

府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画 策定のためのアンケート調査

調査についてのお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

府中市では、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聞きし、平成 23 年度に策定を予定しております「府中市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画（平成 24 年度～平成 26 年度）」の基礎資料として、高齢者福祉全般の調査を実施します。

この調査は、平成 22 年 11 月 1 日現在、40 歳以上の医療処置を必要としている要介護認定者の中から 300 名を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をお伺いするものです。

ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理するとともに、「府中市個人情報の保護に関する条例」に基づき適正に取り扱い、調査目的以外に使用することはありません。お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成 22 年 11 月 府中市

《記入にあたってのお願い》

1. 封筒のあて名のご本人を主に介護されている方がご記入ください。
2. ご回答は、最初から順番にお答えください。
3. ご回答は、あてはまる選択肢の番号に○印をつけてください。
4. 質問によっては、○をつける選択肢の番号を「1つに○」「いくつでも○」などと指定している場合は、指定の範囲内で○をつけてください。また、「その他」をお選びいただいた場合には、お手数ですが（ ）内に具体的な内容をご記入ください。
5. 質問によっては、ご回答いただく方が限られる場合がありますので、矢印（→）やことわり書きなど、次にご回答いただく質問番号への案内にご注意ください。

調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

ご記入が終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です）に入れ、

12月8日（水）までにお近くのポストに投函してください。

本調査について、ご不明な点・ご質問等がございましたら、下記までお問い合わせください。

■調査についてのお問い合わせ先

府中市福祉保健部高齢者支援課在宅支援係

☎ 042-335-4470（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課介護保険係

☎ 042-335-4021（直通）

府中市福祉保健部高齢者支援課包括マネジメント担当

☎ 042-335-4106（直通）

【調査票のご記入に先立ちまして、おたずねします】

F 1 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○）

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:)

F 2 あて名の方は、現在どこで療養されていますか。（1つに○）

1. 自 宅	4. 特別養護老人ホーム
2. 病 院	5. 有料老人ホーム
3. 老人保健施設(老健)	6. その他(具体的に:)

「4」又は「5」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】

F 3 あて名の方の性別をお答えください。（1つに○）

1. 男 性	2. 女 性
--------	--------

F 4 あて名の方の年齢をお答えください。（1つに○）

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

F 5 あて名の方の世帯の状況をお答えください。（1つに○）

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

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

【あて名の方を主に介護されている方についておたずねします】

※以下の質問で、「あなた」とはあて名の方を主に介護されている方のことです。お間違えのないように教えてください。

F 8 あて名の方を主に介護しているのは、どなたですか。あて名の方からみた続柄でお答えください。（1つに○）

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:)

F 9 あなた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

F 10 あなたはどこに住んでいますか。（1つに○）

1. 同じ住宅	3. 同じ町内	5. 東京都内
2. 同じ敷地	4. 府中市内	6. その他(具体的に:)道府県

F 11 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	

F 12 あて名の方の介護に1日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	

F 13 あなた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	

F 14 あなたご自身は、要介護認定を受けていますか。（1つに○）

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

【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. 脳血管疾患(脳卒中等)	7. 呼吸器疾患
2. 関節疾患(変形性関節症、リウマチ等)	8. 糖尿病
3. 骨折・転倒	9. 脊髄疾患(変形性脊椎症など)、脊髄損傷
4. 高齢による衰弱	10. 悪性新生物(がん)
5. 認知症	11. パーキンソン病等の特定疾病
6. 心臓病	12. その他(具体的に:)

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. 在宅酸素療養	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. その他
5. 痰の吸引	10. 経管栄養	(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. 緊急時に医師と連絡がとれない 7. 口腔ケアや歯科診療が受けられない 8. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない 9. 医療や介護サービスにお金がかかる 10. 介護者にゆとりがない 11. その他(具体的に:)
--

問 5 あて名の方は、次の介護サービスを利用していますか。(ア～エのサービスごとに「1. 利用している」「2. 利用していない」のどちらかの番号に○をつけ、サービスを利用している方は1か月の利用回数を、サービス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)

ア 訪問看護

1. 利用している	2. 利用していない						
 利用回数をお答えください 月 回	 利用していない理由を以下から 1 つお選びください <table border="0"> <tr> <td>1. 近くにサービス提供事業所がないから</td> <td>4. 自身が希望していないから</td> </tr> <tr> <td>2. 予約がいっぱいで利用できないから</td> <td>5. その他(具体的に) ()</td> </tr> <tr> <td>3. 事業所が受け入れてくれないから</td> <td></td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから	2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他(具体的に) ()	3. 事業所が受け入れてくれないから	
1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから						
2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他(具体的に) ()						
3. 事業所が受け入れてくれないから							

イ 訪問介護 (ホームヘルプサービス)

1. 利用している	2. 利用していない						
 利用回数をお答えください 月 回	 利用していない理由を以下から 1 つお選びください <table border="0"> <tr> <td>1. 近くにサービス提供事業所がないから</td> <td>4. 自身が希望していないから</td> </tr> <tr> <td>2. 予約がいっぱいで利用できないから</td> <td>5. その他(具体的に) ()</td> </tr> <tr> <td>3. 事業所が受け入れてくれないから</td> <td></td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから	2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他(具体的に) ()	3. 事業所が受け入れてくれないから	
1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから						
2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他(具体的に) ()						
3. 事業所が受け入れてくれないから							

ウ 通所介護（デイサービス）

1. 利用している	2. 利用していない						
↓ 利用回数をお答えください 月 回	↓ 利用していない理由を以下から 1 つお選びください <table border="0"> <tr> <td>1. 近くにサービス提供事業所がないから</td> <td>4. 自身が希望していないから</td> </tr> <tr> <td>2. 予約がいっぱいで利用できないから</td> <td>5. その他（具体的に） ()</td> </tr> <tr> <td>3. 事業所が受け入れてくれないから</td> <td></td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから	2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他（具体的に） ()	3. 事業所が受け入れてくれないから	
1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから						
2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他（具体的に） ()						
3. 事業所が受け入れてくれないから							

エ 短期入所生活介護（ショートステイ）

1. 利用している	2. 利用していない						
↓ 利用回数をお答えください 月 回	↓ 利用していない理由を以下から 1 つお選びください <table border="0"> <tr> <td>1. 近くにサービス提供事業所がないから</td> <td>4. 自身が希望していないから</td> </tr> <tr> <td>2. 予約がいっぱいで利用できないから</td> <td>5. その他（具体的に） ()</td> </tr> <tr> <td>3. 事業所が受け入れてくれないから</td> <td></td> </tr> </table>	1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから	2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他（具体的に） ()	3. 事業所が受け入れてくれないから	
1. 近くにサービス提供事業所がないから	4. 自身が希望していないから						
2. 予約がいっぱいで利用できないから	5. その他（具体的に） ()						
3. 事業所が受け入れてくれないから							

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	3. 通院している
2. 往診と通院の両方を利用している	

〔問 7～問 11 は、問 6 で「1」又は「2」と回答した方がお答えください。問 6 で「3」とお答えの方は問 12 へ進んでください〕

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

問 9 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 10 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	4. リハビリテーション（理学療法）科
2. 外 科	5. 歯 科
3. 整形外科	6. その他（具体的に： ）

問 11 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	3. どちらともいえない	5. 不 満
2. やや満足	4. やや不満	

【問 6 で「1」と回答した方は問 17 へ進んでください】

〔問 12～問 16 は、問 6 で「2」又は「3」と回答した方がお答えください〕

問 12 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 13 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 14 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 | 4. リハビリテーション(理学療法)科 |
| 2. 外 科 | 5. 歯 科 |
| 3. 整形外科 | 6. その他(具体的に:) |

問 15 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:) |

問 16 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 16-2 へ進む） |
|---------|-----------------------|

《問 16 で「1」とお答えの方におたずねします》

問 16-1 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:) |

【次は問 17 へ進んでください】

《問 16 で「2」とお答えの方におたずねします》

問 16-2 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るか不安である |
| 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:) |

[問 17 以降は全員の方がお答えください]

【医療と介護の連携についておたずねします】

問 17 あなたは、医療機関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 18 へ進む） | 3. わからない（→問 18 へ進む） |
| 2. 連携していないと思う | |

《問 17 で「2」とお答えの方におたずねします》

問 17-1 あなたが、連携していないと思う理由は何ですか。（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 18 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 19 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っ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 20 あなたは、あて名の方が今後どこで療養生活を送ってみ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 21 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 22 あなたは、あて名の方を介護していて、過去 1 か月の間に次のア～クのように思うことがどれくらいありましたか。(ア～クそれぞれ 1 つに○)

	思 ま わ た く	き と 思 き う ど	う よ く 思
記入例) 昼間、外出できない	1	②	3
ア. 介護で疲れて、体の調子が良くない	1	2	3
イ. 介護で精神的にまいってしまう	1	2	3
ウ. 介護のために、仕事に出られない	1	2	3
エ. 育児や家族の世話に手がまわらない	1	2	3
オ. 昼間、自由な時間がとれない	1	2	3
カ. 夜間にゆっくりと寝ることができない	1	2	3
キ. 介護のことで、家族と意見が合わない	1	2	3
ク. 介護の経済的な負担が大きい	1	2	3

問 23 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、市民の皆さまの声を反映した計画を策定するため、平成 23 年 2 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、参加ご希望者が多数の場合は、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	

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、**12 月 8 日(水)までに**お近くのポストに投函してください。