

様式 20 の 3

在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む）に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 24 時間訪問看護が可能な体制（該当する□に「✓」を記入すること。）

<input type="checkbox"/> 当該保険医療機関のみで体制を確保	
<input type="checkbox"/> 他の保険医療機関と連携	
・ 名 称 :	()
・ 開設者 :	()
・ 連絡先 :	()
<input type="checkbox"/> 他の訪問看護ステーションと連携	
・ 名 称 :	()
・ 開設者 :	()
・ 連絡先 :	()

2 許可病床数（病院の場合のみ、該当する□に「✓」を記入すること。）

<input type="checkbox"/> 400 床未満	<input type="checkbox"/> 400 床以上 （※ 3 のアの要件を満たしていること）
----------------------------------	--

3 訪問看護等に係る実績

該当する □に「✓」	項 目	() 年度 の算定回数
<input type="checkbox"/>	ア 在宅患者訪問看護・指導料 3 又は同一建物居住者 訪問看護・指導料 3	回
<input type="checkbox"/>	イ 在宅患者訪問看護・指導料の注 6（同一建物居住 者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場 合を含む。）に掲げる乳幼児加算	回
<input type="checkbox"/>	ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病 等の患者への在宅患者訪問看護・指導料又は同一建 物居住者訪問看護・指導料	回
<input type="checkbox"/>	エ 在宅患者訪問看護・指導料の注 10（同一建物居住 者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場 合を含む。）に掲げる在宅ターミナルケア加算	回
<input type="checkbox"/>	オ 退院時共同指導料 1 又は 2	回
<input type="checkbox"/>	カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）	回