

ジストロフィノパチー
(デュシェンヌ型/ベッカー型筋ジストロフィー)

介護者健康管理のための問診票

第1版

この問診票は、ジストロフィノパチー(デュシェンヌ型/ベッカー型筋ジストロフィー)の介護者の方々について、介護状況や精神的・身体的状況などについて理解し、診療・支援に役立てるために作成されております。

内容は ①あなたの生活状況・健康について、②介護者について、③あなたが介護している方についての3部 22の質問で構成しています。

できるだけ全ての質問にお答えいただきたいのですが、どうしても回答したくない質問には回答しなくても結構です。

回答は当てはまる選択肢に を付けるか、線上の適切な位置に ↓ を付けるか、自由記載をお願いします。

説明日： 年 月 日

説明者： _____

2. 介護について

(1) あなた以外に日常的に介護を協力してくれる方はいますか？

(複数回答可)

- 配偶者, 子供, 父, 母, 兄弟姉妹,
 祖父, 祖母, 友人, ボランティア, ホームヘルパー,
 その他(自由記載) ()

(2) 身近な人の中に困っている時に気軽に頼れる方はいますか？

(複数回答可)

- 配偶者, 子供, 父, 母, 兄弟姉妹,
 祖父, 祖母, 友人,
 その他(自由記載) ()

(3) 介護についての相談は誰に行っていますか？

(複数回答可:一番先に相談すると思う方は○で囲んでください)

- 行政(障害福祉課など), 保健師, ケアマネージャー・相談支援員,
 訪問看護師, 主治医, 病院ソーシャルワーカー, ボランティア,
 その他(自由記載) ()

(4) 現在どのような福祉サービスや支援をうけられていますか？

(複数回答可)

訪問サービス:

- 往診, 訪問看護, 訪問リハ, ヘルパー, 入浴サービス
 その他(自由記載) ()

通所サービス:

- デイサービス, 通所リハ, 作業所・通所事業所
 その他(自由記載) ()

入所サービス:

- ショートステイ, レスパイト入院
 その他(自由記載) ()

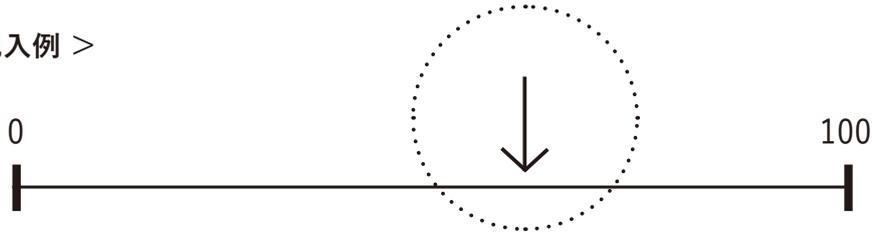
その他のサービス(自由記載) ()

(5) 介護にかかる時間は1日の平均何時間ですか？

()時間

- (6) 介護の負担感を「耐えられる最大限度」を100,「全く負担を感じない」を0として,あなたが現在感じておられる負担感に最も近いと思われる位置に↓を付けて下さい。

< 記入例 >



- (a) 身体的な介護負担に関して(着替えや移動, 食事の介助など体力をつかうもの)



- (b) 精神的な介護負担に関して(目が離せない, 時間的余裕がないなど心理的なもの)



- (7) 介護の達成感(やりがい)を「とても満足している」を100,「全く満足していない」を0として,現在感じておられる達成感(やりがい)に最も近いと思われる位置に↓を付けて下さい



- (8) 気の休まる時間や息抜きできる時間は月に何日くらいありますか?

()日/月

- (9) ストレスがたまった時の解消法はどのようにしていますか? (複数回答可)

- 家族や友人などに話を聞いてもらう
- 趣味活動(音楽を聴く, 体を動かすなど)
- 自分の時間を確保する
- 問題に立ち向かう
- 誰にも相談せず一人で抱え込む
- その他(自由記載) ()

