

医療機関がん診療体制調査実施概要

第 1 目的

県内の医療機関のがん診療体制の情報を収集することにより、医療サービスの質の向上を図る基礎資料を得ることを目的とする。

第 2 調査対象

県内医療機関のうち、休診中、社会福祉事業を行う施設に併設する診療所、企業に併設する診療所等を除いた機関

第 3 実施主体

高知県健康政策部健康対策課

第 4 実施方法

調査票を対象医療機関に郵送したうえで、返信用封筒での郵送で回答を得る方式で行うものとする。

第 5 調査日

令和 5年 5月 1 日現在

第 6 その他

調査で得られた情報については、対象医療機関の了解を得られた場合に限り、その情報を一般公開するものとする。

令和5年度 医療機関がん診療体制調査 設問の目的と活用方法(案)

項目	目的	活用方法
1 調査情報の利用について		
・調査情報の利用 (公表の同意)	・回答内容を公表して構わないかを確認する。	
2 貴施設の体制について		
・診療体制	・各医療機関のがん診療の実施状況を把握する。 (本調査の対象医療機関の選別) ※がん診療を行っていない医療機関であっても緩和 治療を行っている場合、項目10、11へ回答が必要。 ・がん診療を行う医療機関の医師等の職員数を知り、 診療体制を把握する。	
3 がん治療について		
・治療方法	・県内のがん診療体制の現状(圏域別数)を把握し、 次期県がん対策推進計画の基礎資料とする。	高知県がん対策推進計画
4 セカンドオピニオン提供体制について		
・セカンドオピニオンの 提供体制	・県内の対応可能医療機関数(圏域別)を把握し、 次期県がん対策推進計画の基礎資料とする。 ・県内の対応可能医療機関及び対象疾患等を 相談支援・情報提供に活用する。	高知県がん対策推進計画 相談支援・医療資源の 情報提供
5 がん登録		
・がん登録の実施状況について	・県内医療機関の院内がん登録の実施状況を把握する。 ・がん登録の認識を確認する。	
5 在宅療養に関する支援体制について		
・訪問看護実施状況 ・在宅療養支援診療所数 ・訪問診療・往診実施状況 ・在宅での医療行為	・県内の在宅療養支援関係機関数(圏域別等)を把握 し、次期高知県がん対策推進計画の基礎資料とする。 ・県内の在宅療養支援関係機関の状況を 相談支援・情報提供に活用する。	高知県がん対策推進計画 相談支援・医療資源の 情報提供
6 診療連携状況について		
・連携患者数 ・バックベッド状況 ・訪問看護ステーションとの連携 ・居宅介護支援事業所との連携 ・訪問歯科との連携 ・カンファレンス	・がん患者の連携支援体制の整備状況を把握する。 ・バックベッドの状況から在宅療養体制の整備状況を 把握するとともに、相談支援・情報提供に活用する。	相談支援・医療資源の 情報提供
7 在宅医療ネットワークについて		
・医療ネットワークの状況 ・研修参加の意向 ・パス等の使用状況 ・在宅緩和ケア移行シート	・医療ネットワークに関する意識を把握する。 ・研修会への参加意向の確認 ・パスの使用状況を把握する。 ・在宅緩和ケア移行シートの使用状況を把握する。	在宅緩和ケア研修会の 案内用
8 相談支援・情報提供体制について		
・医療連携窓口の有無 ・医療相談窓口の有無 ・がん相談窓口の有無 ・がんの情報提供体制	・相談・情報提供窓口の圏域ごとの設置状況 を確認する。 ・窓口の設置状況について、情報提供を行う。	相談支援・医療資源の 情報提供
9 緩和ケアについて		
・緩和ケアの提供体制 ・終末期がん患者への対応 ・がんの症状コントロール	・緩和ケア関係資源の圏域ごとの設置状況 を確認する。 ・相談支援及び情報提供に活用する。	相談支援・医療資源の 情報提供 大学病院の緩和ケア部 会へ情報提供
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		
・緩和ケア研修の知名度 ・緩和ケア研修の参加経験	・緩和ケア研修についての県内医療機関への 周知状況について確認する。	

(旧)

令和2年度医療機関がん診療体制調査

○ 令和2年7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) 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 いいえ
→以下の質問にお答えください。 →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。

(新)

令和5年度医療機関がん診療体制調査(案)

○ 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) 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 いいえ
→以下の質問にお答えください。 →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。

がん診療を行っていないが、緩和ケア
を行っている医療機関が拾えて
いなかったため、誘導文を追加。

(2) 貴施設の医師数をお教えてください。

常勤 名

非常勤 名

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

看護師 名

薬剤師 名

医療ソーシャルワーカー 名

管理栄養士 名

リハビリ (PT・OT・ST) 名

その他 名

(2) 貴施設の医師数をお教えてください。

常勤 名

非常勤 名

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

看護師 名

薬剤師 名

医療ソーシャルワーカー 名

管理栄養士 名

リハビリ (PT・OT・ST) 名

その他 名

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	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"/>
	大腸がん	<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"/>
	乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭部/頸部	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	<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"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆道/膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器	腎がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	前立腺がん	<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"/>
	その他の男性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
その他	後腹膜・腹膜腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	小児血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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。

()

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	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"/>
	大腸がん	<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"/>
	乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭部/頸部	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	<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"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆道/膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器	腎がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	前立腺がん	<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"/>
	その他の男性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
その他	後腹膜・腹膜腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	小児血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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

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	肺がん	<input type="checkbox"/>
	胃がん	<input type="checkbox"/>
	大腸がん	<input type="checkbox"/>
	肝がん	<input type="checkbox"/>
頭部 頭部	乳がん	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	中皮腫	<input type="checkbox"/>
消化管	食道がん	<input type="checkbox"/>
	小腸がん	<input type="checkbox"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>
胆道 膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<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"/>

※ 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) 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)

我が国に多いがん	肺がん	<input type="checkbox"/>
	胃がん	<input type="checkbox"/>
	大腸がん	<input type="checkbox"/>
	肝がん	<input type="checkbox"/>
頭部 頭部	乳がん	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	中皮腫	<input type="checkbox"/>
消化管	食道がん	<input type="checkbox"/>
	小腸がん	<input type="checkbox"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>
胆道 膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<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"/>

※ 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

5. がん登録について

(1) がん登録の実施状況について、あてはまるものに☑をつけてください。

- 院内がん登録を実施している
- 平成28年1月から、全国がん登録事業が開始されたことを知っている
- 地域がん・全国がん登録事業により、がん罹患率が計算されていることを知っている

~~5. がん登録について~~

~~(1) がん登録の実施状況について、あてはまるものに☑をつけてください。~~

- ~~院内がん登録を実施している~~
- ~~平成28年1月から、全国がん登録事業が開始されたことを知っている~~
- ~~地域がん・全国がん登録事業により、がん罹患率が計算されていることを知っている~~

・全国がん登録が開始されて5年以上が経過し、一定認知度も高まっていることから
項目は削除。

6. 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		

(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訪問診療可能な範囲 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		

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		

(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訪問診療可能な範囲 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		

(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 |

7. 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

(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

8. 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)

(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) 「地域連携クリニカルパス」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)

地域連携クリニカルパスとは、がん診療連携拠点病院などのがん診療の中核病院と地域の医療機関が連携して診療にあたることを目的として作成された、役割分担表・共同診療計画表・患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表のことです。

高知県版のクリニカルパスの様式は高知大学医学部附属病院がん治療センターのホームページをご覧ください。

(URL:<http://www.kochi-ms.ac.jp/~hsptl/gan/medical/clinicalpath/index.html>)

- ①「高知県版 がん地域連携クリニカルパス」について聞いたことがありますか。
- はい いいえ
- ②「高知県版 がん地域連携クリニカルパス」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) 「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、安定した療養生活を送れるように、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
- (6) 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。
- []

~~(4) 「地域連携クリニカルパス」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)~~

~~地域連携クリニカルパスとは、がん診療連携拠点病院などのがん診療の中核病院と地域の医療機関が連携して診療にあたることを目的として作成された、役割分担表・共同診療計画表・患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表のことです。~~

~~高知県版のクリニカルパスの様式は高知大学医学部附属病院がん治療センターのホームページをご覧ください。(URL:<http://www.kochi-ms.ac.jp/~hsptl/gan/medical/clinicalpath/index.html>)~~

- ~~①「高知県版 がん地域連携クリニカルパス」について聞いたことがありますか。~~
- ~~はい いいえ~~
- ~~②「高知県版 がん地域連携クリニカルパス」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~~

がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループにおいて、「地域連携クリニカルパス」の活用状況については、地域ごとに大きな差異が見られ、全国一律で必須要件とすることは妥当ではない」と判断され、今後、整備・活用は必須とされていないことから**項目は削除**。

※「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(令和4年8月1日改定)に関するQ&A」より

(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、安定した療養生活を送れるように、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。
- []

9. 相談支援・情報提供体制についてお答えください。

(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「がんの治療についての相談窓口」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)・(MSW 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

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「がんの治療についての相談窓口」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)・(MSW 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

10. 緩和ケアについて

(1) 緩和ケアの提供体制について

- ① 緩和ケア病棟はありますか。
 はい いいえ 将来は考慮する
- ② 緩和ケア外来はありますか。
 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 専門的な「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

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

項目9・10については、
緩和ケア部会での協議
結果を反映。
(11/28修正反映予定)

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令
和4年8月1日改定）から文言がされたため、追加。

⑤ 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

「はい」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(H31. 4. 1～R2. 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/年 51～100 件/年
 101～150 件/年 151～200 件/年
 201～250 件/年 251 件以上/年

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 ()

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(R2. 4. 1～R4. 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/年 51～100 件/年
 101～150 件/年 151～200 件/年
 201～250 件/年 251 件以上/年

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 ()

- ⑥ 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
- ⑦ 緩和ケアチームを構成していなくても緩和ケアを提供している場合はお答えください。
 提供している 提供していない 将来は考慮する
- ⑧ 緩和ケアチームを構成していなくても退院後も緩和ケアを提供している場合はお答えください。
 提供している 提供していない 将来は考慮する
- ⑨ 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
- ⑩ 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
- ⑪ 末期心不全患者の診察（緩和ケア）を行っていますか。
(末期心不全とは慢性的にNYHA重症度分類IV度に該当)
 はい いいえ 将来は考慮する

- ⑩ 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

- 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。

- ~~⑦ 緩和ケアチームを構成していなくても緩和ケアを提供している場合はお答えください。
 提供している 提供していない 将来は考慮する~~
- ~~⑧ 緩和ケアチームを構成していなくても退院後も緩和ケアを提供している場合はお答えください。
 提供している 提供していない 将来は考慮する~~
- ~~⑨ 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~~
- 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 末期心不全患者の診察（緩和ケア）を行っていますか。
~~(末期心不全とは慢性的にNYHA重症度分類IV度に該当)~~
 はい いいえ 将来は考慮する
- ※「末期心不全の患者」は、以下のアからウの基準に該当し、エからカまでのいずれかの基準に該当するものとされています。**
ア：心不全に対して適切な治療が実施されていること
イ：器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
ウ：過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること
エ：左室駆出率 20%以下である場合
オ：医学的に終末期であると判断される場合
カ：エ又はオに掲げる場合に準ずる場合

- ~~⑩ 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年以内に、終末期のがん患者への診療を行った症例数、今後の意向についてお答えください。

人

【今後の意向】（あてはまるものに☑をつけてください）

- 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 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。

H30年度 人

R元年度 人

③ 終末期のがん患者の訪問診療は可能ですか。（あてはまるものに☑をつけてください）

- はい いいえ 将来は考慮する

④ 終末期のがん患者の往診は可能ですか。（あてはまるものに☑をつけてください）

- はい いいえ 将来は考慮する

(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（R2.4.1～R4.3.31）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

~~【今後の意向】（あてはまるものに☑をつけてください）~~

~~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~~

→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
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全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
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全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"/> 自施設で末期心不全患者の訪問診療が可能
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全患者の往診が可能
	<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"/> 自施設で末期心不全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"/> 他施設の在宅医と連携して末期心不全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	
<input type="checkbox"/> 他施設の訪問看護と連携して末期心不全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

イ) 末期心不全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」とお答えの方は以下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。

R2年度（）人 R3年度（）人

④ 在宅での看取りを行った末期心不全患者の人数をお答えください。

R2年度（）人 R3年度（）人

~~③ 終末期のがん患者の訪問診療は可能ですか。（あてはまるものに☑をつけてください）~~

- ~~はい いいえ 将来は考慮する~~

~~④ 終末期のがん患者の往診は可能ですか。（あてはまるものに☑をつけてください）~~

- ~~はい いいえ 将来は考慮する~~

⑤ 終末期のがん患者の受け入れについて困難と考えるか、また、その理由をお答えください。

困難に思う 特に困難とは思わない

↓「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
 経験が少ないことによる不安 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 貴施設には麻薬施用免許をお持ちの医師がいますか。

はい いいえ 将来は考慮する

③ 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

④ 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

↓「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

⑤ WHO方式がん疼痛治療法に沿っての処方ですか。

はい いいえ 将来は考慮する

⑥ 在宅での「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 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

→⑤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
 経験が少ないことによる不安 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 貴施設には麻薬施用免許をお持ちの医師がいますか。~~

~~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

↓「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~~

~~⑤ WHO方式がん疼痛治療法に沿っての処方ですか。~~

~~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およその割合でお答えください。)

- ア、疼痛 行っている 行っていない
イ、全身倦怠感 行っている 行っていない
ウ、呼吸困難感 行っている 行っていない
エ、嘔気・嘔吐 行っている 行っていない
オ、便秘 行っている 行っていない
カ、せん妄・不眠などの精神症: 行っている 行っていない
キ、心理的援助 行っている 行っていない

⑦ 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

⑧ 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割合でおおよその割合でお答えください。)

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

11. がん診療に携わる医師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。

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。

令和5年度医療機関がん診療体制調査(案)

○ 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. F A X 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) 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てください。

常勤 名
非常勤 名

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

看護師 名
薬剤師 名
医療ソーシャルワーカー 名
管理栄養士 名
リハビリ (PT・OT・ST) 名
その他 名

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	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"/>
	大腸がん	<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"/>
	乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭部/頸部	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	<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"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆道/膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
泌尿器	腎がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	副腎腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
男性	前立腺がん	<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"/>
	その他の男性生殖器官がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
女性	子宮頸がん・子宮体がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
その他	後腹膜・腹膜腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
		<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"/>
	小児血液腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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

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	肺がん	<input type="checkbox"/>
	胃がん	<input type="checkbox"/>
	大腸がん	<input type="checkbox"/>
	肝がん	<input type="checkbox"/>
	乳がん	<input type="checkbox"/>
頭部 頸部	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"/>
	甲状腺がん	<input type="checkbox"/>
胸部	縦隔腫瘍	<input type="checkbox"/>
	中皮腫	<input type="checkbox"/>
消化管	食道がん	<input type="checkbox"/>
	小腸がん	<input type="checkbox"/>
	GIST	<input type="checkbox"/>
胆道 膵臓	胆道がん	<input type="checkbox"/>
	膵がん	<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	前立腺がん	<input type="checkbox"/>
	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
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"/>

※ 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

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		

(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訪問診療可能な範囲 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		

(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

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)・(MSW 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。

*ここを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(R2. 4. 1～R4. 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/年 51～100 件/年
 101～150 件/年 151～200 件/年
 201～250 件/年 251 件以上/年

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 末期心不全患者の診察（緩和ケア）を行っていますか。

- はい いいえ 将来は考慮する

※「末期心不全の患者」は、以下のアからウの基準に該当し、エからカまでのいずれかの基準に該当するもの、とされています。

ア：心不全に対して適切な治療が実施されていること

イ：器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること

ウ：過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること

エ：左室駆出率 20%以下である場合

オ：医学的に終末期であると判断される場合

カ：エ又はオに掲げる場合に準ずる場合

⑩ 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（R2.4.1～R4.3.31）に、終末期のがん患者の診察を行いましたか。

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
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全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
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全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"/> 自施設で末期心不全患者の訪問診療が可能
	<input type="checkbox"/> 自施設で末期心不全患者の往診が可能
	<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"/> 自施設で末期心不全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"/> 他施設の在宅医と連携して末期心不全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	
<input type="checkbox"/> 他施設の訪問看護と連携して末期心不全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

イ) 末期心不全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」とお答えの方は以下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。

R2年度 人

R3年度 人

④ 在宅での看取りを行った末期心不全患者の人数をお答えください。

R2年度 人

R3年度 人

⑤ 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

→⑤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

経験が少ないことによる不安

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 | <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。