



(別紙7-2)

記載例2(地域密着型通所介護)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(平成30年5月分)

サービス種類(地域密着型通所介護)

事業所名(テイサービスセンター和歌山)

職種	勤務形態	氏名 (※→)	第1週							第2週							第3週							第4週							週平均 4週の の勤務 時間 合計	常勤換 算後の 人数	備考	
			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				
			金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木				金
管理者	A	和歌山太郎	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40	
生活相談員	A	海南 花子	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40	
介護職員	A	橋本 春美	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	8	160	40	
介護職員	A	有田 夏子	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	160	40		
介護職員	Cc	御坊 秋子	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	80	20		
看護職員	Db	田辺 冬美	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	80	20		
機能訓練指導員	Db	田辺 冬美	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	40	10		
機能訓練指導員	Cd	新宮 春子	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	100	25		
管理栄養士	B	紀の川二郎	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	40	10		

「該当する体制等」  
 該当する加算体制を記入してください。  
 (例)時間延長サービス体制加算、栄養マネジメント加算等。

時間延長サービス体制加算を届出している場合は、8時間以上のサービスが行える従業者(日)に○印を付けてください。

他の事業所の職員を兼務している従業者がいる場合は、兼務先の事業所の勤務表を添付してください。また、他の事業所の職員を兼務する従業者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。

■常勤の勤務時間 a 8:30 ~ 17:30 (8時間00分) ■その他の勤務時間 b 10:00 ~ 16:00、c 10:00 ~ 14:00、d 11:30~16:30

・実施単位(1単位目/1単位) ・利用者の定員(19人)  
 ・施設区分 地域密着型通所介護

認知症通所介護→(単独型・併設型・共用型)

・営業日 (月曜日~金曜日 祝日を含む・除く) ・サービス提供時間帯 (9:30~16:30 <7時間00分>)

- 備考 1 ※欄には、当該月の曜日を記入してください。  
 2 複数単位実施する場合は、単位ごとに作成してください。  
 3 従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務時間数及び勤務の区分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 施設人員区分欄は、該当する区分を○で囲んでください。

送迎時間や帰りの準備時間等を除いた純粋なサービスの提供時間を記入ください。

(別紙7-2)

記載例2(認知症対応型通所介護)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(平成30年5月分)

サービス種類(認知症対応型通所介護)

事業所名(テイサービスセンター和歌山)

職種	勤務形態	氏名 (※→)	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数	備考
			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				
			金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木				
管理者	A	和歌山太郎	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40	
生活相談員	A	海南 花子	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40	
介護職員	A	橋本 春美	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	8			8	⑧	8	8	160	40		
介護職員	A	有田 夏子	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	⑧			⑧	8	⑧	⑧	160	40		
介護職員	Cc	御坊 秋子	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	80	20		
看護職員	Db	田辺 冬美	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	4/6			4/6	4/6	4/6	4/6	80	20		
機能訓練指導員	Db	田辺 冬美	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	2/6			2/6	2/6	2/6	2/6	40	10		
機能訓練指導員	Cd	新宮 春子	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	100	25		
管理栄養士	B	紀の川二郎	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	2/8			2/8	2/8	2/8	2/8	40	10		

「該当する体制等」  
 該当する加算体制を記入してください。  
 (例)時間延長サービス体制加算、栄養マネジメント加算等。

時間延長サービス体制加算を届出している場合は、8時間以上のサービスが行える従業者(日)に○印を付けてください。

他の事業所の職員を兼務している従業者がいる場合は、兼務先の事業所の勤務表を添付してください。また、他の事業所の職員を兼務する従業者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。

■常勤の勤務時間 a 8:30 ~ 17:30 (8時間00分) ■その他の勤務時間 b 10:00 ~ 16:00、c 10:00 ~ 14:00、d 11:30~16:30

・実施単位(1単位目/1単位) ・利用者の定員(15人)

・施設区分 地域密着型通所介護

認知症通所介護→(単独型・併設型・共用型)

・営業日 (月曜日~金曜日 祝日を含む・除く) ・サービス提供時間帯 (9:30~16:30 <7時間00分>)

- 備考 1 ※欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 複数単位実施する場合は、単位ごとに作成してください。
- 3 従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務時間数及び勤務の区分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 施設人員区分欄は、該当する区分を○で囲んでください。

送迎時間や帰りの準備時間等を除いた純粋なサービスの提供時間を記入ください。