

医療・介護の連携：在宅療養者の介護者 調査

⑦

調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします

F1 この調査票はどなたがご記入されますか。あて名の方からみた続柄でお答えください。(1つに〇)

- | | | |
|--------|-------------|-----------|
| 1. 配偶者 | 4. 娘・息子の配偶者 | 7. その他の親族 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. その他 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 〔具体的に： 〕 |

F2 あて名の方は、現在どこで療養されていますか。(1つに〇)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. 自宅 | 5. 特別養護老人ホーム |
| 2. 病院 | 6. 有料老人ホーム |
| 3. 老人保健施設(老健) | 7. その他〔具体的に： 〕 |
| 4. サービス付き高齢者向け住宅 | |

「5」又は「6」をお選びになった場合は、ここまでのご記入で結構です。
返送してください。ご協力いただき、誠にありがとうございました。

最初に、あて名の方についておたずねします

F3 あて名の方の性別をお答えください。(1つに〇)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

F4 あて名の方の年齢をお答えください。(1つに〇)

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 40～64歳 | 3. 70～74歳 | 5. 80～84歳 | 7. 90～94歳 |
| 2. 65～69歳 | 4. 75～79歳 | 6. 85～89歳 | 8. 95歳以上 |

F5 あて名の方の世帯の状況をお答えください。(1つに〇)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. ひとり暮らし(あて名の方のみ) | 4. 子や孫など同居 |
| 2. 夫婦のみ(配偶者は65歳以上) | 5. 1～4以外で全員が65歳以上 |
| 3. 夫婦のみ(配偶者は65歳未満) | 6. その他〔具体的に： 〕 |

F 6 あて名の方はどちらにお住まいですか。お住まいの町名から地区名をお答えください。(1つに○)

1. 第1地区	多磨町、朝日町、紅葉丘、白糸台1～3丁目、若松町、浅間町、緑町
2. 第2地区	白糸台4～6丁目、押立町、小柳町、八幡町、清水が丘、是政
3. 第3地区	天神町、幸町、府中町、寿町、晴見町、栄町、新町
4. 第4地区	宮町、日吉町、矢崎町、南町、本町、宮西町、片町
5. 第5地区	日鋼町、武蔵台、北山町、西原町、美好町1～2丁目、本宿町3～4丁目、西府町3～4丁目、東芝町
6. 第6地区	美好町3丁目、分梅町、住吉町、四谷、日新町、本宿町1～2丁目、西府町1～2、5丁目

F 7 あて名の方の要介護度は、次のどれですか。(1つに○)

- | | | | |
|---------|---------|---------|----------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 5. 要介護3 | 7. 要介護5 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 6. 要介護4 | 8. わからない |

あて名の方の在宅療養生活についておたずねします

問1 あて名の方の療養が必要になった主な原因は何ですか。(1つに○)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) | 8. 糖尿病 |
| 2. 心臓病 | 9. 骨折・転倒 |
| 3. がん(悪性新生物) | 10. 脊椎 |
| 4. 呼吸器の病気(肺気腫・肺炎等) | 11. 脊椎損傷 |
| 5. 関節の病気(リウマチ等) | 12. 高齢による衰弱 |
| 6. 認知症(アルツハイマー病等) | 13. その他〔具体的に： 〕 |
| 7. パーキンソン病 | 14. 不明 |

問2 あて名の方は、どのような医療処置を受けていますか。(いくつでも○)

- | | | |
|------------|------------|-----------------|
| 1. 点滴の管理 | 6. 在宅酸素療法 | 11. じょくそう |
| 2. ストーマの処置 | 7. 疼痛の看護 | 12. 留置カテーテル |
| 3. 気管切開 | 8. 人工透析 | 13. インスリン |
| 4. 中心静脈栄養 | 9. レスピレーター | 14. 胃ろう |
| 5. 痰の吸引 | 10. 経管栄養 | 15. その他〔具体的に： 〕 |

問3 あて名の方の体調が急変したとき、どこに連絡しますか。(1つに○)

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. かかりつけ医に連絡する | 3. 救急車を要請する |
| 2. 訪問看護師に連絡する | 4. その他〔具体的に： 〕 |

問4 あて名の方が在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。(いくつでも○)

1. 在宅療養（看取りを含む）について相談する場がない
2. 薬を飲み忘れることが多い
3. 予定どおりに医師が来てくれない
4. 医療機関での待ち時間が長い
5. デイサービスやショートステイが利用できない
6. 療養するのに適切な住環境の調整が難しい
7. 緊急時に医師と連絡がとれない
8. 介護者の、清拭や移乗など介護技術が難しい
9. 口腔ケアや歯科診療が受けられない
10. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない
11. 医療や介護サービスにお金がかかる
12. 介護者にゆとりがない
13. 介護者が医療行為をするのが難しい・負担が大きい
14. その他〔具体的に：]

問5 あて名の方は、次の介護保険サービスを利用していますか。(①～⑫のサービスごとに「A 利用している」に○をつけ、「利用している」方は1か月の利用回数を、「利用していない方」は利用していない主な理由を1つお答えください)

- A. 利用しているサービスに○をつけてください。
- B. 利用している方は、月に何回程度利用していますか。(凡その数字を記入)
- C. 利用していない方は、下欄から理由を選び、いくつでも記入してください。

	A	B	C
	利用している	「利用している」方へ 月に何回程度利用していますか	「利用していない」方へ 利用しない理由は次のどれですか。
記入例) ③訪問リハビリテーション	○	月 2 回	1, 2
①訪問介護 (ホームヘルプサービス)		月 _____ 回	
②訪問看護		月 _____ 回	
③訪問リハビリテーション		月 _____ 回	
④訪問入浴介護		月 _____ 回	
⑤居宅療養管理指導		月 _____ 回	
⑥通所介護		月 _____ 回	
⑦通所リハビリテーション		月 _____ 回	
⑧ショートステイ		月 _____ 回	
⑨夜間対応型訪問介護		月 _____ 回	
⑩定期巡回・随時対応型訪問介護看護		月 _____ 回	
⑪小規模多機能型居宅介護		月 _____ 回	
⑫複合型サービス		月 _____ 回	

《「利用していない理由》

1. 近くにサービス提供事業所がないから
2. 予約がいっぱいで利用できないから
3. 事業所が受け入れてくれないから
4. 自身が希望していないから
5. 利用料が高いから
6. 緊急時に対応してくれないから
7. その他〔具体的に _____ 〕
8. 初めて聞いた

問6 あて名の方の医療の受診形態は、次のどれですか。(1つに○)

1. 往診してもらっている
2. 往診と通院の両方を利用している
3. 通院している →問7へ

問6-1 あて名の方は、1か月に何回くらい往診を受けていますか。

1か月に()回くらい

問6-2 あて名の方が往診を受けている先生は何科の先生ですか。(いくつでも○)

1. 内科
2. 外科
3. 整形外科
4. リハビリテーション(理学療法)科
5. 歯科
6. その他(具体的に:)

問7 あて名の方が在宅で医療を受けられるようになってどのくらい経ちますか。

()年()か月

問8 あて名の方の在宅医療を受ける前の状況を教えてください。(1つに○)

1. 入院していた
2. 通院していた
3. 医療を受けていなかった
4. その他〔具体的に: 〕

問9 あなたは、あて名の方が現在受けている在宅医療にどの程度満足していますか。
(1つに○)

1. 満足
2. やや満足
3. どちらともいえない
4. やや不満
5. 不満

問8で「入院していた」と回答した方におたずねします

問10 退院する時、どなたに相談しましたか。(いくつでも○)

1. ケアマネジャー
2. 入院医療機関の医師・看護師・MSW
3. 市役所の相談窓口
4. 地域包括支援センター
5. かかりつけ医
6. かかりつけ薬局
7. 住宅改修事業者
8. 訪問看護ステーション
9. 家族・親戚
10. 福祉用具事業者
11. その他
〔具体的に: 〕

問11 退院が決まってからの期間はどのくらいでしたか（1つに○）

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 1週間以内 | 4. 14～30日未満 |
| 2. 1週間～10日未満 | 4. 30日以上 |
| 3. 10日～14日未満 | |

問12 退院する時、最も困ったこと・不安になったことはつぎのうちどれですか。
（○はいくつでも）

1. 治療が終わったと言われたが退院してやっていけるのか
2. 医療依存度が高い状況で退院してやっていけるのか
3. 痛みをともなう状況で退院してやっていけるのか
4. 寝たきりの状態で帰宅をしてやっていけるのか
5. 家族間の意見の調整がつかないが、やっていけるのか
6. その他〔具体的に： 〕

問13 そのような困りごとや不安に対してどのような方法が役に立ちましたか。
（○はいくつでも）

1. ケアマネジャーからの情報提供
2. ケアマネジャーのケアプラン
3. ケアカンファレンスへの参加
4. リハビリテーションの専門家からのアドバイス
5. 薬剤師等からのアドバイス
6. かかりつけ医の対応
7. インターネットの専門サイトでの情報
8. 同じ体験をした家族同士での情報を交換した
9. 書籍や専門誌などの情報
10. その他〔具体的に： 〕

問6で、通院している、または、往診と通院の両方を利用している、
と回答した方におたずねします

問14 あて名の方は、1か月に何回くらい通院していますか。

1か月に（ ）回くらい

問15 あて名の方は、どのような方法で通院していますか。(いくつでも○)

- | | |
|------------|---------------|
| 1. 自家用車 | 4. 福祉タクシー |
| 2. 電車・バス | 5. その他 |
| 3. 一般のタクシー | 〔具体的に： _____〕 |

問16 あて名の方が通院している診療科を教えてください。(いくつでも○)

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1. 内科 | 5. 眼科 |
| 2. 外科 | 6. リハビリテーション(理学療法)科 |
| 3. 整形外科 | 7. 歯科 |
| 4. 精神科・神経内科 | 8. その他〔具体的に： _____〕 |

問17 あて名の方が通院している理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 通院ができるし、通院をする方がいいから
2. かかりつけ医が往診を行っていないから
3. かかりつけ医以外の医者診療は受けたくないから
4. 家の中に家族以外の人が入ることには抵抗があるから
5. 往診を受けたいが、必要な診療科の往診がないから
6. その他〔具体的に： _____〕

今後の意向についておたずねします

問18 今後、あて名の方は「在宅での医療」を希望しますか。(1つに○)

- | | |
|---------|-------------------|
| 1. 希望する | 2. 希望しない →問 18-2へ |
|---------|-------------------|

問 18-1 問 18 で「1. 希望する」とお答えの方におたずねします。あて名の方が、「在宅での医療」を希望する理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 住み慣れた家にいたい
2. 家族との時間を多く持ちたい
3. 病院での治療を望んでいない
4. 病院へ行くと経済的に負担が大きい
5. 自宅で最期を迎えたい
6. 病院より退院等を迫られて希望せざるを得ないため
7. その他〔具体的に： _____〕

問 18-2 問 18 で「2. 希望しない」とお答えの方におたずねします。あて名の方が、「在宅での医療」を希望しない理由は何ですか。(いくつでも○)

1. 往診してくれる医療機関・医師を知らない
2. どこに相談したらいいかわからない
3. 症状が急に悪くなったとき、適切に対応してもらえないか不安である
4. 家族や身の回りの人への負担が大きい
5. 居住環境が在宅医療を受けるのに適していない
6. 在宅医療は経済的に負担が大きい
7. 地域の訪問看護や訪問介護サービスの体制が整っていない
8. その他〔具体的に： _____ 〕

医療と介護の連携についておたずねします

問 19 あなたは、医療機関、ケアマネジャーと介護サービス事業者が連携していると思いますか。(1つに○)

1. 連携していると思う →問 20 へ
2. 連携していないと思う →問 19-1 へ
3. わからない →問 20 へ

問 19-1 問 19 で「2. 連携していないと思う」と回答した方におたずねします。あなたがそう思う理由は次のうちどれですか。(いくつでも○)

1. 主治医と介護サービスのスタッフ間で、情報交換ができていない
2. 医療と介護のサービスがばらばらに提供されている
3. サービスの全体を調整してくれる人がいない
4. その他〔具体的に： _____ 〕
5. わからない

問 20 あなたは、医療と介護の連携を図るために、誰の協力が必要とお考えですか。

(1つに○)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. ケアマネジャー | 5. ホームヘルパー等の介護職 |
| 2. 主治医 | 6. 家族 |
| 3. 訪問看護師 | 7. その他〔具体的に： _____ 〕 |
| 4. 地域包括支援センターの相談員 | 8. わからない |

あて名の方の今後の療養生活についておたずねします

問21 あなたは、あて名の方の在宅での療養生活を継続するためにどのようなことを希望しますか。(いくつでも○)

1. 困ったときに相談できる場所がほしい
2. 往診してくれる診療所を増やしてほしい
3. 緊急時に医師と連絡がとれるような仕組みをつくってほしい
4. 緊急時に入院できるベッドを確保してほしい
5. 長期に入院・入所できる施設がほしい
6. 看取りまで面倒をみてくれる医療機関がほしい
7. 訪問してくれる歯科診療所を確保してほしい
8. 訪問してくれる薬局を増やしてほしい
9. デイサービスやショートステイを利用しやすいようにしてほしい
10. その他〔具体的に： _____ 〕

問22 あなたは、あて名の方が今後どこで療養生活を送ってもらいたいと希望しますか。(1つに○)

- | | | |
|------------|--------------|----------------|
| 1. 自 宅 | 4. 特別養護老人ホーム | 7. その他 |
| 2. 家族・親族の家 | 5. 介護老人保健施設 | 〔具体的に： _____ 〕 |
| 3. 病 院 | 6. 有料老人ホーム | |

問23 あなたは、あて名の方の最期をどこで迎えることを希望されますか。
(1つに○)

- | | | |
|------------|---------|----------------|
| 1. 自 宅 | 3. 病 院 | 5. その他 |
| 2. 家族・親族の家 | 4. 介護施設 | 〔具体的に： _____ 〕 |

介護の負担感についておたずねします

問24 あて名の方を主に介護しているのは、どなたですか。(1つに○)

- | | | |
|--------|-------------|----------------------|
| 1. 配偶者 | 4. 娘・息子の配偶者 | 7. 孫 |
| 2. 娘 | 5. 兄弟姉妹 | 8. その他の親族 |
| 3. 息子 | 6. 親 | 8. その他〔具体的に： 〕 |

問25 あて名の方を主に介護している方の年齢はおいくつですか。(1つに○)

- | | | | |
|----------|-----------|-----------|------------|
| 1. 30歳未満 | 4. 50歳代 | 7. 70～74歳 | 10. 85～89歳 |
| 2. 30歳代 | 5. 60～64歳 | 8. 75～79歳 | 11. 90～94歳 |
| 3. 40歳代 | 6. 65～69歳 | 9. 80～84歳 | 12. 95歳以上 |

問26 あて名の方を主に介護しているご本人はどこに住んでいますか。(1つに○)

- | | |
|------------------|-----------------------|
| 1. 同じ住宅 | 4. 府中市内 |
| 2. 同じ住宅ではないが同じ敷地 | 5. 東京都内 |
| 3. 同じ町内 | 6. 東京郊外〔具体的に： 〕 |

問27 あて名の方を介護している期間はどのくらいですか。(1つに○)

- | | | |
|-------------|--------------|----------|
| 1. 1年未満 | 3. 3年以上5年未満 | 5. 10年以上 |
| 2. 1年以上3年未満 | 4. 5年以上10年未満 | |

問28 あて名の方の介護に1日に平均してどのくらいかかわっていますか。

(1つに○)

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| 1. 1時間未満 | 4. 6～10時間未満 | 7. 決まっていない |
| 2. 1～4時間未満 | 5. 10時間以上 | |
| 3. 4～6時間未満 | 6. 1日中かかりきり | |

問29 あて名の方を主に介護している方の健康状態はいかがですか。(1つに○)

- | | | |
|---------|------------|---------|
| 1. よい | 3. ふつう | 5. よくない |
| 2. まあよい | 4. あまりよくない | |

問30 ご本人は、医師から認知症の診断を受けていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

問31 あて名のご本人にはつぎのような症状がどの程度ありますか。(それぞれ1つずつ〇)

	ない	ときどきある	よくある
(1) 物を盗られたなどと被害的になること	1	2	3
(2) 事実でないことを事実であるように話すこと	1	2	3
(3) 実際にはないものが見えたり聞こえたりすること	1	2	3
(4) 一人で外に出たがり目が離せないこと	1	2	3
(5) 夜間不眠、昼夜逆転があること	1	2	3
(6) 助言や介護に抵抗すること	1	2	3
(7) 周囲の人に暴力をふるうこと	1	2	3

問32 介護をされていて、あなたの気持ちに最もあてはまると思う番号に〇をつけてください。(それぞれ1つに〇)

	思わない	たまに思う	ときどき思う	よく思う	いつも思う
(1) 介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	1	2	3	4	5
(2) 介護を受けている方のそばにいと、腹が立つことがありますか	1	2	3	4	5
(3) 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	1	2	3	4	5
(4) 介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思いますか	1	2	3	4	5
(5) 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	1	2	3	4	5
(6) 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	1	2	3	4	5
(7) 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
(8) 介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	1	2	3	4	5

問33 これからの介護者支援策として、あなたが必要だと思うのはつぎのどれですか。
(いくつでも○)

1. 介護者に対する定期的な情報提供
2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり
3. リフレッシュのための日帰り旅行などの機会提供
4. 電話や訪問による相談サービス
5. 本人や介護者が集まって話せる場づくり・カフェ
6. 家族会や介護者の自助グループ
7. 在宅介護者への手当
8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度
9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援施策
10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり
11. その他〔 〕

問34 最後に、あなたが、在宅療養者の医療や介護サービスについてのお考えや満足もしくは不満に思われること、市に取り組んでほしいこと、今後に向けての希望などについてご自由にお書きください。

※府中市では、市民の皆様の声を反映した計画を策定するため、平成25年12月頃にグループインタビューの実施を予定しております。ご参加いただける場合は、お手数ですが、下記にお名前、住所、連絡先（電話番号、FAX番号）をご記入ください。日時・場所等詳細が決まりましたら、あらためてご連絡させていただきます。なお、参加者が多数の場合は、お断りさせていただく場合もございますので、予めご了承ください。

お名前	
住所	
電話番号	
FAX番号	

——ご協力ありがとうございました——