

大阪府老人医療費助成制度の完全廃止（2021年4月）に伴う 障害者・患者の暮らしへの影響調査

※選択肢のある項目は該当か所すべてに○印、最もあてはまるものに◎印を入れてください。

1 障害者・患者ご本人についておたずねします。

- ①年齢 () 歳 ②お住いの市町村名 ()
- ③障害・疾病名 ()
- ④障害にかかわる手帳
- | | | |
|-----|---|-----------------------------------|
| ・ある | → | ・身体障害者手帳 () 級 |
| ・ない | → | ・療育手帳 ・A ・B 1 ・B 2 |
| | → | ・精神保健福祉手帳 () 級 |
- ⑤老人医療費助成廃止後に重度障害者医療に移行できましたか（いずれか一つに○印）
- ・できた ・できなかった ・わからない
- └─▶ 移行した時期はいつですか () 年 () 月ころ
- ⑥生活保護を利用されていますか（いずれか一つに○印）
- ・利用している ・利用していない

2 今年4月以降の、ご本人のひと月の支出・収入の状況をおしえてください。

- ①ひと月あたりの支出についておおよその金額を記入してください
- 医療（受診料・薬代・通院費など）にかかる支出 約 () 円程度
- その他暮らし全般にかかわる支出 約 () 円程度
- ②ひと月あたりの収入についておおよその金額を記入してください
- 公的年金の支給を受けている場合の年金額 約 () 円程度
- 就労による収入がある場合の賃金などの金額 約 () 円程度
- その他の収入（仕送りなど）がある場合の金額 約 () 円程度

3 日頃受診されている診療科について、今年4月以降、受診の回数などに変化はありましたか。

- ①通常、年に2回以上受診されている診療科すべてに○印をつけてください
- | | | |
|---------------|---------|--------|
| ・ 歯科 | ・ 内科 | ・ 外科 |
| ・ 精神神経科 | ・ 皮膚科 | ・ 眼科 |
| ・ 整形外科 | ・ 耳鼻咽喉科 | ・ 人工透析 |
| ・ 泌尿器科 | ・ リハビリ科 | ・ 放射線科 |
| ・ 脳外科 | ・ 小児科 | ・ 産婦人科 |
| ・ その他の診療科 () | | |
- ②今年4月以降、受診や検査・投薬内容に変化はありましたか（あてはまるものに○印）
- ・ 特に変化はない
- ・ 検査や投薬内容をやりくりして出費をおさえている
- ・ 受診回数を減らしている（例／2か月に3回程度を2回程度になど）
- └─▶ () に () 回程度を () 回程度に減らしている

4 今年4月以降医療費負担は増えましたか。負担をねん出するためにくらしのようすは変わりましたか。

①今年4月前と比べてあなたの医療費負担は増えましたか（いずれか一つに○印）

- ・ 特に変わらない
- ・ 増えた

②「増えた」と答えた方について、くらしのようすはどのように変わりましたか。

（あてはまるものすべてに○印、もっともあてはまるものに◎印）

- ・ 特に変わらない（やりくりできている）
- ・ できるだけ医療機関の受診を控えている
- ・ 医療費以外の出費をおさえている
- ・ 家族に医療費負担などを支援してもらっている
- ・ これまでのたくわえ（貯金など）を切り崩している
- ・ その他（

）

5 老人医療費助成制度が廃止されたことについて、いまどのように感じていますか。

（あてはまるものすべてに○印、もっともあてはまるものに◎印）

- ・ 将来のくらしに不安を感じる
- ・ 安心して医療にかかることが難しいと感じる
- ・ 家族などに経済的な負担がかかることが気がりになっている
- ・ 行政や世間から見放されたように感じる
- ・ 廃止されたことについて特に何も考えることはない
- ・ その他

↓

6 あなたのくらしにとって医療はどのような役割を果たしていますか。また、医療についていまお考えのことや行政への要望などがあれば、ご自由にお書きください。

おいそがしい中、ご協力をいただきありがとうございました。

調査票の返送先 〒537-0025 大阪市東成区中道1丁目3番59号
大阪府立情報コミュニケーションセンター3階
大阪障害フォーラム（ODF）

f a x 06-6748-0673 E-mail network03@nifty.com