

# 医療と介護の研修連携フロー図

2019年4月

高砂市在宅医療 ・ 介護連携支援センター

## 1. 目的

国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的として、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」が2015年4月に施行されました。

高砂市在宅医療・介護連携支援センター（以下「連携支援センター」という。）は、在宅医療・介護の地域資源を活用して地域包括ケアシステムの構築を図ることが求められています。このため、多職種によるグループワーク等の研修の機会を通じて医療・介護関係者が意識の共有と顔の見える関係づくりを推進する必要があります。

この医療と介護の研修連携フロー図は、高砂市内における医療機関と介護事業所における医療と介護の研修についての連携を円滑に進めるため作成しました。

## 2. フロー図の説明・目次

### (1) 講師紹介に係る連携フロー図 . . . . . 2 p

医療関係または介護関係の講師について、その窓口として連携支援センターが講師の紹介をします。

### (2) 公開講座（研修会）連携フロー図（ホームページへの掲載依頼） . . . . . 3 p

他の団体から参加できる研修会について、研修会を主催する医療機関または介護事業所からの依頼により連携センターはその広報をホームページなどにより行ないます。

### (3) 合同連携研修に係る連携フロー図 . . . . . 4 p

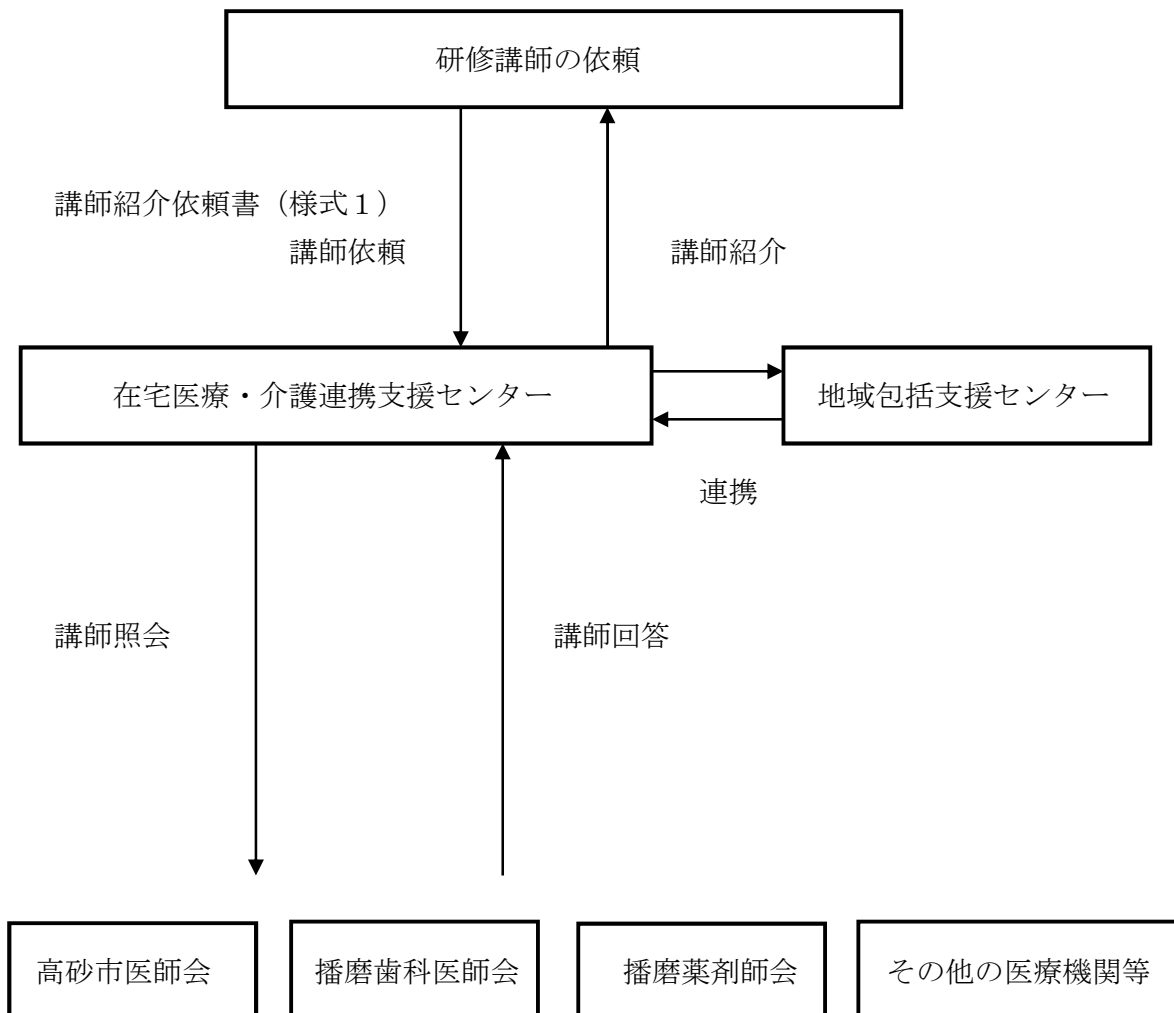
連携支援センターと合同により研修会を行なう場合に、それぞれの役割の下に研修会の効率化を図るとともに、連携を推進します。

## 3. 様式1～様式4 . . . . . 5～8 p

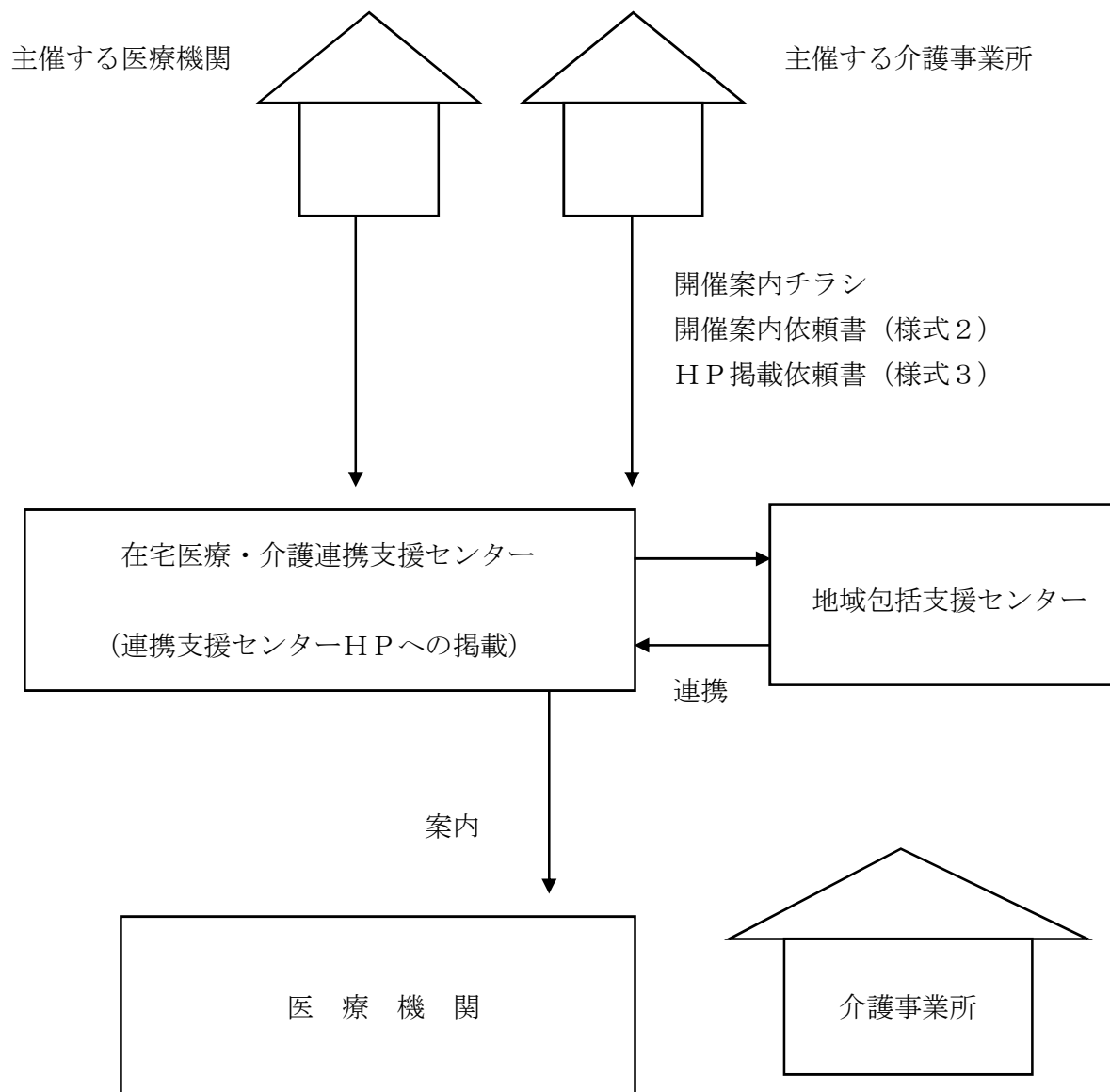
連携研修を行うための手続き様式について示します。

(1) 講師紹介に関わる連携フロー図

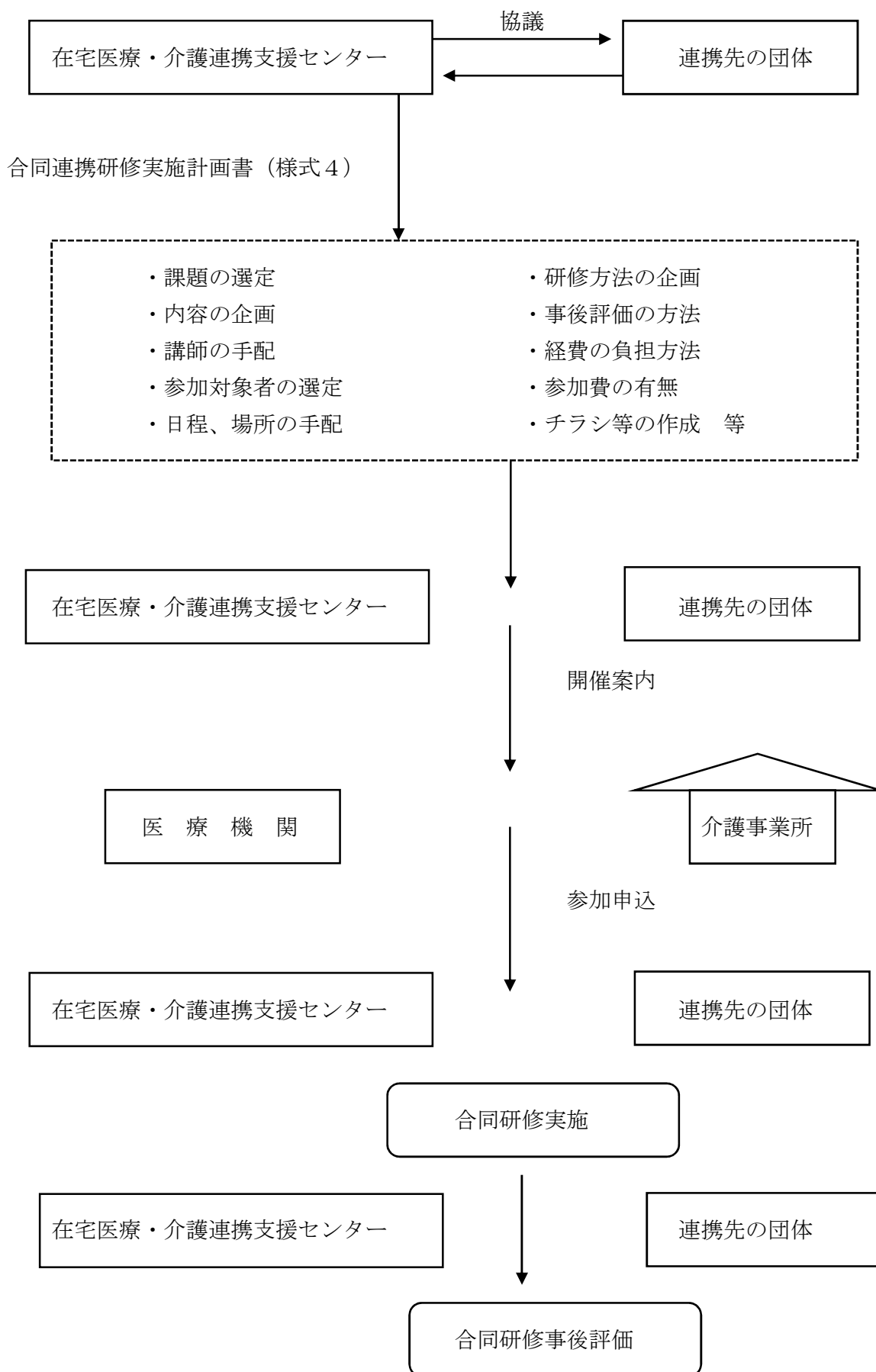
医療機関または介護関係の講師紹介の依頼について



(2) 公開講座(研修会)連携フロー図(ホームページへの掲載依頼)



(3) 合同連携研修に係る連携フロー図



様式 1

年 月 日

講師紹介依頼書

高砂市在宅医療・介護連携支援センター  
センター長 様

事業所名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
管理者名 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり計画していますので講師の紹介を依頼します。

記

テーマ	
主催者	
開始予定時期	年 月 日 時から
開催時間	時間 分程度 (全体 時間 分程度)
開催場所	
開催内容	
参加予定者 (職種等)	
参加予定者数	
講師の職種	
講師への希望	

\* 講師紹介依頼書は、開催予定時期の3カ月前に提出してください。

\* 開催内容により紹介できない場合があります。その場合は、2カ月前にご連絡します。

様式2

年 月 日

公開講座（研修会）開催案内依頼書

高砂市在宅医療・介護連携支援センター  
センター長 様

事業所名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
管理者名 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり計画していますので医療機関、介護事業所への案内を依頼します。

記

テーマ	
主催者	
開催予定時期	年 月 日 時から
開催時間	時間 分程度（全体 時間 分程度）
開催場所	
開催内容	
参加対象者 （職種等）	
参加可能定員	名
参加料	
事前申込み	・必要 ・不要

\* 公開講座（研修会）開催案内は、開催予定時期の3カ月前に提出してください。

\* 参加者の受付・問い合わせは主催者でお願いします。

\* 公開講座（研修会）のチラシ等を添付してください。

様式3

研修開催についてのホームページへの掲載依頼書

テーマ	開催日時	開催場所	対象者・定員	問い合わせ先

年 月 日

高砂市在宅医療・介護連携支援センター センター長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_



様式4

医療・介護合同連携研修実施計画書

年 月 日

担当者名：連携支援センター

( )

担当者名：連携先団体

( )

項目	内 容
課 題	
内 容	
講 師 (謝金)	第1候補 ( ) 第2候補 ( )
参加対象者 対象事業所	
日 程	第1候補 年 月 日 ( ) 時 第2候補 年 月 日 ( ) 時
場 所	第1候補 使用料： 第2候補 使用料：
研修方法	講演会方式 講演会とグループワーク方式 その他
事後評価	・しない ・する (方法 )
経費の負担	連携支援センター： 連携先団体：
参加費の有無	参加費 徴収 ( ) 円) 徴収なし 実 費 ( ) 円 (内容 )) 徴収なし
チラシ等の 作成	・チラシ ・講演表示 ・ポスター
その他	