

第3号研修実施にあたってのアンケート

下記のアンケートについて当てはまる項目に○を付けてください。また自由記載欄へのご記入もお願いします。

貴機関名 ()

- 【Ⅰ】基本研修修了者数は何名ですか？ () 名
実地研修修了証の発行枚数は何枚ですか？ () 名
実地研修修了証を発行した対象者の数（実人数）はおよそ何名ですか？
（わかる範囲で結構です） () 名

- 【Ⅱ】貴機関が行っているサービス・支援内容は何ですか（自由記載）
()
()
()

- 【Ⅲ】介護職員が医療的ケアを行うにあたり課題や問題点があれば教えてください
（自由記載）
()
()

- 【Ⅳ】貴機関を利用している方で、地域生活を続けていくにあたり
困ってらっしゃることがありますか。
() ある () ない

↓

あると答えた場合、どのような内容か教えてください。（複数回答可）

- () ご家族以外で医療的ケアが出来るスタッフが少ない
() 卒後利用できる施設がない、あるいは利用できるにしても遠い
() 連携するための情報が少ない
() ヒヤリハットなどリスク管理に不安がある
() 側湾や拘縮など成長に伴う変形への対応が分からない
() 摂食嚥下など栄養管理などの管理が難しい
() コミュニケーションのやりとりが難しい

その他

()

- 【Ⅴ】ケアを実施している職員のスキルアップに必要な研修、もしくは利用者のニーズ
として必要と思われる研修はありますか
() ある () ない

↓

裏面に続く

あると答えた場合、どのような研修内容か教えてください。(複数回答可)

- () ヒヤリハットなどリスク管理の研修
- () 栄養管理などの研修
- () コミュニケーション等の研修
- () 学校や家庭出来る介助の方法についての研修
- () 側湾や変形に対するポジショニングやストレッチ方法についての研修
- () 福祉機器や装具についての研修や展示会

その他

()

【VI】第3号研修の登録研修機関として稼働し始めたきっかけをお聞かせください。

アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました。ご回答いただいた内容以外にもお問い合わせをさせていただく場合もあるかと存じます。差支えなければアンケートにご回答いただいた方のご記入をお願いいたします。ご記入していただいた個人情報は当法人にて厳重に管理致します。

所属部署名	()
ご氏名	()
ご連絡先：電話番号	()
mail address	()

なお、アンケート内容などで不明な点がございましたら、下記 E-mail address までご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。

問い合わせ先 京都市南区吉祥院石原上川原町 21 番地

NPO 法人医療的ケアネット

理事長 杉本 健郎

3gou.kensyu.council@gmail.com

Fax でお送りいただく場合は、以下の番号にお送りください。。

.....
FAX 075-256-1114 宛
.....