

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

| | | |
|------|---------------|---|
| 受理番号 | (訪看機 1、2、3、4) | 号 |
|------|---------------|---|

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 決定年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|-------|-------|

(届出事項)

| | |
|---------------------|---------------------|
| 1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 | 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 |
| 3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3 | 4. 機能強化型訪問看護管理療養費 4 |

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

中国四国厚生局長 殿

| | |
|-----------|--|
| ステーションコード | |
|-----------|--|

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型 3・4）

1. 看護職員数（機能強化型1・2・3・4）

| | 実人数 | 常勤換算後の員数 |
|------------|-----|----------|
| 常勤看護職員（人） | | |
| うち、出張所の員数 | | |
| 非常勤看護職員（人） | | |
| うち、出張所の員数 | | |

※常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり32時間を下回る場合は32時間を基本とする）に達していることをいう。

※非常勤看護職員については、実人数に加えて、常勤換算後の員数（当該訪問看護ステーションにおける勤務延時間数を、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た数）を記載すること。

（機能強化型1・2のみ）

| | |
|---|-----------------|
| 人員基準で求める常勤看護職員数（機能強化型1では7人、機能強化型2では5人）への非常勤看護職員の算入の有無 | 有 ・ 無 |
|---|-----------------|

※非常勤看護職員は、常勤換算した1人分を常勤看護職員数に算入することが可能。

常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号

| 氏名 | 職種 | 免許証番号 | 専門の研修の受講 |
|----|----|-------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

※療養通所介護事業所、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の常勤職員については、当該事業所名を「職種」欄に併せて記載すること。

上記以外で専門の研修を受けた看護師

| | |
|----|----|
| 氏名 | 氏名 |
| | |

2. 看護職員の割合（機能強化型1・2・3・4）

| 看護職員の員数 ① | 理学療法士等の員数 ② | 看護職員の割合 ①／(①+②)×100 |
|-----------|-------------|---------------------|
| 人 | 人 | % |

※当該訪問看護ステーションにおける職員について、常勤換算した保健師・助産師・看護師・准看護師の員数を①に、常勤換算した理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の員数を②に記載した上で、割合を算出すること。

3. 24時間対応体制の整備（機能強化型1・2・3・4）

| | | | |
|-----------------|------|---|-------------|
| 24時間対応体制加算の届出状況 | 本届出時 | ・ | 既届出:受理番号() |
|-----------------|------|---|-------------|

4. ターミナルケアの実施状況（機能強化型1・2）

前年度（ _____年度）のターミナルケアの実施件数（ _____件／年度）

| 月 | A | B | C | D | 月 | A | B | C | D |
|----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|
| 4月 | | | | | 10月 | | | | |
| 5月 | | | | | 11月 | | | | |
| 6月 | | | | | 12月 | | | | |
| 7月 | | | | | 1月 | | | | |
| 8月 | | | | | 2月 | | | | |
| 9月 | | | | | 3月 | | | | |

※各月について、以下のA～Dの件数をそれぞれ記載する。A～Dの複数に該当する利用者にあつては、最も該当する1項目に計上すること。

- A 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者
- B ターミナルケア加算を算定した利用者
- C 共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者
- D 7日以内の入院を経て連携する医療機関で死亡した利用者

5. 15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ状況（機能強化型1・2）

直近3ヶ月間の月別15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ人数

| 年 月 | 超重症児 | 準超重症児 | 合計（人） |
|-----|------|-------|-------|
| 年 月 | | | |
| 年 月 | | | |
| 年 月 | | | |

6. 特掲診療料等の施設基準等の別表7・別表8に該当する利用者等の状況（機能強化型1・2・3・4）

【機能強化型1・2】

1月当たりの別表7に該当する利用者数（ _____人／月） ※②の再掲

| | | |
|---|---------------------------|---|
| ① | 直近1年間における、別表7に該当する利用者数の合計 | 人 |
| ② | 1月当たりの別表7に該当する利用者数（①／12） | 人 |

直近1ヶ月間における別表7に該当する利用者の疾患名又は状態

| | | | |
|---|--|----|--|
| 1 | | 6 | |
| 2 | | 7 | |
| 3 | | 8 | |
| 4 | | 9 | |
| 5 | | 10 | |

【機能強化型3】

(1) 又は(2)のいずれかを記載すること。

(イ)～(ニ)の複数に該当する利用者にあつては、最も該当する1項目に計上すること。

(イ) 別表7に該当する利用者

(ロ) 別表8に該当する利用者

(ハ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者

(ニ) 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

(1) 1月当たりの(イ)、(ロ)、(ハ)に該当する利用者数 合計(____人/月) ※②の再掲

| | 直近1年間における、該当利用者数の合計 (①) | 1月当たりの該当利用者 (①/12) |
|-----|-------------------------|--------------------|
| (イ) | 人 | 人 |
| (ロ) | 人 | 人 |
| (ハ) | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 (②) |

(2) 1月当たりの(ニ)に該当する利用者数 合計(____人/月) ※②の再掲

| | 直近1年間における、該当利用者数の合計 (①) | 1月当たりの該当利用者 (①/12) |
|-----|-------------------------|--------------------|
| (ニ) | 人 | 人 (②) |

直近1ヶ月間における別表7に該当する利用者の疾患名又は状態

| | | |
|---|----|--|
| 1 | 6 | |
| 2 | 7 | |
| 3 | 8 | |
| 4 | 9 | |
| 5 | 10 | |

※(1)で別表7に該当する利用者を計上した場合に記載する。

直近1ヶ月間における別表8に該当する利用者の状態

| | | |
|---|----|--|
| 1 | 6 | |
| 2 | 7 | |
| 3 | 8 | |
| 4 | 9 | |
| 5 | 10 | |

※(1)で別表8に該当する利用者を計上した場合に記載する。

【機能強化型4】

(1) 及び(2) いずれも記載すること。

(イ) 又は(ロ) 並びに(ハ) 又は(ニ) の複数に該当する利用者にあつては、最も該当する1項目に計上すること。

- (イ) 別表7に該当する利用者
- (ロ) 別表8に該当する利用者
- (ハ) 入院歴が1年以上もしくは入退院を繰り返している者でGAF尺度40以下の利用者
- (ニ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者

(1) 1月当たりの(イ) 又は(ロ) に該当する利用者数 合計(____人/月) ※②の再掲

| | 直近1年間における、該当利用者数の合計 (①) | 1月当たりの該当利用者 (①/12) |
|-----|-------------------------|--------------------|
| (イ) | 人 | 人 |
| (ロ) | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 (②) |

直近1ヶ月間における別表7に該当する利用者の疾患名又は状態

| | | |
|---|----|--|
| 1 | 6 | |
| 2 | 7 | |
| 3 | 8 | |
| 4 | 9 | |
| 5 | 10 | |

直近1ヶ月間における別表8に該当する利用者の状態

| | | |
|---|----|--|
| 1 | 6 | |
| 2 | 7 | |
| 3 | 8 | |
| 4 | 9 | |
| 5 | 10 | |

※(1) で別表8に該当する利用者を計上した場合に記載する。

(2) 1月当たりの(ハ) 又は(ニ) に該当する利用者数 合計(____人/月) ※②の再掲

| | 直近1年間における、該当利用者数の合計 (①) | 1月当たりの該当利用者 (①/12) |
|-----|-------------------------|--------------------|
| (ハ) | 人 | 人 |
| (ニ) | 人 | 人 |
| 合計 | 人 | 人 (②) |

(3) 行政機関等が関与する利用者(直近1年間) 合計(____人/年) ※①の再掲

該当者がいる場合、記載すること。

(イ) ~ (ニ) の複数に該当する利用者にあつては、最も該当する1項目に計上すること。

- (イ) 医療観察法の訪問看護利用者
- (ロ) 措置入院又は緊急措置入院を経て退院した者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある者
- (ハ) ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
- (ニ) 市町村、保健所等の行政機関又は地域包括支援センターが実施する会議等において、支援調整の対象者

| | 直近1年間における、該当利用者数の合計 (①) |
|-----|-------------------------|
| (イ) | 人 |
| (ロ) | 人 |
| (ハ) | 人 |
| (ニ) | 人 |
| 合計 | 人 |

7. 介護サービス計画、サービス等利用計画等の作成状況（機能強化型1・2）

(1) 又は (2) のいずれかを記載すること。

利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含めること。

(1) 居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成状況

| | | |
|---|--|---|
| ① | 直近1年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者の中の、要介護・要支援者数 | 人 |
| ② | 上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画が作成された利用者数 | 人 |
| ③ | 当該居宅介護支援事業所による介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合 (②/①×100) | % |

(2) 特定相談支援事業所におけるサービス等利用計画又は障害児相談支援事業所における障害児利用支援計画の作成状況

| | | |
|---|--|---|
| ① | 直近1年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者の中の、障害福祉サービスや障害児支援を利用している者の数 | 人 |
| ② | 上記①のうち、同一敷地内に設置された特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児利用支援計画が作成された利用者数 | 人 |
| ③ | 当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によるサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成割合 (②/①×100) | % |

8. 情報提供や研修等の実績（直近1年）

機能強化型1及び2は（1）及び（3）を、機能強化型3及び4は（2）及び（3）を記載すること。

（1）人材育成のための研修等（機能強化型1・2）

| 期 間 | 対象及び人数 | 研修名等 |
|------------------|------------|------------|
| 例. ●年●月●日～●年●月●日 | ●●大学 ●年生●名 | 地域・在宅看護論実習 |
| | | |
| | | |

（2）地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修（機能強化型3・4）

| 期 間 | 対象及び人数 | 研修名等 |
|-----------|-------------|-------------|
| 例. ▲年▲月▲日 | ▲▲病院 看護職員▲名 | 退院支援、訪問看護研修 |
| | | |
| | | |

（3）地域の訪問看護ステーション又は住民等に対する情報提供・相談対応（機能強化型1・2・3・4）
（機能強化型1・2においては地域の保険医療機関に対する情報提供・相談対応を含む）

| 期 間 | 対象及び人数 | 研修名等 |
|-----------|--------------|------------|
| 例. ◆年◆月◆日 | ◆◆市◆◆地区 住民◆名 | 在宅での療養生活講座 |
| | | |
| | | |
| | | |

9. 地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績（直近1年）（機能強化型3）

| 期 間 | 勤務者氏名 | 保険医療機関名（①） |
|-----|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

10. 保険医療機関と共同して実施し、算定した退院時共同指導加算の件数（直近3月）

（機能強化型3※・4）※機能強化型3は9. の保険医療機関（①）以外の保険医療機関

| 年 月 | 件 数 |
|-----|-----|
| 年 月 | 件 |
| 年 月 | 件 |
| 年 月 | 件 |

11. 同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者数の割合（直近3月）（機能強化型3・4）

同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置（有・無）
直近3ヶ月間における割合（①/②×100）（　　%）

| 年 月 | 同一敷地内・同一開設者の医療機関以外の 医師を主治医とする利用者数 | 1月当たりの訪問看護ステーションの 利用者数 |
|---------|--------------------------------------|---------------------------|
| 年 月 | 人 | 人 |
| 年 月 | 人 | 人 |
| 年 月 | 人 | 人 |
| 3ヶ月間の合計 | 人 (①) | 人 (②) |

※同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置がない場合は、利用者数等の記入は必要ない。
利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含める。

12. 地域の関係機関との連携、会議の参加（機能強化型4）

(1) 連携状況（直近1年）

□には、(イ) から (ホ) までの連携機関の分類で該当するものについて、「✓」を記入すること。
連携機関名を記載すること。

| | | 連携機関名 |
|--------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | (イ) 保険医療機関 | |
| <input type="checkbox"/> | (ロ) 一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助等の障害福祉サービス等事業者 | |
| <input type="checkbox"/> | (ハ) 障害児相談支援事業所等 | |
| <input type="checkbox"/> | (ニ) 居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者 | |
| <input type="checkbox"/> | (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署 | |

(イ) から (ホ) までの連携機関の分類（□の✓の数）（　　種類）

(イ) から (ホ) までの連携機関の数（　　箇所）

(2) 連携機関との面会（会議）の実績（直近1年）

| | 期 間 | 連携先※ | 連携機関名 | 目的、会議名等 |
|---|-----------|------|-------|---------|
| 1 | 例. ■年■月■日 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 3 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※（イ）～（ホ）で該当するものを記載すること。

13. 専門の研修を受けた看護師の配置（機能強化型1・2・3・4）

| | |
|--|---|
| 専門の研修を受けた看護師の人数 | 人 |
| （機能強化型1のみ記入） 専門看護師（ ）人 認定看護師（ ）人 特定行為研修修了看護師（ ）人 | |

備考：機能強化型訪問看護管理療養費1、2、3又は4において、それぞれの届出基準に該当する箇所に必要事項を記入すること。

：常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、特掲診療料の施設基準等の別表7及び別表8に該当する利用者の疾患名又は状態、情報提供や研修等の実績、地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

：「13」について、専門の研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。