**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 事業所番号 | | 149 | |
| 窓口受付日 | | （祝日含む・含まない） | | | その他休日 | |  |
| 窓口受付時間 | | | ○○：○○～○○：○○ | | | | |
| 事業所の特色や概要、アピールポイントを教えてください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 職員の定着率（離職の状況等）について教えて下さい。（おおよそ勤続何年等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 利用者の登録人数、平均介護度を教えてください | | | | | | | |
| 登録人数：　　人　平均介護度： | | | | | | | |
| 併設している他のサービス（夜間対応型訪問介護、訪問介護等）があればその利用者数を教えてください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の課題と思われることがあれば教えてください | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 利用者からのご意見、ご要望はありますか。（苦情、お礼、その他） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 利用者に対し賠償すべき事故が発生した場合、損害を速やかに賠償するためにどのような体制を確保していますか。 | | | | | | | |
| （損害賠償保険の名称、保険会社名等を含めて回答してください） | | | | | | | |
| 直近４年間で実施した自己評価及び外部評価の状況について、教えてください | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 実施年度 | 介護・医療連携推進会議実施日 | 備考 | | ○年度（３年度前） |  |  | | ○年度（一昨年度） |  |  | | ○年度（昨年度） |  |  | | ○年度（今年度） |  |  | | | | | | | | |
| 直近１年間で実施した介護・医療連携推進会議の状況について、教えてください | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 実施年度 | 実施日 | 会議の主な内容 | 備考 | | ○年度　第○回 |  |  |  | | ○年度　第○回 |  |  |  | | ○年度　第○回 |  |  |  | | ○年度　第○回 |  |  |  | | | | | | | | |
| 横浜市以外の被保険者が利用している場合は「○○市（○名）」、利用していない場合は「無し」とご記入ください(個人名は不要です)。保険者ごとに申請が必要です。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 業務継続計画（BCP）について、令和６年４月１日より策定が義務付けられますが、策定していますか。※令和６年４月１日時点で策定されていない場合、基本報酬が減算となります。（例外規定有） | | | | | | | |
| □作成済み  □作成中（令和　年　月に完成予定） | | | | | | | |

※枠は適宜大きくしてください