

各論 1 地域連携・多職種協働

多職種との連携

谷口 由紀子

目 標

◆大目標

子どもや家族の住み慣れた地域で、子どものライフステージに応じた生活を支える仕組みを構築することができるよう多職種連携の現状、構成要素・連携促進への方策を理解することができる。

◆中目標

1. 連携の基本的概念を理解する。
2. 連携と協働の関係を理解する。
3. 小児在宅における多職種連携の特徴を理解する。
4. 連携の促進・阻害要因のアセスメントの視点を理解する。
5. 多職種連携を促進する方策を知る。

Keyword

連携と協働の関係、大目標の共有、協働における流動的な過程、物差しの共有、看看連携と多職種連携、多職種連携リーダーの役割

内 容

1. 地域における現状
小児在宅医療連携の経験者が感じる多職種連携の課題。
2. 連携・協働の基本的概念への理解
連携と協働の展開過程と地域の現状。
3. 養育者が抱えるストレスと多職種間での大目標の共有
障害のある子どもを持つ養育者の役割とストレス軽減の意義・必要性。
4. 在宅移行期の多職種連携の過程と構造
退院支援と調整の相違を構造から理解し、対象に応じた多機関、多職種連携の開始時期を理解する。
5. 地域の多職種連携状況のアセスメントの視点と方策
アセスメントは連携環境、組織、専門職、本人家族を対象に行い、課題を明らかにし、各地域の特性を理解・共感する。連携促進のためのアプローチは、環境、組織、専門職、本人家族の順に行うことが有効である。
6. 看看連携の必要性と意義への理解
子どもの状態が安定していることで、各支援者も安心して子どもと家族に関わることができる。そのため、医療機関と訪問看護をはじめとした地域の看護師の連携が多職種連携の核の一つである。

【引用情報】

- 川合尚：家庭の養育力・父親の役割。母子保健情報 54：29-33, 2006.
- 泊祐子，豊永奈緒美：障害児を育てる親の「親となる」意識の発達。岐阜県立看護大学紀要 6(1)：3-10, 2005.
- 川越雅弘：我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題。海外社会保障研究 162：4-15, 2008.
- 田益信：高齢者の在宅療養場面に求められる多職種連携の技能。岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要 39：169-178, 2015.
- 土田美樹，他：医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践。日本看護研究学会雑誌 36(4)：39-46, 2013.
- 大塚晃：相談支援の現状と課題 ～多様な相談支援への対応～（平成26年度日本相談支援専門員協会総会）。
nsk09.org/_src/sc518/ohutuka-shiryou.pptx

1 連携状況に応じた研修会の開催



多職種連携を促進するためには、顔の見える関係の構築のための事例検討会が有効であるといわれている。本研修は、日本国中で、ある程度標準化した小児在宅医療連携を推進するために、開催されている。平成25年から2年間、小児等在宅医療連携拠点事業を全県展開した経験から、顔の見える関係性の構築と同時に、各地域の連携の状況に応じた研修会を段階的に開催することが、有用であることがわかった。なぜなら地域によって、連携協働の状況は全く異なるのが現状である。各地域の実情に応じた研修会を開催しなければ、標準化した多職種連携は進まない。

地域の多職種連携のアセスメント方法は後半で説明するが、まずは連携の大目標や意義、親の役割の共有を目的とした研修会、その後連携協働の知識の獲得、支援、各職種の役割認識向上のための研修を行い、最後に連携・協働が成功し、目標を達成しているケースを用いた多職種連携協働の成功事例を共有できる場の創出を、地域の状態に合わせて開催することが望ましい。なぜこのような研修会を開催しなければならないか、理由について説明する。

2 多職種が感じている連携上の課題

- 目標設定の視点の相違**
医療依存度の高さと状態安定・介護負担の軽減に関心が寄せられ、本人・家族が主体となる生活の視点からの目標となっていない
- 多職種間での連携の目的共有への困難感**
どのような暮らしを実現するための連携なのか連携の目的を共有できていない
- 各専門職で統一された役割認識の不足**
同じ職種間でも、役割に対する認識が異なっている
- 地域生活における子育て関係機関との連携の難しさ**
複数の職種での母親支援虐待のリスクの管理
- 希薄なエンパワメントの視点**
発言力が強い医療職の意見が反映されがちで、エンパワメントの視点が弱くなってしまう

地域で多職種が感じている連携上の課題について、複数の県の多職種連携協働を実践している専門職（看護師・相談支援専門員・特別支援学校教諭・保健師・福祉職・介護福祉士）から聞き取った内容をまとめたものである。

3 小児在宅における多職種連携の特色

1. 複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築

◆各関係法令に対する理解の不足

(医療法・障害者総合支援法・児童福祉法・母子保健法)

介護保険のように一つの制度の枠組みがない

各機関、職種の背景となる法令が異なるため、子どもと家族に対する価値観・支援のしぐみに相違があるため、共通言語・価値観が構築されにくい

例：職種で異なる子育て・家族についての価値観

医療者の考える在宅可能な医療依存度

他の職種が可能と考える医療依存度の差異

子どもと家族、教育者がとらえる教育環境の差異

◆養育力の向上への支援に対する考えの相違

専門職内・多職種の中で揺らぐ価値観

「兄弟に対する支援も、行うべき?行わない?」

2. 多職種・多機関での連携

各職種、関わる人物の考え方で異なる役割の認識

複数の主治医の存在

3. 高い医療依存度と個別性

◆医療職以外の職種の心理的抵抗感

「医療が必要で、すぐに命に直結する子どもに関わるって怖い」

「私たちが関わってなにか役に立てるのでしょうか?」

「こんなに重症なのに、普通の学校に通っていいのか?」

4. 地域で異なる支援チームの状況

◆必要な職種をチームに取り入れる力

地域資源が限られているため連携する機関、人、しぐみが決まっており、対象の個性に応じた連携となりづらい

◆コーディネーター（サービス調整・評価）の不在

各専門職の役割が当該地域の職種の考えで限定されており、生活全般を支援する体制の構築がなされていない

◆チームリーダー（チームビルディングを促進する役割）の不在

課題の認識に相違があり、相違を調整する役割を担うチームリーダーが不在のため、課題が更に深刻化してしまう

5. 統一されない医療機関からの在宅移行

物品提供方法・退院支援、調整業務を担う部署・担当者が各医療機関によって異なる

小児在宅における多職種連携の特色について説明する。子どもと家族には、主に5つの領域（教育・保健・医療・福祉・行政）が関わることになる。そのため、複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築が求められると同時に、支援の対象は医療依存度の高い子どもであり、かつ医療職以外にはすぐには理解できない疾患名・病状であることが多い。加えて、主治医が複数存在し、関係機関、職種が多岐にわたっている。背景となる法律、所属機関、立場、役割が異なるということは、子どもと家族の捉え方や子育てに対する考え方、すなわち支援者としての価値観が異なるということである。そのため、互いの価値観を尊重しながら、対象の目標に応じたチームを作る人材が必要となる。

しかし地域の現状は、個々の専門職が単体で支援を行い、チーム自体が存在しない地域や、地域資源が各地域で限られており、本来の目標を達成するためのチームとして役割を果たせていない場合や、連携協働がうまくいかず困難感が高くなり、連携できなくなってしまっている場合もある。また、在宅移行のプロセスや調整会議の開催時期は医療機関によって異なっていることが、現在の小児の多職種連携協働の特色であると考えられる。

4 標準化されたチームづくりが必要

子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で標準化されたチームづくりを先導する人材が必要である

標準化されたチームとは

連携・協働の「必要性・意義・基本概念」を理解し、子どもと家族の主体性を引き出し、障害のある子どもと家族が絆を深め、子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチーム

小児在宅における多職種連携の現状・特徴から、これから各地域で多職種連携を促進するためには、子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で、標準化（複数の要素間で、仕様や構造、形式を同じものに統一すること）されたチームづくりを先導する人材が必要である。ここでいう標準化されたチームとは、まず連携協働の必要性や意義・基本概念を理解し、子どもと家族の主体性（障害を持つ子どもの親としての自己決定の尊重）を引き出し、家族が絆を深め、子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチームを指す。子どもや家族、専門職が連携協働の概念を理解することは、連携協働の場面で起こりうることへの心理的な準備につながり、困難な中で糸をつむぐように連携協働を強めていくためには非常に重要なことであると考えられる。

5 連携の基本的概念の整理

援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス

共有化された目的を持つ複数の人および機関（非専門職を含む）が単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である

出典：吉池毅志、栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—。桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121, 2009.

連携・協働を促進するためには、先導する人材（連携リーダー）も概念を理解する必要がある。連携の概念のキーワードは単独では達成できない課題・主体的に取り組む協力関係・相互関係の過程であり、素晴らしい成果を保証するプロセスではない。むしろ患者・家族の希望をチームで大切に、実現に向け皆（子どもと家族も含む）で相談し、合意しながら進んでいく過程のことである。

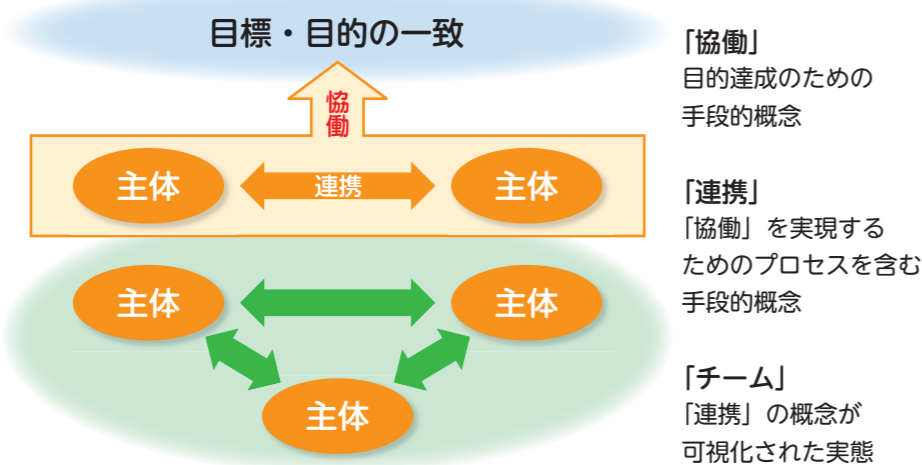
6 協働とは

ケアサービス利用者とその家族が掲げる目標を理解し、その人たちとともに支援し、協力を求め、各専門職や関わる人が持っている知識や技術を提供し、目標達成のためにともに力を合わせることができる方法を探り当てること

出典：ローリィ・N・ゴットリーブ，他：協働的パートナーシップによるケア，エルゼビア・ジャパン，2007.

協働とは、方法を探り当てることとある。困難な事象に対してこそ、協働は力を発揮する。それは一つの職種では解決できない目標に対し、必要な職種、人材に協力を求め、皆で知恵を絞り、どのように役割を分担することが有用であるかを話し合い、皆の合意のもと支援を実行し、再度評価し修正する過程を繰り返すことである。

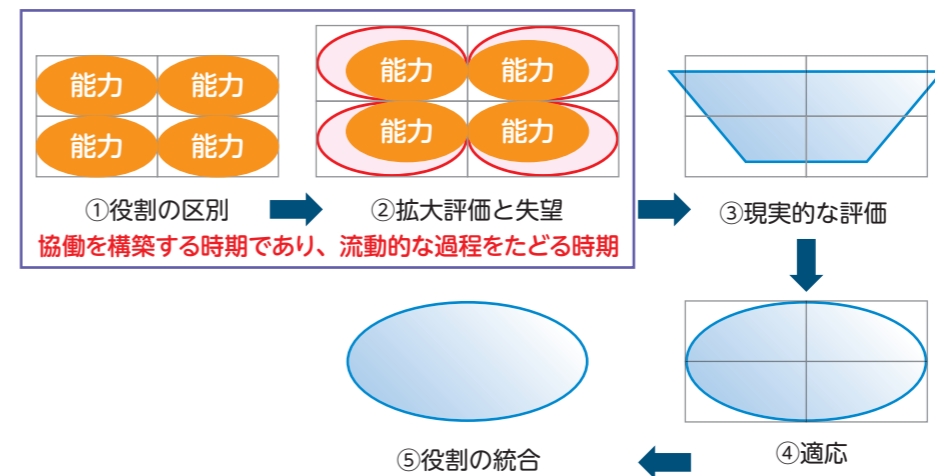
7 「連携」「協働」「チーム」各概念の関係



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—，桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009.

ここで連携と協働、チームの関係を見てみよう。連携は協働を実現するためのプロセスを含んでいる。まず課題解決に必要な専門職・専門機関に声をかけ、連絡を取りチームを構成する。連携で作られたチームで、目標を達成するための活動を協働という。効果的な連携協働を実践するためには、支援の目標・目的の一致をチーム内で行うことが重要である。

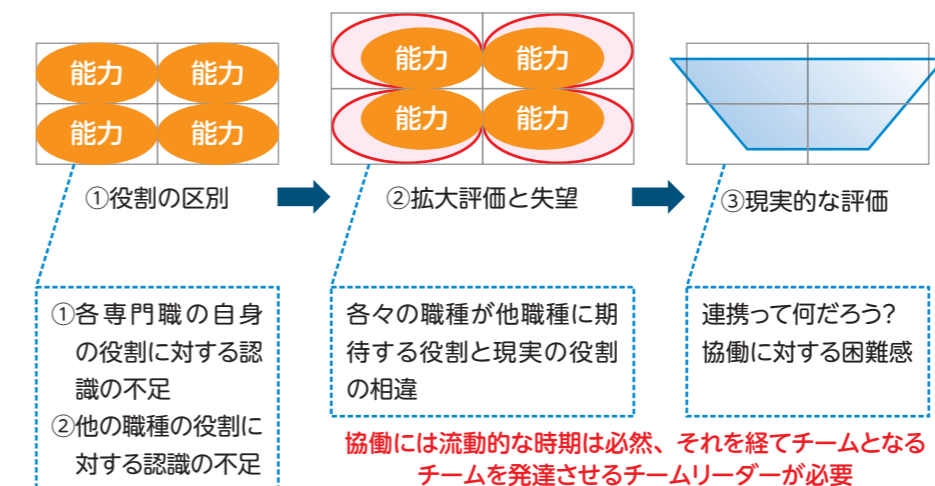
8 連携の核となる協働の展開過程



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—，桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009. (谷口一部改変)

連携で核となる協働の展開過程（引用文献資料を谷口一部改変）において、①～②は協働を構築する時期であるが、専門職間・組織間・家族とチーム間でのコンフリクト（競合、衝突、対立、葛藤、緊張）が生じやすい流動的な時期でもある。現場では、この流動的な時期に耐えることができず、連携や協働をあきらめてしまう場合や、過大評価と失望を繰り返し、次のステップに進めていないチームが多く存在する。しかし、コンフリクトは必然であり、それを経てチームは構成されていく。協働とは、道なき道を模索し、チームで道を切り開く作業であるともいえる。多職種連携を促進する際は、子どもと家族を含む全ての関わる人々が協働の展開過程、コンフリクトの必然性を理解し、実践することが望ましい。

9 地域でよく出会う流動的な過程



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—，桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009.

地域でよく出会う流動的な過程における問題は、目標達成のために自分が専門職として果たせる役割に対する認識が不足していたり、他の職種に対し過剰な役割を要求し、負担を強いる場面がまず①役割の区別の段階で見られる。例えば、入浴介助・お散歩はヘルパーが行うべきか訪問看護師の役割か、それは状態に応じて役割を担う職種が変化するのが現場であるが、どちらが担うべきであるかを各職種が言葉としてチームに伝えられなかったり、ヘルパーや保健師等の法令上の役割に対する認識が不足し、過度な役割を期待する場面がそれである。

②過大評価と失望の段階では、「自分たちはこれしかできません」と専門職としての役割を自身で限定し、目標達成のための協働とならない場合に、「もっといろいろな役割を担ってもらえると思っていたのに、がっかりした」といった言動が聞かれる場合がある。

こういった流動的な時期は必然である。チームメンバーは予め、流動的な過程が存在することを理解し、多職種間での対話を行いながら、協働することがコンフリクトの減少につながることを筆者は経験から知っている。コンフリクトが生じた場合こそ、チームメンバーの考えを肯定的に聴き入れ、互いの違いを認識した上でどのように目標を達成する役割を分担するかをチームで再考することが望ましい。また、この流動的な過程を乗り越え、チームを発達させるためにはチームリーダーが必要である。

10 多職種連携に必要なサービスやマネジメントの目指す目標の設定

よく地域で、「家族の負担軽減のための連携・協働」という言葉を耳にする。負担軽減は目的?それとも方策?

介護保険でも、多職種連携の際の目標の設定に困難が生じ、その後「生活機能の維持・向上」と設定された

障害のある子どもと家族への支援は「**それぞれの持つ力を発揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職種が連携協働する**」**子どもの権利の擁護・親として役割を果たすための負担の軽減**

連携・協働は、目標達成のためのものである。よく地域で家族の負担軽減のための連携・協働という言葉が耳にするが、負担軽減は目標というより何かを実現するための方策ではないだろうか。介護保険が開始された頃、介護負担の軽減が多職種連携の目標のように捉えられていたが、本人の生活機能の維持・向上を制度上の大目標とし、大目標を達成するための目標を本人・家族と多職種間で設定し、連携・協働を行うと位置付けられた。障害のある子どもと家族への支援の目標は、「それぞれが持つ力を発揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職種が連携協働を通じて支援する」ではないだろうか? 負担軽減は何のためのものであるかを、共有することが目標設定以前に重要である。

このプロセスを研修で関係職種と一緒に丁寧に学ぶ機会を設けることで、現在多職種が感じている課題は一つ解決できる。

11 より良き多職種連携を目指し、多職種間での大目標の共有の推進

医療的ケアのある子どもが安心安全に、地域の子どもとして暮らせるよう、医療的ケアをはじめとする、通常の子育てとは異なる負担を軽減し、養育者が親としての役割を遂行し、子どもの権利を擁護できるよう支援するために連携する

親としての役割とは

1. 生活全般を支える役割
2. 疾病の管理
3. 成長と発達を促す役割
4. 愛情を注ぐ役割
5. 子どもと一緒に子どもに有益なことを意思決定する

出典：小林倫代：障害乳幼児を養育している保護者を理解するための視点。国立特別支援教育総合研究所研究紀要 35：75-88, 2008.

連携協働では親と専門職がチームとなり役割を遂行することが原則となる。親の役割は5つに大別されている。地域で時々親がチームの一員となっておらず、専門職のみで構成されていることがあるが、親の参加は原則である。各地域で標準的なチームを作るためには、チーム内で親が果たす役割をメンバー内で共有し、何のための連携であるべきか、大目標を統一することが求められる。

12 養育者が抱えるストレス

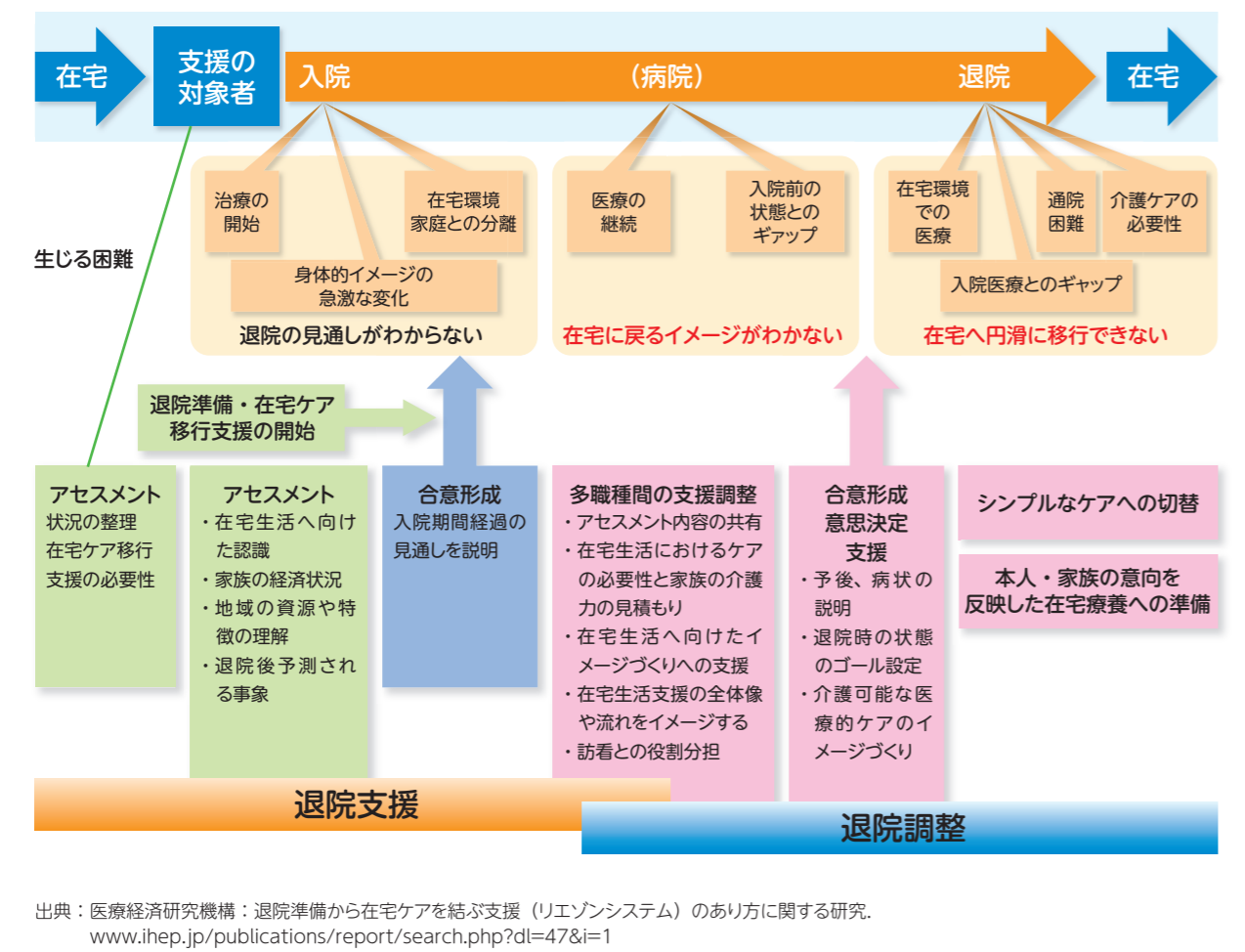
1. 一般的な子育てのストレスに加え、障害の受け入れ、子どもの状態の不安定さ、周囲からの理解の得られなさ、特別な支援を受けることへの抵抗感
2. 配偶者との関係性
3. 家族内の連帯感や家族との絆
4. 父親の就労状況と職場環境
5. 経済状況
6. 近隣地域との関係

出典：小林倫代：障害乳幼児を養育している保護者を理解するための視点。国立特別支援教育総合研究所研究紀要 35：75-88, 2008.

連携の対象となる子どもと家族の多くは、多大なストレスにより養育力すなわち親としての役割遂行能力が低下している場合が多い。親としての力を高めるためには、まず養育者が抱えやすいストレスを一つの物差しを活用し多職種でアセスメントし、支援の方向性を共有する作業を協働過程の最初に行うと効果的である。この際、スライドのように、養育者が抱えるストレスの要因をもとに対象となる養育者を多職種で捉えていく。

これは価値観の異なる職種が一つの物差しを活用して、多職種間で対象を同じ視点・価値観を共有することにつながるため有効である。

13 在宅移行期の多職種連携過程と構造



事業専任者として、多くの退院調整のコンサルテーションを実施し、現在もリハビリセンターでの退院支援調整のコンサルテーションを行っているが、最近では在宅移行期からの連携の必要性が認識されており、退院前から連携を開始する医療機関が増えている。しかし、連携開始時期は医療機関・対象の状況によっても異なるのが現状である。

一般的に在宅移行期は、退院支援と調整が必要といわれている。退院支援とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援といわれ、退院調整とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程と定義されている*。

スライドは、小児在宅移行期のどの時点から多職種連携を開始すべきか、連携に際し、どのような項目を医療機関と協働すべきかについて示している（赤の矢印、赤の□で囲まれた箇所）。本来であれば退院支援の段階から介入することが望ましいが、コストの関係や医療機関・地域の考え方で地域の多職種の介入時期が異なるのが現状である。

*池端幸彦：「かかりつけ医の在宅医療」～超高齢社会 私たちのミッション～ 退院支援・調整。
http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zleader01/zleader01_1-7.pdf

名論1
地域連携・多職種協働

14 連携の構成要素と連携リーダーの役割

1. 連携の成果・改善点の共有
 2. 目的の一致
 3. 複数の主体と役割
 4. 役割と責任の相互確認
 5. 情報共有
(課題と課題解決策の共有)
 6. 連続的な協力関係過程
 7. 対象となる子どもの在宅療養・多職種連携の意義・必要性の共有
 8. 関わる人の主観にとられない子育て・家族の概念の共有
- 連携促進のためには
1.7.8を支援する連携リーダーが必要!
- 小児在宅における連携構築のためには、物差しを活用した多職種の価値観の共有が必須
 物差しとは：価値・程度を判断する基準を指す

スライドの連携の構成要素（2～6）を実践できるチームを作るため、各地域の連携協働をファシリテーションする連携リーダーが必要である。ファシリテーション（Facilitation）とは会議、ミーティングなどの場で、発言や参加を促したり、話の流れを整理したり、参加者の認識の一致を確認したりする行為で介入し、合意形成や相互理解をサポートすることにより、組織や参加者の活性化、協働を促進させるリーダーの持つ能力の一つとされる（ウィキペディアより引用）。ファシリテータの役割は、連携体制の構築時にスライドの5、6を各地域で行い、多職種間の価値観を共有することである。また、チーム力を向上させるためには顔の見える関係性構築だけでなく、チームの実践の振り返り、いわゆる成功体験の共有が有効である。

名論1
地域連携・多職種協働

連携推進のためのアセスメントが必要

◆アプローチの対象

1. 本人・家族
2. 専門職
3. 組織レベル
4. 環境レベル

↑
アプローチの順序

◆本人・家族のアセスメントの視点

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・主体的な参加 ・援助過程に関する知識と役割の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の不在 ・援助過程に関する知識の欠如

出典：栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに— 桃山学院大学総合研究所紀要 35(3)：53-74, 2010.

介護保険とは異なり、各地域によって連携体制は全く異なるのが小児在宅の大きな特徴である。そのため地域での多職種連携を促進するためには、連携リーダーが各地域の現状をアセスメントすることが必要である。地域で連携を促進する場合の対象は1～4である。そのため、アセスメント対象も1～4に対し行う。

アセスメントを行う順序はあまり重要ではないが、アプローチを行う際は、まず多職種連携の環境を整え、各組織、専門職、本人・家族の順番に行う方が有用である。なぜなら、組織の連携を促進するためには環境が整備されていることが前提であり、専門職が連携協働を現場で実践するためには組織内での体制が整備されていることが前提となる。

本人と家族に安心してチームに参加してもらうためには、先に4から2を整備し、本人家族を巻き込むことが有用である。本人・家族の連携状況は、本人家族が主体的に連携協働に参加する意向を持っているか、また、連携協働過程を理解し、チームのどの職種がどのような役割を担ってくれるかを理解しているかをアセスメントする。おおよそ多職種連携協働に課題がある場合は、阻害要因を家族が有している場合が多い。

専門職

促進要因	阻害要因
<p>(個人)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・卒業後の職業関連専門職の学習経験 ・勤務経歴 ・卒業後の連携学習時間 ・独自性 <p>(对客户・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの自己決定の尊重 ・クライアントの担当数 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いの職務の専門性の理解 ・信頼関係に基づく相互尊重 ・同等の時間の投資 ・指導的立場の譲り合い ・問題の予測能力 	<p>(对客户・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの主体性と自己決定の無視 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いの専門性に関する知識の欠如 ・役割の曖昧さ 縄張り争い ・価値観、理念、方法論の対立 ・信頼、コミュニケーション、意欲の欠如 ・不均等な理から関係の違い ・事前の準備不足

組織レベル

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・協働を促す職場の構造や理念 ・管理者の協働に対する理解・支援 ・協働作業に対する時間、支出、労力の投資 ・情報共有 ・業務協力 ・関係職種の交流 ・連携業務の処理と管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス供給に関する硬直した管理体制 ・職能団体の硬直した規則 ・クライアントに対する説明責任の欠如

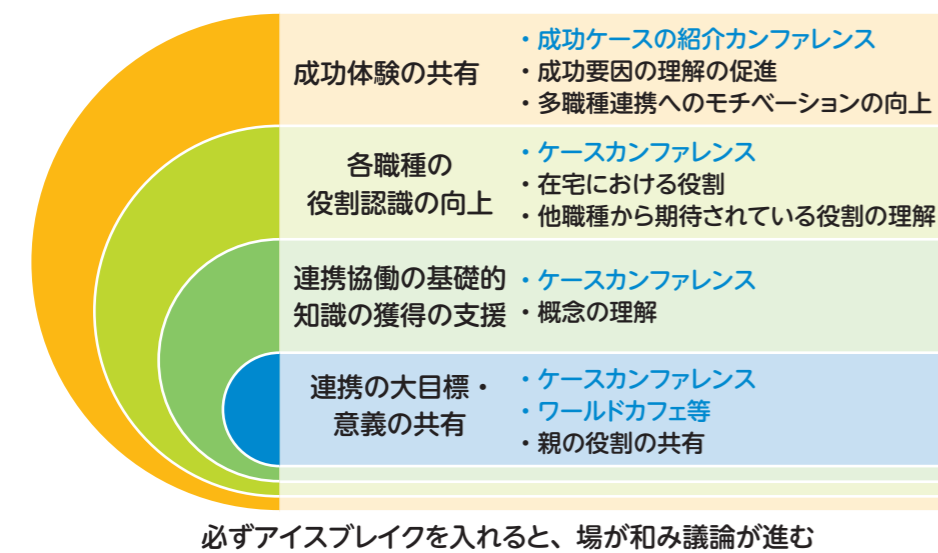
環境レベル

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・アクセスしやすい治療・援助の場の提供 ・協働を促進する諸政策・社会状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・縦割り行政 ・診療報酬制度

出典：栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに— 桃山学院大学総合研究所紀要 35(3)：53-74, 2010.

子どもと家族を取り巻く連携協働の現状について専門職・組織、環境という枠組みで捉え、促進・阻害因子の視点で情報を整理し、阻害因子を有している場合は課題と認識し、促進因子はアセスメントの対象の持つ強みとして捉えることができる。アセスメント結果を支援対象となる地域の関係者と、共有することがリーダーには必要である。この際、まずは対象の持つ強みを伝え、課題を共有し、解決策を当該地域の関係者と検討し、実施することが有効である。

17 連携状況に応じた事例検討会の開催



これまで見てきたように、おおよその課題の根底は、スライドの連携の大目標の意義の共有や各専門職の役割認識、連携・協働の基礎的知識の獲得への支援が潜んでいると考える。すなわち多職種連携の推進のためには、多職種連携の必要性や意義といった大目標をもとに共有する場と連携協働の基礎的知識の付与がまずは必要である。必要性や意義を共有するための方策としてはシンポジウムの開催やワールドカフェ（人々がカフェにある空間のようなオープンで創造性に富んだ会話ができる場とプロセスを用意することで、組織やコミュニティの文化や状況の共有や新しい知識の生成を行うファシリテーションプロセス）が有効である。また異なる職種間での研修となるため、先ずリラックスして研修に参加できるようにアイスブレイクを活用することで場が和み、活発な意見交換が可能であった。

18 アイスブレイクとは

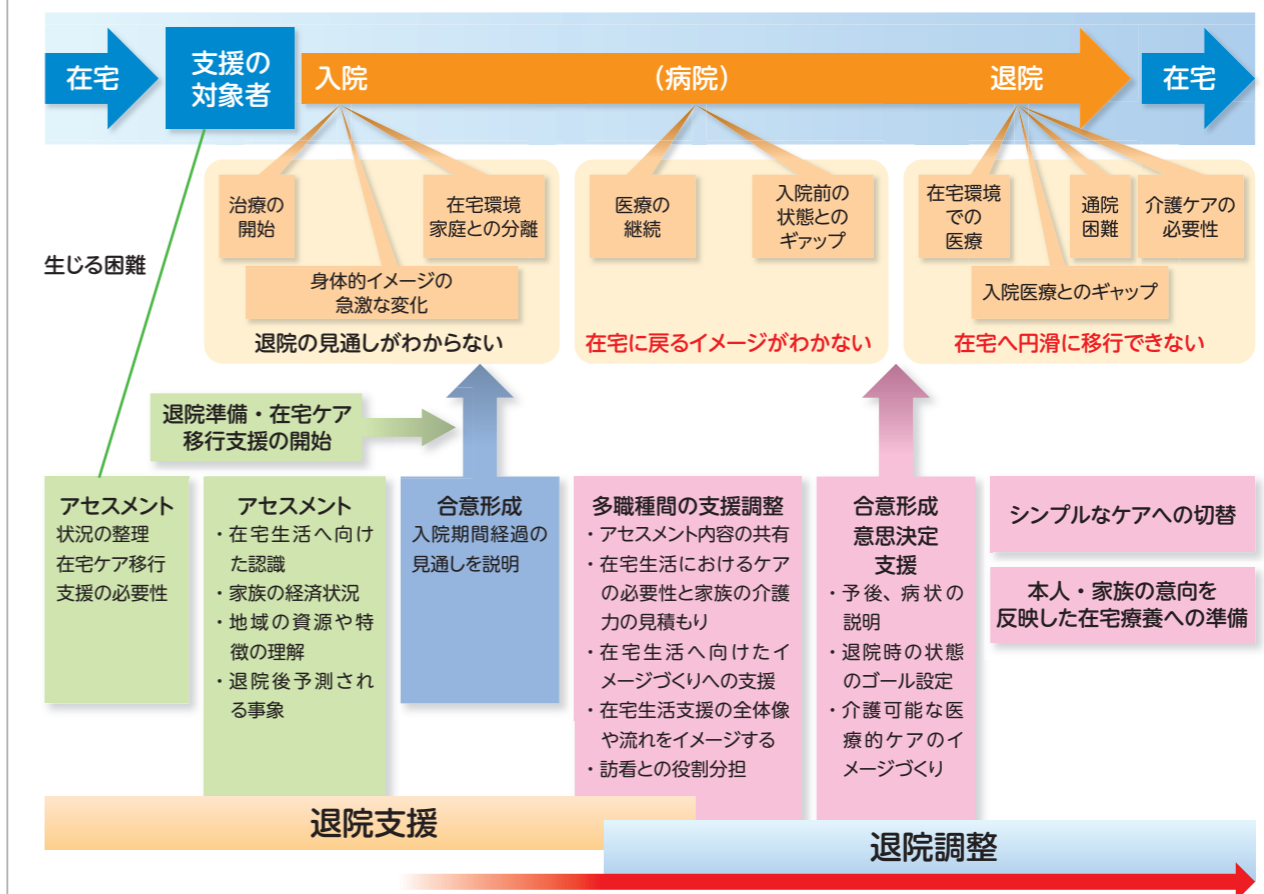
初対面の人同士が出会う時、その緊張をときほぐすための手法。集まった人を和ませ、コミュニケーションをとりやすい雰囲気を作り、そこに集まった目的の達成に積極的に関わってもらえるよう働きかける技術を指す

例：宝くじで百万円当たったら、どうしますか？

自由に自分の考えをグループ内で話してくださいと必ず、ファシリテータもアイデアを披露する

知らない者同士が一堂に会する場では、場を和ませ参加者の主体性を引き出すことを目的としてアイスブレイクという手法を用いると非常に効果的である。

19 状態安定・多職種の安心感の確保のための在宅移行期の看看連携過程の共有への支援



出典：医療経済研究機構：退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究。（谷口一部改変）
www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=47&i=1

最後に連携リーダーは、多職種の連携を進める事業を推進すると同時に、看看連携を促進するとよりよい多職種連携となることを演者は経験から知っている。なぜなら、子どもと家族が安心して地域で暮らすためには子どもの状態安定が必然である。子どもの状態安定は養育者・家族・多職種の心理的安定につながる。医師の介入はもとより、在宅移行期から自宅での状態安定に向けた看看連携を促進することで、多職種連携の促進につながる。赤い矢印が看看連携の望ましい開始時期と考える。