

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ます(セルは広がります)。

問1.あなたについて教えてください

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| (1) 市区町村名 | | | |
| (2) 所属 | | | |
| (3) 氏名 | | | |
| (4) 市区町村に入職してからの年数 | | | |
| (5) 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 | <input type="checkbox"/> | 1.ある() | |
| | <input type="checkbox"/> | 2.なし | |
| (6) 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 | | |
| (7) 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 | <input type="checkbox"/> | 1.この分野の業務は初めて | |
| | <input type="checkbox"/> | 2.介護保険関連、高齢者福祉計画等の経験あり | |
| | <input type="checkbox"/> | 3.その他() | |
| (8) 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 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.介護予防・日常生活支援総合事業 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.生活支援体制整備事業 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3.在宅医療・介護連携推進事業 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.認知症総合支援事業 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.介護保険給付等 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6.地域包括支援センター |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7.地域ケア会議 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8.その他() |

問2.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いますか？ 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？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 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？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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いますか？ 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 |
| (3) 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？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 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？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 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？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

問3.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 | <input type="checkbox"/> | |
| (2) 地域包括ケアシステムに係る行政の説明資料 | <input type="checkbox"/> | |
| (3) 地域包括ケアシステムについて書かれた報告書等 | <input type="checkbox"/> | |
| (4) 地域包括ケアシステムに関する一般書籍等 | <input type="checkbox"/> | |
| (5) その他 | <input type="checkbox"/> | |
| (6) 特になし | <input type="checkbox"/> | |

問4.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)

| |
|--|
| |
|--|

問5.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 ～