

人員基準チェックリスト（認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護）

事業所名称

職 種	基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）																																							
<p>利用者数 （前年度の平均）</p>	<p>前年度の利用者延数 ユニット1</p> <p>人・日</p> <hr/> <p>ユニット2</p> <p>人・日</p> <hr/> <p>(ユニット3)</p> <p>人・日</p>	<p>前年度の日数</p> <p>日</p>	<p>利用者数(A) ユニット1</p> <p>人</p> <hr/> <p>ユニット2</p> <p>人</p> <hr/> <p>(ユニット3)</p> <p>人</p>	<p>÷</p> <p>=</p> <p>(小数点第2位以下切上)</p>																																				
<p>夜間及び深夜の 時間帯以外の時間帯 （日中の時間帯）</p>	<p>: ~ : (時間)</p> <p>※夜間及び深夜の時間帯は、それぞれの事業所ごとに、利用者の生活サイクルに応じて、1日の活動の終了時刻から開始時刻までを基本として設定すること。</p>																																							
<p>従業者</p>	<p>介護従業者</p>	<p><input type="checkbox"/> 1人以上は、常勤である。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従である。</p> <p><input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該事業所に人員に関する基準を満たす介護従業者を配置している。</p> <p><input type="checkbox"/> 併設されている指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所において人員に関する基準を満たす従業者を置いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 兼務する職務が、当該事業所に併設されている事業所の職務である。</p> <p>◆夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯（日中の時間帯）</p> <p><input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに、常勤換算方法で、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置している。</p> <p>〈必要数〉</p> <table border="1" data-bbox="448 1227 1082 1532"> <tr> <td>利用者数(A) ユニット1</td> <td>必要数 ユニット1</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>ユニット2</td> <td>ユニット2</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(ユニット3)</td> <td>(ユニット3)</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>÷ 3 =</p> <p>(小数点以下切上)</p> <p>〈配置員数〉(月)</p> <table border="1" data-bbox="448 1626 1391 1957"> <tr> <td>従業者の日中の勤務延時間数 ユニット1</td> <td>常勤の従業者が勤務すべき時間数</td> <td>当該月の日数</td> <td>常勤換算後の員数 ユニット1</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td>時間</td> <td>日</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>ユニット2</td> <td></td> <td></td> <td>ユニット2</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td></td> <td></td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(ユニット3)</td> <td></td> <td></td> <td>(ユニット3)</td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td></td> <td></td> <td>人</td> </tr> </table> <p>÷</p> <p>÷</p> <p>=</p> <p>(1日当たり)</p> <p>(小数点第2位以下切捨)</p>			利用者数(A) ユニット1	必要数 ユニット1	人	人	ユニット2	ユニット2	人	人	(ユニット3)	(ユニット3)	人	人	従業者の日中の勤務延時間数 ユニット1	常勤の従業者が勤務すべき時間数	当該月の日数	常勤換算後の員数 ユニット1	時間	時間	日	人	ユニット2			ユニット2	時間			人	(ユニット3)			(ユニット3)	時間			人
利用者数(A) ユニット1	必要数 ユニット1																																							
人	人																																							
ユニット2	ユニット2																																							
人	人																																							
(ユニット3)	(ユニット3)																																							
人	人																																							
従業者の日中の勤務延時間数 ユニット1	常勤の従業者が勤務すべき時間数	当該月の日数	常勤換算後の員数 ユニット1																																					
時間	時間	日	人																																					
ユニット2			ユニット2																																					
時間			人																																					
(ユニット3)			(ユニット3)																																					
時間			人																																					

職 種		基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
従業者	介護従業者	<p>◆夜間及び深夜の時間帯</p> <input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて、夜勤職員を1以上配置している。
	計画作成担当者	<input type="checkbox"/> 共同生活住居が3の場合、夜勤職員を2以上配置 <input type="checkbox"/> 同一の階において隣接している。 <input type="checkbox"/> 利用者の安全が確保されている。
管理者	介護従業者	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修基礎課程を修了している。 <input type="checkbox"/> 1以上は、介護支援専門員である。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員を置いていない場合、次の要件を満たしている。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 併設する指定小規模多機能型居宅介護事業所又は指定複合型サービス事業所の介護支援専門員との連携を図ることにより、当該事業所の効果的な運営を期待することができる。 <input type="checkbox"/> 利用者の処遇に支障がない。
	計画作成担当者	<input type="checkbox"/> 保健医療サービス又は福祉サービスの利用に係る計画の作成に関し知識及び経験を有する。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置している。 <input type="checkbox"/> 専従である。 <input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の処遇に支障がない。 <input type="checkbox"/> 兼務する職務が、当該共同生活住居における他の職務である。
代表者	管理者	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等 [※] の従業者として3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する。 <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに配置している。 <input type="checkbox"/> 常勤である。 <input type="checkbox"/> 専従である。 <input type="checkbox"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 共同生活住居の管理上支障がない。 <input type="checkbox"/> 兼務する職務が次のいずれかの場合である。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 当該共同生活住居の他の職務 ○ 同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務 <p>※管理すべき事業所数が過剰である場合や、併設す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。</p> <p>[兼務する職務] 事業所名： _____ 所在地： _____ 兼務する職務： _____ ※介護サービス事業以外の職務についても記載すること。</p>
代表者	代表者	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修を修了している。 <input type="checkbox"/> 次のいずれかの経験を有する。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホーム等の従業者として認知症である者の介護に従事した経験 ○ 保健医療サービス又は福祉サービスの経営に携わった経験 <input type="checkbox"/> 運営している法人の代表者（理事長、代表取締役等）である。 <input type="checkbox"/> 法人の代表者でない場合、次の要件を満たしている。 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 法人の代表者を地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではない。 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービスの事業部門の責任者等である。

※特別養護老人ホーム等：特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、介護医療院、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定複合型サービス事業所等