

# 見本

地域包括医療・ケア認定申請（新規・認定施設）

申請書記入日を記載

申請年月日	20〇〇年〇月〇日
-------	-----------

## 1. 地域包括医療・ケア認定施設

申請者の施設情報	施設名称	〇〇病院
	施設長	□□ □□
	都道府県	東京都
	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	東京都〇〇区〇〇
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	FAX番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

施設情報を記載

(様式第1号)

申請年月日 20〇〇年〇月〇

(認定者) (公社) 全国国民健康保険診療施設協議会長  
(公社) 全国自治体病院協議会長 殿

### 地域包括医療・ケア認定審査申請書

地域包括医療・ケア認定施設の認定審査を受けたいので、申請いたします。

#### 1 地域包括医療・ケア認定施設

所在地 東京都〇〇区〇〇

施設の名称 〇〇病院

電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 〇〇-〇〇〇〇-〇〇

病院長・診療所長 □□ □□

要押印

印

◎様式第1号(申請書の本ページ)は押印文書となりますので、下記まで郵送をお願いします。

※申請書のエクセルデータはE-mailでのご提出をお願いします

[送付先]

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4階

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

E-mail:office@kokushinkyo.or.jp

各設問項目に回答してください。

◎回答に関する注意事項

「※未入力です」、「※未選択です」と表示される項目は必須回答となりますので、必ず「該当」「非該当」の入力をお願いします。

施設名称	〇〇病院
施設住所	東京都〇〇区〇〇

<会員資格について>

a. 全国自治体病院協議会の会員施設である	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
b. 全国国民健康保険診療施設協議会の会員施設である	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
c. 上記2団体の会員施設ではないが、地域包括医療・ケアを実践している施設である	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当
(設問cに該当する施設である理由)	

<実績要件について (地域包括医療・ケア認定施設)>

■1 地域包括医療・ケアの実践実績 ※例) 2015年4月～	2015年4月～
-----------------------------------	----------

●大分類-1 全人的医療の実践

◇次の①～⑤の項目の内、3項目以上に「該当」している	該当
①患者を診断治療するだけでなく、患者の生活面、家族関係などに配慮して診療している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
②地域の医療機関と病診 (病病・診診) 連携している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
③チーム医療を行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
④在宅医療・ケアを行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
⑤地域の保健・医療・福祉 (介護) サービスと連携して、必要な人に、必要な医療・保健・福祉 (介護) サービスを提供している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当

●大分類-2 地域包括医療・ケアに関する実践の状況

◇次の①～⑤の「地域包括医療・ケアに関する実践状況」の内、3項目以上に「該当」し、かつその点数の合計が60点以上である	該当	100点
---	----	------

①在宅医療・ケアサービス

◇次のa～gの項目の内、2項目以上に「該当」で20点	該当	20点
a 訪問診療を行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
b 訪問看護を行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
c 訪問リハビリを行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
d 訪問栄養指導を行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
e 訪問薬剤管理指導を行っている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
f 在宅ターミナルケアに取り組んでいる	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	
g 退院計画を作って、在宅医療・ケアにつなげている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	

◆大分類-1、大分類-2における認定要件

(1) 大分類-1の項目の3項目以上に「該当」である

(2) 大分類-2の①～⑤の項目に3項目以上に「該当」かつ、各項目の点数の合計が60点以上である

①在宅医療・ケアサービス:2項目以上「該当」で20点

②保健事業:2項目以上「該当」で20点

③機能連携:3項目以上「該当」で30点

④介護保険事業:2項目以上「該当」で20点

⑤保健医療福祉統合:1項目以上「該当」で10点



<医師臨床研修への取り組み状況について>

■臨床研修における医師養成に積極的に取り組み、研修医の受け入れ、指導に意欲がある

①臨床研修施設に指定されている		● 該当 ○ 非該当
②臨床研修施設の指定申請を行う予定がある		○ 該当 ● 非該当
(申請予定時期) (年度) ※例) 2021年度		
③関与する臨床研修プログラムについて (※専門研修プログラムは記載しないでください。申請予定のものも記載してください。)		
臨床研修プログラムの名称	基幹型臨床研修病院の名称	プログラムにおける自施設の位置付け
○○病院臨床研修プログラム	○○病院	● 基幹型 ○ 協力型 ○ 協力施設
△△病院臨床研修プログラム	△△病院	○ 基幹型 ● 協力型 ○ 協力施設
□□医療センター臨床研修プログラム	□□医療センター	○ 基幹型 ● 協力型 ○ 協力施設
		○ 基幹型 ○ 協力型 ○ 協力施設
		○ 基幹型 ○ 協力型 ○ 協力施設
④地域包括医療・ケア認定医の員数 (申請中を含む)		1人
⑤地域包括ケア認定専門職の員数 (申請中を含む)		2人
(職種別内訳)	職種	員数
	看護師	1人
	理学療法士	1人

<歯科医師臨床研修への取り組み状況について>

## ◆〈臨床研修への取り組み状況について〉の設問について

### (1) 認定要件

原則、「①臨床研修施設に指定されている」に「該当」であることが認定要件となり、かつ連携している臨床研修プログラムは専門研修プログラム以外の「臨床研修プログラム(初期臨床研修プログラム)」であることが条件となります。

### (2) 記載方法について

連携しているプログラム名称及びそのプログラムの基幹型施設(歯科の場合は単独型もしくは管理型施設)の名称を記載いただき、そのプログラムにおける自施設(申請施設)の位置づけを選択をしてください。

※(医科)基幹型、協力型、協力施設 (歯科)単独型、管理型、協力型、協力施設

### (3) プログラム名称について

(1)で記載の通り、原則「臨床研修プログラム」の名称を正しく記載ください。

※正しい記載例:○○病院臨床研修プログラム

※よくある誤った記載例:「地域医療」等、担当している箇所のみ記載

**【新規】地域包括医療・ケア実践申立書 別添1の3**  
 (認定施設・認定施設の特例施設)

＜申請者情報＞		
施設名称	〇〇病院	
施設住所	東京都〇〇区〇〇	
開設年月日	20〇〇年〇月〇日	
許可病床数	〇〇床	
診療科目	例) 内科、外科、・・・・・・・・	
記入者	職種	例) 院長、事務長 等
	氏名	〇〇 〇〇

施設情報を記載

実践事業名 (取り組まれている地域包括医療・ケアに関する事業名を開始年月日とともにまとめて下さい)

◎施設で行っている実践事業名を開始年月日と共に記載ください。  
 例) 19〇〇年〇月〇日～:訪問診療  
 20〇〇年〇月〇日～:・・・・・・・・  
 20〇〇年〇月〇日～:・・・・・・・・

地域包括医療・ケアの取り組み (申請施設の過去5年間に取り組んだ地域包括医療・ケアに関する事例、研究、論文、学会発表を800字～1200字にまとめて記載してください)

〇〇〇〇〇〇・・・・・・・・

◎施設での地域包括医療・ケアの取り組みについて、過去5年間で取り組んだ内容を800字～1200字にまとめて記載ください。

※審査の際に、再審査の対象となった例

- ・地域包括医療・ケアにあまり関わっていない研究や学会発表についての記載
- ・過去5年間での取り組みとはいえない ※平成16年には・・・
- ・800字～1200字の記載となっていない

今後の方向性・抱負 (今後、目指す方向性についてのお考えを200字～400字以内で自由にお書きください)

〇〇〇〇〇・・・・・・・・

◎施設としての今後の方向性・抱負を400字程度にまとめて記載ください。  
 ※審査の際に、再審査の対象となった例

- ・400字以内の記載ではあるが記載量が少なすぎる ※50字～100字程度
- ・今後の方向性・抱負とはいえない