

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

在宅における看取りの推進に関する 調査研究事業 報告書

令和2年（2020年）3月

(株)日本能率協会総合研究所

目 次

第1章 事業概要	1
1. 事業の背景・目的	1
2. 実施概要	1
3. 調査研究の実施体制	3
4. 調査研究事業の結果を受けて（結果概要）	5
第2章 検討委員会における討議内容	10
第3章 アンケート調査結果	17
0. 調査概要	17
1. 目的	17
2. 調査方法	17
3. 配付及び回収状況	17
Ⅰ. 回答者の属性情報	20
1 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所	20
2 訪問看護事業所	31
3 居宅介護支援事業所	37
4 訪問介護事業所	43
Ⅱ. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援の取組状況	49
1 本人の意思決定支援に関する事業所の方針等	49
2 本人の意思決定支援に関する事業所の実践状況	59
Ⅲ. 最近の看取り事例	144
1 在宅療養支援病院	144
2 在宅療養支援診療所	150
3 訪問看護事業所	156
4 居宅介護支援事業所	162
5 訪問介護事業所	168
第4章 ヒアリング調査	174
1. 実施目的	174
2. 調査概要	174
3. 調査方法	175
4. ヒアリング調査結果	179
第5章 事例集の作成	187
1. 実施概要	187
2. 事例集の構成	189
参考資料	190

別冊『人生の最終段階における意思決定支援 事例集』

第1章 事業概要

1. 事業の背景・目的

「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」（平成30年3月改訂）では、心身の状態変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を日頃から繰り返し話し合うことの重要性を強調している。また、繰り返し話し合った内容をその都度、文書にまとめておき、本人・家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性についても記載している。

しかしながら、このプロセスは時間がかかることや関係者の理解をさらに深める必要があるなどの様々な事情から、本人やご家族、関係者が満足するように取り組むことは容易ではない。特に居宅においては、関わる専門職者の多さから調整がより複雑多様となることから、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。愛称：人生会議）を普及する現段階においては、望ましいと考えられるプロセスを踏んだケースを広く収集・普及させることが必要といえる。

本事業では、在宅で人生の最終段階を迎える本人への医療・ケアの実態、家族（遺族）や関係者の満足度等を調査し、本人の希望やケア決定のプロセス、多職種の間わりについて明らかにするとともに、人生の最終段階における意思決定支援に関する事例を収集し、事例集を作成した。

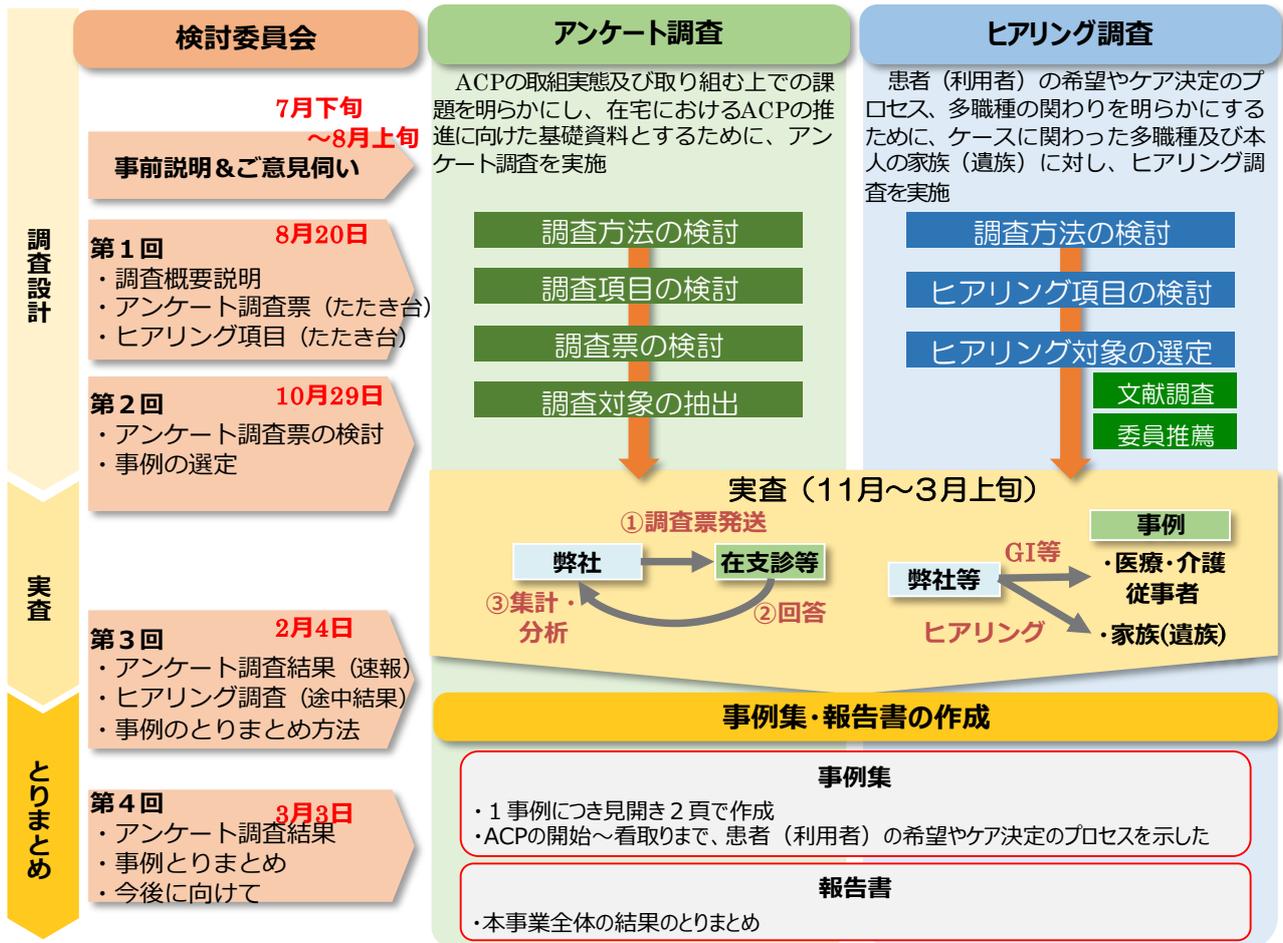
2. 実施概要

上記の目的を達成するため、本事業では有識者、実務関係者等の8名で構成する検討委員会を設置し、各調査の設計・結果分析・とりまとめについて検討を行うことで、一連の業務を円滑かつ効果的に進めた。具体的には、以下の4項目について取り組んだ。

■事業項目

1. 検討委員会の設置・運営	4回開催（第1回検討委員会前に、事前説明を実施）
2. アンケート調査の実施	人生の最終段階における意思決定支援の取組実態及び取り組み上での課題を明らかにし、在宅におけるACPの推進に向けた基礎資料とすることを目的に、下記に対しアンケート調査を実施した。 ①在宅療養支援病院 ②在宅療養支援診療所 ③訪問看護事業所 ④居宅介護支援事業所 ⑤訪問介護事業所
3. ヒアリング調査の実施	在宅における人生の最終段階における意思決定支援の事例について、本人の希望やケア決定のプロセス、多職種の関わりを明らかにすることを目的に、下記のとおりヒアリング調査を実施した。 ・委員推薦、文献調査を基に、全国から事例候補を抽出し、疾患等を踏まえて15事例を選定 ・選定した15事例について、医療・介護従事者を対象とするヒアリング調査を実施（うち、3事例は遺族インタビューも実施）
4. 事例集の作成	ヒアリング調査を実施した事例をとりまとめ、医療・介護従事者を主な読み手の対象とする事例集を作成した。事例集には、委員執筆のコラムも掲載した。

■実施フロー



3. 調査研究の実施体制

(1) 検討委員会の設置・運営

下記のとおり、学識経験者と実務者から構成される検討委員会を設置し、検討を行った。

■委員一覧 (◎：委員長、五十音順、敬称略、所属等は令和2年3月時点)

氏名	所属・役職
相川 しのぶ	株式会社やさしい手 世田谷支社 支社長
小笠原 利枝	日本ホスピスホールディングス株式会社 在宅ホスピスシニアディレクター がん看護専門看護師
金子 稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク 代表 終活ジャーナリスト
◎神出 計	大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座 教授
鈴木 邦彦	茨城県医師会 理事
中島 朋子	株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション 所長 東久留米白十字訪問看護ステーション居宅介護支援事業所 所長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園 所長
住吉 香奈子	北上市 保健福祉部 長寿介護課 包括支援係 主任保健師

■オブザーバー一覧 (敬称略、所属等は令和2年3月時点)

氏名	所属・役職
樺山 舞	大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座 助教
瀬戸谷 幸枝	医療法人 博仁会 志村大宮病院 緩和ケア認定看護師
杉田 塩	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護予防対策専門官、看護専門官
大竹 尊典	厚生労働省 老健局 老人保健課 看護係長
長谷川 洋子	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室 主査

■事務局 (株)日本能率協会総合研究所

(2) 開催実績及び検討内容

次のとおり、事前説明及び検討委員会 4 回を開催した。

■開催実績

	日程・場所	議事
事前説明	2019年7月19日(金) ～8月7日(水) 於：委員の所属先等、電話等	・事業概要の説明 ・事業項目に対するご意見伺い
第1回	2019年8月20日(火) 15:00～17:00 於：フクラシア八重洲 Room2	1. 本事業の全体概要 2. アンケート調査内容の検討 3. ヒアリング調査内容の検討 4. その他
第2回	2019年10月29日(火) 15:00～17:00 於：フクラシア八重洲 会議室G	1. 進捗報告 2. アンケート調査について(報告) 3. ヒアリング調査の実施に向けて(検討) 4. その他
第3回	2020年2月4日(火) 13:30～15:30 於：フクラシア八重洲 会議室G	1. 進捗報告 2. アンケート調査結果(速報値)について 3. ヒアリング調査結果(途中報告)について 4. 事例集の構成および今後の進め方について 5. その他
第4回	2020年3月3日(火) 13:30～15:30 於：フクラシア八重洲 会議室G	1. 進捗報告 2. アンケート調査結果報告書(案)について 3. ヒアリング調査の実施結果について 4. 事例のとりまとめについて ①事例について ②今後に向けて 5. その他

4. 調査研究事業の結果を受けて（結果概要）

（1）人生の最終段階における意思決定支援の実践状況

ACPの実践度は、医療系サービス（在支病・在支診・訪看）よりも、介護系サービス（居宅介護支援・訪問介護）の方が低い傾向がみられた。介護系サービスでは看取りまで関わる機会が少ないことも理由の一つと考えられるが、普段の取組がACPにあたることの認識が乏しいことも要因の一つと考えられる。実際に、アンケート結果では、人生の最終段階における医療・ケアについて、8割超の居宅介護支援、7割超の訪問介護が「本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っている」と回答し、また、一定数の介護系サービスではケアプラン作成・変更時に話し合いを行っている。人生の最終段階における意思決定支援は看取り期に限ったことではなく、看取り期の前段階から取り組むことが重要であること、あわせて意思決定支援のあり方について各サービス（各職種）で共通理解を持つことが必要といえる。

そのためには、普段の本人や家族と話し合うことが人生の最終段階における意思決定支援につながるということを研修等で伝えるとともに、デスカンファレンスなど多職種で振り返る機会を活用し、普段の医療・ケアが人生の最終段階における意思決定支援と実際にどのように結び付いているのか、その必要性に気づき、次の支援につなげていくための取組が必要といえる。

■関連する調査結果等（抜粋）

【委員等ご意見】

- ・ ACPの実践度について、居宅介護や訪問介護の「実践している」割合が低い点や2割の居宅介護が「分からない」と回答している点は、普段の取組がACPにあたることを認識できていないからではないか
- ・ 居宅介護や訪問介護では、実際に看取りまで関わるケースが多くないため、実践しているとの回答の割合が低いのではないか
- ・ ACPの研修講師をしていると、普段取り組んでいることがACPだと気が付くケアマネジャーが多い。看取りだけでなく、看取りまでのプロセスだと伝えると納得するのではないか
- ・ 介護職はACPを局所的に捉えている可能性がある
- ・ デスカンファレンスなどで、どう人が亡くなっていき、そのときの意思決定支援の大切さが分かってくると、普及促進になるのではないか
- ・ 介護職は、どうすればACPになるのかが分からないから実践できない面があるのかもしれない。普段していることがACPだと気付けるような事例検討やデスカンファレンスがあると良いのではないか
- ・ 話し合いのタイミングをみると、居宅介護では「要介護認定の更新時」「ケアプランの作成時」が入っており、前向きに取り組んでいる事業所があるとよめる

【アンケート調査結果】

- ・ ACPを実践しているのは、医療系が3割半ばから4割半ば、介護系が1割半ばから約2割（在支病は44.6%、在支診は36.7%、訪看は35.7%、居宅介護は15.7%、訪問介護は19.5%）。いずれのサービスでも、医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針を有している場合には実践の割合が高い
- ・ 他方で、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、『本人の意思を確認または推定している』ところは、在支病で9割超、在支診・訪看・居宅介護で8割半ば、訪問介護で7割半ばとなっている（「全ての患者にしている」と「一部の患者にしている」の合計）
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアについて、『本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っている』ところは、いずれも8割前後となっている（在支病84.1%、在支診79.3%、訪看84.7%、居宅介護85.2%、訪問介護79.4%）。このうちの多くが話し合いを繰り返している
- ・ がん、非がんともに、4割前後の介護系が「ケアプラン作成、または、変更時」に本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いを行っている（居宅介護支援はがん35.6%、非がん43.0%、訪問介護はがん38.3%、非がん44.0%）

【ヒアリング調査結果】

- ・ ヒアリングを行った施設・事業所に共通して、人生の最終段階における意思決定支援は“普段の医療・ケアを提供するなかで普通にしていること”であり、特別に“ACPに取り組まなければいけない”といったことはないとのスタンスであった
- ・ 居宅介護支援事業所へのヒアリングでも、ケアマネジャーが聞き取っている「本人の生活に対する意向」がACPそのもので、本人の言葉でどれだけ聞き出せるかが大事であり、看取り期に至るまでのアセスメント（価値観、希望、大事にしていること）を細やかに行っているとの意見があった
- ・ ただ、本人主体のACPに向けては、医療（ケア）主導とならないこと、家族等との関係のなかで本人ないし全員にとっての最善を考えること、本人・家族が揺らぐことを許容することなど、医療・ケアは本人・家族等が送る生活の一部分であることを意識して寄り添っていることが共通して伺えた

(2) 人生の最終段階における意思決定支援の実践の難しさ

アンケート結果をみると、6割以上の施設・事業所が、人生の最終段階の本人が希望する最期を迎えられるよう、意思決定支援に係る事項（本人の価値観や医療・ケアに関する意向などの把握、チームとの話し合い、意思の変遷にあわせた継続的な話し合いなど）を概ね実践している。なかでも医療・ケアチーム内での情報共有や役割分担（医師が病状説明等を担い、訪看・居宅介護支援がコーディネーター役を担うなど）が推進されていることが伺える。

一方で、いずれのサービスでも『本人の価値観、人生の目標の把握』『本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い』『本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定』の実践計（「実践している」及び「だいたい実践している」の合計、以下同じ。）は各サービス平均を下回り、難しい計（「難しい」及び「やや難しい」の合計、以下同じ。）は各サービス平均を上回っている。必ずしも実践計が低いわけではないが、今後のさらなる充実に向けては課題となり得る。また、難しい計は高くないものの『話し合った内容を文書として都度とりまとめる』の実践計が低いことから、記録を取るといった事務的な対応が意思決定支援の実践に向けた課題となっているといえる。

これらの課題の解決に向けては、人生の最終段階における意思決定支援が日常の療養支援のなかに組み込まれ、各ケースの実情を踏まえながらも平準化されていくことが必要といえる。そのためには、医療・ケア従事者の職業倫理感・使命感に頼るだけでなく、日常的な医療・ケアのなかに本人主体の意思決定支援が根付くような制度的裏付けやノウハウの蓄積・展開が必要といえる。その際には、本来的目的・趣旨を鑑み、記録を取るなど事務作業が過度な負担とならないよう配慮が必要である。

他方で、今後の人口構成の変化をみると、限られた専門職が人生の最終段階における意思決定支援にどこまでの労力を割くべきかを十分に考慮した上で制度設計を行う必要がある。また、より一層の普及という点では、(5)の市民啓発と両輪で考える必要がある。

■関連する調査結果等（抜粋）

【委員等ご意見】

- ・ガイドライン等で求められている ACP の内容について、実践度を把握するとともに、現場で難しいとされる点をいかに解消するか
- ・事例集からは献身的な医療・介護職の姿がみえる。しかし、全国での平準化は難しいだろう。報酬がつけば済む話ではないが、維持・継続していくためには医療・ケア従事者の気持ちだけに頼るべきでない。家族の気持ちが変わることで大きな変化につながるため、その普及啓発も必要

【アンケート調査結果】

- ・実践度合いとして、いずれのサービスにおいても『医療・ケアチーム内での情報共有』は実践計が高く、特に訪問看護・居宅介護は9割超と顕著（在支病：83.5%、在支診：83.3%、訪看：91.9%、居宅介護：90.1%、訪問介護：78.8%）
- ・在支病・在支診の実践度合いでは、『医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明』が高い（在支病：91.7%、在支診：91.1%）
- ・実践の難しさとして、いずれのサービスにおいても『本人の価値観、人生の目標の把握』の難しい計が最も高く7割台後半から8割台（在支病は84.3%、在支診77.7%、訪看83.5%、居宅介護86.4%、訪問介護85.5%）。また、実践計が各サービスの平均を下回り、難しい計が平均を上回っているのは『本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い』（在支病は75.4%、在支診62.6%、訪看75.1%、居宅介護79.8%、訪問介護81.0%）、『本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定』（在支病は70.2%、在支診60.0%、訪看72.9%、居宅介護79.0%、訪問介護71.5%）
- ・在支診の実践状況を見ると、『話し合った内容を文書として都度とりまとめる』の実践計が46.2%と低く、難しい計が65.0%で高い
- ・在支病・訪看・居宅介護支援・訪問介護では、『話し合った内容を文書として都度とりまとめる』の難しい計は低いものの、実践計も低い

【ヒアリング調査結果】

- ・ヒアリングを行った施設・事業所からは、記録に残すことや多職種が一堂に会すことなど、事務処理や画一的な取り扱いの難しさに関する意見があった
- ・課題となるケースとしては、在宅医の関わりが少ないケースや病院等からの情報の引継ぎがうまくいかないケース、在宅療養期間が短く信頼関係の構築に時間が取れないケース等が挙げられた
- ・本人の意思が明確であること、医療・ケアチームのそれぞれの役割が機能していること等で、意思決定支援とその後の医療・ケアが円滑にできるかが変わるとの意見があった
- ・体調の変化の度に病状等をその都度説明する、本人や家族（特に主介護者）の不安に寄り添うなど、チーム内で情報共有・連携をしながら継続的な関わり合いをしていた

(3) 本人の人生観、価値観等の把握

委員意見やヒアリングを行った事例からは、本人の意向を把握するタイミングとして、状態変化（特に治療期から終末期への移行時）の場面と、ちょっとした不安や気がかりが表出される日常の医療・ケアの場面が重要であることが伺える。しかし、アンケート結果では、話し合いを「病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている」サービスはいずれも2割未満と決して高くないことが分かった。「本人の価値観、人生の目標の把握」の実践に難しさを感じているところが多いことから、本人等と接する様々な場面を活用し、医療・ケアチーム全体で把握・共有し、確認し合うプロセスを日常的に積み重ねることが重要といえる。

また、本人の意思表示が困難な場合は、家族等が本人の意思を推定することになる。本人・家族等の準備状況（心構え・覚悟）を踏まえながら、本人の意思が清明な段階で、あるいは認知機能が低下していても表情や身振りから本人の意向が伺える早い段階で、家族等が関わりを持てるようにすることが重要である。

■関連する調査結果等（抜粋）

【委員等ご意見】

- ・ 本人との信頼関係の構築が重要（ただし、意向の真偽の判断は難しい）
- ・ 専門職に限らず、生活全般（衣食住、社会的なつながり等）を把握できているような人がいると良い
- ・ 「ちょっとしたつぶやきのキャッチと共有」「治療ができなくなった段階」がタイミングとして大事
- ・ 最期の場所は、本人にすれば大きな意味はない
- ・ 推定意思の見極めプロセスは丁寧にすべき

【アンケート調査結果】

- ・ 人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または推定しているのは、在支病で9割超、在支診・訪看・居宅介護で8割半ば、訪問介護で7割半ば
- ・ 「本人の価値観、人生の目標の把握」の実践を困難としたのは、在支病・訪看・居宅介護・訪問介護で8割以上、在支診で8割近く
- ・ 話し合いのタイミングとして、「病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている」は、いずれのサービスでも2割未満
- ・ 最近の看取り事例でみると、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容でも「本人の価値観や目標」は2～3割台にとどまる。また、病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に意思決定支援を行ったところは2割未満となっている

【ヒアリング調査結果】

- ・ 選定した15事例では、本人等の意向を把握する最初のタイミングや信頼関係の構築時期はそれぞれ異なるものの、状態変化や本人・家族に不安や困りごとが生じたタイミングで、その都度、病状説明や意向確認をしていた
- ・ 在宅医療に移行する際の説明時や入退院のタイミングで、意向を確認するケースが多かった
- ・ 家族を介護していた際の担当ケアマネジャーが本人の担当になるケースでは、本人の意向や家族関係が既に把握され、信頼関係が構築されているため、円滑に意思決定支援がなされていた
- ・ また、チーム内で、「なぜ自宅（病院）が良いのか」、「最期のときに、何を大切にしたいのか」という療養場所や治療・ケア内容だけでなく、その背景情報を含めて意向が共有されていた事例が多かった
- ・ 本人や家族の表面的な言葉に左右されないように、医師が病状説明した内容について医療・ケアチームの他のメンバーが理解度を確認する、本人と家族と個別に話を聞く、一同に会している場所で話した内容と1対1のときに話した内容を比較するなど、様々な場面を活かして本人の意向を把握するための工夫がなされていた
- ・ 本人の意思を推定する際には、早めに家族に考えるきっかけを与えたり、本人と関わり合いを持つよう積極的に働きかけたり、介護者とだけ話をする時間・機会を創出するなど、推定できるような情報提供や機会づくりのための工夫がなされていた
- ・ 把握した本人等の意向は、電話やFax、定期的なカンファレンスなどで共有され、それらを踏まえて治療・ケアの方針を多職種で検討していた。必ずしも一堂に会して話し合いや検討が行われていたわけではなく、密に連携・共有できる関係性がチームにあるかがポイントであった
- ・ 特にICTツールを活用した場合の連携のしやすさを評価する従事者が多かった
- ・ 事例のなかには、本人が元気な頃に家族に最期を迎えるにあたっての意思を表明していたため、本人の意思表示が困難になったときも家族は本人の意向を軸に、揺らぐことなく看取ることができたものもあった

(4) 医療・ケアチーム内外の情報共有と協働

アンケート結果をみると、医療・ケアチーム内外の情報共有が推進されていることが伺える。委員意見やヒアリング結果を踏まえ、今後に向けては、個々の医療・ケア従事者のACPに対する理解度の向上、定例カンファレンスなど事業所内外でのタイムリーな本人の意向の把握・共有に向けた取組、ヘルパー等の介護系が把握する情報の活用、在宅⇔入院・入所先におけるACPの相互理解に向けた取組等をより一層推進することが求められる。

また、ヒアリングを行った施設・事業所のある地域では、地域の核となるような施設・事業所（在宅医など中心となる人物）が推進してきた地域や、これまでの医療・介護連携の下地を基に推進している地域があるなど、地域における看取りは幾つかの推進方法があると考えられる。本人主体のACPは、普及啓発を含め1つの施設・事業所・職種で推進できることではないため、自分の地域ではどのような推進方法が可能か、他地域の事例などを参考に考えていく必要がある。

■関連する調査結果等（抜粋）

【委員等ご意見】

《事業所内、チーム内》

- ・ 定例カンファレンスなど、タイミングを逃さないための機会づくりやタイムリーな共有が重要
- ・ 地域のなかで、異なる事業所等との連携が必要になる
- ・ 担当ヘルパーは自宅から利用者宅に行くことが多く、担当者会議にはサービス提供責任者が参加するため、現時点ではヘルパーの情報を反映することは難しいのではないかと

《在宅⇔病院・施設》

- ・ 病院でしっかりとACPがなされ、在宅看取りで亡くなるケースも多くある
- ・ 病院で治療段階にあり、急に在宅でACPとなっても難しい場合がある
- ・ 病院では、看護師長から「ACPをとってきて」と言われた、という話も聞く
- ・ 在宅系ではない医療機関が受け手となる場合など、医療関係者全体の意識の底上げも必要
- ・ 病院からは在宅でのサービス内容の情報を求められるため、ケアマネジャーやヘルパーが人生観や価値観をうまく伝えられていないのではないかと
- ・ 個人情報保護が病院との連携では壁になることがある

《その他》

- ・ 日頃の関わりが大事で、必ずしも会議形式でなくても良いことが検討を通じて実感できた
- ・ 行政の啓発・研修内容によって、認知度は変わってくる

【アンケート調査結果】

- ・ いずれのサービスでも「医療・ケアチーム内での情報共有」の実践度が高い（在支病：83.5%、在支診：83.3%、訪看：91.9%、居宅介護：90.1%、訪問介護：78.8%）
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアに関して取り組んでいることとして、「実施した看取りの振り返り」は在支病・在支診が4割程度、訪看が6割半ば、居宅介護が3割半ば、訪問介護が2割半ば
- ・ 「ACPを実践している」「取組方針がある」と回答した
在支診・訪看・居宅介護・訪問介護では、「研修や勉強会の実施」「家族等への支援」「実施した看取りの振り返り」に取り組むところが多い
- ・ 人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うための、本人、家族等と医療・ケア従事者のチームにメンバーとして参加しているのは、居宅介護で約7割、訪問介護で5割半ば
- ・ 治療内容や治療方針について、9割以上の在支病・在支診・訪看が介護職に「共有している」。また、9割超の居宅介護、8割半ばの訪問介護で「共有されている」
- ・ 入院・入所先への“人生の最終段階における医療・ケアについて話し合った内容”の提供は、在支病・在支診・居宅介護で8割近く、訪看で8割超、訪問介護で5割超となっている。7割以上のサービスで、入院・入所先から話し合われた内容が共有されている
- ・ 医療系サービスで、人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えるために必要な情報で、かつ把握しづらい情報の上位に挙げられているのは、「家族関係」「最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化」。この2項目は、介護系で把握可能な情報として比較的、上位に挙げられている

【ヒアリング調査結果】

- ・ 選定事例では、定期的なミーティングを実施することで意思決定支援のタイミングを逃さないようにする、地域で看取りに関する勉強会を多職種で重ねるなどの工夫がなされていた
- ・ ヒアリングした事例では、病院においてACPと事前指示（AD）とを混同しているケースがあった
- ・ 静的な情報は電子カルテに、動的な（本人の人生観やそれに対する個人的なやりとりなどの）情報はICTツールを活用して共有しているなど、工夫されている事例があった
- ・ 「医師の説明⇒多職種による本人・家族の理解度の確認⇒チーム内での共有」という工程が、日頃の連携・関係性のなかでなされており、本人の意思の変遷を把握・共有できるような環境だった

(5) 住民への普及啓発、理解促進

委員意見、いずれの調査でも、医療・ケアが必要になるよりも前の早い段階から、人生の最終段階における医療・ケアを話せる環境、土壌づくりが必要との意見が多くみられた。既に日本の総人口は減少に転じ、2025年以降は15～64歳の現役世代の減少が大きくなると見込まれる。さらに、高齢化の進展に伴って死亡者数は増加を続け、ピークとなる2040年には168万人になると見込まれている。今後迎える超高齢・多死社会において、“死”を忌避する傾向にある日本で死生観をいかに変容させ、また、住民が“人生の最終段階をどう過ごしたいのか”を“自分ごと”として捉え、他者に伝えられるようにするためには、普及啓発や考える機会づくりが非常に重要な意味を持つ。

本調査研究事業では、事例の個別性の高さ、満足度につながる要因が複合的であること、何よりも最終的なアウトカムとなる本人の満足度が測れないことなどから、“良い看取り”とするための“医療・ケアのモデル”を定義づけるまでには至らなかった。限られた専門職が人生の最終段階における意思決定支援にどこまでの労力を割けるのかということも踏まえながら、より良い人生の最終段階を迎え、過ごしていくための取組を今後も検討していく必要がある。

■関連する調査結果等（抜粋）

【委員等ご意見】

- ・ 人生100年時代と言われ、90代になっても本人も家族も絶対に死なないと思っているケースがある
- ・ 死や老いは避けられてきたテーマの1つ。より手前で当たり前話題にできる地域文化をつくっていくことが重要
- ・ お墓の相談や保険の相談などを通して、価値観や人生観を共有するケースもある。その人の人生を考えた時、その同一線上に医療とケアの選択があるわけで、異業種との協同も大切ではないか
- ・ 日本の文化として、ACPを受け入れる環境、土壌整備がなされていないのではないかと。高齢になった段階で聞くことが適切かどうかということもある。日本は集団主義的で家族中心あるいは周囲が慮って決めていくようなところがある、最期にどうするかと聞かれても戸惑う人が多いのではないかと
- ・ 死の受容、病状の受容、老いの受容など、様々なフェーズがあるが、実はすべてつながっている。市民啓発では自分事として捉えてもらうことが重要
- ・ 医療・ケアを受ける段階では、弱っていることから選択肢が狭まり、どこで死ぬかという場所選びになってしまう傾向にある
- ・ 日本人の国民性から言えば、家族と話し合いながら落としどころを探っていくプロセスを作れるかどうかではないか。意思決定に家族が参画し、もっと手前から本人が主体となって考えることを伸ばしていく必要がある
- ・ 子ども世代に、親を地域で看取ってもらえる時代が来ていることを理解してもらうことも肝要。「地元で親が独居で亡くなるなんて、良い地域ね」と言ってもらえるような地域を目指したい
- ・ 医療・ケア従事者側だけでなく、本人・家族も含めてICTを活用し、遠距離でもACPを実践できる仕組みにしていくことも人的資源に限られたなかでは必要になる
- ・ 良い看取り、良いACPの事例とはどのようなものか（例えば、事業所のACPに対する姿勢、医療と介護の連携が図れていること、家族支援、医療・ケアスタッフに対する支援、家族等の満足度や納得感、従事者の満足、本人意思とケア体制との折り合いが納得感のキー、感情や病状理解への働きかけ、ケアに関する情報開示、家族機能の発揮に向けた働きかけ等）

【アンケート調査結果】

- ・ 本人主体のACPを普及するために必要な取組（自由回答）を整理すると、市民啓発・社会啓発・教育について多くの意見が出されている

【ヒアリング調査結果】

- ・ 「本人の明確な意思」「本人の意思を推定した家族の覚悟」がキーになるといった意見があった
- ・ 100歳以上の老衰の方の事例では、本人が食べられない状況を家族が少しずつ受け入れていくための工程を踏んでいたほか、施設や通所・入所系（小多機・看多機含む）では、家族との距離が生まれるため、施設・事業所側は家族が本人の状況を把握したりケアに関与したり、関わりが持てるよう積極的な働きかけを行っていた
- ・ 看取り期に出る症状などをまとめた看取りパンフレットを作成し、本人や家族にイメージを持ってもらいながら最期の過ごし方を考える機会をつくっている事例があった。また、書類では理解できないこともあるため、実際に症状があらわれたときに、家族とともに様子を見ているという訪看もあった

第2章 検討委員会における討議内容

(1) 事前の事業説明・意見伺い

第1回検討委員会に先駆けて、各委員に訪問あるいは電話で事業概要を説明し、事業項目に関する意見を伺った。主な内容は下記のとおりであった。

論点	意見概要
本事業で用いる、ACPの定義	<ul style="list-style-type: none"> ● 本事業では、どうACPを定義づけて、調査等を行うか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 全世代～看取り期まで幅広い考えがあるが、どこを対象とするか ➢ 本人主体のACPであるべき ➢ 在宅ありきではなく、選択肢の一つと考えるべき
プロセスの全容の把握	<ul style="list-style-type: none"> ● ガイドライン等で求められるACPの内容について、実践度とともに、現場で難しいとされる点をいかに解消するか <ul style="list-style-type: none"> ➢ ガイドライン等で求めている事柄と好事例の実際の取組を対比させるとハードルを下げられるのではないか ➢ 人材不足、多死社会に向けて、専門職がどれだけの労力を割けるのか
本人の本心(価値観・人生観)の把握	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人の価値観を把握し、医療・ケアに落とし込めるか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 本人との信頼関係の構築が重要（ただし、真偽の判断は難しい） ➢ チームには、専門職に限らず、生活全般（衣食住、社会的なつながり等）を把握できているような人がいると良い
本心を確認するタイミング	<ul style="list-style-type: none"> ● どのようなタイミングで本人の本心を確認するのか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 職種によって意向を確認するタイミングが異なる
チーム内の共有（協働）	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・ケアチーム内で本人の意向をどう共有し、プランに盛り込むか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 定例カンファレンスなど、タイミングを逃さないための機会づくり、タイムリーに共有すること（ツールの活用）が重要 ➢ チーム内でのイニシアティブはケースによって異なる
在宅特有の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院・施設等とは異なる点をいかに踏まえるか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域の中で、異なる事業所等との連携が必要になる
ACPの好事例の基準	<ul style="list-style-type: none"> ● 何をもちて好事例とするかの基準をどう考えるのか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 事業所のACPに対する姿勢 ➢ 医療と介護の連携が図れていること ➢ 家族や医療・ケアスタッフへの対応（支援）ができているか ➢ 家族や従事者の満足度（その前提因子、強化因子、実現因子）
抽出条件	<ul style="list-style-type: none"> ● 全国からどう事例を選定するか
行政、地域の関わり	<ul style="list-style-type: none"> ● 行政、地域の関わりをどのように評価するか <ul style="list-style-type: none"> ➢ ACPの認知度は、行政の啓発・研修内容にも影響を受ける
人生の最終段階の医療	<ul style="list-style-type: none"> ● 人生の最終段階における医療をどう理解してもらうか <ul style="list-style-type: none"> ➢ 国民・専門職ともに、「治す医療」の段階ではないことの自覚が必要

(2) 検討委員会

第1～4回検討委員会の主な意見は下記のとおりであった。

■第1回検討委員会 議題

議題	主なご意見
事業全体	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ACPは多くのところで実践されつつあるが、まだまだスタンダードなものがない。本事業で、ある程度の実態が調査され、スタンダードが形成されていくことがACPの普及につながるだろう ➢ そもそもグッドデスがどのようなものか概念化されていない中で、参考になる事例が豊富にあると、エンド・オブ・ライフケアが進みやすいだろう

議題	主なご意見
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅だから良く、緩和ケア病棟だから良くないということにはならない。医療機関や施設での看取りも素晴らしい点がある ➤ 最期の場所は、本人にすれば大きな意味はない
アンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> ● 回答者・組織 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 「貴院」とあるが、回答者のやり方を聞くとともに、従事している医師の中でやり方を統一するようなことをしているかどうかを聞いてはどうか ➤ 数字で割り切れないところはある。後はヒアリング、事例集でカバーすると良い。総合的に良い事例というのはどういうものかというようなところでまとめないと、まとまらない。恐らく最も中心的に、熱心に取り組んでいる人が書くだらう ● 看取りの進め方 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 死に近いところの方針のため、「最期を迎える際の医療・ケアの方針」あるいは、「看取りの方針」などが良い。本人主体の観点からは、「どのように最期を迎えたいかという希望」も考えられる ➤ 実際には、エンド・オブ・ライフの方にそのように接していないだろう。医療従事者の中では、例えば誤嚥したら、「そのとき病院に行くか、それでも自宅で診るか」という意思共有をしているだろうが、家族に選択肢を提示して進めているような所は、まずない ● 意思の推定 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 本人の意思を確認または推定について、きちんと受け取ってくれているかどうか大事になる ➤ 意思表示できない方たちの推定意思をどう見極めているかというプロセスは、丁寧にしないとイケない ● 在宅ケースの定義 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 行ったり来たりしながら、最期は在宅あるいは入院と、様々なケースがある。どちらの満足度が高いかを振り返ると、人それぞれのため、在宅に誘導するのではなく、中立的なほうが良い ➤ 看取りという点の部分の満足度なのか、それともそこまでの療養支援に対する満足度なのか。最終的に病院で亡くなったとしても少しでも在宅で療養する、本人が望まれた場所で過ごすことができたなど、そういったプロセスを含めての支援ができたというところの評価が聞けると良いのではないか ● 介護職の回答 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 内容が専門的なことの場合、介護職としては答えていいものかどうか悩ましい
ヒアリング調査	<ul style="list-style-type: none"> ● 収集 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 様々な看取りの場所、プロセスがある。多様なあり方の中で満足度が高いものはどのようなことが求められているのかが分かると参考になる ● ケースの該当基準 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅は自宅に限るのか、対象となる本人の年齢、過去何年までのケースを対象とするかなど、検討が必要 ➤ 独居で身寄りがない方など、今後は高齢独居者も増えるため、できればケースとして示せると良い ● 好事例の判断基準 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 看護職、医療職にとって好事例でも、実際は介護職にとっては辛いケースだったということもあり難しい ➤ 看取りの最後は、医療色が強くなる。家族も医療は受け入れるが、介護は受け入れてくれない場合がある。福祉用具の提案だけになるところもあり難しい ➤ 意思決定プロセス、本人と家族の意向を含める必要がある。その温度差やどう折り合いを付けたかどうかなどで、達成感等が変わってくる ➤ 支援者側が良かったという基準だけでなく、残された方が納得されている必要がある。最終的には看られる環境などのケア体制と本人の意思の折り合いがどう着地したかという納得感が意思決定の一つのキーになる ➤ ヒアリングでは、家族が満足あるいは納得しているその理由が大事。あまり支援者側のがちがちに固めた理論ではなく、相手が何をもちて満足、納得されていっ

議題	主なご意見
	<p>ているかというところから、しっかり紐づけできると良いのではないかと</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 療養支援への満足度に関しては、意思決定支援のみならず、意思を尊重したチームケアも影響する。この部分は分けて影響評価すべき。また、意思決定支援については、ガイドラインで示している3つのプロセスの他、感情への働きかけや、病状理解への働きかけ、ケア（手段）に関する情報開示と家族機能の発揮に向けた働きかけも含まれる。ガイドラインはそうした療養支援の一部に過ぎないことを確認して整理を行うと良い ➤ 行政がうまく関わる事例があると良い。また、死後対応にのみフォーカスして、遺族が放り出されたと思ひ、恨みに感じてしまうような場合もある ➤ がんの場合、在宅療養期間が短いと、難病の事例があると良い。悩んでいることにどうフォローしていくのかなど、事例として分かりやすい
事例集	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護保険施設、サ高住等でも看取りは行われている。それらとの満足度の違いも分かる非常に良い。在宅の定義は自宅だけではないため、ある程度の多様性のある内容になると良い ➤ 緩和ケア病棟の満足度の高さは、大病院の緩和ケア病棟と異なり恐らく地域に近いという在宅と共通した部分があるからではないか。治療が終わった方が地域で亡くなる、という意味では同じである ➤ 「看取り事例のうち、人生最終段階において、在宅療養を希望された方」が選定の基準の一つだと感じた。看取りの場所は病院だとしても、在宅療養の意思に寄り添った支援がなされていれば選定基準になるだろう。そのうえで、「支援者が自身の意思決定支援に満足しているか」ということが好事例の選定になると思う。ただ、できればそう感じている根拠として「対象者の反応」があると説得力があるだろう

■ 第2回検討委員会	
議題	主なご意見
アンケート ヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 施設へ入所したときの ACP の引き継ぎも、最近注目浴びてきている ● 事例のカテゴリー <ul style="list-style-type: none"> ➤ 都市と地方の事例はあると良い ➤ 今後の人口構成・世帯構成を踏まえると、独居で亡くなる人も増えることが見込まれる。団塊世代は、個人死を目指す人が多くなることも見込まれ、また、独居でもみてもらえるということが伝わると良い ➤ 身寄りがあるかどうかで、異なる面がある ● 在宅療養期間 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 療養期間が長いと、割と ACP が実践できると見えてしまう。週単位くらいの短い事例もあった方が良い ➤ 感覚としては、やはり自分の意思が強く、本人の意見を在宅と病院で伺い、状態が悪いが帰すということで、自宅で亡くなる方が多い ➤ 長く外来で抗がん剤治療を行い、訪看が入る段階で予後数週間ほどという利用者が結構いる。この場合、治療段階のため、ACP は病院でもなされない。予後 2-3 週間ほどで出会い、意思決定して家で看取ったり、ホスピスにつながっていくケースもある ➤ 病院で方針が決まっいて、そのまま数日で在宅看取りとなるがんのケースは普通に行われていて、余り参考にならないと感じる ➤ 退院して在宅で急に ACP がなされ、本人が納得された事例があると良い ➤ 病院では治療段階にあり、急に在宅で ACP と言われても、もう受け入れられないうちに亡くなってしまふような感じはある ➤ 病院でしっかりと ACP がなされ、在宅看取りで割と早く亡くなるケースも結構多い ● 掲載事例のレベル感 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 一般の人がイメージできるようなケースを少し多めにすべきではないか ➤ 該当するようなケースでないと、読んでもらえないだろう ➤ 取組に前向きになってもらえるような、関心を持ってもらえる内容が良い。分かり

- やすい事例、多くの人に分かってもらえる事例が7割程度ではないか
- 疾患のバランス
 - 難病も1事例は入っていた方がよい
 - よくある事例といったとき、死亡順位で上位5つくらいまでの疾患が入っているとよいのではないか。現時点では慢性疾患の事例が少ない
 - 脳卒中で誤嚥性肺炎などが、多いだろう
 - その他のバランス
 - 緩和ケア病棟と在宅とを行ったり来たりする事例も入れるとバランスが良い
 - 住宅型有料老人ホームなどはこれから増えてくるため、そういった事例もあった方が参考になるのではないか
 - シンプルな家族構成ではなく、もめたケースなども考えられる。多くのケースでもめると思うので、残した方がよい。ケアマネジャーがキーパーソンになっている事例が多くあり、やはりその人次第なのだろうと感じた。ケアマネジャーが意思を聞き、医療者が後から追いかけて確認するケースも結構ある
 - 盛り込むべき視点：多職種連携・ICTの活用
 - 医療側としては丁寧に情報をケアマネジャーに伝え、訪問介護に伝えてもらっていたはずだがうまくいかなかったケースはある。SNSを使うことで医介連携での問題がなくなった
 - 報酬改定で、担当者会議を毎回せずに大きな方針を医師とケアマネジャーで決め、省略して迅速に進めるというものがあった。そういった良い事例もあると、改定の1つの成果になるのではないか
 - 盛り込むべき視点：死の受容
 - 90代になっても、本人も家族も絶対に死なないと思っているケースが時々ある。半年ぐらいACPを繰り返しても、崩れない家族がいて困るようなケースはある
 - 100歳まで生きると気軽に言われるようになっている。死を受容できなくなっている
 - 死や老いは、やはり避けられてきたテーマの1つで、負のイメージを持たれている。より手前のところで、当たり前話題にできる地域文化を作っていくことが大事
 - 家族・親が死ぬとっていないことと、本人が死ぬとっていないことは少し異なる。ACPには、遺族教育のようなところがある。グリーフケアの先が、恐らくフリーになっている
 - 死ぬ前の情報は提供されるが、死んだ先のイメージが当然だがない。誰かと死別はしているはずだが、死の先のイメージを持つことができない
 - 看護師は、亡くなる前に予期悲嘆をきちんと経験してもらうようにする。しかし、難病の人で突然死したような場合は喪失後の悲嘆作業がうまくいかない。7回忌までお付き合いした遺族がいた
 - 死ぬかもしれないという時間も大切に、ACPには恐らくその点も入っている
 - お墓の相談など、他の人を介在して自分が死んだ後の話を共有するようなケースもある。非常に属人的な仕事内容だが、その延長線上に医療とケアの選択がある
 - 日本の文化として、ACPを受け入れる環境、土壌が整備がなされていないのではないか。また、高齢になれば認知症の人が増える。高齢になった段階で、どうするのか聞くことが適切かどうかということもある。さらに、日本は集団主義などところがあり、家族中心あるいは周囲が慮って決めていくようなところもある。最期にどうするのかと聞かれても、戸惑ってしまうのではないか
 - その他
 - 「入院3日で、ACPを取ってきて」と師長に言われた若いナースから相談を受けたこともある。現場は少し混乱しているところはある
 - 医療者が、人生観や価値観のようなことを置き去りにして、治療をどうするかというところだけになってしまうようなことはあるのかもしれない
 - 地方の場合、農業の繁忙期など医療と介護の連携とは違う家族の事情で本人の意思が尊重されないという話は聞くことがある

議題	主なご意見
事例のとりまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 資料のようにきれいにまとまらない事例もあると思うが、まとめ方としてはシステムチックで良いのではないか ➢ 延々と文章があっても読まないで、良いのではないか

■第3回検討委員会
議題

議題	主なご意見
アンケート	<ul style="list-style-type: none"> ● 実践度 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 居宅介護支援事業所で「わからない」が2割もある点は問題であり、このように高いのはなぜか疑問に感じる ➢ ACPが分からないのか、実践できているかどうか分からないのか ➢ 地域包括支援センター所長と話をする機会があったが、地域のケアマネジャーから「ACPは医療がやることで、なぜケアマネジャーがやらなければいけないのか。これ以上、仕事を増やさないでほしい」と言われて困るということだった ➢ ケアマネジャーに対するACPに係る研修は行われているが、説明の仕方や手法によって理解度に差が生まれていると感じる。どうケアマネジメントをしていくかという研修ではなく、さらっと流すような研修が多いように感じる。また、実際に看取りまで関わるケースは多くなく、実践しているかどうか問われると、この数字くらいではないか ➢ 本来は看取りまでということではなく、ACPはどの人にも必要なことのはずである ➢ ケアマネジャー対象の研修会では、半分以上「知らない」「分からない」と当初は答えるが、ACPについて実際に話していくと、普段取り組んでいることだと気が付いていく。最終的には「やりたい」という意欲的な意見が多くなる。看取りだけでなく、看取りまでのプロセスだと伝えると納得するのではないか ➢ 最期は医療処置が多くなり、ケアマネジャーでは手が出せなくなるような流れが実際に現場にはまだあるように感じる。医療側も介護側も、多職種連携をさらに推進することが大事だと示唆を得られる結果であると感じた ➢ 話し合いのタイミングをみると、居宅介護支援事業所は「要介護認定の更新時」「ケアプランの作成時」が入ってきているため、気にして取り組まれている、前向きに取り組まれている事業所が多くなってきているのではないかと感じた ➢ 「検討中」を実践とみるかどうかでも異なる ➢ 取組方針の有無などもみると、準備中も実施しているとみる方が現実的かもしれない。属性別にもう少し分析を深める必要がある ● 意思の確認（推定）の状況 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 訪問看護ステーションでは、利用者100名のうち1割は子供、1割は精神の若い方と多様で、ある程度の信頼関係ができてから色々なことを話せるようになる場合もある。利用者全員に確認しているかという点、やはり一部の患者と回答するだろう ● 今後の集計、とりまとめ方 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療体制や地域の問題等、様々な要因がACPの実践度には関係するだろう ➢ 利用者をきちんと支えていくことが算定要件に入っていることから、ターミナルケア加算がとれる事業所かどうかACPの実践の境目ではないか ➢ 加算別にみると、異なった結果の見方ができるのではないか ➢ 属性が全く異なるため、全体では単純な比較はできないだろう ➢ 全体的に前向きに考察しつつ、難しいと思われるところについて今後どう取り組んでいけるかという視点でみると良い
事例のとりまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 事身寄りのない人の入院ガイドラインはできているが、在宅ガイドラインは今後の作成になるだろう

■第4回検討委員会
議題

議題	主なご意見
アンケート	<ul style="list-style-type: none"> ● ACPの捉え方 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護職は、ACPを局限的に捉えている可能性がある

- 一般的には ACP は簡単ではないという声が多い中で、実践できているというアンケート結果との間のギャップはどこからきているのか。人生会議と言われていなかった時代と比べてどう変化したかなども質問しても良かった
- 回答対象の利用者属性（看取り期の利用者の有無、多寡など）や、在宅系ではない医療機関が受け手となる場合なども考える必要がある。一部の関心層だけでなく、医療関係者全体の意識の底上げも必要
- 入院・入所先との連携
 - 入院・入所先への提供でギャップがあるのは訪問介護だと感じる
 - 病院からは、在宅でのサービス内容の情報を求められるため、人生観や価値観までうまく伝えられていないのではないかと
 - 担当ヘルパーから情報を伝えることは、現時点では難しいのではないかと
 - 看護師は看護サマリーを送ることが当たり前の文化だと思うが、介護側が情報を提供することはあまりないだろう。サービス提供責任者の下でヘルパーは動くため、組織的な問題もあるのではないかと
- その他
 - デスカンファレンスなどで、どう人が亡くなっていくか、そしてそのときの意思決定支援の大切さが分かってくると、だんだんと普及していくのではないかと。まだまだデスカンファレンスの実施状況は高くない
 - 介護職にとって、在宅のケースと入院・入所先への提供の 2 方面での研修あるいは方法論の提示なども必要ではないかと

今後に向けて

- 調査研究事業結果の活用について
 - アンケート結果を PPT に落として委員が活用できるようにするなど、各領域での研修会や学会で広めてほしい
 - 事例は、1 から全てを参考にすることではなく、途中途中で自分の目の前の事例に合致するようなところで参考に活用してもらえれば良いだろう
- ACP の実践に向けて
 - 事例をみると、医療・介護従事者は献身的に関わり合っていることが分かる。しかし、全国で平準化できるかという難しいと思う。ACP 普及啓発の講演会で、一般参加の人から、ACP を実践したからといって報酬がつかないのではないかと質問があった。報酬がつけば解決するのかという論点はあるが、維持・継続していくためには、従事者の気持ちだけに頼るべきではない。一方で、人的資源に限られるなかで、家族の気持ちが変わるだけでも大きな変化になるだろう
 - 著しく人口が減少する地域で働いていると、1 ケースにこれだけの労力を割ける時代があるのかと不安な気持ちがある
 - ACP のハードルを下げるのが、本調査研究事業の目的であることをしっかりと念頭に置く必要がある
 - 日頃の関わりが大事で、会議形式でなくて良いということは検討するなかで実感できた
 - 介護職は、どうすれば ACP になるのかが分からないから実践できないのではないかと。「ACP ってこうなんだ」と思えるようになると、普及していくのではないかと
 - 普段やっていることが ACP だと気付けるような事例検討やデスカンファがあると良いのではないかと
 - 個人情報保護との兼ね合いで、病院との連携に難しさを感じる。個人情報現場での連携の壁にならないようにしていく必要がある
- 普及啓発に向けて
 - 死の受容、病状の受容、老いの受容など、色々なフェーズがあるが、別々の話ではなく日々の些細な本人の習慣など実はすべてつながっている。そのような意味では市民啓発は重要で、自分事として捉えてもらう必要がある
 - 医療の世界では家族の意向がすべてで、高齢者の権利が侵害されていると感じることがままある。自分ごととして療養も含めて考える必要がある。医療・ケアを受ける段階では弱った人ばかりで、選択肢が狭まり、どこで死ぬかの場所選びになってしまう
 - 自分だけで権利を主張できる国民性ではないため、家族と話し合いながら落と

しどころを探っていくプロセスがつかれるかどうかではないか

- 人生の最終段階の意思決定に家族が参画すること、そしてもっと手前から自分が主体になって考えることを伸ばしていく必要がある
- 医療・介護関係者が非常に頑張っていることを悲しいほどに市民は知らない。リテラシーを形成していくために、情報開示をしていく必要があると感じている
- 東京にいても、親を地域で看取ってもらえる時代が来ているということ、子ども世代に理解してもらうことも肝要。東京の人が、「あなたのお母さんは独居で亡くなったの。それは良い地域ね」と言ってもらえるような地域にしたいと思っている
- ICT を用いて遠距離でもできる仕組みにしていく必要がある。海外の人ともメールでやりとりをしながら ACP を重ねているケースもある。人的資源が限られていく中では必要ではないか

第3章 アンケート調査結果

0. 調査概要

1. 目的

「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」では、心身の状態変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を日頃から繰り返し話し合うことの重要性等を強調している。しかし本人等が満足するよう取り組むことは容易ではない。本事業では、こうした状況を踏まえ、在宅で人生の最終段階を迎える利用者への医療・ケアの実態、利用者の希望やケア決定のプロセスに係る現状と課題を把握することを目的として、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に対し、アンケート調査を実施した。

2. 調査方法

- 上記目的を達成するため、下記のとおり郵送調査を実施した。

■調査方法

調査対象	<ul style="list-style-type: none"> ・全国の下記の医療機関・介護事業所について、各都道府県の施設・事業所数に応じて無作為抽出（A.在宅療養支援病院は悉皆で実施） A.在宅療養支援病院：地方厚生局「施設基準の届出受理状況」（2019年8月1日時点）を基に、悉皆調査 B.在宅療養支援診療所：地方厚生局「施設基準の届出受理状況」（2019年8月1日時点）を基に、抽出調査 C.訪問看護事業所：介護サービス情報公表システムの情報（D、E同様）を基に、抽出調査 D.居宅介護支援事業所：抽出調査 E.訪問介護事業所：抽出調査
回答者	・各医療機関・介護事業所の管理者
調査手法	・郵送調査
調査期間	・2019年11月27日（水）～2020年1月10日（金）
督促の実施状況	・6,730 医療機関・介護事業所に対し、Faxにてお礼兼督促状を送付
備考	・問合せには、電話（フリーダイヤル）及びメールで対応

3. 配付及び回収状況

- 配付及び回収状況は、下記のとおりであった。

■回収状況

	配付数※	回収		有効回答		【参考】 想定回収率
		回収数	回収率	回答数	回収率	
A.在宅療養支援病院	1,444	226	15.7%	224	15.5%	10%
B.在宅療養支援診療所	3,000	568	18.9%	562	18.7%	15%
C.訪問看護事業所	1,500	444	29.6%	440	29.3%	25%
D.居宅介護支援事業所	1,500	500	33.3%	491	32.7%	25%
E.訪問介護事業所	1,500	376	25.1%	365	24.3%	25%

※配付数には宛所不明等の未着分も含む

【参考】都道府県別配付数・有効回収数

	在宅療養支援病院				在宅療養支援診療所				訪問看護				居宅介護支援				訪問介護			
	配付数	率	回収数	率	配付数	率	回収数	率	配付数	率	回収数	率	配付数	率	回収数	率	配付数	率	回収数	率
北海道	59	4.1	9	4.0	65	2.2	15	2.7	67	4.5	26	5.9	58	3.9	21	4.3	69	4.6	26	7.1
青森県	10	0.7	4	1.8	18	0.6	2	0.4	16	1.1	6	1.4	18	1.2	8	1.6	21	1.4	6	1.6
岩手県	13	0.9	4	1.8	15	0.5	2	0.4	14	0.9	7	1.6	16	1.1	5	1.0	15	1.0	5	1.4
宮城県	22	1.5	6	2.7	27	0.9	4	0.7	20	1.3	2	0.5	24	1.6	3	0.6	21	1.4	2	0.5
秋田県	10	0.7	1	0.4	15	0.5	4	0.7	9	0.6	4	0.9	15	1.0	7	1.4	12	0.8	3	0.8
山形県	9	0.6	2	0.9	18	0.6	4	0.7	10	0.7	4	0.9	14	0.9	4	0.8	9	0.6	4	1.1
福島県	11	0.8	5	2.2	35	1.2	13	2.3	20	1.3	4	0.9	27	1.8	9	1.8	23	1.5	7	1.9
茨城県	22	1.5	7	3.1	41	1.4	8	1.4	22	1.5	5	1.1	34	2.3	11	2.2	24	1.6	5	1.4
栃木県	6	0.4	0	-	32	1.1	5	0.9	14	0.9	2	0.5	26	1.7	8	1.6	19	1.3	1	0.3
群馬県	23	1.6	1	0.4	50	1.7	9	1.6	28	1.9	9	2.0	28	1.9	11	2.2	21	1.4	4	1.1
埼玉県	50	3.5	5	2.2	102	3.4	13	2.3	54	3.6	17	3.9	67	4.5	26	5.3	54	3.6	10	2.7
千葉県	41	2.8	7	3.1	77	2.6	19	3.4	54	3.6	21	4.8	71	4.7	23	4.7	64	4.3	10	2.7
東京都	123	8.5	18	8.0	315	10.5	61	10.9	148	9.9	48	10.9	123	8.2	36	7.3	131	8.7	23	6.3
神奈川県	68	4.7	9	4.0	175	5.8	34	6.0	93	6.2	19	4.3	85	5.7	16	3.3	86	5.7	24	6.6
新潟県	16	1.1	1	0.4	26	0.9	5	0.9	18	1.2	8	1.8	26	1.7	12	2.4	17	1.1	7	1.9
富山県	15	1.0	4	1.8	14	0.5	4	0.7	10	0.7	2	0.5	14	0.9	4	0.8	11	0.7	3	0.8
石川県	22	1.5	4	1.8	32	1.1	13	2.3	16	1.1	5	1.1	13	0.9	7	1.4	11	0.7	3	0.8
福井県	11	0.8	1	0.4	12	0.4	2	0.4	13	0.9	1	0.2	11	0.7	5	1.0	8	0.5	1	0.3
山梨県	9	0.6	2	0.9	14	0.5	2	0.4	8	0.5	3	0.7	13	0.9	3	0.6	8	0.5	0	-
長野県	31	2.1	5	2.2	55	1.8	15	2.7	27	1.8	7	1.6	29	1.9	9	1.8	24	1.6	6	1.6
岐阜県	16	1.1	1	0.4	54	1.8	10	1.8	29	1.9	5	1.1	24	1.6	15	3.1	20	1.3	9	2.5
静岡県	19	1.3	2	0.9	75	2.5	14	2.5	30	2.0	18	4.1	42	2.8	16	3.3	30	2.0	6	1.6
愛知県	49	3.4	10	4.5	171	5.7	28	5.0	99	6.6	16	3.6	72	4.8	17	3.5	81	5.4	23	6.3
三重県	15	1.0	1	0.4	37	1.2	7	1.2	23	1.5	8	1.8	23	1.5	7	1.4	25	1.7	10	2.7
滋賀県	12	0.8	5	2.2	32	1.1	6	1.1	16	1.1	3	0.7	17	1.1	3	0.6	15	1.0	5	1.4
京都府	30	2.1	3	1.3	72	2.4	8	1.4	38	2.5	14	3.2	30	2.0	9	1.8	28	1.9	7	1.9
大阪府	124	8.6	14	6.3	361	12.0	56	10.0	138	9.2	41	9.3	128	8.5	43	8.8	194	12.9	45	12.3
兵庫県	69	4.8	9	4.0	185	6.2	32	5.7	70	4.7	21	4.8	63	4.2	18	3.7	73	4.9	14	3.8
奈良県	14	1.0	1	0.4	34	1.1	4	0.7	19	1.3	8	1.8	24	1.6	2	0.4	25	1.7	5	1.4
和歌山県	18	1.2	2	0.9	36	1.2	6	1.1	17	1.1	5	1.1	19	1.3	5	1.0	23	1.5	4	1.1
鳥取県	6	0.4	0	-	16	0.5	0	-	10	0.7	3	0.7	8	0.5	3	0.6	8	0.5	1	0.3
島根県	8	0.6	2	0.9	25	0.8	1	0.2	12	0.8	3	0.7	11	0.7	8	1.6	9	0.6	4	1.1
岡山県	42	2.9	8	3.6	64	2.1	7	1.2	22	1.5	6	1.4	24	1.6	7	1.4	20	1.3	3	0.8
広島県	45	3.1	4	1.8	117	3.9	30	5.3	38	2.5	18	4.1	35	2.3	10	2.0	34	2.3	13	3.6
山口県	18	1.2	3	1.3	31	1.0	4	0.7	20	1.3	4	0.9	19	1.3	5	1.0	16	1.1	6	1.6
徳島県	39	2.7	4	1.8	31	1.0	7	1.2	14	0.9	2	0.5	14	0.9	4	0.8	18	1.2	5	1.4
香川県	12	0.8	3	1.3	27	0.9	6	1.1	14	0.9	3	0.7	15	1.0	6	1.2	13	0.9	3	0.8
愛媛県	23	1.6	6	2.7	42	1.4	11	2.0	20	1.3	6	1.4	20	1.3	6	1.2	20	1.3	3	0.8
高知県	17	1.2	2	0.9	8	0.3	0	-	8	0.5	2	0.5	9	0.6	4	0.8	9	0.6	1	0.3
福岡県	90	6.2	22	9.8	170	5.7	39	6.9	64	4.3	18	4.1	57	3.8	19	3.9	64	4.3	14	3.8
佐賀県	13	0.9	2	0.9	27	0.9	2	0.4	11	0.7	2	0.5	11	0.7	6	1.2	9	0.6	3	0.8
長崎県	29	2.0	4	1.8	61	2.0	15	2.7	16	1.1	3	0.7	18	1.2	5	1.0	16	1.1	5	1.4
熊本県	46	3.2	8	3.6	46	1.5	10	1.8	31	2.1	8	1.8	27	1.8	10	2.0	28	1.9	10	2.7
大分県	29	2.0	2	0.9	40	1.3	9	1.6	20	1.3	4	0.9	18	1.2	9	1.8	20	1.3	4	1.1
宮崎県	21	1.5	2	0.9	24	0.8	3	0.5	20	1.3	8	1.8	20	1.3	8	1.6	22	1.5	6	1.6
鹿児島県	53	3.7	5	2.2	57	1.9	8	1.4	27	1.8	4	0.9	23	1.5	12	2.4	20	1.3	2	0.5
沖縄県	16	1.1	3	1.3	19	0.6	5	0.9	13	0.9	6	1.4	17	1.1	6	1.2	12	0.8	1	0.3
無回答	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	1	0.2	-	-	-	-	-	-	3	0.8
	1444		224		3000		562		1500		440		1500		491		1500		365	

～報告書を利用するにあたって～

- 図・表中のnとは、基数となる実数のことである。
- 回答はnを100%として百分率で算出してある。小数点以下第2位を四捨五入しているため、百分率の合計が全体を示す数値と一致しないことがある。
- 図・表中の「－」は回答者が皆無のものである。
- 複数回答ができる質問では、回答比率の合計が100%を超える。
- 図・表において、回答の選択肢表記を簡略化している場合がある。
- クロス集計表の赤色の網掛けは全体の割合と比べて10%より大きいこと、緑色の網掛けは全体の割合と比べて10%より小さいことを表す。
- 本調査では、次のように定義して聞いている。

全体と比べて
10%高い

全体と比べて
10%低い

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことで、この取組の愛称を「人生会議」といいます。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめておき、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要といわれています。

※人生の最終段階における医療・ケア：本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

※家族等：本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者をいいます。

I. 回答者の属性情報

1 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所

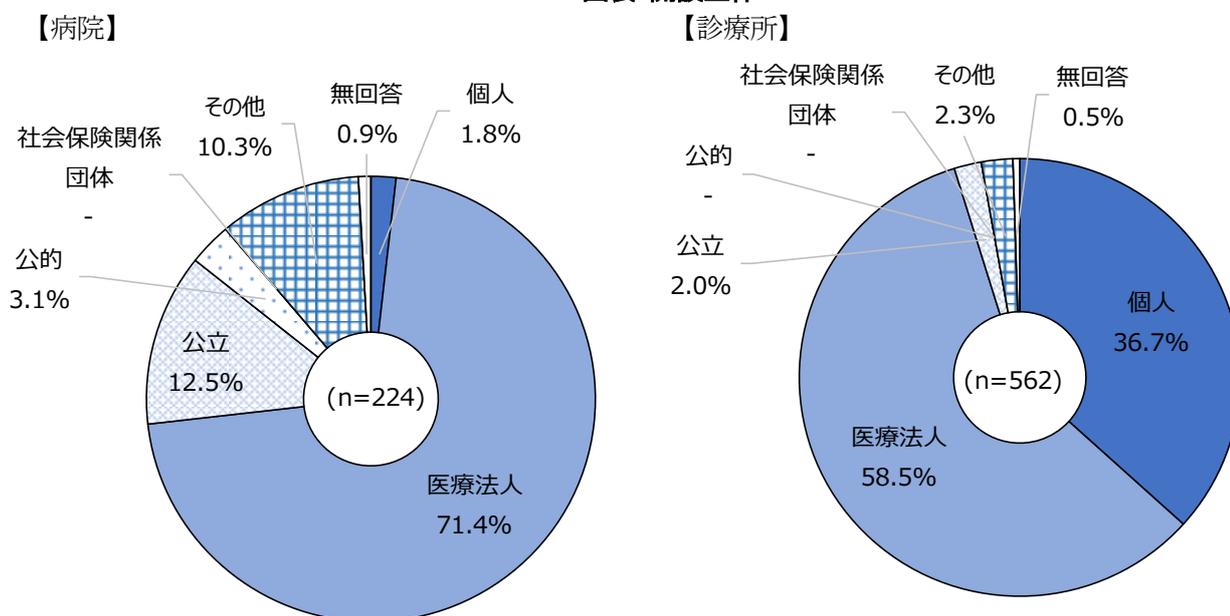
(1) 基本情報

【在宅病・在宅診】問1. 貴施設・貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体

- 在宅療養支援病院は、「医療法人」が71.4%で最も高く、次いで「公立」(12.5%)、「公的」(3.1%)、「個人」(1.8%)となっている。
- 在宅療養支援診療所は、「医療法人」が58.5%で最も高く、次いで「個人」(36.7%)、「公立」(2.0%)となっている。

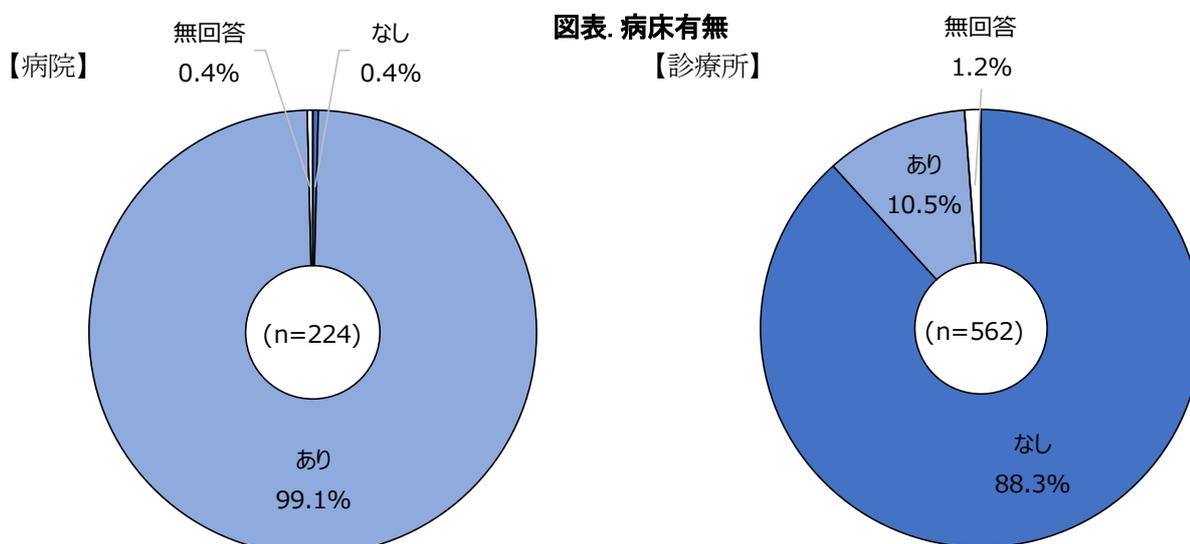
図表. 開設主体



② 病床有無

- 在宅療養支援病院は病床「あり」が99.1%、在宅療養支援診療所は病床「なし」が88.3%であった。

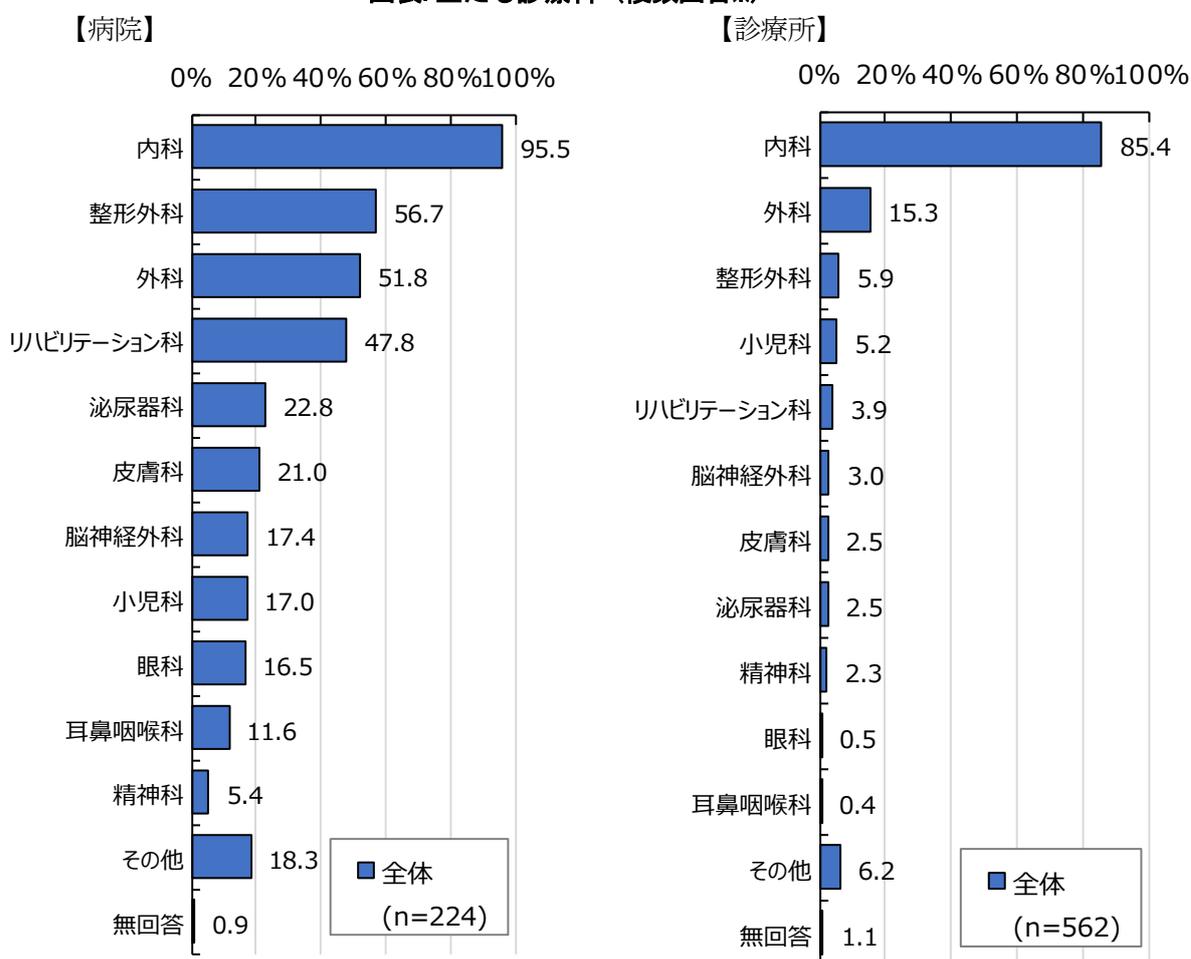
図表. 病床有無



③ 主たる診療科

- 在宅療養支援病院は「内科」が9割半ばで最も高く、次いで「整形外科」「外科」「リハビリテーション科」と続く、在宅療養支援診療所は「内科」が8割半ばとなっている。

図表. 主たる診療科 (複数回答※)

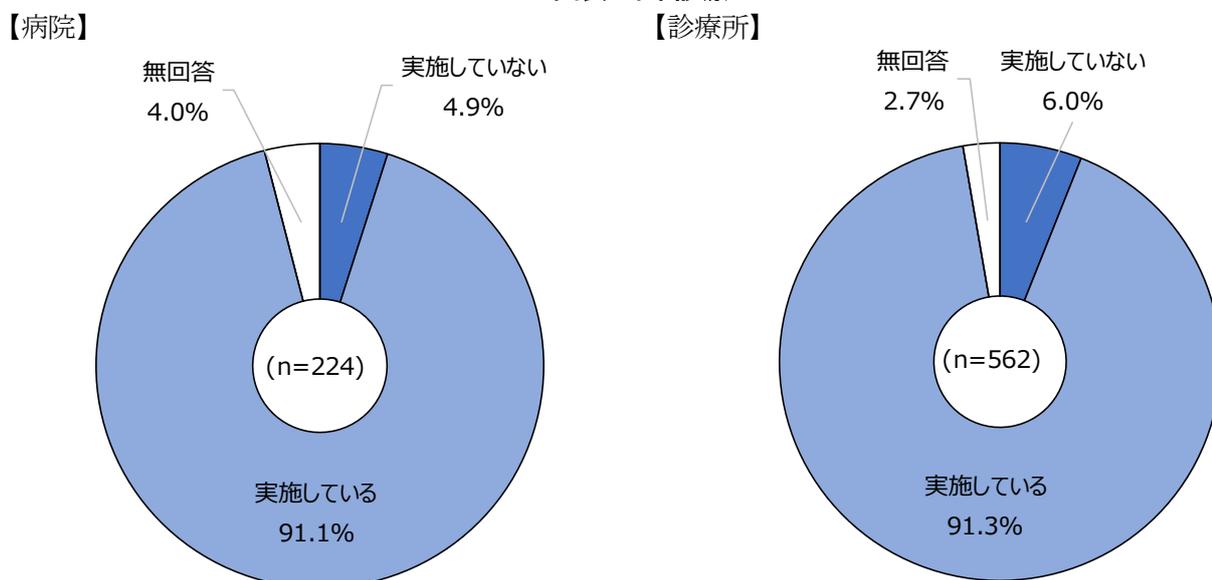


※ 単数回答の設問に対し、複数で回答した医療機関が多かったため、複数回答として集計した

④ 外来診療

- 在宅療養支援病院・診療所ともに、「実施している」が9割超であった。

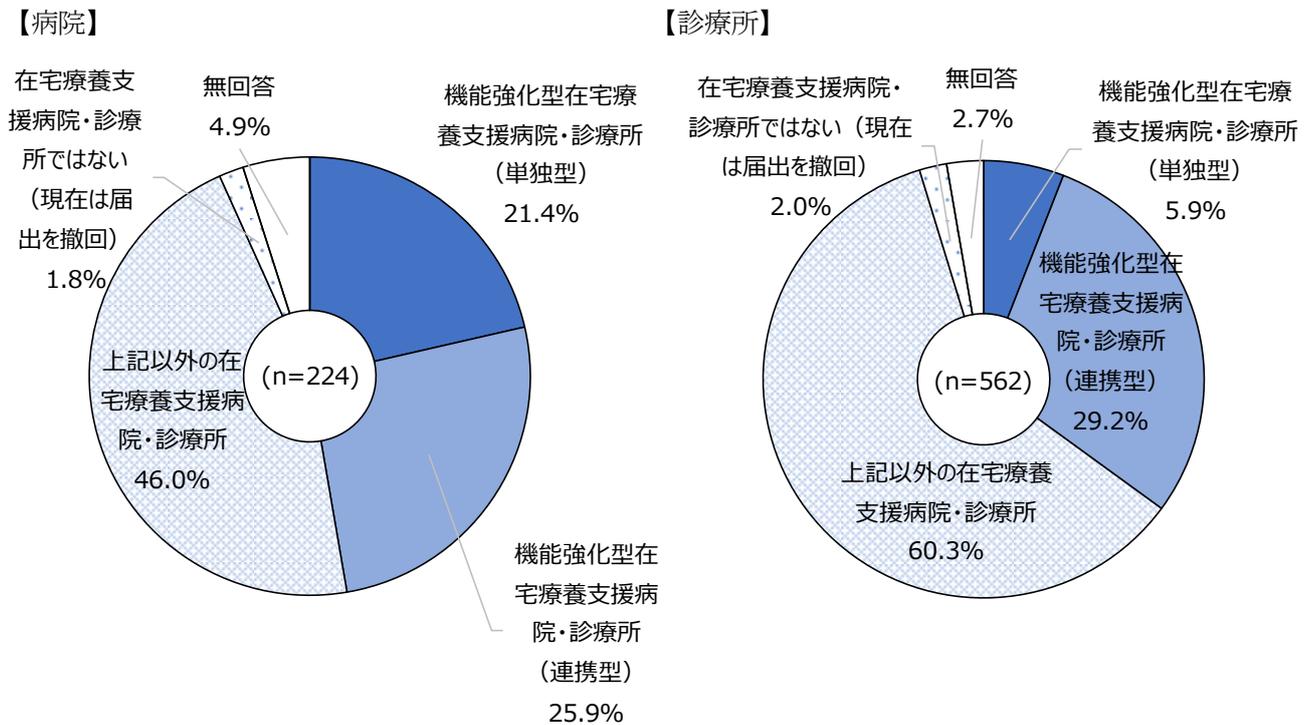
図表. 外来診療



⑤ 届出区分

- 在宅療養支援病院は、「機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）」が 21.4%、「機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）」が 25.9%、「上記以外の在宅療養支援病院・診療所」が 46.0%であった。
- 在宅療養支援診療所は、「機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）」が 5.9%、「機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）」が 29.2%、「上記以外の在宅療養支援病院・診療所」が 60.3%であった。

図表.届出区分

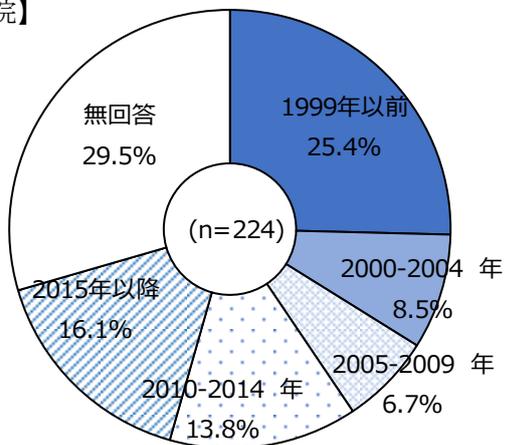


⑥ 在宅医療開始時期

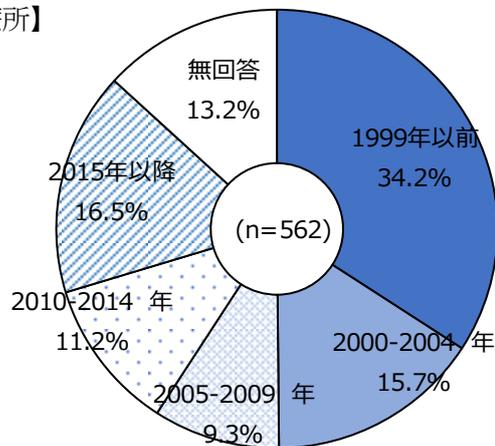
- 在宅療養支援病院は、往診の開始時期は「1999年以前」が25.4%で最も高い。訪問診療の開始時期は「2015年以降」が20.5%で最も高い。
- 在宅療養支援診療所は、往診の開始時期は「1999年以前」が34.2%で最も高い。訪問診療の開始時期は「1999年以前」が18.9%、「2015年以降」が18.3%となっている。

図表. 在宅医療開始時期：往診

【病院】

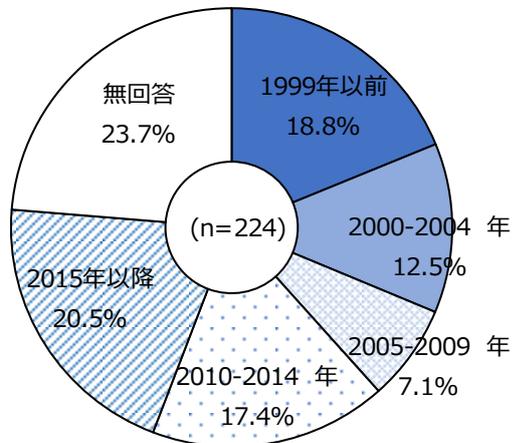


【診療所】

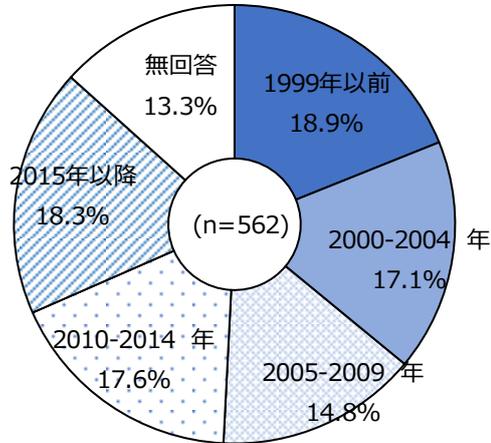


図表. 在宅医療開始時期：訪問診療

【病院】



【診療所】



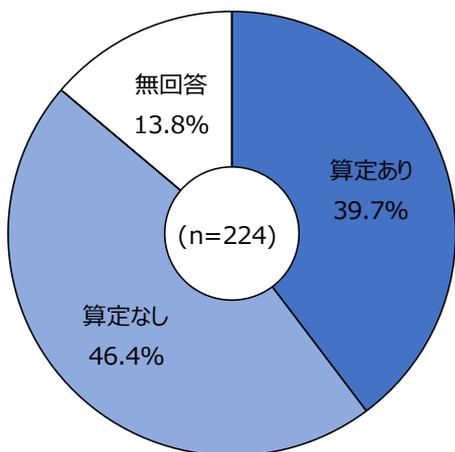
⑦ 直近1か月の加算の算定状況

- 在宅療養支援病院は、在宅ターミナルケア加算の「算定あり」が39.7%、看取り加算の「算定あり」が43.3%、死亡診断加算の「算定あり」が36.6%であった。
- 在宅療養支援診療所は、在宅ターミナルケア加算の「算定あり」が47.0%、看取り加算の「算定あり」が50.0%、死亡診断加算の「算定あり」が45.2%であった。

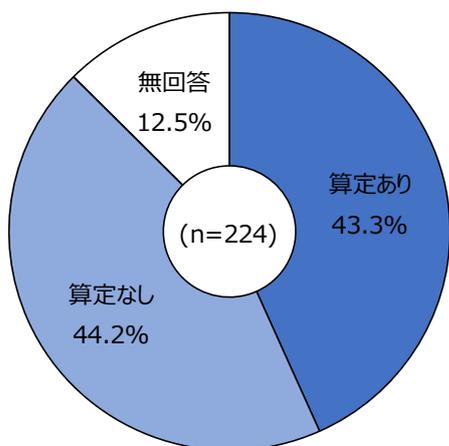
図表. 直近1か月の加算の算定状況

【病院】

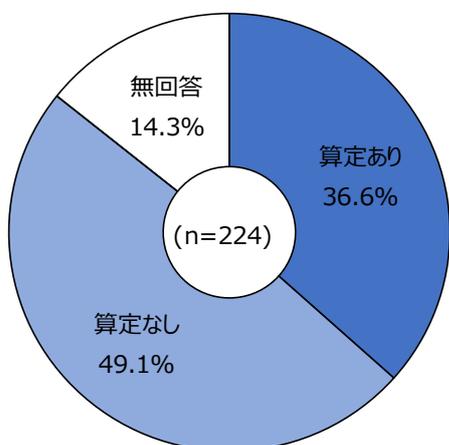
在宅ターミナルケア加算



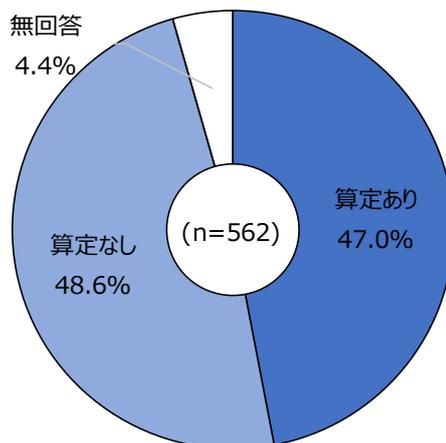
看取り加算



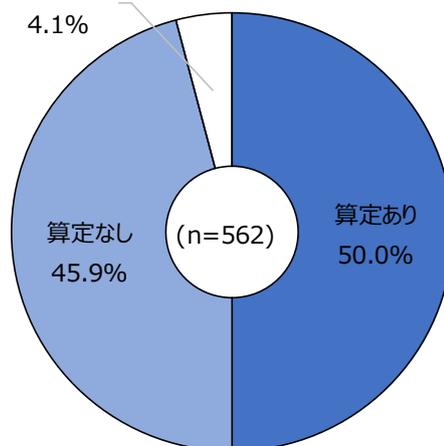
死亡診断加算



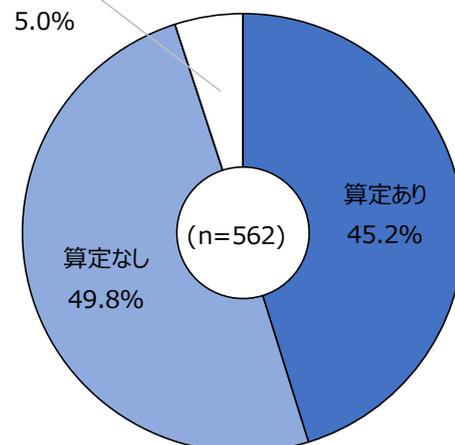
【診療所】



看取り加算



死亡診断加算



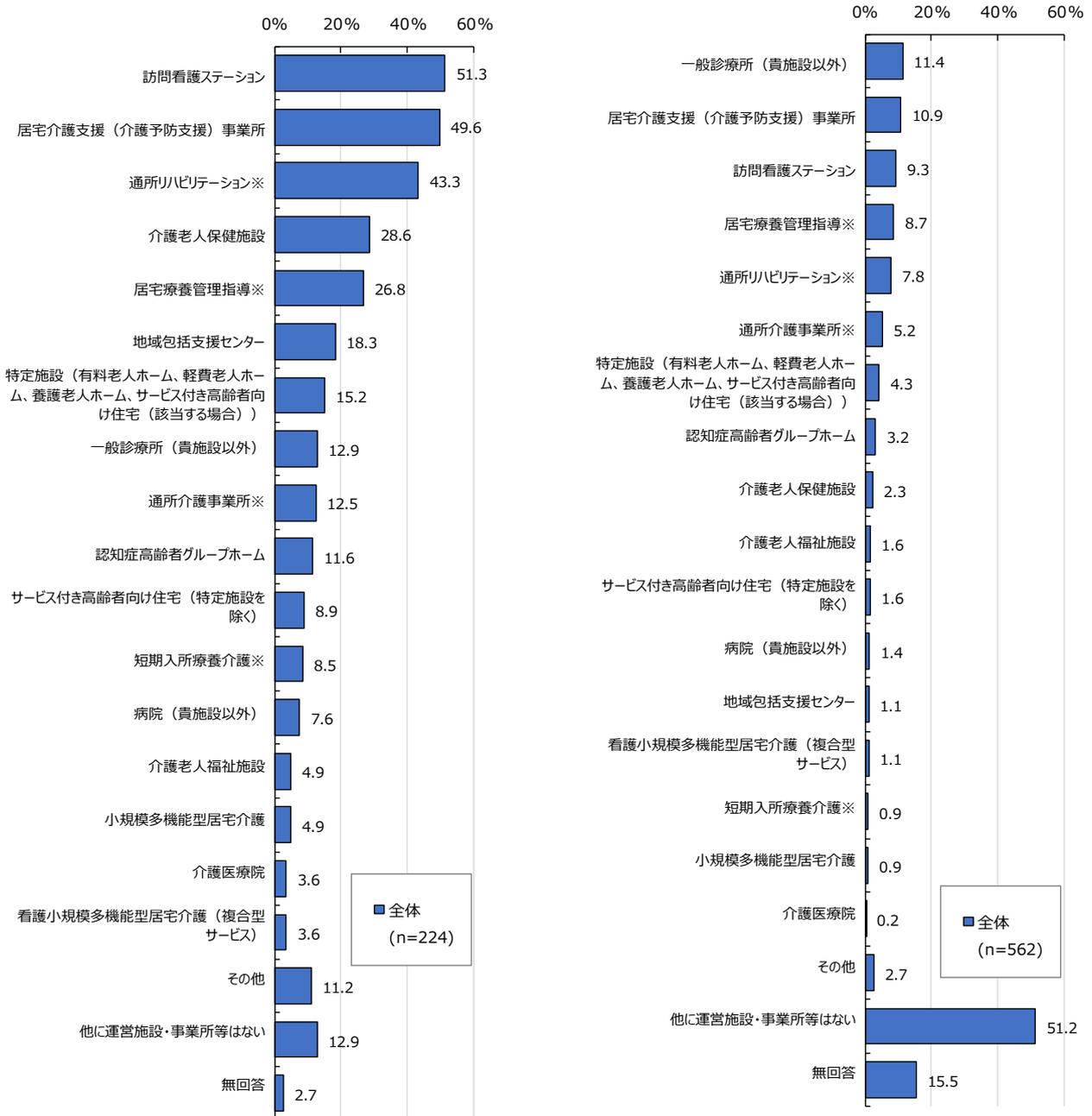
⑧ 貴施設・貴事業所に併設ないし隣接する同一法人が有する施設・事業所・サービス等

- 在宅療養支援病院の併設・隣接サービスは、「訪問看護ステーション」(51.3%)、「居宅介護支援(介護予防支援)事業所」(49.6%)、「通所リハビリテーション」(43.3%)が上位となっている。
- 在宅療養支援診療所の併設・隣接サービスは、「一般診療所」(11.4%)、「居宅介護支援(介護予防支援)事業所」(10.9%)、「訪問看護ステーション」(9.3%)が上位となっている。

図表. 貴施設・貴事業所に併設ないし隣接する同一法人(同系列を含む)が有する施設・事業所・サービス等(複数回答)

【病院】

【診療所】

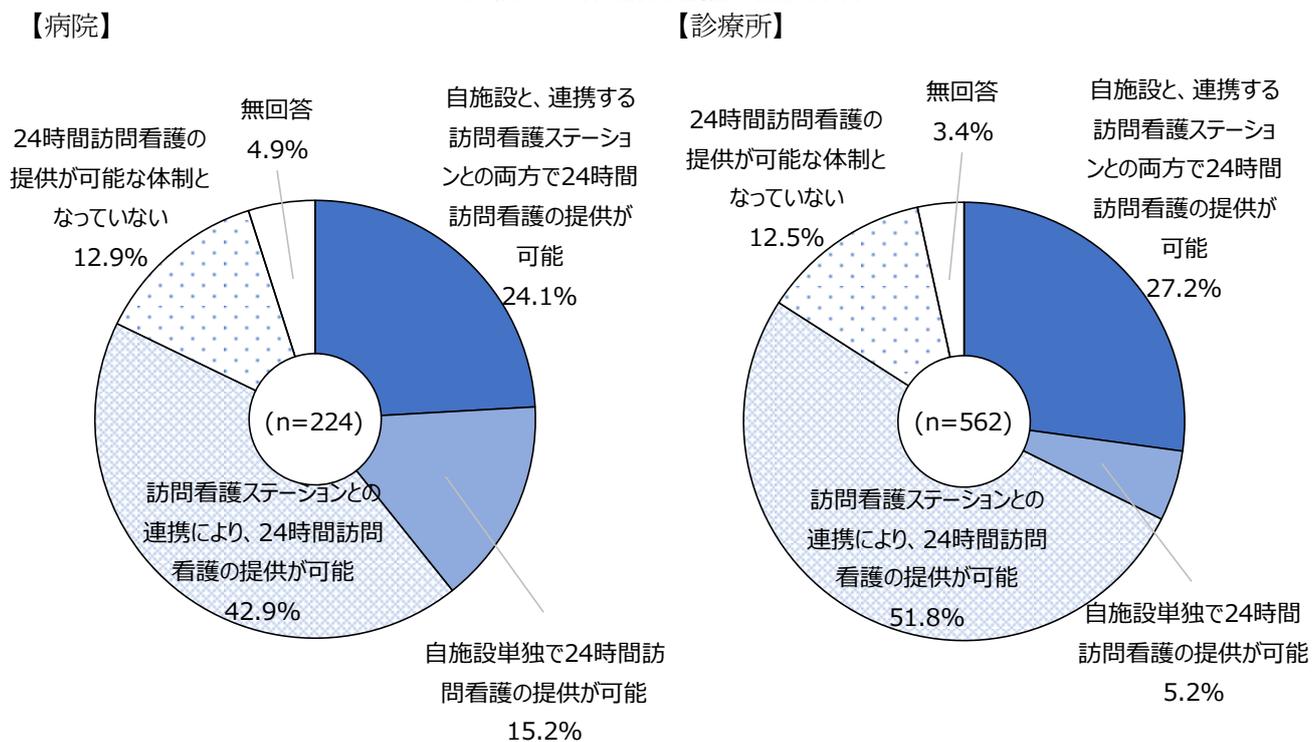


※介護予防含む

⑨ 24時間訪問看護の提供体制

- 在宅療養支援病院は、「訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能」が42.9%、「自施設と、連携する訪問看護ステーションとの両方で24時間訪問看護の提供が可能」が24.1%、「自施設単独で24時間訪問看護の提供が可能」が15.2%であった。
- 在宅療養支援診療所は、「訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能」が51.8%、「自施設と、連携する訪問看護ステーションとの両方で24時間訪問看護の提供が可能」が27.2%、「24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない」が12.5%であった。

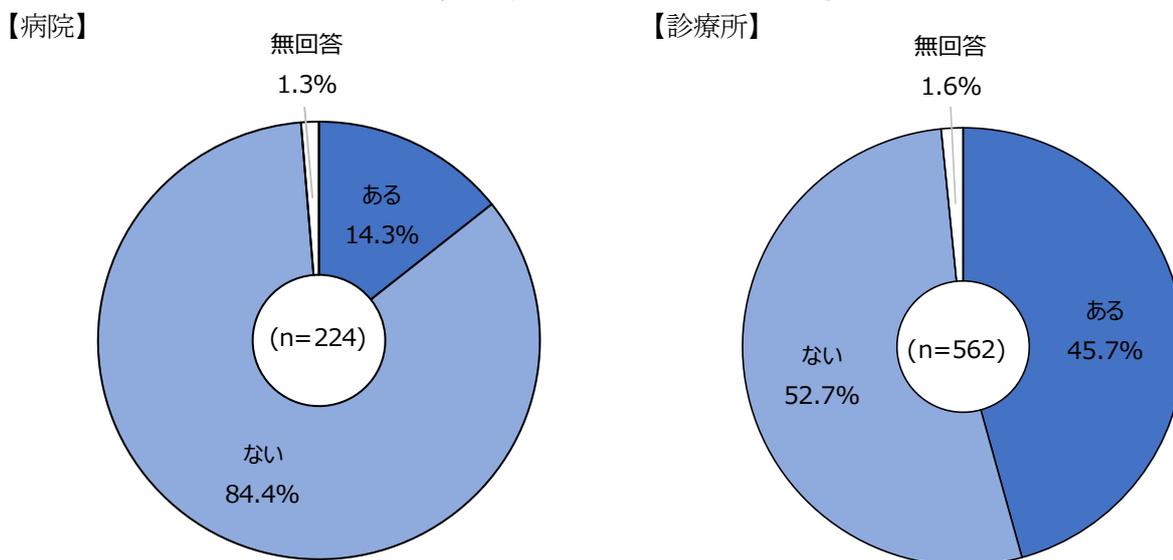
図表. 24時間訪問看護の提供体制



⑩ 連携している24時間対応の薬局

- 在宅療養支援病院は「ある」が14.3%、在宅療養支援診療所は「ある」が45.7%であった。

図表. 連携している24時間対応の薬局



(2) 医師数・保険医療機関数

【在支病・在支診】問2. 2019年10月1日現在で、貴院の在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数（実人数）及び連携する保険医療機関数をお答えください。該当しない場合は「0」とご記入ください。（数字を記入）

- 在宅療養支援病院の「在宅医療を担当する医師数（常勤）」の平均は3.2人、「在宅医療を担当する医師数（非常勤）」の平均は1.48人となっている。
- 在宅療養支援診療所の「在宅医療を担当する医師数（常勤）」の平均は1.27人、「在宅医療を担当する医師数（非常勤）」の平均は0.86人となっている。

図表. 医師数・保険医療機関数

	病院		診療所	
	施設数	平均値	施設数	平均値
在宅医療を担当する医師数(常勤)	218	3.2	560	1.27
在宅医療を担当する医師数(非常勤)	204	1.48	457	0.86
在宅支援連携体制を構築する保険医療機関数	182	2.31	495	2.46

(3) 職員数

【在支病・在支診】問3. 貴院の2019年10月1日現在の「i 全職員数（常勤換算）」をご記入ください。また、「ii 全職員数（常勤換算）のうち、在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数」（2019年9月の1か月間について、在宅医療に携わった時間で常勤換算）をご記入ください。（小数点以下第1位まで）

- 在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数（常勤換算）をみると、「医師」の平均は在宅療養支援病院が2.23人、在宅療養支援診療所が1.25人となっている。
- 「薬剤師」の平均は在宅療養支援病院が0.16人、在宅療養支援診療所が0.02人、「看護職員」の平均は在宅療養支援病院が2.42人、在宅療養支援診療所が1.66人となっている。

図表. 全職員数

【病院】

	全職員数(常勤換算)		在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算)	
	施設数	平均値	施設数	平均値
医師	212	10.68	213	2.23
歯科医師	183	0.16	134	0.04
薬剤師	202	3.76	137	0.16
看護職員	203	68.61	205	2.42
リハビリ職	199	21.06	153	1.45
管理栄養士	202	2.34	139	0.17
医療ソーシャルワーカー	197	2.63	143	0.32
事務職	198	19.81	157	0.6
その他	158	26.9	118	0.12

・在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算): 医師

	n	1人未満	2人未満	3人未満	3人以上	無回答	
全体	224	24.6	21.0	14.3	35.3	4.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	18.8	12.5	14.6	50.0	4.2
	機能強化型(連携型)	58	20.7	19.0	17.2	39.7	3.4
	従来型	103	31.1	25.2	10.7	29.1	3.9

・在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算): 全職員

	n	3人未満	5人未満	5人以上	無回答	
全体	224	29.5	15.6	50.4	4.5	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	18.8	8.3	68.8	4.2
	機能強化型(連携型)	58	24.1	17.2	56.9	1.7
	従来型	103	36.9	17.5	41.7	3.9

【診療所】

	全職員数(常勤換算)		在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算)	
	施設数	平均値	施設数	平均値
医師	557	1.53	550	1.25
歯科医師	307	0.03	291	0.02
薬剤師	317	0.12	291	0.02
看護職員	532	3.67	475	1.66
リハビリ職	322	0.72	299	0.23
管理栄養士	317	0.16	295	0.04
医療ソーシャルワーカー	312	0.14	296	0.1
事務職	501	3.06	340	0.61
その他	273	1.26	270	0.19

・在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算):医師

		n	1人未満	2人未満	3人未満	3人以上	無回答
全体		562	6.6	75.8	9.3	6.2	2.1
届出区分	機能強化型(単独型)	33	3.0	57.6	15.2	24.2	-
	機能強化型(連携型)	164	6.1	67.1	14.0	12.2	0.6
	従来型	339	7.4	82.3	6.5	2.1	1.8

・在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算):全職員

		n	3人未満	5人未満	5人以上	無回答
全体		562	55.5	20.6	21.9	2.0
届出区分	機能強化型(単独型)	33	48.5	15.2	36.4	-
	機能強化型(連携型)	164	40.2	24.4	35.4	-
	従来型	339	64.3	19.2	14.7	1.8

(4) 直近1年間の在宅医療担当患者

【在支病・在支診】問4. 貴院が主治医として直近1年間に在宅医療を担当した患者についてお答えください。(具体的に記入)

- 在宅療養支援病院は、死亡患者数の平均が21.8人で、そのうち「患者宅での死亡者数(平均)」が8.98人、「医療機関での死亡者数(平均)」が9.55人となっている。
- 在宅療養支援診療所は、死亡患者数の平均が16.47人で、そのうち「患者宅での死亡者数(平均)」が7.89人、「医療機関での死亡者数(平均)」が5.5人となっている。
- 平均診療期間か月(平均)は、在宅療養支援病院が15.9か月、在宅療養支援診療所が18.47か月となっている。

図表. 直近1年間の在宅医療担当患者

【病院】

	施設数	平均値	施設数	平均値
①合計診療患者数	209	271.47		
②死亡患者数(ア+イ+ウ)	200	21.8	168	18.29
ア.②のうち患者宅※1での死亡者数	195	8.98	169	9.15
イ.②のうち患者宅以外・医療機関以外※2での死亡者数	190	4.62	164	4.17
ウ.②のうち医療機関での死亡者数	192	9.55	167	6.87
③平均診療期間か月	186	15.9		

⇒うち、死亡時まで診療を行った患者数

※1 施設以外で患者の戸建て、団地・マンション等の居宅、GHやサ高住等を指す

※2 老人保健施設・介護医療院・老人ホーム等介護施設

・主治医として直近1年間に在宅医療を担当した患者数:ア. 死亡患者数のうち患者宅での死亡者数

	n	0人	1-5人未満	5-10人未満	10人以上	無回答
全体	224	15.6	31.7	17.9	21.9	12.9
届出区分						
機能強化型(単独型)	48	4.2	22.9	27.1	41.7	4.2
機能強化型(連携型)	58	6.9	32.8	20.7	31.0	8.6
従来型	103	25.2	34.0	13.6	10.7	16.5

・患家に訪問する全職員数あたりの在宅死亡者数

	n	0人	1人未満	2人未満	3人未満	3人以上	無回答
全体	224	13.8	26.8	17.0	8.5	17.4	16.5
届出区分							
機能強化型(単独型)	48	4.2	33.3	20.8	8.3	25.0	8.3
機能強化型(連携型)	58	5.2	34.5	20.7	10.3	17.2	12.1
従来型	103	23.3	19.4	14.6	6.8	16.5	19.4

【診療所】

	施設数	平均値	施設数	平均値
①合計診療患者数	544	190.76		
②死亡患者数(ア+イ+ウ)	513	16.47	409	12.32
ア.②のうち患者宅※1での死亡患者数	480	7.89	425	7.84
イ.②のうち患者宅以外・医療機関以外※2での死亡患者数	455	5.2	377	4.75
ウ.②のうち医療機関での死亡患者数	456	5.5	345	0.76
③平均診療期間か月	474	18.47		

⇒うち、死亡時まで診療を行った患者数

※1 施設以外で患者の戸建て、団地・マンション等の居宅、GHやサ高住等を指す
 ※2 老人保健施設・介護医療院・老人ホーム等介護施設

・主治医として直近1年間に在宅医療を担当した患者数:ア. 死亡患者数のうち患者宅での死亡患者数

	n	0人	1-5人未満	5-10人未満	10人以上	無回答
全体	562	16.2	37.5	13.3	18.3	14.6
届出区分						
機能強化型(単独型)	33	9.1	39.4	12.1	24.2	15.2
機能強化型(連携型)	164	6.1	25.6	22.6	37.8	7.9
従来型	339	20.6	44.0	9.7	9.1	16.5

・患家に訪問する全職員数あたりの在宅死亡患者数

	n	0人	1人未満	2人未満	3人未満	3人以上	無回答
全体	562	14.9	18.5	16.4	10.9	22.6	16.7
届出区分							
機能強化型(単独型)	33	9.1	24.2	18.2	9.1	21.2	18.2
機能強化型(連携型)	164	6.1	14.6	22.6	12.8	36.0	7.9
従来型	339	19.5	20.6	13.3	10.6	17.4	18.6

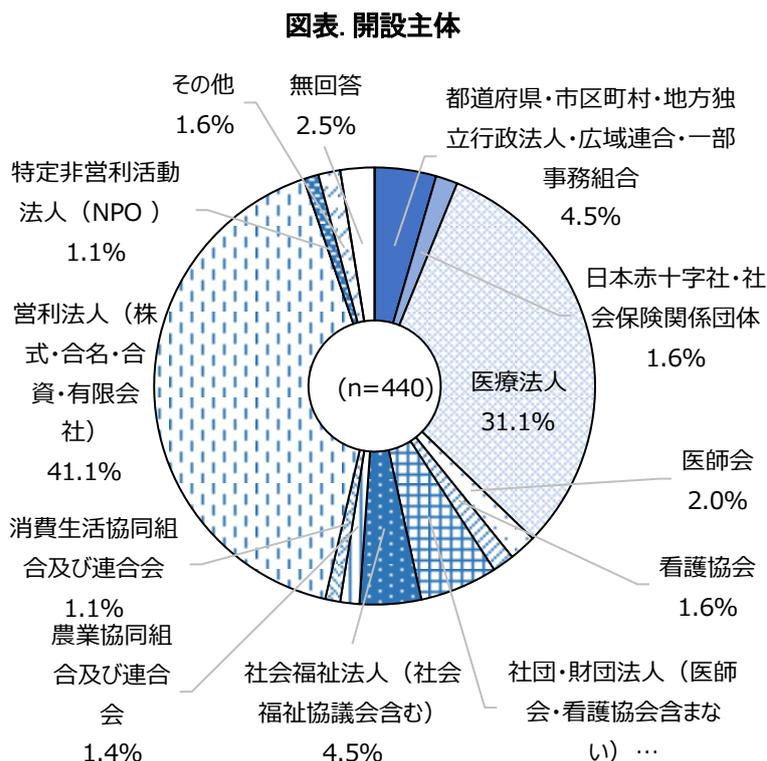
2 訪問看護事業所

(1) 基本情報

【訪看】問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

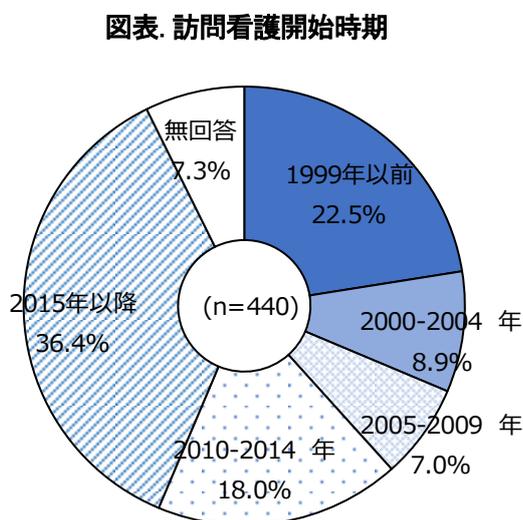
① 開設主体

- 「営利法人(株式・合名・合資・有限会社)」が41.1%で最も高く、次いで「医療法人」(31.1%)が続いている。



② 訪問看護開始時期

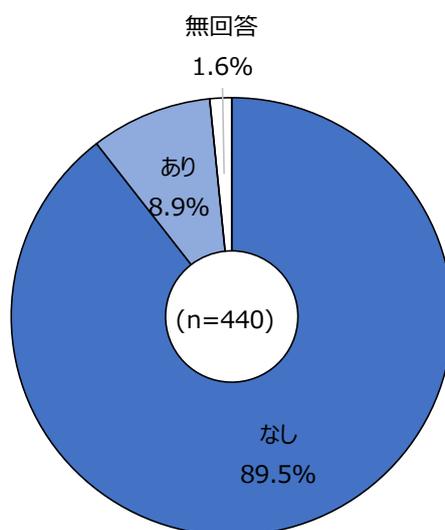
- 「2015年以降」が36.4%で最も高く、「1999年以前」(22.5%)、「2010-2014年」(18.0%)となっている。



③ サテライト事業所の有無と設置数

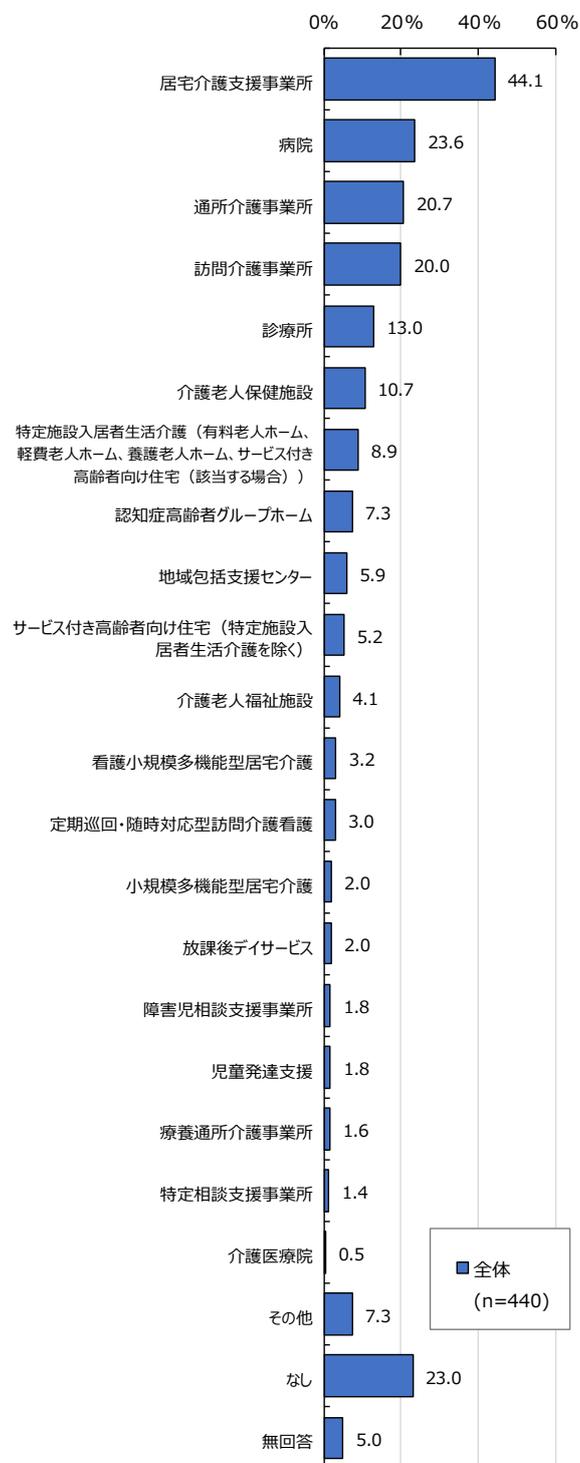
- 「なし」が89.5%、「あり」が8.9%であった。

図表. サテライト事業所の有無と設置数



- ④ 貴事業所に併設ないし隣接する、同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等
- 「居宅介護支援事業所」が44.1%で最も高く、次いで「病院」（23.6%）、「通所介護事業所」（20.7%）、「訪問介護事業所」（20.0%）となっている。

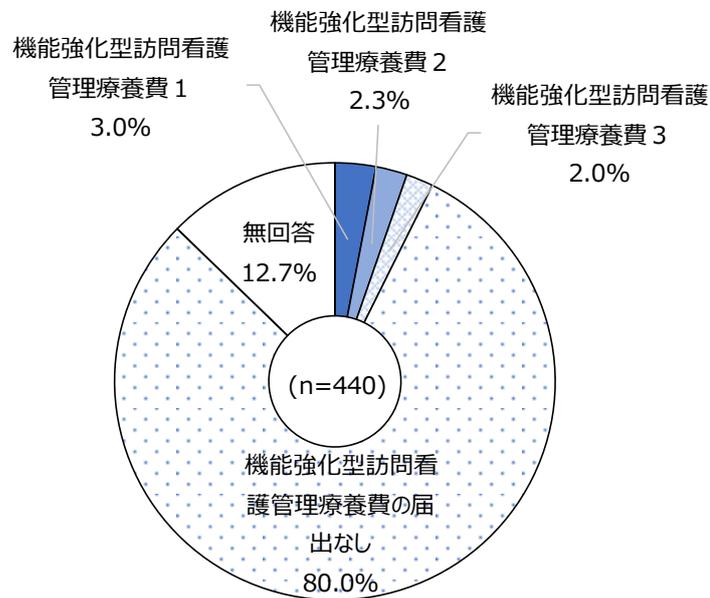
図表. 貴事業所に併設ないし隣接する、同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等（複数回答）



⑤ 届出等の状況

- 「機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし」が80.0%であった。

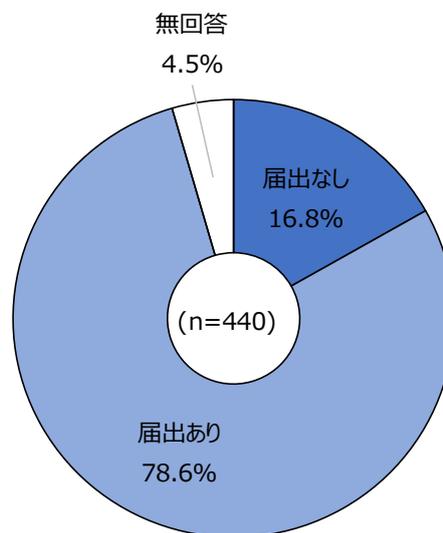
図表. 届出等の状況



⑥ ターミナルケア体制【介護保険】

- 「届出なし」が16.8%、「届出あり」が78.6%であった。

図表. ターミナルケア体制【介護保険】

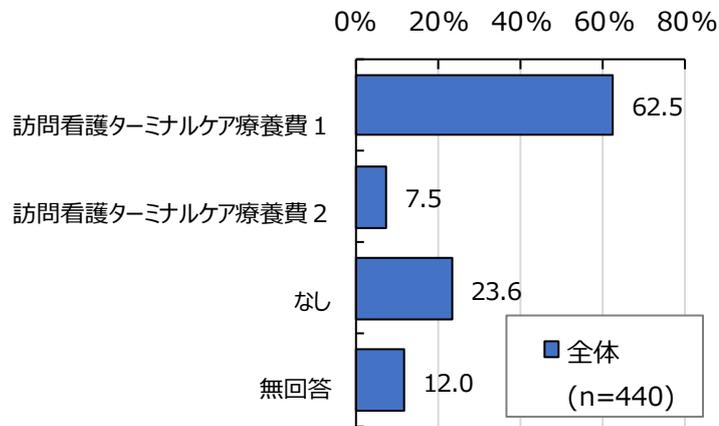


⑦ 訪問看護ターミナルケア療養費

【医療保険】

- 「訪問看護ターミナルケア療養費 1」が 62.5%、「訪問看護ターミナルケア療養費 2」が 7.5%、「なし」が 23.6%であった。

図表. 訪問看護ターミナルケア療養費（複数回答※）



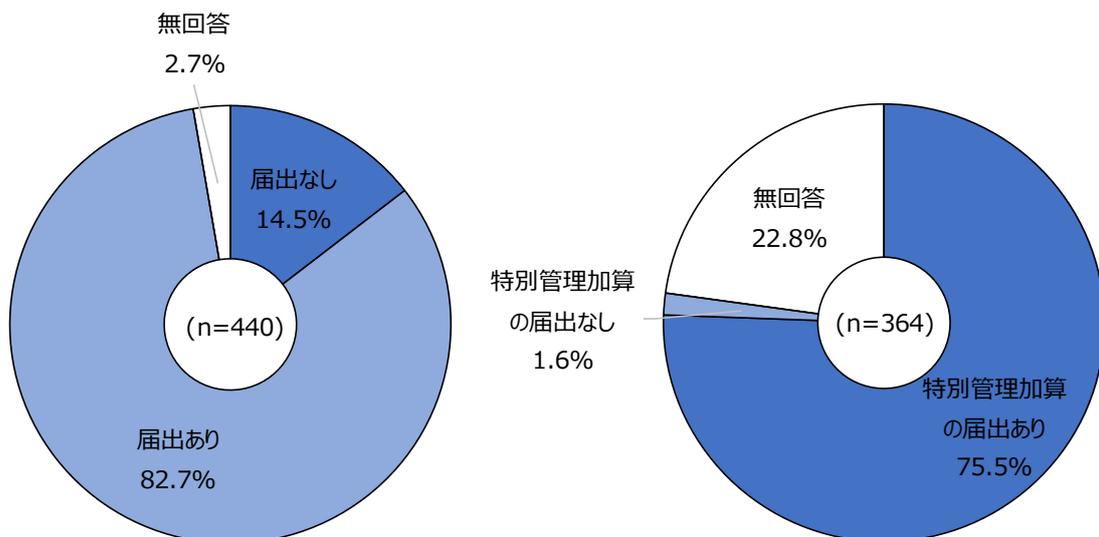
※ 単数回答の設問に対し、複数で回答した医療機関が多かったため、複数回答として集計した

⑧ 24 時間対応体制加算【医療保険】

【医療保険】

- 「届出なし」が 14.5%、「届出あり」が 82.7%であった。
- 「届出あり」と回答した事業所のうち、「特別管理加算の届出あり」は 75.5%であった。

図表. 24 時間対応体制加算【医療保険】



⑨ 病院・診療所連携数

- 2019 年 4 月～2019 年 9 月で、訪問看護指示書の授受のあった医療機関数は平均 28.95 施設であった。

図表. 病院・診療所連携数

n	平均
376	28.95

(2) 従事者数

【訪看】問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- 看護師の常勤専従の平均は3.88人、常勤兼務の平均は1.76人、非常勤の平均は2.69人であった。

図表. 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値
保健師	134	0.24	72	0.09	78	0.14
助産師	122	0.19	67	0	74	0.03
看護師	400	3.88	241	1.76	304	2.69
准看護師	175	0.8	82	0.48	115	0.87
理学療法士	190	1.83	100	1.54	127	1.59
作業療法士	157	0.8	83	0.59	109	0.72
言語聴覚士	122	0.2	69	0.23	83	0.39
その他職員(管理者含む)	152	1.94	112	1.16	103	1.27
サテライト事業所従業員	80	0.81	47	0.55	60	0.7

(3) 利用者数及び死亡者数

【訪看】問3. 貴事業所における2018年10月～2019年9月までの全利用者数(実人数)及び死亡者数(実人数)についてお答えください。(数字を記入)

- 全利用者数の平均は386.89人であった。
 ○ 全利用者数のうち、利用者宅での死亡者数(平均)は8.68人、医療機関での死亡者数は7.95人であった。

図表. 全利用者数

	施設数	平均値
①全利用者数(介護保険と医療保険の合計人数)	406	386.89
ア.介護保険を算定した利用者	403	260.24
イ.介護保険と医療保険の両方を算定した利用者	391	17.34
ウ.医療保険のみを算定した利用者	408	123.98
②全利用者のうち、利用者宅※1での死亡者数	412	8.68
③全利用者のうち、利用者宅以外・医療機関以外※2での死亡者数	393	1.27
④全利用者のうち、医療機関での死亡者数	402	7.95

※1 施設以外で患者の戸建て、団地・マンション等の居宅、GHやサ高住等を指す

※2 老人保健施設・介護医療院・老人ホーム等介護施設

・2018年10月～2019年9月までの全利用者のうち、利用者宅での死亡者数

	n	0人	1-5人未満	5-10人未満	10人以上	無回答
全体	440	17.3	33.9	17.5	25.0	6.4
機能強化型訪問看護管理療養費						
あり	32	3.1	15.6	6.3	75.0	-
なし	352	19.3	35.2	18.2	21.3	6.0
ターミナルケア体制						
届出なし	74	39.2	44.6	2.7	5.4	8.1
届出あり	346	12.7	32.4	20.2	29.5	5.2
訪問看護ターミナル療養費						
あり	283	8.8	33.2	21.6	31.8	4.6
なし	104	43.3	34.6	7.7	6.7	7.7
24時間対応体制加算						
届出なし	64	39.1	37.5	3.1	7.8	12.5
届出あり	364	13.5	33.2	20.3	28.3	4.7

3 居宅介護支援事業所

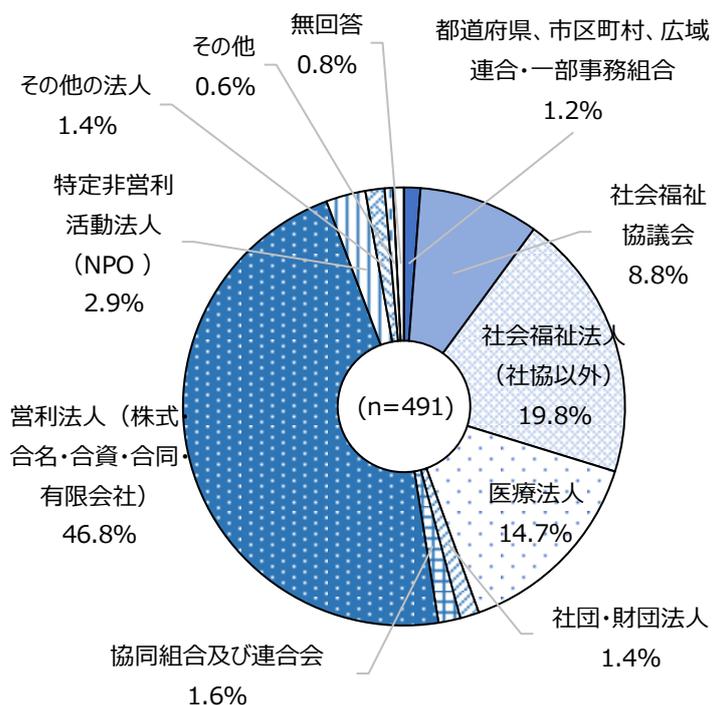
(1) 基本情報

【居宅】問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体

- 「営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）」が46.8%で最も高く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」（19.8%）、「医療法人」（14.7%）となっている。

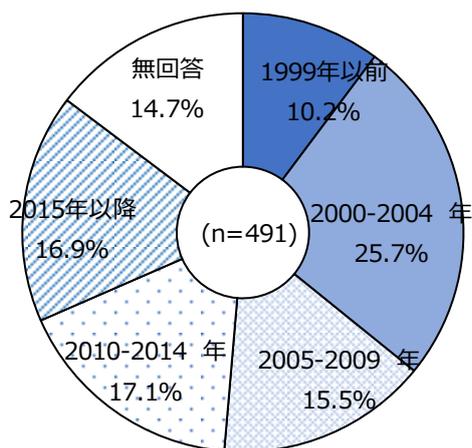
図表. 開設主体



② 開設年

- 「2000-2004年」が25.7%で最も高く、次いで「2010-2014年」（17.1%）、「2015年以降」（16.9%）となっている。

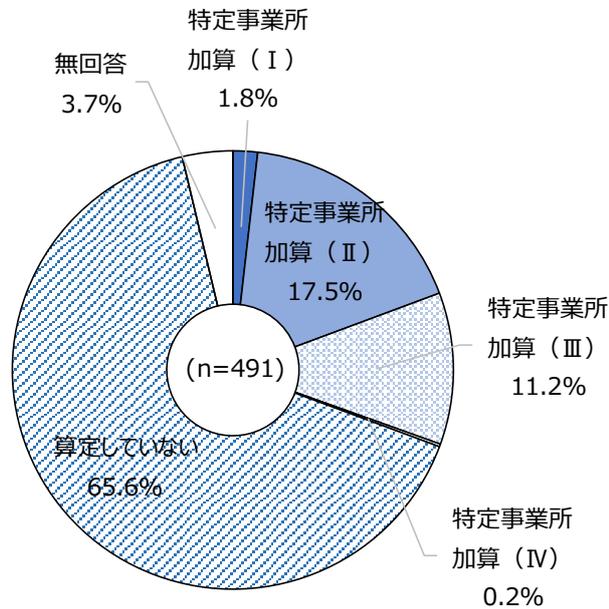
図表. 開設年



③ 特定事業所加算

- 「算定していない」が65.6%であった。
- 「特定事業所加算（Ⅰ）」は1.8%、「特定事業所加算（Ⅱ）」は17.5%、「特定事業所加算（Ⅲ）」は11.2%、「特定事業所加算（Ⅳ）」は0.2%となっている。

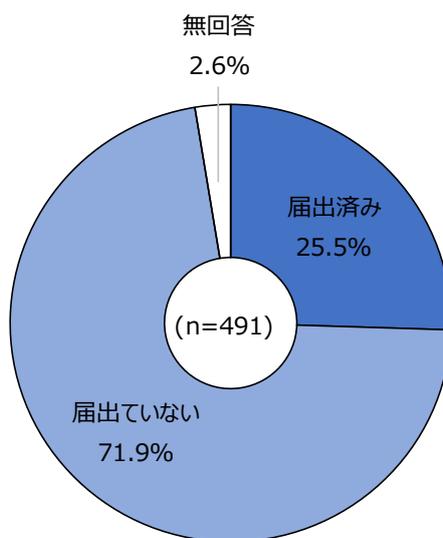
図表. 特定事業所加算



④ ターミナルケアマネジメント加算

- 「届出済み」が25.5%、「届出していない」が71.9%であった。

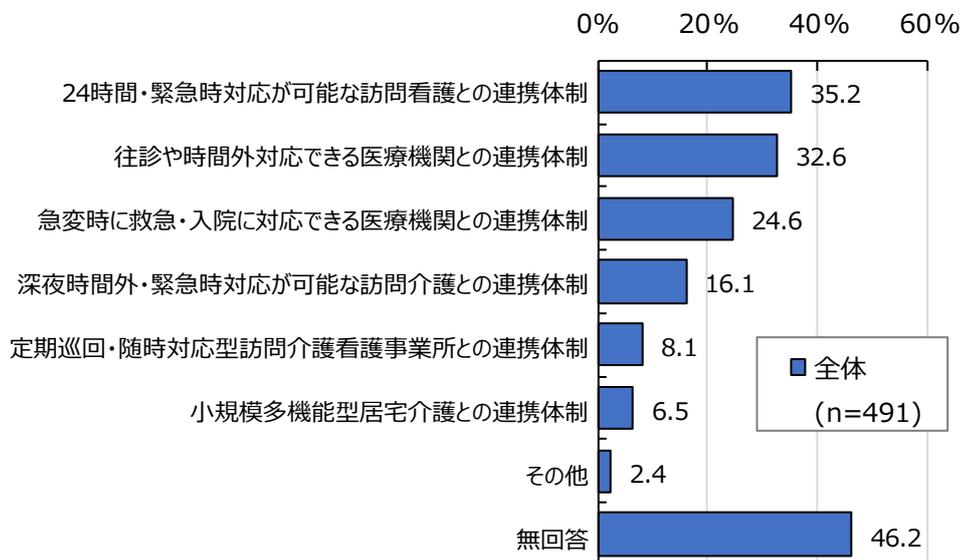
図表. ターミナルケアマネジメント加算



⑤ 加算算定の上で他機関・他事業所と連携して整える必要がある体制（事業所外）

- 「24時間・緊急時対応が可能な訪問看護との連携体制」(35.2%)、「往診や時間外対応できる医療機関との連携体制」(32.6%)が上位に挙げられている。

図表. 加算算定上、必要のある連携体制（複数回答※）



※ 単数回答の設問に対し、複数で回答した医療機関が多かったため、複数回答として集計した

⑥ 事業所において看取りの体制を調整したケースの実利用者数

- 看取りの体制を調整したケースの実利用者数（平均）は 7.46 人、そのうち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者（平均）は 1.32 人であった。

図表. 事業所において看取りの体制を調整したケースの実利用者数

	施設数	平均値
看取りの体制を調整したケースの実利用者数	414	7.46
上記のうち、主たる疾患が悪性腫瘍の利用者	340	1.32

・看取りの体制を調整したケースの実利用者数

		n	0人	1-5人未満	5人以上	無回答	1人以上
全体		491	37.7	36.7	9.8	15.9	46.4
特定事業所加算	あり	151	24.5	36.4	17.2	21.9	53.6
	なし	322	44.1	37.6	6.2	12.1	43.8
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	37.6	39.2	13.6	9.6	52.8
	届出なし	353	38.8	36.0	8.5	16.7	44.5
訪問看護との連携体制	あり	173	35.8	42.2	12.1	9.8	54.3
	なし	318	38.7	33.6	8.5	19.2	42.1
訪問介護との連携体制	あり	79	35.4	45.6	11.4	7.6	57.0
	なし	412	38.1	35.0	9.5	17.5	44.4
定期巡回との連携体制	あり	40	47.5	30.0	12.5	10.0	42.5
	なし	451	36.8	37.3	9.5	16.4	46.8
小多機との連携体制	あり	32	43.8	34.4	6.3	15.6	40.6
	なし	459	37.3	36.8	10.0	15.9	46.8
医療機関との連携体制	あり	160	38.1	41.3	10.6	10.0	51.9
	なし	331	37.5	34.4	9.4	18.7	43.8
急変時の医療機関との連携	あり	121	38.8	44.6	9.9	6.6	54.5
	なし	370	37.3	34.1	9.7	18.9	43.8

⑦ 貴事業所に併設ないし隣接する同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等

○ 「訪問介護」「通所介護」が42.4%で最も高い。

図表. 貴事業所に併設ないし隣接する同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等（複数回答）



※介護予防含む

(2) 従事者数

【居宅】問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- 介護支援専門員の常勤専従の平均は2.52人、常勤兼務の平均は1.59人、非常勤の平均は0.86人であった。

図表. 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値
介護支援専門員	443	2.52	241	1.59	176	0.86
うち、主任介護支援専門員	369	1.32	165	1.11	90	0.18
その他の職員(管理者含む)	193	0.86	137	0.81	88	0.93

(3) 利用者数

【居宅】問3. 貴事業所における2019年10月(1か月間)の給付管理を行った実利用者数についてお答えください。(具体的に記入)

- 各施設の平均をみると、「要介護1」が25.17人、「要介護2」が22.8人と軽度者が多い。

図表. 利用者数

地域包括支援センターから委託						要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
介護予防ケアマネジメント		要支援1		要支援2		施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値
施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値										
353	5.65	430	5.76	443	8.83	475	25.17	477	22.8	472	12.84	471	8.03	461	5.01

(4) 利用者数及び死亡者数

【居宅】問4. 貴事業所における2019年4月～2019年9月（半年間）の①サービス利用者総数、②サービス利用を死亡終了した人数（①の内数）と、②のサービス利用状況別の人数についてお答えください。（具体的に記入）

- サービス利用者総数（平均）は383.88人で、このうちサービス利用の死亡終了は4.03人であった。
- サービス利用の死亡終了者のうち、死亡前1か月間に訪問診療等を利用した人数は2.11人、訪問看護を利用した人数は2.39人であった。

図表. 利用者数及び死亡者数

	施設数	平均値
① サービス利用者総数	443	383.88
② ①のうち、サービス利用を死亡終了した人数	453	4.03
③ ②のうち、死亡前1か月間に、訪問診療あるいは往診を利用した人数	433	2.11
④ ②のうち、死亡前1か月間に、訪問看護を利用した人数	432	2.39

・サービス利用を死亡終了した人数のうち、死亡前1か月間に、訪問診療あるいは往診を利用した人数

	n	0人	1人以上	1-5人未満	5人以上	無回答
全体	491	32.2	56.0	44.6	11.4	11.8
特定事業所加算						
あり	151	16.6	67.5	45.7	21.9	15.9
なし	322	39.4	50.9	44.1	6.8	9.6
ターミナルケアマネジメント加算						
届出済み	125	23.2	64.0	40.8	23.2	12.8
届出なし	353	35.1	54.4	47.0	7.4	10.5
訪問看護との連携体制						
あり	173	29.5	60.7	43.4	17.3	9.8
なし	318	33.6	53.5	45.3	8.2	12.9
訪問介護との連携体制						
あり	79	27.8	65.8	50.6	15.2	6.3
なし	412	33.0	54.1	43.4	10.7	12.9
定期巡回との連携体制						
あり	40	37.5	62.5	47.5	15.0	-
なし	451	31.7	55.4	44.3	11.1	12.9
小多機との連携体制						
あり	32	21.9	75.0	65.6	9.4	3.1
なし	459	32.9	54.7	43.1	11.5	12.4
医療機関との連携体制						
あり	160	31.3	59.4	43.1	16.3	9.4
なし	331	32.6	54.4	45.3	9.1	13.0
急変時の医療機関との連携						
あり	121	28.1	65.3	48.8	16.5	6.6
なし	370	33.5	53.0	43.2	9.7	13.5

・サービス利用を死亡終了した人数のうち、死亡前1か月間に、訪問看護を利用した人数

	n	0人	1人以上	1-5人未満	5人以上	無回答
全体	491	29.9	58.0	46.4	11.6	12.0
特定事業所加算						
あり	151	14.6	70.2	45.7	24.5	15.2
なし	322	37.3	52.8	47.2	5.6	9.9
ターミナルケアマネジメント加算						
届出済み	125	23.2	64.0	41.6	22.4	12.8
届出なし	353	32.6	56.7	48.7	7.9	10.8
訪問看護との連携体制						
あり	173	27.2	63.6	47.4	16.2	9.2
なし	318	31.4	55.0	45.9	9.1	13.5
訪問介護との連携体制						
あり	79	26.6	69.6	53.2	16.5	3.8
なし	412	30.6	55.8	45.1	10.7	13.6
定期巡回との連携体制						
あり	40	35.0	65.0	45.0	20.0	-
なし	451	29.5	57.4	46.6	10.9	13.1
小多機との連携体制						
あり	32	28.1	68.8	56.3	12.5	3.1
なし	459	30.1	57.3	45.8	11.5	12.6
医療機関との連携体制						
あり	160	28.1	62.5	45.6	16.9	9.4
なし	331	30.8	55.9	46.8	9.1	13.3
急変時の医療機関との連携						
あり	121	25.6	67.8	48.8	19.0	6.6
なし	370	31.4	54.9	45.7	9.2	13.8

4 訪問介護事業所

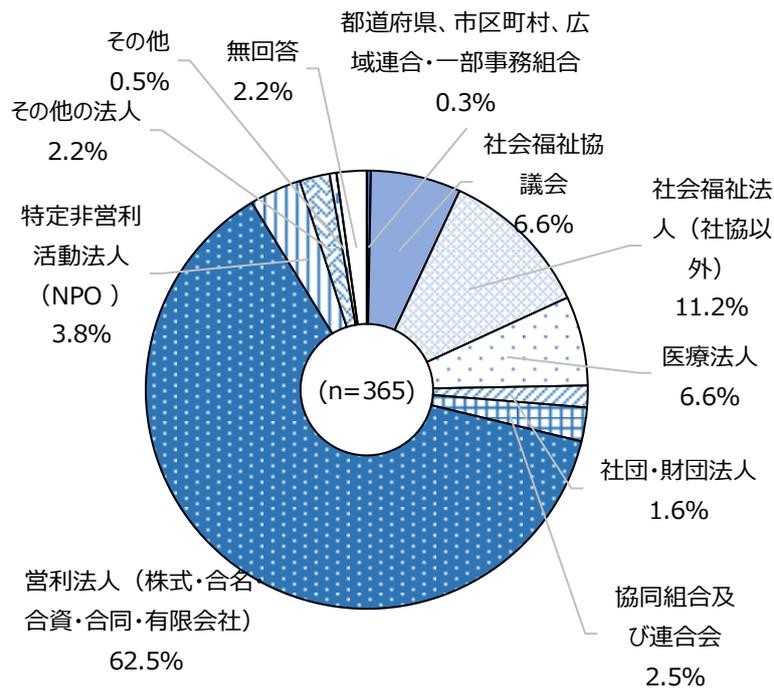
(1) 基本情報

【訪介】問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体

- 「営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）」が62.5%で最も高く、次いで「社会福祉法人（社協以外）」（11.2%）となっている。

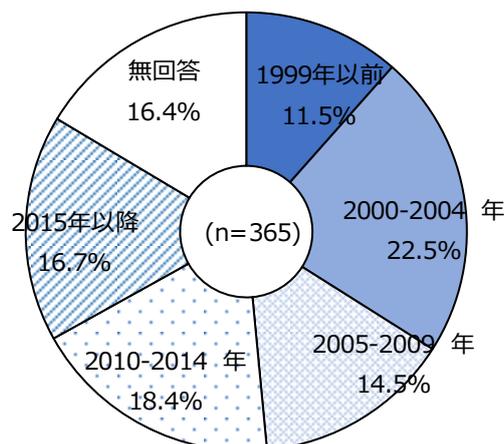
図表. 開設主体



② 開設年

- 「2000-2004年」が22.5%で最も高く、次いで「2010-2014年」（18.4%）、「2015年以降」（16.7%）となっている。

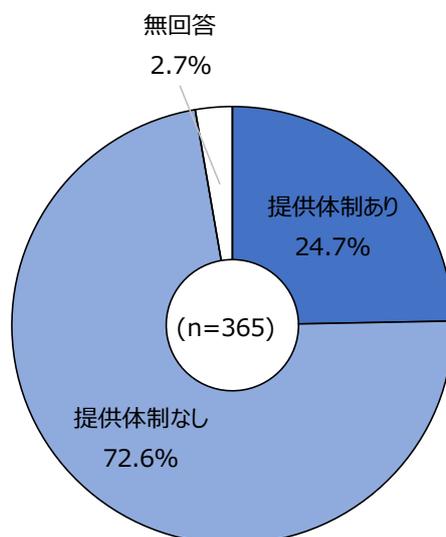
図表. 開設年



③ 24時間訪問介護の提供体制

- 「提供体制あり」が24.7%、「提供体制なし」が72.6%であった。

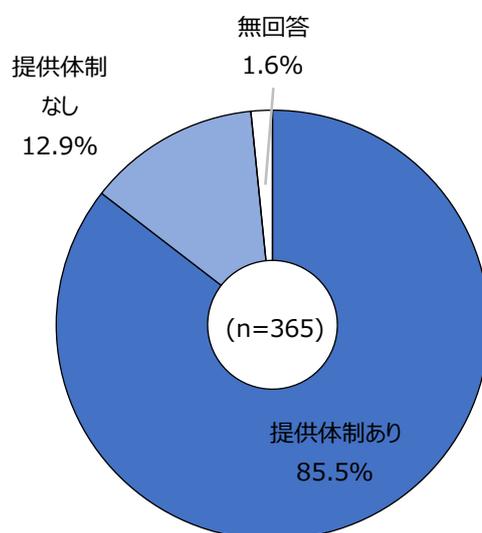
図表. 時間訪問介護の提供体制



④ 休日の提供体制

- 「提供体制あり」が85.5%、「提供体制なし」が12.9%であった。

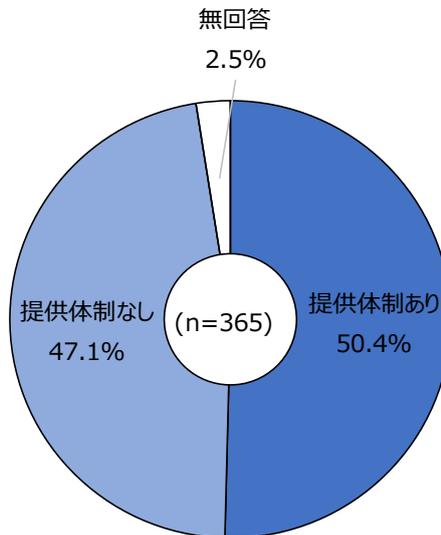
図表. 休日の提供体制



⑤ 夜間の提供体制

- 「提供体制あり」が50.4%、「提供体制なし」が47.1%であった。

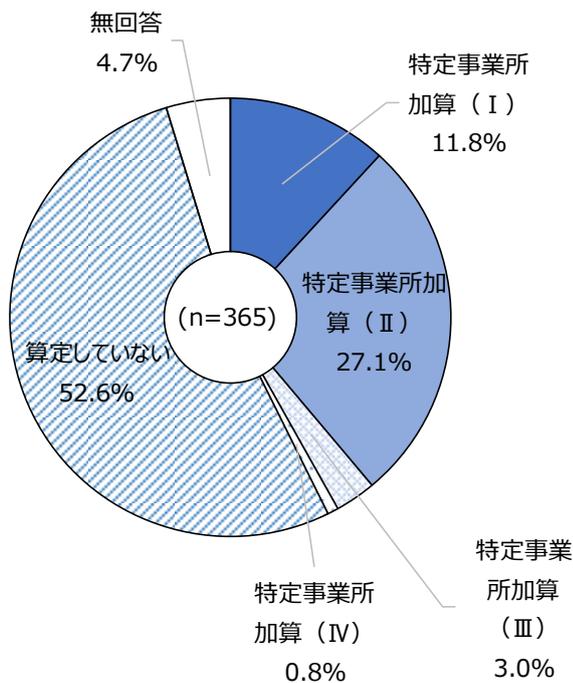
図表. 夜間の提供体制



⑥ 特定事業所加算

- 「算定していない」は52.6%であった。
- 「特定事業所加算（Ⅰ）」は11.8%、「特定事業所加算（Ⅱ）」は27.1%、「特定事業所加算（Ⅲ）」は3.0%、「特定事業所加算（Ⅳ）」は0.8%であった。

図表. 特定事業所加算



⑦ 登録認定

- 介護職員等であって、喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者は、平均で 0.77 人であった。

図表. 登録認定

施設数	平均
318	0.77

⑧ 事業所において看取りの体制を調整したケースの実利用者数

- 看取りの体制を調整したケースの実利用者数（平均）は 0.86 人、そのうち主たる疾患が悪性腫瘍の利用者（平均）は 0.6 人であった。

図表. 事業所において看取りの体制を調整したケースの実利用者数

	施設数	平均値
看取りの体制を調整したケースの実利用者数	325	0.86
上記のうち、主たる疾患が悪性腫瘍の利用者	257	0.6

・看取りの体制を調整したケースの実利用者数

	n	0 人	1-5 人未 満	5 人以上	無回答	1 人以上
全体	365	58.4	26.8	3.8	11.0	30.7
24時間対応						
提供体制あり	90	54.4	31.1	4.4	10.0	35.6
提供体制なし	265	59.6	26.4	3.8	10.2	30.2
休日対応						
提供体制あり	312	57.4	28.8	4.5	9.3	33.3
提供体制なし	47	68.1	17.0	-	14.9	17.0
夜間対応						
提供体制あり	184	51.6	33.2	3.8	11.4	37.0
提供体制なし	172	66.9	20.9	4.1	8.1	25.0
特定事業所加算						
あり	156	54.5	29.5	5.8	10.3	35.3
なし	192	63.5	24.5	2.6	9.4	27.1

⑨ 貴事業所に併設ないし隣接する同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等

○ 「居宅介護支援」が53.7%で最も高く、次いで「通所介護」が29.6%となっている。

図表. 貴事業所に併設ないし隣接する同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所・サービス等（複数回答）



※介護予防含む

(2) 従事者数

【訪介】問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- 訪問介護員の常勤専従（平均）は4.24人、常勤兼務（平均）は3.29人、非常勤（平均）は9.55人であった。

図表. 従事者数

	常勤専従		常勤兼務		非常勤	
	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値
訪問介護員	272	4.24	207	3.29	322	9.55
うち、介護福祉士	239	2.84	175	2.09	255	3.9
その他の職員(管理者含む)	164	1.06	183	1	105	1.59
サービス提供責任者	274	1.95	193	1.49	101	0.42

(3) 利用者数

【訪介】問3. 貴事業所における2019年10月（1か月間）の実利用者数及び延べ訪問回数、類型別訪問回数についてお答えください。(具体的に記入)

- 要介護度別にみると、「要介護3」（平均）が3.61人、「要介護4」（平均）が117.29人、「要介護5」（平均）が125.95人となっている。

図表. 利用者数

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		その他	
	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値	施設数	平均値
実利用者数	335	11.15	328	6.16	324	3.61	319	117.29	312	125.95	299	135.59
延べ訪問回数	335	10.6	323	4.21	237	11.76	319	140.83	305	121.39	220	122.67

(4) 利用者数及び死亡者数

【訪介】問4. 貴事業所における2019年4月～2019年9月（半年間）の①サービス利用者総数、②サービス利用を死亡終了した人数（①の内数）についてお答えください。(具体的に記入)

- サービス利用者総数（平均）は161.09人で、このうちサービス利用の死亡終了は2.54人であった。

図表. 利用者数及び死亡者数

	施設数	平均値
① サービス利用者総数	334	161.09
② ①のうち、サービス利用を死亡終了した人数	332	2.54

II. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援の取組状況

1 本人の意思決定支援に関する事業所の方針等

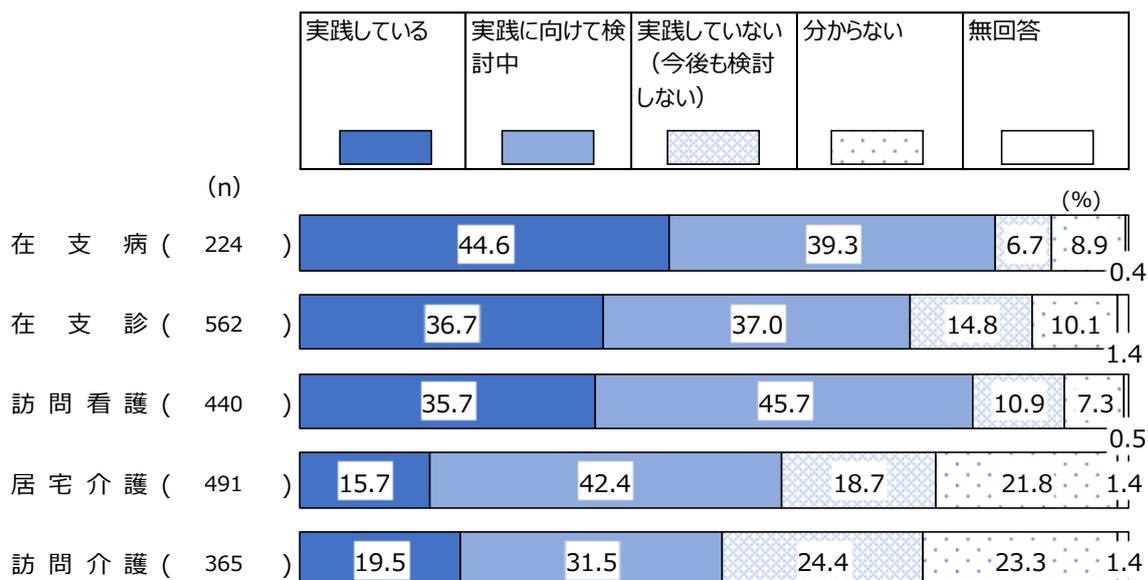
(1) ACP の実践状況

【在支病・在支診】問5. 貴院では、貴院の方針として人生の最終段階における本人に対して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の内容を実践していますか。

【訪看：問4】【居宅：問5】【訪介：問5】

- 在宅療養支援病院では、「実践している」が 44.6%、「実践に向けて検討中」が 39.3%となっている。
- 在宅療養支援診療所では、「実践している」が 36.7%、「実践に向けて検討中」が 37.0%となっている。
- 訪問看護事業所では、「実践している」が 35.7%、「実践に向けて検討中」が 45.7%となっている。
- 居宅介護支援事業所・訪問介護事業所では、「実践している」が2割を下回り、「分からない」が2割超となっている。

図表. ACP の実践状況



【在宅療養支援病院】

		n	実践している	実践に向けて検討中	実践していない(今後も検討しない)	分からない	無回答
全体		224	44.6	39.3	6.7	8.9	0.4
届出区分	機能強化型(単独)	48	54.2	39.6	4.2	2.1	-
	機能強化型(連携)	58	50.0	39.7	6.9	3.4	-
	上記以外	103	35.9	41.7	8.7	12.6	1.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	51.7	42.7	2.2	3.4	-
	算定なし	104	40.4	40.4	10.6	7.7	1.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	47.8	38.6	5.4	7.6	0.5
	24時間不可	29	31.0	37.9	13.8	17.2	-
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	29.0	48.4	6.5	16.1	-
	1人未満	60	46.7	45.0	8.3	-	-
	2人未満	38	44.7	42.1	5.3	7.9	-
	3人未満	19	57.9	31.6	-	10.5	-
	3人以上	39	56.4	33.3	5.1	2.6	2.6
取組方針有無	取組方針あり	115	73.0	21.7	1.7	2.6	0.9
	準備中	67	16.4	80.6	1.5	1.5	-
	取組方針なし	41	9.8	22.0	29.3	39.0	-
意思決定支援の手法	統一あり	139	54.7	37.4	3.6	3.6	0.7
	統一なし	62	32.3	41.9	12.9	12.9	-

【在宅療養支援診療所】

		n	実践している	実践に向けて検討中	実践していない(今後も検討しない)	分からない	無回答
全体		562	36.7	37.0	14.8	10.1	1.4
届出区分	機能強化型(単独)	33	42.4	36.4	9.1	12.1	-
	機能強化型(連携)	164	52.4	29.3	9.8	7.9	0.6
	上記以外	339	29.5	41.9	16.2	10.6	1.8
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	47.3	35.6	9.1	7.2	0.8
	算定なし	273	28.2	38.1	19.0	12.8	1.8
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	38.9	38.5	12.1	9.3	1.3
	24時間不可	70	21.4	32.9	27.1	15.7	2.9
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	20.2	45.2	20.2	13.1	1.2
	1人未満	104	30.8	42.3	12.5	13.5	1.0
	2人未満	92	40.2	37.0	12.0	9.8	1.1
	3人未満	61	45.9	34.4	11.5	6.6	1.6
	3人以上	127	51.2	33.9	8.7	4.7	1.6
取組方針有無	取組方針あり	169	76.3	16.0	5.9	1.2	0.6
	準備中	176	22.7	70.5	2.8	3.4	0.6
	取組方針なし	210	16.7	26.2	32.4	23.3	1.4
意思決定支援の手法	統一あり	331	47.1	37.8	7.9	6.0	1.2
	統一なし	139	23.7	39.6	25.9	10.1	0.7

【訪問看護事業所】

		n	実践している	実践に向けて検討中	実践していない(今後も検討しない)	分からない	無回答
全体		440	35.7	45.7	10.9	7.3	0.5
機能強化型訪問看護管理療	あり	32	56.3	37.5	6.3	-	-
	なし	352	33.2	47.4	11.4	8.0	-
ターミナルケア体制	届出なし	74	12.2	41.9	29.7	16.2	-
	届出あり	346	41.0	46.2	6.4	5.8	0.6
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	42.0	47.7	4.2	5.7	0.4
	なし	104	17.3	41.3	28.8	12.5	-
24時間対応体制加算	届出なし	64	20.3	34.4	32.8	12.5	-
	届出あり	364	38.5	47.5	6.9	6.6	0.5
利用者宅での死亡者数	0人	76	18.4	39.5	27.6	13.2	1.3
	1-5人未満	149	30.9	50.3	8.7	10.1	-
	5-10人未満	77	35.1	57.1	3.9	2.6	1.3
	10人以上	110	53.6	38.2	5.5	2.7	-
取組方針有無	取組方針あり	119	75.6	21.8	1.7	0.8	-
	準備中	160	25.6	69.4	1.3	3.8	-
	取組方針なし	154	13.6	41.6	28.6	16.2	-
意思決定支援の手法	統一あり	315	42.9	47.3	4.4	4.8	0.6
	統一なし	94	22.3	44.7	23.4	9.6	-

【居宅介護支援事業所】

	n	実践している	実践に向けて検討中	実践していない(今後も検討しない)	分からない	無回答
全体	491	15.7	42.4	18.7	21.8	1.4
特定事業所加算						
あり	151	14.6	43.0	22.5	18.5	1.3
なし	322	16.5	42.2	16.8	23.0	1.6
ターミナルケアマネジメント加算						
届出済み	125	20.0	46.4	13.6	20.0	-
届出なし	353	14.2	40.5	20.4	22.9	2.0
訪問看護との連携体制						
あり	173	22.0	45.1	12.7	19.1	1.2
なし	318	12.3	40.9	22.0	23.3	1.6
訪問介護との連携体制						
あり	79	27.8	36.7	16.5	19.0	-
なし	412	13.3	43.4	19.2	22.3	1.7
定期巡回との連携体制						
あり	40	17.5	45.0	22.5	15.0	-
なし	451	15.5	42.1	18.4	22.4	1.6
小多機との連携体制						
あり	32	12.5	53.1	15.6	18.8	-
なし	459	15.9	41.6	19.0	22.0	1.5
医療機関との連携体制						
あり	160	20.0	44.4	17.5	16.9	1.3
なし	331	13.6	41.4	19.3	24.2	1.5
急変時の医療機関との連携						
あり	121	16.5	43.0	17.4	21.5	1.7
なし	370	15.4	42.2	19.2	21.9	1.4
看取り体制調整利用者						
0人	185	11.4	42.2	19.5	25.9	1.1
1人以上	228	20.6	43.4	16.7	17.1	2.2
死亡終了:在宅医療利用						
0人	158	14.6	41.1	18.4	24.7	1.3
1人以上	275	17.8	45.1	16.7	19.3	1.1
死亡終了:訪問利用						
0人	147	14.3	42.2	19.7	23.1	0.7
1人以上	285	17.9	44.6	15.8	20.4	1.4
取組方針有無						
取組方針あり	47	57.4	19.1	10.6	8.5	4.3
準備中	136	16.9	75.0	3.7	4.4	-
取組方針なし	301	8.3	31.9	26.9	32.2	0.7
意思決定支援の手法						
統一あり	202	30.7	49.5	8.4	9.4	2.0
統一なし	213	6.1	39.9	28.6	24.4	0.9

【訪問介護事業所】

	n	実践している	実践に向けて検討中	実践していない(今後も検討しない)	分からない	無回答
全体	365	19.5	31.5	24.4	23.3	1.4
24時間対応						
提供体制あり	90	24.4	31.1	23.3	20.0	1.1
提供体制なし	265	18.5	31.7	24.2	24.2	1.5
休日対応						
提供体制あり	312	22.4	30.8	23.1	22.4	1.3
提供体制なし	47	2.1	36.2	31.9	27.7	2.1
夜間対応						
提供体制あり	184	22.8	31.5	23.9	20.7	1.1
提供体制なし	172	16.3	32.0	24.4	25.6	1.7
特定事業所加算						
あり	156	24.4	27.6	22.4	23.7	1.9
なし	192	14.6	34.4	27.1	23.4	0.5
看取り体制を調整した利用						
0人	213	9.9	32.9	30.0	25.8	1.4
1人以上	112	36.6	30.4	15.2	17.0	0.9
サービスの死亡終了者						
0人	115	7.0	35.7	32.2	23.5	1.7
1人以上	217	24.9	31.3	21.7	21.2	0.9
取組方針有無						
取組方針あり	69	71.0	13.0	11.6	4.3	-
準備中	96	9.4	77.1	7.3	6.3	-
取組方針なし	198	6.6	16.2	37.4	38.4	1.5
意思決定支援の手法						
統一あり	210	31.0	38.6	14.8	14.8	1.0
統一なし	88	6.8	25.0	40.9	26.1	1.1

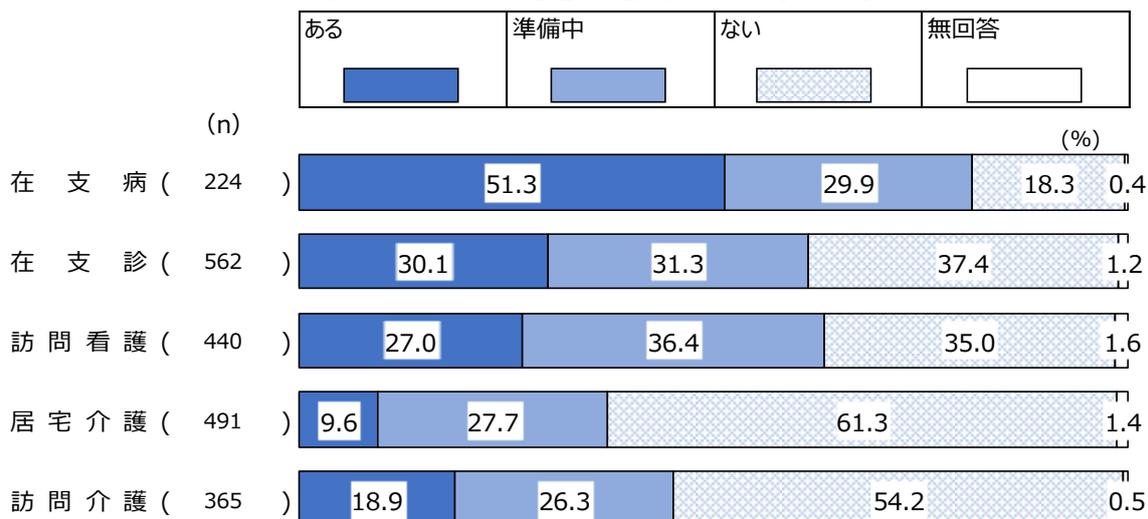
(2) 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針

【在宅病・在宅診】問6. 貴院には、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針がありますか。

【訪看：問5】【居宅：問6】【訪介：問6】

- 在宅療養支援病院は「ある」が半数を上回っている。
- 在宅療養支援診療所・訪問看護事業所は、「ない」が3割半ばで「ある」を上回っている。
- 居宅介護支援事業所・訪問介護事業所では、「ない」が半数を上回っている。

図表. 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針



【在宅療養支援病院】

	n	ある	準備中	ない	無回答	
全体	224	51.3	29.9	18.3	0.4	
届出区分	機能強化型(単独)	48	54.2	35.4	10.4	-
	機能強化型(連携)	58	62.1	29.3	8.6	-
	上記以外	103	48.5	25.2	26.2	-
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	56.2	33.7	10.1	-
	算定なし	104	49.0	28.8	21.2	1.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	54.3	29.3	15.8	0.5
	24時間不可	29	41.4	31.0	27.6	-
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	41.9	41.9	16.1	-
	1人未満	60	53.3	36.7	10.0	-
	2人未満	38	52.6	31.6	15.8	-
	3人未満	19	73.7	21.1	5.3	-
	3人以上	39	64.1	20.5	15.4	-
実践度	実践している	100	84.0	11.0	4.0	1.0
	検討中	88	28.4	61.4	10.2	-
	実践していない	15	13.3	6.7	80.0	-
意思決定支援の手法	統一あり	139	59.0	28.8	11.5	0.7
	統一なし	62	38.7	33.9	27.4	-

【在宅療養支援診療所】

	n	ある	準備中	ない	無回答	
全体	562	30.1	31.3	37.4	1.2	
届出区分	機能強化型(単独)	33	42.4	21.2	36.4	-
	機能強化型(連携)	164	40.2	32.9	26.2	0.6
	上記以外	339	25.7	32.4	40.4	1.5
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	40.5	33.3	25.8	0.4
	算定なし	273	22.0	29.3	46.5	2.2
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	31.9	33.2	33.6	1.3
	24時間不可	70	18.6	24.3	55.7	1.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	13.1	32.1	52.4	2.4
	1人未満	104	25.0	37.5	36.5	1.0
	2人未満	92	38.0	35.9	25.0	1.1
	3人未満	61	39.3	26.2	32.8	1.6
	3人以上	127	44.1	29.9	26.0	-
実践度	実践している	206	62.6	19.4	17.0	1.0
	検討中	208	13.0	59.6	26.4	1.0
	実践していない	83	12.0	6.0	81.9	-
意思決定支援の手法	統一あり	331	39.6	34.1	25.4	0.9
	統一なし	139	17.3	31.7	50.4	0.7

【訪問看護事業所】

	n	ある	準備中	ない	無回答	
全体	440	27.0	36.4	35.0	1.6	
機能強化型訪問看護管理療	あり	32	46.9	43.8	9.4	-
	なし	352	23.6	36.1	39.2	1.1
ターミナルケア体制	届出なし	74	12.2	23.0	64.9	-
	届出あり	346	30.6	39.0	28.9	1.4
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	32.9	41.0	24.7	1.4
	なし	104	11.5	26.0	62.5	-
24時間対応体制加算	届出なし	64	14.1	29.7	56.3	-
	届出あり	364	29.7	37.6	31.0	1.6
利用者宅での死亡者数	0人	76	14.5	30.3	53.9	1.3
	1-5人未満	149	24.8	31.5	41.6	2.0
	5-10人未満	77	31.2	40.3	26.0	2.6
	10人以上	110	36.4	45.5	17.3	0.9
実践度	実践している	157	57.3	26.1	13.4	3.2
	検討中	201	12.9	55.2	31.8	-
	実践していない	48	4.2	4.2	91.7	-
意思決定支援の手法	統一あり	315	36.2	38.7	22.9	2.2
	統一なし	94	5.3	33.0	61.7	-

【居宅介護支援事業所】

		n	ある	準備中	ない	無回答
全体		491	9.6	27.7	61.3	1.4
特定事業所加算	あり	151	6.0	25.8	68.2	-
	なし	322	11.2	29.2	57.5	2.2
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	9.6	28.0	62.4	-
	届出なし	353	9.9	27.5	60.9	1.7
訪問看護との連携体制	あり	173	11.0	30.6	55.5	2.9
	なし	318	8.8	26.1	64.5	0.6
訪問介護との連携体制	あり	79	12.7	31.6	53.2	2.5
	なし	412	9.0	26.9	62.9	1.2
定期巡回との連携体制	あり	40	15.0	37.5	47.5	-
	なし	451	9.1	26.8	62.5	1.6
小多機との連携体制	あり	32	6.3	31.3	59.4	3.1
	なし	459	9.8	27.5	61.4	1.3
医療機関との連携体制	あり	160	10.6	30.0	56.9	2.5
	なし	331	9.1	26.6	63.4	0.9
急変時の医療機関との連携	あり	121	10.7	28.9	57.9	2.5
	なし	370	9.2	27.3	62.4	1.1
看取り体制調整利用者	0人	185	8.6	24.9	64.9	1.6
	1人以上	228	11.8	31.1	55.3	1.8
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	7.6	25.9	64.6	1.9
	1人以上	275	11.6	29.8	57.1	1.5
死亡終了:訪問利用	0人	147	8.2	24.5	65.3	2.0
	1人以上	285	11.2	30.9	56.5	1.4
実践度	実践している	77	35.1	29.9	32.5	2.6
	検討中	208	4.3	49.0	46.2	0.5
	実践していない	92	5.4	5.4	88.0	1.1
意思決定支援の手法	統一あり	202	20.3	40.6	37.1	2.0
	統一なし	213	2.8	18.3	77.9	0.9

【訪問介護事業所】

		n	ある	準備中	ない	無回答
全体		365	18.9	26.3	54.2	0.5
24時間対応	提供体制あり	90	28.9	24.4	46.7	-
	提供体制なし	265	16.2	26.4	56.6	0.8
休日対応	提供体制あり	312	20.2	26.0	53.5	0.3
	提供体制なし	47	12.8	25.5	59.6	2.1
夜間対応	提供体制あり	184	24.5	23.9	51.6	-
	提供体制なし	172	13.4	28.5	57.0	1.2
特定事業所加算	あり	156	21.8	26.9	50.6	0.6
	なし	192	15.1	25.5	58.9	0.5
看取り体制を調整した利用	0人	213	13.6	26.3	59.2	0.9
	1人以上	112	27.7	26.8	45.5	-
サービスの死亡終了者	0人	115	13.9	26.1	58.3	1.7
	1人以上	217	20.7	25.3	53.9	-
実践度	実践している	71	69.0	12.7	18.3	-
	検討中	115	7.8	64.3	27.8	-
	実践していない	89	9.0	7.9	83.1	-
意思決定支援の手法	統一あり	210	30.5	35.2	34.3	-
	統一なし	88	4.5	14.8	80.7	-

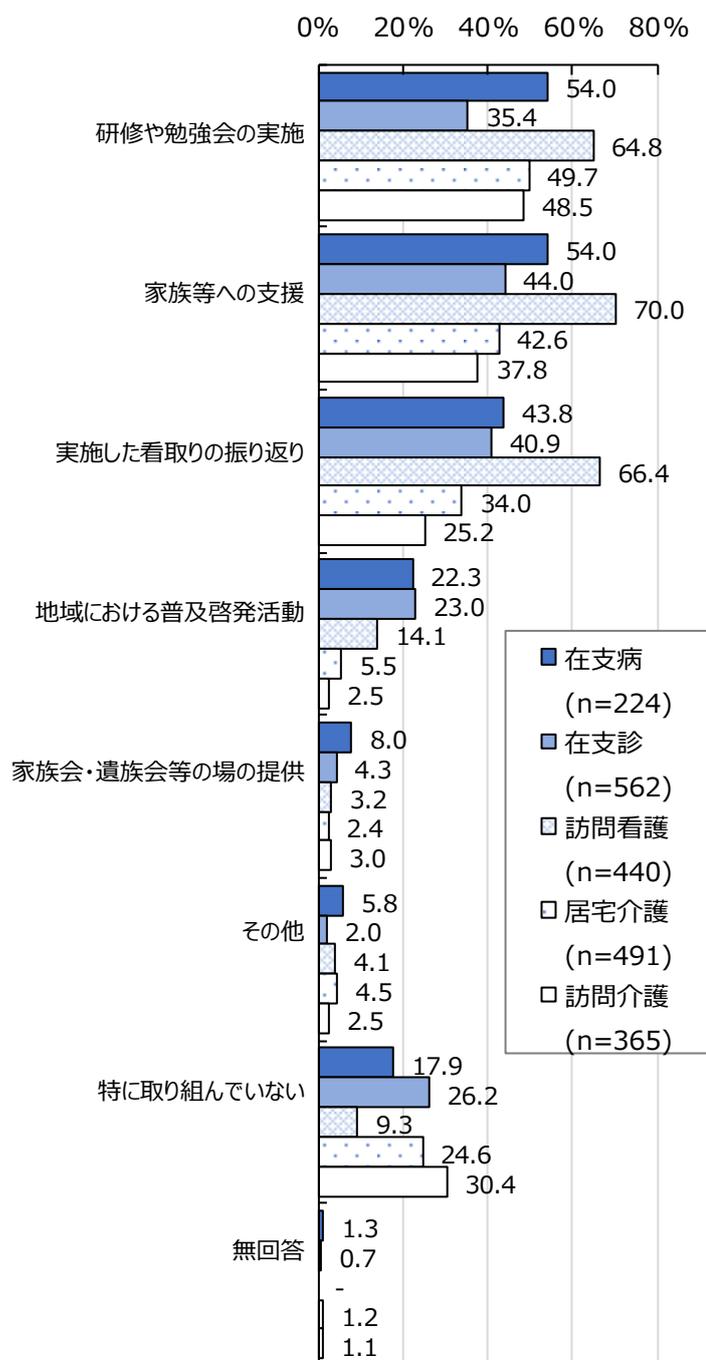
(3) 人生の最終段階における医療・ケアに関する取組内容

【在支病・在支診】問7. 貴院では、人生の最終段階における医療・ケアに関して次のようなことに取り組んでいますか。

【訪看：問6】 【居宅：問7】 【訪介：問7】

- いずれも「研修や勉強会の実施」「家族等への支援」「実施した看取りの振り返り」が上位に挙げられている。

図表. 人生の最終段階における医療・ケアに関する取組内容（複数回答）



【在宅療養支援病院】

	n	実施した 看取りの 振り返り	研修や勉 強会の実 施	家族等へ の支援	家族会・遺 族会等 の場の提供	地域にお ける普及 啓発活動	その他	特に取り 組んでい ない	無回答	
全体	224	43.8	54.0	54.0	8.0	22.3	5.8	17.9	1.3	
届出区分	機能強化型(単独)	48	50.0	64.6	47.9	6.3	25.0	6.3	8.3	-
	機能強化型(連携)	58	63.8	62.1	53.4	6.9	25.9	3.4	15.5	1.7
	上記以外	103	31.1	44.7	56.3	8.7	19.4	6.8	23.3	1.0
ターミナル加 算の算定有無	算定あり	89	57.3	62.9	55.1	7.9	36.0	10.1	9.0	1.1
	算定なし	104	34.6	47.1	53.8	6.7	12.5	2.9	24.0	1.9
訪問看護の提 供体制	24時間可能	184	50.0	57.6	56.0	9.2	24.5	6.0	13.6	1.6
	24時間不可	29	13.8	24.1	41.4	-	6.9	3.4	48.3	-
患家に訪問す る全職員数あ たり在宅死亡 者数	0人	31	22.6	48.4	38.7	6.5	9.7	3.2	22.6	-
	1人未満	60	43.3	51.7	46.7	5.0	20.0	1.7	18.3	3.3
	2人未満	38	57.9	57.9	65.8	15.8	23.7	2.6	10.5	-
	3人未満	19	68.4	63.2	73.7	10.5	31.6	5.3	5.3	-
	3人以上	39	48.7	66.7	66.7	7.7	41.0	20.5	7.7	-
実践度	実践している	100	53.0	62.0	63.0	8.0	30.0	7.0	10.0	2.0
	検討中	88	45.5	60.2	50.0	10.2	19.3	5.7	12.5	1.1
	実践していない	15	13.3	26.7	33.3	-	6.7	-	53.3	-
取組方針有無	取組方針あり	115	49.6	60.0	57.4	7.8	28.7	4.3	11.3	1.7
	準備中	67	49.3	67.2	50.7	10.4	19.4	7.5	11.9	-
	取組方針なし	41	19.5	17.1	51.2	4.9	9.8	7.3	46.3	-
意思決定支援 の手法	統一あり	139	48.9	58.3	60.4	5.0	24.5	5.0	10.1	2.2
	統一なし	62	37.1	51.6	48.4	16.1	24.2	6.5	24.2	-

【在宅療養支援診療所】

	n	実施した 看取りの 振り返り	研修や勉 強会の実 施	家族等へ の支援	家族会・遺 族会等 の場の提供	地域にお ける普及 啓発活動	その他	特に取り 組んでい ない	無回答	
全体	562	40.9	35.4	44.0	4.3	23.0	2.0	26.2	0.7	
届出区分	機能強化型(単独)	33	54.5	45.5	39.4	3.0	39.4	-	18.2	-
	機能強化型(連携)	164	52.4	51.2	54.3	7.9	34.1	1.8	15.9	1.2
	上記以外	339	35.1	28.6	41.0	2.7	17.4	2.1	29.5	0.6
ターミナル加 算の算定有無	算定あり	264	53.0	46.6	51.1	5.7	33.0	2.3	14.4	0.8
	算定なし	273	30.0	25.6	37.4	2.6	13.9	1.5	35.9	0.7
訪問看護の提 供体制	24時間可能	473	43.1	38.5	46.5	4.2	24.9	1.9	22.2	0.6
	24時間不可	70	30.0	15.7	28.6	1.4	10.0	1.4	44.3	1.4
患家に訪問す る全職員数あ たり在宅死亡 者数	0人	84	16.7	17.9	26.2	2.4	15.5	1.2	45.2	1.2
	1人未満	104	50.0	37.5	49.0	4.8	19.2	1.0	20.2	-
	2人未満	92	45.7	37.0	52.2	4.3	22.8	3.3	20.7	1.1
	3人未満	61	44.3	37.7	59.0	4.9	27.9	1.6	13.1	-
	3人以上	127	56.7	55.1	50.4	5.5	39.4	2.4	12.6	0.8
実践度	実践している	206	55.3	46.1	56.3	6.3	35.0	2.9	11.7	0.5
	検討中	208	40.9	36.5	43.3	3.4	22.1	1.4	18.3	0.5
	実践していない	83	18.1	16.9	21.7	2.4	9.6	2.4	61.4	-
取組方針有無	取組方針あり	169	60.9	52.1	63.3	8.3	39.1	1.8	5.9	-
	準備中	176	45.5	40.3	48.9	3.4	22.7	2.3	14.8	1.1
	取組方針なし	210	21.4	18.1	24.3	1.9	10.5	1.9	52.4	-
意思決定支援 の手法	統一あり	331	50.8	42.3	52.0	6.0	26.9	1.8	14.5	0.6
	統一なし	139	30.2	28.1	33.8	0.7	18.0	2.9	36.7	0.7

【訪問看護事業所】

	n	実施した 看取りの 振り返り	研修や勉 強会の実 施	家族等へ の支援	家族会・遺 族会等 の場の提供	地域にお ける普及 啓発活動	その他	特に取り 組んでい ない	無回答
全体	440	66.4	64.8	70.0	3.2	14.1	4.1	9.3	-
機能強化型訪問看護管理療	あり	32	84.4	96.9	78.1	18.8	37.5	-	-
ターミナルケア体制	なし	352	64.2	61.9	69.3	2.3	11.9	5.1	10.8
訪問看護ターミナル療養費	届出なし	74	31.1	39.2	50.0	4.1	8.1	6.8	25.7
24時間対応体制加算	届出あり	346	75.1	69.9	74.9	2.9	15.0	3.8	5.5
利用者宅での死亡者数	あり	283	78.1	70.3	76.7	3.2	15.2	3.2	3.2
	なし	104	37.5	46.2	51.0	2.9	9.6	6.7	25.0
	0人	76	39.5	52.6	51.3	3.9	7.9	5.3	19.7
	1-5人未満	149	67.8	58.4	68.5	2.7	10.1	4.0	10.1
	5-10人未満	77	74.0	74.0	83.1	2.6	11.7	2.6	2.6
	10人以上	110	80.9	76.4	80.0	4.5	27.3	3.6	3.6
実践度	実践している	157	82.2	76.4	84.1	3.2	22.9	3.2	1.3
	検討中	201	66.7	67.7	71.1	3.5	11.4	3.0	5.5
	実践していない	48	22.9	31.3	33.3	2.1	6.3	8.3	43.8
取組方針有無	取組方針あり	119	84.9	78.2	88.2	5.0	26.1	5.0	0.8
	準備中	160	75.0	70.6	72.5	3.8	12.5	1.9	1.3
	取組方針なし	154	42.2	48.1	53.2	1.3	5.8	5.8	24.7
意思決定支援の手法	統一あり	315	76.5	73.3	78.4	4.1	16.5	3.5	1.6
	統一なし	94	48.9	47.9	54.3	-	9.6	2.1	25.5

【居宅介護支援事業所】

	n	実施した 看取りの 振り返り	研修や勉 強会の実 施	家族等へ の支援	家族会・遺 族会等 の場の提供	地域にお ける普及 啓発活動	その他	特に取り 組んでい ない	無回答	
特定事業所加算	全体	491	34.0	49.7	42.6	2.4	5.5	4.5	24.6	1.2
	あり	151	33.1	61.6	37.1	3.3	3.3	4.6	21.9	0.7
	なし	322	34.8	43.8	46.0	2.2	6.2	4.3	25.5	1.6
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	44.0	60.8	47.2	3.2	6.4	4.8	12.8	1.6
訪問看護との連携体制	届出なし	353	30.3	45.0	41.4	2.3	5.4	4.2	28.9	1.1
	あり	173	45.1	59.0	50.9	2.9	5.8	4.0	16.2	1.2
	なし	318	28.0	44.7	38.1	2.2	5.3	4.7	29.2	1.3
訪問介護との連携体制	あり	79	48.1	65.8	53.2	3.8	5.1	5.1	15.2	-
	なし	412	31.3	46.6	40.5	2.2	5.6	4.4	26.5	1.5
定期巡回との連携体制	あり	40	35.0	60.0	45.0	2.5	7.5	2.5	20.0	-
	なし	451	33.9	48.8	42.4	2.4	5.3	4.7	25.1	1.3
小多機との連携体制	あり	32	53.1	53.1	53.1	9.4	12.5	3.1	15.6	-
	なし	459	32.7	49.5	41.8	2.0	5.0	4.6	25.3	1.3
医療機関との連携体制	あり	160	44.4	56.3	47.5	3.1	6.9	6.3	15.6	1.3
	なし	331	29.0	46.5	40.2	2.1	4.8	3.6	29.0	1.2
急変時の医療機関との連携	あり	121	47.1	59.5	44.6	3.3	5.0	4.1	18.2	0.8
	なし	370	29.7	46.5	41.9	2.2	5.7	4.6	26.8	1.4
看取り体制調整利用者	0人	185	28.1	43.8	33.5	2.2	4.3	4.3	28.6	1.6
	1人以上	228	42.5	55.3	50.0	2.2	6.6	5.7	18.0	0.9
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	25.9	47.5	33.5	1.9	5.1	5.1	29.7	0.6
	1人以上	275	40.7	52.4	49.1	2.2	5.1	4.4	20.0	1.1
死亡終了:訪問利用	0人	147	25.9	44.2	32.0	3.4	4.8	3.4	31.3	0.7
	1人以上	285	40.7	54.0	49.8	1.8	5.3	5.3	19.6	0.7
実践度	実践している	77	59.7	64.9	77.9	3.9	11.7	3.9	6.5	-
	検討中	208	38.5	57.7	45.2	1.9	6.3	5.3	15.9	0.5
	実践していない	92	19.6	34.8	19.6	4.3	2.2	4.3	44.6	1.1
取組方針有無	取組方針あり	47	55.3	72.3	83.0	4.3	14.9	6.4	4.3	-
	準備中	136	51.5	66.9	54.4	5.1	11.8	2.2	10.3	0.7
	取組方針なし	301	22.3	38.5	30.9	1.0	1.3	5.0	34.9	1.3
意思決定支援の手法	統一あり	202	48.5	64.4	63.9	4.0	7.9	3.0	7.4	0.5
	統一なし	213	24.9	42.7	29.1	1.9	3.8	6.6	33.8	0.5

【訪問介護事業所】

	n	実施した 看取りの 振り返り	研修や勉 強会の実 施	家族等へ の支援	家族会・遺 族会等 の提供	地域にお ける普及 啓発活動	その他	特に取り 組んでい ない	無回答
全体	365	25.2	48.5	37.8	3.0	2.5	2.5	30.4	1.1
24時間対応									
提供体制あり	90	23.3	48.9	35.6	8.9	2.2	3.3	32.2	-
提供体制なし	265	26.4	49.1	38.9	1.1	2.3	2.3	29.4	1.5
休日対応									
提供体制あり	312	27.2	50.3	38.8	2.6	2.2	2.6	29.2	0.6
提供体制なし	47	12.8	40.4	34.0	6.4	2.1	2.1	36.2	4.3
夜間対応									
提供体制あり	184	30.4	51.6	37.5	3.8	1.1	2.7	28.8	0.5
提供体制なし	172	20.3	46.5	38.4	2.3	3.5	2.3	31.4	1.7
特定事業所加 算									
あり	156	30.1	59.0	39.7	3.2	4.5	1.9	23.7	1.3
なし	192	20.8	39.6	35.4	3.1	0.5	3.1	36.5	1.0
看取り体制を 調整した利用 サービスの死 亡終了者									
0人	213	15.5	44.1	34.3	1.4	1.4	3.3	34.7	1.9
1人以上	112	46.4	57.1	49.1	3.6	2.7	1.8	19.6	-
0人	115	12.2	40.0	30.4	2.6	2.6	0.9	41.7	1.7
1人以上	217	32.7	53.9	41.0	3.2	1.8	3.2	24.4	0.5
実践度									
実践している	71	52.1	66.2	56.3	5.6	4.2	2.8	4.2	-
検討中	115	28.7	62.6	42.6	2.6	4.3	3.5	13.9	0.9
実践していない	89	11.2	31.5	20.2	2.2	1.1	2.2	53.9	1.1
取組方針有無									
取組方針あり	69	49.3	65.2	56.5	11.6	4.3	-	2.9	-
準備中	96	29.2	66.7	44.8	1.0	6.3	4.2	12.5	1.0
取組方針なし	198	15.2	34.3	28.3	1.0	-	2.5	49.0	0.5
意思決定支援 の手法									
統一あり	210	39.0	64.3	49.0	3.8	3.8	2.4	10.0	-
統一なし	88	11.4	31.8	28.4	3.4	-	2.3	51.1	1.1

2 本人の意思決定支援に関する事業所の実践状況

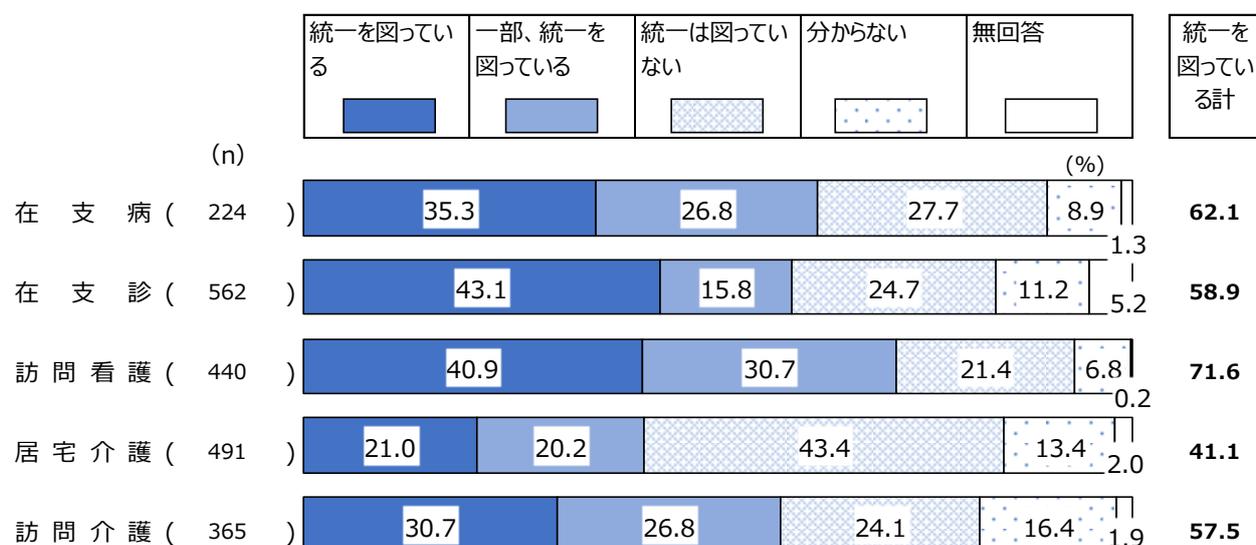
(1) 意思決定支援のやり方の統一状況

【在宅病・在宅診】問8. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援のやり方について、貴院では在宅医療に従事している医師間で統一を図っていますか。

【訪看：問7】【居宅：問8】【訪介：問8】

- 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所では、“統一を図っている計”が6割前後となっている。
- 訪問看護事業所では、“統一を図っている計”が7割超と他のサービスと比べて高い。
- 居宅介護支援事業所では、“統一は図っていない”が4割超と他のサービスと比べて高い。

図表. 意思決定支援のやり方の統一状況



【在宅療養支援病院】

	n	統一を図っている	一部、統一を図っている	統一は図っていない	分からない	無回答	統一を図っている計
全体	224	35.3	26.8	27.7	8.9	1.3	62.1
届出区分							
機能強化型(単独型)	48	50.0	31.3	18.8	-	-	81.3
機能強化型(連携型)	58	36.2	29.3	25.9	6.9	1.7	65.5
従来型	103	31.1	23.3	33.0	11.7	1.0	54.4
ターミナル加算の算定有無							
算定あり	89	41.6	29.2	24.7	3.4	1.1	70.8
算定なし	104	32.7	25.0	29.8	10.6	1.9	57.7
訪問看護の提供体制							
24時間可能	184	35.9	29.9	28.3	6.0	-	65.8
24時間不可	29	27.6	17.2	24.1	24.1	6.9	44.8
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数							
0人	31	16.1	29.0	35.5	16.1	3.2	45.2
1人未満	60	35.0	28.3	30.0	5.0	1.7	63.3
2人未満	38	31.6	28.9	31.6	5.3	2.6	60.5
3人未満	19	42.1	21.1	31.6	5.3	-	63.2
3人以上	39	38.5	38.5	17.9	5.1	-	76.9
実践度							
実践している	100	46.0	30.0	20.0	3.0	1.0	76.0
検討中	88	26.1	33.0	29.5	10.2	1.1	59.1
実践していない	15	33.3	-	53.3	6.7	6.7	33.3
取組方針有無							
取組方針あり	115	43.5	27.8	20.9	7.0	0.9	71.3
準備中	67	23.9	35.8	31.3	7.5	1.5	59.7
取組方針なし	41	31.7	7.3	41.5	17.1	2.4	39.0

【在宅療養支援診療所】

	n	統一を図っている	一部、統一を図っている	統一は図っていない	分からない	無回答	統一を図っている計	
全体	562	43.1	15.8	24.7	11.2	5.2	58.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	48.5	18.2	27.3	6.1	-	66.7
	機能強化型(連携型)	164	42.7	26.2	19.5	7.3	4.3	68.9
	従来型	339	42.5	11.2	27.1	13.0	6.2	53.7
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	51.5	18.6	19.3	7.6	3.0	70.1
	算定なし	273	36.3	13.6	28.2	15.4	6.6	49.8
	24時間看護の提供体制	473	43.3	16.7	24.3	10.6	5.1	60.0
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	24時間不可	70	38.6	11.4	27.1	17.1	5.7	50.0
	0人	84	29.8	11.9	35.7	17.9	4.8	41.7
	1人未満	104	47.1	16.3	22.1	11.5	2.9	63.5
	2人未満	92	48.9	18.5	25.0	3.3	4.3	67.4
	3人未満	61	47.5	18.0	21.3	6.6	6.6	65.6
実践度	3人以上	127	47.2	17.3	22.0	6.3	7.1	64.6
	実践している	206	55.8	19.9	16.0	3.9	4.4	75.7
	検討中	208	43.8	16.3	26.4	10.1	3.4	60.1
取組方針有無	実践していない	83	19.3	12.0	43.4	15.7	9.6	31.3
	取組方針あり	169	53.8	23.7	14.2	4.1	4.1	77.5
	準備中	176	49.4	14.8	25.0	8.5	2.3	64.2
取組方針なし	210	29.5	10.5	33.3	19.5	7.1	40.0	

【訪問看護事業所】

	n	統一を図っている	一部、統一を図っている	統一は図っていない	分からない	無回答	統一を図っている計	
全体	440	40.9	30.7	21.4	6.8	0.2	71.6	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	59.4	34.4	6.3	-	93.8	
	なし	352	38.4	30.4	23.0	8.0	0.3	68.8
ターミナルケア体制	届出なし	74	24.3	16.2	37.8	20.3	1.4	40.5
	届出あり	346	44.2	33.8	17.9	4.0	-	78.0
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	43.5	35.3	18.4	2.8	-	78.8
	なし	104	29.8	18.3	35.6	15.4	1.0	48.1
24時間対応体制加算	届出なし	64	32.8	14.1	37.5	15.6	-	46.9
	届出あり	364	42.3	33.5	18.7	5.2	0.3	75.8
利用者宅での死亡者数	0人	76	27.6	27.6	30.3	13.2	1.3	55.3
	1-5人未満	149	43.0	26.2	21.5	9.4	-	69.1
	5-10人未満	77	46.8	35.1	15.6	2.6	-	81.8
実践度	10人以上	110	45.5	34.5	19.1	0.9	-	80.0
	実践している	157	56.1	29.9	13.4	0.6	-	86.0
	検討中	201	39.3	34.8	20.9	5.0	-	74.1
取組方針有無	実践していない	48	16.7	12.5	45.8	22.9	2.1	29.2
	取組方針あり	119	71.4	24.4	4.2	-	-	95.8
	準備中	160	37.5	38.8	19.4	4.4	-	76.3
取組方針なし	154	20.8	26.0	37.7	14.9	0.6	46.8	

【居宅介護支援事業所】

	n	統一を図っている	一部、統一を図っている	統一は図っていない	分からない	無回答	統一を図っている計
全体	491	21.0	20.2	43.4	13.4	2.0	41.1
特定事業所加算							
あり	151	11.3	23.2	55.6	9.3	0.7	34.4
なし	322	25.8	18.6	37.9	15.2	2.5	44.4
ターミナルケアマネジメント加算							
届出済み	125	15.2	31.2	44.0	8.0	1.6	46.4
届出なし	353	23.5	16.1	42.8	15.3	2.3	39.7
訪問看護との連携体制							
あり	173	21.4	30.6	33.5	12.1	2.3	52.0
なし	318	20.8	14.5	48.7	14.2	1.9	35.2
訪問介護との連携体制							
あり	79	27.8	17.7	41.8	11.4	1.3	45.6
なし	412	19.7	20.6	43.7	13.8	2.2	40.3
定期巡回との連携体制							
あり	40	25.0	27.5	35.0	12.5	-	52.5
なし	451	20.6	19.5	44.1	13.5	2.2	40.1
小多機との連携体制							
あり	32	21.9	28.1	43.8	6.3	-	50.0
なし	459	20.9	19.6	43.4	13.9	2.2	40.5
医療機関との連携体制							
あり	160	26.9	23.1	36.3	11.9	1.9	50.0
なし	331	18.1	18.7	46.8	14.2	2.1	36.9
急変時の医療機関との連携							
あり	121	22.3	23.1	41.3	10.7	2.5	45.5
なし	370	20.5	19.2	44.1	14.3	1.9	39.7
看取り体制調整利用者							
0人	185	23.2	17.3	40.0	16.8	2.7	40.5
1人以上	228	21.5	24.1	43.4	9.2	1.8	45.6
死亡終了:在宅医療利用							
0人	158	22.2	17.1	43.0	15.8	1.9	39.2
1人以上	275	21.1	22.5	44.4	10.2	1.8	43.6
死亡終了:訪問利用							
0人	147	22.4	18.4	36.7	20.4	2.0	40.8
1人以上	285	21.4	21.8	47.7	7.4	1.8	43.2
実践度							
実践している	77	57.1	23.4	16.9	1.3	1.3	80.5
検討中	208	18.8	29.3	40.9	8.7	2.4	48.1
実践していない	92	8.7	9.8	66.3	14.1	1.1	18.5
取組方針有無							
取組方針あり	47	66.0	21.3	12.8	-	-	87.2
準備中	136	27.9	32.4	28.7	8.1	2.9	60.3
取組方針なし	301	10.0	15.0	55.1	18.3	1.7	24.9

【訪問介護事業所】

	n	統一を図っている	一部、統一を図っている	統一は図っていない	分からない	無回答	統一を図っている計
全体	365	30.7	26.8	24.1	16.4	1.9	57.5
24時間対応							
提供体制あり	90	36.7	26.7	23.3	13.3	-	63.3
提供体制なし	265	29.1	26.4	24.5	17.7	2.3	55.5
休日対応							
提供体制あり	312	32.4	25.6	26.0	14.1	1.9	58.0
提供体制なし	47	23.4	29.8	14.9	29.8	2.1	53.2
夜間対応							
提供体制あり	184	33.2	25.5	25.0	14.7	1.6	58.7
提供体制なし	172	29.1	27.3	24.4	16.9	2.3	56.4
特定事業所加算							
あり	156	33.3	26.3	25.6	14.1	0.6	59.6
なし	192	28.6	25.5	24.0	18.8	3.1	54.2
看取り体制を調整した利用							
0人	213	23.5	24.9	27.2	21.6	2.8	48.4
1人以上	112	43.8	27.7	22.3	5.4	0.9	71.4
サービスの死亡終了者							
0人	115	19.1	27.0	27.8	22.6	3.5	46.1
1人以上	217	37.3	25.3	23.0	12.9	1.4	62.7
実践度							
実践している	71	67.6	23.9	8.5	-	-	91.5
検討中	115	28.7	41.7	19.1	7.8	2.6	70.4
実践していない	89	20.2	14.6	40.4	22.5	2.2	34.8
取組方針有無							
取組方針あり	69	71.0	21.7	5.8	1.4	-	92.8
準備中	96	34.4	42.7	13.5	6.3	3.1	77.1
取組方針なし	198	15.2	21.2	35.9	26.8	1.0	36.4

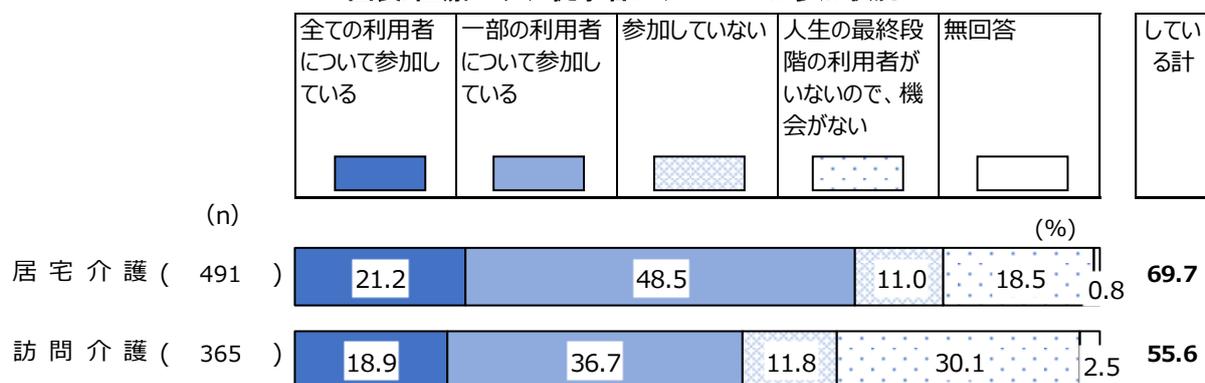
(2) 医療・ケア従事者のチームへの参加状況

【居宅】問9. 貴事業所のケアマネジャーは、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うための、本人、家族等と医療・ケア従事者のチームにメンバーとして参加していますか。

【訪介：問9】

- チームにメンバーとして参加“している計”は、居宅介護支援事業所が約7割、訪問介護事業所が5割半ばとなっている。

図表. 医療・ケア従事者のチームへの参加状況



【居宅介護支援事業所】

	n	全ての利用者について参加している	一部の利用者について参加している	参加していない	人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない	無回答	している計
全体	491	21.2	48.5	11.0	18.5	0.8	69.7
特定事業所加算							
あり	151	16.6	55.0	11.3	16.6	0.7	71.5
なし	322	23.3	45.3	11.2	19.3	0.9	68.6
ターミナルケアマネジメント加算							
届出済み	125	25.6	55.2	7.2	11.2	0.8	80.8
届出なし	353	19.8	46.5	12.5	20.4	0.8	66.3
訪問看護との連携体制							
あり	173	19.7	54.9	8.7	15.6	1.2	74.6
なし	318	22.0	45.0	12.3	20.1	0.6	67.0
訪問介護との連携体制							
あり	79	17.7	59.5	6.3	16.5	-	77.2
なし	412	21.8	46.4	11.9	18.9	1.0	68.2
定期巡回との連携体制							
あり	40	12.5	62.5	7.5	17.5	-	75.0
なし	451	22.0	47.2	11.3	18.6	0.9	69.2
小多機との連携体制							
あり	32	6.3	62.5	6.3	21.9	3.1	68.8
なし	459	22.2	47.5	11.3	18.3	0.7	69.7
医療機関との連携体制							
あり	160	20.0	56.3	9.4	13.1	1.3	76.3
なし	331	21.8	44.7	11.8	21.1	0.6	66.5
急変時の医療機関との連携							
あり	121	21.5	53.7	8.3	14.9	1.7	75.2
なし	370	21.1	46.8	11.9	19.7	0.5	67.8
看取り体制調整利用者							
0人	185	13.5	38.9	12.4	34.1	1.1	52.4
1人以上	228	28.9	57.5	7.9	4.8	0.9	86.4
死亡終了：在宅医療利用							
0人	158	14.6	41.1	10.1	32.9	1.3	55.7
1人以上	275	25.8	55.3	9.8	8.4	0.7	81.1
死亡終了：訪問利用							
0人	147	13.6	38.8	10.9	35.4	1.4	52.4
1人以上	285	26.0	56.1	9.1	8.1	0.7	82.1
実践度							
実践している	77	50.6	44.2	-	3.9	1.3	94.8
検討中	208	17.3	57.2	7.2	17.3	1.0	74.5
実践していない	92	14.1	35.9	23.9	25.0	1.1	50.0
取組方針有無							
取組方針あり	47	57.4	42.6	-	-	-	100.0
準備中	136	25.0	56.6	6.6	11.0	0.7	81.6
取組方針なし	301	13.6	45.8	15.0	24.6	1.0	59.5
意思決定支援の手法							
統一あり	202	32.7	53.0	1.5	12.4	0.5	85.6
統一なし	213	12.7	51.2	16.9	17.8	1.4	63.8

【訪問介護事業所】

	n	全ての利用者について参加している	一部の利用者について参加している	参加していない	人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない	無回答	している 計
全体	365	18.9	36.7	11.8	30.1	2.5	55.6
24時間対応							
提供体制あり	90	22.2	41.1	6.7	28.9	1.1	63.3
提供体制なし	265	18.1	35.1	13.6	30.2	3.0	53.2
休日対応							
提供体制あり	312	20.2	35.6	11.9	29.8	2.6	55.8
提供体制なし	47	12.8	40.4	12.8	31.9	2.1	53.2
夜間対応							
提供体制あり	184	20.1	38.0	9.2	30.4	2.2	58.2
提供体制なし	172	18.6	34.3	15.1	29.1	2.9	52.9
特定事業所加算							
あり	156	17.9	41.0	11.5	26.9	2.6	59.0
なし	192	20.3	29.7	13.0	34.4	2.6	50.0
看取り体制を調整した利用							
0人	213	13.6	28.6	14.1	41.3	2.3	42.3
1人以上	112	26.8	50.9	7.1	11.6	3.6	77.7
サービスの死亡終了者							
0人	115	12.2	26.1	14.8	44.3	2.6	38.3
1人以上	217	22.6	41.0	9.2	24.4	2.8	63.6
実践度							
実践している	71	42.3	49.3	1.4	7.0	-	91.5
検討中	115	20.9	44.3	5.2	24.3	5.2	65.2
実践していない	89	7.9	23.6	23.6	44.9	-	31.5
取組方針有無							
取組方針あり	69	52.2	39.1	1.4	7.2	-	91.3
準備中	96	12.5	56.3	6.3	21.9	3.1	68.8
取組方針なし	198	10.6	26.8	18.2	42.4	2.0	37.4
意思決定支援の手法							
統一あり	210	28.1	51.0	3.8	16.7	0.5	79.0
統一なし	88	9.1	23.9	23.9	39.8	3.4	33.0

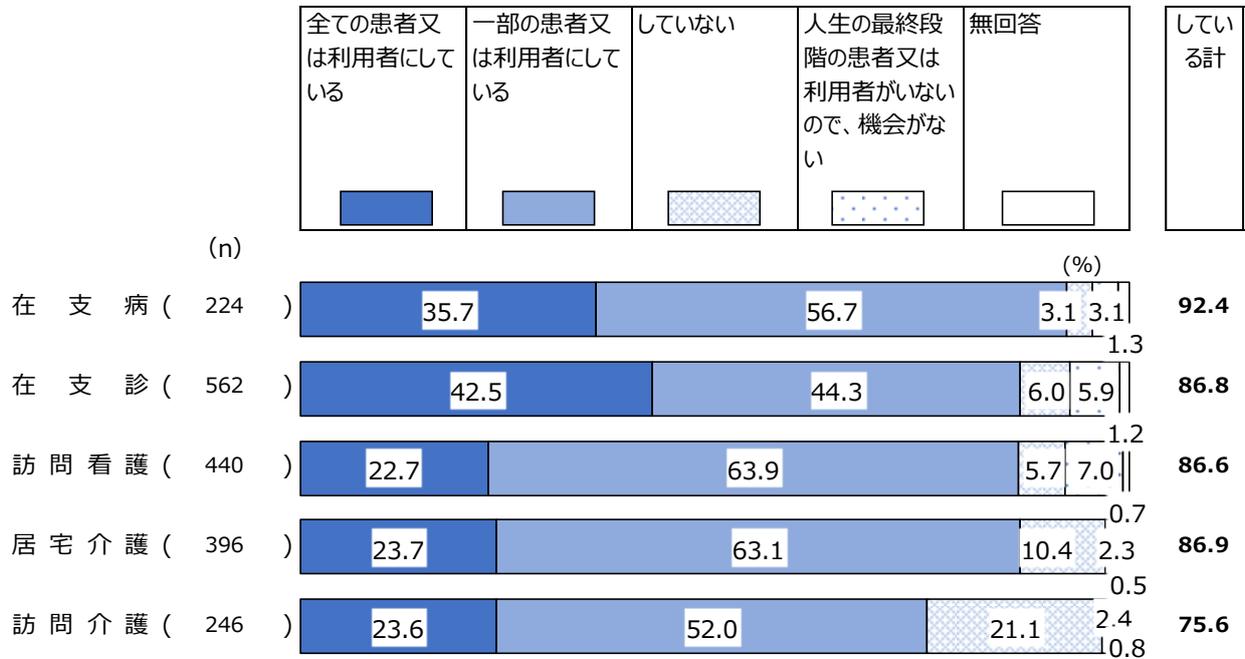
(3) 本人の意思の確認（推定）状況

【在支病・在支診】問9. 貴院では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。

【訪看：問8】 【居宅：問10】 【訪介：問10】

- 在宅療養支援診療所では、「全ての患者又は利用者になっている」が4割超となっている。

図表. 本人の意思の確認（推定）状況



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	している計	
全体	224	35.7	56.7	3.1	3.1	1.3	92.4	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	39.6	58.3	-	2.1	-	97.9
	機能強化型(連携型)	58	46.6	50.0	1.7	1.7	-	96.6
	従来型	103	30.1	58.3	5.8	3.9	1.9	88.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	44.9	51.7	1.1	2.2	-	96.6
	算定なし	104	28.8	58.7	5.8	3.8	2.9	87.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	35.9	58.7	2.2	2.2	1.1	94.6
	24時間不可	29	27.6	51.7	10.3	6.9	3.4	79.3
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	32.3	41.9	16.1	6.5	3.2	74.2
	1人未満	60	36.7	56.7	3.3	1.7	1.7	93.3
	2人未満	38	47.4	50.0	-	2.6	-	97.4
	3人未満	19	47.4	52.6	-	-	-	100.0
	3人以上	39	35.9	64.1	-	-	-	100.0
実践度	実践している	100	41.0	56.0	-	2.0	1.0	97.0
	検討中	88	31.8	61.4	6.8	-	-	93.2
	実践していない	15	33.3	26.7	6.7	20.0	13.3	60.0
取組方針有無	取組方針あり	115	42.6	53.0	0.9	2.6	0.9	95.7
	準備中	67	28.4	62.7	7.5	1.5	-	91.0
意思決定支援の手法	統一あり	139	42.4	54.7	0.7	1.4	0.7	97.1
	統一なし	62	30.6	58.1	6.5	3.2	1.6	88.7

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	人生の最終段階の患者又は利用者がないので、機会がない	無回答	している計	
全体	562	42.5	44.3	6.0	5.9	1.2	86.8	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	51.5	45.5	-	3.0	-	97.0
	機能強化型(連携型)	164	48.2	48.8	3.0	-	-	97.0
	従来型	339	38.3	44.0	7.4	8.6	1.8	82.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	48.1	48.1	2.7	0.8	0.4	96.2
	算定なし	273	37.7	41.4	8.1	11.4	1.5	79.1
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	42.5	46.5	4.7	5.5	0.8	89.0
	24時間不可	70	42.9	32.9	14.3	7.1	2.9	75.7
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	36.9	35.7	7.1	17.9	2.4	72.6
	1人未満	104	34.6	58.7	4.8	1.9	-	93.3
	2人未満	92	47.8	47.8	2.2	1.1	1.1	95.7
	3人未満	61	44.3	49.2	4.9	-	1.6	93.4
実践度	3人以上	127	54.3	44.1	1.6	-	-	98.4
	実践している	206	57.3	42.7	-	-	-	100.0
	検討中	208	32.7	57.7	4.3	4.8	0.5	90.4
取組方針有無	実践していない	83	25.3	33.7	24.1	12.0	4.8	59.0
	取組方針あり	169	53.3	45.6	0.6	0.6	-	98.8
	準備中	176	40.9	52.3	2.3	4.0	0.6	93.2
意思決定支援の手法	取組方針なし	210	34.8	37.1	13.8	11.9	2.4	71.9
	統一あり	331	51.1	43.2	1.8	3.6	0.3	94.3
	統一なし	139	28.1	54.7	10.8	5.8	0.7	82.7

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	人生の最終段階の患者又は利用者がないので、機会がない	無回答	している計	
全体	440	22.7	63.9	5.7	7.0	0.7	86.6	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	28.1	68.8	3.1	-	-	96.9
	なし	352	19.0	65.1	6.8	8.2	0.9	84.1
ターミナルケア体制	届出なし	74	14.9	41.9	10.8	28.4	4.1	56.8
	届出あり	346	24.9	67.9	4.6	2.6	-	92.8
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	25.4	68.9	4.2	1.4	-	94.3
	なし	104	16.3	49.0	9.6	22.1	2.9	65.4
24時間対応体制加算	届出なし	64	23.4	39.1	10.9	26.6	-	62.5
	届出あり	364	22.3	68.7	4.4	3.8	0.8	90.9
利用者宅での死亡者数	0人	76	15.8	50.0	11.8	21.1	1.3	65.8
	1-5人未満	149	18.1	69.1	4.0	7.4	1.3	87.2
	5-10人未満	77	23.4	71.4	5.2	-	-	94.8
	10人以上	110	31.8	66.4	1.8	-	-	98.2
実践度	実践している	157	29.3	70.1	0.6	-	-	99.4
	検討中	201	22.4	65.7	6.5	5.0	0.5	88.1
	実践していない	48	12.5	37.5	12.5	33.3	4.2	50.0
取組方針有無	取組方針あり	119	32.8	66.4	0.8	-	-	99.2
	準備中	160	26.3	65.0	4.4	4.4	-	91.3
	取組方針なし	154	11.0	60.4	11.0	15.6	1.9	71.4
意思決定支援の手法	統一あり	315	28.3	67.6	2.2	1.9	-	95.9
	統一なし	94	10.6	61.7	16.0	10.6	1.1	72.3

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	している 計
	全体	396	23.7	63.1	10.4	2.3	0.5	86.9
特定事業所加算	あり	125	23.2	64.8	11.2	0.8	-	88.0
	なし	257	23.3	62.6	10.1	3.1	0.8	86.0
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	110	23.6	70.9	5.5	-	-	94.5
	届出なし	278	23.7	60.4	11.9	3.2	0.7	84.2
訪問看護との連携体制	あり	144	22.9	66.7	8.3	2.1	-	89.6
	なし	252	24.2	61.1	11.5	2.4	0.8	85.3
訪問介護との連携体制	あり	66	16.7	75.8	6.1	1.5	-	92.4
	なし	330	25.2	60.6	11.2	2.4	0.6	85.8
定期巡回との連携体制	あり	33	18.2	69.7	12.1	-	-	87.9
	なし	363	24.2	62.5	10.2	2.5	0.6	86.8
小多機との連携体制	あり	24	12.5	79.2	8.3	-	-	91.7
	なし	372	24.5	62.1	10.5	2.4	0.5	86.6
医療機関との連携体制	あり	137	26.3	63.5	6.6	3.6	-	89.8
	なし	259	22.4	62.9	12.4	1.5	0.8	85.3
急変時の医療機関との連携	あり	101	25.7	65.3	6.9	2.0	-	91.1
	なし	295	23.1	62.4	11.5	2.4	0.7	85.4
看取り体制調整利用者	0人	120	16.7	61.7	15.8	4.2	1.7	78.3
	1人以上	215	27.9	66.0	5.6	0.5	-	94.0
死亡終了:在宅医療利用	0人	104	18.3	61.5	14.4	4.8	1.0	79.8
	1人以上	250	25.2	66.0	7.6	1.2	-	91.2
死亡終了:訪問利用	0人	93	17.2	63.4	12.9	5.4	1.1	80.6
	1人以上	260	24.6	66.2	8.5	0.8	-	90.8
実践度	実践している	73	45.2	54.8	-	-	-	100.0
	検討中	170	17.6	76.5	5.3	0.6	-	94.1
	実践していない	68	19.1	48.5	26.5	5.9	-	67.6
取組方針有無	取組方針あり	47	51.1	46.8	-	-	2.1	97.9
	準備中	120	27.5	65.8	5.8	-	0.8	93.3
	取組方針なし	224	16.5	64.3	15.2	4.0	-	80.8
意思決定支援の手法	統一あり	176	34.1	62.5	1.7	1.1	0.6	96.6
	統一なし	172	13.4	69.2	15.1	1.7	0.6	82.6

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	している 計
	全体	246	23.6	52.0	21.1	2.4	0.8	75.6
24時間対応	提供体制あり	63	27.0	54.0	17.5	1.6	-	81.0
	提供体制なし	177	22.6	50.8	22.6	2.8	1.1	73.4
休日対応	提供体制あり	211	24.2	51.2	21.8	2.4	0.5	75.4
	提供体制なし	31	22.6	54.8	16.1	3.2	3.2	77.4
夜間対応	提供体制あり	124	25.8	54.0	18.5	1.6	-	79.8
	提供体制なし	117	22.2	48.7	23.9	3.4	1.7	70.9
特定事業所加算	あり	110	23.6	57.3	16.4	2.7	-	80.9
	なし	121	24.8	44.6	26.4	2.5	1.7	69.4
看取り体制を調整した利用	0人	120	22.5	50.0	22.5	5.0	-	72.5
	1人以上	95	25.3	55.8	17.9	-	1.1	81.1
サービスの死亡終了者	0人	61	23.0	42.6	29.5	4.9	-	65.6
	1人以上	158	24.7	55.7	17.1	1.3	1.3	80.4
実践度	実践している	66	37.9	54.5	7.6	-	-	92.4
	検討中	81	23.5	65.4	7.4	3.7	-	88.9
	実践していない	49	18.4	30.6	42.9	6.1	2.0	49.0
取組方針有無	取組方針あり	64	48.4	45.3	4.7	1.6	-	93.8
	準備中	72	18.1	72.2	6.9	2.8	-	90.3
	取組方針なし	110	12.7	42.7	40.0	2.7	1.8	55.5
意思決定支援の手法	統一あり	174	29.3	58.6	9.8	1.7	0.6	87.9
	統一なし	50	12.0	38.0	46.0	4.0	-	50.0

(4) 本人、家族等、医療・ケアチームによる話し合いの状況

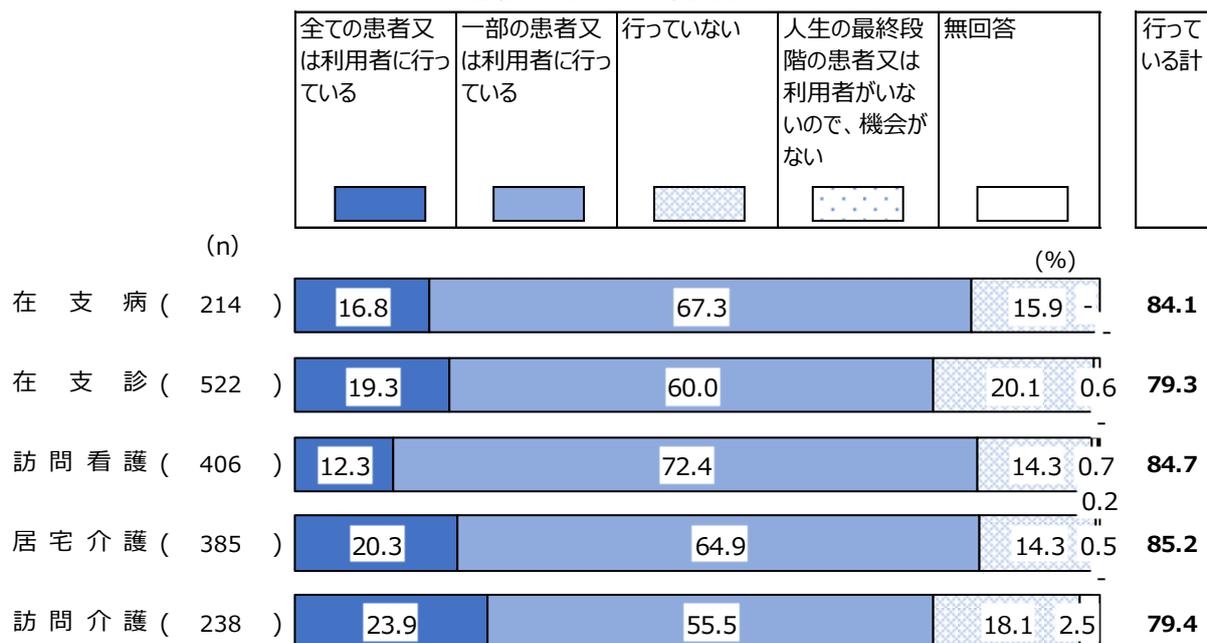
① 集まっての話し合い

【在支病・在支診】問 10. 貴院では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っていますか。

【訪看：問9】【居宅：問11】【訪介：問11】

- 全てのサービスで、8割程度が本人、家族等と医療・ケアチームが集まっての話し合いを行っている。

図表. 集まっての話し合い



※前問で「人生の最終段階の患者又は利用者がないので、機会がない」と回答した事業者は回答者数から除外

【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	人生の最終段階の患者又は利用者がないので、機会がない	無回答	行っている計	
全体	214	16.8	67.3	15.9	-	-	84.1	
届出区分	機能強化型(単独型)	47	19.1	76.6	4.3	-	-	95.7
	機能強化型(連携型)	57	21.1	66.7	12.3	-	-	87.7
	従来型	97	12.4	63.9	23.7	-	-	76.3
ターミナル加算の有無	算定あり	87	21.8	70.1	8.0	-	-	92.0
	算定なし	97	13.4	64.9	21.6	-	-	78.4
訪問看護の提供体制	24時間可能	178	18.5	67.4	14.0	-	-	86.0
	24時間不可	26	3.8	61.5	34.6	-	-	65.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死者数	0人	28	17.9	46.4	35.7	-	-	64.3
	1人未満	58	17.2	58.6	24.1	-	-	75.9
	2人未満	37	13.5	81.1	5.4	-	-	94.6
	3人未満	19	15.8	84.2	-	-	-	100.0
	3人以上	39	28.2	69.2	2.6	-	-	97.4
実践度	実践している	97	22.7	71.1	6.2	-	-	93.8
	検討中	88	12.5	68.2	19.3	-	-	80.7
	実践していない	10	20.0	40.0	40.0	-	-	60.0
取組方針の有無	取組方針あり	111	20.7	71.2	8.1	-	-	91.9
	準備中	66	15.2	62.1	22.7	-	-	77.3
	取組方針なし	36	8.3	63.9	27.8	-	-	72.2
意思決定支援の手法	統一あり	136	22.1	71.3	6.6	-	-	93.4
	統一なし	59	10.2	61.0	28.8	-	-	71.2

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者に 行っている	一部の患者又は利用者に 行っている	行っていない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	行っている計
全体	522	19.3	60.0	20.1	0.6	-	79.3
届出区分	機能強化型(単独型)	32	28.1	62.5	9.4	-	90.6
	機能強化型(連携型)	164	19.5	70.1	9.8	0.6	89.6
	従来型	304	18.1	56.6	24.7	0.7	74.7
ターミナル加算の算定有無	算定あり	261	23.8	63.6	12.6	-	87.4
	算定なし	238	15.5	56.7	26.5	1.3	72.3
訪問看護の提供体制	24時間可能	443	20.5	62.5	16.7	0.2	83.1
	24時間不可	63	12.7	42.9	42.9	1.6	55.6
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	67	13.4	55.2	29.9	1.5	68.7
	1人未満	102	15.7	67.6	16.7	-	83.3
	2人未満	90	24.4	51.1	24.4	-	75.6
	3人未満	60	13.3	66.7	20.0	-	80.0
実践度	3人以上	127	22.8	65.4	11.8	-	88.2
	実践している	206	27.7	65.5	6.8	-	93.2
	検討中	197	11.7	66.0	20.8	1.5	77.7
取組方針有無	実践していない	69	11.6	44.9	43.5	-	56.5
	取組方針あり	168	28.0	64.3	7.7	-	92.3
	準備中	168	17.9	64.3	16.7	1.2	82.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	180	13.3	51.1	35.0	0.6	64.4
	統一あり	318	23.3	63.8	11.9	0.9	87.1
	統一なし	130	12.3	56.2	31.5	-	68.5

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者に 行っている	一部の患者又は利用者に 行っている	行っていない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	行っている計
全体	406	12.3	72.4	14.3	0.7	0.2	84.7
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	15.6	81.3	3.1	-	96.9
	なし	320	9.7	72.5	16.6	0.9	82.2
ターミナルケア体制	届出なし	50	10.0	54.0	30.0	4.0	64.0
	届出あり	337	12.8	74.5	12.5	0.3	87.2
訪問看護ターミナル療養費	あり	279	14.0	76.3	9.7	-	90.3
	なし	78	6.4	57.7	30.8	3.8	64.1
24時間対応体制加算	届出なし	47	14.9	57.4	21.3	6.4	72.3
	届出あり	347	12.1	74.4	13.3	-	86.5
利用者宅での死亡者数	0人	59	8.5	57.6	30.5	1.7	66.1
	1-5人未満	136	11.8	73.5	13.2	1.5	85.3
	5-10人未満	77	11.7	74.0	14.3	-	85.7
	10人以上	110	13.6	79.1	7.3	-	92.7
実践度	実践している	157	16.6	78.3	5.1	-	94.9
	検討中	190	10.5	71.1	17.9	0.5	81.6
	実践していない	30	6.7	56.7	33.3	3.3	63.3
取組方針有無	取組方針あり	119	18.5	74.8	6.7	-	93.3
	準備中	153	13.7	75.2	11.1	-	88.9
意思決定支援の手法	取組方針なし	127	4.7	66.1	26.0	2.4	70.9
	統一あり	309	14.2	76.7	8.4	0.3	90.9
	統一なし	83	6.0	59.0	32.5	2.4	65.1

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	行っている計
	全体	385	20.3	64.9	14.3	0.5	-	85.2
特定事業所加算	あり	124	17.7	69.4	12.9	-	-	87.1
	なし	247	21.9	62.8	14.6	0.8	-	84.6
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	110	20.0	70.0	10.0	-	-	90.0
	届出なし	267	20.2	63.3	15.7	0.7	-	83.5
訪問看護との連携体制	あり	141	16.3	70.2	13.5	-	-	86.5
	なし	244	22.5	61.9	14.8	0.8	-	84.4
訪問介護との連携体制	あり	65	13.8	75.4	10.8	-	-	89.2
	なし	320	21.6	62.8	15.0	0.6	-	84.4
定期巡回との連携体制	あり	33	6.1	72.7	21.2	-	-	78.8
	なし	352	21.6	64.2	13.6	0.6	-	85.8
小多機との連携体制	あり	24	4.2	83.3	12.5	-	-	87.5
	なし	361	21.3	63.7	14.4	0.6	-	85.0
医療機関との連携体制	あり	132	18.9	68.2	12.9	-	-	87.1
	なし	253	20.9	63.2	15.0	0.8	-	84.2
急変時の医療機関との連携	あり	99	18.2	70.7	11.1	-	-	88.9
	なし	286	21.0	62.9	15.4	0.7	-	83.9
看取り体制調整利用者	0人	113	11.5	66.4	20.4	1.8	-	77.9
	1人以上	214	25.2	64.0	10.7	-	-	89.3
死亡終了:在宅医療利用	0人	98	16.3	65.3	17.3	1.0	-	81.6
	1人以上	247	22.3	66.8	10.9	-	-	89.1
死亡終了:訪問利用	0人	87	13.8	69.0	16.1	1.1	-	82.8
	1人以上	258	22.9	65.5	11.6	-	-	88.4
実践度	実践している	73	42.5	54.8	2.7	-	-	97.3
	検討中	169	14.8	75.1	9.5	0.6	-	89.9
	実践していない	64	15.6	50.0	32.8	1.6	-	65.6
取組方針有無	取組方針あり	46	47.8	47.8	4.3	-	-	95.7
	準備中	119	19.3	70.6	10.1	-	-	89.9
	取組方針なし	215	15.3	64.7	19.1	0.9	-	80.0
意思決定支援の手法	統一あり	173	31.8	64.7	3.5	-	-	96.5
	統一なし	168	8.3	70.2	20.2	1.2	-	78.6

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	人生の最終段階の患者又は利用者がいないので、機会がない	無回答	行っている計
	全体	238	23.9	55.5	18.1	2.5	-	79.4
24時間対応	提供体制あり	62	27.4	58.1	12.9	1.6	-	85.5
	提供体制なし	170	22.9	54.7	19.4	2.9	-	77.6
休日対応	提供体制あり	205	25.4	54.6	18.5	1.5	-	80.0
	提供体制なし	29	17.2	58.6	13.8	10.3	-	75.9
夜間対応	提供体制あり	122	23.8	58.2	16.4	1.6	-	82.0
	提供体制なし	111	25.2	51.4	19.8	3.6	-	76.6
特定事業所加算	あり	107	22.4	59.8	15.9	1.9	-	82.2
	なし	116	26.7	48.3	21.6	3.4	-	75.0
看取り体制を調整した利用	0人	114	20.2	53.5	21.9	4.4	-	73.7
	1人以上	94	27.7	57.4	13.8	1.1	-	85.1
サービスの死亡終了者	0人	58	17.2	48.3	27.6	6.9	-	65.5
	1人以上	154	27.3	56.5	14.9	1.3	-	83.8
実践度	実践している	66	42.4	54.5	1.5	1.5	-	97.0
	検討中	78	21.8	66.7	9.0	2.6	-	88.5
	実践していない	45	13.3	35.6	46.7	4.4	-	48.9
取組方針有無	取組方針あり	63	44.4	52.4	1.6	1.6	-	96.8
	準備中	70	18.6	68.6	11.4	1.4	-	87.1
	取組方針なし	105	15.2	48.6	32.4	3.8	-	63.8
意思決定支援の手法	統一あり	170	30.0	60.0	7.6	2.4	-	90.0
	統一なし	48	8.3	47.9	41.7	2.1	-	56.3

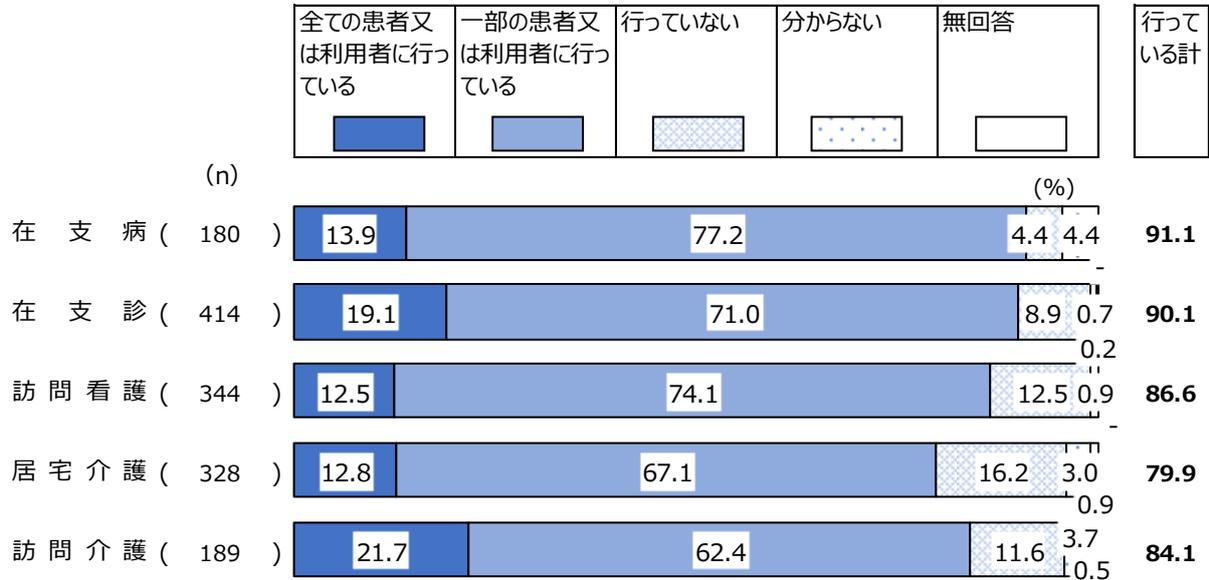
② 話し合いの繰り返し

【在宅病・在宅診】問 11. 前問の話し合いは、繰り返し行われていますか。

【訪看：問 10】【居宅：問 12】【訪介：問 12】

- ①の“行っている計”と回答した事業所に、繰り返し話し合いをしているか聞いたところ、在宅療養支援病院・診療所の約9割が“行っている”と回答した。

図表. 話し合いの繰り返し



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	分からない	無回答	行っている計	
全体	180	13.9	77.2	4.4	4.4	-	91.1	
届出区分	機能強化型(単独型)	45	8.9	80.0	4.4	6.7	-	88.9
	機能強化型(連携型)	50	22.0	70.0	4.0	4.0	-	92.0
	従来型	74	10.8	81.1	4.1	4.1	-	91.9
ターミナル加算の算定有無	算定あり	80	15.0	77.5	3.8	3.8	-	92.5
	算定なし	76	11.8	77.6	5.3	5.3	-	89.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	153	14.4	76.5	4.6	4.6	-	90.8
	24時間不可	17	5.9	82.4	5.9	5.9	-	88.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	18	16.7	66.7	5.6	11.1	-	83.3
	1人未満	44	18.2	72.7	9.1	-	-	90.9
	2人未満	35	8.6	88.6	2.9	-	-	97.1
	3人未満	19	5.3	89.5	-	5.3	-	94.7
	3人以上	38	23.7	71.1	-	5.3	-	94.7
実践度	実践している	91	16.5	78.0	2.2	3.3	-	94.5
	検討中	71	9.9	78.9	5.6	5.6	-	88.7
	実践していない	6	33.3	50.0	16.7	-	-	83.3
取組方針有無	取組方針あり	102	17.6	74.5	3.9	3.9	-	92.2
	準備中	51	9.8	80.4	3.9	5.9	-	90.2
	取組方針なし	26	7.7	80.8	7.7	3.8	-	88.5
意思決定支援の手法	統一あり	127	15.7	78.7	2.4	3.1	-	94.5
	統一なし	42	11.9	73.8	11.9	2.4	-	85.7

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	分からない	無回答	行っている計	
全体	414	19.1	71.0	8.9	0.7	0.2	90.1	
届出区分	機能強化型(単独型)	29	24.1	69.0	6.9	-	-	93.1
	機能強化型(連携型)	147	15.0	78.2	6.8	-	-	93.2
	従来型	227	19.4	68.7	10.6	0.9	0.4	88.1
ターミナル加算の算定有無	算定あり	228	18.0	74.6	7.0	-	0.4	92.5
	算定なし	172	20.9	65.7	11.6	1.7	-	86.6
訪問看護の提供体制	24時間可能	368	19.0	72.3	7.9	0.5	0.3	91.3
	24時間不可	35	17.1	62.9	17.1	2.9	-	80.0
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	46	17.4	60.9	17.4	4.3	-	78.3
	1人未満	85	15.3	75.3	9.4	-	-	90.6
	2人未満	68	20.6	72.1	7.4	-	-	92.6
	3人未満	48	18.8	77.1	4.2	-	-	95.8
	3人以上	112	17.0	76.8	6.3	-	-	93.8
実践度	実践している	192	22.4	72.9	4.7	-	-	95.3
	検討中	153	13.1	73.9	11.1	1.3	0.7	86.9
	実践していない	39	12.8	61.5	23.1	2.6	-	74.4
取組方針有無	取組方針あり	155	21.9	74.2	3.9	-	-	96.1
	準備中	138	18.1	71.0	8.7	1.4	0.7	89.1
	取組方針なし	116	17.2	66.4	15.5	0.9	-	83.6
意思決定支援の手法	統一あり	277	20.2	72.9	6.1	0.4	0.4	93.1
	統一なし	89	13.5	67.4	16.9	2.2	-	80.9

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	分からない	無回答	行っている計	
全体	344	12.5	74.1	12.5	0.9	-	86.6	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	31	6.5	87.1	3.2	3.2	-	93.5
	なし	263	11.4	74.5	13.7	0.4	-	85.9
ターミナルケア体制	届出なし	32	9.4	75.0	15.6	-	-	84.4
	届出あり	294	12.9	74.5	11.9	0.7	-	87.4
訪問看護ターミナル療養費	あり	252	13.1	73.4	12.3	1.2	-	86.5
	なし	50	10.0	76.0	14.0	-	-	86.0
24時間対応体制加算	届出なし	34	17.6	67.6	14.7	-	-	85.3
	届出あり	300	12.0	75.0	12.0	1.0	-	87.0
利用者宅での死亡者数	0人	39	12.8	69.2	15.4	2.6	-	82.1
	1-5人未満	116	10.3	71.6	18.1	-	-	81.9
	5-10人未満	66	10.6	74.2	13.6	1.5	-	84.8
	10人以上	102	14.7	78.4	5.9	1.0	-	93.1
実践度	実践している	149	16.8	77.9	4.0	1.3	-	94.6
	検討中	155	9.0	72.9	17.4	0.6	-	81.9
	実践していない	19	10.5	68.4	21.1	-	-	78.9
取組方針有無	取組方針あり	111	17.1	78.4	1.8	2.7	-	95.5
	準備中	136	14.0	74.3	11.8	-	-	88.2
	取組方針なし	90	4.4	68.9	26.7	-	-	73.3
意思決定支援の手法	統一あり	281	13.9	75.8	9.3	1.1	-	89.7
	統一なし	54	5.6	72.2	22.2	-	-	77.8

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	分からない	無回答	行っている計
	全体	328	12.8	67.1	16.2	3.0	0.9	79.9
特定事業所加算	あり	108	13.9	59.3	20.4	4.6	1.9	73.1
	なし	209	12.4	71.3	13.4	2.4	0.5	83.7
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	99	12.1	72.7	11.1	3.0	1.0	84.8
	届出なし	223	13.5	64.6	17.9	3.1	0.9	78.0
訪問看護との連携体制	あり	122	11.5	70.5	15.6	0.8	1.6	82.0
	なし	206	13.6	65.0	16.5	4.4	0.5	78.6
訪問介護との連携体制	あり	58	10.3	65.5	19.0	3.4	1.7	75.9
	なし	270	13.3	67.4	15.6	3.0	0.7	80.7
定期巡回との連携体制	あり	26	7.7	65.4	23.1	3.8	-	73.1
	なし	302	13.2	67.2	15.6	3.0	1.0	80.5
小多機との連携体制	あり	21	4.8	66.7	23.8	4.8	-	71.4
	なし	307	13.4	67.1	15.6	2.9	1.0	80.5
医療機関との連携体制	あり	115	15.7	67.0	14.8	1.7	0.9	82.6
	なし	213	11.3	67.1	16.9	3.8	0.9	78.4
急変時の医療機関との連携	あり	88	14.8	67.0	15.9	2.3	-	81.8
	なし	240	12.1	67.1	16.3	3.3	1.3	79.2
看取り体制調整 利用者	0人	88	9.1	67.0	19.3	4.5	-	76.1
	1人以上	191	15.2	68.1	13.6	2.1	1.0	83.2
死亡終了:在宅医療利用	0人	80	10.0	65.0	21.3	2.5	1.3	75.0
	1人以上	220	12.7	68.2	15.5	2.7	0.9	80.9
死亡終了:訪問利用	0人	72	8.3	65.3	22.2	2.8	1.4	73.6
	1人以上	228	13.6	68.0	14.9	2.6	0.9	81.6
実践度	実践している	71	29.6	60.6	7.0	-	2.8	90.1
	検討中	152	7.9	74.3	15.1	2.0	0.7	82.2
	実践していない	42	7.1	64.3	26.2	2.4	-	71.4
取組方針有無	取組方針あり	44	38.6	61.4	-	-	-	100.0
	準備中	107	10.3	75.7	11.2	1.9	0.9	86.0
	取組方針なし	172	8.1	64.0	22.7	4.7	0.6	72.1
意思決定支援の手法	統一あり	167	21.6	69.5	6.0	1.2	1.8	91.0
	統一なし	132	3.0	63.6	30.3	3.0	-	66.7

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者に行っている	一部の患者又は利用者に行っている	行っていない	分からない	無回答	行っている計
	全体	189	21.7	62.4	11.6	3.7	0.5	84.1
24時間対応	提供体制あり	53	20.8	64.2	11.3	1.9	1.9	84.9
	提供体制なし	132	22.7	62.1	10.6	4.5	-	84.8
休日対応	提供体制あり	164	23.2	63.4	9.1	3.7	0.6	86.6
	提供体制なし	22	13.6	54.5	27.3	4.5	-	68.2
夜間対応	提供体制あり	100	19.0	67.0	9.0	4.0	1.0	86.0
	提供体制なし	85	25.9	56.5	14.1	3.5	-	82.4
特定事業所加算	あり	88	20.5	65.9	9.1	4.5	-	86.4
	なし	87	25.3	58.6	12.6	2.3	1.1	83.9
看取り体制を調整した利用	0人	84	16.7	66.7	13.1	3.6	-	83.3
	1人以上	80	28.8	58.8	10.0	2.5	-	87.5
サービスの死亡終了者	0人	38	18.4	60.5	18.4	2.6	-	78.9
	1人以上	129	23.3	62.0	10.9	3.9	-	85.3
実践度	実践している	64	35.9	57.8	6.3	-	-	93.8
	検討中	69	15.9	66.7	14.5	2.9	-	82.6
	実践していない	22	18.2	72.7	9.1	-	-	90.9
取組方針有無	取組方針あり	61	39.3	54.1	4.9	1.6	-	93.4
	準備中	61	18.0	65.6	11.5	4.9	-	83.6
	取組方針なし	67	9.0	67.2	17.9	4.5	1.5	76.1
意思決定支援の手法	統一あり	153	24.8	61.4	9.8	3.3	0.7	86.3
	統一なし	27	7.4	70.4	18.5	3.7	-	77.8

(5) 実践の度合いと難しさ

① 実践の度合いと難しさ

【在宅病・在宅診】問 12. 在宅医療に従事する貴院の医師は、人生の最終段階の本人が、希望する最期を迎えられるよう、次のようなことをどの程度実践されていますか。また、取り組むにあたってどの程度難しいとお考えですか。

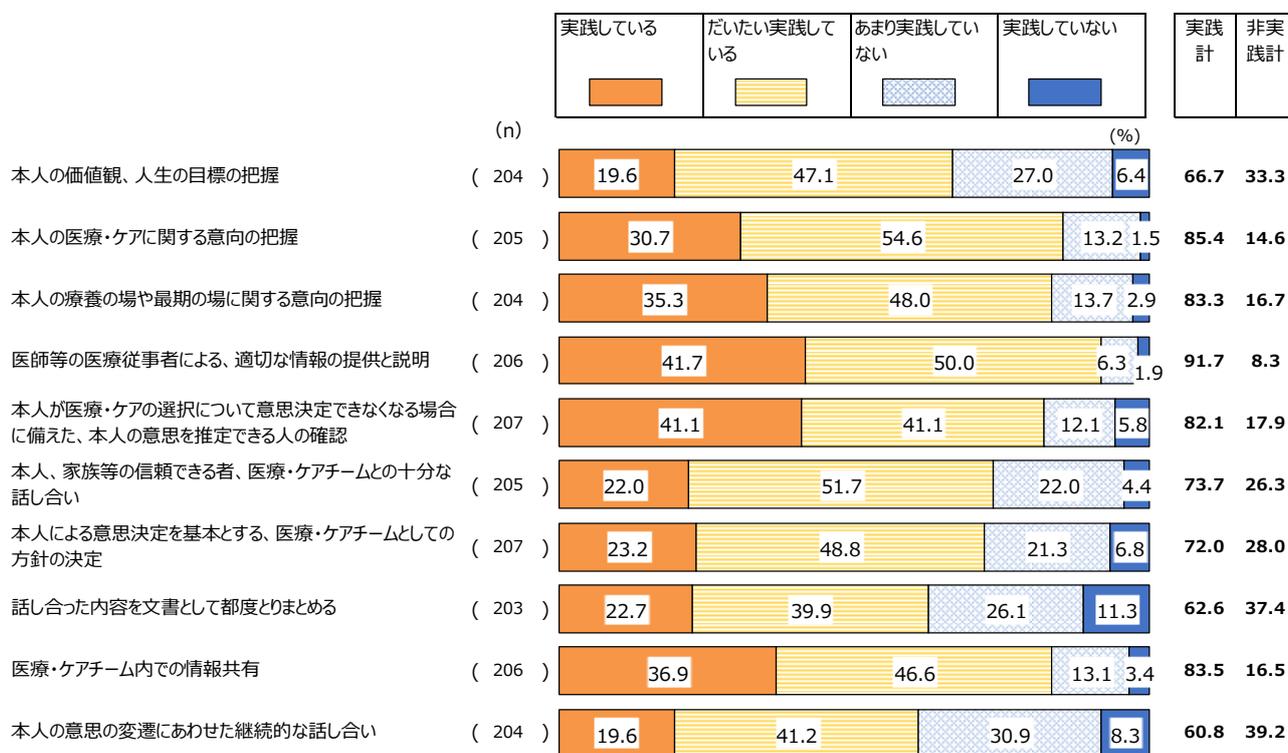
【訪看：問 11】【居宅：問 13】【訪介：問 13】

※無回答は除外して集計

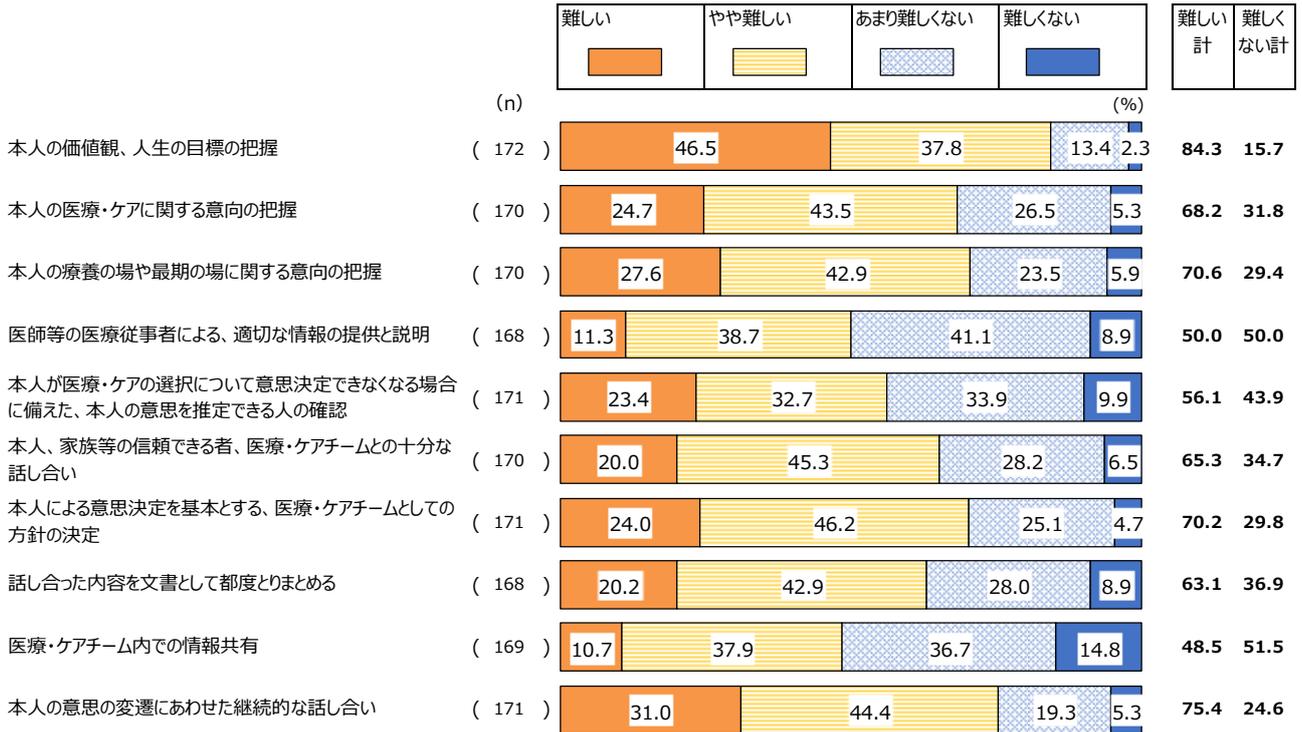
【在宅療養支援病院】

- 実践度合いをみると、「医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明」（実践計 91.7%）、「本人の医療・ケアに関する意向の把握」（実践計 85.3%）の実践度が高く、「本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い」（60.8%）、「話し合った内容を文書として都度とりまとめる」（62.6%）、「本人の価値観、人生の目標の把握」（実践計 66.7%）は低い。
- 難しさをみると、「本人の価値観、人生の目標の把握」（難しい計 84.3%）が難しい内容の上位に、「医療・ケアチーム内での情報共有」（難しい計 48.5%）、「医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明」（難しい計 50.0%）は下位に挙げられている。

図表. 実践の度合い <在宅療養支援病院>



図表. 実践の難しさ <在宅療養支援病院>



●本人の価値観、人生の目標の把握

実践内容	n	実践状況				実践している計		実践していない計		難しさ				難しさ計	
		実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している	実践していない	難しい	やや難しい	あまり難しくないと	難しくないと	難しい計	難しくないと計		
全体	204	19.6	47.1	27.0	6.4	66.7	33.3	172	46.5	37.8	13.4	2.3	84.3	15.7	
届出区分															
機能強化型(単独型)	44	20.5	54.5	25.0	-	75.0	25.0	38	39.5	42.1	18.4	-	81.6	18.4	
機能強化型(連携型)	55	18.2	58.2	20.0	3.6	76.4	23.6	46	43.5	43.5	10.9	2.2	87.0	13.0	
従来型	92	18.5	35.9	33.7	12.0	54.3	45.7	78	51.3	33.3	12.8	2.6	84.6	15.4	
ターミナル加算の算定有無															
算定あり	84	21.4	52.4	25.0	1.2	73.8	26.2	69	44.9	31.9	20.3	2.9	76.8	23.2	
算定なし	92	15.2	46.7	27.2	10.9	62.0	38.0	80	50.0	42.5	6.3	1.3	92.5	7.5	
訪問看護の提供体制															
24時間可能	169	19.5	49.1	26.0	5.3	68.6	31.4	142	45.1	38.7	14.1	2.1	83.8	16.2	
24時間不可	25	20.0	24.0	44.0	12.0	44.0	56.0	22	59.1	31.8	9.1	-	90.9	9.1	
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数															
0人	26	11.5	23.1	42.3	23.1	34.6	65.4	22	68.2	27.3	4.5	-	95.5	4.5	
1人未満	54	16.7	57.4	22.2	3.7	74.1	25.9	48	39.6	45.8	14.6	-	85.4	14.6	
2人未満	37	21.6	51.4	27.0	-	73.0	27.0	32	43.8	40.6	12.5	3.1	84.4	15.6	
3人未満	17	29.4	47.1	23.5	-	76.5	23.5	13	38.5	30.8	15.4	15.4	69.2	30.8	
3人以上	39	20.5	51.3	17.9	10.3	71.8	28.2	31	45.2	32.3	22.6	-	77.4	22.6	
実践度															
実践している	94	28.7	51.1	18.1	2.1	79.9	20.2	73	41.1	41.1	15.1	2.7	82.2	17.8	
検討中	85	11.8	48.2	32.9	7.1	60.0	40.0	77	48.1	36.4	13.0	2.6	84.4	15.6	
実践していない	9	22.2	33.3	22.2	22.2	44.4	55.6	8	37.5	50.0	12.5	-	87.5	12.5	
取組方針有無															
取組方針あり	105	21.0	52.4	23.8	2.9	73.3	26.7	83	50.6	34.9	13.3	1.2	85.5	14.5	
準備中	64	21.9	40.6	28.1	9.4	62.5	37.5	57	47.4	38.6	10.5	3.5	86.0	14.0	
取組方針なし	34	11.8	41.2	35.3	11.8	52.9	47.1	31	32.3	45.2	19.4	3.2	77.4	22.6	
意思決定支援の手法															
統一あり	133	23.3	51.9	21.8	3.0	75.2	24.8	110	49.1	35.5	13.6	1.8	84.5	15.5	
統一なし	54	14.8	40.7	37.0	7.4	55.6	44.4	46	37.0	45.7	13.0	4.3	82.6	17.4	

●本人の医療・ケアに関する意向の把握

実践内容	n	実践状況				実践している計		実践していない計		難しさ				難しさ計	
		実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している	実践していない	難しい	やや難しい	あまり難しくないと	難しくないと	難しい計	難しくないと計		
全体	205	30.7	54.6	13.2	1.5	85.4	14.6	170	24.7	43.5	26.5	5.3	68.2	31.8	
届出区分															
機能強化型(単独型)	43	30.2	60.5	9.3	-	90.7	9.3	38	21.1	52.6	23.7	2.6	73.7	26.3	
機能強化型(連携型)	56	37.5	51.8	8.9	1.8	89.3	10.7	44	22.7	47.7	22.7	6.8	70.5	29.5	
従来型	93	25.8	53.8	18.3	2.2	79.6	20.4	78	25.6	37.2	32.1	5.1	62.8	37.2	
ターミナル加算の算定有無															
算定あり	83	33.7	59.0	7.2	-	92.8	7.2	68	22.1	42.6	29.4	5.9	64.7	35.3	
算定なし	93	26.9	50.5	19.4	3.2	77.4	22.6	80	28.8	45.0	21.3	5.0	73.8	26.3	
訪問看護の提供体制															
24時間可能	169	33.7	53.3	11.8	1.2	87.0	13.0	140	22.1	44.3	27.9	5.7	66.4	33.6	
24時間不可	26	11.5	57.7	26.9	3.8	69.2	30.8	22	45.5	36.4	18.2	-	81.8	18.2	
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数															
0人	26	26.9	42.3	23.1	7.7	69.2	30.8	22	31.8	27.3	31.8	9.1	59.1	40.9	
1人未満	55	27.3	61.8	10.9	-	89.1	10.9	48	16.7	58.3	20.8	4.2	75.0	25.0	
2人未満	37	32.4	62.2	5.4	-	94.6	5.4	32	25.0	46.9	21.9	6.3	71.9	28.1	
3人未満	17	35.3	64.7	-	-	100.0	-	13	23.1	15.4	46.2	15.4	38.5	61.5	
3人以上	39	30.8	51.3	15.4	2.6	82.1	17.9	31	22.6	38.7	38.7	-	61.3	38.7	
実践度															
実践している	94	42.6	52.1	5.3	-	94.7	5.3	72	22.2	34.7	36.1	6.9	59.9	40.1	
検討中	84	20.2	58.3	19.0	2.4	78.6	21.4	76	23.7	52.6	19.7	3.9	76.3	23.7	
実践していない	10	40.0	50.0	10.0	-	90.0	10.0	8	37.5	37.5	12.5	12.5	75.0	25.0	
取組方針有無															
取組方針あり	106	35.8	55.7	8.5	-	91.5	8.5	82	22.0	41.5	32.9	3.7	63.4	36.6	
準備中	63	30.2	47.6	19.0	3.2	77.8	22.2	56	28.6	48.2	16.1	7.1	76.8	23.2	
取組方針なし	35	14.3	65.7	17.1	2.9	80.0	20.0	31	22.6	41.9	29.0	6.5	64.5	35.5	
意思決定支援の手法															
統一あり	132	34.1	56.8	9.1	-	90.9	9.1	109	26.6	45.0	22.9	5.5	71.6	28.4	
統一なし	55	29.1	47.3	20.0	3.6	76.4	23.6	46	19.6	39.1	37.0	4.3	58.7	41.3	

●本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		204	35.3	48.0	13.7	2.9	83.3	16.7
届出区分	機能強化型(単独型)	44	38.6	50.0	11.4	-	88.6	11.4
	機能強化型(連携型)	56	41.1	46.4	7.1	5.4	87.5	12.5
	従来型	91	30.8	47.3	18.7	3.3	78.0	22.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	84	42.9	47.6	7.1	2.4	90.5	9.5
	算定なし	92	30.4	44.6	20.7	4.3	75.0	25.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	169	37.9	46.7	12.4	3.0	84.6	15.4
	24時間不可	25	16.0	56.0	24.0	4.0	72.0	28.0
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	25	24.0	44.0	24.0	8.0	68.0	32.0
	1人未満	54	29.6	57.4	11.1	1.9	87.0	13.0
	2人未満	37	45.9	48.6	2.7	2.7	94.6	5.4
	3人未満	17	35.3	58.8	5.9	-	94.1	5.9
実践度	実践している	93	49.5	44.1	6.5	-	93.5	6.5
	検討中	84	25.0	51.2	20.2	3.6	76.2	23.8
	実践していない	10	30.0	50.0	20.0	-	80.0	20.0
取組方針有無	取組方針あり	105	43.8	47.6	8.6	-	91.4	8.6
	準備中	63	33.3	41.3	20.6	4.8	74.6	25.4
	取組方針なし	35	11.4	62.9	17.1	8.6	74.3	25.7
意思決定支援の手法	統一あり	131	40.5	48.1	10.7	0.8	88.5	11.5
	統一なし	55	32.7	45.5	16.4	5.5	78.2	21.8

		n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
全体		170	27.6	42.9	23.5	5.9	70.6	29.4
届出区分	機能強化型(単独型)	38	26.3	47.4	18.4	7.9	73.7	26.3
	機能強化型(連携型)	45	31.1	37.8	26.7	4.4	88.9	31.1
	従来型	77	22.1	46.8	26.0	5.2	88.8	31.2
ターミナル加算の算定有無	算定あり	69	29.0	33.3	27.5	10.1	62.3	37.7
	算定なし	79	26.6	51.9	19.0	2.5	78.5	21.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	140	27.9	41.4	24.3	6.4	69.3	30.7
	24時間不可	22	36.4	45.5	18.2	-	81.8	18.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	22	27.3	50.0	18.2	4.5	77.3	22.7
	1人未満	46	30.4	45.7	21.7	2.2	76.1	23.9
	2人未満	32	25.0	40.6	28.1	6.3	65.6	34.4
	3人未満	13	23.1	7.7	53.8	15.4	30.8	69.2
実践度	実践している	31	22.6	45.2	22.6	9.7	67.7	32.3
	検討中	71	29.6	36.6	23.9	9.9	66.2	33.8
	実践していない	77	23.4	48.1	24.7	3.9	71.4	28.6
取組方針有無	取組方針あり	8	37.5	62.5	-	-	100.0	-
	準備中	81	23.5	42.0	28.4	6.2	65.4	34.6
	取組方針なし	57	33.3	43.9	15.8	7.0	77.2	22.8
意思決定支援の手法	統一あり	31	25.8	45.2	25.8	3.2	71.0	29.0
	統一なし	108	31.5	38.9	22.2	7.4	70.4	29.6
		46	19.6	45.7	30.4	4.3	65.2	34.8

●医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		206	41.7	50.0	6.3	1.9	91.7	8.3
届出区分	機能強化型(単独型)	45	44.4	51.1	4.4	-	95.6	4.4
	機能強化型(連携型)	56	42.9	53.6	1.8	1.8	96.4	3.6
	従来型	92	40.2	47.8	8.7	3.3	88.0	12.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	85	42.4	55.3	2.4	-	97.6	2.4
	算定なし	92	43.5	41.3	10.9	4.3	84.8	15.2
訪問看護の提供体制	24時間可能	170	44.7	48.2	5.3	1.8	92.9	7.1
	24時間不可	26	28.9	53.8	15.4	3.8	80.8	19.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	26	30.8	53.8	7.7	7.7	84.6	15.4
	1人未満	56	39.3	55.4	5.4	-	94.6	5.4
	2人未満	37	62.2	35.1	2.7	-	97.3	2.7
	3人未満	17	35.3	64.7	-	-	100.0	-
実践度	実践している	93	52.7	43.0	4.3	-	95.7	4.3
	検討中	86	30.2	58.1	9.3	2.3	88.4	11.6
	実践していない	10	50.0	50.0	-	-	100.0	-
取組方針有無	取組方針あり	105	43.8	51.4	4.8	-	95.2	4.8
	準備中	65	43.1	43.1	10.8	3.1	86.2	13.8
	取組方針なし	35	31.4	60.0	2.9	5.7	91.4	8.6
意思決定支援の手法	統一あり	132	47.0	47.0	6.1	-	93.9	6.1
	統一なし	56	33.9	53.6	7.1	5.4	87.5	12.5

		n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
全体		168	11.3	38.7	41.1	8.9	50.0	50.0
届出区分	機能強化型(単独型)	36	11.1	36.1	47.2	5.6	47.2	52.8
	機能強化型(連携型)	46	8.7	39.1	43.5	8.7	47.8	52.2
	従来型	76	7.9	40.8	40.8	10.5	48.7	51.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	66	13.6	37.9	40.9	7.6	51.5	48.5
	算定なし	79	7.6	41.8	40.5	10.1	49.4	50.6
訪問看護の提供体制	24時間可能	138	12.3	35.5	44.2	8.0	47.8	52.2
	24時間不可	22	9.1	50.0	31.8	9.1	59.1	40.9
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	22	9.1	36.4	45.5	9.1	45.5	54.5
	1人未満	47	4.3	48.9	38.3	8.5	53.2	46.8
	2人未満	31	6.5	32.3	58.1	3.2	38.7	61.3
	3人未満	12	25.0	16.7	41.7	16.7	41.7	58.3
実践度	実践している	31	6.5	45.2	35.5	12.9	51.6	48.4
	検討中	70	11.4	37.1	40.0	11.4	48.6	51.4
	実践していない	76	6.6	46.1	40.8	6.6	52.6	47.4
取組方針有無	取組方針あり	8	12.5	37.5	37.5	12.5	50.0	50.0
	準備中	81	9.9	44.4	38.3	7.4	54.3	45.7
	取組方針なし	56	10.7	37.5	42.9	8.9	48.2	51.8
意思決定支援の手法	統一あり	30	13.3	28.7	46.7	13.3	40.0	60.0
	統一なし	108	13.0	35.2	40.7	11.1	48.1	51.9
		44	6.8	50.0	38.6	4.5	56.8	43.2

●本人の意思を推定できる人の確認

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		207	41.1	41.1	12.1	5.8	82.1	17.9
届出区分	機能強化型(単独型)	45	42.2	46.7	8.9	2.2	88.9	11.1
	機能強化型(連携型)	56	46.4	41.1	7.1	5.4	87.5	12.5
	従来型	93	33.3	40.9	17.2	8.6	74.2	25.8
ターミナル加算の算定有無	算定あり	85	40.0	51.8	5.9	2.4	91.8	8.2
	算定なし	93	44.1	28.9	18.3	10.8	71.0	29.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	171	43.3	39.2	12.3	5.3	82.5	17.5
	24時間不可	26	19.2	53.8	15.4	11.5	73.1	26.9
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	26	34.6	23.1	23.1	19.2	57.7	42.3
	1人未満	56	41.1	46.4	8.9	3.6	87.5	12.5
	2人未満	37	51.4	40.5	5.4	2.7	91.9	8.1
	3人未満	17	52.9	35.3	11.8	-	88.2	11.8
実践度	実践している	94	54.3	43.6	10.3	7.7	82.1	17.9
	検討中	86	32.6	47.7	10.5	9.3	80.2	19.8
	実践していない	10	20.0	50.0	20.0	10.0	70.0	30.0
取組方針有無	取組方針あり	106	47.2	39.6	9.4	3.8	86.8	13.2
	準備中	65	40.0	40.0	10.8	9.2	80.0	20.0
	取組方針なし	35	22.9	48.6	22.9	5.7	71.4	28.6
意思決定支援の手法	統一あり	133	47.4	40.6	8.3	3.8	88.0	12.0
	統一なし	56	32.1	42.9	19.6	5.4	75.0	25.0

		n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
全体		171	23.4	32.7	33.9	9.9	56.1	43.9
届出区分	機能強化型(単独型)	37	16.2	32.4	48.6	2.7	48.6	51.4
	機能強化型(連携型)	46	23.9	37.0	26.1	13.0	60.9	39.1
	従来型	78	24.4	32.1	32.1	11.5	56.4	43.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	68	19.1	30.9	44.1	5.9	50.0	50.0
	算定なし	80	26.3	35.0	26.3	12.5	61.3	38.8
訪問看護の提供体制	24時間可能	141	23.4	34.8	31.9	9.9	58.2	41.8
	24時間不可	22	31.8	22.7	45.5	6.4	54.5	45.5
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	22	38.4	13.6	36.4	13.6	50.0	50.0
	1人未満	47	14.9	48.9	25.5	10.6	63.8	36.2
	2人未満	32	9.4	53.1	31.3	6.3	62.5	37.5
	3人未満	13	38.5	7.7	38.5	15.4	46.2	53.8
実践度	実践している	31	22.6	19.4	48.4	9.7	41.9	58.1
	検討中	73	24.7	30.1	34.2	11.0	54.8	45.2
	実践していない	76	17.1	38.2	32.9	11.8	55.3	44.7
取組方針有無	取組方針あり	8	37.5	25.0	37.5	-	62.5	37.5
	準備中	83	22.9	31.3	34.9	10.8	54.2	45.8
	取組方針なし	56	19.6	41.1	30.4	8.9	60.7	39.3
意思決定支援の手法	統一あり	31	29.0	22.6	38.7	9.7	51.6	48.4
	統一なし	110	25.5	28.2	37.3	9.1	53.6	46.4
		45	11.1	48.9	26.7	13.3	60.0	40.0

●本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		205	22.0	51.7	22.0	4.4	73.7	26.3
届出区分	機能強化型(単独型)	43	23.3	58.1	18.6	-	81.4	18.6
	機能強化型(連携型)	56	19.6	58.9	16.1	5.4	78.6	21.4
	従来型	93	19.4	48.4	25.8	6.5	67.7	32.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	84	16.7	64.3	19.0	-	81.0	19.0
	算定なし	92	27.2	41.3	23.9	7.6	88.5	31.5</

●本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	評価							
								難しい	やや難しい	あまり難しくくない	難しくない	難しい計	難しくない計		
全体	207	23.2	48.8	21.3	6.8	72.0	28.0	17.1	24.0	46.2	25.1	4.7	70.2	29.8	
届出区分	機能強化型(単独型)	45	22.2	60.0	15.6	2.2	82.2	17.8	37	21.6	45.9	32.4	-	67.6	32.4
	機能強化型(連携型)	56	25.0	53.6	17.9	3.6	78.6	21.4	46	28.3	47.8	15.2	8.7	76.1	23.9
	従来型	93	19.4	43.0	26.9	10.8	62.4	37.6	78	20.5	44.9	29.5	5.1	65.4	34.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	85	21.2	62.4	14.1	2.4	83.5	16.5	68	26.5	36.8	33.8	2.9	63.2	36.8
	算定なし	93	24.7	38.7	24.7	11.8	63.4	36.6	80	20.0	52.5	21.3	6.3	72.5	27.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	171	25.1	49.1	19.9	5.8	74.3	25.7	141	22.7	47.5	24.8	5.0	70.2	29.8
	24時間不可	26	7.7	38.5	38.5	15.4	46.2	53.8	22	40.9	31.8	27.3	-	72.7	27.3
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	26	15.4	30.8	23.1	30.8	46.2	53.8	22	22.7	31.8	31.8	13.6	54.5	45.5
	1人未満	56	21.4	53.6	19.6	5.4	75.0	25.0	47	27.7	51.1	19.1	2.1	78.7	21.3
	2人未満	37	35.1	56.8	8.1	-	91.9	8.1	32	15.6	43.8	37.5	3.1	59.4	40.6
	3人未満	17	29.4	41.2	29.4	-	70.6	29.4	13	15.4	46.2	23.1	15.4	61.5	38.5
実践度	3人以上	39	15.4	56.4	25.6	2.6	71.8	28.2	31	19.4	51.6	25.8	3.2	71.0	29.0
	実践している	94	35.1	48.9	14.9	1.1	84.0	16.0	73	27.4	38.4	28.8	5.5	65.8	34.2
	検討中	86	15.1	51.2	24.4	9.3	66.3	33.7	76	19.7	52.6	22.4	5.3	72.4	27.6
取組方針有無	実践していない	10	10.0	40.0	30.0	20.0	50.0	50.0	8	25.0	62.5	12.5	-	87.5	12.5
	取組方針あり	106	28.3	52.8	17.0	1.9	81.1	18.9	83	25.3	45.8	24.1	4.8	71.1	28.9
	準備中	65	20.0	44.6	24.6	10.8	64.6	35.4	56	25.0	48.2	19.6	7.1	73.2	26.8
意思決定支援の手法	取組方針なし	35	11.4	45.7	28.6	14.3	57.1	42.9	31	16.1	45.2	38.7	-	61.3	38.7
	統一あり	133	29.3	51.1	17.3	2.3	80.5	19.5	109	21.1	45.0	27.5	6.4	66.1	33.9
統一なし	56	14.3	46.4	23.2	16.1	60.7	39.3	46	26.1	47.8	23.9	2.2	73.9	26.1	

●話し合った内容を文書として都度とりまとめる

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	評価							
								難しい	やや難しい	あまり難しくくない	難しくない	難しい計	難しくない計		
全体	203	22.7	39.9	26.1	11.3	62.6	37.4	168	20.2	42.9	28.0	8.9	63.1	36.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	45	26.7	35.6	33.3	4.4	62.2	37.8	37	18.9	43.2	18.9	18.9	62.2	37.8
	機能強化型(連携型)	56	26.8	42.9	21.4	8.9	69.6	30.4	46	21.7	52.2	23.9	2.2	73.9	26.1
	従来型	89	18.0	40.4	23.6	18.0	58.4	41.6	75	17.3	38.7	34.7	9.3	56.0	44.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	85	24.7	40.0	30.6	4.7	64.7	35.3	68	17.6	45.6	27.9	8.8	63.2	36.8
	算定なし	90	23.3	34.4	23.3	18.9	57.8	42.2	77	20.8	44.2	27.3	7.8	64.9	35.1
訪問看護の提供体制	24時間可能	168	23.8	42.3	25.0	8.9	66.1	33.9	139	18.7	45.3	25.9	10.1	64.0	36.0
	24時間不可	26	19.2	23.1	34.6	23.1	42.3	57.7	22	31.8	27.3	36.4	4.5	59.1	40.9
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	25	20.0	20.0	24.0	36.0	40.0	60.0	22	36.4	22.7	22.7	18.2	59.1	40.9
	1人未満	56	25.0	39.3	26.8	8.9	64.3	35.7	47	19.1	42.6	31.9	6.4	61.7	38.3
	2人未満	37	29.7	37.8	27.0	5.4	67.6	32.4	32	9.4	53.1	21.9	15.6	62.5	37.5
	3人未満	16	12.5	43.8	31.3	12.5	56.3	43.8	12	25.0	66.7	8.3	-	91.7	8.3
実践度	3人以上	39	15.4	59.0	17.9	7.7	74.4	25.6	31	9.7	38.7	45.2	6.5	48.4	51.6
	実践している	94	34.0	44.7	14.9	6.4	78.7	21.3	72	20.8	41.7	27.8	9.7	62.5	37.5
	検討中	83	13.3	32.5	43.4	10.8	45.8	54.2	75	14.7	49.3	28.0	8.0	64.0	36.0
取組方針有無	実践していない	10	20.0	40.0	10.0	30.0	60.0	40.0	8	37.5	25.0	25.0	12.5	62.5	37.5
	取組方針あり	106	28.3	45.3	19.8	6.6	73.6	26.4	83	20.5	45.8	25.3	8.4	66.3	33.7
	準備中	62	19.4	32.3	37.1	11.3	51.6	48.4	55	16.4	41.8	30.9	10.9	58.2	41.8
意思決定支援の手法	取組方針なし	34	8.8	38.2	26.5	28.5	47.1	52.9	29	24.1	37.9	31.0	6.9	62.1	37.9
	統一あり	131	28.2	40.5	26.7	4.6	68.7	31.3	109	19.3	43.1	26.6	11.0	62.4	37.6
統一なし	54	11.1	40.7	24.1	24.1	51.9	48.1	43	20.9	46.5	30.2	2.3	67.4	32.6	

●医療・ケアチーム内での情報共有

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	評価							
								難しい	やや難しい	あまり難しくくない	難しくない	難しい計	難しくない計		
全体	206	36.9	46.6	13.1	3.4	83.5	16.5	169	10.7	37.9	36.7	14.8	48.5	51.5	
届出区分	機能強化型(単独型)	45	37.8	44.4	15.6	2.2	82.2	17.8	37	16.2	35.1	35.1	13.5	51.4	48.6
	機能強化型(連携型)	56	39.3	48.2	10.7	1.8	87.5	12.5	46	6.5	39.1	43.5	10.9	45.7	54.3
	従来型	92	33.7	46.7	14.1	5.4	80.4	19.6	76	7.9	36.8	36.8	18.4	44.7	55.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	85	40.0	49.4	9.4	1.2	89.4	10.6	68	10.3	33.8	38.2	17.6	44.1	55.9
	算定なし	92	37.0	38.0	18.5	6.5	75.0	25.0	78	9.0	44.9	32.1	14.1	53.8	46.2
訪問看護の提供体制	24時間可能	170	38.8	46.5	12.4	2.4	85.3	14.7	140	10.0	39.3	35.7	15.0	49.3	50.7
	24時間不可	26	26.9	46.2	19.2	7.7	73.1	26.9	21	19.0	23.8	52.4	4.8	42.9	57.1
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	26	29.1	42.3	23.1	11.5	65.4	34.6	21	14.3	28.6	33.3	23.8	42.9	57.1
	1人未満	56	35.7	48.2	14.3	1.8	83.9	16.1	47	8.5	42.6	38.3	10.6	51.1	48.9
	2人未満	37	37.8	54.1	8.1	-	91.9	8.1	32	6.3	37.5	43.8	12.5	43.8	56.3
	3人未満	17	41.2	41.2	11.8	5.9	82.4	17.6	13	7.7	46.2	15.4	30.8	53.8	46.2
実践度	3人以上	38	44.7	44.7	7.9	2.6	89.5	10.5	31	6.5	38.7	35.5	19.4	45.2	54.8
	実践している	94	60.0	42.6	6.4	1.1	92.6	7.4	73	9.6	34.2	35.6	20.5	43.8	56.2
	検討中	86	27.9	51.2	17.4	3.5	79.1	20.9	74	8.1	39.2	39.2	13.5	47.3	52.7
取組方針有無	実践していない	10	30.0	30.0	30.0	10.0	60.0	40.0	8	12.5	50.0	37.5	-	62.5	37.5
	取組方針あり	105	41.9	48.6	8.6	1.0	90.5	9.5	83	9.6	41.0	33.7	15.7	50.6	49.4
	準備中	65	33.8	43.1	18.5	4.6	76.9	23.1	54	9.3	31.5	40.7	18.5	40.7	59.3
意思決定支援の手法	取組方針なし	35	25.7	48.6	17.1	8.6	74.3	25.7	31	12.9	41.9	36.7	6.5	54.8	45.2
	統一あり	132	46.2	43.2	10.6	-	89.4	10.6	108	9.3	35.2	37.0	18.5	44.4	55.6
統一なし	56	25.0	51.8	12.5	10.7	78.8	23.2	45	8.9	46.7	35.6	8.9	55.6	44.4	

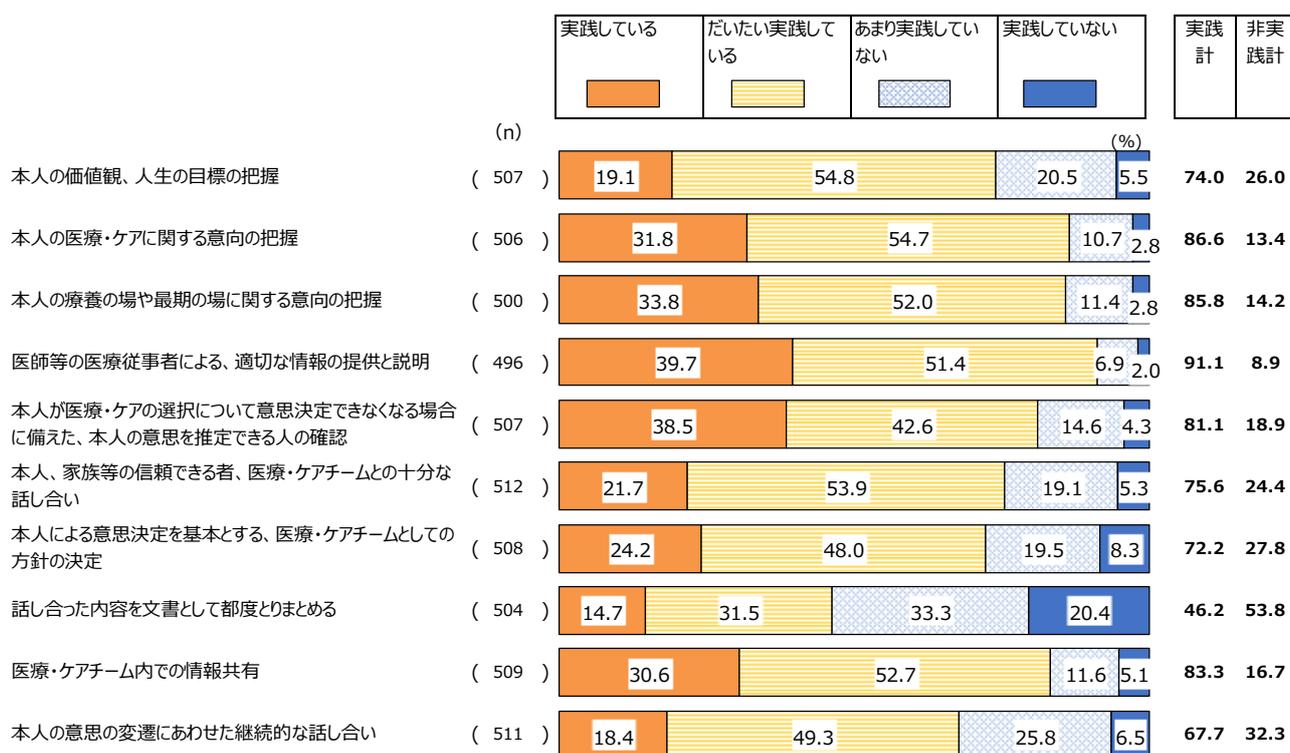
●本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	評価							
								難しい	やや難しい	あまり難しくくない	難しくない	難しい計	難しくない計		
全体	204	19.6	41.2	30.9	8.3	60.8	39.2	171	31.0	44.4	19.3	5.3	75.4	24.6	
届出区分	機能強化型(単独型)	44	22.7	47.7	29.5	-	70.5	29.5	38	21.1	50.0	23.7	5.3	71.1	28.9
	機能強化型(連携型)	56	23.2	41.1	26.8	8.9	64.3	35.7	45	35.6	44.4	15.6	4.4	80.0	20.0
	従来型	91	14.3	37.4	36.3	12.1	51.6	48.4	78	32.1	43.6	17.9	6.4	75.6	24.4
ターミナル加算の算定有無	算定あり	83	21.7	45.8	28.9	3.6	67.5	32.5	69	23.2	47.8	23.2	5.8	71.0	29.0
	算定なし	92	19.6	32.6	34.8	13.0	52.2	47.8	79	38.0	39.2	17.7	5.1	77.2	22.8
訪問看護の提供体制	24時間可能	169	20.1	45.6	26.6	7.7	65.7	34.3	141	31.2	42.6	20.6	5.7	73.8	26.2
	24時間不可	25	12.0	8.0	64.0	16.0	20.0	80.0	22	40.9	50.0	9.1	-	90.9	9.1
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	25	16.0	24.0	32.0	28.0	40.0	60.0	23	43.5	30.4	17.4	8.7	73.9	26.1
	1人未満	55	10.9	38.2	43.8	7.3	49.1	50.9	47	31.9	55.3	10.6	2.1	87.	

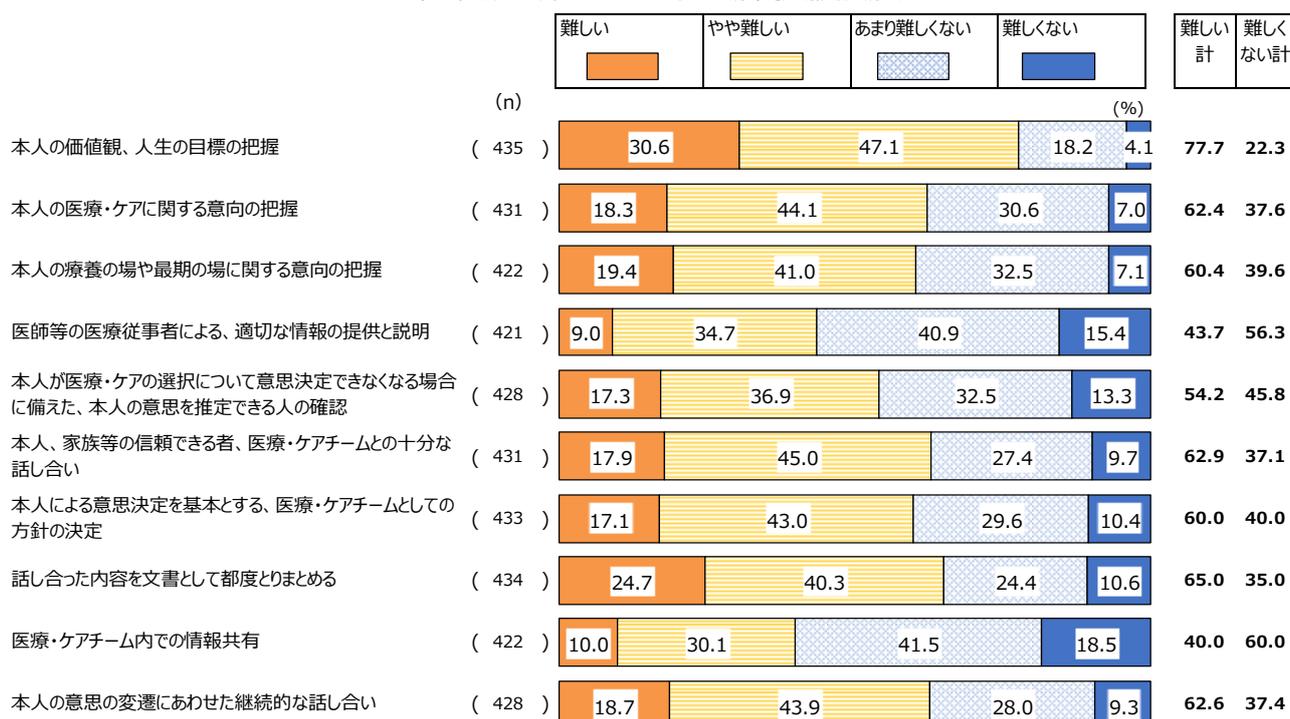
【在宅療養支援診療所】

- 実践度合いをみると、「医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明」（実践計 91.1%）、「本人の医療・ケアに関する意向の把握」（実践計 86.6%）、「本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握」（実践計 85.8%）の実践度が高く、「話し合った内容を文書として都度とりまとめる」（実践計 46.2%）は低い。
- 難しさをみると、「本人の価値観、人生の目標の把握」（難しい計 77.7%）が難しい内容の上位に、「医療・ケアチーム内での情報共有」（難しい計 40.0%）、「医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明」（難しい計 43.7%）は下位に挙げられている。

図表. 実践の度合い <在宅療養支援診療所>



図表. 実践の難しさ <在宅療養支援診療所>



●本人の価値観、人生の目標の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		507	19.1	54.8	20.5	5.5	74.0	26.0
届出区分	機能強化型(単独型)	32	28.1	46.9	21.9	3.1	75.0	25.0
	機能強化型(連携型)	159	24.5	56.6	15.1	3.8	81.1	18.9
	従来型	294	14.3	56.1	23.8	5.8	70.4	29.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	257	24.9	56.4	15.2	3.5	81.3	18.7
	算定なし	232	12.9	54.7	25.4	6.9	67.7	32.3
	訪問看護の提供体制	24時間可能	434	21.2	56.2	18.0	4.6	77.4
	24時間不可	60	6.7	45.0	35.0	13.3	51.7	48.3
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	9.1	53.0	30.3	7.6	62.1	37.9
	1人未満	101	12.9	50.5	30.7	5.9	63.4	36.6
	2人未満	87	25.3	56.3	14.9	3.4	81.6	18.4
	3人未満	58	19.0	65.5	13.8	1.7	84.5	15.5
	3人以上	125	26.4	58.4	11.2	4.0	84.8	15.2
実践度	実践している	205	26.8	62.4	10.2	0.5	89.9	10.7
	検討中	191	12.6	57.1	27.2	3.1	69.6	30.4
	実践していない	65	12.3	32.3	32.3	23.1	44.6	55.4
取組方針有無	取組方針あり	167	28.1	61.7	9.8	0.6	89.8	10.2
	準備中	164	14.6	62.2	20.1	3.0	76.8	23.2
	取組方針なし	171	14.0	40.9	32.2	12.9	55.0	45.0
意思決定支援の手法	統一あり	309	24.6	57.0	16.8	1.6	81.6	18.4
	統一なし	128	7.0	53.9	29.7	9.4	60.9	39.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
435	30.6	47.1	18.2	4.1	77.7	22.3
27	40.7	48.1	7.4	3.7	88.9	11.1
137	24.8	50.4	19.0	5.8	75.2	24.8
252	32.9	45.6	18.3	3.2	78.6	21.4
218	31.7	44.5	18.8	5.0	76.1	23.9
200	29.5	50.0	17.0	3.5	79.5	20.5
374	29.1	47.1	19.3	4.5	76.2	23.8
50	42.0	48.0	8.0	2.0	90.0	10.0
55	29.1	56.4	12.7	1.8	85.5	14.5
90	40.0	44.4	13.3	2.2	84.4	15.6
79	30.4	44.3	19.0	6.3	74.7	25.3
44	13.6	50.0	29.5	6.8	63.6	36.4
110	28.2	46.4	19.1	6.4	74.5	25.5
178	22.5	48.9	22.5	6.2	71.3	28.7
159	30.2	51.6	16.4	1.9	81.8	18.2
57	43.9	35.1	17.5	3.5	78.9	21.1
143	22.4	51.0	20.3	6.3	73.4	26.6
137	28.5	49.6	18.2	3.6	78.1	21.9
151	39.7	41.7	15.9	2.6	81.5	18.5
262	28.2	48.9	18.3	4.6	77.1	22.9
113	32.7	45.1	17.7	4.4	77.9	22.1

●本人の医療・ケアに関する意向の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		506	31.8	54.7	10.7	2.8	86.6	13.4
届出区分	機能強化型(単独型)	32	40.6	43.8	15.6	-	84.4	15.6
	機能強化型(連携型)	161	42.2	48.4	6.8	2.5	90.7	9.3
	従来型	292	25.3	60.6	11.6	2.4	86.0	14.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	255	39.6	51.0	8.6	0.8	90.6	9.4
	算定なし	230	22.2	61.3	11.7	4.8	83.5	16.5
	訪問看護の提供体制	24時間可能	432	34.0	55.6	8.6	1.9	89.6
	24時間不可	61	16.4	50.8	23.0	9.8	67.2	32.8
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	65	18.5	56.9	20.0	4.6	75.4	24.6
	1人未満	100	23.0	60.0	17.0	-	83.0	17.0
	2人未満	87	35.6	58.6	3.4	2.3	94.3	5.7
	3人未満	57	38.6	56.1	3.5	1.8	94.7	5.3
	3人以上	124	43.5	48.4	6.5	1.6	91.9	8.1
実践度	実践している	201	44.8	52.2	3.0	-	97.0	3.0
	検討中	191	24.1	60.2	14.7	1.0	84.3	15.7
	実践していない	67	14.9	46.3	22.4	16.4	61.2	38.8
取組方針有無	取組方針あり	164	39.0	55.5	4.3	1.2	94.5	5.5
	準備中	163	31.3	58.3	10.4	-	89.6	10.4
	取組方針なし	173	24.9	50.9	17.3	6.9	75.7	24.3
意思決定支援の手法	統一あり	308	37.7	53.9	7.5	1.0	91.6	8.4
	統一なし	126	19.0	57.1	19.8	4.0	76.2	23.8

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
431	18.3	44.1	30.6	7.0	62.4	37.6
27	25.9	37.0	18.5	18.5	63.0	37.0
137	10.2	51.1	30.7	8.0	61.3	38.7
248	21.4	41.5	31.9	5.2	62.9	37.1
216	16.7	43.5	32.4	7.4	60.2	39.8
198	20.7	44.9	28.3	6.1	65.7	34.3
370	16.8	44.6	30.8	7.8	61.4	38.6
49	30.6	46.9	20.4	2.0	77.6	22.4
55	18.2	49.1	29.1	3.6	67.3	32.7
90	20.0	50.0	28.9	1.1	70.0	30.0
77	13.0	44.2	33.8	9.1	57.1	42.9
43	7.0	39.5	34.9	18.6	46.5	53.5
109	16.5	42.2	32.1	9.2	58.7	41.3
175	15.4	41.1	31.4	12.0	56.6	43.4
159	16.4	49.7	30.2	3.8	66.0	34.0
59	25.4	35.6	37.3	1.7	61.0	39.0
142	16.2	41.5	31.0	11.3	57.7	42.3
135	14.1	51.9	29.6	4.4	65.9	34.1
149	24.2	39.6	30.9	5.4	63.8	36.2
261	18.4	42.5	32.2	6.9	60.9	39.1
109	19.3	44.0	30.3	6.4	63.3	36.7

●本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		500	33.8	52.0	11.4	2.8	85.8	14.2
届出区分	機能強化型(単独型)	31	45.2	38.7	16.1	-	83.9	16.1
	機能強化型(連携型)	158	44.3	48.1	5.7	1.9	92.4	7.6
	従来型	290	27.2	56.9	13.1	2.8	84.1	15.9
ターミナル加算の算定有無	算定あり	251	42.6	47.4	8.8	1.2	90.0	10.0
	算定なし	228	23.7	58.8	13.2	4.4	82.5	17.5
	訪問看護の提供体制	24時間可能	426	36.4	53.5	8.2	1.9	89.9
	24時間不可	61	14.8	44.3	31.1	9.8	59.0	41.0
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	64	15.6	56.3	23.4	4.7	71.9	28.1
	1人未満	100	25.0	58.0	17.0	-	83.0	17.0
	2人未満	86	34.9	57.0	4.7	3.5	91.9	8.1
	3人未満	56	42.9	51.8	3.6	1.8	94.6	5.4
	3人以上	122	49.2	45.9	3.3	1.6	95.1	4.9
実践度	実践している	199	47.2	47.2	5.5	-	94.5	5.5
	検討中	188	23.9	62.2	12.8	1.1	86.2	13.8
	実践していない	65	23.1	38.9	23.1	18.9	60.0	40.0
取組方針有無	取組方針あり	164	45.7	49.4	3.7	1.2	95.1	4.9
	準備中	160	26.9	60.6	11.9	0.6	87.5	12.5
	取組方針なし	171	29.2	46.2	18.1	6.4	75.4	24.6
意思決定支援の手法	統一あり	304	39.5	52.0	7.6	1.0	91.4	8.6
	統一なし	125	20.8	54.4	20.0	4.8	75.2	24.8

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
422	19.4	41.0	32.5	7.1	60.4	39.6
26	34.6	50.0	7.7	7.7	84.6	15.4
135	10.4	46.7	33.3	9.6	57.0	43.0
242	22.3	36.4	35.1	6.2	58.7	41.3
212	17.9	39.6	34.4	8.0	57.5	42.5
193	21.2	43.0	30.1	5.7	64.2	35.8
361	17.7	41.0	33.5	7.8	58.7	41.3
49	34.7	42.9	20.4	2.0	77.6	22.4
53	15.1	56.8	26.4	1.9	71.7	28.3
89	23.6	43.8	32.6	-	67.4	32.6
74	17.6	40.5	31.1	10.8	58.1	41.9
43	11.6	27.9	44.2	16.3	39.5	60.5
106	16.0	34.9	37.7	11.3	50.9	49.1
171	16.4	42.7	31.6	9.4	54.1	45.9
156	16.0	41.7	35.9	6.4	57.7	42.3
58	27.6	37.9	31.0	3.4	65.5	34.5
139	15.8	40.3	33.1	10.8	56.1	43.9
133	17.3	45.1	32.3	5.3	62.4	37.6
146	24.7	38.4	31.5	5.5	63.0	37.0
256	19.9	38.7	34.0	7.4	58.6	41.4
106	19.8	43.4	31.1	5.7	63.2	36.8

●医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		496	39.7	51.4	6.9	2.0	91.1	8.9
届出区分	機能強化型(単独型)	30	43.3	50.0	6.7	-	93.3	6.7
	機能強化型(連携型)	156	46.8	46.8	6.4	-	93.6	6.4
	従来型	289	35.6	55.0	6.6	2.8	90.7	9.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	249	50.2	43.0	6.0	0.8	93.2	6.8
	算定なし	228	28.9	61.0	6.6	3.5	89.9	10.1
	訪問看護の提供体制	24時間可能	423	41.4	52.0	5.7	0.9	93.4
	24時間不可	59	28.8	45.8	15.3	10.2	74.6	25.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	65	20.0	69.2	7.7	3.1	89.2	10.8
	1人未満	99	33.3	59.6	5.1	2.0	92.9	7.1
	2人未満	86	45.3	48.8	5.8	-	94.2	5.8
	3人未満	58	41.4	48.3	8.6	1.7	89.7	10.3
</								

●本人の意思を推定できる人の確認

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		507	38.5	42.6	14.6	4.3	81.1	18.9
届出区分	機能強化型(単独型)	31	25.8	48.4	25.8	-	74.2	25.8
	機能強化型(連携型)	160	48.8	36.3	12.5	2.5	85.0	15.0
	従来型	294	34.4	46.6	13.6	5.4	81.0	19.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	256	41.0	42.6	13.7	2.7	83.6	16.4
	算定なし	231	35.1	43.7	15.2	6.1	78.8	21.2
	訪問看護の提供体制	24時間可能	432	39.4	43.3	13.7	3.7	82.6
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	27.3	47.0	21.2	4.5	74.2	25.8
	1人未満	100	31.0	51.0	14.0	4.0	82.0	18.0
	2人未満	88	45.5	35.2	12.5	6.8	80.7	19.3
	3人以上	57	43.9	43.9	8.8	3.5	87.7	12.3
実践度	実践している	202	52.0	36.1	11.4	0.5	88.1	11.9
	検討中	191	27.7	50.3	17.8	4.2	78.0	22.0
	実践していない	66	31.8	36.4	15.2	6.7	68.2	31.8
取組方針有無	取組方針あり	165	46.1	41.2	10.9	1.8	87.3	12.7
	準備中	164	36.6	45.1	14.6	3.7	81.7	18.3
	取組方針なし	172	33.1	41.9	17.4	7.6	75.0	25.0
意思決定支援の手法	統一あり	308	45.8	41.6	12.0	0.6	87.3	12.7
	統一なし	129	22.5	47.3	20.9	9.3	69.8	30.2

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
428	17.3	36.9	32.5	13.3	54.2	45.8
26	26.9	30.8	23.1	19.2	57.7	42.3
138	15.2	39.1	32.6	13.0	54.3	45.7
246	16.7	35.4	34.1	13.8	52.0	48.0
216	16.2	36.1	33.8	13.9	52.3	47.7
194	19.1	37.6	31.4	11.9	56.7	43.3
369	16.8	37.9	31.4	13.8	54.7	45.3
47	25.5	29.8	36.2	8.5	55.3	44.7
55	12.7	47.3	34.5	5.5	60.0	40.0
87	20.7	39.1	27.6	12.6	59.8	40.2
76	21.1	26.3	32.9	19.7	47.4	52.6
44	6.8	47.7	31.8	13.6	54.5	45.5
111	15.3	33.3	34.2	17.1	48.6	51.4
175	14.3	34.3	34.9	16.6	48.6	51.4
159	17.0	38.4	34.6	10.1	55.3	44.7
56	23.2	39.3	25.0	12.5	62.5	37.5
140	13.6	35.0	32.9	18.6	48.6	51.4
134	17.2	35.1	35.1	12.7	52.2	47.8
149	21.5	39.6	29.5	9.4	61.1	38.9
259	12.4	36.7	36.3	14.7	49.0	51.0
109	24.8	35.8	26.6	12.8	60.6	39.4

●本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		512	21.7	53.9	19.1	5.3	75.6	24.4
届出区分	機能強化型(単独型)	31	19.4	61.3	19.4	-	80.6	19.4
	機能強化型(連携型)	161	28.0	54.7	14.9	2.5	82.6	17.4
	従来型	298	17.4	55.0	20.8	6.7	72.5	27.5
ターミナル加算の算定有無	算定あり	256	29.7	52.7	13.7	3.9	82.4	17.6
	算定なし	235	12.8	55.7	24.3	7.2	68.5	31.5
	訪問看護の提供体制	24時間可能	437	22.9	55.4	18.1	3.7	78.3
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	6.1	53.0	34.8	6.1	59.1	40.9
	1人未満	101	17.8	58.4	19.8	4.0	76.2	23.8
	2人未満	88	21.6	54.5	17.0	6.8	76.1	23.9
	3人以上	58	31.0	48.3	15.5	5.2	79.3	20.7
実践度	実践している	204	30.9	54.4	12.7	2.0	85.3	14.7
	検討中	192	14.1	57.3	22.9	5.7	71.4	28.6
	実践していない	67	14.9	44.8	26.9	13.4	59.7	40.3
取組方針有無	取組方針あり	166	27.7	59.6	10.2	2.4	87.3	12.7
	準備中	164	19.5	57.9	18.3	4.3	77.4	22.6
	取組方針なし	176	17.6	45.5	27.8	9.1	63.1	36.9
意思決定支援の手法	統一あり	309	25.6	58.6	13.3	2.6	84.1	15.9
	統一なし	130	14.6	49.2	28.5	7.7	63.8	36.2

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
431	17.9	45.0	27.4	9.7	62.9	37.1
27	18.5	59.3	7.4	14.8	77.8	22.2
136	9.6	50.0	31.6	8.8	59.6	40.4
249	21.7	41.8	27.3	9.2	63.5	36.5
215	14.0	40.5	31.2	14.4	54.4	45.6
199	21.6	50.3	22.6	5.5	71.9	28.1
371	16.2	45.0	28.8	10.0	61.2	38.8
48	33.3	43.8	14.6	8.3	77.1	22.9
54	20.4	61.1	14.8	3.7	81.5	18.5
88	18.2	47.7	28.4	5.7	65.9	34.1
77	22.1	42.9	27.3	7.8	64.9	35.1
45	8.9	46.7	26.7	17.8	55.6	44.4
111	13.5	40.5	28.8	17.1	54.1	45.9
177	10.2	48.6	28.2	13.0	58.8	41.2
157	21.7	43.9	27.4	7.0	65.6	34.4
58	24.1	36.2	29.3	10.3	60.3	39.7
142	10.6	46.5	28.9	14.1	67.0	33.0
134	16.4	45.5	29.1	9.0	61.9	38.1
150	26.7	43.3	23.3	6.7	70.0	30.0
260	14.2	45.4	28.8	11.5	59.6	40.4
110	20.9	46.4	24.5	8.2	67.3	32.7

●本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		508	24.2	48.0	19.5	8.3	72.2	27.8
届出区分	機能強化型(単独型)	31	19.4	58.1	16.1	6.5	77.4	22.6
	機能強化型(連携型)	160	31.3	50.0	13.1	5.6	81.3	18.8
	従来型	295	20.3	47.5	23.1	9.2	67.8	32.2
ターミナル加算の算定有無	算定あり	254	30.3	51.2	12.2	6.3	81.5	18.5
	算定なし	233	18.0	45.5	26.2	10.3	63.5	36.5
	訪問看護の提供体制	24時間可能	433	26.1	50.1	17.3	6.5	76.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	65	8.2	39.3	34.4	18.0	47.5	52.5
	1人未満	100	10.8	40.0	40.0	9.2	50.8	49.2
	2人未満	100	15.0	51.0	28.0	6.0	66.0	34.0
	3人以上	88	27.3	46.6	13.6	12.5	73.9	26.1
実践度	実践している	203	37.9	47.8	9.4	4.9	85.7	14.3
	検討中	190	13.7	54.7	24.2	7.4	68.4	31.6
	実践していない	66	15.2	31.8	31.8	21.2	47.0	53.0
取組方針有無	取組方針あり	166	35.5	54.8	6.6	3.0	90.4	9.6
	準備中	162	19.1	54.3	21.0	5.6	73.5	26.5
	取組方針なし	174	17.8	35.6	30.5	16.1	53.4	46.6
意思決定支援の手法	統一あり	305	29.5	53.4	13.8	3.3	83.0	17.0
	統一なし	130	16.9	41.5	31.5	10.0	58.5	41.5

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
433	17.1	43.0	29.6	10.4	60.0	40.0
27	22.2	48.1	22.2	7.4	70.4	29.6
137	10.2	45.3	33.6	10.9	55.5	44.5
250	19.6	41.6	28.4	10.4	61.2	38.8
217	14.7	40.1	30.0	15.2	54.8	45.2
199	20.1	45.7	28.1	6.0	65.8	34.2
372	14.5	44.1	30.4	11.0	58.6	41.4
49	38.8	36.7	20.4	4.1	75.5	24.5
55	23.6	49.1	23.6	3.6	72.7	27.3
90	16.7	50.0	31.1	2.2	66.7	33.3
77	16.9	37.7	32.5	13.0	54.5	45.5
45	11.1	37.8	31.1	20.0	48.9	51.1
110	13.6	40.9	28.2	17.3	54.5	45.5
175	9.7	41.1	32.6	16.6	50.9	49.1
160	19.4	44.4	29.4	6.9	63.8	36.2
59	28.8	40.7	23.7	6.8	69.5	30.5
142	7.7	40.1	34.5	17.6	47.9	52.1
137	16.1	43.1	32.8	8.0	59.1	40.9
149	26.8	46.3	20.8	6.0	73.2	26.8
261	12.3	41.8	33.7	12.3	54.0	46.0
111	22.5	45.9	21.6	9.9	68.5	31.5

●話し合った内容を文書として都度とりまとめる

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		504	14.7	31.5	33.3	20.4	46.2	53.8
届出区分	機能強化型(単独型)	31	19.4	38.7	25.8	16.1	58.1	41.9
	機能強化型(連携型)	158	17.1	37.3	33.5	12.0	54.4	45.6
	従来型	293	12.3	28.7	34.1	24.9	41.0	59.0
ターミナル加算の算定有無	算定あり	252	18.3	35.3	32.1	14.3	53.6	46.4
	算定なし	233	10.7	27.9	33.9	27.5	38.6	61.4
	訪問看護の提供体制	24時間可能	431	14.6	32.7	34.6	18.1	47.3
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	59	11.9	27.1	25.4	35.6	38.0	61.0
	1人未満	66	9.1	30.3	40.9	19.7	39.4	60.6
	2人未満	99	14.1	32.3	28.3	25.3	46.5	53.5
	3人以上	87	17.2	34.5	31.0	17.2	51.7	48.3
実践度	実践している	203	25.1	37.9	26.1	10.8	63.1	36.9
	検討中	189	6.3	32.3	41.3	20.1	38.6	61.4
	実践していない	67	6.0	14.9	29.9	49.3	20.9	79.1
取組方針有無	取組方針あり	165	25.5	35.8	27.3	11.5	61.2	38.8
	準備中	163	12.9	36.2	35.6	15.3	49.1	50.9
	取組方針なし	170	6.5	22.9	35.9	34.7	2	

●医療・ケアチーム内での情報共有

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	
全体	509	30.6	52.7	11.6	5.1	83.3	16.7	
届出区分	機能強化型(単独型)	30	23.3	63.3	13.3	-	86.7	13.3
	機能強化型(連携型)	161	42.2	48.4	8.7	0.6	90.7	9.3
	従来型	296	25.0	55.4	12.2	7.4	80.4	19.6
ターミナル加算の有無	算定あり	255	41.6	47.1	7.8	3.5	88.6	11.4
	算定なし	233	18.9	58.8	15.5	6.9	77.7	22.3
訪問看護の提供体制	24時間可能	434	31.8	53.9	10.8	3.5	85.7	14.3
	24時間不可	61	19.7	45.9	18.0	16.4	65.6	34.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	16.7	50.0	28.8	4.5	66.7	33.3
	1人未満	101	24.8	62.4	8.9	4.0	87.1	12.9
	2人未満	86	33.7	50.0	10.5	5.8	83.7	16.3
	3人未満	58	31.0	56.9	8.6	3.4	87.9	12.1
	3人以上	126	41.3	51.6	5.6	1.6	92.9	7.1
実践度	実践している	203	45.8	45.3	6.4	2.5	91.1	8.9
	検討中	191	19.9	61.3	14.1	4.7	81.2	18.8
	実践していない	66	19.7	47.0	19.7	13.6	66.7	33.3
取組方針有無	取組方針あり	165	43.0	49.7	4.8	2.4	92.7	7.3
	準備中	163	28.8	54.6	13.5	3.1	83.4	16.6
	取組方針なし	175	20.0	53.7	16.6	9.7	73.7	26.3
意思決定支援の手法	統一あり	307	38.4	52.4	7.8	1.3	90.9	9.1
	統一なし	129	17.1	54.3	19.4	9.3	71.3	28.7

	n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
全体	422	10.0	30.1	41.5	18.5	40.0	60.0
届出区分	26	15.4	30.8	23.1	30.8	46.2	53.8
	136	8.1	25.7	41.2	25.0	33.8	66.2
	242	9.9	32.2	44.2	13.6	42.1	57.9
	214	9.8	21.5	42.1	26.6	31.3	68.7
	191	9.9	38.7	40.8	10.5	48.7	51.3
	363	8.5	30.9	42.1	18.5	39.4	60.6
	47	23.4	27.7	36.2	12.8	51.1	48.9
	54	11.1	44.4	37.0	7.4	55.6	44.4
	86	8.1	30.2	51.2	10.5	38.4	61.6
	74	9.5	35.1	35.1	20.3	44.6	55.4
	45	4.4	22.2	46.7	26.7	36.7	63.3
	109	7.3	25.7	40.4	26.6	33.0	67.0
	171	5.8	24.6	38.0	31.6	30.4	69.6
	159	7.5	38.4	43.4	10.7	45.9	54.1
	53	22.6	28.3	43.4	5.7	50.9	49.1
	137	6.6	23.4	40.1	29.9	29.9	70.1
	135	7.4	33.3	43.0	16.3	40.7	59.3
	145	15.9	33.1	40.7	10.3	49.0	51.0
	256	7.0	27.7	42.2	23.0	34.8	65.2
	107	14.0	38.3	36.4	11.2	52.3	47.7

●本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

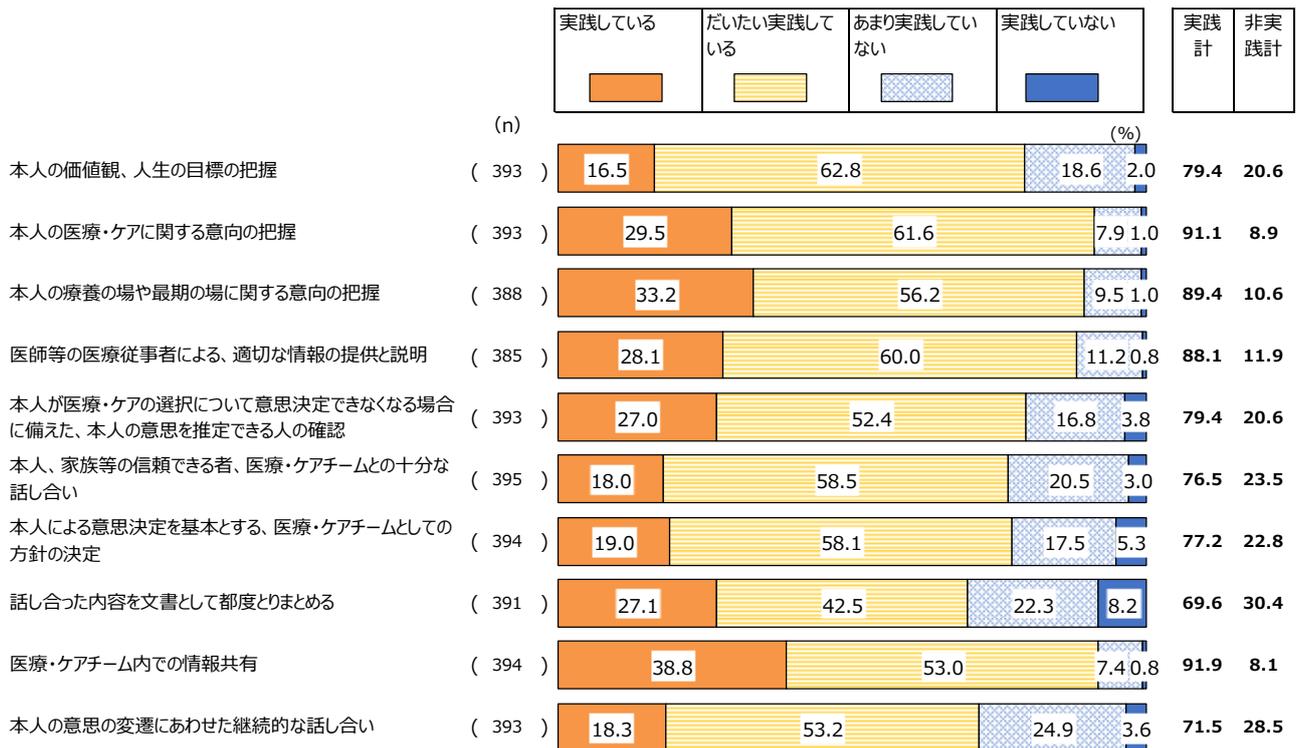
	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	
全体	511	18.4	49.3	25.8	6.5	67.7	32.3	
届出区分	機能強化型(単独型)	31	22.6	48.4	29.0	-	71.0	29.0
	機能強化型(連携型)	161	26.7	50.3	19.3	3.7	77.0	23.0
	従来型	297	12.8	50.5	28.6	8.1	63.3	36.7
ターミナル加算の有無	算定あり	256	25.4	50.8	19.9	3.9	76.2	23.8
	算定なし	235	10.6	48.1	31.9	9.4	58.7	41.3
訪問看護の提供体制	24時間可能	436	20.0	50.2	24.8	5.0	70.2	29.8
	24時間不可	61	8.2	42.6	32.8	16.4	50.8	49.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	9.1	45.5	37.9	7.6	54.5	45.5
	1人未満	101	8.9	54.5	30.7	5.9	63.4	36.6
	2人未満	88	26.1	45.5	25.0	3.4	71.6	28.4
	3人未満	58	20.7	58.6	19.0	1.7	79.3	20.7
	3人以上	126	24.6	51.6	19.0	4.8	76.2	23.8
実践度	実践している	204	28.4	52.0	17.2	2.5	80.4	19.6
	検討中	191	12.0	51.3	32.5	4.2	63.4	36.6
	実践していない	67	10.4	34.3	29.9	25.4	44.8	55.2
取組方針有無	取組方針あり	166	26.5	59.6	10.8	3.0	86.1	13.9
	準備中	163	17.8	48.5	29.4	4.3	66.3	33.7
	取組方針なし	176	11.9	40.3	35.8	11.9	52.3	47.7
意思決定支援の手法	統一あり	309	23.6	51.1	23.3	1.9	74.8	25.2
	統一なし	129	10.1	48.8	30.2	10.9	58.9	41.1

	n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
全体	428	18.7	43.9	28.0	9.3	62.6	37.4
届出区分	26	34.6	38.5	11.5	15.4	73.1	26.9
	138	11.6	43.5	34.1	10.9	55.1	44.9
	246	20.7	45.5	26.4	7.3	66.3	33.7
	216	17.6	38.4	30.1	13.9	56.0	44.0
	195	19.5	50.3	25.6	4.6	69.7	30.3
	369	18.2	42.0	30.4	9.5	60.2	39.8
	47	27.7	55.3	10.6	6.4	83.0	17.0
	55	25.5	47.3	23.6	3.6	72.7	27.3
	88	19.3	51.1	28.4	1.1	70.5	29.5
	74	16.2	47.3	25.7	10.8	63.5	36.5
	45	4.4	40.0	40.0	15.6	44.4	55.6
	111	17.1	36.0	31.5	15.3	53.2	46.8
	174	11.5	39.7	33.9	14.9	51.1	48.9
	160	18.8	51.3	24.4	5.6	70.0	30.0
	56	28.6	39.3	26.8	5.4	67.9	32.1
	139	10.8	39.6	33.8	15.8	50.4	49.6
	136	19.1	49.3	25.7	5.9	68.4	31.6
	148	25.7	42.6	25.0	6.8	68.2	31.8
	258	16.3	42.2	29.8	11.6	58.5	41.5
	110	21.8	45.5	26.4	6.4	67.3	32.7

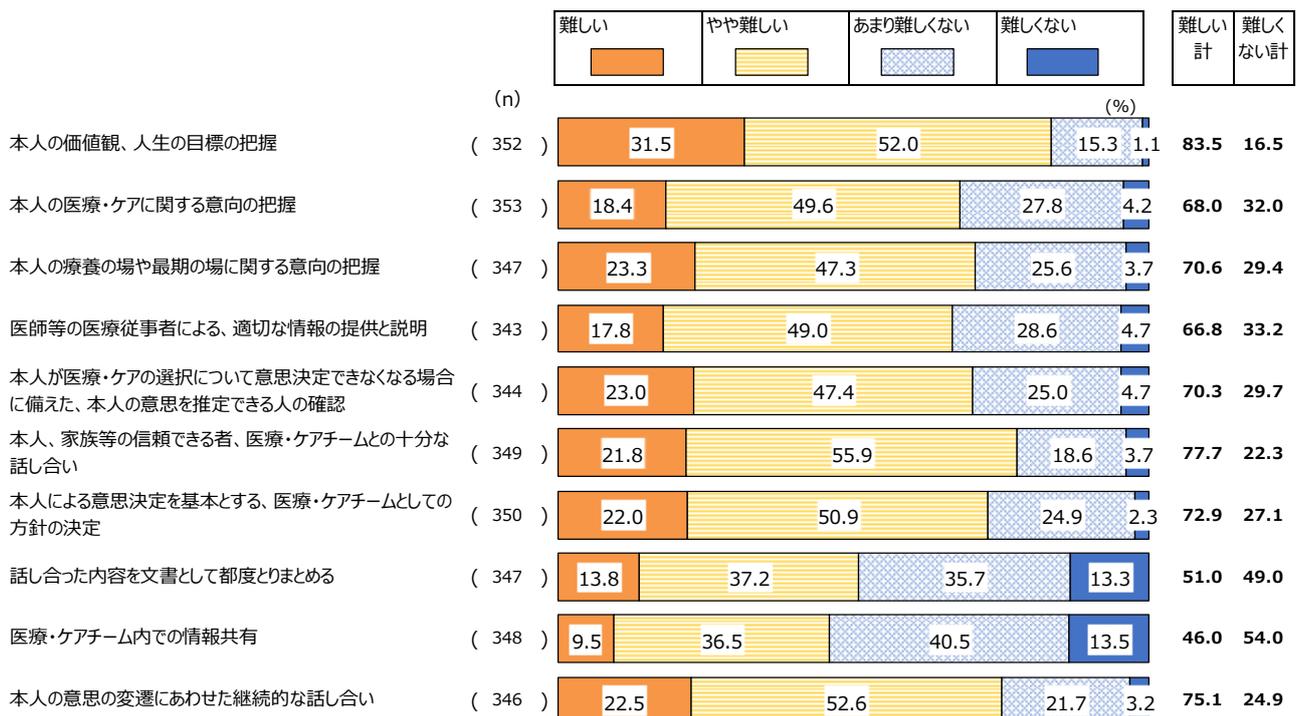
【訪問看護事業所】

- 実践度合いをみると、「医療・ケアチーム内での情報共有」（実践計91.9%）、「本人の医療・ケアに関する意向の把握」（実践計91.1%）、「本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握」（実践計89.4%）、「医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明」（実践計88.1%）の実践度が高く、「話し合った内容を文書として都度とりまとめる」（実践計69.6%）は低い。
- 難しさをみると、「本人の価値観、人生の目標の把握」（難しい計83.5%）が難しい内容の上位に、「医療・ケアチーム内での情報共有」（難しい計46.0%）、「話し合った内容を都度文書として都度とりまとめる」（難しい計51.0%）は下位に挙げられている。

図表. 実践の度合い <訪問看護事業所>



図表. 実践の難しさ <訪問看護事業所>



●本人の価値観、人生の目標の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	393	16.5	62.8	18.6	2.0	79.4	20.6
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	19.4	71.0	9.7	-	90.3	9.7
なし	308	16.6	60.4	20.8	2.3	76.9	23.1
ターミナルケア体制							
届出なし	45	8.9	53.3	31.1	6.7	62.2	37.8
届出あり	329	17.9	63.8	17.0	1.2	81.8	18.2
訪問看護ターミナル療養費							
あり	272	17.6	64.0	17.3	1.1	81.6	18.4
なし	73	11.0	56.2	27.4	5.5	67.1	32.9
24時間対応体制加算							
届出なし	41	7.3	70.7	17.1	4.9	78.0	22.0
届出あり	340	17.9	61.8	18.8	1.5	79.7	20.3
利用者宅での死亡者数							
0人	56	12.5	44.6	37.5	5.4	57.1	42.9
1-5人未満	132	15.2	65.9	18.9	-	81.1	18.9
5-10人未満	75	13.3	64.0	20.0	2.7	77.3	22.7
10人以上	106	23.6	67.0	8.5	0.9	90.6	9.4
実践度							
実践している	153	28.1	65.4	6.5	-	93.5	6.5
検討中	184	9.8	60.3	28.3	1.6	70.1	29.9
実践していない	29	10.3	51.7	27.6	10.3	62.1	37.9
取組方針有無							
取組方針あり	117	28.2	65.8	6.0	-	94.0	6.0
準備中	147	12.2	64.6	22.4	0.7	76.9	23.1
取組方針なし	122	9.0	58.2	27.0	5.7	67.2	32.8
意思決定支援の手法							
統一あり	300	20.0	63.3	16.0	0.7	83.3	16.7
統一なし	79	6.3	63.3	25.3	5.1	69.6	30.4

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
352	31.5	52.0	15.3	1.1	83.5	16.5
27	29.6	48.1	18.5	3.7	77.8	22.2
283	31.8	50.5	16.6	1.1	82.3	17.7
42	50.0	40.5	9.5	-	90.5	9.5
294	28.6	53.1	17.0	1.4	81.6	18.4
245	28.6	53.9	16.3	1.2	82.4	17.6
69	40.6	47.8	10.1	1.4	88.4	11.6
36	44.4	41.7	11.1	2.8	86.1	13.9
306	30.1	52.6	16.3	1.0	82.7	17.3
51	43.1	54.9	-	2.0	98.0	2.0
119	32.8	50.4	16.8	-	83.2	16.8
73	26.0	57.5	16.4	-	83.6	16.4
91	29.7	47.3	19.8	3.3	76.9	23.1
128	25.0	56.3	18.0	0.8	81.3	18.8
174	32.8	50.6	16.7	-	83.3	16.7
27	37.0	51.9	3.7	7.4	88.9	11.1
97	26.8	54.6	16.5	2.1	81.4	18.6
135	29.6	55.6	14.1	0.7	85.2	14.8
116	37.9	44.8	16.4	0.9	82.8	17.2
268	31.0	51.9	16.0	1.1	82.8	17.2
73	32.9	52.1	13.7	1.4	84.9	15.1

●本人の医療・ケアに関する意向の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	393	29.5	61.6	7.9	1.0	91.1	8.9
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	38.7	54.8	6.5	-	93.5	6.5
なし	308	29.2	61.4	8.1	1.3	90.6	9.4
ターミナルケア体制							
届出なし	45	20.0	64.4	11.1	4.4	84.4	15.6
届出あり	329	31.0	61.1	7.6	0.3	92.1	7.9
訪問看護ターミナル療養費							
あり	272	32.0	60.3	7.7	-	92.3	7.7
なし	73	21.9	63.0	11.0	4.1	84.9	15.1
24時間対応体制加算							
届出なし	41	24.4	70.7	2.4	2.4	95.1	4.9
届出あり	340	30.9	60.0	8.5	0.6	90.9	9.1
0人	56	21.4	57.1	19.8	1.8	78.6	21.4
利用者宅での死亡者数							
1-5人未満	132	22.7	67.4	9.1	0.8	90.2	9.8
5-10人未満	74	36.5	55.4	8.1	-	91.9	8.1
10人以上	107	38.3	59.8	0.9	0.9	98.1	1.9
実践度							
実践している	154	45.5	53.9	0.6	-	99.4	0.6
検討中	184	20.1	66.3	12.5	1.1	86.4	13.6
実践していない	29	24.1	58.6	13.8	3.4	82.8	17.2
取組方針有無							
取組方針あり	118	45.8	51.7	2.5	-	97.5	2.5
準備中	146	26.7	63.7	9.6	-	90.4	9.6
取組方針なし	122	17.2	68.0	11.5	3.3	85.2	14.8
意思決定支援の手法							
統一あり	301	32.2	60.8	6.6	0.3	93.0	7.0
統一なし	79	22.8	64.6	11.4	1.3	87.3	12.7

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
353	18.4	49.6	27.8	4.2	68.0	32.0
27	18.5	51.9	22.2	7.4	70.4	29.6
284	18.3	48.2	29.2	4.2	66.5	33.5
42	31.0	35.7	26.2	7.1	66.7	33.3
295	16.9	51.2	27.8	4.1	68.1	31.9
246	16.7	50.8	28.9	3.7	67.5	32.5
69	26.0	40.6	27.5	5.8	66.7	33.3
36	25.0	38.9	27.8	8.3	63.9	36.1
307	17.6	50.5	28.0	3.9	68.1	31.9
51	27.5	54.9	15.7	2.0	82.4	17.6
119	21.8	47.9	26.9	3.4	69.7	30.3
73	12.3	50.7	34.2	2.7	63.0	37.0
92	14.1	46.7	31.5	7.6	60.9	39.1
129	12.4	53.5	30.2	3.9	65.9	34.1
174	19.5	47.1	28.7	4.6	66.7	33.3
27	25.9	51.9	18.5	3.7	77.8	22.2
98	16.3	51.0	26.5	6.1	67.3	32.7
135	17.8	51.1	27.4	3.7	68.9	31.1
116	21.6	45.7	29.3	3.4	67.2	32.8
269	17.8	52.0	26.0	4.1	69.9	30.1
73	17.8	41.1	35.6	5.5	58.9	41.1

●本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	388	33.2	56.2	9.5	1.0	89.4	10.6
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	45.2	51.6	3.2	-	96.8	3.2
なし	303	33.3	56.1	9.2	1.3	89.4	10.6
ターミナルケア体制							
届出なし	44	18.2	56.8	20.5	4.5	75.0	25.0
届出あり	327	36.4	55.7	7.6	0.3	92.0	8.0
訪問看護ターミナル療養費							
あり	269	36.8	55.4	7.4	0.4	92.2	7.8
なし	72	20.8	58.3	18.1	2.8	79.2	20.8
24時間対応体制加算							
届出なし	41	24.4	65.9	7.3	2.4	90.2	9.8
届出あり	335	34.9	54.6	9.9	0.6	89.6	10.4
0人	54	11.1	63.0	22.2	3.7	74.1	25.9
利用者宅での死亡者数							
1-5人未満	132	30.3	58.3	11.4	-	88.6	11.4
5-10人未満	73	31.5	58.9	9.6	-	90.4	9.6
10人以上	105	52.4	44.8	1.9	1.0	97.1	2.9
実践度							
実践している	151	49.7	49.0	1.3	-	98.7	1.3
検討中	182	24.7	59.9	14.3	1.1	84.6	15.4
実践していない	28	17.9	57.1	17.9	7.1	75.0	25.0
取組方針有無							
取組方針あり	117	52.1	45.3	2.6	-	97.4	2.6
準備中	144	28.5	61.1	9.7	0.7	89.6	10.4
取組方針なし	121	21.5	59.5	16.5	2.5	81.0	19.0
意思決定支援の手法							
統一あり	296	37.2	54.7	7.8	0.3	91.9	8.1
統一なし	78	21.8	61.5	14.1	2.6	83.3	16.7

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
347	23.3	47.3	25.6	3.7	70.6	29.4
27	25.9	40.7	29.6	3.7	66.7	33.3
278	23.4	46.0	27.0	3.6	69.4	30.6
42	38.1	40.5	19.0	2.4	78.6	21.4
288	20.1	48.6	27.4	3.8	68.8	31.2
239	20.5	46.9	29.7	2.9	67.4	32.6
69	33.3	44.9	17.4	4.3	78.3	21.7
36	30.6	44.4	19.4	5.6	75.0	25.0
301	22.6	47.2	26.6	3.7	69.8	30.2
52	26.9	57.7	11.5	3.8	84.6	15.4
114	27.2	50.9	21.1	0.9	78.1	21.9
73	13.7	53.4	30.1	2.7	67.1	32.9
90	22.2	33.3	35.6	8.9	55.6	44.4
126	19.0	50.8	27.0	3.2	69.8	30.2
170	25.3	44.7	27.1	2.9	70.0	30.0
27	25.9	51.9	11.1	11.1	77.8	22.2
95	20.0	49.5	26.3	4.2	69.5	30.5
133	21.8	47.4	27.1	3.8	69.2	30.8
114	28.1	44.7	23.7	3.5	72.8	27.2
262	22.5	49.2	25.2	3.1	71.8	28.2
73	24.7	41.1	27.4	6.8	65.8	34.2

●医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	385	28.1	60.0	11.2	0.8	88.1	11.9
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	30	36.7	63.3	-	-	100.0	-
なし	303	27.1	59.1	12.9	1.0	86.1	13.9
ターミナルケア体制							
届出なし	43	25.6	55.8	18.6	-	81.4	18.6
届出あり	324	29.6	59.6	10.2	0.6	89.2	10.8
訪問看護ターミナル療養費							
あり	268	29.9	59.0	11.2	-	88.8	11.2
なし	71	23.9	59.2	14.1	2.8	83.1	16.9
24時間対応体制加算							
届出なし	39	30.8	61.5	7.7	-	92.3	7.7
届出あり	334	28.4	59.0	12.0	0.6	87.4	12.6
利用者宅での死亡者数							
0人	54	24.1	57.4	14.8	3.7	81.5	18.5
1-5人未満	132	25.8	59.8	14.4	-	85.6	14.4
5-10人未満	72	25.0	63.9	11.1	-	88.9	11.1
10人以上	105	35.2	58.1	6.7	-	93.3	6.7
実践度							
実践している	149	39.6	55.7	4.0	0.7	95.3	4.7
検討中	181	20.4	62.4	16.6	0.6	82.9	17.1
実践していない	29	27.6	51.7	17.2	3.4	79.3	20.7
取組方針有無							
取組方針あり	113	48.9	49.6	3.5	-	96.5	3.5
準備中	144	22.9	63.9	12.5	0.7	86.8	13.2
取組方針なし	121	18.2	64.5	15.7	1.7	82.6	17.4
意思決定支援の手法							
統一あり	293	31.4	60.1	8.2	0.3	91.5	8.5
統一なし	78	17.9	60.3	20.5	1.3	78.2	21.8

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
343	17.8	49.0	28.6	4.7	66.8	33.2
25	20.0	28.0	48.0	4.0	48.0	52.0
277	15.9	53.1	26.4	4.7	69.0	31.0
41	22.0	53.7	17.1	7.3	75.6	24.4
287	17.1	49.1	29.3	4.5	66.2	33.8
239	16.3	50.2	29.7	3.8	66.5	33.5
68	22.1	45.6	25.0	7.4	67.6	32.4
35	22.9	45.7	20.0	11.4	68.6	31.4
298	16.8	50.0	29.2	4.0	66.8	33.2
51	23.5	49.0	19.6	7.8	72.5	27.5
117	17.9	53.0	25.6	3.4	70.9	29.1
70	14.3	50.0	31.4	4.3	64.3	35.7
89	16.9	43.8	33.7	5.6	60.7	39.3
125	15.2	48.0	32.0	4.8	63.2	36.8
168	17.9	51.2	27.4	3.6	69.0	31.0
27	18.5	48.1	18.5	14.8	66.7	33.3
93	19.4	44.1	28.0	8.6	63.4	36.6
131	16.0	50.4	30.5	3.1	66.4	33.6
115	18.3	51.3	27.0	3.5	69.6	30.4
259	18.1	47.1	30.1	4.6	65.3	34.7
72	16.7	54.2	23.6	5.6	70.8	29.2

●本人の意思を推定できる人の確認

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	393	27.0	52.4	16.8	3.8	79.4	20.6
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	35.5	54.8	9.7	-	90.3	9.7
なし	309	25.6	51.5	18.4	4.5	77.0	23.0
ターミナルケア体制							
届出なし	45	24.4	42.2	24.4	8.9	66.7	33.3
届出あり	330	28.2	53.6	15.2	3.0	81.8	18.2
訪問看護ターミナル療養費							
あり	274	27.4	53.3	15.7	3.6	80.7	19.3
なし	72	26.4	47.2	20.8	5.6	73.6	26.4
24時間対応体制加算							
届出なし	41	24.4	51.2	19.5	4.9	75.6	24.4
届出あり	340	27.9	51.8	16.8	3.5	79.7	20.3
利用者宅での死亡者数							
0人	55	30.9	43.6	20.0	5.5	74.5	25.5
1-5人未満	133	25.6	51.1	19.5	3.8	76.7	23.3
5-10人未満	74	21.6	58.1	18.9	1.4	79.7	20.3
10人以上	107	30.8	54.2	11.2	3.7	85.0	15.0
実践度							
実践している	153	39.9	50.3	9.8	-	90.2	9.8
検討中	185	17.3	57.8	21.1	3.8	75.1	24.9
実践していない	29	27.6	31.0	31.0	10.3	58.6	41.4
取組方針有無							
取組方針あり	118	44.9	46.6	7.6	0.8	91.5	8.5
準備中	147	23.8	55.8	19.7	0.7	79.6	20.4
取組方針なし	122	14.8	51.6	23.0	10.7	66.4	33.6
意思決定支援の手法							
統一あり	300	30.7	53.0	14.3	2.0	83.7	16.3
統一なし	79	16.5	50.6	24.1	8.9	67.1	32.9

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
344	23.0	47.4	25.0	4.7	70.3	29.7
26	19.2	38.5	38.5	3.8	57.7	42.3
277	20.9	50.2	24.2	4.7	71.1	28.9
41	22.0	56.1	12.2	9.8	78.0	22.0
287	22.3	46.0	27.5	4.2	68.3	31.7
238	23.5	47.1	25.6	3.8	70.6	29.4
67	20.9	44.8	25.4	9.0	65.7	34.3
36	16.7	55.6	16.7	11.1	72.2	27.8
298	23.5	46.3	26.2	4.0	69.8	30.2
49	30.6	34.7	26.5	8.2	65.3	34.7
116	24.1	52.6	19.8	3.4	76.7	23.3
72	19.4	47.2	33.3	-	66.7	33.3
89	19.1	48.3	24.7	7.9	67.4	32.6
125	20.0	45.6	28.8	5.6	65.6	34.4
172	23.3	51.2	22.7	2.9	74.4	25.6
27	22.2	44.4	18.5	14.8	66.7	33.3
95	21.1	54.7	17.9	6.3	75.8	24.2
130	24.6	47.7	24.6	3.1	72.3	27.7
114	22.8	40.4	31.6	5.3	63.2	36.8
261	23.0	48.3	24.1	4.6	71.3	28.7
72	20.8	45.8	27.8	5.6	66.7	33.3

●本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	395	18.0	58.5	20.5	3.0	76.5	23.5
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	22.6	71.0	6.5	-	93.5	6.5
なし	310	15.8	57.7	22.6	3.9	73.5	26.5
ターミナルケア体制							
届出なし	45	8.9	44.4	37.8	8.9	53.3	46.7
届出あり	331	19.3	60.4	18.1	2.1	79.8	20.2
訪問看護ターミナル療養費							
あり	274	19.3	61.7	17.2	1.8	81.0	19.0
なし	73	11.0	49.3	32.9	6.8	60.3	39.7
24時間対応体制加算							
届出なし	41	14.6	63.4	17.1	4.9	78.0	22.0
届出あり	342	18.4	57.6	21.3	2.6	76.0	24.0
利用者宅での死亡者数							
0人	56	8.9	53.6	30.4	7.1	62.5	37.5
1-5人未満	133	15.8	62.4	19.5	2.3	78.2	21.8
5-10人未満	75	17.3	53.3	26.7	2.7	70.7	29.3
10人以上	107	24.3	60.7	13.1	1.9	85.0	15.0
実践度							
実践している	154	29.9	61.0	9.1	-	90.9	9.1
検討中	185	10.3	60.0	24.3	5.4	70.3	29.7
実践していない	29	13.8	44.8	37.9	3.4	58.6	41.4
取組方針有無							
取組方針あり	118	35.6	55.1	9.3	-	90.7	9.3
準備中	147	13.6	61.2	22.4	2.7	74.8	25.2
取組方針なし	123	6.5	57.7	29.3	6.5	64.2	35.8
意思決定支援の手法							
統一あり	302	21.5	62.3	14.2	2.0	83.8	16.2
統一なし	79	6.3	46.8	41.8	5.1	53.2	46.8

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
349	21.8	55.9	18.6	3.7	77.7	22.3
27	22.2	59.3	11.1	7.4	81.5	18.5
280	23.2	53.2	20.0	3.6	76.4	23.6
42	31.0	52.4	14.3	2.4	83.3	16.7
291	20.3	56.0	19.6	4.1	76.3	23.7
242	21.5	54.5	20.2	3.7	76.0	24.0
69	23.2	56.5	14.5	5.8	79.7	20.3
36	22.2	50.0	22.2	5.6	72.2	27.8
303	21.8	56.8	17.8	3.6	78.5	21.5
51	27.5	52.9	13.7	5.9	80.4	19.6
119	22.7	56.3	19.3	1.7	79.0	21.0
72	18.1	54.2	25.0	2.8	72.2	27.8
89	20.2	57.3	15.7	6.7	77.5	22.5
128	16.4	53.1	25.0	5.5	69.5	30.5
172	23.3	59.9	15.1	1.7	83.1	16.9
27	25.9	44.4	18.5	11.1	70.4	29.6
96	19.8	54.2	18.8	7.3	74.0	26.0
134	21.6	59.7	16.4	2.2	81.3	18.7
115	23.5	53.0	20.9	2.6	76.5	23.5
265	20.4	55.8	19.6	4.2	76.2	23.8
73	26.0	57.5	13.7	2.7	83.6	16.4

●本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	394	19.0	58.1	17.5	5.3	77.2	22.8
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	31	25.8	71.0	3.2	-	96.8
	なし	309	17.2	57.9	18.8	6.1	75.1
ターミナルケア体制	届出なし	45	6.7	42.2	37.8	13.3	48.9
	届出あり	330	21.2	60.3	14.2	4.2	81.5
訪問看護ターミナル療養費	あり	273	21.2	60.4	14.7	3.7	81.7
	なし	73	11.0	47.9	28.8	12.3	58.9
24時間対応体制加算	届出なし	41	14.6	56.1	24.4	4.9	70.7
	届出あり	341	20.2	57.8	16.7	5.3	78.0
利用者宅での死亡者数	0人	56	8.9	57.1	25.0	8.9	69.1
	1-5人未満	133	18.0	57.9	18.8	5.3	75.9
	5-10人未満	74	21.6	55.4	18.9	4.1	77.0
	10人以上	107	25.2	57.9	13.1	3.7	83.2
実践度	実践している	154	29.9	61.7	8.4	-	91.6
	検討中	184	11.4	58.2	22.8	7.6	69.6
	実践していない	29	10.3	51.7	24.1	13.8	62.1
取組方針有無	取組方針あり	118	38.1	56.8	5.1	-	94.9
	準備中	146	14.4	58.9	23.3	3.4	73.3
	取組方針なし	123	6.5	58.5	22.0	13.0	65.0
意思決定支援の手法	統一あり	301	22.6	60.5	14.3	2.7	83.1
	統一なし	79	8.9	50.6	30.4	10.1	59.5

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しい	難しい計	難しくない計
350	22.0	50.9	24.9	2.3	72.9	27.1
27	25.9	40.7	29.6	3.7	66.7	33.3
281	21.0	51.2	25.3	2.5	72.2	27.8
42	35.7	47.6	16.7	-	83.3	16.7
292	20.2	51.4	25.7	2.7	71.6	28.4
243	20.2	50.2	27.6	2.1	70.4	29.6
69	30.4	49.3	17.4	2.9	79.7	20.3
36	27.8	47.2	22.2	2.8	75.0	25.0
304	21.1	51.6	25.0	2.3	72.7	27.3
51	25.5	58.8	13.7	2.0	84.3	15.7
119	24.4	48.7	25.2	1.7	73.1	26.9
73	20.5	43.8	34.2	1.4	64.4	35.6
89	18.0	52.8	24.7	4.5	70.8	29.2
128	14.8	47.7	34.4	3.1	62.5	37.5
173	23.7	53.8	21.4	1.2	77.5	22.5
27	33.3	44.4	14.8	7.4	77.8	22.2
96	16.7	49.0	30.2	4.2	65.6	34.4
134	20.1	56.0	21.6	2.2	76.1	23.9
116	27.6	47.4	24.1	0.9	75.0	25.0
266	21.4	49.2	26.7	2.6	70.7	29.3
73	20.5	57.5	20.5	1.4	78.1	21.9

●話し合った内容を文書として都度とりまとめる

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	391	27.1	42.5	22.3	8.2	69.6	30.4
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	31	41.9	35.5	22.6	-	77.4
	なし	306	26.5	42.5	21.9	9.2	69.0
ターミナルケア体制	届出なし	44	22.7	25.0	31.8	20.5	47.7
	届出あり	328	28.0	43.9	21.3	6.7	72.0
訪問看護ターミナル療養費	あり	272	27.9	43.8	22.1	6.3	71.7
	なし	71	21.1	33.8	28.2	16.9	54.9
24時間対応体制加算	届出なし	40	25.0	50.0	20.0	5.0	75.0
	届出あり	339	28.3	40.7	22.4	8.6	69.0
利用者宅での死亡者数	0人	54	27.8	37.0	25.9	9.3	64.8
	1-5人未満	133	24.1	40.6	25.6	9.8	64.7
	5-10人未満	75	29.3	44.0	17.3	9.3	73.3
	10人以上	105	29.5	50.5	16.2	3.8	80.0
実践度	実践している	153	39.9	41.2	16.3	2.6	81.0
	検討中	184	19.0	47.3	26.1	7.6	66.3
	実践していない	28	25.0	28.6	17.9	28.6	59.6
取組方針有無	取組方針あり	117	47.0	36.8	12.0	4.3	83.9
	準備中	146	19.2	50.0	28.1	2.7	69.2
	取組方針なし	121	19.0	36.4	25.6	19.0	55.4
意思決定支援の手法	統一あり	300	31.3	44.0	20.3	4.3	75.3
	統一なし	78	15.4	39.7	25.6	19.2	55.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しい	難しい計	難しくない計
347	13.8	37.2	35.7	13.3	51.0	49.0
26	11.5	42.3	38.5	7.7	53.8	46.2
279	14.3	35.8	35.8	14.0	50.2	49.8
41	24.4	34.1	31.7	9.8	58.5	41.5
290	12.4	38.3	36.2	13.1	50.7	49.3
243	12.8	39.5	35.4	12.3	52.3	47.7
67	20.9	32.8	32.8	13.4	53.7	46.3
36	11.1	36.1	41.7	11.1	47.2	52.8
301	14.3	36.9	35.2	13.6	51.2	48.8
51	13.7	31.4	39.2	15.7	45.1	54.9
118	17.8	36.4	32.2	13.6	54.2	45.8
70	10.0	37.1	37.1	15.7	47.1	52.9
90	12.2	40.0	36.7	11.1	52.2	47.8
127	9.4	35.4	37.8	17.3	44.9	55.1
171	14.6	40.4	33.3	11.7	55.0	45.0
27	14.8	33.3	44.4	7.4	48.1	51.9
96	13.5	32.3	32.3	21.9	45.8	54.2
134	9.0	44.8	38.8	7.5	53.7	46.3
113	20.4	31.9	34.5	13.3	52.2	47.8
265	10.9	38.5	37.7	12.8	49.4	50.6
71	19.7	31.0	32.4	16.9	50.7	49.3

●医療・ケアチーム内での情報共有

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	394	38.8	53.0	7.4	0.8	91.9	8.1
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	31	48.4	51.6	-	-	100.0
	なし	309	36.9	53.4	8.7	1.0	90.3
ターミナルケア体制	届出なし	45	22.2	57.8	17.8	2.2	80.0
	届出あり	330	41.8	51.5	6.4	0.3	93.3
訪問看護ターミナル療養費	あり	273	41.0	52.7	5.9	0.4	93.8
	なし	73	26.0	58.9	13.7	1.4	84.9
24時間対応体制加算	届出なし	41	36.6	56.1	7.3	-	92.7
	届出あり	341	39.6	52.2	7.6	0.6	91.8
利用者宅での死亡者数	0人	56	30.4	51.8	16.1	1.8	82.1
	1-5人未満	133	36.1	59.4	4.5	-	95.5
	5-10人未満	74	37.8	54.1	8.1	-	91.9
	10人以上	107	47.7	46.7	4.7	0.9	94.4
実践度	実践している	154	52.6	46.1	1.3	-	98.7
	検討中	184	30.4	59.2	9.2	1.1	89.7
	実践していない	29	31.0	48.3	17.2	3.4	79.3
取組方針有無	取組方針あり	118	60.2	39.8	-	-	100.0
	準備中	146	34.9	58.2	6.2	0.7	93.2
	取組方針なし	123	24.4	57.7	16.3	1.6	82.1
意思決定支援の手法	統一あり	301	44.2	51.5	4.0	0.3	95.7
	統一なし	79	20.3	60.8	17.7	1.3	81.0

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しい	難しい計	難しくない計
348	9.5	36.5	40.5	13.5	46.0	54.0
27	-	59.3	33.3	7.4	59.3	40.7
279	10.8	35.1	41.2	12.9	45.9	54.1
43	14.0	39.5	32.6	14.0	53.5	46.5
289	9.0	36.7	40.8	13.5	45.7	54.3
240	9.6	36.7	41.3	12.5	46.3	53.8
70	11.4	35.7	34.3	18.6	47.1	52.9
37	10.8	21.8	45.9	21.6	32.4	67.6
301	9.3	38.9	38.9	13.0	48.2	51.8
52	17.3	32.7	32.7	17.3	50.0	50.0
118	7.6	37.3	43.2	11.9	44.9	55.1
71	8.5	31.0	43.7	16.9	39.4	60.6
89	6.7	43.8	36.0	13.5	50.6	49.4
127	6.3	36.2	42.5	15.0	42.5	57.5
171	9.9	36.8	40.4	12.9	46.8	53.2
27	3.7	44.4	33.3	18.5	48.1	51.9
95	7.4	40.0	35.8	16.8	47.4	52.6
132	9.1	32.6	48.5	9.8	41.7	58.3
117	12.0	35.9	36.8	15.4	47.9	52.1
263	9.1	36.5	42.2	12.2	45.6	54.4
73	8.2	38.4	34.2	19.2	46.6	53.4

●本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

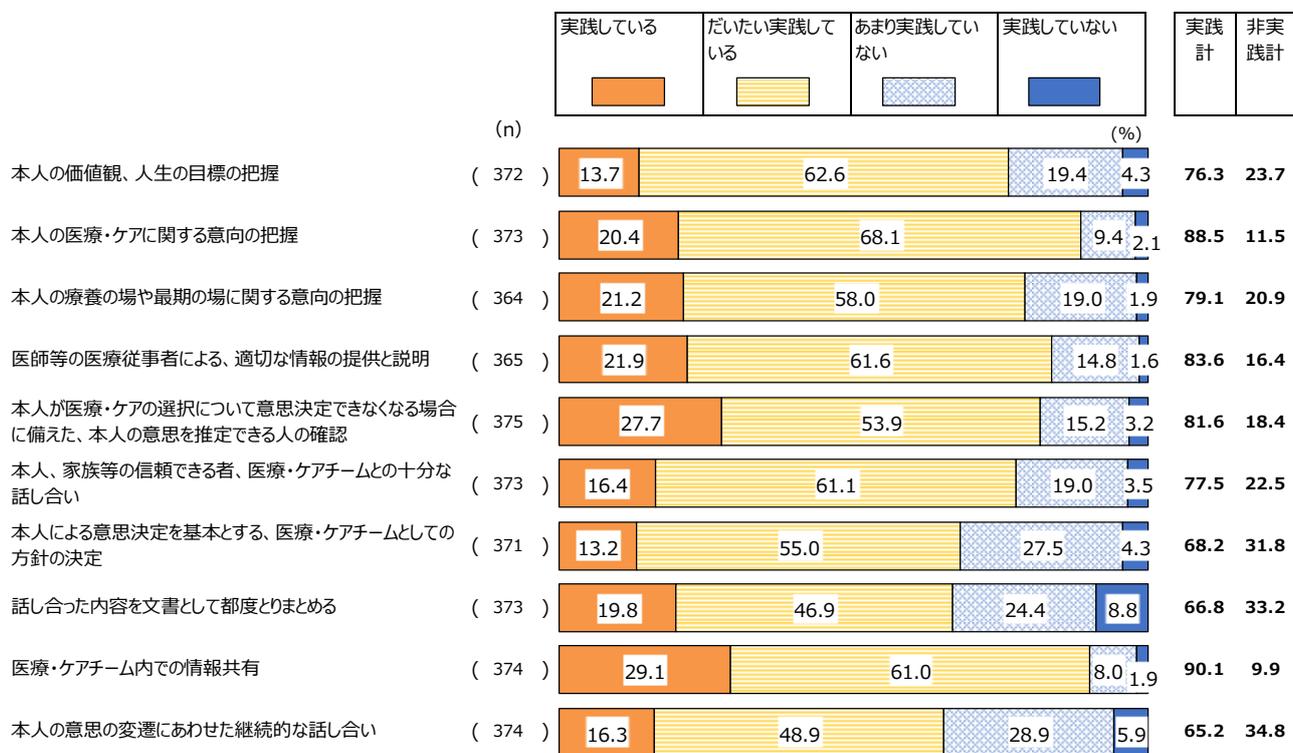
	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	393	18.3	53.2	24.9	3.6	71.5	28.5
機能強化型訪問看護管理療養費							
あり	31	22.6	61.3	16.1	-	83.9	16.1
なし	309	15.5	54.7	25.6	4.2	70.2	29.8
ターミナルケア体制							
届出なし	44	6.8	47.7	38.6	6.8	54.5	45.5
届出あり	330	20.0	53.6	23.3	3.0	73.6	26.4
訪問看護ターミナル療養費							
あり	274	19.7	55.5	23.0	1.8	75.2	24.8
なし	71	9.9	50.7	29.6	9.9	60.6	39.4
24時間対応体制加算							
届出なし	39	17.9	56.4	23.1	2.6	74.4	25.6
届出あり	342	18.4	52.6	25.4	3.5	71.1	28.9
利用者宅での死亡者数							
0人	54	11.1	51.9	29.6	7.4	63.0	37.0
1-5人未満	133	13.5	58.6	24.8	3.0	72.2	27.8
5-10人未満	75	17.3	46.7	33.3	2.7	64.0	36.0
10人以上	107	29.0	51.4	16.8	2.8	80.4	19.6
実践度							
実践している	154	30.5	56.5	12.3	0.6	87.0	13.0
検討中	185	9.7	53.5	33.0	3.8	63.2	36.8
実践していない	28	14.3	46.4	28.6	10.7	60.7	39.3
取組方針有無							
取組方針あり	118	34.7	54.2	11.0	-	89.0	11.0
準備中	147	14.3	55.8	27.9	2.0	70.1	29.9
取組方針なし	121	8.3	47.1	35.5	9.1	55.4	44.6
意思決定支援の手法							
統一あり	302	21.5	56.6	20.5	1.3	78.1	21.9
統一なし	77	7.8	44.2	40.3	7.8	51.9	48.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
346	22.5	52.6	21.7	3.2	75.1	24.9
27	14.8	55.6	25.9	3.7	70.4	29.6
277	23.1	52.7	21.7	2.5	75.8	24.2
41	24.4	51.2	19.5	4.9	75.6	24.4
289	22.5	52.6	22.1	2.8	75.1	24.9
240	22.1	53.3	22.1	2.5	75.4	24.6
68	20.6	51.5	23.5	4.4	72.1	27.9
34	17.6	52.9	20.6	8.8	70.6	29.4
302	22.8	52.6	21.9	2.6	75.5	24.5
50	26.0	52.0	16.0	6.0	78.0	22.0
118	20.3	60.2	18.6	0.8	80.5	19.5
71	25.4	42.3	29.6	2.8	67.6	32.4
89	15.7	53.9	24.7	5.6	69.7	30.3
128	18.0	50.8	27.3	3.9	68.8	31.3
171	24.0	55.6	18.7	1.8	79.5	20.5
26	23.1	50.0	15.4	11.5	73.1	26.9
96	25.0	50.0	20.8	4.2	75.0	25.0
133	18.0	54.9	23.3	3.8	72.9	27.1
113	25.7	51.3	21.2	1.8	77.0	23.0
265	23.4	50.6	22.6	3.4	74.0	26.0
70	17.1	61.4	18.6	2.9	78.6	21.4

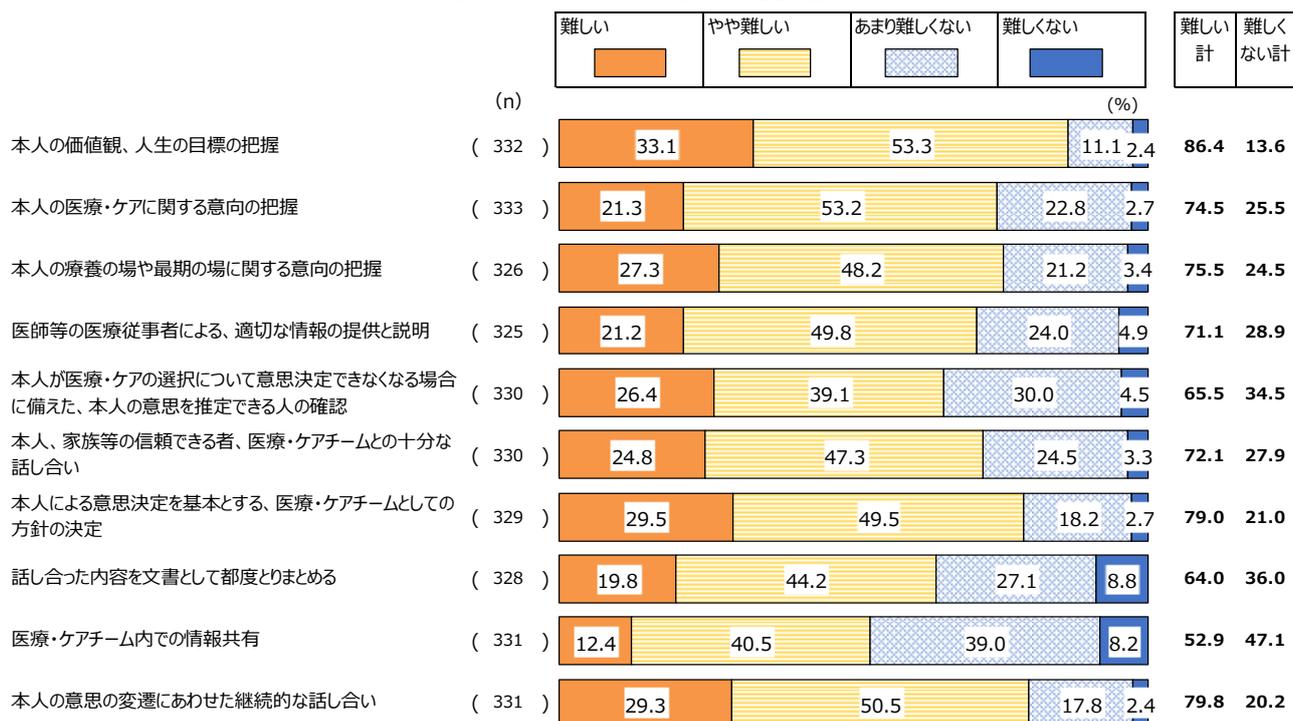
【居宅介護支援事業所】

- 実践度合いをみると、「医療・ケアチーム内での情報共有」（実践計 90.1%）、「本人の医療・ケアに関する意向の把握」（実践計 88.5%）の実践度が高く、「本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い」（実践計 65.2%）、「話し合った内容を文書として都度とりまとめる」（実践計 66.8%）は低い。
- 難しさをみると、「本人の価値観、人生の目標の把握」（難しい計 86.4%）が難しい内容の上位に、「医療・ケアチーム内での情報共有」（難しい計 52.9%）は下位に挙げられている。

図表. 実践の度合い <居宅介護支援事業所>



図表. 実践の難しさ <居宅介護支援事業所>



●本人の価値観、人生の目標の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	372	13.7	62.6	19.4	4.3	76.3	23.7
特定事業所加算	120	12.5	64.2	15.8	7.5	76.7	23.3
ターミナルケアマネジメント加算	106	18.9	61.3	17.0	2.8	80.2	19.8
訪問看護との連携体制	258	11.6	62.8	20.5	5.0	74.4	25.6
訪問介護との連携体制	137	13.9	65.0	16.1	5.1	78.8	21.2
定期巡回との連携体制	311	14.5	61.1	20.3	4.2	75.6	24.4
小多機との連携体制	342	13.7	62.6	19.6	4.1	76.3	23.7
医療機関との連携体制	129	14.0	65.9	17.1	3.1	79.8	20.2
急変時の医療機関との連携	277	13.0	62.5	20.6	4.0	75.5	24.5
看取り体制調整利用者	109	9.2	63.3	22.9	4.6	72.5	27.5
死亡終了：在宅医療利用	207	15.9	61.4	18.4	4.3	77.3	22.7
死亡終了：訪問利用	94	14.9	57.4	24.5	3.2	72.3	27.7
実践度	241	13.3	63.5	19.1	4.1	76.8	23.2
実践している	72	25.0	68.1	5.6	1.4	83.1	6.9
検討中	163	12.9	63.8	19.6	3.7	76.7	23.3
実践していない	60	10.0	66.7	18.3	5.0	76.7	23.3
取組方針有無	45	35.6	60.0	-	4.4	95.6	4.4
準備中	114	16.7	66.7	13.2	3.5	83.3	16.7
取組方針なし	208	7.7	60.6	26.9	4.8	68.3	31.7
意思決定支援の手法	169	18.3	70.4	10.1	1.2	88.8	11.2
統一あり	160	8.8	58.1	27.5	5.6	66.9	33.1
統一なし	160	8.8	58.1	27.5	5.6	66.9	33.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
332	33.1	53.3	11.1	2.4	86.4	13.6
105	32.4	49.5	17.1	1.0	81.9	18.1
215	33.0	55.8	8.8	2.3	88.8	11.2
91	31.9	47.3	17.6	3.3	79.1	20.9
233	33.9	55.4	8.6	2.1	89.3	10.7
118	33.1	51.7	13.6	1.7	84.7	15.3
214	33.2	54.2	9.8	2.8	87.4	12.6
51	31.4	52.9	15.7	-	84.3	15.7
281	33.5	53.4	10.3	2.8	86.8	13.2
24	29.2	66.7	4.2	-	95.8	4.2
308	33.4	52.3	11.7	2.6	85.7	14.3
20	30.0	55.0	15.0	-	85.0	15.0
312	33.3	53.2	10.9	2.6	86.5	13.5
112	30.4	50.9	16.1	2.7	81.3	18.8
220	34.5	54.5	8.6	2.3	89.1	10.9
83	33.7	51.8	12.0	2.4	85.5	14.5
249	32.9	53.8	10.8	2.4	86.7	13.3
98	32.7	54.1	12.2	1.0	86.7	13.3
186	33.3	52.7	10.8	3.2	86.0	14.0
83	37.3	53.0	9.6	-	90.4	9.6
219	33.3	52.5	11.4	2.7	85.8	14.2
75	32.0	58.7	9.3	-	90.7	9.3
226	35.4	50.9	11.5	2.2	86.3	13.7
54	25.9	57.4	13.0	3.7	83.3	16.7
155	33.5	51.6	12.9	1.9	85.2	14.8
53	34.0	52.8	9.4	3.8	86.8	13.2
36	25.0	63.9	5.6	5.6	88.9	11.1
101	31.7	53.5	13.9	1.0	85.1	14.9
190	35.8	51.6	10.5	2.1	87.4	12.6
143	29.4	55.9	11.9	2.8	85.3	14.7
148	35.1	54.7	8.1	2.0	89.9	10.1

●本人の医療・ケアに関する意向の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	373	20.4	68.1	9.4	2.1	88.5	11.5
特定事業所加算	121	21.5	65.3	9.9	3.3	86.8	13.2
ターミナルケアマネジメント加算	106	25.5	65.1	7.5	1.9	90.6	9.4
訪問看護との連携体制	259	17.8	69.5	10.4	2.3	87.3	12.7
訪問介護との連携体制	138	20.3	70.3	7.2	2.2	90.6	9.4
定期巡回との連携体制	310	19.7	68.7	9.4	2.3	88.4	11.6
小多機との連携体制	341	19.6	68.9	9.4	2.1	88.6	11.4
医療機関との連携体制	130	23.1	66.9	8.5	1.5	90.0	10.0
急変時の医療機関との連携	278	18.3	69.8	9.7	2.2	88.1	11.9
看取り体制調整利用者	110	10.0	78.2	10.0	1.8	88.2	11.8
死亡終了：在宅医療利用	208	25.5	64.4	7.7	2.4	89.9	10.1
死亡終了：訪問利用	95	16.8	69.5	12.6	1.1	86.3	13.7
実践度	241	22.4	66.8	8.7	2.1	89.2	10.8
実践している	72	38.1	61.1	1.4	1.4	97.2	2.8
検討中	164	18.3	73.2	7.9	0.6	91.5	8.5
実践していない	61	16.4	60.7	19.7	3.3	77.0	23.0
取組方針有無	45	44.4	51.1	2.2	2.2	95.6	4.4
準備中	115	24.3	67.0	7.8	0.9	91.3	8.7
取組方針なし	208	13.0	72.1	12.0	2.9	85.1	14.9
意思決定支援の手法	170	26.5	70.0	2.9	0.6	96.5	3.5
統一あり	160	15.0	68.1	13.8	3.1	83.1	16.9
統一なし	160	15.0	68.1	13.8	3.1	83.1	16.9

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
333	21.3	53.2	22.8	2.7	74.5	25.5
104	22.1	49.0	26.0	2.9	71.2	28.8
217	21.2	55.3	21.7	1.8	76.5	23.5
92	23.9	45.7	29.3	1.1	69.6	30.4
233	20.6	55.4	20.6	3.4	76.0	24.0
120	19.2	52.5	25.8	2.5	71.7	28.3
213	22.5	53.5	21.1	2.8	76.1	23.9
53	17.0	54.7	28.3	-	71.7	28.3
280	22.1	52.9	21.8	3.2	75.0	25.0
26	15.4	57.7	26.9	-	73.1	26.9
307	21.8	52.8	22.5	2.9	74.6	25.4
21	9.5	66.7	23.8	-	76.2	23.8
312	22.1	52.2	22.8	2.9	74.4	25.6
114	20.2	53.5	23.7	2.6	73.7	26.3
219	21.9	53.0	22.4	2.7	74.9	25.1
84	23.8	54.8	20.2	1.2	78.6	21.4
249	20.5	52.6	23.7	3.2	73.1	26.9
99	21.2	58.6	20.2	-	79.8	20.2
187	20.3	52.4	23.5	3.7	72.7	27.3
84	26.2	54.8	19.0	-	81.0	19.0
220	20.9	51.4	24.1	3.6	72.3	27.7
76	23.7	55.3	21.1	-	78.9	21.1
227	22.0	51.5	23.3	3.1	73.6	26.4
55	18.2	54.5	21.8	5.5	72.7	27.3
154	21.4	51.9	25.3	1.3	73.4	26.6
54	25.9	55.6	14.8	3.7	81.5	18.5
36	16.7	52.8	27.8	2.8	69.4	30.6
101	26.7	49.5	22.8	1.0	76.2	23.8
191	19.9	55.5	21.5	3.1	75.4	24.6
144	20.8	57.6	20.1	1.4	78.5	21.5
148	22.3	50.0	23.6	4.1	72.3	27.7

●本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	364	21.2	58.0	19.0	1.9	79.1	20.9
特定事業所加算	119	20.2	54.6	21.8	3.4	74.8	25.2
ターミナルケアマネジメント加算	100	26.0	60.2	16.5	0.9	82.7	17.3
訪問看護との連携体制	256	18.4	60.5	18.8	2.3	79.9	21.1
訪問介護との連携体制	135	20.0	63.0	14.8	2.2	83.0	17.0
定期巡回との連携体制	229	21.8	55.0	21.4	1.7	79.9	23.1
小多機との連携体制	341	21.4	57.5	19.1	2.1	78.9	21.1
医療機関との連携体制	125	22.4	60.0	15.2	2.4	82.4	17.6
急変時の医療機関との連携	271	19.9	58.7	19.2	2.2	80.6	19.4
看取り体制調整利用者	104	13.5	58.7	26.9	1.0	72.1	27.9
死亡終了：在宅医療利用	204	25.5	57.4	14.7	2.5	82.8	17.2
死亡終了：訪問利用	93	16.1	57.0	25.8	1.1	73.1	26.9
実践度	234	22.2	58.5	17.5	1.7	80.8	19.2
実践している	72	38.1	58.3	5.6	-	94.4	5.6
検討中	160	18.1	63.1	17.5	1.3	81.3	18.8
実践していない	59	16.9	54.2	25.4	3.4	71.2	28.8
取組方針有無	42	42.9	54.8	-	2.4	97.0	2.4
準備中	113	25.7	59.3	14.2	0.9	85.0	15.0
取組方針なし	204	14.7	56.9	26.0	2.5	71.6	28.4
意思決定支援の手法	165	26.7	61.8	11.5	-	88.5	11.5
統一あり	157	15.9	56.1	24.8	3.2	72.0	28.0
統一なし	157	15.9	56.1	24.8	3.2	72.0	28.0

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
326	27.3	48.2	21.2	3.4	75.5	24.5
104	26.9	45.2	25.0	2.9	72.1	27.9
210	27.1	49.5	20.5	2.9	76.7	23.3
87	29.9	41.4	25.3	3.4	71.3	28.7
231	26.8	50.2	19.5	3.5	77.1	22.9
118	22.9	54.2	20.3	2.5	77.1	22.9
208	29.8	44.7	21.6	3.8	74.5	25.5
53	20.8	54.7	20.8	3.8	75.5	24.5
273	28.6	46.9	21.2	3.3	75.5	24.5
26	19.2	61.5	19.2	-	80.8	19.2
300	28.0	47.0	21.3	3.7	75.0	25.0
21	14.3	66.7	19.0	-	81.0	19.0
305	28.2	46.9	21.3	3.6	75.1	24.9
110	21.8	50.0	25.5	2.7	71.8	28.2
216	30.1	47.2	19.0	3.7	77.3	22.7
82	24.4	50.0	23.2	2.4	74.4	25.6
244	28.3	47.5	20.5	3.7	75.8	24.2
93	28.0	44.1	25.8	2.2	72.0	28.0
186	28.5	48.9	19.4	3.		

●医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		365	21.9	61.6	14.8	1.6	83.6	16.4
特定事業所加算	あり	116	21.6	59.5	16.4	2.6	81.0	19.0
	なし	235	23.0	63.8	12.3	0.9	86.8	13.2
ターミナルケアマシナト加算	届出済み	106	31.1	57.5	10.4	0.9	88.7	11.3
	届出していない	251	17.9	63.7	16.3	2.0	81.7	18.3
訪問看護との連携体制	あり	136	22.1	66.2	10.3	1.5	88.2	11.8
	なし	229	21.8	59.0	17.5	1.7	80.8	19.2
訪問介護との連携体制	あり	61	24.6	59.0	13.1	3.3	83.6	16.4
	なし	304	21.4	62.2	15.1	1.3	83.6	16.4
定期巡回との連携体制	あり	32	18.8	65.6	12.5	3.1	84.4	15.6
	なし	333	22.2	61.3	15.0	1.5	83.5	16.5
小多機との連携体制	あり	22	22.7	59.1	18.2	-	81.8	18.2
	なし	343	21.9	61.8	14.6	1.7	83.7	16.3
医療機関との連携体制	あり	127	22.8	63.8	11.0	2.4	86.6	13.4
	なし	238	21.4	60.5	16.8	1.3	81.9	18.1
急変時の医療機関との連携	あり	93	22.6	64.5	11.8	1.1	87.1	12.9
	なし	272	21.7	60.7	15.8	1.8	82.4	17.6
看取り体制調整利用者	0人	109	12.8	62.4	23.9	0.9	75.2	24.8
	1人以上	204	28.4	58.8	10.8	2.0	87.3	12.7
死亡終了・在宅医療利用	0人	93	15.1	69.9	14.0	1.1	84.9	15.1
	1人以上	238	26.1	57.6	15.1	1.3	83.6	16.4
死亡終了・訪問利用	0人	83	16.9	67.5	15.7	-	84.3	15.7
	1人以上	247	24.3	59.5	14.6	1.6	83.8	16.2
実践度	実践している	73	41.1	54.8	4.1	-	85.9	4.1
	検討中	160	18.8	64.4	15.6	1.3	83.1	16.9
	実践していない	58	12.1	63.8	20.7	3.4	75.9	24.1
取組方針有無	取組方針あり	43	46.5	51.2	-	2.3	87.7	2.3
	準備中	115	19.1	66.1	13.9	0.9	85.2	14.8
	取組方針なし	202	18.8	60.4	18.8	2.0	79.2	20.8
意思決定支援の手法	統一あり	167	29.3	61.7	9.0	-	91.0	9.0
	統一なし	157	14.0	64.3	18.5	3.2	78.3	21.7

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
325	21.2	49.8	24.0	4.9	71.1	28.9
101	22.8	45.5	26.7	5.0	68.3	31.7
213	20.2	51.6	23.5	4.7	71.8	28.2
91	16.5	50.5	26.4	6.6	67.0	33.0
226	23.5	49.1	23.0	4.4	72.6	27.4
117	23.1	45.3	25.6	6.0	68.4	31.6
208	20.2	52.4	23.1	4.3	72.6	27.4
51	29.4	41.2	21.6	7.8	70.6	29.4
274	19.7	51.5	24.5	4.4	71.2	28.8
25	24.0	56.0	20.0	-	80.0	20.0
300	21.0	49.3	24.3	5.3	70.3	29.7
19	26.3	47.4	26.3	-	73.7	26.3
306	20.9	50.0	23.9	5.2	70.9	29.1
111	26.1	44.1	23.4	6.3	70.3	29.7
214	18.7	52.8	24.3	4.2	71.5	28.5
82	29.3	47.6	18.3	4.9	76.8	23.2
243	18.5	50.6	25.9	4.9	69.1	30.9
97	23.7	53.6	19.6	3.1	77.3	22.7
185	20.0	49.2	25.9	4.9	69.2	30.8
81	24.7	51.9	19.8	3.7	76.5	23.5
217	20.7	46.5	27.2	5.5	67.3	32.7
72	22.2	50.0	25.0	2.8	72.2	27.8
225	21.8	47.1	25.3	5.8	68.9	31.1
55	16.4	50.9	25.5	7.3	67.3	32.7
150	26.0	46.0	24.7	3.3	72.0	28.0
52	21.2	48.1	26.9	3.8	69.2	30.8
35	11.4	54.3	28.6	5.7	65.7	34.3
100	24.0	50.0	20.0	6.0	74.0	26.0
185	22.2	48.1	25.9	3.8	70.3	29.7
141	24.1	49.6	22.0	4.3	73.8	26.2
146	17.8	53.4	25.3	3.4	71.2	28.8

●本人の意思を推定できる人の確認

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		375	27.7	53.9	15.2	3.2	81.6	18.4
特定事業所加算	あり	122	23.0	52.5	18.0	6.6	75.4	24.6
	なし	239	30.5	54.0	14.2	1.3	84.5	15.5
ターミナルケアマシナト加算	届出済み	107	34.6	49.5	14.0	1.9	84.1	15.9
	届出していない	260	25.4	54.6	16.2	3.8	80.0	20.0
訪問看護との連携体制	あり	139	31.7	52.5	12.9	2.9	84.2	15.8
	なし	236	25.4	54.7	16.5	3.4	80.1	19.9
訪問介護との連携体制	あり	63	31.7	55.6	11.1	1.6	87.3	12.7
	なし	312	26.9	53.5	16.0	3.5	80.4	19.6
定期巡回との連携体制	あり	32	34.4	46.9	15.6	3.1	81.3	18.8
	なし	343	27.1	54.5	15.2	3.2	81.6	18.4
小多機との連携体制	あり	23	17.4	73.9	8.7	-	91.3	8.7
	なし	352	28.4	52.6	15.6	3.4	81.0	19.0
医療機関との連携体制	あり	131	28.2	58.8	10.7	2.3	87.0	13.0
	なし	244	27.5	51.2	17.6	3.7	78.7	21.3
急変時の医療機関との連携	あり	95	29.5	58.9	10.5	1.1	88.4	11.6
	なし	280	27.1	52.1	16.8	3.9	79.3	20.7
看取り体制調整利用者	0人	109	22.0	57.8	17.4	2.8	79.8	20.2
	1人以上	209	34.4	48.8	13.4	3.3	83.3	16.7
死亡終了・在宅医療利用	0人	94	27.7	56.4	14.9	1.1	84.0	16.0
	1人以上	243	30.0	51.0	15.6	3.3	81.1	18.9
死亡終了・訪問利用	0人	85	25.9	57.6	15.3	1.2	83.5	16.5
	1人以上	252	29.8	51.2	15.9	3.2	81.0	19.0
実践度	実践している	73	49.3	45.2	5.5	-	84.5	5.5
	検討中	165	24.2	55.8	18.8	1.2	80.0	20.0
	実践していない	61	24.6	57.4	11.5	6.6	82.0	18.0
取組方針有無	取組方針あり	44	63.6	27.3	6.8	2.3	90.9	9.1
	準備中	117	29.9	53.0	16.2	0.9	82.9	17.1
	取組方針なし	209	18.2	60.3	16.7	4.8	78.5	21.5
意思決定支援の手法	統一あり	170	36.5	51.8	11.8	-	88.2	11.8
	統一なし	162	19.8	56.2	18.5	5.6	75.9	24.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
330	26.4	39.1	30.0	4.5	65.5	34.5
105	26.7	39.0	29.5	4.8	65.7	34.3
215	26.0	39.5	30.7	3.7	65.6	34.4
91	27.5	40.7	28.6	3.3	68.1	31.9
231	26.4	38.1	30.3	5.2	64.5	35.5
119	29.4	37.0	27.7	5.9	66.4	33.6
211	24.6	40.3	31.3	3.8	64.9	35.1
52	28.8	42.3	25.0	3.8	71.2	28.8
278	25.9	38.5	30.9	4.7	64.4	35.6
26	38.5	38.5	19.2	3.8	78.0	22.0
304	25.3	39.1	30.9	4.6	64.5	35.5
21	28.6	33.3	38.1	-	61.9	38.1
309	26.2	39.5	29.4	4.9	65.7	34.3
113	28.3	37.2	28.3	6.2	65.5	34.5
217	25.3	40.1	30.9	3.7	65.4	34.6
81	25.9	44.4	27.2	2.5	70.4	29.6
249	26.5	37.3	30.9	5.2	63.9	36.1
97	22.7	42.3	29.9	5.2	64.9	35.1
186	28.0	37.6	29.6	4.8	65.6	34.4
82	20.7	43.9	29.3	6.1	64.6	35.4
219	28.8	36.5	30.6	4.1	65.3	34.7
74	18.9	44.6	32.4	4.1	63.5	36.5
226	29.6	36.3	29.6	4.4	65.9	34.1
54	22.2	33.3	33.3	11.1	55.6	44.4
156	28.8	35.3	33.3	2.6	64.1	35.9
53	22.6	49.1	22.6	5.7	71.7	28.3
34	20.6	38.2	29.4	11.8	58.8	41.2
103	30.1	36.9	27.2	5.8	67.0	33.0
189	25.9	40.7	31.2	2.1	66.7	33.3
143	28.0	37.1	30.1	4.9	65.0	35.0
148	24.3	42.6	30.4	2.7	66.9	33.1

●本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		373	16.4	61.1	19.0	3.5	77.5	22.5
特定事業所加算	あり	121	17.4	57.0	21.5	4.1	74.4	25.6
	なし	239	15.9	65.3	16.3	2.5	81.2	18.8
ターミナルケアマシナト加算	届出済み	106	22.6	59.4	16.0	1.9	82.1	17.9
	届出していない	259	13.1	62.5	20.1	4.2	75.7	24.3
訪問看護との連携体制	あり	138	15.9	65.9	15.2	2.9	81.9	18.1
	なし	235	16.6	58.3	21.3	3.8	74.9	25.1
訪問介護との連携体制	あり	63	19.0	65.1	11.1	4.8	84.1	15.9
	なし	310	15.8	60.3	20.6	3.2	76.1	23.9
定期巡回との連携体制	あり	32	9.4	65.6	21.9	3.1	75.0	25.0
	なし	341	17.0	60.7	18.8	3.5	77.7	22.3
小多機との連携体制	あり	23	8.7	65.2	26.1	-	73.9	26.1
	なし	350	16.9	60.9	18.6	3.7	77.7	22.3
医療機関との連携体制	あり	130	20.0	62.3	14.6	3.1	82.3	17.7
	なし	243	14.4	60.5	21.4	3.7	74.9	25.1
急変時の医療機関との連携	あり	96	20.8	62.5	13.5	3.1	83.3	16.7
	なし	277	14.8					

●本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		371	13.2	55.0	27.5	4.3	68.2	31.8
特定事業所加算	あり	118	12.7	54.2	27.1	5.9	66.9	33.1
	なし	239	13.4	56.9	26.4	3.3	70.3	29.7
ターミナルケアマシント加算	届出済み	104	17.3	54.8	26.9	1.0	72.7	27.9
	届出していない	259	11.2	55.2	27.8	5.8	66.4	33.6
訪問看護との連携体制	あり	138	13.8	60.1	23.2	2.9	73.9	26.1
	なし	233	12.9	51.9	30.0	5.2	64.8	35.2
訪問介護との連携体制	あり	63	12.7	63.5	20.6	3.2	76.2	23.8
	なし	308	13.3	53.2	28.9	4.5	66.6	33.4
定期巡回との連携体制	あり	32	12.5	50.0	34.4	3.1	62.5	37.5
	なし	339	13.3	55.5	26.8	4.4	68.7	31.3
小多機との連携体制	あり	23	8.7	47.8	43.5	-	50.5	49.5
	なし	348	13.5	55.5	26.4	4.6	69.0	31.0
医療機関との連携体制	あり	129	14.0	59.7	24.0	2.3	73.6	26.4
	なし	242	12.8	52.5	29.3	5.4	65.3	34.7
急変時の医療機関との連携	あり	95	15.8	58.9	23.2	2.1	74.7	25.3
	なし	276	12.3	53.6	29.0	5.1	65.9	34.1
看取り体制調整利用者	0人	110	10.0	50.9	31.8	7.3	60.9	39.1
	1人以上	207	15.0	58.9	23.7	2.4	73.9	26.1
死亡終了・在宅医療利用	0人	95	13.7	51.6	30.5	4.2	65.3	34.7
	1人以上	240	13.8	55.4	27.1	3.8	69.2	30.8
死亡終了・訪問利用	0人	86	12.8	57.0	25.6	4.7	69.8	30.2
	1人以上	249	13.7	53.4	29.3	3.6	67.1	32.9
実践度	実践している	72	25.0	59.7	19.9	1.4	84.7	15.3
	検討中	163	9.2	60.7	27.0	3.1	69.9	30.1
	実践していない	60	15.0	43.3	36.7	5.0	58.3	41.7
		45	33.3	53.3	11.1	2.2	86.7	13.3
取組方針有無	準備中	115	13.0	63.5	21.7	1.7	76.5	23.5
	取組方針なし	206	9.2	50.0	34.5	6.3	59.2	40.8
	統一あり	168	17.3	64.9	17.3	0.6	82.1	17.9
意思決定支援の手法	統一なし	180	10.0	45.0	38.1	6.9	55.0	45.0

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
329	29.5	49.5	18.2	2.7	79.0	21.0
105	33.3	46.7	17.1	2.9	80.0	20.0
213	27.7	51.2	19.2	1.9	78.9	21.1
91	25.3	50.5	19.8	4.4	75.8	24.2
230	31.7	48.7	17.4	2.2	80.4	19.6
119	27.7	48.7	21.0	2.5	76.5	23.5
210	30.5	50.0	16.7	2.9	80.5	19.5
54	24.1	55.6	18.5	1.9	79.6	20.4
275	30.5	48.4	18.2	2.9	78.9	21.1
26	42.3	46.2	11.5	-	88.5	11.5
303	28.4	49.8	18.8	3.0	78.2	21.8
20	25.0	60.0	15.0	-	85.0	15.0
309	29.8	48.9	18.4	2.9	78.6	21.4
114	26.3	50.0	20.2	3.5	76.3	23.7
215	31.2	49.3	17.2	2.3	80.5	19.5
82	28.0	52.4	14.6	4.9	80.5	19.5
247	30.0	48.6	19.4	2.0	78.5	21.5
96	31.3	49.0	18.8	1.0	80.2	19.8
186	27.4	49.5	19.9	3.2	76.9	23.1
83	30.1	50.6	15.7	3.6	80.7	19.3
217	30.4	48.4	18.9	2.3	78.8	21.2
75	30.7	52.0	16.0	1.3	82.7	17.3
224	30.4	48.2	18.8	2.7	78.6	21.4
55	20.0	49.1	25.5	5.5	69.1	30.9
156	32.1	48.7	17.9	1.3	80.8	19.2
52	38.5	44.2	11.5	5.8	82.7	17.3
36	16.7	52.8	22.2	8.3	69.4	30.6
102	33.3	44.1	19.6	2.9	77.5	22.5
187	30.5	51.9	16.0	1.6	82.4	17.6
145	24.8	50.3	22.1	2.8	75.2	24.8
145	31.7	51.0	15.2	2.1	82.8	17.2

●話し合った内容を文書として都度とりまとめる

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		373	19.8	46.9	24.4	8.8	66.8	33.2
特定事業所加算	あり	121	22.3	46.3	21.5	9.9	66.6	33.4
	なし	238	18.5	48.3	25.6	7.6	66.8	33.2
ターミナルケアマシント加算	届出済み	106	29.2	42.5	22.6	5.7	71.7	28.3
	届出していない	259	15.8	48.6	25.1	10.4	64.5	35.5
訪問看護との連携体制	あり	138	22.5	47.8	23.2	6.5	70.3	29.7
	なし	235	18.3	46.4	25.1	10.2	64.7	35.3
訪問介護との連携体制	あり	62	21.0	41.9	27.4	9.7	62.9	37.1
	なし	311	19.6	47.9	23.8	8.7	67.5	32.5
定期巡回との連携体制	あり	32	25.0	40.6	31.3	3.1	65.6	34.4
	なし	341	19.4	47.5	23.8	9.4	66.9	33.1
小多機との連携体制	あり	23	26.1	34.8	39.1	-	60.9	39.1
	なし	350	19.4	47.7	23.4	9.4	67.1	32.9
医療機関との連携体制	あり	131	19.8	51.1	24.4	4.6	71.0	29.0
	なし	242	19.8	44.6	24.4	11.2	64.5	35.5
急変時の医療機関との連携	あり	96	21.9	46.9	26.0	5.2	68.8	31.3
	なし	277	19.1	46.9	23.8	10.1	66.1	33.9
看取り体制調整利用者	0人	110	11.8	45.5	28.2	14.5	57.3	42.7
	1人以上	208	25.5	47.6	21.2	5.8	73.1	26.9
死亡終了・在宅医療利用	0人	95	15.8	48.4	25.3	10.5	64.2	35.8
	1人以上	241	22.0	46.5	24.5	7.1	68.5	31.5
死亡終了・訪問利用	0人	86	15.1	44.2	27.9	12.8	59.3	40.7
	1人以上	250	21.6	48.0	24.0	6.4	69.6	30.4
実践度	実践している	73	28.8	49.3	19.2	2.7	78.1	21.9
	検討中	163	19.0	49.7	23.3	8.0	68.7	31.3
	実践していない	61	16.4	39.3	26.2	18.0	55.7	44.3
		45	22.2	51.1	24.4	2.2	73.3	26.7
取組方針有無	準備中	116	25.9	44.0	24.1	6.0	69.8	30.2
	取組方針なし	207	15.9	47.3	25.1	11.6	63.3	36.7
	統一あり	171	23.4	49.7	24.6	2.3	73.1	26.9
意思決定支援の手法	統一なし	180	16.3	46.3	23.8	13.8	62.5	37.5

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
328	19.8	44.2	27.1	8.8	64.0	36.0
104	26.0	33.7	33.7	6.7	59.6	40.4
213	16.4	48.8	24.9	9.9	65.3	34.7
91	20.9	33.0	40.7	5.5	53.8	46.2
229	20.1	48.0	21.8	10.0	68.1	31.9
119	19.3	41.2	31.1	8.4	60.5	39.5
209	20.1	45.9	24.9	9.1	66.0	34.0
54	22.2	44.4	27.8	5.6	66.7	33.3
274	19.3	44.2	27.0	9.5	63.5	36.5
26	15.4	46.2	34.6	3.8	61.5	38.5
302	20.2	44.0	26.5	9.3	64.2	35.8
21	19.0	42.9	33.3	4.8	61.9	38.1
307	19.9	44.3	26.7	9.1	64.2	35.8
113	15.0	40.7	36.3	8.0	55.8	44.2
215	22.3	46.0	22.3	9.3	68.4	31.6
82	17.1	50.0	26.8	6.1	67.1	32.9
246	20.7	42.3	27.2	9.8	63.0	37.0
97	20.6	44.3	27.8	7.2	64.9	35.1
186	18.8	44.1	28.0	9.1	62.9	37.1
83	18.1	37.3	34.9	9.6	55.4	44.6
218	21.6	44.5	25.7	8.3	66.1	33.9
75	20.0	42.7	32.0	5.3	62.7	37.3
225	20.9	41.8	27.6	9.8	62.7	37.3
55	12.7	38.2	32.7	16.4	50.9	49.1
155	21.9	43.2	28.4	6.5	65.2	34.8
52	26.9	46.2	19.2	7.7	73.1	26.9
36	16.7	44.4	27.8	11.1	61.1	38.9
102	20.6	48.0	23.5	7.8	68.6	31.4
186	20.4	41.9	29.0	8.6	62.4	37.6
144	17.4	45.1	28.5	9.0	62.5	37.5
145	20.7	44.1	27.6	7.6	64.8	35.2

●医療・ケアチーム内での情報共有

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		374	29.1	61.0	8.0	1.9	90.1	9.9
特定事業所加算	あり	122	24.6	64.8	9.0	1.6	89.3	10.7
	なし	238	31.9	59.7	7.1	1.3	91.6	8.4
ターミナルケアマシント加算	届出済み	107	33.6	61.7	2.8	1.9	95.3	4.7
	届出していない	259	27.0	60.6	10.4	1.9	87.6	12.4
訪問看護との連携体制	あり	139	31.7	58.3	7.9	2.2	89.9	10.1
	なし	235	27.7	62.6	8.1	1.7	90.2	9.8
訪問介護との連携体制	あり	63	36.5	55.6	6.3	1.6	92.1	7.9
	なし	311	27.7	62.1	8.4	1.9	89.7	10.3
定期巡回との連携体制	あり	32	25.0	62.5	12.5	-	87.5	12.5
	なし	342	29.5	60.8	7.6	2.0	90.4	9.6
小多機との連携体制	あり	23	21.7	65.2	13.0	-	87.0	13.0
	なし	351	29.6	60.7	7.7	2.0	90.3	9.7
医療機関との連携体制	あり	131	29.8	60.3	8.4	1.5	90.1	9.9
	なし	243	28.8	61.3	7.8	2.1	90.1	9.9
急変時の医療機関との連携	あり	96	35.4	55.2	7.3	2.1	90.6	9.4
	なし	278	27.0	62.9				

●本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

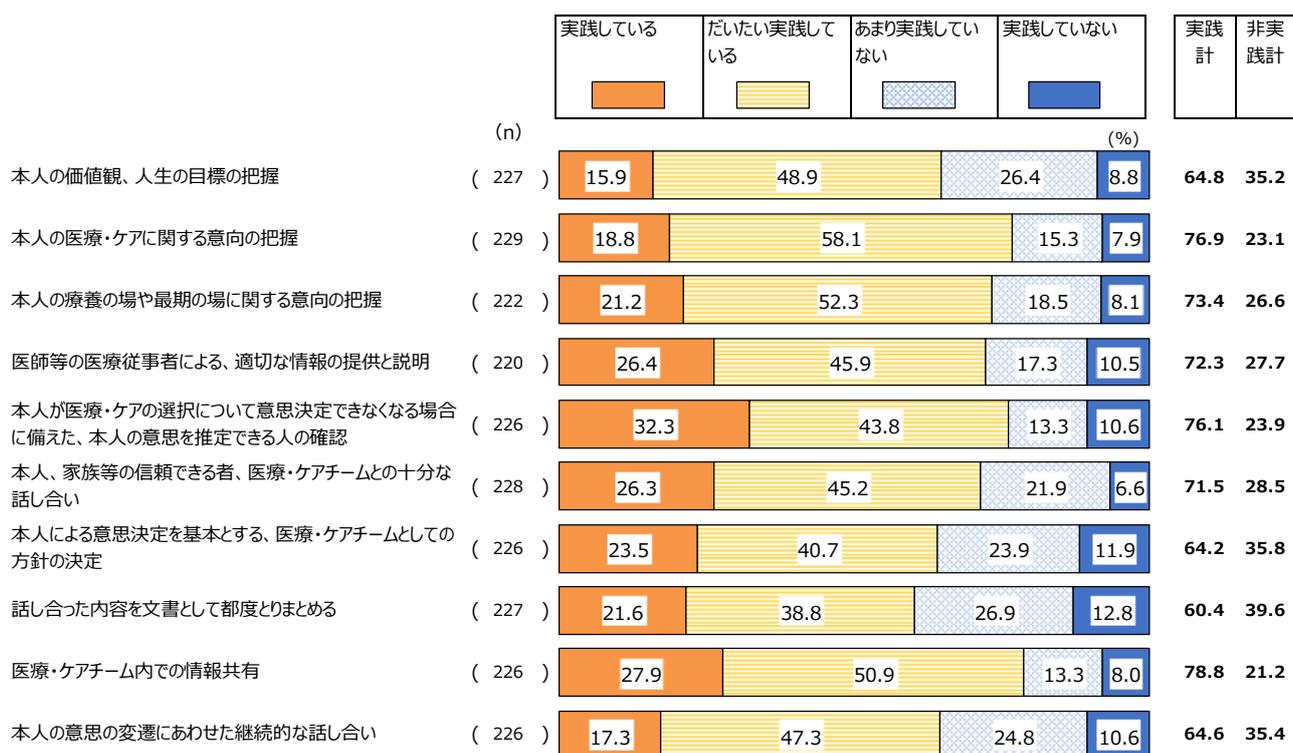
	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計	
全体	374	16.3	48.9	28.9	5.9	65.2	34.8	
特定事業所加算	あり	121	16.5	44.6	31.4	7.4	61.2	38.8
	なし	239	16.7	51.0	28.0	4.2	67.8	32.2
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	107	22.4	46.7	24.3	6.5	69.2	30.8
	届出していない	259	14.3	49.0	31.3	5.4	63.3	36.7
訪問看護との連携体制	あり	138	16.7	50.7	28.3	4.3	67.4	32.6
	なし	236	16.1	47.9	29.2	6.8	64.0	36.0
訪問介護との連携体制	あり	63	15.9	47.6	28.6	7.9	63.5	36.5
	なし	311	16.4	49.2	28.9	5.5	65.6	34.4
定期巡回との連携体制	あり	32	21.9	37.5	31.3	9.4	59.4	40.6
	なし	342	15.8	50.0	28.7	5.6	65.8	34.2
小多機との連携体制	あり	23	13.0	43.5	43.5	-	56.5	43.5
	なし	351	16.5	49.3	27.9	6.3	65.8	34.2
医療機関との連携体制	あり	130	16.2	53.1	25.4	5.4	69.2	30.8
	なし	244	16.4	46.7	30.7	6.1	63.1	36.9
急変時の医療機関との連携体制	あり	95	17.9	51.6	25.3	5.3	69.5	30.5
	なし	279	15.8	48.0	30.1	6.1	63.8	36.2
看取り体制調整利用者	0人以上	110	10.9	45.5	36.4	7.3	56.4	43.6
	1人以上	209	20.6	50.2	24.9	4.3	70.8	29.2
死亡終了・在宅医療利用	0人以上	95	10.5	49.5	30.5	9.5	60.0	40.0
	1人以上	241	19.1	46.9	29.9	4.1	66.0	34.0
死亡終了・訪問利用	0人以上	86	9.3	52.3	26.7	11.6	61.6	38.4
	1人以上	250	19.2	46.4	30.8	3.6	65.6	34.4
実践度	実践している	73	30.1	49.3	16.4	4.1	79.5	20.5
	検討中	165	13.3	55.2	27.9	3.6	68.5	31.5
	実践していない	60	11.7	43.3	31.7	13.3	55.0	45.0
取組方針有無	取組方針あり	45	33.3	55.6	8.9	2.2	88.9	11.1
	準備中	117	18.8	53.0	23.9	4.3	71.8	28.2
	取組方針なし	207	11.1	44.4	36.7	7.7	55.6	44.4
意思決定支援の手法	統一あり	171	23.4	57.9	17.5	1.2	81.3	18.7
	統一なし	180	10.0	42.5	39.4	8.1	52.5	47.5

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
331	29.3	50.5	17.8	2.4	79.8	20.2
106	37.7	41.5	18.9	1.9	79.2	20.8
213	25.8	54.0	17.8	2.3	79.8	20.2
91	29.7	38.5	28.6	3.3	68.1	31.9
232	29.7	54.3	14.2	1.7	84.1	15.9
118	33.1	45.8	17.8	3.4	78.8	21.2
213	27.2	53.1	17.8	1.9	80.3	19.7
54	25.9	57.4	13.0	3.7	83.3	16.7
277	30.0	49.1	18.8	2.2	79.1	20.9
26	34.6	46.2	15.4	3.8	80.8	19.2
305	28.9	50.8	18.0	2.3	79.7	20.3
21	28.6	42.9	23.8	4.8	71.4	28.6
310	29.4	51.0	17.4	2.3	80.3	19.7
113	31.9	46.9	18.6	2.7	78.8	21.2
218	28.0	52.3	17.4	2.3	80.3	19.7
82	31.7	45.1	18.3	4.9	76.8	23.2
249	28.5	52.2	17.7	1.6	80.7	19.3
99	30.3	49.5	19.2	1.0	79.8	20.2
186	28.0	50.0	18.8	3.2	78.0	22.0
84	33.3	45.2	17.9	3.6	78.6	21.4
218	29.8	50.0	18.3	1.8	79.8	20.2
76	34.2	42.1	21.1	2.6	76.3	23.7
225	29.8	50.7	17.3	2.2	80.4	19.6
55	23.6	43.6	23.6	9.1	67.3	32.7
156	26.3	53.2	19.9	0.6	79.5	20.5
53	39.6	47.2	11.3	1.9	86.8	13.2
36	19.4	50.0	27.8	2.8	69.4	30.6
104	26.9	48.1	20.2	4.8	75.0	25.0
187	33.2	50.8	15.0	1.1	84.0	16.0
146	25.3	53.4	18.5	2.7	78.8	21.2
146	31.5	50.0	17.1	1.4	81.5	18.5

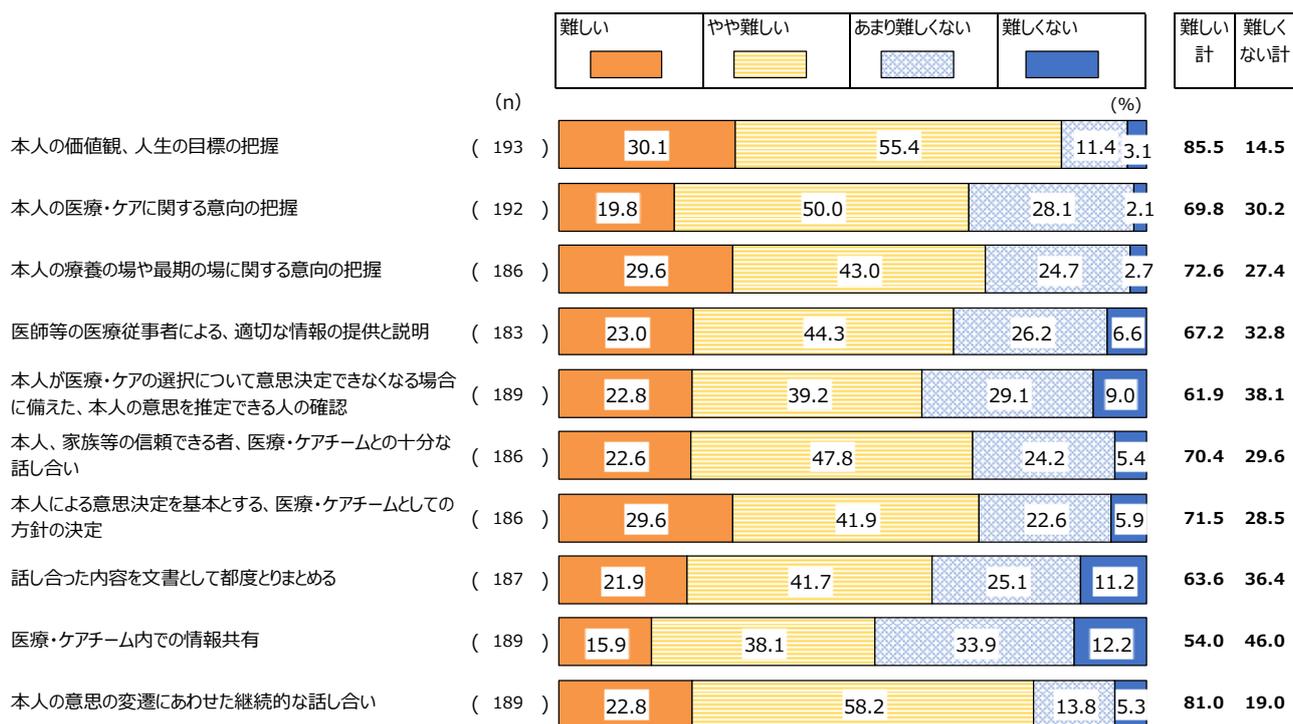
【訪問介護事業所】

- 実践度合いをみると、「医療・ケアチーム内での情報共有」（実践計 78.8%）、「本人の医療・ケアに関する意向の把握」（実践計 76.9%）、「本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認」（実践計 76.1%）の実践度が高く、「話し合った内容を文書として都度とりまとめる」（実践計 60.4%）は低い。
- 難しさをみると、「本人の価値観、人生の目標の把握」（難しい計 85.5%）、「本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い」（81.0%）が難しい内容の上位に、「医療・ケアチーム内での情報共有」（難しい計 54.0%）は下位に挙げられている。

図表. 実践の度合い <訪問介護事業所>



図表. 実践の難しさ <訪問介護事業所>



●本人の価値観、人生の目標の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		227	15.9	48.9	26.4	8.8	64.8	35.2
24時間対応	提供体制あり	60	18.3	45.0	26.7	10.0	63.3	36.7
	提供体制なし	162	14.8	50.6	26.5	8.0	65.4	34.6
休日対応	提供体制あり	199	16.6	47.7	26.6	9.0	64.3	35.7
	提供体制なし	25	12.0	60.0	24.0	4.0	72.0	28.0
夜間対応	提供体制あり	118	16.1	50.8	23.7	9.3	66.9	33.1
	提供体制なし	105	16.2	46.7	29.5	7.6	62.9	37.1
特定事業所加算	あり	103	19.4	43.7	29.1	7.8	63.1	36.9
	なし	110	13.6	51.8	25.5	9.1	65.5	34.5
看取り体制を調整した利用	0人	106	16.0	45.3	28.3	10.4	61.3	38.7
	1人以上	93	17.2	51.6	23.7	7.5	68.8	31.2
サービスの死亡終了者	0人	52	11.5	44.2	30.8	13.5	55.8	44.2
	1人以上	150	18.7	48.7	26.0	6.7	67.3	32.7
実践度	実践している	65	27.7	58.5	13.8	-	66.2	13.8
	検討中	74	12.2	55.4	27.0	5.4	67.6	32.4
	実践していない	41	12.2	24.4	34.1	29.3	36.6	63.4
	取組方針あり	62	29.0	54.8	12.9	3.2	83.9	16.1
取組方針有無	準備中	66	12.1	48.5	31.8	7.6	60.6	39.4
	取組方針なし	99	10.1	45.5	31.3	13.1	55.6	44.4
	統一あり	162	19.8	53.7	22.8	3.7	73.5	26.5
意思決定支援の手法	統一あり	162	19.8	53.7	22.8	3.7	73.5	26.5
	統一なし	47	6.4	34.0	38.3	21.3	40.4	59.6

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
193	30.1	55.4	11.4	3.1	85.5	14.5
52	32.7	50.0	15.4	1.9	82.7	17.3
135	28.9	59.3	8.9	3.0	88.1	11.9
166	29.5	56.0	11.4	3.0	85.5	14.5
23	34.8	56.5	4.3	4.3	91.3	8.7
98	26.5	56.1	15.3	2.0	82.7	17.3
90	33.3	56.7	5.6	4.4	90.0	10.0
86	32.6	50.0	14.0	3.5	82.6	17.4
94	27.7	60.6	8.5	3.2	88.3	11.7
91	29.7	52.7	12.1	5.5	82.4	17.6
76	32.9	57.9	9.2	-	90.8	9.2
46	30.4	56.5	8.7	4.3	87.0	13.0
126	29.4	57.1	11.1	2.4	86.5	13.5
58	29.3	55.2	13.8	1.7	84.5	15.5
64	26.6	62.5	7.8	3.1	89.1	10.9
34	35.3	50.0	11.8	2.9	85.3	14.7
52	28.8	57.7	11.5	1.9	86.5	13.5
61	23.0	65.6	9.8	1.6	88.5	11.5
80	36.3	46.3	12.5	5.0	82.5	17.5
137	27.7	57.7	11.7	2.9	85.4	14.6
41	39.0	48.8	7.3	4.9	87.8	12.2

●本人の医療・ケアに関する意向の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		229	18.8	58.1	15.3	7.9	76.9	23.1
24時間対応	提供体制あり	61	18.0	57.4	16.4	8.2	75.4	24.6
	提供体制なし	162	18.5	59.3	14.2	8.0	77.8	22.2
休日対応	提供体制あり	200	18.5	58.0	15.5	8.0	76.5	23.5
	提供体制なし	25	24.0	60.0	8.0	8.0	84.0	16.0
夜間対応	提供体制あり	119	19.3	58.0	15.1	7.6	73.3	22.7
	提供体制なし	105	19.0	58.1	14.3	8.6	77.1	22.9
特定事業所加算	あり	103	21.4	55.3	17.5	5.8	76.7	23.3
	なし	111	17.1	59.5	13.5	9.9	76.6	23.4
看取り体制調整利用者	0人	107	17.8	55.1	16.8	10.3	72.9	27.1
	1人以上	93	19.4	61.3	14.0	5.4	80.6	19.4
サービスの死亡終了者	0人	52	13.5	55.8	15.4	15.4	69.2	30.8
	1人以上	151	21.9	57.6	15.2	5.3	79.5	20.5
実践度	実践している	64	32.8	60.9	6.3	-	93.8	6.3
	検討中	76	13.2	71.1	13.2	2.6	84.2	15.8
	実践していない	42	14.3	35.7	21.4	28.6	50.0	50.0
	取組方針あり	61	32.8	62.3	3.3	1.6	95.1	4.9
取組方針有無	準備中	69	11.6	65.2	18.8	4.3	76.8	23.2
	取組方針なし	99	15.2	50.5	20.2	14.1	65.7	34.3
	統一あり	164	23.8	62.2	11.6	2.4	88.0	14.0
意思決定支援の手法	統一あり	164	23.8	62.2	11.6	2.4	88.0	14.0
	統一なし	47	4.3	53.2	23.4	19.1	67.4	42.6

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
192	19.8	50.0	28.1	2.1	69.8	30.2
51	13.7	58.8	25.5	2.0	72.5	27.5
135	21.5	48.1	28.9	1.5	69.6	30.4
165	18.2	52.1	27.9	1.8	70.3	29.7
23	26.1	43.5	26.1	4.3	69.6	30.4
97	12.4	52.6	33.0	2.1	64.9	35.1
90	25.6	50.0	22.2	2.2	75.6	24.4
86	20.9	45.3	31.4	2.3	66.3	33.7
93	17.2	57.0	23.7	2.2	74.2	25.8
91	16.5	48.4	31.9	3.3	64.8	35.2
75	20.0	57.3	22.7	-	77.3	22.7
45	17.8	48.9	31.1	2.2	66.7	33.3
126	19.8	52.4	27.0	0.8	72.2	27.8
57	17.5	50.9	29.8	1.8	68.4	31.6
64	12.5	54.7	32.8	-	67.2	32.8
35	34.3	42.9	20.0	2.9	77.1	22.9
51	17.6	51.0	29.4	2.0	68.6	31.4
62	14.5	53.2	32.3	-	67.7	32.3
79	25.3	46.8	24.1	3.8	72.2	27.8
136	16.2	50.7	31.6	1.5	66.9	33.1
41	26.8	51.2	19.5	2.4	78.0	22.0

●本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		222	21.2	52.3	18.5	8.1	73.4	26.6
24時間対応	提供体制あり	60	25.0	46.7	16.7	11.7	71.7	28.3
	提供体制なし	157	20.4	54.8	17.8	7.0	75.2	24.8
休日対応	提供体制あり	195	22.1	50.8	17.9	9.2	72.8	27.2
	提供体制なし	24	16.7	66.7	16.7	-	83.3	16.7
夜間対応	提供体制あり	117	23.9	50.4	17.1	8.5	74.4	25.6
	提供体制なし	101	18.8	54.5	18.8	7.9	73.3	26.7
特定事業所加算	あり	100	26.0	51.0	16.0	7.0	77.0	23.0
	なし	108	17.6	52.8	20.4	9.3	70.4	29.6
看取り体制調整利用者	0人	105	16.2	50.5	21.9	11.4	66.7	33.3
	1人以上	90	28.9	53.3	12.2	5.6	82.2	17.8
サービスの死亡終了者	0人	51	11.8	54.9	21.6	11.8	66.7	33.3
	1人以上	146	26.7	50.0	16.4	6.8	76.7	23.3
実践度	実践している	62	41.9	48.4	8.1	1.6	90.3	9.7
	検討中	72	16.7	59.7	22.2	1.4	76.4	23.6
	実践していない	42	11.9	40.5	23.8	23.8	52.4	47.6
	取組方針あり	61	36.1	52.5	8.2	3.3	88.5	11.5
取組方針有無	準備中	66	18.2	53.0	24.2	4.5	71.2	28.8
	取組方針なし	95	13.7	51.6	21.1	13.7	65.3	34.7
	統一あり	160	26.9	55.0	15.6	2.5	81.9	18.1
意思決定支援の手法	統一あり	160	26.9	55.0	15.6	2.5	81.9	18.1
	統一なし	45	2.2	48.9	28.9	20.0	51.1	48.9

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
186	29.6	43.0	24.7	2.7	72.6	27.4
52	21.2	48.1	26.9	3.8	69.2	30.8
129	31.0	42.6	24.0	2.3	73.6	26.4
160	29.4	45.0	23.1	2.5	74.4	25.6
23	26.1	34.8	34.8	4.3	60.9	39.1
96	21.9	45.8	29.2	3.1	67.7	32.3
86	36.0	41.9	19.8	2.3	77.9	22.1
83	36.1	33.7	26.5	3.6	69.9	30.1
90	22.2	52.2	23.3	2.2	74.4	25.6
89	28.1	39.3	29.2	3.4	67.4	32.6
73	31.5	49.3	17.8	1.4	80.8	19.2
45	26.7	44.4	24.4	4.4	71.1	28.9
121	28.9	43.8	25.6	1.7	72.7	27.3
55	25.5	40.0	30.9	3.6	65.5	34.5
61	24.6	54.1	19.7	1.6	78.7	21.3
33	39.4	30.3	30.3	-	69.7	30.3
51	25.5	37.3	33.3	3.9	62.7	37.3
61	27.9	54.1	16.4	1.6	82.0	18.0
74	33.8	37.8	25.7	2.7	71.6	28.4
134	26.1	44.0	26.9	3.0	70.1	29.9
37	37.8	40.5	21.6	-	78.4	21.6

●医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明

		n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体		220	26.4	45.9	17.3	10.5	72.3	27.7
24時間対応	提供体制あり	58	34.5	43.1	8.6	13.8	77.6	22.4
	提供体制なし	157	22.9	47.8	20.4	8.9	70.7	29.3
休日対応	提供体制あり	194	26.3	45.4	17.5	10.8	71.6	28.4
	提供体制なし	23	26.1	52.2	13.0	8.7	78.3	21.7
夜間対応	提供体制あり	114	28.9	44.7	14.0	12.3	73.7	26.3
	提供体制なし	102	23.5	47.1	20.6	8.8	70.6	29.4
特定事業所加算	あり	99	37.4	41.4	15.2	6.1	78.8	21.2
	なし	107	15.9	50.5	19.6	14.0	66.4	33.6
看取り体制調整利用者	0人	106	21.7	48.1	17			

●本人の意思を推定できる人の確認

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	226	32.3	43.8	13.3	10.6	76.1	23.9
24時間対応							
提供体制あり	60	48.3	28.3	10.0	13.3	76.7	23.3
提供体制なし	161	26.1	49.7	14.3	9.9	75.8	24.2
休日対応							
提供体制あり	199	33.7	41.2	13.1	12.1	74.9	25.1
提供体制なし	24	25.0	62.5	12.5	-	87.5	12.5
夜間対応							
提供体制あり	118	39.0	37.3	11.9	11.9	76.3	23.7
提供体制なし	104	26.0	50.0	14.4	9.6	76.0	24.0
特定事業所加算							
あり	103	34.0	43.7	10.7	11.7	77.7	22.3
なし	109	32.1	43.1	14.7	10.1	75.2	24.8
看取り体制調整利用者							
0人	106	29.2	43.4	16.0	11.3	72.6	27.4
1人以上	92	38.0	42.4	9.8	9.8	80.4	19.6
サービスの死亡終了者							
0人	51	21.6	49.0	13.7	15.7	70.6	29.4
1人以上	150	40.0	38.7	12.0	9.3	80.7	21.3
実践度							
実践している	63	49.2	41.3	3.2	6.3	90.5	9.5
検討中	75	28.0	48.0	20.0	4.0	76.0	24.0
実践していない	42	23.8	42.9	2.4	31.0	66.7	33.3
取組方針有無							
取組方針あり	61	54.1	41.0	1.6	3.3	95.1	4.9
準備中	68	23.5	47.1	23.5	5.9	70.6	29.4
取組方針なし	97	24.7	43.3	13.4	18.6	68.0	32.0
意思決定支援の手法							
統一あり	162	38.9	43.8	12.3	4.9	82.7	17.3
統一なし	47	12.8	46.8	17.0	23.4	59.6	40.4

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
189	22.8	39.2	29.1	9.0	61.9	38.1
50	16.0	32.0	36.0	16.0	48.0	52.0
134	26.1	41.8	27.6	4.5	67.9	32.1
162	21.6	40.1	29.6	8.6	61.7	38.3
24	33.3	29.2	29.2	8.3	62.5	37.5
97	17.5	37.1	36.1	9.3	54.6	45.4
88	28.4	40.9	22.7	8.0	69.3	30.7
83	25.3	38.6	24.1	12.0	63.9	36.1
94	21.3	39.4	33.0	6.4	60.6	39.4
92	26.1	35.9	28.3	9.8	62.0	38.0
72	19.4	41.7	31.9	6.9	61.1	38.9
46	30.4	39.1	23.9	6.5	69.6	30.4
123	17.9	41.5	30.9	9.8	59.3	40.7
56	16.1	37.5	35.7	10.7	53.6	46.4
61	21.3	45.9	26.2	6.6	67.2	32.8
35	25.7	34.3	31.4	8.6	60.0	40.0
51	19.6	27.5	41.2	11.8	47.1	52.9
60	20.0	58.3	16.7	5.0	78.3	21.7
78	26.9	32.1	30.8	10.3	59.0	41.0
134	19.4	42.5	27.6	10.4	61.9	38.1
39	28.2	28.2	38.5	5.1	56.4	43.6

●本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	228	26.3	45.2	21.9	6.6	71.5	28.5
24時間対応							
提供体制あり	60	35.0	41.7	16.7	6.7	76.7	23.3
提供体制なし	162	22.8	47.5	22.8	6.8	70.4	29.6
休日対応							
提供体制あり	199	27.6	44.2	20.6	7.5	71.9	28.1
提供体制なし	25	16.0	58.0	28.0	-	72.0	28.0
夜間対応							
提供体制あり	118	33.1	40.7	17.8	8.5	73.7	26.3
提供体制なし	105	19.0	50.5	25.7	4.8	69.5	30.5
特定事業所加算							
あり	103	28.2	45.6	22.3	3.9	73.8	26.2
なし	110	24.5	44.5	21.8	9.1	69.1	30.9
看取り体制調整利用者							
0人	106	23.6	42.5	25.5	8.5	66.0	34.0
1人以上	93	28.0	48.4	19.4	4.3	76.3	23.7
サービスの死亡終了者							
0人	51	15.7	47.1	23.5	13.7	62.7	37.3
1人以上	151	31.1	45.0	19.9	4.0	76.2	23.8
実践度							
実践している	64	45.3	42.2	12.5	-	87.5	12.5
検討中	75	20.0	54.7	24.0	1.3	74.7	25.3
実践していない	42	16.7	31.0	26.2	26.2	47.6	52.4
取組方針有無							
取組方針あり	61	47.5	42.6	8.2	1.6	90.2	9.8
準備中	68	22.1	50.0	23.5	4.4	72.1	27.9
取組方針なし	99	18.2	43.4	29.3	11.1	59.6	40.4
意思決定支援の手法							
統一あり	163	33.7	47.9	16.0	2.5	81.6	18.4
統一なし	47	6.4	42.6	36.2	14.9	48.9	51.1

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
186	22.6	47.8	24.2	5.4	70.4	29.6
49	20.4	55.1	18.4	6.1	75.5	24.5
132	23.5	44.7	27.3	4.5	68.2	31.8
161	21.7	47.8	24.8	5.6	69.6	30.4
21	28.6	47.6	23.8	-	76.2	23.8
96	20.8	49.0	26.0	4.2	69.8	30.2
85	23.5	47.1	23.5	5.9	70.6	29.4
82	22.0	39.0	30.5	8.5	61.0	39.0
90	21.1	56.7	20.0	2.2	77.8	22.2
88	25.0	46.6	22.7	5.7	71.6	28.4
72	19.4	50.0	26.4	4.2	69.4	30.6
43	34.9	46.5	14.0	4.7	81.4	18.6
123	17.1	51.2	26.8	4.9	68.3	31.7
55	18.2	47.3	27.3	7.3	65.5	34.5
62	22.6	46.8	25.8	4.8	69.4	30.6
34	26.5	50.0	20.6	2.9	76.5	23.5
50	14.0	50.0	28.0	8.0	64.0	36.0
62	17.7	53.2	24.2	4.8	71.0	29.0
74	32.4	41.9	21.6	4.1	74.3	25.7
134	17.9	47.8	28.4	6.0	65.7	34.3
37	35.1	45.9	16.2	2.7	81.1	18.9

●本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	226	23.5	40.7	23.9	11.9	64.2	35.8
24時間対応							
提供体制あり	60	30.0	38.3	20.0	11.7	68.3	31.7
提供体制なし	160	21.3	42.5	24.4	11.9	63.8	36.3
休日対応							
提供体制あり	199	24.1	40.2	23.6	12.1	64.3	35.7
提供体制なし	23	21.7	47.8	17.4	13.0	69.6	30.4
夜間対応							
提供体制あり	118	26.3	39.8	22.9	11.0	66.1	33.9
提供体制なし	103	21.4	41.7	23.3	13.6	63.1	36.9
特定事業所加算							
あり	103	28.2	36.9	24.3	10.7	65.0	35.0
なし	108	21.3	40.7	25.0	13.0	62.0	38.0
看取り体制調整利用者							
0人	105	22.9	39.0	21.0	17.1	61.9	38.1
1人以上	92	25.0	42.4	26.1	6.5	67.4	32.6
サービスの死亡終了者							
0人	50	24.0	32.0	22.0	22.0	56.0	44.0
1人以上	150	24.7	42.7	24.0	8.7	67.3	32.7
実践度							
実践している	64	39.1	48.4	7.8	4.7	87.5	12.5
検討中	75	14.7	46.7	34.7	4.0	61.3	38.7
実践していない	41	14.6	19.5	26.8	39.0	34.1	65.9
取組方針有無							
取組方針あり	61	42.6	45.9	8.2	3.3	88.5	11.5
準備中	68	17.6	39.7	38.2	4.4	57.4	42.6
取組方針なし	97	15.5	38.1	23.7	22.7	59.6	40.4
意思決定支援の手法							
統一あり	162	30.2	44.4	19.8	5.6	74.7	25.3
統一なし	46	4.3	34.8	34.8	26.1	39.1	60.9

n	難しい	やや難しい	あまり難しいくない	難しくない	難しい計	難しくない計
186	29.6	41.9	22.6	5.9	71.5	28.5
48	22.9	50.0	18.8	8.3	72.9	27.1
132	31.1	39.4	24.2	5.3	70.5	29.5
160	26.3	45.0	22.5	6.3	71.3	28.8
22	50.0	22.7	22.7	4.5	72.7	27.3
95	26.3	42.1	26.3	5.3	68.4	31.6
86	31.4	43.0	18.6	7.0	74.4	25.6
81	23.5	40.7	24.7	11.1	64.2	35.8
91	30.8	47.3	20.9	1.1	78.0	22.0
89	25.8	42.7	24.7	6.7	68.5	31.5
72	33.3	40.3	22.2	4.2	73.6	26.4
43	41.9	34.9	16.3	7.0	76.7	23.3
122	24.6	46.7	23.0	5.7	71.3	28.7
55	21.8	43.6	29.1	5.5	65.5	34.5
60	33.3	43.3	20.0	3.3	76.3	23.7
35	40.0	34.3	17.1	8.6	74.3	25.7
49	22.4	38.8	30.6	8.2	61.2	38.8
62	29.0	48.4	19.4	3.2	77.4	22.6
75	34.7	38.7	20.0	6.7	73.3	26.7
133	24.1	43.6	24.8	7.5	67.7	32.3
38	42.1	36.8	21.1	-	78.9	21.1

●話し合った内容を文書として都度とりまとめる

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	227	21.6	38				

●医療・ケアチーム内での情報共有

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	226	27.9	50.9	13.3	8.0	78.8	21.2
24時間対応							
提供体制あり	61	34.4	42.6	13.1	9.8	77.0	23.0
提供体制なし	160	25.6	54.4	12.5	7.5	80.0	20.0
休日対応							
提供体制あり	198	29.8	49.0	13.1	8.1	78.8	21.2
提供体制なし	25	18.0	64.0	12.0	8.0	80.0	20.0
夜間対応							
提供体制あり	118	31.4	48.3	11.0	9.3	79.7	20.3
提供体制なし	104	25.0	52.9	15.4	6.7	77.9	22.1
特定事業所加算							
あり	101	33.7	47.5	12.9	5.9	81.2	18.8
なし	111	23.4	52.3	14.4	9.9	75.7	24.3
看取り体制調整利用者							
0人	106	28.3	45.3	17.9	8.5	73.6	26.4
1人以上	92	23.9	60.9	10.9	4.3	84.8	15.2
サービスの死亡終了者							
0人	52	21.2	44.2	13.5	21.2	65.4	34.6
1人以上	149	30.2	53.0	12.8	4.0	83.2	16.8
実践度							
実践している	64	43.8	46.9	7.8	1.6	90.8	9.2
検討中	74	18.9	60.8	16.2	4.1	79.7	20.3
実践していない	42	14.3	42.9	19.0	23.8	57.1	42.9
取組方針有無							
取組方針あり	61	42.6	44.3	9.8	3.3	86.9	13.1
準備中	67	22.4	53.7	19.4	4.5	76.1	23.9
取組方針なし	98	22.4	53.1	11.2	13.3	75.5	24.5
意思決定支援の手法							
統一あり	162	33.3	52.5	11.7	2.5	85.8	14.2
統一なし	46	10.9	54.3	15.2	19.6	65.2	34.8

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
189	15.9	38.1	33.9	12.2	54.0	46.0
52	13.5	44.2	28.8	13.5	57.7	42.3
133	17.3	36.8	35.3	10.5	54.1	45.9
165	15.2	39.4	33.3	12.1	54.5	45.5
21	23.8	33.3	33.3	9.5	57.1	42.9
98	14.3	37.8	38.8	9.2	52.0	48.0
87	17.2	40.2	27.6	14.9	57.5	42.5
85	17.6	36.5	30.6	15.3	54.1	45.9
91	14.3	41.8	35.2	8.8	56.0	44.0
89	12.4	41.6	32.6	13.5	53.9	46.1
75	17.3	37.3	37.3	8.0	54.7	45.3
44	22.7	36.4	31.8	9.1	59.1	40.9
126	12.7	39.7	34.9	12.7	52.4	47.6
56	14.3	37.5	37.5	10.7	51.8	48.2
63	15.9	36.5	38.1	9.5	52.4	47.6
34	17.6	41.2	29.4	11.8	58.8	41.2
51	13.7	33.3	41.2	11.8	47.1	52.9
62	11.3	46.8	30.6	11.3	58.1	41.9
76	21.1	34.2	31.6	13.2	55.3	44.7
136	12.5	39.7	35.3	12.5	52.2	47.8
38	21.1	34.2	34.2	10.5	55.3	44.7

●本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

	n	実践している	だいたい実践している	あまり実践していない	実践していない	実践している計	実践していない計
全体	226	17.3	47.3	24.8	10.6	64.6	35.4
24時間対応							
提供体制あり	61	21.3	42.6	23.0	13.1	63.9	36.1
提供体制なし	159	15.7	49.7	25.2	9.4	65.4	34.6
休日対応							
提供体制あり	197	17.8	46.7	24.4	11.2	64.5	35.5
提供体制なし	25	12.0	56.0	28.0	4.0	68.0	32.0
夜間対応							
提供体制あり	118	21.2	42.4	23.7	12.7	63.6	36.4
提供体制なし	103	12.6	53.4	26.2	7.8	66.0	34.0
特定事業所加算							
あり	101	20.8	46.5	22.8	9.9	67.3	32.7
なし	110	13.6	46.4	29.1	10.9	60.0	40.0
看取り体制調整利用者							
0人	106	15.1	43.4	30.2	11.3	58.5	41.5
1人以上	92	17.4	51.1	22.8	8.7	68.5	31.5
サービスの死亡終了者							
0人	52	11.5	36.5	30.8	21.2	48.1	51.9
1人以上	148	19.6	52.7	20.9	6.8	72.3	27.7
実践度							
実践している	63	34.9	55.6	7.9	1.6	90.5	9.5
検討中	75	10.7	54.7	29.3	5.3	65.3	34.7
実践していない	42	9.5	28.6	31.0	31.0	38.1	61.9
取組方針有無							
取組方針あり	61	39.3	52.5	6.8	1.6	91.9	8.2
準備中	68	11.8	51.5	30.9	5.9	63.2	36.8
取組方針なし	97	7.2	41.2	32.0	19.6	48.5	51.5
意思決定支援の手法							
統一あり	162	22.2	50.6	22.2	4.9	72.8	27.2
統一なし	46	4.3	39.1	30.4	26.1	43.5	56.5

n	難しい	やや難しい	あまり難しい	難しくない	難しい計	難しくない計
189	22.8	58.2	13.8	5.3	81.0	19.0
52	23.1	57.7	15.4	3.8	80.8	19.2
132	22.7	58.3	13.6	5.3	81.1	18.9
164	22.0	59.8	13.4	4.9	81.7	18.3
21	28.6	47.6	19.0	4.8	76.2	23.8
98	20.4	61.2	14.3	4.1	81.6	18.4
86	24.4	55.8	14.0	5.8	80.2	19.8
85	22.4	55.3	15.3	7.1	77.6	22.4
90	24.4	61.1	12.2	2.2	85.6	14.4
89	20.2	58.4	13.5	7.9	78.7	21.3
75	24.0	57.3	17.3	1.3	81.3	18.7
44	27.3	56.8	9.1	6.8	84.1	15.9
125	20.8	60.0	15.2	4.0	80.8	19.2
55	18.2	54.5	21.8	5.5	72.7	27.3
64	20.3	62.5	14.1	3.1	82.8	17.2
34	23.5	58.8	11.8	5.9	82.4	17.6
51	15.7	47.1	27.5	9.8	62.7	37.3
63	17.5	71.4	9.5	1.6	88.9	11.1
75	32.0	54.7	8.0	5.3	86.7	13.3
136	19.9	58.8	15.4	5.9	78.7	21.3
38	31.6	57.9	7.9	2.6	89.5	10.5

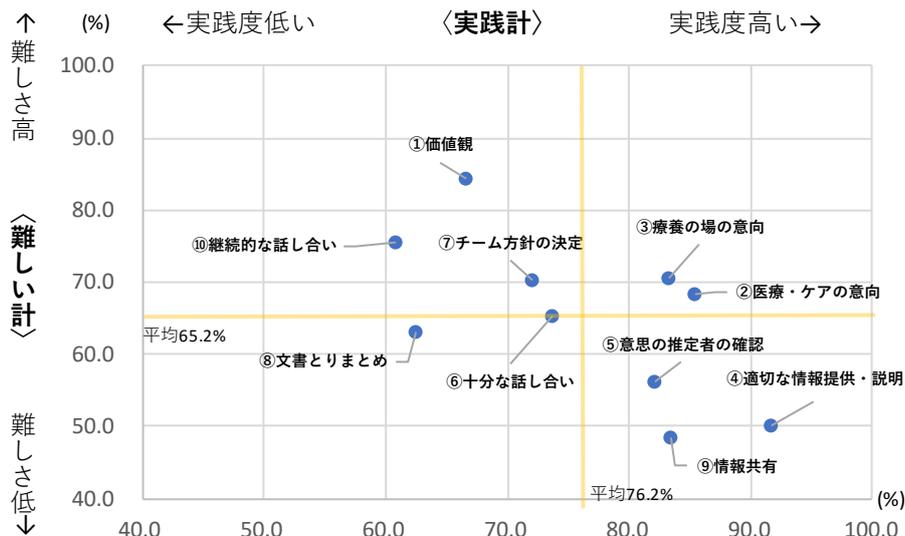
【実践度合い×難しさ】

- 各サービスについて、実践計（「実践している」「だいたい実践している」の合計）が各サービス平均よりも低く、難しい計（「難しい」「やや難しい」の合計）が各サービス平均よりも高い項目をみると、いずれのサービスでも『本人の価値観、人生の目標の把握』『本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定』『本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い』が挙げられている。
- 在支診を除いたサービスでは、難しさが低いものの、実践計も低い項目として、『話し合った内容を文書として都度とりまとめる』が挙げられている。

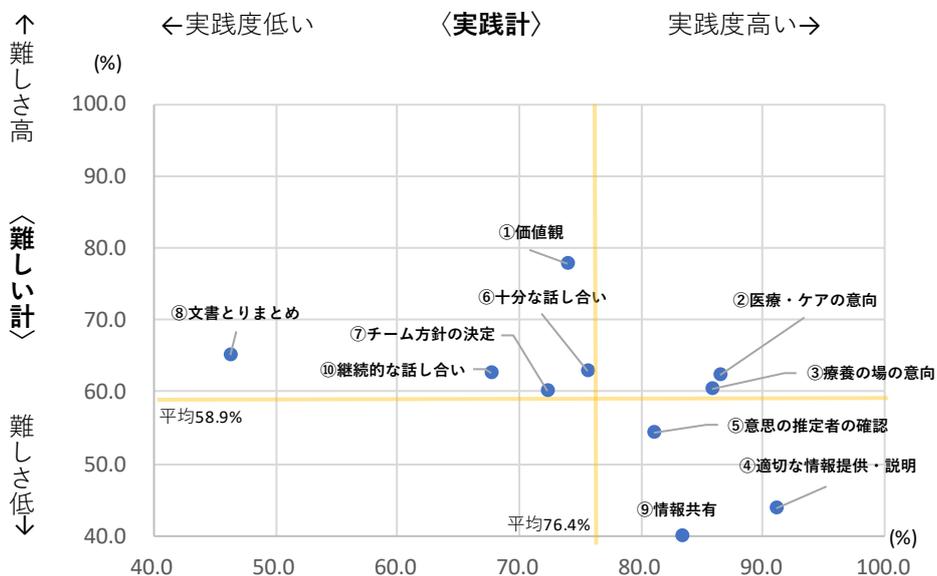
■凡例

①価値観	本人の価値観、人生の目標の把握
②医療・ケアの意向	本人の医療・ケアに関する意向の把握
③療養の場の意向	本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握
④適切な情報提供・説明	医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明
⑤意思の推定者の確認	本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認
⑥十分な話し合い	本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い
⑦チーム方針の決定	本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定
⑧文書とりまとめ	話し合った内容を文書として都度とりまとめる
⑨情報共有	医療・ケアチーム内での情報共有
⑩継続的な話し合い	本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い

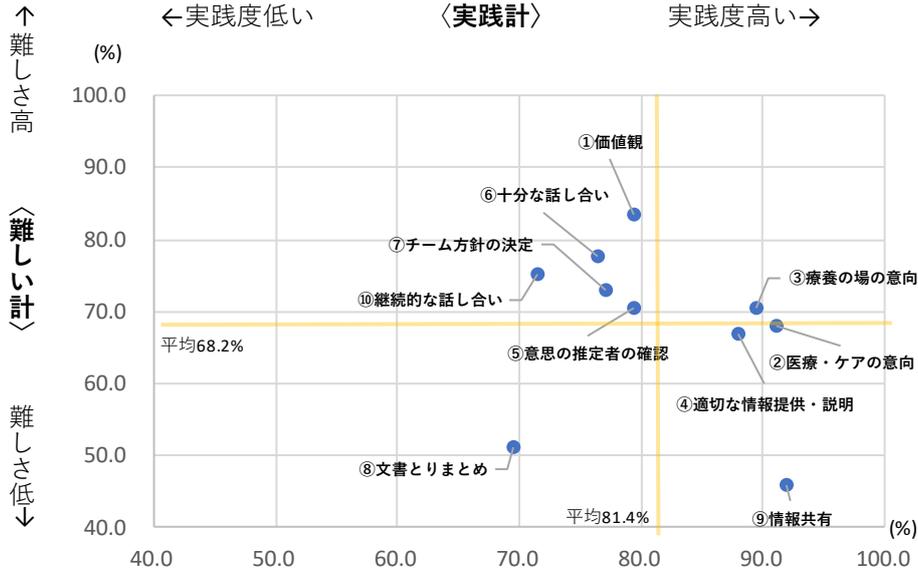
●在宅療養支援病院



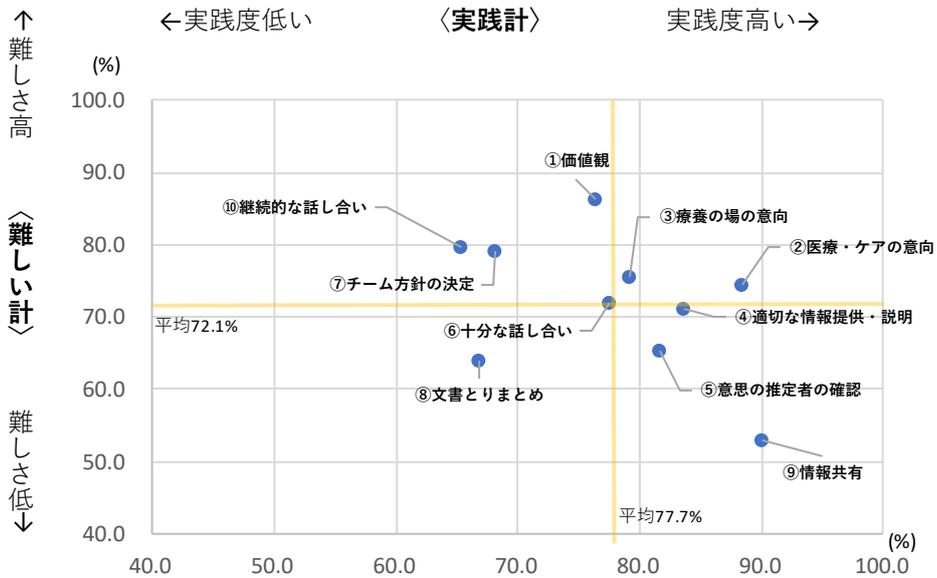
●在宅療養支援診療所



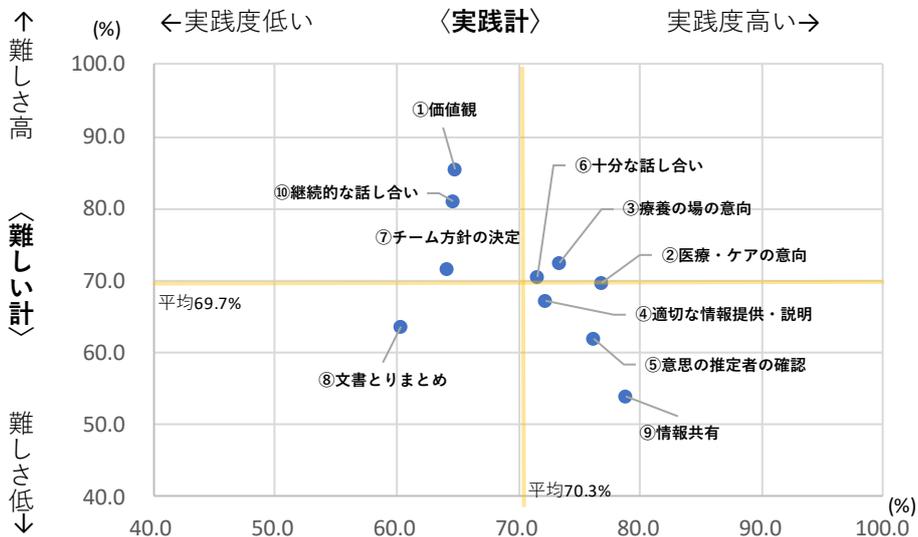
●訪問看護



●居宅介護支援



●訪問介護



(6) 話し合いのタイミング

① 話し合っているタイミング

【在支病・在支診】問 14. 基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いをどのタイミングで行っていますか。i がん、ii 非がんのそれぞれについてお答えください。話し合いについて「開始することが多いタイミング」と、「最も重要だと認識するタイミング」を番号①～⑨から選び、i がん、ii 非がんのそれぞれに1つ記入してください。

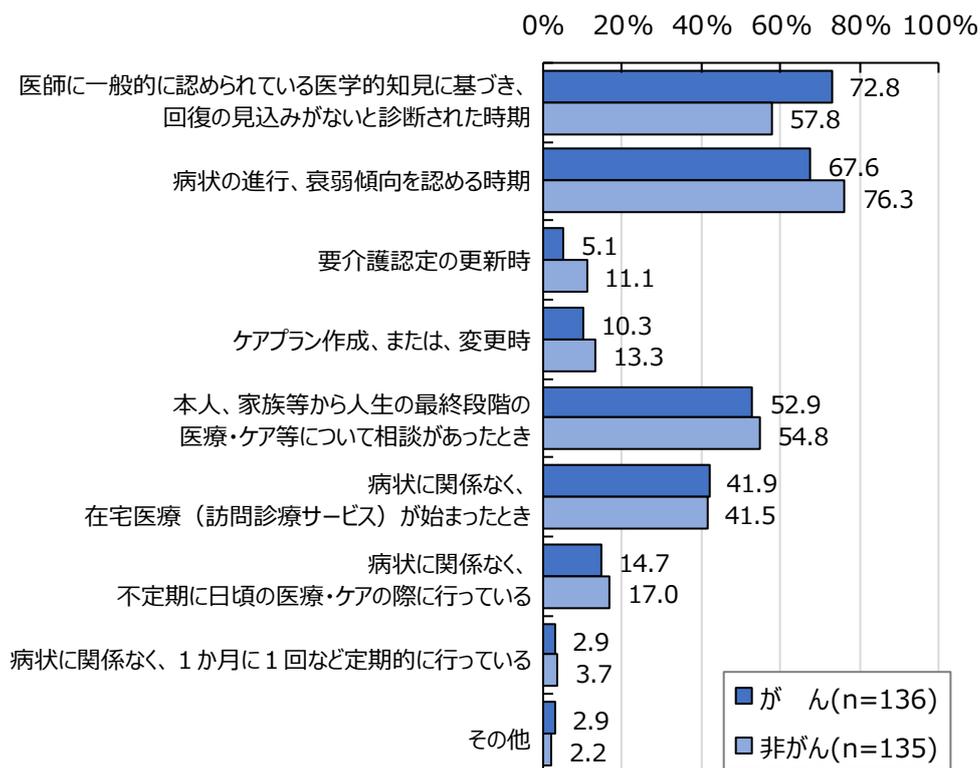
【訪看：問 13】【居宅：問 15】【訪介：問 15】

※無回答は除外して集計

【在宅療養支援病院】

- がんでは「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が 72.8%で最も高く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」（67.6%）となっている。
- 非がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が 76.3%で最も高く、次いで「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」（57.8%）、「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」（54.8%）となっている。

図表. 話し合いのタイミング（複数回答）



i) 開始することが多いタイミング: がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	214	33.2	27.6	-	0.9	4.7	19.2	2.3	0.9	1.9	9.3	
届出区分	機能強化型(単独型)	47	34.0	19.1	-	-	4.3	31.9	-	-	2.1	8.5
	機能強化型(連携型)	57	24.6	31.6	-	1.8	3.5	29.8	3.5	-	1.8	3.5
	従来型	97	36.1	29.9	-	1.0	5.2	8.2	2.1	2.1	2.1	13.4
ターミナル加算の算定有無	算定あり	87	26.4	26.4	-	1.1	4.6	31.0	1.1	2.3	2.3	4.6
	算定なし	97	33.0	29.9	-	-	6.2	11.3	3.1	-	2.1	14.4
訪問看護の提供体制	24時間可能	178	35.4	26.4	-	1.1	2.8	20.2	2.2	1.1	1.7	9.0
	24時間不可	26	19.2	34.6	-	-	15.4	11.5	3.8	-	3.8	11.5
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	28	39.3	17.9	-	-	10.7	7.1	3.6	-	7.1	14.3
	1人未満	58	31.0	34.5	-	-	6.9	17.2	5.2	-	-	5.2
	2人未満	37	35.1	27.0	-	2.7	5.4	29.7	-	-	-	-
	3人未満	19	26.3	36.8	-	-	-	15.8	-	-	5.3	15.8
実践度	3人以上	39	28.2	28.2	-	2.6	2.6	23.1	-	5.1	2.6	7.7
	実践している	97	25.8	32.0	-	-	3.1	25.8	3.1	1.0	4.1	5.2
	検討中	88	39.8	25.0	-	2.3	8.0	14.8	-	1.1	-	9.1
取組方針有無	実践していない	10	40.0	20.0	-	-	-	10.0	10.0	-	-	20.0
	取組方針あり	111	30.6	27.0	-	1.8	5.4	22.5	1.8	-	3.6	7.2
	準備中	66	40.9	24.2	-	-	6.1	15.2	1.5	3.0	-	9.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	36	27.8	33.3	-	-	-	16.7	5.6	-	-	16.7
	統一あり	136	33.8	25.0	-	0.7	5.1	20.6	2.2	1.5	2.9	8.1
	統一なし	59	25.4	35.6	-	1.7	3.4	20.3	3.4	-	-	10.2

ii) 開始することが多いタイミング: 非がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	214	20.1	37.4	0.9	1.9	6.5	18.7	1.4	1.4	1.9	9.8	
届出区分	機能強化型(単独型)	47	14.9	38.3	-	2.1	8.5	25.5	-	-	2.1	8.5
	機能強化型(連携型)	57	15.8	36.8	-	1.8	3.5	33.3	1.8	1.8	1.8	3.5
	従来型	97	23.7	37.1	2.1	2.1	8.2	8.2	1.0	1.0	2.1	14.4
ターミナル加算の算定有無	算定あり	87	18.4	33.3	-	3.4	6.9	28.7	-	2.3	2.3	4.6
	算定なし	97	18.6	40.2	2.1	1.0	6.2	12.4	3.1	-	2.1	14.4
訪問看護の提供体制	24時間可能	178	21.9	38.8	1.1	1.7	4.5	19.1	1.1	0.6	1.7	9.6
	24時間不可	26	15.4	30.8	-	3.8	15.4	15.4	3.8	-	3.8	11.5
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	28	25.0	28.6	-	-	17.9	7.1	-	-	7.1	14.3
	1人未満	58	17.2	37.9	-	1.7	6.9	22.4	5.2	3.4	-	5.2
	2人未満	37	18.9	48.6	-	2.7	8.1	18.9	-	-	-	2.7
	3人未満	19	31.6	36.8	-	-	-	10.5	-	-	5.3	15.8
実践度	3人以上	39	15.4	38.5	2.6	2.6	5.1	25.6	-	2.6	2.6	5.1
	実践している	97	16.5	40.2	1.0	1.0	4.1	23.7	2.1	1.0	4.1	6.2
	検討中	88	23.9	36.4	1.1	2.3	9.1	15.9	-	2.3	-	9.1
取組方針有無	実践していない	10	10.0	50.0	-	-	-	20.0	10.0	-	-	10.0
	取組方針あり	111	19.8	36.0	0.9	1.8	6.3	21.6	0.9	0.9	3.6	8.1
	準備中	66	24.2	39.4	-	1.5	7.6	13.6	1.5	3.0	-	9.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	36	13.9	36.1	2.8	2.8	5.6	19.4	2.8	-	-	16.7
	統一あり	136	20.6	34.6	0.7	2.2	7.4	20.6	1.5	1.5	2.9	8.1
	統一なし	59	15.3	45.8	-	1.7	5.1	16.9	1.7	1.7	-	11.9

iii)最も重要と認識するタイミング:がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	214	33.6	21.5	-	1.4	7.5	11.2	8.4	1.9	3.3	11.2	
届出区分	機能強化型(単独型)	47	34.0	19.1	-	-	8.5	17.0	6.4	-	2.1	12.8
	機能強化型(連携型)	57	29.8	26.3	-	1.8	8.8	17.5	5.3	1.8	5.3	3.5
	従来型	97	37.1	16.5	-	1.0	5.2	6.2	12.4	3.1	3.1	15.5
ターミナル加算の算定有無	算定あり	87	35.6	21.8	-	1.1	9.2	17.2	4.6	2.3	2.3	5.7
	算定なし	97	30.9	19.6	-	2.1	6.2	8.2	12.4	1.0	4.1	15.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	178	34.8	19.1	-	1.1	7.9	12.4	9.6	1.7	2.8	10.7
	24時間不可	26	23.1	34.6	-	3.8	3.8	3.8	3.8	3.8	7.7	15.4
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	28	42.9	17.9	-	-	7.1	7.1	7.1	-	-	17.9
	1人未満	58	34.5	15.5	-	-	12.1	17.2	13.8	-	3.4	3.4
	2人未満	37	40.5	24.3	-	-	2.7	13.5	5.4	2.7	8.1	2.7
	3人未満	19	26.3	31.6	-	-	10.5	-	10.5	-	5.3	15.8
実践度	3人以上	39	25.6	23.1	-	2.6	7.7	12.8	10.3	5.1	2.6	10.3
	実践している	97	35.1	21.6	-	1.0	9.3	14.4	8.2	1.0	2.1	7.2
	検討中	88	34.1	21.6	-	2.3	6.8	11.4	8.0	2.3	4.5	9.1
取組方針有無	実践していない	10	40.0	30.0	-	-	-	-	10.0	-	-	20.0
	取組方針あり	111	36.0	19.8	-	1.8	7.2	11.7	9.9	0.9	3.6	9.0
	準備中	66	31.8	22.7	-	-	7.6	16.7	4.5	3.0	4.5	9.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	36	30.6	25.0	-	-	8.3	-	11.1	2.8	-	22.2
	統一あり	136	34.6	20.6	-	1.5	4.4	12.5	9.6	1.5	4.4	11.0
意思決定支援の手法	統一なし	59	33.9	23.7	-	-	13.6	10.2	6.8	1.7	-	10.2

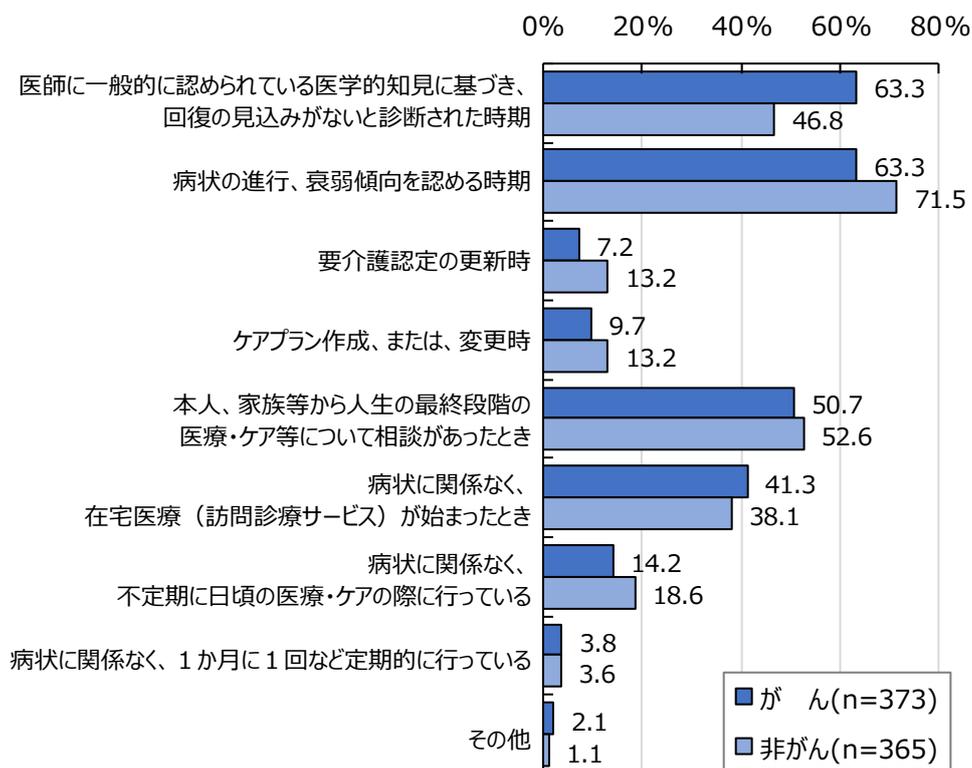
iv)最も重要と認識するタイミング:非がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	214	18.7	25.7	0.9	3.7	10.3	13.6	11.7	2.3	1.9	11.2	
届出区分	機能強化型(単独型)	47	14.9	23.4	-	4.3	10.6	21.3	8.5	2.1	2.1	12.8
	機能強化型(連携型)	57	24.6	31.6	-	1.8	10.5	17.5	5.3	1.8	3.5	3.5
	従来型	97	18.6	20.6	2.1	3.1	9.3	8.2	18.6	3.1	1.0	15.5
ターミナル加算の算定有無	算定あり	87	21.8	26.4	1.1	4.6	10.3	16.1	9.2	2.3	2.3	5.7
	算定なし	97	15.5	21.6	1.0	3.1	9.3	14.4	16.5	2.1	1.0	15.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	178	18.5	23.6	1.1	3.4	10.7	15.2	12.9	2.2	1.7	10.7
	24時間不可	26	19.2	30.8	-	7.7	3.8	7.7	7.7	3.8	3.8	15.4
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	28	25.0	17.9	-	-	14.3	7.1	17.9	-	-	17.9
	1人未満	58	19.0	22.4	-	1.7	17.2	20.7	12.1	1.7	1.7	3.4
	2人未満	37	21.6	27.0	-	8.1	2.7	13.5	13.5	2.7	5.4	5.4
	3人未満	19	26.3	21.1	-	-	15.8	-	15.8	-	5.3	15.8
実践度	3人以上	39	15.4	30.8	-	2.6	7.7	17.9	12.8	5.1	-	7.7
	実践している	97	16.5	26.8	2.1	5.2	10.3	16.5	11.3	2.1	1.0	8.2
	検討中	88	22.7	23.9	-	2.3	11.4	13.6	12.5	2.3	2.3	9.1
取組方針有無	実践していない	10	30.0	40.0	-	-	-	10.0	10.0	-	-	10.0
	取組方針あり	111	18.0	24.3	1.8	4.5	9.0	14.4	13.5	1.8	2.7	9.9
	準備中	66	24.2	21.2	-	1.5	10.6	18.2	10.6	3.0	1.5	9.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	36	11.1	38.9	-	2.8	13.9	2.8	8.3	2.8	-	19.4
	統一あり	136	16.9	25.7	1.5	4.4	5.9	16.2	13.2	2.2	2.9	11.0
意思決定支援の手法	統一なし	59	22.0	25.4	-	1.7	18.6	10.2	10.2	1.7	-	10.2

【在宅療養支援診療所】

- がんでは「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」（ともに63.3%）で上位に挙げられている。
- 非がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が71.5%で最も高く、次いで「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」（52.6%）、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」（46.8%）となっている。

図表. 話し合いのタイミング（複数回答）



i) 開始することが多いタイミング: がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	519	29.1	30.1	0.2	0.6	5.4	18.5	2.9	0.4	0.6	12.3	
届出区分	機能強化型(単独型)	32	25.0	31.3	3.1	-	3.1	12.5	9.4	3.1	-	12.5
	機能強化型(連携型)	163	29.4	22.1	-	0.6	6.1	23.9	4.3	-	1.8	11.7
	従来型	302	28.8	33.4	-	0.7	5.3	17.2	1.7	0.3	-	12.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	261	29.5	29.1	-	0.4	5.0	21.8	3.1	-	0.8	10.3
	算定なし	235	28.1	31.9	0.4	0.4	5.5	15.7	2.6	0.9	0.4	14.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	442	29.0	30.1	0.2	0.7	5.4	20.4	3.2	0.5	0.7	10.0
	24時間不可	62	32.3	27.4	-	-	6.5	8.1	1.6	-	-	24.2
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	33.3	22.7	-	-	7.6	16.7	6.1	-	-	13.6
	1人未満	102	27.5	32.4	-	-	7.8	13.7	2.0	-	-	16.7
	2人未満	90	35.6	34.4	-	2.2	5.6	12.2	4.4	-	1.1	4.4
	3人未満	60	20.0	35.0	-	-	5.0	23.3	3.3	1.7	1.7	10.0
	3人以上	127	29.1	26.8	-	-	2.4	29.1	1.6	-	0.8	10.2
実践度	実践している	206	28.6	29.1	-	0.5	3.9	25.2	3.9	-	1.0	7.8
	検討中	194	31.4	31.4	0.5	-	7.7	14.4	3.6	1.0	-	9.8
	実践していない	69	27.5	27.5	-	1.4	4.3	11.6	-	-	1.4	26.1
取組方針有無	取組方針あり	168	31.5	23.8	-	-	7.1	25.0	4.8	0.6	0.6	6.5
	準備中	166	29.5	33.7	-	0.6	6.0	14.5	3.0	0.6	0.6	11.4
	取組方針なし	179	25.1	33.5	0.6	1.1	3.4	16.2	1.1	-	0.6	18.4
意思決定支援の手法	統一あり	315	29.5	29.2	0.3	0.3	5.4	19.7	3.2	0.6	1.0	10.8
	統一なし	130	29.2	33.8	-	0.8	6.9	15.4	1.5	-	-	12.3

ii) 開始することが多いタイミング: 非がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	519	14.5	41.2	1.7	1.7	8.7	16.4	3.9	0.2	0.2	11.6	
届出区分	機能強化型(単独型)	32	12.5	34.4	9.4	3.1	3.1	12.5	9.4	-	-	15.6
	機能強化型(連携型)	163	18.4	35.6	1.2	0.6	7.4	19.6	4.9	-	0.6	11.7
	従来型	302	12.6	43.7	1.3	2.0	9.9	15.9	3.0	0.3	-	11.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	261	15.7	42.1	0.8	1.1	6.9	18.4	4.2	0.4	0.4	10.0
	算定なし	235	12.3	41.3	3.0	2.1	10.2	14.9	3.4	-	-	12.8
訪問看護の提供体制	24時間可能	442	14.7	41.2	2.0	1.8	8.4	17.6	4.1	0.2	0.2	9.7
	24時間不可	62	14.5	41.9	-	1.6	11.3	8.1	3.2	-	-	19.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	15.2	40.9	1.5	-	10.6	18.2	3.0	-	-	10.6
	1人未満	102	19.6	37.3	2.0	-	12.7	14.7	3.9	-	-	9.8
	2人未満	90	12.2	48.9	3.3	4.4	4.4	14.4	4.4	-	-	7.8
	3人未満	60	15.0	40.0	-	-	10.0	15.0	6.7	-	-	13.3
	3人以上	127	11.8	44.1	-	1.6	7.9	21.3	3.9	-	0.8	8.7
実践度	実践している	206	16.5	38.8	0.5	1.5	6.8	23.3	5.3	-	0.5	6.8
	検討中	194	14.4	43.8	2.6	1.0	10.8	12.9	3.6	0.5	-	10.3
	実践していない	69	13.0	31.9	2.9	4.3	10.1	10.1	2.9	-	-	24.6
取組方針有無	取組方針あり	168	16.7	35.7	0.6	0.6	8.9	21.4	6.0	-	-	10.1
	準備中	166	16.3	43.4	1.8	1.8	8.4	16.3	3.6	0.6	0.6	7.2
	取組方針なし	179	10.1	45.3	2.8	2.8	8.9	11.2	2.2	-	-	16.8
意思決定支援の手法	統一あり	315	15.2	40.6	1.0	0.6	8.3	18.7	4.8	0.3	0.3	10.2
	統一なし	130	16.9	40.8	3.1	3.8	8.5	11.5	2.3	-	-	13.1

iii)最も重要と認識するタイミング:がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	519	24.9	29.3	0.4	0.8	11.4	12.9	4.4	1.2	1.2	13.7	
届出区分	機能強化型(単独型)	32	25.0	28.1	-	3.1	3.1	6.3	12.5	-	-	21.9
	機能強化型(連携型)	163	23.3	25.8	1.2	1.2	11.0	14.1	4.9	2.5	2.5	13.5
	従来型	302	25.8	31.5	-	0.3	11.3	13.6	3.6	0.3	0.7	12.9
ターミナル加算の算定有無	算定あり	261	23.4	31.8	0.4	0.4	10.0	14.2	6.1	0.8	1.5	11.5
	算定なし	235	26.4	28.1	0.4	0.9	12.3	11.1	3.0	1.3	0.9	15.7
訪問看護の提供体制	24時間可能	442	25.1	30.1	0.5	0.7	11.5	13.1	4.8	1.1	1.4	11.8
	24時間不可	62	24.2	24.2	-	1.6	11.3	12.9	3.2	-	-	22.6
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	24.2	30.3	-	1.5	13.6	9.1	6.1	3.0	-	12.1
	1人未満	102	27.5	25.5	1.0	-	11.8	12.7	4.9	1.0	-	15.7
	2人未満	90	26.7	31.1	1.1	-	13.3	13.3	3.3	1.1	1.1	8.9
	3人未満	60	16.7	26.7	-	1.7	10.0	16.7	8.3	-	5.0	15.0
	3人以上	127	22.0	36.2	-	-	9.4	14.2	4.7	0.8	1.6	11.0
実践度	実践している	206	24.3	27.7	0.5	1.0	13.6	17.0	4.9	1.0	1.5	8.7
	検討中	194	28.9	32.5	-	-	10.8	8.2	5.2	1.5	1.0	11.9
	実践していない	69	15.9	27.5	1.4	-	8.7	13.0	4.3	-	1.4	27.5
取組方針有無	取組方針あり	168	26.2	29.8	0.6	0.6	14.3	14.3	3.6	1.2	1.2	8.3
	準備中	166	25.9	33.7	-	-	8.4	13.9	4.2	1.2	0.6	12.0
	取組方針なし	179	22.3	24.0	0.6	1.7	11.7	11.2	5.6	1.1	1.7	20.1
意思決定支援の手法	統一あり	315	23.8	31.1	0.3	0.6	11.7	14.0	3.8	1.0	1.6	12.1
	統一なし	130	27.7	26.9	-	0.8	11.5	10.8	5.4	2.3	0.8	13.8

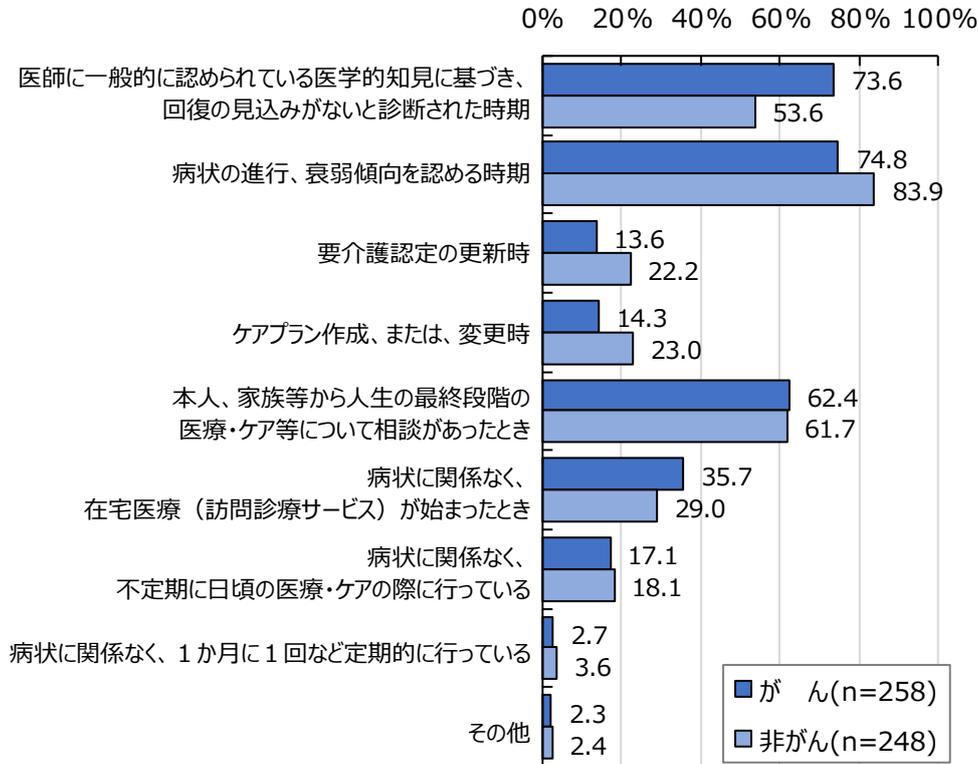
iv)最も重要と認識するタイミング:非がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	519	14.6	35.3	0.2	1.7	14.1	12.5	6.2	1.5	0.6	13.3	
届出区分	機能強化型(単独型)	32	18.8	25.0	-	3.1	12.5	6.3	12.5	-	-	21.9
	機能強化型(連携型)	163	16.0	31.9	0.6	1.2	11.7	12.9	9.2	1.8	1.2	13.5
	従来型	302	13.6	39.1	-	1.7	13.9	13.2	4.3	1.3	0.3	12.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	261	14.9	36.0	-	1.1	12.6	12.6	8.8	1.1	0.8	11.9
	算定なし	235	14.0	35.7	0.4	2.1	15.7	11.5	3.8	1.7	0.4	14.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	442	14.9	35.3	0.2	1.8	14.0	12.4	7.0	1.6	0.7	12.0
	24時間不可	62	12.9	37.1	-	1.6	14.5	14.5	1.6	-	-	17.7
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	66	15.2	37.9	-	3.0	16.7	10.6	3.0	1.5	-	12.1
	1人未満	102	17.6	31.4	1.0	1.0	18.6	13.7	4.9	1.0	-	10.8
	2人未満	90	15.6	33.3	-	2.2	16.7	15.6	4.4	1.1	-	11.1
	3人未満	60	11.7	35.0	-	-	10.0	11.7	11.7	-	1.7	18.3
	3人以上	127	11.0	43.3	-	0.8	11.8	11.0	9.4	1.6	1.6	9.4
実践度	実践している	206	14.6	35.4	0.5	1.0	12.1	16.5	9.7	1.5	0.5	8.3
	検討中	194	16.5	36.6	-	1.5	18.0	7.2	4.6	2.1	1.0	12.4
	実践していない	69	13.0	29.0	-	2.9	13.0	11.6	4.3	-	-	26.1
取組方針有無	取組方針あり	168	13.1	37.5	0.6	0.6	14.3	14.3	7.7	0.6	0.6	10.7
	準備中	166	16.9	36.7	-	1.2	14.5	12.7	5.4	2.4	0.6	9.6
	取組方針なし	179	14.0	31.3	-	3.4	13.4	11.2	5.6	1.7	0.6	19.0
意思決定支援の手法	統一あり	315	14.3	37.1	0.3	0.6	14.3	13.0	6.7	1.3	0.6	11.7
	統一なし	130	16.9	33.1	-	3.1	13.1	10.0	5.4	2.3	0.8	15.4

【訪問看護】

- がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」（74.8%）、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」（73.6%）が、上位に挙げられている。
- 非がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が83.9%で最も高く、次いで「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」（61.7%）となっている。

図表. 話し合いのタイミング（複数回答）



i) 開始することが多いタイミング:がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療（訪問診療サービス）が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答
全体	402	35.1	36.6	0.7	1.0	5.5	11.7	2.2	0.2	0.5	6.5
機能強化型訪問看護管理療養費											
あり	32	28.1	50.0	-	-	6.3	12.5	-	-	-	3.1
なし	316	35.1	36.1	0.6	0.9	5.1	11.7	2.8	-	0.6	7.0
ターミナルケア体制											
届出なし	47	36.2	31.9	-	2.1	6.4	14.9	-	-	-	8.5
届出あり	336	34.5	37.5	0.9	0.9	5.1	11.6	2.7	0.3	0.6	6.0
訪問看護ターミナル療養費											
あり	279	37.6	35.5	0.7	1.1	4.7	11.1	2.5	0.4	0.7	5.7
なし	74	28.4	40.5	-	1.4	8.1	12.2	1.4	-	-	8.1
24時間対応体制加算											
届出なし	44	25.0	36.4	-	2.3	6.8	11.4	4.5	2.3	-	11.4
届出あり	346	35.8	37.6	0.9	0.9	4.9	11.8	2.0	-	0.6	5.5
利用者宅での死亡者数											
0人	57	36.8	29.8	1.8	1.8	7.0	10.5	1.8	-	-	10.5
1-5人未満	134	39.6	37.3	-	1.5	4.5	9.7	1.5	0.7	0.7	4.5
5-10人未満	77	32.5	28.6	1.3	-	6.5	19.5	6.5	-	1.3	3.9
10人以上	110	32.7	44.5	-	-	5.5	9.1	0.9	-	-	7.3
実践度											
実践している	157	31.2	38.2	1.3	0.6	3.2	14.0	2.5	0.6	0.6	7.6
検討中	189	37.0	33.9	0.5	1.6	7.4	11.1	2.6	-	0.5	5.3
実践していない	29	41.4	41.4	-	-	6.9	3.4	-	-	-	6.9
取組方針有無											
取組方針あり	119	37.0	36.1	1.7	0.8	3.4	10.9	2.5	0.8	0.8	5.9
準備中	153	29.4	38.6	-	1.3	7.2	12.4	3.3	-	0.7	7.2
取組方針なし	123	39.8	35.8	0.8	0.8	5.7	10.6	0.8	-	-	5.7
意思決定支援の手法											
統一あり	307	36.8	33.2	1.0	1.3	5.5	12.1	2.6	0.3	0.7	6.5
統一なし	81	29.6	46.9	-	-	4.9	12.3	1.2	-	-	4.9

ii)開始することが多いタイミング:非がん

		n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	全体	402	14.4	49.8	1.5	5.7	8.2	8.0	3.0	0.7	0.2	8.5
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	9.4	65.6	-	3.1	3.1	6.3	3.1	3.1	-	6.3
	なし	316	14.9	48.1	1.6	6.6	8.5	7.3	3.2	0.3	0.3	9.2
ターミナルケア体制	届出なし	47	14.9	42.6	-	4.3	10.6	14.9	-	-	-	12.8
	届出あり	336	14.6	50.9	1.5	6.0	8.0	6.8	3.3	0.9	0.3	7.7
訪問看護ターミナル療養費	あり	279	14.3	52.0	1.8	5.7	7.9	6.5	3.2	0.7	0.4	7.5
	なし	74	16.2	43.2	1.4	6.8	9.5	9.5	1.4	-	-	12.2
24時間対応体制加算	届出なし	44	11.4	47.7	-	4.5	4.5	11.4	4.5	2.3	-	13.6
	届出あり	346	15.3	49.7	1.7	6.1	8.7	7.5	2.6	0.6	0.3	7.5
利用者宅での死亡者数	0人	57	21.1	40.4	-	7.0	7.0	8.8	1.8	-	-	14.0
	1-5人未満	134	14.2	51.5	1.5	3.7	9.7	8.2	3.0	0.7	-	7.5
	5-10人未満	77	11.7	48.1	3.9	9.1	10.4	6.5	5.2	-	1.3	3.9
	10人以上	110	15.5	52.7	0.9	4.5	6.4	7.3	2.7	1.8	-	8.2
実践度	実践している	157	14.0	50.3	1.9	3.8	7.0	7.6	4.5	1.3	0.6	8.9
	検討中	189	14.8	50.8	1.6	5.8	10.6	6.3	2.6	-	-	7.4
	実践していない	29	6.9	48.3	-	6.9	6.9	17.2	-	3.4	-	10.3
取組方針有無	取組方針あり	119	13.4	54.6	2.5	4.2	5.0	7.6	2.5	1.7	0.8	7.6
	準備中	153	14.4	47.1	2.0	5.9	11.1	7.2	3.3	-	-	9.2
	取組方針なし	123	16.3	49.6	-	5.7	8.1	8.9	2.4	0.8	-	8.1
意思決定支援の手法	統一あり	307	14.3	50.2	1.0	6.2	7.5	8.1	3.3	0.7	0.3	8.5
	統一なし	81	16.0	49.4	2.5	4.9	9.9	6.2	2.5	1.2	-	7.4

iii)最も重要と認識するタイミング:がん

		n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	全体	402	27.4	26.9	0.7	2.2	11.2	12.9	6.2	3.5	1.0	8.0
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	46.9	18.8	-	-	3.1	12.5	12.5	-	-	6.3
	なし	316	25.9	27.2	0.9	2.5	11.4	13.0	6.3	3.5	1.3	7.9
ターミナルケア体制	届出なし	47	31.9	21.3	-	4.3	12.8	12.8	2.1	4.3	2.1	8.5
	届出あり	336	27.1	27.1	0.9	2.1	11.0	12.8	7.1	3.6	0.9	7.4
訪問看護ターミナル療養費	あり	279	28.3	25.8	0.7	2.2	10.4	12.5	7.9	3.6	1.1	7.5
	なし	74	28.4	24.3	1.4	4.1	12.2	13.5	4.1	2.7	1.4	8.1
24時間対応体制加算	届出なし	44	29.5	20.5	-	2.3	11.4	15.9	2.3	2.3	2.3	13.6
	届出あり	346	27.7	27.7	0.9	2.3	10.7	12.1	6.9	3.8	0.9	6.9
利用者宅での死亡者数	0人	57	29.8	29.8	1.8	3.5	8.8	10.5	1.8	3.5	1.8	8.8
	1-5人未満	134	28.4	19.4	0.7	1.5	16.4	14.9	6.7	4.5	0.7	6.7
	5-10人未満	77	20.8	33.8	1.3	3.9	9.1	13.0	6.5	6.5	1.3	3.9
	10人以上	110	30.9	30.0	-	0.9	10.0	10.9	8.2	-	-	9.1
実践度	実践している	157	25.5	26.1	1.3	1.3	9.6	15.9	7.6	2.5	0.6	9.6
	検討中	189	28.6	25.4	-	3.2	11.1	11.6	6.9	4.2	1.6	7.4
	実践していない	29	31.0	31.0	-	3.4	13.8	10.3	-	6.9	-	3.4
取組方針有無	取組方針あり	119	26.9	26.9	0.8	0.8	9.2	13.4	9.2	2.5	1.7	8.4
	準備中	153	33.3	22.9	-	1.3	9.2	11.8	7.2	4.6	0.7	9.2
	取組方針なし	123	21.1	31.7	1.6	4.9	14.6	13.8	2.4	3.3	0.8	5.7
意思決定支援の手法	統一あり	307	29.3	24.4	0.3	2.3	10.7	13.7	5.9	3.6	1.3	8.5
	統一なし	81	21.0	35.8	1.2	2.5	12.3	9.9	8.6	3.7	-	4.9

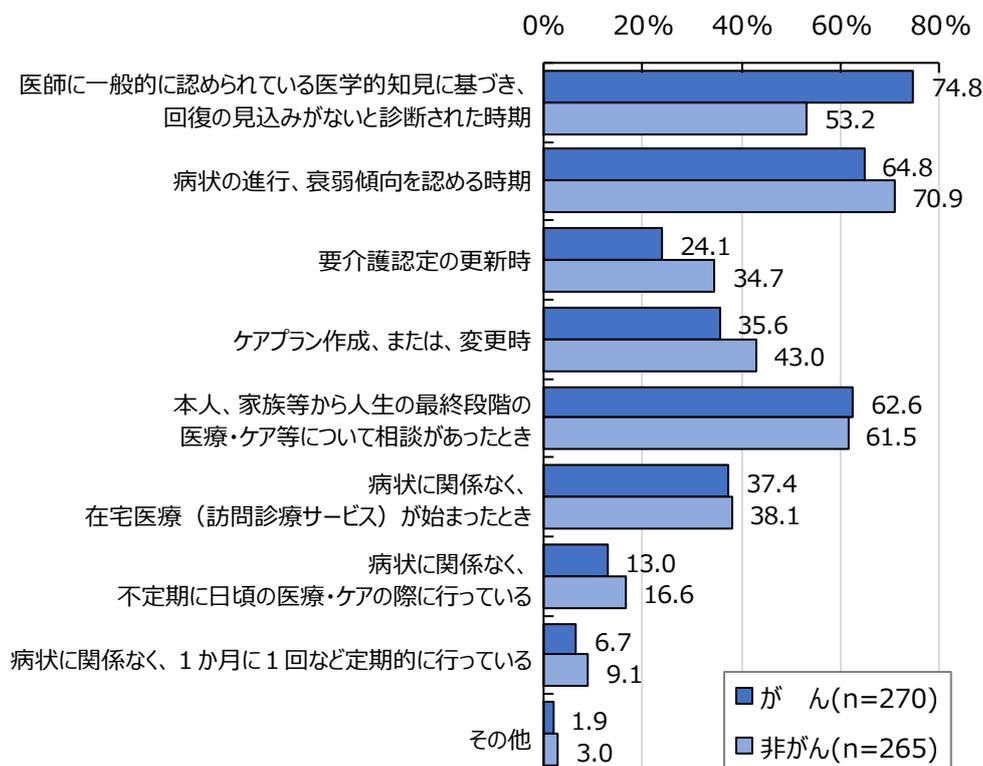
iv) 最も重要と認識するタイミング: 非がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	n										
全体	402	15.7	29.9	1.2	5.2	11.4	15.2	8.0	4.5	0.5	8.5
機能強化型訪問看護管理療養費											
あり	32	34.4	25.0	-	3.1	3.1	15.6	9.4	3.1	-	6.3
なし	316	12.3	32.0	1.6	5.7	12.0	14.6	8.2	4.4	0.6	8.5
ターミナルケア体制											
届出なし	47	14.9	29.8	-	2.1	14.9	14.9	4.3	8.5	-	10.6
届出あり	336	15.2	30.7	1.5	6.0	11.3	14.3	8.6	4.2	0.6	7.7
訪問看護ターミナル療養費											
あり	279	14.7	31.9	1.4	6.5	10.8	12.9	9.3	4.3	0.7	7.5
なし	74	16.2	27.0	1.4	4.1	13.5	18.9	4.1	4.1	-	10.8
24時間対応体制加算											
届出なし	44	18.2	20.5	-	4.5	9.1	18.2	9.1	6.8	-	13.6
届出あり	346	15.6	31.5	1.4	5.5	11.6	13.9	8.1	4.3	0.6	7.5
利用者宅での死亡者数											
0人	57	17.5	31.6	1.8	5.3	7.0	14.0	5.3	5.3	1.8	10.5
1-5人未満	134	13.4	22.4	1.5	4.5	19.4	17.9	9.0	3.7	-	8.2
5-10人未満	77	14.3	37.7	2.6	3.9	7.8	13.0	7.8	7.8	1.3	3.9
10人以上	110	18.2	34.5	-	7.3	7.3	14.5	6.4	2.7	-	9.1
実践度											
実践している	157	16.6	32.5	1.3	4.5	7.6	17.8	7.0	3.2	0.6	8.9
検討中	189	16.4	28.0	1.1	6.3	11.6	11.6	10.6	5.3	0.5	8.5
実践していない	29	17.2	24.1	-	6.9	13.8	20.7	-	10.3	-	6.9
取組方針有無											
取組方針あり	119	12.6	32.8	0.8	4.2	7.6	18.5	10.9	4.2	0.8	7.6
準備中	153	20.9	32.7	0.7	4.6	7.8	10.5	7.8	5.2	-	9.8
取組方針なし	123	11.4	25.2	2.4	6.5	19.5	17.1	5.7	4.1	0.8	7.3
意思決定支援の手法											
統一あり	307	17.9	29.0	1.0	5.5	8.8	16.3	7.5	4.6	0.7	8.8
統一なし	81	8.6	34.6	1.2	4.9	17.3	11.1	11.1	4.9	-	6.2

【居宅介護支援】

- がんでは「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が74.8%で最も高く、次いで「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(64.8%)、「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」(62.6%)となっている。
- 非がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が70.9%で最も高く、次いで「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」(61.5%)となっている。

図表. 話し合いのタイミング (複数回答)



i)開始することが多いタイミング:がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答
	n										
全体	383	36.8	23.5	1.6	6.8	10.4	7.0	2.6	-	0.3	11.0
特定事業所加算											
あり	124	38.7	21.8	2.4	3.2	8.9	9.7	1.6	-	0.8	12.9
なし	245	35.9	24.9	1.2	8.6	11.4	5.7	3.3	-	-	9.0
ターミナルケアマネジメント加算											
届出済み	110	40.0	18.2	1.8	5.5	8.2	10.9	0.9	-	-	14.5
届出なし	265	35.5	25.3	1.5	6.8	11.7	5.7	3.4	-	0.4	9.8
訪問看護との連携体制											
あり	141	31.2	25.5	0.7	6.4	13.5	8.5	2.8	-	-	11.3
なし	242	40.1	22.3	2.1	7.0	8.7	6.2	2.5	-	0.4	10.7
訪問介護との連携体制											
あり	65	41.5	18.5	1.5	6.2	12.3	7.7	3.1	-	-	9.2
なし	318	35.8	24.5	1.6	6.9	10.1	6.9	2.5	-	0.3	11.3
定期巡回との連携体制											
あり	33	42.4	18.2	-	12.1	18.2	3.0	-	-	-	6.1
なし	350	36.3	24.0	1.7	6.3	9.7	7.4	2.9	-	0.3	11.4
小多機との連携体制											
あり	24	45.8	12.5	4.2	8.3	12.5	4.2	-	-	-	12.5
なし	359	36.2	24.2	1.4	6.7	10.3	7.2	2.8	-	0.3	10.9
医療機関との連携体制											
あり	132	40.2	24.2	0.8	6.1	9.8	6.8	3.0	-	-	9.1
なし	251	35.1	23.1	2.0	7.2	10.8	7.2	2.4	-	0.4	12.0
急変時の医療機関との連携											
あり	99	35.4	27.3	1.0	8.1	9.1	7.1	1.0	-	-	11.1
なし	284	37.3	22.2	1.8	6.3	10.9	7.0	3.2	-	0.4	10.9
看取り体制調整 利用者											
0人	111	27.9	21.6	0.9	9.9	10.8	9.0	0.9	-	-	18.9
1人以上	214	44.9	23.4	1.4	4.7	9.3	6.5	3.3	-	-	6.5
死亡終了:在宅医療利用											
0人	97	36.1	26.8	-	8.2	14.4	5.2	3.1	-	-	6.2
1人以上	247	40.5	23.9	1.2	5.7	9.3	7.7	1.6	-	-	10.1
死亡終了:訪問利用											
0人	86	33.7	24.4	-	5.8	17.4	7.0	2.3	-	-	9.3
1人以上	258	40.3	25.2	1.2	6.6	8.5	7.0	2.3	-	-	8.9
実践度											
実践している	73	37.0	28.8	1.4	6.8	8.2	8.2	4.1	-	-	5.5
検討中	168	38.1	25.6	1.2	6.0	8.9	7.7	1.8	-	-	10.7
実践していない	63	38.1	15.9	3.2	4.8	15.9	7.9	1.6	-	1.6	11.1
取組方針有無											
取組方針あり	46	34.8	26.1	-	15.2	10.9	4.3	2.2	-	-	6.5
準備中	119	37.8	21.8	2.5	5.9	10.1	10.1	4.2	-	-	7.6
取組方針なし	213	36.6	23.9	1.4	5.2	10.8	5.6	1.9	-	0.5	14.1
意思決定支援の手法											
統一あり	173	37.0	22.5	1.7	7.5	11.0	6.9	4.6	-	-	8.7
統一なし	166	39.2	25.9	1.8	6.0	8.4	6.6	1.2	-	-	10.8

ii)開始することが多いタイミング:非がん

	n	医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
全体	383	15.9	35.2	5.2	10.7	10.2	8.9	2.1	0.3	0.3	11.2	
特定事業所加算	あり	124	16.1	35.5	6.5	8.1	8.9	10.5	0.8	-	0.8	12.9
	なし	245	15.1	36.3	4.9	12.2	11.0	7.8	2.9	0.4	-	9.4
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	110	15.5	34.5	8.2	9.1	8.2	10.9	-	-	-	13.6
	届出なし	265	16.6	35.1	4.2	10.6	10.9	8.3	3.0	0.4	0.4	10.6
訪問看護との連携体制	あり	141	17.0	32.6	5.7	7.8	12.8	9.2	2.1	-	-	12.8
	なし	242	15.3	36.8	5.0	12.4	8.7	8.7	2.1	0.4	0.4	10.3
訪問介護との連携体制	あり	65	20.0	33.8	3.1	10.8	9.2	6.2	6.2	-	-	10.8
	なし	318	15.1	35.5	5.7	10.7	10.4	9.4	1.3	0.3	0.3	11.3
定期巡回との連携体制	あり	33	30.3	30.3	-	15.2	15.2	3.0	3.0	-	-	3.0
	なし	350	14.6	35.7	5.7	10.3	9.7	9.4	2.0	0.3	0.3	12.0
小多機との連携体制	あり	24	29.2	29.2	12.5	8.3	16.7	4.2	-	-	-	-
	なし	359	15.0	35.7	4.7	10.9	9.7	9.2	2.2	0.3	0.3	12.0
医療機関との連携体制	あり	132	21.2	36.4	6.8	7.6	9.1	8.3	2.3	-	-	8.3
	なし	251	13.1	34.7	4.4	12.4	10.8	9.2	2.0	0.4	0.4	12.7
急変時の医療機関との連携	あり	99	23.2	34.3	6.1	8.1	8.1	8.1	1.0	-	-	11.1
	なし	284	13.4	35.6	4.9	11.6	10.9	9.2	2.5	0.4	0.4	11.3
看取り体制調整 利用者	0人	111	12.6	36.9	5.4	9.0	10.8	9.0	-	0.9	-	15.3
	1人以上	214	20.6	35.5	5.1	11.2	9.3	7.5	2.8	-	-	7.9
死亡終了:在宅医療利用	0人	97	20.6	40.2	4.1	10.3	10.3	5.2	1.0	1.0	-	7.2
	1人以上	247	15.4	35.6	4.9	10.5	10.5	10.1	2.4	-	-	10.5
死亡終了:訪問利用	0人	86	19.8	37.2	3.5	8.1	12.8	7.0	1.2	1.2	-	9.3
	1人以上	258	15.9	36.8	5.0	10.9	9.7	9.3	2.7	-	-	9.7
実践度	実践している	73	13.7	34.2	8.2	12.3	8.2	13.7	4.1	-	-	5.5
	検討中	168	16.7	36.9	3.6	11.3	11.3	7.7	1.8	0.6	-	10.1
	実践していない	63	17.5	28.6	7.9	9.5	12.7	6.3	1.6	-	1.6	14.3
取組方針有無	取組方針あり	46	10.9	39.1	2.2	15.2	13.0	6.5	4.3	-	-	8.7
	準備中	119	15.1	37.0	4.2	11.8	10.1	11.8	3.4	0.8	-	5.9
	取組方針なし	213	17.4	33.8	6.6	8.5	9.9	7.5	0.9	-	0.5	15.0
意思決定支援の手法	統一あり	173	15.0	34.1	6.9	12.7	9.2	11.0	3.5	-	-	7.5
	統一なし	166	17.5	36.7	4.8	9.6	10.2	6.6	1.2	0.6	-	12.7

iii)最も重要と認識するタイミング:がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	その他	無回答	
	n											
全体	383	25.1	24.8	1.3	1.8	17.5	6.0	7.3	1.6	1.3	13.3	
特定事業所加算	あり	124	28.2	20.2	-	2.4	18.5	5.6	7.3	2.4	-	15.3
	なし	245	24.5	26.9	2.0	1.6	17.6	5.7	6.9	1.2	2.0	11.4
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	110	22.7	17.3	0.9	3.6	19.1	8.2	6.4	1.8	1.8	18.2
	届出なし	265	26.0	27.5	1.5	1.1	17.0	4.9	7.5	1.5	1.1	11.7
訪問看護との連携体制	あり	141	23.4	24.1	0.7	2.1	18.4	4.3	11.3	1.4	0.7	13.5
	なし	242	26.0	25.2	1.7	1.7	16.9	7.0	5.0	1.7	1.7	13.2
訪問介護との連携体制	あり	65	16.9	30.8	1.5	1.5	16.9	6.2	12.3	1.5	-	12.3
	なし	318	26.7	23.6	1.3	1.9	17.6	6.0	6.3	1.6	1.6	13.5
定期巡回との連携体制	あり	33	15.2	24.2	3.0	-	24.2	12.1	6.1	6.1	-	9.1
	なし	350	26.0	24.9	1.1	2.0	16.9	5.4	7.4	1.1	1.4	13.7
小多機との連携体制	あり	24	20.8	41.7	-	4.2	4.2	4.2	12.5	4.2	-	8.3
	なし	359	25.3	23.7	1.4	1.7	18.4	6.1	7.0	1.4	1.4	13.6
医療機関との連携体制	あり	132	24.2	25.0	0.8	3.0	16.7	5.3	12.1	2.3	0.8	9.8
	なし	251	25.5	24.7	1.6	1.2	17.9	6.4	4.8	1.2	1.6	15.1
急変時の医療機関との連携	あり	99	23.2	23.2	1.0	4.0	18.2	5.1	12.1	2.0	-	11.1
	なし	284	25.7	25.4	1.4	1.1	17.3	6.3	5.6	1.4	1.8	14.1
看取り体制調整 利用者	0人	111	18.0	21.6	2.7	3.6	16.2	8.1	8.1	1.8	0.9	18.9
	1人以上	214	29.9	23.8	0.9	1.4	17.8	5.1	7.9	1.9	1.4	9.8
死亡終了:在宅医療利用	0人	97	20.6	34.0	2.1	2.1	19.6	6.2	7.2	1.0	1.0	6.2
	1人以上	247	27.1	22.7	0.8	1.6	17.8	4.9	7.3	2.0	1.6	14.2
死亡終了:訪問利用	0人	86	19.8	33.7	2.3	1.2	20.9	4.7	5.8	1.2	1.2	9.3
	1人以上	258	26.4	23.3	0.8	1.9	17.8	5.4	8.1	1.9	1.6	12.8
実践度	実践している	73	23.3	26.0	1.4	1.4	17.8	6.8	11.0	-	1.4	11.0
	検討中	168	26.2	21.4	1.2	3.0	20.8	6.5	7.1	1.8	0.6	11.3
	実践していない	63	28.6	30.2	-	1.6	12.7	3.2	3.2	3.2	-	17.5
取組方針有無	取組方針あり	46	26.1	23.9	4.3	2.2	17.4	6.5	8.7	-	-	10.9
	準備中	119	27.7	24.4	0.8	2.5	19.3	5.9	7.6	0.8	0.8	10.1
	取組方針なし	213	23.9	25.8	0.9	1.4	16.4	6.1	5.6	2.3	1.4	16.0
意思決定支援の手法	統一あり	173	24.9	23.1	1.2	2.9	19.7	4.6	9.8	1.2	1.2	11.6
	統一なし	166	25.9	25.9	1.2	1.2	16.3	7.2	6.0	1.8	1.2	13.3

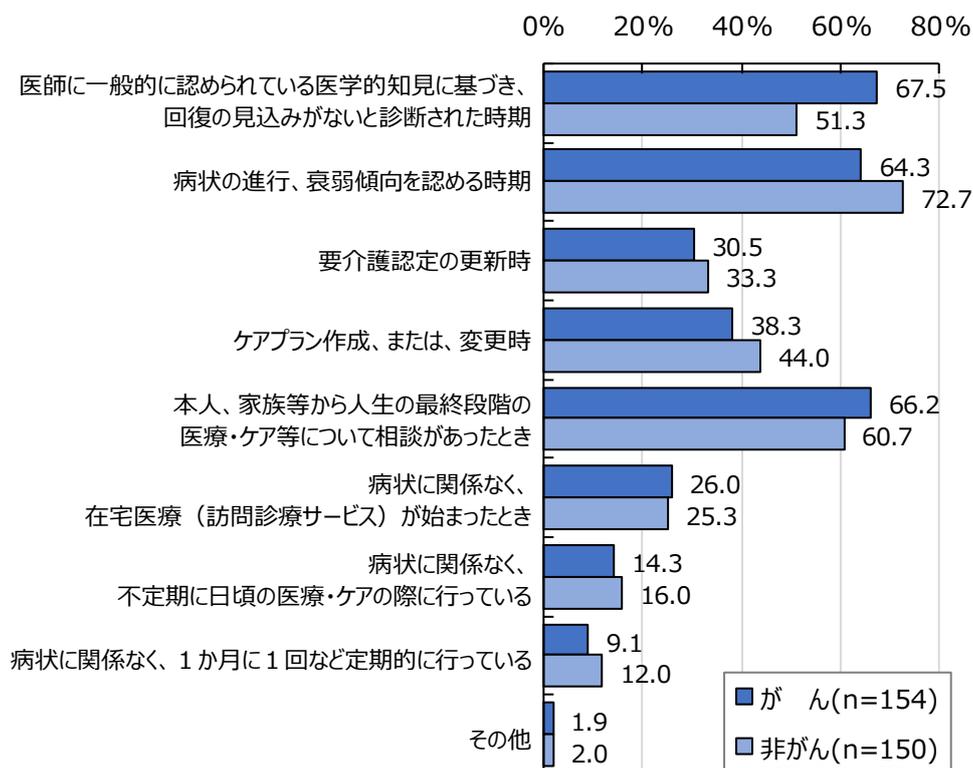
iv)最も重要と認識するタイミング:非がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答	
	n											
全体	383	14.4	30.8	1.8	2.3	19.6	5.5	9.4	2.1	1.3	12.8	
特定事業所加算	あり	124	12.9	31.5	-	1.6	21.8	4.0	10.5	1.6	-	16.1
	なし	245	15.5	30.6	2.9	2.9	19.2	5.7	8.6	2.4	2.0	10.2
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	110	13.6	26.4	1.8	3.6	18.2	6.4	10.0	1.8	0.9	17.3
	届出なし	265	15.1	31.3	1.9	1.9	20.0	5.3	9.4	2.3	1.5	11.3
訪問看護との連携体制	あり	141	14.9	35.5	2.1	1.4	17.0	1.4	11.3	0.7	1.4	14.2
	なし	242	14.0	28.1	1.7	2.9	21.1	7.9	8.3	2.9	1.2	12.0
訪問介護との連携体制	あり	65	9.2	38.5	1.5	4.6	18.5	3.1	9.2	1.5	1.5	12.3
	なし	318	15.4	29.2	1.9	1.9	19.8	6.0	9.4	2.2	1.3	12.9
定期巡回との連携体制	あり	33	12.1	24.2	3.0	-	33.3	6.1	12.1	3.0	-	6.1
	なし	350	14.6	31.4	1.7	2.6	18.3	5.4	9.1	2.0	1.4	13.4
小多機との連携体制	あり	24	16.7	33.3	-	-	25.0	4.2	12.5	4.2	4.2	-
	なし	359	14.2	30.6	1.9	2.5	19.2	5.6	9.2	1.9	1.1	13.6
医療機関との連携体制	あり	132	12.9	34.8	1.5	1.5	18.9	4.5	12.1	2.3	1.5	9.8
	なし	251	15.1	28.7	2.0	2.8	19.9	6.0	8.0	2.0	1.2	14.3
急変時の医療機関との連携	あり	99	12.1	38.4	2.0	3.0	16.2	2.0	12.1	1.0	1.0	12.1
	なし	284	15.1	28.2	1.8	2.1	20.8	6.7	8.5	2.5	1.4	13.0
看取り体制調整 利用者	0人	111	14.4	20.7	2.7	3.6	19.8	7.2	11.7	1.8	0.9	17.1
	1人以上	214	15.4	33.6	1.9	2.3	19.6	4.2	8.9	2.8	1.4	9.8
死亡終了:在宅医療利用	0人	97	15.5	32.0	2.1	2.1	20.6	6.2	11.3	1.0	1.0	8.2
	1人以上	247	13.8	31.2	1.6	2.0	20.6	4.9	8.9	2.8	1.6	12.6
死亡終了:訪問利用	0人	86	16.3	29.1	2.3	2.3	20.9	7.0	9.3	1.2	1.2	10.5
	1人以上	258	13.2	31.8	1.6	1.9	20.9	4.7	10.1	2.7	1.6	11.6
実践度	実践している	73	13.7	31.5	1.4	4.1	16.4	5.5	13.7	-	2.7	11.0
	検討中	168	16.1	26.8	2.4	3.0	23.2	6.0	9.5	1.8	0.6	10.7
	実践していない	63	14.3	33.3	-	1.6	15.9	7.9	6.3	3.2	-	17.5
取組方針有無	取組方針あり	46	10.9	30.4	6.5	4.3	19.6	4.3	8.7	-	2.2	13.0
	準備中	119	16.8	29.4	0.8	4.2	21.8	5.0	10.9	1.7	0.8	8.4
	取組方針なし	213	14.1	32.4	1.4	0.9	18.3	6.1	7.5	2.8	0.9	15.5
意思決定支援の手法	統一あり	173	11.6	29.5	2.3	3.5	21.4	5.8	12.1	1.2	1.7	11.0
	統一なし	166	15.7	31.9	1.2	1.8	19.9	4.2	8.4	3.0	0.6	13.3

【訪問介護】

- がんでは「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」（67.5%）、「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」（66.2%）、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」（64.3%）が上位に挙げられている。
- 非がんでは「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が72.7%で最も高く、次いで「本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき」（60.7%）となっている。

図表. 話し合いのタイミング（複数回答）



i) 開始することが多いタイミング: がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	n										
全体	232	23.7	27.6	3.4	10.8	11.6	3.4	2.2	-	0.4	16.8
24時間対応	提供体制あり	61	19.7	34.4	-	8.2	14.8	3.3	1.6	-	18.0
	提供体制なし	165	24.8	26.1	4.8	12.1	10.3	3.6	2.4	-	15.2
休日対応	提供体制あり	202	22.3	30.2	3.0	11.4	11.9	4.0	2.0	-	14.9
	提供体制なし	26	30.8	11.5	7.7	7.7	11.5	-	3.8	-	26.9
夜間対応	提供体制あり	120	18.3	30.8	1.7	12.5	12.5	5.0	3.3	-	15.0
	提供体制なし	107	29.0	24.3	5.6	9.3	11.2	1.9	0.9	-	17.8
特定事業所加算	あり	105	27.6	27.6	3.8	8.6	13.3	3.8	1.0	-	14.3
	なし	112	20.5	26.8	2.7	13.4	10.7	2.7	3.6	-	18.8
看取り体制を調整した利用サービスの死亡終了者	0人	109	16.5	21.1	4.6	15.6	12.8	3.7	1.8	-	23.9
	1人以上	93	33.3	32.3	3.2	8.6	10.8	3.2	1.1	-	6.5
	0人	54	24.1	18.5	1.9	11.1	11.1	3.7	1.9	-	27.8
実践度	1人以上	152	24.3	31.6	3.9	10.5	13.2	3.3	2.0	-	10.5
	実践している	65	20.0	41.5	3.1	7.7	7.7	6.2	1.5	-	12.3
	検討中	76	23.7	22.4	1.3	14.5	19.7	3.9	2.6	-	10.5
取組方針有無	実践していない	43	25.6	16.3	4.7	16.3	7.0	-	2.3	-	27.9
	取組方針あり	62	17.7	35.5	3.2	8.1	11.3	6.5	3.2	-	14.5
	準備中	69	24.6	20.3	4.3	14.5	15.9	2.9	1.4	-	15.9
意思決定支援の手法	取組方針なし	101	26.7	27.7	3.0	9.9	8.9	2.0	2.0	-	18.8
	統一あり	166	24.7	30.1	3.6	10.2	11.4	3.6	2.4	-	13.9
	統一なし	47	23.4	25.5	-	14.9	10.6	-	2.1	-	23.4

ii) 開始することが多いタイミング: 非がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	n										
全体	232	13.8	33.2	4.3	13.4	8.2	4.7	2.6	0.4	0.4	19.0
24時間対応	提供体制あり	61	9.8	49.2	1.6	6.6	13.1	3.3	1.6	-	14.8
	提供体制なし	165	14.5	27.9	5.5	16.4	6.7	5.5	3.0	0.6	19.4
休日対応	提供体制あり	202	13.9	36.1	4.5	13.9	7.9	5.4	2.5	0.5	14.9
	提供体制なし	26	7.7	15.4	3.8	11.5	11.5	-	3.8	-	46.2
夜間対応	提供体制あり	120	11.7	40.8	2.5	11.7	9.2	5.0	4.2	-	14.2
	提供体制なし	107	15.0	26.2	6.5	15.9	7.5	4.7	0.9	0.9	22.4
特定事業所加算	あり	105	14.3	34.3	6.7	11.4	7.6	6.7	2.9	-	16.2
	なし	112	12.5	33.0	1.8	16.1	8.9	2.7	0.9	0.9	20.5
看取り体制を調整した利用サービスの死亡終了者	0人	109	10.1	23.9	6.4	19.3	11.0	5.5	-	0.9	22.9
	1人以上	93	18.3	41.9	3.2	10.8	7.5	4.3	2.2	-	10.8
	0人	54	13.0	31.5	3.7	11.1	9.3	5.6	-	-	25.9
実践度	1人以上	152	14.5	34.9	4.6	14.5	9.2	4.6	2.6	0.7	13.8
	実践している	65	13.8	43.1	6.2	9.2	4.6	7.7	4.6	-	10.8
	検討中	76	7.9	30.3	2.6	13.2	15.8	6.6	1.3	-	21.1
取組方針有無	実践していない	43	14.0	25.6	7.0	20.9	2.3	-	2.3	2.3	25.6
	取組方針あり	62	9.7	35.5	8.1	9.7	8.1	6.5	6.5	-	16.1
	準備中	69	8.7	29.0	2.9	15.9	11.6	7.2	-	1.4	23.2
意思決定支援の手法	取組方針なし	101	19.8	34.7	3.0	13.9	5.9	2.0	2.0	-	17.8
	統一あり	166	14.5	36.1	4.8	12.7	8.4	5.4	3.0	-	15.1
	統一なし	47	8.5	36.2	2.1	17.0	4.3	-	2.1	2.1	27.7

iii)最も重要と認識するタイミング:がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	n										
全体	232	24.1	28.4	0.4	4.3	16.8	3.9	4.3	0.4	-	17.2
24時間対応	提供体制あり	61	26.2	31.1	1.6	1.6	11.5	3.3	4.9	-	19.7
	提供体制なし	165	24.2	27.9	-	4.8	19.4	3.6	4.2	0.6	15.2
休日対応	提供体制あり	202	24.3	30.2	0.5	4.5	16.8	4.0	4.5	0.5	14.9
	提供体制なし	26	26.9	19.2	-	-	19.2	-	3.8	-	30.8
夜間対応	提供体制あり	120	20.8	33.3	0.8	5.0	15.0	4.2	5.0	0.8	15.0
	提供体制なし	107	29.0	24.3	-	2.8	18.7	2.8	3.7	-	18.7
特定事業所加算	あり	105	28.6	27.6	1.0	4.8	15.2	4.8	2.9	-	15.2
	なし	112	20.5	30.4	-	2.7	18.8	1.8	6.3	0.9	18.8
看取り体制を調整した利用サービスの死亡終了者	0人	109	23.9	22.9	-	5.5	14.7	4.6	6.4	-	22.0
	1人以上	93	23.7	38.7	1.1	3.2	16.1	3.2	3.2	1.1	9.7
	0人	54	25.9	20.4	-	5.6	14.8	1.9	3.7	-	27.8
実践度	1人以上	152	24.3	31.6	0.7	4.6	18.4	2.6	5.3	0.7	11.8
	実践している	65	23.1	32.3	1.5	7.7	16.9	4.6	3.1	-	10.8
	検討中	76	27.6	27.6	-	3.9	18.4	1.3	6.6	1.3	13.2
取組方針有無	実践していない	43	23.3	16.3	-	4.7	18.6	4.7	4.7	-	27.9
	取組方針あり	62	22.6	27.4	1.6	6.5	19.4	4.8	3.2	-	14.5
	準備中	69	23.2	26.1	-	1.4	20.3	2.9	8.7	1.4	15.9
意思決定支援の手法	取組方針なし	101	25.7	30.7	-	5.0	12.9	4.0	2.0	-	19.8
	統一あり	166	22.3	30.7	0.6	5.4	18.7	4.2	3.0	0.6	14.5
	統一なし	47	23.4	23.4	-	2.1	14.9	4.3	8.5	-	23.4

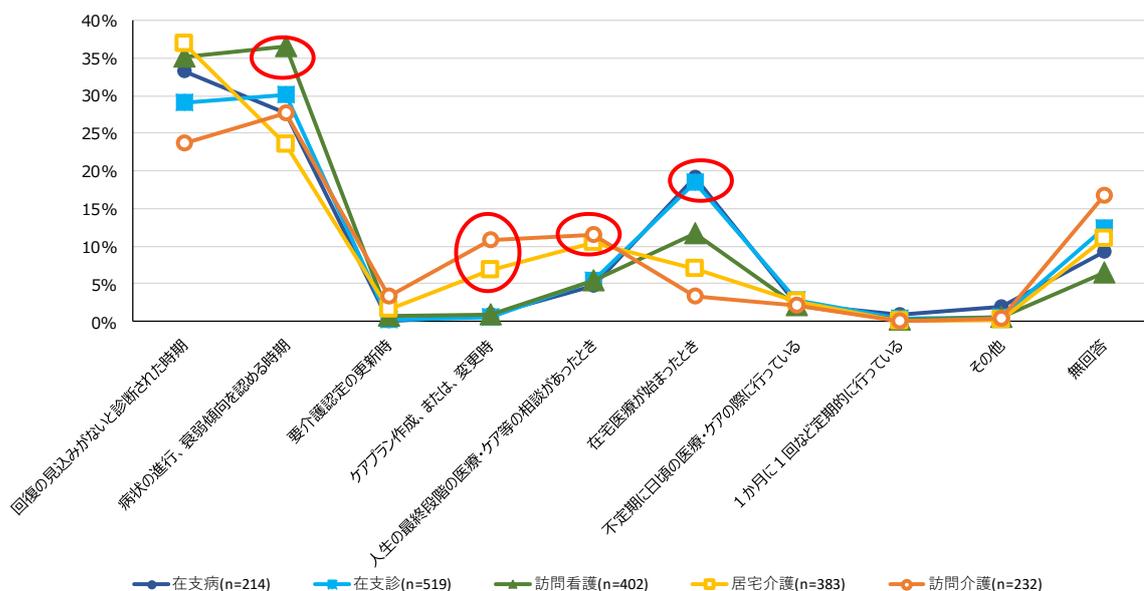
iv)最も重要と認識するタイミング:非がん

		医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	病状の進行、衰弱傾向を認める時期	要介護認定の更新時	ケアプラン作成、または、変更時	本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき	病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	病状に関係なく、1か月に1回など定期的にしている	その他	無回答
	n										
全体	232	15.9	30.6	2.2	5.2	16.8	3.4	5.2	0.9	0.9	19.0
24時間対応	提供体制あり	61	18.0	41.0	3.3	1.6	14.8	-	4.9	-	16.4
	提供体制なし	165	15.8	27.3	1.8	6.1	18.2	4.2	5.5	1.2	18.8
休日対応	提供体制あり	202	16.3	32.7	2.5	5.4	15.8	3.5	5.4	1.0	16.3
	提供体制なし	26	15.4	19.2	-	-	26.9	-	3.8	-	34.6
夜間対応	提供体制あり	120	16.7	37.5	2.5	4.2	13.3	3.3	6.7	0.8	14.2
	提供体制なし	107	15.9	24.3	1.9	5.6	21.5	2.8	3.7	0.9	22.4
特定事業所加算	あり	105	16.2	34.3	2.9	5.7	12.4	3.8	3.8	1.0	18.1
	なし	112	14.3	29.5	1.8	3.6	22.3	1.8	7.1	0.9	18.8
看取り体制を調整した利用サービスの死亡終了者	0人	109	15.6	24.8	2.8	6.4	17.4	1.8	6.4	0.9	22.9
	1人以上	93	16.1	40.9	2.2	4.3	15.1	4.3	4.3	1.1	10.8
	0人	54	16.7	24.1	5.6	5.6	14.8	-	3.7	-	25.9
実践度	1人以上	152	15.8	33.6	1.3	5.9	19.7	3.3	6.6	0.7	13.2
	実践している	65	13.8	40.0	1.5	7.7	15.4	3.1	6.2	-	12.3
	検討中	76	17.1	25.0	3.9	3.9	22.4	1.3	5.3	1.3	18.4
取組方針有無	実践していない	43	11.6	25.6	-	7.0	16.3	2.3	7.0	2.3	25.6
	取組方針あり	62	12.9	35.5	1.6	6.5	17.7	4.8	3.2	1.6	16.1
	準備中	69	14.5	24.6	2.9	2.9	17.4	2.9	8.7	1.4	23.2
意思決定支援の手法	取組方針なし	101	18.8	31.7	2.0	5.9	15.8	3.0	4.0	-	17.8
	統一あり	166	13.9	34.3	1.8	6.0	19.3	3.0	4.8	1.2	15.1
	統一なし	47	17.0	21.3	2.1	4.3	12.8	6.4	6.4	-	27.7

② 話し合いについて、開始することが多いタイミング

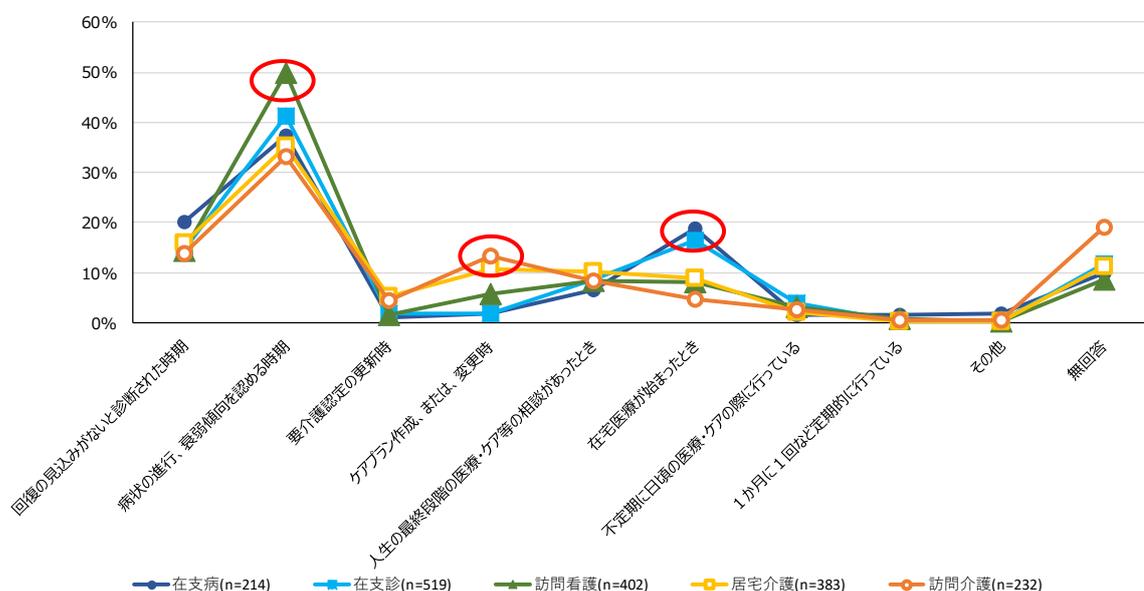
- がんで開始することが多いタイミングは、訪問看護では「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が他よりも高い。
- 介護系（居宅介護支援・訪問介護）では「ケアプラン作成、または、変更時」「人生の最終段階の医療・ケア等の相談があったとき」が医療系と比べて高く、医療系（在支病・在支診・訪問看護）では「在宅医療が始まった時」が介護系と比べて高い。

図表. 開始することが多いタイミング《がん》



- 非がんで開始することが多いタイミングは、いずれも「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が最も高く、特に訪問看護は他よりも高い。
- 介護系（居宅介護支援・訪問介護）では「ケアプラン作成、または、変更時」が医療系と比べて高く、医療系（在支病・在支診・訪問看護）では「在宅医療が始まった時」が介護系と比べて高い。

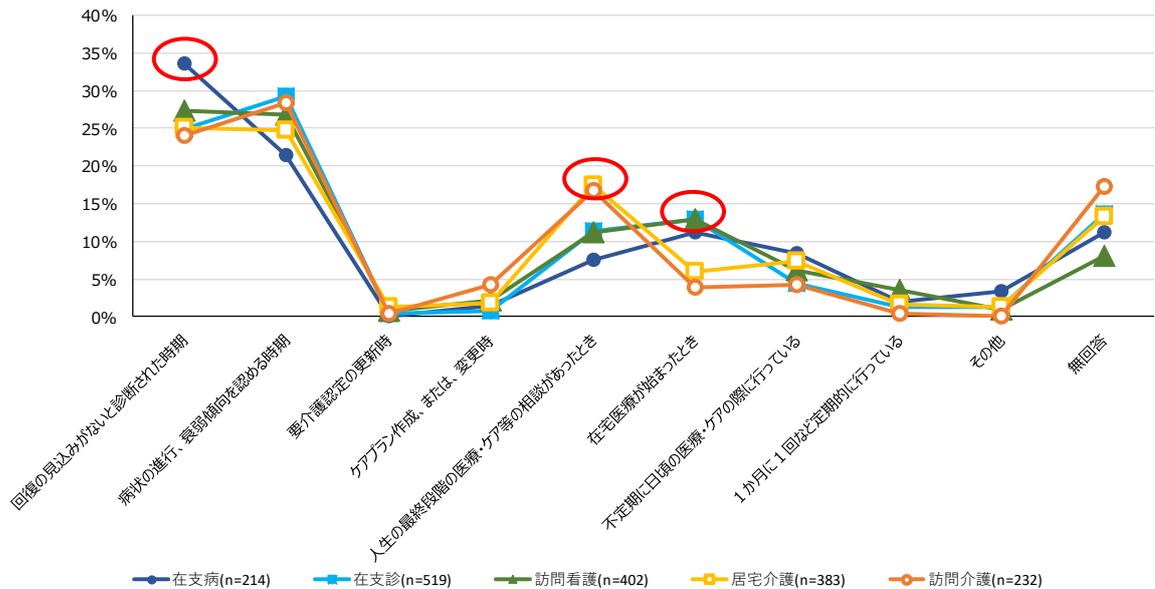
図表. 開始することが多いタイミング《非がん》



③ 話し合いについて、最も重要だと認識するタイミング

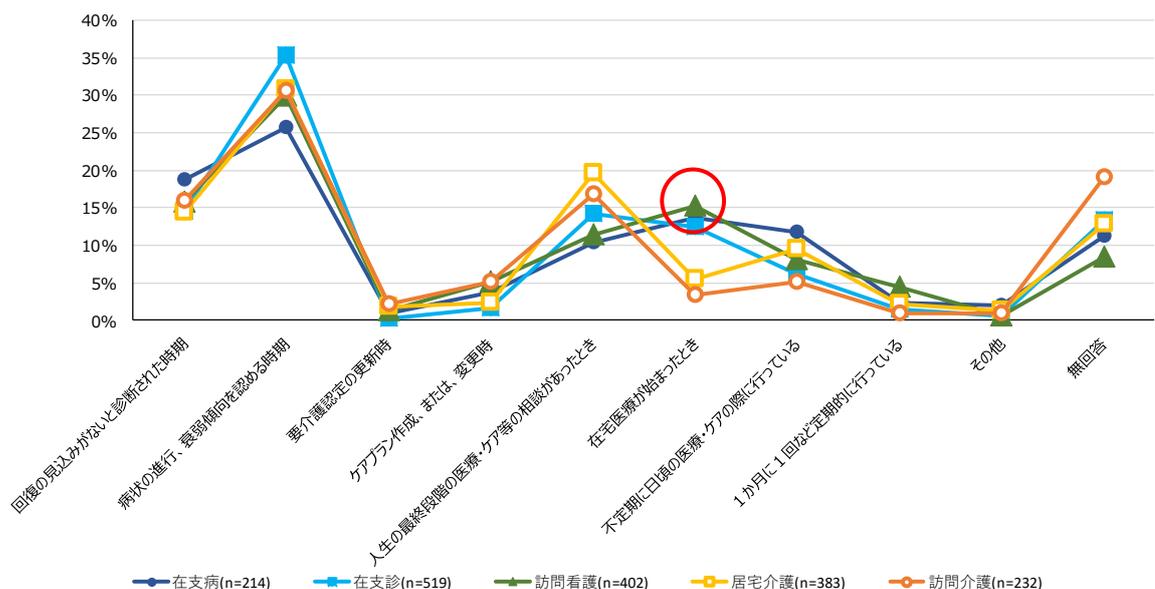
- がんで最も重要なタイミングは、在支病では「回復の見込みがないと診断された時期」が最も高く、他よりも高い。在支診・訪問看護・居宅介護・訪問介護は「回復の見込みがないと判断された時期」「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が上位に挙げられている。
- 介護系（居宅介護支援・訪問介護）では「ケアプラン作成、または、変更期」が医療系と比べて、医療系（在支病・在支診・訪問看護）では「在宅医療が始まった時」が介護系と比べて高い。

図表. 最も重要だと認識するタイミング《がん》



- 非がんで最も重要なタイミングは、医療系（在支病・在支診・訪問看護）では「在宅医療が始まった時」が介護系と比べて高い。

図表. 最も重要だと認識するタイミング《非がん》



(7) 治療内容や治療方針の共有

【在支病・在支診】問 15. 在宅で介護保険サービスを利用している患者の場合、介護職（ケアマネジャー、サービス提供責任者、訪問介護員等）に対し、その患者の治療内容や治療方針を共有していますか。

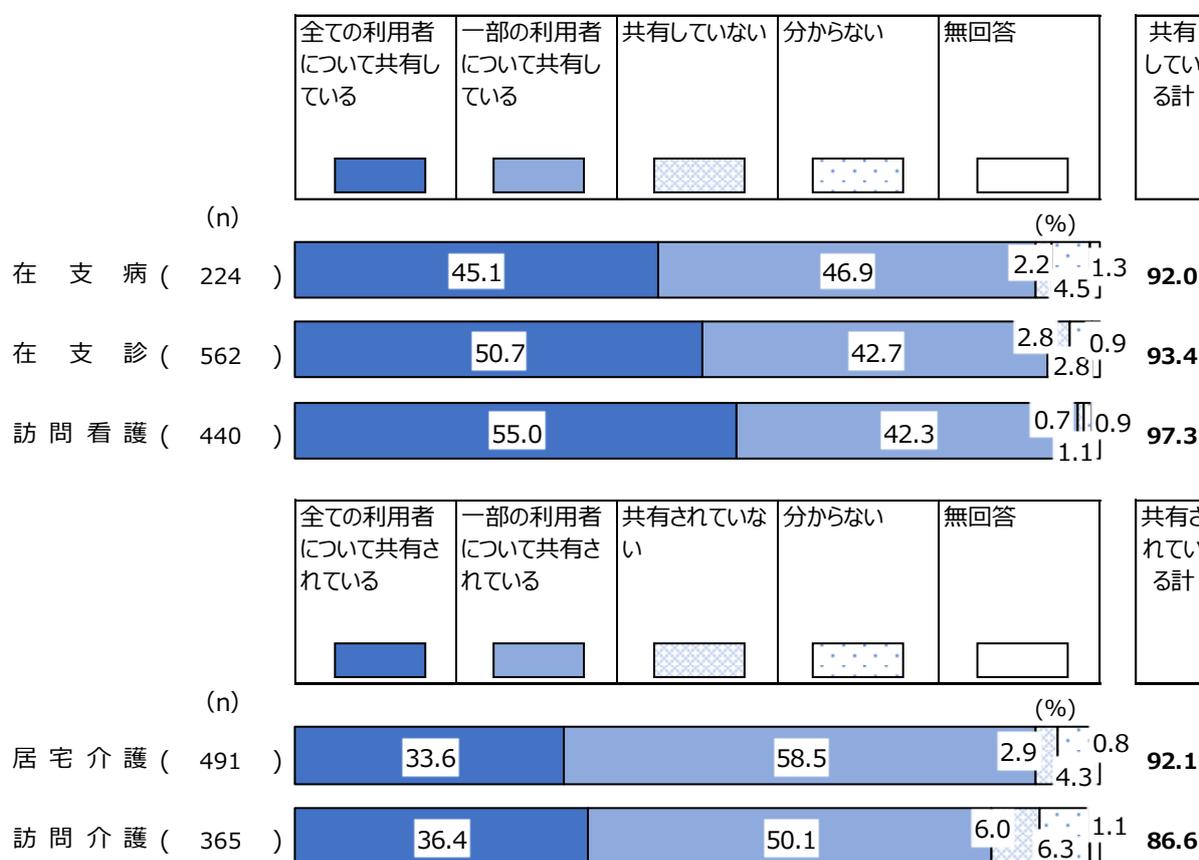
【訪看：問 14】

【居宅】問 16. 医療ニーズの高い利用者の場合、医療職（医師、訪問看護師等）から貴事業所のケアマネジャーに対し、その利用者の治療内容や治療方針について共有されていますか。

【訪介：問 16】

- 在宅療養支援病院・診療所・訪問看護事業所ともに9割超が介護職に治療内容や治療方針について“共有している”と回答しており、特に訪問看護事業所では“共有している計”が97.3%となっている。
- 居宅介護支援事業所・訪問介護事業所ともに8割半ば以上が治療内容や治療方針について“共有されている”と回答している。「全ての利用者について共有されている」は3割超となっている。

図表. 治療内容や治療方針の共有



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者について共有している	一部の患者について共有している	共有していない	分からない	無回答	共有している計
全体	224	45.1	46.9	2.2	4.5	1.3	92.0
届出区分	機能強化型(単独型)	48	43.8	56.3	-	-	100.0
	機能強化型(連携型)	58	51.7	37.9	1.7	6.9	89.7
	従来型	103	42.7	47.6	3.9	4.9	90.3
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	44.9	51.7	1.1	2.2	96.6
	算定なし	104	44.2	44.2	3.8	5.8	88.5
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	45.7	47.3	2.7	3.8	92.9
	24時間不可	29	34.5	48.3	-	10.3	82.8
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	45.2	38.7	6.5	3.2	83.9
	1人未満	60	50.0	45.0	1.7	3.3	95.0
	2人未満	38	50.0	44.7	2.6	2.6	94.7
	3人未満	19	47.4	47.4	5.3	-	94.7
	3人以上	39	41.0	56.4	-	-	97.4
実践度	実践している	100	58.0	40.0	1.0	1.0	98.0
	検討中	88	39.8	52.3	3.4	2.3	92.0
	実践していない	15	20.0	53.3	6.7	20.0	73.3
取組方針有無	取組方針あり	115	53.9	40.9	1.7	3.5	94.8
	準備中	67	37.3	55.2	3.0	-	92.5
	取組方針なし	41	34.1	48.8	2.4	14.6	82.9
意思決定支援の手法	統一あり	139	50.4	48.2	0.7	0.7	98.6
	統一なし	62	41.9	40.3	6.5	9.7	82.3

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者について共有している	一部の患者について共有している	共有していない	分からない	無回答	共有している計
全体	562	50.7	42.7	2.8	2.8	0.9	93.4
届出区分	機能強化型(単独型)	33	45.5	45.5	6.1	3.0	90.9
	機能強化型(連携型)	164	55.5	41.5	1.8	0.6	97.0
	従来型	339	49.9	42.8	2.7	3.8	92.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	56.4	40.5	1.9	0.8	97.0
	算定なし	273	45.4	44.3	3.7	5.1	89.7
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	53.5	41.6	2.3	1.9	95.1
	24時間不可	70	35.7	47.1	5.7	10.0	82.9
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	46.4	40.5	4.8	7.1	86.9
	1人未満	104	59.6	38.5	1.0	1.0	98.1
	2人未満	92	52.2	42.4	3.3	1.1	94.6
	3人未満	61	49.2	49.2	1.6	-	98.4
	3人以上	127	52.8	44.9	1.6	0.8	97.6
実践度	実践している	206	56.3	42.2	0.5	0.5	98.5
	検討中	208	48.1	44.7	3.8	2.4	92.8
	実践していない	83	38.6	44.6	7.2	7.2	83.1
取組方針有無	取組方針あり	169	56.2	40.2	1.8	1.2	96.4
	準備中	176	49.4	47.2	1.1	1.7	96.6
	取組方針なし	210	47.1	41.0	5.2	5.2	88.1
意思決定支援の手法	統一あり	331	56.5	39.3	1.8	1.8	95.8
	統一なし	139	38.1	54.0	5.0	2.9	92.1

【訪問看護事業所】

		n	全ての利用者について共有している	一部の利用者について共有している	共有していない	分からない	無回答	共有している計
	全体	440	55.0	42.3	0.7	1.1	0.9	97.3
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	65.6	34.4	-	-	-	100.0
	なし	352	54.0	42.9	0.9	1.4	0.9	96.9
ターミナルケア体制	届出なし	74	37.8	52.7	2.7	5.4	1.4	90.5
	届出あり	346	57.5	41.0	0.3	0.3	0.9	98.6
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	56.2	42.0	0.4	0.4	1.1	98.2
	なし	104	45.2	49.0	1.9	2.9	1.0	94.2
24時間対応体制加算	届出なし	64	53.1	42.2	1.6	1.6	1.6	95.3
	届出あり	364	55.2	42.3	0.5	1.1	0.8	97.5
利用者宅での死亡者数	0人	76	47.4	47.4	2.6	1.3	1.3	94.7
	1-5人未満	149	47.7	49.0	-	2.7	0.7	96.6
	5-10人未満	77	66.2	32.5	-	-	1.3	98.7
	10人以上	110	65.5	32.7	0.9	-	0.9	98.2
実践度	実践している	157	66.2	32.5	-	-	1.3	98.7
	検討中	201	52.2	45.8	1.0	0.5	0.5	98.0
	実践していない	48	47.9	45.8	2.1	2.1	2.1	93.8
取組方針有無	取組方針あり	119	63.9	33.6	-	-	2.5	97.5
	準備中	160	55.6	42.5	1.3	0.6	-	98.1
	取組方針なし	154	48.1	48.1	0.6	2.6	0.6	96.1
意思決定支援の手法	統一あり	315	59.4	38.7	0.6	0.3	1.0	98.1
	統一なし	94	44.7	52.1	-	3.2	-	96.8

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての利用者について共有されている	一部の利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている計
	全体	491	33.6	58.5	2.9	4.3	0.8	92.1
特定事業所加算	あり	151	32.5	62.3	2.6	1.3	1.3	94.7
	なし	322	34.5	56.5	2.5	5.9	0.6	91.0
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	40.0	55.2	2.4	1.6	0.8	95.2
	届出なし	353	30.3	60.3	3.1	5.4	0.8	90.7
訪問看護との連携体制	あり	173	32.9	62.4	1.7	2.3	0.6	95.4
	なし	318	34.0	56.3	3.5	5.3	0.9	90.3
訪問介護との連携体制	あり	79	38.0	58.2	1.3	1.3	1.3	96.2
	なし	412	32.8	58.5	3.2	4.9	0.7	91.3
定期巡回との連携体制	あり	40	47.5	50.0	2.5	-	-	97.5
	なし	451	32.4	59.2	2.9	4.7	0.9	91.6
小多機との連携体制	あり	32	43.8	53.1	3.1	-	-	96.9
	なし	459	32.9	58.8	2.8	4.6	0.9	91.7
医療機関との連携体制	あり	160	37.5	58.8	1.3	1.9	0.6	96.3
	なし	331	31.7	58.3	3.6	5.4	0.9	90.0
急変時の医療機関との連携	あり	121	38.0	55.4	2.5	3.3	0.8	93.4
	なし	370	32.2	59.5	3.0	4.6	0.8	91.6
看取り体制調整利用者	0人	185	29.7	58.9	3.8	6.5	1.1	88.6
	1人以上	228	35.5	60.5	1.8	1.3	0.9	96.1
	死亡終了:在宅医療利用	158	29.7	60.1	3.8	5.7	0.6	89.9
死亡終了:訪問利用	1人以上	275	36.7	58.2	1.8	2.2	1.1	94.9
	0人	147	31.3	58.5	3.4	6.1	0.7	89.8
実践度	1人以上	285	35.4	59.3	2.1	2.1	1.1	94.7
	実践している	77	45.5	54.5	-	-	-	100.0
	検討中	208	28.8	64.4	1.9	4.3	0.5	93.3
取組方針有無	実践していない	92	30.4	59.8	3.3	6.5	-	90.2
	取組方針あり	47	48.9	44.7	2.1	-	4.3	93.6
	準備中	136	33.8	61.8	1.5	2.9	-	95.6
意思決定支援の手法	取組方針なし	301	30.2	59.8	3.7	5.6	0.7	90.0
	統一あり	202	38.6	57.9	1.0	1.5	1.0	96.5
	統一なし	213	27.7	62.9	3.8	4.7	0.9	90.6

【訪問介護事業所】

	n	全ての利用者について共有されている	一部の利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている計
全体	365	36.4	50.1	6.0	6.3	1.1	86.6
24時間対応							
提供体制あり	90	40.0	53.3	1.1	4.4	1.1	93.3
提供体制なし	265	35.1	49.1	7.5	7.2	1.1	84.2
休日対応							
提供体制あり	312	38.5	50.6	4.8	4.8	1.3	89.1
提供体制なし	47	25.5	48.9	8.5	17.0	-	74.5
夜間対応							
提供体制あり	184	40.8	48.9	4.3	4.3	1.6	89.7
提供体制なし	172	32.6	51.7	6.4	8.7	0.6	84.3
特定事業所加算							
あり	156	32.1	57.7	3.8	5.8	0.6	89.7
なし	192	39.6	44.8	7.8	6.8	1.0	84.4
看取り体制を調整した利用							
0人	213	33.8	51.2	6.1	8.0	0.9	85.0
1人以上	112	38.4	54.5	5.4	0.9	0.9	92.9
サービスの死亡終了者							
0人	115	31.3	50.4	10.4	7.0	0.9	81.7
1人以上	217	38.7	50.7	3.7	5.5	1.4	89.4
実践度							
実践している	71	56.3	38.0	2.8	2.8	-	94.4
検討中	115	40.0	52.2	4.3	1.7	1.7	92.2
実践していない	89	31.5	51.7	6.7	9.0	1.1	83.1
取組方針有無							
取組方針あり	69	55.1	39.1	4.3	1.4	-	94.2
準備中	96	32.3	60.4	3.1	2.1	2.1	92.7
取組方針なし	198	31.8	49.0	8.1	10.1	1.0	80.8
意思決定支援の手法							
統一あり	210	41.9	50.5	4.8	2.4	0.5	92.4
統一なし	88	31.8	58.0	8.0	1.1	1.1	89.8

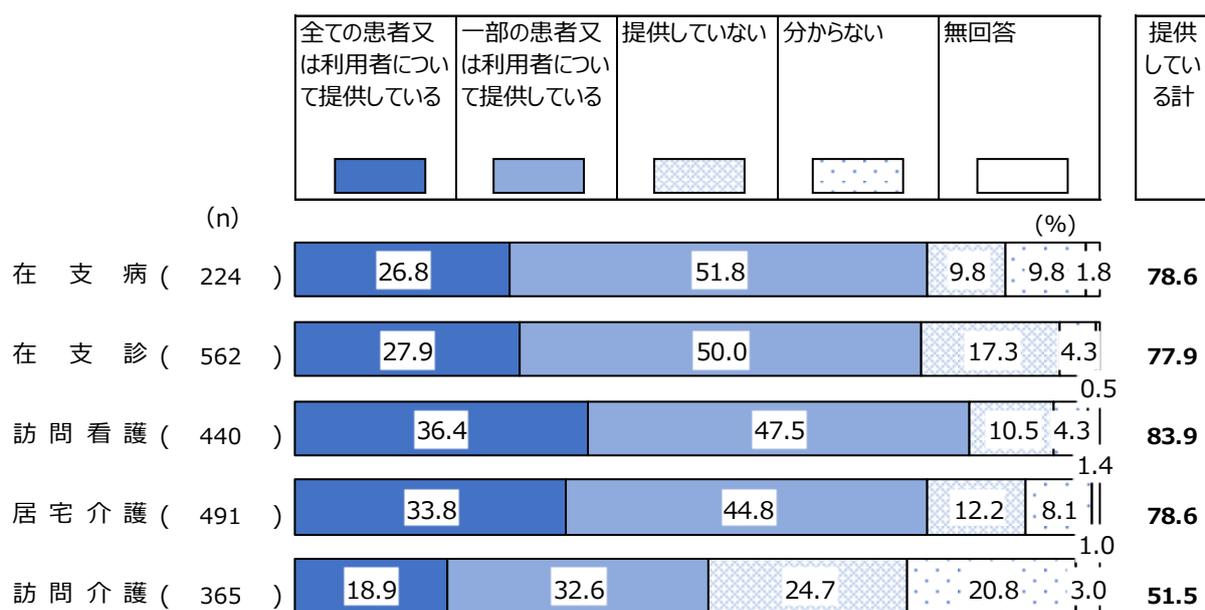
(8) 入院・入所先への提供

【在宅療養・在宅診療】問 16. 在宅療養中の患者が在宅から他の医療機関・施設等へ入院・入所する際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容を入院・入所先に提供していますか。

【訪看：問 15】 【居宅：問 17】 【訪介：問 17】

- 在宅療養支援病院・診療所・訪問看護事業所・居宅介護事業所ともに、8割前後が他の医療機関・施設等に話し合った内容を“提供している”と回答している。
- 訪問介護事業所は、“提供している計”が約半数と他と比べて低い。また、「分からない」が約2割となっている。

図表. 入院・入所先への提供



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者について提供している	一部の患者又は利用者について提供している	提供していない	分からない	無回答	提供している計	
全体	224	26.8	51.8	9.8	9.8	1.8	78.6	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	29.2	54.2	6.3	10.4	-	83.3
	機能強化型(連携型)	58	31.0	51.7	5.2	10.3	1.7	82.8
	従来型	103	22.3	51.5	15.5	8.7	1.9	73.8
ターミナル加算の有無	算定あり	89	38.2	46.1	10.1	5.6	-	84.3
	算定なし	104	20.2	53.8	10.6	12.5	2.9	74.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	26.1	53.3	9.8	9.8	1.1	79.3
	24時間不可	29	24.1	51.7	6.9	10.3	6.9	75.9
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	12.9	48.4	19.4	12.9	6.5	61.3
	1人未満	60	26.7	51.7	11.7	10.0	-	78.3
	2人未満	38	21.1	73.7	5.3	-	-	94.7
	3人未満	19	31.6	47.4	10.5	10.5	-	78.9
	3人以上	39	41.0	46.2	-	7.7	5.1	87.2
実践度	実践している	100	27.0	56.0	8.0	9.0	-	83.0
	検討中	88	26.1	55.7	10.2	5.7	2.3	81.8
	実践していない	15	33.3	33.3	6.7	26.7	-	66.7
取組方針の有無	取組方針あり	115	24.3	55.7	10.4	8.7	0.9	80.0
	準備中	67	28.4	53.7	7.5	6.0	4.5	82.1
意思決定支援の手法	統一あり	139	30.9	54.0	7.9	6.5	0.7	84.9
	統一なし	62	22.6	50.0	11.3	14.5	1.6	72.6

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者について提供している	一部の患者又は利用者について提供している	提供していない	分からない	無回答	提供している計	
全体	562	27.9	50.0	17.3	4.3	0.5	77.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	24.2	54.5	15.2	6.1	-	78.8
	機能強化型(連携型)	164	32.9	53.0	12.8	1.2	-	86.0
	従来型	339	26.3	48.4	19.2	5.6	0.6	74.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	33.3	52.7	13.3	0.8	-	86.0
	算定なし	273	22.7	47.3	21.6	7.3	1.1	70.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	28.5	50.7	16.9	3.6	0.2	79.3
	24時間不可	70	18.6	47.1	22.9	10.0	1.4	65.7
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	19.0	50.0	25.0	4.8	1.2	69.0
	1人未満	104	29.8	51.0	16.3	2.9	-	80.8
	2人未満	92	30.4	48.9	14.1	6.5	-	79.3
	3人未満	61	31.1	52.5	16.4	-	-	83.6
	3人以上	127	28.3	53.5	17.3	0.8	-	81.9
実践度	実践している	206	36.4	51.0	10.7	1.9	-	87.4
	検討中	208	20.7	58.2	17.8	2.4	1.0	78.8
	実践していない	83	16.9	43.4	27.7	10.8	1.2	60.2
取組方針有無	取組方針あり	169	37.9	50.3	11.2	0.6	-	88.2
	準備中	176	24.4	54.5	16.5	4.0	0.6	79.0
	取組方針なし	210	23.3	45.7	22.4	7.6	1.0	69.0
意思決定支援の手法	統一あり	331	32.3	53.8	10.9	2.7	0.3	86.1
	統一なし	139	19.4	48.2	25.9	6.5	-	67.6

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者について提供している	一部の患者又は利用者について提供している	提供していない	分からない	無回答	提供している計	
全体	440	36.4	47.5	10.5	4.3	1.4	83.9	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	50.0	50.0	-	-	-	100.0
	なし	352	34.4	47.7	11.6	4.8	1.4	82.1
ターミナルケア体制	届出なし	74	27.0	40.5	21.6	9.5	1.4	67.6
	届出あり	346	38.2	48.8	8.7	2.9	1.4	87.0
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	37.8	50.2	7.8	2.5	1.8	88.0
	なし	104	27.9	43.3	20.2	7.7	1.0	71.2
24時間対応体制加算	届出なし	64	39.1	37.5	14.1	7.8	1.6	76.6
	届出あり	364	36.0	48.9	10.2	3.6	1.4	84.9
利用者宅での死亡者数	0人	76	30.3	36.8	18.4	13.2	1.3	67.1
	1-5人未満	149	32.2	48.3	15.4	2.7	1.3	80.5
	5-10人未満	77	41.6	49.4	5.2	2.6	1.3	90.9
	10人以上	110	45.5	49.1	3.6	0.9	0.9	94.5
実践度	実践している	157	46.5	45.9	5.7	-	1.9	92.4
	検討中	201	31.8	51.2	13.4	2.5	1.0	83.1
	実践していない	48	35.4	35.4	10.4	16.7	2.1	70.8
取組方針有無	取組方針あり	119	52.9	40.3	2.5	0.8	3.4	93.3
	準備中	160	33.1	53.8	10.6	2.5	-	86.9
	取組方針なし	154	27.3	46.1	16.2	9.1	1.3	73.4
意思決定支援の手法	統一あり	315	41.3	47.9	7.0	2.2	1.6	89.2
	統一なし	94	24.5	50.0	21.3	4.3	-	74.5

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者について提供している	一部の患者又は利用者について提供している	提供していない	分からない	無回答	提供している計
	全体	491	33.8	44.8	12.2	8.1	1.0	78.6
特定事業所加算	あり	151	33.8	45.7	15.2	4.6	0.7	79.5
	なし	322	34.2	44.4	10.9	9.3	1.2	78.6
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	38.4	43.2	12.0	5.6	0.8	81.6
	届出なし	353	31.7	45.9	12.2	9.1	1.1	77.6
訪問看護との連携体制	あり	173	33.5	49.7	12.1	4.0	0.6	83.2
	なし	318	34.0	42.1	12.3	10.4	1.3	76.1
訪問介護との連携体制	あり	79	35.4	49.4	8.9	5.1	1.3	84.8
	なし	412	33.5	43.9	12.9	8.7	1.0	77.4
定期巡回との連携体制	あり	40	32.5	55.0	5.0	7.5	-	87.5
	なし	451	33.9	43.9	12.9	8.2	1.1	77.8
小多機との連携体制	あり	32	25.0	62.5	6.3	6.3	-	87.5
	なし	459	34.4	43.6	12.6	8.3	1.1	78.0
医療機関との連携体制	あり	160	37.5	51.3	8.1	2.5	0.6	88.8
	なし	331	32.0	41.7	14.2	10.9	1.2	73.7
急変時の医療機関との連携	あり	121	38.8	47.1	9.1	4.1	0.8	86.0
	なし	370	32.2	44.1	13.2	9.5	1.1	76.2
看取り体制調整利用者	0人	185	29.7	42.2	14.1	12.4	1.6	71.9
	1人以上	228	37.3	48.2	8.8	4.8	0.9	85.5
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	27.8	44.9	15.2	10.1	1.9	72.8
	1人以上	275	36.4	47.3	9.1	6.5	0.7	83.6
死亡終了:訪問利用	0人	147	25.9	46.9	12.9	12.2	2.0	72.8
	1人以上	285	37.2	46.0	10.5	5.6	0.7	83.2
実践度	実践している	77	48.1	45.5	6.5	-	-	93.5
	検討中	208	32.7	53.8	7.7	4.3	1.4	86.5
	実践していない	92	27.2	37.0	21.7	14.1	-	64.1
取組方針有無	取組方針あり	47	66.0	27.7	2.1	-	4.3	93.6
	準備中	136	34.6	53.7	6.6	3.7	1.5	88.2
	取組方針なし	301	28.2	43.5	16.3	11.6	0.3	71.8
意思決定支援の手法	統一あり	202	41.1	49.5	5.9	2.0	1.5	90.6
	統一なし	213	28.2	44.1	17.8	8.9	0.9	72.3

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者について提供している	一部の患者又は利用者について提供している	提供していない	分からない	無回答	提供している計
	全体	365	18.9	32.6	24.7	20.8	3.0	51.5
24時間対応	提供体制あり	90	26.7	37.8	18.9	14.4	2.2	64.4
	提供体制なし	265	15.5	30.9	27.2	23.0	3.4	46.4
休日対応	提供体制あり	312	19.2	34.0	25.3	18.3	3.2	53.2
	提供体制なし	47	14.9	27.7	21.3	34.0	2.1	42.6
夜間対応	提供体制あり	184	20.7	39.1	24.5	13.0	2.7	59.8
	提供体制なし	172	16.3	26.7	25.6	27.9	3.5	43.0
特定事業所加算	あり	156	17.3	37.8	24.4	18.6	1.9	55.1
	なし	192	19.3	28.1	26.0	22.9	3.6	47.4
看取り体制を調整した利用	0人	213	16.4	32.4	25.8	22.5	2.8	48.8
	1人以上	112	22.3	34.8	24.1	16.1	2.7	57.1
サービスの死亡終了者	0人	115	15.7	33.0	27.0	21.7	2.6	48.7
	1人以上	217	19.8	31.8	24.4	20.3	3.7	51.6
実践度	実践している	71	33.8	31.0	23.9	9.9	1.4	64.8
	検討中	115	21.7	37.4	25.2	11.3	4.3	59.1
	実践していない	89	13.5	31.5	25.8	28.1	1.1	44.9
取組方針有無	取組方針あり	69	36.2	30.4	26.1	7.2	-	66.7
	準備中	96	21.9	45.8	16.7	11.5	4.2	67.7
	取組方針なし	198	11.6	26.3	28.3	30.3	3.5	37.9
意思決定支援の手法	統一あり	210	23.8	37.6	21.9	14.3	2.4	61.4
	統一なし	88	14.8	28.4	34.1	19.3	3.4	43.2

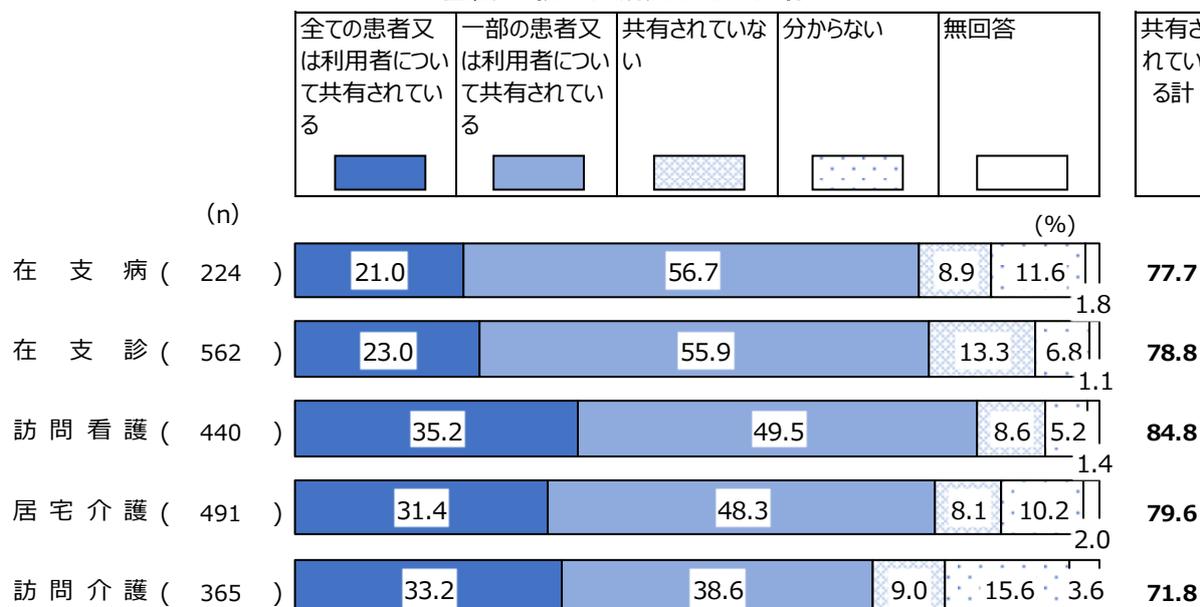
(9) 入院・入所先からの共有

【在支病・在支診】問 17. 他の医療機関・施設等から患者を在宅で受け入れる際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と他の医療機関・施設等の医療・ケアスタッフ等で話し合われた内容は、貴院に共有されていますか。

【訪看：問 16】 【居宅：問 18】 【訪介：問 18】

- 在宅療養支援診療所では、「共有されていない」が1割超となっている。

図表. 入院・入所先からの共有



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者について共有されている	一部の患者又は利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている計	
全体	224	21.0	56.7	8.9	11.6	1.8	77.7	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	16.7	66.7	10.4	6.3	-	83.3
	機能強化型(連携型)	58	29.3	51.7	6.9	10.3	1.7	81.0
	従来型	103	19.4	54.4	10.7	13.6	1.9	73.8
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	29.2	51.7	11.2	7.9	-	80.9
	算定なし	104	15.4	59.6	9.6	12.5	2.9	75.0
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	21.2	57.1	8.7	12.5	0.5	78.3
	24時間不可	29	10.3	62.1	6.9	10.3	10.3	72.4
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	6.5	54.8	12.9	16.1	9.7	61.3
	1人未満	60	20.0	65.0	6.7	8.3	-	85.0
	2人未満	38	26.3	60.5	7.9	5.3	-	86.8
	3人未満	19	36.8	42.1	10.5	10.5	-	78.9
実践度	3人以上	39	25.6	56.4	7.7	7.7	2.6	82.1
	実践している	100	21.0	63.0	8.0	8.0	-	84.0
	検討中	88	21.6	54.5	11.4	9.1	3.4	76.1
取組方針有無	実践していない	15	26.7	40.0	6.7	26.7	-	66.7
	取組方針あり	115	21.7	60.9	7.8	9.6	-	82.6
	準備中	67	19.4	53.7	13.4	7.5	6.0	73.1
意思決定支援の手法	取組方針なし	41	22.0	51.2	4.9	22.0	-	73.2
	統一あり	139	21.6	61.2	10.8	5.8	0.7	82.7
	62	27.4	45.2	3.2	22.6	1.6	72.6	

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者について共有されている	一部の患者又は利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている計	
全体	562	23.0	55.9	13.3	6.8	1.1	78.8	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	24.2	57.6	12.1	6.1	-	81.8
	機能強化型(連携型)	164	21.3	64.6	12.2	1.8	-	86.0
	従来型	339	23.3	51.3	14.5	9.4	1.5	74.6
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	22.7	62.5	12.5	2.3	-	85.2
	算定なし	273	22.3	49.8	14.7	11.0	2.2	72.2
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	23.0	57.1	14.0	5.5	0.4	80.1
	24時間不可	70	17.1	51.4	11.4	17.1	2.9	68.6
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	17.9	57.1	11.9	11.9	1.2	75.0
	1人未満	104	22.1	60.6	13.5	2.9	1.0	82.7
	2人未満	92	22.8	57.6	14.1	5.4	-	80.4
	3人未満	61	19.7	62.3	14.8	3.3	-	82.0
	3人以上	127	22.8	65.4	9.4	2.4	-	88.2
実践度	実践している	206	24.3	62.1	10.7	2.9	-	86.4
	検討中	208	21.6	55.8	14.4	6.7	1.4	77.4
	実践していない	83	15.7	50.6	16.9	13.3	3.6	66.3
取組方針有無	取組方針あり	169	24.3	61.5	11.2	3.0	-	85.8
	準備中	176	25.0	55.7	13.1	5.7	0.6	80.7
	取組方針なし	210	20.0	51.4	15.2	11.0	2.4	71.4
意思決定支援の手法	統一あり	331	26.0	57.1	10.9	5.4	0.6	83.1
	統一なし	139	15.8	60.4	16.5	6.5	0.7	76.3

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者について共有されている	一部の患者又は利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている	
全体	440	35.2	49.5	8.6	5.2	1.4	84.8	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	46.9	50.0	-	3.1	-	96.9
	なし	352	33.2	49.7	9.4	6.3	1.4	83.0
ターミナルケア体制	届出なし	74	37.8	37.8	9.5	13.5	1.4	75.7
	届出あり	346	35.0	52.3	8.1	3.2	1.4	87.3
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	33.2	54.1	8.1	3.2	1.4	87.3
	なし	104	36.5	40.4	11.5	9.6	1.9	76.9
24時間対応体制加算	届出なし	64	43.8	31.3	9.4	12.5	3.1	75.0
	届出あり	364	34.1	52.5	8.5	3.8	1.1	86.5
利用者宅での死亡者数	0人	76	28.9	44.7	10.5	13.2	2.6	73.7
	1-5人未満	149	38.9	43.0	12.1	4.7	1.3	81.9
	5-10人未満	77	33.8	57.1	6.5	1.3	1.3	90.9
	10人以上	110	35.5	57.3	3.6	2.7	0.9	92.7
実践度	実践している	157	42.7	45.2	8.3	2.5	1.3	87.9
	検討中	201	29.4	57.7	8.5	4.0	0.5	87.1
	実践していない	48	31.3	37.5	10.4	16.7	4.2	68.8
取組方針有無	取組方針あり	119	46.2	41.2	8.4	1.7	2.5	87.4
	準備中	160	31.3	57.5	6.9	4.4	-	88.8
	取組方針なし	154	31.2	48.1	9.7	9.1	1.9	79.2
意思決定支援の手法	統一あり	315	39.0	49.2	8.6	2.2	1.0	88.3
	統一なし	94	22.3	55.3	10.6	10.6	1.1	77.7

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者について共有されている	一部の患者又は利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている
	全体	491	31.4	48.3	8.1	10.2	2.0	79.6
特定事業所加算	あり	151	31.1	54.3	6.0	6.6	2.0	85.4
	なし	322	32.3	45.3	9.0	11.5	1.9	77.6
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	33.6	52.8	6.4	6.4	0.8	86.4
	届出なし	353	30.6	46.7	9.1	11.0	2.5	77.3
訪問看護との連携体制	あり	173	34.1	52.6	6.9	4.6	1.7	86.7
	なし	318	29.9	45.9	8.8	13.2	2.2	75.8
訪問介護との連携体制	あり	79	34.2	51.9	3.8	7.6	2.5	86.1
	なし	412	30.8	47.6	9.0	10.7	1.9	78.4
定期巡回との連携体制	あり	40	35.0	52.5	2.5	10.0	-	87.5
	なし	451	31.0	47.9	8.6	10.2	2.2	78.9
小多機との連携体制	あり	32	37.5	50.0	3.1	6.3	3.1	87.5
	なし	459	30.9	48.1	8.5	10.5	2.0	79.1
医療機関との連携体制	あり	160	36.3	52.5	5.0	5.0	1.3	88.8
	なし	331	29.0	46.2	9.7	12.7	2.4	75.2
急変時の医療機関との連携	あり	121	37.2	50.4	5.8	5.0	1.7	87.6
	なし	370	29.5	47.6	8.9	11.9	2.2	77.0
看取り体制調整利用者	0人	185	27.0	48.6	9.2	14.1	1.1	75.7
	1人以上	228	33.8	50.9	6.6	5.7	3.1	84.6
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	28.5	43.0	12.0	13.9	2.5	71.5
	1人以上	275	32.4	53.1	5.8	6.5	2.2	85.5
死亡終了:訪問利用	0人	147	29.9	40.1	11.6	15.6	2.7	70.1
	1人以上	285	32.3	53.3	6.3	6.0	2.1	85.6
実践度	実践している	77	40.3	50.6	3.9	3.9	1.3	90.9
	検討中	208	31.7	53.4	6.7	6.3	1.9	85.1
	実践していない	92	27.2	42.4	12.0	17.4	1.1	69.6
取組方針有無	取組方針あり	47	51.1	40.4	-	2.1	6.4	91.5
	準備中	136	32.4	54.4	5.9	6.6	0.7	86.8
	取組方針なし	301	27.2	47.2	10.6	13.3	1.7	74.4
意思決定支援の手法	統一あり	202	37.6	51.0	5.4	4.0	2.0	88.6
	統一なし	213	26.3	50.7	10.8	10.3	1.9	77.0

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者について共有されている	一部の患者又は利用者について共有されている	共有されていない	分からない	無回答	共有されている
	全体	365	33.2	38.6	9.0	15.6	3.6	71.8
24時間対応	提供体制あり	90	38.9	42.2	5.6	12.2	1.1	81.1
	提供体制なし	265	31.3	37.0	10.2	17.0	4.5	68.3
休日対応	提供体制あり	312	33.7	40.4	8.3	13.5	4.2	74.0
	提供体制なし	47	31.9	27.7	10.6	29.8	-	59.6
夜間対応	提供体制あり	184	35.3	40.8	7.1	12.5	4.3	76.1
	提供体制なし	172	31.4	36.6	10.5	19.2	2.3	68.0
特定事業所加算	あり	156	35.3	37.8	10.3	12.2	4.5	73.1
	なし	192	32.3	38.0	8.3	19.3	2.1	70.3
看取り体制を調整した利用	0人	213	26.8	39.4	8.9	21.1	3.8	66.2
	1人以上	112	42.0	42.0	7.1	5.4	3.6	83.9
サービスの死亡終了者	0人	115	25.2	34.8	14.8	22.6	2.6	60.0
	1人以上	217	36.9	39.2	6.5	12.9	4.6	76.0
実践度	実践している	71	52.1	36.6	7.0	1.4	2.8	88.7
	検討中	115	30.4	46.1	7.8	9.6	6.1	76.5
	実践していない	89	28.1	33.7	14.6	22.5	1.1	61.8
取組方針有無	取組方針あり	69	53.6	30.4	7.2	2.9	5.8	84.1
	準備中	96	28.1	54.2	8.3	7.3	2.1	82.3
	取組方針なし	198	28.8	33.8	10.1	23.7	3.5	62.6
意思決定支援の手法	統一あり	210	41.0	42.4	6.7	7.1	2.9	83.3
	統一なし	88	21.6	39.8	14.8	18.2	5.7	61.4

(10) 必要な情報

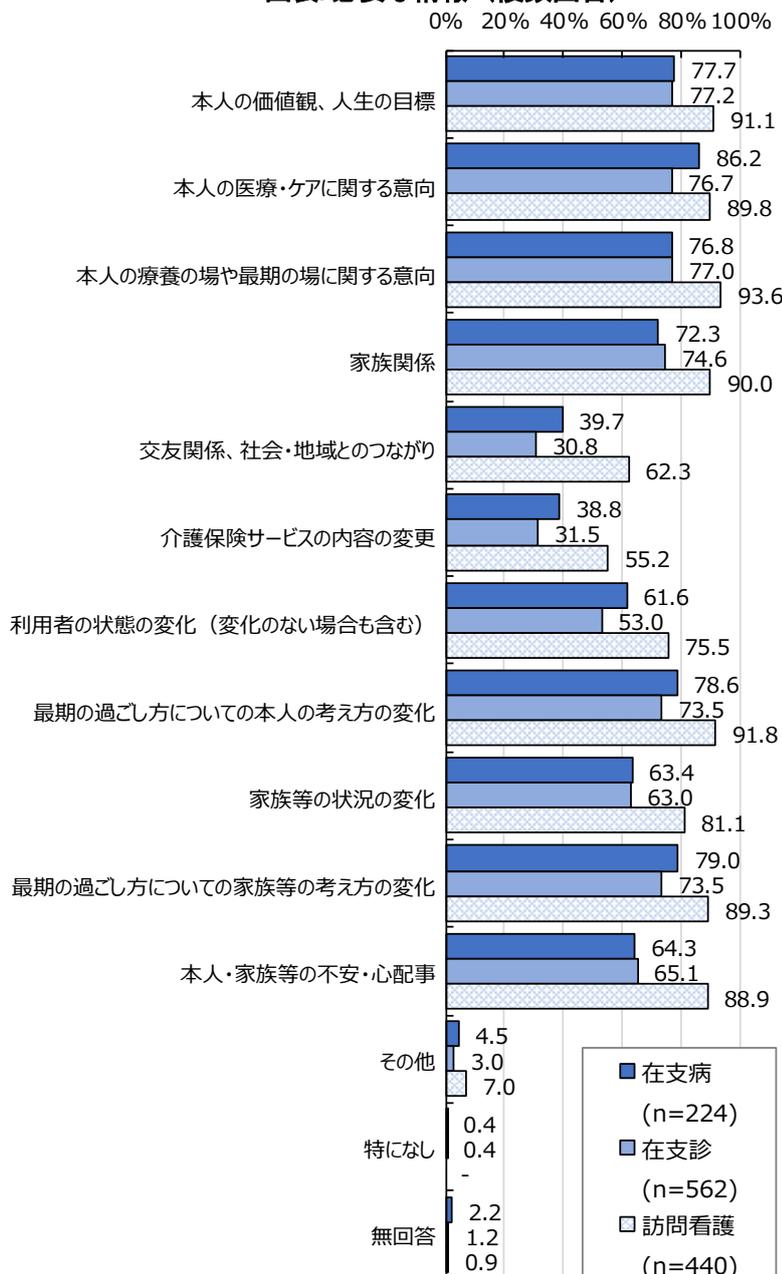
①必要な情報

【在支病・在支診】問 19. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、医師として必要な情報はどれですか。

【訪看：問 18】

- 在宅療養支援病院では、「本人の医療・ケアに関する意向」が 86.2%で最も高く、次いで「最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化」(79.0%)、「最期の過ごし方についての本人の考え方の変化」(78.6%)、「本人の価値観、人生の目標」(77.7%)が上位に挙げられている。
- 在宅療養支援診療所では、「本人の価値観、人生の目標」(77.2%)、「本人の療養の場や最期の場に関する意向」(77.0%)、「本人の医療・ケアに関する意向」(76.7%)が上位に挙げられている。
- 訪問看護事業所では、「本人の療養の場や最期の場に関する意向」(93.6%)、「最期の過ごし方についての本人の考え方の変化」(91.8%)、「本人の価値観、人生の目標」(91.1%)、「家族関係」(90.0%)が上位に挙げられている。

図表. 必要な情報（複数回答）



【在宅療養支援病院】

	n	本人の 価値 観、人 生の目 標	本人の 医療・ ケアに 関する 意向	本人の 療養の 場や最 期の場 に関する 意向	家族関 係	交友関 係、社 会・地 域との つなが り	介護保 険サー ビスの 内容の 変更	患者又 は利用 者の状 態の変 化	最期の 過ごし 方につ いての 本人の 考え方 の変化	家族等 の状況 の変化	最期の 過ごし 方につ いての 家族等 の考え 方の変 化	本人・ 家族等 の不安・ 心配事	その他	特にな し	無回答	
全体	224	77.7	86.2	76.8	72.3	39.7	38.8	61.6	78.6	63.4	79.0	64.3	4.5	0.4	2.2	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	83.3	89.6	91.7	81.3	56.3	56.3	72.9	83.3	68.8	87.5	77.1	6.3	-	-
	機能強化型(連携型)	58	74.1	86.2	81.0	75.9	43.1	39.7	56.9	87.9	63.8	82.8	67.2	3.4	-	-
	従来型	103	75.7	85.4	69.9	65.0	30.1	30.1	59.2	72.8	60.2	73.8	56.3	4.9	1.0	3.9
ターミナル加 算の算定有無	算定あり	89	83.1	89.9	82.0	75.3	46.1	46.1	68.5	89.9	65.2	84.3	71.9	6.7	-	-
	算定なし	104	72.1	83.7	71.2	69.2	36.5	32.7	56.7	70.2	61.5	76.0	58.7	2.9	1.0	3.8
訪問看護の提 供体制	24時間可能	184	81.0	87.0	79.3	75.0	44.0	41.8	65.8	81.5	67.4	82.1	66.8	4.3	0.5	1.1
	24時間不可	29	62.1	89.7	65.5	65.5	24.1	27.6	48.3	69.0	51.7	69.0	55.2	6.9	-	10.3
患家に訪問す る全職員数あ たり在宅死亡 者数	0人	31	71.0	80.6	64.5	64.5	25.8	22.6	48.4	58.1	51.6	67.7	61.3	-	-	6.5
	1人未満	60	75.0	81.7	75.0	65.0	45.0	40.0	60.0	81.7	60.0	76.7	61.7	6.7	1.7	3.3
	2人未満	38	78.9	81.6	81.6	73.7	42.1	44.7	68.4	81.6	68.4	89.5	68.4	5.3	-	-
	3人未満	19	78.9	89.5	84.2	84.2	42.1	52.6	78.9	84.2	78.9	89.5	73.7	5.3	-	-
	3人以上	39	82.1	97.4	87.2	82.1	46.2	38.5	66.7	84.6	74.4	82.1	69.2	5.1	-	2.6
実践度	実践している	100	87.0	90.0	82.0	80.0	54.0	49.0	67.0	86.0	72.0	82.0	74.0	6.0	-	1.0
	検討中	88	73.9	86.4	76.1	68.2	30.7	30.7	56.8	78.4	62.5	83.0	61.4	3.4	-	2.3
	実践していない	15	40.0	73.3	46.7	46.7	20.0	20.0	60.0	46.7	33.3	60.0	40.0	-	6.7	6.7
取組方針有無	取組方針あり	115	80.0	88.7	76.5	77.4	44.3	44.3	61.7	83.5	69.6	83.5	69.6	6.1	-	0.9
	準備中	67	82.1	86.6	82.1	68.7	40.3	31.3	65.7	77.6	59.7	80.6	64.2	4.5	-	3.0
	取組方針なし	41	63.4	78.0	68.3	63.4	24.4	34.1	53.7	65.9	51.2	63.4	48.8	-	2.4	4.9
意思決定支援 の手法	統一あり	139	81.3	87.8	82.7	78.4	46.0	43.9	65.5	83.5	68.3	83.5	66.9	4.3	-	-
	統一なし	62	79.0	85.5	67.7	64.5	30.6	30.6	62.9	75.8	58.1	77.4	62.9	3.2	1.6	1.6

【在宅療養支援診療所】

	n	本人の 価値 観、人 生の目 標	本人の 医療・ ケアに 関する 意向	本人の 療養の 場や最 期の場 に関する 意向	家族関 係	交友関 係、社 会・地 域との つなが り	介護保 険サー ビスの 内容の 変更	患者又 は利用 者の状 態の変 化	最期の 過ごし 方につ いての 本人の 考え方 の変化	家族等 の状況 の変化	最期の 過ごし 方につ いての 家族等 の考え 方の変 化	本人・ 家族等 の不安・ 心配事	その他	特にな し	無回答	
全体	562	77.2	76.7	77.0	74.6	30.8	31.5	53.0	73.5	63.0	73.5	65.1	3.0	0.4	1.2	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	87.9	72.7	75.8	60.6	33.3	33.3	39.4	57.6	39.4	66.7	60.6	3.0	-	3.0
	機能強化型(連携型)	164	77.4	82.9	79.3	82.9	43.3	38.4	56.1	78.7	69.5	77.4	68.9	3.7	-	1.2
	従来型	339	76.1	74.3	75.8	72.3	25.4	27.1	52.5	72.9	61.9	73.5	64.3	2.9	0.6	0.9
ターミナル加 算の算定有無	算定あり	264	81.1	85.6	82.2	79.5	36.0	37.5	60.2	79.5	70.8	78.4	70.8	4.2	-	0.8
	算定なし	273	73.6	68.5	72.2	69.6	26.0	25.6	47.6	68.9	56.8	69.6	60.1	1.8	0.7	1.5
訪問看護の提 供体制	24時間可能	473	79.7	77.8	78.4	77.0	33.2	32.8	53.5	76.1	65.5	75.3	66.6	3.0	0.2	0.6
	24時間不可	70	68.6	74.3	71.4	65.7	18.6	25.7	48.6	60.0	44.3	61.4	54.3	2.9	1.4	4.3
患家に訪問す る全職員数あ たり在宅死亡 者数	0人	84	79.8	76.2	76.2	72.6	33.3	23.8	52.4	65.5	59.5	66.7	66.7	-	-	1.2
	1人未満	104	75.0	77.9	76.0	75.0	28.8	32.7	54.8	75.0	62.5	73.1	64.4	-	1.0	1.9
	2人未満	92	80.4	84.8	80.4	80.4	27.2	30.4	48.9	76.1	67.4	76.1	67.4	1.1	-	-
	3人未満	61	78.7	73.8	78.7	75.4	32.8	36.1	50.8	75.4	67.2	86.9	72.1	4.9	-	1.6
	3人以上	127	82.7	84.3	87.4	76.4	39.4	39.4	61.4	84.3	70.1	79.5	70.9	9.4	-	-
実践度	実践している	206	82.0	85.0	83.5	79.6	37.4	41.7	62.1	82.0	71.4	81.6	71.8	4.9	-	0.5
	検討中	208	79.8	81.3	80.3	77.4	31.7	34.1	58.7	77.9	67.8	75.5	69.7	1.0	-	1.0
	実践していない	83	61.4	50.6	50.6	60.2	21.7	10.8	26.5	47.0	39.8	53.0	47.0	4.8	2.4	4.8
取組方針有無	取組方針あり	169	82.8	81.1	82.8	78.7	42.6	42.6	59.8	79.3	69.8	81.7	70.4	4.7	-	1.8
	準備中	176	76.7	83.5	78.4	76.7	27.8	32.4	56.8	78.4	66.5	71.6	65.9	2.3	-	0.6
	取組方針なし	210	73.3	68.1	71.0	69.5	23.3	21.4	43.8	65.2	54.3	67.6	60.0	2.4	1.0	1.4
意思決定支援 の手法	統一あり	331	77.9	83.7	80.7	76.7	30.8	33.8	57.4	76.1	63.1	77.9	67.7	2.7	-	1.5
	統一なし	139	79.1	67.6	72.7	73.4	33.1	26.6	45.3	69.1	62.6	66.2	64.0	3.6	-	0.7

【訪問看護事業所】

	n	本人の 価値 観、人 生の目 標	本人の 医療・ ケアに 関する 意向	本人の 療養の 場や最 期の場 に関する 意向	家族関 係	交友関 係、社 会・地 域との つなが り	介護保 険サー ビスの 内容の 変更	患者又 は利用 者の状 態の変 化	最期の 過ごし 方につ いての 本人の 考え方 の変化	家族等 の状況 の変化	最期の 過ごし 方につ いての 家族等 の考え 方の変 化	本人・ 家族等 の不安 ・心配 事	その他	特にな し	無回答
全体	440	91.1	89.8	93.6	90.0	62.3	55.2	75.5	91.8	81.1	89.3	88.9	7.0	-	0.9
機能強化型訪問看護管理療															
あり	32	100.0	87.5	100.0	93.8	68.8	62.5	87.5	96.9	90.6	87.5	96.9	9.4	-	-
なし	352	89.8	90.1	93.2	90.6	61.6	54.3	75.6	91.2	81.3	89.5	88.1	7.1	-	0.9
ターミナルケア体制															
届出なし	74	87.8	90.5	89.2	87.8	54.1	52.7	71.6	82.4	73.0	81.1	89.2	6.8	-	1.4
届出あり	346	92.2	89.3	94.2	90.8	64.2	55.5	76.3	93.9	82.9	91.0	88.4	7.5	-	0.9
訪問看護ターミナル療養費															
あり	283	92.6	88.0	94.0	90.1	64.3	54.8	76.3	94.0	84.1	91.9	88.0	6.4	-	1.1
なし	104	87.5	92.3	89.4	88.5	55.8	51.0	68.3	82.7	70.2	79.8	85.6	10.6	-	1.0
24時間対応体制加算															
届出なし	64	84.4	85.9	87.5	84.4	56.3	50.0	67.2	79.7	70.3	78.1	81.3	6.3	-	3.1
届出あり	364	92.3	90.7	95.1	91.8	64.0	55.8	77.5	94.2	82.7	91.5	90.4	7.4	-	0.5
利用者宅での死亡者数															
0人	76	82.9	84.2	85.5	86.8	51.3	47.4	60.5	85.5	73.7	78.9	78.9	1.3	-	-
1-5人未満	149	91.9	89.9	96.6	89.9	60.4	55.0	76.5	90.6	78.5	89.3	91.9	8.1	-	1.3
5-10人未満	77	92.2	97.4	93.5	90.9	67.5	55.8	80.5	93.5	84.4	90.9	92.2	6.5	-	1.3
10人以上	110	94.5	90.0	96.4	94.5	70.0	60.9	82.7	96.4	89.1	95.5	91.8	11.8	-	0.9
実践度															
実践している	157	92.4	91.7	96.2	90.4	69.4	58.6	83.4	93.0	83.4	91.7	91.1	10.2	-	1.3
検討中	201	94.0	90.5	94.0	92.0	60.7	57.7	74.6	93.0	85.1	91.5	90.5	4.0	-	0.5
実践していない	48	77.1	81.3	83.3	81.3	50.0	37.5	60.4	83.3	60.4	79.2	77.1	6.3	-	2.1
取組方針有無															
取組方針あり	119	91.6	90.8	96.6	89.9	70.6	57.1	79.8	93.3	81.5	89.1	91.6	9.2	-	2.5
準備中	160	96.9	91.3	95.6	92.5	61.9	56.3	75.6	93.1	87.5	91.3	91.3	5.6	-	-
取組方針なし	154	84.4	87.0	89.0	87.7	57.1	51.9	70.8	89.0	74.0	87.7	84.4	7.1	-	0.6
意思決定支援の手法															
統一あり	315	92.7	90.2	95.9	90.8	61.6	57.1	78.7	94.3	84.4	92.1	89.8	7.6	-	1.0
統一なし	94	87.2	90.4	88.3	87.2	64.9	54.3	68.1	85.1	74.5	84.0	86.2	5.3	-	-

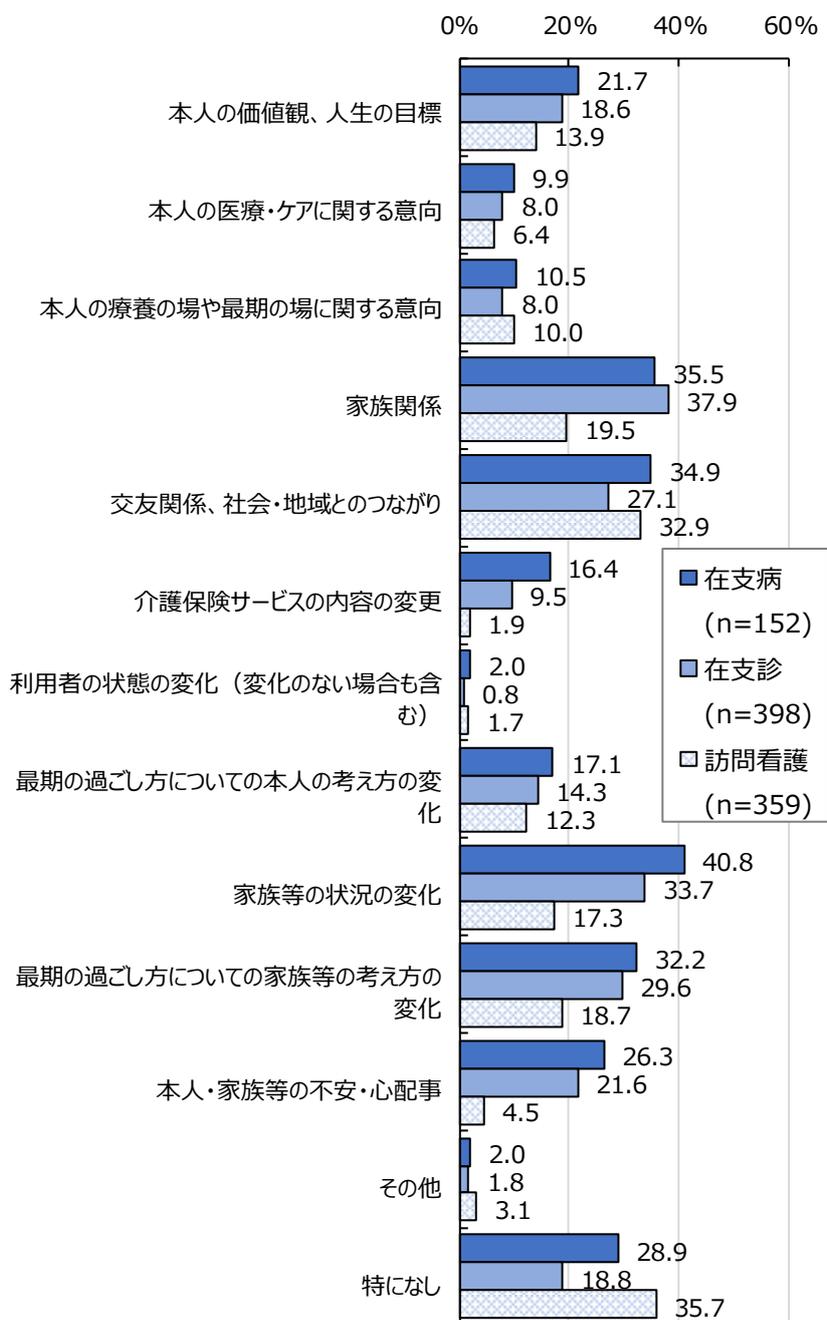
② 把握しづらい情報

【在支病・在支診】問 19. 上記で必要な情報として○を付けた選択肢で、「医師では把握しづらい情報」について、以下の□内に1～12の選択肢番号を記入してください。

【訪看：問18】

- 在宅療養支援病院では、「家族等の状況の変化」が40.8%で最も高く、次いで「家族関係」(35.5%)、「交友関係、社会・地域とのつながり」(34.9%)が上位に挙げられている。
- 在宅療養支援診療所では、「家族関係」が37.9%で最も高く、次いで「家族等の状況の変化」(33.7%)となっている。
- 訪問看護事業所では、「特になし」が35.7%となっている。把握しづらい情報としては、「交友関係、社会・地域とのつながり」(32.9%)が上位に挙げられている。

図表. 把握しづらい情報（複数回答）



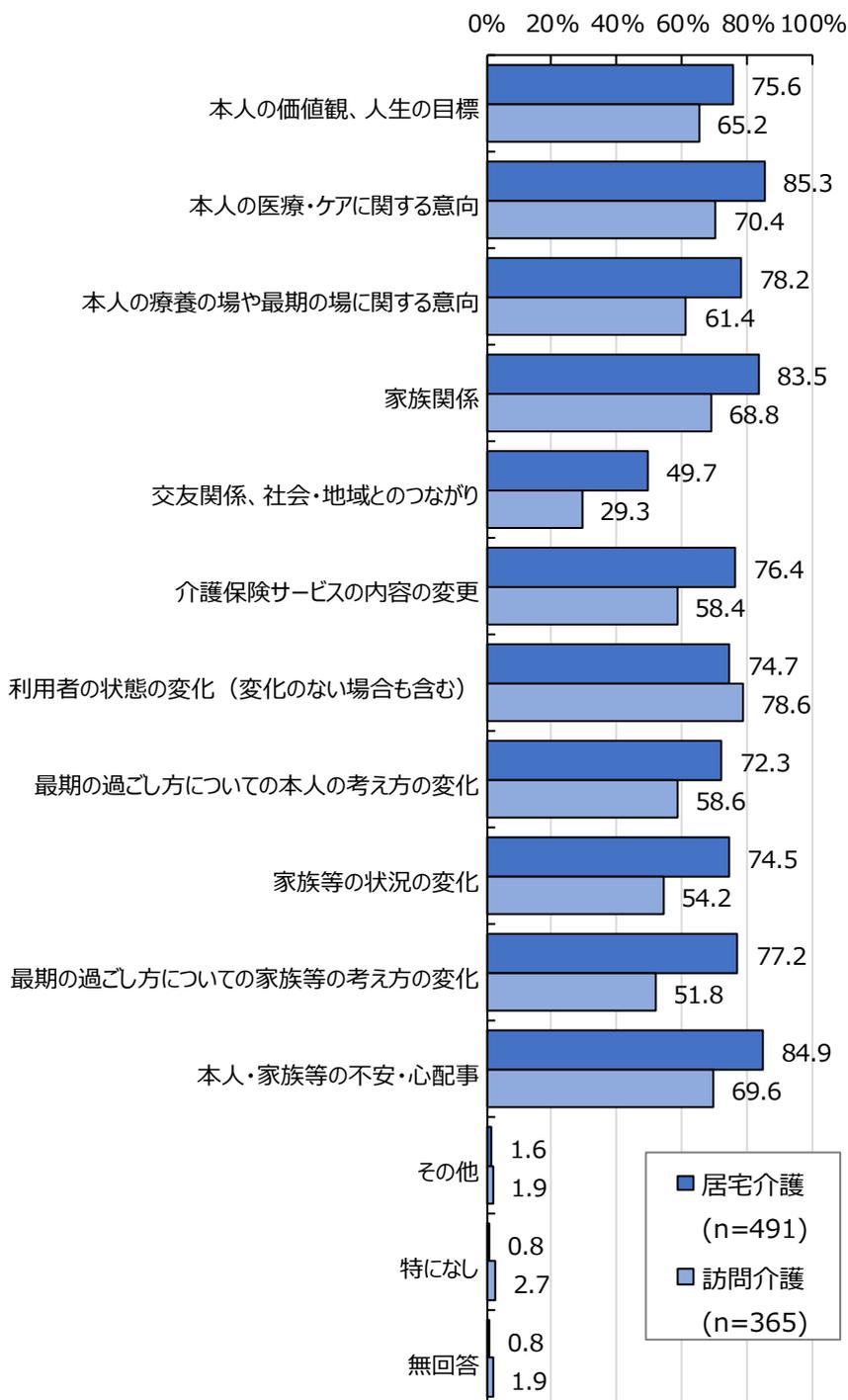
③ 把握可能な情報

【居宅】問 20. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、介護支援専門員として把握可能な情報はどれですか。

【訪介：問 20】

- 居宅介護支援事業所では、「本人の医療・ケアに関する意向」（85.3%）、「本人・家族等の不安・心配事」（84.9%）、「家族関係」（83.5%）が上位に挙げられている。
- 訪問介護事業所では、「利用者の状態の変化（変化のない場合も含む）」（78.6%）、「本人の医療・ケアに関する意向」（70.4%）、「家族関係」（68.8%）が上位に挙げられている。

図表. 把握可能な情報（複数回答）



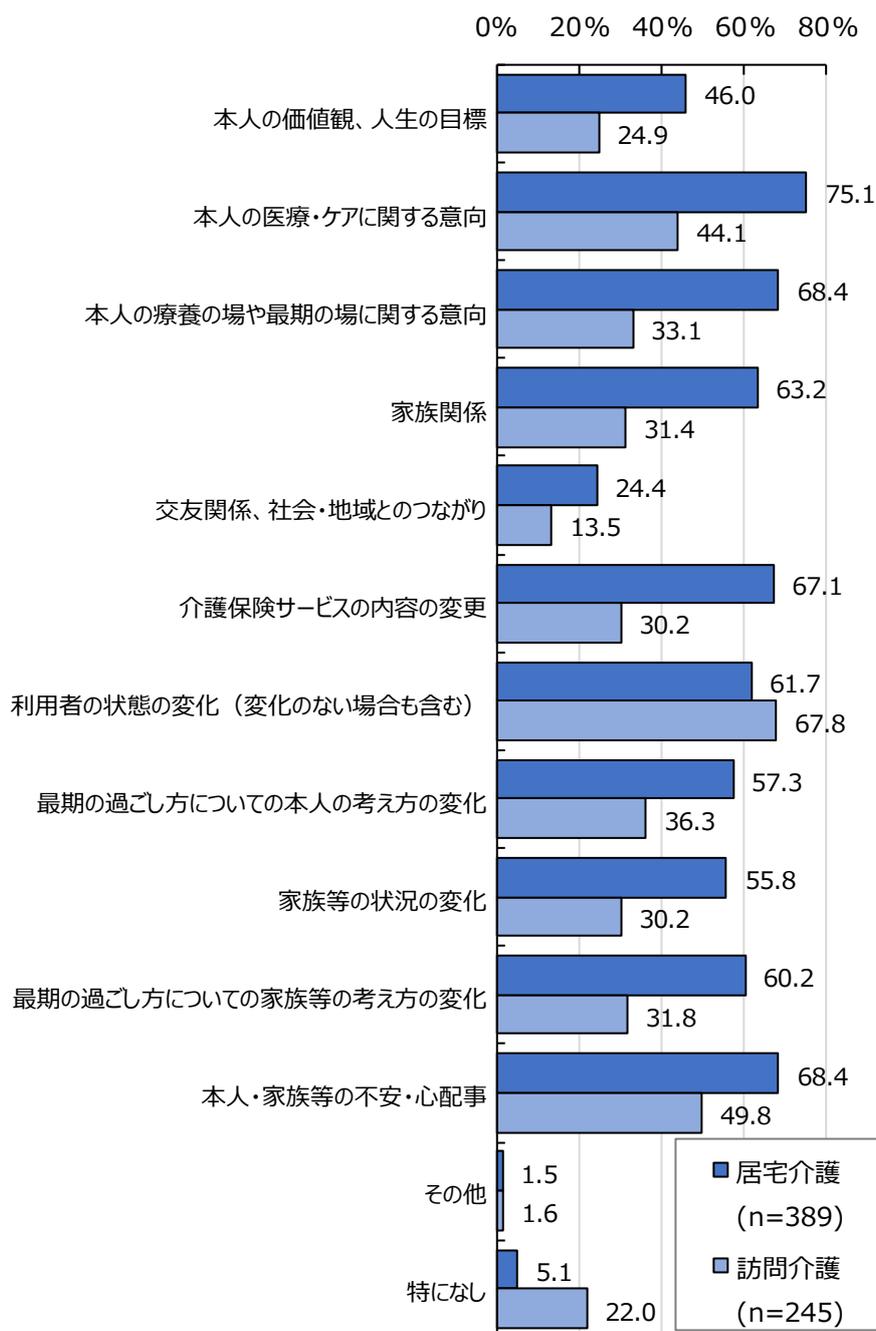
④ 提供している情報

【居宅】問 20. 上記で把握可能な情報として○を付けた選択肢で、「医療職（医師、訪問看護師等）へ提供している情報」について、以下の□内に1～12の選択肢番号を記入してください。

【訪介：問20】

- 居宅介護支援事業所では、「本人の医療・ケアに関する意向」が75.1%で最も高く、次いで「本人の療養の場や最期の場に関する意向」「本人・家族等の不安・心配事」（ともに68.4%）、「介護保険サービスの内容の変更」（67.1%）が上位に挙げられている。
- 訪問介護事業所では、「特になし」が22.0%となっている。提供している情報としては、「利用者の状態の変化（変化のない場合も含む）」（67.8%）が上位に挙げられている。

図表. 提供している情報（複数回答）



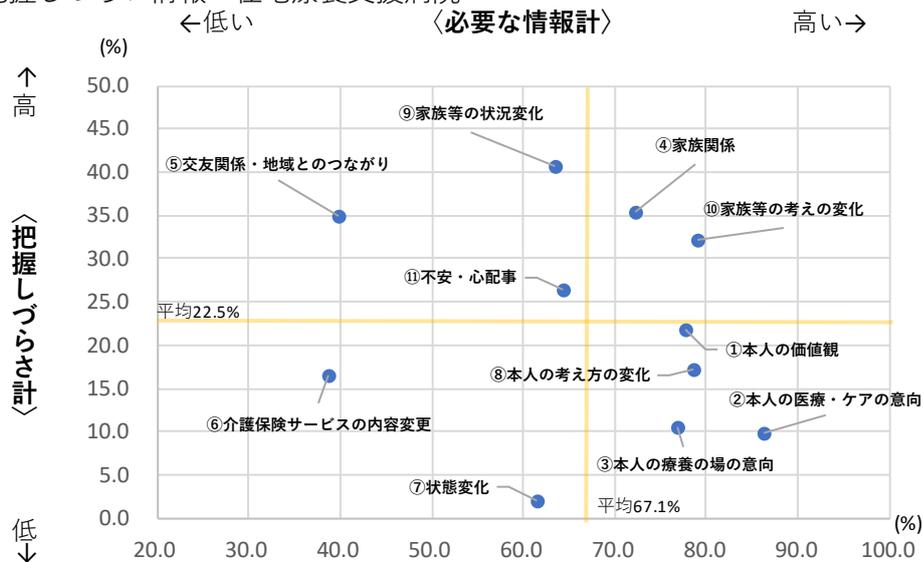
⑤ 医療職と介護職の情報連携

- 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、必要だが把握しづらい情報として、いずれの医療系サービスでも「家族関係」「最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化」が挙げられている。
- 「⑥把握可能な情報×医療職に提供している情報」では、医療職への情報提供が平均よりも少ない項目のうち、把握可能な情報と回答した訪問介護は、「家族関係」が約7割、「最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化」が半数ある。

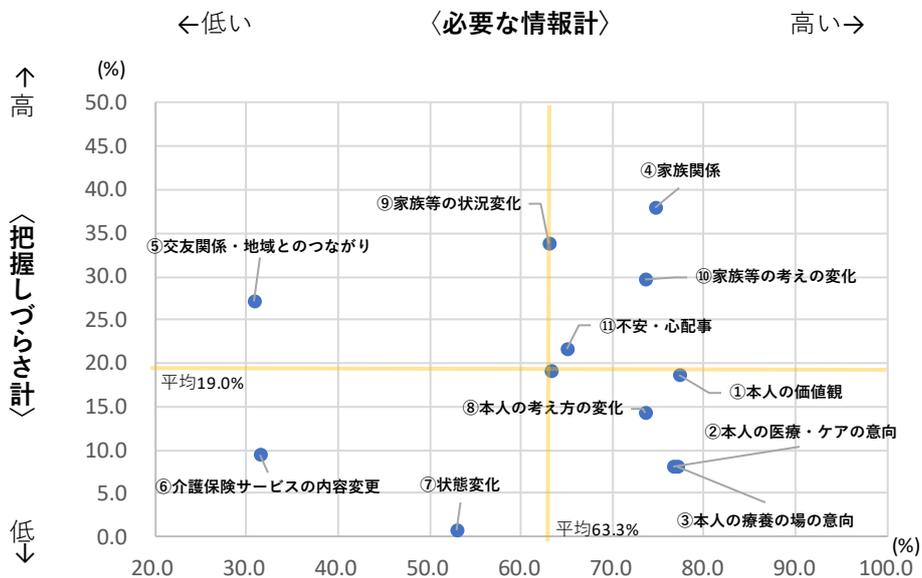
■凡例

①本人の価値観	本人の価値観、人生の目標
②本人の医療・ケアの意向	本人の医療・ケアに関する意向
③本人の療養の場の意向	本人の療養の場や最期の場に関する意向
④家族関係	家族関係
⑤交友関係・地域とのつながり	交友関係、社会・地域とのつながり
⑥介護保険サービスの内容変更	介護保険サービスの内容の変更
⑦状態変化	患者又は利用者の状態の変化（変化のない場合も含む）
⑧本人の考え方の変化	最期の過ごし方についての本人の考え方の変化
⑨家族等の状況変化	家族等の状況の変化
⑩家族等の考えの変化	最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
⑪不安・心配事	本人・家族等の不安・心配事

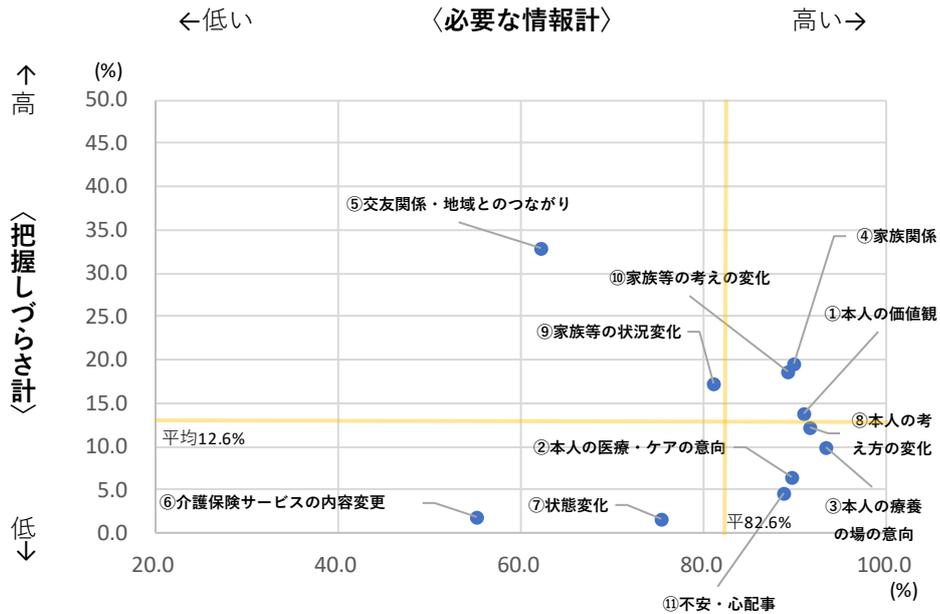
●必要な情報×把握しづらい情報：在宅療養支援病院



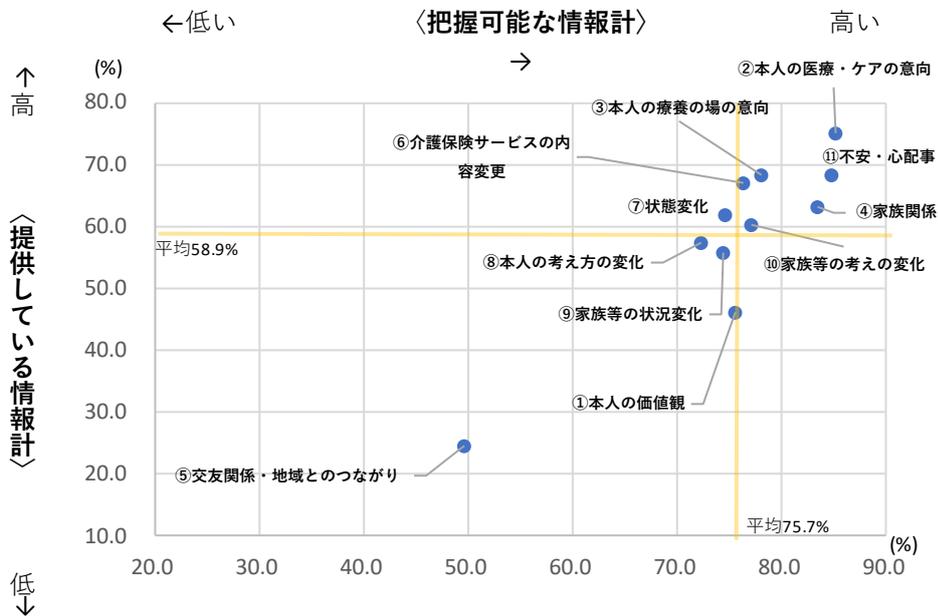
●必要な情報×把握しづらい情報：在宅療養支援診療所



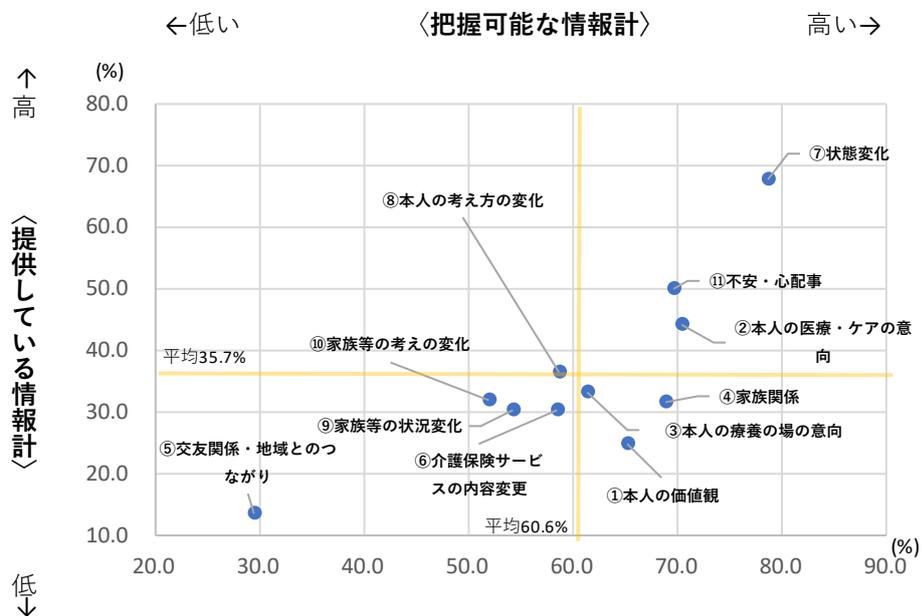
●必要な情報×把握しづらい情報：訪問看護



●把握可能な情報×医療職に提供している情報：居宅介護支援



●把握可能な情報×医療職に提供している情報：訪問介護



(11) 地域内での共通の情報共有ツール

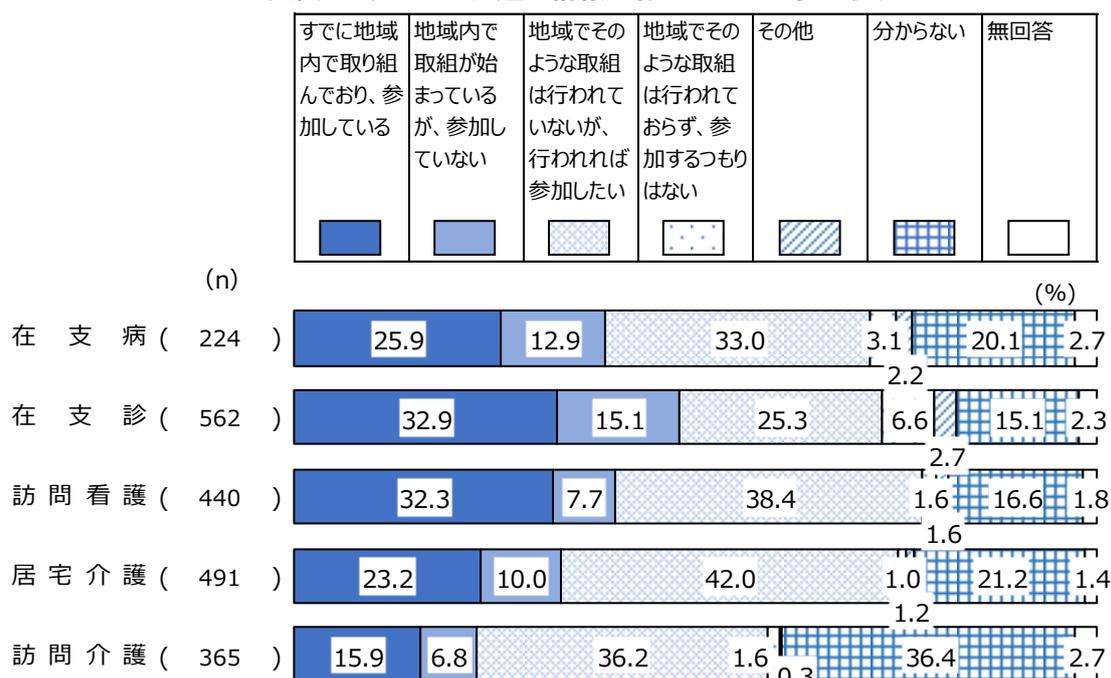
① 地域内での共通の情報共有ツールへの参加状況

【在支病・在支診】問 20. 地域内で共通の情報共有ツールを用いた緊急時の情報連携や地域内での情報の引き継ぎについて、どのように取り組んでいますか。

【訪看：問 19】【居宅：問 21】【訪介：問 21】

- 「すでに地域内で取り組んでおり、参加している」のは、在宅療養支援診療所・訪問看護事業所で3割超となっている。
- 訪問介護事業所では、「分からない」が3割半ばで他のサービスと比べて高い。

図表. 地域内での共通の情報共有ツールへの参加状況



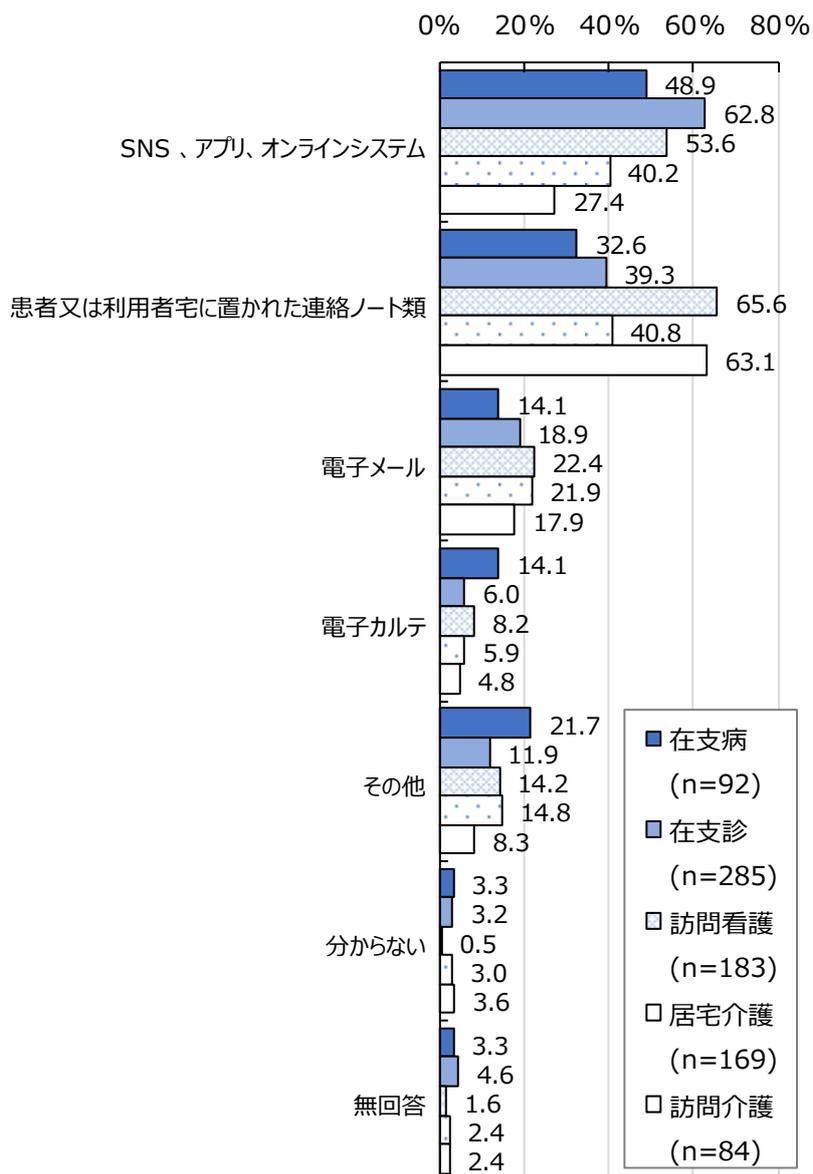
② 情報共有ツールの種類

【在支病・在支診】問 21. 前問の情報共有ツールはどのようなものですか。

【訪看：問 20】 【居宅：問 22】 【訪介：問 22】

- 在宅療養支援病院・診療所では、「SNS、アプリ、オンラインシステム」（それぞれ 48.9%、62.8%）が最も高い。
- 訪問看護事業所・訪問介護事業所では、「患者又は利用者宅に置かれた連絡ノート類」（それぞれ 65.6%、63.1%）で最も高い。

図表. 情報共有ツールの種類（複数回答）



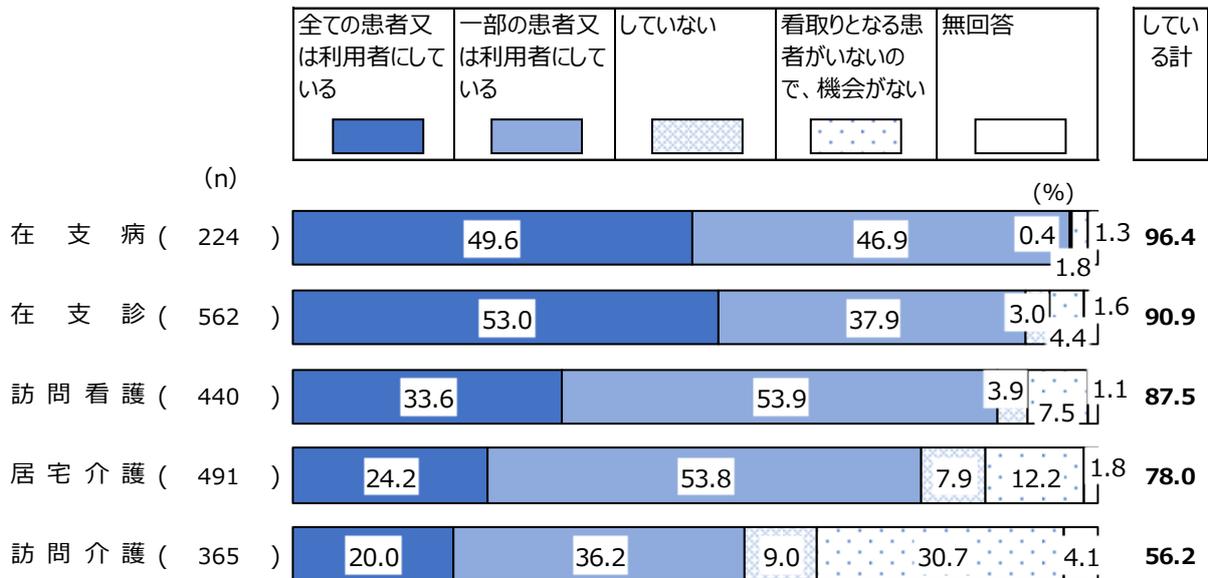
(12) 最期を迎える際の医療・ケアの方針に関する説明・意思の確認等

【在宅療養支援病院・在宅診療】問 22. 貴院では、特に、最期を迎える際の医療・ケアの方針について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。

【訪看：問 21】 【居宅：問 23】 【訪介：問 23】

- 在宅療養支援病院・診療所・訪問看護事業所では“している計”が9割前後となっている。
- 居宅介護支援事業所では“している計”が約8割、訪問介護事業所では半数となっている。

図表. 最期を迎える際の医療・ケアの方針に関する説明・意思の確認等



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患者又は利用者になっている (%)	一部の患者又は利用者になっている (%)	していない (%)	看取りとなる患者がいないので、機会がない (%)	無回答 (%)	している計 (%)	
全体	224	49.6	46.9	0.4	1.8	1.3	96.4	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	54.2	41.7	-	2.1	2.1	95.8
	機能強化型(連携型)	58	55.2	44.8	-	-	-	100.0
	従来型	103	41.7	53.4	1.0	2.9	1.0	95.1
ターミナル加算の算定有無	算定あり	89	55.1	41.6	-	2.2	1.1	96.6
	算定なし	104	47.1	49.0	1.0	1.9	1.0	96.2
訪問看護の提供体制	24時間可能	184	51.1	46.7	-	1.6	0.5	97.8
	24時間不可	29	37.9	51.7	3.4	-	6.9	89.7
患者に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	31	41.9	51.6	-	-	6.5	93.5
	1人未満	60	48.3	50.0	-	1.7	-	98.3
	2人未満	38	68.4	28.9	-	2.6	-	97.4
	3人未満	19	47.4	52.6	-	-	-	100.0
	3人以上	39	53.8	46.2	-	-	-	100.0
実践度	実践している	100	62.0	37.0	-	1.0	-	99.0
	検討中	88	38.6	58.0	1.1	-	2.3	96.6
	実践していない	15	40.0	46.7	-	13.3	-	86.7
取組方針有無	取組方針あり	115	58.3	40.0	-	1.7	-	98.3
	準備中	67	38.8	55.2	1.5	-	4.5	94.0
	取組方針なし	41	41.5	53.7	-	4.9	-	95.1
意思決定支援の手法	統一あり	139	56.8	41.7	-	0.7	0.7	98.6
	統一なし	62	38.7	56.5	1.6	3.2	-	95.2

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	看取りとなる患者がいらないので、機会がない	無回答	している 計	
全体	562	53.0	37.9	3.0	4.4	1.6	90.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	54.5	33.3	3.0	3.0	6.1	87.9
	機能強化型(連携型)	164	58.5	38.4	1.2	0.6	1.2	97.0
	従来型	339	50.7	38.1	3.5	6.8	0.9	88.8
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	62.1	34.1	1.5	0.8	1.5	96.2
	算定なし	273	45.1	41.0	4.4	7.7	1.8	86.1
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	54.5	37.6	2.5	4.0	1.3	92.2
	24時間不可	70	42.9	40.0	7.1	7.1	2.9	82.9
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	34.5	42.9	6.0	14.3	2.4	77.4
	1人未満	104	46.2	48.1	1.9	1.0	2.9	94.2
	2人未満	92	62.0	35.9	1.1	1.1	-	97.8
	3人未満	61	52.5	47.5	-	-	-	100.0
	3人以上	127	68.5	28.3	1.6	-	1.6	96.9
実践度	実践している	206	68.4	30.6	0.5	-	0.5	99.0
	検討中	208	47.1	45.2	2.4	3.8	1.4	92.3
	実践していない	83	34.9	41.0	7.2	10.8	6.0	75.9
取組方針有無	取組方針あり	169	68.0	30.2	-	-	1.8	98.2
	準備中	176	50.6	42.0	1.7	4.5	1.1	92.6
	取組方針なし	210	43.3	40.5	6.7	7.6	1.9	83.8
意思決定支援の手法	統一あり	331	61.6	34.1	0.3	2.4	1.5	95.8
	統一なし	139	36.0	51.8	6.5	4.3	1.4	87.8

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	看取りとなる患者がいらないので、機会がない	無回答	している 計	
全体	440	33.6	53.9	3.9	7.5	1.1	87.5	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	50.0	50.0	-	-	-	100.0
	なし	352	31.3	54.0	4.5	8.8	1.4	85.2
ターミナルケア体制	届出なし	74	17.6	39.2	8.1	33.8	1.4	56.8
	届出あり	346	37.0	57.2	2.9	1.7	1.2	94.2
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	37.1	58.7	1.8	1.1	1.4	95.8
	なし	104	21.2	41.3	8.7	27.9	1.0	62.5
24時間対応体制加算	届出なし	64	32.8	26.6	6.3	32.8	1.6	59.4
	届出あり	364	33.2	59.1	3.3	3.3	1.1	92.3
利用者宅での死亡者数	0人	76	28.9	34.2	11.8	23.7	1.3	63.2
	1-5人未満	149	29.5	60.4	2.7	6.7	0.7	89.9
	5-10人未満	77	32.5	64.9	-	1.3	1.3	97.4
実践度	10人以上	110	42.7	53.6	1.8	-	1.8	96.4
	実践している	157	45.2	51.0	0.6	0.6	2.5	96.2
	検討中	201	28.9	63.7	3.5	4.0	-	92.5
取組方針有無	実践していない	48	27.1	22.9	12.5	35.4	2.1	50.0
	取組方針あり	119	44.5	51.3	0.8	-	3.4	95.8
	準備中	160	38.8	55.6	1.9	3.8	-	94.4
意思決定支援の手法	取組方針なし	154	19.5	53.9	8.4	17.5	0.6	73.4
	統一あり	315	39.7	55.6	1.9	1.6	1.3	95.2
	統一なし	94	22.3	54.3	7.4	16.0	-	76.6

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	看取りとなる患者がいないので、機会がない	無回答	している計
	全体	491	24.2	53.8	7.9	12.2	1.8	78.0
特定事業所加算	あり	151	21.9	61.6	8.6	6.0	2.0	83.4
	なし	322	25.2	50.9	7.1	14.9	1.9	76.1
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	24.8	62.4	4.8	4.0	4.0	87.2
	届出なし	353	24.1	51.3	8.8	14.7	1.1	75.4
訪問看護との連携体制	あり	173	27.2	55.5	6.4	8.1	2.9	82.7
	なし	318	22.6	52.8	8.8	14.5	1.3	75.5
訪問介護との連携体制	あり	79	27.8	58.2	3.8	7.6	2.5	86.1
	なし	412	23.5	52.9	8.7	13.1	1.7	76.5
定期巡回との連携体制	あり	40	22.5	62.5	5.0	10.0	-	85.0
	なし	451	24.4	53.0	8.2	12.4	2.0	77.4
小多機との連携体制	あり	32	12.5	68.8	3.1	15.6	-	81.3
	なし	459	25.1	52.7	8.3	12.0	2.0	77.8
医療機関との連携体制	あり	160	28.8	53.8	5.0	10.0	2.5	82.5
	なし	331	22.1	53.8	9.4	13.3	1.5	75.8
急変時の医療機関との連携	あり	121	24.8	57.0	5.0	9.9	3.3	81.8
	なし	370	24.1	52.7	8.9	13.0	1.4	76.8
看取り体制調整利用者	0人	185	15.1	50.8	10.8	22.2	1.1	65.9
	1人以上	228	32.0	57.9	6.1	1.3	2.6	89.9
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	20.3	51.3	8.2	19.6	0.6	71.5
	1人以上	275	27.6	58.5	7.3	4.7	1.8	86.2
死亡終了:訪問利用	0人	147	18.4	53.1	7.5	20.4	0.7	71.4
	1人以上	285	28.1	57.5	7.7	4.6	2.1	85.6
実践度	実践している	77	49.4	45.5	2.6	-	2.6	94.8
	検討中	208	20.7	65.4	3.8	8.7	1.4	86.1
	実践していない	92	25.0	41.3	13.0	19.6	1.1	66.3
取組方針有無	取組方針あり	47	63.8	31.9	-	-	4.3	95.7
	準備中	136	30.9	58.1	3.7	5.9	1.5	89.0
	取組方針なし	301	15.6	54.2	11.3	17.3	1.7	69.8
意思決定支援の手法	統一あり	202	34.7	54.0	2.0	7.4	2.0	88.6
	統一なし	213	17.4	57.3	10.8	12.2	2.3	74.6

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者になっている	一部の患者又は利用者になっている	していない	看取りとなる患者がいないので、機会がない	無回答	している計
	全体	365	20.0	36.2	9.0	30.7	4.1	56.2
24時間対応	提供体制あり	90	27.8	35.6	6.7	26.7	3.3	63.3
	提供体制なし	265	17.7	36.6	9.8	31.3	4.5	54.3
休日対応	提供体制あり	312	20.8	35.9	9.6	29.5	4.2	56.7
	提供体制なし	47	17.0	36.2	6.4	36.2	4.3	53.2
夜間対応	提供体制あり	184	21.7	38.0	8.7	27.7	3.8	59.8
	提供体制なし	172	19.2	33.7	9.9	32.6	4.7	52.9
特定事業所加算	あり	156	20.5	39.1	9.6	28.2	2.6	59.6
	なし	192	19.8	32.8	9.4	33.3	4.7	52.6
看取り体制を調整した利用	0人	213	16.9	27.7	8.9	44.1	2.3	44.6
	1人以上	112	24.1	51.8	9.8	8.0	6.3	75.9
サービスの死亡終了者	0人	115	14.8	25.2	9.6	46.1	4.3	40.0
	1人以上	217	24.4	40.1	8.8	22.1	4.6	64.5
実践度	実践している	71	40.8	46.5	-	7.0	5.6	87.3
	検討中	115	20.0	47.0	5.2	23.5	4.3	67.0
	実践していない	89	11.2	22.5	21.3	43.8	1.1	33.7
取組方針有無	取組方針あり	69	46.4	42.0	-	8.7	2.9	88.4
	準備中	96	15.6	50.0	7.3	24.0	3.1	65.6
	取組方針なし	198	13.1	26.8	13.1	41.9	5.1	39.9
意思決定支援の手法	統一あり	210	26.7	48.6	3.8	17.6	3.3	75.2
	統一なし	88	11.4	22.7	15.9	44.3	5.7	34.1

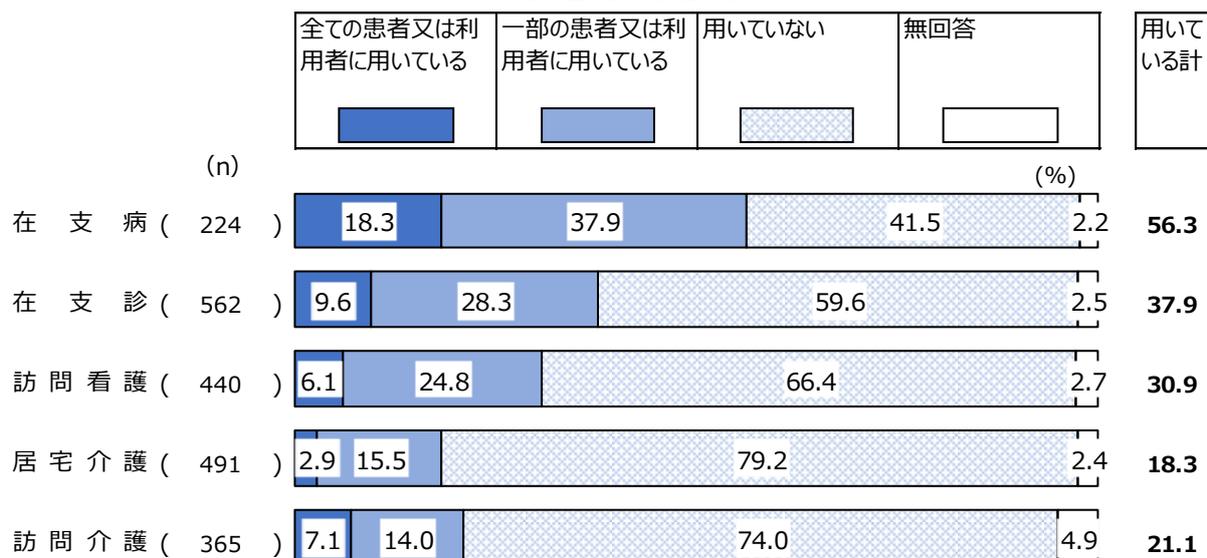
(13) 書面の活用状況

【在宅病・在宅診】問 23. 貴院では、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ本人が記載する書面などを用いていますか。貴院が独自に作成した書面かどうかは問いません。

【訪看：問 22】 【居宅：問 24】 【訪介：問 24】

- 在宅療養支援病院では“用いている計”が半数を超えているが、他のサービスでは2割から4割程度となっている。

図表. 書面の活用状況



【在宅療養支援病院】

	n	全ての患 者又は利 用者に用 いている	一部の患 者又は利 用者に用 いている	用いてい ない	無回答	用いて いる計	
全体	224	18.3	37.9	41.5	2.2	56.3	
届出区分	機能強化型(単独型)	48	20.8	35.4	41.7	2.1	56.3
	機能強化型(連携型)	58	22.4	41.4	34.5	1.7	63.8
	従来型	103	14.6	36.9	46.6	1.9	51.5
ターミナル加 算の算定有無	算定あり	89	23.6	34.8	39.3	2.2	58.4
	算定なし	104	17.3	38.5	42.3	1.9	55.8
訪問看護の提 供体制	24時間可能	184	17.9	38.6	41.8	1.6	56.5
	24時間不可	29	20.7	31.0	41.4	6.9	51.7
患家に訪問す る全職員数あ たり在宅死亡 者数	0人	31	19.4	29.0	45.2	6.5	48.4
	1人未満	60	20.0	35.0	45.0	-	55.0
	2人未満	38	18.4	36.8	42.1	2.6	55.3
	3人未満	19	15.8	57.9	26.3	-	73.7
	3人以上	39	20.5	35.9	43.6	-	56.4
実践度	実践している	100	27.0	48.0	23.0	2.0	75.0
	検討中	88	11.4	34.1	52.3	2.3	45.5
	実践していない	15	-	26.7	73.3	-	26.7
取組方針有無	取組方針あり	115	26.1	43.5	28.7	1.7	69.6
	準備中	67	10.4	34.3	50.7	4.5	44.8
	取組方針なし	41	9.8	26.8	63.4	-	36.6
意思決定支援 の手法	統一あり	139	23.7	41.7	33.1	1.4	65.5
	統一なし	62	9.7	35.5	53.2	1.6	45.2

【在宅療養支援診療所】

	n	全ての患者又は利用者 に用いている	一部の患者又は利用者 に用いている	用いていない	無回答	用いている計	
全体	562	9.6	28.3	59.6	2.5	37.9	
届出区分	機能強化型(単独型)	33	21.2	18.2	54.5	6.1	39.4
	機能強化型(連携型)	164	13.4	31.7	51.8	3.0	45.1
	従来型	339	6.2	28.3	64.0	1.5	34.5
ターミナル加算の算定有無	算定あり	264	9.8	34.8	53.4	1.9	44.7
	算定なし	273	9.2	23.4	64.1	3.3	32.6
訪問看護の提供体制	24時間可能	473	9.3	29.4	59.6	1.7	38.7
	24時間不可	70	8.6	22.9	61.4	7.1	31.4
患家に訪問する全職員数あたり在宅死亡者数	0人	84	7.1	28.6	61.9	2.4	35.7
	1人未満	104	7.7	22.1	67.3	2.9	29.8
	2人未満	92	13.0	34.8	51.1	1.1	47.8
	3人未満	61	4.9	32.8	57.4	4.9	37.7
	3人以上	127	7.1	30.7	61.4	0.8	37.8
実践度	実践している	206	15.0	39.8	43.7	1.5	54.9
	検討中	208	5.3	29.3	63.0	2.4	34.6
	実践していない	83	7.2	10.8	74.7	7.2	18.1
取組方針有無	取組方針あり	169	16.0	39.1	41.4	3.6	55.0
	準備中	176	8.5	34.1	55.7	1.7	42.6
	取組方針なし	210	5.7	14.8	77.1	2.4	20.5
意思決定支援の手法	統一あり	331	12.1	33.5	52.0	2.4	45.6
	統一なし	139	5.8	20.9	71.2	2.2	26.6

【訪問看護事業所】

	n	全ての患者又は利用者 に用いている	一部の患者又は利用者 に用いている	用いていない	無回答	用いている計	
全体	440	6.1	24.8	66.4	2.7	30.9	
機能強化型訪問看護管理療養費	あり	32	12.5	25.0	62.5	-	37.5
	なし	352	5.1	23.9	68.2	2.8	29.0
ターミナルケア体制	届出なし	74	4.1	21.6	70.3	4.1	25.7
	届出あり	346	6.6	24.6	66.5	2.3	31.2
訪問看護ターミナル療養費	あり	283	7.4	25.4	64.3	2.8	32.9
	なし	104	1.9	23.1	73.1	1.9	25.0
24時間対応体制加算	届出なし	64	7.8	17.2	71.9	3.1	25.0
	届出あり	364	5.5	25.8	66.2	2.5	31.3
利用者宅での死亡者数	0人	76	3.9	27.6	65.8	2.6	31.6
	1-5人未満	149	5.4	17.4	72.5	4.7	22.8
	5-10人未満	77	5.2	28.6	64.9	1.3	33.8
	10人以上	110	7.3	28.2	63.6	0.9	35.5
実践度	実践している	157	10.8	31.2	54.8	3.2	42.0
	検討中	201	3.0	27.4	69.2	0.5	30.3
	実践していない	48	4.2	2.1	87.5	6.3	6.3
取組方針有無	取組方針あり	119	15.1	37.8	43.7	3.4	52.9
	準備中	160	3.8	28.8	66.3	1.3	32.5
	取組方針なし	154	1.9	10.4	84.4	3.2	12.3
意思決定支援の手法	統一あり	315	7.6	30.5	59.7	2.2	38.1
	統一なし	94	3.2	9.6	86.2	1.1	12.8

【居宅介護支援事業所】

		n	全ての患者又は利用者 に用いている	一部の患者又は利用者 に用いている	用いていない	無回答	用いている計
	全体	491	2.9	15.5	79.2	2.4	18.3
特定事業所加算	あり	151	2.0	13.2	80.1	4.6	15.2
	なし	322	3.4	16.5	78.6	1.6	19.9
ターミナルケアマネジメント加算	届出済み	125	2.4	16.0	77.6	4.0	18.4
	届出なし	353	2.8	15.3	79.9	2.0	18.1
訪問看護との連携体制	あり	173	1.7	13.9	82.1	2.3	15.6
	なし	318	3.5	16.4	77.7	2.5	19.8
訪問介護との連携体制	あり	79	3.8	16.5	77.2	2.5	20.3
	なし	412	2.7	15.3	79.6	2.4	18.0
定期巡回との連携体制	あり	40	5.0	12.5	82.5	-	17.5
	なし	451	2.7	15.7	78.9	2.7	18.4
小多機との連携体制	あり	32	6.3	3.1	87.5	3.1	9.4
	なし	459	2.6	16.3	78.6	2.4	19.0
医療機関との連携体制	あり	160	2.5	11.3	84.4	1.9	13.8
	なし	331	3.0	17.5	76.7	2.7	20.5
急変時の医療機関との連携	あり	121	2.5	14.0	80.2	3.3	16.5
	なし	370	3.0	15.9	78.9	2.2	18.9
看取り体制調整利用者	0人	185	2.7	13.5	82.7	1.1	16.2
	1人以上	228	2.2	18.4	76.3	3.1	20.6
死亡終了:在宅医療利用	0人	158	1.9	13.9	82.3	1.9	15.8
	1人以上	275	2.5	18.5	77.1	1.8	21.1
死亡終了:訪問利用	0人	147	2.7	14.3	81.0	2.0	17.0
	1人以上	285	2.5	17.9	77.9	1.8	20.4
実践度	実践している	77	5.2	28.6	66.2	-	33.8
	検討中	208	1.9	15.9	79.8	2.4	17.8
	実践していない	92	4.3	7.6	84.8	3.3	12.0
取組方針有無	取組方針あり	47	19.1	19.1	57.4	4.3	38.3
	準備中	136	1.5	22.8	74.3	1.5	24.3
	取組方針なし	301	1.0	11.6	84.7	2.7	12.6
意思決定支援の手法	統一あり	202	5.4	21.8	70.3	2.5	27.2
	統一なし	213	0.5	11.7	85.4	2.3	12.2

【訪問介護事業所】

		n	全ての患者又は利用者 に用いている	一部の患者又は利用者 に用いている	用いていない	無回答	用いている計
	全体	365	7.1	14.0	74.0	4.9	21.1
24時間対応	提供体制あり	90	15.6	18.9	61.1	4.4	34.4
	提供体制なし	265	4.2	11.7	78.9	5.3	15.8
休日対応	提供体制あり	312	7.1	14.1	74.4	4.5	21.2
	提供体制なし	47	8.5	10.6	72.3	8.5	19.1
夜間対応	提供体制あり	184	8.7	18.5	68.5	4.3	27.2
	提供体制なし	172	5.8	8.1	80.2	5.8	14.0
特定事業所加算	あり	156	7.7	13.5	75.6	3.2	21.2
	なし	192	6.8	12.0	75.5	5.7	18.8
看取り体制を調整した利用	0人	213	5.2	12.7	76.5	5.6	17.8
	1人以上	112	10.7	16.1	69.6	3.6	26.8
サービスの死亡終了者	0人	115	7.8	13.9	75.7	2.6	21.7
	1人以上	217	7.4	12.9	73.3	6.5	20.3
実践度	実践している	71	16.9	25.4	56.3	1.4	42.3
	検討中	115	7.0	18.3	70.4	4.3	25.2
	実践していない	89	5.6	6.7	80.9	6.7	12.4
取組方針有無	取組方針あり	69	26.1	23.2	47.8	2.9	49.3
	準備中	96	3.1	20.8	70.8	5.2	24.0
	取組方針なし	198	2.5	7.6	84.3	5.6	10.1
意思決定支援の手法	統一あり	210	11.0	20.0	66.2	2.9	31.0
	統一なし	88	2.3	9.1	83.0	5.7	11.4

(14) 本人主体の ACP を普及するために必要な取組

【在支病・在支診】問 24. 今後、本人主体の ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が普及されるためには、どのような取組が必要だと思いますか。（自由記述）

【訪看：問 23】【居宅：問 25】【訪介：問 25】

- 全サービスの自由回答を整理すると、「市民啓発、社会啓発・教育」について取り組むことが必要との意見が多かった。

図表. 本人主体の ACP を普及するために必要な取組（自由回答の件数（複数）化）

n	市民啓発、 社会啓発・ 教育	医療関係者 への啓発・ 教育	多職種連 携・多職種 の情報共有	死生観など 土壌づく り、話せる 環境づくり	介護関係者 への啓発・ 教育	終活ノート や書面など 形にする	若いうちか らの検討	医療・ケア のプロセス に組み込む	手順等の共 通化	分かりやす いACP	その他
769	349	119	114	88	84	75	59	45	34	21	77

市民啓発、社会啓発・教育

- ・ ACP についてのセミナー等により、自分のために大切なこと（最後まで自分らしく）であるという意識を持ってもらう。地域全体で健康な状態の時から、本人の意思を形に残す取組を行う（在支病）
- ・ ACP を意味、必要性を、一般的な事として、認知させること（在支診）
- ・ 国全体として ACP の重要性を伝えていく必要がある。（マスメディア等利用して）我々としては日頃からの患者・家族教育が重要であると思う（在支診）
- ・ ACP の普及活動として、地域交流会。「ACP のタイミング＝死」という考え方をなくしないと普及はなかなか進まないと思う（訪看）
- ・ 医療従事者だけでなく地域での ACP についての説明の機会をできる限りたくさん作る（訪看）
- ・ 地域ぐるみの ACP の理解、協力体制が必要（居宅介護）
- ・ 現在は、主に医療、介護職を対象に研修等が行われているが、もっと地域の高齢者や家族を対象に重要性について説明していくことが大切だと思う（居宅介護）
- ・ 医療職・介護職など専門職向けはもちろんだが、市民向けにも研修や講座などで周知や意識付けが必要だと思う。体験談など聞くことも良いかもしれない（訪問介護）
- ・ ACP が皆に知られていない。もっと広める必要がある（訪問介護）

医療関係者への啓発・教育

- ・ ACP についての理解啓発活動を、医療職、市民すべてに行っていく必要がある（在支病）
- ・ 日本人の文化として、あまり ACP がされていない事や、誤解があるその為、年代別に行っていくことも必要と思われる（在支病）
- ・ 地域医師会か地方自治行政による市民講座やパンフレットによる普及が必要と思います（在支診）
- ・ 地域における ACP の啓発活動、医師会が中心となった医師・介護職の研修事業（在支診）（訪看）医師の説明が分かりやすいこと。そして、説明したことが、理解されているのかを必ず把握し、それが他職種間で共有されること。（IC における医師の意識改革）
- ・ 看護師のなかでも、ACP を知らない人が多い。まずガイドラインの普及と意識改革が必要。多職種連携も重要であると考える（訪看）
- ・ 主治医の ACP の理解。治療優先の考えのある医師とは連携が取りにくいケースもある（居宅介護）
- ・ 医療者にも正しい概念の理解が得られるように啓発する（居宅介護）
- ・ 医療職と、介護職の連携強化と、役割分担の明確化（訪問介護）

多職種連携・多職種の情報共有

- ・ オンラインシステムが活用されるようになれば、多職種で取り組みやすくなると思われる（在支病）
- ・ 患者のその人となりを知ること、家族・他事業所との連携、情報共有の強化（在支病）
- ・ 地域または国で統一した手法（情報共有ツール）を用いる（在支診）
- ・ 発症から在宅医療を受けるまでの間（本人が元気な時）の価値観を医療機関医師間で共有していくシステムが必要（在支診）
- ・ 状態がとて悪くなってから、最後は自宅で、とのことで訪問看護が初めて介入する場合も多く、入院中での ACP の状況を提供してほしい（訪看）
- ・ 共通する、誰でも分かりやすいツールが必要だと思う（訪看）
- ・ 多職種連携と医師と介護職との連携のしやすさ。先生に連絡するのは訪問看護だけではなく、デイもケアマネジャーもヘルパーも、気負いなく連携できる関係性が重要（居宅介護）
- ・ 本人、家族、医療機関、施設等が情報連絡を密にできるようなシステムの構築（訪問介護）
- ・ 情報共有が、介護・看護・医療・福祉用具で必要な情報がバラバラなので様式を統一してほしい（訪問介護）

死生観など土壌づくり、話せる環境づくり

- ・ 学校教育のなかに、死の捉え方や、生き方を考える機会を与える場を作るべき。人間は必ず「死」を迎えるという現実を

<p>知ってもらおう（在支病）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民の方のACPの認知も必要だと思う。不吉と思う人がまだほとんどだと思う（在支病） ・まず、本人が自分の意思を表明できるように元気なうちから啓発する。本人の意思がなるべくかなうための環境づくりをする（在支診） ・元気な時から最期のことを話し合う、考えること（在支診） ・考え方に対する認識、理解。死がタブー視されている風潮は未だ強く感じるので、世の動向として、終活問題に取り組みやすい空気変わっていくこと（訪看） ・国民の死に対する意識（死についてはタブー視される）を変化できるような、啓発、普及。子どもの時から命について考える機会を持つことも大切（居宅介護） ・介護を通じて今まで家族間でも話せなかった最期の話ができる環境をつくってあげれば良い（訪問介護）
<p>介護関係者への啓発・教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学校教育、専門職養成でのカリキュラムへの導入（在支病） ・すべての多職種が集り、グループワークなどができる集り（講演会）等、これにプラスして、一般の人達が参加できるものを作るべき（在支診） ・医療者だけではなく、在宅介護支援に関わるヘルパー・ケアマネジャー等への周知（訪看） ・変化していく本人、家族の思いを都度聞いておくよう、ケアマネジャーのスキルアップが必要（居宅介護） ・ケアマネジャーがACPをより理解した上で、本人・家族と向きあう事が重要だと思うので、研修の機会を増やしてほしい（居宅介護） ・介護職員に対する、ACPに関連した教育環境（訪問介護） ・ACPの理解を得るための研修の充実（訪問介護）
<p>終活ノートや書面など形にする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期医療に対する本人の意思表示カードの普及（在支病） ・とにかく、元気なとき、健康なときに本人の意思を確認することが大事なので、臓器移植の同意書と同じようにカードにしてはどうか（在支病） ・社会全体が最期の迎え方を、本人が決定し、書面で残すのが当たり前になる。望まない過剰医療を受けない意思表示をする（在支診） ・本人、家族の希望する内容、実施予定の療養方法を記載する。全国共通の書式があれば良い（在支診） ・意思決定能力のあるうちに、表示を書面に残すなど、確認できるものの整備（訪看） ・人生の節目（60、70代など）に、人生最期を考える機会を持つようなエンディングノート等を、国としてすすめて欲しい（訪看） ・アンケート用紙などを利用（作成）して、ACPに関する会話がしやすい環境を作る（居宅介護） ・終活を通し、エンディングノートの延長上にACPに対しても考える機会を皆が普通のこととして考えられるようになること（居宅介護） ・本人の判断能力があるうちに書面で残す。担当者会議の度に必ずACPを行うことを義務に（訪問介護） ・命の危険が迫る前に、自らが希望する医療・ケアを受けるために望んでいること等、自分自身で考え、家族と話し合い共有すること。又、このことを記録しておくことが必要だと思う（訪問介護）
<p>その他（若いうちからの検討など）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康な状態の時から常に状況を想定した思考を繰り返すこと。当事者意識を常に持つように啓蒙すること（在支病） ・元気なうち、あるいはある特定のきっかけを作って本人の意思を表明できるようなものがあれば、診療をはじめた時点で意思決定能力が失われていても「このような考えを持っていた人だったのだ」と参考にすることはできると思う（在支病） ・ACPカードでほとんどの高齢者が選ばないカードとして「死生観について語る」がある。「死生観」は話し合えないと（自分の身の周りの人たちの死について語る）決して自然に生まれるものではないと思う。このような「語りの場」を日常としてどのように行なうか（病気の方だけでなく）、それが問題だと思う（在支病） ・学生の時からの医学教育にとり入れる（在支診） ・現在は口頭で話し合いを行い、カルテに記載しているが、何度も使えて簡単にACPが記載できるカードのようなものがあれば楽かもしれない（在支診） ・ACPの啓発。若い頃から、考え、関わる（学校の教育など）。死生観についても学習する機会を多くとる（訪看） ・教育が大切だと思う。学校教育か、または地域の集まりなどで、ACPの必要性を周知させるか。分かりやすいようにテレビコマーシャルなどで、アニメーションで放送するのも良いと思う（訪看） ・どのように進めていったら良いのか、どのような話し合いが必要か、ACPの進め方についてツールがほしい（訪看） ・早い段階で、最終の生活はどうしたいか、どう過ごしたいかを確認することが重要（居宅介護） ・意思決定支援の普及。死生観にも関係するか？又医療同意にかかわらずいろいろな場面で節目の事柄があると考える（居宅介護） ・手順書やフォーマットなど元気な時にでもシステムの聞けるようにする書面など（居宅介護） ・利用される方が元気な状態の時から、考えを記録する書式があると良い。考えが変わるので定期的に確認する。本人も、考えるきっかけができる（訪問介護） ・ACPを行うタイミングはいつなのか明確にする。議事録をつくり、各サービス事業所にも渡して、意思やケアの統一をはかる（訪問介護） ・各事業所が、方針のマニュアルを作成すること。ヘルパー自身がACPについて学ぶ（訪問介護）

Ⅲ. 最近の看取り事例

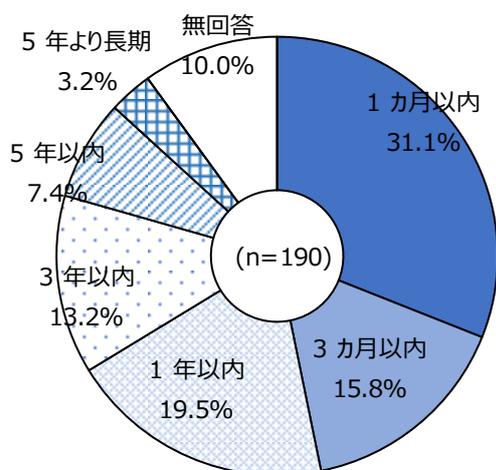
1 在宅療養支援病院

※ 65歳以上の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について回答を依頼した
 ※ 有効な回答の得られた190件について、集計を行った

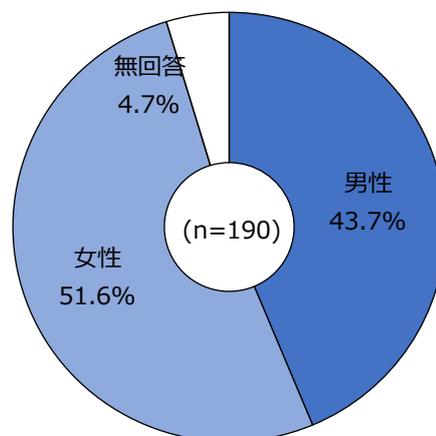
(1) 死亡者の基本情報

- 在宅療養期間は、「1カ月以内」が3割超で最も高く、「1年以内」（「1カ月以内」「3カ月以内」「1年以内」の合計）は、6割半ばとなっている。
- 享年は、平均86.5歳、最高齢は103歳となっている。
- 看取り期の世帯構成は、「その他」の世帯が6割近くを占めている。独居世帯は1割半ばとなっている。
- 看取り期の介護力は、「常時、介護できる人がいた」が6割超、「時間帯によって介護できる人がいた」が2割超で、「介護できる人がいた」事例が8割半ばとなっている。
- 本人が最期を過ごしたいと希望した場所は、「患者宅」が54.7%となっている。2割超の事例では、希望した場所が「分からない」となっている。
- 死亡場所は、「患者宅」が半数、「医療機関」が2割となっている。
- 死因は、「がん」が4割、「老衰」が約3割となっている。

① 在宅療養期間



② 性別

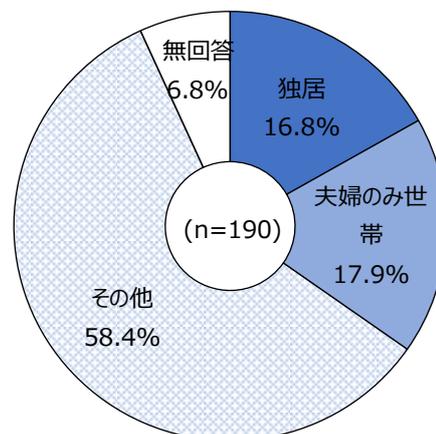


③ 享年

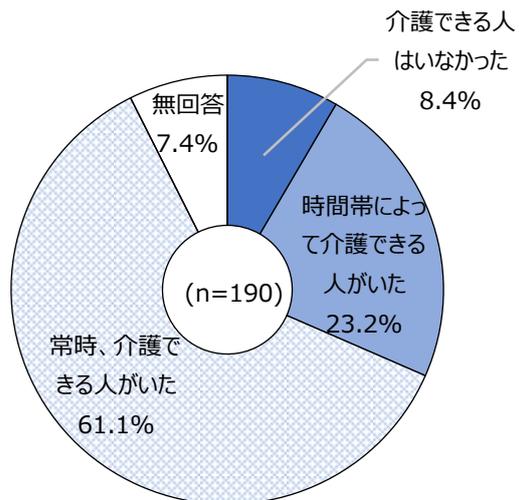
n	平均	最小値	最大値
167	86.5	66	103

※ 無回答は除外して集計

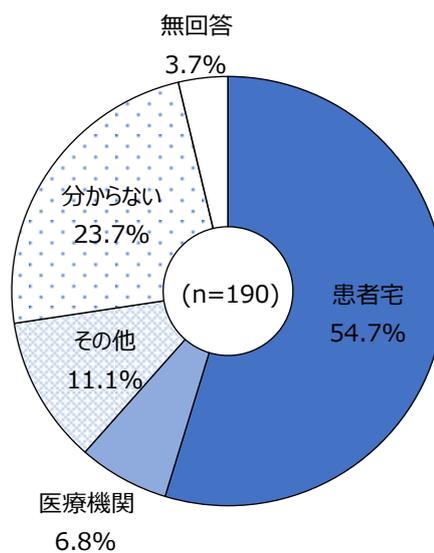
④ 世帯構成（看取り期）



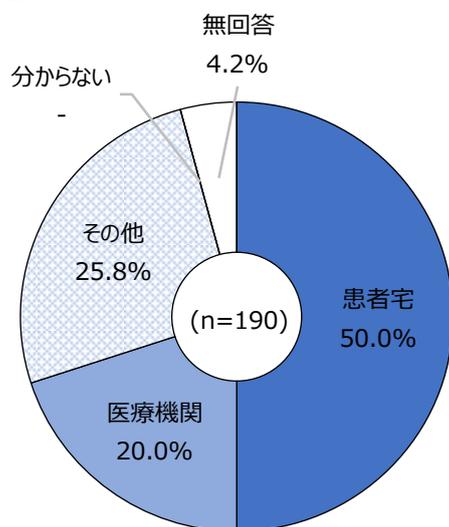
⑤ 介護力（看取り期）



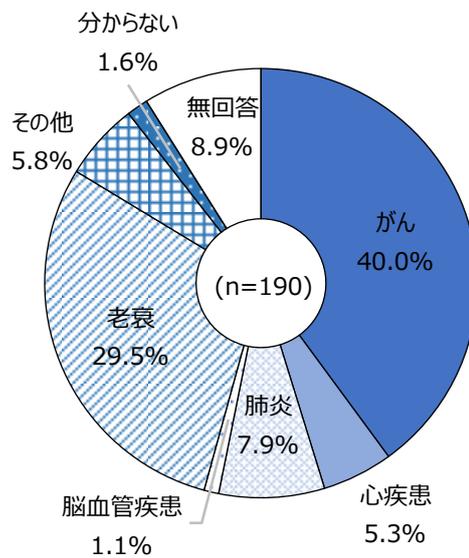
⑥ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所



⑦ 死亡場所



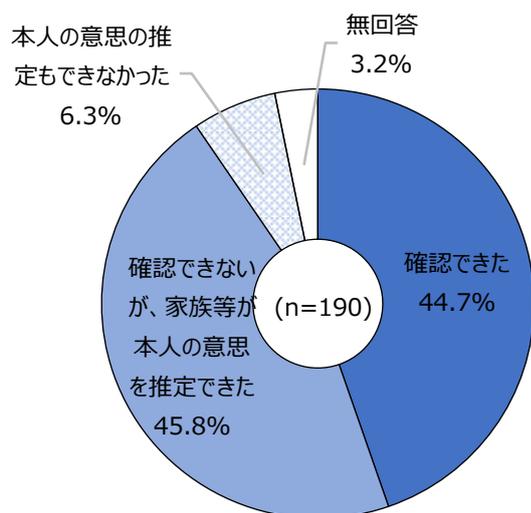
⑧ 死因



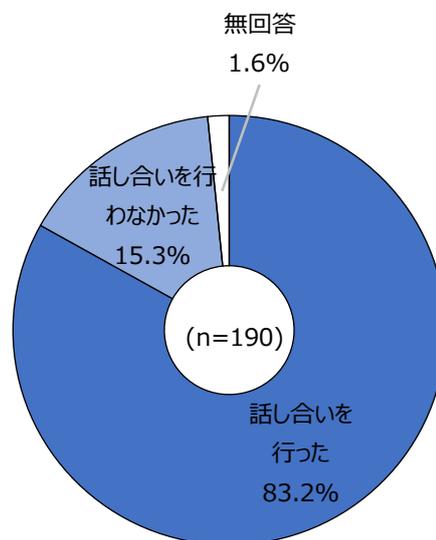
(2) 人生の最終段階における意思決定支援

- 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人意思について、「確認できた」事例、「確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた」事例はいずれも4割半ばで、“本人の意思が確認あるいは推定できた事例”が約9割を占めている。
- 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は8割超となっている。話し合ったおおよその回数は、平均3.27回となっている。
- 意思決定支援を行った時期をみると、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が7割超で最も高い。最初に意思決定支援を行った時期は、「病状に関係なく在宅医療が始まったとき」が3割超となっている。
- 話し合った内容としては、「人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向」が84.2%で最も高く、次いで「人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報」(50.6%)と続いている。「本人の価値観や目標」は23.4%となっている。
- 話し合いに参加した職種等をみると、「家族・親戚」(92.4%)、「医師」(87.3%)、「看護職員」(86.1%)が8割超で上位に挙げられている。「本人」の参加は5割超となっている。

① 医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否



② 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無



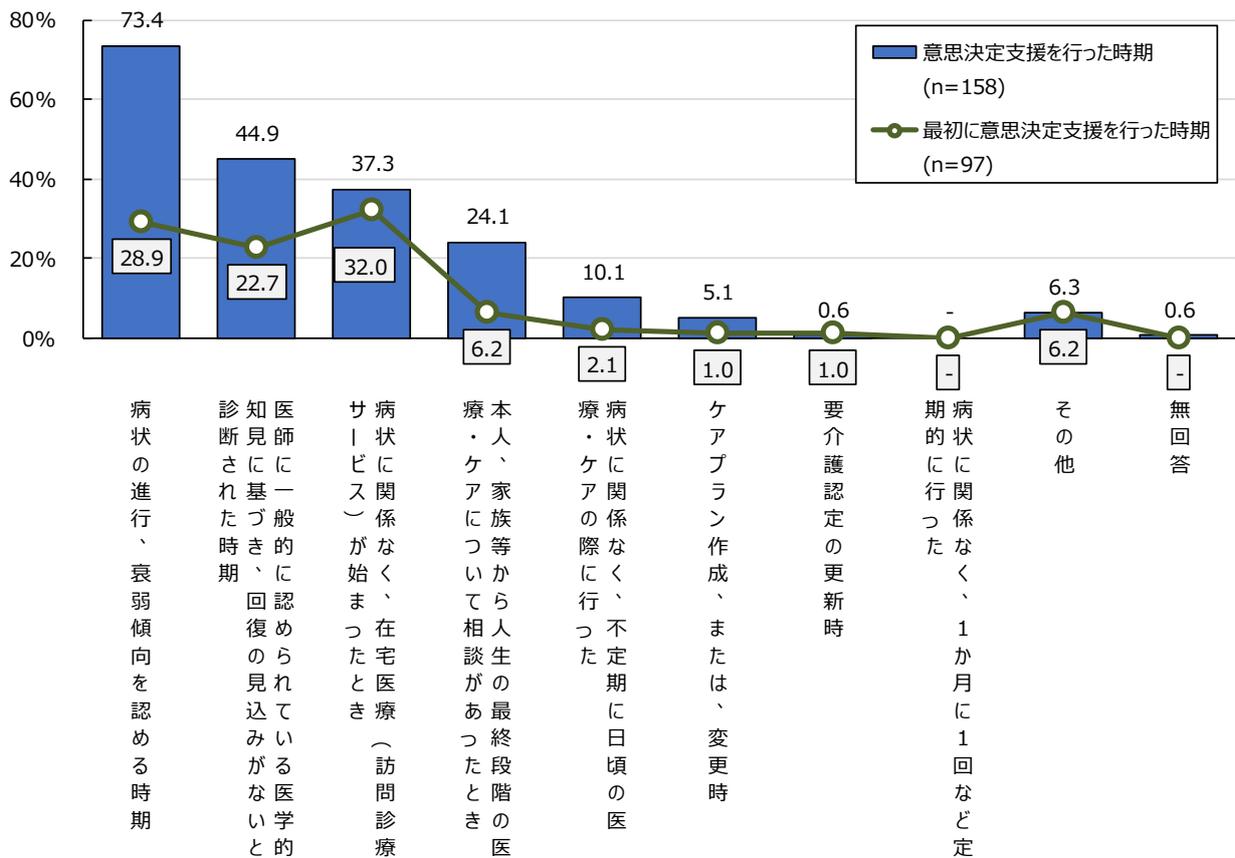
③ 話し合いの回数

	n	平均	最小値	最大値	
全体	124	3.27	0	55	
在宅療養期間	1カ月以内	41	2.63	1	10
	3カ月以内	24	2.29	1	5
	1年以内	24	5.08	0	55
	3年以内	16	3.25	0	12
	5年以内	10	4.1	1	10
5年より長期	4	3.5	2	5	

※ ②で「話し合いを行った」と回答した158件について集計した

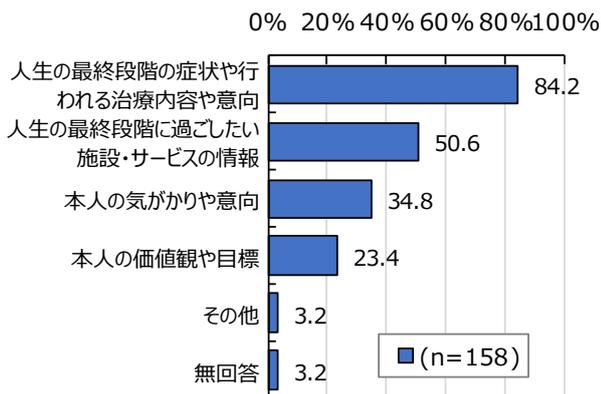
※ 無回答は除外して集計

④ 意思決定支援を行った時期と最初に行った時期（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した158件について集計した
 ※ 「最初に意思決定支援を行った時期」は、無回答は除外して集計

⑤ 話し合った内容（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した158件について集計した

⑥ 話し合いに参加した職種等（複数回答）

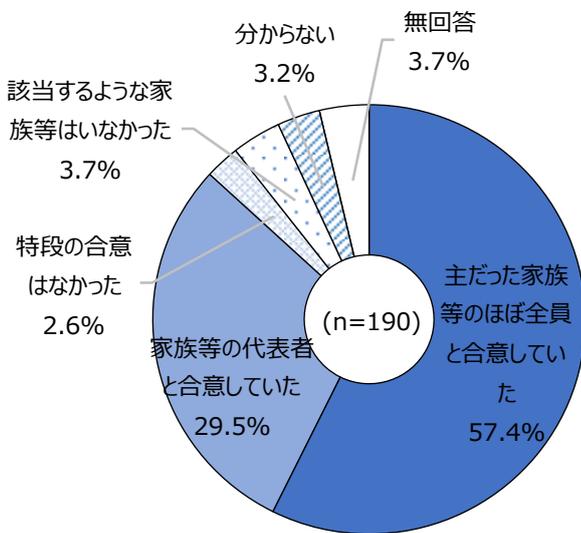


※ ②で「話し合いを行った」と回答した 158 件について集計した

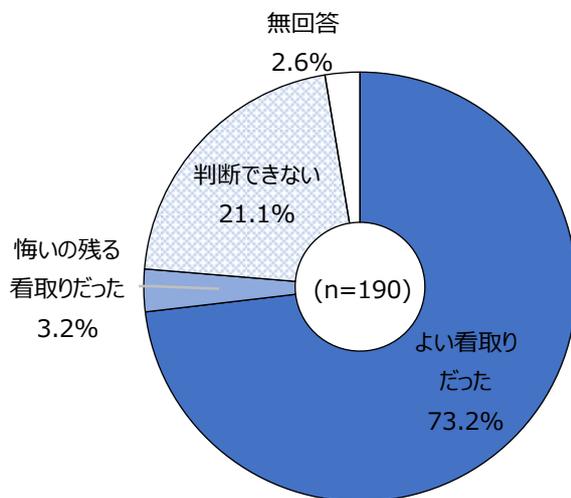
(3) 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意状況をみると、「主だった家族等のほぼ全員と合意していた」は 57.4%で、「家族等の代表者と合意していた」(29.5%)とあわせた“家族等と合意していた”事例は8割半ばとなっている。
- 意思決定支援に対する従事者の主観的評価について、「よい看取りだった」が7割超、「悔いの残る看取りだった」が3.2%、「判断できない」が21.1%となっている。
- 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価について、“できた”（「できた」「どちらかといえばできた」の合計）が8割半ばとなっている。
- “看取りの振り返りの機会が何等かあった”（「医療・ケアチームで振り返る機会があった（予定がある）」「施設・事業所内で振り返る機会があった（予定がある）」の合計）事例は、5割近くとなっている。

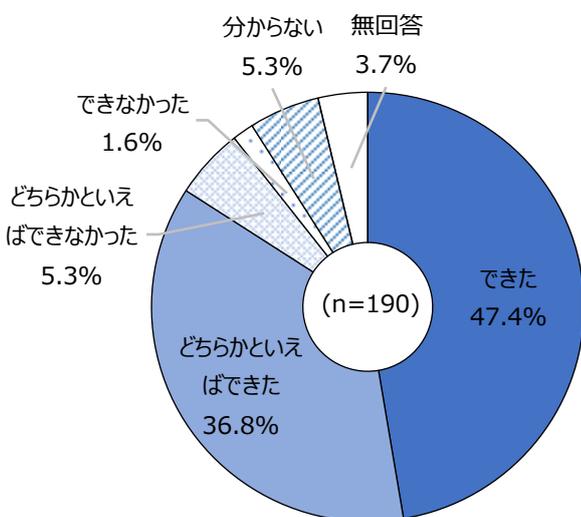
① 看取りに関する家族等との合意



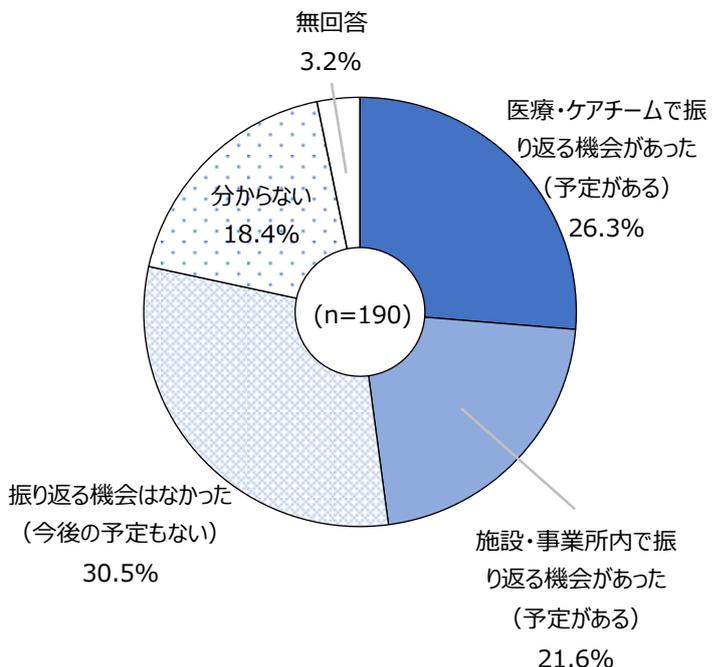
② 意思決定支援に対する従事者の主観的評価



③ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働に関する主観的評価



④ 看取りの振り返りの機会の有無



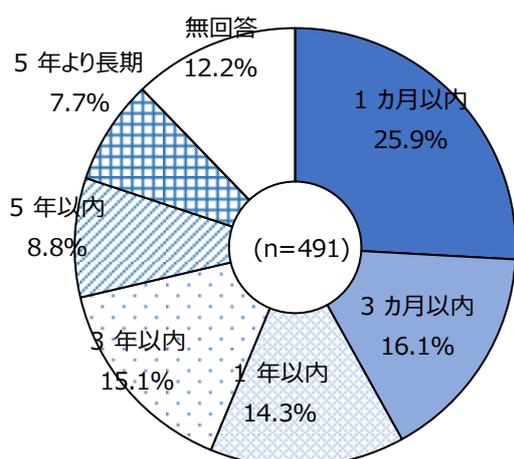
2 在宅療養支援診療所

※ 65歳以上の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について回答を依頼した
 ※ 有効な回答の得られた491件について、集計を行った

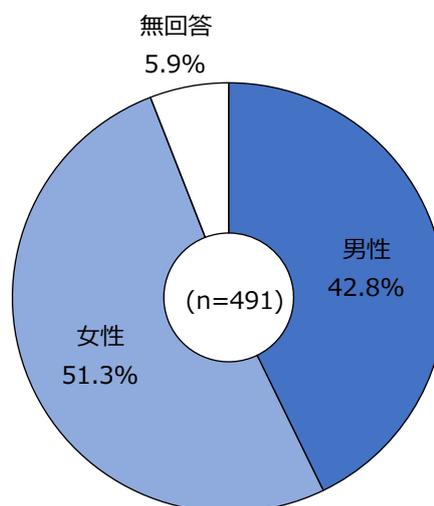
(1) 死亡者の基本情報

- 在宅療養期間は、「1カ月以内」が2割半ばで最も高く、「1年以内」（「1カ月以内」「3カ月以内」「1年以内」の合計）は、5割半ばとなっている。
- 享年は、平均87.5歳、最高齢は107歳となっている。
- 看取り期の世帯構成は、「その他」の世帯は5割半ば、独居世帯は1割半ばとなっている。
- 看取り期の介護力は、「常時、介護できる人がいた」が7割近く、「時間帯によって介護できる人がいた」が約2割で、「介護できる人がいた」事例が8割半ばとなっている。
- 本人が最期を過ごしたいと希望した場所は、「患者宅」が66.0%となっている。
- 死亡場所は、「患者宅」が6割超、「医療機関」が1割超となっている。
- 死因は、「がん」が3割半ば、「老衰」が3割超となっている。

① 在宅療養期間



② 性別

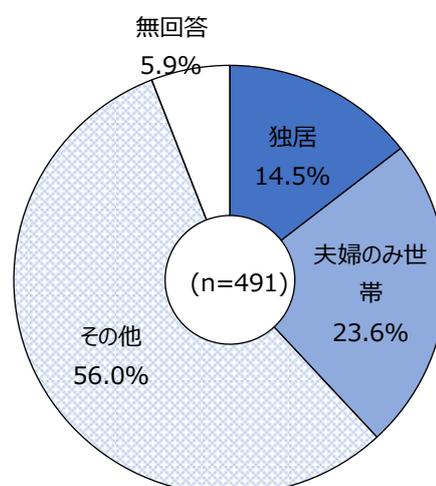


③ 享年

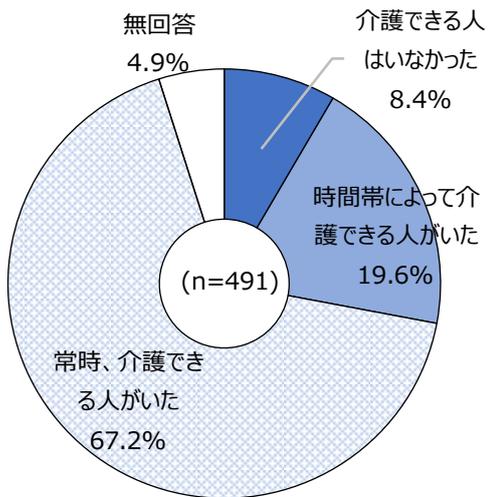
n	平均	最小値	最大値
420	87.5	65	107

※ 無回答は除外して集計

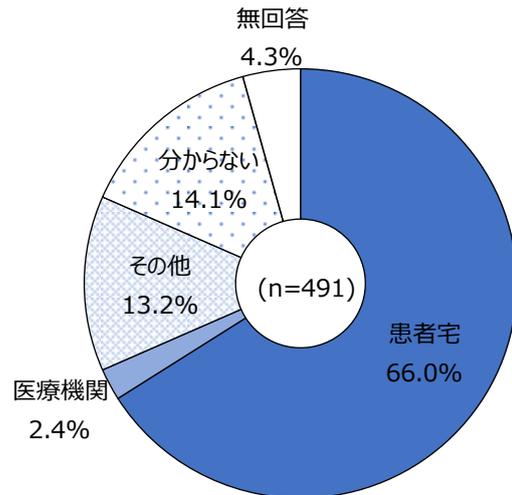
④ 世帯構成 (看取り期)



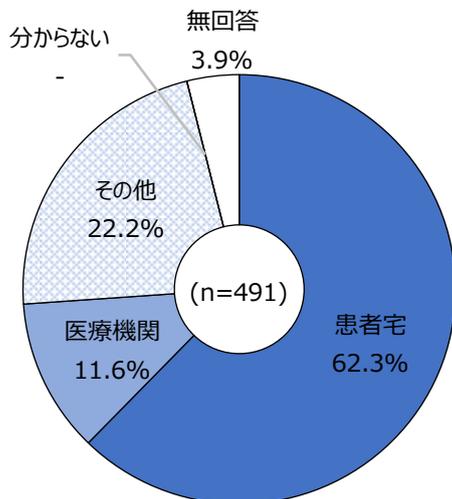
⑤ 介護力（看取り期）



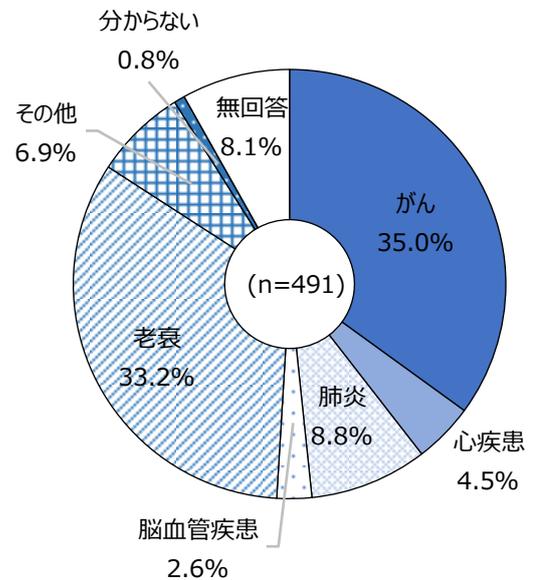
⑥ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所



⑦ 死亡場所



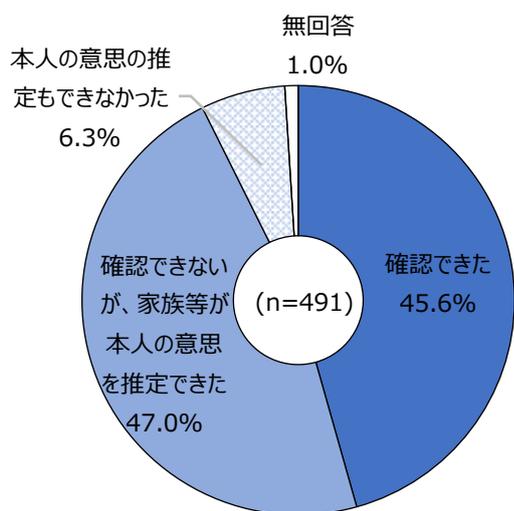
⑧ 死因



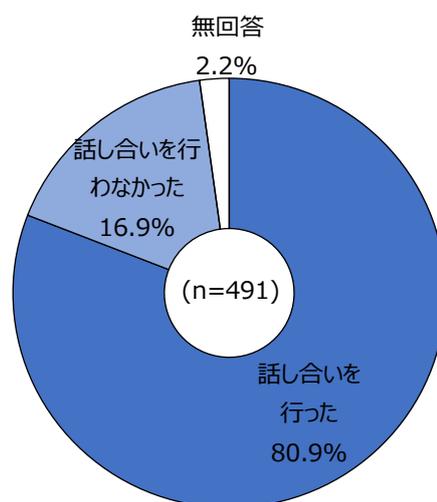
(2) 人生の最終段階における意思決定支援

- 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人意思について、「確認できた」事例は45.6%、「確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた」事例は47.0%で、“本人の意思が確認あるいは推定できた事例”は9割超となっている。
- 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は約8割となっている。話し合ったおおよその回数は、平均2.71回となっている。
- 意思決定支援を行った時期をみると、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が7割超で最も高い。最初に意思決定支援を行った時期は、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(32.8%)、「病状に関係なく在宅医療が始まったとき」(28.6%)が上位に挙げられている。
- 話し合った内容としては、「人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向」が86.1%で最も高く、次いで「人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報」(58.2%)と続いている。「本人の価値観や目標」は25.4%となっている。
- 話し合いに参加した職種等をみると、「家族・親戚」(93.5%)、「医師」(82.6%)、「看護職員」(71.3%)が7割以上で上位に挙げられている。「本人」の参加は6割近くとなっている。

① 医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否



② 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無



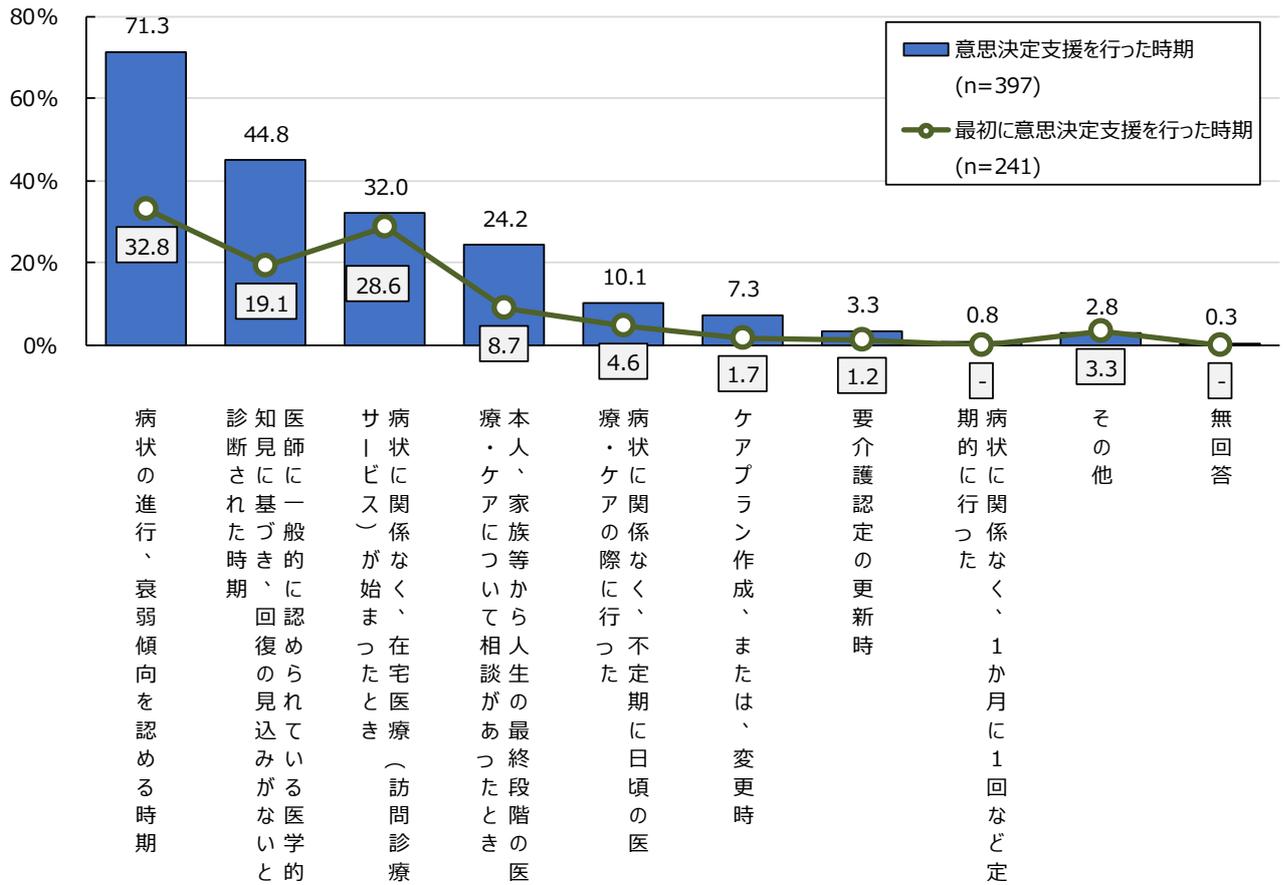
③ 話し合いの回数

		n	平均	最小値	最大値
全体		331	2.71	0	20
在宅療養期間	1カ月以内	87	2.14	1	6
	3カ月以内	55	2.42	1	6
	1年以内	52	3.02	1	10
	3年以内	52	3	1	10
	5年以内	33	2.91	1	7
	5年より長期	27	3.81	1	20

※ ②で「話し合いを行った」と回答した397件について集計した

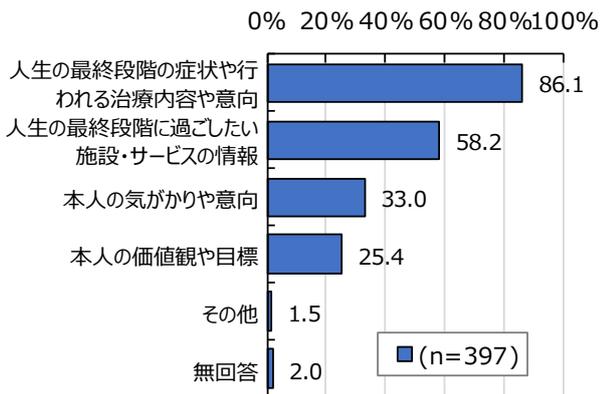
※ 無回答は除外して集計

④ 意思決定支援を行った時期と最初の時期（複数回答）



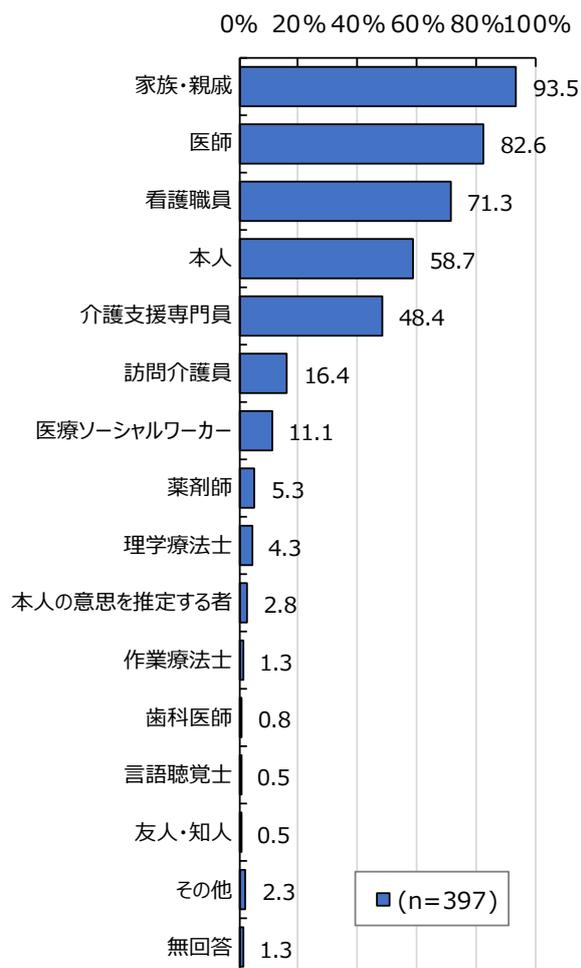
※ ②で「話し合いを行った」と回答した 397 件について集計した
 ※ 「最初に意思決定支援を行った時期」は、無回答は除外して集計

⑤ 話し合った内容（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 397 件について集計した

⑥ 話し合いに参加した職種等（複数回答）

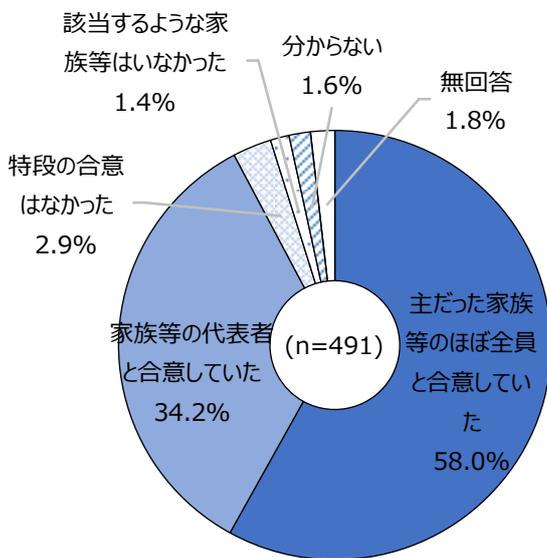


※ ②で「話し合いを行った」と回答した 397 件について集計した

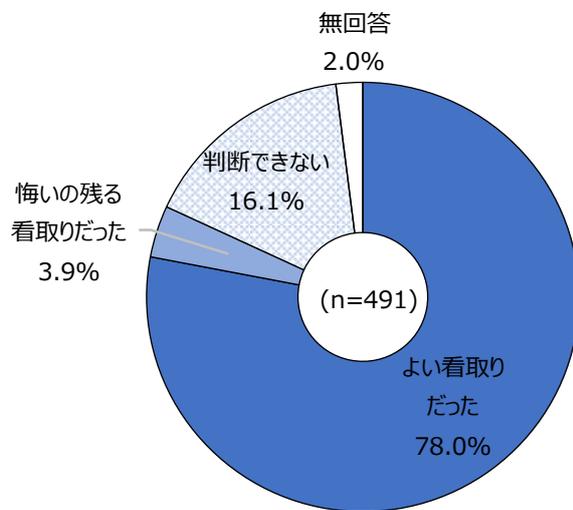
(3) 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意状況をみると、「主だった家族等のほぼ全員と合意していた」は 58.0%で、「家族等の代表者と合意していた」(34.2%)とあわせた“家族等と合意していた”事例は9割超となっている。
- 意思決定支援に対する従事者の主観的評価について、「よい看取りだった」が8割近く、「悔いの残る看取りだった」が3.9%、「判断できない」が16.1%となっている。
- 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価について、“できた”（「できた」「どちらかといえばできた」の合計）が8割半ばとなっている。
- “看取りの振り返りの機会が何等かあった”（「医療・ケアチームで振り返る機会があった（予定がある）」「施設・事業所内で振り返る機会があった（予定がある）」の合計）事例は、4割超となっている。

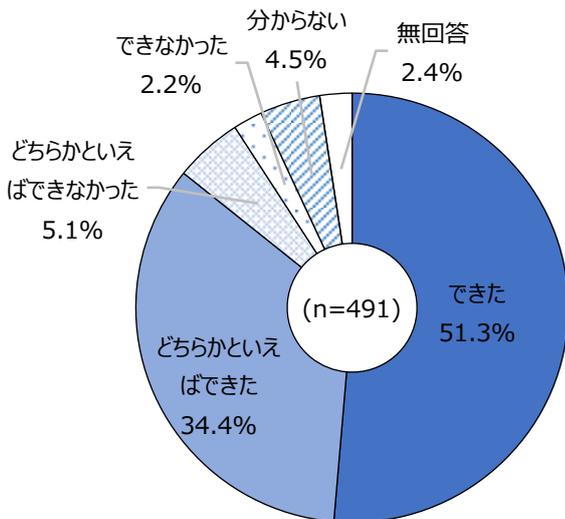
① 看取りに関する家族等との合意



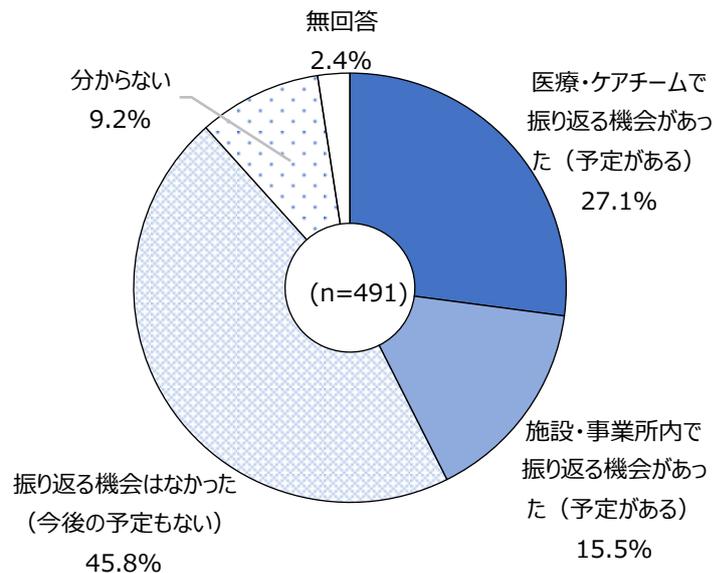
② 意思決定支援に対する従事者の主観的評価



③ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働に関する主観的評価



④ 看取りの振り返りの機会の有無



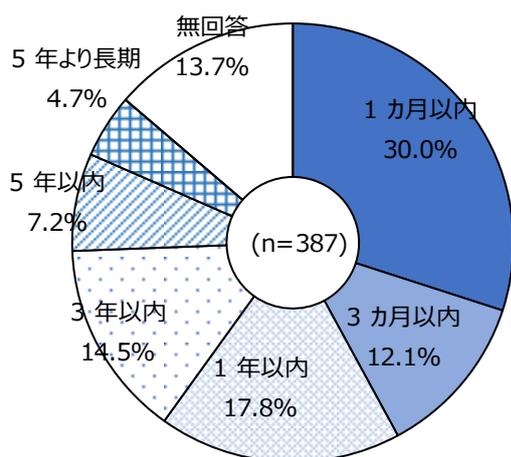
3 訪問看護事業所

※ 65歳以上の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について回答を依頼した
 ※ 有効な回答の得られた387件について、集計を行った

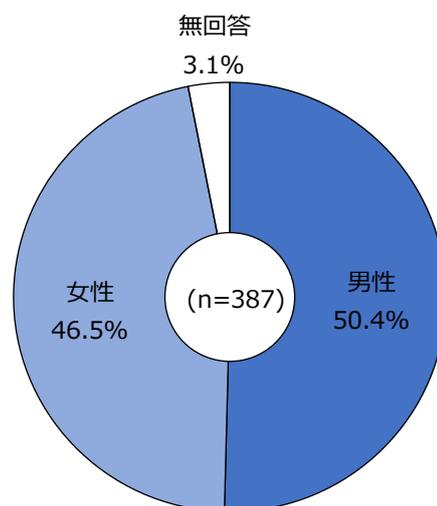
(1) 死亡者の基本情報

- 在宅療養期間は、「1カ月以内」が3割で最も高く、「1年以内」（「1カ月以内」「3カ月以内」「1年以内」の合計）は、約6割となっている。
- 享年は、平均85.5歳、最高齢は104歳となっている。
- 看取り期の世帯構成は、「その他」の世帯が5割超となっている。独居世帯は1割半ばとなっている。
- 看取り期の介護力は、「常時、介護できる人がいた」が6割超、「時間帯によって介護できる人がいた」が2割半ばで、「介護できる人がいた」事例が9割近くとなっている。
- 本人が最期を過ごしたいと希望した場所は、「利用者宅」が70.8%となっている。希望した場所が「分からない」は1割超となっている。
- 死亡場所は、「利用者宅」が64.9%、「医療機関」が2割超となっている。
- 死因は、「がん」が5割近く、「老衰」が2割超となっている。

① 在宅療養期間



② 性別

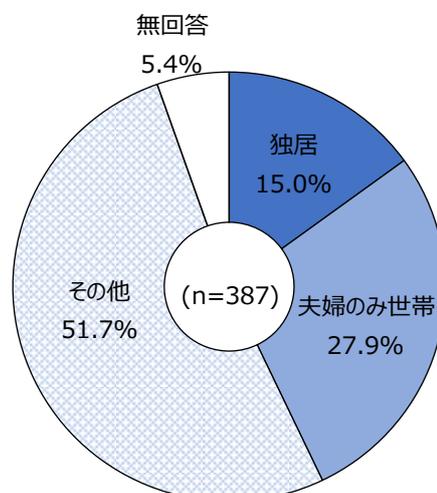


③ 享年

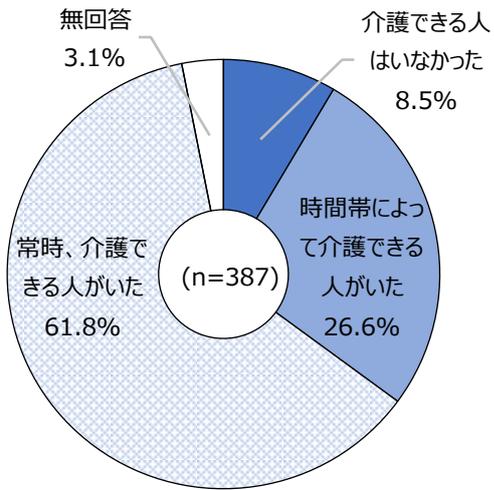
n	平均	最小値	最大値
326	85.51	65	104

※ 無回答は除外して集計

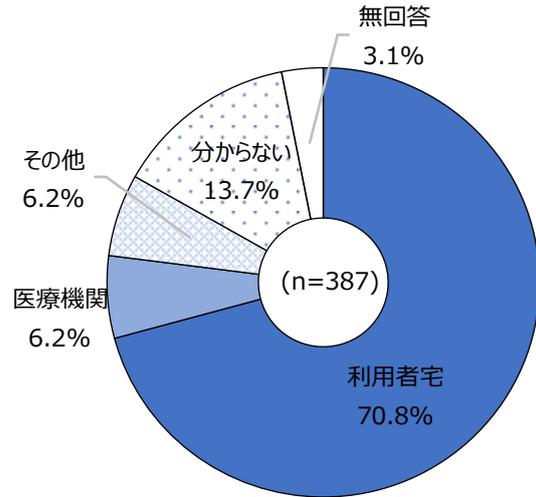
④ 世帯構成（看取り期）



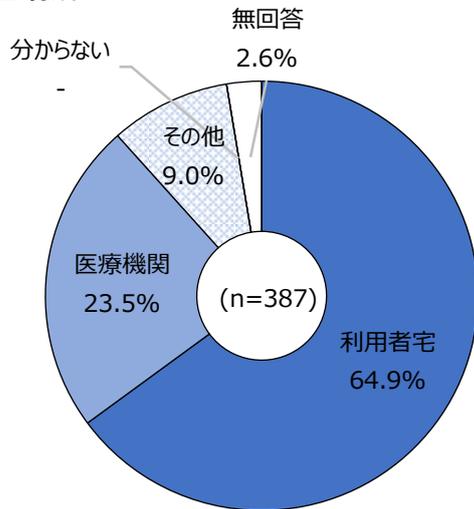
⑤ 介護力（看取り期）



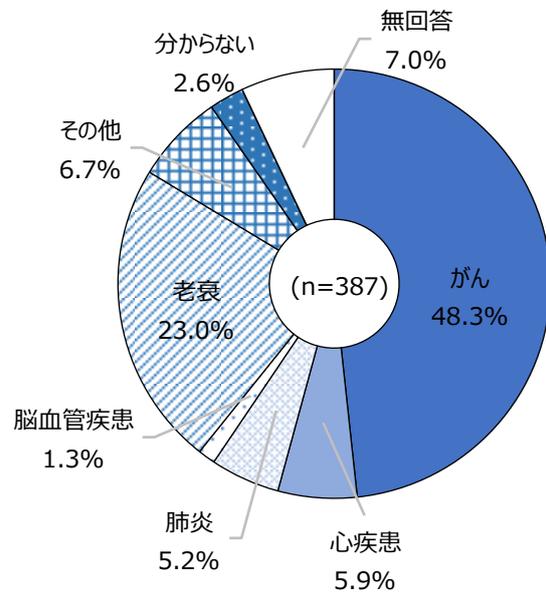
⑥ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所



⑦ 死亡場所



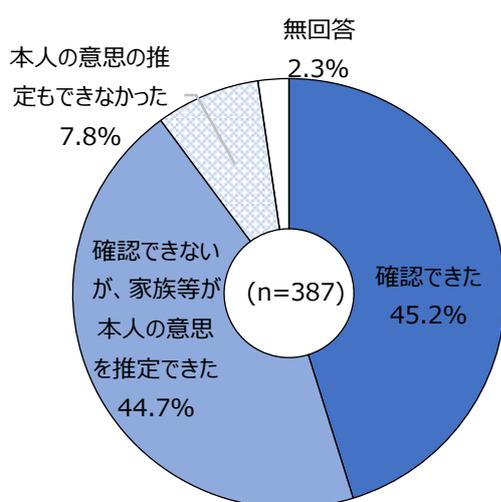
⑧ 死因



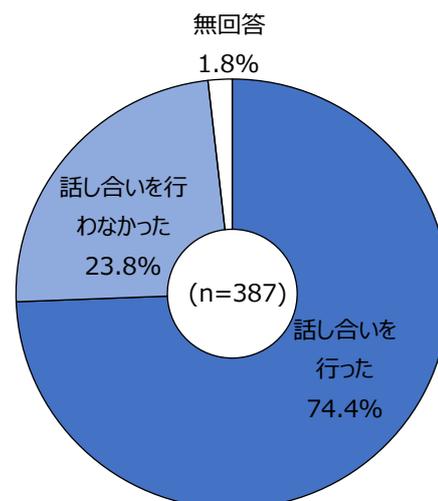
(2) 人生の最終段階における意思決定支援

- 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人意思について、「確認できた」事例、「確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた」事例はいずれも4割半ばで、“本人の意思が確認あるいは推定できた事例”が約9割を占めている。
- 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は7割半ばとなっている。話し合ったおおよその回数は、平均2.72回となっている。
- 意思決定支援を行った時期をみると、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が7割半ばで最も高い。最初に意思決定支援を行った時期は、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(28.9%)、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」(25.4%)、「病状に関係なく在宅医療が始まったとき」(22.5%)が上位に挙げられている。
- 話し合った内容としては、「人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向」が83.0%で最も高く、次いで「人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報」(57.6%)と続いている。「本人の価値観や目標」は33.3%となっている。
- 話し合いに参加した職種等をみると、「家族・親戚」(93.4%)、「看護職員」(85.4%)、「介護支援専門員」(71.5%)、「本人」(66.7%)、「医師」(66.3%)が6割以上で上位に挙げられている。

① 医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否



② 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無



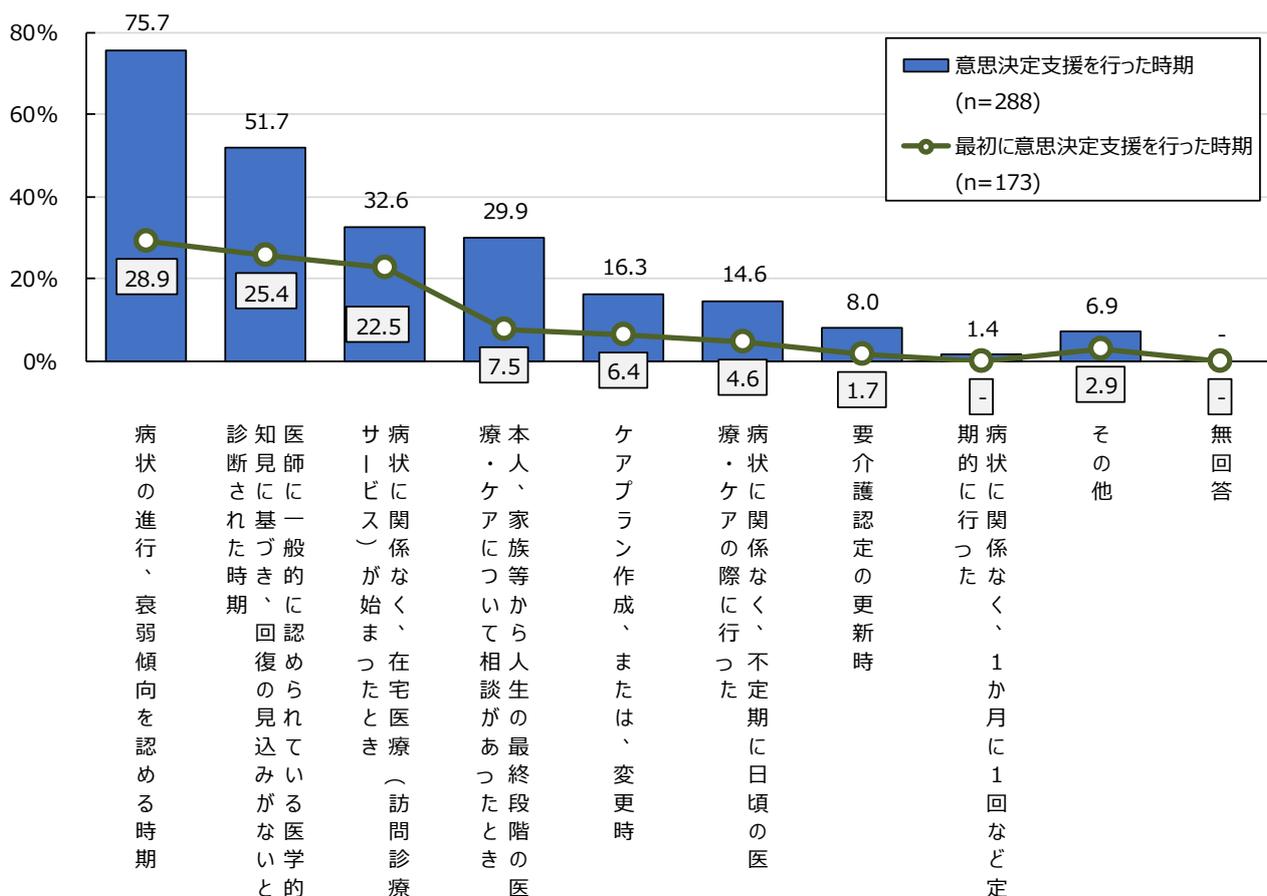
③ 話し合いの回数

		n	平均	最小値	最大値
全体		256	2.72	0	10
在宅療養期間	1カ月以内	77	2.12	0	8
	3カ月以内	33	2.7	1	10
	1年以内	44	3.07	1	10
	3年以内	36	3.39	0	10
	5年以内	18	2.89	0	10
	5年より長期	13	3.23	1	6

※ ②で「話し合いを行った」と回答した288件について集計した

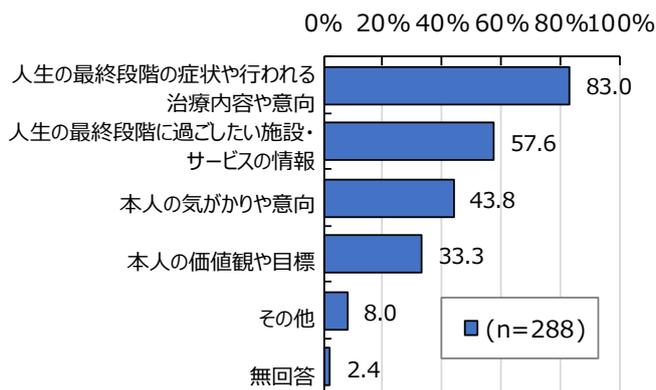
※ 無回答は除外して集計

④ 意思決定支援を行った時期と最初の時期（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 288 件について集計した
 ※ 「最初に意思決定支援を行った時期」は、無回答は除外して集計

⑤ 話し合った内容（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 288 件について集計した

⑥ 話し合いに参加した職種等（複数回答）

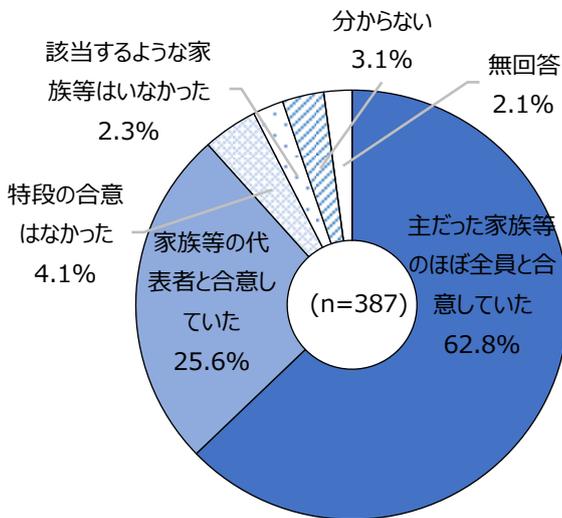


※ ②で「話し合いを行った」と回答した 288 件について集計した

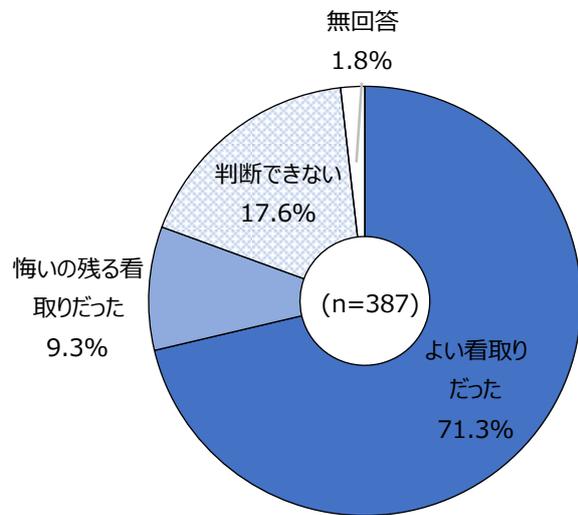
(3) 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意状況をみると、「主だった家族等のほぼ全員と合意していた」は 62.8%で、「家族等の代表者と合意していた」(25.6%)とあわせた“家族等と合意していた”事例は9割近くとなっている。
- 意思決定支援に対する従事者の主観的評価について、「よい看取りだった」が7割超、「悔いの残る看取りだった」が9.3%、「判断できない」が17.6%となっている。
- 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価について、“できた”（「できた」「どちらかといえばできた」の合計）が8割半ばとなっている。
- “看取りの振り返りの機会が何らかあった”（「医療・ケアチームで振り返る機会があった（予定がある）」「施設・事業所内で振り返る機会があった（予定がある）」の合計）事例は、約7割となっている。

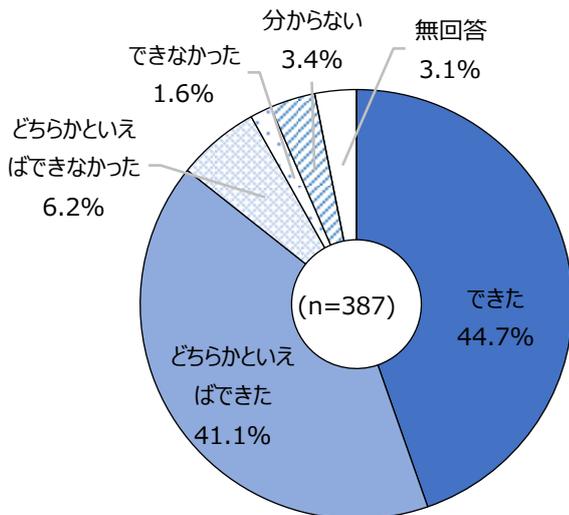
① 看取りに関する家族等との合意



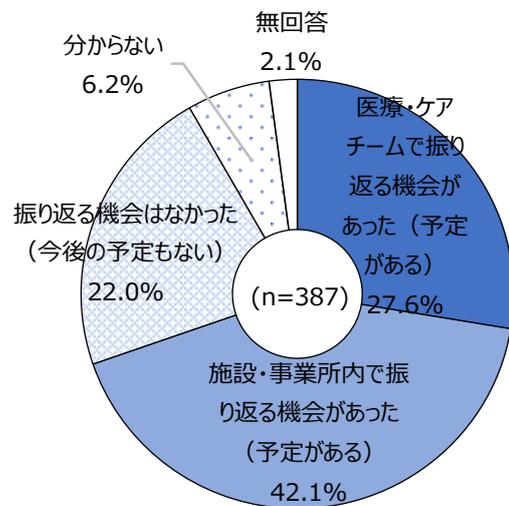
② 意思決定支援に対する従事者の主観的評価



③ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働に関する主観的評価



④ 看取りの振り返りの機会の有無



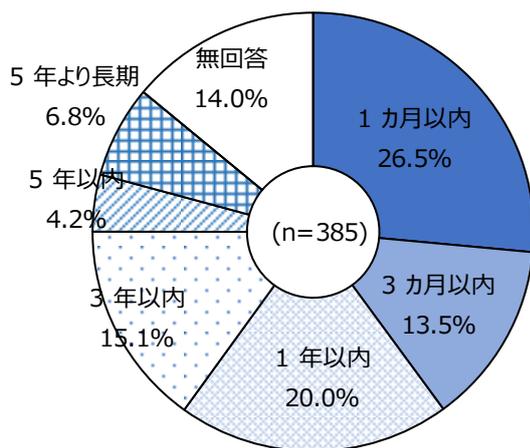
4 居宅介護支援事業所

※ 65歳以上の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について回答を依頼した
 ※ 有効な回答の得られた385件について、集計を行った

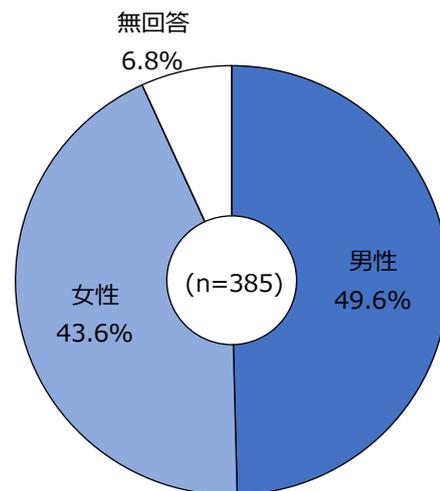
(1) 死亡者の基本情報

- 在宅療養期間は、“1年以内”（「1カ月以内」「3カ月以内」「1年以内」の合計）が6割となっている。
- 享年は、平均84.7歳、最高齢は106歳となっている。
- 看取り期の世帯構成は、「その他」の世帯が5割近くを占めている。「独居」世帯は2割近く、「夫婦のみ世帯」は2割半ばとなっている。
- 看取り期の介護力は、「常時、介護できる人がいた」が5割超、「時間帯によって介護できる人がいた」が3割近くで、“介護できる人がいた”事例が約8割となっている。
- 本人が最期を過ごしたいと希望した場所は、「利用者宅」が68.6%となっている。
- 死亡場所は、「利用者宅」が6割近く、「医療機関」が約3割となっている。
- 死因は、「がん」が5割近く、「老衰」が約2割となっている。

① 在宅療養期間



② 性別

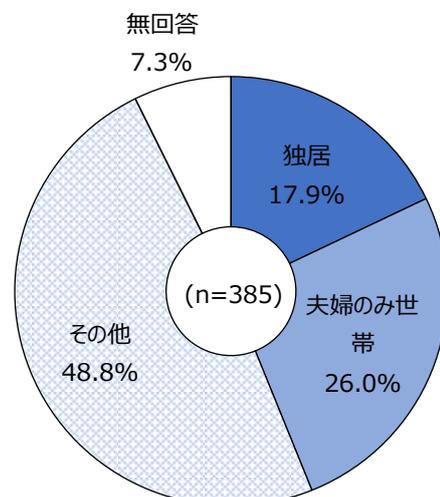


③ 享年

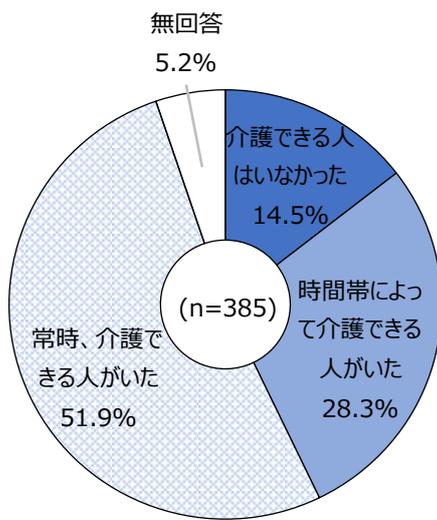
n	平均	最小値	最大値
335	84.7	65	106

※ 無回答は除外して集計

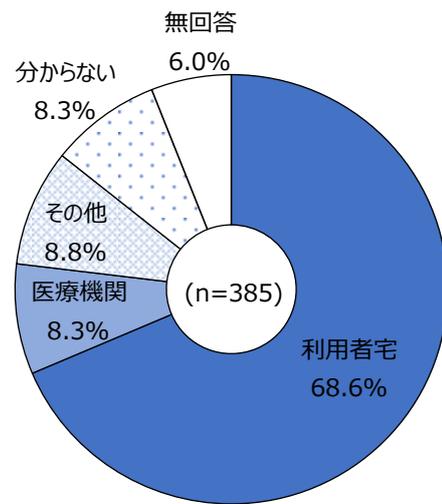
④ 世帯構成（看取り期）



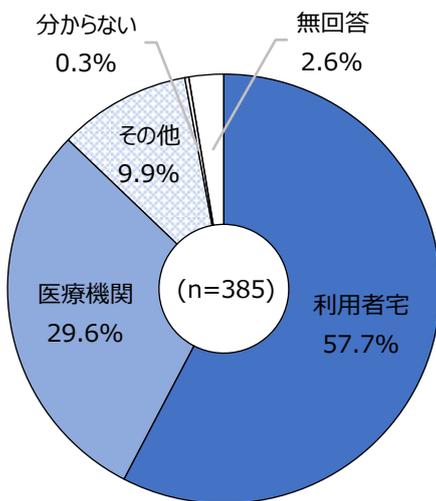
⑤ 介護力（看取り期）



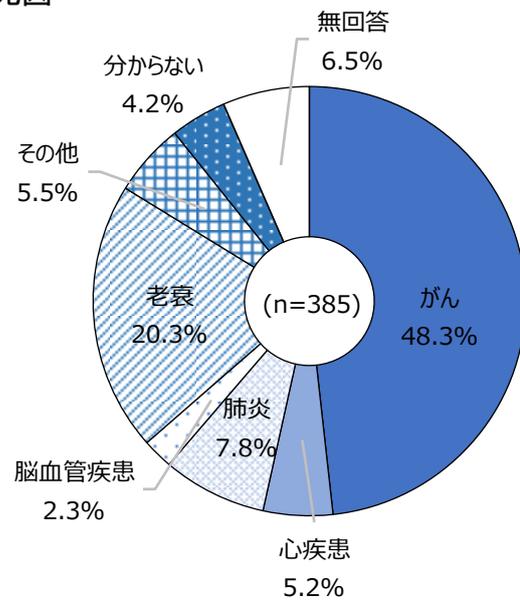
⑥ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所



⑦ 死亡場所



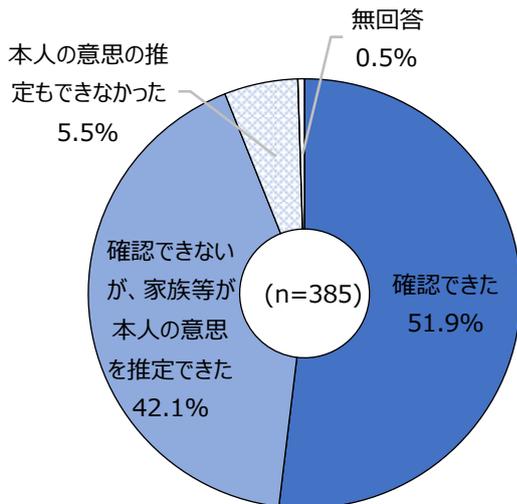
⑧ 死因



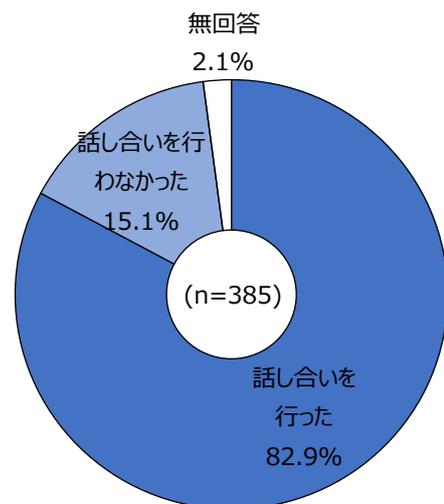
(2) 人生の最終段階における意思決定支援

- 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人意思について、「確認できた」事例は5割超、「確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた」事例は4割超で、“本人の意思が確認あるいは推定できた事例”が9割半ばとなっている。
- 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は8割超となっている。話し合ったおおよその回数は、平均3.02回となっている。
- 意思決定支援を行った時期をみると、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(69.9%)、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」(59.2%)が上位に挙げられている。最初に意思決定支援を行った時期は、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が30.2%、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が26.7%となっている。
- 話し合った内容としては、「人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向」が81.8%で最も高く、次いで「人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報」(62.4%)と続いている。「本人の価値観や目標」は24.5%となっている。
- 話し合いに参加した職種等をみると、「家族・親戚」(93.7%)、「介護支援専門員」(88.1%)、「看護職員」(82.8%)、「本人」(74.9%)、「医師」(70.5%)が7割以上で上位に挙げられている。

① 医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否



② 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無



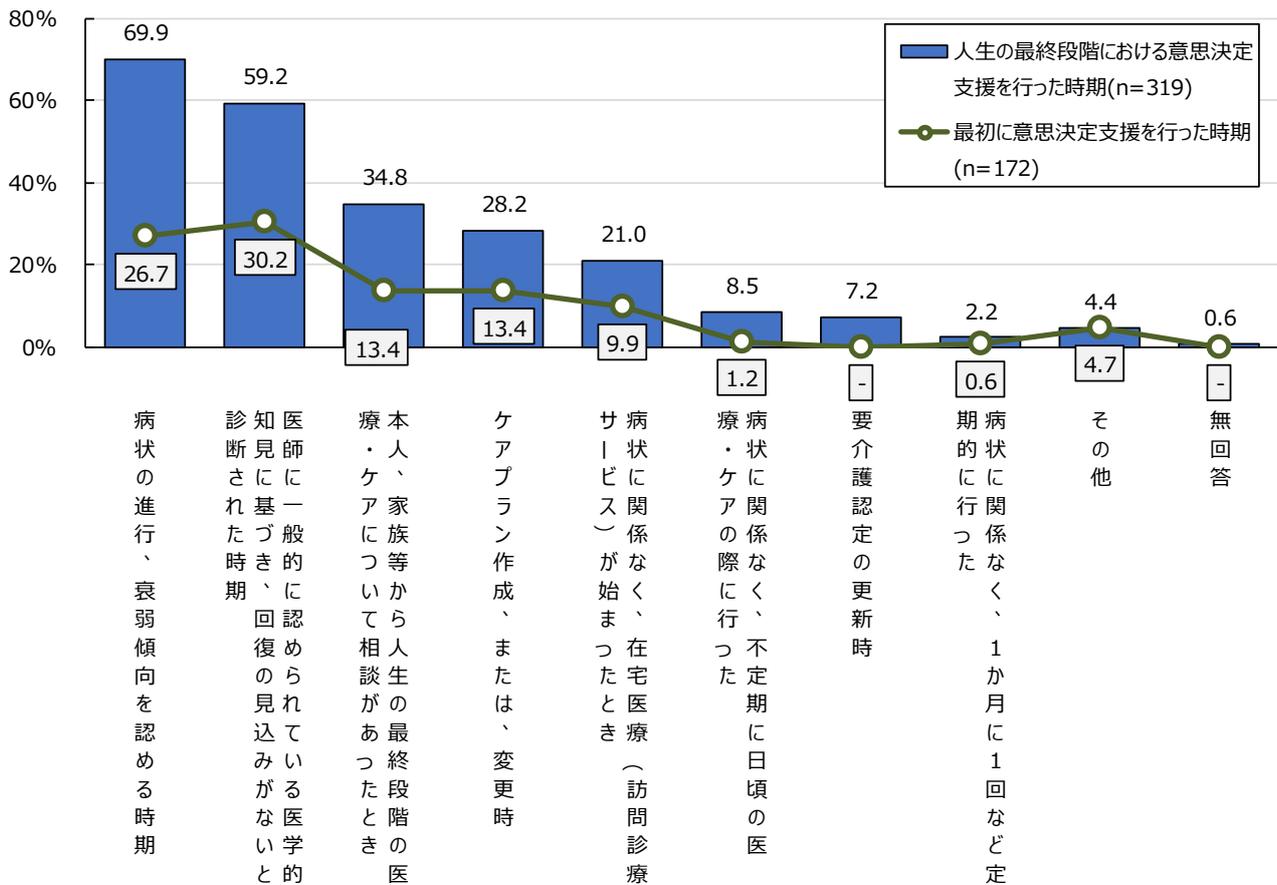
③ 話し合いの回数

	n	平均	最小値	最大値	
全体	287	3.02	1	20	
在宅療養期間	1カ月以内	84	2.26	1	9
	3カ月以内	44	2.73	1	5
	1年以内	57	3.3	1	15
	3年以内	44	3.52	1	11
	5年以内	11	3.64	2	8
	5年より長期	17	4.29	1	15

※ ②で「話し合いを行った」と回答した319件について集計した

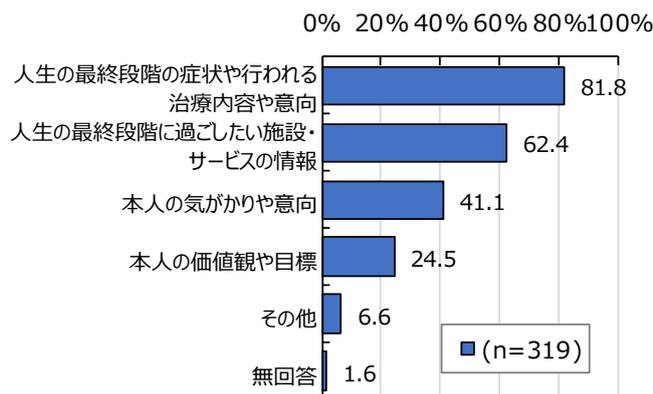
※ 無回答は除外して集計

④ 意思決定支援を行った時期と最初の時期（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 319 件について集計した
 ※ 「最初に意思決定支援を行った時期」は、無回答は除外して集計

⑤ 話し合った内容（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 319 件について集計した

⑥ 話し合いに参加した職種等（複数回答）

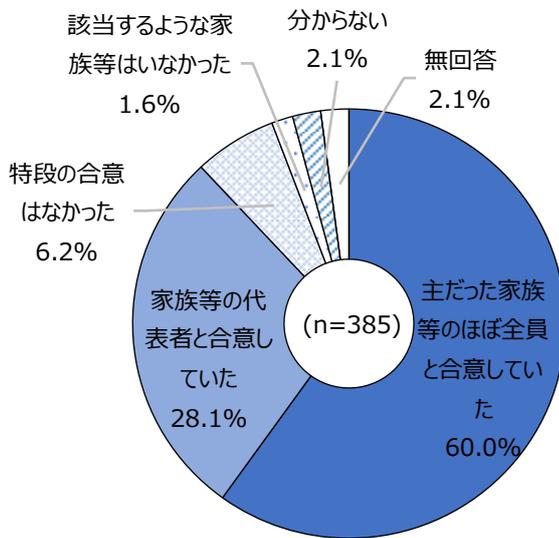


※ ②で「話し合いを行った」と回答した 319 件について集計した

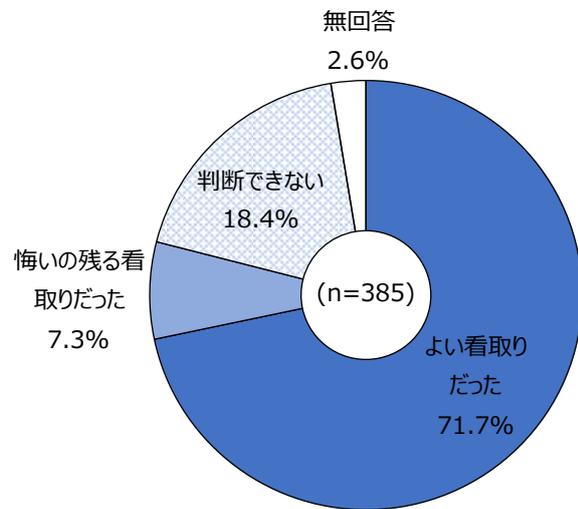
(3) 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意状況をみると、「主だった家族等のほぼ全員と合意していた」は60.0%で、「家族等の代表者と合意していた」(28.1%)とあわせた“家族等と合意していた”事例は9割近くとなっている。
- 意思決定支援に対する従事者の主観的評価について、「よい看取りだった」が7割超、「悔いの残る看取りだった」が7.3%、「判断できない」が18.4%となっている。
- 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価について、“できた”（「できた」「どちらかといえばできた」の合計）が9割近くとなっている。
- “看取りの振り返りの機会が何らかあった”（「医療・ケアチームで振り返る機会があった（予定がある）」「施設・事業所内で振り返る機会があった（予定がある）」の合計）事例は、半数程度となっている。

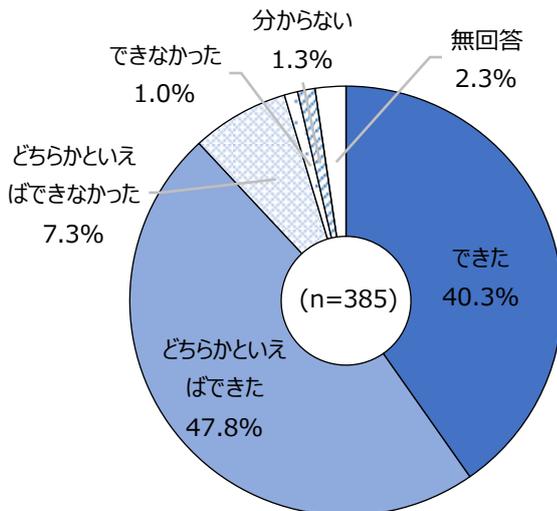
① 看取りに関する家族等との合意



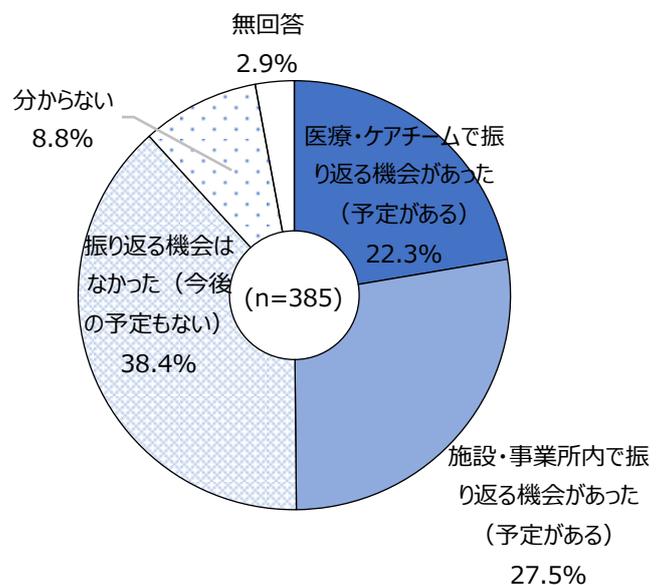
② 意思決定支援に対する従事者の主観的評価



③ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働に関する主観的評価



④ 看取りの振り返りの機会の有無



5 訪問介護事業所

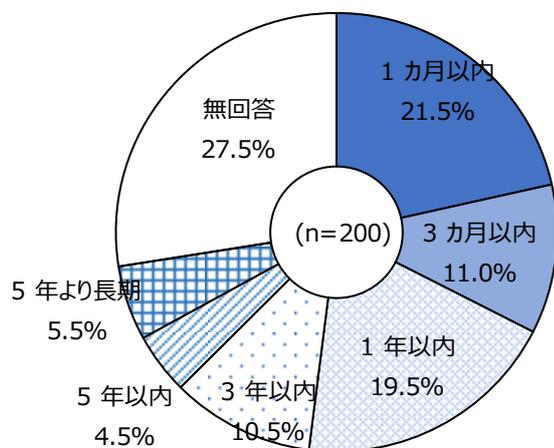
(1) 死亡者の基本情報

※ 65歳以上の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった方の事例について回答を依頼した
 ※ 有効な回答の得られた200件について、集計を行った

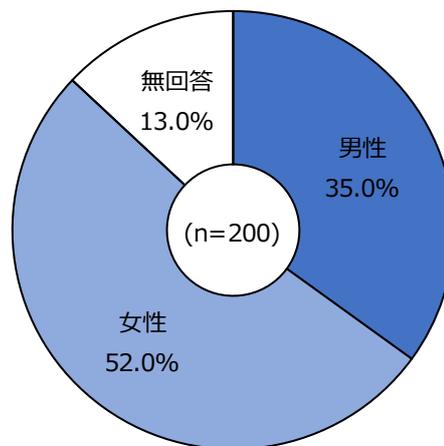
(1) 死亡者の基本情報

- 在宅療養期間は、“1年以内”（「1カ月以内」「3カ月以内」「1年以内」の合計）が5割超となっている。
- 享年は、平均85.7歳、最高齢は102歳となっている。
- 看取り期の世帯構成は、「独居」世帯、「その他」の世帯がそれぞれ3割超、「夫婦のみ世帯」が2割超となっている。
- 看取り期の介護力は、「常時、介護できる人がいた」が3割超、「時間帯によって介護できる人がいた」が3割半ばで、“介護できる人がいた”事例が7割近くとなっている。「介護できる人はいなかった」事例は、約2割となっている。
- 本人が最期を過ごしたいと希望した場所は、「利用者宅」が61.5%となっている。1割半ばの事例では、希望した場所が「分からない」となっている。
- 死亡場所は、「利用者宅」が半数程度、「医療機関」が3割近くとなっている。
- 死因は、「がん」が約4割、「老衰」が2割半ばとなっている。

① 在宅療養期間



② 性別

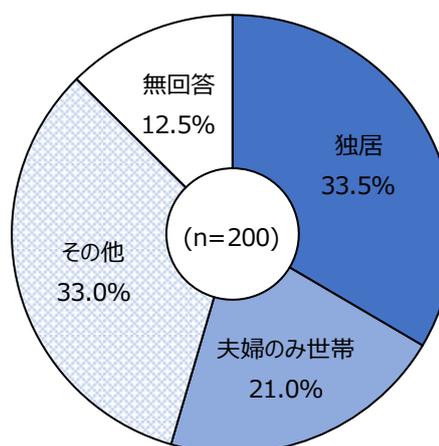


③ 享年

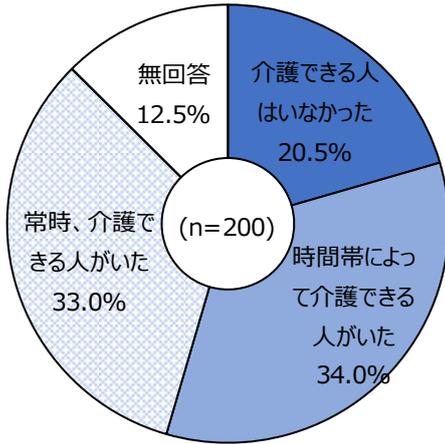
n	平均	最小値	最大値
162	85.73	65	102

※ 無回答は除外して集計

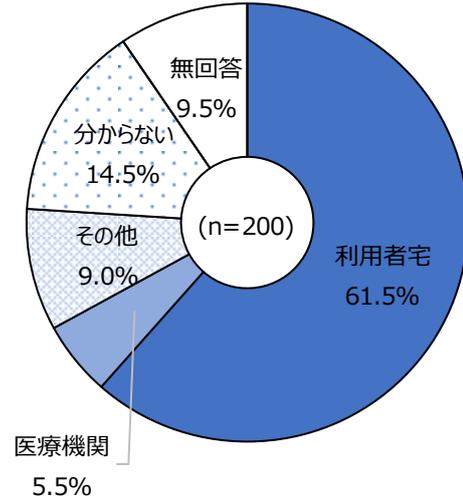
④ 世帯構成（看取り期）



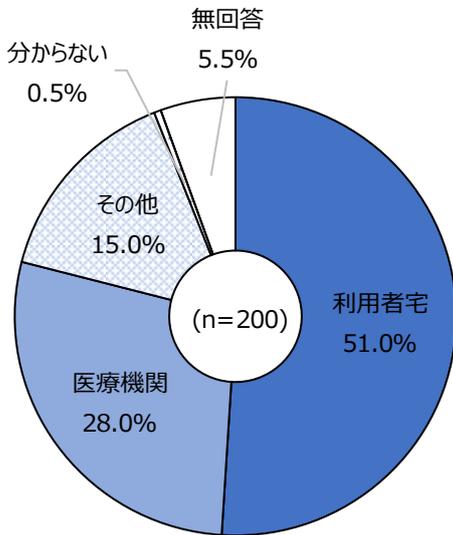
⑤ 介護力（看取り期）



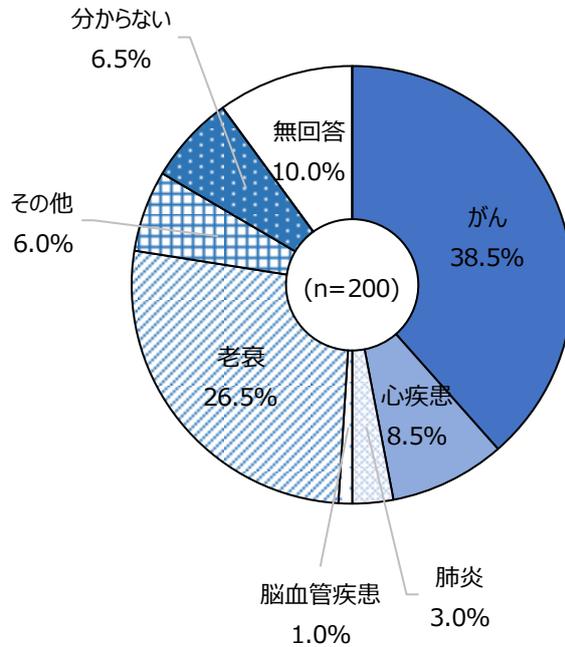
⑥ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所



⑦ 死亡場所



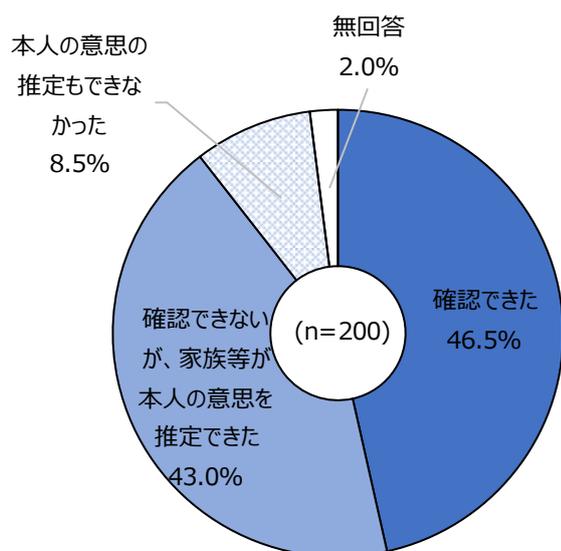
⑧ 死因



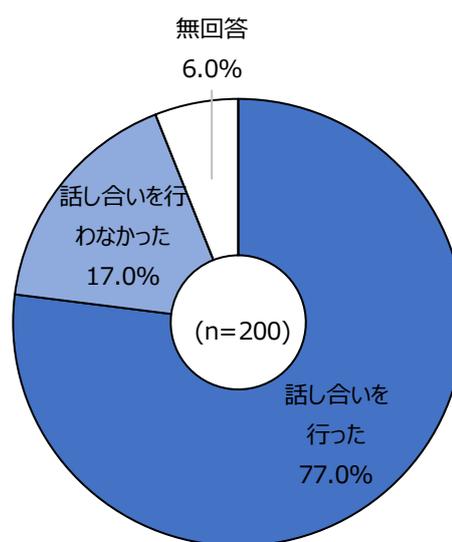
(2) 人生の最終段階における意思決定支援

- 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人意思について、「確認できた」事例は4割半ば、「確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた」事例は4割超で、“本人の意思が確認あるいは推定できた事例”が9割近くとなっている。
- 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって「話し合いを行った」事例は8割近くとなっている。話し合ったおおよその回数は、平均2.56回となっている。
- 意思決定支援を行った時期をみると、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」(60.4%)、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」(50.6%)が上位に挙げられている。最初に意思決定支援を行った時期は、「医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期」が36.8%、「病状の進行、衰弱傾向を認める時期」が32.4%となっている。
- 話し合った内容としては、「人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向」が81.8%で最も高い。「本人の価値観や目標」は22.1%となっている。
- 話し合いに参加した職種等をみると、「家族・親戚」(85.1%)、「介護支援専門員」(84.4%)、「訪問介護員」(84.4%)、「看護職員」(68.2%)、「本人」(63.0%)、「医師」(55.8%)が半数以上で上位に挙げられている。

① 医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否



② 本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った機会の有無



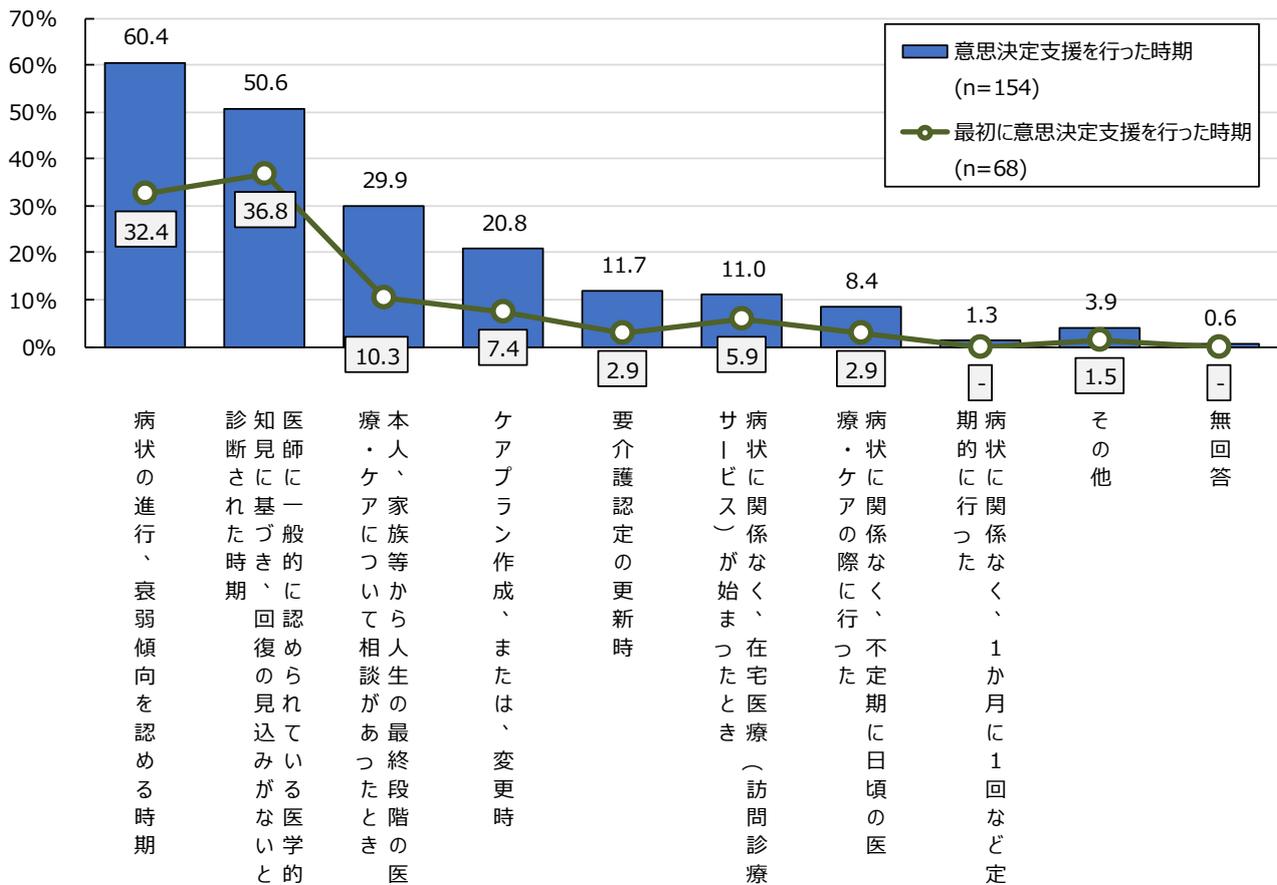
③ 話し合いの回数

	n	平均	最小値	最大値	
全体	126	2.56	0	10	
在宅療養期間	1カ月以内	35	1.97	1	5
	3カ月以内	17	2.76	1	10
	1年以内	26	3.08	1	7
	3年以内	13	2.77	1	10
	5年以内	6	2.83	2	4
	5年より長期	6	3.83	2	10

※ ②で「話し合いを行った」と回答した154件について集計した

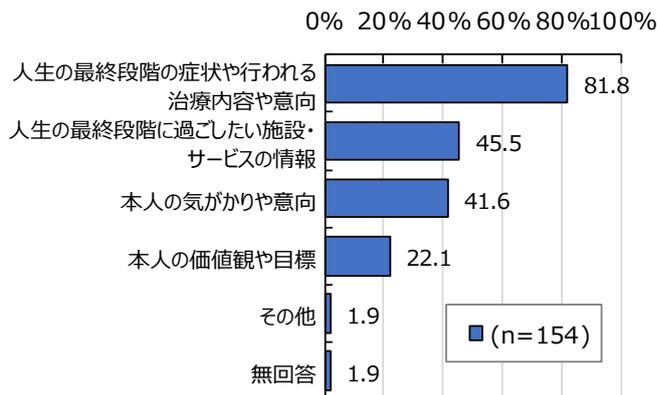
※ 無回答は除外して集計

④ 意思決定支援を行った時期と最初の時期（複数回答）



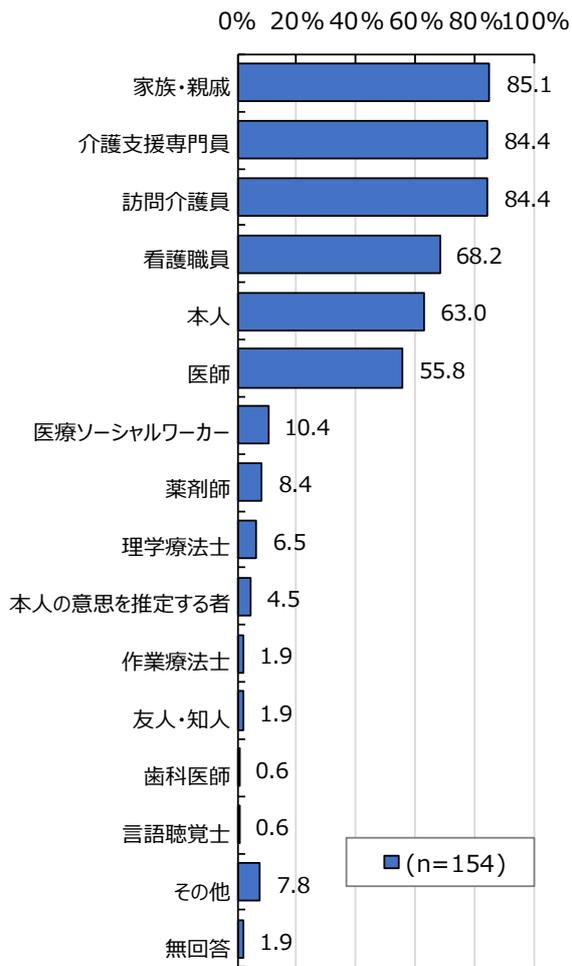
※ ②で「話し合いを行った」と回答した 154 件について集計した
 ※ 「最初に意思決定支援を行った時期」は、無回答は除外して集計

⑤ 話し合った内容（複数回答）



※ ②で「話し合いを行った」と回答した 154 件について集計した

⑥ 話し合いに参加した職種等（複数回答）

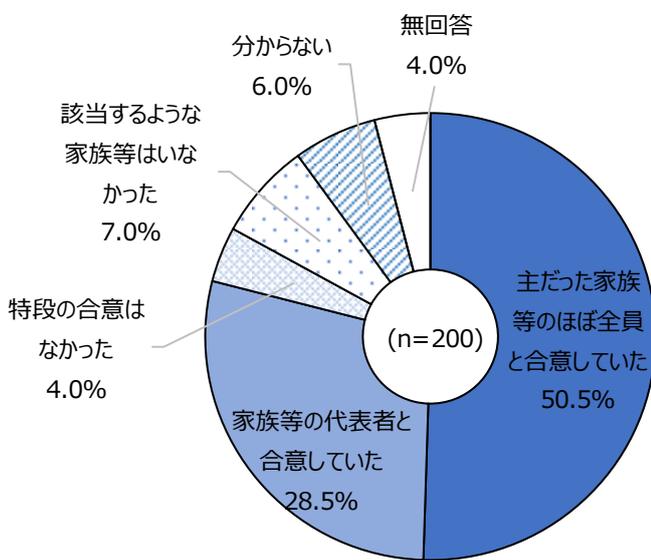


※ ②で「話し合いを行った」と回答した 154 件について集計した

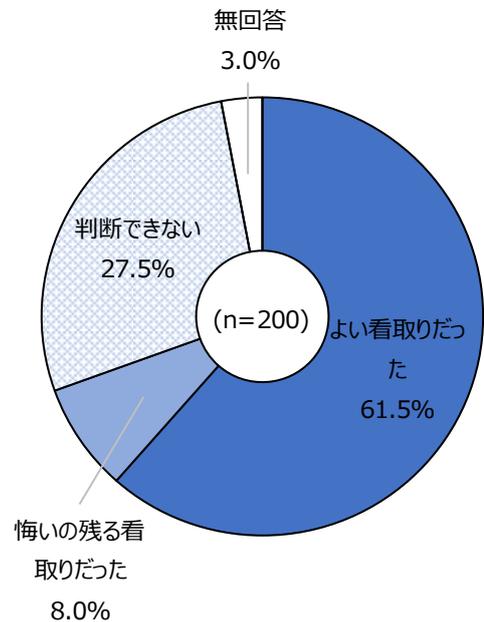
(3) 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意状況をみると、「主だった家族等のほぼ全員と合意していた」は 50.5%で、「家族等の代表者と合意していた」(28.5%)とあわせた“家族等と合意していた”事例は8割近くとなっている。
- 意思決定支援に対する従事者の主観的評価について、「よい看取りだった」が6割超、「悔いの残る看取りだった」が8.0%、「判断できない」が27.5%となっている。
- 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価について、“できた”（「できた」「どちらかといえばできた」の合計）が約8割となっている。
- “看取りの振り返りの機会が何等かあった”（「医療・ケアチームで振り返る機会があった（予定がある）」「施設・事業所内で振り返る機会があった（予定がある）」の合計）事例は、半数程度となっている。

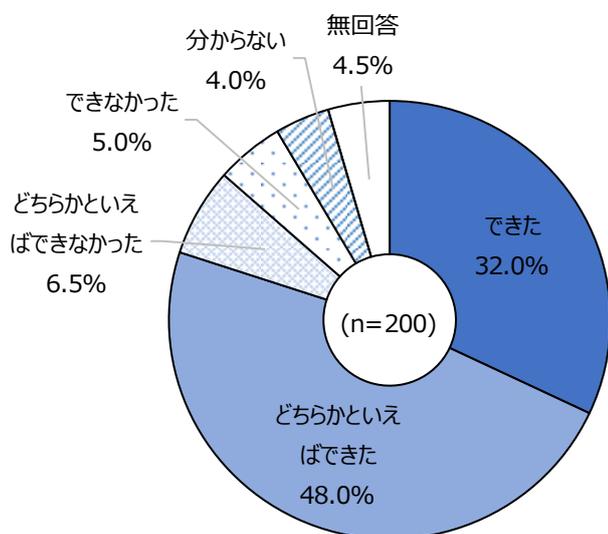
① 看取りに関する家族等との合意



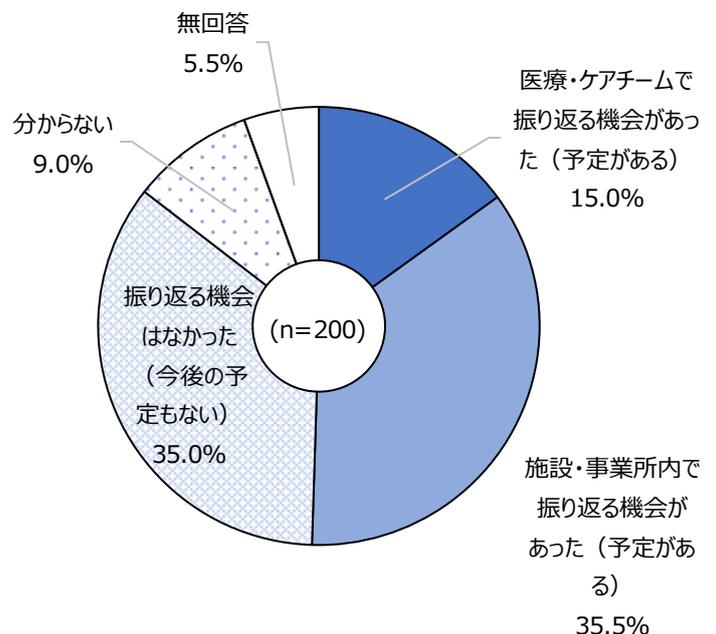
② 意思決定支援に関する従事者の主観的評価



③ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働に関する主観的評価



④ 看取りの振り返りの機会の有無



第4章 ヒアリング調査

1. 実施目的

在宅におけるACPの事例について、本人の希望やケア決定のプロセス、多職種の間わりを明らかにするために、ケースに関わった多職種及び本人の家族に対しヒアリング調査を実施し、事例集としてとりまとめた。

2. 調査概要

上記目的を達成するため、下記のとおりヒアリング調査を実施した。

■調査概要

調査対象	・選定した 15 事例に関わった医療・ケア従事者 ・上記のうち、協力の得られた 3 事例の遺族（事例に関わった多職種 1～2 名が同席の下、実施）
事例の抽出方法	・委員推薦 ・文献調査等 ※国等の事例集・セミナー等へ参加した事業所、国の表彰を受けた事業所、過去 3 年以内の在宅医療・介護関連の学会において発表した事業所
対象とするケース	・特に年限（過去〇年のケースなど）は設けない ・本人は基本的に高齢者とする ・死亡場所は自宅に限定しない ※全体のバランスをみて検討
調査手法	・事例に関わった主な医療・ケア従事者が一堂に会せる場合にはグループインタビュー調査 ・上記以外はパーソナルインタビュー調査
調査期間	・令和元年 12 月～令和 2 年 3 月
ヒアリング所要時間	・1～2 時間
主な調査項目	○医療・ケア従事者 ・本人・家族等の基本情報 ・医療・ケア等のチームの基本情報 ・意思決定プロセス ・チーム内での情報共有 ・チーム内での役割分担 ・本人主体の ACP のポイント ・その他 ○家族 ・本人・家族等の基本情報 ・家族等からみた意思決定プロセス ・振り返り ・看取り後の気持ちの変遷 ・満足度
備考	・医療・ケア従事者には、事前に事例概要を伺った上で調査を実施した

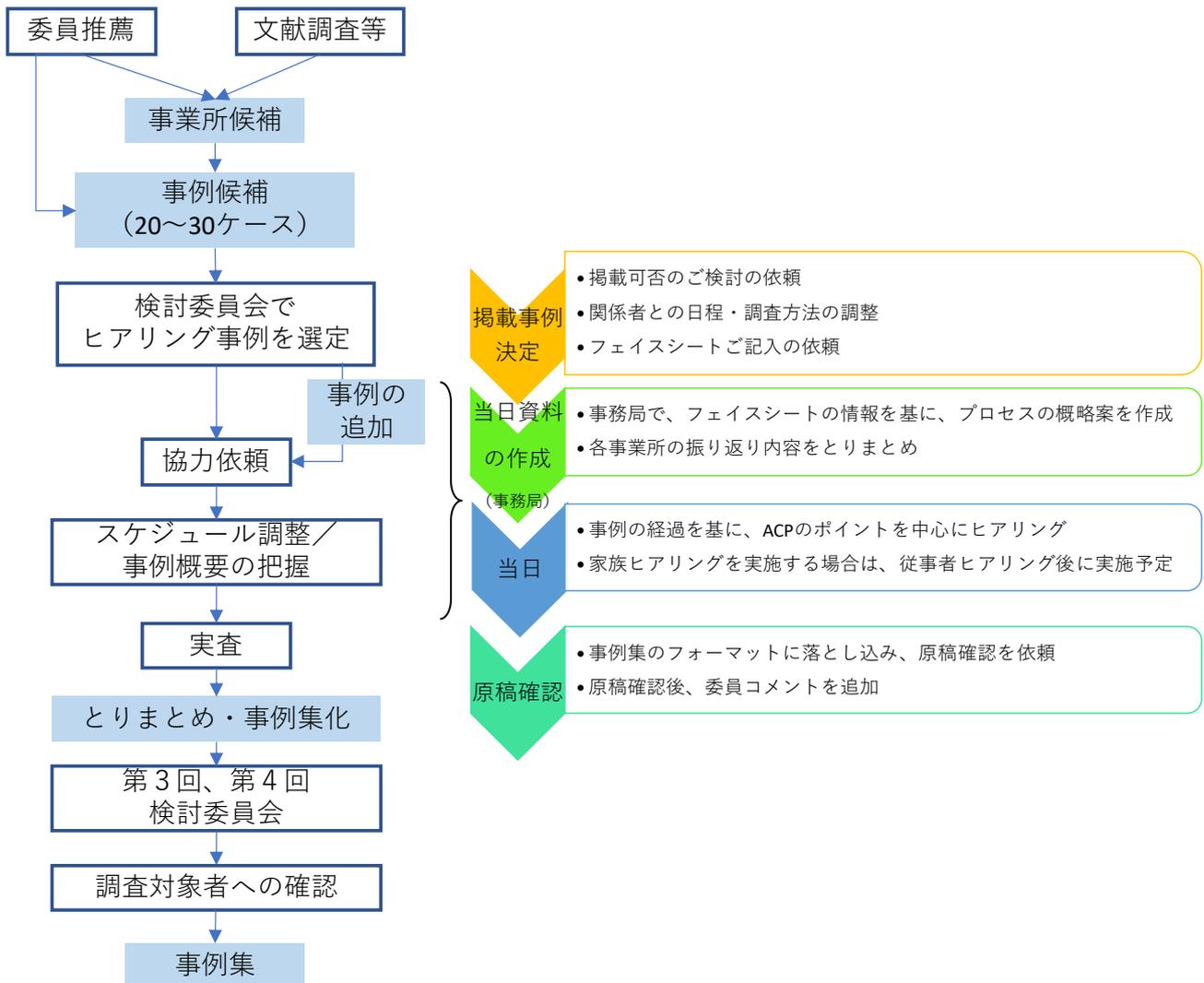
3. 調査方法

(1) 調査全体の流れ

ヒアリング調査は、下記の流れで実施した。

事例候補は、委員推薦による事例と、推薦事業所（委員推薦及び文献調査等によって選定）から提供を受けた事例からなる。検討委員会において事例選定の考え方についてご検討いただき、踏まえるべき点を整理した上で、ヒアリング調査を実施する対象事例を決定した。

■ 調査～事例集作成フロー



(2) 事例候補の抽出

① 事例候補の抽出に向けた調査

事例候補の抽出にあたり、委員推薦のほか、関連団体の推薦や文献調査（国等の事例集・セミナー等へ参加した事業所、国の表彰を受けた事業所、過去3年以内の在宅医療・介護関連の学会において発表した事業所）から看取りを行っている施設・事業所を抽出し、次の13施設・事業所に事例提供の依頼等を実施した。

なお、事例候補の提供は（3）①「事例選定の考え方」に基づいて依頼した。

■依頼等を行った施設・事業所

	日程	エリア	ヒアリング対象	調査方法	備考
1	10/15 (火)	九州	訪問看護ステーション	電話ヒアリング	訪問看護事業協会推薦
2	10/16 (水)	関東	看護小規模多機能型居宅介護	訪問ヒアリング	これまでの老健事業等で取りあげられた好事例
3	10/17 (木)	関西	訪問看護ステーション	電話ヒアリング	訪問看護事業協会推薦
4	10/18 (金)	関東	訪問看護ステーション	訪問ヒアリング	訪問看護事業協会推薦 (事例3)
5	10/21 (月)	関東	在宅療養支援診療所	訪問ヒアリング	文献調査
6	10/21 (月)	九州	訪問看護ステーション	電話ヒアリング	文献調査
7	10/23 (水)	関西	在宅療養支援診療所	訪問ヒアリング	委員推薦の事業所
8	10/24 (木)	関西	居宅介護支援事業所	訪問ヒアリング	文献調査
9	10/29 (火)	九州	看護小規模多機能型居宅介護	電話ヒアリング	これまでの老健事業等で取りあげられた好事例
10	10/30 (水)	関東	在宅療養支援診療所	訪問ヒアリング	文献調査
11	—	北陸	在宅療養支援病院	事例提供	在支病の事例提供を依頼 (事例6)
12	—	北陸	在宅療養支援診療所	事例提供	委員推薦 (事例4、9)
13	—	中国・四国	在宅療養支援診療所	事例提供	過疎地域の事例提供を依頼 (事例8、11)

② 収集した事例候補

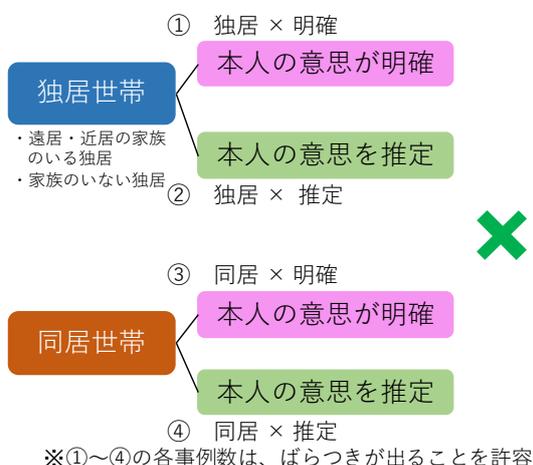
①の調査によって収集した事例候補は、30件（委員推薦15件、その他15件）であった。

(3) ヒアリングの対象とする事例の選定

① 事例選定の考え方

選定にあたっては、世帯構成（「独居」か「同居」で整理）及び本人の意思決定の状況（本人の意思が確認できるかどうか。「明確」か「推定」で整理）の2点で事例を整理した上で、「地域性」「疾患」「療養期間」「利用したサービス」のバランスを考慮して選定した。また、「押さえるべきテーマ」として、病院から在宅への引き継ぎがうまくいった事例や本人・家族の意向が合わない事例などを盛り込んだ。事例のレベルとしては、事例を読んだ医療・介護従事者の多くが参考となるよう、疾患や病状の経過など在宅看取りでよくみられる事例が多く含まれるように考慮した。

■事例選定の考え方



事例で踏まえるべき要素

- **地域性**
都市／地方都市／過疎地域
- **疾患（死因）**
がん／非がん（心疾患、脳血管疾患、肺炎、老衰等）
※死亡上位5つをおさえる
- **療養期間**
長期間／短期間（数週間）
- **利用したサービス**
居系サービス／密着系サービス／在宅以外 等
- **押さえるべきテーマ**
 - ・病院⇒在宅の引き継ぎがうまくいった事例
 - ・在宅医療と介護の連携が進んでいる地域の事例
 - ・本人と家族の意向が合わない事例
 - ・今後、増加が見込まれる在宅看取りの事例 等

② 選定した事例の内訳

①の考え方に沿って、15事例を選定した。選定した事例内訳は下記のとおりであった。

■事例の内訳

	全体	疾患		性別		年代			
		がん	非がん	男性	女性	65歳以下	65-74歳	75歳以上	
独居世帯	本人の意思が明確	2	0	2	1	1	0	0	2
※GH含む	本人の意思を推定	2	1	1	1	1	0	0	2
同居世帯	本人の意思が明確	6	4	3	3	4	1	0	6
	本人の意思を推定	5	1	3	1	3	0	0	4
計		15	6	9	6	9	1	0	14

■死因別の事例内訳件数

がん	件数	非がん	件数
肺がん	3	老衰（認知症含む）	4
胃がん	1	心疾患	2
すい臓がん	1	肺炎	2
前立腺がん	1	脳血管疾患	0
		難病	1

※難病は、呼吸器系疾患

※脳血管疾患は死因としては該当事例がないが、既往歴に脳梗塞等が該当する事例がある

参考：死亡原因順位：年代別（抜粋）

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
総数	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
40～44歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患	不慮の事故
45～49歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管疾患	不慮の事故
50～54歳	悪性新生物	心疾患	自殺	脳血管疾患	肝疾患
55～59歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺	不慮の事故
60～64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	自殺	不慮の事故
65～69歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故
70～74歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故
75～79歳	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故
80～84歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	不慮の事故
85～89歳	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
90～94歳	心疾患	悪性新生物	肺炎	老衰	脳血管疾患
95～99歳	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物
100歳以上	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物

(4) 選定した事例一覧

選定した事例は全15事例となった。

	実施日	世帯/意思/疾患	性・年齢	在宅療養期間	エリア	■実施結果 ヒアリング方法/ ヒアリング対象	事例の特徴
事例1	1/29	独居/ 明確/ 非がん	男性 90歳	5か 月	東北	G I ①在宅医 ②クリニックナース ③クリニック MSW ④訪問看護師 ⑤ケアマネジャー ⑥ヘルパー	・妻を自宅で看取った経験から、同じ医療・ケアメンバーの支援で最期まで自宅で過ごすことを希望 ・遠居の子どもの揺らぎの事例
事例2	2/6	独居/ 明確/ 非がん	女性 80歳	12年	関東	G I ①在宅医 ②MSW ③ケアマネジャー	・ICT ツールの活用による連携促進 ・在宅難病患者訪問診療事業として、長期間にわたり定期的に専門医を含むチームが関与した事例
事例3	1/23	独居/ 推定/ がん	男性 75歳	約1 か月	関東	G I ①在宅医 ②訪問看護師 ③ケアマネジャー ④ヘルパー	・意思形成・意思表出の支援 ・身寄りのない独居・生活保護世帯の看取り事例 ・病院と在宅の連携ができた事例 ※医療機関 CW・生保ワーカーは異動等で調査協力が得られなかった
事例4	2/12	GH/ 推定/ 非がん	女性 82歳	-	北陸	P I ①在宅医 ②GH ケアマネジャー ③GH ヘルパー	・在宅医・GH 職員・家族の情報共有によって本人の意思を推定 ・家族が本人の死を受け入れるための支援

	実施日	世帯/ 意思/ 疾患	性・ 年齢	在宅 療養 期間	エリア	ヒアリング方法/ ヒアリング対象	事例の特徴
事例 5	2/7	同居/ 明確/ がん	男性 81歳	約2 か月	関東	P I ①病院担当医 ②病棟看護師 2名 ③訪問看護師	・自宅⇔緩和ケア病棟の入退院を繰り返した事例 ・本人と妻の「自宅で過ごしたい思い」と「自宅で過ごすことへの強い不安」とを支えた
事例 6	2/18 遺族： 2/8	同居/ 明確/ がん	男性 78歳	約1 年5 か月	北陸	G I ①看護師※ ②MSW※ ③訪問看護師 ④ケアマネジャー 電話ヒア(2/27) ⑤在宅医※ ※病院在宅部門	・肺炎で入退院を繰り返しながら、希望どおり自宅で最期を迎えた事例 ・在宅介護に後ろ向きだった妻の考えが、孫やサービス側の関与で本人の意向に沿う形に変容した事例 ※最期の退院からの在宅療養は約2か月間
事例 7	12/12	同居/ 明確/ がん	男性 93歳	約1 か月	関西	G I ①訪問看護師(所長) ②担当訪問看護師 ③ケアマネジャー ④福祉用具担当者 ⑤クリニック看護師	・家族が認知症や精神疾患を患っているなかで自宅看取りとなった事例 ・介護職(ケアマネジャー)による主介護者との意思疎通と支援
事例 8	1/23	同居/ 明確/ がん	女性 54歳	5か 月	中国 ・ 四国	G I ①在宅医 ②診療所看護師 ③訪問看護担当看護師 ④理学療法士	・へき地の事例 ・当初は病院での最期を考えていた本人・家族が、在宅の選択肢を示されたことで意思が変容した事例 ・子どもが介護休暇を取得し、看取った事例
事例 9	2/13	同居/ 明確/ 非が ん	女性 95歳	-	北陸	G I ①在宅医 ②訪問看護師 ③ケアマネジャー	・本人・家族の病状理解を医師・訪問看護師・ケアマネを含む多職種で共有した事例
事例 10	1/14	同居/ 明確/ 非が ん	女性 94歳	11か 月	関東	G I ①在宅医 ②ケアマネ ③訪問入浴 ④訪問看護師	・意識が清明な時に「在宅での療養と看取り」の意思表示があり、その意思を基に家族も揺らぐことなく看取れた事例
事例 11	1/23	同居/ 明確/ 非が ん	女性 96歳	3年	中国 ・ 四国	G I ①在宅医 ②診療所看護 ③訪問看護担当看護師 ④理学療法士	・へき地の事例 ・不安感の強い主介護者への支援
事例 12	10月 実施	同居/ 推定/ がん	女性 77歳	1年	関東	P I ①看多機看護師(管理者)	・看多機の通い・泊まり・訪問を活用し、可能な限り自宅生活を継続した事例 ・配偶者が就労しながら介護を担い、看取った事例
事例 13	1/14 遺族： 3/6	同居/ 推定/ 非が ん	男性 79歳	1年	関東	G I ①在宅医 ②クリニックナース ③訪問看護師(管理者) ④訪問看護師 ⑤ケアマネジャー ⑥訪問入浴	・高齢者の患者像として、よくみられる事例 ・家族が関わるタイミングを逃さずに、妻を中心に家族の合意を得ながら看取りにつなげられた事例
事例 14	2/26	同居/ 推定/ 非が ん	女性 91歳	6日	関東	P I ①訪問看護師(管理者) ②訪問看護師 ③病棟看護師 ④ケアプランセンター長	・本人と家族が、元気な頃に人生最期の過ごし方を話し合っていた事例 ・介護に不慣れな家族を支援
事例 15	1/7 遺族： 12/7	同居/ 推定/ 非が ん	女性 104 歳	12年	関西	G I ①在宅医 ②訪問看護師(管理者)	・経口摂取困難から老衰となった事例 ・ヘルパーが入らずに家族(娘と孫娘)が介護を頑張ったケース ・不安の強い娘の支援がキーとなった事例

※本人・家族が特定される恐れがあるため、ヒアリング対象となった施設・事業所名称等の一切の公表は控えている

4. ヒアリング調査結果

(1) 事例候補ヒアリング、選定事例ヒアリングの主な結果

事例候補及び選定事例に関わった医療・介護従事者からは、次のような意見が出された。

論点	■ヒアリング結果概要 発言概要 <発言者の事業所種類・該当調査>
ACPで大切にしていること	<ul style="list-style-type: none"> ・ いかにもマネジメントを目立たずに行えるか。本人や家族が経験する「看取り」であって、専門職のための看取りではないことを常に意識している。医療者が家にいることは、「非日常」であるとの意識を持っている。<居宅介護支援事業所・訪問ヒア> ・ 医療側の誘導にならないように気を付けており、そうなった時点で ACP ではなくなくなってしまふ。医療者として説明し、選択肢を提示することは大事だが、決して押し付けないようにしている。例えば、老衰の方の場合は「こうした方がよいというケースは多い」とは言っても、それがその本人にとって正解かは分からない。「医学的なこととしては、分からないけどこっちの方が良さそう。本人としてはどう選ぶのが良いですかね？」と話をする。<事例 9 > ・ 本人の気持ちや状態は日々変わるため、流動的に関わって、療養先や最期の過ごし方を決めることができたという結論に至るところまでが大事と感じる。その人らしさを大事にしたいと思っている。本人が好んでいるものを提供したい。本人が快であるだろう空間にしたいし、身繕いであってほしい。自分でできなくなった後でも、本人が大切にしているものを最期まで大切にできるようにしてほしい。その点で、日常生活の部分を支える介護士は、その人の好みを把握できる点が強みだと感じる。<看多機・事例 12> ・ 本人、家族の意向を第一に尊重して決定すること。選択する上で必要な情報提供を行い、分かりやすく説明すること。<居宅介護支援事業所④・事例 13> ・ 初回に本人が求めていることを確認し、在宅において気持ち良く過ごせるよう提案することを心がけている。緊急時にどうするかを確認する。<訪問介護①・事例 3 > ・ 本人の現在の意思決定には、これまでの生き方や人生での関わりが大きく影響していると考えられ、その思いを聞くことでより深い理解につながると考えている。私たちの関わりは本人の人生の「点」としての関わりではあっても、人生の「線」について知ろうと努めることが大切だと思う。(MSW・事例 1) ・ 本人が意思決定していた内容をできるだけ尊重できるようにする。<訪問看護⑦・事例 1 > ・ 緩和ケア病棟は「最期の場所」と思われがちだが、本人や家族とどう過ごしたいかを話し合い、外出・外泊をしながら入院生活を送ることができ、また、介護できる状況が整えば退院も検討している。その際、バックベッド体制を万全にしておくことで安心できる。外出外泊や退院が難しい場合も、入院生活の中で望む活動ができるような援助を心がけている。<在宅病・事例 5 > ・ 一方通行にしない、答えを急かさない、家族全員で考えてもらう、医療・介護専門職など全員の意見を聞く。<在宅診・事例 15> ・ 利用者や家族の気持ちをゆっくり聴かせてもらい、その「想い」に寄り添っていきたくて思っている。<居宅介護支援事業所③・事例 10> ・ 疼痛コントロールや不快な症状の軽減を行うこと、本人や家族の思いを尊重し病状の変化に応じてその都度意思確認を行う。揺れ動く気持ちに寄り添いながら、話し合いを繰り返すを行い、方針の統一を図る。<在宅診（看護師）・事例 8・11> ・ こまめに何度も足を運び、本人の意思決定・意向などを確認すること。本人だけでなく、家族や本人の周囲でキーパーソンとなる方にも本人の意向を共有し、その方々の思いも共有する。残された人生を快適に過ごし、充実したものにするため、本人や周囲の人と話し合い、サービス事業者とも共有し、支援につなげていく。<居宅介護支援事業所④・事例 1 > ・ これまで本人が過ごしてきた生き方や大事にしていることを、関わる人と共有し一緒に大事にしていくこと。クリニックの看護師としては本人・家族の思いを汲み取り、実際の診療場面につなげていければと思っている。(クリニック看護師・事例 1) ・ 率直に聞きくこと、玄関先トークをすること。<事例 10> ・ 一人ひとりに丁寧に関わること、全スタッフが同じレベルで関わる必要がある。<訪看①・電話ヒア> ・ 在宅サービスに特化した事業所であり、本人や家族が在宅で生活されることを望まれる場合、それにあわせて対応する。ケアマネジャーの意見を基に、本人がどのような生活を望んでいるかに寄り添い対応することを目標としている。主治医の連携を絶対条件として、終末期をいかに本人の希望にあわせて安心して対応することができるか、その点を心がけている。<訪問入浴・事例 13> ・ 本人・家族の思いをケア時に確認し、関係機関と共有する。<訪看・事例 13> ・ もともと、MSW は医療現場における意思決定支援に関わる仕事をしているため、「家に帰りたい」という多くの患者の思いを実現するための支援には欠くことが出来ない職種。医療費削減を目的とした在宅療養推進のために、患者家族や看護・介護者に負担が課せられることを回避できる療養環境づくりや連携づくりを地域で進めることで、患者本人の望む安心の在宅医療や終末期の選択を可能にするような働きをしている。<MSW・事例 2 >
本人の価値観等の把握	<p>«本人の意思が明確な場合»</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃のケアを通して得た情報を集約（利用者ファイル冒頭に、成育歴と本人のごだわりを記録）し、また、誕生日に1年間の療養の振り返り・記念写真の撮影（本人には、「遺影になるかもれないからね」と気軽に話せるような場となっている）を行うことで、いざ何かの意思決定をするときに本人と話す際の土台としている。本人が生活するなかでの話になるため、本人の意向をうまく引き出すことができる。在宅療養期間が短い場合には、渡辺式アセスメントで、本人・家族・支援者の矛盾を是正していく方式としており、うまくいっている。<訪看①・電話ヒア> ・ ケアマネジメントにおいては、看取り段階における ACP 支援は難しいため、看取り期に至るまでのアセスメント（価値観、希望、大事にしていること）を細やかに行っている。実践して分かってきたことは、わざわざ ACP と言わなくて

も、ケアマネジャーがこれまでやってきた「**本人の生活に対する意向**」が **ACP そのもの**であり、**どれだけ意向を本人の言葉で聞き出せるか**ということだと思っている。看取り期は、日々変化するものであり、振り回されるのではなく、その揺らぎにあわせて揺らぐ力（曖昧さを受け入れる力）が必要。支援者自身の「準備性」を養うことが求められる。
 〈居宅介護支援事業所・訪問ヒア〉

- ・話し合いのプロセスに医師が関わる場を設定する。**緩やかな人生会議とするため、様式は定めず**にそのときに必要なことを記録している。**自宅という本人のフィールドで話し合うことがプラス**になる。〈訪問看護師・電話ヒア〉
- ・最期のことを決めている人は少ないため、最初からどうするのかを聞くことはしない。**まずは困りごとを聞くなど、関係づくりから始める**。関係ができてくると、普段の生活のなかの様々な場面で話をするなかでキーワードを見つけていく。少しずつ気持ちをとりためていき、いざという段階になったときにどうしたいのかを詳しく聞いていく。その時には、「**人の気持ちは変わるもので、最期の最期まで、いつまでも変わって良い**」「**どんなことになっても支える**」というメッセージを伝え続けるようにしている。各職種の良さがあり、立場があるため、確認したことの方角性がばらばらにならないように、記録だけでなく、**各職種のカンファレンスで集約し、1週間に1回の責任者の会議**で本人の意向と関わり方、方針の確認を行っている。〈看多機②・訪問ヒア〉

＜本人の意思を推定する場合＞

- ・脳梗塞後遺症の麻痺・拘縮があり、経管栄養をしていた方の場合、サービス利用時には本人の嫌がることは分かっていても、「家にいたいのか、入院したいのか」という意向を言葉で話すことはできなくなっていた。元気だったときに「家で最期を迎えたい」と家族が確認していたものの、主介護者が体調不良となって看多機の泊まりを利用することになった。死期が迫り、自宅に戻る間に息を引き取る可能性があるなかで、家族は自宅に戻ることを決断した。本人の真の意向かどうか疑問に感じる人もいるだろうが、**日頃のケアを通して、本人に家に帰りたいかどうか尋ねたときの表情で推定**ができる。〈看多機・訪問ヒア〉

＜確認のタイミング＞

- ・**自力で社会とつながれなくなる**（誰かに頼まないと社会とつながれなくなる）ときが大きなポイントとなる。〈訪看・電話ヒア〉
- ・在宅医療を受ける患者は、既に食べられないか、近い将来に食べられなくなる人がほとんどのため、**在宅医療を始める際**に、「食べられなくなったらどうしますか？」と尋ねる。このときに大事なのは、「気持ちは変わっていい、決めなくても良い」ということ。それでも、一緒に考えていくスタートラインに立ちましよう伝えていく。外来の場合には、「何歳まで生きたい？」など、声かけをしている。〈在支診②・事例11〉
- ・**元気な時から**本人の意向は確認していた。いきなり2、3回目に会った人に「どうしますか」と聞いても難しい。**ラポールが形成**されていると思えばできる。「この人は私のことを分かってくれる」と思ってもらう。本人のごだわりになるべく逆らわずに、できる限りのサポートをすることで信頼を得ていったということが大事だったと思う。〈在支診④・事例2〉
- ・持病がある場合には、いつ何があってもおかしくない。独居の場合には家族の確認が取れないこともあるため、時々聞くようにしている。**独居で持病のある人には、早い段階で少しずつ確認**をしている。〈MSW・事例2〉
- ・医師が個別に本人から話を聞いた結果と、他の人がいる時に聞いた結果とを比べてみたり、楽しい話をするなかで「私だったらこうだけど、あなたはどうですか？」と投げ掛けたり、**場面を上手に活かすことが大事**。様々な場面で様々な気分の時に本心を聞いていく。〈MSW・事例2〉
- ・**できるだけ家族等の他の人がいない状況で、本人がどうしたいのか引き出すようにしている**。患者は医師に気を遣って物を言えない場合があるため、**看護師が把握する何気ない一言が重要**と考えている。〈在支診①・訪問ヒア〉
- ・**自分の気持ちを何でも人に伝えることに慣れている人ばかりではない**。自分で何でも決めてきたような人の場合、手助けをされると言われてもすぐにはどこまで自分の意向を伝えれば良いのかが分からない。自分の希望を自分から言えない場合には、**どうしたいのか意思形成から支援したり、少しずつ自分の意向を伝えても良いというプロセスが重要**となる。病院だけではイメージが湧かないため、在宅生活を実際に支援する在宅医・訪看・ヘルパーなどが「自宅に帰ってこられるよ。こんな手伝いができるよ」と伝えることでイメージを持てるようになる。いきなり最期までどうしたいのかを聞くのではなく、**本人の準備状態をみながら聞いていくことが必要**。人によって、メッセージの出し方は異なる。〈訪看③・訪問ヒア&事例6〉
- ・**患者にとってはどう生きるかが大事**であって、医師が求める胃ろうを作るか・人工呼吸器を入れるかという医学的なことは患者にとってはどうでも良い。死生観に関わるような話をするという意味では、**みんなが体当たりでやっている**。自分が思うことを押し付けではない形で、**対等な人間として折に触れて話す**。〈在支診④・事例2〉

現場の医療・ケア従事者が感じるACPの難しさの解消（事業所の工夫）

＜良い看取り＞

- ・家族にとっては、**しっかり介護したということ、本人が考えた最期を全うさせてあげられたことが悔いを少なく**すると思う。「本人がこう言っていた」という最期に向けて、**みんなが協力的になれるところはある**。家族が決めてしまう最期と、本人が決める最期とでは家族が持つ重圧が異なる。ACPは広める必要があると思う。〈訪看・事例14〉
- ・本人が他界した後も、病院や地域のお店で見かけたときに声を掛けてもらえることは、ひとつの目安になると思う。〈在支病・事例6〉
- ・他界して1週間後にお参りしたところ、「みんなによくしてもらって良かった」という言葉が主介護者からあった。1年後にも訪ねた際にも「みんなに看てもらって良かった」、先日「孫は看護師になりたいと言っている。何かお土産をもらおうと、孫はすぐに仏壇に供えるんだよ」という話があり、表情も良く、家族で過ごす、ということがかかっているように感じた。〈居宅介護支援事業所・事例6〉
- ・うまくいっていないとは思わないが、死んだ本人が満足だったかどうか思うこと自体、残っている人間が勝手に言っているだけではないか、ということが原点としてある。たとえ最後に「ありがとう」と言ったとしても、本当に満足かは分からない。**満足の看取りというものはないと思うところがポイントではないだろうか。正解がないなかで、常に正解を求めよう、現場をみてベストを探し続けることが大事ではないか**。〈在支診④・事例2〉

＜自宅看取りのポイント＞

- ・医療職の頑張りよりも、本人や家族の覚悟の有無で、自宅看取りができるかどうかが変わる。地域差はあるが、看取りを支える在宅医・訪問看護師がいるかどうかは大きい（そこまでの意思を持った医療職がいるかどうか）。〈在支

論点	発言概要	＜発言者の事業所種類・該当調査＞
	<p>診①：訪問ヒア)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の強い気持ち、自然な看取りにみんなが納得していること、亡くなる瞬間を看ていなくても良いことをみんなが理解していること、の3条件だと考えている。説明することで、安心してもらえる。〈在支診②・事例8〉 在宅療養期間が数日から1週間程度の短い事例は、分からないまま支援する場合もある。〈居宅介護支援事業所・訪問ヒア〉 <p>《実施形式》</p> <ul style="list-style-type: none"> 何度も一堂に会することが重要なのではなく、必要な情報を持てることが大事。情報共有できる素地があるかどうか。何かあれば共有できるような本人を含めたチームができていれば問題ないはずである。〈訪看③・訪問ヒア&事例6〉 人生会議だと決めて開催することよりも、常に行われているプロセスが大事。〈看多機・事例12〉 <p>《その他》</p> <ul style="list-style-type: none"> がんのターミナル患者には、外来段階から訪問看護を必ず入れるようにしている。〈在支診⑤・事例7〉 	
医療・ケアチーム内外の共有（協働）の推進	<p>《事業所内での推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎日、カンファレンスで変化のあった利用者について申し送りを行い、週1回の管理者会議で優先順位を決めて取り組んでいる。前週にやるべきとしたことの進捗確認、今週やるべきことを話し合うことで、統一性や職員のまとまりができる。職種に関係なく、自分が感じたことや取り組んだことが評価される場でもあるため、ケアマネジャーに言われたからやるのではなく、自分の意見を言ってプランに反映される。自分がみたことが反映されていくため、ケアの内容が変わるようなポイントとなる情報がみえてくるようになる（プランに活かされるからみようと思う、という好循環が生まれる）。ケア、看取りが大変ではないとは言わないが、同じ方向でケアしようという雰囲気があるため、自分だけ怖いからやらない、ということにはならない。もちろん、介護職の不安なことへの対応は行う（例えば、状態変化があると夜勤が不安になるため、看護師が状態を確認し、対応方法を伝えるなど）。お互いの職種の良さと不安なことを補いつけている。〈看多機②・訪問ヒア〉 ICTで全ての記録（病状、治療、ケアに関わるADL、ACP）を共有している。新入職員は最初はどうも入力できないが、カンファレンスを繰り返すことで、入力すべき情報が何かが分かるようになる。〈在支診①・訪問ヒア〉 岐路にあるような人の事例について、週1回のカンファレンスを実施している。医師、看護師、相談員で捉え方が異なるケースがあるため、議論して共有することが重要である。議事録として記録している。また、細かい情報共有は常に行うように努めている。〈在支診②・事例8〉 <p>《チーム内の連携》</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師によって病状説明があっても、本人・家族の受け止め方は多様。正しく伝わっているかどうか、医師や家族の意向が双方に伝わっているかどうか、橋渡しやつなぎ役が必要になる。在宅医が本人や家族に治療の方向性や方針を説明する際には同席したり、他事業所のケアマネジャーやキーパーソンとなる家族に同席してもらい、みんなで意向のすり合わせを一同に会する場で行うことが大事である。担当者会議とは別に、変化のあった時には都度行い、本人・家族・支援者に悔いが残らないようにしている。〈看多機②・訪問ヒア〉 患者専用のノートで情報共有を行っている。普通のノートで、自由記載となっている。〈事例9〉 ICTツールを活用することで、チームで支え合って看取りをすることができた。〈MSW・事例2〉 チームのなかに本人の意思を尊重しようという暗黙のコンセンサスができていた。「こういう方針でいこう」というストーリーでアプローチすることはACPではない。試行錯誤で取り組んだことが、非常に良かった印象があり、“チーム〇〇（患者名）”ができていた。例えば、大量下血した際も、ヘルパーが本人の意向を共有できていたから、救急搬送されることはなかった。〈在支診④・事例2〉 良いチームができると、看取ることが怖くないわけではないが、辛くなくなる。〈MSW・事例2〉 自分のエゴを出さず、本人の思いを中心に、各自がどう支えられるかというスタンスであったことが振り返ってみると良かった。本人に選択を丸投げするわけではないが、常に迷いながら本人の気持ちをみんなで斟酌し、本人の心境になって提示していった。本人の「死にたい」という言葉にもあまり左右されない部分もあった。〈在支診④・事例2〉 在宅で看取りをしていこうと思うと、体の変化とともに環境を調整していくことが大事。医師や看護師だけではなく、ケアマネジャーや福祉用具などもしっかりと関わり、誰かが早くキャッチし、予測して対応していく必要がある。チームのなかでの連携という面で福祉用具は非常に重要な役割を担っており、家族の困りごと・気がかりなことをきちんと聞いた上で提供してくれる。家族のことをチームに共有してくれて、また次のアクションをとれるようになる。〈在支診・事例7〉 <p>《地域内連携、病院⇔在宅の連携》</p> <ul style="list-style-type: none"> がんの場合、予後僅かで在宅に戻されるケースはまだある。病院（特に大病院）から退院する場合、患者のACPに係る情報が連携されないケースが多いため、退院前カンファレンスを大切にしている。非がんの事例では、病院の専門医と在宅医が並行して患者を看ることが多くあり、病院専門医と在宅医で、患者にどう自宅で過ごしてもらおうかという点で意見が食い違うことがある（在宅医は、本人の生活・意向、家族の生活・意向を念頭に置くため）。ACPの考え方も食い違うことがあるため、病院医とのすり合わせが重要である。〈在支診①〉 生活支援でサービス提供していた人が入院した場合には、病院に訪問し、現状や診断内容、家族への説明内容を聞き取る。退院前カンファレンスにも同席し、病院での意思確認の内容を聞いている。〈看多機②・訪問ヒア〉 在宅・病院ともに、個人のACP理解にはばらつきがある。時間が取れない分、病院側ではまだ難しい面がある。また、緊急時対応の話し合いは事前に行うが、各事業所での思いもあり、救急搬送することはある。〈事例9〉 他界後の福祉用具の引き取りの際に、どのように家族に声を掛けるのか、地域でグループケアの勉強会をしたことがある。家族に対する労いの言葉などを勉強する機会を持ったことがある。〈在支診④・事例7〉 	
死の受容	<ul style="list-style-type: none"> 独居の事例では、本人と訪問看護師が相談しながら死んだ歳に顔にかける白い布や納棺時に身につける服を選ぶなど、徐々に準備を進めたことがある。〈訪看①・電話ヒア〉 	

論点	発言概要 ＜発言者の事業所種類・該当調査＞
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看多機運営推進会議で、看取った人の報告を行う。看取りは特別なことではなく、誰もが直面するものであることを伝えている。開設当初は、看取りを経験したことのない介護職が多く、看取りが怖かったと言っていた。そのため、他の利用者がショックを受けるという理由で、亡くなった方を隠そうとする傾向があった。しかし、看多機で一緒に過ごした仲間であり、具合が悪くなる様子もみて疑似家族のようになっているため、亡くなった瞬間に隠すことは、看取りが恐ろしいこと・避けなければならないことと受け止められてしまう。オープンにすることで、利用者が、亡くなった人に「おつかれさま」「よく頑張ったね」と声を掛けたり、「自分もここでみんなに囲まれながら最期を迎えられるんだ」と思えるようになる。つまり、利用者も一緒にその人の人生を生ききることを支える存在になる。また、1秒でも長く生きてほしいと願う家族も、その様子を見て、看多機で過ごして良かったと思える。＜看多機②・訪問ヒア＞ ・ 看取りパンフレットを渡し、最期のイメージを持ってもらう。疼痛管理や点滴は実際にどのくらい良いのか探っていくしかない。点滴を増やすと吸引の必要性が出てくるなど、そのしんどさを実感した上で決定することが納得感につながることもある。＜在支診②・事例8＞
家族の関わり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は配偶者や子供に負担をかけたくないため家族に「家が良い」と本音が言えず、家族は本人の希望をなんとなく想像はできるが本人とどのような話をすれば良いかわからないことがある。そのような場合には、訪問看護師から話をしようと提案し、話し合いの場のファシリテーションを行う。その前段階として、本人と家族に個別に思い・本音を聞くようにしている。＜訪問看護師・電話ヒア（事例提供のみ）＞ ・ きちんと聞き取りを行い、受け止めていくことで、本人の家族の意向がすれ違うことはまずない。一見すると異なっているように思えても、お互いに思いやり気を遣ったりするなかでのすれ違いである場合もあり、本人と家族の最善に向けて支援する。＜看多機②・訪問ヒア＞ ・ 看多機の「泊まり」を利用される場合など、家族は本人との関わりが希薄になりがちである。なるべく家族には来てもらい、本人の体に触れる介護の手伝いをしてもらうようにしている。そうすることで、看取り後の喪失感を和らげている。＜看多機③・電話ヒア＞ ・ 本人の意思を最優先しながら、家族も納得いく選択が得られるように、何度も揺れる気持ちに寄り添いながら説明を行う。医療従事者として医療を施すのではなく、本人にとっての最善は何か、正解は分からないなかで全ての選択肢を全ての人と考えていく。本人や家族の気持ちに寄り添うとは、正解が分からないなかでも最終的に出された結論が正解だと思ってもらえるよう選択できるように支援することではないだろうか。本人の意思がないかしろにされてしまてはいけないので、その点は家族に説明を行う。何回でも気が変わっても良いし、何回も話していくことがポイントだった。本人が幸せな最期とは何か、家族も最終的に納得いく最期とは何か、大きな方向性として持ちつつ、揺らぐ気持ちに寄り添った。＜在支診②：事例11＞ ・ 最期の経過をみて、自分たちができることをしたと、家族にも関わってもらうことで納得感を得られる。＜在支診②・事例8＞ ・ 主介護者がうつ病を患っている場合などは、主介護者が横にいる状況では本人に話をする際には言葉を選ぶ必要がある。直接的に聞くことは難しく、汲み取ってチームで共有していくことが必要になる。＜居宅介護支援事業所②・事例7＞ ・ 独居のケースは難しい。本人の意向と家族の意向が合わない場合の方が大変なことが多い。＜訪看③・訪問ヒア&事例6＞ ・ GHで母を看取ることになった娘の事例では、病院で闘病の末に亡くなった父の辛い姿をみており、「死は、できる限りの治療後のもの」というイメージがなく、「穏やかな死を迎える」とのイメージがなかった。家族・かかりつけ医・訪看・施設長・介護主任を参加者とする人生会議をターミナル期に2回実施。事前に、最期が近くなると点滴が入らなくなことを伝え、また、医師から「点滴を受け入れる力がなくなってきたり、本人にとって苦痛になることが多い」との話をし、注射跡の多い手を目にするなどで、娘も納得して点滴を止めて看取った。＜訪看・電話ヒア＞ ・ 看取りのパンフレットは頭に入らないと家族に言われる。書類をみるのではなく、その段階・段階で、人が最期を迎えるときの自然な状態だと伝えている。ただ自然なことではあっても、無呼吸になると家族は不安に感じるため、家族が安心できるように、寄り添ったり、手を握ったり、体をさすったりするように伝えている。＜訪看・事例14＞
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最期を覚悟すると専門職との距離が近くなる。在宅療養当初は近所付き合いがあっても、「弱っていく姿をみせたくない」という思いから疎遠になっていった事例があった。＜訪看①・電話ヒア＞ ・ パターナリズムの医師が少なからず存在し、医療側の誘導になりそうな場合はある。＜訪看・電話ヒア＞ ・ 本人の意思が明確であることは大きい。関係者が看取りを怖い・危ないと先行してしまうと、本人の思いを遂げられないこともある。＜看多機②・訪問ヒア＞ ・ 独居や二人暮らしが増えている。家族が1人減ると、介護能力は1.3人減ると言われている。現在のやり方では在宅看取りを増やすことは難しい。在宅に移行しそうな患者を掘り起こし地域で共有し、必要になったら始める（行政や民生委員などが行い、その情報を近くの医療機関に提供・依頼する）と良いのではないかと。軽い介護や訪問看護から入り、どうしようもなくなっていくよとなれば看取りに任せるなどしなければ、いきなり重症の看取りとなると苦しい面がある。訪問当初の仕事の半分は血圧・脈拍、服薬指導・管理であり、外来主体のクリニックでも対応可能なことが多い。＜在支診③・事例3＞ ・ 医療従事者は、医療が必要になった人に関わることになる。本当はもっと早い段階から考えることが、ACPには必要。住民が考えられる機会があると良い。＜在支診②・事例11＞

(2) 選定した事例のヒアリング結果整理

ヒアリングを実施した15事例について、「本人の意向」「本人の意向の把握方法/信頼関係の構築」「集まる場・情報共有」「家族支援」「介護職の活躍」「その他」の項目に分けると、次のように整理できた。

■事例の要点整理

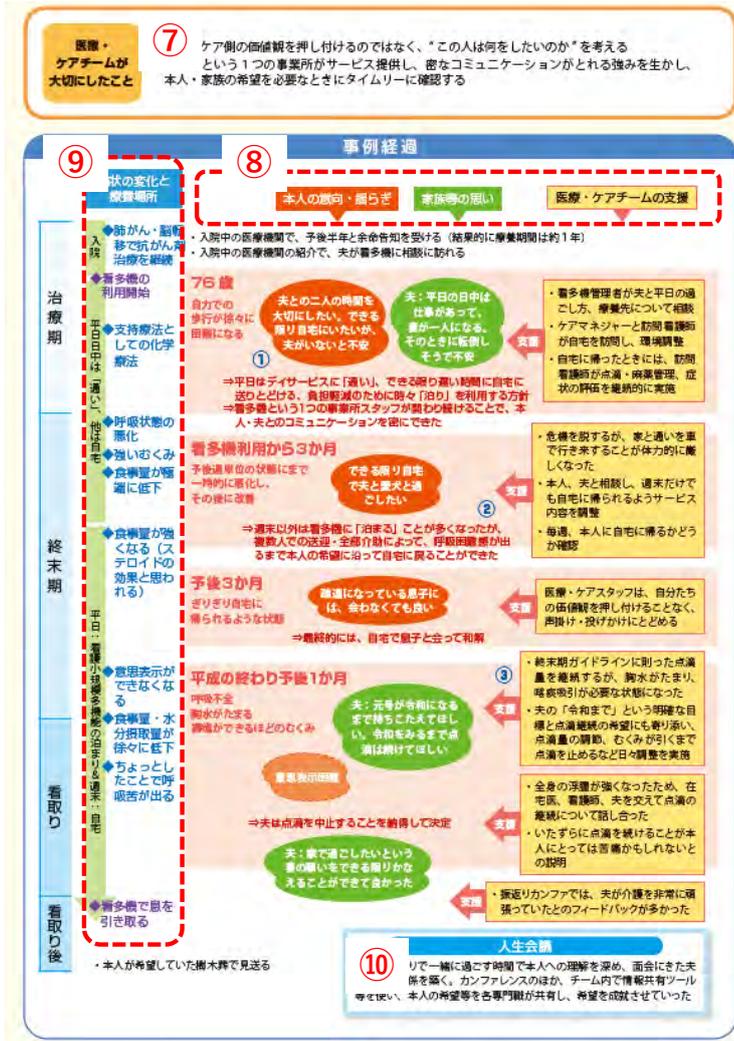
	本人の意向	本人の意向の把握方法/信頼関係の構築	集まる場・情報共有	家族支援	介護職の活躍	その他
事例 1	<ul style="list-style-type: none"> 明確な意思 妻の看取りのときに世話になった在宅チームに看てもらえるなら、自分で建てた自宅で、妻が寝ていた同じベッドで最期を迎えたい 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養開始にあたっての診療所の事前訪問で、本人の明確な意思を再確認 医療・ケアチームは、本人が寝たきりになった妻を自宅で看取ったときとほぼ同じメンバーで、本人は「いつか自分の最期も任せたい」という気持ちを持っていた 本人が妻を自宅で看取ったとき（本人へのサービス提供前）に信頼関係が構築されていた。そのため、本人の性格や本人の意向がどのようにして成り立ったのか背景情報を把握できていた 	<ul style="list-style-type: none"> 交代したばかりのケアマネジャーが自宅で過ごしたい本人と施設入所が安心と考える家族との板挟みにあったことなどから、ケアマネジャー支援を目的に担当者会議を2回開催 1回目は本人が参加、2回目は本人の意思表示が困難となったため家族が参加して意思を推定 	<ul style="list-style-type: none"> 遠居の家族が、意思表示のできなくなった本人の意思を推定する場面で、本人の最善とともに考えていくことを提案 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが、遠居の家族に連絡を取り続け、本人の意思を推定する場への家族参加を可能にした。また、他界前日には、疎遠だった息子とも連絡が繋がった ヘルパーが、生活情報を医療職に伝え、状態に合った食事を提供できた 	—
事例 2	<ul style="list-style-type: none"> 明確な意思 入院も検査もいや。延命もしたくない ※医療・ケアチームが、難病患者の自宅を定期的に訪問する事業に登録 	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護職が各自の人生観や死生観で対話を重ね、本人の安心・安全へのこだわりに寄り添うことで、専門職としてだけでなく一人の人として向き合っていることが本人が感じ、信頼関係を深められた リハビリに取り組む様子や対話を重ねるなかで、「生きているのに疲れた」といった本人の言葉に左右されすぎない 	<ul style="list-style-type: none"> 3か月に1回、専門医を含めた医療・ケアチームが自宅訪問→診療後に診療所で専門職のみが打合せを行うという、定期的に一堂に会し、役割分担や方針等を検討するサイクルがあった ICTツールをコミュニケーションツールとして導入し、電子カルテでは表現しづらい「本人の言動」「各自の投げ掛けに対する本人の反応」を共有。「本人だったらどう考えるだろう」という本人の意向を尊重するコンセンサスの形成に役立った 	<ul style="list-style-type: none"> 自立心の強い本人の意向で、遠居の妹・弟にはあまり頼らなかつた 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが、ICTツールの活用対象外のヘルパー等に対し、本人の意向を軸にしたケアの方向性が共有できるよう、積極的にコミュニケーションをとり、情報のハブ機能を果たす ヘルパーは、大量下血の際も慌てず、本人の意向に沿った対応ができた 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に、医療職・介護職が一堂に会する機会があることで、病状変化があってもケアマネジャーは安心して医療と介護の情報のハブ機能を担うことができた ヘルパーも本人がチームで支えられている、と感じられた
事例 3	<ul style="list-style-type: none"> 推定意思 入院はいや 読み終わっていない本がまだあるので自宅に帰りたい 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に自宅退院が可能か相談するため、本人・病院医師・地域連携室看護師のほか、実際に在宅生活を支援する立場のケースワーカー・訪問看護師、ケアマネジャー・生保ケースワーカーが集まり、自宅生活のイメージを持ってもらいながら、意思形成・意思表示を支援。自分の意向を伝えても良いと理解してもらったプロセスを踏む いつ何があってもおかしくない状態が続くなか、訪問看護師が急変時の入院意向を尋ねる。本人は「やっぱり家はいいなあ」と発言し、「最期まで家で過ごしたい」という意思と推定し、チーム内で共有・確認 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に自宅退院が可能かどうかを相談するために、病院・在宅チームのカンファレンスを開催。連携の素地ができた カンファレンスに参加したメンバーが、在宅生活を継続するかどうか本人の意向を確認するタイミングとなる外来受診に同席。そのときの情報をチーム内で共有 	<ul style="list-style-type: none"> 独居で家族は消息不明 親しい友人等も数年前に他界 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパーは、本人のこだわりに寄り添った生活支援を行う。洗濯機がなかったが、生活保護世帯だったため、洗面所で洗濯を行った ケアマネジャーが、「最期まで家で過ごしたい」という推定意思をヘルパーや生保ケースワーカーに連絡し、共有 	<ul style="list-style-type: none"> 看取り期には、訪問看護師からヘルパーに対して「訪問時に亡くなっているかもしれないが、慌てずに訪問看護に連絡してほしい」と丁寧に確認

	本人の意向	本人の意向の把握方法/信頼関係の構築	集まる場・情報共有	家族支援	介護職の活躍	その他
事例 4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 推定意思 ・ 病院は嫌い ・ 元気な頃は「自分らしくあれ」が口癖 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話ができる頃に、施設ケアマネジャーが「食べられなくなったらどうする？」と問いかけると、悲しそうな顔をして会話を止めてしまった ・ 入所当初は環境変化を嫌っていたが、自宅のあった隣町まで介護職と一緒に歩くなどで徐々に GH で過ごすことに慣れた ・ 本人の意思が確認できないため、家族が本人の意思を推定できるように、早めに情報提供や考える機会づくりを行い、徐々に確認した 	<ul style="list-style-type: none"> ・ GH の本人の部屋で、本人・家族・介護職・在宅医が一堂に会し、推定意思を確認 ・ GH 介護職員同士で不安に思うことや気になることは共有し、取りまとめた上で、常日頃から在宅医に確認できる関係だった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ GH 入所当時は仕事が多忙で来所が少なかったが、終末期にかけて本人の状態やケア方針を共有することで関わり合う機会をつくった ・ 在宅医は家族が突然の最期と思わないよう、家族の知らない時間を埋めるための説明を心掛けた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設ケアマネジャー・介護職員は、本人との長い関わり合いから、家族に情報共有し、これからの生活を考えるきっかけをつくった ・ 介護職が、本人の食べる意思が弱まっていることを感じ、医師と家族との面談機会をつくる ・ 施設ケアマネジャーが、在宅医と家族を招き、本人・担当介護職員とともに家族の決断をチームで支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ GH 方針として、数か月に1度の通院は家族に送迎をしてもらうなど、家族が関わる機会づくりを行う ・ GH 職員は、最善の介助は何か在宅医と都度確認しながら、家族ともケアの方針を共有・確認しながら進める
事例 5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ 家にも帰りたいが、妻にあまり負担はかけたくない ・ 田畑の様子をみたり、農業の引継ぎをしたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時・入院中（回診）・退院時に本人と家族の意向を確認。医師・看護師長・プライマリナースを中心に、本人・家族の希望を聞き取った ・ 最後の入院で、週単位になったタイミングで、医師から本人・家族に自宅での看取りの希望を再度確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時には多職種カンファレンスを行い、主介護者である妻が介護でパニックになりやすい事項を中心にケアの方向性を検討 ・ 聞き取った意向は、電子カルテや対面での情報共有を行う。同系列訪看のため、共有は容易だった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意向と主介護者の妻との関係を見て、2人が在宅生活で疲れ切ってしまうように退院時に次のレスパイト入院を保証した 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床心理士や栄養士、薬剤師、リハスタッフなど、専門職もチームに入り、本人に寄り添った支援を実施
事例 6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ 最期まで妻・孫の3人で暮らし続けたい ・ 延命治療はしたくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期を脱し、退院する際に「家に帰りたい」という本人の意向を確認。以降、入退院時などに本人・家族の意向を確認 ・ 最後の入院時に、本人は自宅に帰るために必要だと思いつヘルパー留置に同意したが、訪問診療主治医・地域医療連携室スタッフがこれまでの経過を踏まえて、意向を再度確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院時に、本人・家族・医療職を交えて今後の方針を検討 ・ 訪問診療前には、同行看護師が妻に事前に電話し、不安を聞くなど密にコミュニケーションをとる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主介護者には漠然とした在宅介護の不安があったため、MSW が中心となって面談を重ね、一つひとつ不安を解消した ・ 家族のキーパーソンである孫にもケアに関わってもらうことで、主介護者も抵抗なくケアに関われるようにした 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーが、妻の介護負担軽減のために、デイサービスやレスパイト入院を手配 ・ ケアマネジャーは、本人が生きがいにしていた地域活動で表彰されることを知り、本人が出席できるように車椅子を手配。本人、家族とも非常に喜び、思い出となった 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護では、本人が納得できるように、吸痰の必要性を説明 ・ 小学生の孫が本人にとって大きな存在であったため、本人の病状などを医師から説明
事例 7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ できるだけ自宅で、妻と娘の様子をみながら過ごしたい ・ 入院したくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は寡黙なため、診察時に娘たちが本人の意向を代弁することが多かった ・ 入院のたびに、ケアマネジャーが本人と家族の状況・気がかりなことを確認。把握した困りごとを医療・介護サービスにつなぎ一緒に考えることで、SOSを発信してもらうための信頼関係づくりを行った ・ 本人は自分のことだけではなく、認知症を患う妻・うつ病を患う娘を大事にしていた。そういったところも含め、家族の気持ちの微妙な揺れに寄り添いながら、「どこで死にますか」ではなく、「どこで過ごすのがいいですか」と、丁寧に顔色と空気をみながら進めた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ うつ病を患う娘がいるところでは、本人の最期の意向を確認することは困難だったため、意思を汲み取って支援 ・ 日頃から医療・介護の連携ができていたため、電話等での情報共有のほか、利用者宅に置いたノートや地域の勉強会等で顔を合わせる機会を活用して共有を行った ・ 家族が頻繁に訪問することを快く思っていなかったため同行訪問を増やした 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・ケア面では訪問看護を導入した方が良いタイミングでも、本人・家族の静かに穏やかに過ごしたいという価値観をまずは受け止め、導入を待った 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーが、主介護者の娘（うつ病を患う）との窓口役を担い、気がかりなことを確認。サービス導入のタイミング、訪問頻度などを見計らった。時には、サービスに対する家族の希望・嫌なことを把握し、継続的なサービスとなるように配慮した ・ 福祉用具担当が、本人・家族の気がかりを確認しながら、微妙な環境調整を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護職がスムーズに動けるように、クリニック看護師が中心となって医療情報や予後チーム内で共有

	本人の意向	本人の意向の把握方法/信頼関係の構築	集まる場・情報共有	家族支援	介護職の活躍	その他
事例 8	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ 当初：最期は病院で迎える ・ その後：夫は家業が忙しいため病院の方が良いかもしれないが、家族と一緒に自宅で色々話をしながら過ごしたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は地元病院の元看護師で、父親が自分と同じ胃がんで病院で亡くなっていたこともあり、状態が悪くなれば入院し、点滴を受けて最期を迎えるイメージしか持っていなかった ・ 在宅医から「点滴をせずに自宅療養する選択肢もある」と説明し、看取りパンフレットを渡して最期のイメージを持って家族と話し合うよう提案した ・ 本人の希望に沿って訪問看護師がアロママッサージを行い、リラックスした状態で雑談から病気の話をして、関係が良好になった ・ 大量下血をきっかけに、最期の過ごし方を話し合う機会とした 	<ul style="list-style-type: none"> ・ IVH ポートをつくらうとしたタイミングや大量下血の際などに、本人・家族と医療職が本人にとっての最善を最優先に治療内容や過ごし方などを話し合う ・ クリニックでは、全職種が集まるミーティングを毎朝実施。新患、看取り期の患者について意向を含めて状況確認。本人にとっての最善を検討する定期的な機会としている ・ チーム内や家族とは利用者宅に置いたノートや電話等で情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は病院の元看護師、娘は病院の助産師のため、在宅での療養イメージを持ってるように医師から都度説明を行い、選択肢を示した ・ 家業の忙しい夫、途中から介護休暇を取得できた娘など、家族の介護力を見極めながら本人にとっての最善を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーに、本人がマッサージの希望を持っていることを伝え、訪問看護師がアロママッサージを施した 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夫の介護負担を軽減するために、地元弁当屋の宅配サービスを利用
事例 9	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ 自宅で最期を迎えたい ・ デイに通い続けたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時に、本人と以前から付き合いのあったケアマネジャーが病室で、終末期に向けた意向を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医、訪看、デイ、ケアマネジャー、家族が情報共有するためにノートを活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心不全悪化を起こして苦しむ本人の姿をみて、救急搬送してしまったと悩む主介護者に対し、病状や今後起こりうることを再度説明。何かあれば24時間いつでも在宅医・訪問看護師が相談に乗ることができると説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーは、本人と以前から付き合いがあり、看取りの意向を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅から救急搬送された際、病院関係者から自宅で看取る方針だったはずと言われ、主介護者が病院に対し抵抗感を抱く。そのため、デイから救急搬送された際には、在宅医から主介護者に対し、ゆっくりと話を聞く機会を設け、病院への不信感を和らげた
事例 10	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明確な意思 ・ 夫を自宅介護した経験から、在宅での療養と看取りを希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以前、夫を自宅介護しており、そのときの夫の担当ケアマネジャーが本人も担当。そのため、当時から各家族とよく話していた ・ 状態悪化した際に、在宅医から本人に「量のうえで死にたい？」と投げかけを行い、本人の意向を確認 ・ 主介護者を中心に、しっかりと話す時間をつくることで、信頼関係を構築する ・ 一つひとつのサービスを積み重ねることで、自宅で介護を続けていく安心感を主介護者が持った 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療の導入時に、在宅医・クリニック看護師・訪問看護師・ケアマネジャー・家族を交えて本人の意向を確認 ・ 利用者宅に置いたノートで情報共有を行うほか、理解度を確認しながら主介護者をハブとして情報共有を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療後に、主介護者の娘とだけ話をする時間をつくり、本人への思いや不安・疑問を何度も玄関先で話した ・ 主体的に動く家族だったため、主介護者を中心に病状説明などをしっかりと行い、家族の合意が必要な事項については、考えるよう投げ掛けた 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーは、本人が介護していた夫の担当ケアマネジャーで、当時から把握してきた価値観などを本人へのサービス導入時にチーム内に共有した ・ 訪問看護師・ケアマネジャーが、本人・家族のニーズを把握し、訪問看護が回復のタイミングを見計らった（サービス導入の安心感は在宅医が与えた） ・ ケアマネジャーが、タイミングを聞いてサービスのコーディネートを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ タイミングをみて、生きる気力を引き出すような在宅生活を支援することで、夫が生前、口にしていた「身ぎれいにしていほしい」という言葉を本人はかなえることができた。家族は寝たきりの姿だけでなく、生活している本人の姿をみられた ・ 徐々に状態悪化していく過程で、訪問看護を頻回に導入することで、回復のタイミングを逃さず、本人の望むことや生きる気力につなげられるよう、各職種が役割を担った

	本人の意向	本人の意向の把握方法/信頼関係の構築	集まる場・情報共有	家族支援	介護職の活躍	その他
事例 11	<ul style="list-style-type: none"> 明確な意思 延命治療は希望しない 楽に自然に最期は逝きたい 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養移行時に、クリニックの看護師と事務が自宅を訪問し、本人の意向を確認 「食べられなくなったらどうしますか？」と、本人・家族に質問。気持ちが変わることも決める必要もないが、一緒に考えていくためのスタートラインに立ちましようと思っ投げかけた 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養移行時に、本人・家族、看護師、事務で今後の意向を話す ショートステイ先へ往診し、施設職員、本人、家族に病状等を在宅医から説明し、話し合う場となった チーム内の情報共有は電話等 	<ul style="list-style-type: none"> 不安感の強い主介護者だったため、本人の意向を最優先としながらも、家族の揺れる気持ちに寄り添い、みなが納得した選択ができるよう、繰り返し説明 	—	<ul style="list-style-type: none"> 状態悪化の度に点滴を希望する主介護者には都度説明し、揺らく気持ちに寄り添う ※クリニックは事例 8 と同じ
事例 12	<ul style="list-style-type: none"> 推定意思 夫が就労中は自宅で一人であるのが不安 夫がいるならできる限り自宅で過ごしたい 	<ul style="list-style-type: none"> 看多機は、訪問・通い・泊まりを同じ事業所で提供できるため、密なコミュニケーションが行えた。通いや泊まりで一緒に過ごす時間のなかで、本人への理解を深め、面会に来る夫との信頼関係を築いた 一時的に予後週単位の状態まで悪くなり回復した際に、在宅医に相談の上で、管理者・看護師・ケアマネジャーが本人・夫とサービス内容を相談。本人の意向から、週末だけでも自宅に帰れるようにサービス調整 	<ul style="list-style-type: none"> 全身の浮腫が強くなった段階で、在宅医・看護師・夫を交えて点滴の継続について話し合い カンファレンスでの情報共有のほか、チーム内で情報共有ツール等を使い、本人の希望等を共有 	<ul style="list-style-type: none"> 平日の日中は仕事がある夫のために、通いを利用してなるべく遅く送迎。一人で過ごす時間が少なくなるように配慮 「もっと生きてほしい」という思いから「本人に安楽でいてほしい」と思えるまでの夫の揺らぎを支えた 	<ul style="list-style-type: none"> 介護士は、本人の日常生活のなかの好みや、快を得られるような好みに関する情報を共有してくれる 	—
事例 13	<ul style="list-style-type: none"> 推定意思 医療・介護の介入時点で明確な意思表示は困難 妻：本人は自宅にいたのが好きな人だった 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療の導入面談から継続的に意向を確認。体調変化の度に、医師が見通しを伝え、気持ちの揺らぎは当然あるものとして医師・看護師・ケアマネジャーが普段の会話から確認を積み重ねた クリニック（主介護者の妻のかかりつけ医）と家族との信頼関係をベースに展開 「昔はどのような人だったか」と訪問時に家族に確認し、元気だった頃の本人の人となりを確認 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療の導入面談から継続的に意向を確認 クリニック、訪問看護、ケアマネジャーは同法人系列のためカルテで情報共有 	<ul style="list-style-type: none"> 主介護者の妻は、自身の体調が良くないこともあり決めきれないでいた。家族が自宅にいるときを見計らい、家族も巻き込んだ療養へとつなげた 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが、情報のハブとなり、普段の変化を共有 ケアマネジャーが、介護負担を軽減するためのサービスを提案 	—
事例 14	<ul style="list-style-type: none"> 推定意思 元気な頃に、家族に「自宅で死にたい」という人生の最終段階の過ごし方を共有していた 	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎で入院し、快方に向かったタイミングで病院看護師長が本人の推定意思と家族の思いを確認 退院当日に発熱があり、往診。医師から予後の説明があり、自宅で過ごす方針を家族に確認 	<ul style="list-style-type: none"> 急遽、自宅退院となったため退院カンファレンスなど一同に会する機会はなかった。訪問看護管理者を中心に、医師・病棟看護師・外来看護師・ケアマネジャー等と情報共有したほか、電話や同行訪問のタイミングで本人や家族の状態・意向を密に連携 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養 7 日間と短期間だったが、主介護者の不安に寄り添い、訪問看護が家族指導とあわせ一緒にケアを行う 最期を迎える際には、家族の安心につなげるための声かけ 	—	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での療養中も、いつでも再入院は可能と家族の負担をみながら確認
事例 15	<ul style="list-style-type: none"> 推定意思 施設や病院には行きたくない 娘のことが心配だから家でそばにいたい 	<ul style="list-style-type: none"> 体調変化の度に、医師から病状説明・意向確認。訪問看護師が説明を受けた家族の理解度を確認 胃ろうや点滴について、図を使って説明するなど、人生の最終段階にあることを繰り返し説明 	<ul style="list-style-type: none"> 体調変化の度に説明し、意向を確認 電話や Fax を用いて、本人や家族の意向、関わりを共有。医師が病状説明等を行った内容も共有し、家族の理解度を訪看等が確認、チーム内に共有 	<ul style="list-style-type: none"> 主介護者の不安は大きかったが、相談には遠慮がちだったため、ファーストコールのハードルを下げるために声かけ 	—	<ul style="list-style-type: none"> 家族の「生きていてほしい」という思いを受け止め、水分摂取量等をつけられる表を用意。徐々に衰えていく様子を見る化

■事例2 頁目



(2) コラム

検討委員会でご意見のあった、人生の最終段階における意思決定支援に係る今後の課題を基に、次のようなテーマで委員にご執筆いただいた。

■コラム

テーマ	執筆者
はじめに	神出委員長
本人の意向を把握する大切さ	小笠原委員
日本の文化・風土とACP	鈴木委員
医療職・介護職以外の人の関わり方	金子委員
介護職とACP	相川委員
岩手県北上市『わたしの希望ノート』の取組	住吉委員
行政サービス、インフォーマルサービスの活用	中島(朋)委員
患者の想いを共有するためのICT	中島(由)委員

2. 事例集の構成

事例集は、次のような構成とした。

■事例集の構成

目次

はじめに	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座 神出 計	1
目次	2
事例1	妻と同じように自宅で最期を迎えたいとの思いをチーム一丸となって支える 本人が意思表示できなくなったとき、遠居の子どもとともに本人の最善を考え、意思の推定を支援	独居／非がん 3
事例2	本人の意向を常に尊重し、最期まで意思実現を支える 専門医も交えた多職種チームが定期的な会議と日常的な ICT 活用で本人を支える	独居／非がん 5
事例3	本人の意思表示支援と最期の意向の推定 “家には多くの本があって読み切れていない。可能であれば自宅に帰りたい”という本人の意思をチームで支援	独居／がん (生保) 7
コラム	本人の意向を把握する大切さ 日本ホスピスホールディングス株式会社 在宅ホスピスシニアディレクター がん看護専門看護師 小笠原 利枝	9
事例4	家族とともに本人にとっての最善を考え、最期を受け止めていく支援 住み慣れた街で過ごし続けられるよう、多職種チームで本人・家族をサポートする	GH／非がん 11
事例5	看取られる側と看取る側の意向の折り合いに寄り添った支援 本人と自宅介護に強い不安を持つ妻の二人が、最期のときを安心して過ごせるよう支援を組み立てる	同居／がん 13
事例6	家族3人で過ごすための在宅介護の実現・継続支援 本人の“妻・孫と3人で自宅で過ごしたい”という意向をかなえるために、家族の関わり合い方をサポート	同居／がん 15
コラム	日本の文化・風土と ACP 茨城県医師会 理事 鈴木 邦彦	18
事例7	静かに穏やかな最期を迎えるための最低限の支援 本人の“家族と過ごしたい”という意向を汲み取り、うつ病を患う主介護者の状態に配慮しながら支援する	同居／がん 19
事例8	言葉だけに捉われず、本人にとっての最善に沿って選択肢を提示し、支える 本人の“最期まで家族といっぱい話したい”という望みを、家族に寄り添って支援	同居／がん 21
事例9	本人の強い意思を軸に、娘の介護力を育てた支援 時々揺れる娘の思いに専門職がそれぞれの立場で寄り添い、本人が望む穏やかな最期へ	同居／非がん 23
コラム	医療職・介護職以外の人の関わり方① ライフ・ターミナル・ネットワーク 代表 終活ジャーナリスト 金子 稚子	25
コラム	介護職と ACP 株式会社やさしい手 世田谷支社 支社長 相川 しのぶ	26
事例10	家族の形に合わせた、本人・家族の思いを引き出す支援 本人の生きる気力を引き出し、家族の“本人の意向をかなえられた”という思いにつなげる	同居／非がん 27
事例11	本人の明確な意向を軸に揺れる主介護者を支える 本人の意向を最優先にしながら、家族も納得いく選択ができるよう何度も揺れる気持ちに寄り添う	独居／非がん 29
コラム	岩手県北上市『わたしのきぼうノート』の取組 北上市 保健福祉部 長寿介護課 包括支援係 主任保健師 住吉 香奈子	31
事例12	本人の希望と家族介護力を踏まえたサービスの活用 週末だけでも、夫と自宅で過ごしたい本人の思いを支える	同居／がん 33
事例13	体調の変化の度に自然体で意向を確認 本人の意向に沿うために、不安感の強い主介護者を支える家族介護力を引き出す	同居／非がん 35
コラム	行政サービス、インフォーマルサービスの活用 株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション 所長 東久留米白十字訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所 所長 中島 朋子	38
事例14	「穏やかな最期」という願いが途切れないように寄り添う 元気な頃に話し合っていた“人生最期の過ごし方”をかなえるために、家族・病院・在宅チームで支える	同居／非がん 39
事例15	看取りに向けた家族の心の準備に合わせた支援 本人の“自宅で過ごしたい”という推定意思をかなえるために、家族の不安な気持ちに寄り添う	同居／非がん 41
コラム	患者の想いを共有するための ICT 医療法人恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園 所長 中島 由美子	44
コラム	医療職・介護職以外の人の関わり方② ライフ・ターミナル・ネットワーク 代表 終活ジャーナリスト 金子 稚子	45
検討委員会メンバー	46

※詳細な内容は、別冊『人生最終段階における意思決定支援 事例集』

1. 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所 票

在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所 票

本調査への協力に同意いただいた場合は、以下の「に、チェック印ををお願いします

本調査への協力に同意する

※本調査への協力とは、本アンケートにご回答いただくことです。

I. 貴施設・貴事業所の基本情報、在宅医療の提供体制・提供状況について、お答えください。

問1. 貴施設・貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体	1.個人 2.医療法人 3.公立 4.公的 5.社会保険関係団体 6.その他 ()
② 病床有無	1.なし 2.あり ⇒ () 床
③ 主たる診療科	1.内科 2.外科 3.整形外科 4.脳神経外科 5.小児科 6.精神科 7.眼科 8.皮膚科 9.耳鼻咽喉科 10.泌尿器科 11.リハビリテーション科 12.その他 ()
④ 外来診療	1.実施していない 2.実施している ⇒ 診療日数 () / 週
⑤ 届出区分	1.機能強化型在宅療養支援病院、診療所 (単独型) 2.機能強化型在宅療養支援病院、診療所 (連携型) 3.上記以外の在宅療養支援病院、診療所 4.在宅療養支援病院、診療所ではない (現在は届出を撤回)
⑥ 在宅医療開始時期	【年】 西暦 () 年頃 【訪問診療】 西暦 () 年頃
⑦ 直近1か月の加算の算定状況	【在宅ターミナルケア加算】 1.算定あり 2.算定なし 【看取り加算】 1.算定あり 2.算定なし 【死亡診断加算】 1.算定あり 2.算定なし
⑧ 貴施設・貴事業所に併設しないし、新設する同一法人(同系列を含む)が有する施設・事業所・サービス等 ※介護予防含む(複数回答)	1.一般診療所 (簡施設以外) 2.病院 (簡施設以外) 3.訪問看護ステーション 4.介護老人保健施設 5.介護老人福祉施設 6.介護医療院 7.居宅介護支援 (介護予防支援) 事業所 8.通所介護事業所等 9.地域包括支援センター 10.特定施設 (有料老人ホーム、介護老人ホーム、看護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅) (該当する場合) 11.サービス付き高齢者向け住宅 (10を除く) 12.認知症高齢者グループホーム 13.通所リハビリテーション※ 14.居宅介護管理指導※ 15.短期入所療養介護※ 16.看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス) 17.小規模多機能型居宅介護 () 18.その他 () 19.他に連携施設・事業所等はない 事業所
⑨ 24時間訪問看護の提供体制	1.自施設、連携する訪問看護ステーションとの両方で24時間訪問看護の提供が可能 2.自施設単独で24時間訪問看護の提供が可能 3.訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能 4.24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない
⑩ 連携している24時間対応の薬局	1.ある 2.ない

『人生の最終段階における意思決定支援に関する調査』 ご協力をお願いします

令和五年度 法人医療連携推進事業「在宅における看取りの推進に関する調査研究事業」
 検討委員 会 委員 長 大阪大学大学院医学部 保健学専攻 総合ヘルスケア・プロジェクト 教授 神出 計
 株式会社日本郵政協会の総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部長 川村 幹 彦

調査目的

「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」では、心身の状態変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを日頃から繰り返し話し合うことの重要性を強調しています。しかし本人等が満足するよう取り組むことは容易ではありません。

本事業では、こうした状況を踏まえ、在宅で人生の最終段階を迎える患者への医療・ケアの実態、患者の希望やケア決定のプロセスに係る現状と課題を把握することを目的として、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に対し調査を実施する運びとなりました。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※在宅療養支援病院は訪問、在宅療養支援診療所は地域性を踏まえ無作為抽出し、調査票を配布しています。

ご回答にあたって

- ・回答は、貴院在宅医療部門の代表となる医師の方 (医師のお立場で、施設運営及び在宅医療に係る最前線サービス全体が分かる方) にお願いたします。
- ・回答にあたっては、該当するものの番号を○で囲むもの、() 内に具体的に数値・用語等を記入するものがありますので、質問文に従ってご回答ください。数値を記入する設問で、該当しないは「0 (ゼロ)」を、分からない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない場合は、令和元年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・ご協力頂ける場合、回答後に同封の返信用封筒 (切手不要) にてご返函ください。

回答締切日：12月24日(火)まで (切手不要・消印有効)

調査結果について

- ・調査結果は、特定の施設・事業所が分からないように統計処理し、調査結果報告書としてとりまとめます。令和2年4月頃に本調査の実施事業者のホームページ等にて公表いたしますので、今後の在宅における看取りを推進される際の参考にご活用いただけますと幸いです。

倫理的配慮

- ・調査へのご協力は任意です。本調査へのご協力に同意いただいた場合は、次頁の「口本調査への協力に同意する」にチェックを入れていただき、ご回答ください。ご回答がご不明な点がある場合は、ご回答後に調査内容を撤回された場合お問い合わせ先までご連絡ください。
- ・分析の都合上、ご回答いただいた調査票にはコードを付与しております。
- ・ご回答いただくことによる業務上の不利益等、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。本調査研究事業の委員などの求めに応じ、機密保持契約を締結したうえで匿名化されたデータを提供する場合がございます。
- ・調査によって収集したデータは委託先企業及び関係機関内で厳重に管理し、情報漏洩等が発生しないよう適切な安全管理措置を行います。
- ・本調査は、大阪大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

本調査に関する問合せ先 (本調査の実施事業者)

(株) 日本郵政協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部 本件担当：川村、布城、政岡、窪田
 東京都港区芝公園3-1-22 日本郵政ビル5階 <http://www.jmarco.jp>
 電話：フリーダイヤル (平日10~17時) 0120-304-603 Fax: 03-3432-1837
 e-mail: fukushi_iryuu01@jmarco.jp

問2. 2019年10月1日現在で、貴院の在宅医療を担当する常勤・非常勤の医師数(実人数)及び連携する保険医療機関数をお答えください。該当しない場合は「0」とご記入ください。(数字を記入)

在宅医療を担当する医師数 常勤 人 非常勤 人
在宅支援連携体制を構築する保険医療機関数 医療機関

問3. 貴院の2019年10月1日現在の「i 全職員数(常勤換算)」をご記入ください。また、「ii 全職員数(常勤換算)」のうち、在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(2019年9月の1か月間について、在宅医療に携わった時間で常勤換算)をご記入ください。(小数点以下第1位まで)

i 全職員数(常勤換算、10月1日現在)

①医師	<input type="text"/>	人	⑦医療ソーシャルワーカー	<input type="text"/>	人
②臨床医師	<input type="text"/>	人	⑧事務職	<input type="text"/>	人
③薬剤師	<input type="text"/>	人	⑨その他()	<input type="text"/>	人

ii 在宅医療の実施のため患者に訪問をする職員数(常勤換算)

①医師	<input type="text"/>	人	⑦医療ソーシャルワーカー	<input type="text"/>	人
②臨床医師	<input type="text"/>	人	⑧事務職	<input type="text"/>	人
③薬剤師	<input type="text"/>	人	⑨その他()	<input type="text"/>	人

※非常勤職員の常勤換算は、以下の方法で計算
■1週間に出勤勤務の勤務時間(分) ÷ (週に設定されている常勤職員の1週間の勤務時間)
■1か月に出勤勤務の場合(非常勤職員の場合) ÷ (勤務設定されている常勤職員の1週間の勤務時間×4)
※iiは、1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が「16時間であれば、16÷40=0.4」と換算

問4. 貴院が主治医として直近1年間に在宅医療を担当した患者についてお答えください。(具体的に記入)

直近1年間に在宅療養を担当した患者 上記座な数字が算出できない場合は、概算で結構です

① 合計診療患者数 人

② 死亡患者数(ア+イ+ウ)

ア②のうち患者宅※での死亡患者数	<input type="text"/>	人
イ②のうち患者宅以外・医療機関以外(老人保健施設・介護医療院・老人ホーム等介護施設)での死亡患者数	<input type="text"/>	人
ウ②のうち医療機関での死亡患者数	<input type="text"/>	人

③ 平均診療期間 か月

※「患者宅」は、施設以外で患者の戸建で、団地・マンション等の居宅、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅等を指す

これ以降、人生の最終段階における医療・ケアについてお伺いします

※ACP(アドバンス・ケア・プランニング):人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことで、この取組の愛称を「人生会議」といいます。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめ、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要とされています。

※人生の最終段階における医療・ケア:本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

※家族等:本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる后継できる者をいいます。

II. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援(ACP)の取組状況についてお伺いします。

※在宅で療養している患者本人の意思決定支援(ACP)について、貴院の方針をお伺いします

問5. 貴院では、貴院の方針として人生の最終段階における本人に対して、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、※3頁の解説参照)の内容を実施していますか。(○は1つ)

1. 実施している 2. 実施に向けて検討中 3. 実施していない 4. 分からない
(今後も検討しない)

問6. 貴院には、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針がありますか。(○は1つ)

1. ある 2. 準備中 3. ない

問7. 貴院では、人生の最終段階における医療・ケアに関して次のようなことに取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 実施した着取りの振り返り 5. 地域における普及啓発活動
2. 研修や勉強会の実施 6. その他()
3. 家族等への支援 7. 特に取り組んでいない
4. 家族会・連絡会等の場の提供

※在宅で療養している患者本人の意思決定支援(ACP)について、貴院の実践状況をお伺いします

問8. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援のやり方について、貴院では在宅医療に従事している医師間で統一を図っていますか。(○は1つ)

1. 統一を図っている 3. 統一は図っていない
2. 一部、統一を図っている 4. 分からない

問9. 貴院では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(○は1つ)

1. 全ての患者に行っている 3. していない
2. 一部の患者に行っている 4. 人生の最終段階の患者がいないので、機会がない⇒問15へ

問10. 貴院では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っている(○は1つ)

1. 全ての患者に行っている 3. 行っていない ⇒問12へ
2. 一部の患者に行っている 4. 人生の最終段階の患者がいないので、機会がない⇒問15へ

問11. 前問の話し合いは、繰り返し行われていますか。(○は1つ)

1. 全ての患者に行っている 3. 行っていない
2. 一部の患者に行っている 4. 分からない

問12. 在宅医療に従事する貴院の医師は、人生の最終段階の本人が、希望する最期を迎えられるよう、次のようなことをどの程度実践されていますか。また、取り組むにあたってどの程度難しいとお考えですか。(それぞれ○は1つ)

	【実践の割合】		【難しさ】					
	実践している	実践していない	難しい	やや難しい	あまり難しくくない	難しくもない		
① 本人の価値観、人生の目標の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
② 本人の医療・ケアに関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
③ 本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
④ 医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤ 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥ 本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦ 本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧ 話し合った内容を文書として都度とりまとめる	1	2	3	4	1	2	3	4
⑨ 医療・ケアチーム内での情報共有	1	2	3	4	1	2	3	4
⑩ 本人の意思の変遷にあわせた継続的な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4

問13. 前問の①～⑩について、本人主体のACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実践していくうえで、医療・ケアの従事者として特に難しい点はどのようなことですか。(自由記述)

問14. 貴院では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いを①～⑨のどのタイミングで行っていますか。i がん、ii 非がんのそれぞれについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)。また、回答のうち、話し合いについて「開始することが多いタイミング」と、「最も重要だと認識するタイミング」を番号①～⑨から選び、i がん、ii 非がんのそれぞれに1つ記入してください。

	i がん		ii 非がん	
	1	2	3	4
① 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1	2	3	4
② 病状の進行、養育傾向を認める時期	1	2	3	4
③ 更介護認定の更新時	1	2	3	4
④ ケアプラン作成、または、変更時	1	2	3	4
⑤ 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	1	2	3	4
⑥ 病状に関係なく、在宅医療（訪問診療サービス）が始まったとき	1	2	3	4
⑦ 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	1	2	3	4
⑧ 病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	1	2	3	4
⑨ その他（ ）	1	2	3	4

①～⑨のうち、開始することが多いタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒
 ①～⑨のうち、最も重要だと認識するタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒

問15. 在宅で介護保険サービスを利用している患者の場合、介護職（ケアマネジャー、サービス提供責任者、訪問介護員等）に対し、その患者の治療内容や治療方針を共有していますか。(○は1つ)

1. 全ての患者について共有している
2. 一部の患者について共有している
3. 共有していない
4. 分からない

問16. 在宅療養中の患者が在宅から他の医療機関・施設等へ入院・入所する際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容を入院・入所先に提供していますか。(○は1つ)

1. 全ての患者について提供している
2. 一部の患者について提供している
3. 提供していない
4. 分からない

問17. 他の医療機関・施設等から患者を在宅で受け入れる際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と他の医療機関・施設等の医療・ケアスタッフ等で話し合わせた内容を、貴院に共有されていますか。(○は1つ)

1. 全ての患者について共有されている
2. 一部の患者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問18. 人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等と医療・ケアチームで話し合った内容を多職種で共有するために、あるいは他の医療機関や施設、介護サービス事業所等に引き継ぐために、工夫されている取組があればご記入ください。(自由記述)

問19. i. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、医師として必要な情報はどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の価値観、人生の目標
2. 本人の医療・ケアに関する意向
3. 本人の療養の場や最期の場に関する意向
4. 家族関係
5. 交友関係、社会・地域とのつながり
6. 介護保険サービスの内容の変更
7. 患者の状況の変化（変化のない場合も含む）
8. 最期の過ごし方についての本人の考え方の変化
9. 家族等の状況の変化
10. 最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
11. 本人・家族等の不安・心配事
12. その他（ ）
13. 特になし

ii. 上記で必要な情報として○を付けた選択肢で、「医師では把握しづらい情報」について、以下の□内に1～12の選択肢番号を記入してください。(あてはまる番号すべて記入)

問20. 地域内で共通の情報共有ツールを用いた緊急時の情報連携や地域内での情報の引き継ぎについて、どのように取り組んでいますか。(Oは1つ)

- 1.すでに地域内で取り組んでおり、参加している
- 2.地域内で取組が始まっているが、参加していない
- 3.地域でそのような取組は行われていないが、行われれば参加したい ⇒問22へ
- 4.地域でそのような取組は行われておらず、参加するつもりはない ⇒問22へ
- 5.その他()
- 6.分からない ⇒問22へ

問21. 前問の情報共有ツールはどのようなものですか。(あてはまるものすべてに○)

1. SNS、アプリ、オンラインシステム
2. 電子メール
3. 電子カルテ
4. 患者さんに置かれた記録ノート類
5. その他()
6. 分からない

問22. 貴院では、特に、最期を迎える際の医療・ケアの方針について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(Oは1つ)

1. 全ての患者にしている
2. 一部の患者にしている
3. していない
4. 看取りとなる患者がいないので、機会がない

問23. 貴院では、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ本人が記載する書面などを用いていますか。貴院が独自に作成した書面かどうかは問いません。(Oは1つ)

1. 全ての患者に用いている
2. 一部の患者に用いている
3. 用いていない

問24. 今後、本人主体のACP(アドバンス・ケア・プランニング)が普及されるためには、どのような取組が必要だと思いますか。(自由記述)

--

Ⅲ. 貴院における、最近の看取り事例について、お伺いします。

問25. 貴院の高齢(65歳以上)の在宅療養患者で、回答日に最も近い日に亡くなった1名についてお答えください。対象者のご家族等に確認していただく必要はなく、分かる範囲でご記入ください。

1. 死亡者の基本情報	
① 在宅医療開始年月	西暦 年 月 日 ② 死亡年月 西暦 年 月 日
③ 性別	1. 男性 2. 女性 ④ 年齢(享年) 歳
⑤ 世帯構成(看取り期)	1. 独居 2. 夫婦のみ世帯 3. その他()
⑥ 介護刃(看取り期)	1. 介護できる人はいなかった 2. 期間中によって介護できる人がいた 3. 常駐、介護できる人がいた
⑦ 本人が最期を過ごしたと希望した場所	1. 患者宅 2. 医師館 3. その他() 4. 分からない

7

Ⅱ. 人生の最終段階における意思決定支援

① 本人の意思の推定もできなかった場合の具体的な対応	
1. 確認できた	① 本人の意思の推定もできなかった
2. 確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた	
3. 本人の意思の推定もできなかった	
② 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人・家族等と医療・ケアチームがまとって行った話し合いの経緯	
1. 話し合いを行った	
2. 話し合いを行わなかった理由(記載後は「」へ)	
③ 人生の最終段階における意思決定支援	
1. 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	
2. 病状の進行、姿勢傾向を認める時期	
3. 薬の選定の更新時	
4. ケアプラン作成、または、変更時	
5. 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケアについて相談があったとき	
6. 病状に関係なく、在宅医師(訪問診療サービス)が帰ったとき	
7. 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行った	
8. 病状に関係なく、1か月に1回など定期的に	
9. その他()	
④ 最初に意思決定支援を行った時期(③の1-9の番号を記入)	
1. 人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向	
2. 人生の最終段階に通じたい施設・サービスの情報	
3. 本人の意向がかりや意向	
4. 本人の価値観や目標	
5. その他()	
⑤ 話し合いに参加した医師(複数回答)	
1. 本人 2. 家族・親戚(具体的に:)	
3. 医師 4. 歯科医師 5. 薬剤師 6. 看護職員 7. 介護支援専門員 8. 訪問看護師 9. 理学療法士	
10. 作業療法士 11. 言語聴覚士	
12. 医療ソーシャルワーカー 13. 友人・知人	
14. 本人の意思を推定する者(具体的に:) 15. その他()	
⑦ 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームがまとった話し合いの回数	
約	回

Ⅲ. 人生の最終段階の療養支援～看取り後

① 死因	1. がん 2. 心疾患 3. 肺炎 4. 脳血管疾患 5. 老衰 6. その他() 7. 分からない
② 死亡場所	1. 患者宅 2. 医師館 3. その他() 4. 分からない
③ 人生の最終段階と確認された時点における看取りに関する家族等との合意	1. 主だった家族等のほぼ全員と合意していた 2. 医師等の代表者と合意していた 3. 病院の合意はなかった 4. 該当するようない家族等はなかった 5. 分からない
④ 意思決定支援に対する従事者の主観的評価	1. よい看取りだった 2. 悔いの残る看取りだった 3. 判断できない
⑤ ④の理由(自由記述)	
⑥ 医師・介護の多職種間の情報共有や協働の主観的評価	1. できた 2. どちらかといえばできた 3. どちらかといえはできなかった 4. できなかった 5. 分からない
⑦ 看取りの振り返りの機会	1. 医師・ケアチームで振り返る機会があった(予定がある) 2. 施設・事業所内で振り返る機会があった(予定がある) 3. 振り返る機会はなかった(今後の予定もない) 4. 分からない
⑧ 意思決定支援で集まった点(自由記述)	

アンケート調査は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

8

訪問看護 業

『人生の最終段階における意思決定支援に関する調査』ご協力をお願い

令和5年度 第16回健康増進事業「在宅における意思決定の推進に関する調査研究事業」
 検討委員会委員長／大阪大学大学院医歯薬総合研究科 保健学専攻 総合ヘルスケア・メンタル健康増進 教授 神山 耕
 株式会社日本老年学協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部長 川村 晋吾

調査目的

「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」では、心身の状態変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを日頃から繰り返し話し合うことの重要性等を強調しています。しかし本人等が満足するよう取り組むことは容易ではありません。

本事業では、こうした状況を踏まえ、在宅で人生の最終段階を迎える利用者への医療・ケアの実態、利用者の希望やケア決定のプロセスに係る現状と課題を把握することを目的として、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に対し調査を実施する運びとなりました。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※空欄の指定訪問看護事業所について、介護サービス情報公表システムの情報を基に、地域性を踏まえて無作為抽出し、調査票を配布しています。

ご回答にあたって

- ・ 回答は、貴事業所の代表となる訪問看護師の方（訪問看護師のお立場で、施設運営及び提供サービス全体が分かる方）をお願いいたします。
- ・ 回答にあたっては、該当するものの番号を○で囲むもの、() 内に具体的に数値・用語等を記入するものがありますので、質問文に従ってご回答ください。数値を記入する設問で、該当しないは「0（ゼロ）」を、分からない場合は「-」をご記入ください。
- ・ 特に断りのない場合は、令和元年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・ ご協力頂ける場合、回答後に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返函ください。

回答締切日：12月24日（火）まで（切手不要・消印有効）

調査結果について

調査結果は、特定の施設・事業所が分かるからならないように統計処理し、調査結果報告書としてとりまとめます。令和2年4月頃に本調査の実施事業者のホームページ等にて公表いたしますので、今後の在宅における看取りを推進される際の参考にご活用いただけますと幸いです。

倫理的配慮

- ・ 調査へのご協力は任意です。本調査へのご協力に同意いただける場合は、次頁の「本調査への協力に同意する」にチェックを入れていただき、ご回答ください。ご回答が完了するようお願いたします。ご回答後に回答内容を撤回された場合はお問い合わせ先までご連絡ください。
- ・ 分析の都合上、ご回答いただいた調査票にはコードを付与しております。
- ・ ご回答いただくことによる業務上の不利益等、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。
- ・ 本調査研究事業の委員などの求めに及び、機密保持契約を締結したうえで匿名化されたデータを提供する場合がございます。
- ・ 調査によって収集したデータは委託先企業及び関係機関内で厳重に管理し、情報漏洩等が発生しないよう適切な安全管理処理を行います。
- ・ 本調査は、大阪大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

本調査に関する問合せ先（本調査の実施事業者）

(株) 日本医療協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部 本件担当：川村、布施、政岡、眞田
 東京都港区芝公園3-1-22 日本老年学協会ビル5階 http://www.jmar.co.jp
 電話：フリーダイヤル（平日10～17時）0120-304-603 Fax：03-3432-1837
 e-mail：fukushi_iryou01@jmar.co.jp

訪問看護 業

本調査への協力に同意いただける場合は、以下の に、チェック☑をお願いたします

本調査への協力に同意する

※本調査への協力とは、本アンケートに回答いただくことです。

I. 貴事業所の基本情報、訪問看護サービスの提供体制・提供状況について、お願いたします。

問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人（医師会・看護協会含まない） 7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む） 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人（株式会社・合資・合資・有限会社） 11. 特定非営利活動法人（NPO） 12. その他（ ）
② 訪問看護開始時期	西暦（ ）年（ ）月
③ サテライト事業所数	1. なし 2. あり ⇒ サテライト事業所数（ ）か所 ⇒ 9月中のサテライト事業所の利用人員数（ ）人
④ 事業所に併設なしし隣接する同一法人（同系列を含む）が有する施設・事業所、サービス等 ※介護予防も含む（複数回答可）	1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設 5. 介護医療院 6. 居宅介護支援事業所 7. 評介介護事業所 8. 介護施設 9. 地域包括支援センター 10. 訪問介護事業所 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 12. 小規模多機能型居宅介護 13. 看護小規模多機能型居宅介護 14. 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合）） 15. サービス付き高齢者向け住宅（14を除く） 16. 認知症高齢者グループホーム 17. 特定居宅支援事業所 18. 障害児相談支援事業所 19. 児童発達支援 20. 放課後デイサービス 21. その他（ ） 22. なし
⑤ 届出等の状況	1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3 4. 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし
⑥ ターミナルケア体制【介護保険】	1. 届出なし 2. 届出あり
⑦ 訪問看護ターミナルケア療養費1ルケア療養費2【医療保険】	1. 訪問看護ターミナルケア療養費 1 2. 訪問看護ターミナルケア療養費 2 3. なし
⑧ 24時間対応体制加算【医療保険】	1. 届出なし 2. 届出あり ⇒ 2019年9月の認定件数（ ）件 ⇒ 1特別管理加算の届出あり 2特別管理加算の届出なし
⑨ 病院・診療所連携数	2019年4月～2019年9月で、訪問看護指示書の授受のあった医療機関数 ⇒（ ）件

問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- ※ 介護サービス施設・事業所調査(令和元年10月1日調査)と同様のため、回答のコピーを明けても可能
- ※ 雇用形態に関わらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」とする
- ※ 「介護予防訪問看護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、「業務」ではない
- ※ 「介護予防訪問看護」と「訪問看護」は含まれない。また、「常勤専従」分の「採算数」は計上不要(実人数を記入)
- ※ 「採算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上

	常勤専従(人)		非常勤(人)		常勤専従(専従を除く)(人)		非常勤(専従を除く)(人)	
	従事者(人)	採算数(人)	従事者(人)	採算数(人)	従事者(人)	採算数(人)	従事者(人)	採算数(人)
① 保健師								
② 助産師								
③ 看護師								
④ 准看護師								
⑤ ①～④のうちサテライト事業所従業員								

採算数 = 従事者の1週間の勤務証明回数(専従は除く)

当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)
 (1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間とする)
 小數点以下第2位を四捨五入して小數点以下第1位まで計上。得られた結果が0.1に満たない場合は10.11で計上

問3. 貴事業所における2018年10月～2019年9月までの全利用者数(実人数)及び死亡者数(実人数)についてお答えください。(数字を記入)

① 全利用者数(介護保険と医療保険の合計人数)	人
ア 介護保険を算定した利用者	人
イ 介護保険と医療保険の両方を算定した利用者	人
ウ 医療保険のみを算定した利用者	人
② 全利用者のうち、利用者宅※での死亡者数	人
③ 全利用者のうち、利用者宅以外(医療機関以外(老人保健施設・介護医療院・老人ホーム等(介護施設))での死亡者数	人
④ 全利用者のうち、医療機関での死亡者数	人

※ (利用者宅)は、施設以外で利用者の戸建て、団地・マンション等の居宅、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅等

これ以降、人生の最終段階における医療・ケアについてお答えください

※ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと、この取組の愛称を「人生会議」といいます。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめ、家族や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要と書かれています

※ 人生の最終段階における医療・ケア：本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます

※ 家族等：本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者をいいます

II. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援(ACP)の取組状況についてお答えください

※ 本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の方針等をお答えください

問4. 貴事業所では、貴事業所の方針として人生の最終段階における本人に対して、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、※3頁の解説参照)の内容を実施していますか。(〇は1つ)

- 1. 実践している 2. 実践に向けて検討中 3. 実践していない 4. 分からない(今後も検討しない)

問5. 貴事業所には、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針がありますか。(〇は1つ)

- 1. ある 2. 準備中 3. ない
- 問6. 貴事業所では、人生の最終段階における医療・ケアに関して次のようなことに取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに〇)

- 1. 実施した看取りの振り返り 5. 地域における普及啓発活動
- 2. 研修や勉強会の実施 6. その他()
- 3. 家族等へ支援 7. 特に取り組んでいない
- 4. 家族会・連絡会等の場の提供

※ 本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の実践状況をお答えください

問7. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援のやり方について、貴事業所に従事している訪問看護師間で統一を図っていますか。(〇は1つ)

- 1. 統一を図っている 3. 統一は図っていない
- 2. 一部、統一を図っている 4. 分からない

問8. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(〇は1つ)

- 1. 全ての利用者に行っている 3. していない
- 2. 一部の利用者に行っている 4. 人生の最終段階の利用者が少ないので、機会がない⇒問14へ

問9. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っていますか。(〇は1つ)

- 1. 全ての利用者に行っている 3. 行っていない ⇒問11へ
- 2. 一部の利用者に行っている 4. 人生の最終段階の利用者が少ないので、機会がない⇒問14へ

問10. 前回の話し合いは、繰り返し行われていますか。(〇は1つ)

- 1. 全ての利用者に行っている 3. 行っていない
- 2. 一部の利用者に行っている 4. 分からない

訪問看護 票

問11. 貴事業所の訪問看護師は、人生の最終段階の本人が、希望する最期を迎えられるよう、次のようなことをどの程度実践されていますか。また、取り組むにあたってどの程度難しいとお考えですか。(それぞれ○は1つ)

	【実践の度合い】			【難しさ】				
	実践している	実践していない	実践できていない	難しい	やや難しい	難しくはない		
① 本人の価値観、人生の目標の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
② 本人の医療・ケアに関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
③ 本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
④ 医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤ 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥ 本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦ 本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧ 話し合った内容を文書として都度とりまとめ	1	2	3	4	1	2	3	4
⑨ 医療・ケアチーム内での情報共有	1	2	3	4	1	2	3	4
⑩ 本人の意思の変遷にあわせて継続的な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4

問12. 前問の①～⑩について、本人主体の ACP (アドバンス・ケア・プランニング) を実践していくうえで、医療・ケアの従事者として特に難しい点はどのようなことですか。(自由記述)

問13. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いを①～⑨のどのタイミングで行っていますか。i がん、ii 非がんのそれぞれについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)。また、回答のうち、話し合いについて「開始することが多いタイミング」と、「最も重要だと認識するタイミング」を番号①～⑨から選び、i がん、ii 非がんのそれぞれに1つ記入してください。

	i がん		ii 非がん	
	1	2	3	4
① 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1	2	3	4
② 病状の進行、衰弱傾向を認める時期	1	2	3	4
③ 要介護認定の更新時	1	2	3	4
④ ケアプラン作成、または、変更時	1	2	3	4
⑤ 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	1	2	3	4
⑥ 病状に関係なく、在宅医療 (訪問診療サービス) が始まったとき	1	2	3	4
⑦ 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	1	2	3	4
⑧ 病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	1	2	3	4
⑨ その他 ()	1	2	3	4

①～⑨のうち、開始することが多いタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒
①～⑨のうち、最も重要だと認識するタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒

訪問看護 票

問14. 医療ニーズの高い利用者の場合、介護職 (ケアマネジャー、サービス提供責任者、訪問介護員等) に対し、その利用者の治療内容や治療方針を共有していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について共有している
2. 一部の利用者について共有している
3. 共有していない
4. 分からない

問15. 利用者が在宅から他の医療機関・施設等へ入院・入所する際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容を入院・入所先に提供していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について提供している
2. 一部の利用者について提供している
3. 提供していない
4. 分からない

問16. 他の医療機関・施設等から利用者を受け入れる際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と他の医療機関・施設等の医療・ケアスタッフ等で話し合わせた内容は、貴事業所に共有されていますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について共有されている
2. 一部の利用者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問17. 人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等と医療・ケアチームで話し合った内容を多職種で共有するために、あるいは他の医療機関や施設、介護サービス事業所等に引き継ぐために、工夫されている取組があればご記入ください。(自由記述)

問18. i. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、訪問看護師として必要な情報はどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の価値観、人生の目標
2. 本人の医療・ケアに関する意向
3. 本人の療養の場や最期の場に関する意向
4. 家族関係
5. 交友関係、社会・地域とのつながり
6. 介護保険サービスの内容の変更
7. 利用者の状態の変化 (変化のない場合も含む)
8. 最期の過ごし方についての本人の考え方の変化
9. 家族等の状況の変化
10. 最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
11. 本人、家族等の不安・心配事
12. その他 ()
13. 特になし

ii. 上記で必要な情報として○を付けた選択肢で、「訪問看護師では把握しづらい情報」について、以下の□内に1～12の選択肢番号を記入してください。(あてはまる番号すべて記入)
特になし場合は、「13」とお答えください。

訪問看護 票

問19. 地域内で共通の情報共有ツールを用いた緊急時の情報連携や地域内での情報の引き継ぎについて、どのように取り組んでいますか。(○は1つ)

1. すべて地域内で取り組んでおり、参加している
2. 地域内で取組が始まっているが、参加していない →問21へ
3. 地域でそのような取組は行われていないが、行われれば参加したい →問21へ
4. 地域でそのような取組は行われておらず、参加するつもりはない →問21へ
5. その他 ()
6. 分からない →問21へ

問20. 前問の情報共有ツールはどのようなものですか。(あてはまるものすべてに○)

1. SNS、アプリ、オンラインシステム
2. 電子メール
3. 電子カルテ
4. 利用者宅に置かれた連絡ノート類
5. その他 ()
6. 分からない

問21. 貴事業所では、特に、最期を迎える際の医療・ケアの方針について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. していない
4. 看取りとなる利用者がいないので、機会がない

問22. 貴事業所では、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ本人が記載する書面などを用いていますか。貴事業所が独自に作成した書面かどうかは問いません。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. 用いていない

問23. 今後、本人主体のACP(アドバンス・ケア・プランニング)が普及されるためには、どのような取組が必要だと思いますか。(自由記述)

Ⅲ. 貴事業所における、最近の看取り事例について、お伺いします。

問24. 貴事業所の高齢(65歳以上)の在宅療養者で、回答日に最も近い日に亡くなった1名についてお答えください。対象者のご家族等に確認していただく必要はなく、分かる範囲でご記入ください。

1. 死亡者の基本情報

① 在宅療養開始年月	西暦 年 月 日	② 死亡年月	西暦 年 月 日
③ 性別	1.男性 2.女性	④ 年齢(享年)	歳
⑤ 世帯構成(看取り時)	1.独居 2.夫婦のみ世帯 3.その他 ()		
⑥ 介護力(看取り時)	1.介護できる人はいなかった 2.時間帯によって介護できる人がいた 3.常時、介護できる人がいた		
⑦ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所	1.利用者宅 2.医療機関 3.その他 ()	4.分からない	

訪問看護 票

Ⅱ. 人生の最終段階における意思決定支援

① 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人の意思の確認可否

1. 確認できた

2. 確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた

3. 本人の意思の推定もできなかった

② 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人・家族等と医療・ケアチームが集まって行った話し合いの有無

1. 話し合いを行った

2. 話し合いを行わなかった⇒理由(記事後はIIへ)：

③ 人生の最終段階における意思決定支援を行った時期(③の1～9の番号を記入)

1. 人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向

2. 人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報

3. 本人の気持ちや意向

4. 本人の価値観や目標

5. その他 ()

④ 話し合いに参加した職種等(複数回答)

1.本人 2.家族・親戚(具体的に：)

3.医師 4.福祉医師 5.薬剤師 6.看護職員 7.介護支援専門員 8.訪問介護員 9.理学療法士

10.作業療法士 11.言語聴覚士 12.医療ソーシャルワーカー 13.友人・知人

14.本人の意思を推定する者(具体的に：) 15.その他 ()

⑦ 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まった話し合いの回数

1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回 6. 6回 7. 7回 8. 8回 9. 9回 10. 10回

Ⅲ. 人生の最終段階の療養支援～看取り後

① 死因

1.がん 2.心疾患 3.肺炎 4.脳血管疾患 5.老衰

6.その他 () 7.分からない

② 死亡場所

1.利用自宅 2.医療機関 3.その他 () 4.分からない

③ 人生の最終段階と認定された時点における看取りに関する家族等との合意

1.主だった家族等のほぼ全員と合意していた

2.家族等の大半者と合意していた

3.特段の合意はなかった

4.該当するようない家族等はなかった

5.分からない

④ 意思決定支援に対する従事者の主観的評価

1.よい看取りだった 2.悔いの残る看取りだった 3.判断できない

⑤ ④の理由(自由記述)

⑥ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主体的評価

1.できた 2.どちらかといえはできた 5.分からない

3.どちらかといえはできなかった 4.できなかった

1.医療・ケアチームで振り返る機会があった(予定がある)

2.施設・事業所内で振り返る機会があった(予定がある)

3.振り返る機会はなかった(今後の予定もない)

4.分からない

⑧ 意思決定支援で残った点(自由記述)

アンケート調査は以上です。ご協力いただき、ありがとうございます。

居宅介護支援事業所 票

『人生の最終段階における意思決定支援に関する調査』ご協力をお願い

令和5年度 居宅介護支援事業所「在宅における意思決定の推進に関する調査研究事業」
 検討委員会委員長／大阪大学大学院経済学研究科 保健学専攻 総合ヘルスケア・システム科学研究 教授 神山 耕
 株式会社日本能率学会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部長 川村幹吾

調査目的

「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」では、心身の状態変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを日頃から繰り返し話し合うことの重要性を強調しています。しかし本人等が満足するよう取り組むことは容易ではありません。

本事業では、こうした状況を踏まえ、在宅で人生の最終段階を迎える利用者への医療・ケアの実態、利用者の希望やケア決定のプロセスに係る現状と課題を把握することを目的として、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に対し調査を実施する運びとなりました。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※今回の指定居宅介護支援事業所について、介護サービス情報公表システムの情報を基に、地域性を踏まえ無作為抽出し、調査票を配布しています。

ご回答にあたって

- ・ 回答は、貴事業所の代表となる管理者の方（事業所運営及び提供サービス全体が分かる方）にお願いいたします。
- ・ 回答にあたっては、該当するものの番号を○で囲むもの、() 内に具体的に数値・用語等を記入するものがありますので、質問文に従ってご回答ください。数値を記入する設問で、該当するは「0（ゼロ）」を、分らない場合は「-」をご記入ください。
- ・ 特に断りのない場合は、令和元年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ・ ご協力頂ける場合、回答後に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返函ください。

回答締切日：12月24日（火）まで（切手不要・消印有効）

調査結果について

・ 調査結果は、特定の施設・事業所が分からならないように統計処理し、調査結果報告書としてとりまとめます。令和2年4月に本調査の実施事業者のホームページにて公表いたしますので、今後の在宅における看取りを推進される際の参考にご活用いただければ幸いです。

倫理的配慮

- ・ 調査へのご協力は任意です。本調査へのご協力に同意いただける場合は、次回の「[]本調査への協力に同意する」にチェックを入れていただき、ご回答ください。ご回答いただいたまま、今後のご回答後に回答内容を撤回された場合はお問い合わせ先までご連絡ください。
- ・ 分析の都合上、ご回答いただいた調査票にはコードを付与しております。
- ・ ご回答いただくことによる業務上の不利益等、ご迷惑をおかけすることは一切ございません。
- ・ 本調査研究委員の委員などの求めに応じ、機密保持契約を締結したうえで匿名化されたデータを提供する場合もございます。
- ・ 調査によって収集したデータは委託先企業及び関係機関内で厳重に管理し、情報漏洩等が発生しないよう適切な安全管理処置を行います。
- ・ 本調査は、大阪大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

本調査に関する問合せ先（本調査の実施事業者）

(株) 日本能率学会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部 本件担当：川村、布流、政岡、長田
 〒515-8501 東近畿港区公団3-1-22 日本能率学会ビル5階 <http://www.jmar.co.jp>
 電話：フリーダイヤル（平日10～17時）0120-304-603 Fax：03-3432-1837
 e-mail：tukushi_lryoud01@jmar.co.jp

居宅介護支援事業所 票

本調査への協力に同意いただける場合は、以下の [] に、チェックをお願いたします

本調査への協力に同意する

※本調査への協力とは、本アンケートにご回答いただくことです。

I. 貴事業所の基本情報、在宅医療の提供体制・症例状況について、お願いたします。

問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

1. 施設主体	1. 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人（社協以外） 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社） 8. 特定非営利活動法人（NPO） 9. その他の法人 10. その他（)
2. 開設年	西暦 () 年
3. 特定事業所加算	1. 特定事業所加算 (I) 2. 特定事業所加算 (II) 3. 特定事業所加算 (III) 4. 特定事業所加算 (IV) 5. 未定していない
4. ターミナルケア マネジメント加算	1. 届出済み→1年間の算定数 () 人 2. 届出していない
5. 加算算定の上で 他機関・他事業所 と連携して暮らす 必要がある体制 (事業所外)	1. 24時間・緊急時対応可能な訪問看護との連携体制 2. 深夜時間外・緊急時対応可能な訪問介護との連携体制 3. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携体制 4. 小規模多機能型居宅介護との連携体制 5. 往診や随時対応できる医療機関との連携体制 6. 急変時に救急・入院に対応できる医療機関との連携体制 7. その他 ()
6. 事業所において 看取りの体制を 調査したケースの 実利用者数※	2019年4月～2019年9月（半年間） () 人 →上記のうち、主たる疾患が認知症の利用者 () 人 ※医師が終末期と判断し、本人もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師等と連携し必要な支援を行ったケースで、最終的に死亡届は提出しない
7. 事業所に併設 ないし隣接する 同一法人（同系列 を含む）が有する 施設・事業所・ サービス等 ※介護予防含む (複数回答)	1. 地域包括支援センター 2. 在宅介護支援センター 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護医療院 6. 療養病棟を有する病院・診療所 7. 病院・診療所 (6以外) 8. 認知症高齢者グループホーム (※) 9. 有料老人ホーム・ケアハウス等 (特定施設 (※) 含む) 10. 訪問介護 11. 訪問入浴介護 (※) 12. 訪問看護 (※) 13. 訪問レクリエーション (※) 14. 通所介護 15. 通所レクリエーション (※) 16. 短期入所生活介護 (※) 17. 短期入所療養介護 (※) 18. 居宅用見守り (※) 19. 高齢者用車庫 (※) 20. 夜間対応型訪問介護 21. 定時巡回・随時対応型訪問介護 22. 小規模多機能型居宅介護 (※) 23. 看護小規模多機能型介護 24. 認知症対応型通所介護 (※) 25. 住宅改修を行っている事業所 26. 薬局 27. サービス付き高齢者向け住宅 28. その他 () 29. 特になし

問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- ※ 介護サービス施設・事業所調査 (令和元年10月1日現在) と同様のため、回答のコピーを同時でも可能
- ※ 雇用形態に関わらず、事業所が定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」とする
- ※ 「介護予防訪問看護師」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、「業務」ではない
- ※ 「常勤専従(4時間)」は含まれない。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要(換人数を記入)
- ※ 「換算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上

	常勤専従(人)	非常勤専従(人)	換算数(人)	非常勤(人)	換算数(人)
① 介護支援専門員					
② ①のうち、主任介護支援専門員					
③ その他の職員(管理を含む)					

換算数= 従事者の1週間の勤務延長時間数(残業は除く)

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間とする)

小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」で計上

問3. 貴事業所における2019年10月(1か月間)の給付管理を行った要利用者数についてお答えください。(具体的に記入)

介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターから委託				
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
人	人	人	人	人	人
					要介護5

問4. 貴事業所における2019年4月～2019年9月(半年間)の①サービス利用者総数、②サービス利用を死亡終了した人数(①の内数)と、②のサービス利用者別の人数についてお答えください。(具体的に記入)

① サービス利用者総数	人
② ①のうち、サービス利用を死亡終了した人数	人
③ ②のうち、死亡前1か月間に、訪問診療あるいは往診を利用した人数	人
④ ②のうち、死亡前1か月間に、訪問看護※を利用した人数	人

※医療保険、介護保険は問わない

これ以降、人生の最終段階における医療・ケアについてお伺いします

※ACP(アドバンス・ケア・プランニング): 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことで、この取組の愛称を「人生会議」といいます。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめおき、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要とされています。

※人生の最終段階における医療・ケア: 本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

※家族等: 本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者をいいます。

II. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援(ACP)の取組状況についてお伺いします。

※本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の方針等をお伺いします

問5. 貴事業所では、貴事業所の方針として人生の最終段階における本人に対して、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、※3頁の解説参照)の内容を実施していますか。(〇は1つ)

1. 実施している
 2. 実施に向けて検討中
 3. 実践していない
 4. 分からない
- (今後とも検討しない)

問6. 貴事業所には、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針がありますか。(〇は1つ)

1. ある
2. 準備中
3. ない

問7. 貴事業所では、人生の最終段階における医療・ケアに関して次のようなことに取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに〇)

1. 実施した着取りの振り返り
2. 研修や勉強会の実施
3. 家族等へ支援
4. 家族会・連絡会等の場の提供
5. 地域における普及啓発活動
6. その他()
7. 特に取り組んでいない

※本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の実施状況をお伺いします

問8. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援のやり方について、貴事業所に従事している介護支援専門員間で統一を図っていますか。(〇は1つ)

1. 統一を図っている
2. 一部、統一を図っている
3. 統一は図っていない
4. 分からない

問9. 貴事業所のケアマネジャーは、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うための、本人、家族等と医療・ケア従事者のチームにメンバーとして参加していますか。(〇は1つ)

1. 全ての利用者について参加している
2. 一部の利用者について参加している
3. 参加していない
4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問10. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(〇は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. していない
4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問11. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っていますか。(〇は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. 行っていない
4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問12. 前問の話し合いは、繰り返し行われていますか。(〇は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. 行っていない
4. 分からない

問13. 貴事業所の介護支援専門員は、人生の最終段階の本人が、希望する最期を迎えられるよう、次のようなことをどの程度実践されていますか。また、取り組むにあたってどの程度難しいとお考えですか。（それぞれ〇は1つ）

	【実践の度合い】			【難しさ】				
	実践している	実践したいと思っている	実践していかない	難しい	やや難しい	あまり難しくない		
① 本人の価値観、人生の目標の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
② 本人の医療・ケアに関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
③ 本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
④ 医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤ 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥ 本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦ 本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧ 話し合った内容を文書として都度とりまとめる	1	2	3	4	1	2	3	4
⑨ 医療・ケアチーム内での情報共有	1	2	3	4	1	2	3	4
⑩ 本人の意思の変遷にあわせて継続的な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4

問14. 前問の①～⑩について、本人主体の ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実践していくうえで、医療・ケアの従事者として特に難しい点はどのようなことですか。（自由記述）

問15. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いを①～⑨のどのタイミングで行っていますか。i がん、ii 非がん（脳卒中、心不全、腎不全、認知症、老衰など、がん以外）のそれぞれについてお答えください。（あてはまるものすべてに〇）。また、回答のうち、話し合いについて「開始することが多いタイミング」と、「最も重要だと認識するタイミング」を番号①～⑨から選び、i がん、ii 非がんのそれぞれに1つ記入してください。

	i がん		ii 非がん	
	1	2	3	4
① 医師に一般的に認められている医学的見解に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1	2	3	4
② 病状の進行、衰弱傾向を認める時期	2	3	4	5
③ 要介護認定の更新時	3	4	5	6
④ ケアプラン作成、または、変更時	4	5	6	7
⑤ 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	5	6	7	8
⑥ 病状に関係なく、在宅医療（訪問診療サービス）が始まったとき	6	7	8	9
⑦ 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	7	8	9	
⑧ 病状に関係なく、1か月に1回など定期的に行っている	8	9		
⑨ その他（ ）	9			

①～⑨のうち、開始することが多いタイミング（①～⑨のうち1つ記入）⇒
①～⑨のうち、最も重要だと認識するタイミング（①～⑨のうち1つ記入）⇒

問16. 医療ニーズの高い利用者の場合、医療職（医師、訪問看護師等）から貴事業所のケアマネジャーに対し、その利用者の治療内容や治療方針について共有されていますか。（〇は1つ）

1. 全ての利用者について共有されている
2. 一部の利用者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問17. 利用者が在宅から他の医療機関・施設等へ入院・入所する際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容を入院・入所に提供していますか。（〇は1つ）

1. 全ての利用者について提供している
2. 一部の利用者について提供している
3. 提供していない
4. 分からない

問18. 他の医療機関・施設等から利用者を受け入れる際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と他の医療機関・施設等の医療・ケアスタッフ等で話し合われた内容は、貴事業所に共有されていますか。（〇は1つ）

1. 全ての利用者について共有されている
2. 一部の利用者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問19. 人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等と医療・ケアチームで話し合った内容を多職種で共有するために、あるいは他の医療機関や施設、介護サービス事業所等に引き継ぐために、工夫されている取組があればご記入ください。（自由記述）

問20. i. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう支援するために、介護支援専門員として把握可能な情報はどれですか。（あてはまるものすべてに〇）

1. 本人の価値観、人生の目標
2. 本人の医療・ケアに関する意向
3. 本人の療養の場や最期の場に関する意向
4. 家族関係
5. 交友関係、社会・地域とのつながり
6. 介護保険サービスの内容の変更
7. 利用者の状態の変化（発化のない場合も含む）
8. 最期の過ごし方についての本人の考え方の変化
9. 家族等の状況の変化
10. 最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
11. 本人・家族等の不安・心配事
12. その他（ ）
13. 特になし

ii. 上記で把握可能な情報として〇を付けた選択肢で、「医療職（医師、訪問看護師等）へ提供している情報」について、以下の二内に1～12の選択番号を記入してください。（あてはまる番号すべて記入）
特になし場合は、「13」とお答えください。

居宅介護支援事業所 票

問21. 地域内で共通の情報共有ツールを用いた緊急時の情報連携や地域内での情報の引き継ぎについて、どのような取り組んでいますか。(○は1つ)

1. すでに地域内で取り組んでおり、参加している
2. 地域内で取組が始まっているが、参加していない →問23へ
3. 地域でそのような取組は行われていないが、行われれば参加したい →問23へ
4. 地域でそのような取組は行われておらず、参加するつもりはない →問23へ
5. その他 ()
6. 分からない →問23へ

問22. 前問の情報共有ツールはどのようなものですか。(あてはまるものすべてに○)

1. SNS、アプリ、オンラインシステム
2. 電子メール
3. 電子カルテ
4. 利用者宅に置かれた連絡ノート類
5. その他 ()
6. 分からない

問23. 貴事業所では、特に、最期を迎える際の医療・ケアの方針について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に対して
2. 一部の利用者に対して
3. していない
4. 看取りとなる利用者がいないので、機会がない

問24. 貴事業所では、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ本人が記載する書面などを用いていますか。貴事業所が独自に作成した書面かどうかは問いません。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. 用いていない

問25. 今後、本人主体のACP(アドバンス・ケア・プランニング)が普及されるためには、どのような取組が必要だと思いますか。(自由記述)

Ⅲ. 貴事業所における、最近の看取り事例について、お伺いします。

問26. 過去2年以内の貴事業所の高齢(65歳以上)の在宅療養者で、回答日に最も近い日に亡くなった1名についてお答えください。対象者のご家族等に確認していただく必要はなく、分かる範囲でご記入ください。過去2年以内に、在宅療養者の看取り事例がない場合は、以上で回答は終了です。

1. 死亡者の基本情報

① 在宅医療開始年月	西暦 年 月	② 死亡年月	西暦 年 月
③ 性別	1.男性 2.女性	④ 年齢(享年)	歳
⑤ 世帯構成(看取り期)	1.独居 2.夫婦のみ世帯 3.その他 ()		
⑥ 介護力(看取り期)	1.介護できる人はいなかった 2.時間帯によって介護できる人がいた 3.常時、介護できる人がいた		
⑦ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所	1.利用者宅 2.医療機関 3.その他 ()	4.分からない	

居宅介護支援事業所 票

Ⅱ. 人生の最終段階における意思決定支援

①. 人生の最終段階における意思決定支援
①.1.本人の意思の確認可否

1. 確認できた
2. 確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた
3. 本人の意思の推定もできなかった
4. 本人の意思の推定もできなかった

②. 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって行った話し合いの有無

1. 話し合いを行った
2. 話し合いを行わなかった(理由(記事後はⅡへ))

3. 人生の最終段階における意思決定支援を受けた時期
4. ケアプラン作成、または、変更時
5. 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケアについて相談があったとき
6. 病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき
7. 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行った(複数回答)
8. 病状に関係なく、1か月に1回など定期的にいった
9. その他 ()

④. 最初に意思決定支援を行った時期(③の1~9の番号を記入)

1. 人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向
2. 人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報
3. 本人の気持ちや意向
4. 本人の価値観や目標
5. その他 ()

6. 話し合いに参加した職種等(複数回答)
7. 話し合いに参
8. 医師 4. 福祉士 5. 看護師 6. 看護職員 7. 介護支援専門員 8. 訪問介護員 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 言語聴覚士 12. 医療ソーシャルワーカー 13. 友人・知人
14. 本人の意思を推定する者(具体的に): 15. その他 ()
15. その他 ()

⑦. 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まった話し合いの回数

1. 1回
2. 2回
3. 3回
4. 4回
5. 5回
6. 6回
7. 7回
8. 8回
9. 9回
10. 10回
11. 11回
12. 12回
13. 13回
14. 14回
15. 15回
16. 16回
17. 17回
18. 18回
19. 19回
20. 20回
21. 21回
22. 22回
23. 23回
24. 24回
25. 25回
26. 26回
27. 27回
28. 28回
29. 29回
30. 30回
31. 31回
32. 32回
33. 33回
34. 34回
35. 35回
36. 36回
37. 37回
38. 38回
39. 39回
40. 40回
41. 41回
42. 42回
43. 43回
44. 44回
45. 45回
46. 46回
47. 47回
48. 48回
49. 49回
50. 50回
51. 51回
52. 52回
53. 53回
54. 54回
55. 55回
56. 56回
57. 57回
58. 58回
59. 59回
60. 60回
61. 61回
62. 62回
63. 63回
64. 64回
65. 65回
66. 66回
67. 67回
68. 68回
69. 69回
70. 70回
71. 71回
72. 72回
73. 73回
74. 74回
75. 75回
76. 76回
77. 77回
78. 78回
79. 79回
80. 80回
81. 81回
82. 82回
83. 83回
84. 84回
85. 85回
86. 86回
87. 87回
88. 88回
89. 89回
90. 90回
91. 91回
92. 92回
93. 93回
94. 94回
95. 95回
96. 96回
97. 97回
98. 98回
99. 99回
100. 100回

⑧. 意思決定支援に対する当事者の主観的評価

1. よい
2. 悪い
3. どちらでもない
4. 分からない

⑨. 医療・介護の多職種間の共有や協働の主体的評価

1. できた
2. できなかった
3. どちらかといえはできた
4. できなかった
5. 分からない

⑩. 看取りの振り返りの機会

1. 医療・ケアチームで振り返る機会があった(予定がある)
2. 施設・事業所内で振り返る機会があった(予定がある)
3. 振り返る機会がなかった(今後の予定もない)
4. 分からない

⑪. 意思決定支援で驚しかった点(自由記述)

アンケート調査は以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

4. 訪問介護事業所 票

訪問介護事業所 票

本調査への協力に同意いただける場合は、以下の□に、チェックをお願いたします

本調査への協力に同意する

※本調査への協力とは、本アンケートにご回答いただくことです。

I. 貴事業所の基本情報、在宅医療の提供体制、提供状況について、お伺いします。

問1. 貴事業所の基本情報について、お答えください。

① 開設主体	1. 特定非営利活動法人 (社団以外) 2. 社会福祉法人 (社団以外) 3. 社会福祉法人 (社団以外) 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 公益法人 (株式会社、合名・合資・合同・有限会社) 8. 特定非営利活動法人 (NPO) 9. その他の法人 10. その他 ()
② 開設年	西暦 () 年
③ 24 時間訪問介護の提供体制	1. 提供体制あり 2. 提供体制なし
④ 休日の提供体制	1. 提供体制あり 2. 提供体制なし
⑤ 夜間の提供体制	1. 提供体制あり 2. 提供体制なし
⑥ 特定事業所加算	1. 特定事業所加算 (I) 2. 特定事業所加算 (II) 3. 特定事業所加算 (III) 4. 特定事業所加算 (IV) 5. 算定していない
⑦ 登録認定	介護職員等であって、聴覚吸引等の業務の登録認定を受けた従事者 ⇒ () 人
⑧ 事業所において有取りの体制を調整したケースの事例月数※	2019 年 4 月～2019 年 9 月 (半年間) () 人 ⇒上記のうち、主たる疾患が慢性疾患の利用者 () 人 ※医師が診断し判断し、本票もしくは家族から同意を得て、ケアマネジャーが医師と連携し必要心臓検査を行ったケースで、最終的な診断は問10とは問わない
⑨ 貴事業所に併設しない隣接する同一法人 (同系列) を含む施設・事業所・サービス等 (複数回答)	1. 地域包括支援センター 2. 在宅介護支援センター 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護医療院 6. 療養病床を有する病院・診療所 7. 病院・診療所 (6 以外) 8. 認知症高齢者グループホーム (※) 9. 有料老人ホーム・ケアハウス等 (特定施設 (※) 含む) 12. 訪問看護 (※) 10. 居宅介護支援 (※) 11. 訪問入浴介護 (※) 14. 通所介護 13. 訪問リハビリテーション (※) 15. 通所リハビリテーション (※) 16. 短期入所生活介護 (※) 17. 短期入所療養介護 (※) 18. 福祉用具貸与 (※) 19. 福祉用具販売 (※) 20. 夜間対応型訪問介護 21. 定期巡回・随時対応型訪問介護 22. 小規模多機能型居宅介護 (※) 23. 看護小規模多機能型居宅介護 24. 認知症対応型通所介護 (※) 25. 住宅改修を行っている事業所 26. 薬局 27. サービス付き高齢者向け住宅 28. その他 () 29. 特になし

訪問介護事業所 票

『人生の最終段階における意思決定支援に関する調査』 ご協力のお願

命和生研究 老人保健機構連携事業「在宅における意思決定の推進に関する臨床研究事業」
検討委員会委員 長ノ大蔵大学大学院 医学部 保健学専攻 総合ヘルスケア学科学科 学長 教授 神出 利和
株式会社日本能率協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部長 川村 静香

調査目的

「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」では、心身の状態変化に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むかを日頃から話し合うことの重要性等を強調しています。しかし本人等が満足するよう取り組むことは容易ではありません。

本事業では、こうした状況を踏まえ、在宅で人生の最終段階を迎える利用者への医療・ケアの実態、利用者の希望やケア決定のプロセスに係る現状と課題を把握することを目的として、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所に対し調査を実施する運びとなりました。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ぜひともご協力を賜りますようお願い申し上げます。

※全国の特設訪問介護事業所について、介護サービス情報公表システムの情報を基に、地域性を踏まえて無作為抽出し、調査票を配布しています。

ご回答にあたって

・回答は、貴事業所の代表となる管理者の方（事業所運営及び提供サービス全体が分かる方）にお願いたします。

・回答にあたっては、該当するものの番号を○で囲むもの、() 内に具体的に数値・用語等を記入するものがありますので、質問文に従ってご回答ください。数値を記入する段間で、該当しは「0 (ゼロ)」を、分らない場合は「-」をご記入ください。

・特に断りのない場合は、令和元年 10 月 1 日時点の状況についてご記入ください。

・ご協力頂ける場合、回答後に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返函ください。

回答締切日：12月24日（火）まで（切手不要・消印有効）

調査結果について

・調査結果は、特定の施設・事業所がわからないように統計処理し、調査結果報告書としてとりまとめます。令和2年4月頃に本調査の実施事業者のホームページにて公表いたしますので、今後の在宅における看取りを推進される際の参考にご活用いただけますと幸いです。

倫理的配慮

・調査へのご協力は任意です。本調査へのご協力に同意いただける場合は、次頁の「□本調査への協力に同意する」にチェックを入れていただき、ご回答ください。ご回答が完了するまでご連絡いたします。ご回答後に同意内容を確認された場合はお問い合わせ先までご連絡ください。

・分析の都合上、ご回答いただいた調査票にはコードを付与しております。

・ご回答いただくことによる業務上の不利益等、ご迷惑をおかけすることはありません。

・本調査研究事業の委員などの求めにたいし、機密保持契約を締結したうえで匿名化されたデータを提供する場合もございます。

・調査によって収集したデータは委託先企業及び関係機関内で厳重に管理し、情報漏洩等が発生しないよう適切な安全管理措置を行います。

・本調査は、大阪大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施しています。

本調査に関する問合せ先（本調査の実施事業者）

(株) 日本能率協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部 本件担当：川村、布島、政岡、眞田
東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル5階 http://www.jmar.co.jp
電話：フリーダイヤル（平日10～17時）0120-304-603 Fax：03-3432-1837
e-mail: fukushi_iryoud1@jmar.co.jp

訪問介護事業所 票

問2. 2019年10月1日現在の従事者数をお答えください。(数字を記入)

- ※ 介護サービス提供・事業所調査 (令和元年10月1日現在) と同様のため、回答のコピーを同時でも可能
- ※ 雇用形態に関わらず、事業所定める1週間の勤務時間(所定労働時間)の全てを勤務する場合は「常勤」、勤務しない場合は「非常勤」とする
- ※ 「介護予防訪問介護」と「訪問看護」を一体的に行っている場合は、「業務」ではない
- ※ 「派遣業務」には、「常勤専従」分は含まない。また、「常勤専従」分の「換算数」は計上不要(実人数を記入)
- ※ 「換算数」には、「常勤専従」または「非常勤」の人数分をそれぞれ計上
- ※ 「管理者」と「訪問介護員」を「業務」、換算数を採分できない場合は、「その他の職員(管理者含む)」=0.5、「訪問介護員」=0.5、「該当する資格」=0.5とする

	常勤専従(人)		非常勤(人)	
	常勤専従(人)	非常勤(人)	非常勤(人)	換算数(人)
① 訪問介護員				
② ①のうち、介護福祉士				
③ その他の職員(管理者含む)				
④ サービス提供責任者				

換算数——当該事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)

(1週間の時間数が32時間を下回る場合は分母を32時間とする)
 小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」で計上

問3. 貴事業所における2019年10月(1か月間)の実利用者数及び延べ訪問回数、類型別訪問回数についてお答えください。(具体的に記入)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
実利用者数	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回

問4. 貴事業所における2019年4月～2019年9月(半年間)の①サービス利用者総数、②サービス利用を死亡終了した人数(①の内数)についてお答えください。(具体的に記入)

① サービス利用者総数	人
② ①のうち、サービス利用を死亡終了した人数	人

これ以降、人生の最終段階における医療・ケアについてお伺いします

※ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等と医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのことで、この取組の愛称を「人生会議」といいます。本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書としてまとめ、家族等や医療・ケアチームとの間で共有しておくことが重要とされています。

※ 人生の最終段階における医療・ケア：本調査では、看取りのみならず、看取りの前段階の時期を含めた医療・ケアをいいます。

※ 家族等：本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であり、本人が意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を推定しうる者となる信頼できる者をいいます。

訪問介護事業所 票

II. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援(ACP)の取組状況についてお伺いします。

※ 本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の方針等をお伺いします

問5. 貴事業所では、貴事業所の方針として人生の最終段階における本人に対して、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、※3頁の解説参照)の内容を実施していますか。(○は1つ)

1. 実践している 2. 実践に向けて検討中 3. 実践していない 4. 分からない
 (今後とも検討しない)

問6. 貴事業所には、人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針がありますか。(○は1つ)

1. ある 2. 準備中 3. ない

問7. 貴事業所では、人生の最終段階における医療・ケアに関して次のようなことに取り組んでいますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 実施した看取りの振り返り 5. 抱病における普及啓発活動
 2. 研修や勉強会の実施 6. その他()
 3. 家族等へ支援 7. 料に取り組んでいない
 4. 家族会、通級会等の場の提供

※ 本人の意思決定支援(ACP)について、貴事業所の実践状況をお伺いします

問8. 人生の最終段階における、本人の意思決定支援のやり方について、貴事業所に従事している訪問介護員間で統一を図っていますか。(○は1つ)

1. 統一を図っている 3. 統一は図っていない
 2. 一部、統一を図っている 4. 分からない

問9. 貴事業所のサービス提供責任者あるいは訪問介護員は、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うための、本人、家族等と医療・ケア従事者のチームにメンバーとして参加していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について参加している 3. 参加していない
 2. 一部の利用者について参加している 4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問10. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている 3. していない
 2. 一部の利用者に行っている 4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問11. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合いを行っていますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている 3. 行っていない ⇒問13へ
 2. 一部の利用者に行っている 4. 人生の最終段階の利用者がいないので、機会がない⇒問16へ

問12. 前回の話し合いは、繰り返し行われていますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている 3. 行っていない
 2. 一部の利用者に行っている 4. 分からない

訪問介護事業所 票

問13. 貴事業所の訪問介護員は、人生の最終段階の本人が、希望する最期を迎えられるよう、次のようなことをどの程度実践されていますか。また、取り組むに当たってどの程度難しいとお考えですか。
(それぞれ0は1つ)

	【実践の度合い】			【難しさ】				
	実践している	実践していない	実践できていない	難しい	やや難しい	難しくはない		
① 本人の価値観、人生の目標の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
② 本人の医療・ケアに関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
③ 本人の療養の場や最期の場に関する意向の把握	1	2	3	4	1	2	3	4
④ 医師等の医療従事者による、適切な情報の提供と説明	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤ 本人が医療・ケアの選択について意思決定できなくなる場合に備えた、本人の意思を推定できる人の確認	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥ 本人、家族等の信頼できる者、医療・ケアチームとの十分な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦ 本人による意思決定を基本とする、医療・ケアチームとしての方針の決定	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧ 話し合った内容を文書として都度とりまとめる	1	2	3	4	1	2	3	4
⑨ 医療・ケアチーム内での情報共有	1	2	3	4	1	2	3	4
⑩ 本人の意思の変遷にあわせて継続的な話し合い	1	2	3	4	1	2	3	4

問14. 前問の①～⑩について、本人主体のACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実践していくうえで、医療・ケアの従事者として特に難しい点はどのようなことですか。(自由記述)

問15. 貴事業所では、基本的に、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームとの話し合いを①～⑨のどのタイミングで行っていますか。i がん、ii 非がん（副がん、副卒中、心不全、腎不全、認知症、老衰など、がん以外）のそれぞれについてお答えください。(あてはまるものすべてに○)。また、回答のうち、話し合いについて「開始することが多いタイミング」と、「最も重要だと認識するタイミング」を番号①～⑨から選び、i がん、ii 非がんのそれぞれに1つ記入してください。

	i がん		ii 非がん	
	1	2	3	4
① 医師に一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された時期	1	2	3	4
② 病状の進行、衰弱傾向を認める時期	1	2	3	4
③ 緩和ケアチームの更新時	1	2	3	4
④ ケアプラン作成、または、変更時	1	2	3	4
⑤ 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケア等について相談があったとき	1	2	3	4
⑥ 病状に關係なく、在宅医療（訪問診療サービス）が始まったとき	1	2	3	4
⑦ 病状に關係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行っている	1	2	3	4
⑧ 病状に關係なく、1か月に1回など定期的に行っている	1	2	3	4
⑨ その他（ ）	1	2	3	4

①～⑨のうち、開始することが多いタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒
①～⑨のうち、最も重要だと認識するタイミング (①～⑨のうち1つ記入) ⇒

訪問介護事業所 票

問16. 医療ニーズの高い利用者の場合、医療職（医師、訪問看護師等）から貴事業所のサービス提供責任者あるいは訪問介護員に対し、その利用者の治療内容や治療方針について共有されていますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について共有されている
2. 一部の利用者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問17. 利用者が在宅から他の医療機関・施設等へ入院・入所する際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって話し合った内容を入院・入所先に提供していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について提供している
2. 一部の利用者について提供している
3. 提供していない
4. 分からない

問18. 他の医療機関・施設等から利用者を受け入れる際、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と他の医療機関・施設等の医療・ケアスタッフ等で話し合われた内容は、貴事業所に共有されていますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者について共有されている
2. 一部の利用者について共有されている
3. 共有されていない
4. 分からない

問19. 人生の最終段階における医療・ケアについて本人、家族等と医療・ケアチームで話し合った内容を多職種で共有するために、あるいは他の医療機関や施設、介護サービス事業所等に引き継ぐために、工夫されている取組があればご記入ください。(自由記述)

問20. i. 人生の最終段階にある本人が希望する最期を迎えられるよう交流するために、訪問介護員として把握可能な情報はどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 本人の価値観、人生の目標
2. 本人の医療・ケアに関する意向
3. 本人の療養の場や最期の場に関する意向
4. 家族関係
5. 交友関係、社会・地域とのつながり
6. 介護保険サービスの内容の変更
7. 利用者の状態の変化（発化のない場合も含む）
8. 最期の過ごし方についての本人の考え方の変化
9. 家族等の状況の変化
10. 最期の過ごし方についての家族等の考え方の変化
11. 本人・家族等の不安・心配事
12. その他（ ）
13. 特になし

ii. 上記で把握可能な情報として○を付けた選択肢で、「医療職（医師、訪問看護師等）へ提供している情報」について、以下の二内に1～12の選択肢番号を記入してください。(あてはまる番号すべて記入) 特になし場合は、「13」とお答えください。

訪問介護事業所 票

問21. 地域内で共通の情報共有ツールを用いた緊急時の情報連携や地域内での情報の引き継ぎについて、どのように取り組んでいますか。(○は1つ)

1. すでに地域内で取り組んでおり、参加している
2. 地域内で取組が始まっているが、参加していない ⇒問23へ
3. 地域でそのような取組は行われていないが、行われれば参加したい ⇒問23へ
4. 地域でそのような取組は行われておらず、参加するつもりはない ⇒問23へ
5. その他()
6. 分からない ⇒問23へ

問22. 前問の情報共有ツールはどのようなものですか。(あてはまるものすべてに○)

1. SNS、アプリ、オンラインシステム
2. 電子メール
3. 電子カルテ
4. 利用者等に置かれた連絡ノート類
5. その他()
6. 分からない

問23. 貴事業所では、特に、最期を迎える際の医療・ケアの方針について、本人・家族等へ説明し、本人の意思を確認または、推定していますか。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. していない
4. 看取りとなる利用者がいないので、機会がない

問24. 貴事業所では、本人が意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・ケアを受けたいのか、あるいは受けたくないのかをあらかじめ本人が記載する書面などを用いていますか。貴事業所が独自に作成した書面かどうかは問いません。(○は1つ)

1. 全ての利用者に行っている
2. 一部の利用者に行っている
3. 用いていない

問25. 今後、本人主体のACP(アドバンス・ケア・プランニング)が普及されるためには、どのような取組が必要だと思いますか。(自由記述)

Ⅲ. 貴事業所における、最近の看取り事例について、お伺いします。

問26. 過去2年以内の貴事業所の高齢(65歳以上)の在宅療養者で、回答日に最も近い日に亡くなった1名についてお答えください。対象者のご家族等に確認していただく必要はなく、分かる範囲でご記入ください。過去2年以内に、在宅療養者の看取り事例がない場合は、以上で回答は終了です。

1. 死亡者の基本情報

① 在宅医療開始年月	西暦 年 月	② 死亡年月	西暦 年 月
③ 性別	1.男性 2.女性	④ 年齢(享年)	歳
⑤ 世帯構成(看取り時)	1.独居 2.夫婦のみ世帯 3.その他()		
⑥ 介護力(看取り時)	1.介護できる人はいなかった 2.時間帯によって介護できる人がいた 3.常時、介護できる人がいた		
⑦ 本人が最期を過ごしたいと希望した場所	1.利用者宅 2.医療機関 3.その他()	4.分からない	

訪問介護事業所 票

ii. 人生の最終段階における意思決定支援

1. 確認できた
2. 確認できないが、家族等が本人の意思を推定できた
3. 本人の意思の推定もできなかった
4. 人生の最終段階における医療・ケアに対する、本人、家族等と医療・ケアチームが集まって行った話し合いの有無

① 1.本人の意思の確認可否

1. 話し合いを行った
2. 話し合いを行わなかった⇒理由(記事後はiiへ):
3. 人生の最終段階における意思決定支援が、家族等が本人の意思を推定できた
4. ケアプラン作成、または、変更時
5. 本人、家族等から人生の最終段階の医療・ケアについて相談があったとき
6. 病状に関係なく、在宅医療(訪問診療サービス)が始まったとき
7. 病状に関係なく、不定期に日頃の医療・ケアの際に行った
8. 病状に関係なく、1か月に1回など定期的にいった
9. その他()

② 最初に意思決定支援を行った時期(③の1~9の番号を記入)

1. 人生の最終段階の症状や行われる治療内容や意向
2. 人生の最終段階に過ごしたい施設・サービスの情報
3. 本人の気がかりや意向
4. 本人の価値観や目標
5. その他()

③ 話し合いに参加した職種等(複数回答)

1. 本人 2. 家族・親戚(具体的に:)
3. 医師 4. 歯科医師 5. 薬剤師 6. 看護職員 7. 介護支援専門員 8. 訪問介護員 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. 言語聴覚士 12. 医療ソーシャルワーカー 13. 友人・知人
14. 本人の意思を推定する者(具体的に:) 15. その他()

④ 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人、家族等と医療・ケアチームが集まった話し合いの回数

回

iii. 人生の最終段階の療養支援～看取り後

- ① 死因
 1. がん 2. 心疾患 3. 肺炎 4. 脳血管疾患 5. 老衰
 6. その他() 7. 分からない
- ② 死亡場所
 1. 利用者宅 2. 医療機関 3. その他() 4. 分からない
- ③ 人生の最終段階と認定された時点における看取りに關する家族等との合意
 1. 主だった家族等のほぼ全員と合意していた
 2. 家族等の代表者と合意していた
 3. 種々の合意はなかった
 4. 該当するようない家族等はなかった
 5. 分からない
- ④ 意思決定支援に対する従事者の主体的評価
 1. よい看取りだった 2. 悔いの残る看取りだった 3. 判断できない
- ⑤ ④の理由(自由記述)
- ⑥ 医療・介護の多職種間の情報共有や協働の主体的評価
 1. できた 2. どちらかといえはできた
 3. どちらかといえはできなかった 4. できなかった 5. 分からない
- ⑦ 看取りの振り返りの機会
 1. 医療・ケアチームで振り返る機会があった(予定がある)
 2. 施設・事業所内で振り返る機会があった(予定がある)
 3. 振り返る機会はなかった(今後の予定もない)
 4. 分からない
- ⑧ 意思決定支援で難しかった点(自由記述)

アンケート調査以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

厚生労働省 令和元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

在宅における看取りの推進に関する調査研究事業
報告書

令和2（2020）年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所
〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22
TEL 03-3434-6282 FAX 03-3578-7547
<https://www.jmar.co.jp/>
