

第3章 参考資料(アンケート調査票)

【島原市在宅医療・介護に関する意識調査票】

～ご協力をお願い～

平素より島原市の市政推進にご理解・ご協力頂きまして、誠にありがとうございます。

本市では、市民の皆さまが可能な限り住み慣れた地域・家庭でいきいきと自分らしく暮らすことができるよう、在宅医療・介護の支援体制づくりに取り組んでいるところです。

本調査は、在宅医療・介護に対する市民の皆さまのお考えや要望等をお聞きするために、市内にお住まいの満 20 歳以上の方から無作為に 3,000 人の方をお選びし、実施させて頂くものです。なお、ご回答頂きました内容は、すべて統計的に処理いたしますので、回答内容がそのまま公表されることはございません。また、他の目的でも一切使用することもございません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

平成30年5月

島原市長 古川 隆三郎

【記入の仕方】

1. 必ずご本人（封筒の宛名の方）がお答えください。
ただし、ご本人の記入が困難な場合は、ご本人の意見などを代理の方が記入されてもかまいません。
2. この調査は無記名で行い、ご回答の内容については、こういう意見の方が全体の何%」というように、すべて統計数値として集計いたしますので、お答えいただきました方のお名前や個人の回答内容が公表されることは一切ございません。
3. 各質問のご回答は、特に説明がない限り、当てはまる項目の番号に○をお付けください。質問文に「1つだけ」、「2つ」など指定がある場合は、その指定に従ってお答えください。
4. 「その他」を選択された場合はお手数ですが（ ）内に具体的な内容をご記入ください。

【アンケート回収について】

記入後は、同封の返信用封筒（切手不要、無記名）に入れて
平成30年6月11日（月）までにご投函ください。

【問い合わせ先】 島原市福祉保健部 福祉課 地域福祉班（担当）立川
TEL：0957-63-1111（代表）内線：271

1 あなたご自身について

【問1】 あなたの性別をお答えください。（1つに○）

- ①男性 ②女性

【問2】 あなたの年齢をお答えください。(1つに○)

- ①20 歳～29 歳 ②30 歳～39 歳 ③40 歳～49 歳
④50 歳～59 歳 ⑤60 歳～64 歳 ⑥65 歳～69 歳
⑦70 歳～74 歳 ⑧75 歳～79 歳 ⑨80 歳以上

【問3】 あなたのお住まいの地区をお答えください。（1つに○）

- ①有明地区 ②三会地区 ③杉谷地区 ④森岳地区
⑤霊丘地区 ⑥白山地区 ⑦安中地区

【問4】 あなたの家族構成をお答えください。（1つに○）

- ①単身世帯（ひとり暮らし）
- ②夫婦のみの世帯
- ③二世帯世帯（本人または本人夫婦とその子供）
- ④二世帯世帯（本人または本人夫婦とその親）
- ⑤三世帯世帯（親・子・孫）
- ⑥その他（

【問5】あなたの職業や現在の状態をお答えください。（1つに○）

- ①自営業 ②家族従事者＊ ③正規の従業員・職員 ④パート・アルバイト等
⑤専業主婦・主夫 ⑥無職 ⑦その他（ ）

*家族従事者とは、自営業主の家族で、その自営業主の営む事業に従事している方をいいます。

2 医療・介護について

【問6】あなたは健康状態や病気のことを気軽に相談できる医師（かかりつけ医）がいますか。（1つに○）

- ①かかりつけ医がいる
- ②かかりつけ医と言える医師はいないが、いつも受診する医療機関は決まっている
- ③そのような医師・医療機関はない

【問7】あなたはここ1年間でどのくらい医療機関を受診（健康診断を含む）しましたか。（1つに○）

- ①ほぼ毎日 ②週に2～3回 ③週に1回程度 ④2週間に1回程度
- ⑤月に1回程度 ⑥2～3ヶ月に1回程度 ⑦半年に1回程度
- ⑧年に1回程度 ⑨受診したことはない

【問8】あなたの現在の健康状態をお答えください。（1つに○）

- ①健康である ②まあまあ健康である ③普通 ④あまり健康でない
- ⑤健康でない

【問9】あなたが病気などで長期間の療養が必要になった場合、どこで過ごしたいですか。（1つに○）

- ①自宅
- ②医療機関（具体的な機関名：_____）
- ③介護施設（具体的な施設名：_____）
- ④その他（_____） ⑤わからない

【問10】あなたの家族が、病気などで長期間の療養が必要になった場合、どこで過ごさせたいですか。（1つに○）

- ①自宅
- ②医療機関（具体的な機関名：_____）
- ③介護施設（具体的な施設名：_____）
- ④その他（_____） ⑤わからない

【問 1 1】あなたや家族が自宅で病気療養をすることになった場合、心配や不安に感じることは何だと思いますか。（該当するものすべてに○）

- ①精神的な負担（家族に負担や迷惑をかけるなど）
- ②経済的な負担（在宅医療の費用がいくらかかるかわからないなど）
- ③仕事と介護の両立（家族が仕事を辞めなければならなくなるなど）
- ④介護してくれる家族がいない
- ⑤日常生活動作（着替え・トイレ・入浴など）の不安
- ⑥食事（調理できない・バランスのとれた食事ができないなど）に対する不安
- ⑦住環境の不安（自宅に段差が多い・部屋が狭い・ベッドや手すりがないなど）
- ⑧夜間や病状が急変した場合が不安
- ⑨移動手段（通院・買い物）
- ⑩その他（

【問 1 2】あなたは在宅医療について知っていますか。（1 つに○）

*在宅医療…さまざまな病気にかかれた方が自宅において医師の往診や治療、訪問看護などの医療サービスを受けながら療養生活を送ることをいいます。

- ①知っている ②聞いたことはある ③知らない

【問 1 3】在宅医療に取り組んでいる病院、診療所があることを知っていますか。
(1 つに○)

- ①知っている ②聞いたことはある ③知らない

【問 1 4】あなたは在宅介護について知っていますか。（1 つに○）

- ①知っている ②聞いたことはある ③知らない

【問 1 5】在宅介護に取り組んでいる事業所（デイサービスや訪問介護事業所等）があることを知っていますか。

- ①知っている ②聞いたことはある ③知らない

【問１６】島原市には在宅医療・介護の相談窓口として「島原市在宅医療・介護相談センター」がありますが知っていますか。（１つに○）

①知っている

②聞いたことはある

③知らない

【問１７】以下のような在宅医療・介護のサービスをご存知ですか。「ア」から「コ」の各項目について、それぞれ該当する方を選んで○で囲んでください。

評 価		該当する方に○	
ア	訪問診療（医師の訪問）	はい	いいえ
イ	訪問歯科診療（歯科医師の訪問）	はい	いいえ
ウ	訪問薬剤管理指導（薬剤師の訪問）	はい	いいえ
エ	訪問看護（看護師などの訪問）	はい	いいえ
オ	訪問リハビリテーション（リハビリ専門職の訪問）	はい	いいえ
カ	在宅訪問栄養食事指導（管理栄養士の訪問）	はい	いいえ
キ	訪問介護（ホームヘルパーの訪問）	はい	いいえ
ク	介護支援専門員（ケアマネジャー）	はい	いいえ
ケ	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 *1	はい	いいえ
コ	在宅療養支援診療所 *2	はい	いいえ

*1：「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、24 時間体制で 1 日数回にわたる定期・随時訪問によって訪問介護・訪問看護を提供するサービスです。

*2：「在宅療養支援診療所」とは、24 時間体制で往診や訪問看護を実施する診療所のことです。

【問１８】あなたは在宅医療に関する講演会などがあったら、参加したいと思いますか。（１つに○）

①ぜひ参加したい

②機会があれば参加したい

③わからない

④参加したくない

①、②に○をつけた方にお聞きます。
参加してみたいテーマなどご自由にお書きください。

【問１９】あなたは、治る見込みがない病気になった場合、最期をどこで迎えたいですか。（１つに○）

- | | | | |
|-------------------|----------------|--------|-------------|
| ①自宅 | ②病院などの医療施設 | ③子どもの家 | ④兄弟姉妹など親戚の家 |
| ⑤特別養護老人ホームなどの福祉施設 | ⑥サービス付き高齢者向け住宅 | | |
| ⑦その他（ | ） | ⑧わからない | |

【問２０】あなたは、寝たきりの状態となった場合、在宅医療を希望しますか。また、実現可能だと思いますか。（１つに○）

- | | |
|------------------|----------------|
| ①希望するし、実現可能だと思う | → 問２２へお進みください。 |
| ②希望するが、実現は難しいと思う | → 問２１へお進みください。 |
| ③希望しない | → 問２１へお進みください。 |
| ④現在、受けている | → 問２２へお進みください。 |
| ⑤わからない | → 問２２へお進みください。 |

【問２１】実現が難しい又は在宅医療を希望しないと思う理由は何ですか。（該当するもの全てに○）

- | | |
|------------------------------|---|
| ①家族に負担をかけるから | |
| ②介護してくれる家族がいないから | |
| ③急に病状が変わったときの対応が不安だから | |
| ④往診などをしてくれる医師がいないから | |
| ⑤訪問看護や介護の体制が不十分だから | |
| ⑥療養できる部屋やトイレなどの住宅環境が整っていないから | |
| ⑦医師や看護師の訪問が精神的負担になるから | |
| ⑧経済的に負担が大きいから | |
| ⑨その他（ | ） |

【問２２】あなたは、「在宅医療」を充実することが必要だと思いますか。（１つに○）

- | | | | |
|---------|-------------|-----------|--------|
| ①必要だと思う | ②どちらかというと必要 | ③必要とは思わない | ④わからない |
|---------|-------------|-----------|--------|

【問 2 3】あなたは終末期（治る見込みがなく死期が迫っている）に延命治療を望みますか。（1 つに○）

*延命治療…終末期の患者に対し、人工呼吸器や点滴などによって生命維持のために行う医療行為のことです。

- | | | |
|-------|-------|--------|
| ①望む | ②望まない | ③わからない |
| ④その他（ | | ） |

【問 2 4】将来、あなた自身に万が一のことが起きたときに備えて、どのような治療やケアを受けたいのかを伝える書面（*終活ノート）を作成しておきたいと思いますか。（1 つに○）

*終活ノート・・・将来、自分に万が一のことが起きたときに、家族や大切な友人に伝えておきたいことを書きまとめられる書面。島原市在宅医療・介護相談センターで作成しています。

- | | | | |
|---------|-----------|-------|--------|
| ①作成している | ②作成したいと思う | ③思わない | ④わからない |
|---------|-----------|-------|--------|

【問 2 5】家族や自分が病気をしたり介護が必要になった時に、悩みや不安を相談できる相手はいますか。（該当する数字すべてに○）

- | | | | |
|----------------|-------------------|---------------------|-------|
| ①家族・親戚 | ②友人・知人 | ③お店の店員(スーパー・コンビニなど) | |
| ④かかりつけ医 | ⑤医療機関の相談員または看護師 | ⑥島原市医師会 | |
| ⑦ケアマネジャー | ⑧介護サービス事業所 | ⑨町内会・自治会 | ⑩民生委員 |
| ⑪県南保健所 | ⑫島原市役所 | ⑬島原地域広域市町村圏組合 | |
| ⑭島原市地域包括支援センター | ⑮島原市在宅医療・介護相談センター | | |
| ⑯相談する相手はいない | ⑰その他（ | ） | |

【問 2 6】あなたは医療・介護に関する必要な情報をどのように入手していますか。（主なものを 2 つまで○）

- | | | | | |
|-------|-------------------|-------------|-------|---|
| ①広報紙 | ②家族・近隣からの紹介（くちコミ） | ③インターネット | ④医療機関 | |
| ⑤介護機関 | ⑥市役所 | ⑦地域包括支援センター | ⑧その他（ | ） |

【問 27】 あなたにとって医療や介護について必要な情報はなんですか。
(3つまで○)

- ①休日・夜間の診療体制や救急医療機関について
- ②医療機関・医師の対応できる疾患・専門分野について
- ③訪問診療・看護・介護・リハビリテーションなどの在宅ケアサービスについて
- ④退院後に利用できるサービスについて
- ⑤介護や医療についての相談窓口について
- ⑥健康保険や医療費の制度について
- ⑦急病やケガ人に対する応急手当について
- ⑧その他（ ）

【問 28】在宅医療・介護に関して、あなたが思うことがあれば、ご自由に記入ください。

(例)：在宅医療・介護に関して知りたいこと、または取り組んで欲しいこと…など
島原市の在宅医療・介護に関わる人に求めること…など

～調査にご協力いただきありがとうございました～

同封の返信用封筒に記入済みの調査票を折り曲げて入れて、
切手を貼らずに投函ください。

在宅医療・介護連携に関する
市民アンケート調査業務

報 告 書

2018年9月
公益財団法人 ながさき地域政策研究所