

別紙様式3

24時間対応体制加算（基準告示第3に規定する地域、医療を提供しているが医療資源の少ない地域

又は地域の相互支援ネットワークに参画している場合）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号	(訪看23)
------	--------

 号 |

受付年月日	年 月 日
-------	-------

決定年月日	年 月 日
-------	-------

(届出事項) 24時間対応体制加算

(基準告示第3に規定する地域、医療を提供しているが医療資源の少ない地域又
は地域の相互支援ネットワークに参画している場合)

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

①

代表者の氏名

②

代表者の氏名

関東信越厚生局長 殿

①	②
---	---

ステーションコート

指定訪問看護
ステーション
の所在地及び
名称

() 基準告示第3 () 医療資源の少ない地域
() 地域の相互支援ネットワークに参画

() 基準告示第3 () 医療資源の少ない地域
() 地域の相互支援ネットワークに参画

管理者の氏名

保健師又は看
護師以外の職
員による連絡
相談体制

()

()

※ 基準告示第3に規定する地域、医療を提供しているが医療資源の少ない地域又は地域の
相互支援ネットワークに参画している場合のうち、該当するものに○を付すこと。（該
当するもの全てに○を付すこと。）

※ 保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合は、() に○を付すこと。

1. 24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員 () 人 (①・②訪問看護ステーションの合計)

訪問看護 ステーション	①		②	
連絡相談を 担当する職員	人			
保健師	人	常勤 人	非常勤 人	人
助産師	人	常勤 人	非常勤 人	人
看護師	人	常勤 人	非常勤 人	人

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。

○連絡方法

○連絡先電話番号

1	()	1	()
2	()	2	()
3	()	3	()

※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。

※

○保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合の届出内容①

- 24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制

<input type="checkbox"/>	ア 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルの整備
<input type="checkbox"/>	イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制の整備
<input type="checkbox"/>	ウ 連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況の明確化

※ アに係るマニュアルを添付すること。

※ イ及びウに係る勤務態勢及び勤務状況を明らかにした書類等については、照会に対し速やかに回答できるように指定訪問看護ステーションに保管すること。

- 連絡相談を担当する職員 () 人 ※保健師、看護師又は助産師以外

職種	人数		
()	人	常勤	人
()	人	常勤	人
()	人	常勤	人

○保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合の届出内容②

- 24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制

<input type="checkbox"/>	ア 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルの整備
<input type="checkbox"/>	イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制の整備
<input type="checkbox"/>	ウ 連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況の明確化

※ アに係るマニュアルを添付すること。

※ イ及びウに係る勤務態勢及び勤務状況を明らかにした書類等については、照会に対し速やかに回答できるように指定訪問看護ステーションに保管すること。

- 連絡相談を担当する職員 () 人 ※保健師、看護師又は助産師以外

職種	人数		
()	人	常勤	人
()	人	常勤	人
()	人	常勤	人