

【地域移行支援に関するアンケート】

法人名 :

施設名 :

担当者名 :

1.障害福祉サービスにおける地域移行支援について、該当する項目に○をつけてください。

- ・地域移行支援について理解している
- ・聞いたことはあるが、よくわからない
- ・今回のアンケート・添付資料で初めて知った

2.貴施設における地域移行支援の利用実績を教えてください。(過去すべて)。

_____人

3.貴施設にて、地域移行支援を利用せず障害者支援施設を退所し、地域生活に移行した方はいますか。

(2020年4月1日～2021年9月30日の期間内で)

_____人

上記理由をお聞かせください。(例：直接グループホームへ移行した)

4.現在、貴施設に入所している利用者の中で、地域移行支援の対象となりそうな利用者はいますか。

_____人

5.地域移行支援の必要性についてどのように考えられますか。

- ・必要
- ・どちらかといえば必要
- ・どちらとも言えない
- ・不要

上記を選ばれた理由をお聞かせください。

6.貴施設で地域移行支援の利用は可能でしょうか。該当する項目に○をつけてください。

- ・できる
- ・条件を整えばできる
- ・できない

→6で「条件を整えばできる」と回答頂いた方に伺います。どのような条件を整えば可能でしょうか

(例：本人が退所の意欲を示せば利用できる)

→6で「できない」と回答頂いた方に伺います。できない理由をお答えください

(例：本人に退所の意欲がないため)

7.現在、貴施設からの退所支援をする際の連携先はどこですか

8.現在、退所支援を行う中で困ることはありますか

9.その他、地域移行支援における課題やご意見等があればお聞かせください。

アンケートへのご協力ありがとうございました。

【地域移行支援に関するアンケート】

法人名 : 病院名 : 担当者名 :

1.障害福祉サービスにおける地域移行支援について、該当する項目に○をつけてください。

- ・地域移行支援について理解している
- ・聞いたことはあるが、よくわからない
- ・今回のアンケート・添付資料で初めて知った

2.貴病院における地域移行支援の利用実績を教えてください（過去すべて）。

_____人

3.貴病院にて、地域移行支援利用対象となる1年以上の長期入院をされていた方の中で、地域移行支援を利用せず地域生活に移行した方はいますか。（2020年4月1日～2021年9月30日の期間内で）

_____人

上記理由をお聞かせください。（例：直接グループホームへ移行した）

4.現在、貴病院に入院している患者様の中で地域移行支援の対象となりそうな患者様はいますか。

_____人

5.地域移行支援の必要性についてどのように考えられますか。

- ・必要
- ・どちらかといえば必要
- ・どちらとも言えない
- ・不要

上記を選ばれた理由をお聞かせください。

6. 貴病院で地域移行支援の利用は可能でしょうか。該当する項目に○をつけてください。

- ・できる
- ・条件を整えばできる
- ・できない

→6で「条件を整えばできる」と回答頂いた方に伺います。どのような条件を整えば可能でしょうか

(例：本人が退院の意欲を示せば利用できる)

→6で「できない」と回答頂いた方に伺います。できない理由をお答えください（複数回答可）

(例：本人に退院の意欲がないため)

7. 現在、貴病院で退院支援をする際の連携先はどこですか

8. 現在、貴病院からの退院支援を行う中で困ることはありますか

9. その他、地域移行支援における課題やご意見等があればお聞かせください。

アンケートへのご協力ありがとうございました。

【地域移行支援に関するアンケート】

法人名 ：

事業所名 ：

担当者名 ：

1.障害福祉サービスにおける地域移行支援について、該当する項目に○をつけてください。

- ・地域移行支援について理解している
- ・聞いたことはあるが、よくわからない
- ・今回のアンケート・添付資料で初めて知った

2. 貴事業所における地域移行支援の利用実績を教えてください（過去すべて）。

_____人

3.現在、貴事業所で担当している利用者で地域移行支援の対象となりそうな利用者はいますか。

_____人

4.地域移行支援の必要性についてどのように考えられますか。

- ・必要
- ・どちらかといえば必要
- ・どちらとも言えない
- ・不要

上記を選ばれた理由をお聞かせください。

5.貴事業所で地域移行支援事業の実施、利用は可能でしょうか。該当するものに○をつけてください。

- ・できる
- ・条件を整えばできる
- ・できない

