令和2年度　ケアプラン点検研修　第2回　課題とアンケート（ケアプラン点検対象者用）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 受講カード番号 | （番号をお持ちでない方は空欄で結構です） |
| 所属事業所名 |  |
| メールアドレス |  |

1. ケアプラン点検研修第2回の内容は今後のケアプラン作成・事業所内等でのケアプラン点検に活用できる内容でしたか？

1. 活用できる内容であった　　　2. どちらともいえない　　　　　3. 活用できる内容ではなかった

1. ケアプラン自己点検の書類を作成するにあたって、一番難しいと感じたのはどの書類のどの部分ですか？
2. ケアプラン点検の提出を行う際に、知っておきたいことはありますか？（どのような研修を行って欲しいか）
3. ケアプラン点検研修第1回（11月24日～30日）から、書類提出の締切（12月25日）までの期間はいかがでしたか？

1. 期間が短い　　　　　　　　　2. 適当だった　　　　　　　　　3. 期間が長い

1. 郵送した『復習シート』は、今後のケアプラン作成・事業所内等でのケアプラン点検に活用できる内容でしたか？

1. 活用できる内容であった　　　2. どちらともいえない　　　　　3. 活用できる内容ではなかった

1. 『復習シート』へ記載してほしい内容や説明はありますか？
2. 『ケアプラン点検　結果報告』で聞きたい内容・項目はありますか？
3. 今回の書面でのケアプラン点検について率直な感想をお聞かせ下さい
4. どこで研修を受講しましたか？（複数選択可）

1. 自宅　　　　　　　　　　　　2. 職場　　　　　　　　　　　　3. その他

1. 受講にあたってどのような機器を使用しましたか？（複数選択可）

1. 個人のパソコン　　　　　　　2. 会社のパソコン　　　　　　　3. 個人のタブレット

4. 会社のタブレット　　　　　　5. 個人のスマホ　　　　　　　　6. 会社のスマホ

7. その他

1. 聴講中の不具合はありましたか？

1. 不具合はなかった　　　　　　2. 不具合があった

1. 聴講中の不具合があった方はお答えください。どんな不具合がありましたか？
2. 研修動画の長さについてどう感じられましたか？1つ選んでください

1. 短い　　　　　　　　　　　　2. ちょうど良い　　　　　　　　3. 長い

1. 研修動画を公開している期間の長さについて、どう感じられましたか？1つ選んでください

1. 短い　　　　　　　　　　　　2. ちょうど良い　　　　　　　　3. その他

1. 今回の研修を受講した感想をお聞かせください
2. その他、改善点や率直な意見をお聞かせください

|  |  |
| --- | --- |
| 課題の提出先 | Eメールの場合：keamane.hachiouji@gmail.com  FAXの場合：042-686-1088 （八王子介護支援専門員連絡協議会） |
| 提出期限 | 令和3年3月31日（水）まで |