

# 「協力医療機関に関する届出書」の提出について

【提出期限】

毎年度3月末まで

## 1年に1回以上、協力医療機関に関する届出書を指定権者へ ご提出ください

令和6年度介護報酬改定にて、1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、指定権者への届出が義務付けされています。

### 【対象施設・事業所】

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)  
介護老人保健施設  
介護医療院  
(介護予防)特定施設入居者生活介護  
養護老人ホーム  
軽費老人ホーム

### 【提出書類】

○(別紙1)協力医療機関に関する届出書  
○協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)



(別紙1)		協力医療機関に関する届出書		令和 8 年 3 月 1 日		
各指定権者						
各許可権者	殿					
届出者	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホームシマネッコノイエ				
	名称	特別養護老人ホームしまねっこの家				
	事務所・施設の所在地	(郵便番号 690 - 8501 ) 島根県松江市殿町1番地				
	連絡先	電話番号	1111-11-1111	FAX番号	1111-11-1112	
	事業所番号	123456789				
	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 checked="" type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設		
	代表者の職・氏名	職名	施設長	氏名	島根太郎	
		代表者の住所	(郵便番号 690 - 8501 ) 島根県松江市殿町2番地			
	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	1 1 1 1 1 1 1 1
<input type="radio"/> × <input type="checkbox"/> 病院 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 <b>令和7年10月1日</b>			協力医療機関の担当者名	島根次郎		
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	1 1 1 1 1 1 1 1	
		<input type="radio"/> × <input type="checkbox"/> 病院 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 <b>令和7年10月1日</b>	協力医療機関の担当者名	島根次郎		
(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	1 1 1 1 1 1 1 1	
		<input type="radio"/> × <input type="checkbox"/> 病院 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日 <b>令和7年10月1日</b>	協力医療機関の担当者名	島根次郎		
上記以外の協力医療機関		医療機関名		医療機関コード		
		医療機関名		医療機関コード		
		医療機関名		医療機関コード		
		医療機関名		医療機関コード		
満たす協力医療機関を定めていない場合(※)	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					
	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	※在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、地域包括ケア病棟を持つ医療機関(200床未満)、在宅療養後方支援病院等 協議を行う予定時期 令和 年 月				
	(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					

※注意事項

「入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日」は毎年確認した日付を記載してください

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院及び養護老人ホームにおいて、協力医療機関との連携については、令和9年4月1日から義務化されますので、速やかに連携体制を構築してください。