人員基準チェックシート（認知症対応型共同生活介護）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ユニット１ |  | ユニット２ |
|  | ①ユニット名 |  |
|  | ②管理者 |  |
| （ 有 ・ 無 ） | ③計画作成担当者  （介護支援専門員の資格の有無） | （ 有 ・ 無 ） |
|  | ④看護職員（※１） |  |
|  | ⑤常勤の介護従業者  ※任意の１名の氏名を記入 |  |
|  | 介護従業者数 |  |
| 人 | ⑥前年度の利用者延べ人数  ※前年度の4/1～3/31 | 人 |
| 日 | ⑦前年度の日数 | 日 |
| 人 | ⑧利用者数（⑥÷⑦）  ※小数点第２位以下切上げ | 人 |
| 午前　　時　　分  ～午後　　時　　分 | ⑨日中の時間帯 | 午前　　時　　分  ～午後　　時　　分 |
| 時間 | ⑩日中の時間 | 時間 |
| 時間 | ⑪１か月の従業者の  日中の勤務時間数 | 時間 |
| 日 | ⑫１か月の日数 | 日 |
| 時間 | ⑬常勤従業者の勤務時間 | 時間 |
| 人 | ⑭常勤換算人数（⑪÷⑫÷⑬） | 人 |
| 人 | ⑮必要従業者数（⑧ ÷ ３） | 人 |
| 人 | ⑯夜間・深夜の人員配置 | 人 |

※１　医療連携体制加算を算定している場合に記入。