**【精神科病院版】**

**＜精神障がい者の地域移行支援・地域定着支援に関する実態調査＞**

下記の内容について、該当するものに○をつけるか、下線部、枠内、(　)内に記入してください。

**貴院における退院支援の中で、中心となり活動されている方**がご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病院名** |  | | **回答者**  **職・氏名** | |  |
| **連絡先** | **電話** |  | | **ﾒｰﾙ**  **ｱﾄﾞﾚｽ** |  |
| **FAX** |  | |

**１　貴院には1年以上入院している患者は、何人いますか？（平成25年10月31日現在）**

　65歳未満　　　　　　　人、65歳以上　　　　　　　人

**２　貴院には、入院患者の退院について検討・支援するための「退院支援プロジェクトチーム（又は同様の目的をもつ組織（他の目的の組織と併設している組織でも可））」はありますか？**

ア　なし

イ　あり→その組織はいつから活動していますか？　昭和・平成　　　年

**３　貴院は市町村とどのように連携していますか？（該当する項目全てに○をつけてください。）**

　　ア　ケア会議　　イ　定例の連絡会議(頻度　　月・年　　　回)

ウ　電話等での随時相談　　エ　同行訪問等

オ　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

カ　連携はない

**４　貴院は相談支援事業所とどのように連携していますか？（該当する項目全てに○をつけてください。）**

　　ア　ケア会議　　イ　定例の連絡会議(頻度　　月・年　　　回)

ウ　電話等での随時相談　　エ　同行訪問等

オ　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

カ　連携はない

**５　平成24年度から、障害者自立支援法（現　障害者総合支援法）において「地域移行支援」「地域定着支援」が創設されましたが、その内容はご存じですか？（制度の概要は別紙をご覧ください。）**

　　（１）「地域移行支援」について

ア　よく知っている　　イ　知っている　　ウ　あまり知らない　　エ　知らない

（２）「地域定着支援」について

ア　よく知っている　　イ　知っている　　ウ　あまり知らない　　エ　知らない

**６　貴院では、「地域移行支援」について、患者への周知をどのように行っていますか？（該当する項目全てに○をつけてください。）**

ア　病棟内に張り紙やチラシをおいて誰でもが見ることができるようにしている。

イ　個別に説明をして利用を勧めている。

ウ　特に知らせていない。

エ　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**７　貴院の入院患者のうち、「地域移行支援」を利用した患者はいますか？**

ア　いない→設問８にお進みください。

イ　いる　→設問９、１０にお進みください。

**※設問７で「ア　いない」と回答した方におたずねします。**

**８　「地域移行支援」を利用した患者がいない理由はなぜですか？（該当する項目全てに○をつけてください。）**

ア　病院側から見て「地域移行支援」が適当と思われる患者がいないから。

イ　「地域移行支援」を勧めても、利用を希望する患者がいないから。

ウ　「地域移行支援」を利用しなくても院内の支援のみで退院支援が可能だから。

エ　「地域移行支援」の制度の利用を検討したことがなかったから。

オ　「地域移行支援」の制度に利用しにくいところがあるから。

（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

カ　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**※設問８を回答した方は、設問１１にお進みください。**

**９　設問７で「イ　いる」と回答した場合、下欄に事例毎の地域移行支援の状況を記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事例 | 利用年度 | 年　齢 | 入  院  期  間 | 地域移行支援  実施結果 | 支援開始から退院（又は終了）までに要した期間 | 退院先 |
| **記入例** | **24**  **・**  **25** | 歳 | **2**  年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | **6**  ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他（　　　　　　　　) |
| １ | **24**  **・**  **25** | 歳 | 年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他(　　　　　　　　　) |
| ２ | **24**  **・**  **25** | 歳 | 年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他(　　　　　　　　　) |
| ３ | **24**  **・**  **25** | 歳 | 年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他(　　　　　　　　　) |
| ４ | **24**  **・**  **25** | 歳 | 年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他(　　　　　　　　　) |
| ５ | **24**  **・**  **25** | 歳 | 年 | 1退院　2病状悪化等で打ち切り　3支援期間内に退院できず  4地域移行支援利用中  5その他（　　　　　　　　　） | ヶ月 | 1ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ･　2ｹｱﾎｰﾑ  3単身ｱﾊﾟｰﾄ　4単身自宅  5家族同居  6その他(　　　　　　　　　) |

※入院期間、支援開始から退院までに要した期間は「満年数」「満月数」(例：１年２ヶ月→１年、５ヶ月２日→５ヶ月)を記入してください。年齢は支援開始時の年齢を記入してください。

欄が不足する場合は、コピーして追加し記入願います。

**１０　「地域移行支援」を利用した患者がいる医療機関におたずねします。**

**「地域移行支援」を利用して良かった点、良くなかった点（課題が残った点）をご記入ください。**

　　　ア　良かった点

　　　イ　良くなかった点（課題が残った点）

**※設問１１以下は、全ての方が回答してください。**

**１１　貴院では、平成24年度及び平成25年度（H25.10.31まで）に、入院期間1年以上の患者で、「地域移行支援」を利用せずに退院した方は何人いますか？また、退院先はどこですか？**

**下表に年度毎に分けて人数を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 年齢区分 | 退院  者計 | 退院先の内訳 | | | | | | |
| ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ | ｹｱﾎｰﾑ | 単身自宅 | 単身ｱﾊﾟｰﾄ | 家族同居 | その他障がい者施設 | 介護保険関連施設 |
| 24 | 65歳未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65歳以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 65歳未満 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 65歳以上 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**１２　現在、貴院に入院中の患者のうち、「地域移行支援」の利用対象となる方は何人くらいいますか？把握している範囲でお答えください。（65歳以上の方で介護保険関連施設入所対象となる方は除いてください。)**

**※「地域移行支援」の制度を知らなかった方は、別紙をご覧になりお答えください。**

65歳未満　　　　　　人　（H25.10.31現在）

65歳以上　　　　　　人　（H25.10.31現在）

**１３　現在、貴院に入院中の患者のうち、65歳以上の方で、退院は可能であるが、介護保険関連施設入所が適当と思われる方は何人いますか？把握している範囲でお答えください。**

　　　　　　　人（H25.10.31現在）

**１４　入院患者の退院促進を図る上で、困っている事はありますか？**

**院内の体制、地域の体制、その他　に分けて記入してください。**

　　ア　院内の体制について

　　　イ　地域の体制について

　　　ウ　その他(制度の運用や関係機関の連携等)

**１４　地域の中で、どんなことが解決されると、精神障がい者の退院促進・地域生活の推進が図れると思いますか？**

**１５　県、市町村、相談支援事業所への要望があれば記入してください。**

**１６　その他、ご意見等ありましたら自由に記入してください。**

御協力ありがとうございました。