

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

## 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に関する調査 調 査 票（案）



- 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 調査票ご記入日    | 平成20年（        ）月（        ）日 |
| ご記入担当者名    |                             |
| 連絡先電話番号    |                             |
| 連絡先 FAX 番号 |                             |

■貴院の概況についてお伺いします。

問1. 貴院の**施設種別**について該当するものをお選びください。（○は1つ）  
 なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、**許可病床数**を病床種類別にご記入ください。

|          |   |      |      |      |       |      |
|----------|---|------|------|------|-------|------|
| 01 病院    |   | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 | 感染症病床 | 結核病床 |
| 02 有床診療所 | → | 床    | 床    | 床    | 床     | 床    |
| 03 無床診療所 |   |      |      |      |       |      |

問2. 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○は1つ）

- 01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他）
- 02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会）
- 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
- 04 医療法人
- 05 個人
- 06 その他（公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他の法人）

問3. 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)  
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

|              |           |            |               |
|--------------|-----------|------------|---------------|
| 01 内科        | 10 アレルギー科 | 19 小児外科    | 28 性病科        |
| 02 呼吸器科      | 11 リウマチ科  | 20 産婦人科    | 29 こう門科       |
| 03 消化器科(胃腸科) | 12 外科     | 21 産科      | 30 リハビリテーション科 |
| 04 循環器科      | 13 整形外科   | 22 婦人科     | 31 放射線科       |
| 05 小児科       | 14 形成外科   | 23 眼科      | 32 麻酔科        |
| 06 精神科       | 15 美容外科   | 24 耳鼻いんこう科 | 33 歯科         |
| 07 神経科       | 16 脳神経外科  | 25 気管食道科   | 34 矯正歯科       |
| 08 神経内科      | 17 呼吸器外科  | 26 皮膚科     | 35 小児歯科       |
| 09 心療内科      | 18 心臓血管外科 | 27 泌尿器科    | 36 歯科口腔外科     |

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。 →

問4. 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)

|              |             |               |
|--------------|-------------|---------------|
| 01 在宅療養支援診療所 | 02 在宅療養支援病院 | 03 01・02の届出無し |
|--------------|-------------|---------------|

問5. 貴院では終末期医療に関する職員研修を実施していますか。(○は1つ)  
 なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的内容をご記入ください。

|           |            |
|-----------|------------|
| 01 実施している | 02 実施していない |
|-----------|------------|

[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

問6. 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)

|                            |
|----------------------------|
| 01 実施していない (⇒ 問7 にご回答ください) |
| 02 実施している (⇒ 問8 にお進みください)  |

【問6で、話し合いを「01 実施していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問7. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| 01 対象患者がない     | 03 話し合いを行うことが適切とは考えていない |
| 02 患者や家族の求めがない | 04 その他 →下欄に具体的に記入してください |

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問8. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。

|         |                      |   |         |                      |   |
|---------|----------------------|---|---------|----------------------|---|
| ① 75歳未満 | <input type="text"/> | 人 | ② 75歳以上 | <input type="text"/> | 人 |
|---------|----------------------|---|---------|----------------------|---|

問9. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施するうえで、困難と感じていることがありましたら具体的にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況についてお伺いします。

【問 6 で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問10. 終末期の診療方針等の話し合いの結果を**文書等にとりまとめ**、患者や家族に**提供**していますか。  
(○は1つ)

- 01 提供していない (⇒問 11 にご回答ください)
- 02 一部の話し合い結果について提供している (⇒ 問 12 へお進みください)
- 03 全ての話し合い結果について提供している (⇒ 問 12 へお進みください)

【問 10 で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11. 終末期の診療方針等に結果についての文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合、具体的な内容を記入してください。(○はいくつでも)

- 01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから
- 02 文書化を意識することで、効果的な話し合いが行えなくなるから
- 03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから
- 04 その他→下欄に具体的に記入してください

-----  
[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問 20(最終頁)へお進みください

【問 10 で、「02 一部の話し合い結果について提供している」または「03 全ての話し合い結果について提供している」と回答された施設のみご記入ください。】

問12. 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で、困難と感じていることがありましたら、具体的にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |   |         |   |
|--|---|---------|---|
| 問13. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施し、その結果をとりまとめた <b>文書等を提供した患者数(実人数)</b> を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。 |   |         |   |
| ① 75歳未満  | 人 | ② 75歳以上 | 人 |

問13②75歳以上で文書提供した患者が0人と回答された施設は 問20(最終頁)へお進みください。

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

【問13②で、文書提供を行った75歳以上の患者の数が1人以上と回答された施設のみご記入ください。】

|  |  |
|--|--|
| 問14. 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降に算定の可能性はありますか。(○は一つ) |  |
| 01   | 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない(⇒問20へお進みください)                     |
| 02   | 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒問20へお進みください) |
| 03   | 算定した(⇒問15～19をご回答ください)  |

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください】

|  |       |      |      |
|--|-------|------|------|
| 問15. 平成20年4月から6月までおよび7月から9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数を、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点での区別(入院中の患者・入院中以外の患者)、及び入院患者については算定時の区別(退院時・死亡時)ごとにご記入ください。 |       |      |      |
|  |       | 4～6月 | 7～9月 |
| (1) 入院中の患者   | ① 退院時 | 人    | 人    |
|  | ② 死亡時 | 人    | 人    |
| (2) 入院中以外の患者(死亡時)  |       | 人    | 人    |

|  |   |
|--|---|
| 問16. 後期高齢者終末期相談支援料を算定した患者のうち、終末期の診療方針等の話し合い時に、病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等が「 <b>不明</b> 」または「 <b>未定</b> 」であった者の人数をご記入ください。 | 人 |
|--|---|

問17. 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の**退院先**について、区分別の実人数をご記入ください。

|                    |   |                    |   |
|--------------------|---|--------------------|---|
| (1) 一般病床           | 人 | (5) その他介護施設又はケア付住宅 | 人 |
| (2) 療養病床 [医療] [介護] | 人 | (6) 自宅             | 人 |
| (3) 老人保健施設         | 人 | (7) その他            | 人 |
| (4) 特別養護老人ホーム      | 人 |                    |   |

|  |              |   |
|--|--------------|---|
| 問18. 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者について、終末期の診療方針等に関する話し合い(初回)を実施した時点から死亡した時点までの <b>期間別の実人数</b> をご記入ください。 |              |   |
| 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点から死亡した時点までの期間  | ① 1日未満       | 人 |
|  | ② 1日以上3日未満   | 人 |
|  | ③ 3日以上1週間未満  | 人 |
|  | ④ 1週間以上1カ月未満 | 人 |
|  | ⑤ 1カ月以上3カ月未満 | 人 |
|  | ⑥ 3カ月以上      | 人 |

|  |        |   |
|--|--------|---|
| 問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を <b>変更した</b> 回数別の実人数をご記入ください。 |        |   |
| 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数  | ① 0回   | 人 |
|  | ② 1回   | 人 |
|  | ③ 2回   | 人 |
|  | ④ 3回以上 | 人 |

■ 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。

【すべての施設でご回答ください。】

|   |
|---|
| 問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)   |
| <p>01 診療報酬で評価することは妥当である</p> <p>02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない</p> <p>03 75歳以上に限定せず実施すべきである</p> <p>04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき</p> <p>05 後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が高すぎる</p> <p>06 後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる</p> <p>07 診療報酬で評価するのは時期尚早である</p> <p>08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない</p> <p>09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない</p> <p>10 その他</p> <p style="margin-left: 40px;">( 具体的に )</p> |

|   |
|---|
| 問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にすることとしている「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日医政局発第0521011号)について知っていますか。 |
| <p>01 内容を知っている</p> <p>02 存在は知っているが、内容は知らない</p> <p>03 存在を知らない</p>                                  |

|   |
|---|
| 問22. 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点がありましたら、具体的にご記入ください。 |
|   |

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

記入漏れがないかをご確認の上、11月〇日(〇)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。



**問3 話し合いの後の患者や家族の様子についてお伺いします。**

(1) 話し合いについて、患者および家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合い後の様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。(○は一つ)

①患者本人の様子

- 01 話し合ってよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 本人は話し合いに同席しなかった

②家族の様子

- 01 話し合ってよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 家族は話し合いに同席しなかった

(2) 話し合いが、患者・家族へもたらした影響について、当てはまるものを全てお選びください。及ぼした影響が思い出されない場合は、「10. 特になし」を選択してください。

- 01 不安が軽減されたようだった
- 02 患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった
- 03 患者と家族の間で思いが共有されたようだった
- 04 医療提供者への信頼が深まったようだった
- 05 医療提供者への不信感をもったようだった
- 06 患者の元気がなくなったようだった
- 07 家族の悲しみが深まったようだった
- 08 迷いや混乱が生じたようだった
- 09 その他

具体的に

[ ]

- 10 特になし