

# 精神科医療の意見箱（患者・家族用）

県では、精神科病院の実態を「当事者目線」で把握するため、県内の精神科病院に入院している患者、ご家族のご意見を募集します。

精神科病院への入院中に感じたことなど、どのような内容でも構いませんので、「精神科医療の意見箱」まで率直なご意見をお寄せください。

※個人情報及び投稿内容の取扱いについて※

お預かりした個人情報は適切に管理し、第三者に提供することはありませんが、必要に応じて、内容確認のために直接ご連絡させていただくことがあります。

投稿された内容は、精神科病院の指導の参考にするため、所管する関係自治体（横浜・川崎・相模原など）と共有するとともに、個人が特定されないよう配慮した上で病院に提供することがございますので、ご承知ください。

## ◆◆回答方法◆◆

設問1～3 : あてはまる回答をそれぞれ選んでください。

設問3-1～3-2 : 今回のご意見にあてはまるものを選んで記入してください。

設問4 : 自由に書き込んでください。

※各投稿に対して個別に回答はいたしませんので、ご了承ください。

※気づいたことがあれば、投稿は何度でも可能です。

|  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
|--|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| せつもん たちば いか えら<br><b>設問1 あなたの立場について、以下から選んでください</b>  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> かんじゃ にゅういんちゆう<br>患者（入院中）  | <input type="checkbox"/> た<br>その他（ ）                                   |   |                                       |                                     |                                     |  |
| せつもん げんざい にゅういん びょういん にゅういんさかん いか えら<br><b>設問1-1 現在の入院している病院の入院期間を、以下から選んでください</b>                                   |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> げつみまん<br>1か月未満  | <input type="checkbox"/> げつ<br>1～3か月                                   | <input type="checkbox"/> げつ<br>3～6か月        | <input type="checkbox"/> げつ<br>6か月～1年 | <input type="checkbox"/> ねん<br>1～3年 | <input type="checkbox"/> ねん<br>3年以上 | <input type="checkbox"/> ねんいじょう<br>わからない |
| せつもん いまにゅういん びょういん ふく なん しよ びょういん にゅういん けいけん いか えら<br><b>設問1-2（今入院している病院を含めて）これまでに何か所の病院に入院した経験があるか、以下から選んでください。</b> |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> 1か所   | <input type="checkbox"/> 2か所   | <input type="checkbox"/> 3か所                | <input type="checkbox"/> 4か所          | <input type="checkbox"/> 5か所        | <input type="checkbox"/> 6か所以上      | <input type="checkbox"/> わからない           |
| せつもん こんかい いけん かんけい びょういん いか きにゆう びょういんめい きにゆう<br><b>設問2 今回のご意見に関係する病院を、以下に記入してください。病院名を記入しないこともできます。</b>             |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> びょういんめい<br>病院名（ ）   |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| せつもん こんかい いけん じてん いか えら<br><b>設問3 今回のご意見はどの「時点」のはなしですか。以下から選んでください。</b>  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> にゅういんまえ<br>入院前  | <input type="checkbox"/> にゅういんちゆう<br>入院中                               |   |                                       |                                     |                                     |  |
| せつもん にゅういんまえ かん こま<br><b>設問3-1 「入院前」に感じていた（困っていた）こと</b>  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| あてはまるものを以下から選んでください。※補足があれば「自由記入欄」に概要を記入してください。  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> かんじゃほんにん かぞく ゆうじん かか<br>(患者本人や) 家族、友人との関わり  | <input type="checkbox"/> にゅういんせいかつ す かた<br>入院生活の過ごし方                   | <input type="checkbox"/> ちりょう ないよう<br>治療の内容 |                                       |                                     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> にゅういん ひよう<br>入院などにかかる費用   | <input type="checkbox"/> かんじゃほんにん しごと がくぎょう えいきょう<br>(患者本人の) 仕事や学業への影響 | <input type="checkbox"/> その他 ※複数選択可         |                                       |                                     |                                     |  |
| じゆうきにゅうらん<br><b>自由記入欄</b>  |  |   |                                       |                                     |                                     |  |

せつもん にゆういんちゆうかん こま  
設問3-2 「入院中」に感じていた(困っていた)こと

いか えら ほそく じゆうきにゆうらん がいよう きにゆう  
あてはまるものを以下から選んでください。※補足があれば「自由記入欄」に概要を記入してください。

- 病院の職員の行動や態度、言葉づかい(暴力、暴言などを含む)  他の患者との付き合い方
- (患者本人や) 家族、友人との関わり  自分が受けている治療  食事や入浴など入院中の生活
- 病室や病棟の環境  退院できる時期  退院後の生活  その他 ※複数選択可

じゆうきにゆうらん  
自由記入欄

せつもん にんい せつもん か ついか か こ きにゆう  
設問4 (任意) 設問3-1~3-2で書ききれなかったことや、追加で書き込みたいことがあれば記入してください。

いじょう いけんぼこ しゆうりよう きょうりよく  
以上で、意見箱は終了です。ご協力ありがとうございました。

さいご じょうき ないよう とくめい どうこう えら  
最後に、上記の内容を匿名で投稿するかどうかを選んでください。

どうこう ないよう だいさんしゃ ていきょう きょうりよく ばあい ひつよう おう しょうさいかくにん れんらく  
※投稿された内容は、第三者に提供することはありませんが、ご協力いただける場合は、必要に応じて詳細の確認のためにご連絡させていただきます。

- はい、協力します。  いいえ、匿名で投稿します。

しめい にんい  
氏名 (任意)

でんわ ばんごう にんい  
電話番号 (任意)

にんい  
メールアドレス (任意)

回答締切 : 令和6年3月15日(金) 必着

【お問い合わせ・お送り先】

〒231-8588 (住所の記載は不要です。)

神奈川県健康医療局がん・疾病対策課精神保健医療グループ「精神科医療の意見箱」