

令和 3 年 月 日

〇〇病院
院長 〇〇 〇〇 様

小金井市長 西岡 真一郎

長期入院患者の地域移行対象者の把握について（依頼）**㊦**

日頃より小金井市の精神保健福祉行政にご理解とご協力をいただきまして、厚く御礼申し上げます。

さて、本市では令和 3 年 3 月に「第 6 期小金井市障害福祉計画」を策定し、これに基づき精神科病院から地域移行への促進に取り組んでいるところです。また、令和 3 年 4 月には小金井市精神保健福祉連絡協議会（以下「協議会」という。）を設置し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた検討も始めるところです。

つきましては、地域移行の促進及び協議会における検討の参考資料として、小金井市在住の地域移行対象者の把握をいたしたく、お忙しいところ大変恐縮でございますが、貴院に入院をしている小金井市民について、別紙の調査票にご回答いただき、令和 3 年〇月〇日までにご返送いただきますよう、お願い申し上げます。

なお、本調査にて知り得た情報は本調査の目的以外には使用いたしません。ご不明な点は下記担当までお問合せ下さいますよう、お願いいたします。

〒184-8504

東京都小金井市本町 6 丁目 6 - 3
小金井市役所自立生活支援課
相談支援係 精神担当 土肥
電話：042-387-9841

貴院に主疾患が精神疾患により入院している方で、小金井市在住または入院前に小金井市にお住まいだった方はいますか？ ○をつけてください。

(はい ・ いいえ)

(はい) に○をつけた場合は、次ページにお進みください。

(いいえ) に○をつけた場合は、これで調査票の記載は終了です。

該当者について、それぞれご記入をお願いします。

なお、該当者が7人以上いる場合は、恐れ入りますが、本書を複写してご記入くださいますようお願いいたします。

入院患者①

疾患名	
入院日	
生年月日	

入院患者②

疾患名	
入院日	
生年月日	

入院患者③

疾患名	
入院日	
生年月日	

入院患者④

疾患名	
入院日	
生年月日	

入院患者⑤

疾患名	
入院日	
生年月日	

入院患者⑥

疾患名	
入院日	
生年月日	

新型コロナウイルス感染防止の観点から、面会は一部制限されることもあるかと思いますが、**地域移行に関する意向を確認するための面会は可能ですか？**

(はい ・ いいえ)

該当する方に対して、**個別のアンケート調査用紙を配布していただくことは可能ですか？**

以上で質問は終了です。お忙しい中、ご協力を頂きまして、ありがとうございました。ご記入いただいた方について小金井市から連絡させていただく場合がありますが、その際はよろしく願いいたします。

医療機関名	
住所	
電話番号	
担当者	
メールアドレス	