

神奈川県がん診療連携指定病院 新規指定書・指定更新書・現況報告書

病院名 平塚共済病院

区分 神奈川県がん診療連携指定病院

※様式4(全般事項)の「1. 推薦区分」を反映しています

指定要件での扱い

A: 必須

B: 原則必須

C: 対応することが望ましい

「-」: 要件に該当なし

「A」項目の充足状況	50	／	50	100.0%
「B」項目の充足状況	4	／	5	80.0%
「C」項目の充足状況	96	／	117	82.1%

様式2(機能別)の該当指定要件のA、Bのうち満たしていない項目について別紙1に記載すること。

別紙1

神奈川県がん診療連携指定病院の指定要件について

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

ア 我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がんをいう。以下同じ。)およびその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療および薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療および緩和ケア(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。)等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供している。

我が国に多いがんおよびその他の各医療機関が専門とするがんについて、診療状況を別紙2に記載すること。

イ 集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、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。なお、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じて看護師等によるカウンセリング(以下「がん患者カウンセリング」という。)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。

i 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。

ウ 医師からの診断結果や病状の説明時の体制の整備。

i 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。

ii 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。

エ 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、実効性のある診療体制を整備している。

オ 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(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に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態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をいう。以下同じ。)を設置している。

i キ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。

ii キンサーボードには治療法(手術療法、薬物療法、放射線療法等)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。

キ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。

iii イに規定する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。

iv キ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。

カ 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。

キ 思春期と若年成人(Adolescent and Young Adult; AYA)世代(以下「AYA世代」という。)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。

ク 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。

ケ 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。

コ 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、「-」を選択してください(未入力チェックのため)。

治験を含めた臨床研究の枠組みで実施している。

先進医療の枠組みで実施している。

② 手術療法の提供体制

ア 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。

当該体制を施設内で確保している。

当該体制は遠隔病理診断により確保している。

その他の場合、具体的に記載すること。

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。

③ 放射線治療の提供体制				48	
ア	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。	C	はい	(はい/いいえ)	49
	強度変調放射線治療について、自施設で実施している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	50
イ	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。	C	はい	(はい/いいえ)	51
	核医学治療を自施設で実施している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	52
	粒子線治療を自施設で実施している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	53
ウ	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。	C	はい	(はい/いいえ)	54
	測定機関名を選択すること。 ※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	-	医用原子力技術 研究振興財団	(医用原子力技術 研究振興財団/その他 -)	55
	その他の場合、具体的に記載すること。	-	-	-	56
	最後に測定を行ったのはいつか	-	2022年3月25日	-	57
	基準線量の±5%の範囲を維持している。 ※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	C	はい	(はい/いいえ/-)	58
エ	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。	C	はい	(はい/いいえ)	59
	自施設での緩和的放射線治療の実施件数(治療計画毎の)を記載すること。(令和3年1月1日～令和3年12月31日)	-	35	件	60
④ 薬物療法の提供体制				61	
ア	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	はい	(はい/いいえ)	62
イ	薬物療法のレジメン(治療内容をいう。以下同じ。)を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、カンササーボードと連携協力している。	A	はい	(はい/いいえ)	63
⑤ 緩和ケアの提供体制				64	
ア	(2)の①のオに規定する医師及び(2)の②のウに規定する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	はい	(はい/いいえ)	65
イ	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。	C	はい	(はい/いいえ)	66
ウ	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。				67
i	週1回以上の頻度で、定期的な病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、適切な症状緩和にについて協議している。また、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。 (2)の①のオに規定する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。	C	はい	(はい/いいえ)	68
ii	(2)の①のオに規定す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医師が、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	はい	(はい/いいえ)	70
iii	(2)の②のウに規定する看護師は、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。また、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。	C	はい	(はい/いいえ)	71
iv	緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、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。	C	はい	(はい/いいえ)	72
v	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と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。	C	はい	(はい/いいえ)	73
エ	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。なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的かつ専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来を指すものであり、疼痛のみに対応する外来や、診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。	A	はい	(はい/いいえ)	74
	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。	C	はい	(はい/いいえ)	75
	緩和ケア外来の状況について別紙3に記入すること。	-	別紙3	-	76
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。	C	はい	(はい/いいえ)	77
カ	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。				78
i	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。	C	はい	(はい/いいえ)	79
ii	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。	C	はい	(はい/いいえ)	80
iii	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(医療施設において、各種	C	はい	(はい/いいえ)	81
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。	C	はい	(はい/いいえ)	82
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	(はい/いいえ)	83
ケ	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	はい	(はい/いいえ)	84
コ	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	はい	(はい/いいえ)	85
	緩和ケア病棟を有している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	86
	緩和ケア病棟について別紙4に記入すること。	-	別紙4	-	87

⑥ 地域連携の推進体制				88	
ア	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おり、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	はい	(はい/いいえ)	89
	緩和ケアの提供に関しては、当該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。	C	はい	(はい/いいえ)	90
	当該医療圏内の緩和ケアマップやリストを作成している場合は、別紙5に記載すること。	-	別紙5		91
イ	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	はい	(はい/いいえ)	92
ウ	当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該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。	C	いいえ	(はい/いいえ)	93
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いる。	C	はい	(はい/いいえ)	94
オ	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。	C	はい	(はい/いいえ)	95
カ	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。	C	いいえ	(はい/いいえ)	96
	議論する場合は既存の会議体を利用する等の工夫を行っている。	C	いいえ	(はい/いいえ)	97
⑦ セカンドオピニオンの提示体制				98	
ア	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(診断および治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。)を提示する体制を整備している。	A	はい	(はい/いいえ)	99
イ	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。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備している。	C	はい	(はい/いいえ)	100
(2) 診療従事者				101	
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。また、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、担当者となっていればよいものとし、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。				102	
① 専門的な知識および技能を有する医師の配置				103	
ア	当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識および技能を有する手術療法に携わる常勤の医師の人数	C	16	人 1人以上	104
イ	放射線診断に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	-	4	人 1人以上	105
	放射線診断に携わる医師のうち専任の人数	C	4	人	106
	うち常勤	C	2	人	107
ウ	放射線治療に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	-	1	人 1人以上	108
	放射線治療に携わる医師のうち専任の人数	A	1	人	109
	うち常勤	B	0	人	110
	専従の人数	C	1	人	111
	うち常勤	C	0	人	112
エ	薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	-	37	人 1人以上	113
	薬物療法に携わる医師のうち専任の人数	A	1	人	114
	うち常勤	B	1	人	115
	専従の人数	-	0	人	116
	うち常勤	C	0	人	117
オ	緩和ケアチームの、身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	A	1	人 1人以上	118
	身体症状の緩和に携わる医師のうち専任の人数	A	1	人 1人以上	119
	うち常勤	B	1	人	120
	専従常勤の人数	C	0	人	121
	当該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	いいえ	(はい/いいえ)	122
	緩和ケアチームの、精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	A	1	人 1人以上	123
	うち常勤	C	1	人	124
	精神症状の緩和に携わる医師のうち専任の人数	-	1	人 1人以上	125
	うち常勤	C	1	人	126
カ	病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含む、病理診断に携わる医師の人数	A	6	人 1人以上	127
	病理診断に携わる医師のうち専従かつ常勤の人数	B	1	人	128

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				129	
ア	放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師の人数	A	3	人 1人以上	130
	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	はい	(はい/いいえ)	131
	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	はい	(はい/いいえ)	132
	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	人 1人以上	133
	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	いいえ	(はい/いいえ)	134
	放射線治療室に専任の常勤看護師の人数	C	3	人 1人以上	135
	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。	-	いいえ	(はい/いいえ)	136
	イ 専任の薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師の人数	A	1	人 1人以上	137
	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	はい	(はい/いいえ)	138
	外来化学療法室に、薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する看護師の人数	A	8	人 1人以上	139
	うち専任・常勤の人数	A	8	人 1人以上	140
	うち専従常勤の人数	C	1	人 1人以上	141
	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	はい	(はい/いいえ)	142
	ウ 緩和ケアチームに、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	人 1人以上	143
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	C	はい	(はい/いいえ)	144	
緩和ケアチームに協力する薬剤師の人数(他部署との兼任可)	C	1	人 1人以上	145	
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	はい	(はい/いいえ)	146	
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	0	人 1人以上	147	
当該医療心理に携わる者は公認心理師として認定を受けている者である	C	いいえ	(はい/いいえ)	148	
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	0	人 1人以上	149	
当該相談支援に携わる者は社会福祉士である	C	いいえ	(はい/いいえ)	150	
当該相談支援に携わる者は精神保健福祉士である	C	いいえ	(はい/いいえ)	151	
緩和ケアチームのメンバーに関する専門性について、別紙6に記載すること。	-	別紙6		152	
エ 細胞診断に係る業務に携わる者の人数	C	3	人 1人以上	153	
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	はい	(はい/いいえ)	154	
③ その他				155	
ア	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	はい	(はい/いいえ)	156
	イ がん診療連携指定病院の長は、当該指定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	はい	(はい/いいえ)	157
(3) 医療施設				158	
①	集中治療室を設置している。	C	はい	(はい/いいえ)	159
②	病棟、外来、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。	C	はい	(はい/いいえ)	160
③	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。	C	はい	(はい/いいえ)	161
④	がん診療を統括する診療部(がん診療部、腫瘍センターなど)が設置されている。	-	いいえ	(はい/いいえ)	162
⑤	がんの治療に際する妊孕性温存治療を自施設で実施できる。	-	いいえ	(はい/いいえ)	163
	いいえの場合、連携体制について別紙10に記載すること。	-	別紙10		164
	がんの治療に際する妊孕性温存目的で精子保存を行った患者の人数(令和3年1月1日～令和3年12月31日)	-	0	人	165
	がんの治療に際する妊孕性温存目的で精巣内精子採取術(Onco-TESE)を行った患者の人数(令和3年1月1日～令和3年12月31日)	-	0	人	166
がんの治療に際する妊孕性温存目的で未受精卵子、受精卵(胚)、あるいは、卵巣組織の凍結保存を行った患者の人数(令和3年1月1日～令和3年12月31日)	-	0	人	167	
⑥	院内学級を開催している(院内学級とは、ここでは院内に設置された小・中学特別支援学級、特別支援学校を指す)。	-	いいえ	(はい/いいえ)	168
⑦	小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院内に整備している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	169
⑧	小児がん患者と家族が利用できる宿泊施設を院外に整備している。	-	いいえ	(はい/いいえ)	170
	小児がん患者と家族が利用できる院外の最寄宿泊施設院から自施設までの移動時間。 ※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「0(ゼロ)」を入力してください(未入力チェックのため)。	-	0	分	171
	患者とその家族が利用可能なインターネット環境の整備状況について、別紙11に記載すること。	-	別紙11		172

2 診療実績				173
(1) ①または②を概ね満たしている。「概ね」とは9割を指す	C	いいえ	(はい/いいえ)	174
① 以下のア～エの項目をそれぞれ満たしている。	-	いいえ	(はい/いいえ)	175
ア 院内がん登録数(入院、外来は問わない)自施設初回治療開始分:症例区分20および30)年間500件以上(令和3年1月1日～令和3年12月31日)	-	921	件	176
イ ※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。	-	419	件	177
ウ ※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。	-	817	人	178
エ 放射線治療のべ患者数 年間200人以上(令和3年1月1日～令和3年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。	-	164	人	179
オ 緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上(令和3年1月1日～令和3年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。	-	51	人	180
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。 ※この場合の診療実績は、各施設の年間新入院がん患者数のうち当該2次医療圏に居住している者を分子とし、患者調査の「病院の推計退院患者数(患者住所地もしくは施設住所)地、2次医療圏×傷病分類」の当該2次医療圏の悪性新生物の数値を12倍したものを分母とする。分子の数値はがん診療連携指定病院現況報告の数値を用い、分母の数値には原則として患者調査の最新公開情報を用いること。	-	いいえ	(はい/いいえ)	181
当該2次医療圏に居住するがん患者の診療実績の割合(分母は別添のとおり)	-	11	%	182
各治療の状況について				183
手術等の状況(令和3年1月1日～令和3年12月31日)				184
我が国に多いがんに関する悪性腫瘍の手術件数				185
肺がん(C34\$, D02.2)の手術件数				186
開胸手術 K511\$, K514\$, K518\$	-	4	件	187
胸腔鏡下手術 K514-2\$	-	34	件	188
胃がん(C16\$, D00.2)の手術件数				189
開腹手術 K654-2, K6552, K655-42, K6572	-	39	件	190
腹腔鏡下手術 K654-3\$, K655-22, K655-52, K657-22	-	4	件	191
内視鏡手術 粘膜切除術(EMR)K6531	-	1	件	192
内視鏡手術 粘膜下層剥離術(ESD)K6532	-	14	件	193
大腸がん(C18\$, C19, C20, D01.0, D01.1, D01.2)の手術件数				194
開腹手術 K7193, K739\$, K740\$	-	41	件	195
腹腔鏡下手術 K719-3, K740-2\$	-	54	件	196
内視鏡手術 K721\$, K721-4, K739-2, K739-3	-	7	件	197
肝臓がん(C22\$, D01.5)の手術件数				198
開腹手術 K695\$	-	0	件	199
腹腔鏡下手術 K695-2\$	-	0	件	200
マイクロ波凝固法 K697-2\$	-	0	件	201
ラジオ波焼灼療法 K697-3\$	-	0	件	202
乳がん(C50\$, D05\$)の手術件数				203
手術 K476\$	-	109	件	204
乳癌冷凍凝固摘出術 K475-2	-	0	件	205
乳腺腫瘍摘出術(生検) K474\$	-	21	件	206
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 K474-3\$	-	112	件	207
乳房再建術(乳房切除後) 二次的に行うもの K476-32	-	0	件	208

放射線治療の状況			209
※以下、放射線治療件数に関する項目は、必ず放射線治療責任医師の確認を取って記入すること。			210
全てのがんを対象としたのべ患者数（令和3年1月1日～令和3年12月31日の間に放射線治療を開始した患者数）			211
体外照射	-	164 人	212
定位照射(脳)	-	0 人	213
定位照射(体幹部)	-	0 人	214
強度変調放射線治療(IMRT)	-	0 人	215
粒子線治療(重粒子線、陽子線治療)	-	0 人	216
密封小線源治療	-	0 人	217
核医学治療	-	0 人	218
我が国に多いがんを対象としたのべ患者数（令和3年1月1日～令和3年12月31日の間に放射線治療を開始した患者数）			219
※原発巣に記載してください。			220
肺がん	-	3 人	221
胃がん	-	0 人	222
肝がん	-	0 人	223
大腸がん	-	4 人	224
乳がん	-	68 人	225
緩和ケアチームに対する新規診療症例の状況(重複可)(令和3年1月1日～令和3年12月31日)			226
身体症状の緩和を行った症例数	-	74 人	227
精神症状の緩和を行った症例数	-	51 人	228
社会的苦痛に対する緩和を行った症例数	-	36 人	229
3 研修の実施体制			230
(1) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添)に準拠し、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	はい (はい/いいえ)	231
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。	C	はい (はい/いいえ)	232
自施設に所属する臨床研修医の人数	-	19 人	233
うち当該研修会修了者数	-	3 人	234
受講率	-	15.8 %	235
1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師の人数(臨床研修医を除く)	-	44 人	236
うち当該研修会修了者数	-	37 人	237
受講率	-	84.1 %	238
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	はい (はい/いいえ)	239
病院長は緩和ケア研修を修了している。	-	はい (はい/いいえ)	240
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。	C	はい (はい/いいえ)	241
(2) 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。	C	はい (はい/いいえ)	242
(3) (1)のほか、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	はい (はい/いいえ)	243
(4) 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で開催している。	A	はい (はい/いいえ)	244
(5) 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。	C	はい (はい/いいえ)	245
(6) 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	いいえ (はい/いいえ)	246

4 情報の収集提供体制			247
(1)がん相談支援センター			248
①	相談支援を行う機能を有する部門(以下「相談支援センター」という。)を設置し、①から⑧まで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の課題に関して、相談支援を行っている。なお、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	はい (はい/いいえ) 249
	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。)	C	はい (はい/いいえ) 250
	相談支援センターにおける相談支援の相談件数と相談支援内容について別紙7に記載すること。	-	別紙7 251
	相談支援センターの相談対応状況について別紙8に記載すること。	-	別紙8 252
②	国立がん研究センターがん対策情報センター(以下「がん対策情報センター」という。)による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」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。うち1名は(2)まで終了し、もう1名は(3)まで終了していること。	A	はい (はい/いいえ) 253
	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。	C	はい (はい/いいえ) 254
	がんに関する相談に対する体制について、別紙9に記載すること。	-	別紙9 255
③	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	はい (はい/いいえ) 256
	院内外がん患者等からの相談に対応するための連携協力体制について、別紙10に記載すること	-	別紙10 257
	がんの診療に関連した専門外来の患者・医療者向け問い合わせ窓口について、別紙12に記載すること。	-	別紙12 258
④	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、県内のがん診療連携拠点病院、県指定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。	C	はい (はい/いいえ) 259
⑤	相談支援センターについて周知するための体制を以下のとおり整備している。		260
	ア 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。	C	はい (はい/いいえ) 261
	イ 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。	C	はい (はい/いいえ) 262
	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	はい (はい/いいえ) 263
⑥	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	いいえ (はい/いいえ) 264
⑦	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。	C	はい (はい/いいえ) 265
⑧	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。	C	はい (はい/いいえ) 266
<相談支援センターの業務>			267
	ア 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	はい (はい/いいえ) 268
	イ 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	はい (はい/いいえ) 269
	ウ 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	はい (はい/いいえ) 270
	エ 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	はい (はい/いいえ) 271
	オ がん患者の療養上の相談に対応している。	A	はい (はい/いいえ) 272
	カ 就労に関する相談に対応している。	C	はい (はい/いいえ) 273
	キ 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	はい (はい/いいえ) 274
	ク 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	はい (はい/いいえ) 275
	ケ 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	はい (はい/いいえ) 276
	コ HTLV-1関連疾患であるATLIに関する医療相談に対応している。	A	はい (はい/いいえ) 277
	サ 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。	C	はい (はい/いいえ) 278
	シ 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。	C	はい (はい/いいえ) 279
	ス その他相談支援に関することに対応している。	A	はい (はい/いいえ) 280
	セ 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	適切な機関に紹介 (自施設で対応/適切な機関に紹介/どちらでもない) 281
	ソ 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。	C	適切な機関に紹介 (自施設で対応/適切な機関に紹介/どちらでもない) 282
	タ AYA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。	C	適切な機関に紹介 (自施設で対応/適切な機関に紹介/どちらでもない) 283
	チ 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。	C	適切な機関に紹介 (自施設で対応/適切な機関に紹介/どちらでもない) 284
	ツ 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。	C	適切な機関に紹介 (自施設で対応/適切な機関に紹介/どちらでもない) 285

(2)院内がん登録				286
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	(はい/いいえ) 287
②	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。また、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。	C	はい	(はい/いいえ) 288
③	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の人数	C	0	人 1人以上 289
	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。	C	はい	(はい/いいえ) 290
	院内がん登録を担当する者の状況について、別紙13に記載すること。	-	別紙13	291
④	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。	C	はい	(はい/いいえ) 292
⑤	適宜、登録対象者の生存の状況を確認している。	C	はい	(はい/いいえ) 293
⑥	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	はい	(はい/いいえ) 294
⑦	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	はい	(はい/いいえ) 295
⑧	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。	C	はい	(はい/いいえ) 296
⑨	院内がん登録にセカンドオピニオン症例を含めている。	-	いいえ	(はい/いいえ) 297
⑩	自施設における院内がん情報の集計値に(国立がん研究センターの報告書の内容を含む)について、毎年院内の会議で共有している。	-	はい	(はい/いいえ) 298
⑪	自施設における院内がん情報の集計値について、ホームページや報告書などで、毎年独自に公表している。	-	いいえ	(はい/いいえ) 299
(3)情報提供・普及啓発				300
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。	C	はい	(はい/いいえ) 301
	がんゲノム医療を自施設で提供している。	-	いいえ	(はい/いいえ) 302
	がんゲノム医療を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「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	A/-	-	(はい/いいえ/-) 303
	AYA世代にあるがん患者への治療・支援を自施設で提供している。	-	いいえ	(はい/いいえ) 304
	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「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	C	-	(はい/いいえ/-) 305
	院内の見やすい場所に指定を受けている旨の掲示をする等、がん患者に対し必要な情報提供を行っている。	-	はい	(はい/いいえ) 306
②	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。	C	はい	(はい/いいえ) 307
③	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	はい	(はい/いいえ) 308
	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。 ※ここで言う「学校でのがん教育」とは児童、生徒へのがん教育を指します。 ※上段で「いいえ」とした場合、便宜上「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	C	はい	(はい/いいえ/-) 309
	学校における児童、生徒へのがん教育に、当該医療機関の医師等の医療従事者を派遣した延べ回数(令和3年4月1日～令和3年3月31日)	-	0	回 310

5 臨床研究および調査研究				311	
(1)	政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力している。	C	はい	(はい/いいえ)	312
	協力している調査研究について簡潔に記載すること(例: Quality Indicator(以下「QI」という。))等)	-	QI		313
(2)	臨床研究を行う場合は、次の①から⑤に掲げる事項を実施することとしている。 ※「いいえ」の場合、以下の①から⑤までの項目は、便宜上「-」を選択してください(未入力チェックのため)。	-	はい	(はい/いいえ)	314
	① 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。	C	はい	(はい/いいえ/-)	315
	② 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	はい	(はい/いいえ/-)	316
	③ 治験に参加している場合にあっては、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。	C	はい	(はい/いいえ/-)	317
	臨床試験、治験に関する相談窓口について、別紙14に記載すること。	-	別紙14		318
	④ 臨床研究コーディネーター(CRC)を配置している。	C	はい	(はい/いいえ/-)	319
	⑤ 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。	C	はい	(はい/いいえ/-)	320
6 PDCAサイクルの確保				321	
(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。(詳細を別紙15に記載してください)	C	いいえ	(はい/いいえ)	322
	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、患者QOL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る体制について別紙15に記載すること。	-	別紙15		323
7 医療に係る安全管理				324	
(1)	組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。)を設置し、病院一体として医療安全対策を講じており、当該部門の長として常勤の医師を配置している。	A	はい	(はい/いいえ)	325
(2)	医療に係る安全管理を行う者(以下「医療安全管理者」という。)として(1)に規定する医師に加え、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	はい	(はい/いいえ)	326
(3)	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	はい	(はい/いいえ)	327
(4)	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指定及び拠点病院間での実地調査等を活用している	C	はい	(はい/いいえ)	328
	医療安全に関する研修、活用している第三者による評価を別紙16に記載すること。	-	別紙16		329
(5)	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している。	-	はい	(はい/いいえ)	330
	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「-」を選択してください(未入力チェックのため)。				331
	① 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	はい	(はい/いいえ/-)	332
	② 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	はい	(はい/いいえ/-)	333
	③ 提供した医療について、事後評価を行っている。	A	はい	(はい/いいえ/-)	334
(6)	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	はい	(はい/いいえ)	335