

日本緩和医療学会専門的・横断的緩和ケア推進委員会
緩和ケアチームセルフチェックプログラム（第1回） アンケート

本シートは、実施責任者（チームリーダー）の方がご回答ください。

※本プログラム改善のため、アンケートへのご協力をお願い申し上げます。

I. まず、ご自身のことについてお伺いします。該当する番号に○を付けて下さい。

① 職種

- | | | |
|--------------|-------------|--------------------------------|
| 1. 身体症状担当医師 | 2. 精神症状担当医師 | 3. 専従看護師 |
| 4. 専従以外の看護師 | 5. 薬剤師 | 6. MSW |
| 7. 医療心理に携わる者 | 8. 管理栄養士 | 9. その他（ ） |

② 緩和ケアチームの一員としての活動年数

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 2年未満 | 2. 2-4年未満 | 3. 4-6年未満 |
| 4. 6-8年未満 | 5. 8-10年未満 | 6. 10年以上 |

II. 次に、本プログラムについて、下記の項目についてご回答ください。

① 本プログラムは、自施設の緩和ケアチームの課題を見出し、改善につなげるために有用だと思われるか。該当する番号に○を付けてください。

- | | | | |
|-----------|------------------|-----------|---------|
| 1. そう思わない | 2. あまり
そう思わない | 3. まあそう思う | 4. そう思う |
|-----------|------------------|-----------|---------|

② 本プログラムの実施プロセスを振り返り、困難だったことや問題がございましたらご記入ください。

③ 上記②に記載された困難・問題を解決するための方法、または事務局が工夫すべきことがございましたらご記入ください。

次のページもご回答ください。

④ 「チームの「改善計画」の立案と計画内容についてお伺いします。

- 「改善計画」の立案プロセスと作成された「改善計画」を振り返り、チームリーダーとしてどのくらい満足していますか。該当する番号に○を付けてください。

1. 非常に不満

2. やや不満

3. やや満足

4. 非常に満足

- 「改善計画」の立案プロセスと作成された「改善計画」を振り返り、チームリーダーとして具体的にどのような点が良かったか、また改善すべき点がございましたらご記入ください。

⑤ その他、本プログラムの実施にあたり、お気づきの点がございましたらご記入ください。

アンケートへのご回答、誠にありがとうございました。