

しょう しゃ じ き そ ちょうさひよう せいしんかびょういんにゆういんしゃよう
障がい者（児）基礎調査票（精神科病院入院者用）

(お答えいただく前に)

- この調査票は、できるだけ障がいのある方ご本人がお書きください。
もし、ご本人がお書きになれないときは、ご本人に代わって病院職員
などの介助者がお書きください。
その際、できるだけご本人の意見を聞いて、ご記入ください。
- この調査はお名前を書く必要はありません。個人の秘密は守られますので
ご安心してお答えください。
- お答えになりたくないことは、無理にお答えにならなくても結構です。
- この調査は令和7年12月1日現在の状況でお答えください。

わからないことがありましたら、こちらまでお問い合わせください

ちょうさじむきよく おおさかしふくしきよく ちょうさ
調査事務局（大阪市福祉局アンケート調査サポートセンター）

フリーダイヤル：未定

ファックス：06-6202-6962

うけつけじかん げつ きんようび どうよう にちよう しゅくじつ のぞ
受付時間：月～金曜日（土曜・日曜・祝日を除く）ごぜん じ じ ご じ じ
午前9時～12時／午後1時～5時おおさかしふくしきよく しょう しゃ し さく ぶ しょう ふくし か
大阪市福祉局 障がい者施策部 障がい福祉課〒530-8201 おおさかしきたくなかのしま ちょうめ ほん ごう
大阪市北区中之島1丁目3番20号おおさかしけんこうきよく けんこうすいしんぶ けんこう
大阪市健康局 健康推進部 こころの健康センター〒534-0027 おおさかしみやこじまくなかのちょう ちょうめ ほん ごう
大阪市都島区中野町5丁目15番21号

この調査票で「あなた」とは障がいのある方ご自身(ご本人)の事です。

(はじめに)

この調査票はどなたが記入されますか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. あなた(本人)がひとりで記入する
2. 本人に聞きながら、病院職員などの介助者が記入する
3. 本人の意向を 考えながら(想像しながら)、病院職員などの介助者が記入する

1 あなたご自身のことについておたずねします。

問1 あなたは病院に入院される前はどこにお住まいでしたか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | | | |
|----------|---------|----------|----------|
| 1. 旭区 | 2. 阿倍野区 | 3. 生野区 | 4. 北区 |
| 5. 此花区 | 6. 城東区 | 7. 住之江区 | 8. 住吉区 |
| 9. 大正区 | 10. 中央区 | 11. 鶴見区 | 12. 天王寺区 |
| 13. 浪速区 | 14. 西区 | 15. 西成区 | 16. 西淀川区 |
| 17. 東住吉区 | 18. 東成区 | 19. 東淀川区 | 20. 平野区 |
| 21. 福島区 | 22. 港区 | 23. 都島区 | 24. 淀川区 |

問2 あなたの性別は次のうちどれですか。あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | | |
|------|------|---------------|
| 1. 男 | 2. 女 | 3. その他・答えたくない |
|------|------|---------------|

問3 あなたの満年齢はおいくつですか。次の にお書きください。

さい
歳

問4 あなたの障がい^{しょうがい}は、次^{つぎ}のうちどれにあてはまりますか。

あてはまる番号^{ばんごう}すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. 精神障がい ^{せいしんしょうがい} | 2. 知的障がい ^{ちてきしょうがい} |
| 3. 身体障がい ^{しんたいしょうがい} | 4. 発達障がい ^{はつたつしょうがい} (※1) |
| 5. 高次脳機能障がい ^{こうじのうきのうしょうがい} (※2) | 6. 難病 ^{なんびょう} (※3) |

※1 発達障がい^{はつたつしょうがい}・・・自閉症^{じへいしょう}、アスペルガー症候群^{しょうこうぐん}、その他の広汎性発達障がい^{こうはんせいはつたつしょうがい}、学習障がい^{がくしゅうしょうがい}、注意欠陥多動性障がい^{ちゅういけつかんたどうせいしょうがい}、その他のこれに類^るする脳機能障がい^{のうきのうしょうがい}であって、その症状^{しょうじょう}が通常^{つうじょう}低年齢^{ていねんれい}において発現^{はつげん}するものを言います。

※2 高次脳機能障がい^{こうじのうきのうしょうがい}・・・頭部^{とうぶ}の病気^{びょうき}や事故^{じこ}により脳^{のう}に損傷^{そんしょう}を受け、その後遺症^{こういしょう}として、記憶^{きおく}・意思^{いし}・感情^{かんじょう}などの高度^{こうど}な脳^{のう}の働^{はたら}きに障がい^{しょうがい}が現^{あらわ}れる状態^{じょうたい}を言います。

※3 難病^{なんびょう}・・・治療方法^{ちりょうほうほう}が確立^{かくりつ}していない疾病^{しつぺい}その他の特殊^{たとくしゅ}の疾病^{しつぺい}で厚生労働省^{こうせいろうどうしょう}が定める障害者総合支援法^{しょうがいしゃそうごうしえんぽう}の369疾病^{しつぺい}を言います。

問5 あなたの障がい者手帳^{しょうがいしやてちょう}の種類^{しゅるい}・等級^{とうきゅう}は、次^{つぎ}のうちどれですか。

あてはまる番号^{ばんごう}すべてに○をつけてください。

- | | |
|---|---|
| 1. 精神障がい者保健福祉手帳1級 ^{せいしんしょうがいしやほけんふくしてちょうきゅう} | 2. 精神障がい者保健福祉手帳2級 ^{せいしんしょうがいしやほけんふくしてちょうきゅう} |
| 3. 精神障がい者保健福祉手帳3級 ^{せいしんしょうがいしやほけんふくしてちょうきゅう} | 4. 療育手帳A ^{りょういくてちょうえー} |
| 5. 療育手帳B1 ^{りょういくてちょうびー} | 6. 療育手帳B2 ^{りょういくてちょうびー} |
| 7. 身体障がい者手帳1級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} | 8. 身体障がい者手帳2級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} |
| 9. 身体障がい者手帳3級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} | 10. 身体障がい者手帳4級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} |
| 11. 身体障がい者手帳5級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} | 12. 身体障がい者手帳6級 ^{しんたいしょうがいしやてちょうきゅう} |
| 13. 持っていない ^も | |

問5で「7. 身体障がい者手帳1級」から「12. 身体障がい者手帳6級」に○をつけた方に
おたずねします。

問6 あなたの障がいの種類(部位)は次のうちどれですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. 視覚障がい(目が不自由) | |
| 2. 聴覚障がい・平衡機能障がい(耳が不自由) | |
| 3. 音声・言語・しゃく機能障がい(声が出ない、ものがかめない) | |
| 4. 肢体不自由(手や足が不自由) | 5. 内部障がい(心臓) |
| 6. 内部障がい(腎臓) | 7. 内部障がい(呼吸器) |
| 8. 内部障がい(ぼうこう又は直腸) | 9. 内部障がい(小腸) |
| 10. 内部障がい(免疫機能障がい) | 11. 内部障がい(肝臓) |

問7 あなたは自立支援医療(精神通院)を受給されていますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 受給している | 2. 受給していない |
|-----------|------------|

問8 あなたの障がい支援区分(※)は次のうちどれですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | | | |
|-------------|--------|-----------------|--------|
| 1. 区分1 | 2. 区分2 | 3. 区分3 | 4. 区分4 |
| 5. 区分5 | 6. 区分6 | 7. 申請をしたが非該当だった | |
| 8. 申請はしていない | | | |

※ 障がい支援区分…障がい福祉サービスを利用するにあたって、障がいの多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に表す区分を言います。

65歳以上の方におたずねします。

➡ 65歳未満の方は5ページ(問10)へ進んでください

問9 あなたは介護保険の要支援・要介護認定を受けておられますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | | | |
|-------------|--------------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 | 4. 要介護2 |
| 5. 要介護3 | 6. 要介護4 | 7. 要介護5 | |
| 8. 申請したが非該当 | 9. 認定を受けていない | | |

2 入院前の生活状況についておたずねします。

問10 あなたは、入院する直前はどこにお住まいでしたか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 自宅 | 2. グループホーム(※) |
| 3. 入所施設 | 4. その他() |

※ グループホーム・・・障がいのある方が地域での自立生活を確立するため、概ね5人程度の少人数で、必要な家事や日常生活上の支援を受けながら共同生活を営む場です。

問10で「1. 自宅」もしくは「4. その他」に○をつけた方におたずねします。

問11 あなたは、入院される直前はどこで暮らしていましたか。あなたからみた関係でお答えください。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|----------------|
| 1. 配偶者(夫、妻またはパートナー) | 2. 親(配偶者の親を含む) |
| 3. 子ども | 4. 兄弟姉妹 |
| 5. 祖父母 | 6. ひとり暮らし |
| 7. その他() | |

問12 病院に入院するまでは、どのようなことをしていましたか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

- | | |
|--|----------------|
| 1. ほとんど自宅で過ごしていた | 2. 別の病院に入院していた |
| 3. 施設に入所していた | |
| 4. 一般企業、自営業、在宅勤務などで働いていた | |
| 5. 小学校、中学校、高等学校、特別支援学校、専門学校、大学などに通っていた | |
| 6. その他() | |

3 現在の入院の状況についておたずねします。

問13 あなたが入院している病院はどちらにありますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 大阪市内

2. 大阪府内(大阪市以外)

問14 病院に入院している期間の合計はどれくらいですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 1か月未満

2. 1か月以上3か月未満

3. 3か月以上6か月未満

4. 6か月以上1年未満

5. 1年以上5年未満

6. 5年以上10年未満

7. 10年以上

問15 現在の入院形態はどれですか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 任意入院

2. 医療保護入院

3. 措置入院

4. その他()

5. わからない

問16 現在、日中はどのように過ごしていますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 病室で過ごす
2. デイルームで過ごす
3. 作業療法(OT)や社会生活技能訓練(SST)
4. 院内散歩
5. 外出
6. その他()
7. わからない

問17 面会交流は、どなたとしていますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 家族や親せき
2. 友達・知人
3. 区役所や障がい福祉サービスの支援者
4. その他()
5. 面会交流はしていない
6. わからない

問18 退院について、どのように思いますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 退院したい ➡ 10 ページ(問21)へ進んでください

2. このまま入院し続けたい(ずっと病院にいたい)

3. 地域での生活をイメージできないのでわからない

4. わからない

➡ 8 ページ(問19)へ
進んでください

問18で「2. このまま入院し続けたい(ずっと病院にいたい)」「3. 地域での生活をイメージできないのでわからない」「4. わからない」に○をつけた方におたずねします。

問19 「このまま入院し続けたい」「地域での生活をイメージできないのでわからない」「わからない」と思う理由は何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 退院するのは不安
2. 病院にいと治療を受けることができて安心
3. 病院はすぐに相談できる人がいる
4. 友達がいる
5. 食事の心配がない
6. その他()
7. わからない

問19で「1. 退院するのは不安」に○をつけた方は問20へ、

「1. 退院するのは不安」に○をつけていない方は 13 ページ(問25)へ進んでください。

問20 あなたが病院を退院して地域で生活することを考えた時に、不安に思うことは何ですか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 身のまわりの支援や介助のこと
2. 一緒に暮らす人のこと
3. 身近な相談先のこと
4. 病気や災害の時などの緊急時の援助のこと
5. 家族の理解のこと
6. 仕事のこと
7. 住まいの確保のこと

<次ページにつづく>

8. 十分な収入を得ること
9. お金を管理すること
10. 趣味やいきがいくりのこと
11. 健康を保つことや年齢(高齢など)のこと
12. 必要な情報を得ること
13. なんとなく不安
14. その他()

問18で「1. 退院したい」に○をつけた方におたずねします。

4 退院後の生活についておたずねします。

問21 今後、病院を退院して地域でどのような生活をしたいと思いますか。

もっともよくあてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 一人暮らしをしたい
2. 親やきょうだいと暮らしたい
3. 配偶者(夫、妻またはパートナー)や子どもと暮らしたい
4. 友達と暮らしたい
5. グループホームで暮らしたい
6. 施設で暮らしたい
7. その他()

問22 どれくらい先に病院を退院して地域で生活をしたいと思っていますか。

もっともよくあてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. いますぐ
2. 半年くらい先
3. 1年くらい先
4. 2～3年くらい先
5. いつかはわからないが、退院して生活をしたい
6. わからない

問23 あなたが病院を退院して地域で生活することを考えた時に、不安に思うことは何かありますか。

あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 身のまわりの支援や介助のこと
2. 一緒に暮らす人のこと
3. 身近な相談先のこと
4. 病気や災害の時などの緊急時の援助のこと

<次ページにつづく>

5. 家族^{かぞく}の理解^{りかい}のこと
6. 仕事^{しごと}のこと
7. 住まい^{すまい}の確保^{かくほ}のこと
8. 十分^{じゅうぶん}な収入^{しゅうにゅう}を得^えること
9. お金^{かね}を管理^{かんり}すること
10. 趣味^{しゅみ}やいきがいづくりのこと
11. 健康^{けんこう}を保^{たも}つことや年齢^{ねんれい}(高齢^{こうれい}など)のこと
12. 必要^{ひつよう}な情報^{じょうほう}を得^えること
13. なんとなく^{ふあん}不安
14. その他^た()
15. 特^{とく}に不安^{ふあん}なことはない

問24 あなたが病院^{びょういん}を退院^{たいいん}して暮^くらすことになった時^{とき}に、必要^{ひつよう}と思う支援^{おも}やサービス^{しえん}は何^{なん}ですか。

あてはまる番号^{ばんごう}すべてに○をつけてください。

1. 相談^{そうだん}支援^{しえん}を利用^{りよう}すること
2. ホームヘルプサービス(※1)を利用^{りよう}すること
3. ショートステイ(※2)を利用^{りよう}すること
4. 外出^{がいしゅつ}時に支援^{しえん}を受け^うること
5. 通院^{つういん}時に同行^{どうこう}支援^{しえん}を受け^うること
6. 余暇^{よ か}活動^{かつどう}に参加^{さんか}するときに支援^{しえん}を受け^うること
7. 配食^{はいしょく}サービスを利用^{りよう}すること
8. グループホームに住^すむこと
9. グループホームで体験^{たいけん}ができること
10. 住居^{じゅうきょ}を確保^{かくほ}すること
11. 地域^{ちい き}で必要^{ひつよう}な医療^{いりよう}やケア^かを確実^{かくじつ}に受け^うられること

12. 機能訓練や生活訓練などの場があること
13. 趣味やスポーツの場があること
14. いろいろな生活体験の取り組みができること
15. 病院にもどれる保障をしてくれること
16. 財産管理などのサービスを受けること
17. 金銭管理などのサービスを受けること
18. 収入の確保
19. 緊急時に対応してくれること
20. その他()
21. 特にない

※1 ホームヘルプサービス・・・障がいのある方の自宅で入浴、排せつ、食事の介護等を行ったり、家事の援助や通院の介助等を行う事業です。

※2 ショートステイ・・・ご家族の方の疾病などにより一時的に介護を受けられず、入所施設などに短期間(1週間程度)宿泊している方に介護サービスなどを提供する事業です。

5 ^{そうだん}相談などについておたずねします。

問25 あなたには、^{なや}悩みごとや^{しんぱい}心配ごとを^{そうだん}相談できる人^{ひと}がいますか。

あてはまる^{ばんごう}番号に1つだけ^{まる}○をつけてください。

1. ^{そうだん}相談できる人^{ひと}がいる
2. ^{そうだん}相談できる人^{ひと}が^{だれ}誰もいない

問25で「1. 相談^{そうだん}できる人がいる」に○をつけた方^{まる}におたずね^{かた}します。

問26 ^{そうだんあいて}相談相手について^{おし}教えてください。

あてはまる^{ばんごう}番号すべてに○^{まる}をつけてください。

1. 家族や親せき
2. 医療機関の職員(主治医、精神保健福祉士、看護師等)
3. 区役所の職員(精神保健福祉相談員、保健師、生活保護ケースワーカー等)
4. 障がい者相談支援事業所の職員
5. 障がい福祉サービス事業所の職員
6. その他()

問25で「2. 相談できる人が誰もいない」に○をつけた方におたずねします。

問27 あなたは、^{かか}抱えている^{なや}悩みや^{しんぱい}心配ごとをどのように^{かいけつ}解決しますか。^{ぐたいてき}具体的に^{きにゆう}記入してください。

--

問28 病院を退院して生活するにあたり、住居の確保、外出の際の同行、障がい福祉サービスの体験的な利用支援などの必要な支援を行う相談機関に相談したいと思いますか。

あてはまる番号に1つだけ○をつけてください。

1. 相談したいと思う
2. 相談したいとは思わない
3. わからない

6 障がい者施策全般のことについておたずねします。

問29 障がい者施策全般についてご意見などがありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

返送用封筒に入れて、切手を貼らずに令和7年 月 日 ()までにポストにお入れください。