令和２年度　特別研修　課題とアンケート

|  |  |
| --- | --- |
| 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. 八王子市認知症ＢＰＳＤケアプログラム推進事業に参加していますか

1. 参加している

2. 参加していない

3. 直接参加はしていないが、参加事業所から関係者として話し合いに招集されたことがある

1. 「日本版ＢＰＳＤケアプログラム」について、説明等を聞いてどうお考えですか
2. 興味がある　　　　　　　　 　2. 興味はない
3. 「日本版ＢＰＳＤケアプログラム」に「興味がある」とお答えの方は以下からお選びください
4. 参加してみたい　　　　　　　　2. 参加はできない
5. 「興味がある」が「参加はできない」とお答えの方、その理由をお書きください
6. 「日本版ＢＰＳＤケアプログラム」に「興味はない」とお答えの方は、その理由をお書きください
7. 重層的支援体制が必要な事例を発見した際に、その体制を整える方策について理解できましたか

1. 理解できた　　　　2. 理解できない　　　　3. 理解できるが、実践することは困難

1. 「理解できるが、実践することは困難」とお答えの方はその理由をお書きください
2. 多職種で課題解決を図るべき事例がこれまでにありましたか
3. あった　　　　　　　　　　　　　2. なかった
4. 多職種で課題解決を図るべき事例がこれまでにあった方は、どのような事例かお書きください
5. 今後のケアマネの役割についてどう思うかお書きください
6. 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１８日（木）まで |