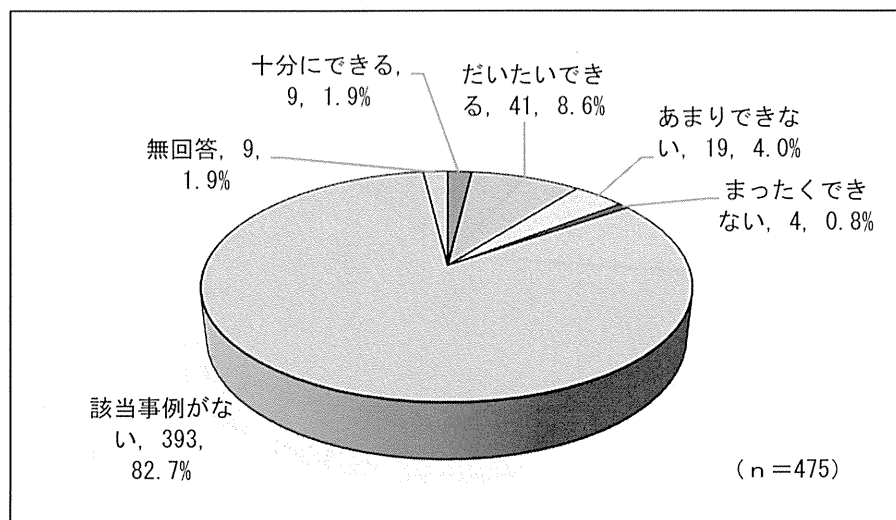


### (7)医療行為

一部の事業所では医療行為を行っているが、十分にできているかを聞いた。「該当事例がない」が82.7%と8割以上をしめていた<sup>4</sup>。「十分にできる」1.9%と「だいたいできる」8.6%を合わせると約1割ができていた。一方、「あまりできない」4.0%と「まったくできない」0.8%を合わせると5%程度ができないと回答した。

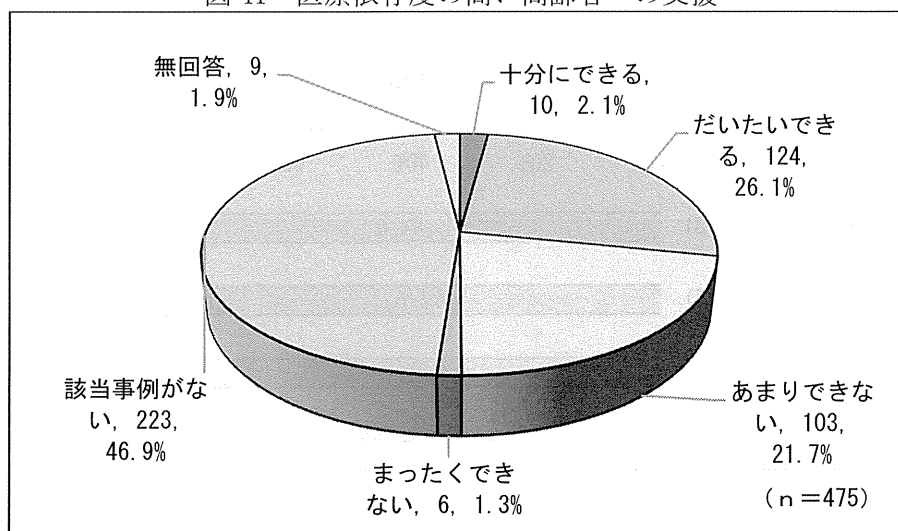
図 40 医療行為



### (8)医療依存度の高い高齢者への支援

医療依存度の高い高齢者への支援について聞いたところ、「該当事例がない」が46.9%と半数近くを占めた。該当事例があるものについてみると、「十分にできる」2.1%と「だいたいできる」26.1%を合わせると3割弱ができると回答した。一方、「あまりできない」21.7%と「まったくできない」1.3%を合わせると2割強ができないと回答した。

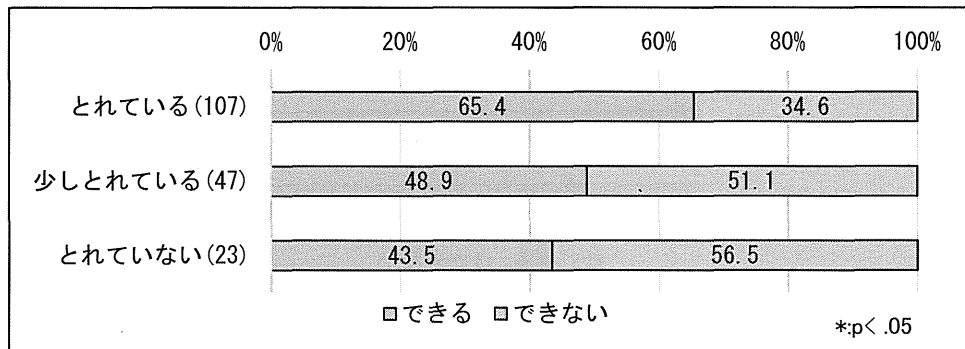
図 41 医療依存度の高い高齢者への支援



<sup>4</sup> 問6で医療行為を行っている事業所数と異なるが、問6は現状を聞いたものであり、ここでは評価を聞いているため過去に行ったものの評価も含まれている可能性があるため、そのまま掲載した。

医療依存度の高い高齢者への支援を行っている事業所を対象として、訪問看護との連携と医療依存度の高い高齢者への支援を十分にできるかをカイ2乗で検定した。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。医療依存度の高い高齢者への支援は「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、在宅での看取りを「できる」という回答が有意に多かった。

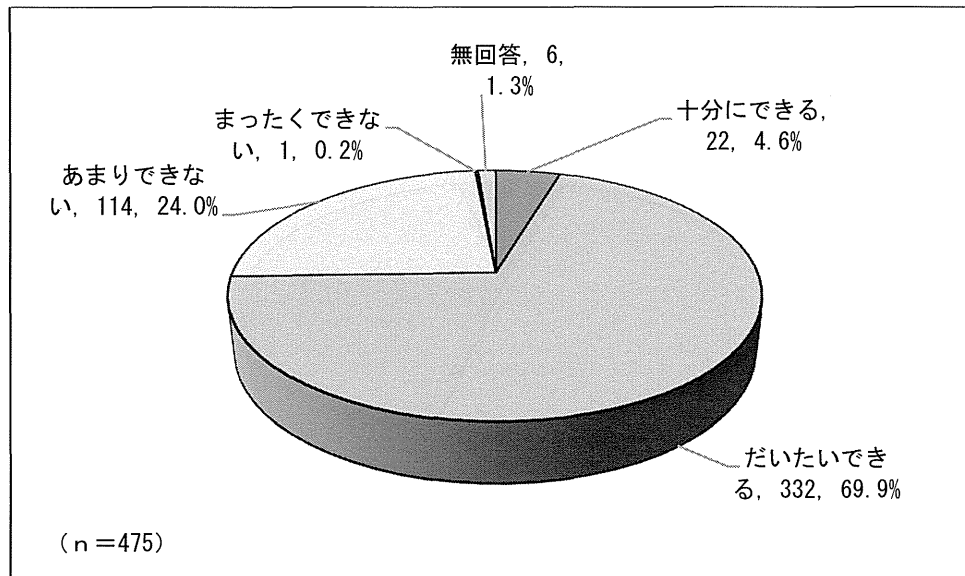
図 42 訪問看護との関係と医療依存度の高い高齢者への支援



(9)高齢者の自立支援

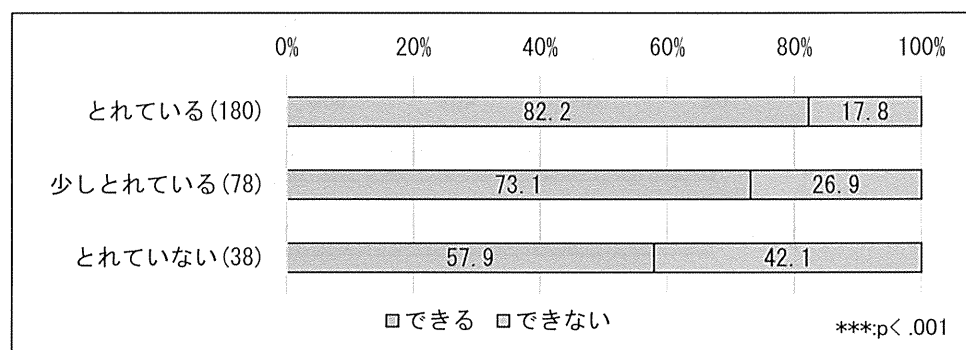
高齢者の自立支援をうまくできるか聞いたところ、「十分にできる」4.6%と「だいたいできる」69.9%を合わせると7割以上でできると回答があった。一方、「あまりできない」24.0%と「まったくできない」0.2%を合わせると約4分の1ができないと回答した。

図 43 高齢者の自立支援



訪問看護との連携と高齢者の自立支援が十分できるかについてカイ2乗検定を行った。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。高齢者の自立支援が十分できるかは「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、高齢者の自立支援を「できる」という回答が有意に多かった。

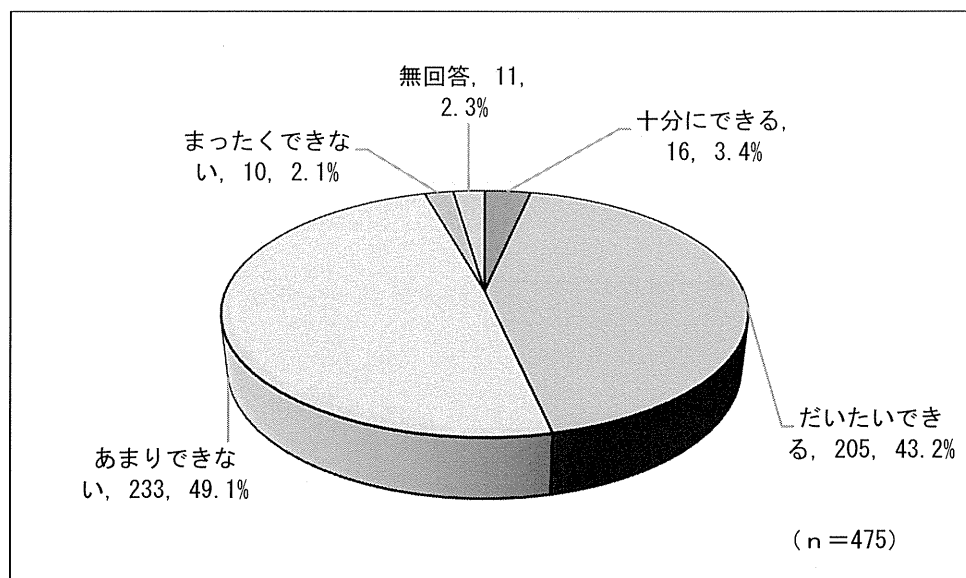
図 44 訪問看護との関係と高齢者の自立支援



(10)健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続

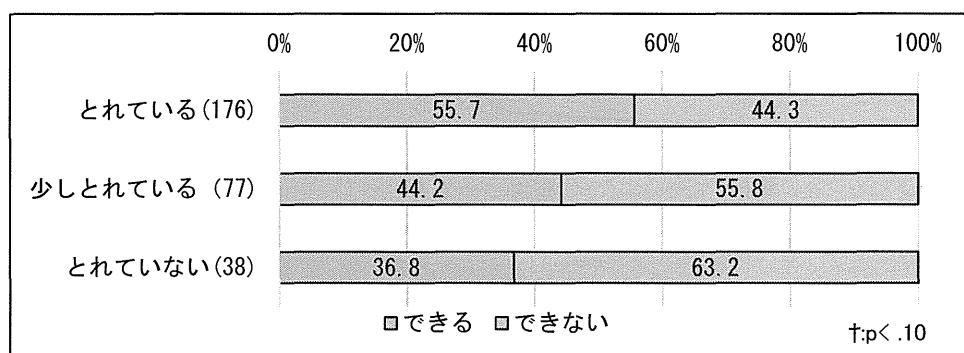
高齢者の健康状態悪化や機能低下があった時、在宅生活の継続がうまくできるか聞いたところ、「十分にできる」3.4%と「だいたいできる」43.2%を合わせて半数弱ができると回答した。一方、「あまりできない」49.1%と「まったくできない」2.1%を合わせると過半数でできないと回答した。

図 45 健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続



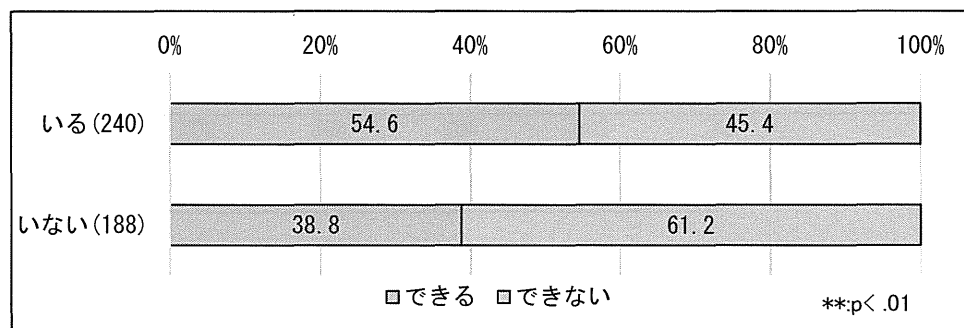
訪問看護との連携と高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活を継続できるかについてカイ2乗検定を行った。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。在宅生活の継続は「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、在宅生活継続を「できる」という回答が多い傾向にあった。

図 46 訪問看護との連携と健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続



次に、事業所に在宅での看取りを経験したサービス提供責任者・訪問介護員がいるかどうかと高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活を継続できるかについてカイ2乗検定を行った。在宅での看取り経験者は「いる」と「いない」とした。在宅生活の継続は「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、事業所に在宅での看取り経験者がいる方が、高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活の継続を「できる」という回答が有意に多かった<sup>5</sup>。

図 47 事業所の看取り経験者の有無と高齢者の健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続

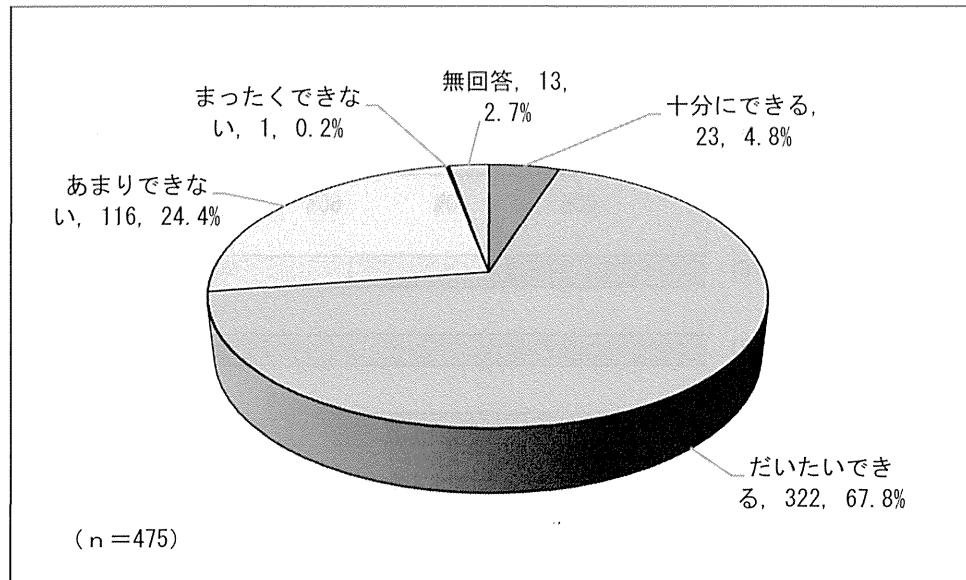


<sup>5</sup> 事業所に在宅での看取り経験者がいると、高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活を継続しやすくなることは、居宅介護支援事業所を対象とした調査でも示されている。(出典：東京都健康長寿医療センター研究所・立教大学・国立長寿医療研究センター (2014) 『在宅生活のための医療と福祉の連携に関する調査報告書－居宅介護支援事業所調査－』)

(1) 家族介護者の生活の維持

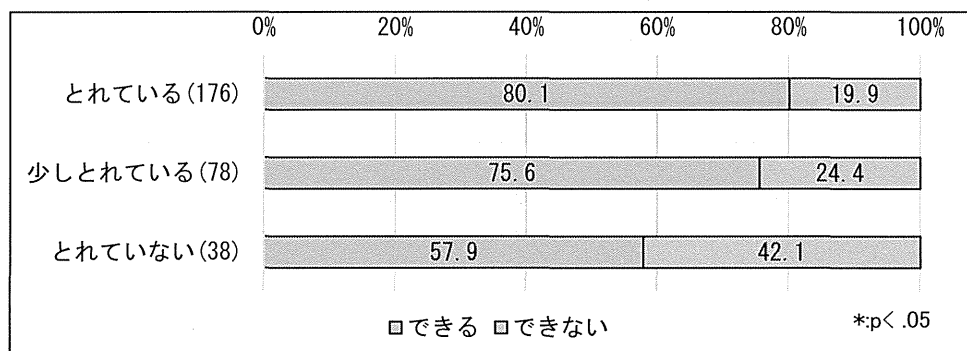
家族介護者の生活が保たれていると思うか聞いたところ、「十分にできる」4.8%と「だいたいできる」67.8%を合わせて7割以上ができると回答した。一方、「あまりできない」24.4%と「まったくできない」0.2%を合わせると、約4分の1ができないと回答した。

図 48 家族介護者の生活の維持



訪問看護との連携と家族介護者生活の維持が保たれているかについてカイ 2 乗検定を行った。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。家族介護者の生活の維持は「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、家族介護者の解説の維持を「できる」という回答が有意に多かった。

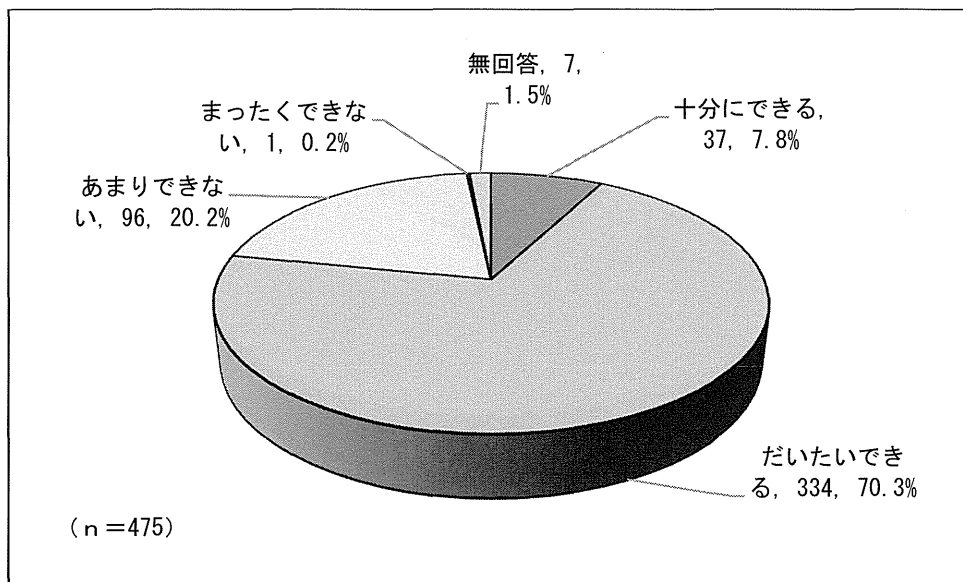
図 49 訪問看護との連携と家族介護者の生活の維持



(12) 家族介護者の介護負担軽減

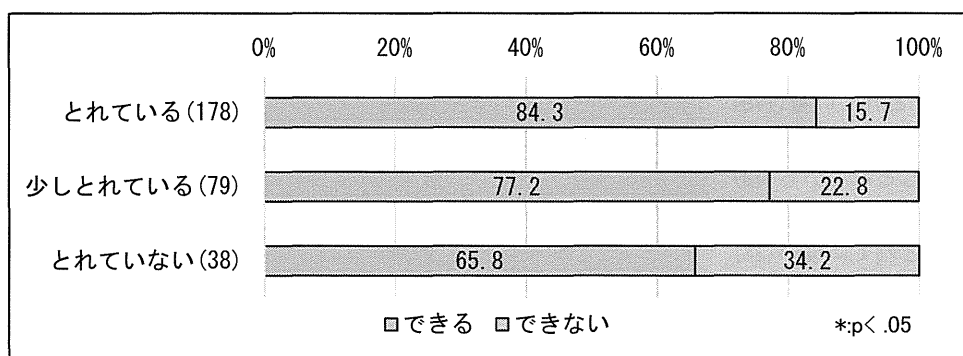
家族介護者の介護負担を軽減できていると思うか聞いたところ、「十分にできる」7.8%と「だいたいできる」70.3%を合わせると8割弱ができると回答した。一方、「あまりできない」20.2%と「まったくできない」0.2%を合わせると約2割ができないと回答した。

図 50 家族介護者の介護負担軽減



訪問看護との連携と家族介護者の介護負担軽減についてカイ 2 乗検定を行った。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。家族介護者の介護負担軽減は「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、家族介護者の介護負担軽減を「できる」という回答が有意に多かった。

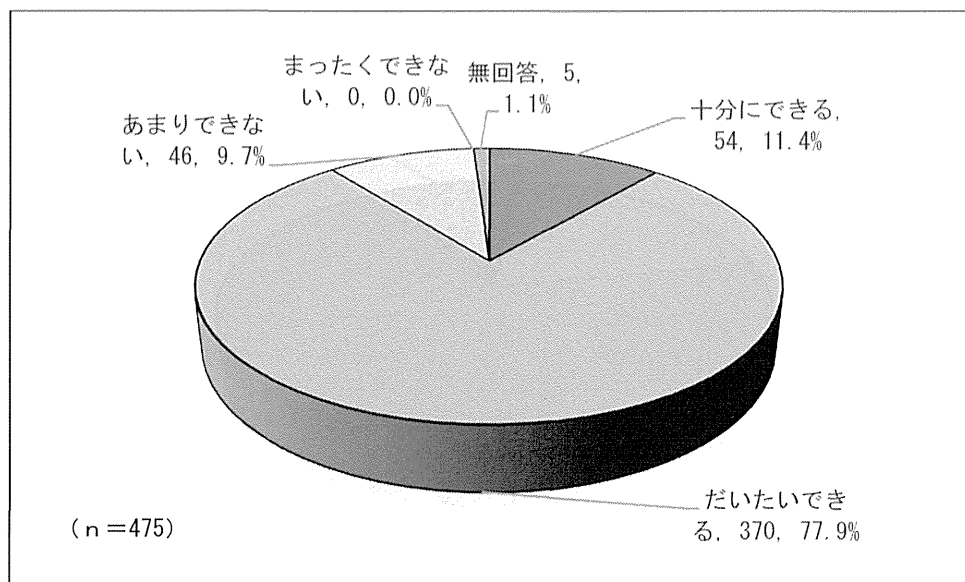
図 51 訪問看護との連携と家族介護者の介護負担軽減



(13) 家族介護者とのコミュニケーション

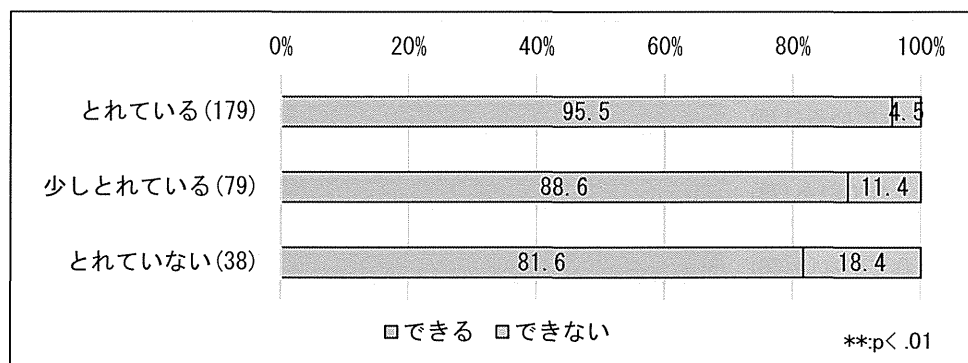
家族介護者とのコミュニケーションがとれているか聞いたところ、「十分にできる」11.4%と「だいたいできる」77.9%を合わせると9割近くができると回答した。一方、「あまりできない」は9.7%と1割弱であり、「まったくできない」という回答はなかった。

図 52 家族介護者とのコミュニケーション



訪問看護との連携と家族介護者とのコミュニケーションについてカイ2乗検定を行った。訪問看護との連携は「十分に取れている」と「とれている」を「とれている」、「あまり取れていない」と「まったく取れていない」を「とれていない」とし、「とれている」「少しとれている」「とれていない」の3段階に分けた。家族介護者とのコミュニケーションは「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。その結果、訪問看護との連携が取れている方が、家族介護者とのコミュニケーションを「できる」という回答が有意に多かった。

図 53 訪問看護との連携と家族介護者とのコミュニケーション

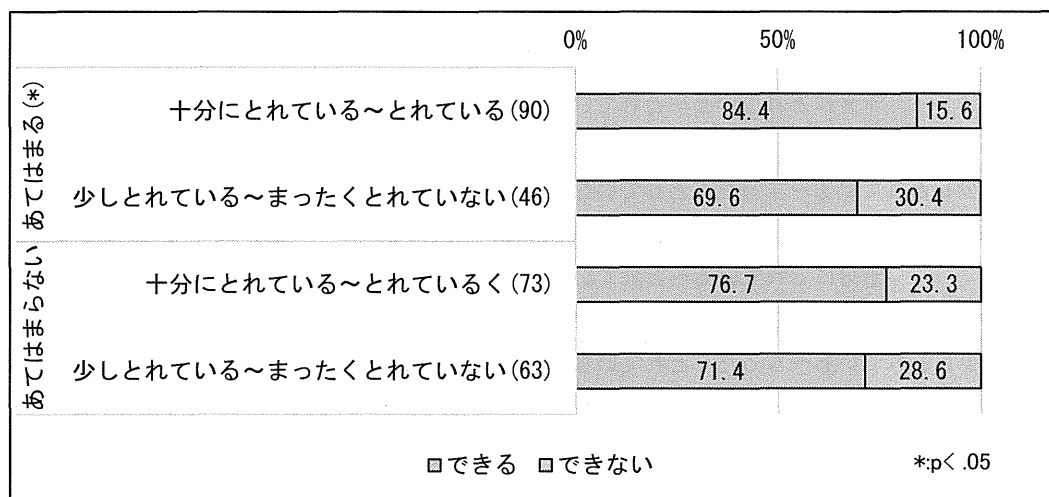


(14)サービス提供における地域の特徴の影響

ここまでサービス提供における連携や支援の評価について述べてきた。ここで地域特性がこれらに与える影響についてみておきたい。ここでは地域特性の「あてはまる」と「ややあてはまる」を「あてはまる」に、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「あてはまらない」の2つに分けた。その違いにより、訪問看護との連携と高齢者の自立支援が十分できるかについてカイ2乗検定を行った。また、訪問看護との連携については「十分にとれている」と「とれている」を「十分にとれている～とれている」の肯定的評価群と、「少しとれている」「あまりとれていない」「まったくとれていない」を「少しとれている～まったくとれていない」の消極的評価群に分けた。自立支援については「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。

その結果、地域特性において住民同士の交流が盛んであるに「あてはまる」と回答した群において、訪問看護との連携が「十分にとれている～とれている」の方が、自立支援において「できる」という回答が有意に多くなっていた。

図 54 訪問看護との連携と自立支援における住民同士の交流の影響

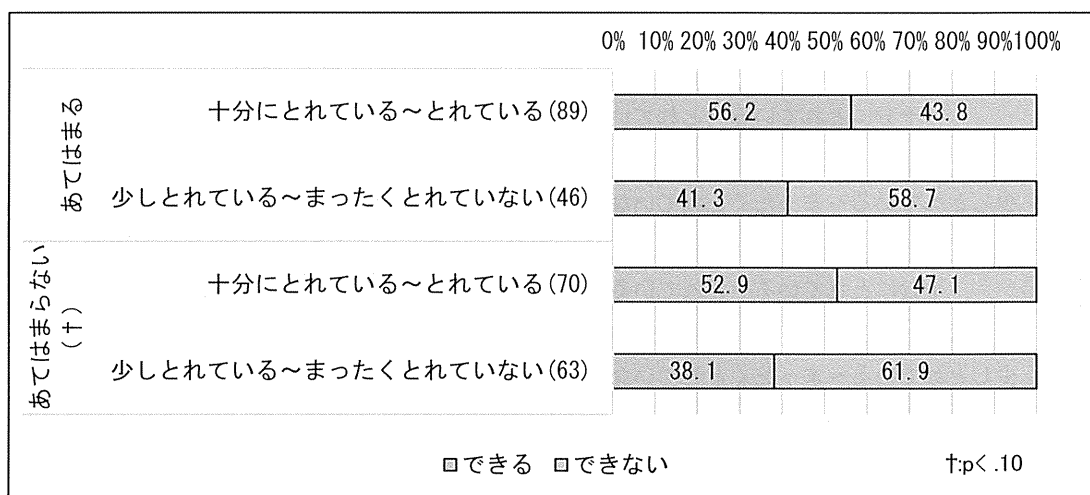




次に、地域特性の住民同士の交流が盛んであるに「あてはまる」と「ややあてはまる」を「あてはまる」に、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「あてはまらない」の2つに分け、その違いにより、訪問看護との連携と高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活を継続できるかについてカイ2乗検定を行った。また、訪問看護との連携については「十分にとれている」と「とれている」を「十分にとれている～とれている」の肯定的評価群と、「少しとれている」「あまりとれていない」「まったくとれていない」を「少しとれている～まったくとれていない」の消極的評価群に分けた。健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続については「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。

その結果、地域特性において住民同士の交流が盛んであるにかどうかにより、有意な違いはみられなかったが、「あてはまらない」方が訪問看護との連携が「十分にとれている～とれている」の方が、健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続が「できる」という回答が多い傾向があった。

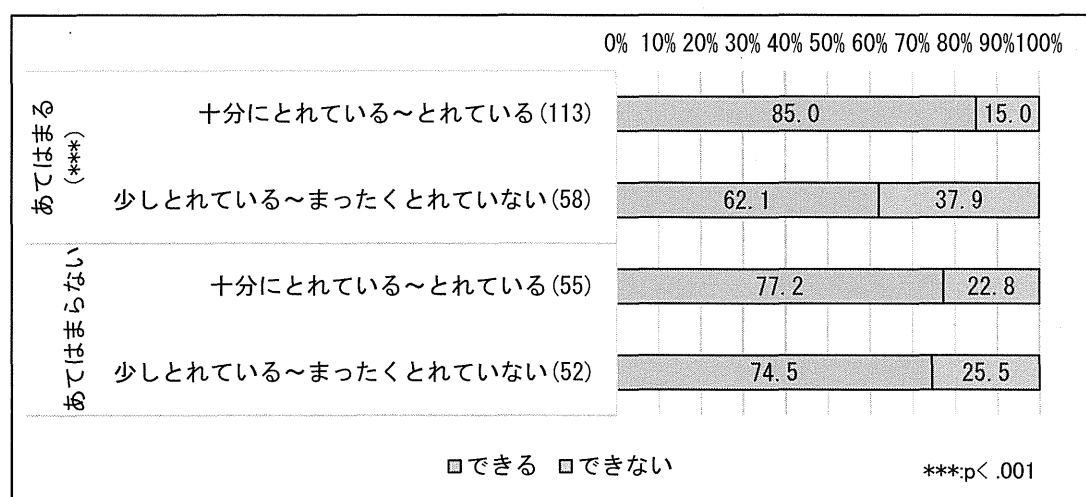
図 55 訪問看護との連携と健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続における住民同士の交流の影響



さらに、地域特性の近所の助け合いがあるの「あてはまる」と「ややあてはまる」を「あてはまる」に、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「あてはまらない」の2つに分けた。その違いにより、訪問看護との連携と高齢者の自立支援が十分できるかについてカイ2乗検定を行った。また、訪問看護との連携については「十分にとれている」と「とれている」を「十分にとれている～とれている」の肯定的評価群と、「少しとれている」「あまりとれていない」「まったくとれていない」を「少しとれている～まったくとれていない」の消極的評価群に分けた。自立支援については「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。

その結果、地域特性において近所の助け合いがあるに「あてはまる」と回答した群において、訪問看護との連携が「十分にとれている～とれている」の方が、自立支援において「できる」という回答が有意に多くなっていた。

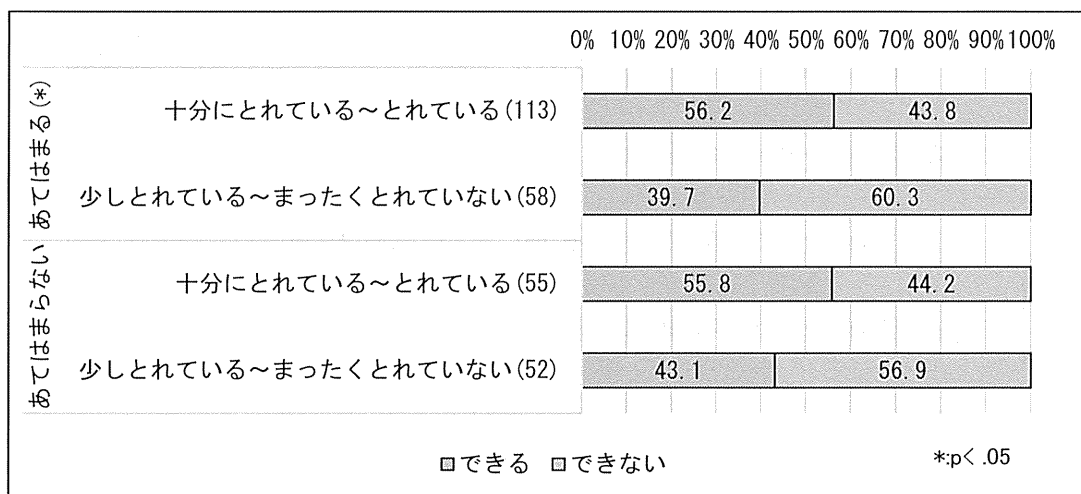
図 56 訪問看護との連携と自立支援における近所の助け合いの影響



次に、地域特性の近所の助け合いの「あてはまる」と「ややあてはまる」を「あてはまる」に、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を「あてはまらない」の2つに分け、その違いにより、訪問看護との連携と高齢者の健康状態悪化・機能低下時に在宅生活を継続できるかについてカイ2乗検定を行った。また、訪問看護との連携については「十分にとれている」と「とれている」を「十分にとれている～とれている」の肯定的評価群と、「少しとれている」「あまりとれていない」「まったくとれていない」を「少しとれている～まったくとれていない」の消極的評価群に分けた。健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続については「十分にできる」と「だいたいできる」を「できる」に、「あまりできない」と「まったくできない」を「できない」とした。

その結果、地域特性において近所の助け合いがあるに「あてはまる」と回答した群において、訪問看護との連携が「十分にとれている～とれている」の方が、健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続において「できる」という回答が有意に多くなっていた。

図 57 訪問看護との連携と健康状態悪化・機能低下時の在宅生活継続における近所の助け合いの影響



⑤自由記述（県毎に掲載しているため県名に回答が無かったものは載せていない。また固有名詞については修正・削除した上で掲載している）

A. 岩手県

1. 利用者様の情報共有、家族との信頼関係を築くことが一番大切だと思います。
2. 時間的ゆとりと会議。
3. 顔を合わせる機会を多く設ける。
4. 介護保険制度の中においては、情報は全て介護支援専門員に集められ、判断は担当の介護支援専門員が行うため、各サービスの横のつながりはもとより、担当介護支援専門員の力量や価値観に委ねられてしまいます。各サービスが専門性を持ち、対等に意見交換が出来る様になれば良いと思います。
5. 決定権者の会合等有ると、多職種連携の進みが早くなると思います。
6. 介護支援専門員による担当者会議に、利用者に関係する職種の方々との交流が出来るよう、数回に渡り開催していただけたら良いと思います。それぞれに多忙な為、なかなか開けないのが実状ではないかと思いますが。
7. 地域の民生委員を含め医療と介護、町内会等々が集まって、定期的に事例検討会等の開催が必要。同地域にどんな事業所があり協力体制が取れる所はあるかどうか今の所不明である。
8. ささいな事でも、報告する事が必要だと思います。情報の共有が本人にとっての必要なサービスに継がると思います。
9. 医療側からの発信で、垣根を低くしていただいて、勉強会など開いていただく。・福祉側からは生活面での変化等を細やかに報告していく。・CMを中心として、お互いに意見を述べられる環境作りが必要。
10. コミュニケーションが重要。・横のつながりが必要。（報告、連絡、相談）
11. 多職種が参加できる（定期的な）事例検討会、研修会、講演会の開催。
12. 難しいが、情報共有の開催等があった方が良いと思う。
13. 地域包括支援センターが中心になって、多職種を集めての連携会議や事例検討会等の開催が必要だと思う。（その都度、それぞれで行っているため、中心となる機関がない。）
14. 訪問介護事業所からすれば、医療職との間には何かと連携しにくい感じがあります。もっと、直接顔を合わせて話せる場があると良いと思います。
15. 包括ケア会議というものがあるが、多職種とはいっても介護に関連する事業所で、会議の内容にあまり変化がなく、折角集まりをもっているのにもったいないと思う。事例検討会のやり方を工夫した方が良い。
16. 情報共有・会議（連絡）の質、量を高める。
17. 連携の目的があれば行えると思います。
18. 担当者会議の開催。（状況に応じて）状態変化時には Fax 等で知らせて頂いており助かっています。
19. 地域包括や医療機関等で、検討会等の機会があれば良いと思います。
20. 事例検討会や研修会を多く開催して欲しいと思います。
21. 先頭に立って進めて下さる方々。

22. 他事業所のプライドが高く、介護関係職種差別感が強くあり、チームプレイ連携がとりづらい。ヘルパー職種を軽視している。
23. 介護員の募集がおちつかない現状で、研修も事例検討会にも参加できていない。人手不足の原因をもっと真剣に自治体や国が考えないと、連携どころか介護離れが進む。
24. 定期的な連絡会の継続・研修会の開催
25. 研修等で多職種によるグループワークで、意見を聞ければ業務に生かせると思います。
26. モニタリングの期間、中間評価の間隔も短くすることで担当者会議の機会を多く持ち、総合的なケアへのカンファレンスの回数を増やすことが必要。関係機関や関連事業所での研修やケアカフェなどの導入をすることで、活発な連携ができるのではと考えています。
27. 多職種の連携促進を行う為に、何が重要かという検討やそれを目的「テーマ」とした研修会の開催。（出席者は現場職員、相談員、S責、管理者、療法士 e t c）
28. お互いの仕事について理解を深めることが必要。・利用者にとって何が重要か、その為にどのような連携体制を図るか等、担当者会議等での今以上の話し合いが必要。・訪問介護と医療との接点は訪看さん、受診介助のある利用者の担当医師ぐらいであり、利用者の体調等についてはケアマネージャーへの報告が多く、直接的な指示より間接的に指示を頂く事が多い。直接的に指示をもらう連携体制が必要だと思う。
29. 多職種が参加する研修の場を多く設ける事。・担当者会議をしっかりと行うこと。
30. 他職種の仕事内容、役割の理解が必要で、その上お互いの立場を尊重し、利用者により良い援助が出来るのではと思う。
31. お互いの職域を理解することだと思います。
32. 1人の利用者をたくさんの社会資源がかかわることで、在宅生活を継続しているということを考えると、より充実したサービスに向け意見を出していけることが必要なので、①意見を出しやすい。②その意見をすい上げ実践につなげる。③その実践がかかわっているすべてのサービス事業者が知っている。①②③のためにきちんと担当者会議の開催をすることだと思います。
33. それぞれの情報を共有する事。
34. 電話以外の連絡を取る方法が必要。ノートも見てくれない事が多い。
35. 利用者毎のサービス担当者が多職種との連携につながっており、お互いに意見を述べる機会も多くなっている。
36. メールでの情報交換。常に情報を流し、連携をとりあう。
37. 利用者様の毎日の健康状態を、十分注意して訪問して居ます。

## B. 宮城県

1. ケアマネを含む他社との連携は、常に難しいと思っております。相互に行わなければならない業務が多く、改めて時間を作るのが一番大変だと思います。
2. 相互理解とパイプ役の存在が必要。ケアマネ（包括を含む）の力量を上げる。特に医療関係者が優先されることが多いが、一方的にならない様に調整、工夫が欲しい。在宅なら領域をしっかりとすべきと考える。
3. 人員不足もあり研修等の参加が難しいのが現状。サ高住中心のため、訪問型の職種の方々との

連携が多い。

4. 多職種の連携は、要介護度が高くなればなるほど、必要となってくると思いますが、その連携のカギを握っているのが、ケアマネージャーであり、そのケアマネージャーによって大きな差が出来ているように感じます。ケアマネージャーを通してではなく、各職種が直接コミュニケーションを取れる場やツール等が上手く活用できれば良いと思います。(訪問介護では、時に看護師と各療法士)
5. 検討会や研修に進んで参加する。
6. 常にお客様の情報共有が必要と思っています。
7. 「24時間医療・介護」の体制、「在宅を主とする」体制、「少子・高齢化社会の進行」への対応をポイントとすれば、高率的なまとまりの可能な地域全体で、これらのポイントを共通の認識として確認し、「住みよい」、「住みたい」地域の創出に力を出し合うこと。
8. 顔を合わせる機会を作っていく事が大事だと思います。
9. 専門用語で早口に話さない。互いの職種の理解が深まらない。・職種で優劣はつけない。
10. 月に一度のミーティングや多職種の為の相談窓口が近くに有ると良いと思う。
11. 地域包括ケアとは言いながらも、他職種との関わりはほぼありません。関わる必要性を感じる場面もありますが、多くは関わらずとも問題なく支援を行えている為、果たしてその必要性は？と疑問に思うこともあります。連携が必要と国がとなえるのであれば、法令において連携を義務付ける等、取らざるを得ない状況がなければ、事業者が動く事はないと思います。
12. 利用者様の状態変化が、携わっている各事業所が共有できるような方法が必要。
13. 各事業所に連携を担当する人員を配置する。(義務付け)
14. CMとサービス事業所の責任者が同じレベルで、専門職として話せる場。そのためには、人材の定着が先に課題なのですが、責任者がすぐやめてしまうので、いつも、専門職としての話まで届いていない気がするのです。
15. 信頼関係
16. 現状で良いと思います。ケアマネの腕次第だと思います。
17. 顔を合わせる機会を増やし、顔の見える関係作りをしていく必要があると思う。
18. 日時の調整が一番むずかしく、特に、医療にいつも合わせなくてはならない事等。
19. ケアマネージャーを軸にして、連絡、申し送り等を行ったら良いのでは？
20. 時間の調整がなかなかできない。特に医療機関との。
21. 各事業所の情報公開を公表して、各事業所の特別な仕事(得意な)を各会社と共有する取組みが不可欠であり、その連携をするセンター等があればよいと考えます。
22. 医療関係者と福祉関係者、行政の立場の人が集まって、お互いの情報を共有することが大事と考えます。
23. 情報交換がとても大切だと思います。
24. ヘルパーになる人が増え、介護単位が上がることによって、人員にゆとりができれば連携する時間と考えが生まれると思います。事務、書類作成能力のアップが必要。時間が足りない。
25. 適切な職員の人員配置が必要である。離職も多く、欠員も生じて、連携どころではないのが現状である。

26. 連携の意図するところを十分理解する必要がある。医療従事者は、どうしても介護従事者に対して、立場を理解しているかどうか疑問に思うことがある。
27. 被災地でDrが中心となり、歯科医なども含めた医療と介護の連携をとっているドキュメンタリーを見ました。(研修Drも勉強のため移住していた。) 良いモデルケースを取り入れていたら良いと思います。
28. ケアマネの情報管理とそれを共有する事業者さんへつなげること。
29. 在宅医療のニーズが高くなっていると思うが、移動時間が長くかかる地域なので医師が少ない。訪問ヘルパーも少なく、休止する事業者が増えている。
30. 利用者を中心に、どのような支援が行われているかを、互いに知るため連絡を取り合うこと。必要であれば、一緒に訪問し、それぞれの職種から見た意見を話し合うこと。
31. 連絡、情報交換しやすい環境づくり。ケアマネを主にして情報を交換する。
32. 医師や看護師が訪問介護員の役割を認めて下さり、同等の立場で連携をとって下さること。そのためにも、訪問介護員の知識、技術のスキルアップが必要と思っています。
33. どの職種でもあつまる事ができる会議や研修会で、なじみの関係を作っていく事が大事だと思います。
34. 各々の性格もあると思いますが、フランクに話しができる相手だと連携がうまくいくと思います。
35. 研修会に参加すると、連携が大切だと学ぶ事が多いように思います。今後も、多職種で連携し、情報を共有していくことが必要です。
36. 日頃の関係作りを積極的に行う。・顔の見える関係、協力体制づくり。・地域ケア会議への参加
37. 顔を合わせて話をする場を増やす。機会づくり。
38. 医療と介護の垣根がない状態が必要。一元管理体制。
39. 多職種参加型の研修会は、業者からケアマネへの営業の場となってしまうがちなので、今の業界にとってはマッチしないように思われる。(特にサ高住や有料老人ホーム等)・ITを使った情報共有については、行政、医師の参加があるならば、促進していけると思う。(初期投資、コスト、情報範囲等)
40. ケアマネージャーが開催する担当者会議に、皆さん参加して頂いて、情報の共有が出来たらと思います。
41. 研修、会議に出席し、意見を十分発表し、他職種の方との接点を多くとる様に心がけることが必要不可欠だと思います。
42. お互いの業務を理解すること。
43. 連携ノート等活用は、当事業所でも有効活用出来ています。
44. 情報交換等
45. 在宅支援については、ケアマネージャーが中心となり、各事業所からの情報を入手しています。その情報は、関連する事業所全てが入手できる訳ではありません。連携する各事業所への情報発信から課題検討、改善に向けた取組まで、連携を促進するためには、ケアマネの力量がかかっていると思います。又、多職種が参加する研修等は、他職種との意見交換もあり勉強になります。
46. 担当者会議などでしっかり顔を合わせ、お互いの業務分担を確認すること。訪問時の状況を共有すること。

47. 担当者会議をきちんと定期的開催し、情報共有を図る。・同一の課題等についての事例検討会や研修の開催。
48. 情報の共有を密に行っていく。
49. 研修、講習会などの開催があると、業務での連携が取り易くなりますが、時間、場所などで参加が難しく、なかなか参加出来ません。介護業務は書類も多く、地域連携に参加するのが大変です。
50. 信頼
51. 顔が見えないと連絡は取り難いです。同事業所は看護師、OT－PT併設で十分に連絡、指導、研修などの協力があり助かっています。
52. 保険制度内では、担当者会議への積極的参加、それ以外では、自治体主催等の連絡会への参加があると思います。
53. 病院開催の勉強会やCMや他事業所での交流会がありますが、近隣の町でのマラソン大会等に福祉関係で団体として参加（PR）出来れば、地域に住んでいる市民の方との交流にもなるのでは。もちろん勉強会や交流会（飲み会）に代わるイベントとして多職種との交流にもなると思う。）
54. ケアマネが中心になって行う地域連携の集まりなどはあるが、ホームヘルプ事業所自体が中心になって行う、連携会議などが有ると良いと思う。
55. PCを使い、情報の発信等。Telやメール以外でも会議（研修）を開いて、意見交換の場を作ることが必要かと思われます。
56. 連携をとるための時間の確保。
57. 折りに触れ情報交換、情報の共有をする事が必要で、最も大切な事だと思います。私共の地域では、各々の管理体制は、取り組んでいても連携まではなかなかいかず、利用者様を関わっている全ての機関で支援出来ているとは言えない状況にあります。なので、今後は機会を設けて「話し合いの場」を作る事は大事な事だと思われます。その為にどうしたら良いか、今後、真剣に考えて行かなければと改めて思いました。
58. わからない事がある時は恥ずかしながら聞く。
59. 問28での1.への積極的な参加。
60. 必要時連絡。
61. お互いの相互理解が必要だと思う。

### C. 福島県

1. 情報の共有化と参加者の出席時間の確保。
2. チームケアの中心である家族、介護支援専門員が職種との連携がはかられる様連絡することが必要である。また、利用者に関する情報を、チームで共有することが大切ではないかと思う。
3. 本人、家族の要望がわかりあえ、尊重して協力できる関係が築ければと思う。
4. 病院等の研修案内等も来ている。
5. 直接会って話す。
6. 行政が中心地なり、それにかかる費用等を補助、助成する。又、人材の確保。介護職の社会的



地位を向上させて、処遇を改善させる必要があると考える。

7. 行政でも包括的支援に取り組み始めており、以前よりも多職種間の連携に関する研修会なども増えてきている。実際には、一人の利用者様に対するサービス担当者会議などで、その人に関わる多職種の担当者が、顔をあわせて話し合いをする事が大切だと思う。Drなどは、業務の関係上出席を求めるのは困難だと思われるが、情報を共有する事により、よりよい連携が図れるのではないかと思います。
8. 勉強会や研修の他にも祭や懇親会など、もっと自由に交流できる集まりが必要。
9. サービス担当者会議等をもっと充実させる事。
10. コミュニケーションの場。事例を交えながらの意見交換の場。
11. 訪看からは、「訪問介護はお手伝いさん」の意識が強く、こちらから報告しても取り合ってもらえない。
12. 連携に取り組む時間と人員に余裕が出る程度に、介護報酬が広い視野により計算され、決定される仕組みになることが必要である。
13. 地域包括センターの研修参加・HP内担当者会議・事例検討会参加
14. 上から物を言う対応ではなく、多職種が平等で考える事に努力して欲しい。
15. 医療従事者の立場が訪問介護よりも上である様に感じるため、連絡等もとりにづらい状況である。どのようなことでも連絡できるような雰囲気作りをして欲しい。
16. I町は「認知症対策サポート会議」があり、認知症について日本一優しい町を目標に、多職種の集まりの中で研修や劇団を作り、各種イベントや講演会において寸劇を実施しております。
17. 行政や地域包括支援センターが連携の促進を推し進めること。
18. I市では、「顔の見える連携」の取り組んでいます。医師会、ケアマネ連協、訪看協会、介護福祉士会などで、連携の場所づくりに努力しています。訪問介護の事業所でも、勉強会等での交流の場、情報交換の場を利用して、多職種との連携をしています。☆当事業所は、併設障害者福祉のヘルパーやデイで医療的ケアのある重度障害者サポートをしています。
19. 情報の共有、研修会等の開催。
20. 多職種と交流できる機会を設ければいいと考えます。ただ、サービス担当者会議の他に。訪問介護のみの事業所だと、なかなか多職種と関われる機会がない。
21. 担当者会議の定期的な開催。情報の共有。
22. 医師の協力が充分でない。特に認知症の知識がないのに、適当にアリセプト出してお茶をにごしたりする。結局、紹介状のないまま専門医にかかったが、この人の場合アリセプトは効果がないどころか、害があったと言われた。
23. 居宅介護支援事業所や訪問サービス、短期入所の関係者は、在宅支援者である事を理解しながら、お互いの事業の役割と業務内容を把握して、地域包括支援センターの会議や連携の場には積極的に出席してほしいと願います。顔の見える関係を作っていく必要を強く感じてもらえるように、あらゆる方向性から発信してほしいです。
24. 多職種が関わっている利用者様程、多職種が情報を報告してもケアマネで止まっていて、情報が下りてこない事が多いので、より情報の共有が必要と思う。
25. 各職種がそれぞれの役割をきちんと把握することが必要だと思います。

26. インターネットの活用で、誰かが更新したら、全員が見られるようなクラウドサービスの利用。
27. 法人内に通所介護、居宅、地域包括、訪看等あるので情報共有や情報交換は可。医療機関との連携は訪看を通じて、ある程度は可能。但し、同じ法人内に上記事業所等がない場合は難しい。
28. 連携会議の開催
29. 被災地にとっては、病院、施設、人材不足、スタッフ不足になっており、まず、事業所のサービスがきちんとできなければ、多職種の連携までは考えられない状況である。
30. 市町村が指揮を取って、もう少し多職種との連携をとっていただいた方が良いのではないかと（各職種単位では話し合っていると思うが・・・？）
31. 現在、避難中にて避難先の事業所とかかわれる機会が少ないので、まずは、「とっかかり」が欲しいところです。
32. 研修会等の参加
33. 地域包括センターの活用が出来ていないと思うので、今後、活用していきたいと思います。・訪問看護ステーションも併設し、看護師も集まりましたが、介護員の人数確保が出来ず、看護師が介護業務をこなしています。介護員の確保で苦労しています。
34. 担当者会議への積極的な出席。・医療関係者から本人への自立に向けての提案（意見）を伺いたいです。
35. 多職種との連携は、理想だと思いますが、現実的には難しいと思われる。
36. 担当者会議の時に、連携の手段について、相互に意見を出し合い統一を図る。
37. 連携を促進するためには、医療と介護が連携できるよう、連携ノートを活用。
38. 地域で行われるケア会議等への多職種の積極的な参加。
39. 退院前のカンファレンスや担当者会議等の参加や連絡ノート等の活用で連携を図る。
40. 小さな変化も大きな結果に繋がる為、日々報告、連絡、相談を欠かさず、良好なチームプレーを図る事。情報共有する事。
41. 各職種が他職種の仕事内容を理解した上で、各々が各専門のプロとして対等に話し合うこと。・顔が見える人間関係づくり。・旧体質の事業所の立て直し。（上から目線でのケアや連携では対等に話し合いなどが困難）・介護職の質の向上（ヘルパーの質が低いと、連携ノート使用しても使い切れない。また、必要な情報の見落としになる。）
42. 行政が中心になって連携するよう、市の条例に定めていく。
43. 利用者の状態変化があれば、すぐにケア会議を行い、情報の共有と対応の検討を随時開催していきたい。
44. 各事業職種ごとの役割を明確にし、タイムリーな情報の共有ができるよう顔が見える会議等には、できるだけ参加することが大切だと思います。
45. 事例検討会などを通じて他職種の方との意見交換など、今まで以上に連携を取る必要があると思います。
46. I市は、福島第一原発の事故による、若い世代の除染作業従事避難民の増加による商業活動の活発化等により、福祉従業者の不足が顕著であるという、特殊な地域です。日本全国が超高齢社会に向かう中、介護が必要な避難民の問題もあり、特に要介護高齢者が多い地域と言えます。すでに介護難民の問題も出て来ており、その様な中での多職種の連携は、必要性は十分に感じ

ながらも、忙しすぎる現実があり進んでいません。

47. 徘徊や認知症の高齢者を見守る事が大切だが、ボランティアに頼るのはいできない。
48. 障がいや疾患を抱えていても、自立した快適な生活を送るためには、各専門職の人々が責任を果たし連携をする事は大切である。まず、お互いの立場を理解し、それぞれの能力を認め尊重する。特に介護と看護は関わりを持つ対象者は違うが、療養上の世話においては共通しており、介護職は看護職に対して医療に関する事だけではなく、介護における生活全体においても相談し、お互いの専門性や役割を十分発揮、協調して対応する。情報を共有化する。共通した目標を設定する。実施した結果は、記録に残す。そして評価する。
49. 他職種の業務内容の理解・担当者会議への全員参加
50. 文章にできません。話し合える機会があると本音も言えます。
51. 介護と看護の壁を壊すこと。お互いの役割とサービス提供範囲を理解し、相互協力できる体制づくり。介護職の医療知識の向上。
52. 地域ケア会議の充実
53. 定期的に事例検討会や研修の開催を行い、連携しやすい関係を築く。
54. 連絡、報告、コミュニケーション。集まる機会を増やすのには、各自の時間がなく、難しいと思います。
55. 事例検討会や研修の開催。
56. 情報交換（報告、連絡、相談）・早い対応
57. 医療との連携が一番取りづらい。医療者側に生活を観る視点を持ってほしい。連携を促進するために、お互いが顔の見える、意見の言える関係作りが必要。情報交換もケアマネを通さず、直でのやり取りも必要。
58. いくつかのサービスを利用している方は、事業所間で密に連絡を取れる状態にしておけば、安全に配慮した連携が図れるかと思えます。また、医療との連携のためには、ご家族の意志や協力が大切になると思えます。まずは、利用者様、ご家族様の生活状況、身体状況、ご意見をしっかりと理解することが必要かと思われれます。
59. 定期的なカンファレンスを行う。
60. 現在は、ケアマネに利用者様の状況をお話して、ケアマネから必要に応じて他職種の方に確認頂いて、連絡をもらうようになっていますが、多職種の連携促進する為には、直接のやりとりが必要になってくると思えます。
61. 震災後、働き手が減り、地域連携が難しい状況。特に介護職が不足している。
62. 医療、介護、行政の連携。当社では、家族がほとんど当社（介護）に一任、（行政用語、介護用語、医療用語）が難しく理解しにくいとの事。当社では、決定事項を解りやすくかみくだいて説明してます。
63. 価値観のすり合わせと役割分担の明確化と情報共有（デイリー）
64. 毎日忙しい業務の中、多職種の連携を取るには、なかなか難しく思いますが、担当者会議を定期的で開催する事とメールなどのやり取りなどをする事で多職種の連携をはかるのはいかがでしょうか。

## 2. 訪問看護ステーション調査編