

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、参加者（チームメンバー、チームリーダー）の方、皆様ご回答ください。

※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 「Check シート」についてお伺いします。

● 回答が難しい項目など、改善が必要な点がございましたらご記入ください。

● 追加すべき項目など、ご意見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。

③ 「チームメンバーカンファレンス」についてお伺いします。

● 十分な話し合いができたと思われますか。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<br>そう思わない | 3. まあそう思う | 4. そう思う |
|-----------|------------------|-----------|---------|

● 「チームメンバーカンファレンス」の際に気を付けた点や工夫された点がございましたらご記入ください。また、十分な話し合いができなかった場合は、その理由をご記入ください。

④ チームの「改善計画」についてお伺いします。

● 作成された「改善計画」ご自身の意見はどのくらい反映されていると思いますか。該当する番号に○を付けてください。

- |                   |                    |                  |            |
|-------------------|--------------------|------------------|------------|
| 1. 全く反映<br>されていない | 2. あまり反映<br>されていない | 3. まあ反映<br>されている | 4. 反映されている |
|-------------------|--------------------|------------------|------------|

● 「改善計画」の立案と計画内容を振り返り、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。