

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 年 月分)

サービス種類 ((介護予防)認知症対応型通所介護)

事業所番号( 14 )

事業所名( )

単位目 定員: 名

サービス提供日: 月・火・水・木・金・土・日

サービス提供時間: 時間 分

生活機能向上連携加算: あり・なし 個別機能訓練加算: あり・なし 若年性認知症利用者受入加算: あり・なし 栄養改善加算: あり・なし 栄養スクリーニング加算: あり・なし 口腔機能向上加算: あり・なし サービス提供体制強化加算: (I)イ・(I)ロ・(II)・なし

職 種	勤務 形態	資格	氏 名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月の 合計					
管理者																																								
生活相談員																																								
看護職員																																								
機能訓練指導員																																								
介護職員																																								

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間 週 (a) 日 (a) 週 (b) 時間 (b)

備考1 事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、勤務すべき時間数を記入してください。

2 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

3 職員が兼務する場合(例:管理者と生活相談員、看護職員と機能訓練指導員)には、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。

4 生活相談員・看護職員・介護職員の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。

5 定員が10名以下で看護職員を配置していない場合は、「看護職員」の欄は削除するか斜線を引いてください。

6 資格欄は、資格が必要な職種[生活相談員・看護職員・機能訓練指導員(個別機能訓練加算ありの場合)]のみ記載してください。資格証のコピーの添付は不要です。