

2024年度 認知症介護実践研修(実践者研修) アンケート

このアンケートは、受講申込者全員に記入して頂くことにより、受講申込者の知識・経験等を事前に把握しより良い研修を実施する事を目的とします。それぞれの設問に対してできるだけたくさんコメントをご記入いただきますようお願いいたします。

※1～4の項目は必ず受講希望者本人が記入してください。

1 受講動機について

あてはまるもの全てに「○」をいれてください。

- 1 認知症介護の知識・技術の向上のため自主的に受講希望
- 2 認知症介護の知識・技術の向上のため上司に勧められて受講希望
- 3 指定基準上受講が必要なため(計画作成担当者)
- 4 指定基準上受講が必要なため(管理者)
- 5 その他

2 研修で学びたいこと・現場で困っていること(問題点)について、下記の1～14の中で該当する番号に「○」をいれてください。また、何故困っているか、できるだけ具体的にご記入ください。

※ 複数ある場合は特に現場で困っていること(問題点)についてご記入ください。

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1 認知症介護理念について | 8 住環境について |
| 2 認知症の医学的理解について | 9 地域社会環境について |
| 3 認知症の方の心理について | 10 コミュニケーションについて |
| 4 認知症の方の家族について | 11 援助技術について |
| 5 権利擁護 | 12 生活支援の方法について |
| 6 リスクマネジメント | 13 アセスメントについて |
| 7 生活環境について | 14 その他 |

(具体的内容)

3 「ひもとき」(認知症介護高度化事業)について

該当する番号に「○」をいれてください。

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1 知っている(研修を受講した) | 4 知らない |
| 2 知っている(ホームページを見た) | 5 事業所で使用している |
| 3 知っている(その他) | 6 事業所で使用していたが今は使用していない |

2024年度 認知症介護実践研修(実践者研修) アンケート

4 センター方式について

該当する番号に「○」をいれてください。

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 1 知っている(研修を受講した) | 4 知らない |
| 2 知っている(ホームページを見た) | 5 事業所で使用している |
| 3 知っている(その他) | 6 事業所で使用していたが今は使用していない |

※5～7の項目は所属長が記入してください。

5 当研修を貴所属の職員の受講を推薦する上で、当研修に期待することは何ですか？

6 所属での当研修受講状況

該当する番号に「○」をいれてください。

また、「1」に○をいれた場合は、受講年度及び受講人数をご記入ください。

- | | | | |
|-------------------------|---|----|----|
| 1 過去、当研修を所属職員が受講したことがある | (| 年度 | 名) |
| 2 受講したことがない | | | |

7 6の項目で1「受講したことがある」方について

該当する番号に「○」をいれてください。

また、それぞれ効果の有無について、具体的な内容をご記入ください。

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| 1 研修での効果があった・・・具体的内容 | (|) |
| 2 研修での効果が無かった・・・具体的内容 | (|) |

※このアンケートは研修事業以外の目的には使用しません

※アンケートの記載内容は受講の可否を判断するものではありません