様式12

医療観察24時間対応体制加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先　担当者氏名：　電話番号： |  | 受理番号 | （医訪看対23）　　　　　号 |
|  |  |  |
| 受付年月日 | 　　年　　月　　日 |  | 決定年月日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （届出事項）　　　　　　　該当するものに「✓」を記入すること。保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を受ける場合は、「24時間対応体制加算（保健師又は看護師以外の職員が連絡相談を受ける場合）」にも「✓」を記入すること。

|  |
| --- |
| １．24時間対応体制加算 |
| □ | イ　24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 |
| □ | ロ　イ以外の場合 |
| □ | 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 |

　　２．　特別管理加算

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 特別管理加算 |

 |
| 上記のとおり届け出ます。　　年　　　月　　　日医療観察訪問看護事業者の所在地及び名称代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方厚生局長　殿 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ステーションコード |  |  |
| 訪問看護事業型指定通院医療機関の所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名 |

１．医療観察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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健師 | 　　　　　　　　　　　　人 | 常勤　　　　　　　　　人 | 非常勤　　　　　　　　人 |
| 看護師 | 　　　　　　　　　　　　人 | 常勤　　　　　　　　　人 | 非常勤　　　　　　　　人 |

* 連絡相談担当は保健師又は看護師の別に記載すること。

○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　●　医療観察24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ア　看護師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 |
| □ | 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 |
| □ | ウ　連絡相談を担当する看護師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訪問看護事業型指定通院医療機関に保管すること。●連絡相談を担当する職員（ 　）人 ※保健師、看護師以外

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 人数 |
| （　　　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　人 | 常勤　　　　　　　　人 | 非常勤　　　　　　　人 |
| （　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　人 | 常勤　　　　　　　　人 | 非常勤　　　　　　　人 |
| （　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　人 | 常勤　　　　　　　　人 | 非常勤　　　　　　　人 |

○連絡方法

|  |
| --- |
|  |

○連絡先電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  ( ) | 4 |  ( ) |
| 2 |  ( ) | 5 |  ( ) |
| 3 |  ( ) | 6 |  ( ) |

※　連絡相談担当は保健師、看護師の別を記載すること。※　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。○医療観察24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 |
| □ | イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで |
| □ | ウ　夜間対応後の暦日の休日確保 |
| □ | エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 |
| □ | オ ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減 |
| □ | カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保 |

* 医療観察24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組は、「医療観察24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合」を届け出る場合に、該当するものに「✓」を記入すること。ア又はイのいずれかには必ず「✓」を記入すること。
* アからカまでの取組状況等については、照会に対し速やかに回答できるように訪問看護事業型指定通院医療機関に保管すること。
 |

 |