



福岡医発第 980 号 (地)

平成 30 年 7 月 12 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

がん診療連携拠点病院等及び連携医療機関におけるがん診療連携の
施設基準に係る届出の変更について

さて、がん診療連携拠点病院等（以下、「拠点病院等」）及び連携医療機関（以下、「連携機関」）が、がん診療連携を行うためには、九州厚生局へ「特掲診療料の施設基準に係る届出書」を提出することにより、拠点病院等では、がん治療連携計画策定料（以下、「計画策定料」）を、連携機関では、がん治療連携指導料（以下、「連携指導料」）を算定することができます。

今般、平成 30 年度診療報酬改定により、特掲診療料の施設基準等の届出受理後の措置等が見直され、「当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合に変更の届出を行う」こととなり、既存の拠点病院等が計画策定料を届出することが不要になりました。

一方、連携機関は、拠点病院等が計画策定料を届出することで連携指導料の届出は不要でしたが、同改定により、新規（別添 2、様式 13 の 2）もしくは辞退（辞退届）する医療機関は連携指導料の届出が必要となります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知頂き、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、届出様式については、本会 HP (<https://www.fukuoka.med.or.jp/>) の「がん診療連携」（会員専用）に掲載しておりますことを申し添えます。

また、本県では、県内 19 全ての拠点病院等と、連携を希望する会員医療機関が連携することを前提で本会において連携機関の取りまとめを行っておりますので、本会への届出（県医様式）は従来どおりご提出をお願いします。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 肥山淳一郎
会長 島田昇二郎

※毎月 20 日までに提出いただくと翌月 1 日より算定可能となります。

平成 年 月 日

がん治療連携指導料について

※どちらかに✓をご記入下さい。

☐新規申請☐登録内容変更 (平成 年 月 1 日より変更)

※登録内容変更の場合は項目に○をつけ、下記に新・旧の情報を記入下さい。

(保険医療機関コード・医療機関名・管理者名・所在地・電話番号・連携がんの追加・取消)

保険医療機関コード _____

※旧コード _____

医 療 機 関 名 _____

※旧医療機関名 _____

管 理 者 名 _____ (事務担当者: _____)

※旧管理者名 _____

所 在 地 〒 _____

※旧所在地 〒 _____

電 話 番 号 (_____) - _____

※旧電話番号 (_____) - _____

【福岡県内 19 のがん診療拠点病院等との連携を希望するがん】

※連携を希望するがんに○をつけて下さい。

胃がん ・ 大腸がん ・ 肺がん ・ 肝臓がん ・ 乳がん ・ 前立腺がん

※変更の場合はその内容 _____

【福岡県内のがん診療拠点病院】

- ①九州がんセンター (★) ②九州大学病院 (★) ③九州医療センター ④済生会福岡総合病院
⑤福岡大学病院 ⑥福岡東医療センター ⑦久留米大学病院 ⑧聖マリア病院 ⑨公立八女総合病院
⑩大牟田市立病院 ⑪飯塚病院 ⑫社会保険田川病院 ⑬北九州市立医療センター ⑭JCHO 九州病院
⑮産業医科大学病院 ⑯福岡大学筑紫病院 (☆) ⑰朝倉医師会病院 (☆) ⑱浜の町病院 (○)
⑲戸畑共立病院 (○) ★=県拠点病院 ☆=地域がん診療病院 ○=県指定拠点病院

【問合せ先】福岡県医師会地域医療課 (宿里・柴田)

TEL: 092-431-4564 FAX: 092-411-6858

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		届 出 番 号	(がん指) 第 号
-----------	--	---------	--------------

(連絡先)

担当者氏名:

電 話 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

[2-033] (20045)

☐ 当該届出を行う前6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掲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

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

印

九州厚生局長 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、1通提出のこと。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・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. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について (いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	②地域がん診療病院
③小児がん拠点病院	④がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数 (病院)	連絡先
胃がん・大腸がん・ 肺がん・肝がん・ 乳がん・前立腺がん	独立行政法人国立病院 九州がんセンター	411 床	TEL:092-541-3231 経営企画室
〃	九州大学病院	1,275 床	TEL:092-642-5136 医療管理課
〃	独立行政法人国立病院 九州医療センター	702 床	TEL:092-852-0700 経営企画室
〃	福岡県済生会 福岡総合病院	380 床	TEL:092-771-8151 地域医療連携室
〃	福岡大学病院	915 床	TEL:092-801-1011 庶務課
〃	独立行政法人国立病院 福岡東医療センター	591 床	TEL:092-943-2331 企画課
〃	久留米大学病院	1,025 床	TEL:0942-35-3311 管理課
〃	聖マリア病院	1,097 床	TEL:0942-35-3322 総務課
〃	公立八女総合病院	300 床	TEL:0943-23-4131
〃	地方独立行政法人 大牟田市立病院	350 床	TEL:0944-53-1061 医事情報課

〃	飯塚病院	1,048 床	TEL:0948-29-8010 総務課
〃	社会保険田川病院	335 床	TEL:0947-44-0460
〃	北九州市立医療センター	636 床	TEL:093-541-1831 経営企画課
〃	独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院	575 床	TEL:093-641-5111 総務企画課
〃	産業医科大学病院	678 床	TEL:093-691-7301 病院管理課
〃	福岡大学筑紫病院	310 床	TEL:092-921-1011 医事課
〃	朝倉医師会病院	300 床	TEL:0946-23-0077 医事課
〃	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	468 床	TEL:092-721-0831 医事課
〃	戸畑共立病院	218 床	TEL:093-871-5421 企画情報課

[記載上の注意]

- 1 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 2 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 3 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の3を参考にすること。

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者 
(法人の場合は法人印を押してください)

- 1. 施設基準辞退項目
- 2. 受 理 番 号 () 第 号
- 3. 算定開始年月日 平成 年 月 日
- 4. 辞 退 理 由
- 5. 算定辞退年月日 平成 年 月 日