

2020 年度診療報酬改定に向けてのアンケート結果（概要）

【緩和ケア病棟】

A) 回収率 187/353 施設（回収率 53%）

B) 入院料区分に関する質問

1-1) 入院料届け出区分の結果

アンケート集計結果			2018年11月 協会調べ	
緩和ケア病棟入院料 1	132	71%	290	70.4%
緩和ケア病棟入院料 2	54	29%	122	29.6%
両方	1	1%		
合計	187	100%	412	100%

1-2) 入院料 2 の施設で、入院料 1 の施設基準を満たさなかった理由（54 施設の内訳）

A.直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。	47	87%
B.当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。 (イ)4) 医師*又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 (ロ)患者が当該病棟に入院した日	15	28%
C.直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 (イ)他の医療機関(療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者 (ロ)同一の保健医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。)への転院患者 (ハ)死亡退院の患者	47	87%

1-3) 入院料1の施設で、基準を満たすために病床利用の何らかの対策を講じましたか。

A.病棟の方針として、30日以上入院患者を減らすようにした。	24	18%
B.退院が30日を越えそうになると退院を促した。	18	14%
C.入院相談の時点で、あらかじめ入院が30日を超えそうな場合、退院してもらう可能性がある旨説明するようにした。	72	55%
D.入院相談の時点で、入院が30日を超えそうな場合は入院を断るようにした。	4	3%
E.病棟の方針として、入院の待機時間を短くなるようにした。	45	34%
F.病棟の方針として、転院や看取りを減らすようにした。	1	1%

1-3) 上記以外のその他の対策について（自由記載）

入院前の調整

(病状が安定し、症状が緩和した場合)積極的に在宅・施設移行を提案する旨を入棟時、面接時に伝えている	12
短期入院が予想される患者(疼痛コントロール、在宅支援、レスパイト)を積極的に受け入れる	4
入院相談時、測余命で入院の順番を決める	2
以前から長期入院・療養目的の入院は受け付けない方針にしている	2
緩和すべき症状の無い方は断るようにした	1

入院後の対応

長期入院者（30日、60日、期間指定なし）の退院・転院(療養病棟・介護施設等)の提案	10
症状や予後のアセスメントを早期より行い、転院退院への退院支援を強化	6
地域連携で退院調整を行っている	4
病棟会議で入院期間・退院支援等を議論	2

2-1) 直近1年間の平均在院日

	入院料1	入院料2
平均在院日数	28±23日	43±15日
30日未満の医療機関数	104	6
30日以上 of 医療機関数	28	47
医療機関 総数	132	53

3-1) 入院の待機日数

	入院料1	入院料2
入院待機日数	5±5日	13±16日
30日未満の医療機関数	124	33
30日以上 of 医療機関数	4	11
医療機関 総数	128	44

4. 直近1年の入院料1の基準に当てはまる患者の数と全退院患者に対する割合

	入院料1	入院料2
患者の人数	110±89人	36±50人
患者の割合	40±31%	21±25%
施設総数	122	36

5. 緩和ケア病棟入院料が1と2に分けられたことについての受け止め方

【入院料1を選択した施設】

①肯定的意見の概要 (31施設)

- ・住み慣れた場所で過ごすための支援として、地域連携の中で緩和ケア病棟の役割がより明確化された。

②仕方なく受け止める意見 (10施設)

- ・社会制度として地域連携の中での病棟の役割を果たす努力が必要(8)
- ・病院の方針として入院料1を取る努力をしている(2)

③否定的意見 (少数 ; 2施設)

- ・地域連携が難しい地域 (在宅資源が乏しい地域) での病棟の役割を考えると区分分けが良いのか？
- ・長期入院、短期入院、緊急入院が入り交ざっていて、区分する意味があるのか疑問？

④区分分けによる苦悩 (25施設)

在宅資源の乏しい地域で退院支援は難しい (8)	8
患者家族へ退院を無理強いしているのではないかと (5)	5
退院への積極的支援でスタッフの精神的負担が増えた (5)	5
基準をクリアするための病棟運営に苦慮 (3)	3
長期入院・終の棲家と言う考えが薄くなって良いのか? (2)	2
医療依存度の高い患者が増えて退院支援に苦慮	1
現実には退院支援がうまく進まない	1
病棟だけが努力してもうまく進まない。地域全体で考える必要がある。	1
施設基準に合った患者の恣意的選別への危惧	1

【入院料 2 を選択した施設】

①入院料 2 選択の理由 (20 施設)

地域の中での役割として入院料 2 を選択 (例 ; 独居や老老介護が多い地域にあり、在宅への移行が難しい、看取り支援)	11
基準のハードルが高い	5
病棟の理念・役割から	4

②肯定的な意見 (7 施設)

- ・ 1 と 2 に区分けすることで病棟機能が明確化し、1 の環境を整える方向へ向かいたい (5)
- ・ 1 と 2 に分けられたが、自施設は 1 の基準は難しく 2 の機能でやってゆく。(2)

③区分けに対する疑問・問題点 (11 施設)

入院日数に縛られて患者へのケアが充実しない	3
緩和ケア病棟以外の地域のリソースが少ない地方と、都市部を一緒にしていることは問題	3
基準を満たすために退院支援を勧めなければならない (自宅へ戻れない、死亡退院が多い)	3
基準確保のための病床運営が難しい	2
急性期病棟が無い	1
現状の区分けでは不十分	1

C) 24 時間緊急入院体制について

- 『緩和ケア病棟入院料を算定する保健医療機関は、地域の在宅医療を担う保健医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保健医療機関として確保していること』

C 1 - 1) 24 時間緊急入院体制の現状 (複数回答)

A. 24時間救急体制で緊急入院の依頼があった場合、病棟で直接受け付けている。	34	18%
B. 24時間救急体制で緊急入院の依頼があった場合、救急外来で受け付けて、入院の適応を判断している。	99	53%
C. 24時間救急体制で事前にバグベッドとして患者登録し、登録患者については受け付けている。	96	51%

- ・ 185 施設は上記 A-C のどれかの体制をとっている (残り 2 施設は未記入)

24 時間緊急入院体制の自由記載内容 (52)

体制について

緩和ケア登録、入院歴のある患者	24
新患でも適宜受け入れている。	6
患者へ主治医の緊急連絡先を教える	1

受け入れ方法

いったん一般病棟で受ける	10
一般病棟でも受ける	4
日中は緩和ケア病棟、夜間は一般病棟	3
いったん他院で受けてもらう	3
救急外来で受ける	2

C 1 - 2) 『緩和ケア病棟緊急入院初期加算』の直近 1 年の算出件数

加算件数別の階級	0 件	1-10 件	11-50 件	51-100 件	101 件以上
医療機関の数	96	50	15	7	15
件数の平均値 *	0 件	5±3 件	23±13 件	69±13 件	358±211 件

件数の平均値* ; 加算件数の分布を平均値±標準偏差で表示

C 1 - 3) ① 直近 1 年の 24 時間緊急体制で紹介となった医療機関の数

医療機関数別の階級	0 施設	1-10 施設	11-100 施設	101 施設以上
医療機関数	30	86	46	3
医療機関数の平均値 *	0 施設	4±2 施設	28±21 施設	296±195 施設

医療機関数の平均値* ; 医療機関数の分布を平均値±標準偏差で表示

C 1 - 3) ② 直近 1 年の 24 時間緊急体制で紹介となった患者の数

紹介患者数別の階級	0 人	1-10 人	11-100 人	101 人以上
医療機関の数	33	63	56	13
患者数の平均値 *	0 人	4±3 人	34±20 人	288±142 人

患者数の平均値* ; 患者数の分布を平均値±標準偏差で表示

C1-4) ① 直近 1 年で、地域の在宅医療機関へ紹介した医療機関数

医療機関数別の階級	0 施設	1-10 施設	11-100 施設	101 施設以上
医療機関数	24	107	30	2
施設数の平均値 *	0 施設	4±3 施設	24±19 施設	183,700(実数)

施設数の平均値* ; 施設数の分布を平均値±標準偏差で表示

C1-4) ② 直近 1 年で、地域の在宅医療機関へ紹介した患者数

紹介患者数別の階級	0 人	1-10 人	11-100 人	101 人以上
医療機関数	27	79	54	6
患者数の平均値 *	0 人	5±3 人	30±19 人	328±294 人

患者数の平均値* ; 患者数の分布を平均値±標準偏差で表示

C) 24 時間緊急相談体制について

2. 『緩和ケア病棟入院料を算定する保健医療機関は、連携している保健医療機関の患者に関し、緊急の相談に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保健医療機関として確保している』

C2-1) 24 時間緊急相談体制の現状（複数回答）

A.24時間緊急相談に対応する窓口を病棟に作って対応している。	36	19%
B.24時間緊急相談に対応する窓口を病院として作って対応している。	79	42%
C.24時間緊急相談の患者を事前に登録し、登録患者については24時間緊急相談に対応する窓口を作って対応している。	71	38%

- ・ 160 施設が A-C のどれかの体制をとっている（27 施設が未記入）

24 時間緊急相談体制の自由記載

対応の方法

救急外来での対応	14
緩和ケア医のオンコール対応	5
24 時間・緊急対応の体制はつくっていない。適宜対応している	2
緩和ケア病棟で対応（1）	1
認定看護師対応（1）	1
院長対応（1）	1

時間帯の区別

日中	地域連携室が対応（13）	13
	緩和ケア病棟・外来で対応（3）	3
夜間	当直対応（13）	13
	緩和ケア病棟対応（3）	3

C2-2) 直近 1 年で 24 時間緊急相談を受けた件数

相談件数別の階級	0 件	1-10 件	11-100 件	101 件以上
医療機関数	15	38	64	10
相談件数の平均値	0 件	6±3 人件	40±23 件	195±88 件

C) 地域の関連施設に対する緩和ケア研修等の体制について

3. 『連携する保健医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること』

C3-1) 連携している保健医療機関における、緩和ケアの研修等の実施状況について

実施している	123
実施していない	60
未回答	4

C 3 - 2) 連携している保健医療機関以外も含めた、緩和ケアの研修等の実施状況について

実施している	100
実施していない	77
未回答	10

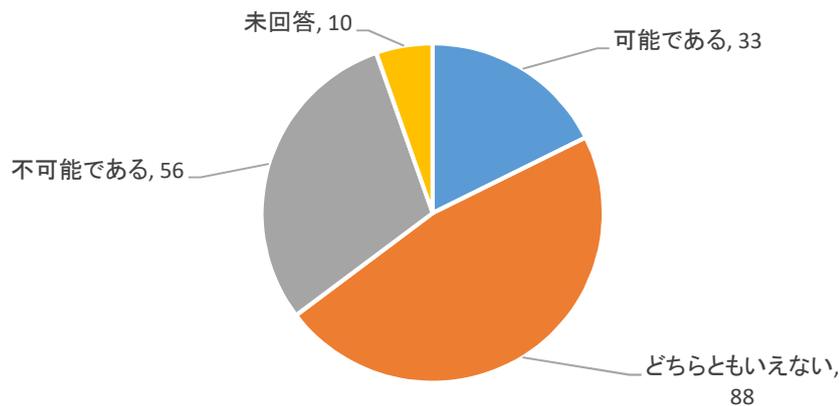
具体的な研修内容をお書きください。

勉強会・症例検討会	9
地域向けの講義・研修	9
県看護協会の研修・実習受け入れ	7
院内独自の研修会	6
施設の研修プログラムに沿った研修	4
緩和ケア病棟での合同カンファレンスへの参加	1
緩和ケア研修会の開催	17
認定看護師養成研修	13
初期研修医の受け入れ	11
医学生・看護学生・多職種の見学研修	8
ELNEC-J の開催	5
医師の後期研修プログラム	2
CNS 研究の受け入れ	2
臨床宗教師の研修	1

体制はつくっているが実際の受け入れはない (1)

D) 緩和ケア病棟における慢性心不全患者の追加対象について

D 1 - 1) 緩和ケア病棟の入棟基準に心不全末期の患者が追加対象になる場合、現時点で受け入れることは、可能ですか？



D 1 - 2) 「可能である」を選択した施設の意見 (21 施設)

入棟条件を整えれば可能	6
慢性心不全の病床利用の声が上がっている	3
病床利用上可能	3
循環器内科のバックアップがあるから	3

がん・非がんは関係ない	2
すでに心不全合併患者を看ている	2
必要であると考えている	2
緩和ケア医が内科医である	1

D 1 - 2) 「どちらともいえない」を選択した施設 (75 施設)

循環器科との連携・スタッフ教育の準備がある	34
循環器を見るための環境整備 (モニター・昇圧剤)	11
病院全体の準備がない状態	9
がんの患者で手いっぱい難しい	8
入棟条件が不備	4
予後判定が難しい	4
がん専門病院であるため	3
加算の対象になれば受け入れる	2
いずれは受け入れなければならないだろう	1
心不全のみは対応していないため	1
入院料 1 が維持できなくなるのではないかと	1
ベッド管理が難しくなる	1

D 1 - 2) 「不可能である」を選択した施設(48 施設)

スタッフ教育が出来ていない	13
病床運用上困難	12
循環器常勤医がいない・協力体制が出来ていない	10
院内で体制が出来ていない	8
予後の判定が難しい	3
対象外のため	3
緩和ケアチームで対応	2
緩和ケアチームが無い	2
入院平均在院日数の延長と入院待ちの患者増につながる可能性がある	1

E) 緩和ケア病棟の地域連携の中での役割とは？

地域医療機関との連携	73
在宅療養のバックベッド (症状悪化時の迅速な受け入れ)	55
速やかな退院支援	40
専門的・的確な症状緩和	27
看取りの場	24
地域の中で緩和ケア普及のための教育的な役割	20
レスパイト入院	13
地域連携の中での中心的な役割	4

ACP を深める	2
がん難民の砦	2
コンサルテーション	2
非がん患者の対応	2
緩和ケア外来	2
オピオイド使用時の連携	1
終末期医療のセンター	1

【緩和ケア診療所】

A. 施設概要

1. アンケート結果 15 施設 (15/58 ; 回収率 26%)

2. 診療所指定状況

①在宅療養支援診療所 (在支診)	2
②機能強化型在支診 (連携型) + 充実加算算定	9
③機能強化型在支診 (単独型) + 充実加算算定	1
④機能強化型在支診 (連携型)	1
⑤機能強化型在支診 (単独型)	1
⑥在宅医療を専門に実施する診療所	1

3. 病床の有無

有床 3

無床 12

4. 常勤医師

非常勤医師

1人	9	0人	8
2人	2	2人	4
3人	2	3-9人	2
4-9人	1	10人以上	1
10人以上	1		

5. 1ヶ月の外来患者総数 1ヶ月の外来がん患者数

0-10人	9	0-10人	12
11-50人	3	11-50人	3
100人以上	3		

6. 1ヶ月の在宅患者総数 1ヶ月の在宅がん患者数

0-10人	1	0-10人	2
11-50人	3	11-50人	10
51-100人	5	51-100人	2
101人以上	6	101人以上	1

B. 在宅緩和ケア充実診療所について

1. 施設基準について

1 施設基準は概ね適切である	10	67%
2 あまり適切ではない	4	27%
3 まったく適切ではない	1	6%

2. 上記質問で2、3. を選択した人の意見

→2 または3 と回答された場合、その理由、改善点について記載して下さい。

「施設基準は概ね適切である」と回答の施設

- ・緩和ケアの質が適切に評価される項目が欲しい。(質が評価されず残念)

「あまり適切ではない」と回答の施設

- ・看取り件数20件はクリアできなくても、十分に緩和ケアを在宅で提供できていると考えているのですが
- ・看取りも20名でなく、30名以上とすること。
- ・「医師3名以上」である必要性が意味がわからない。「連携型」のmerit、意味がわからない。→患者に何のmeritなし
- ・緩和ケアの質を考えると十分な実績を伴った施設基準ではないと考えます。看取りの実績やPCAの実績はもう少し件数が多くてもよいと思います。また、グリーンサポートの取り組みや遺族会、さらにチーム医療についてなども盛り込むとより良いと考えます。

「まったく適切ではない」と回答の施設

- ・(1)の「機能強化型」が不要と考えます。「機能強化型」でなくても(2)以下を全て満たしているクリニックが多くあるからです。

C. 「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」を踏まえた対応が在宅ターミナルケア加算等の算定要件となりました。それについて支障となる問題点や改善点はありますか？

1. 算定要件になったことについて

1 概ね問題点や改善点はない	11	73%
2 少し問題点や改善点がある	3	20%
3 見直しをする必要がある	1	7%

2. 上記質問で2、3. を選択した人の意見

「少し問題点や改善点がある」と回答の施設

- ・どこまで説明するか難しい。
- ・具体的に整えるべきフォーマットが必要なのが不明。
- ・訪問のたびに行っていることだが、カルテ記載をおこたっており、当院における問題点がある。

「見直しをする必要がある」と回答の施設

- ・「カルテでなく特別に用紙に書け」となっていますが、見本は提示なし。実際には訪問の度に様々な内容の意志決定があるので、「カルテ以外に書け」というのは現実にはそっていない。

D. 2018年度より在宅ターミナルケア加算の加算に酸素療法加算(2000点)が新設されました。それについて支障となる問題点や改善点はありますか？

1. 加算の新設について

1 概ね問題点や改善点はない	9	60%
2 少し問題点や改善点がある	1	7%
3 見直しをする必要がある	5	33%

2. 上記質問で2. 3. を選択した人の意見

「少し問題点や改善点がある」と回答の施設

- ・①HOTはすでに使用している場合（病院から引き続き継続の場合など）どうするのか。②1ヶ月間でなく、2ヶ月以上でも可にしてほしい。

「見直しをする必要がある」と回答の施設

- ・すごく赤字になってしまう。
- ・以前と同様にもどしてほしい。
- ・業者への払いが¥20,000を上まわることがある。
- ・在宅酸素（HOT）が使用できない。酸素療法加算をなくしても、HOTのみ算定できるようにしてほしい。
- ・HOTメーカーに支払う料金以下である。緊急ボンベや同調器をつければさらに赤字になる。管理する費用どころではない。赤字でやれということか？（国内のdata上、「在宅がん末期」の1/3のPtがO2を必要としていた。）

E. 高齢者施設・高齢者住宅（以下、高齢者施設とする）での看取りについてお尋ねします。

1. 訪問診療・看取りを行っている高齢者施設の数は？

1. ほとんどない	2	13%
2. 1~5施設	7	47%
3. 5施設以上	6	40%

2. 看取りを行わない高齢者施設の理由は？

- ・夜間の看護師の不足。
- ・経験、夜勤者の不足。
- ・施設側の看取り体制やスタッフ教育。
- ・スタッフのストレスと言われました。
- ・訪問医による診療、医療的な支援の不足。
- ・管理者や代表の方針で行わないことがある。
- ・施設→病院というルートができあがっている。
- ・施設スタッフが「看取る」ことを恐れる/嫌がるから
- ・近隣に同じ法人の病院をもっている。医師の係わりがやすい。介護士の恐怖心（死に対する）が強い。
- ・施設管理者が施設側へ管理責任として訴訟トラブルなどを避けるためや職員が看取りに関わりたくないと考えているため。
- ・「当施設では診れません」の一言。（経営者の方針、スタッフがいる）看取りをしない施設には行っていない。断っている。

3. 看取りを実施するための高齢者施設への働きかけ方とは？

- ・スタッフへの教育。
- ・施設スタッフの看取るための教育
- ・患者、家族とのコミュニケーション。
- ・実践レベルの教育（ケースを通して）
- ・スタッフの教育、制度上の経営者へのプレッシャー。
- ・介護職の教育、看取りをしてくれた介護職の給料のアップ。
- ・病院死の頻度を見直すべき。特に同一法人で経営している場合。
- ・医師やNsが24h365日対応することを知ってほしい。施設の方が知らない現状がある。
- ・事業所が違うとなかなか指導、教育が難しい。ある程度施設に対して、強制的な行政指導が必要と考えます。
- ・death case care をする。スタッフへの死の教育をする。主治医とスタッフが顔の見える関係であること。
- ・介護者に看取りは人生の最終章へのとても大切なもので、死を特殊なことと考えないような教育、

指導がとても大切である。

- ・ 人生の最終段階における医療ケアの理解。千葉県では介護スタッフのための緩和ケアマニュアルを作成し、高齢者施設での研修会を実施中。

4. 看取りを実施するための貴院と高齢者施設との連携のあり方。

- ・ 医療側が施設に寄り添う。
- ・ すぐに連絡がとれること。
- ・ 入居されている方の自律を支援する方向での連携。
- ・ 24hr、いつでも相談にのり、必要時往診をする。
- ・ 将来的には地域連携ソフトなど、ICTの利用が必要。
- ・ 24時間、365日の連携です。年間167件看取り中、施設が30件です。
- ・ 医療機関が高齢者施設を指導、管理する形で連携をとる形がよいと考えます。
- ・ 在宅患者と同じ対応をする。(24時間体制、患者さん家族と施設、クリニックでのカンファ)
- ・ スタッフへの定期的な教育とPt毎のずい時の教育、密な連絡。(経営者や施設長のやる気も必要)
- ・ 24時間ケアにワンクッション入りますので、施設の方で看取りの勉強をしっかり行うことが重要。
- ・ 看取りに関して、利用者さんの家族と施設と医療側が共通理解して看取りと施設で行うことの承諾書にサインする。

5. ケアマネジャーの居宅介護支援費にターミナルケアマネジメント加算が新設され、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料に医師からのがん患者に係る情報提供が要件化されました。

1. 貴院に関わるケアマネジャーはこの加算を算定していますか？

1 算定していない	2	13%
2 わからない	7	47%
3 算定している	6	40%

2. 加算についての意見

「算定していない」と回答の施設

- ・ 連携しているケアマネジャー”加算”を意識しないで仕事をしたいと話されています。

「わからない」と回答の施設

- ・ 情報提供後のレスポンスがないため不明。

「算定している」と回答の施設

- ・ 情報提供は実際には電話などで密にやっているが、それを形に残せということをしたいが現実にそぐわない。「書面で残せ」「カルテの記載のみではダメ」というならば、せめて書式の見本ぐらい提示して欲しい。

F. 2020年度診療報酬改定に向けて要望や提案があれば、記載してください。

1. 現在、協会では緩和ケアチームのみに認められている「外来緩和ケア管理料」を在宅療養支援診療所・病院で充実加算を算定している医療機関でも算定できるように提言することを検討しています。それについての意見を聞かせてください。

1 賛成である	11	72%
2 どちらでもない	2	13%
3 反対である	2	13%

「賛成である」と回答の施設

- ・ ぜひしてほしい。
- ・ ぜひ提言を進めて下さい。
- ・ 当院は外来は行っていないが、やっているところであれば。

「反対である」と回答の施設

- ・充実加算のハードルが上がる。
- ・外来よりも在宅において、緩和ケアチームの加算をつけないと在宅緩和ケアの質は向上しないと考えます。

2. その他の要望や提言について

- ・施設入所中のがん終末期患者に関しては、自宅と同様の保険点数をつけてほしい。在医点数もとれる様にしてほしい。同様の手間がかかる為。
- ・病院とは違う在宅独自のかたちで緩和ケアチームを期間や内容で評価する点数にしてはどうかと思います。クリニック内で専門医、認定看護師、薬剤師、管理栄養士などでチームを組み、定期的カンファレンスを実施することで質が向上すると考えます
- ・医療保健の患者：退院日当日の訪問看護の料金が算定できない。ましてやその日に緊急訪問（看護師）しても算定できない。介護保険：特別管理加算がとれない患者の場合、訪問看護の料金算定できない。もちろん緊急訪問しても。介護保険のない、管理加算がとれない患者さんの場合、夜間深夜加算が算定できない。（看護師）→どう考えてもおかしい。

G. 貴院が所在されている地域（市町村）では、行政や郡市医師会は看取りも含めた在宅緩和ケアの普及に理解があり、協力してくれますか？

1 まったく理解がなく、協力もない	1	7%
2 ある程度理解があり、協力してくれる	10	67%
3 とても理解があり、協力してくれる	4	27%

「ある程度理解があり、協力してくれる」と回答の施設

- ・市や県で行政がかなり力を入れていました。
- ・行政は全く頼りになりません。
- ・行政については型だけで具体的なことについては全くやる気がない。実状すら提示しても知らうともしない。

H. 協会は2017年に「在宅緩和ケアの基準」を改訂、公表しました。2019年度から「在宅緩和ケア専門委員会」を協会に設置することを検討しています。それについて、以下の質問にお答えください。

1. 在宅緩和ケア専門委員会の役割として、在宅緩和ケアの基準に基づく「在宅緩和ケアの質の評価と保証」に取り組むことを検討しています。それについて意見を聞かせてください。

1 賛成である	14	93%
2 どちらでもない	1	7%
3 反対である	0	0%

「賛成である」と回答の施設

- ・ぜひしてほしい！！このために遺族調査にも参加しています。
- ・賛成ですが「質の評価」の質をどのように担保/実現するのか難しいのでは。
- ・書類ばかりが増えるようにはしてほしくない。地域の実状があるので、それをじゃまするようにはしないでほしい。
- ・ボランティアの記載があるが、小さなクリニックでボランティアの指導、教育するのは困難と考えます。チームメンバーは単一事業所なのか多事業所なのか不明。

在宅緩和ケアの基準

1. 在宅緩和ケアの理念

- 1) 在宅緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族が在宅（介護施設を含む自宅あるいはそれに準じる場所）で過ごすために、QOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、WHOの緩和ケアの定義に基づき、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2. 在宅緩和ケアチームの構成

- 1) チームメンバーは、患者・家族の必要に応じて、在宅緩和ケアの理念に基づき、柔軟に構成される。
- 2) 基本となるチームメンバー・・・医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護士（介護福祉士等）、ソーシャルワーカー（社会福祉士等）、作業療法士、理学療法士、歯科医師、栄養士、ボランティア等

3. 在宅緩和ケアチームの要件

- 1) 在宅における24時間対応のケアを提供する。
- 2) チーム内での連絡が24時間可能であり、連絡を密に取ることができる体制がある。
- 3) ケアマネジャー、ソーシャルワーカーをはじめ、相談支援及び地域の様々な資源との連携を図る機能を持つスタッフをチームに配置する。

4. 在宅緩和ケアで提供されるケアと治療

- 1) 痛みやその他の苦痛となる症状を適切かつ迅速に緩和する。
- 2) 患者・家族に対する心理・社会的問題、スピリチュアルな問題での相談支援がなされる。
- 3) 患者と家族の希望に応じて、病状や病期の説明を行い、在宅において安心して生活することができるように支援する。
- 4) ケアや治療の方針決定に関しては、患者・家族と医療者が正確な情報を共有し、話し合いを重ねつつ、本人の意思決定を支援する。
- 5) 最期まで在宅で過ごしたいと希望する患者に対しては、穏やかな最期を迎えられる様に症状緩和を計りつつ、家族に対しては適切なタイミングで看取りに関する情報提供を行う。
- 6) 患者と家族のコミュニケーションが最期まで維持されるように支援する。
- 7) 死別前から死別後までの家族ケア（遺族会などのグリーフケア）を行う。

5. 在宅緩和ケアチームの運営

- 1) チームで共通の在宅緩和ケアを実践するための手順書（マニュアル）を備え、チーム内で共有する。
- 2) チーム内で定期的にかつ必要時、カンファレンスを実施する。
- 3) チーム内で在宅緩和ケアに関する定期的な教育研修を行う。
- 4) 在宅緩和ケアの質の向上のための研究活動を行う。
- 5) チームで倫理的指針を作成し、共有する。また、現場で定期的に、あるいは必要に応じて倫理的検討を行う。
- 6) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。

6. 在宅緩和ケアチームのコミュニティにおける役割

- 1) 地域で在宅ケアを行う診療所、事業所等の医療・介護従事者、臨床研修医、学生、ボランティア等に教育研修の場を提供する。
- 2) 市民への啓発活動を積極的に行う。
- 3) 地域で緩和ケアネットワーク作りを実践する。
- 4) 地域の各種社会資源を調査、発掘し、連携を図る。