センター　え及び

精神医療にするアンケートごのおい

　にある宮城県立精神医療センターでは、昭和32年の、

心の病気に関するを行ってきました。

　病院のはてられてから40年以上がたち、やの古さが目立つようになってきています。

　そのため、今後もよりい治療やケアをするための新しい病院が必要となっています。

　現在、宮城県では、名取市内での建替えの計画を進めており、この計画には、精神にのある方やご家族の方、さんを支援されている方の声がとても大切です。安心して通える病院にするために、皆さまのご意見をぜひ聞かせてください。

　これからお願いするアンケートは、今後の病院づくりの参考にさせていただくためのものです。お手数をおかけしますが、ご協力をよろしくお願いいたします。

令和7年7月

**【アンケートに関するお問い合わせ先】**

　 　：０２２－２１１－２２１１

県立精神医療センター建替えアンケート

※それぞれ、するものに〇を付けてください

ご　: ・ 本人以外（ご家族など）

**１　患者さんご本人のことについて教えてください**

(1) お住まいの

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  |
| 5. |  | 6. |  | 7. |  | 8. |  |
| 9. |  | 10. |  | 11. |  | 12. |  |
| 13. |  | 14. |  | 15. |  | 16. |  |
| 17. |  | 18. |  | 19. |  | 20. |  |
| 21. |  | 22. |  | 23. |  | 24. |  |
| 25. |  | 26. |  | 27. |  | 28. |  |
| 29. |  | 30. |  | 31. |  | 32. |  |
| 33. |  | 34. |  | 35. |  |  |  |

(2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 1０ | 2. | １０ | 3. | ２０ | 4. | ３０ | 5. | ４０ |
| 6. | ５０ | 7. | ６０ | 8. | ７０ | 9. | ８０ | 10. | 90 |

(3)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 男 | 2. | 女 | 3. | しない |

(4) 、どののでかかりつけの精神科病院・クリニックにされていますか

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 週２回以上 | 2. | 週１回 | 3. | 月２～３回 | 4. | 月１回 |
| 5. | ２～３か月に１回程度　　　6. その（　　　） | | | | | | |

(5) 上記のかかりつけの精神科病院・クリニックまでのを教えてください

（）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 自家用車（で） | 2. | 自家用車（の） | 3. | 電車 |
| 4. | バス | 5. |  | 6. | 自転車 |
| 7. | の送迎 | 8. | タクシー | 9. | その他（　　　　） |

(6) かかりつけの精神科病院・クリニックのする市町村

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  |
| 5. |  | 6. |  | 7. |  | 8. |  |
| 9. |  | 10. |  | 11. |  | 12. |  |
| 13. |  | 14. |  | 15. |  | 16. |  |
| 17. |  | 18. |  | 19. |  | 20. |  |
| 21. |  | 22. |  | 23. |  | 24. |  |
| 25. |  | 26. |  | 27. |  | 28. |  |
| 29. |  | 30. |  | 31. |  | 32. |  |
| 33. |  | 34. |  | 35. |  | 36. | その他 |

(7) 精神科以外の医療で治療中のながあれば教えてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  |
| 5. |  | 6. |  | 7. | その（　　　　　　　　　　） | | |

(8) 県立精神医療センターの

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 過去に精神医療センターにまたは通院したことがある |
| 2. | 現在、精神医療センターに通院している |
| 3. | 精神医療センターを利用したことはない |

**２　精神的な疾患の治療などを続けていく中で、現在、困っていることはありますか**

**（当てはまるもの３つまで選んでください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 近くに医療機関がなく、通院の移動に・がかかる |
| 2. | とうまく話しができていない |
| 3. | 病気以外のこと（仕事、家族、お金など）をできる人がいない |
| 4. | な生活が不安である |
| 5. | 医療費がでと感じている |
| 6. | 信頼できるや病院が見つかっていない |
| 7. | 身体的なに不安がある |
| 8. | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 9. | 特に困っていることはない |

**３　現在、患者さんが必要としているのに、お住まいの近くでは受けることができないと感じている医療サービスはありますか（当てはまるものを３つまで選んでください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | （体の病気にも対応できる医療） |
| 2. | （・などの専門外来） |
| 3. | にじた（やなど） |
| 4. | 治療（アルコールや薬の依存症など） |
| 5. | わかりやすいや提供（病気、薬、など） |
| 6. | リハビリテーション（リハビリや、デイケアなど） |
| 7. | （通院している患者さんへのなサポート） |
| 8. | 家族支援（家族からの相談や勉強の場の提供） |
| 9. | （地域の支援機関としっかり連携する体制） |
| 10. | チーム医療（医師・・などのが協力する医療） |
| 11. | ＤＸ医療（オンラインなどの便利なデジタルの） |
| 12. | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**４　今後、患者さんご本人の症状が悪化した場合などに、名取市にある県立精神医療センターに期待する医療サービスはありますか**

**（優先するものを3つまで選んでください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | （体の病気にも対応できる医療） |
| 2. | （・などの専門外来） |
| 3. | にじた（やなど） |
| 4. | 治療（アルコールや薬の依存症など） |
| 5. | わかりやすいや提供（病気、薬、など） |
| 6. | リハビリテーション（リハビリや、デイケアなど） |
| 7. | （通院している患者さんへのなサポート） |
| 8. | 家族支援（家族からの相談や勉強の場の提供） |
| 9. | （地域の支援機関としっかり連携する体制） |
| 10. | チーム医療（医師・・などのが協力する医療） |
| 11. | ＤＸ医療（オンラインなどの便利なデジタルの） |
| 12. | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**５　その、ごがあれば、にごください**

ご協力ありがとうございました。

お答えいただいたアンケートの内容は、がわからないように加工した形で関係するに共有させていただく場合があります。

また、アンケートの結果は、取りまとめの上、公表いたします。

**【アンケートに関するお問い合わせ先】**

　 　：０２２－２１１－２２１１