

地域密着型サービス事業所 管理者様

福岡県介護保険広域連合指定指導課長
(指定係)

協力医療機関との連携に係る届出について（通知）

令和 6 年 4 月 1 日介護報酬改定に伴い、協力医療機関と実効性のある連携体制を確保する観点から、年に 1 回以上、協力医療機関と入所者（入居者）の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決め内容等を指定権者に届け出ることが義務付けられました。

つきましては、当広域連合で指定を受けている対象事業所におかれましては、別紙「協力医療機関との連携に係る届出について」を参考に下記のとおり提出をお願いいたします。

記

1. 対象サービス

- (1) 認知症対応型共同生活介護
- (2) 地域密着型特定施設入居者生活介護
- (3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

2. 提出期限

令和 8 年 1 月 30 日（金）

3. 提出方法

電子申請、電子メール又は郵送

※電子申請システムの利用手順については別紙をご参照ください。

※多くの法人及び事業所からの届出が予想されます。郵送で提出の場合、書類が到着したかの個別のお問合せに対応できないこともありますので、必要な場合は、配達記録が残る方法で送付してください。

4. 提出書類

- (1) 協力医療機関との契約書又は協定書の写し
- (2) (別紙 3) 協力医療機関に関する届出書

5. 提出先・問合せ先

〒812-0044

福岡県福岡市博多区千代 4 丁目 1 番 27 号 福岡県自治会館 3 階

福岡県介護保険広域連合 指定指導課 指定係

Tel : 092-981-9074

Fax : 092-641-2432

E-mail : shitei@fukuoka-kaigo.jp