

様式 13

医療観察 24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域又は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 担当者氏名： 電話番号：	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;">受理番号</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">(医訪看対23) 号</td> </tr> </table>	受理番号	(医訪看対23) 号										
受理番号	(医訪看対23) 号												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">受付年月日</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table>	受付年月日	年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">決定年月日</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table>	決定年月日	年 月 日								
受付年月日	年 月 日												
決定年月日	年 月 日												
(届出事項) 医療観察24時間対応体制加算 (基準告示第3に規定する地域又は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 医療観察訪問看護事業者 の所在地及び名称 ① 代表者の氏名 ② 代表者の氏名 地方厚生局長 殿													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">②</td> </tr> </table>	①	②										
①	②												
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 地域の相互支援ネットワークに参画 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 地域の相互支援ネットワークに参画 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 地域の相互支援ネットワークに参画	<input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 地域の相互支援ネットワークに参画										
<input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 地域の相互支援ネットワークに参画	<input type="checkbox"/> 基準告示第3 <input type="checkbox"/> 医療資源の少ない地域 <input type="checkbox"/> 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													
※ 保健師又は看護師以外の職員が連絡相談をする場合は、()に○を付すこと。													
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(①・②訪問看護事業型指定通院医療機関の合計)													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">訪問看護事業型指定通院医療機関</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">①</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">連絡相談を担当する職員</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">保健師</td> <td style="text-align: center;">人 常勤 人 非常勤 人</td> <td style="text-align: center;">人 常勤 人 非常勤 人</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">看護師</td> <td style="text-align: center;">人 常勤 人 非常勤 人</td> <td style="text-align: center;">人 常勤 人 非常勤 人</td> </tr> </table>	訪問看護事業型指定通院医療機関	①	②	連絡相談を担当する職員	人	人	保健師	人 常勤 人 非常勤 人	人 常勤 人 非常勤 人	看護師	人 常勤 人 非常勤 人	人 常勤 人 非常勤 人	
訪問看護事業型指定通院医療機関	①	②											
連絡相談を担当する職員	人	人											
保健師	人 常勤 人 非常勤 人	人 常勤 人 非常勤 人											
看護師	人 常勤 人 非常勤 人	人 常勤 人 非常勤 人											
○連絡方法													
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>													

○連絡先電話番号

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

※ 連絡相談担当は保健師又は看護師の別に記載すること。

※ 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。

○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

● 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

<input type="checkbox"/>	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
<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
()	人	常勤	人	非常勤	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

● 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

<input type="checkbox"/>	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
<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
()	人	常勤	人	非常勤	人