**アンケート（指導者(看護師等)育成講習修了者対象　用）**

**返信ＦＡＸ番号　０４５－３２４－８９８５**

**＊該当するものに　○をつけてください**

|  |  |
| --- | --- |
| ①あなたが　講習を受けた年度を教えてください | ２３・２４・２５・２６・２７・２８ |
| ②あなたは　日々のケアを提供する上で、介護職員と連携をとっていますか | はい　　　いいえ |
| ③あなたは　介護職員等の実地研修の評価を行っていますか | はい　　　いいえ |
| （該当に〇をつけてください） | 不特定者実地研修　・　特定者実地研修 |
| ③あなたは　介護職員等の教育・養成に係わっていますか | はい　　　いいえ |
| （内容を右欄にお書きください） |  |
| ③指導看護師(伝達教習修了者)対象のフォローアップ(スキルアップ)研修があれば　受けたいですか | はい　　　いいえ |
| ④現在検討中の研修項目です　下記の中で興味があるのはどれですか（複数回答可） | |
| ＜　　＞制度・手続きについて  　（　）制度の意義  　（　）在宅医療の現状  　（　）看護師の役割  　（　）介護職員等が担う医療ケアの範囲  ＜　　＞実地研修の評価のポイント  　（　）評価の仕方  　（　）不特定と特定の違い | ＜　　＞医療職以外の異業種の方への教え方  　（　）講義のポイント  　（　）演習のポイント  　（　）日常の連携の取り方  　（　）ヒヤリハット  ＜　　＞知識・技術のスキルアップ  　（　）気管切開ケア  　（　）胃ろうケア  　（　）人工呼吸器ケア |
| ⑤喀痰吸引等に関して、企画してほしい内容があれば、右の欄に自由にお書きください |  |
| ⑥日頃感じている介護職員等に対する喀痰吸引等の研修や実施に関する意見や課題・悩み・不安等があれば、右の欄に自由にお書きください |  |

〇アンケートにご協力いただきありがとうございました。　　　　　　　　FCかながわ・県肢体不自由児協会