人員基準チェックリスト（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

**事業所名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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□にレ点を入れること） |
| 入所者数  （前年度平均値） | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 前年度の入所者延数 |  | 前年度の日数 |  | 入所者数 | | 人 | ÷ | 日 | ＝ | 人 | |  |  |  | （小数第2点以下切上） | | |
| 従業者 | 医師 | □ 入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置しているか  ・ サテライト型居住施設の医師については、本体施設の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、置かないことができる |
| 生活相談員 | □ １以上配置しているか  ・ サテライト型居住施設の生活相談員については、本体施設（介護老人保健施設に限る）の支援相談員によるサービスの提供が適切に行われると認められるときは、置かないことができる  □ 常勤か  ・ サテライト型居住施設（本体施設が介護老人福祉施設又は介護老人保健施設の場合に限る）の生活相談員については、常勤換算方法で１以上  □ 次のいずれかの資格を有しているか  □ 社会福祉主事、社会福祉士又は精神保健福祉士  □ 上記の資格を有していない場合、同等以上の能力を有すると認められるか  □ 介護支援専門員若しくは介護福祉士の資格を有する者又は同一法人（事業者）が開設する社会福祉施設等（第一種社会福祉事業、第二種社会福祉事業、病院、診療所、介護保険施設、有料老人ホーム）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、事業者が生活相談員の能力を有すると認める者 |
| 介護職員又は  看護職員 | □ 介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で、入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上か  〈必要数計算式〉   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 入所者数 |  |  |  | 必要数 | | 人 | ÷ | ３人 | ＝ | 人 | |  |  |  | （小数点以下切上） | |   〈常勤換算式〉   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 従業者の勤務延時間数 |  | 常勤従業者の  勤務時間数 |  | 常勤換算人数 | | 時間 | ÷ | 時間 | ＝ | 人 | |  |  |  | （小数点第2位以下切捨） | |   □ 看護職員の数は１以上か  □ 介護職員のうち、１人以上は常勤か  □ 看護職員のうち、１人以上は常勤か  ・ サテライト型居住施設の看護職員については、常勤換算方法で１以上  【ユニット型】  □ 昼間については、ユニットごとに常時１人以上か  □ 夜間及び深夜については、２ユニットごとに１人以上か  □ ユニットごとに常勤のユニットリーダーが配置されているか  ・ユニットケアリーダー研修を受講したものが施設に２人以上か（２ユニット以下の施設は１人） |
| 栄養士 | □ １以上配置しているか  ・ サテライト型居住施設の栄養士については、本体施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病床数100床以上の病院に限る）の栄養士によるサービス提供が適切に行われると認められるときは、置かないことができる |
| 機能訓練指導員 | □ １以上配置しているか  　　・サテライト型居住施設の機能訓練指導員については、本体施設（介護老人福祉施設又は介護老人保健施設に限る）の機能訓練指導員、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士によるサービス提供が適切に行われると認められるときは、置かないことができる   * 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 |
| 介護支援専門員 | □ １以上配置しているか  ・ サテライト型居住施設の介護支援専門員については、本体施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院又は病院（介護療養型医療施設に限る）に限る）の介護支援専門員によるサービス提供が適切に行われると認められるときは、置かないことができる  □ 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  □ 利用者の処遇に支障がない、かつ、当該施設における他の職務に従事する |
| 管理者 | | □ 常勤か  □ 専従か（以下の場合の兼務を除く）  □ 兼務する場合は以下の場合か（管理上支障がない場合に限る）  □ 当該指定地域密着型介護老人福祉施設の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（当該指定地域密着型介護老人福祉施設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）  □ サテライト型居住施設であって本体施設の職務に従事する（本体施設が病院又は診療所の場合は管理者としての職務を除く）  ・兼務する事業所について  （名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |