

千葉県保健医療計画改定に関する調査

別冊 1 精神疾患・認知症調査票（病院・一般診療所（有床））

※ この調査票は、精神科、神経科、心療内科を標榜して
いない場合でも、必ず御回答ください。

施設名	
記入日	平成 年 月 日

下記「管理コード」欄には、「本冊 病院・一般診療所（有床）調査票」の表紙の宛名ラベルに記載されている管理コードを、そのまま転記くださいますようお願いいたします。

管理コード	B
-------	---

1 精神疾患（認知症を除く）について

Q1 下記の精神疾患による入院患者のうち、受け入れが可能なものについて、該当する選択肢の番号に○をつけてください。（複数回答可）★			
01 統合失調症	02 気分障害	03 児童・思春期精神疾患	04 発達障害
05 アルコール依存症	06 薬物依存症	07 ギャンブル等依存症	08 外傷性ストレス障害
09 高次脳機能障害	10 摂食障害	11 てんかん	12 自殺企図の患者
Q2 下記の精神疾患による入院患者数（平成28年4月から平成29年3月までの実人員）を記入してください。該当がない場合には「0（ゼロ）」を記入してください。			
①ギャンブル等依存症	実人数（_____人）	②高次脳機能障害	実人数（_____人）
③てんかん	実人数（_____人）		
Q3 下記の精神疾患による外来患者のうち、受け入れが可能なものについて、該当する選択肢の番号に○をつけてください。（複数回答可）★			
01 統合失調症	02 気分障害	03 児童・思春期精神疾患	04 発達障害
05 アルコール依存症	06 薬物依存症	07 ギャンブル等依存症	08 外傷性ストレス障害
09 高次脳機能障害	10 摂食障害	11 てんかん	12 自殺企図の患者
Q4 下記の精神疾患による外来患者数（平成28年4月から平成29年3月までの実人員）を記入してください。該当がない場合には「0（ゼロ）」を記入してください。			
①ギャンブル等依存症	実人数（_____人）	②高次脳機能障害	実人数（_____人）
③てんかん	実人数（_____人）		
Q5 統合失調症の診療状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★			
①クロザピン使用の登録医療機関	01 登録医療機関である 02 登録医療機関ではない		
②電気療法（無けいれん電気けいれん療法）	01 あり	02 なし	
③リハビリテーションプログラム（デイ・ケア等）	01 あり	02 なし	
④家族教室、家族会の開催	01 あり	02 なし	
⑤診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし	
Q6 気分障害の診療状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★			
①電気療法（無けいれん電気けいれん療法）	01 あり	02 なし	
②認知療法・認知行動療法	01 あり	02 なし	
③リハビリテーションプログラム（デイ・ケア等）	01 あり	02 なし	
④家族教室、家族会の開催	01 あり	02 なし	
⑤リワークプログラムの実施	01 あり	02 なし	
⑥診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし	
Q7 発達障害の診療状況について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。			
診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり	02 なし	

Q8 アルコール依存症の診療状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
①重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出	01 あり 02 なし			
②診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり 02 なし			
Q9 薬物依存症の診療状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
①依存症集団療法の届出	01 あり 02 なし			
②診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり 02 なし			
Q10 高次脳機能障害の診療状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり 02 なし			
Q11 摂食障害の診療状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
①摂食障害入院医療管理加算の届出	01 あり 02 なし			
②診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり 02 なし			
Q12 てんかんの診療状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
診療ネットワーク※等への参画（治療に関する連携機関がある） ※ 他の医療機関との治療連携や診療に関する情報共有（書面による紹介・診療情報提供）等	01 あり 02 なし			
Q13 精神科救急に関わる取組状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。				
患者の受入や情報提供	行なっている (応じている)	行なう予定はない (応じる予定はない)	検討中	
①外来診療をしていない休診日や夜間に 自院の患者の診療を行なうか	1	2	3	
②外来診療をしていない休診日や夜間に 自院以外の患者の診療を行なうか	1	2	3	
③休日や夜間に貴院患者が、精神科救急システム等 により他の精神科病院等に受診した際に 患者に関する情報提供に 応じているか	1	2	3	
Q14 精神科系疾患（認知症を除く）の患者に対する訪問診療の実施状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。★				
01 実施している	02 実施予定あり	03 検討中	04 予定なし	
Q15 精神科系疾患（認知症を除く）の患者に対する訪問看護の状況について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。★				
	実施している	実施予定あり	検討中	予定なし
①貴院での実施状況	1	2	3	4
②他機関（訪問看護ステーションなど）への 依頼実施状況	1	2	3	4

Q16 この設問は、精神科（神経科、心療内科）を標榜していない医療機関にのみお聞きします。 精神症状が出現した身体疾患患者への対応について、該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。		
Q16-1 入院中の身体疾患患者に精神症状が出現した場合、貴院で対応していますか。	01 はい	02 いいえ
Q16-2 外来の身体疾患患者に精神症状が出現した場合、貴院で対応していますか。	01 はい	02 いいえ
Q16-3 精神科病院等から精神疾患患者の身体治療の依頼を受けて対応したことがありますか。	01 はい	02 いいえ

Q17 この設問は、精神科（神経科、心療内科）を標榜する医療機関にのみお聞きします。 地域移行支援の取組について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。		
精神科地域移行実施加算の届出 ★	01 あり	02 なし
地域移行支援協議会への参画 ★	01 している	02 していない
入院患者の退院を促進するために、相談支援事業所等の機関や行政機関との連携を図っていますか。	01 図っている	※「01 図っている」の場合、連携している機関について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u> をお付けください。 1. 指定（一般・特定）相談事業所 2. グループホーム 3. 訪問看護ステーション 4. ヘルパーステーション 5. 市町村 6. 福祉事務所 7. 保健所 8. 精神保健福祉センター 9. その他（ ）
	02 図っていない	

Q18 自殺企図の患者対応について該当する選択肢の番号 <u>1つに○</u>をお付けください。		
自院通院患者が自殺を企図して身体救急病院に搬送された場合、「情報提供に応じて」いますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている
	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない
(精神科等を標榜する医療機関のみ回答) 自院通院患者が自殺を企図して身体救急病院に搬送された場合、身体的処置後の診察依頼に応じていますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている
	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない
(精神科等を標榜する医療機関のみ回答) 身体救急病院から自院と治療関係がない自殺企図患者の診察依頼があった場合にしていますか。	01 24時間応じている	02 診療時間内に応じている
	03 ケースにより応じている	04 原則として応じていない
(精神科等以外で自殺企図患者に対応した場合のみ回答) 自殺企図患者に精神疾患の疑いがある場合に、精神科医の協力を求めていますか。	01 求めている	02 求めていない
(精神科等以外で自殺企図患者に対応した場合のみ回答) 自殺企図患者の身体救急対応をした際の心理的ケアを実施していますか。	01 実施している	02 実施していない
自殺企図患者に対する再発防止に係る対応を行っていますか。	01 行っている	02 行っていない

Q19 貴院の地域における精神科医療（認知症を除く。）に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。		
〔課題〕		
〔取組〕		

2 認知症について

Q1 認知症に関する届出状況等について、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
精神科リエゾンチーム加算の届出	01 請求実績あり 03 届出なし	02 請求実績はないが要望があれば提供できる
認知症ケア加算Ⅰの届出	01 請求実績あり 03 届出なし	02 請求実績はないが要望があれば提供できる
認知症ケア加算Ⅱの届出	01 請求実績あり 03 届出なし	02 請求実績はないが要望があれば提供できる
Q2 認知症看護認定看護師の配置について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。		
01 配置あり	02 今後、研修を受講する予定	03 配置予定なし

Q3 認知症が疑われる患者の「確定診断」について、貴院の対応として最も多いものについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★				
自院で対応している	専門医療機関等へ紹介している	実施していない、または対応していない		
1	2	3		
⇒Q4 について御回答ください。 (Q5 は回答不要です)	⇒Q5 について御回答ください。 (Q4 は回答不要です)	⇒Q4,5 は回答不要です。 Q6 にお進みください。		
Q4 Q3 で「1 自院で対応している」を選択された場合、確定診断の方法について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★				
01 問診	02 心理テスト	03 知能テスト	04 脳機能検査	05 画像診断
Q5 Q3 で「2 専門医療機関等へ紹介している」を選択された場合、主な医療機関について該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。				
01 おおよそ紹介する医療機関が決まっている	⇒医療機関名 ()			
02 特に紹介する医療機関は決まっていない				

Q6 認知症が疑われる患者の「治療」について、貴院の対応として最も多いものについて、該当する選択肢の番号1つに○をお付けください。★		
自院で対応している	専門医療機関等へ紹介している	実施していない、または対応していない
1	2	3
⇒Q7-1 から Q7-2 について御回答ください。(Q8 は回答不要です)	⇒Q8 について御回答ください。 (Q7 は回答不要です)	⇒Q7, 8 は回答不要です。 Q9 にお進みください。
Q7-1 から Q7-2 は、Q6 で「1 自院で対応している」を選択した方にお聞きします。		
Q7-1 対応している治療等について該当する選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可) ★		

01 日常的な診療	06 薬物療法
02 訪問診療	07 非薬物療法 (具体的に:)
03 認知症リハビリ	08 退院支援
04 身体症状のある認知症患者の入院治療	09 アウトリーチ (訪問支援)
05 周辺症状の激しい患者の入院治療	10 その他 ()

※Q7-1 で「02 訪問診療」を選択された場合、チームメンバーについて該当する選択肢の番号に○を付け、実人数をご記入ください。(複数回答可)

1. 医師	実人数 (_____人)	3. 相談員	実人数 (_____人)
2. 看護師	実人数 (_____人)	4. その他 (_____)	実人数 (_____人)

※Q7-1 で「04 身体症状のある認知症患者の入院治療」「05 周辺症状の激しい患者の入院治療」を選択された場合、退院患者の退院後の行先のうち、最も多いものをご記入ください。(○はひとつ)

1. 在宅復帰	3. 施設入所
2. 回復期リハビリテーション病院	4. その他 (_____)

Q10-5 貴施設内の一般科の医師から認知症状等についての助言及び支援の要請を受けたことがありますか。該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に○をお付けください。	
01 ある	02 ない
03 精神科単科である	
Q10-6 一般科医療機関から認知症状等についての助言及び支援の要請を受けたことがありますか。該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に○をお付けください。	
01 あり	※「01 あり」の場合、貴院の対応として最も多いものについて、該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に○をお付けください。
02 なし	1. 要請に応じる 2. 要請を断る 3. その他 ()
Q11 認知症患者と家族支援のための関係者間の連携における連絡の場や手段の有無について、該当する選択肢の番号 <u>1つ</u> に○をお付けください。	
01 持っている	※「01 持っている」の場合、①～③の設問に回答してください。
	① 関係者の構成について該当する選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可)
	1. 認知症疾患医療センター 2. 病院 3. 診療所 4. 介護サービス事業所 5. 健康福祉センター(保健所) 6. 地域包括支援センター 7. 認知症初期集中支援チーム 8. 市町村 9. その他 ()
	② 連絡の方法について該当する選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可)
	1. 連絡会議の開催 2. オレンジ連携シートの活用 3. 地域生活連携シートの活用 4. その他連絡票等の活用(連絡票名:) 5. 電話 6. その他 ()
02 持っていない	③ 具体的な手段等について該当する選択肢の番号に○をお付けください。(複数回答可)
	1. 家族研修会や患者家族交流会を実施している 2. 介護老人保健施設や介護老人福祉施設等の介護保険福祉施設と連携を持っている 3. その他 ()
Q12 貴院の地域における認知症に関する課題に対して、更に必要と考える取組があれば、簡潔にご記入ください。	
〔課題〕	
〔取組〕	

※別冊1の設問は、以上で終了です。

本冊 病院・一般診療所(有床)調査票・別冊2 在宅医療調査票にも御回答ください。