

令和2年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

## 「精神医療等の実施状況調査」 調査へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和2年4月の診療報酬改定においては、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、入院患者に対する精神医療については、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科急性期医師配置加算等の要件の見直し及び退院時共同指導に係る評価の新設等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、令和2年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の病院を対象に、調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、誠に恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆「病院票」、「病棟票」および「入院患者票」（貴施設においてご記入頂くもの）にご回答の上、**令和2年12月28日(月)まで**に「返信用封筒（施設用、切手不要）」にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の「各種調査票配布に際してのお願い」をご参照ください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 seishin2020@mizuho-ir.co.jp

【電子調査票の送付先】 kensho202@mizuho-ir.co.jp（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://www.kensho2020.jp>

※電話は混み合う場合もございますので、E-mailでご連絡いただけますと幸いです。

E-mailでご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL : 0120-300-297（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「精神医療等の実施状況調査」  
各種調査票配布に際してのお願い

本調査では、令和2年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「精神医療等の実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、以下の要領で、**病院票**、**病棟票**、**入院患者票**、及び返信用封筒をご担当者各位に配布していただき、ご回答後、記入頂いた全ての調査票をまとめてご返送くださいますよう、ご協力の程何卒宜しくお願い申し上げます。

なお、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。

記

I. 封入物一覧

① 調査へのご協力のお願い.....	1 通
② 各種調査票配布に際してのお願い（本状）.....	1 通
③ 返信用封筒（オレンジ色）.....	1 通
④ 病院票（薄いオレンジ色）.....	1 通
⑤ 病棟票（水色）.....	10 通
⑥ 入院患者票（若草色）.....	6 通

II. 回答期限

**令和2年12月28日(月)まで** に

上記③の返信用封筒に、ご回答いただいた上記④⑤⑥の調査票を封入し、お近くのポストに投函してください。

※電子調査票で回答する場合

下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で調査票の左上に記載のID番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、回答後は、電子メールに添付の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	<a href="https://www.kensho2020.jp">https://www.kensho2020.jp</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho202@mizuho-ir.co.jp">kensho202@mizuho-ir.co.jp</a>

### Ⅲ. ご回答者および回収方法

#### 1. 病院票(薄いオレンジ色の調査票)

##### <ご回答者>

貴院の開設者・管理者、または開設者・管理者が依頼した方（例；事務局長、経営管理部門職員など）

#### 2. 病棟票(水色の調査票)

##### <対象病棟およびご回答者>

以下の【調査対象病棟】に記載した入院基本料等の届出を行っている病棟を対象に、当該病棟の責任者の方がご回答くださいますよう、お願いします。

##### 【調査対象病棟】

a. 精神科救急入院料	該当する病棟すべて
b. 精神科急性期治療病棟入院料	該当する病棟すべて
c. 精神科救急・合併症入院料	該当する病棟すべて
d. 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）	1棟（選択）
e. 精神療養病棟入院料	1棟（選択）

##### <備考>

該当する病棟がない場合は、その入院基本料についての病棟票は、回答不要です。

#### 3. 入院患者票(若草色の調査票)

##### <対象患者およびご回答者>

対象患者：令和2年10月1日（木）時点で貴施設に入院していた患者のうち、以下の【調査対象入院患者】に記載した条件に該当する方 最大6名  
回答者：対象患者の入院している病棟の責任者

##### 【調査対象入院患者】

- a. 以下の入院基本料等を算定している患者 3名
  - ・精神科救急入院料
  - ・精神科急性期治療病棟入院料
  - ・精神科救急・合併症入院料
- b. 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）、精神療養病棟入院料を算定している患者より、以下の各条件に該当する患者 計3名
  - ・入院期間が1年未満の患者 1名
  - ・入院期間が1年以上3年未満の患者 1名
  - ・入院期間が3年以上の患者 1名

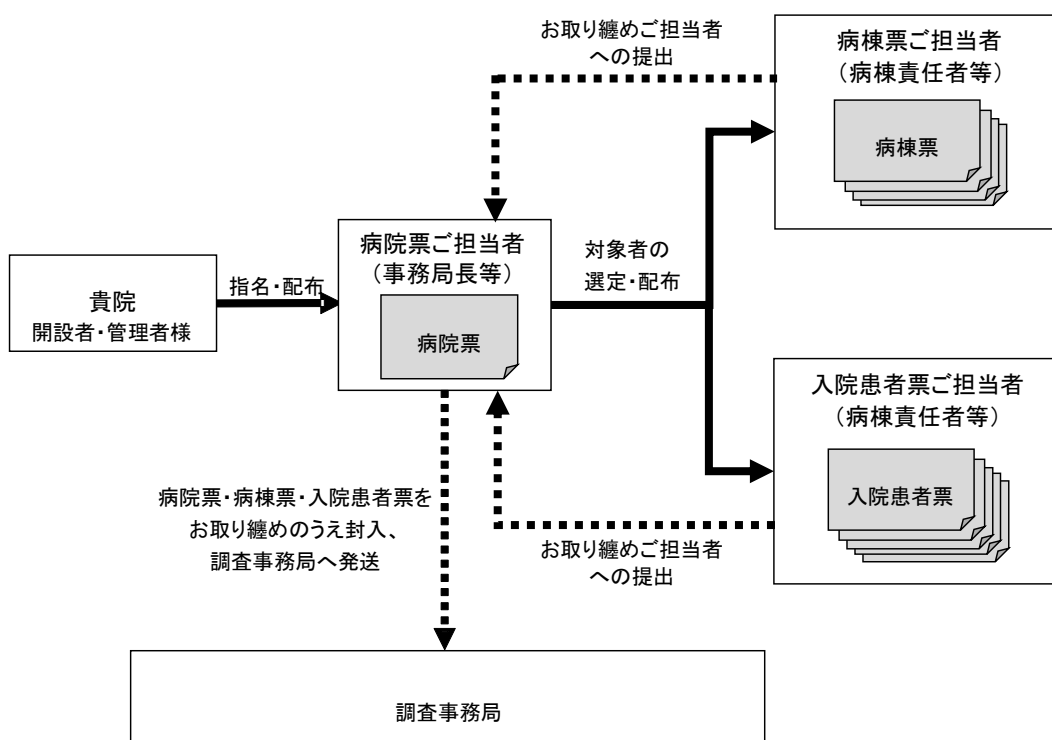
## <備考>

対象患者が6名いない場合は、該当する患者分のみご回答ください（すべての調査票に回答頂く必要はございません）。

## 4. 回収方法

ご記入いただいた「病院票」（1部）、「病棟票」（ご記入いただいた病棟数分）、入院患者票（ご記入いただいた入院患者数分）をお取り纏めのうえ、返信用封筒（オレンジ色）にて、ご返送ください（切手不要）。

## IV. 調査票の配布と回収のフロー



## V. お問い合わせ先

配布・回収方法について、ご不明な点は下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail: seishin2020@mizuho-ir.co.jp

TEL: 0120-300-297 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

## VI. ご回答にあたっての留意点

### 回答方法

- ・ 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、用語等をお書きください。（ ）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「-」をお書きください。
- ・ 特に断りのない場合は、**令和2年10月1日時点**の状況についてご記入ください。
- ・ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。

### 病院票記入要領

#### 1 貴施設の概要

##### ④病院種別

- ・ 精神科病院（単科）と精神科病院（内科等一般科標榜あり）の定義は以下の通りです。  
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  
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

##### ⑩病床利用率、平均在院日数

- ・ 病床利用率は令和元年8月～10月、令和2年8月～10月のそれぞれ3か月の病床利用率をご記入ください。病床利用率の計算式は、以下の通りです。

病床利用率＝

$$(8月～10月の在院延べ患者数) \div \{(月間日数 \times 月末病床数) の 8月～10月の合計\}$$

なお、精神病床の内訳（b.～k.）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。

- ・ 平均在院日数は令和元年8月～10月、令和2年8月～10月のそれぞれ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＝

$$(8月～10月の在院患者延べ日数) \div \{(8月～10月の新入棟患者数 + 8月～10月の新退棟患者数) / 2\}$$

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（b.～k.）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。

### ⑰職員数(常勤換算)

- ・ 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：

$(\text{非常勤職員の1週間の勤務時間}) \div (\text{貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間})$

1か月に数回勤務の場合：

$(\text{非常勤職員の1か月の勤務時間}) \div (\text{貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間} \times 4)$

## 13 在宅医療の状況について

### ⑤-2-1「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

- ・ 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

## 14 精神科訪問看護の状況

### ②精神科訪問看護に携わる職員数(常勤換算)

- ・ 病棟看護職員による退院前訪問看護は含みません。
- ・ 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：

$(\text{非常勤職員の1週間の勤務時間}) \div (\text{貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間})$

1か月に数回勤務の場合：

$(\text{非常勤職員の1か月の勤務時間}) \div (\text{貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間} \times 4)$

### ⑫精神科訪問看護の実施状況

- ・ 「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」とは、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。

## 病棟票記入要領

### 4 クロザピンの導入について

#### ① クロザピン新規導入患者数・転入患者数

- ・ 実績がない場合は、0（ゼロ）をご記入ください。

### 5 身体合併症の対応状況について

#### ① 疾患別人数

- ・ 実績がない場合は、0（ゼロ）をご記入ください。

## 入院患者票記入要領

### 3 現在の状況

#### ⑦ 身体合併症の有無、⑧ 身体合併症に対する主な対応状況

- ・ ここで言う「身体合併症」は、経過観察中の疾患は除きます。

#### ⑧ 身体合併症に対する主な対応状況

- ・ 「03. 自院の他科の医師が対応」における「他科」とは、入院時の主治医（精神科・神経科）以外の診療科を指します。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2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、あてはまる番号を〇（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「〇（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2年10月1日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 (〇は1つ)	01. 国	02. 公立	03. 公的	04. 社会保険関係団体
	05. 医療法人	06. 個人	07. 学校法人	08. 社会福祉法人
	09. その他 ( )			
③同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 (あてはまる番号すべてに〇)	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 (〇は1つ)	01. 精神科病院(単科) <sup>※</sup>		02. 精神科病院(内科等一般科標榜あり) <sup>※</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	

※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  
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。(あてはまる番号すべてに〇)				
01. 内科	02. 呼吸器内科	03. 循環器内科	04. 消化器内科(胃腸内科)	
05. 腎臓内科	06. 神経内科	07. 糖尿病内科(代謝内科)		08. 血液内科
09. 皮膚科	10. アレルギー科	11. リウマチ科	12. 感染症内科	
13. 小児科	14. 精神科	15. 心療内科	16. 外科	
17. 呼吸器外科	18. 心臓血管外科	19. 乳腺外科	20. 気管食道外科	
21. 消化器外科(胃腸外科)	22. 泌尿器科	23. 肛門外科	24. 脳神経外科	
25. 整形外科	26. 形成外科	27. 美容外科	28. 眼科	
29. 耳鼻いんこう科	30. 小児外科	31. 産婦人科	32. 産科	
33. 婦人科	34. リハビリテーション科	35. 放射線科	36. 麻酔科	
37. 病理診断科	38. 臨床検査科	39. 救急科	40. 歯科	
41. 矯正歯科	42. 小児歯科	43. 歯科口腔外科	44. その他 ( )	

⑥令和元年10月及び令和2年10月における、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は「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	令和元年10月	棟	棟	棟	棟	棟
	令和2年10月	棟	棟	棟	棟	棟
2)許可病床数	令和元年10月	床	床	床	床	床
	令和2年10月	床	床	床	床	床



⑦貴施設の精神科病棟についてお伺いします。病棟ごとの入院基本料および加算の届出状況をご記入ください。 貴施設が有する病棟の数だけご記入ください。			
4 ページの「選択肢」を参照の上、あてはまる番号に○			
		入院基本料等の届出状況	加算の届出状況
精神科病棟 1 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			
精神科病棟 2 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			
精神科病棟 3 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			
精神科病棟 4 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			
精神科病棟 5 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			
精神科病棟 6 (名称: )	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応 03. <A230-2> 精移 05. <A231-2> 強行 07. <A247-2> セハイ	02. <A230> 精医管 04. <A230-3> 精身 06. <A247> 認ケア 08. <A249> 精急医配
許可病床数			
床			

精神科病棟 7 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 8 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 9 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 10 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 11 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 12 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配
精神科病棟 13 (名称: ) 許可病床数 <input type="text"/> 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01.<A228> 精応      02.<A230> 精医管 03.<A230-2> 精移      04.<A230-3> 精身 05.<A231-2> 強行      06.<A247> 認ケア 07.<A247-2> セハイ      08.<A249> 精急医配

精神科病棟 14 (名称: ) 許可病床数 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.	01. <A228> 精応      02. <A230> 精医管 03. <A230-2> 精移      04. <A230-3> 精身 05. <A231-2> 強行      06. <A247> 認ケア 07. <A247-2> セハイ      08. <A249> 精急医配
	精神科病棟 15 (名称: ) 許可病床数 床	01. ⇒ 区分( 01・02・03・04・05・06 ) 02. ⇒ 区分( 01・02・03・04 ) 03. ⇒ 区分( 01・02 ) 04. ⇒ 区分( 01・02 ) 05. 06. 07. 08. ⇒ 区分( 01・02 ) 09.

### 【入院基本料の選択肢】

01. 精神科病棟入院基本料 ⇒ 区分(01. 10対1    02. 13対1    03. 15対1    04. 18対1    05. 20対1    06. 特別) 02. 特定機能病院入院基本料(精神科) ⇒ 区分(01. 7対1    02. 10対1    03. 13対1    04. 15対1) 03. 精神科救急入院料 ⇒ 区分(01. 1    02. 2) 04. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒ 区分(01. 1    02. 2) 05. 精神科救急・合併症入院料                      06. 児童・思春期精神科入院医療管理料                      07. 精神療養病棟入院料 08. 認知症治療病棟入院料 ⇒ 区分(01. 1    02. 2)                      09. 地域移行機能強化病棟入院料
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 【加算の選択肢】

01. 精神科応急入院施設管理加算【A228 精応】 03. 精神科地域移行実施加算【A230-2 精移】 05. 強度行動障害入院時医療管理加算【A231-2 強行】 07. せん妄ハイリスク患者ケア加算【A247-2 セハイ】	02. 精神科病棟入院時医学管理加算【A230 精医管】 04. 精神科身体合併症管理加算【A230-3 精身】 06. 認知症ケア加算【A247 認ケア】 08. 精神科急性期医師配置加算【A249 精急医配】
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑧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。  
 (あてはまる番号すべてに○。また、選択肢「01」「02」の場合は、該当する区分にも○)

01. 診療録管理体制加算 → 区分( 01. 1    02. 2 )		
02. データ提出加算 → 区分( 01. 1    02. 2    03. 3    04. 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. 摂食障害入院医学管理加算
06. 重度アルコール依存症入院医療管理加算	07. ハイリスク分娩管理加算	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

⑨救急告示の有無 [令和2年10月30日(金)時点] (○は1つ)	01. 救急告示なし	02. 救急告示あり
⑩救急医療体制 (令和2年10月30日時点) (○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	
⑪精神医療に関する指定の状況 (令和2年10月30日時点) (あてはまる番号すべてに○)	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
	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

⑫貴施設における令和2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

⑬精神科救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算の届出を行っていますか。また、届出をしている場合はその算定件数をご記入ください。(○は1つ)

01. いずれも届出をしていない →⑬-1へ

02. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届出している ⇒ 算定件数 ( )件/月

03. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届出している ⇒ 算定件数 ( )件/月

⑬-1 (質問⑬で「01. いずれも届出をしていない」と回答した施設のみ) 届出をしていない理由をお選びください。  
 (最もあてはまる番号1つに○)

01. 近隣に連携できる医療施設がない

02. 地域に他の医療機関はあるが連携協議が行われていない(連携実績がない)

03. 地域連携による転院への患者・家族の理解が得られづらい

04. 精神科救急搬送患者の後方病床による支援の必要性が低い

05. その他 ( )

⑭ 貴施設では、「感染防止対策加算」の施設基準の届出を行っていますか。(〇は1つ)

01. 届出をしていない →質問⑮へ

02. 届出をしている

→届出の種類 (〇は1つ)	
01. 感染防止対策加算1	02. 感染防止対策加算2

【⑮は、⑭で感染防止対策加算の「01. 届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

⑮ 貴施設が「感染防止対策加算」の施設基準の届出を行っていない理由をお選びください。  
(あてはまる番号すべてに〇、最もあてはまる番号1つに◎)

	あてはまるもの すべてに〇	最もあてはまるもの 1つに◎
01. 専任の院内感染管理者を配置することが難しいから	01	01
02. 院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制を整備することが難しいから	02	02
03. 院内の感染防止対策部門に感染管理に関する十分な経験を有する医師、看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師、臨床検査技師を適切に配置することが難しいから	03	03
04. 感染管理防止加算2を算定している医療機関との連携が難しいから	04	04
05. 感染管理防止加算1を算定している医療機関との連携が難しいから	05	05

⑯ 令和元年10月及び令和2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)病床利用率<sup>\*1</sup>、4)平均在院日数<sup>\*2</sup>をそれぞれご記入ください。  
(該当病床がない場合は、病棟数と病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「/」をご記入ください。)

	令和元年10月				令和2年10月			
	1)病棟数	2)届出病床数	3)病床利用率 <sup>*1</sup>	4)平均在院日数 <sup>*2</sup>	1)病棟数	2)届出病床数	3)病床利用率 <sup>*1</sup>	4)平均在院日数 <sup>*2</sup>
a.精神病床全体	棟	床	%	日	棟	床	%	日
b.精神病棟入院基本料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
c.特定機能病院入院基本料(精神病棟)	棟	床	%	日	棟	床	%	日
d.精神科救急入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
e.精神科急性期治療病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
f.精神科救急・合併症入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
g.児童・思春期精神科入院医療管理料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
h.精神療養病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
i.認知症治療病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
j.地域移行機能強化病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
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	棟	床	%	日

※1 病床利用率は令和元年8月～10月、令和2年8月～10月のそれぞれ3か月の病床利用率をご記入ください。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。

病床利用率=(8月～10月の在院延べ患者数)÷{(月間日数×月末病床数)の8月～10月の合計}

※2 平均在院日数は令和元年8月～10月、令和2年8月～10月のそれぞれ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。

⑰ 貴施設の職員数(常勤換算 <sup>※1</sup> )をご記入ください。また、内数として、精神科病棟に從事している職員数(常勤換算 <sup>※1</sup> )をご記入ください。(令和2年10月時点)			
		施設の職員数	(うち)精神科病棟に從事している職員数
1) 医師		人	(うち) 人
a. (うち)精神保健指定医		人	(うち) 人
b. (うち)精神科特定医師		人	(うち) 人
c. (うち)上記以外の精神科医師		人	(うち) 人
d. (うち)精神科以外の医師 ※精神科病棟に從事している <b>精神科以外の診療科</b> のうち、勤務回数が多い科から、最大3診療科までご記載ください		人	(うち) 人
	e. 診療科名 1		週( )回勤務
	f. 診療科名 2		週( )回勤務
	g. 診療科名 3		週( )回勤務
2) 看護師(保健師を含む) <sup>※2</sup>		人	(うち) 人
a. (うち)精神看護専門看護師*		人	(うち) 人
b. (うち)認知症看護認定看護師*		人	(うち) 人
c. (うち)精神科認定看護師**		人	(うち) 人
3) 准看護師		人	(うち) 人
4) 看護補助者		人	(うち) 人
5) 薬剤師		人	(うち) 人
6) 作業療法士		人	(うち) 人
7) 公認心理師		人	(うち) 人
8) 精神保健福祉士		人	(うち) 人
9) 社会福祉士(上記8)を除く)		人	(うち) 人
10) 管理栄養士		人	(うち) 人
11) 事務職員		人	(うち) 人
12) その他の職員		人	(うち) 人

※1 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)

※2 \* 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

## 2. 新型コロナウイルス感染症への対応状況

①令和2年3月以降の受診者や体制の動向等（それぞれ該当する番号1つに○）								
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
a. 新型コロナウイルス感染疑い※1の外来患者受入の有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
b. 新型コロナウイルス感染患者の入院患者※2の受入の有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
c. 新型コロナウイルス感染症の院内感染の有無※3	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
②令和2年3月以降の、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い」の対象となる保険医療機関等の該当状況※4（それぞれ該当する番号1つに○）								
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等の該当有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し
オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、「院内トリージ実施料」※5を算定する保険医療機関の該当有無	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し	01. 有り 02. 無し

※1. 新型コロナウイルス感染症の検査の対象となった患者を指す（結果的に新型コロナ感染症と診断されなかった患者も含む）。

※2. 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。

※3. 1) 医療機関において患者が原疾患とは別に新たに患った感染症、2) 医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のいずれかがあった場合に、有りとします。

※4. 本設問におけるア～エの項目は、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1（2）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。

※5. オは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その9）」（令和2年4月8日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）1で示されたもの。

### ③新型コロナウイルス感染の重点医療機関等の指定の有無（令和2年11月1日時点）（該当する番号1つに○）

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ている  
 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ている  
 03. その他（ )

④「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱い<sup>※1</sup>」に関連し、貴院が届け出ている診療報酬の施設基準等で求められている各種の配置要件や診療実績への影響の状況(令和2年4月以降)についてお伺いします。貴院の施設基準等の要件となっていない項目については「03 要件非該当」を選択してください。

(それぞれ該当する番号1つに○)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
a. 定数超過入院の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当
b. 月平均夜勤時間数について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当
c. 看護要員 <sup>※2</sup> の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、1割以上の一時的な変動の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当
d. 「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」 <sup>※3</sup> の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当
e. 平均在院日数について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当
f. 在宅復帰率への影響について、施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合の発生有無	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当	01. 有り 02. 無し 03. 要件非該当

※1. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)」(令和2年8月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡) 1(1)①~⑤で示された施設基準等に係る臨時的な取扱いを指す。

※2. 看護要員とは、看護師及び准看護師又は看護補助者を指す。

※3. 「DPC制度への参加等の手続きについて」(令和2年3月27日保医発 0327 第6号)の第1の4(2)②に規定する場合を言う。

⑤次に挙げる各項目について、令和2年4月から11月1日までの間に一度でも、医療提供状況に変化があったか、ご回答ください。(それぞれ該当する番号1つに○)

外来(平日)	01. 通常	02. 制限	03. 停止	
外来(土日)	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
入院	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
救急	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
化学療法	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
手術	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
緊急手術	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
精神科デイ・ケア等	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
精神科訪問診療	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
精神科訪問看護	01. 通常	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし



⑥貴院の外来患者数、総入院患者数等についてお伺いします。

⑥-1 外来患者数		1) 初診の患者数		2) 再診の延べ患者数		3) 紹介状により他の病院または診療所に紹介した患者数
			(うち) 紹介状により 紹介された患者数			
令和元年 (平成31年)	4月1か月間	人	人	延べ	人	人
	5月1か月間	人	人	延べ	人	人
	6月1か月間	人	人	延べ	人	人
	7月1か月間	人	人	延べ	人	人
	8月1か月間	人	人	延べ	人	人
	9月1か月間	人	人	延べ	人	人
	10月1か月間	人	人	延べ	人	人
令和2年	4月1か月間	人	人	延べ	人	人
	5月1か月間	人	人	延べ	人	人
	6月1か月間	人	人	延べ	人	人
	7月1か月間	人	人	延べ	人	人
	8月1か月間	人	人	延べ	人	人
	9月1か月間	人	人	延べ	人	人
	10月1か月間	人	人	延べ	人	人

		⑥-2 総入院患者数 ※1	⑥-3 救急搬送件数
令和元年 (平成31年)	4月1か月間	人	件
	5月1か月間	人	件
	6月1か月間	人	件
	7月1か月間	人	件
	8月1か月間	人	件
	9月1か月間	人	件
	10月1か月間	人	件
令和2年	4月1か月間	人	件
	5月1か月間	人	件
	6月1か月間	人	件
	7月1か月間	人	件
	8月1か月間	人	件
	9月1か月間	人	件
	10月1か月間	人	件

※1. 施設全体の延べ人数でお答えください。

### 3. 救急医療の提供状況等

①貴施設では、精神科救急医療体制整備事業に参加していますか。(令和2年10月30日時点) (○は1つ) また、参加していない場合はその理由をお書きください。	
01. 参加している →①-1、2へ	
02. 参加していない(理由	) →②へ

【以下①-1、2の質問は、①で精神科救急医療体制整備事業に「01.参加している」と回答した施設のみご回答ください。】

①-1 貴施設の精神科救急医療施設の種別 (令和2年10月30日時点)(あてはまる番号すべてに○)	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
①-2 貴施設では、令和2年10月の1か月間に精神科救急医療体制整備事業の当番日は何日ありましたか。 また、その診療実績をご記入ください。(令和2年10月) ※常時対応型施設は1か月の稼働日数をご記載ください。		
1) 当番日	( )日/月	
2) 診療実績	01. 入院:( )件/月	02. 外来診療のみ:( )件/月

【以下②の質問については、すべての施設の方がご回答ください。】

②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)における体制をお選びください。	
1) 医師	(○は1つ)
a. 医師総数	01. 宿直が担当
b. (うち)精神科医	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)
c. (うち)精神保健指定医	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
2) 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

【以下③の質問については、「精神科救急入院料」もしくは「精神科救急・合併症入院料」のいずれか(もしくは両方)の施設基準の届出を行っている医療機関のみご回答ください。】

③貴施設の診療時間をご記入ください。記入にあたっては、24時間制でご記入ください。(例 午後10時は22:00と記入)							
	月	火	水	木	金	土	日・祝
1) 保険医療機関として届け出ている診療時間	~	~	~	~	~	~	~
2) 施設基準の要件として求められている時間外診療の「時間外」の時間	※病院群輪番型の病院であって、当番日が曜日ごとに定められている場合は、その曜日に○をつけた上で、該当する曜日に時間を記入してください。						
	○	○	○	○	○	○	○
	月	火	水	木	金	土	日・祝
	~	~	~	~	~	~	~
	※当番日が、日にちで割り振られている場合、以下にその時間を記入してください。						
	: ~ :						
3) 施設基準の要件として求められている深夜診療の「深夜」の時間	: ~ ~ : ~						

#### 4. 精神科救急入院料等について

① 貴施設では、精神科救急入院料の届出を行っていますか。(〇は1つ)

01. 届出をしている →②へ

02. 届出をしていない →⑥へ

【以下②～⑤の質問は、①で「01.届出をしている」と回答した施設のみご回答ください。】

② 貴施設における令和元年11月から令和2年10月の直近1年間の以下の入院形態別の患者数(延べ人数)をご記入ください。

1) 措置入院患者数	延べ	人
2) 緊急措置入院患者数	延べ	人
3) 応急入院患者数	延べ	人
4) 鑑定入院患者数	延べ	人
5) 医療観察法入院数	延べ	人

③ 貴施設における令和元年11月から令和2年10月の直近1年間の、精神疾患に係る救急外来診療件数をご記入ください。

1) 時間外の診療件数(※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている時間外診療を指す)	件
2) 休日の診療件数(※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている休日診療を指す)	件
3) 深夜の診療件数(※精神科救急入院料の施設基準の要件として求められている深夜診療を指す)	件

④ 貴施設では、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く)件数の年間実績について、「施設基準1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること」という要件を満たすものとして届出をしていますか。(〇は1つ)

01. 当該要件を満たすものとしての届出をしていない →⑤へ	02. 当該要件を満たすものとして届出をしている →ア又はイどちらの地域で届け出ていますか。(〇は1つ) 21. 施設基準(12)アの地域で届出 22. 施設基準(12)イの地域で届出 →以下の質問④-1、④-2にお答えください
④-1 ア又はイの地域の人口(届出時の算出根拠となる数値を計算するに当たり使用した人口)をお答えください。	人
④-2 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く)件数の年間実績のうち、初診患者数(精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関を受診していない患者)の延べ人数をお答えください。	延べ 人

⑤ 病棟数または病床数の上限を満たさなくなった場合の対応方法についてお伺いします。  
令和4年4月以降、施設基準を満たさなくなった場合の対応を記入ください。(あてはまる番号すべてに〇)

01. 現在届け出ている病棟・病床の一部を、他の精神科入院料算定病棟へ届出を変更

「01」を選んだ場合以下にご回答ください。

11. 精神科急性期治療病棟	12. 精神科救急・合併症入院料算定病棟
(〇は1つ)	
13. 精神科病棟入院基本料	→ 01. 10対1    02. 13対1    03. 15対1    04. 18対1    05. 20対1
06. 特別	
14. 児童・思春期精神科入院医療管理料算定病棟	
15. 精神療養病棟	16. 認知症治療病棟    17. 地域移行機能強化病棟    18. 未定

02. 現在届け出ている病棟・病床の一部を、精神科以外の病棟へ届出を変更

03. 現在届け出ている病棟・病床の一部を廃止

04. 検討中(具体的に: )

【以下⑥、⑦の質問は、①で「02.届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

⑥貴施設では今後「精神科救急入院料」を届け出る意向はありますか。（〇は1つ）			
01. 具体的な予定がある	<table border="1"> <tr> <td>→ 届出予定時期:西暦( )年( )月</td> </tr> <tr> <td>→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2</td> </tr> </table>	→ 届出予定時期:西暦( )年( )月	→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2
→ 届出予定時期:西暦( )年( )月			
→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2			
02. (具体的な予定はないが)届出を行う意向がある	<table border="1"> <tr> <td>→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2</td> </tr> </table>	→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2	
→ 予定している届出内容: 01. 精神科救急入院料 1      02. 精神科救急入院料 2			
03. 検討中であり、まだわからない			
04. 届出を行う意向はない			
05. その他 ( )			

⑦精神科救急入院料の施設基準のうち満たすことが難しいものをお選びください。 (あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号1つに◎)		
	あてはまる 番号 すべてに○	最もあてはまる 番号 1つに◎
01. 当該病棟における常勤の医師の数は当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。	01	01
02. 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、かつ当該保険医療機関内に精神保健指定医が 5 名以上配置されていること。	02	02
03. 当該病棟において、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、当該病棟において、1 日に看護を行う看護師数がそれ以上である場合は、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は 2 以上であること。	03	03
04. 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。	04	04
05. 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	05	05
06. 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。	06	06
07. 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。	07	07

## 5. 精神科救急・合併症入院料について

①貴施設では、精神科救急・合併症入院料の届出を行っていますか。(○は1つ)	
01. 届出をしている →②へ	
02. 届出をしていない →⑦へ	

【以下②～⑥の質問は、①で「01.届出をしている」と回答した施設のみご回答ください。】

②令和2年10月の該当する病棟の入院日数		
a. 1か月間、当該入院料を算定している病棟の延べ入院日数	延べ 日	
b. (うち) 新規入院患者の延べ入院日数	延べ 日	
③令和元年11月から令和2年10月における、該当する病棟の直近1年間の各退院患者数についてご記入ください。		
(うち) 措置入院患者数 + 鑑定入院患者数 + 医療観察法入院患者数 + クロザピンの新規導入を目的とした入院患者数	a. 入院日から起算して3か月以内に退院し、自宅等へ移行した患者数	人
	b. 3か月超の後に退院した患者数	人
④令和元年11月から令和2年10月における、該当する病棟の直近1年間の精神疾患に係る救急外来診療件数をご記入ください。		
1) 時間外の診療件数	件	
2) 休日の診療件数	件	
3) 深夜の診療件数	件	
⑤令和元年11月から令和2年10月における、当該病棟の新規入院患者数についてお答えください。		
1) 当該病棟の新規入院患者数	人	
2) 措置入院患者数	人	
3) 緊急措置入院	人	
4) 医療保護入院	人	
5) 応急入院	人	
6) 鑑定入院	人	
7) 医療観察法入院	人	
8) 合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者	人	
⑥貴施設では、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く)件数の年間実績について、「施設基準1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり2.5件以上であること」という要件を満たすものとして届出をしていますか。(○は1つ)		
01. 当該要件を満たすものとしての届出をしていない →⑦へ	02. 当該要件を満たすものとして届出をしている →ア又はイどちらの地域で届け出ていますか。(○は1つ) 21. 施設基準(12)アの地域で届出 22. 施設基準(12)イの地域で届出 →以下の質問⑥-1、⑥-2にお答えください	
⑥-1 ア又はイの地域の人口(届出時の算出根拠となる数値を計算するに当たり使用した人口)をお答えください。	人	
⑥-2 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く)件数の年間実績のうち、初診患者数(精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関を受診していない患者)の延べ人数をお答えください。	延べ 人	

【以下⑦、⑧の質問は、①で「02.届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

⑦貴施設では「精神科救急・合併症入院料」の届出意向はありますか。（〇は1つ）

01. 具体的な予定がある  
 → 届出予定時期：西暦( )年( )月

02. (具体的な予定はないが)届出を行う意向がある

03. 検討中であり、まだわからない

04. 届出を行う意向はない

05. その他 ( )

⑧精神科救急・合併症入院料の要件として満たすことが難しいものをお選びください。  
 (あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号1つに◎)

	あてはまる 番号 すべてに○	最もあてはまる 番号 1つに◎
01. 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有する病院の病棟単位で行うものであること。	01	01
02. 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。	02	02
03. 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が5名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が3名以上配置されていること。	03	03
04. 当該病棟において、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、当該病棟において、1日に看護を行う看護師数がそれ以上である場合は、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は2以上であること。	04	04
05. 当該地域において精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。	05	05
06. 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	06	06
07. 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。	07	07
08. 精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。	08	08

## 6. 精神科急性期医師配置加算について

①精神科急性期医師配置加算の届出は行っていますか。(〇は1つ)

01. 届出をしている →以下の質問への回答後、「7. クロザピンの使用状況等について」へ

a.届出の種類	01. 加算1    02. 加算2イ    03. 加算2ロ    04. 加算3
b.令和2年4月改定まで届出していた病棟の種類	01. 精神病棟入院基本料(10対1) 02. 精神病棟入院基本料(13対1) 03. 精神科急性期治療病棟入院料1 04. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟(7対1) 05. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟(10対1) 06. 特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟(113対1)

02.届出をしていない →②へ

【以下②～④の質問は、①で精神科急性期医師配置加算の「02. 届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

② 精神科急性期医師配置加算の要件として満たすことが難しいものをお選びください。(あてはまる番号すべてに〇)

a. **精神科急性期治療病棟入院料1**の届出をしている施設の方のみご回答ください。

01. 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。

【精神科急性期医師配置加算1、2ロに関する基準に関連するもの】

02. 「医療観察法入院患者」及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3か月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

03. 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。

04. 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療(電話等再診を除く)件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

【精神科急性期医師配置加算3の基準に関連するもの】

05. 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた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、自宅等へ移行すること。

06. 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。

b. **精神病棟入院基本料10対1、13対1、特定機能病院入院料を算定する精神病棟7対1、10対1、13対1**の届出をしている施設のみご回答ください。

01. 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。

【精神科急性期医師配置加算2のイに関する基準に関連するもの】

02. 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保健医療機関であること。

03. 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

04. 「救急医療対策事業実施要項」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

05. 24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること。

06. 精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

07. 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時にA230-3精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

08. 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上(直近3か月間の平均)診察していること。

③当該病棟のクロザピン新規導入件数	件／年間
④貴施設では「精神科急性期医師配置加算」の届出意向はありますか。(○は1つ)	
01. 具体的な予定がある → 届出予定時期:西暦( )年( )月 → (01. 加算1 02. 加算2イ 03. 加算2ロ 04. 加算3)	
02. (具体的な予定はないが)届出を行う意向がある → (01. 加算1 02. 加算2イ 03. 加算2ロ 04. 加算3)	
03. 検討中であり、まだわからない	
04. 届出を行う意向はない	
05. その他 ( )	

## 7. クロザピンの使用状況等について

①貴施設では、「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の施設基準の届出は行っていますか。(○は1つ)	
01. 届出あり →届出時期:西暦( )年( )月 →①-1へ	02. 届出なし →②へ
▶①-1 令和元年6月1か月間における診療実績をご記入ください。	
1)実患者数: ( )人/月	2)算定件数: ( )件/月

②貴施設で治療ができない(クロザピンが投与できない)ことによる転院が行われていますか。(○は1つ) また、転院している場合はその実績をご記入ください。(令和2年8月～10月)	
01. 転院していない	
02. 転院している → 転院患者数 ( )人 :令和2年8～10月	

【以下③、④の質問は、①で「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の「02届出なし」と回答した施設のみご回答ください。】

③貴施設が「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の届出を行っていない理由をお選びください。 (最もあてはまる番号1つに○)	
01. クロザピンの対象患者が少ないため	
02. 医療圏内にクロザピン等の専門的治療を受けられる他の医療機関があるため	
03. CPMS への登録要件を満たすことができないため	
04. 施設基準の要件を満たせないため →③-1へ	
05. その他 (具体的に )	
▶③-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。(あてはまる番号すべてに○)	
01. 統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤医師が配置できない	
02. 統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤薬剤師が配置できない	
03. 副作用に対応できる体制が整備できない	

④貴施設では、「治療抵抗性統合失調症治療指導管理料」の施設基準の届出意向がありますか。(○は1つ)	
01.具体的な予定がある → 届出予定時期:西暦( )年( )月	
02. (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある	
03. 検討中であり、まだわからない	
04. 届出を行う意向はない	
05. その他 ( )	



## 8. 身体合併症への対応状況について

① 貴施設内で対応困難な身体合併症に対する対応をお選びください。(最も多いもの1つに○)

- 01. 精神科病床のある総合病院へ転院
- 02. 精神科リエゾンチームのいる(精神科病床のない)総合病院へ転院
- 03. 精神科リエゾンチームも精神科病床もない身体科のみの医療機関へ転院
- 04. 他院の外来受診
- 05. その他 ( )

② 精神科身体合併症管理加算の届出は行っていますか。(○は1つ)

- 01. 届出をしている →④へ
- 02. 届出をしていない →③へ

【以下③の質問は、②で精神科身体合併症管理加算の「02.届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

③ 精神科身体合併症管理加算の届出をしていない理由をお選びください。(○は1つ)

- 01. (算定対象の患者はいるが、)算定対象となる入院料の病棟がないため
- 02. 身体合併症に対応していないため(他院へ転院して対応)
- 03. 施設基準の要件を満たせないため →③-1へ
- 04. その他 ( )

③-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。(あてはまる番号すべてに○)

- 01. 病棟専任配置医師(内科または外科)の確保
- 02. 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携(他の保健医療機関を含む)の確保

④ 貴施設における令和2年4月から9月の間における摂食障害の新規入院患者数(延べ人数)をご記入ください。

1) 摂食障害の新規入院患者数						人	
2) 1)について、入院時のBMI別患者数							
a. 12未満	b. 12以上13未満	c. 13以上14未満	d. 14以上15未満	e. 15以上16未満	f. 16以上17未満	g. 17以上	
人	人	人	人	人	人	人	人

⑤ 摂食障害入院医療管理加算の届出状況をお選びください。(○は1つ)

- 01. 届け出ている
- 02. 届け出していない

⑥ 疾患別リハビリテーションの施設基準の届出状況をお答えください。(あてはまる番号すべてに○)

- 01. 心大血管疾患リハビリテーション料
- 02. 脳血管疾患等リハビリテーション料
- 03. 廃用症候群リハビリテーション料
- 04. 運動器リハビリテーション料
- 05. 呼吸器リハビリテーション料

⑥-1 ⑥においていずれも届出がない場合にご回答ください。貴施設では、疾患別リハビリテーションの届出意向はありますか。(○は1つ)

- 01. 具体的な予定がある → 届出予定時期: 西暦( )年( )月
- 02. (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある
- 03. 検討中でありまだわからない
- 04. 届出を行う意向はない
- 05. その他 ( )

## 9. 精神科リエゾンチームの状況

①精神科リエゾンチーム加算の届出状況をお選びください。(〇は1つ)

01. 届け出ている →②へ

02. 届け出していない →⑦へ

【以下②～⑥の質問は、①で「01. 届け出ている」と回答した施設のみご回答ください。】

②精神科リエゾンチームによる診療において、他の医療機関の医師が対診することはありますか。(〇は1つ)

01. 他の医療機関の医師が対診することがある

02. 他の医療機関の医師が対診することはない

③貴施設における令和2年10月1か月間に、精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数(実人数)をご記入ください。

1) 総数		人
a. (うち)新型コロナウイルス感染症の患者数*		人
2) 対象疾患別患者数	a. 症状性を含む器質性精神障害(F0)	人
	b. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)	人
	c. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	人
	d. 気分[感情]障害(F3)	人
	e. 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)	人
	f. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F5)	人
	g. 成人の人格及び行動の障害(F6)	人
	h. 知的障害<精神遅滞>(F7)	人
	i. 心理的発達の障害(F8)	人
	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(F9)	人
	k. 自殺企図	人
l. せん妄	人	

\*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。

④令和2年10月1か月間に、カンファレンスを開催した回数をご記入ください。

回

⑤上記④のカンファレンスへの参加職種をお答えください。(あてはまる番号すべてに〇)

01. 精神科医

02. 精神科認定看護師等

03. 02以外の看護師

04. 薬剤師

05. 作業療法士

06. 精神保健福祉士

07. 公認心理師\*

08. その他( )

\*平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者及び公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者を含む。

⑥精神科リエゾンチームのせん妄ケアチーム及び認知症ケアチームとの連携状況をお答えください。

1) せん妄ケアチームとの連携状況 (〇は1つ)	01. 特に連携していない 02. 精神科リエゾンチームの精神科医がせん妄ケアチームを兼務している 03. 病状が悪化した場合、精神科リエゾンチームにコンサルトしている 04. チーム間で情報共有している 05. その他(具体的に: )
2) 認知症ケアチームとの連携状況 (〇は1つ)	01. 特に連携していない 02. 精神科リエゾンチームの精神科医が認知症ケアチームを兼務している 03. 病状が悪化した場合、精神科リエゾンチームにコンサルトしている 04. チーム間で情報共有している 05. その他(具体的に: )

【以下⑦、⑦-1の質問は、①で「02. 届け出ていない」と回答した施設のみご回答ください】

⑦貴施設が「精神科リエゾンチーム加算」の届出を行っていない理由をお選びください。

(最もあてはまる番号1つに○)

- 01. 精神科リエゾンチーム加算の対象ではないため
- 02. 対象となる患者が少ないため
- 03. 施設基準の要件を満たせないため →⑦-1へ
- 04. その他 (具体的に )

⑦-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件をお選びください。(あてはまる番号すべてに○)

- 01. 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師の配置。
- 02. 精神科等の経験を3年以上有する所定の研修を修了した専任の常勤の看護師の配置。
- 03. 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうちいずれか1人\*の配置。
- 04. 入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加すること。
- 05. 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- 06. 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
- 07. その他( )

※当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうちいずれか1人で差し支えない。

## 10. 地域移行機能強化病棟について

①貴施設は地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていますか。(〇は1つ)

01. 届出をしている →②へ

02. 届出をしていない →⑦へ

【以下②～⑥の質問は、①で地域移行機能強化病棟入院料の「01.届出をしている」と回答した施設のみご回答ください。】

②地域移行機能強化病棟入院料の届出をした時期はいつですか。

西暦( )年( )月

③地域移行機能強化病棟に転換した病床種別は何ですか。(あてはまる番号すべてに〇)

01. 精神病棟入院基本料 ⇒ 区分( 01. 10 対 1 02. 13 対 1 03. 15 対 1 04. 18 対 1 05. 20 対 1 06. 特別 )  
 02. 特定機能病院入院基本料(精神病棟) ⇒ 区分( 01. 7 対 1 02. 10 対 1 03. 13 対 1 04. 15 対 1 )  
 03. 精神科救急入院料 ⇒ 区分( 01. 1 02. 2 )  
 04. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒ 区分( 01. 1 02. 2 )  
 05. 精神科救急・合併症入院料 06. 児童・思春期精神科入院医療管理料  
 07. 精神療養病棟入院料 08. 認知症治療病棟入院料 ⇒ 区分( 01. 1 02. 2 )  
 09. その他 ( )

④地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、どのように精神病床を削減する計画ですか。

西暦( )年( )月までに精神病床( )床を削減予定

⑤地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、精神病床の許可病床数の変更を行いましたか。(〇は1つ)

01. 変更を行った→( )床削減 02. 変更を行っていない

⑥貴施設では、病床削減後に、どのようなサービス・事業を新たに実施したいと考えていますか。(下記の選択肢には法人種別により実施できないものも含まれています) (あてはまる番号すべてに〇)

01. 特にない

【医療サービス】

02. 精神科救急・急性期病床 03. 重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床  
 04. 精神科外来 05. 精神科デイ・ケア等 06. 訪問診療  
 07. 訪問看護 08. 精神科以外の外来  
 09. その他医療サービス( )

【介護サービス等】

10. 短期入所療養介護 11. 介護老人保健施設 12. 介護老人福祉施設  
 13. 軽費老人ホーム 14. 養護老人ホーム 15. 有料老人ホーム  
 16. サ高住 17. 認知症高齢者グループホーム  
 18. その他介護サービス( )

【障害福祉サービス】

19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 同行援護  
 22. 行動援護 23. 療養介護 24. 生活介護  
 25. 短期入所 26. 重度障害者等包括支援 27. 施設入所支援  
 28. 自立訓練(機能訓練) 29. 自立訓練(生活訓練) 30. 就労移行支援  
 31. 就労継続支援A型 32. 就労継続支援B型 33. 就労定着支援  
 34. 自立生活援助 35. 共同生活援助(グループホーム)  
 36. 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)  
 37. 計画相談支援 38. 基本相談支援  
 39. その他障害福祉サービス( )

【以下⑦、⑧、⑧-1 の質問は、①で地域移行機能強化病棟入院料の「02.届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

⑦現在、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか。 (あてはまる番号すべてに○、最もあてはまる番号1つに◎)		
	あてはまる番号 番号すべてに ○	最もあてはま る番号1つに ◎
01. 長期入院患者がいない・少ない	01	01
02. 転換に適した病床がないため(精神科急性期病床のみ、精神病床が少ないなど)	02	02
03. 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため	03	03
04. 精神病床の削減は経営的に困難なため	04	04
05. 過去に届出を行っていたが取り下げた (取り下げた理由: )	05	05
06. 施設基準の要件を満たせないから →⑦-1へ	06	06
07. その他 (具体的に	07	07

⑦-1 施設基準のうち満たすことが難しい要件は何ですか。 (あてはまる番号すべてに○)

01. 病棟配置の医師の確保	02. 病棟配置の看護職員の確保
03. 病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保	04. 病棟配置の作業療法士の確保
05. 常勤の公認心理師の配置	06. 退院支援部門の設置
07. 退院支援相談員の確保	08. 長期入院患者の退院が進んでいること
09. 精神病床の減少	10. 地域生活を支援する関係機関等との連携
11. 自宅等退院患者が2.4%以上	

⑧今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか。(○は1つ)

01. 具体的な予定がある → 届出予定時期:西暦( )年( )月
02. (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 (具体的に )

⑧-1 どのような状況があれば、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしようと思いますか。具体的にご記入ください。

--

## 1 1. 貴施設における退院支援部門の体制等

①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。(〇は1つ)

01. 設置している

02. 設置していない

※退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

②貴施設において、管理者等が特に困難と感じる退院支援業務等をお選びください。上位 **5 つまで** 選択してください。  
(〇は5つまで)

01. 困難な業務はない

退院後に必要な支援の検討に関する業務

- 02. 退院支援計画の作成
- 03. 退院支援計画の患者や家族等への説明
- 04. 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との連携
- 05. 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討
- 06. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討
- 07. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討
- 08. 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成
- 09. 日中の適切な活動場所の検討

退院に向けた訓練に関する業務

- 10. 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施(家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等)
- 11. 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入
- 12. 居住先等での試験外泊や訓練の実施
- 13. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行
- 14. 活動場所への移動手段に応じた訓練
- 15. 退院前の精神科デイ・ケア等の実施
- 16. 退院前の訪問看護の実施

退院後に必要な資源の確保に関する業務

- 17. 通院医療機関の確保
- 18. 居住の場の検討と居住先の確保
- 19. 後見人、保佐人または補助人が必要時の申請の支援
- 20. 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保

その他

- 21. その他( )

③精神科退院時共同指導料の届出状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 届出をしている → ③ - 1 へ

02. 届出をしていない → ④ へ

【以下③-1から4の質問は、③で「01. 届出をしている」と回答した施設のみご回答ください。】

③-1 令和2年8月から10月の間における精神科退院時共同指導料の算定状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 算定している →以下の設問③-1-1に回答した後、③-2へ

③-1-1 算定実績および共同指導の実施状況をご記入ください。

	a. 令和2年8月から10月の算定回数	b.aの患者に対する共同指導に基づく多職種カンファレンスの開催回数	c. bのうちビデオ通話等による開催回数
1) 精神科退院時共同指導料1・イ(I)	回	回	bのうち 回
2) 精神科退院時共同指導料1・ロ(II)	回	回	bのうち 回
3) 精神科退院共同指導料2	回	回	bのうち 回

02. 算定していない →③-2へ

③-2 退院時に共同して指導を実施する医療機関との連携活動等の実施状況をご記入ください。(それぞれあてはまる番号1つに〇)

	容易に実施できる	ある程度容易に実施できる	どちらともいえない	実施はあまり容易ではない	実施は容易ではない
1) 入院医療を提供している医療施設として外来又は在宅医療を担う医療施設への声かけを行う	01	02	03	04	05
2) 外来又は在宅医療を担う医療施設として入院医療を提供している医療施設からの声かけを受ける	01	02	03	04	05
3) 外来又は在宅医療を担う医療施設として入院医療を提供している医療施設への声かけを行う	01	02	03	04	05

③-3 精神科退院時共同指導を行う多職種チームにおいて、以下の職種の参加状況についてご記入ください。(それぞれあてはまる番号1つに〇)

③-3-1 ＜貴施設が在宅療養担当施設である場合(貴施設が精神科退院時共同指導料1を算定する場合)＞ ※指導料1の算定が0回の場合は回答不要	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
1) 貴施設の薬剤師	01	02	03	04
2) 貴施設の作業療法士	01	02	03	04
3) 貴施設の公認心理師	01	02	03	04
4) 貴施設の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師又は看護師	01	02	03	04
5) 貴施設の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士	01	02	03	04
6) 市町村等の担当者	01	02	03	04
7) その他の関係職種 (具体的に: )	01	02	03	04

③-3-2 ＜貴施設が入院医療を提供する施設である場合 （貴施設が <b>精神科退院時共同指導料2</b> を算定する場合）＞ ※指導料2の算定が0回の場合は回答不要	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
1) 在宅療養担当医療機関の薬剤師	01	02	03	04
2) 在宅療養担当医療機関の作業療法士	01	02	03	04
3) 在宅療養担当医療機関の公認心理師	01	02	03	04
4) 在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた 訪問看護ステーションの保健師又は看護師	01	02	03	04
5) 在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた 訪問看護ステーションの作業療法士	01	02	03	04
6) 市町村等の担当者	01	02	03	04
7)その他の関係職種 (具体的に: )	01	02	03	04

③-4 <b>医師、看護師、精神保健福祉士以外に多職種によるカンファレンスに参加している職種をご記入ください。</b> (それぞれあてはまる番号すべてに○)	
1)貴施設内	01. 薬剤師 02. 作業療法士 03. 公認心理師 04. その他の関係職種( )
2)貴施設以外の施設、組織等	01. 薬剤師 02. 作業療法士 03. 公認心理師 04. 訪問看護ステーションの看護師等 05. 訪問看護ステーションの作業療法士 06. 市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等の担当者 07. その他( )

【以下④の質問は、③で「02. 届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

④届出をしていない理由についてご記入ください。(あてはまる番号すべてに○)
01. 専任の精神保健福祉士が1名以上配置されていることを満たせないため 02. 共同指導を行うことができる医療機関がないため 03. 多職種によるカンファレンスの開催が困難であるため 04. 支援計画の作成が困難であるため 05. その他( )

【以下⑤、⑥の質問はすべての施設にお伺いします。】

⑤精神科退院時共同指導料の普及、充実を図るための方策、課題をご記入ください。

⑥精神疾患を有する患者の地域移行と地域定着を推進するため、今後、どのような取組が必要とお考えになりますか。



## 1 2. 貴施設における外来医療の状況

①貴施設の精神科外来に通院中の患者に対して、医師による診察以外に、医師以外の職種が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための相談等の支援を行うことはありますか。(〇は1つ)

01. ある →②へ

02. ない →⑥へ

【以下②～⑤の質問は、①で「01.ある」と回答した施設のみご回答ください】

②医師以外の職種が、具体的にどのような支援を行っていますか。主なものを5つまで選択してください。(〇は5つまで)

患者への支援提供

- 01. 居住の場の検討及び居住先の確保等、住まいに関係した相談支援
- 02. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討及び必要時の申請の支援
- 03. 服薬状況、副作用出現の有無等の確認や服薬支援
- 04. 症状悪化時の対処方法や緊急時連絡先の確認等の相談支援
- 05. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行
- 06. 日中の適切な活動場所の検討
- 07. 活動場所への移動手段に応じた訓練

院内・院外連携

- 08. 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討及びサービス事業者等との連携調整
- 09. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討及びサービス事業者等との連携調整
- 10. 学校や職場等の関係機関との連絡調整
- 11. 保健所や精神保健福祉センター等の都道府県行政サービスとの連携調整
- 12. 基幹相談支援センター等の市区町村行政サービスとの連携調整

その他

- 13. その他( )

③主にどの職種が支援を行っていますか。(あてはまる番号すべてに〇)

- 01. 保健師                      02. 看護師                      03. 精神保健福祉士                      04. 薬剤師
- 05. 作業療法士                      06. 公認心理師                      07. その他(具体的に: )

④病棟専従の精神保健福祉士の他に、外来で相談業務を行う精神保健福祉士を配置していますか。(〇は1つ)

- 01. 配置していない                      02. 配置している

⑤どのような場合に支援を行っていますか。(あてはまる番号すべてに〇)

- 01. 患者又は家族等からの求めがあった場合に行う
- 02. 担当医師の指示があった場合に行う
- 03. 全ての外来通院患者に行う
- 04. 後見人、保佐人または補助人の必要性の検討及び必要時の申請の支援
- 05. その他( )

【以下⑥の質問はすべての施設にお伺いします。】

⑥療養生活環境整備指導加算の届出状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 届出している

→【「01」を選択した場合に回答】令和2年8月から10月までの間の算定回数、算定患者数(実人数)をご記入ください。】

算定回数: ( )回

算定患者数(実人数: )人

02. 届出していない

⑥-1 ⑥で「02. 届出していない」と回答した施設にお伺いします。

施設基準等のうち満たすことが難しい要件としてあてはまるものをご記入ください。(あてはまる番号すべてに〇)

01. 専任の精神保健福祉士が1名以上勤務

02. 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数が1人につき30人以下

03. 多職種が参加する3か月に1回のカンファレンスの開催

04. 退院時共同指導料1を算定した患者であること

05. その他( )

【以下⑦の質問はすべての施設にお伺いします。】

⑦療養生活環境整備指導加算の実施に関する課題をご記入ください。

### 1 3. 在宅医療の状況について

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。

01. 往診を実施している

→ 令和2年10月の実施回数:( )回

令和2年10月に往診を行った実患者数:( )人

02. 往診を実施していない

②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。

01. 訪問診療を実施している

→ 令和2年10月の実施回数:( )回

令和2年10月に訪問診療を行った実患者数:( )人

02. 訪問診療を実施していない

③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。(あてはまる番号すべてに〇)

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

④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。(あてはまる番号すべてに〇)

01. 在宅療養支援病院(在支病)

02. 機能強化型在支病

03. 在宅時医学総合管理料(在総管)

04. 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)

⑤ 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。(〇は1つ)

01. 届出をしている →以下の届出の種類に回答した後、⑤-1へ

→届出の種類 (あてはまる番号すべてに〇)

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    03. 精神科在宅患者支援管理料3

02. 届出をしていない →⑥へ

【以下⑤-1、2の質問は、⑤で精神科在宅患者支援管理料の「01. 届出をしている」と回答した施設のみご回答ください。】

⑤-1 「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がありますか。(〇は1つ)

01. ある → 連携事業所についてご回答ください:( 01. 特別の関係※にあるもの    02. それ以外 )  
02. ない

※「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うる場合をいう。

⑤-2 令和2年8月から10月の間における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況をご記入ください。(〇は1つ)

01. 算定している →⑤-2-1へ

02. 算定していない →⑥へ

⑤-2-1 「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
a. (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

※専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

⑤-2-2 令和2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。

	令和2年10月
1) 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
ハ. イ又はロ以外の患者 (1) 単一建物診療患者 1人	件
うち 2020年3月末時点で算定していた患者の算定件数	件
ハ. イ又はロ以外の患者 (2) 単一建物診療患者 2人以上	件
うち 2020年3月末時点で算定していた患者の算定件数	件

2)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
3)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

⑤-2-3 令和2年8月から10月の間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 ※令和2年8月から10月の間	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 ※令和2年8月から10月の間	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		

【以下⑥の質問は、⑤で精神科在宅患者支援管理料の「02. 届出をしていない」と回答した施設のみご回答ください。】

⑥貴施設では「精神科在宅患者支援管理料」の届出意向はありますか。(○は1つ)
01. 具体的な予定がある → 届出予定時期: 西暦( )年( )月
02. (具体的な予定はないが、)届出を行う意向がある
03. 検討中であり、まだわからない
04. 届出を行う意向はない
05. その他 ( )

## 14. 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。(〇は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 →⑩へ  
 03. 行っていない →⑩へ

【以下②～⑩の質問は、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\*)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
a. 令和元年 10 月	.	.	.	.	.	.
b. 令和 2 年 10 月	.	.	.	.	.	.

\*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。

③令和2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

④ 上記③のうち、身体疾患を有する患者数(実人数)

実人数 人

⑤ 上記③のうち、他の精神科療法を行った患者数(実人数)

実人数 人

⑥令和2年10月25日～10月31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

⑦令和2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

⑧令和2年10月における精神科訪問看護の患者(上記③の患者数)のうち、複数名精神科訪問看護・指導加算を算定した患者数と算定回数		1)算定患者数	2)算定回数
	a. 1日に1回	人	回
	b. 1日に2回	人	回
	c. 1日に3回以上	人	回

⑨上記⑧について、複数名訪問が必要である理由と、同行者の職種ごとに、算定患者数をお答えください。

【複数名訪問が必要である理由】

理由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  
理由2) 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  
理由3) 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者  
理由4) その他

	1)保健師・看護師	2)准看護師	3)看護補助者	4)作業療法士	5)精神保健福祉士	6)その他
a. 理由1)	人	人	人	人	人	人
b. 理由2)	人	人	人	人	人	人
c. 理由3)	人	人	人	人	人	人
d. 理由4)	人	人	人	人	人	人
理由4)の具体的な内容	「その他」の具体的な内容(職種)					

⑩令和2年10月1か月間の精神科訪問看護の患者について、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値ごとに、該当患者数をお答えください。

100～91点	90～81点	80～71点	70～61点	60～51点	50～41点
人	人	人	人	人	人
40～31点	30～21点	20～11点	10～1点	0点	
人	人	人	人	人	

⑪令和2年10月1日時点の貴施設における訪問看護に従事する精神科認定看護師等の人数(実人数)をお答えください。

※以降の設問において「精神科認定看護師等」とは、右記の3種類を指します。

	精神科認定看護師等	実人数
	1)精神科認定看護師(日本精神科看護協会)	人
	2)「精神看護」の専門看護師(日本看護協会)	人
	3)「認知症看護」の認定看護師(日本看護協会)	人

【上記⑪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⑫～⑭にお答えください。】

⑫令和2年10月1か月間の精神科認定看護師等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>※</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：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す。

⑬上記⑫について、精神科認定看護師等が実施したケアの内容をお答えください。(あてはまる番号すべてに○)

【疾患別】

- |           |          |              |           |
|-----------|----------|--------------|-----------|
| 01. 統合失調症 | 02. 気分障害 | 03. アルコール依存症 | 04. 双極性障害 |
| 05. 不安障害  | 06. 発達障害 | 07. 強迫性障害    | 08. 摂食障害  |
| 09. 薬物依存  | 10. 認知症  | 11. その他(具体的に | )         |

【年代別】

- |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|
| 12. 10歳未満      | 13. 10歳以上20歳未満 | 14. 20歳以上40歳未満 |
| 15. 40歳以上65歳未満 | 16. 65歳以上      |                |

【精神疾患の病期別】

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 17. 慢性期                | 18. 急性期退院直後 |
| 19. その他病期を区切ったもの(具体的に: | )           |

【目的別】

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 20. 家事等、日常生活技能の習得 | 21. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得 |
| 22. 疾病と治療についての理解  | 23. 復職支援               |
| 24. 服薬アドヒアランスの向上  | 25. レクリエーション           |
| 26. 自己存在感を培う場所の確保 | 27. 人間関係構築の支援          |
| 28. 就学・就労支援       | 29. 家族等への支援            |
| 30. 身体疾患へのケア      |                        |
| 31. その他(具体的に:     | )                      |

⑭⑫以外の精神科認定看護師等による活動をお答えください。(あてはまる番号すべてに○)

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 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(                  | )                         |

⑮貴施設では、24時間365日対応可能な体制を確保していますか。(○は1つ)

01. 自施設のみで体制を確保
02. 自施設のみで体制を確保(相談対応のみ)
03. 他医療機関や訪問看護ステーションと連携し、地域として体制を確保
04. 他医療機関や訪問看護ステーションと連携し、地域として体制を確保(相談対応のみ)
05. 確保していない

⑮-1 ⑮で「05」を選択した施設にお伺いします。体制を確保されていない理由は何ですか。(あてはまる番号すべてに○)

- |                                 |
|---------------------------------|
| 01. 自施設で対応する精神科医の不足             |
| 02. 自施設で対応する看護職員等の不足            |
| 03. 連携可能な他医療機関や訪問看護ステーションの不在・不足 |
| 04. その他(具体的に                    |
| )                               |

	1)算定実人数	2)算定回数
⑯令和2年4月～10月に、新型コロナウイルス感染症患者および疑い患者に必要な感染予防策を講じて訪問看護・指導を行った場合に算定する在宅移行管理加算を算定した人数(実人数)*1および算定回数をお答えください。	実人数 人	回
⑰令和2年4月～10月に、電話等での訪問看護・指導を行った場合に算定する訪問看護・指導体制充実加算を算定した人数(実人数)*2および算定回数をお答えください。	実人数 人	回

※1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その21)」(令和2年6月10日付事務連絡)問1に定められる患者を指す。

※2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その21)」(令和2年6月10日付事務連絡)問2に定められる患者を指す。

【以下の質問は、すべての施設にお伺いします。】

⑳令和2年度の精神科訪問看護に関す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2年12月28日(月)までに

「各種調査票配布に際してのお願い」に記載された方法に従ってご提出ください。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※この病棟票は、病棟の管理者の方に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。  
 ※以下の【調査対象病棟】に記載した入院基本料等を算定している病棟についてご記入ください。以下の入院基本料別に、「各種調査票配布に際してのお願い」の「Ⅲ. ご回答者および回収方法」に沿って対象病棟を抽出のうえ病棟票を作成ください（該当する病棟がない場合は、その入院基本料についての病棟票は、回答不要です）。

※ご回答の際は、**あてはまる番号を〇（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「〇（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2年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

### 【調査対象病棟】

- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料
- 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）
- 精神療養病棟入院料

## 1. 入院基本料等について

① 当該病棟の入院基本料等をお選びください。 (〇は1つ。また、選択肢「04」の場合は、該当する配置基準にも〇)	01. 精神科救急入院料                      02. 精神科急性期治療病棟入院料 03. 精神科救急・合併症入院料 04. 精神病棟入院基本料    ⇒ { 41. 10対1   42. 13対1   43. 15対1 } 05. 精神療養病棟入院料																		
② 当該病棟の許可病床数をご記入ください。	(                      )床																		
③ 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。 (あてはまる番号すべてに〇。また、選択肢「12」「13」「14」の場合は、該当する区分にも〇)																			
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>01. 精神科応急入院施設管理加算</td> <td>02. 精神病棟入院時医学管理加算</td> </tr> <tr> <td>03. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算</td> <td>04. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算</td> </tr> <tr> <td>05. 精神疾患診療体制加算</td> <td>06. 精神科地域移行実施加算</td> </tr> <tr> <td>07. 精神科身体合併症管理加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>08. 精神科リエゾンチーム加算</td> <td>09. 強度行動障害入院時医療管理加算</td> </tr> <tr> <td>10. 重度アルコール依存症入院医療管理加算</td> <td>11. 摂食障害入院医療管理加算</td> </tr> <tr> <td>12. 精神科急性期医師配置加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 イ   c. 2 ロ   d. 3 )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. 診療録管理体制加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. データ提出加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2   c. 3   d. 4 )</td> <td>15. 栄養サポートチーム加算</td> </tr> </tbody> </table>		01. 精神科応急入院施設管理加算	02. 精神病棟入院時医学管理加算	03. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	04. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	05. 精神疾患診療体制加算	06. 精神科地域移行実施加算	07. 精神科身体合併症管理加算		08. 精神科リエゾンチーム加算	09. 強度行動障害入院時医療管理加算	10. 重度アルコール依存症入院医療管理加算	11. 摂食障害入院医療管理加算	12. 精神科急性期医師配置加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 イ   c. 2 ロ   d. 3 )		13. 診療録管理体制加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 )		14. データ提出加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2   c. 3   d. 4 )	15. 栄養サポートチーム加算
01. 精神科応急入院施設管理加算	02. 精神病棟入院時医学管理加算																		
03. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	04. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算																		
05. 精神疾患診療体制加算	06. 精神科地域移行実施加算																		
07. 精神科身体合併症管理加算																			
08. 精神科リエゾンチーム加算	09. 強度行動障害入院時医療管理加算																		
10. 重度アルコール依存症入院医療管理加算	11. 摂食障害入院医療管理加算																		
12. 精神科急性期医師配置加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 イ   c. 2 ロ   d. 3 )																			
13. 診療録管理体制加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2 )																			
14. データ提出加算 ⇒ 区分 ( a. 1   b. 2   c. 3   d. 4 )	15. 栄養サポートチーム加算																		

## 2. 新型コロナウイルス感染症患者\*の受け入れ状況（令和2年10月の1か月間）

01. 有 (                      ) 人	02. 無
----------------------------------	-------

※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。



### 3. 入院患者の状況

① 令和2年10月30日における当該病棟の全ての入院患者について、以下の該当する人数をご記入ください。なお、年齢階級別の合計、在院期間別の合計、主たる疾患別の合計、GAF尺度のスコア別の合計は、令和2年10月30日時点での1)の在院患者数と同じ数値になるようにしてください。

1)①で回答した病棟における令和2年10月30日時点での在院患者数		(合計)	人
2) 年齢階級別	a. 20歳未満		人
	b. 20歳以上40歳未満		人
	c. 40歳以上65歳未満		人
	d. 65歳以上75歳未満		人
	e. 75歳以上		人
3) 在院期間別	a. 1週間未満		人
	b. 1週間以上2週間未満		人
	c. 2週間以上1か月未満		人
	d. 1か月以上2か月未満		人
	e. 2か月以上3か月未満		人
	f. 3か月以上6か月未満		人
	g. 6か月以上1年未満		人
	h. 1年以上5年未満		人
	i. 5年以上		人
4) 主たる疾患別	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	
5) GAF尺度のスコア別	a. 91~100		人
	b. 81~90		人
	c. 71~80		人
	d. 61~70		人
	e. 51~60		人
	f. 41~50		人
	g. 31~40		人
	h. 21~30		人
	i. 11~20		人
	j. 1~10		人
	k. 0		人
6)向精神薬の使用			
a.主傷病に対して薬物療法を受けている患者数			人
b.(うち)クロザピンを投与している患者数			人
c.(うち)持続性抗精神病注射薬剤(LAI)を投与している患者数			人
d.(cのうち)非定型LAIを投与している患者数			人
7)個室を使用している患者数			人
8)精神保健福祉法上の行動制限中の患者数	a.保護隔離中		人
	b.身体拘束中		人

②令和2年10月の1か月間について、当該病棟に入院した患者数をご記入ください。	
1) 当該病棟における新規入院患者数	人
a. (うち)任意入院	人
b. (うち)医療保護入院	人
c. (うち)措置入院	人
d. (うち)緊急措置入院	人
e. (うち)応急入院	人

③令和2年10月の1か月間について、当該病棟から退院・転院した患者数をご記入ください。	
1) 当該病棟における退院・転院患者数	人
a. (うち)自宅(親族の家含む)・賃貸住宅など	人
b. (うち)他の医療機関の精神科病棟	人
c. 【再掲】特別な関係にある施設	人
d. (うち)他の医療機関の精神科病棟以外の病棟	人
e. 【再掲】特別な関係にある施設	人
f. (うち)共同生活援助(グループホーム)	人
g. 【再掲】特別な関係にある施設	人
h. (うち)介護老人保健施設	人
i. 【再掲】特別な関係にある施設	人
j. (うち)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	人
k. 【再掲】特別な関係にある施設	人
l. (うち)介護医療院	人
m. 【再掲】特別な関係にある施設	人
n. (うち)その他精神障害者施設等	人
o. 【再掲】特別な関係にある施設	人
p. (うち)死亡退院患者数	人

④令和2年10月の1か月間について、当該病棟において持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の投与を開始した人数をご記入ください。	
1) 当該病棟における持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の投与開始人数	人

#### 4. クロザピンの導入について

①令和2年4月から9月の間にクロザピンを新規導入した患者数について、患者数及びそのうちクロザピンの新規導入を目的として当該病棟に転棟(または他病院から転院)した患者数を月別にご記入ください。 (実績がない場合は、0(ゼロ)をご記入ください。)							
令和2年		4月	5月	6月	7月	8月	9月
a.	クロザピン新規導入患者数	人	人	人	人	人	人
b.	うちクロザピンの新規導入を目的として当該病棟に転入した患者数	人	人	人	人	人	人
c. bに該当する患者の転入前の病院/病棟	c-1. 自院の他の精神科病棟	人	人	人	人	人	人
	c-2. 自院の他の精神科病棟以外の病棟	人	人	人	人	人	人
	c-3. 他病院	人	人	人	人	人	人

## 5. 身体合併症の対応状況について

①令和2年10月1か月間に、該当病棟に入院した、疾患別人数をご記入ください。  
(該当患者がない場合は、0(ゼロ)をご記入ください。)

a. 精神科身体合併症管理加算を算定した実患者数 ※算定患者がない場合は0(ゼロ)を記入	人
b. 呼吸系疾患	人
c. うち 新型コロナウイルス感染症*	人
d. うち 新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された患者	人
e. 心疾患	人
f. 手術又は直達・介達牽引を要する骨折	人
g. 骨髄損傷	人
h. 重篤な内分泌・代謝性疾患	人
i. 重篤な栄養障害	人
j. 意識障害	人
k. 全身感染症	人
l. 中枢神経系の感染症	人
m. 急性腹症	人
n. 劇症肝炎又は重症急性膵炎	人
o. 悪性症候群又は横紋筋融解症	人
p. 広範囲(半肢以上)の熱傷	人
q. 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍	人
r. 透析導入時	人
s. 重篤な血液疾患	人
t. 急性かつ重篤な腎疾患	人
u. 手術室での手術をを必要とする状態	人
v. 膠原病	人
w. 妊産婦	人
x. 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病	人

※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。

病棟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2年12月28日(月)までに

「各種調査票配布に際してのお願い」に記載された方法に従ってご提出ください。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

※この入院患者票は、入院患者の状況・状態等について、当該患者の入院病棟の管理者の方にお伺いするものです。  
 ※令和2年10月1日(木)時点で貴施設に入院していた患者について、「各種調査票配布に際してのお願い」の「Ⅲ. ご回答者および回収方法」の条件に沿って抽出の上、ご記入ください。

※ご回答の際は、**あてはまる番号を〇(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「〇(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2年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

## 1. 入院患者の基本属性（それぞれあてはまる番号1つに〇）

①入院基本料の種類および入院期間	①-1 入院していた病棟の入院基本料の種類			
	01. 精神科救急入院料		02. 精神科急性期治療病棟入院料	
	03. 精神科救急・合併症入院料			
	04. 精神病棟入院基本料		05. 精神療養病棟入院料	
	⇒ ( 41.10 対 1 42.13 対 1 43.15 対 1 )			
	①-2 入院期間			
	01. 1年未満	02. 1年以上5年未満	03. 5年以上	
②性別	01. 男性	02. 女性	③年齢	(10月1日現在) ____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	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		

## 2. 入院時の状況

①今回の入院日	西暦 ____年__月__日頃	②現在の病棟の入棟日	西暦 ____年__月__日頃
③精神科・神経科の初診日(他の医療機関を含む)	西暦 ____年__月__日頃	④前回(直近)の退院日	西暦 ____年__月__日頃
⑤精神科・神経科への通算入院回数	__回目・不明	⑥精神科・神経科への通算入院期間	__年__か月・不明
⑦入院前の居場所(〇は1つ)	01. 自宅、賃貸住宅など(家族と同居) 02. 自宅、賃貸住宅など(一人暮らし) 03. 自院の精神科病棟以外の病棟 04. 他の医療機関の精神科病棟 05. 他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 06. 介護老人保健施設 07. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 08. 介護医療院 09. 認知症高齢者グループホーム 10. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 11. 障害者グループホーム 12. 障害者支援施設 13. その他( ) 14. 不明		
⑧直近の在宅療養期間における、精神科訪問看護の利用の有無(〇は1つ)	01. あり 02. なし		
⑨現在入院している病棟における主な入院の理由(〇は2つまで)	01. 精神症状が強いため 02. セルフケアに著しい問題があるため 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため 04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 05. 治療・服薬への抵抗が強いため 06. 身体合併症の治療のため 07. 家族が入院を希望するため 08. 退院後の居住先が確保できていないため 09. 退院後の日常生活の支援が得られないため 10. その他( )		
⑩今回の入院時の入院形態(〇は1つ)	01. 任意入院 02. 医療保護入院 03. 措置入院 04. 緊急措置入院 05. 応急入院		
⑪患者のGAF尺度(〇は1つ)	01. 情報あり →(GAF尺度:____) 02. 不明		

### 3. 現在の状況

①現在の入院形態※ (○は1つ)	01. 任意入院 03. 措置入院 05. 応急入院	02. 医療保護入院 04. 緊急措置入院
②現在の処遇 (○は1つ)	01. 開放処遇	02. 閉鎖処遇
③個室の使用状況 (○は1つ)	01. 個室	02. それ以外
④行動制限の状況 (○は1つ)	01. 隔離 03. なし	02. 拘束
⑤主傷病 (○は1つ)	01. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03) 03. アルコールによる精神・行動の障害(F10) 05. 統合失調症(F20) 07. 気分(感情)障害(F3) 09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5) 11. 知的障害(精神遅滞)(F7) 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) 15. てんかん(G40)	02. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09) 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) 06. その他の精神病性障害(F21-29) 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4) 10. 成人の人格・行動の障害(F6) 12. 心理的発達の障害(F8) 14. 詳細不明の精神障害(F99)
⑥主傷病以外の精神疾患の傷病 ( <u>あてはまる番号すべてに○</u> )	01. なし 03. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09) 05. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) 07. その他の精神病性障害(F21-29) 09. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4) 11. 成人の人格・行動の障害(F6) 13. 心理的発達の障害(F8) 15. 詳細不明の精神障害(F99)	02. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03) 04. アルコールによる精神・行動の障害(F10) 06. 統合失調症(F20) 08. 気分(感情)障害(F3) 10. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5) 12. 知的障害(精神遅滞)(F7) 14. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) 16. てんかん(G40)
⑦身体合併症 <sup>注1</sup> の有無(○は1つ)	01. あり	02. なし

上記⑦で「01.あり」を選択した場合のみ ⑦-1 身体合併症の種類 ( <u>あてはまる番号すべてに○</u> )	01. 新型コロナウイルス感染症によるもの <sup>注2</sup> 03. 心疾患(虚血性心疾患など) 05. 脊椎損傷の患者 07. 重篤な栄養障害(Body Mass Index 13未満の摂食障害) 09. 全身感染症(結核、梅毒、敗血症等) 11. 劇症肝炎または重症急性膵炎 13. 広範囲(半肢以上)熱傷 15. 透析導入時の患者 17. 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) 19. 膠原病(専門医による管理を必要とする状態) 21. その他( )	02. 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫) ※新型コロナウイルス感染症によるもの以外 04. 手術または直達・介達牽引を要する骨折 06. 重篤な内分泌・代謝性疾患 08. 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害等) 10. 急性腹症(消化管出血、イレウス等) 12. 悪性症候群または横紋筋融解症 14. 手術、化学療法または放射線療法を要する悪性腫瘍 16. 重篤な血液疾患 18. 手術室での手術を必要とする状態 20. 妊産婦
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑧身体合併症 <sup>注1</sup> 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 03. 自院の他科 <sup>注3</sup> の医師が対応	02. 精神科・神経科の医師が対応 04. 他院の医師が対応
-------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------

注1. 経過観察中の疾患は除く。

注2. 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。

注3. 入院時の主治医(精神科・神経科)以外の診療科を指す。

## 4. 現在の患者の状態等

### (1) 精神疾患の状況

①現在の状況 ( <u>あてはまる番号すべてに○</u> )	01. 精神症状が強い	02. セルフケアに著しい問題がある
	03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高い	04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高い
②患者の GAF 尺度	05. 治療・服薬への抵抗が強い	06. 身体合併症の治療が必要
	07. 家族が入院を希望する	08. 退院後の居住先が確保できていない
③クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤 (LAI) の処方内容 ※主治医にご確認ください (令和2年10月の1か月間)	09. 退院後の日常生活の支援が得られない	10. その他( )
	②患者の GAF 尺度	現時点 ( )
③クロザピン及び持続性抗精神病注射薬剤 (LAI) の処方内容 ※主治医にご確認ください (令和2年10月の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 ( <u>あてはまる番号すべてに○</u> )	01. リスパダールコンスタ	02. ゼプリオン
	03. エビリファイ	

### (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	04. II a	05. II b	06. III
②障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	07. III a	08. III b	09. IV	10. M	11. 不明	
③ADL 区分 <sup>注</sup> (○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：療養病棟入院基本料の ADL 区分

## 5. 退院の見通しと退院支援の状況

①退院後に同居する意思のある家族の有無(○は1つ)	01. あり	02. なし	03. 家族の意思不明
②退院後の居住先(自宅・グループホーム・介護施設等)の確保状況(○は1つ)	01. 確保済み	02. 未確保	
③どのような状況であれば退院が可能となりますか (○は1つ)	01. 精神疾患が軽快すれば退院可能	02. 身体合併症が軽快すれば退院可能	03. 精神疾患と身体合併症が両方も軽快すれば退院可能
	04. 精神疾患または身体合併症が軽快した上で居住先や退院後に必要な支援等が確保できれば退院可能	05. その他( )	
④予想される入院期間 (○は1つ)	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

上記④で 03～06 を選択した場合のみ ⑤入院期間が 3 か月超となる主な理由 (○は2つまで)	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( )

⑥退院先の予定 (○は1つ)	01. 退院は考えられない 02. 自宅、賃貸住宅など(家族と同居)      03. 自宅、賃貸住宅など(一人暮らし) 04. 介護老人保健施設      05. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 06. 介護医療院      07. 認知症高齢者グループホーム 08. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ 高住      09. 障害者グループホーム 10. 障害者支援施設      11. その他( )
⑦直近の退院支援委 員会等(退院支援に 向けたカンファレンス を含む)の参加者 (あてはまる番号すべ てに○)	【患者・家族等】      01. 患者      02. 患者家族等 【貴医院の職員】      03. 医師      04. 保健師・助産師・看護師      05. 精神保健福祉士 06. 作業療法士      07. 公認心理師      08. 社会福祉士 09. 介護職員      10. その他の職員 【地域の支援者等】      11. 保健所職員      12. 指定特定相談支援事業所(計画相談支援)の職員 13. 指定一般相談支援事業所(地域移行支援又は地域定着支援)の職員 14. 障害福祉サービス事業者の職員 15. 居宅介護支援事業所の職員      16. 地域包括支援センターの職員 【その他】      17. ピアサポーター 18. その他( )
⑧退院後に生活を継続 するために必要な支 援等 (あてはまる番号すべ てに○)	01. 退院は考えられない 02. 薬物療法      03. 精神療法      04. 精神科退院時共同指導 05. 精神科デイ・ケア等      06. 訪問診療      07. 精神科訪問看護 【介護保険サービス】 08. 訪問介護      09. 訪問看護      10. 訪問リハビリテーション 11. 通所介護      12. 短期入所療養介護      13. 短期入所生活介護 14. 通所リハビリテーション      15. 福祉用具貸与      16. 住宅改修 17. 地域生活事業 【障害福祉サービス】 18. 居宅介護      19. 重度訪問介護      20. 同行援護 21. 行動援護      22. 療養介護      23. 生活介護 24. 短期入所      25. 重度障害者等包括支援      26. 施設入所支援 27. 自立訓練(機能訓練)      28. 自立訓練(生活訓練)      29. 就労移行支援 30. 就労継続支援A型      31. 就労継続支援B型      32. 就労定着支援 33. 自立生活援助      34. 共同生活援助(グループホー ム)      35. 地域相談支援(地域移行支 援・地域定着支援) 36. 計画相談支援      37. 基本相談支援 【その他】 38. 地域生活支援事業      39. その他( )

以下の設問⑨は、上記⑧で「07. 精神科訪問看護」を選択した場合のみお答えください。

⑨退院後に精神科訪問 看護が必要な場合、 必要な頻度 (○は1つ)	01. 24 時間体制での対応が必要      02. 日中のみ連絡体制が必要      03. 毎日の訪問が必要 04. 1 週間で数回の訪問が必要      05. 1 週間で 1 回程度の訪問が必要
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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2年12月28日(月)までに

「各種調査票配布に際してのお願い」に記載された方法に従ってご提出ください。