

# がん生存者のQOL向上に有効な市町村医療資源 調査マニュアル

平成19年3月

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業  
「がん生存者（Cancer survivor）のQOL向上に有効な医療資源の構築研究」班

協力機関：静岡県立静岡がんセンター、静岡県健康福祉部、静岡県医師会

## 目 次

がん生存者のQOL向上に有効な市町村医療資源調査 調査マニュアル	1
資料1 がん生存者のQOL向上のための医療資源調査ご協力のお願について	9
資料2 「がん生存者のQOL向上のための医療資源調査票」 記入に当たってのお願い	11
資料3 「 」 記入例	13
資料4 「 」 補足調査票	37
資料5 「“がん患者が利用可能な”市町社会福祉協議会事業等調査」 調査票・記入例	41
資料6 市町村医療資源調査ー静岡県での実施スケジュール	51

# がん患者、家族に役立つ市町村医療資源調査のためのマニュアル

## 【はじめに】

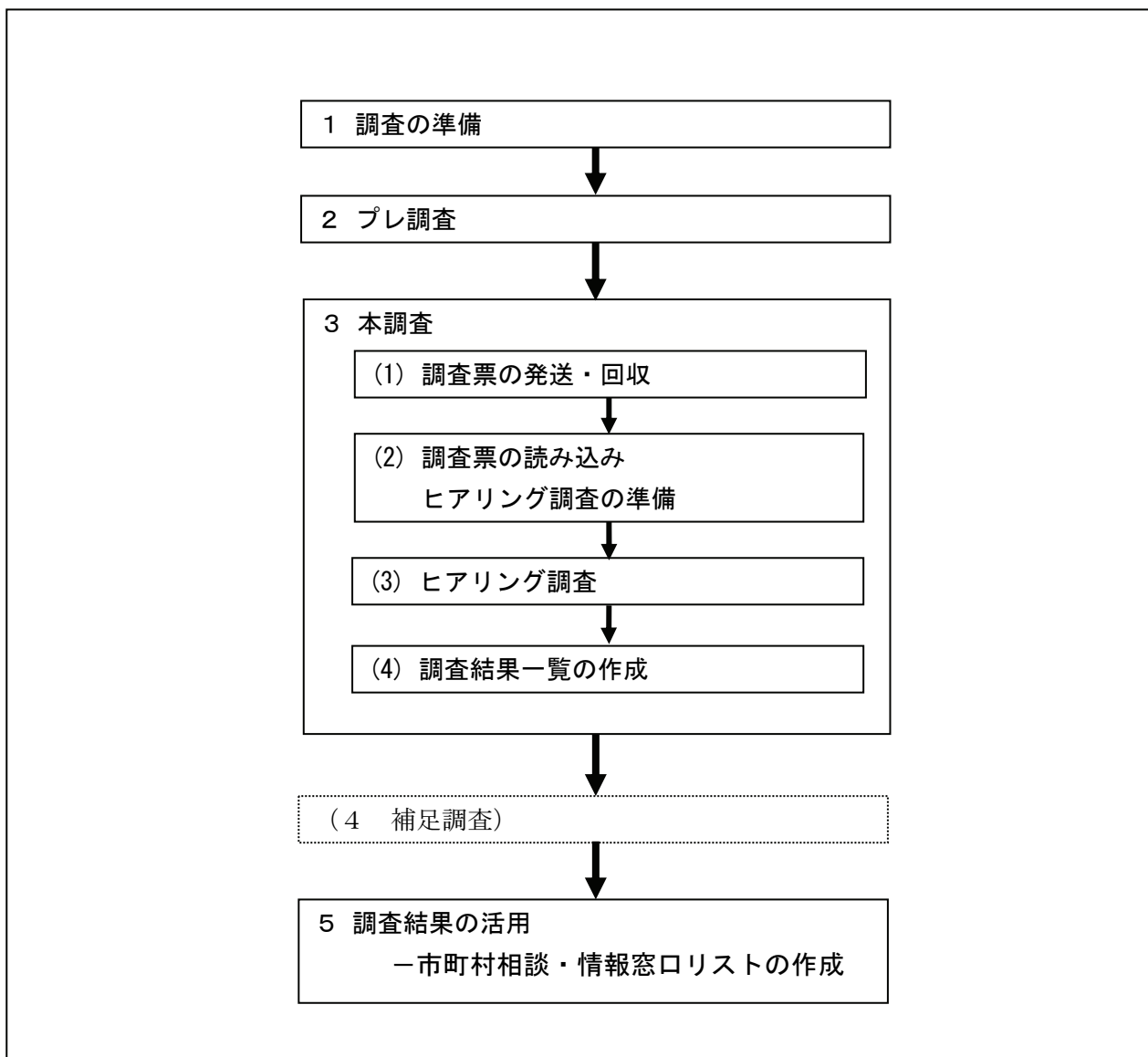
静岡県では、すべての市と町を対象に、がん患者に役立つ医療福祉資源調査を実施し、その成果を別添のがん医療資源調査報告書として発行するとともに、がん患者や住民に役立つ相談・情報窓口の一覧表を作成し、インターネット上で公開しました(<http://cancerqa.scchr.jp/people.php>)。これは、従来みられなかったがん患者の視点でまとめた窓口一覧であり、患者・家族はもとより、役所の人々、がん診療連携拠点病院の相談支援センター、地域医療機関、地域保健委員の方々などからも大変好評でした。

そこで、がん対策基本法の施行を踏まえ、同様の調査が、全国の都道府県、がん診療連携拠点病院、市町村、患者会・患者支援団体などで実施されることを想定して、調査方法に関するマニュアルを作成いたしました。このマニュアルは、都道府県や二次医療圏等の広域において複数の市町村を対象として実施する場合の調査方法や留意点について記したものです。

一方、市町村が単独で、自らの行政区域における医療資源について調査し、相談・情報窓口一覧を作成する場合には、ここに記載された多くの手順を省略して容易に調査することが可能となっています。各行政単位での医療資源の整備状況を調べるとともに、地域で苦しむがん患者や家族のための窓口一覧の作成のために是非、調査を実施し、住民に公開していただければ幸いです。

なお、本調査に関する不明な点、質問、改善点等については、(財)静岡総合研究機構までお寄せいただきますようお願い申し上げます。

## 【調査の手順】



## 1 調査の準備

### 調査票ファイル等をダウンロードする

- 研究班で作成し、静岡県内市町を対象とした調査に利用した調査票等をそのまま利用できるようにしました。静岡がんセンターのインターネット・ホームページ「Web版がんよろず相談Q&A」の「静岡県民向け情報」(<http://www.scchr.jp/>)にアクセスし、ファイルをダウンロードしてください。

### 調査票に回答してみる

- 市町村の立場で調査票に回答してみます。調査項目に過不足があると考えられる場合は、必要に応じて項目の加除を行います。

### 保健・医療・福祉…各種の制度を調べる

- がん患者や家族が必要とするサービスが、どのような制度により、どのような条件で提供されるのか等について調べ、内容を確認しておきます。後に行う回答内容の確認、ヒアリング調査に際して欠かせない情報です。

## 2 プレ調査

### 市町村担当者の反応を確認する

- いくつかの市町村の協力を得て、プレ調査を行います。市町村の担当者（多くの場合は保健師です）に対して調査の目的等について説明し、理解を得ることが必要ですが、“がん”についての対応が未経験であることや、専門性を持ち合わせてないことを理由に、回答することに戸惑いを感じる担当者も多いと思われます。プレ調査時の反応を参考にして、本調査の際に調査目的や成果の活用方法等についてどのように説明するのか検討しておくことが必要です。

### 想定した回答と実際との違いを本調査に活かす

- 想定していた回答と実際に市町村から寄せられる回答との間には、違いが見られる場合も多いと考えられます。想定と実際との違いに注目し、本調査に向け、調査票や調査依頼文書、記入例、回答までの期間等について再検討や手直し等を行います。

### プレ調査結果をまとめてみる

- プレ調査の結果を一覧に表してみます。これによって、市町村ごとの医療資源の状況や回答状況の違いを比較できるようになり、調査結果の活用（相談・情報窓口リストの作成等）のために必要なデータのまとめ方等を検討しやすくなります。

### 3 本調査

#### (1) 調査票の発送・回収

- プレ調査の結果を反映させた調査票（調査報告書参照）に、対象とする市町村長あての調査依頼状（資料1）、記入上にあたってのお願い（資料2）、調査票記入例（資料3）を添えて調査依頼を行います。
- 調査の窓口は主に保健担当課ですが、調査項目は、保健、福祉、市民相談など複数の分野にわたるため、調査依頼は市町村長あてに行い、市町村内部での調整をとりやすいように配慮することが必要です。
- 調査票は、紙、電子ファイル（Word など）それぞれを送ります。市町村が回答しやすい方法を選んでもらいますが、調査結果のまとめや活用を考えると、電子ファイルによる回答が望ましいと考えられます。
- 調査に対応するのは多忙な通常業務を抱える市町村職員であり、調査項目は複数の課や係を対象としていることから、回答までに十分な期間を見込むことが必要です。静岡県では、調査票の発送から全市町分の回収までに1か月半程度の期間が必要でした。

#### (2) 調査票の読み込み、ヒアリング調査の準備

- 回収した調査票は、未回答部分や不明な部分等を確認しながら読み込み、市町村ヒアリング調査での質問事項等をピックアップします。
- 市町村にヒアリング調査のアポイントをとり、日時を定めます。当日の質問事項はあらかじめ市町村に伝えておき、回答内容の確認や必要な資料の準備等をしておいてもらいます。
- 市町村のウェブサイト等を通じて、調査対象市町村の特徴や行政サービス等について基本的な情報を得ておきます。

#### (3) 市町村ヒアリング調査

- ヒアリング調査は、基本的に2人の調査員により、市町村役場や保健センター等を訪問して、2時間程度を目安に行います。
- ヒアリング調査に先立ち、調査の目的や結果の活用方法等について改めて説明し理解を求めるようにします。可能であれば、保健担当課長等にも面会し、調査趣旨の説明と協力に対する感謝を伝えておくと良いでしょう。
- ヒアリング調査は、あらかじめ市町村に伝えておいた事項を中心に実施します。未回答部分や不明な点等の確認を行うとともに、がん医療資源に関する課題等についても情報収集するように努めます。併せて、市町村の医療・福祉サービスに関する資料の収集も行います。

- 必要に応じて他の課や係を訪問してヒアリングを行うことも考えられます。

#### (4) 調査結果一覧の作成（電子データ化）

- 市町村ヒアリングと並行して、結果を一覧表として表せるように、データベースソフトや表計算ソフト等を利用して調査結果を電子データ化します。この作業によって、調査項目ごとの回答の全体像が把握しやすくなり、市町村間の比較もしやすくなります。
- データ入力作業は外注するなどの工夫で所要時間を短縮します。
- ここで作成するデータを基本として、調査の成果品である相談・情報窓口リスト（静岡県での調査では「がんについての相談・情報窓口」）を作成していくこととなります。

## 4 補足調査

### 本調査の不足を補う

- 調査票による回答、ヒアリング調査の結果により、新たな項目についての調査が必要となる場合があります。(資料4)
- 調査票による調査が基本となりますが、訪問ヒアリング調査は省略し、電話等による確認を行うことが現実的と考えられます。
- 市町村のみでなく、社会福祉協議会等の団体を対象とする調査が必要となることも考えられます。(資料5)

### 情報を更新する

- 本調査から調査結果のまとめまでの間に時間が経過したり、制度が変わったりした場合は、新たな情報を反映させる必要があります。特に、市町村合併が進む現在では、調査結果を公表する際の情報更新が欠かせません。
- 本調査の際の回答内容（調査票による回答、ヒアリング結果）を紙媒体、電子ファイルで市町村に提供し、内容の確認と変更のある場合の修正を依頼します。(資料4)

## 5 調査結果の活用ー市町村相談・情報窓口リストの作成

### 調査成果を市町村や住民へ提供する

- 調査結果を分かりやすく表現し、協力いただいた市町村はもとより、住民や医療機関などが手にして実際に活用することを想定し、がんに関する相談・情報窓口リストを市町村ごとに作成します。

### 利用しやすいリストを作成するために

- 相談・情報窓口リストは、印刷物ばかりではなく、インターネットを通じて広く提供されることを念頭に置いた工夫が必要です。また、情報を追加・更新していく必要もあります。このように考えると、データベースソフトや Excel などの表計算ソフトの利用が効果的です。静岡県調査では、調査結果を Excel データとして入力し、Word で作成したリストのフォームに Excel データを差し込むという方法を採用しました。
- 患者や家族が必要とする場面（「がんについての情報が知りたい」「自宅で療養・生活したい」等）ごとにサービスや情報を分類して作成します。
- 市町村で対応することが難しい内容については、紹介可能な相談先（がん診療連携拠点病院などの専門機関）を記載することで、相談者が必要とするサービス、情報へのアクセスが途切れてしまわないように工夫をしておきます。
- リストには、必要に応じて用語や制度について簡単な解説を加えることで、分かりやすいものにします。

### リスト公開にあたっての市町村の同意

- 調査の実施者（都道府県等）が各市町のリスト公開を行う場合は、公開に先立ってリストの内容について改めて市町村に確認し、公開に同意してもらうことが必要です。これは、住民からの相談に対応していくために事前の準備が必要な市町村があると考えられるためです。
- 同意を得ることに先立ち、リストに関して市町村との意見交換の場を持つことも有用です。市町村にとっては、がん対策における役割を認識するきっかけとなり、より実効性のあるリストの作成が可能になると考えられます。
- 公開することに慎重な姿勢を示す市町村もあるかもしれません。住民と密接な関係を持つ市町村の立場を理解することは大切ですが、患者や家族が必要とするサービスや情報を的確に伝えるという目的が後退しないように注意することが必要です。



## 調査データのまとめ等

- 調査の成果は、主に市町村相談・情報窓口リストによって市町村や住民に還元されますが、調査データ全体を報告書等のかたちでまとめ、必要な時に印刷物やCDなどの形で配布できるようにしておくことが大切です。
- 特に、市町村の自由記入意見には様々な情報が含まれており、医療資源に関する現状や担当者の生の声が表れています。医療資源の充実化や、新たな調査のきっかけとなるものだけに、自由意見は基本的にそのまま記録しておくようにします。

## 【調査にあたっての留意点】

### 市町村の対応窓口

- 保健担当課の保健師による対応が主になると考えられます。
- 保健担当課を窓口として、調査項目について複数の課や係への照会が行われますが、調査の目的等が十分に他の課等に伝わらないこともあります。調査者は必要に応じて直接担当課や係に調査の趣旨を説明し、回答を得ることも考えられます。
- 保健と福祉とは本来密接に関連する分野ですが、行政サービスの基礎となる法律、制度が異なるため、それぞれの課や係が情報を共有していない場合もみられます。

### 関係機関等への協力依頼

- 広域自治体である都道府県のがん対策担当課・室、医師会、社会福祉協議会等に対して調査の目的や活用方法、スケジュール等を伝え、調査への理解と協力を依頼するとともに、調査結果を伝えるようにします。医師会や社会福祉協議会は、実際のサービスの重要な担い手でもあり、市町村と協力関係にあるため、調査結果を様々な場面で活用することが可能です。また、都道府県は、がん対策における市町村への指導や広域を対象とする政策、施策に調査結果を反映させることが期待されます。

### 調査の担い手

- 調査の実施主体によって、実際の調査の担い手は様々だと考えられます。広域自治体である都道府県が直接実施することも考えられますし、都道府県のがん協会や公立の医療機関等が実施する場合もあるでしょう。
- 調査票とヒアリングを組み合わせた調査の場合、どうしてもまとまった時間と人手が必要となります。このような場合には、調査機関等へ調査を委託することが考えられますが、市場調査を主とする機関などではなく、医療、保健、福祉分野等についての経験や関心のある調査機関等を選択する工夫も必要になります。

### 調査期間

- この調査はいくつかの作業が並行して進むこととなりますが、調査対象の市町村数、地理的な広がり、調査項目数、調査従事者数等によって調査に必要な期間は異なってきます。一般的にどの程度という標準的な期間を示すことは困難ですが、参考までに、静岡県内市町の調査スケジュールをお示ししておきます。(資料6)

各 市 町 長 様  
(ご 担 当 者 様)

がん生存者のQOL向上のための医療資源調査ご協力のお願いについて

秋涼の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび、厚生労働科学研究費補助金「第3次対がん総合戦略研究事業 がん生存者(Cancer survivor)のQOL向上に有効的な医療資源の構築研究」班では、研究調査の一環として、静岡県内各市町を対象とした、がん生存者QOL向上のための医療資源調査を以下のとおり実施することとなりました。

平成16年度に始まったわが国の「第3次対がん10か年総合戦略」では、がんの予防、診断、治療において、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるようにする、がん医療の「均てん化」等が重要な目標とされており、全国各地で地域がん診療拠点病院を中心とする医療や情報の提供などの動きが始まっています。

このたびの調査は、静岡県内各市町におけるがんの医療資源に関する様々な情報を収集し、その結果を各市町へフィードバックするとともに、地域間の格差是正のための取り組みや、従来の市町の枠を超えた協力・連携方法等について検討し、実現する動きを生み出していくことを目的としています。

御多忙の折とは存じますが、研究の趣旨を御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、調査には静岡県健康福祉部の御理解、御協力をいただいておりますことを申し添え、重ねて御協力をお願い申し上げます。

## 1 研究の趣旨

がん罹患した、あるいは治療後の患者やその家族は、がんの診療とともに、がんに関する情報やセカンド・オピニオン、告知後の心のケア、社会復帰のためのリハビリテーション、在宅療養支援、緩和ケア、医療費助成など様々なサービスを必要とします。また、健康な人にとっても、がんの予防、検診に役立つ医療資源が効果的に提供されることは重要です。

しかしながら、現状においては、患者や家族等が、社会にそのような医療サービス・資源が存在することを知らず、適切な時点での利用が困難な場合があります。更に、都市部と中山間地域との間等には、医療資源の地域格差が生じていることも課題となっています。

このたびの調査では「喫煙防止教育」「がんの予防や検診等に関する啓発事業」「がん検診の現状」「住民からの相談への対応」「在宅療養や社会復帰、緩和ケア」をはじめ、住民が気付きにくいサービスをも含めて項目を設け、静岡県内各市町におけるがんに関する医療資源について把握し、その結果を各市町へフィードバックするとともに、地域間の格差是正のための取り組みや、従来の市町の枠を超えた協力・連携等を生み出すことを目的としています。

## 2 調査方法

### (1) 調査票による調査

調査票記入例を参考に回答を御記入のうえ、期限までに御返送ください。一部の設問には、保健部門だけでは回答が難しいと思われるのもあります。このような場合は、必要に応じて関係部門へ照会のうえ御回答いただきますようお願い申し上げます。

### (2) ヒアリング調査

調査票を御返送いただいた後、御回答をもとに、研究班より調査の一部を委託した（財）静岡総合研究機構の研究員が貴市町を訪問し、ヒアリング調査をいたします。

保健担当部門以外でのヒアリングが必要となる場合は、関係部門との連絡調整等をよろしくようお願い申し上げます。

なお、ヒアリング調査の日程については、後日改めて御連絡し、調整させていただきます。

## 3 調査結果の活用

(1) 研究班の研究成果の一部として、概要をまとめます。

(2) 各市町に調査結果を還元し、がんに関する医療資源の整備に役立ていただきます。

参考として、がん医療資源のサービス一覧表の例を同封いたします。

(3) 静岡県健康福祉部に調査結果を提供し、県のがん対策のための施策に活用していただきます。

※調査結果の活用には、いずれも原則として市町名は公表しませんが、具体的な施策への活用を目的とする場合は、県、市町に対する情報提供に限り市町名を明らかにすることがあります。このような場合には、事前に市町の御了解をいただくようにいたします

以上、御説明いたしましたように、国内のどの地域においても人々が等しく最善のがんに関する医療サービスを楽しむことができる、医療資源のユニバーサル・デザイン化に向けた取り組みのため、このたびの調査への御理解と御協力をいただきますよう、お願い申し上げます。

厚生労働科学研究費補助金による、がん生存者（Cancer survivor）のQOL向上に有効的な医療資源の構築研究班

主任研究者 ○○○○（○○○○○○○○○○○○○○○○○○）

この調査に関するお問い合わせは、以下へお願いいたします。

〒000-0000 ○○市○区○○1-1-1

(○) ○○○○○○ ○○○○○○

TEL 000-111-2222

FAX 000-111-3333

E-mail xxx-y-zzzz@aaa.or.jp

「がん生存者のQOL向上のための医療資源調査票」  
記入に当たってのお願い

**一般的事項**

- 1 「記入例」を参考に、調査票への記入をお願いいたします。  
※「記入例」は、主に県内外の自治体の事業等を参考とした例示です。回答に当たっては、「記入例」にこだわらず、各市町の状況をわかりやすくご記入ください。
- 2 調査票は、電子ファイル（Microsoft Office Word 2003）によるものと、紙によるものをそれぞれお送りしています。回答は、どちらによるものでも結構です。
- 3 記入欄のスペースが不足する場合、Word ファイルではスペースを広げてご記入ください。紙による場合は、別紙（様式は自由）を添付していただいて結構です。  
また、補足資料がある場合は、調査票とともにお送りください。
- 4 保健部門のみでは回答が困難な設問については、担当部門や団体等へ照会のうえ、御回答をお願いいたします。

**設問上の注意事項**

- 設問 1 (2) 「完全分煙」とは、喫煙専用スペースを設置して排煙装置によってたばこの煙を屋外に排出し、非喫煙場所に流れ出ないように必要な措置が講じられている状態を指します。  
空気清浄機を設置してあっても、排煙装置が無い場合は、該当しません。
- 設問 1 (3) 市町が設置し、不特定多数の人が利用する主な公共施設について御回答ください。
- 設問 2 17 年度計画欄には、実施内容とともに貴市町の問い合わせ先（担当部門）を御回答ください。
- 設問 3 必要に応じ、教育委員会、養護教諭部会等への照会をお願いいたします。
- 設問 4 17 年度計画欄には、実施内容とともに貴市町の貴市町の問い合わせ先（担当部門）を御回答ください。
- 設問 5 公立幼稚園・保育園に限らず、私立幼稚園・保育園での事例の御回答でも結構です。
- 設問 6 17 年度計画欄には、実施内容とともに貴市町の貴市町の問い合わせ先（担当部門）を御回答ください。
- 設問 7 貴市町が「主催」「共催」「後援」する事業についてそれぞれ御回答ください。また、「共催」「後援」については、併せて事業の主催者・問い合わせ先を御記入ください。
- 設問 8 広域施設組合、国民健康保険の保険者によって設置された医療機関も対象とします。
- 設問 9 保健委員、保健推進員等、市町により名称が異なります。
- 設問 12 貴市町内で活動する団体等について御回答ください（患者会、患者支援団体については、問 33 で別途御回答ください）。

設問 14(1)(2) 受診率算出方法は、より実数に近いと考えられる方法で御回答ください。「地域保健・老人保健事業報告」「各種健（検）診実施機関実態調査」と異なる回答であっても構いません。

設問 15(5) ・マンモグラフィー併用方式は、『マンモグラフィーによる乳がん検診の手引きー精度管理マニュアル』（精度管理マニュアル作成に関する委員会監修）の区分により御回答ください。

・マンモグラフィー実施機関の認定撮影技師数、認定読影医師数は、（特）マンモグラフィー検診精度管理中央委員会による認定者数を御回答ください。

設問 20

設問 21

設問 22

設問 26

設問 27

これらの設問の場合、住民は医療機関に相談することが多いと考えられますが、どこに相談してよいか分からず困っている住民が貴市町を訪ねた場合等に対応する窓口をご回答ください。また、紹介可能な相談先は、市町内に限らず御回答ください。

設問 31 紹介可能な相談機関等は、市町内に限らず御回答ください。

設問 34 必要に応じて社会福祉協議会への照会をお願いいたします。

#### その他

1 調査票の返送は、○月 ○日（口）まで に到着するようにお願いいたします。

2 貴市町への訪問ヒアリングの日時については、後日ご連絡のうえ調整させていただきます。

【お問い合わせ】

○○○○○○○○○○

〒000-0000 ○○市○区○○1-1-1

TEL 000-111-2222

FAX 000-222-3333

がん生存者のQOL向上のための医療資源調査票

I 予防

1 健康増進法の施行に伴う受動喫煙の防止について、次の施設における取り組みについてお聞きします。(平成17年4月1日現在)

(1)	学校教育施設	市町立小学校	ア 敷地内全面禁煙	イ 建物内全面禁煙	ウ 完全分煙
		市町立中学校	ア 敷地内全面禁煙	イ 建物内全面禁煙	ウ 完全分煙
(2)	市町村役場	ア 全面禁煙 ウ その他 ( )	イ 完全分煙		
(3)	公共施設 (主なもの)	全面禁煙	保健福祉センター、市立図書館、歴史博物館、中央体育館、生涯学習センター、訪問看護ステーション		
		分煙	排気装置あり	市民サービスセンター、公民館、市民文化センター、総合運動公園	
		煙	排気装置なし	市営〇〇球場 (喫煙場所設置) △△地区公会堂 (喫煙場所に空気清浄機設置)	

喫煙専用スペースを設置して排気装置によってたばこの煙を屋外に排出し、非喫煙場所に流れ出ないように必要な措置が講じられている場合を指します。

空気清浄機のみ場合は、こちらに該当します。

2 飲食店、ホテル・旅館、娯楽施設など民間施設における受動喫煙防止を促進するための、貴市の取り組みについてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>「受動喫煙防止ガイドライン」の作成・普及。</li> <li>飲食店関係者を対象とする、分煙化対策研修会の開催。</li> </ul>
17年度計画 ・ 問い合わせ	<ul style="list-style-type: none"> <li>受動喫煙防止対策を実施する施設を「空気もおいしい◎◎のお店」として認定し、市ホームページ等で公表。</li> <li>企業、宿泊施設関係者等を対象とする、禁煙・分煙化対策研修会の開催。</li> </ul> <p style="text-align: right;">【市〇〇保健所 TEL 054-222-9999】</p>

3 市町立小中学校における喫煙及び薬物(特に覚せい剤)乱用防止教育の実施状況についてお聞きします。

(1) 小学校

16年度実績	内容・教材	<p>【内容】 5年生、6年生を対象として、喫煙、シンナー、覚せい剤などが人間の健康に及ぼす影響について、年間〇時間の授業を実施した。</p> <p>【教材】 教科書、ビデオ</p>
	講師	担任教諭、養護教諭

17年度 計 画	内容 ・ 教材	喫煙、シンナー、覚せい剤などが人間の健康に及ぼす影響について、市で作成した副読本を活用し、全校生徒を対象とした授業を行う。 ・1年生、2年生：アニメーションを利用した授業（□時間） ・3年生、4年生：市作成の副読本を中心とした授業（□時間） ・5年生、6年生：教科書、副読本、ビデオを利用した授業（△時間）
	講師	担任教諭、養護教諭、市保健所保健師

(2) 中学校

16年度 実 績	内容 ・ 教材	【内容】 全校生徒を対象として年間○時間の授業を実施。喫煙や覚せい剤、大麻等の薬物乱用が人間の健康に及ぼす影響だけでなく、社会的ルールの意味を理解させる機会としても活用した。 【教材】教科書、ビデオ
	講師	担任教諭、養護教諭
17年度 計 画	内容 ・ 教材	【内容】 全校生徒を対象として年間○時間の授業を実施。喫煙や覚せい剤、大麻等の薬物乱用が健康に及ぼす影響、喫煙をめぐる社会的なルールへの理解に加え、ロールプレイを取り入れ、喫煙、薬物乱用の誘いに対する断り方等も学習。 【教材】教科書、ビデオ、副読本（市作成）
	講師	担任教諭、養護教諭、市保健所保健師、地区保健委員

4 貴市町が実施する、成人を対象とした喫煙防止への取り組みについてお聞きします。

16年度 実 績	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人保健法に基づく禁煙個別健康教育（禁煙支援プログラム）</li> <li>・市保健センターによる自治会、企業等を対象とする「出前禁煙講座」（××回実施、参加：◇◇◇人）</li> <li>・路上禁煙地区の設定（市内中心部）</li> <li>・市健康まつりでの禁煙相談（○月△日、65人）</li> </ul>
17年度 計 画 ・ 問 合 わ せ 先	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民病院への禁煙専門外来、禁煙支援センターの設置</li> <li>・禁煙支援センターによる、企業、団体等を対象とした「禁煙講座」の開催</li> </ul> <p style="text-align: center;">【市民病院禁煙外来・禁煙支援センター TEL 055-999-9990】</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市保健センターでの禁煙相談日の設定（毎月第2木曜日）</li> <li>・妊産婦のための禁煙支援セミナーの開催（偶数月に開催）</li> </ul> <p style="text-align: center;">【市中央保健センター健康増進課 TEL 053-123-4567】</p>



5 貴市町内の幼稚園、保育園における生活習慣病予防のための取り組み（食育、運動等）についてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>市保健委員による幼稚園児対象の生活習慣病予防教室「ジュースはだめよ！小さい時から健康づくりを」開催（〇〇幼稚園）</li> <li>絵本の読み聞かせや野菜の栽培、調理活動等を通して、子どもたちが楽しみながら学べる食育を実施（町立△△保育園、町立◇◇保育園）</li> </ul>
17年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>町内の△か所の保育園に町保健センターの保健師、栄養士が出向き、食育指導を実施する。</li> <li>市内の幼稚園、保育園において、人形劇、紙芝居を活用した健康教室をNPOとの協働により開催。</li> </ul>

6 生活習慣病予防のために貴市町が実施する運動指導や、運動しやすい環境・施設整備等への取り組みについてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動と食生活を中心とした「健康イキイキ教室」を開催。 （運動検査、筋肉トレーニング、ストレッチ体操、初歩的な水中ウォーク、食生活指導、調理実習、講話等）</li> <li>住民健康診査の事後指導として、運動習慣づくりのきっかけとなる体操教室を開催。</li> </ul>
17年度計画 ・ 問い合わせ先	<ul style="list-style-type: none"> <li>中央公園内に自然環境を生かしたウォーキング・コースを整備。</li> <li>小中学校の校庭・体育館、公園等の市民開放を進め、運動のできる場を増やす。</li> <li>県総合健康センターを活用する「病態別成人病予防教室」の実施。</li> </ul> <p style="text-align: right;">市健康保健センター 【 TEL 053-111-9876 】</p>

7 貴市町が主催、共催、後援するがんの予防や検診等に関する啓発事業についてお聞きします。

(1) 平成16年度実績

方式	実施内容
主催	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん予防講座：第1回「がんのリスクを減らす生活習慣」（参加：〇〇人）</li> <li>第2回「がん予防のための健康メニュー」（参加：△△人参加）</li> </ul>
共催	<ul style="list-style-type: none"> <li>乳がん自己検診の勧め（△月～〇月）（共催）</li> <li>保健委員と共同で町内会ごとに実施。自宅でできる乳がん自己検診の方法について、パンフレットとDVDにより解説を行った。（参加：□□□人）</li> </ul>
後援	<ul style="list-style-type: none"> <li>市商工会が実施する、中小企業従業員を対象とした生活習慣病講座（開催3回、参加者×××人）</li> </ul>

(2) 平成17年度予定

方式	実施内容・問い合わせ先
主催	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん予防講演会の開催（市内3か所で各1回）</li> <li>生活習慣病市民公開講座の開催（3回シリーズ）</li> </ul> <p>【市中央保健センター健康増進課 TEL 053-123-4567】</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>食生活改善推進員養成講座の開催（8回シリーズ）</li> <li>生活習慣改善のためのチェックシートの作成・配布</li> </ul> <p>【市食生活改善推進員連絡協議会 TEL 053-321-4560】</p>
共催	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん征圧モデル地区を設定し、住民組織としてがん制圧運動推進会議を設置。地区市民センターを拠点として、啓発パンフレットの作成配布、検診の受診奨励、予防教室の開催等を行う</li> </ul> <p>【市保健福祉課 TEL 054-222-3333】</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健委員、食生活改善推進員、結核予防婦人会会員を対象とした、がんを含む生活習慣病予防と検診の重要性についての研修を開催（計3回）</li> </ul> <p>【市中央保健センター健康増進課 TEL 053-123-4567】</p>
後援	<ul style="list-style-type: none"> <li>〇〇たばこ販売組合「未成年者喫煙防止キャンペーン」（△月）</li> </ul> <p>【〇〇たばこ販売組合 TEL 055-111-9999】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（財）△△がん予防検診センター「がん予防キャンペーン」（◇月）</li> </ul> <p>【（財）△△がん予防検診センター TEL 055-222-0000】</p>

8 貴市町が設置する医療機関におけるがん予防のための取組みについてお聞きします。

ア 医療機関を設置している		イ 医療機関を設置していない	
名称	取組み内容		
国保〇〇診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>がんを含む生活習慣病予防講座の開催や、Website でのがん予防に関する情報提供を行っている。</li> </ul>		
共立△△総合病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療室を設置し、がん検診精検や町健康センターと連携した生活習慣病予防教室等を実施している。</li> </ul>		

9 がん予防のために保健委員（保健推進員）が行っている活動についてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診受診率向上のため、高齢者単身世帯を訪問し検診受診勧奨</li> <li>町内会別健康相談会での検診受診キャンペーン（〇月～△月 計〇回）</li> <li>市保健センター「がん予防公開講座」（3回）実施への協力</li> </ul>
17年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診に関する広報活動の実施</li> <li>幼稚園児対象の生活習慣病予防教室「ジュースはだめよ！小さい時から健康づくりを」開催（5回）</li> </ul>
問い合わせ先	<p>◇◇市保健委員会連絡協議会（◇◇保健センター内）</p> <p>【TEL 053-321-4560】</p>

10 がん予防のために食生活改善推進員（ヘルスメイト）が行っている活動についてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>郷土料理を活用した、がんのリスクを低くする調理法講習会の開催（3回実施、参加者：△△人）</li> <li>がん検診会場で、生活習慣病予防のための試食提供（7会場）</li> </ul>
17年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地場産品を用いた家庭的な健康料理コンテスト」の開催</li> <li>地区公民館を会場とした、緑黄色野菜普及のための料理教室の開催</li> <li>県栄養士会との共催による「食生活相談会」の実施</li> </ul>
問い合わせ先	◇◇市食生活改善推進員連絡協議会（◇◇保健センター内） 【TEL 053-321-4560】

11 がん予防のために結核予防婦人会が行っている活動についてお聞きします。

16年度実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>結核予防週間での複十字シール運動街頭キャンペーンに参加（募金活動）</li> <li>保健委員と協力し、がん検診未受診者の訪問、受診勧奨</li> </ul>
17年度計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん制圧月間、結核予防週間における検診受診率向上のためのPRと「がん」「結核」についての知識普及のための街頭キャンペーン参加</li> <li>結核、がん予防のための講演会開催（結核予防週間）</li> </ul>
問い合わせ先	静岡県結核予防会◇◇支部 【TEL 053-333-5555】

12 その他のがん予防、啓発等のための活動を行う団体、グループについてお聞きします。

団体名・問い合わせ先	活動内容
JA◇◇ 【TEL 055-456-7777】	「がん予防のための食生活」パンフレットの作成・配布
〇〇市自治会連合会 【TEL 053-444-4343】	町内会別健康相談会での検診受診キャンペーン参加 (〇月～△月 計〇回)

13 がん予防、啓発についての課題、ご意見、ご提案等についてご自由にご記入ください。

--

Ⅱ 検診

14 貴市町のがん検診全般の実施状況についてお聞きします。

(1) 平成 16 年度検診受診状況

部 位	対象者数	受診者数	受診率	受診率算出方法
肺 が ん	25,261 人	10,231 人	40.5%	受診者数／国民健康保険加入者数
胃 が ん	9,855 人	2,237 人	22.7%	〃
大腸がん	9,094 人	2,510 人	27.6%	受診者数／国民健康保険加入者数－職域検診等受診者 ⇒郵送調査
子宮がん	10,086 人	3,621 人	35.9%	〃
乳 が ん	15,935 人	5,386 人	33.8%	〃
前立腺がん	10,386 人	2,202 人	21.2%	〃
C 型 肝 炎 ウ イ ル ス	人	2,941 人	%	
B 型 肝 炎 ウ イ ル ス	人	2,911 人	%	

(2) 平成 17 年度検診計画

部 位	対象者数	検診予定者数	受診率	申し込みが予定者数を上回る 場合の対応
肺 が ん	25,500 人	11,000 人	43.1%	地区ごとに抽選
胃 が ん	10,000 人	2,500 人	25.0%	補正予算で対応
大腸がん	9,200 人	2,800 人	30.4%	予備費対応
子宮がん	10,500 人	4,000 人	38.1%	先着順
乳 が ん	16,500 人	6,000 人	36.4%	未定
前立腺がん	11,000 人	2,700 人	24.5%	予備費対応
C 型 肝 炎 ウ イ ル ス	人	3,000 人	%	予備費対応
B 型 肝 炎 ウ イ ル ス	人	2,950 人	%	予備費対応

(3) 共通項目（平成17年度）

対象者の把握	<p>【方 法】</p> <p>ア 郵便による世帯調査    <input checked="" type="radio"/> 郵便による個人調査</p> <p>ウ その他 [ ]</p> <p>【頻 度】</p> <p><input checked="" type="radio"/> 毎年    イ (    ) 年ごと    ウ 検診年齢到達時</p> <p>エ その他 [ ]</p>
周 知 方 法	<p><input checked="" type="radio"/> 個人あて通知 ( 4 月)    <input type="radio"/> 世帯あて通知 (    月)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 広報紙    <input checked="" type="radio"/> 広報番組 ( <input checked="" type="radio"/> テレビ <input checked="" type="radio"/> ラジオ)</p> <p><input type="radio"/> 市町村ホームページ    <input type="radio"/> ポスター</p> <p><input checked="" type="radio"/> チラシ</p> <p>ク その他 [ ]</p>
受診率向上のための取り組み	<p><input checked="" type="radio"/> 検診申し込みの無い対象者に対する受診勧奨</p> <p><input checked="" type="radio"/> 郵便による ( <input type="radio"/> 電話による</p> <p><input checked="" type="radio"/> 訪問による (訪問者: <input checked="" type="radio"/> 保健師 <input checked="" type="radio"/> 保健委員・その他 [ ])</p> <p>イ 受診率達成目標の設定</p> <p>ウ 啓発活動の強化 (具体的に)</p> <p>[ ]</p> <p>エ その他 [ ]</p>
検 診 事 業 費	109,887 千円
問 い 合 わ せ	市中央保健センター健康増進課 【TEL 053-111-2222】
その他特記事項	

15 部位ごとのがん検診についてお聞きします（平成17年度）。

(1) 肺がん検診

対 象 年 齢	40歳以上
方式（個別・一括・集団）	<p><input checked="" type="radio"/> 委託機関・個別（30か所）    <input type="radio"/> 委託機関・一括（    か所）</p> <p><input checked="" type="radio"/> 集団</p>
頻 度 ・ 時 期	<p>・頻度 <input checked="" type="radio"/> 毎年    <input type="radio"/> その他 [ ]</p> <p>・時期 <input checked="" type="radio"/> 個別: 4月～3月、    一括: 月～ 月、    <input checked="" type="radio"/> 集団: 6月～9月</p>

申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> ア 検診委託機関へ直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・集団) <input checked="" type="radio"/> イ 保健センターなどの市町村窓口 (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) ウ 町内会でとりまとめ (個別・一括・集団) エ 保健委員がとりまとめ (個別・一括・集団) オ その他 (個別・一括・集団) [ ] ※検診の方式 (個別・一括・集団の別) を併せて選択してください。															
内 容	<input checked="" type="radio"/> ア 問診 <input checked="" type="radio"/> イ 胸部エックス線撮影：直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・集団) : 間接 (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input checked="" type="radio"/> ウ 喀痰細胞診 [ <input checked="" type="radio"/> 問診による・その他 ( ) ] <input checked="" type="radio"/> エ ヘリカルCT [ <input checked="" type="radio"/> 希望者・その他 ( ) ] ※検診の方式 (個別・一括・集団の別) を併せて選択してください。															
自己負担額 ・ 委託単価	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担額 (円)</th> <th>委託単価 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>エックス線撮影 (直接)</td> <td>無 料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>エックス線撮影 (間接)</td> <td>無 料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>喀痰細胞診</td> <td>800円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘリカルCT</td> <td>3,000円</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		自己負担額 (円)	委託単価 (円)	エックス線撮影 (直接)	無 料		エックス線撮影 (間接)	無 料		喀痰細胞診	800円		ヘリカルCT	3,000円	
	自己負担額 (円)	委託単価 (円)														
エックス線撮影 (直接)	無 料															
エックス線撮影 (間接)	無 料															
喀痰細胞診	800円															
ヘリカルCT	3,000円															
その他特記事項																

(2) 胃がん検診

対 象 年 齢	35歳以上
方式 (個別・一括・集団)	<input checked="" type="radio"/> ア 委託機関・個別 (30か所)      イ 委託機関・一括 (     か所) <input checked="" type="radio"/> ウ 集団
頻 度 ・ 時 期	・ 頻度 ( <input checked="" type="radio"/> 毎年    イ その他 [    ] ) ・ 時期 ( <input checked="" type="radio"/> 個別): 5月~3月、    一括: 月~ 月、 ( <input checked="" type="radio"/> 集団): 6月~8月)
申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> ア 検診委託機関へ直接 (個別・一括・集団) <input checked="" type="radio"/> イ 保健センターなどの市町村窓口 (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) ウ 町内会でとりまとめ (個別・一括・集団) エ 保健委員がとりまとめ (個別・一括・集団) オ その他 (個別・一括・集団) [ ] ※検診方式 (個別・一括・集団の別) を併せて選択してください。
内 容	<input checked="" type="radio"/> ア 問診 <input checked="" type="radio"/> イ 胃部エックス線撮影：直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・集団) : 間接 (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input checked="" type="radio"/> ウ 内視鏡検査 [ <input checked="" type="radio"/> 希望者・その他 ( ) ] <input checked="" type="radio"/> エ ペプシノーゲン検査 [ <input checked="" type="radio"/> 希望者・その他 ( ) ] ※内容検診方式 (個別・一括・集団の別) を併せて選択してください。

自己負担額 ・ 委託単価		自己負担額 (円)	委託単価 (円)
	エックス線撮影 (直接)	1, 400円	
	エックス線撮影 (間接)	500円	
	内視鏡検査	1, 500円	
	ペプシノーゲン検査	2, 500円	
その他特記事項	※ 内視鏡検査=エックス線撮影との選択。		

(3) 大腸がん検診

対象年齢	40歳以上		
方式 (個別・一括・集団)	<input checked="" type="radio"/> ア 委託機関・個別 (30か所)    イ 委託機関・一括 (     か所) <input checked="" type="radio"/> ウ 集団		
頻度・時期	・頻度 <input checked="" type="radio"/> 毎年    イ その他 [    ] ・時期 ( <input checked="" type="radio"/> 個別): 5月~3月、    一括: 月~月、 <input checked="" type="radio"/> 集団: 9月~10月)		
申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> ア 検診委託機関へ直接 (個別・一括・集団) <input type="radio"/> イ 保健センターなどの市町村窓口 (個別・一括・集団) <input checked="" type="radio"/> ウ 町内会でとりまとめ (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input type="radio"/> エ 保健委員がとりまとめ (個別・一括・集団) <input type="radio"/> オ その他 (個別・一括・集団)		
内容	<input checked="" type="radio"/> ア 問診 <input checked="" type="radio"/> イ 便潜血反応検査 ( <input checked="" type="radio"/> 2日採取法・ <input type="radio"/> 1日採取法)		
自己負担額 ・ 委託単価		自己負担額 (円)	委託単価 (円)
	便潜血反応検査	500円	
その他特記事項	※検診方式 (個別・一括・集団の別) を併せて選択してください。		

(4) 子宮がん検診

対象年齢	20歳以上		
方式 (個別・一括・集団)	<input checked="" type="radio"/> ア 委託機関・個別 (20か所)    イ 委託機関・一括 (     か所) <input type="radio"/> ウ 集団		
頻度・時期	・頻度 <input checked="" type="radio"/> 毎年    イ その他 [    ] ・時期 ( <input checked="" type="radio"/> 個別): 6月~2月、    一括: 月~月、 集団: 月~月)		
申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> ア 検診委託機関へ直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別) 一括・集団) <input type="radio"/> イ 保健センターなどの市町村窓口 (個別・一括・集団) <input type="radio"/> ウ 町内会でとりまとめ (個別・一括・集団) <input type="radio"/> エ 保健委員がとりまとめ (個別・一括・集団) <input type="radio"/> オ その他 (個別・一括・集団)		
	※申し込み方法に加え、検診方式 (個別・一括・集団の別) を選択してください。		

内 容	<input type="radio"/> 問診 <input checked="" type="radio"/> 頸部＝視診、細胞診、視診 <input checked="" type="radio"/> 体部＝細胞診 ⇒[対象者：問診の結果必要と認められた方]										
自己負担額 ・ 委託単価	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担額（円）</th> <th>委託単価（円）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>頸部細胞診</td> <td>1,000円（病院） 1,300円（産婦人科医院）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>頸部・体部細胞診</td> <td>1,800円</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		自己負担額（円）	委託単価（円）	頸部細胞診	1,000円（病院） 1,300円（産婦人科医院）		頸部・体部細胞診	1,800円		
	自己負担額（円）	委託単価（円）									
頸部細胞診	1,000円（病院） 1,300円（産婦人科医院）										
頸部・体部細胞診	1,800円										
その他特記事項											

(5) 乳がん検診

対 象 年 齢	40歳以上（女性）
方式（個別・一括・集団）	<input checked="" type="radio"/> 委託機関・個別（20か所） <input checked="" type="radio"/> 委託機関・一括（3か所） <input checked="" type="radio"/> 集団
頻 度 ・ 時 期	・ 頻度 <input checked="" type="radio"/> 毎年（マンモグラフィー・ <del>エコー</del> ・ <del>視触診</del> ） <input checked="" type="radio"/> 2年に1回（ <del>マンモグラフィー</del> エコー・ <del>視触診</del> ） ・ 時期（ <del>個別</del> ）：4月～1月、（ <del>一括</del> ）：9月～10月、（ <del>集団</del> ）：11月～12月
申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> 検診委託機関へ直接（ <del>個別</del> ・一括・集団） <input checked="" type="radio"/> 保健センターなどの市町村窓口（個別・ <del>一括</del> ・集団） ウ 町内会でとりまとめ（個別・一括・集団） <input checked="" type="radio"/> 保健委員がとりまとめ（個別・一括・ <del>集団</del> ） オ その他（個別・一括・集団）
内 容	<input checked="" type="radio"/> 問診 <input checked="" type="radio"/> 視触診 <input checked="" type="radio"/> マンモグラフィー ・ 2方向撮影（対象者＝40歳代） ・ 1方向撮影（対象者＝50歳以上） <input checked="" type="radio"/> エコー（対象者＝マンモグラフィー撮影に該当しない年…隔年）
マンモグラフィー・併用方式	<input checked="" type="radio"/> 1施設同時併用（同時併用A）（個別・ <del>一括</del> ・ <del>集団</del> ） <input checked="" type="radio"/> 2施設同時併用（同時併用B）（ <del>個別</del> ）一括・ <del>集団</del> ） <input checked="" type="radio"/> 1施設分離併用（分離併用A）（個別・一括・ <del>集団</del> ） <input checked="" type="radio"/> 2施設分離併用（分離併用B）（個別・一括・ <del>集団</del> ） オ その他（個別・一括・集団）

※申し込み方法に加え、検診方式（個別・一括・集団の別）を選択してください。

※申し込み方法に加え、検診方式（個別・一括・集団の別）を選択してください。

『マンモグラフィーによる乳がん検診の手引き』の区分により記入してください。





申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> 検診委託機関へ直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・集団) <input type="radio"/> 保健センターなどの市町村窓口 (個別・一括・集団) <input checked="" type="radio"/> 町内会でとりまとめ (個別・一括・集団) <input type="radio"/> 保健委員がとりまとめ (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input checked="" type="radio"/> 基本健康診査当日の尿検査受付時 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input type="radio"/> その他[ ] (個別・一括・集団)							
内 容	<input checked="" type="radio"/> 問診 <input checked="" type="radio"/> 血液検査 (PSA 測定)							
自己負担額 ・ 委託単価	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担額 (円)</th> <th>委託単価 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液検査 (PSA 測定)</td> <td>1,000円</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			自己負担額 (円)	委託単価 (円)	血液検査 (PSA 測定)	1,000円	
	自己負担額 (円)	委託単価 (円)						
血液検査 (PSA 測定)	1,000円							
その他特記事項								

(7) 肝炎ウイルス検査

対象年齢	40歳, 45歳, 50歳, 55歳, 60歳, 65歳, 70歳 ※上記年齢以外でも、過去に大きな手術や大出血をしたことのある方													
時期・頻度	・頻度 ( <input type="radio"/> 毎年 <input checked="" type="radio"/> その他[ ]) ・時期 ( <input checked="" type="radio"/> 個別): 5月～2月、 ( <input checked="" type="radio"/> 一括): 7月～8月、 集団: 月～月													
方式(個別・集団)	<input checked="" type="radio"/> 委託機関・個別 (15か所) <input checked="" type="radio"/> 委託機関・一括 (2か所) <input type="radio"/> 集団													
申し込み方法	<input checked="" type="radio"/> 検診委託機関へ直接 ( <input checked="" type="radio"/> 個別・一括・集団) <input type="radio"/> 保健センターなどの市町窓口 (個別・一括・集団) <input checked="" type="radio"/> 町内会でとりまとめ (個別・一括・ <input checked="" type="radio"/> 集団) <input type="radio"/> 保健委員がとりまとめ (個別・一括・集団) <input type="radio"/> その他[ ] (個別・一括・集団)													
内 容	<input checked="" type="radio"/> 問診 <input checked="" type="radio"/> C型肝炎ウイルス検査 <input checked="" type="radio"/> B型肝炎ウイルス検査													
自己負担額 ・ 委託単価	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担額 (円)</th> <th>委託単価 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C型のみ</td> <td>600円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B型のみ</td> <td>1,100円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C型+B型</td> <td>1,200円</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			自己負担額 (円)	委託単価 (円)	C型のみ	600円		B型のみ	1,100円		C型+B型	1,200円	
	自己負担額 (円)	委託単価 (円)												
C型のみ	600円													
B型のみ	1,100円													
C型+B型	1,200円													
その他特記事項														

16 若年者など、検診対象者以外から受診希望があった場合の対応についてお聞きします。

<input type="radio"/> 人数に余裕があれば受診可能。費用は検診対象者と同額 <input type="radio"/> 人数に余裕があれば受診可能だが、費用は全額自己負担としている (金額は以下) <input checked="" type="radio"/> 受診は受け付けないが、医療機関での検診、人間ドックを勧め、実施医療機関についての情報提供を行う <input type="radio"/> その他 ( )
--

17 1次検診結果の取り扱いについてお聞きします。

(1) 「所見あり」の場合

	結果の通知方法	通知までの期間
個別	ア 本人に郵送 ウ その他 ( ) <input checked="" type="radio"/> ① 医療機関で伝える	検診日当日
一括	<input checked="" type="radio"/> ② 本人に郵送 イ 医療機関で伝える ウ その他 ( )	2週間以内
集団	<input checked="" type="radio"/> ③ 本人に郵送 イ その他 ( )	2週間以内
通知時の啓発資料等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2次検診（精密検査）を勧奨する文書</li> <li>・ 2次検診の受診が可能な医療機関一覧</li> <li>・ 啓発用パンフレット 「がんを防ぐための12か条」「がん検診のすすめ」</li> </ul>

(2) 「所見なし」の場合

	結果の通知方法	通知までの期間
個別	ア 本人に郵送 ウ その他 ( ) <input checked="" type="radio"/> ① 医療機関で伝える	検診日当日
一括	<input checked="" type="radio"/> ② 本人に郵送 イ 医療機関で伝える ウ その他 ( )	1か月以内
集団	<input checked="" type="radio"/> ③ 本人に郵送 イ その他 ( )	1か月以内
通知時の啓発資料等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 啓発用パンフレット 「がんを防ぐための12か条」「がん検診のすすめ」</li> </ul>

18 2次検診（精密検査）の受診勧奨、受診状況、受診結果の把握等についてお聞きします。

2次検診機関の指定	<input checked="" type="radio"/> ① 指定している <input type="radio"/> ② 指定していない [指定機関名] △△総合病院、◎◎市医療センター
2次検診受診の勧奨	<input checked="" type="radio"/> ③ 行っている <input type="radio"/> ④ 行っていない <input checked="" type="radio"/> ⑤ 1次検診結果通知時に文書、パンフレットで勧奨 <input type="radio"/> ⑥ 2次検診受診の確認はがきによる受診勧奨 <input type="radio"/> ⑦ 電話による受診勧奨 <input type="radio"/> ⑧ 訪問による受診勧奨 <input type="radio"/> ⑨ その他 ( )
受診状況の把握	<input checked="" type="radio"/> ⑩ 行っている <input type="radio"/> ⑪ 行っていない <input checked="" type="radio"/> ⑫ 2次検診医療機関に直接照会 <input type="radio"/> ⑬ 1次検診医療機関を通じて照会 <input checked="" type="radio"/> ⑭ 本人に照会 <input type="radio"/> ⑮ その他 ( ) <input type="radio"/> ⑯ 行っていない

受診結果の把握	<input checked="" type="radio"/> ア 行っている <input checked="" type="radio"/> ア 2次検診医療機関に直接照会 (イ) 1次検診医療機関を通じて照会 (ウ) 本人に照会 (エ) その他 ( ) イ 行っていない
費用補助	<input checked="" type="radio"/> ア 行っている ( 自己負担額の 1/3 ) イ 行っていない

19 がん検診についての課題、ご意見、ご提案等についてご自由にご記入ください。

Ⅲ がんを疑う～診断

20 がんに関する住民からの相談への対応についてお聞きします。

(1) 貴市町の相談窓口はどこですか。

名 称	電話番号
市中央保健センター 総合健康相談係	0 5 4 - 1 2 3 - 4 5 6 7

相談の曜日、時間等を記入してください。

(2) どのような方法で相談に応じていますか。

<input checked="" type="radio"/> ア 対面相談 ( <input checked="" type="radio"/> 定期相談 [ 毎週水曜日 13:00~17:00 ] ・ <input type="radio"/> 随時相談 ) (ア) がんに関する相談日や時間等を設けて応じている <input checked="" type="radio"/> (イ) 他の相談とともに応じている ( <input checked="" type="radio"/> 総合健康相談 ) <input checked="" type="radio"/> イ 電話相談 ( 定期相談 [ ] ・ <input checked="" type="radio"/> 随時相談 ) (ア) がんに関する相談日や時間等を設けて応じている <input checked="" type="radio"/> (イ) 他の相談とともに応じている ( <input checked="" type="radio"/> 分野を特定しない一般的な電話相談 ) ウ その他 ( )	
---	--

どのような相談事業で応じているか記入してください。

(3) 他の相談機関の紹介を行っていますか。

	ア 行っている	イ 行っていない
紹介先	名 称	電話番号
	△△医療センター医療相談室	0 5 5 - 1 1 1 - 1 1 1 1
	〇〇総合病院相談室	0 5 5 - 1 2 3 - 4 5 6 7
	県◇◇健康福祉センター	0 5 5 - 9 8 7 - 6 5 4 3

21 住民が、がん医療に関する情報を得たい場合についてお聞きします。

(1) 貴市町で情報の提供を行っていますか。

<input checked="" type="radio"/>	ア 行っている	イ 行っていない
担当窓口	名称 市中央保健センター健康増進課	TEL 054-999-0000

(2) 情報収集可能な相談機関等の紹介を行っていますか。

<input checked="" type="radio"/>	ア 行っている	イ 行っていない
	名 称	電話番号
紹介先	△△医療センター医療相談室	054-321-0000
	〇〇総合病院相談室	054-666-6666
	県◇◇健康福祉センター	054-777-8888
	国立がんセンターWebsite	

22 住民から、がんに関するセカンド・オピニオンを得たいとの相談を受けた場合についてお聞きします。

(1) 貴市町で相談に応じていますか

<input checked="" type="radio"/>	ア 相談に応じている	イ 応じていない
担当窓口	名称 △△町保健福祉センター	TEL 054-123-4567

(2) 対応が可能と考えられる医療機関等についての情報を提供していますか。

<input checked="" type="radio"/>	ア 提供している	イ 提供していない
	医 名 称	電話番号
医療機関等	△△市医療センター	000-999-0000
	〇〇医科大学附属病院	055-444-4444
	◎◎総合病院	054-333-3333
	△△クリニック	053-222-2222
	県立〇〇がんセンター	055-111-1111

23 がんに関する住民からの相談や情報を求める声への対応についての課題、ご意見、ご提案等をご自由にお書きください。

IV 治療～社会復帰～緩和ケア

24 住民が、手術を伴うがんの治療を受けることが可能な医療機関についてお聞きします。

- 市町内に、がんの治療が可能な医療機関がある  
 市町内には、がんの治療が可能な医療機関はない

25 緩和ケアチームを持つ医療機関についてお聞きします。

- 市町内に緩和ケアチームを持つ医療機関がある

名 ・〇〇赤十字病院  
 称 ・△△会〇〇総合病院

- 市町内に緩和ケアチームを持つ医療機関はない

ホスピス（緩和ケア病棟）ではなく一般病棟に入院するがんまたは後天的免疫不全症候群の患者の痛み、呼吸困難や不安、抑うつなどの症状緩和を行う専従チーム。診療報酬の対象となっています。

26 医療上または医療内容のトラブルや医療機関の対応等の相談窓口についてお聞きします。

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
紹介可能な相談先	県健康福祉部「医療安全相談窓口」	054-221-2593

27 住民が、がんの在宅療養を行う際の貴市町の相談窓口等についてお聞きします。

(1) 全般的な相談窓口について

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
紹介可能な相談先	市中央保健センター健康増進課 〇〇総合病院医療相談室 △△リハビリテーション病院 ◎◎医療センター相談室 ◇◇市在宅介護支援センター	053-400-0111 053-401-1111 053-401-0001 053-401-1000 053-400-1234

(2) 退院後の一時的なケアなど在宅療養を支援する診療所などの医療機関について

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
紹介可能な相談先	市中央保健センター健康増進課 〇〇総合病院医療相談室 〇〇市医師会相談室 ◎◎医療センター相談室 ◇◇市在宅介護支援センター	053-400-0111 053-401-1111 053-402-9999 053-401-1000 053-400-1234

(3) 訪問看護について

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
	市中央保健センター健康推進課	053-400-0111
紹介可能な 相談先	〇〇総合病院医療相談室	053-401-1111
	〇〇市医師会相談室	053-402-9999
	〇〇市立訪問看護ステーション	053-800-1000
	◇◇市在宅介護支援センター	053-400-1234

(4) 身の回りの世話など、在宅での日常生活の支援について

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
	市中央保健センター介護支援課	053-400-0111
紹介可能な 相談先	〇〇市社会福祉協議会	053-401-1111
	〇〇市立訪問看護ステーション	053-402-9999
	◇◇市在宅介護支援センター	053-800-1000
		053-400-1234

(5) 専門家による在宅ホスピスケアについて

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
	市中央保健センター介護支援課	053-400-0111
紹介可能な 相談先	〇〇総合病院医療相談室	053-401-1111
	△△診療所	053-402-9999
	〇〇市立訪問看護ステーション	053-800-1000
	◇◇市在宅介護支援センター	053-400-1234

(6) 心のケアについて

ア 相談窓口がある		イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
	市中央保健センター健康増進課	054-500-0111
紹介可能な 相談先	◇◇病院心療内科	054-549-9999
	□□メンタルクリニック	054-666-0000
	県立〇〇がんセンター相談室	055-900-1000
	◎◎◎の会（患者会）	053-450-4321

(7) がん或いはその他の疾患に対する身体的なリハビリテーションについて

	ア 相談窓口がある	イ 相談窓口は無い
相談窓口	名 称	電話番号
	市中央保健センター介護支援課	053-400-0111
紹介可能な 相談先	○○総合病院医療相談室 △△リハビリテーション病院 △△診療所 ◇◇市在宅介護支援センター	053-401-1111 053-401-0001 053-800-1000 053-400-1234

28 住民が、がん治療のために通院、入院する際等に利用できる、家族の一時的ケアサービスについてお聞きします。

(1) 子どもを対象とするサービス

名 称	児童ショートステイ
内 容	保護者が病気、事故、出張、冠婚葬祭等で一時的に子どもを養育できない場合、児童福祉施設で養育。同一の理由で原則的に7日以内。
対 象	2歳から中学3年生まで
自己負担	日中預かり：1,500円（住民税非課税世帯） 3,000円（住民税課税世帯） 宿 泊：2,500円（住民税非課税世帯） 5,000円（住民税課税世帯） ※生活保護世帯等は免除
相 談・ 申し込み	市児童家庭課  <div style="text-align: right;">【TEL 054-222-3333】</div>

名 称	緊急一時保育
内 容	保護者の疾病・出産等により家庭において保育ができない児童を緊急かつ一時的に市立保育園で保育。同一の理由で原則的に14日以内。
対 象	1歳から就学前まで
自己負担	3歳児未満：1,700円 3歳以上：800円 ※生活保護世帯、住民税非課税世帯は免除。
相 談・ 申し込み	市児童家庭課  <div style="text-align: right;">【TEL 054-222-3333】</div>

名 称	ファミリー・サポートセンター
内 容	有償ボランティアによる保育（相互援助活動）
対 象	生後6か月から小学校6年生まで
自己負担	平日7時～19時：1時間600円（この時間以外は1時間700円） 土・日・祝日：平日の100円増し
相 談・ 申し込み	ファミリー・サポートセンター  <div style="text-align: right;">【TEL 053-555-5555】</div>



(2) 高齢者を対象とするサービス（介護保険を除く）

名 称	生きがいショートステイ
内 容	養護老人ホーム等の施設を利用したショートステイ。7日以内（やむをえない事情がある場合は、必要最低限度の範囲内）。
対 象	介護保険の要介護認定において「非該当」と認定、もしくはそれに該当する状態にある65歳以上の方。
自己負担	500円/日 他に食事代等実費負担
相 談・ 申し込み	市長寿福祉課 <span style="float: right;">【TEL 055-555-5555】</span>

名 称	軽度生活援助サービス
内 容	身体介助を伴わない買物・通院などの外出援助、食事・食材の確保、家屋内の生理整頓、除草など家周りの手入れ 等
対 象	65歳以上のひとり暮らし、高齢者世帯及びこれに準ずる世帯。
自己負担	100円/時間
相 談・ 申し込み	市長寿福祉課 <span style="float: right;">【TEL 055-555-5555】</span>

(3) 障害者を対象とするサービス

名 称	ショートステイ（身体障害者、知的障害者、精神障害者）
内 容	介護をしている家族の病気や休養等により、一時的に介護が受けられなくなる場合、原則として7日間以内を福祉施設でショートステイすることができる。
対 象	身体障害者福祉手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちの方。介護保険の対象となる方は、介護保険サービスの利用が優先されます。
自己負担	世帯の課税状況に応じて自己負担額が決まります。
相 談・ 申し込み	市障害福祉課 <span style="float: right;">【TEL 055-555-6666】</span>

29 がん治療に伴う国保加入者の医療費についてお聞きします。

(1) 高額療養費貸付制度について

相談・申請先	名 称 ○○市社会福祉協議会 TEL 055-555-5555
申請書の 配布場所	市内及び隣接市町の医療機関、市社会福祉協議会、市役所国保年金課
適用条件	対 象：市民税均等割課税以下の世帯 貸付額：高額療養費支給見込み額の9割以内（月額50万円を限度）
手続き方法等	医療機関による医療費の額の証明（様式あり）を添付して申請する。 連帯保証人が必要（高額療養費受領委任状を添付する場合は不要）。

(2) 高額療養費受領委任払いについて

相談・申請先	名称 ○○市国保年金課	TEL 054-222-2222
申請書の配布場所	あらかじめ登録された医療機関 ※医療機関または国保年金課へ問い合わせてください。	
対象となる医療機関	あらかじめ登録された医療機関 ※医療機関または国保年金課へ問い合わせてください。	
手続き方法等	申請書時に国民健康保険証、印鑑が必要。	

30 がん患者が利用可能な市町独自の医療費助成制度がある場合は、概要をご記入ください。

名称	母子家庭等医療費助成制度	
対象	・母子家庭または父子家庭の母親または父親と18歳以下の子ども ・父母のない18歳以下の子ども	
助成内容	保険対象医療費の自己負担額及び食事代。	
適用条件	同居家族全員の所得税が非課税の場合に適用。	
相談・申請先	名称 ◎◎町役場住民福祉課	TEL 0555-33-8888

名称	老人医療費助成制度	
対象	医療保険に加入する65歳以上70歳未満の方	
助成内容	老人保健と同額の自己負担金で医療を受けることができる	
適用条件	所得税非課税及び一定の条件に該当する場合が対象	
相談・申請先	名称 △△市役所保険年金課	TEL 054-222-0000

31 生活費や家族のための支出等、医療費以外の経済的な悩みがある場合についてお聞きします。

貴市町の相談窓口	市役所保健福祉課	TEL 055-999-0000
紹介可能な相談機関等	名称・電話番号	内 容
	○市社会福祉協議会 【TEL 053-444-4444】	生活福祉資金等
	◎社会保険事務所 【TEL 053-400-0000】	傷病手当金等
	ハローワーク△△ 【TEL 055-123-4567】	失業手当、職業訓練等

紹介可能な 相談機関等	△△労働基準監督署 【TEL 054-222-1111】	休業補償給付等
	国民生活金融公庫 【TEL 053-499-9999】	普通貸付、経営改善貸付、教育一般貸付等
	独立行政法人日本学生支援機構 【TEL 03-1234-5678】	奨学金

32 介護保険、高齢者医療・福祉、障害者福祉以外の様々なサービスの中で、がん患者が利用できる生活支援の制度についてお聞きします。

名 称	ボランティア連絡協議会移送サービス	
内 容	通院等の際の移送・付き添いサービス	
自己負担	1回700円（4時間以内）	
相 談・ 申し込み	ボランティア連絡協議会（社会福祉協議会内）	【TEL 054-000-1111】
事 業 者	△△△町ボランティア連絡協議会	

名 称	在宅緩和ケア支援事業	
内 容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口の設置</li> <li>・訪問入浴サービス、訪問介護サービス</li> <li>・福祉用具レンタル・購入補助</li> </ul>	
自己負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レンタル・購入額の10%（補助限度額あり）</li> <li>・健康保険の自己負担額</li> </ul>	
相 談・ 申し込み	◇◇市在宅緩和ケア支援センター（◇◇赤十字病院）	【TEL 053-777-7777】
事 業 者	◇◇市	

33 貴市町内で活動する患者会、患者支援団体等についてお聞きします。

名称・連絡先	活動内容
NPO 法人がん患者支援 ネットワーク〇〇 【TEL 054-555-9999】	がんに関する情報提供、セカンド・オピニオン情報の提供、患者交流会の開催等
◎◎の会（患者会） 【TEL 055-909-0909】	患者・家族の語り合う会の開催、医師と患者・家族が情報交換するWebsiteの開設・運営など

34 がん患者や家族が利用できる、社会福祉協議会のサービスについてお聞きします。

福祉総合相談事業

- 福祉生活相談：家庭内の悩みごとや生活上の困りごとなどについての相談
- 介護・健康相談：健康や介護についての相談

福祉資金貸付事業 (Tel 055-999-0001)

- くらしの資金貸付：低所得者に対する緊急・一時的な資金貸し付け（限度額8万円）
- 高額療養費支払資金貸付：問23（1）参照
- 生活福祉資金貸付：「厚生資金」「福祉資金」「住宅資金」「修学資金」「療養・介護資金」「災害援護資金」「離職者支援資金」「長期生活支援資金」「緊急小口資金」 ※貸付の一部には所得制限等があります。

地域福祉権利擁護事業 (Tel 055-888-0000 △△市社会福祉協議会)

- 認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等で日常生活を送るうえで判断能力に不安があり、福祉サービスの利用、預貯金の出し入れ等に困っている方を対象に、福祉サービスの利用手続き、日常的な金銭管理、書類等の預かりサービス等を行う（社会福祉協議会の生活支援員による有償サービス）。

35 治療、社会復帰、緩和ケアについての課題、ご意見、ご提案等をご自由にお書きください。

V その他

36 貴市町のサービス拠点から離れた地域の住民に対する、がんに関する相談への対応についてお聞きします。

- ・巡回健康相談（年2回）
- ・市中央保健センター「健康相談ダイヤル」による電話相談（平日の9:00～17:00、保健師対応）
- ・電子メールによる「健康相談」（随時、保健師対応）

37 在日外国人のためのがん予防や検診への取り組みについてお聞きします。

- ・英語、中国語、ハングル語、ポルトガル語によるがん予防パンフレット、検診案内を作成し、外国人登録時等に配布
- ・日系ブラジル人コミュニティのイベント会場で予防・啓発活動の実施

38 I T (情報技術) を活用した、がん予防や患者支援等のための取り組みについてお聞きします。

- ・保健センター相談窓口インターネット接続したパソコンを設置し、相談者のための情報検索に活用している
- ・町の Website を通じて、がんの予防、検診、治療に関する情報や体験者の声を提供している

39 その他、貴市町村で実施しているがんの予防や患者支援等のための取り組みについてお聞きします。

- ・がんや難病等の患者が生きがいをもって社会に参加し続けられるよう、アーティストと協働するワークショップの試みを、患者会、社会福祉協議会、地域NPO等と協力して16年度から始めている。

40 その他、がん生存者QOLの向上のための医療資源について、課題、ご意見、ご提案等をご自由にお書きください。

大変お忙しい中をご回答いただき、誠にありがとうございました。

後日、ご回答内容の確認や、ヒアリング調査の際等に必要となりますので、ご担当者について以下にご記入ください。

お 名 前	静 岡 緑 子
ご 所 属	◇◇市保健福祉課
ご 連 絡 先	T E L    0 5 5 - 1 1 1 - 9 9 9 9
	F A X    0 5 5 - 1 1 1 - 8 8 8 8
	e-mail    m-shizuoka@xxxyyy.lg.jp



- ・この調査票は、平成 17 年度にご回答いただいたものです。
- ・回答部分のうち、**黒字**は、ご回答いただいた内容です。**青字**は、ヒアリング、資料、インターネット等をもとに静岡総研で加えた内容です。
- (1)内容をご確認いただき、**変更 | あり・なし** に○を付けてください。変更がある場合は、その内容を見え消しでご記入ください。
- (2)一部の設問では、**17 年度の実績**、**18 年度に変更した点** を併せてお聞きしています。
- (3)一部の設問に、追加項目（**追加項目** マークの部分）を設けていますので、ご回答ください。
- ※今回のご記入は、すべて赤字をお願いいたします。

## がん生存者の QOL 向上のための医療資源調査票

## I 予防

- 1 健康増進法の施行に伴う受動喫煙の防止について、次の施設における取り組みについてお聞きします。（平成 17 年 4 月 1 日現在）

		変更	あり・なし
(1)	学校教育施設	市町立小学校	<b>ア</b> 敷地内全面禁煙 <b>イ</b> 建物内全面禁煙 <b>ウ</b> 完全分煙
		市町立中学校	<b>ア</b> 敷地内全面禁煙 <b>イ</b> 建物内全面禁煙 <b>ウ</b> 完全分煙
(2)	市町村役場	<b>ア</b> 全面禁煙 <b>イ</b> 完全分煙 <b>ウ</b> その他（吸煙機を設置してある喫煙所を指定してあるのみ） 市町村役場、全面禁煙・完全分煙が困難な理由 ・喫煙者への配慮、喫煙が違法ではないから ・いつでもたばこが手に入る社会環境にあるから	
(3)	公共施設 (主なもの)	全面禁煙	市立総合病院 保健センター
		分煙	排気装置あり
		排気装置なし	○○保健センター、△△保健センター ←建物内禁煙

公民館・公会堂等の集会施設は、地区の代表者に説明し、受動喫煙防止についてお願いした。

- 2 飲食店、ホテル・旅館、娯楽施設など民間施設における受動喫煙防止を促進するための、貴市の取り組みについてお聞きします。

		変更	あり・なし
16 年度実績	特になし		
17 年度計画	地域生涯学習センター、公会堂等集会施設管理者に対して受動喫煙防止について文書・パンフレットで啓発する予定 ・飲食店・ホテルなどの民間施設で受動喫煙防止促進のための取組みは特に実施していない ・今後、ヘルシー商店街を経由で住民に指導をしていく予定 <div style="text-align: right;">【TEL 0000-11-2222】</div>		
問い合わせ先			

Ⅱ 検診

18 2次検診（精密検査）の受診勧奨、受診状況、受診結果の把握等についてお聞きます。

※追加項目があります。

変更	あり・なし
----	-------

2次検診機関の指定	<input checked="" type="checkbox"/> ア 指定している [指定機関名] ○○医療センター または開業医	<input type="checkbox"/> イ 指定していない 2次検診期間を指定する理由 ・放置しないために具体的に対応可能な医療機関を紹介する ・紹介はするが限定するものではない
2次検診受診の勧奨 資料あり	<input checked="" type="checkbox"/> ア 行っている (ア) 1次検診結果通知時に文書、パンフレットで勧奨 (イ) 2次検診受診の確認はがきによる受診勧奨 (ウ) 電話による受診勧奨 (エ) 訪問による受診勧奨 (オ) その他 ( ) <input type="checkbox"/> イ 行っていない	
受診状況の把握	<input checked="" type="checkbox"/> ア 行っている (ア) 2次検診医療機関に直接照会 (イ) 1次検診医療機関を通じて照会 (ウ) 本人に照会 (エ) その他 ( ) <input type="checkbox"/> イ 行っていない	
受診結果の把握	<input checked="" type="checkbox"/> ア 行っている (ア) 2次検診医療機関に直接照会 (イ) 1次検診医療機関を通じて照会 (ウ) 本人に照会 (エ) その他 ( ) <input type="checkbox"/> イ 行っていない	
費用補助	<input checked="" type="checkbox"/> ア 行っている ( ) <input type="checkbox"/> イ 行っていない	
2次検診（精密検査）の受診勧奨 追加項目	実施時点 <input checked="" type="checkbox"/> ア 1次検診結果通知時	実施者 <input checked="" type="checkbox"/> ア 市町 <input type="checkbox"/> イ 1次検診委託機関 <input type="checkbox"/> ウ その他 ( )
	<input type="checkbox"/> イ 精検受診状況の把握後	<input checked="" type="checkbox"/> ア 市町 <input type="checkbox"/> イ 1次検診委託機関 <input type="checkbox"/> ウ その他 ( )
	<input type="checkbox"/> ウ その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> ア 市町 <input type="checkbox"/> イ 1次検診委託機関 <input type="checkbox"/> ウ その他 ( )



IV 治療～社会復帰～緩和ケア

27 住民が、がんの在宅療養を行う際の貴市町の相談窓口等についてお聞きします。

(1) 全般的な相談窓口について

変更

あり・なし

18年度に変更した点があればご記入ください。

ア	相談窓口がある	イ	相談窓口は無い
相談窓口	名称	電話番号	
相談窓口	◎◎市立総合病院	0000-22-3333	
	保健予防課	0000-23-0000	
紹介可能な 相談先	訪問看護ステーション◎◎	0000-11-1111	
	訪問看護ステーション△△	0000-11-0000	
	ケアステーション□□□	0000-11-2222	
	〇〇医師会会員		

34 がん患者や家族が利用できる、社会福祉協議会のサービスについてお聞きします。

回答不要

社会福祉協議会へ直接確認いたします。

前述と同じ

資料あり(掛川市社会福祉協議会事業計画書)

V その他

36 貴市町のサービス拠点から離れた地域の住民に対する、がんに関する相談への対応についてお聞きします。

変更

あり・なし

市の面積は広いですが訪問可能範囲です。

出かけて来られない場合には訪問します。

資料あり(保健活動報告書 3冊=保健師の健康相談など)

36-1 貴市町のサービス拠点から離れた地域等の住民が、通院等の際に利用できる交通サービスについてお聞きします（平成18年度の状況）。

(1) バス・タクシー運賃の助成

該当区分に○	ア 実施している	イ 実施していない
内 容		
対 象		
相 談・ 申し込み	【TEL <span style="float: right;">】</span>	

(2) 福祉有償運送サービスを実施する団体

該当区分に○	ア 実施している団体がある	イ 実施している団体はない
--------	---------------	---------------

※団体ごとの情報をご記入ください。

団 体 名		
対 象		
利用条件		
相 談・ 申し込み	【TEL <span style="float: right;">】</span>	

(3) その他の交通サービス

該当区分に○	ア 実施している	イ 実施していない
名 称		
内 容		
対 象		
自己負担		
相 談・ 申し込み	【TEL <span style="float: right;">】</span>	



## 資料5

### “がん患者が利用可能な”市町社会福祉協議会事業等調査 調査票

団体名[ \_\_\_\_\_ ]

(調査票の記入について)

- ・ 貴社協で実施する住民向けの事業・サービスのうち、がん患者が治療を受けるための通院や入院、退院後の在宅療養、社会復帰等に際して利用できるもの、または、その家族の方の一時的なケアのために利用できるものについて、お伺いします。
- ・ 以下の設問事項に関して、該当する番号に○を付け、内容についてご記入ください。
- ・ 介護保険事業および支援費・障害者自立支援事業については、今回調査の対象としていないので、回答は不要です。
- ・ 記入欄のスペースが不足する場合は、別紙(様式は自由)を添付していただいで結構です。

※なお、貴社協の事業・サービス等について記載しているチラシ・パンフレットなどがございましたら、ご送付ください。(県社協作成以外のもの)

設問1 住民の皆様からの各種相談に答える窓口について、お伺いします。

(ア)福祉に関する総合的な相談窓口について、下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
相談員	1.社協職員 2.民生・児童委員 ③.相談内容ごと異なる 4.その他	※「4.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 月～金曜日 時 間 : 8:30～17:00	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000) ----- E-mail 000@000.000.jp	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(イ) 日常生活の心配事に関する相談窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	1.社協職員 ②.民生・児童委員 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 水曜日、第3日曜日 時間 : 13:00~16:00	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(ウ) 在宅介護に関する相談窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の場合は、内容をご記入ください。
相談員	①.社協職員 2.民生・児童委員 3.その他	※「3.その他」の場合は、内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の場合は、内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 月~金曜日 時間 : 8:30~17:00	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(エ)健康・医療に関する相談窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	1.社協職員 2.民生・児童委員 ③.その他	ボランティア・NPO ※「3.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 木曜日、第3土曜日 時間 : 10:00~15:00	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(オ)こころの問題に対する相談窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	1.社協職員 2.民生・児童委員 ③.その他	心理カウンセラー ※「3.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 第3木曜日 時間 : 13:00~16:00 (要予約)	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(カ)法律の相談に対する窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	1.社協職員 ②.弁護士 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 2.郵便・メール 3.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 第3木曜日 時間 : 13:00~16:00 1日6人まで。1週間前から予約受付	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(キ)司法書士相談に対する窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	①.司法書士 2.その他	※「2.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	1.電話 2.郵便・メール 3.その他 ④.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 第3木曜日 時間 : 13:00~16:00 1日6人まで。1週間前から予約受付	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(ク)このほか、各種の相談に対する窓口について、該当する番号に○を付けてください。

※他の相談と相談員・開設日時・問い合わせ先がひとつでも異なる場合は、「1.独自の窓口」としてください。

①.独自の窓口	2.総合窓口等に対応	3.ない
---------	------------	------

↓ 「1.独自の窓口」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

相談内容	〇〇〇	
項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
相談員	1.社協職員 2.民生・児童委員 ③.その他	〇〇〇 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
直接来所できない方への対応	①.電話 ②.郵便・メール ③.その他 4.なし ※該当する番号全てに○を付けてください。	状況によっては相談員が訪問。 ※「3.その他」の内容をご記入ください。
開設日時	開設日 : 〇〇〇曜日 時間 : 00:00~00:00	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

設問2 地域福祉権利擁護事業について、下表にご記入ください。

問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)
--------	--------------------------------------

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

設問3 福祉資金等の貸付事業について、お伺いします。

(ア)生活福祉資金の貸付について、下表にご記入ください。

問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)
--------	--------------------------------------

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(イ)生活福祉資金のメニュー以外の緊急・一時的な生活資金の貸付事業について、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------

↓ 「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

名 称	〇〇〇	
項 目	選択項目	記入欄
事 業	1.独自事業 ②.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
限度額	1世帯あたり10万円	
所得制限	①.あり 2.なし	住民税均等割り非課税世帯 ※「1.あり」の内容をご記入ください。
その他の条件	①.あり 2.なし	概ね65歳以上の高齢者世帯 ※「1.あり」の内容をご記入ください。
貸付期間	1年以内	
利 子	無利子	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。



# 【記入例】

設問4 その他、がん患者の方やその家族の方が利用できる事業・サービスについて、お伺いします。

※介護保険事業および支援費・障害者自立支援事業は今回調査の対象としていないので、回答は不要です。

(ア)通院などの外出時に利用できる福祉車両の貸出・移送事業・サービスについて、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------

↓ 「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
内容	①.福祉車両の貸出 ②.福祉車両での送迎 3.その他 ※該当する番号全てに○を付けてください。	※「3.その他」の内容をご記入ください。
対象者	概ね65歳以上の高齢者および身体障害者手帳1～3級までの外出困難な方。 その他、車椅子利用の方。	
自己負担	貸出料金：100km未満無料 100km以上は1kmあたり20円（燃料代等は実費） 送迎料金：市内通院の場合 片道700円 市外通院の場合 片道900円 （燃料費等は実費）	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(イ)福祉有償運送事業・サービスについて、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------

↓ 「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
対象者	概ね65歳以上の高齢者および身体障害者手帳1～3級までの外出困難な方。 その他、車椅子利用の方。	
運送の対価	最初の3時間は、30分ごとに500円 3時間以降は、30分ごとに400円  入会金：3,000円	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(ウ) 福祉機器などの貸出事業・サービスについて、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------

↓ 「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
貸出機器	①.エアマット ②.ベッド ③.車椅子 4.杖・歩行器 5.その他	※「5.その他」の内容をご記入ください。 ※該当する番号全てに○を付けてください。
対象者	共通事項: 高齢者又は障害者の方で、自立歩行が困難な方。 けが等で一時的に必要な方。 車椅子: 車椅子が必要な方。	
貸出期間	6ヶ月(延長については要相談)	
自己負担	貸出料金 : 無料 破損・修理費 : 実費	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

(エ) 食事、配食事業・サービスについて、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------

↓ 「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
対象者	概ね65歳以上の高齢者世帯	
内容	期 間 : 月～土曜日(日曜日は休み) 食事種別 : 昼食・夕食 その他 : 配達時に安否確認を行う。	
自己負担	500円/1食	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

# 【記入例】

(オ)その他の事業・サービスについて、該当する番号に○を付けてください。

①.ある	2.ない
------	------



「1.ある」の場合は、事業・サービスを下表にご記入ください。

項目	選択項目	記入欄
事業	①.独自事業 2.市町からの委託 3.その他	※「3.その他」の内容をご記入ください。
対象者	概ね65歳以上の高齢者または身体に障害のある方で、自立歩行が困難な方。	
内容	通院などの際に、運転や介助のボランティアを派遣する。	
自己負担	なし	
問い合わせ先	〇〇課(000-000-0000)、△△支所(000-000-0000)	

※複数の問い合わせ先がある場合は、全ての問い合わせ先をご記入ください。

その他、がん患者やその家族の支援について、課題・ご意見・ご提案等がありましたら、ご自由にお書きください。

大変お忙しい中をご回答いただき、誠にありがとうございました。  
後日、ご回答内容の確認等に必要となりますので、ご担当者について以下にご記入ください。

お名前	
ご所属	
ご連絡先	T E L
	F A X
	E-mail



## 市町村医療資源調査—静岡県での実施スケジュール

第1年度												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査項目検討		↓			↑		↕					
関連情報の収集 ・県健康福祉部 ・インターネット等		↓			↑							
調査票作成			↓		↑		↕					
プレ調査 ・5市町					↕							
市町への広報 ・がん対策ネット経由							↕					
調査票配布・回収 ・54自治体・地域							↕					
調査票点検・読み込み									↕			
ヒアリング調査 ・54自治体・地域										↕		↑
調査結果一覧作成												↕
第2年度												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査結果まとめ ・報告書作成		↓					↑		↕		↑	
調査結果まとめ ・相談窓口一覧作成							↓		↑		↑	
補足調査 ・市町、社協							↑					
市町との意見交換 ・窓口一覧表について							■	■	■			

