



令和5年度 第2回筑紫野市多職種多機関連携研修会

日 時：令和5年10月18日（水曜日）19：00～20：30

場 所：筑紫医師会 体育館

参加者：36名





次第Ⅰ

筑紫地区の医療介護連携の取組紹介



筑紫地区 医療介護連携推進のための

仕組みやツール等 構築物の紹介

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

- 医療介護資源ガイドブック
- 医師への相談方法確認表
- 研修用動画の貸出
- 入院先医療機関窓口一覧表
- 医療・介護共有シート
- 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

左記情報掲載ページ
QRコード



過去の「研修会報告」も
ご覧いただけます！

- ・ 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

筑紫地区 医療介護資源ガイドブック

- [①訪問診療・往診可能診療所（筑紫医師会）](#)
- [②訪問診療・往診可能病院（筑紫医師会）](#)
- [③筑紫地域 病院情報一覧（筑紫医師会）令和5年度 2023](#)
- [④訪問歯科診療・車椅子対応可能 医療機関一覧（筑紫歯科医師会）令和5年度 2023](#)
- [⑤'在宅訪問可能 薬局一覧（筑紫薬剤師会）](#)
- [⑥訪問看護ステーション看護ケア情報 令和5年度（2022.10.31）](#)
- [⑦居宅介護支援事業所](#)
- [⑧訪問介護事業所](#)
- [⑨通所サービス事業所（通所介護・地域密着型・認知症対応型・通所リハビリテーション）](#)
- [⑩（看護）小規模多機能型居宅介護事業所](#)
- [⑪認知症対応型共同生活介護（グループホーム）事業所](#)
- [⑫定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所](#)

医師への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）

【医 師】

- 第1位 診療が忙しい ⇒ 連携の求めに応じることが難しい
第1位 望ましい連携の手段は ⇒ 直接会って話す

【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
その理由 ⇒ どのような手段が良いのか分からない
⇒ いつ連絡していいのかわからない

多職種研修会 グループワーク実施

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

16:00

16:00

16:00

16:00

×

～

～

～

～

～

17:00

17:00

17:00

17:00

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。

医師への相談方法確認表

あんどろ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	
△	×	×	0954－1691	×	
【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					
日	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。					



「医師への相談方法確認表を見て連絡しました～」



お互いの業務負担、
心理的負担の軽減・解消へ。ぜひご活用ください。

<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」

「ACPの基本と多職種連携」(予定)

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）

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表

入院先医療機関の体制や、患者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。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

筑紫野市	医療機関名称	窓 口 連絡先	＜患者担当者なし又は未確定の場合＞ 病棟Ns.への情報提供（○ かまわない ▼ 困る）
	小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 - 2 2 3 0	○ 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
	杉病院	地域医療連携室 9 2 3 - 6 6 6 7	○ 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
	高山病院	地域連携室 9 2 1 - 1 1 1 9 (直通)	▼ 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
	筑紫野病院	医療連携室 9 2 6 - 2 2 9 2	○ 状況によってSWが対応する場合あり
	済生会二日市病院	患者支援センター 9 2 3 - 1 5 5 1	○ 事前連絡後 担当者へ
	福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター	○

医療機関名：
 ご担当者名：

医 療 ・ 介 護 共 有 シ ー ト

入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生 (才) ☐男 ☐女

住所： TEL：

※利用者(患者)/家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記欄口についての聞き取りをお願いします。

入院前
担当CM氏名： 事業所名： TEL： FAX：

主介護者(★)	氏名	性別・年齢	(才)	医療機関(両患者は○で囲む)
	TEL			
キーパーソン(★)	氏名	性別・年齢	(才)	
	TEL			
介護力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 一部負担される <input type="checkbox"/> 負担されない			
介護保険情報(認定状況)	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 認定事業担当者 <input type="checkbox"/>			
特別な医療等(薬物療法等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金あり <input type="checkbox"/> 生活保護(有)			
病歴・疾患歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
受診中の医療機関	医療機関：			
最近1年間の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(お名前)			
認知症患者等の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 1			
通院状況における療養上の課題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
介護サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(有) <input type="checkbox"/> 福祉用具			
生活状況				
居内・居外の特徴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
口内状態の特記	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(口内科受診中・義歯あり)			
その他特記事項				

※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

退院・在宅移行期 / 退院後
医療機関名： TEL： 医師名： (職種：)

退院予定日	年 月 日 (曜日)
今回治療した病名	① ② ③
症状・病状の経過	

入院前のADL等

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖・歩行器に依る

座 位 ☐自立 ☐背もたれが硬い ☐柔らかい

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 ☐経口摂取していない

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(常時・夜間)

排泄動作 ☐自立 ☐誘導 ☐拭く・流す・衣類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

退院後

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖・歩行器に依る

座 位 ☐自立 ☐背もたれが硬い ☐柔らかい

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 ☐経口摂取していない

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(常時・夜間)

排泄動作 ☐自立 ☐誘導 ☐拭く・流す・衣類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) ☐通院

特記事項

特記事項

◆ 厚生労働省の標準様式を簡素化

◆ ポイントを押さえた情報共有が早くできる

【注】入院時情報連携加盟の認定には居宅サービス計画書(1,2,3表)またはこれに代わるものの添付が必要です。

医療機関名：
 ご担当者名：

医療・介護共有シート

入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日生 (才) ☐男 ☐女

住所： TEL：

入院前

担当CM氏名： 事業所名：
 TEL： FAX：

退院・在宅移行期 / 退院後

医療機関名： 医師名： (職種：)
 TEL： FAX：

※利用(患者)/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。

主介護者(★)	氏名	性別・年齢	TEL	住所	関係機関 (両者は○で囲む)
キーパーソン(★)	氏名	性別・年齢	TEL	住所	

※キーパーソンとは要介護者の家族

入院時の第一報

- ◆ 新しい情報を提供
- ◆ 簡単に記入できる
- ◆ 医療機関が基本的に知りたい項目
- ◆ 不足情報は直接のやり取りで補う

生活状況

居内・居外の特徴	
居内・居外の特徴	居内・居外の特徴
居内・居外の特徴	居内・居外の特徴
居内・居外の特徴	居内・居外の特徴

入院中～退院時の情報収集

- ◆ ケアプランに反映できる
- ◆ 入院先に記載依頼もOK

退院予定日 年 月 日 (曜日)

今日治療した病名

症状・病状の

不安・不満

薬に関する情報事項

注意して欲しいこと・早く主治医や相談看護師へ知らせたいこと

その他特記事項

入院前のADL等

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖や介助を必要としている

歩行 ☐自立 ☐歩行補助具が必要 ☐歩行困難

移動 ☐自立 ☐歩行補助具が必要 ☐歩行困難

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

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 ☐その他 ()

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上 ()

入浴 ☐自立 ☐一部介助 ☐シャワー浴 ☐湯船入浴

退院後

起き上がり ☐自立 ☐つかまりながら出来る ☐杖や介助を必要としている

歩行 ☐自立 ☐歩行補助具が必要 ☐歩行困難

移動 ☐自立 ☐歩行補助具が必要 ☐歩行困難

食事動作 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐経口摂取困難

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 ☐その他 ()

排泄動作 ☐自立 ☐指導 ☐拭く・洗う・衣類の上 ()

入浴 ☐自立 ☐一部介助 ☐シャワー浴 ☐湯船入浴

➡
1枚でADLの変化が分かる
➡

筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み

日常



準備

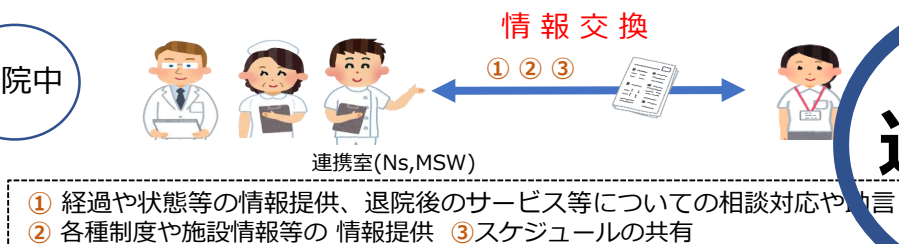
- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
- ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

* 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



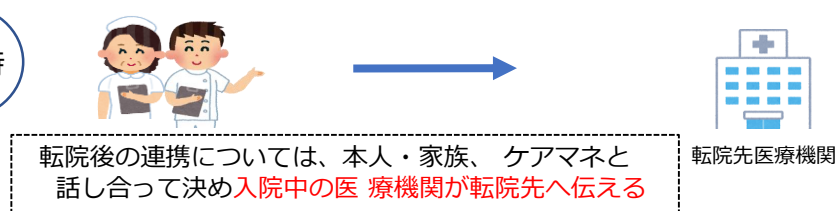
入院中



退院時



転院時



退院後



ご利用者様・ご家族様へ

ケアマネジャーは入院中も医療機関と連携することができます！

筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく在宅復帰できることを目指しています。
もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、医療と介護の連携が早く始まります。
介護サービスを切れ目なく利用できるなど安心した療養生活につながります。

準備

保険証セット



医療機関に行くときは忘れずに持って行きましょう!!

入院時



病院の人に**ケアマネジャーの名刺**を見せてください。

ケアマネジャーにも入院したことを知らせてください。

入院中

転院時

退院時

退院後

ケアマネジャーはご利用者様・ご家族様が安心して退院後の生活を始め、継続できるように、病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換を行います。



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・・・

筑紫医師会在宅医療介護連携支援センター



092-408-1267

筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の仕事の役割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。



次第2 事例検討会



進め方

事例紹介



質疑応答

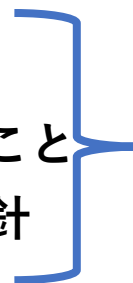
グループ内で質問をまとめる → グループごとに質問 → 回答



グループワーク （司会：名簿に★のマークがある方）

考えてほしいこと・話してほしいこと

- ①自分ができること
- ②自分以外の職種にしてほしいこと
- ③チームとしての家族支援の方針



検討用紙に記録



発表



事例提供者から「支援を振り返って」

グループワーク

<事例の概要>

利用者（患者）：70代女性 要介護2
ターミナル期 自宅退院を希望

家族：3世代6人家族。主たる介護者は持病を抱えた娘さん。母の事を思いながらも、看取りについては揺れる気持ちのまま在宅介護が始まった。

- ・自宅で過ごすことを望む患者（利用者）に出来ることは何か？
- ・揺らぐ介護者をどのような支えるか？



- ①自分ができること
- ②自分以外の職種の人にしてほしいこと
- ③チームとしての家族支援の方針

グループワーク① 事例検討会の記録まとめ

自分の職種ができること

医師：疼痛緩和 症状コントロール、オピオイドの調整等、鎮静の効きすぎなどがないかも注意必要、酸素導入、訪問リハビリなどの指示、どういう状態であるかの説明、コロナ感染対策、SWから退院カンファレンスの報告を受ける、家族によって「在宅看護」に対する受け止め方が違う→本人の居ない所で聞き取りを行う
本人の思い、イベント実行し、介助で体調変化あった時のために「情報書」作成

病棟看護師：患者の意思の聞き取り、（入院中できること）動けなくなった時の介護方法の指導、終末期の説明、帰った後の家族負担軽減について、退院カンファレンスで在宅で継続してほしいことを共有、本人の意思、その後のイメージ整理をしておく、帰るタイミングを考える、SOSは出していいことを伝える「帰ってきていいですよ」

看護師：傾聴、退院カンファレンスにて入院時の状態（痛み、薬の効果・注意点の違いなど）、フォロー体制の確認、イベントごとの注意点・実行できるようにサポート

MSW：退院カンファレンス、在宅に向けて関係機関との調整 家族に今後の予測を何となく伝える（気持ちの準備ができるように）、本人家族の不安へのサポート、緩和ケア、レスパイトなど介護者が不安な時への提案、家族の集まりへ参加の提案、本人・家族から聞きとり意向のすり合わせ

訪問看護師：介護力の把握（健康、家族関係）思いの確認、イベントへ行った時に写真、資料を作って自分たちも一緒に振り返る（小康状態のとき）、ご家族ご本人の精神的な逃げ道を作ってあげる、看取りに対して事前に予測されることを行って情報共有、訪問回数の検討、食べられないことへの不安に対して不安を与えない声掛け、点滴の判断などはみんなで促す、介護体制・環境を整える、体調の把握（本人・家族）、家族本人に対してのアドバイス、急変時の指導や対応、病状観察、コントロール、身体ケアの充実、異常の早期発見、レスパイトの声掛け（情報提供）、介護への不安が何なのか、しっかり介護者に傾聴する、介護者と本人との懸け橋となる、本人・介護者の心理的不安を取り除く、痛みのコントロール後半は回数を増やす、家族（介護者）の負担をできるだけ減らす、家族が倒れると入院になる、余命1ヶ月が長くなる場合や早い時がある

歯科衛生士：食支援のための口腔ケア、食べられない飲めないことに対する不安の相談を受け保湿などのアドバイスをする

リハビリ職：看護師には話していない内容等の報告、在宅での住環境の見直し、介助方法の指導など、車の乗降のアドバイス指導、呼吸苦時の指導、リハビリリラクゼーション、傾聴

消防隊：外出時（持参品など）、緊急時対応策の確認

ケアマネジャー：本人の心情への寄添い、家族とは別に個別に本人へ聞き取りを医療・介護サービスに対する思いの傾聴、多職種同士の情報統一・共有、イベント開催の可否 専門に聞き取りながら開催方法を探る、予後に対する必要な支援を事前に把握し動く、本人の不安・家族の在宅での介護の意向を聞いて、サービスの提案・主治医との連携・環境整備

自分以外の職種の人にしてほしいこと

- ・家族への助言
- ・普段から密に関わってもらい、患者・家族の不安軽減、家族に安心感を与えてほしい、
- ・口腔内の疼痛
- ・食事ができないことへのサポート
- ・訪看やヘルパーにも口腔ケアを介護軽減のためしてほしい
- ・医師からの説明
- ・薬剤師に医師に同行してもらい、薬についての説明などフォローをしてほしい（麻薬に抵抗を持っている方もおられる）
- ・医師には言えない患者の気持ちを看護師に聞いてもらいたい
- ・医師に余命を伝えてもらった方が看護師やSWは助かる
- ・医療知識・病状の経過や現状、患者・家族に安心を生む声掛け
- ・ADL状態でリハビリ中に分からないこともあるため日ごろの状況を知らせてほしい（介護保険で何ができるか）
- ・看護師の介入ではみることができなかったこと等リハ職に教えてもらえる
- ・入浴時の状況を知りたい
- ・入院中に薬のコントロールをしてほしいがタイミングで帰らせる時がある

家族支援の方針

(在宅開始期)

- ・ 予後予測、家族の未告知での起こり得る葛藤・苦しみ等伝えた上で、本人に対して具体的にどうしたいのかを確認する
 - ・ 在宅に向けて本人・家族の“思い”を各々別々に聞き取る
 - ・ 本人中心の聞き取り（自宅に帰ってどうしたいかなど思いや希望を聴取する）
 - ・ 思いに添えるよう状態の把握
 - ・ 介護者の気持ち作りの支援
 - ・ 多職種連携
 - ・ 家族への教育（状態観察の仕方、状態に応じた対応方法について）
- 病みの軌跡について医師からの説明を行い自宅に帰ってからのイメージを持たせる
- ・ 在宅での療養環境を整える、物的サービス（福祉用具や導線など）、人的サービス（医師、看護師、ケアマネジャー、リハビリ、ヘルパー、薬局）
 - ・ 訪問開始と共に今後の見通し、今後どういうふうに支援していきたいかをまず決められると良いのではない
 - ・ 余命は分からない、長くなることもある、本人・家族の整理、イメージを聞き取る

(小康状態)

- ・ CM)バースデーサプライズパーティーの企画、旅行支援のNPOなどの紹介、食べられない・飲めない→フレバーetc…
- ・ イベントを実行できるための支援
- ・ 緊急時の対応策
- ・ 多職種連携し情報共有を行う
- ・ 家族の不安軽減
- ・ 家族の思いをサポートしていく、小さなゴールを一つ一つ叶えられるように体調面や方法についてもアドバイス、外出サポート
- ・ 料理好きなため一緒に料理を作る
- ・ 食べられなくても家族と一緒に食卓に座るなど

(小康状態)

- ・CM)バースデーサプライズパーティーの企画、旅行支援のNPOなどの紹介、食べられない・飲めない→フレーバーetc...
- ・イベントを実行できるための支援
- ・緊急時の対応策
- ・多職種連携し情報共有を行う
- ・家族の不安軽減
- ・家族の思いをサポートしていく、小さなゴールを一つ一つ叶えられるように体調面や方法についてもアドバイス、外出サポート
- ・料理好きのため一緒に料理を作る
- ・食べられなくても家族と一緒に食卓に座るなど

(不安定期)

- ・浮腫があるのに毎日点滴で大丈夫なのか？「薬で話ができなくなることは寂しい」→娘の希望？
本人はどうなのか？
- ・家族へ看取りの覚悟に繋がる支援
- ・不安の軽減、傾聴、励まし、労い
- ・症状コントロール（薬剤）
- ・話ができるくらいのオピオイド鎮静の調整
- ・本人が家に居たい→地域支援の幅を広げる
- ・家族の介護負担を見ながら看取りについての話を具体的に伝えていく
- ・看取りのしおりで覚悟
- ・家族の心の波を配慮してその都度サポートする

(終末期)

- ・グリーフケアへの紹介、MSW)家族会の紹介、緩和病棟があるので実践している、告知していないことや家族の覚悟、予後予測の説明・セデーションによる終末期の説明をしていく



次第3 意見交換会



多職種の方々から看取り支援の困りごと等について情報提供いただきました。

対応策や、地域の仕組み・ツール等として
あると良いと思うこと などなど…

情報提供いただきました内容、本日のご意見等は、
後日、筑紫医師会ホームページより共有いただけます。

※「意見交換会のまとめ」として掲載

<アンケート結果>

回答者 34 名 / 参加者 36 名 (回答率 94%)

1. ご自身の職種にチェックを入れてください。

医科医師（3）	歯科医師（1）	薬剤師（0）	病棟看護師（4）
連携室看護師（2）	訪問看護師（9）	施設看護師（1）	ソーシャルワーカー（3）
訪問セラピスト（1）	歯科衛生士（1）	その他：看護師（1）救命士（1）	
介護支援専門員（居宅3）（施設1）（包括3）			

2. 看取りを希望された方を担当した経験を教えてください。

0回 (9)	1回～5回 (5)	6回以上 (19)	空白 (1)
└─ 本日の事例を通して実践現場を知ることができましたか？			
はい (7)	いいえ (0)	空白 (2)	

3. 今後、何か困った時に他の事業所や職種の方に相談等ができそうですか？

今以上に相談等ができそう (31) → 理由：管理者を通して相談していきます (病棟看護師)

これまでと変わらない (2)

難しい (0)

4. 本日参加したことにより、下記項目に該当するものがあれば✓を入れてください。※複数回答可

普段の業務の振り返りができた (24)

自職の役割を知ることができた (14)

他職との関わり方を知ることができた (24)

他職への理解が深まった (28)

チームで支援することの重要性に気づくことができた または再確認できた (25)

5. 本日の研修は満足しましたか？

満足 (24)

まあまあ満足 (9)

どちらとも言えない (0)

不満足 (0)

理由：話し合いの時間が足りなかった

6. 本日の感想やご意見等、何でもお書きください。

医科医師

多職種で関わることの重要性和現場の大変さを感じた
直接対面で話し合うことができて良かった

歯科医師

とびうめネット、バイタルリンクを広く広めてください

病棟看護師

ディスカッションを重ねることで多職種の意見を聞くことができ本当に良かったとても楽しかった
様々な職種の考えや、同じ思いを感じたりと地域が連携していくことの大切さを再度感じ、現場に伝えていこうと思った

ICTの活用を病棟でも広めていきます

病棟看護師のため、在宅での職種の役割を知ることができた
在宅と病棟ではいろいろ違いがあり、とても興味深かった

連携室看護師

それぞれの職種の立場で話が聞けて良かった

ソーシャルワーカー

初めてだったが、職種によって視点が異なること
多職種連携が大切なことが分かり貴重な時間となった
多職種で意見交換でき有意義だった

訪問看護師

まだまだ問題山積みのようにも感じた
基本は多職種との情報共有だと思う
事例を通して振り返ることができよかった
ICT（とびうめネット、バイタルリンクetc…）
初めての参加で他事業所の方と話すことができ、今後に生かしていきたい
多職種の意見が聞けて勉強になった

施設看護師

それぞれの専門職の考え方が学べた

訪問セラピスト

看取りに対する課題（筑紫地区の）があれば聞いてみたい

介護支援専門員（居宅）

（医師との連携について）先生もケアマネジャーと、どう関わっていいのか～とおっしゃられることが分かり、今後はこちらから積極的に関わりたいと思った

ICTに関して、他職種との情報共有が必要なツールだと思う

簡便に活用できるように改良を加えてください

質疑応答など事例検討するには時間が短かった（少なかった）ように思う

（地域包括支援センター）

とてもよいグループに入れていただき話を聞くことができ、すごく面白い研修だった

他職種の方の話を聞くことができ、とても役に立った 勉強になった又参加したい

（施設）

在宅での看取りについて知ることができた

救急救命士

救急現場で対応に困る事案が時々あるが、一人の患者に関わっているいろんな職種の方が居ることを再認識できた

歯科衛生士

多職種それぞれの専門分野の意見が聞けて考えさせられた 頭を柔らかくしないとと思った

その他（看護師）

在宅での関わり方やシステム連携を知ることができた

情報提供の大切さを感じた 在宅患者の情報を得る方法、個人ファイルがあることを知ることができた 救急

隊の方もそのファイルの存在を知るきっかけになったと思う