

# 島田市民 在宅医療に関する意識調査 ご協力をお願い

島田市では、市民の皆さんが住み慣れた地域で暮らし続けることを支えるために、在宅医療推進事業を行います。この度、皆さんの在宅医療への意見などをお伺いするために、アンケート調査を行うことになりました。

このアンケートは、40歳以上の方を年齢・性別に応じて無作為に約1,000人を選ばせていただき、調査をお願いしています。ご回答いただきましたアンケートは、すべて統計的に処理し、個々のアンケートが本調査の目的以外に使用されることは一切ありませんので、率直なご意見をお寄せいただきたいと思います。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査の趣旨をご理解いただきまして、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

平成26年5月

島田市

## 【記入にあたってのお願い】

- ・ このアンケートは、宛名のご本人がお答えください。
- ・ 名前を書く必要はありません。
- ・ ご本人が記入できない場合は、ご家族が代筆されても結構です。
- ・ 答えは、記入欄の該当する番号を、指定の数だけ○で囲んでください。  
また、記入するものについては、( ) 内に記入してください。

## 【アンケート回収方法】

- ・ ご記入いただいたアンケートは、同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、  
平成26年5月31日（土）までに郵便ポストに投函してください。

## 【このアンケートについてのお問い合わせ先】

〒427-0041 島田市中河町 283 番地の 1（島田市保健福祉センター）

島田市 健やか・こども部 健康づくり課 電話：0547-34-3282

FAX：0547-34-3289

《ご自身のことについておたずねします》

ご自分の性別、年代、お住まいの中学校区、世帯状況を選択し、番号に○をつけてください。

性別	1	男性	2	女性
----	---	----	---	----

年代	1	40代	2	50代	3	60代	4	70代	5	80歳以上
----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-------

中学校区	1	第1中学校区	2	第2中学校区	3	六合中学校区	4	初倉中学校区
	5	北中学校区	6	金谷中学校区	7	川根中学校区		

世帯状況	1	65歳以上のひとり暮らし	2	65歳以上の夫婦2人暮らし
	3	65歳未満のひとり暮らし	4	それ以外

《在宅医療についておたずねします》

\*ここでいう在宅医療とは、定期的な往診を示します。

問1 在宅医療に取り組んでいる医療機関があることを知っていますか。(○は1つ)

- 1 知っている
- 2 知らない
- 3 聞いたことはあるが、よくわからない
- 4 その他 ( )

問2 在宅医療について関心がありますか。(○は1つ)

- 1 とても関心がある
- 2 少しは関心がある
- 3 あまり関心がない
- 4 まったく関心がない
- 5 その他 ( )

問3 患者家族の立場として在宅医療に関わったことがありますか。(○は1つ)

- 1 積極的に関わったことがある
- 2 少し関わったことがある
- 3 まったく関わったことはない
- 4 関わった人から話を聞いたことがある
- 5 その他 ( )

問4 問3で「1又は2」と答えた方にお聞きします。在宅医療を受ける中で困った事がありましたか。もしあればその内容を教えてください。

[ ]

問5 入院しても完治しない、あるいは入院しなくても治療が継続できる場合で、往診してくれる医師や訪問看護師、訪問介護士などから、在宅で医療を受けることができれば、ご自分は在宅医療を望みますか。(○は1つ)

- 1 できるだけ在宅で療養したい
- 2 できるだけ在宅医療を継続し、必要があれば入院したい
- 3 できるだけ入院治療を継続したい
- 4 在宅医療は希望しない
- 5 老人ホームなどの施設に入りたい
- 6 その他 ( )

問6 問5で「1又は2」と答えた方にお聞きします。在宅医療を希望する理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。(○はいくつでも)

- 1 自分の生活や価値観などを重視したい
- 2 なるべく生活を管理されたくない
- 3 家族や友人など身近な人と過ごす時間を大切にしたい
- 4 経済的負担を減らしたい
- 5 苦痛を伴う治療は受けたくない
- 6 入院治療には期待しない
- 7 その他 ( )

問7 問5で「3又は4又は5」と答えた方にお聞きします。在宅医療を希望しない理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。(○はいくつでも)

- 1 在宅では十分な医療が受けられないから
- 2 医療や介護の専門家がいつでもそばにいてほしいから
- 3 家族に負担をかけたくないから
- 4 介護してくれる家族がないから
- 5 症状が急変した時の対応に不安があるから
- 6 症状急変時すぐに入院できるか不安であるから
- 7 介護できる居住空間が整っていないから
- 8 その他 ( )

問8 あなたの家族が在宅医療を希望した場合、どのようにしようと思いますか。(○は1つ)

- 1 できるだけ本人の希望をかなえたいし、実現可能だと思う
- 2 できるだけ本人の希望をかなえたいが、実現困難だと思う
- 3 できるだけ在宅医療はしたくない
- 4 わからない
- 5 その他 ( )

問9 問8で「2又は3」と答えた方にお聞きします。

その理由はどんな事でしょう。お考えに近いものをお選びください。(○はいくつでも)

- 1 入院していた方がよい治療を受けられると思うから
- 2 医療や介護の知識がなく不安だから
- 3 仕事や子育てなどのために介護する時間がないから
- 4 いつでも相談できる人がいないから
- 5 自分の生活ができなくなるから
- 6 家族の意見が一致しないから
- 7 症状が急変した時の対応に不安があるから
- 8 症状急変時すぐに入院できるか不安だから
- 9 介護できる居住環境が整っていないから
- 10 その他 ( )

問10 今後在宅医療が進むためにはどのようなことが必要だと思いますか。

以下の中からお選びください。(○はいくつでも)

- 1 在宅医療に熱心に取り組む医師がいること
- 2 在宅医療に熱心に取り組む看護師がいること
- 3 訪問歯科診療が行われること
- 4 訪問薬剤師がいること
- 5 訪問リハビリが行われること
- 6 行政機関が積極的に関わること
- 7 在宅医療に関わる専門家同士が連携すること
- 8 一般向けの在宅医療についての情報提供
- 9 家族の負担を軽減するためのサービスやショートステイなど介護体制の充実
- 10 症状が悪化した時いつでも入院できる医療体制の整備
- 11 高齢者が安心して住める住居の整備
- 12 介護休暇など職場のバックアップ
- 13 その他 ( )

問 11 その他在宅医療についてご意見がございましたらご自由にお書きください

[ ]

≪リビングウイールについておたずねします≫

☆リビングウイールとは 「生前に発効される遺書」「事前指示」

病気や事故で意思表示できなくなっても自分らしい最期を迎えるために、あらかじめ医療に関する要望を明記しておく文書。

例) 持続的植物状態になった場合に延命医療を希望しない、等の意思を伝えることができる。

問12 リビングウイールを知っていますか。(○は1つ)

- 1 知っており、作成済みである
- 2 知っている
- 3 知らない
- 4 その他 ( )

問 13 問 12 で「1」と答えた方にお伺いします。

作成したリビングウイールはどのような方式ですか。(○はいくつでも)

- 1 日本尊厳死協会へ入会している
- 2 市で作成したエンディングノートの延命治療欄を活用している
- 3 自筆の文書
- 4 家族等に口頭で伝えた
- 5 医療機関で作成した
- 6 その他 ( )

問 14 問 12 で「2又は3又は4」と答えた方にお伺いします。

今後、リビングウイールを作成したいと思いますか。(○は1つ)

- 1 思う
- 2 思わない
- 3 分からない
- 4 その他 ( )

問 15 問 14 で「2 又は 3 又は 4」と答えた方にお伺いします。

リビングウイルを作成したくない理由は何ですか。以下の中からお選びください。(○はいくつでも)

- 1 作成しなくても、皆、何となく死を迎えている
- 2 作成の仕方がわからない
- 3 医療知識がない
- 4 考えたことがない
- 5 その他 ( )

問 16 リビングウイルの様式・啓発方法等についてご意見がございましたら自由にお書きください。

[ ]

≪救急医療の体制についておたずねします≫

問 17 島田市における救急医療の体制の現状を知っていますか。(○は 1 つ)

- 1 知っている
- 2 少しは知っている
- 3 あまり知らない
- 4 知らない

問 18 救急医療の体制についてご意見がございましたら自由にお書きください

[ ]

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

このアンケートを返信用封筒に入れ、

**平成 26 年 5 月 31 日 (土) までに** 郵便ポストにご投函ください。