

## 《アンケートの回答方法等について》

### 1 アンケート回答者について

アンケートは、貴病院長の御了解をいただいたうえで御返信願います。

### 2 回答期限について

平成26年3月20日（木曜日）までに、回答用紙である別添2を同封の返信用封筒に入れ、回答願います。

### 3 地域移行・定着協力病院について

#### 《指定要件》

- ①地域移行を推進するための会議を設置していること
- ②地域移行支援協議会への参加をしていること
- ③地域移行・地域定着のサービス等が必要な者に対して、障害福祉サービス事業者等と連携した支援を行う体制があること
- ④遠隔地入院患者の退院支援についての協力をする予定があること

### 回答先・問い合わせ先について

千葉県 健康福祉部 障害福祉課 精神保健福祉推進室 高澤  
住所：〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1  
電話：043-223-2334

★事務担当・看護師・精神科ソーシャルワーカー等の方が回答後、病院長に確認を  
してから、返信願います。

病院名 \_\_\_\_\_ 回答者・職氏名 \_\_\_\_\_

○地域移行支援の取り組みについてお答えください。

1 地域移行を推進する専門部署又は担当者の配置はありますか。

①ある                      ②ない

2-1 入院患者の地域移行推進にむけた多職種が出席する院内の会議を行っていますか。

①行っている              ②行っていない

2-2 行っている場合、構成メンバーをお答えください

例：医師、病棟ごと担当看護師、精神科ソーシャルワーカー

2-3 実施頻度をお答えください。

①週1回以上    ②1月に1回程度    ③2カ月に1回程度    ④半年に1回程度

⑤その他（                      ）

3 貴病院で、地域移行サービス※<sup>1</sup>を利用されたことはありますか。

①ある（概ね              件）    ②ない

※1 地域移行サービス

指定一般相談支援事業所が実施するサービス。精神科病院に入院している精神障害のある人について、住居の確保、その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談等を行う。

4-1 千葉県精神障害者地域移行支援事業の地域移行支援協議会※<sup>2</sup>に参加されていますか。

①参加                      ②不参加

※2 地域移行支援協議会

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、自らの意向に即して充実した生活を送ることができるよう、関係機関の連携の下で、医療、福祉等の支援を行うという観点に基づき、統合失調症を始めとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するための支援を推進することを目的に、関係機関が集まる地域移行支援協議会を千葉県精神障害者地域移行支援事業の一環として平成16年（当初はモデル事業として、実施）より行っている。

4-2 不参加と回答された場合、理由を教えてください。

①圏域に地域移行支援協議会が設置されていない ※千葉市は政令指定都市のため実施なし

②長期入院者がいないため    ③その他（自由記載                      ）

- 5 障害者総合支援法の個別給付である地域移行サービス・地域定着サービス、千葉県精神障害者地域移行支援事業について何かご意見がございましたら記載願います。

自由記載

○入院患者の実態についてお答えください

(回答日: 月 日)

項目

実数

- |   |   |
|---|---|
| 1 病床数   | 床 |
| 2 在院患者数   | 人 |
| 3-1 1年以上入院している方の中で、退院するには課題があるものの、支援があれば退院できると思われる数 | 人 |

※定義は設けておりません。回答される方の認識や感覚でご回答願います。

- 3-2 具体的にどのような支援があれば退院できると思われますか。下記該当個所に○をお願いいたします。※複数回答可

- ①本人が退院する意欲が持てる支援 ②様々な居住形態を試す支援 ③住まいを確保する支援  
④本人と家族間の調整する支援 ⑤薬の管理ができるようになる支援 ⑥金銭管理に関する支援  
⑦病識を持てるような支援 ⑧食事の用意等家事一般ができるような支援

- ⑨その他

- |  |   |
|--|---|
| 4-1 上記3-1の方で、本人の居住地が、病院の所在地のある障害保健福祉圏域※ <sup>3</sup> 外である方の数 | 人 |
|--|---|

例) 市原市の病院に入院中であるが、居住地は千葉市の方

- |                                    |           |           |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| 4-2 上記4-1の方の障害保健福祉圏域ごとの内訳を教えてください。 | 千葉圏域 ( 人) | 船橋圏域 ( 人) |
|------------------------------------|-----------|-----------|

柏 圏域 ( 人) 習志野圏域 ( 人)

市川圏域 ( 人) 松戸圏域 ( 人)

野田圏域 ( 人) 印旛圏域 ( 人)

香取圏域 ( 人) 海匝圏域 ( 人)

山武圏域 ( 人) 長生圏域 ( 人)

夷隅圏域 ( 人) 安房圏域 ( 人)

君津圏域 ( 人) 市原圏域 ( 人)

※ 該当する圏域に○をし、該当者数を記載願います。

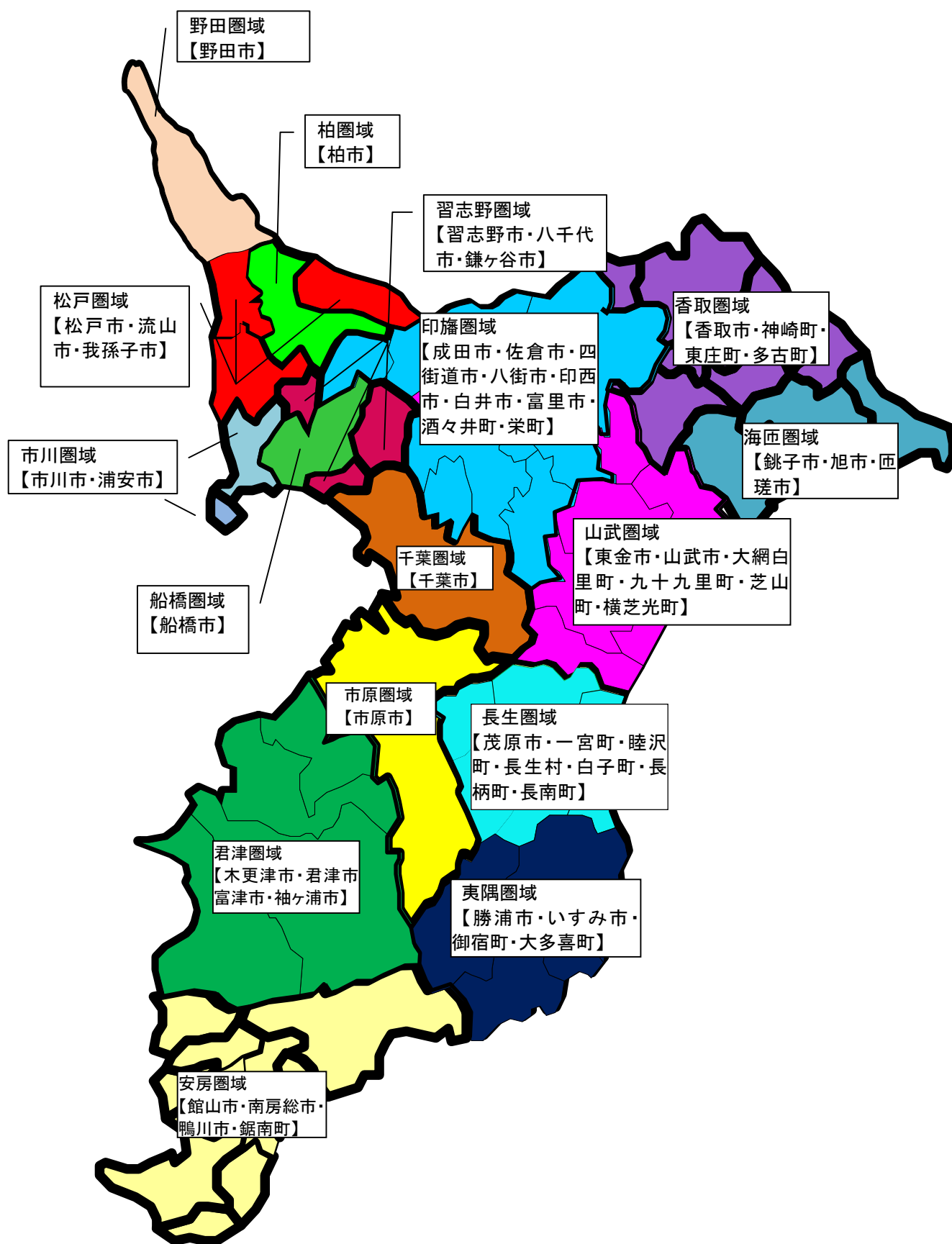
※ 障害福祉圏域については、3ページをご参照下さい。

※ 居住地が千葉県以外の方は、除いて記載願います。そのため、4-1と4-2の総数は、異なる数字になることもあります。

### ※3 障害保健福祉圏域

障害福祉サービスの実施主体は原則市町村であるが、サービスを面的・計画的に整備し、重層的なネットワークを構築するための市町村と県の中間的な単位。健康福祉センターの区域を基本とした13圏域と、千葉市、船橋市及び柏市を加えた計16圏を指す。3ページ参照。

《千葉県障害保健福祉圏域》



○その他、下記質問についてお答えください

- 1-1 障害保健福祉圏域ごとに、どのような方が入院されているのか、その方々をどのように地域で支援していくのか等検討するため、千葉県障害福祉課で取りまとめを行っている630調査※1 個票12「在院期間・年齢別の在院患者数」（別添3参照）を地域移行支援協議会で公表することに同意いただけますか。

①同意できる                      ②同意できない

- 1-2 同意できないとした場合、差し支えなければその理由をご記載下さい。

自由記載

※1 630調査

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が毎年6月30日時点の都道府県・指定都市内の病院等に資料提供を求めている。正式名称は「精神保健福祉資料」という。個票12については、別添3参照。

- 2-1 千葉県の取り組みの重点事項となっている「遠隔地入院患者の退院支援」についてご協力いただけますか。具体的には、
- ・貴院入院中の方で、障害福祉圏域を超えて入院されている方を、地域移行支援協議会へ推薦
  - ・他圏域の精神科病院に入院している方で、貴院の所在する障害福祉圏域に退院予定の方を、地域移行の準備のために転院を受け入れる。
- ということをお願いしたいと思っております。

①協力できる                      ②協力できない

- 2-2 協力できないとした場合、差し支えなければその理由をご記載下さい。

自由記載

- 3-1 地域移行・定着病院の指定となる4項目（別添1の3参照）を満たす場合、地域移行・定着協力病院になっていただけますか。

①はい                                  ②いいえ

- 3-2 いいえとした場合、差し支えなければその理由をご記載ください。

自由記載

- 4-1 地域移行・定着病院の指定の4項目（別添1の3参照）を満たさなかった場合、今後、地域移行・定着協力病院の指定を目指す予定はありますか。

①はい                                  ②いいえ

- 4-2 いいえとした場合、差し支えなければその理由をご記載ください。

自由記載

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

回答・問い合わせについては、千葉県 健康福祉部 障害福祉課 精神保健福祉推進室 高澤 まで  
住所：〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1 電話：043-223-2334