

医療的ケア加算に関する届出書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

届出者 所在地
事業者名
代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出の区分							
届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	法人の種類別				法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名			氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 市					
	事業所・施設 の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 —) 県 市				
主たる事業所の名称							
事業所番号							
連絡先		電話番号			FAX番号		
管理者の氏名		職名			氏名		
管理者の住所		(郵便番号 —) 県 市					
添付書類		(その2)実施体制確認シート					

※「届出区分」欄は、新規、変更、追加及び廃止から選択し、記入ください。
 ※届出区分が「変更」、「追加」の場合は、この様式とともに該当する添付書類のみ提出ください。
 ※届出区分が「廃止」の場合は、この様式のみ提出ください。
 ※対象となる利用者がいない場合は、その2のみ添付すること。

医療的ケア加算届出書 実施体制確認シート

〔体制要件〕※医療的ケア加算、特別重度支援加算算定時は①～⑦まで全部有であることが条件

有無の確認

- ① 従業者(管理者含む 以下同様とする。)に対し、医療的ケアに係る研修を計画し、研修を実施している又は実施することが予定されている。
- ② 新規に採用したすべての従業者に対し、熟練した従業者の同行による研修を実施している。
- ③ 従業者に対し、技術指導等を目的としたケア会議等を必要に応じて開催する体制が整備されている。
- ④ 管理者と従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。
- ⑤ 複数の看護師が業務に従事する場合、その連携方法、情報伝達及び報告体制を整備している。
- ⑥ 協力医療機関だけでなく、利用者の主治医、利用者が利用する訪問看護事業所等との連携・相談体制が整備されている。
- ⑦ 従業者に対する健康診断の実施体制及び衛生管理体制を整備している。

〔人材要件〕※医療的ケア加算、特別重度支援加算算定時は常勤看護師が1名以上いることが条件

① 看護職員の状況について

※経験年数は資格を取得してから実際に看護職員として実働した年数(1年に満たない場合は切り捨て)を記入

※在籍年数は、現在在籍する医療機関及び障害者支援施設において看護職員として実働した年数(1年に満たない場合は切り捨て)を記入

看護師氏名	看護師資格の 取得年月	経験年数	在籍年数

※体制要件に係る備考

- ・①及び②の「研修」: 現に法人等内部で計画化されているものだけでなく、外部的な研修も含み、1年に1回は実施されよう努めるものをいいます。
- ・③の「技術指導等」: 医療的ケア(補助行為)、介護、訓練、療育等事業所で日中一時支援において実施するあらゆる行為に関する技術に関する指導、訓練をいいます。
- ・③の「ケア会議等」: 事業に携わる従事者が、利用者及びその保護者とともに、あるいは、従業者のみで実施する利用者に係るケアの向上を図るための会議、打合せのことをいいます。
- ・④及び⑤の「報告体制の整備」: 指示系統や連絡体制が具体的に明示されていることをいいます。
- ・⑥の「連携・相談体制の整備」: 様式4個別実施手順書での同意の取得、その他主治医等の相談記録を始め、実際に医療的ケアを実施する場合には、主治医等と直接面談した記録及び医療的ケアが見込まれている場合は電話等での対応記録をいいます。
- ・⑦の「健康診断の実施体制」: 従事者の日々のバイタルチェックだけでなく、従事を開始する前に少なくとも1回健康診断を受診し、事業者健康診断書を提出する行為を含みます。