

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○	<input type="checkbox"/> 介護予防（訪問・通所）介護相当サービス <input type="checkbox"/> （訪問・通所）型サービスA ※一体的に実施していれば両方に <input checked="" type="checkbox"/>	
職種区分 ※視聴した 人数を記入	<input type="checkbox"/> 管理者（ 名）	
	訪問相当・訪問A <input type="checkbox"/> サービス提供責任者（ 名） （訪問事業責任者）	通所相当・通所A <input type="checkbox"/> 生活相談員（ 名） <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員（ 名） <input type="checkbox"/> 看護職員（ 名） <input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）
	<input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）	<input type="checkbox"/> 介護職員/従事者（ 名）

サービス種別 ※☑及び○	<input type="checkbox"/> （訪問・通所）型サービスC	
職種区分 ※視聴した 人数を記入	<input type="checkbox"/> 管理者（ 名）	
	訪問C <input type="checkbox"/> 専門職（ 名）	通所C <input type="checkbox"/> 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。