

障害者・児の医療に関するアンケート

私たち大阪障害フォーラム(ODF)は、障害を持つ方たちが、医療費をどのくらい負担をしているのかを調べることで、大阪府や市町村に対して、医療費の助成制度の拡充を求めていくことにしています。現在、重度障害者医療費助成制度の対象となっている方もそうでない方も、ぜひ以下の質問にお答えいただきご返送ください。よくわからない項目・応えたくない項目は空白のまま結構です。

1. あなた(またはあなたのご家族=障害のある当事者のこと)は福祉医療費助成制度の対象となっていますか。あてはまる項目に○印をつけてください。

- ①老人医療費助成制度の対象となっている ()
- ②重度障害者医療費助成制度の対象となっている ()
- ③乳幼児(こども)医療費助成制度の対象となっている ()
- ④ひとり親医療費助成制度の対象となっている ()
- ⑤福祉医療費助成の対象ではない ()
- ⑥わからない ()

2. あなたのお住まいの市町村、年齢、障害等について教えてください。

- お住まいの市町村名 () 現在 () 歳
障害の種類 ()
手帳をお持ちの場合の等級等 ()

3. あなたは、自分の障害に関して継続した医療の提供が必要ですか。あてはまる項目に○印をつけて、その頻度をご記入ください。 ※頻度の記入例: (1年)に(1回)など

- ①定期的に必要 () 頻度 () に () 回程度
- ②不定期に必要 () 頻度 () に () 回程度
- ③障害に関しては必要ない ()

4. あなたは、ひと月あたりに医療に関する負担を、平均どのくらい支払っていますか

- 医療費(病院に支払う医療保険等の自己負担) () 円程度
実費負担(個室料等、病院に支払う保険外負担) () 円程度
通院費用(公共交通機関・タクシー代等) () 円程度

5. あなたが、ひと月に支払ったもっとも高額な医療に関する負担はどのくらいでしたか。それぞれ別の月でもかまいません。最も負担が多かったときの金額をご記入ください。医療費、実費負担、通院費用の別は、問4と同じです。

入院したときの最も高額な負担

医療費 () 円程度

実費負担等 () 円程度

通院したときの最も高額な負担

医療費 () 円程度

実費負担・通院費用等 () 円程度

6. あなたがよく受診する医療機関の診療科名と受診の頻度をご記入ください。また薬剤の処方の有無について該当箇所に○印をご記入ください。※頻度は問3のように記入ください。

() 科、() に () 回、薬剤処方 (毎回・ときどき・なし)

() 科、() に () 回、薬剤処方 (毎回・ときどき・なし)

() 科、() に () 回、薬剤処方 (毎回・ときどき・なし)

() 科、() に () 回、薬剤処方 (毎回・ときどき・なし)

() 科、() に () 回、薬剤処方 (毎回・ときどき・なし)

7. 福祉医療費助成制度では、現在月額2500円(2018年4月からは3000円)を超える医療保険自己負担分については、手続きをすれば後日役所から超えた分が返金されます(償還払い)。この償還払いの手続きについて、あなたがお感じになっていることや考えていることがあれば自由にご記入ください。

8. あなたの暮らしにとって医療はどのように大切ですか。あなたと医療とのかかわりについて自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。このアンケートに関するご質問等は、大阪障害フォーラム(大阪市天王寺区生玉前町5-33 大阪府障がい者社会参加促進センター 06-6779-8126)までお問い合わせください。