ 人
5)(うち)応急入院患者数	延べ 人	延べ 人

⑳精神科の入院患者を土日含め24時間受け入れることはできますか。	
01. できる	02. できない

㉑-1 時間外・休日・深夜に入院した延べ患者数をご記入ください。	
( ) 人	

㉑-2 受け入れができない理由は何ですか。(○はいくつでも)	
01. 精神科の医師が不足しているため	02. 看護師が不足しているため
03. 精神保健福祉士が不足しているため	04. 02・03以外の職種が不足しているため
05. 他医療機関が対応しているため	06. その他 ( )

㉒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	

㉓入退院支援に係る連携機関 <sup>注12</sup> の施設数をご記入ください(特別の関係にあるものを除く)。(令和4年11月1日時点)		
	連携先の施設数	紹介患者数(延べ人数) (令和4年10月1か月間)
連携機関数の合計	施設 人	
病院	施設 人	
(うち)在宅療養支援病院	施設 人	
(うち)貴施設を緊急時の入院医療機関としている病院	施設 人	
診療所	施設 人	
(うち)診療所	施設 人	
(うち)貴施設を緊急時の入院医療機関としている診療所	施設 人	
介護保険サービス事業所	施設 人	
障害福祉サービス事業所	施設 人	
その他施設	施設 人	

注 12 連携機関とは、「(1) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は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基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という)」であり、かつ、「(2) 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている」施設等をいいます。

②③電子カルテ及びオーダーリングシステムの導入状況についてご記入ください。		
1)電子カルテシステム	01. 導入している	02. 今後導入予定 ⇒令和 ( ) 年 ( ) 月
	03. 導入しておらず今後も導入予定はない →理由： { 31. 費用負担が大きい 32. 必要性を感じない 33. その他 ( ) }	
2)オーダーリングシステム	01. 導入している	02. 今後導入予定 ⇒令和 ( ) 年 ( ) 月
	03. 導入しておらず今後も導入予定はない →理由： { 31. 費用負担が大きい 32. 必要性を感じない 33. その他 ( ) }	

②④日本医療機能評価機構等の第三者評価を受審していますか。	
01. 受審している →②⑥へ →主たる機能： { 11. 一般病院 1 12. 一般病院 2 13. 一般病院 3 14. リハビリテーション病院 15. 慢性期病院 16. 精神科病院 17. 緩和ケア } →副機能： { 11. 一般病院 1 12. 一般病院 2 13. 一般病院 3 14. リハビリテーション病院 15. 慢性期病院 16. 精神科病院 17. 緩和ケア }	
02. 受審していない →②⑤へ	

②⑤受審していない場合、今後受審予定はありますか。	
01. ある ⇒令和 ( ) 年 ( ) 月	02. ない

②⑥令和4年1月～10月の期間において、貴施設は新型コロナウイルス感染の重点医療機関や協力医療機関に指定されたことありますか(みなしを含む)。(〇はいくつでも)	
01. 重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)として都道府県から指定されたことがある	
02. 協力医療機関(新型コロナ疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関)として都道府県から指定されたことがある	
03. その他 ( )	

②⑦令和4年1月～10月の期間において、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れた実績はありますか(自院発症例は除く)。	
01. ある	02. ない

## 2. 精神科リエゾンチームについて

①精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていますか。	
01. 届出あり	02. 届出なし

②精神科リエゾンチームに参加している職種をお選びください。		
01. 精神科医	02. 精神看護専門看護師	03. 精神科認定看護師
04. それ以外の看護師	05. 薬剤師	06. 作業療法士
07. 精神保健福祉士	08. 公認心理師	09. その他 ( )

③精神科リエゾンチームが介入している病棟種別についてお選びください。		
01. 一般病棟	02. 療養病棟	03. その他 ( )

④精神科リエゾンチームが介入した患者についてお選びください。		
01. せん妄を有する患者	02. 抑うつを有する患者	03. 自殺企図で入院した患者
04. 精神疾患を有する患者	05. その他 ( )	

⑤令和4年10月にカンファレンスを開催した回数をご記入ください。	
( ) 回	

### 3. 地域連携について

[illegible]

注 13 包括型地域生活支援プログラム（ACT：Assertive Community Treatment）とは、重い精神障害を持つ人が、住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、様々な専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムを指します。

#### 4. 精神科救急急性期医療入院料等について

《精神科救急急性期医療入院料》

① 貴施設では、精神科救急急性期医療入院料の届出をしていますか。	
01. している →①-1へ	02. していない →②～④へ
<b>①-1 届出をしている場合、対応した患者の疾患として当てはまるもの全てをお選びください。（〇はいくつでも）</b>	
01. 器質性精神障害（精神症状を伴う認知症を含む）	
02. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコールによる単なる酩酊を除く）	
03. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	
04. 気分（感情）障害（躁状態又は時節・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的貴危険を伴う状態に限る。）	
05. 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危機を伴う状態に限る。）	
06. 成人の人格及び行動の障害（精神状態を有する状態に限る）	
07. 知的障害	
<b>①-2 届出をしている場合、算定の判断に迷った患者の疾患として当てはまるもの全てをお選びください。（〇はいくつでも）</b>	
01. 器質性精神障害（精神症状を伴う認知症を含む）	
02. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコールによる単なる酩酊を除く）	
03. 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	
04. 気分（感情）障害（躁状態又は時節・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的貴危険を伴う状態に限る。）	
05. 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危機を伴う状態に限る。）	
06. 成人の人格及び行動の障害（精神状態を有する状態に限る）	
07. 知的障害	
08. 算定の判断に迷った患者はいない	

<b>②届出をしていない場合、今後届出の意向はありますか。</b>	
01. 具体的な予定がある ⇒西暦（ ）年（ ）月	02. 届出を行う予定がある
03. 検討中であり、まだわからない	04. 届出を行う予定はない
05. その他（ ）	
<b>③届出をしていない場合、その理由は何ですか。（〇はいくつでも）</b>	
01. 満たすことが難しい要件があるため	02. 当該機能は他の医療機関が担っているため
03. 該当する患者がいらないため	04. その他（ ）

④精神科救急急性期医療入院料の施設基準のうち、満たすことが難しい要件は何ですか。（○はいくつでも）
01. 当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されており、かつ、病院に常勤の精神保健指定医が4名以上配置されていること 02. 各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されている 03. 日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されている 04. 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる状態にある（他医療機関との連携含む） 05. 病棟患者の延べ入院日数のうち4割以上が新規患者の延べ入院日数である 06. 年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかである 07. 常時精神科救急外来診療が可能である 08. 全ての入院形式の患者受け入れが可能である 09. 時間外、休日・深夜の入院件数が年間30件以上又は人口1万人当たり0.37件以上であり、うち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 10. 新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、自宅等へ移行する（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者、クロザピンに新規導入を目的とした入院患者を除く） 11. データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関 12. その他（ ）

＜精神科救急医療体制加算＞

⑤貴施設では、精神科救急医療体制加算の届出をしていますか。
01. している →5へ 02. していない →⑤-1・⑤-2へ

⑤-1 届出をしていない場合、今後届出の意向はありますか。
01. 具体的な予定がある ⇒西暦（ ）年（ ）月 02. 届出を行う予定がある 03. 検討中であり、まだわからない 04. 届出を行う予定はない 05. その他（ ）

⑤-2 精神科救急医療体制加算の施設基準のうち、満たすことが難しい要件は何ですか。（○はいくつでも）
01. 精神科救急急性期医療入院料を算定 02. 精神科救急医療体制整備事業による指定 03. 病院常勤の指定医が5名以上 04. 時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口1万人当たり0.5件以上であり、うち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼

5. 身体合併症への対応状況について

①精神科身体合併症管理加算の届出は行っていますか。
01. している 02. していない

②貴施設の精神科病棟において、自院で対応できない身体合併症はありますか。
01. ある →②-1・②-2へ 02. ない →p.9の6へ

②-1 対応できない身体合併症 (○はいくつでも)	01. 新型コロナウイルス感染症によるもの <sup>注14</sup>	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（ ）	

注 14 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みます。





## 8. こころの連携指導料について

①貴施設では、こころの連携指導料の届出をしていますか。	
01. こころの連携指導料（Ⅱ）の届出をしている →令和4年10月1か月間の算定件数：（ ）件 →②へ	
02. 届出はしていない →③・④へ	

②算定件数が1件以上ある場合、算定した患者の疾患として該当するものをすべてお選びください。（○はいくつでも）
01. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） 02. アルコールによる精神・行動の障害（F10） 03. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19） 04. 統合失調症（F20） 05. その他の精神病性障害（F21-29） 06. 気分（感情）障害（F30-39） 07. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F40） 08. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F50） 09. 成人の人格・行動の障害（F60） 10. 知的障害（精神遅滞）（F70） 11. 心理的発達の障害（F80） 12. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） 13. 詳細不明の精神障害（F99） 14. てんかん（G40）

③こころの連携指導料の届出をしていない場合、今後の届出意向はありますか。	
01. 届出意向がある	02. 届出意向はない

④こころの連携指導料の届出をしていない理由は何ですか。（○はいくつでも）	
01. 近隣に連携先となる医療機関がないため 02. 精神保健福祉士がいないため 03. その他（ ）	

## 9. 退院調整に向けたカンファレンスの開催状況について

①貴施設では、貴施設では、退院支援を担当する専門部署（地域移行推進室等名称は問わない）を設置していますか。	
01. 設置している	02. 設置していない

②退院調整に向けたカンファレンスの開催状況についてお伺いします。	
1) 1か月当たりの開催回数	（ ）回
2) 参加職種（○はいくつでも）	≪自院≫ 01. 医師（精神科）      02. 医師（精神科以外）      03. 看護師      04. 薬剤師 05. 作業療法士等リハ職      06. 精神保健福祉士      07. 公認心理師      08. その他 ≪自院以外≫ 01. 医師（精神科）      02. 医師（精神科以外）      03. 看護師      04. 薬剤師 05. 作業療法士等リハ職      06. 精神保健福祉士      07. 公認心理師      08. 保健師 09. その他 ≪その他≫ 01. 自治体関係者      02. 介護サービス事業者      03. 障害福祉サービス事業者
3) 開催方法（○はいくつでも）	01. 対面      02. オンライン会議      03. メール・書面等      04. その他
4) 障害福祉サービス事業者との連携・調整に当たっての課題	01. 近隣に連携先となる障害福祉サービス事業所がない・わからない 02. 障害福祉サービス事業所が複数関わっており連携が困難である 03. 障害福祉サービス事業所側での受入れ体制が不十分である 04. 状態によっては対応できる障害福祉サービス事業所がない 05. 退院後の生活や支援に必要な情報が不十分である 06. 退院調整のための十分な期間を確保できない 07. 地域で退院調整を行う者が不在・不明確である 08. その他（ ）

## 10. 精神科退院時共同指導料の状況

①精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。(○は1つ)

01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている →①-1へ    02. 精神科退院時共同指導料2の届出をしている →11へ  
03. 届出をしていない →11へ

①-1 上記①で「01. 精神科退院時共同指導料1の届出をしている」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

## 11. 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. 保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連携  
05. 医療機関等における対面による20分以上の面接の実施  
06. その他 ( )

② 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

## 12. 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

【上記①で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を除く) (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. その他の精神病的障害 (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 ( )

### 13. 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(実人数)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

14. 貴施設における精神科デイ・ケア等の状況

「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・ケア等をお選びください。(○はいくつでも)	
01. 届出をしていない →p. 14の質問15へ	
02. 精神科ショート・ケア (小規模なもの)	03. 精神科ショート・ケア (大規模なもの)
04. 精神科デイ・ケア (小規模なもの)	05. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)
06. 精神科ナイト・ケア	07. 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。(○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(実人数)(実際に利用した患者数) <sup>注15</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 15 「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。(○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○をつけてください。(○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○をつけてください。(○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 )

15. 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 →p.15の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. その他の精神病的障害(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	
		( )人	
6) 上記2)のうち持続性抗精神病注射薬剤・クロザピンの処方のある患者数		( )人	
7) 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. その他の精神病的障害(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. 在宅での対応等に不安があるため

05. 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. 在宅療養支援病院	02. 機能強化型在宅医療
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 貴施設では令和4年度診療報酬改定で精神科在宅患者支援管理料の対象患者が追加されましたが、令和4年度診療報酬改定を機に新たに施設基準の届出を行いましたか。(〇は1つ)

01. 新たに届出を行った →⑧-1へ      02. もともと届出をしており、新たに届出はしなかった →⑧-1へ

03. 届出はしていない →⑧-8へ

【以下の⑧-1～⑧-7の質問は、上記⑧で「01」および「02」と回答した施設にお伺いします。】

⑧-1 届出の種類等についてお伺いします。

1)届出の種類(〇はいくつでも)	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(〇はいくつでも)	01. ある →連携先 (11. 特別の関係 <sup>注16</sup> にあるもの    12. それ以外)  02. ない

注16 「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う。

⑧-2 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。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-3へ      02. 算定なし →p. 20の質問16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。(〇は1つ)

01. 算定あり →⑧-5へ      02. 算定なし →⑧-4へ

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。  
(〇はいくつでも)

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 ( )

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「03. 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 (あてはまる番号すべてに○)	01. 対象となる患者がいらないため →【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; margin: 5px 0;"> 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G A F 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; margin: 5px 0;"> 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、まだ分らない 04. 届出を行う意向はない    05. その他 ( )

16. 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. 病院（貴施設）が行っている →②へ	
02. 病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている →p. 23 の質問 17 へ	
03. 行っていない →p. 23 の質問 17 へ	

【以下の②～⑪の設問は、上記①で「01. 病院(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17)</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 17 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週間の勤務時間×4)  
→ 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、以下の質問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18</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 18 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。(○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 →p. 23の質問17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	

## 17. 身体的拘束<sup>注19</sup>を予防・最小化する取組の状況

①身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等を策定していますか。（令和4年11月1日時点）	
01. 策定あり	02. 策定なし

②院内における身体的拘束の実施・解除基準を策定していますか。（令和4年11月1日時点）	
01. 策定あり	02. 策定なし

③-1 貴施設における身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容についてご回答ください。(〇はいくつでも)

01. 院内の身体的拘束の実施状況の把握
02. 院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有
03. 院内の身体的拘束の実施状況の見える化
04. 身体的拘束の予防・最小化に関する具体的な目標設定
05. 病棟ラウンドを通じた身体的拘束を実施している患者状況・状態の把握
06. 病棟において、身体的拘束を実施している各患者の解除に向けた多職種による検討
07. 看護職員に対する身体的拘束を予防・最小化するための教育や研修の企画・開催
08. 看護職員以外の職員に対する身体的拘束を予防・最小化するための教育や研修の企画・開催
09. 病院外の者が関わる事例検討会や対策の検討の実施
10. その他 ( )

③-2 身体的拘束を予防・最小化するための組織の有無についてご回答ください。(〇はいくつでも)

01. 身体的拘束を予防・最小化に係る院内横断チームの設置
02. 行動制限最小化委員会の設置
03. その他 ( )

注 19 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該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。また、精神病床においては、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。

【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】

④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。

病院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。