

1		
2	医療機関名	医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院
3	推薦類型	地域がん診療連携拠点病院
4	令和6年9月時点指定類型	新規指定推薦
5		
6	【記入箇所】	
7	都道府県がん診療連携拠点病院	: II・IV (※特定機能病院である場合には、IIIにも回答すること。)
8	地域がん診療連携拠点病院	: II (※特定機能病院である場合には、IIIにも回答すること。)
9	特定領域がん診療連携拠点病院	: II・V
10	地域がん診療病院	: VI

未充足の必須要件があります。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(左記の記入箇所に該当しない部分は回答不要)
-: 参考(左記の記入箇所に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6年9月1日時点の状況	備考欄
12	II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について				
13	1	都道府県協議会における役割			
14		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	いいえ	×
15		その際、各がん医療圏におけるがん医療の質を向上させるため、当該がん医療圏を代表して都道府県協議会の運営にあたり、都道府県協議会の方針に沿って各がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努めている。	A	いいえ	×
16	2	診療体制			
17	(1)	診療機能			
18	①	集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供			
19	ア	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「集学的治療等」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。)等が患者の状態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。
20		我が国に多いがんの中でも症例の集約化により治療成績の向上が期待されるもの等、当該施設において集学的治療等を提供しない場合には、適切な医療に確実につなげることができる体制を構築している。	A	はい	別紙3に詳細を記載してください。
21	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	
22	i	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	
23	ii	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	
24	iii	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、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	
25	ウ	がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下の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	
26	i	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。
27	ii	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。
28	iii	手術、放射線診断、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、骨転移・原発不明がん・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・確認等するためのカンファレンス	A	8	・一ヶ月当たりの開催回数を記載してください。(●回/月)
29	iv	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	2	・一ヶ月当たりの開催回数を記載してください。(●回/月) ・別紙4に詳細を記載してください。
30		ivのカンファレンスを月1回以上開催している。	A	はい	
31		検討した内容について、診療録に記録の上、関係者間で共有している。	A	はい	
32	エ	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19に詳細を記載してください。
33	オ	保険適用外の免疫療法等について、治験、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関する法律(平成25年法律第85号)に基づき提供される再生医療等の枠組み以外の形では、実施・推奨していない。	A	はい	
34		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。(なお、提供または推奨していない場合は、「なし」と記入すること。)	-	なし	
35	②	手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項			
36	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	
37		術中迅速病理診断を遠隔病理診断で対応依頼することがある。	-	いいえ	
38	イ	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	
39		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	
40	ウ	強度変調放射線治療を提供している。	C	はい	
41		外来での核医学治療(RI内用療法)を提供している。	C	はい	
42	エ	密封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	
43		自施設で密封小線源治療に必要な放射線治療病室を整備している。	-	いいえ	
44	オ	専用治療病室を要する核医学治療(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	
45		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	
46		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	
47	カ	関連する学会のガイドライン等も参考に、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	
48		直近で実施した第三者機関による出力線量測定の時期を明記すること。(YYYY/MM、例:202309)	-	202210	
49		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	
50		基準線量の±5%の水準以内である。	-	はい	
51	キ	画像下治療(IVR)を提供している。	C	はい	

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄
52		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	○
53		ケ 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	○
54		③ 緩和ケアの提供体制			
55		ア がん診療に携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頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っている。	A	はい	○
56		イ がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、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、診断時から一貫して経時的に行っている。	A	はい	○
57		診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、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	○
58		ウ ア、イを実施するため、がん診療に携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8に詳細を記載してください。
59		i 定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、適切な症状緩和について協議し、必要に応じて主体的に助言や指導等を行っている。	A	はい	別紙8に詳細を記載してください。
60		ii (2)の②のウに規定する看護師は、苦痛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	別紙8に詳細を記載してください。
61		主治医及び看護師、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	○
62		エ 患者が必要な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケア外来の設置など外来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。
63		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	○
64		緩和ケア外来等への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っている。	A	はい	○
65		オ 医療用麻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麻薬等を自己管理できるよう指導している。	A	はい	○
66		その際には、自記式の服薬記録を整備活用している。	A	はい	○
67		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	○
68		i 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周知するとともに、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	○
69		ii 緩和ケアの提供体制につい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病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。
70		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。
71		ク アからキにより、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	○
72		ケ かかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師が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	○
73		コ 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。
74		i 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	○
75		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認している。	A	はい	76行目・77行目のいずれかが”はい”の場合のみ、自動的に”はい”が選択されます。
76		自施設で実施が可能である。	-	はい	○
77		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。	-	いいえ	○
78		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	○
79		ii 緩和的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	○
80		自施設の診療従事者に対し、緩和的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	○
81		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	○
82		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)、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置している。	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観的な報告をまとめた評価のこと。
83		それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めている。	A	はい	○
84		④ 地域連携の推進体制			
85		ア がん患者の紹介、逆紹介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	○
86		i 緩和ケアの提供に関して、当該がん医療圏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情報提供できる体制を整備している。	A	はい	○
87		ii 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	○
88		iii 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	○
89		iv 介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、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	○
90		イ 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	○
91		ウ 当該がん医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該がん医療圏内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行っている。	A	はい	○
92		エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、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対応している。	A	はい	別紙29に詳細を記載してください。
93		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	○
94		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訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施している。	A	はい	○
95		キ 当該がん医療圏において、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	○
96		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に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っている。	A	はい	○

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄	
97		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。	○
98		⑤ セカンドオピニオンに関する体制				
99		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等において、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られることについて説明している。	A	はい		○
100		説明の際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意している。	A	はい		○
101		がん患者に対するB-010 診療情報提供書(II)の算定件数(期間: 令和5年1月1日~12月31日)	-	39		○
102		イ 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体制を整備し、患者にわかりやすく公表している。	A	はい		○
103		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		○

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄
104		⑥ それぞれの特性に応じた診療等の提供体制			
105		ア 希少がん・難治がんの患者の診断・治療に関しては、積極的に都道府県協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションに対応している。	A	はい	○
106		イ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備している。	A	はい	○
107		ウ 各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画するとともに、対象となりうる患者や家族には必ず治療開始前に情報提供している。	A	はい	○
108		患者の希望を確認するとともに、がん治療を行う診療科が中心となって、院内または地域の生殖医療に関する診療科とともに、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備している。	A	はい	○
109		自施設において、がん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めている。	A	はい	別紙10に詳細を記載してください。
110		エ 就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備している。	A	はい	妊孕性：子どもをつくるために必要な能力のこと。精子や卵子だけではなく、性機能や生殖器、内分泌機能も重要な要素である。 アピアランスケア：医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのこと。
111		それらの相談に応じる多職種からなるAYA世代支援チームを設置している。	C	いいえ	別紙10に詳細を記載してください。
112		一般社団法人AYAがんの医療と支援のあり方研究会の開催する「AYA世代がんサポート研修会」を受けた院内の診療従事者の人数 (尚、AYA世代支援チームに在籍する者に限らない)	-	2	○
113		オ 高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保している。	A	はい	○
114		意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている。	A	はい	○
115		高齢者のがん患者に関して、必要に応じて高齢者総合機能評価を行っている。	-	はい	別紙10に詳細を記載してください。
116		カ 医療機関としてのBCPを策定している。	B	はい	○
117		(2) 診療従事者			
118		① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置 ※以下、常勤職員の人数を回答する項目において、非常勤職員を常勤換算して常勤職員と合算することは不可です。			
119		ア 当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤の医師の人数	A	25	常勤：原則として病院で定めた勤務時間の全てを勤務する者をいう。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤とし、その他は非常勤とする。 ※一人以上の配置が必要です。
120		イ 専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	1	専任：専任とは当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。 ※一人以上の配置が必要です。
121		ウ 専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	2	専従：専従とは当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該診療に従事していることをいう。 ※一人以上の配置が必要です。
122		エ 専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
123		オ 緩和ケアチームに配置されている、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
124		緩和ケアチームに配置されている、専従の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	C	0	○
125		緩和ケアチームに配置されている、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師のうち、緩和ケアに関する専門資格を有する者の人数	C	0	○
126		緩和ケアチームに配置されている、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
127		緩和ケアチームに配置されている、専任の精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	C	0	○
128		カ 専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
129		キ リハビリテーションに携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	C	5	○
130		② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置			
131		ア 放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師の人数	B	5	※二人以上の配置が望ましい(*)。少なくとも一人の配置は必要です。
132		上記の診療放射線技師のうち、放射線治療に関する専門資格を有する者の人数	C	1	○
133		専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
134		上記の技術者のうち、医学物理学に関する専門資格を有する者の人数	C	1	○
135		放射線治療部門に配置されている、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
136		上記の看護師のうち、放射線治療に関する専門資格を有する者の人数	C	0	○
137		イ 専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師の人数	A	3	※一人以上の配置が必要です。
138		上記の薬剤師のうち、がん薬物療法に関する専門資格を有する者の人数	C	3	○
139		外来化学療法室に配置されている、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
140		上記の看護師のうち、がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する者の人数	C	1	○
141		ウ 緩和ケアチームに配置されている、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
142		上記の看護師のうち、がん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。
143		エ 緩和ケアチームに配置されている、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する薬剤師の人数 (他部署との兼任を可とする。)	A	2	※一人以上の配置が必要です。
144		上記の薬剤師のうち、緩和薬物療法に関する専門資格を有する者の人数	C	0	○
145		緩和ケアチームに配置されている、相談支援に携わる専門的な知識及び技能を有する者の人数 (他部署との兼任を可とする。)	A	1	※一人以上の配置が必要です。
146		上記エの相談支援に携わる者のうち、社会福祉士である者の人数	C	1	○
147		上記エの相談支援に携わる者のうち、精神保健福祉士である者の人数	C	0	○
148		オ 緩和ケアチームに協力する、公認心理師等の医療心理に携わる専門的な知識及び技能を有する者の人数	B	1	○
149		オの医療心理に携わる者のうち、公認心理師である者の人数	-	1	○
150		カ 専任の細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者の人数	A	1	※一人以上の配置が必要です。

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166	3	診療実績			
167		(1)			
170					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
179					
186					
187	4	人材育成等			
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄
203	(4)	連携する地域の医療施設におけるがん診療に携わる医師に対して、緩和ケアに関する研修の受講勧奨を行っている。	A	はい	○
204	(5)	(3)のほか、当該がん医療圏において顔の見える関係性を構築し、がん医療の質の向上につながるよう、地域の診療従事者を対象とした研修やカンファレンスを定期的に開催している。	A	はい	○
205	(6)	自施設の診療従事者等に、がん対策の目的や意義、がん患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年1回以上確保している。	A	はい	○
206		自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講している。	C	いいえ	○
207		令和5年1月1日～12月31日の開催回数	-	1	○
208		令和5年1月1日～12月31日の期間に実施した研修のうち、代表的な内容を一つ記載してください。	-	がん診療連携拠点病院説明会	○
209	(7)	院内の看護師を対象として、がん看護に関する総合的な研修を定期的実施している。	A	はい	○
210		令和5年1月1日～12月31日の開催回数	-	6	○
211		令和5年1月1日～12月31日の期間に実施した研修のうち、代表的な内容を一つ記載してください。	-	患者さんに「やっとわかったよ！」と言われた腫瘍薬の	○
212		他の診療従事者についても、各々の専門に応じた研修を定期的実施するまたは、他の施設等で実施されている研修に参加させている。	A	はい	○
213	(8)	医科歯科連携による口腔健康管理を推進するために、歯科医師等を対象とするがん患者の口腔健康管理等の研修の実施に協力している。	A	はい	○
214	5 相談支援及び情報の収集提供				
215	(1) がん相談支援センター				
216		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、病院を挙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。
217		必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用している。	A	はい	○
218		コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者等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	○
219		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	-	はい	○
220	①	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)を修了した専従及び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。
221		がん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専従の相談支援に携わる者の人数	A	1	○
222		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	上記の専従の者は含めないでください。(専任であり、かつ専従でない者の人数を記載ください。)
223		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	○
224		がん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専従もしくは専任の相談支援に携わる者のうち、社会福祉士の人数	C	1	一人以上配置されていることが望ましい
225	②	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。	A	はい	○
226	③	院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外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。
227		相談支援に関し十分な経験を有する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。
228	④	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	○
229	ア	外来初診時から治療開始までを目処に、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伴わない、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。
230	イ	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繰り返し案内を行っている。	A	はい	○
231	ウ	院内の見やすい場所にご案内について分かりやすく掲示している。	A	はい	○
232	エ	地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、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	○
233	オ	自施設に通院していない者からの相談にも対応している。	A	はい	○
234		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	○
235	⑤	がん相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備している。	A	はい	○
236		フィードバック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、都道府県協議会で報告し、他施設とも情報共有している。	A	いいえ	×
237	⑥	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、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	○
238	⑦	がん相談支援センターの相談支援に携わる者は、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た研修を受講している。	A	いいえ	×
239	⑧	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	○
240		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	○
241		オンライン環境でも開催できる。	C	はい	○
242	(2) 院内がん登録				
243	①	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	○
244	②	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、専従の院内がん登録の実務を担う者を1人以上配置している。	A	はい	別紙16に詳細を記載してください。
245		中級認定者の認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者の人数	A	1	○
246	③	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に提供している。	A	はい	○
247	④	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情報を提供している。	A	はい	○
248	(3) 情報提供・普及啓発				
249	①	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広報している。	A	はい	○
250		希少がん、小児がん、AYA世代のがん患者への治療及び支援(妊孕性温存療法を含む)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	○
251		希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	○
252		提供できる治療・支援の内容を広報している。	A	はい	○
253		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。	-	はい	○
254		提供できる治療・支援の内容を広報している。	A	はい	○
255		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。	-	はい	○

11	指針の箇所	要件	要件区分	令和6年9月1日時点の状況	備考欄	
256		提供できる治療・支援の内容を広報している。	A	はい		○
257		妊孕性温存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。	-	はい		○
258		提供できる治療・支援の内容を広報している。	A	はい		○
259		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。	-	はい		○
260		提供できる治療・支援の内容を広報している。	A	はい		○
261		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		○
262	②	当該がん医療圏内のがん診療に関する情報について、病院ホームページ等でわかりやすく広報している。	A	はい		○
263		特に、我が国に多いがんの中で、自施設で対応しない診療内容についての連携先や集学的治療等が終了した後のフォローアップについて地域で連携する医療機関等の情報提供を行っている。	A	はい		○
264	③	地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めている。	A	はい		○
265		地域を対象として実施した、がんに関するセミナー等の開催回数(総数)	-	41	地域の定義としては少なくとも市民を含むこと。	○
266	④	参加中の治験についてその対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報している。	A	はい		○
267	⑤	患者に対して治験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を紹介している。	A	はい	別紙17に詳細を記載してください。	○
268	⑥	がん教育について、当該がん医療圏における学校や職域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		○
269		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等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		○
270	6 臨床研究及び調査研究					
271	(1)	政策的公衆衛生的に必要な性の高い調査研究に協力している。	A	はい		○
272		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。	A	はい	別紙18に記載してください。	○
273	(2)	治験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。			委託も可	
274		治験を含む医薬品等の臨床研究を行っている。	-	はい		○
275		臨床研究コーディネーターを配置している。	A	はい	274が“はい”の場合は要件区分がAIになります。	○
276		臨床研究コーディネーターとして勤務している者の人数	A	6		○
277		治験を除く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。				
278		治験を除く医薬品等の臨床研究を行っている。	-	はい		○
279		臨床研究法に則った体制を整備している。	A	はい	278が“はい”の場合は要件区分がAIになります。	○
280		実施内容の広報等に努めている。	A	はい		○
281	7 医療の質の改善の取組及び安全管理					
282	(1)	自施設の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で共有した上で、組織的な改善策を講じている。	A	はい		○
283		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工夫をしている。	A	はい		○
284	(2)	医療法等に基づく医療安全にかか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。	○
285	(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	別紙20に詳細を記載してください。 日本医療機能評価機構に加え、JCI、ISO9001の認定も該当する。	○
286		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。	○
287		直近で評価を受けたタイミング(YYYY/MM、例:202309)	-	202312	別紙20に詳細を記載してください。	○
288	8 グループ指定					
289		地域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等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。				
290		地域がん診療病院との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。	○
291	(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。	-			
292	(2)	標準的な薬物療法を提供するためのレジメンの審査等における支援を行っている。	-			
293	(3)	確実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。	-			
294	(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。	-			
295	(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。	-			
296	(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。	-			
297	(7)	病院ホームページ、パンフレット等による連携先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広報している。	-			