

柏市の在宅医療の取組みについて

柏市保健福祉部地域医療推進室

室長 稲荷田 修一

専門監 吉田 みどり

はじめに～柏市について～

柏市は、東京都心から約30kmにあり、高度経済成長を機に人口が増加し発展したまち

JR 柏駅から
上野駅まで約29分
東京駅まで約32分
(上野東京ライン)

つくばエクスプレス
柏の葉キャンパス駅から
秋葉原駅まで約30分



人口：415,300人
世帯：176,975世帯
内、高齢者人口：
100,743人
高齢化率：24.5%
(平成28年4月1日現在)

1. 在宅医療・介護連携に取り組んだ背景ときっかけ(1)

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 変更協定の締結

当初協定の主な連携事項

平成22年5月から5ヵ年

- 1 在宅医療の推進
- 2 在宅医療を担う医療・介護職の育成
- 3 生きがい就労・生きがい支援
- 4 生涯学習
- 5 高齢者等の住宅
- 6 移動手段
- 7 その他，必要と認める事項



変更後の主な連携事項

平成27年5月から3ヵ年

- 1 在宅医療の推進
- 2 在宅医療を担う医療・介護職の育成
- 3 生きがい就労・生きがい支援
- 4 生涯学習
- 5 高齢者等の住宅
- 6 移動手段
- 7 生活支援サービス**
- 8 健康づくり・介護予防**
- 9 その他，必要と認める事項



1. 在宅医療・介護連携に取り組んだ背景ときっかけ(2)

在宅医療推進の必要性

- 長寿化の進展による慢性疾患患者の増加
「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービスが必要
- 終末期の療養場所
現在、病院が8割だが、市民の希望は「自宅」が多い（実態と希望の乖離）

しかし（プロジェクト開始当初の課題）

- 診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応に不安があるので…
⇒ 在宅医師が少ない
- 在宅医療は医療職・介護職によるチームケアが必要だが…
⇒ 連携ができていないのは一部
- 在宅医療のPRをしていないため…
⇒ 病院に入院するしかないと思っている市民が多い



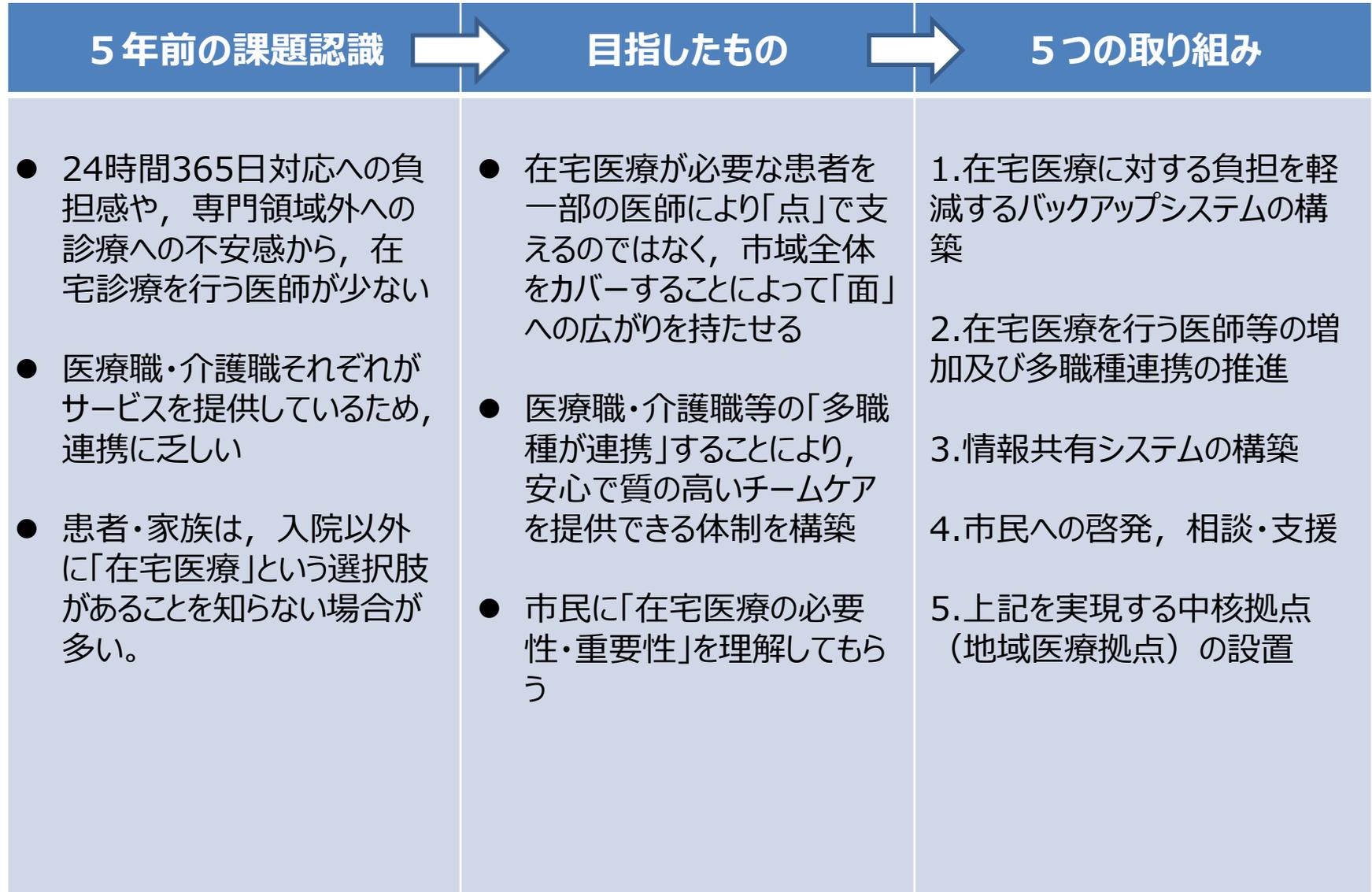
そこで（柏市が考えたプロジェクトの推進方針）

市と医師会が理念を共有し、多職種を巻き込みながら在宅医師等の増加、連携づくり、市民啓発を行おう！

2. 在宅医療・介護連携の課題抽出と目標設定(1)

在宅医療

在宅医療を推進するために取り組んできたこと【phase1】



2. 在宅医療・介護連携の課題抽出と目標設定(2)

在宅医療

主な取り組みと成果

1 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

- ① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）
- ② 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

2 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- ① 在宅医療多職種連携研修の実施
- ② 訪問看護の充実強化
- ③ 医療職と介護職との連携強化

3 情報共有（多職種連携ICT）システムの構築

4 市民への啓発，相談・支援

5 上記を実現する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置・運営



【主な成果】

- 在宅医療多職種連携研修(H23.5～ 通算7回) 355人（医師54人）
- 顔の見える関係会議（H24.6～ 通算16回） 3,131人（H27年度）
- 在宅療養支援診療所 14箇所（H22年4月） → 32箇所（H28年4月）
- 訪問看護ステーション 11箇所（H23年12月） → 25箇所（H27年12月）
- 柏市の在宅診療所による年間自宅看取り 47件（H22年度） → 189件（H26年度）
- 多職種連携・情報共有システムID発行（H28年3月末） 808人

（263事業所・診療所） 5

3. 在宅医療・介護連携の対応策の展開

医療職と介護職の連携強化

医療WG (H22.5~H24.3 20回)

医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

現在は、医師会「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論

試行WG (H23.11~H26.1 10回)

多職種で構成し、多職種連携ルールについて、具体的症例に基づく試行と検証を実施 ※評価チームを設置

連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる
5つの会議

連携WG (H22.7~H26.3 28回)

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者等で構成し、多職種連携のルールを議論し、決定

10病院地域連携会議

(H24.2~ 12回 (継続中))

救急告示医療機関とがんセンターの院長、MSWで構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

顔の見える関係会議 (H24.6~18回 (継続中)) ⇒ 延べ3,477名が参加

柏市の医療・介護関係者が一堂に会し、顔の見える関係を構築



4. 取組んだ内容をア〜クで整理してみると・・・

○事業項目

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築推進

(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

○柏市の主な取組み

・在宅医療マップを市HPで公表

・在宅医療・介護多職種連携協議会の設置
・地域ケア会議への医療職助言者派遣調整

・主治医-副主治医制の構築
・病院のバックアップ体制の構築
・訪問看護ステーション基盤強化

・ICTを活用した情報共有システムの運用

・地域医療連携Cで相談及び多職種コーディネートの実施

・在宅医療多職種連携研修会の開催
・顔の見える関係会議の開催

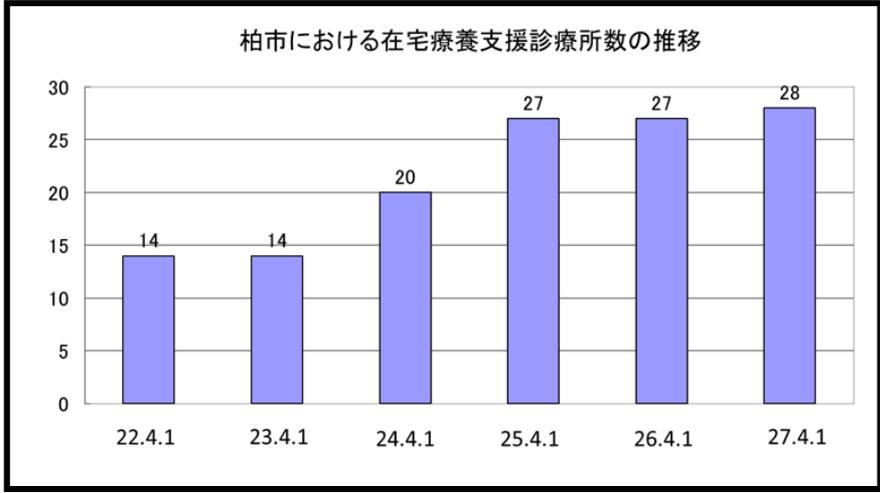
・各地区社協単位での在宅医療勉強会開催

・二次医療圏域在宅・医療介護連携推進事業担当者意見交換会等

5. 在宅医療・介護連携の成果、今後の取組等(1)

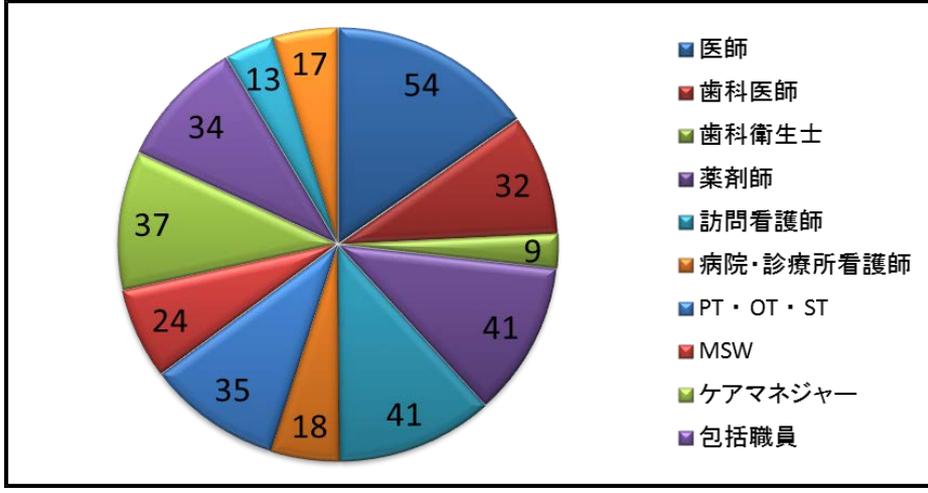
○ 在宅療養支援診療所数

14箇所 (H22年4月) → **32箇所 (H28年4月)**



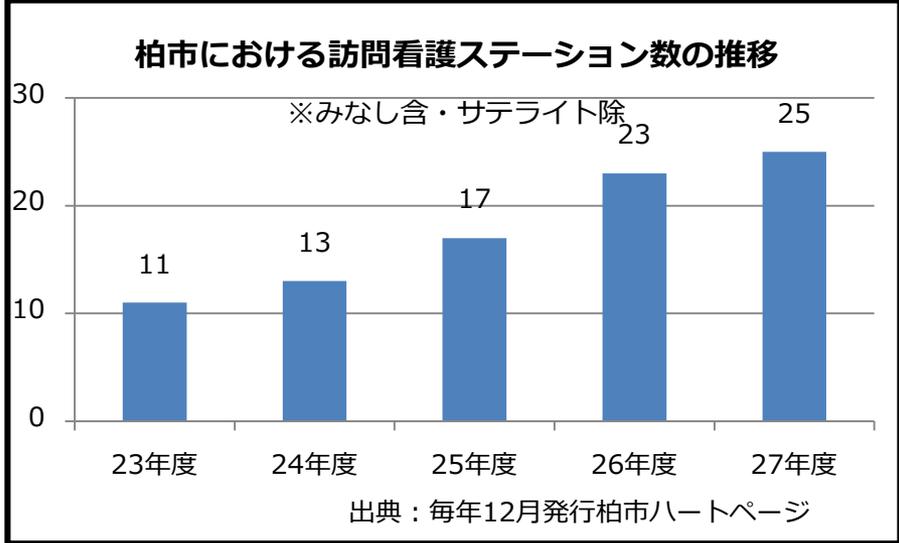
○ 在宅医療研修修了者数 (通算7回)

355人 (うち, 医師54人)



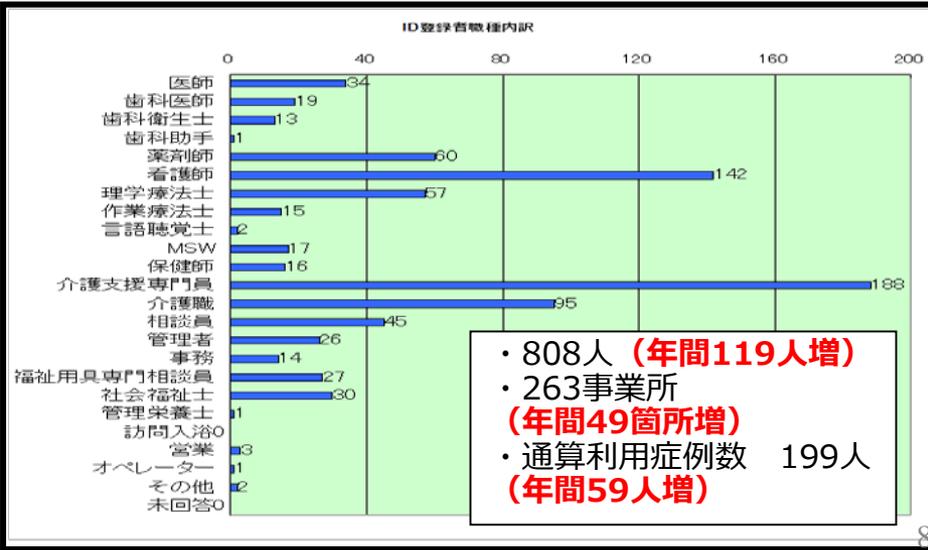
○ 訪問看護ステーション数

11箇所 (H23年12月) → **25箇所 (H27年12月)**



○ 多職種連携ICTシステムID発行数

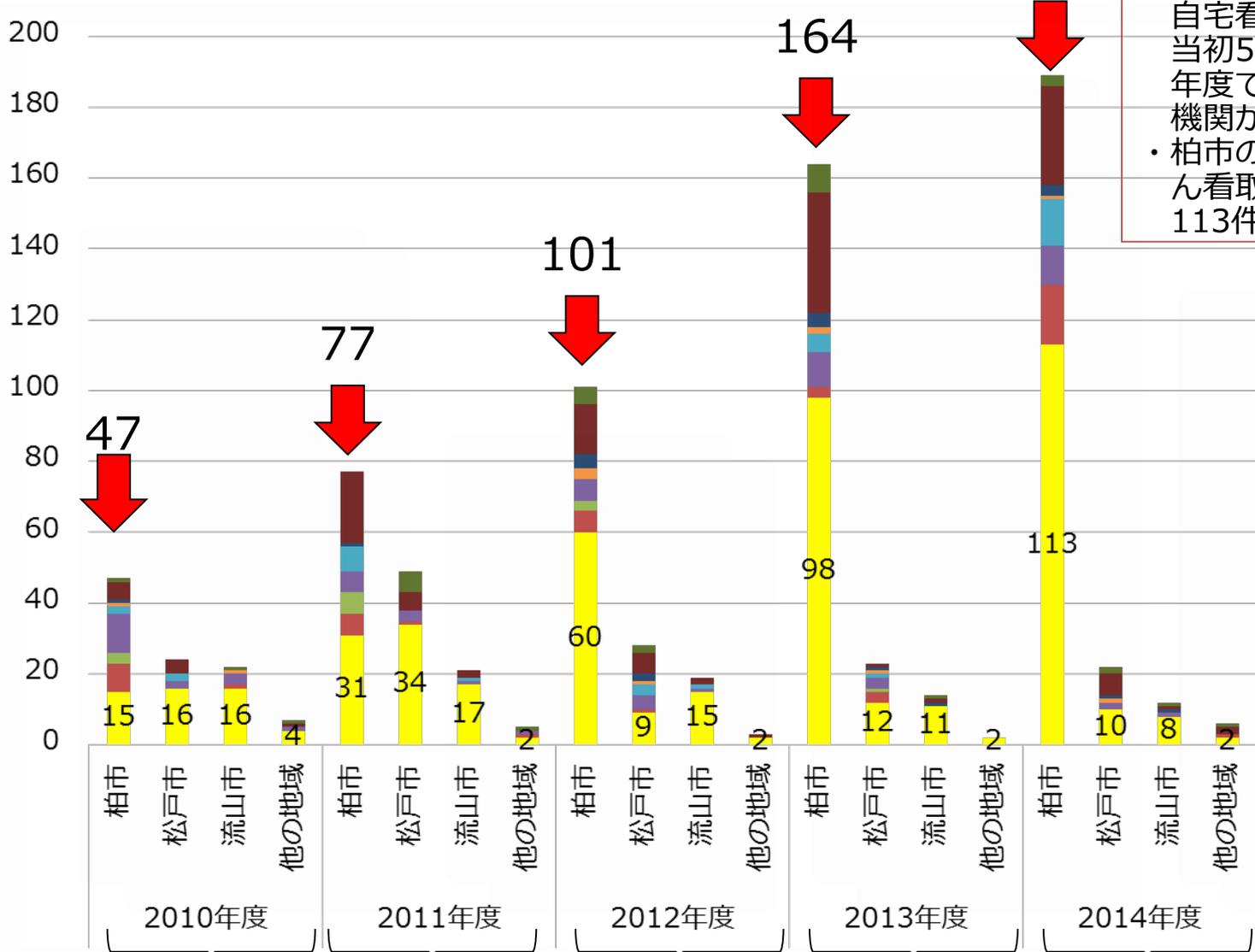
(H28年3月末)



5. 在宅医療・介護連携の成果、今後の取組等(2)

自宅看取り件数の推移 (医療機関の立地別、死因内訳あり)

- ・自宅看取りによる死亡者数は5年間で2.3倍に増加。
- ・うち、柏市の医療機関による自宅看取り件数も年々増加。当初5割弱だったが、2014年度では、8割強を市内医療機関が対応している。
- ・柏市の医療機関による自宅がん看取りは、5年で15件から113件へと伸びた



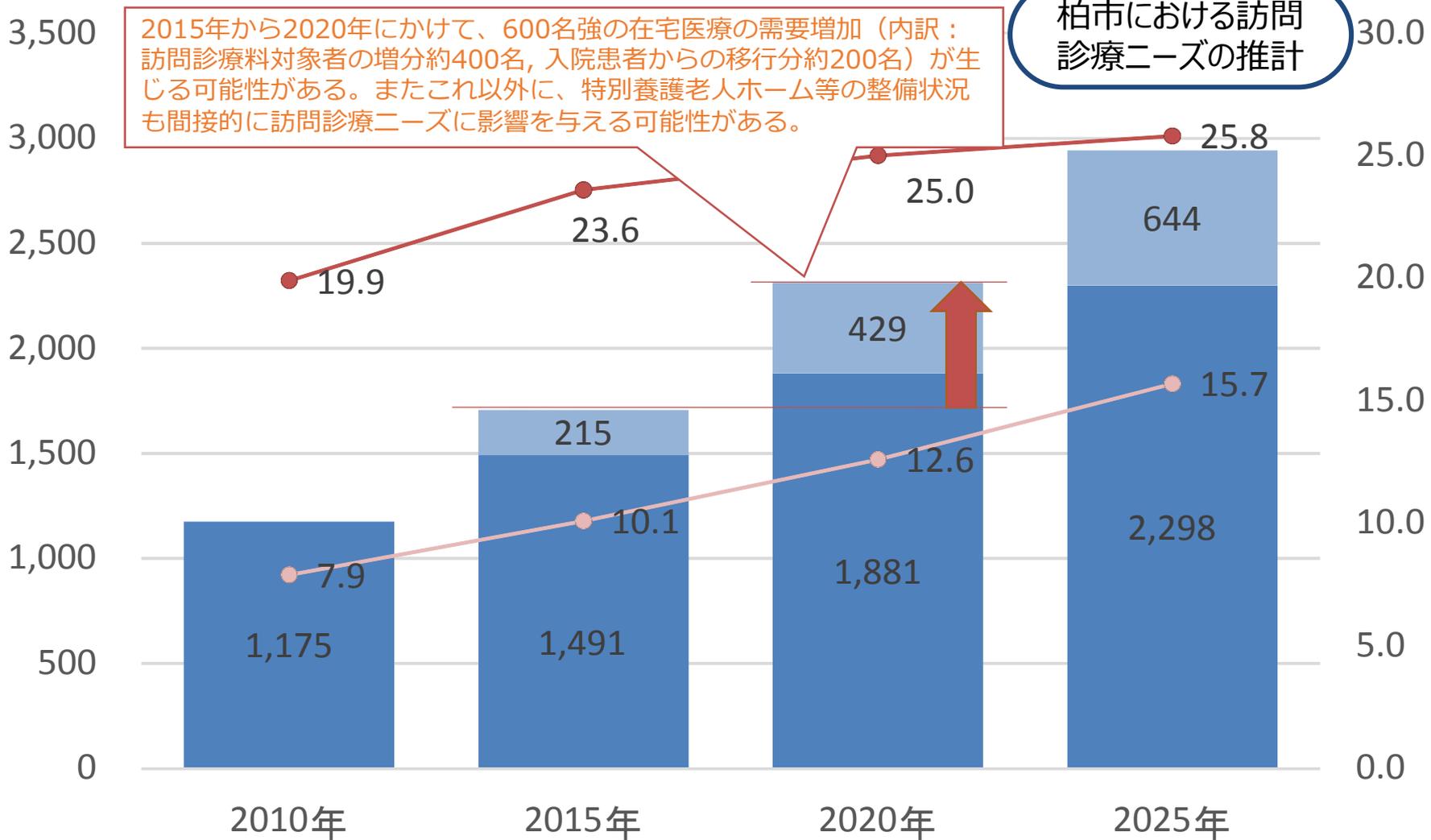
- その他の死因
- 老衰 (認知症を含む)
- 腎疾患
- 肝疾患
- その他の呼吸器疾患
- 肺炎
- 脳血管疾患
- 心疾患
- 悪性新生物

(株) メディヴァによる人口動態統計・死亡小票分析調査より

5. 在宅医療・介護連携の成果、今後の取組等(3)

2015年から2020年にかけて、600名強の在宅医療の需要増加（内訳：訪問診療料対象者の増分約400名，入院患者からの移行分約200名）が生じる可能性がある。またこれ以外に、特別養護老人ホーム等の整備状況も間接的に訪問診療ニーズに影響を与える可能性がある。

柏市における訪問診療ニーズの推計



■ 在宅患者訪問診療料の算定人数(人) a)
 ■ 入院病床から在宅へ移行する患者数(人) b)
● 65歳以上人口割合 (%)
 ● 75歳以上人口割合 (%)

a) 東京大学による国民健康保険／後期高齢者医療レセプト実績に基づく推計(2012～2013年時点の性／年齢別給付算定率が保たれると仮定した場合)
 b) 東京大学の委託に基づく株式会社メディヴァの調査結果より(2015／2020年値については、2025年値と2010年値の差から年数に応じ等分して算出)

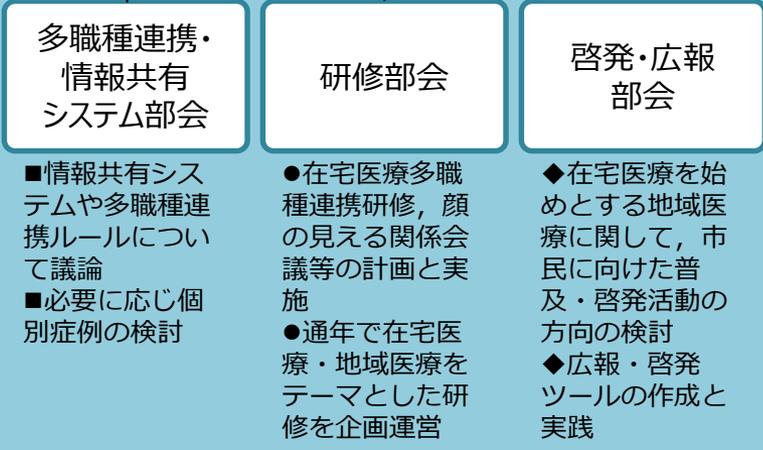
5. 在宅医療・介護連携の成果、今後の取組等(4)

柏市在宅医療・介護多職種連携協議会

- ・在宅医療・介護多職種連携ルールの作成
- ・在宅医療推進のための行政施策への反映 など

事務局：柏市
 委員：柏市医師会（診療所，病院），柏歯科医師会，柏市薬剤師会，柏市訪問看護ステーション連絡会，柏市介護支援専門員協議会，地域包括支援センター，柏市在宅リハビリテーション連絡会，東葛北部在宅栄養士会，介護サービス事業者協議会，柏市社会福祉協議会，柏市ふるさと協議会連合会 ほか

10病院地域連携会議



これまでの取り組みによる成果(第1フェーズ)

- ・在宅療養支援診療所数
14ヶ所(H22年4月) → 32ヶ所 (H28年4月)
- ・訪問看護ステーション数
11ヶ所(H23年12月) → 25ヶ所 (H27年12月)
- ・在宅医療多職種連携研修 受講修了者数
355人 (通算7回開催。うち医師の受講修了者54人)
- ・情報共有システムID発行数 (H28年3月現在)
263事業所，808人，通算利用症例199件

今後の取り組み(第2フェーズ)

主治医・副主治医制における病院と訪問看護との連携強化

➡在宅医師と病院，訪問看護ステーションとの連携機能を強化する体制の構築について，医師会，訪看ST連絡会，行政等の関係機関が協議できる場を設け検討

訪問看護ステーション同士の連携によるネットワークの構築

➡訪看STのグループ化・ネットワーク化等による基盤強化の視点で支援

多職種連携の質の向上

➡これまで培ってきた多職種連携をベースに，連携の質の向上を目的として，患者家族の意思決定支援勉強会を開催。教育プログラムを確立させる

(仮称) 在宅医療計画の策定

➡レセプトデータや将来推計を基に，在宅医療に関する目標値や指標を設定。医療介護多職種と共有し，在宅医療の推進を図る