

令和 5 年 ○ 月 ○ 日

〇〇病院院長
〇〇 〇〇 殿

足立区地域自立支援協議会 精神医療部会
足立区精神障害にも対応した地域包括ケア
システムの構築に係るワーキンググループ

足立区の地域生活移行支援にかかる入院患者等実態調査への協力について（依頼）

日頃より、足立区の精神保健医療福祉施策にご協力いただき、感謝申し上げます。

このたび、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下「にも包括」という）の根底にある「入院医療中心から地域生活中心へ」理念に基づき、地域での生活基盤の整備および支援体制の構築を図ることを目的に、足立区地域自立支援協議会 精神医療部会および足立区「にも包括」の構築に係るワーキンググループにおいて、区内の精神科病院に長期入院されている方々の実態や支援のニーズについて調査を行うこととしました。

つきましては、貴院に入院されている方々の実態およびニーズ調査へのご協力をお願いいたく、ご依頼申し上げます。

記

- 1 調査時期
令和 5 年 ○ 月 ○ 日～令和 5 年 ○ 月 ○ 日予定
- 2 調査対象
貴院にて 1 年以上入院されている方のうち、入院前住所地または現住所地在足立区である方
- 3 調査内容と方法
 - (1) 内容：① 1 年以上の長期入院者数
② 個別の状況調査（性別、年代、診断名、入院形態等）
③ 退院への意向の有無等
 - (2) 方法：書面での実態調査（内容①②）および個別面接による聞き取り調査（内容③）
※ 内容②③につきましては、実態調査①のご回答後に、あらためてご依頼の連絡をいたします。
- 4 聞き取り調査員
足立区「にも包括」の構築に係るワーキンググループメンバー
（地域移行支援事業所、計画相談支援事業所、精神科医療機関、精神障害者自立支援センター、区職員等で構成）の中で 2 名程度
- 5 送付内容
 - ① 長期入院者に関するアンケート
 - ② 返信用封筒
- 6 回答期限
令和 5 年 ○ 月 ○ 日（○） 同封の返信用封筒にてご回答お願いいたします。

以上

【事務局】足立保健所中央本町地域・保健総合支援課精神保健係 本間・田口
〒120-0011 足立区中央本町 1-5-3
電 話：03-3880-5357
FAX：03-3880-6998
Mail：chuuou-hoken@city.adachi.tokyo.jp

令和5年〇月〇日

〇〇病院 様

足立区長期入院者に関するアンケート(実態調査)

貴院に長期入院されている患者様について実態を教えてください。

問 1 : 貴院に足立区を住所とする入院 1 年以上の患者様※はいらっしゃいますか。
(令和5年〇月時点の状況)

(※ICD-10(国際疾病分類)にて、F00 アルツハイマー病型認知症、F01 血管性認知症、
F02 - F09 それ以外の症状性を含む器質性精神障害 と診断された方を除く。)

☐ なし ➡ 以上で終了です。

☐ あり ➡ 問2の回答をお願いいたします。

問 2 : 入院 1 年以上の患者様の人数と年齢層について教えてください。

		65歳未満 入院患者様	65歳以上 入院患者様
1 年以上 入院患者様	男性	名	名
	女性	名	名

後日、個別の状況調査をお願いする場合の連絡先をご記入ください。

ご担当者様の ご所属とお名前	ご所属 お名前	
ご連絡先	電話	FAX
メールアドレス		

お忙しい中、ご協力頂きありがとうございました。

※ ご回答には、同封の返信用封筒をご利用ください。

※ 恐れ入りますが、〇月〇日(〇)までに、ご返送をお願いいたします。

【問合せ先】 足立保健所中央本町地域・保健総合支援課精神保健係 本間・田口
〒120-0011 足立区中央本町 1 - 5 - 3
電 話 : 03-3880-5357
FAX : 03-3880-6998
Mail : chuuou-hoken@city.adachi.tokyo.jp