

訪問看護ステーション等二次調査用紙

回答方法： （ ）内を埋めていただくか番号を○で囲んでください。

Q1 貴施設の所在地は？ （ ）県 （ ）市
可能であれば施設名 （ ）

Q2 貴施設の形態は？

1. 独立型（単独型） 2. 医療機関併設型 3. 介護施設併設型
4. その他 （ ）

Q3 貴施設の訪問看護の人員総数は？ （ ）人

Q4 貴施設は難病患者のレスパイト入院を依頼していますか？

1. はい
→ もし可能であれば、施設名を記載ください（ ）
2. いいえ

★Q4 にてレスパイト入院の依頼ありと回答された方(過去1年につき伺います)

Q5 レスパイト入院を過去1年間どのくらい依頼していますか？（延べ人数）

1. 5名以下 2. 6-10名 3. 11-20名 4. 21-30名 5. 30名以上

Q6 1回あたりのレスパイト入院の依頼期間はどのくらいですか？（複数回答可）

1. 7日以内 2. 8-14日 3. 15日-30日 4. 31日-60日 5. 60日以上

Q7 主なレスパイト依頼する対象疾患の過去1年間の症例数（複数回答可）

1. パーキンソン病 （ ）例 2. ALS （ ）例
3. 脊髄小脳変性症 （ ）例 4. 多系統萎縮症 （ ）例
5. パーキンソン症候群 （ ）例 6. 多発性硬化症 （ ）例
7 その他 （ ）（ ）例

Q8 レスパイト入院を依頼している患者（全体で）の平均年齢は？

1. 40歳未満 2. 40-49歳 3. 50-59歳 4. 60-69歳
5. 70-79歳 6. 80-89歳 7. 90歳以上

Q9 人工呼吸器を装着している患者のレスパイト入院の依頼 （ ）名

Q10 Q9の疾患内訳 ALS （ ）名 その他*疾患名 （ ）（ ）名

* 呼吸器を装着している患者さんはALSの方が多いかと思います。もし、MSAなど他疾患がありましたら、疾患名と例数をご記入下さい。

訪問看護ステーション等二次調査用紙

Q11 レスパイトではなく長期療養を受け入る病院の依頼先がありますか？

1. はい 2. いいえ

Q12 Q11 の施設は ALS 患者の長期療養も受け入れてくれますか？

1. はい 2 いいえ

Q13 レスパイト入院を依頼するに当たり連携する事業所等は？（複数回答可）

1. 介護支援専門員（ケアマネジャー） 2. 保健所（師） 3. 訪問看護
4. 在宅診療医 5. 訪問リハビリ 6. 通所リハ 7. 入所施設
8. 病院のMSW 9. その他（具体的に： ）

Q14 連携する事業所との間の情報は十分に伝わっていますか？

1. まったく不十分 2. やや不十分 3. ほぼ十分 4. 十分

Q15 連携する事業所等との情報伝達や情報共有の手段は？（複数回答可）

1. 電話 2. Fax 3. 手紙
4. ネット利用 (守秘の工夫, 具体的には:)
5. その他 ()

Q16 もし、病院以外のレスパイトケアの依頼先があれば教えてください？

(Q16, 17, 18 での「レスパイトケア」: 宿泊を伴うショートステイを意味します*)

1. 病院のみに依頼 2. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設（老健）
3. 小規模多機能型居宅介護事業所 4. その他（ ）

★Q4 にて病院へのレスパイト入院の依頼を行っていないと回答された方

Q17 病院以外にレスパイトケア*を依頼していますか？

1. はい 2. いいえ

Q18 Q17 で「はい」と回答された方：どこにレスパイトケア*を依頼していますか？（複数回答可）

1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設（老健）
3. 小規模多機能型居宅介護事業所 4. その他（ ）

訪問看護ステーション等二次調査用紙

Q19 今後、病院へのレスパイト入院を依頼されますか？

1. 依頼する予定 2. 依頼したいが困難 3. 依頼する意思はない

Q20 Q19で「2.（レスパイト入院を）依頼したいが困難」選択の方：
依頼が困難な理由（複数回答可）

1. 療養者（患者・家族）にレスパイト入院という概念がない（知らない）
2. 医師の協力が得られない
3. 本人の拒否 4. 家族の協力得られない 5 その他（ ）

Q21 Q19 で「3. 依頼する意思はない」選択の方：理由，よろしければ記載を
(

Q22 その他、ご意見などありましたらご記入ください

訪問看護 St 等：レスパイト関連 コミュニケーション

Q1. 通常のコミュニケーション機器（意思伝達装置等の機器使用者の場合）に支障をきたしたとき、だれが調整・修理等の支援を行っていますか？（過去1年間につきお答え下さい）

最初に依頼する方、もっとも信頼できる方、それぞれ下記から番号をひとつ挙げて下さい。

★のあとのかっこ内に番号記載

- 1) 家族, 2) 友人・近隣の人, 3) ヘルパー, 4) 看護師,
5) 業者, 6) 患者会, 7) NPO 法人, 8) 医師, 9) リハ職 (PT, OT, ST)
10) その他 (具体的には)

★ 最初に依頼する方 () ★ もっとも信頼できる方 ()

Q2. 家族以外のコミュニケーション支援人材（コミュニケーション支援ヘルパー等*1）の制度をご存じですか？ 1. はい ・ 2. いいえ (いずれかに○を)

Q3. 家族以外のコミュニケーション支援人材（コミュニケーション支援ヘルパー等*1）の利用をお奨めしていますか？ 1. はい ・ 2. いいえ (いずれかに○を)

Q4. レスパイト導入の前にコミュニケーションに関する調査を実施され、病院側のスタッフへ自宅等の療養現場の情報を伝達されていますか？ (いずれかに○を)

1. はい ・ 2. いいえ

具体的内容 ()

Q5. 家族以外のコミュニケーション支援人材（コミュニケーション支援ヘルパー等*1）の利用：レスパイト入院中に利用を勧めたことがありますか？ 1. はい 2. いいえ

Q6. レスパイトされる方の自宅でのコミュニケーション方法は？（該当するものすべてに○を）

- 1) 文字盤, 2) 意思伝達装置（レッツチャット, 伝の心, ハーティラダー, 心語りなど）,
3) 口頭, 4) 筆談, 5) その他 (具体的には：)

Q7. レスパイト入院中に, 患者さんが日常のコミュニケーションを行う相手はどなたですか？
なお、ここで言うコミュニケーションとは具体的な（感覚的ではない）意思疎通が可能であることを指します。下記の選択肢の中から、看護師の視点で多い頻度順に番号を記載してください。

- ① 家族・友人 ② 介護士 ③ 看護師 ④ 医師 ⑤ その他 (具体的に) ⑥ 知らない

回答欄 ()

記載例 (例：①のみ, ②→①→③, ②→①のみ, など)

Q8. 自由記載：レスパイトやコミュニケーションに関するご意見を余白等に記載してください。

以上、ご協力ありがとうございました。

*1: H23/07/01 厚労省老健局発：重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援として「コミュニケーション支援事業従事者」（三重県津市での事業名で記載しています）があります。一定の要件のもと、介護保険利用者負担によるヘルパー派遣が規定されています。