

## 令和8年度医療機関がん診療体制調査(案)

○ 令和8年5月1日現在の状況をご記入ください。

### ■貴施設についてご記入ください。

|          |  |
|----------|--|
| 1. 医療機関名 |  |
| 2. 住所    |  |
| 3. 電話番号  |  |
| 4. FAX番号 |  |

### ■回答者についてご記入ください。

|            |  |
|------------|--|
| 1. 所属部署    |  |
| 2. 職名      |  |
| 3. 氏名      |  |
| 4. 直通電話番号  |  |
| 5. メールアドレス |  |

### ■以下の質問についてお答えください。(あてはまるものに□をつけてください)

#### 1. 調査情報の利用について

- (1) この調査情報（医療機関名、所在地等を含む）を高知県が作成するパンフレット・ホームページ等で公表することに同意いただけますか。  
※公表は、以下を想定しています。

- ①高知県がんポータルサイトへの「がん治療を受けられる医療機関」の掲載  
(参考 : <https://gansapo.pref.kochi.lg.jp/search/>)

同意する  同意しない

- ②高知がん診療連携協議会 緩和ケア部会（事務局：高知大学医学部附属病院）へ提供し、地域連携緩和ケアマップの作成に活用

同意する  同意しない

#### 2. 貴施設の体制について

- (1) 貴施設では、外来や入院でがん患者の治療を行っていますか。

はい  
→以下の質問にお答えください。

いいえ  
→緩和ケアを行っている方は  
項目9と10の質問にお答えください

→緩和ケアを行っていない方は  
質問は以上です。  
本用紙(1ページ目)のみをご返送ください。

- (2) 貴施設の医師数をお教えください。

常勤  名  
非常勤  名

- (3) 貴施設の医師以外の職員数をお教えください。（常勤・非常勤は問いません）

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| 看護師             | <input type="text"/> 名 |
| 薬剤師             | <input type="text"/> 名 |
| 医療ソーシャルワーカー     | <input type="text"/> 名 |
| 管理栄養士           | <input type="text"/> 名 |
| リハビリ (PT・OT・ST) | <input type="text"/> 名 |
| その他             | <input type="text"/> 名 |

### 3. がん治療について

(1) 貴施設で実施可能ながんの治疗方法をお教えください。(他の治療法との併用含む)  
(あてはまるものに□をつけてください。)

|           |                | 手術療法 | 放射線療法 | 薬物療法 | 化学療法 | 免疫療法 |
|-----------|----------------|------|-------|------|------|------|
| 我が国に多いがん  | 大腸がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 肺がん            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 胃がん            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 乳がん            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 前立腺がん          | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 肝がん            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 胆のう・胆管がん       | □    | □     | □    | □    | □    |
| 頭部／頸部     | 脾臓がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 脳腫瘍            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 脊髄腫瘍           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 眼・眼窩腫瘍         | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 口腔がん・咽頭がん・鼻のがん | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 喉頭がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
| 胸部        | 甲状腺がん          | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 縦隔腫瘍           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 中皮腫(胸膜腫瘍)      | □    | □     | □    | □    | □    |
| 消化管       | 食道がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 小腸がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | GIST(消化管間質腫瘍)  | □    | □     | □    | □    | □    |
| 泌尿器       | 腎がん            | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 尿路がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 膀胱がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 副腎腫瘍           | □    | □     | □    | □    | □    |
| 男性        | 精巣がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | その他の男性生殖器がん    | □    | □     | □    | □    | □    |
| 女性        | 子宮頸がん・子宮体がん    | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 卵巣がん           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | その他の女性生殖器がん    | □    | □     | □    | □    | □    |
| 皮膚／骨と軟部組織 | 皮膚腫瘍           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 悪性骨軟部腫瘍        | □    | □     | □    | □    | □    |
| 血液・リンパ    | 血液腫瘍           | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 後腹膜・腹膜腫瘍       | □    | □     | □    | □    | □    |
| その他       | 性腺外胚細胞腫瘍       | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 原発不明がん         | □    | □     | □    | □    | □    |
| 小児        | 小児脳腫瘍          | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 小児の眼・眼窩腫瘍      | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 小児悪性骨軟部腫瘍      | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | その他の小児固体腫瘍     | □    | □     | □    | □    | □    |
|           | 小児血液腫瘍         | □    | □     | □    | □    | □    |

※手術療法「血液腫瘍」「小児血液腫瘍」及び放射線治療「GIST(消化管間質腫瘍)」は、治療可とご回答いただいた場合でもがんポータルサイトへは掲載いたしません。

(2) 上記以外に手術療法を実施可能ながんの種類をご記入ください。

( )

(3) 上記以外に薬物療法を実施可能ながんの種類をご記入ください。

( )

(4) 上記以外に放射線療法を実施可能ながんの種類をご記入ください。

( )

(5) 外来化学療法について、あてはまるものに□をつけてください。

- 外来化学療法が実施可能である
- 中心静脈リザーバーの管理が可能である

## 4. セカンドオピニオン提供体制について

(1) がん治療に関するセカンドオピニオンの提供※が可能である

〔※セカンドオピニオンの提供  
患者やその家族が、診療情報提供書やこれまでの検査資料等を持参して、主治医以外の第三者の  
医師による診断や治療に関する意見や判断を聞くことができる体制。自由診療で行われる。〕

はい       いいえ       将来は考慮する

↓「はい」の場合以下の①～④の質問にお答えください

① 申込方法 (例：事前電話予約必要 等)

( )

② 料金・時間 (例：○時間 ○○○○円)

( )

③ 対象疾患 (あてはまるものに☑をつけてください)

|              |                |                          |
|--------------|----------------|--------------------------|
|              | 大腸がん           | <input type="checkbox"/> |
|              | 肺がん            | <input type="checkbox"/> |
|              | 胃がん            | <input type="checkbox"/> |
|              | 乳がん            | <input type="checkbox"/> |
|              | 前立腺がん          | <input type="checkbox"/> |
|              | 肝がん            | <input type="checkbox"/> |
|              | 胆のう・胆管がん       | <input type="checkbox"/> |
|              | 膵臓がん           | <input type="checkbox"/> |
| 我が国に<br>多いがん | 脳腫瘍            | <input type="checkbox"/> |
|              | 脊髄腫瘍           | <input type="checkbox"/> |
|              | 眼・眼窩腫瘍         | <input type="checkbox"/> |
|              | 口腔がん・咽頭がん・鼻のがん | <input type="checkbox"/> |
|              | 喉頭がん           | <input type="checkbox"/> |
|              | 甲状腺がん          | <input type="checkbox"/> |
| 頭部<br>頸部     | 縦隔腫瘍           | <input type="checkbox"/> |
|              | 中皮腫(胸膜腫瘍)      | <input type="checkbox"/> |
|              | 消化管            | <input type="checkbox"/> |
|              | 食道がん           | <input type="checkbox"/> |
|              | 小腸がん           | <input type="checkbox"/> |
|              | GIST(消化管間質腫瘍)  | <input type="checkbox"/> |

|               |             |                          |
|---------------|-------------|--------------------------|
| 泌尿器           | 腎がん         | <input type="checkbox"/> |
|               | 尿路がん        | <input type="checkbox"/> |
|               | 膀胱がん        | <input type="checkbox"/> |
|               | 副腎腫瘍        | <input type="checkbox"/> |
| 男性            | 精巣がん        | <input type="checkbox"/> |
|               | その他の男性生殖器がん | <input type="checkbox"/> |
| 女性            | 子宮頸がん・子宮体がん | <input type="checkbox"/> |
|               | 卵巣がん        | <input type="checkbox"/> |
|               | その他の女性生殖器がん | <input type="checkbox"/> |
| 皮膚／<br>骨と軟部組織 | 皮膚腫瘍        | <input type="checkbox"/> |
|               | 悪性骨軟部腫瘍     | <input type="checkbox"/> |
| 血液・リンパ        | 血液腫瘍        | <input type="checkbox"/> |
| その他           | 後腹膜・腹膜腫瘍    | <input type="checkbox"/> |
|               | 性腺外胚細胞腫瘍    | <input type="checkbox"/> |
|               | 原発不明がん      | <input type="checkbox"/> |
| 小児            | 小児脳腫瘍       | <input type="checkbox"/> |
|               | 小児の眼・眼窩腫瘍   | <input type="checkbox"/> |
|               | 小児悪性骨軟部腫瘍   | <input type="checkbox"/> |
|               | その他の小児固形腫瘍  | <input type="checkbox"/> |
|               | 小児血液腫瘍      | <input type="checkbox"/> |

④ 上記以外に対象疾患がある場合はご記入ください。

( )

⑤ セカンドオピニオン外来を設置している

はい       いいえ       将来は考慮する

## 5. 在宅療養に関する支援体制について

(1) 「貴施設は訪問看護を行っていますか。

- 行っている    将来は行う予定    行っていない  
↓「行っている」と答えた場合、がん患者への訪問看護実績はありますか。  
あり                なし

(2) 貴施設は、在宅療養支援診療所（あるいは在宅療養支援病院）ですか。

- はい    いいえ    将来は考慮する

(3) 訪問診療を行っていますか。

- はい    いいえ    将来は考慮する

↓「はい」と答えた場合、以下の①～③の質問にご回答ください。

①がん患者への訪問診療実績    あり    なし

②訪問診療可能な範囲 貴施設から  kmまで

③訪問診療可能な時間帯

|   | 時間帯をご記入ください | 補足説明があればご記入ください |
|---|-------------|-----------------|
| 月 |             |                 |
| 火 |             |                 |
| 水 |             |                 |
| 木 |             |                 |
| 金 |             |                 |
| 土 |             |                 |
| 日 |             |                 |
| 祝 |             |                 |

(4) 往診を行っていますか

- はい    いいえ    将来は考慮する

↓「はい」と答えた場合、以下の①～③の質問にご回答ください。

①がん患者への往診実績    あり    なし

②往診可能な範囲 貴施設から  kmまで

③往診可能な時間帯

|   | 時間帯をご記入ください | 補足説明があればご記入ください |
|---|-------------|-----------------|
| 月 |             |                 |
| 火 |             |                 |
| 水 |             |                 |
| 木 |             |                 |
| 金 |             |                 |
| 土 |             |                 |
| 日 |             |                 |
| 祝 |             |                 |

(5) 過去1年間に在宅で行った下記の医療行為のご経験についてお答えください。

- |             |                              |                                 |
|-------------|------------------------------|---------------------------------|
| ①在宅中心静脈栄養   | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ②経腸管栄養      | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ③在宅酸素の指導    | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ④気管カニューレの管理 | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑤人工呼吸器の管理   | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑥痛みのコントロール  | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑦輸血         | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑧化学療法       | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑨ホルモン療法     | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑩補完代替療法     | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑪腹膜・血液透析    | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑫尿道カテーテルの管理 | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ⑬褥瘡の治療      | <input type="checkbox"/> 行った | <input type="checkbox"/> 行っていない |

## 6. 診療連携状況について

(1) 現在、在宅医療において他院と連携して診療している患者数（月平均）についてお答えください。

月平均  人程度

(注:紹介されただけで今後の紹介や共同診療の予定がない場合はこの連携に含まれないものとします)

(2) 在宅医療において、24時間対応などを連携して行う他の診療所等があれば診療連携を行いますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

(3) 患者の急変時のバックベッド状況についてお答えください（複数回答可）。

自施設内で確保  他施設で確保  
 自施設・他施設ともに確保  確保していない

(4) 貴施設では、他施設のバックベッドとなることは可能ですか。

はい  いいえ  将来は考慮する

(5) バックベッドの確保において決まった連携先がありますか。

ある ( 病院、 診療所)  ない  事例によって確保先が変わる

(6) 訪問看護ステーションとの連携を行っていますか。

○貴施設の開設法人が訪問看護ステーションを設置している場合

貴施設の開設法人が設置した訪問看護ステーションとのみ連携を行っている  
 開設法人と関係なく訪問看護ステーションと連携している  
 連携を行っていない

○貴施設の開設法人が訪問看護ステーションを設置していない場合

連携を行っている  連携を行っていない

(7) 居宅介護支援事業所との連携を行っていますか。

○貴施設の開設法人が居宅介護支援事業所を設置している場合

貴施設の開設法人が設置した居宅介護支援事業所とのみ連携を行っている  
 開設法人と関係なく居宅介護支援事業所と連携している  
 連携を行っていない

○自施設の開設法人が居宅介護支援事業所を設置していない場合

連携を行っている  連携を行っていない

(8) 訪問歯科との連携を行っていますか。

連携を行っている  連携を行っていない

(9) 診療連携カンファレンスの中で参加された経験のあるものをお答えください（複数回答可）。

サービス担当者会議  退院時カンファレンス  在宅患者緊急時などカンファレンス

## 7. 在宅医療ネットワークについて

(1) がん患者さんのための在宅医療連携ネットワークができていると考えますか。

- はい       いいえ

(2) 在宅での看取りや緩和ケアについての研修の機会があれば参加を希望されますか。

- はい       いいえ       将来は考慮する

(3) こうちあんしんネットを知っていますか。

- 知っている       知っている       知らない  
(参加している)      (参加していない)

(4) 「在宅緩和ケア移行シート」についてお答えください。 (あてはまるものに☑をつけてください)

「在宅緩和ケア移行シート」とは、在宅緩和ケアを希望される患者さんが円滑に在宅に移行し、安定した療養生活が送れるように、医療機関や訪問看護ステーション・薬局などが共通の認識を持つために作成された表のことです。

①「在宅緩和ケア移行シート」について聞いたことがありますか。

- はい       いいえ

②「在宅緩和ケア移行シート」を使用した連携を行ったことがありますか。

- はい       いいえ       将来は考慮する

(5) 今後のがん患者在宅医療連携の在り方についてのご意見をお聞かせください。

[ ]

## 8. 相談支援・情報提供体制について

(1) 貴施設に医療連携（転院、在宅生活への移行における連携等）の窓口はありますか。

- はい 担当部署名：\_\_\_\_\_  
職種及び人数：\_\_\_\_\_
- いいえ  
 将来は作る予定

(2) 貴施設に医療相談（介護福祉含む）の窓口はありますか。

- はい 担当部署名：\_\_\_\_\_  
職種及び人数：\_\_\_\_\_
- いいえ  
 将来は作る予定

(3) 貴施設にがん相談窓口はありますか。

- はい  いいえ  将来は作る予定

↓「はい」と答えた場合、以下の項目への記入をお願いします。

担当部署名：\_\_\_\_\_

TEL：\_\_\_\_\_

FAX：\_\_\_\_\_

E-mail：\_\_\_\_\_

体制：(医師 名)・(看護師 名)・(M S W 名)・(事務職 名)  
その他 (職種：　　・　名) (職種：　　・　名)

利用方法：

①開設時間[　　：～　　：　　]  
②予約 [要・不要]  
③利用条件 [院内患者のみ・地域住民のみ・特になし  
　　・その他 (具体的な条件 ) ]  
④利用料金 [有料 (金額：　　円)・無料]  
⑤時間制限 [有 (時間)・無 ]

(4) がん診療に関するパンフレットを配布し情報提供を行っていますか。

- はい  いいえ

(5) がん診療に関する情報を貴施設ホームページに掲載し情報提供を行っていますか。

- はい  いいえ

## 9. 緩和ケアについて

(1) 緩和ケアの提供体制について

① 緩和ケア外来はありますか。

はい       いいえ       将来は考慮する

② 「がんに伴う精神症状のケア」の提供体制がありますか。

はい       いいえ       将来は考慮する

③ 「緩和的放射線治療」の提供体制がありますか。

はい       いいえ       将來は考慮する

④ 「難治性疼痛に対する神経ブロック等」について実施体制がありますか。

はい       いいえ       将來は考慮する

↓④で「はい」とお答えの方は、その種類をお答えください。

[ ]

⑤ 緩和ケア病棟はありますか。

はい       いいえ       将來は考慮する

⑥ 院内緩和ケアチームによる緩和ケアの提供体制がありますか。

はい       いいえ       将來は考慮する

↓⑥で「はい」とお答えの方は以下の質問にお答えください。

\*ここでいう緩和ケアチームとは、「緩和ケアを担当している医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制」を指しています。

ア、緩和ケアチームへの依頼件数(R7.4.1～R8.3.31)をお答えください。

新規に1依頼=1件とします。(あてはまるものに□をつけてください)

0～50 件       51～100 件

101～150 件       151～200 件

201～250 件       251 件以上

イ、緩和ケアチームのメンバー構成についてお答えください。(勤務形態は問いません。)

(あてはまるものに□をつけてください)

身体担当医 (人)

精神担当医 (人)

看護師 (人)

\*そのうち専門資格をもった看護師がいる場合は、以下もお答えください

専門看護師 分野：がん (人) 精神 (人) その他 (人)

認定看護師 分野：緩和ケア (人) 疼痛 (人) その他 (人)

薬剤師 (人)

\*そのうち専門資格をもった薬剤師がいる場合は、以下もお答えください

がん専門薬剤師 (人)  がん薬物療法認定薬剤師 (人)

緩和薬物療法認定薬剤師 (人)

ソーシャル・ワーカー (人)

臨床心理士 (人)

リハビリテーション専門職種 (人)

職種別：PT (人) OT (人) ST (人)

栄養士 (人)

歯科医 (人)

歯科衛生士 (人)

その他の職種 ( )

⑦ 退院後も院内緩和ケアチームによる継続した緩和ケアの提供体制がありますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

※ここからは全員がお答えください。

⑧ 院内外で協働し、早い段階からの緩和ケアの導入を行っていますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

⑨ 高知県では（もしくは貴施設の地域では）地域のかかりつけ医を中心とした緩和ケアの提供体制が確保されていると考えますか。

はい  いいえ

↓「いいえ」とお答えになった方は、その理由をご記載ください。

[ ]

(2) 終末期のがん患者（予後6ヵ月以内と予想される患者）への対応

① 過去1年以内（R7.4.1～R8.3.31）に、終末期のがん患者の診療を行いましたか。

行った  行っていない

↓①で「行った」とお答えの方は、終末期のがん患者の症例数（R7.4.1～R8.3.31）をお答えください。

0～10 件  11～50 件  
 51～100 件  101 件以上

↓①で「行った」とお答えの方は、あてはまるものに□をつけてください。

|    |  |
|----|--|
| 入院 | <input type="checkbox"/> 自施設で終末期がん患者の入院対応が可能               |
| 外来 | <input type="checkbox"/> 自施設で終末期がん患者の外来対応が可能               |
| 在宅 | <input type="checkbox"/> 自施設で終末期がん患者の訪問診療が可能               |
|    | <input type="checkbox"/> 自施設で終末期がん患者の往診が可能                 |
|    | <input type="checkbox"/> 自施設で終末期がん患者の訪問看護が可能               |
|    | <input type="checkbox"/> 他施設の在宅医と連携して終末期がん患者への診療体制を確保している  |
|    | <input type="checkbox"/> 他施設の訪問看護と連携して終末期がん患者への支援体制を確保している |

↓①で「行っていない」とお答えの方は、以下の設問にお答えください。

ア) 終末期のがん患者への診療についての意向についてお答えください。

行っていきたい  将来的には考慮する  あまり考えていない

② 貴施設では在宅でがん患者の看取りを行っていますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

→②で「はい」とお答えの方は、③④の設問にお答えください。

→②で「いいえ」「将来は考慮する」とお答えの方は、④の設問にお答えください。

③ 在宅での看取りを行ったがん患者の人数をお答えください。

|      |  |
|------|--|
| R6年度 | <input type="checkbox"/> 0～10 件 <input type="checkbox"/> 11～50 件<br><input type="checkbox"/> 51～100 件 <input type="checkbox"/> 101 件以上 |
| R7年度 | <input type="checkbox"/> 0～10 件 <input type="checkbox"/> 11～50 件<br><input type="checkbox"/> 51～100 件 <input type="checkbox"/> 101 件以上 |

④ 終末期のがん患者の受け入れについて困難と考えますか。（あてはまるものに□をつけてください）

困難に思う  特に困難とは思わない

↓④で「困難に思う」と答えた場合、その理由をお聞かせください。（複数回答可）

症状コントロール  急変時の対応  
 経験が少ないとによる不安  バックベッドの確保が困難  
 患者・家族を支えるのが困難  
 その他（ ）

(3) がんの症状コントロールについて (あてはまるものに□をつけてください)

① 「医療用麻薬によるがん疼痛治療」の提供体制はありますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

② 貴施設では院内で麻薬の調剤を行っていますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

↓「はい」の場合、その種類についてお答えください。

経口薬  貼付薬  坐薬  
 持続皮下注射・静脈注射

③ 院外の調剤薬局に対して麻薬処方を行っていますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

④ 在宅や外来での「疼痛管理」に対応できますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

⑤ 以下の終末期のがん患者の症状コントロール・援助状況についてお聞かせください。

(コントロール可能なおよその割合でお答えください。)

|                 |                                |                                 |
|-----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ア、疼痛            | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| イ、全身倦怠感         | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| ウ、呼吸困難感         | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| エ、嘔気・嘔吐         | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| オ、便通            | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| カ、せん妄・不眠などの精神症状 | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |
| キ、心理的援助         | <input type="checkbox"/> 行っている | <input type="checkbox"/> 行っていない |

⑥ 苦痛緩和のための鎮静の対応ができますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

## 10. がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修について

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修（以下、「緩和ケア研修」という）は、がん対策基本法（H28年12月改正）の「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の向上に関する研修の機会を確保することのために必要な施策を講ずる」という規定や国の研修会開催指針に基づき、各がん診療連携拠点病院主催で年1回程度開催されているものです。

(あてはまるものに□をつけてください。)

(1) 「緩和ケア研修」をご存知ですか

はい  いいえ

(2) 「緩和ケア研修」の開催日程等を高知県がんポータルサイトで案内していることをご存知ですか。

(URL:<https://gansapo.pref.kochi.lg.jp/page/dt1.php?ID=24>)

はい  いいえ

(3) 貴施設で「緩和ケア研修」を受講された方について、あてはまるもの全てに□をつけてください。

また、人数についてもお答えください。

医師( )名  薬剤師( )名  看護師( )名

その他( )名

■高知県のがん対策に関するご意見・ご要望がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。