別添　７　**アウトリーチ型看護管理支援事業　評価シート**（支援先の看護管理者用）

支援事業はいかがだったでしょうか？アンケートにご記入いただき、専用の封筒にてご投函ください。　　　　　　　　今後の参考にさせていただきます。

【あなたの属性について教えてください】

* あなたの病院のある自治体と二次医療圏

都道府県（　　　　　　　　　　　　　　　）二次医療圏　（　　　　　　　　　　）

* あなたの年齢　　　　　**□30歳代　　□40歳代　　□50歳代　　□60歳以上**
* あなたの性別　　　　　**□男性　　　　□女性**
* あなたの職業経験　　　**□看護師経験年数**　（　　　　　）年　（月は切り捨て）

　　　　　　　　　　　**□管理者経験年数**　（　　　　　）年　（月は切り捨て）

* 認定看護管理者研修修了履歴　**□ファースト　□セカンド　□サード　□認定看護管理者認定**

【支援の概要についてご意見をお聞かせください】

* 支援希望から実際の支援までの時間　　　　　**□ちょうどよい　　□長い　　□短い**
* 支援者から受けた支援の概要のわかりやすさ　**□よくわかった　□まあまあわかった　□わかりにくかった**
* 支援者は支援方法について不明な点に誠実に答えていたか？

 **□よく答えていた　　□まあまあ答えていた**

 **□答えていなかった　□どちらともいえない**

* 訪問支援の時間、頻度、期間の適切性　　時間 **□適切　　　□短い　　　□長い**

頻度 **□適切　　　□少ない　　□多い**

期間 **□適切　　　□短い　　　□長い**

【支援者の対応について意見をお聞かせください】

* 支援者の指導や提案は理解できるものだったか？

**□十分理解できた　　　□やや理解できた　　　□あまり理解できなかった**

**□ほぼ理解できなかった　　　□どちらともいえない**

* 支援者の対応は相談者に対し十分な配慮が払われていたか？

**□十分配慮されていた　　　□まあまあ配慮されていた　　　□あまり配慮されていなかった**

**□ほとんど配慮されていなかった　　　□どちらともいえない**

* 支援者の対応に関して満足度とその理由をお答えください。

**□たいへん満足　　　□満足　　　□どちらともいえない　　　□やや不満　　　□不満**

　（その理由）

* 支援事業へのご意見、ご要望、ご感想があればご記入ください（必要であれば裏面もご使用ください）

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は集計終了後速やかに破棄し、本目的以外には使用いたしません。