

平成 26 年度厚生労働省  
老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

在宅介護の医療介護連携における介護職員の在り方に関する  
調査研究事業 報告書

平成 27 年 3 月  
公益社団法人 日本介護福祉士会



## 目 次

I. 事業概要	1
1. 事業目的	3
2. 事業内容	3
3. 検討委員会	4
4. スケジュール概要	4
II. アンケート調査結果	5
1. 調査の概要	7
2. 回答者属性	8
3. 医療職との連携について	18
III. ヒアリング調査結果	61
1. ヒアリング調査の目的	63
2. ヒアリング内容について	63
3. ヒアリング結果	64
IV. 在宅介護の医療介護連携における介護職員のあり方に関する検討	91
1. 在宅介護の医療介護連携における介護職員のあり方について	93
2. 医療職との連携における課題の整理	94
3. 訪問介護事業所における課題	95
4. 課題解決に向けたあり方の検討	97
V. 参考資料	103
自由回答欄記述内容一覧	105
調査票	228



## I . 事業概要



## 1. 事業目的

地域包括ケアシステムの構築について、社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月)に、『今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。』(29頁より引用)とあるように、特に在宅における介護サービス利用者を包括的に支援していくためには、医療と介護の連携が重要な一要素となるが、現実的にはこの連携が円滑には図られていない。

介護職の視点でこの現実を考察すると、医療職等と連携するために必要となる知識や技術を学ぶ機会が少ないと考えられ、同時にこれらの知識・技術を教育する手法についてもこれまでに十分議論され、実践されているとは言えない状況があると考えられる。

医療職等との連携は、利用者のニーズに応じた質の高い介護サービスを提供するために必要なことであり、介護職が医療職等と円滑に連携するための課題を把握しその解消に努めていく必要がある。そこで、本調査研究においては、介護職と医療職の連携の実態を明らかにするとともに、連携に必要な知識・技術を明らかにし、成果物の配布等を通じて全国へ普及することを目的として事業を実施した。

## 2. 事業内容

### (1) 検討会の設置

介護職が医療職等と連携する手法を明らかにするための調査における具体的な設問や調査結果分析の検討のため、在宅において介護サービスを提供している者に加え、在宅医療に従事している医療職や学識者等により構成する検討会を設置した。

### (2) 調査の実施

在宅介護において、適切な介護サービスを提供するために、現状における医療職等と介護職の連携実態を把握するだけでなく、利用者ニーズに対応するため介護職に必要な知識・技術について明らかにする目的でアンケート調査及びヒアリング調査を行った。

### (3) 成果物の作成及び配布

調査結果等により明らかとなつた内容について、小冊子等にまとめ訪問介護事業所や関係団体等に広く配布した。

#### (4) 研究成果に関する情報公開

当会ホームページ等の媒体を活用して研究成果を公表し、在宅介護の現場における円滑な医療介護連携を促進した。

### 3. 検討委員会

氏名	所属
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会 副会長
◎ 太田 貞司	聖隷クリストファー大学社会福祉学部 教授
佐藤 寛子	株式会社メッセージ
佐野 けさ美	スズキメディカル株式会社 訪問看護・居宅支援 運営部 部長 品質保証室 室長
本名 靖	東洋大学ライフデザイン学部 教授
丸山 晃	東洋大学社会学部 助教
山崎 恵実子	坂城町社会福祉協議会

※敬称略 五十音順 ◎は委員長

### 4. スケジュール概要

時期	事業実施内容
平成 26 年 9 月	第 1 回委員会開催 調査内容確認およびアンケート調査票案の検討
10 月	アンケート調査票決定～印刷・発送
11 月	アンケート調査実施～入力・集計
12 月	第 2 回委員会開催 一次集計結果報告 ・とりまとめの方向性とヒアリング調査の内容についての検討
平成 27 年 1 月	ヒアリング調査実施
2 月	第 3 回委員会開催 報告書内容の検討 ヒアリング調査について
3 月	第 4 回委員会開催 報告書内容の確認 報告書完成



## Ⅱ. アンケート調査結果



## 1. 調査の概要

### (1) 調査目的

在宅介護において、適切な介護サービスを提供するために、現状における医療職等と介護職の連携実態を把握するとともに、利用者ニーズに対応するため介護職に必要な知識・技術について明らかにするための基礎資料を得る。

### (2) 調査対象および調査方法

#### ●調査対象事業所数

事業所の種類	件数
訪問介護事業所	2,000 件
小規模多機能型居宅介護事業所	1,000 件
複合型サービス	106 件
居宅介護事業所	1,494 件
重度訪問介護事業所	1,400 件
合計	6,000 件

※WAM ネットより都道府県における件数により比例抽出

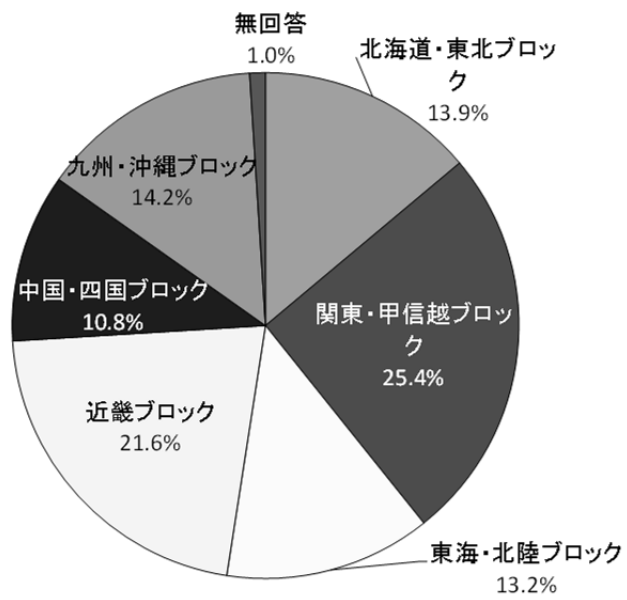
#### ●調査方法：

郵送により各事業所に調査票を各 2 通送付、料金受取人払い返信用封筒にて回収

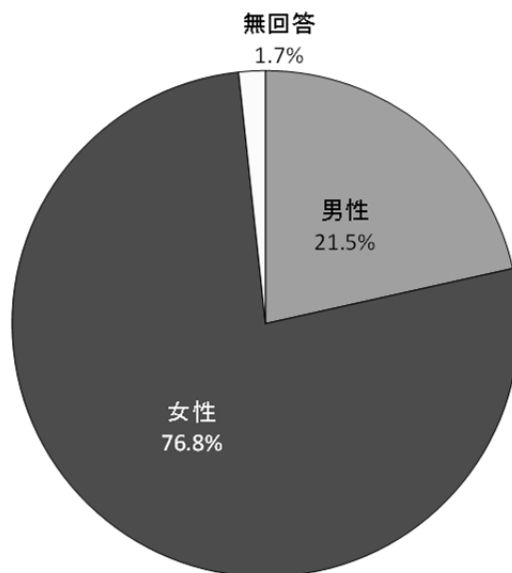
#### ●回収数：2,400 件・回収率 20.0%

## 2. 回答者属性

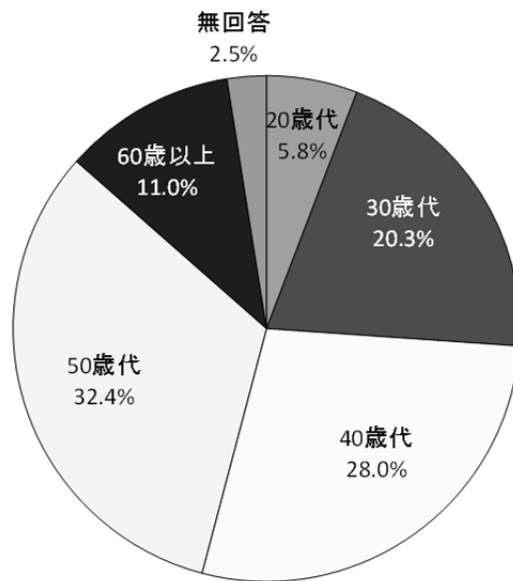
F1.地域ブロック n = 2400



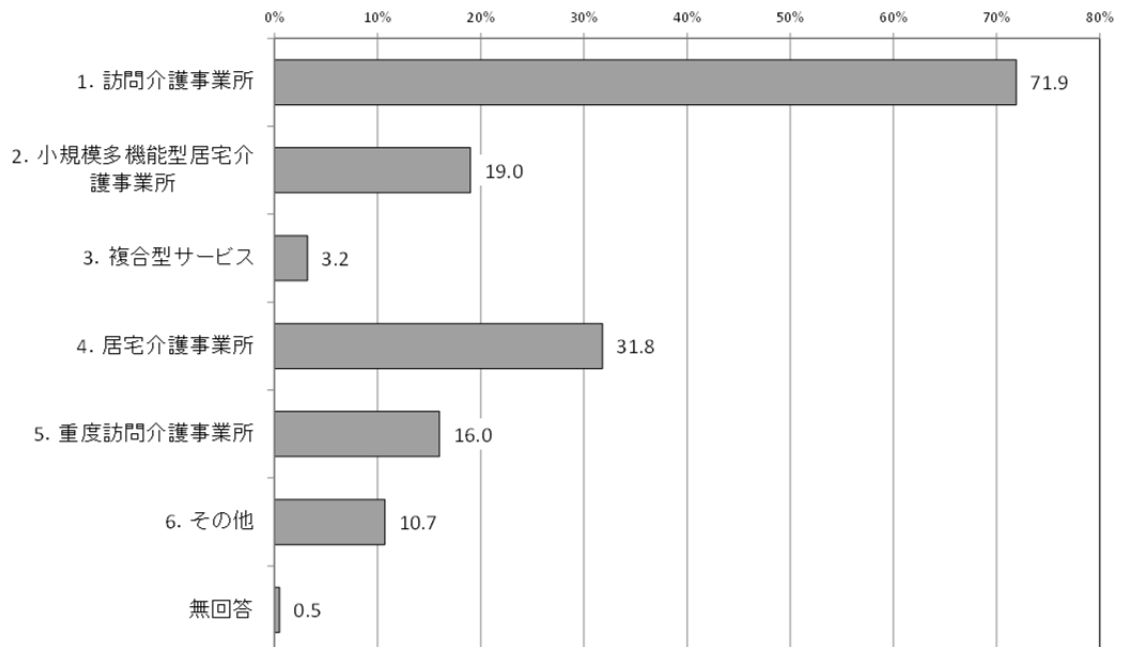
F1-2.性別 n = 2400



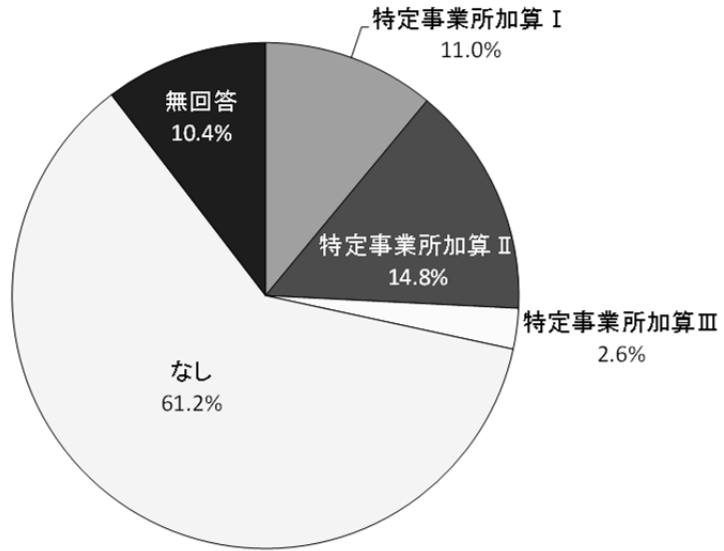
F1-3.年齢 n = 2400



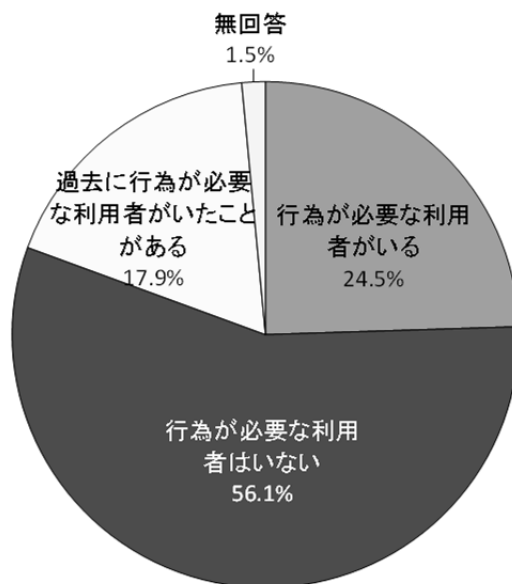
F2.勤務先事業所の種類 n = 2400



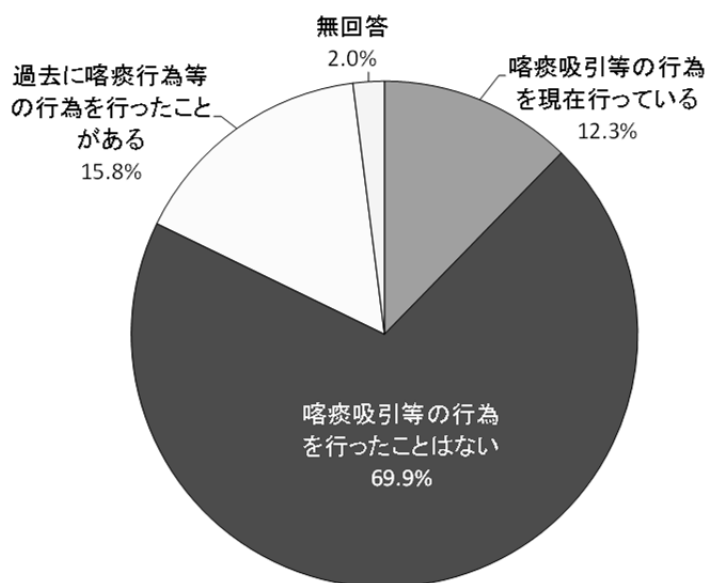
F3. 特定事業所加算の取得状況 n = 2400



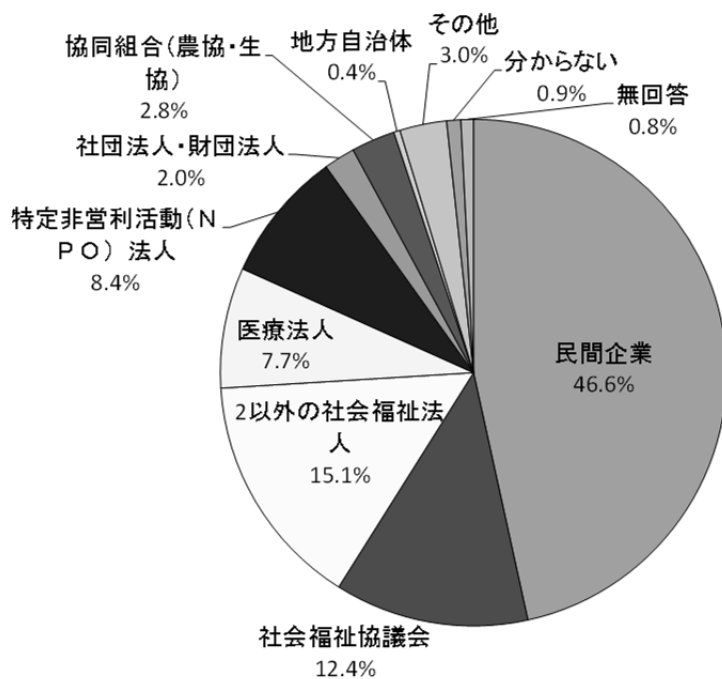
F4. 喀痰吸引等が必要な利用者の有無 n = 2400



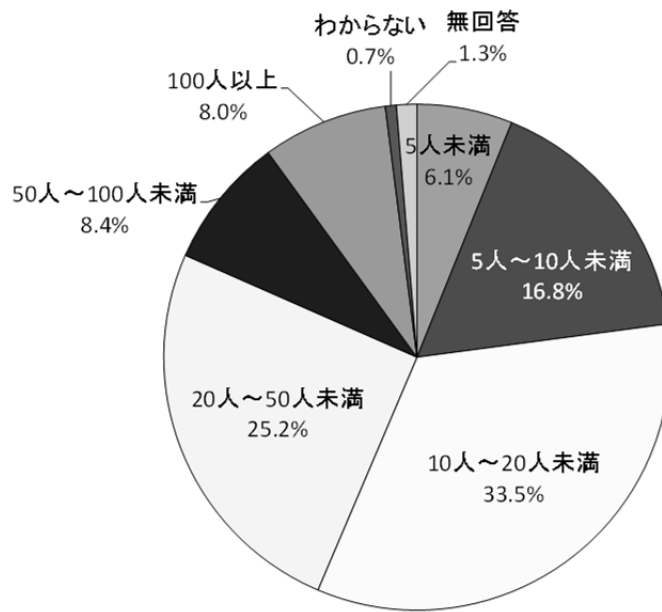
F5.実際に喀痰吸引等について行為を行っているか n = 2400



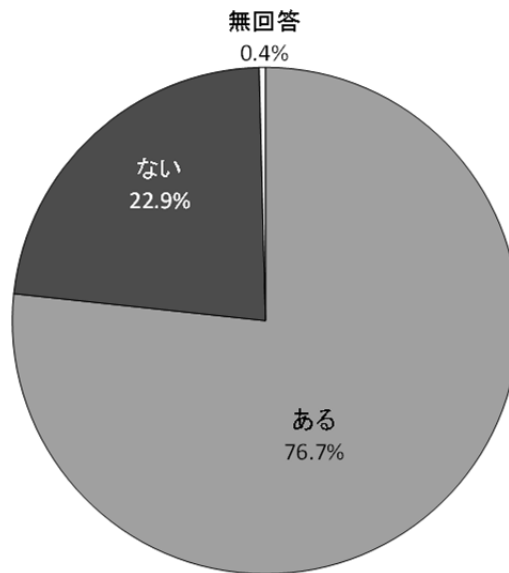
F6.勤務している施設・事業所の法人種別 n = 2400



F7. 事業所の従業員数 n = 2400

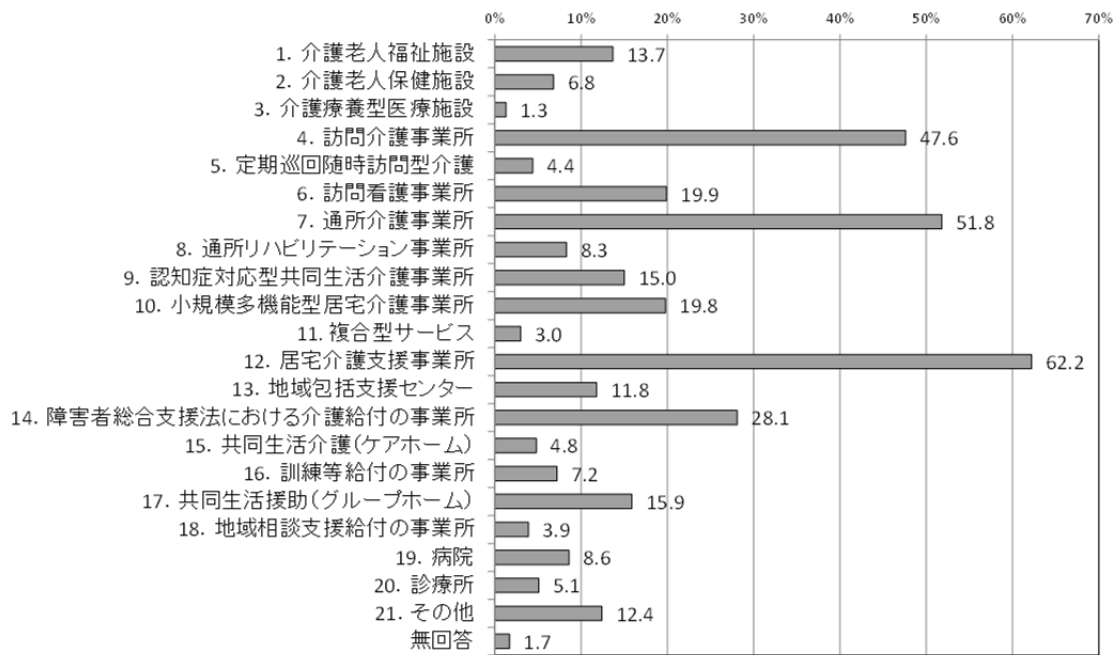


F8. 同一法人内の別の施設・事業所の有無 n = 2400

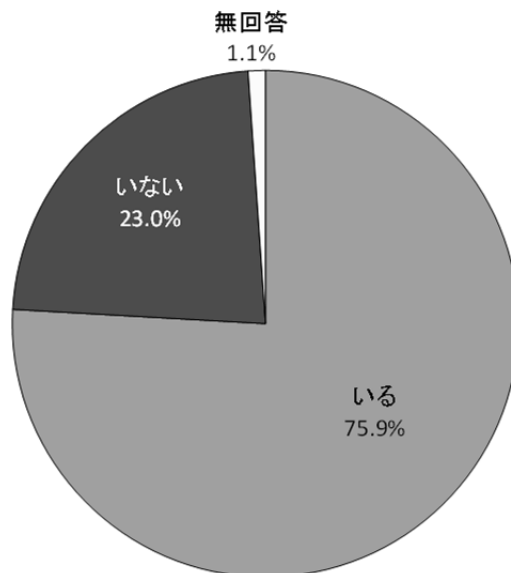




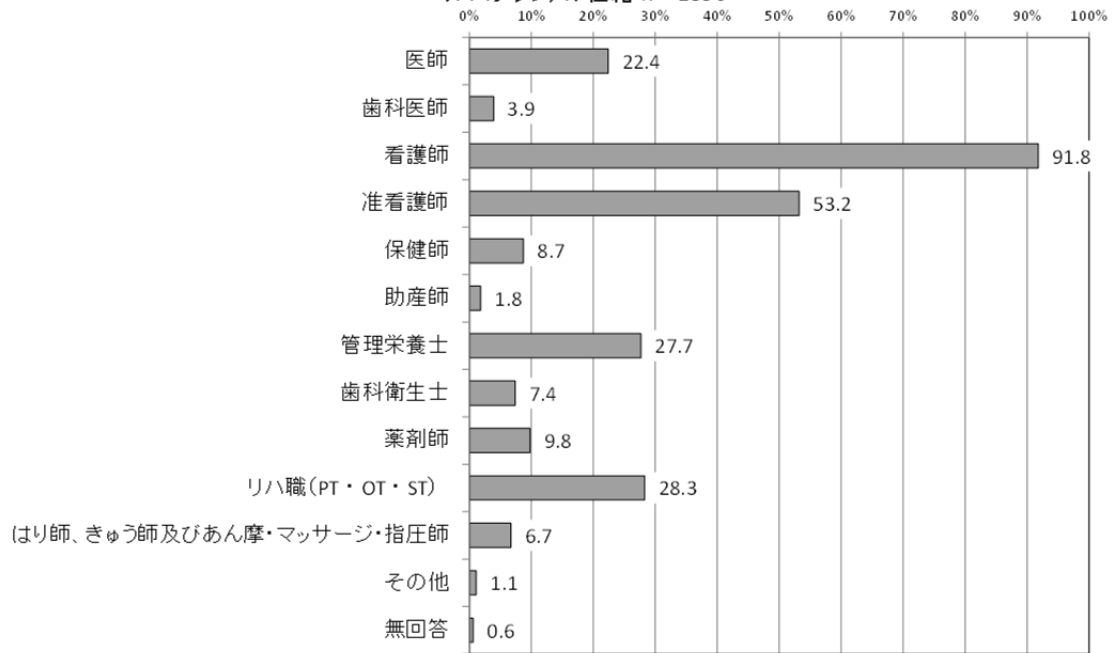
F8 SF-1.同一法人の施設・事業所の種類 n = 1840



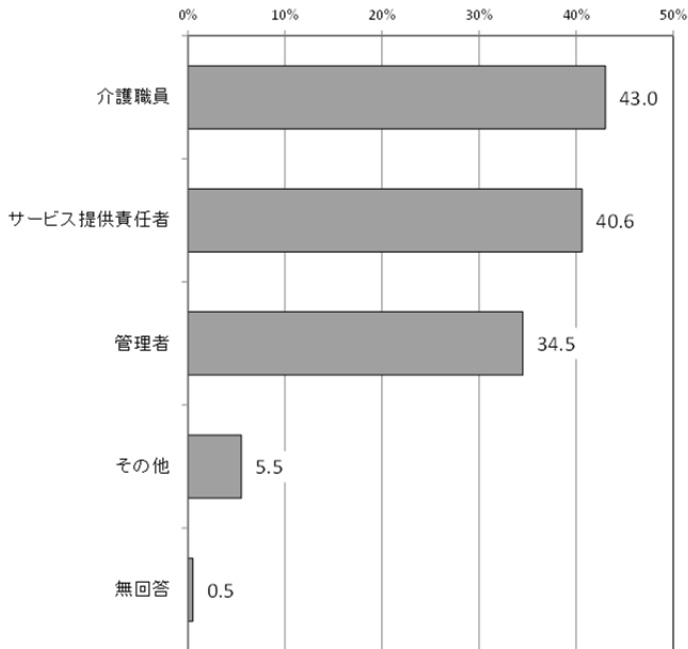
F8 SF-2.同一法人の施設・事業所のコメディカルスタッフ在籍 n = 1840



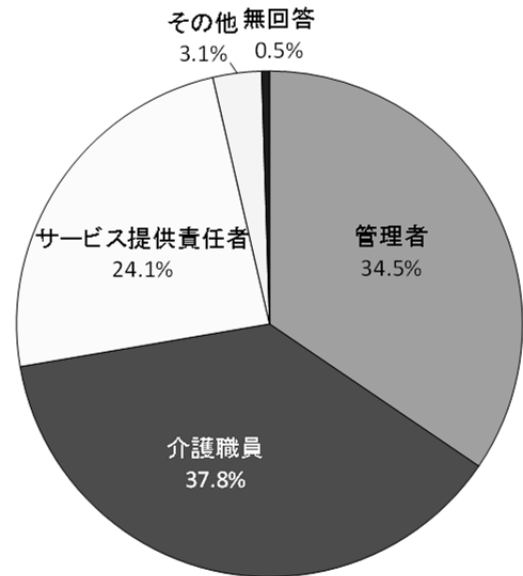
F8 SF-3.同一法人の施設・事業所に在籍する医師・看護師等の医療従事者(コメディカルスタッフ)の在籍 n = 1396



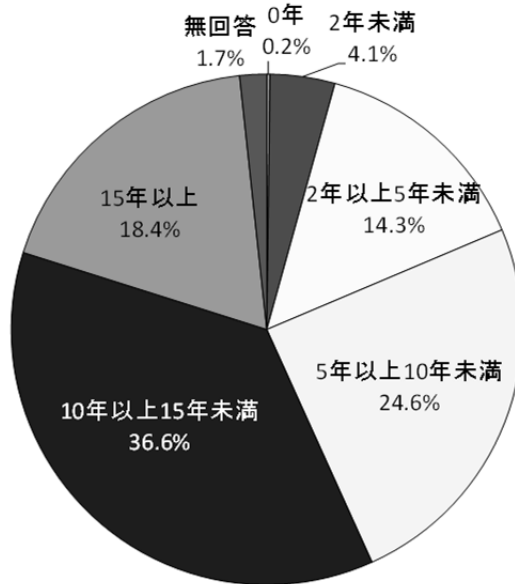
F9.役職 n = 2400



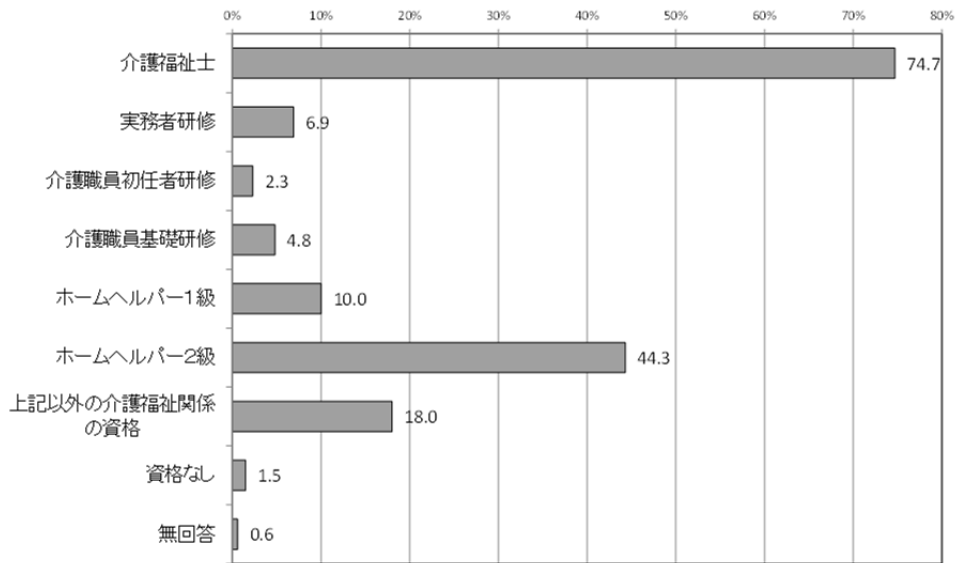
F9役職(再整理) n = 2400



F10.介護職員としての通算経験年数 n = 2400



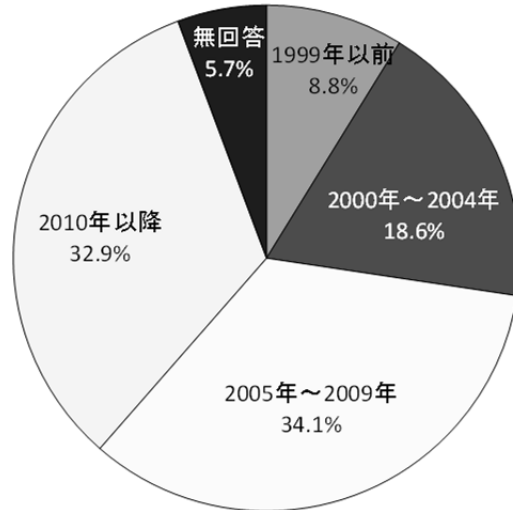
F11.取得資格 n = 2400



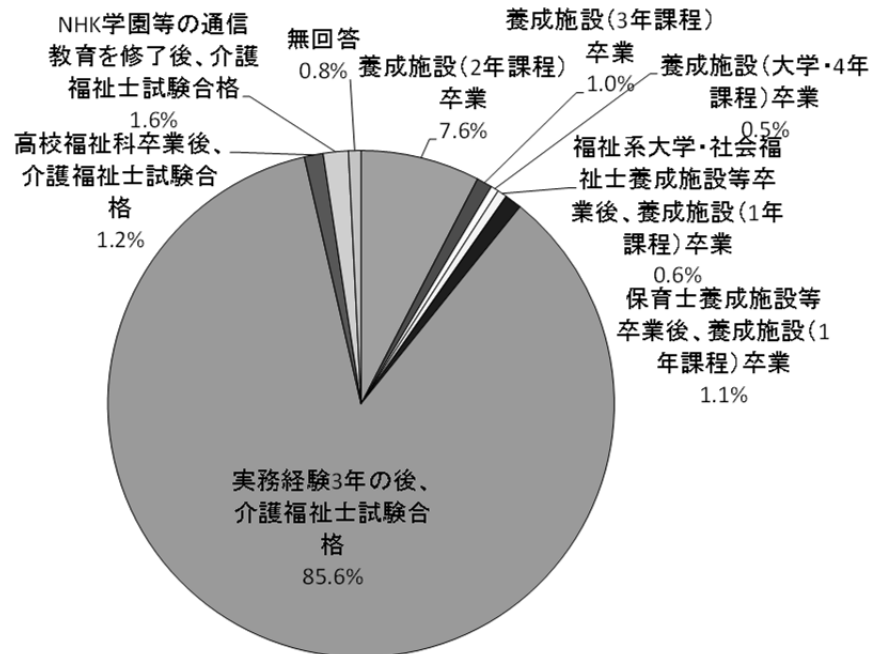
F11.取得資格 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%		F11.取得資格									
		全体	介護福祉士	実務者研修	介護職員初任者研修	介護職員基礎研修	ホームヘルパー1級	ホームヘルパー2級	上記以外の介護福祉関係の資格	資格なし	無回答
F9役職(再整理)	全体	2389	1788	164	53	115	240	1061	433	35	10
		100.0	74.8	6.9	2.2	4.8	10.0	44.4	18.1	1.5	0.4
	管理者	829	630	94	17	44	114	323	223	20	1
		100.0	76.0	11.3	2.1	5.3	13.8	39.0	26.9	2.4	0.1
	介護職員	906	594	39	27	40	57	486	92	11	4
		100.0	65.6	4.3	3.0	4.4	6.3	53.6	10.2	1.2	0.4
サービス提供責任者	579	518	25	7	28	64	219	89	2	2	
	100.0	89.5	4.3	1.2	4.8	11.1	37.8	15.4	0.3	0.3	
その他	75	46	6	2	3	5	33	29	2	3	
	100.0	61.3	8.0	2.7	4.0	6.7	44.0	38.7	2.7	4.0	

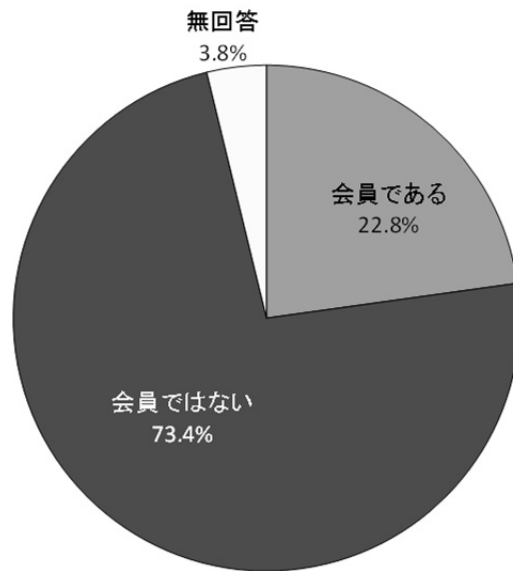
F12.介護福祉士資格登録年(年) n = 1792



F13.介護福祉士資格取得ルート n = 1792



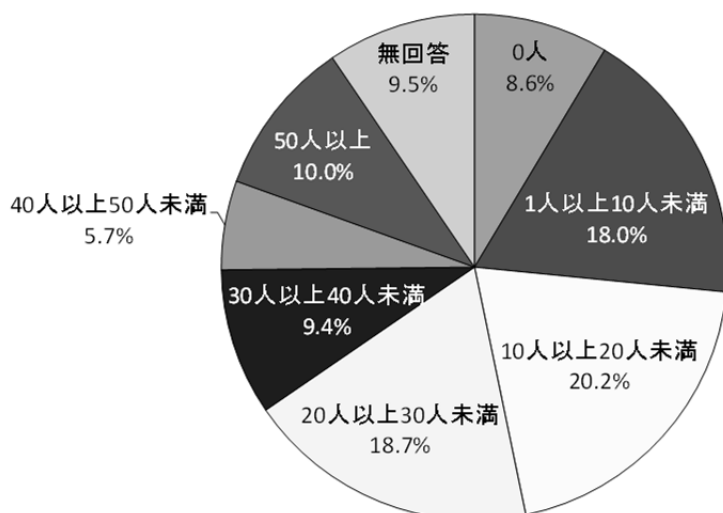
F14.日本介護福祉士会会員かどうか n = 1792



### 3. 医療職との連携について

#### (1) 医療職との連携の機会・場面について

Q1-①3か月に担当した利用者数 n = 2400

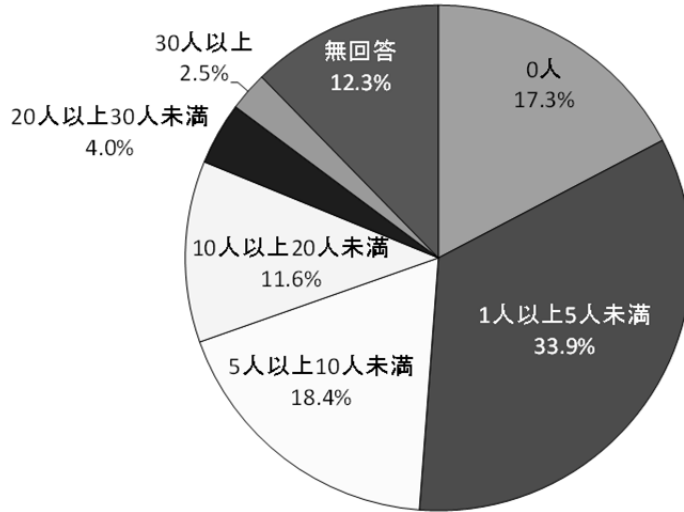


Q1-①3か月に担当した利用者数 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%	Q1-①3か月に担当した利用者数										平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上40人未満	40人以上50人未満	50人以上	無回答		
全体	2400	206	432	484	448	225	137	240	228	2172	
	100.0	8.6	18.0	20.2	18.7	9.4	5.7	10.0	9.5	27.1	
F9役職(再整理)	管理者	829	93	136	158	161	74	52	86	69	760
		100.0	11.2	16.4	19.1	19.4	8.9	6.3	10.4	8.3	26.6
	介護職員	906	74	203	197	164	69	30	77	92	814
		100.0	8.2	22.4	21.7	18.1	7.6	3.3	8.5	10.2	25.7
	サービス提供責任者	579	28	77	117	107	74	52	69	55	524
		100.0	4.8	13.3	20.2	18.5	12.8	9.0	11.9	9.5	30.6
その他	75	11	13	10	14	8	3	7	9	66	
	100.0	14.7	17.3	13.3	18.7	10.7	4.0	9.3	12.0	22.4	
無回答	11	-	3	2	2	-	-	1	3		
	100.0	-	27.3	18.2	18.2	-	-	9.1	27.3		

上段:度数 下段:%	Q1-①3か月に担当した利用者数										平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上40人未満	40人以上50人未満	50人以上	無回答		
全体	2400	206	432	484	448	225	137	240	228	2172	
	100.0	8.6	18.0	20.2	18.7	9.4	5.7	10.0	9.5	27.1	
訪問介護事業所	管理者	557	63	91	102	71	65	48	70	47	510
		100.0	11.3	16.3	18.3	12.7	11.7	8.6	12.6	8.4	28.1
	介護職員	618	46	124	137	100	58	28	65	60	558
		100.0	7.4	20.1	22.2	16.2	9.4	4.5	10.5	9.7	28.2
	サービス提供責任者	519	21	62	104	100	71	48	64	49	470
	100.0	4.0	11.9	20.0	19.3	13.7	9.2	12.3	9.4	31.6	
その他	24	6	4	2	4	3	-	2	3	21	
	100.0	25.0	16.7	8.3	16.7	12.5	-	8.3	12.5	18.9	

Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数 n = 2400



Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数 × F9役職(再整理)

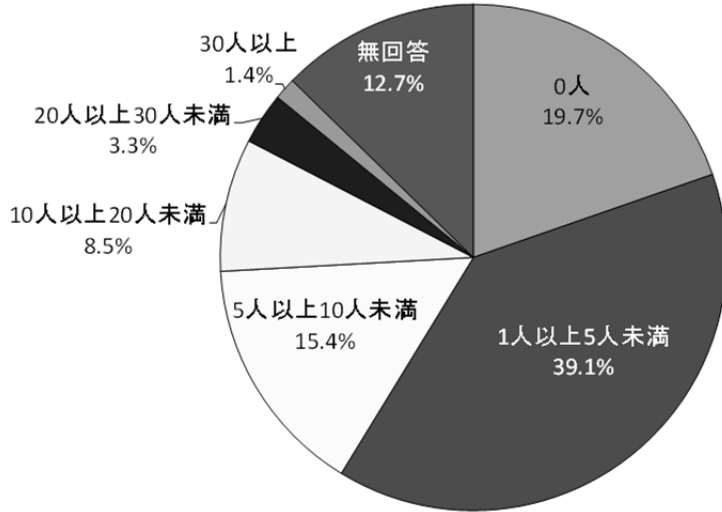
上段:度数 下段:%	Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数									平均
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400	414	813	441	279	96	61	296	2104	
	100.0	17.3	33.9	18.4	11.6	4.0	2.5	12.3	6.5	
管理者	829	131	274	156	106	46	25	91	738	
	100.0	15.8	33.1	18.8	12.8	5.5	3.0	11.0	7.3	
介護職員	906	193	293	145	103	34	17	121	785	
	100.0	21.3	32.3	16.0	11.4	3.8	1.9	13.4	5.7	
サービス提供責任者	579	72	223	126	61	14	16	67	512	
	100.0	12.4	38.5	21.8	10.5	2.4	2.8	11.6	6.2	
その他	75	16	19	13	8	2	3	14	61	
	100.0	21.3	25.3	17.3	10.7	2.7	4.0	18.7	7.9	
無回答	11	2	4	1	1	-	-	3		
	100.0	18.2	36.4	9.1	9.1	-	-	27.3		

Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数 × Q1-①3か月に担当した利用者数

上段:度数 下段:%	Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数								
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答	
全体	2400	414	813	441	279	96	61	296	
	100.0	17.3	33.9	18.4	11.6	4.0	2.5	12.3	
0人	206	159	6	2	1	-	-	38	
	100.0	77.2	2.9	1.0	0.5	-	-	18.4	
1人以上10人未満	432	97	269	53	1	-	-	12	
	100.0	22.5	62.3	12.3	0.2	-	-	2.8	
10人以上20人未満	484	65	222	109	71	-	-	17	
	100.0	13.4	45.9	22.5	14.7	-	-	3.5	
20人以上30人未満	448	31	138	117	76	67	-	19	
	100.0	6.9	30.8	26.1	17.0	15.0	-	4.2	
30人以上40人未満	225	19	61	66	48	12	11	8	
	100.0	8.4	27.1	29.3	21.3	5.3	4.9	3.6	
40人以上50人未満	137	11	39	33	26	6	18	4	
	100.0	8.0	28.5	24.1	19.0	4.4	13.1	2.9	
50人以上	240	21	54	53	55	10	32	15	
	100.0	8.8	22.5	22.1	22.9	4.2	13.3	6.3	
無回答	228	11	24	8	1	1	-	183	
	100.0	4.8	10.5	3.5	0.4	0.4	-	80.3	

上段:度数 下段:%	Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数									平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400	414	813	441	279	96	61	296	2104	
	100.0	17.3	33.9	18.4	11.6	4.0	2.5	12.3	6.5	
管理者	557	88	204	99	66	22	19	59	498	
	100.0	15.8	36.6	17.8	11.8	3.9	3.4	10.6	7.0	
介護職員	618	140	206	90	69	20	12	81	537	
	100.0	22.7	33.3	14.6	11.2	3.2	1.9	13.1	5.6	
サービス提供責任者	519	60	202	112	56	14	16	59	460	
	100.0	11.6	38.9	21.6	10.8	2.7	3.1	11.4	6.5	
その他	24	6	6	3	1	-	1	7	17	
	100.0	25.0	25.0	12.5	4.2	-	4.2	29.2	8.6	

Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数 n = 2400



Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%	Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数									平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400	473	938	369	205	78	33	304	2096	
	100.0	19.7	39.1	15.4	8.5	3.3	1.4	12.7	5.1	
管理者	829	142	318	140	80	40	16	93	736	
	100.0	17.1	38.4	16.9	9.7	4.8	1.9	11.2	6.2	
介護職員	906	225	324	120	74	28	6	129	777	
	100.0	24.8	35.8	13.2	8.2	3.1	0.7	14.2	4.2	
サービス提供責任者	579	85	273	97	44	8	8	64	515	
	100.0	14.7	47.2	16.8	7.6	1.4	1.4	11.1	4.7	
その他	75	19	18	12	6	2	3	15	60	
	100.0	25.3	24.0	16.0	8.0	2.7	4.0	20.0	7.0	
無回答	11	2	5	-	1	-	-	3	-	
	100.0	18.2	45.5	-	9.1	-	-	27.3	-	

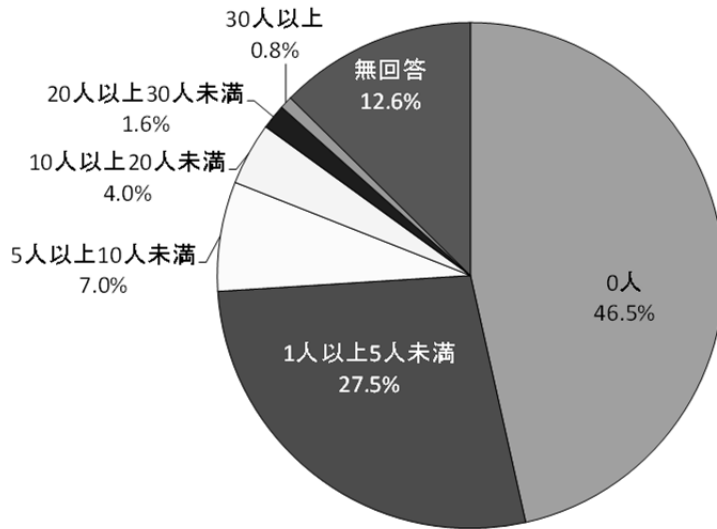
Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数 × Q1-②うち、医療職との連携が必要と思われた利用者数

上段:度数 下段:%	Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数								
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答	
全体	2400	473	938	369	205	78	33	304	
	100.0	19.7	39.1	15.4	8.5	3.3	1.4	12.7	
0人	414	381	17	4	2	2	-	8	
	100.0	92.0	4.1	1.0	0.5	0.5	-	1.9	
1人以上5人未満	813	70	722	8	-	-	-	13	
	100.0	8.6	88.8	1.0	-	-	-	1.6	
5人以上10人未満	441	12	157	267	3	1	-	1	
	100.0	2.7	35.6	60.5	0.7	0.2	-	0.2	
10人以上20人未満	279	5	23	79	171	-	-	1	
	100.0	1.8	8.2	28.3	61.3	-	-	0.4	
20人以上30人未満	96	-	3	7	21	63	-	2	
	100.0	-	3.1	7.3	21.9	65.6	-	2.1	
30人以上	61	2	4	1	6	12	33	3	
	100.0	3.3	6.6	1.6	9.8	19.7	54.1	4.9	
無回答	296	3	12	3	2	-	-	276	
	100.0	1.0	4.1	1.0	0.7	-	-	93.2	

上段:度数 下段:%	Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数									平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400	473	938	369	205	78	33	304	2096	
	100.0	19.7	39.1	15.4	8.5	3.3	1.4	12.7	5.1	
管理者	557	99	235	87	47	18	11	60	497	
	100.0	17.8	42.2	15.6	8.4	3.2	2.0	10.8	5.6	
介護職員	618	168	224	71	49	15	4	87	531	
	100.0	27.2	36.2	11.5	7.9	2.4	0.6	14.1	3.9	
サービス提供責任者	519	67	254	85	41	8	8	56	463	
	100.0	12.9	48.9	16.4	7.9	1.5	1.5	10.8	4.9	
その他	24	8	5	1	1	-	1	8	16	
	100.0	33.3	20.8	4.2	4.2	-	4.2	33.3	8.2	



Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数 n = 2400



Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%	Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数									平均
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400 100.0	1115 46.5	661 27.5	168 7.0	97 4.0	38 1.6	18 0.8	303 12.6	2097 2.6	
管理者	829 100.0	306 36.9	260 31.4	88 10.6	49 5.9	23 2.8	10 1.2	93 11.2	736 3.8	
介護職員	906 100.0	507 56.0	189 20.9	41 4.5	30 3.3	8 0.9	4 0.4	127 14.0	779 1.8	
サービス提供責任者	579 100.0	266 45.9	194 33.5	32 5.5	14 2.4	5 0.9	2 0.3	66 11.4	513 1.8	
その他	75 100.0	33 44.0	13 17.3	7 9.3	4 5.3	2 2.7	2 2.7	14 18.7	61 5.1	
無回答	11 100.0	3 27.3	5 45.5	-	-	-	-	3 27.3	-	

Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数 × Q1-③うち、医療職との連携をとった利用者数

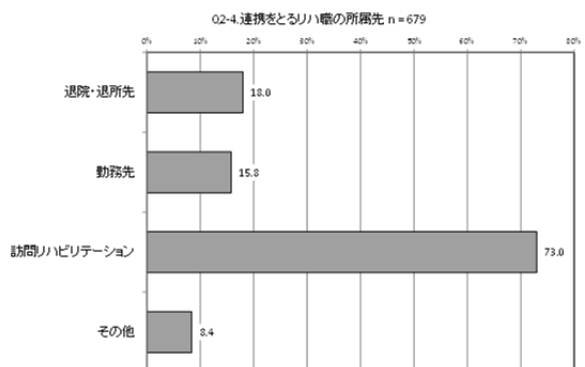
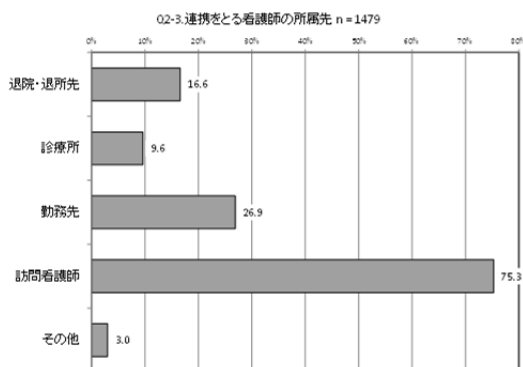
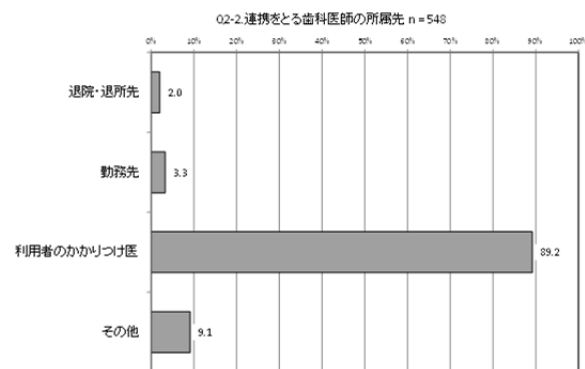
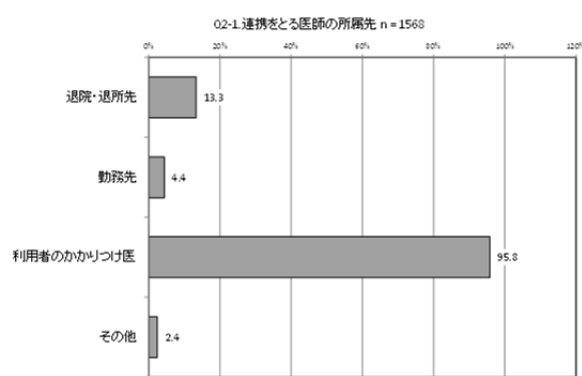
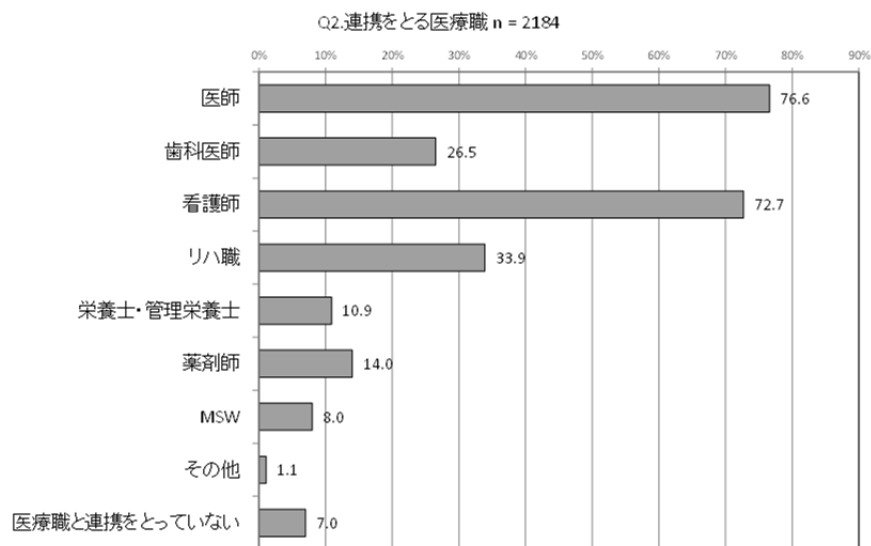
上段:度数 下段:%	Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数								
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答	
全体	2400 100.0	1115 46.5	661 27.5	168 7.0	97 4.0	38 1.6	18 0.8	303 12.6	
0人	473 100.0	456 96.4	12 2.5	1 0.2	-	-	-	-	4 0.8
1人以上5人未満	938 100.0	467 49.8	449 47.9	1 0.1	1 0.1	-	-	-	20 2.1
5人以上10人未満	369 100.0	107 29.0	140 37.9	115 31.2	1 0.3	-	-	-	6 1.6
10人以上20人未満	205 100.0	37 18.0	46 22.4	39 19.0	81 39.5	-	-	-	2 1.0
20人以上30人未満	78 100.0	13 16.7	6 7.7	10 12.8	12 15.4	35 44.9	-	-	2 2.6
30人以上	33 100.0	8 24.2	1 3.0	2 6.1	2 6.1	2 6.1	18 54.5	-	-
無回答	304 100.0	27 8.9	7 2.3	-	-	-	1 0.3	269 88.5	-

上段:度数 下段:%	Q1-④うち、ご自身が医療職と直接連携をとった利用者数									平均 (上段:母数)
	全体	0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上20人未満	20人以上30人未満	30人以上	無回答		
全体	2400 100.0	1115 46.5	661 27.5	168 7.0	97 4.0	38 1.6	18 0.8	303 12.6	2097 2.6	
管理者	557 100.0	242 43.4	172 30.9	49 8.8	20 3.6	12 2.2	5 0.9	57 10.2	500 2.9	
介護職員	618 100.0	376 60.8	117 18.9	23 3.7	14 2.3	2 0.3	3 0.5	83 13.4	535 1.4	
サービス提供責任者	519 100.0	242 46.6	178 34.3	22 4.2	13 2.5	5 1.0	2 0.4	57 11.0	462 1.8	
その他	24 100.0	15 62.5	1 4.2	1 4.2	-	-	1 4.2	6 25.0	18 6.3	

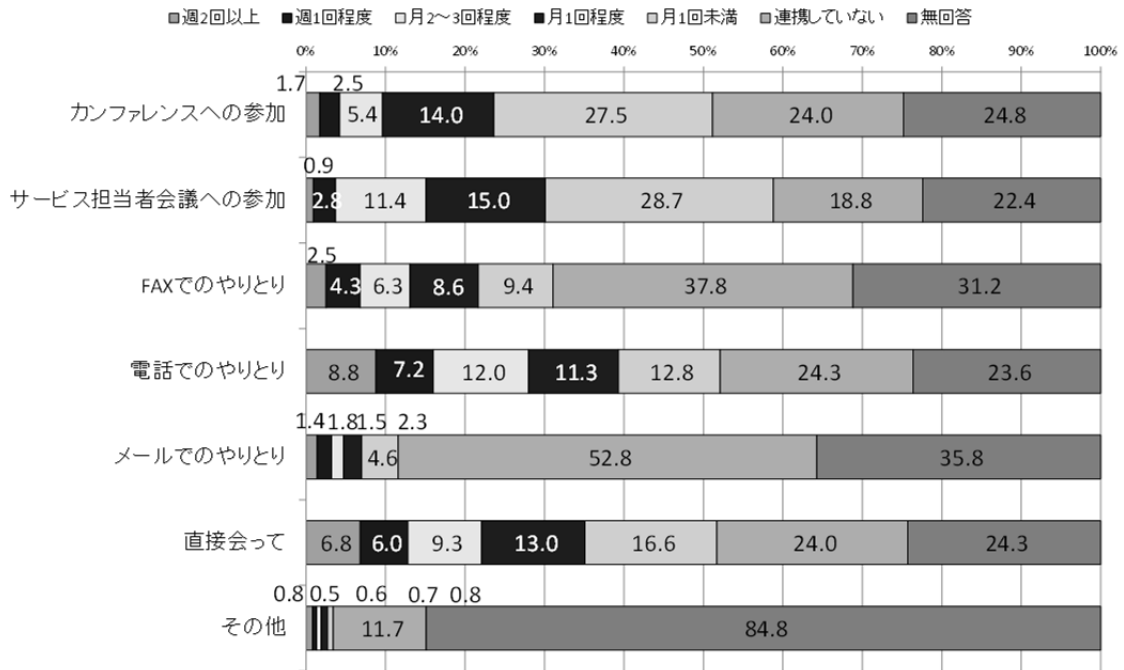
## (2) 医療職との連携の機会・場面

### 1). 医療職との連携の機会・充足状況

□医療職との連携の機会（回答者ベース）



Q3医療職との連携頻度 n = 2400

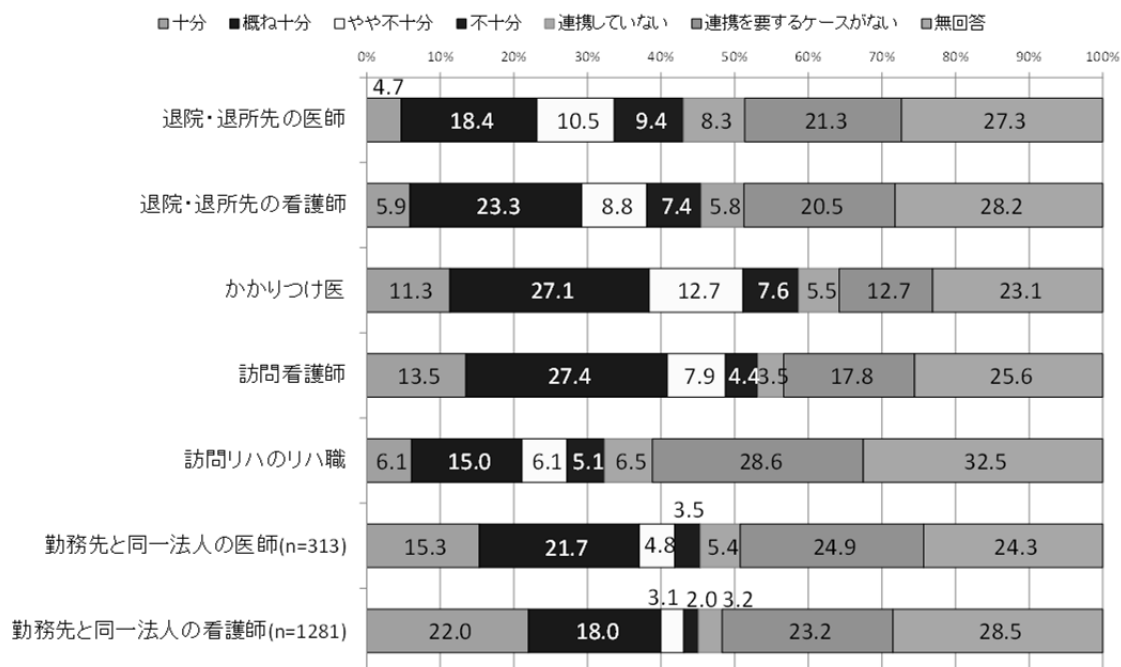


上段:度数 下段:%	医療職と月1回以上連携する割合						
	合計	カンファレンス	サービス担当者会議	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って
全体	2400 100.0	567 23.6	723 30.1	520 21.7	945 39.3	165 7.0	844 35.1
管理者	829 100.0	243 29.3	301 36.3	256 30.8	424 51.1	67 8.2	352 42.5
介護職員	906 100.0	178 19.6	191 21.2	132 14.5	266 29.4	55 6.1	268 29.6
サービス提供責任者	579 100.0	121 20.8	209 36.2	109 18.8	225 38.8	38 6.5	194 33.5
その他	75 100.0	22 29.4	20 26.6	21 27.9	28 37.4	5 6.7	27 36.0

全体と比較して +5ポイント以上 +10ポイント以上 -5ポイント以下 -10ポイント以下

### (3) 場面ごとの医療職との連携状況

Q4医療職との連携の充足状況 n = 2400



■役職別医療職との連携の充足度(十分+概ね十分の割合)

	合計	退院・退所先の医師	退院・退所先の看護師	かかりつけ医	訪問看護師	訪問リハのリハ職	勤務先と同一法人の医師 n=313	勤務先と同一法人の看護師 n=1282
	2400	554	702	922	982	507	116	512
	100.0	23.1	29.2	38.4	40.9	21.1	37.0	40.0
管理者	557	140	181	223	285	144	26	105
	100.0	25.1	32.5	40.0	51.1	25.8	51.0	42.4
介護職員	618	97	114	186	230	112	20	76
	100.0	15.7	18.4	30.1	37.3	18.1	26.0	26.1
サービス提供責任者	519	121	153	173	246	121	15	79
	100.0	23.3	29.5	33.4	47.4	23.4	25.5	32.2
その他	24	1	2	2	7	2	-	5
	100.0	4.2	8.3	8.3	29.2	8.3	-	45.5

■訪問介護事業所における役職別医療職との連携の充足度(十分+概ね十分の割合)

勤務先が訪問介護事業所 のみの回答者	合計	退院・退所先の医師	退院・退所先の看護師	かかりつけ医	訪問看護師	訪問リハのリハ職	勤務先と同一法人の医師 n=129	勤務先と同一法人の看護師 n=489
全体	998	207	256	329	436	223	38	151
	100.0	20.7	25.6	32.9	43.7	22.3	29.5	30.8
訪問介護事業所	管理者	288	77	95	109	145	80	51
		100.0	26.7	33.0	37.8	50.3	27.8	51.7
	介護職員	371	57	67	107	136	68	48
		100.0	15.3	18.0	28.9	36.6	18.3	21.9
	サービス提供責任者	322	72	93	111	151	74	48
	100.0	22.3	28.9	34.5	46.9	22.9	24.5	
その他	14	1	1	1	3	1	-	2
	100.0	7.1	7.1	7.1	21.4	7.1	-	33.3

全体と比較して +5ポイント以上 +10ポイント以上 -5ポイント以下 -10ポイント以下

## □連携できている・出来ていない理由

### ①退院・退所先の医師との連携について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P105~114)

- 連携できている理由：カンファレンスへの参加、ケアマネジャーの対応力により連携ができている。また、情報提供書、サマリー、書類での報告、指示を受けることも要因となっている。管理者はカンファレンスへの参加のケースが多く、サービス提供責任者はカンファレンスへの参加とケアマネジャーを介しての連携がうまくできていることがあげられる。介護職員については、ケアマネジャーを介した連携とサマリー等を活用することで連携できているケースがやや多い。
- 連携できていない理由：カンファレンスの開催が不十分、意見書・診断書、サマリー等の書面のみでの提供、医師が多忙等で直接関われない、ケアマネジャーを介してのみの連携となること等が理由としてあげられる。特に管理者はカンファレンスに参加しても医師の出席が少ない、医師が多忙等、医師と直接関われないケースが多い。サービス提供責任者はケアマネジャーを介しての連携となることがやや多く、介護職員においては、ケアマネジャーを介しての連携のため、書面のみでの連携のため情報が不足している等がやや多い。

### ②退院・退所先の看護師との連携について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P114~128)

- 連携できている理由：カンファレンスおよびケアマネジャーを通して連携ができていることに加えて、「看護サマリー」が連携のツールとして機能していると考えられる。管理者は連携できている理由としてカンファレンスへの参加のケースが多いが、同時にケアマネジャーを通して連携や「サマリー」によって連携できているケースも多い。サービス提供責任者は、ケアマネジャーを通しての連携とカンファレンスへの参加のケースはやや多いが「サマリー」による連携のケースが少ない。介護職はケアマネジャーを介しての連携とサマリーの提供による連携できているケースが多い。
- 連携できていない理由：一方で退院・退所先の看護師と連携できない理由としては、ケアマネジャーを通してしか連携ができないことや、カンファレンスに呼ばれない、書面のみでの提供となっていること等があげられる。管理者はカンファレンスが不十分、開催されない、ケアマネジャーを通してのみというケースがやや多い。サービス提供責任者は退院時カンファレンス以降の連携が取れないケースが多い。介護職員は、サマリーや書類のやりとりのみ、ケアマネジャーを通してのみで直接やりとりができないといったケースがやや多い。

### ③かかりつけ医との連携について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P128~146)

- 連携できている理由：かかりつけ医と連携ができている理由としては、同行訪問・往診時に連携がとれることがあげられる。また、かかりつけ医とは日頃から情報のやり

とりがしやすい土壌があるように見受けられる。

「十分連携できている」管理者は、往診時やそれ以外にも日頃から情報共有できている。サービス提供責任者や介護職員も同様であるが、ケアマネジャーを介するケースがやや多くなる。

- 連携できていない理由：ケアマネや看護師を通しての連携が多いことがあげられる。役職別でもほぼ同様の傾向がみられる。

#### ④訪問看護師との連携について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P146～162)

- 連携できている理由：訪問看護師との連携においては、「連絡ノート」の活用が連携できている理由として多くあげられる。また、日頃から顔を合わせているケースも多い。

「十分連携できている」管理者は、日頃から情報共有できているケースが多く、介護職は訪問時および連絡ノート等、サービス提供責任者はカンファレンス、担当者会議等がやや多くなっている。

- 連携できていない理由：直接会って話す機会が作れない、ケアマネジャーを通してのみの連携となることがあげられる。役職別でもほぼ同様の傾向がみられる。

#### ⑤訪問リハビリテーションのリハ職について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P162～172)

- 連携できている理由：連絡ノート、訪問ノートによる連携が多くあげられる。
- 連携できていない理由：直接会って話す機会が作れない、ケアマネを通してのみの連携となることがあげられる。

#### ⑥勤務先と同一法人の医師について(自由記述欄の回答内容より 詳細は P173～177)

- 連携できている理由：同一法人であること、また近隣にあることによって連携しやすい環境にあるといえる。その他特に際立った理由はみられない。

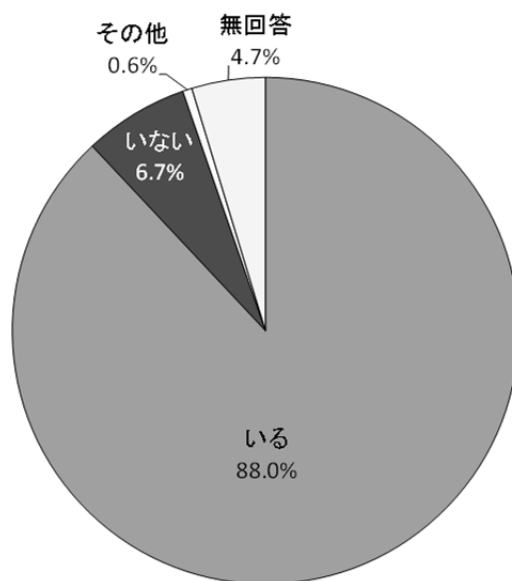
#### ⑦勤務先と同一法人の看護師(自由記述欄の回答内容より 詳細は P177～185)

- 連携できている理由：同一法人の医師と同様、同一法人であること、また近隣にあることによって連携しやすい環境にあるといえるほかは、特に際立った理由はみられない。

#### (4) 連携が必要な利用者についての相談状況

直接医療職と接触しない場合でも、連携が必要と思われる利用者がいた場合に、対応について相談等ができる人がいるかどうかについてみると、相談できる人が「いる」割合は 88.0%とほぼ 9 割を占める。役職別にみるとサービス提供責任者の相談できる人が「いる」割合が 90.3%と 9 割を超えている。

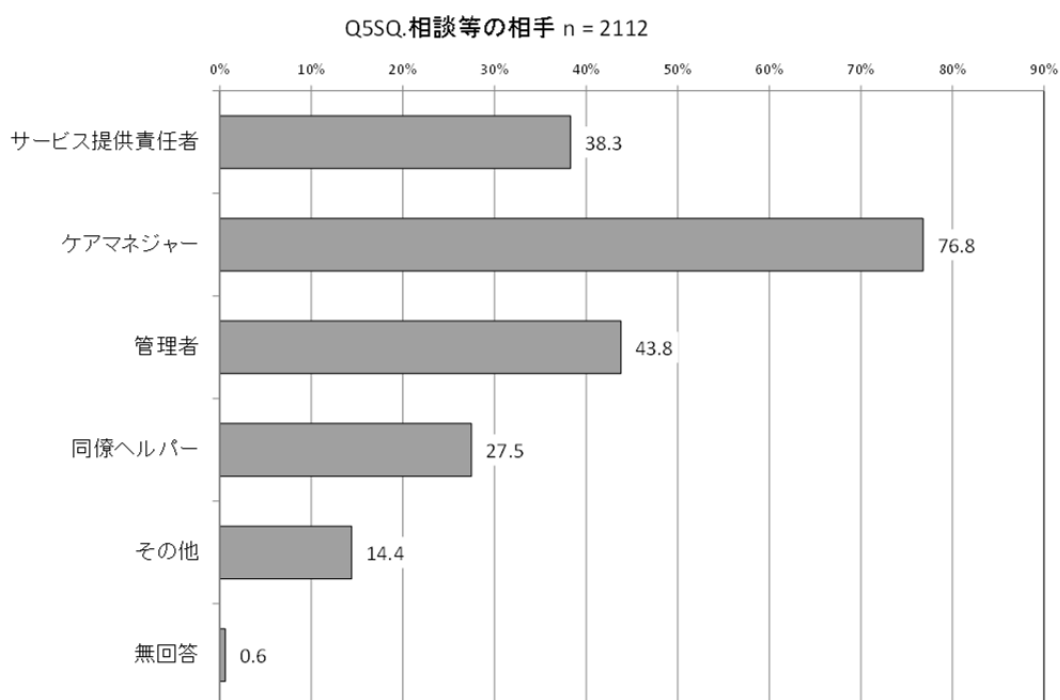
Q5. 直接医療職と接触しない場合でも、連携が必要と思われる利用者がいた場合に、対応について相談等ができる人がいるか n = 2400



Q5. 直接医療職と接触しない場合でも、連携が必要と思われる利用者がいた場合に、対応について相談等ができる人がいるか × F9役職(再整理)

	上段:度数 下段:%	Q5. 直接医療職と接触しない場合でも、連携が必要と思われる利用者				
		全体	いる	いない	その他	無回答
F9役職(再整理)	全体	2400	2112	160	15	113
		100.0	88.0	6.7	0.6	4.7
	管理者	829	720	71	8	30
		100.0	86.9	8.6	1.0	3.6
	介護職員	906	798	47	5	56
		100.0	88.1	5.2	0.6	6.2
	サービス提供責任者	579	523	39	1	16
	100.0	90.3	6.7	0.2	2.8	
その他	75	63	2	1	9	
	100.0	84.0	2.7	1.3	12.0	
無回答	11	8	1	-	2	
	100.0	72.7	9.1	-	18.2	

連携が必要と思われる利用者がいた場合に、対応について相談等をする相手を見ると、「ケアマネジャー」が76.8%と最も多く、以下「管理者」(43.8%)、「サービス提供責任者」(38.3%)となっている。役職別にみると、介護職員の相談の相手は、「ケアマネジャー」70.4%、「管理職」63.7%、「サービス提供責任者」57.4%と、いずれも5割を超えている。



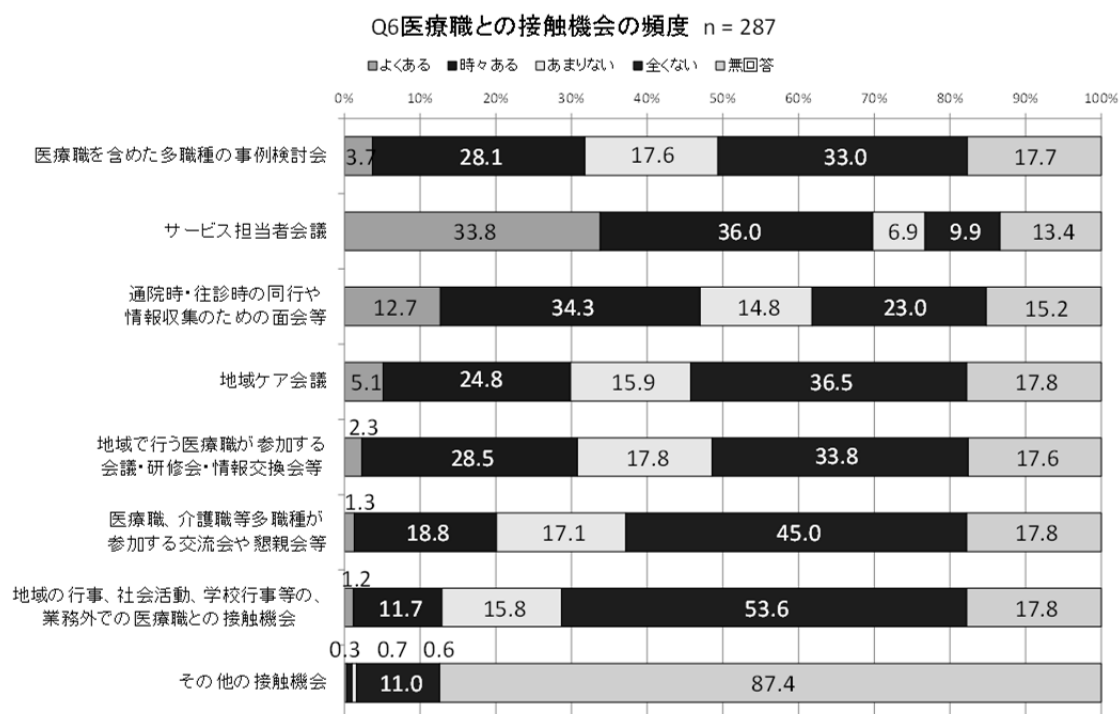
Q5SQ.相談等の相手 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%	Q5SQ.相談等の相手						
	全体	サービス提供責任者	ケアマネジャー	管理者	同僚ヘルパー	その他	無回答
F9役職(再整理)	2112	809	1623	925	580	305	13
全体	100.0	38.3	76.8	43.8	27.5	14.4	0.6
管理者	720	203	572	111	134	174	6
	100.0	28.2	79.4	15.4	18.6	24.2	0.8
介護職員	798	458	562	508	298	72	5
	100.0	57.4	70.4	63.7	37.3	9.0	0.6
サービス提供責任者	523	121	451	266	135	50	2
	100.0	23.1	86.2	50.9	25.8	9.6	0.4
その他	63	25	31	38	12	9	-
	100.0	39.7	49.2	60.3	19.0	14.3	-
無回答	8	2	7	2	1	-	-
	100.0	25.0	87.5	25.0	12.5	-	-



## (2). 医療職との接触機会と参加状況

医療職との接触機会としては、「サービス担当者会議」が「よくある」(33.8%)、「時々ある」(36.0%)と合わせると69.8%と約7割を占め最も多い。次いで「よくある」+「時々ある」割合が高いのは、通院時・往診時の同行(47.0%)、医療職を含めた多職種の事例検討会(31.8%)と続く。

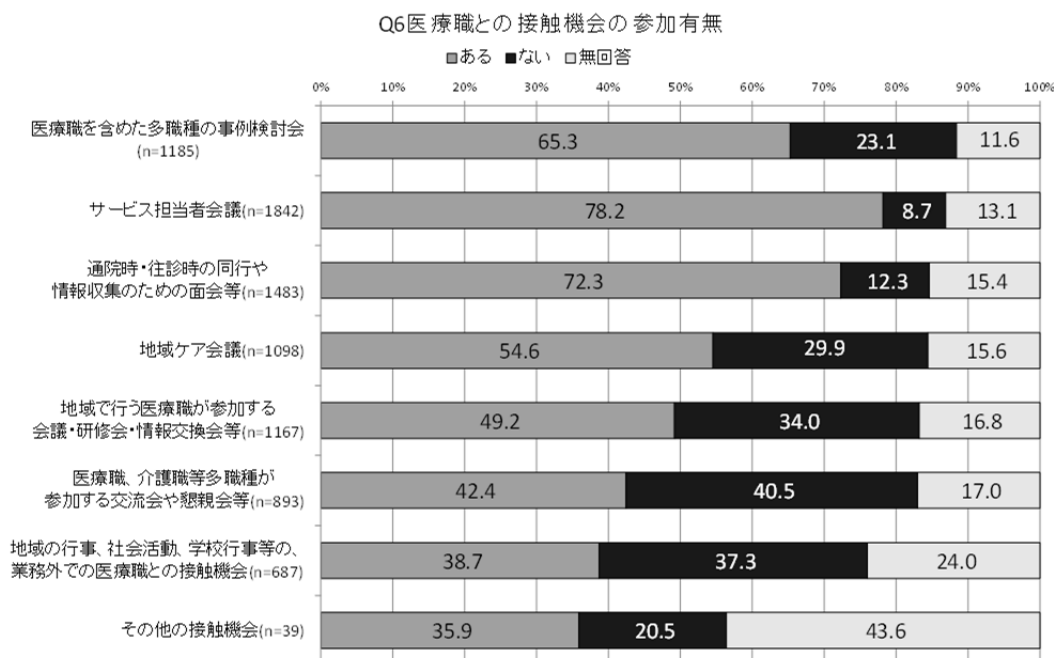


### 医療職との接触機会の頻度(よくある+時々ある割合)

	医療職を含めた多職種事例検討会	サービス担当者会議	通院時・往診時の同行や情報収集のための面会等	地域ケア会議	地域で行う医療職が参加する会議・研修会・情報交換会等	医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等	地域の行事、社会活動、学校行事等の、業務外での医療職との接触機会	その他の接触機会
全体	2400 100.0	763 31.8	1677 69.8	1128 47.0	717 29.9	740 30.8	482 20.1	309 12.9
管理者	829 100.0	313 37.7	665 80.2	470 56.7	305 36.8	332 40.1	214 25.9	124 15.0
介護職員	906 100.0	229 25.3	493 54.4	341 37.6	193 21.3	211 23.3	162 17.9	110 12.2
サービス提供責任者	579 100.0	188 32.5	476 82.2	269 46.5	186 32.1	164 28.4	87 15.0	62 10.7
その他	75 100.0	30 40.0	37 49.3	44 58.6	31 41.3	32 42.7	17 22.6	12 16.0

全体と比較して +5ポイント以上 +10ポイント以上 -5ポイント以下 -10ポイント以下

また、接触機会への参加の有無をみると、サービス担当者会議は接触機会がある人の8割近くが参加している。また、通院時・往診時の同行も7割以上となっている。



■役割別医療職との接触機会への参加の有無(ありの割合)

	医療職を含めた多職種事例検討会 n=1185	サービス担当者会議 n=1842	通院時・往診時の同行や情報収集のための面会等 n=1483	地域ケア会議 n=1098	地域で行う医療職が参加する会議・研修会・情報交換会等 n=1167	医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等 n=893	地域の行事、社会活動、学校行事等の、業務外での医療職との接触機会 n=687	その他の接触機会 n=39
全体	774 65.3	1440 78.2	1072 72.3	599 54.6	574 49.2	379 42.4	266 38.7	14 35.9
管理者	346 70.6	603 83.9	465 76.7	287 62.4	276 55.0	176 43.7	116 41.4	7 38.9
介護職員	194 56.1	369 66.0	300 65.8	114 38.5	151 45.2	121 45.5	80 36.0	4 40.0
サービス提供責任者	204 66.9	432 84.5	265 73.0	173 57.5	118 41.8	67 34.2	58 36.3	3 37.5
その他	27 69.2	32 71.1	39 75.0	24 64.9	28 62.2	14 53.8	11 50.0	-

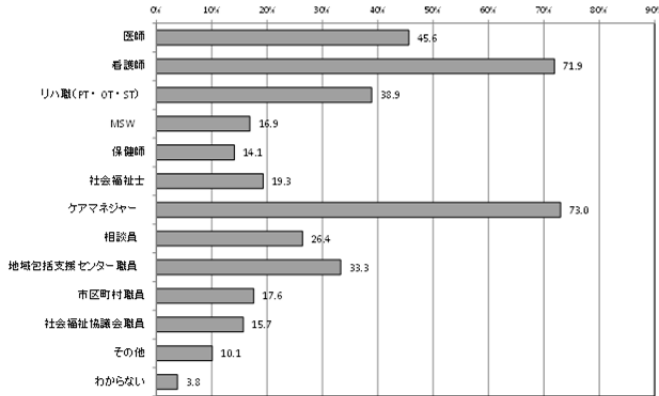
■役割別医療職との接触機会への参加の有無(ありの割合)【訪問介護事業所のみの勤務者】

	勤務先が訪問介護事業所のみの回答者	医療職を含めた多職種事例検討会 n=473	サービス担当者会議 n=774	通院時・往診時の同行や情報収集のための面会等 n=545	地域ケア会議 n=435	地域で行う医療職が参加する会議・研修会・情報交換会等 n=452	医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等 n=344	地域の行事、社会活動、学校行事等の、業務外での医療職との接触機会 n=252	その他の接触機会 n=15
全体	297 62.8	607 78.4	369 67.7	228 52.4	206 45.6	133 38.7	84 33.3	4 26.7	
訪問介護事業所	管理者	114 69.1	208 82.5	134 73.2	90 59.6	76 46.9	60 42.9	35 37.2	2 25.0
	介護職員	64 50.8	150 68.2	85 58.2	41 37.6	56 46.7	29 35.8	23 33.8	1 33.3
	サービス提供責任者	115 65.3	244 83.0	145 70.0	95 55.9	73 44.8	41 35.0	25 29.1	1 25.0
	その他	2 66.7	3 60.0	3 50.0	1 33.3	1 20.0	2 50.0	1 33.3	-

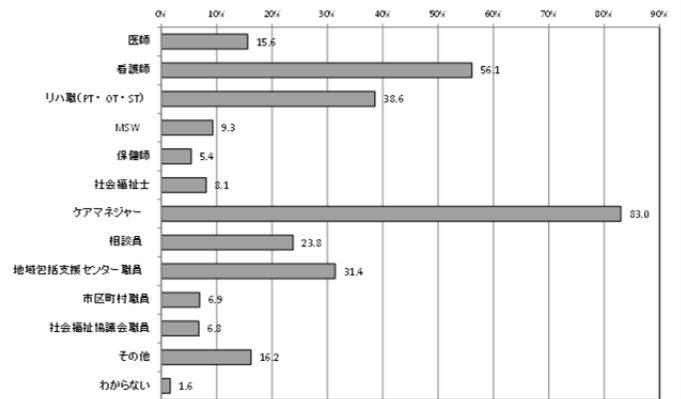
全体と比較して +5ポイント以上 +10ポイント以上 -5ポイント以下 -10ポイント以下

□それぞれの接触機会に参加する医療職等（回答者ベース）

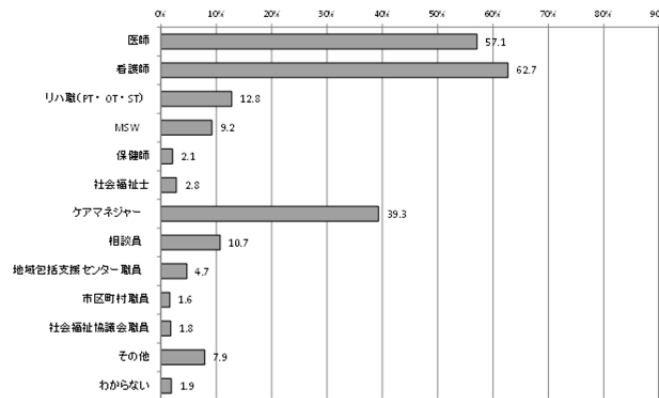
Q6-1-3.医療職を含めた多職種事例検討会への参加者 n = 853



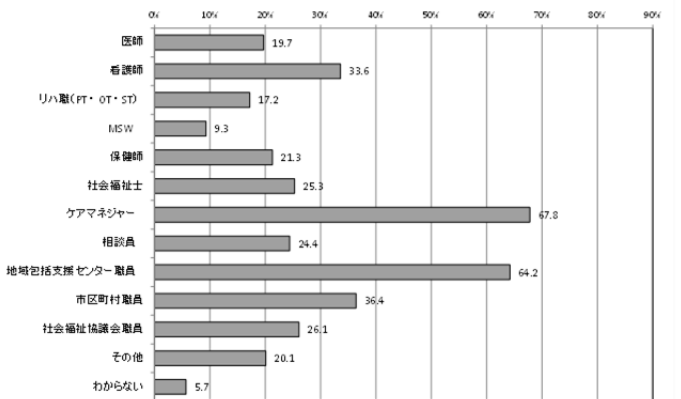
Q6-2-3.サービス担当者会議への参加者 n = 1504



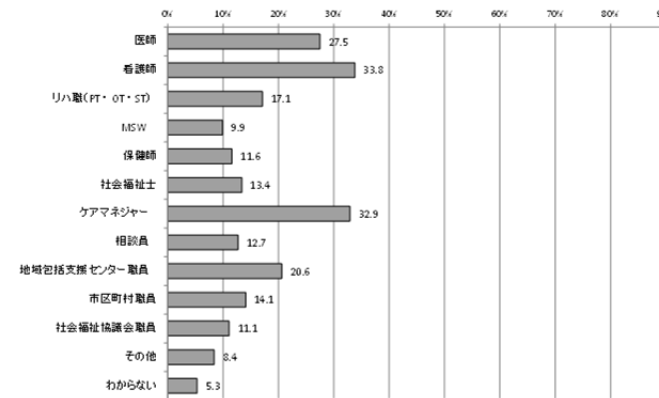
Q6-3-3.通院時・住診時の同行や情報収集のための面会等への参加者 n = 1121



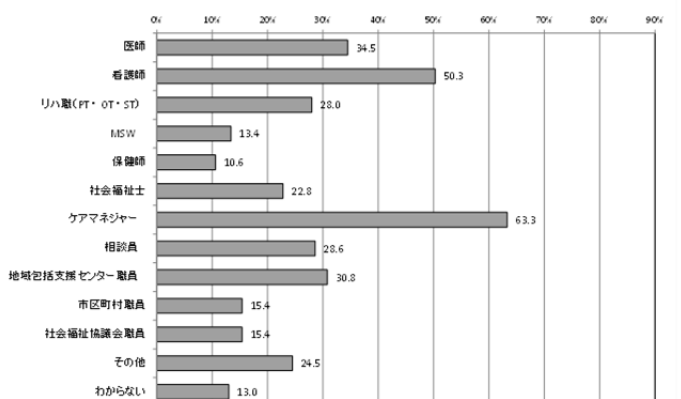
Q6-4-3.地域ケア会議への参加者 n = 696



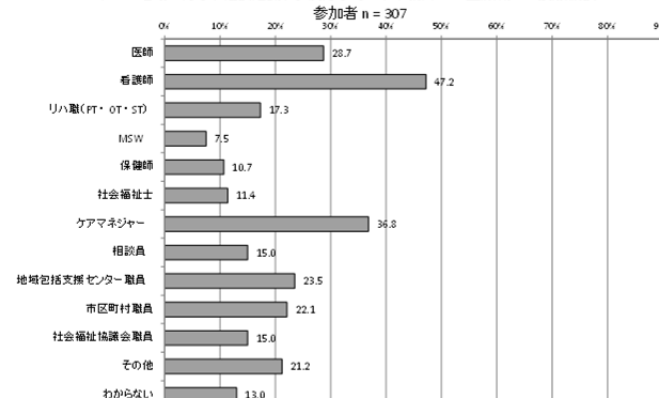
Q6-5-3.地域で行う医療職が参加する会議・研修会・情報交換会等への参加者 n = 643



Q6-6-3.医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等への参加者 n = 461



Q6-7-3.地域の行事、社会活動、学校行事等の、業務外での医療職との接触機会への参加者 n = 307



### (3) 医療職との連携の個別事例

「連携の必要性を感じたけれども連携できなかった事例」および「連携できた事例」の質問への回答状況は、両方に回答があった件数が 856 件、連携できなかった事例のみが 209 件、連携できた事例のみが 426 件であった。したがって、連携できなかった事例は 1065 件 (856+209)、連携できた事例は 1282 件 (856+426) であった。

全体	連携事例:回答 非連携事例:回答	連携事例:未回答 非連携事例:回答	連携事例回答 非連携事例:未回 答	連携事例:未回答 非連携事例:未回 答
2400	856	209	426	909
100	35.7	8.7	17.8	37.9

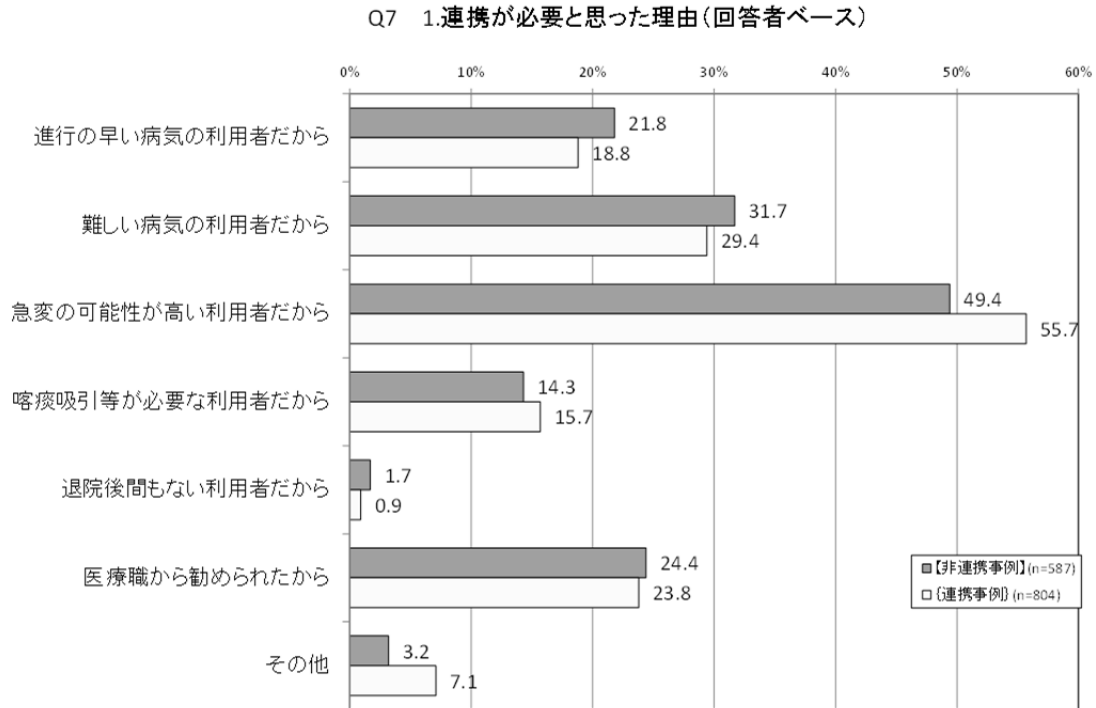
回答状況を役職別にみると、管理者、サービス提供責任者と比べて介護職員の両方未回答の割合が高い。

連携・非連携回答 × F9役職(再整理)

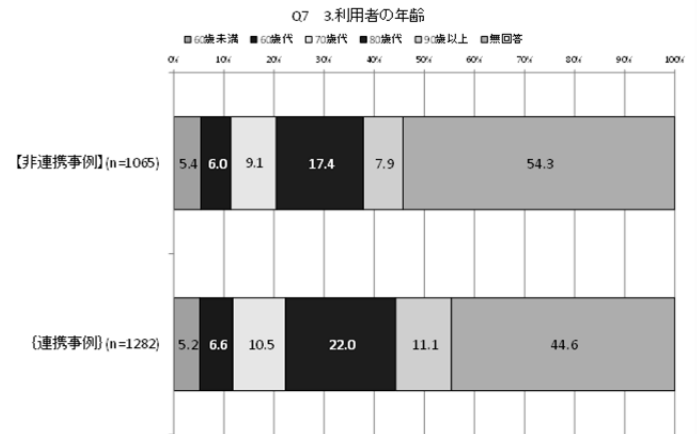
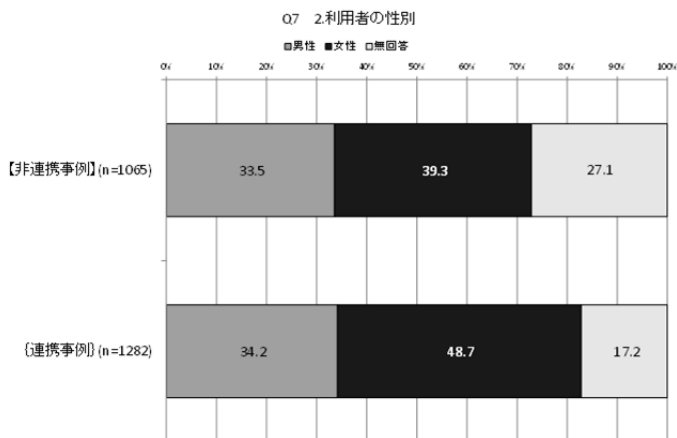
上段:度数		連携・非連携回答					
下段:%		全体	連携事例回 答:非連携事 例回答	連携事例未 回答:非連携 事例回答	連携事例回 答:非連携事 例未回答	連携事例未 回答:非連携 事例未回答	無回答
F9役職(再整理)	全体	2400	856	209	426	909	-
		100.0	35.7	8.7	17.8	37.9	-
	管理者	829	330	86	175	238	-
		100.0	39.8	10.4	21.1	28.7	-
	介護職員	906	273	69	132	432	-
		100.0	30.1	7.6	14.6	47.7	-
	サービス提供責任者	579	225	48	105	201	-
	100.0	38.9	8.3	18.1	34.7	-	
その他	75	25	6	12	32	-	
	100.0	33.3	8.0	16.0	42.7	-	
無回答	11	3	-	2	6	-	
	100.0	27.3	-	18.2	54.5	-	

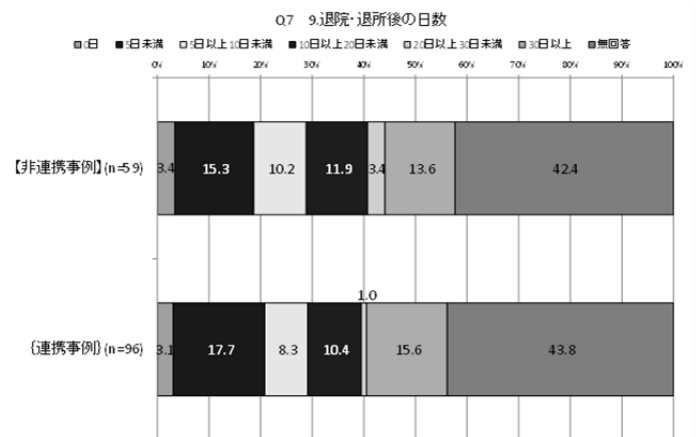
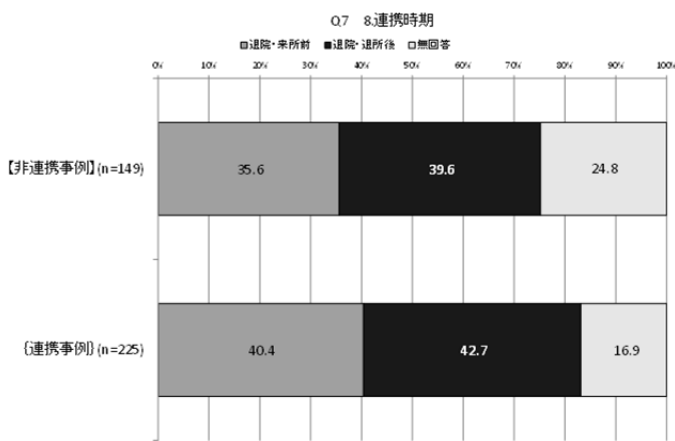
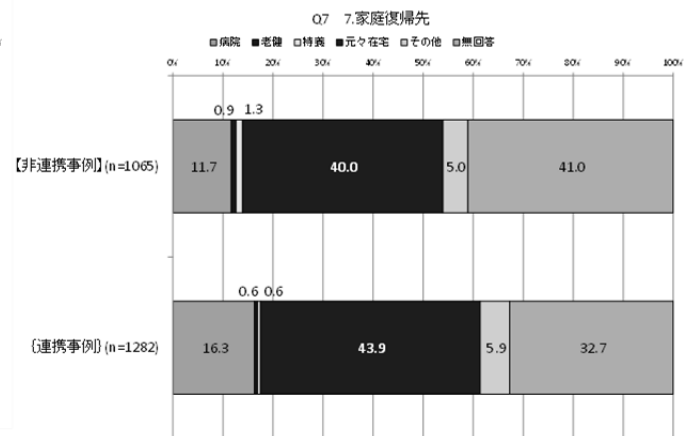
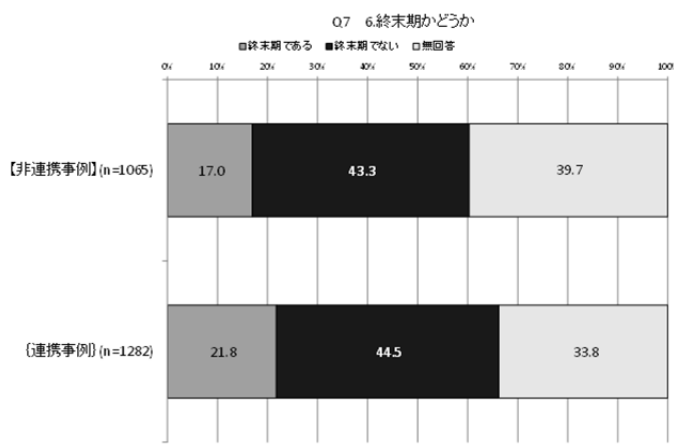
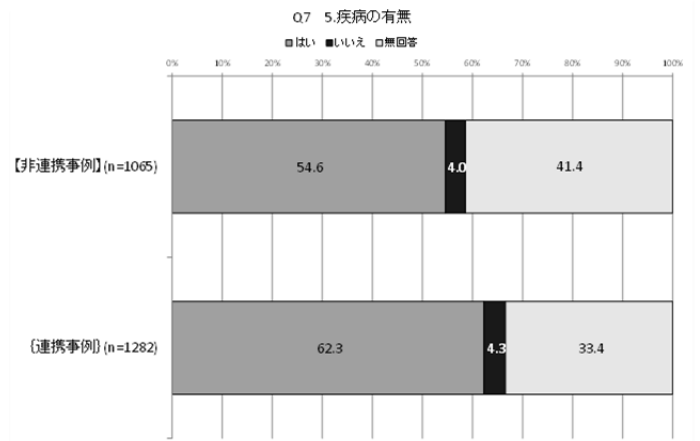
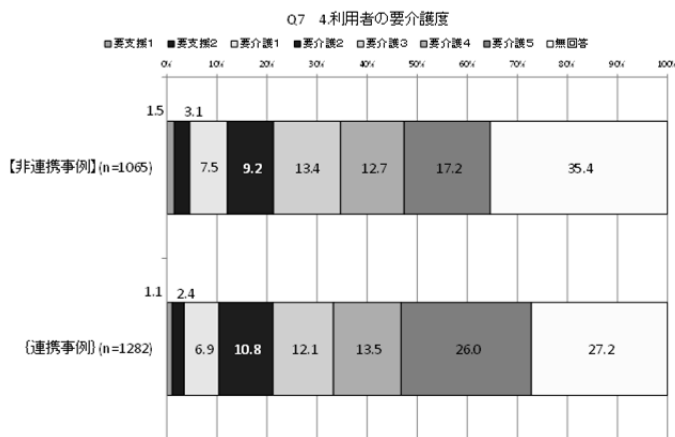
## 1) 連携事例、非連携事例の利用者の状況

### ①連携が必要と思った理由

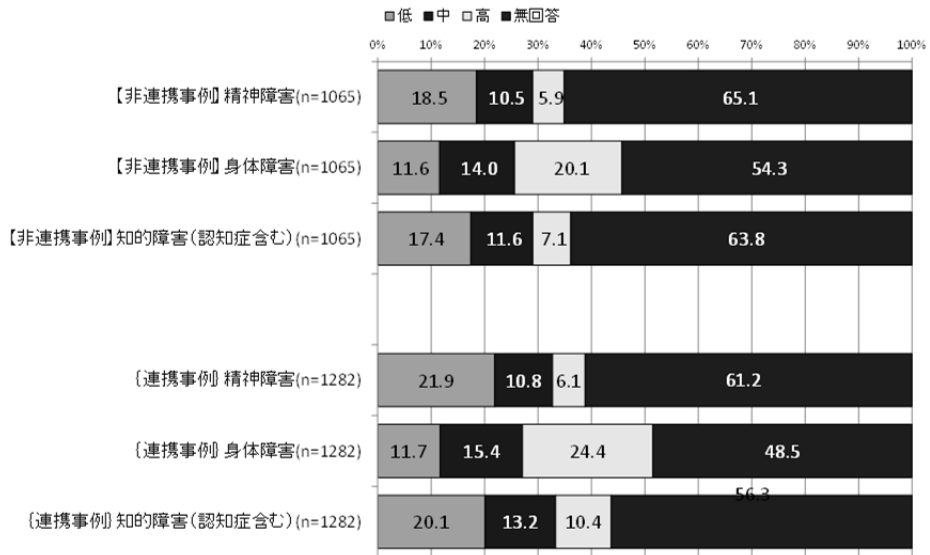


### ②利用者の状況

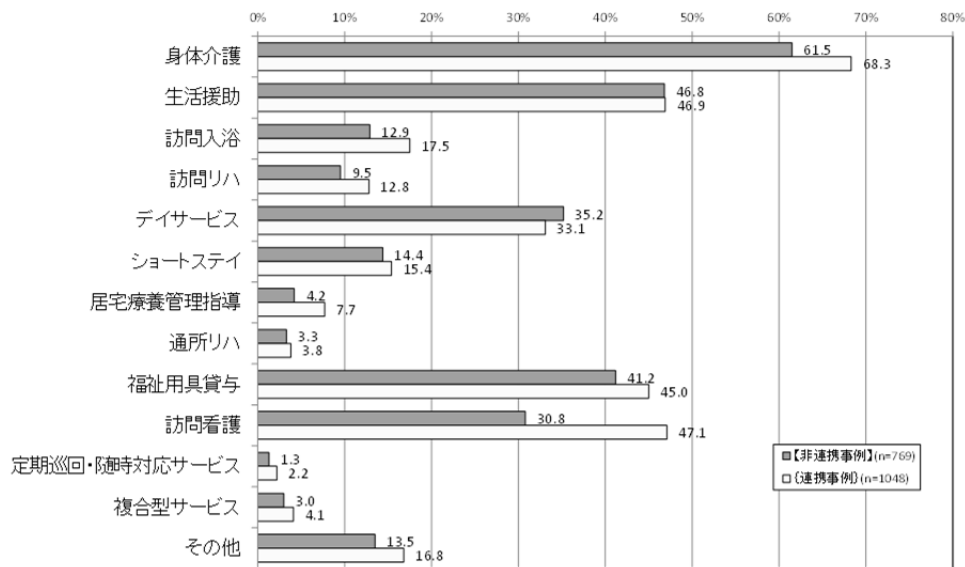




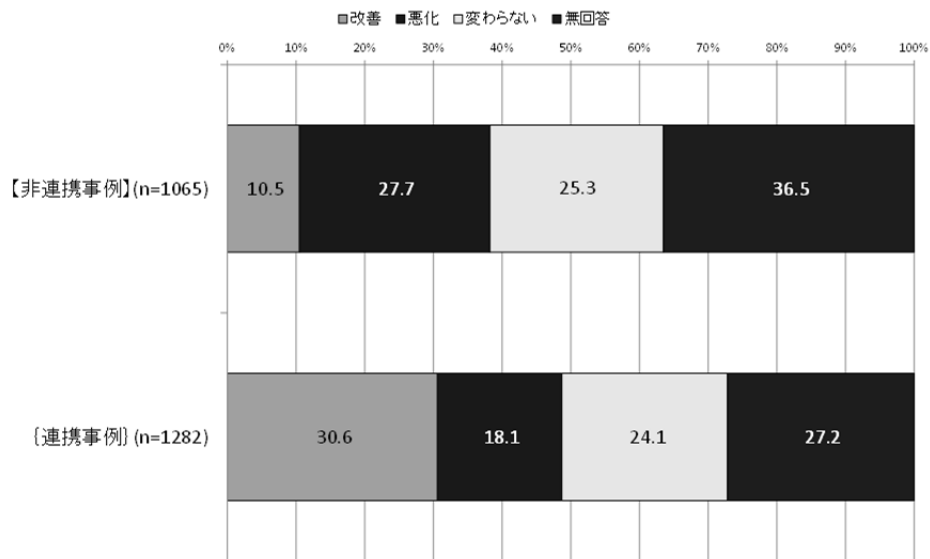
Q7 10.利用者の障害の程度



Q7 11.利用サービス(回答者ベース)



Q7 15.連携当初からの利用者の変化



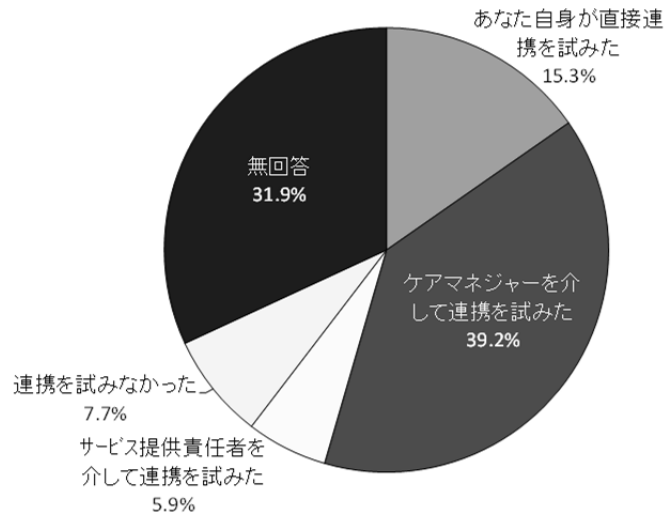
## 2) 必要性を感じたけれども連携できなかった事例の連携の状況

### ①試みた連携

非連携事例においては、ケアマネジャーを介して連携した割合が 39.2%と約 4 割を占め、回答者自身が直接連携をとった割合は 15.3%、サービス提供責任者を介して連携をとった割合は 5.9%となっている。

役職別にみると、管理者は直接連携をとった割合が高い一方、サービス提供責任者はケアマネジャーを介して連携をとった割合が高い。

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか n = 1065



Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供責任者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
F9役職(再整理)	全体	1065	163	417	63	82	340
		100.0	15.3	39.2	5.9	7.7	31.9
	管理者	416	87	163	11	29	126
		100.0	20.9	39.2	2.6	7.0	30.3
	介護職員	342	27	113	47	33	122
		100.0	7.9	33.0	13.7	9.6	35.7
	サービス提供責任者	273	40	131	5	18	79
	100.0	14.7	48.0	1.8	6.6	28.9	
その他	31	9	8	-	2	12	
	100.0	29.0	25.8	-	6.5	38.7	
無回答	3	-	2	-	-	1	
	100.0	-	66.7	-	-	33.3	



Q7【非連携事例】 13.連携を試みた方法・場面 × Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか

上段:度数		Q7【非連携事例】 13.連携を試みた方法・場面								
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他	無回答
Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか	全体	1065 100.0	158 14.8	237 22.3	68 6.4	316 29.7	17 1.6	224 21.0	32 3.0	452 42.4
	あなたが直接連携を試みた	163 100.0	39 23.9	41 25.2	19 11.7	89 54.6	4 2.5	78 47.9	11 6.7	3 1.8
	ケアマネジャーを介して連携を試みた	417 100.0	105 25.2	171 41.0	44 10.6	193 46.3	9 2.2	118 28.3	10 2.4	48 11.5
	サービス提供責任者を介して連携を試みた	63 100.0	9 14.3	15 23.8	4 6.3	27 42.9	3 4.8	20 31.7	3 4.8	8 12.7
	連携を試みなかった	82 100.0	-	2 2.4	-	-	-	-	-	80 97.6
	無回答	340 100.0	5 1.5	8 2.4	1 0.3	7 2.1	1 0.3	8 2.4	8 2.4	313 92.1

要介護度別では、要介護度の高低によって特に傾向はみられない。

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 4.利用者の要介護度

上段:度数		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなたが直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供責任者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 4.利用者の要介護度	全体	1065 100.0	163 15.3	417 39.2	63 5.9	82 7.7	340 31.9
	要支援1	16 100.0	3 18.8	7 43.8	1 6.3	3 18.8	2 12.5
	要支援2	33 100.0	4 12.1	17 51.5	3 9.1	8 24.2	1 3.0
	要介護1	80 100.0	7 8.8	51 63.8	6 7.5	6 7.5	10 12.5
	要介護2	98 100.0	18 18.4	63 64.3	5 5.1	8 8.2	4 4.1
	要介護3	143 100.0	36 25.2	69 48.3	13 9.1	17 11.9	8 5.6
	要介護4	135 100.0	28 20.7	83 61.5	8 5.9	8 5.9	8 5.9
	要介護5	183 100.0	46 25.1	100 54.6	12 6.6	13 7.1	12 6.6

利用者の疾病の有無別では、疾病の有無によって特に傾向はみられない。

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 5.疾病の有無

上段:度数		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなたが直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供責任者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 5.疾病の有無	全体	1065 100.0	163 15.3	417 39.2	63 5.9	82 7.7	340 31.9
	はい	581 100.0	128 22.0	303 52.2	45 7.7	63 10.8	42 7.2
	いいえ	43 100.0	10 23.3	23 53.5	2 4.7	6 14.0	2 4.7

利用者が終末期かどうかでみると、終末期の事例において回答者自身が直接連携を試みた割合がやや高い。

Q7【非連携事例】 12どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 6終末期かどうか

上段:度数		Q7【非連携事例】 12どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 6終末期かどうか	全体	1065 100.0	163 15.3	417 39.2	63 5.9	82 7.7	340 31.9
	終末期である	181 100.0	50 27.6	96 53.0	9 5.0	15 8.3	11 6.1
	終末期でない	461 100.0	91 19.7	240 52.1	43 9.3	50 10.8	37 8.0

利用者の家庭復帰先別にみると、病院からの事例において、ケアマネジャーを介して連携を試みた割合が高く 7 割近い。

Q7【非連携事例】 12どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 7過程復帰先

上段:度数		Q7【非連携事例】 12どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 7過程復帰先	全体	1065 100.0	163 15.3	417 39.2	63 5.9	82 7.7	340 31.9
	病院	125 100.0	24 19.2	85 68.0	6 4.8	4 3.2	6 4.8
	老健	10 100.0	4 40.0	6 60.0	-	-	-
	特養	14 100.0	3 21.4	7 50.0	1 7.1	2 14.3	1 7.1
	元々在宅	426 100.0	85 20.0	222 52.1	37 8.7	55 12.9	27 6.3
	その他	53 100.0	15 28.3	26 49.1	6 11.3	3 5.7	3 5.7

利用者の医療必要度別にみると、利用者の精神障害の程度によって特に傾向はみられない。一方、身体障害の程度が高い事例、知的障害の程度が高い事例においては、直接連携を試みた割合が高くなっている。

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度

上段:度数		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度	全体	1065	163	417	63	82	340
		100.0	15.3	39.2	5.9	7.7	31.9
	低	197	37	101	23	22	14
		100.0	18.8	51.3	11.7	11.2	7.1
	中	112	30	58	10	8	6
	100.0	26.8	51.8	8.9	7.1	5.4	
高	63	16	33	3	6	5	
	100.0	25.4	52.4	4.8	9.5	7.9	

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度

上段:度数		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度	全体	1065	163	417	63	82	340
		100.0	15.3	39.2	5.9	7.7	31.9
	低	124	19	67	18	9	11
		100.0	15.3	54.0	14.5	7.3	8.9
	中	149	34	78	13	13	11
	100.0	22.8	52.3	8.7	8.7	7.4	
高	214	57	102	16	29	10	
	100.0	26.6	47.7	7.5	13.6	4.7	

Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか × Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度

上段:度数		Q7【非連携事例】 12.どのような連携を試みたか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携を試みた	ケアマネジャーを介して連携を試みた	サービス提供者を介して連携を試みた	連携を試みなかった	無回答
Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度	全体	1065	163	417	63	82	340
		100.0	15.3	39.2	5.9	7.7	31.9
	低	185	36	92	19	22	16
		100.0	19.5	49.7	10.3	11.9	8.6
	中	124	32	66	9	13	4
	100.0	25.8	53.2	7.3	10.5	3.2	
高	76	22	33	8	6	7	
	100.0	28.9	43.4	10.5	7.9	9.2	

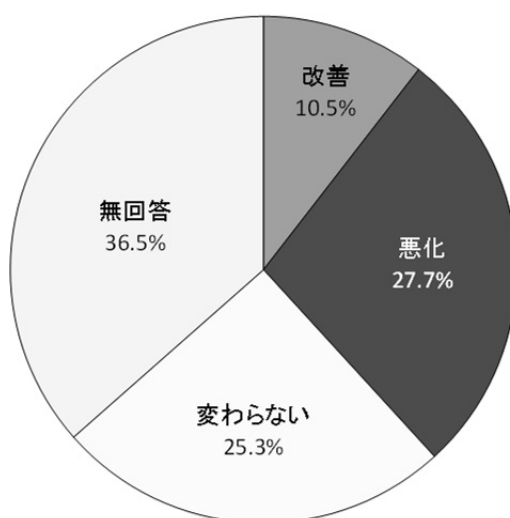
## ②連携できなかった理由(自由記述欄の回答内容より 詳細はP186)

連携できなかった理由としては、利用者本人・家族による拒否や、ケアマネジャーの対応が十分でなかったことによるものが多い。一方で、会議等の時間の調整ができなかったことにより連携に到らなかったケースもみられる。

### ③利用者の状況の変化

連携できなかった事例の連携を試みてからの利用者の変化をみると、「改善」が約1割、「悪化」が約3割、「変わらない」が全体の約4分の1となっている。

Q7【非連携事例】 15.連携当初からの利用者の変化 n = 1065



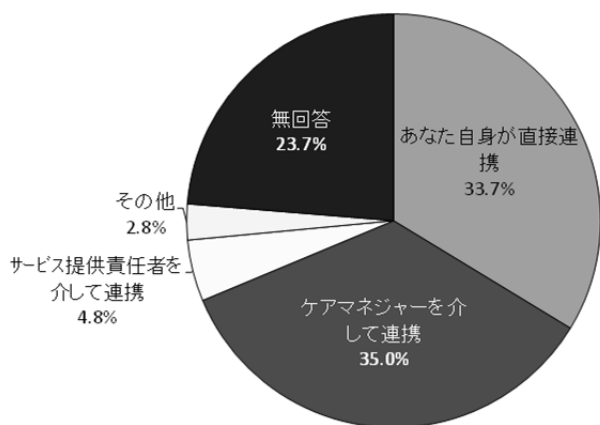
### (3) 必要性を感じて連携できた事例の連携の状況

#### ①連携の方法

連携事例においては、回答者自身が直接連携をとった割合が 33.7%、ケアマネジャーを介して連携した割合が 35.0%と、それぞれほぼ 3分の1ずつを占める。

役職別にみると、管理者は直接連携をとった割合が高い一方、サービス提供責任者はケアマネジャーを介して連携をとった割合が高い。

Q7 {連携事例} 13.どのように連携をとったか n = 1282



Q7 {連携事例} 13.どのように連携をとったか × F9役職(再整理)

上段:度数		Q7 {連携事例} 13.どのように連携をとったか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供責任者を介して連携	その他	無回答
F9役職(再整理)	全体	1282	432	449	61	36	304
		100.0	33.7	35.0	4.8	2.8	23.7
	管理者	505	215	154	8	12	116
		100.0	42.6	30.5	1.6	2.4	23.0
	介護職員	405	97	139	43	15	111
		100.0	24.0	34.3	10.6	3.7	27.4
	サービス提供責任者	330	102	147	7	8	66
	100.0	30.9	44.5	2.1	2.4	20.0	
その他	37	16	8	3	1	9	
	100.0	43.2	21.6	8.1	2.7	24.3	
無回答	5	2	1	-	-	2	
	100.0	40.0	20.0	-	-	40.0	

Q7 {連携事例} 14.連携の方法・場面 × Q7 {連携事例} 13.どのように連携をとったか

上段:度数		Q7 {連携事例} 14.連携の方法・場面								
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他	無回答
Q7 {連携事例} 13.どのように連携をとったか	全体	1282	421	486	141	599	47	538	46	245
		100.0	32.8	37.9	11.0	46.7	3.7	42.0	3.6	19.1
	あなた自身が直接連携	432	173	172	63	279	18	279	14	7
		100.0	40.0	39.8	14.6	64.6	4.2	64.6	3.2	1.6
	ケアマネジャーを介して連携	449	182	244	59	226	17	177	22	18
		100.0	40.5	54.3	13.1	50.3	3.8	39.4	4.9	4.0
	サービス提供責任者を介して連携	61	13	17	5	31	4	22	3	7
	100.0	21.3	27.9	8.2	50.8	6.6	36.1	4.9	11.5	
その他	36	12	9	3	13	2	14	7	1	
	100.0	33.3	25.0	8.3	36.1	5.6	38.9	19.4	2.8	
無回答	304	41	44	11	50	6	46	-	212	
	100.0	13.5	14.5	3.6	16.4	2.0	15.1	-	69.7	

要介護度別では、要介護度の高低によって特に傾向はみられない。

Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか × Q7〔連携事例〕 4.利用者の要介護度

上段:度数 下段:%		Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか					
		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者責任者を介して連携	その他	無回答
Q7〔連携事例〕 4. 利用者の要介護度	全体	1282 100.0	432 33.7	449 35.0	61 4.8	36 2.8	304 23.7
	要支援1	14 100.0	4 28.6	7 50.0	1 7.1	-	2 14.3
	要支援2	31 100.0	13 41.9	12 38.7	2 6.5	1 3.2	3 9.7
	要介護1	88 100.0	40 45.5	42 47.7	2 2.3	-	4 4.5
	要介護2	139 100.0	48 34.5	68 48.9	2 1.4	5 3.6	16 11.5
	要介護3	155 100.0	62 40.0	66 42.6	9 5.8	3 1.9	15 9.7
	要介護4	173 100.0	74 42.8	69 39.9	5 2.9	5 2.9	20 11.6
	要介護5	333 100.0	135 40.5	149 44.7	16 4.8	10 3.0	23 6.9

利用者の疾病の有無別では、利用者の疾病の有無によって特に傾向はみられない。

Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか × Q7〔連携事例〕 5.疾病の有無

上段:度数 下段:%		Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか					
		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者責任者を介して連携	その他	無回答
Q7〔連携事例〕 5. 疾病の有無	全体	1282 100.0	432 33.7	449 35.0	61 4.8	36 2.8	304 23.7
	はい	799 100.0	341 42.7	329 41.2	44 5.5	27 3.4	58 7.3
	いいえ	55 100.0	18 32.7	26 47.3	5 9.1	1 1.8	5 9.1

利用者が終末期かどうかでみると、終末期かどうかによって特に傾向はみられない。

Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか × Q7〔連携事例〕 6.終末期かどうか

上段:度数 下段:%		Q7〔連携事例〕 13.どのように連携をとったか					
		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者責任者を介して連携	その他	無回答
Q7〔連携事例〕 6. 終末期かどうか	全体	1282 100.0	432 33.7	449 35.0	61 4.8	36 2.8	304 23.7
	終末期である	279 100.0	122 43.7	109 39.1	15 5.4	6 2.2	27 9.7
	終末期でない	570 100.0	220 38.6	251 44.0	33 5.8	24 4.2	42 7.4

利用者の家庭復帰先別にみると、病院からの事例と元々在宅の事例において、特に際立った差異はみられない。

Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか × Q7【連携事例】 7.過程復帰先

上段:度数		Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者を介して連携	その他	無回答
Q7【連携事例】 7.過程復帰先	全体	1282 100.0	432 33.7	449 35.0	61 4.8	36 2.8	304 23.7
	病院	209 100.0	82 39.2	91 43.5	6 2.9	6 2.9	24 11.5
	老健	8 100.0	4 50.0	2 25.0	2 25.0	-	-
	特養	8 100.0	4 50.0	3 37.5	-	-	1 12.5
	元々在宅	563 100.0	229 40.7	256 45.5	28 5.0	18 3.2	32 5.7
	その他	75 100.0	41 54.7	21 28.0	6 8.0	2 2.7	5 6.7

利用者の医療必要度別にみると、利用者の精神障害、身体障害、知的障害のいずれも程度が高い事例においては、ケアマネジャーを介して連携した割合が高く、直接連携を試みた割合が低くなっている。

Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか × Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度

上段:度数		Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者を介して連携	その他	無回答
Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度	全体	856 100.0	258 30.1	282 32.9	31 3.6	23 2.7	262 30.6
	低	154 100.0	65 42.2	56 36.4	7 4.5	1 0.6	25 16.2
	中	91 100.0	27 29.7	42 46.2	3 3.3	8 8.8	11 12.1
	高	49 100.0	21 42.9	16 32.7	4 8.2	2 4.1	6 12.2

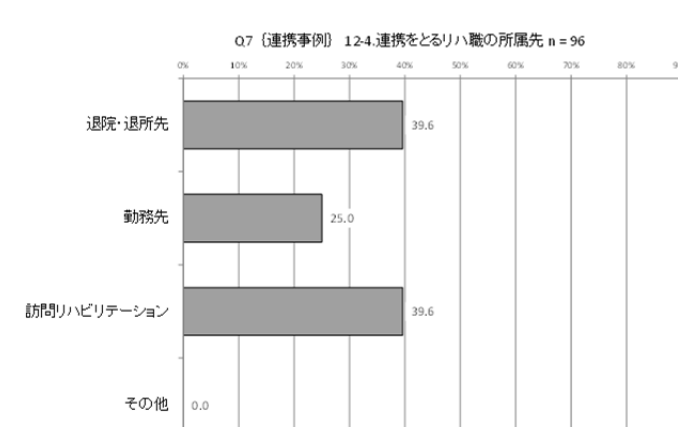
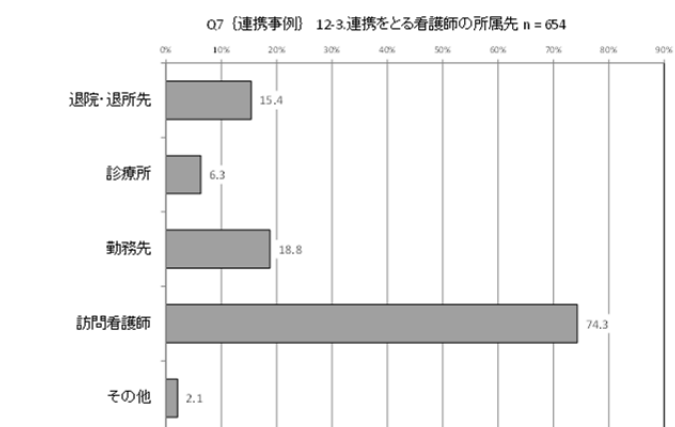
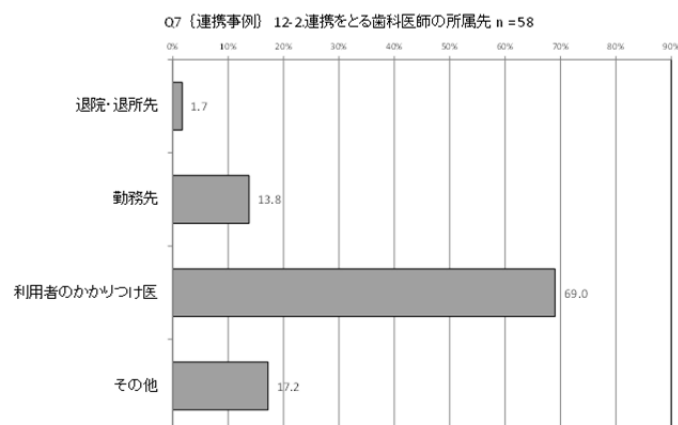
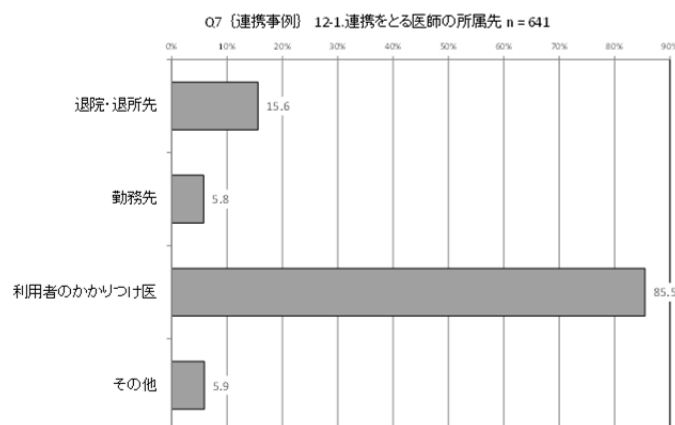
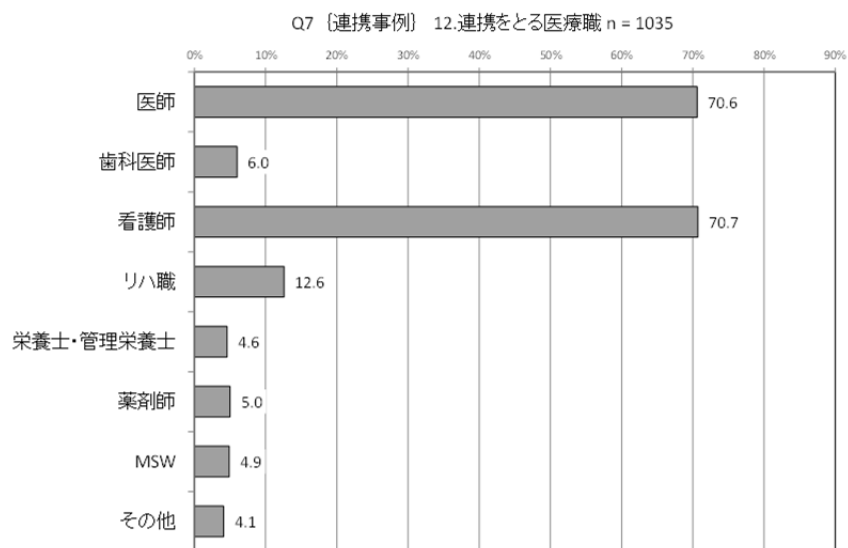
Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか × Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度

上段:度数		Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者を介して連携	その他	無回答
Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度	全体	856 100.0	258 30.1	282 32.9	31 3.6	23 2.7	262 30.6
	低	102 100.0	40 39.2	39 38.2	4 3.9	2 2.0	17 16.7
	中	129 100.0	47 36.4	46 35.7	2 1.6	6 4.7	28 21.7
	高	159 100.0	60 37.7	60 37.7	10 6.3	3 1.9	26 16.4

Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか × Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度

上段:度数		Q7【連携事例】 13.どのように連携をとったか					
下段:%		全体	あなた自身が直接連携	ケアマネジャーを介して連携	サービス提供者を介して連携	その他	無回答
Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度	全体	856 100.0	258 30.1	282 32.9	31 3.6	23 2.7	262 30.6
	低	150 100.0	56 37.3	63 42.0	5 3.3	2 1.3	24 16.0
	中	99 100.0	38 38.4	37 37.4	4 4.0	6 6.1	14 14.1
	高	62 100.0	28 45.2	21 33.9	5 8.1	1 1.6	7 11.3

## ②連携をとった医療職（回答者ベース）





利用者の要介護度別にみると、要介護度が高い事例において看護師と連携する割合が高くなっている。

Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職 × Q7[連携事例] 4.利用者の要介護度

上段:度数 下段:%	Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職									
	全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他	
全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1	
要支援1	11 100.0	9 81.8	-	3 27.3	-	2 18.2	-	1 9.1	-	
要支援2	29 100.0	26 89.7	-	10 34.5	1 3.4	-	2 6.9	3 10.3	1 3.4	
要介護1	81 100.0	59 72.8	5 6.2	48 59.3	1 1.2	1 1.2	5 6.2	6 7.4	2 2.5	
要介護2	133 100.0	100 75.2	9 6.8	84 63.2	12 9.0	6 4.5	8 6.0	4 3.0	3 2.3	
要介護3	151 100.0	101 66.9	6 4.0	100 66.2	21 13.9	7 4.6	5 3.3	10 6.6	3 2.0	
要介護4	165 100.0	126 76.4	10 6.1	123 74.5	24 14.5	10 6.1	10 6.1	7 4.2	2 1.2	
要介護5	330 100.0	224 67.9	20 6.1	272 82.4	61 18.5	18 5.5	17 5.2	15 4.5	15 4.5	

利用者の疾病の有無別では、疾病がある事例において看護師連携をとった割合が高い。

Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職 × Q7[連携事例] 5.疾病の有無

上段:度数 下段:%	Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職									
	全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他	
全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1	
はい	772 100.0	549 71.1	48 6.2	548 71.0	112 14.5	40 5.2	46 6.0	47 6.1	34 4.4	
いいえ	53 100.0	39 73.6	5 9.4	31 58.5	3 5.7	-	1 1.9	-	2 3.8	

利用者が終末期かどうかでみると、終末期の事例において、医師および看護師と連携をとった割合が高くなっている。

Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職 × Q7[連携事例] 6.終末期かどうか

上段:度数 下段:%	Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職									
	全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他	
全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1	
終末期である	271 100.0	206 76.0	12 4.4	232 85.6	22 8.1	13 4.8	21 7.7	8 3.0	5 1.8	
終末期でない	550 100.0	377 68.5	40 7.3	361 65.6	81 14.7	24 4.4	26 4.7	30 5.5	27 4.9	

利用者の家庭復帰先別にみると、病院からの事例において看護師および医師と連携をとった割合が高くなっている。

Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職 × Q7[連携事例] 7.過程復帰先

上段:度数 下段:%	Q7[連携事例] 12.連携をとる医療職									
	全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他	
全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1	
病院	204 100.0	149 73.0	6 2.9	164 80.4	39 19.1	8 3.9	10 4.9	12 5.9	7 3.4	
老健	7 100.0	5 71.4	-	5 71.4	1 14.3	1 14.3	1 14.3	1 14.3	-	
特養	7 100.0	5 71.4	-	6 85.7	2 28.6	3 42.9	-	-	-	
元々在宅	544 100.0	368 67.6	37 6.8	374 68.8	65 11.9	19 3.5	26 4.8	28 5.1	25 4.6	
その他	74 100.0	60 81.1	9 12.2	53 71.6	9 12.2	8 10.8	7 9.5	2 2.7	2 2.7	

利用者の医療必要度別にみると、利用者の精神障害、知的障害で程度が高い事例において、医師と連携をとった割合が高い。また身体障害の程度が高い事例において、看護師との連携の割合が高くなっている。

Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職 × Q7〔連携事例〕 10-1.利用者の精神障害の程度

上段:度数		Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職								
下段:%		全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他
Q7〔連携事例〕 10-1.利用者の精神障害の程度	全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1
	低	278 100.0	194 69.8	7 2.5	204 73.4	44 15.8	13 4.7	14 5.0	16 5.8	6 2.2
	中	134 100.0	94 70.1	12 9.0	97 72.4	15 11.2	3 2.2	9 6.7	10 7.5	3 2.2
	高	75 100.0	56 74.7	8 10.7	58 77.3	6 8.0	5 6.7	3 4.0	4 5.3	5 6.7

Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職 × Q7〔連携事例〕 10-2.利用者の身体障害の程度

上段:度数		Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職								
下段:%		全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他
Q7〔連携事例〕 10-2.利用者の身体障害の程度	全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1
	低	149 100.0	113 75.8	8 5.4	95 63.8	10 6.7	4 2.7	4 2.7	9 6.0	3 2.0
	中	193 100.0	135 69.9	5 2.6	129 66.8	21 10.9	7 3.6	11 5.7	9 4.7	4 2.1
	高	311 100.0	213 68.5	26 8.4	247 79.4	70 22.5	17 5.5	22 7.1	20 6.4	19 6.1

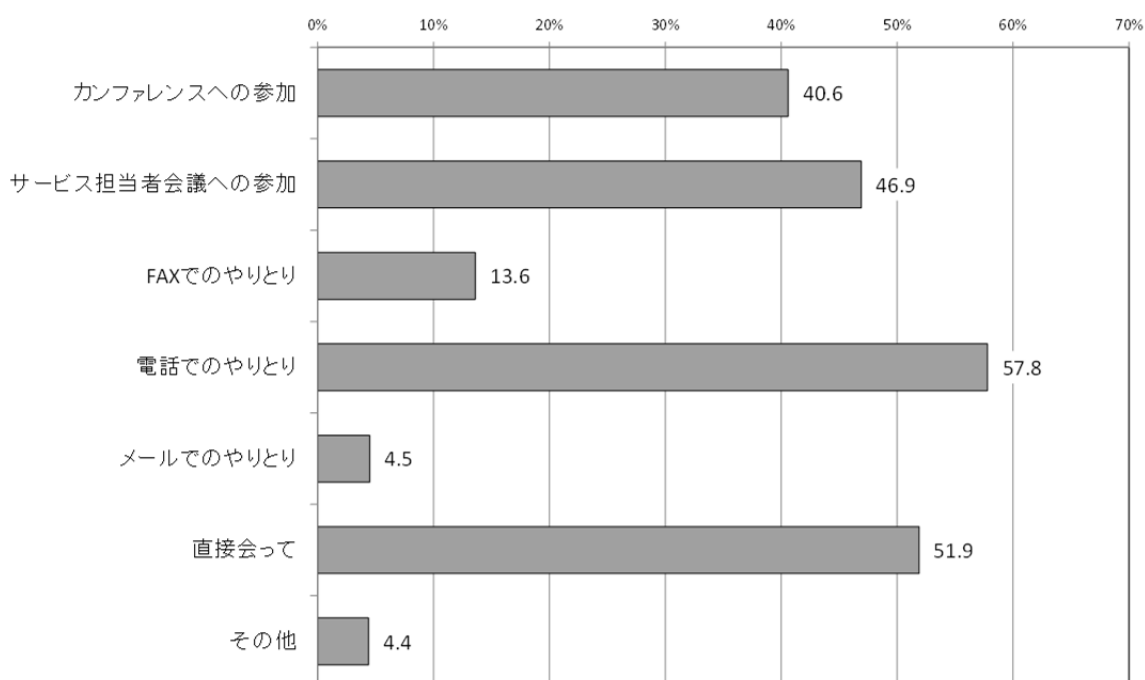
Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職 × Q7〔連携事例〕 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度

上段:度数		Q7〔連携事例〕 12.連携をとる医療職								
下段:%		全体	医師	歯科医師	看護師	リハ職	栄養士・管理栄養士	薬剤師	MSW	その他
Q7〔連携事例〕 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度	全体	1035 100.0	731 70.6	62 6.0	732 70.7	130 12.6	48 4.6	52 5.0	51 4.9	42 4.1
	低	257 100.0	174 67.7	9 3.5	187 72.8	33 12.8	11 4.3	15 5.8	14 5.4	8 3.1
	中	165 100.0	125 75.8	16 9.7	120 72.7	24 14.5	6 3.6	11 6.7	5 3.0	5 3.0
	高	131 100.0	105 80.2	10 7.6	97 74.0	16 12.2	8 6.1	7 5.3	15 11.5	7 5.3

### ③連携の方法・場面

連携の方法・場面をみると、電話でのやりとりが 57.8%と最も多く、以下、直接会って (51.9%)、サービス担当者会議への参加 (46.9%)、カンファレンスへの参加 (40.6%) の順となっている。

Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面 n = 1037 (回答者ベース)



利用者の要介護度別にみると、要介護度が高い事例においてカンファレンスへの参加、サービス担当者会議への参加の割合が高くなっている。

Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面 × Q7〔連携事例〕 4.利用者の要介護度

上段:度数 下段:%		Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面							
		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7〔連携事例〕 4. 利用者の要介護度	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	要支援1	14	2	3	2	6	-	5	2
		100.0	14.3	21.4	14.3	42.9	-	35.7	14.3
	要支援2	28	8	9	2	14	2	15	1
		100.0	28.6	32.1	7.1	50.0	7.1	53.6	3.6
	要介護1	84	27	34	7	48	2	45	4
		100.0	32.1	40.5	8.3	57.1	2.4	53.6	4.8
	要介護2	137	51	60	15	75	4	64	5
	100.0	37.2	43.8	10.9	54.7	2.9	46.7	3.6	
要介護3	147	58	67	23	83	7	79	8	
	100.0	39.5	45.6	15.6	56.5	4.8	53.7	5.4	
要介護4	170	74	83	18	92	7	95	9	
	100.0	43.5	48.8	10.6	54.1	4.1	55.9	5.3	
要介護5	332	158	183	58	222	13	177	14	
	100.0	47.6	55.1	17.5	66.9	3.9	53.3	4.2	

利用者の疾病の有無別では、疾病がある事例においてカンファレンスへの参加とサービス担当者会議への参加の割合が高い。

Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面 × Q7〔連携事例〕 5.疾病の有無

上段:度数		Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7〔連携事例〕 5. 疾病の有無	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	はい	775	345	380	116	440	38	402	37
		100.0	44.5	49.0	15.0	56.8	4.9	51.9	4.8
	いいえ	53	15	18	6	32	4	28	4
		100.0	28.3	34.0	11.3	60.4	7.5	52.8	7.5

利用者が終末期かどうかでみると、終末期の事例において、カンファレンスへの参加と、サービス担当者会議への参加、直接会う割合が高くなっている。

Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面 × Q7〔連携事例〕 6.終末期かどうか

上段:度数		Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7〔連携事例〕 6. 終末期かどうか	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	終末期である	268	132	145	42	169	12	160	13
		100.0	49.3	54.1	15.7	63.1	4.5	59.7	4.9
	終末期でない	554	206	249	74	300	20	282	27
		100.0	37.2	44.9	13.4	54.2	3.6	50.9	4.9

利用者の家庭復帰先別にみると、病院からの事例においてカンファレンスへの参加と、サービス担当者会議への参加の割合が高くなっている。

Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面 × Q7〔連携事例〕 7.過程復帰先

上段:度数		Q7〔連携事例〕 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7〔連携事例〕 7. 過程復帰先	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	病院	204	107	121	39	115	9	114	8
		100.0	52.5	59.3	19.1	56.4	4.4	55.9	3.9
	老健	7	2	2	-	5	-	5	-
		100.0	28.6	28.6	-	71.4	-	71.4	-
	特養	8	6	4	2	5	-	3	-
		100.0	75.0	50.0	25.0	62.5	-	37.5	-
元々在宅	547	214	262	73	322	23	298	28	
	100.0	39.1	47.9	13.3	58.9	4.2	54.5	5.1	
その他	73	23	17	10	47	3	44	-	
	100.0	31.5	23.3	13.7	64.4	4.1	60.3	-	

利用者の医療必要度別にみると、利用者の精神障害、身体障害、知的障害のいずれも程度が高い事例において、カンファレンスへの参加の割合が高い。

Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面 × Q7[連携事例] 10-1.利用者の精神障害の程度

上段:度数		Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7[連携事例] 10-1.利用者の精神障害の程度	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	低	275	112	132	47	163	9	145	16
		100.0	40.7	48.0	17.1	59.3	3.3	52.7	5.8
	中	136	57	66	16	77	8	72	1
	100.0	41.9	48.5	11.8	56.6	5.9	52.9	0.7	
高	78	39	31	17	41	3	49	3	
	100.0	50.0	39.7	21.8	52.6	3.8	62.8	3.8	

Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面 × Q7[連携事例] 10-2.利用者の身体障害の程度

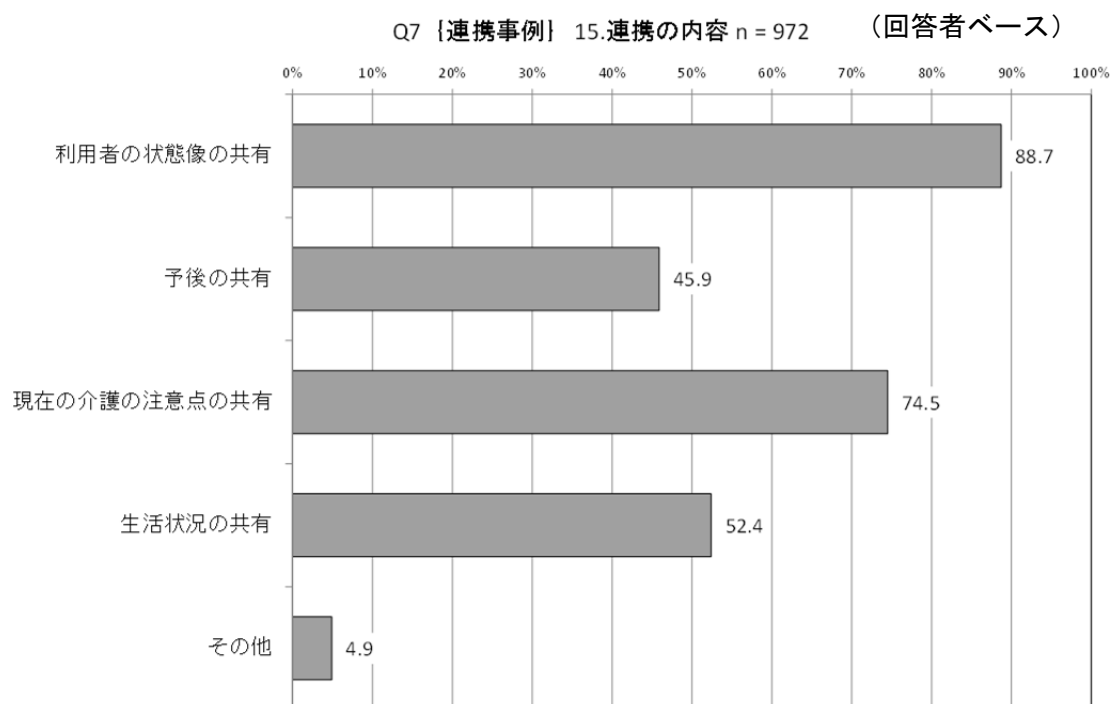
上段:度数		Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7[連携事例] 10-2.利用者の身体障害の程度	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	低	150	54	63	25	84	4	80	8
		100.0	36.0	42.0	16.7	56.0	2.7	53.3	5.3
	中	190	70	77	20	105	8	106	5
	100.0	36.8	40.5	10.5	55.3	4.2	55.8	2.6	
高	306	166	173	61	195	22	158	12	
	100.0	54.2	56.5	19.9	63.7	7.2	51.6	3.9	

Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面 × Q7[連携事例] 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度

上段:度数		Q7[連携事例] 14.連携の方法・場面							
下段:%		全体	カンファレンスへの参加	サービス担当者会議への参加	FAXでのやりとり	電話でのやりとり	メールでのやりとり	直接会って	その他
Q7[連携事例] 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度	全体	1037	421	486	141	599	47	538	46
		100.0	40.6	46.9	13.6	57.8	4.5	51.9	4.4
	低	254	107	131	38	138	8	126	12
		100.0	42.1	51.6	15.0	54.3	3.1	49.6	4.7
	中	164	66	70	24	97	12	93	6
	100.0	40.2	42.7	14.6	59.1	7.3	56.7	3.7	
高	130	66	55	29	79	3	84	6	
	100.0	50.8	42.3	22.3	60.8	2.3	64.6	4.6	

#### ④連携の内容

連携の内容についてみると、利用者の状態像の共有が 88.7%と最も多く、以下、現在の介護の注意点の共有が 74.5%と続く。



利用者の要介護度別にみると、利用者の要介護度の傾向による傾向は特にみられない。

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 4.利用者の要介護度

上段:度数 下段:%		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 4.利用者の要介護度	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	要支援1	12 100.0	11 91.7	4 33.3	7 58.3	5 41.7	-
	要支援2	21 100.0	19 90.5	12 57.1	16 76.2	15 71.4	2 9.5
	要介護1	52 100.0	45 86.5	24 46.2	34 65.4	26 50.0	3 5.8
	要介護2	53 100.0	45 84.9	20 37.7	39 73.6	23 43.4	1 1.9
	要介護3	90 100.0	79 87.8	38 42.2	67 74.4	49 54.4	2 2.2
	要介護4	95 100.0	85 89.5	47 49.5	74 77.9	51 53.7	5 5.3
	要介護5	107 100.0	92 86.0	49 45.8	81 75.7	49 45.8	2 1.9

利用者の疾病の有無別では、予後の共有、生活状況の共有が疾病がない事例において実施割合が高い。

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 5.疾病の有無

上段:度数		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
下段:%		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 5.疾病の有無	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	はい	382 100.0	333 87.2	171 44.8	281 73.6	194 50.8	15 3.9
	いいえ	31 100.0	27 87.1	16 51.6	23 74.2	18 58.1	2 6.5

利用者が終末期かどうかでみると、すべての項目で、終末期の事例において、実施割合がやや高くなっている。

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 6.終末期かどうか

上段:度数		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
下段:%		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 6.終末期かどうか	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	終末期である	119 100.0	110 92.4	54 45.4	90 75.6	67 56.3	1 0.8
	終末期でない	307 100.0	265 86.3	135 44.0	224 73.0	156 50.8	15 4.9

利用者の家庭復帰先別にみると、病院からの事例において現在の介護の注意点の共有の実施割合が高くなっている。

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 7.過程復帰先

上段:度数		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
下段:%		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 7.過程復帰先	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	病院	84 100.0	72 85.7	39 46.4	68 81.0	45 53.6	2 2.4
	老健	8 100.0	7 87.5	4 50.0	6 75.0	5 62.5	1 12.5
	特養	8 100.0	6 75.0	4 50.0	4 50.0	3 37.5	1 12.5
	元々在宅	283 100.0	242 85.5	125 44.2	202 71.4	143 50.5	11 3.9
	その他	31 100.0	29 93.5	13 41.9	26 83.9	17 54.8	-

利用者の医療必要度別にみると、利用者の精神障害の程度が高い事例において、すべての項目の割合が高い。

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度

上段:度数 下段:%		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 10-1.利用者の精神障害の程度	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	低	132 100.0	118 89.4	59 44.7	92 69.7	67 50.8	4 3.0
	中	83 100.0	72 86.7	36 43.4	63 75.9	40 48.2	1 1.2
	高	42 100.0	38 90.5	22 52.4	40 95.2	26 61.9	1 2.4

Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度

上段:度数 下段:%		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 10-2.利用者の身体障害の程度	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	低	88 100.0	78 88.6	41 46.6	62 70.5	43 48.9	3 3.4
	中	105 100.0	91 86.7	49 46.7	80 76.2	51 48.6	3 2.9
	高	133 100.0	117 88.0	61 45.9	111 83.5	79 59.4	4 3.0

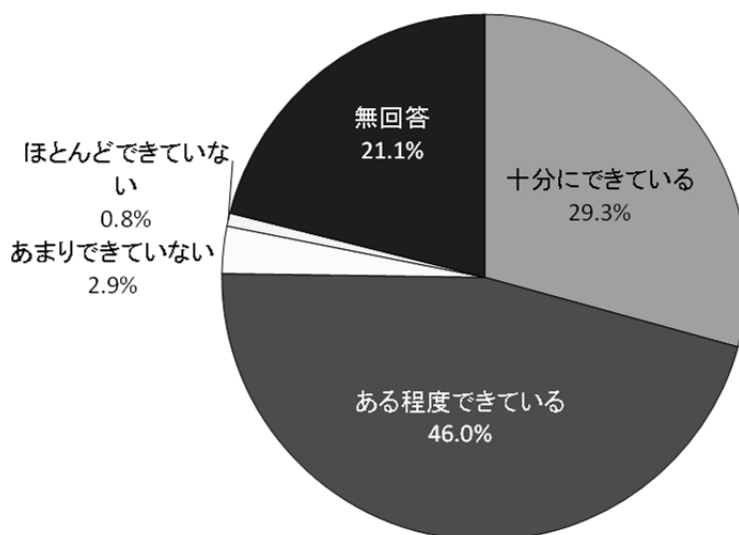
Q7【連携事例】 15.連携の内容 × Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度

上段:度数 下段:%		Q7【連携事例】 15.連携の内容					
		全体	利用者の状態像の共有	予後の共有	現在の介護の注意点の共有	生活状況の共有	その他
Q7【非連携事例】 10-3.利用者の知的障害(認知症含む)の程度	全体	583 100.0	508 87.1	266 45.6	436 74.8	309 53.0	26 4.5
	低	130 100.0	114 87.7	53 40.8	94 72.3	64 49.2	5 3.8
	中	88 100.0	80 90.9	49 55.7	62 70.5	44 50.0	1 1.1
	高	51 100.0	42 82.4	21 41.2	44 86.3	29 56.9	3 5.9



⑤連携の充足度と充足の理由

Q7 [連携事例] 16.連携の充足度 n = 1282



Q7[連携事例] 16.連携の充足度 × F9役職(再整理)

上段:度数 下段:%		Q7[連携事例] 16.連携の充足度					
		全体	十分にできている	ある程度できている	あまりできていない	ほとんどできていない	無回答
F9役職(再整理)	全体	1282	375	590	37	10	270
		100.0	29.3	46.0	2.9	0.8	21.1
	管理者	505	165	226	12	6	96
		100.0	32.7	44.8	2.4	1.2	19.0
	介護職員	405	108	183	14	-	100
		100.0	26.7	45.2	3.5	-	24.7
	サービス提供責任者	330	92	157	11	3	67
	100.0	27.9	47.6	3.3	0.9	20.3	
その他	37	8	22	-	1	6	
	100.0	21.6	59.5	-	2.7	16.2	
無回答	5	2	2	-	-	1	
	100.0	40.0	40.0	-	-	20.0	

■連携充足の理由(自由記述欄の回答内容より 詳細は P199)

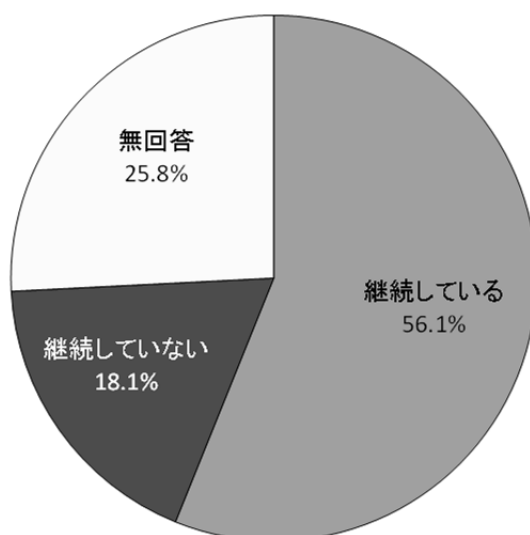
連携が取れている事例の連携充足の理由をみると、情報交換・情報共有を密に行っている。またうまくいっている事例では、依頼があってから医師やケアマネジャーが早い対応をしていること、ノート等の連絡ツールの活用等が見受けられる。日頃から関係者と連携が取りやすい土壌(連携の体制)ができあがっていることも連携充足につながる要因となっていると考えられる。

### ⑥連携の継続状況について

医療職との連携ができた事例の連携の継続状況を見ると、「継続している」割合が56.1%と、半数以上が連携を継続している。

医療職との連携の充足度別に連携当初からの継続状況を見ると、連携が「十分にできている」ないし「ある程度できている」事例は、連携ができていない事例と比較して連携が「継続している」割合が高くなっている。

Q7〔連携事例〕 18.連携の継続状況 n = 1282



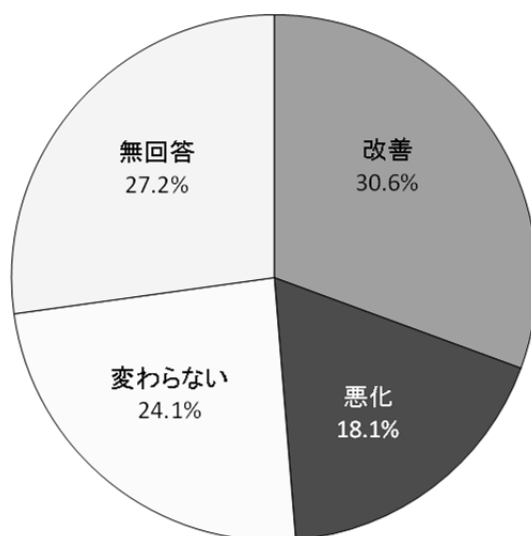
Q7〔連携事例〕 18.連携の継続状況 × Q7〔連携事例〕 16.連携の充足度

上段:度数 下段:%		Q7〔連携事例〕 18.連携の継続状況			
		全体	継続している	継続していない	無回答
Q7〔連携事例〕 16. 連携の充足度	全体	1282	719	232	331
		100.0	56.1	18.1	25.8
	十分にできている	375	274	68	33
		100.0	73.1	18.1	8.8
	ある程度できている	590	404	119	67
		100.0	68.5	20.2	11.4
	あまりできていない	37	17	16	4
	100.0	45.9	43.2	10.8	
ほとんどできていない	10	2	8	-	
	100.0	20.0	80.0	-	
無回答	270	22	21	227	
	100.0	8.1	7.8	84.1	

### ⑦連携当初からの利用者の変化

連携当初からの利用者の変化をみると、「改善」が約3割、「悪化」が約2割、「変わらない」が全体の約4分の1を占めている。連携の継続状況別に連携当初からの利用者の変化をみると、連携が継続している事例は、継続していない事例と比較して「改善」ないし「変化なし」の割合が高くなっている。

Q7【連携事例】 19.連携当初からの利用者の変化 n = 1282



Q7【連携事例】 19.連携当初からの利用者の変化 × Q7【連携事例】 18.連携の継続状況

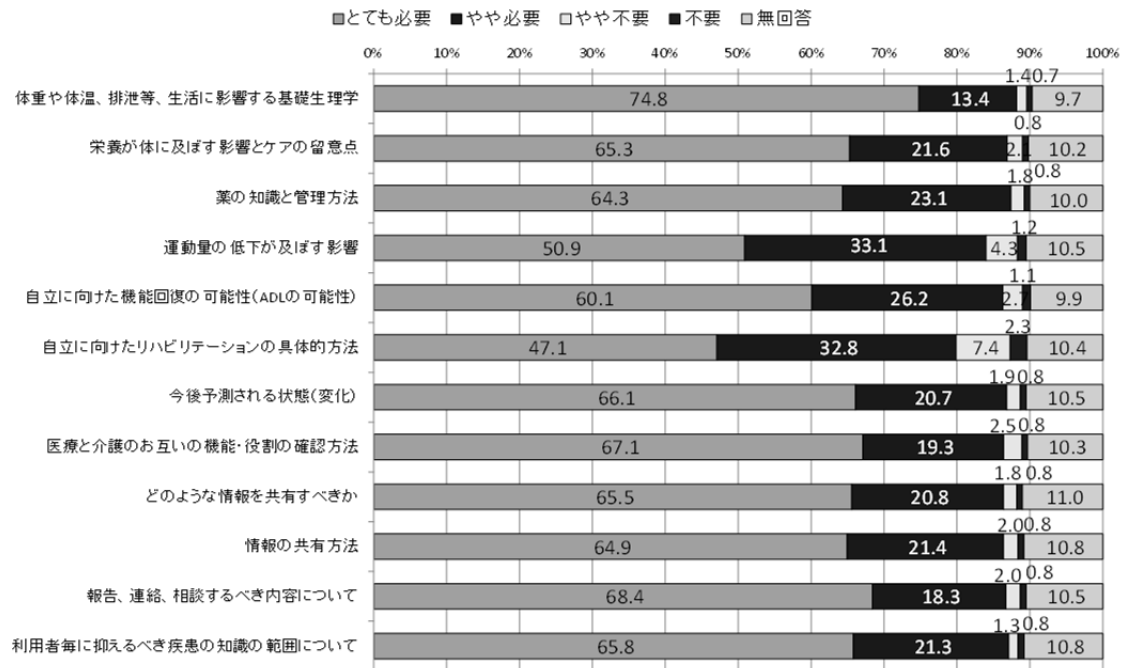
上段:度数 下段:%		Q7【連携事例】 19.連携当初からの利用者の変化				
		全体	改善	悪化	変わらない	無回答
Q7【連携事例】 18. 連携の継続状況	全体	1282	392	232	309	349
		100.0	30.6	18.1	24.1	27.2
	継続している	719	329	102	263	25
		100.0	45.8	14.2	36.6	3.5
	継続していない	232	49	115	39	29
	100.0	21.1	49.6	16.8	12.5	
無回答	331	14	15	7	295	
	100.0	4.2	4.5	2.1	89.1	

#### 4. 連携するために必要とする知識・技術と学習機会

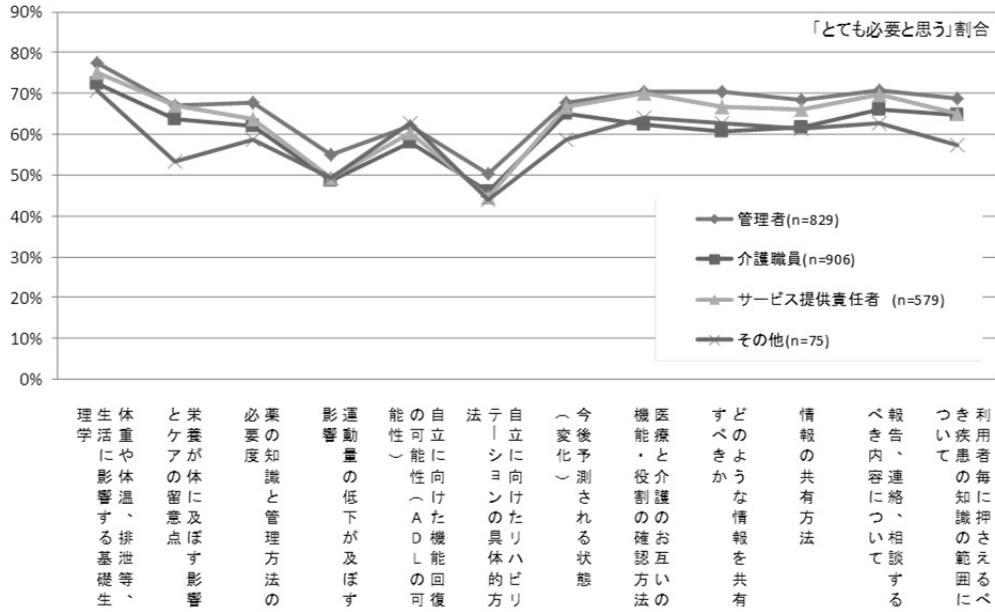
##### 1) 医療職との連携に必要な知識・技術

連携するために必要とする知識・技術の必要度をみると、「基礎生理学」のニーズが最も高い。役職別にみると、ほとんどすべての項目で管理者が必要と思う割合が最も高くなっており、これは管理者の連携に対する意識が高いためと推察される。

Q8医療職との連携における知識・技術の必要度 n = 2400



## 医療職と連携するための知識・技術の必要度



### ■連携の充足度別 医療職と連携するための知識・技術の必要度(「とても必要」と思う割合)

上段度数 下段%	全体	体重や体温、排泄等、生活に影響する基礎生 理学	栄養が体に及ぼす影響 とケアの留意 点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下及ぼす影 響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可能 性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 の相互の 機能・役割 の確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき 疾患の知識 の範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	554 100.0	463 83.6	428 77.3	401 72.4	343 61.9	388 70.0	316 57.0	420 75.8	430 77.6	419 75.6	405 73.1	429 77.4	418 75.5
不十分	479 100.0	389 81.2	330 68.9	340 71.0	267 55.7	303 63.3	238 49.7	348 72.7	346 72.2	347 72.4	339 70.8	354 73.9	331 69.1

上段度数 下段%	全体	体重や体温、排泄等、生活に影響する基礎生 理学	栄養が体に及ぼす影響 とケアの留意 点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下及ぼす影 響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可能 性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 の相互の 機能・役割 の確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき 疾患の知識 の範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	702 100.0	591 84.2	528 75.2	514 73.2	430 61.3	486 69.2	390 55.6	541 77.1	539 76.8	533 75.9	512 72.9	540 76.9	524 74.6
不十分	390 100.0	305 78.2	265 67.9	260 66.7	202 51.8	230 59.0	183 46.9	267 68.5	263 67.4	257 65.9	262 67.2	277 71.0	258 66.2

上段度数 下段%	全体	体重や体温、排泄等、生活に影響する基礎生 理学	栄養が体に及ぼす影響 とケアの留意 点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下及ぼす影 響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可能 性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 の相互の 機能・役割 の確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき 疾患の知識 の範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	922 100.0	761 82.5	665 72.1	674 73.1	549 59.5	618 67.0	497 53.9	686 74.4	685 74.3	668 72.5	656 71.1	695 75.4	673 73.0
不十分	487 100.0	379 77.8	331 68.0	311 63.9	254 52.2	311 63.9	240 49.3	345 70.8	345 70.8	346 71.0	334 68.6	344 70.6	336 69.0

訪問看護師との連携別知識必要度

上段度数 下段%	全体	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	982 100.0	810 82.5	724 73.7	682 69.5	556 56.6	629 64.1	491 50.0	731 74.4	731 74.4	710 72.3	699 71.2	744 75.8	714 72.7
不十分	294 100.0	225 76.5	198 67.3	183 62.2	147 50.0	185 62.9	147 50.0	205 69.7	206 70.1	191 65.0	191 65.0	195 66.3	195 66.3

訪問リハ職との連携別知識必要度

上段度数 下段%	全体	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	507 100.0	411 81.1	373 73.6	352 69.4	297 58.6	337 66.5	273 53.8	376 74.2	384 75.7	380 75.0	374 73.8	388 76.5	372 73.4
不十分	269 100.0	226 84.0	198 73.6	178 66.2	142 52.8	164 61.0	146 54.3	201 74.7	197 73.2	185 68.8	177 65.8	186 69.1	189 70.3

同一法人医師との連携別知識必要度

上段度数 下段%	全体	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	116 100.0	103 88.8	92 79.3	86 74.1	71 61.2	71 61.2	65 56.0	90 77.6	93 80.2	87 75.0	86 74.1	90 77.6	94 81.0
不十分	26 100.0	25 96.2	19 73.1	15 57.7	13 50.0	17 65.4	11 42.3	21 80.8	19 73.1	20 76.9	18 69.2	19 73.1	19 73.1

同一法人看護師との連携別知識必要度

上段度数 下段%	全体	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
十分	512 100.0	443 86.5	382 74.6	369 72.1	312 60.9	353 68.9	288 56.3	387 75.6	409 79.9	394 77.0	377 73.6	393 76.8	392 76.6
不十分	66 100.0	55 83.3	45 68.2	40 60.6	35 53.0	43 65.2	30 45.5	50 75.8	50 75.8	46 69.7	51 77.3	47 71.2	47 71.2

■訪問介護事業所における役職別 医療職と連携するための知識・技術の必要度(「とても必要」と思う割合)

合計	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法の 必要度	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて	
全体	2400 100.0	1795 74.8	1566 65.3	1542 64.3	1221 50.9	1442 60.1	1130 47.1	1586 66.1	1610 67.1	1573 65.5	1558 64.9	1642 68.4	1580 65.8
管理者	557 100.0	422 75.8	373 67.0	366 65.7	291 52.2	332 59.6	258 46.3	370 66.4	381 68.4	384 68.9	371 66.6	386 69.3	373 67.0
介護職員	618 100.0	440 71.2	385 62.3	359 58.1	282 45.6	347 56.1	261 42.2	394 63.8	374 60.5	356 57.6	373 60.4	398 64.4	387 62.6
サービス提 供責任者	519 100.0	395 76.1	356 68.6	337 64.9	260 50.1	319 61.5	235 45.3	354 68.2	366 70.5	350 67.4	347 66.9	365 70.3	339 65.3
その他	24 100.0	16 66.7	10 41.7	13 54.2	7 29.2	13 54.2	9 37.5	14 58.3	14 58.3	14 58.3	15 62.5	15 62.5	14 58.3

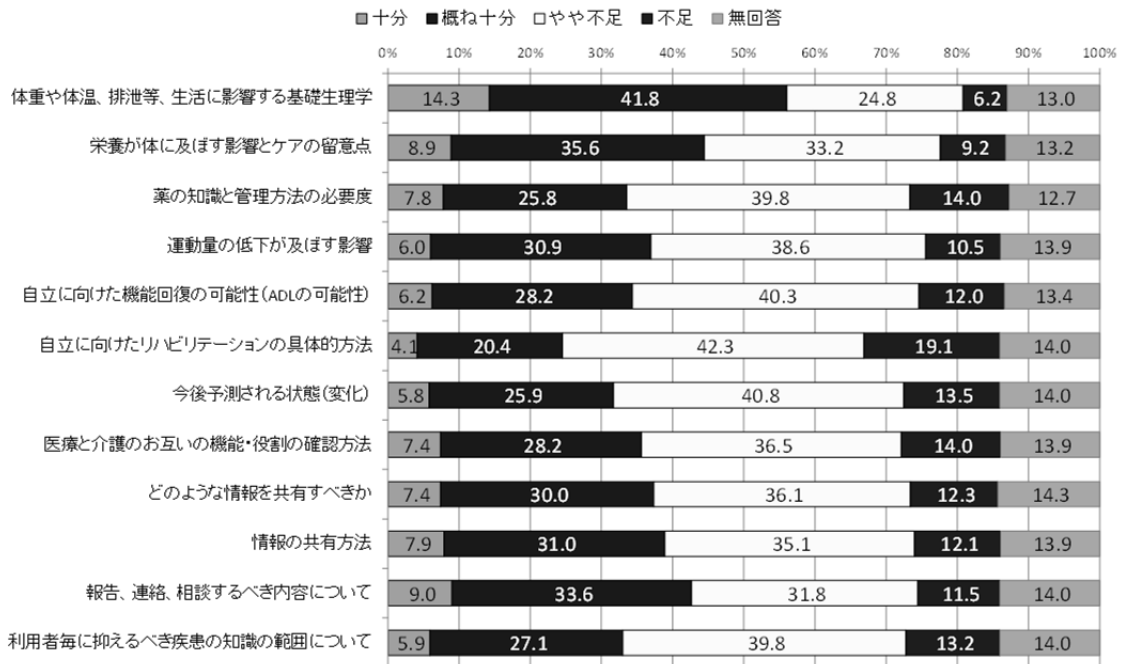
【勤務先が訪問介護事業所のみの回答者】

勤務先が訪問介護事業 所のみの回答者	合計	体重や体 温、排泄等、 生活に影響 する基礎生 理学	栄養が体 に及ぼす影 響とケアの留 意点	薬の知識と 管理方法の 必要度	運動量の低 下が及ぼす 影響	自立に向け た機能回復 の可能性 (ADLの可 能性)	自立に向け たリハビリ テーションの 具体的方法	今後予測さ れる状態(変 化)	医療と介護 のお互いの 機能・役割の 確認方法	どのような情 報を共有す べきか	情報の共有 方法	報告、連絡、 相談するべ き内容につ いて	利用者毎に 抑えるべき疾 患の知識の 範囲につ いて
全体	998 100.0	731 73.2	642 64.3	626 62.7	487 48.8	580 58.1	442 44.3	656 65.7	648 64.9	634 63.5	640 64.1	678 67.9	640 64.1
管理者	288 100.0	208 72.2	192 66.7	195 67.7	157 54.5	176 61.1	141 49.0	192 66.7	195 67.7	196 69.8	196 68.1	202 70.1	195 67.7
介護職員	371 100.0	261 70.4	225 60.6	218 58.8	168 45.3	202 54.4	156 42.0	236 63.6	220 59.3	209 56.3	220 59.3	239 64.4	231 62.3
サービス提 供責任者	322 100.0	250 77.6	218 67.7	206 64.0	159 49.4	195 60.6	143 44.4	218 67.7	224 69.6	213 66.1	214 66.5	226 70.2	204 63.4
その他	14 100.0	9 64.3	5 35.7	5 35.7	2 14.3	6 42.9	2 14.3	7 50.0	7 50.0	8 57.1	7 50.0	8 57.1	7 50.0

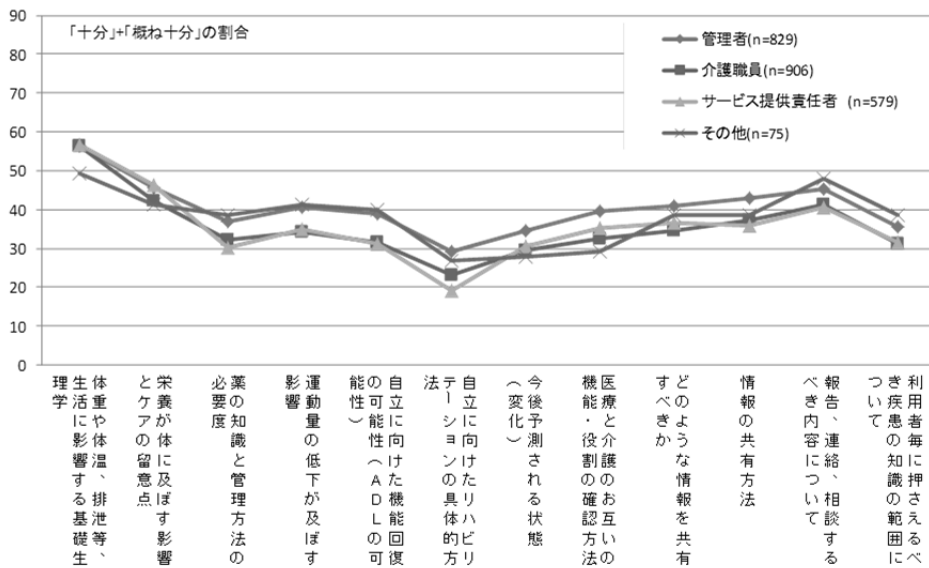
## 2) 習得機会の充足度と充足されていない理由

連携するために必要とする知識・技術の習得機会の充足度をみると、「基礎生理学」の修得機会の充足度が最も高い。役職別にみると、「基礎生理学」については、管理者がやや低くなっているが、その他の項目については、ほとんどの項目で管理者が十分と思う割合が最も高くなっている。

Q8医療職との連携における知識・技術習得機会の充足度 n = 2400

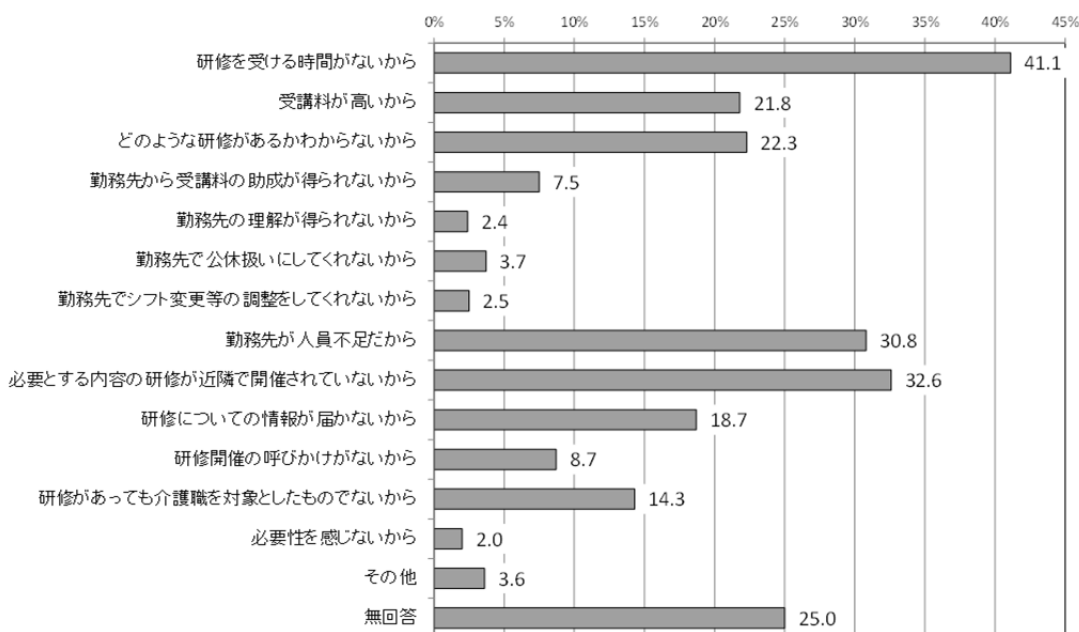


医療職と連携するための知識・技術を得る機会の充足度



研修機会が十分に得られない理由をみると、「研修を受ける時間がないから」が41.1%と最も多く、以下、「必要とする内容の研修が近隣で開催されていないから」(32.6%)、「勤務先が人員不足だから」(30.8%)となっている。役職別にみると、特に大きな差異はみられないが、介護職員が「どのような研修があるかわからないから」をあげる割合が他と比較してやや高くなっている。

Q8-2-SQ. 研修機会が十分に得られない理由 n = 2400



Q8-2-SQ. 研修機会が十分に得られない理由 × F9役職 (再整理)

上段 役職		Q8-2-SQ. 研修機会が十分に得られない理由															
下段 %	合計	研修を受ける時間がないから	受講料が高いから	どのような研修があるかわからないから	勤務先から受講料の助成が得られないから	勤務先の理解が得られないから	勤務先で公休扱いにしてくれないから	勤務先でシフト変更等の調整をしてくれないから	勤務先が人員不足だから	必要とする内容の研修が近隣で開催されていないから	研修についての情報が届かないから	研修開催の呼びかけがないから	研修があっても介護職を対象としたものでないから	必要性を感じないから	その他	無回答	
	2400	986	524	536	181	58	89	60	738	783	449	209	342	47	87	601	
	100.0	41.1	21.8	22.3	7.5	2.4	3.7	2.5	30.8	32.6	18.7	8.7	14.3	2.0	3.6	25.0	
F9役職 (再整理)	全体	829	366	192	145	61	15	32	19	260	286	154	70	119	13	26	223
	管理者	100.0	44.1	23.2	17.5	7.4	1.8	3.9	2.3	31.4	34.5	18.6	8.4	14.4	1.6	3.1	26.9
	介護職員	906	345	183	247	68	16	36	22	266	271	166	79	122	21	40	225
	サービス提供責任者	100.0	38.1	20.2	27.3	7.5	1.8	4.0	2.4	29.4	29.9	18.3	8.7	13.5	2.3	4.4	24.8
	その他	579	250	134	129	45	25	17	18	195	198	113	54	92	12	16	125
無回答	100.0	43.2	23.1	22.3	7.8	4.3	2.9	3.1	33.7	34.2	19.5	9.3	15.9	2.1	2.8	21.6	
	75	23	14	14	6	2	4	1	15	25	13	5	9	-	5	23	
	100.0	30.7	18.7	18.7	8.0	2.7	5.3	1.3	20.0	33.3	17.3	6.7	12.0	-	6.7	30.7	
	11	2	1	1	1	1	-	-	2	3	3	1	-	1	-	5	
	100.0	18.2	9.1	9.1	9.1	-	-	-	18.2	27.3	27.3	9.1	-	9.1	-	45.5	

全体と比較して +5ポイント以上 \*10ポイント以上 -5ポイント以下 -10ポイント以下

### Q9. 医療職との連携において必要と思う知識・技術(自由記述欄の回答内容より 詳細は P217)

医療職との連携において必要と思う知識・技術をみると、病気の種類や日常生活での注意点、緊急時の対応等の病気に関する知識や薬に関する知識等の「医学的な基礎知識」が多くあげられる。また、医療職からの情報を正しく理解するための「最低限の医療用語に関する知識」や、利用者の状態等についての正確な情報を伝えるための「観察力」および「伝達力」等も多くあがっている。また、医療職と介護職の「役割の違い」や「視点の違い」を理解する必要性がある等の回答も散見された。



### Ⅲ. ヒアリング調査結果



## 1. ヒアリング調査の目的

介護職および医療職に対して、利用者（患者）の状態（場面）に応じた連携の実態、連携がうまくいかない事例（困難事例）の特性とうまくいかない理由について把握する。また、うまくいかない際の課題の解決の方向性を探るための基礎資料を得る。

## 2. ヒアリング内容について

以上より、本事業では、先行調査において調査されてこなかった利用者の状態ごとに想定される連携場面（退院・退所時、平常時、急変時、終末期）と連携対象（医療機関、在宅、施設・事業所）に応じて、介護職にとって必要な知識・技術について明らかにする。そのために各場面における困難事例を抽出し、その場面に応じた連携の必要性、必要な情報・知識・技術と必要なものにもかかわらず必要性に応じきれない理由等について明らかにしていく。

また、事例研究とあわせて、医療職と介護職の連携に対する意識についても掘り下げ、連携の動機づけとなる要因を探っていく。

対象	把握したい内容
在宅介護サービス 提供事業者 〈介護側の視点〉	<ul style="list-style-type: none"><li>・連携の実態：連携の機会、連携が必要な場面</li><li>・医療職との連携に対する意識（どの程度必要性を感じているか）</li><li>・場面に応じて必要な知識・技術</li><li>・医療職との連携の障壁・不満点</li><li>・困難事例とうまくいかない理由</li></ul>
介護老人保健施設 〈医療・介護共存 の場合の視点〉	<ul style="list-style-type: none"><li>・連携の実態：連携の機会、連携が必要な場面</li><li>・日頃からの相互の接触度、情報共有、意識の共有の状況</li><li>・他機関の介護職・医療職との連携の状況、同職場の介護職・医療職との連携との違い</li><li>・場面に応じて必要な知識・技術</li><li>・困難事例とうまくいかない理由</li></ul>

### 3. ヒアリング結果

#### (1) 埼玉県 介護老人保健施設

##### 1). 当該施設におけるサービス提供体制等

###### ①多職種協働によるきめ細かいサービス提供体制

- ・当該施設では、1F がデイケアの利用者、2F が障害などを持つ利用者の入居スペース、3F が認知症を抱える利用者の入居スペースと、フロアごとに提供するサービスの対象を分ける「フロア制」が取られている。
- ・各フロア内はいくつかのユニットに分けられており、このユニット内において、介護職・看護職・リハビリ職・栄養士・保育士が分散し配置されており、これら全ての職種で各フロアを担当している。
- ・サービスを実施するうえでは、利用者一人ひとりに必ず担当者を決めており、サービス計画書の作成においてもプランリーダーが決められることとなっている。この担当者やプランリーダーの選定においては、医療や介護の職種だということは関係なく、どの職種でも担当することが可能である。
- ・また、医師（施設長）が常駐するクリニックも併設している。

###### ②職種間の隔たりを感じさせないユニフォーム

- ・当該施設では職種ごとの決まったユニフォームは無く、全職員がエプロンを着用している。
- ・エプロンの色は緑・赤・黄の3色があり、雇用（入職）してから3ヵ月間は試用期間として緑色のエプロンを着用する。その後、赤色のエプロンへと移行するための「赤エプロン試験」という独自の試験があり、筆記と実技による試験を受けることとなる（実技は軽介助がある程度できる、というレベルである）。この試験は、介護職や看護職、リハ職などの職に限らず、栄養士やドライバー、事務員なども含む、全職員が受講することが必須となっている。
- ・黄色エプロンは、「一芸さん」と呼ばれる、ピアノや歌、手芸や整容など、何か一芸に特化したサービスを提供するスタッフが着用するエプロンである。ただし、一芸さんにおいても、雇用から3か月は緑エプロンを着用し、エプロン試験に合格した場合、黄色へと移行することとなる。

##### 2). 医療・介護連携に対する意識と環境

###### ①連携を取ることで安心して働くことができる

- ・当該施設の職員は、医療職・介護職における連携をはじめ、栄養士や相談員、ドライバーや事務員などを含め、多職種での連携を取ったうえで仕事をするのが当

り前だと感じている。

- ・また、命を預かる仕事であることから、そのような多職種の連携が無く仕事することは、分からないことが多くなるため不安だと感じている。
- ・連携して業務を遂行する大きな目的として、利用者の在宅復帰があり、利用者が元気になっていく姿がモチベーションへとつながっている。

## ②職種の垣根を感じることなく働くことが可能な環境

- ・現場において、看護職と介護職の距離感が近い。具体的には、職種により上下関係を感じることは無く、話しかけづらい風潮なども無い。互いに業務が忙しい時などは、お互いの業務をサポートし合ったりするなど、老健施設において利用者にケアを行ううえでの垣根が無い。
- ・また、看護職と介護職に限らず、リハ職や栄養士をはじめとしたコメディカルスタッフや、一芸さんやドライバー、事務職などの多職種間においても、日常的に使う用語や専門的な知識などについて、わからないことがあればすぐに尋ねて、教え合えることができる風潮があり、わからないことをわからないままにしない、という雰囲気がある。
- ・新人職員が雇用された際には、3か月の間、同職種の先輩職員が付いて業務を行うこととなる。その間に、多職種連携を基本として業務を遂行するうえで、どのような視点を持つべきなのか、どのように伝えるべきなのか、困った時にだれに相談することが効果的なのか、などの感覚を自然と覚えていけるような体制を整備している。この教育の流れにより、自然と職種の垣根を越え、連携を図ることが当たり前だと感じられるようになっていく OJT のしくみができている。

## ③連携とはお互いの役割を理解・共有して業務を遂行すること

- ・会議などの場に赴いた回数や話した回数、すなわちコミュニケーションを取った回数が多ければ連携、ということにはならないと考えがある。
- ・自らの役割、他の職種の役割を共有・認識し、お互いを理解したうえで業務を行い、お互いにその役割を遂行できているか、目的へと向かっているか確認していく、ということがなければ、本当の連携とはいえない。

### 3). 連携の機会・具体的実践

#### ①様々なカンファレンスをはじめとした、あらゆる業務のなかで連携を実践

- ・利用者に対する関わりのなかにおいては、利用者の数だけ連携することとなる。年間件数に換算した場合、登録者数で表すと 395 名（平成 27 年 1 月現在）であり、要介護度別では、要介護 1 が 66 名、要介護 2 が 62 名、要介護 3 が 73 名、要介護 4 が 70 名、要介護 5 が 117 名となっている。

- ・当該施設では毎朝、利用者（ユニット毎に1日2～3人程度）のカンファレンスを実施しており、このカンファレンスには全職種が参加している。このカンファレンスにおいて、同じ利用者についての情報共有を多職種が同じ言葉で、その場のニュアンスなどを含めて共有することで、職種間の相互理解が深まる効果があると思われる。
- ・各フロアには「日誌」があり、そこに多職種が利用者の日々の状態変化等を書きこんでいる。フロアの全職員・職種はこの日誌を必ず読み、それから業務を開始することとなっている。例えば、介護職や栄養士などにおいても、服薬内容や睡眠の状況などを日誌を読むことにより把握し、業務にあたることとしている。
- ・利用者の入所にあたり、サービス計画書を作成する際は、施設内におけるカンファレンスを実施する。サービス計画書が作成され、サービスが実施された1週間後には、その1週間の経過を見たうえでの再カンファレンスが行われる。サービス計画書の作成にあたっては、プランリーダーが決められており、これは医療職のみが担当するものではなく、利用者の利用目的等により介護職が担当することも有り得る。サービス実施後におけるモニタリングを通じて、プランリーダーが利用者の状態変化等により必要性を感じた場合は、全職種を招集したカンファレンスを開催する。また、月に2回、判定会と呼ばれる会議があり、介護支援専門員やリハ職も含めて、利用者の目標設定等について見直しを行っている。  
これらにより決められるサービス計画書及び実施されるサービスについては、利用者が3か月に1回は必ず健診を受けることとなっているクリニックの場において、利用者本人や家族に対し「どのような目的で、このようなプランに基づいてケアを行っています」という説明をしている。
- ・当該施設で使用されているサービス計画書には、介護支援専門員やリハ職、栄養士などの多職種が一枚に書き込むことができるフォーマットが使用されている。具体的には、医師・看護師・リハ職・相談員・介護支援専門員・介護職・介護職・栄養士などがサービス計画書に関わり、書き込みをし、作成していく。なお、このサービス計画書は施設内の全PCで閲覧することが可能であり、全職種により共有されている。
- ・そのほか、医師（施設長）によるフロアの回診を週に4回実施しており、その際、医師とフロアのスタッフ（多職種）が利用者の目標やケアの方向性について確認・調整を行っている。また、必要に応じカンファレンスを開催する。
- ・そのほか、日常の業務のなかで、例えば入浴介助中に利用者小さな傷や発赤などが発見された場合、どんなに小さな処置であろうとも看護職を呼んで処置している。小さく見えることであれ、専門職による処置をお願いすることで、事故等の早期発見や予防へとつなげるようにしている。

## ②連携体制の強化に向けた相談の機会の捻出

- ・介護職の視点として、看護職は人手が足りなくなることが少なくなく、連携について相談しようとしても、好きな時に時間が取れるわけではない。
- ・介護職や看護職、リハ職をはじめとした多職種による連携そのものに困難が生じることや、そのために利用者援助に支障が出るようなことは起こらないものの、より効果的・効率的な連携をすることが可能だと感じることはある。そのような場合は各種カンファレンスや、業務中の時間が確保できない場合はその他の空き時間等を活用し、日常的に話し合うことを意識しており、効果的・効率的な連携体制の構築に努めている。

## 4). 施設外の医療・介護連携の状況

### ①介護職や看護職をはじめとしたフロアスタッフは施設外の介護支援専門員等と連携する機会が無い

- ・施設外の病院との入退院時のカンファレンス等については、施設の相談員や介護支援専門員が対応をしている（最低限相談員は必ず出向くこととなっている）。そこで得た情報などは、施設に入所する際の事前カンファレンスなどの場においてフロアスタッフに報告される。
- ・病院から施設への入所がある際は、病院の地域連携室のスタッフなどがあらかじめ機会を用意し、相談員等が出来る限り退院前に病院へ訪問している。そして、どのような方かを理解したうえで、施設長の許可を得た後に入所する運びとなっている。
- ・利用者が在宅復帰した際の、地域のサービス事業所や医師等との連携においても、基本的には相談員が中心となり行っており、フロアで勤務するスタッフが連携を取ることにはほぼ無い状況となっている。クリニック内においては、居宅の介護支援専門員を招きサービス担当者会議等の開催をする機会にフロアスタッフが関わりを持っている。

### ②地域の関係機関との関わりが充分ではない

- ・これまでに施設と地域のかかわり、というものが十分に構築されてきていない。
- ・関係機関との関係性の構築、というような点からみると、昨今では相談員や介護支援専門員などが地域ケア会議等に出席するようになりはじめている。
- ・地域に根ざした老健施設、という視点から、今後はより地域の関係機関との関係性を高め、連携体制を構築していけると良いのではないかと感じている。

## 5). 連携に必要な知識・スキル・意識・環境等

### ①職種に限らず、一緒に仕事をする仲間という意識を持つ

- ・医療職だから、介護職だから、という壁を持つことなく、お互いの専門性や役割を

理解したうえで、一緒になって利用者支援をする仲間である、という意識を持つことが必要。

ユニフォームを同じにする（または固定しない）ことも有効な手法かと感じている。白衣の看護師が集まった部屋に介護職が入りづらい、という状況を他施設で聞いた際、そのような状況だと連携を図ることに障害が生まれるのではないかと感じている。

## ②顔の見える関係が大切

- ・訪問型サービスの事業所ではないので視点が異なるかもしれないが、施設で働いていて思うこととしては、顔が見える関係というものは連携を取っていくうえでは大切な要素だと感じている。たまに顔を合わせるのと、毎日顔を見ながら協働するのでは、伝えやすさや関係性の構築に大きな違いがあるのではないかと考えている。

## ③専門職としてのベースを持ったうえで多職種の知識・技術を取り入れる

- ・どの職種においても自らの専門性という領域がある。そこをベースとして、プラスアルファの知識・技術を学ぶことが大切。当該施設ではフロアの多職種間でわからないことを聞きあえる環境があるので、日々教えてもらいながら、学びながら業務を遂行している。

その繰り返しにより医療介護連携を促進させる言葉（専門用語や専門的な技術なども含め）などが積み重なり、より効果的な連携を可能にするのではないか。

- ・（介護職の視点から）利用者は病気や障害により一人ひとり違う症状を抱えている。そのため、病気などについて、知らないままケアを行うことは怖いことだと感じている。最低限のレベルについての定義は難しいが、日頃から勉強していくことは重要。
- ・（看護職の視点から）病院での勤務から老健施設に移った場合、多職種が同じ場所に集まることに驚くかもしれない。だからと言って壁を作るのではなく、自ら進んで連携を図るべき。

他の職種に「〇〇って何？」ということ聞かれた時に、得意な分野でない知識を聞かれると返答に自信が持てないこともあるが、そのおかげで自分でも調べ直し、再発見・再確認をすることができる。また、聞かれることで一緒に仕事をしていることを実感することができ、喜びを感じることができる。

## 6). 今後の課題・目標

### ①地域の病院との連携の促進

- ・現在は地域の病院との関係については、業務的な連携に終始している。例えば、老健施設と病院での合同研修会や勉強会などの開催などといったことを通じ、日常的



な関係性を構築することに働きかけ、一層の医療介護の連携体制構築に向けて取り組む。

## ②地域に対する発信の促進

- ・当該施設としての理念や考え方を、より地域に向けて発信していきたいと感じている。
- ・地域に対しての発信として、認知症に対する理解を促進させるような取り組みを行っていくことを計画している。そのひとつとして、平成 27 年度は認知症サポーター養成講座を開催に向け、構築を進めている。

## (2) 千葉県 重度訪問介護事業所

### 1) 医療職との連携の実態

#### ①連携の背景

- ・同社の訪問看護ステーションがありグループホームへのサービス提供は同社の訪問看護ステーションが行う。一方で在宅の利用者の場合は他社の訪看ステーションも利用するので、いろいろな看護ステーションとやりとりが必要となる。連携を密にしているのはこうした訪問看護師であり、介護職員から医師と直接連携することはない。
- ・ヘルパーが最も密に話をするのは訪問看護師。技術的な医療的ケアの指示は訪問看護師から教わって、実地研修してもらって習得している。
- ・ヘルパーは利用者のことをだいたいわかっているが、細かい医療の知識がないので、看護師が医療的な目で見てきちんと教えてもらっている。

#### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

##### ▽【連携に対する意識】

- ・他社訪問看護師との連携を日常的に行っているのかというと、実地研修はその訪問看護師が来ているときに行う。看護師が訪問の際にヘルパーのシフトと重なっている場合にその時に教えてもらっている。他の訪看ともおおむねうまく連携できている。うまくできている要因としては、教わる際に障壁がないことがあげられる。
- ・介護職員による医療的ケアが浸透する前は看護師が印象として厳しく指導する感じでしたため、ヘルパーが委縮してしまい、うまくできないということが多かった。しかしながら、その後看護師も制度を理解するようになり、看護師だけでは難しいという認識が持たれてきたため、その面で連携がやりやすくなってはきている。
- ・一方で医師はそこまで理解していないし直接聞くことはないが看護師が取り持ってくれている。在宅の利用者の場合は医師と直接連携する場面はほとんどなく、看護師を介してということの方が多い。

##### ▽【連携の機会】

- ・病院の医師との連携については、サービス担当者会議では身体の状態等については医師から直接聞くことができる。利用者がその場にいれば、医師が利用者から聞いている内容を医師と共有できる。また、医師によっては、噛み砕いてヘルパーに細かく教えてくれるケースもある。以前からサービス担当者会議等に来る場合には医師が必ず参加している。

### ▽【連携の場面】

- ・病院の医師との連携については、サービス担当者会議では身体の状態等については医師から直接聞くことができる。利用者がその場にいれば、医師が利用者から聞いている内容を医師と共有できる。また、医師によっては、噛み砕いてヘルパーに細かく教えてくれるケースもある。以前からサービス担当者会議等に来る場合には医師が必ず参加している。

## 2) 「医療職と介護職」の連携の実践

### ▽連携の実態（実践の状況）

- ・退院時の会議で望ましいのは、病院の医師、看護師、かかりつけ医、退院後の訪問看護師が参加して退院後の事業所がすべて集まって行われるケースである。病院側での様子を説明してもらい対応を検討する。そこでの情報共有は個々の医師によって差はあるものの、看護師だけからの情報提供と比べると、専門的になる場面はあるものの医師がいるほうが利用者に対する理解が深まる。

### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）について

- ・法人内の連携は概ねうまくいくが、他法人との連携は考え方が違うのでやりにくい。その法人もヘルパーステーションを持っていたりするので、他法人の他職種との考え方にバラツキがあるところが難しさを生んでいる面がある。

### ▽連携がうまくいかない理由は何か

- ・医療職に対して望むこととしては、介護職が「生活の視点」で仕事をしていること（医療的な視点がないこと）に対して理解してもらいたい。在宅は生活が中心なので、その点を理解してもらいながら、相互の職種の視点を尊重すべき。それぞれの職種の視点を相互に理解していないということがある。
- ・時系列で見ると、以前から介護の人は医療のことはわからないから、「医療の人の方が生活のコーディネートをすべき」という医療の上位概念の方が強いということは変わっていない。だから会議で語れない、質問もできないという状況となる。
- ・サービス調整会議への医師の参加については、原則的に呼んで参加してもらうようにしている。そのため、医師のスケジュールに合わせて開催するようにしている。大きい病院だと常に呼ぶわけにもいかないが、医療的ケアが必要な利用者については、基本的には参加してもらうようにしている。但し、医師は時間がないので、最初に話してもらい、途中で帰ってしまうことが多いが、そう

なると医療をベースにスタートするという雰囲気になる。そうすると介護職は医療の指示に従いますという雰囲気になり、そうなる和生活の話に持って行けなくなる。

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識について

- ・介護職に必要な知識（共通言語）という視点でいうと、最近の事例では、会議の際に医師が説明をして、説明の中に専門的な医療用語が出てきた際にその用語の説明を依頼すればよいのだが、わからないまま誰も質問せずに流してしまうことが多い。わかる必要があるかというよりは、わからないことを聞けないというところに問題があると思う。医師は、聞けば教えてくれるので、まずはその壁をなくすことが必要と思う。知識として生半可なものを持つことよりも、聞けることが重要となる。
- ・相談支援においてサービス調整会議の際に介護職は基本的に語ることがない。看護職が主体的になって話をして、医療的ケアがある場合は、コーディネイトしていくが、介護職は萎縮して語らないケースが多い。意見を交わして、かみ合っているかという点と、全然違う話をしているという印象がある。医療と介護で視点が違うという点と、会議の場で共通理解を図ることが介護職にできていない。そのスキルがないし、トレーニングの機会もない。そこは介護職の課題となる。

#### ▽医療職との連携をどのように行っていくべきかについて

医師の上位性を捨てて、医療職に対して、一緒に働いている仲間として、普通に話をしていけばいいし、わからないことは聞けばいい。例えばそれで医療職の対応が悪いことがあるかもしれないけれども、職場の倫理としては、わからないことをきっちり聞く、報告する、情報共有することが重要。医療職側も介護職と情報共有できるようにお互い働きかけなければいけない。しかしながら、介護職は自分から働きかけるということが苦手である。

### (3) 長野県 訪問介護事業所

#### 1) 当該施設の属性

提供体制（従事者数）：常勤専従 2 名、非常勤専従 17 名

- ・登録者人数は多いが、主婦がほとんどなので働ける時間が限られてしまっている。
- ・実質 3～4 名が常勤的な勤務ができています。

利用者数：約 40 名（要介護 1・2 で半数以上）

#### 2) 医療職との連携の実態

##### ①連携の背景

###### ▽サービス提供に際して事前に利用者の状態を把握しているか

- ・退院時カンファに出ているか、その他どのような方法で把握しているか  
必ず出席するようにしている。

特に、該当事業所の所在地においては生保利用対象者の退院時には、必ず医師を交えての退院時カンファが実施されている。

どうしても出席ができない場合にはサマリーで情報を得ている。

##### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

###### ▽【連携に対する意識】

- ・利用者における医療・介護連携の必要性についてどのように考えているか？
- ・連携の必要性を意識しているか、必要性を把握（しようと）しているか？  
誤嚥しやすい、経管栄養、留置カテーテル、吸痰等の医療支援を必要としている利用者への介護依頼がある。様々なケースがあるので個別の対応方法についてヘルパーは知識が充分ではない。医療行為は行えないが対応方法を教えてもらい、常に身近に接する介護職として状態変化を見逃すことなく、症状の改善、悪化を防ぎ医療職に繋げ、生命の危機に至ることを防ぐために必要と感じている。

ヘルパーごとにレベルの差がある中、訪問終了後の記録が必ずしもサ責あるいは管理者に直接提出されない時がある。経験の少ないヘルパーからの報告・指示に対しては具体的な情報を収集する、また同行訪問することで医療職との連携の必要性を確認している。

###### ▽【連携の機会】

- ・日頃から医療職との接触機会があるか（誰とどのような接触機会があるか）

医師：ほとんど接触機会はない。

訪問看護師：皮膚状態の悪化、塗布する薬の変更等があった時。

褥瘡がある場合には尿汚染あった場合の洗浄方法、ガーゼ保護等の方法

について訪問時に直接聞く。会えない時には電話連絡、FAX等で具体的な状態、質問内容を報告し対処方法を確認している。

訪問リハ：状態変化があった時。介護のしにくさが発生した時。

車椅子への移乗が出来なくなった時。直接移乗方法の指導を受けた。

※生活機能向上加算を請求するまでには至っていない。

#### ▽【連携の場面】

・必要性を感じる場面があるか？その場面をどうやって把握しているか？

ある。

訪問したヘルパーから情報が上がってくる。アセスメントを実施し把握する。

・医療・介護連携が必要なケース・必要なのにうまくいかないのはどのくらいあるか  
(年間件数・頻度)

13件程度　　あまりない

#### ③医療と介護職の連携の実践

##### ▽連携の実態（実践の状況）

・医療職と連携するケースはどのくらいあるか。（年間件数・全体に対する割合）

年間5～6件　　10%程度

##### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）についてどういうケースか

・利用者の属性（要介護度やステージ等）別にどのくらい存在するのか。

要介護2・要介護3・要介護4の利用者の30%程度

介護度は低くても認知症利用者については必要性高い

ケース①ケアマネが適切に機能出来なかった（要介護3）

パーキンソン症状あり

本人の体調不良があったので、家族が服薬を止めた。本人機能低下にヘルパー気が付き報告があった。

ケアマネに繋がったが認定更新時期が近いので通院等の医療に繋がらなかった。

訪看支援があるも4日間何の対応もないまま経過してしまった。

通所リハビリ先のドクターから連絡をとってもらい、受診へ至り服薬再開となり改善した。

ケース②介護技術の習得が出来ず車イス移乗が上手く出来なかった（要介護4）

座位がとれる利用者さんであった。足が細くなり立てなくなった。

訪問リハが入った時、介護方法を直接学んだ。しかし、ヘルパーが支援したが上手く移乗出来なかった。

その後再度の技術指導を受けることなく転落防止のため2人対応で支援している。

#### ▽連携がうまくいかない理由は何か

医師とは接触の機会が無い。担当者会議においても参加がない時が多い。

かかりつけ医は特に情報を直接聞かれることはない。

ケアマネジャーにつなげて適切に調整してもらえない。

ケアカンファレンス開催時には訪看、訪問リハの関係者と接触する機会があるので連携しやすい。

#### ▽連携がうまくいかないことに対して何か対応しているか。具体的な方法は何か

##### ①利用者情報の収集

直行・直帰のヘルパーがほとんどである。訪問後に帰社する事は稀である。変化あった場合には電話連絡かfax連絡で報告をもらっている。ささいな事でも報告される事があるが返答している（体位変更について、微熱発生時の対応等）

電話でのみでの応答となってしまっている。書面での報告・指示を行うように心がけている。

##### ②ケアマネジャーへの連絡

医療職に対してヘルパーは直接接し情報を伝えることはほとんどない。あくまで現状をケアマネジャーにつなげ、他専門職とのチームケアに結びつけられている。変化があればその都度報告している。

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識、知識・技術、医療職に必要な意識はどのようなものか

介護職：該当事業所では、3ヶ月に1回程度の研修機会しか持っていない。またネットで検索した研修への参加以外は、外部講師を招いて研修を受けた事が無い。自職場内での研修である。

しかし、常に医療職に教えてもらうばかりでなく、病状別の症例に対して研修を定期的に行い医療知識の積み上げを行う。個別の生活様式に即した対応が出来るように実践の経過、モニタリングを行い知識・技術の向上を図る必要性

があると思う。

医療職：生活保護利用者への支援時以外でも具体的な情報を提供してほしい。

通院時、入院時以外でも在宅介護に必要な細かな注意事項についても教えて欲しい。

#### ▽効果的な方策の事例はどのようなものがあるのか

医療連携が必要な身体介護の支援にあたるヘルパーは固定化してしまっている。一部のヘルパーが知識を積み上げるのではなく、研修会、カンファレンス、スタッフミーティング等で情報の共有化とスキルアップを図る事が必要であり、医療職に対して利用者の日常生活からの情報を提供できると考える。

しかし、なかなか研修機会も持てず対処療法的な連携の取り方しか出来ていない現状である。



#### (4) 千葉県 訪問介護事業所

##### 1) 所属先の属性

- ・提供体制(従事者数)：常勤換算 4 名(従業者数 30 名)  
利用者数(要介護度別)：介護保険 42 名(予防 20 名+要介護者 22 名・平均介護度要介護 2)

##### 2) 医療職との連携の実態

###### ①連携の背景

▽サービス提供に際して事前に退院時カンファに出ているか、その他どのような方法で把握しているか

- ・カンファレンスは、CM が出席することが多く、後からサービス提供時に声をかけられるため、参加できないケースが多い。
- ・障害は病院ケースワーカーから直接電話がかかってくるので参加している。

###### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

###### ▽【連携に対する意識】

- ・利用者における医療・介護連携の必要性についてどのように捉えているか？ 連携の必要性を意識しているか、必要性を把握（しようと）しているか？
- ・医療サービスの提供の程度は介護職がどこまでやって良いか不明なケースもある。本来は看護職が入って欲しいケースでも、単位数の問題と、家族から料金の安い介護でやってほしいという要望もあるため、困ることがある（家族がやっていることだからヘルパーも医行為は簡単と思っている）。  
そんな場合は、まず CM に確認する。CM がどこに確認しているかは不明です。
- ・医療行為や医療でわからないことがあったとき、質問できる場所が必要
- ・一般的な医療のことは電話相談や、インターネットがあれば良い。
- ・利用者独自の医行為は、関わっている医療者に相談したい。

###### ▽【連携の機会】

- ・日頃から医療職との接触機会があるか（誰とどのような接触機会があるか）
- ・あまりない。
- ・退院時、介護職を呼んでくれた場合には連携が取れる。

###### ▽【連携の場面】

- ・必要性を感じる場面があるか？ その場面をどうやって把握しているか？
- ・医療・介護連携が必要なケース・必要なのにうまくいかないケースはどのくら

いあるか（年間回数・頻度）

- ・障害で、精神疾患の利用者は大学病院から直接状況を聞くことができた。
- ・介護保険で、CMが入っている場合は、CMに確認する。直接面識のない医師、看護師には聞けない。

### ③医療職と介護職の連携の実践

#### ▽連携の実態（実践の状況）

- ・医療職と連携するケースはどれくらいあるのか。（年間件数、全利用者に対する割合）
- ・ケアマネジャーとの関わり等
- ・現在訪問看護と一緒に連携できているケースは42人中5名程度。それぞれ別のステーションである。

#### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）について

##### どういうケースか

- ・利用者の属性（要介護度やステージ等）別にどのくらい存在するのか。
- ・医師とは接触の機会はない。
- ・訪問看護が入っていても時間帯が別なので、接触の機会はない。担当者会議で顔を合わせることがある。

#### ▽連携がうまくいかない理由は何か

医療職と介護職の連携に対する意識の問題、医療職と介護職の接触機会の問題、介護職の知識・技術の問題（見立ての知識・技術、コミュニケーションの知識・技術）

- ・訪問看護師とも連携が取れにくい。例えば褥瘡のケースでは、予防的な福祉用具の利用が看護師それぞれ違って、介護職が適切に利用できないと言われたことがある。家族の利用方法も違うので困ってしまう。
- ・たんの吸引等の場合も看護師毎に手順が違い困ることがある。

★実際の手順よりも状態に対してどのようなことに注意が必要かなどの教育をして欲しい。説明が不足していると思う。

#### ▽連携がうまくいかないことに対して何か対応しているか。具体的な方法は何か

- ・インターネットで調べる。
- ・CMに確認してもらおう。聞いたことは申し送りノートで伝えたり、日々の記録にそれぞれ記入している。

(同じことを数回記載する手間も大変、パソコンを利用している、コピー&ペーストはせず、アナログに1回毎記載している)

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識、知識・技術、医療職に必要な意識はどのようなものか

意識：

- ・専門用語を知らないのでもよく伝えられない。
- ・医療者に正しく思っていることが伝わったか確認のしようもない。  
例えば：多い少ない等、意識レベルなども  
利用者の「いつも」を看護職と介護職が同じ認識なのかわからないことがあり、  
今までの情報の共有が出来ていないときは、伝えにくい。

知識：

- ・正しく伝わったか確認が取れないときには、状態を伝えることができる尺度や、  
ツールを知ることができれば助かると思う。

技術：

- ・医療技術は医療者が行うので、生活上の介護技術での注意点を教えて欲しい。

#### ▽効果的な方策の事例はどのようなものがあるか

- ・寝たきりの利用者で看護職と一緒に介助するため、介護職が入っていたときは、  
手順を実際に体験できるため、同僚にも伝えやすい。また、看護職に質問もその場でできるため、安心できる。

## (5) 東京都 訪問介護事業所

### 1) 所属先の属性

- ・利用者数： 80 名

### 2) 医療職との連携の実態

#### ①連携の背景

- ・退院後すぐにサービス利用が予定されている場合は、ケアマネジャーの招集により参加できることがある。しかし、退院時カンファの最終回等であって、数回開催されていると思われるカンファに参加する機会は少ない。
- ・訪問看護や往診医に係っている利用者の場合は、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議にて留意事項の情報提供がある。
- ・利用者についての医療的な情報が必要な場合は、ケアマネジャーへの確認で事足りることが多いため、直接医療職に確認する機会は少ない。
- ・ターミナルケアの場合は、事前に利用者情報の共有があり、サービス開始後も介護事業所・医療職双方から連携はその都度行われている。

#### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

##### ▽【連携に対する意識】

- ・介護事業所における介護事故（誤嚥・誤薬）などのリスク回避のために、連携は必要と考えている。
- ・利用者の状態変化や疾患の進行状況に対して適切な対応ができているかどうか医療職からの見解を必要としている。（介護事業所側の安心感）
- ・より良いサービス提供や向上を図るためには、医療・介護の連携は不可欠と認識している。
- ・介護サービスでは提供が難しい、医療面に関する安心感を与えることができるのは、医療職によるサービスだと認識している。

##### ▽【連携の機会】

- ・日頃から医療職との接触機会としては、CM が開催するサービス担当者会議（医師・看護師）、退院時カンファ（医師・看護師・MSW）等がある。

##### ▽【連携の場面】

- ・必要性を感じる場面は、医療依存度の高い利用者へのサービス提供の際。
- ・事業所内 MTG やカンファの実施や介護職員からの報告から把握。
- ・医療・介護連携が必要なケース等。

- ・連携を報告・連絡・相談として考えると年間 50 件程度。
- ・医療・介護連携が必要なのにうまくいかない。  
連携を報告・連絡・相談として考えると、必要なのにうまくいかないことはない。

### ③医療職と介護職の連携の実践

#### ▽連携の実態（実践の状況）

- ・医療職との連携を報告・連絡・相談として考えると年間 50 件程度、1 割程度
- ・医療職への直接的に関わりより、サービスをコーディネートしているケアマネジャーへの関わりが多い。医療職への直接関わりを持つケースというのは、ターミナルケアなどの場合が考えられる。ケアマネジャーを間に挟まず、より迅速な連携を必要とするため。

#### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）について

- ・利用者自身による医療職関与の拒否（40 代、50 代の男性の場合は、女性看護師や女性 OT への拒否があることが多い）（訪問看護や訪問リハによるリハビリが進まず、サービス連携がうまくいかないケース）

#### ▽連携がうまくいかない理由は何か

- ・介護職の医療知識・情報伝達能力の低さ
- ・医療職からの介護職への関わる意識の低さ
- ・医行為に関する連携が出来ないという役割の違い
- ・医療職と介護職の接触機会が少ない
- ・介護職から関わることに引け目を感じている部分がある（敷居が高い）

#### ▽連携がうまくいかないことへの対応方法

- ・地域の医療知識関係勉強会へ参加し知ってもらう
- ・地域の病院 MSW や訪問看護事業所や訪問リハ事業所へ知ってもらうために訪問する
- ・ターミナルケア時に関わる医療職との関係を良好にする
- ・介護職員に対して医療知識の研修を実施する

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識、知識・技術、医療職に必要な意識

- ・基本的な疾患に関する知識
- ・医行為についての技術の取得（喀痰吸引など）
- ・対等に話せる知識とコミュニケーション能力

▽効果的な方策の事例はどのようなものがあるか

- ・ 困難事例に対する共同支援による信頼関係の構築
- ・ 地域勉強会への参加によるパイプ作り
- ・ 日々の情報共有の精度や頻度

## (6) 東京都 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

### 1) 所属先の属性

- ・提供体制(従事者数 14 名)

利用者数(要介護度別)： 要介護 1 : 4 名 2 : 13 名 3 : 5 名 4 : 2 名 5 : 3 名

### 2) 医療職との連携の実態

#### ①連携の背景

- ・ケアマネジャーからの新規依頼時や退院時には、「退院カンファレンスに出たい」とこちらからも積極的に発言しており、特に最近退院カンファへの依頼が多くなっている。
- ・特に「定期巡回」を依頼する場合には、「とりあえず 2 時間おきに」という曖昧な依頼が多いので、退院時カンファへの参加は非常に重要。
- ・その他、現在の病院での状態やリスクも聞きたいし、実際の利用者さんの過ごしている様子もみたいので、病院に行ってお会いしてアセスメントするようにしている。
- ・その他、ケアマネジャーのアセスメントや家族の話もしっかり聞き、様々な情報を得るようにしている。
- ・必要性や生活サイクルの見直しが夜中の 2 時間おき。なぜ夜中に起きているのか？等の身体状況がおかしいと思うと、事前に利用者説明を名目として話しに。他社ナースへのアセスメントを依頼する場合があるので、新規が多い。看護の方針によって関わりが相当ことなる。訪問看護計画により日々計画 FAX してくれる事業所もあれば、定期巡回に入っているにも関わらず、緊急時にはモニタリングをお願いしても変化なしと、事業所の方針。

#### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

##### ▽連携に対する意識

- ・定期巡回の場合、医療連携は必須なので、訪問介護より医療連携はものすごくしやすくなった。また医療側も、定期巡回の仕組みを少しずつ理解してくれはじめたので、連携を当然のこととして受け入れてくれるようになった。この点、定期巡回は医療連携が非常にやりやすい。

##### ▽連携の機会・日頃の医療職との接触機会

- ・定期巡回では、運営上の設定があるため、接触する機会は大幅に増えた
- ・定期的で開催している医療連携推進会議には、連携してくれている訪問看護ステ

ーションが出席することとなっていて、4箇所のステーションと連携しており、その事業所は必ず出席してくれており、顔なじみの関係になった。今後連携先事業所が増えるごとに出席者が増えている。

- ・連携会議では、さまざまな内容を相談するので、医療チームからもコメントも非常に勉強になっており、あう機会が増えたことで勉強する機会も増えた。
- ・そのほか、日々の連携回数・頻度も多くなった。基本的にはサービス提供責任者から連絡することになっている。

### ▽連携の場面

- ・連携の必要性は非常に感じる。
- ・でもよく言われる「緊急時」は、その言葉通り緊急時なので、ある意味医療と連携しやすく、場合によっては救急対応になるので、実は訪問看護や医療との連携がなくても対応可能。むしろ日々の「ちょっとした変化」や「細かい日々の利用者の生活に関わることを相談する機会が重要」だと感じている。
- ・例えば随時コールで訪問してみるとお昼の薬が飲んでいない場面がある。その場合、夜と昼の薬の大切さが私たちにはわからない。
- ・よく介護は“薬の内容を把握するべき”と言われるが、いまある薬をどうしようと選択する時の対応方法を学びたい。これは判断規準が設定されていることが前提である。
- ・そもそも薬の大切さは理解しているので、あらかじめ問題が起こりそうな人や飲まなそうな人は対応方法を協議している。むしろ普段はしっかりしている利用者が、薬を飲まなかったり忘れていたりした場合の対応方法の相談に乗って欲しい。
- ・実際のケアの場面になると課題もある。向こう（医療側）からしてみれば「ヘルパーに差があるから伝達が伝わらない・困る。私たちは医療（職）だから生活の場面ではヘルパーさんでしょう？」と言われることが多い。しかし、医療だって生活の中の一部だと私は思うので、むしろ医療と生活を分断させているのは医療側だと感じることが多い。
- ・ちなみに医療保険で訪問介護サービスが入っていると、ステーション側がケアマネジャーに対して報告をしていないケースもままある。
- ・ケースによっては、ヘルパー事業所から訪問看護 ST に連絡をするなど言ってくるケースもある。生活をよくみている私たちは、少しの変化も発見することになるが、そのことに対し看護師側からは「たいした内容ではない」と受け止めるようだ。
- ・連携方法として、介護側はケアマネジャーに報告するが、ケアマネジャー側は「医療保険なのでステーションから情報が来っていない」といわれることも多く、結果的に間に挟まれることになり、利用者の家族にお願いし直接訪問看護や主治医に



連絡してもらい、指示を聞いてもらうこともある。

- ・ターミナルケアは、訪問看護も医師も動きが明確なので比較的連携がしやすい。
- ・利用者の件で連絡をするときに、担当の看護師以外でもレスをしてくれる事業所については信頼が大きい。
- ・ターミナルケアを担当すると、座薬の依頼や医師の指示が影響する。案外、安易にヘルパーに対し「できるでしょうか？」と言われることが多いので、その指示を【誰がやるのか】をよく確認しなければならない
- ・医行為の基準を知らずに指示をしてくるナースにも困っている。多いのは、「尿のカテーテルの交換ができないのか？」と医師や看護師から言われること。先日の事例では、カテーテルからの尿が出ていないため連絡をすると、「つまっているから管を交換して欲しい」。断ると「なんでできないのか？」と言われる。できないというと、医師は12時間後の明日まで様子を見ることとなった。心配なので家族から要請してもらったら医師が夜中にきてくれ、結果的に閉塞していたため交換となった。結局、そこは一ヘルパーから要請するのと異なる。少しの変化を発見するのがヘルパーの役割。しかし、医療側の受け取り方で対応が異なるのが現状である。

### ③「医療職と介護職の連携の実践

#### ▽連携の実態（実践の状況）

- ・全体の約5割のケースで医療が入っている。
- ・定期の特性もあり、一人あたり1週間に1回は連絡をとる。
- ・看護師は非常に忙しいので、ほとんどのケースは意見を求めるFAXとしている。理由として電話もしているが不在が多いので、こちらのFAXに回答できる回答欄を設けることでかなりの確立で返答を頂ける。紙面は手書きでできるように記載するにした。
- ・FAXだと確実だし、介護職は口頭報告でナースと話すのが“怖い”という印象を持つのも事実。電話も重視しているが、多くのケースでFAXも活用するようになった。

#### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）について

- ・ヘンな言い方だが医療リスクのある人（例：褥瘡やターミナル期の利用者）の方がうまくいく。
- ・治療に対する必要性や各役割や機能が明確な場合には目的を一致しているからだとを思う。
- ・最も難しいのは認知症の連携の場合。明らかにBPSDと思われる各症状が出ており、薬の影響ではないか……と思う事例もあるが、対応（訪問看護のしお）に

は及び腰である。

- 例えば、一日中不穏な利用者で訪問看護が入っているが、いくら症状を伝えても、「自分達は体調管理をすることが役割である」ため、BPSD のはしないと切り切るステーションが多い印象がある。
- 生活環境の違いではなく、体重やバイタルは測定するが生活全般を見ることはしない。認知症のある利用者の事で何度か関わっている看護や医師に依頼しても、「ケアマネジャーを通して欲しい」と言われる。
- 独断で申し訳ないが、医療職の方は連携を取りたがらないと感じてしまうことも多い。例えば、認知症のある利用者が、かかりつけ医の病院に何度もいってしまうが、医師から迎えに来いと連絡がいくことが多い。
- 医師も看護師も、認知症に対する理解がなさ過ぎる。要するに身体のメンテナンスは見るが、認知症の解決策、特にどんなケアが必要なのかを話し合う機会がなくなっている。

#### ▽連携がうまくいかない理由は何か

- 医療側は利用者の生活を見ていない
- 実際に訪問するのは 1 時間未満のサービスなので、生活の様子はわからないのと思うし、必要性を感じていないように思う（勝手に住み分けている）。その点、定期巡回は、短時間介護なので、お昼様子を見てくるなどで 24 時間の生活を把握することができるし、その情報を重視している。訪問看護が入る場合には、積極的にこちらから情報を提供させてもらっている。その結果、対応がよくなることが多い。

#### ▽連携がうまくいかないことに対する対応

- 報告をすることがまず第一。特に、口頭でのやりとりは負担もあるので FAX を送信する手段を重要にしている。
- またこちらの「大丈夫かな？」という根拠のない感覚で判断せずに、小さなことでも異常は伝える 精神的なことについても FAX する。
- 連携がうまくいかないひとつに、ステーションや医師への連絡の際に、「そんなことで？」と言われることが多く辛い。
- 夏の季節では、脱水が多いので「とれなくても必ず飲ませて」という指示が来ることが多い。しかし常時いる訳ではないので、飲ませられなかったから伝えにくい。だから指示通り動けなかった場合には、前後の変化の様子に加え、なぜ飲めなかったのかを伝えるべき。
- 医療職と目的を共有するように言っている。なぜこの人のサービスに入っているのかを明確にするべき。目的を共有したケースの方が、かかわり方の違いなのか

利用者が元気になるケースもみてきた。

- ・担当者会議で目的・どうしたいのかをしっかりと行うサービス担当者会議を実施したケースでは、非常にうまくいくケースが多い
- ・どのケースであっても、どういう生活をしていきたいのかを聞き出し、担当者会議で共有すべき。今の担当者会議は、ケアマネジャーの言われることに終始しやすく、みんなで話し合う時間が少ない。利用者自身の発言量も増やし、私たちも議論する時間が欲しいと思っており、単にプランを追記することでは困る。

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識、知識・技術、医療職に必要な意識

- ・やはり介護側は工夫をしながらも報告することに注意すべきだと感じる。
- ・「介護から看護に連絡をしてこないで欲しい」といわれるが、そういった場合には「細かい情報までいらない」と伝えるべき。むしろ何の情報を何の目的で伝えて欲しいのかを、情報の報告項目を指示して欲しいと思う。
- ・情報を正確に伝えるための記録の記載方法も大切。

## (7) 東京都 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

### 1) 所属先の属性

- ・提供体制(従事者数 10 名、定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

利用者数(要介護度別)： 要介護 1：4 名 2：3 名 3：2 名 4：3 名 5：0 名

### 2) 医療職との連携の実態

#### ①連携の背景

- ・以前に比べ、退院時カンファレンスに呼ばれる機会が多くなった。
- ・定期巡回の場合には、とにかく「とりあえず」が多いので、非常に注意している。だから、事前に必ず会って確認することが以前より細かくなった。24 時間 1 週間の内容を確認するので、病院にも必ずいくようにしている。
- ・地域の訪問看護ステーションの連携がとりやすくなった。

#### ②医療職と介護職の連携に対する意識と機会

##### ▽【連携に対する意識】

- ・やっぱり自分たちは判断をすることができないので、相談したい。
- ・以前は夜間対応型のみを担当していたが、夜中だったので正直知らなくても済んでしまったことが多いが、定期巡回では以前とは比べ物にならないくらい情報が多くなり、1 週間もすると、その人がどんな生活をしているのかがわかるようになり生活の情報がすごく多くなったので、医療の必要性も感じるようになった。

##### ▽【連携の機会】

- ・やはり多いのは訪問看護が多い。
- ・その他、自社に看護師を採用しているので、すぐにいろんなことを聞ける機会が多くなったので、医療への聞き方のアドバイスももらうようになった。

##### ▽【連携の場面】

- ・困るのは、おなかが痛いとか熱があるとかいうケース。普段は元気なのに、それほど大きな症状ではないが気になる程度の痛さや違和感があるときに悩んでしまう。
- ・通常は訪問看護の利用がないケースで、かかりつけ医とも連携していない(医療ニーズが低いので)場合がもっとも悩む。いつまで様子を見ていいのかを判断できない。そんなときは独居だったり、認知症だったり、高齢者夫婦のケースで困ってしまう。

### ③「医療職と介護職の連携の実践

#### ▽連携の実態（実践の状況）

- ・だんだん定期巡回がわかってもらえたのか、日々の連携では計画作成責任者が、訪問看護ステーションと連携することが多い。現在は介護度が低いので、連携ケースは少ない。
- ・ケアマネジャーには必ず情報を報告するようにしようと、訪問看護とも話している。

#### ▽医療・介護連携が必要なのにうまくいかないケース（困難事例）について

- ・認知症の対応が難しい。
- ・医療ニーズの低い人の体調変化に対応しにくい。
- ・定期巡回は、医療ニーズの高い人も低い人も訪問看護ステーションが関わるようになったので、看護側も関わろうとはしてくれるが、医師の指示書をもっていないケースなので、結果的に看護師たちも判断がしにくいため、ケアマネジャーに連絡するように言われることもある、特に認知症。ターミナルや何か症状があるケースにはよく関わってくれるが、認知症は弱い。

#### ▽連携がうまくいかない理由は何か

- ・生活がわからないということ。

#### ▽連携がうまくいかないことに対する対応

- ・とにかくすぐに報告するようにしている。介護側は24時間なので、圧倒的に情報が多い。その分、医療側は断然少ないので、報告の際に現在の状況だけではなく、その前はどうかだったのかということと、現在のことをあわせて報告するようにしている。これは24時間関わっているからできると思う。またヘルパーから連絡はすると言われるので、計画作成のように報告する技術は必要かなと思っている。

#### ▽医療・介護連携のために介護職に必要な意識、知識・技術、医療職に必要な意識

- ・報告の技術は必要だと思う。
- ・異常はなんとなくわかる。ここは医療に報告すべきかな、様子を見るべきかな・・というのは、ケースを重ねてわかるようになってきた。医療ニーズなどで判断するのではなく全ケース関わることを前提とすればいいのにと考えた。
- ・そのうえで、様子を見る・みないを判断すべき。
- ・案外、日々起こる変化や、小さな変化、元気な人が変わったときにどうすればいいのかを、介護も医療も連携する必要があると思う。

- ・どうしても自分達はわからないので怖いと感じるので、不安がなくなる体制や仕組みが欲しい。
- ・また医療側にお願いしたいのは、ヘルパーができること、できないことを知らない人がとにかく多い。訪問看護も医師も病院も、カテーテルのことや薬のことなど、なんでも簡単にやってと言われるので、そもそもできないと説明すると嫌な顔をされる。その面からも、サービスの内容についての理解は少ないために、連携しにくい感じがある。その割には、あまり生活に入っていないような印象を得ている。

#### IV. 在宅介護の医療介護連携における 介護職員のあり方に関する検討





## 1. 在宅介護の医療介護連携における介護職員のあり方について

医療職との連携の必要性を感じて連携できた事例において、その連携が継続されている場合において利用者の状態像が改善ないし維持されている割合が、連携が継続していない場合よりも高いことがわかった（継続している場合－改善：45.8%、維持：36.6%、悪化：14.2%、継続していない場合－改善：21.1%、維持：16.8%、悪化 49.6%、P55）。このように医療職と介護職の連携が効果を発揮する一方で、連携が十分にできていないという課題も多く抽出された。そのため、抽出された課題を整理し、その解決に向け、「在宅介護の医療介護連携における介護職員のあり方について」検討を行い、以下の通りとりまとめた。

### ①医療職と介護職の連携の概念の整理について

何をもって連携なのかという、「連携のあり方や方法論」についての認識を整理・共有することが重要であり、そのために連携についての全体像を明示した。

- ・医療・介護連携の考え方の整理
- ・連携のためのガイドライン（案）の提案

### ②訪問介護事業所における医療職との連携について

在宅サービスにおいては、訪問介護サービスの役割が大きな位置をしめており、その中でサービス提供責任者の役割は大きなものである。そのため、訪問介護事業所における医療職との連携についての方向性を明示した。

- ・医療職との接触機会について
- ・サービス提供責任者の役割について
- ・サービス提供責任者の育成について

### ③医療職と介護職の連携における環境の整備について

調査結果から見られた医療職と介護職の連携において必要となる環境の整備について総括的にまとめて明示した。

- ・医療職等との顔の見える関係づくりの構築について整備
- ・地域（自治体・地域包括支援センター等）によるサポート
- ・連携のための知識・技術習得機会の創出
- ・連携のためのツールの活用
- ・その他連携推進のための周辺環境整備

## 2. 医療職との連携における課題の整理

### ①連携の場面について

#### ●医療職との連携頻度と充足度について

- ・介護職と医療職の連携の状況について、まず連携方法と頻度について月 1 回以上の頻度でみると、全体としては、電話でのやり取りが最も多く、次いで直接会っての連携、サービス担当者会議への参加、カンファレンスへの参加の頻度が高い。管理者は直接会って、電話および FAX のやり取りを行う頻度が特に高くなっている。(P23)
- ・連携の対象別の充足状況についてみると、全体として勤務先と同一法人の看護師および医師との連携の充足度が高いが、同一法人を除くと訪問看護師との連携の充足度が高くなっている。特に管理者は勤務先と同一法人の医師・看護師をはじめ、退院先の看護師、かかりつけ医との連携の充足度が高い。(P24)

#### ●医療職との接触機会について

- ・医療職との接触機会の頻度と、その参加状況についてみると、全体的にサービス担当者会議、通院時・往診時の同行や情報収集のための面会の実施割合が比較的高く、また、それに参加する割合も高くなっている。役職別にみると、サービス担当者会議、通院時・往診時の同行や情報収集のための面会をはじめ、どの接触機会においても管理者およびサービス提供責任者が、実施されていると認識している割合が高く、また参加している割合も高くなっている。(P29～30)
- ・医療職との接触機会が充足していない理由（自由記載）において、カンファレンスの開催が不十分、意見書・診断書、サマリー等の書面のみの提供、医師が多忙等で直接関われない、ケアマネジャーを介してのみの連携となること等が理由としてあげられる。特に管理者はカンファレンスに参加しても医師の出席が少ない、医師が多忙等、医師と直接関われないケースが多い。またサービス提供責任者はケアマネジャーを介しての連携となることがやや多く、介護職員においては、ケアマネジャーを介しての連携のため、書面のみの連携のため情報が不足している等がやや多くなっている。その一因として、日頃から医療職との関係性を築けていないことが考えられ、その対策としては介護職と医療職の接触機会を増やしていくことが必要となるが、現状では、そのための機会が十分にあるとはいえない。一方で、医療職との連携が充足している事例では、例えばかかりつけ医の場合は日頃から同行訪問や往診時の連携をはじめ、日頃から情報をやり取りする機会が多いなど、医療職との関係性が構築された土壌のもとにケアが行われているケースが多くみられる。このように、原則的に医療職との接触機会が多いほうが、連携が取れている傾向がみられることから、こうした環境を整えば、医療職と介護職との連携が促進されることが伺える。

## ②連携に必要な知識・技術の修得における課題

### ●知識・技術に対するニーズについて

- ・医療職との連携のために必要となる知識技術について、役職別にみると管理者、サービス提供責任者、介護職員で特に大きな差異はみられない。しかしながら、連携の充足度別に必要度をみると、全般的に連携が充足している人の方が、知識・技術に対するニーズが高くなっている。(P57～58)
- ・医療職との連携に必要な知識・技術に対するニーズが、連携ができていない人ほど高いということは、連携ができていない人は連携に必要な知識・技術をさらに求める一方で、連携ができていない人は連携に必要な知識・技術を身に着けるという行動に移行しにくいと考えられ、結果として連携ができていない人はより連携のための知識・技術を充実化させる意向を強く持つ一方で、連携ができていない人は、その状況に留まるという二極化が進んでいることが推察される。

## 3. 訪問介護事業所における課題

在宅介護の医療介護連携を考えるにあたり、ヒアリング結果にもあるように、医療の必要性が高いサービスにおいてはその必要性に応じて一定の連携が図られている。しかし、その他の事業所においては前述したような課題がみられ、特に訪問介護事業所においてはその傾向がみられる。

訪問介護事業所では、ヒアリング結果や委員による指摘も踏まえると、訪問介護職員が数十名としている事業所でも常勤換算すると数名であるという実態や、直行直帰での勤務形態など訪問介護職員の教育等が十分に行いにくい環境や、日々の多忙な業務の中でサービス提供責任者は、サービス提供責任者としての業務を十分に発揮できない現状は、他の調査報告からも浮き彫りとなっている。

### ①医療職との連携への意識不足

前述のように訪問介護職員の勤務実態と符合して、調査結果でも連携の機会は少なく、接触機会への参加状況においては、「通院時・往診時の同行や情報収集のための面会等」、「医療職を含めた多職種の事例検討会」、「医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等」において介護職員全般と比較しても接触している割合が特に低くなっている。(P30)

ただし、訪問介護事業所においては、医療職との連携はサービス提供責任者の業務として行う一方で、訪問介護員は利用者に対して直接サービス提供を行うという役割分担ができていないと考えられ、そのため訪問介護員に対して、医療職と直接連携しているサービス提供責任者がその内容をきっちりと伝えられることと、訪問介護員がその内容を理解するだけの知識・技術を持つことが重要となる。

②サービス提供責任者が十分に機能できていない

サービス提供責任者は、訪問介護サービスの質の担保のための存在である。そのため、その業務において求められる内容としては、①訪問介護計画の作成、②利用申し込みに係る調整、③利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握、④サービス担当者会議への出席等による居宅介護支援事業者等との連携、⑤訪問介護員に対する具体的な援助目標及び援助内容の指示、利用者の状況についての情報伝達、⑥訪問介護員の業務の実施状況の把握、⑦訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、⑧訪問介護員に対する研修、技術指導等、⑨その他サービス内容の管理について必要な業務と多岐にわたる。

今回の調査においてはサービス提供責任者の業務内容には踏み込んでいないが、求められる業務の④にあるサービス担当者会議への参加についてみると、参加が「ある」と答えたサービス提供責任者は、全体で 84.5%、訪問介護事業所のみ勤務するサービス提供責任者で 83.0% (P30) と、サービス提供責任者の 2 割近くが求められる業務を果たせていない。こうしたことから、訪問介護事業所のサービス提供責任者に限ったことではないが、サービス提供責任者がサービス提供責任者としての業務を十分に果たせていないことが推察される。

また、カンファレンスにおける連携についても、サービス提供責任者が参加している割合は 2 割程度という状況 (P23) をみると、カンファレンス等への参加の必要性が医療職等に意識されておらず呼ばれていないといった実態があるのではないかと推察される。

医療職との連携における知識・技術の修得の機会についても日常業務の多忙さからか、その機会が十分にとれていない実態もあった。

#### 4. 課題解決に向けたあり方の検討

本事業の目的は医療介護連携に必要な技術・知識とその獲得方法について明らかにすることであった。しかしながら調査を実施してみて、連携の在り方や方法論についての共通理解の必要性が明らかになった。そのため、まず連携に対する考え方について整理して、連携の在り方や方法論等を医療職と介護職全般において共有することが必要であると考えた。

また、このような連携の在り方や方法論等の共通理解を今後いかに深めていくかが医療職と介護職との連携を促進する鍵となると推測される。また、訪問介護事業所は在宅における介護サービスの注視点であり、サービス提供責任者に対する期待も大きい。こうした考え方に基づき、以下に医療職と介護職の連携の概念の整理、および連携のための環境整備の方向性についてとりまとめた。

##### ①医療職と介護職の連携の概念の整理について

###### ●医療・介護連携の考え方の整理

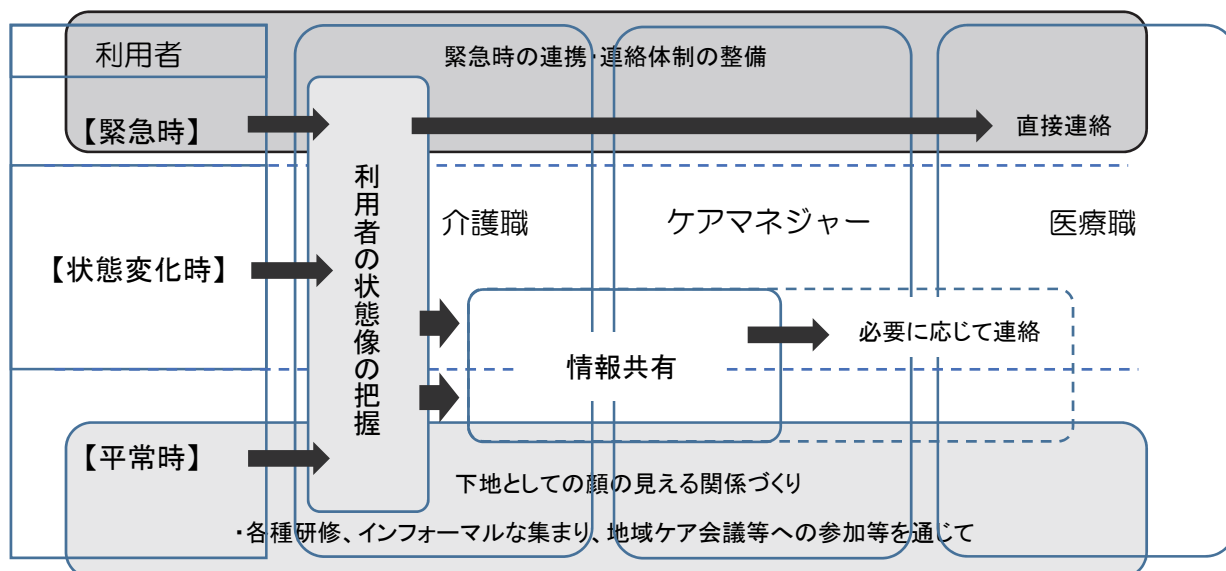
- ・医療職と介護職の連携の必要性が重視される一方で、現状において医療職と介護職において、医療と生活支援の両方を含む連携の共通理解が十分ではない。役職別に連携の状況からは介護職員と比較して管理者の方が医療職と連携できているが、一般の介護職においては連携の充足度が低いという結果となっている。
- ・こうした中、“連携”に対する考え方として、「介護職員が全般的に一様に医療職と連携をとらなければならない」という認識は、適切な介護を提供するという観点において必ずしも妥当ではないものと考えられる。上述のように、実際には役職によって連携の行動に差がみられるのは、職場での役職をはじめ個々の介護職のケアチームにおけるポジションに応じて、介護職の連携における役割が異なることによるところも大きいと考えられる。言い換えれば、医療職に対してケアチームとして連携をとり、チーム内において、医療職と接触して連絡をとるのは管理職で、連携内容に基づいて実際にサービスを提供するのは介護職員という役割分担を行っていることが伺える。なお、連携の必要性については利用者の状態に応じて変わってくるため、同じポジションの介護職であっても、状況に応じて果たすべき役割・行動が変わってくるため、状況判断の材料と方法について知ることが肝要と考えられる。

###### ●医療職と連携するためのガイドライン（案）の提案

- ・上述の連携の「概念」の明確化を進めるために、医療・介護連携の目指すべき方向性と具体的な行動を明確化するためのガイドラインの作成が必要と考えられる。医療職と介護職がどのように連携する（具体的な行動）ことによって、何を実現できるのか、その方向性を明確にすることにより、医療職と介護職の連携の基盤を作り上げることを目指す。例として、以下のような利用者の状態像に応じた連携の体制づくりの方向性、役割

分担、具体的な対応内容（事例）等をチャート化したガイドライン（案）を提案する。  
 今後はこのチャート化された内容をより具体的に現場で実践していける内容に落とし込んでいく必要がある。

■医療職と連携するためのガイドライン（案）



利用者の状態像		連携の内容	連携の場
緊急時	・脳梗塞・容体急変等の緊急時 生命に対する危機回避	●医師への連絡	●緊急時対応 ・緊急時の連携体制の構築・確認
状態変化（悪化）時	・褥瘡が出血しているといった状態 ・ADLの急激な低下等 ・医療的ケアを要するケース 症状の緩和	●サービス提供責任者・ケアマネジャーへの報告・連絡（サ責、ケアマネを介した連携）	●平時と異なる状況に備えた関係づくり ▽サービス担当者会議
	・ADLの低下 ・褥瘡ができた、吐き気が出たなどの症状が出た場合 QOL・身体状況の維持		
平常時	日常的な介護を必要とする状況 より良い生活の継続	●生活改善に向けた情報共有 ・定期会合 ・連絡ノート、看護サマリ等への記載 ・定期バイタルチェック	●普段からの顔の見える関係づくり ▽地域ケア会議 ▽研修会他
利用前	医療機関入院中等 利用者状態像の把握	●在宅復帰に向けた情報共有	退院時カンファレンスへの参加

## ②訪問介護事業所における医療職との連携について

### ●医療職との接触機会について

- ・訪問介護職員と医療職との接触機会については、事業所管理者又は、ケアマネジャーを通しての接触が多くなっている。それは、介護職と医療職の連携における役割分担が進んでいるところが大きいと考えられる。しかし、介護職がケアチーム（医療職を含む）の関係者に対して情報発信していくことが重要となるなかで、医療職に対して情報を発信する場合、どのような情報を発信する必要があるのか判断しかねること、医療職とのコミュニケーションに心理的な壁があることが連携の阻害要因であると考えられる。介護職が自ら連携に対して意識を持ち、情報発信がスムーズに行われるためには、日頃から介護職と医療職の接触機会を増やしていくこと、及び、医療職が必要とする情報を理解するための学習が必要である。

### ●サービス提供責任者の役割について

- ・前述のとおり今回の調査では、サービス提供責任者の業務内容には踏み込んでいないため詳細は把握できないが、サービス提供責任者のサービス担当者会議への参加状況から、サービス提供責任者がサービス提供責任者としての業務を十分に果たせていないことが推察される。
- ・果たせていない要因として、サービス提供責任者の業務に占めるヘルパー業務の割合が高いことが指摘されており、求められる水準のサービス提供責任者業務を行える十分な時間の確保が必要とされる。一方で負荷の軽減に向けて、業務の効率化が求められており、そのためには、ITの活用やチーム制の導入等の新たな対策が模索される必要がある。
- ・サービス提供責任者の機能を十分発揮する上で、医療職等にサービス提供責任者の役割を十分に理解してもらい、現状でサービス提供責任者の参加が少ない退院時カンファレンス等の必要な会議に出られる環境や仕組みづくりが必要と考える。
- ・サービス提供責任者については、現状においてその役割や介護保険サービス上の位置づけが明確でないうえ、その専門性や、役割の重要性が社会的に認識されていないことが指摘されている。そのため、サービス提供責任者の機能・役割について明確化・共有化することと、それを社会的評価の向上につなげていくための具体的な方策も必要となると考えられる。
- ・サービス提供責任者は訪問介護サービスにおける質の担保をする要であるが、実態としてはヘルパーの業務とサービス提供責任者の業務が混在しており、その機能を明確化する必要がある。例えば、サービス提供責任者の主な役割はコーディネート機能（これはサービスのコーディネートと環境のコーディネートがある）と規定して、その機能に対する評価をしていくことが必要となってくる。

### ●サービス提供責任者の育成について

- ・サービス提供責任者の効果的な育成のためには、事業所における OJT と研修等による Off-JT を効果的に組み合わせた研修計画の策定が望ましいが、現状では中小の事業所の

多くは体系的な研修を受講させることが困難と考えられるため、職能団体や自治体、地域の連絡協議会等による研修といった学習手段の提供も必要となる。

- ・OJT については、事業所の好事例を紹介することや、キャリアパスの明示等によりサービス提供責任者に対するモチベーションの喚起も必要と考えられる。

### ③医療職と介護職の連携における環境の整備について

#### ●医療職等との顔の見える関係作りの構築について

- ・医療職との顔の見える関係作り

現状で連携が「できている」とされるなかでも、必ずしも医療職と介護職との顔の見える関係ができているとはいえない。自由記載の回答より、かかりつけ医との連携ができる理由として、「必要に応じて連絡を取り合える」、「『すぐに』連絡が取れる」といった距離の近い関係にあることが伺える回答がみられた。利用者の急変や状態の変化等を伝える等単に連絡をとりあうところから、顔の見える関係が構築された結果であると推測される。介護保険の制度上では、地域ケア会議への参加等があげられる。しかし、日常的に顔の見える関係を構築するには、地域のなかで医療職と介護職が集う勉強会や研修会を行政が企画するなどの施策が必要であると考えられる。

- ・ケアプランの調整役としてのケアマネジャーとの顔の見える関係作り

事例において、ケアマネジャー次第で連携がうまくいくケース、うまくいかないケースがあることがわかった。つまり、医療職と介護職の連携がうまくいかいかないかは、ケアマネジャーの力量による部分が大きいと考えられる。このようにケアマネジャーは医療職と介護職の連携のキーパーソンとなっているため、ケアマネジャーに対しては、医療職と介護職を繋ぐ役割があることと、そのためにはどのような知識・技術が必要なのかを明らかにし、研修等を実施するなどの施策が考えられる。

#### ●地域（自治体・地域包括支援センター等）によるサポート

- ・「確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏できているが、医療・介護サービス提供者が現場レベルで顔の見える関係を構築している例は、少ないが存在する。地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしていることを指摘しておきたい」と先述の報告書でも述べられている。今回の調査では、連携の環境が整備されていない中で、介護職員個人ないし管理者個人の努力だけで医療職との連携が進むことを期待するには無理があり、市町村等の行政や地域包括支援センターが良きパートナーとなり、連携を推進することが望まれる。

#### ●連携に必要な知識・技術の習得機会の創出について

- ・医療職との連携に必要な知識・技術として基礎生理学、報告、連絡、相談すべき内容、利用者ごとに押さえるべき疾患の知識の範囲等の必要度が高かったが、それを習得する機会は十分とは言えない。習得のための研修機会が十分に得られない理由として多くあ



げられたのは、時間がない（41.1%）、勤務先の人員不足（30.8%）等、職場の要因があげられる一方で、必要とする内容の研修が近隣で開催されていない（32.6%）、どのような研修があるかわからない（22.3%）、受講料が高い（21.8%）といった理由も 2 割～3 割程度あげられている。連携の方法や体制の整備を進める一方で、連携に必要とされる知識・技術の習得機会を創出していくことが必要となる。

●**連携のためのツール（記録・情報共有）の活用（連携に必要な知識・技術を発揮するために）**

- ・医療職と介護職の連携に際して、看護サマリーや連絡帳といったツールが活用されており、連携に効果をあげている事例がみられる。医療職と介護職の双方が、記録と情報共有を図るためのツールを活用することにより、連携がより円滑に進められると考えられるため、その整備を推進する。なお、こうしたツールが提供されても、それが活用され機能していくためには、医療職および介護職が、活用のために必要な知識・技術を習得しなければならない。連携のためのツールは、その活用方法習得のためのプログラムとパッケージで供給する必要がある。

●**その他連携推進のための周辺環境整備**

・**報酬面での支援について**

医療職と介護職の連携が利用者にとって有効である一方でサービス提供側にも一定の負荷（作業量・時間の増加）が加わることも否めない。連携を推進する際に、施設・事業所においても、サービス提供する個人においても、その努力に負うのではなく、連携を推進するためのインセンティブがあることが望ましい。

・**利用者・家族への周知について**

連携以前に利用者・家族による拒否により、利用者に必要なサービスの提供ができないケースも多くみられる。こうしたケースに対応する際にも医療の専門職との連携が必要となると考えられる。そのために利用者およびその家族に対して介護および医療サービスの必要性についての周知の方法論の構築も必要となると考えられる。



## V. 參考資料



## ■自由回答欄記述内容一覧

### Q4. 連携できている・出来ていない理由

#### ①退院・退所先の医師との連携について

連携の充足度	F9 役職	Q4-1.退院・退所先の医師との連携ができる・できない理由
十分	管理者	カンファレンス、情報提供書等
		カンファレンスの参加
		カンファレンスや病棟で話をしてくれる。
		ケアマネが対応
		往診を月1回～2回利用しているので、都度相談、報告している。
		看護師からの説明。サマリー。
		今後の通院の状況。生活(在宅)上の問題点はないか。
		事業の近くに病院がある。
		自分は管理者、ケアマネも兼ねているので、動きがある時はこまめに連絡を取り、必要なカンファレンスは行っている。
		受診同行
		受診日はできるだけ同伴受診し、家族と一緒に状態把握するようにしている。同伴受診ができない場合は、受診連絡票を持って家族に受診してもらっている。
		十分な引継ぎができている。
		常に連絡が取れる。
		情報共有ができている。
		先生より説明を聞く。
		相談員との連携が取れている。
		窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。
		退院カンファレンスの時にきちんと説明を受けています。
		退院確定時に病院に出向き、入院～退院までの経過説明と現在の状態、今後の注意点を聞き、退院後のケアにつなげる。
		退院後の情報のやり取り、生活の助言をいただいている。
		退院時カンファレンス。随時病院に訪問し確認している。
		退院時などには必ずカンファレンスがある。
		退院時に必ずカンファレンスを開いてくれる。
		退院時のカンファレンス等必ず参加、開催
	退院時等の担当者会議に出席して申し送りをされる程度なので、連携とは言えない。	
	退院前カンファレンスを必ず行っているため。	
	退院前会議により十分な説明がある。	
	担当者会議を行っても出席しないことが多い。直接会うことが少ない。	
	同一法人の医師でもあるため。	
	特に関わりなし	
	病院からの利用開始時、退院前カンファレンスに参加	
	介護職員	3ヶ月に1回カンファレンスを行っている。
		CMが十分していて、連絡をくれる。
		カンファレンスで病状の説明と今後の事をしっかり伝えてくれる。
ケアマネジャーより話を聞き、重要な点も確認できている。		
ケアマネに連絡があり、各部署にて話し、連絡を取り合っています。		
サマリー等を送ってもらい、ケアマネが直接医師と連絡を取る		
サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。		
ソーシャルワーカーからケアマネジャーを通じて。退院前の担当者会において。		
フェイスシート。入浴前訪問。面接。		
医師、看護添書に詳しく記入されている。		
今のところあまり必要性のない利用者さんが多い		
受診時他、利用者にて特変があった場合に都度やりとりをし、指示を仰いでいる。		
十分に医療職との引き継ぎができている。		
退院時、退院後に十分なやり取りができている。		
退院前カンファレンスに出席。MSWと連絡を取っている。		
退院前カンファレンスへの参加		
退院前カンファレンス		

		担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
		入院先の病院へ出向き、現在の情報、退院後の生活指示を仰いでいる。
		複合なので、医療、看護、リハと全て連携できている。
		訪看を通してからなので。
		利用者の様子をケアマネを通じて記録用紙がある。
		連絡のやりとりをしているので。
サービス 提供責任 者		CM がしっかりしている。
		お会いする機会がない。
		カンファレンス
		カンファレンス
		カンファレンス
		カンファレンスでの情報提供
		カンファレンスで連携している。
		カンファレンスへの参加。
		ケアマネージャー、管理者から
		ケアマネを通して情報交換している。
		ケアマネを通して連絡が入る。
		どのような状況で入院、入所したかの説明をしっかりと教えてくださる。
		会う機会がほとんどない。
		各利用者の訪問診療時に同行、説明、確認
		受診時他、利用者の特変があった場合に、都度やりとりし指示を仰いでいるため。
		退院時にドクターを含み、カンファレンスが行われているため。
		退院時は関係者全員のカンファレンス
		退院前 CF の参加。
		退院前カンファレンスにて情報提供があり、細かな部分は看護師、OT、PT、介護士に質問できる。
	概ね十分	管理者
担当ケアマネより、情報の伝達が確実に行われているため、連携ができていると思われま		
直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに応対して下さる関係ができている。		
通院時主治医からの指示等を訪問看護を通してやってもらっています。		
同一法人に医師、看護師が常勤している。		
入院時の状況についての報告あり。以後の生活につなげることができる。		
直接お話を伺えているため。		
「退院カンファレンス」等で退院後の注意点等を情報提供いただいています。		
CM を通したり家族を通し、状態の変化に応じて回答を出していただいている。		
Dr.の方が忙しいらしく、連絡がつかない。		
MSW、あるいはNs を通じて状況を伺える。		
MSW を通じて情報を得られている。		
MSW を通し情報提供してもらおう。		
Ns、CM が連携を行っている。		
かかりつけ医を通しての退院になっているから。		
カンファレンスが開催されている。		
カンファレンスにはほぼ参加している。現在の状況、今後について説明を受け、不明点はその際質問し、退院後のイメージをつかんでいる。		
カンファレンスに参加している。		
カンファレンスに参加している。		
カンファレンスの時。		
カンファレンスを行う。		
カンファレンスを通じて説明がある。		
ケアサマリーをもらったり先生と話す機会を設けて情報を得ている。		
ケアマネ・ナースより、Dr の指示が聞けている。		
ケアマネージャーを通してできている。		
ケアマネージャーを通して連携		
ケアマネージャーを通して連携できている。		
ケアマネージャーを通して連絡しあっている。		
ケアマネージャーが話をしている。		
ケアマネや訪問看護師を通じて連携できている。		
ケアマネを通しての連携		
ケアマネを通して情報提供を行っている。		
ケアマネ様を通して連絡をいただいています。		
こちらから医師の都合をうかがい、日時を合わせるようにしている。		
サービス担当者会議、退院前カンファ		
サービス付き高齢者向け住宅施設長が対応。		

サマリー共有
サマリー等
パーソナルやアセスメントを行っている。
ムンテラに同席させていただいたりする。
もともとかかりつけが決まっている利用者が多いため、退院後も診てもらえるケースが多い。
意見書等の指示
医師からのムンテラに参加し、家族と聞き、話をしています。
医師からのムンテラに参加し、家族と聞き、話をしています。
医師との直接のやり取りはないが、看護師を通じて行っている。
医師の話を家族を通じて伝えてもらっている。
医療依存度の高い方の場合、緊急時対応等説明してもらっている。
何かあれば電話をかけて、教えてもらっている
介護支援専門員やサービス提供責任者を通して確実な連携が取れている。
勤務している事業所のケアマネがしっかりとカンファレンス内容や様子についての記録を提供してくれる。
現在の状態と今後の注意点等。
今までの経過や情報を必ず頂くようにしているため。
困難なケースや、医療支援が必要な方に限っては必ず医師を交えたカンファレンスが行われる。
在宅での注意点など意見交換できている。
事前に書面等にて報告を受けている。
主治医と全施設や病院からの指示等の連携は取られていると感じます。
書面にて報告、指示を受けている。
紹介状等にて
情報を文章でもらっている。
情報提供所を書いてもらう。
情報提供書のやり取りで連携できている。
情報提供書もあり、どうしても分からない時は電話で聞く。
情報等の提供及び主治医に連携してもらえ、対応も行ってもらえる。
状況報告書
状態が不安定になった時、電話で指示を仰いだり受診したりする。
状態を確認し、継続ケアできるよう話をする。
身体状況の把握と対応時の留意点の確認
相談できている。
相談できている。
体調の変化等の報告、引き継ぎ
退院・退所前カンファレンスを通して。
退院カンファレンスに読んで頂く。
退院カンファレンスには必ず参加している。気になる箇所はその場で確認している。
退院が近づいたころ、ムンテラにも声をかけてもらい、同席して今後の取り組みを話し合ったりしています。
退院に向けての合同カンファレンス等。個別利用者のカンファレンス(必要時)。
退院の際カンファレンスを行い、現状、注意事項を確認している。
退院までに現状や退院後の対応を電話、FAX等で細かくやり取りしている。
退院後、在宅での注意点等が統一できる(病院の先生から話があるとされた場合)。
退院後のカンファレンスへの参加にて連携ができている。
退院後の注意事項の伝達。
退院後の注意事項を伝える。
退院後の訪問介護を受ける場合、退院カンファレンスに出席している。退院カンファレンスがない人もいる。
退院時、サマリー等のやり取りをしている。
退院時、病院内でのカンファレンスに参加している。
退院時カンファレンスが充実している。
退院時カンファレンスの実施
退院時カンファレンスを行い、訪問介護員が出席するなど対応をしております。
退院時サマリー等、ケアマネを通じて。かかりつけ医への移行についても情報を得られる。
退院時に医師より説明を受ける。又聞きたいことを尋ねる。
退院時に行われるカンファレンスへ参加しているため。
退院時に直接医療従事者から話を聞く。文面でのやり取り。
退院時のカンファレンスなどで情報を提供してもらっている。疑問や不安を質問することもできる。
退院時のカンファレンスに参加することができた。
退院時のカンファレンスに同行、ヘルパーとしての注意事項などを確認
退院時のカンファレンスへの出席。
退院時のカンファレンス等
退院時の情報提供をもらっている。
退院先がかかりつけ医になっている場合が多く、受診同行により連携できている。

	退院先が有料老人ホームの場合、主治医が担当者会議に出席するため。
	退院前カンファ
	退院前カンファレンスに参加し、質問することができる。
	退院前カンファレンスに参加しているので、病状について直接話を聞くことができる。
	退院前カンファレンスに出席して話を直接伺えるから。
	退院前カンファレンスに出席するため。
	退院前カンファレンス等で退院後の生活についての話し合いを必ず行っている。
	退院前カンファレンスで医師からの指示や看護師さんからの指示や利用者様の状態の把握ができる。
	退院前のムンテラや病状、症状について詳しく話をしてくださる。病院に分からないことなど電話を入れても対応してくださる。
	退院前の担当者会議への参加
	退院前後の調整、フォロー、かかりつけ医との連携。
	退院調整会議にて参加看護師が必要時は医師からの代弁を行っていただいているため。
	退院等の前にカンファレンスを何度か持ち、情報等の共有を図っているから。
	担当者の名前と顔を把握している。
	地域の連絡会議での情報交換。
	直接は連携できていないが、ケアマネを通して行っている。
	直接的に医師と関わることは少なく、利用者が退院する際のムンテラで必要な情報は教えてもらえる。
	通院時カンファレンス
	電話で在宅での注意点を聞いている。
	特に注意事項等がある場合は、退院前診察時に立ち会う。医師から電話がある。
	入院先の医師から情報提供書が主治医のところへ送られている。
	入院中から退院時も、MSW を通じて連携を取っている。
	入院中の様子をカンファレンスに参加して聞くことにより、在宅に戻ってからの生活で活かせる事がある。
	入院中の利用者様に対しては、相談員を通じて主治医と連携をとっている。必要に応じて家族と共に会議を開いている。
	入院途中の状態と退院時に十分な説明がある。
	必ずカンファレンス又は、サービス担当者会議に参加し、詳細を直接伺う。
	必要な時のみカンファレンスをしている。
	必要な情報はもらっている。
	必要時、ケアマネージャーより会議参加の依頼があれば参加している。
	必要時に必要なことは必ず情報として頂いている。
	必要時は説明等してくださっている。
	病院によっては月1度のカンファレンスを開いてくれる。
	病院によっては状態を知らせてもらえるが、看護師によっては家族にしか教えることは不可と言われ、困ることがある。
	病院の相談員を通してですが、情報交換はできていると思います。
	病状をケアマネを通して知ることができる。
	病状説明(具体的に)、緊急時対応ができています。
	法人内の病院であるため地域部門担当を通し、連携を取りやすい。
介護職員	Dr.と直接電話で話ができる。
	MSW を通じて相談可
	お互いに十分に情報を共有し、連携できている。
	カンファレンスにてできている。
	カンファレンス時
	カンファを行っていただけると退院後の対応が取りやすい。
	カンファ時に連携できている。
	ケアマネージャーからしっかりと情報をもらえる。知りたい情報はその都度ケアマネに確認している。
	ケアマネージャーを軸とし、関係機関で情報共有する機会があり、ご本人様の状況を全員で確認、把握ができています。
	ケアマネージャーを通して状態を聞いている。
	ケアマネージャーを通して連絡がある。
	ケアマネや家族様を通して、こちらの状況は伝えることができています。
	ケアマネよりサマリーを受け取っている。
	ケアマネより情報収集ができています。
	ケアマネより退院後の注意点など主任の方に連絡が入る。
	ケアマネより伝達がある。
	ケアマネを通して、医師の所見等確認ができています。
	ケアマネを通して情報・指示をもらっている。
	ケアマネを通して連携している。
	ケアマネを通して連携できた。
	ケアマネを通して連絡がすぐできる状態にある。



ケースにもよるがヘルプに入る際に必要な情報はもらえていると思っている。
サマリーが細かく記入されている。必要なことは直接電話し、情報を入れている。
サマリーをあげてもらっている。
サマリーをもらう。
サマリーを頂き、それを参考にし日頃の対応、介護を行っているので。
サマリーを利用し、連携が取れていると思う。
サマリー共有
その後も通院することがよくあり、状態をよく知ってくれている。
マサリー、ケアマネからの連絡。
医師よりケアマネ、管理者への本人病状等説明あり、連携が取れている。
引き継ぎが看護サマリー等を通してしっかりとできていると思う。
引き継ぎや注意事項をこちらから積極的に伺うようにしている。
看護サマリー等の情報提供
居宅の事業から紹介
計画作成担当より情報を得る。
細かく報告がある。
書類での報告、指示を受けている。
情報がCMさんからHrの方にまで、いつも降りてきているから。
情報提供書
情報提供表をもらっている。
新規のケースは退院前カンファレンスで情報確認し、在宅での環境整備をしてから受け入れている。
退院サマリーにての状態確認にて、ある程度連携できている。
退院サマリーや途中経過の連絡
退院に向けたカンファレンスに参加し、報告を受けているから。
退院の際、必要な情報についてその都度書面などで連絡してもらえること。
退院の時の事業所への紹介などを参考にしている。
退院や退所時は看護師・ケアマネが共に連絡が取れ、それを全て情報交換・情報共有できています。
退院後、すぐに在宅でサービス利用される場合は状況を直接またはケアマネを通して把握しておきます。
退院後のサービス内容の検討や、どの点に注意が必要か指示を伺うことができています。
退院後気をつける事など指示を受けているので。
退院時カンファなどへサービス提供責任者も同席し、状態など聞いている。
退院時カンファレンスやケアマネージャーを通しての情報を共有している。
退院時サマリーがある。
退院時に一時的に関わるのみという場合が多い。
退院時に診療情報の提供をいただいている。
退院時に必ずカンファレンスを行っている。
退院時のADL、入院時の様子など、情報共有されている。事業所での支援、方向性。
退院時のサマリーを通して必要な情報は提供されている。
退院時の担当者会議で医師や訪問と情報交換できる。
退院時の様子など、FAXで送ってもらっている。
退院時は利用者の状況等、注意点を十分に確認し、意見をいただいている。
退院時等のカンファレンスで提供(情報)を受けている。
退院前カンファレンスで説明をしっかりとしてくれていて、通院先や訪問看護、訪問医との連絡、連携をしてくれているため。
退院前にカンファレンスをもち、入院中の病状の説明や退院後の注意点などがきちんと聞ける。
退院前にカンファレンスを開催してもらい、病状や今度の留意点の確認ができていているため。
退院前のカンファレンスを聞き、どのような支援が必要か相談できる。
退所時の指示など話し合いや文書を通して細かい情報提供があり、その後も連携がとれている。同じグループの場合。その他の病院の医師とは連絡が取りづらいたところもある。
地域医療センターへ随時対応できている。
直接連携しているわけではないが、ケアマネージャーを通して先方の指示等を聞き、こちらからも報告している。
電話でのやり取り
同一法人への対処等の場合
日々の介護に必要なことはケアマネを通して伝えられていると思う。
入院中のカンファレンスのやり取り
必要な情報が共有できるように、お互いに協力できている。
必要な情報提供してもらえる。
必要に応じて連絡を取っているため。経過などを報告したり、今の状態について等の相談をしている。
病院から退院前カンファレンスに参加
病院により病状説明、治療経過、退院後の指導内容等サマリーを出していただけるので、対応しやすい。
不明な点を看護職を通じて確認してもらえる。

サービス 提供責任 者	利用者の状況や注意点などを確認している。
	利用者様の健康状態や入院時の生活の様子、食事の形態などの情報などを管理者を通して連携ができる。
	ENTカンファレンスには出席しているので必要な情報はあり、連携できている。
	カンファレンスで話し合いを行っている。
	カンファレンスにて現状の説明はある。
	カンファレンスの開催、情報の共有ができています。
	カンファレンスの際、情報をいただける。
	カンファレンス等に参加することで正確に状態を知る事ができています。
	ケアマネ、家族様より伝達してもらっている。
	ケアマネージャーからの情報と退院カンファレンスで連携が取れる。
	ケアマネージャーと随時状況・情報の交換をしている。
	ケアマネージャーを通して連携をとっている。
	ケアマネが対応している。
	ケアマネさんがよく動いてくれる。
	ケアマネや病院のソーシャルワーカーを通じて相談を受ける。
	ケアマネを通して、連携パスの用紙あり、訪問へも連絡あり。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通じてであるが、良く話をきいてくれ、気になっている事を的確に指示してくれる。
	ケアマネを通してできている。
	ケアマネを通じて必要な連携は取れている。
	ケアマネを通じて病状を把握する。
	ご家族が担当医にお願いすると話を聞くことができる。
	ムンテラを行い、在宅生活での注意点、病状等を確認した。
	医師が積極的にカンファレンス等に参加。
	医師は同席しない事が多いが、看護師に意見を伝えているので、ある程度は内容が理解できる。
	往診と重なり、注意事項を話してくれる。
	計画作成担当者より情報を得る。
	身体状況の説明がきちんとなされているので、関わっている全ての人に情報として伝わっている。
	説明を聞いた。
	全て担当ケアマネから連絡がある。
	相談支援専門員(総合支援法)を通して。
	退院時カンファレンスに同席し、質疑応答ができる。
	退院時には適切な情報やアドバイスあり
	退院時には入院中の加療内容を詳しく伝達してくれている。
	退院時には入院中の加療内容を詳しく伝達してくれている。
	退院時には必ず会議を行い、利用者の情報をもらうようにしている。
	退院時に病状を詳しく説明してもらえる。
	退院時のADLが具体的に知らされない。
	退院時のカンファレンス
	退院時のカンファレンスにて指示を十分に頂く。
	退院時の情報提供、退院後利用者宅への訪問。
	退院時は必ず経過の申し送りがある。
	退院前カンファレンス(サービス担当者会議)時、あるいはケアマネージャーを通して。
退院前に関係者で集まり、担当者カンファレンスを行っている。その後はCMを通し連携を図っている。	
退院前のカンファレンス等で十分な情報提供が行われている。	
退院退所先の管理者又は責任者を通しているため。	
退院調整会議に参加された看護師が、必要時は医師よりの代弁を行ってくれるため。	
担当ケアマネージャーがカンファレンスに参加し、情報を頂いている。	
担当ケアマネを通して行っている。	
担当者会議等での申し送りで、質問しながら在宅での生活ができています。	
直接お話を聞いている。	
定期的受診時	
電話等の連絡が取りやすいため、連絡がしやすい。	
入院中カンファレンス、退院後のケアについて。	
入院中の経過、退院後の医療情報を説明していただいている。	
病院のワーカーを通して退院の際にカンファレンスを行っている(問題ケース、知的、精神など)。	
病状、病気についての説明を詳しく教えていただき、ご本人の意向、医師(病院)の意向などを伺い、今後のケアに必要な情報を得ることができた。	
分かりません。	
法人内の病院に在宅部門があるため、比較的連携を取りやすい環境。	
問題が生じた場合、ケアマネージャーから確認をしていただき連絡してもらえるので。	
利用者の状態について報告。	

		利用者様の身体状況等の確認で電話、FAX(フェイスシート)等で連携
	その他	カンファレンスで退院時の注意点などをよく聞くことができる。
		医療相談室を通じ、必要な面接や情報を聞くことができる。カンファレンスに参加する。
		何かあればその都度聞いている。
		細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡が いっている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。
		施設の主治医への紹介状を必ずいただいている。
		主治医への紹介状にて連絡を頂いています。
		紹介状のやり取り
		退院時カンファレンス時にきちんとした説明を受ける。
		直接話ができるよう電話やメモを使い、診察の空いている時間に簡単に説明し、状況の変化があれば直接電 話をもったり家族との話し合いに参加依頼を受けたりする。
		入院先の病院から医師への紹介状
		必要に応じて必要な情報を得られている。ケースに応じて協働することもある。
	-	病状等は書類できちんと知らせていただいています。
やや不十分	管理者	Dr.によって違いますが、カンファレンスをやってくれる Dr.もいれば、Nsに任せる方もいる。
		Dr.による。施設や在宅サービスを理解されていない Dr.も多い。
		Dr.に比べ MSW、看護師との連携が↑。
		Dr.の方が上であるという立場が強く、情報交換しづらい。
		Dr.はお忙しく人によっては在宅での介護との連携を重要視されていない方もおられ、理解していただくのに大 変な部分はあります。
		MSW や看護師への聞きとり、連携が多い。医師に時間がない。
		あまり連絡を取る機会がない。連携を取る場合、書面が多いので。
		お会いできる機会がない。
		かかりつけ医、往診医に比べて会う機会がないため。
		カンファレンスでの関わりはあるものの具体的にはケアマネを通すことが多いため。
		カンファレンスに医師が出席するケースが少ない。
		カンファレンスに参加していない時がある。
		カンファレンスやサマリーを頂けるケースがあったりなかったりする為
		カンファレンス以外や通院時以外に会って情報を共有する機会はない。
		ケアマネジャーを通しての情報であるため、一方的な情報しか得ることができない。
		ケアマネさんに聞く(書類を見せてもらう)程度
		ケアマネを通して。
		ケアマネを通しての連携しかなく、知りたい内容が伝わってこないことがある。
		サマリーなどができるので様子は分かる。
		サマリーを見る事が多い。あとは、ケアマネが多く、ケアマネからの情報がほとんどである。
		なかなか会えない。
		なかなか時間調整が難しい。
		なかなか直接会うことができない。
		意見を伺う機会がないことが多い。看護師、MSW を経由するため時間がかかる。
		医師が患者さんに伝えてある又は、看護師さんに伝えてある。
		医師が忙しいため。
		医師が忙しくなかなか情報を得られない。
		医師との連携は相談室を通して行っています。直接ではなく FAX やメールが多いです。診療所の医師とは十分 出来ています。
		医師と直接ではなく、MSW と連絡を取っている。
		医師と直接話をする機会はあまりなく、サマリーのための連絡となるため不十分だと思います。
		医師によって様々ですが、MSW が仲介に入る先生も多く、直接退院時カンファレンスに来て下さることは少な い。よく同行がほとんど担います。
		医師はカンファレンスに出席することはなく、看護師を通じて利用者の状況を確認している。
		医師は患者で忙しく、会話する時間が取れない医。
		医師は多忙なため、会って話すことは珍しい。
		医師より看護との連携が多い。
		家族から聞くことがほとんど。
		家族が退院のお迎えをしているので。
		会う機会がない。
		近年 Dr.の呼びかけで退院カンファレンスの開催があることが少し増加しています。Dr.参加は大切で、各サー ビスの連携強化となる。
		現在の状態や今までの体調の変化、注意すべき点などを聞く。
		現場で働くスタッフが少なく、身体介護の技術が低下しており、サービスに入る事が多いため、会議に参加する 事ができない。
		在宅医療に取り組まれている医師とは連携が図りやすい。

	事業所から直接連携を取ることはなく、ほとんどケアマネを通じての情報となる。
	事業所や CM による情報不足。
	時間が合わない。看護師に聞くよう指示される。
	情報が入りづらく、在宅サービスとの連携が不十分。
	情報の不十分さ
	情報提供や退院前のカンファレンスに参加して情報を得る。半数はやり取りなし。
	情報提供書のみ
	身近ではない。
	多忙を理由に断られるケースが多い。
	退院、退所時業務の都合上連携できない。カンファレンス時、サービス担当者会議時に参加することで可能。
	退院カンファレンスがあるときがある。
	退院カンファレンスに出席してもらえない Dr.がいる。出席してくれる Dr.は病状説明など、大変ためになる話をしてもらっている。
	退院後、主治医変更となり、関わらない
	退院時カンファレンス参加のみ。
	退院時にカンファレンスに出席して情報を得ている。
	退院時には関係者が集まり、必要事項等連携を必ず取ってくれている。
	退院時のカンファレンスfの場のみとなってしまう。後は CM を通してなので必要な情報が少ない面がある。
	退院時のみカンファレンスで継続的な連携とはいえない。
	退院時の看護情報提供書のみでの情報となることが多いから。
	退院時の看護添書によりケアマネージャーなどの連携が取れるが、以後の連携が難しい。
	退院時は医師から今後の在宅での注意点などを聞けるが、その後は次回の通院まで連携が取れない。
	退院前カンファレンスに医師の出席は少ない。文面にて連携はできている。
	退院前カンファレンスに参加して頂ける利用者と、して頂けない利用者がある。
	退院前カンファレンス時は参加できないこともあり、サマリーやケアマネから聞くことになる。カンファレンスでも専門的な用語などもあり、知識の差が目立つ。
	退院前カンファレンスにより注意事項など詳しく説明があり、連携できている。
	退院前カンファレンスは行っているが、退院後は医師も多忙のため、直接連絡することを控えている。
	退院前会議に出席しているが、Dr.が多忙なため不在、看護師からの伝達になっている。
	退所時にカンファレンスを行う程度。
	担会議、ケアマネージャー、訪看より説明を受けているが直接ではないので。
	担当の方が入院し、退院された時は連携しやすい。退院後担当になった時は連携しにくい。
	直接医師と情報交換が困難
	直接会える機会が乏しい。
	直接話せず、CM(ケアマネ)から連絡のため。
	直接話せることは少ない。
	直接話をするケースはほとんどなく、ナースを通しての話が多い。
	日常の状況が Dr.に伝わらない。
	入院時の様子、退院先の留意点を必ず聞いている。
	入院先の Dr.が多忙にて、十分な連携を取りにくい。
	病院によって医師との面談はなく、MSWの方を通して連携を取ることになり、直接会えない場合がある。
	病院看護師を通して。
	不明な部分の確認のみ行う。
介護職員	かかりつけ医に移行するため。
	カンファレンスへの参加
	ケアカンファレンスの際に訪問にあたっての必要な情報は収集できるが、訪問開始後は直接医師に聞かずケアマネを通すため。
	ケアマネージャーからの依頼で調整会議等に参加することで連携できる。
	ケアマネージャーが担当している。
	ケアマネージャーを通じた情報しか得られないから。
	ケアマネさんより情報をもらい対応している。
	ケアマネよりサマリーを渡してもらう程度
	ケアマネを通しての連携のため。
	コミュニケーション不足
	ご利用者様についての詳しい情報がこちらへ来ない(すぐ入らない、しばらくしてから情報が入る)。
	サマリーを見ることが多い。ケアマネからの情報がほとんどである。
	意見書、診断書のみでの連携であり、直接指示を受けるわけではなため。
	医師は忙しいようで、直接会えることがないから。カンファレンスでも看護師を通しての伝言だから。
	医師は忙しく、ほとんど看護師との連携
	家族からお話を聞いている。直に聞いていない。
	家族対応のため、連絡等が不十分

	欠席されるか、ほとんど会うことができない。カンファ時。
	処置に対する適切なアドバイスがあればよい。高齢だからしょうがない…で片付ける事あり。
	書面などで届くが、記入ミスなどがあつた。
	書類のみのやり取りのため。
	情報はあまり入ってこない。
	情報提供をいただく。
	全員が退院前カンファレンスを行っていただけないとは限らないため。
	全員の利用者が退院前カンファレンスを行っていただけないとは限らないため。
	退院後の生活について
	退院時に直接医師と会う機会は非常に少なく、退院後のリハの有効性等を直接確認したいが、間接的になつてしまう。
	退院時の聞き取りや受診を継続する場合は連携がとれているが、それっきりになってしまう場合もある。
	退院先のNsやSWに状態を確認するため。
	退所(院)時に出されるものに目を通す程度。
	担当の医師による。
	直接Dr.より意見を伺うことが少なく、専門用語等での説明で介護職等には意味不明な点が多い。
	直接お会いする機会はないが、ケアマネよりDr.からの指示を聞いている。
	直接お話しすることができず、対応への指示、確認に時間を要する。
	直接ケアマネジャーと家族が連絡を取り合うことが多い。
	直接会うことなく書類のみ
	直接詳しい話を聞くことがない。情報提供はケアマネからくるため。
	直接的な指示、連絡はほぼなし
	病院により医師との連絡が取りやすい所とそうでない所が多い。
	病院は、他の患者さんの入院や診察などで時間が取りづらい。
サービス提供責任者	アセスメント等で相談支援員を介して情報の共有はできている。障害の方はほとんどご家族同居のため、そこを介してしまうことが多い。直接的な関わりを持ちたいと思うが担当者会の開催も相談支援員によってバラツキが多い。
	カンファレンスに参加することがほとんどなく、担当の看護師が出ている。
	ケアマネジャーに対応をお願いしていて、直接お会いしてのことが少ない。
	ケアマネジャーを通して情報を聞いている。
	ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。
	ケアマネを通じてのみ情報が入ってくる。
	サマリー等でしか接することがないので、医師との直接の関わりは不十分だと思います。
	なかなかお会いする機会がない。
	医師と連携しているのではなく、連携室より連絡が入るから細かいところが分からない。
	医師にもよるが、在宅での様子をあまり考えず、ただ退院を要求する場合がある。在宅側の意見を真剣に聞いてくれない。
	家族、ケアマネジャーを通しての一方的な情報となってしまう。
	施設によって差がある。人員不足で時間が取れない等がある。
	主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。
	終末期ケアの場合は担当医参加の場合もあるが、概ね伝達で済まされることが多い。
	診療情報提供書のやり取りだけになっている。
	退院、退所時に少しの連携はあるがそれでは不十分だと思う。
	退院・退所した時点での情報しか得られない。その後の情報や経過などはあまり連携が取れない。
	退院後のケアの説明がない。本人の理解度が低い。
	退院後の生活について。
	退院時のカンファにて、退院後の医療行為に対して十分に連携は図れていたが、退院後はかかりつけ医が優先となっているため。
	退院時のサービス担当者会議が十分に行われていない。
	退院時は看護師が対応。
	退院前カンファレンスに担当医は出席していない。
	退院前のカンファレンスが開かれるケースと開かれない場合がある。
	退院前のカンファレンスで現状、その後の話は出ても、退院後その病院に通院するケースよりも元のかかりつけの医院等に移ることが多い。
	退院退所前カンファレンス時の情報のみで、後は忙しいDr.とは連携しづらい。
	担当の看護師が代行する事がほとんど。
	認知症で妄想など、薬が合わず利用者のことを心配したことがあつた。
	必要であれば参加している。ヘルパー内容と関係ない時はCMより申し送りを受けている。
	病院によっては連携をとるが、その他はケアマネジャーを通して連携をとる。
	報告書のコピーはもらえるが、一方的で質問したいことがある場合にできない。
	法人外の医師は敷居が高い。ケアマネ通す。
	訪問介護事業所として直接話を聞く機会は少ない。ケアマネジャーを通して、または書面でアドバイス等を受

	ける事が多い為
	連携できる回数が少ない事と、利用者が退院等しても特に指示等がでず中々図れない。
その他	Dr.が出席できる時は出席していただいているが、opeなどで無理な時はNsに入ってもらっている。
	医師により対応が異なる。
	情報は提供して頂けるが、レベルが低下した状態で来られるため、詳しい情報が欲しい。
	退院時カンファ等に参加されるDr.は少ない。
	入院中に訪ねていることやカンファレンスにも参加しているが、ほとんど医師は出席されていない。

## ②退院・退所先の看護師との連携について

連携の充足度	F9 役職	Q4-2.退院・退所先の看護師との連携ができる・できない理由
十分	管理者	カンファレンスにはほぼ病棟担当看護師が同席し、状態説明、留意点等の説明が行われている。
		カンファレンスの参加
		カンファレンス参加
		ケアマネが対応
		サマリーをもらう。
		サマリー等
		まず会う機会がない。
		看護サマリー
		看護師からの説明。サマリー。
		近況の情報が聞ける。
		今後の通院の状況。生活(在宅)上の問題点はないか。
		自分は管理者、ケアマネも兼ねているので、動きがある時はこまめに連絡を取り、必要なカンファレンスは行っている。
		十分な引継ぎができています。
		常時親身になっている。
		常時親身になっている。
		情報共有ができています。
		人によって対応十分な先生、看護師、MSW とあるようです。以前に比べれば先生、看護師、MSW、PT 等と話をしやすくなっていると感じています。
		相談員としっかり連携ができています。
		窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。
		退院カンファレンスの時にきちんと説明を受けています。
	退院確定時に病院に出向き、入院～退院までの経過説明と現在の状態、今後の注意点を聞き、退院後のケアにつなげる。	
	退院後の情報のやり取り、生活の助言をいただいている。	
	退院時カンファレンスの実施	
	退院時カンファレンス等行っている。	
	退院時などには必ずカンファレンスがある。	
	退院時のカンファレンスに必ず参加	
	退院時等の担当者会議に出席して申し送りをされる程度なので、連携とは言えない。	
	退院前のカンファレンスの連絡があり	
	退院前のカンファレンス及び看護サマリーの連携	
	退院前会議でこちらの疑問には答えてもらえる。	
	退院調整会議において入院時～入院中、現在に至るまでの様子を全て伝えてくれるため。	
	同一法人の医師でもあるため。	
	特に関わりなし	
	入院～退院まで看護師と連絡を取っている。	
	病院からの利用開始時、退院前カンファレンスに参加。詳細なデータはFAX、電話で連絡。	
	病室や退院時カンファレンスで話をすることがある。	
	不明点は連絡すれば応じてくれる。	
	介護職員	CMが十分していて、連絡をくれる。
		カンファ時、とても頼りになる。
		ケアマネージャーより話を聞き、重要な点も確認できている。
	サマリー等を送ってもらい、ケアマネが直接医師と連絡を取る	
	サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。	
	ソーシャルワーカーからケアマネージャーを通じて。退院前の担当者会において。	
	看護師に面談の上、状況を確認する。	
	看護添書	
	今のところあまり必要性のない利用者さんが多い	
	困ったこと、分からないことを聞くことが十分できる。	

		十分に医療職との引き継ぎができています。
		退院後の対応、気をつけるべきことを必ず確認できる。
		退院前カンファレンスに出席。MSWと連絡を取っている。
		退院前カンファレンスへの参加
		退院前カンファレンス
		退院予定日決定時の連絡をきちんと受け、入院時の状態、退院後諸注意を確実に伝えてくれている。
		担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
		直接話ができる。
		入院時の情報、今後の生活の注意点などカンファレンスで十分連携できている。
		必ず患者の側に誰かいるから。
		病院から退院前カンファレンスに参加。詳細なデータはFAX、電話で連携。
		複合なので、医療、看護、リハと全て連携できている。
		訪看を通してからなので。
		利用者の生活状態が詳しく分かる説明書が来る。
		連絡のやりとりをしているので。
サービス 提供責任 者		CMがしっかりしている。
		お会いする機会がない。
		カンファレンス
		カンファレンス
		カンファレンス
		カンファレンスでの情報提供、フェースシートの活用
		カンファレンスで連携している。
		カンファレンスで話し合いを行っている。
		カンファレンスに担当看護師が出席しており、サマリーなどの文書もあるので理解しやすい。
		カンファレンスへの参加。
		ケアマネージャー、管理者から
		ケアマネを通して連絡が入る。
		サマリー等や現在の様子を伺うことができての退院となっている。
		看護サマリー
		看護師から退院時に注意点等を伝えられています。
		常時連携を取っています。
		食事形態、排泄状況等をしっかり説明してくださる。
		退院サマリー
		退院後の情報を十分提供してくださっています。
		退院時サマリイの提供がある。
		退院時にドクターを含み、カンファレンスが行われているため。
		退院時は関係者全員のカンファレンス
		退院時は必ず経過の申し送りがある。
		退院前カンファレンスにて情報提供があり、細かな部分は看護師、OT、PT、介護士に質問できる。
		退院調整会議において入院時から現在に至るまでの様子を分かりやすく伝えてくれるため。
		担会時、ケアマネを通じ、必要事項の説明がある。
		担当ケアマネより、情報の伝達が確実に行われているため、連携ができていると思われます。
		直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに対応して下さる関係ができている。
		同一法人に医師、看護師が常勤している。
		入院時の状況についての報告あり。以後の生活につなげることができる。
	法人内の病院に在宅部門があるため、比較的連携を取りやすい環境。事業所内に訪問看護があるため、連携は取りやすい。	
その他		Nsには必ずカンファレンスに出席してもらい、情報収集、共有できている。
		直接お話をさせていただき、内容も書類でいただいているため。
概ね十分	管理者	「退院カンファレンス」等で退院後の注意点等を情報提供いただいています。
		①よく説明する人と②あとでFAXでのことで連絡がうまくいかない
		CMを通したり家族を通し、状態の変化に応じて回答を出していただいている。
		Dr.の方が忙しいらしく、連絡がつかない。
		MSWを通じて、あるいは直接話が聞ける。
		MSWを通じて連携を取っている。
		MSWを通し情報提供してもらおう。
		カンファレンスがあれば連携できていると思う。
		カンファレンスが開催されている。
		カンファレンスで話をしてくれる。
		カンファレンスなどでは情報提供をして下さいます。
		カンファレンスに参加している。
		カンファレンスの時やサマリー等で情報がくる。不足分などは問い合わせをしている。

カンファレンスへの参加がしっかりあり、帰宅後のケア留意点についてしっかり話して下さる。
カンファレンスを行う。
カンファレンスを通じて説明がある。
カンファレンス時に看護師も同席する。しない場合は書類にて確認している。
カンファレンス等で情報収集されている。
カンファレンス等で話ができる。
ケアサマリーをもらったり先生と話す機会を設けて情報を得ている。
ケアに対してどのようにするかをつき合わせられる。
ケアマネージャーを通してできている。
ケアマネージャーを通して連携
ケアマネージャーを通して連絡しあっている。
ケアマネージャーが話をしている。
ケアマネや訪問看護師を通じて連携できている。
ケアマネを通しての連携
ケアマネを通して情報提供を行っている。
こちらから医師の都合をうかがい、日時を合わせるようにしている。
サービス担当者会議、退院前カンファ
サービス担当者会議に参加してもらっている。
サービス付き高齢者向け住宅施設長が対応。
サマリーが届く(ケアマネ手配)
サマリーで概ね状態が分かる。
サマリーなどケアマネさんを通して連絡を取っている。
サマリーに在宅で欲しい情報の記載が増えましたし、病棟NsがTELに対応してくれることも増えました。
サマリーのコピーをもらい、それについて電話で話し合う。
サマリーのやり取りをして不十分な時は直接電話でやり取りしている。
サマリーをケアマネを通していただいている。
サマリーを初め、細かく病状や対応について記入してくれたり、口頭にも詳しく伝えてくれる。症状に応じて連絡を入れると対応や指示を仰ぐことができる。退院前のカンファレンス時も対応もしてくれる。
サマリー共有
サマリー等のことで話したり退院後の在宅生活の件で話すことがある。
サマリ等は頂き、直接話もできる。
その病院により、連携できない場合がある。
意見書等の指示
医師からの指示等、連絡を取って話はしてくれる。
医療依存度の高い方の場合、緊急時対応等説明してもらっている。
何かあれば電話をかけて、教えてもらっている
何かあれば連絡を取り、情報をもらう。
介入している利用者宅では連携を意識的に行っている。
看護サマリーで分からないことは直接伺う。
看護サマリーの受け渡し
看護サマリーの報告を受けている。
看護サマリーや退院時に向けて具体的に書類提出もして下さり、連携可能。
看護サマリーをもらっている。
看護サマリーを書いてもらう。
看護サマリーを頂き、不明な点は聞くようにしている。
看護サマリー等、情報提供がなされている。
看護サマリー等で、体調・状況を確認できる。
看護サマリー等で情報をもらっている。分からないことは電話で聞く。
看護サマリー等にて
看護マサリをもらっている。
看護師または相談室の方とはよく話すことができる。
急な退院もあるが、新規ケースは十分に連絡を取り合い、役割分担している。
検査や継続観察等を連絡して確認したり、処方アドバイスを受けたりしている。
見舞いに行った際に話せる。
現在の状態と今後の注意点等。
現状の様子や今後の予想される状態等の説明等、詳細にしてくれる。
現状伝達あり。質疑応答もあるので連携が取れている。
今までの経過や情報を必ず頂くようにしているため。
在宅での注意点など意見交換できている。
支援担当 NS や MSW との面談や看護サマリー等の情報提供
事業の近くに病院がある。
事前に書面、電話にて報告、退院(所)日に口頭にて報告。



事前に話し合う機会を設け、連絡を取れる状況を作っていただけなので、概ね十分だと思います。
質問すると答えてくださる。
質問すると答えてくれる。
主治医と全施設や病院からの指示等の連携は取られていると感じます。
主治医にお会いする前に病棟看護師に相談をしている。
十分に話ができるよう、直接会った後でも電話連絡等を行っている。
上記に加え必要な情報をやり取りする機会を設けるので。
情報を取り質問し、問題点は解決するようにしている。
情報収集を看護師から行ったり、相談したりする。
情報提供を相互に常に交わしている。
状況報告書
状態が不安定になった時、電話で指示を仰いだり受診したりする。
身体状況の把握と対応時の留意点の確認
体調の変化等の報告、引き継ぎ
退院、退所時に病院に出向き、担当看護に直接会って状態確認、看護サマリー。
退院・退所前カンファレンスを通して。
退院カンファレンスに読んで頂く。
退院カンファレンスで質問をする。
退院に向けての合同カンファレンス等。個別利用者のカンファレンス(必要時)。
退院の際カンファレンスを行い、現状、注意事項を確認している。
退院までに現状や退院後の対応を電話、FAX等で細かくやり取りしている。
退院後のカンファレンスへの参加にて連携ができています。
退院後の身体状況、生活能力のアセスメントの情報提供で連携ができています。
退院後の生活面で細かい指導がある(病院の看護師さんから話があると言われた場合)。
退院時、サマリー等のやり取りをしている。また分からない時はいつでも相談している。
退院時、病院内でのカンファレンスに参加している。
退院時カンファレンスにて入院中のADLについてお聞きできるので。
退院時カンファレンスを行い、訪問介護員が出席するなど対応をしております。
退院時サマリー等、ケアマネを通じて。かかりつけ医への移行についても情報を得られる。
退院時にカンファレンスを行い、情報の共有ができる。
退院時には必ず看護サマリーをいただいている。
退院時に直接医療従事者から話を聞く。文面でのやり取り。
退院時のカンファレンス。病棟NS、PT、OT等、訪問NSと関わるスタッフで。
退院時のカンファレンスで必要事項を頂いている。
退院時のカンファレンスなどに出席している。
退院時のカンファレンスに参加することができた。
退院時のカンファレンスに同行、ヘルパーとしての注意事項などを確認
退院時のカンファレンスへの出席。サマリーの提供。
退院時のカンファレンスや入院中に面会に行ったときなどに情報を提供してもらっている。退院時にサマリーをもらっている。
退院時のカンファレンス実施
退院時のカンファレンス等
退院時の会議には参加して頂けるケースが多い。
退院時の情報を伝えている。看護サマリー等をもらい、提供(コピー)している。
退院時の情報提供をしてもらっている。
退院時の本人の様子であったり、在宅復帰後の注意事項などを書式にて連絡してもらっている。
退院先がかかりつけ医になっている場合が多く、受診同行により連携ができています。
退院前カンファ
退院前カンファレンスに参加し、質問することができる。
退院前カンファレンスに参加しているので、病状について直接話を聞くことができる。
退院前カンファレンスに出席。退院サマリーの閲覧。
退院前カンファレンスに出席して話を直接伺えるから。
退院前カンファレンスに出席するため。
退院前カンファレンス等で退院後の生活についての話し合いを必ず行っている。
退院前に情報収集に行き、細かな情報を教えて頂いている。
退院前に電話が毎回入る。面会時の情報提供がある。
退院前に病院へ訪問すれば状態確認や相談ができる。
退院前に本人の状態を詳しく報告して下さる。
退院前のカンファレンスでお話を聞いている。
退院前のカンファレンスで医師からの指示や看護師さんからの指示や利用者様の状態の把握ができる。
退院前の担当者会議への参加
退院前の担当者会議や退院当日の申し送り等ができています。

	退院前後の調整、フォロー、かかりつけ医との連携。
	退院等の前にカンファレンスを何度か持ち、情報等の共有を図っているから。
	退所、退院時のムンテラに参加
	担当のケアマネージャーから報告をもらう。
	担当者との時間調整が大変。
	担当者会議でできるだけ詳しく聞く。サマリーあり(面接)。
	担当者会議時の出席
	地域の連絡会議での情報交換。
	直接は連携できていないが、ケアマネを通して行っている。
	直接会い、話を聞くことができる。
	直接会うことが多いから。
	直接的に医師と関わることは少なく、利用者が退院する際のムンテラで必要な情報は教えてもらえる。
	通院時カンファレンス
	通院時には情報の共有は行えている。
	電話等で直接コミュニケーションを取り、連携が取りやすい。
	電話連絡、情報提供書
	同一法人内での場合、利用者に対しても共通認識があり、連携しやすい。
	入院中、様子を伺い退院時のサマリー依頼。
	入院中の様子は会議にて報告をもらう。
	入院中の様子をカンファレンスに参加して聞くことにより、在宅に戻ってからの生活で活かせる事がある。
	入院中の様子を詳しく教えてくれる。
	入院途中の状態と退院時に十分な説明がある。
	必ずカンファレンス又は、サービス担当者会議に参加し、詳細を直接伺う。
	必要な時のみカンファレンスをしている。
	必要な時は情報提供などできている。
	必要な情報はもらえている。
	必要に応じてお互い情報交換できている。
	必要に応じて情報交換をしている。
	必要に応じて対応してくれる。
	必要に応じて電話、FAX、会って等行っている。
	必要時にに応じてカンファレンスに参加。
	病院にてカンファレンスに参加、個別に情報をもらっています。
	病院にてカンファレンスに参加、個別に情報をもらっている。
	病院の相談員を通してですが、情報交換はできていると思います。
	病棟の看護師から直接情報を得られている。
	服薬、食事形態等
	服薬管理、早期発見、その後対応連携ができています。
	法人内の看護師のため、声をかけやすく情報ももらいやすく対応が早い。
	訪問看護を利用しているので(毎日)、都度状態を報告している。
	利用者本人送迎時に会った時、話を伺うことができている。
	利用者様について話をすることはできる。対応して下さる看護師さんは多い。
	連絡があった場合に応じている。
介護職員	Dr.からの話も噛み砕いて伝えて下さる事がほとんどのため。
	HP 担当者会議で直接話しを聞ける。
	MSW を通して相談可
	カンファレンスの開催時に情報提供を受けており、問題点等についても提供がある。
	カンファレンスや情報提供書でできている。
	カンファレンス時
	カンファ時に連携できている。
	ケアマネ→相談員→介護職の流れだが、医師よりは情報が多い。
	ケアマネージャー、責任者等が面接など行い、情報交換を行っている。
	ケアマネージャーを軸とし、関係機関で情報共有する機会があり、ご本人様の状況を全員で確認、把握ができています。
	ケアマネージャーを通してサマリー等の報告書を見せてもらっている。
	ケアマネージャーを通して連絡がある。
	ケアマネや家族様を通して、こちらの状況は伝えることができている。
	ケアマネより情報収集できている。
	ケアマネを通して、医師の所見等確認できている。
	ケアマネを通じて連携している。
	ケアマネを通して連絡がすぐできる状態にある。
	ケースにもよるがヘルプに入る際に必要な情報はもらえていると思っている。サマリーにて情報伝達、または退院カンファレンス等にて。

サマリーだけでなく口頭でも情報を与えている。
サマリーでの情報をもらっている。
サマリーをあげてもらっている。
サマリーをもらう。
サマリー共有
サマリー情報は必ず確認できる。
フェイスシート等での利用者の状態の報告、指示をもらっている。
マサリー、ケアマネからの連絡。
医療行為について等、必要な情報を提供してくれる。
引き継ぎが看護サマリー等を通してしっかりとできていると思う。
引き継ぎや注意事項をこちらから積極的に伺うようにしている。
看護サマリー、カンファレンス
看護サマリーの提供
看護サマリーの提供、電話連絡
看護サマリーを活用できていると思う。
看護サマリー等で残してくれている件が多い。
看護サマリー等の情報提供
看護師が把握し、医師に伝えてくれる。
看護師も医師と同様、必要な情報が得られるように聞きとりなどに協力してくれている。
疑問や注意点の確認が取れる。
居宅の事業から紹介
計画作成担当より情報を得る。
血圧、薬の情報、適切なケアから入院中の過ごし方まで詳細に情報をもらえる。
事業所内に看護師がいるので、看護師が連絡を取り、情報共有できている。
受診の都度やりとりをしている。
情報が CM さんから Hr の方にまで、いつも降りてきているから。
情報提供をいただく。お話を聞く。
退院、退所時、サマリーでの情報伝達ができています。
退院サマリーや途中経過の連絡
退院に向けたカンファレンスに参加し、報告を受けているから。
退院後のサービス内容の検討や、どの点に注意が必要か指示を伺うことができている。
退院後気になることや病状の変化等、すぐに連絡を取れるようにしている。
退院時、退所時のカンファレンスに出席していただく。
退院時カンファなどへサービス提供責任者も同席し、状態など聞いている。
退院時カンファレンスで利用者の様子を聞くことができる。
退院時カンファレンスやケアマネージャーを通しての情報を共有している。
退院時サマリーがある。
退院時に一時的に関わるのみという場合が多い。
退院時の ADL、入院時の様子など、情報共有されている。事業所での支援、方向性。
退院時のカンファレンスがあるときもあるが、ケアマネージャーからサマリーをいただくくらい。
退院時のカンファレンスに出席。
退院時のカンファレンスに出席して、入院時の様子、退院後の注意点を聞いている。出席できない場合はケアマネを通して指示がある。
退院時のサマリーを通して必要な情報は提供されている。
退院時の担当者会議で情報共有している。
退院時の担当者会議のみの連携、退院時サマリー、カンファレンス時の連携ができています。
退院時の様子など、FAX で送ってもらっている。
退院時は利用者の状況等、注意点を十分に確認し、意見をいただいている。
退院前、退院時に不明な点を確認する時間を設けてもらっている。
退院前カンファレンスで説明をしっかりとっていて、通院先や訪問看護、訪問医との連絡、連携をしてくれているため。
退院前カンファレンスで直接やりとりを行っているから。
退院前にカンファレンスを開催してもらい、病状や今度の留意点の確認ができているため。ADL や必要なケアについて確認ができているため。
退院前のカンファレンスにて話をしている。
退院前のカンファレンスを開き、どのような支援が必要か相談できる。
退院前はカンファレンスで気をつけることを教えてくれる。ケアマネを通して電話で相談できる。
退所時の指示など話し合いや文書を通して細かい情報提供があり、その後も連携がとれている。同じグループの場合。その他の病院の医師とは連絡が取りづらいところもある。
担当者会議に参加し、利用者の状況の把握ができているため。
直接会ってアセスメントすることができているため(ケアマネとして)。ただし情報に主観的評価が入ることがあり、現実と相違することがある。

	直接連携しているわけではないが、ケアマネージャーを通して先方の指示等聞き、こちらからも報告している。
	通所介護に来ているため。
	電話でのやり取り、直接会ってのやり取り
	同一法人への対処等の場合
	入院中のカンファレンスのやり取り
	入院中の状況や、退院後の注意点など、情報を伺っておきます。
	入院中の状態や変化を確実に申し受けている。
	必要に応じて連絡を取っているため。経過などを報告したり、今の状態について等の相談をしている。
	病院により病状説明、治療経過、退院後の指導内容等サマリーを出していただけるので、対応しやすい。
	利用者が退院されたらすぐに連絡が来る。
	利用者の状況や注意点などを確認している。
	利用者様の健康状態や入院時の生活の様子、食事の形態などの情報などを管理者を通して連携ができる。
	連絡があった場合に応じている。
サービス 提供責任 者	ENT カンファレンスには出席しているので必要な情報はあり、連携できている。
	カンファレンスがあった場合その場に居合わせるので、本人の状態を詳しく聞くことができる。
	カンファレンスに参加されるので。
	カンファレンスの開催、情報の共有ができています。
	カンファレンスの際、情報をいただける。
	カンファレンス等に参加することで正確に状態を知る事ができています。
	ケアマネ、家族様より伝達してもらっている。
	ケアマネージャーからの情報と退院カンファレンスで連携が取れる。
	ケアマネージャーからの連携がうまくできています。
	ケアマネージャーからの連絡があるので。
	ケアマネージャーと随時状況・情報の交換をしている。
	ケアマネージャーを通して連携をとっている。
	ケアマネが対応している。
	ケアマネを通してできています。
	ケアマネを通しての連携で、直接連携していない。
	ケアマネを通して情報が来る。
	ケアマネを通して退院時と前に担当者会議があると連絡があり参加する。
	ケアマネを通じて必要な連携は取れている。
	サービス担当者会議など。
	ムンテラを行い、在宅生活での注意点、病状等を確認した。
	医師の所見に加えて日常の様子を詳しく伝えてくれている。
	院内でのADLなどの情報はいただける。
	介護が必要と思われる情報の共有も概ねできており、その後の質問・確認の作業もすぐにできるため。
	会う機会がほとんどない。
	看護師が積極的にカンファレンスに参加。
	看護師又はケースワーカーからの情報。
	計画作成担当者より情報を得る。
	最近退院時に(前に)病院で担当者会議があったり、申し送りの書類が見られる事も多くなった。
	受診の都度やりとりをしている。
	説明を聞いた。
	全て担当ケアマネから連絡がある。
	相談支援専門員(総合支援法)を通して。
	退院(所)時カンファレンスにて、申し送りを受けている。
	退院してからの過ごし方、留意点を説明してもらっている。
	退院後のカンファレンスが開催されるとその後の連絡が取りやすい。
	退院後の医療情報の説明をしていただき、看護サマリー情報もいただいている。
	退院時、ケアマネージャーが会議を開いてくれるので参加しております。
	退院時カンファレンスに同席し、質疑応答ができる。
	退院時サマリーを作成され、現状の状況報告を頂いている。
	退院時にはサマリーをもらうなど、情報をもらい会議も行っている。
退院時には適切な情報やアドバイスあり	
退院時に病院でのカンファレンスに参加し、入院中の様子、退院時在宅になる前の身体状況などを聞き、対応している。	
退院時に病状を詳しく説明してもらえる。	
退院時のADLが具体的に知らされない。	
退院時のカンファレンス	
退院時のカンファレンスにて指示を十分に頂く。	
退院時のカンファレンス及び担当者会議における連携は取れているように思う。	
退院時の看護サマリーの閲覧と、退院時のカンファレンスの伝達。	

	退院時の担当者会議に出席し、担当看護師と直接話ができています。
	退院前カンファレンス(サービス担当者会議)時、あるいはケアマネージャーを通して。
	退院前にサービス担当者会議に参加させてもらっている。
	退院前に関係者で集まり、担当者カンファレンスを行っている。その後はCMを通し連携を図っている。
	退院前のカンファレンスにて聞くことができる。
	退院前のカンファレンス等で十分な情報提供が行われている。
	退所時に入所中の様子等の申し送りを聞くことができる。
	担当ケアマネを通して行っている。
	担当者会議に出席状況説明がある。
	担当者会議等での申し送りで、質問しながら在宅での生活ができています。
	直接お話を聞いている。
	定期的受診時
	電話等の連絡が取りやすいため、連絡がしやすい。
	入院、入所中にも連携しているため。
	入院先や通院時に連絡し、用件と都合を確認して訪問するので協力は得ている。
	入院中の過ごし方、ケアの仕方を教えていただくことができた。
	入院中の様子、退院後の注意点等を会議事に連携できている。
	入院中の様子を分かりやすく伝達してくれている。
	入院中の様子を分かりやすく伝達してくれている。
	入院中や退院後の話を聞いている。
	必要時はケアマネを通して行っている。
	病院によっては連携をとるが、その他はケアマネージャーを通して連携をとる。
	病院のシステムによってまちまちではあるが…
	病院のワーカーを通して退院の際にカンファレンスを行っている(問題ケース、知的、精神など)。
	分かりません。
	問題が生じた場合、ケアマネージャーから確認をしていただき連絡をもらえるので。
	利用者の状態について報告。
	利用者様の身体状況等の確認で電話、FAX(フェイスシート)等で連携
その他	CMを通じて下話しておいてくれる。
	医療相談室との連携で、担当看護師と連絡が取れる。カンファレンスに参加する。
	何かあればその都度聞いている。
	看護サマリーやその都度電話で情報収集している。
	看護サマリーを送って頂き、又病院へ訪問時、報告を頂いている。
	細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡が いっている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。
	情報をしっかり伝えてくれる。交換しやすい。
	切り替わる時の指示量など。
	退院時カンファレンス時にきちんとした説明を受ける。
	退院時にサマリー等の情報の提供を受けることができる。
	日常生活においての注意点や聞き忘れたことについて何度かお電話で話すことがある。
	入院時、入院中から連携は取っている。
	必要に応じて必要な情報を得られている。ケースに応じて協働することもある。
	面会時に入院連携にて状況の説明や、退院後の状況の説明を受けたり互いの情報共有ができています。
-	病状等は書類できちんと知らせていただいています。
やや不十分	管理者
	Dr.はお忙しく人によっては在宅での介護との連携を重要視されていない方もおられ、理解していただくのに大変な部分はあります。
	Ns 方が上であるという立場が強く、情報交換しづらい。
	あまり連絡を取る機会がない。連携を取る場合、書面が多いので。
	カンファレンスでの関わりはあるものの具体的にはケアマネを通すことが多いため。
	カンファレンスやサマリを頂けるケースがあつたりなかつたりする為
	カンファレンス等に看護師が出席されないこともあるため。
	ケアマネさんを通しての情報
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通しての連携しかなく、知りたい内容が伝わってこないことがある。
	こちらからケアマネを通して連絡が取れる程度である。
	サマリー等で確認することはあるが、退院された後のフォローがない。
	じっくり接する時間がない。
	タクシーに情報が入ってこない。
	なかなか時間が取れない。
	なかなか時間調整が難しい。
	ほとんど退院時カンファレンスのみ
	家族が退院のお迎えをしているので。

	介護についての理解が不足！
	現在の状態や今までの体調の変化、注意すべき点などを聞く。
	現場で働くスタッフが少なく、身体介護の技術が低下しており、サービスに入る事が多いため、会議に参加する事ができない。
	在宅看護の在り方を知らないNsも多い。施設では病院と同じ様な医療を受けられると思っておられる時がある。
	事業所から直接連携を取ることはなく、ほとんどケアマネを通じての情報となる。
	事業所やCMによる情報不足。
	事業所看護師にて対応しています。
	書面だけのやり取りとなってしまう。
	情報が入りづらく、在宅サービスとの連携が不十分。
	情報の収集が困難
	情報は不十分
	情報提供で連携している。
	情報提供書のみ
	多忙を理由に断られるケースが多い。
	退院カンファレンスがあるときがある。
	退院後、主治医変更となり、関わらない。退院前には情報提供あり。連携取れていると思う。
	退院後の状況についてフィードバックしていない。
	退院時カンファレンス参加のみ。
	退院時には関係者が集まり、必要事項等連携を必ず取ってくれている。
	退院時のカンファレンスfの場のみとなってしまう。後はCMを通してなので必要な情報が少ない面がある。
	退院時のカンファレンスをする場合は面談もするが、普段からの連携と考えるとあまり取れていない。
	退院時の看護情報提供書のみでの情報となることが多いから。
	退院時の看護添書によりケアマネージャーなどの連携が取れるが、以後の連携が難しい。
	退院前カンファレンスに参加して頂ける利用者と、して頂けない利用者がある。
	退院前カンファレンス時は参加できないこともあり、サマリーやケアマネから聞くことになる。カンファレンスでも専門的な用語などもあり、知識の差が目立つ。
	退所時にカンファレンスを行う程度。
	担当者会議で連携がとれている。
	担当中の方が入院し、退院された時は連携しやすい。退院後担当になった時は連携しにくい。
	直接話ができない。(カンファレンスがない)
	入院時と在宅での生活に不具合があり、入院中と在宅時に温度差がある。
	必要がない場合に情報を聞く。やりとりの機会が少ない。
	病院から直接受け入れる場合、退院時に利用者の状態を把握するため同席し、必要な情報を得るようにしている。
	病院は病院、在宅は在宅。帰ってからのことはあまりアドバイスがない。
	病棟ナースも退院カンファレンスに参加しているので、病棟の様子が理解できる。
	不明な部分の確認のみ行う。
	訪問看護に比べて会う機会がなく、連携が取れるまで交流がない。
	連携を取ってもらえるような配慮をしてもらう取り組みは行っていない。
介護職員	かかりつけ医に移行するため。
	カンファレンスには参加されているが、カンファレンス以外の連携はない。
	カンファレンスへの参加
	ケアカンファレンスの際に訪問にあたっての必要な情報は収集できるが、訪問開始後は直接医師に聞かずケアマネを通すため。
	ケアマネージャーからの依頼で調整会議等に参加することで連携できる。
	ケアマネージャーが担当している。
	ケアマネージャーを通じた情報しか得られないから。
	ケアマネージャーを通して連絡していることが多い。
	コミュニケーション不足
	ご利用者様についての詳しい情報がこちらへ来ない(すぐ入らない、しばらくしてから情報が入る)。
	サマリーのみ情報が主で直接聞く機会は少ない。
	サマリーを見ることが多い。ケアマネからの情報がほとんどである。
	サマリー等での連携はできているが、それに対する対応等ができていないことがある。
	できている。
	家族からお話を聞いている。直に聞いていない。
	家族対応のため、連絡等が不十分
	看護サマリーの不明点に確認をするのみ。
	書類のみのやり取りのため。
	情報がないから。
	情報提供を行う場がない。情報はケアマネを通じて伝達されている。

	<p>新規のケースは退院前カンファレンスで情報確認し、在宅での環境整備をしてから受け入れている。Ns は退院後の訪看がメインとなるため、書類情報のみが多い。</p> <p>全員が退院前カンファレンスを行っていただけるとは限らないため。</p> <p>全員の利用者が退院前カンファレンスを行っていただけるとは限らないため。</p> <p>退院の時のみの連携</p> <p>退院後の生活について</p> <p>退院時の聞き取りや受診を継続する場合は連携がとれているが、それっきりになってしまう場合もある。</p> <p>退院時や直前に話し、ある程度の情報交換ができています。</p> <p>退院前の情報をもらっている。</p> <p>退所時の看護師からのサマリー等を見て、実際は介護しながら把握していく。</p> <p>担当の看護師による。</p> <p>担当者同士で話ができているが、自分は直接関わることは少ない。</p> <p>直接お話することができず、対応への指示、確認に時間を要する。</p> <p>直接ケアマネジャーと家族が連絡を取り合うことが多い。</p> <p>必ず退院前カンファレンスが行われるとは限らない。Dr.よりはサマリーなどで意見が聞いていると思う。</p>
サービス提供責任者	<p>Dr.の所見は分からないので、不明な点多々ある。</p> <p>アセスメント等で相談支援員を介して情報の共有はできている。障害の方はほとんどご家族同居のため、そこを介してしまうことが多い。直接的な関わりを持ちたいと思うが担当者会の開催も相談支援員によってバラツキが多い。</p> <p>カンファレンス、担当者会議では話すがその後はあまり接点がない。</p> <p>カンファレンスの出席時間が短い。</p> <p>カンファレンスの必要性を感じておられないのか。時間がいないのか？</p> <p>カンファレンス時に申し送り等受ける程度。</p> <p>ケアマネジャーを通して情報を聞いています。</p> <p>ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。</p> <p>ケアマネを通じてのみ情報が入ってくる。</p> <p>ケアマネを通して情報収集をするため。</p> <p>ご利用者の ENT 時に立ち会っていないため。</p> <p>サマリーはもらったが、実際と違った。</p> <p>なかなかお会いする機会がない。</p> <p>医師と同じくサマリー等での接触にしかありません。</p> <p>医師と連携しているのではなく、連携室より連絡が入るから細かいところが分からない。</p> <p>看護師も多忙のため。</p> <p>施設によって差がある。人員不足で時間が取れない等がある。</p> <p>時折、診療所に立ち寄って情報を提供します。</p> <p>時折、担が病院であるが、その時のみ。</p> <p>主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。</p> <p>申し送りができていない。</p> <p>退院したことが分からなかった。担当ケアマネが誰か把握しきれていない。</p> <p>退院を利用者に急がせ、何も準備が出来ていない場合があり、退院後の在宅が整わないことがある。</p> <p>退院後の生活について。</p> <p>退院時にカンファレンスを開き、利用者についての注意点や在宅時について相談に乗ってくれている。</p> <p>退院時のカンファにて、退院後の医療行為に対して十分に連携は図れていたが、退院後はかかりつけ医が優先となっているため。</p> <p>退院時のみでその後は連携できていない。</p> <p>退院前のカンファレンスが開かれるケースと開かれない場合がある。</p> <p>退院退所前カンファレンス時の情報のみで、後は忙しい Dr.とは連携しづらい。</p> <p>必要であれば参加している。ヘルパー内容と関係ない時は CM より申し送りを受けている。</p> <p>文書が多く、話が少ない。</p> <p>報告書のコピーはもらえるが、一方的で質問したいことがある場合にできない。</p> <p>法人外の Ns はケアマネ通す。</p> <p>訪看を利用していないケースはなかなか連携が取れない。</p> <p>訪問介護事業所として直接話を聞く機会は少ない。ケアマネジャーを通して、または書面でアドバイス等を受ける事が多い為</p>
その他	<p>SW さんの方より、担当看護師に看護サマリーなど、ご本人の内容を聞いた方がよいといわれる。</p> <p>情報は提供して頂けるが、レベルが低下した状態で来られるため、詳しい情報が欲しい。</p> <p>状況報告を面倒くさがる方が増えた。「とにかく退院して」という雰囲気が強い。</p> <p>入院先の看護から看護師への情報提供</p> <p>病院により異なる。</p> <p>聞くことには答えてくれるが、カンファレンスの時がほとんどで、普段は聞きにくい。</p>
不十分	<p>管理者</p> <p>CM との連携が不十分のためか全体の連携がうまくいかない。CM の性格、性質も問題の一つと考える。</p> <p>Dr.との意見の食い違いを感じたことがある。在宅での生活をイメージしていない感あり。</p>

	NSには連絡があるが、介護職員までの統制がない。
	カンファレンスで情報収集が行える。
	カンファレンス程度
	きっちりと内容を提供してくれる病院ばかりではないため。
	ケアマネージャーのところに直接連絡がいき、その後事業所へ連絡が行くため。
	ケアマネージャーの勉強不足。
	ケアマネからの看護サマリーが主となるため。資料以外の情報を得にくい。
	ケアマネからの退院時の情報。
	ケアマネや訪看を介してであり、直接なし。
	ケアマネ中心なので連携できない。
	コミュニケーションは取るが不十分。
	すべての利用者の退院カンファに参加が出来ているわけではない
	その後のフォローがない。こちらから動かないと対応してくれない。対応も感じが悪い。
	医師に相談する程度が分からない。
	医師の見解もあり、なかなか指示もしにくい様子。
	医師よりはあるが、あまり情報なし
	何も情報の来ない時がある。
	介護職と直接話す機会はない。
	看護サマリーの情報をいただくぐらい。
	事業所にはケアマネからの情報がほとんどだから。
	情報が十分に聞き出せない。
	情報を求めてこない。
	生活のことを情報共有できるようなシステムが不十分である。
	全てケアマネを通しての情報で一方通行のため、こちらの質問への回答がない。
	相談員とのやり取りが多く、相談員を通してという形が多くなっており、直接医師とは不十分。
	退院、退所時のカンファレンスへの参加が少ない。ケアマネからの情報のみのことが多い。
	退院時カンファレンスを行うが、かかりつけ医でなければ退院後は連携を取らない。
	退院時に担当者会議を行う。状況がよく理解できます。それ以外はケアマネ様より連絡をいただいています。
	退院時に入院時の様子などを聞くが、それ以降はかかりつけ医に引き継がれるため。
	退院時に病院でケア会議があることが少ないため。ケアマネのセッティングがない。
	退院時のカンファレンス等の知らせがない場合が多い。
	退院時のみ
	退院時の申し送りをヒアリングできるのがせいぜいのところである。
	退院時の搬送等の依頼で利用者の状態の情報が乏しい。例:〇〇のような感染症があるなど…。
	退院時一回のみが多い。
	退院前のカンファレンスはあるが、退院後はないため。
	直接の連携はほとんどなく、間にケアマネージャーが入っての連携であるため、ケアマネージャーの力量次第となっており、不十分である。現場の介護職と医療職との間に入るケアマネージャーが在宅経験がないと、より不十分となる。
	入院時と在宅では、ADLに差があり参考にならない。
	入院中訪問等で情報交換等実施。退院前カンファレンス等でも同様であるが、地域連携室との連携が主。医師も同様。
	病院によっては直接話を聞いていないので。
	病院の医師は丁寧な人が少ない。
	別法人のためコミュニケーションが浅い。
	面会時に情報を共有、連携している。
	予めフェイスシート等のお願いをしていたにも関わらず、口頭での申し送りしかなかったり医師からの情報とは違う内容だったりすることが多い。
介護職員	ケアマネ、管理者が主に関わる。
	ケアマネが全て連携している。
	ケアマネが用意してくれる診断書、情報の書いてある書面でしかないから。
	サマリー、情報が不十分
	サマリーのみ
	サマリーをいただいたり何うと簡単な情報は提供いただける程度。
	ヘルパーとして入退院に携わらない。
	ほとんど関わりがない。
	医師の指示だけではその人のニーズを十分に聞きいれてもらえない。医療と介護の大事にしている事の相違。
	看護師からも退院後のアドバイス等あり。
	顔を合わせる機会がない。
	在宅との間に壁がある。
	主治医からの指示を受ける事がほとんどで、看護師からの指示はあまり受けないので。
	書面のみなので



		情報が混乱していることがある。
		申し送り時の対応でその後の関わりはない。
		全く分かりません。
		相互のやりとりができず、一方的になってしまう。退院調整ありき。
		相談員、ケースワーカーの対応で直接医師と話す機会は少ない。
		退院時カンファレンスで会うのみ。
		退院時のカンファレンスが行われていないケースの場合
		直接接することがない。
		電話でのやりとりがほとんど。
		入院時、入院中、退院時の詳細が説明不十分。またカンファレンスや担当者会議に参加する機会がない。
		入院中に病院に行くことがない。
		病院の場合 Ns からの情報は少ない。地域連携が情報をまとめて伝えてくれるので、直接 Ns の話を聞くことは少ない。
		忙しく、会えない。
		利用者情報が不十分なことがある。
		連携の取れているところもあるが、大半は連携が取れていないことが多く、退院時の添書や情報提供もないことがある。
サービス提供責任者		カンファレンス
		カンファレンスによる連携
		カンファレンスの場でじっくり話を聞ける機会が少ない。
		ケアマネージャーに対応をお願いしていて、直接お会いしてのことが少ない。
		ケアマネによりカンファレンスが院内で行われない限り、ヘルパーの方から働きかけるのは難しい。カンファレンス等もお互い忙しく、参加できずに意見書で終わることもある。
		ケアマネを通してサマリー等で情報をもらうことがほとんどである。
		ほとんど会う機会がない。担当者会議で会うこともない。
		ほとんど本人か家族のみ。
		依頼がないため
		看護師が上から目線なので。
		在宅の介護状況をわかっていない。
		次回の受診まで会うことがない。
		書面でのやり取りのみ
		退院、退所の連絡が急に入り、こちらから要請してカンファレンスをすることもあるが、全てケアマネを通してのため開催されないこともある。またサービス提供責任者が独自に行っても、個人情報で話をしてくれないこともある。
		退院時カンファレンスに出席し、色々情報をいただけるが、退院後かかりつけ医に変更になることが多く、連携が取りにくい。
		退院時のカンファレンス以降、直接連絡を取り合う関係性が構築されていないため。
		退院時のカンファレンス参加の連絡がケアマネから来た際は参加。来ないで事後にケアマネより報告がある場合は連携が取れない。
		退院前カンファレンスの時のみの接触
		担当者会議には医師は忙しく、参加できない。退院・退所の場合は申し送りのみサマリーなど。
		入院中の様子等が全く分からない。
	利用者と同行してもヘルパーの同席は無用と言われる。	
その他		きちんと説明してくださらない場合がある。
		自宅生活のレベルをあまり考えていない気がする。
		退所面談がないことが度々ある。
-		看護サマリーで情報を得る。
連携していない	管理者	CM から指示があるため。
		CM を通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいていの CM さんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ず CM を通すようにしている
		Ns、CM が連携を行っている。
		カンファがないから。
		カンファレンス会議の開催がないため。
		カンファレンス等に呼ばれない。
		ケアマネに報告しているが、直接話をすることはない。ケアマネ経由の指示。
		ケアマネを通じて対応している。
		ヘルパーが直接先生と話すことは退院時カンファレンスぐらいです。
		医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。
		医師に対しての遠慮。認知症に対する医師の理解不足。強制的にでも集合する機会がほしい。
		介護保険のケアマネが統括しているが、障害サービスの方には連絡があまりない。
		看護サマリーの提供で良いと考えている。
		現在退院前・中のご利用者がいかなかったため。
事務所への連絡がない。		

	場が持てない。こちらからはできない。CM が動いてもらわないと。
	先生からの指示が届かず。
	相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない
	対象者がいないため。
	退院(所)時の担当者会には全て参加している。
	退院後はほとんどケアマネを通しての連携となっているため。
	退院時カンファに呼ばれない。直接話す機会がない
	退院時サマリーは頂くが、その後はかかりつけ医と連絡をとる。
	退院時には利用者の状態を説明してもらえ、これからの支援に役立つ。
	退院時は必ずサービス担当者会議を開催している。
	退院調整は CM、Ns が行き、サ担にて申し送られるため、Dr.とヘルパーが直接連携する時がない。
	直接連携せず、ケアマネや訪問看護に報告し繋げているため。
	特に必要性がないため
	必要があればと思うが、基本的にケアマネを通じての対応が多い。
	必要な場合はすべてケアマネを通しているため。
	訪問介護員が病院及び施設の看護師と接点を持った事がない。
	立ち会いができないケースが多いため。
	連絡が取れないし連絡も頂けない。
介護職員	SW、Ns が行っている。
	お会いする機会がない。
	かかりつけ医からの連絡となるため、連携をするケースがない。
	ケアマネージャーが積極的でない。
	ケアマネージャーや管理者が対応するため、一職員は関わらない。
	ケアマネが間に入っている連絡だから。
	ケースワーカーが把握しているので関与していない。
	サービス提供責任者のみ参加のカンファレンス
	サービス提供責任者を通して指示を受ける。直接接することはありません。
	デイサービスが主なため。
	ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。
	ヘルパーは連携していませんが、ケアマネージャー、サービス提供責任者等は十分連携していると思います。
	まずはケアマネに連絡を取ることが多く。直接医療の人と連絡は取れていない。もし必要な場合は訪看さんと直接とることが多い。訪看さんが入っていない場合は主治医に連絡する場合もあるかもしれないが、今はしたことがないです。まずはケアマネへします。
	介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？
	管理者、ケアマネが事前に連携を持ち、報告を受けている。
	期間内に利用する人はなし
	機会がない。
	出会う時がない。
	上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。
	申し送りなどもない。
	退院、退所すると、地域の医師との連携になるので必要がない。
	退院後は訪問看護との連携が多くなり、病院看護師との繋がりがなくなる。
	退院後も関わりのある看護師は少なく、訪問看護師への連携となる。
	担当ケアマネージャーからの情報提供のみで、医師と直接やり取りする機会がないため。
	担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。
	直接連携することはなく、ケアマネージャーより連絡を受けるのみである。
	通院介助しか関わっていないから。
	病院から事業所へ直接連絡が来ることはない。CM や家人から連絡が来るか、こちらからするかは現状。
	役割ではない。
	利用者のご家族や入居されているケアホームの世話人が医療機関と連携を取っているため。
	離島で会えない。
	連携する体制がないため。
サービス提供責任者	CM が連携するため。
	CM が連絡してくれているため。
	CM 経由でしか話が来ない為
	ケアカンファレンスやサービス担当者会議にケアマネが招集しない為
	ケアとの連携はしている。
	ケアマネージャーが必要な情報のやり取りをするため。
	ケアマネージャーさんからの指示、説明。またサマリーがあり、問題がある場合はケアマネさんに伝えている。
	ケアマネージャーを通してであり、細かいことが分からない。
	ケアマネージャーを通しての連携が中心であるため、直接連携をとることはない。
	ケアマネージャーを通しての連絡がほとんどであり、直接連絡を取り合うことはない。

		<p>ケアマネからの情報をもらうので、直接には連携を取る機会はない。</p> <p>ケアマネが対応しているため。</p> <p>ケアマネが連携している。</p> <p>ケアマネを通しての連携なので、直接はできていない。</p> <p>ご家族にまかせている。</p> <p>サービス内容に関わるので、こちらからやりとりしたり、報告はケアマネなどから密にしてくれる。</p> <p>その必要がない。必要な時はケアマネージャーを通して行う。</p> <p>ほとんどカンファレンスに参加する場面はない。</p> <p>医師との連携が主となっているので。</p> <p>家族から入院中の様子などを聞いたのに留まった。</p> <p>時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。</p> <p>情報をいただくことがない。</p> <p>退院カンファレンスのみとなっていることが多い。そのカンファレンスがない方もおられる。</p> <p>退院後の連携についてはほとんどケアマネよりとなっている。</p> <p>退院時カンファレンスだけの関わり。</p> <p>退院前カンファレンス以外に必要性がない。</p> <p>担当看護師と面識を持つ機会がない。</p> <p>病院へ出向く時間がない。</p> <p>病棟の看護師は退院後の関わりが薄く、連携できていない。</p> <p>聞きたいことがあっても、CMがいるのでCMに相談する事が多い。</p> <p>訪問看護師が医師とのパイプ役になっている。</p> <p>連絡を取ることがほとんどない。</p>
連携を要するケースがない	管理者	<p>カンファレンス、会議に欠席されていることが多いので、関わる機会がない。</p> <p>カンファレンスをお願いしましたが、必要ないと断られました。</p> <p>ケアマネージャーに全て連絡をしている。</p> <p>ケアマネさんを通じ行っているため。</p> <p>ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。</p> <p>ケアマネを通して行っている。</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅のため、特に必要ない。</p> <p>医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。</p> <p>看護師により連携している。</p> <p>受診同行</p> <p>退院時カンファレンス、担会のみ</p> <p>退院時のカンファレンス以外は接点はない。</p> <p>直接に接触する機会がないため。</p> <p>直接の連携を必要とするケースがない。</p> <p>直接関わりがないため</p> <p>入院時はケアマネが医師と連携し、それを伝えてくれる。</p> <p>連携するケースがない。</p>
	介護職員	<p>あまり機会がない。</p> <p>ケアマネさん経由で話をもらうので、こちらからコンタクトは取っていない。</p> <p>ケア時間の内には時間がない。</p> <p>ご家族様というワンクッションがある。秘守義務的なことも多々出てくる。</p> <p>サービス提供責任者が連携を取るため。</p> <p>なかなか接触機会なし</p> <p>介護支援専門員が行っている。</p> <p>自分と直接接する機会がなく、情報はサービス提供責任者から頂くため。</p> <p>責任者が連携する。</p> <p>直接医師とは連携は取らないが、責任者からの指示がある。</p> <p>直接連携することはない。</p> <p>同一法人内の病院であり、ご利用者のかかりつけ医でもあり、連携ができていると思われる。</p> <p>入院のケースがない。</p> <p>利用者様より病院名は聞くことができる程度</p> <p>連携を要するケースがない。</p>
	サービス提供責任者	<p>ケアマネをとおして重要な事は伝える。</p> <p>ほぼ退院時(Dr)対応はケアマネ</p> <p>今のところ退院、退所の利用者はいない。</p> <p>書類のみで確認している。</p> <p>退院カンファレンスはケアマネが出席され、ケアマネを通して利用者の状態等を知る。</p> <p>退院後通院したとしてもあいさつ程度。</p> <p>退院先の医師とは、いままで利用者 18 人の中で 1 名の利用者のみ。それも退院カンファでお会いしただけ。つ</p>

		なかりはありません。
		退院前カンファレンスへの参加。
		退院前のカンファレンス以外、会うことがない。
		担当者会議に出席した職員から情報が得られる。
		利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。
		話をした事も会った事もない。
	-	ケアマネ、管理者が対応しているため。
		該当する利用者がいない。
-	管理者	ケース検討会議等が行われていない。
		経験なし
		障害のサービスなのであまり連携ありません。
		担当 CM を通じての連携である。直接的には連携はしていない。
		直接ではなく、ケアマネさんから報告がある。
		必要な場合はケアマネより担当会議の連絡があり、参加するようにしています。通所介助時に直接情報のやり取りをします。
		病院によっては状態を知らせてもらえるが、看護師によっては家族にしか教えることは不可と言われ、困ることがある。
	介護職員	CM が行っている。
		ケアマネ、責任者を通してのみ連携できる。
		ケアマネを通して、利用者様の様子や症状、今後の対応について報告がある。
		わからない
		全てのケースでケアマネが計画し、その指示にそって提供します。
		退院時のカンファレンスで十分聞きとりができ、注意事項等も聞かせていただける。
		特になし
		突然の体調不良時、その処置において敏速な対応ができませんことに現場は困っている。
		訪問時、状況を確認している。
	サービス提供責任者	カンファで様子や状態を聞いている。
		家族、ケアマネに連絡しており、その後担当者会議があっている。
		看護師との連絡は同一法人内ケアマネ、看護師がとっている。
		退院前、関係者全員でカンファレンス開催。
		直接医師や看護師と連携を取っていない。必ず間にケアマネージャーをはさみ連携を取っている。
		利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネージャーに報告しているため(活動中に急に容体が変化した場合は別)。

### ③かかりつけ医との連携について

連携の充足度	F9 役職	Q4-3.かかりつけ医との連携ができる・できない理由
十分	管理者	2週間に1度の往診。体調の急変等にも昼・夜に関わらず対応してもらえる。(休日でも)
		365 日ほぼ連絡が取れて、その都度状況が変われば報告できている。
		4週1回往診
		ENT 時のサマリー等から受入の連絡を頂いている。
		FAX や電話で利用者の状態を報告している。
		いつもよく連携できる。相談もできる。
		こちらの依頼はよく指示してくれる。
		コミュニケーションが取れている。
		すぐに状態が悪いと往診をしてくださる。
		すぐに報告、相談している。
		往診 Dr.ですが、細かいことでも相談をすると快く対応していただける。
		往診できる医師で 24 時間対応して相談に乗ってくれている。協力医院の医師にも相談、連携している。
		往診や緊急時対応にて
		往診を月1回～2回利用しているので、都度相談、報告している。
		往診時に同席させてもらい、指示を受けている。
		往診時や電話で確認。
		往診等でのコミュニケーションを図れている。
		往診日に連絡帳に記録しておく簡単なメッセージあり(報告が必要な場合のみ)。
		何かあった場合、小さいことから大きいことまで常に医師に相談し、指示を仰いでいます。
		何かあればすぐに連絡できます。
		何かあれば相談しやすい。
		何か変化があれば相談する。
		極細かく連絡を取り連携している。
		勤務が同一の訪問看護師との連携がしっかり整っているので、介護に情報が来る。

	緊急の対応ができています。
	緊急時も連絡を入れるとほぼ対応して下さる。また施設が困難な状況もすぐに対応、指示をして下さる。
	近くにあり月2回は訪問してくれている。また何かあれば随時訪問してくれる。
	月2回の往診時や緊急時の報告などでの連携
	月に2回往診、何かあったときには対応して下さる。
	今後の通院の状況。生活(在宅)上の問題点はないか。
	事業の近くに病院がある。
	自分は管理者、ケアマネも兼ねているので、動きがある時はこまめに連絡を取り、必要なカンファレンスは行っている。
	受診介助の際に診察に同席して Dr.の話を伺ったり、聞かれたりすることがあるため。
	受診時に直接話を伺う。
	週に一度直接会ってやり取りしている。
	週に数回会う機会があるため、相談しやすい環境にある。
	十分な引継ぎができています。医師との連携ができています。
	十分に相談ができています。
	紹介状を書いていただける。
	常に電話連絡を取れる状態である。
	常備薬の受け取り代行の折に相談できる
	情報を共有しており、緊急時の対応ができる。
	情報共有ができています。
	窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。
	対応するとすぐに反応している、するから。
	退院日、その日のうちに往診があり、ご本人、スタッフも安心しました。
	担当のサービス提供責任者が対応
	地域のかかりつけ医を病院も大切にくださっているから。
	直接話している。
	通院の時に利用者の状態を伝えている。
	通院時に一緒に行ったり、最低月に1回位はお会いするし、ケアマネを通して情報は入ってくる。
	定期の往診だけでなく、電話や FAX にて指示をいただいたりしています。
	定期検診
	定期的に受診している。
	電話にて指示、相談ができる。
	電話や直接伺って聞く。
	電話や訪問時に状況把握しやすい。
	同行訪問し、医院まで同行する
	同施設内に医院と施設があるため。
	必要に応じて受診に付き添うため
	必要時、常に連携している。
	必要時に電話連絡し、必要な指示を受けることができています。
	頻繁に顔を合わせるのでどんなことも聞ける。
	訪問、サービス付き高齢者向け住宅施設長及び看護師との連携。
	訪問看護師さんの指示により、きちんと説明を受け連携が取れています。
	毎月の報告
	問い合わせ等にも速く対応してもらっている。報告も必ずあるため、状況把握や対応が可能となっている。
	薬の変更もない状態が安定されている。
	利用者の体調に合わせて気軽に話ができて、それに対し対応してくれている。
	利用者宅での報告、連絡、その他緊急時等、いつでも連絡がつき指示をもらえる。
	連絡・報告がこまめにあり、こちらからの連絡にもすぐに対応してくれる。
介護職員	24 時間何かあれば連絡し、対応してもらっている。
	3ヶ月に1回カンファレンスを行っている。
	4週に1回往診
	CM が十分していて、連絡をくれる。
	お会いした時に状態を説明して下さる。連絡ノートで連絡を書いてくださいます。
	お互いの意見を出し歩み寄って、その方に一番のケアを目指している。
	ケアマネージャーより話を聞き、重要な点も確認できている。
	ケアマネージャーを通して連携ができています。
	ケアマネを通しての連絡。訪問時にばったり会って質問しても軽くあしらわれる。
	ケアマネを通して確認できる状態にある。
	サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。
	すぐ連絡が取れる。
	その都度変化があれば伝達する。
	どの様な時もすぐ対応していただける。

	ホームに定期的に来てもらっている。
	ミーリング等で連絡を取り合っている。
	メールで常に情報を頂いている。
	医師との連携ができています。
	医師によって直接施設に訪問してくれている。他にも困ったことがあればすぐ連絡している。
	一人一人の状況を説明し、連携を密にしています。
	往診に来てくれ、何でも相談できる。
	往診時など、直接会ってお互いに情報交換を行えている。
	往診時に日常の様子や報告等、連携している。
	往診時立ち合っている。
	各利用者様とも定期的な診察ができています。
	看護師より情報提供をしているため。
	急変があれば、すぐ対応して下さる。
	緊急時に必ず連絡がつき、指示をもらえる。
	近場にあり、すぐ診てもらえる。
	月2回往診、特変時に来て頂く。
	今のところあまり必要性のない利用者さんが多い
	指示書が病院へ行き→ケアマネ→各事業所→連絡
	施設看護師が主に通院に付き添っている。
	事業所内の看護師がすぐにかかりつけ医に連絡でき、報告があり情報共有できている。
	自宅や事業所での様子を情報共有できている。家族の希望も伝えている。
	受診の都度やりとりをしている。
	受診時、往診時、連携等が多く取れる。
	週一回自宅に訪問往診されている際、立ち合っている。
	状態を電話で報告し、指示を受けることができる。
	送迎の時に情報を共有している。
	体調の変化など報告し、指示を受けている。
	通院介助に行く際、先生と利用者様と日常について話をする。
	通院同行し、利用者の状況を説明している(定期的)。
	定期の受診で相談、指示があれば実施する。
	定期の受診や急変時などは連携がとれている。
	定期往診や緊急連絡できていることが多い。
	定期的に受診している。
	電話での相談にも対応してもらっているから。
	日頃から問題があるたび連絡をとり指示をおおぐ
	日常的に関わることがない。
	入浴介助時(入浴する前)血圧測定をするのですが、上の血圧が140~180有り。本人様認知があり、本人様に尋ねても笑うばかりだった。目安を決めて頂いて良かった。
	年2回かかりつけ医が来訪。ヘルパーは会うことができる。緊急時にはヘルパーも携帯で直通に連絡している。
	複合なので、医療、看護、リハと全て連携できている。
	訪看との連携ができています。
	訪看を通してからなので。
	訪問診療してくれる。
	毎月の定期受診を通して連携が取れるようにしている。
	密に連絡が取れる。
	薬も変わりなく、状態も安定されている。
	利用者に異変があった際はCMやサービス提供責任者を通じ迅速に対応されていると感じている。
	利用者の過半数が協力医がかかりつけ医となっており、連絡がしやすい。また往診が多くある。
	利用者の具合が悪い時にはすぐに往診にきてくれる。
	利用者の状況をメールで昼夜対応してくれる。
	利用者の状態他、色々分かっていることが多いため、連携できている。
	利用者自身がしっかりと行っているため。
	利用者様が危険な状態の時、すぐに駆けつけてくれるから。
	利用者様の状況報告し、急変があればすぐ電話して相談し、指示をいただきます。
	利用者様の容体が急変した時など、直接電話で指示を仰いだり、かけつけていただける環境にある。
	連絡のやりとりをしているので。
サービス提供責任者	CMがしっかりしている。
	ケアマネジャーを通して十分に行っている。
	ケアマネを通して対応はすぐに動いていただいている状態です。
	往診で来訪されるため、連携できている。
	往診の都度ヘルパーも立ち合わせてもらえる。
	往診時に同席させてもらう。

		会う機会がほとんどない。必要時はケアマネを通して連絡を取る。
		緊急時の相談や往診で対応していただいている。
		月二回定期的な通院
		在宅生活において注意すべきこと等、しっかり教えてくださる。
		受診の都度やりとりをしている。
		受診介助することによって、Dr.より一緒に話を伺ったり聞かれたりすることがあります。
		受診時、主治医からの診察結果の情報提供
		受診時、診察室への同席でき、説明、質問。
		体調の変化を尋ねる時
		体調不良等が気になる時、ケアマネが時には病院(かかりつけ)に電話を入れ、指示を仰ぐ。記録に残す。
		退院時は関係者全員のカンファレンス。痰吸引、胃ろう対応の指示、状況報告書提出
		担会時、ケアマネを通じ、必要事項の説明がある。
		担当ケアマネより、情報の伝達が確実に行われているため、連携ができていると思われます。
		長い期間、その利用者に関わっておられるので、変調にも気付いてもらいやすい。2週間に1回は通うので。
		直に会話できている。
		直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに対応してくださる関係ができている。
		通院
		通院時
		電話でも対応してくれるので。
		同一法人に医師、看護師が常勤している。
		発熱時など、かかりつけ医師の携帯番号にすぐかけられるよう番号はベッドサイドに貼っている。
		必要時、電話、FAX
		普段訪問時の様子や医療行為の実施状況を、都度、電話や書面、往診時に直接伝えられている。
		分かりません。
		訪問へからの報告。
		訪問診療、急変時の情報交換が常にできている。
		本人の現状を伝え、薬の処方等、対処してもらう。
		毎週往診に来られ、状態把握(利用者)している為
		利用者、支援者の声を聞いてくれる。相談しやすい。
		利用者の体調不良時の連絡、連携が取れています。
		利用者の日常の情報の指示を仰ぐ。
		利用者の変化をケアマネージャーを通して連絡
その他		看護師を通して必要時は対応を聞いている。
		事業所の看護師より十分情報を得ている。
		訪問もしてくれている。
-		情報提供やカンファレンスがある。
		受診時、きちんと説明していただいています。
概ね十分	管理者	(1)診療情報提書(2)緊急時の往診、電話対応。
		24時間体制での状態の把握と理解と情報を職員同行で伝えることができる。
		2週間に往診を受けている。
		365日の支援なので、連携は不可欠
		CM、Nsを通じて。
		CM等から受診後の利用者様の状態の連絡があるため。
		Dr.の方が忙しいらしく、連絡がつかない。
		FAXや電話での様子の確認
		Ns、CMが連携を行っている。
		カンファレンスを月に2回開催し、情報の共有を図っている。
		カンファレンス時等に状態確認や許可値をもらっている。
		カンファレンス出席はほぼないが、通院(定期)や往診時に報告や指示を受けることがあるため。
		ケアマネージャーや訪問看護師を通じて連絡している。
		ケアマネージャーを通して、利用者の状態を報告し、対応、改善されている。
		ケアマネージャーを通してこちらの疑問点等に回答、アドバイスをいただいている。
		ケアマネージャーを通してできている。
		ケアマネージャーを通してや通院介助時や、Dr.の訪問時に直接話すことができる。
		ケアマネージャーを通して連携
		ケアマネさんや訪問看護師さんを通し、指示がある場合には連絡をもらっている。
		ケアマネさんを通して相談できている。
		ケアマネジャーが話をしている。
		ケアマネを通して、又は直接連絡をしている。
		ケアマネを通して。
		ケアマネを通して細かく情報を伝えていく。
		ケアマネを通して連携できる。

ケアマネを通じて連絡が取れている。  
 ケースに応じて相談体制が取れている。  
 ご本人(身内も)とDr.の了解を得て診察に付き添っている。  
 サービス担当者会議、退院前カンファ。急変時の対応。  
 じっくり接する時間がない。  
 すぐに電話にて対応している、してくださっている。  
 なかなか時間調整が難しい。  
 ほとんどケアマネを通してのやり取りになるが、実際に関わることで日常的なことを伝えやすく、すぐ対応ができることが安心につながる。  
 もともとかかりつけが決まっている利用者が多いため、退院後も診てもらえるケースが多い。  
 やり取りの方法を取り決めており、大変協力的である。  
 意見書として届く。往診をお願いする。  
 意見書等の指示  
 医療依存度の高い方については、体調の変化がある場合は電話にて指示を仰いでいる。  
 医療法人なので常に話すようにしている。それ以外でも家族を通して情報交換を行っている。  
 往診の結果を連絡いただいたり、連携のネットワークシステムにより情報の共有ができています。  
 往診や定期受診が必要時の相談。  
 往診時に会ったりすると質問ができ、答えて頂けている。  
 往診時に必要事項の確認ができています。  
 往診時に連絡ノートに困っていること等を記入し、お答えをいただいたり、急ぎであれば電話連絡ができています。  
 往診時の対応、連絡等で行っている。  
 往診対応はあるが、夜間対応がない。  
 何かあった時に(利用者の様子がいつもと違う時等)すぐ対応してもらえる。  
 家族からご本人の様子を聞いている。  
 家族から聞き取ることが多い。  
 家族を通じて状態を報告でき、また指導をいただいた。  
 介護側から一方的ではあるが、とっているため。  
 介護保険申請にあたり、現在の状態、問題点を記載し、ドクターに書面を渡し、説明させていただいた。  
 介護保険申請時や更新時に本人と同席し、意見書の作成は十分聞き取りを行って来ている。  
 介助のため同席している。  
 会社のかかりつけの医者が週に1回見に来られるため。  
 外来を受診している方の場合だとなかなか難しい。  
 看護師さんが主に連携してくれている。  
 看護師を通して連携がとれている。  
 急病の場合は頼りになります。時々往診されているので、よく分かっている。  
 緊急時の対応や定期受診の際相談に応じて下さる。  
 月1~2回の受診  
 月1回の定期診察や訪問診察の際に連携は取れていると思います。  
 月1回は話し合いがあり、気づいたことは聞くようにしている。心配なことがあれば、聞きに行くことができる。  
 月2回のカンファレンスにより連携が取れている。  
 検査の結果の説明、薬の調整、本人の体調などについて月1回の通院のときに連携できている。  
 現在は同行はもちろんですが、電話で対応して下さる関係性ができているので、概ね良好です。  
 在宅での状況や気になる部分はCMを通して連絡か、自宅での連携ノート活用により、連携は取れています。  
 在宅の状況が理解されていない。また正しい状況が本人から伝わっていない。  
 時間が合わない時は連絡ノートで取り合っている。  
 時間を調整していただき、できるだけ面談させていただいている。主治医によっては面談しにくい場合もあるが…。  
 自宅内での動きや生活について教えてというDr.が多い。  
 主に通院介助の際を中心にやり取りを行うことが多い。  
 主治医が診察に来るので取りやすい。  
 主治医との連携は図りやすい。(クリニックは…)私立や県立等の病院のDrは連携図りにくい。  
 主治医の先生には必ず連絡が行っている。  
 受診に付きそう。  
 受診に付き添って状態説明などをして、医師の説明を聞くことが多い。  
 受診の際の付き添い、情報の共有、助言をいただく。  
 受診介助時、お互いの情報を交換しあえる。  
 受診介助時に話をする。  
 受診時、聞きたいことについて確認すると答えてくれる。  
 受診時に同行して話をしたり、家族を通しての情報共有もしている。  
 受診時同行しており、直接お話ができています。  
 受診同行  
 週に1度又は2週間に一度は石巻受診を行っている。月に一度は必ず医師に会って話を聞いている。



障害に起因する行動の見立てを共用できていない。(行動障害のケース)
状況報告のみ
状態が不安定になった時、電話で指示を仰いだり受診したりする。
診療中も介護が必要な利用者については、記録等をきちんとしているため。
身近にいる。
相談、助言がいただける。
相談しやすい関係ができています。
体調に合わせて通院介助等でご本人様と共に話を聞くなど、行っています。
体調の変化等の報告、引き継ぎ
体調不良者がいればすぐに報告し、指示を仰いでいる。
退院時カンファレンスへ参加してもらう。
退院時の医師より情報をもらえるので、特に困ってはいない。
担当ケアマネ次第ですが、担当者会議等でできる。
担当のケアマネージャーから報告をもらう。
担当者会議
担当者会議、サマリー共有
担当者会議でできるだけ詳しく聞く。サマリーあり(面接)。
地域の連絡会議での情報交換。
町の連携
長い付き合いのかかりつけ医は携帯も聞いているのでいつでも何でも話せる。
直接ケアマネさんを通じて変化を伝えて返事もらっている。
直接は連携できていないが、ケアマネを通して行っている。
直接会う。文書、電話を通し相談、情報交換している。
直接会うことが多いから。
通院に同行。
通院の付き添い時に状態を聞いている。
通院介助のヘルパーとして同行することで、医師、看護師と情報交換ができています。
通院介助の時に相談している。
通院介助もしているので、月1回利用者の様子を伝えることができています。
通院介助や往診の際、話を聞ける。
通院介助時に報告や指示を受けたり、ケアマネージャーを通して対応方法等を聞く事もある。
通院時、利用者と一緒にDr.の説明を聞く。
通院時に連携は取れるが、その他は取りにくい。
通院時に話をしている。
通院時に話を聞くことができます。
通院同行や訪問看護師との連携を取り、情報の共有を行っている。
定期受診の際、同行することで話をするができるため。
定期受診時以外でもすぐに連絡し、相談できる。
定期通院に付き添っている。
定期的な通院時に付き添うため
定期的に状態の報告を行っている。
定期的に状態の報告を行っている。
電話、受診時の直接の申し送り
電話でのやり取り
電話や直接会って相談、連携を取っている。
電話や直接会って連携ができています。
同一法人ではないが、同じグループの医師との連携がほとんど。
特変がある時は、電話を入れて状態を報告させて頂いて受診するかどうか相談している。
日頃から連絡を行っている。
日頃の生活状況等をよく聞いてくださる点
日常生活の様子を報したり、医師からの指示も受けている。
日常生活を報告ができています。
入居者で医療の必要な方は往診が多く、協力病院のDr.が来るため、直接話ができる。
認知症の利用者様の場合是一緒に診察室に入ることもあり、それ以外はケアマネを通しての連携だが、比較的連携を取りやすい。
必要な時は情報提供書を作成している。
必要な情報はもらえている。
必要に応じて通院介助に同行し、現状報告や提案を行っている。
必要に応じて連携を行っている。また情報の提供で連携していただけている。
必要に応じ利用者のかかりつけ医に連絡が取れるようにしている。基本は家族様対応ではあるが、直接連絡が取れるようにしている。
必要時、ケアマネを通して(往診 Dr.には連絡ノート)情報交換している。

	必要時、受診などに同行している。ケアプランを渡している。
	必要時には往診時や受診時に同席する。
	必要時はすぐに来てくれる。
	必要時はすぐに来てくれる。
	病院にもよるが、だいたい話を聞いてくれる。
	病状管理の情報提供で連携できている。
	付添で行く場合には直接話を聞ける。
	変化があった際の相談
	変化があれば相互に逐一連絡している。
	訪看、ケアマネを通じて連携している。
	訪看、施設看護師に常に連絡を取り合っている。
	訪問看護師と通じてだが連絡を取っている。
	訪問診療時に連絡や留意点を指導していただきます。
	毎回付き添い、ご本人・ご家族の方を交えて話し合う機会が必ずある。
	利用者についてよく話している。
	利用者によっては職員が通院付き添い介助(定期、急変含む)をしている。それ以外の方は受診時家族協力、及びこちらから Dr.へ情報提供もしている。
	利用者の意見等を受診前に聞き、受診時に対応しているから。
	利用者の異変時、ケアマネや家族を通じ連絡が取れる。
	利用者異変時、変化時に TEL で連絡し指示を頂いている。
	利用者宅のノートにそれぞれ書き、情報などを共有している。連携が取れている。
	利用者様の状態等の情報を共有できる。
	利用者様の体調が悪い時、すぐに対応して下さる。
	連携シート、ノートから Ns が Dr.につなぎ、指示をくれる。また状況の変化に応じ、電話をくださる。そうでない事業所もあるが…。
	連携できる医師とできない医師がいる。
介護職員	1ヶ月に1度の定期受診時などに情報を交換している。
	ADL 症状や薬の事について医師に伝え、話し合う。
	FAX でやり取りしている。
	かかりつけ医の往診からのその医師のいる医療機関への入院だったので、スムーズに事が運んだ。
	クリニックが多いので、連携が取りやすい。通院。
	ケアマネ、Ns から本人の状態の変化、薬の変更について連絡を受けている。こちらからも伝えている。
	ケアマネージャーを軸とし、関係機関で情報共有する機会があり、ご本人様の状況を全員で確認、把握ができています。
	ケアマネージャーを通しての情報提供や往診であればノートの記録がある。こちらからの情報提供も必要であれば直接連絡を取っていくことができている。
	ケアマネージャーを通して連絡ノートを利用して情報交換できている。
	ケアマネや家族様を通して、こちらの状況は伝えることができている。
	ケアマネや相談員が間に入り連絡をしっかりとってくれる。直接お会いしたいときは情報交換できている。
	ケアマネを通して、割とすぐに心配事の返事をくれる。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通して連携。
	ケアマネを通じて連携している。
	ケアマネを通して連携できていると思う。
	ご家族からのメモ、ケアマネからの連絡事項をもとに。
	ご家族より情報提供を受けている。
	ご本人と Dr.の了承を得て診察に付き添っています。
	ご利用者宅の連絡ノートにて連携を取っています。
	サービス提供責任者へ報告する事で、訪問看護師、ケアマネージャーから連携を取っていただき、サービス提供責任者より報告を受けている。
	サマリー共有
	すぐに連絡が取れる。
	すぐに連絡を取れる。
	スタッフが直接話が聞ける。
	その都度、文書や直接会って相談をしている。
	その方を以前から知っておられるので意見を聞きやすく、また言いやすい関係ができやすい。
	ほぼ往診時のみ。他は電話でのやりとりのため。
	マサリー、ケアマネからの連絡。
	医療法人のため、常に医師の指示あり
	往診があるため。
	往診する時(悪いとき)や通院時には、家族がこまめに報告する。

往診に来てもらって、その結果を聞いている。
往診や受診同行があるため。
往診や通院介助で情報を得ている。
往診や電話で質問ができています。
往診含めて迅速な対応をして下さる。
往診時、情報交換ができています。
往診時に直接話が聞ける。
往診時や受診に同行した時に、変化のあった事を伝えている。
往診等、平日頃から相談に乗ってもらっている。
往診付き添いの際の情報提供等
何かあればケアマネを通じて、あるいは直接事業所に連絡が入る。
何かあれば連絡し、場合によっては受診しているため。
何か特変があった際にも一報入れ、状態を把握している。
家族を通じて様子が分かる。
会える時が少ない。
各家庭に緊急用連絡網を置き、病院の連絡先を記入している。
看護師から医師への電話で訪問していただいている。
看護師を通してだが…
休業日等でも何かあれば、連絡をとって対応していただけるようになっていたので。
急変時の対応等、TELしてすぐ対応される。
救急の時の敏速な対応が不十分。往診まで時間がかかる。
居宅の事業から紹介
勤務先の看護師を介してできています。
緊急連絡先の用紙に記入、利用者宅に貼っている。
計画作成担当より情報を得る。
構音障害のある利用者の場合、言葉が聞き取りづらいので、通訳のような形で医師と話すことがある。
在宅での特変時に対応の仕方について、指示受けしている。
在宅での利用者の体調などを相談できる。
支援時に話を聞くことができる。
自宅または施設に往診へ来られることが月1回あり、立会いを行うため情報交換しやすい。
主に家族対応ではあるが、施設での様子をノートに記入し、医師に伝えている。
主治医の先生が利用者の方について十分理解され、聞いたことなど電話でも十分な説明をして下さいます。
主治医意見書等の書類
受診、往診時に直接
受診に同行してできています。
受診の際、相談に乗ってもらっている。その都度相談をしている。
受診介助時に相談している。
受診時には日頃の様子、体調など伝えている。
受診時に同行して医師の説明を利用者と同席して聞いている。
受診時の付き添い等にて質疑応答。
受診時等
受診付き添い時等に、普段の様子を聞いてきてくれる。ただし付き添いのスタッフから話しかけると全く意見等を尋ねてもらえないことがあるため、その際は積極性を要す。
週1で施設に来られるため。緊急な時は電話で対応や来てもらえる。
重度の方の場合は連携はできていて、状態報告、その後の指示をいただいたりしている。
常に報告が入ってきている。
情報がCMさんからHrの方にまで、いつも降りてきているから。
情報を共有している。
情報提供をいただく。受診に付き添う。
診察室で体調等報告するため。
他の医療機関への連絡なども行ってくれる。
体調の変化が見られたら電話連絡。必要であれば受診もやっている。
体調の変化や数値の変化をとらえられるように積極的に伺うようにしている。
担当者会議をもってケアマネより情報の提供をしてもらっている。
直接医師とは連携は取らないが、責任者からの指示がある。
直接連携しているわけではないが、ケアマネージャーを通して先方の指示等を聞き、こちらからも報告している。
直接連携することはないが、ケアマネを通してということがある。
通院に同行している。
通院時に。
通院時に状態を聞いている。
通院時に先生に体調の報告をしている。
通院時に連携ができています(状態確認)。

	通院時の付き添いにより、本人の状況や今後気を付ける点など、直接聞くことができる。
	通院同行時、直接相談できるため。
	定期的に往診がある。
	電話でのやり取り、直接会ってのやり取り
	電話連絡等で利用者の状態を確認している。
	特変があった時には緊急連絡番号で対応してもらっている。
	特変があれば家族を通し、伝えている。
	日常の健康状態を報告の上、直接指示を受けている。
	日常生活における問題点や認知症状の進行等について情報交換している。
	入院中のカンファレンスのやり取り
	必要な情報提供してもらえる。
	必要に応じて連絡を取っているため。経過などを報告したり、今の状態について等の相談をしている。
	必要時には電話にて報告をしたり、指示を受けている。
	必要時に連絡がとれる。
	必要時は電話にて相談、FAXにて報告できている。
	病院の付き添い時やケアマネを通して。
	病状の変化がある時、上司を通じて連絡あり。
	平日の朝に申し送りを言い、かかりつけ病院看護師に伝え、Dr.にも伝わる。カンファレンスを月2回開催し、Dr.も参加するため。
	訪問介護終了時に往診に来られるため、Dr.に直接状態の説明ができるため。
	訪問看護を通じ指示を受けられる。
	訪問時に医師の往診時間と重複することが多く、聞くことができる。
	訪問時もしくは通院時に同席できる。
	本人の状態報告や相談等、必要な都度行っている。
	本人や家人ではなかなか伝わらないことに関し、TELにて確認が取れている。
	毎月1回文書にて報告、連絡をしている。
	毎月の往診時に体調に変化がある時はメモを残している。利用者の体調急変時、すぐに対応して下さる。
	毎月一度定期検診
	毎日の利用者の状態、状況の確認。
	薬の内容や状態の相談。
	利用者に大きな変化がないため。
	利用者のADL等について情報の共有ができている。
	利用者のかかりつけ医によりケアスタッフにも十分な説明がある。
	利用者の体調の変化や気になることがあれば、電話で連絡を取るようになっています。
	利用者の定期受診、利用者の状態
	利用者または家族より確認できている。
	利用者様の様子を伝え、分からないところは聞いている。
	連携シートを用いてコメントを記入していただいている。吸引指示書、報告書のやり取りをしている。
	連絡に対し、すぐに対応していただける。
	連絡を取れば対応してくれる。
サービス提供責任者	CM、介護者、訪問Nsを通じて指示がある。
	CMや同一法人スタッフから申し送りなどを聞いている。
	CMを介し、病状の報告、確認等を行うことができた。
	かかりつけ医については看護師を通して助言をいただける。
	カンファレンスで話し合いを行っている。
	ケアマネージャー、訪問看護師に報告することで、連携を図っていただいている。
	ケアマネージャーからの情報で連携が取れている。
	ケアマネージャーを通して連携をとっている。
	ケアマネが1か月に一度、診療所とケアカンファレンスを行い連絡がある。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通して連絡、状況報告が概ねできている。
	ケアマネを通じて連絡を取っている。
	ケアマネを通し指示を頂く。
	こちらからの連携はその都度行っている。かかりつけ医からの連携は少なく感じる。
	これからの方向性をきちんと示してくれているので、関わっている人たちが同じ目標やケア内容で行うことができている。
	ご家族から情報を聞いている。
	サービス担当者会議やカンファレンスへの直接の参加はないが、担当ケアマネージャーが事前に問い合わせ、伝達事項として伝わっている。
	サービス担当者会議や書面、もしくは訪看さんを通してやり取りしている。
	その都度、しっかり指示を出してくれる。
	その都度すぐ対応してくれる。

ヘルパー通院同行付き添い介助
医師の指示を訪看が受けてくれている。受診時には直接付き添いで行き、話が聞けている。
医師連絡票のやりとりでの情報交換。
医療とケアマネとの月1回、支援会議の報告があり、常にケアマネから連絡あり。
一ヶ月に2~3回電話したり会ったりしている。
飲み忘れや薬をなくした場合どうしたら良いのか、ケアマネさんを通じて聞いてもらった。
往診時や通院時の対応が十分である。
何か問題が生じた時、すぐに対応してくれます。
家族とケアマネージャーより。
家族やケアマネージャーから。
各週訪問の際、分からないことを聞く。月1回報告をする。
看護師が主に通院の際に連携を密にしている。
吸引しているため、状態についての報告、連絡を取っている。
緊急時等対応、心配事(体的変化等)の個人的相談にも応じて頂けている。
計画作成担当者より情報を得る。
月二回の往診あり。その他特変があれば電話等で対応。
現在の病状等を相談している。
今後の治療、服薬について。
指示などを必要とした際、快く応じてくれる。
受診に同行している。
受診の際に直接話し、指示をもらっている。
受診時、同行(ヘルパー)している方に関しては、連携が必要な際に自分も同行している。
受診時に指示を受けている。
情報が不十分な場合がある。
説明を聞いた。
全て担当ケアマネから連絡がある。
全員が状態を把握できるように報告している。
体調不良(熱)のとき、ケイレンが起き救急車を呼び、医師にも連絡。状態をスムーズに受け入れられ、一命を取り留めた。
退院前カンファレンス(サービス担当者会議)時、あるいはケアマネージャーを通して。
退院前に関係者で集まり、担当者カンファレンスを行っている。その後はCMを通し連携を図っている。
担当ケアマネージャーがカンファレンスに参加し、情報を頂いている。
担当ケアマネを通して行っている。
担当者会議等を通じて直接お話する機会や必要に応じて連絡を取ることができる。
地域の医師
直接お話を聞けている。
通院で利用者と一緒に診察室に入るため。
通院介助の際など、直接状況を伝えたり、指示を受ける機会がある。
通院介助の時に状態確認
通院介助支援で直接Dr.と話ができる。
通院介助時、直接お会いできます。
通院時ならOK
通院時にご様子をお話して対応を教えてください。
通院時に介助することで正確に指示を受けることができる。
通院時に直接お話できる。
通院時に話を聞いている。
定期の通院における診察、お薬以外にも相談に乗って下さったり、少しの体調変化や緊急の場合でも対応可。
定期往診、訪問時の立ち会い、病状確認。ご相談等、ご家族様報告。
定期受診を通して状態を把握していただいている。
定期通院同行にて報告、相談を十分にしている。
定期的な受診の同行により、利用者状況をかかりつけ医に報告している。
電話ですぐに連絡が取れる状態である。
電話等の連絡が取りやすいため、連絡がしやすい。
日々の様子で気がななことがあれば電話連絡して、答えてもらったり診察してもらったりしている。
入院先や通院時に連絡し、用件と都合を確認して訪問するので協力は得ている。
入浴の可否について判断できない時は電話をして判断を仰いでいる。
必要時はケアマネを通して行っている。
訪看やケアマネを介すことが多いが、問いにすぐに応えてくれている。
訪看やケアマネを介すことが多いが、問いにすぐに応えてくれている。
本人と直接面談することが可能。ケアマネを介して状況を報告することができる。
毎月1回、文書にて報告、連絡している。
毎月受診に行っている。

		<p>毎日の訪問の際に変化が生じた場合、家族様→ケアマネージャー→電話にて報告可能なため、連携が取れる。</p> <p>問題が生じた場合、ケアマネージャーから確認をしていただき連絡をもらえるので。</p> <p>薬の内容の報告、状態の変化</p> <p>利用者に付き添い、直接医師との連携が取れている。</p> <p>利用者の体調の変化で通院された時などはかかりつけ医へ連絡し、どのような状態かの確認をしています。</p> <p>利用者の大半が法人の病院を利用しているため、情報共有はしやすい。</p> <p>利用者様の体調不良時、看護師を通したり直接電話での対応。</p> <p>連絡ノートを見てもらったり、訪看を通して質問や問題点があった時は対応してもらえる。</p>
	その他	<p>ケアマネージャーを通して聞いている。</p> <p>ケースバイケース。「必要性がない」と言い切られたこともある。</p> <p>すぐに相談できる。</p> <p>往診や万が一の際の相談などで、連携が取れる。</p> <p>往診時や受診時に同行してお話することができ、相談にも乗っていただいている。</p> <p>看取り医療等の受け入れ体制を取ってくれたり、状況が分からない場合はお尋ねや問い合わせの連絡ができています。</p> <p>細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡がいつている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。</p> <p>受診時に同行したり、何かあれば質問や相談するなど行っているが、全員ではない。</p> <p>迅速に対応してくれる。</p> <p>同伴受診や日常生活の情報提供をすることで、かかりつけ医からの指示や報告がある。</p> <p>排便コントロールや利用者様の状況に合わせた服薬を出して下さる。</p> <p>必要に応じて必要な情報を得られている。ケースに応じて協働することもある。</p> <p>問い合わせができる状況にある。</p> <p>利用者様が定期受診され、異常があれば連絡をいただける。</p> <p>立ち会って往診なら先生の質が在宅での生活を考えられているので、連携できていると思う。</p> <p>連絡がスムーズに取れ、話をしてくれる。HPへ行っても会ってきちんと聞いてくれる。</p>
	-	<p>書類のやり取りも含め細かな指示をくださるし、利用者様の様子をしっかりと把握し薬も処方してくださるので、連携は取れていると思います。</p> <p>医師の話を受け、担当者、担当看護師に報告している。</p>
やや不十分	管理者	<p>「老人にはよくある事」「本人の意思にまかせて欲しい」等の対応で、情報発信のみで終わってしまうケース。</p> <p>1ヶ月に1回の担当者会議があるも、どちらとも忙しくしているため。</p> <p>CM重視のため。</p> <p>Dr.によって連携のすごくしやすいDr.としにくいDr.の差が大きい。</p> <p>Dr.はお忙しく人によっては在宅での介護との連携を重要視されていない方もおられ、理解していただくのに大変な部分はあります。</p> <p>Dr.によって違う。</p> <p>あまり連絡を取る機会がない。連携を取る場合、書面が多いので。</p> <p>カンファレンスにより情報共有ができています。</p> <p>ケアマネ、介護保険制度の理解がないDr.がいる。</p> <p>ケアマネ、訪問看護師を通じて連携を取っているので、なかなか詳しい意見は聞けないことがある。</p> <p>ケアマネージャーを通して伝えているため。</p> <p>ケアマネがかかりつけ医との連携を十分に取っている。その連絡が事業所に送られてくる。</p> <p>ケアマネを通じて、ケアマネが対応しているので関わる機会がない。</p> <p>ケアマネを通して現状を伝え、処方方を考慮してもらおう。</p> <p>ケアマネを通して行っている。</p> <p>ご家族と主に連絡を取ってもらっている。</p> <p>ご家族対応の方が多く、直接的に関わる頻度が少ない。</p> <p>できている人もいれればできない人もいる。後者は家族が主として受診をしている場合。</p> <p>なかなかお忙しい中、TELなどの質問するには難しい。</p> <p>なかなか時間が取れない。</p> <p>ゆっくり時間が取れない。</p> <p>医療機関によってムラがあるので。</p> <p>一部かかりつけ医については積極的なDr.もいるが、多くはそうではない。</p> <p>往診医とは連携できるが、通院先とはなかなかできていない。</p> <p>往診時に会えないと話す機会がない。</p> <p>何かあった時のみ。何もなければ連携なし。</p> <p>何か問題がある時に直接相談することはある。</p> <p>家族さんを通しての情報であったり、何かあった時に先生からの連絡はあまりない。</p> <p>家族対応にて受診の際、状況報告ができる。</p> <p>家族様からの引き継ぎを主治医に伝えるが、家族様が望まれていない処置となる事がある。</p> <p>介護職から直接連携をとることは難しい。往診医とは比較的連携しやすい。</p> <p>看取り時に訪問する気がない。</p>

関わる機会がほとんどない。
月1回の受診時等、アドバイスをくれる。
現場で働くスタッフが少なく、身体介護の技術が低下しており、サービスに入る事が多いため、会議に参加する事ができない。
更新時、区分変更時に多くなるだけ。
在宅診療の日に合わせ、利用者情報を担当へヘルパーより聞いておき、伝える事もあり。
指示書の依頼または診療時に利用者と同行等を行う。
事業所にはケアマネからの情報がほとんどだから。
事業所や CM による情報不足。
事業所内に医院が有る。
時々話はあるが、話づらい。
受診の際のやりとりのみ
受診同行時には情報を得ることはできる。
住宅型有料老人ホームであり、9時～18時はNsが在中しているため、頻りに情報交換や連携はできている。主治医ともNsが仲介役となっている。しかし24時間在中でないため、夜間はコール対応のみである。夜間痰吸引などができないのが難点。
十分に連携が取れている病院とそうでない病院がある。
小さなことは気軽に尋ねられない印象がある。それぞれの医師によって対応が違う。
障害のある項目(血液検査等)について、今後の対処、改善についての質問には様子を見ましょうのみ。
情報共有があまりされていないから。
総合病院のDr.とは連携不足
速答。重いが伝わりにくい。
他職種の間に関わる職員の連絡ルートが明確になっている。
多忙
多忙を理由に断られるケースが多い。
退院の情報について、入院先のHPから情報が伝わっていると思っている。在宅の医療ニーズが高い人はカンファレンスをしている。
退院時に在宅での様子などを話す。
担当 CM より連携を行っている。
直接の連携はほとんどなく、間にケアマネージャーが入った連携であるため、ケアマネージャーの力量次第となっており、不十分である。現場の介護職と医療職との間に入るケアマネージャーが在宅経験がないと、より不十分となる。
直接は話は聞けない。
直接関わることはない。ケアマネを通して。
直接的な意見を聞く機会が少ない。
直接訪問時間がない限り会う機会もないが、家族やノートを利用している。
通院に同行できれば連携できるが全てではない。
通院介助等で直接会う機会がある。
通院時には連携が取れるが、医師が忙しいので小さなことは電話しない。
通院等に家族や利用者様自身のみで行かれることもあり、そのためかかりつけ医と面談する機会が乏しくなることがあるため。
定期的に相談できている。
登録者全員が対象となっていないため。
同席する機会がない。
突発的な体調変化において、敏速な対応が不十分と感じられる。
入院先とかかりつけ医の連携がスムーズに行かない。
必要がない場合に情報を聞く。やりとりの機会が少ない。
必要なときに確認する程度で、常に携わっていただいているわけではないため。
病院により対応が大きく異なる。よく話を聞いてくれる医師もいるが、介護士、ケアマネージャーの意見に耳をかさない医師が多い。
変化があった時、ケアマネを通し連絡を取ってもらっています。
訪問の際、異常があり医師の判断が必要な場合、連絡を取る。
訪問医の性格もあるのか、全てにアバウトな方がいます。きちんと正確な指示を出してくれる先生もいます。
訪問介護員と会う時間が取れない。
忙しいと思えば遠慮してしまう。
利用者とともに通院をした場合、日頃の様子を伝える事がある。(往診の場合も同様)話す時間が少ない。
利用者によって差がある。
利用者の状態を電話連絡、報告すると、急変時はすぐ対応して頂ける。
利用者の体調面での指示を具体的に頂けないことがあった。
利用者本人があまり病院に行きたがらないから。
利用者又は家族からの話しか聞けていない。
連携することがほとんどない。
連携できる病院とできないところがある。

介護職員	連絡は取れるが緊急時になれば対応の悪さが目立つ。
	「緊急連絡先」以上の機能しかないのが9割。通院・院内介助でヘルパーと顔を合わせられれば違うが。
	カンファレンス時の関わりのみで、不明確な点なども気軽に聞きづらい。
	ケアマネージャーを通じて情報しか得られないから。
	ケアマネージャーを通して伝えている。
	ケアマネを介しての連携がなく、頻度も少ない。
	ケアマネを通しての連携のため時間がかかる。
	ケアマネを通じて連携しているが、細かな確認を得ることが難しい。
	ケア会議での意見交換。医療的なことはケアマネ、訪問看護師、管理者に報告する。
	ケースによる。
	こちらから問い合わせないと必要なことが分からない。先生からの報告はケアマネを通じて伝わる時と伝わらない時がある。
	ご利用者様の身体的や精神的な変化について報告するが、あまり気にとめないこともある。
	その人の体調に合わせて柔軟に対応してくれない。
	なかなか時間が合わず相談する時間が取れない。
	医師と話す機会はほとんどない。
	医師にもよるが、必要な場合は管理者等を通してしている。
	医師の言うことはその通りなので、こちらから言い出せない。
	往診などで医師と話ができるが、主にご家族からの情報。
	往診に来られた時に出会えば話をする機会もあるが、ほとんどない。
	月1回程度の通院時のみ
	在宅往診で月に数回かかりつけ医が入れ替わりで往診しているのか、内容が伝わりづらく、急変時の対応ができるのか不透明。
	時々カンファレンスで意見交換
	自分の疑問点を利用者を通して意見をうかがう点
	主治医からの連絡事項を家族から聞かず、服薬のみ預かることが多く、連携は不十分だと思う。
	受診に同行する際に関わることがあるが、それ以外はありません。
	受診の際、必要であれば付添 Dr.と話をする。
	受診時のみとなるため
	詳細情報の共有がないかかりつけ医院の看護師が非協力的である。
	情報はあまり入ってこない。
	情報提供書、診断書
	全く会うことがない。
	相談員や CM、ご家族様を通じて連携しているが、十分とは言えない。
	大体できている。
	大病院から退院されたばかりだと、主治医までのデータの共有があまりできていない。
	担当 (Dr.) が代わり、利用者本人の状況が把握できず、Dr.の主観が入りすぎて前担当医と見解が違いすぎ、戸惑う。
	担当ケアマネージャー経由での情報提供をいただくことがほとんどで、直接やり取りする機会がないため。
	直接お話しすることができず、対応への指示、確認に時間を要する。
	直接ケアマネージャーと家族が連絡を取り合うことが多い。
	直接接することがない。
	通院介助できる利用者においては直接担当医と話ができるが、同行できないケースは連携がとれていない。
定期通院に同行する機会はあるが、その場で支援側の意見を伝える事にご本人が納得されないケースがある。	
内科と整形を受診される場合、個人医で受診されていることがあり、医師間の連携がもう少しできると良いと思う。	
必要な時は通院、または往診時に同行し、この頃の状態を伝えるようにしている。同行できない時は文書や家族に伝え、伝えてもらうようにしている。	
本人も現医師とうまくコミュニケーションが取れていないように感じる。	
夜間はコール対応のみなので吸引などができない。	
利用者によって差がある。また連携を取りやすい医師と難しい医師がある。	
利用者本人と対するだけでヘルパーには様子を聞くことがありません。数分間で本当に分かるのか？と思う時があります。	
利用者様の状態など細かく相談。	
利用者様の体調変化等、すぐに対応してくれる。	
利用者様受診同行時は、医師から直接お話を伺うことができるが、他は FAX などにて連絡をとる。	
褥瘡ができかけ早く先生の処置をお願いしたいが、なかなか来ていただけず悪化してしまった。訪問介護では予防も限界があったため、連携が難しいときもある。	
サービス提供責任者	(利用者様の) 診療に付き添って行っても、詳しくは聞けない。
CM を通じてのコンタクトが多く、一部のみしか関わりをもてていません。	
Dr によっては、訪問介護員ではと？？ 考えている先生もおられる。	
アセスメント等で相談支援員を介して情報の共有はできている。障害の方はほとんどご家族同居のため、そこを介してしまうことが多い。直接的な関わりを持ちたいと思うが担当者会の開催も相談支援員によってバラツキが多い。	



	あまり会う機会がないので家族からの情報のみ。
	きちんとかかりつけ医がある場合は、体調等の相談を入れることはあるが、医療の方より連絡がくることはない。
	ケアマネージャーを介して、医師からの連絡を受ける。直接の関わりはあまりない。
	ケアマネージャーを通して情報をもらったり、こちらからケアマネージャーへ伝えることが多い。
	ケアマネージャーを通して情報を得ています。なかなか直接情報を得られない。
	ケアマネージャーを通して情報を聞いています。
	ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。
	ケアマネを通すので全てに時間がかかる。
	ケアマネ経由
	医師と利用者、利用者とケアマネはあるが、事業所には情報がほとんど入ってこない。
	医師にもよるが協力的な方とそうでない方がいて、医療面での的確なアドバイスが受けられない場合がある。
	医療からの指示が入ってこない。
	医療面からの助言を頂くが話しづらい。在宅介護をわかっている Dr.、わからない Dr.の差がある。
	往診時など出会った時などに情報交換をする程度で、十分ではない。
	家族を通じて確認してもらうなど、直接のやり取りはないので顔が見えない。
	家族様やご本人がされているので直接関わりはしません。
	介護保険制度に対する理解に差がある。往診ひとつにしても時間がかかるかかりつけ医もいる。結果症状が緩和してからの往診等になり、介護職としては方向性が見えず不安が大きい。
	看護師より連絡が入るので難しい所の判断は先生に聞いてからになる。
	緊急の場合は連絡をして欲しいとの医師からの希望。他は程度によりケアマネか訪看へとのこと。
	個人病院の先生とあまり話をする事ができない。
	主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。
	主治医はいます。その先生は十分に連携がとれていますが、透析の病院は選択肢3です。透析は火・木・土曜日と病院に8月迄通っていましたが、9月・10月は月・水・金曜日と病院を12月より元に戻ったため、やや不十分としました。
	受診時のみの連携だから。
	受診同行、ケアマネを通じ情報提供あり。
	専門的な言葉が多く、また忙しい。
	体調が思わしくない時に連絡して下さいます。
	体調不良の場合に往診してくれている。
	対応改善が遅れる。
	退院退所前カンファレンス時の情報のみで、後は忙しい Dr.とは連携しづらい。
	担当者会議で会っても現状報告することで終わっている。
	直接 Dr.と話す機会があまりない。
	直接ケアと結びつく情報がない。
	直接関わる機会がない事が多い。
	直接説明したい内容があっても、医師の方が時間が不足している事が多いため。
	通院の際、移送し受け付けするが、どこまでの関わりが必要なのか。
	通院介助があるケースは医師と状況を話し合うことができるが、カンファレンス以外はケアマネからの報告のみ。
	通院介助を私達介護職がすれば話ができるが、通常は話ができない。
	定期受診の際に話す程度だが、訪看を通して連携できる。
	入院が必要な状態であったが、他院へ丸ふりし、その対応をヘルパーにさせてきた。自分たちの都合優先で介護職(介護保険外)のことで依頼してきた。
	認知症の場合、本人の意志がよい方向に向いてないとなかなか難しい。
	必要であれば参加している。ヘルパー内容と関係ない時は CM より申し送りを受けている。
	必要に応じてこちらからの問い合わせに返答があるが、積極的に関わりなし。
	聞いても生活面での注意点での指示が少ない(食事面等)。
	法人外の医師はケアマネを通してしているので少々まどろっこしい。
	訪問診療の一緒の時間に都合が合わない。
	本人から気になる事があつたら連絡している。
	薬の服用の仕方などや、血圧が高いときなどの処置の仕方を相談したい。休診時間に連絡が取れない。
	利用者がしっかりと理解力のある方でない時に正しい情報が伝わらない場合が多く、家族やケアマネージャーを通して医師と連携を取ることとなる。
	利用者によって公平性に欠けるのが目立つ。医師によって関わりにくい雰囲気。介護職をないがしろにしているように感じる。
	利用者にならぬ変化がない限り連携を図っていないから
	連絡を取りにくい。
その他	なかなかコンタクトが取りにくい
	医師により異なる。
	関わりがあまりない。どうしたらいいか分からない。
	時々カンファレンスで意見交換
	情報提供書の情報量が少ない。

		忙しいので連絡がつきにくい。
不十分	管理者	入院が必要な状態なのに、他院へ丸振りしその対応をヘルパーにさせてきたこと、
		24時間連絡体制が整っていない。
		NSを通じてしか情報がないため。
		カンファレンスなし。相談支援事業所を通して利用者の容態を伝えるのみ。
		カンファレンス等で話はするものの、利用者に対する考え方が各方面で違いがある。統一してほしい。
		ケアマネ、NSで止まってしまう。
		ケアマネージャーのところに直接連絡がいき、その後事業所へ連絡が行くため。
		ケアマネージャーの勉強不足。
		ケアマネからやケアマネを通じての情報が主となっており、直接話をする機会がほとんどない。
		ケアマネ中心なので連携できない。
		ケアマネ等を通じての相談になるので、連携を取るのが少し難しい。時間的なものもある。
		こちらの方から、薬の内容等の確認をしている
		ほとんど接触の機会がない。
		医師に対しての遠慮。認知症に対する医師の理解不足。強制的にでも集合する機会がほしい。
		医師は利用者様やヘルパーの話を聞かない。
		家族が受診をしている。
		家族も含め、うまく連携が取れない。家族が介護に積極的でない。
		家族を介しての連携のため
		介護についての理解が不足！
		会議に参加しない。
		県立病院以外のかかりつけ医(個人医院)が少ない。
		現在も受診前後や受診から受診までの期間の状態やバイタル表の提示等があるが、不十分だと思う。
		時間が短く、お話をきちんと伝える事ができない。
		主治医、産業医との関わりは多い。
		受診付き添いをした者からの情報伝達が遅い。
		食事摂取量、内服の服用状況など、日常生活の細かな情報提供で主治医の利用者把握に役立っています。また「いつもと違う」という報告がすぐに伝わっていると思います。
		人によって対応十分な先生、看護師、MSWとあるようです。以前に比べれば先生、看護師、MSW、PT等と話をしやすくなっていると感じています。
		全てケアマネを通しての情報で一方通行のため、こちらの質問への回答がない。
		担当CMを介して連携している。
		中に入っていけない。時間の中でできない。サービス外になる。点数をもらえない。
		丁寧な対応をしてくれるが、この先に見えてくることまでのアドバイスが少ない。
		直接お会いするケースが少なく、ケアマネからの情報が主となるため。
		直接関わっているわけではないため
直接関わる機会がない。		
直接的に関わることは少なく、ケアマネージャーを間にし、病気等の状況、対応などの指示をもらっている。生活状況を伝える機会はない。		
通院のお手伝いがなければご家族、ご本人よりの情報のみになってしまうため。		
通院介助が必要な方には同行時に報告ができるが、常にはCMを介して行う。		
通院同行時、受付窓口を通じてがほとんどである。		
特に必要と思われる利用者、指示をいただきたい利用者についてDr.とやり取りしている。		
別法人のためコミュニケーションが浅い。		
訪看との連絡が多いため。		
忙しいので相手にされない。		
利用者からかかりつけ医の診断を聞くことが多い。		
介護職員	(1)ご利用者様を通してしか話を聞けないケース。(2)看護師は気にかけて連携をとってくださるのに、ドクターは面倒な性格のご利用者様を面倒がって、行くと言って行かなかったりされるケース。	
CMが同行されている場合は、医師からの意見等聞くことができるが、その他は難しい。		
Dr.によって聞きづらい人がいる。		
ケアマネが全て連携している。		
ケアマネや訪問看護師を通じての連携が多い。		
ケアマネを介して状況確認が必要な時に連携を取りたいと要請するが、なかなか敷居が高いためかすぐには対応していただけないことが多い。往診時など連絡ノートに伝達事項や薬の不足などを記すも、回答がない。		
サービス提供責任者のみ参加のカンファレンス		
その利用者様には本人の自立度が十分ある、または保護者がいるなど、どのあたりまでヘルパーが入り込んでいって良いのか課題がある。		
ほとんど関わりがない。		
往診に来る頻度が少ない。		
往診の時に入室していることがごく希ですがあります。		
家族からの情報をなかなか聞くことができない。		

	会う機会がない。
	顔を合わせる機会がない。
	休日に連絡がとれない。(訪問看護のみ)
	緊急連絡先に記入しているが、利用者様の様態が悪くなければ話す機会がない。
	月1で充分と考えられ、月に1回しか往診しない。処方忘れが多い。日数あわせをしない、お願いしても言葉のみ。
	処置に対する適切なアドバイスがあればよい。高齢だからしょうがない…で片付ける事あり。
	状況がよく分かる。
	専門医の紹介
	直接関わることはあまりない。
	通院の時しかしていない。
	通院介助をしているケースの利用者のかかりつけ医以外とは連携できていない。
	特変時の対応はあるが、日々の連携はほとんどない。
	入院時、入院中、退院時の詳細が説明不十分。またカンファレンスや担当者会議に参加する機会がない。
	病院では3ヶ月経過したからと退院をさせることが多く、在宅環境が整っていないとの話をして退院の方向性を持って行くため、こちらの意見は無視されることが多く、決して連携は取れていない。
	付き添いでHPに行けば直接医師からの情報が得られ、当方からの質問等も伺えるが、本人が聞いてきたことでは分からない。
	普段接する機会を設けていない。
	分かりません。
	訪問介護事業所から連絡することはほとんどない。
	訪問看護への連携は取れていても、介護士と話されない。Nsを通じて。
	忙しく、会えない。
	本人から病状を聞くぐらいで、医師から直接説明を聞くことがない。
	薬を出していただいたものを取りに行く程度で、本人受診後による連絡が多い。
	連携の取れているところもあるが、大半は連携が取れていないことが多く、退院時の添書や情報提供もないことがある。
サービス提供責任者	あまり答えてくれない。
	かかりつけ医本人とは連携が取れていないが、看護師さんを通じては変化がある時に。
	カンファレンス出席は少ない。
	ケアマネージャーに対応をお願いしていて、直接お会いしてのことが少ない。
	ケアマネージャーを通して行われ、場合によってはうまく疎通ができない。
	ケアマネが連携している。
	ケアマネより情報を聞いている。
	ケアマネより連携ができています。
	ご家族が中心のため、ご家族を通じてとなるため、直接はない。
	サービス担当者会議の参加はない。先生と会うことも難しい。時間が作れない。
	ヘルパー直接的に医師とかかわる機会がない
	ほとんど本人か家族のみ。
	医師の受け方による。必要時 FAX 等をするが、それにより何か対応してくれることは少ない。
	個人病院なので連絡がとりにくく、返答がすぐに帰ってこない。
	在宅の様子等を知らせる術がない。
	次の受診まで会うことがない。
	主治医の先生とお会いする事ほとんどありません。なにかあれば、主治医から訪看に連絡。その後、当社に訪看から連絡が来ます。
	受診に同行する時しか会わない。
	受診時に同行はしないため、ケアマネージャーより報告を申し送ってもらうなどしているため、行き違いなどが起こる。
	退院、退所の連絡が急に入り、こちらから要請してカンファレンスをすることもあるが、全てケアマネを通してのため開催されないこともある。またサービス提供責任者が独自に行っても、個人情報で話をしてくれないこともある。
	担会、カンファレンスで会うが、直接のやり取りはなし。
	担当者に出席がない場合が多く、ケアマネージャーからの情報が多いため。
	担当者会議等でも会うことがない。
	直接はなくケアマネや看護師を通じてがほとんどである。
	通院介助がなければご本人様またはご家族様よりの情報のみになってしまうため。
	通院介助をしている利用者さんについては、受診時情報交換ができるが他の利用者さんについては連携できていない。
	通院時のヘルパーの話を聞かない。
	通院時は必ず先生と話や状況連絡をしています。
	特変時のみ関わり合い
	必要な時にアドバイスがもらえる。
	付き添いができる場合は、直接医師とお話し、特変があった場合の指示を仰げる。
	訪看を通しての話しか聞けず、直接的に連携をしていただけない。

		利用者と同行してもヘルパーの同席は無用と言われる。
	その他	利用者の通院時に行かなければ会えず、直接意見を聞けない。 ご家族が直接関わるため、間接的な関わりが多いため。 病院によっては Dr.が話を聞いてくれないことがある。 利用者様の担当医師が大病院であり、直接話すことが難しいため。
連携していない	-	会うことがない。
	管理者	CMから指示があるため。 CMから情報が主である。会うことがない。 CMを通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいていのCMさんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ずCMを通すようにしている Dr.によって差がある。 カンファがないから。 カンファレンス等で話す機会がない。 ケアマネに連携をしてもらっている。 ケアマネを通しての情報のみ ケアマネを通じて対応している。 ケース検討会議等が行われていない。 ご家族、訪看で全て対応しているから。 サービス担当者会議でも会うことはないし、連絡を取ったことはない。 ほとんど話をしたことがない。 医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。 医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。 介護保険のケアマネが統括しているが、障害サービスの方には連絡があまりない。 会う機会がない。 今のところそれほど必要性は感じていない。しかし今後のことを考えると関係を作っておいた方が良い。 在宅利用者の場合、自分で受診、通院するため。 事務所への連絡がない。 時間調整が難しい。 相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない 直接の連携は取れない。 直接連携せず、ケアマネや訪問看護に報告し繋げているため。 通院に同行しないため。 通院時に利用者さんと受診、次回の通院まで特に連携は必要としない。 必要な場合はすべてケアマネを通してしているため。 必要性がない。
	介護職員	CMが対応するため直接はなし SW、Nsが行っている。 ケアマネージャーや家族を通しての連携になっている。 ケアマネが間に入っての連絡だから。 ケアマネに連携してもらおう。 ケアマネを通してのため。 ケアマネを通じて行っている。 ご家族様というワンクッションがある。秘守義務的なことも多々出てくる。 ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。 ヘルパーは連携していませんが、ケアマネージャー、サービス提供責任者等は十分連携していると思います。 家族より薬をもらうのみで、フェイスシートがまわってこない。 介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？ 管理者、ケアマネが事前に連携を持ち、報告を受けている。 期間内に利用する人はなし 急変時などに往診して相談にも応じてくださり、大変助かっています。 緊急のときや薬のことでしか接することがない。 自身はCM、サ責に通したことしかない 上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。 担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。 定期受診の際は直接会って指示をあおいでいる。 病気が落ち着いていて変化が見られないため。 訪問看護師さんやご家族を通じての連携となっているので、ご家族をとおいて連携するのは難しい気がする。 本人や家族又は、ケアマネが連絡をとって、退院後の受診や注意点などを伺っています。 役割ではない。 薬の相談。急変時の相談。 利用者のご家族や入居されているケアホームの世話人が医療機関と連携を取っているため。

		利用者宅から近い為、すぐに連絡を取り合うことができるため。	
サービス提供責任者		CMが連携するため。	
		CMが連絡してくれているため。	
		CMを通じて。	
		CM経由でしか話が来ない為	
		ケアカンファレンスやサービス担当者会議にケアマネが招集しない為	
		ケアマネージャーが必要な情報のやり取りをするため。	
		ケアマネージャーさんからの指示、説明。またサマリーがあり、問題がある場合はケアマネさんに伝えている。	
		ケアマネージャーやご家族が連絡を取っている。	
		ケアマネージャーを通しての連携が中心であるため、直接連携をとることはない。	
		ケアマネージャーを通して行っているため。	
		ケアマネージャー訪問看護につなぐ。	
		ケアマネが対応しているため。	
		ケアマネとかかりつけ医の関係は構築されているが、訪問介護員がかかりつけ医に連絡できる関係の構築はできていない。	
		ケアマネと主治医との連携が取れない。	
		ケアマネを通して。	
		ケアマネを通しての連携なので、直接はできていない。	
		ご家族にまかせている。	
		医師との連絡方法が確立していない。	
		家族が対応している。	
		関わりをもつことがない。訪問看護師からの申し送りがほとんどで、かかりつけ医もこの訪問介護事業所を利用しているか把握もされていない。	
		現場から医師の場は離れているため、医療の指示を得たいと思う際の難しさがある。	
		時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。	
		担当ケアマネが主で、窓口をひとつにしないとまとまらないから。	
	通院で月に1、2度医師と話す事が出来ている。ソーシャルワーカーさんとも連絡が取れている。		
	病院へ出向く時間がない。		
	聞きたいことがあっても、CMがいるのでCMに相談する事が多い。		
その他		ケアマネージャーに全て連絡をしている。	
連携を要するケースがない	管理者	ケアマネージャーに報告を行っており、ケアマネージャーより連携されているため。	
		ケアマネさんからの報告等がある。	
		ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。	
		サービス担当者の参加はない。	
		ほとんど同一法人の病院を利用されているため。	
		看護師により連携している。	
		事業所内に看護師がいるので直接は連携していない。	
		所属の看護師が対応するので、介護は連携することがない。	
		状態に応じて検査しており、結果を聞くことができる。	
		直接に接触する機会がないため。	
		直接の連携を必要とするケースがない。	
		定期的には会える。	
		問題なし	
		連携するケースがない。	
		介護職員	CMが行っている。
			ケアマネさん経由で話をもらうので、こちらからコンタクトは取っていない。
			サービス提供責任者が連携を取るため。
	なかなか接触機会なし		
	介護支援専門員が行っている。		
	自分と直接接する機会がなく、情報はサービス提供責任者から頂くため。		
	責任者が連携する。		
	通院介助しか関わっていないから。		
	同一法人内の病院であり、ご利用者のかかりつけ医でもあり、連携ができていると思われる。		
	訪問や電話にて密に連絡がとれています。		
	利用者様より病院名は聞くことができる程度		
	連携を要するケースがない。		
サービス提供責任者		ケアマネさんより報告がある。	
		ケアマネとかかりつけ医の話を、ケアマネより聞く。	
		ケアマネより情報をもらっている	
		ケアマネをとおして重要な事は伝える。	
		こまかな身体の変化等についても直に対応して下さる。	
		ご家族が対応し、家族から報告あり。	

		直接関わらない。 利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。 話をした事も会った事もない。
その他	管理者	在宅にて家族が対応することが多いため、情報提供書。 ケアマネ、訪看を介することもあるが、担当者会議や訪診などで一緒になることもある。 ケアマネ様を通して連絡をいただいています。 現在の状態と今後の注意点等。 障害のサービスなのであまり連携ありません。 情報はケアマネが取るのが一般的 担当 CM を通じての連携である。直接的には連携はしていない。 通院介助等のプランがある場合は先生と話せるが、プランにないと先生と話す機会が少ない。 必要な場合はケアマネより担当会議の連絡があり、参加するようにしています。通所介助時に直接情報のやり取りをします。
	介護職員	ケアマネからの連絡(報告) ケアマネを通して報告がある。 医師より家族を通してくださると言われるところもある。 看護師が主に動いている。 緊急時のみ直接連絡できる。普段は責任者を通している。 事業所にいる看護師と連携している。 日々の体調や褥瘡の悪化、改善等を家族、ケアマネから伝達、または相談してもらいが、ほとんど返事がなく、不明である。 病院から事業所へ直接連絡が来ることはない。CM や家人から連絡が来るか、こちらからするかが現状。 利用者様やそのご家族の方を通じて対応している。
	サービス提供責任者	ケアマネを通して連絡が入る。 ヘルパーにも十分な相談や申し送りをされる Dr.と何の申し送りもなく一方的な Dr.と差が激しい。 メールでのやりとりを行っている。 看護師との連絡は同一法人内ケアマネ、看護師がとっている。 主治医が参加するカンファレンスに出席する(声をかけられる)ことはほとんどない。 書面でのやり取りのみ 直接医師や看護師と連携を取っていない。必ず間にケアマネージャーをはさみ連携を取っている。 利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネージャーに報告しているため(活動中に急に容体が変化した場合は別)。

#### ④訪問看護師との連携について

連携の充足度	F9 役職	Q4-4.訪問看護師との連携ができる・できない理由
十分	管理者	FAX や電話で利用者の状態を報告している。 いつでも助言がもらえるし対応してくれる。 いつもよく連携できる。相談もできる。 かかりつけ医と同様の方法、もしくは緊急時は直接連絡も入れ、連携を取っている。 カンファレンスを月に2回開催し、情報の共有を図っている。 ケアマネージャーを通して急な時は直接に伝える事もある。 ケアマネを通して、又は直接連絡をしている。 サービス担当者会議やその都度 FAX や連絡ノートにて情報交換を行っている。 ちょっとした事でも、訪問している看護師には医療的な事は聞きやすい。 ノート等で連携 医療ニーズが高いお客様は直接電話をし、アドバイスを受けている。 往診と訪問看護師の会社が同じなため。 何かあればすぐに連絡できます。 何かあれば常に連絡を取るシステムがある。お互いに小さなことでも情報共有している。 気になる点があればすぐ連絡できる。 急を要する場合、連携はすぐ取る。 極細かく連絡をお互いに取り合い、連携し合い、効果を得ている。 月1度のモニタリング、電話や FAX での確認 現在利用はない 個人の情報を共有できる。 在宅生活を豊かにするために毎週ヘルパーと連絡を取ってくれます。アドバイスをくれます。 事業の近くに事業所がある。 事業所が隣り合っているため。 事務所内で顔を合わせた時や訪問終了後、訪問中の様子がすぐ話せる。

	自分は管理者、ケアマネも兼ねているので、動きがある時はこまめに連絡を取り、必要なカンファレンスは行っている。
	週1回の訪問時にいろいろアドバイス、又は直接かかりつけ医への連絡もしてもらっている。
	週2回の訪問サービスを行っているため、常に利用者の状態を報告、相談できる。また指示を仰げる。
	週に数回会う機会があるため、相談しやすい環境にある。
	少なくとも月1回電話や直接会って連絡を取っている。
	常に連絡を取れる。
	常々報告・相談を行っている。
	情報の共有を行う。
	情報を共有しており、緊急時の対応ができる。
	情報共有ができています。
	状態の変化をすぐに伝えることができています。
	状態の変化を報告すると、すぐ Dr. に連絡し、指示をしてくださる。
	職場が同じなので聞きたいことはいつでも聞くことができる。
	全般に渡る。
	窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。
	体調不良時にはすぐに指示を仰ぐ体制を整えている。
	対応するとすぐに反応している、するから。
	担当者会議の時にきちんと様子の説明が入り、指示通りケアを行うことができます。
	適時の対応を含め、連携ができています。
	電話にて共有可。
	電話や直接相談に行くなど協力して支援している。
	電話や訪問時に状況把握しやすい。
	電話連絡ですぐつながる。
	電話連絡で細かなことも報告をくれる。
	当該利用者さんに関わっている複数の事業所の打合せ会議に必ず出席し、医療の立場から関わってくれています。
	同じ事業所内なので問題がない。
	同一事業所で毎日連絡可能
	同一事業所のため、連携が取りやすい。
	同一時間にサービスに入っている為、常に相談等が出来る
	同一法人ではないが、同じグループの訪問看護師との連携がほとんど。
	同一法人の看護師とはよく連携を取れている。
	同一法人内の場合や、それ以外でもサービス担当者会議などで話し合う機会があるため。
	同事業所にいるため、毎日申し送りを行っているため連携ができています。
	同敷地内に事業所があるため。
	同僚
	日常生活の様子を報したり、医師からの指示も受けている。
	日々の訪問について申し送りができているため。
	必要時、常に連携している。
	普段からよく話し合いの場があるので。
	併設の訪問看護ステーションがあるため。
	変化があればすぐに電話連絡を取っているし、連絡ノートに置いている。
	法人内の看護とは常に情報交換し、共有できる様努めている。
	法人内訪問看護がある。
	訪看ノートを確認してから援助開始し、質疑があれば電話にて、また訪看からも注意点または指示伝達がある。
	訪問ノートなどで連絡、指示がある。
	訪問看護のサービス後、問題があれば連絡がある。特に問題がなければ後日内容について書面が届く。
	訪問看護の方は、ヘルパーに対して上から目線でよく指導してくれない
	訪問看護を利用している（毎日）、都度状態を報告している。
	訪問看護を利用している利用者が全くいないため。
	訪問結果の報告があった。
	訪問時の情報共有。
	訪問時間が続きになるので、申し送りがある。
	毎回連絡ノートで密に行っている。
	薬の確認、体調の変化について連絡しているが、すぐ対応してくれている。
	利用している利用者は密に連携している。
	利用者との間に立ち、よく動いてくれる。
	利用者のバイタルチェック（週1回）の際に、情報交換を行っている。生活の様子を話し、どのような対応が必要かアドバイスをもらっている。
	利用者一人一人の状態を聞き、診て頂き、必要時 Dr へすぐ報告して頂ける。
	利用者宅の共有のノートなどで連携している。また TEL などでも確認できる。

	連携ノートの活用、電話連絡、担会の開催
	連携ノートを作成している。質問やアドバイスを受けている。
	連携ノート等でのやり取り
	連絡、報告を常に行っている。
	連絡ノート活用。疑問等があればケアマネを通じて指導をもらっている。
介護職員	CMが十分していて、連絡をくれる。
	CMを通じて、或いはご利用者様のノートを通じて連携できている。
	お互いに情報提供ができています。
	お互いの意見を出し歩み寄って、その方に一番のケアを目指している。
	ケアマネとメモにて連携。
	ケアマネや利用者宅の報告書を通して健康状態の確認ができています。
	ケアマネを通して連携。
	すぐの対応してくれる。
	すぐ連絡が取れる。
	その都度電話や訪問時に同席するなどして連携を取っている。
	その都度変化があれば伝達する。
	できている。
	ヘルプ⇄Ns⇄Dr.というやり取りは多い。
	ホームに定期的に来てもらっている。
	ほぼ毎日
	メーリング等で連絡を取り合っている。
	往診時など、直接会ってお互いに情報交換を行えている。
	何かあればすぐに連絡してくれる。逆に介護士が指示が欲しい場合、連絡すればすぐ対応してくれる。
	看護師も訪問があれば行っているの、情報はすぐに入ります。
	管理者に報告。必要に応じてその場で看護師に情報提供し、指示を仰ぐ。
	記録ノート等で指示等があり、連携が保たれている。
	緊急時の連絡がしっかりしている。必ず最近の様子など直接話ができる。
	事業所と併設されており、意見交換がしやすい。
	事業所内の同じフロアのため、必要な情報・技術は適時やりとりがある。
	週1回説明の際、ノートに必要な事を記入して下さっているの、利用者の状態や対応方法がわかる。
	週1度来ていただき、相談できる。
	処置の変更やケアの変更等の内容を含め、情報を密に伝えることができていると感じている。
	常に連携を取っており、どんな些細なことでも情報交換しているため、連携できている。
	申し送りに記入
	申し送りの場が設けられている。
	専門家の立場から、またお互いの分野別で相談もしやすく連携も取りやすい。
	担当ご利用者を通して状況報告等ができる。
	同じステーション内なら、ちょっと困ったことや疑問に思ったことも話せる。
	同じ事業所なのですぐに話し合いができる。定期的に担当会議を開いている。
	同施設に訪看があり、連携しやすい環境にある。
	同事業所とご利用者宅に連絡が貼ってある。
	同事業所のため、何でも相談しやすい。
	特変があれば訪看へと連絡し、すぐ対処してもらう。
	日常的に関わることがない。
	必要時すぐ対応してくれ、必ず連絡がつく。
	複合なので、医療、看護、リハと全て連携できている。
	複合型サービスのため。
	法人内訪看がある。
	訪看が併設されている。
	訪看を通してからなので。
	訪問しているから。
	訪問時、連絡を取り合っている。
訪問時の支援内容、連絡事項を記入してもらっているの。	
訪問時の様子などを報告している。	
訪問先で会うこともあるし、電話でのやり取りもある。	
訪問先に連絡ノートがあり、事細かに確認、連絡がとれ情報が共有できている。	
毎回施設の看護師と治療内容、状態の説明を行っている。	
毎日、事業所へ来てくれている	
問題が起こった時や、連絡や報告をしたい場合、電話ですぐ連絡を取ることができる。	
利用者のバイタルチェックだけでなく、利用者の様子の相談をし、一緒に考えていただいている。医療的な知識や情報等もその都度勉強させてもらっている。	
利用者の状態を共有し、受診につなげている。発熱など気になることは訪看に見てもらっている。	



	<p>利用者の状態を連絡ノート、FAX、電話等で連絡を取り合っている。ケアを通して行うこともある。</p> <p>利用者の状態変更の注意点を前もって聞いてあるので、ご様子によって連絡している。</p> <p>利用者の体調の変化などを電話で連絡を取るようにされています。</p> <p>利用者自身がしっかりと行っているため。</p> <p>利用者様のお家で直接お会いし、お話をさせていただいています。</p> <p>利用者様の情報を共有してできていた。</p> <p>連携シートの導入。随時状況報告や指示確認を行っている。</p> <p>連絡ノートや電話連絡</p> <p>連絡ノートを利用したり直接電話でのやり取りで報告、相談できている。</p> <p>連絡のやりとりをしているので。</p> <p>連絡を取り合っている。</p> <p>連絡帳でやりとりを行う。</p>
サービス提供責任者	<p>カンファレンスで連携している。</p> <p>カンファレンスで話し合いを行っている。</p> <p>ケアマネージャーがパイプ役となり、両者の意見をまとめている。</p> <p>ケアマネージャーを通して十分に行っている。</p> <p>ケアマネさんを通し、十分に報告、相談をしています。</p> <p>その都度、連絡報告し、指示をもらい対応している。</p> <p>ナースの方から話しかけてくれるので。</p> <p>異常がある時は訪問看護師へ電話したり、医療情報をもらったりしている。</p> <p>胃ろう、人工肛門造設された利用者への支援時、体調不良の細かいところの指導等、相談、連携ができています。</p> <p>医療的な判断を仰げる→連絡が取りやすい。</p> <p>一番連携しやすいと思う。在宅での状態が分かっている。</p> <p>各ヘルパーが訪問時すぐに連絡できるよう、連絡先を明記している。</p> <p>看護師と一緒にケアを行うことで、細かい点の確認ができています。</p> <p>顔を合わせた時、常に情報をくれる。</p> <p>記録や直接指示があります。</p> <p>具体的な対処の方法など、教えてもらっている。</p> <p>現場でのやり取り。</p> <p>細かいことまで話をする。</p> <p>細かい部分まで配慮してくれている。</p> <p>事業所が併設されているので、情報交換が行いやすい。</p> <p>常時連携を取っています。</p> <p>状態の把握を行って気付いたことについて伝わってくる。</p> <p>状態の変化の時に迅速、適切な対応が行えた。</p> <p>状態変化があれば報告がある。</p> <p>随時、お互いに状態報告(利用者)が出来ている為</p> <p>体調の変化や日々の様子の情報交換がしっかりと取れていると思われる。</p> <p>退院時は関係者全員のカンファレンス。痰吸引、胃ろう対応の指示、状況報告書提出</p> <p>担当者会議</p> <p>担当者会議</p> <p>担当者会議で身体状況や注意点での確認ができ、状況の変化や注意点の連絡事項については、担当ケアマネより随時連絡があるので概ねできている。</p> <p>注意事項であり、〇〇未満〇〇以上なら連絡くださいと細かい指示があるので、なにかあったら必ず連絡するようになっています。</p> <p>直に会話できている。</p> <p>直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに応対して下さる関係ができています。</p> <p>直接会って連携を取っているが、それまでの間の事などは連絡ノートに記入している。</p> <p>電話でも対応してくれるので。</p> <p>電話等の連絡が取りやすいため、連絡がしやすい。</p> <p>同じ事業所内にいるため、情報が必要なところはもらえている。</p> <p>同一内に訪看あり</p> <p>同一法人に医師、看護師が常勤している。</p> <p>同一法人のため連絡を取りやすい。</p> <p>同事業所にあるのと、同一の方のサービスをしているので話す機会も多く連携はできている。</p> <p>同事務所内にいるため、情報をスムーズに伝えられるし得ることができる。情報を共有できる。すぐに支持が得られる。</p> <p>病院の看護師より在宅の事を理解している。</p> <p>普段訪問時の様子や医療行為の実施状況を、都度、電話や書面、往診時に直接伝えられている。</p> <p>服薬、皮膚状態による塗り薬等の相談にのって頂いています。</p> <p>服薬状況、現在の利用者様の血圧等、説明して下さる。</p> <p>分かりません。</p>

	訪問の前後、連絡を取り合い連携できている。
	訪問看護に来ていただいている利用者のその日の状態などを電話で報告しています。
	訪問時の連絡ノートの活用
	訪問先で連携できている。
	毎回来られた後に報告があるため。
	利用者、支援者の声を聞いてくれる。相談しやすい。
	利用者の変化がある時は、その日のうちに電話して互いに連絡している。
	利用者の変化をケアマネージャーを通して連絡
	利用者宅に連絡ノートを置き、情報を共有している。
	連絡するとすぐ訪問して下さいます。
	連絡ノート、ケアマネを通して様子を伝えたり聞いたりしているため。
	連絡ノートや電話などで情報共有している。
	褥瘡予防や処置に関すること、ケア上留意点を連絡ノートの活用や申し送りで情報共有できている。
その他	細かなことまで電話にて連携しているため。
	常に必要な連絡がとりあえている
	連絡がとりやすく、情報を伝えてくれる。
-	連絡先を知っている。
	受診時、きちんと説明していただいています。
概ね十分	管理者
	365日の支援なので、連携は不可欠
	CMが常勤ということもあり、Nsより報告、連絡が電話等であるため。
	Ns、CMが連携を行っている。
	お互いに必要なことの連携が取れています。
	お互いの訪問記録に気付いたことや申し送り事項を記すことで連携ができていると思う。
	カンファレンス、会議等で必要な情報、ケアポイント等が共有できる。
	カンファレンスに参加
	カンファレンス及び電話等で連携が取れている。いつでも連絡くださいとの言葉がある。
	ケアの内容の補完、面談や電話で連絡
	ケアプランにより訪問時間が近いこと
	ケアマネージャーとしては連携できているが、介護職としてはどうしても医療が上からの的などところが多い。
	ケアマネージャーを通してできている。
	ケアマネージャーを通して連携
	ケアマネージャーを通して連絡ができている。
	ケアマネから聞くことが多い。
	ケアマネが調整している。
	ケアマネさんや直接電話での連絡がある。
	ケアマネさんを通して相談できている。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通してであるが、分からないことや状態について教えておきたいことを伝えてもらっています。
	ケアマネを通しての報告
	ケアマネを通しての報告、訪問時の様子の記録で伝え合っているため。
	ケアマネを通じて在宅という共通点から情報の共有があり、指示をもらう必要もあるため。
	ケアマネを通し連携は取れている。内容によっては直接連携を取り合っている。
	ケア内容等、その場で相談できている。又電話で相談も取れる。
	ご様子の状態によって、いつでも連絡可能な体制を受けているので、直接問い合わせしているため。
	ご利用者の在宅療養が共有できる環境にあるため、連絡、報告、相談がしやすい。顔が見える距離である。
	サービスを一緒に提供するため、情報のやり取り、相談がすぐにできる。
	サービス事業所として関わりがあれば連携できる。
	サービス担当者での話し合い、または在宅の方の身体介護支援時に技術指導をしていただくケースもある。
	サービス担当者会議、初回利用サービス提供時。
	サービス担当者会議、退院前カンファ。急変時の対応。
	サマリー共有
	どんなことでも割と相談しやすい。
	ノート(情報)を活用して共有することで、連携は取れていると思います。
	ほとんどケアマネを通してのやり取りになるが、実際に関わることで日常的なことを伝えやすく、すぐ対応ができることが安心につながる。
	移動、移乗、歩行介助について直接指導してもらい、技術の共有化を図った。
	医療的な面での情報を得ることができる。
	往診時に会ったりすると質問ができ、答えて頂いている。
	何かあった時に(利用者の様子がいつもと違う時等)すぐ対応してもらえる。
	何でも聞けるが一緒にの時間に利用者宅に入らないので会えない。
	家族、ケアマネを通して状態や指示等連携が取りやすいと思う。
	会議、電話でのやり取りがある。

概ねとまではいかないが、連絡ノート(介護安心ノート)や担会を通してサービスの方向性を統一することができるため。  
 関わっているところは情報交換ができる。  
 気になったことを電話などでいつでも相談できるようになっている。  
 気になることがあれば常に確認している。  
 疑問点、不安点は何うことができるが、問い合わせしやすい訪看としにくい訪看。  
 共通の知識が持てる。  
 協会立の看護ステーションだったり、ケアマネの所属している看護ステーションなので連携が取れている。  
 協力機関にあり、相談しやすい。  
 協力機関にあり相談しやすい。  
 緊急を要する場合は直接連絡を取り、指示をもらうようにしている。  
 緊急時対応をしてくれる。  
 建物内に訪問介護、訪問看護が入っており、情報交換しやすい。朝礼も一緒に参加したりする。  
 互いに情報を交換しやすい。  
 在宅での看取り等に関するアドバイスや急変時の対応は速やかに行き、介護の手助けをしてくれている。  
 時間的に直接会うことはなかなかできないが、利用者宅の連絡ノートを通じて情報共有している。疑問・質問などにも回答していただいている。  
 自社にHNが併設されているため  
 主治医の先生には必ず連絡が行っている。  
 受診介助時に話をする。  
 終了後に記録、状態報告がある。  
 処置の仕方のアドバイスをきちんとされるので、安心です。  
 情報交換ができていると思われる。  
 状況の説明がある。  
 状況報告書。  
 状態の変化があった際は報告している。定期的なサービス担当者会議の開催。  
 状態の変化などはノートなどを使い、密に連絡が取れるようにしている。  
 状態の変化による対応等の変更等の連携ができている。  
 状態変化時の対応が早い。  
 色々な話はできるものの、あまり時間がない。  
 申し送りノートやカルテを確認できるため。  
 身近にいる。  
 身体的なことが分からない時は、すぐに聞きやすい。  
 生活状況の共有。  
 生活面の情報交換で連携できている。  
 積極的に関わっている。  
 相談しやすい。  
 体調の変化等の報告、引き継ぎ  
 体調不良者がいればすぐに報告し、指示を仰いでいる。  
 退院時カンファレンスへ参加してもらう。  
 退院時のカンファレンスなどに出席している。  
 担会時、医療ケアが必要な人は訪看が来られ、医療的目線から色々指導してもらうため。  
 担当のケアマネージャーから報告をもらう。  
 担当者会議  
 担当者会議やケアマネを通して情報の共有ができる。  
 担当者会議や何か問題があったときに連絡がしやすい。  
 担当者会議及び申し送りノート  
 担当者会議参加時に色々と話をする。  
 直接、または家族を通して情報交換できているから。  
 直接の申し送り。  
 直接は連携できていないが、ケアマネを通して行っている。  
 直接会う。又は電話にて情報交換している。  
 直接会うことが多いから。  
 直接連絡をしています。ケアマネ様とも連絡しています。  
 通院時、月1回は必ず同行する。  
 通院時、利用者と一緒にDr.の説明を聞く。  
 電話で気付きを報告する。  
 電話や会議も含め、何かあれば相談等しております。  
 電話や利用者宅で相談、連携を取っている。  
 電話等で様子の連絡や報告を行う。  
 同じ建物内に事業所があるので、報告、連携、相談しやすい。  
 同じ敷地内の建物にいますので、訪問看護と訪問介護を利用するケースでは情報交換しながら連携している。

	同一建物のため。
	同一敷地内に事務所があり、何かあればすぐに相談できる環境にある。
	同一法人の訪看とは事業所内で会うことも多く話せる機会が多い。
	同法人であれば必要時はもちろん、常々連携が図りやすい。他法人となるとケアマネを介しての連携が多い。
	特にターミナルケアについては細やかに連携を図っています。
	特定のケースになるが、訪問を共にしている関係で、本人の状態等を中心に常に意思疎通を図っている。
	特変があった場合、手紙、ケアマネ、直接連携を取っているから。
	特変時など、必ず連絡をくれる。支援内容変更時、他業種の調整をしている。
	内服や食事のこと等、心配な事に対し連絡ノートの利用や、ケアマネとの連絡により連携している。
	必要な時に連携。
	必要な時は互いにとれている。
	必要な情報はもらえている。
	必要に応じて対応してくれる。
	必要に応じて直接 TEL や CM を通じて指示等伝達を行っている。
	必要に応じて連携を行っている。また情報の提供で連携していただけている。
	不明な点等を医師に気軽に質問できる。
	服薬管理、血圧、体温等、把握可能。食事のアドバイス等も考えられる。
	服薬管理をされている。その内容、配置について連絡し合うことあり。
	変化があった際の相談
	変化があった時には情報交換できている。
	変化があれば相互に逐一連絡している。
	法人内の Ns であるため細かい連携ができるが、ゆえに連絡が不足することもある。
	訪看⇄ケアマネが密に連携をとっており、その FAX をケアマネが提供して指導あり。
	訪看が入っている場合、連絡ノートで密にやりとりしている。
	訪看ステーションとの情報交換やサービス調整等がスムーズにできている。
	訪看事業所から密に連絡が入り、それに対応している。訪問時間が重なり直接引き継ぎができる。
	訪問、サービス付き高齢者向け住宅施設長及び看護師との連携。
	訪問の際、お話を聞いている。
	訪問看護から連絡か、頻回に電話がある。
	訪問看護が必要な利用者がいた際
	訪問時、常に立ち会っている。
	訪問時に何らかの変化がある時はケアマネに連絡し、本人宅においてある連絡ノートに記入する。
	訪問時の変化の様子等、連絡が取れている。
	訪問時の様子などケアマネを通じて情報は入るし、質問などがあれば電話や FAX でやり取りすることもある。
	訪問先での連絡ノートの活用やそれに対する TEL での直接連絡をしている。
	訪問先に連絡ノートを置かせてもらい、連絡や記録を確認し合うようにしている。
	本人の体調等に変化がある場合に対して、電話での報告や指導をしてもらう。
	毎日情報を頂く方が多いが、必要時にのみ必ず聞く。
	問題点等があればその都度相談はできている。
	来られたとき毎回会話などをし、情報交換を行っている。
	利用者の自宅で顔を合わせることやノート、電話等で情報共有することが多い。
	利用者宅のノートに書き込むことによって情報を共有できる。連携が取れている。
	利用者宅への訪問の際に情報を交換している。
	利用者様の状態を伝え、確認後には必ず返事をいただけている。
	利用者様の状態等の情報を共有できる。
	利用頻度、必要性
	留意事項等
	連携ができていないことがある。
	連携シート、ノートから Ns が Dr.につなぎ、指示をくれる。また状況の変化に応じ、電話をくださる。そうでない事業所もあるが…。
	連絡が取りやすい。
	連絡ノートに記入あり
	連絡ノートの利用で状態が分かる。
	連絡ノートを主にサービスの状況、対応について情報交換できている。状況変化時も細かめに指示を出してくれているので助かる。
	連絡ノート使用
	連絡ノート等で連携を取っています。
	連絡ノート等に記録をしてお互い情報を共有している。
	連絡を取り合っています。
介護職員	CMを通してだけでなく気になることを伝えたりできている。
	CMを通して一番相談しやすい。
	FAX、TEL で随時、情報共有できている。

FAX や電話、直接会って、利用者様の情報を共有し合っている。
カンファレンス
ケアマネ、サービス提供責任者の人から電話連絡をして情報交換をしているので。
ケアマネージャーを通して。
ケアマネージャーを通しての情報提供や往診であればノートの記録がある。こちらからの情報提供も必要であれば直接連絡を取っていくことができる。
ケアマネージャーを通して確認できている。
ケアマネージャーを通して必要なことは連絡できている。訪問ノートの記入用により。
ケアマネや相談員が間に入り連絡をしっかりとってくれる。直接お会いしたいときは情報交換できている。
ケアマネを通して。
ケアマネを通しての情報共有ができている。
ケアマネを通しての連携のため時間がかかる。
ケアマネを通して行っている。
ケアマネを通じて情報をもらっている。
ケアマネを通じて情報を伝えてもらう。カンファレンス時情報交換。
ケアマネを通して連携できた。
ケアマネを通して連携できていると思う。
ご本人がヘルパーに言いたくない事等を、訪問看護を通して気持ちや体の状態を聞けるので、ケアの参考になり、その度にケアマネ、訪問看護と相談している。
ご利用者宅の連絡ノートにて連携を取っています。
サービス時間にちょうど引き継ぐ設定になっている。
サービス先でノートや電話利用。
サービス担当者会議に出席している。
サービス提供責任者へ報告する事で連携を取っていただいている。対応後の報告もスムーズに受けている(連携ノート・サービス提供責任者より)。
サマリー共有、担当者会議
サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。
その都度電話などで連絡を取り合っている。
パッチ交換をしている利用者がおられる。
ヘルパーと一緒に援助にあたっている。
まずはケアマネに連絡を取ることが多く、直接医療の人と連絡は取れていない。もし必要な場合は訪看さんと直接とることが多い。訪看さんが入っていない場合は主治医に連絡する場合もあるかもしれないが、今はしたことがないです。まずはケアマネへします。
ミーティングの実施でできている。
医療法人のため、常に医師の指示あり
一部情報の共有が出来ずに不安となることがある。
援助中に直接お会いする機会もあり、サービス提供責任者さんとの連携も取れているので概ね十分かと思われ ます。
何かあれば TEL などで連絡が取れる。
何かあればケアマネを通じて、あるいは直接事業所に連絡が入る。
何かあればすぐ連絡し、連携が取れている方だと思われる。
何かあればすぐ連絡しているため。
家族からも状況を聞くことで、即対応できる。
看護師は聞いてくれる。こちらの介護も修正できる。
顔見知りだし、分からないことは TEL 等で連絡しやすい。
記録、ノート等により
共通の連絡ノートや訪問日誌を通じて情報が伝わる。
勤務先と同一法人の看護師については。
緊急の時、不在の場合があった。
計画作成担当より情報を得る。
在宅での利用者の体調などを相談できる。
参加しない目もあるが、概ね申し送りに参加。参加していないでも電話等で相談等ができているため。
事務所(看護師が常時いるところ)と事業所が近いので。
自宅にてノート使用し、本人の状態、情報交換を行っており、大きな変更等は TEL にて伝えてもらっている。
自宅の連絡ノートを通じて。
週1回来訪、時間帯が続いているため話すことが出来る。緊急時はヘルパーも直接電話にて連絡。
週2回訪問していただいているため、利用者様の健康状態の変化を伝えやすい環境が整っている。
重度の方の場合は連携はできていて、状態報告、その後の指示をいただいたりしている。
情報が CM さんから Hr の方にまで、いつも降りてきているから。
情報を共有して、何かあった時にはすぐに報告している点からできていると思う。
情報交換を行えている。
情報提供をいただく。お話を聞く。電話で連絡を取る。

状態等の変化があれば連携を取っている。
状態報告の上、ケア内容、方法について相談している。
精神障害の方でいつも不穏で、一緒に体調の良い時は料理を作っていました。薬も多量に飲まれ躁鬱を繰り返され、悩みを聞いて頂いている。病気に関しても相談されている。
相談しやすい雰囲気があるため。
他事業所も利用されている利用者様なので、一つの連絡ノートで共有している状況。
体調の変化があれば連絡している。
体調不良時、連絡を入れると訪問調整つけて下さり、訪問してくれて必要に応じて受診対応してくれる。
担当者とはよく会い、状態を報告している。
担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
担当者会議を時々行っている。
直接会って
直接又はケアマネを通して情報交換をしている。
定期的に来られるので、薬などの調節の相談ができる。
電話でのやり取り、直接会ってのやり取り
電話で連絡し合っているが定期的ではない。
電話にて情報を交換し、連携する。
同じ部屋にいますので、情報の相互交換ができています。
同勤務先にいる。
同事業所という事もあり、ほぼ連携は取れている。本人評価の点で食い違うことがあるが、会話で解決。
特変時など同事業所の訪看さんに直接報告したり、すぐに意見交換ができています。
日常会話で情報交換ができています。
排便管理。カレンダーに記入している。
必要な時には連絡を取り合う。
必要な時に連携。
必要に応じて連絡を取っているため。経過などを報告したり、今の状態について等の相談をしている。
必要に応じて連絡を取り合っている。
必要時に随時電話等で連絡を取っている。
必要時は密に連携を取っている。
病状に変化がある場合、新しい対処法を話し合い確認ができる。
文章で情報を残してくれるので、割りと連携は取れているが、直接関わることはない。
変更があればすぐに連絡がある。
訪問看護師と同時間にサービス実施。
訪問看護師と同時間にサービスを実施する。
訪問看護師介入の利用者には共有ノートがありますのでノートでの連携。
訪問時に変化のあった事を伝えている。
訪問時に話が聞ける。
訪問時の様子で直接連携取ったり、ケアマネージャー家族を通して連携を取っている。
訪問状況をケアマネに報告すること。連絡ノートに記入することで訪問の様子を把握。
訪問先においてある連絡ノート、電話、ケアマネを通して。
毎週訪問されていて、その都度変化があれば指示をいただいています。入浴介助も一緒にしているところもあります。
夜間泊まりの利用者が急変時、しっかりと対応してもらっている。
薬の指示や日々の変化を随時報告している。
容態の変化があった時など、ケアマネを通してが主だが、連絡している。
利用される場合、利用者の緊急時の対応やサービス上の注意点などを決めておきます。
利用者さんの薬、状態把握等
利用者のADL等について情報の共有ができています。
利用者のかかりつけ医によりケアスタッフにも十分な説明がある。
利用者の情報を共有ができています。
利用者の状態を伝えてくれる。
利用者の体調具合や身体変化に関して互いに申し送りを行い、軽度の状態で対応ができています。
利用者の体調不良時、服薬関係等は連携ができています。
利用者の変化の相談、報告。
利用者宅でノートを使い、連絡、申し送りをしている。
利用者宅で訪看さんのファイルノートを確認したり、サービス提供責任者より注意事項を聞く。
利用者宅にてノートで情報交換。
利用者宅に連絡ノートがあり、処方される薬の指示等の記載がある。
利用者宅に連絡ノートを置いていて、互いに気付き、連絡事項等をノートに書くので、会えなくてもやり取りができています。
利用者宅に連絡ノートを置き、常に情報交換をしており、緊急時は直接連絡をとっている。
利用者宅に連絡ノートを置き、訪問時にはお互いが確認している。

	利用者宅訪問時、電話等で。
	利用者様の体調等の変化時、電話のやり取りや同行訪問で連携ができています。
	連携ノートを使い、互いの訪問時の様子を伝えている。注意すべき点についてはケアマネを通し、連絡を取っている。
	連絡、報告、相談がすぐに出来る。
	連絡ノートでの共有。訪看がある時に立ち会います。
	連絡ノートと報告書でやり取りがある。ケアマネージャーを通して連絡がくる。
	連絡ノートにその日の状態を記入している。緊急時は電話にて対応
	連絡ノートを活用。ご本人様の状況をお互い情報交換でき、心配事等もすぐに確認できています。
	連絡ノートを活用したり処置等確認したい時には直接確認できていることが多いので、ケアも提供しやすいことが多い。
	連絡ノートを通して利用者様の様子を情報交換できている。
	連絡ノート使用
	連絡ノート等にて情報交換している。
	連絡は取れる状況にあるが、看護師により考え方や対応方法が違い、信頼関係もできていない。
	連絡用紙を用いて常時利用者の状態をチェックしている。
サービス提供責任者	CM がしっかりしている。
	CM や同一法人スタッフから申し送りなどを聞いている。
	カンファレンス、電話にてCM を通し連携を図る。
	カンファレンスの時に同席して、意見を聞くことができる。
	ケアマネージャーからの情報で連携が取れている。
	ケアマネより連絡があり。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通しての連携。
	ケアマネを通して行っている。
	ケアマネを通して状況報告が概ねできている。
	ケアマネを通じて連絡を取っている。記録用紙を見ている。
	ご本人様についての連絡事項は電話にて対応している。
	サービス提供に関してのアドバイスをいただくことや担当者会議の参加等。
	サービス内容に関わるので、こちらからやりとりしたり、報告はケアマネなどから密にしてくれる。
	ノートを活用し、連絡を取り合っている。
	ノートを利用し情報交換できている。同時に訪問することで身体状況等把握することができている。
	メールや電話ですぐに指示を仰げる。
	異常等があれば、いつでも連絡可能。
	医療面で困ったこと(分からないこと)があれば連絡ノートなどで連携が取れている。
	一緒に介護しているので、その都度お伝えしています。
	一緒に訪問をしている。
	往診につなぐほどでもない軽症な症状などにおいても、早期に対応して下さる事業所もあり、状態の伝達により悪化や増悪を防ぐことができた。
	家族とケアマネージャーより。
	家族やケアマネージャーから。
	概ね、連絡ノートなどにより注意点等の連絡のやりとりはできている。
	気がついたことがあったら家族さんやケアマネージャーを通して連絡してもらっている。
	気になったこと等、直接聞いている。
	吸引しているため、状態についての報告、連絡を取っている。
	共に訪問して連携意識しているので、ケアマネを通してまたは直接やりとりもしやすい。
	計画作成担当者より情報を得る。
	高齢者ハウスへの訪問時には、Ns の訪問がある時出来るだけ一緒に伺う。在宅のみの方はやや難しい。
	在宅療養手帳や共通ノートで情報共有できている。
	事業所、看護師による。介護職と連携しようとする事業所もあり、したくてもできない。
	傷の手当て等について電話で連絡を取り、情報を共有している。
	情報の共有ができています。
	状態に変化が見られたときに情報をくれる。
	状態の変化等の情報交換を行い、変化に合わせた対応を行えている。
	状態の報告や引き継ぎは TEL や連絡ノートで行えている。不安なことがある時は相談もしている。
	申し送り帳や電話にて「報・連・相」がすぐにできている。
	申し送り帳や電話にて「報・連・相」がすぐにできている。
	全て担当ケアマネから連絡がある。
	相談できる関係であり、助言を頂くこともある。
	退院前カンファレンス(サービス担当者会議)時、あるいはケアマネージャーを通して。
	担会時、連携を取っている。
	担当ケアマネを通して行っている。

担当者により異なる部分もあるが、毎日のように連絡を取っていることもある。
担当者会議での情報交換、利用者によってはヘルパーとの自宅での共有ノートにて情報交換。
担当者会議の時に直接お会いできる。何かあれば電話できる。
担当者会議への参加、訪問先での情報共有。
担当者会議以外では、問題等が生じた際に、連絡や相談を行っている。
担当者会議等で情報交換をし、病状確認ができる。
担当者会議等を通じて直接お話する機会や必要に応じて連絡を取ることができる。
地域の医師
直接の電話のやり取りで、変化がある場合は対応している。
直接またはCM、介護者を通じて指示がある。
直接会う機会はありませんが、ほほえみノート(各職種が同一ノートに記録する)を通して記録を伝えあえる。
直接支援の時に状態を教えてくれるから。
直接接触、連携を取っている。
直接電話でのやり取りやケアマネージャーを通して報告等できているため。
通常はケアマネージャーと通じて連絡を取り合うが、緊急時には直接連絡を取り合い、連携出来ていることが多い。
定期的なサービス担当者会議の開催にて連携ができている。
定期的に連絡を取っており、連携はできている。
定期訪問により病状確認のためノート準備、体調把握、その都度記入。
電話やノートで連絡を取り合える。
同じ社内であっても、社外であっても、必要時には連絡が入るし、こちらからも相談を入れやすい。
同じ敷地内にステーションがあり、連絡がすぐできる。
同法人であれば連携が図りやすい。他法人であればケアマネを介しての連携となることが多い。
同法人に訪問看護STがあるから
日常的に情報共有できている。
日々の体調管理面で…。
必要な指示はCMを通じて入ってくる。
必要な情報交換ができている。
必要に応じて行っている。
必要時、電話、FAX
必要時に連絡を取り合い連携できている。
必要時はケアマネを通して行っている。
病院のワーカーを通して退院の際にカンファレンスを行っている(問題ケース、知的、精神など)。
服薬や急な体調の変化等について随時連携をとっている。
変化がある際、相談している。
変化がある時には、すぐ相談できる体制にある。指示ももらえる。
変化があれば電話をしている。
法人内の訪問看護師との連携はできている。利用者さんの状態をすぐに報告できる。
訪問ケア中の状況や連絡ノートでのやり取りができている。
訪問の利用者の体調が悪いときのみ。
訪問介護と訪問看護との記録の伝達
訪問看護とは連絡ノートを使用し、日々の状況を伝えたり、体調に変化があった時は直接連絡を取る利用者もいる。
訪問看護師がいるところは密にとっている。異変時は特にすぐに連絡している。
訪問後必ず訪問看護師と申し送りをしている。
訪問時に情報交換を行っている。
訪問時に相談している。
訪問時に同席させてもらうことがある。
訪問時直接連携が取りやすい。
訪問先で時間を合わせたり電話連絡している。
訪問先で直接会う機会が多い。訪問先のノート(連絡)の活用。
問い合わせには大概答えてもらえるが、忙しいのかなかなか返事のない時もある。
問題が生じた場合、ケアマネージャーから確認をいただき連絡をもらえるので。
利用者に必要な薬など、担当者会議で聞くことがある。
利用者の異常時の連携は取れている。通院時の状況報告している。
利用者の状態でいつもと違う事がある時、心身状態の悪化時、連携を取りながらできている。
利用者の皮膚状態の変化等、体調の変化について連携できている。
利用者宅で記録を見ることができるし、電話も繋がりがやすい。
利用者宅に置いてある連絡ノートで申し送り等があったら記載し、連携を取っている。緊急時は電話している。
FAXも行っている。
連携ノートの活用、電話での報告、相談に対しての指示、連絡がスムーズにできている。
連携ノートを作り常に指示を頂く。
連携を取ることが必要だとNsが思えば連絡がある。介護職が連絡しても返答は少ない。



		連絡ノートなどで、こまめな状況報告をするようにしている。
		連絡ノートなどを用いて情報を共有する。ケアマネを通して情報を共有している。担当者会議など。
		連絡ノートにて。
		連絡ノート使用
		連絡ノート使用
		連絡帳や電話で情報共有しているので。
	その他	ケアマネージャーを通して聞いている。
		ほとんど電話でのやり取りだが、お話することができる。
		何か気になることがお互いあれば、電話にて情報の共有やすりあわせをしています。
		細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡が いっている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。
		在宅で利用していた方はサマリーをいただいている。
		相互のやり取りが直接的な場合もあるため。
		電話等で連絡しやすい。
		導入する前に情報提供したり、訪問開始から導入中は利用者の状態に合わせて連携している。
		排便コントロールや利用者様の状況に合わせた服薬を出して下さる。
		必要に応じて必要な情報を得られている。ケースに応じて協働することもある。
		必要時にお互い連絡、報告できているため。
		不親切な方もいるが、よく観察して下さり共通理解できている。
		連絡ノートで申し送り、緊急時には電話をしている。
やや不十分	管理者	Ns によって話しやすい方と話しにくい方がいる。
		Ns 同士での連携で問題がない。
		Ns 方が上であるという立場が強く、情報交換しづらい。
		あまり連絡を取る機会がない。連携を取る場合、書面が多いので。
		お客様宅で直接連携をとることがないため。
		お互いに情報の交換を行っているが、不十分と感ずることがある。
		かかりつけ医と連携を取ってくれる。
		ケアマネージャーを通して連携できている。
		ケアマネさんを通して行っている。
		ケアマネを通して
		ケアマネを通じて。時々連絡の行き違いなどあり。
		ケアマネを通して行っている。
		ケアマネを通して連携をしている。
		ケアマネを通じて連絡が取れている。
		ケア以外での時間調整が難しい。
		サービス担当者会議程度で会う機会がない。
		じっくり接する時間がない。
		ステーションによっては、体調の変化を積極的に伝えて頂けないから。
		どのように関わっているのか分からない。
		ナースはナース、ヘルパーはヘルパー的な雰囲気がある。
		もっと数多くのカンファレンスを希望します。
		会う機会がない。
		看護師からの指示はあるが
		緊急で連絡を入れても、直接いつも診てくれる訪問が不在で話ができないため。
		現場で働くスタッフが少なく、身体介護の技術が低下しており、サービスに入る事が多いため、会議に参加する 事ができない。
		事業所によって情報交換のやり取りが薄いこともある。
		事業所や CM による情報不足。
		自社プランの場合は同じ事務所に Ns が在籍しているため連携できるが、他事プランは CM を介す。
		重度にならないとなかなか動かれず、現場ヘルパーへの指示のみでの対応となる。
		情報が不十分
		多くは担当者会議で顔を合わせる程度の付き合いだが、一部状況を FAX、電話等でいただける場合もある。 体調の変化を報告する。
		担当する看護師によって、連携の度合いが違ってくる。十分のときもあれば不十分な方もいる。
		直接の連携はほとんどなく、間にケアマネージャーが入った連携であるため、ケアマネージャーの力量次第と なっており、不十分である。現場の介護職と医療職との間に入るケアマネージャーが在宅経験がないと、より不 十分となる。
		直接会って話をする時間がほとんどない状態。
		当事業所でのカンファレンス、申し送り等で対応している。
		同一法人にあるのですが、訪問を契約している利用者様に対して、訪問時間帯以外での関わりを持ってもらい たい時にできない。
		変化があったら電話や FAX でのやり取りができている。

	<p>訪看の仕事がヘルパーと重なる支援は訪看がすることが多く、ヘルパーの仕事がプランからなくなるケースが多い。訪看しかできないことをプランに入れて欲しい。</p> <p>利用者の病状管理の度合いにもよるが、排泄管理等、連絡ノートでの連携は行っている。</p> <p>連絡ノートのみ。(ない場合もある)</p> <p>連絡ノートの交換で情報の共有はしているが、直接会って話す機会がない。</p> <p>連絡ノートを作り、血圧測定の数値等を記入し、体調が心配なときは電話にて報告しています。</p> <p>連絡をしても返事が来ない方もいる。</p> <p>連絡用ノートを利用者宅に置いて、利用してくれないステーションあり。</p>
介護職員	<p>エイルを利用しているが状況を上手に文章ができず悩んでいる。</p> <p>ケアマネを介しての連携しかなく、頻度も少ない。</p> <p>ケアマネを通して情報を共有しています。</p> <p>こちらから状態等の変化報告をするも、様子見が多くこちらの求める指示等が少ない。</p> <p>コミュニケーション不足</p> <p>ご利用者様の身体的や精神的な変化について報告するが、あまり気にとめないこともある。</p> <p>すぐに来てもらえない、もしくはこれられない。</p> <p>その場での対応になっている。</p> <p>たまたま訪問が合えば連携できる。</p> <p>ヘルパーにとっては一番頼りになるが、訪問時間が重ならない様にしてあるので、話したくても会えない。一緒に利用者の傷を見たりできたら良いのと思う。</p> <p>一つの事業所は連携を必要として、その都度指示等していただき情報の共有ができていますが、もう一つの事業所は医療行為は私達の仕事、他はヘルパーが行えば良いと思いき、連携できていません。</p> <p>会う機会があると訪看さんのサービス時の様子等も教えてくれる。気になることも細かく教えてくれる。情報共有に力を入れておられる。</p> <p>看護師からの一方的な要求や連絡が多い。</p> <p>居宅でのサービス外の内容について訪看からご本人に「〇〇さんのヘルパーさんにしてもらったら」と言われ、ご本人はその気になるも実際はサービス提供できないことがあった。各事業のサービス範囲を各々把握できていない。</p> <p>現在、訪問看護を利用していないが、利用していたケースの場合を考えると、情報交換する機会やツールは無い状態だった。</p> <p>在宅での状況が直接またはCMを通して報告がないことが多い。</p> <p>書面での申し送りはあるが、カンファレンス以外で情報共有することが少ない。</p> <p>状態の変化を伝えるににくい場合</p> <p>直接お話することができず、対応への指示、確認に時間を要する。</p> <p>直接ケアマネージャーと家族が連絡を取り合うことが多い。</p> <p>直接連絡がとりにくい。</p> <p>入れ違いでの訪問なので、意見交換ができた。</p> <p>必要時しか連携を取らないので、関係が出来上がっていない。</p> <p>訪問の状況を、情報提供が必要な場合は電話をする。在宅日誌へ記入。</p> <p>利用者宅での連絡ノートを利用しての引き継ぎや電話でのやり取りを比較的にまめに行っているが、ケアに関する相談等は少し不十分に感じる。</p> <p>利用者本人と対するだけでヘルパーには様子を聞くことがありません。数分間で本当に分かるのか？と思う時があります。</p> <p>連絡ノートを理解したりで、直接の様子や変化のやりとりがなかった。</p>
サービス提供責任者	<p>CMとは連絡が取れているが、話が下までおいてこない。</p> <p>CMを通じて。</p> <p>アセスメント等で相談支援員を介して情報の共有はできている。障害の方はほとんどご家族同居のため、そこを介してしまうことが多い。直接的な関わりを持ちたいと思うが担当者会の開催も相談支援員によってバラツキが多い。</p> <p>ケアマネージャーを通してのやり取りで、うまくこちらの情報が伝わらないことが多い。</p> <p>ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。</p> <p>ケアマネを通しての関係となる為、直接連携がとりにくい。</p> <p>ケアマネ経由、あるいは連絡ノート、FAX等で連携が取れやすい。</p> <p>ケースによるが、ほとんどがそれぞれの仕事をこなすだけになりやすい。</p> <p>サービス担当者会議の時くらいしか会うことはなく、情報はケアマネを通じてがほとんどである。</p> <p>ノートのやりとりなどで行っている。</p> <p>ノート等でやりとりしている。ケアマネを通して必要なら電話します。</p> <p>何か困り事がある時や、担当者会議がある時しか連携ができない。</p> <p>介護ヘルパーについての理解が十分でないと感じることがある(処置の指示など)。</p> <p>介護職と医療職との隔たりを感じるがあるので、細かいことまでは話をする関係にない。</p> <p>関わる関係機関が多いが、中心となる、動くものが不確定。相談員が機能していない。</p> <p>緊急対応時、電話での指示があってもスケジュール的なものもあり、直ぐ現場に行けない時がある。</p> <p>主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。</p> <p>週に1回1時間程度なので、ほとんど話していない。</p>

		<p>少しずつ関係性を構築できているが、頻繁に状態確認を行う等の連絡をできるまでではない。      情報をあまり得られない。      相手によります。      体調不良の場合、緊急訪問してくれている。薬の飲み方などを教えてくれる。      担当者会議で会っても現状報告することで終わっている。      担当者会議のみの情報交換のため。      直接の連絡が取りにくい。      直接会ったり連絡を取ることは少なく、ほとんどケアマネージャーを通しての連携を取っているため、一方的な情報となってしまうことが多い。      直接会って話をする機会が作れない。      直接電話連絡しても良い事業所もあるが、ケアマネを通してくださいとの希望の事業所もあり。      電話連絡にて時々      日頃の利用者の様子、体調等の話ができる。      皮膚びらんなどの対処方法は書面だけでは分かりにくい。      必要であれば参加している。ヘルパー内容と関係ない時はCMより申し送りを受けている。      訪問の事業所によって連携を取りやすかったり、取りにくい場合あり。      訪問の記録などを見て、どのような状態か把握は出来る。電話等での連絡をとれば話は出来る。      訪問診療の一緒の時間に都合が合わない。      利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。      連絡ノートを通じて連携を取っているが、直接に会う機会がないため情報不足となる。      連絡はケアマネージャーを通して。      連絡を密にしているものの医療関係者・利用者本人・ヘルパーの意志一致がない。</p>
	その他	立ち会って往診なら先生の質が在宅での生活を考えられているので、連携できていると思う。
	-	会う機会が担当者会議の時のみだから。
不十分	管理者	<p>CMが間に入るから。      CMとの連携が不十分なためか全体の連携がうまくいかない。CMの性格、性質も問題の一つと考える。      カンファレンス等で話はするものの、利用者に対する考え方が各方面で違いがある。統一してほしい。      ケアマネージャーに全て連絡をしている。      ケアマネージャーのところに直接連絡がいき、その後事業所へ連絡が行くため。      ケアマネージャーを通して報告しているが、医療との連携がうまく取れていない様です。      ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。      ケアマネ中心なので連携できない。      サービス時間が異なるため、担当者会議でもなければ接触する機会がない。      ほぼサービス担当者のみ連携でしかない。      医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。      共有ノートを作成しているが、記入がない。      近くの事業所は他の利用者でも会う機会があるため連携しやすいが、遠方の事業所は困難。      食事制限の方の対応。      食事摂取量、内服の服用状況など、日常生活の細かな情報提供で主治医の利用者把握に役立っています。また「いつもと違う」という報告がすぐに伝わっていると思います。      全てケアマネを通しての情報で一方通行のため、こちらの質問への回答がない。      多忙      中に入っていけない。時間の中でできない。サービス外になる。点数をもらえない。      直接関わっているわけではないため      別法人のためコミュニケーションが浅い。      報告が介護介護事業所がない。      訪問した際にメモが置いてあるだけで電話等がかかってくる事は稀。      訪問看護事業所が不足している。      忙しく、話をする時間が取れない。      密に連絡が取れていて、十分連携が取れている。      利用している利用者の情報がない。</p>
	介護職員	<p>こちらからは情報として電話するも向こうからの特変時の連絡なし      サービス提供責任者のみ参加のカンファレンス      たまに記入した連絡帳を見る程度      家族からの情報しか入ってこない      看護計画書に基づく行動のため、早急に処置して欲しいことであってもすぐに行動を起こしてもらえないのが現状。      今のところあまり必要性のない利用者さんが多い      在宅ヘルパーをこき使う。      事業所の看護師に聞くこともできる。      上からの押しつけになっていて、症状が悪化しているのに対処を変えない理由が説明されない。</p>

		<p>直接話す機会がない。</p> <p>訪問看護師さんが入室される前にケアで入室するため、心配なことはお手紙を書いてお伝えすることがあります。</p> <p>訪問時間が違うため会って話をすることがない。</p> <p>訪問日が違うのでめったに直接お会いすることはなく、ノート記載などからの連携。</p>
	サービス提供責任者	<p>あまりカンファレンス等で会うことが少ない。</p> <p>サービス担当者会議で会った時は直接話を聞く事はあるが、それ以外は聞きたいことがあっても、CMがいるのでCMに相談する事が多い。</p> <p>サービス担当者会議やカンファレンスを行っていないため。医療関係者以外の担当者会議は行っている。</p> <p>メモは残してあることが多く、直接話をするのは担当者会議の時くらい。</p> <p>異変や不安な時はすぐ連絡報告し、ヘルパーができる事の指示をもらっています。</p> <p>医療側の視点で、変化があっても情報をもらえない。</p> <p>家族を通じて確認してもらうなど、直接のやり取りはないので顔が見えない。</p> <p>会う機会がなく、連絡もあまりない。</p> <p>看護が入っている利用者が少ない。</p> <p>看護師が必要と思えば指示されるが、その他はほとんど連絡がない。</p> <p>困った症状の時に相談している。</p> <p>時間がないため連絡の取り合いができず伝わらない。ケアマネージャーへ申し送り連絡をするが、伝達に時間がかかり早急さがない。</p> <p>時々会っている。</p> <p>単独で動かれることが多く、詳しい報告をされておらず、ケアに入る時間帯もバラバラで連携しづらい。</p> <p>直接やりとりすることが少ない。</p> <p>報告等はほとんどしていただけていない。</p> <p>訪Ns時に訪問できれば行い情報をもらう</p> <p>利用者の状況共有</p> <p>利用者宅に置いてあるお互いの記録や連絡ノートで情報交換や連携ができる。</p> <p>利用者宅の介護記録簿を各々見て、利用者の状態を共有する。</p> <p>連絡ノートのやり取りをしている。</p>
	その他	<p>医療関係者が参加する担当者会議をまだ実施していないため。医療関係者以外の担当者会議は実施している。</p> <p>薬管理だけの訪問目的が多く、情報を共有することが不十分。</p>
連携していない	管理者	<p>CMから指示があるため。</p> <p>CMを通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいいていのCMさんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ずCMを通すようにしている</p> <p>異常に変化があったとき、細かめに状態報告を行っている。事業所フロアが同じで環境が整っている。</p> <p>医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。</p> <p>会う機会がない。</p> <p>該当なし</p> <p>今のところ訪看を利用していないため。</p> <p>今のところ訪看利用なし</p> <p>事務所への連絡がない。</p> <p>相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない</p> <p>他事業所のため</p> <p>入院前から連絡を取り(在宅)最終的に入院となった(精神)。</p> <p>必要に応じて電話や利用者様宅にメモで残してもらっている。</p> <p>訪看側に連携するつもりがあまりないから。</p> <p>利用しているケースがない</p> <p>利用なし</p> <p>利用者がいない。</p>
	介護職員	<p>いない</p> <p>ケアマネが間に入っただけの連絡だから。</p> <p>ケアマネが連携してくれない。</p> <p>ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。</p> <p>ヘルパーは連携していませんが、ケアマネージャー、サービス提供責任者等は十分連携していると思います。</p> <p>介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？</p> <p>看護師が一方的で介護職員のことを考えていないと思う。</p> <p>看護師さんの人間性が大きいと思う。ヘルパーが一番直近に利用者に関わっているのに、バカにしている。</p> <p>管理者、ケアマネが事前に連携を持ち、報告を受けている。</p> <p>現在(10/31まで)利用者がいない。</p> <p>事業者が小さいから</p> <p>自身はCM、サ責に通したことしかない</p> <p>上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。</p>

		<p>対応する利用者がいない。</p> <p>担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。</p> <p>訪問看護の利用なし</p> <p>訪問時のお互いの記録を見るしかない。</p> <p>利用者の状態変化時に直接ケアマネを通して連絡している。</p> <p>連携を行うケースがない。</p>
	サービス提供責任者	<p>CMが連携するため。</p> <p>CMが連絡してくれているため。</p> <p>CM経由でしか話がか来ない為</p> <p>いない</p> <p>ケアマネージャーが必要な情報のやり取りをするため。</p> <p>ケアマネージャーを通しての連携が中心であるため、直接連携をとることはない。</p> <p>ケアマネが対応しているため。</p> <p>ご家族にまかせている。</p> <p>ご利用者さんが障害を持っておられる方ですが、ご自分の意志表示が出来る為</p> <p>ほとんど会わない。</p> <p>何か心配などがあれば尋ねることができる。</p> <p>時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。</p> <p>相談しやすい(電話やFAXで良い)状況を互いに想像しやすい。</p> <p>変化があった時は電話で連絡を取り合っている。</p> <p>本人さんが拒否のため</p> <p>利用ケースがない。</p>
	その他	<p>直接会って、または電話で話をする。</p> <p>入所時のみ連携だが対象者なし。</p>
連携を要するケースがない	管理者	<p>Faがいるため、Faをお願いする。あまり、ほとんど使っていない。</p> <p>カンファレンスでやり取りしたが、支援につながらなかった。</p> <p>ケアマネの業務</p> <p>サービスを利用してない。</p> <p>ほとんど同一法人の病院を利用されているため。</p> <p>介護保険のケアマネが統括しているが、障害サービスの方には連絡があまりない。</p> <p>現在の利用がないため。</p> <p>現在必要性がない。</p> <p>今後検討は必要だと感じている。</p> <p>退院時カンファレンス、担会のみ</p> <p>直接の連携を必要とするケースがない。</p> <p>同一法人の看護師が対応してくれる。</p> <p>訪看サービスを利用されている利用者様がない。</p> <p>問題なし</p> <p>利用している方がいない。</p> <p>連携するケースがない。</p>
	介護職員	<p>ご利用者の状態、対応など指示を書面で残して下さったり、連携はできていると思われる。</p> <p>サービス提供責任者が連携を取るため。</p> <p>看護師が入った状況を連絡ノートでやり取りすることにより、利用者の状態がよく分かる。</p> <p>勤務先の看護師が他の看護と連携しているので、会ったことがない。</p> <p>仕事で接することがない。</p> <p>時間帯が違うから。</p> <p>責任者が連携する。</p> <p>直接であったり、電話であったり、分かりやすく指示して下さいます。</p> <p>訪問する時間帯をずらして提供されるので、連携は難しい。</p> <p>訪問看護師の利用はない。</p> <p>利用者の状態の変化等、お互い電話で情報交換をしている。</p>
	サービス提供責任者	<p>2回/週の訪問のNsに、訪問するヘルパーが記録ノート及び電話にて報告可能なため。</p> <p>こまかな身体の変化等についても直に対応して下さいます。</p> <p>プランに入っていないため。</p> <p>該当者がいない。</p> <p>現在は訪問看護で入っている在宅者がいないため。</p> <p>退院前カンファレンスへの参加。連絡ノート。</p> <p>訪問曜日が違う。</p> <p>利用されている利用者さんがいない。</p> <p>話をした事も会った事もない。</p>
	その他	<p>あまり問題はない。(複合型サービスに訪問看護がいるので)</p> <p>訪看、訪リハの利用者がいない。</p>

-	管理者	ケアマネジャーが話をしている。
		該当なし
		経験なし
		施設内に看護師が常勤している。
		障害のサービスなのであまり連携ありません。
		電話にて指示、相談ができる。
		利用者さんの状態に変化があったり、訪問看護さんの利用があれば担当会議があります。
		連絡ノートでの連携は常に行っている。問題や異常時に連絡している。
	介護職員	カンファレンスや担当者会議で会う他はほとんど直接話ほしない。訪問先にノートを置き、連絡を取っていた。
		わからない
		事業所にいる看護師と連携している。
		直接連絡があり報告される事もある。
		報告や連絡が悪い点。
	サービス提供責任者	訪問時に会えた時に意見交換、相談ができる。
		ケアマネを通すので全てに時間がかかる。
		状態・状況の変化等があったときは、連携できている。
		直接会って話す事が出来る医師とそうではない医師がいる。
		電話や訪問先の連絡ノートでのやり取り
		法人内の病院に在宅部門があるため、比較的連携を取りやすい環境。事業所内に訪問看護があるため、連携は取りやすい。
		利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネージャーに報告しているため(活動中に急に容体が変化した場合は別)。
その他		
関わりなし		

#### ⑤訪問リハビリテーションのリハ職について

Q4-5.訪問リハのリハ職との連携の充足度	F9 役職	Q4-5.訪問リハのリハ職との連携ができる・できない理由
十分	管理者	<p>お互い訪問時に体調変化が見られた場合、ヘルパー事務所にて情報共有できている。</p> <p>ケアマネを通して、又は直接連絡をしている。</p> <p>ヘルパー訪問時にリハビリテーションを受けているので、直接話ができるので連携できている。</p> <p>会う機会がない。</p> <p>極細かく連絡をお互いに取り合い、連携し合い、効果を得ている。</p> <p>勤務が同一の訪問リハとの連携がしっかり整っているため、介護に情報が来る。</p> <p>具体的な内容について、定期的にアドバイスを受けている。</p> <p>現在利用はない</p> <p>個人の情報を共有できる。</p> <p>在宅生活を豊かにするために毎週ヘルパーと連絡を取ってくれます。アドバイスをくれます。</p> <p>事業の近くに事業所がある。</p> <p>事業所が隣り合っているため。</p> <p>週2回</p> <p>週に3度やり取りしている。</p> <p>常に連絡を取れる。</p> <p>情報共有ができている。</p> <p>窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。</p> <p>体交やポジショニング等の講習を行っている。</p> <p>対応するとすぐに反応している、するから。</p> <p>退院時に必ずカンファレンスがある。</p> <p>退院時のカンファレンスを必ず行う。</p> <p>担当者会議や何か問題があったときに連絡がしやすい。</p> <p>電話にて指示、相談ができる。</p> <p>同一事業所 PT や、病院に足を運ぶなどしている。</p> <p>同一事業所で毎日連絡可能</p> <p>同一法人にリハ職部署があるため。</p> <p>同一法人のため</p> <p>同一法人の場合で出ている。連携ツールの活用。</p> <p>同一法人内の場合や、それ以外でもサービス担当者会議などで話し合う機会があるため。</p>

	同敷地内に事業所があるため。
	同僚
	必要時、常に連携している。
	必要時は連絡を取り合い、情報の共有ができています。
	普段からよく話し合いの場があるので。
	歩行状態、バイタル等、日々と違うときはこちらへ伝えていただける。
	法人内のリハ職のため環境設定も含めアドバイスもあり、連携が取れている。
	訪問看護を利用している利用者が全くいないため。
	毎月実施報告や計画内容等ケアマネを通してやり取りをしている。情報交換をしている。
	利用者宅の共有のノートなどで連携している。また TEL などでも確認できる。
介護職員	CM が十分していて、連絡をくれる。
	お互いの訪問時の体調や体調不良時の連携を情報共有し、対応している。
	ケアマネを通しての連絡。
	サービス担当者会議で、カンファレンスをしているため。
	サービス担当者会議で情報交換、ケアプランを見直し作成ができています。事業所のできるリハを教えてもらっている。
	ミーリング等で連絡を取り合っている。
	月一回担会にて打合せをしている。
	事業所と併設されており、意見交換がしやすい。
	治療の経過だけでなく、治療時の様子や身体的な変化の説明を行っている。
	週に2回
	申し送りに記入
	生活リハビリとしてどうしていったらよいか、生活状況等連絡を行っている。
	担当ご利用者を通して状況報告等ができる。
	内容について直接話を聞ける。
	日常の様子などを連携している。
	複合なので、医療、看護、リハと全て連携ができています。
	報告、連絡、相談を行っている。
	訪看を通してからなので。
	訪問時、連絡を取り合っている。
	毎回話し合いをしている。
	毎期の報告やモニタリングで実際に会うことができ、直接話を聞くことができる。
	問題が起こった時や、連絡や報告をしたい場合、電話ですぐ連絡を取ることができる。
	来所の度に情報を共有している。
	利用者の今後まで施設スタッフと話し合い、実行に向けた方法を共に進めている。
	利用者様の情報を共有して連絡ができています。
	連絡ノートでその時の様子を連絡していただく。
	連絡のやりとりをしているので。
サービス提供責任者	カンファレンスで連携している。
	カンファレンスで話し合いを行っている。
	リハ先生から話しかけてくれるので。
	開始前と後の様子観察と確認
	今まで1名、リハ職と連携することがありました。その際は、しっかり連携できました。
	担会なので日頃の状況を伝えることができます。
	担当者会議
	担当者会議
	担当者会議で身体状況や注意点の確認ができ、状況の変化や注意点の連絡事項については、担当ケアマネより随時連絡があるので概ねできています。
	直に会話ができています。
	直接お会いして話す機会を確保ができています。電話をかけてもすぐに対応していただける関係ができています。
	同事業所にあるのと、同一の方のサービスをしているので話す機会も多く連携はできています。
	同事務所内にいるため、情報をスムーズに伝えられるし得ることができる。情報を共有できる。すぐに支持が得られる。
	訪リハの利用者が施設に居るので、お互いに変化があった時、情報交換を行ったり、生活機能向上連携加算を取っているため。
	訪問する都度報告(状態)に来られるので。
	訪問ノートあり
	訪問の前後、連絡を取り合い連携ができています。
	訪問時の連絡ノートの活用
	利用者の変化をケアマネージャーを通して連絡
	利用者宅の連絡帳を用いて、情報交換ができています。
	連絡ノートや電話などで情報共有している。

		連絡帳でのやりとりで、家族とも連携がよくとれている。
	その他	常に必要な連絡がとりあえている
概ね十分	管理者	Ns、CM が連携を行っている。
		かかりつけ医を通して色々進めている。
		カンファレンス、会議等で必要な情報、ケアポイント等が共有できる。家族への指導、自宅での注意点等不安なことも聞ける。
		カンファレンスに参加
		カンファレンスの際に利用者の様子、今の利用者に必要なリハビリ方法などを聞くことができるため。
		ケアプランにより訪問時間が近いこと
		ケアマネージャーを通じ、必要な連絡は取っている。
		ケアマネとの連携や直接お話をしている。
		ケアマネを通して。
		ケアマネを通してであるが、分からないことや状態について教えておきたいことを伝えてもらっています。
		ケアマネを通じて月1回位報告がある。本人(利用者様)からも話を聞いたりする。
		ケースが以前あったが十分話できた。
		サービス事業所として関わりがあれば連携できる。
		サービス担当者会議、初回利用サービス提供時。
		サービス担当者会議、退院前カンファ。急変時の対応。
		すぐに対応して下さり、利用者の得に繋がる。
		どんなことでも割と相談しやすい。
		ノート等で連携
		リハビリの様子を聞くようにしている。
		リハビリ状況が伝わらない時もあるが、目標が明確にされているので…(カンファレンス参加あり)。
		リハ時に見学が可能
		リハ実施時見学、意見交換
		リハ状況聞き、ヘルパーで行えることはないか確認をしている。
		何かあれば常に連絡を取るシステムがある。お互いに小さなことでも情報共有している。
		概ねとまではいかないが、連絡ノート(介護安心ノート)や担会を通してサービスの方向性を統一することができるため。
		共働で行ったため。
		共同でモニタリング、計画作成を行うことが多い。
		月1回のケアマネ報告時に、情報共有する時。
		建物内に訪問介護、訪問看護が入っており、情報交換しやすい。朝礼も一緒に参加したりする。
		現在訪問リハ利用者はいないが、毎月情報をいただいていた。
		互いに情報を交換しやすい。
		在宅でのケアを統一するために、移乗方やポジショニング等指示をもらっています。
		三ヶ月毎にカンファレンスを開催し、状態確認を行っている。
		事業所の特性上、顔を合わせて状況報告できる機会が多い。
		事業所フロアが同じで環境が整っている。同じ利用者の違う曜日に入ることが多く、連携が重要。
		事務所内で顔を合わせた時や訪問終了後、訪問中の様子がすぐ話せる。
		実際に行うケアの中での適切な方法など、ケアマネを通してになるがアドバイスも受けられるのでありがたい。
		主に訪問先の連絡ノートを利用したり、会議の場で意見交換できる。
		状況記録などで状況の確認。モニタリングの訪問をケア中に行ったりできる。
		色々な話はできるものの、あまり時間がない。
身体状況の留意点と対応時の注意事項		
身体的なことが分からない時は、すぐに聞きやすい。		
生活状況の共有。		
生活面でこういうことをしたいと言うと、それができるようにリハビリを行ってくれる。		
積極的に関わっている。		
全般に渡る。		
体調の変化等の報告、引き継ぎ		
担当者会議、サマリー共有		
担当者会議。サマリーあり。		
担当者会議で顔を合わせる程度で、ほぼ連携することはない。		
担当者会議等で利用者様の状態を把握、ケアマネを通し指示をいただく場合あり。		
直接ご指導くださる PT さんがおられる。		
直接は連携できていないが、ケアマネを通して行っている。		
直接会うことが多いから。		
電話や利用者宅で相談、連携を取っている。		
都度毎に電話にてやり取りを行っている。		
同じ事業所内。		
同一敷地内に事務所があり、何かあればすぐに相談できる環境にある。		



	同一法人ではないが、同じグループの訪問リハビリ職との連携がほとんど。
	同法人であれば必要時はもちろん、常々連携が図りやすい。他法人となるとケアマネを介しての連携が多い。
	入浴の仕方などで教えてもらうこともある。
	入浴の方法など連絡をもらったり、リハの先生ができるかどうか、また介助のやり方などを書面にて連絡してくれる。
	入浴介助など指導を受ける場面が増えた。
	必要があれば直接会い、情報提供してもらっている。
	必要があれば連携を取り合っている。
	必要に応じて訪問リハの時に同行している。
	必要時 FAX やノート、実施にて指導等いただいている。
	必要時に直接連絡を取れている。
	必要時に連絡し、情報を共有できている。
	報告書が来る。訪問日時に合わせて自宅訪問を行う。
	法人内のリハ職とは事業所内で、もしくは自宅と一緒に訪問し意見、指示を仰いでいる。
	訪看⇄ケアマネが密に連携をとっており、その FAX をケアマネが提供して指導あり。
	訪問の際、意見交換している。
	訪問看護依頼時に同行する。
	訪問時の変化の様子等、連絡が取れている。
	訪問先での連絡ノートの活用やそれに対する TEL での直接連絡をしている。
	来設時、必ず様子を情報交換している。
	利用者宅への訪問の際に情報を交換している。
	利用者様のポジショニングの学習や症例発表で協力を得ている。
	利用者様の状態等の情報を共有できる。
	連絡、相談できる関係。
	連絡ノート等で連携を取っています。
介護職員	2名、自宅へ訪問リハビリに来てもらっていて、よく説明してもらっている。
	3ヶ月に1回、研修会がある。
	CMを通じて、連絡ノートを通じて情報交換できている。
	CMを通して連絡している。安定している。
	FAX を利用し連携ができていると思う。
	カンファレンス等
	ケアマネ
	ケアマネージャーを通して。
	ケアマネージャーを通しての情報提供や往診であればノートの記録がある。こちらからの情報提供も必要であれば直接連絡を取っていくことができている。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通してしている。
	ケアマネを通じてできていると思う。
	ケアマネを通しての連携のため時間がかかる。
	ケアマネを通して行っている。
	ケアマネを通じて情報を伝えてもらう。カンファレンス時情報交換。
	サマリー共有、担当者会議
	サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。
	その都度色々教えてください。
	その方に合ったリハが行われている様子がうかがえる。
	どんな点に注意すると良いか等、色々と連携を取り、教えていただいている。
	ポジショニング、日常における機能訓練方法の指導を受ける。
	ミーティングの実施できている。
	リハビリを利用している利用者が少ないため不明。
	移動方法等のアドバイス等の指導をいただいたりしている。
	一緒に連携加算をとったから。移乗の仕方など、実際に見せに来てくれたから。
	何かあればケアマネを通じて、あるいは直接事業所に連絡が入る。
	何かあれば電話、ノート記入してくれている。
	家族からも状況を聞くことで、即対応できる。
	介護の方法など、常に指導を受けている。
	記録、ノート等により
	計画作成担当より情報を得る。
	在宅での利用者の体調などを相談できる。
	指示がある時はケアマネや相談員から連絡がくるし、何かあれば間に入ってもらい連絡が取れている。
	施設内にリハ職がいる。ただし人数が少ない。
	情報が CM さんから Hr の方にまで、いつも降りてきているから。
	情報交換を行えている。

	身体介護について指示を仰ぐ。
	担当会議などで行うサービスの内容を確認し、介護中での参考にしたりします。
	担当者とはよく会い、状態を報告している。
	担当者会議で相談員の方からの情報等、詳しく聞くことができる。
	担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
	直接会って
	直接又はケアマネを通して情報交換をしている。
	直接話をしながらリハ方法等、書面に残しわかりやすく説明している。
	定期的に来られるので、介助の仕方などの相談ができる。
	電話やFAXでのやり取りができています。週3で施設に来られるため。
	同じステーション内なら、ちょっと困ったことや疑問に思ったことも話せる。
	同一法人のリハスタッフではあるが、必要に応じてリハビリを行ってもらったり、ADL 評価。
	同勤務先にいる。
	同事業所のため、何でも相談しやすい。
	特に不十分だと感じていないため。概ね十分。
	日常会話で情報交換や相談ができる。
	必要がある方のリハ担当者とはケアマネを通して連絡をとっている。
	必要に応じて連絡を取っているため。経過などを報告したり、今の状態について等の相談をしている。
	必要時に随時電話等で連絡を取っている。
	必要時は密に連携を取っている。
	文章や電話等を利用して情報提供を受けており、問題発生時は連絡をして指示受けなどができる。
	歩行訓練をされている方のメニューや注意事項など、連携を取っている。
	訪問リハから訪問介護に援助を引き継ぐ際、同行と書類のやり取りを行った。
	毎月のモニタリングをいただける。
	問題点が起きたときなど連絡あり。今後の対応についての話し合いが行われている。
	利用者の ADL 等について情報の共有ができています。
	利用者の状態を伝えてくれる。
	利用者を通じてリハビリの様子を知らせて頂く。
	利用者宅訪問時、電話等で。
	連絡ノートを活用。ご本人様の状況をお互い情報交換でき、心配事等もすぐに確認できている。
	連絡ノートを利用して報告、相談できている。
サービス提供責任者	CM がしっかりしている。
	お会いする機会があまりない。
	カンファレンスの時に同席して、意見を聞くことができる。
	カンファレンス以外にもリハ終了後報告を頂ける。
	ケアマネージャーからの情報で連携が取れている。
	ケアマネージャーを通して行っている。
	ケアマネさんを通し、十分に報告、相談をしています。
	ケアマネを介してすぐに連絡が取れるので、良いアドバイスをいただいている。
	ケアマネを介してすぐに連絡が取れるので、良いアドバイスをいただいている。
	ケアマネを通して。
	ケアマネを通じて連絡を取っている。初回は一緒に訪問している。
	サービス提供に関してのアドバイスをいただくことや担当者会議の参加等。
	どの程度身体回復されてきたのか、今後どうしていくのかをきちんと報告されています。
	ノート等でやりとりしている。ケアマネを通して必要なら電話します。
	リハを受けた時の状況説明をしてください。情報交換。
	異常(歩行状態などリハビリに関すること)や介助方法が合わない時は報告するなどの情報交換を行っている。
	移動の方法等については訪リハ実施時に同席し、確認できる。
	機能に合った介護の方法等のアドバイスをいただいている。
	共に訪問して連携意識しているので、ケアマネを通してまたは直接やりとりもしやすい。
	協力的である。
	計画作成担当者より情報を得る。
	高齢者ハウスへの訪問時には、Ns の訪問がある時出来るだけ一緒に伺う。在宅のみの方はやや難しい。
	在宅療養手帳や共通ノートで情報共有できている。
	全て担当ケアマネから連絡がある。
	退院前カンファレンス(サービス担当者会議)時、あるいはケアマネージャーを通して。
	担会時、連携を取っている。
	担当ケアマネを通して行っている。
	担当者会に出席し、現在の様子を伝えてくれている。
	担当者会議の時に直接お会いできる。
	直接会って相談することができているので。
	直接電話でのやり取りやケアマネージャーを通して報告等できているため。

		電話やノートで連絡を取り合える。
		電話等の連絡が取りやすいため、連絡がしやすい。
		同じ施設内にリハの先生がいるケースは連携しやすい。
		同一法人だと連携しやすい。
		同法人であれば連携が図りやすい。他法人であればケアマネを介しての連携となることが多い。
		特変がなければそのまま。お客様の状態については都度報告をいただいている。
		日常生活で気を付ける部分を聞いて実行するようにしている。
		入浴方法のアドバイスをいただいたり、歩行状態など体の動きを確認したり教えていただいたりしている。
		必要であれば参加している。ヘルパー内容と関係ない時は CM より申し送りを受けている。
		必要に応じて行っている。
		必要時に連絡を取り合い連携できている。
		必要時はケアマネを通して行っている。
		必要時はケアマネを通して連絡する。
		病院のワーカーを通して退院の際にカンファレンスを行っている(問題ケース、知的、精神など)。
		法人内の病院に在宅部門があるため、比較的連携を取りやすい環境。事業所内に訪問看護があるため、連携は取りやすい。
		訪問看護師を通して。
		訪問時に情報交換を行っている。
		訪問先で直接会う機会が多い。訪問先のノート(連絡)の活用。
		問題が生じた場合、ケアマネージャーから確認をしていただき連絡をもらえるので。
		利用者が生活している場所で、ある物を有効に活用して生活リハビリの提供を受けることができ、介護職にとっても日常生活動作の中でのリハビリにつなげやすい。
		利用者宅に置いてある連絡ノートで申し送り等があったら記載して連携を取っている。
		連絡を要するケースが今までになく、必要があれば上記方法で連絡は取れる。
	その他	何かあればその都度報告、相談している。
		細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡がいつている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。
		職員とのコミュニケーションも図れていて、情報提供してくれる。
		誰にでもできる体操などを教えていただき、レクなどにも取り入れている。
		必要時、情報交換をしている。
		必要時お互い連絡、報告できているため。
やや不十分	管理者	ADL の状況やアドバイス等行ってくれる。
		PT や OT も忙しいとのことで、なかなか話す機会がない。
		あまり情報を共有できていない。
		あまり利用している利用者様が少ない。担当者会議等で会う程度。
		あまり話をする機会がない。
		お客様宅でヘルパーに必要なアドバイスを頂ける。
		カンファレンスの時くらいしか会う機会がない。
		カンファレンスの時に確認する程度
		ケアマネージャーを通して状況や報告を受けるが、実際のリハの様子を見る機会がない。
		ケアマネから聞くことが多いが、そんなにはない。
		ケアマネを通して行っている。
		ケースによっては適切なアドバイスがあり、安心です。
		じっくり接する時間がない。
		ヘルパーの介護方法に取り入れられるものがあると思うが、気にしていないことが多い。チームの中に入ろうとしてこない。
		リハの目的や現状を伝えてもらえる機会が少ないため。
		リハ職からの指示はあるが
		会う機会が少ない(会議の時のみ)。
		現場が違いわかりにくい。
		現場で働くスタッフが少なく、身体介護の技術が低下しており、サービスに入る事が多いため、会議に参加する事ができない。
		困った場合、質問に回答してくれる。
		情報が不十分
		身体の動かし方や注意点などをこちらから質問しないと教えてくれないことが多いが、介助方法はとても参考になる。
		接触する機会はサービス提供のためのカンファレンスのみで、各々でサービス提供することが多い。
		専門分野外として任せきりになっている。プログラムが必要と感じている人は指導を仰いでいる。
		大きな変化が見られない利用者なので。
		直接の連携はほとんどなく、間にケアマネージャーが入った連携であるため、ケアマネージャーの力量次第となっており、不十分である。現場の介護職と医療職との間に入るケアマネージャーが在宅経験がないと、より不十分となる。
		訪問リハは在宅での生活についてはポイント、ポイントでなくては答えられない。

		利用者にとって本当に大切なことは何かと、全体的に見る目を持っていない。
		利用当初のみで継続的にできていない。
		連絡する必要性がない。(ご主人とコミュニケーションが取れているから)
		連絡ノートなし。家族様が記録控えを見せてくれる場合もある。
介護職員		ケアマネ、管理者からの報告が多いが、必要に応じて情報を提供する。
		ご主人との連絡で済むため、連絡の必要性がない。
		デイ見学時のみ
		よほどの事がない限り連携する内容はあまりない。
		事業所に不在
		書面での申し送りはあるが、カンファレンス以外で情報共有することが少ない。
		全てはCMと連携し、CMを通して連携しているため、ずれてしまうこともある。
		担当者会議において状態確認
		担当者会議に参加し、サービス内容の把握はある程度できるが、到達度や留意点などを知りたいと思っている。
		直接お話することができず、対応への指示、確認に時間を要する。
		直接ケアマネジャーと家族が連絡を取り合うことが多い。
		直接のやり取りはあまりなく、リハ計画をケアマネによっていただけるケースとないケースもあり、指導内容や介助方法などもケアマネ経由であるため具体的な情報に欠けることがある。
		入れ違いでの訪問なので、意見交換ができた。
		年に1~2回の担当者にて接触するのみの連携。
		利用者宅での連絡ノートを利用しての引き継ぎや担当ケアマネジャーを通じての情報交換が主だが、日常的なリハビリ方法やケアに関する相談が直接やり取りできていない。
		連携シートを活用しているケースとそうでないケースで、情報共有が違う。
		連携加算で連携するケースもあるが、それ以外でもう少し連携ができればということもある。身体の動かし方等。
サービス提供責任者		カンファレンス時に連携しています。
		ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。
		ケアマネを通してがほとんど。
		ケアマネを通じて連絡が入る。
		ケースがあまりない(少ない)。
		サービス担当者会議
		サービス担当者会議で、カンファレンスをしているため。顔を合わせる以外は意見交換をすることがない。情報はケアマネを通して。
		もっと連携をとるべきだと思うが、ほとんどない。伝えたいことはCMを通してが多い。
		やっていることが見えない。わからない。
		リハビリの内容は不明。
		リハビリの様子を伺うこともある。
		リハ訪問中にどのようなことが行われているのか、また普段の生活でどのような動作を行っていくべきか伝わっていない。
		患者は在宅に戻ると違う。
		主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。
		初めの段階での利用者さんに対しての状況等の連絡なし(動きに関して)。
		随時情報提供できる状態だが、更新時の担会に情報交換する程度になっている。
		退院時には、リハの先生の話が聞けるが、その後の様子、自宅での訪問リハの話をする機会が少ない。
		担当者会議で状態確認
		担当者会議の際に、状況を伝えあい、より良い援助が出来るようにしている。
		直接の連絡が取りにくい。
		同じ敷地内にステーションがあり、連絡がすぐにできる。
		特変は自分で話すケースが多い。(利用者)
		必要ケースも少なく、ほとんど顔を合わせることもない。
		必要性がある場合、アドバイス、指導をもらっている。
		訪問リハビリとの連携はあまり取れていない。利用者の移動時、乗降時等も連携を取り、指導をお願いしたい。
		利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。
その他		立ち会って往診なら先生の質が在宅での生活を考えられているので、連携できていると思う。
		書面のみの場合が多い。時間変更多い。
		リハよりは毎月FAXを入れてくれるし、何かあれば互いに電話を入れるようにしている。
不十分	管理者	PTの人数不足でFAXで2~1ヶ月に1回程度連絡し合う程度
		あまりヘルパーサイドへ情報が上がってこない。
		あまりよく見えない。カンファレンスにも参加されていない。
		あまり一緒にならないので、ケアマネを通しての連絡
		あまり関わりが持っていない。
		あまり接することがない。
		カンファレンス等で話はするものの、利用者に対する考え方が各方面で違いがある。統一してほしい。
		ケアマネジャーに全て連絡をしている。

	ケアマネジャーのところに直接連絡がいき、その後事業所へ連絡が行くため。
	ケアマネによりますがあまりチーム感はありません。
	こちらからの働きかけはあってもリハからの働きかけは全くない。
	こちらから聞けばいろいろな意見をもらえたりするが、自発的な動き(連携について)を感じたことがない。病院のリハ担については帰宅後のことを考えているふしはない。
	サービス時間が異なるため、担当者会議でもなければ接触する機会がない。
	サービス担当者会議以外での連携がほとんどない。
	それぞれ実施をしている。リハビリと介護とのつながりを感じず。こちらから聞くまで指導や助言が得られない。
	基本担会時のみ
	共通の利用者がいない。
	自社プランの場合は同じ事務所にNsが在籍しているため連携できるが、他事プランはCMを介す。
	主に利用者とのやりとりが多く、終了後に報告などが全くない。
	情報の共有がいまいちできていない。
	申し送りノート
	全てケアマネを通しての情報で一方通行のため、こちらの質問への回答がない。
	相談事はケアマネを通して行っている。
	担当の職員が担当者会議等に参加できないため、なかなか連携は困難です。
	担当者会議、ケアマネを通じて連携している。
	担当者会議以外でお目にかかることがないため。
	直接なし
	通所リハビリのPTとの連携はある。
	必ずしもカンファレンスに参加していない。
	必要時、直接連絡をする時もあります。ケアマネ様と連絡しています。
	別法人のためコミュニケーションが浅い。
	報告や連絡はCMへ行くので、直接のやり取りがない。
	訪問リハビリの事業所が不足している。
	訪問リハを利用している利用者も少なく、カンファレンス時以外は連携ができていない。
	訪問時間に直接行けないため、うまく話が伝わらないことが多い。
	利用者のリハの状況が伝わってこない。
	連携を取るツールが確立されていない。
介護職員	カンファレンスや担当者会議に参加する機会がない。
	カンファレンス時、参加できれば話せる。
	ケアマネを通してがほとんどだから。
	サービス担当者会議などで様子を聞くことがあるが、年に1回程度である。
	サービス提供責任者のみ参加のカンファレンス
	ほとんど会うこと、連絡することがない。
	ほとんど関わりなし。
	リハ職の思いとケアマネの思いに齟齬があるように感じられることがある。
	会う機会は少ない。
	接する時間も少なく、なかなか機会もない。
	直接話す機会がない。
サービス提供責任者	CMを通じて。
	アセスメント等で相談支援員を介して情報の共有はできている。障害の方はほとんどご家族同居のため、そこを介してしまうことが多い。直接的な関わりを持ちたいと思うが担当者会の開催も相談支援員によってバラツキが多い。
	ケアマネを通して連絡を。
	サービス担当者会議での連携のみ。他ケアマネへ連絡。
	サービス担当者会議で会った時は直接話を聞く事はあるが、それ以外は聞きたいことがあっても、CMがいるのでCMに相談する事が多い。
	サービス担当者会議で同席する程度。名刺交換程度は行いが、連携はできていない。
	ほとんど家族を通しての情報で、ご家族の思いが優先されている。
	ほとんど関わりなし
	リハビリの状態、状況などの情報が入らない。
	何か困り事がある時や、担当者会議がある時しか連携ができない。
	家族を通じて確認してもらうなど、直接のやり取りはないので顔が見えない。
	各々の関わりだと思っているのではないかな？
	生活機能向上連携をとっていた事あり(リハ担当の意識が高い)。現在はなし。
	退院時カンファレンスやサービス担当者会議だけのつきあい。
	担会やカンファレンスだけ。
	担当者会議や問題点がある時、やはりケアマネ主体です。
	特に利用者がいない。
	利用者の方によって直接聞いているか、返事がないことがある。

		利用者宅の介護記録簿を各々見て共有する。
		連携がないプランにない。
		連絡ノートのやり取りをしている。ケアマネより連絡がある。
連携して いない	その他 管理者	地域連携と関わるため。
		CMから指示があるため。
		CMを通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいていのCMさんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ずCMを通すようにしている
		HP,HO がない
		あまり会話がな
		ケアマネに連携をしてもらっている。
		ケアマネや看護に報告し連携してもらっている。
		ケアマネ中心なので連携できない。
		サービス提供責任者として連携していない。
		スタッフが1名で複合までは対応できない。でも時々リハ評価はしてくれる。
		そのようなケースがないから。
		ほとんど情報の共有の機会がない。
	医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。	
	医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。	
	何をしているかさえ不明。	
	家族の希望がない。	
	家族の希望がない。	
	会う機会がない。	
	該当なし	
	今のところ個別リハビリが必要な方がいないため。	
	今のところ個別リハビリまで必要な方がいないため。	
	在宅でのリハビリOT、PTなどの理解不足。	
	事務所への連絡がない。	
	接点がない。	
	専門職であるため、ヘルパーが行うことはタッピング程度になってしまう。	
	相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない	
	退院時には利用者の状態の説明があり、退院後の支援に役立つ。	
	担当者会議、カンファレンス等で同席して情報共有のみ行う程度。	
	必要があればと思うが、基本的にケアマネを通じての対応が多い。	
	必要性がない。	
	訪問リハビリを利用している利用者が少ない。訪問リハビリと接点がなく、日常動作へのアドバイスがない。	
	本人に状況確認することはあっても訪リハに直接連絡することが少ない。	
	利用しているケースがない	
利用なし		
利用者の拒否		
介護職員	CMが行っている。	
	ケアマネ	
	ケアマネが連携してくれない。	
	ケアマネを通してのため連絡なし。	
	ケアマネを通じて状況の説明はあるが、直接の連携は不十分である。	
	なし	
	ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。	
	ヘルパーは連携していませんが、ケアマネージャー、サービス提供責任者等は十分連携していると思います。	
	まずはケアマネに連絡を取ることが多く。直接医療の人と連絡は取れていない。もし必要な場合は訪看さんと直接とることが多い。訪看さんが入っていない場合は主治医に連絡する場合もあるかもしれないが、今はしたことがないです。まずはケアマネへします。	
	家族と直接やりとりしているので。	
	介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？	
	会う機会が無い。	
	管理者、ケアマネが事前に連携を持ち、報告を受けている。	
	期間内に利用する人なし	
	具体的にどのリハビリを受けているのか、本人に伺っているのが現状である。	
	今後連携していく予定。	
	施設を通して聞く事もあるが、直接情報がこちらに届くことはないので、あまり直接関わることはない。	
	自身はCM、サ責に通したことしかない	
	上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。	
	情報の共有ができていない。	

	<p>対応する利用者がいない。</p> <p>担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。</p> <p>担当者会議等で会うくらいで(何ヶ月に1回)、リハ職の人が必要性を感じないのではないかと思う。</p> <p>必要とされている利用者の方が居られないため。</p> <p>訪問リハビリを利用している方が一人おられますが、特に援助でリハビリの先生と関わっていません。</p> <p>訪問リハ利用の利用者は現在いない。</p> <p>利用している事は聞かすが、どの様な状態か全く報告を受けない。</p> <p>利用なし</p> <p>連携を行うケースがない。</p> <p>連絡は事務所を通して行うため。</p>
サービス提供責任者	<p>CMが連携するため。</p> <p>CMが連絡してくれているため。</p> <p>CM経由でしか話が来ない為</p> <p>カンファレンス会議不足と思う。</p> <p>ケアマネージャーが必要な情報のやり取りをするため。</p> <p>ケアマネージャーを通しての連携が中心であるため、直接連携をとることはない。</p> <p>ケアマネージャーを通しての連絡。</p> <p>ご家族にまかせている。</p> <p>ご本人との意思疎通ができていないため。</p> <p>サービス担当者会議でしか会うこともなく、ほとんど一方的な情報をもらうだけとなっている。</p> <p>サービス担当者会議でのみ顔を合わせる程度である。ケアマネの質が低すぎる。</p> <p>そのケースを利用した利用者がいない。</p> <p>そのようなケースがない。</p> <p>どんな内容のリハを行っているのか、会議時以外聞く事がない。</p> <p>リハビリにお連れするのみで、リハビリの内容、意味、結果について報告がない。</p> <p>会う機会がない。</p> <p>時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。</p> <p>接する機会がない。</p> <p>選択肢(6)と知っているらしく、全く連絡ありません。</p> <p>注意する点などはケアマネを通して聞く状態です。</p> <p>直接会って話をする機会が作れない。</p> <p>直接顔を合わせることもないため、情報のやり取りができない。</p> <p>島にはない</p> <p>報告等はほとんどしていただけていない。</p> <p>訪リハからの情報提供がケアマネのみだから、連携困難。</p> <p>訪問リハ職～訪看が実施しており、訪問リハをしている利用者も数人のみである。</p> <p>利用ケースがない。</p> <p>連絡が来たことはない。担会でご本人の取り組みの様子を知る程度。</p> <p>連絡を取ることがほとんどない。</p>
その他	<p>機会がない。どうしたらいいかわからない。</p> <p>事業所が町内に1箇所のみ。連携が必要なケースはあるが、資源がない。</p> <p>直接会って、または電話で話をする。</p> <p>入所時のみ連携だが対象者なし。</p>
-	<p>どんなことをやっているのか分からない。</p>
連携を要するケースがない	<p>管理者</p> <p>ケアマネが主に連絡を取っている。</p> <p>ケアマネさんからの報告がある。</p> <p>ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。</p> <p>ケアマネの業務</p> <p>ケアマネを通すため。</p> <p>サービス提供がない。</p> <p>リハビリする方がいない。</p> <p>介護保険のケアマネが統括しているが、障害サービスの方には連絡があまりない。</p> <p>現在対象者がいないため。</p> <p>現在必要性がない。</p> <p>退院時カンファレンス、担会のみ</p> <p>退院時などはMSW等と連携を行っている。</p> <p>直接に接触する機会がないため。</p> <p>直接の連携を必要とするケースがない。</p> <p>直接関わりがないため</p> <p>通所リハ職とは連携</p> <p>同じ時に入らないため、できていないと思われる。担当者会議に同席がないため。</p> <p>訪問リハの事業所がない。</p>

		訪問リハビリがない。
		連携するケースがない。
介護職員		いない
		ケアマネさん経由で話が伝わってきたことがない。
		ご利用者様を通じて行った内容等話を伺い、実際に良くなった事例を見るとできていると思われる。
		サービス提供責任者が連携を取るため。
		現在訪問リハを利用している方がいない。
		仕事で接することがない。
		時間帯が違うから。
		責任者が連携する。
		直接連携は取らないが、責任者の指示で動く。
		同事業所の看護ステーション所属のセラピストと関わっており、外部利用者なし。
		必要性があまりない。
		必要性がないと思われる。
		訪問リハを利用していない。
		連携を要するケースがない。
サービス提供責任者		ケアマネージャーに一任
		ケアマネさんより報告のみ
		ケアマネより
		ご家族が対応し、家族から報告あり。
		どういうリハをしているか、書面でも知らせて欲しい。
		プランに入っていないため。
		家族とケアマネージャーより。
		該当者がいない。
		現在訪問リハ介入の利用者がいないため。
		生活上でもできるリハビリ等、一緒に考えて行うことができる。
		訪問リハを利用している利用者が少ない。殆どいない。
		話をした事も会った事もない。
その他		あまり問題はない。(複合型サービスに訪問看護がいるので)
		いない
		訪看、訪リハの利用者がいない。
		訪問リハビリテーションの対象者の受け持ちなし
-	管理者	いない。
		えん下訓練での状況で食事形態、食事介助の方法など細かい改善ができています。
		ケアマネからの情報。
		ケアマネージャーが話をしている。
		なし
		医療リハで実施。
		何でも聞けるが一緒の時間に利用者宅に入らないので会えない。
		経験なし
		障害のサービスなのであまり連携ありません。
		直接の申し送り。
		利用者さんの状態に変化があったり、訪問看護さんの利用があれば担当会議があります。
		利用者は訪問リハを依頼されていない。
		連絡ノートでの連携は常に行っている。問題や異常時に連絡している。
介護職員		ケアマネージャーを通して確認できている。
		ケアマネからの情報
		ケアマネを通じて連携している。
		たまたま訪問が合えば連携できる。
		今のところ、リハの訪問を受けている方がいない。
		訪問中に会えた時は連携でき、意見交換ができる。
		連携がない
サービス提供責任者		お電話などご利用者の様子を伺う。
		ケアマネを通すので全てに時間がかかる。
		直接医師や看護師と連携を取っていない。必ず間にケアマネージャーをはさみ連携を取っている。
		分かりません。
		利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネージャーに報告しているため(活動中に急に容体に変化した場合は別)。
		連絡ノートを用いて情報を共有、ケアマネを通して情報を共有し、担当者会議など。
その他		入浴サービスで浴槽に入る流れを直接見て、次のサービス時に参考にして行った。
		関わりなし
-		話を聞く機会がある。



⑥勤務先と同一法人の医師について

Q4-6.勤務先と同一法人の医師との連携の充足度	F9 役職	Q4-6.勤務先と同一法人の医師との連携ができる・できない理由
十分	管理者	1日1回の訪問、急変時電話連絡などで情報交換を行っている。 ENT時のサマリー等から受入の指示を頂いている。 その都度、連絡を入れて指示をもらう。 ほぼかかりつけ医と同一。 メーリングでの対応。 医療法人なので院長が来所されたり電話で対応していただける。 往診時に同席させてもらい、指示を受けている。 何かあればすぐに連絡できます。 居宅療養管理指導での連絡、情報交換を行っている。 健診 受診介助では直接会うので連携できている。 診療所が隣接しているため。 体調が悪い方への対応が細かくできる。 退院等の前にカンファレンスを何度か持ち、情報等の共有を図っているから。 直接話を伺っている。 同一法人内の場合や、それ以外でもサービス担当者会議などで話し合う機会があるため。 必要時、常に連携している。
	介護職員	FAXでやり取りしている。 FAXなどで連絡が来ている。 サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。 メーリング等で連絡を取り合っている。 看護師を通して医師の指示を仰ぐ。 業務内で連携している。 最低でも月4回来られており、随時連絡しているため。 定期的な情報交換や交流があり、連携ができている。 独居の方で認知症のはり薬をされていた方で、時々親戚の人が差し入れをしに来られ、はり薬の事を指摘され、本人様混乱され、しないわよと拒否有り。1週間なして飲み薬に変更。他の薬と一緒に飲む様になった。 必要な時はいつも連絡している 毎日やり取りができる。
	サービス提供責任者	いつでも対応可。 カンファレンスで話し合いを行っている。 ケアマネージャーを通したり、訪看を通して情報をもらったり、異常がある時はすぐに報告している。 事業所が併設されているので情報提供が行いやすい。 体調の変化など、速やかに家族への連絡対応。 分かりません。
	その他	常に必要な連絡がとりあえている FAXで十分なやり取りができている。
概ね十分	管理者	2週間に1回は必ず会って相談カンファレンスを行っている。 ケアマネを通じての連携が多い。 すぐに相談できる。 医師と話をすることが定期的にあるので。 一般的な医療のことなど、相談に乗ってもらっている。 常に連絡を取り合い、状態報告を行い、指示をいただいている。 常に連絡を取り合い、状態報告を行い指示を受ける。 他院の先生よりは聞きやすい。 担当者会議。サマリーあり。 直接医師と話をし、連絡を取ることは難しい時もあるが、往診の時等は直接話ができる。 直接利用者についての相談ができた。 病状の基礎知識や理解について、相談する事のできる体制がある。(ケアマネを通じて) 法人が同じなため、時間を大きく取る必要性が低く、すぐ連絡できる。 法人外よりは話しやすいが、返答がない。 利用者によってはやりにくいところがある。 話す機会を作って欲しい。
	介護職員	サマリーをもらう。 できている。

		<p>医療法人のため、常に医師の指示あり</p> <p>書類での報告、指示</p> <p>情報の交換、今後の利用者の過ごし方を決める。</p> <p>体調の変化など報告している。</p> <p>同事業所のため、何でも相談しやすい。</p> <p>文章や電話等を利用して情報提供を受けており、問題発生時は連絡をして指示受けなどができる。</p> <p>聞きやすいので良い。</p> <p>訪問診察した際には Fa や介護職に話を聞いて確認している。気になる点を気軽に相談できる。</p> <p>薬の内容や状態の相談。</p>
	サービス提供責任者	<p>医療度の高い利用者が多いので、連携なしに介護することができないため。</p> <p>看護師を通して連携ができる。</p> <p>聞きやすい。</p> <p>法人外よりはありますが、ケアマネやナースを通すこと多し。又 FAX で報告はしている。</p> <p>法人内の連携が取れているので、連絡は取りやすい。</p>
	その他	<p>事業所の利用者さんが入院をした際、連絡を取り合うことがある。退所前カンファレンスなど。</p> <p>問い合わせができる状況にある。</p>
やや不十分	管理者	<p>接する機会が少ない。同一法人ではあるが事業所が離れていることもある。</p> <p>介護職としてそこまでの必要性がない。必要な事項についてはケアマネを通じて連携。</p>
	介護職員	<p>ケアマネージャーを介しての報告、連絡となり、十分な返答がない。</p>
	サービス提供責任者	<p>いつでも連絡できる体制ではあるが、現実的には実際に連絡・相談をするのは難しい状況。簡単な相談であれば看護師を通じていつでも可能。</p> <p>ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。</p> <p>利用者の普段の様子を把握してもらい、変化がある時には指導をいただき、介助につなげている。</p>
不十分	管理者	<p>所在地が離れている。又同一事業所に訪看があるため、法人の医師とは必要時のみ連携。</p> <p>変化があれば逐一連絡しているが、連絡ミスもある。</p> <p>忙しそうにされているため、話しにくい。CMを通して情報収集を行っている。</p>
	介護職員	<p>利用者のことをみていない。</p> <p>受診時、付添時ぐらいで、機会が少ない。</p>
	サービス提供責任者	<p>いつも忙しそうにされているので、必要なことは聞きづらい。相談もできない。</p> <p>看護師に報告という手段しかできない。</p> <p>退院時カンファレンスだけのかかわり。</p> <p>直接お聞きすることはない。ケアマネ、訪問看護師を通じての場合が多い。</p>
連携していない	管理者	<p>CMを通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいていの CMさんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ず CMを通すようにしている</p> <p>ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。</p> <p>相談に乗ってもらえない。</p> <p>病棟会議に参加しており、病棟 NS などから情報の提供がある。</p> <p>訪問介護なので話すこともない。</p>
	介護職員	<p>ヘルパーが会って話すことはほとんどないため。</p> <p>ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。</p> <p>リスクマネジメントの部分等で医師より通達があることがあるが、日常的な関わりがなく、その必要性和余裕もない。</p> <p>介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？</p> <p>期間内に利用する人なし</p> <p>直接連絡がない。</p>
	サービス提供責任者	<p>訪問介護の利用者の主治医ではないため、主治医に相談するのが優先だと考えてしまうため。</p>
	その他	<p>入所時のみ連携だが対象者なし。</p>
連携を要するケースがない	管理者	<p>所属の看護師が対応するので、介護は連携することがない。</p>
	介護職員	<p>サービス提供責任者が連携を取るため。</p> <p>ケアマネさん経由で話をもらうので、こちらからコンタクトは取っていない。</p>
	サービス提供責任者	<p>関わる事がない。</p> <p>直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに応対して下さる関係ができている。</p>
-	管理者	<p>CM から指示があるため。</p> <p>FAX で細かめにやり取りをしている。流通がよい。</p> <p>あまり話せる機会はない。</p> <p>いない</p> <p>いないため</p> <p>いません</p> <p>かかりつけでない場合、緊急時に協力医と連携を取っている。</p>

	かかりつけ医ではないと難しい。勤務中にてコンタクトは難しい。
	ケアマネージャーに全て連絡をしている。
	ケアマネさんからの報告がある。
	ケアマネの業務
	じっくり接する時間がない。
	その都度の指示のみ
	リハビリの時間に病院に直接行き、指導を受ける。
	医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。
	医師はいない。
	医師を設置していないため。
	医師不在
	医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。こちらが「何か変化があったのでは？」と思う事が医療側の方達には大したことないと判断
	医療系の施設ではない。
	往診時、行ってくださる。主治医ではなくとも必要時、対応してくださる時あり。
	該当なし
	関わりのある医師には直接連携を取ることも場合によってはないこともないが、少ない。
	急変時の対応。
	居宅なのでそのケースはなし
	協力医として施設が抱えているから。
	極細かく連絡を取り、指示が仰げるので、早期対応ができています。
	近くにあり月2回は訪問してくれている。また何かあれば随時訪問してくれる。
	経験なし
	住宅型有料老人ホームであり、9時～18時はNsが在中しているため、頻繁に情報交換や連携はできている。主治医ともNsが仲介役となっている。しかし24時間在中でないため、夜間はコール対応のみである。夜間痰吸引などができないのが難点。
	障害のサービスなのであまり連携ありません。
	常駐者がいないため
	情報共有ができています。
	相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない
	存在しない。
	多忙のため医師ではなく他者から情報が来る。
	対応するとすぐに反応している、するから。
	直接に接触する機会がないため。
	直接の連携を必要とするケースがない。
	直接関わりがないため
	直接顔を見てコミュニケーションが取れる。
	直接話ができるため。
	同一の建物の中なので、すぐ行ったり来たりと連携ができています。
	同一法人とは思えない程受け入れや対応が悪い。
	同一法人の医師がいらない。
	同一法人の医師はいません。
	不在
	聞きたいことがあれば返答して頂けるし、会いに来て頂くこともしている。
	法人には医師はいないが、協力医に連携することはある。勤務先は連携している。
	法人職員に医師はいない。
	法人内に在籍の医師はなし。
	問い合わせ等にも速く対応してもらっている。報告も必ずあるため、状況把握や対応が可能となっている。
	連携するケースがない。
	連携を取る必要性があまりない。
介護職員	あまり関係がない。
	いない
	いない。
	いないため。
	かかりつけ医でない場合。
	ケアマネージャーから情報がある。
	ケアマネからの連絡(報告)
	していない
	ほとんどの利用者がかかりつけ医のため。
	ほとんど関わりなし。
	まずはケアマネに連絡を取ることが多く。直接医療の人と連絡は取れていない。もし必要な場合は訪看さんと

	直接とることが多い。訪看さんが入っていない場合は主治医に連絡する場合もあるかもしれないが、今はしたことがないです。まずはケアマネへします。
	メール、電話ができる。
	医師はいない。
	医師はいらっしゃいません。
	医師不在
	医療情報について密に情報の共有ができた。
	看護師を通してこちらの情報は伝わっているはずだが、まず返答はない。
	管理者、ケアマネが事前に連携を持ち、報告を受けている。
	計画作成担当より情報を得る。
	在籍していない。
	事業所に不在
	事例をもとにした相談会を定期的に開催し、相談に乗ってくださるため。
	上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。
	情報が CM さんから Hr の方にまで、いつも降りてきているから。
	対応が早い。
	退院、退所先と同様。
	担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。
	担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
	直接ケアマネージャーと家族が連絡を取り合うことが多い。
	直接接することがない。
	直接連携を取ることはないが、他職種は連携している。
	同一法人でないため。今まで利用もないため行っていない。
	同一法人ではないため。
	同一法人なし
	同一法人に医療機関がない。
	同一法人内の病院であり、ご利用者のかかりつけ医でもあり、連携ができていると思われる。'ご利用者の状態、対応など指示を書面で残して下さったり、連携はできていると思われる。
	同一法人内医師不在
	特になし
	入れ替わりが入るので、その時に情報交換ができる。
	不在
	不明な点を尋ねやすい。
	訪看を通してからなので。
	夜間はコール対応のみなので吸引などができない。
	連携が取れている医師もいるが、限られている。連携を取っている医師とは関わる機会がないから。
	連携を行うケースがない。
	連携を要するケースがない。
サービス提供責任者	CM が連絡してくれているため。
	いない
	かかりつけ医でなければ難しいため。
	ケアマネさんより報告のみ
	ケアマネより
	ご家族にまかせている。
	プランに入っていないため。
	ほとんど関わりなし
	医師がいない。
	医師なし
	医師はいないため。
	医師は在籍していないため。
	医師不在
	会う機会がない。
	該当者がいない。
	看護師を介して話せる。直接会う機会はあまりない。
	関わりがない。
	勤務先と同一法人の医師なし。
	勤務先に医師不在
	計画作成担当者より情報を得る。
	在宅なので接することがない。
	時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。
	主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。
	全て担当ケアマネから連絡がある。

	存在しない。
	担会やカンファレンスだけ。
	直接医師や看護師と連携を取っていない。必ず間にケアマネージャーをはさみ連携を取っている。
	同一法人の医師なし
	同一法人の医師はいない。
	特になし
	必要ないため。
	法人の医師はいない。
	訪問介護取なので利用者かかりつけ医のみ。
	殆ど会う事がない。
	利用ケースがない。
	利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネージャーに報告しているため(活動中に急に容体が変化した場合は別)。
	利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。
その他	いない
	なし
	医師在籍なし
	何かあれば必ず報告している。
	細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡がいつている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。
	不在のため。
	法人内に配置なし
-	いない

⑦勤務先と同一法人の看護師

Q4-7.勤務先と同一法人の看護師との連携の充足度	F9 役職	Q4-7.勤務先と同一法人の看護師との連携ができる・できない理由
十分	管理者	<p>Ns が週4日、日中コマタイム勤務のため、充足していると思います。</p> <p>いつでも助言がもらえるし対応してくれる。</p> <p>いつも話し合っ調整している。</p> <p>コミュニケーションが取れている。</p> <p>コミュニケーションを密に取っているため。</p> <p>すぐに相談、対応してくれる。</p> <p>すぐに連携ができる。</p> <p>その都度、連絡を入れて指示をもらう。</p> <p>ナースが常にいるため、医療的なことは相談できる状態にある。</p> <p>ミーティングや直接</p> <p>ミーティングでの対応。</p> <p>医療的にわからないことを聞くと、すぐ答えが返ってくる。</p> <p>一緒に働いている。</p> <p>何かあればすぐに連絡できます。</p> <p>看護師が巡回に来てくれるため。</p> <p>看護師の勤務の時には、毎週必要な情報を共有できている。</p> <p>看護師も業務に携わっているため。</p> <p>気付いたことはすぐに連絡合っている。</p> <p>技術、知識の指導、ケース会議、部署会議等</p> <p>急変時の対応。</p> <p>共有ノートで連携ができている。看護師より指示があるため。</p> <p>勤務が同一の訪問看護師との連携がしっかり整っているため、介護に情報が来る。</p> <p>緊急時の報告で連携できている。</p> <p>健診</p> <p>現在の状態共有。</p> <p>困ったこと等すぐ相談し、対応している。</p> <p>細かい部分まで話ができて、確認が取れる。</p> <p>施設内にいるので連携できる。</p> <p>事業所にNsがいる。</p>

	事業所にて常勤Ns配置
	事務所内で顔を合わせた時や訪問終了後、訪問中の様子がすぐ話せる。
	実際に同じ事業所で働いている
	受診介助では直接会うので連携できている。
	週2回の訪問時にアドバイスをしてもらっている。
	週に1回の非常勤だけでも、困ったらすぐに連絡がとれる。
	常にコミュニケーションをとっている。
	常に情報の共有をしている。
	常に情報を共有しているため
	常に連携を取りながら動いている。
	常に連絡が取れあい対応してくれている。
	常に連絡を取り合っている。
	常時看護師がおりますので、その都度対応していただいています。
	常時連絡できる体制の整備が整っている。
	情報の共有。緊急時の応援。
	情報共有ができています。
	情報共有を行い、統一したサービス内容を行っている。
	状態報告等、顔を合わせて共有できている。
	職場で十分連携が取れている
	申し送り、他指示あり。
	診療所が隣接しているため。
	随時相談に乗ってくれる。
	全般に渡る。
	窓口になる立場なので、おのずと連携を取っている。
	体調が悪い方への対応が細かくできる。
	対応するとすぐに反応している、するから。
	退院時カンファレンスを行い、訪問介護員が出席するなど対応しております。
	退院等の前にカンファレンスを何度か持ち、情報等の共有を図っているから。
	直接顔を見てコミュニケーションが取れる。
	直接話ができ、良好。
	電話などでの対応もスムーズにできている。
	同一施設なのでできている。他事業所(同一法人)とは看護師同士で連携している。
	同一敷地内で連携しやすい。
	同一法人の看護師として対応してくれる。
	同一法人内の場合や、それ以外でもサービス担当者会議などで話し合う機会があるため。
	同施設内に看護師がおり、日々連携が取れている。
	同事業所内で情報伝達している。
	同僚
	日頃一緒に業務をする中で、支援内容について連携を図ることができた。
	日常的に意見交換を行っている。
	日々の業務の中で情報共有できている。
	非常時の対応等、バックアップ体制がある。
	必要に応じて相談できる環境にある。
	必要時、常に連携している。
	必要時、対応OK。事業所の看護師とも連携している。
	頻繁に情報のやり取りをしている。
	分からない事が確認でき助かる。
	法人内の看護とは常に情報交換し、共有できる様努めている。
	法人内訪問看護ステーションがある。
	訪看、訪問介護にも在籍者あり
	訪問時の状態の連絡、報告。
	毎朝のミーティング時で報告、情報交換。
	毎日情報を共有している。
	連絡は常に取れる。
	話しやすい。
介護職員	1人の利用者に対して、幹部の状態や症状を看護師と共にほぼ毎日ミーティング時など確認している。
	いつも会えるし、何でも聞ける。
	こと細かく報告、連絡、相談をしている。
	サービス責任者を通し、同じ時間帯に合わせ同席する。
	サマリー報告書等を利用している。急ぎの時は直接電話したりケアマネを通して意見を聞いている。
	すぐ相談できる。
	その度に声かけ、相談している。

	ほぼ毎日勤務しており、常に話ができる状態であるため。
	ミーティングの実施でできている。
	メール等で連絡を取り合っている。
	メール、電話ができる。
	何かあった時など、FAX、電話で連絡を取り合っている。
	介護職が気づいたことや、困ったことをすぐに相談できる関係にある。
	看護師から利用者の様子のノートに記録があり、連携している。
	業務内で連携している。
	口頭にて状態確認
	困ったことがあったらすぐ聞いている。
	困ったときすぐに駆けつけて相談にのってくれるから。
	細かい部分も相談できている。
	細かなことも聞きやすい。
	事業所内に常に看護師がいる。
	事業所内に常に勤務しているため。
	事業所内の看護師に相談等、十分にできている。
	少しでも分からないことがあると相談している。
	常に情報の共有ができている。
	常に状況の確認情報の共有をしている。
	常時勤務しているため。
	職場に必ず看護師が常勤している。
	申し送りの場が設けられている。
	相談等をこまめにできている。
	担当ご利用者を通して状況報告等ができる。
	担当者会議をもったりケアマネより情報の提供をしてもらっている。
	定期的な情報交換や交流があり、連携ができている。
	同じ施設内で勤務しているので、すぐ連携ができるので。
	同じ職場の看護師とは連携が取れている。
	同一法人なので連携しやすい。
	同一法人に所属のため、すぐに話すことが可能なため。
	同一法人内で複数の事業所を利用している利用者に対しての連携は取れていると思う。
	同勤務先にいる。
	同事業所内に看護師がおり、利用者の状態について連携を取ることができている。
	必要な時はいつも連絡している
	複合型サービスのため日中常時看護師がおり、連携は充分できている。
	複合型サービスの日々の業務のため
	分からないこと、困ったことがあると看護師と連携を取り合っているため。
	法人の理念をしっかりと理解しているNsなので。
	法人内訪看がある。
	毎朝のミーティング時やその都度の報告
	毎日、朝の申し送り等で課題を話し合っているため。
	毎日やり取りができる。
	毎日同じ利用者の方と関わりながら仕事をしているため。
	利用者の体調管理等、常に連絡、報告がとれている。
	利用者の病状などを把握し、介護士に指示してくれている。薬の把握など…。
	利用者様のデイやご自宅での体の状態を常に報告し、変化があれば指示を仰ぐ。
サービス 提供責任 者	いつでも対応可。
	いつでも連携は取れる状況。
	カンファレンスで話し合いを行っている。
	すぐに相談できる環境にある。
	デイ利用時及び利用者の体調不良時等、連携を取りながらスムーズにサービスできている。
	フロアが同じだったため。
	ほぼ毎日接触できる環境がある。
	ミーティング(コミュニケーション)が取れている。
	異常時は毎日報告しあっている。
	医療度の高い利用者が多いので、連携なしに介護することができないため。
	気になることを直接聞ける。病気や薬の事を相談する。
	事業所が併設されているので情報提供が行いやすい。
	常に何かあれば相談できる。
	常に看護師と同じチームで仕事をしているので、細かい状態もよく分かっているため連携は十分です。
	常に情報交換を行っている。
状況や状態を常に連絡できる。	

	<p>食事摂取状況、排泄物の状態、移動の状態、顔色、話の内容などささいな変化でも連携を取りながらできている。</p> <p>全部署で情報を交換し、異常がある時はすぐに報告している。</p> <p>体調の変化など、速やかに家族への連絡対応。</p> <p>直接お会いして話す機会を確保できている。電話をかけてもすぐに対応して下さる関係ができている。</p> <p>直接情報交換を行うことができているため、充分連携ができていると思われます。</p> <p>直接話ができるから。</p> <p>同事務所内のため、連携がとりやすい。</p> <p>分かりません。</p> <p>変化等処置を知らせてくれる。</p> <p>毎日のように関わっているため、変調にも気付きやすく、報告もあるので。</p> <p>利用者さんの状態を伝え、報告し、指示を待つ(緊急時など)。</p> <p>連携がしやすい。</p> <p>連携できている。</p> <p>連絡、相談、報告がスムーズに行える。直接顔を合わせる機械が多い。</p>
その他	<p>FAX で十分なやり取りができている。</p> <p>いつも会う。すぐ連絡がとれる。</p> <p>コール体制を取り、いつでも対応できる。スムーズに医療と連携したり早期対応ができる。</p> <p>すぐに相談できる。</p> <p>その日の状態や家族さんへの連携等、情報のやり取りができて悪化を防ぐ。また病状が悪化した時の緊急連携ができている。</p> <p>ほぼ毎日連携しているため。</p> <p>何かあれば必ず報告している。</p> <p>看護師自身が利用者様の状態を詳細に把握し、適宜職員に指示指導を行っている。</p> <p>現場で利用者様をよく見えています。</p> <p>常に必要な連絡がとりあえている</p> <p>常に連携を図っている。</p> <p>問い合わせができる状況にある。</p>
-	<p>情報共有がすぐできる。</p> <p>話を聞く機会がある。</p>
概ね十分	<p>管理者</p> <p>2週間に1回は必ず会って相談カンファレンスを行っている。</p> <p>Dr.との連携の架け橋になってもらっている。</p> <p>NS の指示が一番になってしまう。</p> <p>ケアマネを通じての連携が多いが、時間により直接話をする事も可能である。</p> <p>デイ利用のご利用者さんが居るため。</p> <p>異変時等、情報共有に努めている。</p> <p>医師との連携のつなぎ目をしっかりやってくれている。</p> <p>医療に関する助言をその都度いただいている。</p> <p>一般的な医療のことなど、相談に乗ってもらっている。</p> <p>何かあれば連絡して、相談している。</p> <p>何か確認したいことがあれば都度確認している。</p> <p>機会があれば情報収集を行っている。</p> <p>協会立の看護ステーションだったり、ケアマネの所属している看護ステーションなので連携が取れている。</p> <p>困難ケース、病状の理解などを相談する事のできる体制がある。</p> <p>在宅部門、訪問看護の看護師との連携はよく取れている。</p> <p>住宅型有料老人ホームであり、9時～18時はNsが在中しているため、頻繁に情報交換や連携はできている。主治医ともNsが仲介役となっている。しかし24時間在中でないため、夜間はコール対応のみである。夜間痰吸引などができないのが難点。</p> <p>助けが必要な時は応じてくれるし、気にかけてくれている。</p> <p>常に連絡を取り、対応の検討を行っている。</p> <p>常に連絡を取り、対応の検討を行っている。</p> <p>常勤でいる。</p> <p>常勤のナースがおり、利用者様の状態をよく知っている。</p> <p>情報の共有、助言、指導がある。</p> <p>情報を看護師にあげておくと医師へ情報として入れてくれる事などあり。</p> <p>状況に応じて協力体制を取っている。</p> <p>申し送り等で連携を取っている。</p> <p>相談できている。</p> <p>相談に乗ってもらえる。</p> <p>体調異変時等、連絡を取り合っている。</p> <p>担当者会議。サマリーあり。</p> <p>直接利用者についての相談ができた。</p>



	直接連携している。
	通所での看護師からの情報の共有ができています。通所の管理者→訪問の管理者へ。
	定期的なサービス担当者会議の開催。
	定例会議で話をする機会があるので。
	同一の建物の中なので、すぐ行ったり来たりと連携ができています。
	同一事業所であるため、常に連携が取れる体制である。
	同一法人の看護師であれば話をしやすい。
	同一法人の訪看とは事業所内で会うことも多く話せる機会が多い。
	同一法人内であると連絡を取りやすい。
	同一法人内で複数のサービスを利用する際、意見交換している。
	同施設内に従事しているため、状態を伝えやすく気軽に対応してくれることで聞きやすい。
	日常の状況をお互いに検討し、受診や介助方法に活用している。
	必要な情報はもらえている。
	必要に応じ利用者の様子、状態をみてもらっている。様子観察、受診等の相談ができています。
	必要時には連携を取れる態勢にあります。
	分からないことや対応に不安がある時にアドバイスをいただいている。
	法人が同じなため、時間を大きく取る必要性が低く、すぐ連絡できる。
	法人外よりは話しやすい。
	法人内のデイを利用されている利用者の状態の変化を伝えていきます。
	利用者さんの状態を把握して、チーム連携ができています。
	利用者毎の状況に応じて連携を行っている。
	連携は取れているが、他の事業所のNSの方が丁寧な対応をしてくれるケースが多い。
	連携を取る必要性があまりない。
	連絡が取りやすい体制。
	連絡体制が整っている。
介護職員	ケアマネを通してしている。
	ケアマネを通して連携。
	サマリーをもらう。
	サマリー等で情報の共有をしている。また電話等でのやり取りもある。
	ショート利用時にヘルパーから在宅での情報を伝達したり、急変時などの際の情報提供要請に応えたり、連携は取れていると思う。
	すぐ近くにいるので、報告、連絡しやすい。
	すぐ連絡が取れる体制になっている。
	医師との連携をするための中間役をしてくれる。
	医療法人のため、常に医師の指示あり
	何かいつもと違っていたことについて気軽に話せる環境であり、手近である。
	会議等を通じて情報交換している。
	各利用者様の特変事項を記録し、共有できるノートや直接確認を行える体制ができています。
	近くにいってすぐに話を聞ける。
	細かいところまで何かあれば聞くことができるが、常時いるわけではないため公休日等の際に困ることがある。
	事業所に常勤看護師がおり、ほぼ毎日勤務しているため連携を常に取れる。
	自分の事業所のナースがいらない際の処置をしてもらったり、医療についての指示をもらう。
	情報がCMさんからHrの方にまで、いつも降りてきているから。
	情報の交換、今後の利用者の過ごし方を決める。
	職場によってNsのやる気や質にばらつきが見られる。
	他事業所と関わりがない。
	退院、退所先と同様。
	直接コミュニケーションが取れる。
	同一利用者の情報提供ができる。
	同事業所のため、何でも相談しやすい。
	日常会話で情報交換ができています。
	日々の業務の中で情報を共有している。
	日々の申し送り。
	比較的連携はできていると思われる。
	必要に応じて連絡をいつでも取ることができるため。
	服薬の管理や日々のご利用者様の健康状態の相談などができています。
	文章や電話等を利用して情報提供を受けており、問題発生時は連絡をして指示受けなどができる。
	法人が運営するデイサービスの看護師との連携。同法人でありスムーズに関係性が取れている。
	訪問看護師の方が聞きやすい。
	毎日ノートに記入し交換する。1ヵ月に1回合同会議を行う。
	問題点があればいつでも聞ける状態であり、解答を得て対処することができるため。
	夜間はコール対応のみなので吸引などができない。

		<p>利用者のADL等について情報の共有が図れている。</p> <p>利用者の変化の相談、報告。</p> <p>連絡が取りやすい体制</p>
	サービス提供責任者	<p>ケアマネを通すことが多い。</p> <p>ご利用者様の状態等、電話連絡あり</p> <p>サービス提供上、不安な点、疑問点などを相談、助言をしてもらっている。</p> <p>サービス提供責任者が医療的アドバイスを求め、応じてもらっている。</p> <p>ショートステイを利用される時に連携が取れる。</p> <p>デイサービスのNsとの連携は出来ていると思う</p> <p>一番身近でいろいろ聞けます。</p> <p>会議やTELで連絡を行っている。疑問に思うことは聞くようにしている。</p> <p>共通している利用者の情報等のやり取りを行っている。</p> <p>口頭伝達</p> <p>色々な情報を教えて下さる。</p> <p>申し送り帳や電話にて「報・連・相」がすぐにできている。</p> <p>申し送り帳や電話にて「報・連・相」がすぐにできている。</p> <p>全て担当ケアマネから連絡がある。</p> <p>体調の変化時は随時相談できており、受診の必要性のアドバイスを受けられている。</p> <p>体調の変化等について報告している。または申し送りなど聞いている。</p> <p>大体協力的である。</p> <p>通所や居宅支援事業所の看護師に確認。</p> <p>定期的に利用者や職員で三者面談を行っている。</p> <p>電話等での報告、相談に対しての指示、連絡がスムーズにできている。</p> <p>同じ敷地内に隣接しているため</p> <p>日々の状況を詳しく知ることができる。</p> <p>併設内に常駐しているので、すぐ連絡できる。</p> <p>利用者のバイタルの報告、状況報告、内服薬の状況の報告・連絡</p> <p>利用者の体調等相談し、薬のこと等教えてもらっている。</p> <p>利用者の普段の様子を把握してもらい、変化がある時には指導をいただき、介助につなげている。</p>
	その他	<p>細かいことでもサービス提供責任者に連絡しているので、サービス提供責任者よりケアマネさんに確実に連絡がいられている。ヘルパーに結果を伝えてもらっている。</p> <p>事業所の利用者さんが入院をした際、連絡を取り合うことがある。退所前カンファレンスなど。</p> <p>情報交換を逐一行っている。</p> <p>必要時にお互い連絡、報告できているため。</p>
やや不十分	管理者	<p>こちらから質問がある時のみです。</p> <p>事業所間での努力が必要</p> <p>時々病状、疾患について基本的なことを教えてもらう。感染対策の知識について指導を仰ぐ。</p> <p>色々教えていただくことは可能であるが、実際の担当看護師でなければ難しいことも多い。</p> <p>接する機会が少ない。同一法人ではあるが事業所が離れていることもある。</p> <p>同事業所内に看護師の配置がないため、同施設内の看護師が兼務で別部署も見ているため。</p>
	介護職員	<p>(1)ちくいちこちらからご利用者様の情報は報告している。(2)看護師側からの情報がこちらに届くのが遅れることがある。</p> <p>ケアマネージャーを介しての報告、連絡となり、十分な返答がない。</p> <p>来所し勤務日が決まっておらず、常勤ではないため。</p>
	サービス提供責任者	<p>ケアマネさんを通して情報提供をもらっているが、詳しいことは分からない。</p> <p>すれ違いも多く、医療的なことをあまりヘルパー側に話そうとされない。独自性があると思う。</p> <p>医療的なアドバイスを聞くことはある。直接利用者を通しての関わりなし。</p> <p>患者情報の共有ができていない。</p> <p>個別に相談することもあるが、全ての疑問に答えてもらうことは不可。</p> <p>担当看護師でなければ難しいこともあり</p> <p>特変時、体調が悪い時のみとなっています。</p> <p>入居者様のことを把握できていないことがある。</p> <p>訪問介護取なので利用者かかりつけ医のみ。</p> <p>利用者の症状を伝えて病気を教えてもらったり、相談に乗ってもらう。</p>
不十分	管理者	<p>お会いする機会が少ないため</p> <p>ケアマネとの連絡のため、直接連携はほとんどない。</p> <p>医療の知識のない介護職は「分からない」ことに不安になります。その際医療の分野の方に質問をすると「そのまま」や「気にする必要は現状なし」といったようなお答えも多いです。こちらが「何か変化があったのでは？」と思う事が医療側の方達には大したことないと判断</p> <p>医療上の話はするが、連携とは言えない。</p> <p>看護師として勤務する事業所の業務があるため。</p> <p>所在地が離れている。又同一事業所に訪看があるため、法人の医師とは必要時のみ連携。</p>

		変化があれば逐一連絡しているが、連絡ミスもある。				
	介護職員	ほぼ関わることがないので、連携が必要な時は一から伝えないと行けない。 看護業務をほとんどしない。 看護師が常勤ではないため、連絡がとりにくい。 時間が取れる時はスムーズな連携も。 利用者様との件についての話し合いがない。				
	サービス提供責任者	退院時カンファレンスだけのかかわり。 退院前のカンファレンス等で入院時の様子は聞くことはできる。 担会やカンファレンスだけ。 直接の連絡が取りにくい。				
連携していない	管理者	CM から指示があるため。 CM を通してのみ。同系列のクリニックの先生のみ話を聞く。たいていの CM さんは自分を通して連絡などすると、良い顔はしないので、必ず CM を通すようにしている お互いいつでも相談が出来る。 それぞれの担当で手一杯で余裕がない。 医師、ケアマネージャー事業所と流動的に情報の共有ができていない。又、できる環境が整えられない。 相談に乗ってもらえない。 相談職を通す必要があるし、立場的に接触しないので、連携の取り方が分からない 直接話しをすることはしない。				
		介護職員	デイサービスが主なため。 ヘルパーが会って話すことはほとんどないため。 ヘルパーとしては事務所に電話連絡をするため、直接医療職と連携することはありません。 介護事業所からは敷居が高い。家族、本人、ケアマネの方からのほうが良い？ 期間内に利用する人なし 上司に管理者兼務サービス提供責任者がおられる。 担当ケアマネージャーならびに訪問看護師が連携を取るため。 同じ利用者を訪問しているケースが少ない。 同一法人内の病院であり、ご利用者のかかりつけ医でもあり、連携ができていると思われる。'ご利用者の状態、対応など指示を書面で残して下さったり、連携はできていると思われる。 同一利用者について情報を共有している。共通でない方のこともアドバイスを受けることができる。 特変があれば、すぐに対応してもらっている。 利用者のかかりつけ医療機関だった場合等は連携を取るが、それ以外には関わりがなく、その必要性を見出せず思案する精神的余裕がない。			
			サービス提供責任者	何か心配事があれば尋ねることはある。 時間を取るのが難しく、全てケアマネージャーを通してしてもらっています。 同一法人だが別事業なので。 訪看のみのため 殆ど会う事がない。		
				その他	入所時のみ連携だが対象者なし。	
			連携を要するケースがない	管理者	FAX で細かめにやり取りをしている。流通がよい。 カンファレンスやミーティングにより、連携を行っている。 ケアマネさんからの報告がある。 デイサービスの常駐ケース 医療系の施設ではない。 居宅なのでそのケースはなし 施設の看護師なので、訪問には出ていないから。 施設毎に Ns がいるから。 相談や連携は直接利用者様や関わっている看護師との連携が多く、同一法人でも連携を要するケースがない。 併設特養の管理者も兼ねていることから。	
					介護職員	あまり関係がない。 いない ケアマネさん経由で話をもらうので、こちらからコンタクトは取っていない。 サービス提供責任者が連携を取るため。 ほとんどの利用者がかかりつけ医のため。 直接連携は取らないが、責任者からの指示がある時は取る。 同一法人でないため。今まで利用もないため行っていない。 同一法人ではないため。 同一法人に医療機関がない。
	サービス提供責任者					ケアマネさんより報告のみ ケアマネより 関わる事がない。
						管理者

	いない。
	いないため
	ケアマネージャーに全て連絡をしている。
	ケアマネの業務
	じっくり接する時間がない。
	その都度の指示のみ
	ほぼ毎日看ている。
	ほぼ毎日看ている。
	介護職兼務であり、共有連携ができています。
	該当なし
	関わりのあるご利用者様の件は病状のことや気になる点など、連絡が取りやすい。
	休息している時等の臨時的対応
	勤務先は日々連携している。
	現場で働いているのでできています。
	十分とは言えないが概ね十分で、申し送り等が少し良くない。
	小規模多機能型居宅介護事業所に属するため。
	障害のサービスなのであまり連携ありません。
	常に報告し合っている。
	相談すると答えてくれる。
	相談すれば答えてくれる。
	存在しない。
	直接に接触する機会がないため。
	直接の連携を必要とするケースがない。
	直接電話をしてやりとりできる。
	同事業所で勤務しているから。
	同法人に看護師がいないため。
	必ず状態の変化について原因等、今後の対応を考える。
	必要な時にしか連携をしないため。
	法人内のNsであるため細かい連携ができるが、ゆえに連絡が不足することもある。
	訪問看護の看護師に相談したいが、今は小規模対応の時間だからと見てくれないことが多い。
	毎日の申し送り。
	毎日顔を合わせているので、都度情報交換ができています。
	毎日直接連絡情報を交換している。
	毎日電話で連携を取っています。
	毎日同じ施設内にいるので、細かいところまで相談できる。
	連携するケースがない。
	連絡を取る必要性がない。
介護職員	いつも在職しているのでバイタル、様子観察をしてもらっている。
	いない。
	いないため。
	コミュニケーションができています。
	ご利用者様一人一人に目配りしていて、なお且つ介護職の意見や情報にすぐ対応している。
	ない
	ほとんど関わりなし。
	まずはケアマネに連絡を取ることが多く。直接医療の人と連絡は取れていない。もし必要な場合は訪看さんと直接とることが多い。訪看さんが入っていない場合は主治医に連絡する場合もあるかもしれないが、今はしたことがないです。まずはケアマネへします。
	何かあればすぐ意見が聞ける。
	看護師が介護士としても勤務をしているので、相談等もしやすい。
	看護師だけでしか伝わっていないこともあり、現場の職員が知らないことがある。
	看護師はいらっしゃいますが、直接お話することはありません。
	急変した利用者の状態を伝え、どのように対応するかアドバイスをくれる。
	現在は看護師がいない。
	常に施設にいるので、いつでも情報交換できる。
	情報の伝達はしているが。
	直接ケアマネージャーと家族が連絡を取り合うことが多い。
	直接会って
	直接相談ができていますので連携は十分だと思う。
	電話でのやり取り、直接会ってのやり取り
	同一法人なし
	同施設内に勤務
	特になし

	<p>訪看を通してからなので。</p> <p>毎朝ミーティングを行っている。</p> <p>毎日ミーティングを実施し、情報を共有している。</p> <p>夜勤の際、連絡先にかけてもつながらない場合があった。</p> <p>薬のサポート。</p> <p>利用者さんの状況変化、情報共有。</p> <p>利用者状況に応じて指示を仰いでいる。</p> <p>連携を要するケースがない。</p>
サービス提供責任者	<p>CMが連絡してくれているため。</p> <p>いない</p> <p>デイの看護師のため、訪問看護と連携するケースなし</p> <p>ほとんど関わりなし</p> <p>会う事が多いので話をする機会もあり、相談がすぐにできる。</p> <p>看護師はデイ専属のため、訪問の利用者に問題が出た場合は利用者のかかりつけ医への連絡になる。</p> <p>看護師への報告、連絡、相談を行っている。</p> <p>関わりがない。</p> <p>勤務先に看護師不在</p> <p>時間がないのでケアマネジャーが間に入り、申し送り連携を取っている状況。</p> <p>主にケアマネ及び家族が連携を取られるため。</p> <p>存在しない。</p> <p>直接医師や看護師と連携を取っていない。必ず間にケアマネジャーをはさみ連携を取っている。</p> <p>同じ施設内で勤務しているため。</p> <p>同一法人の医師なし</p> <p>訪問介護、通所介護の同じ事業所を利用している。利用者については、看護師と連携をとり情報の共有を行う。</p> <p>訪問先の施設にNsがおられるので、その都度報告し、対処してもらっている。</p> <p>毎日の申し送りで、特変など情報の交換を行っている。</p> <p>利用ケースがない。</p> <p>利用者さんへ状態が聞ける。</p> <p>利用者のことを細かく知らないため。</p> <p>利用者の状態等については直接これら医療職の方達ではなく、ケアマネジャーに報告しているため(活動中に急に容体に変化した場合は別)。</p> <p>利用者の方に担当ケアマネ等がおられるため。</p> <p>利用者状況に応じて、都度指示を仰いでいる。</p>
その他	<p>何かあればその都度報告している。</p> <p>直接話を聞く。</p> <p>不在のため。</p> <p>法人内に配置なし</p>

Q7. 【非連携事例】 14. 連携できなかった理由

F9 役職	Q7【非連携事例】 14.連携できなかった理由
管理者	(1)ケア介護を開いていただくようお願いしましたが、必要ないと言われました(医師、看護師)。(2)頸髄損傷で糖尿病のため、インシュリン摂取が必要なのに、訪看は1日1回なので、退院してから1ヶ月以上 300 以上の高血糖が続いて不安がある。
	(1)急な退院日程が決まったから。(2)情報は家族を通してで、病院関係者との退院カンファレンスが開催されない。
	(1)訪問看護師の人数が不足している事で対応できないと思った。(2)ご利用者の経済的な問題があった。
	(1)連絡の行き違い。(2)業務多忙によるコミュニケーション不足。
	1日半経ってから断られた。
	20年人工透析されており、水分、食事制限は行っても体調悪化に在宅では対応できなかった
	ALSの進行が早く、入所が決まったため。
	CMが医師との連携をうまく取れない。利用者のためにもう少し踏み込めない。曖昧になってしまう。医師との関わりを避けているような気がする。家族への理解、説明等も不十分だと思う。
	CMが動いてくれなかった。
	Drが訪問看護の必要性を考えられなかった。なぜ点滴をするの?と言われた。
	Dr多忙にて時間都合つかず
	Fa(家族)への説明はあるが、事業所間では説明が少ない。また、ケアマネが連携できるノウハウがなかった。
	HP、訪問系サービスの受け入れは出来ているが、本人がサービスの受け入れをかたく拒否したため。
	HP対応は無理と判断されたため。
	MSWとのやり取りの中で把握されていないことが多く、話が進まなかった。
	Nsが常時いるわけではないため、毎食後の吸痰はできない。経済的理由もあり、転院されず戻ってこられた。
	がんの終末期で在宅での暮らしに不安になり、看護師のいる施設入所になってしまった。
	がん末期の終末期により痛みを伴っており、家族が自分たちで全てを看取り。家族連携のもとで看取りに入る。
	ケアマネ、Ns、Dr.が全部同じ事業者。Nsに指示を仰ぐ電話を入れるも、Dr.に電話するように言われ、電話するとFa(家族)から電話するように言われ、ヘルパーの判断で退室した。
	ケアマネ、訪看、医師、主治医ではなかったと皆で拒否していた。
	ケアマネジャー、家族に必要性があるとの意識が薄かった。
	ケアマネジャーからの間接的な話しか聞けなかった。
	ケアマネジャーが利用者との関係があまり良くない。利用者の状況をしっかり見ていない事もある。家族側に立って見ている(本当の利用者の姿が見えてこない)。
	ケアマネジャーに相談し、担会を開催してもらい、往診が訪問することになり、往診してもらっていましたが、すぐに家族の方がコストが高いとの理由でやめてしまいました。
	ケアマネジャー及び本人が必要としないから。
	ケアマネがなかなか動かなかった。
	ケアマネから日にち指定でカンファレンスを行うので参加するようお知らせあり。その日は業務多忙にて出席できませんでした。
	ケアマネが他人任せ。医師が忙しくて来てもらえない。
	ケアマネが必要性を感じなかったのか、対応してもらえなかった。
	ケアマネで止まっている情報が多い。ケアマネより事業所への情報が少なく、ケアマネを通して全て動くというスタイルだったので。
	ケアマネと連携するも家族の了承得られず。
	ケアマネに相談したが、その後どうなったか報告なし
	ご家族(主に要介護者で奥様が主に介護している)が Dr.に相談するにおいて、より深く細かく伝えられていない→不十分であったという意。
	ご家族様が認知症の進行を認めたくなく、医療との連携を拒否されたため。
	ご主人が医師という部分が大きい。全てご主人自ら段取り(知り合いの医師にお願い)されて事後報告の形。
	ご本人が病気の受け入れをできておらず拒否。
	ご本人の意欲低下から来るものだからだと言われ、特に医療的な事でやる事はないと言われ、つないでもらえなかった(ケアマネ)。直接かけようにも担当の方が不在だったり、伝言をお願いしても返答がなかった(病院)。
	ご本人様が「受診しない。平気だ。」と拒否されたため。
	ショート利用中に喀痰吸引が必要になり、必要に応じ看護師対応になるが、常時在籍しておらず、夜間等急変時の対応が困難であると判断。訪看も定期訪問での処置だけでは困難との返答。
	その当時、連携の手段が分からなかった。
	ターミナルケアの経験がない主治医だったため、医療側の準備不足。
	ターミナルに近い状況で在宅生活の支援を行っていたが、体調に合わせて入退院を短期間で繰り返し、入院先の病院とは連携がとれていた。しかし、在宅での看護、医療体制において、家族も経済的理由で必要性を感じておらず、また往診ができる医師などの情報収集もうまくできていなかった。
	デイケアの看護師が一方的に連絡してくる。
	ヘルパーの利用を開始された時は、既に末期であった。ご本人に告知されておらず、訪問看護等の必要性をお話することができないまま急変された。

まず本人が受診に同行しないこと、行くと約束しても忘れてしまい、今日は行けない等拒否が強く、家族の意見も聞こうとしない。
まとまりがない。リーダー不在。家族の関わりが薄い。
ラブ状態になった時、身体の動き、移動の誘導、ヘルパー達の腰を悪くする。
胃がんの終末期であるため
医師からでなくMSWからの情報で、当面のサービス利用に際し、問題なしと判断。
医師から必要ないと言われた。
医師が決まっていなかったから。
医師が積極的ではない。
医師が日常生活を見ようとしなかったため。
医師との連絡が忙しく、会えない。退院日の知らせも前日連絡だったりする。
医師の指示書が難しく、生保で単位不足。
医師の時間の都合
医療、介護とは別に家族が対応
医療と利用者相方の不信感。
医療の協力を得られなかった。
医療への知識不足
医療関係の方を交えて、これからというときに悪化して亡くなられた。
医療関係者との時間調整が難しかったため。
医療機関から退院したが、安定していない状態での退院だったため、医師のみとの連携しか取れなかった。
医療職からの情報をあまり得られなかった。
医療職からの返事がなかった。
医療的な面は看護師が管理しているため、指示通りにしなければ上司が意味不明な叱責をするため。
医療面はご家族で全て対応しているから。
一番は家族が希望されませんでした。高齢でしたのでできるだけ在宅で過ごさせたいと思っており、ご本人様は認知はあるものの特に病気をお持ちではなかったためです。訪問ヘルパーからは食欲が落ちてどんどん痩せてくる状況を変心配しましたが、家族は「自然な流れ」と受け取っており、医療は受け入れず低栄養の補給には“エンシュア・ゼリー”をかなり後になって受け入れています。上記したようにご本人様もあまり多数のヘルパー訪問者を嫌っていたため、実現しませんでした。
何度も入退院を繰り返していたが、これという病名も付かずとりあえずの薬は毎食前1錠ずつ。しかし認知も急に進みSSも繰り返したが、退院して1年経たずに死亡した。
家人の協力が得られない。家人が連携が必要だと思っていない。
家族、親族と思われる人が、理由なく施設への入所をしてしまったため。
家族・本人の理解が低く、病院受診の勧めまでに時間がかかった。
家族がケア（治療を望まなかった）を望まなかったため、病名も分からず亡くなった。
家族からの聞き取りのみとなってしまった。
家族が医療職との連携を拒否したため。Dr.からも家族からの希望がないので往診等できないとのこと。訪問看護利用には至らず、医療的な支持が得られないままであった。
家族が一生懸命で奥まで入り込めなかったから。
家族が何をしようか分かっていない。当初は連携できていなかったが、多方面にコンタクトをとり、在宅は連携が取れています。目が見えないと報告を受けたが、再受診と経過を報告して、白内障（片目）と緑内障で27年1月中旬手術をし見える可能性がでてきた等。
家族が終末期の利用者に積極的に医療機関とのかかわりを求めなかった。
家族が全く協力してくれなかったため、医師より在宅（同居であるのに）で家族が関わらないなら連携必要なしと判断された。
家族が窓口となり、緊急だったため。
家族が望まなかった。
家族が曖昧で渡したとは言っても本当なのか分からなかった。次回の通院予定日も急に連絡があり、同行の予定が立たないためできていない。これからも試みる予定。
家族とケアマネージャーの間で意見の違いがあり、ご本人の希望を叶えてあげられなかった。
家族と本人が医療に対し不信感を持っていたため。
家族の同意が得られなかった。
家族の必要性がなかった。
家族の方がしっかりと在宅にて、介護をしていた。
家族の要望で（収入面）医療との連携は取れたが、ケアの時間が短かった。
家族の理解が得られず、病院自体を信用されていない。
家族の理解を得られず、拒否された。
家族様を通して連携先病院（母体である病院）に定期受診及び緊急時の受診をお願いしたが、難病を理由に受け入れてもらえなかった。
介護している家族の思いが強いので。
介護事業所から病院へ連携をとるのは当然ですが、逆がまったく駄目。病院等から仕事が回ってこない。ある一定の事業所としかやり取りしていない。
介護者（血のつながりのない方）の判断で入・退院の決定権有り、正直その方に振り回された感じ。家族も自

分達が看不られるから何も言えないとの。
介護者の思い、本人の思いの中で、サービスの内容や精神面の援助の統一が困難であった。
看護師からの連絡で面会日時が双方都合がつかなかった。
休日の早朝だったため。
急な依頼(ケアマネより)により、病状は聞いていたが、医療との連携もケアマネを通してのみだった。
急な退院決定により、かねてからカンファレンスの参加を希望していたが、ナースより電話にて日にちが取れないとのことだった。
急変が早く計画はたったが実施に至る前に急変した。
急変する可能性が高く、いつ症状が悪化するかわからないことをご家族様に説明し、了承を得ていたから。
居宅、療養、管理指導が入っていたのですが、体調が日々悪化していくのが分かるため、連絡を取ってもらったがそこで診てはもらえず、結果入院となってしまった。対処が早ければ入院にはならなかったのではないかとと思う。
強い拒否により
現在も主治医へ確認をしている。
現状の認識を一致させるのが難しい。現状を正しく伝えることが難しい。
現状報告を行っても迅速な対応がなされない。
限度額オーバーもあり、家人もそれ以上サービスを増やされなかった。(理由あり)特別養護老人ホームを退所し自宅へと戻られたケースだったので、家人も新たに施設申込をされ、在宅生活を継続する意向もなかった。又、家族の方も持病があり(全盲)、介護できる状況にもなかった。現在は入院中。
呼吸困難、意識レベル低下で、自宅から救急車で搬送、酸素吸入で回復、在宅酸素の指示を主治医に指示し、その日のうちに帰宅、翌日に慌てて在宅酸素開始、流量も定まらないままデイサービス利用開始、翌日の朝意識レベルが低下し、救急搬送、その翌日には永眠されました
刺激による反応が鈍く、呼吸浅めな状態が見られるも、しばらく様子観察し、状態の改善が見られたため。
事務員で止められた。書面で提出するか、緊急時であれば救急車で来て下さい。
時間が合わない時があった。
時間が取れず直接話し合うことができなかった。
自施設では痰吸引を行えず、療養型へ入所となったため。
自社では喀痰吸引できる者が不在で、他事業所でできる者がいるところに変更を頼んだが、対応できず家族の負担軽減につながらなかった。
自身がなかなか身動きが取れず、重度の本人を連れて行くのが難しかった。
自分自身の体は自力でわかるつもりでいる、頑固一徹気味の女性である。
主治医へはケアマネが連絡した。それを間接的に聞き対応した。
受診で病状を伝えるべく書面にしたため。しかし回答はあったが返書で「介護職ではなく医師からの書面にしたい」との返事があり、レセプトの関係もあるとは思いますが、現場の情報をお伝えしたのですが、理解に苦しみます。
受診歴がなく呼吸苦になった時は既にターミナル状態で、往診、看護の調整時に入院となった。
週1回の訪看のみ利用されていた。床ずれや皮膚トラブルもあったため、医療機関の増回の提案を本人やCMへ促したが、本人は医療への興味が無く、CMへの報告や提案をしたが、状況に変化なく、連携できなかった。
症状の変化、悪化に対しての対応について、家族に依頼しDr.との相談を勧めることしかできていない。積極的に時間を取る取り組みができていない。
障害サービス事業所はあまり関係ないと思っているのか、連絡がない。介護保険事業所間はしっかり連携が取れている様子です。
障害支援でケアマネージャーがいらない。困った時は訪問看護師さんに質問をしている。入院、退院後の担当者会議が開かれていない。
心臓病もあり、ペースメーカー利用の方だった。認知症あり。長女が頑なに通院を拒み、食事や水分の制限(主治医からの指示)を守らず、身体状況は悪化の一途であったが、ケアマネは調整に動かず(動けず?)、医療的な管理が大変不十分。直接医療関係者と連携を取るわけにもいかず、毎回利用者が無事か大変心配な状況で訪問を続けた。
進行が非常に早く、医療的対応は急変まで特別なものはなかった。家族の意向に沿いながら対応していったが、医療職との連携が密なものであると、お互いに安心できたと思う。
精神の訪問看護さんの役割が違うのでは?
精神科のDrへ家族が状況を説明しても、特に何の手段もとらず対応しているため。
精神科訪問診療にもつなげ、ヘルパーが服薬管理をした。
精神状態が安定していない。色々連携を取ることを拒む。
脊髄損傷による血圧コントロール、体温調節ができないのは治療出来ないからとの医師の判断。肺の機能低下も仕方ない。
先生や看護師さんが忙しく、なかなか返答が来ない。
全くできなかったわけではないが、介護主任さんを通していたので紹介状を頂く程度だった。
相談支援事業所、保健師が身体機能の低下によるADLの変化を伝えたが、そこから先が医療機関に伝わっているのか不明である。
多忙を理由にかかりつけ医や家族が集まれないとのこと。
退院後、ショート利用。食事(ミキサー食)がなかなか取れず、往診をお願いするが、自宅ではないとできず、



事業所に来てもらえない。2年前は可能だったが…。
退院後1ヶ月で他界されたから。
退院後1週間で状態が悪化し、再入院することとなったため。
退院後からサービスの開始だったが、元々かかりつけ医ではなく情報が少なかった。また、以前のかかりつけ医の方へも本人が1人で受診していたため、情報がなくうまく連携がとれなかった。
退院後の加療の必要がないと言われたため。
退院後の歩行状態が良かった。
退院後またすぐに状態が悪化し、再入院になった。
退院後まもなくで体制が整っていない。
退院時、終末は自宅で看取りをする方向でいたが、実際のところ家族の負担が大きくなり、すぐに入院を希望し入院となってしまった。ヘルパー訪問3→2回に家族が減らして、訪問診療があるといつでも入院できるという意識がある。
退院時でない病院がカンファレンスをしない。まだ退院にならない。
大腸がん手術後ストマになり退院。ストマの管理を訪問看護にケアマネより依頼するも、ご本人拒絶、定期通院先もやめてしまい、ヘルパー以外は拒否してしまった。
担当の相談員に会議開催を要望したが、その後の連絡がないため
地域に専門医師が不在。
地域連携室などがなく、病棟看護師が応じてくれたが、その都度担当者が違った。
痛みの強さは本人しか分からず、使用されている痛み止めを本人が時間を守れず、訪看さんにも聞いたりしたがなかなか本人が納得されず。家族の協力が見られなかった。
通院介助で対応した、Dr に会う事も出来たが、HP であることで、家族、もしくはCM ではないことで、状態等についても説明もされなかった。
定員いっぱい空きがなかったため、サービスの利用ができなかったため。訪看のリハビリ職によるリハビリ指導の希望でした。
転院、退院の連絡が直前であり、カンファレンスを持つ日程調整がつかなかったため。
突発的に病状が悪化されたため。
日頃より関わりがほとんどなく、見守りのみだけだったから。
日程の都合がつかなかったため
日々の状態が悪くなり、その都度 Dr の診察、処置をしていただけるのですが、夜間の対応は難しい。
日々の体調の変化、その都度の筋力の低下があり、介助の方法など具体的に知りたかったが、本人の意向もあり前へ進めなかった。
入院した時の状態が身体的にも精神的にも最低であったが、自分の居住地に帰ってきてからは状態が速い速度で良くなり始めたため。
入院は一時的なもので、在宅での生活が医療職の方の理解が難です。回復する要素がなく維持的治療なので治療に対して消極的で、かかりつけ医にまかせている所があり、寝たきりなので受診する機会がなく、往診のみなので一辺倒な治療になっている。リハビリや神経内科などへの受診をし臥床時間を短くし、ハリのある生活を送って欲しいと思っています。訪問介護では支援に限界があり寝たきりの方を減少する事には難あり。
入院先の主治医と在宅医の連絡ができておらず、急変時に入院先の主治医は不在。在宅医は聞いていないと…。ケアマネは先生同士の話なので、そちらに連絡を取ってくださいとの返事で、最終的にご家族との話で様子を見て後日受診しようとなりました。
入院中の様子について、退院後の注意事項、身体状況について前もって連絡が欲しかったが、「退院後は同様のサービスを提供してください」と担当ケアマネから口頭で連絡が入ったのみ。訪看も状態が分からないままの訪問となっていた様子。医療的ケアが必要な方への訪問に関しては、担当者会議を開催して欲しかったが、ケアマネが動かなかった。
入浴介助で週2回介入していましたが、血圧が70代の時もあり入浴のか介助をヘルパーが行うにはリスクが高いと判断し、訪問介入日をCM や家族へお願いしましたが、家族が訪問介護の介入を受け入れず、そのままヘルパーのみの介入となった。リスクが高くなりかかりつけ医師へCMを通して情報提供し(具体的な血圧の状況など)このままではヘルパーの介入はできないと話をしたのですが、医師からは「年だから仕方ない」としか返答がなかった。家族の危機管理が薄く困りました。
認知の症状が強すぎて、小規模多機能内で過ごしてもらおうことで精一杯であった。
認知症が進行し、一人で外出してしまったり家の中の家具を壊したり、訪問時家の中が乱雑で作業するためには片付けが必要だが時間は限られている。市や医師とも相談するが、入所先がなかなか決まらず、毎日不安な思いで訪問していた。
年齢のせいだと言われ、それ以上何もできないと言われたため。
必要性を伝えるが、家族理解を十分に提供しただけで、連携を試みる事ができていない。ある程度の状態等、医療職に伝えることはできている。
病院が遠い。在宅で一人で生活できた。定期的に入院、治療されていた。
病院でのリハビリ内容が施設生活において必要なレベルのものではなかった。
病院受診に拒否があり、訪問診療を依頼したが応じてもらえず
病院側から退院期日を決められて、自宅に戻らずショート→入所となった。
病気の進行がとても早かった。
変化や周りからの言葉、アドバイスを中々聞き入れて頂けない。
訪問看護(他社)とは他のケースでも一緒に、日頃から言いたい放題、やりたい放題といった感じで仕事で接

	触して、このケースでも他のケースと被る内容が多いにもかかわらず、それはできないと自分達が面倒にならないように発言したりするのが見え見えだったので、あえて連携を試みずケアマネを通してこうすることに等と伝えてもらうようにした。他のケースではそのようなことはない。
	訪問看護と訪問介護、お互いに訪問しているため、連絡が取りにくい。ケアマネに伝えてもケアマネも連絡が取りにくく、情報交換に非常に時間がかかる。今回の利用者は病状も不安定でその日々の体調変化が大きく、週に1~2回の訪問で詳しい状態を把握することが困難だったことも考えられる。
	訪問看護の利用もしておらず、傷の処置に訪問する医療職がいなかった。ヘルパーが応急処置のみ行った。
	訪問看護師に○を付けましたが、サービス開始が間に合わなかった。看護のサービスのみ行えずお亡くなりになる。
	訪問看護師導入の必要があったが、主治医が一度指示書を書いたのに、後からやはり不要と言ってきて、こちらの話が理解してもらえなかった。在宅での様子と診察室の様子は違うこと。介護保険の訪問を理解していないDr.だった。
	訪問看護等のサービス導入がなく、相談できなかった。
	本人がこれ以上の治療を拒否。
	本人がしっかりしており、連携の必要性を感じてくれない。拒否される。
	本人が拒絶したため。
	本人が現状の対応で良いと言われており、訪問看護、リハなどは利用できていない。家族も本人の意志を尊重しているので難しいが、徐々にではあるが、デイ、ショートを利用しているので、今後も声かけを続けていく。
	本人が受診に拒否的だったこともあり、十分に診察してもらえず、そのため何の指示も治療もできなかった。
	本人が必要を感じていなかった。Dr.が「誰が手当てしてもかわりはない。ヘルパーでも十分できると言った」と話し、看護師は料金も高くなるので経済的に苦しいとのこと。
	本人が連携を拒んでいたが、状況悪化のため通院に同行し、本人の状況を伝えられた。
	本人に介護拒否があり、暴言・暴力もあり、連携を取っても実現できないことが多い。
	本人に必要と思ってもらえず、なかなか病院へ行けなかったが、その後緊急搬送となり入院した。
	本人の意志が固かったため、家族やケアマネの話にも耳を貸されなかったが、状態がひどくなり受診時にそのまま入院となりました。
	本人の拒否があったため(帯状疱疹)
	本人の拒否もあったり、老夫婦で夫も支2の状態。すぐ病院入院等あったため。
	本人の身体的負担を考えると果たしてさまざまな環境の変化をおこしてもよいものかどうか、CMにも近況については話しています。家族にも状況を話していますが、家族の同意も得られずにいます。緊急性は正直(先のことはわからずだが…)あまりないと思われるため、私達は情報をいつでも伝えられるようにしています。
	本人の体調や気分障害があり、訪問しても寝ていたり話をすることができない状態だった。
	本人の認知症が進行して、体調の変化が大きくなる自分の気分のため、Dr.に相談することを遠慮してしまった。
	本人の病気の進行も考えた上で、医師と家族と本人と当スタッフで最期の場所について話し合うべきだった。
	本人は必要と感じておらず、金銭面(経済的)がきついため。
	本人自身が病院に対して不信感を持っていたから。家族に医療従事者がいた為、家族と相談した。
	本人様が比較的自由に生活されており、CM、サービス提供責任者が伺っても「自分のことは自分で分かっている」と言われるため。
	本人様の意を向けられなかった。ケアマネさんが見て確かめることができず(して下さらず)、そのままになっている。
	余命があり、手術等の方法がなく結果的に自然の流れに任せるしかなかったため。
	利用者。訪問看護や往診が必要だと思ったが、利用者本人が拒否。
	利用者がそれを望まないと配慮した。どう対応したら良いか分からない。
	利用者が必要だと思わなかった。
	利用者には訪問看護サービスも必要と感じていたが、利用者本人が拒み、導入できなかった。独居であり、病状の変化に気付いていくのは難しい状況であった。往診しているかかりつけ医のところへ訪問し、指示や状況報告をもらうことはしていた。
	利用者の経済問題
	利用者の受入が不十分であった。家族の理解と協力がなかった。
	利用者の親が歩かなくても良いと言われていたため。施設関係の方も協力が見られない。
	連携する前に急変したため。
	喀痰吸引が必要な時、いつも看護師がいるわけではないため、利用者様が苦しうにしているても何もできない(普段は痰吸引が必要ではないが風邪を引いていた為)。
	喀痰吸引の資格を持っていない。
	喀痰吸引の必要を感じたが、利用者ご本人がデイでの喀痰を拒否されていたと聞いたため。また同居家族様にも在宅で喀痰を奨めたが、「やるのが怖い」とおっしゃっていたのでそれ以上何も言えなかった。
	痰が絡んでいたが本人様が大丈夫と言われ、吸引は要らないとのこと、30分後には訪看さんが来られるので連絡を行わなかった。
	痰の吸引が必要な人で訪看さんに行っていた。行っていただいていた。
介護職員	(1)医療機関が混雑しているため。(2)医療機関が複数のため。
	(1)同居の家族がいる。(2)週一、医師の往診があった。(3)週二、訪問看護あり。
	あまり当てはまる内容がありません。

うまく伝える事ができず、医師も時間が取れずに、家族さんの仕事の事情により。
お金がない人だから、薬剤師を使えなかった。息子が精神障害がありすぐに動くことが出来なかった様子。色々な機関に伺いを立てないといけないから。
お金の負担を考えて家人が必要性を理解してくださらなかった。
ケアマネジャーと協力して家族に申し送りしているが、家族が通院時に相談せず。
ケアマネからの情報が不確かで、病院受診時に医師やナースとのやり取りに大変苦慮しました。ケアマネと医療機関との連携がうまく行っていなかったため、利用者と家族、訪問介護員が振り回されたような状況でした(担当医師がいない状態になり、処置ができず毎回(月1回)確認から始まるという状況でした)。
ケアマネが医師に相談したり、情報を伝えてくれなかった。
ケアマネが必要を感じなかった。
ケアマネジャーにお願いした。
ケアマネにも何度も伝えているが、平日は作業へ通所されており、薬は作業所でお世話されているため、薬が残っているのは週末のみ。要介護1であり、限度額のこともあることから、訪看の導入が見送られている状態。
ケアマネに精神科受診を話してみたが返答なし。その後通院している様子なし。総合病院の認知症の方を受診か、明細分からず。
ケアマネに報告しましたが、その後特に動きがありませんでした。
コミュニケーション不足
ご家族が介入を望まなかったため。
ご家族に相談したところ、ご家族が早急に対応してくださり、家族と医師の連携で間に合ったから。
ご家族の意向が強く、連携までいかなかった。
ご家族様が「いつものこと(体調不良訴えについて)」と通院に積極的でなかったため。
ご家族様の協力・理解を得られなかった。
ご自分のやり方で生活して来られ、他者の意見を受け入れるのが困難。
ご本人の意向。出入りの際に白衣を着てこられては困ると言って、その他諸々合ったようです。
ご本人の同意を得られなかった。
ご利用者自身に医師に対しても介護職に対しても強い拒否があったため。
サービス担当者会議に担当医が来ない。
サービス担当者会議後急変し、死亡
サービス担当者等で医師と連携し、往診を試みましたが、ご家族の意向もあり、中止になりました。
サービス提供責任者が会議へ参加し申し送りを受ける。
サービス提供責任者を通す決まりがあるため、サービス提供責任者がケアマネジャーに連絡。CMから訪問看護師に連絡。訪問看護師より脈拍が150を超えなければ入浴可との連絡を受ける。10日程で100以下になり、以前と同じ生活を続けていらっしゃいます。
サ担後、急変にて他界
どのような連携をとったらよいか分からなかった。
プラン提供を行いデイサービスでの様子をお伝えするも、ご自分の思いが強く拒否されていたから。
ベッド上で生活して歩けなくなると、通所や訪問リハを試そうとしたが、訪問リハはDr.の指示がなければ無理。通所は本人が行く気なしの理由で。
ヘルパーの実習ができなかった。
医師、訪看は情報を共有しようとする姿勢がなく、訪看同士でも連携が取れていないため、塗り薬、処置方法等が訪問する人によって違っていた。医師、訪看は、利用者・家族が私達の言うことを聞くべきだという考えであり、ヘルパーに対しても同じ態度であった。そのためヘルパーの記録等を確認することはなく、自分たちの判断での看護であった。サービス担当者会議を行うも解決には至らず状態が悪化し、入院となる。
医師、利用者、家族様等、直接集まる機会もなく、家族様の協力もほとんどなく医師主導になってしまったためか。
医療との相談、報告連携はとれているが、現場ヘルパーが24時間利用者を見て緊急性を感じ訴えているがそれがうまく伝わらず、手遅れになるケースが何度かあった。
医療機関(入院先)の方針との相違。
医療側が利用者の状態を理解していないと思う。
遠方へ娘を嫁がせたので、再々訪問をしてやれなかった。子供を産み(それまでに2回流産)尿のクレアチニンの数値を気にしていたが、子供ができ(双児)1年の誕生の前、精神面で異常(?)、婿さんの精神科へ受診を進めたいが子供に手がかかるためか受診に至らず(
家族(主介護者)との連携が取れず、直接医師、病院との連絡を拒否されていた。
家族からの希望や施設での様子を報告し、薬の調整を依頼したが断られた。
家族からの協力が得られなかった。
家族が希望しなかった。
家族が現状を変えることに決心がつかなかった。
家族が仕事をもち忙しく、ヘルパーの助言を軽く受け取ってしまう。
家族が自分たちで対応するという意識がまだ強いから。
家族が相談、手紙を渡したが、「認知症の介護とはそういうもの」と言われてしまった。
家族の協力が得られなかった。
家族の方がそれを望まなかった。
家族の理解を求められなかった。

家族より必要なしとのこと。
家族を通して、医師と話をしたため。
家族様がむかんしんの為、介入できなかった。
家族様が看取りを希望された。
介護士の経験不足と知識不足のため、医療への関わり方が十分ではなかった。また医療から福祉への知識も十分ではなかったと感じた。
会議を行ったケアマネージャーが直後に退職し、担当が変わったことで連携を図れずに個々で行動することになった。
改善、対策する前に本人様の症状悪化。急変。
急に入院となったため
業務多忙
金銭面のことが理由(お金がない)。最近になって体調があまり良くない時がある様子が見えるため、今後訪問看護さん等を勧めていくように話は出ている。
現場では「急変」している状況と思い、CMに報告。そこからDr.に連携してもらったがDr.から「入院レベルではない」と何度も訪問に戻されていた。痛みでオムツ交換や体位交換拒否、食事のままならない状況に少しでも改善を試みたかった。
限られた時間の訪問で、次の支援があったためケアマネの到着を待てなかった。
御本人様の拒否により連携できず。
行政に相談したが動いてくれなかったため。
高齢者住宅へ入居し、しばらくして入院して死亡している。
在宅サービス事業所のため、事業所として主治医へ相談したいことは基本的に家族を通して、家族又はケアマネから連絡を入れていただくのだが、事業所としては必要だと考えることも家族が必要でないと判断すると主治医まで話が行かないことがあった。
在宅でお一人の生活はご本人希望であるが、難しい状態。
在宅での援助ですが、転倒を繰り返し、骨折等で入院されるが、病院内での暴言や徘徊で退院することとなられる。往診等もケアマネが考慮されるが、家族様が必要と思われなかった。
在宅での看取り、施設での看取り、方向性の意思統一ができないまま急変してしまい看取りとなった。
施設内に看護師がいたのでまかせてしまった。
時々体調不良があるので様子見となった。
自信が連携を試みなかったため。
自分の部屋に閉じこもり、なかなか出てきてくれない。奥様の話では、糖尿病の薬なども自分で取りに行かず、家族に頼む事が多いようである。受験が必要でも家族の訴えも聞かないとの事なので、ケアマネを通してやりとりした。
実際に急変した時、土日であったためなかなか連絡が取れなかったことがある。
受診を必要としていたので、病院へお連れするも病院側は診察したと話されるが薬等の対処もなく、本人さんも「いつもと変わらん。診てもらっとらん」と話される。その後も動けなくなり救急車で行くも「骨等に異常がないなら帰ってよい」と言われ、立つ事も寝返りも排泄も行えないのに帰される。
周りが思っているほど家族は関心がなく、周りの家族もそれぞれに障害を持たれているため、相談をもちかけてもそれ事態を理解しづらいため、なかなか他との連携が取りづらい。
書けません。
小規模多機能ホームです。介護士なので吸引できません。今、吸引が必要との時、吸引ができるご家族、看護師、痰吸引研修を受けたスタッフが不在の時(介護士は痰吸引の研修を受けた人が3人必要ときいてい
小規模多機能利用の直前まで入院していた病院への通院時、当該利用者の排便困難についてケアマネと意見調整の上、家族の口から治療等の申し出をしていただいたが、主治医はその必要なしと診断。強度の便秘とそれによる肛門部の痛苦が激しく、後日別の病院をケアスタッフが探し、家族・本人の同意を得て受診、治療に至る。
常に不快の訴えのある方なので、様子観察してくださいとの返答でした。
常勤ではなく夜間も不在のために、お客様の状態を把握しきれではないのではないかと感じた。直接見るのではなく、私たちの言葉だけでは限界があると感じた。
情報の共有が困難であったため。
情報を誰に出せば良いか分からない。
状態が悪化し、病院へ行く状態が落ち着いているためもありご本人の拒否も見られ、医師と話が折り合わずに連携できず、悪化した状態が続いています。
職員全員で意思統一(体位変換方法など)ができていなかったため、褥瘡が一時悪化したため。
食事摂取できていないにも関わらず、入院をさせてくれない。
進行が早く後手に回りました。
進行が早く死亡してしまったため。平均寿命だと危険水域に入っていたため手の下しようがなかったのか。そうであればその説明が欲しかった。
精神科受診はデリケートな問題で、受け入れにくいと思う。ヘルパーの立場では提案しにくいし、責任者を介して伝えるにしてもその情報はヘルパーから出ていることが分かっしまい、その後の支援が難しい。保護者にこうした方が良いのではという提案がしにくい。提案した
精神疾患の方で精神的不安定な状態の時、かかりつけのHP、訪問看護者に状況説明、相談をするも、休日

のため相談に乗ってくれず、症状が悪化しその後緊急搬送された。その後3ヶ月入院。
専門の医者にかかっていないため、ケアマネージャー、家族に受診を勧めるが、受診していない。
全ての窓口で親が囁んでいるため、親を通さなくてはならないから。
措置入院の際もケアマネさんと病院側で決定され、サービス提供責任者にあまり情報が入ってこなかったの で、サービス提供責任者、ヘルパーはかやの外状態だった。精神疾患ということでとらえ方が難しく、その分対 応は「仕方がない」という消極的なものになってしまった。
相談員の方との連携は取れていたのですが、ちゃんとした対応はしてもらえなかった。
相談事業所が入ることになったが、あまり動いてくれない。
他事業所なので家族の方から連絡するように助言した。
体調悪化で体調の変化があり、電話、メールの頻度があまりにも多くなり、HHの感じ方と相手の感じ方が違っ たため。
退院ばかり言われて、座車で来てる状態ではなかった。
退院後(病院)、デイサービス(通い)、泊まり(ショートステイ)を利用したものの、再び高熱が出て療養型病床 に入院してしまったため。今まさに連携しようとしていたところの入院だった。
退院後まもなく、情報収集中であり、施設での対応策を模索中のため。
退院時にケアカンファレンスが行われていないこと。
地域の民生委員さんや家族様(離れて暮らされている)に電話や直接会って話をし、いくつかの改善策を講じ た。かかりつけの医師は整形外科の医師で、受診等お一人でされているため伝えるきっかけがない。
昼間の状態をケアマネに報告したが、夜のうちに本人が救急車を呼び入院していたため。
痛みにより再入院してしまったため。
転倒が多くなり、立ち上がり、歩行が困難となり、ご家族の方も本人の様子の変化を感じ、通院し、そのまま入 院となったので、連携を取ることなくサービス終了となった。
電話連絡時に医師が不在だった。
同居家族の方の協力が難しかったことと、ご本人様が同居家族にあまり頼りたくないという(申し訳なく)気持ち があり、連携が難しかったと思われます。
日頃から「えらくてえらくて」と言ってみえたので、いつもの通りか、その日は体調が悪かったと思いこんでい ましたが、肋骨を骨折されていました。
認知症が進んでいる独居生活で、毎日失禁、便失禁もあり、食事も忘れてしまう程の人で、車の運転もしてい ました。一年以上の訪問をしています。認知に伴い、更に体調も日々下痢や腹痛を訴えていたので、ケアマ ネにもその都度連絡をしていましたが、本人に聞くと入院を拒否するため、確認できないとのこと。緊急搬送後 ほぼ2週間で死去されました。
年齢的に自己負担額が高いため、グループホーム他利用者(7名)が利用している在宅診療が利用できない。 脳梗塞とDMの既往があり、褥瘡もポケットの状態であった。複数のショート、デイを利用されていて、栄養状態 もあまり良くなく、連携が必要であったが中心となって動く人がいなかった。
排泄の回数が増えたことを服薬のせいだと思ひ込み、病院や服薬に対する不信心から受診を強く拒否された ため。
皮膚トラブル等があっても受診させることができず、悪化していたため市販薬を使用していたが改善がなく、訪 問看護との連携を試みるが妻及び本人が拒否し、何度か連携を試みるも二人の強い拒否のため連携できず。 その後入院し、治療となる。
病院が遠いところにあり、また大学病院と大きく、なかなかDrに連絡がつかない。(とれない)
病院に通院しているが、膀胱炎を繰り返しているの、改善策を聞きたいところだが、ただ服薬のみの処方だ った。
病院より退院の際家族の意向が強く、早く家に帰らせてあげたい…吸痰は家族がするのでということで退院さ れるが、訪問時より痰が多く「これはやばい」と思いつつ家族にとって上げてくださというが、後でします のでオムツお願いしますと言われ帰宅するが、その後窒息にて死亡される。この怒りはどこへ持って行けばいいの か。
病院同士の連携がなく、薬の副作用があり利用者の体調が悪化されました。
病気の進行が早く、情報の共有に時間がかかり、受け入れ体制が整わず退院前に亡くなってしまった。
病状が進み入院となったが、その前に家族の経済的理由による。年金額が少ない。
病状の悪化とケアマネージャーの対応の遅さ
病状悪化を肌で感じていたため、ヘルパー事業所として早期の医療職(特に医師)への連携をCMに望んだ が、ケアマネが妻(認知症)への対応に苦慮するあまり(夫が入院した際、妻の行き先を決めるにあたり手こず っていた)、また介護度が上がることが想定されたケースであったため、自分の業務量が増えることへの抵抗も あり躊躇したため、対応が遅れた。
夫と2人暮らしで夫が内服、食事、排便の状態を把握しており、夫が医療的なサービス提供責任者の利用を必 要としていない。
訪問すると既にエンシュアにお酒を混ぜて飲まれていたため。
訪問リハ利用中で嚥下の状態についてSTに見ていただき、STのリハビリで改善するか話し合ったが、リハビリ をしても変わらないという結果になった。
訪問看護→訪問介護、訪問入浴→訪問介護の交代時、なかなか会うことができず、直接申し送りなどのコミュ ニケーションが取れないことが多いため。
訪問看護が入りケアマネにも説得されたが、かたくなに拒否された。
訪問看護サービスの必要性が十分あったが、利用者の拒否があり導入まで至らなかった。

	訪問看護における計画書に床ずれの処置がないため、看護師も行動できなかった。
	訪問時間、空白ができるためにすぐに手当をしてもらえない。
	本人(利用者)の家に帰りたいという気持ちが強く、退院はまだ早い時期だったが帰って来られた。
	本人が自分の状態についてよく理解していて、自己決定のできる方だったため、必要とされなかった。
	本人が病院等行かれたりされていたため。
	本人が不在となることが多く、連携を取る機会に恵まれなかった。
	本人が訪問看護の利用を拒否したため。
	本人が望まなかった。
	本人に受診を促し勧めたが拒否された。主治医への連絡方法が明確化されていなかった。結局親戚の方へ連絡をとり、様子観察を行ってもらい、次の日本人に連絡をし体調確認を行いました。
	本人の医療への拒否が強く、話は進んでも実際には実行できなかった。
	本人の希望で服薬は自身の管理、食生活も自身のこだわりが強く、まず室内の衛生を保つことや声かけのサービスが主となったため。再入院しそのまま施設入所となる。
	本人の拒否
	本人の都合で他地域へ引っ越しされた。
	本人の病院嫌いがひどく、家族も連れて行けない状態。どこかは悪いが受診や往診もできず病状不明。
	本人はもちろん分からないし、遠方の息子さんも医者にかかる必要はないと言われたので。
	本人様が通院拒否
	毎日同じ内容の介護をし、馴れ合いになってしまった。
	眠り込んでいるのはほぼ日常的な状態なので、何とか起して身支度を手伝い、受診のための外出が可能なので、あえて連携を取らなかった。
	娘が希望しなかったため。
	夜間だったため、喀痰吸引だけではオンコール対応してもらえなかった。
	夜間状態が変わった時、看護師への連絡に躊躇した。
	薬の量や飲む時間を本人が自分で決定していたので。
	予後が一週間くらいと言われていたため、家族がそのままを希望された(終末期のため、ケアマネは訪看の介入を提案)。
	様子が急変したので受診したが「老衰」としか言われず、かなり状態悪化してからやはりおかしいと受診し、何とか入院させてもらえたが、しばらくして亡くなられた。食事も摂取できない日が続いていた。
	利用者が施設の利用に納得しておらず、話が先に進まなかった。
	利用者さんの状態はサービス提供責任者からさいているが、直接医療職と関わる事がなかった。寂しさからお酒を飲んで、訪問日にすでに亡くなっていた。
	利用者さんの様子に気付かなかった。
	利用者「かかりつけ医に面接しましょうか？」と尋ねたが、返答がなかったため。
	利用者の家族が希望しなかったため。
	利用者自身の強い受診拒否
	利用者様の体調が急変したため、うまく医療職との連携が取れなかった。
	連絡ノートを通して情報をあげても、何も反応してくれなかった。
	連絡の不具合のため、連携が取れなかった。
	喀痰吸引の資格を有さない介護スタッフが受けることを施設としてはできず、利用を断らざるを得なかったの で、連携を取る前にそもそも受けられなかったので入院していただいた。
	喀痰吸引の必要な方で対応できず、看護師に連絡したが不在だった。
	痰がらみが多くなって来たとき気がついた時にすぐに連携を取り、医師の指示を受ければ良かった。
	痰吸引を事業所で行っていないため。
サービス提供責任者	(1)往診の医師に検査などをお願いしたが、とても時間がかかった。(2)利用者自身も自宅から外出するのが嫌な人だった。(3)ケアマネがもっとしっかりしていたら連携できた。
	①医療職と時間が合わない ②医療的ケアが多すぎて連携をする間がなかった
	CM、家族が必要性を理解していない。
	CMに聞いてください。場を設けていただけるよう、また指示をいただけるよう働きかけましたが、困難だったようです。通院が必要になった際、「コーディネーター」という方も同行されたが、共に同行するだけで医療からの情報はなし。
	Dr.からのお話を聞かず、今後の対応について気を付けなければいけない店やよく見ておく点などを教えて欲しかった。結果、母親からの情報しかないままの状態。
	Dr.が怖くて気軽に電話をすることができない。
	Dr.と家族に協力関係がなく、歩み寄りもない。介護職からの訴えは無視され、看護職はただ薬とガーゼを処置するのみ。
	Drの問題あり(病院側より説明あり)
	Faの拒否
	イレウスの進行が早かった。やはり入院になってしまった。
	お一人では判断できない方で、ご家族も3名困難な親類を常時介護しながら働いていても、問題視の度合いの理解が低い。ケアマネとご家族との連携が本心からされづらく、ケアマネからは必要があるが、理解させづら いとのこと(何度も相談)。
	がんに対しては積極的な治療は行っておらず、急速に病状が進行し全身状態の悪化することが予想される

中、本人は最期まで自宅で過ごしたい希望があり、週2回の訪問以外に知人との交流もなく一人で過ごしていたことから、訪問すると体調不良の訴えがあり通院し、入院となった。
キーパーソン(母親)2回後に対する強いこだわりがあり、医師の指示とは別に自己判断で経口摂取(通常は経管)や服薬をしているとの話があった。支援中ではなく支援時間外に母が一人で対応していたため、事実確認もできず、母からは「医師には内緒だけど私のやり方の方が本人が落ち着く」との話もあり、報告すべきか判断に困った。
ケアマネジャーからの連絡がない。ケアマネジャーが家族様から信頼を得ておらず、直接こちらに家族様から連絡を取ってこられます。
ケアマネジャーが不在だったため、遅くなってしまった。
ケアマネジャーの対応力
ケアマネから地域ケア会議を要請してもらい、開催する予定であった。こちらからもケアマネからも強く要請してから、2ヶ月後の開催予定であった。しかし医療職の参加予定がなかったと思う。結局主催側に医療職参加までの意識はなかったと思うし、医療職の方も参加要請しても不参加であったと思う(話を聞いてケアマネが伝えることになる)。ご本人が亡くなり開催はなかった。
ケアマネから連絡がいつているのか不明で、家族の意向等、ケアマネと詳細なやり取りができていないのか不明。
ケアマネさんとは情報共有していたが、それ以上のことを本人が拒否するため。
ケアマネジャーとの認識の違い。必要性を訴えたが、十分に伝わらなかった。
ケアマネと家族の方と連携を取り医療につなげたが、家族の方がうまく医療へ症状が伝わらなかった。
ケアマネに伝えたが、生活保護のため、市との折り合いもあり、その場で握りつぶし。
ケアマネに利用者の体調変化や困っている、悩んでいることを報告しても、それからどこにもつなげてもらえなかった。
ケアマネの方が無理とSS使用を数回行っている(現在)
コミュニケーション不足
ご家族が医療従事者(技師と看護師)で遠方に離れて暮らすも必要性を感じないと言われ、ご本人の状態が進行しヘルパー支援だけでは困難な部分もあり(褥瘡の処置、排泄物の状況確認、服薬管理等)、再三お願いするも未だに連携できない。
ご家族が遠方におり、HPへの付き添いはサ責と行っていたが、DrよりはHHには病状については説明できませんと言われました。ご家族が来られた際は同席して説明を受けましたが、家族が来られるのは通院の3回に1回程度なので把握できなかった。
ご家族が全部支援していたため、支援者への情報は入ってこなかった。
ご家族が必要性を感じていなかったこと、必要性をしっかりと伝えられなかった。
ご家族の意思により、現在利用なし。
ご家族の拒否
ご家族の経済的な理由により訪看も入れられず、通院はご家族だけが病状等伝えてくれない。
ご家族の就労もあり老衰でもあり、医療(入院など)は訪看のみで体調(発熱など)アップダウンが多く、その度にご家族へ指示を仰ぎながら行わざる終えず、ケアマネ→看護ではなく、直接看護と連携できたら良かったがケアマネによりスムーズにいけなかった。
ご本人は独居の方だが、近隣に住まわれているご家族が責任を感じていて「医療機関へは自分たちが関わらなければ…」と考え動かされるため、一つ一つの行動に時間がかかり、決定に時間がかかってしまった。また「私は大丈夫だから」と話されるため、対応も遅れた。
サービス利用者が現時点での必要性を感じていない。体調が更に悪化した時に自分で判断し、入院する方向で考えていると明言された。
できなかった利用者は上記の通りです。ケアマネジャーに頼んでも結局家族のお金の問題でだめでした。
どうしていいかわからなかった。
リハビリ病院への入院(転院)を家族が望まれないためと病院側との話の内容が違っているのでできなかった。
医師からは今のままで処置のしようがないとのこと
医師に同席の必要がないと言われて、室から出された。
医師の参加ができず、直接状態を伝えることができなかった。
医師へ直接伝えることはできず、看護を通してでしかできないため。
医療関係者に連携の意識がなく、連携できなかった。
医療職や利用者・家族に対してケアマネさんの動きがもっとスムーズであればと思い、待ちきれず直接娘さんや訪看さんに連絡させていただくことになりました。訪問当初や少し低下時、何があっても家で死んだら…死んでも良いと利用者が言われていたが、悪化した時に利用者が病院へ行くと言われてからの連携をスムーズに対応して欲しいと思った。
温度差の違い。
何事に対して拒否の多い利用者で、病院には行くが処方された薬は飲まない。インシュリンを打たないため、医師から受け入れを拒否される。デイサービスも毎回キャンセルしている。
家族が詳しい訪問看護様の連絡等教えて頂けず、又こちらから何かあったら連絡すると言われてできず、何度も訪問時に略談してあげて下さいと言いましたが、後でするのでと言われ、手を出すことができずに。
家族が医師で介護者と連携を取っていたため、言われたことだけをやっていた。
家族が医師とやり取りをしているため。
家族が希望されていなかった。

家族が担当医と話しを進めていたが、開始前日に容態が悪化し入院となった。現在も入院中。一ヶ月。
家族と連携がなかなか取れない。協力的でない。
家族の意向がそのままが良いということであった。
家族の希望
家族の同意がなかったため。
家族対応をして頂いた。
家族様が全て決められていたため。
家族様の意向
介護されている方(高齢)に話をしているが、病院には長男が連れて行くため状況が把握できていない、受け入れてくれようとしにくい状態。一度長男に状態を確認してもらい、往診、訪問看護があるところへ本人のためにも実行してあげたい。
介護者(母親)が体調不良(39度台の熱)が数日続いていたため、本人(利用者)入浴できず。通常は母親がバクバク使用でヘルパー2名対応で行う。バクバクはヘルパー不可のため訪看さんへ依頼したいが、母親任せだったこともあり(連絡)していない。ヘルパーもサービス提供責任者も支援続きで連絡、調整する時間なし。訪看さんとの関係は良好。顔、名前も知っている。
介護者が医療の必要性を感じていないため。
介護職が感じている緊急性と医療職から見た緊急性に違いがあり、担当者会議には参加してもらえなかった。検査の結果は悪くなかった。
各事業所の所在地がバラバラであり、必要としている利用者宅も遠方で移動に1時間かかる。すぐの対応が難しい。
看護師との連絡はとれているは、身体の皮膚状態が悪く、入浴等における処置方法
急変したため、連携を取る暇もなく入院した。
緊急時の連絡体制は整っていたが、利用者様がケア中、痰がらみが原因で呼吸困難となり、第一報先の訪問看護に電話を入れるも出ず(緊急時訪問看護加算あり)つながらず、本来は訪問看護から第二通報先の訪問診療のDrにするべきところをやむを得ずヘルパーが直接Drに連絡をとった。利用者の本人意思で人工呼吸器はつけないとしており、蘇生もできないため、Drの訪問を待った。ヘルパーの判断では救急車も呼べないため、不安だった。結局訪問看護の連携がなっていないなかったのは、訪問看護内部の問題でした。Drからきつくとお叱りを受けたようです。利用者様は現在も入院中で在宅に戻るのには厳しい状況のようです。
緊急搬送され入院となったが、数日経過してから連絡が入った。
金銭的な余裕がなくサービスに至らなかった。
元々お一人で受診なども把握されていたが、徐々に身体的に機能が低下されていった。調子が悪い様子でも受診する時は、玄関から階段を下りて行かなければならず、介助できる体制などが整っていない。ケアマネに連絡しても本人のニーズがないと他のサービスの利用を勧められなかった。
現在入院中(自宅で何回も転倒された)。今後連携を取りたい。
行政の力不足。責任の所在が曖昧。
高齢者住宅へ入居して、しばらくして入院してしまい死亡。
高齢者世帯。夫が妻を介護していたが、夫が「自分で介護をするから」と言い頑張っているが、アドバイス等の受け入れが困難。
今はまだそれほど必要性(訪問看護)はないと言われた。(皮膚状態の悪化)
今回のアンケートを機に連携を取れたらと思いました。体調の変動が多く、訪問の予定を立てても体調によってキャンセルになることが多く、医療との連携でその部分を改善できないかと思った次第です。
在宅医療を定着させ生活の質を維持できるようにするためには、関係者が互いに情報の共有を図り、連携を強化していく必要があるが、「家庭」というステージについて「医療」を全面に出し、あらゆる医療情報を持ち込む事はかえって利用者やその家族を困惑させると思う。医療は診療技術や知識、患者の診療情報の共有を図り、私たち介護は日常生活の状況、心身の情報の共有を図ることで利用者の状況を見て正確にアセスメントできるものと思います。看護が介護の役割を十分に認識せず、限りなく看護に近いものを求めても連携はとれず、かえって溝ができ利用者への影響が出る。
思い込みが強く他人の話を聞けない、若しくは聞こうとしなく頑固一徹気味の性格である。
施設へ入所となった。
時間がかかったことで、その間の時間にとっても不安だった。
実現前に利用者が入院
主治医や病院に対し、利用者が不信感を持っているため。
受診のための外出は可能であるから。
終末期で3日でサービスが終了してしまったため。
週1回の訪問看護の利用で誤嚥の可能性が高かったが、ケアマネジャーを通じて連絡するものの、利用頻度が少なく入院し気管切開を余儀なくされた。
徐々に認知症の中核、周辺症状が出現するも、病院受診を勧めても家族の受け入れが悪く、主治医も認知への理解がなく、治療に結びつかなかった。
情報不足。特に日常生活での移動等について。
生活援助での支援、直接身体に関わらないので、利用者もあまり話したがらない(疾病について)。食事など病状に応じた摂取ができていないと考えられるが、直接保健師へ伝えることができていない。
精神疾患の薬が十分に飲めていない。近所にも迷惑をかけている。病状悪化傾向になりつつある。精神科という言葉に強く拒否を示す。ケアマネジャーを通じ現状を病院に連絡しているが、回答がない。入院してい



た病院には通院せず、本人が勝手に別の病院を受診している。
先生との連絡がなかなか取れないようです。
多目科、複数科への受診を自身が行い、主治医が複数となり、情報、連携が難しくなった。訪問看護、訪問リハを導入するも状況に変化は見られない。
退院されたが、自力で歩いてトイレに行けるということだった。薬の保管場所が奥様のものどちゃごちゃに、痛み止めもどこにあるか分からない状態だった。誰も分からないままの状態が何日間続いた。
退院後、在宅酸素もすることもなく、回復されましたが、原因不明の腰痛などで起き上がれなくなり、服薬も思うように服用できなくなったため、訪問看護を勧めましたところ、その後まもなく回復され通常の生活を送ることができるようになったため、様子観察です。
退院時、必ず行く。
退院時よりご家族終末期をご自宅でとの希望があり、このままで良いと話し合ったため。
大型連休中でケアマネジャーに電話連絡がとれず、緊急性を要すと判断し、119番連絡にて救急搬送、サービス提供責任者の自分が救急車で同行し、他県在住の家人到着まで対応した。
短期間に自宅での転倒が続いたことと、4点杖を貸与されているのに使用している様子が見られないため。なぜ使用しないのか聞き、それを伝えた。個人的にはケアマネから情報が行き、リハで使用方法を教えたら安全性が分かるのでは？と考えたのだが、その後もその件に触れられることもなく、使用されている様子もない。
直接Dr.と話すのではなく家族を通して通院させたので、家族での説明ではDr.に状態が伝わらなかった。
通院のみ。拒否があるため(十分な医療行為を受けて欲しいが)。
通院介助はご本人が要らないと言われ(しんどくて通院できないことが続いているのに)、主治医と会う機会が作れなかった。現在違う病院で診てもらうために、情報をいただけるようにケアマネを通してお願いしている。
低血糖を起こし、意識喪失で救急搬送されることが連日続いていた。透析室の看護師よりきちんと食事を摂っていないようだ聞き、役場福祉係の担当職員に伝え、本人を交えたカンファレンスを検討するが、本人の理解を得られず医療職と連携ができない状況になっている。本人が他人にとやかく言われたくない、必要がないと拒否しているため。
提携している病院ではない病院を受診されているため。ご本人のみで受診に行かれている。
点数不足のため訪看に入ってもらえなかった。
糖尿病の既往、夏季に脱水症で倒れ3ヵ月入院。血統コントロールがうまくいかず、入院が長引き家事全般自立に近いと判断で、昼1回服用の内服薬治療で対応とのことで自宅に戻ってから、昼訪問サービスを利用し、毎日服薬確認は行っている。持病の糖尿病のためか、食に対する執着が強く自分で作ったりし、1日/5~6食とるようになり、日/5kgのペースでWT増。血糖測定も行っておらず、本人の理解力の低下もあり、糖尿病の悪化が想定される。往診時、月/1回血糖値や測定、糖尿病の状況確認を依頼するが、現状のまままでよいとの医師より話が担当のケアマネよりあったこと。
同居はしていない家族の方が望まなかったから。
独居であり食料の調達などの家族支援はあるが、定期的な受診は家族援助でできていない。適切な診断を受け、内服薬などを正しく服薬できれば認知症症状の進行を遅らせることはできたのではないかと。
難病なので介護保険でなく医療で訪看を利用されている方なので、ケアマネが管理できていないので。
日常的に連携を必要としている状況ではなく、必要に応じてという体制を変える事ができなかった。
日々のケアを何とか終えるだけで連携までは出来ませんでした。
入浴時の失禁、意識朦朧。対応方法として訪問看護師も含めた入浴介助を申し出るも反応なし。
認知症がかなり進行しており、後見人を付けないと入院治療ができないと言われ、いろんな病院から受診を拒否されました。
認知症の進行具合に対して、重要性の認識が違った。
病状が急激に低下してきた。ケアマネを介して訪問看護を入れる計画だったが、日程が合わず訪問看護の初回訪問まで命がなかった。
病状が急変して亡くなられてしまったため。
病状の悪化により入院したため。
病状の変化でCM様に電話連絡(ノートでの連携含め)、後の結果、入院等の連絡をいただけず残念な結果に。(事前報告希望…無駄な訪問となり。)
病状多くあり、しぼり決めることができなかった。
不明
包括支援センターを通して介護保険の認定も進めたが、本人が受診を拒否された。
訪問医とヘルパーの必要と思われる視点の違い。
訪問看護からの情報が伝わりにくい。
訪問看護師、ケアマネにFAXでの連絡(電話が繋がりにくいため)をするも、こちらの情報提供のみでフィードバックがなかった。連絡手法の確立ができていなかった。
本人・ご家族が望まなかった
本人がケアマネジャーには何度か話していて、だめだとのことでした。老人性うつが見られ、時には興奮することもあり、自分で納得できないと難しい方でした。
本人が気難しい性格で、拒否したり暴言、暴力、セクハラ等が行われた。費用の面でも難しい。入院、ショートステイ中も上記の様子あり、早々に自宅へ帰された。
本人が多数の病院にかかっているから、要らないと拒否したので。
本人が定期的を受診していたから、特にこちらからアクションはしなかった。

	本人が入院する前の心身の変化と、家族のニーズを汲めていなかったことで、退院後、利用されているサービス変更の不具合が生じてしまった。居宅訪問介護の内容変更と、それに伴うサービスの説明が足りていなかった。
	本人と妻で対応。連絡事項等は自分たちで伝えておられた。
	本人に医療に対して不信、不安、諦め感が強くあり、頑なに受診に対して拒否をする。同居の両親は体調不良や介護疲れがあり協力的ではない。相談支援専門員も本人の同意がなければと受診には至っていない。
	本人に認知症の自覚がなく、一人で病院に行き、薬をもらいに行っている。プライドがあるため、早急に話を進められない。
	本人に病院受診の拒否があるため。家族も他県に住んでいる。
	本人の医療に対する拒否が強いため。
	本人の強い拒否のため。
	本人の精神状態が不安定で、きちんと服薬ができなかった。医師と本人の相性があまり良くなく、治療がうまく進まなかった。
	本人自身がしっかりとされているため、本人が必要と感じていなかった。
	問題事例として相談する際、FAXにて状況の伝達を行うも、相談員より返答されない。
	様子を見ている間に入院になったため。
	利用者の思いが強く、家族が介護保険でできないことをお願いなどをされる。少し矛盾していることが多く、援助しにくい。
	利用者の主治医と直接連絡を取ることができなかった。家族より「主治医との連絡は私がします」と言われ、医療連携が困難であった。
	利用者自身の拒否、お金
	利用者様が受診に積極的ではないため。
	利用者様の状態が日々変化したため。
	利用者様の親の意見が統一されていなかった。
	両方の都合が合わず話ができない状況があった。
	連携できた。
	連携の必要性を感じたけれども連携できなかった事例はありません
	連携はできているが、訪問看護を頻回に呼ぶため、在宅酸素使用の独居ご本人の不安感が強かったように思う。
	喀痰吸引器具の汚れがありましたが、触らないように言われました。お伝えはしましたが改善はなく現在は入院されておられるのでサービスびすには入っておりません。
その他	Dr.とNsにカンファレンス不要と言われてしまった。
	Dr.に本人の家庭環境、介護保険サービス等の理解がなかった。家族の思いを汲んでももらえなかった。
	Dr.より「この人(利用者)と家族に言ってもわからないよ」と見捨てられた。
	かかりつけ医のDr.に相談したが、様子観察の指示あり。次に訪問したときには呼吸停止しそうになっていた。119番に通報するも救急隊が到着するまでには呼吸停止した。
	家族が直る病気でないと判断され、病院へ受診することを拒まれた。
	月2回でも訪問看護が必要なのではと話をしたが見送られた。
	重度の糖尿病にて、栄養面での対応や状態が悪化。連携を十分取る前に入院となった。
	診療情報、Nsサマリーがあるので不要と言われた。
	早いスパンで亡くなられた
	体調、病状も落ち着いていたため。
	地域のDr.と大きなHPのDr.で診てもらっていたが、地域のDr.は相談にも乗ってくれ親身になってくれたが、大きなHPは「どうしようもない」の一言で毎回終わりだったため。
	特になし
	本人の拒否が強く、家族も本人の意向を尊重。必要性の感性にギャップがあり、理解していただけなかった。説明の仕方を工夫する必要があったが不足していた。
-	すぐに入院してしまったため。病院へ検査しに行ったが、以前暴れていた過去があり、何も検査してもらえなかった。
	認知症がかなり進行しており、後見人をつけないと入院治療が出来ないと言われ、色々な病院から受診を拒否されました。

Q7. 【連携事例】 17. 連携充足度の理由（連携できている・できていない理由）

Q7{連携事例} 16.連携の充足度	F9 役職	Q7{連携事例} 17 連携充足度の理由
十分にできている	管理者	<p>(1)家族が往診時の情報を連絡してくれている。(2)訪問看護と連絡ノートを利用し、情報を共有している。</p> <p>(1)連絡ノートをそれぞれが本人様側のサイドテーブルに置き、いつでも見られるようにしておく。(2)在宅医+訪問看護(バイタル面等)。(3)訪問介護(発語の内容、精神面がどうか等、体調や汚物の変化等記入。)</p> <p>11 月末日死亡</p> <p>12 月死去</p> <p>6年くらい同じメンバーで在宅生活を支援していて、何か問題があればすぐに連絡を取り合う関係づくりができている。</p> <p>8/2 死亡</p> <p>MSWを通して、医師との連携ができていて、本人の生活状況を手紙や電話で伝えている。できる形で服薬なども調整してくれている。</p> <p>アセスメント、パーソナルを含め、入院中、退院後、生活中心に行えたため。</p> <p>いつでも連絡が取り合える。</p> <p>かかりつけ医からの紹介で精密検査のできる国立病院へ。いつ破裂してもおかしくない状態ということで、別病院へ入院し、そのまま退所となる。</p> <p>がんの末期ではあるが在宅を希望されるも、家族(娘)の協力はなく、救急車は呼ぶなど家族から言われている。体調が急変した時は医師に連絡が取れるように携帯番号を教えてくれ、いつでも電話できる状態を医師が承諾してくれ、週1回往診してくれることになった。</p> <p>がん末期。少しの期間でも自宅に戻せたいとの家族の意向で帰宅。身体状況の悪化に伴い、状況を逐次ケアマネに報告。介護→医療へ関わりの割合をシフトしていき、最終的には再入院して無事にお亡くなりになった。</p> <p>ケアマネージャーが看護師の資格保有者で、認知症状に対して一生懸命取り組んでくれる。報告を上げると病院へ連絡し、内服吸引等の薬が処方される。</p> <p>この方は看取りができた方です。労災病院から延命しないという方向性で看取りのために受け入れましたが、かかりつけ医へ紹介していただき、訪問看護の方々和小規模スタッフ会員で、看取りができました。かかりつけ医も何度も往診してくださり、私たちからの連絡にも快く相談にのってくださった。</p> <p>ターミナルの研修を数回実施。急変時のラインも何回も確認。(家族を含む)</p> <p>チェックシートを活用し、情報共有した</p> <p>医師、看護師、デスタッフ、家族等と常に連絡を取り合っている。</p> <p>医師が協力的</p> <p>医師が常に本人、家族とコミュニケーションを取ってくれていた。</p> <p>医師が利用者の状態を理解してくださっている。</p> <p>医師と直に利用者について話しているから。</p> <p>往診にもすぐ応じてくれ、また訪看が入ってくれることで介護職も安心できる。</p> <p>往診時に立ち会うこと、困った時は電話で聞けること</p> <p>何か変化(体、生活の変化)があればすぐに伝える。</p> <p>家族との密な連絡等による(ケアマネージャーを含む)。</p> <p>介護事業所と医師、看護師と連携を行い、ご家族を支えていくことを行っていること。予後も含めた十分な説明が医師から行われている。</p> <p>看護師との二人介助でサービスに入っている日があるため、常に情報の共有ができており、心身の状況や家族に変化があった時にスムーズに連携が図れている。</p> <p>救急搬送時の病院の受入や往診 Dr. 訪看との密な連絡を取っている。又、定期巡回も利用しているため、毎日訪問している。</p> <p>緊急以外は直接会って報告し、指導を受けている。</p> <p>県保健師の調整能力が高い。家族の理解が良い。在宅医との連携が良い。</p> <p>幻聴や幻覚が強く見られた時などにアドバイスを頂いた。</p> <p>現在の課題を各チームが出し合い、連携して改善できるように進めていった。誤嚥を防ぐためトロミの使用を介護者に伝え(精神的に不穏にならない言葉で)、統一したトロミ具合で食事の形態も確認し、対応していった。共有の目標に進んだ。</p> <p>在宅看取りケース(1)CM、訪看にも連絡はつきやすく、迅速な対応ができる態勢が整えられていた。訪問時、脳梗塞とみられる症状有り。いつもと違う状態だったので訪看へと連絡→2ヶ月後退院し再び在宅へ。(2)いつ何があってもおかしくない状態での帰宅。CMを中心に関わる者全てが情報を共有。変化あれば密に連絡を入れていた。帰宅後2W で亡くなられたが、「家で過ごしたい」という本人の気持ちを大事にし、子供さん全員に看取られながら行きを引取永眠されるという、思いをくんだサービスの提供ができていた。</p> <p>支援時の状態からケアマネを通して臨時往診依頼、肺炎にて即入院、入院中も今後の支援の方向性等カンファレンスにて検討を行い、退院後も連絡ノートにて日々の状態連絡と往診日にケアの注意点等の指導を受けている。</p> <p>死去</p> <p>死亡されました。</p>

	自宅へ訪問する看護師、当事業所の介護員、家族がそれぞれ毎日の様子や思いを記入できる連絡ノートを作り、いつ誰が行っても本人の状態が詳しく分かるような体制を取った。
	受診前の連携、受診後の連携、低血糖時の連絡、電話連絡、インシュリン変更時の記録等。
	終末期に向かった体の変化や状態の変化にあったケアの仕方を丁寧に指導していただきました。
	週1回のバイタルチェック時、必ず話し合いをしている。気になる点はその場で相談できている。
	少しの状態変化があった場合でもケアマネから訪看さんへ連絡していただいている。
	常に何かあれば電話をし、月に2〜3回はCMと会合をした。
	常に情報を共有し、対応している。
	常に連絡・報告し合いながらの支援。
	常に連絡が取れる状況にある。
	常に連絡を取り、情報の共有につとめている。
	情報共有がなされ、本人を含めた関係者全員が共通の目標を持っている。
	状況が改善するまで毎月病院内(通院時に)カンファレンスをしてくれた。
	状態が安定していると共に家族様に安心して在宅介護を継続していただいている。
	状態の共有等。
	状態の小さな変化も共有
	状態の変化が見られた時は、全サービスのスタッフが集まり、ケアカンファ、サ担当が迅速に行われていた。退院時にもHPのNS、HN、Dr、Hリハ等すべてのスタッフが集まった。
	状態の変化や特変事項など、情報交換ができています。薬の変更なども連絡が入る。
	身体状態が変化した時はDr.とやり取りができています。また担当Nsとも頻回にやり取りができています。
	生活援助で入った時、本人の呼吸状態、動き等をケアマネ、訪看へ申し送り、家族へ連絡、急遽HP受診され入院となられた。その後一週間で死亡された。
	全て同一法人で関わっており、問題なく連携ができています。
	全職種、家族による連絡ノートの活用。
	他法人より入っておられる訪看さんにてケアマネを介すことがほとんどだが、迅速な対応をくださる。また訪看さんとも時々利用者宅において直接お会いできたり、必要時、メモ等にて指示をいただいているため。
	体、生活の変化があれば連絡をする。
	体調の変化についてご家族様と相談し、訪問看護や主治医、ケアマネに連絡を入れ、情報共有している。在宅で看取りの段階であるため、関わりを持っている機関が家族の意向を尊重し、介護負担の軽減を図り、安心して生活が送れるようサービス提供に努めている。ケアマネがしっかり連携を図っている。
	退院カンファレンスも二回行い、自宅へ戻る前に自宅の状況を全員で見に行きがてらカンファレンスも行う。
	担会、連携ノート
	担当者会議、訪看との密な連絡、医師の往診後の連絡もすぐ受けられている。
	担当者会議にて各担当者から説明を受け、責任者として情報共有でき、チームワークが取れました。
	著しい身体機能の低下が見られ、Dr.や訪問看護と連携を取りながら迅速にサービス内容の変更や在宅酸素を入れる等、短期間で対応できた。
	直接医師と会ってやり取りしている。
	定期、随時問わず必要な時にチームが集まり、情報共有や介護方法等多職種で話し合いを持つ場が確保されている。
	定期的に往診に来てくださり、情報交換も電話で行っている。
	電話すると往診に来られ、血液検査をして結果が悪かったので総合病院への入院となった。
	同じ事業所内にいるケアマネージャーなので。
	内服薬や健康管理は訪問看護が行い、服薬の確認、生活全般は訪問介護が行い、情報の共有、相談ができるようになった。
	入院した。
	必要に応じた電話での報告や指示。必要に応じて検査などを行っている。
	必要に応じて電話等で連絡を取り合い、利用者の状態やケアの内容について相談できていると思うため。
	病院…自宅…体調に合わせ施設利用。体調管理。
	病院に付き添い、直接医師から指示をいただいている。
	病院入院中のため、地域連携室と小規模病院とでの連携ができていたと思われます。
	病状が適切な医療で安定に向かい、生活の場を在宅から介護型医療施設に移すことができた。
	病態や身体状況から、必要な医療情報の内容をわかりつけ医から説明を受け、別の医療機関へつないだ。
	複合は病気を持っておられる方が対象なので、医療職との連携は欠かせない。私達が納得し、利用者に対して確実にケアできると確信するまで話し合いを持つようになっている。
	変化があれば逐一報告しすぐ対応してもらっている。医療的な管理方法や介護上気をつけることも教えてもらっている。
	法人内の訪問看護ステーションと密に連携が取れている。
	訪問介護で入浴介助を行っていましたが、入浴中に血圧が低下しフラつきが見られたため、ケアマネに連絡を取り、訪問看護の入浴介助に切り替えた。
	訪問介護と看護師と一緒に処置をする必要があったり、病気が難しく、あまり例を見ないものだったから。
	訪問介護の役割がケアマネ計画上でもしっかり出ており、訪看さんも理解しておられ、報告→改善策がすぐに実施できていた。
	訪問看護、訪問診療、訪問介護と情報を共有し、密に連絡を取り合い緊急時に対応できている。

	<p>訪問看護が24時間体制になったことにより、常に何かあれば対応してもらえる。</p> <p>訪問看護に相談したり状態像の共有を図れた。</p> <p>訪問時の様子を電話で報告を行ったり、状況報告書を送ったりしている。</p> <p>亡くなる。</p> <p>本人、家族は延命をしないことから、現在がんもあり、体に浮腫もありますが、状態の報告にすぐ対応していただいている。</p> <p>毎月状況確認を行い、計画を更新しながら利用者のレベルアップにつなげていった。</p> <p>毎日FAXでNs、ヘルパーとの情報交換と生活管理、協力してリハビリに向けての対応などを行っている。</p> <p>毎日複数回訪問しており、その都度報告している。</p> <p>毎日訪問時、ヘルパーによる体調の変化など皮膚状態のチェックと本人との話(コミュニケーション)による変化に日々注意している。変化があれば、すぐにその日のうちにケアマネから家族へ報告。</p> <p>容態が悪化した時、往診医がすぐにかけてくださいました。</p> <p>利用者に身寄りがいない場合、SWやCMの関わりが多く情報も多い。また、法人内での会議で情報提供が多かったことが良かった点です。</p> <p>利用者の症状などを常に話し、どのような対応をすれば良いか指示等をいただく。また医療等の内容を先生から直接家族に説明していただいたり、施設スタッフも同席して話を聞くことができる。スタッフが不安に思うことも伝えることができるため、それに対してどのような対応をすればよいか指示していただける。夜間も看護師や医師に直通電話で連絡が取れる。</p> <p>理解あるドクターの場合、連携が取りやすく、安心して連絡、相談できます。</p> <p>連日ヘルパー・訪問看護が訪問しているため、少しの変化でも連絡を取り合い、状態の共有や相談等を行い、状態の悪化防止に努めている。</p> <p>連絡ノートを活用しお互いの情報交換をしながらケアできている。疑問を感じたらケアマネを通じて連絡し返答をもらっている。</p> <p>連絡を入れればすぐに対応して下さっている。</p> <p>嚥下状態の把握と行っているリハビリ内容の確認を行い、施設での介助に活かせるように伝達ができた。</p>
介護職員	<p>1日の食事量、水分量をノートに記入し、共有するようになった。家族への食事に関してのアドバイス、促しを各職種から行った。結果栄養状態が改善し、ベッドからデイサービスの車まで自力で歩行できるまで回復した。</p> <p>お互いの記録の共有。容態の変化の連絡を取り合う。</p> <p>かかりつけ医が同法人だったため。</p> <p>かかりつけ医に状態報告したところ、すぐに往診に来てくれ、対応することができた。</p> <p>がん末期の放射線治療に月～金の毎日付き添った。放射線治療からの副作用を医師、放射線技師と共有した。ご本人の望む在宅生活をギリギリまでサポートした。</p> <p>ご家族、医師とケアマネとで意見交換し、本人に適した介護に務めている。</p> <p>ご家族の協力もあり、受診等スムーズに行えている。</p> <p>サービス中に利用者にあつた事をサ責に連絡するとケアマネ等に連絡をとって相談し、指示してくれるので、介護職の動きが可能になる。</p> <p>すぐの対応が取れている。</p> <p>ヘルパー訪問時、ベッド下で横たわっている。体温も低く救急車を呼ぶべきかと思ったが、訪看へ連絡を入れるとすぐにかけてくださり、訪看の判断で救急搬送となった。</p> <p>むくみ、血圧等すぐに連絡が取れ、的確な指示を出してくれる。</p> <p>メーリング等で連携し、訪問診療に同席する等行っている。</p> <p>院内での入浴の様子。歩行器歩行の様子。上下肢どこまで上げられるか。</p> <p>何かあったらすぐに連絡し、様子を見てもらえる体制が取れた。ターミナル期の注意点、心がけておくことなど、事前に共有でき、安心感があつた。</p> <p>看護師やケアマネージャーを通して、本人の状態を共有できる状態にあつた。内服変更後も予後などすぐに連絡をとれる体制だった。</p> <p>関わっている事業所ほとんどが見て、入力できるメールのサービスを使っている。何かあつたときに気づいた人が連絡をとり、必要な人に繋ぐ事ができている。</p> <p>関わりがある全医療職に常に情報がまわっている。</p> <p>急変する前に入院することができた。</p> <p>急変の可能性も高く、緊急時の統一もできており、各職の役割も明確であり、報告・確認もケアマネージャーを通し迅速な回答を得ることができた。</p> <p>勤務先に常に看護師がいるので、連携が十分に取れている。</p> <p>緊急だったが速やかに対応し、連携できた。</p> <p>血圧の急変時、無反応、熱発、浮腫時、経口接種できない時などすぐ連絡を取れる状況にある。</p> <p>今回連携を取ったことで利用者の状態に改善が見られた。今後も必要に合わせて連携を取る予定。</p> <p>死亡</p> <p>事業所内に看護師が常時しており、休み以外は看護師、介護士、関係なく全ての業務に看護師も携わっているため、常時情報交換やかかりつけ医への連絡、ケアマネへの相談ができています。</p> <p>事業所内に訪問看護師がいるため、常に情報共有ができています。何かあつた時には直接連絡も取る。</p> <p>主治医の意見もカンファレンス時に聞けており、何か問題が起きた場合やどうしたら良いのか分からない時には同じ法人内の訪問看護師に連絡、相談ができています。訪問看護師より主治医に意見を求めることができ、その報告もケアマネより連絡が入っている。</p>

	<p>少しでも状態が分かればすぐにかけてくれた。入っているヘルパーも安心して見ていられてアドバイス。その後は一ヶ月で死去。</p> <p>常日頃より週に1回は訪問してくださり、利用者と関わってくださっていて、何でも相談したり教えていただいたりできるから。</p> <p>情報を共有することで有機的な連携ができた。</p> <p>状態の報告など話して共有</p> <p>心身状況は比較的安定しているものの、脳梗塞後遺症による言語障害や認知症状などから…また施設中心の生活のため、別居家族がご利用者の心身状況を全て把握できていないため、施設職員が月1回の定期受診の立会や、状態変化があった際の対応について、日頃から主治医と密な連携を取りご利用者の生活を支えている。また主治医からは緊急連絡先の携帯電話の番号を聞いており、夜間や休日を含めた365日いつでも連携が取れる体制が整っている。※全ての情報は家族を含めた連携を取っている。</p> <p>申し送りノートに記入してあるので、利用者の様子が分かりやすい。</p> <p>早い対応をしたから良かった。</p> <p>退院カンファレンス時から延命は希望されていなかったため、ヘルプ、Ns、連絡ノートに記入し、また電話等で状況を共有していた。</p> <p>退所前より生活状況の把握、注意点の情報に基づき介護の提供をしてきましたが、時々むせが見られ、薬に関する事、体位などの指導をその都度受けていました。食事の形態も栄養士より指導を受け、提供をしていましたが、状態が良くなかったため連絡を取り受診して、吸引し</p> <p>直接会っている。</p> <p>通院から訪問診療となり、ご利用者に安心感を与え、薬の量、種類も調節してもらっている様子で、突然の外出、夜中の電話等は少し落ち着いたと思われる。</p> <p>定期的に病院へ行っている。急変時も対応をお願いしている。</p> <p>当施設ご利用後より、症状が安定し身体状況、精神状況とも維持できている。ご家族様からは改善しているとの話あり。</p> <p>特変等がありケアマネに報告すると即訪看にケアマネが連絡を取り、対応していただいている。</p> <p>日々支援内容に変化あり</p> <p>必ずメインサポートできる人を人選し、情報が全て一箇所に集中するようにしている。</p> <p>必要に応じて連絡、対応できているから。</p> <p>必要性を感じケアマネに相談。すぐに訪看に相談(Dr.とも連絡済み)。スムーズに連携できた。</p> <p>本人がサービスの利用に満足していて、安心して在宅できている様子。毎日誰かしら訪問し、変化を確認できていて、気軽に相談できる相手もいる。</p> <p>毎週通院されている。</p> <p>毎日足浴を行いながら状態の確認、処置をし、週1回必ず看護師もチェックをしており、かかりつけ医から適切な軟膏を処方されているため、改善傾向にあるため。</p> <p>面接の後、38.2度を超える発熱が続き、透析後の処置でも熱が下がらなかったが、院長から「この事業所はしっかりしているから(家へ)帰す」とのことで帰宅。サービス提供責任者が瓜の煮汁で焼きめしを作り、就寝前にヘルパーが食介。翌日(透析は休み)の訪看とヘルパーの合意で入院。自慢たらしくなるが、その時点での体温37.4度。睡眠も取れた。</p> <p>利用者の急変時には、直接訪問看護へ連絡を入れるように話し合いを行っていました。そのため、訪問先から利用者の状態を伝え、指示をあおって頂きました。そのため最期をぎりぎりまで在宅で過ごせました。</p>
サービス提供責任者	<p>(1)往診の際の状況の報告。(2)生活面での注意事項の伝達。</p> <p>ADLが急激に低下し認知症状も見られ、脱水、栄養不足も見られたのでケアマネジャーに報告し、すぐに訪問看護の利用を開始され、自宅での生活が困難と看護師が判断され、かかりつけ医と連携をとり入院となった。点滴治療により回復し退院となった。</p> <p>DrもNSも時々廻ってみてくれる。</p> <p>かかりつけ医の診療所、訪問看護、居宅事業所が敷地内に併設しているので、利用者の変化時に速やかに情報提供、共有ができていと思う。在宅生活を継続するための在宅医療、在宅ケアについてカンファレンスを開催。</p> <p>ケアマネジャーの尽力、力量に尽きる。多事業所で関わっているため、情報を全てCMが集約して、都度FAXで知らせてくれる。</p> <p>ご家族と医師と施設において随時話し合い、検討しています。</p> <p>サービス提供時に混乱が少なくスムーズにケアできる。状況が変わったらすぐに指示をもらえる安心感がある。</p> <p>サービス提供責任者→Ns→Dr.→Ns→サービス提供責任者と連絡がスムーズに行えたためと思われる。</p> <p>ささいな事でも連絡を取り合っているため、早期発見につながっていると思います。</p> <p>医師、看護師、リハ職員、栄養士から病状の説明を受け、介護職、家族、本人参加で担当者会議を行い、医・介・各担当者が情報を共有することができた。体調も安定し、車椅子での移動から杖歩行へと改善が見られている。</p> <p>医師が親身になってくれたため。家庭医だったためターミナルの経験が豊富。</p> <p>医療職からの指示、情報がケアマネジャーから常に入ってくるので(その都度)、状態把握がよくできている。</p> <p>一人住まいで転倒されると自力では立てなくなってきた。Dr.の勧めもあり、老人ホームに入所された。</p> <p>一人暮らしの認知症あり、清掃員として働いていたが、行動がおかしくなり解雇される。アパートはごみ屋敷となり、大家さんから保健所に相談があり関わることとなる。本人の受け入れが悪く、認知症専門医にかかるまで時間を要した。日々の様子をヘルパーがDrに報告、アリセプトの薬を調整し、現在安定している。</p>

	<p>永眠  往診の時に伝える。ケアマネに報告。  何かあればケアマネに連絡。ケアマネから医者、看護師に連絡。各ヘルパーにはメールで随時連絡。  何か気になる点があれば、すぐに医療職と連携できる様になった。  皆で情報の共有、水分、食事量などのチェックシート  各機関と本人の体調の変化を相談し、指示を細かくもらえているので。  看護師が申し送りなど常に報告、状態観察できる状況にあるため。  関係者全員の参加ができた。  現状の身体状況が維持できるように、利用者と一緒に栄養指導を受けることができ、共に食事の大切さとヘルパーの調理を理解してもらうことができた。  妻、ケアマネージャーを通じ処置が行われ、情報をいただくことができています。  実際に会って担当のリハビリの方の具体的な説明もあり、抱える際にどこを注意して持てば良いのかが理解できた。電話やFAXよりも分かりやすいと感じた。  主介護者が不安に思ったことなどをケアマネに相談し、ケアマネが直接受診時に付いて行き、医師の話聞き、指示を出してくれる。  終末期でご逝去  週7日16回訪問しているため、何かあればすぐに連絡を取り合う様にしている。  症状は軽減し、水疱はきれいになくなった。  障害が軽くなり、ADLも上がっている。  常に情報を共有している。  常に連絡を取り合っている。  食事の内容等、注意することなどを知りケアをさせていただいていて、利用者さんが元気になっていっていただいているので、連携ができています。  体調に変化が見られた時には訪看に直接連絡を入れ、状況を説明している。  退院カンファでの病院の医師・看護師からの注意事項又主治医・訪看からの指示と的確に教えてくださいました。訪問看護に入る時、不安を感じたことはありませんでした。特に訪看さんにはお世話になりました。1ヶ月あまりの介護でしたが、いい経験となりました。  担当ケアマネージャーが訪看さんだったことでスムーズにできました。常に必要時、訪問して実際に指示をいただくこともできました。さらに家族の関わりが良好だった。  担当医より各事業所等、連携を密に取るよう指示が出ていました。体調変化があり、本人も希望され、電話連絡、NS訪問、ドクター訪問あり、救急搬送で入院となりました。家族へはケアマネより電話をする。  同事業所の訪看の利用のため、体調の変化など気付きがあれば報告している。現状のサービスの中での相談等を行い、必要であれば訪看から医師に連絡できる体制になっている。  同事務所内に訪問看護の事業所があるため、情報(指示)の伝達が早い。  独居の方でもあり、常に目を向けてくれる方がいない。そのためケアマネと常に報告を行い、検討している。  必要な情報が必要な時にやり取りできる。それぞれの責任の所在が明確化されている。  病状の変化に伴い早期発見、連絡対応とスムーズな連携となりました。  訪問の都度本人の状態、食事量、排泄状況、水分摂取量を訪看に報告し、注意点や今後どんなことが起きるかなどの指示をもらっていた。家族も含めて連絡ノート共有、ケアマネにも随時報告。訪看と同じフロアなので連携は随時取れていた。  本人や介護者の状態に応じて相談できた。  毎日ナースとケアを行い、皮膚状態から毎日の変化を細かくチェックし、その都度ナースが対応。吸引資格も習得し、ナース、家族が対応できない際はヘルパーが対応している。  毎日のサービス介入にて特変ある場合、家族からも病院に連絡してもらい、内容等相互に共有できる。  毎日のように状態を訪看にTELにてお互い連絡し合った。  利用者の生活状況や他の受診科の薬のことも含めて理解し、利用者にとってプラスと思われる対応ができています。  利用者宅の連絡帳を用いての情報共有。電話での情報共有。月1回かかりつけ医を訪ね、利用者の状態の状態を報告。留意点等の指示をもらっている。</p>
	<p>その他  往診の都度、報告、指示をうけることができた。予想できる状況を説明いただけたことで、職員の心の準備ができた。  介護をしていく中で医療に関わり、特変などわからないことがあればすぐに電話連絡で応答して頂け、またすぐに医師が面会に来てくれる。  今後の生活のことを考え、不必要な手術はしない、拘束されない生活を選べるよう配慮していただけた。  他職種との連携により、スムーズに話ができて、結果的に良かった。  亡くなられました。</p>
	<p>-  書類のやり取りも含め利用者様の状況を共有し、時に臨時薬も処方していただきます。親身になって相談に乗ってくださるので安心していきます。</p>
ある程度できている	<p>管理者  (1)細やかに記録。(2)毎日(毎回)の報告・相談。(3)分からないことは教えていただく。  (1)通所系からの申し送り。(2)訪問薬剤指導の導入と報告。  24時間連絡体制が整備されている。  FAXにて指示書を頂いている  お互い顔の見える関係で、かつお互いの役割がはっきりしている。情報の共有の意識が強い。</p>

お亡くなりになったため
かかりつけ医が利用者の状況について知っていることが分かっていたので、連絡をとりやすい状況にあり。
ケアマネジャーが連絡の基板となって下さい、利用者の周囲の状況も理解して下さい、連携もある程度行えていると思う。
ケアマネジャーを中心に連絡を取り合い、情報共有が行えている。
このケースを通じて病院側の考えやスタンスが分かり、病院側も介護保険事業所の立場を多少理解してもらえたように思われる。
ご本人が納得されていたから。
ご本人の意思で入院したくないとのことで、通院もできない状態となり、ケアマネにより訪問診療にて在宅で医療が受けられるよう変更とし、ご本人の負担軽減につなげる。ご本人の意思を通され、在宅で亡くなりました。H25年12月22日死亡。
ご本人の病歴や性格について、全く伯市の状態でのサービスはかなり問題があったため、連絡を取り合い援助の仕方考えることができた。
すぐに看護師さんと連携が取れるようになっていた。急な場合はケアマネさんを介さなくても直接連絡を了解されていた。
その都度電話等で情報収集、往診やサービス提供時の立ち会い、家族を交えての情報交換が行えている。
バイタルの連絡ノート、CMへの報告による医師への伝達、現場の状態、緊急性へのアプローチが医師に伝わった。ヘルパー、CM、医師の連携と利用者への心の向け方が一致できていた結果かと思う。ヘルパー的にはCMの情熱、質の差が明暗となることもあると考える。
フォーレの尿量等の確認をし、少なかったり漏れ等がある場合、訪問看護さんに直接連絡し、確認していただいている。発赤が見られた場合、連絡し確認していただく。
意識消失やチアノーゼが見られ、主治医に連絡、主治医より救急車要請の指示あり。その後入院となるも改善が見られ利用再開となる。素早い対応により状態の悪化を防止できた。
医師との信頼関係。医療と介護では現場での認識に差がある。
医師のフットワークが軽く、電話報告ですぐにかけつけて頂いた。
医療コーディネーターさんがしっかりサポートしてくれた。
穏やかな終末を迎えられた。
家族、病院 Dr. の話を共有できていたから。
家族、本人とのコミュニケーションによる状態把握
家族と共に本人の状態を訪問毎に全員の連携ノート記録を行い、都度…。
家族を介して情報の共有をしている。
介護職の意見をよく聞いてくださるので(情報の提供)、現場の私達は助かります。
改善が見られる。
看護師から医師へ連絡し、指示が出るのが早い。
看護師とは日々の業務の中で発熱時の対応方法など、情報共有を行っていた。訪問リハビリはポータブルトイレの移乗方法についてカンファレンスの機会を設けた。
看護師の人柄、力量が優れている。
急変した時に往診してもらい、具体的対応の仕方と家族への心がけについて説明して下さい。
急変時の対応の際、電話にて報告があり、また状態の変化についても連携がとれた。
共通ノートあり
月1回の通院ではあったが、問診に時間をかけ、ヘルパーも病室に呼び連携が取れた。
月2度の診療時の立ち会い
月に1度はかかりつけの先生と会って、利用者本人について話す時間が持てている。
月二回訪問診療に同行させてもらって、気になる点について把握できていると思うから。
現在の看護師さんは、自分ひとりで色々変えていってしまうので、CMを通してから行うということで統一ができたところ。
誤嚥性肺炎を繰り返しているの、口腔ケアの方法やバルーンカテーテルの状態や体調の共有。
今後について、及び家族との関わり。
在宅での状態を訪問看護師にうかがうことで、言語障害のため意思疎通が難しい本人との接し方が少し改善された。
在宅での様子をケアマネに報告し、すぐに医師に連絡。問題行動などの対処方法などを指示してもらえ。
在宅で体調変化時の様子、移動時の様子、身体状況
在宅の利用者であり、家族が細かい部分まで連絡を取っている。その上で医師の方から連絡、またこちらからの連絡がいつでも取れるようになっており、その都度指示も受けている。
施設での様子、自宅での様子を先生と共有しながら、連絡を取りながら、薬の内容を変更したりする。
事業所の担当者として毎日顔を合わすことができ、常に状態報告が行えるため。
事前に利用者を把握しているので、お互いの対応法が分かっていた。連携がスムーズ。
時間に合わせた訪問やストマの交換介助の方法などを教えてもらい、家族ができにくい部分を援助することができた。
主治医、地域包括と常に連携を取り、今後に向けて話し合っている。
受診の内容等を細かく知ることができ、担当 CM とも情報の共有ができていたため。
重度でもあり常に連絡は取っていたが、連携内容(2)「予後の共有」が遅すぎ、終末期の準備を始めたところで急変、死亡となる。



小さな状態変化も常時情報交換できていたため、発熱時等も早期に対応できた。病状の悪化を防止できていると実感した。  
 小規模多機能で服薬管理できているため、服薬状況は改善しました。  
 常に訪看と連絡を取れる状況にあった。  
 常に話し合いの場を持ち、CMが中心となり連携できていた。  
 情報の共有ができています。  
 情報の共有や定期的な受診を行い、関係性の継続がある。  
 情報共有がきちんとできていた。  
 状況について共有できている。  
 状態の減化を把握し報告、指示をもらって対応(いち早い対応)ができた時  
 状態の変化があった時は、必ずとっていい程相談をする様に心がけているため。  
 状態像の把握、予後についての共有をしたお陰で、連携からその後のスムーズな流れで進めることができた。  
 食事管理など情報提供してもらった。本人の病気に対する認識が薄く、悪化してしまい死去された。  
 心身状況の日々の把握を共有して行く事が出来たと思う  
 身体上のトラブルや状態観察時の判断に適切に対応してもらえらる。  
 生活支援よりデイ、及びケアマネが緊急対応をしてきた。  
 生活状況や体調の改善が見られる。  
 全ての事業者が密に連絡を取り、現状を把握している。目的、目標の統一のために電話やメール、FAXで担当の申し入れ、開催を行う他、自宅で細かく指示を仰ぐことができ、返事も来る。利用者にも安心感がある。  
 相談させていただいた病院が入居前に入院されていた病院なので、状態をよく把握されていた。  
 体調の悪い時には訪問看護に連絡をして受診等の判断をもらい、行動等を取るようになっている。  
 体調管理、摂取制限の連携を取った。  
 体調変化時(食事が摂取できなくなった時を目安)に入院、療養。それまでは環境を変えず、今まで通りに日常生活を送る。  
 退院時口腔ケアを直接十分に説明して頂いた。  
 担当のケアマネージャーを通して可能だが、直接はなかなか時間が持てない。  
 朝夕の申し送り、職員会議等  
 定期的な受診により状態を共有できた。  
 定期的な情報交換、共有がなされている。  
 定期的に詳しい情報交換を行える機会があるので。  
 電話、面談でのモニタリング  
 同じ利用者を見て、会話ができる。  
 特に薬の副作用について、医師と連携して調整することができているため、病状はかなり改善されている。  
 独居だったので保健所の保健師、Dr.(往診)、訪看(Ns)、訪問リハ(PT)、包括支援センターの職員と連携し、支援している。  
 日常の様子を伝えることで俯瞰的な支援の見立てができる。専門家による見立てではやり取りできない利用者を取り巻く関係(インフォーマルも含む)との橋渡しができた。本人に申し出により連携が許された感があり、本人が申し出られない場合の関与は一時的なものになると危惧する。  
 入院時に情報、状況の共有をして、本人も交えて今後について不安なく生活できるように全員が納得しているから。また退院後も状態に応じて、入院可能であることを本人、家族にも説明しているため。  
 認知症の傾向があるため、サービス内容を増やしたい。薬が飲めていないこと。  
 必要時には必ず情報共有をするようにしている。  
 病院に救急配送時、医者と連携しているから。  
 病院の相談員を通し、医師と情報の共有を行っている。また家族とも情報の共有を行っている。  
 病状の進行により介助の仕方や危険部分の注意点等、話し合いがその都度できている。  
 病状の変化、服薬状態などを具体的に知らせていただき、利用者の必要となるサービスにつなぐことができた。食べられる食材、薬の副作用について等の説明をいただいた。  
 変化があった時など、継続的に連絡をし合い、共有している。  
 変化がある時の連絡、報告、従事者の連絡ノートの活用を行う。  
 返事が頂ける。  
 訪看が同一事業所にて、取りやすい。  
 訪問看護、訪問入浴を利用するようになり、少しずつ足の状態も介護度も良くなったため。  
 訪問看護が入ったことで、歯科医師への訪問依頼ができた。口腔ケアの導入につながった。  
 訪問看護を導入し、日常的に看護師と関わる時間を作り、顔見知りの関係が作れて信頼関係もできた。訪看を主に医師とも情報共有、受診ができるようになった。  
 訪問看護を利用してから服薬の管理、体の状態確認ができ、ケアマネージャー、家族との連携により訪問回数を増やし、まず服薬ができるようになった。  
 亡くなった。  
 本人の状態からしてもまだ入院は必要だったが、在宅を強く希望。本人の気持ちを重視できた。  
 毎週の訪看と電話やFAXでのやり取りで連携を取っている。  
 夜間等、時間帯に関わらず常に連絡が取れている。連絡帳を通じ、詳細な情報を共有できている。  
 予後の共有及び介護上の注意点

	利用者のかかりつけ医の病院が地域にあるから。
	利用者の確認をしながら様子をいち早く察知しながらケアマネージャーとの連絡を密にする。
	利用者の状態を共有できたため。
	利用者の状態把握(既往等)と援助方法の説明を受けており、スムーズに受け入れられ対応できた。
	利用者の状態把握(既往等)と援助方法の説明を受けており、スムーズに受け入れられ対応できた。
	利用者自身、長年同じDr.との関わりもあり、背景をある程度お互いに把握できているため。
	利用者様のご家族からの連絡(余命等)。医師からケアマネを通し、ケアマネからの情報を聞いて。
	利用者様の情報を支援者の間で常に共有していた。
	流動食の種類や方法、吸引頻度などの把握を行い、受け入れ体制を整えておく。状態の変化や情報を共有し、何かの時にはすぐ確認している。
	連絡ノートの共有
	連絡ノートを使用して毎日記入。
	連絡ノートを訪問看護師さんと共有することにより、情報の交換を行っている。
	褥瘡が徐々に治ってきた。
介護職員	(1)緊急連絡先がしっかりしており、緊急時などもすぐ対応していただける。(2)異変などを電話などですぐ対応してくれる。
	24時間連絡が取れる。
	いつ亡くなられてもおかしくない状態。喀痰吸引を行っていたため、担当者介護や状態報告、指導などをこまめに行っていた。
	かかりつけ医ではあったが24時間連絡、急変時対応ができる体制であった。
	かかりつけ医に頻繁に通院、院内介助をしており、現場と医者の距離が近かった。服薬していた薬にリーファリンが入っており、内出血がひどくなっていたため、他の大学病院へかかる様すぐ手配して頂いた。
	カンファレンスを通じて情報の共有をし、統一したケアができた。
	ケアマネ、訪看に連絡できました。まず最初の担会等で緊急時に連絡する機関を具体的に定め、日頃の状態等を話し合っていたから。
	ケアマネージャー、訪問看護師、サービス提供責任者で連携し行っている。
	ケアマネージャーがタイムリーに対応してくれる。
	ケアマネと密に連絡をとり状況を伝え、在宅での生活は無理だと判断された(息子さまの介護疲れによる限界が見受けられた)。Dr、地域自治包括も含め相談し、老健入所となった。
	ケアマネを介して連携し、本人の情報を話し合っているため。
	こまめに連絡が取れている。
	こまめに連絡を取る。担当者会議を頻繁に行う。
	ご本人がご自分で購入した食べ物をよく食べたり、服薬忘れがあるので、かかりつけ医やナースに現状報告をノートでまめにし、病院からも指導していただいている。
	ご本人の状況に応じ、すばやく対応していただいている。
	サービス提供責任者への報告をした。サービス提供責任者がケアマネージャーへ連絡し、ケアマネージャーから本人、受診へとなる。受診の結果はサービス提供責任者から報告を受ける。
	すぐ入院治療できた。
	それぞれが情報をそれぞれに提供し、先を読めてスムーズは連携が取れた。
	医師、看護師との連絡を行い、その都度情報交換し、苦痛を少なく生活していただきました。
	医療機関、家族と連携し、情報が共有できており、サービス提供については滞りなくできた。
	家族、本人も含め、現状を把握し、どう対応したら良いか毎回のよう変わるが、ノートなどで確認し合い、対応できていたように思う。
	家族より満足しているとお声をいただいています。
	管理者へ連絡し、適切な指示が出る。
	急変時の対応、受入、電話、文書のやりとりできている。
	急変時の連絡対応指示。
	急変等あればかかりつけ医に連絡して、深夜でも往診して下さる様に話している。
	共通した介助を行うことによって利用者の安心にもつながったと思える。
	勤務先の看護師と状況を把握し、必要な処置、対応、今後悪化しないための対応を話し合い、家人へ伝えることができた。
	緊急時対応方法が明確
	具体的な指示をもらっている。
	結果的にご家族様、ご本人様が望む形で看取ることができたため。
	現在訪問診療を使っており、ある程度連携できている。
	現在訪問診療を使っており、都度連携を取っている。状態報告や相談等。
	現場での変化をすぐケアマネに連絡し、ケアマネが医師と連携し指示が現場においてきているので。
	現場にいることが多いので対応が早い。
	限られた時間の中で努力しております。
	抗ガン剤投与後の体調の変化に合わせて、大学HPから近くの総合HPへの連携を迅速に取って下さり、ご本人の体調に合わせて入院等の対応をして下さる。
	在宅になり、ヘルパーが注意することなどを分かりやすく看護師から説明があつた。退院前に利用者に合わせてもらえるので、ヘルパーとして入るときに不安がなくなる。行ってみたらこんなに悪くなっていた…ということが

ない。
在宅酸素、急変時の流出量の調整、緊急時の受け入れ体制
在宅日誌へ記入。変化があれば連絡をしている。ケアマネにも連絡をし、必要なら主治医へ連絡をとってもらうこともあります。
支援チームができていて、メールで情報を共有している。
支援の中での情報を提供し、その都度家族と連携し、必要な介助サービス、支援をしていくことができています。
支援前、支援後にノートに記入し、状況を報告していたため。
主治医より訪看利用、痰吸引の必要性について話があり、今までケースワーカー対応のサービスに加え、訪看の利用開始となった。
受診時に必ず連絡があり、症状等報告があった。
常に情報を共有できている。
情報共有ができていたため。
状況に応じた処置があった。
状態が変化するとすぐ連絡を入れる。
状態の変化があればすぐ連絡し、連携できる態勢をとっている。
状態の変化にすぐ対応し、本人が望む生活を続けられている。
状態の変化等があれば、ノートや電話、FAX 等でのやり取りで連携している。
状態を連絡し、入院できたので。
食事摂取量と身体状態等をかかりつけ医に報告し、病院へ。
申し送りに体調や状態を記入し、気になることは申し送り以外にもサービス提供責任者へ連絡をしている。
身体状況の関わりが増え、急変時の対応ができる。
身体状態や生活状況を医師が十分把握されていて、家族様にも情報共有して下さっている。
体調において情報が共有できている。
体調の変化などがあれば、すぐに連絡を取っている。
体調悪化による医療からの適切な指示
体調悪化時に医療からの適切な指示
体調急変時すぐに対応して下さった。(家族、ケアマネを通して)
痛み等を訪問看護師に報告し、主治医より指示をもらった。
通院介助の際、本人に代わって質問を投げかけるので、ある程度問題点を知ることができている。
低血糖症状など、何かあればすぐ来てくださる。
定期的(2週間に1度)の往診結果を常時共有することでリスクマネジメントができている。
定期的に情報交換をしている。
電話連絡にて報告・連絡ができている。状況が分かり、統一したサービスができるよう指示されている。
電話連絡により、迅速な対応が可能となった。
塗る薬の指示、注意点等の伝達がしっかりできているので、安全に援助できました。ケアの方法も考えを出し合い、良い方向に持っていけたと思います。私達が連携できていたので家族も安心されていました。家族の都合で入所になりました。
同行できる時は誰かしら職員が付いていくようにしている。同行できない場合は文書にて伝える。
突発的な急変時、かかりつけ医、看護師に連絡を取り、指示をうかがって点滴などの対応処置を何度かやっている。
日常の様子、訪問時の様子などを連携し、報告、指示などを受けている。
入院、退院を繰り返しているため、その都度、ソーシャルワーカーと情報交換している。
必要なサービスを増やした。脳梗塞発症、入院となる。
必要な時には連絡を取りあっている。
普段から会うことも多く、申し送りなどでコミュニケーションが取れているため。
普段から関わりのある医師、看護師なので様子がよく分かっているため相談しやすい。
報告書等により訪問看護がしていること、訪問介護がしていること、またその時の利用者の状況を知ることができている。
訪問時、痰吸引が必要と思い、訪問看護に報告し、すぐに対応できたから。
亡くなられた。
本人、家族は状態を良く理解できておらず、ケアマネと主治医との連携にて状態の変化にも対応しているし、できている。
本人が入院を拒否していたが、医師と看護師による説得により入院、骨折していた。治療により ENT 後リハビリ目的の施設に申込み、再び在宅へ向けた支援ができたから。
本人に代わり通院し、Dr.とは状況説明など行っているが、Dr.の診断も前担当医との見解が異なり、困惑する。訪看からの報告も Dr.が把握できていない時がある。他の関係者とは連携が取れている。
本人の状況を聞き、ケアマネに報告したり、独居ですが家族と相談をして必要に応じて連絡、問い合わせをしています。
毎週、訪看とのやり取りを電話や FAX でしている。
毎日、朝:医療の報告書の記録を看護師と申し送り。夕:看護師から出席徒事をもらっている。
利用者の希望に沿った医療を行った。終末期の胃がんで最後まで本人の希望に沿った介護をした。
利用者の急変時、こまめに CM や訪看と連絡を取っているから。(電話)
連携できていること→生活の様子、ご本人の体調。連携できていないこと→ケアスタッフが体調変化の報告をし

	でもその後の様子の返答がない。
	連携ノートの記入。問題点があるときはケアマネージャーを通して即連絡。
	喀痰の吸引について。モニター測定の必要性。緊急時の対応。
	痰吸引のための勉強会の実施等。
サービス 提供責任 者	(1)利用者の状況を共有している。(2)対応・具体的な連絡体勢を確認できている。
	1日2回訪問しており、訪問看護・介護が毎日介入している。在宅にある連絡ノートを使つての情報共有ができています。状態に異常が見られた都度、電話での連絡と指示がもらえている。
	DMによる下肢浮腫の管理等について、医師の意見が聞けた。
	FAXにて指示書を頂いている
	PCの専用サイトにてご本人の状況を記載し、情報共有をしている。
	PTと同様のリハを生活の中で行えるように(介護職)具体的に指導され、徐々にADLの改善が見られた。
	PTと連携をとり、移動・移乗・排泄の介助などを指導してもらった。
	いつでも連絡ができる体制にある。
	かかりつけ医に現状を伝え、専門医の受診につながった。独居のため異食や服薬の間違い等も心配されるが、今までよりも家族(娘)が頻繁に訪問するようになったり、ショートステイの利用も今までなかったが、今月に入り利用することになった。グループホームの入所申込み
	ケアマネ、リハ職が病院のPTよりの指示で装具にて本人のリハビリメニューを実施している。本人の意欲、受け入れが課題と思われる。
	ケアマネが看護師さんやご家族、ヘルパーからあがった情報をまとめて、こまめにFAXを下さったので、一連の流れが把握できたため、サービスに入っても不安が少し減った。
	ケアマネに随時連絡をし、情報の共有に努めている。
	ケアマネの対応が早く、医師との連携も取れた。
	ケアマネを介して、服薬の管理。
	ケアマネを通して現状を報告し、改善策を連絡していただいていた。
	ご本人の意欲向上、精神面の落ち着き。今後の介護方法に対する全事業所との共有。
	ご本人の現状からはこれ以上連携を取る必要は今のところない。目安となる血圧を知り、入浴するかどうかの判断の参考になっている。また訪問時の血圧を毎回血圧手帳に記入し、受診時に持参して主治医に確認していただいている。
	どんな症状になったら救急搬送したら良いか等、不安に思うことをケアマネに伝え、ケアマネから情報をもらえている。(時間はかかりますが…)
	ヘルパー訪問時、連絡帳に体調記入する。変化が見られた場合、すぐケアマネージャーに連絡し通院の際、医師に伝える。デイサービス送り出しの際、詳細な申し送りをする。
	医師に現状をすぐ伝えられ、指示を仰ぐことができた。本人、介護者が安心して過ごせた。
	医療職の専門的視点からの評価やそれに対する注意点等受けることができた。
	延命を望んでおられなかったため、身体変化や服薬内容、介助方法等について具体的な説明を受けながら支援することができた。
	何か気になることがあれば、連絡して、どのような対応をすれば良いのか聞く。必要があれば、診察してもらおう。
	何ヶ月かごとに電話や直接会って状況を聞く。
	家族(主介護者)に介護疲れが目立ち、精神症状が強くて出られる奥様のケアをどうするか?入浴、オムツ介助、服薬コントロールの目的で医師に相談～入院へ。退院後はデイサービスを利用する予定。
	家族や本人及び病院の看護師から色々情報や本人の気持ちを確かめています。
	家族を介す場合(急がない内容)は往診日に相談するようにしているので、月に2回、決まった曜日に相談している。医師からの説明を家族が直接受け、また医師からケアマネ、訪看にも説明をしてくれているので、まずまず連携は取れている方だと思う。
	家族等を通じてできている。
	各関係機関から毎月ケアマネージャーに情報を送り、それぞれに情報の共有ができています。
	気をつける点や受診を進める目安などの指示が明確で安心できる。
	急変した場合、すぐかかりつけ医が来てくれる。
	共有の記録簿確認、訪看との日々の直接やり取り(同施設内事業所)。
	共有メールを設けており、関係職員が目を通し、情報を共有してサービス提供している。
	軽度の認知症だと診断はできていなかったが、高血圧で近くの病院へかかっていた。認知症の症状が強くて現れてきたので専門医へつなげた。
	月二回の診察を受けられていることから医師とPSW間によく話し合いをされている。介護者にもその内容説明があるので、まあまあ満足。
	現在まで再発がない。
呼吸器を装着しているため、サービス提供時は、必ず訪看と一緒に支援を行うことになっている。訪看も2つの事業所が関わり、支援方法や人員調整なども必要時連携を取っている。	
自宅に帰れそうなたたため、ご本人の希望もあり自宅に帰り、生活ができるように連携ができた。	
処置の情報、本人の問題点等、医療面で詳しく教えてくださった。	
常に利用者さんの状態を観察、ヘルパー間での情報の交換をしている。身体状況の変化があった場合等、ケアマネを介して連携できている。	
情報共有、急変時の対応	
状況に応じて複数回の会議を行い情報の共有をしている。	

	<p>状態像の共有。病院の拒否が強く、状態把握は主に訪問看護に頼っているところがあり、常に連携を摂っている。</p> <p>身体状況が変化していくので、その都度サービス内容の見直しをケアマネに相談し、サービス内容を検討したり、新しいサービスを見直したりできています。</p> <p>身体状況を把握でき、自立に向け努力している。</p> <p>多職種が訪問している同一法人なため、連携ができています。</p> <p>対応時に合わせて訪問して、現状を直接見て医師にも連絡を取ってもらい、その後処置の方法を指示してもらった。</p> <p>退院後も変化があれば通院等し、連携している。</p> <p>退院前の状態、今後の身体への配慮、病状、服薬の注意。生活環境の把握、支援計画等を共有できた。</p> <p>直接会って話したことから、状況を共有できて援助に生かされた。</p> <p>定期受診の付き添い、かかりつけ医との話</p> <p>当初は経管栄養で食事を召し上がっておられました、ご自身でチューブを外されて、現在は普通食を召し上がっておられる。食べたいという意思を尊重した上で、各医師のところへ行って相談をしながら進めた。プールへの参加→やってみて元気になられた。</p> <p>同じ事業所のため、訪問で特変があれば密に申し送りをし、看護師からの指示を受けている。</p> <p>特に大きな問題や心配がない。</p> <p>特別指示書を頻回に看護師が介入し、ヘルパーも指示を受けやすく、指導もあり不安はなかった。</p> <p>日中独居のため、急変時の対応の指示を仰ぐ。</p> <p>必要と思う相談はできている。</p> <p>必要な指示が通ってきている。</p> <p>病院受診時、医師に利用者さんの状態を報告した。食生活について、栄養について偏りがあること、本人が他者のアドバイスを受け入れず、自分の意見を通すため改善が難しい。</p> <p>病院受付がスムーズにできる。状態報告も出来る。</p> <p>病状に合わせてNSから介護指導が受けられた。訪問看護師が同法人だったため連携が取れた</p> <p>病状の把握が特に必要で、食事介助など支援するにあたって嚥下の状況や今までの状態を詳しく説明してくれたこと、急変の場合の対応の仕方、清拭介助等をする上で頭部の特に触れてはいけない部分など、なぜかなど教えてもらった。</p> <p>変わったことがあった場合、必ず連絡が入ります。利用者さんもこのまま継続して欲しいと希望されています。</p> <p>変化があればすぐ連絡が取れる体制にあります。</p> <p>訪問の度にケアマネとの連携を取り、様子を共有し、必要があれば直接診療所の看護師に連絡している。</p> <p>訪問の度に連絡を取り合うなどしていたが、文書にして保存する事はできなかった。</p> <p>訪問看護師との信頼関係が構築できており、遠慮なく連絡を取り合える。</p> <p>訪問看護師の訪問により、本人のリハビリも含め安心できている。</p> <p>訪問時、平時と比較し様態の変化を認め、脳出血等の可能性を疑う。相談支援専門員に電話にて症状を報告。迅速な受診につながった。</p> <p>訪問時の注意点。共通の活動内容についての方法等の共有。</p> <p>訪問終了後変化があればすぐに担当ケアマネに連絡し、かかりつけ医に連絡し対応してくれる体制があり、診療所でも情報を知らせてほしいと常に話がある。</p> <p>本人は目が見えにくく医師から減塩食の指示により看護師や栄養士等他職種との連携が欠かせず、カンファレンスで今後の生活についてや通院に関して情報を共有する必要があった。本人やケアマネ、サービス提供者、介護職員が生活を支援するにあたり、意識の統一化が図りやすくなり、特に利用者の変化は少なく生活を送れている。</p> <p>予後の説明、ケアの注意点の共有</p> <p>利用者の確認をしながら、様子をいち早く察知し、ケアマネージャーとの連携を密にする。</p> <p>利用者の自己決定を重視できた。</p> <p>利用者の受診後に連絡を取っている。</p> <p>利用者の状況について連携できている。ノートに記入して情報を共有している。</p> <p>利用者様の状態について共有することができ、医療的指導を聞くことができた。</p> <p>連絡ノートに記入</p> <p>喀痰吸引を家族が対応しているが、すっきりと引けていない。急に胃痛の訴えあり、訪看へ連絡し、訪問してもらった。</p>
その他	<p>ご家族や往診医、訪問看護の方達と十分話し合い、ご家族が納得のいく看取りができたと思います。</p> <p>サービス提供者からその都度連絡を頂いています。</p> <p>意識レベルの低下が分かり、Nsに報告したことで素早い対応ができた。</p> <p>受診や往診時に同席したり、家族の意向(ターミナルに対する)を共有したりした。訪看Nsとも常にFAX、TELで連携し、最期は家族の見守り中亡くなられた。</p> <p>通院介助を行っており、Dr.やNsと状態について話す機会があった。</p> <p>必要に応じて必要な情報を得られている。ケースに応じて協働することもある。事業所が町内に1箇所のみ。連携が必要なケースはあるが、資源がない。</p> <p>本人が酸素のコントロールをすることになっているが、ボンベ交換の手間が頻回で面倒くさっている。酸素が頭にきちんとした量まわっておらず、ボーッとして話が通じず、Dr.の話も半分しか聞けていない。</p> <p>本人の状況の説明と今後のことが、スムーズに共有できた。</p>

		連絡がしっかりとれ、方向性と家族の(本人)の意向に添えていた。
		連絡ノートの共有
	-	かかりつけ医が外来担当ではなく、診られないため別の病院へすぐ受診し、Drよりかかりつけ医に連絡してもらい、肺炎のため入院となりました。今はよくなられ、元気にされています。
あまりできていない	管理者	この方のケースの場合、入退院を繰り返していました。退院1週間以内の入院等。そこでDr.によりカンファレンスがあり、現状報告～訪看～ヘルパーへの指示がそれぞれありました。大変良かったケースです。皆で集まりそれぞれのサービス確認をしてDr.からの指示もありました。
		気丈な方ですが多少の認知が見られるので、ご本人から状況確認できない。訪問日が違うため日誌で確認するくらいしか方法がない。
		拒否の強い利用者で、被害妄想もあるため。なかなか医療職を受入れない。
		骨折時の医師と主治医が違うため、骨折が良くなり、受診しなくなった。
		通院時、結果を家族に確認する程度であり、日頃から連携となると十分ではない。継続性がない。入退院時には看護師、MSWに相談、連携が取れて今後の対応について検討できた。
		島に在住の医師がいない。
		本人の性格や日常生活の理解の上での対応。
	介護職員	Dr.より詳しい説明がされていない。
		Nsとの連携はとれていますが、ケアマネの訪問などの把握や連携がとれてなかったから。
		ご家族が介入を望まなかったため
		どのようにして連携を取れば良いのか？どの程度で連絡すれば良いのかの知識がない。
		レスポンスが遅い。
		日常生活のことを話す機会がない。通院時に付き添い話しをすることはあるが、利用者によって医師に伝えなくてもよいと判断する方もいて、なかなか難しい。例:普段の食生活について等、本人は野菜を多く摂っていると思っているが、ヘルパー目線では偏りがあると感じている。
		利用者の特病の悪化により、入院療養となり、担当ケアマネージャーが月1回程度の訪問となる。
	サービス提供責任者	Dr.と家族間でのこと。何かあれば連携できる体制を取ってはいるが、今のところ必要なし。
		ケアマネを介し訪問歯科の手配をしていただき、すぐに新しい義歯を作って頂きましたが、数週間で使用されなくなってしまい、そのまま「歯がない方が良い」とご本人様より訴えがあったため。
		今までは特に相談する機会がなかったため連携はしなかったが、今回初めて訪問看護師と共にサービスに入ることができた。これからはもう少し連携ができるのではないかとと思う。
		状態が落ち着いていることもあり、母親を介してのみになっている。
		病院から退院して入所した時点で、お医者さんとの連絡は取っていない。
ほとんどできていない	管理者	お亡くなりになった。
		対象者が医療依存度が増し、他のサービス利用のため、当事業所の利用を終了したため。
		契約解除
	サービス提供責任者	ケアマネージャー(地域包括)が訪問しなかったため。
-	管理者	(1)訪看は同法人ですぐ連絡できる。(2)Dr.も看取りの方向で処置の仕方等安心。
		11月6日死亡、自宅で見取り…本人が自宅で終末をとの意向があり家族の協力も得られていた。
		1日を通し家族との連携は取れている。
		24時間いつでも相談に答えてくれる。
		H26.11月他界
		お亡くなりになりました。
		かかりつけ医やその診療所の看護師、勤務先の看護師との24時間体制での連絡ができる状況にあり、対応方法についても定期的なカンファレンス等により情報を共有できていた。
		がん末で日々弱っていかれたので、薬が飲めなくなったり食事が取れなくなったりした際、直接訪看さんに連絡し指示をあおげた。
		ケアマネージャーからの問い合わせに文書で回答してもらえた。
		ケアマネがすぐ対応してくれていた。
		ケアマネと同じ場所にいるため、細かなことまでの注意点、変化等の話をして、連絡を取ってもらえたところ。
		ケアマネを中心に情報の共有ができ、デイサービスでも良いケアができた。
		こちらの意見報告も充分理解して頂いている。
		こまめにケアマネージャーを通じ、状況を報告し合っている。緊急時は直接連絡するようにしている。
		ご利用者の体調変化があった時に、対応の仕方を直接聞いて対応できたこと。
		サービス状況を報告することにより共有ができ、又アドバイスが頂け、よりよいサービスを提供することができている。
		サービス変更についての対応ができた。
		すぐに連絡を取れるようにしていただいた。家族も間に入り、担当者会議などで方向性も決まっていた。現在は死亡されている。
		その都度、状況を細かく伝える事ができた。
		タイムリーにカンファレンスを開催し、情報を共有、関わりを深め看取ることができた。
		ヘルパーがサービス提供責任者を通して、訪問時の様子を報告。サービス提供責任者からケアマネへ報告。介護者と相談し医師に連絡ノートブックを取りながら、対応できた。

ヘルパーができない部分をしっかり伝える。利用者様の安全を伝える。サポートをしてもらえるまではっきりお願いし、簡単にケアを受けず、身体を見て判断を間違えずに行い、毎回記録を残し電話連絡をし、次に伝えていった。
もう終了しているが、週3回の訪問看護と週1回の訪問治療が行われていて、その場で本人を交えたり交えなかったりで聞きたいことを聞いたり、アドバイスをもらう機会があった。急ぐ場合は24時間電話対応もあったため、安心だった。
医師(かかりつけ)が具体的な病状説明と看護への指示をして頂け、状態悪化したときには急性期病院へ紹介して頂いた。家族に対する説明も丁寧であり、連携しやすかった。
医師、訪看、ヘルパー、あんしんサポート、区職員が連携してひとり暮らしを継続。同じ方向を向いていないと利用者が混乱してしまう。
医師がヘルパーの直接の電話を受け入れてくれている。
医療と介護の役割をサード会議で決め、そのプランに則って支援している。
医療職のスタッフとは、毎月顔を合わせているので、毎日がカンファレンス状態で気になることは常に聞けている。
一日三回訪問していたので、状態に変化があればその必要性に応じて連絡をするようにしている。
永眠される。
往診の度に連携。随時、メモ、電話にて連絡、指示を受けている。
家族、ヘルパー、Nsそしてケアマネと変化がある時、すぐに連絡を取り合っている。
家族、病院への連絡、受診後の各専門職による対応(福祉用具の補充、サービスの見直し等が素早くできた)。
家庭に帰った際の介護状態を質問したが、丁寧に対応して答えてくれた。
介護者が自営にてほとんど家におらず、本人と会うのはデイサービスのみ、訪問するも家に入って欲しくない状態。
介護者で判断できない状況の場合、指示をもらいすぐに対応ができる。
各事業所と普段から多く関わっていたため。
看取り体制に入ったため、かかりつけ医と地域の医師と連携。緊急時は地域の医師が駆けつけてくれる体制。細かく状態を伝えていた。
現在の介護状態について
今のところケアマネに報告するとすぐに動かれるので、十分できていると思います。
主治医が決まり、心身の不安から多数の内服をしていたが、現在は薬の管理もでき体調不良の訴えが減ってきている。
受診同行時、現在の状況を報告し、介護の注意点等の指示を受けている
常に主介護者のご主人と話し合い、状態をケアマネに伝える。
常に電話で連絡が取れるようになっている(24時間体制)
情報共有
情報提供により病気の早期発見につながった。
状態は報告できるが指示がない。
状態変化時の医療へのスムーズな移行(入退院)
身体面や服薬等について、こまめに連絡を取り合っている。お互い訪問時に連絡ノートを使って申し送りしている。
水分、食事量を看護師に報告し、点滴の可否を決める。
早急な対応が必要と思い、かかりつけ医 MSW←「介」→家族。「介」→認専門医 MSW→Dr。(受診への付き添い、Dr.と会う)
体調の変化があると、ケアマネージャーを通し、訪問医、訪看に連絡、緊急入院となる。
体調の変化など少し変わったことがあれば連絡する。
体調の変化を早く伝え、他の職種の人と連携が取れた。ベッドが入る。訪看さんの回数が増える。デイ→療養型デイに変更した。
退院後自宅でもスムーズにサービスの提供が行われたため。
退院前よりムンテラに参加し、看護師とも連携を取っていました。かかりつけ病院が変わってからも変化があればすぐに看護師や Dr.に電話しています。
直接に医師の相談はありませんが、すぐにケアマネに相談します。連絡を待ちます。
直接対話できた。
定期巡回以外に急変時に迅速な対応が可能になった。介護が不安に思うようなことに適切な助言をしてくれた。
定期的な往診により体調が安定してきた。
定期的な車椅子の移乗、入浴介助を実施している。身体の脱力が強く、移乗時に本人への負担が強くなることがあり、リハビリの方と相談し、本人の身体状況に合った対応方法を都度相談、同行しアドバイスをもらっていた。
定期的に通院することで、情報の共有ができる。
電話で直接連携を取ったり直接会って連携を取っている。
同居のご家族が障害あり、胃ろうあり、吸引あり。退院前から支援検討の会議あり(ドクターやナースと)十分に準備できてから支援が始まった。現在も連携は継続している。
同法人が病院を持っていて、その病院との連携がある程度スムーズにいき医師までも状況が伝わる状況。

	入所された。
	入退院を繰り返されたため、在宅での介助のアドバイスを具体的に指導を受けた。
	尿路感染症になりやすく、体調不良も繰り返すため、状況を観察し、受診を行っている。また受診する事前に医師に連絡し、状態を報告し、受診の必要性を確認している。
	年齢も若く、精神疾患に対する対応にスタッフがとまどうことが多いのですが、主治医のDr.が1つ1つに丁寧に解答を下さるので非常に助かっています。受け入れ当初は1日の本人の気持ちの上下を記録し報告→Dr.の薬剤の調整や入院対応など、この先生だから私達もがんばれたと思っています。要介護3→要介護2へ改善しています。
	排尿、排便、水分補給など医師からの指示等を、直接会い現状を報告し、医師より指導を受けることができました。
	必要があれば医療機関とは連携を取るようになっている。
	必要な情報提供があり、スムーズにサービス移行できた。
	必要に応じてお互いに意見交換を行う事ができている。
	病院内に施設があり、急変時の対応はできているため。
	変化があった時はケアマネ様より訪看様に連絡しています。
	変化がありましたらFAX、連絡ノート、直接会う、電話等で月4回以上関わるようにしております。
	変化をケアマネに報告、相談し、ケアマネを通して医師、看護師より対応の指示を受けている。
	訪問看護の回数は少なかったが、利用者さんの状態を日々ケアマネージャーさんが報告してきてくださったので、徐々に容態の変化を知り得ることができた。
	訪問時に体調不良があった時には、訪看に連絡し、指示を受けることができていた。
	亡くなりました。
	本人の望むサービスのある事業所に変われたので、小規模では無理なことも十分に理解されたので。
	毎月1回以上、Dr.または看護師と情報交換している。
	毎日のバイタルチェック、顔色等観察を行い、1日の生活状況より看護師による観察、服薬状況にて受診につなげた。
	毎日の体調。家族の状況。
	無理やりにも連携するしかありません。
	薬管理について医師と連携を取った。
	利用者さんの身体状況、家人の思い等、情報が共有できている。
	利用者の退院後の生活全般を共有することができた。
	利用者の日々の状況の変化への対応。少しの変化の報告や対応へのアドバイス等。
	利用者宅にノートを置いて食事量、水分量や身体の状態などをヘルパーが記入する。それをかかりつけ医が訪問した時に読んでコメントを書いてもらって連携を図っている(ケアマネージャーも含む)。
	連携は同時に援助に入る場合もあったり、連携ノート、または電話をして常に連携できている。
	喀痰吸引等の利用者に対するケア内容等、又資格取得のための書類、研修対応ができています。
	痰がらみがあれば、連絡すると訪問し吸引して頂ける。
介護職員	(1)変わったことがあると連絡を取り、すぐに対応してください。各関係機関などに連絡をして、すぐに対応できるようにしてください。(2)困ったことがあればいつでも相談に乗ってください。
	(1)訪問看護により排便コントロールができている。(2)バイタル不安定時、喘鳴があった時など連携を取ること、利用者の状態に合った対応ができている。
	1日2回(午前・午後)訪問しており、午前訪問した時、いつもと容態が違い、すぐケアマネに連絡する。すぐ訪看にも連絡してもらい、午後も体調が悪ければ訪看に来てもらうよう連携を取る。幸い午後は容態が悪くなかった。
	24時間医師、看護師に連絡がとれ安心できた事。
	Dr.、ナース、リハビリの先生、介護職、ケアマネと常に情報をタイムリーに共有し、翌日から支援方法を変えるなど、手厚いサポートができている。
	H26.11.1 逝去
	がん治療のための通院
	ケアマネージャーと家族を介しての情報共有によってできている。家族と“連絡ノート”で日々の情報交換を行っている。
	ケアマネージャーと連絡していたが入所された事は報告を受けたがそれ以降はわからない。
	ケアマネージャーを軸としてまめに連絡を取り合っている。状態異変時は訪問看護へすぐ連絡するよう、ヘルパー間で徹底できている。
	ケアマネを介して情報や状態を共有できている。
	ケア対応しているスタッフがご本人様の持病等、情報を把握していて、訪問時に状況把握し、サービス提供責任者→ケアマネージャー→往診や、ご家族様との連絡体制がしっかり取れていた。
	ご家族も協力的で何かある時はケアマネージャーを開始、連絡が取れています。
	サービス管理責任者と連絡を取り、ケアマネや相談支援員との連携ができていると思います。
	サービス提供責任者に報告すると、すぐにケアマネに報告がいく点。
	シートを活用し、変化を共有している。特記があればシート以外に電話等での共有を図っている。
	その都度電話で情報を共有することで、薬の変更や本人の体調の変化に細かく対応できている。家族がなかなか納得しないことも訪看のNsが言うことで納得してくれたり等、お互いに利用者さんのために動きやすくなっている。
	ヘルパーが現状報告し、サービス提供責任者、ケアマネージャーが医師につなげる。



ヘルパーが直接連携(報告)できるのは、サ責、ケアマネです。訪問看護等へは利用者宅にある連携ノート等を通して。急ぎはサ責、ケアマネです。
以前のかかりつけ医が丁寧に話しを聞いてくれ、転院先の Dr へも伝達してくれた。
医師より症状の説明があり、痛み、身体上の変化を知らされ、医師への緊急連絡又家族の連絡先も明記されていた。症状により訪問看護へ連絡もできた。
往診を利用するようになった。
課題があればカンファレンスで情報共有している。定期的に情報交換をしている。
介護職ならではの職務で、医療に関しては連携を取らなければ情報を得て指示をしていただいております。
介入して情報提供している。提供責任者から CM へも情報提供していた。
看護と介護が一体となり仕事を進めているので、毎月の利用者様の様子を把握しながら連携は十分取れている。
看護師を通して連絡・調整がよく取れている。
急変があった際に連絡後の対応がスムーズにできたことで大事に至らなかった。
急変時に電話にて連絡したが、すぐに診てはくれず時間がかかった。
急変時の対応など、日々共有した情報を持ち連携している
共有ノートや数値表を利用し、連絡等で伝達。連携している方々に直接口頭伝達(医師、往診時等)を行う。
共有ノートを利用して連絡伝達。直接伝えた方が良い場合は電話にて連絡。
緊急でストーマパウチと腎ろうの管2本が抜けてしまい、連携した。
現状を看護師に伝え、処理等を行った。
個人病院にも関わらず夜間対応を了承していただいた。急変時に備え最新の医療情報を常に用意してくれた。
今までは医療機関と連携する場面はほとんどなく、たまに関わっても距離感があり、連携していくような雰囲気を作り出せていなかった。今回の事例は看取りの方だったが、最期までしっかりみようとカンファレンスや連絡を密に取り合い、些細なことでも相談できる関係を構築
今年5月にお亡くなりになりました。ご本人様の在宅で過ごしたいというお気持ちを大事にして、ご家族・医療関係者・看護職が一丸となって取り組み、ご長男の見守る中お亡くなりになりました。安らかに旅立たれました。
再入院
死去
死亡。
主治医が熱心に対応して下さったため。
受診時に同行し情報共有ができています。
受診時同行し、直接医師より説明を伺う。
終末期のため急変の可能性が高いので、常に連携を取るよう注意した。
少しでも様子、状態に変化を感じたら細かめに連絡を取る。担当者会議を頻繁に開催する。
少しの変化でもお互いに電話で連絡でき、常に利用者様の状態の把握ができていた。
上記の連携の状況により、対応、改善方法を探っていく。
情報共有ができていないと感じる。
状態変化(発熱)等が見られるとすぐに主治医の受診を行うか、電話での指示をいただいていた。主治医が勤務先の主治医でもあったため、様子を聞いてこられたりしていたため、生活状況の共有も十分できていた。
身体状況が安定している。
早く対応してくれる。
早期に利用者の話し合いができ、介助の共有等が可能になっている。時間が取りにくい(勤務外)。
体調の変化を伝える事で、それぞれの訪問時に様子観察ができ、その変化を訪看が見極め医師の指示を受けられる事ができるため、処置が早く軽度で済むことが多い。
退院されたが病状が思わしくなく、ケアマネと家族に連絡を取り合っていたが、早急に受診され、そのまま入院となりました。
退院後、自宅での転倒の回数が減りました。
退院後、食欲不振が続いていたため、点滴治療が行われた(訪問看護)。食事、水分の摂取量、排便、排尿、ご本人の体調について連携ノートにて伝えることができた。その後改善され調子が良くなったので点滴は中止されたが、血圧、体調、服薬について主治医との連携は継続できている。
退院後は家族からの情報のみとなったから。
担当者会議で会い、その後1回目の訪問看護の際に処置を見せていただきながら、注意点等を教えていただいた。
著しい身体機能の低下が見られ、Dr.と連携を行いながら訪看、在宅酸素、福祉用具の変更など短期間で行うことができ、困っていることにすぐ対応することができた。
電話、FAX で連携が取れている。
日常の様子、状態を日ごとケアマネに報告。リハ、看護師などに相談できている。
入浴困難になっている状況を話し合い、少しでも負担を減らせる工夫をしている。
排尿、排便、水分補給など、医師からの指示等を直接会い、現状を報告し、医師より指導を受けることができた。
病気進行に伴い、サービス量や介護認定が追いつかない。
服薬の仕方、薬塗布の仕方など指示指導していただいた。
変化があった時には訪問看護さんとすぐ連絡を取っている…。

	変化に対して判断、指示をもらえた。
	報告した時点ですぐに看護師に対応していただけた。
	訪看
	訪問して不安に思ったことをすぐ相談でき、対処ができる。
	訪問リハからは介助方法についての指導や回復状況に応じたケア方法のアドバイスなどが適宜行われていた。訪看とは直接会えることが多く、状況確認できる状態であった。カンファレンス(サー担)への多職種参加者も揃い、各サービス時のご利用者の状況が分かり、ケアへ有効に活用できる場面も多かった。
	訪問時の状況をケアマネージャーにその都度連絡
	亡くなっている。
	本人ができることとできないことなどをお互いに情報を共有することができる。本人の機嫌が悪いだけか本当に体調が悪いのかの目安をお互いに周知できている。
	本人の状態を皆で共有でき、さらに必要と思われることについての話し合いを広げ、訪問医や通院先を紹介、緊急時の対応についても話すことができました。利用サービスを増やすことができ、生活の不便を解消しました。
	本人の精神状態の安定を第一に考え、薬をできるだけ使いたくないという Fa の希望に添い、負担の少ない薬を試した結果、状態も落ち着きとても穏やかな日々を過ごされている。
	薬の飲み忘れ等をしないように連携を行っています。
	利用者の状態が悪くなる前にすばやく対応できたこと。
	利用者の状態が悪化したり、変化したりした場合には、ケアマネージャーを中心に情報の共有ができた。
	利用者の心身状態を共有でき、最善策を話し合うことができ、利用者家族とも相談を重ね、本人に納得していただくことができた。
	利用者の方の介護上の問題点を相談。リハビリ的な見方で、利用者、介助者両方にとって安心、安全な介助の仕方の提案を受ける事ができた。
	利用者の様子、変化などを細かく観察し、情報共有しながら薬の効果を見ていく上で、利用者が落ち付いて生活できるようになってきたこと。
	利用者自身自己管理を徹底しているため。
	利用者様の意向をすぐに伝えられ、満足して頂いた。
	利用者様死去。
サービス提供責任者	(1)情報の共有ができた。(2)嚥下障害により嘔吐、口からの摂取をいつやめるかの判断が適切にできた。
	10月に永眠されたが、希望されていた家での看取りができた。
	かかりつけ医がヘルパーからの相談等にも乗ってくださり、話しやすい環境を作ってください。
	カンファレンス等で各事業所の役割を明確にし、様々な介護方法や身体状況の変化を情報共有する。
	ケアマネージャーからの情報で連携を取ることができている。
	ケアマネージャーに訪問時の状況を随時報告
	ケアマネージャーを介しての報告、連絡ができている。
	ケアマネージャーを介して状態変化等、都度連絡を取り合い、早期対応に努めている。
	ケアマネさんを通じて現状の情報を伝え、ケアマネさんは医療職との連携を取っていて情報伝達あり。
	ターミナル期の利用者さんであり、日々、一日の中でも変化が大きかった。訪問看護と連絡を取る際、直接話をした方が、正確に伝わると判断し、そうした。必要なことをスムーズに行えたと認識している。
	リハビリ先でどのような運動をしているか等、具体的に聞くことができた。
	異変があった場合、報告し、連携を取っている。
	奥様(ご家族)とケアマネ含めて状況の共有
	家族を介する場合(急がない内容)は、往診日に相談するようにしているので、月に2回決まった曜日に相談している。医師からの説明を家族が直接受け、また医師からケアマネ、訪看にも説明をしてくれているので、まずまず連携は取れている方だと思う。
	看護師に処置をしてもらった。今後そのようにならないため対策を考えた。
	関わりも持っている全員が情報を共有できている。
	急変時対応策を指南して下さった。
	共通の連絡ノートで、バイタル、皮膚状態等、情報を共有できている。問題が出た時には医師やケアマネへ連絡し、対応している。
	緊急時の対応や医療との連携をケアマネを介してスムーズに行うことができた。
	決まった書式に決められた項目をお互いに記入して提出しているだけ。
	現在、生活支援で介入。訪問看護師との共有ノートにて情報交換、受診の指示等があります。またケアマネを介して連携を取る場合もあります。
	今のところ直接連携する必要がない。ケアマネージャーを通じて十分連携が取れていると思っています。
	実際に同時に訪問することで身体状況が確認できたり、体調不良時には相談や指示を受けることができるため、安心して在宅で過ごすことができている。現在、定期受診はしているが症状により、それぞれ別の病院に通院しているため、今後はかかりつけ医、又は往診の検討も必要と思われる。
	受診(デイサービス中の体調悪化のため)後に入院となり、本人在宅復帰の希望でしたが、在宅酸素導入となったため、全盲であることから在宅は無理との Dr. の意見により入所(有料ホーム)となったため。
	受診するが、ナースと共有の意識で会話ができる。
	徐々に病状は進行している。精神的に不安定な事も多いが、言語によるコミュニケーションがとれないため、意思疎通が困難である。胃ろう造設、人工呼吸器管理、痰吸引、膀胱留置カテーテルによる厳重な管理を行う必

要性は高いが、訪問看護とタイアップしてサービスを行うことにより、介護職として安心して日常生活支援に関わることができている。助言を受けやすく、ニーズにスピーディーに対応できる。
少しの事でも常に連絡を入れ、連携がはかれていると思う。
少しの利用者様の変化でも連絡をこまめに取って共有しているので、大きな事故にはならない。対応も早く行っている。
床ずれを発見し、ケアマネを介して訪問看護を入れることができた。悪化せず。
常に看護師と情報を共有している。すぐに医師に連携できており、対応してもらえる。医師による説明もある。看護師の指示、医師の指示がすぐに伝わる。
状態の把握。同時間帯の訪問。
食事形態、食事介助の注意点、誤嚥性の注意点、食事姿勢の状態、日常必要リハ、口腔ケア。細分化して丁寧にお互いにマニュアル化できた。実行できた。状態改善できている。
診察室に入り、医師と直接話しているため。
身体状況の変化の報告(ケアマネージャーをとおして、連携ノート)を行うことでスムーズに対応していただいている。
先生、相談員と面接し、話し合うことができた。
総合病院退院後は主治医に2回/月の往診をしてもらっている。
打ち合わせ等の回数が少ない。
体調観察、変化時の連携対応。独居生活移動時、重心のバランスが取れない。左足が痛み、ふんばりができない。転倒の危険もあるため。
退院後は施設に入所され、Nsもおられるので何かあればすぐ報告し、対処してもらえるので。
退院時に疾病の原因、退院後に予想されること、障害、体調の変化等、きちんと説明してもらえたこと。ケアマネージャー、家族らとの連絡(弟夫婦が近くに住む)を密に取ることができた。
短期利用だったため(ショートステイ)。
直に会話できている。
通リハの送迎時にヘルパーと看護師で情報提供し、共有している。体調不良の訴えがあれば通リハ看護師に連絡。
定期的な往診が受け入れられるようになった。
定期的に受診に付き添い、直接かかりつけ医に様子を聞くこともできる。
定期的に病院での診察を受け、今の状態、現状の報告、連絡をして頂いている。
電話連絡をすると訪看さんがすぐに来てくださり、往診時もDr.と対策の話し合いができる。
内服の飲み忘れて発熱、歩行困難になり、マネージャーに連絡し、受診の依頼。受診後の状態を確認する。日々ヘルパーの前後でNsが訪問しているので。情報共有できている。
入院中、減塩食を摂られていましたが、退院後の減塩食対応が必要か、なぜ減塩食になっているのか(疾病など)を確認。
入院中の心身の状況、リハビリを現在どのようにしているか、退院直前の状態、服薬、食事量、退院する前に、自宅で過ごせるよう段差の解消、1日を過ごすための福祉用具の取り入れ等の会議を行った。
排便コントロールや食欲について共有している。
病院での受け付け、受診がスムーズにできた。
病院内の違う科と連携、及び地域の病院。
服薬の内容。状態の急変時の報告の仕方。
複合型サービスへ移行(他へ)
法人内現場はできているが、地域のかかりつけ医との連携が課題。
訪看Nsを導入することで連携が取れた。
訪問看護師への連絡などが頻回になってきたことから、訪問医療を利用ようになる。
訪問時に多職種が連携ノートに状態、気づきを記入する事で情報を共有できた。
亡くなった。
亡くなられた。
亡くなられました。とてもいい顔をされ、家族様にみとられました。
本人さんの状況を詳しく伝え、症状、状態の共有ができた。
本人の身体状況を観察し、かかりつけ医に家族様より連絡してもらった。
薬が効き、自傷行為がなくなった。
予後の生活、服薬の説明を詳しく聞け、こちらの在宅状況を理解していただき、調整をお願いできた。病院から在宅、往診へのDr.とのカンファレンスもすぐ行われた。
利用者の情報の共有ができており、必要時にはきちんとした解答がいただけ、その都度利用者へ適した対応が取れた。
利用者の状態、経過状況を伝え、救急搬送となる。入院となる。
利用者の状態の共有ができ、必要なサービス、介護の注意点を共有することで連携が取れ、良いサービスが行えた。
利用者の定期的通院日に合わせて担当者会議をやる(病院で)。
利用者宅に置かせていただいている連絡ノートを活用し、気がついたこと、相談事等を記載し、返事をもらっている。緊急時は電話を入れ、対応の仕方を聞いている。
連絡ノートを活用し、現状を把握できるような体制が取られている。
連絡手法が確立出来ていた。医療職から介護職へのフィードバックがあった。

	喘息あり。痰の絡んだ咳き込みが続くので、吸引の必要性と緊急時の対応についての相談をサービス提供責任者又はケアマネを通じて医師と行き、緊急時の連絡方法、対応について確認した。大病院では細やかな対応は難しく、デイケアの医師が対応してくれることとなった。
	褥瘡の悪化が防げた。
	褥瘡を作らないよう状況の伝達に努めた。
その他	Dr.が家族さんの思い、希望をきちんと聞いてくれて病状をきちんと説明してくれる。急変時の対応を訪Nsと共に共有できた。
	Faと本人の考えをもとに、病院と施設の連携は取れている。
	医療連携室からの紹介で直接入院先に出向き、本人と面接、今度(通院後)の在宅での家族希望や本人要望、病棟Nsとのカンファレンスからニーズを知り、サービスにつなげる。リハ状況から行動パターンを知ることで本人とのコミュニケーションが取れる。家族、本人の希望に柔軟に対応する。
	看護師から医師へ連絡し、指示が出る。
	誤嚥性肺炎により、食事ペース、本人は食べたい、経口摂取とケアでの判断。転倒骨折して入院…寝たきり。在宅復帰後ターミナルへ。食べたい気持ちを尊重して、NSと再評価、今後を見ずして主治医と連携、その後永眠された。
	在宅に戻り数日後に死去されたため。
	在宅の訪問医との連携は電話で細かくできているため。
	死去されたが、「満足しています。ありがとうございました。共に情報共有ができて本当に助かりました。」との言葉が家族から聞かれ、サービス事業部や医師からも共有したことに満足と、直接言葉をもらったから。
	必要時にカンファレンスを行っている。
	変化があった際にはすぐに往診にかけつけてくれた。質問には答えてくれ、会って話す時間を取ってくれたから。
	連携の後、ケアの内容が充実した。
-	状態変化がある都度、相談等を行った。

Q9. 医療職との連携において必要と思う知識・技術

F9 役職	Q9.その他、医療職との連携において、どのような知識・技術が必要と思うか
管理者	<p>(1)現在の状態から今後予測される状態が分かる程度の知識は必要だと思う。(2)知識・技術がありすぎても専門職とは上手く付き合えないこともある。頼るほうが色々教えてくれるし、上手く付き合える気がする。</p> <p>(1)疾病に関する対処方法や留意点、ケア方法を聞きたいが、医療職の専門用語のようなものが分からず、基本的な事を学ばないと医療職と話す事ができない。(2)医療職(主に看護師)の方が高圧的で少々話づら</p> <p>(1)終末期のケアが増えております。対応方法の知識。(2)喀痰吸引の指導の機会を多く作って欲しい(技術)。</p> <p>(1)軟膏の種類。(2)ターミナル利用者の死に行く利用者の状態変化(ある程度知識が入ると冷静な目で見て、医療へも状態をつなぐ事ができる。ただ慌てるのではなくしっかり見る事ができるのでは！</p> <p>(1)病気が及ぼす影響による病状の変化に対する知識。(2)介護職による経管栄養、喀痰吸引。(3)緊急時の対応、技術。</p> <p>「介護職⇔ケアマネ⇔医療職」になるため、連絡不足となる。ケアマネの情報不足や力量のなさに上手に連携できない理由があると思います。</p> <p>あらゆる事。</p> <p>ある程度関係者も不安を感じるため、安心する声かけアドバイスが欲しい。</p> <p>お互いの専門職としての仕事の方向や考え方の違いを知ることが連携につながると思います。</p> <p>お互いの立場を尊重し、対等に話ができる様にすることが必要。</p> <p>カンファレンスにおいて病気のことを知っておくべき。またサマリーに書かれている専門用語も知識が必要。</p> <p>カンファレンスや担当者会議には積極的に出てきてほしい。</p> <p>このアンケートは無意味。実際の現場が分かってない。自分たちの満足のためにアンケートをとるのはやめて欲しい。民間にもっと仕事を回せ。</p> <p>このアンケートを元に、貴団体が今後どのようにすれば介護職業訓練と医療従事者との連携を取ることができるとかの提案を出して頂きたい。また、医療従事者の中には介護職業訓練を下に見ている感があるので、それをなくすための方法も提案して頂きたい。</p> <p>コミュニケーション術</p> <p>すべて必要。</p> <p>その他は特に思いつきません。</p> <p>それぞれの疾病に対する注意点</p> <p>それぞれの職種があまりに忙しすぎて、集まることができない。時間がない。話しを聞けない。</p> <p>それぞれの専門職の捉え方、特徴等を知ることが必要だと思います。</p> <p>ターミナルケアが増えてきております。介護職に求められる技術や知識を高めることは、今後最も大切なことの一つと実感しております。介護職に必要なのは、自分たちの専門領域がどこまでか理解していること、医療職がどのような申し送りや連携のための情報を求めているかを知ること(介護職の役割の理解)とその方法だと思います。</p> <p>ターミナル等、重い疾患でない限り、医療情報は介護職に伝わらない事が多いため、ケアマネへの発信が重要と考える。情報の共有方法・報告・連絡・相談の手順等、連携の仕方を事前に構築する必要があると思う。</p> <p>ちょっとしたことでも見過ごさないよう、気付ける知識が必要だと思います。知識なしで技術の習得はあり得ない。</p> <p>どちらかというケアマネが一番、医療職と連携されているケースが多いです。私たちもどのように連携すればよいか発信や情報が欲しいです。</p> <p>ヘルパーがする事が可能になった医療行為を、重点的に詳しく学ぶ必要があると思います。</p> <p>胃ろうを付けている利用者の対応方法等は必要だと思う。</p> <p>医学的知識、ターミナル医療の理解</p> <p>医師、歯科医師、看護師、薬剤師…と分けるのではなく、お互いにそれぞれの仕事に興味を持ち、連絡が取り合えるような横のつながりを持つことが大切だと思います。</p> <p>医師がどのような情報を必要としているかの研修。</p> <p>医師からの説明を理解するための医療用語</p> <p>医師との付き合い方がかなり不足しており、敷居の高さを感じる。</p> <p>医療、介護分野の互いの職の範囲を明確に理解することと、互いの職種の理解と尊重が必要であると考えます。</p> <p>医療、看護、介護を差別しないで高度な情報を共有すべきだと思います。</p> <p>医療ではなく、栄養学、予防学との連携が必要だと思う。</p> <p>医療ではなく、栄養学や予防学との連携が必要だと思います。</p> <p>医療と介護の連携会議は医療関係者とCMだけで行っているが、介護事業者も加えた会議が必要。</p> <p>医療と介護は連携が必要である。しかし必要以上に医療知識を介護職が勉強する必要はない。介護職の役割を把握し、介護職として何ができるのかを分かっていると、医療職との連携はできない。</p> <p>医療の知識、看護の知識が必要。必要な情報を伝えるための知識。</p> <p>医療は治療優先であるため、本人の希望が届きにくい。私達が本人の治療に対しての思いをどう伝えていけばいいのかが難しい。そこで少しの医療の知識とコミュニケーションが必要だと思う。</p> <p>医療を必要とする利用者についての疾病の知識や、異常を発見した時に医療職に報告する必要最低限のなどを十分に理解しておく必要があると思います。</p>

医療系とのコネクション、コミュニケーション能力。連携の取れる時間帯の把握。
医療資源の把握。そもそも利用者に対する理解と知識。
医療職が介護職との連携を必要としないように思う。医療が上で介護が下という思い込みがあり、情報の共有を拒否する場合がある。
医療職が介護職に望むこと。介護職が医療職に望むこと。
医療職が求めている情報が何かを福祉職が理解し、必要な情報を必要な時期に提供することが大切。
医療職と同等の知識
医療職と福祉職は違うので、お互いに広範の中でやれることを確認しながら行い、互いに尊重することがベストかと。介護士が看護師の真似はできませんので。
医療職の方々は、介護職との連携を必要と考えているのか分からない。こちらが知識や技術を身につけるのであれば、医療側にも知って頂く必要があるのではないのでしょうか？それがなければ始まりません。
医療職はヘルパーを見下して、対等に話そうとしない。一方的に治療方針を伝えるだけで、現場のことに関心がない。
医療職は利用者から話を聞いたりしてくれるが、対応が冷たい。はっきりと言いきる。そのことで利用者のフォローを福祉職が行わなければならない。
医療知識のないヘルパーが多い。糖尿の方や腎臓病、肝臓病などの方への食事内容、提供内容を知らないことが多い。
医療的ケアに関すること。
医療的な最低限の知識が必要。
医療的な利用者情報が少なすぎる。
医療的知識、技術
医療分野と介護分野の両方を理解できる人達が一人でも多くなること。
医療分野の専門用語、病気の名称
医療用語、専門用語が出ると分からない。
何よりも直接会って顔が見える関係を、双方が求めることが重要と考えます。その関係性の線上であれば、連携が取れない…ということはないのでは？と思っています。
当社とのHPのDrをつなぐPS上のソフトを導入したが、あまり活用されなかった。
介護サイドとしては特に大病院などにおいて敷居が高いイメージがある。お互いの職域を割り切るのではなく、理解し合う、歩みよるという意識を浸透させる必要があると思われる。
介護士として基本的な記録が大切で、医療に繋ぐという意識が重要である。
介護職ではやってはいけない事もあるが、しっかり研修してもう少しできる範囲を増やしていかないと前に進めない。知識や技術を身につける場がほしい。痰吸引や簡単な処置など…。
介護職としてここまでは必要な知識、技術だというおおよそのラインまでの内容。
介護職としての視点(生活全体)で情報を伝えることができること。介護の役割や制度を理解した上で提案をできる発想力。
介護職の医療知識の不足のため、もっと学ぶ場所が欲しい。基礎→少しレベルの上の研修。
介護職の医療的な知識は不足していると思われませんが、医療職も介護の仕事について理解しようとして欲しい。お互いが分かり合えなければ良い連携につながらない。
介護職は医療にタッチしなくてもよいと言われていますが、自分の自分なりの医療知識を心得た方が利用者様にも信用されるので大切だと思います。
介護職自身も疾病や薬についての知識や、利用者の今野状態についてあらゆる面に対応できる介護技術が必要。
介護職側においては病状の理解が必要だと思います。また医療側においても在宅でのケア、現場の把握をしていただきたいと思います。
介護保険のことをあまり理解されていない医師が多く、介護職にはできないことがあることの理解がない方が多いと思います。
各医療職ともう少し親密になれるとより連携が取りやすくなるのではと感じております。
官僚が実習すること！
患者(ご利用者)一人一人に対する治療行為に対する根拠、手技。
看護職の方は介護職を低く見る傾向にあり、「どうせ分からない」と考えているように思います。お互いが尊重し合うところからだと思います。
観察力、報告力
観察力と即決できる受け答えの技術力。
器具について、薬について、処置について。
基礎医学
基礎的な医学的な知識が必要だと思う。専門用語が理解できない。
疑問を持てる知識、観察力
急を要する事態に対する対応の知識
急変時の対応、状態についての見極め
急変時の対応、連絡。ヘルパーの服薬の知識不足。
緊急を要する場合の介護職ができる応急処置
緊急時に訪看と連絡を取っても、窓口の訪看がいつも訪問している看護師ではないので、連携という所では不安になる事もあります。

緊急時の対応
具体的なノウハウ、方法。
研修について、CM 対象が多い気がします。日々の生活を支えるヘルパーのレベルアップは必要だと思う。実際に病院で行われる研修(介護職対象)には多数参加している。
県で医療と介護の連携が進んでいると思う。他県から来たので長野はすごいと思う。ケアマネの地位の向上があり、医療との住み分けが進み、分化している。勉強を怠らないことが大切。
現在の5名で時間不足にならないように行っています。技術もその人に必要な時に行っています。
現場では直接医療職と連絡を取ることがあまりありません。まず管理者→担当ケアマネ。連絡が取りにくいのでストレートに情報が入りにくいことがよく見受けられます。知識、技術の前に話し合える機会をもっと作ってもらえたらと思います。
個人情報取り扱い方と重要性についての理解と慎重さ
互いに意見交換し合う場を多く持つ。ご家族も含め、情報を共有し合う。
互いに時間的余裕を持てる状態での情報交換・共有。
今、筋書き通りのことは研修で教えてくださいますが、心のケアができる人材を確保して欲しいです。安心安全な利用者との時間が今、少なくなってきたように思われ、残念です。
今後、在宅重視の方向性を理解し、医→介の共働で高齢者を見守っていくために何が必要か? 自己研鑽が必要とも考えます。
今後、地域支援事業の中には、在宅医療、介護連携の推進が含まれました。首長が自ら動いても医師会、行政を動かしてほしい。
今後のケアには医療との連携がとて重要になってきます。自己研鑽し、機会があればどんどん研修に参加していきたい。
今後は病気、疾患や多様な状態の方が在宅で生活されていくと思われ。新しい情報(薬、ケア方法)など広範囲に対応できるようにしていきたい。そのための技術研修等が必要。
最近の利用者状況では、予防の方が悪くなられ亡くなられるというケースが増えています。利用者が今後どのような状態になっても素早い対応ができる、基本的な医療知識、技術の講習が必要だと思われ。
最低限の医学用語などの知識
在宅でのご利用者の ADL や IADL、できること、良いこと、できないことを Dr. に伝えるためのパスのような書式を考えています。認知症の方は製薬の会社のものを利用しています。全国で統一のものか見本が欲しいです。
在宅での医療行為について。
在宅療養支援システム等、会いに行かなくても意見が求められて答えが返ってくるシステムが広く活用される事。
事業化が進んだことで事業所内の守秘義務の扱い方が難しくなっている。
自事業所の看護職とは密な連携が取れているが、それ以外(医師等)との連携が難しい。
自身が医療、福祉系の指導者として資格もあり、現在は問題はない。しかし介護系の学生について教えているが、その必要性についての認識度が低く、教育レベルでの問題は多いと言える。
自分で勉強したり、仲間など周りの方から情報を得る。介護職としての基本を身につけ、それ以外の不明点のアドバイスをもらう程度にはならないといけないと思う。
自分のことに関して言えば、医師や看護師は在宅のひと暮らしの認知症の高齢者に冷たいです。他の病院への転院を言われ、問題行動があると必ず付き添いを求められ、定期的な服薬も難しいのに、朝起きてすぐ、服薬後は 30 分横になる等の薬を処方されたり、在宅での状態を伝えたりメモを見せてもほとんど見られません。在宅を勧められる医師はおられず、自分の病院のサービスを使うように勧められます。知識、技術うんぬんよりもっと基本的なことが大切だと思います。
自立に向けたリハビリテーションの具体的方法等の知識を得たい。
疾患に対する基礎知識は必要だと思います。
質問しやすい空間づくりをして頂きたい。
従事者自身がその必要性を感じていない以上、連携を取ることは無理だと思っています。
小規模多機能でケアマネをしています。現状の職員へは私から全て情報を指示しています。また看護師もいますので、医療の連携は問題ありません。もう少しアンケートをとる方の職種を限定してください。
小規模多機能ホームにおいては個々のかかりつけ医との連携になる。また基本は家族対応になるため、情報の把握については個人差がある。事業所とそれぞれの利用者のかかりつけ医から何を注視すべきかを教えてもらうことから始まるのではと思います。それに向けて必要な知識を得ていくことが必要だと思います。
小規模多機能型居宅の看護師(正)は、医療現場での実績が長くても吸痰などの医療行為は行ってはならないという行政の考えがどういふことなのか分かりません。特養では一定の研修を受けたヘルパーはできるという。理解できない。
常に相談できる人(看護師)がいれば良いと思う。
情報の共有。スムーズな情報交換ができると良い。
情報を共有するためには基本的なことから病気に対する注意事項等は知っておく必要がある。Dr. と Ns の言われることが理解できないと連携は困難だと思う。
職種の違いの理解と、連携方法の確認。
職場の研修または DVD などの貸し出しなど、全体、スタッフのレベルアップしていかないと出遅れます。
心のケアについての専門的知識、技術
人と人のコミュニケーション能力。

人間性によるところもあるのかもしれないが、医療職と介護職の格差によるところが大きく、知識的なものでの差以前に、利用者に向き合う意識の共有が必要であり、はっきりとした分別が大事な面、そうでない面(医療行為など)で差が大きく技術面での評価などで、同じ職場などでも平等な立場に立てない。その変から変わる事が必要ではないかと思える。
正しい知識と技術により、情報を共有する。
生活の質を上げる医療とは、医師にも聞きたい。
設問3の通り。介護職側の医療面知識の底上げが必要だと思う。
専門職の方々も介護職員との連携をいかにすれば良いかお考えいただきたい。日々のケアは介護職員が圧倒的に時間が多い。
専門的な部分が高いが、研修等があれば知識も増え、医療職と深い話(ケース連絡)ができる。
専門用語など。逆に医療職側に分かりやすい説明をお願いしたい。
退院後のケアが大切ですが、ヘルパーが行える事は食事の塩分制限腎臓食の野菜の湯通し等ですが、退院後は体調の変化があるため、訪問看護師と連携できていると利用者も病状の事も相談できたり、ヘルパーも気をつける面を聞き、心配な面も連絡し合い在宅でも安心した生活ができると思う。
知識、技術よりもお互いの歩み寄りが必要だと思います。医療職と介護職が同等の立場であるという意識がなければ、良い連携にならないと思います。
知識、技術よりも人間として信頼されるかどうかであると感じています。
知識、技術以前にお互いに歩みより、人として信頼し合う事が重要と思っています。特に看護職の方々には専門なため、介護職を見下している傾向も伺え、また介護職の方々も勉強により得た知識で、看護の世界に割り入ろうとします。超えてはならないお互いの領域を知ることです。
知識と技術を満足いくまで習得することは難しいです。ですが当方では良心的な往診医に恵まれ、利用者様一人一人のケアのアドバイスをいただき、正しい方法でサービスを行うことができています。
知識は必要ですが、医療的な技術はNsやDr.にまかせたい。ヘルパーをやる人がいなくなります。
知識や技術は人それぞれの病状によって細かく異なるので、その都度医師や看護師に納得のいく説明や技術を教えてもらうのが一番大事だと思う。習得した知識が全く役に立たない場面が数多くあった。
知識を広げることはとても大事だと思うが、介護職では医療行為にあたるためできないことも多く、報告、連絡だけで済ませる場合が多い。
地域の特色がありますが、小さな市(飯山市)なので顔の見える連携がとれているように思います。医療面が必要と思われるケースは、ケアマネージャーに報告し、早めの対応を促していきたいと思っています。
地域医療についての考え方が、開業医の医師まで考え方に温度差があるように思われる。医師への相談や聞くこと等があっても垣根が高く気軽にうかがうことができていない。
同じテーブルで話ができるよう、言葉を統一にする。話せる機会を増やす。
特になし
日常的な介護の中で小さな変化にも気付くことが介護職には必要だと思います。小さな変化でも医療職などと連携を図り、利用者が長く在宅生活を送れるように、医療の基本的な知識は必要だと思います。
必要な状況を分かりやすく言葉にして伝える力と医療職からの指示を正確に行う力
病院などにレスパイトに入った時、在宅での取り組みをもっと聞き取って欲しい。在宅での医療ケアには介護も含まれている。しかし箱物(病院、施設)の医療職は医療だけで介護はしないことが多い。
病気に対する知識、飲んでいる薬の内容、食事の内容及び栄養、身体の動きなど、もっとも大切と思うこと→本人の理解(コミュニケーション介助)。
病気の種類、病名などの知識や医療用語。
病気の知識は概ね理解する必要があると思う。
普段の関わりが少ない。
幅広い医療的知識(介護側)と医療職の方にも生活に関する知識に興味を持ってもらいたい。医療に関する知識を最低限勉強する機会が欲しい。
変化への気付き
訪問ヘルパーに対しても質的に全体をレベルアップする研修が必要だと思う。常に医学知識を学んでいくことが必要だと思う(基礎知識)。予防についても研修していきたい。
訪問介護事業所でタクシー事業もしているため、とりわけ移送がらみの業務が多いが、自宅からの通院もあれば医療機関から医療機関の転院などもある。ニーズが非常に高く、このケースは介護保険適用での訪問介護サービスで「介護タクシー」、このケースでは介護保険非適用で自費での「福祉タクシー」となるということなど、一般の方(利用者、その家族)はもちろんのこと、看護師等も全く把握しておらず、「介護タクシー」の一括りでの依頼がほとんど。もう少し連携のネットワークができれば…。
忙しすぎる。ケアマネが障害になっている。
薬に関する知識。
薬に関する知識やヘルパーにでも出来るリハビリ等は重要であると思います。
薬の効果、副作用についての知識。
利用者に急変があった場合は看護師に連絡を取り、大事にならないように対応しなくてははいけない。そのためにも救急処置ができるように技術の向上を図る必要があると思う。
利用者の主治医とは連携が取れているので、特に問題はありません。
利用者の状態。
利用者の病気の基礎知識、具体的な数値
利用者の服薬している薬に関する知識、把握が必要。



	利用者状況を明確に表現して Dr. に伝える観察力。
	利用者本人の情報、予後の理解ができるための知識。
	立ち位置、視線が違うし、対応に対して補助金等が発生しない利用者の主治医、看護師等が直接携わっている人全員と相談時間が一致しない。
	連携を取るにあたり、最低限の医療、福祉の知識を持ち合わせる必要があると思われる。
	喀痰吸引について。ターミナルの患者について。
	痰吸引の研修を受けたいが、該当する利用者がいないため受講することができない。痰吸引を必要とする利用者が現れてから受講するのは少し対応が遅くなり、違うと感じている。
介護職員	(1) 医師とのコミュニケーション能力。患者には優しくてヘルパー等の職種の間には急変する医師が多い。正直対応に困る。(2) 現場に入って思うのは、会話をしすぎたりするヘルパーがいる。プライバシーやコミュニケーションのとり方などの技術が必要なのでは。
	(1) 緊急時対応(2) 吸引
	(1) 先生(医師等)の都合を配慮したアポのとり方。それぞれの医師が好む連絡方法を知ること！(2) その人(利用者)の医療に関する病気の知識、最低限の専門用語。在宅でどのような生活をしていて、どのようなことに困るかを的確に伝える技術。
	(1) 利用者状態把握のための知識、技術。(2) 連携のための知識、技術。
	Dr. の上から視線ではない、コミュニケーション能力。介護職から Dr. のプライドへの配慮をしながらのコミュニケーション能力。
	USN 等、必要な方がいる場合のその仕方を Ns に教えていただきたい。私自身とすれば、HP 等医療器具がしっかり整備されているところで働いて勉強したいと思っている。
	お互いがお互いの仕事を理解し、協力しながら業務を行うべき。知識、技術がないという前に情報の共有ができていないと思う。
	お互いの職種の理解はもちろん、介護職としても最低限としてバイタルチェックは行えるような技術を身に付けることが大切だと思われる。またちょっとしたサインから状態の変化を把握できる力を身に付けておくことも必要だと感じる。
	お互いの専門性を理解し合っていないので(ヘルパーに医療行為の依頼が来たり等) それを知り合うこと。
	お互いの必要性の認識
	お答えするための実務経験がないのでお答えできません。済みませんでした。
	お忙しいとは思いますが、主治医も担当者会議に出席していただけると助かると思います。
	ケアスタッフが継続的にできる知識、技術の伝授等が必要かと思えます。利用者が一番近くにいるケアとの連携が重要です。
	コミュニケーション技術
	ご利用者策の状態、日々の変化に対する観察力。
	サービス提供責任者を通すため、直接接することはありません。ヘルパーも基本的な知識は必要なので、個人個人が常に勉強し、知識を蓄える必要があります。しかし業務に追われなかなか勉強できずいます。高齢者のかかる病気や注意点をまとめた小冊子があると参考になり、役立つように思います。
	その方の状態に応じた対応技術や知識が必要と思う。
	ターミナル
	まず、お互いに歩みよる気持ち。お互いで行っている業務の把握。
	医療と介護のへだてを取り除き、もっとお互いが利用者本位になり、充実したケアをしていかないといけないと思う。
	医療についての知識。利用者の状態をよく知り、どのようなケアが必要か考えていく。
	医療に関する知識が必要であると思う。
	医療の正しい知識があれば状態が変わった時など不安なく対応できると思います。
	医療職が自宅での生活を見据えた指導。
	医療職サイドのプライドの下げ方。医師によっても技術や知識が違いすぎる。介護者は一番低く見られているので、改めて欲しい。
	医療職スタッフが介護職員ができること、できないことを理解しているのか気にかかる。医療と同等の処置等を求められても困るなど感じています。具体的な介護技術の学習は定期的であり、参加できていますが、本当に基本的な身体・疾病に関しての知識や連携のための学習はないので(あっても分からないのか?)、あったら参加したいと思います。
	医療職に十分情報を伝えたり、聞いたりするためにもさまざまな分野のことを勉強し、理解しないと行けないと思う。
	医療担当者も介護職も基本、何のため、誰のための技術向上なのかを踏まえた上で、必要と思われる全てのことに関わるべきだと思います。
	医療的ケアが必要な方が増えてきているように思うので、基礎知識から応用までのこと。
	医療的なことを介護人はできないが、知識は必要だと思います。全体的に勉強の機会が少ないので、在宅にはたくさん機会を与えてくれたら助かります。
	家族への情報提供が少ない。そのため、確認作業に時間を要することがある。
	介護員もそれなり医療の勉強していますが「医療にたずさわらない介護職」といわれる。
	介護士がどこまでやって良いのかを考え、看護への連携。利用者の急変時に気付く。状況を医療へ。慌てず落ち着いて行動するため、起こりやすい病状の知識が必要。
	介護施設で利用者さんの病気と健康状態を把握するための知識、またそのための必要な技術。

介護職が医療に対する知識や技術を学ぶこと。医療職はもっと介護職に対する理解や介護ということにちゃんと目を向けて欲しい。医療職に対する介護の研修。
介護職だけではなく歯科やその他医療職とのコミュニケーション。利用者様の食べることの重要性を考えていくことが大切だと思います。(口腔がきちんとできていないと病気につながる。)
介護職でもある程度の知識を身に付けておかなければ、何かあった時に落ち着いて対処することができないと思います。介護者向けの医療研修があったら参加したいです。
介護職でもわかるレベルの知識の積み重ねが大切ではないでしょうか
介護職についても高度な医療知識、技術の習得が必要だと感じました。
介護職は医療(学)の、医療職は介護の、それぞれ概論(総論)的な知識が必要だと思います。またチームアプローチとして機能できるように、報・連・相を密にすることが大切だと思います。
介護職員が出来、医療関係の門が狭い。ケアマネジャーを通しての連絡が多く、直接行くことが出来ない緊急のみの対応だけ直接訪問看護の方に連絡。利用者一人のために医療職の方がおかれるわけではないので、なかなか難しいです。
各利用者の情報など、スタッフ一人一人が把握すべきだと思う。
看護師に近い知識と技術があったら良いと思います。
看護師主体ではあるが、介護士として利用者さんの状態を把握し改善するためにはどうしたら良いかを共有し、看護師と医療機関が連携を取りやすい様サポートする。
観察し、いつもと違う様子をありのまま伝えることが重要。利用者の既往歴、いつもの平均的なバイタルを知っていること…疾病の知識、血圧等の基準値の知識、発熱、血圧が高い低い時の対応、緊急時の対応、いろいろな知識が必要。
基礎疾患や現状の病状に対してのバイタルを含め、症状の注意点の理解。介護・医療における社会資源の理解とその活用法を伝える技術。
基本的な知識を身に付け、利用者様の病状、病態について注意すべき転を事前に確認する。症状が悪化することのないようにスタッフとの連絡相談を密にすること。研修を受講するなど知識、技術の向上に努める。
技術力があってもその場その場、一人一人の状況によって支援が変わるため、得ている技術であっても不十分な時がある。思う通りの支援ができないこともあります。
急を要する事態に対する対応の知識
急変時の対応、急変時のマニュアル作り、救命処置
居宅介護事業所としては専門医療職との連携はとても大切だと思うのですが、医療職の方があまり協力的ではなく、在宅に帰ったら関係ないというような感じがある。知識、技術を得たとしても精神科の方はやはり専門家としてのものが必要だと思います。
共通用語、専門用語
緊急時の応急処置や技術習得。介護職としてできる医療行為の習得。
緊急時の対応や判断について。
緊急時対応
研修機会を多くし、医療知識や対応技術を身に付ける。
元々の基礎知識と、立場が必要。
現在直接は関わっていませんが、隣接の訪問入浴サービスをされている事業所さんには看護師さん1名が付き添っておられるので、そうした看護師さんの体験のようなお話を含め、専門的な薬の話等を聞ける場があればヘルパーとして嬉しいと思います。
現場が忙しい。
個々のカンファレンス等に参加させていただくことができれば良いかと思います。
個々の利用者様で医療的ケアの必要な方の情報と対応について。
個人に対する必要なケアの指示が医師からしっかり出ないときなどは、何をしても良いかわからないときがある。
互いの目的の差を埋めていくこと。
口腔ケアの知識・技術は必要だと思います。
喉つまりを起こした時の素早い対応
在宅で介護させていただくための、薬の管理や身体の変化の手当の方法など教えていただきたい。
在宅で投薬治療などをされている方が重症化しないようにケアする方法などを知りたいです。
在宅酸素療養者へのケア方法やボンベの取り扱い方法の手段など(外れていた時の対応含め)、人工肛門等装着者へのケア方法やストマの取り扱いや注意点(外れていた時の対応含め)、胃ろう造設者へのケア方法や取り扱いや注意点(外れていた時の対応含め)。医療職が求める情報と報告すべき内容は具体的にどのような内容を必要としているのか。
仕事の分担と連携
仕事終了後、近隣で行って欲しい。近隣だったら移動時間も合理的にできるし、研修できると思う(病気、薬、リハビリ)。時間がないし、人員不足。
視野を広げ、幅広い情報を得る。情報の共有と報告、連絡、相談を密にすること。
常に新しい情報は必要であると思います。
常に勉強する意欲。
情報の共有をしっかりと行うことで、医療・介護職共に知識や技術を高めるのではないかと思います。医学的知識は介護職の方が分からないので、詳しい説明など、情報がほしいと思います。
正しい医療行為の知識。病気についての知識、薬の知識、急変時の対応等、痰吸引。
専門職のみの連携に終始せず、実際利用者と一緒に接する機会が多い介護士にも、情報を開放して欲しい。

い。もう最後という迄に待ってからの情報開示では不満が募ります。
早期の変化に気付き報告できる事。相談できる事。対応する事。
相互の役職についての共通倫理など
多くの利用者に関わり、多くを見ていくことが必要だと思います。
対象者の状況把握
知識、技術が学べる場所を多く作って欲しい。受講料を安くし、間口を広くしてもらいたいです。
知識、技術より、不明な点やわかりにくい部分を誰にでも聴けるような雰囲気作りが必要では？どちらかが一方だけ先に進むのではなく、お互いがお互いの職種のプロとして話し合いができるような状態になれば良いと思う。利用者様に対してのメンタル面を成長させるべき。
知識や技術より医療職から介護職へ歩みよろうとしてもらうことが一番だと思います。「医療」として割り切っておられる方が多いように思います。その方にとって全てのサービスが円滑に流れることがベストだと分かってほしい。
知識よりも個々の知識や技術をチームケアに反映するノウハウが不足しているように思います。
地域内の病院の連絡一覧や、総合病院でなくても緊急対応してくれるところのリストなど。
同等の立場と思うが医療の方が上から目線である。できないことをお互いが理解しあう事も大事。
特になし
難しい病気の利用者は何をコントロールするのが難しいのですか？
日頃からの観察に伴い、情報の共有(同ヘルパーも含む)と受診時間外と夜間における医療のサポート体制
認知症、精神疾患の研修
排泄のコントロールについて、介護職は摘便等は行う事はできない。
発作等が起こった際の対処方法等の知識(情報)や技術について。
病気、薬の知識。
病気の知識、薬の知識、精神面でのケアの方法など、技術はちょっと分かりません。
病気や疾病に関する知識、どんな重度の障害を持っていても対応できる介護技術が必要。介助に入っている人が当事者のことを知らないと話にならないです。話にも付いていけません。
病気や服用されている薬などを再度理解することで、利用者とのかかわりかたや介助の仕方も相談でき、利用者に対して負担が少しでも軽減できるようになるのでは…と思う。
病状の詳しい知識やお薬の作用などの知識。介護職でもできる簡単な日常的なリハビリ等の技術。
服薬について。個人の病気における食事治療のことについて。
分からない。
包括に関する知識
報告、連絡、相談(カンファレンス、書面等)
報告、連絡、相談をしっかりと行うことが必要だと思います。
法人 LINE
訪問介護員を交えての会議にも参加して、医療職から栄養面や介護方法を伝えてもらいたい。
訪問看護師さんとはベッドへの移乗などのやり方の共有、統一。病院などの施設でのやり方と訪問でのやり方では違いがあるので、共有しながら技術を高めていく。又利用者ごとの疾患に関する医学的知識はより深く学ぶ必要があると思います。
訪問看護職はなかなか医療職との交わりがないので、ケアマネからの情報がメインなので密に情報交換していきたい。
訪問事業所の現場から直接医療職に連絡を取ることはほぼありません。そのため伝達や対処も遅れてしまいます。緊急時にならないと直接はできないのが通常です。また独居や認知の方に服用できない薬が必要以上に処方されています。
本人の意向を知る関わり、介護保険制度と障害者総合支援法とのサービスの内容・利用の仕方の違い、二次障害について、医療的なケア、介護者としての利用者との関わりの中での日常の利用者さんの様子を伝える技術、家族との関わり、障害者の老後。
薬
薬、病気の知識。退院後のケア。
薬の効き方、飲み方、利用者にとどのようによいか。個人個人の急変時の対応の知識を得ること。
薬の種類や利用者様の病気・体調等の情報共有がもっと徹底ができればと思います。
薬の情報
薬の知識や介護の技術が必要だと思います。
薬の知識や管理、疾患に対する知識
薬の知識や経験、共有シートの利用やすぐに連絡を取れる方法の確認が必要だと思います。地域での研修会が毎年同じような内容になってしまうので、新しい介護の情報共有も必要だと思います。
様々な研修参加や個人での知識向上、経験をしながら医療職と連携できたら良いと思います。
利用者さんの疾病について。
利用者に起こりうる疾患の知識を持つておくこと。適格な判断能力と観察力。
利用者の現在の状態を把握し、共有する。
利用者の病歴を理解した上で注意する内容などの把握。
利用者の方の日々の状態、病気の知識を把握し、変化や症状が出た時に気付ける、それを伝えられる技術、急変時に初期対応ができる技術も必要だと感じる。
利用者様の活動範囲や生活の中で必要なこと、すべきこと、ヘルパーの訪問でご本人の意欲や身体・精神面

	<p>で必要以上の協力をしていないか、病気から起こり得る症状や対処方法等について確認したい。</p> <p>利用者様の状態を把握し、自立に向けてどういった支援が必要かを明確にし、携わる皆が徹底していく。</p> <p>連携は必要だと思いますが、医療の方が介護は下という感があり、医療機関の職員から上から目線で…。利用者様のために意見は言いますが、嫌な思いをすることがあります。</p> <p>話し合い、記入しづらいアンケートでした。</p> <p>喀痰吸引等の行為はヘルパーでもできるようになって欲しい。</p> <p>嚥下障害について学びたい。</p> <p>痰吸引、胃ろう、知識と技術と資格修得。薬の管理法、急変時の応急処置。</p>
サービス提供責任者	<p>(1)体調の変化に際しての報告、相談の仕方。(2)看取りについてどんな支援が必要か、もっと知りたい(良いサポートについて)。(3)緊急時の対応について。</p> <p>(1)薬の知識。(2)急変時の対応。</p> <p>CMを中心に担当者会議は必要です。医療職からの参加は少ないですね。</p> <p>お互いの視点の違いの認識。介護職のプロとしての自覚。医療目線にNOといえる根拠。</p> <p>お互いの相互理解。</p> <p>お互いの役割を理解、情報交換の場では情報共有と体調、病状の知識が必要です。</p> <p>コミュニケーション</p> <p>サービス提供責任者の立場で直接医療職と接する機会は少なく、また互いの忙しさから面談する時間も無い。ケアマネージャーが間に立って調整してほしい。ケアマネージャーの考え方や動き方でうまく行か、行かないかが決まることが多い。</p> <p>ストマの交換など</p> <p>その都度医師に相談して教えていただいています。</p> <p>ターミナル、看取りについて。</p> <p>バイタルサイン計測。いつもと違う、何かがおかしいといった変化を素早く察知する。ささいな変化であっても医療職への情報提供、観察と連携。</p> <p>ヘルパーができることに対して、指導して教えていきたいと思います。観察力を養い、医療にきちんと伝えていくことが先に大切だと思いました。</p> <p>もっと基本的なこととして身体のこと、お薬のこを知る必要と、技術も必要だと思います。</p> <p>もっと直接コミュニケーションが取れて、生活レベルの向上、自立度の向上につながることでできる連携が必要だと思う。</p> <p>医学に対する知識が必要である。</p> <p>医学の基礎的な知識、お互いの職務への理解</p> <p>医学の知識</p> <p>医療ケアを必要とする利用者への援助方法と、精神面でのコミュニケーション能力の向上。</p> <p>医療についての研修を介護職向けに地元で開催して欲しい。</p> <p>医療の専門用語や知識を訪問ももっと研修し、習得すべきですが、医療側からヘルパーごときが知ったかぶり！とかの態度がゆるせない。一人一人の利用者様をささえるのは皆同じである。連携の必要性を感じていないのは、医療の方だと強く感じています。</p> <p>医療の専門用語、医療行為について等</p> <p>医療職が介護職に歩みよってきて欲しい。</p> <p>医療職が介護職をバカにしないことが、知識、技術の前に一番必要です。</p> <p>医療職とコミュニケーションを取る。</p> <p>医療職との連携は必要と考えているが、情報は届かず担当のケアマネージャーどまりとなる。何が必要かわからない状態。</p> <p>医療職と介護職との内容を明確にする。その上で研修を行うといいと思う。</p> <p>医療職の人たちは介護に対する知識が豊富な方が多いが、逆に介護職の者は医療職に対する認識に欠ける者が多すぎる。この知識・技術と限定はできないが、連携するにあたり最低限の情報交換ができるようになっていないといけないと感じている。</p> <p>医療職の敷居は高く、研修会の機会があっても二の足を踏んでしまうところがあるので、そこから考え方を考えていかなければならないと思います。</p> <p>医療職の方と関わる機会が少ないので、研修などに積極的に参加する。</p> <p>医療知識、利用者のQOL</p> <p>医療用語、病名、病状に関する知識などが必要と思います。</p> <p>一般的な医学知識は必要だと思います。知識技術は高めたいと思っています。</p> <p>介護の専門性を高めるためにも医療職の方々と関わり、職場で必要とされる医療知識を取り入れていきたい。</p> <p>介護職では医療知識、医療職では介護の理解がまだ不足していると考えます。</p> <p>介護職という職業がお手伝いさんの延長上にあると考える人が多い。誰にでもちょっと講習を受ければ取得できる。もっと医療の延長であると考え、資格を得るための勉強をすべきと考えます。そうでなければ立場はいつまでも変わりません。「介護福祉士はヘルパーさん(お手伝いさん)でしょ」という認識の下での連携は辛い。</p> <p>介護職として専門性を持ち、在宅で必要でかつヘルパーのできる処置の知識が必要である。ヘルパーでできないこともあり、その線引きが困難である。</p> <p>介護職は医療の知識、医療職は介護の知識を共に学ぶ必要があると思います。</p> <p>介護職員であっても、医学知識・薬学知識の基礎くらいは学び、担当会議などで積極的に話し合いに出ていく必要があると思います。</p>

介護職員の知識、技術のレベルアップも必要ではあるが、医療関係者の介護に対する知識や利用者(患者)との付き合い方の改善も必要。診察等向き合うことなく、流れ作業的になっている部分も多い。
介護職側だけでなく医療職側において介護職に対する理解や介護職の職域、各利用者さんの疾病に対する注意事項などをきちんと情報開示していくようにして欲しい。特に精神科領域において。
介護報酬が上がればそのような研修時間にも積極的に参加できると思いますが、現状、現場では一人抜けると大変なところが多いので、一部の人がしか参加できないと思います。
簡潔に伝達できる文章力、会話力。各分野の専門用語についての知識。
基礎生理学、栄養、薬の知識、生活の中でのリハビリ
基礎的な医療用語の知識は必要だと考えます。
基礎的な知識・技術は絶対必要と思われる。訪問の場合、ある程度の知識を広く持っていないと、介助の際困難な事も起こりうる場合があります。薬(貼布)の場所。
気になる症状が出た時の対処法が、問い合わせたとき回答してもらえたらいいけれど、先生も忙しいので、なかなか答えてもらえないです。
技術知識は研修を重ねることでしか上達しないと思う。研修は願わくは訪看にお願いできると良いが、“生活”と“医療”は立場性の違いから摩擦が起きやすい。本人の望む暮らしを実現するために同じ方向を向いて対等に話し合う関係が築きにくい。看護師はヘルパーに対し命令口調になりやすく、ヘルパーや利用者は自分の意見を言う機会を失いがちである。
虐待防止法についてしっかり学び、利用者の権利擁護を行う。
急変時の対応
緊急時の心臓マッサージや、痰吸引の仕方など。
緊急時の対応、連絡等
経験
現在の介護職の知識では、病院での情報伝達ができないです。難しい事を伝えてほしいと言っている訳ではないが病状や状態の把握ができないため、現在の状態把握をする力を身に付けて欲しい。
現在は利用者様の内服薬のコピーを入れていただくことができるが、服薬介助はしているものの、薬の名前だけで何に効く薬なのか分からない。
現在人工呼吸器をつけ在宅で生活している利用者があり、訪問看護、往診、訪リハ、移動支援、ヘルパー利用している方があり、ヘルパーも3社利用、訪問看護も2社と色々の事業所があり、退院時はカンファレンスがあったが、帰宅後4ヵ月位になるが、全部でのカンファレンス等できます。とても前向きな利用者で考えさせられることがあります。
個別の事例に応じた勉強会、カンファレンスの機会も有効かと思います
互いの必要性の認識。
高齢者においては、病気の症状(自覚症状、他覚症状)がわかりにくい傾向にある。また、多くの高齢者が慢性疾患を持っており、服薬治療による管理を行っています。高齢者の特徴を考慮した時、日頃の生活状況をよく観察し、把握しておくことがとても重要で、いつもとの違い(異変)にいち早く気づく事ができるかが重要だと思います。その違いを早期に医療に伝達することで、より効果的な治療を早期に受けることに繋がり、結果として在宅生活を継続して頂くことができると考えます。日常生活の支援に深く関わっている私たちが医療知識をある程度習得しておくことは必要だと考えます。
高齢者は医療のニーズが高くなっているため、介護職員もバイタルサインの確認の仕方や、意識レベルの確認など在宅で家族がしていることは介護職員もできるようにする必要があると思います。
最低限その利用者が服用している薬の内容だけでも理解しておくべきかと思います。
最低限医療職へ情報をつなげるための知識は必要と感じる。何となく食欲がない、元気がない、大雑把にしかか言えずうまく伝えられず診察につなげられない。
在宅において、今後益々医療職と介護職の連携が不可欠になると思われます。介護職においても、状態を理解する上でも医療職に分からない疑問点をお聞きしながら、在宅支援に関わることが出来ればと思われま
在宅医療に関する基礎知識
在宅生活を継続するため、家での薬の管理や食事の管理等、具体的な内容を検討する機会が必要だと思います(介護度の高い方)。
時間がある限り行きたいです。
疾患の進行と予後を理解することで日常の支援が違ってくると思われる。
疾病について具体的な知識が必要。
受診時に利用者に同行することが介護保険上できないため、サービスに入らないため情報が伝わらない。医師からの内容や詳しい病状などの質問ができない。ご本人が認知症などであれば特に(独居の方は特に)訪問看護師は時間がなく忙しい方々なので、伝達事項などが伝わりにくいため、知識、技術を教えていただくことができないため、人員不足が一番の問題点だと思います。費用も高いしその上給料が一番低いと思いま
就労前のお子様が多いので、医療職の前に家庭との連携もありとても難しいです。間に学校も入る事があり、介護職、家庭、学校、医療の連携は大変です。困っているのは老人だけではなくあります。発作の対応などとても悩みます。
重度訪問については多少の理解を得るために看護師の知識を得たいと思います。
上記に記されているもの全てが必要だと思いますが、まだまだ足りないと思います。
色々な情報を聞き入れ、できるだけ取り入れることが必要だと思う
正確に情報を伝える事。

	専門的な知識が必要と思われる。専門的な要語の理解も深めなければいけない。
	専門用語や疾病、薬の知識が必要だと思います。
	全ての事がマニュアルを必要とするなら、独居の方々の不安を取り除くような書類が配布されると良いと感じます。「動けなくなったら…」在宅訪問の医師すら分かっていないのが現実です。
	多くの情報が必要であるので、連携は本当に必要だと思います。Drとのコミュニケーションは難しく、もっとDr、Nsとの密な関わりが多くあればと感じます。
	退院直後の方だけでなく、在宅の方々にも医療職との情報の連携を図りたい。今の心身の状況、注意点、これから先の問題点、考えられる病状などの共有。
	知識や技術の習得は、基本的に介護職にとっては必要なものと考えます。医療職との連携に必要なものは互いの職業訓練に対する尊敬の念と理解ではないでしょうか。どちらが上・下というものでなく、一人の利用者さんに対してお互いの知識と技術を持ち寄り、より良い在宅生活が営まれるようサポートしていくという共通認識が必要だと思います。
	知識や技術よりも、お互いの職種への理解と利用者への想いだと思う。
	地域で開催されている医療及び介護に関連した研修に積極的に参加すること。
	定期的なカンファレンス等の時間の確保
	当施設ではナース常勤でサービス提供責任者の私も准看護師のため、連携はうまくいっている方だと思います。ナースがいない施設はとても難しいと思います。
	特には考えられない。
	内科、外科等、科によって同じ病気であっても薬の品種が違うことや見解が違うことがあるため、どう判断して良いか分からない時もある。統一できないのか。また Dr.と直接話せる機会が少ない(時間がない)。事例検討会が必要。
	日常と異なる身体の状態に気付くことが介護職にとっては必要で、それを医療、ケアマネにつなげることが一番で、次が応急の命の確保と悪化させないための食事、健康への留意かと思っています。
	認知症に対する服薬管理。
	病気についての知識、介護の仕方、個別には対応しているつもりですが、全体的な対応の仕方、知識などが不足気味。介護職員の研修などがあると良いと思います。
	病気により、症状やそれぞれの違いや対応の仕方など。薬の作用、副作用、ターミナル時のケア。
	病気の状態に対応できる知識が必要。
	病気への理解、知識(在宅での関わり方等)
	病気や薬の種類、喀痰等、講習を要する身体に係る技術が必要。
	分からないことはそのままにせず、関係職種に相談ができること。いつもと違う点(変化してきた点)を早期に発見できること。
	分からないことをそのままにせず、きちんと関係職種に相談ができること。いつもと違う点(変化してきた点)を早期に発見できること。
	訪問介護としては日々の利用者の状態を報告するだけなので、特に知識的なものは必要ないかもです。
	忙しいDr.に適切に情報を届けるにはどうしたら良いのか? 家族が医療に関することを介護に丸投げされるのをどう責任取ってもらえばよいのか?
	薬の知識、リハビリの具体的内容(手・足・体・頭)
	予後予測し、改善のための提案力。疾患への理解と適切な状況把握。
	利用者1人1人の病気のこと、薬のことなど、栄養バランスのことなど。
	利用者さんの考えを大切にしながら、医療職と連携を進めたらよいと思いますが、医療職の用語が難しい部分があるので、分かりやすいハンドブックがあると良いと思います。
	利用者の疾患、状況を十分に理解しておくこと。
	利用者の疾患について、日常生活において注意することや薬についてや今後予測される状態の変化などについての知識など、理解して訪問を行うことできちんとした連携が取りやすくなると思われます。
	利用者様の状態変化、薬の知識等必要だと思います。
	連携においては医療職の方の態度、認識次第だと思っています。
その他	チームケアの意識
	医療職から見た介護、福祉職の役割
	医療職の方々も介護の勉強をしていただきたい。
	医療知識の全体的底上げが必要。介護福祉士の試験内容の変更が有効。
	介護職のための医療に関する勉強をしていきたい。
	介護職員の前向きな意識。
	各職種がお互いの知識等を出し合って、利用者様に合わせたケア等ができると良いと思います。共に手を取り合っていくことの大切さを、それぞれが連携してできたらと思います。意識改革が必要。制度を利用してでも。
	基礎免許が看護師であれば医療との連携の必要性、不必要性が分かっているが、その見極めができる知識が必要だと思います。
	互いの信頼関係を築くこと。
	最低限の医療に関する知識は必要である。医療職側も、介護サービスの現状と可能なサービス範囲を理解する必要がある。双方の連携は永遠の課題だと思います。
	最低限の知識は必要と思いますが、分からないことは素直に勇気をもって自ら連携していく力が必要だと思います。

疾病状況の理解。各マニュアルの理解。そのケースに応じたケア方法・技術。 連携において必要なものは、知識や技術だけではないと思います。「信頼」がエッセンスとはならない仕組みも重要と考えます。顔が見える関係づくりのための事例検討では無理があります。医療職と介護職が同じ目線になれるようにすることも必要ではないでしょうか？
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# 在宅介護の医療介護連携における介護職員の在り方に関する調査 へのご回答にご協力をお願いいたします

地域包括ケアシステムの構築について、社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月)に、『今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築し、サービスの高度化に繋げている地域は極めて少ない。』とあるように、特に在宅における介護サービス利用者を包括的に支援していくためには、医療と介護の連携が重要な一要素となりますが、現実的にはこの連携が円滑には図られてはおりせん。

介護職の視点でこの現実を見ると、医療職等と連携するために必要となる知識や技術を学ぶ機会が少ないと考えられ、同時にこれらの知識・技術を教育する手法についてもこれまでに十分議論され、実践されているとは言えない状況があると考えられます。こうした現状を背景に、この度、公益社団法人日本介護福祉士会では、平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金を活用し、「在宅介護の医療介護連携における介護職員の在り方に関する調査研究事業」を実施することといたしました。介護職が医療職等と円滑に連携し、利用者ニーズに応じた質の高い介護サービスを提供するために調査研究を行うことで、連携に必要な知識・技術を明らかにし、成果物の配布等を通じて全国へ普及することを目的として本事業を実施するものです。

ご多忙の折恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解いただき、下記のとおりご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

公益社団法人日本介護福祉士会

## ご記入上のおお願い

ご回答いただいたアンケートは、同封の返信用封筒(切手不要)にて  
までに、ご投函くださいますようお願いいたします。

**12月26日(金)**

ご回答いただきました内容は、次のように取り扱うこととお約束いたします。

- ①ご回答いただいた内容は、調査目的以外には使用いたしません。
- ②統計的に処理し、ご回答者が特定できないように配慮いたします。
- ③自由記載の内容も、個々のご回答者が特定されないよう配慮し、データ化いたします。
- ④調査への拒否や一部調査項目への回答拒否があってもそのことで不利益が生じることはありません。

なお、このアンケートは無記名です。

※ご不明点がありましたら、以下までお問い合わせくださいますようお願いいたします。

公益社団法人日本介護福祉士会 担当：神田  
電話：03-3507-0784 Mail：kanda@jaccw.or.jp





あなたが働いている事業所および法人の従業員数についてお伺いします。

F7. 事業所の従業員数は何人ですか。(○は1つ)

1. 5人未満	5. 50人～100人未満
2. 5人～10人未満	6. 100人以上
3. 10人～20人未満	7. わからない
4. 20人～50人未満	

F8. 同じ法人の中に、今働いている事業所とは別の施設・事業所はありますか。(○は1つ)

1. ある⇒SF-1～2へ	2. ない
---------------	-------

SF-1 同一法人の施設・事業所の種類をお答えください。(○はいくつでも)

1. 介護老人福祉施設	14. 障害者総合支援法における介護給付の事業所 (居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動 援護、生活介護、短期入所、重度障害者等包 括支援)
2. 介護老人保健施設	15. 共同生活介護(ケアホーム)
3. 介護療養型医療施設	16. 訓練等給付の事業所(自立支援、就労移行 支援、就労継続支援)
4. 訪問介護事業所	17. 共同生活援助(グループホーム)
5. 定期巡回随時訪問型介護	18. 地域相談支援給付の事業所(地域移行支 援、地域定着支援)
6. 訪問看護事業所	19. 病院
7. 通所介護事業所	20. 診療所
8. 通所リハビリテーション事業所	21. その他( )
9. 認知症対応型共同生活介護事業所	
10. 小規模多機能型居宅介護事業所	
11. 複合型サービス	
12. 居宅介護支援事業所	
13. 地域包括支援センター	

SF-2 同一法人の施設・事業所に医師・看護師等の医療従事者(コメディカルスタッフ)は在籍していますか。(○は1つ)

1. いる⇒SF-3へ	2. いない
-------------	--------

SF-3 同一法人の施設・事業所に在籍する医師・看護師等の医療従事者(コメディカルスタッフ)の番号に○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 医師	5. 保健師	9. 薬剤師
2. 歯科医師	6. 助産師	10. リハ職(PT・OT・ST)
3. 看護師	7. 管理栄養士	11. はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師
4. 准看護師	8. 歯科衛生士	12. その他( )

F9. あなたの役職をお答えください。当てはまる番号に○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 介護職員	3. 管理者
2. サービス提供責任者	4. その他 ( )

F10. 平成 26 年 10 月 1 日時点でのあなたのヘルパーや介護職員としての通算経験年月数をお答えください。

年	ヶ月
---	----

F11. 以下の介護に関する資格等のうち、あなたが現在持っているものはどれですか

1. 介護福祉士 ⇒F12～F14 へ	5. ホームヘルパー 1 級
2. 実務者研修	6. ホームヘルパー 2 級
3. 介護職員初任者研修	7. 上記以外の介護福祉関係の資格
4. 介護職員基礎研修	8. 資格なし

以下、【F11 で 1.介護福祉士に○をつけた方】にお聞きます。介護福祉士以外の方は次ページにお進みください。

F12. あなたは介護福祉士の資格登録をいつ行いましたか。登録年(西暦)をご記入ください。

西暦	年
----	---

F13 あなたは介護福祉士の資格をどのようにとりましたか。(○は1つ)

1. 養成施設 (2 年課程) 卒業
2. 養成施設 (3 年課程) 卒業
3. 養成施設 (大学・4 年課程) 卒業
4. 福祉系大学・社会福祉士養成施設等卒業後、養成施設 (1 年課程) 卒業
5. 保育士養成施設等卒業後、養成施設 (1 年課程) 卒業
6. 実務経験 3 年の後、介護福祉士試験合格
7. 高校福祉科卒業後、介護福祉士試験合格
8. NHK 学園等の通信教育を修了後、介護福祉士試験合格

F14 あなたは公益社団法人日本介護福祉士会の会員ですか。(○は1つ)

1. 会員である	2. 会員ではない
----------	-----------



【医療職との連携の充足状況について】

Q4. 以下の医療職との連携について伺います。

それぞれの医療職と十分に連携できていると思いますか。以下の【選択肢】(1～6)より該当する番号を1つ選んで、回答欄の数字に○をつけてください。また、充足度の回答内容に応じて、どのようなことからその連携ができている・できていないと思うのか、あるいは連携できない理由をお書きください。

【選択肢】 ご回答は上の回答欄の数字に○をつけてください。(○はそれぞれ1つ)

1.十分 2.概ね十分 3.やや不十分 4.不十分 5.連携していない 6.連携を要するケースがない	]→ どのようなことから連携ができていると思われますか ]→ どのようなことから連携ができていないと思われますか → 連携できないのはなぜですか
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

	回答欄	
	連携の充足度	どのようなことから連携ができている・できていないと思われるか、あるいは連携できない理由について、具体的にお書きください
退院・退所先の医師	1・2・3 4・5・6	
退院・退所先の看護師	1・2・3 4・5・6	
かかりつけ医	1・2・3 4・5・6	
訪問看護師	1・2・3 4・5・6	
訪問リハビリテーションのリハ職	1・2・3 4・5・6	
勤務先と同一法人の医師	1・2・3 4・5・6	
勤務先と同一法人の看護師	1・2・3 4・5・6	

Q5. 直接医療職と接触しない場合でも、連携が必要と思われる利用者がいた場合に、対応について相談等ができる人がいますか？あてはまるもの1つに○をつけてください。

1. いる ⇒SQへ	3. その他 ( ) ⇒Q6へ
2. いない ⇒Q6へ	

SQ. 相談等は誰にしますか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

1. サービス提供責任者	4. 同僚ヘルパー
2. ケアマネジャー	5. その他 ( )
3. 管理者	

【日常における医療職との接触機会について】

Q6. 日頃からの医療機関、施設・事業所、在宅の医療職との医療職との接触機会ほどの程度の頻度でありますか(○はそれぞれ1つ)。接触機会がある場合、その接触機会にあなたご自身は参加されていますか。また、その機会に参加しているのはどの職種の人ですか。以下の【選択肢】(1~13)より該当する番号を選んで、回答欄の番号に○をつけてください。

【選択肢】 ご回答は右上の回答欄の数字に○をつけてください。(複数回答)

1.医師	6.社会福祉士	11.社会福祉協議会職員
2.看護師	7.ケアマネジャー	12.その他
3.リハ職 (PT・OT・ST)	8.相談員	13.わからない
4.MSW	9.地域包括支援センター職員	
5.保健師	10.市区町村職員	

	回答欄		
	接触機会の頻度	参加有無	接触機会への参加者【選択肢】より複数回答
1.医療職を含めた多職種の事例検討会	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
2.サービス担当者会議	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
3.通院時・往診時の同行や情報収集のための面会等	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
4.地域ケア会議(地域包括支援センター等による地域の個別事例の検討に関連して多職種が集まる会議)	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
5.地域で行う医療職が参加する会議・研修会・情報交換会等	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
6.医療職、介護職等多職種が参加する交流会や懇親会等(インフォーマルな飲み会等)	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
7.地域の行事、社会活動、学校行事等の、業務外での医療職との接触機会	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13
8.その他 (具体的に： )	1.よくある 3.あまりない 2.時々ある 4.全くない	有・無	1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13

【医療職との連携の個別事例について】

Q7. あなたが担当した利用者で、サービス提供時に医療職との連携の必要性を感じたけれども連携できなかった事例と、必要性を感じて連携できた事例について、それぞれ直近の1事例ずつ、以下の回答欄に連携の必要性を感じた理由、利用者の状況、連携の状況、連携できた・できなかった理由等をお答えください。

医療職との連携の必要性を感じたけれども連携できなかった事例 (あなたご自身が医療職との連携の必要性を感じた事例についてお書きください)	
<input type="checkbox"/> 連携が必要と思った理由をお答えください(複数回答) 1. 進行の早い病気の利用者だから      8. その他 2. 難しい病気の利用者だから 3. 急変の可能性が高い利用者だから 4. 喀痰吸引等が必要な利用者だから 6. 退院後間もない利用者だから 7. 医療職から勧められたから	
利用者の状況	■性別: 男・女      ■年齢: _____ 歳      ■疾病: あり⇒病名: _____ ・ なし ■要介護度: 要支援 ( ) 要介護 ( )      ■終末期で ある ・ ない
	■家庭復帰先(○はひとつ) 退院・退所の場合は連携時期もお答えください。 1. 病院      } <input type="checkbox"/> 連携時期 } 1.退院・退所前 2. 老健      } 2.退院・退所後 日数: _____ 日 3. 特養      } 4. 元々在宅 5. その他
■利用しているサービス(複数回答) 1. 身体介護      5. デイサービス      9. 福祉用具貸与      13. その他 2. 生活援助      6. ショートステイ      10. 訪問看護 3. 訪問入浴      7. 居宅療養管理指導      11. 定期巡回・随時対応サービス 4. 訪問リハ      8. 通所リハ      12. 複合型サービス	
連携の状況	■どのように連携を試みましたか(○はひとつ) 1. あなた自身が直接連携を試みた 2. ケアマネジャーを介して連携を試みた 3. サービス提供責任者を介して連携を試みた 4. 連携を試みなかった
	■連携を試みた方法・場面(複数回答) 1. カンファレンスへの参加      5. メールでのやりとり 2. サービス担当者会議への参加      6. 直接会って 3. FAX でのやりとり      7. その他 4. 電話でのやりとり
■連携できなかったのは何故ですか。具体的にお書きください。   	
現状	■連携当初からの利用者の変化 1. 改善      2. 悪化      3. 変わらない

※利用者の障害別の医療の必要度について低・中・高(低:障害支援区分で非該当、中:障害支援区分で区分1~2相当、高:障害支援区分で3以上相当)の3段階でお答えください。

## 医療職との連携の必要性を感じて連携できた事例

(あなたご自身が医療職との連携の必要性を感じた事例についてお書きください)

連携が必要と思った理由をお答えください (複数回答)

1. 進行の早い病気の利用者だから	8. その他
2. 難しい病気の利用者だから	
3. 急変の可能性が高い利用者だから	
4. 喀痰吸引等が必要な利用者だから	
6. 退院後間もない利用者だから	
7. 医療職から勧められたから	

利用者の 状況	■性別: 男・女	■年齢: _____ 歳	■疾病: あり⇒病名: _____ ・ なし
	■要介護度: 要支援 ( ) 要介護 ( )		■終末期で ある ・ ない
	■家庭復帰先(○はひとつ) 退院・退所の場合は連携時期もお答えください。 1. 病院 } <input type="checkbox"/> 連携時期 2. 老健 }    1.退院・退所前 3. 特養 }    2.退院・退所後 日数: _____ 日 4. 元々在宅 5. その他		■利用者の障害別医療必要度(※) (※低・中・高あてはまるもの1つに○をつけてください) <input type="checkbox"/> 精神障害: 低・中・高 <input type="checkbox"/> 身体障害: 低・中・高 <input type="checkbox"/> 知的障害(認知症含む): 低・中・高
	■利用しているサービス(複数回答) 1. 身体介護    5. デイサービス    9. 福祉用具貸与    13. その他 2. 生活援助    6. ショートステイ    10. 訪問看護 3. 訪問入浴    7. 居宅療養管理指導    11. 定期巡回・随時対応サービス 4. 訪問リハ    8. 通所リハ    12. 複合型サービス		

連携の 状況	■誰と連携をとりましたか。( )内も含めてあてはまるもの全てに○ 1. 医師(退院・退所先・勤務先・利用者のかかりつけ医・その他) 2. 歯科医師(退院・退所先・勤務先・利用者のかかりつけ医・その他) 3. 看護師(退院・退所先・診療所・勤務先・訪問看護師・その他) 4. リハ職(退院・退所先・勤務先・その他) 5. 栄養士・管理栄養士    6. 薬剤師    7. MSW 8. その他( )		■どのように連携をとりましたか (複数回答) 1. あなた自身が直接連携 2. ケアマネジャーを介して連携 3. サービス提供責任者を介して連携 4. その他( )
	■連携の方法・場面(複数回答) 1. カンファレンスへの参加 2. サービス担当者会議への参加 3. FAXでのやりとり 4. 電話でのやりとり 5. メールでのやりとり 6. 直接会って 7. その他( )	■連携内容 1. 利用者の状態像の共有 2. 予後の共有 3. 現在の介護の注意点の共有 4. 生活状況の共有 5. その他	

現 状	■連携の充足度 1. 十分にできている 2. ある程度できている 3. あまりできていない 4. ほとんどできていない	→ どのようなことから連携ができていると思われますか。具体的にお書きください。 → どのようなことから連携ができいていないと思われますか。具体的にお書きください。
--------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

■連携の継続状況 1. 継続している    2. 継続していない	■連携当初からの利用者の変化 1. 改善    2. 悪化    3. 変わらない
-------------------------------------	----------------------------------------------

※利用者の障害別の医療の必要度について低・中・高(低:障害支援区分で非該当、中:障害支援区分で区分1~2相当、高:障害支援区分で3以上相当)の3段階でお答えください。



### 3. 連携するために必要とする知識・技術とその学習・習得機会について

Q8.医療職との連携において必要となる知識・技術について伺います。

①以下の知識がどの程度必要と思いますか。②あなたご自身がその知識・技術を習得する機会は十分に  
にあると思いますか。

		①必要度		②充足度	
		1.とても必要 2.やや必要	3.やや不要 4.不要	1.十分 2.概ね十分	3.やや不足 4.不足
術 利用者の状態像把握のための知識・技	体重や体温、排泄等、生活に影響する基礎生理学	1・2・3・4	1・2・3・4		
	栄養が体に及ぼす影響とケアの留意点	1・2・3・4	1・2・3・4		
	薬の知識と管理方法	1・2・3・4	1・2・3・4		
	運動量の低下が及ぼす影響	1・2・3・4	1・2・3・4		
	自立に向けた機能回復の可能性(ADLの可能性)	1・2・3・4	1・2・3・4		
	自立に向けたリハビリテーションの具体的方法	1・2・3・4	1・2・3・4		
	今後予測される状態(変化)	1・2・3・4	1・2・3・4		
知識・技術 連携を効果的に行うための	医療と介護のお互いの機能・役割の確認方法	1・2・3・4	1・2・3・4		
	どのような情報を共有すべきか	1・2・3・4	1・2・3・4		
	情報の共有方法	1・2・3・4	1・2・3・4		
	報告、連絡、相談すべき内容について	1・2・3・4	1・2・3・4		
	利用者毎に抑えるべき疾患の知識の範囲について	1・2・3・4	1・2・3・4		

SQ. ②充足度において、3.やや不足、4.不足とお答えの項目について、研修機会が十分に得られないのは何故ですか。あてはまる番号全てに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. 研修を受ける時間がないから	9. 必要とする内容の研修が近隣で開催されていないから
2. 受講料が高いから	10. 研修についての情報が届かないから
3. どのような研修があるかわからないから	11. 研修開催の呼びかけがないから
4. 勤務先から受講料の助成が得られないから	12. 研修があっても介護職を対象としたものでないから
5. 勤務先の理解が得られないから	13. 必要性を感じないから
6. 勤務先で公休扱いにしてくれないから	12. その他 ( )
7. 勤務先でシフト変更等の調整をしてくれないから	
8. 勤務先が人員不足だから	

Q9.その他、医療職との連携において、どのような知識・技術が必要と思いますか。

アンケートは以上です。ご協力どうもありがとうございました。

平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業（老人保健健康増進等事業分）  
在宅介護の医療介護連携における介護職員の在り方に関する  
調査研究事業 報告書

平成 27 年 3 月 発行

発行 公益社団法人 日本介護福祉士会  
〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎の門ビル 3 階  
電話番号：03-3507-0784 FAX 番号：03-3507-8810  
URL：<http://www.jaccw.or.jp/>