

令和8年度  
介護保険地域密着型サービス  
(指定認知症対応型共同生活介護)  
事前提出資料

事業所の名称	
事業者（法人等）の名称	
介護保険事業所番号	
運営指導年月日	令和      年      月      日
運営指導立会者	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
事前提出資料作成担当者	職名 _____ 氏名 _____
	連絡（問合せ）先 TEL : _____

◆ 提出資料…**A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。**

<p><b>事前提出資料</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 事業所の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 2 事業者（事業所設置法人）の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 3-1 従業員の配置状況</p> <p><input type="checkbox"/> 3-2 勤務表（運営指導前月実績）</p> <p><input type="checkbox"/> 3-3 退職者の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 4 事業所の平面図</p> <p><input type="checkbox"/> 5 地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護）利用者の一覧表</p> <p><b>自己点検表</b></p> <p><input type="checkbox"/> 6 自己点検表</p>	<p><b>各種加算等自己点検シート</b></p> <p><input type="checkbox"/> 7 認知症対応型共同生活介護費</p> <p><input type="checkbox"/> 8 介護予防認知症対応型共同生活介護費</p> <p><b>その他資料</b></p> <p><input type="checkbox"/> 9 運営規程</p> <p><input type="checkbox"/> 10 重要事項説明書</p> <p><input type="checkbox"/> 11 事業所のパンフレット</p> <p><input type="checkbox"/> 12 研修年間計画表</p> <p><input type="checkbox"/> 13 年間行事予定表</p> <p>※11～13については、作成している場合のみ1部提出をお願いします。</p>
--	--

※記載不要。指導監査課で記載します。

指導監査課（※）	●職名 _____ 氏名 _____
	○職名 _____ 氏名 _____
	○職名 _____ 氏名 _____
	○職名 _____ 氏名 _____

## 1 事業所の概要

ふりがな 事業所の名称				
事業所所在地				
事業開始年月日	年 月 日	従業者数	常 勤 人	
			非 常 勤 人	
			合 計 人	
ふりがな 管理者氏名				
連 絡 先	電 話	( ) -	FAX	( ) -
	メールアドレス			
併設事業所				
事業所の特色及び 特に配慮していることがあ ったら、記入してください。				
ホームページ 公開の有無	有・ 無	有の場合は、アドレスを 記入してください。 →	http://www.	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください)			

※ ハンフレット等を作成している場合は、1部添付してください。

## 2 事業者（事業所設置法人）の概要

ふりがな 事業者名 (法人等の名称)				
所在地				
ふりがな 代表者職氏名	職名	_____	氏名	_____
連 絡 先	電 話	( ) -	FAX	( ) -
	(法人の設立年月日、変遷等を簡潔にご記入ください。)			
法人の沿革				

※1. 2ともに書類作成時点の状況で記入してください。

### 3-1 従業員の配置状況

※運営指導当日に所属している従業員(採用予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格	取得年月日	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数)			
管理者	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤				兼務先:
	週 h	S・H・R . . ( )		S・H・R . .	週: h

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。

- ・常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。
- ・非常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)

③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。

④ 職名は、運営基準に定められている職名(計画作成担当者、機能訓練指導員、介護職員等)で記入してください。

### 3-2 勤務表(運営指導前月実績)を、1部添付してください。

※運営指導が月の初旬の場合は、前々月の実績を添付してください。

### 3-3 退職者の状況

※前年度4月から運営指導当日までの退職者(予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格 (介護に携わる資格を記入)	取得年月日	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数) 退職年月日 (退職理由等を記入)			
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h
	常勤・非常勤				
	週 h	S・H・R . . ( ) H・R . . 退職 ( )		S・H・R . . .	兼務先: 週: h

※注 ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。

- ・常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。
- ・非常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。

- ② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間 等)
- ③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。
- ④ 職名は基準に定められている職名(計画作成担当者、機能訓練指導員、介護職員等)で記入してください。

#### 4 事業所の平面図

※既存の資料(指定申請時添付資料等)での提出でも可能です。この様式は枠内の質問に回答の上、必ず提出してください。

※公用車(軽自動車)での運営指導訪問：( 可 ・ 不可 ) 駐車場：( 有 ・ 無 )

※ 併設事業所の場合等、建物の一部を使用している場合は区分が分かるように作成してください。

5 地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護）利用者の一覧表

※保険者名欄は、鹿児島市以外の場合のみ記入

No	居室の 番号又は 名称	利用者氏名	年 齢	要支援 要介護 状態区分	利用開始年月日	行動・心理症状のある 利用者についてはその内容を記入 してください	経管栄養・喀痰吸 引・褥瘡・身体拘束・ センサー等による見 守り・入院中等、特 記すべき事項があ れば記入してくださ い	保険者 名
(例)	さくら	鹿児島 花子	80	要介護 3 要支援	(H) 30年〇月〇日 R	被害妄想 徘徊	夜間のみ四点柵 センサー使用	鹿 児 島 市
1				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
2				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
3				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
4				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
5				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
6				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
7				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
8				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
9				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
10				要介護 要支援	H 年 月 日 R			
行動・心理症状のある利用者の人数					計 人	鹿児島市以外の保険者人数		人

※注 記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。