

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(現行)

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、医師の初回性診までの1週間)	開始期 (療養開始後1～2週間程度)	安定期 (月単位で状況が変化していく時期)	終末期 (悪化期ともいい、週単位に状況が変化する時期)	臨死期 (日々で状況が変わる時期)	死	死別期 (1～2週間、長くて1年程度の期間)
	在宅療養を希望されているが、それでのいいのか、本当にやっていけるだろうか、 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～24時間以内と 判断される時期		別れの時期
意思決定 支援	●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)	●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	●必要に応じてカンファレンスの開催の検討	●最初の療養場所や療養生活についての確認をする ●最初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	●最初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	【往診医としての受入の判断】 ●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】 ●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】	【その人らしい生活の実現】 ●「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】	
訪問歯科医	【ケアマネジャー・地域連携室との連携】 ●かかりつけ歯科による口腔診査および歯科治療の開始 ●歯科介入についての必要性を判断・本人および家族の意向確認 ●緊急対応を含む訪問歯科医の確保 (かかりつけのない場合、在宅歯科連携室へ相談) ●歯槽膿漏挿入による歯牙崩壊がある場合、咬合の回復・栄養改善・摂食嚥下 の機能回復を図る ●カンファレンスにて、口腔内衛生の診査、機能回復・ケア開始の計画作成	【医師・看護師・薬剤師との連携・情報共有】 ●口腔診査および在宅における摂食嚥下評価 ●歯肉および歯肉粘膜の疼痛、口腔乾燥・味覚異常・出血・口臭等への 対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防	【ヘルパー・リハビリ・管理栄養士との連携・情報共有】 ●摂食状況の確認、義歯調整、食事内容への助言等支援 ●経口摂取等に対する本人・家族の希望の聞き取り (医師・看護師との連携支援) ●歯肉および歯肉粘膜の疼痛、口腔乾燥、味覚異常、出血 口臭等への対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防	●口腔乾燥、粘膜疾患、口臭、出血等への対応 【エンゼルケア(審美的義歯等)に対する希望の 聞き取り・準備】 【ラストバイト(最後の一口)に対する希望の聞き 取り・支援や助言】	●口腔ケア、乾燥・出血等への対応	【エンゼルケア】 ●最期のお別れ用義歯	
訪問看護	【情報収集とアセスメントを行う】 ●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 ※病院MSWとケアマネと連携しながら進める 【訪問看護指示書の確認、訪問看護計画作成】	【緊急時の連絡・対応体制の確認】 ●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 【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・家族の制度の活用を確認、支援を行う	【その人らしい生活の実現】 ●「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 【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】 ●急なサービス調整の必要がないかどうかを確認する 【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】	【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	【本人の状態等について情報収集】 ●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、家庭環境や動作能力などの情報 ●リハ職と、家庭状況などリハ職に伝達、環境調整や本人へのリハビリ指導内容の 情報収集 【介護保険に関する確認、申請】 ●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 【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】 ●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 【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】	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	【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マ ントする 【在宅ケアサービスの調整】 ●本人・家族の形態に応じて在宅ケアサービスを減増する ●残された時間を悔いのない在宅生活(今しかできない・ 今ならできことを含む)が送れるようサービスを調整する 【担当者会で(の)病状把握】 ●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、取りがけ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】 ●経口摂取量低下、食慾低下傾向ならば栄養剤の提案、サンプル 等の提供 【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所の理解を確認する 【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	【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】 ●看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】 ●看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	【薬業連携】 ●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】 ●訪問薬剤師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 ●訪問薬剤師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師の依頼を受けている旨の 連絡	【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 ●今までの処方薬の服薬状況の把握、確認と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	【薬の安定供給と各種提案】 ●経口摂取量低下、食慾低下傾向ならば栄養剤の提案、サンプル 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 ってはタイレリ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	【麻薬等の回収】	
ヘルパー	●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	●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	●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	【入院中から在宅に向けてのつなぎ】 ●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	●全身状態・体力の維持 ●移動能力や活動能力、参加範囲を確保するため、今後の病状変化に対 応できる福祉用具の活用等、環境調整を行う	【活動・参加を拓(くわ)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の支援(外出時の介助指導・情報提供等)			
地域連携室	【ケアマネジャーへの情報提供】 ●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) 【退院前自宅訪問の必要性の判断・実施】 ●初期カンファレンスの前に家庭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】	【必要時の入院支援】		
地域包括支 援センター							

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
振り廻り
を行う

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(事務局案)

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 職種	準備期 (退院までのおおよそ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 (悪化期ともいい、週単位に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)
意思決定 支援	●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)	●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	●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	●受入の判断 ●開始時期の決定 ●CMより在宅ケアサービスの情報収集 ●訪問看護指示書作成	●チームで治療方針の共有 ●訪問看護より症状等の情報収集 ●家族へ症状の対処方法を説明	●その人らしい生活の実現に向けた支援		●家族への説明(死期)	●死亡診断 ●家族への労い	
訪問歯科医	●歯科介入の必要性の判断 ●本人および家族の意向確認 ●緊急対応を含む訪問歯科医の確保 ●挿管器具挿入後の口腔内アセスメント ●口腔内衛生の診査、機能回復・ケア開始の計画作成	●口腔診査および摂食嚥下評価 ●口腔内の様々な症状への対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防	●摂食状況の確認 ●義歯調整 ●食事内容への助言 ●経口摂取等に対する本人・家族の希望の聞き取り ●口腔内の様々な症状への対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防	●口腔内の様々な症状への対応 ●エンゼルケアに対する希望の聞き取り・準備 ●ラストバイトに対する希望の聞き取り・支援や助言	●口腔内の様々な症状への対応	●エンゼルケア	
訪問看護	●情報収集・アセスメント ●制度や費用の確認・説明 ●訪問看護指示書の確認 ●訪問看護計画作成	●緊急時の連絡・対応体制の確認、周知 ●症状変化への対応 ●症状緩和への指導助言 ●家族介護体制、介護サービスの調整 ●制度の活用状況の確認・調整	●その人らしい生活の実現に向けた支援 ●介護者の疲労・負担感への対応 ●チームで今後の症状予測と対応準備 ●死の準備教育	●医師・薬剤師と症状の増強や新症状のコントロール ●食事・排泄・清潔ケアの支援 ●本人・家族への亡くなるサインの説明 ●CMに変化の予測時期・症状を情報提供	●亡くなるサインの把握・対応 ●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 ●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	●医師に連絡し死亡診断の確認 ●エンゼルケア ●身寄りがない方の場合には葬儀場へ連絡 ●家族を失った悲しみ、喪失感へのケア	●家族を失った悲しみ、喪失感へのケア
ケアマネ	●情報収集 ●介護保険の確認および申請 ●介護力のアセスメント、在宅療養の方向性・支援体制の検討 ●在宅ケアサービスの導入・調整、費用の説明 ●本人や家族に主となる相談窓口の周知	●緊急時の連絡・対応体制の確認 ●チームで在宅療養が継続可能かアセスメント ●バックベッドの確保等の確認 ●必要時介護保険区分変更申請	●チームで在宅療養が継続可能かアセスメント ●在宅ケアサービスの調整 ●担当者会やチームメンバーに連絡し病状を把握 ●独居で身寄りのない人の死去後について意思確認	●在宅ケアサービスの調整 ●臨終時の連絡体制の共通認識 ●本人・家族に訪問看護からの説明に対する理解確認 ●チームメンバーに連絡し病状変化の把握	●在宅ケアサービスの調整 ●臨終時の連絡体制の共通認識	●死後に関する説明・手続き ●家族介護者への労いの声かけ	●死後に関する説明・手続き ●家族介護者への労いの声かけ
薬剤師	●病院薬剤師、訪問薬剤依頼先から情報収集 ●連携機関の確認 ●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 ●訪問計画作成 ●CMへ連絡	●処方薬、医療用麻薬に関する説明 ●休日、夜間等の薬局対応の説明 ●処方医へ服薬状況等報告	●薬剤の安定供給 ●様々な症状を和らげる薬の提案と、家族への説明	●薬に対する不安への相談支援 ●疼痛コントロールのアセスメント ●医師への情報提供 ●状況に応じた薬の剤形変更の提案 ●様々な症状を和らげる薬の提案と、家族への説明 ●薬の安定供給と、症状アセスメント	●薬剤の安定供給 ●様々な症状を和らげる薬の提案と、家族への説明	●麻薬等の回収	
ヘルパー	●情報収集・アセスメント ●サービス内容の確認、連携機関の役割確認 ●訪問回数やヘルパーの調整 ●訪問看護への連絡時期や状態変化への対応等確認	●訪問回数やサービス内容のモニタリング ●追加サービスの必要性の確認	●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	●環境整備や清潔保持等			
リハビリ	●病状および身体機能や運動能力を評価・確認 ●日常生活動作の指導 ●住宅改修や福祉用具活用についてCMと情報共有	●全身状態・体力の維持 ●環境調整	●活動・参加を拓げていけるようなアプローチ	【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】			
地域連携室	●CMへ情報提供 ●退院前自宅訪問の必要性の判断・実施 ●介護申請・認定・制度等について情報収集・調整・判断 ●主治医へ訪問看護指示の作成依頼と調整						
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							

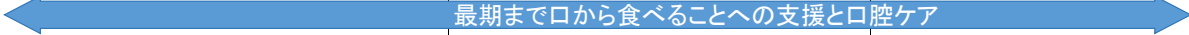
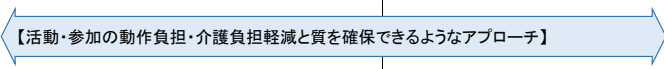
2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(準備期～開始期) 事務局案

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 職種	準備期 (退院までのおおよそ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)
意思決定 支援	●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(訪問診療医) ●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)	●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(訪問診療医) ●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
訪問診療医	●受入の判断 ●開始時期の決定 ●CMより在宅ケアサービスの情報収集 ●訪問看護指示書作成	●チームで治療方針の共有 ●訪問看護より症状等の情報収集 ●家族へ症状の対処方法を説明
訪問歯科医	●歯科介入の必要性の判断 ●本人および家族の意向確認 ●緊急対応を含む訪問歯科医の確保 ●挿管器具挿入後の口腔内アセスメント ●口腔内衛生の診査、機能回復・ケア開始の計画作成	●口腔診査および摂食嚥下評価 ●口腔内の様々な症状への対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防
訪問看護	●情報収集・アセスメント ●制度や費用の確認・説明 ●訪問看護指示書の確認 ●訪問看護計画作成	●緊急時の連絡・対応体制の確認、周知 ●症状変化への対応 ●症状緩和への指導助言 ●家族介護体制、介護サービスの調整 ●制度の活用状況の確認・調整
ケアマネ	●情報収集 ●介護保険の確認および申請 ●介護力のアセスメント、在宅療養の方向性・支援体制の検討 ●在宅ケアサービスの導入・調整、費用の説明 ●本人や家族に主となる相談窓口の周知	●緊急時の連絡・対応体制の確認 ●チームで在宅療養が継続可能かアセスメント ●バックベッドの確保等の確認 ●必要時介護保険区分変更申請
薬剤師	●病院薬剤師、訪問薬剤依頼先から情報収集 ●連携機関の確認 ●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 ●訪問計画作成 ●CMへ連絡	●処方薬、医療用麻薬に関する説明 ●休日、夜間等の薬局対応の説明 ●処方医へ服薬状況等報告
ヘルパー	●情報収集・アセスメント ●サービス内容の確認、連携機関の役割確認 ●訪問回数やヘルパーの調整 ●訪問看護への連絡時期や状態変化への対応等確認	●訪問回数やサービス内容のモニタリング ●追加サービスの必要性の確認
リハビリ	●病状および身体機能や運動能力を評価・確認 ●日常生活動作の指導 ●住宅改修や福祉用具活用についてCMと情報共有	●全身状態・体力の維持 ●環境調整
地域連携室	●CMへ情報提供 ●退院前自宅訪問の必要性の判断・実施 ●介護申請・認定・制度等について情報収集・調整・判断 ●主治医へ訪問看護指示の作成依頼と調整	
バックベッド	受入れ・見学・診察等	
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	

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(安定期～臨死期) 事務局案

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 職種	安定期 (月単位で状態が変化していく時期)	終末期 (悪化期ともいい、週単位に状態が変化する時期)	臨死期 (日々で状態が変わる時期)
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
訪問診療医	●その人らしい生活の実現に向けた支援		
訪問歯科医	●摂食状況の確認 ●義歯調整 ●食事内容への助言 ●経口摂取等に対する本人・家族の希望の聞き取り ●口腔内の様々な症状への対応 ●う蝕、歯肉炎および誤嚥性肺炎の感染症予防	●口腔内の様々な症状への対応 ●エンゼルケアに対する希望の聞き取り・準備 ●ラストバイトに対する希望の聞き取り・支援や助言	●口腔内の様々な症状への対応
			
訪問看護	●その人らしい生活の実現に向けた支援 ●介護者の疲労・負担感への対応 ●チームで今後の症状予測と対応準備 ●死の準備教育	●医師・薬剤師と症状の増強や新症状のコントロール ●食事・排泄・清潔ケアの支援 ●本人・家族への亡くなるサインの説明 ●CMに変化の予測時期・症状を情報提供	●亡くなるサインの把握・対応 ●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 ●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	●チームで在宅療養が継続可能かアセスメント ●在宅ケアサービスの調整 ●担当者やチームメンバーに連絡し病状を把握 ●独居で身寄りのない人の死去後について意思確認	●在宅ケアサービスの調整 ●臨終時の連絡体制の共通認識 ●本人・家族に訪問看護からの説明に対する理解確認 ●チームメンバーに連絡し病状変化の把握	●在宅ケアサービスの調整 ●臨終時の連絡体制の共通認識
薬剤師	●薬の安定供給 ●麻薬の副作用を和らげる薬の提案 ●症状に応じた栄養剤等の提案	●薬に対する不安への相談支援 ●疼痛コントロールのアセスメント ●医師への情報提供 ●状況に応じた薬の剤形変更の提案 ●様々な症状を和らげる薬の提案と、家族への説明 ●薬の安定供給と、症状アセスメント	●薬剤の安定供給 ●様々な症状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	●環境整備や清潔保持等	
リハビリ	●活動・参加を拡げていけるようなアプローチ		
地域連携室			
バックベッ	●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			

2 在宅看取りにおける経過時期別連携シート(死～死別期)事務局

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)
意思決定 支援		
訪問診療医	●死亡診断 ●家族への労い	
訪問歯科医	●エンゼルケア	
訪問看護	●医師に連絡し死亡診断の確認 ●エンゼルケア ●身寄りがいない方は葬儀場へ連絡 ●家族を失った悲しみ、喪失感へのケア	●家族を失った悲しみ、喪失感へのケア
ケアマネ	●死後に関する説明・手続き ●家族介護者への労いの声かけ	●死後に関する説明・手続き ●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		
バックベツド		
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