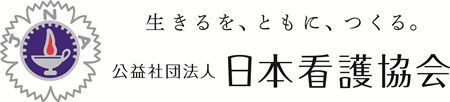
**訪問看護及び介護施設等の看護管理者研修プログラム（称）**

**演習ワークシート 集**



**演習ワークシートについて**

* 集合研修までにご自身の職域に応じて必要な【様式1-1】～【様式5】を記入し、当日持参して下さい
* 記入にあたっては、共通科目の「自組織の理解」「自組織を取り巻く地域の資源」「安全管理②」をご参照ください
* 【様式6】【様式7】はアクションプランの立案・実施の際にご活用下さい

※　職域に応じて○がついている

ワークシートを記入して下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 訪問看護 | 介護施設 |
| 【様式1-1】 | 現状分析シート① | ○ | |
| 【様式1-2】 | 現状分析シート②[介護施設用] | - | ○ |
| 【様式1-2】 | 現状分析シート②[訪問看護管理者用] | ○ | - |
| 【様式1-3】 | 現状分析シート③収支ワークシート[訪問看護管理者用]  ※ 表をexcelファイル等の表計算ソフトにそのままコピーペーストをしてもご利用になれます  ※ 必要に応じて列を増やしてご利用下さい | ○ | - |
| 【様式2】 | 組織図を描いてみよう  自組織のアピールを書いてみよう | ○ | |
| 【様式3】 | 自組織の安全管理についてまとめてみよう  自組織の人材育成計画の現状についてまとめてみよう | ○ | |
| 【様式4】 | 本研修に期待すること  他の参加者から聞いてみたいと思うこと | ○ | |
| 【様式5】 | 自己・自組織で困っていることについて振り返りをしてみよう | ○ | |
| 【様式6】 | アクションプラン | ○ | |
| 【様式7】 | アクションプランセルフチェックリスト | ○ | |

**【様式1-1】現状分析シート①[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 経験年数 | 管理者経験　無・有（　　　　）年、看護師経験（　　　　）年 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①開設年 |  | | | |
| ②事業所種別 |  | | | |
| ③同一法人の関連施設 |  | | | |
| ④基本理念  　（法人又は事業所） |  | | | |
| ⑤職員数 | 常勤看護師 | 名 | （うち認定看護師） | 名 |
| 非常勤看護師 | 名 | （うち認定看護師） | 名 |
| 准看護師 | 名 | 医師 | 名 |
| 薬剤師 | 名 | 歯科衛生士 | 名 |
| 介護職 | 名 | （うち介護福祉士） | 名 |
| 生活相談員/  支援相談員 | 名 | 理学療法士 | 名 |
| 作業療法士 | 名 | 言語聴覚士 | 名 |
| 栄養士 | 名 | （うち管理栄養士） | 名 |
| 事務職員 | 名 | その他  （　　 　　　） | 名 |
| ⑥昨年度の入退職者・  休暇取得者数 | 入職者 | 名 | 退職者 | 名 |
| 産前・産後休暇  /育児休暇取得者 | 名 | その他  （　　　　　　　　） | 名 |
| ⑦利用者数 | 介護保険 | 名 | 医療保険 | 名 |
| ⑧特に多い疾患 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑨利用者の年齢別内訳 | 20歳未満 | 名 | | 21～39歳 | 名 |
| 40～64歳 | 名 | | 65～74歳 | 名 |
| 75～89歳 | 名 | | 90歳以上 | 名 |
| ⑩利用者の介護度別内訳 | 要支援1 | 名 | | 要支援2 | 名 |
| 要介護1 | 名 | | 要介護2 | 名 |
| 要介護3 | 名 | | 要介護4 | 名 |
| 要介護5 | 名 | |  |  |
| ⑪地域の状況  （所在市区町村） | 人口  （事業所が  所在する  市区町村） | 人 | | 高齢化率  （65歳以上） | ％ |
| 75歳以上  人口比率 | ％ | |  | |
| 特徴： | | | | |
| ⑫地域内の他施設  （所在市区町村） | 病院 | ヵ所 | 診療所 | | ヵ所 |
| 訪問看護  ステーション | ヵ所 | 通所リハビリ  テーション | | ヵ所 |
| 居宅介護  支援事業所 | ヵ所 | 介護老人  保健施設 | | ヵ所 |
| 介護老人  福祉施設 | ヵ所 | 介護療養型  医療施設 | | ヵ所 |
| 介護療養型  老人保健施設 | ヵ所 | 看護小規模  多機能型  居宅介護 | | ヵ所 |
| 通所介護  事業所 | ヵ所 | 市町村役場 | | ヵ所 |
| 保健センター | ヵ所 | 地域包括支援  センター | | ヵ所 |
| 介護医療院 | ヵ所 | その他  （　　　　　　） | | ヵ所 |

|  |  |
| --- | --- |
| ⑬地域資源マップ | ※自組織の周辺の地域資源をマップ（概略でよい）に記載し、  業務上関わりのあるものに◎印、業務上の関わりはないが訪  問したことのあるものに○印、つながりがない施設等に△印  自組織に★印を記してください |
|  |

※　地域の医療計画・介護保険事業計画などを必ず確認してください

**【様式1-2】現状分析シート②[介護施設用]**

（○○○○年 ○月の状況）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①定員 | ●施設サービス：（　　）名  ※うち、ユニット型個室（　　）名、  ユニット型準個室（　　　　）名、従来型個室（　　　　）名  ●居宅サービス：デイサービス（　　　）名、  ショートステイ（　　）名 | | | | | |
| ②稼働率 |  | ％ | | ※（　 ）年度実績 | | |
| ③平均在所日数 |  | 日 | | | ※（　 ）年度実績 | |
| ④在宅復帰率 |  | ％ | | | ※（　 ）年度実績 | |
| ⑤死亡退所割合 |  | ％ | | | ※（　 ）年度実績 | |
| ⑥看取り件数 |  | 件／年 | | | ※（　 ）年度実績 | |
| ⑦自施設の各種  サービス費又は  加算等の算定状況  ※自施設で算定できるサービス費または加算の名称をすべてご記入下さい。  ⑧各種加算の  現在の算定状況  ※当てはまる数字に  ○を付けてください | ⑦各種サービス費・加算名 | | ⑧現在の算定状況 | | | |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |
|  | | 01　している | | | 02　していない |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⑦自施設の各種  サービス費又は  加算等の算定状況  ※自施設で算定できるサービス費または加算の名称をすべてご記入下さい。  ⑧各種加算の  現在の算定状況  ※当てはまる数字に  ○を付けてください |  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |
|  | 01　している | 02　していない |

**【様式1-2】現状分析シート②[訪問看護用]**

（○○○○年 ○月の状況）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①施設種類 | 01指定訪問看護ステーション | | 02病院又は診療所 | |
| 03指定定期巡回･随時対応サービス連携 | | | |
| ②機能強化型訪問看護管理療養費 | 01機能強化型訪問看護管理療養費Ⅰ | | | |
| 02機能強化型訪問看護管理療養費Ⅱ | | | |
| 03機能強化型訪問看護管理療養費Ⅲ | | | |
| 04算定なし | | | |
| ③24時間体制の  有無 |  | | | |
| ④訪問延べ回数  （直近1か月） | 介護保険 | 件 | 医療保険 | 件 |
| ⑤介護保険内訳  （直近1か月） | 20分未満 | 件 | 30分未満 | 件 |
| 30分以上  60分未満 | 件 | 1時間以上  1.5時間未満 | 件 |
| 理学療法士　など | 件 |  | |
| ⑥1訪問あたりの  平均単価 | 介護保険 | 円 | 医療保険 | 円 |
| 全体平均単価 | 円 |  | |
| ⑦ターミナルケア  加算算定件数 |  | 人／年 |  | |
| ⑧直近6ヶ月間の  契約者数の増減  ※終了者数とは、入院・死亡・寛解によるサービス終了・  転居により契約終了となった数 |  | 新規契約者  （A） | 終了者数  （※）（B） | 純増  （A－B） |
| 月 |  |  |  |
| 月 |  |  |  |
| 月 |  |  |  |
| 月 |  |  |  |
| 月 |  |  |  |
| 月 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| ⑨各種訪問看護費の算定状況  ※当てはまる数字  に○をつける | 【介護保険】 | | | |
| 01 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携加算 | | | |
| 02 夜間・早朝・深夜加算 | | 03複数名訪問加算Ⅰ | |
| 04 複数名訪問加算Ⅱ | | 05長時間訪問看護加算 | |
| 06 特別地域訪問看護加算 | | 07中山間地域等小規模事業所  加算 | |
| 08 中山間地域等居住者  　 サービス提供加算 | | 09 緊急時訪問看護加算 | |
| 10 特別管理加算 | | 11 ターミナルケア加算 | |
| 12 初回加算 | | 13 退院時共同指導加算 | |
| 14 看護･介護職員連携強化加算 | | 15 看護体制強化加算 | |
| 16 サービス提供体制強化加算 | |  | |
| 【医療保険】 | | | |
| 01難病等複数訪問加算 | | 02緊急訪問看護加算 | |
| 03長時間訪問看護加算 | | 04乳幼児加算又は幼児加算 | |
| 05複数名訪問看護加算 | | 06夜間･早朝訪問看護加算 | |
| 07 24時間対応体制加算 | | 08 24時間連絡体制加算 | |
| 09特別管理加算 | | 10退院時共同指導加算 | |
| 11退院支援指導加算 | | 12在宅患者連携指導加算 | |
| 13乳幼児加算 | | 14特別地域訪問看護加算 | |
| 15 その他  （　 　　　　　　　　　　） | |  | |

**【様式1-3】現状分析シート③　収支ワークシート　[訪問看護用]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 年 |  |  | 計 |
| 月 | 月 | 月 |
| 収　益 | 訪問看護 | 医療保険 | | 件数 （回） |  |  |  |  |
| 平均単価 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 介護保険 | | 件数 （回） |  |  |  |  |
| 平均単価 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 自費収入 | | |  |  |  |  |
| その他 | | |  |  |  |  |
| 訪問看護収入　合計 （円） | | |  |  |  |  |
| **収益合計 （円）** | | | |  |  |  |  |
| 費　用 | 人件費 | 看護師 | 常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 非常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 介護職 | 常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 非常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| その他 職員 | 常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 非常勤 | 人数 （人） |  |  |  |  |
| 平均給与額 （円） |  |  |  |  |
| 小計 （円） |  |  |  |  |
| 人件費　合計（円） | | |  |  |  |  |
| 経　費 | 建物の賃借料 | | |  |  |  |  |
| （例）広告宣伝費 | | |  |  |  |  |
| 通常必要となるその他の費用  （例）車検、保険　など | | |  |  |  |  |
| その他の支出　合計（円） | | |  |  |  |  |
| **費用合計（円）** | | | |  |  |  |  |
| **損益差額 （円）** | | | | |  |  |  |  |
| 自己資金 （円） | | | | |  |  |  |  |
| 借入金（円） | | | | |  |  |  |  |

**【様式2】組織図を描いてみよう、自組織のアピールを書いてみよう[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

あなたの事業所の組織図を記載してください

※自身が統括する範囲を点線で囲い、自分の位置するところに★印を記してください

あなたの組織のアピール（日頃、他機関等にアピールしていることを書いてください）い）

**【様式3】自組織の安全管理についてまとめてみよう[全受講者共通]**

**自組織の人材育成計画の現状についてまとめてみよう[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

自組織の安全管理について記入してください

自組織の人材育成計画の現状・課題について記入してください

**【様式4】本研修に期待すること[全受講者共通]**

**他の参加者から聞いてみたいと思うこと[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

本研修で学びたい内容について記入してください

本研修の他の参加者から学びたい、聞いてみたいと思う内容について記入してください

**【様式5】自己・自組織で困っていることについて振り返りをしてみよう[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自己・自組織の振り返り | |
| **①現状** |  |
| **②目標**  ※なりたい姿 |  |
| **③課題** ※「現状」と  「なりたい姿」のギャップを埋めるために解決する必要があること |  |

|  |
| --- |
| 【実習で学びたいこと】 |
|  |

|  |
| --- |
| 【実習で学んだこと】 |
| （記入日：　　　　年　　　月　　　日） |
|  |

**【様式6】アクションプラン[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **課題1** |  | | |
| **到達目標 （なりたい姿）** |  | | |
| **目標に到達するための具体的行動計画** | | **実施時期** | **評価 ○：した ×：しなかった** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **課題2** |  | | |
| **到達目標 （なりたい姿）** |  | | |
| **目標に到達するための具体的行動計画** | | **実施時期** | **評価 ○：した ×：しなかった** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **課題3** |  | | |
| **到達目標 （なりたい姿）** |  | | |
| **目標に到達するための具体的行動計画** | | **実施時期** | **評価 ○：した ×：しなかった** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

※「評価」は3または6ヶ月後に評価してください。

**【3ヶ月後または6ヶ月後自己評価（到達目標別の達成状況）】**

（記入日：　　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 課題 | 評価結果に関するコメント |
| 課題1 |  |
| 課題2 |  |
| 課題3 |  |

**【様式7】アクションプランセルフチェックリスト[全受講者共通]**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | アクションのタイトルに、アクションのねらいが表現されている |
| □ | アクションプランの取り組み期間が明確になっている |
| □ | 課題は地域の状況やニーズを踏まえたものとなっている |
| □ | このアクションプランに取り組む理由を説明している |
| □ | あなたのビジョン（目指したいこと）を説明している |
| □ | ビジョンに向けて現時点で解決したい課題を説明している |
| □ | アクションプランの企画実行について、上司から合意を得ている |
| □ | アクションプランの企画実行について、職場の同僚や関係者から合意を得ている |
| □ | アクションプランを実行するためのチーム（協力者）がある |
| □ | 期限を設定し具体的に到達目標を説明している |
| □ | 行動計画は、いつ、だれが、どこで、なにをどのように、なぜするのかが明確である |
| □ | アクションプラン実行のスケジュールが決まっている |
| □ | アクションプランを実行したあとの結果を記録している |
| □ | アクションプランを実行した後、次の課題を明確にしている |
|  | 自分で気を付けたいことをリストしましょう |
| □ |  |
| □ |  |
| □ |  |

**公益社団法人　日本看護協会　医療政策部　在宅看護課**

〒150-0001　東京都渋谷区神宮前5-8-2　　TEL:03-5778-8842　FAX:03-5778-8478

E-mail:zaitaku@nurse.or.jp

（平成31年3月）

本書の無断転載を禁じます