

【訪様式3】

訪問看護総合支援センター事業
「専門看護師・認定看護師等派遣研修事業」実施報告書(施設用)

施設名				
担当者				
開催日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分			
講師名	専門・認定分野			
研修テーマ				
	受講者総数	内訳	看護職員 ()名	介護福祉士()名
			理学療法士 ()名	作業療法士()名
			ケアマネジャー ()名	事務職員 ()名
	名	その他		
派遣研修全般について	①担当者と講師の連絡は円滑に行えましたか。 <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> できなかった その理由() ②事前に研修目的内容について講師と十分に共有できましたか。 <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> できなかった その理由() ③資料・機材の準備は問題なくできましたか。 <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> できなかった その理由() ④研修内容は期待通りの内容でしたか。 <input type="checkbox"/> 期待通り <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 期待はずれ その理由() ⑤資料はわかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> わかりやすい <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> わかりにくい その理由() ⑥内容は理解できましたか。 <input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 難しかった その理由() ⑦研修で学んだことは今後の看護実践で活用できますか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> できない その理由() ⑧今後も派遣研修を利用したいですか。 <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 検討 <input type="checkbox"/> 利用しない その理由()			
受講者の感想・反応				
事業の評価	①専門・認定看護師派遣研修で自施設で得られたもの(成果)はありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その理由() ②専門・認定看護師派遣研修事業の効果として、該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 自施設に合った研修ができる <input type="checkbox"/> 自施設の具体的な事例を学ぶことができる <input type="checkbox"/> 多くの職員が参加できる <input type="checkbox"/> 自施設の看護職が同じ学びができる <input type="checkbox"/> 自施設の多職種と同じ学びができる <input type="checkbox"/> 業務改善につながる <input type="checkbox"/> 職員のモチベーションアップになる <input type="checkbox"/> 病院との連携が深まる <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			
その他ご意見・ご感想	1. この度、当事業を利用した理由をお聞かせください。 2. 他機関・団体による同様の講師派遣プログラムを利用したことはありますか。 あれば、主催団体や内容、利用頻度を教えてください。 3. 講師や看護協会の対応、実施条件など、ご意見・ご感想を自由にご記入ください。			

*研修終了1カ月以内にメールで提出ください。