別紙８

「研修機関が公表する情報の内訳」チェック表

事業所名

代表者名

ホームページアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　（公表している項目は、右端にチェックすること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修  機関  情報 | 法人情報  ☆ | ●法人格・法人名称・住所等  ●代表者名、研修事業担当理事・取締役名  △理事等の構成、組織、職員数等  △教育事業を実施している場合・事業概要  △研究活動を実施している場合・概要  △介護保険事業を実施している場合・事業概要  △その他の事業概要  △法人財務情報 | □  □  □  □  □  □  □  □ |
| 研修機関情報  ☆ | ●事業所名称・住所等  ●理念  ●学則  ●研修施設、設備  △沿革  △事業所の組織、職員数等  △併設して介護保険事業を実施している場合・事業概要☆  △財務セグメント情報 | □  □  □  □  □  □  □  □ |
| 研修  事業  情報 | 研修の概要 | ●対象  ●研修のスケジュール（期間、日程、時間数）  ●定員（集合研修、実習）と指導者数  ●研修受講までの流れ（募集、申込）  ●費用  ●留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等 | □  □  □  □  □  □ |
| 課程責任者 | ●課程編成責任者名  △課程編成責任者の略歴、資格 | □  □ |
| 研修カリキュラム  （通信）  修了評価 | ●科目別シラバス  ●科目別担当教官名  ●科目別特徴  演習科目の場合は、実技内容・備品、指導体制  ●科目別通信・事前・事後学習とする内容及び時間  ●通信課程の教材・指導体制・指導方法・課題  ●修了評価の方法（通信研修における添削指導の認定基準を含む。）、評価者、再履修等の基準 | □  □  □  □  □  □ |
| 実習施設  （実習を行う場合） | ●協力実習機関の名称・住所等☆  ●協力実習機関の介護保険事業の概要☆  ●協力実習機関の実習担当者名  ●実習プログラム内容、プログラムの特色  ●実習中の指導体制・内容（振り返り、実習指導等）  △実習担当者の略歴、資格、メッセージ等  ●協力実習機関における延べ実習数 | □  □  □  □  □  □  □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講師情報 | ●名前  ●略歴、現職、資格  △受講者向けメッセージ等  △受講者満足度調査の結果等 | □  □  □  □ |
| 実績情報 | ●過去の研修実施回数（年度ごと）  ●過去の研修延べ参加人数（年度ごと）  △卒業率・再履修率  △卒後の就業状況（就職率／就業分野）  △卒後の相談・支援 | □  □  □  □  □ |
| 連絡先等 | ●申込・資料請求先  ●法人の苦情対応者名・役職・連絡先  ●事業所の苦情対応者名・役職・連絡先 | □  □  □ |
| 質を向上させるための取り組み | △自己評価活動、相互評価活動  △実習の質の向上のための取組、研修機関と実習機関との連携  △研修活動、研究活動  △研修生満足度調査情報（アンケート、研修生の声など）  △事業所満足度調査情報（アンケート、事業所の声など） | □  □  □  □  □ |

●：必須　△：可能な限り公表　☆：他のページにリンクで対応可