

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: 畳半畳分くらい)

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HEN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HEN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。

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

医療施設アンケート調査票(CAPD)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設ではCAPDを行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

①行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他()

②行っていると答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上的理由 c. CAPDは優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他()

2. 現在、貴施設で管理しているCAPD患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設でCAPDに関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他()

4. 今後、CAPDが普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思いますか。

5. CAPDが普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

6. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他()

7. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらつやる患者さんはいますか？

- a. いる(_____人) b. いない

患者教育・指導状況調査票(CAPD)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期のCAPD患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のCAPD患者数 _____人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・腎不全の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・腹膜透析の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・薬剤、器材の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・尿量・排液量の計測	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・水分摂取量の計測	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・浮腫の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・記録方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

4. CAPD手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・清潔管理について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・バッグ交換方法について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・機器操作について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・カテーテル・出口部ケアについて	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・入浴方法について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

*** 所要時間の算出に関して**

延べ時間にて記入

複数回にわたる場合：

複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積

所要時間 x 人数

カテーテル留置状況調査票

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

1. 昨年(平成15年)の年間カテーテル留置件数 _____ 件 患者数 _____ 人

2. CAPDカテーテル留置は手術室で行いますか。 はい・いいえ

3. 手術室で行う場合:

・入室の人数

医師 _____ 人
看護師 _____ 人

・所要時間

_____ 分

(手術室入室から退出までの平均時間)

・麻酔の種類

局部・硬膜外・腰椎・全身
(最も多く使用するものに○)

・麻酔医の入室

有・無

4. 上記2. の質問で「いいえ」の場合、どこでカテーテル留置を行いますか？

ご協力ありがとうございました。

医療施設アンケート調査票(HHD)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設では在宅血液透析(HHD)を行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

①行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他(_____)

②行っているとお答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上的理由 c. 優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他(_____)

2. 現在、貴施設で管理している患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設でHHD(在宅療法)に関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他(_____)

4. 今後、HHD(在宅療法)が普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思えますか。

5. HHDが普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

6. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他(_____)

7. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらっしゃる患者さんはいますか？

- a. いる(_____人) b. いない

患者教育・指導状況調査票(HHD)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期のHHD患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のHHD患者数 _____ 人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・腎不全の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・透析の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・薬剤、器材の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・尿量の計測	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・水分摂取量の計測	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・浮腫の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・血圧下降の対処法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・透析中の観察	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・記録方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

4. HHD手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・清潔管理について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・プライミングについて	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・機器操作について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・透析条件の設定について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

* 所要時間の算出に関して

延べ時間にて記入

複数回にわたる場合：

複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積

所要時間 x 人数

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

医療施設アンケート調査票(HPN)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設では在宅中心静脈栄養法(HPN)を行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

①行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がいない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他()

②行っていると答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上的理由 c. 優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他()

2. 現在、貴施設で管理しているHPN患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設で在宅中心静脈栄養法(HPN)に関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他()

4. 今後、在宅中心静脈栄養法(HPN)が普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思えますか。

5. 在宅中心栄養法は携帯用の装置を使用させていますか。

- a. はい b. いいえ

①はいと応えた方にお聞きします。

- a. ソフトケース b. ジャケット c. カート d. その他()

6. 在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者さんはいますか。

- a. はい b. いいえ

①はいと応えた方にお聞きします。

何名いますか。 ()人

7. HPNが普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

8. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他()

9. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらっしゃる患者さんはいますか？

- a. いる ()人 b. いない

患者教育・指導状況調査票(HPN)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期の在宅中心静脈栄養法（HPN）の患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のHPN患者数 _____人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・HPNの知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・薬剤、器材の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・療養記録方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

4. HPN手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・輸液バックの交換方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・薬液混入方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・輸液ラインのプライミング、交換	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・ポンプの取り扱い	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・ヘパリンロック	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・穿刺針の刺入、抜去	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・消毒方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・入浴方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

*** 所要時間の算出に関して**

延べ時間にて記入

複数回にわたる場合：

複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積

所要時間 x 人数

ご協力ありがとうございました。

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

医療施設アンケート調査票(HOT)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設では在宅酸素療法(HOT)を行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

①行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他(_____)

②行っていると答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上の理由 c. 優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他(_____)

2. 現在、貴施設で管理している在宅酸素療法(HOT)患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設で在宅酸素療法(HOT)に関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他(_____)

4. 今後、在宅酸素療法(HOT)が普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思えますか。

8. HOTが普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

9. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他(_____)

10. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらっしゃる患者さんはいますか？

- a. いる(_____人) b. いない

患者教育・指導状況調査票(HOT)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期の在宅酸素療法（HOT）の患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のHOT患者数 _____人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・呼吸不全の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・HOTの知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・酸素供給装置の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・痰の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・浮腫の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・療養記録(日誌記録)方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

4. HOT手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・脈拍測定	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・機器操作について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・カニューラのメンテナンス	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・呼吸方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・排痰方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・呼吸リハビリ	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・運動療法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・入浴方法について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・人工呼吸器の使用方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

* 所要時間の算出に関して
 延べ時間にて記入
 複数回にわたる場合：
 複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積
 所要時間 x 人数

ご協力ありがとうございました。

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

医療施設アンケート調査票(HMV:在宅人工呼吸療法)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設では在宅人工呼吸療法(HMV)を行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

① 行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がいない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他()

② 行っているとお答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上の理由 c. 優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他()

2. 現在、貴施設で管理している在宅人工呼吸療法(HMV)患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設で在宅人工呼吸療法(HMV)に関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他()

4. 今後、在宅人工呼吸療法(HMV)が普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思いませんか。

8. 在宅人工呼吸療法(HMV)が普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

9. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他()

10. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらっしゃる患者さんはいますか？

- a. いる(_____人) b. いない 44

患者教育・指導状況調査票(HMV)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期の在宅人工呼吸療法（HMV）の患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のHMV患者数 _____人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・呼吸不全の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・在宅人工呼吸療法の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・人工呼吸器装置の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・痰の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・浮腫の状態観察	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・療養記録(日誌記録)方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

4. 人工呼吸器手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・脈拍測定	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・機器操作について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・カニューラのメンテナンス	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・呼吸方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・喀痰吸引方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・入浴方法について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・人工呼吸器の使用方法	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____時間

* 所要時間の算出に関して
 延べ時間にて記入
 複数回にわたる場合：
 複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積
 所要時間 x 人数

ご協力ありがとうございました。

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

在宅患者の喀痰吸引器使用に関する調査票

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 在宅の患者さんで人工呼吸器(レスピレータ)を装着している患者さんはいますか。

- a. はい b. いいえ

① はいとお答えの方にお聞きします。患者さんは何名ですか。

_____人

② 陽圧式人工呼吸器を使用している方はいますか。

- a. いる(人) b. いない

2. 現在、在宅の患者さんで喀痰吸引を必要としている患者さんはどの位いらっしゃいますか。

_____人程度

3. 在宅で喀痰吸引を必要とする患者さんは、どのような疾患の患者さんですか。

疾患名あるいは病態名をご記入ください。

4. 在宅の患者さんで、喀痰吸引を行う場合、どなたが行っていますか？(複数回答可)

- a. 患者自身 b. 家族 c. 訪問看護師 d. その他()

5. 自動で喀痰吸引を行う装置があれば、使いたいと思いますか。

- a. 使いたい b. 使いたくない c. どちらとも言えない

① b. 使いたくないとお答えした方にお伺いします。お使いになりたくない理由は何ですか。

6. 在宅の患者さんで喀痰吸引を行う上で問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入下さい。

FAX: 03-5275-9460

日本大学大学院 高橋進宛

医療施設アンケート調査票(HEN)

貴施設名 _____

ご回答者名 _____

下記の設問にお答えください。

1. 現在、貴施設では在宅成分栄養経管栄養法(HEN)を行っていますか。

- a. 行っている b. 行っていない

①行っていないとお答えの方にお聞きします。行っていない理由は？(複数回答可)

- a. 対象の患者がない b. 管理が面倒である c. 教育に時間がかかる
d. 経済的インセンティブが働かない(診療報酬が低く考えられる)
e. その他()

②行っているとお答えの方にお聞きします。行っている理由は？(複数回答可)

- a. 患者さんの希望 b. 臨床上的理由 c. 優れている療法なので
d. 経済的メリットが大きい
e. その他()

2. 現在、貴施設で管理しているHEN患者数は何人ですか。

_____人

3. 貴施設で在宅成分栄養経管栄養法(HEN)に関わっている職種はどのような方ですか。

該当する職種に○をおつけください。

- a. 医師 b. 看護師 c. 薬剤師 d. 検査技師 e. 栄養士 f. ソーシャルワーカー
g. 訪問看護師 h. メーカー・業者 i. その他()

4. 今後、在宅成分栄養経管栄養法(HEN)が普及するために必要なこと、あるいは課題は何だと思えますか。

5. HENが普及するために、現診療報酬での問題点、お気づきの点がございましたら、ご記入ください。

6. 患者さんに指導・教育をするときに、どのようなツールをお使いですか。

- a. テキスト b. ビデオ c. その他()

7. 貴院で管理している患者さんで、老健施設やグループホームにいらっしゃる患者さんはいますか？

- a. いる(_____人) b. いない

患者教育・指導状況調査票(HEN)

貴施設名 _____
ご回答者名 _____

入院・導入期の在宅成分栄養経管栄養法（HEN）の患者およびその介助者への指導について下記の設問にお答えください。

1. 現在貴施設において管理中のHEN患者数 _____人

下記の項目について、患者1人あたりの教育にかかる時間および主に指導する職種をお答えください。

2. 基礎知識の教育

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・HENの知識	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・薬剤、器材の知識	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

3. 自己管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・バイタルサインのチェック	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・療養記録方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

4. HEN手技に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・輸液バックの交換方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・薬液混入方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・輸液ラインのプライミング、交換	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・ポンプの取り扱い	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・ヘパリンロック	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・穿刺針の刺入、抜去	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・消毒方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・入浴方法	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

5. 日常生活管理に関する指導

	<u>主に指導する人</u>	<u>実施</u>	<u>所要時間*</u>
・日常生活について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・異常時の対処について	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間
・その他	Dr Ns その他	する・しない	_____ 時間

*** 所要時間の算出に関して**

延べ時間にて記入

複数回にわたる場合：

複数人数で指導する場合：

全回の指導時間の累積

所要時間 x 人数

ご協力ありがとうございました。

