

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## 平成 29 年度家族支援に関する調査へのご協力のお願い

このたび、公益社団法人全国精神保健福祉会では、「精神障害者の自立した地域生活の推進と家族が安心して生活できるための効果的な家族支援等のあり方に関する調査」を行うこととしました。

症状の不安定さや障害の特性から、福祉サービスにつながらず家に引きこもって生活している精神障害者も少なくありません。そうした状況を改善するための社会的な支援が不足する中で、家族は限界を感じながら懸命に本人を支えている実態があります。

今回のアンケート調査を通じて、これまで懸命に努力してきた家族の実体験にもとづき、現状の問題点を明らかにし、精神障害者とその家族に対し、どのような支援が必要であるのかを具体的に提案することを目的としています。

また今回の調査では、平成 26 年 4 月の保護者制度の廃止以降の状況や、親以外の家族（夫婦、兄弟など）の方々の状況についても把握したいと考えております。

より多くのご家族の方々にご回答をお願いしたいため、他の複数のご家族にもご協力いただける場合は、お手数ですがこの調査票をコピーしていただき、ご回答ください（調査票は当会ホームページからもダウンロードできます。また下記までご連絡いただければ調査票をお送りいたします）。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご理解、ご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、このアンケート調査は無記名であり、ご回答いただいた情報は個人が特定されないように量的に集計します。また、結果につきましては、報告書にまとめ、ご協力いただいたみなさまの所属する家族会宛にも送付いたします。また併せて当会ホームページでも発表いたします。

記入いただきましたアンケート調査票は、専用の返信用封筒に封入し、下記の期日までにご投函いただきたく存じます。

**2017 年 10 月 23 日（月）まで（第一次締め切り）**

**最終締め切り 2017 年 11 月 13 日（月曜日）**

2017 年 10 月吉日

公益社団法人全国精神保健福祉会  
理事長 本條 義和

調査研究プロジェクト検討委員会  
委員長 白石 弘巳

問い合わせ先：特定非営利活動法人全国精神保健福祉会（みんなねっと）  
調査研究プロジェクト事務局（受付時間：平日 10:00～17:00）  
東京都豊島区東池袋 1-46-13 ホリグチビル 602  
TEL：03-6907-9211 FAX：03-3987-5466  
担当：鈴木 誠一

## 【A. アンケートにお答えいただくご家族の基本的なことについてお聞きします】

問1 お答えいただく方（あなた自身）がお住まいの都道府県名をご記入ください。

都道府県

問2 お答えいただく方（あなた自身）の性別について、該当する方に○をおつけください。

1) 男性      2) 女性

問3 お答えいただく方（あなた自身）の現在の年齢について、ご記入ください。

歳

問4 あなたからみて、ご本人（精神障害のある方）はどの続柄にあたりますか。

（精神障害のある方が複数いらっしゃる場合は、該当するすべてに○をつけてください。）

1) 親      2) 子      3) 妻      4) 夫      5) 兄・姉      6) 弟・妹  
7) その他（    ）

## 【B. ご家族の精神的な健康状態についてお聞きします】

問5 あなたは、過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。①～⑥のそれぞれの設問の当てはまると思われる1～5の数字のうち1つに○をつけてください。

|                                   | 全くない | 少しだけ | どちらでもない | たいてい | いつも |
|-----------------------------------|------|------|---------|------|-----|
| ① 自分が神経過敏になっていると感じましたか            | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |
| ② 自分がそわそわ、落ち着かなくなっていると感じましたか      | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |
| ③ 気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |
| ④ 何をするのも面倒だと感じましたか                | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |
| ⑤ 絶望的だと感じましたか                     | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |
| ⑥ 自分は価値のない人間だと感じましたか              | 1    | 2    | 3       | 4    | 5   |



問10 その他、家族への支援についてご意見やご要望などありましたら、ご自由にご記入ください。

## 【D. ご本人(精神障害のある方)の基本的なことについて伺います】

ご家族に精神障害のある方が複数いらっしゃる場合は、最も関わりの深い方、おひとりについてお答えください。

問11 ご本人の性別について、当てはまる方に○をつけてください。

- |       |       |
|-------|-------|
| 1) 男性 | 2) 女性 |
|-------|-------|

問12 ご本人の現在の年齢について、ご記入ください。

|  |   |
|--|---|
|  | 歳 |
|--|---|

問13 現在、精神障害のあるご本人と同居していますか。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1) 同居している | 2) 同居していない |
|-----------|------------|

問14 ご本人の同居家族について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

<ご本人からみた続柄でお答えください>

- |                   |      |      |      |        |        |
|-------------------|------|------|------|--------|--------|
| 1) 親              | 2) 子 | 3) 妻 | 4) 夫 | 5) 兄・姉 | 6) 兄・弟 |
| 7) その他 ( )        |      |      |      |        |        |
| 8) 同居家族はない(一人暮らし) |      |      |      |        |        |

問15 ご本人の現在の病名は次のうちどれですか。主なもの1つに○をつけてください。

- |               |          |                |           |
|---------------|----------|----------------|-----------|
| 1) 統合失調症      | 2) うつ病   | 3) 双極性障害(躁うつ病) | 4) 非定型精神病 |
| 5) アルコール依存症   | 6) 薬物依存症 | 7) パーソナリティ障害   |           |
| 8) てんかん       | 9) 知的障害  | 10) 神経症        | 11) 発達障害  |
| 12) その他 ( )   |          |                |           |
| 13) 病名を聞いていない |          |                |           |

問16 前問（問15）のご本人の現在の病名のほかに、あてはまる病名はありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

|               |          |                |           |
|---------------|----------|----------------|-----------|
| 1) 統合失調症      | 2) うつ病   | 3) 双極性障害（躁うつ病） | 4) 非定型精神病 |
| 5) アルコール依存症   | 6) 薬物依存症 | 7) パーソナリティ障害   |           |
| 8) てんかん       | 9) 知的障害  | 10) 神経症        | 11) 発達障害  |
| 12) その他（      |          |                | ）         |
| 13) 主な病名以外はない |          |                |           |

問17 ご本人は障害者手帳をお持ちですか。  
 お持ちの場合はそれぞれ該当する欄に級数をご記入ください。

|                          |      |          |
|--------------------------|------|----------|
| ① 精神障害者保健福祉手帳            | 級    | ・取得していない |
| ② 療育手帳（愛の手帳、愛護手帳、みどりの手帳） | 度（級） | ・取得していない |
| ③ 身体障害者手帳                | 級    | ・取得していない |

問18 ご本人は障害者総合支援法の障害支援区分認定を受けていますか。  
 受けている場合は、その障害支援区分の数字をご記入ください。

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| 障害支援区分 _____ | ・受けていない    ・わからない |
|--------------|-------------------|

問19 ご本人は現在、障害者総合支援法の福祉サービスを利用していますか。  
 利用しているサービスについて、当てはまるものすべてに○をつけてください。

|                  |                    |           |
|------------------|--------------------|-----------|
| 1) 居宅介護（ホームヘルプ）  | 2) 重度訪問介護          | 3) 行動援護   |
| 4) 就労継続支援A型      | 5) 就労継続支援B型        | 6) 就労移行支援 |
| 7) 自立訓練          | 8) 共同生活援助（グループホーム） |           |
| 9) 短期入所（ショートステイ） | 10) 療養介護           | 11) 生活介護  |
| 12) 施設入所支援       |                    |           |
| 13) その他（         |                    | ）         |
| 14) どれも利用していない   |                    |           |

問20 ご本人は介護保険法の要介護認定を受けていますか。  
 受けている場合は、その要介護度の数字をご記入ください。

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 要介護度 _____ | ・受けていない    ・わからない |
|------------|-------------------|

問21 ご本人は現在、介護保険法のサービスを利用していますか。  
 利用しているサービスについて、当てはまるものすべてに○をつけてください。

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1) 訪問介護（ホームヘルプ）        | 2) 訪問看護                  |
| 3) 訪問入浴介護・居宅介護支援       | 4) 通所介護（デイサービス）          |
| 5) 通所リハビリテーション         | 6) 短期入所                  |
| 7) 認知症共同生活介護（グループホーム）  | 8) 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等） |
| 9) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 10) 介護老人保健施設（老人保健施設）     |
| 11) どれも利用していない         |                          |

問22 ご本人の現在の日常生活および社会生活の状況は下記のどれにあたりますか。①～⑤の状態のうち当てはまるもの1つ選んで右欄の数字に○をつけてください。

|   |   |
|---|---|
| ① 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる                  | 1 |
| ② 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける                 | 2 |
| ③ 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする | 3 |
| ④ 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する      | 4 |
| ⑤ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない                      | 5 |

問23 ご本人の生活習慣について心配なことはありますか。下記の中から当てはまるものすべてに○をつけてください。

|                      |         |       |       |        |
|----------------------|---------|-------|-------|--------|
| 1) 肥満                | 2) 運動不足 | 3) 喫煙 | 4) 飲酒 | 5) 多飲水 |
| 6) 処方薬物の乱用傾向         |         |       |       |        |
| 7) その他（具体的に： _____ ) |         |       |       |        |

問24 ご本人の現在の日常生活および社会生活の状況は、下記のそれぞれの項目のどれに当てはまりますか。①～⑦までの項目毎に、該当する右欄の1～5の数字の中から1つ選んで○をつけてください。

|                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| ①<br>食<br>事                | 1) 適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)  | 1 |
|                            | 2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がほしい自主的にできる。   | 2 |
|                            | 3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。  | 3 |
|                            | 4) いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。                 | 4 |
|                            | 5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。                                      | 5 |
| ②<br>生<br>活<br>リ<br>ズ<br>ム | 1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。(※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)                    | 1 |
|                            | 2) 時に寝過ごすことがあるが、ほしい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。 | 2 |
|                            | 3) 時に助言がなければ、寝過ごす、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。                   | 3 |
|                            | 4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。                              | 4 |
|                            | 5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。  | 5 |
| ③<br>保<br>清                | 1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。    | 1 |
|                            | 2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをほしい自主的にこなせる。                    | 2 |
|                            | 3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。          | 3 |
|                            | 4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。       | 4 |
|                            | 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。                             | 5 |
| ④<br>金<br>銭<br>管<br>理      | 1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。  | 1 |
|                            | 2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。                                | 2 |
|                            | 3) 一週間程度のやりくりはほしいできるが、時に助言を必要とする。また大切なものをなくしたりする為に時として助言が必要となる。                        | 3 |
|                            | 4) 3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。                                 | 4 |
|                            | 5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。   | 5 |
| ⑤<br>服<br>薬<br>管<br>理      | 1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。  | 1 |
|                            | 2) 薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)                              | 2 |
|                            | 3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)  | 3 |
|                            | 4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、飲みすぎたりするため、薬物治療に際して強い助言や援助を必要とする。                                   | 4 |
|                            | 5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行う必要があるなど、薬物治療継続にかなりの困難を認める。                       | 5 |

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| ⑥ 対人関係        | 1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができ、必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。 | 1 |
|               | 2) 1) が、だいたい自主的にできる。  | 2 |
|               | 3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせていなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。    | 3 |
|               | 4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。   | 4 |
|               | 5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。  | 5 |
| ⑦ 社会的適応を妨げる行動 | 1) 周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くか分からないなどの行動が見られない。   | 1 |
|               | 2) この1ヵ月に、1) のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。   | 2 |
|               | 3) この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。   | 3 |
|               | 4) この1週間に、そのような行動が数回あった。  | 4 |
|               | 5) そのような行動が毎日のように頻回にある。   | 5 |

| 問25 現在、ご本人の日中の活動状況について、あてはまるものすべてに○をつけ、右欄に週当たりの利用日数をご記入ください。 | 利用日数<br>週当たり |
|--|--------------|
| 1) 医療機関のデイケア・ナイトケア   |              |
| 2) 地域活動支援センター（地域生活支援センター）                                    |              |
| 3) 就業・生活支援センター（就労支援センター）                                     |              |
| 4) 通所施設（具体的な種別： ）  |              |
| 5) 一般就労（パート・アルバイト含む）   |              |
| 6) 入所施設  |              |
| 7) 訪問看護  |              |
| 8) その他（ ）  |              |
| 9) 特に何もしていない   |              |



問26 ご本人はどんな方ですか。長所や才能、強みも含め、日頃感じていらっしゃる点をご記入ください。

## 【E. ご本人が現在受けている精神科での治療について伺います】

問27 ご本人が現在通院・入院している(あるいは最後に受診した)精神科医療機関は次のうちどれにあたりますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 1) 精神科病院             | 2) 大学病院や総合病院などの神経科・精神科 |
| 3) 神経科・精神科診療所(クリニック) | 4) 心療内科                |
| 5) その他( )            |                        |
| 6) かかったことはない         |                        |

問28 ご本人の現在の精神科医療の利用状況について、当てはまるもの1つに○をつけてください。

- |           |        |               |         |
|-----------|--------|---------------|---------|
| 1) 外来通院中  | 2) 入院中 | 3) 3か月以上利用中断中 | 4) 利用終了 |
| 5) その他( ) |        |               |         |

問29 ご家族(あなた)は、現在のご本人の治療状態について、主治医から十分な説明を受けていますか。当てはまるもの1つに○をつけてください。

- |          |           |              |
|----------|-----------|--------------|
| 1) 受けている | 2) 受けていない | 3) どちらとも言えない |
|----------|-----------|--------------|

問30 前問(問 29)で、「受けていない」と答えた方のみにお尋ねします。  
十分な説明を受けていない理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 積極的に説明を求めている
- 2) 診察室に本人しか入れない
- 3) (家族のみで) 主治医に会う機会がない
- 4) 主治医に聞いても答えてくれない
- 5) 主治医以外のスタッフに聞いている
- 6) 他の家族が聞いている
- 7) その他 ( )

問31 利用されている医療機関では、家族教室は開催されていますか。

- 1) 開催されている
- 2) 開催されていない
- 3) わからない

## 【F. ご本人の精神科での入院治療について伺います (入院経験がない方は回答する必要はありません)】

問32 ご本人が精神科医療機関に入院された際、隔離室(保護室などの一般病室とは異なる部屋)を使用したことはありますか。

- 1) ある
- 2) ない
- 3) わからない
- 4) 入院したことはない

問33 前問(問 32)で、「ある」とお答えになった方のみにお聞きします。隔離室を使用する理由やおよその期間について、医師から家族に説明はありましたか。

- 1) あった
- 2) なかった
- 3) わからない

問34 前々問(問 32)で、「ある」とお答えになった方のみにお聞きします。隔離室を使用することで、どのような効果や影響がありましたか。

問35 ご本人が精神科医療機関に入院された際、身体拘束を受けたことがありますか。

- 1) ある
- 2) ない
- 3) わからない
- 4) 入院したことはない

**問36** 前問(問 35)で、「ある」とお答えになった方のみにお聞きします。最も長く身体拘束を受けた期間について、下記の中から当てはまるものひとつに○をつけてください。

- |            |                    |            |
|------------|--------------------|------------|
| 1) 24 時間以内 | 2) 24 時間以上 48 時間以内 | 3) 48 時間以上 |
| 4) わからない   |                    |            |

**問37** 問35で、「ある」とお答えになった方のみにお聞きします。身体拘束を行う理由やおよその期間について、医師から家族に説明はありましたか。

- |        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 1) あった | 2) なかった | 3) わからない |
|--------|---------|----------|

**問38** 問35で、「ある」とお答えになった方のみにお聞きします。身体拘束を行ったことで、どのような効果や影響がありましたか。

|  |
|--|
|  |
|--|

**問39** ご本人が身体拘束や隔離などの行動制限をされたとき、ご家族はどのようなお気持ちでしたか。

|  |
|--|
|  |
|--|

**問40** その他、精神科医療に関してご意見などありましたら、ご自由にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

## 【G. ご本人の状態(病状)が悪化して危機的な状況になったときのことを伺います】

問41 ご本人の状態(病状)が悪化したとき、具体的にどのような状態でしたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 意思疎通がうまくできなくなった
- 2) 部屋に閉じこもるようになった
- 3) 飲食をとらない、眠らないといったことがみられた
- 4) 普段はしないような恥ずかしい言動がみられるようになった
- 5) 自殺を試みようとした
- 6) 家族に暴言を言ったり、暴力がみられるようになった
- 7) 他人に暴言を言ったり、暴力がみられるようになった
- 8) 常識はずれの浪費があった
- 9) 性的な逸脱行為があった
- 10) その他 ( )
- 11) これらのような状態になったことはない

問42 ご本人の状態(病状)が悪化して危機的な状況になったとき、ご家族が次のような暴言や暴力を経験されたことはありますか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 身体的暴力(殴る、蹴る、物を投げつけるといった直接的なものなど)
- 2) 激しい暴言(身体に対する直接的な暴力が現実に起こりそうなものなど)
- 3) 言葉による精神的暴力(ばかにした言葉や汚い言葉を言う、欠点をあげつらう、否定的なことを言う、どなる、皮肉や嫌味をいうなど)
- 4) 行動による精神的暴力(携帯電話を勝手にチェックしたりアドレスや電話番号を消したりするなど)
- 5) その他の精神的暴力(相手が『自分はだめな人間だ』と思うように仕向ける、無視するなど)
- 6) 直接的な経済的暴力(金銭的な被害を与えるなど)
- 7) 間接的な経済的暴力(不必要な買い物や携帯電話の代金などの支払いを強要するなど)
- 8) 性的暴力(性的行為を強要する、避妊に協力しない、中絶を強要するなど)
- 9) 社会的暴力(人前で侮辱するような言動をするなど)
- 10) その他 ( )
- 11) これらのような状態になったことはない

**問43** ご本人の状態(病状)が悪化して危機的な状況になったとき、ご家族としてどのような苦労や心配がありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 仕事を休んで対応しなければならないことがあった
- 2) 本人がいつ問題を起こすかという恐怖心が強くなった
- 3) 家族自身の精神状態・体調に不調が生じた
- 4) 家族の身体が危険にさらされると強く感じた
- 5) 他人の身体が危険にさらされると強く感じた
- 6) 警察に通報せざるを得ない状況になった
- 7) 近隣とのトラブルが生じ、肩身の狭い思いをしたり、孤立感を覚えた
- 8) 近隣とのトラブルが生じ、家族が転居を余儀なくされた
- 9) 家族が精神科医療機関に相談しても、有効な支援が得られなかった
- 10) 保健所に相談しても、有効な支援が得られなかった
- 11) 警察に相談しても、有効な支援が得られなかった
- 12) 本人に受診してもらうために、やむを得ず民間搬送を利用した
- 13) その他 ( )
- 14) 特に苦労や不安はなかった

**問44** 危機的な状況があったとき、その危機的な状況はどのようにして収束(改善)に至ったのか簡単にお書きください。

**問45** ご本人の状態(病状)が悪化して危機的な状況になったとき、必要な支援は何だと思えますか。当てはまるもの3つまでに○をつけてください。

- 1) 精神保健・医療・福祉の専門職が、訪問して本人に働きかけてくれること
- 2) 同じ病気の体験をした人が、訪問して働きかけてくれること
- 3) すぐに入院できるように搬送してくれること
- 4) どのように対応したらよいか 24 時間相談に乗ってくれること
- 5) 本人との話し合いの場に同席し、一緒に対応を考えてくれること
- 6) その他 ( )

問46 ご本人を支援する家族がいなくなってしまったとき(いわゆる「親亡き後」、別居・離婚、子の独立など)、状態(病状)が悪化して危機的な状況になったら、どのようなことが心配ですか。当てはまるもの3つまでに○をつけてください。

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1) 緊急時の対応について      | 2) 入院の手続きについて      |
| 3) 近隣に迷惑をかけてしまわないか | 4) 親族に迷惑をかけてしまわないか |
| 5) その他 (           | )                  |

問47 ご本人を支援する家族がいなくなってしまったとき(いわゆる「親亡き後」、別居・離婚、子の独立など)、ご本人が入院していれば安心だという気持ちになったことはありますか。

|       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1) ある | 2) ない | 3) わからない |
|-------|-------|----------|

問48 その他、ご本人の状態(病状)が悪化して危機的な状況になったときのことについて、お考えのことがありましたら、自由にご記入ください。

## 【H. 保護者制度の廃止後の家族の負担について伺います】

問49 ご本人の発病が、3年前の2014(平成26)年以前であるご家族の方にお尋ねします。2014(平成26)年4月1日に保護者制度が廃止されました。これ以降の家族の負担について当てはまるもの1つに○をつけてください。

|           |              |           |
|-----------|--------------|-----------|
| 1) 負担が減った | 2) ほとんど変わらない | 3) 負担が増えた |
| 4) わからない  |              |           |

問50 前問(問 49)で、「負担が減った」と回答された方にお聞きします。どのような点で負担が減ったと感じていますか、当てはまるものすべてに○をつけてください。

|                     |                        |           |
|---------------------|------------------------|-----------|
| 1) 対社会的な責任          | 2) 心理的な負担              | 3) 経済的な負担 |
| 4) 医療を受けさせること       | 5) 医療保護入院にあたっての同意に関する事 |           |
| 6) 退院後の引き取りに関する事    | 7) 退院請求に関する事           |           |
| 8) 医療に関して医師に協力し従うこと | 9) 自傷・他害のおそれへの対応       |           |
| 10) 本人の財産の利益の保護     | 11) 福祉制度の利用に関する事       |           |
| 12) わからない           |                        |           |
| 13) その他 (           |                        | )         |

問51 前々問(問 49)で、「負担が増えた」と回答された方にお聞きします。どのような点で負担が増えたと感じていますか、当てはまるものすべてに○をつけてください。

|                     |                        |           |
|---------------------|------------------------|-----------|
| 1) 対社会的な責任          | 2) 心理的な負担              | 3) 経済的な負担 |
| 4) 医療を受けさせること       | 5) 医療保護入院にあたっての同意に関する事 |           |
| 6) 退院後の引き取りに関する事    | 7) 退院請求に関する事           |           |
| 8) 医療に関して医師に協力し従うこと | 9) 自傷・他害のおそれへの対応       |           |
| 10) 本人の財産の利益の保護     | 11) 福祉制度の利用に関する事       |           |
| 12) わからない           |                        |           |
| 13) その他 (           |                        | )         |

問52 その他ご家族の状況に関して日頃感じていらっしゃる事などありましたら、ご自由にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

## 【I. 最後に、家族会についてお聞きします】

問53 あなたが家族会に対して期待する活動はどのようなことですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- 1) 病気や医療についての知識を学ぶ
- 2) 本人への接し方を学ぶ
- 3) 障害年金やさまざまな制度の内容や利用の仕方を学ぶ
- 4) お互いの悩みや苦勞を打ち明けて話しあい、励ましあう
- 5) 作業所などの事業の運営
- 6) 行政や関係機関への働きかけ
- 7) 一般市民の精神障害への理解を促進する活動
- 8) レクリエーションなどの活動
- 9) その他 ( )

最後に、アンケート調査の内容について、または普段感じていらっしゃること、精神障害者支援について、ご感想やご意見があれば、自由にお書きください。

アンケートは以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

今回のアンケート内容に関して、今後さらに詳しい内容をお話ししてもいいと思われる方には、こちらから後日お問い合わせさせていただくことがあります。よろしければ下記に連絡先(電話番号またはメールアドレス)をご記入ください。個人情報の取り扱いには十分注意いたします。