令和　　年　　月　　日

紀の川市高齢介護課　宛

事業所名：

代表者氏名：

担当者氏名連絡先：

（ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　）

**令和４年度　集団指導　視聴報告書について**

下記のとおり、視聴した人数を報告し、別紙視聴報告書を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別****※☑及び〇** | □ 介護予防（ 訪問 ・ 通所 ）介護相当サービス□ （ 訪問 ・ 通所 ）型サービスＡ※一体的に実施していれば両方に **☑** |
| **職種区分****※視聴した人数を記入** | □ 管理者（　　　　名） |
| 訪問相当・訪問Ａ□サービス提供責任者（　　　名）（訪問事業責任者）□介護職員/従事者 （　　　 名） | 通所相当・通所Ａ□生活相談員 （　　　　名）□機能訓練指導員 （　　　　名）□看護職員 　 （　　　　名）□介護職員／従事者 （　　　 名） |

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス種別****※☑及び〇** | □ （ 訪問 ・ 通所 ）型サービスＣ |
| **職種区分****※視聴した人数を記入** | □ 管理者（　　　　名） |
| 訪問Ｃ□専門職　　　　 （　　　　名） | 通所Ｃ□専門職　　　　 （　　　　名） |

**※各職種別に意見を取りまとめて各職種代表１名が、別紙視聴報告書を**

**作成し提出してください。**

**提出先（持参・郵送・メール・ＦＡＸ）**

紀の川市高齢介護課総合事業班　揚戸・小西・園部

住所：〒649-6492　和歌山県紀の川市西大井338番地

MAIL: k070600-001@city.kinokawa.lg.jp

FAX：0736-79-3926

**● 視聴報告書**

**職 種　　　　　　　　　　　　　　氏 名**

1. 今回の集団指導を視聴した感想をお書きください。（現状の課題等）

|  |
| --- |
|  |

2. （通所系サービス従事者の方にお聞きします。）

自立支援型介護予防通所介護認定事業を活用しようと思った。（ はい ・ いいえ ）

|  |
| --- |
| ≪理由をお書きください≫ |

3. 職種間の連携について、感じることをお書きください。

（ケアマネジャーや事業所との連携、事業所内の職種間連携等）

|  |
| --- |
|  |

4. 市常駐のリハビリ専門職の活用法がわかった　（　はい　・　いいえ　）

|  |
| --- |
| ≪理由をお書きください≫ |

5. 要支援認定者や事業対象者に対するサービスで、今後実践してみたいことや保険者に求めるサポート等についてお聞かせください。

　　（事業所でも個人でもフレイル予防に対する意欲的な取り組み等）

|  |
| --- |
|  |

6. その他、お気づきの点やご意見があればお書きください。

|  |
| --- |
|  |

**※各職種別に、この報告書の提出が必要です。**

※コピーして使用してください。