

103 訪問看護費

点検項目	点検事項	点検結果	
准看護師の訪問		<input type="checkbox"/> 該当	
理学療法士等の訪問		<input type="checkbox"/> 該当	
同一の建物	前年度の一月当たり実利用者（事業所の所在する建物と同一の建物に居住する者）が30人以上	<input type="checkbox"/> 該当	
	同一の建物に居住する利用者	<input type="checkbox"/> あり	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携	<input type="checkbox"/> あり	
	准看護師の訪問	<input type="checkbox"/> 該当	
	保健師、看護師又は理学療法士等の訪問	<input type="checkbox"/> 該当	
	緊急時訪問看護加算の届出	<input type="checkbox"/> あり	届出書
	都道府県知事等への届出	<input type="checkbox"/> あり	
	利用者の要介護状態区分が要介護5	<input type="checkbox"/> 該当	
夜間加算	18時～22時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
早朝加算	6時～8時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
深夜加算	22時～6時	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供票
2人以上による訪問看護	一人で看護を行うことが困難な場合	<input type="checkbox"/> 該当	
	両名とも保健師、看護師、准看護師又はPT、OT、ST	<input type="checkbox"/> 該当	
1時間30分以上の訪問看護	特別管理加算の算定者であり1.5H以上の訪問看護をした場合	<input type="checkbox"/> 該当	
緊急時訪問看護加算	看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問を必要に応じ行うことができる体制	<input type="checkbox"/> あり	届出書、対応マニュアル等
	利用者の同意	<input type="checkbox"/> あり	同意書等(規定はなし)
	早朝・夜間、深夜加算	<input type="checkbox"/> 2回目以降	サービス提供票
	他の事業所で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	24時間連絡体制加算(医療保険)及び24時間対応体制加算(医療保険)の算定	<input type="checkbox"/> なし	

点検項目	点検事項	点検結果	
特別管理加算（Ⅰ）	在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	訪問看護計画書、訪問看護記録書等
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無	<input type="checkbox"/> あり	
特別管理加算（Ⅱ）	1 在宅自己腹膜灌（かん）流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼（とう）痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態	<input type="checkbox"/> 該当	主治医の指示書等
	2 人工肛（こう）門又は人工膀胱（ぼうこう）を設置している状態	<input type="checkbox"/> 該当	〃
	3 真皮を越える褥瘡（じよくそう）の状態	<input type="checkbox"/> 該当	〃
	4 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態	<input type="checkbox"/> 該当	〃
	計画的な管理の実施	<input type="checkbox"/> あり	訪問看護計画書、訪問看護記録書等
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
	症状が重篤の場合医師による診療を受診できるような支援の有無	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
ターミナルケア加算	1 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸(けい)髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態が、死亡日及び死亡日前14日以内に含まれる。	<input type="checkbox"/> 該当	
	24時間連絡及び訪問の体制	<input type="checkbox"/> あり	
	主治医と連携のもとターミナルケア計画及び支援体制を利用者、家族に説明と同意	<input type="checkbox"/> あり	訪問看護記録書
	ターミナルケア提供についての身体状況の変化等必要な記録	<input type="checkbox"/> あり	
	死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアの実施（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にある場合は1日。ターミナルケア後24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）	<input type="checkbox"/> あり	サービス提供票
	他の訪問看護ステーション等で当該加算の算定の有無	<input type="checkbox"/> なし	
主治の医師の特別な指示	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携	<input type="checkbox"/> あり	
	急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別な指示	<input type="checkbox"/> あり	

点検項目	点検事項	点検結果	
初回加算	過去二月の利用実績がない	<input type="checkbox"/> 該当	サービス提供記録等
退院時共同指導加算	保健師、看護師、理学療法士等（准看護師を除く）による共同指導の実施	<input type="checkbox"/> あり	
	共同指導の内容を文書により提供	<input type="checkbox"/> あり	
	退院又は退所後に訪問看護を実施	<input type="checkbox"/> あり	
看護・介護職員連携強化加算	指定訪問介護事業所に対するたんの吸引等に係る計画書や報告書の作成の助言	<input type="checkbox"/> あり	
	指定訪問介護事業所の訪問介護員と同行し、業務の実施状況について確認又はサービス提供体制整備や連携体制確保の会議の出席	<input type="checkbox"/> あり	
	訪問看護記録書の記録	<input type="checkbox"/> あり	訪問看護記録書
	緊急時訪問看護加算の届出	<input type="checkbox"/> あり	届出書
特別地域加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣の定める地域＋事業所規模要件	<input type="checkbox"/> 該当	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣の定める地域	<input type="checkbox"/> 該当	
サービス提供体制強化加算	1 従業者ごとの研修の計画策定、実施	<input type="checkbox"/> 該当	
	2 利用者情報、留意事項伝達、技術指導等の会議開催	<input type="checkbox"/> 定期的に実施	
	3 定期的な健康診断の実施	<input type="checkbox"/> 全員に実施	
	4 勤続年数3年以上の看護師等の数	<input type="checkbox"/> 3割以上	