**通所介護相当サービス人員等確認表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 令和 　　年　 　月　 　日 |  |
| 事業所名 |  | |

□　記載にあたっての留意事項

（１）チェック項目の内容を満たしているものについては「適」、そうでないものは「不適」にチェックをしてください。

（２）広域福祉課確認欄には記載しないでください。

* 人員基準が満たされていない場合は、更新できません。

**チェック項目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　　　　容 | 適 | 不適 | 広域福祉課確認欄 |
| １　従　業　者 | 〇必要な人員が配置されているか。（次の表で確認。）  ①通所介護相当サービスの単位（利用定員は、単位ごとの利用人員）   |  |  | | --- | --- | | 単位 | 利用定員（利用者） | | １単位目 | （　　　）人 | | ２単位目 | （　　　）人 |   ②サービス提供時間（単位ごとに記入。）（送迎の時間を除く。）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 平 日 | | | 土 曜 | | | 日 曜・祝 日 | | | | １単位目 | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： | | ２単位目 | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： | ： | ～ | ： |     ③従業員の員数   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | １単位目 | 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  | | ２単位目 | 常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 非常勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |   【従業員の配置基準】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 利用者数  職種 | 15人まで | 16人以上 | | 生活相談員 | 提供日ごとに確保すべき勤務時間数＝提供時間数 | | | 看護職員 | 単位ごとに1以上 | | | 介護職員 | 単位ごとに確保すべき  勤務延時間数  ＝平均提供時間数 | 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 | | 機能訓練指導員 | 1　以上（他の職種と兼務可） | |   ※利用定員が10人以下の場合には、看護職員及び介護職員の員数を  単位ごとに看護職員及び介護職員の勤務時間数＝提供時間数  とすることができる。  ※生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤でなければならない | □ | □ | ※（地域密着型）通所介護を一体的に行っている場合、利用定員（利用者）は、（地域密着型）通所介護と通所介護相当サービスの利用者の合計を記載して下さい。  **※ 個別機能訓練加算【Ⅰ】**  常勤専従の機能訓練指導員1名以上  **【Ⅱ】**  機能訓練指導員  1名以上（非常勤可・時間を分けた兼務可）  **※ 栄養改善加算**  管理栄養士1名以上  **※ 口腔機能向上加算**  言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上  **※ 運動器機能向上加算**  機能訓練指導員  1名以上 |
| 〇従業者の資格は適正であるか。  ・生活相談員…社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉主事  ・看護職員…看護師、准看護師  ・介護職員…資格要件なし  ・機能訓練指導員…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の資格を有する者（はり師及びきゅう師については、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。） | □ | □ |  |
| ２　管　理　者 | 〇管理者は、常勤で専ら当該事業所の管理業務に従事しているか。 | □ | □ |  |
| 〇管理者が職務を兼務している場合は、次のとおりであるか。  イ　当該指定（地域密着型）通所介護事業所の（地域密着型）通所介護従業者としての職務に従事する場合  ロ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合  ※この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設され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。ただし、施設における勤務時間が極めて限られている職員である場合等、個別に判断の上、例外的に認める場合があっても差し支えない。 | □ | □ |
| 〇管理者の交代があった場合には、遅滞なく変更届出書の提出を行っているか。 | □ | □ |  |