

記載例

様式 1

文書番号
令和〇年〇月〇日

東京都知事 小池 百合子 殿

開設者住所 新宿区〇〇〇丁目〇番〇号
開設者 医療法人社団〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇 印

代表者印を押印してください。

特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号。以下「改正法」という。）附則第 5 条の規定により改正法第 3 条の規定による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「医療法」という。）第 113 条の規定 により、別紙 1 のとおり申請する。

別紙

1. 指定を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな 〇〇
名称	ふりがな 〇〇病院
所在地	ふりがな 新宿区〇〇

「特定労務管理対象医療機関の指定に係る業務」を確認の上、
該当するものいずれか1つに○をしてください。

※「第2号」は、「第1号」に該当しない医療機関が対象になります。

救急医療(年間救急車受入台数 1000 台以上)・在宅医療とも行っている場合は、「第1号」に○をしてください。

※「第3号」は、「第1号」「第2号」のいずれにも該当しない医療機関が対象になります。

※救急医療機関であっても、年間救急車受入台数 1000 台未満の場合は、「第3号」の対象となります。

2. 医療法第 113 条第 1 項の指定に係る業務の内容 (該当するものを○で囲むこと。)

第 1 号 救急医療

第 2 号 居宅等における医療

第 3 号 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療

※2の回答によって、3. 4. 5を回答してください。

3. 業務の内容が「第 1 号 救急医療」の場合

(1) 「三次救急医療機関」に該当する場合、○を記載してください。

三次救急医療機関	〇
----------	---

(2) 「二次救急医療機関」に該当する場合、回答してください。

① 年間救急車受入台数及び年間での夜間・休日・時間外入院人数

※前年度実績を基本とする。

年間救急車受入台数	2000 件
年間での夜間・休日・時間外入院人数	500 人
備考	

標ぼうしている疾患・事業ではなく、東京都保健医療計画において位置づけられている医療機能（＝国や東京都から指定を受けている医療機能）に○をしてください。

② 医療計画において位置づけられている 5 疾病 5 事業の役割（該当するものを○で囲むこと。複数選択可。）

がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患
救急医療	災害医療	へき地医療	周産期医療	小児医療

②と③の整合性を図ってください。

（例）②で「がん」に○をつけて、③に「東京都がん診療連携拠点病院」と記載

③ ②の役割について、国や東京都から指定を受けている医療機能を記載してください。

東京都がん診療連携拠点病院、東京都 CCU ネットワーク 参画医療機関、
東京都指定二次救急医療機関、災害拠点病院

4. 業務の内容が「第 2 号 居宅等における医療」の場合

（1）「在宅療養支援病院又は+在宅療養支援診療所」に該当する場合、算定している施設基準（該当するものを○で囲むこと。）

機能強化型在宅療養支援病院（単独型）

機能強化型在宅療養支援病院（連携型）

在宅療養支援病院

機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）

機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）

在宅療養支援診療所

（2）（1）に該当しない医療機関で、「その他、居宅等における医療を提供する役割を積極的に果たしていると認められる医療機関」に該当する場合、業務の内容を記載してください。

該当する理由

5. 業務の内容が「第3号 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」の場合

- (1) 「第1号及び第2号に該当しない医療機関で、がん医療・循環器病・救急医療（精神科を含む）・周産期医療・小児医療の確保のために必要な役割を果たしていると認められる医療機関」に該当する場合、国や東京都から指定を受けている医療機能を記載してください。

東京都脳卒中急性期医療機関、東京都指定二次救急医療機関

- (2) (1) に該当しない医療機関で、「その他、公共性と不確実性が強く働くものとして、地域医療提供体制確保のために必要な医療機関」に該当する場合、業務の内容を記載してください。

該当する理由

5. 担当者及び連絡先

担当者所属・役職・氏名	〇〇
電話番号	〇〇
メールアドレス	〇〇

申請内容の確認に対応可能な実務担当者を記載してください。

医療法第 113 条第 1 項の指定に係る業務の内容があることを証する書類

第 1 号 救急医療

3. に記載した内容をもって、医療計画等において対象医療機関の医療機能がすでに明示されている等、都が要件を確認することができれば、提出書類不要。

第 2 号 居宅等における医療

4. に記載した内容をもって、関東信越厚生局が公開している届出受理医療機関名簿等により、都が要件を確認することができれば、提出書類不要。

第 3 号 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療

5. に記載した内容をもって、医療計画等において対象医療機関の医療機能がすでに明示されている等、都が要件を確認することができれば、提出書類不要。

※業務の内容を確認するため、必要に応じて、書類の提出を求める場合があります。