

(1) 包括的支援ケアマネジメントを知っていますか。	①知っている ②知らない →(6)を回答															
(2) 貴施設では包括的支援マネジメントに取り組んでいますか。	①取り組んでいる ②取り組んでいない →(6)を回答															
(3) 貴施設での取り組み状況（加算・指導料の算定等）と作業療法士の関与有無を教えてください。	診療所は②、④のみ回答してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>算定</th> <th>作業療法士関与</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①入退院支援加算</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>②退院時共同指導料 1 *</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>③退院時共同指導料 2 *</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>④療養生活継続支援加算</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table> その他（ ） * 退院時共同指導料 1 は外来を担う保険医療機関または在宅療養担当医療機関、退院時共同指導料 2 は入院中の保険医療機関が算定		算定	作業療法士関与	①入退院支援加算	有・無	有・無	②退院時共同指導料 1 *	有・無	有・無	③退院時共同指導料 2 *	有・無	有・無	④療養生活継続支援加算	有・無	有・無
	算定	作業療法士関与														
①入退院支援加算	有・無	有・無														
②退院時共同指導料 1 *	有・無	有・無														
③退院時共同指導料 2 *	有・無	有・無														
④療養生活継続支援加算	有・無	有・無														
(4) 作業療法士は何に関与していますか。 ※複数選択	①ニーズアセスメント ②計画作成 ③カンファレンス ④本人・家族への計画説明 ⑤退院支援員として関与 ⑥特に関与していない →(5)を回答 ⑦その他（ ）															
(5) 作業療法士が関与できていない理由は何ですか。	①声がかからない ②包括的支援マネジメントに係る加算等に職名記載がない ③必要性がない ④作業療法業務が優先される ⑤その他（ ）															
(6) 包括的支援マネジメントを作業療法士が実施する上で研修が必要だと思いますか。	①思う ②思わない ③よくわからない ③その他（ ）															

→クリニック等で精神科作業療法の実施がない場合は「H. 外来者へのリハビリテーション 2. 精神科デイケア等」以降を回答ください。

<p>C. データ提出加算関連（個別作業療法・退院支援に向けた会議参加・入院中の訪問）</p> <p>令和 6 年度診療報酬改定において、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲の拡大がなされました。精神病棟入院基本料（10 対 1、13 対 1）、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料も対象となり、データ提出加算の算定が要件となっています。あわせて提出様式、項目も見直しが行われ、精神科に関しては、「個別作業療法」「退院支援に向けた会議参加」「入院中の訪問」の回数を報告することとなりました。</p> <p>データ提出にあたっては「当該個別支援に係る時間を予め設けた上で実施され、かつ診療録に当該個</p>

(9) 退院前の訪問をしていない理由	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法士が訪問する必要性を感じない ・訪問の必要性は感じるが、退院の計画に作業療法士による訪問が入らない ・訪問の必要性は感じるが、精神科作業療法等院内業務が優先される ・わからない ・その他 ()
--------------------	--

D. 精神科地域包括ケア病棟

令和6年度診療報酬改定において新設された精神科地域包括ケア病棟についてお伺いします。

(1) 貴施設に精神科地域包括ケア病棟はありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科地域包括ケア病棟あり ⇒(2)を回答してください ・精神科地域包括ケア病棟を開設予定 ⇒(3)を回答してください ・精神科地域包括ケア病棟の開設予定はない
(2) 精神科地域包括ケア病棟における配置状況等を教えてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・人員配置：作業療法士 _____名 <li style="padding-left: 100px;">精神保健福祉士 _____名 <li style="padding-left: 100px;">公認心理師 _____名 ・休日の日勤時間帯における精神科作業療法の実施 有・無 ・精神科地域包括ケア病棟における作業療法士の業務内容 自由記載 ()
(3) 精神科地域包括ケア病棟開設にあたり取り組んだ(取り組んでいる)ことを教えてください。 ※ 複数選択	<ul style="list-style-type: none"> ・新しく作業療法士を採用(予定) ・新しく精神保健福祉士を採用(予定) ・新しく公認心理師を採用(予定) ・もともと在職していた作業療法士・精神保健福祉士・公認心理師を配置(予定) ・その他 ()
(4) 精神科地域包括ケア病棟の課題があればお書きください。	

E. 精神科における身体合併症等への対応

(1) (1) 貴施設の精神科病棟には身体合併症の患者・フレイル等により筋力増強や関節可動域訓練が必要な患者がいますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・いる 入院患者のうち_____割程度 ・いない
(2) 身体合併症患者の主たる疾患を教えてください。 ※多い順に3つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・心大血管疾患 ・脳血管疾患 ・運動器疾患 ・呼吸器疾患 ・廃用症候群(フレイル含む) ・その他 ()

※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の対象者に作成 ・退院支援をしている対象者のみに作成 ・外来患者で就労に向けて支援しているまたは処遇困難な事例にのみ作成 ・その他（ ）
(3) 1回あたりの評価・面接時間 ※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・15分以内 ・15分以上30分未満 ・30分以上1時間未満 ・1時間以上 ・その他（ ）
(4) 評価・面接の場所 ※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法室 ・病棟 ・その他（ ）
(5) 計画書の様式 ※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・病院独自の様式 ・MTDLP（アセスメントシート、プランシート等）を活用 ・OT協会の精神障害者ケアアセスメントを活用 ・その他（ ）
2. 計画の同意と医師への報告について	
(1) 精神科作業療法計画の合意について、該当するものを選択 ※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・計画を立案した対象者全員に、内容をひとつおし説明し合意をとっている ・対象者用に簡易化した書類を別途作成し、説明、合意を得ている ・対象者の精神機能が著しく低下しており、説明をしても合意が得られないことが予測されるため、取っていない ・対象者の精神機能が著しく低下しており、説明をしても合意が得られないことが予測されるため、家族に説明し合意をとっている ・対象者に説明し、合意をとることを考えたことがない ・よくわからない ・その他（ ）
(2) 作業療法計画の医師への報告 ※ 最も該当するものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・書面にて報告（電子カルテを含む）、サインをもらっている ・書面にて報告（電子カルテを含む）しているがサインまではもらっていない ・すべて口頭（カンファレンスを含む）で報告している ・必要な対象者のみ口頭（カンファレンスを含む）で報告している ・聞かれることがないので、報告していない ・報告の必要性を感じない ・その他（ ）
3. 計画作成における課題	
(1) 精神科作業療法計画の作成が義務付けられた場合、課題と	<ul style="list-style-type: none"> ・特にない ・面接や評価をする時間がとれない

なることはありますか ※ 複数選択可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画作成のための書類作成が負担 ・ 計画作成のための時間がとれない ・ 必要な患者が少ない ・ 計画作成の方法がわからない ・ 患者の理解が得られるかどうかわからない ・ その他 ()
(2) 精神科作業療法計画作成の現状での課題 ※ 自由記載	

G. 退院後支援・訪問	
(1) 精神科訪問看護・指導料(I012)では、作業療法士の訪問が可能なことを知っていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知っている ・ 知らなかった
(2) 退院後訪問への作業療法士の関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・ あり ・ なし →(12)へ
(3)-1 訪問への対応者 ※ 複数選択可	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問専従の担当作業療法士 ・ 訪問専任の担当作業療法士 ・ 特に専従・専任はなく、入院中の担当作業療法士が訪問 ・ 特に専従・専任はなく、指示が出た場合、ローテーションで訪問 ・ その他 ()
(3)-2 算定方法 ※ 最もあてはまるものを1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科訪問看護・指導料で算定 ・ 在宅訪問リハビリテーション指導管理料で算定 →(12)へ ・ 報酬を算定していないが訪問している →(12)へ
(4) 精神科訪問看護・指導料の実施状況 ※ 2024年10~12月の3ヶ月間に退院後訪問を実施した対象者の数(実人数)	人
(5) 精神科訪問看護・指導料の実施期間 ※ 最も多い場合を1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後1週間以内 ・ 退院から1ヶ月以内 ・ 退院から3ヶ月以内 ・ その他 ()
(6) 精神科訪問看護・指導料の頻度 ※ 最も多い場合を1つ選択	<ul style="list-style-type: none"> ・ 週3回以上 ・ 週1回以上、3回未満 ・ 月2回以上、週1回未満 ・ 月1回程度 ・ 課題解決のための1回から3回程度 ・ その他 ()

	・その他（ ）
(11) 作業療法士による退院後訪問（精神科訪問看護・指導料）の内容 ※ 複数選択可	<ul style="list-style-type: none"> ・環境等評価 ・具体的生活指導・練習 ・環境調整 ・支援者への能力情報の提供と関わり方の助言指導 ・作業指導 ・身体機能訓練 ・服薬管理 ・その他（ ）
(12) 退院後訪問（精神科訪問看護・指導料）を実施する際の課題 ※ 訪問を行っている場合は行いづらい理由を、行っていない場合はその理由を選択 ※ 複数選択可	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護として訪問するには抵抗がある ・作業療法士として訪問することが評価されていない ・訪問の必要性は感じるが、医師の理解が得られない ・訪問の必要性は感じるが、作業療法部門で理解が得られない ・訪問の必要性は感じるが、院内業務で時間がとれない ・その他（ ）
(13) 作業療法士が地域移行や地域生活の支援に加わることで、こんな効果があったといった実践例があったら教えてください。 直近1年間の実践例があればお書きください。※ 自由記載	

H. 外来者へのリハビリテーション	
1. 外来作業療法	
(1) 外来作業療法の実施の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・実施している ・実施していない→ 2.へ
(2) 外来作業療法の専用スペースを設けているか	<ul style="list-style-type: none"> ・専用スペースを設けている ・専用スペースはなく、入院患者と一緒に実施している ・その他（ ）
(3) 外来作業療法の指示が出ている対象者の年齢 ※ 2024年12月1日時点での実人数	<ul style="list-style-type: none"> ・10歳以下（ ）名 ・10～20歳（ ）名 ・21～30歳（ ）名 ・31～40歳（ ）名 ・41～50歳（ ）名 ・51～60歳（ ）名 ・61歳以上（ ）名
(4) デイ・ケアがある場合、デイ・ケアではなく外来作業療法の対象となる理由	<ul style="list-style-type: none"> ・2時間の訓練を希望するため ・デイ・ケアは長期利用者の通いの場になっているため ・就労予定（目標）など短期間の利用が見込まれるため

(7) 精神科デイ・ケア等疾患別等 診療計画書の作成頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月 ・ 2ヶ月に1回 ・ 3ヶ月に1回 ・ 4～6ヶ月に1回 ・ 7ヶ月以上に1回 ・ 作成していない
(8) 精神科デイ・ケア等疾患別等 診療計画書作成における作業療法 士の関与	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法士が中心になって計画書を作成している ・ ひとりの利用者の計画書を多職種協働で作成している ・ 職種問わず担当制にしており、担当した利用者の計画書を作成している ・ 作業療法士は計画書の作成には関与していない ・ その他 ()
(9) 意向聴取や計画書作成につい て、意見があればご記入ください ※ 自由記載	
(10) 入院中の患者のデイ・ケア体 験について、退院を予定している 入院中の患者は入院中1回に限り 算定（所定点数の100分の50に 相当する点数）が出来るが、貴院 の状況を教えて下さい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1回のみ算定し、2回目以降は算定できないため利用不可としている ・ 1回のみ算定し、2回目以降はサービス（無報酬）で行っている ・ 1回のみ算定し、2回目以降は精神科作業療法等の別で算定している ・ 対象者が居ない ・ その他 ()
(10) 入院中の患者のデイ・ケア体 験を実施している場合、 <u>算定でき なかった</u> 平均回数を教えて下さい ※ 2024年12月の実績	<p style="text-align: center;">回</p> <p>* 計算式：2024年12月に算定できなかったデイケア体験数 ÷ デイケア体験者数 * 計算例：非算定数9件 ÷ 体験者数3名 = 3回</p>
3. 外来部門と入院部門との協働	
(1) 入院の作業療法部門と合同で プログラムを実施していますか	<ul style="list-style-type: none"> ・ している ・ していない
(2) 合同でのプログラム実施があ る場合、その内容 ※ 自由記載	

I. 作業療法部門の機能評価について	
(1) 貴施設は今年度、地方厚生局の 適時調査を受けましたか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受け、作業療法士が関与する部署に関しては指摘事項なし ・ 受け、作業療法士が関与する部署に関して指摘事項あり (内容：)

	<ul style="list-style-type: none"> ・受けていない
(2) 貴施設は今年度、自治体の実地指導を受けましたか。	<ul style="list-style-type: none"> ・受け、作業療法士が関与する部署に関しては指摘事項なし ・受け、作業療法士が関与する部署に関して指摘事項あり (内容：) ・受けていない
(3) 貴施設は病院機能評価を受審していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・している ・していない
(4) 貴施設で作業療法の質の維持・向上のために取り組んでいることはありますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・ある <ul style="list-style-type: none"> ①作業療法部門の運営マニュアル整備 ②事例検討会 ③抄読会 ④論文投稿・学会発表の推奨（参加費用補助含む） ⑤研修参加推奨（参加費用補助含む） ⑥新人教育制度（SVなど） ⑦その他（) ・ない
(5) 日本作業療法士協会版「機能評価」（作業療法の臨床技能水準、組織としての作業療法実践状況に関する項目リストや指標）があれば活用したいと思いますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・思う ・思わない

J. 制度・診療報酬への要望	
(1) 法改正や診療報酬改定に向けての要望事項等ありましたらご記入ください。	

質問は以上です。ご協力ありがとうございました！