

(案)

在宅看取りにおける 経過時期別連携シート

Ver. 1

令和5年●月●日作成

はじめに

高知市では、全国に先行する形で少子・高齢化，人口減少が進んでおり，団塊の世代が75歳以上となる2025年も目前となっています。また，団塊ジュニアの世代が65歳以上となる2040年には高齢化率は38%を超えることが予測されています。

こうした中，国においては，重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく生活が続けることができるよう，住まい・医療・介護・生活支援の一体的なサービス提供体制を目指す，地域包括ケアシステムの強化のため，介護保険法などの関係法令の改正が行われました。

医療と介護の両方を必要とする高齢者等が増える中，住み慣れた地域で本人が望む場所で，その人らしく最後まで暮らし続けられる体制づくりが求められています。

高知市では，2017年2月より，医療や介護・福祉専門職等による「高知市在宅医療・介護連携推進委員会（以下，「推進委員会」という。）」を設置し，在宅医療・介護連携の推進を目指して取組を進めています。

2018年度には，『在宅（療養）生活支援リーフレット～あなたの「家に帰りたい」思いをサポートします～』を作成し，在宅療養を支える在宅医療・介護について知っていただく取組を進めてきました。

また，毎年ケアマネジャーを対象としたアンケート調査を実施する中で，在宅で看取ろうとした方や実際に看取りとなった方は年々増えてきている現状があり，病状や症状が変化する短い期間の中でのケアマネジャーとしての役割や支援内容に悩むといった意見がありました。推進委員会においても，在宅での看取りは病状や症状が変化し，そのような中で本人・家族の意思も変化するため，多職種が経過時期を共有し，各職種の役割を確認・調整しながら連携して支援していくことが重要であり，そのためにも支援する際の経過時期別の役割分担・連携体制づくりを明確にしていくことが必要との意見が出されました。

そこで，推進委員会では，在宅で最期まで過ごすことを希望される方を多職種で支えることを目的として，在宅看取りにおける経過時期別の連携シートを作成しました。実践や研修の場面等で，ご活用いただければ幸いです。

目次

- 1 在宅看取りにおける経過時期別連携シートとは
- 2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート（全編・分割編）
- 3 意思決定支援
- 4 生活保護を受給されている方を支援する場合

【参考資料】

- (1) 在宅療養を支援するメンバー紹介シート
- (2) おくやみ窓口
- (3) 用語の説明
- (4) 引用・参考文献

1 在宅看取りにおける経過時期別連携シートとは

(1) 目的

在宅で最期まで過ごすことを希望される方を支援するにあたり、看取りの経過時期別に、それぞれの職種の役割について可視化することで、連携して支えることができる。

(2) 支援の対象者

積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

(3) 連携シートを活用する支援者

支援の対象者に関わる職種

(4) 経過時期別とは

看取りを経過によって「準備期」「開始期」「安定期」「終末期」「臨死期」「死」「死別期」の7つの段階に整理しています。

ご本人の状態によって、在宅に帰られる時には臨死期の状態であるなど、全ての段階を経ることがない場合もあります。

準備期:退院までのおよそ1週間, 医師の初回往診までの1週間

在宅療養を希望されているが, それでよいのか, 本当にやっていけるだろうかと本人も家族も不安に感じる時期

開始期:療養開始後1~2週間程度

実際に在宅療養が開始され不安定な時期で, 不安が解消されるような支援が必要な時期

安定期:月単位で状態が変化していく時期

在宅生活にも慣れ, 症状も比較的安定している時期

終末期:悪化期ともいい, 週単位に状態が変化する時期

病状や症状が変化し, 予後が数週間程度と判断される時期^{1) 2)}

臨死期:日々に状態が変わる時期

病状や症状が変化し, 予後が数日~24時間以内と判断される時期^{1) 2)}

死別期:死亡後~1~2週間, 長くて1年程度の期間

別れの時期

(5) 連携シートの見方・活用方法

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(案)

対象者: 積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

経過時期	準備期 (通院までのおよそ1週間、医師の初回往診までの1週間)	開始期 (療養開始後1~2週間程度)
職種	在宅療養を希望されているが、それでよいのか、本当にやっているだろうか、本人も家族も不安に感じる時期	実際に在宅療養が開始され不安定な時期で、不安が解消されるような支援が必要な時期
意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> 療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認(往診医) 本人と家族の不安の確認と病状や療養生活の受け止め、希望の確認を行う(訪問看護) 本人・家族の不安、病状及び在宅療養の受け止めと希望について確認(できれば、訪問看護に同席し、訪問看護の捉えと本人・家族の捉えにズレがないか確認)(CM) 本人や家族の心理的な揺らぎや受け止めの把握(地域連携室) 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(往診医) 本人・家族の不安や困難感への対処を行う(訪問看護) 本人・家族の病気の受け止めの確認、支援を行う(訪問看護) 本人・家族が満足できる在宅療養が継続できているかの確認(CM) 必要に応じてカンファレンスの開催の検討
往診医	往診医としての受入の判断 <ul style="list-style-type: none"> 紹介先の地域連携室より、身体的・心理的・社会的・経済的状況や療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認し、往診医として受入れ可能か判断する 往診の開始時期の決定 往診の開始時期について、地域連携室を通じて、又は直接、本人・家族に相談し決定する 情報収集 ケアマネジャーより、利用可能なサービスについて情報を得る 訪問看護指示書作成 	【症状の変化等に対する対応】 <ul style="list-style-type: none"> 症状の変化等について、訪問看護より連絡をもらい、随時対応する 訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(再掲) 今後起こり得る症状(倦怠感や痛み)に対する対処方法について、家族に説明する 【チームで治療方針等について共有】

横軸: 経過時期

縦軸: 職種

バックベッドにつなぐ

- 横軸に経過時期、縦軸に職種を記載しています。
- 職種ごとに、経過時期別の役割について記載しています。
- この連携シートに記載している役割は、確定されたものではありません。支援する方の状態等に応じて、それぞれの役割を確認・相談しながら調整してください。
- 「意思決定支援」は、支援メンバー全員が関わる項目であるため、連携シート上段に記載しています。
- 経過時期に応じて、情報集約や調整を主に担う職種の枠に色掛けをしています。準備期から開始期の時期は、主にケアマネジャーが情報集約や調整を担うことが多くなります。安定期には、病状変化に応じて、徐々に訪問看護へとシフトし、終末期以降は、訪問看護が担うことが多くなります。

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(案)

対象者：積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

経過時期	準備期 (通院までのおよそ1週間、医師の初回往診までの1週間)	開始期 (療養開始後1～2週間程度)	安定期 (月単位で状態が変化していく時期)	終末期 (悪化ともいえる、週単位で状態が変化する時期)	臨死期 (日々で状態が変わる時期)	死	死別期 (1～2週間、長くて1年程度の期間)
職種	在宅療養を希望されているが、それによいのか、本当にやっているだろうか、本人も家族も不安に感じる時期	実際に在宅療養が開始され不安定な時期で、不安が解消されるような支援が必要な時期	在宅生活にも慣れ、症状も比較的安定している時期	病状や症状が変化し、予後が数週間程度と判断される時期	病状や症状が変化し、予後が数日～2週間以内と判断される時期		別れの時期
意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> 療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認(往診医) 本人と家族の不安の確認と病状や療養生活の受け止め、希望の確認を行う(訪問看護) 本人・家族の不安、病状及び在宅療養の受け止めと希望について確認(できれば、訪問看護に同席し、訪問看護の提案と本人・家族の提案にスリッパがないか確認)(CM) 本人や家族の心理的な揺らぎや受け止めの把握(地域連携室) 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(往診医) 本人・家族の不安や困難感への対処を行う(訪問看護) 本人・家族の病気の受け止めの確認、支援を行う(訪問看護) 本人・家族が満足できる在宅療養が継続できているかの確認(CM) 必要に応じてカンファレンスの開催の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じてカンファレンスの開催の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 最期の療養場所や療養生活についての確認をする 最期の療養場所や療養生活についての選択への意思決定支援(訪問看護) 入院の希望があれば、往診医や訪問看護に相談する(CM) 必要に応じてカンファレンスの開催の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 最期の療養場所や療養生活についての確認をする 在宅での看取りの意思の最終確認(訪問看護) 入院の希望があれば、往診医や訪問看護に相談する(CM) 必要に応じてカンファレンスの開催の検討 		
往診医	<p>【往診医としての受入の判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> 紹介先の地域連携室より、身体的・心理的・社会的・経済的状況や療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認し、往診医として受入れ可能か判断する <p>【往診の開始時期の決定】</p> <ul style="list-style-type: none"> 往診の開始時期について、地域連携室を通じて、又は直接、本人・家族に相談し決定する <p>【情報収集】</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーより、利用可能なサービスについて情報を得る <p>【訪問看護指示書作成】</p>	<p>【症状の変化等に対する対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 症状の変化等について、訪問看護より連絡をもらい、随時対応する 訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(再掲) 今後起こり得る症状(倦怠感や痛み)に対する対処方法について、家族に説明する <p>【チームで治療方針等について共有】</p>	<p>【その人らしい生活の実現】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「今しかできない」「今ならできる」ことを確認する 		【家族への説明(死期)】	【死亡診断】 【家族への労い】	
訪問看護	<p>【情報収集とアセスメントを行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関からの情報提供を中心に、情報収集とアセスメントを行う(発病や治療経過、現在の病状、症状の有無とコントロール状況、医療機器使用の有無や処置の状況、日常生活上のケアの状況) 【制度や費用の確認・説明】 【利用できる制度(医療保険や介護保険での訪問看護)の確認と説明し、費用の説明も行う】 <p>※病院や在宅ケアと連携しながら進める</p> <p>【訪問看護指示書の確認、訪問看護計画作成】</p>	<p>【緊急時の連絡・対応体制の確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人や家族に、緊急時病状変化や緊急時の対応体制の説明を行う 【医師や薬剤師と連携した症状への対応】 【医師や薬剤師と連携し、症状コントロールを行う】 【訪問看護と家族介護体制、介護サービス調整を行う】 【症状変化への対応、症状緩和への指導助言を行う】 【日常生活の支援状況、ケアチームとの連携を行う】 【本人・家族への支援】 本人・家族の制度の活用確認、支援を行う 	<p>【その人らしい生活の実現】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「今しかできない」「今ならできる」ことを行うタイミングと選択肢の提案、希望を安全に実現するためにチームで支援する <p>【介護者の疲労・負担感への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーと連携し、サービス利用への支援 【今後の症状の予測と対応への準備をチームで行う】 【死の準備教育を行う】 	<p>【医師や薬剤師と連携した症状への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【医師や薬剤師と連携を密にして、症状の増強や新たな症状のコントロールを行う】 【食事や排泄、清潔ケアへの支援】 【本人・家族への亡くなるサインについての説明】 【医師からの説明をもとにデュエチン・オピオイド(訪看への連絡タイミング・死後のこと(葬儀・写真・着せたいもの等)を行う】 【ケアマネジャーへの情報提供】 【ケアマネジャーに病状や変化が予測されるタイミングについて、積極的に情報提供する】 	<p>【医師と連携し、亡くなりゆくサインの把握・対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【医師に連絡し、先生からの説明を依頼したり、看取りのタイミングを見計らいながら、家族の時間をとれるよう配慮する】 【在宅で家族ができるケアを支援】 【家族にエンゼルケアの説明・相談】 【多職種に情報共有し、チームメンバーの不安への対応と臨死期であることの再確認】 	<p>【お別れの時間の共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【医師に連絡し死亡診断の確認を行う】 【エンゼルケア(なるべく家族と)】 【身寄りのない方で、葬儀屋が決定している場合は葬儀屋に連絡する。葬儀等について決定していない場合は、地域包括支援センターに相談する】 <p>【大切な家族を失った悲しみ、喪失感へのケア】</p>	<p>【大切な家族を失った悲しみ、喪失感へのケア】</p>
ケアマネ	<p>【本人の状態等について情報収集】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人の身体的・心理的・社会的・経済的状況、自宅環境 病院や往診医、訪問看護より、病状、治療状況や予後予測に関する医療上の情報 リハ職より、家屋環境や動作能力などの情報 リハ職と：家屋状況などをリハ職に伝達、環境調整や本人へのリハビリ指導内容の情報収集 <p>【介護保険に関する確認、申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護申請、認定の状況、認定調査実施状況の確認 利用可能な制度について情報収集、必要時申請 必要に応じて軽度者レンタルの申請 療養費用についての説明 <p>【在宅介護力のアセスメント、必要な支援体制の検討、在宅ケアサービスの導入・調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーと訪問看護、リハ職等で自宅環境や介護力を確認し、ズレを少なくしていく 在宅療養の方向性(支援体制、介護サービス内容等)について検討・判断する 医師に病状等確認した上で、訪問看護と訪問介護の役割分担の明確化を行う <p>【本人や家族に、ケアマネジャーが医療面での緊急以外の窓口であることを伝える】</p>	<p>【緊急時の連絡・対応体制の確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> 他の介護サービス事業所のチームメンバーと緊急時の連絡・対応体制を確認する 本人の病状悪化時等緊急時の窓口である訪問看護と話し合い、本人・家族を支える緊急時の体制について確認する <p>【在宅療養が継続できそうかどうかチームでアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅ケアサービスが過不足なく導入できているか確認する 主治医に治療方針を確認し、チームで共有する 在宅療養を継続できそうかどうかチームで多方面からアセスメントする 利用者の予後を見据えて、病状悪化対応し得るサービスの構築を行う 【バックベットの確保がされているか、緩和ケア外来につなぐ予定について主治医や訪問看護に確認する】 【必要時区分変更申請】 要介護度の見直しが必要か検討し、必要時区分変更申請を行う 	<p>【在宅療養が継続できそうかどうかチームでアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を継続できそうかどうかチームで多方面からアセスメントする <p>【在宅ケアサービスの調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の状態に応じて在宅ケアサービスを増減する 残された時間をいかに在宅生活(今しかできない、今ならできる)をいかに楽しむようサービスを調整する <p>【担当者会での病状把握】</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当者会で病状の変化を把握する 【定期モニタリング以外での病状変化の把握】 定期モニタリング以外で、変化が予測されるタイミングを往診医や訪問看護に状況の確認をする 【独居で身寄りのない人への対応】 【独居で身寄りのない人の死去後について本人の意思確認する。段取りが決定していない場合は、地域包括支援センターに相談し、対応を検討する】 	<p>【状態に合わせた在宅ケアサービスの調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急なサービス調整の必要がないかどうかを確認する 【臨終時の連絡体制の共通認識】 【訪問看護・主治医への臨終時の連絡体制についてチームメンバー間で共通認識をもつ】 【訪問看護からの説明に対する理解確認】 【訪問看護からの具体的な看取り方や準備事項の説明について、家族やサービス事業者の理解を確認する】 【定期モニタリング以外での病状変化の把握】 定期モニタリング以外で、変化が予測されるタイミングを往診医や訪問看護に状況の確認をする 	<p>【状態に合わせた在宅ケアサービスの調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急なサービス調整の必要がないかどうかを確認する 【臨終時の連絡体制の共通認識】 【訪問看護・主治医への臨終時の連絡体制についてチームメンバー間で共通認識をもつ】 <p>【息を引き取ろうとしている時に、最期に家族ができることをチームで支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【死後にできること(説明・手続き)】 【暫定プランのまま死去された場合の処理】 【認定申請の場合は、介護保険認定係に認定を出してもらうよう連絡を入れる】 <p>【大切な家族を失った悲しみ、喪失感へのケア】</p>	<p>【死後にできること(説明・手続き)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【暫定プランのまま死去された場合の処理】 【大切な家族を失った悲しみ、喪失感へのケア】 	
薬剤師	<p>【薬業連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【病院薬剤師から調剤薬局薬剤師に書面で情報提供する(薬業連携シートの活用)】 【往診医、訪問看護との連携】 訪問薬剤依頼先からの患者情報の入手、また多職種等の連携先の事業所等の確認 訪問薬剤管理指導に係る契約書、重要事項説明書等の準備 訪問計画の作成 介護認定を受けている場合、ケアマネジャーへ訪問薬剤の依頼を受けている旨の連絡 	<p>【薬に関する説明】</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人・家族に、薬の作用・副作用、効果等について説明する 【今までの処方薬の服用状況の把握、確認と手持ち残薬数も含めて処方医への報告】 本人、家族を含めて医療用麻薬に対する誤解や抵抗があれば解いておく 休日、夜間等の薬局対応について説明 		<p>【薬(特に麻薬)に対する不安への相談支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【医師からの情報提供、連携】 がん患者においては疼痛コントロールのアセスメント(ベース薬、レスキュー薬の効果アセスメント。場合によってはタイトレーションやオピオイドスイッチングの提案) 【状況(嘔下状態など)に応じた、薬の剂形変更の提案】 様々な症状(不安、不眠、せん妄など)を和らげる薬の提案と、家族への説明 麻薬の持続皮下注射などを含めた、薬の安定供給と、症状アセスメント 	<ul style="list-style-type: none"> 薬(特に医療用麻薬)の安定供給と連やかな対応 様々な症状(痛みの増強、せん妄など)を和らげる薬の提案と、家族への説明 		
ヘルパー	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の情報・アセスメント・状態の確認、訪問回数やヘルパーの調整 サービス内容の確認、連携機関との機能確認 訪問看護への連絡の見極めや状態変化への対応等確認 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問回数やサービス内容のモニタリング等、時間帯や内容が合っているかなど 追加するサービスがないかなど確認 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者への寄り添い、精神的介護 急変や状態悪化の早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らしであれば、環境整備や清潔保持等 			
リハビリ	<p>【入院中から在宅に向けてのつなぎ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病状、特に身体機能や運動能力を評価・確認する(入院中であれば、病院から情報提供を受ける) 本人の能力に応じた日常生活動作の指導を行う 住宅改修や福祉用具の活用が必要な場合、ケアマネジャーと情報共有する 		<p>【活動・参加を拡げていけるようなアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【活動・参加の動作負担・介護負担軽減と質を確保できるようなアプローチ】 【全身状態の維持とリラクゼーション(痛痛予防、安楽肢位、疼痛緩和等)】 【低下していく身体面と環境の適合を図りながら可能な限り活動レベルを維持する】 【主に関心・参加目的の環境調整やサービス利用に関する助言、介護指導】 【家族を含めニーズに応じた参加拡大支援(外出時の介助指導・情報提供等)】 	<p>【活動・参加の動作負担・介護負担軽減と質を確保できるようなアプローチ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【全身状態の維持とリラクゼーション(痛痛予防、安楽肢位、疼痛緩和等)】 【低下していく身体面と環境の適合を図りながら可能な限り活動レベルを維持する】 【主に関心・参加目的の環境調整やサービス利用に関する助言、介護指導】 【家族を含めニーズに応じた参加拡大支援(外出時の介助指導・情報提供等)】 			
地域連携室	<p>【ケアマネジャーへの情報提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養が決まった際には、できるだけ早期に、診療情報提供書や看護サマリー、リハビリからの情報提供書等を活用し、ケアマネジャーに情報提供する(本人や家族の心理的な揺らぎや受け止めについても情報提供する) <p>【退院前自宅訪問の必要性の判断・実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> 【初期カンファレンスの前に家屋環境に課題がある場合は、本人や家族とも相談しながら退院前自宅訪問の必要性について判断・実施する】 【介護申請、認定・制度等について情報収集、調整・判断】 【介護申請、認定の状況、認定調査の実施状況、負担割合について確認する】 【利用可能な制度について情報収集する】 【必要なサービスや福祉用具等について調整・判断する】 【主治医へ訪問看護指示の作成依頼と調整】 						
バックベットの		【必要時の入院支援】	【必要時の入院支援】	【必要時の入院支援】	【必要時の入院支援】		
地域包括支援センター		受入れ・見学・診察等					
		独居で身寄りのない方の死去後の段取りについて、ケアマネジャー等と一緒に検討し、対処する					

デスカンファレンス(必要時)
 ※在宅ケアチームメンバーを呼び振り廻りを行う

在宅看取りにおける経過時期別連携シート(案)(準備期～開始期)

対象者: 積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

経過時期 職種	準備期 (退院までのおよそ1週間, 医師の初回往診までの1週間)	開始期 (療養開始後1~2週間程度)
	在宅療養を希望されているが、それによいのか、本当にやっていけるだろうかと、本人も家族も不安を感じる時期	実際に在宅療養が開始され不安定な時期で、不安が解消されるような支援が必要な時期
意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ●療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認(往診医) ●本人と家族の不安の確認と病状や療養生活の受け止め、希望の確認を行う(訪問看護) ●本人・家族の不安、病状及び在宅療養の受け止めと希望について確認(できれば、訪問看護に同席し、訪問看護の捉えと本人・家族の捉えにズレがないか確認)(CM) ●本人や家族の心理的な揺らぎや受け止めの把握(地域連携室) 	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(往診医) ●本人・家族の不安や困難感への対処を行う(訪問看護) ●本人・家族の病気の受け止めの確認、支援を行う(訪問看護) ●本人・家族が満足できる在宅療養が継続できているかの確認(CM) ●必要に応じてカンファレンスの開催の検討
往診医	<p>【往診医としての受入の判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●紹介先の地域連携室より、身体的・心理的・社会的・経済的状況や療養についての本人、家族の受入れ、在宅療養希望について確認し、往診医として受入れ可能か判断する <p>【往診の開始時期について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●往診の開始時期について、地域連携室を通じて、又は直接、本人・家族に相談し決定する <p>【情報収集】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ケアマネジャーより、利用可能なサービスについて情報を得る <p>【訪問看護指示書作成】</p>	<p>【症状の変化等に対する対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●症状の変化等について、訪問看護より連絡をもらい、随時対応する ●訪問時に本人の気持ちの変化等を感じながら、その都度対応する(再掲) ●今後起こり得る症状(倦怠感や痛み)に対する対処方法について、家族に説明する <p>【チームで治療方針等について共有】</p>
訪問看護	<p>【情報収集とアセスメントを行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療機関からの情報提供を中心に、情報収集とアセスメントを行う(発病や治療経過、現在の病状、症状の有無とコントロール状況、医療機器使用の有無や処置の状況、日常生活上のケアの状況) <p>【制度や費用の確認・説明】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●利用できる制度(医療保険や介護保険での訪問看護)の確認と説明し、費用の説明も行う <p>※病院MSWとケアマネと連携しながら進める</p> <p>【訪問看護指示書の確認、訪問看護計画作成】</p>	<p>【緊急時の連絡・対応体制の確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人や家族に、緊急時病状変化や緊急時の対応体制の説明を行う ●緊急時に訪問看護が対応できるよう体制を整備しておく <p>【医師や薬剤師と連携した症状への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医師や薬剤師と連携し、症状コントロールを行う <p>【訪問看護と家族介護体制、介護サービス調整を行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●症状変化への対応、症状緩和への指導助言を行う ●日常生活の支援状況、ケアチームとの連携を行う <p>【本人・家族への支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人・家族の制度の活用を確認、支援を行う
ケアマネ	<p>【本人の状態等について情報収集】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人の身体的・心理的・社会的・経済的状況、自宅環境 ●病院や往診医、訪問看護より: 病状、治療状況や予後予測に関する医療上の情報 ●リハ職より: 家屋環境や動作能力などの情報 ●リハ職と: 家屋状況などをリハ職に伝達、環境調整や本人へのリハビリ指導内容の情報収集 <p>【介護保険に関する確認、申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護申請、認定の状況、認定調査実施状況の確認 ●利用可能な制度について情報収集、必要時申請 ●必要に応じて軽度者レンタルの申請 ●療養費用についての説明 <p>【在宅介護力のアセスメント、必要な支援体制の検討、在宅ケアサービスの導入・調整】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ケアマネジャーと訪問看護、リハ職等で自宅環境や介護力を確認し、ズレを少なくしていく ●在宅療養の方向性(支援体制、介護サービス内容等)について検討・判断する ●医師に病状等確認した上で、訪問看護と訪問介護の役割分担の明確化を行う <p>【本人や家族に、ケアマネジャーが医療面での緊急以外の窓口であることを伝える】</p>	<p>【緊急時の連絡・対応体制の確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●他の介護サービス事業所のチームメンバーと緊急時の連絡・対応体制を確認する ●本人の病状悪化時等緊急時の窓口である訪問看護と話し合い、本人・家族を支える緊急時の体制について確認する <p>【在宅療養が継続できそうかどうかチームでアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅ケアサービスが過不足なく導入できているか確認する ●主治医に治療方針を確認し、チームで共有する ●在宅療養を継続できそうかチームで多方面からアセスメントする ●利用者の予後を見据えて、病状悪化対応し得るサービスの構築を行う <p>【バックベッドとのつながりの確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●バックベッドの確保がされているか、緩和ケア外来につなぐ予定について主治医や訪問看護に確認する <p>【必要時区分変更申請】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●要介護度の見直しが必要か検討し、必要時区分変更申請を行う
薬剤師	<p>【薬連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病院薬剤師から調剤薬局薬剤師に書面で情報提供する(薬連携シートの活用) <p>【往診医、訪問看護との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●訪問薬剤依頼先からの患者情報の入手、また多職種等の連携先の事業所等の確認 ●訪問薬剤管理指導に係る契約書、重要事項説明書等の準備 ●訪問計画の作成 ●介護認定を受けている場合、ケアマネジャーへ訪問薬剤の依頼を受けている旨の連絡 	<p>【薬に関する説明】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人・家族に、薬の作用・副作用、効果等について説明する ●今までの処方薬の服薬状況の把握、確認と手持ち残薬数も含めて処方医への報告 ●本人、家族を含めて医療用麻薬に対する誤解や抵抗があれば解いておく ●休日、夜間等の薬局対応について説明
ヘルパー	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者の情報・アセスメント・状態の確認、訪問回数やヘルパーの調整 ●サービス内容の確認。連携機関との機能確認 ●訪問看護への連絡の見極めや状態変化への対応等確認 	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問回数やサービス内容のモニタリング等、時間帯や内容が合っているかなど ●追加するサービスがないかなどの確認
リハビリ	<p>【入院中から在宅に向けてのつなぎ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病状、特に身体機能や運動能力を評価・確認する(入院中であれば、病院から情報提供を受ける) ●本人の能力に応じた日常生活動作の指導を行う ●住宅改修や福祉用具の活用が必要な場合、ケアマネジャーと情報共有する 	
地域連携室	<p>【ケアマネジャーへの情報提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養が決まった際には、できるだけ早期に、診療情報提供書や看護サマリー、リハビリからの情報提供書等を活用し、ケアマネジャーに情報提供する(本人や家族の心理的な揺らぎや受け止めについても情報提供する) <p>【退院前自宅訪問の必要性の判断・実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●初期カンファレンスの前に家屋環境に課題がある場合は、本人や家族とも相談しながら退院前自宅訪問の必要性について判断・実施する <p>【介護申請・認定・制度等について情報収集・調整・判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護申請、認定の状況、認定調査の実施状況、負担割合について確認する ●利用可能な制度について情報収集する ●必要なサービスや福祉用具等について調整・判断する 	
バックベッド		<p>【必要時の入院支援】</p> <p>受入れ・見学・診察等</p>
地域包括支援センター	<p>独居で身寄りのない方の死去後の段取りについて、ケアマネジャー等と一緒に検討し、対処する</p>	

初期カンファレンス・担当者会
在宅療養に向けた支援体制等の妥当性について検討
※介護サービス調整に関する見立てについて、ケアマネジャーより伝え、医師等と在宅療養生活の妥当性などを検討する

症状コントロール

在宅看取りにおける経過時期別連携シート(案)(安定期～臨死期)

対象者:積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

経過時期 職種	安定期 (月単位で状態が変化していく時期) 在宅生活にも慣れ、 症状も比較的安定している時期	終末期 (悪化期ともいい、週単位に状態が変化する時期) 病状や症状が変化し、予後が数週間程度と判断される時期	臨死期 (日々で状態が変わる時期) 病状や症状が変化し、予後が数日～24時間以内と判断される時期
意思決定支援	●必要に応じてカンファレンスの開催の検討	●最期の療養場所や療養生活についての確認をする ●最期の療養場所や療養生活についての選択への意思決定支援(訪問看護) ●入院の希望があれば、往診医や訪問看護に相談する(CM) ●必要に応じてカンファレンスの開催の検討	●最期の療養場所や療養生活についての確認をする ●在宅での看取りの意思の最終確認(訪問看護) ●入院の希望があれば、往診医や訪問看護に相談する(CM) ●必要に応じてカンファレンスの開催の検討
往診医	【その人らしい生活の実現】 ●「今しかできない」「今ならでき」ことを確認する	← 症状コントロール →	
訪問看護	【その人らしい生活の実現】 ●「今しかできない」「今ならでき」ことを行うタイミングと選択肢の提案、希望を安全に実現するためにチームで支援する 【介護者の疲労・負担感への対応】 ●ケアマネジャーと連携し、サービス利用への支援 【今後の症状の予測とその対応への準備をチームで行う】 【死の準備教育を行う】	【医師や薬剤師と連携した症状への対応】 ●医師や薬剤師と連携を密にして、症状の増強や新たな症状のコントロールを行う 【食事や排泄、清潔ケアへの支援】 【本人・家族への亡くなるサインについての説明】 ●医師からの説明をもとにデスエデュケーション(訪看への連絡タイミング・死後のこと(葬儀・写真・着せたいもの等)を行う 【ケアマネジャーへの情報提供】 ●ケアマネジャーに病状や変化が予測されるタイミングについて、積極的に情報提供する	【医師と連携し、亡くなりゆくサインの把握・対応】 ●医師に連絡し、先生からの説明を依頼したり、看取りのタイミングを見計らいながら、家族の時間をとれるよう配慮する 【在宅で家族ができるケアを支援】 【家族にエンゼルケアの説明・相談】 【多職種に情報共有し、チームメンバーの不安への対応と臨死期であることの再確認】
ケアマネ	【在宅療養が継続できそうかチームでアセスメント】 ●在宅療養を継続できそうかチームで多方面からアセスメントする 【在宅ケアサービスの調整】 ●本人・家族の状態に応じて在宅ケアサービスを増減する ●残された時間を悔いのない在宅生活(今しかできない・今ならできを含む)が送れるようサービスを調整する 【定期的な担当者会での病状把握】 ●定期的に担当者会を行い病状の変化を把握する 【定期モニタリング以外での病状変化の把握】 ●定期モニタリング以外で、変化が予測されるタイミングを往診医や訪問看護に状況の確認をする 【独居で身寄りのない人への対応】 ●独居で身寄りのない人の死去後について本人の意思確認する、段取りが決定していない場合は、地域包括支援センターに相談し、対応を検討する	【状態に合わせた在宅ケアサービスの調整】 ●急なサービス調整の必要がないかどうかを確認する 【臨終時の連絡体制の共通認識】 ●訪問看護・主治医への臨終時の連絡体制についてチームメンバー間で共通認識をもつ 【訪問看護からの説明に対する理解確認】 ●訪問看護からの具体的な看取り方や準備事項の説明についての理解を確認する 【定期モニタリング以外での病状変化の把握】 ●定期モニタリング以外で、変化が予測されるタイミングを往診医や訪問看護に状況の確認をする	【状態に合わせた在宅ケアサービスの調整】 ●急なサービス調整の必要がないかどうかを確認する 【臨終時の連絡体制の共通認識】 ●訪問看護・主治医への臨終時の連絡体制についてチームメンバー間で共通認識をもつ
薬剤師	【薬に関する説明】 ●本人・家族に、薬の作用・副作用、効果等について説明する ●経口摂取量低下、食思低下傾向ならば栄養剤の提案、サプリメント等の提供 ●オピオイド(麻薬など)による副作用(便秘、悪心など)を和らげる薬の提案 ●高カロリー輸液などを含めた、薬の安定供給	【薬(特に麻薬)に対する不安への相談支援】 【医師への情報提供、連携】 ●がん患者においては疼痛コントロールのアセスメント(ベース薬、レスキュー薬の効果アセスメント。場合によってはタイトレーションやオピオイドスイッチングの提案) ●状況(嚥下状態など)に応じた、薬の剤形変更の提案 ●様々な症状(不安、不眠、せん妄など)を和らげる薬の提案と、家族への説明 ●麻薬の持続皮下注射などを含めた、薬の安定供給と、症状アセスメント	●薬剤(特に医療用麻薬)の安定供給と速やかな対応 ●様々な症状(痛みの増強、せん妄など)を和らげる薬の提案と、家族への説明
ヘルパー	●利用者への寄り添い、精神的介護 ●急変や状態悪化の早期発見	●一人暮らしであれば、環境整備や清潔保持等	
リハビリ	【活動・参加を上げていけるようなアプローチ】 ●全身状態・体力の維持 ●低下していく身体面と環境の適合を図りながら活動・参加遂行レベルを維持する ●介護負担軽減のための環境調整やサービス利用に関する助言、介護指導 ●家族を含めニーズに応じた参加拡大支援(外出時の介助指導・情報提供等)	← 【活動・参加の動作負担・介護負担軽減と質を確保できるようなアプローチ】 ●全身状態の維持とリラクゼーション(褥瘡予防・安楽肢位・疼痛緩和等) ●低下していく身体面と環境の適合を図りながら可能な限り活動遂行レベルを維持する ●主に介護負担軽減目的の環境調整やサービス利用に関する助言、介護指導 ●家族を含めニーズに応じた参加維持的支援(外出時の介助指導・情報提供等) →	
地域連携室			
バックベッド	【必要時の入院支援】	【必要時の入院支援】	【必要時の入院支援】
地域包括支援センター	← 独居で身寄りのない方の死去後の段取りについて、ケアマネジャー等と一緒に検討し、対処する →		

在宅看取りにおける経過時期別連携シート(案)(死～死別期)

対象者: 積極的治療を終了し、在宅看取りとなったがん末期の方

経過時期 職種	死	死別期 (1~2週間, 長くて1年程度の期間)
		別れの時期
意思決定 支援		
往診医	【死亡診断】 【家族への労い】	
訪問看護	【お別れの時間の共有】 ●医師に連絡し死亡診断の確認を行う ●エンゼルケア(なるべく家族と) ●身寄りのない方で、葬儀屋が決定している場合は葬儀屋に連絡する、葬儀等について決定していない場合は、地域包括支援センターに相談する 【大切な家族を失った悲しみ, 喪失感へのケア】	【大切な家族を失った 悲しみ, 喪失感へのケア】
ケアマネ	【息を引き取ろうとしている時に、最期に家族ができることをチームで支援】 【死後に関する説明・手続き】 ●暫定プランのまま死去された場合の処理 ●認定申請中の場合は、介護保険課認定係に認定を出してもらおうよう連絡を入れる 【家族介護者への労いの声かけ】	【死後に関する説明・手続き】 ●暫定プランのまま死去された場合の処理 【家族介護者への労いの声かけ】
薬剤師	【麻薬等の回収】	
ヘルパー		
リハビリ		
地域連携室		
バックベッド		
地域包括支援センター	← 独居で身寄りのない方の死去後の段取りについて、ケアマネジャー等と一緒に検討し、対処する →	

デスカン
 ファレンス
 (必要時)

 ※在宅ケア
 チームメンバー
 を労い、振り返りを行う

3 意思決定支援

ご本人がどのように生きていか、大切にしていることは何か、最期をどこで迎えたいかなど、入院中や在宅での療養中など様々な場面で、ご本人やご家族の思いをお聞きすることがあると思います。

人生の最終段階における医療・ケアについては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行うことが重要です。³⁾

在宅での看取りを望まれている場合でも、その時々々の病状などによって、気持ちが揺れ動くことがあります。ご本人の意思を尊重し、望む暮らしをチームで支援していくことが大切です。

厚生労働省では、人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「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」を策定しています。³⁾

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のことです。³⁾

4 生活保護を受給されている方を支援する場合

(1) 生活保護を受給している人が在宅で看取りを行う場合

介護保険サービス開始時、ケアプラン変更時、介護保険サービス終了時にはケアマネジャーは、生活保護の担当ケースワーカーへ連絡を入れ、ケアプランを提出し、給付管理を行う。

訪問看護については、がん末期等により、医療保険で対応する場合は、訪問看護からサービス開始時、変更時、終了時に生活保護の担当ケースワーカーへ連絡を入れるとともに、請求等の処理を行う。

(2) 生活保護を受給している人が亡くなられた場合

亡くなった旨の連絡を生活保護の担当ケースワーカーに連絡。

葬儀をしてくれる親族がいる場合は、親族へ葬儀を依頼。

葬儀をしてくれる親族がない場合は、福祉課へ連絡し、葬儀の対応について協議する。

※ ただし、福祉課で支給される葬祭扶助については規定の金額となっているので、葬儀社へ生活保護受給者であることを必ず伝えること。

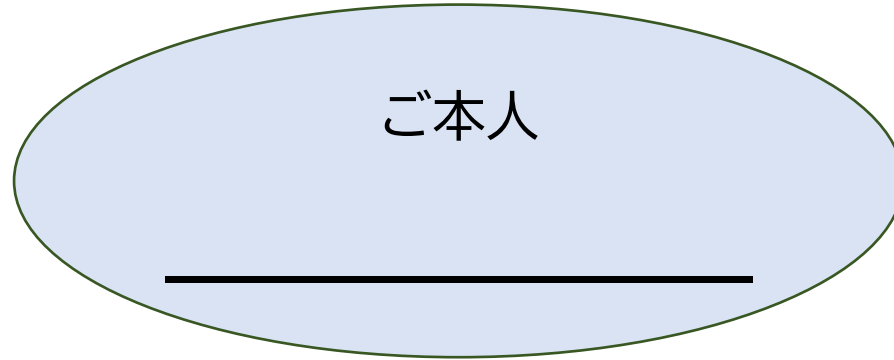
【在宅療養を支援するメンバー紹介シート】

医師

訪問看護

ケアマネジャー

ヘルパー



薬剤師

緊急連絡先

ご家族

【おくやみ窓口】

高知市では、死亡後に行う市役所や市役所以外の手続きについて、どのような手続きがあるのかをご案内する窓口をご用意しています。

主に、死亡後にご遺族の方がご利用されますが、身寄りのない方や、ご家族がいらっしゃる方で、死亡後の手続きをどなたに任せるのか事前に決めておかれたい場合など、亡くなられる前にもご利用いただけます。

(1)主な手続き例

健康保険:亡くなられた方が国民健康保険及び後期高齢者医療保険に加入していた場合は、葬祭費等の一部補助を申請するお手続きがあります。

介護保険:65歳以上の方は、介護保険の認定の有無に関わらず、介護保険証の返還や、介護保険料の保険料の精算等、お手続きが必要な場合があります。

年金関係:未支給年金の請求や死亡一時金等のお手続きが必要な場合があります。

税金関係:亡くなった方の課税状況や続柄により、お手続きが必要な場合があります。

(2)おくやみの窓口について

高知市中央窓口センター

おくやみ窓口

高知市役所本庁舎 1階 中央窓口センター 1階発券機横の職員にお声掛けください。

ご案内時間 : 午前9時～午後5時(土日祝日・年末年始を除く)

事前予約 ※ お待たせしない事前予約をおすすめします。

「おくやみ窓口」のご案内は、下記二次元コードからもご覧になれます。(高知市ホームページ)

★スマートフォン・PCから明日以降にご予約されたい方

高知市おくやみ窓口のホームページに予約専用ページへのリンクがあります。

受付期間: おくやみ窓口ご利用の前日まで(土日祝日・24時間可能)

※前日までのキャンセル・予定変更もスマートフォン・PCから可能です。



☆お電話で明日までに予約されたい方

受付期間: 8:30～17:00(土日祝除く)

〈コールセンター〉 **088-822-8111**

☆お問い合わせ・当日のご予約・

お電話でキャンセル・日程変更されたい方

受付期間: 8:30～17:15(土日祝除く)

088-821-9002

※おくやみ窓口でのご説明に45分程度かかる見込みです。その後各窓口でお手続きをしていただくことがありますので、お時間に余裕を持ってお越しください。

※ご予約された時間に遅れる場合は、必ず事前にご連絡ください。

なお、次の方の予約時間までのご案内となりますので、予めご了承ください。

【用語の説明】

● バックベッド

在宅療養されている患者さんやご家族が安心して自宅で過ごすことができるよう、在宅医療を担当されているかかりつけ医と病院が連携し、急変時等に入院対応が可能な病床。⁴⁾

【引用・参考文献】

- 1) 宮崎和加子,竹森志穂 他:在宅・施設での看取りケア, 日本看護協会出版会, p 9,2016
- 2) 一般社団法人 全国訪問看護事業協会編集:訪問看護師が支える在宅ターミナルケア, 日本看護協会出版会, p 80, 86,2021
- 3) 厚生労働省ホームページ 「人生会議」してみませんか 令和5年3月29日時点 (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)
- 4) 高知県立あき総合病院 ホームページ, 「在宅療養後方支援病院とは」を一部改変 (<https://www.pref.kochi.lg.jp/aki/chiki/zaitakushien.html>)
- 5) 宮崎和加子:在宅での看取りのケア, 日本看護協会出版会, 2006
- 6) 長江弘子:看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, 日本看護協会出版会, p89 2014 改変

<作 成> 高知市在宅医療・介護連携推進委員会

<問い合わせ> 高知市地域共生社会推進課

〒780-8571 高知市本町5丁目1-45

TEL 088-821-6513

FAX 088-821-7230