一般財団法人同友会　藤沢湘南台病院

緩和ケア病棟のご案内

緩和ケア病棟は、がん患者様の『痛い』『苦しい』『気が晴れない』などの身体的・精神的なつらさを、専門的視点で症状を緩和するケアを行ない、毎日を安らかに過ごせるように支援する病棟です。

病棟は一人個室１１床と４床室２部屋の全１９床で、ゆっくりとケアを受けて頂くことを念頭にプライバシーへの配慮を行った造りになっており、患者様と家族の方がリラックス出来る時間を持てるよう家族控え室や談話室という空間を備えると共に、温かい食事や家庭料理が味わえるように自由に使える台所なども用意しております。

医師や看護師、薬剤師・栄養士・リハビリテーションスタッフ・ソーシャルワーカーなどがチームを組み、患者さまと家族の方に関わるすべてのスタッフが心温まるケアを提供させていただきます。

緩和ケア病棟（１号館増築棟３階）

室料差額（税込み）令和７年７月１日～

①	個室Ａ	（３床）22,000 円／日	②	個室Ｂ	（３床） 19,800 円／日
③	個室Ｃ	（３床）15,400 円／日	④	個室Ｄ	（２床） 差額無し／日
⑤	４人室	（８床）差額無し／日			

＊ご入院期間の目安は、概ね３か月程度となっております。状況によりましては、今後の療養先についてご相談させていただく場合がございます。

＊無料個室（個室 D）は緊急時に使用するため、ご希望によるご利用は承っておりません。あらかじめご了承ください。

＊入院費用は、別途保険負担分、食事代、レンタル品代等がかかります。

緩和ケア病棟　入院費用

◆保険自己負担額

	70歳未満（3割）					70歳以上			
区分	ア	イ	ウ	エ	オ	3割	1割・2割	1割（非課税）	
1ヵ月の上限	約27万円	約18万円	約9万円	57,600円	35,400円	約27万円 約18万円 約9万円	57,600円	24,600円	15,000円

※　食事代：1食510円 は別途かかります。
（所得に応じて負担額が変更になる場合がございます）

◆日用品レンタル料

	セット内容	金額（日/円）*税込
Aセット	タオル類・パジャマTシャツ・ハーフパンツ・日用品	**594円**
Bセット	タオル類・パジャマ Tシャツ・ハーフパンツ・日用品・紙オムツ各種	**1,650円**
オプション①	肌着・パンツ・ショーツ・靴下	**165円**
オプション②	紙オムツ各種（手術後の患者様で1日2枚以下の方限定）	**440円**

★ タオル類：
バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル

☆ 日用品：
ティッシュ・ヘアブラシ・コップ・カミソリ・歯ブラシ・歯磨き粉
入れ歯洗浄剤・入れ歯カップ・ リンスインシャンプー・ボディーシャンプー・ハンドソープ

以上の中から必要時にご使用いただけます。

入院費用概算例（患者様により異なる場合がございます。）

例１　一般世帯（3割）で1ヶ月(31日)入院の場合《 4床室ご利用時 》
保険負担分：約90,000円 ＋ 食費 47,430円 ＋Aセット 18,414円 ⇒ **約155,844円**
保険負担分：約90,000円 ＋ 食費 47,430円 ＋Bセット 51,150円 ⇒ **約188,580円**

例２　70歳以上（1割）で1ヶ月(31日)入院の場合《 4床室ご利用時 》
保険負担分：57,600円 ＋ 食費 47,430円 ＋Aセット 18,414円 ⇒ **123,444円**
保険負担分：57,600円 ＋ 食費 47,430円 ＋Bセット 51,150円 ⇒ **156,180円**

※ 別途室料差額及び消費税がかかります。

藤沢湘南台病院
緩和ケア病棟ご案内　Ｑ＆Ａ集

Ｑ 本人に告知しないと入院できないのでしょうか？

Ａ. 基本的には、患者さんがご自分の病気について知った上で緩和ケア病棟への入院を希望されていることが望ましいと考えています。
緩和ケア病棟では、患者さんから病状について尋ねられた場合、原則として事実に基づいた上で、患者さんの状態を勘案しながら、お話していくことにしています。

Ｑ 緩和ケア病棟にはどの時期から入院できますか？

Ａ. この時期でなければいけないという取り決めはありません。
手術や抗がん剤などの治療を行なうよりも、苦痛症状を緩和する治療を中心に行なうほうがよい時期であれば入院が可能です。

Ｑ 民間療法はできますか？

Ａ. 民間療法は原則として出来ません。他院に通院して行うことも出来ません。
また、健康食品や健康器具等については、主治医の許可が必要となりますのでご相談下さい。

Ｑ 緩和ケア病棟を予約してから待っている間、緊急時はどうしたらよいですか？

Ａ. 当院の緩和ケア病棟では、予約入院制をとっているため、急な入院が必要な場合には、今まで通っていた病院の診療科に入院していただき、その後、病院診療連携で調整することになります。

Ｑ 入院期限はありますか？

Ａ. 期限はありませんが、苦痛症状がある患者様の入院が優先となりますので、入院をされて症状が緩和した場合は退院のご相談をさせていただきます。
退院先についてはソーシャルワーカー（医療福祉相談室）がご相談に応じます。

Ｑ 無料の個室には入院出来ますか？

Ａ. 無料個室（個室Ｄ）は、緊急時に使用しますので、ご希望でのご利用は出来ません。

なお、無料でご利用出来る４人室は原則、１ヶ月間までの利用となります。
詳しくはソーシャルワーカーまでご相談下さい。

Ｑ 家族の食事はどうしたらいいでしょうか？

Ａ. 病院売店や多目的室に家族用キッチンをご用意しておりますので、ご利用ください。また、付添い食のサービスもございますのでご相談下さい。

Ｑ 病棟の見学は出来ますか？

Ａ. 大変申し訳ございませんが、患者様のプライバシーを配慮し、事前の病棟見学は入院相談外来（医師との面談）当日に限りご案内させていただいております。病棟について事前にお聞きしたい場合は、ソーシャルワーカーがご相談に応じますのでご連絡下さい。

当院をはじめて受診される方

藤沢湘南台病院　緩和ケア病棟　入院相談のご案内

当院緩和ケア病棟へ入院するまでの流れについて

① まず病院にお電話ください。担当者がいくつかのご質問をさせていただき、外来受診までの流れや必要書類についてご説明し、緩和ケア病棟入院相談外来の日時をお伝えします。（後日になる場合もあります）

② 以下の書類をご入手してください。

（1）緩和ケア病棟　入院相談のご案内（患者様用：現在ごらんになっているものです。）

（2）緩和ケア病棟　入院相談書（患者様記入用）

（3）緩和ケア病棟　入院相談のご案内（主治医用）

（4）緩和ケア病棟　入退院基準

（5）緩和ケア病棟入院相談書（主治医記入用）

（6）日常生活状況（ADL 表）

＊これらは当院医療福祉相談室でお渡しするか、FAX、郵送もできます。

＊（３）～（６）の書類は現在の主治医にお渡しください。

③ 必要書類を準備し、緩和ケア病棟入院相談外来を受診して下さい。

④ 後日、院内で入院判定会議を行い、入院の適否を検討します。

⑤ 判定結果をご連絡し、入院待機となります。

⑥ 入院可能となりましたらご連絡いたします。

緩和ケア外来受診時にご用意いただくもの

主治医の先生に「緩和ケア病棟入院相談のご案内（主治医用）」を渡し、①ー④の書類を用意してもらってください。⑤は患者様・ご家族がご記入してください。

【主治医の先生などが記入するもの】

① 診療情報提供書

② 検査結果・画像等

③ 緩和ケア病棟入院相談書（主治医記入用）

④ 日常生活状況（ADL 表）＊主治医または病院スタッフの方の記載で結構です。

【患者様・ご家族が記入するもの】

⑤ 緩和ケア病棟入院相談書（患者様記入用）

【その他】

⑥ 健康保険証

⑦ 印鑑

必ずお読みください

＊緩和ケア外来は完全予約制のため、予約なしでの受診はできませんのでご了承ください。

＊不明な点につきましては当院緩和ケア病棟相談窓口にお問い合わせください。

緩和ケア病棟　入院相談書（患者様記入用）

記入日　令和　　年　　月　　日

患者氏名（ふりがな）　　男・女　　年　　月　　日生まれ　　歳

記入者氏名（ふりがな）　　男・女　　歳　　続柄

以下の質問で□のついているところは、該当する項目全てに✔をつけてください。

患者様は現在　□入院中＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

□自宅

□通院あり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院　□通院なし

□訪問診療あり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医院・クリニック　□訪問診療なし

介護認定　　□あり（介護度：要支援１・２／要介護１・２・３・４・５　）　□申請中　□なし

ケアマネージャー事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

・当院の緩和ケア外来は、どのような経緯で受診されましたか

□本人の希望　□家族の希望　□主治医からのすすめ　□主治医以外のスタッフからのすすめ

□知人からのすすめ　□その他（　　）

・緩和ケア病棟への入院を希望される理由について（複数回答可）

□つらい症状があるため　□つらい治療を受けたくないため

□つらい検査を受けたくないため　□静かに過ごしたいため

□主治医にすすめられたため　□現在入院中の病院での入院継続が難しいため

□その他（　　）

ご本人に伺います

1.病気についてどのように聞いていますか

病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病状：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.病状について、まずどなたにお話すればよろしいですか（複数回答可）

□本人　□配偶者　□息子　□娘　□父　□母　□兄弟・姉妹　□友人　□その他

（本人以外に✔された場合）名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.病状について

□すべて知りたい　□知りたくないことがある。具体的には、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4.今後の治療の希望について（複数回答可）

□病気をなくしたり、小さくする治療を受けたい　□つらい症状をとってほしい

□民間療法をしたい　□症状がとれたら退院したい　□なにもしてほしくない

□その他（　　）

5.入院される時期をどのようにお考えですか

□できるだけ早く入院したい　□できるだけ今いる所にいたい（自宅・病院）

□その他（　　）

6.大切にしている記念日や、行事などはありますか

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族に伺います

1.病気についてどのように聞いていますか

病名：

病状：

2.病状について、まずどなたにお話すればよろしいですか（複数回答可）

□本人　□配偶者　□息子　□娘　□父　□母　□兄弟・姉妹　□友人　□その他

（本人以外に✔された場合）名前

3.入院される時期をどのようにお考えですか

□できるだけ早く入院したい　□できるだけ今いる所にいたい（自宅・病院）

□その他（　　）

お部屋の希望

□個室（□22,000 円　□19,800 円　□15,400 円）　□４人部屋　□どちらでもよい

＊無料個室（２床）は緊急時に使用しますので、ご希望でのご利用は出来ませんのでご了承下さい。

緩和ケア病棟では、入院される皆様に病棟での治療内容等について、十分に理解していただいた上でご利用していただきたいと考えております。そのために以下の質問をさせていただくことをご理解ください。

（１）がんによるつらい症状を和らげることを目的とした治療を行います。適応があれば、医療用の麻薬を使う場合があります。

（２）抗がん剤や手術、放射線治療は行っておりません。

（３）患者様からの希望があれば、病名・症状について真実をお話いたします。

（４）緩和ケア病棟では、どなたもいつかは迎える最期のときに、人工呼吸器や心臓マッサージ等の蘇生術は控えます。

これらの方針について同意いただけますか

（本人）　□同意する

□同意できない（同意できない番号に✔してください）

□（１）□（２）□（３）□（４）

（家族）　□同意する

□同意できない（同意できない番号に✔してください）

□（１）□（２）□（３）□（４）

入院予約の際には上記を含めた項目について別紙の同意書をいただいております。

その他ご質問、ご希望がございましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました

藤沢湘南台病院　緩和ケア病棟　2016.4

主治医用

藤沢湘南台病院緩和ケア病棟　入院相談のご案内

主治医の先生へ

この度は患者様をご紹介いただきありがとうございます。当院緩和ケア病棟では、入院希望の患者様およびご家族の方に、まず緩和ケア外来を受診していただき、入院判定会議にて入院の適否を検討しております。緩和ケア外来は完全予約制とさせていただき、以下の書類が必要となります。ご多忙のところ恐れ入りますがご理解とご協力をお願いいたします。

■緩和ケア外来受診時にご用意いただくもの

① 診療情報提供書

経過、既往歴、現在の治療内容、処方、現在の点滴内容等の記載をお願いいたします。

② 検査結果・画像

必要と思われる最新検査結果（腫瘍マーカー等も含む）、画像等をお願いいたします。

③ 日常生活状況(ADL 表)

主治医または病院スタッフ記入用。

④ 緩和ケア病棟入院相談書（主治医記入用）

診療情報提供書と内容が重複する場合には「記載済み」のところにチェックして下さい。

⑤ 緩和ケア病棟入院相談書（患者様記入用）

＊緩和ケア外来受診後、いただいた書類の内容や患者様の病状についてうかがうため、ご連絡させていただく場合があります。

必ずお読みください

① 当院緩和ケア外来をご紹介いただく際にはホームページの入退院基準を必ずごらんいただき、紹介患者様が該当するかご確認ください。

② 当院緩和ケア病棟に入院されるまでの間の診療は貴院にてお願いいたします。（緊急時対応を含めます）また緩和ケア病棟退院後は、貴院にて継続加療していただくことをお願いいたします。

③ 外来受診日から入院までの期間が長くなり、患者様の病状や処方内容等に変化がある場合には、お手数ですが入院（転院）時に再度情報提供書をお願いいたします。

④ 入院判定のため、患者様の ADL 表の内容について変化がないか病棟スタッフにお電話で確認させていただくことがありますので、ご協力をお願いいたします。

⑤ 緩和ケア病棟では抗癌剤等の治療や、急変時も含め蘇生術は行っておりません。ご紹介前にこれらの緩和ケア病棟の特性を患者様にご説明いただきますようご協力お願いいたします。

藤沢湘南台病院　緩和ケア病棟

藤沢湘南台病院緩和ケア病棟　入退院基準

対象：悪性腫瘍の診断を受けており、悪性腫瘍に伴う身体的、精神的苦痛があり、緩和ケアを必要とすると診断された患者

入院基準
・悪性腫瘍と診断されていること
・悪性腫瘍に伴う身体的、精神的苦痛があること
・本人、およびその家族が緩和ケア病棟について理解し、緩和ケア病棟への入院を希望していること
・原則として、本人が病名・病状を理解していること。

（入院適応とならない場合）
・悪性腫瘍による苦痛症状がない場合
・介護が主たる入院の目的となる場合
・本人が入院を希望していない場合（本人が意思表示を出来ない場合も含む）
・徘徊、大声、暴力等、患者さん本人の安全が保てない、あるいは他の入院患者さんの安静が保てない場合
・抗癌剤等による癌治療を終えた直後で、抗癌剤による副作用が症状の原因と考えられる場合。
・人工呼吸器を装着している場合や、透析、定期的な輸血を必要とする場合。

退院基準
・本人またはその家族が退院を希望されたとき
・悪性腫瘍による症状が緩和され、病状が安定したと判断されたとき
・悪性腫瘍の縮小、または治癒を目的とした治療を希望されるとき
・悪性腫瘍以外の疾患で、その治療を優先する必要が生じたとき

緩和ケア病棟　入院相談書（主治医記入用）

記入日　令和　　年　　月

記入者

患者氏名（ふりがな）　　男・女　　年　　月　　日生まれ　　歳

KeyPerson　　□配偶者　□息子　□娘　□その他（　　）

	診療情報提供書に記載済の場合はこちらに✔して下さい
原疾患名	□
転移　□なし　□あり　部位	□
直接浸潤　□なし　□あり　部位	□
原疾患に伴う合併症	□
その他の合併症　□糖尿病　□虚血性心疾患　□腎疾患　□呼吸器疾患 □その他（　　）	□
予想される予後　□一年以上　□半年から一年　□（　　）ヶ月　□週単位 □日単位	□
急変について　□急変の可能性が高い	□

病状の説明（説明してあるもの全てに✔してください）

・患者さんに対して説明を行った時期　　頃　　□

□病名　□転移・再発　□予後（具体的には　　）

□急変の可能性について　□説明したが理解されていない

□説明していない（その理由は、　　）

・ご家族の（名前　　）に対して説明した時期　　頃　　□

□病名　□転移・再発　□予後（具体的には　　）

□急変の可能性について　□説明したが理解されていない

□説明していない（その理由は、　　）

症状

・疼痛　□なし　　□

□あり　部位

原因として考えられることはなんでしょうか

・疼痛以外でコントロールが難しい身体症状　　□

□なし

□あり　具体的には、

・精神状態 □

□なし　□うつ病　□せん妄　□認知症（□徘徊　□大声を出す　□暴力）

□その他（　　）

・感染症 □

□なし　□HBV　□HCV　□STS　□MRSA　□HIV

□その他（　　）

・現在の処置 □

□出血　処置内容（　　）

□褥瘡

□酸素（　　リットル/hr）

その他特に必要としている処置＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・チューブ類 □

□末梢静脈カテーテル　□中心静脈カテーテル（□ポートあり）

□膀胱カテーテル　□気管カニューレ

□PTSD、PTGBD　□胃瘻（目的：□水分・栄養経路　□減圧・排液）

□NG チューブ（目的：□水分・栄養経路　□減圧・排液）

□その他（　　）

今後の治療について □

悪性腫瘍の縮小・治療を目的とした治療の予定は

□ない

□ある　具体的には、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他診療で留意すべき点がございましたら、お書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緩和ケア病棟は緊急入院が困難なため、緊急入院が必要な場合は紹介元で対応をお願いしています

緊急入院の場合、貴院での対応は

□可　□不可

対応不可の場合の対応方法についてはどのように考えていらっしゃいますか

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様が希望された場合、この用紙および情報提供書を開示してもよろしいですか

□開示してよい　□開示しないでほしい

ご協力ありがとうございました

藤沢湘南台病院　緩和ケア病棟　　2019．10

日常生活状況（ADL 表）

ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　記載日　令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**　男・女　記入者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職種＿＿＿＿＿＿

該当する項目に○をつけてください。症　状（複数回答可）	1．意識レベル低下　2．終末期　3．麻痺　4．摂食・嚥下障害　5．低栄養　6．褥瘡 7．脱水　8．BPSD　9．疼痛またはその他の苦痛症状　10．その他（　　）		
医療処置	1．気管カニューレ　2．人工呼吸器　3．吸引　4．酸素療法 5．注射・点滴　6．中心静脈栄養　7．経管栄養　8．腎ろう 9．膀胱カテーテル　10．尿管皮膚ろう　11．CAPD 12．ストーマケア　13．褥瘡処置 14．疼痛（麻薬）管理・症状のコントロール 15．リハビリテーション　16．その他（　　） 17．特になし	服薬状況	薬の管理は、 本人・家族・病院・その他 （　　） 薬が 飲みにくい・飲み忘れがある

日常生活動作　**該当する項目に一つ✔してください。**

移動	**歩行**　□独歩　□杖　□歩行器　□つたい歩き　/　**介助**　□要　□不要 **車椅子**　□座位保持　□要介助　/　**移乗**　□自立　□要介助　□全介助 **転倒**　□したことがある　□ない
PS	□　0：発症前と同じ日常生活が制限なく行える □　1：軽度の症状があるが、歩行、軽労働や坐業は可 □　2：歩行や身の廻りのことはできるが、時に介助が必要 □　3：身の廻りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要 □　4：身の廻りのこともできず、常に介助が要り、終日就床を必要としている
栄養	**経口摂取**　□自立　□一部介助　□全介助 **嚥下障害**　□なし　□あり 食事内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **経管栄養**　□経鼻　□胃ろう　□経腸　□その他（　　） 内容・1日量＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
排泄	**トイレ**　□トイレ　□ポータブルトイレ　□人工肛門　□オムツ　□尿器　□留置カテーテル **介助**　□要　□不要 **排便**＿＿＿＿回/日　□普通　□下痢　□便秘：使用薬剤（　　）
認知	**認知症**　□なし　□あり **理解力の低下**　□なし　□あり **認知症がある場合** □0：正常 □1：軽度（通常の家庭内行動はほぼ自立。日常生活上助言や介助は必要ないか、あっても軽度） □2：中等度（知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、助言や介助が必要） □3：高度・最高度（日常生活が1人では無理。多くの助言や介助が必要、あるいは逸脱行為が多く目が離せない） **問題行動**　□なし　□あり：具体的に（　　）
睡眠	**不眠**　□なし　□あり　□使用薬剤（　　）
皮膚	**褥そう**　□なし　□あり　□高リスク　/その他（　　） **清潔**　□入浴　□シャワー　□清拭　/介助　□要　□不要
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	□言語障害　□視力障害　□聴力障害　□その他（　　）