

人生の最終段階における医療に関する意識調査

【ご記入に際してのお願い】

- (1) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (2) お答えはあてはまる番号に○印をつけてください。
- (3) 「その他」に○をつけられた場合には、() 内に具体的にご記入ください。
- (4) ご記入は鉛筆または、黒・青のペン、ボールペンでお願いします。
- (5) 記入上おわかりにならない点などがありましたら、下記の株式会社エスピー研までお問い合わせください。

【調査票の回収についてのごお願い】

ご記入いただきました調査票は、**3月15日(金)まで**に返送用封筒にてご投函くださいますようお願いいたします。

<調査主体> 厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-2-2

<調査実施機関> 株式会社 エスピー研
(お問い合わせ先) 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-11-20
電話：03-3239-2695 (担当：近藤・牧・岡山)
(受付時間：月～金曜日 9:30～17:00)

【あなたの施設の体制についてお伺いします。】

問1 あなたの施設では、死が間近な患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の関係者が集まって十分な話し合いが行われていますか。(○は1つ)

- | | |
|------------|-------------------|
| 1 十分行われている | 3 ほとんど行われていない |
| 2 一応行われている | 4 死が間近な患者に関わっていない |

問2 患者が亡くなった後、家族の悲しみに対して施設として対応する体制は整備されていますか。(○は1つ)

- | | | |
|------|-------|---------|
| 1 はい | 2 いいえ | 3 わからない |
|------|-------|---------|

問3 通常の話し合いでは、延命のための処置を開始しないことや処置を中止することなどの方針の決定が難しい場合に、医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなる委員会(倫理委員会やコンサルテーションチームのようなもの)はありますか。(○は1つ)

- | | | |
|------|------|---------|
| 1 ある | 2 ない | 3 わからない |
|------|------|---------|

問4 患者が治療の選択について自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかあるいは受けたくないか、自分で判断できなくなった場合に備えて代わりに誰に判断してもらいたいかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いていますか。(○は1つ)

- | |
|------------------------------|
| 1 施設の方針として、用いている |
| 2 施設の方針は特に決めていないが、用いていることもある |
| 3 用いていない |

問5 (仮に、)施設として事前指示書を用いる場合に、どのような時期に患者や家族に説明をすることと示すのが適当だと思いますか。(○はいくつでも)

- | |
|---------------------------------|
| 1 治療困難な病気と診断されたとき |
| 2 治療方針が大きく変わったとき(例:根治的治療をやめるとき) |
| 3 病気の進行に伴い、死期が迫っているとき |
| 4 患者や家族から終末期医療について相談があったとき |
| 5 その他 () |
| 6 わからない |

問6 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う緩和ケアチームがありますか。(○は1つ)

- 1 ある
- 2 固定したチームはないが、多職種で対応する体制がある
- 3 ない

問7 厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、当てはまるものを選んでください。(○は1つ)

- 1 ガイドラインに沿うよう指導している
- 2 知っているが、特に活用していない
- 3 知らない

問8 問7以外に、学会等により作成された終末期医療に関するガイドラインを使用していますか。(○は1つ)

- 1 ガイドラインに沿うよう指導している(具体的なガイドライン:)
- 2 ガイドラインがあることは知っているが使用していない
- 3 ガイドラインがあることを知らない

問9 あなたの施設の職員に対して、終末期医療に関する教育・研修を行っていますか。(○は1つ)

- 1 行っている
- 2 行っていない
- 3 どちらとも言えない

問10 あなたの施設では、死が間近い方がゆっくり家族などと過ごせるような環境に配慮した部屋を用意していますか。(○は1つ)

- 1 (ICU等を除き)全ての部屋にそのような配慮をしている
- 2 特別な部屋を用意している
- 3 特にそのような部屋は用意していない
- 4 どちらとも言えない

問11 あなたの施設では、患者が望む場所での療養を実現するための支援をしていますか。

(○は1つ)

- | |
|-------------------------------------|
| 1 専門の職員を配置し、支援している |
| 2 担当医師や医療・ケアチームが支援するよう、職員に対して指導している |
| 3 施設として特段の対応はしていないが、必要な支援は行われていると思う |
| 4 支援は行っていない |
| 5 どちらとも言えない |

問12 あなたの施設が有する下記ア～オの病床数（介護施設の場合には定員数）について記載してください。

(記入例)	⇒	① 病床あり ⇒ (125) 床	2 病床なし
(ア) 精神病床		1 病床あり ⇒ () 床	2 病床なし
(イ) 感染症病床・結核病床		1 病床あり ⇒ () 床	2 病床なし
(ウ) 療養病床		1 病床あり ⇒ () 床	2 病床なし
(エ) 一般病床		1 病床あり ⇒ () 床	2 病床なし
(オ) 介護施設定員		1 施設あり ⇒ () 人	2 施設なし

※ 病院の場合は、併設介護施設について記載する必要はありません。

ご協力くださいますと、ありがとうございました。