

| II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について (要件区分) A: 必須 B: 原則必須 C: 対応することが望ましい D: グループ指定を受けている場合必須 E: 単独または連携による確保が必須 F: 二次医療圏の医師数が300人以下の場合必須では | 要件 | 長野赤十字病院 | 長野市民病院 |
|--|----|---------|--------|
| | | H30 | H30 |
| 1 診療体制 | | | |
| (1) 診療機能 | | | |
| ① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供 | | | |
| 我が国に多いがんおよびその他各医療機関が専門とするがんについて、集学的治療および緩和ケアを提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供している。 | A | ○ | ○ |
| 集学的治療及び標準的治療等の質の評価のため、必要な情報を、国に届け出ている。 | A | ○ | ○ |
| がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを、診断時から外来及び病棟にて行うことのできる体制を整備している | A | ○ | ○ |
| 院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。 | A | ○ | ○ |
| がん患者カウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本としている。同席者は患者とその家族等の希望に応じて調整している。 | A | ○ | ○ |
| 初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めている。 | A | ○ | ○ |
| 我が国に多いがんについて、クリティカルパスを整備し、活用状況を把握している。 | A | ○ | ○ |
| がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 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、カンサーボードを設置している。 | A | ○ | ○ |
| カンサーボードの実施主体を明らかにした上で、月1回以上開催している。 | A | ○ | ○ |
| カンサーボードには治療法となり得る診療科の複数診療科の担当医師が参加している。 | A | ○ | ○ |
| カンサーボードには緩和ケア担当医師や病理医も参加している。 | C | ○ | ○ |
| スクリーニングを行った上で、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の専門的多職種参加を必要に応じて求めている | A | ○ | ○ |
| カンサーボードで検討した内容については、記録の上、関係者間で共有している。 | A | ○ | ○ |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 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適切に依頼ができる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催している。 | D | ○ | — |
| 思春期とAYA世代にあるがん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介している。 | A | ○ | ○ |
| 生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の生殖医療に関する診療科についての情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 以下のいずれかの枠組みで保険適応外の免疫療法を提供している。 ※「いいえ」の場合、以下の2つの項目は、「—」 | A | × | × |
| 治験を含めた臨床研究の枠組みで実施している。 | B | — | — |
| 先進医療の枠組みで実施している。 | B | — | — |
| グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行っている。 | D | — | — |
| ② 手術療法の提供体制 | | | |
| 遠隔病理診断も含め術中迅速病理診断が可能な体制を確保している。 | A | ○ | ○ |
| 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。 | C | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により手術療法を提供する体制を整備している。 | D | ○ | — |
| ③ 放射線治療の提供体制 | | | |
| 強度変調放射線治療等を含む放射線治療に関して地域の医療機関と連携するとともに、役割分担を図っている。 | A | ○ | ○ |
| 核医学治療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 | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 基準線量の±5%の範囲を維持している。上段で「いいえ」の場合、便宜上「—」 | C | ○ | ○ |
| 緩和的放射線治療について、患者に提供できる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により放射線治療を提供する体制を整備している。 | D | ○ | — |
| ④ 薬物療法の提供体制 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 外来化学療法室において、専門資格を有する看護師を中心として、治療の有害事象を含めた苦痛のスクリーニングを行い、主治医と情報を共有し、適切な治療や支援を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 急変時等の緊急時に外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保している。 | A | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な薬物療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により薬物療法を提供する体制を整備している。 | D | ○ | - |
| ⑤ 緩和ケアの提供体制 | | | |
| 看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供している。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、緩和ケアが提供される体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備する。 | - | - | - |
| 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、適切な症状緩和について協議している。 | A | ○ | ○ |
| 当該病棟ラウンド及びカンファレンスについて主治医や病棟看護師等に情報を共有し、必要に応じて参加を求めている | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームの身体症状の緩和に携わる医師は、手術療法・薬物療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案している。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームの精神症状の緩和に携わる医師に関しても、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加している。 | C | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームの看護師は、苦痛のスクリーニング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・強化している。 | A | ○ | ○ |
| 同看護師は主治医及び看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施している。 | A | ○ | ○ |
| 院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行い、緩和ケアの提供体制の改善を図っている。 | A | ○ | ○ |
| がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、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 | ○ | ○ |
| 院内の医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。 | - | - | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保している。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、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 | ○ | ○ |
| がん治療を行う病棟や外来部門に、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたりるとともに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、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置している。 | C | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 緩和ケアの提供がなされる旨を、がん患者および家族に対しわかりやすく情報提供を行っている。 | A | ○ | ○ |
| かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医およ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および指導を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアに関する要請および相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| ⑥ 地域連携の推進体制 | | | |
| 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行っている。 | A | ○ | ○ |
| がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアの提供に関しては、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 | ○ | ○ |
| 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、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 | ○ | ○ |
| 当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域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 | ○ | ○ |
| 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いる。 | C | ○ | ○ |
| 我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパスを整備している。 | A | ○ | ○ |
| 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、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備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 | ○ | ○ |
| 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志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 | ○ | ○ |
| 当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けている。 | A | ○ | ○ |
| 議論する場は既存の会議体を利用する等の工夫を行っている。 | C | ○ | ○ |
| ⑦ セカンドオピニオンの提示体制 | | | |

| | | | |
|--|-----|----|----|
| 我が国に多いがんその他当該施設で対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、化学療法または緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受けている場合には、地域がん診療病院と連携しセカンドオピニオンを提示する体制を整備している。 | D | ○ | — |
| がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| (2) 診療従事者 | | | |
| ① 専門的な知識および技能を有する医師の配置 | | | |
| 手術療法に携わる常勤の医師の人数。 | A | 30 | 44 |
| 専任の放射線診断に携わる常勤の医師の人数。 | A・F | 5 | 3 |
| 専従の放射線治療に携わる常勤の医師の人数。 | A・F | 3 | 2 |
| 専従の薬物療法に携わる常勤の医師の人数。 | A | 1 | 1 |
| 緩和ケアチームの、専任の身体症状の緩和に携わる医師の人数。 | A | 1 | 1 |
| 身体症状の緩和に携わる医師のうち専従常勤の人数 | C | 1 | 1 |
| 該当医師は緩和ケアに関する専門資格を有する専任常勤の医師である。 | C | ○ | × |
| 緩和ケアチームの、精神症状の緩和に携わる常勤の医師の人数。 | A | 1 | 1 |
| 精神症状の緩和に携わる常勤の医師のうち専任の人数 | C | 1 | 1 |
| 病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含む、専従の病理診断に携わる常勤の医師の人数。 | A・F | 2 | 1 |
| 当該2次医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね300人を下回る2次医療圏である。 | - | — | — |
| 放射線治療に携わる医師のうち専任の人数 | G | — | — |
| うち常勤 | B | — | — |
| 病理解剖などの病理診断に係る周辺業務を含む病理診断に携わる専従の医師の人数 | G | — | — |
| ② 専門的な知識および技能を有する医師以外の診療従事者の配置 | | | |
| 専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師の人数。 | A | 3 | 5 |
| 専従の放射線治療に携わる常勤診療放射線技師が2人以上である。 | C | ○ | ○ |
| 当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者である。 | C | ○ | ○ |
| 専任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常勤の技術者等の人数。 | A | 2 | 3 |
| 当該技術者は医学物理学に関する専門資格を有する者である | C | ○ | ○ |
| 放射線治療室に専任の常勤看護師の人数。 | A | 4 | 3 |
| 当該看護師は放射線治療に関する専門資格を有する者である。 | C | × | ○ |
| 専任の薬物療法に携わる常勤の薬剤師の人数。 | A | 5 | 3 |
| 当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者である。 | C | ○ | ○ |
| 外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる常勤の看護師の人数。 | A | 6 | 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 当該看護師は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である | C | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる常勤の看護師の人数 | A | 2 | 1 |
| 当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者である | A | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームに協力する薬剤師の人数。 | C | 4 | 2 |
| 当該薬剤師は緩和薬物療法に関する専門資格を有する者である。 | C | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者の人数。 | C | 2 | 1 |
| 当該医療心理に携わる者は公認心理師である。 | C | × | × |
| 緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者の人数。 | C | 1 | 1 |
| 当該相談支援に携わる者については社会福祉士である。 | C | ○ | ○ |
| 当該相談支援に携わる者については精神保健福祉士である。 | C | ○ | ○ |
| 専任の細胞診断に係る業務に携わる者の人数。 | A | 2 | 4 |
| 当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者である。 | C | ○ | ○ |
| ③ その他 | | | |
| がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科が参加する話し合いの場等を設置している。 | C | ○ | ○ |
| 地域がん診療連携拠点病院の長は、当該拠点病院においてがん医療に携わる専門的な知識および技能を有する医師の専門性および活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| (3) 医療施設 | | | |
| ① 専門的ながん医療を提供するための治療機器および治療室等の設置 | | | |
| 放射線治療に関する機器を設置している。 | A | ○ | ○ |
| 当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器である。 | A | ○ | ○ |
| 外来化学療法室を設置している。 | A | ○ | ○ |
| 集中治療室を設置している。 | B | ○ | ○ |
| 白血病を専門とする分野に掲げている。 | - | ○ | × |
| 無菌病室を設置している。上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」 | A | ○ | - |
| 術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室を設置している。 | A | ○ | ○ |
| 病棟、外来、イに規定する外来化学療法室等に、集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点などに関して、冊子や視聴覚教材などを用いてがん患者およびその家族が自主的に確認できる環境を整備している。 | A | ○ | ○ |
| がん患者およびその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けている。 | A | ○ | ○ |
| ② 敷地内禁煙等 | | | |
| 敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組んでいる。 | A | ○ | ○ |
| 2 診療実績 | | | |
| (1)①または②を概ね満たしている。 | A | ○ | ○ |

| | | | |
|--|---|-------|-------|
| 院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分：症例区分20および30）年間500件以上である。（平成29年1月1日～12月31日） | - | ○ | ○ |
| 院内がん登録数 | - | 1,500 | 1,792 |
| 悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上である。（平成29年1月1日～12月31日） ※悪性腫瘍の手術とは医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）なお、内視鏡的切除も含む。 | - | ○ | ○ |
| 悪性腫瘍の手術件数 | - | 972 | 1,401 |
| がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上である。（平成29年1月1日～12月31日） ※がんに係る薬物療法とは経口または静注による全身投与を対象とする。ただし内分泌療法単独の場合は含めない。なお、患者数については1レジメンあたりを1人として計上する。 | - | ○ | ○ |
| がんに係る薬物療法延べ患者数 | - | 2,119 | 1,125 |
| 放射線治療のべ患者数 年間200人以上である。（平成29年1月1日～12月31日） ※放射線治療とは医科点数表第2章第12部の放射線治療に含まれるものとする。ただし、血液照射は除く。なお、患者数については複数部位照射する場合でも、一連の治療計画であれば1人として計上する。 | - | ○ | ○ |
| 放射線治療延べ患者数 | - | 628 | 574 |
| 緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上（平成29年1月1日～12月31日） なお、患者数については同一入院期間内であれば複数回介入しても1人として計上する。 | - | ○ | ○ |
| 緩和ケアチームの新規介入患者数 | - | 280 | 388 |
| 当該医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績がある。 | - | ○ | ○ |
| 当該2次医療圏に居住するがん患者の診療実績の割合 | - | 28% | 21% |
| 3 研修の実施体制 | | | |
| 当該医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催している。 | A | ○ | ○ |
| 自施設に所属する臨床研修医及び1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において、報告している。 | A | ○ | ○ |
| 医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促している。 | C | ○ | ○ |
| 研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供している。 | A | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 原則として当該2次医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、副作用対応を含めた放射線治療・薬物療法の推進および緩和ケア等に関する研修を実施している。 | B | ○ | ○ |
| 当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫している。 | C | ○ | ○ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 診療連携を行っている地域の医療機関等の診療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的開催している。 | A | ○ | ○ |
| 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 | ○ | ○ |
| 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して、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 | C | ○ | ○ |
| 4 情報の収集提供体制 | | | |
| (1)がん相談支援センター | | | |
| 相談支援センターを設置している。 | A | ○ | ○ |
| 相談支援センターは「がん相談支援センター」と表記している。(病院固有の名称との併記も可) | A | ○ | ○ |
| 院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知している。 | A | ○ | ○ |
| がん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了した専従およ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 | ○ | ○ |
| 院内および地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者およびその家族並びに地域の住民およ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。また、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取り組んでいる。 | A | ○ | ○ |
| 相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保している。 | A | ○ | ○ |
| 相談支援センターについて周知するための体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備している。 | C | ○ | ○ |
| 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。 | C | ○ | ○ |
| 患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働している。 | A | ○ | ○ |
| 相談支援センターの支援員は、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 | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備している。 | E | ○ | ○ |
| <相談支援センターの業務> | — | — | — |
| がんの病態や標準的治療法等、がんの治療に関する一般的な情報を提供している。 | A | ○ | ○ |
| がんの予防やがん検診等に関する一般的な情報を提供している。 | A | ○ | ○ |
| 自施設で対応可能ながん種や治療法等の診療機能及び、連携する地域の医療機関に関する情報を提供している。 | A | ○ | ○ |
| セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介を行っている。 | A | ○ | ○ |
| がん患者の療養上の相談に対応している。 | A | ○ | ○ |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 就労に関する相談に対応している。 | A | ○ | ○ |
| 産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携により提供している。 | C | ○ | ○ |
| 地域の医療機関におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供を行っている。 | A | ○ | ○ |
| アスベストによる肺がんおよび中皮腫に関する医療相談に対応している。 | A | ○ | ○ |
| H T L V-1 関連疾患である A T L に関する医療相談に対応している。 | A | ○ | ○ |
| 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組をしている。 | A | ○ | ○ |
| その他相談支援に関することに対応している。 | A | ○ | ○ |
| がんゲノム医療に関する相談に対応している、または適切な機関に紹介している。 | A | ○ | ○ |
| 希少がんに関する相談に対応している、または適切な機関に紹介している。 | A | ○ | ○ |
| A Y A 世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援に関する相談に対応している、または適切な機関に紹介している。 | A | ○ | ○ |
| がん治療に伴う生殖機能の影響や、生殖機能の温存に関する相談に対応している。または適切な機関に紹介している。 | A | ○ | ○ |
| その他自施設では対応が困難である相談支援に対応している、または適切な機関に紹介している。 | A | ○ | ○ |
| (2)院内がん登録 | | | |
| がん登録等の推進に関する法律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に即して院内がん登録を実施している。 | A | ○ | ○ |
| 院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確している。 | A | ○ | ○ |
| 当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成される当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置している | A | ○ | ○ |
| 専従で、院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を1人以上配置している。 | A | ○ | ○ |
| 中級認定を受けた院内がん登録の実務を担う専従者の人数 | A | ○ | ○ |
| 配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟している。 | A | ○ | ○ |
| 院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠している。 | A | ○ | ○ |
| 適宜、登録対象者の生存の状況を確認している。 | A | ○ | ○ |
| 院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うため、毎年、国立がん研究センターに情報提供している。 | A | ○ | ○ |
| 院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティに関する基本的な方針を定めている | C | ○ | ○ |
| 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な情報を提供している。 | A | ○ | ○ |

| | | | |
|--|---|---|---|
| (3) 情報提供・普及啓発 | | | |
| 自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容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 | ○ | ○ |
| がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援についても、自施設で提供している | - | | |
| がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援について自施設で提供している場合、病院ホームページ等でわかりやすく広報している。※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」 | A | ○ | ○ |
| 院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている。 | A | ○ | ○ |
| 地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めている。 | A | ○ | ○ |
| 地域がん診療病院とグループ指定を受けている場合には、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病院ホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表している。 | D | ○ | ○ |
| がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めている。 | C | ○ | ○ |
| 学校でのがん教育を実施するに当たっては、児童・生徒へ十分な配慮を行っている。 ※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」 | A | ○ | ○ |
| 5 臨床研究および調査研究 | | | |
| 政策的公衆衛生的に必要な性の高い調査研究への協力体制を整備している。 | A | ○ | ○ |
| 臨床研究を行っている。※「いいえ」の場合、以下の3つの項目は、便宜上「-」 | - | | |
| 治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備をしている。 | A | ○ | ○ |
| 進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報している。 | A | ○ | ○ |
| 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。 ※治験に参加していない場合、便宜上「-」を選択してください。 | C | ○ | ○ |
| 臨床研究コーディネーター（CRC）を配置している。 | C | ○ | ○ |
| 患者に対して治験も含めた臨床研究、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 | ○ | ○ |
| 6 PDCAサイクルの確保 | | | |
| 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 | ○ | ○ |
| これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 地域に対してわかりやすく広報している。 | A | ○ | ○ |
| 7 医療に係る安全管理 | | | |
| 組織上明確に位置づけられた医療安全管理部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じている。 | A | ○ | ○ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 当該部門の長として常勤の医師を配置している。 | A | ○ | ○ |
| 医療安全管理者として上記医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置している。 | A | ○ | ○ |
| 医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講している。 | A | ○ | ○ |
| 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用している | C | ○ | ○ |
| 当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用や高難度新規医療技術を用いた医療の提供を実施する場合は、以下の体制を整備すること。※上段で「いいえ」とした場合、以下3つの項目は、便宜上「-」 | - | ○ | ○ |
| 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供している。 | A | ○ | ○ |
| 提供した医療について、事後評価を行っている。 | A | ○ | ○ |
| 医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保している。 | A | ○ | ○ |