

# 「末期がんの方の在宅ケアデータベース」新規登録申請書

本データベースは、末期がん患者さんやそのご家族など一般の方々や病院関係者の方々に、インターネットを通じて在宅ケア実施医療機関の情報を提供することを目的としたものです。

## 1. 登録内容の構成

- I. 医療機関の概要、体制
- II. 末期がん患者の在宅ケアの内容
- III. アンケート回答内容(設問 I、II)のインターネット上での公開の可・不可

の3部構成となっております。

I は質問事項を記入していただき、\* がついている選択肢は○で囲んでください。

II は「はい」「いいえ」「要相談」を○で囲んでください。また、特記事項等がありましたらその他コメント欄にお書き下さい。

III は該当する選択肢を○で囲んでください。

## 2. 登録方法

FAXまたは郵送にて下記の連絡先までお送りください。登録が完了した時点で、事務局より確認のご連絡をいたします。

## 3. ご質問・お問合せ先

ご質問などございましたら下記までご連絡ください。

日本在宅ホスピス協会 「在宅ケアデータベース」係  
〒500-8458 岐阜県岐阜市加納村松町3-3  
TEL 058-273-5250 FAX 058-273-6063

## 「末期がんの方の在宅ケアデータベース」登録用紙

I 貴医療機関の概要、体制についてお伺いします。\*は該当するものを○で囲んでください。

医療機関名					*日本在宅ホスピス協会	会員 ・ 非会員
*医療機関の種類	病院(200床以上 ・ 200床未満) ・ 診療所(有床 ・ 無床)					
在宅担当医師	常勤	人数	名	非常勤	人数	名
		医師名:			医師名:	
住所	〒	—				
TEL				FAX		
メールアドレス	(*公表:可 ・ 不可)					
ホームページURL						
最寄の交通機関						
対象地域 (都道府県・市区町村名)						
相談外来 (曜日・時間など)						
対応患者数	20__年	在宅末期がん患者数	名	/	在宅看取り数	名
		在宅非がん患者数	名	/	在宅看取り数	名
※できるだけ最新の年間患者数と対象年をご記入ください。概算数でもかまいません。ご開業間もない場合は、開業年月を備考欄にご記入ください。						
*訪問看護	同一機関で提供(院内訪問看護部門 ・ 訪問看護ステーション) ・ 他機関の訪問看護ステーションとの連携 (あり ・ なし)					
*併設施設	緩和ケア病棟 ・ ヘルパーステーション ・ 居宅介護支援事業所 ・ その他( )					
*在宅療養支援診療所	はい ・ いいえ					
備考						

## II 貴医療機関における末期がん患者の在宅ケアについてお伺いします。

回答欄の「はい」「いいえ」「要相談」を○で囲んでください。さらに記載しておくべき事がありましたら、その他コメント欄にお書き下さい。

(1)受け入れ可能な患者さんの条件について	回答欄
1. 患者さんも家族も在宅ケアを希望し、家族が介護できる場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
2. 患者さんも家族も在宅ケアを希望しているが、家族が介護できない場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
3. 患者さんが在宅ケアを希望しているが、家族が希望しない場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
4. 患者さんは在宅ケアを希望していないが、家族が希望している場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
5. 患者・家族が在宅ケアを希望せず、緩和ケア病棟に入院するまでの間、在宅生活を希望する場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
6. 1人暮らしの患者さんの場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
7. 患者さんが病院で苦しみ悩んでいる場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
8. 患者さんが緩和ケア病棟で苦しみ悩んでいる場合に受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
9. 患者が病名や病状を正しく理解していない場合でも受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
10. 40歳以下の成人患者も受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
11. 小児の患者を受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
12. 遠方(時間的・距離的)の患者の場合でも受け入れます。	はい ・ いいえ ・ 要相談
その他コメント欄	

(2)在宅ケアの方針について		回答欄
1. 一定の方針(基準・マニュアル等)に従ったケアを行っています。		はい・いいえ・要相談
2. 患者さんや家族には在宅医療やケアの方針を文書で説明しています。		はい・いいえ・要相談
3. 患者さんや家族には在宅医療やケアの方針を口頭で説明しています。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

(3)在宅ケアの具体的な内容について		回答欄
A. 医師の訪問		
※1～4はいずれかに○を付けてください。		
※ 1. 定期的な訪問と必要時24時間いつでも往診します。		はい
※ 2. 定期的な訪問と必要時なるべく往診します。		はい
※ 3. 定期的な訪問のみ行います。		はい
※ 4. 必要時のみ往診します。		はい
5. 24時間電話連絡を受け取ることができます。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

B. 訪問看護師の訪問(連携先の訪問看護ステーションからの訪問も含む)		回答欄
※1～4はいずれかに○を付けてください。		
※ 1. 定期的な訪問と必要時24時間いつでも訪問します。		はい
※ 2. 定期的な訪問と必要時なるべく訪問します。		はい
※ 3. 定期的な訪問看護のみ行います。		はい
※ 4. 必要時のみ訪問します。		はい
5. 24時間電話連絡を受け取ることができます。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

C. 医師・看護師以外の訪問		回答欄
1. 必要があれば、歯科医による訪問診察を依頼します。		はい・いいえ・要相談
2. 必要があれば、薬剤師による服薬指導を依頼します。		はい・いいえ・要相談
3. 必要があれば、訪問リハビリテーションを依頼します。		はい・いいえ・要相談
4. 必要があれば、管理栄養士の訪問を依頼します。		はい・いいえ・要相談
5. 必要があれば、ケアマネジャーの訪問を依頼します。		はい・いいえ・要相談
6. 必要があれば、ヘルパーの訪問を依頼します。		はい・いいえ・要相談
7. 必要があれば、ボランティアの訪問を依頼します。		はい・いいえ・要相談
8. 必要があれば、心のケアの担当者の訪問を依頼します。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

D. 在宅ケアで行う医療内容		回答欄
ア. 痛みの緩和		
1. 身体的な痛みだけでなく、心の痛みや苦しみもケアします。		はい・いいえ・要相談
2. 一定の方式(例えばWHO方式)に従った疼痛緩和を行います。		はい・いいえ・要相談
3. 経口モルヒネやオキシドンをを用いた痛みの緩和を行います。		はい・いいえ・要相談
4. フェンタニルパッチを用いた痛みの緩和を行います。		はい・いいえ・要相談
5. モルヒネ坐薬を用いた痛みの緩和を行います。		はい・いいえ・要相談
6. モルヒネ等の持続皮下注射を用いた痛みの緩和も可能です。		はい・いいえ・要相談
7. モルヒネ等の硬膜外持続注入を用いた痛みの緩和も可能です。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

イ. 在宅酸素療法		回答欄
1. 酸素濃縮気(空気から窒素を分離し、酸素を濃縮して供給する機械)を使用することが可能です。		はい・いいえ・要相談
2. 液体酸素(酸素を液体にしたもの)を用いることができます。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

ウ. 栄養・補液		回答欄
1. 経鼻栄養(鼻から管を入れて栄養分や水分を投与すること)を行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
2. 胃瘻(腹部の皮膚から胃に管を入れ、そこから栄養や水分を投与すること)の管理が可能です。		はい・いいえ・要相談
3. 末梢血管(腕・手などの静脈)からの点滴を行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
4. 中心静脈カテーテル(心臓に近い大静脈へ入れた管)による高カロリー輸液が可能です。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		
エ. 検査		回答欄
1. 超音波検査をご自宅で行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
2. X線撮影をご自宅で行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
その他、ご自宅で可能な検査内容		
オ. その他の医療処置		回答欄
1. 胸腔穿刺(胸水を除去すること)をご自宅で行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
2. 腹腔穿刺(腹水を除去すること)をご自宅で行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
3. 腎瘻(腹部の皮膚から腎臓へ管を入れて尿を取ること)の管理をご自宅で行うことが可能です。		はい・いいえ・要相談
4. 必要な場合は輸血をご自宅で行うことが可能です(緊急時以外)。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

E. 入院施設との連携（※無床診療所の場合は必ずお答えください。）		回答欄
1. 特定の病院と連携をとっています。		はい・いいえ・要相談
2. 必要に応じて(非特定の)病院を紹介します。		はい・いいえ・要相談
3. 入院が必要な場合は病院を紹介します。		はい・いいえ・要相談
4. 必要な場合は入院先としてホスピスも紹介できます。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		

F. その他の提供サービス(同一法人内からの提供も含む)		回答欄
1. ご遺族に対する悲嘆のケアを在宅ケアの一環として行っています。		はい・いいえ・要相談
2. がん患者さん対象のデイホスピスを行っています。		はい・いいえ・要相談
3. 代替療法(プロポリス、アガリスクの使用、リンパ球療法など)は患者さんやご家族の意向に任せています。		はい・いいえ・要相談
4. ボランティアの養成講座を定期的に行っています。		はい・いいえ・要相談
その他コメント欄		



(4)医療費について		回答欄
1. 医療保険分以外お支払いいただく場合があります。		はい・いいえ・要相談
2. 最初に相談外来に来た場合の費用。		円
その他コメント欄		

Ⅲ 最後に、本アンケートご回答内容のデータベースへの登録とインターネット上での公開についてお伺いします。

1か2のどちらかを○で囲んでください。

1. 設問Ⅰのみ公開できます。	2. 設問Ⅰ、Ⅱとも公開できます。
設問Ⅰ. 医療機関の概要、体制	設問Ⅰ. 医療機関の概要、体制 設問Ⅱ. 末期がん患者の在宅ケアの内容

ご協力ありがとうございました。