

別紙：指定通所リハビリテーション事業所（介護老人保健施設）について

事業所名：

介護保険事業所番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入担当者氏名：

電話番号(職場)：

- 1 事業所規模（いずれかに○をつけてください。）
 ①通常規模事業所 ②大規模事業所（Ⅰ） ③大規模事業所（Ⅱ）
- 2 実施単位数： _____ 単位
- 3 利用定員（本体施設の入所定員： _____ 人）

一単位目	二単位目	三単位目	四単位目	五単位目	計
人	人	人	人	人	人

- 4 営業日、営業時間（営業日に○をつけてください。）

日	月	火	水	木	金	土	祝	平日	日曜	土曜	祝日
								： ～	： ～	、土曜	： ～
								： ～	： ～	、祝日	： ～

- 5 令和3年8月1日現在の職員数等

	医 師		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		支援相談員	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
常 勤						
非 常 勤						
常勤換算後の人数						

当該事業所で常勤の職員が週に勤務すべき時間数： _____ 時間

単位別	一単位目				二単位目				三単位目				
	看護職員		介護職員		看護職員		介護職員		看護職員		介護職員		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
常 勤													
非 常 勤													

単位別	四単位目				五単位目				六単位目				
	看護職員		介護職員		看護職員		介護職員		看護職員		介護職員		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
常 勤													
非 常 勤													

※8月分の勤務割を添付してください。

既存のもので（実績でなく予定のもので）かまいませんが、職種、氏名、勤務時間がわかるものとしてください。なお、他の事業所の職員も含まれた勤務割の場合は、誰が通所リハビリテーション事業所の職員か区別がつくようにし、その人数は上記と同じ数字になるようにしてください。

【職員数記入にあたっての留意事項】

- ① 事業所規模については、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」により現在届出している内容と合わせてください。
- ② 施設や他の事業所（居宅介護支援事業所等）の業務に従事している場合、その職員については「非常勤・専従」の欄に記入することとし、記入する数値はその従事割合ではなく、実人数としてください。（0.8人や1.5人と記入するのではなく、1人、2人と記入してください。）
- ③ 常勤換算とは、従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより常勤の従業者の人数に換算するもので、医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び支援相談員について記入してください。
 なお、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が介護老人保健施設の業務に従事している場合、その時間は、通所リハビリテーション事業所での勤務延時間からは控除してください。