

人員基準チェックリスト（介護予防支援）

事業所名称 _____

職 種		基準（空欄に必要事項を記入し、各項目の該当する「□」又は「○」にレ点を付すこと。）
従業者	担当職員	<input type="checkbox"/> 担当職員として必要な資格を有している。 ・保健師 ・介護支援専門員 ・社会福祉士 ・経験ある看護師 ・高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 1以上配置している。 <input type="checkbox"/> 営業時間中、常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えている。
	管理者	<input type="checkbox"/> 常勤である。 <input type="radio"/> 専従である。 <input type="radio"/> 専従でない場合、次の要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 事業所の管理上支障がない。 <input type="checkbox"/> 兼務する職務が次のいずれかの場合である。 ○ 当該事業所の他の職務 ○ 当該指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターの職務