

令和4年度介護保険サービス提供事業者説明会(集団指導)
受講確認アンケート兼質問票

◆運営法人名(必須) 事業所(施設)の運営主体となっている法人名(個人で開設している場合は個人名)を記入してください。

◆事業所(施設)名(必須) 受講した事業所(施設)名を記入してください。

*「〇〇訪問介護事業所」、「ケアショップ××」のように記入して下さい
◆事業所番号(必須) 受講した事業所(施設)の事業所番号(事業所番号がない場合は「0」)を記入してください。

◆施設種別(必須) 該当する施設種別に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護医療院
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 市町(地域包括支援センター以外)
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護	↓「その他」の場合は具体的に記入してください。
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	

◆役職・職種(必須) 記入者の役職・職種を記入してください。

例: 施設長・事務長・主任介護支援専門員・生活相談員等

◆設問1-1(必須) 今回、説明動画を視聴いただいた内容について選択してください。

<input type="checkbox"/> 全ての説明動画を視聴した
<input type="checkbox"/> 関係する説明動画のみ視聴した
<input type="checkbox"/> 説明動画は視聴しなかったが、説明資料を閲覧した
<input type="checkbox"/> 説明動画の視聴も説明資料の閲覧もしなかった(未受講)
<input type="checkbox"/> その他

↓「その他」の場合は具体的に記入してください。

◆設問1-2(必須) 説明動画の内容は理解できましたか。選択してください。

<input type="checkbox"/> よく理解できた
<input type="checkbox"/> おおむね理解できた
<input type="checkbox"/> 少しは理解できた
<input type="checkbox"/> ほとんど理解できなかった
<input type="checkbox"/> 説明動画は視聴していない

◆設問2(必須)

説明資料の内容について理解できましたか。

- よく理解できた
- おおむね理解できた
- 少しは理解できた
- ほとんど理解できなかった
- 説明資料は閲覧していない

◆設問3-1(必須)

当集団指導は、例年、会場にお集まりいただいて開催しているものです。今年度は、昨年度に引き続きオンラインでの動画視聴形式で行いました。会場形式と動画視聴形式での開催とどちらの方が内容を理解しやすいとお考えになりますか。

- 会場形式
- オンラインでの動画視聴形式
- どちらでも変わらない
- わからない

◆設問3-2(任意)

会場形式に比べて、動画配信形式の方が良いと感じる点がございましたら御記入ください。

◆設問3-3(任意)

会場形式に比べて、動画配信形式の方が悪いと感じる点がございましたら御記入ください。

◆設問3-4(任意)

今年度の集団指導に関し、意見・感想・改善点等がございましたらご記入ください。

質問票

※以下は、集団指導の説明内容についてご質問がある場合のみ、記入してください。(質問がない場合には、記入不要です。)

設問4-1 集団指導の説明内容について質問がある場合には、担当者名を記入してください。

氏名

設問4-2 集団指導の説明内容について質問がある場合には、連絡先の電話番号を記入してください。

電話番号

設問4-3 集団指導の説明内容について質問がある場合には、連絡先のFAX番号を記入してください。

FAX番号

設問4-4 集団指導の説明内容について質問がある場合には、質問内容を記入してください。(質問対象となるサービス種別がある場合には、明記してください。)

問合せ先 : 静岡県健康福祉部福祉長寿局福祉指導課
電話 054-221-2531 FAX 054-221-2142