

4. 入院患者調査（精神障がい者調査）

問 5	本人の収入源 【〇はあてはまるものすべて】	1. 職業による収入（雇用保険を含む） 2. 年金収入 3. 財産収入 4. 仕送りなど 5. 生活保護 6. なし 7. わからない 8. その他（ ）
問 6	患者の自宅の住まいの 形態 （平成25年6月30日現 在） 【〇は1つだけ】	1. 自分や家族の持ち家 2. 民間の借家や賃貸アパート・マンションなど 3. 市営・県営住宅、公社・UR（公団）住宅 4. 地域の中で仲間と生活する、世話人がいる共同 住宅（ケアホーム・グループホーム） 5. 高齢者の入居施設（特別養護老人ホームや軽費 老人ホームなど） 6. なし 7. その他（ ）
問 7	同居家族の人数 （本人を含む）【〇は1つだけ】	1. 1人 2. 2人 3. 3人 4. 4人 5. 5人 6. 6人以上
【問7-1は、問7で「2. 2人」～「6. 6人以上」を選んだ方のみお答えください】		
問 7-1	同居家族の続柄 （本人からみた続柄） 【〇はあてはまるものすべて】	1. 父親 2. 母親 3. 祖父母 4. 配偶者（夫・妻） 5. 子ども 6. 兄弟姉妹 7. その他（ ）
問 8	家族の支援体制 【〇は1つだけ】	1. 定期的な支援（3ヶ月に1回以上） 2. 稀な支援（4ヶ月～3年に1回以上） 3. なし（「緊急時のみ連絡」も含む） 4. 身寄りのなし
【問8-1は、問8で「1. 定期的な支援」、2. 稀な支援」を選んだ方のみお答えください】		
問 8-1	家族支援の内容 【〇はあてはまるものすべて】	1. 経済的支援 2. 衣類の取り替え（洗濯・衣替えなど） 3. 各種イベントへの参加（家族会など） 4. 本人との面会 5. 本人との電話で通話 6. スタッフに電話での問い合わせ 7. 必要物品（日用品・衣類など）の特参

2

入院患者調査票（スタッフ用）	
医療機関番号	患者整理番号
患者の基本属性	
問 1	手帳の有無 【〇はあてはまるものすべて】 1. 精神保健福祉手帳 → () 級 2. 身体障がい者手帳 → () 級 3. 療育手帳 → 判定 ()
【問1-1-2は、問1で「2. 身体障がい者手帳」を選んだ方のみお答えください】	
問 1-1	主な障がい （障がいの部位） 【〇は1つだけ】
問 1-2	主な障がい（障がいの 部位）の他に、重複 する障がい 【〇はあてはまるもの すべて】
問 2	患者の性別
問 3	患者の年齢
問 4	患者の現住所 （住民基本台帳上の区分） 【〇は1つだけ】

1

問 12	今回の入院年月	昭和・平成 () 年 () 月
問 13	入院時の入院形態 【○は1つだけ】	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. その他 ()
問 14	現在の入院形態 【○は1つだけ】	1. 任意 2. 医療保護 3. 措置 4. その他 ()
問 15	保険の種類 【○はあてはまるものすべて】	1. 健保(本人) 2. 健保(家族) 3. 国保(本人) 4. 国保(家族) 5. 船員保険(本人) 6. 船員保険(家族) 7. 共済組合(本人) 8. 共済組合(家族) 9. 後期高齢者医療 10. 生活保護 11. 措置入院 12. 自費のみ 13. その他 ()
問 16	世帯の課税状況 【○は1つだけ】	1. 市民税非課税 2. 市民税課税 3. わからない
問 17	要介護認定の状況 【○は1つだけ】	1. 対象外(年齢) 2. 非該当・未申請 3. 要支援 1 4. 要支援 2 5. 要介護 1 6. 要介護 2 7. 要介護 3 8. 要介護 4 9. 要介護 5
患者の病状等		
問 18	現在の病状の程度 【○は1つだけ】	1. 近く退院予定 2. 医学的には退院可能だが、支援がないので退院できない 3. 医学的に退院困難な状態 5頁の間19へ 7頁の間20へ

患者の疾患や入院状況	
問 9	主な診断名 【○は1つだけ】
1. 統合失調症 2. 非定型精神病 3. うつ病 4. 双極性感情障害 5. てんかん 6. 精神発達遅滞 7. アルコール依存症 8. その他の薬物依存症 9. パーソナリティ障害 10. 認知症 11. 高次脳機能障害 12. その他の老年精神障害 13. その他 () 14. 診断保留	
【問9-1・2・3は、問9で「10. 認知症」を選んだ方のみお答えください】	
問 9-1	認知症の種類 【○は1つだけ】
1. 血管性認知症 2. アルツハイマー型認知症 3. レビ小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. その他 ()	
問 9-2	認知症と気づいてから医療機関を受診するまでの期間 【○は1つだけ】
1. () 年 () 月 () 日 2. わからない	
問 9-3	初めて認知症と診断された時の年齢 【○は1つだけ】
1. () 歳頃と推定される 2. わからない	
問 10	初めて精神科・神経科を受診した時の年齢 【○は1つだけ】
1. () 歳頃と推定される 2. わからない	
問 11	以前の精神科病院の入院の有無と回数(他医療機関を含む) 【○は1つだけ】
1. 入院あり ⇒ () 回 2. 入院なし 3. わからない	
【問11-1・2は、問11で「1. 入院あり」を選んだ方のみお答えください】	
問 11-1	平均の入院期間
約 () 年 () 月 () 日	
問 11-2	前回入院の退院年月(及び入院期間)
昭和・平成 () 年 () 月 入院期間 : () 年 () 月 () 日	

退院するために必要な条件等

問19 退院に必要な条件

今後、必要な支援	現在の支援状況
1. 今後、必要な支援	1. 現在の支援状況
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.
16.	16.
17.	17.

①「周囲」の支援

現在どのような人の支援を受けていますか
また、今後どのような人の支援が必要ですか
【〇はあてはまるものすべて】

1. 家族や親戚、知人
2. 同じ体験をもつ当事者同士
3. 民生委員や近所の人、ボランティア
4. ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）や看護師など医療機関の職員
5. ホームヘルパーやケアマネジャー（外注の介護を頼める人）などの福祉サービス（障害者総合支援法）
6. 作業所などの施設の職員
7. 地域活動支援センター1型※（相談支援事業所の職員）
8. 医師や看護師、精神保健福祉士などチームによる訪問支援（ACT）
9. ケアマネジャーや介護保険サービスのスタッフ
10. 保健所や市町村の保健師（窓口相談、家庭訪問）
11. 総合相談窓口
12. 夜間でも相談できる電話相談窓口
13. 保健福祉医療サービス等のケアマネジメント
14. 財産管理など権利擁護についての支援
15. 障がい者に配慮した子育て相談支援
16. その他（ ）
17. 特にない

※ 地域活動支援センター1型とは、日常生活や福祉サービス利用等に関する精神障がい者の相談支援事業所です。

今後、必要な支援	現在の利用状況
1. 今後、必要な支援	1. 現在の利用状況
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

②「医療」に関する支援

現在どのような医療の支援を受けていますか
また、今後どのような医療の支援が必要ですか
【〇はあてはまるものすべて】

1. 特にない
2. 病院や診療所での精神科デイケア・ナイトケアなど
3. 夜眠れないときなどに利用できる医療電話相談
4. 夜間や休日に受診できる精神科病院や診療所
5. 夜間や休日に入院できる精神科病院
6. 精神科の救急医療体制
7. 精神科医の往診
8. 訪問看護
9. その他（ ）

今後、必要な支援	現在の利用状況
1. 今後、必要な支援	1. 現在の利用状況
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

③「生活の場（住まい）」に関する支援

現在どのような住まいですか
また、今後どのような住まいが望まれますか
【〇は1つだけ】

1. 特にない（住まいなしも含む）
2. 長期入院の方（住民票のみ家族宅）
3. 一般アパートなどでの単身生活
4. 家族と同居
5. 食事や金銭管理など自活するための生活訓練を行う期限付き入所施設（支援寮）
6. 地域の中で仲間と生活する、世話人がいる共同住宅（ケアホーム・グループホーム）
7. 障がい者の入所施設
8. 高齢者の入居施設（特別養護老人ホームや軽費老人ホームなど）
9. その他（ ）

今後、必要な支援	現在の利用状況
<p>④「日中活動や就労」に関する支援</p> <p>現在どのような日中の活動をしていますか また、今後どのような日中の活動の場が必要ですか 【〇はあてはまるものすべて】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特になし 2. 一般企業への就職・復職(正社員、パート) 3. 障がいへの配慮がある一般企業への就職 (特例子会社、法定雇用による就労など) 4. 一般企業への就労に向けて就業訓練等をする施設や事業所 (就労移行支援事業所、就労支援センター、職親など) 5. 福祉的な就労の場である福祉施設(就労継続支援事業所など) 6. 作業や人付き合いを通じて社会参加を促すための福祉施設 (作業所など) 7. 障がい者が、サークル活動や居場所として自由に過ごすことができる場(地域活動支援センターI型) 8. 同じ体験をもつ当事者活動への参加 9. その他() 10. 就労等の必要なし(年齢的なものも含む)
<p>精神障がい者に対する保健福祉医療制度等全般について</p>	
<p>問 20</p>	<p>精神障がい者の保健福祉医療制度等について、ご意見・ご要望があれば ご自由にお書きください(患者様からのご要望がありましたら、ご記入ください)</p>