様式－人員確認１

人　員　基　準　確　認　票　　　　　　　　№１

　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設コード

　【　独立型　・　併設型　】　　　　　　　　　記　入　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　所 | 定　員　　　人 |  |
| 通　所 | 定　員　　　人 | 週　　　回（　　　曜日～　　　曜日） |

【　入　所　】

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 基　　　準 | 基準人員 | 実　人　員（常勤換算） | 備　 考 |
| 医　　師 | 常勤換算で、入所者の数を100で除して得た数以上 | 人 | 人 | （注）管理者である医師は常勤 |
| 看護・介護 | Ⅰ型　常勤換算で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上 | 人 | 人 |  |
|  | 内看護師 | 　（看護・介護職員の7分の２） | 人 | 人 |  |
| ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ | 常勤換算で、入所者の数を100で除して得た数以上（※） | 人 | 人 |  |
| ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ | （※）の基準を満たし、常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１人以上配置し、かつ、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を入所者数を50で除して得た数以上**（リハビリテーション機能強化加算）** | 人 | 人 | **（注）加算をとる場合は記入** |
| 管理栄養士・栄養士 | 入所定員100以上の介護老人保健施設にあっては、１以上 | 人 | 人 |  |
|  | 内管理栄養士 |  | 人 | 人 |  |
| 支援相談員 | 1以上（入所者の数が100を超える場合は１に加え、その越える部分を100で除して得た数以上） | 人 | 人 |  |
| 介護支援専門員 | 1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上） | 人 | 人 | **氏名：****職種：****登録証明書№：** |
| 薬　剤　師 | 実情に応じた数 | 人 | 人 |  |

**（注）介護支援専門員は、期間が有効な介護支援専門員証の交付を受けた者を配置してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 夜勤体制 | 療　養　階（　　　階　～　　　　階） |
| 看護職員 | 人 | 合計 | 人 |
| 介護職員 | 人 |

№２

【　通所リハビリテーション　】

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

〔　人　員　基　準　〕

○　医　師

・指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数。

・医師は、常勤でなければならない。

○　理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員

次に掲げる基準を満たすために必要と認められる数

イ　指定通所リハビリテーションの利用者が１０人以下の場合は、その提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が１以上確保されていること。又は、利用者が１０人を超える場合は、その提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が利用者の数を１０で除した数以上確保されていること。

ロ　イに掲げる人員のうち専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が１００人又はその端数を増すごとに１以上確保されていること。

（　　　　**単位実施**）※実施場所が異なる場合は、それぞれの単位ごとに記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医　師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 看護師准看護師 | 介護職員 |
| 基　準人　員（人） |  | イ　①1０人以下の場合　　１以上　②1０人を超える場合　利用者数　　　　人÷１０＝　　　　人以上 |
| ロ　①1００人以下の場合　　１以上　②1００人を超える場合＝１＋その端数を増すごとに１以上　　　　　　人以上 |  |
| 常勤（人） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤（人） |  | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 常勤換算後の人数（人） | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

**通所の時間延長サービス体制　（**※　加算を申請する場合は①②③④に記載してください。）

①　対応可　　　　　　対応不可　（該当する方に○をすること）

②　通常のサービス提供時間　（　　　　：　　　～　　　　　：　　　　　　）

③　サービス提供時間**前**の時間延長可能時間帯　　（　　　：　　　～　　　　：　　　）

④　サービス提供時間**後**の時間延長可能時間帯　　（　　　：　　　～　　　　：　　　）