

# つなぐ会「看看連携」

## 退院支援から在宅看取りまでの事例を通して 病院と地域の看看連携を考える

～よく食べて、よく眠って、よく笑って、家族と過ごしたい～

集合とオンライン  
併用開催

日時 ▶▶ 令和5年10月26日(木)13:10～16:30

会場 ▶▶ 下越総合健康開発センター  
大講堂 (zoomによるオンライン併用)

講師 ▶▶ 在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス

宇都宮 宏子 氏

演題調整中



### 【話題提供者】

- 新潟県立新発田病院6B病棟 助産師 弦巻 真貴子 さん
- 新潟県立新発田病院患者サポートセンター 緩和ケア認定看護師 山田 史子 さん
- ご近所訪看株式会社ご近所訪看リハビリステーション新発田 訪問看護師 渡邊 紗矢香 さん
- 株式会社エヌ介護サービス新発田センター 主任介護支援専門員 太田 麻美 さん

主催 しばた地域医療介護連携センター 在宅医療・介護連携推進事業  
お問合せは 電話0254-20-8577 まで

開催要項をご確認の上、裏面の用紙でお申し込みください

令和5年度 つなぐ会「看看連携」申込書 (R5.10.26 開催)  
 〆切 令和5年10月10日(火)

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 事業所名    |                                  |
| 申し込み責任者 |                                  |
| 電話番号    | (当日連絡可能な電話番号)                    |
| FAX番号   |                                  |
| メールアドレス | (資料等の送付先) -キャリアメールでは届かないことがあります- |
| 使用端末の台数 | ( )台 当日Zoomにアクセスする端末の台数をご記入ください。 |

【参加者】※ワークのグループ分けのため、すべての参加者をご記入ください。  
 1台の端末で複数人ご参加の場合は、端末の代表者名をお知らせください。

| (フリガナ)<br>お名前 | ご所属部署 | 職種<br>□に✓( )内に職種を記入  | 参加方法  | (オンラインの方)端末<br>□に✓( )内記入   |
|---------------|-------|--|---|--|
|               |       | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> MSW・相談員<br><input type="checkbox"/> (主任)介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 会場<br><input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> 1台で参加します<br><input type="checkbox"/> ( )人で参加します<br>⇒代表者名( ) |
|               |       | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> MSW・相談員<br><input type="checkbox"/> (主任)介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 会場<br><input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> 1台で参加します<br><input type="checkbox"/> ( )人で参加します<br>⇒代表者名( ) |
|               |       | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> MSW・相談員<br><input type="checkbox"/> (主任)介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 会場<br><input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> 1台で参加します<br><input type="checkbox"/> ( )人で参加します<br>⇒代表者名( ) |
|               |       | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> MSW・相談員<br><input type="checkbox"/> (主任)介護支援専門員<br><input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 会場<br><input type="checkbox"/> オンライン | <input type="checkbox"/> 1台で参加します<br><input type="checkbox"/> ( )人で参加します<br>⇒代表者名( ) |

※欄が不足している場合は、恐れ入りますが用紙をコピーしてお申し込みください。

【オンライン参加の方へ】

開催日3日前には、ご指定のメールアドレスに資料等をお送りします。届かない場合は、ご連絡をお願い致します。TEL:0254-20-8577

誠に勝手ですが、少ない人数で運営しております。当日のお問合せには、ご対応できないことがあります。

【送付文書不要】

しばた地域医療介護連携センター行き  
 お申込みFAX送信先:0254-20-8570