

精神障害者等に対する地域移行・地域生活支援に向けた意向確認について(概要)

1. 入院中の精神障害者等に対する意向確認

- ◆入院中の精神障害者等の退院後の生活等の意向を把握するため、地域の関係者が精神科病院等を訪問し、意見聴取を実施。
- ◆事業実施主体・意見聴取担当者
 - ・社会福祉法人巣立ち会(地域体制整備コーディネーターとして活動している精神保健福祉士・相談支援専門員等)
 - ・医療法人新淡路病院(淡路障害者生活支援センターのピアサポーター)
 - ・公益財団法人正光会(地域活動支援センター等地域の事業所の精神保健福祉士・相談支援専門員等、行政機関の保健師等)
- ◆全事業の対象者数
 - ・精神科病院の入院患者 170名
 - ・精神科病院を退院した患者 40名
 - ※原則として1年以上入院している者
- ◆本人への意見聴取方法
 - ・面談により実施。
 - ・入院患者等から聞き取った内容について、意見聴取担当者が確認票に記載。

なお、この意向確認に関する資料を取り扱う際には、事業ごとに意見聴取担当者の属性、訪問病院の環境・退院支援の取組等が異なること、また、サンプル数が十分ではないことに留意が必要。

2. 退院支援施設及び地域移行型ホーム等への調査

- ◆退院後の受け皿の検討に資するため、退院支援施設及び地域移行型ホームの実態と、利用者のニーズを把握するためのアンケート調査を実施。
- ◆対象施設
 - ・退院支援施設 2ヶ所
 - ・地域移行型ホーム 19ヶ所
- ◆対象者数
 - 退院支援施設
 - ・退院支援施設利用者 10名
 - ・退院支援施設退所者 9名
 - 地域移行型ホーム
 - ・地域移行型ホーム利用者 77名
 - ・地域移行型ホーム退所者 81名
- ◆調査方法
 - ・施設に調査票を郵送。
 - ・対象者から聞き取った内容について施設の担当者が記載、又は対象者自身が記載。

意見聴取等に 使用した様式

1. 入院中の精神障害者等に対する意向確認

○入院中の精神障害者等に対する意見聴取 p 1～

○退院された患者さんへの意見聴取 p 11～

2. 退院支援施設及び地域移行型ホーム等への調査

○退院支援施設及び地域移行型ホーム等への調査

P 16～

○退院支援施設利用者及び地域移行型ホーム利用者への調査 p 18～

○退院支援施設及び地域移行型ホームを退所された方への調査 p 23～

入院中の精神障害者等に対する意見聴取

患者ID	
------	--

ご本人への意見聴取

※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください。

問1 現在、この病院に入院している理由は何ですか（全員に質問）

※複数選択可、その際、もっとも重要な理由には◎をつけてください

1. 病院から退院の許可がおりていない
2. 病気の状態
3. 住むところがない
4. 家族が退院に反対している
5. 生活するためのお金がない
6. 退院するのが不安である
7. 病院にいたい
8. その他（ ）

問2 退院の希望について

(1) 現在入院している病院から退院したいですか（全員に質問）

1. 退院したい
2. 退院したくない
3. 決められない
4. わからない
5. 不明（確認出来ない 等）

(左記の理由・特記事項等)

(2)(1)で、退院したいと答えた方へ質問します

①どのくらいの時期に退院したいですか

1. すぐにも退院したい
2. 条件が整えば退院したい
3. その他 ()
4. 不明

(左記の理由・特記事項等)

(3)(1)で、退院したくない、あまり退院したくないと答えた方へ質問します

① 以前は退院したかったですか

- | |
|---|
| 1. 退院したかった
2. やや退院したかった
3. あまり退院したくなかった
4. 退院したくなかった
5. その他 () |
|---|

(左記の理由・特記事項等)

② 退院できない理由が解消されれば退院したいですか

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 退院したい
2. 退院したくない
3. その他 () |
|--------------------------------------|

(左記の理由・特記事項等)

問3 希望する退院先・条件 (全員に質問)

(1) 退院するとしたら、どこに住みたいですか

- | |
|---|
| 1. 自宅
2. 賃貸住宅
3. グループホーム／ケアホーム
4. その他 ()
5. 不明 |
|---|

(左記の理由・特記事項等)

(2)(1)で賃貸住宅、グループホーム／ケアホームと答えた方へ質問します

① その住まいが、街の近くであれば、退院してみたいですか

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 退院したい
2. 退院したくない
3. その他 () |
|--------------------------------------|

(左記の理由・特記事項等)

② その住まいが病院の敷地内なら、退院してみたいですか

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 退院したい
2. 退院したくない
3. その他 () |
|--------------------------------------|

(左記の理由・特記事項等)

③ その住まいが病院スタッフや友達とすぐ会える場所なら、退院してみたいですか

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 退院したい
2. 退院したくない
3. その他 () |
|--------------------------------------|

(左記の理由・特記事項等)

④ 病院の友達（患者仲間）と一緒になら、退院してみたいですか

- | |
|--------------------------------|
| 1. 退院したい |
| 2. 退院したくない |
| 3. その他（ ） |

（左記の理由・特記事項等）

⑤ 一人暮らしがしたいですか

- | |
|--------------------------------|
| 1. 一人暮らしがしたい |
| 2. したくない |
| 3. その他（ ） |

（左記の理由・特記事項等）

⑥ 誰かと何人かで一緒に住みたいです

- | |
|--------------------------------|
| 1. 何人かで一緒に住みたい |
| 2. 住みたくない |
| 3. その他（ ） |

（左記の理由・特記事項等）

⑦ 食事の世話などをしてくれる人と一緒に住みたいです

- | |
|--------------------------------|
| 1. 住みたい |
| 2. 住みたくない |
| 3. その他（ ） |

（左記の理由・特記事項等）

問4 退院後使用したいサービス・必要な支援（サポート）（全員に質問）

（1）退院した後、生活上の不安はありますか

- | |
|--------------------------------|
| 1. 不安がある |
| 2. 不安はない |
| 3. その他（ ） |
| 4. 不明 |

（2）（1）で不安があると答えた方へ質問します

① 生活上の不安とは、どのようなことですか（複数選択可）

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 家事 | a. 食事 |
| | b. 買い物 |
| | c. 洗濯 |
| | d. その他（ ） |
| 2. 困ったときに相談出来る所が分からない | |
| 3. 家族との関係 | |
| 4. 経済状況 | |
| 5. その他（ ） | |

ご本人への面接回数 回

◆意見聴取担当者の職種等（○をつけてください）

精神保健福祉士 相談支援専門員 ピアサポーター
その他（ ）

基本情報（病院職員から聴取）

※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください。

基本情報（意見聴取日における状況についてお答えください（確認出来ない項目は回答不要です））

問1 生年月・年齢

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 歳

問2 性別

1. 男性 2. 女性

問3 婚姻状況

- 1. 未婚（入院時まで結婚したことがない）
- 2. 既婚（入院時結婚している）
- 3. 内縁（入院時同棲・内縁関係にある）
- 4. 離婚（入院時結婚していない）
- 5. 死別（入院時結婚していない）

問4 入院前の居住状況

- 1. 自宅
- 2. 賃貸住宅（アパートなど）
- 3. 一般病院
- 4. 精神科病院
- 5. グループホーム／ケアホーム
- 6. 介護老人保健施設
- 7. 介護老人福祉施設
- 8. その他（ ）

問5 世帯状況（現在、同居している人を全て選択してください）

※問4で自宅、賃貸住宅と回答した場合

- 1. 父親
- 2. 母親
- 3. 兄弟姉妹
- 4. 配偶者
- 5. 息子・娘
- 6. 単身
- 7. その他（ ）

問6 入院日

平成 年 月 日

問7 入院時の入院形態

1. 任意 2. 措置 3. 緊急措置 4. 医療保護 5. 応急

問8 現在の入院形態

1. 任意 2. 措置 3. 医療保護

問9 入院回数と通算入院期間

(計	回、全ての入院期間の合計	年	ヶ月程度)
内、他院への入院回数 (	回)	入院期間 (	年 ヶ月程度)

問10 精神保健福祉手帳

1. なし	2. 1級	3. 2級	4. 3級
-------	-------	-------	-------

問11 障害年金等級

1. なし	2. 1級	3. 2級	4. 3級
-------	-------	-------	-------

問12 障害程度区分

1. 申請なし	3. 区分1	5. 区分3	7. 区分5
2. 非該当	4. 区分2	6. 区分4	8. 区分6

問13 要介護認定

1. 申請なし	4. 要支援2	7. 要介護3
2. 非該当	5. 要介護1	8. 要介護4
3. 要支援1	6. 要介護2	9. 要介護5

問14 診断名（主病名と副病名を、それぞれ下記の番号で記入してください）

1. アルツハイマー型認知症 (F00)	10. 気分（感情）障害 (F3)
2. 血管性認知症 (F01)	11. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F4)
3. 他に分類されるその他の疾患の認知症 (F02)	12. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F5)
4. 特定不能の認知症 (F03)	13. 成人の人格・行動の障害 (F6)
5. その他の症状を含む器質性精神病 (F04-09)	14. 精神遅滞 (F7)
6. アルコール使用による精神および行動の障害 (F10)	15. 発達障害 (F8)
7. 薬物に伴う精神および行動の障害 (F11-19)	16. 小児・青年期に発症する行動および情緒障害 (F91-98)
8. 統合失調症 (F20)	17. 特定不能の精神障害 (F99)
9. その他の精神病的障害 (F21-29)	18. てんかん (G40)

主病名：	副病名：
------	------

問15 身体合併症の有無

1. あり
2. なし

①ありと答えた場合、どのような合併症がありますか（複数選択可）

1. 廃用症候群	8. その他感染症
2. 低栄養	9. 脳血管疾患(O1 後遺症あり O2 後遺症なし)
3. 水中毒	10. 悪性新生物
4. 糖尿病	11. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患
5. 高血圧	12. 慢性腎不全
6. 骨折	13. パーキンソン病関連疾患
7. 肺炎（誤嚥性肺炎含む）	14. その他（ ）

問16 GAF尺度

点(年 月 日)

- ・精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮。
- ・身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。
- ・注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること

コード	機能の状態
100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または社会的、職業的、または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にする休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある）、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少しかない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）、または社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥（例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または、意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、またはほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企画、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、または時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたいくる）、または、コミュニケーションに重大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきりと予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

病院職員への意見聴取

◆この患者さんと日常的に関わりのある方のご回答をお願いします

※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください。

問1 現在、この患者さんが、入院している理由は何ですか（全員に質問）

※複数回答可、その際、もっとも重要な理由には◎をつけてください

1. 病院から退院の許可がおりていない
2. 病気の状態
3. 住むところがない
4. 家族が退院に反対している
5. 生活するためのお金がない
6. 退院するのが不安である
7. 病院にいたい
8. その他（

問2 この患者さんの退院可能性についてお考えをお聞かせください（全員に質問）

(1) 現在の病状で退院して生活できると考えていますか

1. 退院の可能性あり
2. 退院の可能性なし
3. 不明

(2) 生活能力として退院して生活できると考えていますか

1. 退院の可能性あり
2. 退院の可能性なし
3. 不明

(3) 経済的に退院して生活できると考えていますか

1. 退院の可能性あり
2. 退院の可能性なし
3. 不明

(4) この患者さんは、今回の入院中に退院していいと伝えられたことがありますか

1. ある
2. ない
3. 不明

問3 この患者さんが退院される場合に必要住まいや施設についてお考えをお聞かせください
(複数選択可)

- | | |
|------------------|-------------|
| 1. 自宅 | 4. 介護老人保健施設 |
| 2. 賃貸住宅(アパートなど) | 5. 介護老人福祉施設 |
| 3. グループホーム/ケアホーム | 6. その他() |

問4 問3の2～6の住まいや施設を病院敷地内に設置した場合、この患者さんは退院が可能となりますか

- | |
|-------------|
| 1. 退院の可能性あり |
| 2. 退院の可能性なし |
| 3. 不明 |

①退院の可能性ありと答えた場合、問3の2～6のうち、該当する住まい又は施設の番号を一つ選んでください

番号:

(退院可能な理由)

問5 この患者さんが退院される場合に必要地域医療/サービスについてお考えをお聞かせください
(全員に質問)

1 医療(複数選択可)

- | |
|---------------------------------|
| 1. 精神科通院医療 |
| 2. 精神科訪問看護 |
| 3. 精神科デイケア |
| 4. 一般医 |
| 5. 身体合併症に対応できる精神科医 |
| 6. ACT・アウトリーチ(多職種による訪問支援)チームの訪問 |
| 7. 医療サービスは必要がない |
| 8. その他() |

2 障害者総合支援法等に係るサービス(複数選択可)

※該当する番号に○をつけ、サービス内容が把握できる場合にはアルファベットに○をつけてください

- | |
|--|
| 1. 就労系サービス(a.就労移行支援事業 b.就労継続支援A型 c.就労継続支援B型) |
| 2. 訪問系サービス(a.居宅介護(ホームヘルプ) b.重度訪問介護) |
| 3. 通所系サービス(a.自立訓練(生活訓練) b.生活介護 c.地域活動支援センター) |
| 4. 入所系サービス(a.短期入所(ショートステイ) b.自立訓練(宿泊型)) |
| 5. サービスは必要としない |
| 6. その他() |

3 介護保険法等に係るサービス（複数選択可）

※該当する番号に○をつけ、サービス内容が把握できる場合にはアルファベットに○をつけてください

1. 訪問系サービス (a.訪問介護(ホームヘルプ) b.訪問看護 c.訪問リハビリテーション)
2. 通所系サービス (a.通所介護 b.通所リハビリテーション)
3. 入所系サービス (a.短期入所(ショートステイ) b.認知症対応型共同生活介護
c.小規模多機能介護型居宅介護)
4. サービスは必要としない
5. その他()

4 その他のサービス等（複数選択可）

1. 保健所保健師による訪問
2. 市町村保健師による訪問
3. 福祉事務所による訪問
4. サービスは必要としない
5. その他（ ）

5 上記の他、この患者さんはどのようなサービスがあれば退院できますか。既存のサービスでは不足しているものも含め、お考えをお聞かせください。(自由記載)

◆ご回答いただいた方の職種（○をつけてください）

医師 看護師 精神保健福祉士

その他 ()

*最後に必ずチェックしてください

退院された患者さんへの意見聴取

ご本人への意見聴取

※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください。

問1 退院しようと思ったきっかけは何ですか

※複数選択可、その際、もっとも重要な理由には◎をつけてください

1. 退院の許可がおりたから
2. 病気がよくなったから
3. 住むところが見つかったから
4. 家族の協力があつたから
5. 相談にのってくれた人がいたから
6. その他（

問2 退院して良かったと思うことは、どのようなことですか

※複数選択可、その際、もっとも重要な理由には◎をつけてください

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 自由がある 2.好きなものを食べられる 3.好きな時にお風呂やトイレに入れる 4.工賃や給料がもらえる 5.プライバシーがある 6.好きなテレビが見られる 7.好きな時に好きなところへ外出できる 8.病院のルールにしばられなくてよかった 9.自分のことは自分で決められる 10.自由に使えるお金が増えた | <ol style="list-style-type: none"> 11. よく眠れるようになった 12. 仕事ができるようになった 13. 友人、助け合える仲間ができた 14. 生活にはりあいがある 15. 病気や症状がよくなった 16. 人として成長できていると感じる 17. わずらわしい人間関係から解放された 18. 将来に希望を持てるようになった 19. その他（ ） |
|---|--|

問3 退院後の住まいとして、病院の敷地にある居住施設があった場合、住みたかったですか

1. 住みたかった
2. どちらかというに住みたかった
3. どちらかというに住みたくなかった
4. 住みたくなかった
5. 不明

問4 問3で住みたかった、どちらかというに住みたかったと答えた場合、その理由はどのようなことですか

1. 医師や看護師など、知っているスタッフが近くにいると安心だから
2. 外来やデイケア、ナイトケアなどに通うのに近くて楽だから
3. 病院の敷地内にいると安心できるから
4. 入院している友人と離れたくないから
5. その他（ ）

問5 問3で住みたくなかった、どちらかというに住みたくなかったと答えた場合、その理由はどのようなことですか

1. 退院した気がしないから
2. 自由がない気がするから
3. 監視されている気がするから
4. 寝る場所が変わっても、病院の枠から抜けていないと思うから
5. 病院の生活パターンとあまり変わらないから
6. 社会に出て世界を広げたいから
7. 病棟での人間関係を引きずりたくないから
8. 周りの人から退院したと思われたいから
9. 場所が不便だから
10. その他（ ）

問6 地域でもっと受けたい支援やサービスはどれですか

1. 家事の支援
2. 仕事を教えてくれる場所
3. いつでも相談できる場所
4. 日中の居場所
5. その他（

基本情報（ご本人から聴取）

※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください。

基本情報（意見聴取日における状況についてお答えください（支援者が把握している情報を記載するこ

るこ

とも可能、確認出来ない項目は回答不要です）

問1 生年月・年齢

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 歳

問2 性別

1. 男性 2. 女性

問3 婚姻状況

- 1. 未婚（結婚したことがない）
- 2. 既婚（結婚している）
- 3. 内縁（同棲・内縁関係にある）
- 4. 離婚（結婚していない）
- 5. 死別（結婚していない）

問4 居住状況

- 1. 自宅
- 2. 賃貸住宅（アパートなど）
- 3. グループホーム／ケアホーム
- 4. 介護老人保健施設
- 5. 介護老人福祉施設
- 6. その他（ ）

問5 世帯状況（現在、同居している人を全て選択してください）

※問4で自宅、賃貸住宅と回答した場合

- 1. 父親
- 2. 母親
- 3. 兄弟姉妹
- 4. 配偶者
- 5. 息子・娘
- 6. 単身
- 7. その他（ ）

問6 医療保険等

1. 国民健康保険
2. 被用者健康保険本人（政府管掌・組合・共済・船員）
3. 被用者健康保険家族（政府管掌・組合・共済・船員）
4. 生活保護
5. その他（ ）

問7 退院日

平成 年 月 日

問8 入院回数と通算入院期間

（計 回、全ての入院期間の合計 年 ヶ月程度）

問9 精神保健福祉手帳

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問10 障害年金等級

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問11 障害程度区分

1. 申請なし 3. 区分1 5. 区分3 7. 区分5
2. 非該当 4. 区分2 6. 区分4 8. 区分6

問12 要介護認定

1. 申請なし 4. 要支援2 7. 要介護3
2. 非該当 5. 要介護1 8. 要介護4
3. 要支援1 6. 要介護2 9. 要介護5

問13 診断名（主病名と副病名を、それぞれ下記の番号で記入してください）

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. アルツハイマー型認知症（F00） | 10. 気分（感情）障害（F3） |
| 2. 血管性認知症（F01） | 11. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4） |
| 3. 他に分類されるその他の疾患の認知症（F02） | 12. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） |
| 4. 特定不能の認知症（F03） | 13. 成人の人格・行動の障害（F6） |
| 5. その他の症状を含む器質性精神病（F04-09） | 14. 精神遅滞（F7） |
| 6. アルコール使用による精神および行動の障害（F10） | 15. 発達障害（F8） |
| 7. 薬物に伴う精神および行動の障害（F11-19） | 16. 小児・青年期に発症する行動および情緒障害（F91-98） |
| 8. 統合失調症（F20） | 17. 特定不能の精神障害（F99） |
| 9. その他の精神病性障害（F21-29） | 18. てんかん（G40） |

主病名： 、副病名：

問14 身体合併症の有無

1. あり
2. なし

①ありと答えた場合、どのような合併症がありますか（複数選択可）

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| 1. 廃用症候群 | 8. その他感染症 |
| 2. 低栄養 | 9. 脳血管疾患(O1 後遺症あり O2 後遺症なし) |
| 3. 水中毒 | 10. 悪性新生物 |
| 4. 糖尿病 | 11. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 5. 高血圧 | 12. 慢性腎不全 |
| 6. 骨折 | 13. パーキンソン病関連疾患 |
| 7. 肺炎(誤嚥性肺炎含む) | 14. その他() |

退院支援施設及び地域移行型ホーム等への調査

施設調査

※当該施設の利用状況等について、施設ご担当者様にご回答ください

問1 施設名

問2 利用者数（平成26年2月1日時点）

名

問3 利用期間

月

問4 利用者数の推移（当該年度末【3月31日】時点）

	定員(名)	利用者数 (合計)(名)	利用率(%)	退所先（当該年度の延べ人数） 例. 医療機関入院 2名 民間アパート 1名 等
平成18年度				
平成19年度				
平成20年度				
平成21年度				
平成22年度				
平成23年度				
平成24年度				
平成25年度 (平成26年 2月1日時 点)				

問5 職種・職員数（平成26年2月1日時点）

職種	職種ごとの職員数（名）

問6 当該施設設立の経緯（なぜ、病院の敷地内に当該施設をつくったか）

問7 母体病院の関わりの状況

・病院名

・関わりの状況

退院支援施設利用者及び地域移行型ホーム利用者への調査

意向調査（ご本人への意見聴取）

※施設のご担当者が、ご本人に聞き取りされるか、もしくは、ご本人が記載いただき、ご回収ください
※下記の質問について、該当する回答の番号を○で囲んでください

◆この施設に入所された時の気持ちを思い出して教えてください

問1 この施設を選んだ理由は何ですか

・複数選択可、その際、もっとも重要な理由には◎をつけてください

1. 病院から紹介されたから
2. 医師や看護師など、知っているスタッフが近くにいると安心だから
3. 外来やデイケア、ナイトケアなどに通うのに近くて楽だから
4. 病院の敷地内にいると安心できるから
5. 入院している友人と離れたくないから
6. 利用した人の話を聞いて良さそうだったから
7. その他（ ）

問2 この施設に住みたいと思っていましたか

1. 住みたかった
2. 住みたくなかった
3. その他 ()
4. 不明

問3 この施設に入所する前に、利用した人の話を聞いたことがありますか

1. 聞いたことがある
2. 聞いたことはない
3. その他 ()
4. 不明

問4 この施設がなかった場合、退院先としてどのようなところが考えられていましたか

1. 自宅
2. 賃貸住宅（アパートなど）
3. グループホーム／ケアホーム
4. 特になし
5. その他（ ）
6. 不明

(その理由を教えてください)

◆ここからの質問は、この施設で生活されている現在の気持ちで教えてください

問5 日中（昼間）はどこに通っていますか（複数選択可）

- | |
|---|
| 1. 外来
2. デイケア
3. 作業療法
4. 障害福祉サービス
5. その他（ ）
6. どこにも通っていない |
|---|

問6 病院とこの施設での生活の違いはどのようなことですか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | | |
|--|---|
| 1. 自由がある
2. 好きなものを食べられる
3. 好きな時にお風呂やトイレに入れる
4. 工賃や給料がもらえる
5. プライバシーがある
6. 好きなテレビが見られる
7. 好きな時に好きなところへ外出できる
8. 病院のルールにしばられなくてよかった
9. 自分のことは自分で決められる
10. 自由に使えるお金が増えた | 11. よく眠れるようになった
12. 仕事ができるようになった
13. 友人、助け合える仲間ができた
14. 生活にはりあいがある
15. 病気や症状がよかった
16. 人として成長できていると感じる
17. わずらわしい人間関係から解放された
18. 将来に希望を持てるようになった
19. その他（ ） |
|--|---|

問7 この施設で便利なことは、どのようなことですか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | |
|---|
| 1. 医師や看護師など、知っているスタッフが近くにいると安心
2. 外来やデイケア、ナイトケアなどに通うのに近くて楽
3. 病院の敷地内にいると安心
4. 入院している友人と離れなくてすむから安心
5. その他（ ） |
|---|

問8 この施設での生活で、不自由なことはありますか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | |
|---|
| 1. 退院した気がしない
2. 自由がない気がする
3. 監視されている気がする
4. 寝る場所が変わっても、病院の枠から抜けていないと思う
5. 病院の生活パターンとあまり変わらない
6. 社会に出て世界を広げたい
7. 病棟での人間関係を引きずりたくない
8. 周りの人から退院したと思われたい
9. 場所が不便
10. その他（ ） |
|---|

問9 この施設に住む期限が決まっている方へ質問します

①この施設に住む期限が過ぎた後、この施設以外に住んでみたいところはどこですか(複数選択可)

- | | |
|--|----------------|
| 1. 自宅
2. 賃貸住宅(アパートなど)
3. グループホーム/ケアホーム
4. その他()
5. 不明 | (その理由を教えてください) |
|--|----------------|

問10 この施設に住む期限が特に決まっていない方に質問します

①この施設以外に住んでみたいところはどこですか(複数選択可)

- | | |
|--|----------------|
| 1. 自宅
2. 賃貸住宅(アパートなど)
3. グループホーム/ケアホーム
4. その他()
5. 不明 | (その理由を教えてください) |
|--|----------------|

問11 この施設を出たあと、地域にどのようなサービスがあれば、もっと生活しやすいですか
(複数選択可)

- | |
|--|
| 1. 家事の支援
2. 仕事を教えてくれる場所
3. いつでも相談できる場所
4. 日中の居場所
5. その他() |
|--|

基本情報（施設職員から聴取）

基本情報（調査日における状況についてお答えください（確認出来ない項目は回答不要です））

問1 生年月・年齢

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 歳

問2 性別

1. 男性 2. 女性

問3 婚姻状況

1. 未婚（入院時まで結婚したことがない）
2. 既婚（入院時結婚している）
3. 内縁（入院時同棲・内縁関係にある）
4. 離婚（入院時結婚していない）
5. 死別（入院時結婚していない）

問4 入居日

平成 年 月 日

問5 入院回数と通算入院期間

（計 回、全ての入院期間の合計 年 ヶ月程度）
内、他院への入院回数（ 回）入院期間（ 年 ヶ月程度）

問6 精神保健福祉手帳

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問7 障害年金等級

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問8 障害程度区分

- | | | | |
|---------|--------|--------|--------|
| 1. 申請なし | 3. 区分1 | 5. 区分3 | 7. 区分5 |
| 2. 非該当 | 4. 区分2 | 6. 区分4 | 8. 区分6 |

問9 要介護認定

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 申請なし | 4. 要支援2 | 7. 要介護3 |
| 2. 非該当 | 5. 要介護1 | 8. 要介護4 |
| 3. 要支援1 | 6. 要介護2 | 9. 要介護5 |

問10 診断名（主病名と副病名を、それぞれ下記の番号で記入してください）

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. アルツハイマー型認知症（F00） | 10. 気分（感情）障害（F3） |
| 2. 血管性認知症（F01） | 11. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4） |
| 3. 他に分類されるその他の疾患の認知症（F02） | 12. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） |
| 4. 特定不能の認知症（F03） | 13. 成人の人格・行動の障害（F6） |
| 5. その他の症状を含む器質性精神病（F04-09） | 14. 精神遅滞（F7） |
| 6. アルコール使用による精神および行動の障害（F10） | 15. 発達障害（F8） |
| 7. 薬物に伴う精神および行動の障害（F11-19） | 16. 小児・青年期に発症する行動および情緒障害（F91-98） |
| 8. 統合失調症（F20） | 17. 特定不能の精神障害（F99） |
| 9. その他の精神病性障害（F21-29） | 18. てんかん（G40） |

主病名： 、副病名：

問11 身体合併症の有無

1. あり
2. なし

①ありと答えた場合、どのような合併症がありますか（複数選択可）

- | | |
|----------------|---------------------------------|
| 1. 廃用症候群 | 8. その他感染症 |
| 2. 低栄養 | 9. 脳血管疾患（01 後遺症あり 02 後遺症なし） |
| 3. 水中毒 | 10. 悪性新生物 |
| 4. 糖尿病 | 11. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 5. 高血圧 | 12. 慢性腎不全 |
| 6. 骨折 | 13. パーキンソン病関連疾患 |
| 7. 肺炎（誤嚥性肺炎含む） | 14. その他（ ） |

◆ここからの質問は、この施設を退所された後の現在の気持ちで教えてください

問5 この施設を利用してよかったことはどのようなことでしたか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 自由がある | 11. よく眠れるようになった |
| 2. 好きなものを食べられる | 12. 仕事ができるようになった |
| 3. 好きな時にお風呂やトイレに入れる | 13. 友人、助け合える仲間ができた |
| 4. 工賃や給料がもらえる | 14. 生活にはりあいがある |
| 5. プライバシーがある | 15. 病気や症状がよくなった |
| 6. 好きなテレビが見られる | 16. 人として成長できていると感じる |
| 7. 好きな時に好きなところへ外出できる | 17. わずらわしい人間関係から解放された |
| 8. 病院のルールにしばられなくてよかった | 18. 将来に希望を持てるようになった |
| 9. 自分のことは自分で決められる | 19. その他 () |
| 10. 自由に使えるお金が増えた | |

問6 この施設で便利なことは、どのようなことですか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | |
|-------------------------------|
| 1. 医師や看護師など、知っているスタッフが近くにいと安心 |
| 2. 外来やデイケア、ナイトケアなどに通うのに近くて楽 |
| 3. 病院の敷地内にいと安心 |
| 4. 入院している友人と離れなくてすむから安心 |
| 5. その他 () |

問7 この施設での生活で、不自由なことはありましたか

・複数選択可、その際、もっとも重要なものに◎をつけてください

- | |
|-------------------------------|
| 1. 退院した気がしない |
| 2. 自由がない気がする |
| 3. 監視されている気がする |
| 4. 寝る場所が変わっても、病院の枠から抜けていないと思う |
| 5. 病院の生活パターンとあまり変わらない |
| 6. 社会に出て世界を広げたい |
| 7. 病棟での人間関係を引きずりたくない |
| 8. 周りの人から退院したと思われない |
| 9. 場所が不便 |
| 10. その他 () |

No

基本情報

基本情報 (調査日における状況についてお答えください(確認出来ない項目は回答不要です))

問1 生年月・年齢

1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 歳

問2 性別

1. 男性 2. 女性

問3 婚姻状況

1. 未婚(結婚したことがない)
2. 既婚(結婚している)
3. 内縁(同棲・内縁関係にある)
4. 離婚(結婚していない)
5. 死別(結婚していない)

問4 入居日および退居日

(入居日) 平成 年 月 日

(退居日) 平成 年 月 日

問5 退居先

1. 自宅
2. 賃貸住宅(アパートなど)
3. 他のグループホーム/ケアホーム
4. 病院
5. その他()
6. 不明

問6 入院回数と通算入院期間

(計 回、全ての入院期間の合計 年 ヶ月程度)
内、他院への入院回数(回)入院期間(年 ヶ月程度)

問7 精神保健福祉手帳

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問8 障害年金等級

1. なし 2. 1級 3. 2級 4. 3級

問9 障害程度区分

- | | | | |
|---------|--------|--------|--------|
| 1. 申請なし | 3. 区分1 | 5. 区分3 | 7. 区分5 |
| 2. 非該当 | 4. 区分2 | 6. 区分4 | 8. 区分6 |

問10 要介護認定

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 申請なし | 4. 要支援2 | 7. 要介護3 |
| 2. 非該当 | 5. 要介護1 | 8. 要介護4 |
| 3. 要支援1 | 6. 要介護2 | 9. 要介護5 |

問11 診断名（主病名と副病名を、それぞれ下記の番号で記入してください）

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. アルツハイマー型認知症（F00） | 10. 気分（感情）障害（F3） |
| 2. 血管性認知症（F01） | 11. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4） |
| 3. 他に分類されるその他の疾患の認知症（F02） | 12. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） |
| 4. 特定不能の認知症（F03） | 13. 成人の人格・行動の障害（F6） |
| 5. その他の症状を含む器質性精神病（F04-09） | 14. 精神遅滞（F7） |
| 6. アルコール使用による精神および行動の障害（F10） | 15. 発達障害（F8） |
| 7. 薬物に伴う精神および行動の障害（F11-19） | 16. 小児・青年期に発症する行動および情緒障害（F91-98） |
| 8. 統合失調症（F20） | 17. 特定不能の精神障害（F99） |
| 9. その他の精神障害性障害（F21-29） | 18. てんかん（G40） |

主病名： 、副病名：

問12 身体合併症の有無

- | |
|-------|
| 1. あり |
| 2. なし |

①ありと答えた場合、どのような合併症がありますか（複数選択可）

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| 1. 廃用症候群 | 8. その他感染症 |
| 2. 低栄養 | 9. 脳血管疾患（01 後遺症あり 02 後遺症なし） |
| 3. 水中毒 | 10. 悪性新生物 |
| 4. 糖尿病 | 11. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 5. 高血圧 | 12. 慢性腎不全 |
| 6. 骨折 | 13. パーキンソン病関連疾患 |
| 7. 肺炎（誤嚥性肺炎含む） | 14. その他（ ） |