

(旧)  
令和5年度医療機関がん診療体制調査

○ 令和5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

■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。  
(※同意いただける場合、調査結果を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させていただくことを想定しています)

同意する  同意しない

2. 貴施設の体制・調査情報の利用について

(1)～(3) (略)

(新)  
令和8年度医療機関がん診療体制調査

○ 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

**【全体】**  
電子メールでの回答を想定しているため、  
入力しやすいようプルダウンに修正。

■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)～(3) (略)

### 3. がん治療について

(1) 貴施設で実施可能ながんの治療方法をお教えてください。(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	化学療法	放射線療法	免疫療法
我が国に多いがん	大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	前立腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肝がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胆のう・胆管がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭部／頸部	膵臓がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脊髄腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	眼・眼窩腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔がん・咽頭がん・鼻のがん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	喉頭がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	甲状腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	中皮腫(胸膜腫瘍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化管	食道がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器	GIST(消化管間質腫瘍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腎がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	尿路がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膀胱がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性	副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	精巣がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	その他の男性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性	卵巣がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他の女性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚／骨と軟部組織	皮膚腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	悪性骨軟部腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液・リンパ	血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	後腹膜・腹膜腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	性腺外胚細胞腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	原発不明がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小児	小児脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小児の眼・眼窩腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小児悪性骨軟部腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他の小児固形腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小児	小児血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	小児血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**【がん治療方法について】**  
**がん対策推進計画では、「薬物療法」が提供可能な医療機関を評価指標としているため変更。**  
**第43回がん対策推進協議会でのご意見を踏まえて、手術療法・放射線療法・薬物療法別に調査項目を変更。**

### 3. がん治療について

貴施設で実施可能ながんの治療方法をお教えてください。

※1(1)で同意いただいた医療機関につきましては、  
 高知県がんポータルサイト「がん治療を受けられる医療機関」へ掲載いたします。

(1) 手術療法(他の治療法との併用含む)

①あてはまるものに○をつけてください。

我が国に多いがん	大腸がん	<input type="checkbox"/>		泌尿器	腎がん	<input type="checkbox"/>	
	肺がん	<input type="checkbox"/>			尿路がん	<input type="checkbox"/>	
	胃がん	<input type="checkbox"/>			膀胱がん	<input type="checkbox"/>	
	乳がん	<input type="checkbox"/>			副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>	
	頭部 頸部	前立腺がん	<input type="checkbox"/>		男性	精巣がん	<input type="checkbox"/>
		肝がん	<input type="checkbox"/>			その他の男性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>
		胆のう・胆管がん	<input type="checkbox"/>		女性	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>
膵臓がん		<input type="checkbox"/>		卵巣がん		<input type="checkbox"/>	
胸部		脳腫瘍	<input type="checkbox"/>		その他の女性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	
		脊髄腫瘍	<input type="checkbox"/>		皮膚／ 骨と軟部組織	皮膚腫瘍	<input type="checkbox"/>
		眼・眼窩腫瘍	<input type="checkbox"/>			悪性骨軟部腫瘍	<input type="checkbox"/>
	消化管	口腔がん・咽頭がん・ 鼻のがん	<input type="checkbox"/>		血液・リンパ	血液腫瘍	<input type="checkbox"/>
		喉頭がん	<input type="checkbox"/>			その他	後腹膜・腹膜腫瘍
		甲状腺がん	<input type="checkbox"/>		性腺外胚細胞腫瘍		<input type="checkbox"/>
	小児	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/>		原発不明がん		<input type="checkbox"/>
中皮腫(胸膜腫瘍)		<input type="checkbox"/>		小児	小児脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	
食道がん		<input type="checkbox"/>			小児の眼・眼窩腫瘍	<input type="checkbox"/>	
小腸がん	<input type="checkbox"/>		小児悪性骨軟部腫瘍		<input type="checkbox"/>		
GIST(消化管間質腫瘍)	<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"/>		

※「血液腫瘍」及び「小児血液腫瘍」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。

( )

- (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) 上記以外に化学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

(2) 放射線療法(他の治療法との併用含む)

①あてはまるものに○をつけてください。

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	膵臓がん	
	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	
その他	後腹膜・腹膜腫瘍	
	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	
	その他の小児固形腫瘍	
	小児血液腫瘍	

※「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上記以外に放射線療法を実施可能ながんの種類をご記入ください。

( )

【がん治療方法について】

第43回がん対策推進協議会でのご意見を踏まえて、  
薬物療法の内訳に、分子標的療法・内分泌療法を追加。

【がん治療方法について】

上記以外に実施可能な薬物療法がある場合の記入箇所を追加。

(3) 薬物療法(他の治療法との併用含む)

①あてはまるものに○をつけてください。

		化学療法	分子標的療法	内分泌療法	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				
	膵臓がん				
頭部／頸部	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				
その他	後腹膜・腹膜腫瘍				
	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				
	その他の小児固形腫瘍				
	小児血液腫瘍				

②上記以外に実施可能な薬物療法をご記入ください。

( )

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)

我が国に多いがん	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"/>
頭部 頭部	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"/>
胸部	甲状腺がん	<input type="checkbox"/>
	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/>
消化管	中皮腫(胸膜腫瘍)	<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"/>
男性	副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>
	精巣がん	<input type="checkbox"/>
女性	その他の男性生殖器がん	<input type="checkbox"/>
	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>
	卵巣がん	<input type="checkbox"/>
皮膚/ 骨と軟部組織	その他の女性生殖器がん	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	後腹膜・腹膜腫瘍	<input type="checkbox"/>
その他	性腺外胚細胞腫瘍	<input type="checkbox"/>
	原発不明がん	<input type="checkbox"/>
	小児脳腫瘍	<input type="checkbox"/>
小児	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"/>

※ 上記以外に対象疾患がある場合はご記入ください。

( )

④ 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

#### 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。)

我が国に多いがん	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"/>
頭部 頭部	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"/>
胸部	甲状腺がん	<input type="checkbox"/>
	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/>
消化管	中皮腫(胸膜腫瘍)	<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/ 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)～(4) (略)

(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 |

6～8 (略)

## 5. 在宅療養に関する支援体制について

(1)～(4) (略)

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

上記と同様に、  
文言を「内分療法」へ変更

6～8 (略)

## 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  将来は考慮する

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  将来は考慮する

⑤ 緩和ケア病棟はありますか。

はい  いいえ  将来は考慮する

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  将来は考慮する

→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(R 4. 4. 1～R 5. 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

## 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  将来は考慮する

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  将来は考慮する

↓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  将来は考慮する

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  将来は考慮する

↓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

項目9・10については、  
緩和ケア部会での協議  
結果を反映。



(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（R4.4.1～R5.3.31）に、終末期のがん患者の診療を行いましたか。  
行った場合、おおよそで構いませんので症例数についてもお答えください。

行った（ ）人  行っていない

→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。

R3年度  人 R4年度  人

(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。  
行った場合、おおよそで構いませんので症例数についてもお答えください。

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。

<input type="text"/>	0～50 件	<input type="text"/>	51～100 件
<input type="text"/>	101～150 件	<input type="text"/>	151～200 件
<input type="text"/>	201～250 件	<input type="text"/>	251 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。(あてはまるものに○をつけてください。)

<input type="text"/>	0～10 件	<input type="text"/>	0～10 件
<input type="text"/>	11～50 件	<input type="text"/>	11～50 件
<input type="text"/>	51～100 件	<input type="text"/>	51～100 件
<input type="text"/>	101 件以上	<input type="text"/>	101 件以上



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、便秘	<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

がん診療に携わる医師に対する緩和研修（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のホームページで案内していることをご存知ですか。

(URL:<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/130401/ganjouhou-kanwa.html>)

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。  
本調査票を返信用封筒に入れてご返送ください。

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、便秘	<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/dtl.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  
 薬剤師 ( ) 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。  
返信用封筒での郵送または電子メールにてご回答ください。