

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--------------------------------|-----------------|--|--|
| 1. 届出区分 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | | 1. 「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院 (単独型機能強化型) 2. 「第14の2」の1の(2)のアに規定する在宅療養支援病院 (連携型機能強化型) 3. 「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院 (従来型) | |
| 2. 当該病院の在宅医療を担当する常勤医師の氏名 | | ① ② ③ | |
| 3. 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関 | | | |
| ① | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| | ② | 名称 | |
| | | 開設者 | |
| | | 許可病床数 | |
| | | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | |
| | ③ | 名称 | |
| | | 開設者 | |
| | | 許可病床数 | |
| | | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | |
| ④ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| ⑤ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| ⑥ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| ⑦ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| ⑧ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |
| ⑨ | 名称 | | |
| | 開設者 | | |
| | 許可病床数 | | |
| | 在宅医療を担当する常勤の医師名 | | |

| | |
|---|---|
| 4. 24時間の直接連絡を受ける体制 | |
| ① 24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ担当者として指定するとともに、当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供しているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 該当 ・ 非該当 |
| ② 連絡先をコールセンター等が担っているか。 | 該当 ・ 非該当 |
| ③ ②の場合、当該コールセンター等の連絡先 | |
| ④ ②の場合、当該コールセンター等から主に連絡を受ける担当者の氏名 | |
| ⑤ ②の場合、当該コールセンター等から主に連絡を受ける連絡先 | |
| 5. 24時間往診が可能な体制 | |
| 24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供しているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 該当 ・ 非該当 |
| 6. 24時間の訪問看護が可能な体制 | |
| ① 24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供しているか。 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 該当 ・ 非該当 |
| ② 訪問看護を提供する主体 (該当するいずれか1つを○で囲むこと) | 1. 届出医療機関 2. 連携する保険医療機関 3. 連携する訪問看護ステーション |
| ③ ②で「2」又は「3」を選択した場合、当該連携先の情報 | |
| | 名称 |
| | 開設者 |
| | 連絡先 |
| 7. 訪問栄養食事指導を行う体制 | |
| 訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の氏名 | |
| 8. その他必要な体制(該当するいずれか1つを○で囲むこと) | |
| 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床)未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 | 該当 ・ 非該当 |
| 「4」、「5」及び「6」の体制確保に当たって、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。 | 該当 ・ 非該当 |
| 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 | 該当 ・ 非該当 |
| 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。 | 該当 ・ 非該当 |
| 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 | 該当 ・ 非該当 |
| 業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。 | 該当 ・ 非該当 |

〔記載上の留意事項〕

- 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院(連携型機能強化型)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 「5」は、基本診療料の施設基準等の別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患者に提供していることでもよい。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。当該文書において、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院(連携型機能強化型)は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を記載すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。