

※インストラクター実績の証明となりますので必ず記入して下さい。

認定番号  -   -

氏名

有効期限 年 月 日

コース開催お疲れ様でした。スキルアップコース改善・向上のためアンケートのご協力をお願いいたします。なお、本アンケート結果は個人を特定しない形で集計・統計処理を行い、その結果を報告させていただきます。ご自身の考えに最も近い項目にを付け、( )内および空欄に記入をして下さい。

## Q1 属性についてお聞かせ下さい(回答はひとつだけ)

- ①職種はなんですか 医師⇒( 産科 小児科 新生児科 小児外科 麻酔科 その他( ) )  
看護師 助産師 救急救命士 学生 その他( ) )
- ②周産期医療に関わっている経験年数はどのくらいですか ( )年
- ③NCPR を臨床現場で実践した(立ち会った)ことはありますか ( ない ある( 回/年) )
- ④NCPR 講習会(AB コース)でインストラクターをしたことがありますか ( ない 補助のみ ある )

## Q2 講義について(回答はひとつだけ)

- ①講義時間は適切でしたか ( 短い 適当 長い )
- ②講義内容は適切でしたか ( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ③講義について、良い点、改善点等があればお書き下さい。

## Q3 手技実習について(回答はひとつだけ(①のみ複数回答))

- ①手技実習は何を行いましたか 人工呼吸( 自己膨張式バッグ 流量膨張式バッグ) 胸骨圧迫 初期処置 CPAP  
気管挿管 薬物投与 その他( ) )
- ②指導するにあたり手技実習の時間は十分でしたか ( 短い 適当 長い )
- ③指導するにあたり手技実習の内容は適切でしたか ( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ④指導するにあたり自己チェックシートは役立ちましたか( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ⑤手技実習について、良い点、改善点等があればお書き下さい。

## Q4 シナリオ実習について(回答はひとつだけ(①のみ複数回答))

- ①シナリオは何を実習しましたか ( ルーチンケア 初期処置 CPAP・フリーフロー 人工呼吸 胸骨圧迫 その他( ) )
- ②指導するにあたりシナリオ実習の時間は十分でしたか( 短い 適当 長い )
- ③指導するにあたりシナリオ実習の内容は適切でしたか( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ④指導するにあたり自己チェックシートは役立ちましたか( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ⑤シナリオ実習について、良い点、改善点等があればお書き下さい。

## Q5 スキルアップコースの教材についてお聞かせ下さい(回答はひとつだけ)

- ①お手本手技の動画を使用しましたか ( はい いいえ )
- ②インストラクター用シナリオチェックシートを使用しましたか ( はい いいえ )
- ③その他教材(チェックシート・ポケットハンドブックなど)について、良い点、改善点等があればお書き下さい。

## Q6 スキルアップコース全体についてお聞かせ下さい(回答はひとつだけ)

- ①コース開催は簡便でしたか ( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ②コース内容は十分でしたか ( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ③受講者の習熟度合いの確認は簡便でしたか ( 全くそうではない そうではない その通り 全くその通り )
- ④スキルアップコースを定期的に開催できますか ( はい いいえ )
- ④で「はい」と回答した方のみお答えください。どの程度の間隔で開催可能ですか?  
 ( 3か月に1回 6か月に1回 1年に1回 3年に1回 その他( ) )

## Q7 NCPR 講習会を開催する他に、技術を維持・向上させるための取り組みとして行っていることはありますか(複数回答可)

- 自主練習できるような準備(蘇生練習人形、蘇生用具など)をしている  なし
- 病棟や地域で定期的に講習会・研修会(技術練習など)を開いている  その他( )
- NCPRを受講したら、分娩立会いをするシステムを構築している

## Q8 その他スキルアップコースを開催又はインストラクターを行ったご意見・感想等お聞かせ下さい