（参考様式）

**第１号訪問事業（訪問型サポートサービス）　人員基準確認表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入年月日 | 　　　 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）市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 | 市確認欄 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １　訪問介護員　　年　　月のサービス提供を行った従業者の資格別人数について、確認する。 | ○常勤換算方式で、2.5名以上か。（常勤・非常勤合計　　人：常勤　　人、非常勤　　人常勤換算数（　　　　年　　月実績）A　非常勤延勤務時間（　　　H）B　常勤者要勤務時間（　　　H/月）A÷B＝（　　人）常勤の要勤務時間数は、事業者において定める（就業規則、雇用契約）もので、32時間を下回る場合は32時間とする | □ | □ |  |
| ○資格は適正であるか。 | □ | □ |  |
| 勤務形態資　格 | 常勤（人） | 非常勤（人） |
| 介護福祉士 |  |  |
| 実務者研修修了者 |  |  |
| 旧訪問介護員1級 |  |  |
| 旧訪問介護員2級 |  |  |
| 介護職員初任者研修修了者 |  |  |
| 旧介護職員基礎研修修了者 |  |  |
| 看護師 |  |  |
| 准看護師 |  |  |
| 合計 |  |  |
| ２　サービス提供責任者 | ○次の基準を満たす配置となっているか。利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上の者をサービス提供責任者としているか。・サービス提供責任者は介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者であって専ら第１号訪問事業の職務に従事するものを充てなければならない。※第１号訪問事業のサービスの提供に支障が無い場合は、同一敷地内にある指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事することができる。・サービス提供責任者の配置については、常勤職員を基本としつつ、下記のとおり、非常勤職員（常勤換算）の登用を一定程度可能とすることができます。　 【常勤換算による場合（利用者の数が40人を超える事業所）】利用者の数を40で除して得られた数（小数第一位に切り上げた数）以上　　　＜必要となる常勤のｻｰﾋﾞｽ提供責任者数＞・利用者の数が40人超200人以下の事業常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から一を減じて得られる数以上・利用者の数が200人超の事業所常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に二を乗じて三で除して得られた数（一の位に切り上げた数）以上※非常勤のサービス提供責任者の当該事業所における勤務時間は、当該事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数の1／2以上であること。 | □ | □ |  |
| ○資格は適正であるか。 | □ | □ |  |
| 人（常勤　　人非常勤　　人） | サービス提供責任者の資格に「○」を記載 |  | 介護福祉士 |
|  | 実務者研修修了者 |
|  | 介護職員初任者研修修了者（実務経験3年以上） |
|  | 旧ヘルパー1級 |
|  | 旧ヘルパー2級（実務経験3年以上） |
|  | 旧介護職員基礎研修修了者、看 護 師、准看護師 |
| ○サービス提供責任者の増員・減員又は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。 | □ | □ |  |
| ３　管 理 者 | ○常勤で専ら当該事業所の管理業務に従事しているか。兼務である場合は、次のとおりであるか。イ 当該第１号訪問事業所の訪問介護員等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。 | □ | □ |  |
| ○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。  | □ | □ |  |