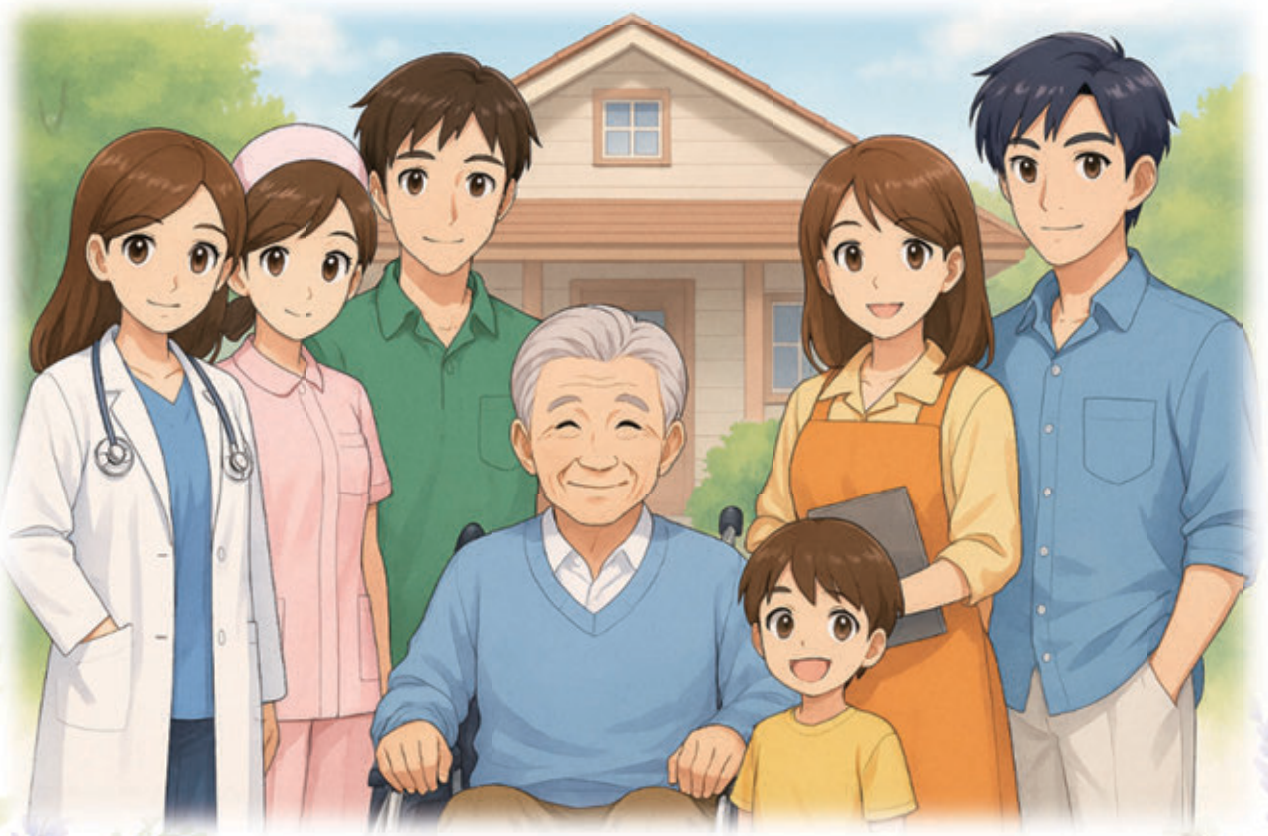
柏市の在宅医療 多職種連携のトリセツ



在宅医療・介護多職種連携柏モデルガイドブック【第3版】

多職種編

2026年11月発行

＜目　次＞

1 章 . 在宅医療を推進するための体制	**1**
(1) 主治医・副主治医制	2
(2) 急性増悪時における病院のバックアップ体制の確保	3
(3) 情報共有システム（カシワニネット）	4
(4) 柏市における意思決定支援の取り組み	5
2 章 .4場面ごとの約束	**10**
(1) 日常の療養支援	12
(2) 入退院時の支援	15
(3) 急変時の対応	18
(4) 看取り	20
3 章 . 様式	**22**
(1) 退院時情報共有シート	23
(2) 退院時共同指導記録	24
(3) 入退院時連携のフロー・チェックリスト	25
参考資料	**26**

は　じ　め　に

市内の医療・介護・福祉専門職によるワーキングでは，2040年(令和22年)に向けて深刻化する「人材・担い手不足」，急増する「独居や認知症，8050問題などによる支援の複雑化」，そして「キーパーソン不在時の意思決定の困難さ」などの切実な課題が数多く挙げられました。

本書では，こうした現場の課題意識とこれまで柏市で培われてきた連携の経験を統合し，在宅医療を4場面ごとに分け，限られた資源の中でも持続可能な連携を実践できるよう，その考え方と進め方を多職種向けに整理しています。



日々の業務で「迷った時に立ち返る場所」となり，一人で抱え込まず，制度や職種の壁を越えて「チーム」で支え合うための道標となることを目指しています。

2010年柏市において，高齢化社会対策として多職種連携を軸とした在宅医療の拡充を目指し，後に日本の代表的な地域包括ケアシステムとなる柏モデルを推進していくこととなりました。

主治医・副主治医制度や病院との連携，多職種連携のルール作り，顔の見える連携体制の構築，新規参入のための研修，市民啓発のための広報紙作成，情報共有システムの開発等を精力的に行ってきました。

これらを構築する過程やルールをまとめたものが，柏モデルガイドブックですが，現状に即したルールの見直しや次なる課題である2040年問題を見据えた新たな取り組みを盛り込んだ第3版を作成することになりました。

これまでの歴史を紐解きつつ，これからの多職種連携の構築の道標となることを期待しています。

柏市医師会
会長　松倉 聡

1 章. 在宅医療を推進するための体制

（1）主治医・副主治医制

かかりつけ医がグループを形成して，お互いにバックアップすることにより，1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく，多くの診療所が少しずつ支えることで多くの患者を支えるシステム。

主治医・副主治医の役割

- 主治医…患者を主に訪問診療する医師
- 副主治医…主治医が訪問診療できない時に訪問診療を補完する医師

➡**両者が相互に協力して訪問診療を提供（相互補完型）**

副主治医の選定方法

(1)副主治医の調整は，次の2つの方法がある。
①在宅療養支援診療所：機能強化型のグループ内の医師で調整する。
②ゴールデンウィークやお盆，年末年始の長期休業期間は，在宅・プライマリケア委員会の中で副主治医の調整を行う。
(2)主治医-副主治医間の調整や患者情報の共有は，情報共有システム(カシワニネット)を活用して行うことが望ましい。

在宅・プライマリケア委員会

在宅・プライマリケア委員会は，訪問診療を行っている医師で構成されています。委員会は月1回開催され，**柏市の在宅医療の体制構築や質の向上・標準化**について話し合っています。また地域医療の現場として，医学実習生の受入れや市民啓発等，在宅医療を推進していく上で中心となる「**第2の医局」としての機能**も持ち合わせています。



（２）急性増悪時における病院のバックアップ体制の確保

①在宅側に関するもの

- 在宅の主治医(副主治医)は，患者や家族に急性増悪時の対応を事前に説明し，急性増悪時には原則として，在宅の主治医(副主治医)または訪問看護師が訪問する。
- 訪問した結果，入院が必要な場合は在宅の主治医(副主治医)から病院の救急担当に対して，必要な診療情報や患者・家族の意向を情報提供する。(ＦＡＸ・電話)

②病院側に関するもの

急性増悪時の対応

- 患者の状態や意向に沿った適切な医療を提供するため，可能な限り退院元の病院が受け入れる。

  ※病院は，救急隊又は医師からの連絡により，自院の退院患者であることを確認。
- 夜間等で救急受け入れが困難な場合は，受け入れ可能な病院が一時的に受け入れ，患者の意向を考慮し，可能な場合は，後日退院元の病院に転院する。

  ※1　病院の機能上，二次救急の受け入れが難しい病院の退院患者については，他の病院をバックアップ病院とするため，退院後に他の病院の外来診察を受けることを薦める。

  ※2　専門医が必要な場合や患者が退院元への入院を希望しない場合は，通常の救急手順に則り，他の病院への入院とする。

急性増悪時以外：レスパイト対応

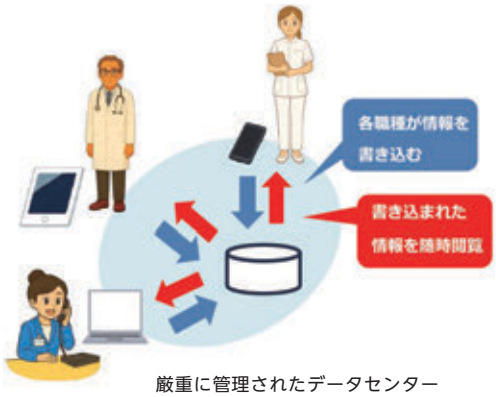
- 各病院ごとに受け入れの基準が異なるため，退院元の病院が受け入れることを第一としつつも，受け入れ可能な病院が受け入れる。
- 一時入院の期間は，再度在宅への復帰が可能となるように，在宅主治医と病院間で相談して決定していくことが望ましい。

（3）情報共有システム　（カシワニネット）

柏市では，市民の方への**質の高いサービス提供を目指して**，情報共有システムを活用して**医療職・介護職の多職種の連携を推進しています。**

カシワニネットとは…

- 患者一人一人について，情報共有の場となる患者の「お部屋」を作成。
- スマートフォン，タブレット端末，パソコン等により，関わる職種同士がリアルタイムに情報共有。
- **所属機関やサービス種別を超えて**，情報共有が可能になることで，在宅医療・介護に関わる多職種のチーム形成を支援。



厳重に管理されたデータセンター
（クラウド）に情報が集積

情報共有のイメージ

利用のメリット

★多職種によるチームでの情報共有を効率的に行うことができる。

・情報を一斉に伝えることができる，時間と場所にとらわれない
・画像・動画で視覚的に患者の状態を把握できる　　等



【こんな時は，ぜひカシワニネットの利用を！】

☆病院から退院する時
→変化の多い時期に，情報をリアルタイムに共有できます。

☆利用者に関わる事業所が多い時
→1回の連絡で，複数の事業所に伝わります。



【その他にも「良かった！」という声が多かった事例】

- **ターミナルの患者**→他の職種が訪問した時の様子が把握できます。
- **褥瘡のある患者**→画像で，状態や処置方法を共有できます。
- **リハビリを実施している患者**→動画を使ってリハビリの様子を共有できます。
- **独居や高齢者世帯で認知症がある**→服薬の状況など普段の様子を共有できます。

カシワニネットの利用について

カシワニネットの利用手順などは，
「カシワニネット事業者向けページ」より，ご確認ください。

カシワニネット事業者向けページ

（4）柏市における意思決定支援の取り組み

●高齢化の進展に伴う救急需要の増大に関連し，高齢者の意思確認について，救急医療現場から問題提起があったことを受け，取り組みを開始

●2018年(平成30年)**「意思決定支援検討ワーキンググループ」**を設置。グループワークで協議し，支援者のための意思決定支援ガイドラインを作成
構成メンバー：市民，病院職員(医師，看護師，医療相談員)，高齢者施設(特別養護老人ホーム等)職員，在宅チーム(訪問診療医，訪問看護師，ケアマネジャー)，地域包括支援センター，社会福祉協議会

2019年（令和元年）作成
【人生の最終段階における意思決定支援～支援者のためのガイドライン～】

すべての市民が尊厳を持って人生の最期を迎えることができるよう，支援者のための意思決定支援ガイドラインを作成しました。

柏　意思決定支援　検索



柏市公式ホームページからダウンロードできます！

2024年（令和６年）作成
【人生の最終段階における意思決定支援eラーニング研修】

この研修は，「人生の最終段階における意思決定支援～支援者のためのガイドライン～」をもとに作成しました。導入編，事例からの学び(在宅編・施設編)の構成となっています。支援者・当事者のインタビューもあり，実際の支援のポイントが動画で学べる内容になっています。
介護職向けの研修会も実施しています。



柏市公式ホームページからダウンロードできます！

「もしもの時」の安心へと広げるため，市民，医療，介護の関係者が話し合い，一冊の『意思決定支援ガイドライン(5ページ参照)』を作りました。ここではその中から，急に具合が悪くなった時の対応マニュアル(意思決定支援ガイドライン14ページ)を抜粋してご紹介します。

救急車要請時(心肺停止時※疑い含む)の対応マニュアル

傷病者を発見

傷病者情報等の収集
(次ページ別添①・②参照)

※専属医師が対応するなど，施設での事前取り決めがある場合は，専属医師の指示に従い，救急車要請をお願いします。

≪119番通報≫
救急隊出場に必要な情報を把握し通報する。

＊必要に応じ指令員の指示に従う。

・・・救急隊を要請したら・・・

救命の「スイッチ」が入る！！

1 傷病者情報(※別添①)及び看護サマリー等施設内での情報を集め，救急隊に情報提供をお願いします！
2 救急隊は，原則的に「救急救命士による特定行為」を実施します。
実施の際は家族の同意もしくは現場の職員に確認を求めます。(※詳細は別添②)
3 「救急救命士による特定行為」の同意が得られない場合は，心肺蘇生法(ＡＥＤ使用含む)を実施しながら病院へ搬送します。
4 要請された救急隊は原則的に傷病者を病院へ搬送します。ただし，一部の例外(別添③)では不搬送とする場合があります。

出典：意思決定支援ガイドライン柏市消防局より高齢者入所施設に配布された資料（２０１８年版）

別添①　**～救急隊到着までに準備する傷病者情報～**

●氏名，生年月日，年齢，家族連絡先等
●訴え(主訴)，病気(既往症・服用薬)
●かかりつけ医療機関情報(傷病者の状態，医療機関側の状況により，搬送希望に添えない場合有り。)

別添②　**～救急救命士が行う特定行為について～**

心肺停止傷病者に対する次の処置について実施の際，
家族の同意もしくは職員に確認を求めます。

●気道(空気の通り道)確保のための気管挿管や食道閉鎖式エアウェイ
●静脈路確保(一般に点滴と呼ばれるもの。薬剤投与のルートになります。)
●アドレナリン(心肺停止に対する第一選択薬です。)

※上記の実施について希望しない場合，職員の方に関係書類(延命処置を希望しない意思表示が記載されたもの)の提示を求めますので，救急隊到着時までに準備をお願いします。

※延命処置を希望しない意思表示が確認できない場合，かつ上記の特定行為が緊急に必要と救急隊が判断したときは実施する場合があります。

別添③　**～救急隊が傷病者を不搬送とする場合～**

※下記以外は心肺蘇生法(AED使用含む)を実施し，医療機関へ搬送します。

●社会通念上，明らかに死亡しているとき。
(①反応・呼吸・脈拍がなく，心電図波形が心静止である。②瞳孔散大，対光反射がない。③体温低下，冷感あり。④死後硬直又は死斑が認められる。以上全てに該当するとき)
●現場にいる医師が，死亡確認を実施し，救急隊に対して医療機関に搬送しないことを指示したとき。

※電話等による，現場にいない医師の指示で不搬送にすることは原則的に出来ません！！

傷病者情報メモ

※救急隊到着時にお渡しください。

●意識が（呼びかけに反応・痛み刺激に反応）

あ る ・ な し

●心停止の目撃（倒れる音を聞いた・叫ぶ声を聞いた等）

あ る ・ な し

●発生場所 ……

●住　　所 ……

●氏　　名 ……(男・女)

●生年月日 (明.大.昭) ……年……月……日(　歳)

●家族等連絡先(電話) ……

(家族等氏名) ……(続柄)

◆次の項目について，✓もしくは分かる限り記載してください。

①原因，状況　（確認した時間について：　時　分頃）

□喉に詰まらせた　□急に倒れた　□反応がなくなった

□呼吸がなくなった　□その他(……)

②心肺停止(倒れる，意識を失う)前の訴え，状態など

□胸痛　□冷汗　□息が苦しい　□胸が苦しい　□頭痛

□その他(……)

③病気，診療情報など

既往症(　　)

かかりつけ病院(　　)　病院連絡　あり ・ なし

くすり(　　)

④負傷箇所　□頭 ・ □身体 ・ □腕 ・ □足

出血　あり ・ なし　　骨折　あり ・ なし

◆延命処置を希望しない意思表示について

□あ り ・ □な し

※「あり」の場合は，救急隊への関係書類提示をお願いします。

救急車要請時のチェックリスト



◆心肺停止(疑い含む)を発見した人は

□協力者を集め，傷病者の情報を共有します。
□119番通報を依頼し，AEDを持参させます。
□心肺蘇生法を開始します。
※別途，施設内での事前取り決め等がある場合は，これに従ってください。

◆119番通報する人（あわてず・ゆっくり）

□発生住所，施設名など，119番指令員の質問に答えます。
□傷病者の情報(年齢，性別，現在の状況など)を指令員に伝えます。
□必要であれば指令員の指示に従ってください。

◆心肺蘇生法，AEDを使う人は・・・

□胸骨圧迫は，傷病者の脇につき，両手を重ね，肘をまっすぐに伸ばし，真上から垂直に「胸の真ん中」を押します。
□「強く」胸が5cm沈むまでしっかり圧迫し，速さは1分間に100～120回のリズムで圧迫します。
□中断時間は最小限に，圧迫と圧迫の間は胸がしっかり戻るまで十分に力を抜きます。
□AEDを装着した後は，その指示に従います。

◆傷病者情報を集める人は・・・

□別添「傷病者情報メモ」に記載し，救急隊に渡します。

◆救急車に同乗する人は・・・

□傷病者情報，事故の状況が分かる人が同乗し，必要な情報を病院と救急隊に伝えます。

２章.　４場面ごとの約束

4場面ごとの約束

みんなで支える在宅医療 ～4つの場面での私たちの約束～

柏の在宅医療は，一人の専門職だけで支えるものではありません。

ここでは，チームが最高の力を発揮するために，私たちが日頃から大切にしている「4つの場面での約束」をご紹介します。

1 日常の療養支援(12～14ページ)

・患者や家族の生活を支える多職種協働
・家族への支援

2 入退院時の支援(15～17ページ)

・医療機関と在宅医療・介護の連携によるスムーズな入退院支援
・一体的な医療・介護サービスの提供

3 急変時の対応(18～19ページ)

・病状急変時の往診・訪問看護体制の整備
・救急・入院病床との情報共有

4 看取り(20～21ページ)

・患者が望む場所（自宅や介護施設，病院，緩和ケア病棟など）での看取り
・人生の最終段階における意思決定支援

※4つの場面は重なり合うこともあります。
状況に応じて柔軟に対応することが重要です。

日常の療養支援

多職種がそれぞれの専門性を持ち寄り，本人と家族の日常に寄り添い，
その人らしい生活が一日でも長く続くように支えます。

【だから，こうしよう！】



1 【『その人』を知る情報を共有する】

病気だけでなく，生活，価値観，強みまで含め「その人」を理解し，その情報を共有します。

2 【それぞれの専門性を活かして連携する】

状況に応じて，チームリーダーが変わります。各職種が役割を理解し，協働することで，チームワークを発揮します。

3 【家族もチームの大切な一員】

家族の状況にも心を配り，不安や負担を軽減する工夫を忘れません。



4 【ICTツールを使いこなす】

スムーズな連携のため，ICTツールを積極的に活用します。
※柏市では，カシワニネットを推奨しています。

情報共有の基本

- 本人の基本情報(医療・介護保険，障害者手帳等)や各種申請・更新状況を多職種で共有する。
- 点滴管理やストマ交換等の医療処置について，家族への指導内容や習得状況を把握し共有する。
- 退院直後は環境変化が大きいため(新たな医療機器が導入される場合も含む)，可能な限り早期に初回訪問を行い，本人の様子(痛み，食事，気持ち等)を確認・共有する。
- 病態や療養上の注意事項(転倒・脱水予防等)は，日常的に関わる家族や多職種で共有し，変化があれば随時更新する。
- 家族の介護状況や体調の変化も重要な情報として共有する。
- 本人の強みやできることを共有し，チーム内で本人の力を活かす支援を検討する。
- 多職種の連絡先(連絡窓口)は一覧表にし，本人・家族にも分かりやすい場所に提示する。
- 情報の重要度と伝達スピードを考え，電話・FAX・カシワニネット等を活用する。
- チーム内で，スタッフが気づいた利用者の些細な変化を貴重な情報として拾い上げるため，発言しやすい雰囲気づくりを行う。

チーム連携と各職種の役割

全ての職種が，それぞれの専門性や強みを理解し，積極的に多職種と連携し，互いに尊重し合えるチームを作る。

医師	診療・診断・治療に加え，専門的な立場から病状や予後に関する重要な説明を行い，患者の全体像を踏まえながらACPを支援する。多職種の力をつなぎ，チームの中心として，安心して意思決定ができるよう共に支える。
歯科医師 歯科衛生士	口腔内の状況や口腔ケアの方法，嚥下リハビリの必要性や方針等を共有する。
薬剤師	薬剤管理に課題がある場合，多職種間で連携し的確に薬剤師や医師に伝える。7剤以上の多剤併用患者には訪問薬剤指導の介入を進める。服薬状況，残薬，副作用などを確認し，生活リズムに合わせた処方や飲みやすい方法を検討・共有する。
訪問看護師	在宅療養の中での医療的管理と生活状況の変化を継続的に把握し，状態変化や本人・家族の不安を多職種と速やかに共有する。急変時の対応方針や看取りの意向について，医師・ケアマネジャー等と連携しながら調整を行う。
リハビリ専門職	リハビリの目標やADLの状況，介助量の評価を共有する。共有する際は，静止画や動画を積極的に使用する。
ケアマネジャー	本人・家族の希望を医療職と相談の上でケアプランに反映させ，多職種と共有する。各職種から集まる情報を統合し，ケアマネジメントを行う。

管理栄養士	本人の食事の摂取状況や体重の変化から，栄養状態を確認し，食形態の工夫などを提案・多職種と共有する。
地域包括支援センター職員	普段から地域の専門職との連携体制を構築し，困難事例等の相談に対応する。
施設職員	生活の場を支える専門職として，生活の中での変化を情報共有する。

〇嚥下に関しては，医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・看護師・リハビリ専門職・管理栄養士等できるだけ多くの職種が集まったチームで話し合う。

チーム連携の実践

- 病状が不安定なケースでは，医療・介護それぞれの役割を理解し，役割に応じた対応ができるよう，多職種で連携した会議を積極的に行う。
- サービス提供日時を共有し，変更時は訪問日が重ならないよう調整する。
- サービス提供中に本人・家族から受けた相談は，ケアマネジャーに報告・集約する。
- 不測の事態に備え，日ごろから関わる多職種間での連絡体制(連絡網)を整えておく。
- 施設入居の場合，状態悪化時や看取り期において「施設内でどこまで対応できるか(救急搬送の基準など)」を，平時のうちに話し合い，合意形成を図る。

困難事例への対応

- 独居や経済的な課題を持つケースについては，関わる多職種で情報を共有し，相談窓口の一本化も検討する。
- ネグレクトやヤングケアラーなど多様な課題を抱えるケースは，医療・介護に限定せず，必要に応じて行政機関と情報共有し連携を図る。
- 社会福祉協議会・地域包括支援センター等，医療・介護に加えて，福祉とも連携を図る。
- 透析ケースでは，透析病院と在宅チームが日ごろから連携し，急な病状変化について共有しておく。

ICTツールの活用※柏市では，ICTツールとして，カシワニネットの利用を推奨。

- 情報伝達スピードは必要としないが，できるだけ関わる多くの職種に知ってもらいたいことは，カシワニネットを使用し，定期的な投稿・確認を行うことが望ましい。
- チームに途中から参加した職種に対して，これまでの経過を共有するツールとして活用する。

入退院時の支援

本人が安心して「ただいま」と言え，迎える側が「おかえりなさい」と応えられるように，病院と地域が一体となって，切れ目のない支援を実現します。

【だから，こうしよう！】

1 【入院直後から始める『退院準備』】



入院は「退院後の暮らし」のスタートです。
病院と在宅チームが早期につながり，
一緒にゴールを目指します。

2 【『柏市版退院時情報共有シート』を参考に】

診療情報や看護サマリー等各病院の書式に則って情報提供しますが，退院時情報共有シートを参考にし，在宅への引継ぎを確実に行います。

3 【顔を合わせる『退院前カンファレンス』】

関係者全員で顔を合わせることで，退院後も安心して生活を始められる環境を作ります。対面が難しい場合はオンラインで調整し，状況変化にも柔軟に対応します。

4 【お互いを思いやる『退院日の調整』】

在宅チームの状況も考慮して退院日を設定し，スムーズな生活開始を支えます。日曜や祝日などサービスが手薄になる日は，可能な限り避けるよう調整します。(やむを得ず日曜・祝日となる場合は，関係機関と十分な調整を行います。)

5 【話し合う『意思決定支援』】

本人と家族の想いに寄り添い，
納得できる選択をチームで支えます。



入院時～退院準備

- 病院は，入院後速やかに関係職種(ケアマネ等)へ第一報を入れ，退院前から在宅チームを形成できるよう努める。
- 病院，施設，在宅は，MSWや退院調整看護師等の窓口担当者を確認し，確実に連絡が取れる手段を確保する。
- 病院は，病状や予後について本人・家族に説明した内容と，それを受けての本人・家族の希望を，施設や在宅チームと共有する。
- 病院から在宅チームへの情報提供は，原則として診療情報提供書・看護サマリー等各病院の書式に則って行う。ただし，「柏市版退院時情報共有シート」には，在宅側が知りたい情報が細かく書いてあるので，診療情報提供書や看護サマリー作成時には参考にする。
- 上記に加え，画像，検査データ，バイタルサイン，生活習慣，環境，排便状況，介護指導の習得状況，退院後すぐに使用する薬剤・衛生材料の準備状況(1週間分程度準備)など，在宅生活に必要な情報を具体的に共有する。

退院前カンファレンス

- 原則として退院前カンファレンスを開催する。日時は決まり次第，速やかに施設や在宅チームへ連絡する。
- 施設職員が参加する場合，「施設に戻った後の具体的なケアの流れ」を病棟看護師と確認する。
- 対面での開催が難しい場合は，オンラインを活用して本人・家族と施設や在宅チームが顔を合わせる機会を作る。
- 必要に応じて，施設や在宅チームからも退院前カンファレンスの開催を提案する。
- カンファレンス後に本人の病状や家族の気持ちが変化した場合，病院担当者は速やかに在宅主治医等と連携し，退院日等を再検討する。
- もし施設や在宅での生活継続が困難になった場合(状態悪化時など)の対応(再入院や受診のルール，バックベッドの確保)について，退院前に病院と確認をしておく。

退院日の調整

- 退院日が決まり次第，また変更になる場合は，速やかに施設や在宅チームへ連絡する。
- 日曜・祝日の退院は在宅サービスが手薄になるため，可能な限り避けるよう調整する。ただし，やむを得ない場合は，関係機関と調整を図り，決定する。

意思決定とチーム連携

- 本人の意向と家族の意向が違う場合は，本人・家族・多職種で話し合い，意思決定を支援する。
- 施設職員や在宅チームは，サービス調整時，本人・家族の希望だけでなく，本人の性格等の情報も病院担当者と共有し，より良い支援を検討する。
- 病院側と施設側や在宅側の同職種間(看護師と訪問看護師など)及び多職種間での連携を普段から行うよう努める。
- かかりつけ医が訪問診療を行っていない場合，かかりつけ医は，在宅医を紹介する。そのためにも，日頃から連携を行う。
- 入院前にかかりつけの在宅医がいる場合は，退院後も継続できるよう調整する。

急変時の対応

在宅療養では予期せぬ体調の変化も起こります。
「いつもと違う」にいち早く気づき，適切な対応につなげること。
そして本人と家族が安心してその時を乗り越えられるよう，チームで支えます。

【だから，こうしよう！】



1【『もしも』のシナリオを共有しておく】

慌てず行動できるよう，起こりうる変化を予測し，対応を事前に決めておきます。

2【『いつもと違う』は，すぐ主治医に報告】

最も身近にいるチームの一員だからこそ気づくことができる，患者さんの小さな変化を見逃しません。

3【急変時もチームで支える】

急変時でも在宅療養を安全に続けるため，
状況をチーム全体で確認し，本人・家族への説明も共有します。



事前の備え

- 急な発熱や疼痛，血圧の変動など，予測される状態変化時の対応方法について，あらかじめ本人・家族と話し合い，多職種で共有しておく。
- 主治医が対応できない夜間・休日等の緊急連絡体制や対応フローを明確にし，書面で共有しておく。
  特に施設は，誰に連絡し，どのレベルなら救急車を呼ぶか等を，平時のうちに医師・家族と取り決めておく。
- 感染症等，介入時に注意や準備が必要な事項を発見した者は，速やかにケアマネジャーに連絡し，多職種間で情報共有するルートを確認しておく。
- 外国人スタッフが関与する場合は，補足説明・情報共有ツール等を準備し，言語や文化の違いによる情報伝達の齟齬が生じないよう配慮する。

状態変化発見時の行動

- 発熱，せき込み，疼痛の増強など，本人の病状に変化があった場合は，速やかに主治医に報告する。

急変時の連携

- 本人が急性増悪により再入院した際は，入院の事実，入院中の病状経過，退院の見込みについて，病院と施設や在宅チームとで共有する。
- 症状に変化があって，新たな医療機器(人工呼吸器等)が導入される際には，その導入理由と，本人・家族への説明状況をチームで共有する。

看取り

人生の最期の時間を，住み慣れた場所で，自分らしく穏やかに過ごしたい。その尊い願いに，本人と家族の心の揺れ動きも受け止めながらチーム全員で寄り添います。

【だから，こうしよう！】

1【繰り返し話し合い，想いを共有する（ACP）】



その時々の想いを丁寧に受け止め，尊重します。
体調や気持ちの変化に応じて治療や療養生活の希望を繰り返し確認し，チーム全体で共有・尊重します。

2【揺れ動く家族の心に寄り添う】

家族にとっても，大切な人との別れに向き合う，かけがえのない時間。その想いを支えます。

3【最期の時まで，連携は密に】



刻々と変化する状況に対応するため，
これまで以上に迅速で密な連携を心がけます。

4【感謝を込めて，支援を終える】

旅立ちを見届けた後，チームとしての支援を締めくくります。

意思決定支援（ACP）

- 主治医が本人に病状や予後を説明した際の，本人の受け止め状況をチームで共有する。
- 本人の今後の治療や療養生活に関する意向は，体調や気持ちの変化に応じて繰り返し確認し，その都度チームで共有する。
- 日々のケアの中で患者や入居者がふと漏らした想いや希望について，チームで共有する。
- 本人や家族が選択した治療方針(特に積極的な治療を望まない場合等)をチーム全員で共有・尊重する。

家族への支援

- 本人の病状が変化し，家族の思いが揺れる場合は，その都度，看取りに対する意向を確認し，チームで共有する。

終末期の連携

- 終末期は，多職種連携を通常時よりもさらに速やかに行う。
- カシワニネット等を活用し，日々の病状の変化をタイムリーに共有する体制を整える。

逝去後の対応

- 本人の死亡情報を関係者で速やかに共有し，それぞれの支援を終了する。
- デスカンファレンスを行い，学びや課題を振り返るとともに，互いにねぎらい合う。

3章. 様式

【柏市版】　退院時情報共有シート

記録者＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名			
ｷｰﾊﾟｰｿﾝ		続柄（　　）　連絡先	
カルテ等資料で確認	保険情報	保険種別：□健保 □国保 □後期高齢 □共済 □労災 □生保	
		介護保険：□有（要支援 □1 □2　要介護 □1 □2 □3 □4 □5 ）・□申請中（　月　日）・□無	
		障害者手帳：□有 （　　級　障害の種類：　　）・□申請中 ・□無	
		難病：□申請済 （病名：　　）・□申請中 ・□無	
病院主治医に確認	病名	主病名	
		既往歴	
	感染症	W氏（梅毒）	HBV（B型肝炎）
		□+ □− □未検査	□+ □− □未検査
		HCV（C型肝炎）	MRSA（耐性黄色ブドウ球菌）
		□+ □− □未検査	□+ □− □未検査
		TB（肺結核）	
		□+ □− □未検査	
	本人・家族の要望等	【患者本人】 病状理解：□良好 □不良 告知：□済 □未　予後：　年　ヶ月　週間 予後理解：□済 □無 看取り要望：□在宅 □病院 □未定 その他本人の要望について	【家族】 病状理解：□良好 □不良 告知：□済 □未　予後：　年　ヶ月　週間 予後理解：□済 □無 看取り要望：□在宅 □病院 □未定 その他家族の要望について
	退院目途	年　月　日（　）　：　頃	
	薬剤材料等	退院時処方薬：　週間分	麻薬処方：□有 □無 / IVH：□有 □無
病院看護師に確認		医療・衛生材料等：	
	医療処置	□酸素：　L	□気切：サイズ　Fr / 最終交換日：　月　日 / □吸引：　回/日　サイズ　Fr
		□胃瘻：□バルーン □バンパー サイズ　Fr	造設日　年　月　日 / 最終交換日　年　月　日
		□褥瘡：□有 □無	ステージ　□疑 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ □判定不能
		□尿道カテーテル：サイズ　Fr	最終交換日　年　月　日 / □その他
		□排便コントロール：□良好 □不良 （内容：　）	
	看護指導状況	家族への手技等の指導：□有 （内容：　） □無	
		習得状況：□できる □不安がある □できていない □その他	内容：
	ADL		
	認知機能		
	歯科	義歯：□有 （入院中の利用 □有 □無 ） □無	口腔ケア：□自立 □一部介助 □全介助
	備考		

※診療情報提供書，看護サマリー等で提供する情報については省略してもよい。

≪2020年（令和2年）3月13日改訂≫

【柏市版】 退院時共同指導　記録

年　月　日

氏名　様　日時:　年　月　日（　）:　～　:

病状について				
看護について				
決定事項	退院日	年　月　日（　）:	帰宅方法	□介護タクシー（予約 □有□無）／□その他（自家用車・一般タクシー等）
	緊急時の対応			
	その他			
備考				

出席者	病院			在宅		
	診察科	職種	氏名	所属	職種	氏名

署名		
	患者	
	ご家族	

2020年(令和2年)3月13日改訂版

【柏市版】　入退院時連携のフロー・チェックリスト

在宅側（ケアマネジャー，地域包括支援センター）	時期	医療機関側（MSW，入退院支援 NS 等）
□本人・家族に，マイナンバーカード（または資格確認証），介護保険証，お薬手帳等を受診時携帯するよう伝える。 本人・家族へ，入院した場合は担当ケアマネジャーへ連絡するよう伝え，医療機関と連携して退院支援することについて承諾を得る	入院前	□本人・家族へ，入院中の治療等について説明 □本人・家族の意向の確認
※「医療機関がケアマネジャーを把握」，又は「ケアマネジャーが入院を把握」，どちらか早い方が連絡		
□入院医療機関へ，連絡窓口について確認 □入院医療機関へ，在宅での心身の状況や生活環境，本人や家族の意向等について情報提供 （入退院情報提供書の活用）	入院3日以内	□本人・家族へ，退院調整部門紹介 □要介護度，介護保険証の確認 □担当ケアマネジャー，利用中の介護・福祉サービスの把握 □担当ケアマネジャー等から，医療情報や在宅での生活状況等を情報収集 □収集した情報から，退院支援対象者を抽出し，課題を整理 □退院支援に必要な情報収集・アセスメント □キーパーソンの確認
□（入院3日以内に情報提供していない時） 入院医療機関へ，在宅での心身の状況や生活環境等について情報提供（入退院情報提供書）	入院7日以内	□在宅への退院の可能性を検討し，退院調整の必要性や支援方法を検討 □本人・家族へ，病状や予後等について医師より説明 □本人・家族へ，退院先の意向確認 □退院支援に向けた院内調整（退院調整担当者の決定，院内多職種カンファレンス開催等） □退院支援計画書の作成 **在宅生活でサービスが必要な場合** □（必要時）要介護認定申請支援
□入院医療機関へ，退院支援に活用できる情報提供 □本人・家族や入院医療機関から，入院中の状況について情報収集 □（必要時）本人に対しての，退院後の生活の場，療養に関する意思決定支援 □（必要時）在宅療養に向けたサービス導入に向けた準備	入院中	□本人・家族へ，退院先の意向を再確認 □退院前カンファレンス，退院前訪問指導の必要性を判断 □（必要時）担当ケアマネージャーへ在宅療養の方向で調整中であることや，退院時の本人の状態を情報提供 □（必要時）退院前カンファレンスの開催に向けた，院内外の多職種との連絡調整及び日程調整 □（必要時）担当ケアマネジャーへ退院前訪問指導の同行依頼 □本人・家族へ，教育・指導（医療処置の手技や介護方法等） □（必要時）在宅医療に移行する場合は，かかりつけ医と連携 **担当ケアマネジャーがいない場合** □担当ケアマネジャー選定の支援 （必要時，地域包括支援センターへ支援を依頼）
□退院前カンファレンス参加 □本人・家族と面談し，退院後の療養生活に向けたケアプラン作成に必要な情報の収集 □課題分析，ケアプラン作成，サービス調整 退院後の医療機関の相談窓口（担当者）の確認 **転院する場合** □（必要時）転院先へ，在宅での生活状況等について，情報提供	退院約1週間前	□担当ケアマネジャーへ，退院見込みについて連絡 □退院前カンファレンス開催，開催記録の共有 **転院する場合** □担当ケアマネジャーへ，転院について連絡 □転院先へ，入院時の医療状況や今後の方向性，本人・家族の意向，担当ケアマネージャーについて，情報提供
□サービス担当者会議開催 □本人・家族及び退院元の医療機関，在宅生活を支えるスタッフへ，ケアプランの写しを提供	退院	□退院時の書類作成（診療情報提供書，看護サマリー等については各病院の書式に則って情報提供する。あわせて，柏市版退院時情報共有シート《P.23 参照》を参考にし，在宅への引継ぎを確実に行う。その他，訪問看護指示書，入退院情報提供書等は必要に応じて作成） □担当ケアマネジャー，在宅生活を支えるスタッフへ，必要書類の提供
□（必要時）ケアプランの見直し □退院元の担当者へ，退院後の情報やモニタリング結果を報告 □主治の医師，歯科医師，薬剤師等へ，診療情報や看護サマリー等各病院の書式に則って情報提供する。あわせて，柏市版退院時情報共有シート（P.23 参照）を参考にし，在宅への引継ぎを確実に行う（担当ケアマネジャーが助言を必要と判断した場合）	在宅サービス利用中	□（必要時）退院後訪問指導 □（必要時）本人の状態に応じて，地域と連携し継続的に支援

※病院地域連携担当者会議において，シームレスな入退院時連携における“ゆるやかなルール化”を検討する中で作成。
参考：福岡市「退院時連携の基本的な進め方の手引き」

参考資料

●業務にご活用ください。

介護保険の総合案内と介護サービス事業所を調べられる情報冊子です	
冊子名	ハートページ
問い合わせ先	高齢者支援課
ホームページ	https://www.heartpage.jp/kashiwa/kaigoinfo

柏市内の相談窓口（生活，労働，健康，子育て，介護，障害など）が載っています！	
冊子名	柏市相談窓口ガイドブック
発行元	福祉政策課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/fukushiseisaku/soudanmadoguti-guidebook.html

認知症のことで悩んだときはこれ！	
冊子名	かしわ認知症対応ガイドブック
発行元	地域包括支援課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/chikihokatsu/kaigo/ninchisho/guidebook.html

参考資料

●業務にご活用ください。

高齢者の方を対象にした就労，健康などの情報が載っています	
冊子名	シニアはつらつガイドブック
発行元	高齢者支援課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/kourei/kaigo/kaigoshien/nichijoshien/haturatu2026.html

介護保険のことがかんたんに学べます	
冊子名	介護保険のかんたん手引き
発行元	高齢者支援課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/kourei/kaigo/kaigohoken/shikumi/pamphlet.html

がん患者・家族のためのことがまとまっています	
冊子名	柏市民のためのがんサポートハンドブック
発行元	健康政策課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/kenkoseisaku/hokennenkin/kenkosodan/1188.html

参考資料

●業務にご活用ください。

障害福祉のことはこのしおりで！	
冊子名	障害福祉のしおり
発行元	障害福祉課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/shogaifukushi/kaigo/sonota/1432.html

医療的ケアの相談先がまとまっています	
冊子名	医療的ケアを必要とするかたに関わる相談
発行元	障害福祉課
ホームページ	https://www.city.kashiwa.lg.jp/shogaifukushi/kaigo/sonota/1428.html