

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3年度調査）

精神医療等の実施状況調査

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

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0」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3年7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	01. () 都・道・府・県
②開設者(○は1つ)	01. 医療法人 02. 個人 03. その他(具体的に ())
③種別(○は1つ)	01. 有床診療所 → 病床数：一般 () 床 療養 () 床 合計 () 床 02. 無床診療所
④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 (あてはまる番号すべてに○)	01. 該当なし 02. 介護老人保健施設 03. 介護老人福祉施設 04. 訪問看護ステーション 05. 居宅介護支援事業所 06. 地域包括支援センター 07. 訪問介護事業所 08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 看護小規模多機能型居宅介護 10. 通所介護事業所 11. 介護療養型医療施設 12. 介護医療院 13. 障害福祉サービス事業所(就労系サービス) 14. 障害福祉サービス事業所(相談系サービス) 15. 障害福祉サービス事業所(施設系・居住系サービス) 16. その他 ()

⑤貴施設が標榜している診療科をお選びください。(あてはまる番号すべてに○)			
01. 内科※ ¹	02. 外科※ ²	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 ()			

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

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

⑥貴施設の職員数(常勤換算※ ³)をご記入ください。		
1) 医師	() 人	
a. (うち)精神保健指定医	() 人	
b. (うち)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)※4	()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
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

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

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

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

※4 * 日本看護協会の認定した者 ** 日本精神科看護協会の認定した者

⑦ 貴院の外来患者数等についてお伺いします。					
		1) 初診の患者数	(うち) 紹介状により 紹介された患者数	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
令和元年 (平成31年)	1月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	2月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	3月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	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
令和3年	1月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	2月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	3月1か月間	()人	()人	延べ()人	()人
	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

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取り扱い等についてお伺いします。

① 令和2年1月以降の受診者や体制の動向等 (各月について、それぞれ該当する番号1つに○)																			
		令和2年												令和3年					
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
a. 新型コロナウイルス感 染疑い※1の外来患者	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
受入の有無	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

②令和2年1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※2（それぞれ該当する番号1つに○）																			
		令和2年												令和3年					
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6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※3	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
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	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
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	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
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	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
オ 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者に対し、「院内トリアージ実施料」※4を算定する保険医療機関の該当有無	有	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	無	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

※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 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。

※3 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院が必要な患者を受け入れた保険医療機関を含む。

※4 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令和2年1月から令和3年6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はありますか。（あてはまる番号すべてに○）

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（ ）

④令和3年4月～6月の3か月間における「医科外来等感染症対策実施加算」の算定有無をそれぞれお選びください。（○は1つ）

01. あり 02. なし

⑤次に挙げる各項目について、令和2年1月から令和3年6月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。（それぞれあてはまる番号すべてに○）

※「01. 通常通り（変化なし）」を選択した場合、「02」～「04」に○を付けずにご回答ください。

a. 外来（平日）	01. 通常通り（変化なし）	02. 制限	03. 停止	
b. 外来（土日）	01. 通常通り（変化なし）	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
c. 精神科デイ・ケア等	01. 通常通り（変化なし）	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
d. 精神科訪問診療	01. 通常通り（変化なし）	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし
e. 精神科訪問看護	01. 通常通り（変化なし）	02. 制限	03. 停止	04. 従来から実施なし

3. 貴施設における外来医療の状況

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 02. 精神科退院時共同指導料2の届出をしている
03. 届出をしていない

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3年4月から6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

②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。(○は1つ)

01. 届出している →②-1へ 02. 届出していない →②-2へ

②-1 上記②で「01. 届出している」と回答した施設にお伺いします。

令和3年4月から6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)	a. 実人数	()人
	b. 上記aのうち精神科退院時共同指導料(Ⅰ)	()人
	c. 上記aのうち精神科退院時共同指導料(Ⅱ)	()人
3)精神科退院時共同指導料(Ⅱ)の算定患者がいる場合、当該患者の包括的支援マネジメント導入基準の各項目に該当する患者数(実人数)	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	()人
	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)	()人
	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	()人
	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	()人
	05. 自傷や自殺を企てたことがある	()人
	06. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	()人
	07. 警察・保健所介入歴がある	()人
	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	()人
	09. 外来受診をしないことが2か月以上あった	()人
	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	()人
	11. 直近の入院は措置入院である	()人
	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	()人
	13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	()人
	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)	()人
	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)	()人

②-2 上記②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お選びください。(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 ()

③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。

--

④令和3年4月から6月までの間の精神科継続外来支援・指導料の算定状況をご記入ください。(○は1つ)

01. 算定あり →算定件数: () 件 02. 算定なし

4. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況

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

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。（あてはまる番号すべてに○）

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 00. 届出をしていない →p.6の質問5.①へ | |
| 01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの） | 02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの） |
| 03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの） | 04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの） |
| 05. 精神科ナイト・ケア | 06. 精神科デイ・ナイト・ケア |

②貴施設が実施する精神科デイ・ケア等に従事している職員数をご記入ください。（あてはまる番号すべてに○）

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（c除く）	e.社会福祉士
（ ）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下記の期間における精神科デイ・ケア等の実施状況についてお選びください。（それぞれ○は1つ）

1) 令和3年6月1か月間	01. 通常通り	02. 規模縮小	03. 閉鎖
2) 令和2年4月～9月	01. 通常通り	02. 規模縮小	03. 閉鎖

④令和3年6月1か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数（実人数）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
1) 精神科ショート・ケア	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
2) 精神科デイ・ケア	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
3) 精神科ナイト・ケア	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	（ ）人	（ ）人	（ ）人	（ ）人

※「c. うち1年超の患者数」には「うち3年超の患者数」を含みます。

④-1 上記④1)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

⑤令和2年4月～9月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。

（精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書（地方厚生局届出 別紙様式 31）による）

1) 精神科デイ・ケア等を月1回以上実施した患者の数の平均	（ ）人
2) 精神科デイ・ケア等を月14回以上実施した患者の数の平均	（ ）人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から令和2年9月末までの月数の平均	（ ）月

⑥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。

（あてはまる番号すべてに○）

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

⑦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。(〇は1つ)			
01. 1種類	02. 2種類	03. 3～5種類	04. 6種類

⑦-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。(最も多いものについて〇は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)	

5. 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。(〇は1つ)	
01. 実施している →①-1、①-2へ	02. 実施していない →①-3へ

①-1 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。 往診を実施した理由は何ですか。(あてはまる番号すべてに〇)	
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3年6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ICD-10別の患者数			
a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)	()人	b. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)	()人
c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)	()人	d. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)	()人
e. 統合失調症(F20)	()人	f. その他の精神病性障害(F21-29)	()人
g. 気分(感情)障害(F3)	()人	h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)	()人
i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)	()人	j. 成人の人格・行動の障害(F6)	()人
k. 知的障害(精神遅滞)(F7)	()人	l. 心理的発達の障害(F8)	()人
m. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98)	()人	n. 詳細不明の精神障害(F99)	()人
o. てんかん(G40)	()人		

①-3 前記①で「02. 実施していない」と回答した施設にお伺いします。
 往診を実施していない理由について、あてはまるものをお選びください。（あてはまる番号すべてに○）

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

《精神在宅患者の訪問診療》

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。（○は1つ）

- | | |
|------------------|-------------------|
| 01. 実施している →②-1へ | 02. 実施していない →②-2へ |
|------------------|-------------------|

②-1 上記②で「01. 実施している」と回答した施設にお伺いします。
 令和3年6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ICD-10別の患者数			
a. 認知症(他の精神疾患によるものは除く)(F00-03)	() 人	b. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)	() 人
c. アルコールによる精神・行動の障害(F10)	() 人	d. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19)	() 人
e. 統合失調症(F20)	() 人	f. その他の精神病性障害(F21-29)	() 人
g. 気分(感情)障害(F3)	() 人	h. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)	() 人
i. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)	() 人	j. 成人の人格・行動の障害(F6)	() 人
k. 知的障害(精神遅滞)(F7)	() 人	l. 心理的発達障害(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		

②-2 上記②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。（あてはまる番号すべてに○）

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 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. 現行の診療報酬では経営上のメリットが少ないため |
| 05. 在宅での対応等に不安があるため | |
| 06. その他（ ） | |

《体制・施設基準等》

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○)

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

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○)

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

《精神科在宅患者支援管理料》

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。(○は1つ)

01. 届出をしている →⑤-1へ
02. 届出をしていない →⑤-8へ

⑤-1 上記⑤で「01. 届出をしている」と回答した施設にお伺いします。

1)届出の種類(あてはまる番号すべてに○)	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(あてはまる番号すべてに○)	01. ある→連携先（11. 特別の関係※にあるもの 12. 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 上記⑤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3年4月～6月における「精神科在宅患者支援管理料」の算定状況についてお選びください。(○は1つ)

01. 算定あり
02. 算定なし →p.11の6.①へ

⑤-3 上記⑤-2で「01. 算定あり」と回答した施設にお伺いします。
令和3年4月～6月における「精神科オンライン在宅管理料」の算定状況についてお選びください。(○は1つ)

01. 算定あり →⑤-5へ
02. 算定なし

⑤-4 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。
(あてはまる番号すべてに○)

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（ ）

⑤-5 「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

⑤-6 令和3年6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					
⑤-7 令和3年4月～6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	

⑤-8 上記⑤で「02. 届出をしていない」と回答した施設にお伺いします。 1) 届出をしていない理由、2) 今後の届出意向について、お答えください。	
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ないため 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】 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 03. その他 ()
2) 今後の届出意向 (○は1つ)	01. 届出の予定がある→届出予定時期：西暦 () 年 () 月 02. (具体的な予定はないが) 届出の意向がある 03. 検討中であり、まだ分からない 04. 届出を行う意向はない 05. その他 ()

(続きます)

6. 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. 診療所(貴施設)が行っている →②へ
02. 診療所(貴法人)設置の訪問看護ステーションが行っている →⑭へ
03. 行っていない →⑭へ

【以下②～⑬の設問は、上記①で「01. 診療所(貴施設)が行っている」と回答した施設のみお答えください。】

②精神科訪問看護に携わる職員数(常勤換算※)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
※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3年6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3年6月24日～7月1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3年6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3年7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。	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⑧のいずれかの項目で1人以上とお答えいただいた方は、次ページの質問⑨～⑬にお答えください。】

⑨令和3年6月1か月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※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 ()			()

※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。

⑩上記⑨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○)				
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. 認知症	21. その他 ()	
	02. その他 ()			

⑪上記⑩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 ()	

	1)算定実人数	2)算定回数
⑫令和3年4月～6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精神科訪問看護・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。	()人	()回
⑬令和3年4月～6月に、電話等での精神科訪問看護・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。	()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。】

⑭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。

⑮その他、令和2年度の精神科医療に係る診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。

診療所票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
令和3年8月31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。