

報告

令和5年度 筑紫地区『医療・介護共有シート』勉強会

参加者:64名

内訳) 入退院支援に関わる看護師、ソーシャルワーカー22名(12医療機関)

介護支援専門員42名(居宅支援事業所17小規模多機能居宅事業所10地域包括支援センター15)

日時 : 令和5年6月20日(火) 18:30~
場所 : 筑紫医師会 体育館

本日の内容

- | | |
|-------------------------------|--------|
| 1. 取組紹介 | 18:30~ |
| 2. 勉強会 | 18:40~ |
| 1) 「医療介護共有シート」おさらい | |
| 2) 「地域連携型看護サマリー」の紹介 | |
| 3) 意見交換 | |
| テーマ 「退院に向けての情報交換」を考える | |
| 4) 発表 | |
| 3. その他
「かかりつけ医への報告・相談」について | 19:45~ |
| 4. 情報交換会 | 19:55~ |

1. 取組紹介

- ダウンロード
- 医療関係の方向け
- 一般の方向け
- その他

医療・介護連携関連

● 入退院時の情報共有の仕組み

利用者家族への説明用資料あり

● 医療介護資源ガイドブック

● 研修用動画の貸出し

● 多職種研修会 報告

● 医師への相談方法確認表

● 医療・介護共有シート

● 入院先医療機関窓口一覧表

在宅医療・介護関係者に対する相談対応

例) 訪問診療医を探してほしい
訪問看護ステーションを探してほしい
医療機関への相談が困難なとき
等々…

お気軽にご相談ください

筑紫医師会
在宅医療介護連携支援センター



092 - 408 - 1267

左記情報掲載ページ
QRコード



- ・訪問看護ステーション
- ・訪問歯科
- ・訪問薬局も掲載しています

令和4年度
筑紫地区在宅医療・介護連携推進の取組みに関するアンケート調査結果

筑紫地区在宅医療介護連携推進支援業務

調査の目的：

年度評価を行い、結果を医療介護連携促進のための効果的な取組みとなるよう
次年度の計画作成に活用する

調査方法：自記式アンケート調査

配布及び回収方法：アンケート調査用紙を郵送、メール、FAXし、WEB、FAXにて回収

対象施設数：筑紫地区の医療・介護関係機関（合計815カ所 施設含まず）

対象職種：11職種（1,153人）

調査時期：令和5年1月10日～1月31日

調査票の回答数 533 (施設の回答108は含まない)

内訳	関係機関	職種	回答数	関係機関	職種	回答数
会員医療機関	医師	100	訪問介護事業所	訪問介護員	34	
	外来看護師	121	居宅支援事業所	介護支援専門員	60	
	病棟看護師	24	看小規模多機能型	//		
連携室/有床診SW	23		地域包括支援センター	13		
訪問看護ステーション	訪問看護師	40	その他 *		11	
	訪問セラピスト	23				
訪問リハビリテーション	//					
歯科診療所	歯科医師	36				
薬局	薬剤師	48				

事業所所在地：筑紫野市(142) 春日市(117) 大野城市(124) 太宰府市(88) 那珂川市(62)

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、グループホーム、有料老人ホーム(対象140施設*)の回答(108)

*今年度に関しては評価の対象とせず傾向として捉える

日常



準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

入院時



保険証セットを提示する



受付、Ns., SW等



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる

③ 入院窓口を確認して 入院時情報交換 ※医療・介護共有シート



入院窓口 (Ns・MSW・事務等)



医師 病棟Ns.



③-2 入院報告 介護保険サービス事業所等

入院中



情報交換



連携室(Ns, MSW)

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファの開催

- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

転院時



転院先医療機関

転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと
話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

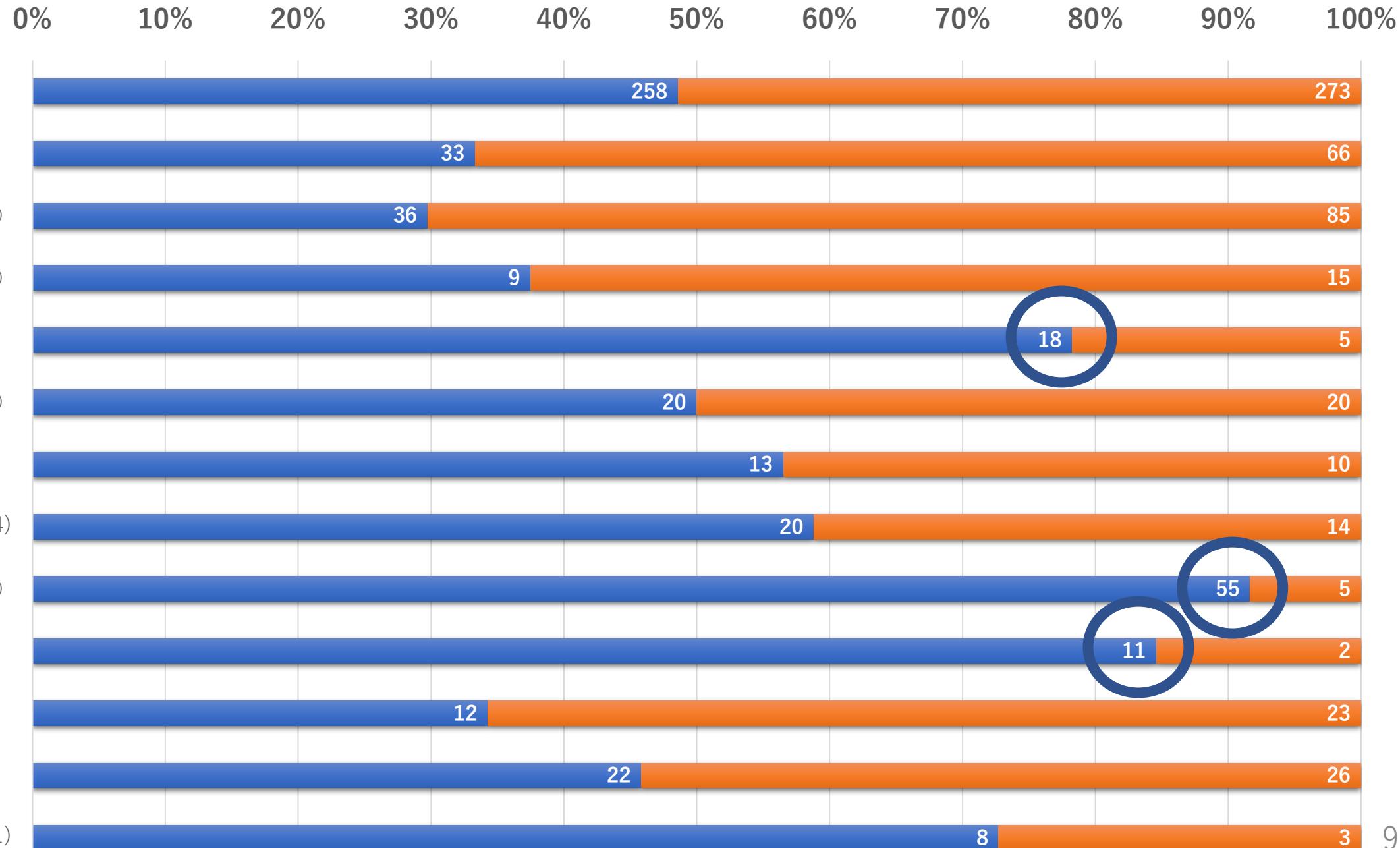
退院後



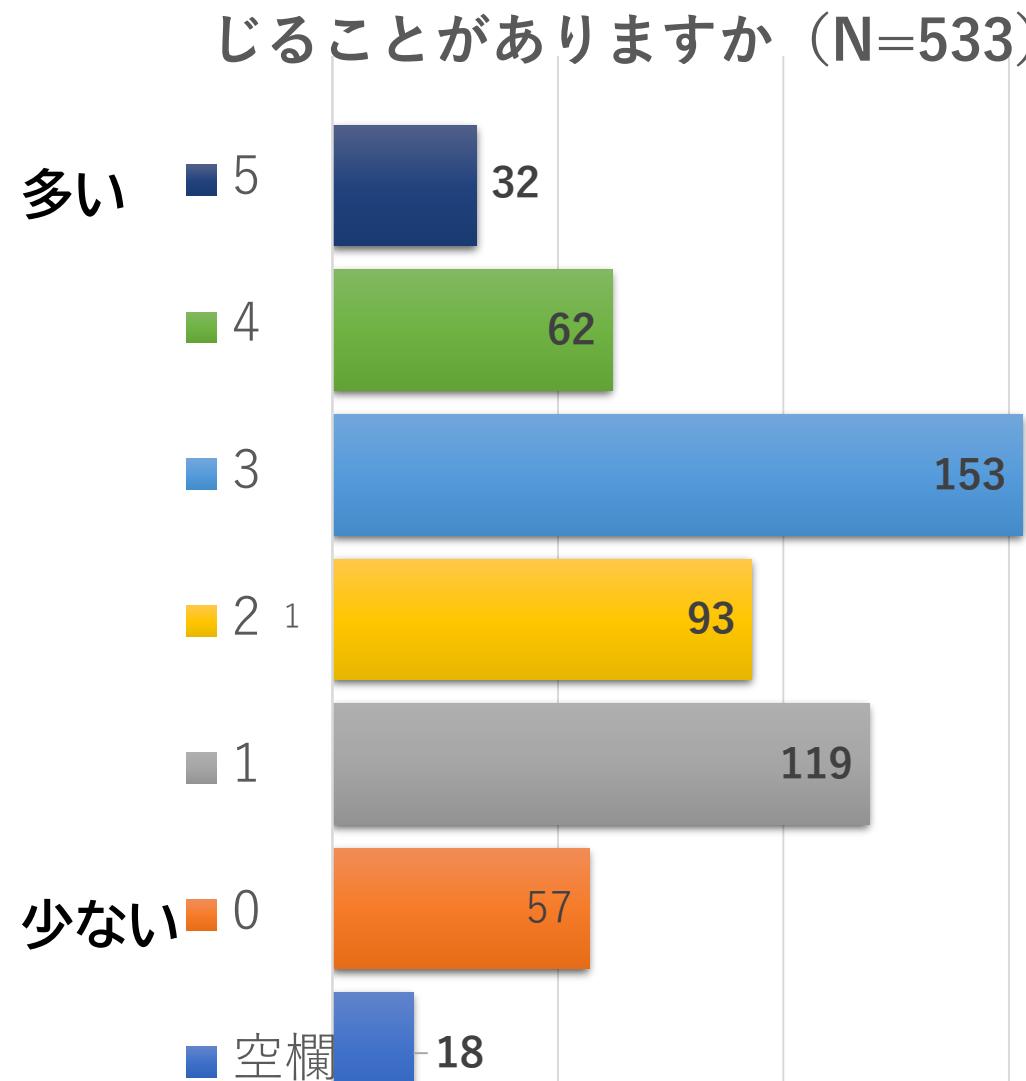
ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

入退院時の情報共有の仕組み

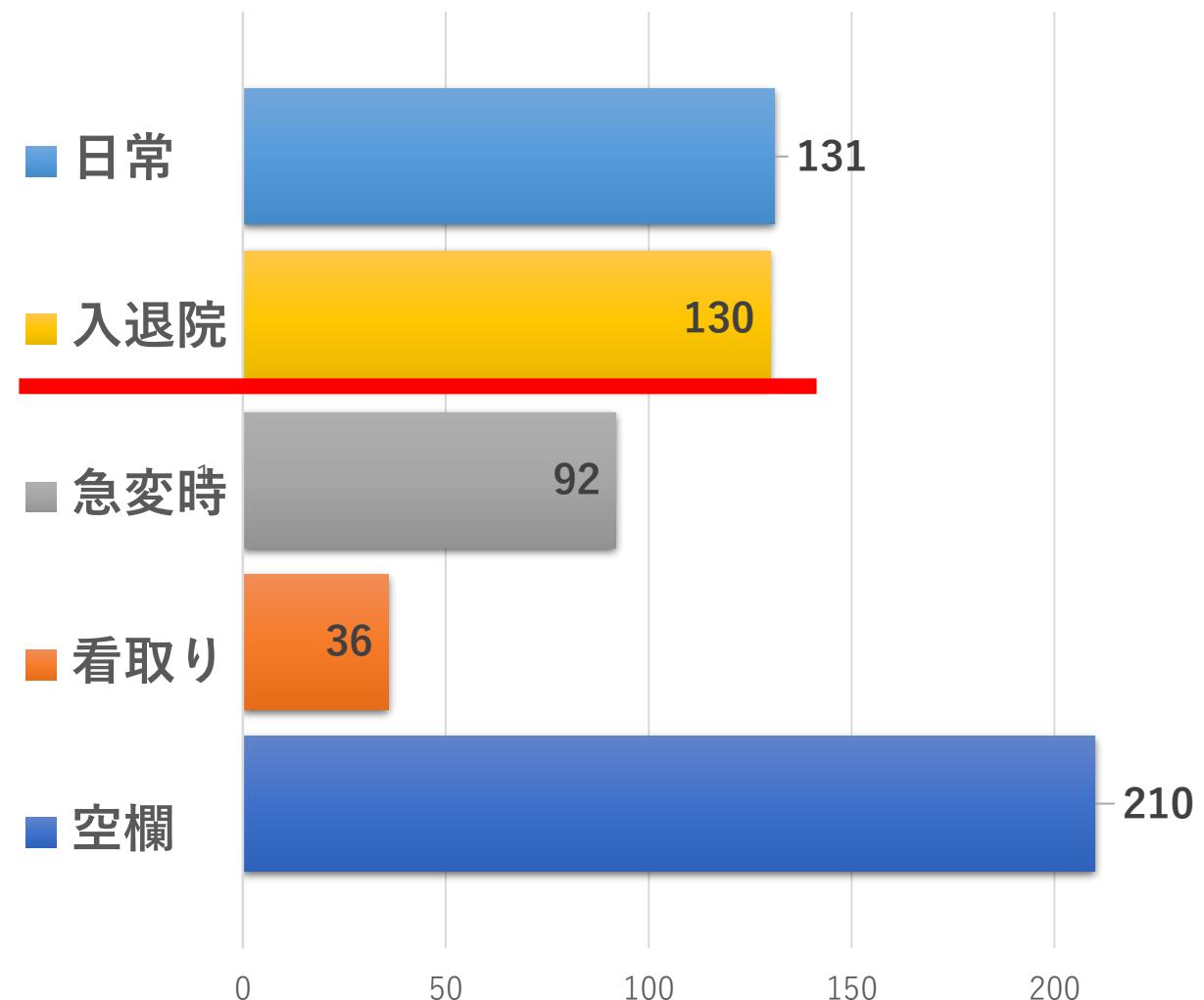
■ 知っている ■ 知らない



問2. 他職種との連携が図りづらいと感じることがありますか (N=533)



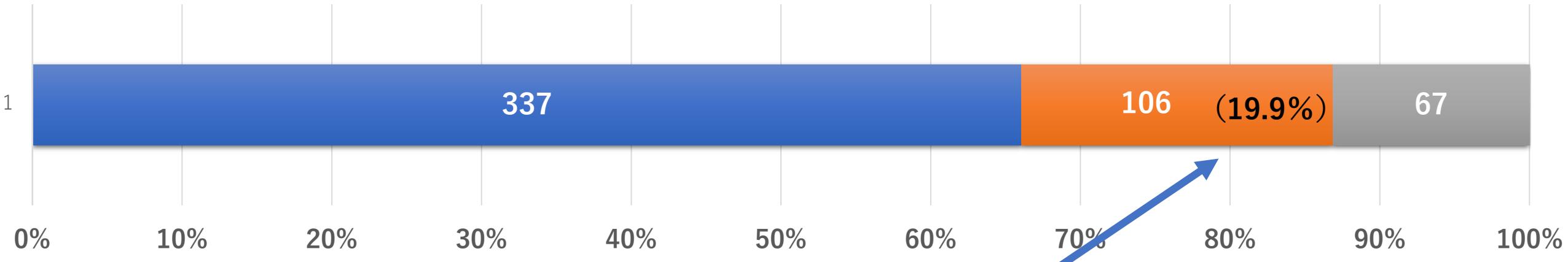
連携が図りづらいと感じる場面 (N=533)



問7. 利用者（患者）の『入院』を把握できていますか

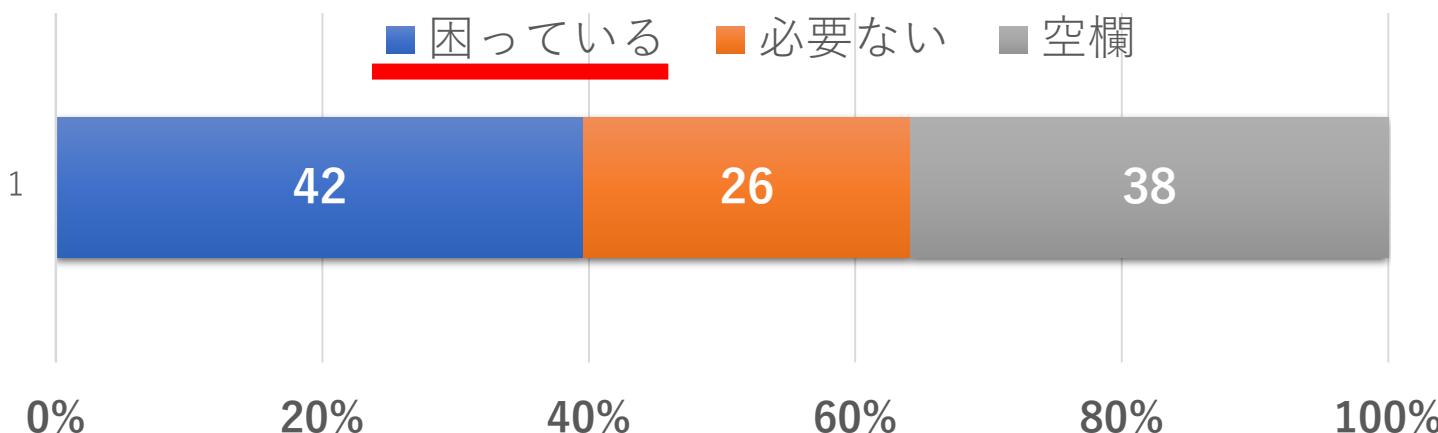
医療機関入退院支援担当者以外の方 n=510

■ はい ■ いいえ ■ 空欄



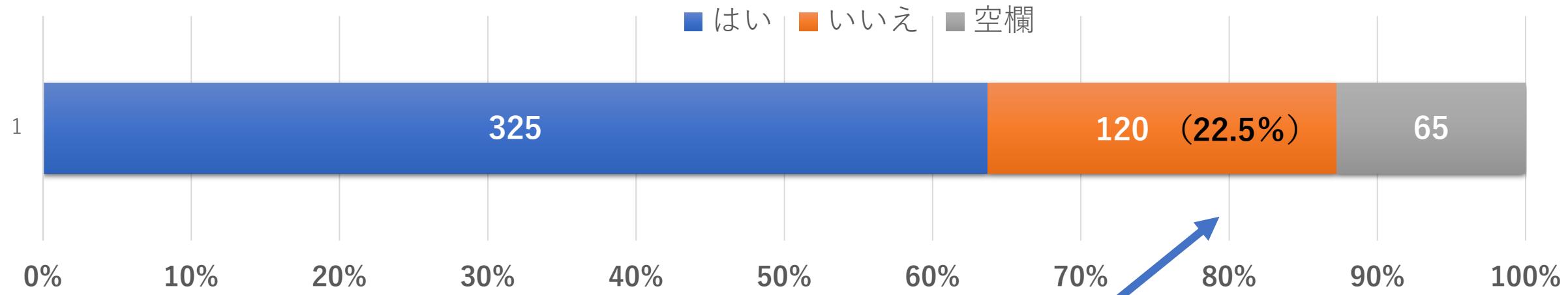
問7.に「いいえ」とお答えの方

■ 困っている ■ 必要ない ■ 空欄



問8. 利用者（患者）の『退院』を把握できていますか

医療機関入退院支援担当者以外の方 n=510



問8.に「いいえ」とお答えの方



日 常



準備

準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

入院時



保険証セットを提示する



- ① ケアマネの名刺等(保険証セット)を確認する
② 担当ケアマネに入院したことを知らせる



入院中



情報交換

- ① 経過や状態等の情報提供、退院後のサービス等についての相談対応や助言
② 各種制度や施設情報等の情報提供 ③スケジュールの共有

退院時



- ① 退院時情報提供 ※医療・介護共有シート
※退院前カンファの開催



- ② 退院報告 介護保険サービス事業所等

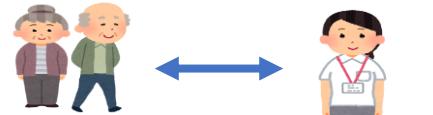
転院時



転院後の連携については、本人・家族、ケアマネと
話し合って決め 入院中の医療機関が転院先へ伝える

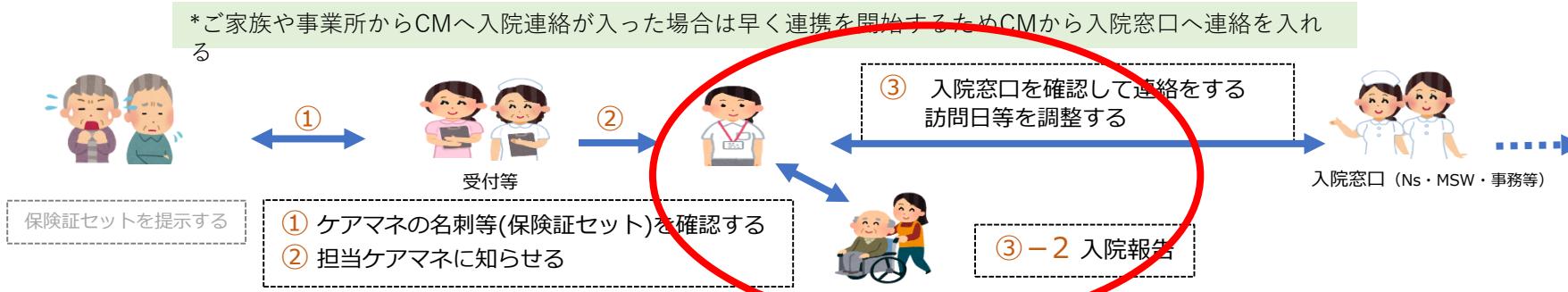


退院後



ケアマネジャーはモニタリング結果等を医療機関へ状況報告する

入院時



★退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作りましょう

①②



は、担当ケアマネジャーを確認して、
入院したこと(すること)を知らせます

原則、入院の翌日(直近の診療日)までに連絡します

担当者を決めるなど事前に体制作りをしておきます

*FAX連絡の場合は入院連絡票(様式1)をご活用ください

該当地区入院連絡票	
受け取り事業所名:	担当CM:
いつもお世話をなっておられます。 お手数の時に、下記までご連絡下さい。	
連絡日) 年 月 日	
送信元) 医療機関名:	
電話番号:	FAX番号:
送信者:	
※謹慎表示	

③



は、医療機関からの連絡よりも先に入院を把握した
場合は、**自ら連絡を入れます**

③-2

○**入院先窓口一覧表**の情報を更新しています
入院先医療機関の体制や本人の入院時の状態や疾患により、
その後の連携の在り方が異なります
どのようなタイミングで訪問すべきか等を窓口へ相談しましょう

○利用者が利用している介護保険サービス事業所等と入院を
知らせ合えるよう普段から働きかけをしておきます

○介護保険サービス以外で関わっている医療機関や薬局、ボラン
ティアの方々へは**ご家族から連絡を入れて頂くよう依頼します**

① <研修用動画の貸出し>

「動画で知る医療介護連携」

「終末期の身体変化」（令和5年8月～）

利用目的：筑紫地区にある医療・介護の事業所で
実施する研修の視聴用資料として用いる

視聴方法：DVDおよびYouTube（限定的公開）

「動画で知る医療介護連携」

(1話 15分程度 7回シリーズ)

＜内容＞

同じ利用者(患者)様に関わる多職種7名の自身の役割と実践状況について

ケアマネジャー	岸本有希子さん	(あけぼのケアプランサービス)
訪問診療医	土居 崇仁先生	(どい内科クリニック)
訪問看護師	内野 多美子さん	(みずき訪問看護ステーション)
訪問薬剤師	前田 芳乃先生	(みこと薬局)
訪問介護員	桂木 博美さん	(みずきヘルパーステーション)
福祉用具専門相談員	宮本 龍寛さん	(株式会社うらべ)
訪問歯科診療医	江崎 充宣先生	(アスールデンタルクリニック)

「終末期の身体変化」

地域の多職種の方々が
ターミナル期の身体の
変化について
共通認識ができる



医療法人文杏堂 杉病院
杉 雄介

令和4年度筑紫地区第1回多職種多機関連携研修会 2022年8月31日



医師への相談方法確認表

帆足医院		住所：筑紫野市二日市西1-8-11			
		☎ : 922-2746			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	×	×	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者： 看護師 山本 典子					
月	火	水	木	金	土
16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	16:00 ～ 17:00	×
【コメント】 ※1 事前に調整の上、お越しください。					
ひぐち内科胃腸 クリニック		住所：太宰府市大佐野3-1-51			
		☎ : 408-3538			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○408-3538	○408-3635	info@higuchi-c.com	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし					
月	火	水	木	金	土
～	～	～	～	～	～
【コメント】 ※1：事前に調整の上、お越しください。					

あんどう泌尿器科クリニック		住所：那珂川市中原2-127			
		☎ : 954-1616			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	×	×	○954-1691	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：外来患者⇒看護師 浦塚 透析患者⇒事務 北島					
月	火	水	木	金	土
15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00	15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00	15:00 ～ 16:00	11:00 ～ 12:00
【コメント】担当者が不在の場合は、用件をFAXしてください。					
目野内科クリニック		住所：那珂川市片縄北6-3-20			
		☎ : 951-3377			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○951-3377	○951-3388	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者： 受付 里中 由紀子					
月	火	水	木	金	土
14:00 ～ 18:00	14:00 ～ 18:00	14:00 ～ 18:00	×	14:00 ～ 18:00	×
【コメント】 ※1：来院してもらい、都合がつくまでお待ちいただきます。					

相談方法確認表ができた経緯

医療介護連携に関するアンケート (R1.10月実施) → 多職種研修会 GW

【医師】

連携の求めに応じることが難しい理由 → 診療が忙しい

望ましい連携の手段 → 第1位 直接会って話す

【医師以外の多職種】

必要性を感じているが連携が難しい相手 → 第1位 医師

連携が難しいと感じる理由 → どのような手段が良いのか分からぬ
→ いつ連絡していいのかわからぬ

2. 勉強会



入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日

→ 情報提供日 年 月 日



お名前

患者氏名:

生年月日:

年 月 日

生 () 才

□男

□女

住所:

TEL:



ご利用者(患者)や家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記項目についての聞き取りをおこないます。

担当 CM 氏名:

TEL:

事務所名:

FAX:

下記の情報については主に CM が記入します。

聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日

医療機関名:

回診者:

(職種:)

TEL:

FAX:

主介護者(▲)	氏名 TEL	機能・年齢 特記事項	() 才	家族構成図(両端者は○で囲む)
キーパーソン(★) ※主介護者と異なる場合	氏名 TEL	機能・年齢 特記事項	() 才	
介護方	十分ある ○十分ある △十分ある △十分ある △十分ある △十分ある	一部見込まれる △見込まれる △見込まれる △見込まれる △見込まれる △見込まれる	△認めない ○認めない △認めない △認めない △認めない △認めない	
介護保険情報 (認定状況)	要支援 △1 □2 要介護 △1 □2 □3 □4 □5	△扶助事項別者		
特別な医療歴等 障害既往歴等	△なし □あり(□痴呆陽性者 □指定難病 □精神者)	△なし □あり(□身体 □知的 □精神 □精神)	△主介護者、△キーパーソン、 △本人が自ら障害の報告、下記に非 △本人が自ら障害の報告、下記に非	
経済状況	△年会あり □年会なし □生活困窮(客観的判断)	△年会あり □年会なし □生活困窮(客観的判断)	△年会あり □年会なし □生活困窮(客観的判断)	
病歴・疾患歴	△なし □急性腎炎 □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 △骨折 □その他の()			
受診中の医療機関	医療機関 △外来 □通院	△外来 △通院	△外来 □通院	
最近1年間の入院	△なし □不規 △あり(右欄詳細) △原因	△入院先 △原因	△入院先 △原因	
認知症高齢者の日常生活能力度	△自立 □1 □2a □2b □3a □3b □4 □M	△記の判断: □認知 □CM □その他の()	△自立 □1 □2a □2b □3a □3b □4 □M	
精神障害における 療養上の問題	△なし □幻覚・幻聴 □妄想 □低知・不穎 □妄想 □暴力/攻撃性 △介護への抵抗 □不戻 □暴言過激 □誤嚥 □危険行動 □不潔行為		△なし □幻覚・幻聴 □妄想 □低知・不穎 □妄想 □暴力/攻撃性 △介護への抵抗 □不戻 □暴言過激 □誤嚥 □危険行動 □不潔行為	
介護サービス等の利用状況	△訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス △福祉用具 □薬剤指導 □訪問給料 □訪問検査 □介助		△訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス △福祉用具 □薬剤指導 □訪問給料 □訪問検査 □介助	
生活状況				
室内・屋外の活動 散歩している頻度	△なし □あり(必要手帳)あり □なし △なし □あり()		△なし □あり(必要手帳)あり □なし △なし □あり()	
口腔内状態の特記 その他の記事項	△なし □あり(歯科受診中、義歯)あり □なし △なし □あり()		△なし □あり(歯科受診中、義歯)あり □なし △なし □あり()	

入院前のADL等

- 起き上がり □自立 □つかまりながら出来る □扶助起こされている
座位 □自立 □見守られがる事 □出来ない
移動 □自立 □見守り □手摺・杖 □手引き □歩行器 □車いす(□自立、□介助)
食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □絶口摂取していない
食事形態 □工夫なし □工夫あり()
水分とろみ □必要なし □必要あり()
排泄方法 □トイレ(□洋 □和) □ポータブル □おむつ・パッド(□尿時 □夜間)
排泄動作 □自立 □認識 □拭く、洗う、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴 □自立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □訪問入浴 □デイサービス等



特記事項

退院

- 起き上がり □自立 □つかまりながら出来る □扶助起こされている
座位 □自立 □見守られがる事 □出来ない
移動 □自立 □見守り □手摺・杖 □手引き □歩行器 □車いす(□自立、□介助)
食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □絶口摂取していない
食事形態 □工夫なし □工夫あり()
水分とろみ □必要なし □必要あり()
排泄方法 □トイレ □ポータブル □おむつ・パッド(□尿時 □夜間)
排泄動作 □自立 □認識 □拭く、洗う、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴 □自立 □一部介助(□シャワー浴 □浴槽) □満足

特記事項

※1 入院時情報漏れ加算の算定には医療サービス計画書(1.2.3項)またはこれに代わるものとの添付が必要です。

作成の成り立ち

平成30年度 全国の市町村で「在宅医療・介護連携推進事業」が開始

入退院支援は、医療介護連携の第一歩



筑紫地区 「入退院時の情報共有の仕組み」・「医療・介護共有シート」を作成

目的

- ・厚生労働省の標準様式を簡素化し、ポイントを押された情報共有が早く出来る

【作成時に意識したこと】

左側=入院時

- ・第一報として、時間を掛けずに新しい情報を提供できるように簡単に記入できること
- ・医療機関が基本的に知りたい項目であること
- ・不足している情報は、直接やり取りをすることで補う。

右側=入院中～退院時

- ・ケアプランに反映できる内容であること
- ・入院医療機関に記載を依頼することもできる

1枚でADLの変化が分かるもの

地域連携型看護サマリー（仮称） 導入に向けての取り組み

2023年6月20日

福岡大学筑紫病院

井上久美・園田みづき

退院時看護要約改訂に取り組んだ背景・・・

＜当院の退院時看護要約の課題＞

- ①入院中の経過を詳細に記載しているが、実践した看護が明確ではない
- ②日常生活動作の状況が把握しにくい
- ③継続看護の内容が不明確である
- ④患者や家族の治療や療養に対する認識や思いの記載が不足している
- ⑤記載に時間要する



日本看護協会の看護情報提供書(様式50)と筑紫地区5市と筑紫医師会で運用している「医療・介護共有シート」を参考に、看護サマリーの改訂を行った。

医療・介護共有シートとの連動

〈筑紫医師会医療・介護共有シート〉

※下記の情報については主にCMが記入します。		聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日
医療機関名: 回答者: (職種:) TEL: FAX:		
退院予定日 年 月 日 (曜日)		
① 今回治療した病名 ② ③		
② 症状・病状の予後・予測		
③ 本人や家族の受け止め・意向		
④ 今後の診療 □ 通院 □ 訪問診療 □ 訪問看護		
⑤ 退院後必要な医療行為等 □ なし □ 在宅医療 □ 口喀痰吸引 □ 気管切開の処置 □ 自己注射 □ ストーマ □ 経管栄養 (□ 経鼻 □ 鼻胃) □ 中心静脈栄養 □ 腹道カテーテル □ 褥瘡処置 (部位:) □ その他 ()		
⑥ 安定して過ごすために導入するといいことおよび禁忌事項 【その他看護の視点から】		
⑦ 薬に関する留意事項		
⑧ 注意してほしいこと・單 く主治医や訪問看護師へ知 らせてほしい状態		
⑨ その他特記事項		
⑩ 起き上がり □ 自立 □ つかまりながら出来る □ 抱き起こされている 座 位 □ 自立 □ 乗せられる必要 □ おまかせ 移 動 □ 自立 □ 見守り □ 手摺・杖 □ 手引き □ 歩行器 □ 車いす (□ 自走 □ 介助) 食事動作 □ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 経口摂取していない 食事形態 □ 工夫なし □ 工夫あり () 水分とりみ □ 必要なし □ 必要あり () 排泄方法 □ トイレ □ ポータブル □ おむつ・パッド (□ 常時 □ 夜間) 排泄動作 □ 自立 □ 搾導 □ 拭く、流す、衣服の上げ下ろし等の介助 入 沐 □ 自立 □ 一部介助 (□ シャワー浴 □ 沐槽) □ 清拭		
特記事項		
筑紫医師会		

〈当院改定 退院時看護要約〉

退院時看護要約No.1	
1 おのづ様	性別: 202 年 月 日 ~
2 住所	アパートの敷地 内容
3 TEL	キーパーソン 紹介: その他
4 緊急連絡先	経路: 在宅 送迎: 欧風
5 (名前)	経路: 在宅 送迎: 本日
6	経路: 在宅 送迎: その他
7 入院中の経過	1 開院時
8 続ける看護問題	2, 5, 6 家族会議
9 病状説明内容	医師の説明 3
10 病状経過	患者 3 家族: 3
11 病状や嚢腫 大切にしている事 備考	患者 家族:
12 活動	具体的な看護ケア等
13 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
14 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
15 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
16 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
17 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
18 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
19 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
20 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
21 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
22 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
23 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
24 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
25 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
26 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
27 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
28 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
29 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
30 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
31 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
32 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
33 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
34 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
35 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
36 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
37 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
38 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
39 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
40 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
41 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
42 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
43 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
44 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
45 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
46 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
47 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
48 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
49 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
50 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
51 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
52 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
53 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
54 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
55 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
56 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
57 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
58 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
59 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
60 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
61 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
62 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
63 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
64 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
65 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
66 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
67 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
68 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
69 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
70 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
71 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
72 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
73 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
74 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
75 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
76 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
77 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
78 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
79 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
80 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
81 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
82 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
83 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
84 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
85 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
86 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
87 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
88 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
89 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
90 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
91 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
92 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
93 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
94 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
95 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
96 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
97 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
98 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
99 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
100 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
101 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
102 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
103 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
104 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
105 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
106 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
107 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
108 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
109 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
110 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
111 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
112 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
113 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
114 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
115 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
116 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
117 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
118 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
119 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
120 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
121 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
122 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
123 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
124 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
125 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
126 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
127 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
128 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
129 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
130 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
131 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
132 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
133 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
134 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
135 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
136 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
137 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
138 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
139 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
140 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
141 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
142 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
143 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
144 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
145 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
146 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
147 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
148 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
149 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
150 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
151 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
152 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
153 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
154 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
155 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
156 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
157 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
158 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
159 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
160 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
161 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
162 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
163 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
164 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
165 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
166 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
167 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
168 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
169 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
170 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
171 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
172 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
173 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
174 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
175 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
176 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
177 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
178 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
179 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
180 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
181 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
182 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
183 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
184 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
185 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
186 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
187 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
188 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
189 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
190 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
191 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
192 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
193 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
194 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
195 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
196 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
197 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
198 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
199 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
200 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
201 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
202 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
203 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
204 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
205 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
206 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
207 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
208 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
209 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
210 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
211 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
212 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
213 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
214 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
215 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
216 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
217 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
218 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
219 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
220 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
221 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
222 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
223 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
224 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
225 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
226 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
227 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
228 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
229 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
230 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
231 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
232 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
233 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
234 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
235 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
236 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
237 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
238 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
239 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
240 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
241 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
242 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
243 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
244 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
245 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
246 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
247 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
248 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
249 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
250 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
251 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
252 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
253 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
254 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
255 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
256 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
257 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
258 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
259 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
260 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
261 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
262 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
263 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
264 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
265 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
266 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
267 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
268 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
269 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
270 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
271 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
272 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
273 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
274 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
275 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
276 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
277 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
278 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
279 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
280 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
281 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
282 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
283 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
284 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動
285 介助	歩行行動 坐たせり度 移動
286 介助方法	歩行行動 坐たせり度 移動

福岡県看護協会7地区支部の取り組み

患者の情報・ケア・支援を途切れなく繋ぐ、地域完結型看護・介護の実現を目指し、「地域連携型看護サマリー」の検討への動き

当院の取り組み

転院先の医療機関・地域が必要とする情報を簡潔・明瞭に
伝えられる看護サマリーにしたい!!

**地域医療機関および施設と当院のニーズが一致し、
「地域連携型看護サマリー」の活用推進に繋がった**

地域連携型看護サマリーの活用推進に向けて…

福岡県看護協会7地区支部活動を中心に…

(7地区支部：筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・那珂川市)

活動計画	
6月	「地域連携型看護サマリー」の活用状況に関するアンケート調査実施 対象：病院・訪問看護ステーション・施設等45施設
7月	7地区支部会議：アンケート結果の共有・課題の抽出
	当院：アンケート結果をもとに「地域連携型看護サマリー」の見直し



福岡県看護協会には14の地区支部があり、活動をしている

7地区支部との協働において、地域で統一した書式運用に向けて取り組んでいく

地域包括ケアシステム時代 シームレスな情報共有が重要

- ・職種、役割機能によって必要な情報は異なる
- ・職種ごとに専門用語がある
- ・施設ごとに情報提供用紙の書式があり、内容に差がある
- ・連携においてタイムロスが生じることがある



効果的・効率的な情報共有・情報の活用を目指し…



- ①共有する情報項目の標準化
(効果的な情報連携を行うため看介連携に必要な基本情報を共通化)
- ②情報の共有方法の標準化 (用語、通信手段、書式等)

今後も地域連携型看護サマリーの活用の推進に取り組んでいきたいと思います…

2. 勉強会

3) 意見交換

テーマ「退院に向けての情報交換」を考える

令和4年度
筑紫地区在宅医療・介護連携推進の取組に関するアンケート調査より

入退院時の場面について

■ はい ■ いいえ ■ 空欄

問15. 利用者（患者）の入院時、必要な情報を得られていますか

医療機関入退院支援担当者 N=23

20

3

問16. 利用者（患者）の退院時、必要な情報を得られていますか

介護支援専門員、地域包括支援センター N=73

57

7

9

問17. 利用者（患者）の退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがありますか

医療機関入退院支援担当者・介護支援専門員・地域包括支援センター N=96

29

49

18

0%

10%

20%

30%

40%

50%

60%

70%

80%

90%

100%

30

入退院時の場面について

■ はい ■ いいえ ■ 空欄

問15. 利用者（患者）の入院時、必要な情報を得られていますか 医療機関入退院支援担当者 N=23

20

3

問16. 利用者（患者）の退院時、必要な情報を得られていますか 介護支援専門員、地域包括支援センター N=73

57

7

9

問17. 利用者（患者）の退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがありますか

医療機関入退院支援担当者・介護支援専門員・地域包括支援センター N=96

29

49

18

0%

10%

20%

30%

40%

50%

60%

70%

80%

90%

100%

入退院時の場面について

■ はい ■ いいえ ■ 空欄

問15. 利用者（患者）の入院時、必要な情報を得られていますか 医療機関入退院支援担当者 N=23



問16. 利用者（患者）の退院時、必要な情報を得られていますか 介護支援専門員、地域包括支援センター N=73



問17. 利用者（患者）の退院調整が間に合わず、退院日を延長したことがありますか

医療機関入退院支援担当者・介護支援専門員・地域包括支援センター N=96



意見交換(グループワーク)

『退院に向けての情報交換』を考える

- ① お互いの動きを知ろう
- ② ①を踏まえ、改善できる動きを知ろう

19:30まで (25分間)

グループワークの説明

✿ 最初に進行係、記録係、発表者を決めてください。

記録用紙

【 グループ】

1. お互いの動きを知ろう！	
 利用者（患者）の退院に向けての 医療機関の動き	 利用者（患者）の在宅生活開始に向 けてのケアマネの動き
2. 上記を踏まえ、改善できる動きを考えよう！	
 医療機関ができること	 ケアマネができること
～気づいたこと～	

令和5年6月20日（火）筑紫地区『医療・介護共有シート』勉強会

時間は、19：30まで!!

意見交換(グループワーク)

19:30まで (25分間)

- 自己紹介
- 進行係
- 記録係
- 発表者

19:45まで(15分間)

(後日筑紫医師会医師会ホームページへ研修報告掲載予定)

2. 退院に向けての情報交換

1. お互いの動きを知ろう！

利用者(患者)の退院に向けての医療機関の動き

- ・退院の目途
- ・看取りの情報交換の場 カンファレンス Dr. Ns. 薬剤師 SW(1W前)
- ・退院の直前 Dr.から家族に聞いて決まる
- ・Dr.とサマリーを渡している
- ・一旦退院し、本人・家族が望めば先生からの助言
- ・ケアマネを把握して全員に連絡までは至っていないが家族から情報が取り難かったり家族状況に不安がある方が優先になる
- ・カンファレンスを毎月しているのでその経過をケアマネに連絡する。変更があればその都度報告
- ・初回だと家族の方向性も決まっていなくて急遽、施設となる場合もある
- ・家屋調査を退院1か月前には調整
- ・ケアマネが付いていると動きが取りやすいが、付いていないと初回になるのでタイミングが分かれればと思う
- ・急性期からの転院の病院なので入院時よりは方向性が決まるカンファレンスのタイミングが多い
- ・自宅からの入院が多い転院での入院の継続の場合は急ぐという意識は薄い
- ・家族、本人がケアマネを把握していないこともある
- ・地域包括ケア病棟)3~4Wを目途にリハビリして転院先を決定 ケアマネに立ち会ってもらって一緒に考える場を作っている 退院前家屋調査で住環境調整と並行してリハビリ強化している
- ・手術だけの目的の人は連携室の関わりは薄い

2. 退院に向けての情報交換

1. お互いの動きを知ろう！

利用者(患者)の退院に向けての医療機関の動き つづき

- ・コロナ禍でも徐々にケアマネには来てもらう ケアマネの他、PT等からの働きかけで事業所等も呼べるようになる
- ・入院時から早期介入を心掛ける
- ・ケアマネが誰か分からぬ(名刺が保険証に入っていない)
- ・本人家族の希望でバタバタになる
- ・コロナ禍のため、リハビリの状況をビデオでとてケアマネに見てもらう
- ・退院カンファレンスを行う(期日の設定が急すぎることがある)(患者本人の意向が面会制限のため伝わらないことがあった)(人数に制限があることもある)
- ・看護サマリー等の情報の提供(早期の情報共有)
- ・入院診療計画書に基づき退院計画
- ・入院時に方向性の確認 カンファレンス開催 2W間目途にリハビリ、身体状況等評価してケアマネに情報共有できるようにしている
- ・高齢者の場合、状態が変化することあり
- ・治療のためADLが低下している
- ・認知症に限っては、事前に医師→家族へ説明し、イメージして退院するようにする
- ・主治医から許可が出てから動く→家族へ連絡して退院日を決める 施設…空き状況の確認(施設面談)在宅…福祉用具 ケアマネへ早めに情報提供
- ・主治医の許可と家族へ意向確認、すり合わせをする ケアマネへ日時確認(区分変更、調査等)
→退院日を決めていく

利用者(患者)の在宅生活開始に向けてのケアマネの動き

- ・コロナ時期は病院から連絡が来てから準備
- ・暫定中(申請中) ・暫定で動く必要がある ・区分変更
- ・訪問看護、福祉用具と一緒にカンファレンスへ参加
- ・SWがよく連絡をくれる ADLを聞く
- ・小規模多機能型)在宅は難しいかなと思う方でも希望が強くて帰ってくる。病院としては「帰りたい」というので一度は帰してもらえませんか」と言われる。どこかのタイミングで「まだちょっと在宅は難しいですよ」と先生から本人に話があればありがたい
- ・大きな病院だと途中経過がこまめには頂けないので途中経過のサマリーがあると有難い
- ・連携室があるのでやり取りがしやすい
- ・介護保険の申請が遅い場合もあって相談が入ることあり
- ・入院時に情報提供を送る その後途中途中に連絡を入れる
- ・小規模多機能型)福祉用具が貸与品で大丈夫であればよいが、動線が分からない、取れないと大変
- ・退院に間に合わせるよう退院時にすぐ利用できるよう努力している
- ・施設入所の場合、支援・要介で状況が変わる 福祉用具の利用等も負担が変わる
- ・急に決まることがありサービスの調整が難しいことがある(退院日に調整することもある)
- ・入院前のサービス再開でよいか確認
- ・SWからの連絡→在宅の医師へ確認等をする→確認後、SWへ返事をする
- ・ADLの確認をして退院後に必要なサービス
- ・SWから連絡を受けて環境調整が必要な場合は家屋調査を依頼
- ・病院で本人と面談 福祉用具や食事等必要なことを調整しておく

ケアマネができること

- ・欲しい情報を明確にしていく
- ・途中経過を聞いていく
- ・相談をして情報をもらうように自分達から連絡して方向性をいくつか考えておく
- ・入退院が多くMSWが把握できないことも多いのでケアマネから連絡する
- ・保険証に名刺を入れておくことで医療側に連絡先を知らせる
- ・可能な限り病院へ出向き現状把握する
- ・SWとのつながりを持つようとする(顔の見える関わり)
- ・入院時情報を病院へ入れる
- ・ケアマネからの情報提供
- ・家族から連絡がないと入院したことが分からぬままのことがあるため改善が必要
- ・状況確認

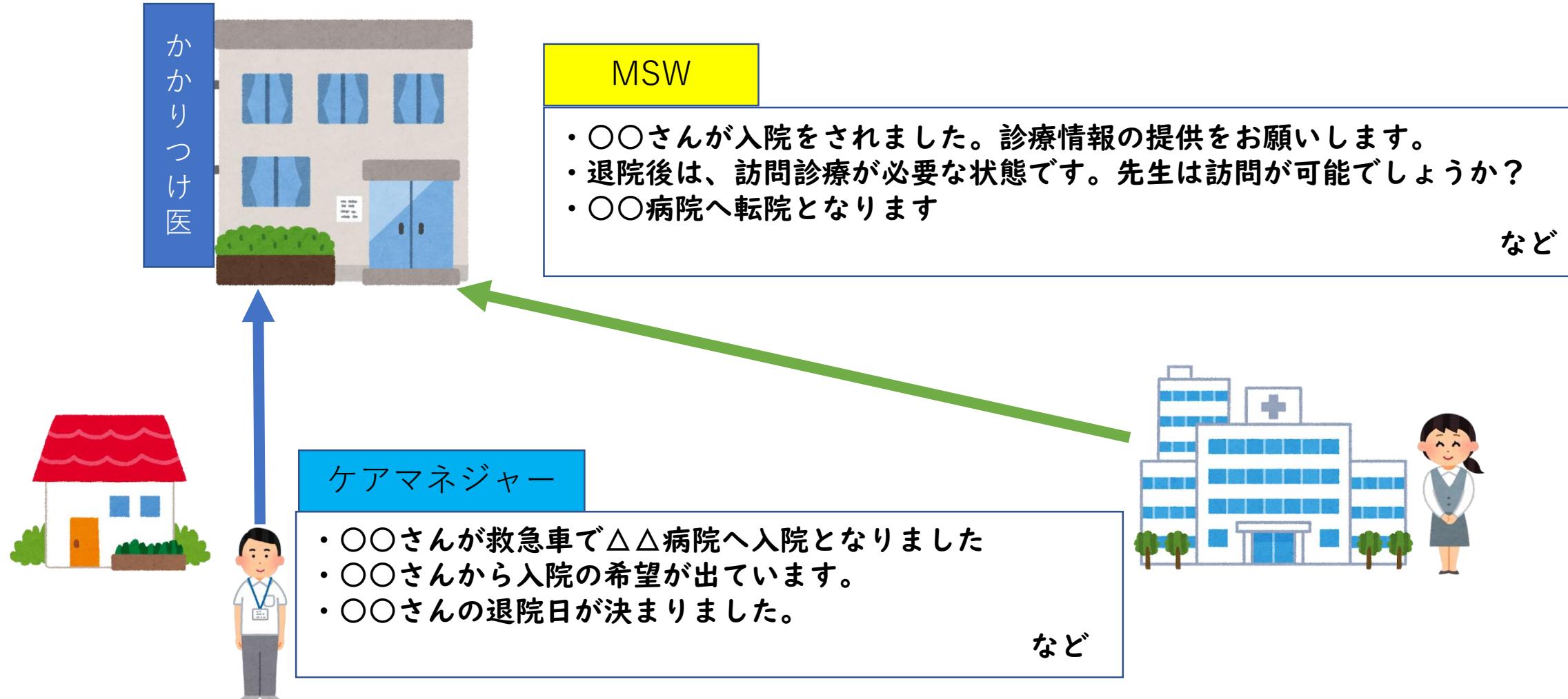
筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。

かかりつけ医への報告・相談

かかりつけ医への報告・相談をお願いします



令和5年度筑紫地区『医療介護共有シート』勉強会

情報交換会

ご参加ありがとうございました。
お気をつけてお帰り下さい。

満足度 100% とても満足27+満足31

理 由

医療機関～

- ・テーマが良かった。それぞれの職種の動きが読めないことで上手く情報提供や情報収集できることもあったため。
- ・ケアマネさんの思いや、病院ができることの情報共有ができた 情報交換ができて良かった
- ・他職種の方の入退院に対する貴重な意見を知ることができた
- ・在宅側の意見を聞くことができて理解が深まった
- ・自院以外の動き・考え方が聞けて良かった 院内での周知が必要と感じた
- ・連携について知る得ることがたくさんあった 他職種の情報が分かって良かった
- ・患者家族が不安にならないために、サポートする人たちの情報共有の必要性を再確認できた
- ・SW,Ns. ケアマネと話ができた それぞれの仕事のことが分かった
- ・情報交換の場としてとても良かった
- ・相互理解が深まった 職場に持ち帰り伝達したい よりスムーズな連携が可能になると思う
- ・多職種と方々と意見交換ができ、とても勉強になった

満足度 100% とても満足27+満足31

理 由

居宅支援事業所～

- ・各機能を持つ病院と情報交換ができた 迅速かつ密に情報収集を行う ・医療機関の方と話が出来て良かった
- ・医師への相談方法確認表を活用したい 病院に電話しづらいので。
- ・ケアマネができること、MSWが思うことを確認することができた
- ・入退院時にかかりつけ医との連携が取れていないことに気付けた
- ・何が必要なのか 他事業所の意見も聞いて良かった ・他事業所と交流ができた
- ・入退院時にケアマネとして出来ることを明確化できた 連絡を待つのではなく、自分から行動することで連携の体制は大きく変わる
- ・ケアマネとして、業務連携において足りない部分を知ることができた
- ・病院のSWさんの思いや動きがよく分かった
- ・いろいろ話を聞くことができ勉強になった 病院側、SWさんがグループホームの見学に立ち会う等知らなかった
- ・病院の方(連携室)の動き・考えがよく分かった

満足度 100% とても満足27+満足31

理 由

小規模多機能型居宅事業所～

- ・病院SW、居宅ケアマネさんといろいろ情報共有できて有意義だった
- ・顔の見える関係性はとても大切だと思った
- ・病院SWさんの考えが分かりやすかった
- ・病院側の動きなどを知ることができた
- ・病院の地域連携を図る立場の方々から、取組について、また、課題点を伺うことができ、逆に課題となっているところをケアマネが動くことができれば解決できるかと思う
- ・グループワークがあり交流が出来て良かった

地域包括支援センター～

- ・医療機関の方の退院に向けての動きを直接聞くことができた
- ・病院や他事業所の動きが知れて勉強になった
- ・資料も分かり易く、テンポよく話が聞けて、集中して参加することができた
- ・4月からこの地域で働いている 入退院時のシートの記入等が何となくだが分かった
- ・病院側の状況がよく分かった
- ・医療機関の方と情報交換できた
- ・情報共有シート成り立ち・内容について、またアンケート結果等、為になることが多かった
- ・意見交換、困りごとなど話したり聞いたりできるグループワークは貴重だった
- ・居宅と包括の違いなどを知ることができた また同じところで悩みがあることが分かった
- ・グループワークの時間がもう少し長いとよかったです
- ・当グループメンバーが病院側が少なかったので、その点だけ意見交換が薄くなってしまった
- ・看護サマリーは、要求すれば早めに頂けそうなことが分かった

参加したことで感じた変化（複数回答可）

- ・連携意識が増した 43/58 74%
- ・相手職への理解が深まった 39/58 67%
- ・自分から働きかけができそう 22/58 38%
- ・その他（共有シート活用してみたい）

参考になったところ（複数回答可）

- 回答の多かった順 ①情報交換 37
②入退院時の情報取得について 32
③入退院時支援に役立つ情報提供（共有シートの意義） 28
④地域連携型看護サマリーとの連動性・活用について 25
⑤筑紫地区の医療介護連携の取組紹介 23

医療機関は①②、介護支援専門員は③①の順に回答が多かった

今後取り上げてほしいテーマ

医療機関～

- ・退院支援、スムーズな情報共有について
- ・定期的に多職種が集まると連携し易いと思う
- ・退院時看護サマリーに具体的に記載してほしい情報はどんなことか
- ・医療介護共有シート活用の評価、看護サマリー活用の評価

介護支援専門員～

- ・BCP他
- ・サービス担当者会議の要点において効果的な医療との活用法(意見の取り方や答え方が曖昧なことが多いと思っている、ケアマネが下手なのかもしれない)
- ・ACP等
- ・主治医との連携方法 医師への連絡の取り方、先生のお声が聞いてみたい
- ・医療職との連携
- ・多職種との連携に繋がるような内容
- ・認知症ケア、看取り(在宅)、ヤングケアラー
- ・SWとの関わり、交流の場
- ・連携が難しかったケースの事例検討または事例報告
- ・高齢者向きの医療情報の提供を願いたい

その他

医療機関～

- ・他職種との意見交換の場は貴重なので有難い
- ・入退院時のサマリーの必要性がよく分かった早目の作成をしようと思う(退院時に一部修正)
- ・多職種の意見の違いを直接聞くことができ、気持ちを新たに両者がスムーズに進められるようにしたい
- ・貴重な時間をありがとうございました、勉強になった

介護支援専門員～

- ・MSWの意見を伺うことができて大変良かった
- ・連携が取りにくい医療機関の参加がなく残念だった
- ・プランの送付先が分かると嬉しい、病院によっては医事課や文書係だったりがあるので。
- ・SW、ケアマネどちらも、業務でのやり取り以外での悩み等が感じられた
- ・初めての参加だったが近隣市の病院の方と意見交換ができてよかったです
- ・分かり易い資料だった
- ・今後もこういう勉強会をして頂けたら有難い
- ・とても勉強になった