

協力医療機関に関する 届出について

(対象: 認知症対応型共同生活介護、
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

協力医療機関に関する届出について

令和6年度介護報酬改定に伴い、下記のサービス種別の運営基準に協力医療機関に関する規定が設けられました。

「年に1回以上、協力医療機関と利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、別紙3を市町村長へ届け出なければならない」とされていますので、「(別紙3)協力医療機関に関する届出書」の届出をお願いします。

【届出を必要とするサービス種別】

- ・認知症対応型共同生活介護
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※協力医療機関連携加算の取得の有無に関わらず提出が必要です

協力医療機関に関する届出書

令和 年 月 日

各指定権者
各許可権者 殿

届出者	フリガナ 名称			
	事務所・施設の所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先 事業所番号	電話番号	FAX番号	
	事業所・施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム		
代表者の職・氏名	職名	氏名		
代表者の住所	(郵便番号 -)			
協力医療機関	①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	(事業所・施設種別4~8のみ) ③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院	医療機関名	医療機関コード	
		入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	上記以外の協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
た 施 設 協 力 基 準 医 療 機 関 を 第 2 号 及 び 第 3 号 の 規 定 (※5)を 満 た す 場 合	第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去1年間に協議を行った医療機関数			
	第1号の協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由			
	第2号(過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由			
	届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関	医療機関名(複数可)		
	(協議を行う予定の医療機関がない場合)基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6)	院等を想定 協議を行う予定時期	令和 年 月	
関係書類	別添のとおり			

- 備考 1 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。
 2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。
 3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。
- (※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。
 (※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 (※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 (※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
 (※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載
 (※6)

(各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)

- 特定施設入居者生活介護 : 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第191条第2項
 地域密着型特定施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項
 認知症対応型共同生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項
 介護老人福祉施設 : 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項
 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項
 介護老人保健施設 : 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項
 介護医療院 : 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項

小樽市長 殿

届出者	フリガナ 名称	-----		
	事務所・施設の所在地	(郵便番号 -----)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	事業所番号	-----		
	事業所・施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム		
代表者の職・氏名	職名	氏名		
代表者の住所	(郵便番号 -----)			
協力医療機関	①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
	②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
	(事業所・施設種別4～8のみ) ③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院	医療機関名	医療機関コード	
	上記以外の協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
	上記以外の協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
予設協力医療機関	第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去1年間に協議を行った医療機関数	-----		
	協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由	-----		
	(過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由	-----		
	届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関	医療機関名(複数可)		
	協議を行う予定の医療機関がない場合)基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6)	-----		
関係書類	別添のとおり			

「名称」は事業所名を記載すること
 「事務所・施設の所在地」「連絡先」は、事業所について記載すること

①～③すべて記載すること
 ※(介護予防)認知症対応型共同生活介護は、①～②のみ記載
 ※①～③が同一の医療機関の場合、各欄に同一の医療機関名等を記載する

①～③以外の協力医療機関を記載すること。
 (例) 歯科医療機関等

上記「協力医療機関」欄の①～③に該当する協力医療機関を定めていない場合や、記載できない項目がある場合には、必ず記載すること

備考1 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。
 2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。
 3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。
 (※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。
 (※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 (※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 (※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
 (※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び第2号「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載。
 (※6) 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載。

必ず、備考欄をよく読み記載すること
 ※「備考1」については、①～③の協力医療機関に加え「上記以外の協力医療機関」についても添付してください

(各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)
 特定施設入居者生活介護 : 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第191条第2項
 地域密着型特定施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項
 認知症対応型共同生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項
 介護老人福祉施設 : 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項
 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項
 介護老人保健施設 : 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項
 介護医療院 : 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項

届出にあたっての留意事項

- 1 認知症対応型共同生活介護については、「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。
- 2 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。
(新規指定、指定更新時から協力医療機関が変更となった場合、変更届の提出が必要です)
- 3 届出者の「名称」には事業所名を記載してください。

※1 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は、別紙3の裏面を参照ください。

協力医療機関連携加算について

認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設において、協力医療機関連携加算（１）を算定する場合、別紙３「協力医療機関に関する届出書」の提出が算定要件となります。

本加算を算定している事業所で、別紙３を提出していない場合は、速やかな提出が必要です。

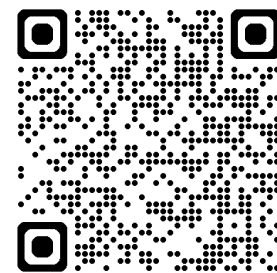
- ※本加算は「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載される加算（体制加算）ではありませんので、各事業所において加算取得要件を満たして取得してください。
- ※小樽市へは加算の届出は不要です。

【重要】提出期限などのお知らせ

①別紙3は本市ホームページからダウンロードできます！
記載例を掲載していますので参考にしてください

◆本市ホームページ「協力医療機関に関する届出について」

👉 <https://www.city.otaru.lg.jp/docs/2024060600039/>



②提出していない事業所は、**必ず、
令和7年度末（令和8年3月末）までに提出**してください

【重要】提出方法について

③令和7年度より、ウェブフォームで
提出受付しています！

◆ぜひ下記から提出ください◆

🔗<https://logoform.jp/form/fqKi/997280>

※前年度と医療機関等の変更がない場合は
添付書類（医療機関との協定書）の添付は不要となりました。

※上記フォームからの提出が難しい場合は、メールでも可能です。

