

【入院中の強度行動障害者への支援・介入の専門プログラムの整備と地域移行に資する研究】  
ご家族アンケート

今後の支援を充実させる為に、ぜひ皆様のご意見をお聞かせ下さい。  
回答のなかであてはまる番号に○をつけ、またその理由もお書きください。よろしくお願い致します。

1. 基礎情報

- 1) あなたの続柄 母・父・きょうだい  
その他 ( )
- 2) あなたの性別 ( 男 ) ( 女 )
- 3) あなたの年齢 ( ) 歳
- 4) 入院となった患者さんの性別 ( 男 ) ( 女 )
- 5) 入院となった患者さんの年齢 ( ) 歳

2. 入院において、福祉分野の協力者との連携はいかがでしたか？

- 1) とても効果的      2) 効果的      3) 少し効果的      4) 効果無し

理由

3. 精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」(入院治療)はいかがでしたか？

- 1) とても効果的      2) 効果的      3) 少し効果的      4) 効果無し

理由

4. 精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」(入院治療)は必要だと思いますか？

- 1) 必要      2) まあまあ必要      3) 必要で無い      4) どちらともいえない

理由

5. 今後も精神科病棟での「強度行動障害への支援・介入」(入院治療)を利用したいと思いませんか？

- 1) ぜひ利用したい    2) 条件があえばりようしたい    3) あまり利用したくない    4) 利用したくない

理由

6. ご要望・ご希望・困りごとがございましたら自由にお書きください

ご協力ありがとうございました。