

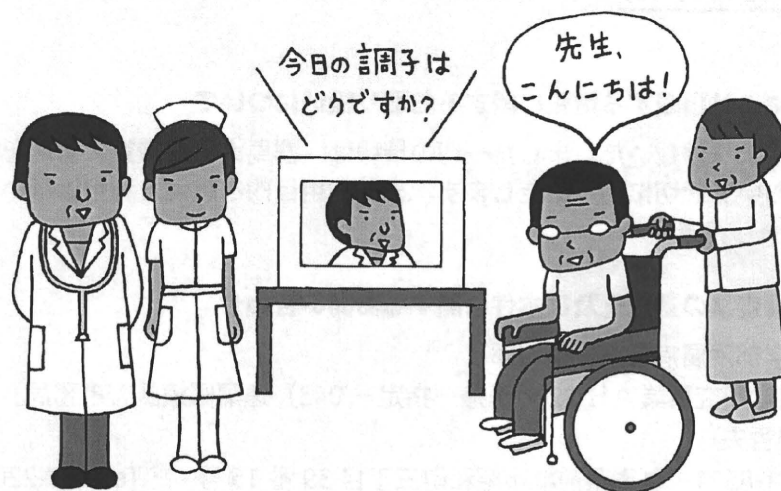
## 資料 4

## 一般アンケート 依頼先

No.	エリア	都道府県	医療機関名	送付先
1		北海道	奥尻町国民健康保険病院	院長 禿(かむろ)義廣 先生
2	東北	岩手	(遠野)大船渡病院	小笠原 敏浩 先生
3		岩手	盛岡赤十字病院 健診部	部長 鎌田 弘之 先生
4		長野	長野県厚生農業協同組合連合会 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院	小林 俊夫 先生
5	甲信越	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 三才山病院	藤井 忠重 先生
6		長野	信州大学病院がん総合医療センター	臨床腫瘍部長 小泉 知展 先生
7		長野	長野県立こども病院リハビリテーション	科長 笛木 昇 先生
8		長野	草津こまくさ病院	院長
9		山梨	山梨大学附属病院	柏木 賢治 先生
10	北陸	石川	市立輪島病院	小幡様
11		石川	公立穴水総合病院	樋爪様
12		石川	公立つるぎ病院	西村様
13	関東	群馬	利根中央病院	郡 隆之 先生
14		群馬	上野村へきち診療所	宮前洋平先生
15		群馬	いきいきクリニック/内田病院	田中 志子 先生
16		千葉	千葉県立東金病院	平井 愛山 先生
17		東京	谷口内科診療所	院長 谷口 誠 先生
18	東海	岐阜	岐阜大学医学部附属病院総合内科	森田浩之 先生
19		岐阜	高木医院	高木 寛治 先生
20		岐阜	小笠原文科	小笠原文雄 先生
21		愛知	いそむらファミリークリニック	磯村幸範 先生
22	関西	大阪	関西医科大学枚方病院健康管理センター	木村 穰 先生
23		香川	在宅診療 敬二郎クリニック	三宅 敬二郎 先生
24		香川	亀井内科呼吸器科医院	院長 亀井 雅 先生
25		香川	宇多津浜クリニック	院長 猪尾 昌之 先生
26		香川	綾川町国民健康保険陶病院	院長 大原 昌樹 先生
27	中国	岡山	安田内科医院	院長 安田 英己 先生
28		岡山	太田病院	理事長 太田隆正 先生
29		岡山	阿新診療所	院長 山口義生 先生
30	九州	長崎	医療法人白十字会 佐世保中央病院	院長 植木 幸孝先生 (事務次長 藤田武徳 様宛)
31		長崎	医療法人真心会 加瀬クリニック	院長 加瀬真一郎 先生
32		長崎	音琴クリニック	院長 音琴要一郎 先生
33		鹿児島	ナカノ在宅クリニック	院長 中野一司 先生

資料 5

## 遠隔診療に関する アンケート のお願い



〆切 8月16日(月)

群馬大学医学部附属病院医療情報部

## アンケートにご協力いただき、 誠にありがとうございます。

本状は、質問状と回答用紙を兼ねております。

回答内容は本状に直接ご記入ください。

可能な範囲で全ての質問事項にご回答をお願いいたしたく、  
ご理解・ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

### ■アンケートのご提出について

方法は2通りあります。詳細は医療機関様にお尋ねください。

#### 方法1：医療機関様に提出

同封の「返信用封筒」に、ご記入いただきましたアンケート調査票を封入のうえ、医療機関様にご提出ください。

#### 方法2：郵送

同封の「返信用封筒」に、ご記入いただきましたアンケート調査票を封入のうえ、ご返送ください。

(ご回答の際、ご住所・お名前のご記入は不要です。)

### ■アンケートのご回答期限

平成22年8月16日(月)までに、医療機関様に提出、もしくは投函してください。

### ■アンケートにより頂戴する情報に関するお取り扱いについて

アンケートにより頂戴いたしました一切の情報は、群馬大学が厳重に管理を行い、利用目的の範囲内において適切に利用いたします。また利用目的を超えた利用は行いません。

### ■アンケート調査票の返送先及び本件に関するお問い合わせ

群馬大学医学部附属病院医療情報部

「厚生労働科学研究事業（H22－医療－指定－043）遠隔医療調査事務局」

(担当：酒巻哲夫)

住所：〒371-8511 群馬県前橋市昭和町三丁目39番15号 Tel:027-220-7111

ご自身のお考えを率直にご記入ください。

お忙しい中大変恐縮でございますが、ご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

まず、あなたご自身の  
ことについてお尋ねします。

**問1** 性別・年齢をご記入ください。当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

- |      |            |
|------|------------|
| 1. 男 | 1. 19歳以下   |
| 2. 女 | 2. 20歳～29歳 |
|      | 3. 30歳～39歳 |
|      | 4. 40歳～49歳 |
|      | 5. 50歳～59歳 |
|      | 6. 60歳～69歳 |
|      | 7. 70歳～79歳 |
|      | 8. 80歳以上   |

**問2** この2カ月の間に何らかの治療を受けていますか？  
当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. 具合の悪いところはないので受けていない、又は治療を受けて完治した
2. 具合の悪いところはある（あった）が、治療は受けていない
3. 現在、治療中

→医療機関にかかる頻度（ ）カ月に（ ）回程度

**問3** 医師の往診や看護師の訪問を受けていますか？  
当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. 現在、受けている
2. 以前、受けたことがある
3. 受けたことがない

**問4** 医療機関を受診するのに困っていることはありますか？  
当てはまる番号全てを選択して○で囲んでください。

1. 医療機関までの時間がかかる  
→通院時間 片道 ( ) 時間 ( ) 分
2. 医療機関までの交通手段が少ない
3. 医療機関までの交通費が高い
4. 通院をサポートしてくれる家族等の介助者がいない
5. 育児や介護で通院ができない
6. 通院先では専門的な治療や検査を受けられない
7. 往診や訪問看護を実施してくれるところが無い
8. 医師や看護師が忙しそうで相談しづらい
9. その他、困っていることがある → ( )

**あなたのご経験についてお尋ねします。**

**問5** あなたは医師や看護師等の医療スタッフとテレビ電話を通した受診や相談をしたことがありますか？当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. したことが無い →問7へ
2. 現在している →問6へ
3. 過去にしたことがある →問6へ

**問6** 問5で「2. 現在受けている」「3. 過去に受けたことがある」と回答した方に伺います。

(1) 始めたのは、いつ頃ですか？当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. 平成20年(2008)年4月以降
2. 平成15年(2003)年4月以降
3. 平成10年(1998)年1月以降
4. 平成9年(1997)年12月以前
5. 覚えていない

(2) 主な相談の相手はどなたでしたか？

当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. 医師
2. 保健師・看護師
3. 管理栄養士・栄養士
4. その他 → ( )
5. 覚えていない

(3) テレビ電話を通じた受診や相談をして良かったのはどんなことでしたか？

当てはまる番号全てを選択して○で囲んでください。

1. 通院時間がかからずすんだ
2. 通院にかかる交通費が節約できた
3. 通院にかかる体力的な負担が軽減した
4. 住み慣れた環境で落ち着いて相談をすることができた
5. 電話だけよりも顔が見えて安心できた
6. その他 → ( )
7. 特になし

(4) テレビ電話を通じた診察や電話を受けて心配だったことはどんなことでしたか？

当てはまる番号全てを選択して○で囲んでください。

1. 操作が難しかった
2. 十分な通信回線が無かった
3. 情報セキュリティ（漏えい等）に不安だった
4. 緊急時の対応に不安だった
5. プライバシーに不安だった
6. 正確に診断をしてもらえないか不安だった
7. 診察代が高かった
8. その他 → ( )
9. 特になし

あなたのニーズについてお尋ねします。  
全ての方にお伺いします

問7 次の「家で受ける遠隔診療」のストーリーをご覧のうえ、下記の問いにお答えください。  
(看護師の介添え付)



Kuma\*Kuma

もし、ご自身やご家族が寝たきりの状態になったとき、上記のようなテレビ電話を通した自宅での診療を利用してみたいと思いますか？当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. ぜひ利用したい
2. どちらかといえば利用したい
3. どちらともいえない
4. どちらかといえば利用したくない
5. 全く利用したくない

※遠隔診療について

- ・遠隔診療は主に再診や定期的な訪問診療時の実施とし、初診時は直接の対面診療が原則となっています。
- ・遠隔診療には診察代がかかります。

あなたのニーズについてお尋ねします。  
 全ての方にお伺いします

問8 次の「家で受ける遠隔診療」のストーリーをご覧のうえ、下記の問いにお答えください。  
 (血圧・心電図モニター付)



Kuma\*Kuma

もし、ご自身やご家族が血圧や心電図の管理が必要になったとき、上記のような自宅で血圧や心電図モニターを設置し、医師とテレビ電話を通して診療を利用してみたいと思いますか？  
 当てはまる番号1つを選択して○で囲んでください。

1. ぜひ利用したい
2. どちらかといえば利用したい
3. どちらともいえない
4. どちらかといえば利用したくない
5. 全く利用したくない

※遠隔診療について

- 遠隔診療は主に再診や定期的な訪問診療時の実施とし、初診時は直接の対面診療が原則となっています。
- 遠隔診療には診察代がかかります。

→次のページの質問にもお答えください。



**問9** 問7、8のストーリーのような遠隔診療（テレビ電話を通じた受診や相談）で、良いと思われるのはどんなことですか？当てはまる番号全てを選択して○で囲んでください。

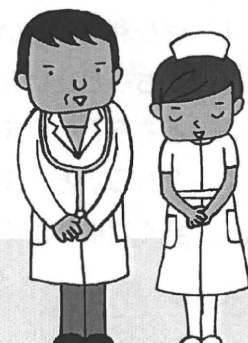
1. 通院時間がかからず済む
2. 通院にかかる交通費が節約できる
3. 通院にかかる体力的な負担が軽減する
4. 住み慣れた環境で落ち着いて相談をすることができる
5. 電話だけよりも顔が見えて安心できる
6. その他→( )
7. 特になし

**問10** 問7、8のストーリーの遠隔診療（テレビ電話を通じた受診や相談）で、心配と思われるのはどんなことですか？当てはまる番号全てを選択して○で囲んでください。

1. 操作が難しそう
2. 十分な通信回線が無い
3. 情報セキュリティ（漏えい等）に不安
4. 緊急時の対応に不安
5. プライバシーに不安
6. 正確に診断をしてもらえるか不安
7. 診察代が高そう
8. 問7、8のストーリーではイメージが湧かない
9. その他→( )
10. 特になし

**問11** 遠隔診療についてのご意見、感想がありましたら、自由にご記入ください。

アンケートは以上で終了です。  
ご協力ありがとうございました。



資料-6

DtoP遠隔診療に関する多施設共同臨床研究(ケース・コントロール試験) 調査責任者:群馬大学医学部 酒巻哲夫

事前 症例登録 医療機関名称 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 記載:平成22年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

- 注1: 主な疾患が脳血管障害(S)もしくはがん(M)であり、在宅での計画的な訪問診療を受けた患者が対象である  
 なお、在宅とは必ずしも自宅療養(自)のみではなく、診療報酬上で在宅診療が可の施設(施)でもよい  
 注2: 上記に合致し、2006年4月～2010年3月までに行った遠隔診療について、記録が存在するものを全例を登録する  
 注3: 遠隔診療群(T)と対照群(C)を交互に記載する (両群が同数にならない場合には、その限りではない)  
 注4: 対象群(C)は、遠隔診療群(T)の性・年齢・重症度・調査の季節・調査期間、療養場所などが同等になるよう選ぶ  
 注5: 事前登録の期限は、7月12日(必着)とする

付番	患者イニシヤル	年齢性	患者カルテID	自宅(自) or 施設など(施)	遠隔診療群(T) or 対照群(C)	主な疾患 脳血管障害(S) or がん(M) (疾患名記載・複数あってもよい)	調査対象の開始年月日 なお、T群においては遠隔診療を開始する2ヶ月前から	調査対象の期間(月数)
1		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
2		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
3		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
4		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
5		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
6		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
7		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
8		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
9		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
10		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
11		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
12		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
13		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
14		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
15		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
16		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
17		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
18		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
19		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月
20		__歳 男/女		自・施	T / C	S/M (	__年__月	__ヶ月

研究班の確認日 平成22年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 確認者 \_\_\_\_\_ 管理番号 \_\_\_\_\_

研究班のコメント

## DtoP遠隔診療に関する多施設共同臨床研究(ケース・コントロール試験) 事前症例登録についてのお願い

調査責任者: 群馬大学医学部 酒巻哲夫

謹啓、諸先生におかれましては、益々ご清祥のことお喜び申し上げますとともに、お忙しいなか遠隔診療の実践的研究に邁進されておりますこと、誠に敬服する次第です。

日ごろより皆様方のご活躍を目のあたりにさせていただくにつけ、ICTを活用した診療の長所を生かし、医療システムとして体系化し、社会に根付かせることが、私たちに課せられた課題であると強く認識させていただいているところです。

幸いにも今般機会をいただき、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)をもとに研究班を組織することとなり、遠隔診療の安全性と有効性に関する多施設共同の調査研究を複数計画いたしました。以下は、その一つではありますが、是非ともご協力を賜りたくお願い申し上げます。

お願いする調査研究は、在宅訪問診療を受けている患者さんに対してTV電話などを用いた遠隔診療を行った事例についてのケース・コントロール試験(記録を調査する後ろ向き研究)であり、主疾患を「脳血管障害」もしくは「がん」に限定していること、それぞれについて遠隔診療を行わなかった患者さんを無作為に選び対照群を設定すること、多施設が共通した様式と手順で行うことを特徴としております。

手順は、下記の2段階に分けて進める予定です。

- (1) 症例を事前登録する
- (2) 調査票に患者の診療経過についてを記載する

今回は上記のうち(1)についてのお願いです。事前登録は、対照群の無作為性を担保するための研究手法の一つであるご理解下さい。

同封の用紙に該当する症例をご記入いただき、その事前登録を研究班が確認し、後日、人数分の調査票をお送りいたします。上記(2)の手順になります。調査票への記入は、診療録、訪問看護記録、診療報酬請求記録などを根拠にさせていただきますので、ご準備をお願いいたします。

本調査全体を通じまして、患者様の個人情報(匿名化して扱うことはもとより、その症例記録がどの医療機関のものであるか)についての個別情報に関しましても、慎重に保守することを研究班としてお約束いたします。また、得られました集計・統計情報および研究成果については、厚生労働省への研究成果報告書、国内外学術論文などを通じて公表する所存ですが、その元となる個人情報は研究が終了した後も含め厳格に守秘するとともに、一切目的外に利用することの無いことを、研究班としてお約束いたします。

研究には、一定の期限を設けております。諸先生におかれましてはお忙しいことと存じますが、ご協力のことよろしくお願い申し上げます。

敬具

平成22年6月吉日  
群馬大学医学部附属病院  
酒巻哲夫  
TEL 027-220-8771  
sakamakt@showa.gunma-u.ac.jp  
〒371-8511  
群馬県前橋市昭和町三丁目 39-15

DtoP遠隔診療に関する多施設共同臨床研究(ケース・コントロール試験) 調査票2010

2006年4月1日より2010年3月31日までの間で該当者となる患者に限る

記入日	年 月 日	記入者氏名	印 訂 正 履 歴
この調査の開始日	年 月 日	終了の理由 (計画の通り、患者の入院・入所など、患者の死亡、患者・家族の拒否、その他の事情)	J)
この調査の終了日	年 月 日	注: 計画の通りとは、予め終了の期日が決められていた、又は、この調査のプロトコルに従った終了の期日通りであった、との意味	

遠隔診療群・対照

患者氏名(イニシャル)	ID	性別	男・女	この調査票に記載の時期における年齢	歳
主な疾患1	主な疾患2	主な疾患3		介護認定	なし、あり「介護度＝」
在宅医療の開始時期	年 月 日	遠隔診療の開始	年 月 日 / 終了	年 月 日	(該当者のみ)
同居する家族	本人以外の人数＝	人	主にお世話をしている人の続柄	「	」
本人のコミュニケーション能力 (容易、やや困難、困難、極めて困難)			困難の理由	「	」
本人の通院などの能力 (容易、やや困難、困難、極めて困難)			困難の理由	「	」

脳血管障害

調査期間における診療の担当医師「氏名イニシャル	」と医療機関番号「下3桁	」	患者名までの距離(Km)	および時間(分)
訪問看護の担当機関 (医師と同じ、異なる)	異なる場合は医療機関番号「下3桁	」	患者宅までの距離(Km)	および時間(分)
この患者の場合の、在宅医療の主な理由 「				
この患者の場合の、医療提供の課題 (病状の改善、病状の維持、病状悪化の緩和、看取り、その他「				

この患者に医療として適用されている主な施術、装置、器具、材料など (調査対象期間の当初における状況)

自動調剤清流装置、透析液供給装置、酸素療法、呼吸吸引器、中心静脈栄養、輸液ポンプ、通常の点滴、経管栄養(経鼻・胃ろう)、留置カテーテル、人口呼吸器、気管カニューレ、ドレーン、人工肛門、人口膀胱、エアマット、電動ベット、その他 ( )

この患者に医療として適用された遠隔診療の機器類の概要 (該当者のみ)

TV電話など(機器名およびソフト名: )、通信インフラ(無線LAN、光ファイバー、ADSL、その他「

電子カルテなど(機器名およびソフト名 )、オンライン測定装置(装置名およびデータ種 )、その他( )

遠隔医療に用いた機器類の不調により生じた診療への影響(年月日、回数、内容など)濡れなく

患者の簡略な病歴サマリー(200字以内)

この患者に在宅診療を行う上で、医療提供側が感じた困難・苦勞が何かあればお書き下さい

患者や家族の感訴あるいは不満など

研究班用

整理番号 \_\_\_\_\_ 本調査系総ページ数( )

検討(1)

検討(2)

検討(3)

① 診療日	計画的診療or予測外緊急イベントの診療形態 <①②③>><④⑤⑥⑦⑧⑨> (注1) および診療内容の概略(20文字を超えない程度でよい)	緊急イベント の場合、その 緊急度の5段階 を評価(注2) ④~⑨で必須 1/2/3/4/5	その診療で新たな明らかとなった 診断、もしくはそれまであった診 断の疑念・増悪など監護しそ ぶより診療録を直筆)
年 月 日			

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

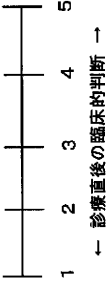
年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

注1:計画的診療、予測外緊急イベント①②③④⑤⑥⑦⑧⑨の内容

- ①計画的な外来再診 (予定の範囲)
- ②計画的な訪問診療 (予定の範囲)
- ③計画的な遠隔診療 (予定の範囲)
- ④予定外再診 ④-1.時間内・④-2.時間外・④-3.休日・④-4.深夜
- ⑤往診 ⑤-1.通常・⑤-2.診療中・⑤-3.夜間・⑤-4.深夜
- ⑥電話再診 ⑥-1.時間内・⑥-2.時間外・⑥-3.休日・⑥-4.深夜
- ⑦緊急訪問看護
- ⑧予定外の遠隔診療
- ⑨上記手続きを経ない救急入院、その他 (内容記載のこと)

特に問題なし



重大な問題  
があり、緊  
急の治療・  
処置・対応

← 診療直後の臨床的判断 →

予備: 例えば、診療録の日々記録を中心に左に記載していて、別の縦じりみなどから記載漏れなどの部分を見つけた場合等、以下の欄を利用(その場合、左の列のどの部分に挿入されるか、矢印などで示す)

診療日	①~④	診療内容の概略	5段階評価	病名、転帰
年 月 日			④~⑨で必須 1/2/3/4/5	

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

年 月 日	④~⑨で必須 1/2/3/4/5
-------	---------------------

資料-8

基礎情報調査票

1. 基本情報

患者氏名(イニシャル) : ( )	ID : ( )
性別 : ( 男 ・ 女 )	年齢 : ( ) 才
診療を担当した医師の診療分野 : ( )	診療経験年数 : ( ) 年
診療機関から患者宅までの距離 (約 Km) および時間 (約 分)	
訪問看護の担当機関 ( 医師と同じ ・ 医師と異なる医療機関 ・ 医療機関以外 )	
訪問診療開始日 ( ( H ・ 西暦 ) 年 月 日 )	
◆本人の意思の伝達(本人のコミュニケーション能力) → ( できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない )	
この患者の医療提供の課題 ( 病状の改善、病状の維持、病状悪化の緩和、看取り、その他 )	
遠隔診療の過去使用歴 ( あり ・ なし ) → ありの場合開始日 年 月 日	
療養の場所 : ( 自宅 ・ 施設など )	
同居する家族 : 本人以外的人数 = 人、主にお世話をしている人の続柄「 」	
デイスサービス等、医療以外のサービス : ( あり ・ なし ) → ありの場合 ( デイスサービス ・ ショートステイ ・ ヘルパー ・ 訪問リハビリ ・ 訪問栄養指導 ・ 他 ( ) )	

◆主治医意見書記載 ( あり ・ なし ) → 「なし」の場合、◆を記載  
 ■訪問看護指示書 ( あり ・ なし ) → 「なし」の場合、■を記載  
 「あり」の場合、書類をコピーのうえ同封  
 遠隔診療 ( あり ・ なし ) → ありの場合★を記載

◆■患者治療情報

◆主な疾患名	
1 _____	2 _____
3 _____	4 _____
◆障害高齢者日常生活自立度 : ( 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 )	
◆認知高齢者日常生活自立度 : ( 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M )	
■この患者に医療として適用されている主な施術、装置、器具、材料など ( 複数選択可 ) 自動腹膜灌流装置、透析液供給装置、酸素療法、喀痰吸引器、中心静脈栄養、輸液ポンプ、通常の点滴、経管栄養 ( 経鼻 ・ 胃ろう )、留置カテーテル、人工呼吸器、気管カニューレ、ドレーン、人工肛門、人工膀胱、エアマット、電動ベット、その他 ( )	

★遠隔診療環境

使用した機器の概要を以下記載
TV電話などの機器名およびソフト名 : ( ) → ( 据え置き ・ 携帯 )、操作者 ( 患者あるいは家族 ・ 訪問看護師 ・ 他 ( ) )
通信インフラ ( 無線LAN、光ファイバー、ADSL、その他 )
バイタル測定装置 ( なし ・ あり ) → ありの場合 ( 血圧 ・ 酸素飽和度 ・ 心電図 ・ 自覚症状 ・ 他 ( ) )
電子カルテなど ( 機器名およびソフト名 )
遠隔医療に用いた機器類のメンテナンス 有 → 内容 ( ) 無

## あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

問1 あなたの健康状態は？ (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

最高に良い	とても良い	良い	あまり 良くない	良くない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問2 1年前と比べて、現在の健康状態はいかがですか。  
(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

1年前より、 はるかに良い	1年前よりは、 やや良い	1年前と、 ほぼ同じ	1年前ほど、 良くない	1年前より、 はるかに悪い
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動をすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。  
 (ア～コまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

とても むずかしい	少し むずかしい	ぜんぜん むずかしく ない
▼	▼	▼

- ア) 激しい活動、例えば、一生けんめい走る、  
 重い物を持ち上げる、激しいスポーツをするなど.....  1 .....  2 .....  3
- イ) 適度の活動、例えば、家や庭のそうじをする、  
 1～2時間散歩するなど.....  1 .....  2 .....  3
- ウ) 少し重い物を持ち上げたり、運んだりする  
 (例えば買い物袋など) .....  1 .....  2 .....  3
- エ) 階段を数階上までのぼる.....  1 .....  2 .....  3
- オ) 階段を1階上までのぼる.....  1 .....  2 .....  3
- カ) 体を前に曲げる、ひざまずく、かがむ.....  1 .....  2 .....  3
- キ) 1キロメートル以上歩く.....  1 .....  2 .....  3
- ク) 数百メートルくらい歩く.....  1 .....  2 .....  3
- ケ) 百メートルくらい歩く.....  1 .....  2 .....  3
- コ) 自分でお風呂に入ったり、着がえたりする.....  1 .....  2 .....  3



問4 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、身体的な理由で次のような問題がありましたか。（ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 仕事やふだんの活動をする  
時間をへらした .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- イ) 仕事やふだんの活動が  
思ったほど、できなかつた .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- ウ) 仕事やふだんの活動の内容に  
よっては、できないものが  
あつた .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- エ) 仕事やふだんの活動をする  
ことがむずかしかつた  
(例えばいつもより努力を  
必要としたなど) .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

問5 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動（家事など）をするにあたって、心理的な理由で（例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために）、次のような問題がありましたか。（ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 仕事やふだんの活動を  
する時間をへらした .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- イ) 仕事やふだんの活動が  
思ったほど、できなかつた .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- ウ) 仕事やふだんの活動が  
いつもほど、集中して  
できなかつた .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

問6 過去1カ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんさまたのつきあいが、  
 身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん、 <small>さまた</small> 妨げられ なかった	わずかに、 <small>さまた</small> 妨げられた	少し、 <small>さまた</small> 妨げられた	かなり、 <small>さまた</small> 妨げられた	非常に、 <small>さまた</small> 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問7 過去1カ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。

(一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い 痛み	中くらい の痛み	強い 痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

問8 過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくら  
 いさまた妨げられましたか。（一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい）

ぜんぜん、 <small>さまた</small> 妨げられな かった	わずかに、 <small>さまた</small> 妨げられた	少し、 <small>さまた</small> 妨げられた	かなり、 <small>さまた</small> 妨げられた	非常に、 <small>さまた</small> 妨げられた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問9 次にあげるのは、過去1ヵ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。  
 (ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 元気いっぱいでしたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- イ) かなり神経質でしたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- ウ) どうにもならないくらい、  
気分がおちこんでいましたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- エ) おちついていて、  
おだやかな気分でしたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- オ) 活力(エネルギー)に  
あふれていましたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- カ) おちこんで、ゆううつな  
気分でしたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- キ) 疲れはてていましたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- ク) 楽しい気分でしたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5
- ケ) 疲れを感じましたか.....  1.....  2.....  3.....  4.....  5

問10 過去1ヵ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、時間的にどのくらい妨げられましたか。  
 (一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

いつも	ほとんど いつも	ときどき	まれに	ぜんぜん ない
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問 11 次にあげた各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに☑印をつけて下さい)

まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	何とも 言えない	ほとんど あてはまら ない	ぜんぜん あてはまら ない
▼	▼	▼	▼	▼

- ア) 私は他の人に比べて病気に  
なりやすいと思う .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- イ) 私は、人並みに健康である .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- ウ) 私の健康は、悪くなるような  
気がする .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- エ) 私の健康状態は非常に良い .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

これでこのアンケートはおわりです。  
ご協力ありがとうございました。