第１号様式の２

　　令和　　年　　月　　日

事　業　計　画　書

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 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 指定年月日 | 年　　月　　日 | 事業所番号 | |  |
| 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 |  | 指導者の訪問看護歴  （通算／当該事業所） | | 年／　　　　年 |
| 利用者数 | 人  （　　　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

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※研修内容が確認できる書類がある場合は添付すること。