

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議 研修会議Ⅱ 事前課題

自治体名		部署名等 ※関係団体の方は 団体名を記載	
氏名		職種	

○ 自治体の概要

管内人口	人 (高齢化率 %)	構成市町村数：都道府県担当者のみ記載ください ()市、()町、()村
<p>組織図 (自治体担当者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所掌の分担関係がわかるように ・組織図内でのご自身の位置も記して下さい <p>(関係団体)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治体との所掌の分担関係がわかるように ・組織図内でのご自身の位置も記して下さい 		
貴自治体の組織構成、取り組みなどから感じる在宅医療・介護連携推進事業に係る長所と短所を記入下さい。	(ア) 長所 (良さ・強み)	(イ) 短所 (違和感、難しい部分、課題など)
上記の長所・短所をふまえて、今後より在宅医療・介護連携推進事業を進めるためには、貴方の所属する組織においてどのような取り組みが求められると思いますか。		

○ 4つの場面を踏まえた取り組み等について

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
<p>(1)【目的】 めざすべき姿※1 (目的)について 記載ください。</p> <p>自身で設定※1 ()</p>				
<p>(2)【現状把握】 めざすべき姿※1 (目的)に対する 現状を記載ください。</p>				
<p>(3) めざすべき姿※1 (目的)に向け て、現状におい て、貴方の所属す る組織はどのよう な取り組みを行っ ていますか。</p>				
<p>(4) (2)のめざすべ き姿における現状 の課題は何だと思 いますか。</p>				

※1：「めざすべき姿」について自治体で定められているものがない場合は、各種資料やヒアリング等の機会に収集している情報、地域の関係団体等と関わっている状況等を参考に、あなたの考えるめざすべき姿を記載して下さい。なお、自身で設定した場合には、自身で設定の欄に○を記載下さい。

○ その他（記載自由）

<p>本研修で知りたいことは何ですか。</p>	
-------------------------	--

(備考)：研修会議Ⅱにおいて検討する上で必要と思われる資料については、当日ご持参ください。