

多職種連携の先進モデル「柏プロジェクト」と連携会議の実際

医療法人社団 清風会
平野医院 院長
柏市医師会 副会長
山本拓真氏
Hirunori Yamamoto

東京大学、UR都市機構、千葉県柏市が取り組む在宅医療の先進事例「柏プロジェクト」。医療と介護、行政が一体となって5年間多職種連携に臨んだ結果、年間約300件もの視察がある注目モデルに。

多職種連携のワーキンググループにおいて在宅医療の革新に挑む2人のキーパーソンに、その要諦を明かしていただいた。



山本拓真（やまもと・たくま）
2005年、（株）カナミックネットワーク取締役就任。14年、同社代表取締役社長に就任。11年より東京大学高齢社会総合研究機構共同研究員（現任）、12年より国立がん研究センター外来研究員（現任）。総務省・厚生労働省事業の委員や部会構成員、事務局などを歴任。



平野清（ひらの・きよし）
1979年3月藤田保健衛生大学医学部を卒業。84年12月第2代平野医険院長に就任。現在、柏市医師会の副会長に在任中。また在宅医療モデルの柏プロジェクトにおいては副主治医として活躍し、柏市の多職種との情報共有システム部会長にも就任。

来年で開院60周年を迎える平野医院は、南柏地区で一番古いクリニック。看取りも自宅が当たり前だった時代から、外来と並行して往診ニーズに対応し、現在も24時間対応型の在宅診療を続けるなど、今回の「柏プロジェクト」においては、在宅医師のロールモデルとして、具体的な多職種連携の仕組みを構築する「試行ワーキンググループ（以下試行WG）」において中心的な役割を果してきた。一方、（株）カナミックネットワークは、2000年の創業以来、介護現場における、業務連携と情報共有システムを一貫して手掛けてきた。今回のプロジェクトにおいては、具体的な事業者連携の仕組みや、情報共有のための共通のシステムプラット

フォームづくりに、東京大学とともに参画。現在もさらなる進化を目指して、システムの改良を続けています。

東大、UR、柏市による 在宅医療推進プロジェクト

平野●平野医院は、1956年6月に私の父である初代院長の平野圭蔵が南柏地区を開院しました。2代目の私も、24時間対応型の在宅診療を続け、長くお付き合いのある患者さんでは、父の代から30年以上往診している方もあります。

山本●柏市で在宅医療のモデル事業に携わるきっかけというのは？

平野●東京大学高齢社会総合研究機構（IOG）の研究プロジェクトの1つで

ある、在宅医療のモデル事業として、全国平均と比較しても高齢化が進んでいる柏市にお声が掛かりました。

当初、柏市の医師会はあまり前向きではありませんでしたが、当院では長年、在宅医療を実践していたことから、

IOGの辻哲夫先生とお引き合わせいたきました。その後、医師会も世代交代をきっかけに、在宅医療に対する認識が高まり、医師会として取り組む決意をしました。10年5月に、東大とUR都市機構、柏市が協定を結び、とくに突出して高齢化が進んでいる柏市豊四季台地区を中心に、在宅医療を推進する「柏プロジェクト」がスタートしました。実は私は17～18年前に、医師がグループになって行なう在宅医療

を試みたことがあります。当時はなかなか理解されず、うまくいきませんでした。

したが、柏プロジェクトによって、私の目標していた姿が実現することになりました。

カナミックネットワークのシステムは、柏プロジェクトでも重要な役割を担っていますが、00年の創業当初から

介護向けのシステムを提供しています。

山本●介護保険制度によって、介護サービスが民間に開放され、サービス提供者は別に、プランを考えるケアマネジャーという職種ができ、基本的な方向性として介護が在宅にシフトする、

という厚労省の発表があつたときに創業しています。そこで一番問題になる

と思われたのは、1人の利用者に対してケアをする関係者が多職種、多法人であることです。情報共有や連携が円滑にできなければ、ケアの質が下がってしまうと考え、連携と情報共有をサポートする介護向けのシステムを立ち上げました。

その後、06年の介護保険法改正で地域包括支援センターができました。それまで民間による分散型で成り立っていたものを、新たに集中させようとするわけですから、リソース的に無理があります。そこで業務ソフトを活用した連携への期待が高まりました。当社のシステムはICTを使って、分散した情報を共有できる仕組みが売りです。千葉県の市川市全域で採用いただき、以降、県内に広がり、現在は県内の半数近くの地域包括支援センターをはじめ、全国約200カ所で採用していました。

平野●こうした取組みが柏プロジェクトに携わるきっかけになつたということですね。

山本●辻先生は、多職種、多法人が連携するには、オンライン、つまり対面での連携や教育プログラムと、直接話ができるなくても連携できるオンラインのシステムの両方が必要というお考

5つの柱のもとに三師会はじめ 介護、行政等すべての関係者が参加

でした。当社は千葉県内で導入シェアが高かつたことから、先生にシステムをご紹介する機会をいただき「介護版のネットワークがここまでできているならば、在宅医療もドッキングしていくべきではないか」とご期待をいただきました。私が東大の共同研究員という形で共同研究をすることになり、介護連携からはじまつたシステムが、地域包括ケアの範囲まで広がることになつたのです。

山本●介護保険制度によって、介護サービスが民間に開放され、サービス提供者は別に、プランを考えるケアマネジャーという職種ができ、基本的な方向性として介護が在宅にシフトする、

という厚労省の発表があつたときに創業しています。そこで一番問題になる

を試みたことがあります。当時はなかなか理解されず、うまくいきませんでした。

したが、柏プロジェクトによって、私の目標していた姿が実現することになりました。

カナミックネットワークのシステムは、柏プロジェクトでも重要な役割を担っていますが、00年の創業当初から

介護向けのシステムを提供しています。

（株）カナミックネットワーク
代表取締役社長
東京大学高齢社会総合研究機構
共同研究員
山本拓真氏
Yamamoto Takumi
Hirunori Yamamoto

の主治療医をバックアップするという試行モデルで、約50人の患者さんに在宅医療を行ないました。試行した約2年間、私はクリニックから離れることができませんでしたが、実際私が出勤したのは3回だけでした。現在は、在宅専門のクリニックが主に副主治医を担当しながら、主治医同士が互いにバックアップするように進化しています。

また急性憎悪時等に必要な、病院のお互いのルールを決めました。たとえば、急変などの第一報は在宅医が受け、夜中でも正月でもまず行く。それで入院が必要となれば、もともとその患者さんを診ていた病院が引き受けるとい

