

別添

施設基準に係る届出書

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">届出番号</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>	届出番号	
届出番号			

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

□ 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

地方厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □ には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、1 通提出のこと。

様式 1

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

医療機関の概要	病床数				床			
	精神保健指定医		常勤	人	非常勤	人		
	薬剤師		常勤	人	非常勤	人		
当該病棟の概要	病床数				床			
	精神保健指定医		常勤	人	非常勤	人		
	医師(指定医を含む)		常勤	人	非常勤	人		
	看護師		常勤	人	非常勤	人		
	作業療法士		常勤	人	非常勤	人		
	精神保健福祉士							
公認心理師								
当該病棟の構造設備	個室		室	床	1床当たり床面積		平方メートル	
	診察室		室					
	処置室		室					
	常設されている装置・器具等の名称・台数等							
	.							
	保護室		室	床	1床当たり床面積		平方メートル	
	集団精神療法室		平方メートル					
	作業療法室		平方メートル					
	談話室		平方メートル					
	食堂		平方メートル			浴室の有無	有・無	
	面会室		平方メートル			公衆電話の有無	有・無	
	会議の設置状況	別紙						
マニュアル関係	事故・火災発生対応マニュアルの有無				有・無			
	無断退去等対応マニュアルの有無				有・無			
当該病棟の安全管理体制	構造設備面							
	人員面							

注 1) 有無については、いずれかに○で囲むこと。

注 2) 当該病棟の安全管理体制については、具体的に講じている安全管理体制を記載すること。(例：無断退去等を防止するため、モニター及び保安照明を設置等)

様式 1 - 2

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

会議名	会議メンバー等
新病棟外部評価会議	開催予定回数 () 回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・ ・ ・ ・
新病棟運営会議	開催予定回数 () 回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・ ・ ・ ・
新病棟倫理会議	開催予定回数 () 回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・ ・ ・ ・
新病棟治療評価会議	開催予定回数 () 回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・ ・ ・ ・
地域連携を確保するための会議	開催予定回数 () 回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・ ・ ・ ・

様式 2

入院対象者入院医学管理を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		
			<div> <div>常勤</div> <div>非常勤</div> </div> <div> <div>専 従</div> <div>非専従</div> </div>		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式 3

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

医療機関の概要	病床数 床	
	精神保健指定医	常勤 人 非常勤 人
	看護師	常勤 人 非常勤 人
	作業療法士	常勤 人 非常勤 人
	精神保健福祉士	常勤 人 非常勤 人
	公認心理師	常勤 人 非常勤 人
当該医療機関における精神病棟の入院基本料等の届出区分	精神病棟入院基本料	区分 1 2 3 4 5 特別 ()
	特定入院料	区分 精神科救急入院料 1 2 精神科急性期治療病棟入院料 1 2 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料
当該施設基準を下回っている場合の連携医療機関	医療機関名 所在地 担当医師の氏名	
多職種チーム会議	開催予定回数 ()回／週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ・	
ケア会議	参加予定メンバー (氏名・職種) ・	
訪問看護の体制	担当医師数 人 看護師数 人 その他 人	
訪問看護の体制がない場合の連携体制	連携訪問看護ステーション名 所在地 看護師数 人	
精神科デイ・ケアの体制	医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無	
精神科デイ・ケアの体制がない場合の連携体制	医療機関名 所在地 医科診療報酬点数表による届出の有無 有・無	
緊急時の連絡・対応方法		

注) 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。

様式 3 - 2

医療観察児童思春期精神科専門管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

- (1) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を 5 年以上有する精神保健指定医

※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	精神保健指定医に指定されてからの精神科 の経験年数	
			うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		年
				年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		年
				年

- (2) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験 1 年以上を含む精神科の経験を 3 年以上有する精神科医

※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	精神科の経験年数	
			うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		年
				年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		年
				年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

〔記載上の注意〕

「１」の精神保健指定医及び精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添の様式７を添付すること。また、当該精神保健指定医の指定番号がわかるものを添付すること。

週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

様式 4

医療観察認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出書添付資料

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 医療観察認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業(厚生労働省事業) イ その他(名称)

2 医療観察認知療法・認知行動療法口の専任の看護師に係る要件

- (1) 医療観察認知療法・認知行動療法イの届出医療機関における精神科の外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名 ()

勤務した期間 (年 月 ~ 年 月)

同席した面接 (回)

- (2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接 (症例 回)

うち、指導・確認を受けた面接 (症例 回)

指導・確認を行った者の氏名 ()

- (3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名 ()

主催者名 ()

厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師

()

[記載上の注意]

- 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 「2」「3」について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
- 「2」「3」について、適切な研修を修了したことを確認できる資料(修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。)を添付すること。

様式 4 - 2

医療観察依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 依存症集団療法イの施設基準

(1) 専任の精神科医

氏名	薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

(2) 専任の看護師等

氏名	職種	薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

2 依存症集団療法ロの施設基準

(1) ギャンブル依存症に係る専門医療機関

ギャンブル依存症に係る専門医療機関の選定	あり ・ なし
----------------------	---------

(2) 専任の精神科医

氏名	ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

(3) 専任の看護師等

氏名	職種	ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

3 依存症集団療法ハの施設基準

(1) 専任の精神科医

氏名	アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

(2) 専任の看護師等

氏名	職種	アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

〔記載上の注意〕

- 1 精神科医及び看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 2 「2」について届け出る場合は、「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成29年6月13日障発0613第4号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に規定するギャンブル依存症に係る専門医療機関に選定されていることがわかる書類を添付すること。

様式 5

医療観察精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専 従	名	非常勤	専 従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積			平方メートル			
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手工芸						
木工						
印刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						
<p>病院の種別(該当する□に✓をつけること。)</p> <p><input type="checkbox"/>精神科病院</p> <p><input type="checkbox"/>精神病棟を有する病院であって、入院基本料(精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。)、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院</p>						

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、様式7を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デ

イ・ケア（以下「精神科ショート・ケア等」という。）に従事することは差し支えない。
また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、
精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることは可能である。

2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

様式 6

医療観察精神科 [] ケアの施設基準に係る

届出書添付資料

従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	精神保健福祉士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	公認心理師等	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄養士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護補助者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		<div>患者 1 人当たり</div> <div>平方メートル</div> <div>平方メートル</div>					

注 1) [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。

注２） 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあっては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあっては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあっては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあっては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師をいう。

様式 7

[] に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		
			<div>常勤</div> <div>非常勤</div> <div>専従</div> <div>非専従</div> <div>専任</div> <div>非専任</div>		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

様式 8

通院対象者社会復帰体制強化加算の施設基準に係る

届出書添付資料

従事者数	作業療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	精神保健福祉士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	公認心理師等	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
過去 3 年間の受入れ実績		・同時期に3名以上の受入れ実績について 受入れ時期 年 月 日 ～ 年 月 日					

様式 9

通院対象者社会復帰体制強化を行う指定通院医療機関に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		
			{常勤 { 専任 非常勤 非専任		

注) 職種の欄には、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師と記入すること。

様式 10

医療観察治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
	<input type="checkbox"/> 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

注) 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22 時間以上の勤務を行っている精神科医である非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

なお、当該配置を行う場合は、勤務形態及び勤務時間に係る届け出を、様式7を用いて行うこと。

様式 11

医療観察訪問看護基本料に係る届出書（届出・変更・取消し）の添付資料

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: 30%;">受理番号</td> <td style="width: 40%;">（医訪看基 10）</td> <td style="width: 30%;">号</td> </tr> </table>	受理番号	（医訪看基 10）	号									
受理番号	（医訪看基 10）	号											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">受付年月日</td> <td style="width: 20%;">令和</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> </table>	受付年月日	令和	年	月	日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">決定年月日</td> <td style="width: 20%;">令和</td> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> </table>	決定年月日	令和	年	月	日		
受付年月日	令和	年	月	日									
決定年月日	令和	年	月	日									
（届出事項） 医療観察訪問看護基本料に係る届出													
上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 医療観察訪問看護事業者の所在及び名称 <div style="text-align: right;">代表者の氏名</div> 地方厚生局長 殿													
届出内容													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> 訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称 <div style="text-align: right;">管理者の氏名</div> 当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等 </td> <td style="width: 40%; text-align: center; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ステーションコード</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称 <div style="text-align: right;">管理者の氏名</div> 当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ステーションコード</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	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 <div style="text-align: right;">管理者の氏名</div> 当該届出に係る医療観察訪問看護を行う看護師等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ステーションコード</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	ステーションコード											
ステーションコード													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">職種</th> <th style="width: 70%;">当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td> (1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容： </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> (1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容： </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> (1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容： </td> </tr> </tbody> </table>		氏名	職種	当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容			(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：			(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：			(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：
氏名	職種	当該医療観察訪問看護を行うために必要な経験内容											
		(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：											
		(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：											
		(1)() 経験内容： (2)() 経験内容： (3)() 経験内容： (4)() 経験内容：											
備考：職種とは、保健師、看護師又は作業療法士の別を記載すること。 ：経験内容は、以下の(1)～(4)のうち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること (1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上 (2)精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上 (3)精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上 (4)精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした 20 時間以上の研修の修了 (研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。) ：届出書は、1通提出のこと。													

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		令和	年	月	日
決定年月日		令和	年	月	日		
(届出事項) 医療観察 24 時間対応体制加算							
上記のとおり届け出ます。 令和 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							
届出内容							
○連絡相談を担当する職員 () 人							
保健師		人		常 勤		非 常 勤	
看護師		人		常 勤		非 常 勤	
○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。							

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：		受理番号	(医訪看対23)		号		
受付年月日		令和 年 月 日		決定年月日		令和 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。 令和 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	
①						代表者の氏名	
②						代表者の氏名	
地方厚生局長 殿							
		①		②			
ステーションコート							
訪問看護事業型指定通院医療機関の所在地及び名称		()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							

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)							
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							
○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。

様式 14

医療観察デイ・ケア等 疾患別等診療計画

患者氏名		性別		生年月日	
主治医		デイ・ケア 担当職員			
診断		既往症			
入院歴	□なし □あり(最終入院 年 月～ 年 月 病院)				
治療歴 (デイ・ケア 等の利用歴 を含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間)				
現在の状況 (症状・治療 内容等)					
デイ・ケア利 用目的					
デイ・ケア内 容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)				
デイ・ケア目 標	短期目標(概ね3ヶ月以内)				
	長期目標(概ね1年以内)				
特記事項					