

[記入日：平成29年 月 日現在]

[ブロック名： 会員番号：]

※ブロック名、会員番号が不明の場合は空欄で結構です

平成29年度 会員票 ① (継続施設用)

以下の設問に対し、必要事項を記入、または当てはまる項目を塗りつぶして下さい(□→■)。
変更の場合は二重線で取り消し、余白に訂正をお願いします。

下記太枠内は必ずご記入ください。㊟は、ホームページの訪問看護ステーションマップに掲載項目になります。

| | | | |
|----------------------------|--|-------------------|---|
| ㊟開設主体 | | 事業所 開設年月日 | 西暦 年 月 日 |
| ㊟事業所名称 | | 介護保険 事業者番号 | |
| メールアドレス (メールで最新情報を送ります) | | ふりがな 管理者名 | |
| 訪問看護ステーションマップ 掲載内容の変更 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 年会費振込日 (1万5千円) | <input type="checkbox"/> 振込済 月 日 <input type="checkbox"/> 予定 |

【㊟事業所状況】ホームページのステーション一覧を確認頂き、変更・訂正がある項目を塗りつぶし、ご記入ください。

| | | | | | | | | |
|---|--|------------|------------|------------|------|-----|-------------------|-------------------|
| □事業所所在地 | 〒 | | | | | | | |
| □連絡先 | 電話番号： | | | FAX 番号： | | | | |
| □併設事業 (□なし・□あり) | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業、 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護、 <input type="checkbox"/> 療養通所介護、 <input type="checkbox"/> 通所介護、 <input type="checkbox"/> 訪問介護、 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、 <input type="checkbox"/> 訪問入浴、 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ、 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル、 <input type="checkbox"/> 病院・診療所、 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設、 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム、 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅、 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム、 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター、 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| □営業日・営業時間 | 平日 | 時 分～ | 時 分 | 日 曜 祝 日 | 時 分～ | 時 分 | □なし | |
| | 土曜日 | 時 分～ | 時 分 | 備考 | 時 分～ | 時 分 | □なし | |
| □対応可能な看護ケア ◎=可能(特化) ○=可能 △=要相談 ×=不可 | 精神科 訪問看護 | 小児 訪問看護 | がん緩和 ケア | リハビリ対応 | | | 24時間対応 体制 (※1) | 24時間連絡 体制 (※2) |
| | | | | PT | OT | ST | | |
| □機能強化型訪問看護 管理療養費の届出 | □なし ・ □あり・・・□1 ・ □2 | | | | | | | |
| □専門看護師・ 認定看護師の配置 | □専門看護師・在宅()人、慢性疾患()人、精神()人、老人()人、その他： ()人 □認定看護師・訪問看護()人、緩和が()人、皮膚排泄が()人、精神科()人、その他： ()人 | | | | | | | |
| □ひとことアピール (72文字以内) | | | | | | | | |

※1：利用者または家族等からの電話等に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合

※2：電話等により常時対応できる体制にある場合

| | |
|-------|--|
| 事業所名称 | |
|-------|--|

【事業所詳細情報】 (※協議会の事業運営、予算要求、政策提言等の参考にしますので、ご協力をお願いします)

| 職員体制 | 職種 | 看護職員 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | ケアマネ | 看護補助者 | 介護職員 | 事務職員 | その他 | 総数 |
|------------------------------------|--------|---|--|------------|----------------|--------------------------------------|-------|------|------|-----|----|
| | 雇用形態 | | | | | | | | | () | |
| | 常勤(人) | | | | | | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | | | | | | |
| 常勤換算 | | | | | | | | | | | |
| 他団体への入会 (平成29年度) | | 兵庫県看護協会 | □会員()人、□入会予定()人、□非会員()人 | | | | | | | | |
| | | 日本訪問看護財団 | □会員、□入会予定、□非会員 | 全国訪問看護事業協会 | □会員、□入会予定、□非会員 | | | | | | |
| ブロック活動への参加 (直近1年) | | 管理者会 | □ほぼ参加、□半分位の頻度で参加、□殆ど参加していない、□その他() | | | | | | | | |
| | | ブロック主催研修 | □ほぼ参加、□半分位の頻度で参加、□殆ど参加していない、□その他() | | | | | | | | |
| 地域密着型サービスの実施状況 | | 定期巡回・随時対応サービス | 一体型: □実施している、□実施予定(H29年中)、□検討中、□予定なし | | | 連携型: □実施している、□実施予定(H29年中)、□検討中、□予定なし | | | | | |
| | | 看護小規模多機能型居宅介護 | □実施している、□実施予定(H29年中)、□検討中、□予定なし | | | | | | | | |
| 新卒看護師の採用について | | 平成28年度 | □採用なし、□採用した()人 | | | | | | | | |
| | | 平成29年度 | □採用なし、□採用した()人、□採用予定()人 | | | | | | | | |
| | | 今後の採用 | □採用したい、□採用予定なし[理由:] | | | | | | | | |
| 人員確保について | | 平成28年度採用 | □なし、□した…NS()人、PT()人、OT()人、ST()人、その他: ()人 | | | | | | | | |
| | | 平成29年度採用 | □なし、□した…NS()人、PT()人、OT()人、ST()人、その他: ()人 □採用予定…NS()人、PT()人、OT()人、ST()人、その他: ()人 | | | | | | | | |
| | | 人材確保の方法 | □兵庫県ナースセンター、□ハローワーク、□有料職業紹介所、□知人からの紹介、□法人内異動、□求人広告、□ホームページ、□その他() | | | | | | | | |
| | | 職員の充足感 | □充足している、□一時的に不足している、□慢性的に不足している □その他() | | | | | | | | |
| 人材育成について | | 新任訪問看護師へのOJT実施 | OJT実施: □十分できている、□やや不十分、□不十分 当会作成訪問看護OJTマニュアル(新任訪問看護師)の活用: □している、□していない | | | | | | | | |
| | | 事業所内のOJTマニュアルの整備 | □十分できている、□やや不十分、□不十分、□その他() | | | | | | | | |
| ICT(パソコン端末)の使用 | | □使用している、□使用予定(H29年中)、□検討中、□使用予定なし | | | | | | | | | |
| 指導看護師の配置 | | 介護職員等によるたん吸引等研修事業の指導者講習会を修了した指導看護師: □なし、□あり()人 | | | | | | | | | |
| 実習生受け入れ状況 (受け入れ施設数と延べ人数をご記入下さい) | | 平成28年度 | □なし、□あり…()施設、延べ()人 | | | | | | | | |
| | | 平成29年度 | □なし、□あり…看護師: □あり()施設、延べ()人、□予定()施設、延べ()人 他職種: □あり()施設、延べ()人、□予定()施設、延べ()人 | | | | | | | | |
| | | 実習指導者講習会修了者の配置 | □なし、□あり()人 | | | | | | | | |
| 当会へのご要望・ご意見をお聞かせ下さい | | □ブロック活動、□当会主催研修、□人材確保・育成、□その他 | | | | | | | | | |

ご協力ありがとうございました。会員票①および②の送付と会費の振込をもって手続きの完了となります。