

人員基準チェックリスト（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）

事業所名称

1 単独型・併設型事業所

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。）						
利用定員等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> 1 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人 </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> 2 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人 </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> 3 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">サービス提供時間 : ~ :</td> <td style="text-align: center;">サービス提供時間 : ~ :</td> <td style="text-align: center;">サービス提供時間 : ~ :</td> </tr> </table>	1 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人	2 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人	3 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人	サービス提供時間 : ~ :	サービス提供時間 : ~ :	サービス提供時間 : ~ :
1 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人	2 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人	3 単位目 利用定員 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> 人					
サービス提供時間 : ~ :	サービス提供時間 : ~ :	サービス提供時間 : ~ :					
従業者	<input type="checkbox"/> 生活相談員又は看護職員若しくは介護職員のうち1人以上は、常勤である。						
	<input type="checkbox"/> 生活相談員として必要な資格を有している。 ・社会福祉主事任用資格 ・社会福祉士 ・精神保健福祉士 ・介護支援専門員 ・介護福祉士 ・同一法人が運営する社会福祉施設等において3年以上かつ540日以上介護業務等に従事した経験があり、事業者が生活相談員としての能力を有すると認める者 <input type="checkbox"/> 提供日ごとに、必要な員数の生活相談員を配置している。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 〈確保すべき生活相談員の勤務延時間数^{※1}〉 提供日ごとに確保すべき勤務延時間数 ≥ 提供時間数^{※2} </div> ※1 勤務延時間数：専ら指定認知症対応型通所介護の提供に当たる従業者がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計 ※2 提供時間数：事業所におけるサービス提供開始時刻から終了時刻まで（サービスが提供されていない時間帯を除く） 〈必要数〉 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 5px 0;"> 必要数 時間/日 </div>						
	<input type="checkbox"/> 単位ごとに、専ら指定認知症対応型通所介護の提供に当たる看護職員（看護師又は准看護師）又は介護職員を1以上配置している。 <input type="checkbox"/> 単位ごとに、提供時間帯に看護職員又は介護職員（上記の者を除く）が勤務延時間数をサービス提供時間で除して得た数が1以上である。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 〈確保すべき看護職員又は介護職員の勤務延時間数〉 単位ごとに確保すべき勤務延時間数 ≥ 平均提供時間数^{※4} </div> ※4 平均提供時間数：利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数 <input type="checkbox"/> 単位ごとに、常時1人以上配置している。 〈必要数〉 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; margin: 5px 0;"> 必要数 時間/単位 </div>						
機能訓練指導員	<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員として必要な資格を有している。 ・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 ・きゅう師 （※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、看護職員、柔道整復師又は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員に従事した経験を有する者に限る。） <input type="checkbox"/> 1以上配置している。						

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。）
管理者	<p> <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修を終了している。 <input type="checkbox"/> 常勤である。 <input type="radio"/> 専従である。 <input type="radio"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 事業所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。 <input type="radio"/> 当該事業所の他の職務 <input type="radio"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務 ※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>

人員基準チェックリスト（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）

事業所名称 _____

2 共用型事業所

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>□ 利用者を指定認知症対応型共同生活介護等の利用者等とみなした場合における指定認知症対応型共同生活介護等として必要とされる数の従業者を配置している。</p> <p>※事業所等の種類に応じ、「人員基準チェックリスト（認知症対応型共同生活介護）」、「人員基準チェックリスト（地域密着型特定施設入居者生活介護）」又は「人員基準チェックリスト（地域密着型介護老人福祉施設）」を添付すること。</p>