**医療施設と福祉施設における同職種間連携セミナー**

**グループワーク用　当日提出資料**

本ワークシートは、グループで1枚を書記がとりまとめ、研修会終了後5日までに以下アドレス宛にメールで提出してください。

提出先：（公社）富山県栄養士会事務局　e-mail：16.toyama@toyamaken-eiyoushi.jp

**【開催地区】**

**【メンバー】**司会：○○、書記：○○、〇〇、〇〇、〇〇・・・・・

**●はじめに（アイスブレイク）**

1. 司会と書記を決める
2. 自己紹介・勤務先施設概要紹介

**１　医療機関⇔介護保険施設等での情報連携について**

1. **医療機関⇔介護保険施設間での情報連携を**

 **行っている（　　　）名**

1. **「行っている」場合：連携してよかったこと**

|  |
| --- |
|  |

1. **「行っていない」場合：連携できていない理由**

|  |
| --- |
|  |

**２　同職種間連携を実施するための最初の一歩はどんなことが必要だと思いますか**

**同職種間連携をさらに充実させるためには、どのようなことが必要だと思いますか**

|  |
| --- |
|  |

**3　栄養情報連携料（診療報酬）の算定状況について**

**算定している（　　　）名**

**算定している場合の件数：**

**○○さんの施設　約（　　　　）件/月 ・ ○○さんの施設　約（　　　　）件/月…**

**（適宜行を増やして記入ください）**

**算定していない場合の理由**

|  |
| --- |
|  |

**４　退所時栄養情報連携加算（介護報酬）の算定状況について**

**算定している（　　　）名**

**算定している場合の件数：**

**○○さんの施設　約（　　　　）件/月 ・ ○○さんの施設　約（　　　　）件/月…**

**（適宜行を増やして記入ください）**

**算定していない場合の理由**

|  |
| --- |
|  |

**５　再入所時栄養連携加算（介護報酬）の算定状況について**

**算定している（　　　）名**

**算定している場合の件数：**

**○○さんの施設　約（　　　　）件/月 ・ ○○さんの施設　約（　　　　）件/月…**

**（適宜行を増やして記入ください）**

**算定していない場合の理由**

|  |
| --- |
|  |

**６　医療機関⇔介護保険施設等でそれぞれ欲する情報提供項目は何か**

**（摂食・嚥下の状況、経腸栄養の内容、栄養補助食品の種類や量など）**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**７　その他、話題に挙がったこと・共有したいこと**