|  |
| --- |
|  　　事前提出資料・訪問看護・介護予防訪問看護 |
|  |  事業所名 |  |  |
|  指定番号 |  |
|  作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 作成日　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |  管理者名  |  |
|  |

訪問看護・介護予防訪問看護

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  TEL FAX Eﾒｰﾙ |
| 代表者職名 |  |  代表者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日（介護予防を下段） |  　年 　 月　　日 |
| 年 　 月　　日 |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  TEL FAX Eﾒｰﾙ |
| 同一敷地内にある他の施設等 |  |
| 営　業　日 |  | 営業時間 |  |

１．管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護職員との兼務 | 有 無 | 他の施設等との兼務 |  有　　　　無 |
| 兼務している職務 |  | 兼務している他施設の名称とその職務 |  |

２．訪問看護員の人数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　合　計 | 看護師 | 保健師 | 准看護師 | 理学・作業療法士 | その他 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．月間の利用者の数及び延べサービス提供時間数 （直近の月から６ヶ月分を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （訪問看護） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 |
| 要介護１ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護２ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護３ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護４ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護５ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （訪問看護） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 |
| 要介護１ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護２ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護３ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護４ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要介護５ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （介護予防訪問看護） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 |
| 要支援１ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要支援２ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |
| （介護予防訪問看護） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 | 人数 | 延べサービス提供時間数単位：時間 |
| 要支援１ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 要支援２ | （　　） |  | （　　） |  | （　　） |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |

４．事務室等の面積や設備について

|  |  |
| --- | --- |
| 事務室 |  ㎡ |
| 相談室 |  ㎡ |  他の事務所との共用の有無 |  有　　無 |
| 他の事務所との共用が有る場合 |  共用する事務所の名称 |
|  相談室を設けていない場合相談 スペースの状況 |  |
|  感染症予防に必要な設備　及び備品の種類 |  |

５．利用料について

 (1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

① 毎回徴収している　　② 月締めで徴収している　　③ その他（　　　　　　）

入金方法　：　現金　・　銀行等振込み　・　口座引落とし　・　その他

 (2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

・

・

・

・

６．訪問看護計画等について

　　(1) 訪問看護計画は何件作成しているか。（資料作成日の前月）

 　　　　　　　件（うち新規　　　件、更新・変更　　　件）

 (2) 介護予防訪問看護計画は何件作成しているか。（資料作成日の前月）

　　　　　　　　　　　　件（うち新規　　　件、更新・変更　　　件）

 (3) サービス担当者会議は一月に何回出席しているか。（過去１年間の平均）

　　　　　　　　　　　　　回

７．苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 苦情処理担当職員の氏名 |  | 資格 |  |
| 苦情処理件数（過去１年間） | 　　　　　　件 |
| 苦情処理の対応方法 |  |

８.事故発生時の対応など体制を整えているか。

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生時の対応 | 　（事故対応マニュアル　　　　あり　　　　　なし　　） |
| 市役所への事故報告書の提出 | あり　　　　・　　　　なし |
| 損害賠償保険への加入状況（保険会社、種類） |  |
| 利用者の家族に対して充分な説明 | 行っている　　　・　　　行っていない |
| ヒヤリハットの活用 | 活用している　　・　　　活用していない |
| 安全対策 |  |

９．加算・減算の届出の状況

訪問看護

|  |  |
| --- | --- |
| 施設等の区分 | 訪問看護ステーション病院又は診療所定期巡回・随時対応サービス連携 |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 減算型　　　　　　　 基準型 |
| 特別地域加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域） | 有 　 　 　　 　 無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模） | 有 　 　 　　 　 無 |
|  緊急時訪問看護加算 | 有（加算Ⅰ　　Ⅱ　）　　無 |
|  特別管理体制 | 対応可　　　　　　　　対応不可 |
| 専門管理加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
|  ターミナルケア体制 | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 遠隔死亡診断補助加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
|  看護体制強化加算 | 有（　Ⅰ　　Ⅱ　）　　　無 |
| 口腔連携強化加算 | 有 無 |
| サービス提供体制強化加算 |  有（加算Ⅰイ及びロ　　ハ ) 無　　（加算Ⅱイ及びロ　　ハ ) |
| LIFEへの登録 | 有　　　　　　　　　　 無 |

介護予防訪問看護

|  |  |
| --- | --- |
| 施設等の区分 | 訪問看護ステーション病院又は診療所 |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 減算型　　　　　　　 基準型 |
| 特別地域加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域） | 有 　 　 　　 　 無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模） | 有 　 　 　　 　 無 |
|  緊急時介護予防訪問看護加算 | 有（加算Ⅰ　　Ⅱ　）　　無 |
|  特別管理体制 | 対応可　　　　　　　　対応不可 |
| 専門管理加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
|  看護体制強化加算 | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 口腔連携強化加算 | 有 無 |
| サービス提供体制強化加算 | 有（加算Ⅰ　　Ⅱ　）　　無 |
| LIFEへの登録 | 有　　　　　　　　　　　無 |

１０．訪問看護事業従業者一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  職　　種 |  氏　　名 |  兼務している職務 |  資 格 |  常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注）「兼務している職務」には、貴事業所と一体となっている介護予防訪問看護を記載する必要はありません。