

(6-4-1) 貴病院の最近 1 ヶ月間の精神科退院患者数を教えてください。

人

(6-4-2) 上記の最近 1 ヶ月間の精神科退院患者について、退院後の直接の行き先について教えてください。各項目について人数を記入し、該当者がいない場合は 0 人と記入してください。

1. 自宅もしくはアパートなどで家族と同居	人
2. 入院前に住んでいた自宅もしくはアパートなどでひとり暮らし	人
3. 賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし	人
4. 福祉ホーム、援護寮、入所授産施設	人
5. グループホーム	人
6. グループホーム以外の制度化されていない共同住居	人
7. 特別養護老人ホームなどの老人福祉施設	人
8. その他	人
9. 不明	人

(6-5) 【複数回答】貴組織・法人以外の運営する下記の社会資源は、日常の交通手段で 1 時間圏内にありますか。日常の交通手段とは、貴組織・法人の周辺で地域住民が一般に利用する交通手段で、徒歩・自転車・車・電車・バス・地下鉄などをさします。あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

0. 利用可能な施設はない		
1. 精神科診療所	2. 精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア	
3. 通所授産施設	4. 地域生活支援センター	
5. 福祉工場	6. 精神科病院	7. 援護寮（生活訓練施設）
8. 福祉ホーム A 型	9. 福祉ホーム B 型	10. 入所授産施設
11. グループホーム	12. 作業所	
13. その他（		）

● 7. 最後に記入者についてお伺いします。 ●

後でお問い合わせをさせていただきたい場合の連絡先を教えてください。

機関名 _____

記入者のお名前 _____

記入者の職種 _____

連絡先電話番号 _____ F A X 番号 _____

E-mail アドレス _____

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

本アンケートは、貴組織・法人が運営するグループホームの運営状況についてお分かりになる方にご回答をお願い致します。複数のグループホームを運営されている場合は、全ての施設について回答をお願いします。その場合は、1施設につき、1つの調査票を使用して御記入下さい。アンケートは2部同封しておりますが、不足の場合はコピーして回答をお願いします。

精神障害者の住居確保についての調査 B：グループホームアンケート

平成 16 年 11 月 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

【記入上のお願い】

- あてはまる番号に○をつけ、下線部にご記入してください。
- どの番号にもあてはまらない場合でも最も近いものを選び、全ての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】とある場合は、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。
- アンケート用紙は全部で8ページです。ご記入がお済みになったアンケート用紙は、他の調査票とあわせて、12月17日(金曜)までにご返送いただきますようお願い致します。

● 1. 貴施設の概要についてお伺いします。 ●

- (1-1) 貴施設の定員について教えてください 人
- (1-2) 貴施設の1ヵ月当たりの利用料について教えてください __万__千円程度
- (1-3) 貴施設の1ヵ月当たりの家賃相当分（共益費込み）について教えてください __万__千円程度
- (1-4) 貴施設の入居者の1ヵ月当たりのおよその支出（家賃、食費、生活費などの合計）について教えてください __万__千円程度
- (1-5) 貴施設の機能はどのように位置づけられていますか。下記の選択肢の中から最もあてはまるもの1つに○をつけて下さい。
1. 他の住居に移行するまでの入居期限付きの居住の場合
 2. 入居期限が無い長期的な住居
 3. 施設としては特に機能を設定していない
 4. その他（)

- (1-6) 貴施設の職員の人数について教えてください（常勤職員は1日8時間週4日（週計32時間）以上の勤務をしている職員です）。該当者がいない場合は0人と記入してください。

常勤 人（非常勤 人）

(1-7) 貴施設にボランティアとしてかかわっている人の人数を教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

人

(1-8) 【複数回答】貴施設の職員が相談したりアドバイスを得たり出来るところがありますか。最近1年間で利用されたものについて、あてはまる選択肢の全てに〇をつけてください。

- | | |
|-------------------|--------------|
| 0. 相談できるところはない | |
| 1. 都道府県精神保健福祉センター | 2. 保健所 |
| 3. 市区町村保健センター | 4. 福祉事務所・福祉課 |
| 5. 嘱託医 | 6. 精神科医療機関 |
| 7. 生活訓練施設 | 8. 授産施設 |
| 9. 地域生活支援センター | 10. 作業所 |
| 11. 社会福祉協議会 | 12. その他() |

(1-9) 貴施設の入居者はどのような支援を受けていますか、選択肢の中から最もあてはまる番号の1つにそれぞれ〇をつけてください。

	母体となる組織・法人 の職員が提供	母体となる組織・法人 以外の職員が提供	提供していない
(例) 部屋掃除	1)	②	3)
1. 訪問看護の提供	1)	2)	3)
2. 服薬に関する指導	1)	2)	3)
3. 日常生活への支援提供	1)	2)	3)
4. ホットライン（緊急連絡電話）の設置	1)	2)	3)
5. 電話による相談の提供	1)	2)	3)
6. 入居者個別の援助に関する計画を立てている	1)	2)	3)
7. 必要に応じた食事の提供	1)	2)	3)
8. 必要に応じて入居者の鍵を預かっている	1)	2)	3)

(1-10) 母体となる組織・法人の職員のかかわり方について、当てはまる番号の1つに〇をつけてください。

- | |
|-----------------------------|
| 1. 職員が当該施設と同じ建物に居住している |
| 2. 職員が当該施設を毎日訪問している |
| 3. 職員が当該施設を週1、2回訪問している |
| 4. 問題が発生した場合、職員が当該施設を訪問している |
| 5. その他 () |

● 2. 貴施設の建物についてお伺いします。 ●

(2-1) 貴施設の利用している建物[□]は以下のどれに当てはまりますか。 あてはまる番号の1つに
○をつけてください。

- | |
|---------------------------|
| 1. 貴組織・法人の運営母体が所有するもの |
| 2. 貴組織・法人が賃貸契約により使用しているもの |
| 3. 貴組織・法人が無償で借り受けているもの |
| 4. その他 () |

(2-2) 貴施設の利用している土地[□]は以下のどれに当てはまりますか。 あてはまる番号の1つに
○をつけてください。

- | |
|---------------------------|
| 1. 貴組織・法人の運営母体が所有するもの |
| 2. 貴組織・法人が賃貸契約により使用しているもの |
| 3. 貴組織・法人が無償で借り受けているもの |
| 4. その他 () |

(2-3) 貴施設が利用している建築物の築年数を教えてください

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 築5年以内 | 2. 築10年以内 | 3. 築15年以内 |
| 4. 築20年以内 | 5. 築20年以上 | 6. 不明 |

(2-4) 貴施設の建築様式はどのようなものですか。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 鉄骨・鉄筋コンクリート | 2. 石・ブロック・煉瓦づくり |
| 3. 木造・木造モルタル | 4. その他 () |

(2-5) 貴施設の玄関について教えてください。

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 玄関は複数の入居者で共用している | 2. 玄関はそれぞれ独立している |
|---------------------|------------------|

(2-6) 貴施設の入居者の居室の状況について教えてください

- | | | |
|---------------|--------------|--------------|
| 1. 全ての居室が1人部屋 | 2. 一部の居室が相部屋 | 3. 全ての居室が相部屋 |
|---------------|--------------|--------------|

(2-7) 貴施設の入居者の居室の施錠について教えてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 全ての居室が施錠可能 | 2. 一部の居室が施錠可能 | 3. 施錠可能な居室はない |
|---------------|---------------|---------------|

(2-8) 貴施設における入居者の居室の1人あたりの平均的な面積について教えてください。

- | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. 5m ² 未満 | 2. 5m ² 以上 8m ² 未満 | 3. 8m ² 以上 |
|-----------------------|--|-----------------------|

(2-9) 貴施設は入居者が自由に利用できる共用室を有していますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 有り | 2. 無し |
|-------|-------|

(2-10) 【複数回答】貴施設の所在地の環境についてあてはまる番号の全てに○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. 近隣に他の建物はない | 2. 一般住民の住居に隣接している |
| 3. 近隣に一般住民が居住している | 4. 周囲に商店街がある |
| 5. 病院の敷地内にある | 6. 駅やバス停が徒歩20分以内にある |

(2-11) 【複数回答】下記の社会資源は、日常の交通手段で1時間圏内にありますか。日常の交通手段とは、貴組織・法人の周辺で地域住民が一般に利用する交通手段で、徒歩・自転車・車・電車・バス・地下鉄などをさします。あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 0. 利用可能な施設はない | |
| 1. 精神科診療所 | 2. 精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア |
| 3. 通所授産施設 | 4. 地域生活支援センター |
| 5. 福祉工場 | 6. 精神科病院 |
| 8. 福祉ホームA型 | 7. 援護寮（生活訓練施設） |
| 9. 福祉ホームB型 | 10. 入所授産施設 |
| 11. グループホーム | 12. 作業所 |
| 13. その他（ | ） |

(2-12) 貴施設の居住に関する各設備について、選択肢の中から最もあてはまる番号の1つにそれぞれ○をつけてください。

	各居室に 設置	一部の居室、 共用室に設置	設置なし
(例) 絵画	1)	②)	3)
1. 空調設備	1)	2)	3)
2. 収納スペース	1)	2)	3)
3. 洗面台	1)	2)	3)
4. トイレ	1)	2)	3)
5. 浴室	1)	2)	3)
6. 電磁調理器	1)	2)	3)
7. 火災報知器	1)	2)	3)
8. ガス漏れ警報器	1)	2)	3)

● 3. 精神障害者への対応で感じる困難についてお伺いします。 ●

この1年間で貴施設では、貴施設で生活する精神障害者において、以下の各状態に対応した経験がありますか。また、そのような経験に、どの程度の困難や負担を感じましたか。あてはまるものそれぞれ1つずつに○をつけてください。

	困難や負担を感じた程度				
	対応して いない	全く感じ なかった	あまり感じ なかった	いづらか 感じた	非常に 感じた
例：個人衛生が自立している	0)	1)	2)	③)	4)
1. 意志伝達が <u>いづらかの困難</u> （考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに多少、相手の促しを要することもある）	0)	1)	2)	3)	4)
2. <u>中等度の幻覚</u> （明らかに存在するが出現頻度稀なもの。行動に影響しない。）	0)	1)	2)	3)	4)
3. <u>中等度の緊張</u> （多少の不安の自律神経症状。頻回の不必要な動き。落ち着きのなさ。緊張した姿勢）	0)	1)	2)	3)	4)
4. <u>中等度の抑うつ気分</u> （外見上ゆううつ。悲しい。どうしようもない。）	0)	1)	2)	3)	4)
5. 自傷他害の危険性が <u>中程度</u> （自傷他害の可能性があり用心が必要な状態）	0)	1)	2)	3)	4)
6. 意志伝達が <u>具体的要求に限られる</u> （時々は自分の意志を伝えることができるが、基本的な欲求に限られる）	0)	1)	2)	3)	4)
7. <u>重度の幻覚</u> （持続性で強度の幻覚。対象者の行動を決定する）	0)	1)	2)	3)	4)
8. <u>重度の緊張</u> （運動機能の激越。歩き回り。頭を叩きつけ緊張で動かないなどの症状。多少の接触は可能）	0)	1)	2)	3)	4)
9. <u>重度の抑うつ気分</u> （抑うつの身体的徴候を示す広範囲で重篤な抑うつ。抑うつ性妄想。死や自殺への没頭）	0)	1)	2)	3)	4)
10. 自傷他害の危険性が <u>高い</u> （自傷他害を具体的に引き起こす恐れが十分あり、警戒が必要な状態）	0)	1)	2)	3)	4)

● 4. 精神障害者の地域生活において発生した問題についてお聞きします。 ●

グループホームで生活する精神障害者においてこの1年間で、以下のような問題を生じたことがありますか。またそのような問題に関して、どの程度の困難や負担を感じましたか。あてはまるものそれぞれ1つずつに○をつけてください。

		困難や負担を感じた程度				
		問題は発生 しなかった	全く 感じなかった	あまり 感じなかった	いくらか 感じた	非常に 感じた
例：個人衛生が自立している		0)	1)	②	3)	4)
防災・防犯	1. 火災の予防	0)	1)	2)	3)	4)
	2. 転落防止	0)	1)	2)	3)	4)
	3. 外部からの侵入、盗難	0)	1)	2)	3)	4)
生活管理	4. 食生活	0)	1)	2)	3)	4)
	5. 整理整頓	0)	1)	2)	3)	4)
	6. 騒音	0)	1)	2)	3)	4)
	7. ゴミだし	0)	1)	2)	3)	4)
	8. 生活時間の管理	0)	1)	2)	3)	4)
住宅・金銭管理	9. 家賃の支払い	0)	1)	2)	3)	4)
	10. 不動産業者との賃貸契約	0)	1)	2)	3)	4)
	11. 住居設備の管理	0)	1)	2)	3)	4)
	12. 金銭管理	0)	1)	2)	3)	4)
	13. 生活費の確保	0)	1)	2)	3)	4)
疾病管理	14. 自傷行為への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	15. 他害行為への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	16. 自傷他害以外の症状悪化への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	17. 服薬管理	0)	1)	2)	3)	4)
社会関係	18. 地域活動（清掃当番、町内会活動等）への参加	0)	1)	2)	3)	4)
	19. 入居者間のトラブル	0)	1)	2)	3)	4)
	20. 地域住民とのトラブル	0)	1)	2)	3)	4)

● 5. 貴施設の入居者についてお聞きします。 ●

(5-1) 貴施設に「現在入居中」の精神障害者の人数について教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

人

(5-2) 上記の入居者について、下記の項目についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。各項目について人数を記入し、該当者がいない場合は0人と記入してください。

		人数
1. 性別	男性	人
	女性	人
2. 年齢	～39才	人
	40～64才	人
	65才～	人
3. 入居者の主たる精神障害 (1人につき1つ)	精神分裂病（統合失調症）圏 (F2)	人
	躁うつ病圏 (F3)	人
	人格障害圏 (F6)	人
	その他・不明	人
4. 入居前の居住の場	精神科病院	人
	自宅	人
	社会復帰施設・グループホーム	人
	その他・不明	人
5. 実態として提供している 支援	夜間出勤を含めた24時間体制の支援	人
	日中・部分的な支援	人
	緊急時のみの支援	人

(5-3) 「昨年度一年間」で貴施設を退居した精神障害者の人数について教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

人

(5-4) 上記の退居者の退居先についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。該当者がいない場合は0人と記入してください。

		人数
利用者の退居先	精神科病院	人
	自宅	人
	社会復帰施設・グループホーム	人
	その他・不明	人

● 6. 最後に記入者についてお伺いします。 ●

後でお問い合わせをさせていただきたい場合の連絡先を教えてください。

機関名

記入者のお名前

記入者の職種

連絡先電話番号

F A X 番号

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

本アンケートは、貴組織・法人が運営する共同住居（精神福祉法の居宅支援事業として国の補助を受けていない住居で、貴法人が借り上げ、または設置しているもの）の運営状況についてお分かりになる方（世話人等）にご回答をお願いします。複数の共同住居を運営されている場合は、全ての施設について回答をお願いします。その場合は、1施設につき、1つの調査票を使用してください。アンケートは2部同封しておりますが、不足の場合はコピーして回答をお願いします。

精神障害者の住居確保についての調査 C：共同住居アンケート

平成 16 年 11 月 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

【記入上のお願い】

- あてはまる番号に○をつけ、下線部にご記入下さい
- どの番号にもあてはまらない場合でも最も近いものを選び、全ての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある場合は、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。
- アンケート用紙は全部で8ページです。ご記入がお済みになったアンケート用紙は、他の調査票とあわせて、12月17日(金曜)までにご返送いただきますようお願い致します。

● 1. 共同住居の運営についてお聞きします。 ●

(1-1) 貴組織・法人では共同住居（精神福祉法の居宅支援事業として国の補助を受けていない住居で、貴組織・法人が借り上げ、または設置しているもの）を運営していますか。運営している場合は括弧内に施設数をご記入下さい。

1. 運営している（施設数：_____） 2. 運営していない

共同住居を複数運営されている場合は、その中の1施設を想定して以下の質問に御回答ください。また共同住居を運営されていない場合は、以下の質問には答えずに空欄のままで調査票を御返送下さい。

(1-2) 【複数回答】共同住居の財源についてあてはまる番号の全てに○をつけて下さい。

1. 今後、国・都道府県の補助を申請する予定である
2. 市町村の補助を受けている
3. 上記以外の組織・団体から補助を受けている

● 2. 貴施設の建物についてお伺いします。 ●

(2-1) 貴施設の利用している建物[□]は以下のどれに当てはまりますか。 あてはまる番号の1つに
○をつけてください。

- | |
|---------------------------|
| 1. 貴組織・法人の運営母体が所有するもの |
| 2. 貴組織・法人が賃貸契約により使用しているもの |
| 3. 貴組織・法人が無償で借り受けているもの |
| 4. その他 () |

(2-2) 貴施設の利用している土地[□]は以下のどれに当てはまりますか。 あてはまる番号の1つに
○をつけてください。

- | |
|---------------------------|
| 1. 貴組織・法人の運営母体が所有するもの |
| 2. 貴組織・法人が賃貸契約により使用しているもの |
| 3. 貴組織・法人が無償で借り受けているもの |
| 4. その他 () |

(2-3) 貴施設が利用している建築物の築年数を教えてください。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. 築5年以内 | 2. 築10年以内 | 3. 築15年以内 |
| 4. 築20年以内 | 5. 築20年以上 | 6. 不明 |

(2-4) 貴施設の建築様式はどのようなものですか。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 鉄骨・鉄筋コンクリート | 2. 石・ブロック・煉瓦づくり |
| 3. 木造・木造モルタル | 4. その他 () |

(2-5) 貴施設の玄関について教えてください。

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 玄関は複数の入居者で共用している | 2. 玄関はそれぞれ独立している |
|---------------------|------------------|

(2-6) 貴施設の入居者の居室の状況について教えてください

- | | | |
|---------------|--------------|--------------|
| 1. 全ての居室が1人部屋 | 2. 一部の居室が相部屋 | 3. 全ての居室が相部屋 |
|---------------|--------------|--------------|

(2-7) 貴施設の入居者の居室の施錠について教えてください。

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 全ての居室が施錠可能 | 2. 一部の居室が施錠可能 | 3. 施錠可能な居室はない |
|---------------|---------------|---------------|

(2-8) 貴施設における入居者の居室の1人あたりの平均的な面積について教えてください。

- | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. 5m ² 未満 | 2. 5m ² 以上 8m ² 未満 | 3. 8m ² 以上 |
|-----------------------|--|-----------------------|

(2-9) 貴施設は入居者が自由に利用できる共用室を有していますか。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 有り | 2. 無し |
|-------|-------|

(2-10)【複数回答】貴施設の所在地の環境についてあてはまる番号の全てに○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1. 近隣に他の建物はない | 2. 一般住民の住居に隣接している |
| 3. 近隣に一般住民が居住している | 4. 周囲に商店街がある |
| 5. 病院の敷地内にある | 6. 駅やバス停が徒歩 20 分以内にある |

(2-11) 【複数回答】下記の社会資源は、日常の交通手段で1時間圏内にありますか。日常の交通手段とは、貴組織・法人の周辺で地域住民が一般に利用する交通手段で、徒歩・自転車・車・電車・バス・地下鉄などをさします。あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 0. 利用可能な施設はない | | |
| 1. 精神科診療所 | 2. 精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア | |
| 3. 通所授産施設 | 4. 地域生活支援センター | |
| 5. 福祉工場 | 6. 精神科病院 | 7. 援護寮（生活訓練施設） |
| 8. 福祉ホームA型 | 9. 福祉ホームB型 | 10. 入所授産施設 |
| 11. グループホーム | 12. 作業所 | |
| 13. その他（ ） | | |

(2-12) 貴施設の居住に関する各設備について、選択肢の中から最もあてはまる番号の1つにそれぞれ○をつけてください。

	各居室に 設置	一部の居室、 共用室に設置	設置なし
(例) 絵画	1)	②)	3)
1. 空調設備	1)	2)	3)
2. 収納スペース	1)	2)	3)
3. 洗面台	1)	2)	3)
4. トイレ	1)	2)	3)
5. 浴室	1)	2)	3)
6. 電磁調理器	1)	2)	3)
7. 火災報知器	1)	2)	3)
8. ガス漏れ警報器	1)	2)	3)

● 3. 精神障害者への対応で感じる困難についてお伺いします。 ●

この1年間で貴施設では、貴施設で生活する精神障害者において、以下の各状態に対応した経験がありますか。また、そのような経験に、どの程度の困難や負担を感じましたか。あてはまるものそれぞれ1つずつに○をつけてください。

	困難や負担を感じた程度				
	対応して いない	全く感じ なかった	あまり感じ なかった	いづらか 感じた	非常に 感じた
例：個人衛生が自立している	0)	1)	2)	③)	4)
1. 意志伝達が いづらかの困難 （考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに多少、相手の促しを要することもある）	0)	1)	2)	3)	4)
2. 中等度の幻覚 （明らかに存在するが出現頻度稀なもの。行動に影響しない。）	0)	1)	2)	3)	4)
3. 中等度の緊張 （多少の不安の自律神経症状。頻回の不必要な動き。落ち着きのなさ。緊張した姿勢）	0)	1)	2)	3)	4)
4. 中等度の抑うつ気分 （外見上抑うつ。悲しい。どうしようもない。）	0)	1)	2)	3)	4)
5. 自傷他害の危険性が 中程度 （自傷他害の可能性があり用心が必要な状態）	0)	1)	2)	3)	4)
6. 意志伝達が 具体的要求に限られる （時々は自分の意志を伝えることができるが、基本的な欲求に限られる）	0)	1)	2)	3)	4)
7. 重度の幻覚 （持続性で強度の幻覚。対象者の行動を決定する）	0)	1)	2)	3)	4)
8. 重度の緊張 （運動機能の激越。歩き回り。頭を叩きつけ緊張で動かないなどの症状。多少の接触は可能）	0)	1)	2)	3)	4)
9. 重度の抑うつ気分 （抑うつの身体的徴候を示す広範囲で重篤な抑うつ。抑うつ性妄想。死や自殺への没頭）	0)	1)	2)	3)	4)
10. 自傷他害の危険性が 高い （自傷他害を具体的に引き起こす恐れが十分あり、警戒が必要な状態）	0)	1)	2)	3)	4)

● 4. 精神障害者の地域生活において発生した問題についてお聞きします。 ●

共同住居で生活する精神障害者においてこの1年間で、以下のような問題を生じたことがありますか。またそのような問題に関して、どの程度の困難や負担を感じましたか。あてはまるものそれぞれ1つずつに○をつけてください。

		困難や負担を感じた程度				
		問題は発生 しなかった	全く 感じなかった	あまり 感じなかった	いくらか 感じた	非常に 感じた
例：個人衛生が自立している		0)	1)	②	3)	4)
防災・防犯	1. 火災の予防	0)	1)	2)	3)	4)
	2. 転落防止	0)	1)	2)	3)	4)
	3. 外部からの侵入、盗難	0)	1)	2)	3)	4)
生活管理	4. 食生活	0)	1)	2)	3)	4)
	5. 整理整頓	0)	1)	2)	3)	4)
	6. 騒音	0)	1)	2)	3)	4)
	7. ゴミだし	0)	1)	2)	3)	4)
	8. 生活時間の管理	0)	1)	2)	3)	4)
住宅・金銭管理	9. 家賃の支払い	0)	1)	2)	3)	4)
	10. 不動産業者との賃貸契約	0)	1)	2)	3)	4)
	11. 住居設備の管理	0)	1)	2)	3)	4)
	12. 金銭管理	0)	1)	2)	3)	4)
	13. 生活費の確保	0)	1)	2)	3)	4)
疾病管理	14. 自傷行為への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	15. 他害行為への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	16. 自傷他害以外の症状悪化への対応	0)	1)	2)	3)	4)
	17. 服薬管理	0)	1)	2)	3)	4)
社会関係	18. 地域活動（清掃当番、町内会活動等）への参加	0)	1)	2)	3)	4)
	19. 入居者間のトラブル	0)	1)	2)	3)	4)
	20. 地域住民とのトラブル	0)	1)	2)	3)	4)

● 5. 貴施設の入居者についてお聞きします。 ●

(5-1) 貴施設に現在入居中の精神障害者の人数について教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

	人
--	---

(5-2) 上記の入居者について、下記の項目についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。各項目について人数を記入し、該当者がいない場合は0人と記入してください。

		人数
1. 性別	男性	人
	女性	人
2. 年齢	～39才	人
	40～64才	人
	65才～	人
3. 入居者の主たる精神障害 (1人につき1つ)	精神分裂病（統合失調症）圏 (F2)	人
	躁うつ病圏 (F3)	人
	人格障害圏 (F6)	人
	その他・不明	人
4. 入居前の居住の場	精神科病院	人
	自宅	人
	社会復帰施設・グループホーム	人
	その他・不明	人
5. 実態として提供している 支援	夜間出勤を含めた24時間体制の支援	人
	日中・部分的な支援	人
	緊急時のみの支援	人

(5-3) 昨年度一年間で貴施設を退居した精神障害者の人数について教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

	人
--	---

(5-4) 上記の退居者の退居先についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。該当者がいない場合は0人と記入してください。

		人数
利用者の退居先	精神科病院	人
	自宅	人
	社会復帰施設・グループホーム	人
	その他・不明	人

● 6. 貴施設の概要についてお伺いします。 ●

(6-1) 貴施設の定員について教えてください

人

(6-2) 貴施設の1ヵ月当たりの利用料について教えてください

__万__千円程度

(6-3) 貴施設の1ヵ月当たりの家賃相当分(共益費込み)について
教えてください

__万__千円程度

(6-4) 貴施設の入居者の1ヵ月当たりのおよその支出(家賃、食費、
生活費などの合計)について教えてください

__万__千円程度

(6-5) 貴施設の機能はどのように位置づけられていますか。下記の選択肢の中から最もあては
まるもの1つに○をつけて下さい。

1. 他の住居に移行するまでの入居期限付きの居住の場
2. 入居期限が無い長期的な住居
3. 施設としては特に機能を設定していない
4. その他()

(6-6) 貴施設の職員の人数について教えてください(常勤職員は1日8時間週4日(週計32
時間)以上の勤務をしている職員です)。該当者がいない場合は0人と記入してください。

常勤 人(非常勤 人)

(6-7) 貴施設にボランティアとしてかかわっている人の人数を教えてください。該当者がいな
い場合は0人と記入してください。

人

(6-8) 【複数回答】貴施設の職員が相談したりアドバイスを得たり出来るところがありますか。
最近1年間で利用されたものについて、あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

0. 相談できるところはない
- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. 都道府県精神保健福祉センター | 2. 保健所 |
| 3. 市区町村保健センター | 4. 福祉事務所・福祉課 |
| 5. 嘱託医 | 6. 精神科医療機関 |
| 7. 生活訓練施設 | 8. 授産施設 |
| 9. 地域生活支援センター | 10. 作業所 |
| 11. 社会福祉協議会 | 12. その他() |

(6-9) 貴施設の入居者はどのような支援を受けていますか、選択肢の中から最もあてはまる番号の1つにそれぞれ○をつけてください。

	母体となる組織・法人の職員が提供	母体となる組織・法人以外の職員が提供	提供していない
(例) 部屋掃除	1)	②	3)
1. 訪問看護の提供	1)	2)	3)
2. 服薬に関する指導	1)	2)	3)
3. 日常生活への支援提供	1)	2)	3)
4. ホットライン（緊急連絡電話）の設置	1)	2)	3)
5. 電話による相談の提供	1)	2)	3)
6. 入居者個別の援助に関する計画を立てている	1)	2)	3)
7. 必要に応じた食事の提供	1)	2)	3)
8. 必要に応じて入居者の鍵を預かっている	1)	2)	3)

(6-10) 運営主体である組織・法人の職員のかかわり方について、当てはまる番号の1つに○をつけてください。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 職員が当該施設と同じ建物に居住している 2. 職員が当該施設を毎日訪問している 3. 職員が当該施設を週 1、2 回訪問している 4. 問題が発生した場合、職員が当該施設を訪問している 5. その他 () |
|--|

● 7. 最後に記入者についてお伺いします。 ●

後でお問い合わせをさせていただきたい場合の連絡先を教えてください。

機関名 _____

記入者のお名前 _____

記入者の職種 _____

連絡先電話番号 _____ F A X 番号 _____

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

本アンケートは、賃貸物件など、社会復帰施設、グループホーム、共同住居以外の場で、地域生活を始めた精神障害者の支援について、お分かりになる方にお伺いします。該当する方がいない場合は、1 ページ目の該当欄に「0 人」と記入し、その他は空欄のままご返送下さい

精神障害者の住居確保についての調査 D：賃貸物件アンケート

平成 16 年 11 月 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

【記入上のお願い】

- あてはまる番号に○をつけ、下線部にご記入下さい
- どの番号にもあてはまらない場合でも最も近いものを選び、全ての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある場合は、あてはまる番号のすべてに○をつけてください。

アンケート用紙は全部で 6 ページです。ご記入がお済みになったアンケート用紙は、他の調査票とあわせて、12 月 17 日(金曜)までにご返送いただきますようお願い致します。

● 1. 貴組織・法人が支援を提供する精神障害者の方についてお伺いします。 ●

(1-1) 貴組織・法人が支援を提供する精神障害者でこの一年間に賃貸物件などを新たに借りて、社会復帰施設、グループホーム、共同住居以外の場で、地域生活を始めた方の人数を教えてください。現在その住居で生活中かどうかは問いません。該当者がいない場合は 0 人と御記入下さい。

人

(1-2) 上記利用者の住まいの確保に当たり、貴組織・法人ではどのような関わりを持ちましたか。下記の項目についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。各項目について人数を記入し、該当者がいない場合は 0 人と記入してください。

	人数
1. 住居の確保については、特に支援を行わなかった	人
2. 住居についての情報を提供したが、部屋の契約には関わらなかった。(不動産業者との契約は精神障害者本人、あるいは家族が行った等)	人
3. 住居についての情報を提供し、部屋の契約においても関わりがあった。(法人が一定期間借り上げた物件や、法人所有の物件を精神障害者に貸与した等)	人
4. その他 ()	人

(1-3) 先述の(1-1)の精神障害者について、下記の項目についてそれぞれ、該当する人数をお答え下さい。各項目について人数を記入し、該当者がいない場合は0人と記入してください。

		人数
1. 性別	男性	人
	女性	人
2. 年齢	～39才	人
	40～64才	人
	65才～	人
3. 入居者の主たる精神障害 (1人につき1つ)	精神分裂病(統合失調症)圏 (F2)	人
	躁うつ病圏 (F3)	人
	人格障害圏 (F6)	人
	その他・不明	人
4. 入居前の居住の場	精神科病院	人
	自宅	人
	社会復帰施設・グループホーム	人
	その他・不明	人
5. 実態として提供している 支援	夜間出勤を含めた24時間体制の支援	人
	日中・部分的な支援	人
	緊急時のみの支援	人

● 2. 貴組織・法人が行っている支援についてお伺いします。 ●

(2-1) 賃貸物件などで生活する精神障害者はどのような支援を受けていますか。選択肢の中から最もあてはまる番号の1つにそれぞれ0をつけてください。

	組織・法人 の職員が実行	組織・法人以外 の職員が実行	提供していない
(例) 部屋掃除	1)	②	3)
1. 訪問看護の提供	1)	2)	3)
2. 服薬に関する指導	1)	2)	3)
3. 日常生活への支援提供	1)	2)	3)
4. ホットライン(緊急連絡電話)の設置	1)	2)	3)
5. 電話による相談の提供	1)	2)	3)
6. 入居者個別の援助に関する計画を立てている	1)	2)	3)
7. 必要に応じた食事の提供	1)	2)	3)
8. 必要に応じて入居者の鍵を預かっている	1)	2)	3)

(2-2) 貴法人において、賃貸物件などで生活する精神障害者の支援に関わる、職員の人数について教えてください（常勤職員は1日8時間週4日（週計32時間）以上の勤務をしている職員です）該当者がいない場合は0人と記入してください

常勤	人（非常勤	人）
----	-------	----

(2-3) 貴施設にボランティアとして関わっている人の人数を教えてください。該当者がいない場合は0人と記入してください。

	人
--	---

(2-4) 【複数回答】貴施設の職員が相談したりアドバイスを得たり出来るところがありますか。最近1年間で利用されたものについて、あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

0. 相談できるところはない	
1. 都道府県精神保健福祉センター	2. 保健所
3. 市区町村保健センター	4. 福祉事務所・福祉課
5. 嘱託医	6. 精神科医療機関
7. 生活訓練施設	8. 授産施設
9. 地域生活支援センター	10. 作業所
11. 社会福祉協議会	12. 民生委員
13. 不動産業者	13. その他()

(2-5) 【複数回答】下記の社会資源は、日常の交通手段で賃貸物件居住者から1時間圏内にありますか。日常の交通手段とは、貴組織・法人の周辺で地域住民が一般に利用する交通手段で、徒歩・自転車・車・電車・バス・地下鉄などをさします。あてはまる選択肢の全てに○をつけてください。

0. 利用可能な施設はない		
1. 精神科診療所	2. 精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア	
3. 通所授産施設	4. 地域生活支援センター	
5. 福祉工場	6. 精神科病院	7. 援護寮（生活訓練施設）
8. 福祉ホームA型	9. 福祉ホームB型	10. 入所授産施設
11. グループホーム	12. 作業所	
13. その他（	）	