

「おうちで人工呼吸器をお使いの患者様とご家族様へ」のモデル版ハンドブックに関するアンケート

アンケート調査へのお願い

モデル版ハンドブックについて

在宅に移られる患者様とご家族が、人工呼吸器と周辺の機器を安全に使用していただくために、取扱いの注意等を盛り込んだハンドブックの作成に取り組んでいます。

今回お手元にお配りしている冊子は、試用段階のモデル版ハンドブックです。

今後は、このハンドブックを完成し、患者様とご家族に使っていただく予定です。その完成に向けて、既に在宅医療を経験されている皆様からこのモデル版ハンドブックについて、ご意見をいただきたいと考えています。

これから在宅へ移られる患者様とご家族が抱かれる不安を少しでも和らげていただけるよう作成を進めています。

ご協力をよろしくお願いいたします。

アンケートのご協力お願い

モデル版ハンドブックの内容が『解りやすいか』また、『使いやすいか』についてご意見をいただくためのものです。

皆様からのご意見・ご感想・ご要望をいただくことにより、更にハンドブックの内容を充実したいと思います。

ご協力をよろしくお願いいたします。

個人情報等の取扱いについて

アンケートで頂いたご意見等は、個別の調査内容を公表することはございません。ただし、集計の結果は公表することがありますので、ご理解を頂きますようよろしくお願いいたします。

また、個人様の情報に関することは、このハンドブックの作成に関して参考とさせていただくものであり、取扱いには細心の注意をします。また、他の目的には一切使用しません。

平成25年7月19日

大阪府薬事審議会在宅医療機器安全対策推進部会

1. ご記入いただく方について お尋ねします。(該当するものを○で囲んでください。)

①ご記入いただく方は 【 患者さまご本人・患者さまの家族・ケアマネージャー・ホームヘルパー・看護師 】

②ご年齢は 【 20歳未満・20～40歳・40～60歳・60歳以上 】

③在宅での医療の期間、又は介護の経験年数は 【 1年未満・1～3年・3年～5年・5年以上 】

2. ハンドブックの仕様について お尋ねします。(該当するものを○で囲んでください。)

①文字の大きさについて 【 適 当 ・ もう少し大きく ・ もう少し小さく 】

②ハンドブックのサイズについて 【 適 当 ・ もう少し大きく ・ もう少し小さく 】

③色彩について 【 適 当 ・ 派手すぎる ・ 地味である 】

④文字数について 【 適 当 ・ 多すぎる ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

3. 各項目について お尋ねします。(該当するものを○で囲んでください。)

①人工呼吸器と周辺機器の構成図について

人工呼吸器と周辺機器の名称の確認に役立ちましたか？ 【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

②ケアスケジュールについて

a. 1日のケアをまとめると、『うっかりと忘れることがなくなる』ことや、『空いた時間がみつかる』等、役立ちますか？

【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

b. 書き込みのページが使われた感想をお聞かせください。 【 大変便利である ・ 便利である ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

③日常のお手入れとポイントとその対応について

a. 呼吸器本体・周辺機器・設置場所の点検ポイントを知るのに役立ちましたか？

【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

b. 日常点検表は、役立っていますか？

【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

④トラブル事例紹介と学びについて

ここにあげている事例は、実際に起こったトラブルです。

このような事例を知ることによってトラブルの防止に役立っていますか？

【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

⑤停電・災害時等のもしもの時の準備について

緊急時対応の備えに役立っていますか？

【 大変役立っている ・ 役立っている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

⑥緊急連絡先について

緊急連絡先一覧は必要な項目を満たしていますか？

【 充分満たしている ・ 満たしている ・ わからない 】

わからないと回答された理由をお聞かせください。

⑦このハンドブックにある①～⑥までの項目以外に、お知りになりたいことがあれば教えてください。

4. 【患者さま・ご家族さまにお尋ねします】

在宅へ移られる時に、人工呼吸器の取扱いで不安を感じられたことがあれば教えてください。

5. 【ケアマネージャー・ホームヘルパー・看護師の方へお尋ねします】

人工呼吸器を使っの在宅医療で、経験されたヒヤリ・ハットがあれば教えてください。

6. ハンドブック全般について ご意見・ご感想などお聞かせ下さい。

*ご協力ありがとうございました。

問い合わせ先：

大阪府健康医療部薬務課医療機器グループ
担当 石橋・八重津

TEL 06-6941-0351 (内線 2556)

FAX 06-6944-6701