事業所名：

人員基準チェックリスト（通所介護・通所介護相当サービス）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を記入） |
| 単位、定員数、提供曜日、サービス提供時間 | | **※ 曜日等によりサービス提供時間、定員が異なる場合は別単位とすること**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 単位 | 定員 | 提供曜日  ※該当する箇所に○を付けること | 提供時間 | | １単位目 | 名 | 月・火・水・木・金・土・日 | ：　　～　： | | 単位目 | 名 | 月・火・水・木・金・土・日 | ：　　～　： | | 単位目 | 名 | 月・火・水・木・金・土・日 | ：　　～　： |   ※適宜、単位記載欄を追加すること |
| 従業者 | 生活相談員 | * 提供時間数に応じて配置しているか   提供日ごとに勤務延時間数が提供時間数以上か  　　　勤務延時間数 ≧ 提供時間数  注１） 勤務延時間数：サービス提供時間内に勤務する時間数の合計  注２） 提供時間数：サービス提供開始時刻（　：　）から終了時刻（　：　）までの時間 ＝（　　　）時間   * 次のいずれかの資格要件を満たしているか   ・社会福祉主事　・社会福祉士　・精神保健福祉士  ・介護福祉士　　・介護支援専門員  ・同一法人が開設する社会福祉施設等（第１種社会福祉事業、第２種社会福祉事業、病院、介護保険施設等）で、３年以上かつ540日以上介護業務等に従事した実績があり、生活相談員の能力を有すると認める者  □　１人以上は常勤か（常勤の介護職員を配置している場合を除く） |
| 看護職員 | * 看護師又は准看護師を、単位ごとに、専従で１以上配置しているか（病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により営業日ごとの利用者の健康状態を確認している場合を含む) * 提供時間を通じて専従しない場合は、提供時間帯を通じて当該通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図っているか |
| 介護職員 | * 単位ごとに、提供時間数に応じて配置しているか * 利用者数が15人までは1人以上か、16人以上は15人を超える部分の利用者の数を５で除した数に１人を加えた数以上配置しているか   ＜必要勤務延時間数計算式＞  （利用者15人まで）  　単位ごとに勤務延時間数が平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数）以上か  　　　　　　 勤務延時間数　　平均提供時間数  　１単位目　（　　　）時間 ≧（　　　）時間  　２単位目　（　　　）時間 ≧（　　　）時間  　３単位目　（　　　）時間 ≧（　　　）時間  （利用者16人以上）  単位ごとに勤務延時間数が「（（利用者数－15）÷５＋１）×平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数）」以上か  　　　　　　 勤務延時間数　　 利用者数　　　　　　　　　　 平均提供時間数  　１単位目　（　　　）時間 ≧（（（　　）人－15）÷５＋１）×（　　　）時間  　２単位目　（　　　）時間 ≧（（（　　）人－15）÷５＋１）×（　　　）時間  　３単位目　（　　　）時間 ≧（（（　　）人－15）÷５＋１）×（　　　）時間   * 単位ごとに、サービス提供開始時刻から終了時刻までの時間、常時1名以上が確保されているか * １人以上は常勤か（常勤の生活相談員を配置している場合を除く） |
| 機能訓練  指導員 | * １人以上配置しているか * いずれかの資格を有しているか   　　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、はり師又はきゅう師  　　※はり師及びきゅう師は、「理学療法士等の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者」に限る |
| 管理者 | | □　常勤か  □　専従か（次の場合の兼務を除く）  □　兼務する場合は次の場合か（管理上支障がない場合に限る）  □　当該指定通所介護事業所の通所介護従業者としての職務に従事する場合  □　同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該指定通所介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）  　・兼務する事業所について  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　※介護保険事業以外の職務の場合も記載してください |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **〇運動型通所サービス・サロン型通所サービス（実施していない場合は提出不要です）** | | |
| 区分 | | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を記入） |
| 単位、定員数、提供曜日、サービス提供時間 | | ※ 曜日等によりサービス提供時間、定員が異なる場合は別単位とすること   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 単位 | 定員 | 提供曜日  ※該当する箇所に○を付けること | 提供時間 | | １単位目 | 名 | 月・火・水・木・金・土・日 | ：　　～　： | | 単位目 | 名 | 月・火・水・木・金・土・日 | ：　　～　： |   ※適宜、単位記載欄を追加すること |
| 従業者 | 従事者 | * 単位ごとに、提供時間数に応じて配置しているか * 利用者数が15人までは1人以上か、16人以上は15人を超える部分の利用者の数を10で除した数に１人を加えた数以上配置しているか   ＜必要勤務延時間数計算式＞  （利用者15人まで）  　単位ごとに勤務延時間数が平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数）以上か  　　　　　　 勤務延時間数　　平均提供時間数  　１単位目　（　　　）時間 ≧（　　　）時間  　２単位目　（　　　）時間 ≧（　　　）時間  （利用者16人以上）  単位ごとに勤務延時間数が「（（利用者数－15）÷10＋１）×平均提供時間数（利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数）」以上か  　　　　　　 勤務延時間数　　 利用者数　　　　　　　　　　 平均提供時間数  　１単位目　（　　　）時間 ≧（（（　　）人－15）÷10＋１）×（　　　）時間  　２単位目　（　　　）時間 ≧（（（　　）人－15）÷10＋１）×（　　　）時間   * 単位ごとに、サービス提供開始時刻から終了時刻までの時間、常時1名以上が確保されているか |
| 機能訓練  指導員  ※運動型通所サービスのみ | * １人以上配置しているか * いずれかの資格を有しているか   　　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、はり師又はきゅう師  　　※はり師及びきゅう師は、「理学療法士等の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者」に限る |
| 管理者 | | □　常勤か  □　専従か（次の場合の兼務を除く）  □　兼務する場合は次の場合か（管理上支障がない場合に限る）  □　当該事業所の従事者としての職務に従事する場合  □　同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）  　・兼務する事業所について  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |