

【 特定地域医療提供機関(B水準)の例 】

様式 10

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

「指定通知書」に記載された  
文書番号を記載してください。

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に係る業務の変更について

令和〇年〇月〇日付第〇号にて特定地域医療提供機関として受けた指定に係る業務について、別紙のとおり変更することとしたので、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。）

※ 医療法第116条第1項の規定に基づき申請する。

※本文中の条文については、以下を参照し、直接条文を記載する。

- 特定地域医療提供機関(B水準)の指定に係る業務の変更の場合  
→ 医療法第116条第1項
- 連携型特定地域医療提供機関(連携B水準)の指定に係る業務の変更の場合  
→ 医療法第118条第2項の規定により準用する同法第116条第1項
- 技能向上集中研修機関(C-1水準)の指定に係る業務の変更の場合  
→ 医療法第119条第2項の規定により準用する同法第116条第1項
- 特定高度技能研修機関(C-2水準)の指定に係る業務の変更の場合  
→ 医療法第120条第2項の規定により準用する同法第116条第1項

別紙

1. 指定に係る業務の変更を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな〇〇 〇〇
	〇〇 〇〇
名称	ふりがな〇〇
	〇〇病院
所在地	ふりがな〇〇
	新宿区〇〇〇丁目〇番〇号

2. 変更しようとする事項及び変更理由

変更前	変更後	変更理由
〇〇〇科、△△△科に所属する医師に特例水準を適用する。	〇〇〇科に所属する医師に特例水準を適用する。	△△△診療科は、常勤職員を増員したこと、〇〇業務のタスクシフトを行ったことから、時間外・休日労働時間が短縮したため。

3. 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。

< 特定地域医療提供機関の場合 >

4. 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

## 5. 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	○
----------	---

(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	

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

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
---

## 6. 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

--

## 7. 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

--