＜記載例１＞

令和６年度(2024年度)介護関係職員医療連携支援事業協議書

１　基本事項

|  |  |
| --- | --- |
| 代表法人名 | 社会福祉法人　○○会 |
| 代表者名 | 理事長　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　　○○市○○１丁目２－３ |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム〇〇 |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　　○○市○○１丁目２－３ |
| サービス種類 | 介護老人福祉施設 |
| 事業所番号 | 1234567 |
| 担当者氏名 | 北海　太郎 |
| 電話番号 | 012-345-6789 |
| FAX番号 | 012-345-6789 |
| メールアドレス | ○○○○@○○○○ |

２　研修実施のねらい等

|  |
| --- |
| 研修実施の背景、課題 |
| 昨年度、感染性胃腸炎が集団発生した際に、施設として感染症マニュアルは作成したものの、吐物処理の方法にばらつきがあり、職員間で統一されていない現状があった。また、異動や退職により職員の入れ替わりがあったため、施設における感染症対策の徹底を図る必要がある。 |
| 研修のねらい |
| 職員が感染症胃腸炎について正しい知識を学び、感染症が発生した場合の適切な処理方法を実践し、二次感染予防を図る。 |
| 対象者の職種及び参加人数 |
| 看護職員４名、生活相談員２名、介護職員２０名 |

３　所要額

|  |  |
| --- | --- |
| 積算内訳 | 対象経費支出予定額（円） |
| 講師謝金○○,○○○ 円 × ○ 名 =　 ○○, ○○○ 円旅費○○,○○○ 円 × ○ 名 = 　○○,○○○ 円印刷製本費（冊子（テキスト作成））○,○○○ 円 ×○○ 部 =　　○○,○○○ 円消耗品費（事務用品等）○○○,○○○ 円通信運搬費（電話、郵送料等）○○○,○○○ 円会場借上料○○○,○○○ 円 | 合計）　○○○,○○○円 |

４　研修内容

【１回目】

|  |
| --- |
| 開催日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 令和５年○月○日 |
| 開催場所 |
| ○○施設　大ホール |
| 研修テーマ　　　　　　　　　　　　 |
| （オ）高齢者の感染症予防、発生時の対応方法 |
| 研修内容（次第、講師等含む） |
| 「感染性胃腸炎の正しい知識と感染予防対策について」１目　的：　感染性胃腸炎及び感染予防対策に関する知識を深め、感染予防に必要な手技を身につける。２内　容：（１）講義Ⅰ「感染胃腸炎とは」13:00～14:00　　　　　　　　講師　〇〇病院　　〇〇〇〇医師　　　　　　（２）講義Ⅱ「感染症予防対策について」14:15～15:15講師　〇〇病院　〇〇〇〇感染管理認定看護師　（３）演習「吐物処理の方法について」　15:30～16:30　　　　　　　　指導者　〇〇病院　〇〇〇〇感染管理認定看護師　＊受講者全員が一連の吐物処理の方法について体験する。　　　　　（４）見学実習～医療機関における感染症対策について見学等を行う。 |

５　研修参加予定事業所一覧

※参加事業所数によって、適宜、表を追加すること。

　代表事業所も含め、参加予定の事業所を全て記載すること。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　○○会 |
| 代表者名 | 理事長　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○１丁目２－３ |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム〇〇 |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○１丁目２－３ |
| サービス種類 | 介護老人福祉施設 |
| 事業所番号 | 1234567 |
| 担当者職・氏名 | ○○・○○　○○ |
| 事業所の電話番号 | 012-345-6789 |
| 参加者の職種・人数 | 看護職員３名、生活相談員１名、介護職員１０名 |

（２）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 株式会社　○○○○ |
| 代表者名 | 代表取締役　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○２丁目２－３ |
| 事業所名 | 訪問介護○○○○ |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○２丁目２－３ |
| サービス種類 | 訪問介護 |
| 事業所番号 | 2234567 |
| 担当者職・氏名 | ○○・○○　○○ |
| 事業所の電話番号 | 012-345-6666 |
| 参加者の職種・人数 | 介護職員５名 |

（３）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 有限会社　○○○○○○○ |
| 代表者名 | 代表取締役　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○３丁目２－３ |
| 事業所名 | ○○○デイサービス |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○３丁目２－３ |
| サービス種類 | 通所介護 |
| 事業所番号 | 3334567 |
| 担当者職・氏名 | ○○・○○　○○ |
| 事業所の電話番号 | 012-345－6777 |
| 参加者の職種・人数 | 看護職員１名、生活相談員１名、介護職員５名 |

＜記載例２＞

令和６年度(2024年度)介護関係職員医療連携支援事業協議書

１　基本事項

|  |  |
| --- | --- |
| 代表法人名 | 社会福祉法人　○○会 |
| 代表者名 | 理事長　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○４丁目２－３ |
| 事業所名 | 通所介護事業所〇〇 |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○４丁目２－３ |
| サービス種類 | 通所介護・訪問介護 |
| 事業所番号 | 4444567 |
| 担当者氏名 | ○○　○○ |
| 電話番号 | 012-345-5555 |
| FAX番号 | 012-345-5555 |
| メールアドレス | ○○○○@○○○○ |

２　研修実施のねらい等

|  |
| --- |
| 研修テーマを設定した背景、課題について |
| 核家族化や病院死の増加等の社会的背景から、若い世代の介護職員は実際に「死」に接する機会が少なくなっており、看取り介護の経験がない職員が多い現状がある。職員が看取りについて考える機会を持つ必要性を感じている。 |
| 研修のねらい |
| 職員が、看取り介護の知識と技術を学び、利用者本人の意思と権利を尊重し、安らかな死が迎えるために必要な終末期ケアを検討する。 |
| 研修対象者の職種及び参加人数（予定） |
| 看護職員２名、支援相談員２名、介護職員１０名 |

３　所要額

|  |  |
| --- | --- |
| 積算内訳 | 対象経費支出予定額（円） |
| 講師謝金　　○○,○○○ 円／時 × ○時間× ○ 名 =　 ○○, ○○○ 円旅費　　○○,○○○ 円 × ○ 名 = 　○○,○○○ 円印刷製本費（冊子（テキスト作成））○,○○○ 円 ×○○ 部 =　　○○,○○○ 円消耗品費（事務用品等）○○○,○○○ 円通信運搬費（電話、郵送料等）○○○,○○○ 円会場借上料○○○,○○○ 円 | 合計　○○○，○○○円 |

４　研修内容

【１回目】

|  |
| --- |
| 開催日 |
| 令和５年○月○日 |
| 開催場所 |
| ○○施設　会議室 |
| 研修テーマ |
| （キ）介護従事者ができる看取りケア |
| 研修内容（次第、講師等含む） |
| 「施設の看取り介護について」１目　的：　職員が、看取り介護の知識と技術を学び、利用者の尊厳を保ち、安らかな死を迎えるために必要な終末期ケアについて検討する。２内　容：（１）講義「看取り介護の知識と技術について」　　　　　　　講師　〇〇病院　〇〇医師〇〇認定看護師　　　　　（２）演習（事例検討またはロールプレイ）　　　　　　　　助言者　〇〇病院　〇〇医師〇〇認定看護師　　　　　　　（内容）看取り事例について、グループワークにて話し合う。・ケアの振り返り、家族への支援　　　　　　　　・看取りにどのようなイメージを持っているか |

５　研修参加予定事業所一覧

※参加事業所数によって、適宜、表を追加すること。

　代表事業所も含め、参加予定の事業所を全て記載すること。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 社会福祉法人　○○会 |
| 代表者名 | 理事長　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○４丁目２－３ |
| 事業所名 | 通所介護事業所〇〇 |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○４丁目２－３ |
| サービス種類 | 通所介護・訪問介護 |
| 事業所番号 | 4444567 |
| 担当者職・氏名 | ○○・○○　○○ |
| 事業所の電話番号 | 012-345-5555 |
| 参加者の職種・人数 | 看護職員１名、生活相談員１名、介護職員５名 |

（２）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 有限会社　○○○○○○○ |
| 代表者名 | 代表取締役　○○　○○ |
| 法人の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○５丁目２－３ |
| 事業所名 | ○○○デイサービス |
| 事業所の所在地 | 〒○○○－○○○○　○○市○○５丁目２－３ |
| サービス種類 | 通所介護 |
| 事業所番号 | 5555567 |
| 担当者職・氏名 | ○○・○○　○○ |
| 事業所の電話番号 | 012-345-0000 |
| 参加者の職種・人数 | 看護職員１名、生活相談員１名、介護職員５名 |