

令和 8 年 1 月 6 日

秦野市指定認知症対応型共同生活介護事業者 各位

秦野市長 高 橋 昌 和
(契印・公印省略)

医療連携体制加算における病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携の確認について（通知）

日頃から本市介護保険事業の運営に御理解と御協力いただき誠にありがとうございます。

医療連携体制加算においては、看護師について、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーション（以下「病院等」という。）との連携により確保することとされており、加算申請の要件審査にあたっては、連携協定書及び当該看護師の資格証の写しを提出していただくことで確認をしています。

このたび、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と異なる法人の病院等との連携によって看護師を確保する場合の資格証の取扱いについて、問い合わせがありましたので、次のとおり通知します。

指定認知症対応型共同生活介護事業所におかれましては、今後とも適切なサービス提供をしていただきますようお願いいたします。

1 医療連携体制加算算定時の看護師の資格証について

算定要件の確認のため、届出の際は、資格証の写しを添付してください。ただし、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と異なる法人の病院等との連携によって看護師を確保する場合であって、連携先の病院等から資格証の写しの提出を受けることが難しい場合は、次のいずれかの文書により確認します。

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が、連携する看護師の資格証を確認し、その旨を記録した文書
- (2) 連携先の病院等が作成した、連携する看護師の名簿及び名簿に記載の者

が有資格者であることを証明した文書

2 参考様式

別紙のとおり

事務担当は、福祉部高齢介護課高齢者福祉担当です。
電話番号 0463 (86) 6583

(参考様式)

医療連携体制加算における看護師に係る証明書

連携先の事業所名	グループホーム〇〇
----------	-----------

No.	ふりがな 氏名	備考
1	たんざわ はなこ 丹沢 花子	
2	はだの たろう 秦野 太郎	
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

上記は、看護師資格を持つ者であることを証明します。

令和〇年〇月〇日

法人所在地 秦野市〇〇町〇〇

法人名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 〇〇 〇〇 印

事業所所在地 秦野市〇〇町〇〇

事業所名 〇〇病院

管理者名 〇〇 〇〇