

17. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きします。

①教育は十分でしたか。

- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)

\_\_\_\_\_

③1回の教育時間はどれくらいでしたか。

\_\_\_\_\_時間

④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。

- a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

●はいとお答えしたかたにお聞きします。不安だった理由はなんですか。

- a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他( )

18. 外来受診(通院)についてお聞きします。

①受診回数:月に\_\_\_\_\_回

②通院にかかる時間:片道\_\_\_\_\_分

③交通手段:

- a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス  
f. その他( )

④ご家族の付添いはありますか。

- a. はい b. いいえ

19. 訪問診療を受けていますか。

- a. はい b. いいえ

医師:\_\_\_\_\_回/月

看護師:\_\_\_\_\_回/月

その他:\_\_\_\_\_回/月

20. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

- a. はい

①はいとお答えした方へお伺いします。

- ・サービスをご利用した期間:
- ・サービスをご利用した理由:
- ・介護度:

21. ご家庭でのHPNの管理についてお聞きします。

- ①輸液バックの交換頻度: 1日に\_\_\_\_\_回
- ②輸液バックの交換場所:
- ③1回の輸液バックを交換するために準備時間はどれくらいかかりますか。
  - ・患者さん: \_\_\_\_\_分
  - ・介助者: \_\_\_\_\_分
- ④輸液バック交換終了後、後片付けはどれくらいかかりますか。
  - ・患者さん: \_\_\_\_\_分
  - ・介助者: \_\_\_\_\_分

22. 緊急時についてお聞きします。

- ①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。
  - a. はい b. いいえ
- ②はいとお答えした方にお聞きします。緊急時の対応は十分でしたか。
  - a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満緊急対応内容は?  
( \_\_\_\_\_ )

23. 輸液ポンプをお使いの方にお聞きします。

- ①輸液ポンプのメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。
  - a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
- ②輸液ポンプのメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。
  - i) 実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他( \_\_\_\_\_ )
  - ii) 頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他( \_\_\_\_\_ )
- ③輸液ポンプのメンテナンスは、1回あたりどのくらい時間がかかりますか。  
\_\_\_\_\_分

24. 薬剤・器材等の配送についてお聞きします。

- ①配送は誰が行っていますか。
  - a. 患者さん b. ご家族 c. 製薬メーカーなど d. 医療機関 e. その他( \_\_\_\_\_ )
- ②配送頻度はどれくらいですか。
  - a. 月に1回 b. 月に2回 c. その他( \_\_\_\_\_ )
- ③薬剤・器材等の保管にどれくらいスペースが必要ですか。(例: 量半量分くらい)

25. 在宅療養にかかる費用(自己負担分)は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

①医療機関の窓口にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

②医療機関の窓口以外にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

どこに	自己負担額
_____	_____万円
_____	_____万円
_____	_____万円

26. 病院と比べてHPNを行って良かった点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 自由な時間が多くなった    b. 社会復帰しやすい    c. 家族と接する時間が多くなった  
d. 体調が良くなった    e. 通院に要する時間がかからなくなった  
f. その他( \_\_\_\_\_ )

27. 病院と比べてHPNを行って困った点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 中心静脈栄養法に関する知識・技術を十分習得しなければならない    b. そばに医療スタッフがいない  
c. 介助者が必要なこと    d. 介助者の負担が大きい  
e. その他( \_\_\_\_\_ )

28. 現在医療廃棄物は、誰が収集していますか。

- a. 自治体で一般ゴミとして収集    b. 医療廃物業者が収集    c. 患者さんが医療機関へ持っていく  
d. その他( \_\_\_\_\_ )

29. 在宅療養でお気づきの点ございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

## 患者さんアンケート調査票(HOT:在宅酸素療法)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男    b. 女

2. あなたの年齢は？

\_\_\_\_\_ 歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

\_\_\_\_\_ 都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

\_\_\_\_\_

①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. HOTをはじめてどのくらいですか。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

6. HOT以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい    b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

\_\_\_\_\_

7. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫    b. 妻    c. 子    d. その他(                                    )    e. 独居

8. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい    b. いいえ

9. HOTを行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫    b. 妻    c. 子    d. その他(                                    )    e. ひとりで行う

10. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。

- a. 300万円未満    b. 300万円～500万円    c. 500万円～800万円    d. 800万円以上

11. 加入している健康保険は何ですか。  
a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他( )

12. 現在行っているHOTに満足していますか。  
a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

13. 今後もHOTを続けたいですか。  
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

①はいとお答えした方へお伺いします。HOTを続けたい理由は何ですか。

a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合  
d. その他( )

②いいえとお答えした方へお伺いします。HOTを続けたくない理由は何ですか。

a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある  
d. その他( )

14. HOTがあることを知ったのは何ですか。

a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ  
g. その他( )

15. HOTを選択した理由は何ですか。

a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め  
e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他( )

16. 療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。

a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

①説明は主にどなたからありましたか。

a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他( )

17. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きします。

①教育は十分でしたか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)

\_\_\_\_\_

③1回の教育時間はどれくらいでしたか。

\_\_\_\_\_時間

④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。

a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

●はいとお答えしたかたにお聞きします。不安だった理由はなんですか。

a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他( )

18. 外来受診(通院)についてお聞きします。

①受診回数:月に\_\_\_\_\_回

②通院にかかる時間:片道\_\_\_\_\_分

③交通手段:

a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス

f. その他( )

④ご家族の付添いはありますか。

a. はい b. いいえ

19. 訪問診療を受けていますか。

a. はい b. いいえ

医師:\_\_\_\_\_回/月

看護師:\_\_\_\_\_回/月

その他:\_\_\_\_\_回/月

20. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

a. はい

①はいとお答えした方へお伺いします。

・サービスをご利用した期間:

・サービスをご利用した理由:

・介護度:

21. ご家庭でのHOTの管理についてお聞きします。

①酸素吸入回数:1日に\_\_\_\_\_回

②1回の酸素吸入時間:

③1回の酸素吸入をするために準備時間はどれくらいかかりますか。

・患者さん:\_\_\_\_\_分

・介助者:\_\_\_\_\_分

④酸素吸入終了後、後片付けはどれくらいかかりますか。

・患者さん:\_\_\_\_\_分

・介助者:\_\_\_\_\_分

⑤どこに酸素を設置(保管)していますか。

\_\_\_\_\_

22. 緊急時についてお聞きします。

①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。

a. はい b. いいえ

②はいとお答えした方にお聞きします。緊急時の対応は十分でしたか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

緊急対応内容は？

( )

23. 酸素供給装置についてお聞きします。

①酸素供給装置のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②酸素供給装置のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。

i) 実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他( )

ii) 頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他( )

③酸素供給装置のメンテナンスは、1回あたりどのくらい時間がかかりますか。

\_\_\_\_\_分

24. 自動喀痰吸引器についてお聞きします。

①自動喀痰吸引器をお使いになっていますか。

a. はい b. いいえ

●はいとお答えの方にお伺いします。

1) 自動喀痰吸引器のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

2) 自動喀痰吸引器のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。

i) 実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他( )

ii) 頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他( )

25. 在宅療養にかかる費用(自己負担分)は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

①あなたがご使用している酸素機器は何ですか。(複数回答可)

a. 酸素濃縮器 b. 携帯用ボンベ c. 液化酸素

②医療機関の窓口にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

③医療機関の窓口以外にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

どこに 自己負担額

\_\_\_\_\_万円

\_\_\_\_\_万円

26. 病院と比べてHOTを行って良かった点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 自由な時間が多くなった
- b. 社会復帰しやすい
- c. 家族と接する時間が多くなった
- d. 体調が良くなった
- e. 通院に要する時間がかからなくなった
- f. その他( )

27. 病院と比べてHOTを行って困った点はどんなことですか。(複数回答可)

- a. 酸素療法に関する知識・技術を十分習得しなければならない
- b. そばに医療スタッフがない
- c. 介助者が必要なこと
- d. 介助者の負担が大きい
- e. その他( )

28. 在宅療養でお気づきの点ございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。



患者さんアンケート調査票(HMV:在宅人工呼吸療法)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男 b. 女

2. あなたの年齢は？

\_\_\_\_\_ 歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

\_\_\_\_\_ 都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

\_\_\_\_\_

①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. 在宅人工呼吸療法(HMV)をはじめてどのくらいですか。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

6. HMV以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

\_\_\_\_\_

7. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他( ) e. 独居

8. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい b. いいえ

9. 在宅人工呼吸療法(HMV)を行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他( ) e. ひとりで行う

10. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。

- a. 300万円未満 b. 300万円～500万円 c. 500万円～800万円 d. 800万円以上

11. 加入している健康保険は何ですか。  
a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他( )

12. 現在行っている在宅人工呼吸療法(HMV)に満足していますか。  
a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

13. 今後も在宅人工呼吸療法(HMV)を続けたいですか。  
a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

①はいとお答えした方へお伺いします。在宅人工呼吸療法(HMV)を続けたい理由は何ですか。

a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合  
d. その他( )

②いいえとお答えした方へお伺いします。在宅人工呼吸療法(HMV)を続けたくない理由は何ですか。

a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある  
d. その他( )

14. 在宅人工呼吸療法(HMV)があることを知ったのは何ですか。

a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ  
g. その他( )

15. 在宅人工呼吸療法(HMV)を選択した理由は何ですか。

a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め  
e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他( )

16. 療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。

a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

①説明は主にどなたからありましたか。

a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他( )

17. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きします。

①教育は十分でしたか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)

\_\_\_\_\_

③1回の教育時間はどれくらいでしたか。

\_\_\_\_\_時間

④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。

a. はい b. いいえ c. どちらともいえない

●はいとお答えしたかたにお聞きします。不安だった理由はなんですか。

a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他( )

18. 外来受診(通院)についてお聞きます。

①受診回数:月に\_\_\_\_\_回

②通院にかかる時間:片道\_\_\_\_\_分

③交通手段:

a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス

f. その他( )

④ご家族の付添いはありますか。

a. はい b. いいえ

19. 訪問診療を受けていますか。

a. はい b. いいえ

医師:\_\_\_\_\_回/月

看護師:\_\_\_\_\_回/月

その他:\_\_\_\_\_回/月

20. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

a. はい

①はいとお答えした方へお伺いします。

・サービスをご利用した期間:

・サービスをご利用した理由:

・介護度:

21. ご家庭での在宅人工呼吸療法(HMV)の管理についてお聞きます。

①喀痰吸引を実施している方はどなたですか。

a. 家族 b. 看護師 c. ヘルパー d. その他( )

②日中の喀痰吸引回数、時刻

・喀痰吸引回数:\_\_\_\_\_回

・時刻:\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、

③夜間の喀痰吸引回数、時刻

・喀痰吸引回数:\_\_\_\_\_回

・時刻:\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、

④喀痰吸引に要する費用(1ヶ月あたりの材料費、人件費)

・\_\_\_\_\_円

22. 緊急時についてお聞きます。

①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。

a. はい b. いいえ

②はいとお答えした方にお聞きます。緊急時の対応は十分でしたか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

緊急対応内容は?

( )

23. 人工呼吸器装置についてお聞きします。

①人工呼吸器装置のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

②人工呼吸器装置のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。

i)実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他( )

ii)頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他( )

③人工呼吸器装置のメンテナンスは、1回あたりどのくらい時間がかかりますか。

\_\_\_\_\_分

24. 自動喀痰吸引器についてお聞きします。

①自動喀痰吸引器をお使いになっていますか。

a. はい b. いいえ

●はいとお答えの方にお伺いします。

1)自動喀痰吸引器のメンテナンス、トラブル対応等に満足していますか。

a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

2)自動喀痰吸引器のメンテナンスは、誰がどのくらいの頻度で行っていますか。

i)実施者: a. 医療機器メーカー b. 医療機関 c. その他( )

ii)頻度: a. 月に1回 b. 2ヶ月に1回 c. その他( )

25. 在宅療養にかかる費用(自己負担分)は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

①あなたがご使用している酸素機器は何ですか。(複数回答可)

a. 酸素濃縮器 b. 携帯用ボンベ c. 液化酸素

②医療機関の窓口にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

\_\_\_\_\_万円

③医療機関の窓口以外にお支払いする自己負担額は月にどれくらいですか。

どこに 自己負担額

\_\_\_\_\_万円

\_\_\_\_\_万円

26. 病院と比べてHMWを行って良かった点はどんなことですか。(複数回答可)
- a. 自由な時間が多くなった
  - b. 社会復帰しやすい
  - c. 家族と接する時間が多くなった
  - d. 体調が良くなった
  - e. 通院に要する時間がかからなくなった
  - f. その他( )
27. 病院と比べてHMWを行って困った点はどんなことですか。(複数回答可)
- a. 人工呼吸療法に関する知識・技術を十分習得しなければならない
  - b. そばに医療スタッフがいない
  - c. 介助者が必要なこと
  - d. 介助者の負担が大きい
  - e. その他( )
26. 在宅療養でお気づきの点ございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

患者さんアンケート調査票(HEN:在宅成分栄養経管栄養法)

下記の設問にお答えください。

1. あなたの性別は？

- a. 男 b. 女

2. あなたの年齢は？

\_\_\_\_\_歳

3. あなたのお住まいの都道府県は？

\_\_\_\_\_都・府・県

4. あなたの疾患名は何ですか。

\_\_\_\_\_  
①合併症のある方にお伺いします。どんな合併症がありますか。  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. HENをはじめてどのくらいですか。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_ヶ月

6. HEN以外に他の在宅療法を行っていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいとお答えした方へお伺いします。他の在宅療法は何ですか。

\_\_\_\_\_

7. 同居されているご家族をお答えください。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他( ) e. 独居

8. 現在お仕事をしていますか。

- a. はい b. いいえ

9. HENを行うための主な介助者はどなたですか。

- a. 夫 b. 妻 c. 子 d. その他( ) e. ひとりで行う

10. あなたを含めた同居家族全体の去年1年間の総収入額はいくらですか。

- a. 300万円未満 b. 300万円～500万円 c. 500万円～800万円 d. 800万円以上

11. 加入している健康保険は何ですか。  
 a. 国民健康保険 b. 社会保険 c. 共済保険 d. その他( )
12. 現在行っているHENに満足していますか。  
 a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
13. 今後もHENを続けたいですか。  
 a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①はいとお答えした方へお伺いします。HENを続けたい理由は何ですか。  
 a. 生活の自由度がある b. 趣味等の時間がとれる c. 仕事の都合  
 d. その他( )
- ②いいえとお答えした方へお伺いします。HENを続けたくない理由は何ですか。  
 a. 精神的に大変 b. 介助者が苦痛を訴えている c. 時間的に無理がある  
 d. その他( )
14. HENがあることを知ったのは何ですか。  
 a. 医師から b. 看護師から c. その他医療者から d. インターネット e. 雑誌 f. テレビ  
 g. その他( )
15. HENを選択した理由は何ですか。  
 a. 医師の奨め b. 看護師の奨め c. 医療者の奨め d. 患者さんからの奨め  
 e. 自ら選択 f. 仕事の都合 g. その他( )
16. 療法を選択するにあたり、医療機関から十分な説明がありましたか。  
 a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- ①説明は主にどなたからありましたか。  
 a. 医師 b. 看護師 c. 技士 d. その他の医療従事者 e. その他( )
17. 在宅へ移行するまでの教育についてお聞きます。  
 ①教育は十分でしたか。  
 a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
- ②教育期間はどれくらいでしたか。(例:2ヶ月、2週間など)  
 \_\_\_\_\_
- ③1回の教育時間はどれくらいでしたか。  
 \_\_\_\_\_時間
- ④在宅へ移行にするにあたり不安はありましたか。  
 a. はい b. いいえ c. どちらともいえない
- はいとお答えしたかたにお聞きます。不安だった理由はなんですか。  
 a. 知識不足 b. 手技・技術 c. トラブル時 d. その他( )

18. 外来受診(通院)についてお聞きます。

①受診回数:月に\_\_\_\_\_回

②通院にかかる時間:片道\_\_\_\_\_分

③交通手段:

- a. 徒歩 b. 車 c. 電車 d. タクシ e. バス  
f. その他( )

④ご家族の付添いはありますか。

- a. はい b. いいえ

19. 訪問診療を受けていますか。

- a. はい b. いいえ

医師:\_\_\_\_\_回/月

看護師:\_\_\_\_\_回/月

その他:\_\_\_\_\_回/月

20. ショートステイやデイサービスをご利用していますか。

- a. はい

①はいとお答えした方へお伺いします。

・サービスをご利用した期間:

・サービスをご利用した理由:

・介護度:

21. ご家庭でのHENの管理についてお聞きます。

①ポンプは使用していますか。

- a. はい b. いいえ

②回路はどのくらいの頻度で新しいものに交換していますか。

- a. 毎回(使い捨て) b. 2~3回 c. 4~5回 d. 6回以上

③準備時間はどれくらいかかりますか。

・患者さん:\_\_\_\_\_分

・介助者:\_\_\_\_\_分

④後片付けはどれくらいかかりますか。

・患者さん:\_\_\_\_\_分

・介助者:\_\_\_\_\_分

22. 緊急時についてお聞きます。

①これまで緊急対応が必要なときがありましたか。

- a. はい b. いいえ

②はいとお答えした方にお聞きます。緊急時の対応は十分でしたか。

- a. とても満足 b. やや満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満

緊急対応内容は?

( )