

精神科入院に関するアンケートのお願い

【研究の概要について】

研究課題名	地域で安心して暮らせる精神保健福祉医療体制における入院医療の検討に資する研究：当事者・家族アンケート全国調査
研究期間	研究実施許可受領後から2030年3月31日まで
アンケート実施期間	研究実施許可受領後から2026年3月31日まで
研究代表者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 高嶋里枝
個人情報管理者	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 科研費研究員 奈良麻結
研究に関する問い合わせ先	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 所属・職名・氏名 地域精神保健・法制度研究部・科研費研究員 高嶋里枝 メールアドレス: involuntary.hosp.research@gmail.com

【この研究について】

私たちは、精神科医療の入院制度の今後のあり方を検討していくために、現在の運用実態や入院経験について調べています。

このアンケートに先駆けて、当事者、ご家族、入院治療に従事する医療職、自治体職員を対象に入院治療に関するインタビュー調査を行ったところ、様々な入院医療をめぐる思いや現状に関するご意見をいただきました。

今後、より良い制度のあり方を検討していくためには、入院医療をめぐる当事者やご家族の思いや意向を把握し、それらを踏まえた制度設計をしていく必要があります。

そこで、今回は、精神疾患の患者さんをもつご家族への入院にまつわるアンケート調査へご協力をお願いいたします。

このアンケートでは、患者さんご本人との関係や入院にまつわる体験についてお伺いします。そのため、入院に関してつらい体験を思い出すことに負担を感じることもあるかもしれません。

過去のつらい体験を思い出し、苦痛を感じられた場合は、いつでもアンケートを中断することが可能です。途中でやめた場合に何か不利益になることは一切ありません。

また、答えたくない質問があったら答えなくても大丈夫です。

なお、本研究は無記名式アンケート調査となっているため、参加後は同意の撤回が困難となります。

あらかじめご了承ください。

なお、回答はすべて所定の枠内の中で記入をお願いいたします。枠外の回答は分析の対象にならない場合があります。

回答の所要時間は、20分ほどとなっています。

本日の日付:(年 月 日)

下記の□にチェックをしていただき、本調査にご協力いただける方は、次ページからの質問へお進みください。

上記研究目的・趣旨を読み、研究への参加に同意する

研究への参加に同意しない

※チェックが付いていない場合、ご回答いただいてもデータとして使用できませんので、必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

この研究で回答いただいた情報は、将来、精神疾患の患者やその家族のニーズに応じた精神保健医療を検討していくためのほかの研究で使用させていただく場合があります。ほかの研究への使用を同意いただける場合は、以下の□にチェックをお願いいたします。

将来のほかの研究への使用に同意する

ご自身やご本人のこと

以下では、精神疾患をもった方を「ご本人」と呼びます。

ご家庭に対象となる精神疾患をもった方が複数いらっしゃる場合は、もっとも気がかりに思っている方、お一人についてお答えください。

あてはまる内容について、をして、()に必要事項をご記入ください。

はじめに、あなた自身のことをお答えください。

問1 年代 -----

<input type="checkbox"/> 1) 10代	<input type="checkbox"/> 2) 20代	<input type="checkbox"/> 3) 30代	<input type="checkbox"/> 4) 40代
<input type="checkbox"/> 5) 50代	<input type="checkbox"/> 6) 60代	<input type="checkbox"/> 7) 70代	<input type="checkbox"/> 8) 80代

問2 性別 -----

<input type="checkbox"/> 1) 男性	<input type="checkbox"/> 2) 女性	<input type="checkbox"/> 3) その他()
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

問3 ご本人からみたあなたの続柄

<input type="checkbox"/> 1) 父	<input type="checkbox"/> 2) 母	<input type="checkbox"/> 3) きょうだい
<input type="checkbox"/> 4) 配偶者	<input type="checkbox"/> 5) パートナー	<input type="checkbox"/> 6) 子
<input type="checkbox"/> 7) 祖父母	<input type="checkbox"/> 8) その他()	

問4 ご本人との同居 -----

<input type="checkbox"/> 1) 同居中	<input type="checkbox"/> 2) 同居していない
---------------------------------	-------------------------------------

問5 差し支えなければ、ご家族の年収はおおまかにどれくらいですか

<input type="checkbox"/> 1) 0-199万円	<input type="checkbox"/> 2) 200-399万円	<input type="checkbox"/> 3) 400-599万円
<input type="checkbox"/> 4) 600-799万円	<input type="checkbox"/> 5) 800-999万円	<input type="checkbox"/> 6) 1000万円以上
<input type="checkbox"/> 7) 答えたくない		

問6 家族会への関わり -----

<input type="checkbox"/> 1) 会員である	<input type="checkbox"/> 2) 会員でない
-----------------------------------	-----------------------------------

次に、ご本人のことをお答えください。

問7 ご本人の年代 -----

<input type="checkbox"/> 1) 10代	<input type="checkbox"/> 2) 20代	<input type="checkbox"/> 3) 30代	<input type="checkbox"/> 4) 40代
<input type="checkbox"/> 5) 50代	<input type="checkbox"/> 6) 60代	<input type="checkbox"/> 7) 70代	<input type="checkbox"/> 8) 80代

問8 ご本人の性別 -----

<input type="checkbox"/> 1) 男性	<input type="checkbox"/> 2) 女性	<input type="checkbox"/> 3) その他()
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

問9 ご本人がはじめて精神科や心療内科の病院を受診した年齢 ---

()歳

問 10 現在のご本人の精神疾患の診断名 ----- ()

問 11 ご本人は現在、障害年金を利用していますか
 1) はい 2) いいえ 3) 分からない

問 12 これまでの精神科への入院回数 ----- ()回

→ ご本人が入院した経験のある方のみお答えください

問 13 ご本人が 1 年以上続けて入院した経験はありますか ----- 1) ある 2) ない

問 14 ご本人は現在入院していますか----- 1) はい 2) いいえ 3) 分からない

問 15 ご本人がはじめて入院したとき、どの形態で入院になりましたか
 1) 措置入院 2) 医療保護入院 3) 任意入院
 4) その他() 5) 分からない

問 16 ご本人が最後に入院に至った時期はどのくらい前ですか。
 1) 3 か月以内 2) 3~6 か月以内 3) 6 か月~1 年以内
 4) 1~2 年以内 5) 2~3 年以内 6) 3 年以上経過
 7) 分からない

→ 入院回数が 2 回以上と回答いただいた方のみお答えください。

問 17 ご本人が最後に入院したとき、どの形態で入院になりましたか。
 1) 措置入院 2) 医療保護入院 3) 任意入院
 4) その他() 5) 分からない

A. ご本人がはじめて入院したときのことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1. 入院に直接影響した症状が出てから入院に至るまでにどのくらいかかりましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 3か月以内 <input type="checkbox"/> 2) 3～6か月以内 <input type="checkbox"/> 3) 6か月～1年以内 <input type="checkbox"/> 4) 1～2年以内 <input type="checkbox"/> 5) 2～3年以内 <input type="checkbox"/> 6) 3年以上経過後 <input type="checkbox"/> 7) 分からない</p>
<p>2. ご本人が入院に至るまでに通院はしていましたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 精神科・心療内科へ通院していた <input type="checkbox"/> 2) 身体に関する診療科へ通院していた <input type="checkbox"/> 3) 通院していなかった <input type="checkbox"/> 4) 分からない</p>
<p>3. ご本人が入院に至るまでに医療や福祉のサービスを利用していましたか。 ※複数回答可</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 利用していなかった <input type="checkbox"/> 2) 医師による往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 3) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア <input type="checkbox"/> 5) 就労支援 <input type="checkbox"/> 6) 家事援助 <input type="checkbox"/> 7) グループホーム <input type="checkbox"/> 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () <input type="checkbox"/> 9) 分からない</p>
<p>4-1. 何らかのサービスを利用していた方は、病状が悪化したときに追加で支援を受けましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) はい <input type="checkbox"/> 2) いいえ <input type="checkbox"/> 3) 分からない</p>
<p>4-2.4-1 の質問で「はい」と回答したのみお答えください。 どのような支援を受けましたか。 (例:「臨時で往診を受けた」、「保健師が頻回に訪問した」、「ショートステイを利用した」など)</p>	<p>[]</p>

<p>5-1.ご本人が入院に至るまでに入院以外の選択肢は考えられましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 入院以外の選択肢はなかった <input type="checkbox"/> 2) 選択肢があった <input type="checkbox"/> 3) 分からない</p>
<p>5-2.差し支えなければ、5-1.の質問で「入院以外の選択肢はなかった」と回答した理由、もしくは、入院以外の「選択肢があった」と回答したが入院に至った理由を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>6. ご本人が入院に至るまでにご本人についての心配ごとや悩みを相談できる人はいましたか。 <u>※複数回答可</u></p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 家族 <input type="checkbox"/> 2) 親戚の人 <input type="checkbox"/> 3) 近所の人・地域の人 <input type="checkbox"/> 4) 民生委員・児童委員 <input type="checkbox"/> 5) 家族会員などほかの患者家族 <input type="checkbox"/> 6) 職場の人、学校の教師や職員 <input type="checkbox"/> 7) あなたの友人・知人 <input type="checkbox"/> 8) 病院職員（主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等） <input type="checkbox"/> 9) 保健所の相談員や保健師 <input type="checkbox"/> 10) 市区町村役所の職員 （保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・生活保護担当者等） <input type="checkbox"/> 11) 警察 <input type="checkbox"/> 12) 訪問看護の職員 <input type="checkbox"/> 13) グループホームの世話人 <input type="checkbox"/> 14) その他の人 <u>※相談できた人をご記入ください。</u> （) <input type="checkbox"/> 15) 誰もいなかった</p>

<p>7. ご本人を入院につなげるために病院へ連れていった人はどなたですか。</p> <p><u>※複数回答可</u></p>	<p><input type="checkbox"/> 1) あなた</p> <p><input type="checkbox"/> 2) あなた以外のご本人と同居している家族</p> <p><input type="checkbox"/> 3) あなた以外のご本人と別居している家族</p> <p><input type="checkbox"/> 4) 親戚の人</p> <p><input type="checkbox"/> 5) 近所の人・地域の人</p> <p><input type="checkbox"/> 6) 民生委員・児童委員</p> <p><input type="checkbox"/> 7) 家族会員などほかの患者家族</p> <p><input type="checkbox"/> 8) 職場の人、学校の教師や職員</p> <p><input type="checkbox"/> 9) あなたの友人・知人</p> <p><input type="checkbox"/> 10) 病院職員(主治医・看護師・心理職・ソーシャルワーカー等)</p> <p><input type="checkbox"/> 11) 保健所の相談員や保健師</p> <p><input type="checkbox"/> 12) 市区町村役所の職員 (保健センターの保健師・市役所の障害福祉課担当者・生活保護担当者等)</p> <p><input type="checkbox"/> 13) 警察</p> <p><input type="checkbox"/> 14) 訪問看護の職員</p> <p><input type="checkbox"/> 15) グループホームの世話人</p> <p><input type="checkbox"/> 16) その他の人 <u>※同行した人をご記入ください。</u> ()</p> <p><input type="checkbox"/> 17) ご本人が自ら病院に行った</p>
<p>8. あなたはご本人が入院に至るまで、精神疾患にかかることで、世間から白い目でみられるように思っていましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) そう思う</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ややそう思う</p> <p><input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない</p> <p><input type="checkbox"/> 4) あまりそう思わない</p> <p><input type="checkbox"/> 5) そう思わない</p>
<p>9. あなたはご本人が精神科へ入院することになったことに対して、とまどったり、恥じたりしましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) そう思う</p> <p><input type="checkbox"/> 2) ややそう思う</p> <p><input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない</p> <p><input type="checkbox"/> 4) あまりそう思わない</p> <p><input type="checkbox"/> 5) そう思わない</p>
<p>10. 差し支えなければ、ご本人が精神科へ入院することになったことに対して、どのように思われたかお答えください。</p>	<p>()</p>
<p>11. あなたはご本人の入院形態(任意入院、医療保護入院、措置入院など)について病院から説明を受けましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) はい</p> <p><input type="checkbox"/> 2) いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 3) 分からない</p>

<p>12. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明について理解しましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 理解した <input type="checkbox"/> 2) 理解していない <input type="checkbox"/> 3) 分からない</p>
<p>13. あなたはご本人の入院形態（任意入院、医療保護入院、措置入院など）に関する病院からの説明を聞き、納得しましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 納得した <input type="checkbox"/> 2) 納得していない <input type="checkbox"/> 3) 分からない</p>
<p>14. 病院からの説明についてどのように感じましたか。 例：「十分な説明を受け、納得した」「説明を受けたが動揺しており、理解可能な状態ではなかった」など</p>	<p>()</p>
<p>15. <u>はじめての入院が医療保護入院の形態だった方のみ</u>お答えください。 医療保護入院の同意者になるにあたって、あなたが困難に感じたことはありませんでしたか。 あればどのようなことが困難だったかお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) なかった <input type="checkbox"/> 2) あった ()</p>
<p>16-1. 退院後、ご本人はご家族と同居されましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 同居した <input type="checkbox"/> 2) 同居しなかった</p>
<p>16-2.16-1.で「同居した」と回答した方のみお答えください。 差し支えなければ、同居した理由を教えてください。 例：「本人も家族も同居を望んでいた」「同居以外の選択肢に関する情報が不足しており、同居に至った」など</p>	<p>()</p>
<p>16-3.16-1.で「同居しなかった」と回答した方のみお答えください。 ご本人が退院された先をお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1) 一人暮らし <input type="checkbox"/> 2) グループホーム <input type="checkbox"/> 3) その他 <u>※退院先をご記入ください。</u> ()</p>
<p>17-1.ご本人の入院をきっかけにご本人と家族の関係に影響はありましたか。</p>	<p><input type="checkbox"/> 5) 良い影響があった <input type="checkbox"/> 4) どちらかといえば良い影響があった <input type="checkbox"/> 3) どちらともいえない <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば悪い影響があった <input type="checkbox"/> 1) 悪い影響があった</p>
<p>17-2.17-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。</p>	<p>()</p>

B. ご本人の現在の生活のことについて教えてください。

周りの人から見聞きした情報も含めてお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

1. ご本人は現在、仕事・アルバイト(雇用契約のあるもの)をしたり、学校へ通ったりしていますか。	<input type="checkbox"/> 1) はい <input type="checkbox"/> 2) いいえ <input type="checkbox"/> 3) 分からない
2. ご本人は現在通院していますか。	<input type="checkbox"/> 1) 通院中 <input type="checkbox"/> 2) 通院していない <input type="checkbox"/> 3) 分からない
3. ご本人は現在、通院にあたって自立支援医療制度を利用していますか。	<input type="checkbox"/> 1) はい <input type="checkbox"/> 2) いいえ <input type="checkbox"/> 3) 分からない
4-1. 現在ご本人が利用している精神科・心療内科の通院先にあなたは満足していますか。	<input type="checkbox"/> 4) 満足している <input type="checkbox"/> 3) まあ満足している <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば不満である <input type="checkbox"/> 1) 不満である <input type="checkbox"/> 0) 分からない
4-2. 4-1.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
5-1. ご本人は現在、医療や福祉のサービスを利用していますか。 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 1) 利用していない <input type="checkbox"/> 2) 医師による往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 3) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 4) デイケア・ショートケア・ナイトケア <input type="checkbox"/> 5) 就労支援 <input type="checkbox"/> 6) 家事援助 <input type="checkbox"/> 7) グループホーム <input type="checkbox"/> 8) その他 <u>※利用していたサービスをご記入ください。</u> () <input type="checkbox"/> 9) 分からない
5-2. 5-1.で何らかのサービスを利用していると回答した方のみお答えください。 回答いただいた医療・福祉サービスにあなたは満足していますか。	<input type="checkbox"/> 4) 満足している <input type="checkbox"/> 3) まあ満足している <input type="checkbox"/> 2) どちらかといえば不満である <input type="checkbox"/> 1) 不満である <input type="checkbox"/> 0) 分からない
5-3. 5-2.で回答した理由について、差し支えなければ教えてください。	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

6-1. 今後、ご本人の病状が悪化した場合、入院以外の選択肢は考えられますか。	<input type="checkbox"/> 1) 入院以外の選択肢はない <input type="checkbox"/> 2) 選択肢がある
6-2. 6-1.で「入院以外の選択肢はない」と回答した方は、その理由について教えてください。	()
6-3. 6-1.で「選択肢がある」と回答した方は、入院以外の選択肢について教えてください。	<input type="checkbox"/> 1) 医師による往診・訪問診療 <input type="checkbox"/> 2) 訪問看護 <input type="checkbox"/> 3) デイケア・ショートケア・ナイトケア <input type="checkbox"/> 4) 就労支援 <input type="checkbox"/> 5) 家事援助 <input type="checkbox"/> 6) グループホーム <input type="checkbox"/> 7) その他 <u>※想定されるサービスをご記入ください。</u> ()

C. ご本人のケアに関する家族の立場でのお考えをうかがいます。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1. ご本人のケアをもっともよく行っている方はどなたですか。 あなた以外の場合は、ご本人から見た続柄(父、娘など)や関係性(パートナー、友人など)についてお答えください。</p>	<p>☐ 1) あなた ☐ 2) それ以外 ※続柄や関係性をご記入ください。 ()</p>							
<p>最近1年間のことを考えて、お答えください。 2-1.精神障害のご本人を抱える家族としてあなたは、次に挙げるケアをどのくらい行っていますか。 2-2.あなたがこれらのケアを行うことはどのくらい負担になっていますか。</p>	<p>2-1.</p> <p>行っている 部分的に行っている 行っていない</p>			<p>2-2.</p> <p>非常に負担である やや負担である あまり負担ではない まったく負担ではない</p>				
<p>① 服薬を続けるためにサポートする</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>② 他人への迷惑や暴力を防ぐ</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>③ 病状の急変や再発・自殺などを防ぐ</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>④ 住む場所を保証する</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑤ 医療費や生活費を支払う</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑥ 精神科・心療内科へ受診同行する</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑦ 身体に関する診療科へ受診同行する</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑧ 就労・就学をサポートする</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑨ 買い物や行政関係の手続きをサポートする</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑩ 利用できる社会資源を探す</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p>⑪ 日頃から安否を把握している</p>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<p style="text-align: center;">↑ ↑ ※各行につき2か所にチェックしていただくようにお願いします</p>								

D. 入院のための金銭的負担について教えてください。

ご本人に医療保護入院の経験がある方のみお答えください。

あてはまる内容について、☑をして、()に必要事項をご記入ください。

<p>1-1. 入院にかかった医療費の支払いは誰によるものでしたか。 ※複数回答可</p>	<p>☐ 1) ご本人 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 生活保護による医療扶助 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる人をご記入ください。</u> ()</p>
<p>1-2. <u>1-1.で「ご本人」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費をご本人が支払うことについて、どのように思いますか。</p>	<p>☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない</p>
<p>1-3. よろしければ、<u>1-2.で回答した理由</u>を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>1-4. <u>1-1.で「家族」と回答した方のみ</u>お答えください。 ご本人が入院に同意していないのに、入院にかかった医療費を家族が支払うことについて、どのように思いますか。</p>	<p>☐ 1) 納得できる ☐ 2) どちらかといえば納得できる ☐ 3) どちらでもない ☐ 4) どちらかといえば納得できない ☐ 5) 納得できない ☐ 6) わからない</p>
<p>1-5. よろしければ、<u>1-4.で回答した理由</u>を教えてください。</p>	<p>()</p>
<p>2. 医療保護入院が市町村長同意であった場合、医療費の負担は誰がすべきだと思いますか。</p>	<p>☐ 1) 自分 ☐ 2) 家族 ☐ 3) 市区町村の財源 ☐ 4) わからない ☐ 5) その他 <u>※あてはまる対象をご記入ください。</u> ()</p>

以上でアンケートは終了です。

ご協力いただき、誠にありがとうございました。