第１号様式の２

**記入例**

令和５年○○月○○日

事　業　計　画　書

ステーションの所在地

１　訪問看護ステーションの名称、所在地、管理者、事業所番号等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | ○○訪問看護ステーション | | | | |
| 所在地 | 東京都○○区○○町○丁目○番○号○○ビル1階 | | | | |
| 指定年月日 | 平成20年○月○日 | 事業所番号 | | | 1360000000 |
| 管理者氏名 | ○○　○○ | 管理者の訪問看護歴  （通算／当該事業所） | | | ○○年／　　○○年 |
| 指導者氏名  直近の情報 | ○○　○○ | 指導者の訪問看護歴  （通算／当該事業所） | | | ○○年／　　○○年 |
| 利用者数 | ○○○人  （令和５年○月○日現在） | 令和４年度（2022年度）平均月訪問件数（看護職のみ） | | | ○○○件  １人当たり：○○件／月 |
| 令和４年度（2022年度）  (年間)の加算算定状況※１ | サービス提供体制強化加算※２ | | | | ○○件 |
| ターミナルケア加算／訪問看護ターミナルケア療養費 | | | | ○○件／　　○○件 |
| 緊急時訪問看護加算／２４時間対応体制加算 | | | | ○○件／　　○○件 |
| 訪問看護経験3年以上かつ当該事業所に1年以上勤務する常勤の看護職の氏名（2名） | | | ○○　○○ | ○○　○○ | |

※１医療保険・介護保険の各件数を記載ください。

※２サービス提供体制強化加算の実績がない場合、次の2点が必要です。

①健康診断等の実施状況→勤務形態一覧表に記載　②前年度勉強会実績→別紙を提出

請求実績を記入

２　配置従業員数　※新任採用の場合は、常勤換算後7人未満が補助要件です。　　（単位：人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 看護師 | | 准看護師 | | 保健師 | | 合計 | 理学療法士等 | | 携帯  当番者数 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤 |  |  | 交付申請書提出月の状況を  勤務形態一覧表を基に記入  （矛盾の無いように記載） |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  | | | | | |  |  |  |  |

※小数点以下第１位までを記入してください（小数点以下第２位を切り捨てる。）。

３　新任訪問看護師の外部研修受講計画

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 受講月日 | 研修名 | 実施団体 | 目的 |
| ○山△子 | 令和５年  .8月～10月 | ｅ-ラーニング  育成期間中（雇用開始後８か月間）に受講予定の外部研修（法人内研修は不要）を記入 | 公益財団法人日本訪問看護財団 | 訪問看護に必要な基礎知識を習得するため |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※研修内容が確認できる書類がある場合は添付すること。