資料1

|  |
| --- |
| **地域包括ケアシステム市町職員研修（初任者研修）　開催前アンケート** |

※　回答入力は、網がけ部分のみ可能です。チェックボックスは、「」上でクリックするとチェックができるようになっています。自由回答は、網がけ部分に記入を御願いします（セルは広がります）。

1. **あなたについて教えてください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 市区町村名 |  | | |
| 1. 所属 |  | | |
| 1. 氏名 |  | | |
| 1. 市区町村に入職してからの年数 |  | | |
| 1. 保健･医療･福祉･介護等の資格   ※いずれか1つ選択  ※ある場合は資格名を記載 |  | 1.ある（     ） | |
|  | 2.なし | |
| 1. 現在担当している業務（地域包括ケアの地域支援事業と想定）を担当している期間 | 年     ヶ月 | | |
| 1. 今の業務につく以前の高齢者福祉・介護等分野の業務の経験   ※いずれか１つ選択  ※その他の場合､内容を簡単に記載 |  | 1.この分野の業務は初めて | |
|  | 2.介護保険関連、高齢者福祉計画等の経験あり | |
|  | 3.その他（     ） | |
| 1. 現在従事している、または以前従事したことがある事業（ある場合のみ）   ※複数選択可 | 現在 | 以前 | 事業名 |
|  |  | 1.介護予防・日常生活支援総合事業 |
|  |  | 2.生活支援体制整備事業 |
|  |  | 3.在宅医療・介護連携推進事業 |
|  |  | 4.認知症総合支援事業 |
|  |  | 5.介護保険給付等 |
|  |  | 6.地域包括支援センター |
|  |  | 7.地域ケア会議 |
|  |  | 8.その他（     ） |

1. **地域包括ケアシステムについて**

| たとえばあなたの親しい方に、次について聞かれたとしたら、どのくらいなら話ができそうだと思われますか？  あくまでご自身の評価であり、厳密なものではありませんので、「この程度なら、なんとかなりそうだ・・」とお感じになる程度で結構です。  ※1～4で最も近そうだと感じる内容に✔ | １説明できそうだ | ２時間をかければ説明できそうだ | ３時間と資料があればできそうだ | ４時間と資料があっても難しそうだ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 地域包括ケアシステムでは、どのようなことの実現を目指しているのですか？ |  |  |  |  |
| 1. 現在、あなたが担当している業務は、地域包括ケアシステムのどのような部分を担っているのですか？ |  |  |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムには、なぜ複数の地域支援事業が設定されているのですか？ |  |  |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムには、なぜ事業者や住民等が担い手として参加しているのですか？ |  |  |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムには、医療や福祉分野以外の施策・事業も含まれるのですか？ |  |  |  |  |

1. **現在の業務に着任されてから以降、地域包括ケアシステムを理解するために、次のような資料はご覧になったことはありますか？（あるものに○を御願いします）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設　　問 | 見たことが  あるものを  チェック | （その他の場合のみ記載） |
| 1. 実務に関する資料等 |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムに係る   行政の説明資料 |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムについて   書かれた報告書等 |  |  |
| 1. 地域包括ケアシステムに関する   一般書籍等 |  |  |
| 1. その他 |  |  |
| 1. 特になし |  |  |

1. **本業務に従事し、仕事を進める中で課題だと思うことがあれば、教えてください。（自由記述）**

|  |
| --- |
|  |

1. **今回の研修に際して期待すること、知りたい情報や学びたいことがあれば教えてください。**

|  |
| --- |
|  |

**～　質問は以上となります。ありがとうございました　～**