

**新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査 (10.24)****《アンケート調査ご協力についてのお願い》**

皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

新宿区では、高齢者が住み慣れた地域の中でその人らしく安心して心豊かに暮らし続けることができるよう、平成27～29年度を計画期間とする「高齢者保健福祉計画」及び「介護保険事業計画」を策定し、区のめざすべき基本的な目標や施策の方向性を明らかにしています。

この調査は、新宿区内の介護老人福祉施設、区でベッドを確保している区外の介護老人福祉施設、区内の認知症対応型共同生活介護事業所、区内の特定施設入居者生活介護事業所の皆様を対象に、認知症対策や施設における看取り、医療と介護の連携等についてお伺いするものです。

調査結果は計画見直しの基礎資料としてのみ使用します。また結果は、すべて統計的に処理し、公表するにあたっては貴施設のお考えが特定されることはありません。

お忙しいなか恐縮ですが、何とぞこの調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

なお、誠に勝手ながら、**12月9日(金)までに、同封の返信用封筒にてご投かん**くださいますようお願いいたします(切手を貼る必要はありません)。

2016年(平成28年)11月

**《アンケート調査ご記入にあたってのお願い》**

1. この調査票は、同一所在地にある1つの施設名を選び、送らせていただいております。
2. 施設単独では回答し難い質問に関しては、貴施設の運営主体の法人と調整のうえ、お答えください。

**◆ご記入にあたっては、以下の点にご注意ください。**

1. この調査は、平成28年11月1日現在の状況でお答えください。
2. 回答は、あてはまる番号に○をつけてください。
3. ○の数はそれぞれの質問の指示に従ってください。
4. 質問の回答が「その他」に該当する場合は( )内に具体的に記入してください。
5. 調査内容についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

問い合わせ先 〒160-8484 新宿区歌舞伎町一丁目4番1号

(調査全般について) 新宿区福祉部地域包括ケア推進課 担当：青山・沼尾

電話 03-5273-4193(直通) /FAX 03-6205-5083

(調査の内容について) 新宿区福祉部介護保険課 担当：奥山・小柳

電話 03-5273-4596(直通) /FAX 03-3209-6010





(全員におたずねします。)

問7 貴施設では、利用者の誤嚥や窒息について、不安や心配なことはありますか。  
(1つに○) 新

1. ある

2. ない →問8へ

問7-1 相談できる専門家がいますか。(1つに○) 新

1. いる

2. いない

### 【認知症の支援体制について】

(全員におたずねします。)

問8 貴施設では、入所(居)者の認知症ケアに関する方針を定めていますか。  
(1つに○)

1. 定めている

2. 定めていない

問9 貴施設では、認知症への対応に関する職員の研修をどのように行っていますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 外部の研修を受けている

4. その他

2. 専門家を招いて内部研修を行っている ( )

3. 職員間で勉強会を行っている

5. 特に行っていない

問10 貴施設において、認知症の方のBPSD(行動・心理症状)への対応で特に気をつけている症状は、次のうちどれですか。(あてはまるもの3つに○)

1. 徘徊

6. 幻覚

2. 暴言・暴力

7. 抑うつ状態

3. 介護の拒否

8. その他症状 ( )

4. 異食

9. 特に気をつけていることはない

5. 不眠・妄想

10. 該当する者はいない

問11 貴施設において、認知症の方への対応で課題となっていることは、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 症状の特性に応じた対応

6. 専門的な医療の提供

2. 症状の重度化への対応

7. 認知症への対応に関する職員のスキルアップ

3. 権利擁護に関する対応

8. 通帳の預かりや金銭管理への対応

4. 医療機関との情報共有

9. その他 ( )

5. 認知症の早期診断

10. 特にない

## 【人生の最終段階における医療およびケアの方針について】

この調査票における用語の定義は、次のとおりとします。

### 「最善の医療およびケア」

必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではなく、薬物に対する反応が一般成人とは異なることなどの高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にする医療およびケアのこと。

### 「人生の最終段階」

病状が不可逆的かつ進行性で、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態と医師が判断した場合。

### 「人生の最終段階における医療およびケア」

加齢の影響により変えられない身体機能や病態の現実を受け入れつつ、変えられることに着目し、残された貴重な時間にその人が何をしたいのかを引き出し、目標を設定し、多様な選択肢の中からその人らしい実現の方法を、医療・保健・福祉に携わる多職種が協働し、支援していくこと。

この調査票においては、人生の最終段階にふさわしい最善の医療、看護、介護等を行う一連の過程を「看取り」と定義し、「人生の最終段階における医療およびケア」と同義として扱う。

問12 貴施設における、厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、あてはまるものを選んでください。（1つに○）

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

問13 貴施設では、厚生労働省のガイドライン以外に、人生の最終段階における医療およびケアの手引きやマニュアル類でどのようなものを利用していますか。（1つに○）

1. 貴施設で作成したもの
2. 市販されているもの
3. その他（ ）
4. 利用しているものはない

問14 貴施設において、現在の入所（居）者の**人生の最終段階における医療**およびケアに関する方針は、次のうちどれですか。（1つに○）

1. 入所（居）者や家族の強い希望があれば、施設で**人生の最終段階における医療**およびケアを行う
2. 原則として、施設での**人生の最終段階における医療**およびケアは行わない
3. その他（ ）
4. 特に方針はない

（問15～問20は、問14で「1 入所（居）者や家族の強い希望があれば、施設で**人生の最終段階における医療**およびケアを行う」と回答した方のみおたずねします。）

※それ以外の方は、これで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。  
同封の返信用封筒（切手不要）に入れて、12月9日（金）までにご投かんください。

#### 【人生の最終段階における医療およびケアの実際について】

問15 貴施設では、入所（居）者が治療の選択について、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか（あるいは受けたくないか）、自分で判断できなくなった場合に備えて代わりに誰に判断してもらいたいかということ、あらかじめ記載する書面（事前指示書）を**作成**していますか。（1つに○）

1. 施設の方針として、作成している
2. 施設の方針は特に決めていないが、作成していることもある
3. 作成していない

#### 【人生の最終段階における医療およびケア体制及び実践について】

問16 貴施設では、夜間看護師のオンコール体制をとっていますか。（1つに○）

1. とっている
2. とっていない

問17 貴施設では、医師との24時間の連絡体制をとっていますか。（1つに○）

1. とっている
2. とっていない

問18 貴施設では、**人生の最終段階における医療**およびケアに関する職員の研修をどのように行っていますか。（あてはまるものすべてに○）

1. 外部の研修を受けている
2. 専門家を招いて内部研修を行っている
3. 職員間で勉強会を行っている
4. その他（ ）
5. 特に行っていない

問19 人生の最終段階における医療およびケアを行うにあたって、職員向けにどのような研修テーマが必要だと思いますか。(あてはまるものすべてに○)

1. 人生の最終段階における医療およびケアの方針について
2. 人生の最終段階における医療およびケアのマニュアルについて
3. 人生の最終段階における医療およびケアの体制やチームケアについて
4. 人生の最終段階における医療およびケアの知識や技術について
5. 人生の最終段階における医療およびケアにおける死生観を育てる教育について
6. 職員間の人生の最終段階における医療およびケアに関する話し合いについて
7. その他 ( )
8. わからない

問20 貴施設からみて、人生の最終段階における医療およびケアを行うにあたっての問題点は、次のうちどれですか。(あてはまるものすべてに○)

1. 看取りのあり方について入所(居)者の意思確認が困難・不十分である
2. 人生の最終段階に関する家族への説明が不十分である
3. 人生の最終段階を迎えたとき、看取りのあり方について家族と話し合う機会が不十分である
4. 看取りの適切な方法が職員に十分浸透されていない
5. 看取りをを行うための医療従事者(看護師など)が不足している
6. 看取りをを行うための嘱託医や主治医との連携が不足している
7. たんの吸引などの医療行為の対応が難しい
8. その他 ( )
9. 特にない

問21 貴施設では、過去1年間で、看取りをしたケースがありますか。ある場合は、その回数もご記入ください。(1つに○)

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| 1. ある → ( ) 回/年 | 2. ない |
|-----------------|-------|

～ ご協力ありがとうございました ～

ご記入が済みましたら同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、12月9日(金)までにご投かんください。

ご不明な点がございましたら、お手数ですが、表紙の問い合わせ先にお電話をお願いいたします。