

# 見本

地域包括医療・ケア認定申請（新規・認定医）

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	□□ □□
	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

所属施設の情報を記載

## 2. 地域包括医療・ケア認定医

申請者情報	氏名	〇〇 〇〇	
	職種	<input checked="" type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 歯科医師	
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
	生年月日	19〇〇年〇月〇日	
	メールアドレス	<u>〇〇〇@〇〇〇〇</u>	
	医師・歯科医師免許	取得年月日	19〇〇年〇月〇日
		番号	〇〇〇〇〇〇

申請者の情報を記載

(様式第1号)

申請年月日 20〇〇年〇月〇日

(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・ケア認定医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 □□ □□

2 地域包括医療・ケア認定医

氏名 〇〇 〇〇

職種 医師

医師・歯科医師免許取得年月日 19〇〇年〇月〇日 番号 〇〇〇〇〇〇

2箇所 要押印



◎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。

申請者職種	医師
性別	男性

<会員資格について>

a. 全国自治体病院協議会の会員施設に所属している	<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に所属している	<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に所属している	<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・ケアの実績

◇次の(1)～(5)の項目の内、2項目以上に「該当」している	該当
◇次の(6)～(9)の項目の内、2項目以上に「該当」している	該当
(1) 地域包括医療・ケアの意義を理解し、指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(2) 他科への紹介や連携を通して、患者を総合的に治療している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(3) 他院や他施設を紹介し、患者のクオリティの高い治療ができるようにマネジメントしている	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(4) 患者や家族に生活指導できるように指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(5) 病院や診療所内の他職種のスタッフと一緒にチーム医療を行い、その意義を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(6) 医療保険制度を理解し、指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(7) 介護保険制度を理解し、利用し、指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(8) 治す医療だけでなく、障害のある患者やターミナルステージにいる患者を「支える医療」を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
(9) 次に掲げる項目に2項目以上該当している	該当
①在宅診療の技術や意義を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
②老人保健施設や特別養護老人ホームなどで医師、歯科医師の役割を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
③地域の健康づくり運動を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
④学校医のあり方を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
⑤予防接種や学校・企業の健診のあり方を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
⑥地域における障害者の会のイベントやスポーツ大会を、医師、歯科医師としてサポートするあり方を指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当
⑦その他、医師、歯科医師として地域で支援することを指導している	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当

◇<実績要件について>における認定要件

[1] (1)～(5)の項目の内、2項目以上に「該当」である

[2] (6)～(9)の項目の内、2項目以上に「該当」である

◆(9)については、(9)-①～⑦の項目の内、2項目以上に当てはまれば「該当」



# 【新規】地域包括医療・ケア実践申立書 別添2の1

## <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		
氏名	〇〇 〇〇		
職種	医師	性別	男性
医師・歯科医師 免許	取得年月日	19〇〇年〇月〇日	
	番号	〇〇〇〇〇〇	
専門医	取得専門医名称 (例) 〇〇専門医	( )	
	〇〇専門医 〇〇専門医	20〇〇年〇月〇日 20〇〇年〇月〇日	

取得している専門医について記載

## <経歴>

※地域包括医療・ケアを実践した施設の左側の「実践」欄に「〇」を記入してください

実践	勤務施設名称	役職・職種	勤務期間	勤務年数
(例) 〇	●●病院	医員	2010年4月 ~ 2015年3月	5年0ヶ月
	〇〇病院	〇〇	2000年4月 ~ 2005年3月	5年0ヶ月
〇	▲▲診療所	〇〇	2005年4月 ~ 2009年3月	4年0ヶ月
〇	◆◆病院	〇〇	2009年4月 ~ 2016年3月	7年0ヶ月
〇	〇〇病院	〇〇	2016年4月 ~ 2025年3月	9年0ヶ月
			~	
			~	

### ◆<経歴>の設問について

- これまでの経歴として、勤務施設、役職・職種、勤務期間を全てご記入ください。
- 過去の勤務施設の内、「地域包括医療・ケア」を実践した施設には「実践」の欄に〇を入力ください。
- 地域包括医療・ケアを実践した年数が自動で合算され、合計年数が表示されます。  
⇒合計年数が5年以上あることが認定要件となります。

うち地域包括医療・ケアに関わった年数	20年0ヶ月
注1) 「実践」欄に「〇」を記入した施設での勤務年数合計	
注2) 初期臨床研修期間を除く	

## ■地域包括医療・ケアを実践した施設における実践内容

地域包括医療・ケア実践施設	各施設での実践内容を下記から選択し、数字を記入してください ※複数回答可 ①介護・福祉と連携した診療 ②在宅医療 ③地域保健活動 ④その他		
(例) ●●病院	①②③	(④その他の内容)	
▲▲診療所	①②③	(④その他の内容)	
◆◆病院	①	(④その他の内容)	
〇〇病院	①②③	(④その他の内容)	
		(④その他の内容)	
		(④その他の内容)	

### ◆<地域包括医療・ケアを実践した施設における実践内容>の設問について

- <経歴>の設問において、「実践」の欄に〇が記入された施設が自動入力されます。
- 実践した内容を選択肢①~④から選んで入力ください。※④を選択した場合は、その内容を記入

	(④その他の内容)	

◆地域包括医療・ケアの取り組み（申請者が関わり過去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、学会発表などを800字～1200字にまとめて記載してください）

○○○○・・・

◎申請者の地域包括医療・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・ケアにあまり関連していない研究や学会発表についての記載
- ・過去5年間の取り組みとはいえない ※平成16年には・・・
- ・主に申請者の所属施設の取り組みを記載しており、申請者本人の取り組み内容が明記されていない
- ・申請者の医学的な専門領域に限定した活動内容が記載
- ・800字～1200字の記載となっていない
- ・（同施設から複数人申請があった際）複数の申請書の記載内容が類似している

◆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）

○○○○・・・

◎申請者の今後の方向性・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
- ・（同施設から複数人申請があった際）複数の申請書の記載内容が類似している