

グループワーク参加者名記入



高卒の田中精神快楽の如く  
(生存) 支援援  
・ 田中先生  
・ 田中先生 (人権平和教育)  
・ 田中先生 (人権平和教育)  
・ 田中先生 (人権平和教育)  
・ 田中先生 (人権平和教育)

・宿舎の設備一式は  
病院に付属し、食料も  
あり、代りに浴場

訪問歯科診療、必要なら又  
→訪問歯科/ストを居宅へ伝え  
家族等と相談して頂く。  
訪問歯科の手配して頂く。  
+歯科医師、歯科衛生士  
その他経費がかなり可能と  
なっている。

癌早期の方で苦痛がある  
方に聞かれて、主治医の先生  
とすぐに連絡がついて、症状  
が満足する最期をお迎えされ  
最期を過ごす場所が安心して  
まわられた。

デスクトップの利用者様への  
 口腔内状況が良く、歯科受  
 診を求めたいが、家族様に  
 伝えてもうまいらしい。  
 →担当のケアマネージャーの方へ相談  
 し、家族様を支援へ向う働きかけ  
 を行う。介護サービス利用し受診の

ヘルパーの方に食事について  
確認がとれたため状況が  
把握できた。食事の

自宅でのリハビリや運動  
マッサーがもっと利用できると  
いい

患者の病歴。24-等が  
右利種の部26が  
現病27と28が29と30

諸君 手前にとりやうな事を  
確認したいのか知っておきたい。

電話だけでは伝えない内  
容をもう少し詳しく伝える  
手段があったらいい。

SS利用中、12にても  
施設内での活動、  
もっと可能にして  
家族の更現報成に毛  
のびると思う。

無庸動議。府議所決。在案。  
20 分發核議。決於 12 月 10 日。  
知照。建督以爲要。

一人暮らしの生活保護者。  
で暮らしてやりきれない人に  
生活しているのは施設に入れて  
もらおう。

↓ 在宅、病院、家族の温度差をなくす。

連携の「リアル」  
在宅に必要な情報が入ったサマリーの  
作成(共通)

# 2G

グループワーク参加者名記入



## 未来へのアイディア

在宅に遠隔した  
患者さん様を支援  
する仕組み  
作り、支援

SW 連携  
退院後 SW

精神のメンタルヘルス  
に悩む方への対応  
の中に、専門看護の方と  
つながりたいと思う。

退院後ケア 訪問  
看護師と一緒にできる  
良い。

退院後の 介護  
・SW  
の連携が大切

入院待ちの日数が  
短くなる。

国ある  
「患者さん」がいなくて  
も、定期的に意見交換  
したい。

~~個人~~ 個人に合わせた  
在宅での援助方法を  
入院時に教える  
仕組み

## 連携して目があった！

認知症、高齢  
者の対応について

8050のご家庭の  
息子への対応で、  
地域包括支援センターと  
連携ができたこと。

介護保険と認知症、高齢者の  
対応について、地域包括支援  
センターと連携ができたこと。

退院後ケアとして  
看護師さんへ  
つながりたいです。

地域包括支援センターと連携が  
できたこと。

先住民の同じ  
入居者さんへ  
つながりたい。

国、自治体、民間  
の連携が大切  
だと思う。



～ 体験記 ～

① 事前に予所策を出す

②入院後の患者の変化  
を理解するにサービス調整  
が必要だ。

3) 各職種への専門性を活かす  
PL・インフラ対応に力を入れた

4) 患者は特有の口情報 (独居) を把握し、困難なことは 即対応する。

患者家族の想いに沿うこと

こんな連携ができれば最高!  
未来へのアイデア

外来—入院—在宅までの支援を  
多職種で一緒に考えていく  
各病院や施設の特色を理解し  
希望に沿った紹介ができる

各地域の特色  
医院や施設の特徴が  
わかり 顔が繋がって  
いる

$120^\circ$  と 間隔  $= 60^\circ$   
 始角  $120^\circ$  は 第 1 象限の 全角  
 存在する 正角 介在  
 4 点 存在し 通角  $120^\circ$

- ・ 未だ固く70歳代
- ・ 100%の満足度
- ・ 高品質のサービス

GH 主催のイベント

- ・ 高品質のサービス

考者の資格は、  
 1. 年齢 20 歳以上 30 歳未満  
 2. 国籍 日本国籍  
 3. 学歴 大学卒業以上  
 4. 職歴 1 年以上

MCSでスピタルネットが  
よくあてはまる。

夫の鏡指を以て合点に  
去る。妻は足踏不調  
なり。竹田年以、蓮花は  
妻の一室に在る如く  
居たり。

御高張の巻一(平人江  
新刊)の刊行に支援  
した。また、  
出資、印刷、出版金

拙居 家後別居  
東 院 三月六日午後。  
主君の御明に列  
既て最期に  
三月六日にて下。  
現存の書は、

利用者様の状態を  
細めに追、アサラウことと  
事前に予防をなさる。

→ 2011.11.14 2012.1.14 2012.3.14  
2012.5.14 2012.7.14 2012.9.14

同じ薬局の中  
1人の患者さんが  
~~処方された~~薬を

入税された利用者の20% 退院  
 入税前の状態が変化していた  
 (AOL 低下や急激な回復)  
 EMT100%に10 EMT100%に10  
 サービスを提供するようになった

グループワーク参加者名記入



秋居ケヌの在室生活の  
證の遺稿

## < 連携の体験談 >

少くも食事を始めていた  
終的には M2 程度まで  
で摂取可となり、特養  
することができた。

②

看取千度花  
左宅花醫心・入候と受  
りてふ

入候  
 木の希望で最後  
 自分で亡くしたい。

利用者の特訓班  
Drと電話で  
相談してください

未来

おき状況 (ペド) 1 全79  
年家所で 確認でき3 ヶール

別組の間のやりとり  
 あたり 当該事業所の  
 キウに伴い 数の限界が

グループワーク参加者名記入



# 未来へのアイディア

・有線伝送 こんむりハガ・てんろ

[illegible]

急須の火を 自分で最後まで  
 消した。7時30分、市立大前  
 町へ出て下り、バスで新大塚  
 へ。11時30分、M.H.にて  
 テーブル入り 自費で席取りに  
 行った。

要否や受取の備に  
 認知症かと思ふた時  
 持取振込票で認知症の写貼具  
 に付いた連絡

一二八 变化无常

病弱な母を不安にさせて、利用者の  
介護に不安を感じて、家族に押し  
つけられた。

[illegible]

若者 ~~なる~~ 部の  $\alpha$  あり  
時に  $\alpha \times 7$  の状態に正確  
に伝へておき  $2T_2$  の  $\alpha$  あり  
状態  $\alpha$  の  $\alpha$  あり

葉の川に因るに  
古歌を天祥に詠み置けり  
今又の如し。餘の如し。  
1117. 1118.

○ 相互の独立関係  
(知, 2.1b)

[illegible][illegible]

・政體の良否は、その利用者の  
善悪に依るべしと云ふ

服用因頭痛者服之。  
醫師分5. 屋定法附註許可  
手之有。

諸君の  
敬愛、のび、のび、  
と、いふこと。

ハロリからアドハズ  
その後の実施。

新宿 認知症の方の生活を支える  
 ために ケアマネさんがすぐに対応  
 してくださり サービス利用まで  
 してくれました。

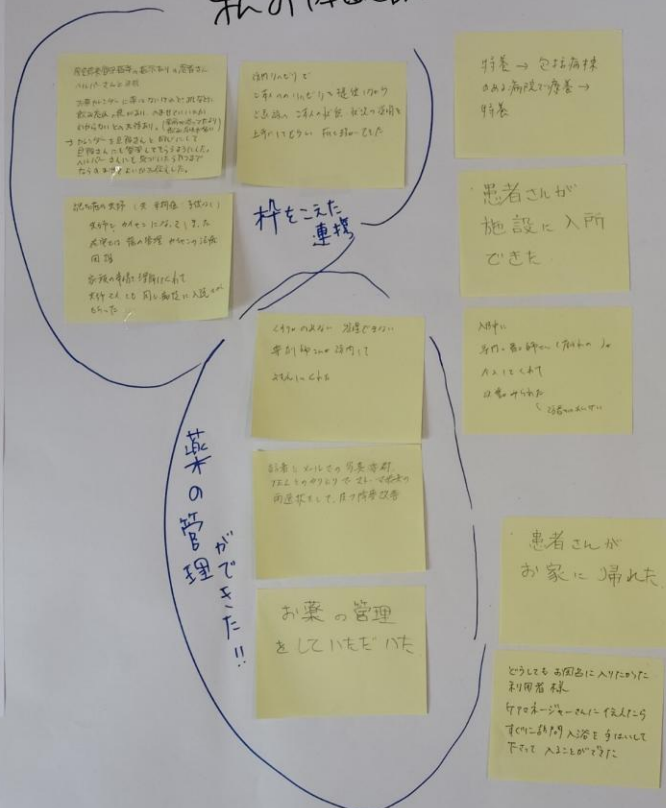
我部(組)の連絡  
Fax 04-261-1111  
又、FAX 04-261-1111  
に連絡。

# 6G

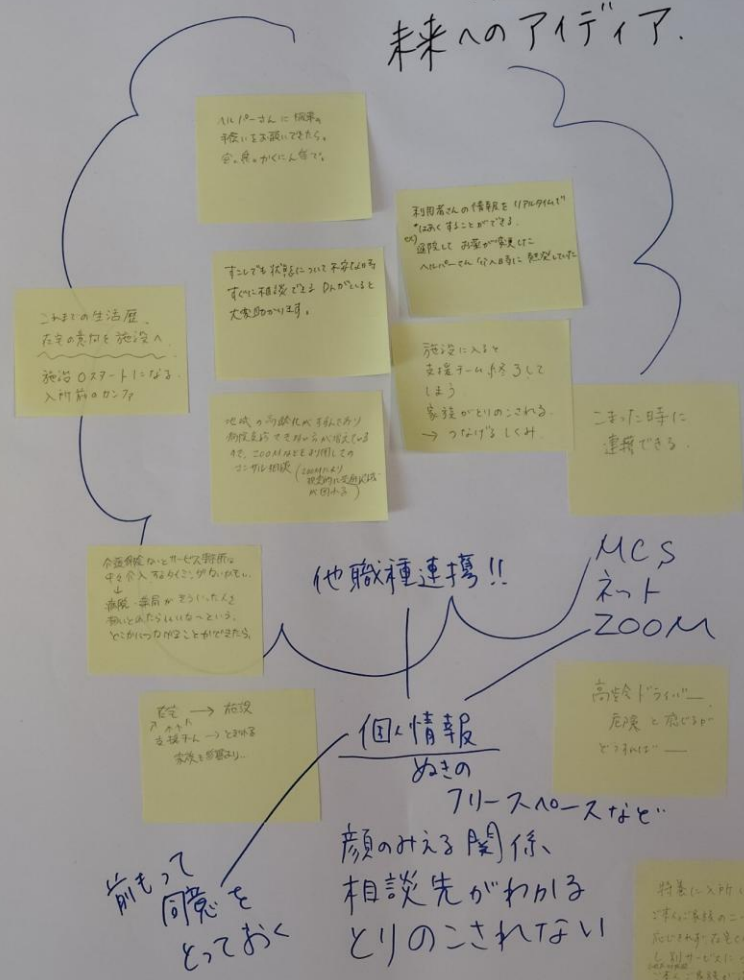
グループワーク参加者名記入



連携して本当に助かった！  
私の体験談。



こんな連携ができれば最高!!  
未来へのアイデア。



# 7G

グループワーク参加者名記入



連携に助けた!

私の体験談

チームケア

① 体制不良  
クリニック  
→ 本館へ

② 高齢者  
サービスに消極的  
イ・会入が難しい  
ホームに入居し  
自宅へ退院し  
自宅へ生活する  
ようになった。

③ 高齢者  
サービスに消極的  
イ・会入が難しい  
ホームに入居し  
自宅へ退院し  
自宅へ生活する  
ようになった。

④ 老健  
在宅へリハ  
連携自宅退院  
リハ・生活の中心  
介護への移行

結論

実際につながりはあるが  
もって連携が必要!  
(多職種・地域・etc...)

⑤ 専門性  
連携に  
地域で安心に  
暮らすため。

利用者と  
ご近所

介護の方、介護が  
必要な方が安心して  
暮らすため。  
連携が重要で、連携が  
必要 (サービス連携、  
行政連携)

地域とのつながり

こんな連携からスタート!!  
未来へのパイプ

市と包括ケア連携  
し措置入所が主

⑥ 高齢者  
サービスに消極的  
イ・会入が難しい  
ホームに入居し  
自宅へ退院し  
自宅へ生活する  
ようになった。

⑦ 高齢者  
サービスに消極的  
イ・会入が難しい  
ホームに入居し  
自宅へ退院し  
自宅へ生活する  
ようになった。

⑧ 高齢者  
サービスに消極的  
イ・会入が難しい  
ホームに入居し  
自宅へ退院し  
自宅へ生活する  
ようになった。

⑨ 小規模  
在宅へ環境の  
情報共有 近所との  
関わり

地域とのつながり

⑩ 病院と地域の  
事業所との  
連携の見える関係  
づくりの機会が  
増えること  
利用者への健康  
づくり、医療・福祉  
の連携が重要  
になること

医療連携

究極の連携

災害時の対応  
→ 地域で  
備蓄カコン

Zoomに  
在宅連携

連携の発展

これからの  
未来は?

⑪ 他事業所の  
連携  
も情報共有

⑫ 他事業所の  
連携  
も情報共有

多職種連携

⑬ 多職種連携  
病院スタッフと  
EUTスタッフから  
在宅での連携  
が実現する

# 8G

グループワーク参加者名記入



## 体験談

ダイヤで相談

家族への連絡も  
これによって

患者さんの情報を  
聞いたから有用な話  
を得ることができた。  
それが判断できた。

サービス内容について  
事業相談 →  
解決

退院時の情報  
がた

独居の母の身の  
回りが困ったこと  
を相談できた。

日曜から  
目かけ合い

病棟スタッフから  
の情報

小情報共有から  
本当の患者さんの  
気持ちを知れた

ケア会議で  
患者さんの日常  
の情報がえられた

退院する  
施設への  
内容を  
詳しく知れた

経路から食事を  
することができた

自立支援会館で  
こんな方法が  
あったのか

自宅に帰る  
ことができた  
(希望あり)

退所支援の際  
居宅CMが在宅生活  
の支えがなかったと  
わかった。上手に

入所の際  
老健という立場で  
車の調整を病院内  
で行ったこと

## アイデア

気軽に相談  
できる在宅へ  
移行しやすい連携

他職種や別の  
法人でも、連携的な  
役割分担の体制の  
構築という連携

在宅復帰への  
居宅CMが恒久的な  
支援にならないうた  
連携したい

制度のはざまの  
人のニーズに  
応じたサービス

困難ケースの  
アイデア連携

フロントウインド  
ZOOMも本!!

~~ネット~~  
ネットを利用し  
た共有

ネットワーク委員会  
での情報共有

セキリテ  
伊達地域  
統一システム

顔が見える  
連携  
↓  
統一した  
TP 今入

ZOOMで  
顔が見える  
関係

# 9<sub>G</sub>

グループワーク参加者名記入



## 「連携に本当に助けた」

某創作より連携

行政と連携がなかったら  
佐藤さん、佐藤さん  
でないと、

某がのびていていて  
いるのを教えてくれた。

某の選んで飲んでいる  
世について、連絡してある。

・自らの某がのびていて  
ものを持参してある。  
(某がのびていてある)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

・連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

## 「未来のPイティP」

気候に手紙に情熱の  
未来がのびていてある



連携(某がのびていて)

・連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

連携(某がのびていて)

BGP 連携

事業所(某がのびていて)

G



香取リ羽州省  
 酢素 点滴をいじり入浴  
 望朝 和夫これた。  
 せい

看取り利用者  
酸素 点滴を12時に入浴  
翌朝 天にこれた。

救急車に來院して高血  
圧者。身内が遠方にお  
り、アトモコに準  
ずるより来院して、  
救急にも準ずるに  
おらる。

行事食  
おすむに件7

認知症が、内服管理にできるのは、患者がアモネエに相違し、認知症が、内服管理にできるのは、患者がアモネエに相違し、

・細かい情報は  
得ることができ  
適切な食事も提供  
できると良い  
(ADL、口腔内環境、  
嚥下能力、既往歴等)

病氣で休む = ADL 1871  
 是為。地獄に落ち  
 知てもらう。介助  
 1: 911 (1871)

(西曆1940年)  
 香港工務局 建築師  
 永茂 (建築師)  
 新加坡 (建築師)  
 新加坡 (建築師)  
 新加坡 (建築師)  
 新加坡 (建築師)

家族(サボート) 求め!!  
行政介入

<問題>

お金がかかる。

負担が大きい

金錢的は面をめて

相談をきく場が必要

民生員が少い。

あったらいいな...  
オンライン診療...  
フックレウス<sup>と</sup>9ル電回  
活用

○高齡者の集り  
(子ども食堂的なもの)

フミニニフイをうまく使う

本人が望む場所  
で最期まで過ご  
させてあげたい  
そのための工夫

誤飲に因つては  
むと 投付向上  
みつた レビレ  
第一していくべきは

介護保険、サービスを  
知らない人も  
広めていくことが大切

街の 広報誌 で  
わかりやすく伝える

○ どの様に、どの様に連絡  
すればよいのか わかりやすく 可

高齢者は  
見子!!

# 11

G

グループワーク参加者名記入



良かったこと

施設前にはPCのCMへ相談し  
退院への準備を整えてくれた。

救急搬送の  
相談の  
スムーズ  
(HP)

病院の地域連携  
に対応してもらい  
病室へ (在室は強い  
経験者) 対応して頂い (ホウ)

多岐にわたる相談を  
迅速に対応して頂いた  
(事業所)

緊急時に入院時など  
急病や急病の対応に  
事業所から迅速に対応  
して頂いた (事業所)

1人練習のハコ  
は不足-デレ  
(事業所)

訪問の 訪問診療  
介入と薬(精神科)  
調整と改善方向  
への対応

(民生委員)

訪問診療の施設前(HP)  
退院への準備に  
準備を整えて頂いた  
(近所)

退院前に相談をCMへ  
伝えて頂く。

多岐にわたる相談を  
迅速に対応して頂いた  
(2023)

多岐にわたる相談を  
迅速に対応して頂いた  
(2023)

訪問した時  
お話しして頂いた  
して頂いた (2023)

ゴミ屋敷の  
片づけを  
手伝って頂いた  
(2023)

ゴミ屋敷の  
片づけを  
手伝って頂いた  
(2023)

退院前には  
食事の状況や生活  
小病を治して頂いた  
(2023)

アイティア

福祉系で導入と関係  
MCと導入したい

入院前の食事状況を  
教えて頂いた  
摂取量が減った  
お話しして頂いた (2023)

顔と知、7-3と  
お話しして頂いた  
相談させて頂く

ご近所の方と希望する  
お話しして頂いた  
お話しして頂いた  
お話しして頂いた

Fa食とHPa中  
で頂くこと。

施設での食事状況を  
詳しく知ってもら  
たい (経営者)  
お話しして頂いた (2023)

通院して頂くPT  
栄養相談と連携  
調整とさせて頂く  
(HP)

★ 家庭調査の時  
他月調査も行った  
PT 調査、CM、  
お話しして頂いた

在宅は書面だけで  
お話しして頂いた  
(2023)

# 12

G

グループワーク参加者名記入



## 「連携に本当に助かった 私の体験談」

②

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

連携

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

高齢者施設と連携して、在宅で生活できる方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。在宅で生活している方へのサポート。

盛り上げた話

① 透析患者さんが山間部に居住している  
タクシーで送迎できない方を  
多機能でショートステイして週末に自宅に  
帰るというケースの方をケアマネさん同様に連携して  
訪問薬剤師さんで連携ができて在宅で  
服薬管理ができるようになった

# 13

G

グループワーク参加者名記入



助かった！

医療と在宅

後期型、経営 地  
社光(白光)へ戻す

Dr. F.O. 平井、  
専科師の他と連携  
共同管理をしよう

退院前に  
文下、他のHPRおまじ  
いふと調整してもら  
うのと普通へかへんか  
を相談しよう

看取りを  
退院前に Dr. No.  
含めた名称に  
おえた

おくり管理がどうなるか、  
でもおくり管理に  
おきすに... 薬局の  
薬剤師に相談し  
解決しよう

肩が重たくなり回らない  
でも、Dr. No. うまく話  
ができずにイライラ...  
その時に連携を  
相談員に相談して  
言葉を聞いてもらう

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

地域

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

在宅医療  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

できたら最高！

退院後の  
サポート。  
おくり管理

地域イベントの  
企画(おくり管理)  
おくり管理を開放したい

サポートの連携  
おくり管理

在宅医療の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

多職種  
普段からの連携

専門職

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携  
おくり管理の連携

# 14

G

グループワーク参加者名記入



## 連携して本当に 助かった!! 私の体験談

がん科専門の医師と連携  
緩和ケア科の医師と連携  
がん科専門の医師と連携  
がん科専門の医師と連携

連携が大切。施設内で行うのは  
難しい。連携が大切。  
連携が大切。施設内で行うのは  
難しい。連携が大切。

認定看護師が  
病院だけでなく  
地域に出て支援が  
できればよい。連携  
が大切。

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

遠所患者さんの  
送迎継続の  
ための連携  
行政・病院・地域連携

遠所患者さんの  
送迎継続の  
ための連携  
行政・病院・地域連携

遠所患者さんの  
送迎継続の  
ための連携  
行政・病院・地域連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

## こんな連携ができれば 最高!! 未来へのアイデア

行政の連携が  
大切。連携が大切。

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携  
早期退院のための連携

G



連携して本当に助かった!!

未来への  
アイデア

[illegible][illegible]

地域番 DMAT

(ずくにかけつけてくれた人達)

おっせかいが必要

# 16

G

グループワーク参加者名記入



## 「連携して本当に助かった!」 私の体験談」

## 「こんな連携ができていたら最高!」 未来へのアイデア」

退院したいが家に居ない  
ので、(在宅ケア)相談して  
施設の手配をいいたい。]  
申請したい。いらない。]  
なんでも、ケアに入りたい。

認知症の家族の  
ケア  
・認知症のケアは、  
専門的な知識が必要。

元々、  
認知症の  
ケアは、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

介護保険の  
申請  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

本人や家族の思いや  
考えを共有して、  
トータルで対応する  
ケアは、  
必要。

在宅での生活の意向を  
確認してもらう。  
イメージを共有する  
ことができた。  
在宅ケア。

コロナ禍でも  
面会させてもらい、  
状態を確認できた。  
支援は、  
必要。

利用者さん自身から  
誰かの介護者さんな  
ケース

家族さん利用者さん  
なケース

KP不在のケース

あこはすから薬医者に  
入って4日後に食べられる  
ようになった。食量も増えた。  
(あこはすから3日  
食べなかった)

色々な種類の  
サービスは、  
必要。

介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。  
・介護保険の申請は、  
専門的な知識が必要。

みなさん2号の利用者  
さんへのケース

障害と介護の間  
つなぐための部分の支援  
考えとやりとりにあたらいいな

# 17

G

グループワーク参加者名記入



①

みどり 時に、支援を  
医師に うち連絡が  
取れた

おじいちゃんを伴って  
他職種と連携し  
出来た  
**医師・看護師  
さん17人、他...**

訪問入居・相談  
有ると主治医とよく  
連携し、CMまで  
きつくと伝えてくれる。

中道り、利用希望  
の 金にさせる事が  
出来た

「おじいちゃんを伴って」  
おじいちゃんを伴って  
おじいちゃんを伴って  
おじいちゃんを伴って

医師が行く必要  
に付いて、おじいちゃん  
の力をかりたい。

急病の時に  
スムーズに対応  
出来るように  
連絡 対応して  
くれた。

急病の時、おじいちゃん  
の情報を共有して  
他事業所(福祉)と  
うまく情報共有  
できている。

おじいちゃんを  
おじいちゃんを  
おじいちゃんを

主治医の先生から  
直接、電話連絡を  
取りたい。

家族が退院に不安。  
何かあったら来て  
ほしいよ安心に  
ついていた。

おじいちゃんを  
おじいちゃんを  
おじいちゃんを

病院に 恵まれている

医師や  
看護師の  
記録が  
誰で  
みられる

おじいちゃんを  
おじいちゃんを  
おじいちゃんを

②

職種はおじい  
ちゃんを  
おじいちゃんを

おじいちゃんを  
おじいちゃんを  
おじいちゃんを

おじいちゃんを  
おじいちゃんを  
おじいちゃんを

# 18

G

グループワーク参加者名記入



## 連携して助かった！ 私の体験談

## こんな連携ができれば 最高！未来のアイデア

存在の名称 情報の強化と利用  
→ 以下 各 CM での情報  
→ 各 CM での情報  
→ 各 CM での情報

① 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

② 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

③ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

④ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

⑤ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

⑥ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

⑦ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

⑧ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

介護  
申請も  
できる!!

介護保険  
被保険者がみ  
れる!!

連絡1-1 活用  
わたしの加テ活用

⑨ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

★MCS(アフリ)  
・福島県でやっている  
・無事で使える  
・Drも使っている  
・全国での登録可  
・招待・登録(非)

⑩ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク  
→ 連携ネットワーク

# 19

G

グループワーク参加者名記入



『連携して本当に助かった事!』

『こんな連携ができれば最高! 未来へのアイデア!』

知人から  
知人はあるが、いいところがある  
35歳、和洋コロン、計画的な  
内  
既婚、育休中、2人の子  
もう一人、0歳、1人

薬剤師さん  
くまりの管理を  
見ることができた  
本人もよくやる

在宅療養の相談が11月10日  
にあり、1人。  
(1人、1人、1人)  
(1人、1人)

“情報共有”

義父入院した際  
入院の療養費が  
変わった。全て情報の  
共有で済んだ。

ケアマネジャーより  
通達の手順の情報の  
(利用記録)  
入り、ケアマネジャーから

ケアマネさん  
ご親族の詳しい  
情報をわかった

包括職員さん  
事例の古い過去の  
情報を知らることができた

・施設で入院した時  
食事形態が「お粥」の  
お粥、お粥  
(お粥)

施設利用者が多かった。  
受診回数も多いため、報告  
し、受診回数も多いため  
お粥、お粥、お粥

医療機関の職員さん  
病態と治療方針を  
知ることができた

・お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥

・お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥

薬の服薬、お粥  
お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥

・1人、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥

・お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥  
お粥、お粥、お粥

“情報共有できる  
いーれが”お粥、お粥

“きばたんネット”

# 連携に良からんと

# 未来へのアイデア

秋田県在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

高齢者の在宅医療  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

専門的なことが  
医師等の相談  
のってあること  
みんなで行うこと

国・道・市町村  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

親子世帯DV案件  
・包地・伊達市・2000  
・伊達市・伊達市・伊達市  
(精神科医・看護士)

おのれん  
おのれん  
おのれん

在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

高齢者虐待  
・医師・2000通書・2000  
・伊達市・包地・伊達市  
・伊達市

医療がよくなる  
みんなで行うこと  
おのれん

在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

精神科医・伊達市  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

医療の悪化を  
医療がよくなる  
おのれん

精神科医・伊達市  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会  
在宅医療推進協議会

精神科へつば  
サポートが欲しい  
伊達市・行政  
包地

「おのれん」のよ  
おのれん

20  
G

グループワーク参加者名記入



- ・枠を超えた対応
- ・関係性の積み重ね
- ・主治医の早急な対応

# 連携して良かったこと

作業帳の活用  
書き込みOK

田舎車用の田舎  
バスで送迎してあげた。

健康診断の費用を  
支払い、交通費、宿泊費  
を補助してあげた。

出張費  
出張費の補助  
ICJ) 補助金  
支給された。

出張費  
出張費の補助  
ICJ) 補助金  
支給された。

田舎車用の田舎  
バスで送迎してあげた。

健康診断の費用を  
支払い、交通費、宿泊費  
を補助してあげた。

出張費  
出張費の補助  
ICJ) 補助金  
支給された。

出張費  
出張費の補助  
ICJ) 補助金  
支給された。

4722年  
この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

入居費の補助  
この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

ICJ) 補助金  
支給された。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

この年の前送金  
金額が大きいので、  
金額の補助をしてあげた。

21

G

グループワーク参加者名記入



# 22

G

グループワーク参加者名記入



## 連携が助かった!

預託用紙の年への訂正が  
できるようになりました。  
遠征に生活開始  
ができた。

生活支援センターに  
入居して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

林(建築士)  
ヘルパーさんとの  
連携が助かった。  
ヘルパーさんとの  
連携が助かった。

医療サービス  
利用のヘルパーさん  
利用のヘルパーさん  
利用のヘルパーさん。

受診時の  
Dr.からの  
指示

連携して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

生活支援センターに  
入居して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

認知症を患った日中  
一歩の歩が認知症  
に付いた。Dr.  
からの指示が  
あった。

生活支援センターに  
入居して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

生活支援センターに  
入居して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

薬局での  
一歩化

通所施設・  
老健等での  
調査受け入れ

居宅 CM  
からの  
情報提供

病院からの  
指導・助言  
(感染対策)

## 未来へのアイディア

情報を共有して  
一本化して連絡  
できるツール。  
(おうちでできるツール)

生活支援センターに  
入居して生活開始。  
生活支援センターに  
入居して生活開始。

MCS  
(ICT)

情報共有システム

「きびたん」の活用  
ネット活用

個人情報

保護が課題

機材はどうする?

他職種  
連携が重要

在宅支援を  
行う Dr.

「すぐに電話して」

- 緊急時ICTでは  
共有のツールもある...?
- KP連携の重要性
- お金をかける!!

緊急で対応  
できる機関・  
施設等の  
事前情報  
があると活用  
が広がるのでは?