**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