

- (1) 当該診療所の担当看護職員名:
- (2) 連携保険医療機関の名称等
  - ・名称:
  - ・開設者:
  - ・担当看護職員名:
  - ・連絡先:
- (3) 連携訪問看護ステーションの名称等
  - ・名称:
  - ・開設者:
  - ・担当看護職員名:
  - ・連絡先:

#### 7 緊急時に入院できる体制

(次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)

- (1) 当該診療所のみで確保
- (2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保
  - ・名称:
  - ・開設者:
- (3) 連携保険医療機関のみで確保
  - ・名称:
  - ・開設者:

#### 8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

- (1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。  
 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
- (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

#### [記載上の注意]

- 1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

|   |     |       |                     |
|---|-----|-------|---------------------|
| 1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)  |     |       |                     |
| (1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院<br>(2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院<br>(3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院 |     |       |                     |
| 2 当該病院の在宅医療を担当する医師  |     |       |                     |
| 常勤の医師名  | ①   |       |                     |
|   | ②   |       |                     |
|   | ③   |       |                     |
| 3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関   |     |       |                     |
| 名称  | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する<br>常勤の医師名 |
| ①   |     | ( ) 床 |                     |
| ②   |     | ( ) 床 |                     |
| ③   |     | ( ) 床 |                     |
| ④   |     | ( ) 床 |                     |
| ⑤   |     | ( ) 床 |                     |
| ⑥   |     | ( ) 床 |                     |
| ⑦   |     | ( ) 床 |                     |
| ⑧   |     | ( ) 床 |                     |
| 4 当該病院の許可病床数 _____ 床  |     |       |                     |
| 5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制   |     |       |                     |
| (1) 担当部門の連絡先:   |     |       |                     |
| (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)   |     |       |                     |
| ・担当医師名:   |     |       |                     |
| ・看護職員名:   |     |       |                     |
| ・連絡先:   |     |       |                     |
| 6 24 時間往診が可能な体制   |     |       |                     |
| 当該病院の担当医師名:   |     |       |                     |
| 7 24 時間訪問看護が可能な体制<br>( (2) がある場合には名称等を記入すること。 )   |     |       |                     |
| (1) 当該病院の担当看護職員名  |     |       |                     |
| (2) 連携訪問看護ステーションの名称等  |     |       |                     |
| ・名称:  |     |       |                     |
| ・開設者:   |     |       |                     |
| ・担当看護職員名:   |     |       |                     |
| ・連絡先:   |     |       |                     |

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

(1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。

なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。

(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

[記載上の注意]

1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。

2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。

3 24時間の直接連絡を受けられる体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。

4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。

〔在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 平均診療期間           | (      )ヶ月           |
| 2. 合計診療患者数          | (      )名            |
| 【再掲】死亡患者数           | ①+②+③+④<br>(      )名 |
| (1)うち医療機関以外での死亡者数   | ①+②<br>(      )名     |
| ア. うち自宅での死亡者数       | ①<br>(      )名       |
| イ. うち自宅以外での死亡者数     | ②<br>(      )名       |
| (2)うち医療機関での死亡者数     | ③+④<br>(      )名     |
| ア. うち連携医療機関での死亡者数   | ③<br>(      )名       |
| イ. うち連携医療機関以外での死亡者数 | ④<br>(      )名       |

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

| 訪問診療等の<br>合計回数     | (1)往診          | 【再掲】<br>うち緊急の往診 | (2)訪問診療        | (3)訪問看護<br>(緊急を含む) |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|--------------------|
| ①+②+③<br>(      )回 | ①<br>(      )回 | (      )回       | ②<br>(      )回 | ③<br>(      )回     |

III. 在宅支援連携体制について

|                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. 在宅医療を担当する常勤の医師数 | (      )名    |
| 2. 連携する保険医療機関数     | (      )医療機関 |

[記入上の注意]

- 1 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 2 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- 3 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 4 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- 5 IIIの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| 1. 平均診療期間          | ( )ヶ月           |
| 2. 合計診療患者数         | ( )名            |
| 【再掲】死亡患者数          | ①+②+③+④<br>( )名 |
| (1)うち医療機関以外での死亡者数  | ①+②<br>( )名     |
| ア うち自宅での死亡者数       | ①<br>( )名       |
| イ うち自宅以外での死亡者数     | ②<br>( )名       |
| (2)うち医療機関での死亡者数    | ③+④<br>( )名     |
| ア うち連携医療機関での死亡者数   | ③<br>( )名       |
| イ うち連携医療機関以外での死亡者数 | ④<br>( )名       |

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

| 訪問診療等の合計回数    | (1)往診     | 【再掲】<br>うち緊急の往診 | (2)訪問診療   | (3)訪問看護<br>(緊急を含む) |
|---------------|-----------|-----------------|-----------|--------------------|
| ①+②+③<br>( )回 | ①<br>( )回 | ( )回            | ②<br>( )回 | ③<br>( )回          |

III. 在宅支援連携体制について

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| 1. 在宅医療を担当する常勤の医師数    | ( )名    |
| 2. 連携する保険医療機関数        | ( )医療機関 |
| 3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況 | ( )回    |

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料  
の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

(1) 地域連携診療計画担当医師について

|       |     |         |
|-------|-----|---------|
|       | 脳卒中 | 大腿骨頸部骨折 |
| 担当医師名 |     |         |

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

|            |   |  |   |
|------------|---|--|---|
| 病床数        | 床 | 平均在院日数                                 | 日 |
| 届出入院基本料の区分 |   | (※17日以内であること。)<br>(算出期間: 年 月 日～ 年 月 日) |   |

2. 連携保険医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

|                     |     |            |                 |     |            |
|---------------------|-----|------------|-----------------|-----|------------|
| 大腿骨頸部骨折<br>連携先 ( )件 |     |            | 脳卒中<br>連携先 ( )件 |     |            |
| 連携施設の名称             | 連絡先 | 届出入院基本料の区分 | 連携施設の名称         | 連絡先 | 届出入院基本料の区分 |
|                     |     |            |                 |     |            |

(2) (1)の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

|                     |     |                 |     |
|---------------------|-----|-----------------|-----|
| 大腿骨頸部骨折<br>連携先 ( )件 |     | 脳卒中<br>連携先 ( )件 |     |
| 連携施設の名称             | 連絡先 | 連携施設の名称         | 連絡先 |
|                     |     |                 |     |

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

|         |        |      |       |        |      |
|---------|--------|------|-------|--------|------|
| 大腿骨頸部骨折 |        |      | 脳卒中   |        |      |
| 会合の名称   | 出席医療機関 | 開催頻度 | 会合の名称 | 出席医療機関 | 開催頻度 |
|         |        |      |       |        |      |

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の4を参考にすること。
- 3 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。



様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日 \_\_\_\_\_  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
 病名（検査・手術名）： \_\_\_\_\_

| 月日                         | /             | /   | /   | /   |  | /             | /   | /   |  | /      |
|----------------------------|---------------|-----|-----|-----|--|---------------|-----|-----|--|--------|
| 経過（日又は週・月単位）               | 1日目           | 2日目 | 3日目 | 4日目 |  | ○日目           | 1日目 | ○日目 |  | ○日目    |
| 日時（手術日・退院日など）              | 入院日           |     |     |     |  | 転院日           |     |     |  | 退院日    |
| 達成目標                       |               |     |     |     |  | （転院基準）        |     |     |  | （退院基準） |
| 治療<br>薬剤<br>（点滴・内服）        |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 処置                         |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 検査                         |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 安静度・リハビリ<br>（OT・PTの指導を含む。） |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 食事（栄養士の指導も含む。）             |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 清潔<br>排泄                   |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 患者様及びご家族への説明               |               |     |     |     |  |               |     |     |  |        |
| 退院時情報                      | 【退院時患者状態】 病院名 |     |     |     |  | 【退院時患者状態】 病院名 |     |     |  |        |
|                            | 平成 年 月 日 主治医  |     |     |     |  | 平成 年 月 日 主治医  |     |     |  |        |

|                             |
|-----------------------------|
| 退院時の日常生活機能評価<br>合計点 _____ 点 |
|-----------------------------|

- ※ 1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※ 2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※ 3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※ 4 「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。
- ※ 5 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

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

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul> |  |

[記載上の注意]

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。