

平成29年度 相互研修【上級】シートA

■本研修のねらい・目的

相互に事業所の取り組みを評価し合うことによって、サービスの質向上を図るための視点や改善に向けた取り組みの手がかりを得る。

受講者氏名		職 種 ※○印記入	介護職員・看護職員 その他()	勤務年数	年 月
所属事業所 (管理者名:)		住 所 連絡先	(〒 -) (TEL: FAX:)		
事業所種別 ※○印記入	グループホーム・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型通所介護 その他()			地域エリア ※○印記入	東予・中予・南予

■サービスの質向上を図るために現在取り組んでいることを記入してください。

※目標達成計画(グループホーム)または改善計画(小規模多機能)の内容

(GH)・目標・目標達成に向けて現在具体的に取り組んでいる内容
(小規模)『今回の改善計画』・改善に向けて現在具体的に取り組んでいる内容

■他事業所で見たい、知りたいことは何ですか？具体的内容を記入してください。

■サービス評価の取り組みで課題と感じていることを記入してください。

平成29年度 相互研修【上級】 シートB

受講者氏名		所属事業所	
研修先事業所	(担当者名)		
実習日	平成29年	月	日
		アドバイザー	

【相互研修で確認した事業所の特長】※研修先事業所の良い点、頑張っており取り組んでいること等について記入してください。

【他事業所を評価することで得たヒント・気づき】

【今後の取り組みに活かしたいこと】

※他事業所での気づきを今後どのように活かしていきたいか、またどのようなことに取り組んでいきたいか、記入してください。

【本研修に関する感想等】

※本研修を受講しての感想を下記の中から選び、その理由についてもご記入ください。

1. とてもよかった 2. おおむねよかった 3. やや物足りなかった 4. 物足りなかった 5. その他

(理由)