

令和7年10月21日

会員各位

公益社団法人全国老人保健施設協会
会長 東 憲太郎
(公印省略)

介護老人保健施設利用者等に対する
急変時等の治療方針に関する意思決定支援
にかかると調査研究事業
班長 浦野 友彦

「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する
意思決定支援にかかると調査研究事業」調査へのご協力について (お願い)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は当協会の事業・運営に格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当会では令和7年度老人保健事業推進費等補助金の交付を受け、標記調査を実施することと致しました。本事業は、令和6年度「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかると調査研究事業」の継続事業で、昨年度の結果を踏まえ、さらにより良いアドバンスケアプランニング（ACP）を老健施設で行うための方法を模索することを目的とした調査を行いたいと考えております。看取り期だけでなくその前の段階も含めて、どのような医療的介入を希望するのか話し合っておく（プレターミナルACP）必要性について、様々な事例をもとに啓発できる材料を収集・整理することを目的として実施するものです。本事業を通じて、施設職員、施設利用者とそのご家族のお役に立てる適切な意思決定支援の在り方についての事例集等の作成を予定しております。そのために、より多くの施設から調査にご協力いただくことが重要と考えております。

つきましては、以下の3種類の調査票へのご協力をお願い致します。詳細については、同封の調査実施要綱をご覧ください。

施設調査票	: 看取りや急変時、ACP時の対応等をお伺いする施設調査
管理医師調査票	: 医療機関との連携の状況やACP時の対応等をお伺いする管理医師調査
事例調査票	: 「施設内で死亡した事例」「病院へ入院した事例」「在宅へ退所した事例」について事例ごとに詳しくお伺いする事例調査

会員施設の皆様にはご多忙のところ、大変なご負担をお掛けすることと存じますが、本調査の趣旨をご賢察のうえ、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● 令和7年11月20日(木)迄に、同封の返信用封筒またはメールにてご返送ください。(メールアドレス: research@roken.or.jp)● 調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。
https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research
(ユーザー名/パスワードは不要です) |
|---|

本件照会先: 公益社団法人全国老人保健施設協会
担当: 業務部業務第一課 高橋、歌田
TEL: 03-3432-4165 FAX: 03-3432-4177

厚生労働省 令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する
意思決定支援にかかる調査研究事業」

調査実施要綱

1. 事業の目的と主な調査内容

本調査研究事業は、令和6年度「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」の継続事業で、昨年度の結果を踏まえたうえで調査をいたします。看取り期だけでなくその前の段階も含めて、どのような医療的介入を希望するのか話し合っておく（プレターミナルACP）必要性について、様々な事例をもとに啓発できる材料を収集・整理することを目的として実施するものです。

会員施設のみなさまには大変お手数をおかけ致しますが、調査票の回収率が高くなるほど、本調査において有意義な情報が得られることをご理解いただきたく存じます。本調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力を賜りますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

2. お送りした調査票類

(1) 送付状	1 通
(2) 調査実施要綱	1 部（本紙）
(3) 調査票（施設調査票）	1 部
(4) 調査票（管理医師調査票）	1 部
(5) 調査票（事例調査票）	1 部
(6) 返信用封筒	1 部

【調査票の回答期限と返送方法】

令和7年11月20日（木）迄に、同封の返信用封筒にて、ご返送下さい。

返送先：公益社団法人全国老人保健施設協会 宛
〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

※調査票は、以下の全老健ホームページからもダウンロードしていただけます。

<https://www.roken.or.jp/member/archives/category/research>

（ユーザー名／パスワードは不要です）

※調査票の返送は、以下のメールアドレス宛にお送りいただくことも可能です。

メールアドレス： research@roken.or.jp

3. 調査対象施設

全国老人保健施設協会（以下、全老健）に加盟されている全会員施設にお送りしています。

4. 調査研究事業班

事業実施にあたっては、以下の班員で構成される研究事業班を設置し、調査の方向性や調査項目等について検討しました。

【調査研究事業班の班員構成】

松田 晋哉	(福岡国際医療福祉大学 看護学部 教授) ※担当副会長
浦野 友彦	(国際医療福祉大学 医学部 老年病学 教授、 介護老人保健施設マロニエ苑 施設長) ※班長
荒川 佳奈	(老人保健施設六和会センテナリアン 施設長)
飯島 勝矢	(東京大学 未来ビジョン研究センター／高齢社会総合研究機構 教授)
今村 英仁	(公益社団法人日本医師会 常任理事)
浦 慶子	(介護老人保健施設ベルアルト 相談課課長)
大河内 二郎	(介護老人保健施設竜間之郷 施設長)
坂井 智達	(九州大学大学院医学研究院地域医療教育ユニット 助教)
服部 ゆかり	(東京大学医学部附属病院 老年病科・職員等健康相談室 助教)

5. 調査票の記入方法について

- お送りした調査票は3種類あります。
- 施設調査票では、看取りや急変時、ACP時の対応等をお伺いする内容となっております。
- 管理医師調査票では、医療機関や地域等との連携の状況や医療に関する説明等、ACP時の対応等をお伺いする内容となっております。
- 事例調査票では、「施設内で死亡した事例」「病院へ入院した事例」「在宅へ退所した事例」について事例ごとに詳しくお伺いする内容となっております。それぞれ直近の1事例についてご回答ください。
- 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0 (ゼロ)」とご記入ください。
- 回答が困難な設問や回答したくない設問は未記入のままご返送頂いて構いません。
- 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答ください。

6. 調査により得られたデータの利用について

- 本調査により得られたデータは、本調査研究事業の班員で共有し、事業の目的に沿って使用させていただきます。また、将来的には、当会が実施する他の調査とデータ統合す

るなどして再利用させていただく可能性があります。しかし、いかなる場合でも、ご回答いただいた施設が特定できるような形での情報公表は一切いたしません。

- 本調査で得られたデータを、将来的には、当会に関する研究者らが論文を執筆する目的で、本調査のデータを利用して頂く可能性があります。しかし、いかなる場合でも、回答施設が特定できないよう施設名等をマスキングした状態でデータを提供しますので、貴施設のプライバシーは守られます。

7. 調査への同意について

- 貴施設の貴重な情報をご提供頂くこととなりますが、調査票のご返送をもって、貴施設の情報をご提供頂くことへの同意を頂戴したものと解釈させていただきます。また、ご返送いただいた後で同意を撤回することはできませんので、予めご了承ください。
- 貴施設の情報の提供に同意されない場合、本調査票のご返送は不要です。
- 本調査にご協力いただけない場合であっても、いかなる不利益も発生致しません。
- なお、ご回答いただいた調査票の入力・集計・分析にあたってはデータ取り扱い専門の会社に預託する場合があります。
- また、貴施設に入所されている方の情報をもとにご回答いただく設問もあるため、入所者やご家族の皆様に向けて本研究に協力していることを貴施設内に掲示する等の方法により、オプトアウト（調査協力を拒否できる機会を保障する手法）にて同意をいただきますようお願い申し上げます。

8. 提出期限厳守のお願い

調査票の提出につきましては、可能な限り期限を厳守して頂きますよう、ご協力をお願い申し上げます。ただし、締め切りを過ぎてお送りいただいた場合でも、今後の基礎データとして活用させて頂きたく存じますので、締め切りに間に合わなかった場合でも調査票のご返送にご協力下さいますよう、何卒、宜しくお願い申し上げます。

9. 本調査に関するお問合せ先

公益社団法人全国老人保健施設協会

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-15 黒龍芝公園ビル 6F

TEL. 03-3432-4165 FAX. 03-3432-4177 または 03-3432-4172

メールアドレス： research@roken.or.jp

担当： 業務部業務第一課 高橋、歌田

施設調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 選択式の設問は、該当の番号に○をご記入ください。
- ※ 数値を記入する設問は、各設問の注記に従って数値をご記入ください。また、該当しない場合は「0(ゼロ)」とご記入ください。
- ※ 回答が困難な設問や、回答したくない設問は、未記入のままご返送頂いて構いません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答ください。
- ※ 特に断りのない限り、令和7年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和7年11月20日(木)にてお願いしております。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。

都道府県		電話番号	
貴施設名			
会員番号: ※封筒の宛名に記載の会員番号を転記してください			

問 1) 貴施設の施設類型等についてご回答ください。

1) 貴施設が <u>令和7年10月1日現在</u> に算定する施設類型について、あてはまるものをお選びください。					
1. 超強化型	2. 在宅強化型	3. 加算型	4. 基本型	5. その他型	6. 療養型
2) <u>令和7年7月～9月</u> に実施した居宅サービスについて、あてはまるものをお選びください。(該当するもの全てに○)					
1. 通所リハビリテーション	2. 訪問リハビリテーション	3. 短期入所療養介護	4. いずれもなし		

問 2) 貴施設の職員体制についてご回答ください。

令和7年10月1日現在の、貴施設の <u>入所サービスに係る職員数</u> (常勤・非常勤の区別は問いません)についてご記入ください。				
医師	1) 実人数	_____ 人	2) 常勤換算(注2)	_____ 人
	1)のうち、常勤医師の人数			_____ 人
看護職員	3) 実人数(注1)	_____ 人	4) 常勤換算(注2)	_____ 人
	3)のうち、正看護師の実人数			_____ 人
	5) 看護職員の 24 時間配置			1. 有り 2. 無し
介護職員	6) 実人数(注1)	_____ 人	7) 常勤換算(注2)	_____ 人

注 1 実人数については、入所サービスと併設サービス(短期入所、通所リハビリ等)を兼務する職員については、入所サービスに係る勤務時間の方が長い従事者を計上してください。

注 2 常勤換算の算出にあたり、非常勤職員の常勤換算方法に定めがない場合は、以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 2 位を四捨五入して小数点以下第 1 位までをご記入ください。

- ・ 1 週間に数回勤務の場合: (非常勤職員の 1 週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)
- ・ 1 カ月に数回勤務の場合: (非常勤職員の 1 カ月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間 × 4)

問 3) 貴施設の利用者の状況についてご回答ください。

令和7年10月1日午前0時時点の、入所定員と利用者数についてご記入ください。	
1) 入所定員	_____ 人
2) 入所サービスの利用者(実人数)	_____ 人
3) 短期入所療養介護の利用者(実人数)	_____ 人

問 4) 他医療機関との連携等についてご回答ください。

1) 貴施設の併設病院等の有無	<ol style="list-style-type: none"> 1. 併設病院がある 2. 併設の有床診療所がある 3. 併設の無床診療所がある 4. 併設していない同一法人・関連法人の病院がある 5. 併設していない同一法人・関連法人の診療所がある 6. いずれもない
2) 貴施設と、主たる協力病院との関係について、あてはまるものをお選びください。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 併設病院が主たる協力病院である 2. 併設病院ではないが同一法人または関連法人の病院が主たる協力病院である 3. 同一法人または関連法人以外の病院が主たる協力病院である
3) 主たる協力病院の病床・病棟の種別について、あてはまるものをお選びください。(該当するもの全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般病床(「3」「4」「5」「6」を除く) 2. 精神病床 3. 地域包括医療病棟 4. 回復期リハビリテーション病棟 5. 地域包括ケア病棟(床) 6. 障害者施設等病棟 7. 結核病床・感染症病床 8. 療養病床(「4」「5」を除く) 9. その他、不明
4) 主たる協力病院が該当するものをお選びください。(該当するもの全てに○)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 特定機能病院(大学病院、国立がん研究センターなど) 2. 地域医療支援病院(紹介患者中心の医療を提供する病院) 3. 在宅療養支援病院(24時間の往診などを行う200床未満の病院) 4. 在宅療養後方支援病院(24時間の入院希望者の診療などを行う200床以上の病院) 5. その他の病院 6. 不明
5) 協力医療機関連携加算を算定していますか。	1. 算定している 2. 算定していない
6) 上記加算を算定している場合、(Ⅰ)又は(Ⅱ)のどちらの加算を算定していますか。	1. 連携加算(Ⅰ) 2. 連携加算(Ⅱ)
7) かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定していますか	1. 算定している 2. 算定していない
8) 上記加算を算定している場合、どの加算を算定していますか。	1. (Ⅰ)イ 2. (Ⅰ)ロ 3. (Ⅱ) 4. (Ⅲ)

問 5) 貴施設の看取りに関する対応についてご回答ください。

<p>1) 看取り対応について、施設として、どのような方針をお持ちですか。</p>	<p>1. 積極的に、看取り対応をしていきたい 2. 積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい 3. 看取り対応には、どちらかという消極的 4. 看取り対応はしない方針である 5. 特に方針は定めていない 6. その他(具体的に:)</p>	
<p>※1)で3. ~4. を選択した場合 1-1) 看取り対応について消極的である、または、行わない理由として、当てはまるものをお選びください。(該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 医師の負担が大きい 2. 看護職員の負担が大きい 3. 介護職員の負担が大きい 4. 職員の知識・経験が浅い➡(1 医師 2 看護職員 3 介護職員 4 その他) 5. 居室などの環境が整えられない 6. 麻薬、酸素療法などの看取り期に必要な医療が十分に提供できない 7. 看取り期の利用者・家族等との合意形成が難しい 8. 看取り期の家族等への精神面でのケアが難しい 9. 薬剤、材料などの費用負担が大きい 10. 経営面でのメリットがない、ターミナルケア加算による報酬が見合わない 11. 管理医師の方針 12. 利用者・家族等からのニーズがない 13. 看取りは老人保健施設の役割と思わない 14. その他()</p>	
<p>2) 国や自治体、医療関係団体等が主催する緩和ケアに関する研修会を受講したことがありますか。これまでに、受講経験のある職種をお選びください。(該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 医師 2. 看護職員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. リハビリ職員 7. (管理)栄養士 8. 事務職員 9. その他()</p>	
<p>3) 貴施設に緩和ケアチームはありますか。</p>	<p>1. ある 2. ない</p>	
<p>4) 看取り期が予想される入所者について、緩和ケアに関するカンファレンスを実施していますか。</p>	<p>1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2~4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない</p>	
<p>5) 貴施設で疼痛緩和のために麻薬利用が可能ですか。最も近い選択肢を選び、1. を選んだ場合には、過去半年間の自施設での対応実績を回答してください。(○はそれぞれ一つ)</p>		
		<p>令和7年4月～9月の自施設での対応人数</p>
<p>①麻薬(注射剤)の使用・管理</p>	<p>1. 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある 2. 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない 3. 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる 4. 相当の検討を有する／対応できない</p>	<p>人</p>
<p>②麻薬(内服、貼付、坐剤)の使用・管理</p>	<p>1. 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある 2. 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない 3. 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる 4. 相当の検討を有する／対応できない</p>	<p>人</p>
<p>6) 看取り期にある入所者の在宅復帰支援や、在宅での看取り支援を実施していますか。(該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 一時的な在宅復帰を支援している 2. 在宅での看取りを支援している 3. いずれも行っていない</p>	

※6)で3. を選択した場合 6-1)実施していない理由として、当てはまるものをお選びください。(該当するもの全てに○)	1. 医師の負担が大きい 2. 看護職員の負担が大きい 3. 介護職員の負担が大きい 4. 看取り期の居住環境を整えることが難しい 5. 家族等における看取り期の利用者の在宅での対応が難しい 6. 看取り期の在宅での医療提供の確保・調整が難しい 7. 看取り期の在宅でのケアの確保・調整が難しい 8. 経営面でのメリットがない 9. 利用者の経済的な負担が大きい 10. 入所者本人の負担が大きい 11. 利用者・家族等からのニーズがない 12. その他()
---	---

問 6) 貴施設における急変時等の対応予定等についてご回答ください。

1) 利用者の人生の最終段階における医療・ケアの実施について「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省)を参考にしていますか。	1. している 2. 一部している 3. 特にはしていない
2) 認知症の利用者の医療・ケアについて、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省)を参考にしていますか。	1. している 2. 一部している 3. 特にはしていない
3) 貴施設の入所者(短期入所療養介護の利用者は除く)のうち、以下の各項目の実施人数について、概算でよいので回答してください。	実施者数
① 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人や家族等と医療・ケアチームで話し合いを繰り返し行っている	() 人
② 予期しない急変が起こった際の対応について家族等と共有できている	() 人
③ 予期しない急変が起こった際の対応について医療・ケアチームで共有できている	() 人
④ 心肺停止時の治療・ケアの方針(蘇生措置をしない等)が決まっている	() 人
⑤ 看取りの対応について、家族等と共有できている	() 人
⑥ 看取りの対応について、医療・ケアチームで共有できている	() 人
⑦ 看取りが想定される事態の変化時に、原則、救急搬送をしないと決めている	() 人
⑧ 看取りや予期しない急変時等、救急搬送を行うことになった場合の搬送先をあらかじめ決めている	() 人

問 7) 貴施設のACP時の対応についてご回答ください。

1) どのくらいの入所者に対してACPを実施しますか。	1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2~4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない
※1)で2. ~5. を選択した場合 1-1) どのような入所者に対してACPを実施していますか。(該当するもの全てに○)	1. 看取り期の利用者 2. 長期入所が想定される利用者 3. 在宅復帰が想定される利用者 4. 繰り返しの入所が想定される利用者 5. 通所サービスや短期入所療養介護含め、貴施設で長く関わっている利用者や今後の関わりが想定される利用者 6. 1. ~5. に該当するものはない 7. その他()

※1)で2. ～5. を選択した場合 1-2) ACPを全ての事例では実施していない理由をお選びください。 (該当するもの全てに○)	1. 入所者の状態によっては、ACPを行う必要がないため 2. 本人と意思疎通ができず、家族等との相談も困難な場合があるため 3. 利用者・家族等から拒否された場合 4. 全ての入所者にACPを行う時間を確保できないため 5. その他()
※1)で6. と回答した場合 1-3) ACPを全く実施していない理由をお答えください。 (該当するもの全てに○)	1. ACPを行うノウハウがないため 2. ACPを行う時間がないため 3. 看取り期のことなどを話題にすることに抵抗があるため 4. ACPを行う必要がある入所者がいないため 5. その他()
※以下の設問では、1)で1. ～5. を選択した方を対象に伺います。	
2) ACPについて、施設内研修を実施していますか。	1. 実施している 2. 実施していない
→1. 実施している場合 ①対象の職種 (該当するもの全てに○)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. リハビリ職員 7. (管理)栄養士 8. 事務職員 9. その他()
②実施頻度	1. 1カ月に1回 2. 2～3カ月に1回 3. 半年に1回 4. 1年に1回 5. 数年に1回 6. その他
3) ACPの話し合いはどの時期に行っていますか。 (該当するもの全てに○)	1. 入所前(入所相談時)に行う 2. 入所時に行う 3. 定期的に行う(3カ月ごと、等) 4. 状態悪化時に行う 5. 看取り期に行う 6. ご本人やご家族等に求められたときに行う 7. その他()
※3)で4. と回答した場合 3-1) 状態悪化時、とはどのような場合ですか(該当するもの全てに○)	1. 要介護度が重くなった時 ⇒(1. 3になった時 2. 4になった時 3. 5になった時) 2. 認知症高齢者の日常生活自立度が低下したとき ⇒(1. 3aになった時 2. 3bになった時 3. 4以上になった時) 3. ADLが低下したとき 具体的に⇒(1. 寝返り 2. 起き上がり 3. 立ち上がり 4. 移乗 5. 移動 6. 食事 7. 更衣 8. 排便 9. 排尿 10. 入浴) 4. 病状の悪化・イベント発生時 5. 体重の減少がみられる時 6. 経口摂取ができなくなった時 7. その他()
3-2) 状態悪化時に話し合いを行った結果、それまでの方針に変更があったり、事前指示やDNARを取得し直したりした事例があれば、具体例をお聞かせください。このような事例がなければ無記入で問題ありません。	(具体例)
4) ACPの1回あたりの実施時間についてお答えください。	
①本人や家族等と話し合う時間	1. 10分未満 2. 10分以上20分未満 3. 20分以上30分未満 4. 30分以上60分未満 5. 60分以上
②記録の作成や、職員間で話し合う時間	1. 10分未満 2. 10分以上20分未満 3. 20分以上30分未満 4. 30分以上60分未満 5. 60分以上

<p>10)今はあまり話し合うことができていないが、できれば話し合いたいと思う内容 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. 特になし
<p>11)ACPを行う上で、困難に思うことをお答えください。 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ご本人や家族等と十分に話し合う時間を確保できない 2. 話し合いを始める時期の見極め 3. ご本人の意向を聴取できない(認知機能が低下している場合等) 4. ご本人と家族等の中で意見が異なる場合の調整 5. 家族等の意向が本人の意向より優先されやすいこと 6. ご本人・家族等の意向と医療・ケアチームの方針が異なる場合の調整 7. ご本人や家族等が医療者に任せがちで十分に話し合えない 8. 職種間での考え方や方針が異なる場合の調整 9. 人生の最終段階の過ごし方など、死を見据えた話し合いを行うこと 10. 多職種間での情報連携 11. ACPに関する知識が不足していること 12. その他() 13. 特に困難に感じていることはない
<p>12)入所者ならびにご家族等により良いACPを行うためにはどのような支援があれば良いと考えますか (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACPに関する明確なガイドラインや標準的手順書(施設・病院・在宅で共通して使えるもの)の作成・普及 2. 医師・看護師・介護職・ソーシャルワーカーを対象としたACP研修プログラムの国主導での提供 3. ファシリテーター養成研修への補助金(ACPの対話を進められる人材を施設に確保) 4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との連携を促す共通研修の実施 5. 多職種でのACP記録・共有を円滑にするICTインフラ整備(全国共通フォーマット、電子カルテとの連携) 6. 利用者・家族等向けにわかりやすいACP啓発パンフレットや動画を国が標準化して配布 7. 地域住民へのACP普及キャンペーン(「人生会議」推進事業の強化) 8. 高齢者や家族等が相談しやすい公的相談窓口の設置 9. 精神的に難しい場面で相談できる「ACP専門支援チーム」へのアクセス(地域医療センターなどに配置) 10. 家族等が遠方にいる場合のオンライン面談のためのICT補助 11. テレビ・ネットを通じたACP啓発キャンペーン 12. その他() 13. 特になし
<p>13)入所前に貴施設以外で実施されたACPの情報を入手していますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 実施されていれば、全ての利用者について入手している 2. 一部の利用者について入手している 3. 特に入手していない
<p>14)入所前に貴施設以外で実施されたACPの情報を入手できるケースはどの程度ありますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての入所者で入手できる(10割) 2. ほとんどの入所者で入手できる(8割以上) 3. 半分以上で入手できる(5割以上) 4. 半分未満で入手できる(2~4割) 5. 1割程度で入手できる 6. 全く入手できない

管理医師調査票
【管理医師の方がご回答ください】

都道府県		施設 電話番号	
貴施設名			
会員番号: ※封筒の宛名に記載の会員番号を転記してください			

選択式の設定は、特に指定がない場合は最も該当すると思われる番号 1 つに○を付けてください。

問 1) あなたご自身(貴施設の主たる管理医師、施設長等(以下、管理医師))についてご回答ください。

年齢	歳	老健施設 勤続年数	年	性別	1. 男性	2. 女性	
専門科 (該当するもの 全てに○)	1. 内科(神経・腎臓を除く) 2. 外科(脳神経・整形・形成外科を除く) 3. 脳神経外科 4. 整形外科・形成外科 5. 産婦人科 6. 泌尿器科 7. 老年科 8. リハビリテーション科 9. 神経内科 10. 腎臓内科(人工透析) 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 皮膚科 15. 放射線科 16. 総合診療科 17. 緩和ケア科 18. 歯科、口腔外科 19. その他(具体的に:)						
役職	1. オーナー 2. オーナーではないが経営に関与する理事等である 3. いずれでもない						
オンコール体制	1. あり 2. なし						
当直	1. あり 2. なし						
緩和医療の経験	1. 豊富にある 2. ある 3. あまりない 4. 全くない						
医療上専門医の判断を必要とする可能性がある場合について、老健の管理医師としてどのように対応すべきと考えていますか。ご自身の立場に近い選択肢を選んでください。							
				1. 当てはまる	2. やや当てはまる	3. あまり当てはまらない	4. 当てはまらない
①原則、全ての事例で専門病院を受診させる				1	2	3	4
②まずは自分の判断で治療を行い、経過を見る				1	2	3	4
③ご本人、ご家族等の意向を確かめ、希望に従う				1	2	3	4
④余命が限定的である看取り期の症例でも専門病院を受診させる				1	2	3	4
⑤黄疸が出現した場合は専門病院を受診させる				1	2	3	4
⑥貧血が出現した場合は専門病院を受診させる				1	2	3	4
⑦疼痛がコントロールできない場合は専門病院を受診させる				1	2	3	4
⑧心不全症状が増悪した場合は専門病院を受診する				1	2	3	4

問2) 貴施設の医療機関との連携についてご回答ください。

①	入手するようにしている医療に関わる情報について、 <u>必ず入手する項目</u> を選んでください。 (該当するもの全てに○)	1. 主病名 2. 副病名 3. 既往歴 4. 投与薬剤・投与内容 5. 薬歴(処方経緯等) 6. 認知症の有無及び程度 7. 食事内容(制限など) 8. 直近のリスクイベント(肺炎等) 9. ACP情報 10. その他(具体的に:) 11. 特になし
②	入手するようにしている医療に関わる情報について、 <u>可能な限り入手する項目</u> を選んでください。 (該当するもの全てに○)	1. 主病名 2. 副病名 3. 既往歴 4. 投与薬剤・投与内容 5. 薬歴(処方経緯等) 6. 認知症の有無及び程度 7. 食事内容(制限など) 8. 直近のリスクイベント(肺炎等) 9. ACP情報 10. その他(具体的に:) 11. 特になし
③	退所時に医療機関に提供する医療に関わる情報を選んでください。 (該当するもの全てに○)	1. 診療情報 2. 看護サマリー 3. リハビリサマリー 4. 投与薬剤・投与内容 5. 入所期間中の処方内容の変更経緯や変更後の状態 6. 入所期間中の直近のリスクイベント(肺炎等) 7. ACP情報 8. その他(具体的に:) 9. 特になし

問3) 貴施設の医師(管理医師及び補助医師)の研修参加状況についてご回答ください。

全老健等主催の研修を受講していますか。 (該当するもの全てに○)	1. 老健管理医師総合診療研修受講 2. 認知症短期集中リハビリテーション研修受講 3. 老人保健施設管理認定医(日本老年医学会) 4. ACP研修受講(外部団体主催) 5. 緩和ケア研修(外部団体主催) 6. 受講していない
-------------------------------------	--

問4) 貴施設の医療に関する説明やACPへの対応等についてご回答ください。

1)「終末期」という言葉を入所者への説明で使いますか。	1. 使用する 2. 「終末期」は使用しないが、「人生の最終段階」という言葉に置き換えて使用する 3. 「終末期」も「人生の最終段階」も使用しない
2)施設の職員と話すとき、使用頻度の高い言葉に関して選んでください。(該当するもの全てに○)	1. 「アドバンスケアプランニング」ではなく「ACP」という用語を使用 2. 「ACP」ではなく「アドバンスケアプランニング」という用語を使用 3. 「終末期」ではなく「人生の最終段階」という用語を使用 4. 「人生の最終段階」ではなく「終末期」という用語を使用 5. 「ムンテラ」という用語を使用 6. 「IC(インフォームドコンセント)」という用語を使用 7. 特に該当するものはない
3)看取り対応について、どのような方針をお持ちですか。	1. 積極的に、看取り対応をしていきたい 2. 積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい 3. 看取り対応には、どちらかという消極的 4. 看取り対応はしない方針である 5. 特に方針は定めていない 6. その他(具体的に:)

<p>4) ACPの実施について、どのような考えをお持ちですか。 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. どのような入所者に対しても実施する 2. 看取りが想定される人には実施する 3. 認知症の人には実施することが難しい 4. 老人保健施設の入所者にはあまり必要ない 5. その他()
<p>5) どのくらいの入所者のACPIに、医師が関わっていますか。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 必ず実施している(10割) 2. ほとんどの入所者(8割以上)に実施している 3. 半分以上(5割以上)に実施している 4. 半分未満に実施している(2~4割) 5. 1割程度実施している 6. 全く実施していない(0割)
<p>※5)で4. ~6. を選択した場合 5-1) 医師が入所者のACPIに関わらない場合の理由として、当てはまる項目を選んでください。 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 時間が確保できないため 2. 状態悪化時や看取り期など、特定の場面から関わるようにしているため 3. 意思決定支援が困難な場合など、特定のケースで関わるようにしているため 4. 医師による説明を必ずしも必要としないため 5. 医師以外の職員の方が適任であるため 6. ACPを行うノウハウが不足しているため 7. その他()
<p>6) 医師が、ご本人、ご家族等とのACPで話し合う必要があると考えている内容について、当てはまる項目を選んでください。 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. 特になし
<p>7) 慢性心不全の増悪に関してACP時の説明や治療内容に関してご自身が説明している内容に当てはまる項目を選んでください。 (該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性心不全に対する個別のACPは行わない 2. 慢性心不全が増悪した場合は専門医に受診するか否かを確認する 3. 現在内服している薬剤の有害事象に関して説明する 4. アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(エンレスト)は使用しないこと 5. トルバプタン(サムスカ)は使用しないこと 6. SGLT2阻害薬は使用しないこと 7. イバブラジン(コララン)は使用しないこと 8. 酸素投与が必要となった場合専門医を受診するか否かを確認する 9. 低流量酸素(鼻カニユラ)の使用までは老人保健施設で行い、それに対応できない場合は専門医を受診することを確認する 10. 施設内での利尿剤の静脈注射は行うか否かを確認する 11. 入院が必要な点滴治療(強心薬投与など)を希望するか否かを確認する 12. 特に該当するものはない

事例調査票

【調査票のご記入について】

- ※ 事例回答については、①施設内で死亡した事例、②病院へ入院した事例、③在宅へ退所した事例、それぞれ直近の事例についてご回答ください。短期入所の利用者は対象に含みません。
- ※ 調査票回答者の職種に指定はありませんが、設問の内容に応じ、医師、看護師など医療提供にかかわる職種の方にご記入いただくか、関係する多職種で協議のうえご回答ください。
- ※ 特に断りのない限り、①は死亡時点、②、③は退所時点の状況についてご回答ください。
- ※ 調査票の提出期限は、令和7年11月20日(木)にてお願いしております。
- ※ ②については、1週間程度の予定入院は含めずにお答えください。
- ※ 看取り期:ここでは、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断し、近い将来確実に死に至ることが差し迫っている状態にあると判断した場合を言います。

都道府県		電話番号	
貴施設名			
会員番号: ※封筒の宛名に記載の会員番号を転記してください			

①施設内で死亡した事例

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)死亡日	西暦()年()月()日		
(6)直近の入所日	西暦()年()月()日 ~ 西暦()年()月()日		
(7)入所前の居場所	1. 病院・診療所 2. 他の老健・特養・介護医療院 3. 在宅 4. その他		
(8)過去の入所回数(短期入所療養介護は含まない)	()回		
(9)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(10)死亡の場合、死因 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当の番号がない場合は疾患名を記入:		
(11)心肺停止時の対応方針(蘇生措置をしない等)は決まっていたか	1. はい 2. いいえ		
(12)死亡場所の想定はありましたか	1. 貴施設内 2. 在宅 3. 病院・診療所 4. 特にない		
(13)ACPを実施していましたか	1. 実施していた ➡本人の参加有無(1. 有り 2. 無し) ➡家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し 3. 家族等はいなかった) 2. 実施していなかった ➡ 次は3頁の(24)の質問へ進んでください		

<p>※(13)で1. を選択した方のみお答えください。</p> <p>(14) ACPに関する話し合いについてはどの時期に行いましたか(該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 前回までの入所時・在宅サービス利用時 2. 今回の入所調整時 3. 状態悪化時 4. 看取り期 5. 定期的な見直しの時 6. 本人や家族等から求められたとき 7. その他()</p>
<p>(15) ACPに関する話し合いは、今回の入所前も含めて、何回程度行いましたか</p>	<p>1. 1回 2. 2、3回行った 3. 4回以上行った</p>
<p>(16) ACPの話し合いに参加した職種について、お答えください(該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 医師 2. 看護職員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. リハビリ職員 7. (管理)栄養士 8. 事務職員 9. その他()</p>
<p>(17) 話し合いでは本人の意思は確認できましたか(一部の確認を含む)</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(18) 本人や家族等との話し合いの結果を文書にまとめましたか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(19) ACPに関する話し合いで主に確認した(話し合った)ことをお答えください(該当するもの全てに○)</p>	<p>【入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACP】</p> <p>1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. その他() 14. 状態が悪化する前にはACPは行わなかった</p> <p>【3カ月以内に看取りが想定される時期に行ったACP】</p> <p>15. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 16. 日常の中で楽しみにしていること 17. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 18. 施設での介護に関する希望 19. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 20. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 21. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 22. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 23. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 24. 看取りの場所に関する意向 25. 医療ケアチームとしての方針について 26. ご本人の意思を推定できる人 27. その他() 28. 3カ月以内に看取りは想定されていなかった</p>

②病院へ入院した事例

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6.不明		
(5)退所日	西暦()年()月()日		
(6)直近の入所日	西暦()年()月()日 ~西暦()年()月()日		
(7)入所前の居場所	1. 病院・診療所 2. 他の老健・特養・介護医療院 3. 在宅 4. その他		
(8)過去の入所回数(短期入所療養介護は含まない)	()回		
(9)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(10)看取り期でしたか	1. 看取り期であった ➡入院後、病院で死亡しましたか(1. はい 2. いいえ 3. 不明) 2. 看取り期ではなかった		
(11)入院先の医療機関の種別	1. 急性期一般病棟 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟(床) 4. 療養病床[2. 3. 以外] 5. 地域包括医療病棟 6. その他()		
(12)入院先医療機関との関係	1. 併設病院 2. 併設診療所 3. 併設以外の同一法人・関連法人の病院 4. 併設以外の同一法人・関連法人の診療所 5. その他の病院 6. その他の診療所		
(13)入院先は協力医療機関か	1. 協力病院 2. 協力診療所 3. その他の病院 4. その他の診療所		
(14) 医療機関へ搬送となった原因疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号		
	該当の番号がない場合は疾患名を記入:		
(15)入院が必要になった場合の搬送先について決めていましたか	1. 決めていた 2. 特に決めてはいなかった 3. 搬送はしないと決めていた		
※(15)で1を選んだ場合:	1. はい 2. いいえ		
(16)決めていた搬送先は施設の協力病院ですか			
(17)搬送した理由	1. 医師が不在であったため 2. 施設での医療範囲を超えていたため 3. それまで対応していた疾患とは別の疾患の治療が必要となったため 4. 看取りは病院で行うと決めていたため 5. 本人が希望したため 6. 家族等が希望したため 7. その他		
(18)心肺停止時の対応方針(蘇生措置をしない等)は決まっていたですか	1. はい 2. いいえ		
(19)死亡場所の想定はありましたか	1. 貴施設内 2. 在宅 3. 病院・診療所 4. 特にない		
(20)ACPを実施していましたか	1. 実施していた ➡本人の参加有無(1. 有り 2. 無し) ➡家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し 3. 家族等はいなかった) 2. 実施していなかった ➡ 次は6頁の(32)の質問へ進んでください		

<p>※(20)で1. を選択した方のみお答えください。 (21) ACPに関する話し合いについてはどの時期に行いましたか (該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 前回までの入所時・在宅サービス利用時 2. 今回の入所調整時 3. 状態悪化時 4. 看取り期 5. 定期的な見直しの時 6. 本人や家族等から求められたとき 7. その他()</p>
<p>(22) ACPに関する話し合いは、今回の入所前も含めて、何回程度行いましたか</p>	<p>1. 1回 2. 2、3回行った 3. 4回以上行った</p>
<p>(23) ACPの話し合いに参加した職種について、お答えください (該当するもの全てに○)</p>	<p>1. 医師 2. 看護職員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. リハビリ職員 7. (管理)栄養士 8. 事務職員 9. その他()</p>
<p>(24) 話し合いでは本人の意思は確認できましたか(一部の確認を含む)</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(25) 本人や家族等との話し合いの結果を文書にまとめましたか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>(26) ACPに関する話し合いで主に確認した(話し合った)ことをすべてお答えください (該当するもの全てに○)</p>	<p>【入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACP】 1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. その他() 14. 状態が悪化する前にはACPは行わなかった</p> <p>【3カ月以内に看取りが想定される時期に行ったACP】 15. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 16. 日常の中で楽しみにしていること 17. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 18. 施設での介護に関する希望 19. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 20. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 21. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 22. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 23. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 24. 看取りの場所に関する意向 25. 医療ケアチームとしての方針について 26. ご本人の意思を推定できる人 27. その他() 28. 3カ月以内に看取りは想定されていなかった</p>

※(26)で12. または26を選択した場合 (27)ご本人の意思決定を推定できる人はどなたですか	1. 配偶者 2. 子ども・子どもの配偶者 3. その他の家族等 4. 後見人 5. 頼れる家族等がいなかった 6. その他()
(28)ほかに、話し合えたらよかったことをすべてお答えください (該当するもの全てに○)	1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. その他() 14. 特になし
(29)入所前や病院に入院中等に行われたACPについて、かかりつけ医や主治医等から入手した情報は十分でしたか	1. 十分であった 2. 入手したが、不十分であった → 1. 問い合わせた 2. 特に問い合わせはしなかった 3. 入手できなかった
(30)入院先の病院に貴施設でのACPの内容を伝えましたか	1. はい 2. いいえ
(31)ACPを通じてどのようなことが達成できましたか (該当するもの全てに○)	1. ご本人の価値観や意向について話し合うことができた 2. ご本人の希望に沿った医療・ケアを実現できた 3. 家族等の価値観や意向について話し合うことができた 4. 家族等の希望に沿った医療・ケアを実現できた 5. ACPの記録を必要な時に参照することができた 6. 多職種との連携がうまくいった 7. 職員の成長に繋がった 8. 特になし

(全員の方がご回答ください)

(32)施設でのケアについて、5段階で評価してください	1. 十分 2. まあ十分 3. どちらでもない 4. やや不十分 5. 全く不十分
(33)(病院で死亡した場合)本事例の看取りの質についてどのように評価されていますか (該当するもの全てに○)	1. ご本人らしさを大切にできた 2. 死亡前に新たに出現、または増悪した症状に適切に対処できた 3. 看取り期について家族等によく説明できた 4. 家族等が悔いのない看取りケアができた 5. 家族等への精神的なケアができた 6. 職員にとって悔いのない看取りケアができた 7. 特に該当しない

③在宅へ退所した事例

(1)年齢	歳	(2)性別	1. 男性 2. 女性
(3)要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 区分変更申請中		
(4)認知症高齢者の日常生活自立度	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクM 6. 不明		
(5)退所日	西暦()年()月()日		
(6)直近の入所日	西暦()年()月()日 ~ 西暦()年()月()日		
(7)入所前の居場所	1. 病院・診療所 2. 他の老健・特養・介護医療院 3. 在宅 4. その他		
(8)過去の入所回数(短期入所療養介護は含まない)	()回		
(9)貴施設への入所延べ日数(再入所した場合は、総合計日数)	()日		
(10)看取り期でしたか	1. 看取り期であった →退所後、在宅で死亡しましたか(1. はい 2. いいえ 3. 不明) 2. 看取り期ではなかった		
(11)退所時の主な疾患 (調査票最終ページの【別紙:診断名リスト】から選択し、その番号をご記入ください。該当番号が無い場合は主な原因疾患名を具体的にご記入ください。)	疾患名の番号	該当の番号がない場合は疾患名を記入:	
(12)退所後の貴施設の関連の介護サービスの利用予定(該当するもの全てに○)	1. 通所リハビリテーション 2. 訪問リハビリテーション 3. 短期入所療養介護 4. 併設の医療機関の外来や訪問診療の利用予定 5. 特に該当なし		
(13)心肺停止時の対応方針(蘇生措置をしない等)は決まっていたか	1. はい 2. いいえ		
(14)死亡場所の想定はありましたか	1. 貴施設内 2. 在宅 3. 病院・診療所 4. 特にない		
(15)ACPを実施していましたか	1. 実施していた →本人の参加有無(1. 有り 2. 無し) →家族等の参加の有無(1. 有り 2. 無し 3. 家族等はいなかった) 2. 実施していなかった → 次は9頁の(27)の質問へ進んでください。		
※(15)で1. を選択した方のみお答えください。 (16)ACPに関する話し合いについてはどの時期に行いましたか(該当するもの全てに○)	1. 前回までの入所時・在宅サービス利用時 2. 今回の入所調整時 3. 状態悪化時 4. 看取り期 5. 定期的な見直しの時 6. 本人や家族等から求められたとき 7. その他()		
(17)ACPに関する話し合いは、今回の入所前も含めて、何回程度行いましたか	1. 1回 2. 2、3回行った 3. 4回以上行った		
(18)ACPの話し合いに参加する職種について、お答えください(該当するもの全てに○)	1. 医師 2. 看護職員 3. 介護職員 4. 支援相談員 5. 介護支援専門員 6. リハビリ職員 7. (管理)栄養士 8. 事務職員 9. その他()		
(19)話し合いでは本人の意思は確認できましたか(一部の確認を含む)	1. はい 2. いいえ		

<p>(20) ACPに関する話し合いで主に確認した(話し合った)ことをすべてお答えください(該当するもの全てに○)</p>	<p>【入所時等状態が悪化するよりも前に行ったACP】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. その他() 14. 状態が悪化する前にはACPは行わなかった <p>【3カ月以内に看取りが想定される時期に行ったACP】</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 16. 日常の中で楽しみにしていること 17. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 18. 施設での介護に関する希望 19. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 20. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 21. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 22. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 23. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 24. 看取りの場所に関する意向 25. 医療ケアチームとしての方針について 26. ご本人の意思を推定できる人 27. その他() 28. 3カ月以内に看取りは想定されていなかった
<p>※(20)で12. または26. を選択した場合 (21)ご本人の意思決定を推定できる人はどなたですか</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配偶者 2. 子ども・子どもの配偶者 3. その他の家族等 4. 後見人 5. 頼れる家族等がいなかった 6. その他()
<p>(22)ほかに、話し合えたらよかったことをすべてお答えください(該当するもの全てに○)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. これまでの人生でどのような生活を送ってきたか(仕事、家族背景 等) 2. 日常の中で楽しみにしていること 3. 日常の中で不安なこと、気がかりなこと 4. 施設での介護に関する希望 5. 現在の本人の疾患や症状に対する治療についての意向 6. 急変や新たな重篤な疾患や症状に対する治療についての意向 7. 人生の最終段階における医療やケアに期待すること 8. 人生の最終段階における具体的な医療措置についての意向 9. 人生の最終段階をどのように過ごしたいかに関する意向(やりたいこと、会いたい人 等) 10. 看取りの場所に関する意向 11. 医療ケアチームとしての方針について 12. ご本人の意思を推定できる人 13. その他() 14. 特になし

診断名リスト

別紙

ICDコード分類	番号	診断名	ICDコード分類	番号	診断名		
循環器系等の疾患	1	脳梗塞	腎尿路生殖器系の疾患	58	腎不全(慢性・急性を含む)		
	2	脳出血		59	尿路結石症など尿路の疾患		
	3	多発性脳梗塞		60	尿路感染症(膀胱炎など)		
	4	くも膜下出血		61	乳房・女性生殖器・骨盤臓器の疾患		
	5	硬膜下血腫		62	前立腺肥大症などの男性生殖器の疾患		
	6	硬膜下血腫および脳挫傷		63	胃・食道疾患		
	7	その他の脳血管疾患		64	小腸・大腸の疾患		
	精神及び行動の障害	8	高血圧症(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)	消化器系の疾患	65	肝胆膵の疾患	
		9	慢性心不全		66	ヘルニア	
		10	心筋梗塞		67	肛門の疾患	
		11	狭心症		68	その他の消化器の疾患(腹膜、口腔、唾液腺、顎等を含む)	
		12	不整脈		69	悪性新生物	
		13	心房細動		新生物	70	良性新生物およびその他特定されない新生物
		14	その他の心疾患			眼及び付属器の疾患、耳及び乳様突起の疾患	71
		15	閉塞性動脈硬化症	72	耳および乳様突起の疾患		
		16	その他の中枢または末梢血管の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	73	疥癬・蜂窩織炎・白癬等感染症	
17		アルツハイマー型認知症	74		水疱症(天疱瘡・類天疱瘡等)		
18	脳血管性認知症	75	アレルギー性皮膚疾患				
19	レビー小体型認知症	76	褥創				
20	下記以外の認知症(脳血管性・アルツハイマー型・混合型・レビー小体型・ピック病)	77	皮膚の外傷およびその他の皮膚疾患				
21	前頭・側頭葉型認知症(ピック病等)	78	感染症				
22	混合型認知症	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	79		貧血		
23	まだ確定診断のついていない認知症		80	貧血以外の血液・免疫および凝固系の疾患			
神経系の疾患	24	うつ病	周産期に発生した病態	81	周産期や小児期の疾患の後遺症(脳性麻痺、精神発達遅滞を含む)		
	25	統合失調症		先天奇形、変形及び染色体異常	82	先天奇形・変形および染色体異常	
	26	その他の精神疾患	損傷、中毒及びその他の外因の影響		83	損傷、中毒及びその他の外因の影響	
	27	パーキンソン病		その他特記すべき状態	84	PTCA等心臓手術の既往	
28	パーキンソン病以外の脊髄小脳変性疾患	85	ペースメーカー装着者				
29	症候性てんかん、てんかん	86	気管切開状態				
30	その他の中枢神経疾患	87	透析				
31	末梢神経疾患	88	尿道カテーテル留置や人工膀胱状態				
内分泌、栄養及び代謝疾患	32	糖尿病(認知症や脳血管障害など他の病態を伴わない)	89		経鼻胃管や胃瘻等経管栄養状態		
	33	栄養障害	90		HBVキャリア		
	34	肥満	91		HCVキャリア		
	35	脂質異常症(高脂血症)	92		褥創		
	36	甲状腺機能障害	93		片麻痺		
	37	その他の代謝・内分泌疾患	94		失語		
筋骨格系及び結合組織の疾患	38	脊髄損傷	95		片麻痺・失語以外の高次機能障害		
	39	脊柱管狭窄症	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの		96	老衰	
	40	変形性脊椎症					
	41	下肢の変形性関節症(股関節・膝関節)					
	42	上肢の変形性関節症(肩関節・肘関節)					
	43	大腿骨の骨折(手術を行った)					
	44	大腿骨以外の骨折(手術を行った)					
	45	骨折(保存的治療のみ)					
	46	骨粗しょう症					
	50	関節リウマチ					
51	関節リウマチ以外の全身性結合組織障害						
呼吸器系の疾患	52	筋、軟部組織の障害	呼吸器系の疾患	53	気管支喘息		
	53	気管支喘息		54	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患		
	54	肺気腫等慢性閉塞性肺疾患		55	誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症		
	55	誤嚥性・吸引性(不顕性)肺炎などの慢性呼吸器感染症		56	急性呼吸器感染症		
	56	急性呼吸器感染症		57	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患		
57	その他肺および胸膜など呼吸器の疾患						