

令和 年度

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所運営指導事前提出資料
令和6年4月改訂版

事業者番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

注1）複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）

注2）平面図を添付してください。

注3）パンフレット等の施設概要の分かるものを添付してください。

1 事業所の概要

(1)開設者等の状況

令和 年 月 日現在

開設者の状況	法人等の種別及び名称					
	代表者職氏名					
施設の状況	名称			定員	人	
	所在地	〒 ー				
	管理者の氏名			事業所の電話番号		
	施設のメールアドレス					
	併設する指定居宅サービス事業所等	①サービスの種類			事業所名	
		②サービスの種類			事業所名	
③サービスの種類				事業所名		

※1 「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含む。

2 「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所及び介護保険施設をいう。

事業所の状況	ユニット	①	管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況		
			管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況		
		②	管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況		
			管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日
			者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況		
③	管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日		
	計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日		
	者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況				
	管理者の氏名		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日		
	計画作成担当		研修受講状況	修了した研修			修了年月日	年 月 日		
	者		研修受講状況	介護支援専門員の資格有無		他ユニットの計画作成担当兼務状況				

(2) 協力医療機関

協 力 病 院	名 称		開設者	
	所 在 地	〒 ー 施設から約 km (車で 分)		
	標 榜 診 療 科 名			
	契 約 の 有 無			
	施 設 と の 関 係			
協 力 歯 科 医 療 機 関	名 称		開設者	
	所 在 地	〒 ー 施設から約 km (車で 分)		
	契 約 の 有 無			
	施 設 と の 関 係			

2 職員の状況

令和 年 月 日現在

(ユニット1)

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤 の別	専任・兼任の 別	兼任先事業所名と そ の 職 種	当該事業所の 勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

- ※ 1 職種は、管理者、代表者、看護職員、介護職員、計画作成担当者、事務員等と記載してください。
- 2 資格は、介護福祉士、ヘルパー1級、看護師、准看護師、介護支援専門員、無資格等と記載してください。
- 3 「常勤・非常勤」については、雇用形態ではなく、事業所における勤務形態を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間勤務である場合、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は「常勤」と記載。）
- 4 「専任・兼務の別」は、複数の職種又は事業所に従事する場合は「兼務」、それ以外は「専任」と記載する。
- 5 同一事業所で複数の職種に従事する場合は、「兼務先事業所名とその職種」欄に「同事業所」と記載し、兼務する職種を併記する。
- 6 「当該事業所の勤務割合」は、常勤従業者の勤務時間を1としてその割合を記載する。（例えば常勤従業者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば $10 \div 40 = 0.25$ とする。）
- 7 「勤続年数」とは、当月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

(ユニット2)

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤 の別	専任・兼任の 別	兼任先事業所名と そ の 職 種	当該事業所の 勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

(ユニット3)

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤 の別	専任・兼任の 別	兼任先事業所名と そ の 職 種	当該事業所の 勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

3 勤務実績（直近3月）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 職員研修・訓練の実施状況 実施したすべて（2回実施したものは2回分）の研修・訓練について実施年月（予定を含む）を記載してください。

		（記載例） 感染症対策（4月），虐待防止（5月）
新規採用時研修	前年度	
	今年度	
定期的な職員研修	前年度	
	今年度	
定期的な訓練 （シミュレーション）	前年度	
	今年度	

- ※ 1 新規採用時研修，定期的な職員研修，定期的な訓練（シミュレーション）についての実施状況について記載する。
 2 実施した内容及び実施月について記載する。

5 事故等の発生状況

	ヒヤリハット 発生件数 （件）	事故件数 （件）	事故件数の内訳（件）		
			転倒・転落等	服薬事故	その他
前年度					
今年度					

	市町村へ報告した事故 （件）
前年度	
今年度	

- ※ 1 ヒヤリハット件数，事故件数，事故件数の内訳を記載する。
 2 事故件数の内，市町村へ報告した件数を記載する。

6 実利用者数（直近3月の状況）

（単位：人）

	実利用者数（同一建物等利用者数※2）		
	年 月	年 月	年 月
要 支 援 1	()	()	()
要 支 援 2	()	()	()
要 介 護 1	()	()	()
要 介 護 2	()	()	()
要 介 護 3	()	()	()
要 介 護 4	()	()	()
要 介 護 5	()	()	()
計	()	()	()

※1 月の途中で要介護度が変更になった者については、介護度の高い方に区分する。

2 () 内には事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者の実利用者数を記載する。

7 介護給付費算定加算一覧

認知症対応型共同生活介護	算定加算の名称

◆ 短期利用者の有無

☐ 有 ☐ 無

8 介護給付費算定に係る体制等に関する状況

(1) サービス提供体制強化加算 ☐ なし ☐ 加算(Ⅰ) ☐ 加算(Ⅱ) ☐ 加算(Ⅲ)

① サービス提供体制強化加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通 【前年度実績】 ※算定に当たって適用する要件に応じて記入してください。

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	介護職員の総数(常勤換算)												0.0
②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)												0.0
③	①のうち各月の前月の末日時点における勤続年数が10年以上の介護福祉士の総数(常勤換算)												0.0
②/①													#DIV/0! (%)
③/①													#DIV/0! (%)

※ 1 介護職員に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。

2
介護

3 前年度の実績が6月に満たない事業所は、届出を行った月以降の実績を提出すること。

② サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 【前年度実績】 ※算定に当たって適用する要件に応じて記入してください。

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	看護・介護職員の総数(常勤換算)												0
②	①のうち常勤の者の総数(常勤換算)												0
②/①													#DIV/0! (%)

区 分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計(人)
①	直接サービスを提供する職員の総数(常勤換算)												0
②	①のうち、各月の前月の末日時点における勤続年数が7年以上の者の人数(常勤換算)												0
②/①													#DIV/0! (%)

※ 直接サービスを提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指す。

(参考様式)
従業員の勤務実績表

認知症対応型共同生活介護
(年 月分)

事業所・施設名 (

[illegible]

備考

- 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 上段には事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、出勤形態（シフト）を記入してください。
- 3 下段には事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、事業所が定める夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯に勤務した時間数を記入してください。
- 4 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、職種ごとの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務
- 5 算出にあたっては、少数点第2位以下を切り捨ててください。
- 6 複数ユニットを有するグループホームについては、ユニット毎に作成してください。なお、兼務職員がいる場合は、それぞれのユニットに按分して記載してください。

タイムテーブル

[illegible]

タイムテーブル（作成例）

出勤形態	時間帯	6時	9時	12時	15時	18時	21時	24時	3時	6時
日勤	8:00~17:00									
早番	6:00~15:00									
遅番	13:00~23:00									
夜勤	21:00~8:00									
夜間及び深夜の時間帯	21:00~6:00									