**新任訪問看護師就労応援事業応募申請書**

**提出日　令和2年4月　　日**

１　申請者の基本情報　　（変更が生じた場合は、東京都看護協会（03-6300-5398）にご連絡ください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 代表者職・氏名 |  | 実印 |
| ステーション名 |  | |
| 事業責任者　職・氏名 |  | |
| 事務担当者　職・氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ |  | |
| メールアドレス |  | |

２　ステーション情報

（所在地及び管理者名に変更が生じた場合は、東京都看護協会（03-6300-5398）にご連絡ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定年月日 | 20●●年　●月　●日 | | | | 事業所番号 | | | | | 1360●●● | |
| 所在地 | 〒●●●-●●●● | | | | | | | | | | |
| 東京都 | | | | | | | | | | |
| 最寄駅 |  | 線 |  | | | | 駅より | | 徒歩/バス |  | 分 |
| 管理者 | 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 管理者歴 |  | | | | 年 | | 訪問看護歴 | |  | 年 |
| 利用者数  ※提出日時点 | 医療保険 |  | | | | 人 | | 介護保険 | |  | 人 |
| 看護職1人当たりの訪問件数（令和元年度**月平均**） | | | |  | | 件 | | **※詳細は、様式１のとおり** | | | |

２－２　配置従業員数　　**※勤務形態一覧表は、様式２のとおり**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 看護職員 | | | | | | | 理学療法士/作業療法士/言語聴覚士 | |
| 専従 | | 兼務 | | 合計 | | 携帯当番数 |
| 常勤実人数（休職中除く）※1 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  |  | 人 |
| 非常勤実人数（休職中除く）※2 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  |  | 人 |
| 常勤換算後人数 |  | 人 |  | 人 |  | 人 |  |  | |

※1　常勤：就業規則で定める所定労働時間（フルタイム）で勤務

（常勤職員が就業規則で定める育児時間等の申請により時短勤務する場合であっても常勤とします。）

※2　非常勤：常勤以外で勤務（パートなど）

２－３　令和元年度加算実績（平成31年4月～令和2年3月までのサービス提供分にかかる実績合計）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ターミナルケア加算　／　訪問看護ターミナルケア療養費加算 |  | 件 |
| 緊急時訪問看護加算　／　2４時間対応体制加算 |  | 件 |
| サービス提供体制強化加算　**※** |  | 件 |

**※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してください。**

**②令和元年度勉強会実績　→様式４を提出してください。**

３　指導担当者について　（変更が生じた場合は、東京都看護協会（03-6300-5398）にご連絡ください。）

指導実績欄には、これまでの指導・育成実績を記入してください。

※訪問看護ステーションでの指導実績がない場合は、訪問看護分野以外の実績を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 氏名 |  | | | | |
| 指導歴 |  | 年 | 訪問看護歴 |  | 年 |
| 取得資格① |  | | 取得資格② |  | |
| 取得資格③ |  | | 取得資格④ |  | |
| 指導実績 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

３-２　指導担当者の研修受講状況

看護職員の指導・育成に関わる研修受講歴を記入してください。

※訪問看護分野以外も記載してください。記入欄が足りない場合は追加してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | 研修名 |  | | | | | |
| 実施機関名 |  | | | | | |
| 受講時期 |  | 年 |  | 月頃 |  | 日間 |
| **②** | 研修名 |  | | | | | |
| 実施機関名 |  | | | | | |
| 受講時期 |  | 年 |  | 月頃 |  | 日間 |
| **③** | 研修名 |  | | | | | |
| 実施機関名 |  | | | | | |
| 受講時期 |  | 年 |  | 月頃 |  | 日間 |

４　採用計画について

採用計画数　　　　　人　※複数名の計画も可能ですが、十分な育成が出来る範囲で計画してください。

＜内訳＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 雇用形態  ※1 | 勤務場所  ※２ | 週平均勤務時間  （20時間以上必須） | | 採用予定時期 | | 採用時状態※３ |
| １人目 | １ 常勤  ２ 非常勤 |  |  | 時間 |  | 月 | １ 訪問看護未経験者（新卒者除く）  ２ 新卒訪問看護師 |
| ２人目 | １ 常勤  ２ 非常勤 |  |  | 時間 |  | 月 | １ 訪問看護未経験者（新卒者除く）  ２ 新卒訪問看護師 |
| ３人目 | １ 常勤  ２ 非常勤 |  |  | 時間 |  | 月 | １ 訪問看護未経験者（新卒者除く）  ２ 新卒訪問看護師 |

※1　雇用を計画している新任訪問看護師の「雇用形態」について、該当する番号に○を付けてください。

※2　「本所」または「サテライト」のいずれかを記入してください。

なお、**サテライトで育成する場合は、次の2点を記入してください。**

①**「９　サテライトに関する基本情報」**

②**「様式３　勤務形態一覧表（サテライト用・提出月分）」）**

※3　雇用を計画している新任訪問看護師の「採用時の状態」について、該当する番号に○を付けてください。

※4　4人目以降は行を追加して記載してください。

５　貴ステーションの**令和元年度**における取組

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所内カンファレンス実施回数（月平均） |  | 回 |
| 外部機関との合同カンファレンス（年合計）  （退院前カンファレンス、サービス担当者会議は対象外） |  | 回 |
| ステーション内勉強会実施回数（年合計） |  | 回 |
| 上記以外法人内勉強会実施回数（年合計） |  | 回 |
| 外部研修受講看護職数（年合計） | 延べ | 人 |
| 看護学生の実習受入人数（年合計） |  | 人 |
| 看護学生以外の実習受入人数（年合計） |  | 人 |
| →具体的な内容　※実習した方の職種等記載 |  | |
| 過去5年の訪問看護未経験者の育成数（うち新卒者数）  （本項目のみ、過去5年の合計を記載） | （　） | 人 |

６　貴ステーション（所全体）での人材育成・定着への取組

　　未経験者に限定せず、貴ステーションで行っている取組について出来る限り具体的に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 取組内容 |
| 面談 |  |
| 相談体制 |  |
| 新規入職者への同行訪問 |  |
| 勉強会**（令和２年度実施予定）**  ※年合計。**詳細は様式５のとおり** |  |
| 所内カンファレンス  **（令和２年度実施予定）**※月平均 |  |
| スタッフの外部研修への参加支援 |  |
| 資格取得等支援 |  |
| その他人材育成・定着に関する取組（自由記載） |  |

７　地域の他機関・他職種との連携に関する取組

|  |  |
| --- | --- |
| 連携先等 | 取組内容 |
| 他訪問看護ステーション |  |
| 他事業所  （訪問看護ステーション以外） |  |
| 医療機関 |  |
| 行政・地域住民 |  |
| その他（自由記載） |  |

８　育成計画書

・育成計画書（新任訪問看護師（新卒者除く）用）・・・**様式６**のとおり

・育成計画書（新卒訪問看護師用） ・・・**様式７**のとおり（新卒訪問看護師の採用計画がない場合は提出不要）

９　サテライトに関する基本情報　※サテライトで育成する場合のみ記載要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サテライト名 | |  | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| 所在地 | | 〒●●●-●●●● | | | | | | | | | | |
| 東京都 | | | | | | | | | | |
| 最寄駅 | |  | 線 |  | 駅より | | | 徒歩/バス |  | | 分 | |
| 指導者について | | 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 指導歴 |  | | 年 | 訪問看護歴 | | |  | | 年 | |
| 指導者資格 | | 取得資格① |  | | | 取得資格② | | |  | | | |
| 取得資格③ |  | | | 取得資格④ | | |  | | | |
| 指導実績 | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **指導者向け研修受講歴**  ※看護職員の指導・育成に関わる研修受講歴を記入してください。  （訪問看護分野以外も記載してください。記入欄が足りない場合は追加してください。） | ① | 研修名 | |  | | | | | | | | |
| 実施機関名 | |  | | | | | | | | |
| 受講時期 | |  | 年 | |  | | 月頃 |  | | 日間 |
| ② | 研修名 | |  | | | | | | | | |
| 実施機関名 | |  | | | | | | | | |
| 受講時期 | |  | 年 | |  | | 月頃 |  | | 日間 |
| ③ | 研修名 | |  | | | | | | | | |
| 実施機関名 | |  | | | | | | | | |
| 受講時期 | |  | 年 | |  | | 月頃 |  | | 日間 |

１０　応募ステーションチェックリスト

各確認事項をご確認の上、チェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 確認事項 | チェック |
| １ | 開設から１年以上経過しているステーションである。 |  |
| 2 | 管理者又は指導者は、訪問看護経験が５年以上の常勤の看護職である。 |  |
| 3 | 指導者は概ね３年以上の訪問看護経験を有した常勤の看護職である。 |  |
| 4 | 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を２名以上配置している。 |  |
| 5 | 令和元年度、ターミナルケア加算又は訪問看護ターミナルケア療養費の算定実績がある。 |  |
| 6 | 令和元年度、緊急時訪問看護加算又は２４時間対応体制加算の算定実績がある。 |  |
| 7 | 令和元年度、サービス提供体制強化加算の算定実績がある。 |  |
| 8 | 上記7で、サービス提供体制強化加算の算定実績がない場合、次の①～③を全て満たしている。 |  |
|  | ①研修計画を作成し、当該計画に従い研修（外部研修含む）を実施していること。 |  |
|  | ②所内カンファレンスを定期的（概ね月１回以上）に開催していること。 |  |
|  | ③事業主の費用負担により、全従事者に対し、１年に１回以上健康診断を実施していること。 |  |
| ９ | 所内において定期的にカンファレンスを行うなど、職員間の連携が図られている。 |  |
| 10 | スタッフが外部研修や勉強会等を受講できる機会を提供している。 |  |
| 11 | スタッフが不明な点や不安等について、日ごろから相談ができる環境を整えている。 |  |
| 12 | スタッフの育成に関して教育計画（新任と現任教育を含む）がある。 |  |

１１　提出書類チェックリスト

提出書類及び提出方法をご確認の上、チェックしてください。提出にあたり不足等ないよう、ご注意ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式名 | | | 提出方法 | チェック |
| ア | 新任訪問看護師就労応援事業応募申請書 | | 郵送 |  |
| 様式1 | 看護職一人当たりの月平均訪問件数計算表 | 郵送 |  |
| 様式2 | 勤務形態一覧表（提出月分） | 郵送 |  |
| 様式3 | 勤務形態一覧表（サテライト用・提出月分）  　※サテライトで育成する場合は提出要 | 郵送 |  |
| 様式4 | 令和元年度実施勉強会一覧（外部研修含む。）  ※サービス提供体制強化加算の実績がない場合は提出要 | 郵送 |  |
| 様式5 | 令和２年度所内勉強会計画一覧 | 郵送 |  |
| 様式6 | 育成計画書（新任訪問看護師（新卒者除く）用） | 郵送 |  |
| 様式７ | 育成計画書（新卒訪問看護師用）  ※新卒訪問看護師の採用計画がない場合は提出不要 | 郵送 |  |
| イ | 訪問看護ステーション教育計画（新任と現任教育を含む既存のもの） | | 郵送 |  |

**提出書類等の内容及び実績等を考慮して選定しますので、ご了承ください。**