

人員基準チェックリスト（地域密着型通所介護・介護予防通所サービス）

事業所名称 _____

職 種	基準（空欄に必要な事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
<p>利用定員等</p>	<p>1 単位目 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 利用定員 _____ 人 サービス提供時間 : ~ : </div> </p> <p>2 単位目 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 利用定員 _____ 人 サービス提供時間 : ~ : </div> </p> <p>3 単位目 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 利用定員 _____ 人 サービス提供時間 : ~ : </div> </p>
<p>従業者</p>	<p><input type="checkbox"/> 生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤である。</p>
	<p><input type="checkbox"/> 生活相談員として必要な資格等を有している。 ・社会福祉主事任用資格 ・社会福祉士 ・精神保健福祉士 ・介護支援専門員 ・介護福祉士 ・同一法人が運営する社会福祉施設等において3年以上かつ540日以上介護業務等に従事した経験があり、事業者が生活相談員としての能力を有すると認める者</p> <p><input type="checkbox"/> 提供日ごとに、必要な員数の生活相談員を配置している。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>〈確保すべき生活相談員の勤務延時間数^{※1}〉 提供日ごとに確保すべき勤務延時間数 ≥ 提供時間数^{※2}</p> </div> <p>※1 勤務延時間数：専ら指定通所介護の提供に当たる従業者がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計 ※2 提供時間数：事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時間帯を除く）</p> <p>〈必要数〉 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 必要数 _____ 時間/日 </div> </p>
	<p><input type="checkbox"/> 定員11人以上の単位ごとに、看護職員（看護師又は准看護師）を、1以上配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 提供時間帯を通じて専従している。</p> <p><input type="checkbox"/> 提供時間帯を通じては専従していない場合、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図っている。</p>
<p><input type="checkbox"/> 単位ごとに、必要な員数の介護職員を配置している。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>〈確保すべき介護職員の勤務延時間数〉 [利用者数が15人以下] 単位ごとに確保すべき勤務延時間数 ≥ 平均提供時間数^{※4} [利用者数が16人以上] 単位ごとに確保すべき勤務延時間数 ≥ ((利用者数-15) ÷ 5 + 1) × 平均提供時間数</p> </div> <p>※4 平均提供時間数：利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数</p> <p><input type="checkbox"/> 単位ごとに、常時1人以上配置している。</p> <p>〈必要数〉 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 必要数 _____ 時間/単位 </div> </p>	

職 種		基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
従業者	機能訓練指導員	<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員として必要な資格を有している。 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・看護師 ・准看護師 ・柔道整復師 ・あん摩マッサージ指圧師 ・一定の実務経験を有するはり師、きゅう師（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事務所で6月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者） <input type="checkbox"/> 1以上配置している。
	管理者	<input type="checkbox"/> 常勤である。 <input type="radio"/> 専従である。 <input type="radio"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 事業所の管理上支障がない。 <input type="checkbox"/> 兼務する職務が次のいずれかの場合である。 <input type="radio"/> 当該事業所の他の職務 <input type="radio"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務 ※管理すべき事業所数が過剰である場合や、併設する入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合などは、管理業務に支障があると考えられる。 [兼務する職務] 事業所名： _____ 所在地： _____ 兼務する職務： _____ ※介護サービス事業以外の職務についても記載すること。