**訪問看護師スキルアップ研修　アンケート（病院用）**

　　研修にあたり、企画、実施等調整にご尽力頂きありがとうございました。

今後の研修の参考にしたと思いますのでアンケートにご協力お願いいたします。

富山県訪問看護総合支援センター

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 記入者 |  |

**1　全体の企画についてお聞かせください**☑を付け、（　）には、具体的内容をご記入ください。

１）募集時期（4～6月）について

□ ➀ 早い（　　　　月頃）　□ ② 遅い（　　　　月頃）　　□ ③ ちょうどよい

２）開催時期（9～11月）について

□ ➀ 早い（　　　　月頃）　□ ② 遅い（　　　　月頃）　　□ ③ ちょうどよい

３）研修時間（8:30～16:00）について

□ ➀ 長い（　　　時間程）　□ ② 短い（　　　時間程）　　□ ③ ちょうどよい

４）受講者数（５名～20名）について

□ ➀ 多い（　　　　人程）　□ ② 少ない（　　　　人程）　□ ③ ちょうどよい

5）退院後訪問指導料を算定していますか

□ ➀ 算定している→（　　　　件／月）　　□ ② 算定していない→（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）

6）専門性の高い看護師との同一日訪問について（在宅患者訪問看護・指導料３）

□ ➀ 算定している→（　　　　件／月）　　□ ② 算定していない→（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）

**2　研修を開催するにあたり、良かったことをお聞かせください。**

|  |
| --- |
|  |

**3　研修を開催するにあたり、困難であったことや課題をお聞かせください。**

|  |
| --- |
|  |

**4　専門・認定看護師が地域の訪問看護ステーションと連携するにはどうしたら良いかお聞かせ下さい。**

|  |
| --- |
|  |

**５　看護協会、訪問看護ステーションへのご意見・ご要望などお聞かせください。**

|  |
| --- |
|  |

ご協力ありがとうございました