**平成30年度 介護支援専門員実務研修　見学実習アンケート**

登録番号【　　　　　　　】

事業所名

記入者名

**１．実習生の指導をされた方の人数を教えてください。**

①主任介護支援専門員：　　　名　　②介護支援専門員：　　　名

　　③その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）：　　　名　　　　総数：　　　　名

**２．実習生1人あたりの実習総延べ日数を教えてください。（実習生が複数の場合は、１人あたりの標準）**

　　１人あたり実習総延べ日数：　　　　　日

**３．実習プログラムを教えてください。（実習生が複数の場合は、１人あたりの標準的なプログラム）**

例）1日目：オリエンテーション　　　　　　9:00～10:00

　　　　　　　　　　　　ケアマネジメントプロセスの説明10:00～12:00／13:00～15:00

　　　　　　　　　　　　次回見学の説明・振り返り　　　15:00～16:00

　　　　　　　　２日目：サービス担当者会議の見学　　　10:00～12:00

　　　　　　　　　　　　モニタリング場面の見学　　　　13:00～15:00

　　　　　　　　　　　　振り返り　　　　　　　　　　　15:00～16:00

　　　　　　　　３日目：見学実習全体の振り返り・評価　10:00～12:00

|  |
| --- |
|  |

**４．実習マニュアルはどのような物を使用されたか教えてください。（該当箇所に○印を付してください）**

　　①県社協作成の見学実習の手引き　【　　　　】

②独自にマニュアルを作成　　　　【　　　　】

　　③その他マニュアル等　　　　　　【　　　　】

　　　　※具体的な内容、引用文献等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

④使用していない　　　　　　　　【　　　　】

**５．実習の実施にあたって気付かれたことがありましたら、具体的にご記入ください。**

　　①研修実施機関（県社協）との調整に関して

②実習生の調整、実習中の様子等に関して

　　③ご利用者、ご家族、関係者・機関との調整に関して

**６．その他、実習に関して意見・感想がございましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**※お忙しい中、アンケートのご協力ありがとうございました。**

**岡山県社会福祉協議会　福祉支援部　福祉人材支援班**