

第2部「越谷市における在宅医療・介護連携の取り組みと課題」 行政の立場より

越谷市福祉部地域包括ケア推進課副課長

関 泰輔氏

皆さん、こんにちは。越谷市の地域包括ケア推進課の関と申します。10分ということで限られた時間で、早速ではございますけども、行政の立場ということでご説明をさせていただきます。まず、越谷市の状況についてご紹介をさせていただきます。

越谷市は2つの町と8つの村が合併をしまして、越谷町がまず誕生し、その4年後に、昭和33年に市制に施行いたしました。これが、市章の紹介させていただきます。今申し上げました2つの町、8つの村、2町8カ村と言っているんですけども、外側に丸が、枠が10個ある。これが、10個の町村を表しています。真ん中に、ちょっと細くて見づらいくんですけども、片仮名の「コ」が4つあって「コシ（越）」、真ん中が「谷」の字で、越谷を表す市章です。こちらは、シラコバトをシンボルとしたシンボルマークでございます。

現在は、人口が30万を超えて、さらに平成27年からは、中核市に移行をしております。高齢化率は24.2%。これは今年の4月1日現在です。実際には、最新ですと今年の1月1日現在で、24.6%となっております。それから、高齢者の世帯状況、先ほど、厚生労働省の課長さんからもお話ありましたけども、同様に1人暮らしや、夫婦世帯の増加の傾向ありまして、平成27年の国勢調査の結果ですと、1人暮らしがおよそ1万2,000世帯、それから、夫婦世帯が1万3,000世帯で、状況でございます。

それから、次のグラフは5年ごとの人口や高齢化の進行を表しております。越谷市は日比谷線と東武線の相互直通運転、それから武蔵野線の開通などによりまして、昭和40年代ぐらいです、人口が急激に増加をいたしました。この青い線が折れ線グラフ、これが高齢化率ですけども、ずっと横ばいに近かったものが、平成に入って急激に高齢化率が上昇をしております。人口はまだ少し微増の状況ですけども、オレンジ色の部分が65歳以上人口。この部分だけが増えてるというような状況でございます。

続いて、市の日常生活圏域の状況でございます。

先ほどの2町8カ村の部分の合併前の地区をベースとして、13地区を設定しております。高齢化率に着目いたしますと、今光っている赤い点線の4つが市の北部側の地域なんですけども、この4地区すべて越谷市全体の高齢化率より高いというような状況でございます。それから、大相模と書いてある地区が市全体と比べてかなり低くなっております。こちらはここの地区なんですけれども、レイクタウンがある地区でございまして、若い世代が増えているというところで、この地区だけは年々高齢化率が低くなってきているという、ちょっと珍しい現象が生じております。

続いて、越谷市の高齢化が進むスピード、これを国や埼玉県と比較した資料でございます。国は7%、高齢社会。ここから21%超高齢社会まで36年かかっております。一方で、越谷市は7%が国より24年も遅い平成6年から、21%が国よりたった6年後ということで、トータル18年ということですから、国の36年の半分の期間でこうしたということなんです。国の倍のスピードで進んでおりますけれども、先ほど、埼玉県の唐橋課長さんから異次元の高齢化というお話もありましたけど、埼玉県が27年、越谷市はこれをさらに上回る進行速度であったということになります。

最後に、少し在宅医療に関するデータを紹介させていただきます。国のほうの、黒田課長さんからもお話ありましたが、死亡場所の現状ということで、大半が医療機関ということになっております。自宅が約15%ということでございますけども、一方で、市民向けの調査において、国と同様で、できれば在宅でとお答えする方が多いというような状況は越谷市も変わらないということをご紹介させていただきました。

続いて、越谷市の地域包括ケアに関連する取り組みをご紹介させていただきます。地域包括ケアにつきましては、まず平成23年の介護保険法改正の中で、そういったシステムの構築が、国や地方公共団体が努めるべきという努力義務が規定されました。

また、事業計画の策定指針の中で、市町村は地域包括ケアシステムの構築をすることを念頭にというような文章が記述されたというところで、実際には市町村が主体となって、地域包括ケアシステムの構築というのが求められたというところでございます。

こういった状況の中で、越谷市は平成25年に、地域包括ケアシステムの実現に向けた検討する組織としてワーキングチームというものを設置いたしました。実際に、この組織の構成なんですけれども、いわゆる、医療、介護、予防、住まい、生活支援と言われている5つの領域から代表の方にご参加いただいたところなんですけれども、三師会の方にもご協力いただいたということが、こういった組織をつくる中で何よりも特徴ではないかというふうに思っております。そういった意味では、在宅医療・介護連携自体、制度上は平成27年度からですけれども、その前、25年というところから、早めに取り組んでいたという認識をしております。実際、このワーキングチームでこういったことを行ったかということで、第1段階として現状を把握、調べて、今後の、目指す方向性というものを取りまとめました。

続いて、第2段階というところで、6つの方向性をもう少し具体的に検討するために2つの部会を設置したところで、1つ目が検討部会1ということで、こちらの3つを所管するもの。もう一つがこちらの内容を所管するものとして設置しております。それぞれの部会での検討状況ですけれども、まず、検討部会の1個目のほうが、医療・介護連携推進のための研修プログラムというものの作成をさせていただきました。もう一つの部会のほうでは、地域ケア会議を越谷市で行うにあたって、こういった形がいいのかという部分を仕組みを作っていたということでございます。

このケア会議は個別ケースの検討を始めとして、関係者同士のネットワークあるいは、地域課題とつながりさまざまな機能を有していますので、こういった形、3層構造です。一つの会議ですべての機能を担うわけではないという、3層構造として、仕組みを構築しました。特に、個別ケースを考えるケース検討の中で、先ほど、国の資料でも医師などの参加は低いのではというお話がありましたけれども、越谷市は個別ケースの検討会議においては、医師などの医療職の参加を必須としたところでございます。そういった意味では、近隣自治体から見ると特徴的なのかなというふうに考えております。

そういった第5期の26年度までの取り組みですが、今度、第6期の現在の取り組みというか、まず計画の内容でございます。主要施策5つありまして、

ここの4番目で医療と介護の連携の推進というものを掲げております。実際の推進に向けた取り組みでございますけれども、まず、先ほどのワーキングチーム、これは有識者の任意会議だったんですけれども、これを市長の附属機関ということで、位置付けをさせていただいたというところと、多職種の協働研修を実施しているというところです。さらに、医師会のほうで、先ほど来、説明あります、連携拠点の設置ということ。これについては、後ほど、野上さんからご説明があるかと思っておりますので、私からは割愛させていただきます。

実際に事業の紹介、2点ほどさせていただきます。まず、1点目は多職種協働研修です。これは昨年9月に行ったものでございますけれども、その前が、事例検討というものがメインでした。この写真の研修は、事例検討ということではなくて、利用者や患者さんの視点からの心理学、ハラスメントという今までちょっと趣を変えたテーマで開催をさせていただきました。この企画は連携窓口、野上さんからのご意見、これを参考、発案だったというものを基に行いまして、参加者からアンケートを取ったところ、非常にいい、高い評価を頂いたところでございます。私たち行政だけでは、なかなかそういった企画ができなかったのかなという部分は、共通して感じたところでございます。

もう一つご紹介させていただきます。在宅医療・介護連携の関係はドクターや連携拠点の方から、分かると思います。ちょっと別の分野の事業ということになりますけれども、予防に関する取り組みでございます。これは、いわゆる総合事業の一般介護予防事業の中で、地域リハビリテーション活動支援事業というものがございます。その位置付けとして始めた写真です。これは、自治会などの組織の中で、実質的な活動をされているような介護予防の中心的リーダーの方を養成する講座です。リハビリ職の方が直接自治会の方に指導するというものです。越谷市は理学療法士、作業療法士などのリハビリ職を構成とする連絡協議会というものが設置されております。こういった市町村レベルのこの組織はほとんどないのではないかというふうにお聞きしております。そういった特徴を生かしまして、この事業は、このリハビリテーション連絡協議会のご協力を頂いて実施しております。参加する方々からは、介護予防としての効果が上がったというのは、もちろんなんですけれども、地域活動の活性化や地域力の強化につながったといった声もいただいております。こういった事業、今後積極的に展開していきたいと思っております。

こういった、いろいろな事業の中で、医療や介護

の専門職の方々のご協力を頂いておりまして、進めています。そういった部分で、在宅医療・介護連携、こういったものは、連携は少しずつ進んでるのかなと思っておりますので、今後の課題も含め、市民向けの普及啓発というものが需要ではないかというふうに考えております。ちょっとまとまらない話ですけれども、私からの説明は以上です。ご清聴ありがとうございました。

越谷市における在宅医療・介護連携の取り組みと課題

越谷市 地域包括ケア推進課

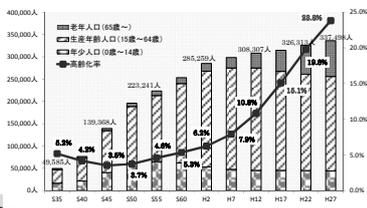
平成30年1月26日(金) 埼玉県立大学講堂



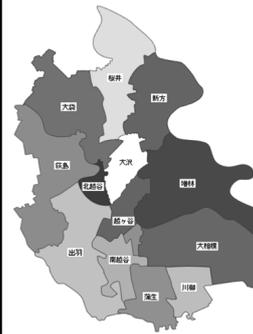
越谷市について

越谷市の概要(人口、面積 等)

沿革	昭和29年 2町8か村の合併により越谷町が誕生 昭和33年 市制施行(48,318人) 昭和51年 人口20万人突破 平成8年 人口30万人突破 平成27年 中核市に移行
面積	60.24km ² (東西8.6km、南北11.5km)
人口	339,677人(男169,091人、女170,586人) H29.4.1現在
高齢者人口	82,298人(高齢化率 24.2%)
高齢者の世帯	世帯総数 136,363世帯 65歳以上の方がいる世帯 52,576世帯 単身高齢者世帯 12,088世帯 65歳以上夫婦のみ世帯 13,153世帯



越谷市の概要(日常生活圏域別)



圏域	総人口	高齢者人口	高齢化率
桜井	38,715人	10,842人	28.0%
新方	14,523人	5,115人	35.2%
増林	32,064人	6,734人	21.0%
大袋	51,382人	13,368人	26.0%
荻島	11,999人	3,600人	30.0%
出羽	31,595人	7,896人	25.0%
蒲生	43,963人	10,575人	24.1%
川柳	9,050人	2,063人	22.8%
大相模	31,002人	5,131人	16.6%
大沢	22,108人	5,239人	23.7%
北越谷	8,523人	1,981人	23.2%
越ヶ谷	17,264人	3,874人	22.4%
南越谷	27,489人	5,880人	21.4%
市全体	339,677人	82,298人	24.2%

越谷市の概要(高齢化の進展)

- ・国は、高齢化社会(7%)から超高齢社会(21%)までに36年
- ・埼玉県は27年、越谷市は、18年で7%から21%へ(国の倍のスピード)

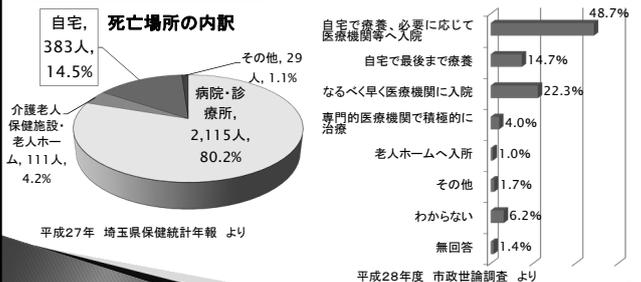
	高齢化社会(7%)		高齢社会(14%)		超高齢社会(21%)
国	1970年(S45)	24年	1994年(H6)	12年	2006年(H18)
埼玉県	1985年(S60)	18年	2003年(H15)	9年	2012年(H24)
越谷市	1994年(H6)	11年	2005年(H17)	7年	2012年(H24)

越谷市の概要(在宅医療関連)

・自宅療養の希望が6割以上である

が、実際の死亡場所は大半が医療機関
(自宅での死亡は約15%)

人生の最期において、どこで療養生活を送りたいか



平成27年 埼玉県保健統計年報 より

平成28年度 市政世論調査 より

» 越谷市の 地域包括ケアの取組み

7

第5期(平成24年度～平成26年度)

介護保険法改正(平成23年):「**国及び地方公共団体は、地域包括ケアシステムの構築に努めるべき**」という規定が介護保険法上に明記
基本指針(事業計画策定関連):「**市町村は、高齢化のピーク時まで目指すべき地域包括ケアシステムを構築することを念頭に**…地域の実情に応じた日常生活圏域を定める必要がある。」

市町村が主体となり、地域の実情に応じた
地域包括ケアシステムの構築が求められる

越谷市ワーキングチームを設置 (H25.5～H27.6)

「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、課題及び取り組み等を検証し、各施策の有機的な連携と包括的な推進を図ることを目的

メンバーは5つの領域[※]から選出
※5つの領域:医療、介護、予防、住まい、生活支援

- ・医師会
- ・歯科医師会
- ・薬剤師会
- ・民生委員・児童委員
- ・社会福祉協議会
- ・地域包括支援センター
- ・訪問看護ステーション
- ・介護支援専門員
- ・高齢者住宅関係
- ・病院医療連携室
- ・有識者

8

第5期(平成24年度～平成26年度)

○ワーキングチームの取り組み状況

第1段階
H25.5～
H25.10

越谷市の現状等の把握

↓
目指すべき方向性を取りまとめ

目指すべき方向性

- 在宅医療の充実・強化
- 情報システムの共有
- 認知症対策の推進

- 介護、福祉、住まいの充実
- 専門職のスキルアップ
- 地域ケア会議の推進

第2段階
H25.12～
H27.6

ワーキングチームに2つの部会を設置し、
「取り組むべき方向性」の具体的な内容を検討

検討部会1

- 在宅医療の充実・強化
- 情報システムの共有
- 認知症対策の推進

・医療・介護連携推進の
研修プログラムを作成

検討部会2

- 地域ケア会議の推進
- 専門職のスキルアップ
- 介護、福祉、住まいの充実

・越谷市版の地域ケア
会議の概要を作成

会議を3層構造とし、個別ケースの検討
会議は、医師の参加を必須とした

9

第6期(平成27年度～平成29年度)

○第6期越谷市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

【基本目標】

地域包括ケアシステムの実現を目指す

【主要施策】

※制度改正に伴い新規事業・重要事業等

- 1 生涯にわたる健康づくりと介護予防の推進 …… 介護予防・日常生活支援総合事業
- 2 生活支援の充実と社会参加の促進 …… 生活支援体制整備
- 3 介護サービスや住まいなどの基礎整備と質的向上 …… 介護従事者向け相談窓口、中核市として特養等を整備
- 4 医療と介護の連携の推進 …… 在宅医療・介護連携推進、地域ケア会議
- 5 認知症施策の推進 …… 認知症初期集中支援チーム

○在宅医療・介護連携推進の推進に向けて

- ・ワーキングチームを発展的解消、市長の附属機関として
「越谷市地域包括ケア推進協議会」を設置
- ・多職種協働研修を実施
- ・越谷市医師会では、医療と介護の連携拠点を設置

10

第6期(平成27年度～平成29年度)

○多職種協働研修



日時 H29.9.27

対象者 市内在勤の医療
関係者及び介護
関係者

参加者数 90人

・これまで実施した事例検討ではなく、利用者、患者さんの
視点からの心理学、ハラスメントをテーマに開催

・連携窓口の職員の意見を参考、参加者から高評価を
いただいた

11

第6期(平成27年度～平成29年度)

○介護予防リーダー養成講座



自治会等が自主的に行う介護
予防活動の中心となるリー
ダー(ボランティア)を養成する
講座

・理学療法士や作業療法士等のリハビリ職を構成員とする、
越谷市リハビリテーション連絡協議会に協力をいただく

・参加者から「体操などを通してコミュニティをよりよくなって
きたい」等のご意見をいただくなど、介護予防の取組みは
もとより、地域活動の充実の効果が期待

12

第2部「越谷市における在宅医療・介護連携の取り組みと課題」

医師の立場より

「越谷市医師会及びかかりつけ医からみた「在宅医療・介護連携」の取り組みと課題」

越谷市医師会副会長

大越 恭二氏

皆さん、こんにちは。越谷市医師会の大越と申します。私は、越谷市医師会に所属をしながら、越谷市の北部のほうで診療所を開業している者です。そのため医師会活動の面と、自分自身が行っている在宅医療の面、2つの面からお話をしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

まずは、越谷市の概要ですけれども、状況は先ほどもお話ありましたけれども、人口は約34万人で、65歳以上が約83,700人です。高齢化率が24.6%となっております。医療機関の数としましては、診療所が189施設、病院、20床以上のベッドを持っているところが16施設。医師会員の中の訪問診療医は20名。これは訪問診療登録医という登録を行っている医師の数のみで、実際には登録を行っていない医師や、あるいは、医師会に所属していない医師もいらっしゃるの、そのくらいの数を合わせるともう少しいるかと思えます。そして、そのうちの在宅療養支援診療所が14施設。14施設ですが、1施設1人と考えて、大体14人と考えてください。そのうちの訪問診療登録医による訪問患者が昨年の11月現在で、1,030人。その内訳は自宅が391人、施設が639人となっています。

続きまして、越谷市医師会での在宅医療に関する活動ですけれども、大きく2つありまして、1つは在宅医療支援委員会というのがございます。これは委員の14名で構成されておりまして、訪問看護師も3名参加しております。開催は月1回になっております。主な内容といたしましては、在宅医療関連の情報伝達収集と、県ですとか市内の在宅医療関連、あるいは地域包括関係の会議がありますので、そこに参加した者が会議の報告ですとか、あるいは講習会などをしております。

それから、勉強会も行っておりまして、これは麻薬を含む薬剤の勉強会ですとか、あるいは、医療機器、これは在宅でも使える医療機器というのが、最近進んでいまして、例えば、コンパクトなエコーで

すとか、患者さんの残尿量を測る機械ですとか、そういったものも開発されておりますので、そういった機器の勉強会なども行いました。

それから、各医療機関の報告といたしまして、在宅ではいろいろ困難事例がありますので、その辺の困難事例の報告、及び相談もやっています。そして、同時に参加してます訪問看護からの報告といたしまして、やはり、困難事例がありますので、その辺の相談をしたり、あるいは、新規の訪問、診察の依頼等をその場で行っております。

また、昨今、訪問診療医が少ないということで、それを増やすための活動といたしまして、勉強会の「始めよう訪問診療」というのを年に2回ほど行っております。開催ごとに少しずつ参加者は増えておりますけれども、まだ数は少ないと思われま。

それから、長期休暇時期の当番制というので、これは、主に夏期の長期休暇、あるいは、年末年始の長期休暇の際に、どうしても、その休暇中に少し出かけたりとか、皆さん、家族もありますので、そういった意味で、ちょっとこの日だけお願いということで、当番制を取りまして、自分がどうしても行けない場合には、代わりに行っていただくというようなシステムを作っておりますけれども、これも、手上げ方式ですので、全然行けない人は行けないということで、まだまだ不十分なところはあると考えております。

あと、ここに書いていませんけど、特殊な医療材料なども医師会で購入いたしまして、それらを各診療所に、小分けに分けるといってもやっております。これは、どうしても医療材料を、1人のために50個単位で取らなきゃいけないとか、そういう梱包の場合も多いので、それらをコストダウンするために個別に売ったりしております。

2つ目としましては、医療・介護連携拠点運営委員会というのがございます。これは後ほど詳しくお話をします医療・介護連携拠点の運営委員会という

ことで、委員が6名おります。連携拠点からの主に活動報告やケース検討会議等の報告で、何か連携で問題がなかったかという報告があります。後からもお話がありますが、連携拠点というのはコーディネーターを中心に、ケアマネージャーや医療関係、介護関係それから支援センターなどを中心として双方のやりとりでいろいろ相談を受けたりしております。

次に在宅医療における医師と多職種の連携ですが、在宅医療は患者さんを中心としたチーム医療と考えております。もちろん、中心は患者さんであり、その舵を取るのがケアマネージャーとなります。イメージとしましては、こういう形で、患者さんが中心にいて、その中心に向かって、病院、診療所ですとか、歯科医師さんと薬剤師さん、リハビリ、訪看等々が関与します。これを中心として見守っているのがケアマネージャーで、指示をいろいろ出していくというイメージと思ってください。

ちょっと戻りますけども、こういう多職種との連携が不可欠ということは、どういうことかということ、やはり先ほどもちょっとお話出しましたが、医療ニーズの大きい患者さんがいたり、あるいは、介護ニーズが大きい患者さんという、両極端の場合もありますので、そうすると、そこに医療の関係者を入れるか、介護のほうにもっと力を入れたほうがいいかというのをケアマネージャーが判断して、サービスを提供するということになります。

ここから、私の当院の話になりますけども、私は約20年前に、通院困難患者に対して、往診を開始いたしました。当時、訪問診療とか在宅医療という言葉がなくて、いわゆる、往診です。当時は、年間に1人とか2人とかで、訪問看護というのは市内には1つしかないということと、あまり、訪問看護ステーションという意味合いがよく分からなかったので、私、1人で患者さんを診ていました。自分のところに通院をしていた患者さんが高齢となって来院できなくなり「もう先生行けないから、駄目だよ」というので、こちらから行きますということで始めるようになり、年に1人2人の患者さんで開始しました。

昨年度の実績ですが、見てもらって分かるように、やはり年齢層がすごく高いです。昨年14名ほど見ましたが、ほとんど高齢者ですが、中には若い人もいらっしゃっていて、この患者さんは元々アルコール中毒の人で、50歳ぐらいで会社を辞めて、早期退職でお金をいっぱいもらったおかげでお酒ばかり飲んでいたら動けなくなって看取ったという人です。

あと、最近ちょっと問題になっている胃ろうです。胃ろうの患者さんは現在、2人ほどいるのですけれども、やはり胃ろうで大きなトラブルがない限りは、かなり、言葉は悪いですけど、長く生きるんです。この2人とも僕が診ている限り、10年以上。1人は12年、1人は14年ぐらいですか診ていまして、途中で大きなトラブル、例えば、誤嚥（ごえん）性肺炎ですとか、脳卒中とか心筋梗塞などを起こしたことはなかったので、今でも、2人とも寝たきりで意識はないですが、しっかりと、胃ろうから栄養が入るということで、血液検査をしても栄養状態が非常に良くて、臓器のトラブルもないので、まだまだ長生きできるんじゃないかなと考えております。

私のところへの訪問診療の依頼元ですが、割と多いのは、訪問看護ステーションからの依頼。次は病院の連携窓口。これは、基幹病院とか中核病院です。越谷で言うと市立病院ですとか独協越谷病院ですとか、連携窓口から直接電話がかかってくる、近くの患者さんでこのような患者さんがいますが、どうですかという依頼です。近隣では草加市立病院や春日部市立病院からも依頼があります。県外でも柏のがんセンター、東病院からもたまにですけども、どうですかという形で依頼を受けることがあります。

そのほか、医療・介護連携窓口からの依頼ですとか、ケアマネージャーから直接電話依頼があったり、患者さんのご家族が直接来られたり、電話で依頼が有ったり、あるいは新規で一回も来たことがない家族の方が来て、往診してくれませんかという依頼も時々ございます。

私のところは訪問は基本的には、月に2回で、行く時間帯は平日の診療の合間の昼休みを利用して行っております。1日に多くて3人、少なくても1人と。重症患者さんの場合には週に1回から数回行くこともあります。現在はいませんが、がんの末期の方なんかは、やはりしょっちゅう見に行かないといけないので、週に2~3回行くこともあります。あと、緊急時には診療の合間にも訪問をすることがあって、それも、電話が来たからすぐ行けるわけではなく、外来患者さんの切れ目を見て、さっさと行って、ちょっと患者さんには待ってもらって、また帰って診療というそういう事をすることがあります。

私のところは、いわゆる在宅療養支援診療所の届け出はしていません。そのために、基本的には365日24時間対応でなくても良いんですけども、夜間看取りの可能性がありそうな日には、医院で待機するということが時々あります。これは、昼間に急変したけれども、心肺停止ではないというときがありますが、こういう日は今晚あたりだろうなとい

うときは待機して看取するという形を取ることもあります。

在宅療養支援診療所は荷が重いのですが、これは在宅療養支援診療所の施設基準の条件が厳しく、届け出の条件は通常の開業医ですとかなり厳しくて、看取りがなくてはいけないことや24時間体制が必要な事など負担が非常に大きいため、届け出は今のところしておりません。訪問診療はやれる範囲でやればいいのかなどというそういう感じでやっています。

しかし、現実には、先ほどもちょっとお話ししましたけど、夜間の看取りですとか、あるいは休日の看取りなんかもありまして、5年ほど前ですけども、1月1日の朝8時に電話があって、心肺停止したということで看取り依頼。訪問看護師さんが先に行って待機しており、元旦でしたけど、私はまだお酒を飲んでなく、自宅にいたので訪問しました。自分が動けるときであれば、行くのですが、それが年中となってくると、かなり負担があるという感じはあります。

医師会にも、先ほどもお話ししましたとおり、当番制があるんですが、その時期だけの当番制であって、普段はみんな1人でやってるという状況です。これらのことは、在宅医が増えない原因の一つでもありまして、連携窓口の会員アンケートの中でも、同様の答えが結構あったようです。

今後の課題ですけども、やはり、在宅医療を推進するには、医師の立場から言うと訪問診療医を増やすことではないかなと考えております。枠組みだけ作っても、中身が伴わないと駄目だと思っておりますので、この枠組みというのは国のほうでも決める枠組みも含めてですけども、在宅療養支援診療所というものがありますけども、これは診療報酬上は高点数になりますけども、それなりの責任があって、算定条件がありますので、非常に難しく、現在は在宅療養支援診療所の数が減りはしませんけど、横ばいになってきていると聞いております。そういったことで、一部の医師だけでやっていくには非常に限界があり、地域の医師のサポートが必要と考えております。そのためには、もう少しハードルを下げて、在宅医療に参加しやすくする必要があるのでないかと考えております。

もう1つとして、いわゆるジェネラリストという、全身を診る、内科医あるいは外科医等はそこそこいますけど、それだけでなく、単科の耳鼻科、眼科、皮膚科、泌尿器科などのニーズも非常に高く、例えば、褥瘡、床ずれなんかはよく寝たきりの人で聞きます。それを治療するにあたっては、僕らも診て、軟膏を処方したりしますが、なかなか良くならない

ケースも結構多いです。逆に悪化する場合、僕らがやるよりは訪問看護の看護師さんがやるほうが良くなるケースなんかもあったり、それでもうまくいかない場合は皮膚科医に診ていただけると非常に助かるということはあるので、ぜひ単科の先生方にも協力していただければ、助かると考えております。

訪問診療医を増やす対策といたしまして、通常の診療に支障のない範囲で、訪問診療を始めてもらえればいいのかと考えています。大風呂敷を広げずに、先ほど、僕が最初にやっていたように、自分のところに来ている患者さんだけでも、1人でもいいからまずは診ていただくというような形で、ハードルを下げていけばいいかなと。それから、訪問看護と十分連携を取るということ。これはやはり、訪問診療をやる上では非常に大事なことで、必須でありまして、先ほども言いましたけども、在宅医療もチーム医療ですから、医師1人で十分でないケースもあるので、今は24時間対応でやってる訪問看護ステーションもございますので、そういうところと連携を十分取るということが必要です。

それから、やはりケアマネージャーとも十分連携を取るということも重要で、これはケアマネージャーさんに対して、自分がどういう診療スタイルなのか、どういう訪問診療をやっていくのかということも、あらかじめ伝えておくことによって、その医師に対してこの患者さんが適当かどうかということも判断できると思うので、それは分かっていた方がいいかなと考えております。

それから、訪問診療のやり方を、まだやっていない医師にレクチャーするという意味で、われわれ医師会では、「はじめよう訪問診療」という勉強会をやることで、若い先生を中心に、レクチャーというところちょっと大げさですけども、なるべく仲間を増やしていきたいなど今後も考えております。以上であります。ありがとうございました。

越谷市医師会及びかかりつけ医からみた「在宅医療・介護連携」の取り組みと課題

平成30年1月26日(金)
「埼玉県立大学研究開発センターシンポジウム2018」
埼玉県立大学 講堂
越谷市医師会 大越恭二

1

越谷市の状況

・人口	約34万人(65歳以上 約83,700人) 高齢化率 24.6%
・医療機関	診療所 189施設 病院 16施設
・訪問診療医	20名(訪問診療登録医) (在宅医療支援診療所: 14施設)
・訪問診療登録医による訪問患者	1030人 (自宅: 391人 施設: 639人)

H29.11月現在

2

<越谷市医師会での在宅医療に関する活動>

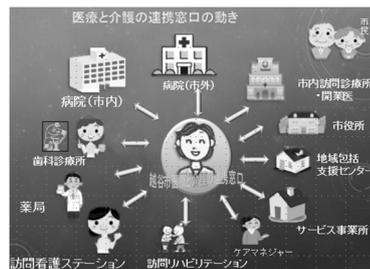
①在宅医療支援委員会(委員 14名 1回/月)

- ・在宅医療関連の情報伝達、収集
会議報告、講習会報告、勉強会
- ・各医療機関からの報告
困難事例等
- ・訪問看護からの報告
困難事例の相談、新規の依頼
- ・訪問診療医を増やす活動
勉強会「はじめよう訪問診療」年2回開催
- ・長期休暇時期の当番制

3

②医療・介護連携拠点運営委員会(委員 6人)

連携拠点からの活動報告、ケース検討会議の報告、問題

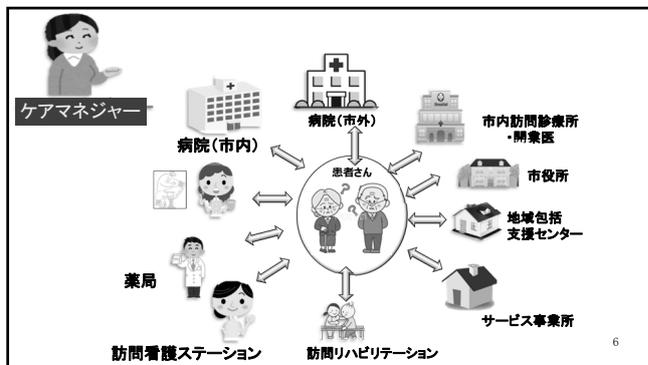


4

在宅医療における、医師と他職種(多職種)の連携

- ・在宅医療は患者さんを中心としたチーム医療
中心は患者さん 舵取りはケアマネージャー
- ・他職種(多職種)との連携は不可欠
医療ニーズの大きい患者さん
介護ニーズの大きい患者さん

5



6

当院の場合

- ・約20年前に通院困難患者に対して往診開始
当時は年間に1-2人程度。
単独で往診。
訪問看護ステーションも市内に1つ。(現在17か所)

7

平成29年訪問診療患者

- ①O.A 女性 92歳 糖尿病、脳梗塞、→死亡(8月26日)
- ②E.M 女性 98歳 胃瘻(+)、脳梗塞、喘息、糖尿病、高血圧
- ③E.T 男性 90歳 高血圧、貧血、便秘→入所(10月14日)
- ④K.Y 女性 70歳 耳下腺腫瘍骨転移→再入院(9月20日)
- ⑤S.E 男性 82歳 糖尿病、胸椎圧迫骨折、高血圧
- ⑥Y.I 女性 87歳 糖尿病、高血圧症、リウマチ性多発筋痛症
- ⑦A.M 男性 83歳 下肢痛・腰痛歩行障害、高血圧症

8

平成29年訪問診療患者

- ⑧K.Y 女性 82歳 認知症、うつ病、大腿骨頸部骨折
- ⑨O.M 男性 71歳 尿道カテーテル、両下肢麻痺(原因不明)
- ⑩N.A 男性 66歳 アルコール性肝炎→死亡(2月10日)
- ⑪O.M 女性 81歳 胃瘻(+)
クモ膜下出血後意識障害
- ⑫I.T 男性 95歳 糖尿病、高血圧症
- ⑬T.M 女性 84歳 高血圧症、脂質異常症、大腿骨骨折後
- ⑭K.Y 男性 82歳 糖尿病、心房細動 脳梗塞後遺症→死亡
(4月24日)

9

訪問診療依頼元

- ・訪問看護ステーション
- ・病院連携窓口
- ・医療介護連携窓口
- ・ケアマネージャー
- ・患者家族

10

- ・訪問は基本的に2回/月。平日の昼休みのみ。
重症患者は1~数回/週。
- ・緊急時には診療の合間に訪問もあり。
- ・在宅支援診療所の届は出していない為、365日24時間
対応でなくてもよいが・・・。

➡ 夜間看取りの可能性のある日は医院で待機。

11

時間的拘束、精神的負担

施設基準や届け出条件が厳しく
在宅支援診療所は荷が重い

➡ 届け出しない

- ・できる範囲で診ればよい。
しかし現実には「夜間看取り」「休日看取り」もあり。
- ・医師会内で当番制(年末年始、夏季休暇)もあるが
普段は単独。

在宅医が増えない原因の一つ

(会員アンケートでも同様の答え多数)

12

今後の課題

在宅医療を推進すること（訪問診療医を増やすこと）



枠組みだけ作っても中身がなくてはダメ。
一部の医師だけでやるには限界がある。
地域の医師の底上げが必要。
そのためにも、ハードルを下げて在宅医療
に参加しやすくする必要がある。

また、ジェネラリストだけでなく単科の
医師（耳鼻科、眼科、皮膚科、泌尿器科）
の協力も必要。

13

対策

- ・通常の診療に支障のない範囲で訪問診療を始める。
- ・訪問看護と十分連携をとる。
- ・ケアマネージャーとも十分連携をとる。
- ・訪問診療のやり方をレクチャーする。



「はじめよう訪問診療」

14

第2部「越谷市における在宅医療・介護連携の取り組みと課題」

コーディネーターの立場より

越谷市医師会在宅医療連携拠点コーディネーター

野上 めぐみ氏

皆さま、こんにちは。越谷市医師会医療と介護の連携窓口の野上でございます。越谷市のお話を伝える機会を与えていただき、ありがとうございます。それでは、お話のほう、進めてまいります。

今回は3つの内容に沿ってお伝えします。医療と介護の連携窓口の活動報告、次に相談業務から見てきたこと。最後は課題と展望です。まずは、越谷市医師会医療と介護の連携窓口の活動報告に参ります。平成28年4月に開設されました、先ほど、唐橋さんのほうからお話ありましたが、3本柱の事業をしてまいりました。平成30年4月には、県から市へ移管される予定です。

在宅医療連携拠点の整備についてです。保健センター3階にあります越谷市医師会事務局の中に設置されており、ケアマネジャーを兼務したことがあり、医師会に訪問看護ステーションで訪問看護師の業務をしていたことから、コーディネーターとして異動になりました。事務員との2人体制です。開設しただけでは相談業務は来ません。そこで、各事業所に向けて周知説明会を行い、机にでも貼っていただけるように、マグネットシートを配布しました。越谷市医師会から医療と介護の連携窓口に入れるホームページを開設して、情報共有に努めています。

日本在宅学術集会で発表。活動状況報告や広報誌『医療と介護の連携窓口だより』を作成配布しております。これは、地域包括ケアの充実を図るために多職種からの相談内容の情報共有は、課題解決の一步になると考え、毎月の相談から伝えたいものを選択して、毎月発行しております。送付先の一覧です。ファクス、メールで送信し、介護保険課に配荷していただいております。ホームページも事業所向けのページからはバックナンバーが見られるようにしました。

相談業務です。左の円グラフをご覧ください。相談総数は開設してから、平成29年12月の21カ月で318件。月平均で15件です。青い部分は医療機関、訪問看護の医療関係者で38%。緑の部分は介護、福祉関係者で43%です。市民の相談業務

は包括支援センターになっておりますが、医師会に電話がくるときに、看護師が対応したほうが良い場合には、私が出て15%となっております。

右の棒グラフをご覧ください。赤枠内は医療・介護両方から入退院や在宅生活継続のご相談です。患者家族の関わり方に関しては、事業所内で解決しない場合に連絡がくるようです。相談窓口のみで対応しきれないときは、ネットワークを利用して解決を図ります。在宅療養支援ベッドの確保は受け入れ病院の5つの医療機関で毎日、輪番制で対応しております。去年は利用が8件でした。利用増にあたって、今年度は家族の介護疲労を軽減するためのレスパイト入院も対応可能にしており、今年度は9カ月で13件のご利用です。訪問診療医は先ほど大越先生がお話くださいました。利用可能患者数は12月現在、197名です。

その他の活動報告です。越谷市のケース検討会議は年間66回ありますが、参加医師のコーディネートを行っております。穴が開くことがないように医療機関に打診して、参加を募っていますが、十数名連絡しても、なかなか決まらないこともあって、コーディネーターのモチベーションを維持するのも大変だと思ふときもございます。この会議は医師の地域の学びの場にもなっていたり、会議に厚みを持たせることもあって、とても良い会議になっております。訪問診療医へのきっかけづくりにもなると考えて動いております。

次にICT関連です。埼玉県は医療・介護専用のSNS、メディカルケアステーションを使っています。全ユーザーグループは現在129名で、研修会の周知に使っています。市内だけでなく、県内の連携拠点コーディネーターグループもあって、コーディネーター同士の情報共有等を活用にも使っております。各種委員会ですが、医師会のお話は、大越先生がいただきました。他に有志で行っている会がありまして、顔の見える関係づくりを意識しています。その中で、先ほど、関さんからもワーキンググループのお話がありましたが、そこから発足された医療・介

護連携の会、世話人会というものがございまして、その事務局になっています。

アンケート、調査、研修会の開催、出前講座。これは地域包括ケアシステムに関して、関心が薄い方に、興味を持っていただき、自分たちも地域包括ケアシステムの一員であると理解していただく目的で担当理事と行っています。獨協医科大学、埼玉医療センターや、新越谷病院、来月は越谷市の市議会議員さん向けに行う予定です。こういうことから、越谷市の連携窓口は、在宅医療提供体制充実新事業全体に関わっています。

さて、生活を支え、命を支えていくために、在宅医療・介護連携事業を進めておりますが、他に何か必要なものはあるのでしょうか。課題は何でしょうか。相談業務から見えてきたことから考えていきたいと思います。1人の相談は氷山の一角。ネットワークを広げた情報共有で、問題は迅速に解決。相談は現場の今の問題。アンケートでタイムリーな研修会につなげるということです。地域包括ケアシステムの構築には、それぞれの専門職のボトムアップにつながるフォローが必要だと思います。

次に連携を充実させるには、コミュニケーション。特に情報の伝え方が大事です。バトン、情報を受け取る側の準備ができていなかったら、うまく伝わりません。相手が受け取りやすいバトンパスの工夫が必要です。次に話したくなるような内容でバトンは自然に渡っていきます。大切なこととしましては、情報提供、周知の継続が必要。多職種連携と平行して、同職種連携も大切。地域包括ケアシステムの一員と意識が高まる情報提供。受援力を意識した多職種連携づくり。それぞれの職種に向けての相互理解に向けて、連携拠点は多職種のパイプ役を果たしていくように努めております。プライドの高い職種、仕組みの壁が厚い職種、遠慮がちな職種、いろいろな職種の間で、いろんな思いをしながら動いております。

それでは、課題と展望にまいります。先日、越谷市内の在宅医療と介護職の私たちが市議さんに伝えたいアンケートというのをしました。仕事の好きなところは左側の太陽のところ。笑顔、達成感、やりがい、人との関わり、嫌いなところでは、多忙、賃金が安い、書類が多い、コミュニケーションが難しいなどの意見があります。市民の生活に密着している在宅医療・介護職は患者家族に寄り添って見えます。生きている人に寄り添った業務は感情に寄り添っているということでもあります。在宅医療・介護職は病院と異なり、その方が生活している家に乗り込んで、命に関わっています。拒否をされたら

ケアにつながりません。医療と介護職の方々が、離職せずにバーンアウトしない環境づくり、ボトムアップができる、モチベーションが維持できるようにすることは課題だと思っています。

在宅では例えば、靴下の履き方一つでもこだわりがあるという方もいて、その方にあった細かい要望を受容し、介護するご家族は疲弊もしやすいということがありまして、レスパイト入院が必要になってきます。その入院先で看護サマリー等では情報が不十分です。時々、病院、ほぼ在宅が可能になるようにするには、訪問看護師や介護士が病院に出向いてケアの指導をするといった、在宅ケア側の入院支援や、訪問看護サマリーとの加算も必要だと思います。先ほど、厚生省の資料の64ページのところにも書いてありまして、少し、意識していただけるようになったのだなと思いました。利用者の不安が少なくなることでレスパイト入院のリポートも可能になります。そういった患者さんの視点での体制づくりが必要だと思います。

最後に、展望としまして、地域包括ケアは町づくりです。多職種連携は医療と介護だけではなく、行政や教育とも密接につながっています。どこに住んでいても誰でも地域包括ケアシステムの一員であることを自然に理解できる子どものころからの教育が必要ではないでしょうか。ご清聴ありがとうございました。

越谷市における 在宅医療・介護連携の 取り組みと課題 ～コーディネータの立場より～

越谷市医療と介護の連携窓口 野上 めぐみ
H30.1.26(金) 於: 埼玉県立大学講堂

1

今日のお話

越谷市医療と介護の連携窓口の活動報告

↓

相談業務から見てきたこと

↓

課題と展望

2

越谷市医療と介護の連携窓口の
活動報告

↓

相談業務から見てきたこと

↓

課題と展望

3

H28年4月開設

↓

1, 在宅医療連携拠点の整備
2, 在宅療養支援ベッドの確保
3, 往診医の登録・患者情報の共有

↓

H30年に県から市へ移管

4

1.在宅医療連携拠点の整備

①設置場所: 越谷市医師会事務局
人員: 拠点コーディネーターと事務員
(看護師、ケアマネジャーの資格)

②周知

- ・マグネットシートの配布
- ・ホームページの開設 (越谷市医師会:パスワードはrenkei)
- ・「日本在宅医療学会学術集会」H29.9.17発表
- ・「医療と介護の連携窓口便り」の作成配布

医療と介護の連携窓口
平日 9:00~17:00
TEL: 048-940-7701
FAX: 048-940-7702

5

目的
地域包括ケアの充実を図るために、多職種からの相談内容の情報共有は課題解決の一步と考えて発行

送付先
医療系: 医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、リハビリテーション、病院連携室
介護系: ケアマネージャー、ハートページ掲載事業所
行政系: 県庁保健医療部医療整備課、市役所地域包括ケア推進課、他6カ所、地域包括支援センター、市議一部
教育系: 県立大学、文教大学、目白大学 その他

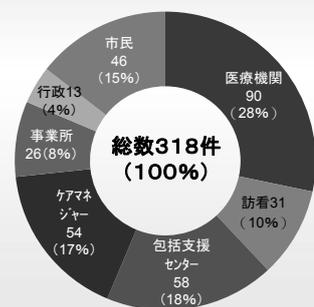
医療と介護の連携窓口便り

約530事業所に配布
ホームページ掲載

6

③相談業務 H28年4月～29年12月の21か月間

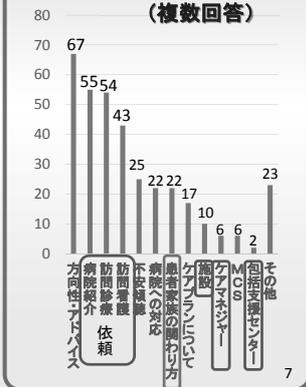
事業所別相談業務



総数318件 (100%)

月平均15件

相談内容352件 (複数回答)



7

2.在宅療養支援ベッドの確保

- 後方支援ベッド受け入れ病院は6⇒5か所輪番制で稼働
- H28年度利用は年間8件
- H29年度はレスパイト入院も対象可能9か月で13件利用

3. 訪問診療医の登録・患者情報の共有

- 訪問診療登録医は20名
- 利用可能患者数は197名 (H29.12現在)



8

4. その他の活動①

☆越谷市ケース検討会議 年間66回

参加医師コーディネート



9

4. その他の活動②

☆ICT関連(埼玉県はメディカルアステーション:MCS)

全ユーザーグループは129名

☆各種委員会

☆アンケート調査・集計後 研修会の開催

☆出前講座(地域包括ケアシステムについての研修会)

10

連携拠点の業務を越谷市の場合は
事業全体に係っています。

生活を支える、命を支えるのに
必要なものは
他に何かあるでしょうか？

11

越谷市医療と介護の連携窓口の活動報告

相談業務から見てきたこと

課題と展望

12

相談業務で見えてきたこと①

- 一人の相談は氷山の一角
- ネットワークを広げた情報共有で迅速に解決
- 相談は現場の今の問題
- アンケートでタイムリーな研修会の実施に繋げる

地域包括ケアシステムの構築には
それぞれの専門職のボトムアップに繋がる
フォローが必要

13

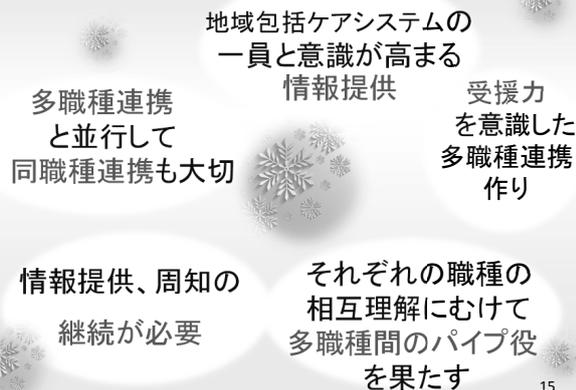
相談業務で見えてきたこと②

連携を充実させるには:コミュニケーション
(情報の伝え方)が大切

- バトン(情報)を受け取る側の準備ができてい
なかったらうまく伝わらない(相手の状況を把握)
- 相手が受け取りやすいバトンパスの工夫が必要
(興味がわく内容、声掛け周知、時間等)
- 次に話したくなるような内容はバトン(情報)が自
然に渡っていく
(情報共有、フィードバックをお互いに意識確認)

14

大切なこと



15

越谷市医療と介護の連携窓口の活動報告

相談業務から見えてきたこと

課題と展望

16

市民の生活に密着している
在宅医療・介護職は..

人に寄り添った業務

感情労働

をしています。

笑顔
達成感
やりがい
人との関わり

多忙
賃金が安い
書類が多い
コミュニケーションが難しい

17

越谷市医療と介護職の私たちが市議さんに伝えたいアンケートより

課題

感情労働のサポートやバーンアウト
しない離職せずに済む環境づくり

ハード面:「時々病院ほぼ在宅」が可能なように!

慢性疾患等に対する加算を増やす工夫..

ソフト面:・医療と介護職がボトムアップができ

モチベーションの維持が可能なシステムの検討

皆を繋いでいる連携窓口のモチベーションもあげてね!

18

展望

多職種連携は医療と介護だけでなく
福祉(行政)、教育とも密接に繋がっている

•どこに住んでいても

誰でもずっと地域包括ケアシステムの一員



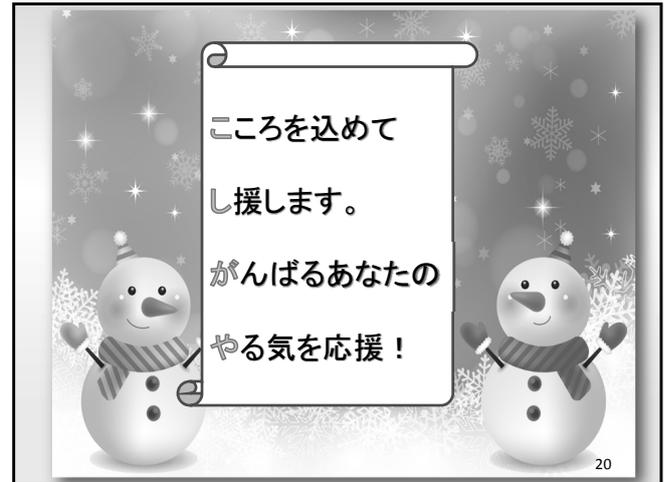
子供の頃からの教育が必要なのでは？

意思決定、思いの表出、

認知症も含めたコミュニケーション術…等

普通にできる社会の構築を！！

19



パネルディスカッション

座長：川越 雅弘（埼玉県立大学大学院教授）
唐橋 竜一（埼玉県保健医療部医療整備課長）
柴山志穂美（埼玉県立大学保健医療福祉学部准教授）
関 泰輔（越谷市福祉部地域包括ケア推進課副課長）
大越 恭二（越谷市医師会副会長）
野上めぐみ（越谷市医師会在宅医療連携拠点コーディネーター）

川越：それでは、これからパネルディスカッションを始めていきたいと思います。シンポジストの方は、本日ご講演をいただいた3名の方に第1部の唐橋課長と本学の柴山先生を加えた5名の方です。柴山先生、自己紹介をお願いします。

柴山：看護学科の柴山と申します。よろしくお願いたします。

川越：柴山先生は、ケアマネジャーとして約10年勤務されていた方ですので、ケアマネジャーの立場としてご意見を頂きたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

さて、ここまで、行政、医師、在宅医療コーディネーターといった立場の異なる3名の方々にご講演を頂き、それぞれの方が感じておられる課題認識を伺って参りました。

ここからは、本シンポジウムに参加されている他の市町村の方々にとっても共通の課題であろうと思われるテーマについて、議論を深めて参りたいと思います。テーマとしては3つ考えております。

1つ目のテーマは、訪問診療医を如何に増やしていくのかです。どのようにすれば増やすことができるのか、そのためにはどのような条件が必要なのか、その条件を作るためには何をどのように進めていけばよいのかなどについて議論をしていきたいと思います。

2つ目のテーマは、医師とケアマネジャーの連携をどのように深めていくかです。効果的なマネジメントを展開するうえで、医療全体をマネジメントする医師とケアマネジャーの連携は必須となります。両者の連携を深めていくためにはどうしたらよいのか。どのような方法が有効なのか。本シンポジウムでは、ケアマネジャーと訪問看護の両方の勤務経験のある野上様にもご意見を頂きな

がら、進めて参りたいと思います。

3つ目のテーマは、市町村と地区医師会の連携をどのように深めていくかです。越谷市の取り組みを例に、市町村と地区医師会がお互いにどのような関わり方をこれまでされてきたのか、なぜうまく連携が図られているのか、医師も参加する地域ケア会議がなぜ展開できたのか、その中で在宅医療コーディネーターはどのような役割を担ってきたのかなどを整理しながら、他の市町村にとって有用な情報や方法を検討していきたいと思います。

それでは、1点目の訪問診療医を増やすためにはどうしたらよいかについて、それぞれのお立場からご意見を頂きたいと思います。

まずは、大越先生にお聞きします。先生の講演スライドの中に、訪問診療医を増やすための条件がいくつか提示されておりましたが、先生方の訪問診療に対する意識などを含めて、まずは一言頂きたいと思います。それでは、よろしくお願いいたします。

大越：はい、ありがとうございます。先ほど、スライドでちょっとお話をしましたけれども、これはどこの地域でも話を聞くとそのようなのですが、いわゆる訪問診療医がなかなか増えない、少なくて困っているというところは非常に多いようで、越谷市も現在、登録医は20名ですが、それ以外にもいるにはいるんですけども、今後患者さんの数を考えると、やっぱりどんどん増やしていかなければならないということと、在宅医の高齢化という問題も全国的にあるようで、今在宅医をやっている医師が引退をした後に、新しい医師がどんどんやっついていかないと困るという状況がありますので、これをいかにして増やすかということですが、これはどうしても印象として在宅医療を

やると1年間365日24時間縛られているというイメージがどうもあるようで、やらない先生に聞くとやはり、そのように言う先生が非常に多いです。

ですので、自分でできる範囲でまず始めてみたらどうですかというふうに言っています。自分が外来診療をしていけば、高齢者が自分のところに来られなくなる時期がきます。そのときに初めて、じゃあ、私が行きましようかということで、始めていただければいいのかなという考えは常に持っています。医師会としても訪問診療医を増やすために、声を掛けて、訪問診療ってどういう事をするのかとか、あるいは、訪問診療するためには何が必要なのかということを勉強会でやっています。

川越：先ほどのご講演の中で、訪問診療医が少しずつ増えてきたとのご発言がありました。現状についてもう少し詳しくお教えいただけますでしょうか。

大越：それは一つには、いわゆる訪問診療専門のクリニック、それが参入してきたというのがまず一つです。これはわれわれにとっても非常にありがたいことでありますが、数年前は在宅に対する診療報酬が急に上がったということで、訪問診療に特化したクリニックが全国的に増えたのですが、一部では地域に密着できていなかったところが多いという話も聞いています。今はだいぶ、その辺は淘汰されてるようで、現在やられているところや新規に始めているところは、優良なところが多いと聞いておりましたので、そういうことであれば歓迎です。できれば、医師会にも入っていただきたいと考えています。

あと、既存の開業医の先生で始めたという先生の場合は、話を聞くと医師会でやってる先生から話を聞いたとか、自分も地域に貢献したいということで、大したことできないけど、1人だけ始めましたと言われた先生もいらっしゃいました。

川越：先生方が訪問診療に参加しやすい、やりやすい環境を整備する観点から、関係者に対しご要望がありましたらお教えください。

大越：それは、現在、在宅療養支援診療所というカテゴリがありますけれども、先ほども言いましたけど、非常にハードルが高いですが、その分診療報酬が高いって言われちゃうところなんですけども、あれがあるとどうしても難しいんじゃないかと考えてる医師が非常に多いんですね。

それとは別に、普通の医師がいわゆる昔ながらの往診的なやり方で簡単に入り込めるようなシス

テムを作っていたきたいということと、あと、診療報酬の話ばかりになりますけども、非常に算定の仕方が分かりづらいです。基本的な点数もあれば、加算される点数もあったりして、いろいろ難しい部分があるんですけども、もっと分かりやすい内容でやっていただければと思っています。

川越：はい、ありがとうございます。

県も在宅医療を担う先生方や訪問看護ステーションの方々を増やしていきたいという思いがあると思います。これまでのご発言などを聞かれて、今後どのようなことを展開していくべきか、思われたことがありましたら教えてください。

唐橋：ありがとうございます。県では今、医療計画を策定しているというお話をさせていただきましたが、6次の医療計画ですと、在宅療養支援診療所を増やそうといった方針で取り組んでまいりました。結果的には、増えてもいないというか減っています。28年度に更新がありましたが、そのときにやはり、365日24時間対応はハードルが高いということで、更新しなかった先生が多くいまして、減っているというのが実情です。

7次計画ですと、これも今、策定中ではありますが、在宅療養支援診療所でも訪問診療しない先生もいますし、逆に在宅療養支援診療所でなくても、大越先生のように訪問診療を行っている先生がいるということで、実際に訪問診療を行う医師を増やそうといったことに、計画の内容を変更する予定でございます。そのために2つ、制度面と運用面で、1つは制度面で診療報酬の話です。診療報酬、これは全国統一の制度ですが、在宅医療につきましては、今度の改定で複数の医師で訪問診療を担うといった協力についての加算が付く方向だったり、今日はもうお帰りにりましたが、黒田課長さんが今、一生懸命やっている診療報酬面からのバックアップ。

これは、国のお話ですので、なかなか県でできることではないのですが、運用面で県ができることとして、2点ございまして、先生方のお話を聞くと負担に感じていることのひとつが、今もお話がありました特に夜間とか休日の呼び出しなど急な往診の負担が非常に多い。もう一つは、自分の患者さんが急変したときの病院の受入れ、これを確保されているか、されてないか。探すのが非常に難しいというお話があります。

最初の往診の負担のお話につきましては、やはり、医師だけではなくて、訪問看護ステーションだったり、ヘルパーであったり、チームを組んで医師の負担を減らしながら、患者さんを支えてい

くという体制をしっかりと作り上げていくということが必要かと思っています。そのためにも ICT を使いながら、関係構築を進めています。

もう一つの急変時の受入先につきましては、野上さんのお話の中にも出てきました、在宅患者のための後方支援のベッドを今、各30の医師会で1ベッドずつ確保をしています。将来的には病院の中に地域包括ケア病床、まさに急変時に患者さんを受け入れるための病床ですので、これを増やしていくことが必要かと思っております。県でも進めていきたいと考えております。

川越：ありがとうございます。

野上さん、いかがでしょうか。

野上：訪問看護の中で、思っていたことは、訪問診療ををすると思う先生は、全部自分で責任を負わなきゃいけないっていうふうに思ってた先生もたくさんいらっしゃいます。もちろん、先生の責任も重いのですけれども、訪問看護が入ることによって思ったほど、先生の負担が多くないという場合もたくさんあると思います。どうしても、医師でしかできないこと、死亡確認とか、医療機器の交換とかっていうのはドクターでなければいけないのですけれども、ナースでも対応できることっていうのも結構ありますし、夜間の往診が必要でないように例えば、予測だって、疼痛コントロールができるようなお薬を準備するとか、そういうもののお薬の準備とかっていうものがあると、熱がちょっと出ただけでも訪問看護だけで対応することもたくさんあると思います。

あと、医師会にきて思ったことなのですけれども、やっぱり、開業医の先生がとっても忙しくて、昼休みもなかなか出来ない。健診があったり、予防接種があったりということで時間が持てないということも訪問診療につながらないのかなと思います。ケース検討会議の依頼も大体1時とか、2時半のお昼休みの間に組まれることが結構多いのですけれども、もうそんな時間に行けないという先生も結構いらっしゃいますので、やはり、そういう時間の確保ができるようなことも考えなくては行けないかなと思います。

川越：はい、ありがとうございます。

関さん、いかがでしょうか。

関：市町村としては、(ア) から (ク) の8つの事業という範疇(ちゅう)がありますから、その部分だけになってしまってもいいんですけど、ちょっと2点ほど思ったのは、一つは野上さんともよく話すんですけど、研修が重要。これも医師会さん自体もそういう考え方なので、介護職だけ

はなく、医療側に向いての研修っていうんですかね。そういった中では、国の方も言ってる、来年度から全面、8つの地域全部で行うという中で、実際に、動力というか資質は私たち、コーディネーターさんのほうが、非常に力がありますので、研修事業を連携窓口さんをお願いして、医療機関側の向けの研修という中で、少しずつ働きかけていくという部分を後方支援するっていうんですか、そういったものが必要じゃないかということと、あとは、私が最後に自分のところで申し上げたんですけど、やっぱり、ドクター側がいたとしても、使う側の理解がないといけないということもありますから、市民向けのそういった普及啓発も必要じゃないかなという部分が一応考えられます。

川越：ありがとうございます。訪問診療医を今後増やしていかなければならないというニーズ面からみた課題がある一方で、医師の高齢化や後継ぎ問題などの提供側からみた課題もある。こうした提供側が置かれた状況も理解しながら、周りが支えていかないと本課題に対応できない状況にあるということも知っておかなければいけないかと思えます。

また、訪問診療に対する医師が抱くイメージの問題もご指摘があったかと思えます。訪問診療を一度引き受けたらどんな状況でも対応しなければならないといった思いを持っておられる先生方が多く、引き受けた場合の負担を考えると引き受けることが難しいといったご意見がありました。実際に訪問診療を引き受けたとしてもそこまで大変ではないこと、周りのサポートがあればそこまでの負担にはならないことなどを医師に感じてもらう、体感してもらうことが大事ではないかと思えます。また、患者さん、ご家族の方に医師が置かれた状況などをご理解頂くことも非常に重要な要素の一つだと思えます。

それでは、2つ目のテーマである、医師とケアマネジャーの連携について検討していきたいと思えます。最初に、ケアマネジャーの方は、主治医とどのような連携を取りたいと思っているのかというところから確認したいと思えます。柴山先生、いかがでしょうか。

柴山：ケアマネジャーにとっては、療養生活上の留意点として、医学的側面での意見が聞きたいですね。介護保険の認定を受ける際の主治医意見書も参考になりますが、介護の認定結果が出るまでに一ヶ月経っておりますので、認定結果が出た時点での利用者さんの状態に合わせた医学的な視点で、今の生活でどんなところに注意していけばよいの

か、ということが聞きたいところです。ケアマネジャーは、主治医との連携がいかにか重要か分かってはいても、心理的な距離や意識の壁のようなものがあり、うまく連携できないのです。どんな時にどのようにしたらよいか、具体的な話や実践的なサポートが求められているかと思います。

もう一つ、顔の見える関係について。サービス担当者会議という場で顔合わせをしているのですが、連携が進まないのはなぜか、顔を知っているだけでは連携にならないのです。顔を知って、相手の人となりや仕事上の付き合い方まで分かって、初めて連携できます。病院のドクターだったら、直接電話した方がいいのか、MSW（医療ソーシャルワーカー）を通した方がいいのか。クリニックであれば、患者さんと一緒に待合室で待っていれば会えるドクターもいれば、診療所の窓口で電話する方がいいなど、連携方法に違いがあります。この様な、連携のとり方の個別の違いについて、ケアマネジャー自身の努力だけでなく、地域の情報を集約していくということも解決の一つになるかと思います。

川越：はい、ありがとうございました。

次に、事例、ケース検討されていて、ケアマネジャーの方とも交流がある野上さん、いかがでしょうか。

野上：ケアマネさんと医師の連携を深めるためになんですけれども、やはり、福祉職が8割のケアマネさんという現状がありますので、医療情報についてあまり知らない方もたくさんいると思います。その中で、すぐ訪問診療につなげたいというふうにご連絡がくる場合も結構あるのですけれども、実際、訪問看護に指示書を書いていただいて、入ることで解決できることってというのはかなりあると私は思っています。

例えば、医療処置がないと、看護師を使わないとか、そういう思いがある福祉職の方としても、それが情報不足からくるものだと思うのですが意思決定とか、そういう現状だけでも訪問看護は入ることができるということの周知がまだ不十分なのかなと思います。訪問看護は訪問診療に繋げるパイプ役も医療者同士でもあるので、できるのかなと思います。

川越：大越先生、今まで、ケアマネジャーの方々と一緒に仕事をする中で感じておられることについてご発言をお願いします。

大越：以前、2～3年前ですけどケアマネジャーとの交流会でお話したときには、とにかく敷居が高い、なかなか会えない。いつ会いに行ったらいい

のか、いつ電話したらいいのか、全く分からない。だから、できないという声がすごく多かったんです。大体、先生は忙しいからって言いますが、この忙しいってというのは、どの職種もみんな忙しいんです。別に医者だけが忙しいわけじゃないので。連絡するタイミングですけど、それはもう僕は在宅やってるからあれですけども、いつでもいいですよ。そりゃもちろん、診察中にかかってくることももちろんありますが、その間は待っていただきますけども、待っていただければ、必ず出ます。あるいは、折り返し手が空いたら電話するという、そういう手立てを取っていますけども、在宅医療とか地域包括とか全く興味ない先生にいきなり電話すると、それは怒られるケースもあるようなので、やはり初めての場、まずはちょっと待つかもしれないけど、会いに行っていたいで、自己紹介しながら回数を重ねるといふようなコミュニケーションをとってもらいたいということ。

あとはずっと、在宅で見てる患者さんや、患者さんご家族が外来に来たときに、最近こうなんですよと、ケアマネからそれ先生に言っておいて言われたってケースは結構多いんですけど、それはケアマネジャーが直接僕に連絡するのであって、家族を通して言うことじゃないんですよ。だから、それは家族の仕事じゃなくて、ケアマネの仕事をちょっと怠ってるなっていうところの部分は、失礼ですけど、あるかなという場面も多々あります。

川越：ありがとうございました。

医師とケアマネジャーの連携についてどのような問題意識を持っておられるのか、また、それを行政としてどのように進めていこうと考えておられるのか。関さん、いかがでしょうか。

関：はい、ケアマネです。やはり、ケアマネの資質向上が大事かなと思うんですけど、ケアマネさんの元の畑っていうんですか、看護系からなのか、介護系からなのかという、個々の部分があると思うので、その背景、そういった部分があるというのは認識したほうがいいのかなという気はします。先ほど、お話あったような中で、顔の見える関係というのがどれだけ作れるのかなという部分が必要かと思うので、そういう意味では、越谷については三師会さんとか、ケアマネさん等での連携した研修会も年2回行われてますので、そういった部分を通して、ケアマネさんの言ってみれば、体質とか資質向上ということに対して、行政はどうバックアップできるのかなという感じかなと思います。

ます。

唐橋：大越先生からいつでも連絡していいという非常に温かい言葉を頂きましたが、実際には、診療中で電話にすぐに出られない。電話は相手の時間を拘束するものですので、かけるのも非常に気が引けます。今、広めているのはメディカルケアステーションという、LINE に似たネットワークシステムですが、これですと、本当に緊急のときには使えませんが、連絡を取りたいときに書き込んでおくと医師は自分が都合のいいときに見て、返信や指示を与えられるということで、使っている医師からは、これは便利だということを知っています。こういった ICT を活用したシステムを拡充していくということも進めたいと思います。

川越：はい、ありがとうございます。

お互いが感じている高いハードルを如何に下げていくのかというところ、またそれを促すための仕掛け作り、こうしたところが重要な要素になってくるかなという気がいたします。

大越先生に1つだけ質問させてください。以前、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議を診療所などで開催し、ケアプランの方向性や内容を医師を交えて検討するといった先行的な取り組みが紹介されていました。こうした取り組みを広げていくというのは如何でしょうか。

大越：そうですね。そのサービス担当者会議というのは、本当に僕も1回参加したことがあるぐらいで、ほとんど参加したことないので、後から情報もらうという形が多いです。大体、今は患者さんのお宅でやるケースが多いのですが、クリニックで自分たちもやるということであれば、あらかじめ分かっていたら、参加は可能なことだと思いますので、そういうやり方は一つの案としてはいいと思います。

川越：はい、ありがとうございます。

その他にも連絡が取れる時間を医師がケアマネジャーにオープンにするなどの取り組み例もあります。医師に対するケアマネジャーのアクセスを如何に確保するかという点が非常に大事で、アクセスの機会をきちんと確保してもらい、ゆっくり話が聞ける状況を作る。ゆっくり話が聞けるとケアマネジャーの満足度は高いという意見を聞きますので、こうした仕組みも重要な取り組みの一つであると思います。

では、3つ目のテーマ、医師会と行政の連携の話に入りたいと思います。これは各市町村にとってかなりハードルが高いテーマで、具体的にどう

やって医師会と連携を図っていけばいいのかに悩んでおられる市町村は多いかと思います。

それでは、越谷市の場合、どのような形でスタートし、どのような経過を経てここまで展開できたのかという点を、関さんのほうからご説明頂きますでしょうか。

関：はい、先ほど説明した中で、27年度の法制度化の前から、少しずつ連携始めてたというところで、実は大越先生も含めて、ドクター側の理解が非常にあったと。お医者さんほうからも、実際、地域包括ケアはどうなってるのって働きかけがあったというのはあって、それがあったのも含めてワーキングチームをセッティングできたのかなというふうには思っています。

お医者さま方のご理解のところがされてるかというのが非常に重要というかキーになるのかなというのがあるんですけど、それはまずそれとして、ただ、じゃあ、市町村は何もしなくていいのかという話になるので、私たちについては真摯に受け止めて、いろんな方に働きかけていくという、この継続した努力は必要なのかなと思います。

あと、働きかけてく中で、在宅医療・介護連携はもちろんなんですけど、地域包括ケアシステムはどういうものなのかなという全体的な部分もやはり、知っていただくことが重要なかなと。案外、「地域包括支援センターって何？」っていうところが、結構、あったんです。なので、聞かれたときにはこういう業務やっていますよということで、いわゆる、要支援1、2の方の介護のケアプランを作るだけではないような、権利擁護業務とかそういうこともやってる何でも相談窓口ですよっていうところの部分の、地域包括ケアシステムの核となる事業とか。

あとは、これは実際にうちのほうの審議会の中でも話したんですけど、包括ケアシステム全体を説明したんです。そのときに、例えば、いわゆる生活支援体制整備と言われている。生活支援コーディネートのそういうのやっていますと言ったら、そういう取り組みがあるんだ、知らなかったというようなお声をいただいたというのもあって。特に医療は医療で介護は介護でお互いの制度を知らないということもありますから、そういった部分はトータル的に進めなくちゃいけないのが市町村です。そういう部分を、全てを説明するかは別問題として、全体論は多少ちゃんとしていただくような働きかけも必要ではないのかなというふうには考えております。

川越：はい、ありがとうございます。

大越先生、市町村の方にとって医師会の機能や構造がわかりにくい方もおられるかと思います。医師会の組織はどうなっているのか、組織決定がどのように行われるのかなど、少しご紹介いただけますでしょうか。

大越：越谷市医師会では、トップに会長がいて、その下に理事会というものがありますが、その理事の中に在宅医療担当理事がいます。関連の委員会に出てまして、その委員長として常におります。人の大きな交渉に関しては、当初はやはり会長、現在はその担当理事が直接担当部所の長と話し合って決めたりしております。各担当理事はいろいろな委員会ですとか、市との話し合いの場に必ず出ていろいろと決めていただけるんですけども、越谷市の場合、医師会も積極的にやったということもありますけど、行政側が非常に理解もあって積極的で、そこがうまくマッチしてここまで進んできたかなという思いはあります。

川越：市町村の方は、医師会の組織の中でどの先生が担当理事なのかなどをまずは把握しておくという事が大事になってきますか。

大越：そうですね。今となつては各郡市医師会もきっちりその辺を決めて、進めているとは思いますが。一つ、僕、越谷市だけでなく、これは日本全体だと思うんですけど、やっぱり、行政の方々というのは担当部所が数年に1回変わるわけです。そうすると、先日も日本医師会での、ワーキンググループで各地の医師と話し合いをやったんですけど、どこのグループの先生もまず行政がうまく協力してくれない。全然やってくれないということと、うまくいっているところでも、担当者が変わってしまうからまた一からだよという話。もちろん、申し送りはしていただいているとは思いますが、やっぱり顔の見える関係とかそういうのを考えると、変わられるとせつかくうまくいったのという声は聞かれました。

川越：はい、ありがとうございました。

それでは野上さん、医師会に入っておられて、医師会の先生方と行政の両方と接しながら感じるがありましたら一言お願いいたします。

野上：私が医師会の訪問看護ステーションに18年いて、それでこちらに異動になっているので、大体、20年ぐらいいるのですけれども、訪問看護に居たときは、医師会はドクターの独善的な感じという印象がありました。それで、医師会の事務局に行くと、どれだけドクターが頑張っているかというところを訪問看護では見えなかったというところはあります。

そういう意味での理解ができるということと、あと、行政さんも縦割りで「9時—17時」で、みたいな、何か時間内に自分の仕事が終わっちゃったら帰ってね、みたいな印象は訪看のときにはあったのですが、実際、いろいろお話をしていくと、皆さんそれぞれ担当のところで、ものすごく頑張っているんですけど、特にこの地域包括ケア推進課っていうところは新たにできたところでもありますし、いろいろ話をさせていただく上で、さぼっているわけでもなく、一生懸命やっているんですけども、ただ、予算の関係もあるのか、ホームページには載せているけれども、周知が足りないという事を思いました。それを、表現していくのも連携拠点の仕事でもあるという風に感じています。

川越：はい、ありがとうございました。

ここで、唐橋課長にお伺いします。埼玉県の場合、医師会の数と市町村の数が大きく異なります。すなわち、一つの医師会が複数の市町村と交渉を進めないといけない地域が生じるわけです。そのため、県による支援が必要になってくるかと思いますが、この辺りはいかがでしょうか。

唐橋：そうですね。越谷ですと1市1医師会なのですが、埼玉県には医師会が30、市町村は63ということで2倍以上になっている。一番多いところだと、比企で9市町村という地域もあります。比企ですと、一つ一つの市町村が医師会へ行って、物事を決めていくというのは非常に難しいです。ということで、まず、県と比企の医師会で話し合っていて、比企の医師会から構成する市町村に、会議を設定するので出席してくださいというアプローチをしていただく。そのアプローチで物事を進めてまいりました。

川越：はい、ありがとうございました。

では、ここで会場の方からご質問を受けたいと思います。シンポジストに質問したい方がいらっしゃいましたら、挙手をしていただければと思います。その際、お名前とご質問したい方のお名前をおっしゃってください。どうぞ宜しくお願いいたします。

(発言者1)：新座市でケアマネジャーをしている者です。よろしくお願いします。越谷市の関様にテーマについて少し伺えればと思います。ケアマネジャーの資質向上ということで、いろいろとテーマにもなっていましたので本来は、皆さまに伺いたいところではありますが、関様がおっしゃる資質とは一体何でしょうか。あとは、連携という言葉をかんに使われていたのですが、連携とは

具体的に何を意味してるのかなど。あとは、これだけ在宅医療の連携をさかんに言っていますけれども、連携がどこまで進んでいるのかなどいうのを印象だけでもいいですが、ぜひ、伺えればなと思います。よろしくお願いします。

関：はい、ありがとうございます。難しい質問です。資質と連携とは何かと進捗状況ということでのよろしいですかね。

(発言者1)：よろしくお願いします。

関：資質、先ほど、畑の違いみたいなこともお話させていただきましたけど、どのケアマネさんがなくても同じようにというのが理想かと思うので、その差があまり出ないようにするという職務上のこともありますし、考え方の部分が、常日頃、統一できるっていう部分が資質なのかな。あるいは、利用者に対して、相手の立場になって考えられるというか、いうのが必要かなと思ってます。大越先生の資料にもありましたけど、キーがケアマネという図があって、その連携っていう部分は、なんとなく知ってるんじゃないかと、対等に話せる関係になれるというか、そういった部分のつながりが持てるようになっていくのが必要ではないのかなど。

進み具合については、これは何て言うんですか、いわゆるケアマネさんの中で差はあると思うんです。なので、意識の高い方は非常に進んでるし、そうでない方というところがあるように、私個人的には思えます。「最低レベルをどんどん上げていく」という取り組みは結構重要なとは思っています。ちょっと、記憶では今回、制度改正の中でちょうど、基準は確か国の審議会で終わって、今日は報酬そのものだと思うんですけど、先週の基準の中でケアマネさん、居宅とか介護予防支援についてはやっぱり、医療との連携が改正点として挙がってるかと思う。例えば、口腔情報とかそういった医療情報を得たときには、医療側に伝えるとかそういう確か、規定が加わったりとかしたと思うので、そういう部分をしっかり制度の変わる状況をしっかり把握した上で取り組んでもらうというような、動向をしっかり把握できるということが必要なのかなというふうに考えております。

川越：よろしいでしょうか。

(発言者1)：ありがとうございます。

川越：はい、他の方はいかがでしょう。

(発言者2)：こんにちは。草加市在住、40代会社員です。現在は、休職しております。質問と感想を述べさせていただきたいと思っております。質問は、

野上さんをお願いします。最初に、各分野で一線でご活躍されている先生方の講演を拝聴いたしまして、とてもうれしく思います。在宅医療と介護の推進について、今現在、最も重要と思われる喫緊の課題を1つ挙げるとしたら、どんなことでしょうか。野上さんにお聞きしたいと思っております。

僕個人的には、予算や制度、組織や環境といった分野での推進が不可避だと考えます。また、在宅医療や介護の育成を担う人材として、在宅医療従事者などの人材確保です。それと、そういった人たちの専門知識を生かし、チームとなって患者や家族をサポートしていく体制の構築が急務だと考えております。僕は3年前に、脳出血で左の塊が今なお、残存している状態です。週3回、訪問リハビリを行っております。草加市にある訪問リハビリテーション、ベルツのセラピストの先生には大変お世話になっております。それと、草加市唯一の総合福祉施設であいの森で、週1回木曜の午前中2時間、機能訓練授業でお世話になっております。素晴らしい社会支援だと思っております。

これからの社会、高齢化社会が加速していくというお話もありましたけども、「こんなあればいいな」制度じゃないですけども、どこが中心になってやればいいのかというのは僕には今分かりませんが、自治会の下部組織とか、どこかの機関が立ち上がり、そういった在宅で受けるサービスを提供してくれたり、積極的に活動を行ってくれば、町がうるおい、自身も活発化して健康でいられるんじゃないかと、そう思いました。すいません。長くなりました。よろしくお願いします。

川越：在宅介護連携上の喫緊の課題を一つ挙げてほしいということですが、いかがでしょうか。

野上：今日のお話でも、お伝えしたかと思っておりますけれども、一つだけっていうとちょっと難しいかなというのは思います。大切なことというところで、5つ、私はお話させていただきましたけれども、これだけが、例えば、制度が確立されればいいだけというわけではなくて、やっぱり、患者視点のところも、患者家族視点のところもそうだし、行政さんの全体を把握しながら見る視点というの也非常大切だと思いますので、やはり、そういう患者さん視点、医療・介護職の視点、行政の視点っていうところが合わさって、いろいろ討議できるということが地域包括ケアシステム、在宅医療推進に必要なことなのだと私は思っていますので、一つだけっていうのはちょっと言いづらいかなと思います。ただ、忘れてはいけないのは、患者さん視

点っていうことを忘れてはいけないと思います。

(発言者2)：ありがとうございました。

川越：シンポジストの皆様、追加発言はありますでしょうか。

唐橋：指名されておられません、すいません。一番大事なのは、関さんにプレッシャーを掛けるようで恐縮なのですが、やはり、市町村のマネジメントの能力を上げていくことだと思っております。というのは、今、医療と介護は医師とケアマネジャーさんを中心に、かなり一体的なサービスができつつありますが、患者さんの視点で見ると、高齢の単身の方は、掃除や買い物にも苦勞するかもしれない。生活全般にわたって、その方を支えるという、医師もケアマネジャーも、それぞれ専門職で専門領域についての支援ですので、買い物については、もしかしたらボランティアさんの力が必要かもしれない。1人の患者さんの生活を支えるためには、多くの関係職種をマネジメントする力が必要ですので、それができるのは市町村だと思っています。関さん、プレッシャー掛けて恐縮ですが、期待しております。

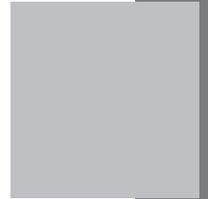
川越：はい、ありがとうございました。そろそろ所定の時間になりましたので、これで、パネルディスカッションを終わりたいと思います。

本日は、お立場が異なる越谷市の3名の方にお越しいただき、それぞれのお立場からどのような取り組みを行ってきたか、現状に対しどのような課題認識を持たれているのかというところのお話を頂きました。その中で、他の市町村にとっても共通と思われる3つの課題を設定させていただき、ディスカッションを深めて参りました。

様々な課題がありましたが、共通して必要なことは、自分自身の物差しで相手を見るのではなく、自分自身を相手の立場に置き換えたうえで、相手を理解しようとするのではないかと思います。相手の世界に入り込んで、相手を理解して、その中でお互いどうすべきかというところを議論する。その議論も、自身の考えや物差しを中心に展開するのではなく、利用者を中心に据えたうえで、目標を設定し、目標達成に向けてお互いに何をなすべきかを考える。このことが多職種連携・協働であり、基軸ではないかということを感じた次第です。

それでは、以上をもちまして、パネルディスカッションを終了させていただきたいと思います。シンポジストの皆様には大きな拍手をお送りいただければと思います。有難うございました。

2018年度の取組



2018年度の主な取組

これまで学長直下の学内組織であった研究推進委員会を研究開発センター長の補助組織としての位置づけに改め、2017年度から、学長指揮の下、学内の研究推進に関する事項を研究開発センター長が一元的に管理する体制を整えた。

2018年度は、以下の事項を重点項目として特に力を入れて取り組んでいく。

○地域貢献型研究活動の充実

- (1) 保健医療福祉専門職、自治体職員および研究者らの学びの場となるシンポジウムおよび定期セミナーの開催
- (2) 地域包括ケアに関するプロジェクトの推進と成果公表
- (3) 大型の競争的研究費獲得に向けた支援
- (4) 研究補助員および特任助教の適切な配置

○研究者の研究能力向上を目指した取り組み

- (1) 学内の競争的研究費（奨励研究費）に対する適切な運用
- (2) 大学院FD委員会と協力した研究者を対象とした学習会（研究セミナー）の開催
- (3) 研究環境の整備（研究時間の確保、研究設備の整備など）
- (4) 競争的研究費獲得に向けた研究相談活動の実施

表紙デザイン

表紙制作者 酒井道久（埼玉県立大学名誉教授）

埼玉県立大学を象徴する校舎の大きなガラス張りをモチーフにしました。

立ち位置を変えて異なる見方ができるように、そしてガラスに反射する光のように、様々な角度からアプローチすることで新しい発想を得ることが研究につながることをイメージしました。

埼玉県立大学研究開発センター

Saitama Prefectural University Annual Activity Report on Research and Development Center

2018年3月31日発行 Vol.2

発行 埼玉県立大学研究開発センター

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820

TEL : 048-973-4383

FAX : 048-973-4383

E-mail : Research_c@spu.ac.jp

制作・印刷 中央プリント株式会社

〒345-0024 埼玉県北葛飾郡杉戸町堤根 3947-2

TEL : 0480-32-0045 (代表)

FAX : 0480-34-3325

SPU

発行者 公立大学法人埼玉県立大学