

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

## 精神医療等の実施状況調査

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

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

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

## 1. 患者の基本属性

①性別	01. 男性                      02. 女性	②年齢	_____ 歳
③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		
④障害年金	01. 受給している →等級（11. 1級 12. 2級 13. 3級）                      02. 受給していない                      03. 申請中		
⑤生活保護	01. 受給している                      02. 受給していない                      03. 申請中		
⑥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		
⑦居場所	01. 自宅 →⑧へ                      02. 自宅以外（有料老人ホーム等）                      03. その他		
⑧家族との同居	01. 家族との同居あり                      02. 家族との同居なし                      03. その他		

## 2. 直近の入院時の状況

①退院日	西暦（                      ）年（                      ）月		
②入院施設	01. 自院（11. 精神科病棟 12. それ以外）                      02. 他院（21. 精神科病棟 22. それ以外）		
③直近入院していた主な入院の理由 （○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（                      ）		
④直近の入院時の入院形態（○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		
⑤患者の GAF 尺度 （○は1つ）	01. 情報あり →（GAF 尺度：_____）                      02. 不明		

## 3. 現在の状況

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

注1. 治療中の精神疾患の他に、身体疾患が併存する場合をいいます。ただし、経過観察中の疾患は除いてください。

【前記②で「01.あり」を選択した場合のみご回答ください。】

②-1 身体合併症の種類と対応する医師 (○はいくつでも)	合併症としてあるものに○	対応する医師に○	
		内科又は外科の医師	精神科の医師
01. 新型コロナウイルス感染症によるもの <sup>注2</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（ ）			
②-2 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 02. 自院の医師が対応（対応する医師：21. 内科 22. 外科 23. 精神科 24. その他） 03. 他院の医師が対応（対応する医師：31. 内科 32. 外科 33. 精神科 34. その他）		
②-3 リハビリテーション（医療）の有無(○は1つ)	01. あり →（11. 言語聴覚療法 12. 理学療法 13. 作業療法（精神） 14. 作業療法（精神以外）） 02. なし		

注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身体障害の有無(○は1つ)	01. あり	02. なし
④知的障害の有無(○は1つ)	01. あり	02. なし

#### 4. 現在の患者の状態等

##### (1) 直近一年間（令和3年11月～令和4年10月）における精神疾患の状況

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

##### (2) 日常生活自立度等

①認知症高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	01. 自立	02. I	03. II a	04. II b	05. III a	06. III b
	07. IV	08. M	09. 不明			
②障害高齢者の日常生活自立度(○は1つ)	01. J（生活自立）	02. A（準寝たきり）	03. B（寝たきり）	04. C（寝たきり）		
③ADL 区分 <sup>注3</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3. 療養病棟入院基本料の ADL 区分

## 5. 在宅医療・在宅療養の支援状況等

①令和4年5月～10月における診療報酬の算定状況（〇はいくつでも）	01. 往診料	02. 在宅患者訪問診療料Ⅰ	03. 在宅患者訪問診療料Ⅱ
	04. 在宅時医学総合管理料	05. 精神科在宅患者支援管理料	06. 施設入居時等医学総合管理料
	07. 精神科在宅患者支援管理料	08. 在宅精神療法	09. 精神科訪問看護・指導料

	訪問診療	往診	訪問看護
①-1 令和4年10月1か月間における実施回数	( ) 回	( ) 回	( ) 回

②生活を継続するために提供されている支援等（〇はいくつでも）	01. 薬物療法	02. 精神療法	03. 精神科デイ・ケア等
	04. 訪問診療	05. 精神科訪問看護	
	【介護保険サービス】		
	06. 訪問介護	07. 訪問看護	08. 訪問リハビリテーション
	09. 通所介護	10. 短期入所療養介護	11. 短期入所生活介護
	12. 通所リハビリテーション	13. 福祉用具貸与	14. 住宅改修
	【障害福祉サービス】		
	15. 居宅介護	16. 重度訪問介護	17. 同行援護
	18. 行動援護	19. 療養介護	20. 生活介護
	21. 短期入所	22. 重度障害者等包括支援	23. 施設入所支援
	24. 自立訓練（機能訓練）	25. 自立訓練（生活訓練）	26. 就労移行支援
	27. 就労継続支援A型	28. 就労継続支援B型	29. 就労定着支援
	30. 自立生活援助	31. 共同生活援助（グループホーム）	32. 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）
	33. 計画相談支援	34. 基本相談支援	
	【その他】		
	35. 地域生活支援事業	36. その他（ )	

【上記②で「03. 精神科デイ・ケア等」を選択した場合のみご回答ください。】

②-1 精神科デイ・ケア等の利用状況	実施している精神科デイ・ケア等（〇は1つ）	01. 精神科ショート・ケア	02. 精神科デイ・ケア
		03. 精神科ナイト・ケア	04. 精神科デイ・ナイト・ケア
	1週間当たりの実施日数	週（ ）日	
	1日当たりの利用時間	日（ ）時間	
	精神科デイ・ケア等の継続利用期間（〇は1つ）	01. 1か月未満	02. 1か月以上3か月未満
		03. 3か月未満6か月未満	04. 6か月以上1年未満
		05. 1年以上	

【全ての方にお伺いします。】

③精神科退院時共同指導料の算定状況（令和4年5月～10月）	01. 精神科退院時共同指導料Ⅰ	02. 精神科退院時共同指導料Ⅱ	03. 算定なし
④療養生活環境整備指導加算の算定の有無（令和4年5月～10月）	01. 算定あり	02. 算定なし	

【上記④での算定の有無に関わらず、療養生活環境を整備するための支援及び指導の実施状況をご回答ください。】

④-1 実施の有無	01. 実施した			02. 実施していない		
④-2 指導を実施した職種 (○はいくつでも)	01. 保健師		02. 看護師		03. 精神保健福祉士	
	04. 公認心理師		05. その他 ( )			
④-3 指導内容(○はいくつでも)	01. 金銭管理を含めた生活指導			02. 日々の健康管理に関する指導		
	03. 服薬管理や受診に関する指導			04. 地域の相談先に関する指導		
	05. その他 ( )					
④-4 多職種が参加する カンファレンスの開催状況	開催頻度：( ) か月に 1 回程度					

⑤療養生活継続支援加算の算定状況	01. 算定あり	02. 算定なし
⑥在宅精神療法の算定状況（令和4年8月～10月）（〇は1つ）	01. 算定あり	02. 算定なし

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