

医療連携体制加算に係る届出書（認知症対応型共同生活介護事業所）

| | |
|-------|--|
| 事業所名 | |
| 異動等区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 医療連携体制加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 2 医療連携体制加算（Ⅱ） <input type="checkbox"/> 3 医療連携体制加算（Ⅲ） |

| 医療連携体制加算に係る届出内容 | | 有 ・ 無 |
|-------------------|---|--|
| 医療連携体制加算（Ⅰ）～（Ⅲ）共通 | | |
| 指針整備等の状況 | ① 利用者が重度化した場合の対応に係る指針を定めている。 ② ①で定めた指針の内容を、入居に際して利用者又はその家族等に説明し同意を得ている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 医療連携体制加算（Ⅰ） | | |
| 看護体制の状況 | ① 事業所の職員として又は病院等（※1）との連携により、看護師を1名以上確保している。 ② 看護師により24時間連絡できる体制を確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 医療連携体制加算（Ⅱ） | | |
| 看護体制の状況 | ① 事業所の職員として看護職員を常勤換算方法で1名以上配置している。 ② 事業所の職員である看護職員（※2）又は病院等の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 利用者の状況 | 算定日の属する月の前12月間において、下記いずれかに該当する状態の利用者が1人以上である。 (ア)喀痰吸引を実施している状態 (イ)呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 (ウ)中心静脈注射を実施している状態 (エ)人工腎臓を実施している状態 (オ)重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 (カ)人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態 (キ)経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 (ク)褥瘡に対する治療を実施している状態 (ケ)気管切開が行われている状態 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 医療連携体制加算（Ⅲ） | | |
| 看護体制の状況 | ① 事業所の職員として看護師を常勤換算方法で1名以上配置している。 ② 事業所の職員である看護師又は病院等の看護師との連携により24時間連絡できる体制を確保している。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |
| 利用者の状況 | 医療連携体制加算（Ⅱ）における同要件を満たしている。 | <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> |

※1 「病院等」は「病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーション」を指す。
※2 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合は、病院等の看護師により24時間連絡できる体制を確保することが必要。

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。