

見本

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 本プログラムへのご所属施設の参加回数（今回を含めて）をお選び下さい。

- | | | |
|--------|----------|----------|
| 1. 1回目 | 2. 2回目以降 | 3. わからない |
|--------|----------|----------|

② 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ませんか。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 |
|-----------|------------------|-----------|---------|

③ 本プログラムへの参加が2回目以降の方はご回答ください。1回目の方は設問④にお進みください。

「Do・Follow-up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。

④ 「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。

次のページもご回答ください。

⑤ 本プログラムへの参加が 2 回目以降の方はご回答ください。1 回目の方は設問⑥にお進みください。

- 前回の本プログラムで設定された改善計画の「実施」と「目標達成」についてお伺いします。前回の改善計画の実施プロセスと、目標達成状況を振り返り、チームメンバーとしてどのくらい目標達成のために貢献できたと思いますか。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 そう思わない | 3. まあそう思う | 4. そう思う |
|-----------|------------------|-----------|---------|

- 上記⑤5 の回答の理由をご記入ください。

⑥ 今回の「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 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。

⑦ 今回のチームの「改善計画」についてお伺いします。

- 「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 されていない | 2. あまり反映 されていない | 3. まあ反映 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。

⑧ 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。