

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 <small>（介護支援専門員の資格の有無）</small>	（有・無）
	④看護職員（※1）	
	⑤常勤の介護従業者 <small>※任意の1名の氏名を記入</small>	
介護従業者数		
人	⑥前年度の利用者延べ人数 <small>※前年度の4/1～3/31</small>	人
日	⑦前年度の日数	日
人	⑧利用者数（⑥÷⑦） <small>※小数点第2位以下切上げ</small>	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。