

平成23年(2011年)8月11日

5大がん地域連携クリティカルパス届出の今後の手続き等について

福山市医師会
松永沼隈地区医師会
深安地区医師会
府中地区医師会

8月16日以降に、全医療機関宛に下記の書類をお送りいたします。
つきましては、8月26日までに所属の医師会事務局までご提出をお願い致します。

① 中国四国厚生局への届出書への記載について

別添2

計画策定病院の3病院への届出となりますので、正副あわせて6枚必要となります。記名、押印の上で提出して下さい。

様式13の3

医師会からお届けする様式は計画策定病院の3病院と5大がんすべてを記載したものをお届けいたします。

(原則3病院と5大がん全てについての届出とします。)

※すでにどちらかの医療機関とがん連携で届出をされている場合には、過去に届出したものとして()内に○を記載して下さい。
3病院以外の場合は、枠内に漏れの無いように記載して下さい。

② 実際の参加意向の調査について

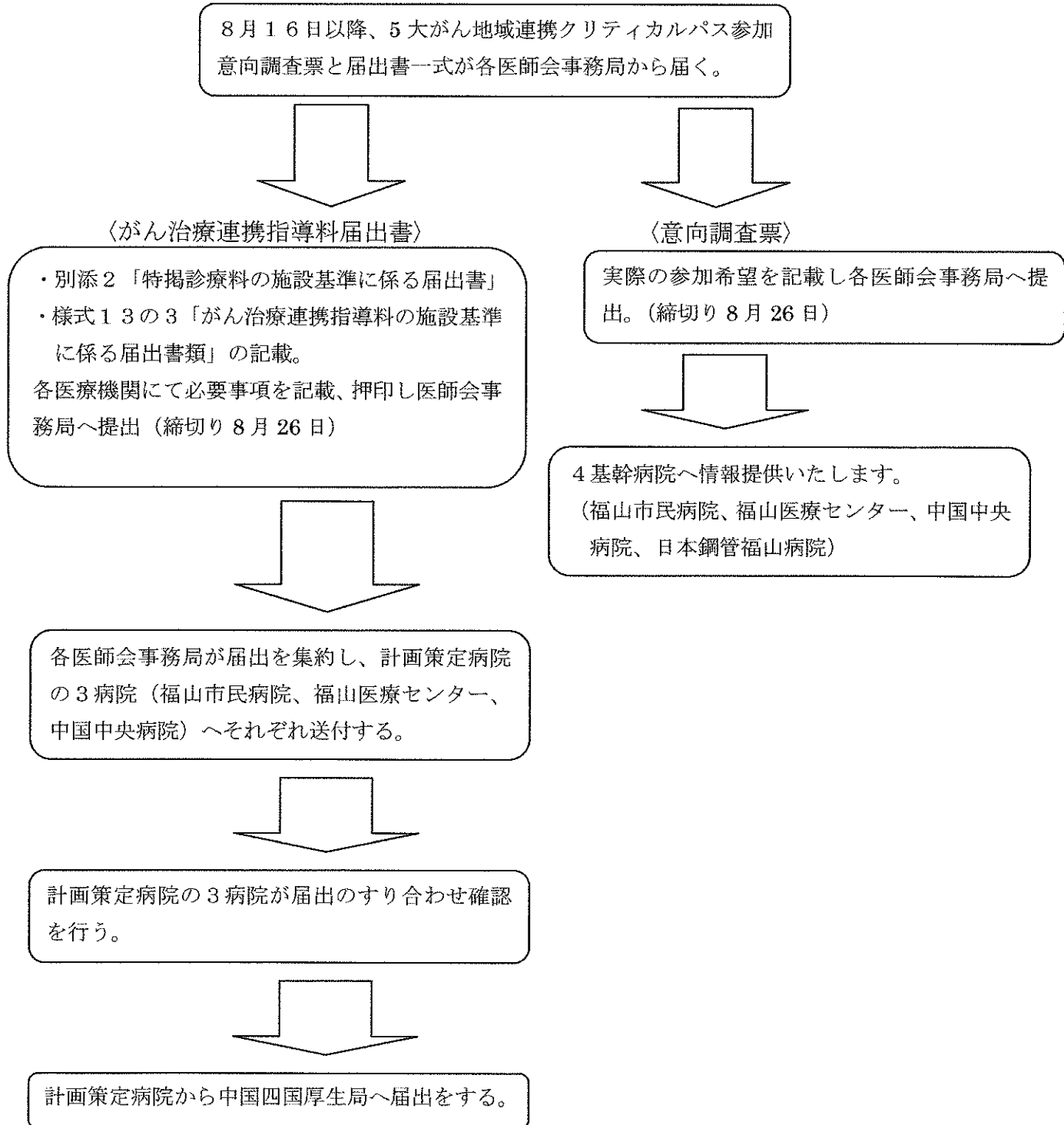
医師会でとりまとめて、4基幹病院へ情報提供致します。

今後の流れについて

- | | |
|------------|--|
| 8月16日頃 | 全医療機関宛に意向調査票と届出書を配布。 |
| 8月26日頃 | 届出書を医療機関にて作成の上、各医師会事務局へ提出。 |
| 9月 2日頃 | 届出書については、計画策定病院3病院へ届け、すり合わせ確認を行った上で、中国四国厚生局へ届出。意向調査の結果については4基幹病院へ情報提供致します。 |
| 10月 1日(予定) | 連携開始 |

[がん治療連携指導料] の施設基準に係る届出の流れ

5大がん地域連携クリティカルパスを活用した連携ネットワークへ参加される場合、下記のとおりの手続きとなります。



特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号※	(がん指) 第	号
------------------------	--	-------	------------	---

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

FAX番号:

(届出事項)

[がん治療連携指導料] の施設基準に係る届出

(20045)

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

中国四国厚生局長 殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 には、適合する場合「レ」を記入すること。
- 3 届出書は、正副2通提出のこと。
- 4 ※の項目には、何も記載しないで下さい。

特掲診療料の施設基準に係る届出書 記載例

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 (がん指) ※ 第 号
------------------------	---------------------

連絡先
担当者氏名:
電話番号:
FAX番号:

(届出事項)
[がん治療連携指] の施設基準に係る届出
(20045)

- 当該届出を行う前6か月間における規定に基づくものに限る。)を
- 当該届出を行う前6か月間にお
- 当該届出を行う前6か月間にお
- 当該届出を行う時点において、厚生労働

※ 各医療機関で記載
① 1病院で正副2部必要なため、6部同様に作成をお願い致します。
② 1部作成して6部コピーしてもかまいませんが印は6部すべてに押印して下さい。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称
開設者名

6部全てに押印して下さい。
印

中国四国厚生局長 殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
3 届出書は、正副2通提出のこと。
4 ※の項目には、何も記載しないで下さい。

様式 13 の 3

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類
福山医療センター ()	084-922-0001	乳、胃、肺、肝、大腸 () () () () ()
福山市民病院 ()	084-941-5151	乳、胃、肺、肝、大腸 () () () () ()
中国中央病院 ()	084-970-2121	乳、胃、肺、肝、大腸 () () () () ()

※(○)は過去に届出しているもの

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

5大がん地域連携クリティカルパス参加意向調査票

医療機関名	
病床数	() 床 0床の場合は0とご記入下さい
担当者名	
TEL	
FAX	
E-Mail	

※上記もれなくご記入下さい。

下記の質問に御回答ください。

1. 本日の説明会を聞いて、地域連携クリティカルパスを活用した医療連携ネットワークに参加されますか。また、「はい」の場合、その部位を教えてください。 (複数回答可)

はい いいえ

↓

胃がん 肺がん 乳がん 肝がん 大腸がん

2. 現在どちらかの病院とがん治療連携をされていますか？

また、「はい」の場合、その医療機関と部位を教えてください。

はい いいえ

↓

医療機関名 () 部位 ()

3. 質問がありましたら、ご記入下さい。

アンケート回答先	: 福山市医師会	FAX 084-926-0573
	(所属医師会へご返送下さい) 松永沼隈地区医師会	FAX 084-933-6273
	深安地区医師会	FAX 084-966-2922
	府中地区医師会	FAX 0847-45-5973