

精神疾患に関する愛知県医療機関医療機能アンケート調査票

医療機関名: _____

問 下記の1～10の各疾患について、あてはまる箇所に「1」と入力して下さい。(網掛は入力不要)

	A	B (a～dは再掲)				C	
		a	b	c	d		
	れ1)精神科初期治療(注1)はどうか?	か)可能な治療(注2)はどうか?	れ3)所定の専門療法(注3)はどうか?	な)けいめいC T (修正型電気)はどうか?	は)ラムドム実症集団治療プログラムはどうか?	も)よる入院治療(注2)はどうか?	は)4)所定の専門病棟(注4)はどうか?
1	統合失調症						
2	うつ病・躁うつ病(双極性障害)						
3	認知症						
4	児童・思春期精神疾患						
5	発達障害						
6	依存症	①アルコール					
		②薬物					
		③ギャンブル					
7	PTSD						
8	摂食障害						
9	てんかん						
10	高次脳機能障害						

【注1】精神科初期治療とは、診察〔簡単な精神療法を含む〕と投薬をする程度であり、専門的治療が必要な場合には他院を紹介すること。

【注2】専門的治療とは、初期治療だけでなく、症状や家族関係・生活歴を踏まえ、高度な精神療法、環境調整・投薬等を行うこと。

【注3】所定の専門療法とは、下記のとおり

1. 統合失調症: 治療抵抗性統合失調症薬による治療を実施
2. うつ病・躁うつ病(双極性障害): 認知行動療法の施設基準に該当
3. 認知症: 認知症専門診断管理料の施設基準に該当
4. 児童・思春期精神疾患:
通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算の施設基準に該当

【注4】所定の専門病棟とは、下記のとおり

3. 認知症: 認知症治療病棟入院料の施設基準に該当
4. 児童・思春期精神疾患: 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に該当
6. 依存症(①アルコール②薬物): 依存症入院医療管理加算の施設基準に該当
8. 摂食障害: 摂食障害入院医療管理加算の施設基準に該当

自由記載【任意】(上記の他、貴院の精神疾患に関する特段の専門的治療の実施状況・本調査に基づく愛知県地域保健医療計画別表資料の掲載内容等)

担当: _____

電話: _____

FAX: _____

E-mail: _____