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**

|  |
| --- |
| 〈１ 単独型及び併設型の場合〉 |
| 区分 | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を入れること） |
| 定員数提供時間 | １単位目

|  |
| --- |
| 定員数　　　　人 |

　　：　　～　　：　　 | ２単位目

|  |
| --- |
| 定員数　　　　人 |

　　：　　～　　：　　 | ３単位目

|  |
| --- |
| 定員数　　　　人 |

　　：　　～　　：　　 |
| 従業者 | 生活相談員 | □ 提供日ごとに、提供時間帯に専従の生活相談員が勤務している時間数の合計数を提供時間帯の時間数で除した数が１以上であるか□ 次のいずれかの資格を有しているか□ 社会福祉主事、社会福祉士又は精神保健福祉士□ 上記の資格を有していない場合、同等以上の能力を有すると認められるか□ 介護支援専門員若しくは介護福祉士の資格を有する者又は同一法人（事業者）が開設する社会福祉施設等（第一種社会福祉事業、第二種社会福祉事業、病院、診療所、介護保険施設、有料老人ホーム）で３年以上かつ５４０日以上介護業務等に従事した実績があり、事業者が生活相談員の能力を有すると認める者□ １人以上は常勤か（常勤の介護職員等が１人以上配置されている場合を除く） |
| 看護職員又は介護職員 | □ 単位ごとに、専ら介護の提供にあたる職員を１以上配置しているか□ 単位ごとに、提供時間帯に専従の職員が勤務している時間数の合計数を平均提供時間数で除した数が１以上であるか・ 利用者の処遇に支障がない場合は、他の単位に従事することができる□ 単位ごとに、常時１人以上配置しているか□ １人以上は常勤か（常勤の生活相談員が１人以上配置されている場合を除く） |
| 機能訓練指導員 | □ １人以上配置しているか□ いずれかの資格を有しているか　　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、はり師又はきゅう師※はり師及びきゅう師は、「理学療法士等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に従事した経験を有する者」に限る |
| 管理者 | □ 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者か（【みなし】平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了した者であって、平成18年3月31日に現に管理者の職務に従事している者を含む）□ 常勤か□ 専従か（以下の場合の兼務を除く）□ 兼務する場合は以下の場合か（管理上支障がない場合に限る）□ 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合□ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該指定認知症対応型通所介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）・ 兼務する事業所について（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※介護保険事業以外の職務についても記載すること |

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**

|  |
| --- |
| 〈２ 共用型の場合〉 |
| 区分 | 基準及び確認（空欄には必要事項を記入し、基準確認後は□にレ点を入れること） |
| 定員数提供時間 | １単位目

|  |
| --- |
| 定員数　　　　人 |

　　：　　～　　：　　 |  |  |
| 従業者 | □ 本体の事業所又は施設の利用者、入居者又は入所者の数と当該共用型認知症対応型通所介護事業所の利用者の数を合計した数について、本体事業所等に関する基準を満たすために必要な数以上の従業員を配置しているか |
| 管理者 | □ 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者か（【みなし】平成18年3月31日までに実践者研修又は基礎課程を修了した者であって、平成18年3月31日に現に管理者の職務に従事している者を含む）□ 常勤か□ 専従か（以下の場合の兼務を除く）□ 兼務する場合は以下の場合か（管理上支障がない場合に限る）□ 当該事業所の従業者としての職務に従事する場合□ 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者として従事する場合（当該指定認知症対応型通所介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令に支障が生じない場合に限る）・ 兼務する事業所について（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（兼務する職務　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※介護保険事業以外の職務についても記載すること |