

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室

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：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)

柏市について

柏の葉周辺地域の開発(北部ゾーン)



あけぼの山農業公園(北部ゾーン)



柏レイソル(中央ゾーン)



柏駅周辺の様子(中央ゾーン)



リフレッシュプラザ(南部ゾーン)



手賀沼周辺地区(東部ゾーン)



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



健康 65 70 80 90 100 (年齢)

生活習慣病予防
(健康増進計画)



【第1段階】
社会性/心の
フレイル期

【第2段階】
栄養面の
フレイル期

【第3段階】
身体面のフレイル期

○要支援状態

【第4段階】
重度フレイル期

○要介護状態

○フレイル予防：フレイル予防PJ2025

○社会参加：いきがい就労，セカンドライフ

○生活支援：地域支え合い会議

まちづくり，担い手発掘，サービス創出

○在宅介護・看護：拠点型サ高住を中心
とした24時間サービス体制構築

○在宅医療：在宅医療介護多職種
連携協議会

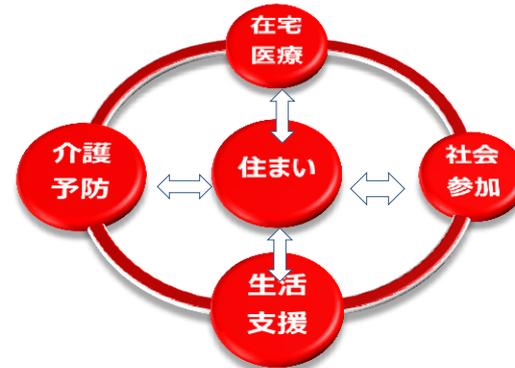
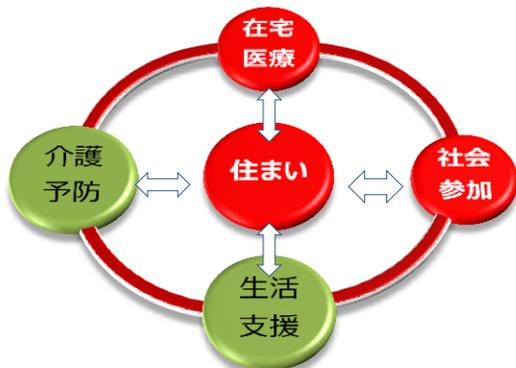
第6期柏市高齢者いきいきプラン基本理念

「すべての高齢者が，その人らしく，住み慣れた地域で安心して
いきいきと暮らせるまち 柏」

柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会 第1フェーズから第2フェーズへ

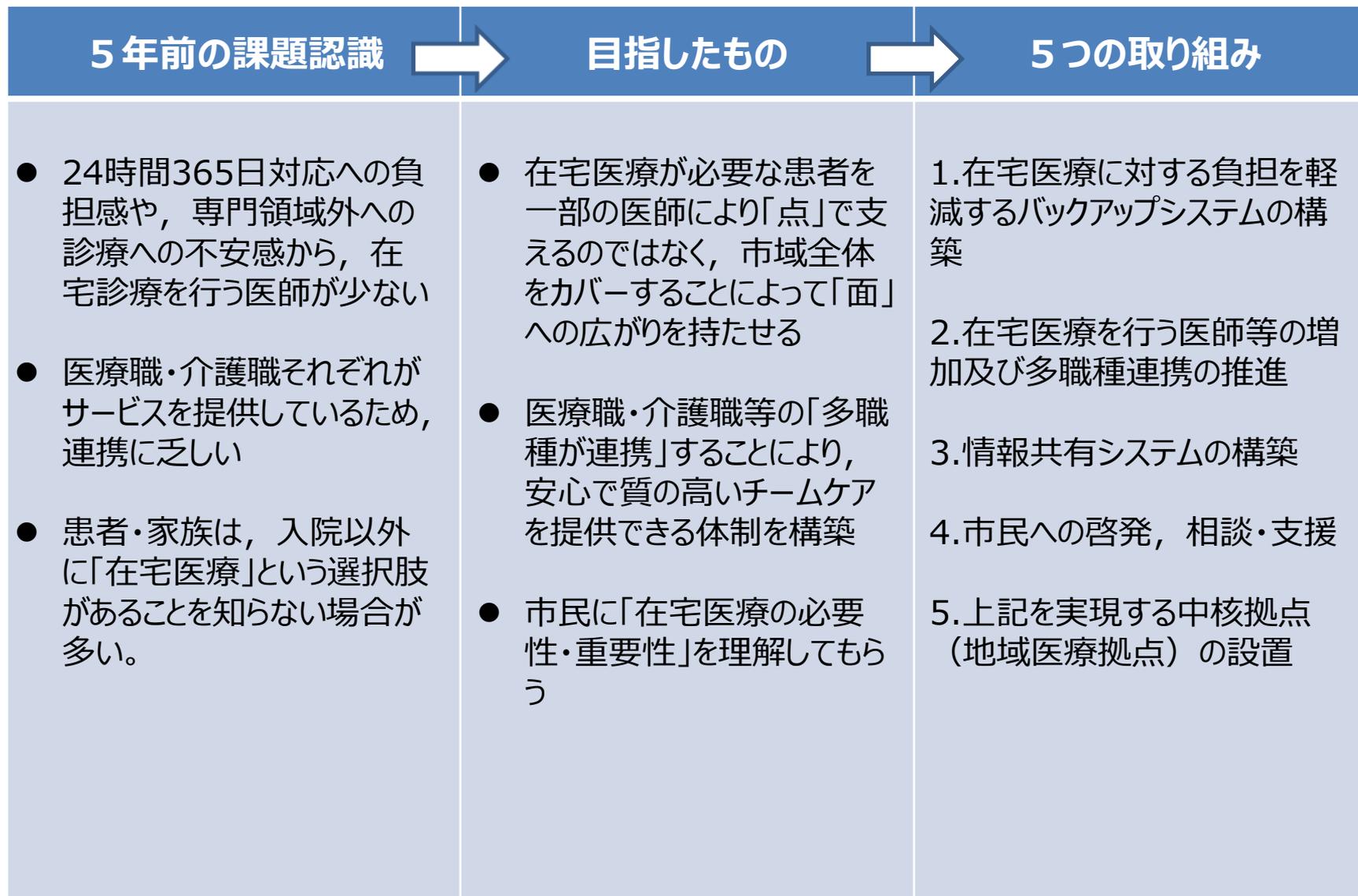
第1フェーズ 2010～2015

第2フェーズ 2015～2018



	H22	23	24	25	26	27	28	29	
在宅医療	【体制・ルール構築】					柏地域医療連携センター開業	【普及と定着、質や機能の向上】		
	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 主治医・副主治医制度の構築，病院のバックアップ機能を確保（10病院会議にて）						更なる在宅医療推進体制の構築 主治医・副主治医制度の機能強化，訪看STの基盤強化		
	在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進 顔の見える関係会議，在宅医療研修の開催等						多職種連携の質，機能の向上 「患者，家族の意思決定を支える」ためのプログラムの開発 総合特区事業所を核としたトータルヘルスケアステーションの創設		
	情報共有システムの構築 ICTを活用し，患者の情報を医療・介護職で共有し，多職種連携を推進						在宅医療への取り組み成果の見える化 ICTシステムから抽出した患者・家族の声等をHP等に掲載するなど，市民が在宅医療のイメージをしやすい情報を発信		
	市民への啓発 民生委員等地域住民への啓発，在宅医療情報誌「わがや」の発行					(仮称)在宅医療計画の策定			
生活支援						【各コミュニティエリア】 地域支え合い会議設立・運営支援			
介護予防	【調査研究】 2千人の追跡健康調査 ⇒フレイル予防プログラム開発					【フレイルチェックの実践・拡大・定着】 フレイルチェック事業 フレイル予防プロジェクト2025			
社会参加	【モデル開発】 生きがい就労創成					【生きがい就労の全市展開】 シルバー人材センターによる全市展開 セカンドライフプラットフォーム事業 (厚労省モデル事業第1期)			
住まい	【豊四季台】 拠点型サ高住の誘致					【その他の地域】 拠点型サ高住の全市展開			

在宅医療



訪問診療提供数の増加	多職種連携の広がり	その他
<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医・副主治医制の導入や、在宅医療研修等の実施により、在宅医療を行う医師が着実に増加してきた。 ➢ 在宅療養支援診療所 15ヶ所(H22.11) →31ヶ所(H28.3) ➢ 訪問診療提供実数 1,255人(H24.4) →1,655人(H27.3) ➢ 市内診療所による自宅看取り数 47人(H22年度) →189人(H26年度) ➢ 年間10人以上の看取りを行った診療所数 1ヶ所(H22年度) →7ヶ所(H26年度) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各団体の長で構成する連携WG(*1)において、多職種連携の重要性が共有された ● 各団体間で、合同研修や意見交換会等を活発に開催。課題の共有が気軽に図れるようになった ● 顔の見える関係会議の参加者(*2)の多くが、「多職種連携の促進に関与している」と評価 ● 同会議で出会った多職種と、その後新たに業務を共に行うなど、積極的に多職種間の関係づくりを進めていることがわかった(*2) ● 情報共有システムの稼動ID発行808人(H28.3) ※年間119人増 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護の連携を強化するための拠点となる「柏地域医療連携センター」がオープン(H26.4) ● 在宅医療情報紙「わがや」の発行 ● 総合特区による規制緩和の効果(*3) ➢ 訪問リハビリ実施延数 2,191件(H25.4) →3,753件(H27.3) うち、H26年度末の特区リハビリ事業所の提供割合は46.7% ➢ 歯科衛生士居宅療養管理指導 882件(H25.4) →1,388件(H27.3)

(*1)各多職種団体の長で構成される会議。H26年4月から「在宅医療・介護多職種連携協議会」へ移行

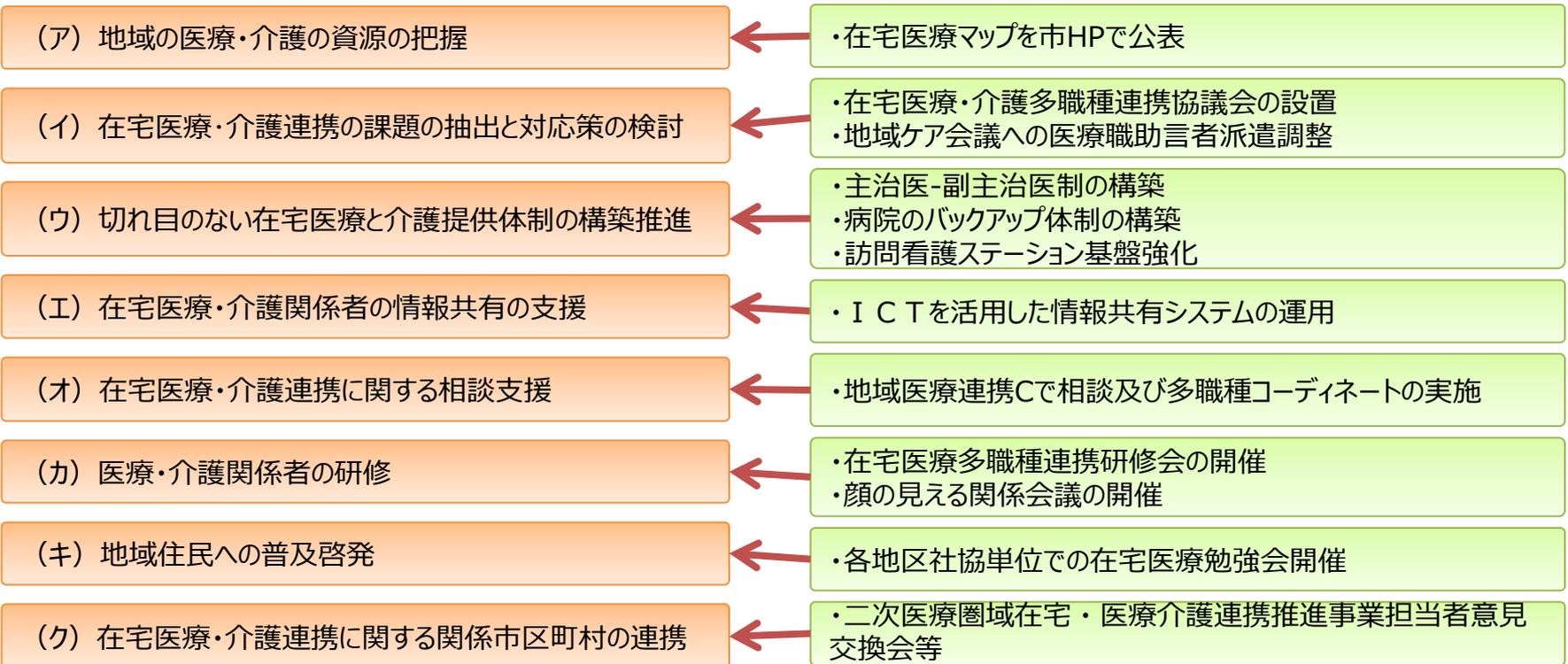
(*2)東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点「地域別顔の見える関係会議アンケート集計概要報告」の集計結果より

(*3)柏市では、平成25年度より総合特区に基づく特例措置により、病院、診療所、老健施設でなくても訪問リハビリテーションを、また、歯科診療機関から離れた場所から歯科衛生士が居宅療養管理指導を行うことが可能となった

- 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施
- 一部を郡市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じ実施状況を把握

○事業項目

○柏市の主な取組み



※厚生労働省資料を改変

在宅医療資源マップの作成

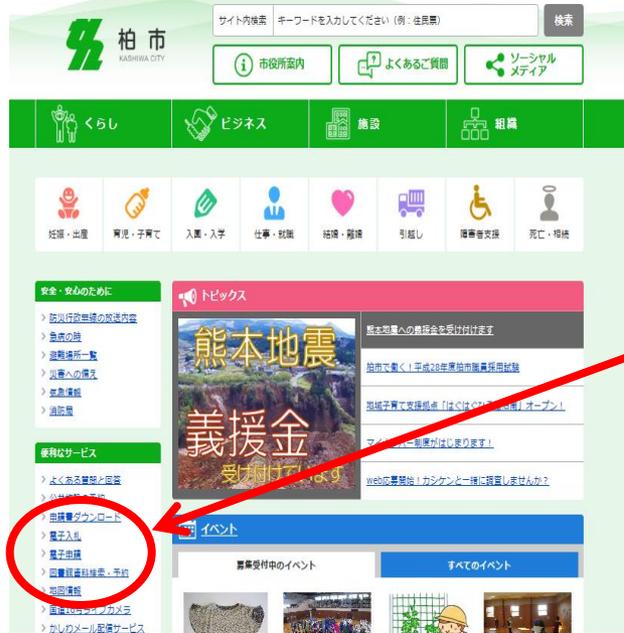
1. 趣旨

- 在宅医療を推進するためには、柏市内の医療・看護・福祉資源の状況を把握するとともに、市民がサービスを利用できるような情報発信をしていく必要がある。
- そこで、「在宅医療資源マップ」を作成し、マップは幅広く利用できるものとする。具体的には、柏市のホームページで発信している「柏市地図情報」に掲載する。
- マップの情報は今後、多職種連携や地域医療拠点におけるコーディネートのために活用していく。

2. 掲載内容

- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 往診のできる医療機関（内科，専門医）
- ・ 救急告示病院，国立がん研究センター東病院
- ・ 歯科介護支援センター
- ・ 在宅受け入れ薬局
- ・ 訪問看護 S T
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 通所リハビリテーション
- ・ 訪問リハビリテーション
- ・ 短期入所療養介護
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ サービス付き高齢者向け住宅

柏市地図情報（柏市HPより）



柏市HP トップページ
⇒便利なサービス
⇒地図情報
⇒4.在宅医療資源マップ



① カテゴリー，あるいは，調べたい施設をチェックすると，地図上にアイコンが表示される。

② 調べたい施設のアイコンをクリックすると，詳細情報が表示される。

そのほか、各団体ごとに資源マップや一覧を作成し、多職種と共有



例・訪問リハビリ事業所マップ (在宅リハビリテーション連絡会作成)

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

① 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~**16回** (継続中)) ⇒ 延べ**3,131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

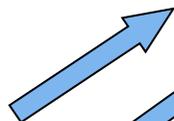


柏市の在宅医療・介護多職種連携の会議体制

在宅医療・介護 多職種連携協議会

- ・多職種連携ルールの作成
- ・行政施策への反映

課題の抽出



ルールの浸透

課題の抽出



ルールの浸透

顔の見える関係会議

- ・多職種連携ルールの確認
- ・多職種の関係づくり

地域ケア会議

多職種による
個別ケース検討



課題解決・共有

② 連携WG（現 在宅医療・介護多職種連携協議会）

＜目的＞医療・看護・介護の関係団体の代表が集まり、多職種連携の課題抽出や解決に向けた議論を行い、ルールを整える。

※構成メンバー(当時)

- ・ 柏市医師会(会長・副会長・在宅プライマリケア担当理事, 介護保険担当理事)
- ・ 柏歯科医師会 (会長・担当理事)
- ・ 柏市薬剤師会 (会長・担当理事)
- ・ 病院関係者 (市内病院の院長とMSW)
- ・ 柏市訪問看護ステーション連絡会 (会長・副会長)
- ・ 柏市介護支援専門員協議会 (会長・副会長)
- ・ 地域包括支援センター (センター長)
- ・ 東葛北部在宅栄養士会 (会長・副会長)
- ・ 柏市在宅リハビリテーション連絡会 (会長・副会長)
- ・ 柏市社会福祉協議会
- ・ 千葉大学
- ・ 東京大学
- ・ 都市再生機構
- ・ 柏市福祉政策課 (事務局)



平成22年度より計28回の議論を経て,

「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」を策定！ (26年3月)



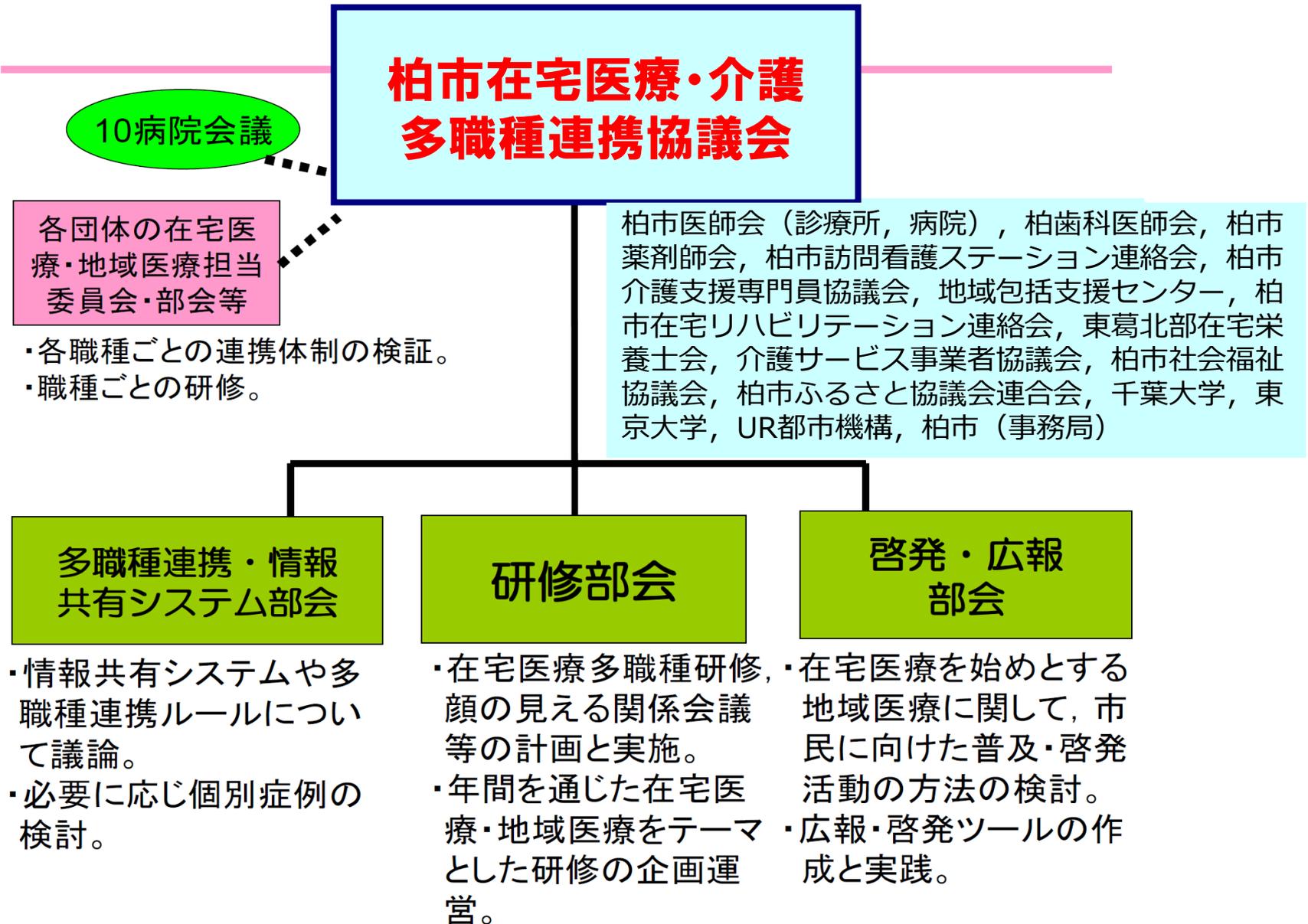
在宅医療・介護多職種連携
柏モデル ガイドブック



我が家でよりそう 医療と介護

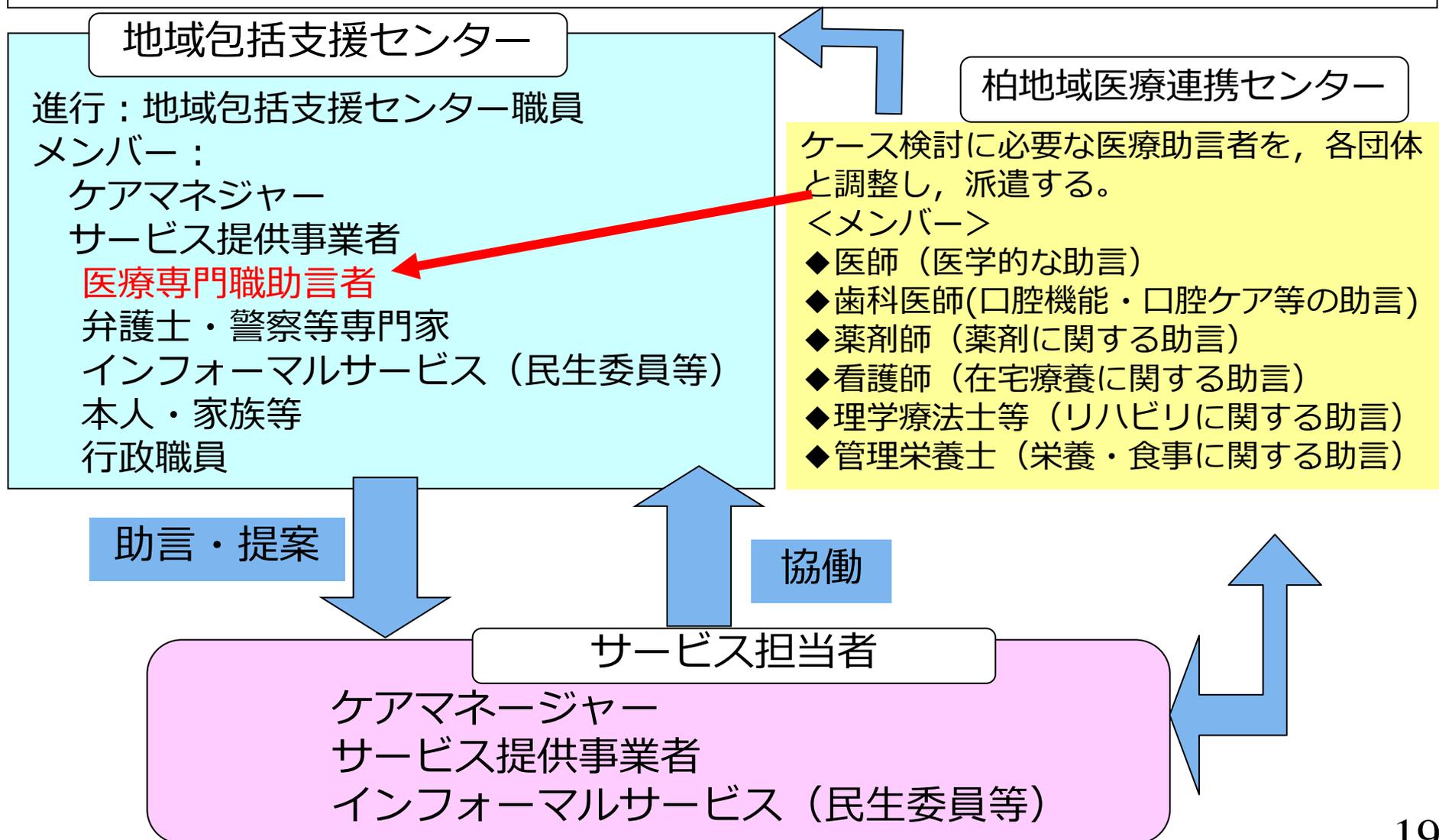
<目次>

1. 柏市の在宅医療・介護多職種連携の会議体制	… 3
(1) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制	… 3
(2) 在宅医療・介護多職種連携協議会	… 3
(3) 顔の見える関係会議	… 4
(4) 地域ケア会議	… 5
2. 柏地域医療連携センターの設置と機能	… 6
(1) 柏地域医療連携センターの機能	… 6
(2) 在宅チームのコーディネートの流れ	… 7
① 退院から在宅医療への流れ～病院退院調整担当者の動き～	
② 通院困難から在宅医療への流れ～ケアマネジャー等の動き～	
(3) 柏地域医療連携センターと地域包括支援センターの機能と連携	… 9
3. 在宅医療を推進するための体制	… 10
(1) 主治医・副主治医制	… 10
(2) 口腔ケアの推進	… 11
(3) 在宅医療に向けた退院調整	… 12
(4) 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保	… 15
(5) 総合特区法に基づく特例措置	… 16
① 訪問リハビリテーション	
② 歯科衛生士等居宅療養管理指導	
4. 在宅療養に必要な多職種連携のルール	… 18
(1) 在宅移行時の多職種連携ルール（退院時等）	… 18
(2) 在宅療養中の多職種連携ルール	… 22
5. 情報共有システム	… 27
6. 在宅医療・多職種連携に関する研修	… 30
7. 市民啓発	… 31



③ 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。



③ 地域ケア会議

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

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

<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

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築推進

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）

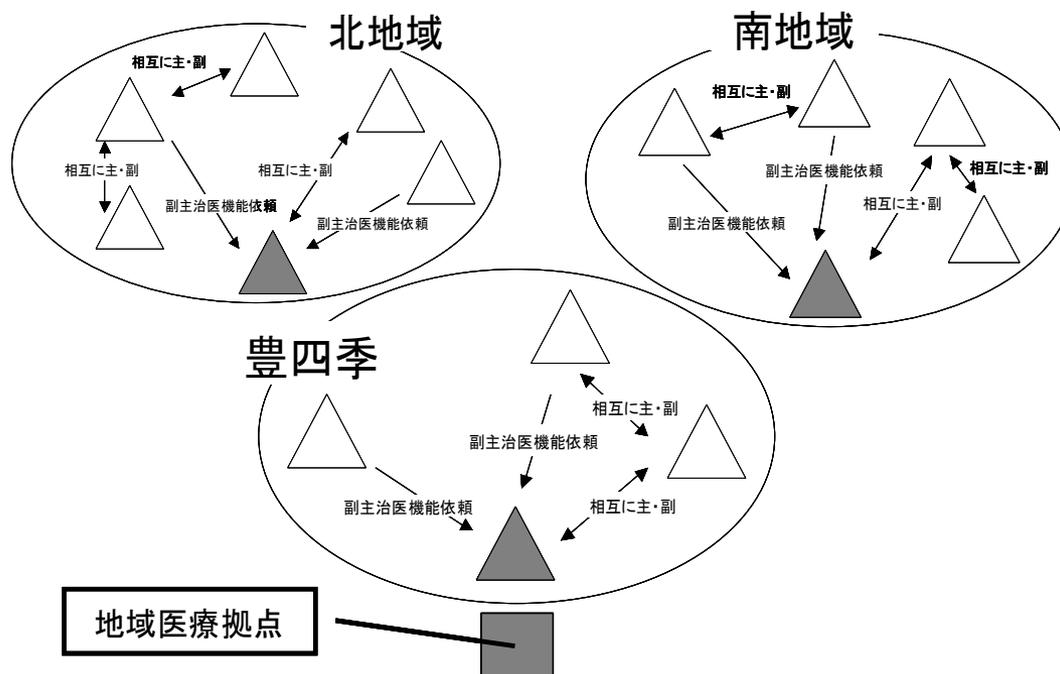
○ 共同で地域全体を支える体制の構築

→ 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事で多くの患者を支えるシステムを構築（「点」から「面」に）

○ 主治医・副主治医の仕組みの構築

→ 主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが相互に協力して患者に訪問診療を提供

△：主治医（可能な場合は副主治医） ▲：副主治医機能集中診療所 ■：コーディネータ等拠点事務局



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

平成25年6月19日に開催された**10病院地域連携会議**において、病院側と在宅医療側（医師会担当理事等）とで以下の事項が確認された。

＜主なもの＞

【病院側】

- ①**在宅医療への移行時**には、**在宅側の要望を踏まえた様式**を使用する。
- ②**在宅患者の急性増悪時等**には、原則として**退院元の病院**が受け入れる。
（夜間等で受け入れが困難な場合は、他の病院が一旦受け入れて、後日、可能な場合は退院元に転院する。）

【在宅医療側】

- ①**急性増悪時**には原則として**在宅側スタッフが訪問**して対応する。
- ②**入院時**には在宅主治医等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。

③訪問看護ステーション基盤強化支援

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度～
多職種連携 推進体制 構築への 支援	訪問看護支援も含めた在宅医療介護連携担当職員の配置（平成22年度～）			
	連絡会・柏市・東大による会議の定例化（月1回）			
	各種会議・研修会への連絡会代表者・訪問看護師の参加支援			
				看護師地域連携セミナー（市内病院向け出前講座・同行実習）の開催支援
訪問看護 ステーション 基盤強化 への支援	訪問看護体験フェア（同行体験）の実施			
				看護師復職フェア（技術研修+相談会）の実施 （※市内幼稚園・保育園・小中学校等へ周知）
	訪問看護ステーション大規模化への支援			
	訪問看護ステーション基盤強化補助金の設置（市単独事業）		地域介護・福祉空間整備推進交付金の活用	
	訪問看護師向け研修会の開催支援			
訪問看護の 啓発支援	訪問看護の普及啓発のためのツール作成 （千葉県地域医療再生基金による）			在宅療養者 写真撮影企 画の実施
	訪問看護紹介DVDの作成			
	訪問看護啓発のためのフォーラムの実施			
				在宅療養者写真 展の実施

○看護師地域連携セミナー

目的：患者や家族が住み慣れた地域で生活できるように
病院看護師に在宅のことをもっと身近に感じてもらい、
病院と在宅の間のシームレス連携に結び付けていくもの

対象者：看護師・リハ職，MSW等病院職員

内容：DVD「ようこそ訪問看護へ」視聴，講義，演習（1時間半位）

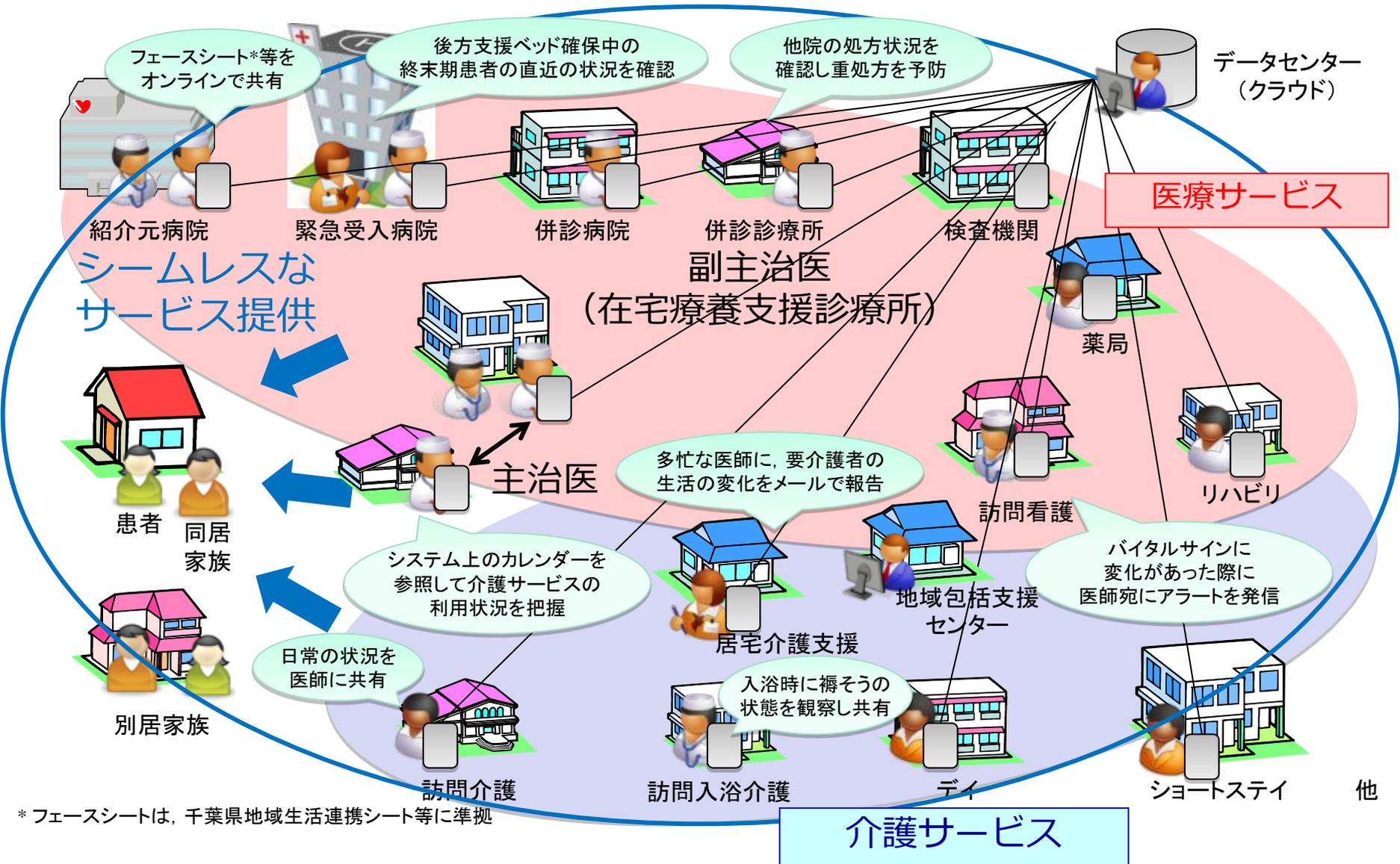
主催：実施病院・柏市訪問看護ステーション連絡会・柏市

協力：東京大学医学部在宅医療学拠点/東京大学高齢社会研究機構

- 25年度：市内2病院・2回実施（看護師 40名 リハ職・MSW等 計50名）
- 26年度：市内3病院・4回実施（看護師 95名 リハ職・MSW等 計74名）
- 27年度：市内2病院・2回実施（看護師 55名 リハ職・MSW等 計56名）



(工) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援



* フェースシートは、千葉県地域生活連携シート等に準拠

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

情報共有システムの構築

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 user profile for 'サンプル事業所のケアマネ 花子さん' and a 'ログアウト' button. The main content area is titled 'コミュニティ' and shows a '介護カナさんの部屋' (Nurse Kana's Room) for a patient named 'ケアマネ 花子'. The interface includes a navigation menu on the left with options like 'マイページ', '参加コミュニティ一覧', and '介護カナさんの部屋'. The central part of the screen features a large line graph showing vital signs (blood pressure, pulse, SpO2) over time from 12/15 to 12/22. Below the graph are several icons for 'フェイスシート', 'サービスカレンダー', 'おくすり手帳', 'アセスメント', '訪問口腔ケア', and 'タイムライン'. At the bottom, there is a 'ケアレポート' (Care Report) section with a 'トピック' (Topic) list.

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（入院（退院時共同指導実施）から退院直後）

ケアマネジャー

実施日時:2014/07/15 16:45
即時通知

特に読んでもらいたい人:

です。前日17日16:00よりご本人様宅にて娘様とプラン内容について話しあいを持ちます。週間予定が大体決まるかと思われます。(訪問看護ステーション訪問介護、福祉用具(ベット搬入)が集まります。)18日に暫定プラン検討もできるような持参させていただきます。

MSW

投稿日時:2014/07/22 11:37
実施日時:2014/07/22 11:20
即時通知

特に読んでもらいたい人: [参加者全員](#)

みなさん先日はありがとうございました。

本日11時10分頃娘様、お孫様に付き添われ無事に退院されました。
退院時、特にお身体に異常はなく、顔色もいつもより良いように感じられました。
退院するのに不安なことはたくさんあるとおっしゃっていましたが、当日はご家族と顔を合わせてから笑顔が見られました。
娘様は前日より体調を崩されていたようでマスクをされていました。娘様は「孫もいるので大丈夫」とおっしゃっていましたが、心配です。

医師

[参加者全員](#)

■ バイタル

【血圧】122/60mmHg 【脈拍】100回/分 【SpO2】98%

7/22初回往診行きました。採血と心電図など検査して来ました。結果は、次回7/29往診にてお話できると思います。ご本人様は、自宅に戻ってきてお寿司を食べましたと言っていました。

今のところ、体調は良いようです。

4/18訪問診療の報告

重要度: ★★★



投稿No. 147

医師

投稿日時: 2014/04/18 20:55

実施日時: 2014/04/18 11:00

即時通知

特に読んでもらいたい人: [参加者全員](#)

■バイタル

【体温】36.5℃ 【血圧】148/76mmHg 【脈拍】77回/分 【SpO2】96%

本日訪問診療にお伺いしたので、報告します。

全体に良くお話もされ、安定している印象です。

5月2日から4日までハートかしわさんへショートステイの予定です。2日3日は排便コントロールのため、シンラック ですので、両日14滴ずつ内服させてください。 お願いします。

排便が多いと血圧が下がることがあります。 この時はディサービスさんの記述にもあるように 静かに横になっていただき、様子を見てもらえれば安定すると思いますので、 よろしく願い いたします。

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。

自宅で訪問診療を受けて亡くなった方のご家族の声・反応

<本人の希望どおり>

声・反応	本人（性別・年齢） ←発言者
・最期まで自宅にいられたというのは、親父の思いがとげられたと思う	男性・87歳 ←息子
・本人の希望どおりに、自宅で最後は痛みもなく、やさしく、親切丁寧に皆様に関わっていただき、感謝している。家で過ごせてよかった。いい時間だった。	男性・70歳 ←妻
・皆さんのお陰で夫の思うように最後を家で迎えることができてよかった	男性・79歳 ←妻
・本人の希望通り自宅にて過ごせたことが何よりよかった	女性・71歳 ←娘, 実弟夫婦
・自宅で死にたいという本人の希望をかなえられて良かった	男性・88歳 ←妻

柏市医療介護多職種連携情報共有システムより

自宅で訪問診療を受けて亡くなった方のご家族の声・反応

<自宅ならではの、在宅でよかったこと>

声・反応	本人（性別・年齢） ←介護者（関係）
<ul style="list-style-type: none">・自宅（で介護）だったので、辛い時期でも友人がいつも訪ねてくれて、それが本当に力になりました。病院に入院していたらこうはいかなかったと思います。	男性・78歳 ←息子の妻
<ul style="list-style-type: none">・日が経つにつれ、あの日は子ども達もいて、弟も来ていて、痛がることもなく、暴れてしまうこともなく、本当に穏やかで、本人がきつと今日と決めただなと感じるようになった。ずっと単身赴任だったので、この3年間はそれまでの時間を埋めるような大切な時間になった。	男性・55歳 ←妻
<ul style="list-style-type: none">・病気がわかってからも行きたい所に行き、食べたいものを食べられた。・私たち（妻と娘）の喧嘩聞きながら逝ったんですよ。お父さんらしい。我が家らしい。	男性・84歳 ←（上）娘 ←（下）妻
<ul style="list-style-type: none">・私も全力を尽くしたという思いがありますから、悔いはないです。50年住んだ思い出の家で最期を過ごすことができ、皆さんにととても感謝しています。	女性・76歳 ←夫

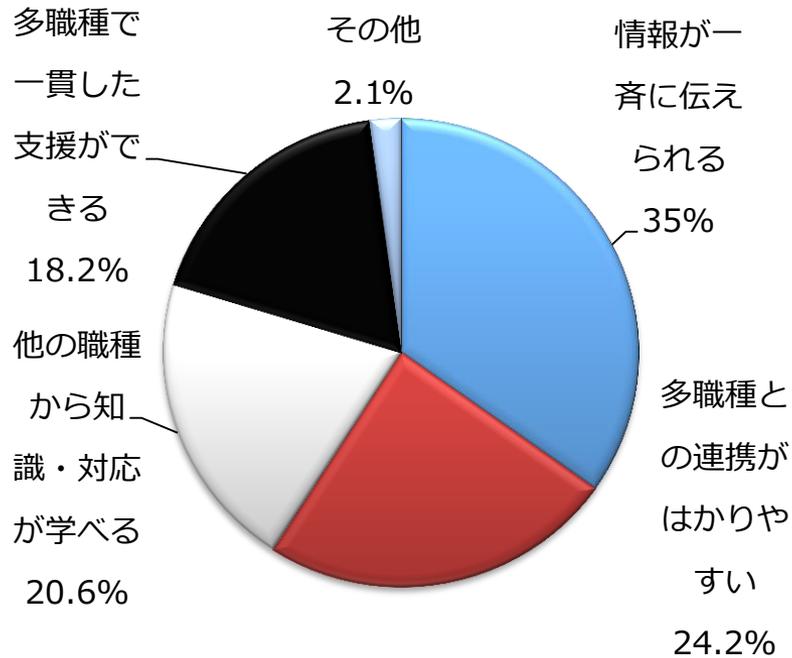
自宅で訪問診療を受けて亡くなった方のご家族の声・反応

<医療・介護のスタッフに支えられて>

声・反応	本人（性別・年齢） ←発言者
<p>・退院前は在宅介護経験のある友人から「スタッフのコミュニケーションが難しかった」と聞いて不安もあったが、自分の場合は先生や〇〇さんを始めみんなが話しやすい雰囲気、安心して介護ができました。歯科のおかげで夫との会話が最後まで楽しめた。落ち着いたらヘルパー研修を受けて、この世界で働こうと考えている。</p>	男性・64歳 ←妻
<p>・家で最期まで看るのは相当なサポートが必要ですね。先生も看護師さんも時間に関係なく来てくれて、Kさんは真夜中でも(電話のコールが)3回鳴る前に出てくれて、この人は寝ているのだろうかと考えてしまった。でも安心できてよかった。本当にお世話になって。</p>	女性・61歳 ←夫
<p>・在宅で一番ありがたいのは、看護師さんです。毎日来ては体温・血圧・血流を測り、家族ができる介護で洗髪・爪切り・体の清掃などはこうやるのよと介護指導もありで、介護する方にもあたたかい言葉をかけてくれるなど、自宅で行えることに満足していました。</p>	男性・71歳 ←妻

システムを利用した多職種からの意見

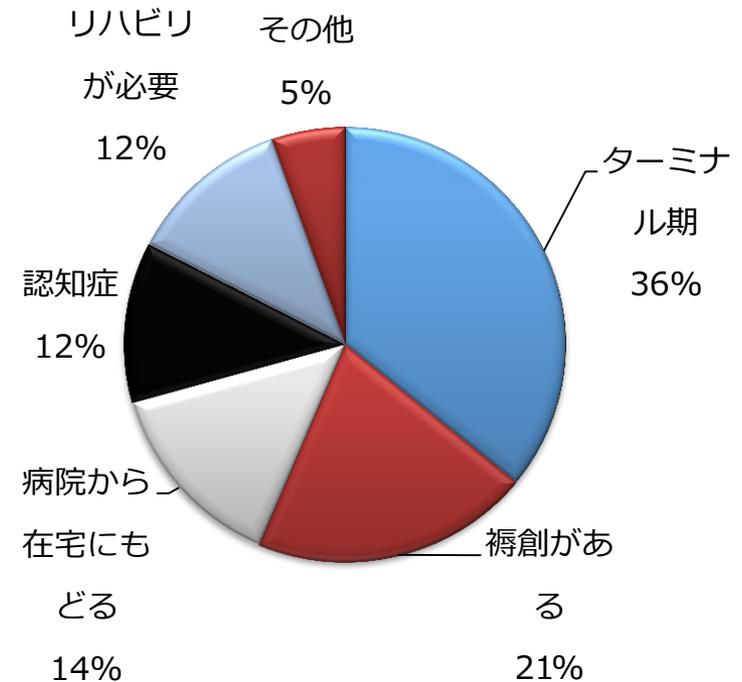
Q.利用して良かった点は何ですか？（複数回答可）（n=330）



<その他>

一斉に伝えられることで早期の対応ができる
多職種が何をしたかが見える

Q.どのような状況(症例)の利用者(患者)さんの場合、システム利用が効果的でしたか？（n=259）



<その他>

ALSの患者
介護、医療と多くの種類のサービスを利用している場合
医療処置を必要とする場合 他2件
入退院を反復したので、
家族の前で話せない内容を伝えたい時
変化の多い患者さんの場合、
家族と連絡をとるのが困難な場合

○こんな情報が良かった, こんな情報が有効等

- ・入院中の状態を把握できたので良かった (医師)
- ・それぞれの専門職からの情報はすべて有効でムダなことはないと感じる (医師)
- ・自宅とは違う, デイサービスでの人とのやりとりの様子を知ることができ, 薬の選択やコントロールに役立てることができ, 有難かった(医師)
- ・患者や家族の心理状態を共有できるのはいいと思う (歯科医師)
- ・褥瘡等電話やF a xで伝えにくいことを画像で送れるのがいい (看護師)
- ・病状による生活上の注意点が確認できて良かった (ケアマネジャー)
- ・病院での活動量, リハビリ内容を把握することができた (リハビリ職)
- ・病院医師が在宅での様子を気にしてくれるようになり, 病院で完結ではなく自宅がホームだという意識が生まれた。(MSW)

等

システム利用までの内部の手続き・手順

○システムによる情報共有手順の整理

- ・情報元から行政が患者基礎情報を取得し，システム上で多職種連携の為の設定をする手順を整理する
- ・行政が取得する情報の種類を整理する

○関係者等調整

- ・システム事業者とインターネットセキュリティ対策の確認
- ・システム運用開始手順整理
⇒患者，家族等同意書
事業所登録手続き申請書

○個人情報保護審議会対策（柏市の審議会対策ポイント）

- ・運用するシステムが厚生労働省及び総務省が定めるガイドラインに準拠していること
- ・患者及び家族等の同意を得ていること
- ・各職種から個人情報取り扱いについての誓約書を得ていること
- ・行政が取得する情報はシステム運用開始にあたり必要最小限とし，その他の情報は，システム運用開始後に各職種から入力してもらうこと
- ・各職種に対し，年1回個人情報保護の為の研修会を開催するとともに，事業所ごとに登録者変更が無いか確認を取ること

(才) 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

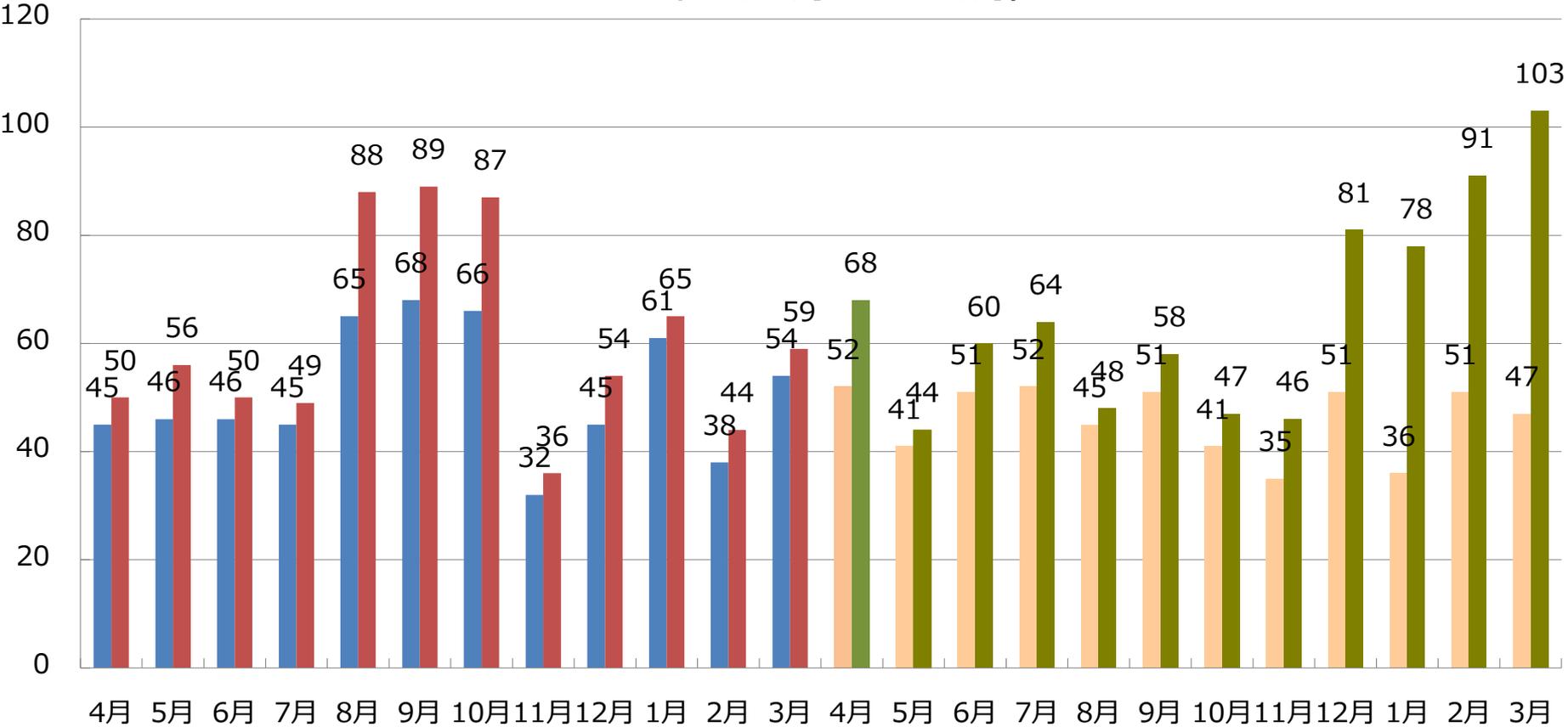
拠点(柏地域医療連携センター)の整備・相談状況

○月別相談件数

柏地域医療連携センター 相談件数 (月別)

(H26.4月～H28.3月)

(件)



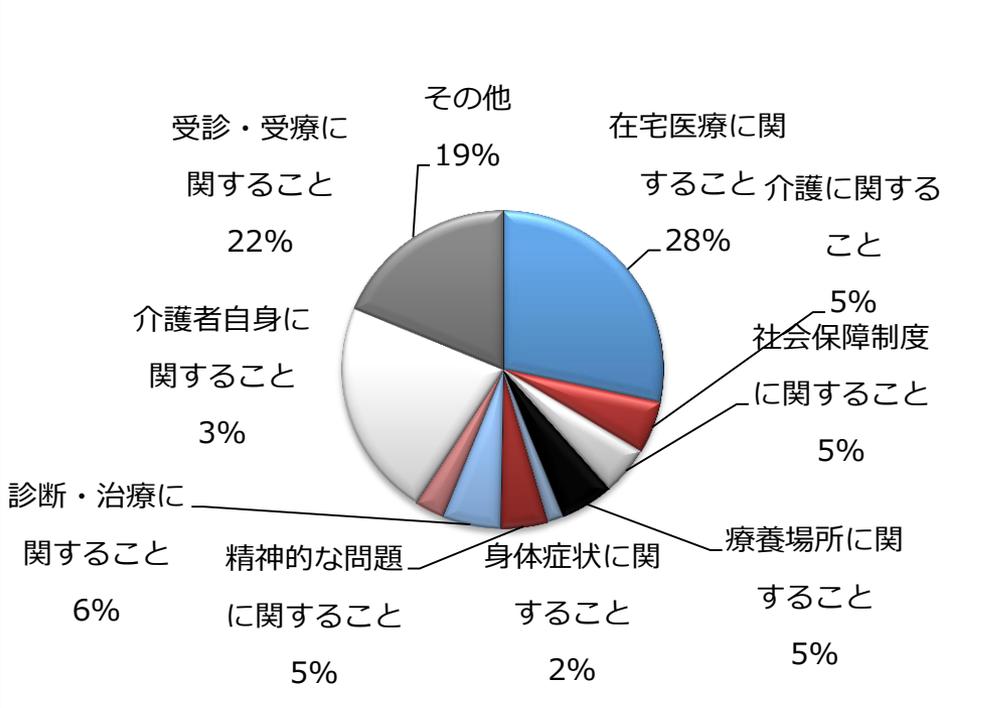
H26 計727件(延) 月平均60.6件

H27 計778件(延) 月平均65.7件

○26年度に比べ27年度は、延数が増加 = 1人に複数回関わる相談が増加している。 **37**

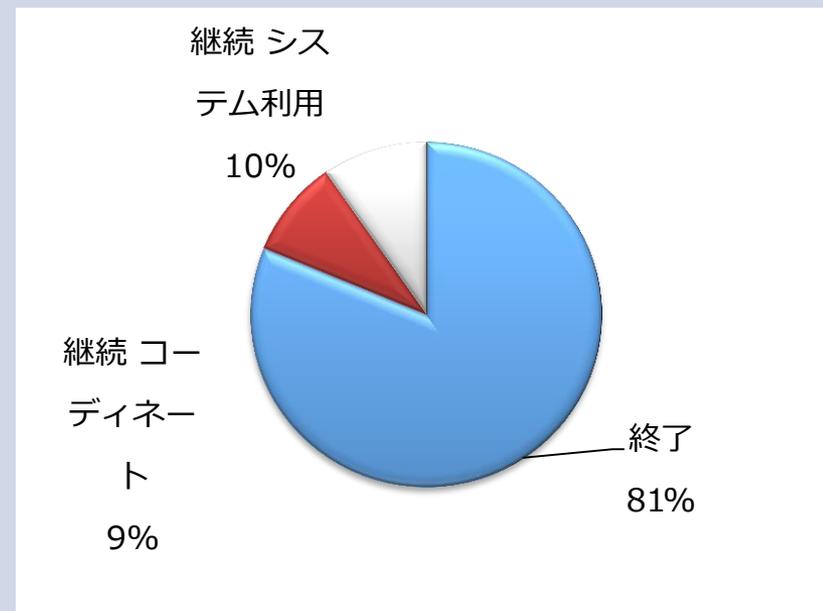
拠点（柏地域医療連携センター）の整備・相談状況

○26・27年度相談内容（複数回答有） (n=1,913)



○相談内容については、「在宅医療に関すること」が最も多く28%であった。次いで「受診・受療に関すること」で22%であった。

○26・27年度相談結果内訳 (n=1,164)



○相談の結果、1回の対応で終了となった方が81%であった。

○継続となった方は、在宅医療の導入に際し、主治医を始めとする多職種コーディネートをを行った方が106人（9%）、情報共有システムの利用のための調整を行った方が112人（10%）であった。

○106人中訪問診療医師につながったのは54人であった。

①在宅医療多職種連携研修会

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7回（H27年9/13及び10/18）

受講者（52名）

医師・歯科医師・薬剤師・病院関係者・
訪問看護師・介護支援専門員・理学療法士・
作業療法士・地域包括支援センター職員・
管理栄養士・サービス事業所職員等

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

協力：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

後援：国立長寿医療研究センター

傍聴者（37名）

平成23年5月から7回実施

これまでに約355名受講



主な内容（第7回）

27年9月28日（日）
9:00～18:30

在宅医療の果たすべき役割（総論）

多職種連携協働IPW
在宅医療を支える多職種の役割（プレゼン）

多職種WS①
認知症

各論

- ・摂食・嚥下障害
- ・在宅における口腔ケア
- ・在宅における褥瘡ケア

特区の趣旨と概要
・訪問リハビリ

27年10月18日（日）
9:00～17:00

柏市の医療介護連携モデル
病院とかかりつけ医の連携

多職種WS②
緩和ケア

介護予防・フレイル予防

多職種WS③
本人・家族の選択と心構え

多職種WS④
在宅医療を推進する
上での課題と解決策

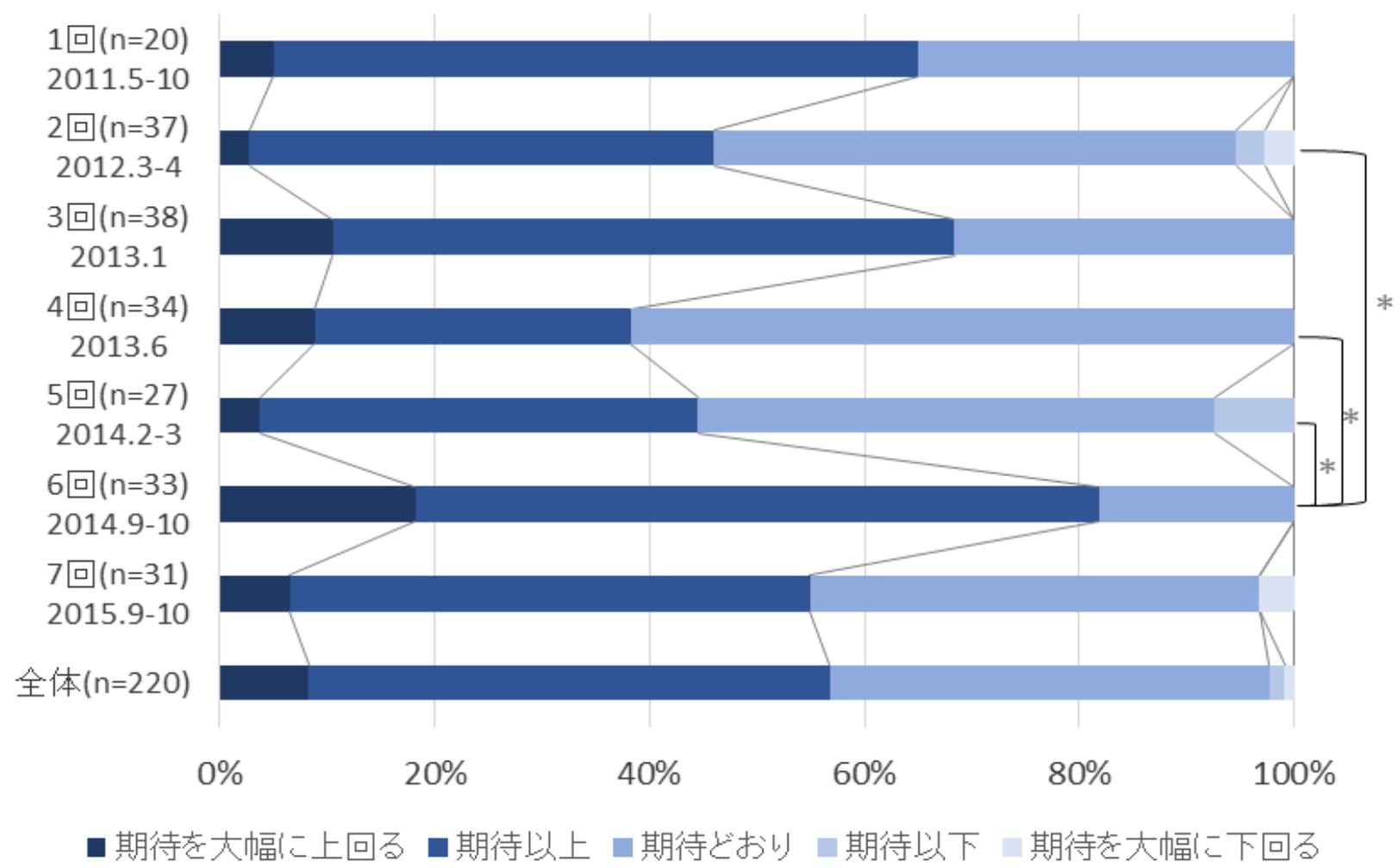
修了者が語る
訪問診療の実際

目標設定

修了式

医師は別途同行訪問研修を実施

1. 研修会の全体的評価

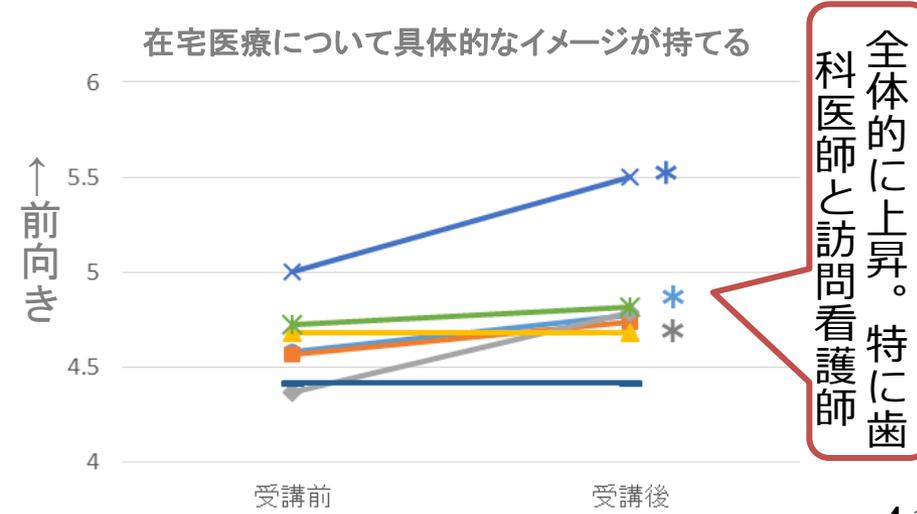
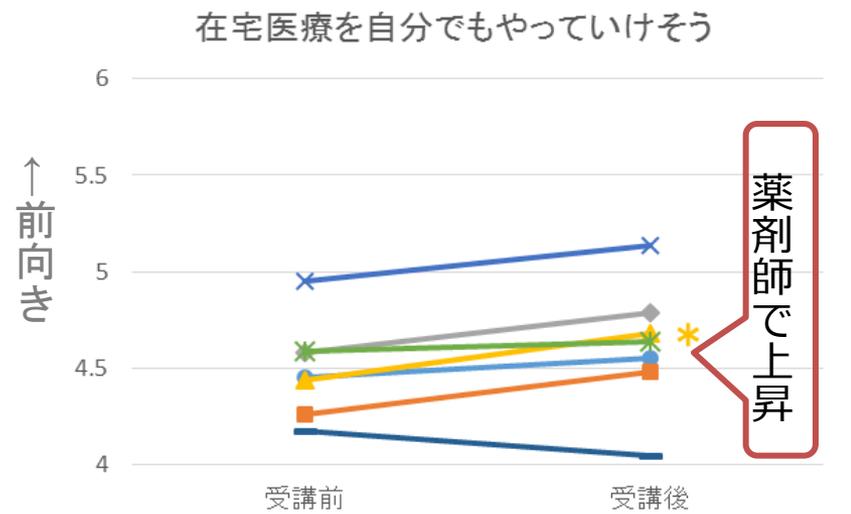
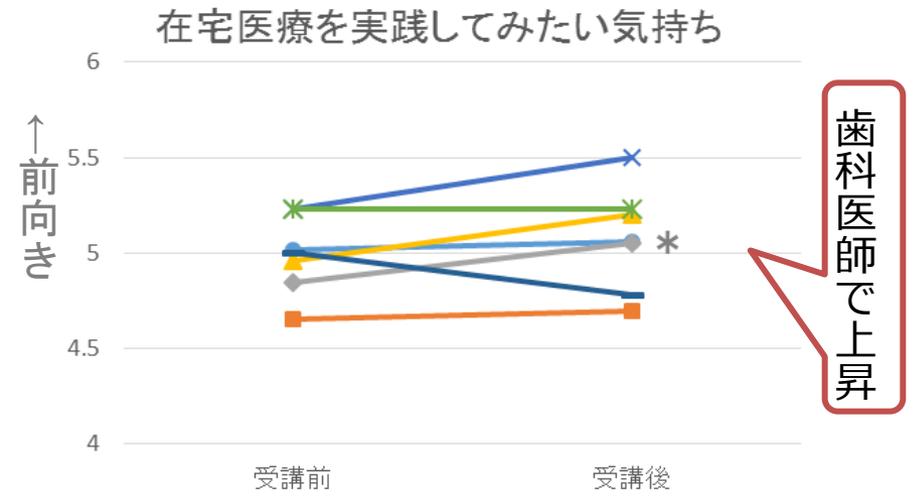
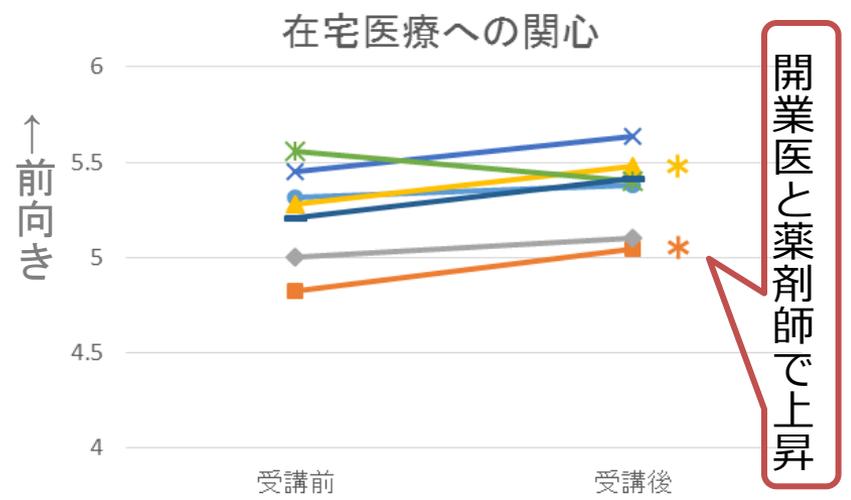


第1回から第7回まで総じて好評。 (否定的な評価は5名のみ)

※Kruskal-Wallis検定 p<0.01 ※*p<0.05

2. 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 —地域包括 : n=23-24

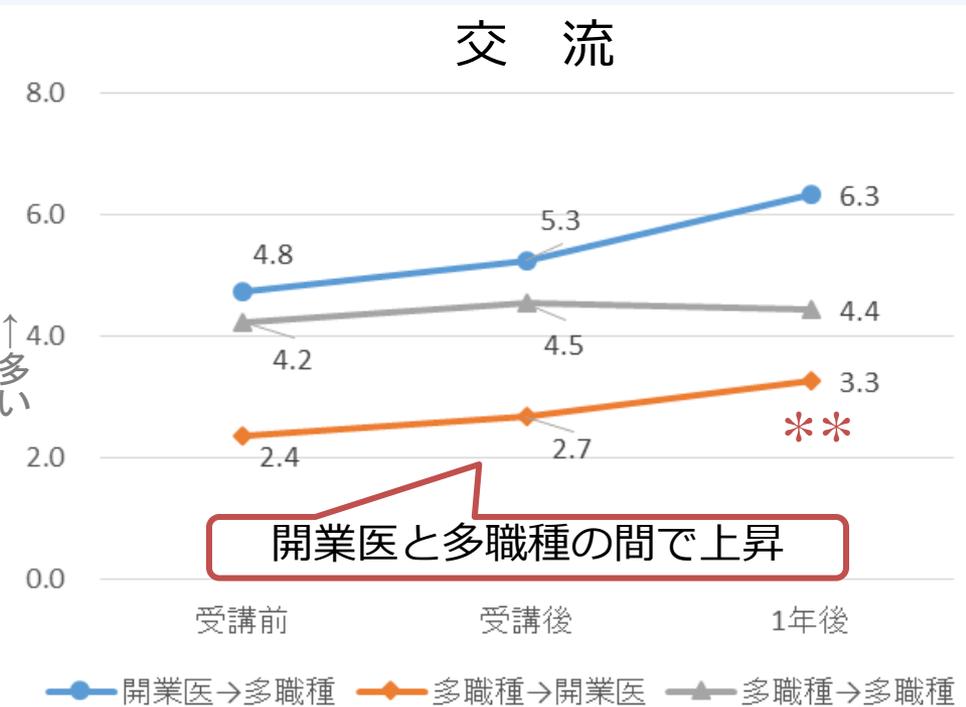
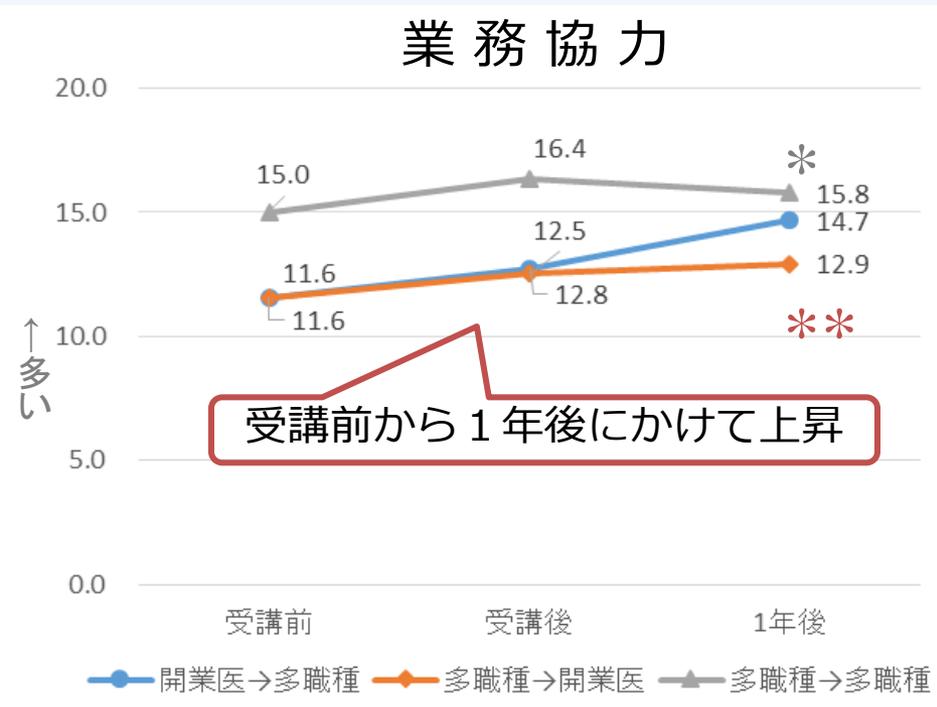


※得点は1点「全くない」～6点「非常にある」で、得点が高いほど意識が前向き。※Wilcoxonの符号付順位和検定 *p<0.05

3. 連携活動の変化 受講1年後までの変化

第1回から第6回の集計 (第4回は除く)。開業医：n=12 多職種：n=72-83

- 開業医→多職種：開業医からみた多職種との連携
- ◆ 多職種→開業医：多職種からみた開業医との連携
- ▲ 多職種→多職種：多職種からみた多職種との連携



注1：業務協力：「その職種への報告」「その職種からの情報収集」「協力要請」など7項目。得点は0～21点で、得点が高いほど業務協力が多い。

注2：交流：「その職種が主催する事例検討会への参加」「その職種との親睦会」など3項目。得点は0～9点。得点が高いほど交流が多い。

注3：受講前と受講後と1年後の比較は反復測定による一元配置分散分析 *p<0.05 **p<0.01

② 顔の見える関係会議

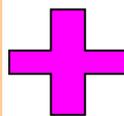
＜目的＞ 多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。概ね年4回の会議を実施する。

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～27年）

延べ参加者：3,131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（お互いを知ろう）	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

会議の様子 (第16回 顔の見える関係会議)

在宅での様子



発表時の様子



◎第16回 顔の見える関係会議

開催日時：平成28年2月26日（金） 午後7時～9時

内 容：

- ①グループワーク 『退院時共同指導に基づいた支援の立案』
- ②退院時共同指導後の在宅での様子

新たな参加者の割合
26%!

参 加 者：総数147名

医師（診療所20名，病院1名）

歯科医師（9名），薬剤師（9名），看護師（訪問看護9名，病院5名）

病院地域連携室等職員（7名），精神保健福祉士（1名）

歯科衛生士（2名），リハビリ職（10名）管理栄養士（4名）

ケアマネジャー（10名），地域包括支援センター職員（11名）

介護サービス事業者（12名），介護老人保健施設・介護老人

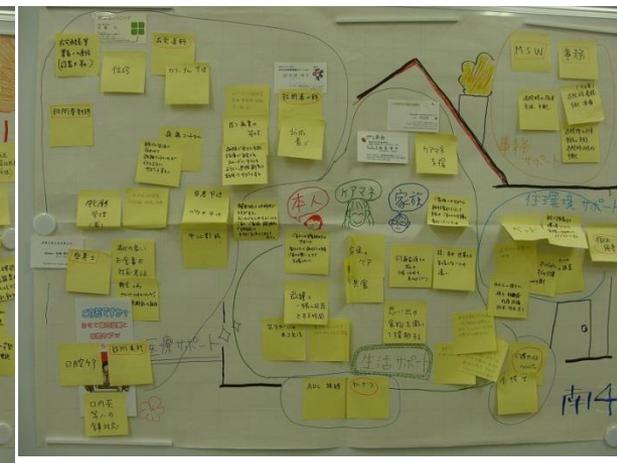
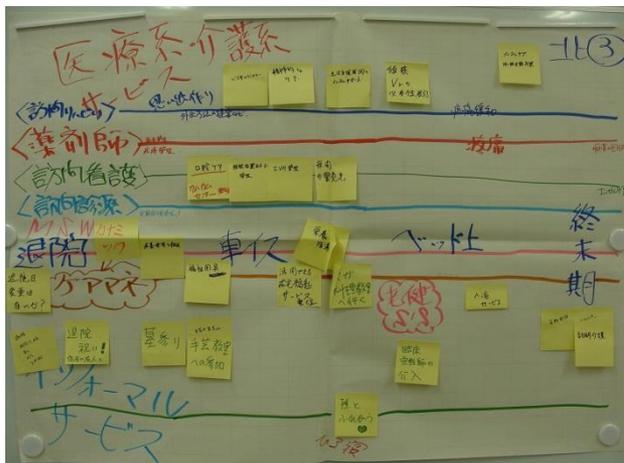
福祉施設（1名），サービス付高齢者住宅（3名）

その他（他市，厚労省，民生委員，東大等 21名），柏市職員（12名）



グループワークの様子

支援立案の一例



顔の見える関係会議の開催までの手順

年度初め

年間計画の立案（連携協議会・研修部会）
⇒テーマ，日程，内容，対象等

会議の
1ヶ月前

参加者推薦の依頼

- ・各団体を通じて10名程度の参加者推薦を依頼
- ・病院や施設には直接依頼

会議の
数週間前

事前打合せ（ファシリテーター会議）

- ・ファシリテーターは「在宅医療多職種連携研修会」の修了者からエリア・職種のバランスを見て依頼
- ・当日行うワークショップを実際にやってみて，運営方法について議論，修正を行う。

会議ごと開催

顔の見える関係会議の開催

実施後

振り返り（連携協議会・研修部会）

⇒当日アンケートに基づき，今後に向けて協議

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）

顔の見える関係会議の効果

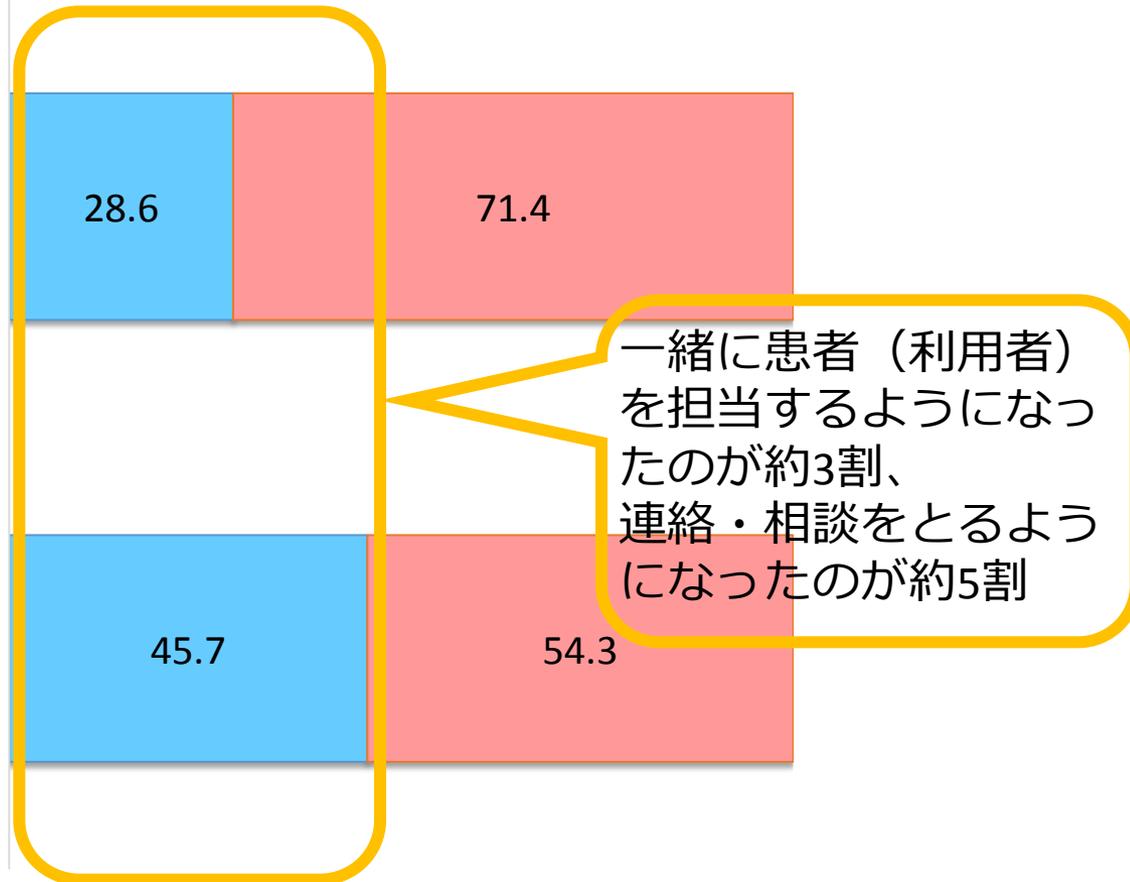
会議終了後2か月の交流について

■ はい ■ いいえ

n=197(%)

顔の見える関係会議で知り合った方たちと、新規の患者(利用者)と一緒に担当するようになりましたか。

顔の見える関係会議で知り合った方とその後、連絡・相談をしましたか。



(キ) 地域住民への普及啓発

各地域で市民を対象とした説明会・意見交換会の開催

①市民説明会・意見交換会

- 23年度：民生委員，健康づくり推進員，ふるさと協議会等の役員を対象に，計4回，約200人参加
- 24年度：ふるさと協議会・民生委員等を対象として計63回，約1,600人が参加
- 25年度：地区社協単位での勉強会や民生委員を対象に，計65回，2,081人が参加
- 26年度：町会・サロン等からの依頼が増え，計69回，2,410人が参加
- 27年度：町会・サロン・老人会等からの依頼が全体の過半数となり，計43回，1,810人が参加

延べ 約8,100人に実施

②在宅ケア市民集会

- 平成23年から26年まで計4回(年1回) 実施，延べ570人が参加

①・②において，各説明を聞いた市民の主な意見（抜粋）

期待

- ・家で最期を迎えたいと思っている人は多いので，実現することを強く望みます。
- ・かかりつけ医が最期まで診てくれるのは大変嬉しい

不安

- ・低所得者でも利用できるのか。
- ・家族の負担を十分に軽減できる仕組みになるのか。

③情報誌「わがや」の発行，広報での啓発

- わがや：25年度から通算8回，全戸配布(各13万6,500部) 発行(継続中)
- 広報：26年3月1日号広報かしわ1・2面で在宅医療特集

○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

二次医療圏域内の5市の担当者・圏域内保健所（県型2ヶ所・中核市保健所1ヶ所）担当者・県担当者が集まり、市域を超えた広域での連携課題についての意見交換を行っている。

・第1回：28年1月6日開催

※26・27年度は「千葉県在宅医療連携拠点事業補助事業者」の意見交換を実施

○在宅医療・多職種連携研修会の受講

在宅医療・多職種連携研修会について、本市医師会を通じて近隣医師会へ受講を呼びかけ、市域を超えた医療・介護多職種連携の広がりを図っている。

・第6回：流山市医師会より2名、我孫子市医師会より1名が受講

・第7回：我孫子市医師会・野田市医師会より各1名が受講

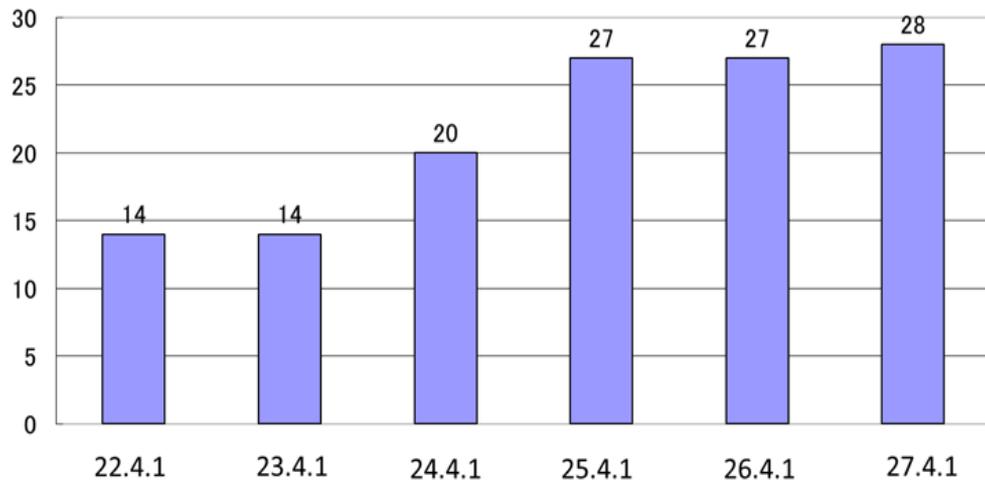
○在宅医療・多職種連携研修会，顔の見える関係会議の傍聴

在宅医療・多職種連携研修会及び顔の見える関係会議の傍聴について、県を通じて県内市町村へ傍聴参加を呼びかけている。

その他、在宅医療・介護多職種連携協議会及び各部会や、顔の見える関係会議ファシリテーター会議等、会議の運営についての傍聴も随時受け入れている。

これまでの取組み成果①

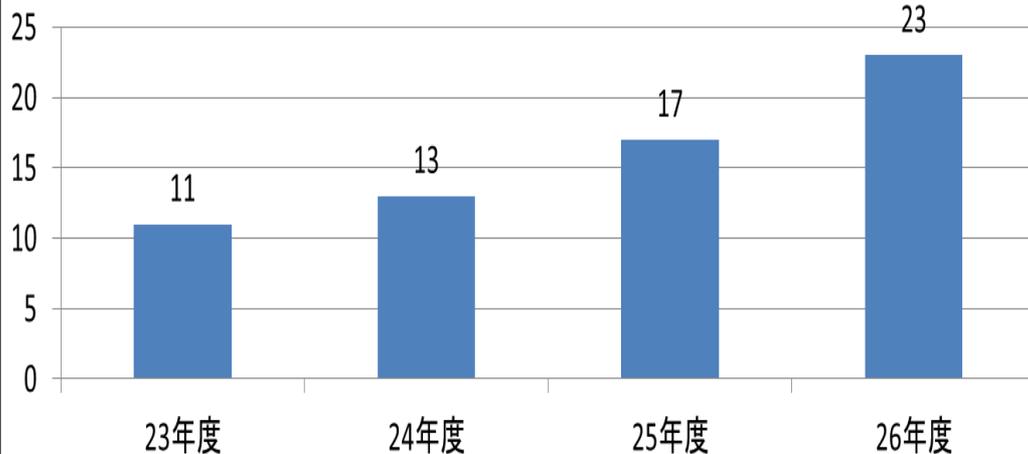
柏市における在宅療養支援診療所数の推移



○ 在宅療養支援診療所数

- 15箇所（H22年11月）
→ **31箇所（H28年3月）**

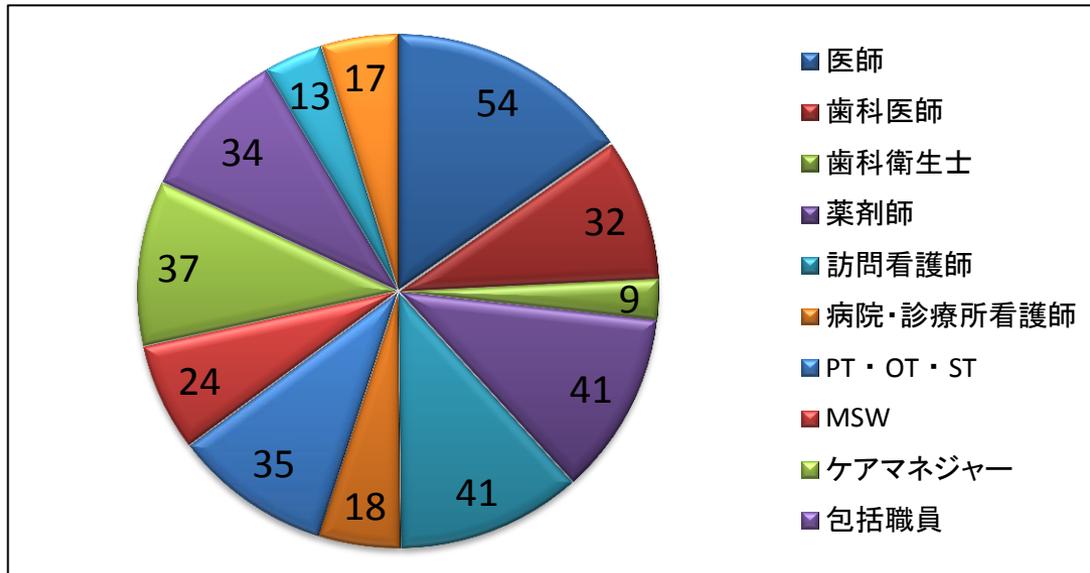
柏市における訪問看護ステーション数の推移



○ 訪問看護ステーション数

- 12箇所（H25年3月）
→ **23箇所（H28年3月）**

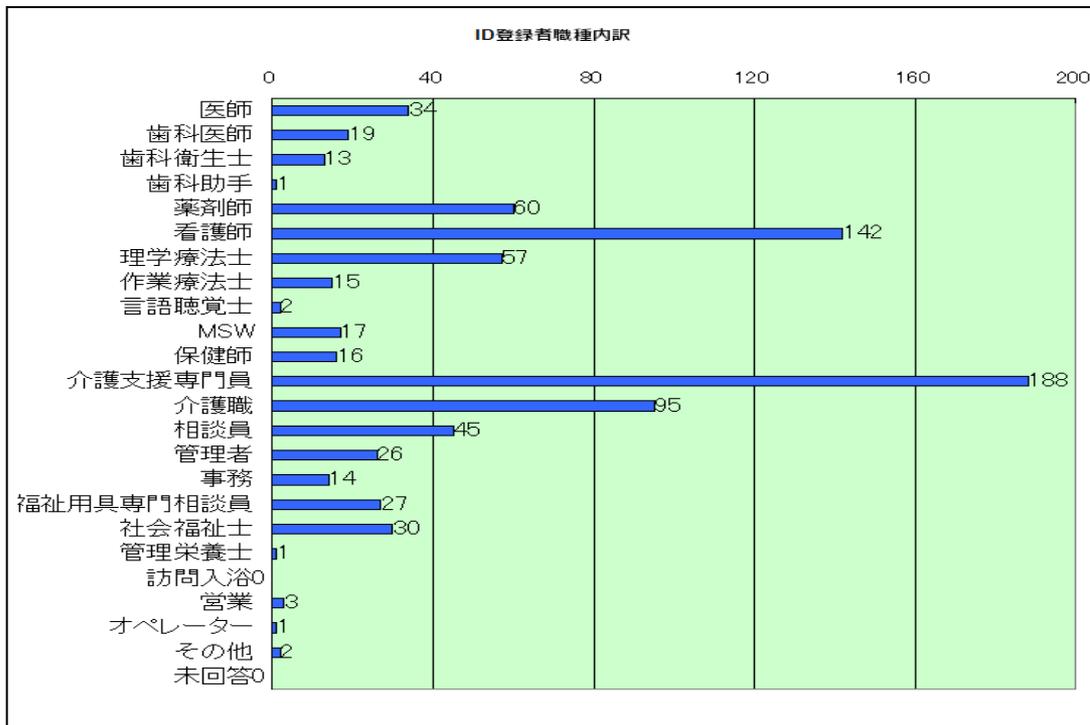
これまでの取組み成果②



在宅医療研修 修了者数 (通算7回)

・ 355人 (うち, 医師54人)

※受講者総数 365人



多職種連携ICTシステムID発行数 (H28年3月末)

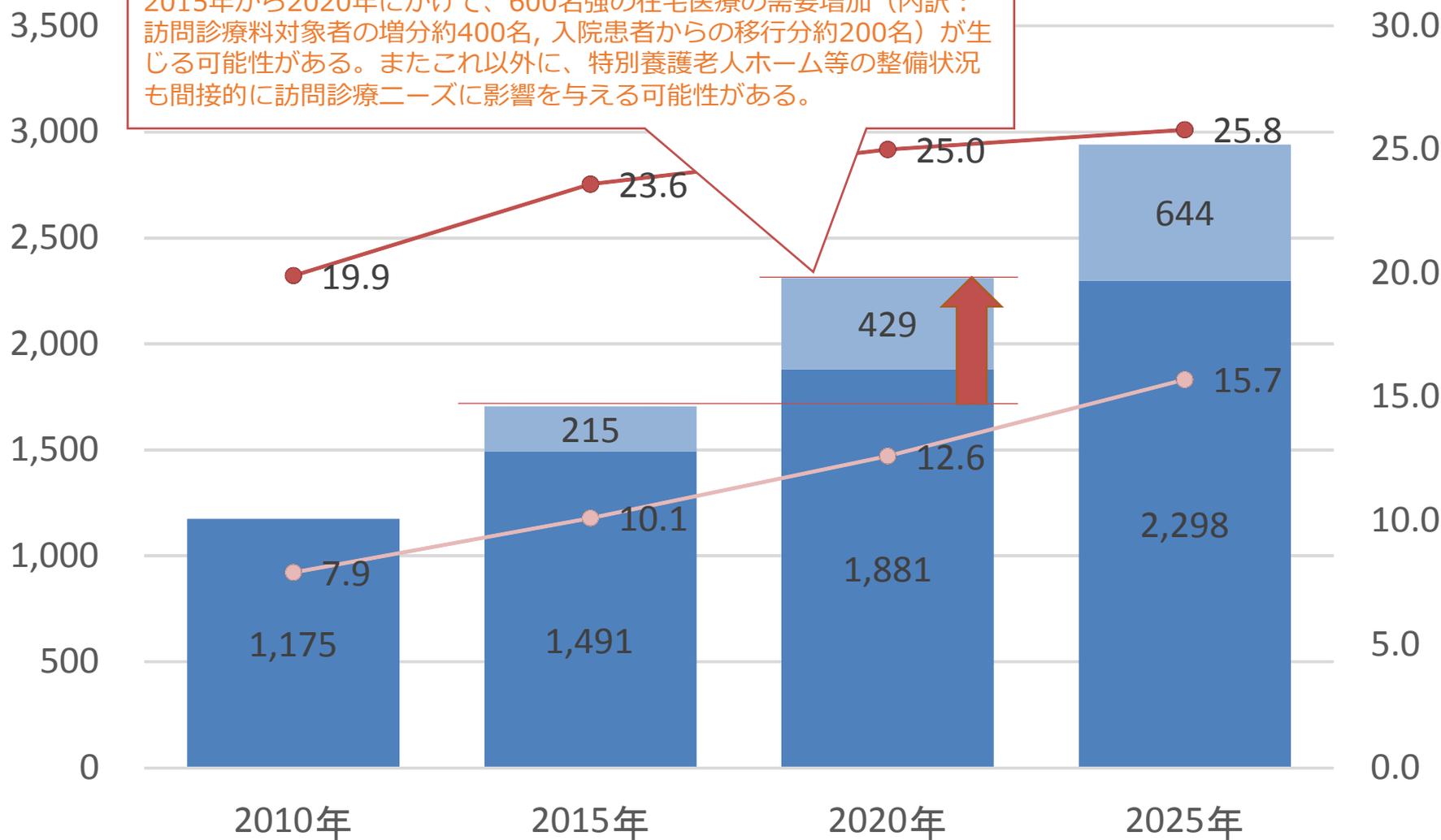
・ 808人 (年間119人増)

・ 263事業所 (年間49箇所増)

・ 通算利用症例数 199人 (年間59人増)

柏市における訪問診療ニーズの推計

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。



■ 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 (%)

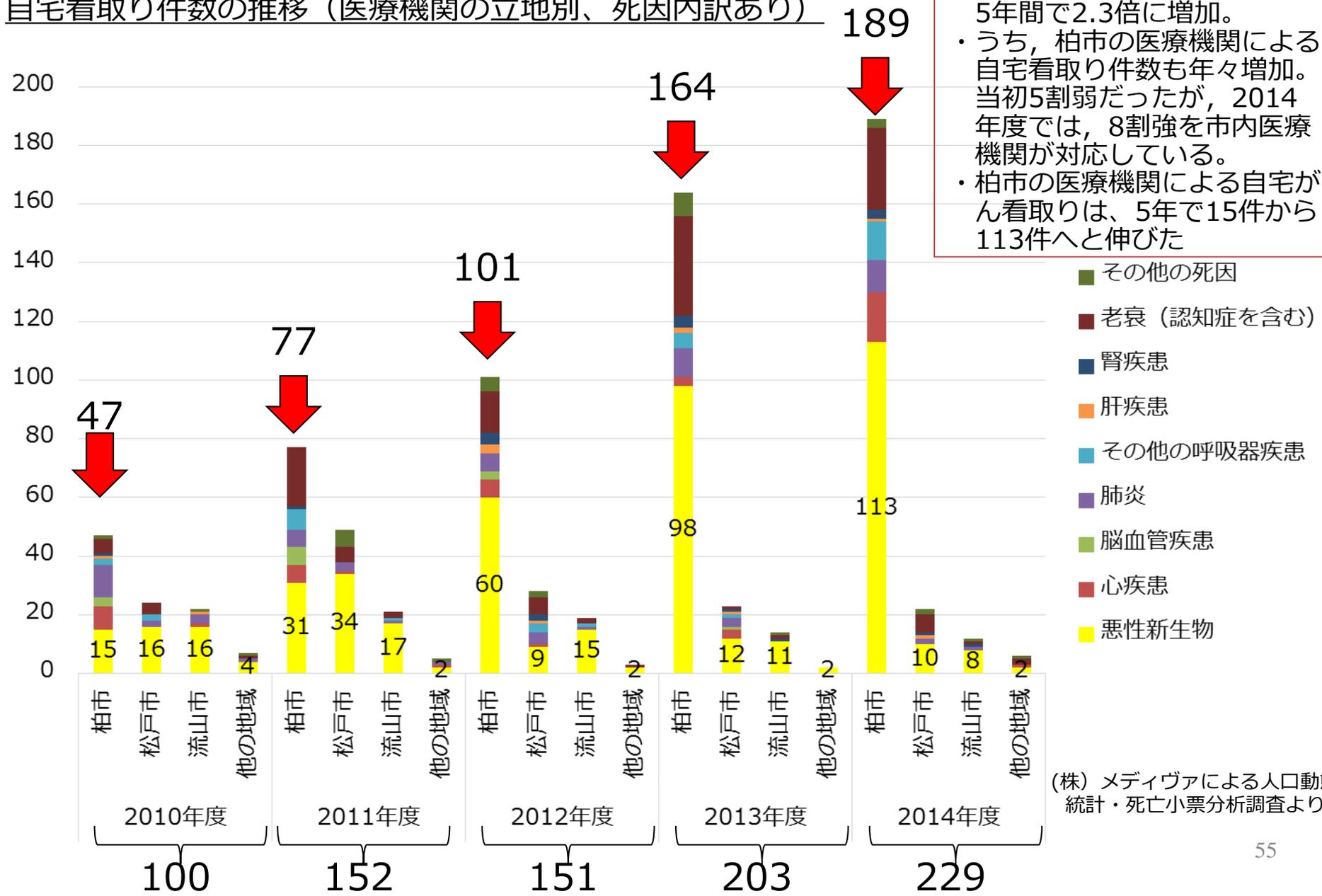
● 75歳以上人口割合 (%)

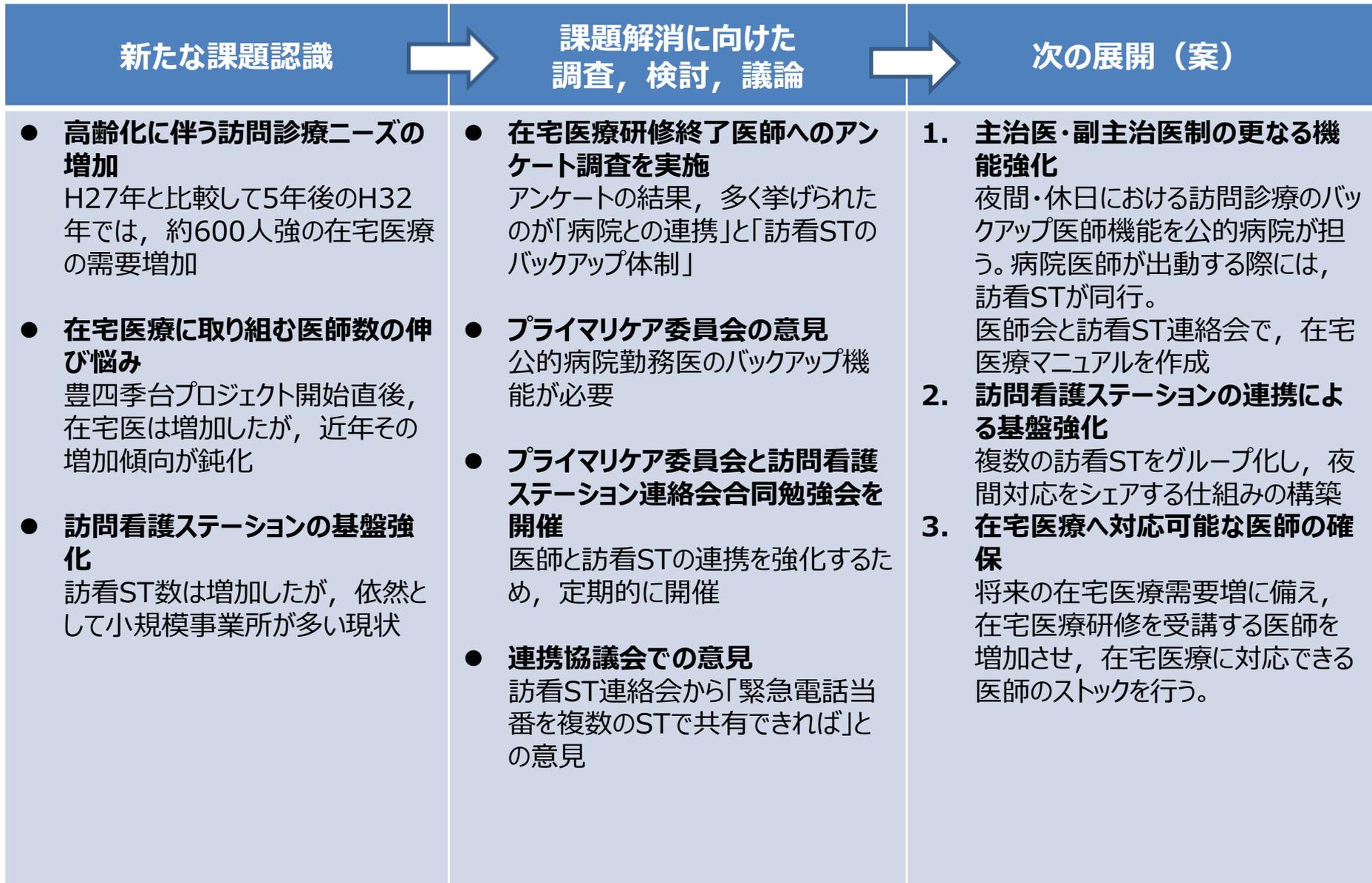
a) 東京大学による国民健康保険／後期高齢者医療レセプト実績に基づく推計(2012～2013年時点の性／年齢別給付算定率が保たれると仮定した場合) 54

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年間の自宅看取り件数の推移

自宅看取り件数の推移（医療機関の立地別、死因内訳あり）





柏市第5次総合計画への位置づけ

— 柏市のこれから —

OUR FUTURE VISION FOR KASHIWA

未来へつづく先進住環境都市・柏 ～笑顔と元気が輪となり広がる交流拠点～
柏市第五次総合計画【市民版】



計画期間：平成28年から37年まで

重点目標2：健康寿命を延ばしいつまでもいきいきと暮らせるまち

分野別計画2：健康・サポート
ライフステージ別主な取り組み「セカンドライフ」

柏市第五次 総合計画の概要

将来都市像「未来へつづく先進住環境都市・柏 ～笑顔と元気が輪となり広がる交流拠点～」を実現するための計画の内容を紹介します。

3つの基本構想

今後10年間の柏市のまちづくりにおける大きな目標

充実した教育が実感でき、子どもを安心して産み育てられるまち

健康寿命を延ばし、いつまでもいきいきと暮らせるまち

地域の魅力や特性を活かし、人が集う活力あふれるまち

7つの分野別計画

3つの大きな目標を達成するための具体的な5年間の取り組み

1 **子ども未来**
● 学びが豊かで学びの機会が、さらに多く育ちます。
● 子どもが育ちや子育てを地域全体で支える環境をつくれます

2 **健康・サポート**
● 市民一人ひとりが健康な生活を営むようになります。
● 高齢者や障害者のニーズに応じて支援します

3 **経済・活力**
● 市民一人ひとりが活躍の場をもちます。
● 文化・スポーツなどの市民活動も盛り立てます

4 **地域のちから**
● 地域コミュニティの再構築・活性化を促します。
● 文化・スポーツなどの市民活動も盛り立てます

5 **環境・社会基盤**
● 未来の子どもに引き継ぐ環境をつくれます。
● 良好な社会基盤を形成・維持します

6 **安全・安心**
● 災害が起こっても安全が確保されたまちをつくれます。
● 犯罪を未然に防ぐ安心があるまちをつくれます

7 **マネジメント**
● 持続可能な行政運営を行います。
● 公共施設の最適化を進めます

ライフステージ別7つの分野の主な取組

子育て

たとえば…こんな取組

- 子どもが元気に育ち、地域やネットワークなど活かし、自立する時期にむけて子育てが、子どもが育ちやすい環境を整えます
- 子育て支援の体制とネットワークの充実
- 子育て支援者のための学習支援
- 妊娠前から子育て期までの切れ目の支援体制を構築し、ハイママの不安や負担の軽減を図ります
- 妊婦から子育てまで切れ目の支援体制を構築

教育

たとえば…こんな取組

- 教育内容や教育の充実を図るとともに、高い学びの機会をもち、21世紀の社会で活躍できる人材を育てます
- 学びが豊かで学びの機会が、さらに多く育ちます

豊かで潤いのある生活

たとえば…こんな取組

- 地域の各資源や強みを活かして、にぎやかなまちづくりを進めます
- 市民一人ひとりが活躍の場をもちます
- 文化・スポーツなどの市民活動も盛り立てます
- 市民一人ひとりが活躍の場をもちます
- 文化・スポーツなどの市民活動も盛り立てます
- 市民一人ひとりが活躍の場をもちます
- 文化・スポーツなどの市民活動も盛り立てます
- 市民一人ひとりが活躍の場をもちます

セカンドライフ

たとえば…こんな取組

- 地域全体で高齢者を支える仕組みを構築し、住み慣れた地域で安心して生活を送れるようにします
- 高齢者の住みやすいまちづくりを進めます
- 高齢者の就業の支援
- 高齢者の住みやすいまちづくりを進めます
- 高齢者の就業の支援
- 高齢者の住みやすいまちづくりを進めます
- 高齢者の就業の支援
- 高齢者の住みやすいまちづくりを進めます

他にもこんな取り組みがあります

- 防災力・対応力を高めます
- 地域への参加や地域での活動を促進します
- 低炭素化を進め、温室効果ガス排出量を削減します
- 健康・体力づくりを通して、健康な生活を送れるようにします
- 障害者の在宅生活を支える環境を整えます
- 戦略的に市内の産業を活性化します
- 農産物の地産地消や消費拡大を図ります
- 持続可能な行政運営を行います
- 公共施設の最適化に取り組みます

参考資料

生活支援
介護予防
社会参加
住まい

柏市地域支え合い体制整備研究会 (H27.2 ~ H28.3)

生活支援サービスの充実に向け、「地域支え合い体制」のあり方を検討する

事務局：柏市・柏市社会福祉協議会
 コーディネーター：柏市社会福祉協議会
 委員：ふるさと協議会（地区社協）、民生児童委員、NPO・ボランティア団体、地域包括支援センター、介護支援専門職員、社会福祉法人、学識経験者

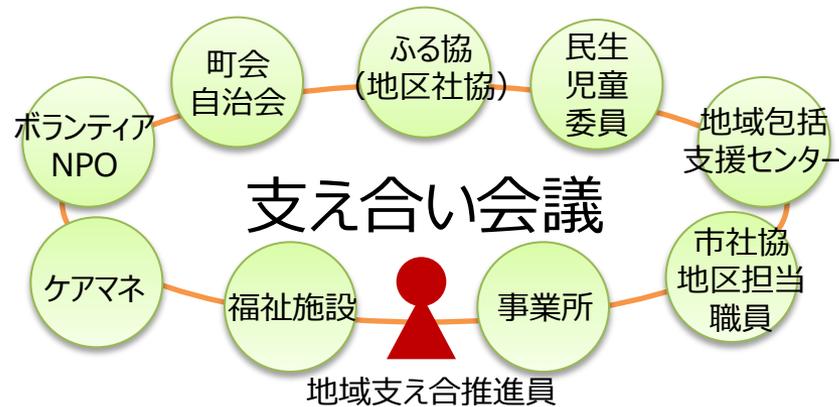
柏市地域支え合い推進協議会 (H28.4 ~)

20地域に設置（日常生活圏域）

〇〇地域
支え合い会議

〇〇地域
支え合い会議

〇〇地域
支え合い会議



地域支え合い推進員の役割

- ・支え合い会議の運営
- ・支え合い活動の情報共有と連携調整
- ・地域内の人材育成、資源開発など

支え合い会議の進め方

現状把握と課題整理

▼どんな支え合い活動があって、どんな課題がある？

情報収集・発信方法の検討

▼支え合い活動の情報を集めて、地域内に周知

必要な支え合い活動の検討

▼今後、私たちの地域に必要な支え合い活動は？

団体間の連携方法の検討

▼各団体の持ち味を出し合って支え合いの充実

人材育成と活動作りの検討

▼大事な担い手確保と新しい活動作りの検討

フレイル予防プロジェクト2025推進委員会 (H28.3~)

フレイル予防の普及・啓発と効果的な推進，地域における市民主体の活動の促進，フレイル予防に係る関係機関の連携・調整等について協議

事務局：柏市（福祉政策課，福祉活動推進課）
 柏市推進部署：保健福祉部，保健所，生涯学習部，市民生活部
 アドバイザー：柏市医師会，柏歯科医師会，柏市薬剤師会
 委員：ふるさと協議会，社会福祉協議会，民生・児童委員，健康づくり推進員，スポーツ推進委員，健康づくり活動団体，東葛北部在宅栄養士会，在宅リハビリテーション連絡会，地域包括支援センター，学識経験者，柏市

【フレイル予防のための市民サポーター養成研修】



【新たな健康増進活動：市民の手による、市民のためのフレイル予防】



三位一体の包括的【フレイル・チェック】

簡易チェックシート

指輪っかテスト



イレブンチェック



総合チェックシート



項目	結果	説明
総合	総合	総合
認知	認知	認知
運動	運動	運動
栄養	栄養	栄養
社会性	社会性	社会性

記入例

東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 および フレイル予防研究チームにより開発



地区社協・地域支え合い会議
A地区高齢者等

地区社協・地域支え合い会議
B地区高齢者等

地区社協・地域支え合い会議
C地区高齢者等

地区社協・地域支え合い会議
D地区高齢者等

生きがい就労の創成

背景

現役生活⇒地域生活「地域で活躍場所があるか！」
 →既存の働き方では、リタイヤ層のニーズに応えきれない
 →地域との係わりが少なかったため、敷居が高い

そこで

長年の慣れ親しんだ生活スタイル

地域貢献・無理ない範囲・人との関わり



働く



生きがい

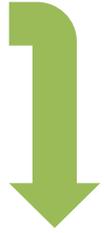


生きがい就労



生きがい就労のオペレーションプロセス

- ①仕事の開拓
- ②就労希望者の募集
- ③就労セミナーの開催
H23.11～26.3(計8回) 591名
- ④就労体験等
- ⑤各事業者で面接
- ⑥各事業所と雇用契約 → 就労



都市型農業事業 36名

植物栽培ユニット事業 6名

学童保育事業 25名

保育・子育て支援事業 20名

生活支援事業 15名

福祉サービス事業 65名

※230名就労 (H25.9月末時点)

柏市シルバー人材センターへ事業継承

生きがい就労事業の安定化と全市展開を目指すため、
 H25年10月から、柏市シルバー人材センターに業務を継承

ジョブコーディネーター (JC) を新規配置
 (本人と事業者の希望に即した**丁寧なマッチング**を目指す)

ジョブコーディネーター実績 (H26.1～28.3)

人員体制	2名 → (H27.4～) 4名
開拓分野	農業, 保育, 教育, 福祉, 不動産, 食品, 官公庁 など
マッチング実績	144名
その他	会員の増加 約1,300名 (H25) →1,605名 (H27.12)

柏市セカンドライフネットワーク会議

高齢者等の就労・社会参加を促進するため、公民学の関係機関が連携し、必要な協議を行う

事務局：柏市
 構成者：柏商工会議所，柏市社会福祉協議会，柏市シルバー人材センター，東京大学IOG，柏市，一般社団法人セカンドライフファクトリー（事業受託者）



▲セカンドライフプラットフォーム事業のイメージ

実績 (H26.11~H28.3)

* 職業安定局緊急期雇用創出事業（地域人づくり事業）

- セカンドライフ応援窓口
利用者 1,208名 (男：女 6：4)
- セカンドライフ応援サイト（WEBサイト）
アクセス数 22,363件
- セカンドライフ応援セミナー
1期 65名 2期 20名 3期 64名
4期 27名 5期 51名 計 227名

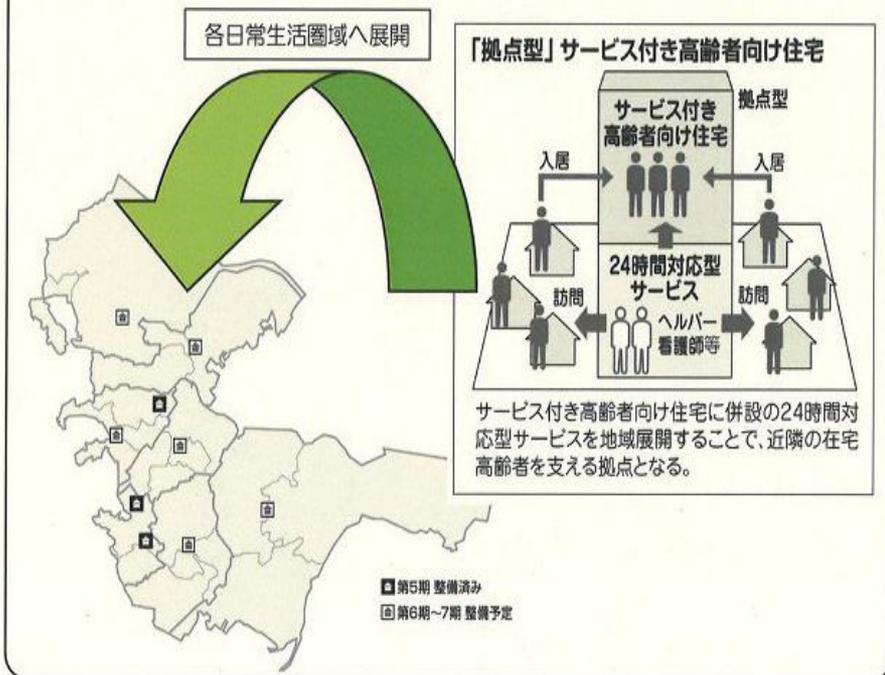
⇒進路決定者 就労94名 ボランティア50名

今後の予定



- 窓口をパレット柏に移転
- 職業安定局「生涯現役促進地域連携事業」に応募

○拠点型サービス付き高齢者向け住宅等の展開



- 入居者だけでなく、近隣居住の要介護者の拠点となるよう24時間対応型サービスを行う拠点型のサービス付き高齢者向け住宅等を各日常生活圏域に整備
(第7期までに5~6箇所。要介護3~5の利用者用の定員数約280人分を予定)
- 拠点型サービス付き高齢者向け住宅を中心に、要介護者の在宅生活を支援。

福祉政策
(保健福祉部)

連携

住宅政策
(都市部)



要介護高齢者住まい確保検討会

東大 I O G 辻特任教授
副市長, 企画・都市・保健福祉各部長・各課長

- 第1回 (H27.1) 課題共有
- 第2回 (H27.3) 制度対象者試算, 事業費積算
- 第3回 (H27.9) 候補地選定, 家賃補助検討
- 第4回 (H27.12) (中止)

24時間介護・看護サービスのケアプラン点検,
事業者ヒアリング, ケアマネヒアリング



平成28年度中に1件を公募予定
その際、24時間サービスの公募時に、サ高住の併設と在宅医療連携プランを優先的に選定

ご清聴ありがとうございました。

柏市ホームページ

「在宅医療の推進」で検索



ホーム⇒暮らし⇒高齢者・介護⇒その他⇒在宅医療の推進

