

Ⅲ 地域連携～入院医療から在宅緩和ケアへの移行～

1 在宅緩和ケアの対象者・条件	… 1
(1) 在宅緩和ケアの対象者	
(2) 入院医療から在宅療養への移行を検討する場合の条件	
2 在宅緩和ケアへの移行・継続を支えるために	… 1
(1) 関係者、関係機関とその役割	
(2) 在宅緩和ケアにおけるターミナルステージと支援内容（例示）	
(3) 退院前合同カンファレンス等の重要性	
(4) 関係機関のネットワーク	
3 在宅緩和ケアの流れ（フローチャート）	… 7
4 在宅療養への円滑な移行・継続のための診療報酬上の制度	… 9
5 在宅緩和ケアの評価	… 13

Ⅲ 地域連携

1 在宅緩和ケアの対象者・条件

(1) 在宅緩和ケアの対象者

- ① 患者と家族が在宅での療養を希望していること
- ② 緩和医療の対象者であること
- ③ 通院が困難であり、医療的サポートを必要とすること
- ④ 症状が概ねコントロールできる状態であること

(2) 入院医療から在宅療養への移行を検討する場合の条件

- ① 介護の中心になる人（キーパーソン）がいること（キーパーソンは、必ずしも同居する家族とは限らない。ひとり暮らしであっても在宅療養は可能である。）
- ② 地域に在宅主治医となる医師がいること
- ③ 在宅療養移行と緊急時の再入院について、現在の主治医の了解があること
などが必要であると考えられる。

条件が整わなければ在宅への移行は困難であるということではなく、患者・家族の希望を最優先にその希望に添えるよう調整を行うとともに、十分な情報を提供することが必要である。

2 在宅緩和ケアへの移行・継続を支えるために

(1) 関係者、関係機関とその役割

在宅緩和ケアを支える関係者、関係機関（在宅緩和ケアチーム）の構成、役割は、対象となる患者の状態等により異なってきます。以下では、主な役割を例として示しますが、各々の役割については効果的・効率的なサービスが提供できるよう合同カンファレンスなどで確認することが必要である。

関係者・関係機関	役割（例示）	備考
家族	<ul style="list-style-type: none">・ 可能な範囲で支援者とともに身体的ケアを行う（在宅で行う簡単な処置は、医師の指示のもとに看護師の指導を受けて必要なことはできるとよい）・ 患者を精神的に癒し、支える（情緒面での支えは、第三者には代え難いものである）・ 患者を取り巻く人間関係の調整・ 患者の権利を守り、患者のニーズに関する情報を支援者に提供する	<p>家族の役割、家族の中での役割分担は、家族構成、患者の介護の必要度等により異なってくる</p> <p>【支援者の留意点】 家族は患者の苦痛や精神的ストレスを受けながら共に生活しており、心身の負担が大きいことを考慮する</p> <p>家族は患者とともにケアの対象者であり、支援者は家族の介護状況を判断し、福祉サービスの利用等を調整していく必要がある</p>

関係者・関係機関	役 割 (例示)	備 考
医療者		
入院医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療計画の検討と説明 ・ 在宅療養する医療・福祉情報の提供 ・ 再入院必要時のバックベッドの確保 ・ 医療機器の貸し出し ・ 衛生材料の提供 ・ 地域主治医への医療情報の提供 ・ 必要な関係機関へサービス申請 	<p>入院医療機関は在宅療養移行へ向けた調整者(地域医療連携室、ソーシャルワーカー等)をきめ、調整者が中心となって準備をすすめることが望ましい。</p> <p>在宅療養への移行後は、急変時の対応等地域主治医や訪問看護師への支援を行う。</p>
地域主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状コントロールをはじめとした緩和ケアの提供 ・ 患者を全人的に捉えた多面的ケア、緩和ケアのコーディネイト ・ 症状の変化に対しての緊急対応、再入院の判断 ・ 患者の症状の見通し、心身の変化についての説明 ・ 症状コントロールに必要な薬剤の処方、処置、必要に応じ患者家族及び支援者への指導、教育 ・ 訪問看護ステーション、保険薬局への指示 	<p>医師は予測される病状や症状を把握することにより必要とされるサービスについての指示を事前に出すことが可能であり、安心して在宅療養支援を行うため重要な存在である。</p> <p>一般に病院では医師が主導的な役割を果たすことが多いが、在宅では、患者自身や家族が医師や看護師に相談しながら主導的な判断をしなければならない場面が増加する。</p>
薬剤師(保険薬局)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医からの指示(訪問薬剤管理指示書)に基づき、処方薬の調剤、患者家族に対する服薬指導、服薬状況の確認 ・ モルヒネなどによる鎮痛効果の確認、副作用対策 ・ 在宅での薬剤保管の管理指導 ・ 患者の状況に合わせて必要な薬剤を必要量提供できるよう、医師・訪問看護師等に対して薬剤に関わる医療情報の提供 ・ 医療材料、用具の提供 ・ 医療廃棄物、飲み残した麻薬等の処理 	<p>麻薬の使用に関しては、中毒・依存症といった誤解や不安を持つ患者・家族が多いため、患者・家族に対し疼痛緩和における麻薬の有用性を十分に説明し、不安感を解消し、服薬状況の向上を図るよう指導する。</p> <p>在宅では、麻薬は患者・家族が管理することになるため、麻薬の保管や取扱いの留意点について指導し、不要になった薬剤についても廃棄について家族の了解を得て回収し、必要な届出等の処理を行う。</p>

訪問看護師(訪問看護ステーション)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医からの指示(訪問看護指示書)に基づく看護ケアの提供 ・ 痛みをはじめとした様々な苦痛の評価とコントロール、薬剤の服薬管理指導 ・ 日常生活自立度の評価、支援 ・ 精神的援助 ・ 介護者の支援(家族介護力の評価、見守り、理解度と意思の確認) ・ 介護者の教育 ・ 本人の思いの代弁 	<p>患者・家族の療養生活に関する希望を確認、理解し、実現できるように支援チームに働きかける</p> <p>患者と家族、家族と医師、家族と医療チーム間の問題点を整理する</p>
ソーシャルワーカー	<p>経済的問題、家族関係、心理社会的問題、療養環境問題に対し必要な福祉サービス等を利用できるよう相談援助を行う</p>	<p>退院へ向けての準備にあたっては、コーディネーターとして、在宅緩和ケアチームの調整を行う</p> <p>相談援助にあたっては、保健、医療、教育、法律等の専門職と連携をとりながらすすめる</p>
介護支援専門員	<p>介護保険の該当となる患者について、介護保険によるケアプランを立て、市町村や居宅介護サービス事業者等との連絡調整、相談等のサービスの提供を行う</p>	<p>入院中に介護保険の申請と訪問調査を終わらせて、自宅に戻ったときには福祉用品やサービスが受けられるようにしたい</p> <p>速やかなサービス提供のため、患者・家族や医師との十分なコミュニケーションが必要である</p>
居宅介護サービス事業所	<p>患者・家族からの要望に基づき、ホームヘルパー等の派遣を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護(ホームヘルプサービス) 家事援助: 清掃、洗濯、調理、買い物等 ・ 身体介護: 入浴介助、洗髪、清拭、食事介助、体位交換、排泄介助、口腔ケア等 ・ 訪問入浴介護: 移動入浴車による入浴介助 	
保健福祉事務所(保健所)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアチームの調整、支援 ・ カンファレンスの場の設定、ケアプランの調整 ・ 保健、医療、福祉情報の収集整理、提供 ・ ネットワークの調整 	<p>必要に応じ、ケア調整会議を開催し、保健・医療・福祉サービスの調整を図る</p> <p>管内の保健・医療・福祉に係る情報収集、整理を行うとともに、関係機関への提供を行う</p>
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉サービスとの連携 ・ 家族のサポート ・ 福祉用具の貸与、購入補助 	<p>身体障害者手帳、介護保険等の相談、認定の窓口となっている</p>

ボランティア	患者や家族の悩みを聞く、気分転換を図るなど精神的支援を行う	専門職より対等な立場で患者・家族の思いを聞くことができる
コーディネーター (調整者)	<ul style="list-style-type: none"> ケアの提供を行う関係機関、関係者間の調整を行う 	<p>在宅移行準備期、導入期にあつては入院医療機関のソーシャルワーカーが担うのが望ましい</p> <p>在宅移行後については、合同カンファレンスで担当者を決定する</p>
がん診療 連携拠点 病院	<ul style="list-style-type: none"> 地域において質の高いがん医療を効率的に提供するための診療機能の向上 地域において質の高いがん医療を効率的に提供するための病病連携・病診連携の確実な実施 標準様式に基づく院内がん登録の推進及び地域がん診療拠点病院全国連絡協議会への院内がん登録データの提出 地域の一般医に対するがんの早期発見及び早期治療にかかる教育研修の実施 医療相談室の機能強化 	

(2) 在宅緩和ケアにおけるターミナルステージと支援内容 (例示)

支援者の支援内容については、患者・家族の状態、意向に応じて他の支援者とともに支援の目標及び必要とする支援内容を確認し、共通の態度で支援を行うことが必要である。

以下について患者・家族支援内容を例示する。

ターミナルステージ (予後)	患者支援内容	家族支援内容
前期 (数ヶ月)	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛マネジメント 疼痛以外の症状マネジメント 緩和的治療 精神的援助 身辺整理への配慮 	<ul style="list-style-type: none"> 病名、症状告知に関する悩みへのケア 高齢者や子どもへの病名、症状告知 死の受容への援助
中期 (数週間)	<ul style="list-style-type: none"> 目標にそぐわない治療、ケアの中断 日常生活の援助 死への恐怖や不安に対するケア 	<ul style="list-style-type: none"> 予期悲嘆への配慮 延命と苦痛緩和の葛藤への配慮 蘇生術についての話し合い 家族に死を現実のものとして意識させるような言葉かけ、患者を励まし続けたい配慮 看取りの方法を伝える
後期 (数日)	<ul style="list-style-type: none"> 安楽ポジションの工夫 持続皮下注用法の検討 せん妄への対応 セデーションの検討 	<ul style="list-style-type: none"> 看病疲れへの配慮

死亡直前期 (数時間)	<ul style="list-style-type: none"> ・人格をもった人として接する ・死前喘鳴への対応 ・非言語コミュニケーション ・闘病のねぎらいや感謝の気持ちを伝える 	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡直前の病状説明 ・家族にできることについて伝える ・聴覚は残ることを伝える(語りかけの勧め)
----------------	---	---

(3) 退院前合同カンファレンス等の重要性

患者や家族が、安心して在宅療養生活に移行していくためには、退院後の生活を見据えた具体的な調整と支援が重要である。

調整の柱となるのは、医療の継続に関わるもの、介護を含めた生活の継続に関わるものの大きく2つがあり、それに関連して必要な物品を調達したり、その患者特有の在宅緩和ケアネットワーク(支援体制)を作り上げ、在宅移行前に、患者が退院後に必要とする、人、物、サービスの流れを一覧できるように整理できるよう、入院医療機関のスタッフと在宅療養を支援するスタッフが連携し協働していくことが必要である。

それを進めていく際に、重要なのが「退院前合同カンファレンス」等であり、また、それを進める具体的なツールの一つとして「在宅緩和ケア地域連携クリティカルパス」の活用がある。

* 県北地域在宅緩和ケア地域連携パスについては、別冊参照。

* 退院前カンファレンスで共有すべき情報等

- ・ 患者家族への病状説明の内容
- ・ 患者家族が現状をどう受け止め、どのような希望を持っているのか
- ・ 在宅療養の目的や治療、ケアの方針について
 - * 医療やケアの内容を在宅で継続可能な形かどうかの確認も重要
- ・ 疼痛及びその他の症状と対処方法等について
- ・ 在宅での療養環境について(家族状況・介護者状況も含めて)
- ・ 患者ニーズを満たすための関係者の役割分担と必要なサービスについて

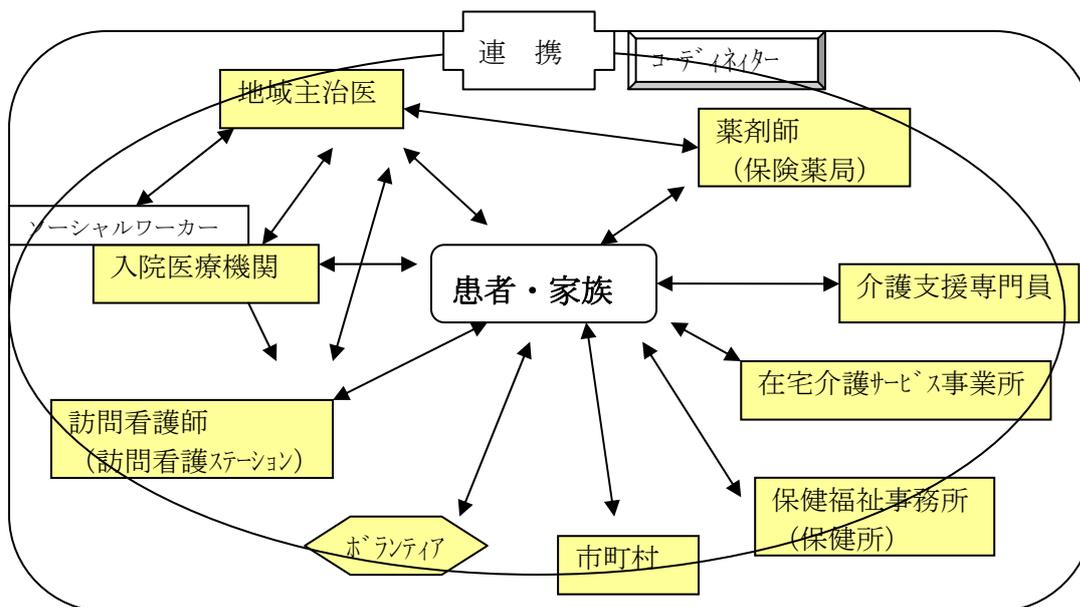
衛生材料や医療材料のスムーズな提供のために・・・

在宅療養に必要な衛生材料や保健医療材料を、必要かつ十分な量を患者さんに提供するために「在宅療養指導管理料」が診療報酬上規定されています。在宅療養指導管理料を算定する保険医療機関がおさえないポイントは以下のとおりです。

ーポイントー

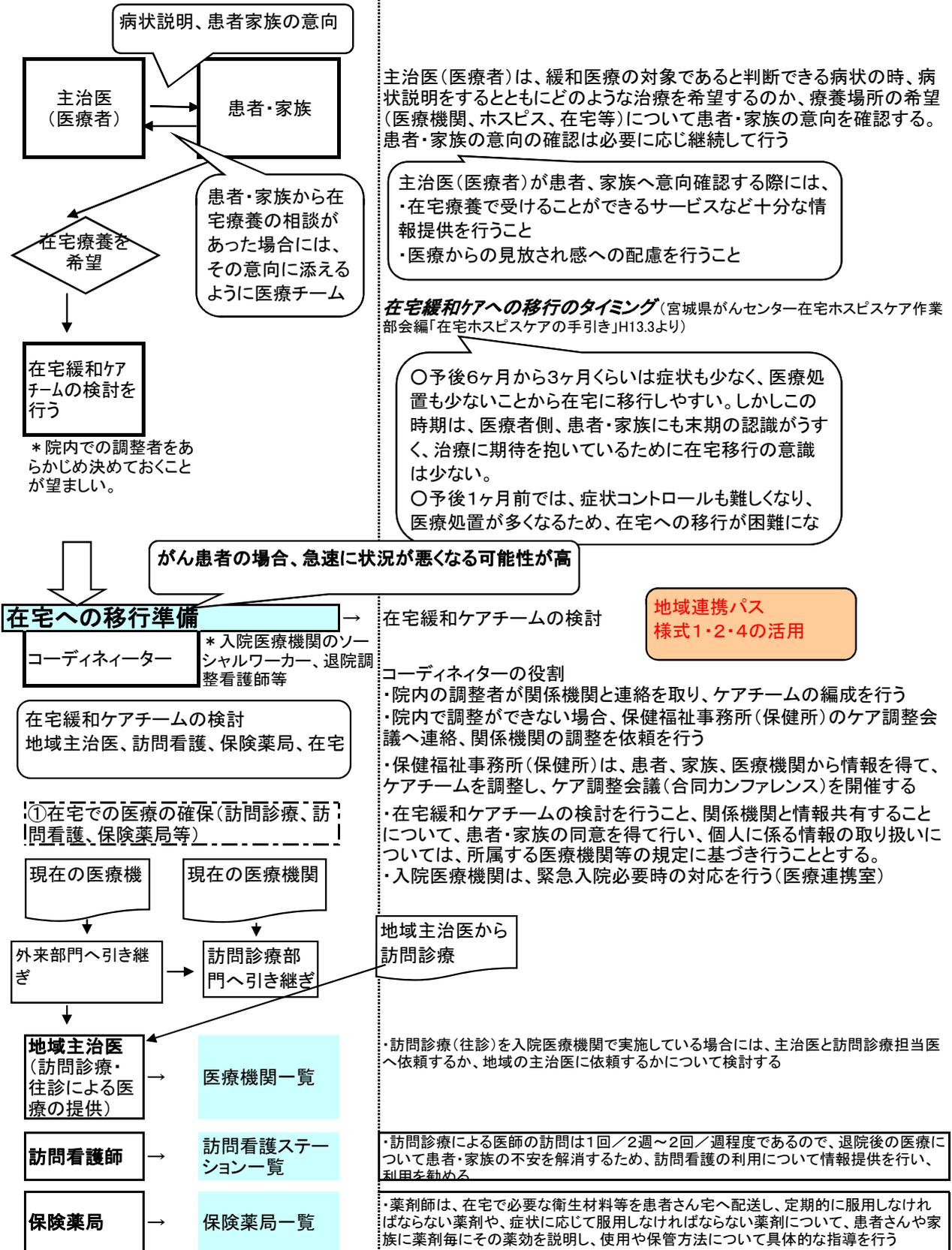
- 原則、1人の患者さんに1つの保健医療機関からの算定。(退院月や複数医療機関で支援をする場合は、どちらが算定するかを調整しておくことが必要)
- アルコール等の消毒薬、衛生材料(脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等)、注射器、注射針、注射針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は所定点数に含まれており当該医療機関が提供する。
- 特定保険医療材料に規定される材料については別途算定が可能。
- 医療機関は訪問看護ステーションとの連携等により、在宅医療に必要な衛生材料等の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給する。
- 自己負担が生じる衛生材料、医療材料・用具等については、あらかじめ患者家族に説明し、相談しておく。

(4) 関係機関のネットワーク

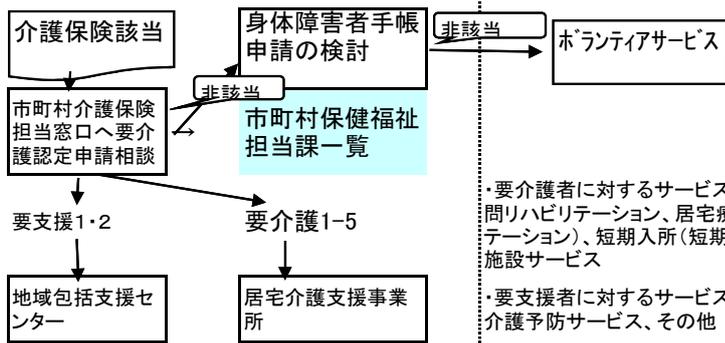


3 在宅緩和ケアの流れ(フローチャート)

入院から在宅療養(外来治療)への移行を検討



②介護、生活の支援(患者・家族の意向を確認しながら、必要な保健・福祉サービスの提供体制を検討)

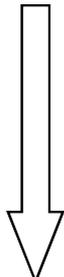


非該当

非該当

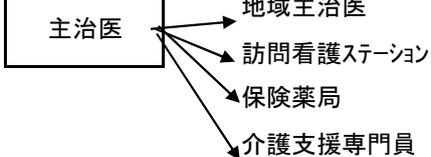
合同カンファレンスの開催

退院時共同指導料の算定ができる



地域主治医の病室訪問

在宅への移行



アセスメント結果に基づく支援計画の策定

合同カンファレンスの内容:
 1 対象者のニーズを満たすための関係者の役割分担やサービス導入に向けての調整を行う
 2 支援目標の共有化を図る
 3 ケアプランの作成
 * がんの場合、身体機能を中心に急速に状況が悪化する可能性が高いことを十分に考慮し、ケアプランを策定する
 * 個々のケアマネジメントに対する評価を行うコーディネーターを決める
 * 緊急時の連絡体制を確認する
 地域主治医は、可能であれば、退院前に患者と面接を行い、不安解消、病状確認、必要な機材の確認等をおこなう

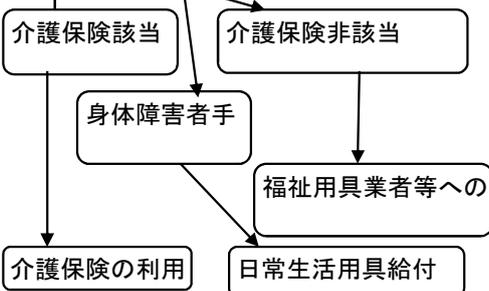
告知の時期(本人、家族)、入退院の経過について記載があるとよい

- 診療情報提供書
- 訪問看護指示書
- 訪問薬剤管理指示書
- 主治医意見書

意見書記載のポイント
 診断名に「〇〇がん末期」を明記すること、「末期」を明記するのが不適當な場合は、疾病経過や特記すべき事項に、病状や予想される身体変化、がんの進行度、必要とする介護サービス等を記載する。

* 訪問看護指示書や訪問薬剤管理指示書等は1回/月のみ算定となるので、地域主治医・入院病院主治医のどちらから指示を出すかについて、合同カンファレンス時に確認を行っておく

医療機器、介護用品、日常生活用具の準備



患者のQOLを保ち、介護者の負担軽減のために、在宅へ移行する場合に予測される症状に合わせて、日常用具等を準備することが必要
 退院前に準備できればよい

吸引器など医療処置に伴い必要な機器の準備について、主治医に確認し準備をすすめる。衛生材料についても確認する。
 キャップベット、ポータブルトイレ、車いすなど介護、日常生活用具について、ADLを評価し必要物品を準備する

退院

各機関から、ケアプランに基づくサービスの提供

ケアプランに問題が生じた場合には、速やかに関係者に連絡を取るとともに、必要に応じて合同カンファレンスを開催するなどしてケアプランの見直しを行う

地域連携パス 様式3-1

ケアを提供している関係者は、病状の大きな変化等があった場合は、地域主治医に連絡をするとともに、合同カンファレンスで決めたコーディネーターに連絡し、ケアプランの見直し、評価を行う

地域連携パス 様式3-2、3-3等の活用

別冊 県北地域在宅緩和ケア地域連携パス活用びき等参照

4 在宅療養への円滑な移行・継続のための診療報酬上の制度

(1) 退院時共同指導料

【具体的内容】

退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価されます。また、他職種の医療従事者が一堂に会し共同で指導を行った場合には、さらなる評価が可能となります。

<p>退院時共同指導料 1</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合</p> <p>2 1 以外の場合</p>	<p>1,000 点</p> <p>600 点</p>	<p>地域において入院中の患者について、患者の同意を得て、退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保健医療機関の保険医、看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、退院後の在宅療養を担う保険医療機関で算定。</p> <p>※末期の悪性腫瘍の患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く）等に対しては、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
<p>退院時共同指導料 2</p>	<p>300 点</p>	<p>入院中の医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者が入院している保健医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定。</p> <p>※末期の悪性腫瘍の患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く）等に対しては、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p> <p>注 1：入院中の保健医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に 300 点を加算。</p> <p>注 2：入院中の保健医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に 2000 点を加算。</p>

退院時共同指導料 (歯科医師) 1 在宅療養支援歯 科診療所の場合 2 1 以外の場合	600 点 300 点	保健医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医である歯科医又は歯科衛生士が、当該患者が入院している保健医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定。
退院時共同指導料 (薬剤師)	600 点	保健医療機関に入院中の患者について、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保健医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定。
退院時共同指導加算 (訪問看護ステーション)	600 点	保健医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、当該主治医等と訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が共同して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定。 ※末期の悪性腫瘍の患者等は、2回に限り算定。

(2) 退院支援指導加算

退院支援指導加算	600 点	末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定。
----------	-------	---

(3) 診療情報提供料

診療情報提供料 (I) * 患者 1 人につき 各々月 1 回に限る	250 点	<ul style="list-style-type: none"> ・別の医療機関での診療の必要を認めた場合 ・当該患者の居住地を管轄する市町村又は指定居宅介護支援事業所等に対し、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合 ・保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認めた場合 ・介護老人保健施設に対し患者の紹介を行った場合
退院時の加算	200 点	医療機関が患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の医療機関等に対し、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他必要な情報を添付して紹介を行った場合

診療情報提供料（Ⅱ） * 患者 1 人につき 各々月 1 回に限る	500 点	患者が当該医療機関以外の医師の助言（セカンドオピニオン）を得るための支援を行った場合
薬剤情報提供料	10 点	処方内容の変更のつど算定可

- （入院）医療機関→（在宅診療）医療機関：診療情報提供書（別紙様式 1 1）
- 医療機関→市町村・指定居宅介護支援事業所：診療情報提供書（別紙様式 1 2）
- 医療機関→保険薬局
- 医療機関→介護老人保健施設：診療情報提供書（別紙様式 1 3）
- 医療機関→訪問看護ステーション：訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（別紙様式 1 6）
特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（別紙様式 1 8）

（4）在宅医療におけるカンファレンス等の情報共有に対する診療報酬上の制度

【具体的内容】

医師等が、在宅での療養を行っている患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有し、連携のもと療養上必要な指導を行うことは重要であることから、新たに評価できるようになった。また、患者の病状の急変や診療方針の変更等に伴い、他の医療従事者と共同でカンファレンスを行い、関係職種間の情報共有や患者に対する必要な指導を行うことについても評価できるようになっている。

① 在宅患者連携指導料

在宅患者連携指導料 （医師、歯科医師）	900 点	<p>訪問診療を実施している保健医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数 200 床未満の病院）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報をふまえて療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定。</p> <p>注：初診から 1 月以内、退院から 1 月以内に行った指導の費用は、それぞれ初診料・入院基本料に含まれるので算定できない。</p> <p>注：要介護被保険者については算定対象外。</p>
------------------------	-------	--

在宅患者連携指導加算（看護師）	300点 （在宅患者 訪問看護・指 導料） 3,000円 （訪問看護 療養費）	訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保健医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報をふまえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り加算できる。 注：要介護被保険者については算定対象外。
-----------------	---	--

② 在宅患者緊急時等カンファレンス料

在宅患者緊急時等カンファレンス料 （医師、歯科医師）	200点	在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定。
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 （看護師）	200点 （在宅患者 訪問看護・指 導料） 2,000円 （訪問看護 療養費）	在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針変更等の際、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定。
在宅患者緊急時等共同指導料 （薬局薬剤師）	700点	在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なもの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定。

5 在宅緩和ケアの評価

患者の状態を共通のスケールで評価し、病状等の変化を把握することは、適切なケアの提供を行うために必要なことであり、特に多機関で支援を行う場合には重要なことである。スケールの使用について合同カンファレンス等で確認していくことが必要である。

【評価方法（例示）】

1 生活のしやすさに関する質問票

患者の自己評価用、スクリーニング用、定期評価に活用できる。

支援の必要性、からだの症状について、こころの状態についての各項目について質問

2 ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

患者の自己評価用、身体症状の評価

ESAS は疼痛、呼吸困難、嘔気、うつ、活動性、不安、幸福感、眠気、食欲の項目についてその程度を線上にチェックを行って評価する。

3 STAS (Support Team Assessment Schedule)

チームによる評価用、病院の緩和ケア病棟等で使われている評価方法である。

痛みのコントロール、痛み以外の症状のほか家族の病状認識、患者と家族との関係、職種間のコミュニケーション等全般的な評価ができる。

(STAS 日本語版 スコアリングマニュアル第2版 編集:緩和医療提供体制の拡充に関する研究班、発行:日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団)

4 EFAT (Edmonton Functional Assessment)

チームによる身体機能の状態を測定する評価方法

コミュニケーション、見当識・記憶・精神状態、痛み、呼吸、平衡状態（立ち座りのバランス）、運動能・可能性、疲労、動機付け、ADL

5 PS (Performance States)

身体活動状態の評価方法、介護力、居住環境評価、生活用具の検討を行うことができる。

6 痛みの評価

(1) NRS (ニューメリック・スコア) : 0 - 10 の 11 段階評価、「全く痛みを感じない時を 0, 最も痛い時を 10 とすると今の痛みはどの程度ですか?」

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

└───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┬───┘
全く痛みがない 中程度の痛み 最悪な痛み

(2) VAS (ビジュアル・アナログ・スケール) : 痛みの程度を直線上(10cm)でいえばどのあたりですか? 線で書き入れて下さい

まったく痛みがない

考えられる最大の痛み

書き入れた線が痛みがないところから mm を計測し評価する。

(3) フェイス・スケール

0 (まったく痛みがなくとても幸せ) ～ 5 (想像できる最も強い痛み) までの5段階のスケールで評価

(Wong-baker によるフェイス・スケール Whaley L. Wong D: Nursing Care of infants and Children, ed 3. p.1070.1987)

7 呼吸困難の評価

参考文献：がん患者の呼吸困難のマネジメント (監修・執筆 静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科 田中桂子)