

講習会修了者用

10月20日(土)まで

保健師助産師看護師実習指導者講習会修了者の活動状況及び講習会の振り返りの調査

公益社団法人青森県看護協会

アンケート調査の依頼文書を読んだうえで本調査へのご協力をお願いいたします。

I. あなた自身について

Q 1. あなたの年齢、性別、職種、勤務経験年数をご記入ください。

- ① 年齢 () 才
- ② 性別 (女性 ・ 男性)
- ③ 職種 (保健師 ・ 助産師 ・ 看護師)
- ④ 勤務経験年数 () 年

Q 2. 保健師助産師看護師実習指導者講習会(以後、講習会とする)受講年度についてご記入ください。
(平成 年度)

Q 3. あなたは、現在実習指導者として活動していますか。
(はい ・ いいえ)

Q 4. あなたの職位や役割をご記入ください。

例：看護師長・主任・教育委員(長)・実習指導者委員会委員(長)・実習指導者リーダー等
()

Q 5. 勤務施設規模についてご記入ください。() 床

II. 実習生の受け入れ状況について(平成 29 年度)

Q 6. あなたが受け入れている全ての実習科目について()に○をつけて下さい。

基礎看護 () 成人看護 [急性期 ()・周手術期 ()・慢性期 ()]
老年看護 () 小児看護 () 母性看護 () 在宅看護 ()
統合 () 精神看護 () その他 ()

III. 講習会について

Q 7. 講習会(240時間)は、教育に関する科目、看護に関する科目、実習指導に関する科目、看護師2年課程通信制に関する科目などにより構成される教育プログラムです。実習指導に関する科目は90時間で、そのうち実習指導案作成の演習に60時間を当てています(講習会講義の4分の1を占めています)。

貴施設では、実習指導案を作成していますか。

- ① () 作成している。
- ② () 作成していない。

Q12. 講習会修了者の定期的なフォローアップ研修会は必要と思いますか。以下に○をつけ、理由を [] に記入してください。

① () 必要と思う。

理由

[]

② () 必要と思わない。

理由

[]

IV. 貴施設の実習指導体制について

Q13. あなたの勤務場所の実習指導者数と講習会修了者数について下記に記入してください。

① 実習指導者数 () 人

② 講習会修了者数 () 人

Q14. あなたの勤務場所の実習指導に関わる方について、以下に○をつけ [] に役割・活動を記入してください。

(例：教員との実習調整、教員との連携、学生のカンファレンス参加、直接の実習指導等)

() 看護師長 (副・補佐含む) []

() 主任 (副含む) []

() 実習指導者 []

() 看護師 []

() 准看護師 []

Q15. あなたの勤務場所の実習指導体制について該当するすべての () に○を付けてください。

① () 実習指導に関する委員会が設置され適正に機能している。

② () 実習指導マニュアルがあるまたはそれに準じた内容のものが整備されている。

③ () 養成所等と実習調整する窓口 (人) が決まっている。

④ () 実習指導者の基準がある。

⑤ () 実習評価の基準になる資料等がある。

⑥ () 実習終了後、教員と実習評価の話し合いがある。

⑦ () 実習指導者同士の情報交換の場やフィードバックがある(困っていることなど)。

⑧ () 実習指導に関する院内研修がある。

Q16. あなた自身が感じている養成所及び看護系大学、高等学校専攻科5年課程の実習指導について課題がありましたらご記入下さい。

課題がなければ「なし」と、該当なければ「該当なし」と記入してください。

① 養成所

[]

② 看護系大学

[]

③ 高等学校専攻科5年課程

[]

Q17. 講習会を修了して、今後の講習会への希望や意見がありましたら記入してください。

[]

ご協力ありがとうございました。 返信用封筒に入れご返送下さい。