

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和5年9月1日時点の状況	備考欄
12	1 都道府県協議会における役割	各都道府県の他の拠点病院等と協働して都道府県協議会を設置し、その運営に主体的に参画している。	A	はい	○
13	2 診療体制	(1) 診療機能			
14	(1) 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供	我が国に多いがん(大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんをいう。以下同じ。)を中心にその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケア(以下「集学的治療」という。)を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療(以下「標準的治療」という。)等が患者の状況に応じた適切な治療を提供している。	A	はい	別紙2に詳細を記載してください。
15	イ	医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等には、以下の体制を整備している。	A	はい	○
16	ロ	患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席している。	A	はい	○
17	ハ	治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定している。	A	はい	○
18	ニ	標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合には、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保している。	A	はい	○
19	ホ	がん患者の病期に応じたより適切ながん医療を提供できるように、がんカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催している。	A	はい	○
20	ヘ	個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス	A	はい	各診療科で日常的に開催している場合は「はい」を選択してください。
21	ヘ	個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた、症例への対応方針を検討するカンファレンス	A	はい	各診療科で日常的に開催している場合は「はい」を選択してください。
22	ヘ	手術、放射線治療、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師等による、骨格筋・良発不明がん・希少がんなどに関して臓器横断的ながん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確立等するためのカンファレンス	A	0.33	一ヶ月当たりの開催回数を記載してください。(●回/月)
23	ヘ	臨床倫理的、社会的な問題を解決するための、具体的な事例に則した、患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンス	A	1	一ヶ月当たりの開催回数を記載してください。(●回/月)
24	ヘ	がんカンファレンスを月1回以上開催している。	A	はい	別紙4に詳細を記載してください。
25	ヘ	検討し内容について、各機関に記録の上、関係者間で共有している。	A	はい	○
26	ヘ	院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ、医師だけではなく、看護師や薬剤師等他の診療従事者からも介入依頼ができる体制を整備している。	A	はい	別紙10、19に詳細を記載してください。
27	オ	保険適用外の免疫療法等について、治療、先進医療、臨床研究法(平成29年法律第16号)で定める特定臨床研究または再生医療等の安全性の確保等に留意する法(平成29年法律第95号)に基づき提供される再生医療等の技術以外の形では、薬価・薬選していない。	A	はい	○
28	オ	保険適用外の免疫療法等について、提供または推奨している場合は、上記のどの枠組みに該当するか明記すること。(「なし」と記入すること。)	-	なし	○
29	② 手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項				
30	ア	術中迅速病理診断が可能な体制を確保している。(なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。)	A	はい	○
31	イ	術中迅速病理診断を遠隔病理診断で対応していることある。	-	いいえ	○
32	ロ	術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施している。	A	はい	○
33	ハ	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している。	C	はい	○
34	ニ	保険適用外放射線治療を提供している。	A	いいえ	○
35	ホ	外来での腫瘍学治療(RI内用療法)を提供している。	C	はい	○
36	ヘ	密着小線源治療について、地域の医療機関と連携し、役割分担している。	A	はい	○
37	オ	専用治療室を有する核医学治療(RI内用療法)や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備している。	A	はい	○
38	カ	RI内用療法に必要な放射線治療病室を整備している。	-	いいえ	○
39	カ	粒子線治療に必要な放射線治療設備を整備している。	-	いいえ	○
40	カ	関連する学会のガイドライン準拠患者に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行っている。	A	はい	○
41	カ	施設で実施した第三者機関による出力線量測定の実績を明記すること。(YYYY/MM/例:20209)	-	201808	現行ガイドライン上、出力線量測定頻度は3年に1回以上で可。
42	カ	測定機関名を記入すること。	-		医用原子力技術研究振興財団
43	キ	画像下治療(IVR)を提供している。	C	はい	○
44	ク	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携する等して対応している。	A	はい	○
45	ク	薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置している。	A	はい	○
46	③ 緩和ケアの提供体制				
47	ア	がん医療に関わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど幅広く苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っている。	A	はい	○
48	イ	がん患者の身体的苦痛や精神的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、	A	はい	○
49	ロ	診断時から一貫して提供している。	A	はい	○
50	ハ	診断や治療方針の決定時には、ライフステージ、習性・経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めている。	A	はい	○
51	ニ	ケアを実施するため、がん診療に関わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、これを支援するために組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームにより、以下を提供するよう体制を整備している。	A	はい	別紙6に詳細を記載してください。
52	ホ	(1) がん患者の病期や病状の把握に努め、適切な対応を行っている。	A	はい	○
53	ヘ	(2) がん患者の病期や病状の把握に努めるとともに、適切な対応を行っている。	A	はい	○
54	ヘ	(2) のように規定する看護師、がん患者の把握の支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化する役割を担っている。	A	はい	緩和ケア病棟を有している場合には、別紙6に詳細を記載してください。
55	エ	治療及び看護師、公認心理師等と協働し、適切な支援を実施している。	A	はい	○
56	エ	がん患者に対する緩和ケアの提供に努め、緩和ケアの提供に努めることにおいて専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している。	A	はい	別紙5に詳細を記載してください。
57	エ	自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受入れを行っている。	A	はい	○
58	エ	緩和ケア外来等へ患者紹介について、地域の医療機関に対して広範等を行っている。	A	はい	○
59	オ	医療用薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等により、外来・病棟を問わず医療用薬等を自己管理できるように提供している。	A	はい	○
60	オ	がん患者の病状の把握に努めている。	A	はい	○
61	カ	院内の診療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保している。	A	はい	○
62	カ	緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に通知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示している。	A	はい	○
63	カ	緩和ケアの提供体制として緩和ケアチームへ情報を集約するために、がん治療を行う病棟や外来部門に、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナースなどを配置している。	C	はい	リンクナース: 医療施設において、各種専門チームや委員会と連携して患者の苦痛を軽減し、患者の生活の質を向上させる役割を担うこと。
64	キ	患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備している。	A	はい	アドバンス・ケア・プランニング: 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。
65	ク	アからイ、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行っている。	A	はい	○
66	ク	かかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師や緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行っている。	A	はい	○
67	ケ	疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保している。	A	はい	別紙7に詳細を記載してください。
68	ロ	難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めている。	A	はい	○
69	ロ	自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確保している。	A	はい	76項目・77項目のいずれかが「はい」の場合のみ、自動的に「はい」が選択されます。
70	ロ	自施設で実施が可能である。	-	はい	○
71	ロ	連携する外部の医療機関に患者を紹介して実施している。	-	はい	○
72	ロ	ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表している。	A	はい	○
73	ロ	緩和放射線治療を患者に提供できる体制を整備している。	A	はい	○
74	ロ	自施設のがん患者に対し、緩和放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知している。	A	はい	○
75	ロ	ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表している。	A	はい	○
76	サ	全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのPRO(患者報告アウトカム)、医療用医薬品の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報収集、検討・改善する場を確保している。	A	はい	PRO: 自覚症状やQOLに関する対応の評価のために行う患者の主体的な報告を主とした評価のこと。
77	サ	それを踏まえて自施設において組織的な改善を図る等、緩和ケアの提供体制の改善に努めている。	A	はい	○
78	④ 地域連携の推進体制				
79	ア	がん患者の紹介・連絡に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備している。	A	はい	○
80	イ	緩和ケアの提供に際して、当該がん医療機関内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し、常に地域の緩和ケア提供体制について把握できるようにしている。	A	はい	別紙7に詳細を記載してください。
81	ロ	希少がんに関して、専門家による適切な集学的治療が提供されるよう、他の拠点病院等及び地域の医療機関との連携及び情報提供ができる体制を整備している。	A	はい	○
82	ハ	高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援している。	A	はい	○
83	ニ	Ⅰ 遠隔に入院する高齢者ががんが診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備している。	A	はい	○
84	ニ	Ⅱ 地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備している。	A	はい	○
85	ウ	当該がん医療機関内のがん診療に関する情報と集約し、当該がん医療機関内の医療従事者やがん患者等に対し、情報提供を行っている。	A	はい	○
86	エ	当該がん医療機関内において、術前術中の口腔健康増進や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携している。	A	はい	別紙9に詳細を記載してください。
87	オ	地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備している。	A	はい	○
88	カ	退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や介護支援センター等と連携している。	A	はい	○
89	キ	当該がん医療機関において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けている。	A	はい	○
90	ク	緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的な連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて取組等を行っている。	A	はい	○
91	ク	都道府県や地域の患者会等と連携を図り、患者会等の求めに応じてピア・サポートの質の向上に対する支援等に取り組んでいる。	A	はい	ピア・サポート: 患者・経験者やその家族がピア(仲間)として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。
92	⑤ セカンドオピニオンに関する体制				
93	ア	医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けることについて説明している。	A	はい	○
94	イ	説明の際、心理的な理解を取り除くことができるよう留意している。	-	24	○
95	ロ	がん患者に対する0-10日診療情報提供書(①)の算定件数(期間:令和4年1月1日～12月31日)	-	24	○
96	ハ	当該施設で対応可能ながんについて、手術療法、放射線療法、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師により、セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している。	A	はい	○
97	ウ	セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している。	C	いいえ	○

未充足の必要要件があります。別紙1に詳細を記載してください。

【凡例】
A: 必須要件
B: 望ましい(*)
C: 望ましい
A/-: 参考(左記の記入箇所該当しない部分は回答不要)
-/: 参考(左記の記入箇所該当しない部分は回答不要)

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和5年9月1日時点の状況	備考欄	
207	5 相談支援及び情報の収集提供 (1) がん相談支援センター	相談支援を行う機能を有する部門(がん相談支援センター)を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院をあげて全人的な相談支援を行っている。	A	はい	別紙11に詳細を記載してください。	○
208		必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報連携技術等も活用している。	A	はい		○
209		コミュニケーションに配慮がとれているなど、日本語を母国語としていない患者への配慮を適切に実施できる体制を確保している。	A	はい		○
210		情報取得や意思疎通に配慮が必要な者に対するマニュアルを作成している。	A	いいえ		○
211		国立がん研究センターによるがん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。	A	はい	別紙13に詳細を記載してください。	○
212		がん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専任の相談支援に携わる者の人数	A	1		○
213		がん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専任の相談支援に携わる者の人数	A	1		○
214		当該相談支援に携わる者のうち1名は、社会福祉士である。	C	はい	上記の専任の者は含まれていない。	○
215		がん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専任の相談支援に携わる者の人数	A	1		○
216		相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的な知識の更新に努めている。	C	はい	一人以上配置されていることが望ましい。	○
217		院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備している。	A	はい	別紙12に詳細を記載してください。	○
218		相談支援に携わる者(がん患者団体)との連携協力体制の構築に積極的に取り組んでいる。	A	はい	別紙14に詳細を記載してください。	○
219		がん相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備している。	A	はい		○
220		外來初診時から治療開始までを自前に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問(必ずしも具体的な相談を待たない、場所等の確認も含む)することができる体制を整備している。	B	はい	別紙13に具体的な取り組みを記載してください。	○
221		治療に備えた事前の面談や準備のフローに組み込む等、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう	A	はい		○
222		院内の見やすい場所にがん相談支援センターについて分かりやすく掲示している。	A	はい		○
223		地域の住民や医療・介護・福祉等との関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行っている。	A	はい		○
224		自施設に遠隔していない者からの相談にも対応している。	A	はい		○
225		がん相談支援センターを初めて訪れた者の数を把握し、認知度の継続的な改善に努めている。	A	はい		○
226		がん相談支援センターの案内図について、視覚障がい者への配慮を講じている。	A	はい		○
227		アンケートの内容を自施設の相談支援の質の向上のために活用するとともに、都道府県協議会等へ報告し、他施設とも情報共有している。	A	はい		○
228		患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の診療従事者が対応できるように、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、がん相談支援センターと院内の診療従事者が協働する体制を整備している。	A	はい		○
229		がん相談支援センターに携わる者は、IVの2の(4)に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とし、研修を受講している。	A	はい		○
230	がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けている。	A	はい		○	
231	その際には、一定の研修を受けたピア・サポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めている。	A	はい		○	
232	オンライン環境を整備できる。	C	いいえ		○	
233	(2) 院内がん登録					
234	がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)第44条第1項の規定に基づき定められた、院内がん登録の実施に係る指針(平成27年厚生労働省告示第470号)に即して院内がん登録を実施している。	A	はい		○	
235	国立がん研究センターが実施する研修で中級認定者の認定を受けている、専任の院内がん登録の業務を担当する者1人以上を配置している。	A	はい	別紙16に詳細を記載してください。	○	
236	院内がん登録センターが実施する研修で中級認定者の認定を受けている、専任の院内がん登録の業務を担当する者の人数	A	2		○	
237	毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターへ提出している。	A	はい		○	
238	院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要となる情報を提供している。	A	はい		○	
239	(3) 情報提供・普及啓発					
240	自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等でわかりやすく公開している。	A	はい		○	
241	稀少がん、小児がん、AYA世代のがん患者の診療及び支援(妊産婦診療法を含む)やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報している。	A	はい		○	
242	稀少がんへの治療及び支援を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	-	はい		○	
243	小児がんへの治療及び支援を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	A	はい		○	
244	AYA世代のがんへの治療及び支援を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	A	はい		○	
245	妊産婦診療法を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	A	はい		○	
246	がんゲノム医療への治療及び支援を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	A	はい		○	
247	がんゲノム医療への治療及び支援を自施設もしくは連携する施設への紹介等で提供できる。	A	はい		○	
248	大規模災害や感染症の流行などにより自院の診療状況に変化が生じた場合には、速やかに情報公開をするよう努めている。	A	はい		○	
249	地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け一般向けガイドラインの活用等に関する普及啓発に努めている。	A	はい		○	
250	地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け一般向けガイドラインの活用等に関する普及啓発に努めている。	A	はい		○	
251	参加中の治療についてその対象であるがんの種類及び薬剤名を公表している。	A	はい	地域の定義としては少なくとも市民を含むこと。	○	
252	患者に対して治療も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関に紹介している。	A	はい	別紙17に詳細を記載してください。	○	
253	がん教育について、当該がん医療機関における学校や職場より依頼があった際には、外部講師として診療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めている。	A	はい		○	
254	がん教育の実施に当たっては、児童生徒が当事者である場合や、身近にがん患者を持つ場合があることを踏まえ、対象者へ十分な配慮を行っている。	A	はい		○	
255	6 臨床研究及び調査研究					
256	(1) 政策的に公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力している。	A	はい		○	
257	これらの研究の協力依頼に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。	A	はい	別紙18に記載してください。	○	
258	治療を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター(CRC)を配置すること。	-	はい	委託も可。	○	
259	治療を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター(CRC)を配置すること。	A	2	267が「はい」の場合は要件区分がAになります。	○	
260	治療を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究法に則った体制を整備すること。	-	はい		○	
261	治療を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究法に則った体制を整備すること。	A	はい	271が「はい」の場合は要件区分がAになります。	○	
262	治療を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究法に則った体制を整備すること。	A	はい		○	
263	施設内での広報等に努めている。	A	はい		○	
264	274 医療の質の改善の取組及び安全管理					
265	(1) 自施設が診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者と共有した上で、継続的な改善策を講じている。	A	はい		○	
266	その際にはQuality Indicatorを利用するなどして、PDCAサイクルが確保できるような工夫をしている。	A	はい	別紙20に詳細を記載してください。	○	
267	診療法等に基づき(医療安全にかかわる)適切な体制を確保している。	A	はい	別紙20に詳細を記載してください。	○	
268	(3) 日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けている。	A	はい	日本医療機能評価機構に加え、JCI、ISO9001の認定も該当する。	○	
269	第三者の名称	-	日本医療機能評価機構 病院機能評価	別紙20に詳細を記載してください。	○	
270	直近で評価を受けたタイミング(YYYY/MM、例:202209)	-	202104	別紙20に詳細を記載してください。	○	
271	281 8 グループ指定					
272	地域ががん診療病院とグループ指定を受ける場合には、以下の体制を整備することによりグループ指定を受ける地域がん診療病院と協働して当該地域におけるがん診療等の提供体制を確保すること。	-	はい		○	
273	地域ががん診療病院とグループ指定を受けている。	-	いいえ	別紙27に詳細を記載してください。	○	
274	(1) 連携協力により手術療法、放射線療法、薬物療法を提供する体制を整備している。	-	はい		○	
275	(2) 標準的な薬物療法を提供するためのレジスタの審査等における支援を行っている。	-	はい		○	
276	(3) 標準的な連携体制を確保するための定期的な合同カンファレンスの開催を行っている。	-	はい		○	
277	(4) 連携協力により相談支援や緩和ケアを充実させる体制を整備している。	-	はい		○	
278	(5) 診療機能確保のための支援等に関する人材交流の計画策定及び実行の体制を整備している。	-	はい		○	
279	(6) 診療機能確保のための診療情報の共有体制を整備している。	-	はい		○	
280	(7) 病院ホームページ、パンフレット等にがん診療の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等についてわかりやすく公開している。	-	はい		○	
281	282 特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合は、指定要件に関する事項について					
282	医療法第42条の2に基づき特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合には、当該医療機関はⅡの地域拠点病院の指定要件に加え、他の拠点病院等に対する医師の派遣や人材育成による診療支援に積極的に取り組む、その観点から都道府県協議会にも積極的に参画すること。	-	はい		○	
283	他の拠点病院等に対する医師の派遣や人材育成による診療支援に積極的に取り組んでいる。	-	はい		○	
284	他の拠点病院等に対する医師の派遣や人材育成による診療支援に関する観点を含め、都道府県協議会に積極的に参画している。	-	はい		○	