



長崎市地域包括ケアシステム推進室あて（FAX 095-829-1422）

ACP の取組状況についてのアンケート（病院用）

病院（部署名）		氏名（職種）	
メールアドレス		TEL	

問 1 ACP について貴病院で取り組んでいることはありますか。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	本人・家族等と本人の希望について話し合っている		問 2 へ
②	ツールを配布している		
③	研修会に参加している		問 8 へ
④	その他（具体的にお書きください）		
⑤	取り組んでいない		

★問 1 で①②に○をつけた方におきします。

問 2 活用・配布しているツールは何ですか。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	独自で作成している書式・様式	
②	市が作成している「元気なうちから手帳」	
③	市医師会が作成している「わたしの思い」	
④	その他のエンディングノート等	
⑤	ケアプランや計画書等	
⑥	その他の様式（具体的にお書きください）	

問 3 ツールを活用・配布する対象について教えて下さい。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	高齢者	
②	独居	
③	認知機能の低下がみられる方	
④	余命の宣告をされた方	
⑤	身寄りのない方	
⑥	相談があった方	
⑦	その他（具体的にお書きください）	

問4 ツールを活用・配布する方法について教えてください。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	職員が説明し手渡ししている	
②	入院時に渡す書類一式の中に入れ渡している	
③	外来に設置し自由に取りることができるようにしている	
④	病棟に設置し自由に取りることができるようにしている	
⑤	その他（具体的にお書きください）	

問5 ツールを活用・配布するタイミングについて教えてください。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	入院する時（入院手続き・説明時など）	
②	入院してから退院前カンファレンスをするまでの間	
③	入院患者に対し退院前カンファレンスの時	
④	外来患者に対し診察の時	
⑤	外来患者に対し相談があった時	
⑥	その他（具体的にお書きください）	

問6 ツールを活用・配布して良かった点は何ですか。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	ACP について話を切り出しやすくなった	
②	本人の希望を把握することができた	
③	本人の希望に沿った支援を行うことができた	
④	本人が家族や医療・介護関係者と話し合うきっかけとなった	
⑤	多職種との情報共有がしやすくなった	
⑥	その他（具体的にお書きください）	

問7-(1) 患者が退院（転院・入所含む）する際に、ACP について得た情報を、在宅・転院先・施設等関わる多職種と共有していますか。※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	はい	
②	いいえ	

問7-(2) 問7-(1)で①と回答された場合、どのような方法で共有していますか。

※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	カルテに記載し共有している	
②	退院時カンファレンスで共有している	
③	情報提供書・看護サマリー等で共有している	
④	その他（具体的にお書きください）	

★問1で③④⑤に○をつけた方におききします

問8 本人・家族等と本人の希望について話し合いやツールの配布をしていない理由は何ですか。

※あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

①	業務が忙しく時間をとることができない	
②	関わる日数・時間が短いため話すタイミングがない	
③	疾患の重症化・認知症の進行等、すでに意思決定が困難な方が多い	
④	必要と感じているが取り組み方がわからない	
⑤	事業所内の ACP に関する取り組み方針が決まっていない	
⑥	自事業所の役割ではないと感じている	
⑦	自職種の役割ではないと感じている	
⑧	ACP について研修や学ぶ機会がない	
⑨	ツール（様式・書式・マニュアル等）がない	
⑩	市民が ACP について理解していないので話しにくい	
⑪	その他（具体的にお書きください）	

★皆さまにおききします

問9 今後の長崎市の医療・介護専門職の ACP における知識・技術向上のために、当室によるヒアリング（電話・訪問・書面等）を行う場合にご協力いただけますか？

※あてはまるもの 1つ に○をつけて下さい。

①	はい	
②	いいえ	
③	わからない	

問10 ACP に取り組むうえで困難と感じることは何ですか。

問11 長崎市が作成している「元気なうちから手帳」について改善点やご意見があれば自由にお書き下さい。

～お忙しい中ご協力いただきありがとうございます～