

アンケート調査票

平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉事業 アンケート調査ご協力のお願い

この調査は、県精連、横浜市精連、川崎市精連の会員団体事業所利用者の皆様にご協力をお願いして、会員団体を通じてお配りしています。

現在、国では、「保護者制度*」¹、本人の同意ではなく保護者の同意による入院(医療保護入院)のあり方について見直しを行っています。見直し案の一つとして、これまでの保護者の同意をなくして医師のみの判断での入院を可能とする代わりに、本人の権利を守るため、入院後早期に本人が「代弁者」を選ぶことができる、とすることを議論しています。

この調査は、こうした検討を行うに当たり、実際に利用者となる皆様が、どのような時に「代弁」を必要とし実際どなたが「代弁」してくれているのか・いないのか、また「代弁者」となる方には、どのような人を望んでいるのかについて、ご経験やご意見をお聞きするものです。また、制度創設後 10 年を経た成年後見制度についての利用者の皆様の周知や意見についてもお聞きします。これから新しい制度を創っていく、あるいはもっと使いやすいものにしていくための大切な調査です。どうか、ご協力をお願いいたします。

特定非営利活動法人

神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会(県精連)

理事長 戸高洋充

【ご記入にあたって】

この調査は、県精連が、平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉事業の一環として実施するものです。

この調査は無記名の調査です。データはすべて調査専門機関で統計的に処理をいたします。また、本調査で得た情報は調査以外の目的では使用しません。

ご回答は、あてはまる項目を選び、で囲んでください。設問によっては、該当する方のみに回答をお願いする場合があります。説明に沿ってお進みください。

参考として、神奈川県社協・かながわ成年後見推進センター作成の成年後見制度に関するパンフレットを同封しますので、ぜひご覧ください。

ご回答いただいた調査票は、**同封の返信用封筒にてお一人おひとりが、平成 24 年 12 月 28 日(金)までにご投函**ください(切手は不要です)。

本調査の結果は、報告書作成後県精連ホームページ上で PDF ファイルにて公表させていただきます。また、会員団体宛に報告書をお送りいたします。

本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いします。

県精連 事務局

〒233-0006 横浜市港南区芹が谷 2-5-2 神奈川県精神保健福祉センター 3F

TEL 045-821-6694 / FAX 045-821-6894 / E-mail kenseiren@theia.ocn.ne.jp

*「保護者制度」とは：精神保健福祉法に規定された、「精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど患者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために設けられた制度」(厚生労働省資料)です。同法では「保護者」に対して、精神障害者に治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師に協力する義務、退院に際しての引き取り義務などの義務を規定されています。

あなたの生活全般についてうかがいます。

問1 あなたの性別と年齢を教えてください。(平成24年12月1日時点)

性別 年齢 歳

問2 あなたの現在のお住まいについて

現在お住まいの市町村はどちらですか。 市・町

現在のお住まいはどちらですか。

1. 自宅(持ち家) 2. 自宅(民間の賃貸住宅) 3. 自宅(市営、県営、公社等の住宅)
4. グループホーム・ケアホーム・援護寮
5. その他()

付.【「1」～「3」自宅を選んだ方】

一緒に暮らしている方すべてに をつけて、あなたを含む同居者数をお書きください。

1. 自分ひとり 2. 配偶者 3. 親(両親、母親、父親) 4. 子ども
5. 兄弟姉妹 6. 祖父・祖母 7. 孫
8. その他()

同居者数(あなたを含めて): 人

問3 平日の日中の過ごし方について、あてはまるものすべてに をつけてください。

1. デイケアに通っている 2. 日中活動系の事業所に通っている
3. パート・アルバイトとして勤めている 4. 正規の社員・従業員として勤めている
5. 家業を手伝っている 6. 自営業として働いている
7. その他()

問4 あなたの病気や障害は次のどれですか。あてはまるものに をつけてください。

1. 気分(感情)障害(含躁うつ病) 2. 統合失調症
3. 神経症性障害、ストレス関連障害等(含適応障害) 4. アルコール等の依存症
5. その他() 6. わからない

問5 障害者手帳等の取得や福祉サービス等の利用についてうかがいます。

以下のa～cの利用について、それぞれあてはまるものに をつけてください。

a 精神保健福祉手帳

b 自立支援医療

c 自立支援法の障害程度区分認定

以下のなかで、あなたが現在利用している医療、福祉サービスすべてにをつけてください。

1. 障害に関係した医療機関への通院 (通院は： 月に _____ 回くらい)
2. 自立支援法によるサービス
(1. グループホーム 2. 居宅介護 3. 短期入所 4. 自立訓練 5. 相談支援事業
6. 就労移行・継続支援 7. 地域活動支援センター 8. その他(_____))
3. 社協(あんしんセンター等)の日常生活自立支援事業(旧地域福祉権利擁護事業)
(1. 福祉サービス利用援助 2. 日常的金銭管理 3. 書類預かり)
4. 上記で利用しているものはない

問6 ふだんの生活のなかで、自分の気持ちを伝えられなくて(あるいは伝わらなくて)困っていることや不安に思うことはありますか。例えば、以下のなかではどうでしょうか。あてはまるものすべてに _____ をつけてください。

1. 医療や服薬のこと
2. 住まいのこと
3. 就職や仕事のこと
4. お金のこと
5. 福祉サービスの手続き等のこと
6. 近所とのつきあい
7. 家族との人間関係
8. 職場の職員との人間関係
9. 同僚・友人との人間関係
10. 特に困っていることはない

上記以外のことがあれば、具体的にお書きください。

問7 問6であげた困りごとに対して、現在、どなたか信頼して話ができる人がいますか。具体的には、どなたですか。あてはまる方に _____ をつけてください。(1人でも何人でも結構です)

1. 家族(親・兄弟・配偶者・子ども)
2. その他の家族・親族
3. 近所の住民
4. 職場や通所先の友人
5. 補助人、保佐人、後見人
6. 主治医
7. 病院のソーシャルワーカー(相談員)
8. 訪問看護の看護師
9. ピアサポーター*
10. 相談支援事業所の相談員
11. グループホーム・ケアホーム・入所施設の職員
12. 通所事業所の職員
13. 地域活動支援センターの職員
14. 福祉サービス事業所の職員
15. 保健所の人
16. 役所の障害福祉課の人
17. 社協(あんしんセンター等)の人
18. 民生委員児童委員
19. その他(_____)
20. いない

* ピアサポーター：同じ障害をもった支援者

望まない入院をした時の意思表示や気持ちの伝達(経験)についてうかがいます。

問8 あなたは、これまでに、自分の意思によらず入院(医療保護入院、措置入院)となったことがありますか。

1. ある 入院回数は()回 2. ない 問11(5頁)へ進んでください

問9 入院当初、医師や看護師、ソーシャルワーカー等に対して、「自分の気持ちや状況を自分で伝えられない」「自分で伝えたが相手に伝わらない」などで困ったことがありましたか。次のなかであてはまるものすべてにをつけてください。

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 自分の病状や入院の必要性について | 2. 入院後の治療方針について |
| 3. 服薬について | 4. 退院について |
| 5. 医師や看護師との人間関係について | 6. 患者同士の間人間関係について |
| 7. 家族(保護者)等との人間関係について | 8. 入院中の外出、活動の制限等について |
| 9. 入院中のことはよく覚えていない | 10. 困ったことは特になかった |

その他のことがあれば、具体的にお書きください。

問10 入院当初に、治療や退院などのことであなたが困ったり、納得できなかったことを、

他の人が医師や看護師等に伝えてくれてよかった

他の人が医師や看護師等に伝えてくれたが、うまくいかなかった(自分の気持ちや状況とは違っていた)

本当は誰かに、医師や看護師等に伝えて欲しかったが、伝えてもらえなかった経験がありますか。

ある場合、 ~ それぞれについて、一番印象に残っていることをご回答ください。

*あなたが自分では伝えられなかったこと、自分で伝えたが相手に伝わらなかったこと双方を含めてご回答ください。特にない場合は、空欄のままで結構です。

他の人が医師や看護師等に伝えてくれてよかったこと

あなたが入院当初に困ったり、納得できなかったこと(1つに)

- | | |
|--------------------|----------------|
| a. 自分の病状や入院の必要性のこと | b. 入院後の治療方針のこと |
| c. 服薬のこと | d. 退院に関すること |

(困ったこと、納得できなかったことを具体的に)

どなたが(1つに): a. 家族 b. 病院スタッフ c. その他()

誰に伝えてくれましたか(1つに): a. 医師 b. 看護師 c. その他()

伝えてもらってよかったこと(心強かったこと、解決したことなど)

他の人が医師や看護師等に伝えてくれたが、うまくいかなかった(自分の気持ちや状況とは違っていた)こと

あなたが入院当初に困ったり、納得できなかったこと (1つに)

- a . 自分の病状や入院の必要性のこと b . 入院後の治療方針のこと
c . 服薬のこと d . 退院に関すること

(困ったこと、納得できなかったことを具体的に)

どなたが (1つに) : a . 家族 b . 病院スタッフ c . その他()

誰に伝えてくれましたか (1つに) : a . 医師 b . 看護師 c . その他()

あなたの気持ちや状況と違ったこと : (本当は と伝えて欲しかったのに と伝えられた):

本当は誰かに医師や看護師等に伝えて欲しかったが、伝えてもらえなかったこと

あなたが入院当初に困ったり、納得できなかったこと (1つに)

- a . 自分の病状や入院の必要性のこと b . 入院後の治療方針のこと
c . 服薬のこと d . 退院に関すること

(困ったこと、納得できなかったことを具体的に)

どなたから伝えて欲しかったですか (1つに) :

- a . 家族 b . 病院スタッフ c . その他()

誰に伝えてほしかったですか (1つに) :

- a . 医師 b . 看護師 c . その他()

伝えてもらえなかった理由 :

(伝えて欲しいと自分から頼めなかった、伝えて欲しいと頼んだが断られた など)

「代弁者」についてうかがいます。

現在、国では、本人の意思によらない入院について見直しを行っていますが、そのなかで、本人の権利を守るため、入院後早期に本人が選ぶことができる「代弁者」を位置づけることを検討しています。

この調査では、「代弁者」を、あなたが入院した時に、「どんな時も、常にあなたの立場（味方）となって、あなたの気持ちや状況を代弁してくれる人」と仮定します。「代弁者」は複数の場合もあるし、状況によっては交代することもあり得ます。

問 11 「代弁者」について、次の設問にお答えください。

仮に、あなたが、入院早期に「代弁者」を依頼する場合、どのような人に頼みたいと思いますか。以下の中から、あなたが依頼したい人上位3つまでを選び、番号を書いてください。

1. 同性の人
2. 同年代の人
3. 同じ障害や悩みを持っている人
4. 自分の話を（先入観なく）正確に理解してくれる人
5. 自分を非難せず、共感的に受け止めてくれる人
6. 自分が言葉にできないことを言葉にして伝えてくれる人
7. 善意であれ、自分の知らないところで勝手に話を進めない人
8. すべてを隠さず正確に情報を伝えてくれる人
9. 医師の説明などをわかりやすく教えてくれる人
10. 適切なアドバイスをしてくれる人
11. 病気や法律について、知識や専門性をもっている人
12. 必要があれば、専門家につないでくれる人
13. その他（)

1 番目に選びたい人

2 番目に選びたい人

3 番目に選びたい人

国では「代弁者」について、「本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちや状況を代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者を選ぶことができることとする」ことを検討しています。

仮にあなたが入院した場合、このような「代弁者」が必要と思いますか。必要と思う場合、「代弁者」を自分で選びたいですか。

1. 「代弁者」が必要

2. 自分には必要ない

以下に理由をお書きください。

付問．あなたは「代弁者」を自分で選びたいですか。

1. 自分で選びたいと思う
2. 自分以外の他の人に選んで欲しい
どなたに選んで欲しいですか？
()
3. どちらでもよい

理由を記入する大きな括弧状の枠

仮にあなたが入院早期に「代弁者」を選べるとして、以下のなかで依頼したい人がいますか。
あなたの今のお気持ちに近い方を上位3人まで選び、番号を書いてください。

(1人でも複数でも結構です)

- | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. 家族(親・兄弟・配偶者・子ども) | 2. その他の家族・親族 | |
| 3. 近所の住民 | 4. 職場や通所先の友人 | 5. 補助人、保佐人、後見人 |
| 6. 病院のソーシャルワーカー(相談員) | 7. 訪問看護の看護師 | 8. ピアサポーター* |
| 9. 相談支援事業所の相談員 | 10. グループホーム・ケアホーム・入所施設の職員 | |
| 11. 通所事業所の職員 | 12. 地域活動支援センターの職員 | 13. 福祉サービス事業所のヘルパー |
| 14. 保健所の人 | 15. 役所の障害福祉課の人 | 16. 社協(あんしんセンター等)の人 |
| 17. 民生委員児童委員 | 18. その他() | |
| 19. いない | 20. 誰が適任かわからない | |

*ピアサポーター：同じ障害をもった支援者

1番目に選びたい人

2番目に選びたい人

3番目に選びたい人

成年後見制度についてうかがいます。

問12 障害等のために判断能力が低下した人の契約を支援する仕組みとして、2000年度から開始された新たな成年後見制度があります。

あなたは、成年後見制度について、どの程度ご存じですか。現在、利用中の方は、付問にもご回答ください。

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. 現在利用中である | 2. ある程度内容まで知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 知らなかった(この調査で知った) |

付問【「1.」利用している方へ】

a. 後見の種類

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 補助類型 | 2. 保佐類型 | 3. 後見類型 |
|---------|---------|---------|

b. 後見人の属性(あてはまるものすべてに)

- | | | | |
|-------------------|----------|----------------|--------------|
| 1. 親族 | 2. 友人 | 3. 法律、財産管理の専門家 | 4. 福祉・医療の専門家 |
| 5. 法人(社協やNPO法人など) | 6. 市民後見人 | | |

成年後見(法定後見)制度は、後見人等が、あなたの代理で契約したり、同意したり、あなたに不利な契約を取り消したりすることができる制度です。ご本人の判断能力に応じて、「補助」「保佐」「後見」の3つの類型があり、類型によって後見人等の仕事の範囲も異なります。

現行法では、治療や手術等の医療の同意に関する事、亡くなったあとの葬儀や埋葬の手配などについては、後見人等の仕事の範囲として含まれていません。また、後見類型では、利用する選挙権がなくなるなどの資格制限もあります。

*詳しくは添付パンフレットをご覧ください。

仮に、あなたが将来成年後見制度を利用する場合、具体的には、どのようなことについて代理を頼みたいと思いますか。あてはまるものすべてに をつけてください。

***現在利用中の方は、現在委任している内容に をつけてください。**

1. 通帳、証書等の保管や各種の手続き
2. 年金等定期的な収入の受領や公共料金等の支払い
3. 日常の金銭管理
4. 福祉サービス利用に関すること（情報提供、相談、契約手続きなど）
5. 住居に関すること（住み替え等の場所の選択や賃貸などの契約など）
6. 医療の手続きに関すること（通院費の支払い、入院手続きなど）
7. 財産の管理・保存・相続・処分等に関すること
8. その他 []

では、今後あなたは、成年後見制度を利用したいと思いますか。

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 今後（とも）利用したい | 2. 今のうちに利用について検討したい |
| 3. 利用したくない | 4. わからない／何ともいえない |

よろしければ理由をお書きください：

問 13 今後、あなたが成年後見制度を利用するためには、どのようなことが重要と思いますか。重要と思うもの3つまでに をつけてください。

1. 身近な相談窓口の充実
2. 利用に際しての手続を簡単にする
3. 申請時の費用負担を軽くする
4. 選挙権がなくなるなどの資格制限の見直し
5. 後見人等の職務範囲の見直し
6. 信頼できる「後見人等」を見つけやすくする
7. 信頼できる「後見人等」の養成や育成
8. 「後見人等」への報酬など、利用時の経済的負担を軽くする
9. 「後見人等」の仕事を確認したり、監督する仕組みづくりの強化
10. その他

上記で をつけた項目について、具体的なお意見があればお書きください：

以上で質問は終わりです。

貴重な体験やご意見をお答えいただき、ありがとうございました。

同封の返信封筒にて、12月28日（金）までに投函してください。