

H29.7/7(金) 第128回市町村職員を対象とするセミナー

「地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割」

柏市における長寿社会のまちづくり

～在宅医療・介護連携推進事業の取り組み～

柏市保健福祉部 地域医療推進課

課長 稲荷田 修一

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

J R 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：413,657人
世帯：180,484世帯
内、高齢者人口：
103,521人
高齢化率：25.0%
(平成29年4月1日現在)

1. 柏市が在宅医療・介護連携に取り組んだ背景

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・介護連携の主な取り組みと成果

【主な取り組み】

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8回) 413人（医師62人）
- 顔の見える関係会議（H24.6～ 通算20回） 4,031人（H28年度）
- 在宅療養支援診療所 14箇所（H22年4月） → 32箇所（H29年4月）
- 訪問看護ステーション 11箇所（H23年12月） → 27箇所（H28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） → 204件（H26年度）
- 多職種連携・情報共有システムID発行 1,306人（H29年3月）
(265事業所・診療所)

3. 在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

○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

4. 在宅医療・介護多職種連携の会議体系・成果・今後の取り組み

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

在宅医療第2フェーズWG

多職種連携・
情報共有
システム部会

- 情報共有システムや多職種連携ルールについて議論
- 必要に応じ個別症例の検討

研修部会

- 在宅医療多職種連携研修，顔の見える関係会議等の計画と実施
- 通年で在宅医療・地域医療をテーマとした研修を企画運営

啓発・広報
部会

- ◆在宅医療を始めとする地域医療に関して，市民に向けた普及・啓発活動の方向の検討
- ◆広報・啓発ツールの作成と実践

これまでの取り組みによる主な成果

- ・在宅療養支援診療所数
14ヶ所(H22年4月) → 32ヶ所 (H29年4月)
- ・訪問看護ステーション数
11ヶ所(H23年3月) → 27ヶ所 (H28年12月)
- ・在宅医療多職種連携研修 受講修了者数
413人 (通算8回開催。うち医師の受講修了者62人)
- ・情報共有システムID発行数 (H29年3月現在)
295事業所, 1,306人, 通算利用症例273件
- ・自宅看取り数 47人 (H22年度) → 204人 (H27年度)

第2フェーズにおける新たな取り組み

在宅医療第2フェーズワーキンググループの設置 (H28年度)

➡主な議論内容は，①主治医・副主治医制の更なる機能強化②在宅医師と病院医師との連携強化③訪問看護ステーションの基盤強化（構成は医師会，訪問看護ステーション連絡会，東京大学，柏市）

- ①主治医・副主治医制の更なる機能強化に関する研究（勇美記念財団在宅医療助成事業）をH29年度実施。
- ②病院と在宅スタッフとのさらなる連携強化にむけて，「病院と在宅との更なる連携強化に向けた研修会」をH29年度実施
- ③引き続き，基盤強化＝大規模化として補助要件の見直しを検討。

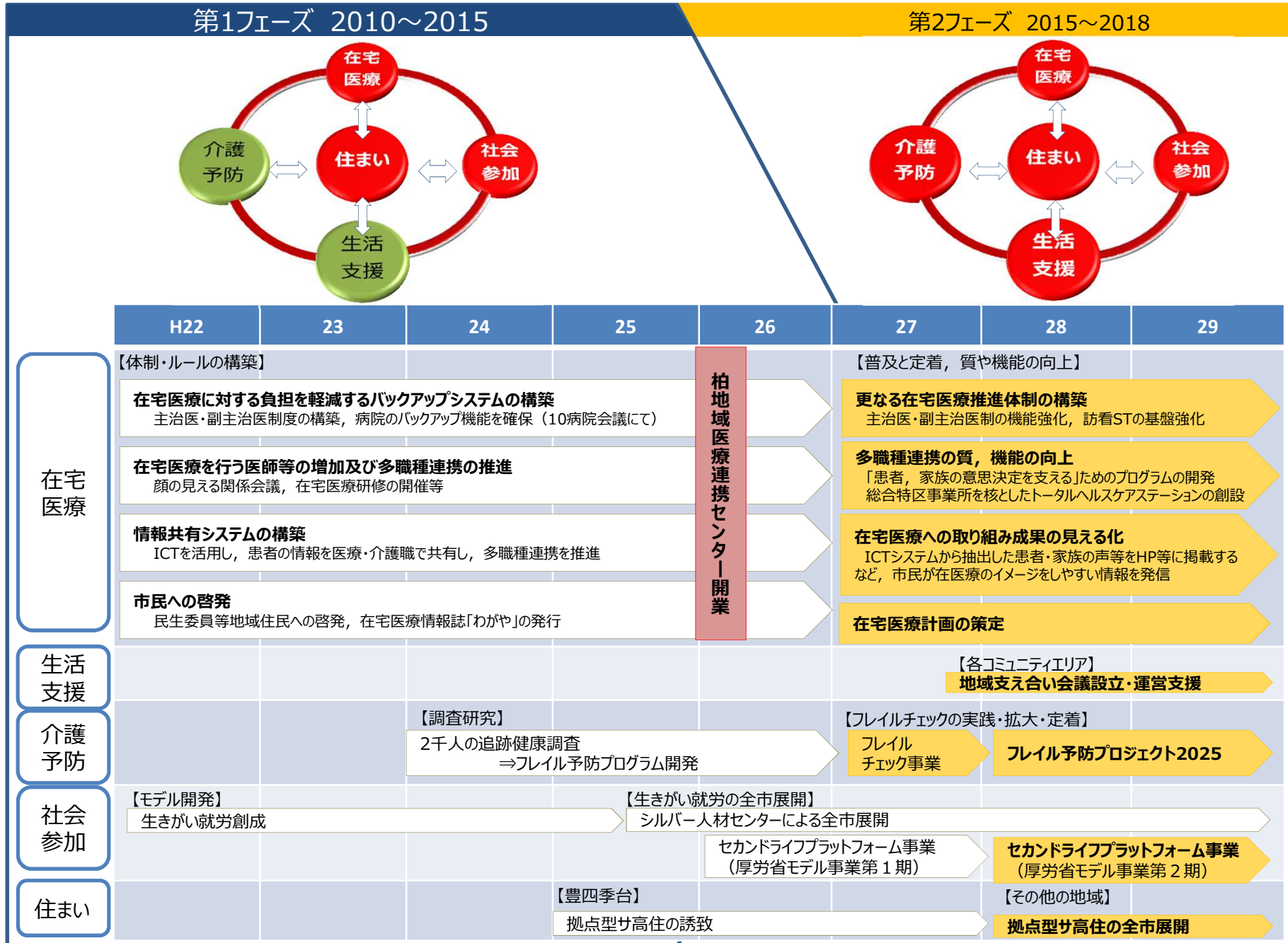
多職種連携の質の向上

➡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，事例検討会を開催。これらを通じて作成した教育プログラムを地域で実施できるよう検討する。

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。第7期介護保険事業計画に組み込み，更なる在宅医療の推進を図る

柏プロジェクト 第1フェーズから第2フェーズへ ～柏市版 地域包括ケアシステムの構築～



【参考①】在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

医師及び多職種を対象に在宅医療の推進及び多職種連携の促進を目的とした研修を実施（年1回程度）



第8回（H28年9/25（日）及び10/16（日））
受講者（60名）

医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSW・
リハビリ職・管理栄養士・介護支援専門員・
地域包括支援センター職員・介護サービス事
業者

実施者

主催：柏市医師会・柏市
共催：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・
東葛北部在宅栄養士会・
柏市リハビリテーション連絡会
柏市介護サービス事業者協議会

後援：東京大学高齢社会総合研究機構
東京大学医学部在宅医療学拠点
国立長寿医療研究センター
千葉県

傍聴者（67名）

主な内容(第8回)

平成28年9月25日（日）
（1日目）

- ・ 柏市における在宅医療の取り組み
- ・ 多職種連携協働：IPW（講義）
- ・ 在宅生活を支える多職種プレゼンテーション
- ・ 認知症の行動心理徴候の基本的理解（講義・GW）
- ・ 摂食・嚥下障害の基礎的知識と対応（講義）
- ・ 柏市における在宅での口腔ケア（講義）
- ・ 在宅での褥創ケア（講義）
- ・ 柏市における訪問リハビリテーション（講義）
- ・ グループワーク
（口腔ケア・褥瘡ケア・訪問リハビリテーション）
- ・ 意見交換会

平成28年10月16日（日）
（2日目）

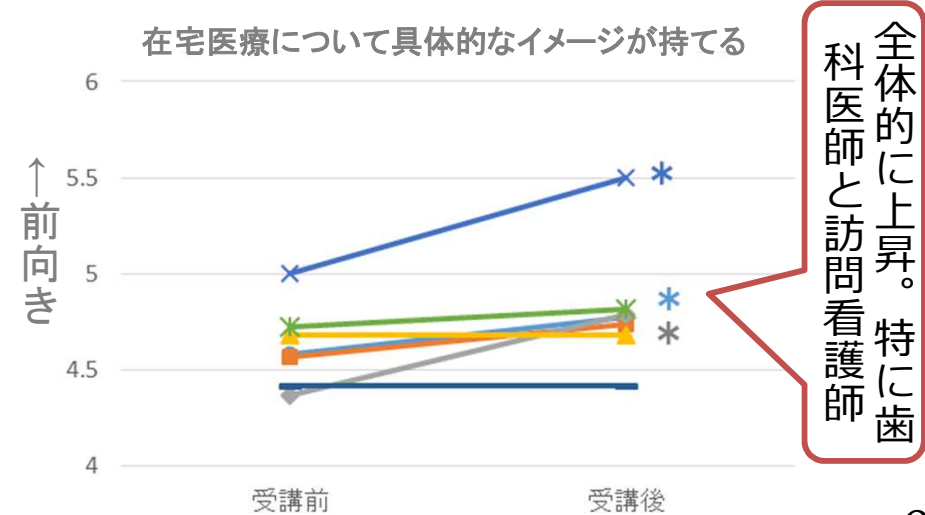
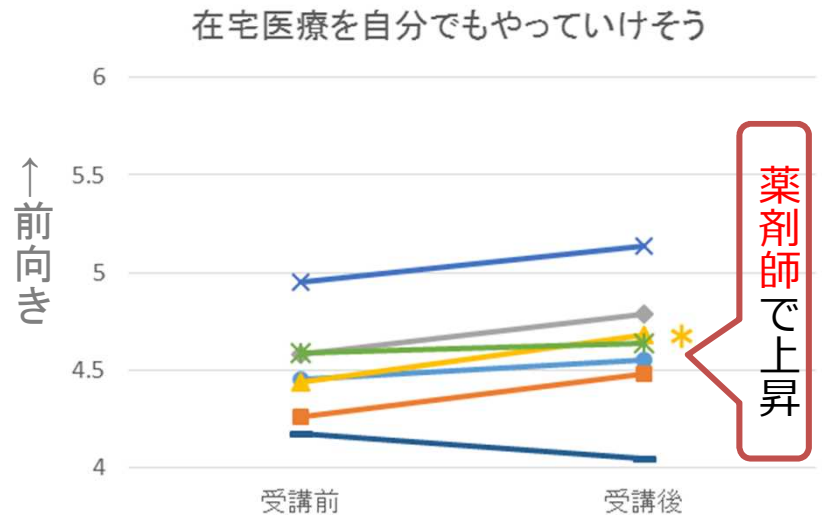
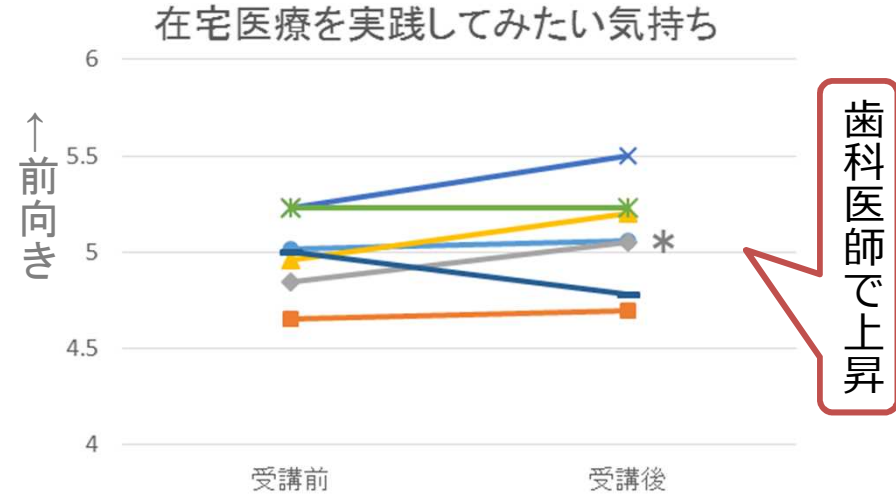
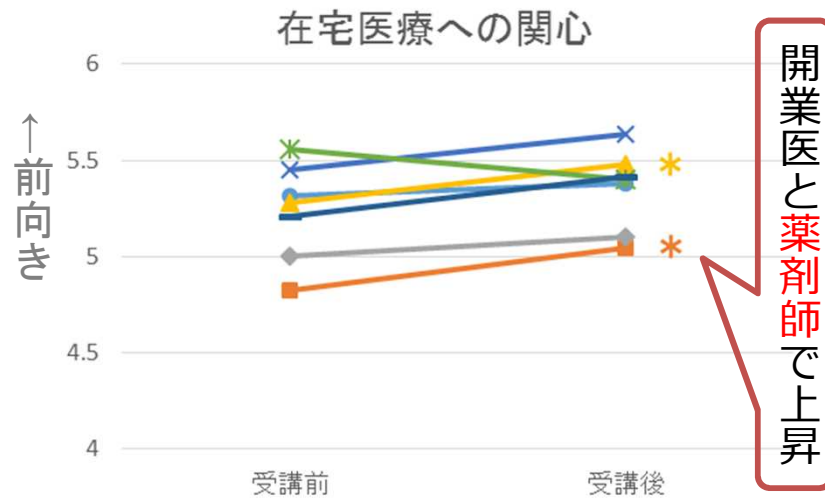
- ・ 退院時共同指導 ご家族の体験談（講義他）
- ・ がんの疼痛緩和（講義・GW）
- ・ 高齢者の包括的な介護予防・フレイル予防（講義）
- ・ 本人・家族の選択と心構えをどう支えるか（講義・GW）
- ・ 一般開業医が取り組む訪問診療の実際（講義）
- ・ 在宅医療を推進する上での課題とその対策（GW）
- ・ 修了証書授与

平成23年5月から8回実施
これまでに425名受講

医師は別途同行訪問研修を実施

在宅医療に対する意識 職種別の変化

●全体：n=205-212 ■開業医：n=23 ◆歯科医師：n=19 ▲薬剤師：n=25
 ×訪問看護師：n=22 *介護支援専門員：n=22-25 ー地域包括：n=23-24



※得点は1点「全くない」～6点「非常にある」で、得点が高いほど意識が前向き。※Wilcoxonの符号付順位和検定 *p<0.05

【参考②】顔の見える関係会議

＜目的＞ 多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。概ね年4回の会議を実施する。

全体会議

- 年2～3回
- テーマの例
- ・多職種連携のコツを学ぶ
- ・多職種の役割を知る
- ・事例を通じた連携の具体



エリア別会議

- 年1～2回
 - 市内を北・中央・南に分けて開催
 - テーマの例
 - ・地域資源把握
 - ・事例を通じた連携の具体
- 地域包括支援センターと医師会等エリアの多職種が運営を行う。



※ファシリテーター会議にて事前に会議の進め方を調整する

＜参加者構成＞

医師（病院・診療所）、歯科医師、歯科衛生士、**薬剤師**、看護師（訪問看護、病院・診療所）、病院地域連携室職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、管理栄養士（在宅・病院）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設職員ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、市役所職員 等

顔の見える関係会議実施状況（24年～28年）

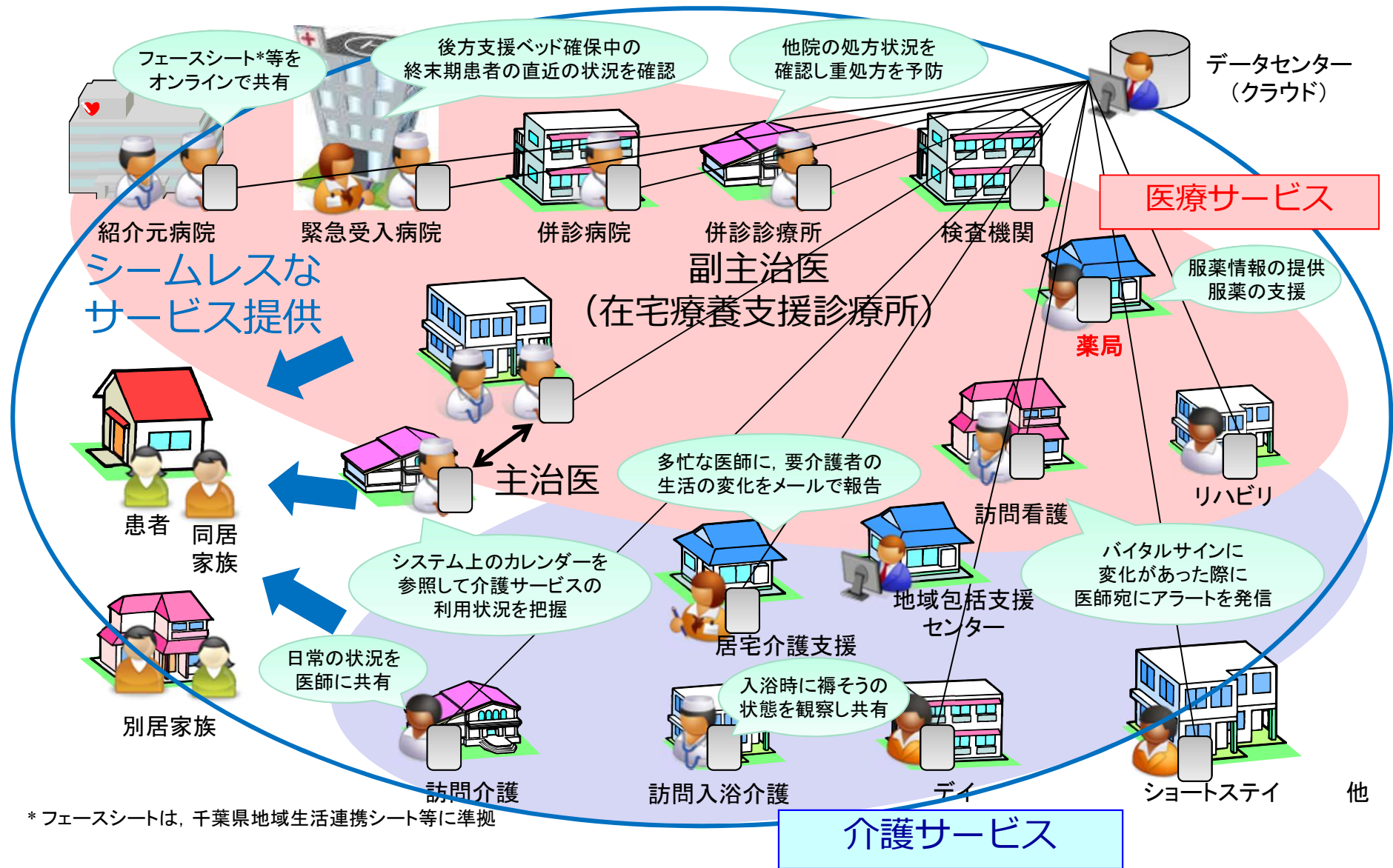
延べ参加者:4,031名

	テーマ	日時	参加者数
第1回	多職種連携「うまくいった点, いかなかった点」	平成24年6月21日（木）	144名
第2回	多職種連携推進のために, 各職種が在宅生活支援において何ができるか	平成24年9月26日（水）	158名
第3回	多職種連携推進のために「地域資源を把握しよう」	平成24年11月28日（水）	174名
第4回	多職種連携の課題の解決策について「連携の柏ルールを提案しよう」	平成25年2月6日（水）	157名
第5回	多職種連携の実際を学ぼう『退院時共同指導』	平成25年7月4日（木）	186名
第6回	看取りについて学ぶ	平成25年9月26日（木）	166名
第7回	認知症の方を支えるサービスについて	平成25年12月5日（木）	162名
第8回	認知症高齢者に対する生活支援を考える	平成26年2月5日（水）	178名
第9回	多職種連携「うまくいった点, いかなかった点」	平成26年6月23日（月）	164名
第10回	多職種が連携して支援することによりQOL向上につながった事例	平成26年8月29日（金）	163名
第11回	エリア別開催「マッピング」～地域資源を把握しよう	（北部）平成26年11月19日（水） 119名 （中央）平成26年11月17日（月） 161名 （南部）平成26年11月28日（金） 145名	
第12回	「退院時共同指導」～本人, 家族が安心して在宅生活を迎えるために	平成27年2月27日（金）	154名
第13回	認知症患者への多職種の関わり方について	平成27年6月23日（火）	213名
第14回	施設における困難事例に対して各職種連携で乗り越えた一例	平成27年8月28日（金）	154名
第15回	エリア別開催「認知症支援に活用できる地域資源を知ろう」	（北部）平成27年11月20日（金） 106名 （中央）平成27年11月19日（木） 154名 （南部）平成27年11月13日（金） 126名	
第16回	退院時共同指導に基づいた支援の立案	平成28年2月26日（金）	147名
第17回	認知症の早期発見・早期対応に向けて多職種ができること	平成28年6月23日（木）	201名
第18回	緩和ケア病棟と在宅チームの連携による本人・家族への支援のあり方	平成28年8月25日（木）	158名
第19回	エリア別開催「高齢者の救急搬送の現状と課題について」	（北部）平成28年11月22日（火） 123名 （中央）平成28年11月25日（金） 145名 （南部）平成28年11月18日（金） 117名	
第20回	人生の最終段階における意思決定支援について	平成29年2月16日（木）	156名

参加者の感想

- ・ 普段なかなか話すことがない職種の方と意見交換できた。（ケアマネ）
- ・ 顔を合わせることは非常に大切だと感じている
- ・ 様々な人がいて温度差もあると思うが、地道に回数を重ねることで連携しやすい環境になっていくと思う（理学療法士）
- ・ 初参加でしたが、医療に関わる人間として裾野が広がったと思います。（歯科医師）
- ・ とても良い会議だと思いました。これからも続けていただきたい。病院関係者と在宅スタッフの顔の見える関係は必要だと思います（ケアマネ）
- ・ 柏市の医療機関の皆様のお話を直接伺うことができ大変感じ入るものがありました。ありがとうございました（民生委員）
- ・ 多職種からのアプローチの違いに関して良く認識でき、色々な人が意見を出し合うことが大切だと思いました（薬剤師）
- ・ 何回かお会いした方達とも同席でき、以前より楽に参加できるようになった（地域包括支援センター）
- ・ 様々な職種の視点がよく把握できた。また、皆様が利用者（患者）を思う気持ちは一緒ということも痛感しました（理学療法士）
- ・ 在宅支援のために、外来看護師に何ができるのか、何を期待するのか、色々な立場から教えていただきたいと思います（病院看護師）
- ・ 参加された方それぞれが専門的観点から意見を出し合い、症例の方に対しより良いケアができるのかを追求できた点が良かった（サービス事業者）

【参考③】多職種連携・情報共有システム



タブレット端末、パソコン等により、関係職種同士がリアルタイムに情報共有

画面イメージ

The screenshot displays the TRITRUS web application interface. At the top, the logo 'TRITRUS' is visible, along with a 'ログアウト' (Logout) button. Below the header, there's a navigation bar with 'マイページ' (My Page), '参加コミュニティ一覧' (List of Participating Communities), and '介護カナさんの部屋' (Nurse Kana's Room). The main content area is titled '介護カナさんの部屋' (Nurse Kana's Room) and features a patient's profile picture, a '本人・家族招待' (Invite Family) button, and a list of participants including 'ケアマネ 花子' (Kamane Hanako), '栄養士 和子' (Dietitian Kazuko), and 'ヘルパー 千恵子' (Helper Chieko). A central chart displays vital signs (blood pressure, pulse, SpO2) over time from 12/15 0:00 to 12/22 0:00. Below the chart are buttons for 'フェイスシート 新規作成' (New Face Sheet), 'サービス カレンダー' (Service Calendar), 'おくすり手帳' (Medication Book), 'アセスメント (認定調査票)' (Assessment/Recognition Survey), '訪問看護ケア チェックシート' (Home Care Check Sheet), and 'タイムライン' (Timeline). A 'ケアレポート' (Care Report) section is also visible, containing a 'トピック' (Topic) and a '利用者情報共有板' (User Information Sharing Board) with a notice about allergies.

患者ごとに
部屋を作成

患者を担当し
ている関係者
のみが、部屋
に入れる。

患者ごとの定型化された連携情報
 ・フェイスシート（連携基本情報）
 ・アセスメントシート（アセス情報）
 ・温度板（日々の変化情報）
 ・カレンダー（関係者予定）
 ・お薬手帳（薬剤情報共有）

日々の変化を共有するケアレポート
 ・連絡帳
 ・ケアプラン
 ・訪問看護指示書
 ・診療情報提供書 等

ケアレポート上のやりとりの実際（家族の介護負担軽減についての共有）

ヘルパー

フランドルテープ8:30に交換しております。日付と時間を書くようにします。
輸液ですが、帰る間際(9:00)に確認したところ残り少なく娘様にお声かけし交換をされました。24時間で落ちるとお伺いしてましたが昨日は何時ころにセットされたのでしょうか？ご家族様も不安になっておりました。

薬剤師

上記の記載ありがとうございます。
前日に交換した時間を現在調べています。

薬剤師

皆様が気になっていた輸液の残量についてですが、流速は45ML/時間にて確認してきました。また、使用済みの輸液を回収させて頂き、シリンジにて残量を確認致しました。40ML以上残っていたので問題ないと思われれます。

写真を載せておきますので、交換に携わっている方は残量の目安として確認をお願い致します。



看護師

ご家族は輸液の交換時間がやはり気になっている様で現在45ml/時ですが24時間で残がギリギリなのが心配の様です。心配がゆえに交換を早めにする為段々早い時間帯での交換になってしまっている様です。現在経口から水分は300ccは摂取出来ており尿もたっぷり出ている様です。

【参考④】在宅医療・介護連携に関する相談支援

○柏地域医療連携センターの設置

在宅医療を推進し、地域医療機関をサポート及び多職種連携のための中核となる施設。

柏地域医療連携センターの概要

- 柏市医師会・柏歯科医師会・**柏市薬剤師会**の共同で、柏市豊四季台団地の中心部に建設（2階建て：約1,000㎡）
- 1階では柏市地域医療推進室が執務
- 地域医療の推進と多職種連携の拠点

平成26年4月に運営開始

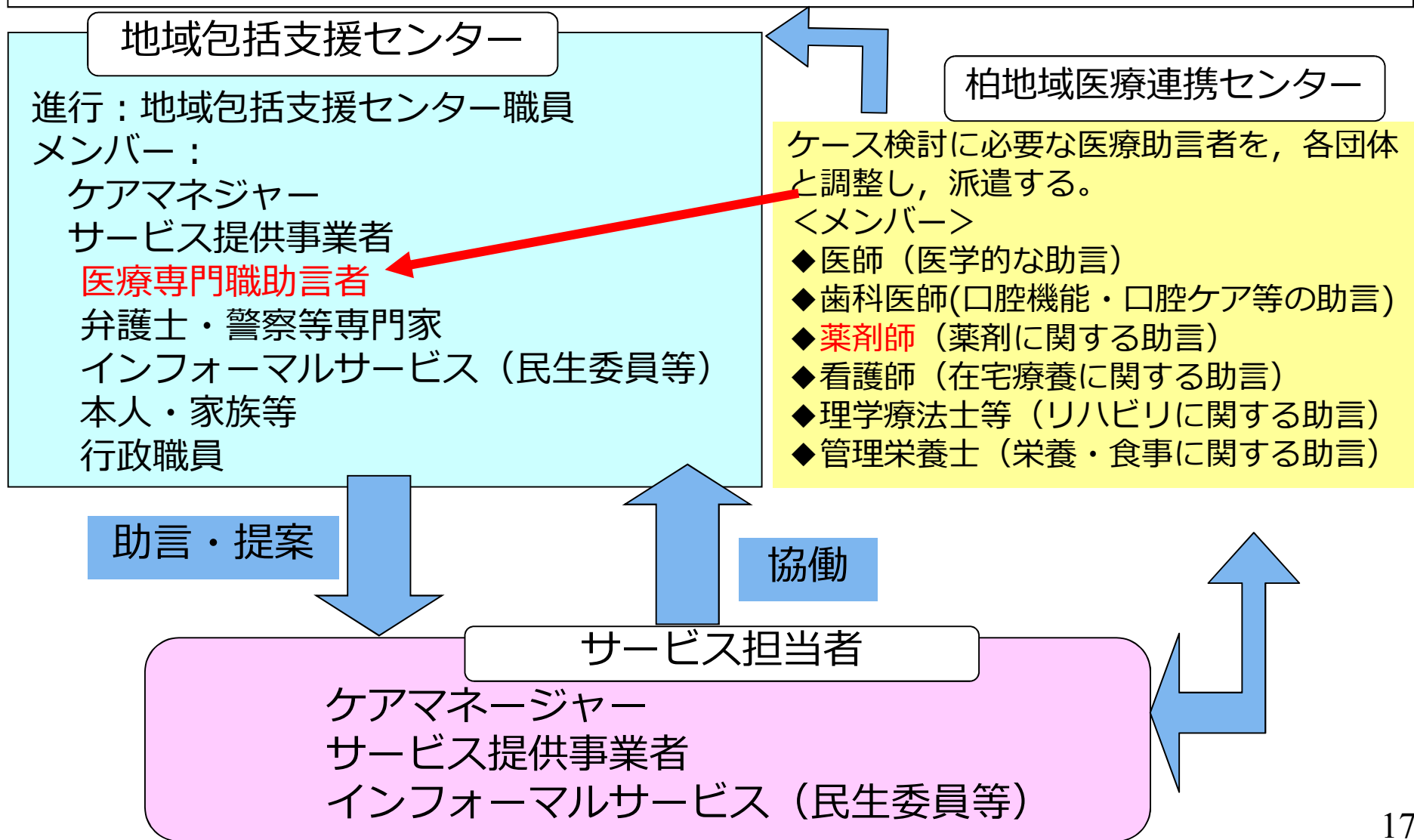


柏地域医療連携センターの機能

- 患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能
主治医・副主治医，多職種の推薦
- 医師・多職種による在宅医療・看護・介護のコーディネート機能
- 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能
- 市民相談・啓発機能

【参考⑤】 地域ケア会議

＜目的＞ サービスの担当者だけでは課題解決が困難な「個別の」ケースについて、多職種から専門的視点に基づく助言をもらい、支援方針を検討するための会議。



助言の効果（参加者感想）

病院医師へ，利用者の状態を適切に伝える方法について，助言者からアドバイスを得ることができた。

薬剤師から薬の一包化のアドバイスをいただいたり，実際に訪問していただけたということもわかりよかった。

レシピを管理栄養士さんから教えていただいたので，家族に具体的な支援ができると思った。

会議の成果を反映

<ケアマネジャー>

- ・ケアプランの適切な見直しによる個別課題の解決
- ・不足していたアセスメントの実施
- ・サービス担当者への情報提供とネットワークの構築・強化
- ・他の利用者へのサービスにも応用等

<地域包括支援センター>

- ・ケアマネジャーへの適宜支援
- ・研修会等の開催で，助言内容を広く共有し，サービスの質の向上を図る
- ・地域全体の課題として，ネットワーク会議等で関係者と共有
- ・新たな地域資源の開発 等

<行政>

- ・必要な政策の検討・位置づけ等
- ・多職種連携ルールへの反映 等

各地域包括支援センター単位で，**年4回以上**、会議を開催する