

事前提出資料

介護予防訪問看護

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

介護予防訪問看護事業所

法人（開設者）の名称			
法人（開設者）の所在地	〒		
連 絡 先	TEL Eメール	Fax	
代表者職名		代表者氏名	

事業所番号			指定年月日		
事業所の名称					
事業所所在地	〒				
連 絡 先	TEL Eメール	Fax			
同一敷地内にある他の施設等					
営 業 日			営業時間		
病院、診療所、訪問看護ステーションの別					

1. 管理者

管理者氏名			他の施設等との兼務	有	無
他の職務との兼務	有	無	兼務している他施設の名称とその職務		
管理者資格	保健師		看護師		

2. 従業者の人数

	看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚療法士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤								
非常勤								

3. 事務室等の面積や設備について

事務室	㎡	相談室	㎡	
更衣室等	㎡	他の事務所との共用の有無	有	無
他の事務所との 共用がある場合	共用する事務所の名称			
相談室を設けていない場合相談スペースの状況				
感染症予防に必要な設備及び備品の種類				

4. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している 月締めで徴収している その他

入金方法： 現金 銀行等振込み 口座引落とし その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

5. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を整えているか。

① 記録している ② 記録していない

6. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

苦情処理担当職員の氏名	
〃 の資格	
苦情処理件数（過去1年間）	件

7. 加算・減算の状況

(1) 加算

夜間又は早朝の場合、若しくは深夜の場合	有	無
複数名訪問加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
1時間30分以上の訪問看護行う場合	有	無
特別地域加算	有	無
中山間地域等における小規模事業所加算	有	無
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無
緊急時訪問看護加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
特別管理体制	対応可	対応不可
専門管理加算	有	無
初回加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
退院時共同指導加算	有	無
看護体制強化加算	有	無

口腔連携強化加算	有	無
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
介護職員等処遇改善加算	有	無

(2) 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算	有	無
業務継続計画未策定減算（※１）	有	無
准看護師訪問による減算	有	無
理学療法士等により１日２回を越えて実施する場合	有	無
理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合（※２）	有	無
事業所と同一建物の利用者５０人以上にサービスを行う場合	有	無
事業所と同一の建物に居住する利用者又はこれ以外の同一建物の利用者２０人以上にサービスを行う場合	有	無
理学療法士等による介護予防訪問看護について利用を開始した日の属する月から起算して１２月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合	有	無

※１ 令和７年４月１日より適用

※２ 特定の加算⇒緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算

