



在宅医療に関心のある先生方へ

在宅療養者への同行訪問研修

在宅医療の現場を実際に見学し、事前準備から訪問・振り返りを通して学ぶ研修です。

本研修では、在宅医療の基礎を確認したうえで、実際の在宅療養者への訪問に同行します。
患者さんの暮らしを踏まえた診療、多職種との連携、必要な事前準備等を具体的に学びます。

研修で学べること

- 在宅医療の概要と、訪問診療・往診の役割の違い
- 訪問診療に関わる診療報酬の基本的な考え方
- 訪問前に確認すべき患者さんの診療情報と、関係機関との連携方法
- 感染予防および感染症患者への訪問時に必要な配慮
- 在宅療養者への訪問に同行することで得られる、実践的な視点

研修の流れ

1. 事前カンファレンス

在宅医療の概要、診療報酬、患者情報、連携、感染対策を確認します。

2. 同行訪問

在宅療養者への訪問に同行し、診療の実際を見学します。

3. 振り返り

研修内容を振り返り、学びや今後の実践につながるポイントを整理します。

在宅医療の基本

訪問診療

病状の悪化を事前に防ぐことを目的に、計画的・定期的に自宅等を訪問して行う診療です。

往診

急変時の対応などを目的に、患者さん・ご家族からの依頼に基づいて自宅等を訪問して行う診療です。

こんな先生におすすめです

- これから在宅医療に取り組みたい、または関心を深めたい先生
- 在宅での診療の進め方や、多職種・関係機関との連携を具体的に知りたい先生
- 訪問診療や往診の実際を、現場で学びたい先生



お申込み・お問い合わせ

お 問 合 せ 窓 口

一般社団法人 都島医師会 在宅医療連携拠点

毎週火曜・木曜：9：00～17：00 金曜：9：00～13：00

電 話 ・ 受 付 時 間

電話番号：070-2020-6881（拠点コーディネーター直通）

*** 祝祭日、お盆時期 年末年始休館日あり**

対象：在宅医療に関心のある医師

これから在宅医療を始めようと考えている医師

（都島区医師会入会の有無は問わない）

開催日：2026年9月1日～2027年3月31日

募 集 ・ 開 催 情 報

開催日程：一单元半日を基本とするが、随時担当医師と相談可能

費用：無料

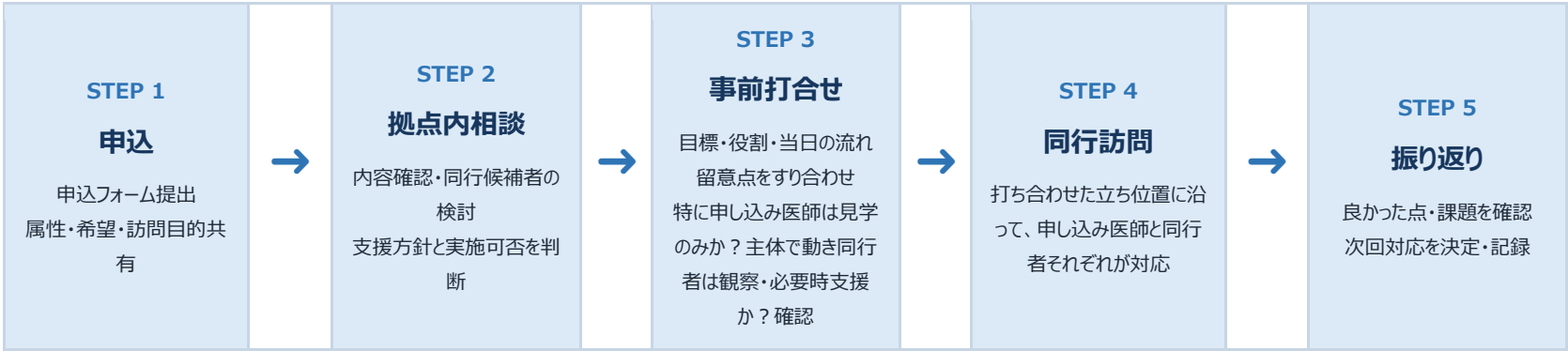
申し込み方法：E-mail: mi.kyoten@gmail.com

別添同行訪問申込書を記載し、メール添付にて送付

*** 具体的な日程は担当医師との調整のうえ決定します。**

同行訪問 運用フローチャート

申込から拠点内相談、同行訪問、振り返り・次回支援までの基本的な流れ



調整・再支援が必要な場合

申込情報の不足・日程／体制の調整が必要	→	申込医師へ確認し、内容を更新したうえで拠点内相談へ戻る
同行後に追加支援を希望	→	再同行・個別相談・研修などを設定し、事前打合せから再開する

運用のポイント

申込時 申し込み医師の背景・希望・支援ニーズを具体的に把握する	拠点内相談時 同行者の役割と訪問の到達目標を明確にする	振り返り時 次の実践につながる行動と期限を決める
---	---------------------------------------	------------------------------------



同行訪問 申込フォーム

訪問診療・在宅療養支援を希望する医師の状況と、同行時の支援内容を共有するための申込書です。

申込日： 年 月 日	希望訪問日： 年 月 日	申込医師：
---------------------------	-----------------------------	-------

1. 申込医師の属性・診療体制

医療機関名		勤務形態	☐ 開業 ☐ 勤務 ☐ 非常勤
役職・立場		診療科	
医師経験年数	☐ 1～5年 ☐ 6～10年 ☐ 11年以上	現在の診療	☐ 外来中心 ☐ 病院 ☐ 訪問診療
在宅医療経験	☐ 未経験 ☐ 見学・研修のみ ☐ 経験あり	対応希望地域	

2. 在宅療養・訪問診療への希望

取り組みたい内容	☐ 定期訪問 ☐ 緊急往診 ☐ 看取り ☐ 施設訪問 ☐ 多職種連携 ☐ その他 ()
開始・拡大の時期	☐ すぐに ☐ 3か月以内 ☐ 半年以内 ☐ 情報収集段階 目標件数： 件／月
現在の体制・連携先	☐ 訪問看護 ☐ ケアマネ ☐ 病院 ☐ 薬局 ☐ 未整備 補足：

3. 同行訪問の依頼内容

訪問先（患者情報は匿名）	患者区分： ☐ 個人宅 ☐ 施設 地域・施設名等：
訪問目的	☐ 初回面談 ☐ 定期診療 ☐ 急変対応 ☐ 看取り ☐ 連携調整 ☐ その他（ ）
同行で学びたい・支援してほしい点	☐ 診療の進め方 ☐ 患者・家族対応 ☐ 多職種連携 ☐ 書類・制度 ☐ 開業・運営 ☐ その他（ ）
当日の確認事項	同行者への依頼・留意事項：

4. 事前確認・訪問後フォロー

事前打合せ	☐ 希望（ 月 日 時頃） ☐ 不要	同行者（予定）	
訪問後振り返り	☐ 当日実施 ☐ 後日実施	次回アクション	担当： 期限： 月 日

※ 患者氏名や病歴など、個人を特定できる情報は記載せず、必要な情報は院内規程に従って取り扱ってください。