

第4回 いなべ在宅医療・介護連携研究会（H31.1.18）意見交換会

1グループ

- ・ うまくいくとき、いかないときがある。
- ・ 家族の思い。
- ・ 医療と介護の連携…差がある。医療は随時連携が取れている。
- ・ 同じ目標に向かって、こうしましょうと動くのが協働。
- ・ PT…デイサービスへの訪問。リハのやり方のアドバイス。サ高住へ行って環境見て、アドバイス。連携。
- ・ 職種違うと共通言語ないので、連携難しいが、看護師は医療と介護の橋渡し役かなと思う。
- ・ 医療系—専門職のことばが難しい。介護職や家族へはわかりやすいことばで伝えるように気をつけている。
- ・ 施設同士のつながりがない。
- ・ 看護師同士も集まりましょうといっても、実現できていない。
- ・ PT同士の連携あり。各事業所の代表。事業所が少なく、繋がりやすい。情報交換している。
- ・ 分からないことを医療職の方に「わからない」と聞きやすくなった。
- ・ 意見交換会について：テーマが難しい。この会の意見交換のテーマはいつもそう思う。意見交換で何を求められているかわからない。
- ・ 小野Drから、いろいろ伺うことができてよかったです。

2グループ

- ・ お互い情報を出し合うことが大事。共有し合う時間が大事。
- ・ 他職種や本人・家族との連携をとりたいけど、時間がつくれない。
- ・ 他職種との連携も大事だけど、同じ施設や同職種の連携が大事。
- ・ 同じケアプランであっても、望んでいるものと違う時がある。職員の配置などによって、できるものが違ってくる。
- ・ 同じところでサービスを続けられる。（他と入れるとバラバラになる）
- ・ その職種の人が知識のレベルをあげることで、信頼を得られる。
- ・ 「連携」「協働」が上手くいった時とは？
⇒利用者の目標が達成できたとき。（話し合いそして取り組めた時）
- ・ 「医療」だけの情報だけでなく「介護」「私生活」の情報が入る事で、全体像が掴みやすくなる。
- ・ 各職種のプライドを尊重することも大事。

3グループ

連携・協働の違い

- ・ 連携…情報を共有すること
- ・ 協働…情報をもとに同じ方向に向くこと
- ・ 連携…連絡を取り合うこと
- ・ 協働…目標に向かって、バラバラではなく一つになって取り組むこと。それぞれの専門職

の立場で意見を出し合って協力すること。

- ・ 色んな人の意見を聞いて協働とはこういうことだと気づいた。
- ・ 普段イメージとしては考えたことがない。
- ・ 連携…皆で手をつなぐこと
- ・ 協働…一歩皆で踏み出すこと
- ・ 連携があつての協働。連携がすすんだ状態が協働。
- ・ 同じ施設内だと連携・協働しやすい。
- ・ 施設内にも色んな職員がいる。上手くいくわけではない。すべての職員に情報が行きわたっていない現実がある。施設内での連携が上手くいかないジレンマがある。課題だと感じている。
- ・ 専門職によってケースの課題の視点がずれることに原因があるのではないか。
- ・ 同じ施設内でも上手くいかないことがある。在宅のCMとしては、連携が上手くいくよう、それぞれの専門職やケースの思いを聞くようにしている。(難しい方もいる)
- ・ DS：家族と本人の思いが違うパターンが多い。CMに相談して方向性を決める。
- ・ 歯科医師：CMやサービス事業と、訪問診療を通してそれぞれ家族・本人と連携が増えていく。
- ・ 指導、治療をすることが目的。ICTツールがあると、連携がすすむのではないか。
- ・ OT：CMと目標を決めるので、連携は増えている。家族が不在のケースは多い。限られた時間内で、家族との連携がとりにくい。CMと目標を決めても、家族からストップがかかってしまう。コミュニケーションの機会が増えると解決できるのではないか。
- ・ 日頃、つい連携という言葉を使う。サービス担当者会議でも協働という言葉は出てこない。理由は、専門職それぞれ意見はもっているが、意見を言わない。決定権が一人ひとりにあるわけではない。意見を出しあつて、方向性が一つになったら、協働になるのではないか。
- ・ 利用者は自己決定できない人が多い。家族も入所すると施設にまかせっきり。
- ・ どこにむかっていくのか、目的が不明だから施設内での連携が進まないのではないか。

4グループ

- ・ OT：病院内での多職種連携・退院時のケアマネとの連携
- ・ OT：体の状態を良くして、退院後、生活動作の練習、代替サービスに結びつける。
- ・ 特養NS：医師の指示のもとでのケアと、施設でのケアとは違いがあつて、他の職種との連携にとまどい。また、Drとの連携のタイミングがわからなかった。NS同士の相談の後、相談をしていく。
- ・ 歯科：医科と歯科の共同。糖尿病と歯周病。残歯が多いと認知症・転倒などのリスクが少ない。歯科の訪問は難しい。(財政的) 歯科衛生士を増やす。
- ・ 医師：栄養士は難しい。糖尿病だと自分で食品表を使って指導をしていく。高齢者の場合は、型にはまった指導は無理である。制限食の宅配ができる。ケアマネ・訪看は連携とれるが、管理栄養士とは病院を介するのでやりにくい。
- ・ CM：まだ連携がとりにくい。
- ・ 主治医の考え方を知ることができる。意見書をもって話をする。
- ・ Dr：くすりを処方しても、飲んでいないことがあるので、そのことも情報をもらえるとよい。

5 グループ

連携

- ・ F A Xがなければ事故があったことがわからなかったケースがある。(連絡まで1か月の期間があった。) 日常の会話・連携が上手く行ってなかったようだ。本人からの言葉が少なく伝わらなかった。息子さんとの関わりが入って、協働が出来ている。
- ・ 目の前の状況はわかるけど、デイサービスに行っている時の様子は、なかなかわからないので、文書があると状態がわかる。連携と協働が必要だと思った。
- ・ 約半分ぐらいしか、上手く話してくれない。話しやすい人の方を向いてしまう事がある。
- ・ 日下病院の理学療法士との協働がある。東員町まで来てもらえないと思っていたが、この頃連携がうまくいくようになってきた。
- ・ 訪問は相性があるので、難しい事がある。深く話す時間が少ない。限られた時間の中で、やれることを考えてしまうので、本人の思いを聞くことが出来ない。多職種の連携がないと信頼関係が築けない。
- ・ 生活シートを必ず確認して、家族・本人の関係性や生活基準をみる事が連携・協働の足がかりになる。あっちこっちのアンテナを色々もつことで、その人の情報を積み重ねていくことが出来る。
- ・ その人だけにかかっていると、その他の人に目を向けることが難しい。
- ・ 事業所から言われると素直に聞くけど、ケアマネから言われるとほんとに？とってしまうことがある。
- ・ デイサービスの中で家族から言われる事があるか。ケアマネからは、治療している薬があると聞いて、看護師からは治療しているので、入浴はやめてと言われた。本人は入浴したいと言われた。誰の言葉を信じればよいか、困ることがある。
- ・ 家族から、本人のケガやアザなどの報告がないと言われることがある。気づいたらメモする。家族に一言伝える。人間対人間なので、言葉をかけることが必要。気づかなければ、素直に認めて、謝る。
- ・ 家族や本人とのコミュニケーションをとり、クレームにならないように気をつける。

6 グループ

- ・ 口腔ケア・リハビリの依頼が来る ⇒訪問を行う ⇒関わっている人がカンファレンスを行い参加した。
- ・ 口腔の専門家との連携・助言を受けることは連携。
- ・ 日下病院―田中歯科→治療を行っている。各施設でNSが行っている。
- ・ 緑茶で口をぬぐう。スポンジを仕様。
- ・ 歯ブラシ、使い捨てで衛生管理。誤嚥を心配している。
- ・ ムセが多い人への対応で困っている。→スポンジブラシが良い。
- ・ 電子カルテ：連携ツール→進んでいる。
- ・ ゆめはまネット→関係者の情報共有が進んでいる。
- ・ 訪問看護と関わっている歯科医は少ない。
- ・ 歯科医へ連絡するケアマネが増えてきた。まだまだ少ない。
- ・ フットワークの軽い先生は増えていく必要がある。

- ・ 介護保険の請求はめんどくさい。
- ・ STがはいて、口腔リハが進む。
- ・ 共有する → ツール

7グループ

1) 「連携」「協働」のイメージ

- ・ いろいろな職種の連携（全部の連携） → いいたい事を言う → 協働
↓
- ・ 介護職員の中で協働 → 問題を見つけ → 多職種で連携する
同じ職種の中の連携 → 協働がまず大切 → その後、多職種で連携する
- ・ ケアマネ → NS
介護職
薬剤師 } 連携

※単独な職種だけでは、成り立たない。

2025年問題に向けては、PTを中心にした多職種連携が重要。

2) 連携について

- ・ 線引きは難しい。
- ・ 薬剤師…情報が入りにくい。そんなとき訪看やケアマネから情報もらえるとつながることができると思う。
困ることがDrからの依頼・ケアマネが知らなかった→薬剤師が別のイメージ
⇒顔を合わせないと話し合いができない。
- ・ ヘルパー…家族も含めた連携→家族の理解不足。主介護者が不在だと、伝わらず。
デイ→ケアマネ
→家族
主治医まで踏み込めない。病院主治医の場合は特に。
- ・ 困ったときに、どの人に聞こうか。顔を知っている、ひとり知っている人がいて、その人を通じて連絡がつながっていくとよいが。
- ・ 家族への協力をもとめたら、その間に立つケアマネ（施設の人）にも、協力を得られなかった。

8グループ

- ・ 連携・協働とは
- ・ 1つのチームとして動きたい。CM中心のチーム。
- ・ 本人の気持ち意向をしっかり把握し、発信していくことが必要。
- ・ 入退院支援ナース：連携が増えた。患者を含めた1つの輪。
- ・ 専門職がたくさん入ったサ担が必要では？サ担は一部の専門職だけで行われている状況
- ・ 誤嚥性肺炎が多く入退院繰り返し残念。管理栄養士を是非。カンファレンスに出でほしい。
- ・ 事業所の横のつながりが少ないのではないか。サービス担当者会議ぐらい。
→どうすれば？利用者一人ずつのホームページがあるとよい。ラインで共有。

<困ったこと>

- ・ サ担 せっかく集まっているのに。ふわふわと終わってしまって、方向性を決めなかった

のに、なかなか云えない。関係性が作れていない。

- ・ サ担 場なれしていない。本人・家族が、うまく意見が云えるか。本音はCMだけでなく、事業所の人に話していることも…事業所から得られる情報もある。
- ・ 嚥下困難な人…入所先の前の施設NS・介護職・調理が事前に来て、STの訓練見学、うまく施設への入所に導けた。
- ・ 医療は日進月歩。いろいろ遠慮なく相談することが大事。

9グループ

- ・ 連携→協働
- ・ 連絡だけとりあっても、動かなければ意味がない。
- ・ 同じレベルで話しをつめていくのは難しいが、それをすすめていくには、周知していく必要がある。
- ・ 話し合う機会はないが、お願いは他職種している。連携室を通してしかできていないが、これからの医療は必要性を感じる。
- ・ 家族とのつながりが薄い。正月・盆の外出・外拍者が減少してきた。
- ・ 口腔ケアの必要性を案内も…。往診で連携をとっていきたい。
- ・ 情報をもって仕事を進めているが、顔見知りになるのも大切。いろんなことが少しずつ聞けるようになる。

10グループ

- ・ 日下病院には、摂食嚥下の専門職 STはいない。
- ・ 嚥下のアセスメントをもって、家族に言えれば、きつとうなぎは食べれた。
- ・ ケアマネ→家族に説明できたらよかった。
- ・ 難しいケースではあるが、STだけでなく、外に向けて、依頼する方法もあったのでは。アイリスの中だけでなく。
- ・ 家族からNSは信頼があったので、チーム内で家族への働きかけを話し合えればよかった。
- ・ アイリス…各職種で話し合えるシステムはできている←これは素晴らしい。
- ・ Drが言ってくれれば、心強い。
- ・ 特養では難しい。
- ・ ケアマネはひとりで抱えている？→だれにでも、ヘルプを求められる。頼れるところが多いので、困ったら、この人に電話しようと思える。頼っていけば、助けてくれる。ケアマネ…いろんな人と関われる。いろんなタイプがいる。それぞれの元の職種のカラーが出る。
- ・ 病院では禁止が多い。在宅でよかった。本人の希望を叶えてあげられる。
- ・ たよるって大切→顔のみえる関係はいいですね。頼りやすい。
- ・ 口腔ケア、歯周病予防。
- ・ 病院と歯医者との連携が出来始めている。総合医療センターと歯科医院との連携は進められている。

11グループ

- ・ 連携…少しずつ範囲は広まった。

- ・ 歯科：認知症や受診できない方を対象に訪問。口腔ケアの必要性を専門職は家族に伝えていくことが重要。
- ・ 連携：介護で考えるのか、医療で考えるかによって違う。お互いどうやって入っているのか。入っていったらいいのか。
- ・ 地域包括ケア病棟との連携はCMが中心。顔の見える関係を目指す。治療ではなく、予防的に来てもらえるとよい。
- ・ 連携：患者が中心。うまく在宅とかで、生活できるようにと考える。1つのケースを皆で集まって話し合いが持てる。
- ・ 人が変わると、連携ができなくなる。
- ・ 人と人との連携はできるが、病院の連携が難しい。連携の流れが変わることがある。
- ・ CMを通して、他の専門職との連携。
- ・ 協働：一緒に情報共有しながら、目標に向かってすすめる。横につながるイメージ。
- ・ 連携と協働は少し意味合いが違う。
連携→枠を超えて 協働→中で
- ・ 研究会を通して、顔見知りになったが、依頼は少ない…ニーズが少ないのか、ニーズがあるのに相談がないのかどうなのか。
- ・ 連携すると言っているが、互助会としたほうが使いやすいのではないか。連携のことばに躊躇するのでは、噛み砕いて、堅苦しい。
- ・ 何でも簡単にして電話して頼める。

12グループ

- ・ 施設CM) 病院にお尋ねしたいことがある時、どこまで聞いて良いのか、聞き方がわからないと感じていた。入所される方は、いろんな疾患のある方が殆ど。以前は、お尋ねしたくてみ聞きづらかったが、聞いてみたら、親切に詳しくお答えいただいた。「医療と介護の連携」について、医師も理解いただけるようになったと感じる。
- ・ (病院NS) 入所していた方でも在宅の方でも、入院された場合、退院時には元の生活に戻っていただける様にしたい。その為には、元の生活がどんなであったかがわからないと戻せない。どんな生活に戻したいのか、コミュニケーションが大事だと思う(トイレに行けない、普通食でない等は自宅に帰れないと言う家族が多い)。
- ・ (HH) 在宅に訪問しての支援の中で、限度額的や、家族関係など、ぎりぎりの所で支援が必要なケースがある。医療の支援はできないが、浸出液等あれば、簡単なガーゼ交換等は必要になる。なる。HHは看護分野は、わからないので、通所のNSさん等に頼って連携している。
- ・ (病院NS) CMさんは、病院NSに話しかけるのを遠慮される。退院カンファは最終段階で、退院が決まる前からコミュニケーションをとって行きたい。
- ・ (HH) CMさんが不在で連絡がつかないこともあるので、連絡ツールがあると良いと感じる。
- ・ (HH) HHだけを利用されている方の場合、看護分野を尋ねるところがなく、悩む。
⇒ HHが悩んでいるなら、家族も悩んでいるのではないか。
- ・ (HH) この方の場合は家族がほったらかしなので、HHだけが悩む。
→家族が、病院に連れて行ってけると良い。
- ・ (HH) 家族が病院に連れて行かないケースがある。
⇒その点、小規模多機能や看護小規模多機能はありがたいと思う。

- ・（病院NS）病院は病気を全力で治すところ。在宅の人の支援で困った時に相談できる場所があると良いと思う。
- ・（栄養士）自宅での食事（普通食）では食べれない方。施設でトロミ食やミキサー食で提供いただいても、本人はその食形態が嫌と食べない等の場合に、NS、CM、患者、家族で連携し上手に支援されているのを見たことがある。
- ・（一同）連携はふみ込み、取り込みも必要。
- ・（施設CM）入所施設において、面会に来た家族は、思うことがあっても、「見てもらっている」と遠慮があり、思うことがあっても、言ったら悪いと思って言わない人がほとんど。
例えば、食事摂取量が少ない方、家族からの聞き取りで小さい口しか開けられないので、小さいスプーンで介助に変更し、食べれる様になったとか、ももとの食事量が少なかった方なので、食事量は摂取できているとわかった方など、入所前の状況、状態がわかると施設での支援方法がわかる。
- ・施設と家族のコミュニケーションで、本人の思いがわかることがある。施設では気づけなかったことに気づけることがある。
- ・施設であっても、今の状態を家族に伝えることが、その後の支援につながる。
- ・（一同）情報の発信していくことが大事。良い支援ができる。

13グループ

- ・利用者（患者）の情報共有が大切。
- ・繰り返すこと。働き方が勤務によっていろいろ違う。朝礼や申し送りでも繰り返し、伝えている。⇒発信することが大切。
- ・書面でも、確認している。
- ・リハビリに対して、薬に対して、リハ職、NSや薬剤師だけでなく、本人の思いが重要。
- ・週1回多職種のカンファレンスを行って連携している。
- ・薬剤師、リハ職、NS等職種によって、聞くところが異なる。⇒本人の違う一面が見れる
⇒それぞれの部署から意見を聞くようにしている。⇒統合
- ・施設や病院の役割によって、支え方も違う。
- ・生活を支えてもらうことがすごい。本当の姿は生活にある。入院中と退院した姿と全然違う。
- ・訪問リハ：入院中・退院後のギャップ有。入院中歩けなくても、退院後歩ける人もいる。入院中から、退院後の生活を見据えたリハビリを取り組まないといけない。
- ・本人のメンタル的なところも大きい。家に帰ることが、プラスになる。
- ・CM：良くなる、悪くなる想定をしていくべき。⇒在宅は家族の介護力が必要。
- ・入院きっかけで、施設に申込みする方が多い。施設の選択肢も増えた。
- ・外来NS：一人暮らしが増えてきた。薬の管理ができない人、電子レンジが使えない人。月1回でも見守りがほしいと感じる。
- ・訪問リハ：独居の人多い。リハビリも行うが、生活全体を見て確認してくるようにしている。
- ・くすりの管理は、一包化してもらうようにしている。
- ・今までの多様な生活を支えるべき。入院したからではなく、施設でも在宅でも。
- ・お金のない人も増えてきた。

- ・ 支援（医療）を拒否する人も増えてきた。

14グループ

- ・ 連携 意味合いは皆わかってきている。 連絡を取り合う（報・連・相）
↓
テーマに向かって発展 アクション **協働** 仲間で動くイメージ。
- ・ 線で見ながっている。顔を見なくてもできる。
- ・ 1つの目標に向かって話し合っって考える。意見を出し合う。決めていく。
- ・ 本人の思いの実現＝目標
- ・ 意見だけではダメ。1つのものに向かってみんなで協力しあう。
- ・ 環境、システムがないと意味がない。
- ・ 顔見知りじゃなくても連絡は取り合える。
- ・ 急いで連絡がとりたい時、CM等、訪問が多い職種は掴まらない。PTさんリハ中の電話はとれない。土日・祝日は連絡がとれない。
- ・ 連絡 + 心・思い = 協働
- ・ 施設職員は連携を感じにくい。
- ・ その場なりの連携はできている。

15グループ

- ・ 連携、協働の違いは？
- ・ 連携：いろいろな職種とのつながり
- ・ 協働：いろいろな職種と一緒に方向・目標に向かって
- ・ お互いの専門領域の共有
- ・ いかにかコミュニケーションをとっていかかが大事になってくる
- ・ 連携して情報を共有する⇒どれだけ一緒に動けるか
⇒お互いの専門領域を共有するか
- ・ 目標に対してどれだけ動いていけるか。
- ・ 連携、コミュニケーションを密にして情報を共有
- ・ 目標に向かってそれぞれ動いていく。
- ・ 事業所での限界。目標が合致しない。 A ここまでできる ⇒ すり合わせがうまく
B ここまでできない⇒ いかない場合がある
- ・ 目標設定で悩む。本人の目標を達成したのに、本人が継続を希望する。
- ・ 各職種が同じ方向に向かって
- ・ 協働：Ns⇒主治医に働きかけて試してもらおう。診察の中で「何かできる」と探す。
- ・ CM：栄養の部分まで目が行かないと思う。院内の多職種によって考え方が違う。
切り口が違う。ケアマネが的確にニーズを把握していると思う。
- ・ 事業所にバラツキがある。
- ・ 10～20年前は医者・看護師に相談取り合ってもらえなかった。
- ・ 横並びにしたとき、ここはもうちょっとがんばってもらえないかと思う
- ・ 目標達成に向けAはできている。Bはそこまでいっていない。←働きかけは大事。
- ・ 事情所同士での意思統一が必要。

- ・ 支援計画を見せて取り組むが、事業所での限界があり達成できない場合がある。理想と現実の違いがある。

16グループ

- ・ 事業所によってうまくいったりいかなかったり
- ・ 何回もスタッフで話すことが多いケースは上手くいっていると感じる。
- ・ ケアマネと利用者間で話していることが全ての専門職に伝わっているとは限らない。
- ・ 家族と本人との関係がうまくいき、ケアマネがうまく聞き取っている。1つの円になるが、そうでないと二重にも三重にもなって連携できないケースもある。
- ・ サ担会で言っているが、全て本音ではないことが多い。
- ・ 特養は自宅での生活が無理になって、入所となるので、家族との関係が疎遠になる。
- ・ 入所前の情報があると良いと思う。
- ・ 入退院時はシート等で、まずまずやり取りできていて、不足分は口頭で。
- ・ リハとNSの直接のやりとりはあまりない。ケアマネを通じてやりとりする。これで十分かということどうかな。
- ・ デイのノートなどに、訪問診療医など関わるスタッフが記録するので、誰が見ても分かる。施設内でも、一人のケースに対して、他職種が記録。
- ・ ノートがバラバラになる人もいる。デイ・ショート・訪問医等、数冊になると、いろいろ見なくてはならず大変。
- ・ はじめてのサ担会で「一冊にしてください」と提案して、1冊に貼ったりして情報共有しやすくしている。
- ・ 人に対して連携は情報を共有するイメージ。協働はことに対して、目的を同じにして他の職種は1つのことを支援する。
- ・ 連携をした上で、協働することが大切。
- ・ 連携はしたが、情報を流したが、協働しようとしたが思いが通じず、上手くいかなかった。その間には、よくしゃべる、情報交換、コミュニケーションが大切。これは病院内でも、施設内でも在宅でも、病院と施設の間でも同じことが言える。

17グループ

- ・ 連携の意味は狭義から広義までであるように思う。
- ・ どこに達したら、協働になるのか。
- ・ 情報共有だけでなく、一緒に動くようになって、協働になるのか。
- ・ 発表のケース2事例目が、組織が違っても協働ができた事例で参考になった。
- ・ 連携：他事業所と同じ情報量を把握していること。
- ・ 協働はケアプランに基づいて、一緒に目標に向かってやっていくこと。
 どういう情報をお互いに必要としているのかわからず困っている。同じ職種で同時に話せないため難しい。
- ・ 他事業所の同職種間の連携が難しい。
- ・ サ担など顔合わせをしていれば、もう少し、ハードルは下がるかもしれないと思う。
- ・ 一步を誰が越えるかが課題だが、その一步を越えれば。
- ・ 「こんなことで…」という思いで、連携のタイミングを逸してしまうこともある。

(相手のことを考えてしまう)

- ・ 多くの事業所間での協働、重なる部分の確認が大切かと思う。
- ・ 何のための連携になのか、改めて考えないといけないと思った。
→中心に本人、家族の思いがあれば、大丈夫ではないか。
- ・ 伝えることの難しさ、自分の思ったとおりも伝わっていないことがあるので、確認も必要。
- ・ 制度が難しすぎて、その情報をバージョンUPしていくことも、必要だが、追いついていない。
- ・ そんな時には、自分のネットワークでその情報に詳しい人とのつながりが大切。
- ・ 正確な情報共有ができてはじめて、連携につながるのではないか。

18グループ

- ・ 事務所に皆が顔を出す。顔の見える関係ができていたので。“困った”時に、助け合えることが自然に出来ている。
- ・ 相手にちゃんとした情報を伝えること。相手にとって、必要な情報とは。伝えないといけない情報。どこまで伝える(少なすぎない)ことも連携かと思う。社内・外ともそう考えている。
- ・ 情報共有は大切。家の状況など得られにくい情報もある中、CMに頼り、連携の難しさは“誰”にどのような情報をもらうか、誰にどのようなことを伝えるのか。経験が浅いので、勉強中です。協働は、連携の先にあるものと感じているが、イメージしにくい。
- ・ 研修を通して、連携を学んできた。顔の見える関係ができるこの場はありがたい。
- ・ 初めの頃は専門職が自分なりの意見を出し合い、弱いと押されがちだったが、最近では利用者さんのために、どうするかに変わってきた。
- ・ 顔の見える関係は大切。顔知らないと、うまく通じない。専門職の人の顔合わせにいくように心がけている。
- ・ 顔の見える関係は大切。行政とのつながり出来てきた。協働は、患者のために皆で協働する感じ。他の専門職の強みを生かしていける。お互い上手く活用できるようになってきた。
- ・ 院外でも、感染管理の石川さんで連絡ください。
- ・ NS：病院の都合で、以前の場所から1階に戻った。そしたら、外との連携もとりやすくなった。場所も大切ですね。ということ。

19グループ

- ・ 本日の発表で、施設の取り組みを聞き、多くのスタッフで協働して取り組みしてもらっていることを知ることができ良かった。
- ・ 病院の中でも多職種でカンファレンスをして退院支援など実践し始めている。
- ・ 普段の業務(小規模なデイサービス)の事業所内では、NSも常駐ではなく、多職種との連携の機会はあまりない。CMとの連携はあるが、他のデイサービスとの連携・意見交換する機会があっても良いのではと感じている。(同一職種・同業種でも連携)
- ・ CMも同様。一人に対応する所がある。事業所内で多数のCMが在籍しており、同一事業所内で済んでしまふ所がある。
- ・ CMになり、多くの職種と関わるが、同一職種。
- ・ 病院間の連携は比較的とりやすいように感じる。入退院ツールの検討会の機会などあり。

- ・ 日下病院として、関係する事業所（銀花など）との連携。
- ・ デイサービスでやっている笑いヨガの取り組みに、包括職員さんとあるデイサービスの職員さんが見学に来てくださった。逆に来てもらった事業所にも見学に行かせてもらう機会をお願いした。他の事業所の良い取り組みを取り入れていくためにも、実際に見せてもらうような機会があると良い。（机の上のつながりだけでなく）
- ・ 加算でリハ職さんに事業所へ来てもらう事も1つの連携のきっかけになるのではないかな。やはり顔の見える関係ができている事は次のつながりへステップアップするきっかけになるのではないかな。
- ・ こういった研究会などの機会の中で、他の職種や事業所の方と顔合わせる。
- ・ 同じ施設の中だと、ちょっとしたことを話しができる。逆に外部の方との連携は。
- ・ 顔を合わせる回数が多い。（同一事業所）多職種、他事業所との関係も、何度も顔を合わせる事の中で、できている感じはする。
- ・ 手すりの設置を現場で福祉用具の方でCMと相談することがある。どちらかに任せきりでなく、一緒に考えるのが、協働ではないかな。