**（様式５－３）**

**従業者の配置計画概要**

* 認知症対応型共同生活介護について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同生活住居数 | | | 戸 | ユニットＡ | | | ユニットＢ | | |  | |  | |
| 利用者数（推定数） | | | 人 | 人 | | | 人 | | |  | |  |  |
| 従業者の職種・員数 | | | | 介護従業者 | | | 介護従業者 | | |  | | 計画作成担当者 | |
|  | | | | 専従 | | 兼務 | 専従 | | 兼務 |  |  | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤(人) | | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 非常勤(人) | | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 常勤換算後の人数(人) | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | 兼務のうち、併設する小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する者（人） | | |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  | 計画担当者のうち介護支援専門員（人）  ＊いない場合は、連携する小規模多機能型居宅介護事業所名を記入 | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 介護従業者の夜間及び深夜帯の体制（常勤換算後の人数） | | | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | 併設する小規模多機能型居宅介護事業所の職務への従事予定の有無 | | |  | | |  | | |  | |  |  |
|  | 宿直勤務の有無 | | |  | | |  | | | | | | |
| 管理者 | | 専従（人） | | |  | | | | |  | | | |
|  | | 当該共同生活住居における他の職務に従事する者（人） | | |  | | | | |  | | | |
|  | | 同一敷地内の他の事業所、施設等の職務に従事する者（人） | | |  | | | | | 事業所名： | | | |

　　　　　　　　　※勤務形態一覧表を添付してください