

1	概要・属性	2
2	がんの診療	
2-1	がんの診療(総論)	16
2-2	がんの診療(乳がん)	21
2-3	がんの診療(肺がん)	23
2-4	がんの診療(胃がん)	25
2-5	がんの診療(肝がん)	27
2-6	がんの診療(大腸がん)	29
2-7-1	がんの診療(子宮頸がん:浸潤癌のみ)	31
2-7-2	がんの診療(子宮体がん)	33
2-8	がんの診療(その他のがん)	35
3	脳卒中の診療	41
4	急性心筋梗塞の診療	45
5	糖尿病の診療	48
6	周産期医療	51
7	小児医療(小児救急を含む)	54
8	救急医療	57
9	災害	61
10	在宅医療への取組	63
11	リハビリテーション医療	69
12	緩和ケア	71
13	精神疾患・うつ対策	
13-1	精神疾患・うつ対策(精神科を有しない病院)	77
13-2	精神疾患・うつ対策(精神科を有する病院)	78
14	その他	80
15	入院患者住所地別人数	82

「がん」とは、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

## 2-1 がんの診療（総論）

Q9. 貴院におけるがん患者の診療について該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  がんの確定診断および治療に対応している →Q10へ  
 02  がんの確定診断のみ対応している →Q10~26を回答後、Q51へ  
 03  可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している →3 脳卒中 Q145へ  
 04  診断・治療には対応していない →3 脳卒中 Q145へ

Q10. 貴院では、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ますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  紹介している      02  紹介していない

Q11. 貴院では、がんに関する地域連携クリティカルパス※（クリニカルパス）を整備し、活用していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  活用している Q12へ      02  活用していない Q13へ

胃がん	個	乳がん	個	がん	個
肺がん	個	前立腺がん	個	がん	個
肝がん	個	がん	個	がん	個
大腸がん	個	がん	個	がん	個

※「地域連携クリティカルパス（クリニカルパス）」とは、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。沖縄県がん診療連携協議会地域ネットワーク部会が作成したパスを活用している場合も含む。

Q12. 貴院の地域連携クリティカルパス※（クリニカルパス）導入率を教えてください。

例) 胃がん 2/30 （分母：胃がん退院患者数、分子：胃がん地域連携クリティカルパス適用患者数）

胃がん	/	乳がん	/	がん	/
肺がん	/	前立腺がん	/	がん	/
肝がん	/	がん	/	がん	/
大腸がん	/	がん	/	がん	/

Q13. 貴院では、手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン※体制を有していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  有している      02  有していない

※「セカンドオピニオン」とは、診断及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。

Q14. 貴院では、専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  常勤医師を配置している      02  非常勤医師を配置している      03  配置していない

Q15. 貴院では、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場（患者サロンなど）を設置していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  設置している      02  設置していない

Q16. 貴院では、**敷地内禁煙**を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  敷地内完全禁煙      02  敷地内一部禁煙      03  敷地内禁煙していない

Q17. 貴院では、**禁煙外来**を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  行っている      02  行っていない

Q18. 当該2次医療圏等において、拠点病院が主催する「**緩和ケア研修会**」の厚生労働省健康局長及び研修会主催者の連名による修了証を持った**修了者数**についてご記入下さい。

修了者数：                      名

Q19. 貴院では、院内及び地域の医療従事者の協力を得て、**院内外のがん患者及びその家族からの相談等に対応する体制（部門）**を整備していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、整備している場合は、院内の見やすい場所に、相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援体制に対して、**積極的に広報**しているかどうかについて該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  整備している      →    ( 広報している       広報していない)  
02  整備していない

Q20. 貴院では、診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴などに関する情報の収集、提供を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  提供している      02  提供していない

Q21. 貴院では、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  行っている      02  行っていない

Q22. 貴院では、アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  行っている      02  行っていない

Q23. 貴院では、HTLV-I キャリアや HTLV-I 関連疾患（ATL、HAM、HAU 等）に関する医療相談を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  行っている      02  行っていない

Q24. 貴院では、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ますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  取り組んでいる      02  取り組んでいない

Q25. 貴院では、厚生労働省健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  実施している      02  実施していない

Q26. 貴院では、院内がん登録を活用することにより、沖縄県が行う地域がん登録へ提出を行っていますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  提出している      02  提出していない

Q27. 貴院では、地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行っていますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  受け入れている      02  受け入れていない

Q28. 貴院では、我が国に多いがん\*及び貴施設が専門とするがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた**集学的治療及び緩和ケア**（以下「**集学的治療等**」）を提供する体制を有していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  有している      02  有していない

※我が国に多いがんとは、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

Q29. 貴院では、各学会の診療ガイドラインに準ずる**標準的治療等**のがん患者の状態に応じた適切な治療を提供していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  提供している      02  提供していない

Q30. 貴院では、我が国に多いがん及び貴施設が専門とするがんについて、診療ガイドライン等に基づき作成された**クリティカルパス**\*（**クリニカルパス**）を整備していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。また、整備している場合は、整備されたがんの種類とパスの個数についてご記入下さい。

01  整備している      02  整備していない

がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個

※「クリティカルパス（クリニカルパス）」とは、検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。

Q31. 貴院では、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、定期的**に開催していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  開催している      02  開催していない

※「カンサーボード」とは、手術、放射線療法及び化学療法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。

Q32. 貴院では、急変時等の緊急時に、外来化学療法室において化学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ますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

01  確保している      02  確保していない

Q33. 貴院では、**化学療法のレジメン\***の**事前登録制度**が確立していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  確立している      02  確立していない

※「化学療法のレジメン」とは、治療内容をいう。

Q34. 貴院では、化学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、定期的に活動していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  活動している      02  活動していない

Q35. 貴院では、医師及び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ていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  位置付けている      02  位置付けていない

Q36. 貴院では、外来において**専門的な緩和ケアを提供できる体制**を有していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  有している      02  有していない

Q37. 貴院では、緩和ケアチーム並びに必要なに応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  週1回程度開催している      02  週1回ではないが定期開催している      03  定期開催していない

Q38. 貴院では、院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  提供している      02  提供していない

Q39. 貴院の**抗がん剤の混合・調製の実施件数**を教えてください。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

実施件数：                      件

Q40. 貴院では、**栄養サポートチームによる栄養管理**を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  実施している      02  実施していない

Q41. 貴院における**1年間に入院したがん患者の延べ人数**をご記入下さい。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

延べ人数：                      名

Q42. 貴院では、**外来化学療法室**を設置していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  設置している      02  設置していない

Q43. 貴院の**外来化学療法室で治療を施行した症例数**を教えてください。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

施行症例数：                      例





Q59. 貴院において <b>施行している術式すべての手術件数</b> についてご記入下さい。(平成 23 年 1 月 1 日～12 月 31 日の 1 年間の実績)	
01 通常術式	
01-01 乳房切除術	件
01-02 乳房部分切除術	件
01-03 センチネルリンパ節生検	件
※センチネルリンパ節生検の方法につき、 該当欄に☑をお付け下さい→→→→→→→→	<input type="checkbox"/> 色素法単独 <input type="checkbox"/> 色素法+RI 法併用 <input type="checkbox"/> RI 法単独 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
02 鏡視下手術	件
03 同時再建	
03-01 インプラント使用	件
03-02 血管付き筋皮弁使用	件
03-03 遊離皮弁使用	件
03-04 乳頭形成術	件

Q60. 貴院における <b>治療成績</b> として該当する欄 <b>すべて</b> に☑をお付け下さい。	
01 <input type="checkbox"/> 5 年生存率を算定している	02 <input type="checkbox"/> 5 年生存率を公表している
03 <input type="checkbox"/> 10 年生存率を算定している	04 <input type="checkbox"/> 10 年生存率を公表している—05 <input type="checkbox"/> 地域連携パスの導入

Q61. 貴院では、乳癌に対する <b>化学療法を施行</b> していますか。該当する欄 <b>1 つ</b> に☑をお付け下さい。	
01 <input type="checkbox"/> 施行している	→Q62へ
02 <input type="checkbox"/> 施行していない	→Q64へ

Q62. 貴院において乳癌に対する <b>外来化学療法を施行</b> していますか。該当する欄 <b>1 つ</b> に☑をお付け下さい。	
01 <input type="checkbox"/> 施行している	02 <input type="checkbox"/> 施行していない

Q63. 貴院において乳癌に対して <b>施行している化学療法</b> として該当する欄 <b>すべて</b> に☑をお付け下さい。		
01 <input type="checkbox"/> 経口化学療法	02 <input type="checkbox"/> 静注化学療法 (単剤)	03 <input type="checkbox"/> 静注化学療法 (多剤併用、経口も含む)
04 <input type="checkbox"/> 分子標的薬		

Q64. 貴院では、乳癌に対する <b>放射線療法を施行</b> していますか。該当する欄 <b>1 つ</b> に☑をお付け下さい。	
01 <input type="checkbox"/> 自施設で施行している	施行症例数：                    例
02 <input type="checkbox"/> 他施設へ依頼して施行している	施行症例数：                    例
03 <input type="checkbox"/> 施行していない	

Q65. 貴院には、 <b>リンパ浮腫ケア指導担当看護師</b> はいますか。該当する欄 <b>1 つ</b> に☑をお付け下さい。また、いる場合、団体名は問わないが、 <b>リンパ浮腫研修会の受講修了者</b> であるかどうか該当する欄 <b>1 つ</b> に☑をお付け下さい。	
01 <input type="checkbox"/> いる	→ <input type="checkbox"/> 修了者 <input type="checkbox"/> 未修了者
02 <input type="checkbox"/> いない	

### 2-3 がんの診療（肺がん）

Q66. 貴院では、肺がんの確定診断および治療について該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  肺がんの確定診断および治療に対応している →Q67へ  
 02  肺がんの確定診断のみ対応している →Q67～Q70回答後、Q81へ  
 03  可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している →Q81へ  
 04  診断・治療には対応していない →Q81へ

Q67. 貴院における肺がんの診断または治療を行った延患者数をご記入下さい。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

患者数： 名

Q68. 貴院において施行している診断として該当する欄すべてに☑をお付け下さい。

- 01  気管支鏡下生検      02  CTガイド下生検      03  胸腔鏡下生検

Q69. 貴院は、日本呼吸器学会の認定施設または呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設ですか。該当する欄すべてに☑をお付け下さい。

- 01  日本呼吸器学会認定施設  
 02  呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設  
 03  どちらでもない

Q70. 貴院には、下記の専門医・指導医はいますか。該当する欄すべてに☑をお付け下さい。

- 01  呼吸器専門医    02  呼吸器外科専門医    03  呼吸器指導医    04  呼吸器外科指導医

Q71. 貴院では、手術療法を施行していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  施行している →Q72へ  
 02  施行していない →Q76へ

Q72. 貴院では、肺がん診療ガイドラインに則った手術療法を施行していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  ガイドラインに則っている      02  ガイドラインに則っていない

Q73. 貴院では、胸腔鏡（補助）下手術を施行していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  施行している  
 02  施行していない

Q74. 貴院において施行している手術件数についてご記入下さい。平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

01-01 呼吸器外科に関連する手術件数	件
01-02 呼吸器外科に関連するもののうち肺癌手術件数	件













01-06 腹会陰式直腸切断術	件
01-07 大腸全摘術	件
01-07-01 回腸囊肛門管吻合術	件
01-07-02 回腸囊肛門吻合術	件
01-08 経肛門の直腸腫瘍切除術	件
02 鏡視下手術	
02-01 結腸切除術	件
02-01-01 上行結腸	件
02-01-02 横行結腸	件
02-01-03 下行結腸	件
02-01-04 S状結腸	件
02-02 高位前方切除術	件
02-03 低位前方切除術	件
02-04 超低位前方切除術	件
02-05 内括約筋切除術	件
02-06 腹会陰式直腸切断術	件
02-07 大腸全摘術	件
02-07-01 回腸囊肛門管吻合術	件
02-07-02 回腸囊肛門吻合術	件

Q118. 貴院における**治療成績**を算定していますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  5年生存率を算定している 02  5年生存率を公表している

Q119. 貴院では、大腸がんに対する**化学療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  施行している →Q119へ  
02  施行していない →Q122へ

Q120. 貴院において大腸がん**に施行している化学療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  経口化学療法 02  静注化学療法(単剤) 03  静注化学療法(多剤併用、経口も含む)  
04  分子標的薬(  アバスチン  アービタックス  ベクティビックス)

Q121. 貴院において大腸がん**に対する外来化学療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  施行している 02  施行していない

Q122. 貴院では、**放射線療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  自施設で施行している 施行症例数： 例  
02  他施設に依頼して施行している 施行症例数： 例  
03  施行していない

Q123. 貴院において大腸がん**に施行している放射線療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  通常放射線療法 02  IMRT 03  放射線化学療法

## 2-7-1 がんの診療（子宮頸がん：浸潤癌のみ）

Q124. 貴院では、**子宮頸がん（浸潤癌のみ）**の確定診断および治療について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん（浸潤癌のみ）の確定診断および治療に対応している         | →Q125へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん（浸潤癌のみ）の確定診断のみ対応している             | →Q125へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している | →Q125へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 診断・治療には対応していない                        | →Q135へ |

Q125. 貴院において最もよく行われている**浸潤子宮頸がん（疑い含む）**の患者さんへの対応として該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |                     |
|----|--------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 高次施設への紹介のみ（検査なし）                      | →Q126・127を回答し、Q135へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 細胞診のみ行い高次施設へ紹介                        | →Q126・127を回答し、Q135へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診を行い高次施設へ紹介                     | →Q126・127を回答し、Q135へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設でCT・MRI可能）まで行い高次施設へ紹介 | →Q126・127を回答し、Q135へ |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（他施設でCT・MRI）/治療まで行う       | →Q126へ              |
| 06 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設CT・MRI可能）/治療まで行う      | →Q126へ              |

Q126. 貴院は、**日本婦人科腫瘍学会の指定修練認定施設**ですか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |    |                          |          |
|----|--------------------------|---------|----|--------------------------|----------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 認定施設である | 02 | <input type="checkbox"/> | 認定施設ではない |
|----|--------------------------|---------|----|--------------------------|----------|

Q127. 貴院には、**下記の専門医・指導医**はいますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、在籍しているのであれば在籍人数もご記入下さい。

- |    |                          |          |   |
|----|--------------------------|----------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 婦人科腫瘍専門医 | 人 |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 婦人科腫瘍指導医 | 人 |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 産婦人科専門医  | 人 |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 産婦人科指導医  | 人 |

Q128. 貴院で行われた**初回治療症例数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

1A1期：	例	1A2期：	例
1B1期：	例	1B2期：	例
3A期：	例	3B期：	例
4A期：	例	4A期：	例

Q129. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q130へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q131へ |

Q130. 貴院において**現時点で施行可能な手術療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成 23 年 1 月 1 日～12 月 31 日迄の**初回治療症例数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/> 円錐切除術	例
02	<input type="checkbox"/> 単純子宮全摘出術	例
03	<input type="checkbox"/> 準広汎子宮全摘術	例
04	<input type="checkbox"/> 広汎子宮全摘術	例
05	<input type="checkbox"/> 骨盤内臓除蔵術	例

Q131. 貴院では、子宮頸がんに対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1 つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している →Q132へ  
 02  施行していない →Q133へ

Q132. 貴院では、子宮頸がんに対する**外来化学療法室での治療**は可能ですか。該当する欄**1 つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成 23 年 1 月 1 日～12 月 31 日迄の**施行症例数**をご記入下さい。

- 01  可能 施行症例数： 例／ コース  
 02  不可能

Q133. 貴院では、子宮頸がんに対して**放射線療法を施行**していますか。該当する欄**1 つ**に☑をお付け下さい。

- 01  自施設で施行している 施行症例数： 例 →Q134へ  
 02  他施設に依頼して施行している 施行症例数： 例 →Q135へ  
 03  施行していない

Q134. 貴院において**現時点で施行可能な放射線療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成 23 年 1 月 1 日～12 月 31 日迄の**初回治療症例数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/> 外照射のみ	例
02	<input type="checkbox"/> 外照射+化学療法による CCRT	例
03	<input type="checkbox"/> 腔内照射のみ	例
04	<input type="checkbox"/> 外照射+腔内照射	例
05	<input type="checkbox"/> 外照射+腔内照射+化学療法による CCRT	例

## 2-7-2 がんの診療（子宮体がん）

Q135. 貴院では、**子宮体がん**の確定診断および治療について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 子宮体がんの確定診断および治療に対応している                | →Q136へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 子宮体がんの確定診断のみ対応している                    | →Q136へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している | →Q136へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 診断・治療には対応していない                        | →Q144へ |

Q136. 貴院において最もよく行われている**子宮体がん（疑い含む）**の患者さんへの対応として該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 高次施設への紹介のみ（検査なし）                      | →Q144へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 細胞診のみ行い高次施設へ紹介                        | →Q144へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診を行い高次施設へ紹介                     | →Q144へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設でCT・MRI可能）まで行い高次施設へ紹介 | →Q144へ |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（他施設でCT・MRI）/治療まで行う       | →Q137へ |
| 06 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設CT・MRI可能）/治療まで行う      | →Q137へ |

Q137. 貴院で行われた**初回治療症例数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

1A期：	例	1B期：	例
1C期：	例	2A期：	例
2B期：	例	3A期：	例
3B期：	例	3C期：	例
4A期：	例	4B期：	例

Q138. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q139へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q140へ |

Q139. 貴院において**現時点で施行可能な手術療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成23年1月1日～12月31日迄の**実績件数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO	例
02	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO + PLN および PAN 郭清に準じた手術	例
03	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO + PLN および PAN 郭清術	例
04	<input type="checkbox"/>	準広汎子宮全摘術 + PLN および PAN 郭清に準じた手術	例
05	<input type="checkbox"/>	準広汎子宮全摘術+ PLN および PAN 郭清術	例
06	<input type="checkbox"/>	広汎子宮全摘術	例
07	<input type="checkbox"/>	広汎子宮全摘術 + PAN 郭清術	例

※PLN：骨盤リンパ節、PAN：傍大動脈リンパ節

Q140. 貴院では、子宮体がんに対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している →Q141へ  
02  施行していない →Q142へ

Q141. 貴院では、子宮体がんに対して**外来化学療法室での治療**は可能ですか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の施行症例数をご記入下さい。

- 01  可能 施行症例数： 例／ コース  
02  不可能

Q142. 貴院では、**術後の放射線療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の施行症例数をご記入下さい。

- 01  自施設で施行している 施行症例数： 例  
02  他施設に依頼して施行している 施行症例数： 例  
03  施行していない

Q143. 貴院では、**異型子宮内膜増殖症・子宮体癌 la 期、Grade 1**に対する**妊孕能温存治療としてホルモン療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の施行症例数をご記入下さい。

- 01  施行している 施行症例数： 例  
02  施行していない

## 2-8 がんの診療（その他のがん）

Q144. 貴院における下記の**がんの部位別**すべてについて、当該疾患の診療を担当している主な診療科名、医師数（うち、専門としている医師数）についてご記入下さい。また、**治療を実施**している場合は、**実施件数**（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）についてもご記入下さい。

※すべて対応していない場合は<3 脳卒中 →Q145へ>

部位別	主な診療科	医師数 (うち、専門としている医師数)		治療可否	治療件数
01 脳腫瘍	科	人	( 人)	01-01 手術療法 01-02 化学療法 01-03 放射線療法 01-03-01 体外照射 01-03-02 定位放射線療法 01-03-03 IMRT 01-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
02 脊髄腫瘍	科	人	( 人)	02-01 手術療法 02-02 化学療法 02-03 放射線療法 02-03-01 体外照射 02-03-02 定位放射線療法 02-03-03 IMRT 02-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
03 眼・眼窩腫瘍	科	人	( 人)	03-01 手術療法 03-02 冷凍凝固術 03-03 光凝固術 03-04 化学療法 03-05 眼動注 03-06 放射線療法 03-06-01 体外照射 03-06-02 IMRT 03-06-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件 件
04 口腔がん	科	人	( 人)	04-01 手術療法 04-01-01 摘除術 04-01-02 再建術 04-02 化学療法 04-03 放射線療法 04-03-01 体外照射 04-03-02 IMRT 04-03-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
05 咽頭がん・ 喉頭がん	科	人	( 人)	05-01 手術療法 05-01-01 摘除術 05-01-02 再建術	件 件 件

				05-02 化学療法 05-03 放射線療法 05-03-01 体外照射 05-03-02 IMRT 05-03-03 小線源治療	件  件 件 件
06 甲状腺がん	科	人	( 人)	06-01 手術療法 06-02 化学療法 06-03 放射線療法 06-03-01 体外照射 06-03-02 IMRT 06-03-03 小線源治療 06-03-03 放射性ヨード内用療法	件 件  件 件 件 件
07 縦隔腫瘍	科	人	( 人)	07-01 手術療法 07-02 化学療法 07-03 放射線療法 07-03-01 体外照射	件 件  件
08 中皮腫	科	人	( 人)	08-01 手術療法 08-02 化学療法 08-03 放射線療法 08-03-01 体外照射	件 件  件
09 食道がん	科	人	( 人)	09-01 手術療法 09-01-01 開胸手術 09-01-02 胸腔鏡下手術 09-02 内視鏡的治療 09-02-01 EMR 09-02-02 ESD 09-03 化学療法 09-04 放射線療法 09-04-01 体外照射 09-04-02 小線源治療 09-05 光線力学療法	件 件  件 件 件  件 件 件
10 小腸がん	科	人	( 人)	10-01 手術療法 10-02 化学療法 10-03 放射線療法 10-03-01 体外照射	件 件  件
11 GIST	科	人	( 人)	11-01 手術療法 11-02 化学療法 11-03 放射線療法	件 件 件
12 胆道がん	科	人	( 人)	12-01 手術療法 12-02 化学療法	件 件

				12-03 放射線療法 12-03-01 体外照射 12-03-02 小線源治療	件 件
13 膵がん	科	人	( 人)	13-01 手術療法 13-02 化学療法 13-03 放射線療法 13-03-01 体外照射	件 件 件
14 腎がん	科	人	( 人)	14-01 手術療法 14-01-01 開腹手術 14-01-02 腹腔鏡下手術 14-01-03 腹腔鏡下小切開手術 14-02 化学療法 14-03 インターフェロン療法 14-04 放射線療法 14-04-01 体外照射	件 件 件 件 件 件
15 尿路がん	科	人	( 人)	15-01 手術療法 15-01-01 開腹手術 15-01-02 腹腔鏡下手術 15-01-03 経尿道の手術 15-02 化学療法 15-03 腎盂・尿管内注入療法 15-04 放射線療法 15-04-01 体外照射	件 件 件 件 件 件
16 膀胱がん	科	人	( 人)	16-01 手術療法 16-01-01 開腹手術 16-01-02 経尿道の手術 16-02 化学療法 16-03 膀胱内注入療法 16-04 放射線療法 16-04-01 体外照射	件 件 件 件 件
17 副腎腫瘍	科	人	( 人)	17-01 手術療法 17-02 化学療法 17-03 放射線療法 17-03-01 体外照射	件 件 件
18 前立腺がん	科	人	( 人)	18-01 手術療法 18-01-01 開腹手術 18-01-02 腹腔鏡下手術 18-01-03 腹腔鏡下小切開手術 18-02 化学療法 18-03 放射線療法	件 件 件 件

				18-03-01 体外照射 18-03-02 IMRT 18-03-03 小線源治療	件 件 件
19 精巣がん	科	人	( 人)	19-01 手術療法 19-02 化学療法 19-03 放射線療法 19-03-01 体外照射	件 件 件
20 その他の 男性生殖器がん	科	人	( 人)	20-01 手術療法 20-02 化学療法 20-03 放射線療法 20-03-01 体外照射	件 件 件
21 子宮がん	科	人	( 人)	21-01 手術療法 21-01-01 開腹手術 21-01-02 腹腔鏡下手術(膺式) 21-02 化学療法 21-03 放射線療法 21-03-01 体外照射 21-03-02 小線源治療 21-04 光線力学療法	件 件 件 件 件 件
22 卵巣がん	科	人	( 人)	22-01 手術療法 22-02 化学療法 22-03 放射線療法 22-03-01 体外照射	件 件 件
23 その他の 女性生殖器がん	科	人	( 人)	23-01 手術療法 23-02 化学療法 23-03 放射線療法 23-03-01 体外照射 23-03-02 小線源治療	件 件 件 件
24 皮膚腫瘍	科	人	( 人)	24-01 手術療法 24-02 化学療法 24-03 インターフェロン療法 24-04 放射線療法 24-04-01 体外照射 24-05 凍結療法	件 件 件 件 件
25 悪性骨軟部腫瘍	科	人	( 人)	25-01 手術療法 25-01-01 切・離断術 25-01-02 患肢温存術 25-01-03 再建術 25-01-04 骨移植術 25-02 化学療法	件 件 件 件 件

				25-03 放射線療法 25-03-01 体外照射 25-03-02 小線源治療	件 件
26 血液腫瘍	科	人	( 人)	26-01 化学療法 26-02 移植 26-02-01 自家末梢血幹細胞移植 26-02-02 血縁者間同種造血幹細胞移植 26-02-03 非血縁者間同種骨髄移植または臍帯血移植 26-03 放射線療法 26-03-01 体外照射 26-03-02 全身照射	件 件 件 件 件 件 件
27 後腹膜・腹膜腫瘍	科	人	( 人)	27-01 手術療法 27-02 化学療法 27-03 放射線療法	件 件 件
28 性腺外胚細胞腫	科	人	( 人)	28-01 手術療法 28-02 化学療法 28-03 放射線療法	件 件 件
29 原発不明がん	科	人	( 人)	29-01 手術療法 29-02 化学療法 29-03 放射線療法	件 件 件
30 小児脳腫瘍	科	人	( 人)	30-01 手術療法 30-02 化学療法 30-03 放射線療法 30-03-01 体外照射 30-03-02 定位放射線療法 30-03-03 IMRT 30-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
31 小児の眼・眼窩腫瘍	科	人	( 人)	31-01 手術療法 31-02 冷凍凝固術 31-03 光凝固術 31-04 化学療法 31-05 眼動注 31-06 放射線療法 31-06-01 体外照射 31-06-02 IMRT 31-06-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件 件
32 小児悪性骨軟部腫瘍	科	人	( 人)	32-01 手術療法	件

				32-01-01 切・離断術 32-01-02 患肢温存術 32-01-03 再建術 32-01-04 骨移植術 32-02 化学療法 32-03 放射線療法 32-03-01 体外照射 32-03-02 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件
33 その他の小児 固形腫瘍	科	人	( 人)	33-01 手術療法 33-02 化学療法 33-03 放射線療法 33-03-01 体外照射 33-03-02 小線源治療	件 件 件 件
34 小児血液腫瘍	科	人	( 人)	34-01 化学療法 34-02 移植 34-02-01 自家末梢血幹細胞移植 34-02-02 血縁者間同種造血幹細胞移植 34-02-03 非血縁者間同種骨髄移植または臍帯血移植 34-03 放射線療法 34-03-01 体外照射 34-03-02 全身照射	件 件 件 件 件 件

診療所票

目次

- 1 概要・属性 ..... 2
- 2 地域における連携状況 ..... 8
- 3 糖尿病の診療 ..... 9
- 4 小児医療(小児救急を含む) ..... 12
- 5 災害 ..... 12
- 6 在宅医療への取組 ..... 14
- 7 リハビリテーション医療 ..... 21
- 8-1 精神疾患・うつ対策(精神科・心療内科ではない診療所のみ) ..... 22
- 8-2 精神疾患・うつ対策(精神科・心療内科の診療所のみ) ..... 23
- 9 がんの診療
  - 9-1 がんの診療(総論) ..... 25
  - 9-2 がんの診療(乳がん) ..... 30
  - 9-3 がんの診療(肺がん) ..... 32
  - 9-4 がんの診療(胃がん) ..... 34
  - 9-5 がんの診療(肝がん) ..... 36
  - 9-6 がんの診療(大腸がん) ..... 38
  - 9-7-1 がんの診療(子宮頸がん:浸潤癌のみ) ..... 40
  - 9-7-2 がんの診療(子宮体がん) ..... 42
  - 9-8 がんの診療(その他のがん) ..... 44
- 10 入院患者住所地別人数 ..... 49

「がん」とは、本調査では、肉腫も含め悪性腫瘍全般を指します。

9-1 がんの診療（総論）

Q97. 貴院におけるがん患者の診療について該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  がんの確定診断および治療に対応している →Q98へ
- 02  がんの確定診断のみ対応している →Q98~114を回答後、Q139へ
- 03  可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している →10 入院患者住所地別人数 Q222へ
- 04  診断・治療には対応していない →10 入院患者住所地別人数 Q222へ

Q98. 貴院では、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ますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  紹介している
- 02  紹介していない

Q99. 貴院では、がんに関する地域連携クリティカルパス※（クリニカルパス）を整備し、活用していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  活用している Q12へ
- 02  活用していない Q13へ

胃がん	個	乳がん	個	がん	個
肺がん	個	前立腺がん	個	がん	個
肝がん	個	がん	個	がん	個
大腸がん	個	がん	個	がん	個

※「地域連携クリティカルパス（クリニカルパス）」とは、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。沖縄県がん診療連携協議会地域ネットワーク部会が作成したパスを活用している場合も含む。

Q100. 貴院の地域連携クリティカルパス※（クリニカルパス）導入率を教えてください。

例) 胃がん 2/30 (分母：胃がん退院患者数、分子：胃がん地域連携クリティカルパス適用患者数)

胃がん	/	乳がん	/	がん	/
肺がん	/	前立腺がん	/	がん	/
肝がん	/	がん	/	がん	/
大腸がん	/	がん	/	がん	/

Q101. 貴院では、手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン※体制を有していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  有している
- 02  有していない

※「セカンドオピニオン」とは、診断及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。

Q102. 貴院では、専従の病理診断に携わる医師を1人以上配置していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  常勤医師を配置している
- 02  非常勤医師を配置している
- 03  配置していない

Q103. 貴院では、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場（患者サロンなど）を設置していますか。該当する欄1つに☑をお付け下さい。

- 01  設置している
- 02  設置していない

Q104. 貴院では、**敷地内禁煙**を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  敷地内完全禁煙      02  敷地内一部禁煙      03  敷地内禁煙していない

Q105. 貴院では、**禁煙外来**を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  行っている      02  行っていない

Q106. 当該2次医療圏等において、拠点病院が主催する「**緩和ケア研修会**」の厚生労働省健康局長及び研修会主催者の連名による修了証を持った**修了者数**についてご記入下さい。

修了者数：                          名

Q107. 貴院では、院内及び地域の医療従事者の協力を得て、**院内外のがん患者及びその家族からの相談等に対応する体制（部門）**を整備していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、整備している場合は、院内の見やすい場所に、相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援体制に対して、**積極的に広報**しているかどうかについて該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  整備している      →    ( 広報している       広報していない)  
02  整備していない

Q108. 貴院では、診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴などに関する情報の収集、提供を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  提供している      02  提供していない

Q109. 貴院では、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  行っている      02  行っていない

Q110. 貴院では、アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  行っている      02  行っていない

Q111. 貴院では、HTLV-I キャリアやHTLV-I 関連疾患（ATL、HAM、HAU 等）に関する医療相談を積極的に行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  行っている      02  行っていない

Q112. 貴院では、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ますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  取り組んでいる      02  取り組んでいない

Q113. 貴院では、厚生労働省健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  実施している      02  実施していない

Q114. 貴院では、院内がん登録を活用することにより、沖縄県が行う地域がん登録へ提出を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  提出している      02  提出していない

Q115. 貴院では、**地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れ**を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  受け入れている      02  受け入れている

Q116. 貴院では、我が国に多いがん\*及び貴施設が専門とするがんについて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた**集学的治療及び緩和ケア（以下「集学的治療等」）を提供する体制**を有していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  有している      02  有していない

※我が国に多いがんとは、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

Q117. 貴院では、各学会の診療ガイドラインに準ずる**標準的治療等のがん患者の状態に応じた適切な治療**を提供していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  提供している      02  提供していない

Q118. 貴院では、我が国に多いがん及び貴施設が専門とするがんについて、診療ガイドライン等に基づき作成された**クリティカルパス\*（クリニカルパス）**を整備していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、整備している場合は、整備されたがんの種類とパスの個数についてご記入下さい。

01  整備している      02  整備していない

がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個
がん種名	個数	個	がん種名	個数	個

※「クリティカルパス（クリニカルパス）」とは、検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。

Q119. 貴院では、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、**定期的**に開催していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  開催している      02  開催していない

※「カンサーボード」とは、手術、放射線療法及び化学療法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。

Q120. 貴院では、急変時等の緊急時に、外来化学療法室において化学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ますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  確保している                      02  確保していない

Q121. 貴院では、**化学療法のレジメン**\*の**事前登録制度**が確立していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  確立している                      02  確立していない

※「化学療法のレジメン」とは、治療内容をいう。

Q122. 貴院では、化学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、定期的に活動していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  活動している                      02  活動していない

Q123. 貴院では、医師及び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ていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  位置付けている                      02  位置付けていない

Q124. 貴院では、外来において**専門的な緩和ケアを提供できる体制**を有していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  有している                              02  有していない

Q125. 貴院では、緩和ケアチーム並びに必要なに応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  週1回程度開催している    02  週1回ではないが定期開催している    03  定期開催していない

Q126. 貴院では、院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  提供している                              02  提供していない

Q127. 貴院の**抗がん剤の混合・調製の実施件数**を教えてください。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

実施件数：                                      件

Q128. 貴院では、**栄養サポートチームによる栄養管理**を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  実施している                              02  実施していない

Q129. 貴院における**1年間に入院したがん患者の延べ人数**をご記入下さい。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

延べ人数：                                      名

Q130. 貴院では、**外来化学療法室**を設置していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  設置している                              02  設置していない

Q131. 貴院の**外来化学療法室で治療を施行した症例数**を教えてください。(平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績)

施行症例数： 例

Q132. 貴院では、国立がん研究センターがん対策情報センター等が作成した『**がん診療に関するパンフレット**』を配布していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  配布している      02  配布していない

Q133. 貴院では、沖縄県がん診療連携協議会が作成した『**地域の療養手帳**』を配布していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  配布している      02  配布していない

Q134. 貴院では、ホームページでがん診療に関する情報提供を行っていますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  情報提供している      02  情報提供していない

Q135. 貴院では、がん関連の「**臨床試験**」\*を実施していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、実施している場合は、試験数についてご記入下さい。

01  実施している      →      試験数      個      →Q48へ

02  実施していない      →Q49へ

※ここでいう「臨床試験」とは、大学病院医療情報ネットワーク研究センター（通称：UMINセンター）、財団法人日本医薬情報センター（JAPIC）、社団法人日本医師会 治験促進センター等に事前登録された臨床研究を指す。

Q136. 貴院では、貴施設で進行中の臨床試験（治験を除く）の概要及び過去の臨床試験の成果を患者等に広報していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  広報している      02  広報していない

Q137. 貴院では、**がん関連の治験**に参加していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  参加している      →Q50へ

02  参加していない      →Q51へ

Q138. 貴院では、貴施設が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患者等に広報していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  広報している      02  広報していない

## 9-2 がんの診療（乳がん）

Q139. 貴院では、**乳がんの確定診断および治療**について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  乳がんの確定診断および治療に対応している →Q140へ  
 02  乳がんの確定診断のみ対応している →Q140~Q144回答後、Q154へ  
 03  可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している →Q154へ  
 04  診断・治療には対応していない →Q154へ

Q140. 貴院における**乳がんの診断または治療を行った延患者数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

患者数： 名

Q141. 貴院において**施行している検査**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  マンモグラフィー 02  超音波（10MHz以上の体表用プローブを用いて）  
 03  造影CT 04  MRI 05  骨シンチ  
 06  エコーガイド下穿刺吸引細胞診 07  エコーガイド下針生 08  マンモトーム

Q142. 貴院において**以下の検査技師**がいれば、その人数をご記入下さい。（再掲）

検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師（NPO法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）	人
日本超音波医学会超音波検査士（体表臓器）	人
JABTSの乳房超音波講習会試験でA判定かB判定の技師	人

Q143. 貴院は、**日本乳癌学会の認定施設または認定関連施設**ですか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  認定施設 02  認定関連施設 03  どちらでもない

Q144. 貴院には、**下記の認定医・専門医**はいますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、日本乳癌学会専門医に関しては人数もご記入下さい。

- |   |   |
|---|---|
| 01 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の専門医    | 人 |
| 02 <input type="checkbox"/> 日本乳癌学会の認定医    | 人 |
| 03 <input type="checkbox"/> 日本外科学会の専門医    | 人 |
| 04 <input type="checkbox"/> 日本外科学会の指導医    | 人 |
| 05 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー読影認定医 | 人 |

Q145. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している →Q58へ  
 02  施行していない →Q61へ

Q146. 貴院では、**乳がん診療ガイドライン**に則った**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  ガイドラインに則っている 02  ガイドラインに則っていない

Q147. 貴院において**施行している術式すべての手術件数**についてご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

01 通常術式

01-01 乳房切除術	件
01-02 乳房部分切除術	件
01-03 センチネルリンパ節生検	件

※センチネルリンパ節生検の方法につき、 該当欄に☑をお付け下さい→→→→→→→→	<input type="checkbox"/> 色素法単独 <input type="checkbox"/> 色素法+RI 法併用 <input type="checkbox"/> RI 法単独 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
02 鏡視下手術	件
03 同時再建	
03-01 インプラント使用	件
03-02 血管付き筋皮弁使用	件
03-03 遊離皮弁使用	件
03-04 乳頭形成術	件

Q148. 貴院における**治療成績**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  5年生存率を算定している                    02  5年生存率を公表している  
03  10年生存率を算定している                    04  10年生存率を公表している—05  地域連携パスの導入

Q149. 貴院では、乳癌に対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している                                    →Q150へ  
02  施行していない                                →Q152へ

Q150. 貴院において乳癌に対する**外来化学療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している                    02  施行していない

Q151. 貴院において乳癌に対して**施行している化学療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  経口化学療法    02  静注化学療法 (単剤)    03  静注化学療法 (多剤併用、経口も含む)  
04  分子標的薬

Q152. 貴院では、乳癌に対する**放射線療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  自施設で施行している                    施行症例数：                    例  
02  他施設へ依頼して施行している                    施行症例数：                    例  
03  施行していない

Q153. 貴院には、**リンパ浮腫ケア指導担当看護師**はいますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、いる場合、団体名は問わないが、**リンパ浮腫研修会の受講修了者**であるかどうか該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  いる                    →                     修了者                     未修了者  
02  いない



Q165. 貴院において肺癌に対して**施行している化学療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  経口化学療法    02  静注化学療法 (単剤)    03  静注化学療法 (多剤併用、経口も含む)  
04  分子標的薬

Q166. 貴院において肺癌に対する**外来化学療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- 01  施行している    02  施行していない

Q167. 貴院では、肺癌に対する**放射線療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |  |        |   |
|--|--------|---|
| 01 <input type="checkbox"/> 自施設で施行している     | 施行症例数： | 例 |
| 02 <input type="checkbox"/> 他施設に依頼して施行している | 施行症例数： | 例 |
| 03 <input type="checkbox"/> 施行していない        |        |   |

Q168. 貴院において肺癌に対して**施行している放射線療法等**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- 01  通常放射線療法    02  定位放射線療法    03  小線源療法    04  光線力学療法

## 9-4 がんの診療（胃がん）

Q169. 貴院では、**胃がんの確定診断および治療**について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |                     |
|----|--------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 胃がんの確定診断および治療に対応している                  | →Q170へ              |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 胃がんの確定診断のみ対応している                      | →Q170~Q174回答後、Q183へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している | →Q183へ              |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 診断・治療には対応していない                        | →Q183へ              |

Q170. 貴院における**胃がんの診断または治療を行った延患者数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

患者数： \_\_\_\_\_ 名

Q171. 貴院において**施行している診断**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |    |                          |               |    |                          |      |    |                          |          |
|----|--------------------------|---------|----|--------------------------|---------------|----|--------------------------|------|----|--------------------------|----------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 通常内視鏡検査 | 02 | <input type="checkbox"/> | 拡大内視鏡検査       | 03 | <input type="checkbox"/> | NBI  | 04 | <input type="checkbox"/> | 超音波内視鏡検査 |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 病理検査    | 06 | <input type="checkbox"/> | 胃X線検査（バリウム検査） | 07 | <input type="checkbox"/> | CT検査 |    |                          |          |

Q172. 貴院において**施行している内視鏡治療**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |             |    |                          |     |    |                          |     |
|----|--------------------------|-------------|----|--------------------------|-----|----|--------------------------|-----|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Polypectomy | 02 | <input type="checkbox"/> | EMR | 03 | <input type="checkbox"/> | ESD |
|----|--------------------------|-------------|----|--------------------------|-----|----|--------------------------|-----|

Q173. 貴院は、**日本消化器病学会の認定施設または日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設**ですか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                      |
|----|--------------------------|----------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 日本消化器病学会認定施設         |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設 |
| 03 | <input type="checkbox"/> | どちらでもない              |

Q174. 貴院には、**下記の認定医・専門医**はいますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |            |    |                          |          |
|----|--------------------------|------------|----|--------------------------|----------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 消化器病専門医    | 02 | <input type="checkbox"/> | 消化器病指導医  |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 消化器外科専門医   | 04 | <input type="checkbox"/> | 消化器外科指導医 |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 内視鏡外科技術認定医 |    |                          |          |

Q175. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q176へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q179へ |

Q176. 貴院では、**胃がん診療ガイドライン**に則った**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |              |    |                          |               |
|----|--------------------------|--------------|----|--------------------------|---------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | ガイドラインに則っている | 02 | <input type="checkbox"/> | ガイドラインに則っていない |
|----|--------------------------|--------------|----|--------------------------|---------------|

Q177. 貴院において**施行している術式すべての手術件数**についてご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

01 開腹手術		
01-01	胃部分切除	件
01-02	幽門側胃切除	件
01-03	噴門側胃切除	件
01-04	胃全摘	件
01-05	幽門保存胃切除	件
02 鏡視下手術		
02-01	胃部分切除	件









02 鏡視下手術	
02-01 結腸切除術	件
02-01-01 上行結腸	件
02-01-02 横行結腸	件
02-01-03 下行結腸	件
02-01-04 S状結腸	件
02-02 高位前方切除術	件
02-03 低位前方切除術	件
02-04 超低位前方切除術	件
02-05 内括約筋切除術	件
02-06 腹会陰式直腸切断術	件
02-07 大腸全摘術	件
02-07-01 回腸囊肛門吻合術	件
02-07-02 回腸囊肛門吻合術	件

Q206. 貴院における**治療成績**を算定していますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  5年生存率を算定している 02  5年生存率を公表している

Q207. 貴院では、大腸がんに対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  施行している →Q208へ

02  施行していない →Q210へ

Q208. 貴院において大腸がん**に施行している化学療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  経口化学療法 02  静注化学療法 (単剤) 03  静注化学療法 (多剤併用、経口も含む)

04  分子標的薬 (  アバスチン  アービタックス  ベクティビックス)

Q209. 貴院において大腸がんに対する**外来化学療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  施行している 02  施行していない

Q210. 貴院では、**放射線療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

01  自施設で施行している 施行症例数： 例

02  他施設に依頼して施行している 施行症例数： 例

03  施行していない

Q211. 貴院において大腸がん**に施行している放射線療法**として該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。

01  通常放射線療法 02  IMRT 03  放射線化学療法

### 9-7-1 がんの診療（子宮頸がん：浸潤癌のみ）

Q212. 貴院では、**子宮頸がん（浸潤癌のみ）**の確定診断および治療について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん（浸潤癌のみ）の確定診断および治療に対応している         | →Q213へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん（浸潤癌のみ）の確定診断のみ対応している             | →Q213へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している | →Q213へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 診断・治療には対応していない                        | →Q223へ |

Q213. 貴院において最もよく行われている**浸潤子宮頸がん（疑い含む）**の患者さんへの対応として該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |                     |
|----|--------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 高次施設への紹介のみ（検査なし）                      | →Q214・215を回答し、Q223へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 細胞診のみ行い高次施設へ紹介                        | →Q214・215を回答し、Q223へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診を行い高次施設へ紹介                     | →Q214・215を回答し、Q223へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設でCT・MRI可能）まで行い高次施設へ紹介 | →Q214・215を回答し、Q223へ |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（他施設でCT・MRI）/治療まで行う       | →Q214へ              |
| 06 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設CT・MRI可能）/治療まで行う      | →Q214へ              |

Q214. 貴院は、**日本婦人科腫瘍学会の指定修練認定施設**ですか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |    |                          |          |
|----|--------------------------|---------|----|--------------------------|----------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 認定施設である | 02 | <input type="checkbox"/> | 認定施設ではない |
|----|--------------------------|---------|----|--------------------------|----------|

Q215. 貴院には、**下記の専門医・指導医**はいますか。該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、在籍しているのであれば在籍人数もご記入下さい。

- |    |                          |          |   |
|----|--------------------------|----------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 婦人科腫瘍専門医 | 人 |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 婦人科腫瘍指導医 | 人 |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 産婦人科専門医  | 人 |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 産婦人科指導医  | 人 |

Q216. 貴院で行われた**初回治療症例数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

1A1期：	例	1A2期：	例
1B1期：	例	1B2期：	例
3A期：	例	3B期：	例
4A期：	例	4A期：	例

Q217. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q218へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q219へ |

Q218. 貴院において**現時点で施行可能な手術療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成23年1月1日～12月31日迄の**初回治療症例数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/>	円錐切除術	例
02	<input type="checkbox"/>	単純子宮全摘出術	例
03	<input type="checkbox"/>	準広汎子宮全摘術	例
04	<input type="checkbox"/>	広汎子宮全摘術	例
05	<input type="checkbox"/>	骨盤内臓除蔵術	例

Q219. 貴院では、子宮頸がんに対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q220へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q221へ |

Q220. 貴院では、子宮頸がんに対する**外来化学療法室での治療**は可能ですか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。  
また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の**施行症例数**をご記入下さい。

- |    |                              |        |    |     |
|----|------------------------------|--------|----|-----|
| 01 | <input type="checkbox"/> 可能  | 施行症例数： | 例／ | コース |
| 02 | <input type="checkbox"/> 不可能 |        |    |     |

Q221. 貴院では、子宮頸がんに対して**放射線療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |   |        |   |        |
|----|---|--------|---|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> 自施設で施行している     | 施行症例数： | 例 | →Q222へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> 他施設に依頼して施行している | 施行症例数： | 例 | →Q223へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> 施行していない        |        |   |        |

Q222. 貴院において**現時点で施行可能な放射線療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成23年1月1日～12月31日迄の**初回治療症例数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/> 外照射のみ	例
02	<input type="checkbox"/> 外照射+化学療法による CCRT	例
03	<input type="checkbox"/> 腔内照射のみ	例
04	<input type="checkbox"/> 外照射+腔内照射	例
05	<input type="checkbox"/> 外照射+腔内照射+化学療法による CCRT	例

### 9-7-2 がんの診療（子宮体がん）

Q223. 貴院では、**子宮体がん**の確定診断および治療について該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 子宮体がんの確定診断および治療に対応している                | →Q224へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 子宮体がんの確定診断のみ対応している                    | →Q224へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 可能な限り診断には対応するが、確定診断・治療にあたっては他院を紹介している | →Q224へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 診断・治療には対応していない                        | →Q232へ |

Q224. 貴院において最もよく行われている**子宮体がん（疑い含む）**の患者さんへの対応として該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |                                       |        |
|----|--------------------------|---------------------------------------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 高次施設への紹介のみ（検査なし）                      | →Q232へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 細胞診のみ行い高次施設へ紹介                        | →Q232へ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診を行い高次施設へ紹介                     | →Q232へ |
| 04 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設でCT・MRI可能）まで行い高次施設へ紹介 | →Q232へ |
| 05 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（他施設でCT・MRI） / 治療まで行う     | →Q225へ |
| 06 | <input type="checkbox"/> | 細胞診/組織診/画像検査（自施設CT・MRI可能） / 治療まで行う    | →Q225へ |

Q225. 貴院で行われた**初回治療症例数**をご記入下さい。（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）

1A期：	例	1B期：	例
1C期：	例	2A期：	例
2B期：	例	3A期：	例
3B期：	例	3C期：	例
4A期：	例	4B期：	例

Q226. 貴院では、**手術療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q227へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q228へ |

Q227. 貴院において**現時点で施行可能な手術療法**について該当する欄**すべて**に☑をお付け下さい。また、平成23年1月1日～12月31日迄の**実績件数**をご記入下さい。

01	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO	例
02	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO + PLN および PAN 郭清に準じた手術	例
03	<input type="checkbox"/>	TAH + BSO + PLN および PAN 郭清術	例
04	<input type="checkbox"/>	準広汎子宮全摘術 + PLN および PAN 郭清に準じた手術	例
05	<input type="checkbox"/>	準広汎子宮全摘術+ PLN および PAN 郭清術	例
06	<input type="checkbox"/>	広汎子宮全摘術	例
07	<input type="checkbox"/>	広汎子宮全摘術 + PAN 郭清術	例

※PLN：骨盤リンパ節、PAN：傍大動脈リンパ節

Q228. 貴院では、子宮体がんに対する**化学療法を施行**していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。

- |    |                          |         |        |
|----|--------------------------|---------|--------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | →Q229へ |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない | →Q230へ |

Q229. 貴院では、子宮体がんに対して**外来化学療法室での治療**は可能ですか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の**施行症例数**をご記入下さい。

- |    |                          |     |        |    |     |
|----|--------------------------|-----|--------|----|-----|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 可能  | 施行症例数： | 例／ | コース |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 不可能 |        |    |     |

Q230. 貴院では、**術後の放射線療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の施行症例数をご記入下さい。

- |    |                          |                |        |   |
|----|--------------------------|----------------|--------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 自施設で施行している     | 施行症例数： | 例 |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 他施設に依頼して施行している | 施行症例数： | 例 |
| 03 | <input type="checkbox"/> | 施行していない        |        |   |

Q231. 貴院では、**異型子宮内膜増殖症・子宮体癌 la 期、Grade 1 に対する妊孕能温存治療としてホルモン療法**を施行していますか。該当する欄**1つ**に☑をお付け下さい。また、可能であれば平成23年1月1日～12月31日迄の施行症例数をご記入下さい。

- |    |                          |         |        |   |
|----|--------------------------|---------|--------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | 施行している  | 施行症例数： | 例 |
| 02 | <input type="checkbox"/> | 施行していない |        |   |

## 9-8 がんの診療（その他のがん）

Q232. 貴院における下記の**がんの部位別**すべてについて、当該疾患の診療を担当している主な診療科名、医師数（うち、専門としている医師数）についてご記入下さい。また、**治療を実施**している場合は、**実施件数**（平成23年1月1日～12月31日の1年間の実績）についてもご記入下さい。

※すべて対応していない場合は<10 入院患者住所地別人数 →Q233へ>

部位別	主な診療科	医師数		治療可否	治療件数
		（うち、専門としている医師数）			
01 脳腫瘍	科	人	（ 人）	01-01 手術療法 01-02 化学療法 01-03 放射線療法 01-03-01 体外照射 01-03-02 定位放射線療法 01-03-03 IMRT 01-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
02 脊髄腫瘍	科	人	（ 人）	02-01 手術療法 02-02 化学療法 02-03 放射線療法 02-03-01 体外照射 02-03-02 定位放射線療法 02-03-03 IMRT 02-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
03 眼・眼窩腫瘍	科	人	（ 人）	03-01 手術療法 03-02 冷凍凝固術 03-03 光凝固術 03-04 化学療法 03-05 眼動注 03-06 放射線療法 03-06-01 体外照射 03-06-02 IMRT 03-06-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件 件
04 口腔がん	科	人	（ 人）	04-01 手術療法 04-01-01 摘除術 04-01-02 再建術 04-02 化学療法 04-03 放射線療法 04-03-01 体外照射 04-03-02 IMRT 04-03-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
05 咽頭がん・ 喉頭がん	科	人	（ 人）	05-01 手術療法 05-01-01 摘除術 05-01-02 再建術 05-02 化学療法 05-03 放射線療法 05-03-01 体外照射 05-03-02 IMRT 05-03-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
06 甲状腺がん	科	人	（ 人）	06-01 手術療法 06-02 化学療法 06-03 放射線療法	件 件 件

				06-03-01 体外照射 06-03-02 IMRT 06-03-03 小線源治療 06-03-03 放射性ヨード内用療法	件 件 件 件
07 縦隔腫瘍	科	人	( 人)	07-01 手術療法 07-02 化学療法 07-03 放射線療法 07-03-01 体外照射	件 件 件
08 中皮腫	科	人	( 人)	08-01 手術療法 08-02 化学療法 08-03 放射線療法 08-03-01 体外照射	件 件 件
09 食道がん	科	人	( 人)	09-01 手術療法 09-01-01 開胸手術 09-01-02 胸腔鏡下手術 09-02 内視鏡的治療 09-02-01 EMR 09-02-02 ESD 09-03 化学療法 09-04 放射線療法 09-04-01 体外照射 09-04-02 小線源治療 09-05 光線力学療法	件 件 件 件 件 件 件 件 件 件
10 小腸がん	科	人	( 人)	10-01 手術療法 10-02 化学療法 10-03 放射線療法 10-03-01 体外照射	件 件 件
11 GIST	科	人	( 人)	11-01 手術療法 11-02 化学療法 11-03 放射線療法	件 件 件
12 胆道がん	科	人	( 人)	12-01 手術療法 12-02 化学療法 12-03 放射線療法 12-03-01 体外照射 12-03-02 小線源治療	件 件 件 件
13 膵がん	科	人	( 人)	13-01 手術療法 13-02 化学療法 13-03 放射線療法 13-03-01 体外照射	件 件 件
14 腎がん	科	人	( 人)	14-01 手術療法 14-01-01 開腹手術 14-01-02 腹腔鏡下手術 14-01-03 腹腔鏡下小切開手術 14-02 化学療法 14-03 インターフェロン療法 14-04 放射線療法 14-04-01 体外照射	件 件 件 件 件 件
15 尿路がん	科	人	( 人)	15-01 手術療法	件

				15-01-01 開腹手術 15-01-02 腹腔鏡下手術 15-01-03 経尿道的手術 15-02 化学療法 15-03 腎盂・尿管内注入療法 15-04 放射線療法 15-04-01 体外照射	件 件 件 件 件 件
16 膀胱がん	科	人	( 人)	16-01 手術療法 16-01-01 開腹手術 16-01-02 経尿道的手術 16-02 化学療法 16-03 膀胱内注入療法 16-04 放射線療法 16-04-01 体外照射	件 件 件 件 件
17 副腎腫瘍	科	人	( 人)	17-01 手術療法 17-02 化学療法 17-03 放射線療法 17-03-01 体外照射	件 件 件
18 前立腺がん	科	人	( 人)	18-01 手術療法 18-01-01 開腹手術 18-01-02 腹腔鏡下手術 18-01-03 腹腔鏡下小切開手術 18-02 化学療法 18-03 放射線療法 18-03-01 体外照射 18-03-02 IMRT 18-03-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件
19 精巣がん	科	人	( 人)	19-01 手術療法 19-02 化学療法 19-03 放射線療法 19-03-01 体外照射	件 件 件
20 その他の 男性生殖器がん	科	人	( 人)	20-01 手術療法 20-02 化学療法 20-03 放射線療法 20-03-01 体外照射	件 件 件
21 子宮がん	科	人	( 人)	21-01 手術療法 21-01-01 開腹手術 21-01-02 腹腔鏡下手術(膈式) 21-02 化学療法 21-03 放射線療法 21-03-01 体外照射 21-03-02 小線源治療 21-04 光線力学療法	件 件 件 件 件 件 件
22 卵巣がん	科	人	( 人)	22-01 手術療法 22-02 化学療法 22-03 放射線療法 22-03-01 体外照射	件 件 件
23 その他の	科	人	( 人)	23-01 手術療法	件

女性生殖器がん				23-02 化学療法 23-03 放射線療法 23-03-01 体外照射 23-03-02 小線源治療	件 件 件
24 皮膚腫瘍	科	人	( 人)	24-01 手術療法 24-02 化学療法 24-03 インターフェロン療法 24-04 放射線療法 24-04-01 体外照射 24-05 凍結療法	件 件 件 件 件
25 悪性骨軟部腫瘍	科	人	( 人)	25-01 手術療法 25-01-01 切・離断術 25-01-02 患肢温存術 25-01-03 再建術 25-01-04 骨移植術 25-02 化学療法 25-03 放射線療法 25-03-01 体外照射 25-03-02 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
26 血液腫瘍	科	人	( 人)	26-01 化学療法 26-02 移植 26-02-01 自家末梢血幹細胞移植 26-02-02 血縁者間同種造血幹細胞移植 26-02-03 非血縁者間同種骨髄移植または臍帯血移植 26-03 放射線療法 26-03-01 体外照射 26-03-02 全身照射	件 件 件 件 件 件
27 後腹膜・腹膜腫瘍	科	人	( 人)	27-01 手術療法 27-02 化学療法 27-03 放射線療法	件 件 件
28 性腺外胚細胞腫	科	人	( 人)	28-01 手術療法 28-02 化学療法 28-03 放射線療法	件 件 件
29 原発不明がん	科	人	( 人)	29-01 手術療法 29-02 化学療法 29-03 放射線療法	件 件 件
30 小児脳腫瘍	科	人	( 人)	30-01 手術療法 30-02 化学療法 30-03 放射線療法 30-03-01 体外照射 30-03-02 定位放射線療法 30-03-03 IMRT 30-03-04 小線源治療	件 件 件 件 件 件
31 小児の眼・眼窩腫瘍	科	人	( 人)	31-01 手術療法 31-02 冷凍凝固術	件 件

				31-03 光凝固術 31-04 化学療法 31-05 眼動注 31-06 放射線療法 31-06-01 体外照射 31-06-02 IMRT 31-06-03 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件
32 小児悪性骨軟部腫瘍	科	人	( 人)	32-01 手術療法 32-01-01 切・離断術 32-01-02 患肢温存術 32-01-03 再建術 32-01-04 骨移植術 32-02 化学療法 32-03 放射線療法 32-03-01 体外照射 32-03-02 小線源治療	件 件 件 件 件 件 件 件
33 その他の小児固形腫瘍	科	人	( 人)	33-01 手術療法 33-02 化学療法 33-03 放射線療法 33-03-01 体外照射 33-03-02 小線源治療	件 件 件 件 件
34 小児血液腫瘍	科	人	( 人)	34-01 化学療法 34-02 移植 34-02-01 自家末梢血幹細胞移植 34-02-02 血縁者間同種造血幹細胞移植 34-02-03 非血縁者間同種骨髄移植または臍帯血移植 34-03 放射線療法 34-03-01 体外照射 34-03-02 全身照射	件 件 件 件 件 件 件