別紙様式5　　　　　　　　機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 受理番号 | （訪看29、30　）　　　　　号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 | 決定年月日 | 平成　　　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 |
| 上記のとおり届け出ます。平成　　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　　　　　　　　　　　　印東北厚生局長　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同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所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） |

１．常勤看護職員の職種・員数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種・員数 | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 |
| 常勤（人）うち、出張所の員数 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 常勤看護職員の合計（人） | 人 |

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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．24時間対応体制の整備

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〇届出状況　　　　　　　　　　　　本届出時　　　・　　　既届出：受理番号（　　　　　　　　　）〇連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（　　　　）人

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

〇連絡方法

|  |
| --- |
|  |

〇連絡先電話番号

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

 |

※連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。３．ターミナルケアの実施状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 直近1年間のターミナルケアの実施件数　（　　　件／年）算定年月日（※ターミナルケア療養費を算定した場合はA、ターミナルケア加算を算定した場合はB、共同した保険医療機関が在宅がん医療総合診療料算定した場合はCを（　　）に記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 11 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ２ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 12 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ３ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 13 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ４ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 14 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ５ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 15 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ６ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 16 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ７ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 17 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ８ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 18 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| ９ | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 19 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| 10 | 年　　　　月　　　　日　（　　） | 20 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |

 |

４．15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 直近１年間の月別15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ人数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 超重症児 | 準超重症児 | 合計（人） | 月 | 超重症児 | 準超重症児 | 合計（人） |
| １ |  |  |  | ７ |  |  |  |
| ２ |  |  |  | ８ |  |  |  |
| ３ |  |  |  | ９ |  |  |  |
| ４ |  |  |  | 10 |  |  |  |
| ５ |  |  |  | 11 |  |  |  |
| ６ |  |  |  | 12 |  |  |  |

 |

５．特掲診療料等の施設基準等の別表７の利用者状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １月間の別表７の利用者数（　　　人／月）※②の再掲

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 直近1年間における、各月の別表７の該当利用者数の合計 | 人 |
| ② | ①／12 | 人 |

直近1ヶ月間における別表７の疾患名または状態

|  |  |
| --- | --- |
|  | 疾患名または状態 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |
| ６ |  |
| ７ |  |
| ８ |  |
| ９ |  |
| 10 |  |

 |

６．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患者のうちの、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居宅サービス計画また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者による居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合　②／① | ％ |

７．人材育成のための研修や実習の受入実績（直近1年）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受入期間 | 対象及び人数 | 研修及び実習名 |
| 例.●年●月●日～●年●月●日 | ●●大学●年生●名 | 在宅看護実習 |
| 例.▲年▲月▲日～▲年▲月▲日 | ●×病院看護職員●名 | 退院支援研修 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考：届出書は正副2通を提出のこと記入上の注意1. 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（32時間を基本とする）に達していることをいう。
2. 24時間対応体制加算届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること。
3. 常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、訪問看護ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定状況、特掲診療料等の施設基準等の別表７の利用状況については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。
 |