

平成30年度 秋田県主任介護支援専門員研修実施要綱

1. 目的

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

2. 実施主体 秋田県

3. 運営主体 社会福祉法人秋田県社会福祉協議会

4. 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、主任介護支援専門員に求められる役割を自覚し、今後その業務に携わる者として適格であるとして所属長の推薦を受けた者。

原則として秋田県に登録されており、現に実務に従事している介護支援専門員

○平成30年10月31日(研修初日の前日)において、次の①から④のいずれかに該当し、かつ「介護支援専門員資質向上事業」の「(別添2) 介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく介護支援専門員専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は「(別添4) 介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者。

- ① 専任の介護支援専門員として実務に従事した期間が、通算して5年(60ヶ月)以上である者(ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)
- ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36ヶ月)以上である者。(ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。)
- ③ 「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に地域包括支援センターに配置されている者。
なお、「主任介護支援専門員に準ずる者」とは、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者。「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について(平成28年1月19日老老発0119第1号)
- ④ 介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、秋田県が適当と認めるもの。具体的には次のア)～ウ)のいずれかに該当する者。
 - ア) 介護支援専門員としての実務経験が5年(60か月)以上あり、県が実施している介護支援専門員資質向上事業(介護支援専門員実務研修、介護支援専門員専門研修、介護支援専門員再研修、介護支援専門員更新研修、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修)に講師として携わっている者であり、今後も講師として協力可能と見込まれ、指導的立場にある者。
 - イ) 介護支援専門員の資格を有しており、市町村や在宅介護支援センターにおいて地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に5年(60か月)以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。なお、介護支援専門員として実務に従事した期間も含む。
 - ウ) 介護支援専門員の資格を有し、現在、地域包括支援センターに配置されている保健師(準ずる者を含む)又は社会福祉士(準ずる者を含む)であって、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に5年(60か月)以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。なお、専任の介護支援専門員として実務に従事した期間も含む(ただし、地域

包括支援センターにおける兼務及び居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。

なお、「保健師に準ずる者」とは、地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師（准看護師を除く）のことをいう。また、「社会福祉士に準ずる者」とは、福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者のことをいう。

注) 上記の「介護支援専門員の実務に従事」とは、次の①～⑧の事業所において、介護支援専門員として就労し、サービス計画（介護予防サービス計画を含む）を作成していることをいう。したがって、認定調査業務や、利用者やサービス提供事業者等との連絡調整等の業務のみの場合は該当しない。

また、産休、育児休業、病気休業等で業務に従事していなかった期間がある場合は、その期間は実務経験期間に含まない。

<対象事業所・施設>

- ① 居宅介護支援事業所
- ② 特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業所
- ③ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る地域密着型サービス事業所
- ④ 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- ⑤ 介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業所
- ⑥ 介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業所
- ⑦ 介護予防支援事業所
- ⑧ 地域包括支援センター

5. 研修期日、会場

期 日	会 場
平成30年 11月 1日(木)～ 3日(土) 6日(火)～ 9日(金) 13日(火)～16日(金)	中央シルバーエリア(多目的ホール) (秋田市御所野下堤5丁目1-1) TEL. 018-829-3666

6. 定 員 100名

7. 研修日程

月 日	時 間	研修科目	目 的	研 修 内 容
1日目 11月 1日 (木)	10:00 ～ 16:00 (5H)	主任介護支援専門員の役割と視点	地域包括ケアシステムの構築や地域包括ケアを実現するケアマネジメントを展開するに当たり、主任介護支援専門員が果たすべき役割を認識するとともに、その役割を担う上で必要な視点、技能の習得	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等における主任介護支援専門員の役割(地域や事業所の介護支援専門員に対する個別支援、地域や事業所における人材育成の実施、他職種等とのネットワークづくりや社会資源の開発などの地域づくり及びセルフケア・セルフマネジメントに関する地域住民の意識づくり) ○介護支援専門員に対する指導・支援の視点及び地域包括ケアシステムの構築に当たっての地域づくり ○事業所におけるケアマネジメントと地域包括ケアシステムにおいて求められるケアマネジメントの違い ○介護保険制度や利用者支援に係る周辺制度について、最新の制度改正等の動向
2日目 11月 2日 (金)	9:30 ～ 16:30 (6H)	地域援助技術	地域において、地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の実践が進むよう地域づくりの重要性と主任介護支援専門員の役割を理解するとともに、地域課題の把握方法、地域づくりに向けた具体的な取組内容等に係る必要な知識・技術の修得	<ul style="list-style-type: none"> ○地域づくりの意義と手法及び地域課題を把握するための情報の入手・活用する方法 ○地域課題の解決に向けた関係者によるネットワークの機能や構築方法 ○地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)に関する介護支援専門員に対する指導・支援方法 ○地域ケア会議等を通じて把握した地域課題を解決するための地域援助技術(コミュニティソーシャルワーク)の展開の基本的な考え方や方法
3日目 11月 3日 (土)	9:30 ～ 12:30 (3H)	人材育成及び業務管理	質の高いケアマネジメントを提供し、事業所の適正な運営等を図るための「人事管理」「経営管理」に関する知識の修得及び「人材育成」「業務管理」の手法の修得	<ul style="list-style-type: none"> ○地域や事業所内における介護支援専門員の人材育成に関する留意事項、効果的な取組及び方法(研修計画の作成、OJTとOff-JT、事例検討会等) ○地域において人材育成を行うに当たって必要なネットワークの構築方法 ○事業所内における介護支援専門員に対する業務管理の意義・方法及び課題と対応策
	13:30 ～ 16:30 (3H)	運営管理におけるリスクマネジメント	ケアマネジメントを実践する上で発生するリスクに対して、組織や地域として対応する仕組みの構築に必要な知識・技術の修得	<ul style="list-style-type: none"> ○ヒヤリハットの事例に基づき、ケアマネジメントを行う上で発生しうるリスクの予測とその評価の手法 ○地域や事業所におけるリスク軽減に向けた仕組みや体制の構築の手法 ○介護支援専門員に課せられている秘密保持義務の規定を再確認及び、個人情報情報の取扱いに係るリスクと関連制度 ○自然災害が発生した場合の対応に関する基本的な考え方や方法、対応体制の構築に向けた必要な知識や方法
4日目 11月 6日 (火)	9:30 ～ 12:30 (3H)	ターミナルケア	ターミナルケアに関する現状・課題、介護支援専門員が関わる際に必要な視点・支援の技術及び支援に当たっての指導方法の修得	<ul style="list-style-type: none"> ○ターミナルケアの基本を理解し、居宅及び施設におけるターミナルケアの課題や必要な視点 ○利用者及びその家族等に対する介護支援専門員としての適切な支援方法 ○ターミナルケアで必要な看護サービス等を活用する際の視点や医療職をはじめとする多職種との連携方法・協働のポイント
	13:30 ～ 15:30 (2H)	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	介護支援専門員が直面しやすい倫理的な課題に対し、どのような姿勢で対応すべきかについて指導・支援する技術の修得	<ul style="list-style-type: none"> ○介護支援専門員倫理綱領の意義・内容の再確認及び、介護支援専門員が備えるべき倫理の実践例 ○ケアマネジメントを行う際に直面する倫理的課題と対応方法 ○個別支援において生じる倫理面の課題に対する指導・支援方法

<p>5日目～ 7日目</p> <p>11月 7日 (水)</p> <p>11月 8日 (木)</p> <p>11月 9日 (金)</p>	<p>9:30 ～ 16:30 (18H)</p>	<p>対人援助者 監督指導</p>	<p>対人援助者監督指導(スーパービジョン)の機能(管理や教育、支援)を理解し、実践できる知識・技術を修得するとともにスーパーバイザーとして主任介護支援専門員に求められる姿勢の理解</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○対人援助者監督指導(スーパービジョン)の内容と方法 ○対人援助者監督指導(スーパービジョン)の効果、介護支援専門員に対して対人援助者監督指導(スーパービジョン)を行う際の留意点及びスーパーバイザーとしての主任介護支援専門員の心構えと視点 ○個人対人援助者監督指導(個人スーパービジョン)と集団対人援助者監督指導(グループスーパービジョン)の方法等
<p>8日目～ 10日目</p> <p>11月13日 (火)</p> <p>11月14日 (水)</p> <p>11月15日 (木)</p>	<p>9:00 ～ 18:00 (24H)</p>	<p>個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開</p>	<p>介護支援専門員に対する指導・支援における様々な方法と関わり方について、その具体的方法や留意点を理解するとともに、事例研究の実践的な展開方法の修得</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて、主任介護支援専門員として指導・支援を行う際の様々な方法(コーチング、ティーチング等)の修得並びに指導・支援を行う際の様々な場面における関わり方 ○指導・支援に当たっての留意点を踏まえつつ、事例検討・事例研究における指導・支援の実践的な展開方法(会議の設定と準備、介護支援専門員との関係構築、傾聴、承認、指導・支援の具体的な展開及びまとめと振り返り)
<p>11日目 11月16日 (金)</p>	<p>9:30 ～ 16:30 (6H)</p>	<p>ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践</p>	<p>地域において、医療との連携や多職種協働が進むよう、他の介護支援専門員や多職種に対する働きかけ、連携・協働の仕組み作りに必要な知識・技術の修得</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○医療職をはじめとした多職種との協働における工夫と留意点など成功例と失敗例を参考にした連携・協働の仕組みづくりの重要性の理解 ○地域ケア会議が有している機能と、当該会議を効果的に開催するための運営方法 ○行政との連携・協働に当たっての留意点 ○多職種協働において関わりが強い他法他施策(障害者総合支援法、生活困窮者自立支援法等)の概要と他法他施策と活用する際の関係機関等との連携・協働に当たっての留意点 ○日常的な実践における医療職をはじめとした多職種協働に関する介護支援専門員への指導・支援方法

計70H

8. 受講申込及び手数料等(受講料・テキスト代)

受講申込は、定められた期日までに、別紙様式により申し込んでください。

受講に係る手数料は、秋田県介護保険法関係手数料徴収条例に基づき、1件につき17,000円となります。

手数料は、受講申込の際、秋田県知事(健康福祉部長寿社会課扱い)あてに、秋田県収入証紙で納付してください。(収入印紙と間違えないように注意してください。)

また、すでに徴収した手数料は返還しません。(受講要件をご確認の上、お間違いのないようにお申し込みください。)

テキスト代は、研修実施機関(秋田県社会福祉協議会)へ納入してください。

テキスト代 3,996円 (受講決定通知と一緒に振込用紙を送付いたしますので、お手元に届きましたら、振込用紙にて指定銀行より受講決定通知書に記載されている期日までに振込んでください。)

9. 受講申し込み

(1) 別紙受講申込書に記入の上、9月11日(火)までに、県長寿社会課 介護保険班へ受講手数料と一緒に提出(持参または、郵送)してください。郵送の場合は、簡易書留など配達状況の確認が出来る手段でお願いします。

(2) 実務の従事状況等により、お申込みに必要な書類が異なりますので、「11. その他」をご確認の上、該当する書類を提出してください。なお、P14「受講要件等確認表」も申込書等と一緒に提出してください。

(3) 受講決定者には、研修実施機関(秋田県社会福祉協議会)から、「受講決定通知書」を9月下旬までに送付いたしますので、受講時に持参してください。

合わせて、テキスト代の納入について、振込用紙を同封いたしますので、指定銀行により決められた期日までに振込んでください。

(4) 受講手数料の証紙の領収書は、本人の控えとなり県からは領収書は発行しません。また、テキスト代の振込み受領証も、本人の控えとなり本会からも領収書は発行しませんので、それぞれ大切に保管してください。

10. 修了証の交付

・研修の全課程を修了された方には、県から修了証明書を交付します。

・なお受講決定後または受講修了後に、受講要件を満たしていない等が判明した場合は、受講決定及び修了は無効とします。また、その場合も受講手数料の払い戻しはしません。

11. その他

(1) 主任介護支援専門員研修受講資格要件は、平成18年度以降の介護支援専門員専門研修Ⅰ・Ⅱを修了した者となっておりますので、修了証明書の写しを添付してください。

(2) 提出書類について

下記申込書類の他、P14「受講要件確認表」も一緒に提出してください。

また、「受講要件確認表」の「注意事項」も併せてご確認ください。

① 地域包括支援センター以外に勤務されている方は、申込書(様式1、P7、8)と介護支援専門員実務経験証明書(様式2、P9)、主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)を事業所に記入していただき提出してください。

② ケアマネジメントリーダー養成研修修了者は修了証明書の写しを、申込書(様式1、P7、8)、介護支援専門員実務経験証明書(様式2、P9)、主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)と一緒に提出してください。

また、ケアマネジメント学会が認定する「認定ケアマネジャー」の方は、認定証の写しを、申込書(様式1、P7, 8)、介護支援専門員実務経歴証明書(様式2、P9)、主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)と一緒に提出してください。

- ③ 現に地域包括支援センターに「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置されている方は、申込書(様式1、P7, 8)と地域包括支援センター在籍証明書(様式3、P10)、主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)と一緒に提出してください。
- ④ 地域包括支援センターに勤務されている方は、申込書(様式1、P7, 8)と実務経歴証明書(様式2、P9)と地域包括支援センター等勤務者の市町村長受講推薦書(様式4、P11)と主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)と一緒に提出してください。
- ⑤ 介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、秋田県が適当と認め方については、申込書(様式1、P7, 8)と介護支援専門員実務経歴証明書(様式2、P9)・主任介護支援専門員研修受講推薦書(様式5、P12)、介護支援専門員資質向上事業の研修講師等の実績報告書(様式6、P13)と一緒に提出してください。

①～⑤に該当する全ての方が、受講要件等確認表(P14)並びに所属長の推薦書が必要となりますので、必ず添付してください。なお、所属長の推薦について、受講希望者が、管理者である場合は、当該施設又は法人等の長から証明(様式5)していただいでください。また、受講者本人が、当該施設又は法人等の長である場合は、長としての立場で証明してください。

(3) 介護支援専門員実務経歴証明書(様式2、P9)と在籍証明書(様式3、P10)の記入方法

- ① 一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含め全ての項目を所属長(管理者)等証明権限の有する方が記入してください。
- ② 受講要件の期間については、従事期間の通算となりますので現勤務先で期間が満たない場合は、それぞれの事業所毎に証明書を提出してください。
なお、同一法人で複数の事業所に勤務していた場合は、複数事業所分をまとめて証明書を作成しても構いませんが、その場合は勤務した事業所の名称及び期間等が分かるように記載してください。

(4) 事例研究、スーパービジョン等の際には、受講者からの事例提供が必要となります。事例提供依頼内容については、受講決定通知時に改めてお知らせします。

(5) 昼食は各自準備してください。

なお、研修日は、シルバーエリア内のレストランで弁当の注文を受け付けます。

(6) すでに徴収した手数料は、返還しません。

(7) 日程・内容については、一部変更する場合がありますが、ご了承願います。

(8) 駐車場については、駐車台数が限られる場合もありますので、あらかじめご了承ください。

(9) 申込先

秋田県健康福祉部長寿社会課 介護保険班
〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1
TEL 018-860-1363

((様式1 *2枚組の1))

<<申込者全員用>>

この申込書並びに添付書類は、秋田県健康福祉部長寿社会課介護保険班あてに受講手数料と一緒に提出(持参又は郵送)してください。郵送の場合は、簡易書留など配達状況の確認できる手段でお願いします。

受講手数料は、別添の証紙納付書へ17,000円分の秋田県収入証紙を貼付、納付してください。

申込先：秋田県健康福祉部長寿社会課 介護保険班

〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 TEL：018-860-1363

※ 決定通知は、自宅へ研修実施機関(社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会)から通知します。

秋田県知事 あて

平成30年度 秋田県主任介護支援専門員研修受講申込書

平成30年 月 日

受講者本人が記入してください(本書の記載事項をもとに受講決定通知・修了証明書を発行しますので正確に御記入ください。)

フリガナ	姓	名	性別	生年 月日	昭和 年 月 日 平成
氏名			男・女		
電話番号(日中確実に連絡が取れる番号をご記入ください)			職場・自宅・携帯	—	—
自宅住所	〒 —				
介護支援専門 登録番号					登録都道府県 秋田県 その他 ()
現在の介護支援専門員証 交付年月日	平成	年	月	日	有効期間 満了日 平成 年 月 日
現在の勤務先					
事業所所在地					
勤務先の サービス種別				職名	
研修等受講歴 (該当するものを○で囲み修了証の写し等を添付すること)	① 介護支援専門員研修 専門研修課程Ⅰ ② 介護支援専門員研修 専門研修課程Ⅱ ③ 介護支援専門員研修 更新研修(実務経験者) ④ ケアマネジメントリーダー養成研修 ⑤ ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー *①~④は研修修了証の写し、⑤はケアマネジメント学会認定証の写しを添付のこと。				

(様式1 *2枚組の2)

介護支援専門員としての職歴 *受講要件は、開催要項に記載のとおり *事業所が秋田県外の場合のみ、都道府県名を記載 *現在の職場での期間は平成30年10月31日(研修初日の前日)現在の見込みで記入してください。	① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 実務従事期間 (年 月) 【事業所名: _____】 【専任・兼務(兼務の場合職務内容 _____)】 年 月 日 ~ 年 月 日 従事期間 (年 月)
	② 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 実務従事期間 (年 月) 【事業所名: _____】 【専任・兼務(兼務の場合職務内容 _____)】 年 月 日 ~ 年 月 日 従事期間 (年 月)
	③ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 実務従事期間 (年 月) 【事業所名: _____】 【専任・兼務(兼務の場合職務内容 _____)】 年 月 日 ~ 年 月 日 従事期間 (年 月)
	*上記期間のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間があった場合は、期間を記入してください。複数期間ある場合は、すべて記入してください。 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
資格	保有資格 (_____) *介護支援専門員以外の資格を有する場合記入してください。
身体障害等のため、受講時における配慮を希望される場合はご記入ください。	配慮が必要な内容 (_____)
主任介護支援専門員研修の <u>受講を希望する理由及び、今後どのように主任介護支援専門員としての役割を担っていきたいですか？</u> 受講の可否には関係しませんので、あなたの考えをご記入ください。	

【個人情報について】この申込書の情報は、この研修の目的に沿い、介護保険制度の円滑な運営のため、主任介護支援専門員研修の名簿登録・研修運営及び修了証明書発行業務以外の目的に使用することはありません。

*実務経験期間は、30日を1か月として計算します。1か月(30日)に満たない場合は切り捨てます。
 *介護支援専門員としての職歴等について、上記欄に記載できない場合は、このページをコピーして記載してください。その場合は、複数枚数になっていることを右上の余白に明記してください。

(様式2)

介護支援専門員実務経験証明書

フリガナ	姓	名	生年月日
氏名			昭和 年 月 日 平成
事業所のサービス種別			
介護支援専門員としての実務経験期間	通算 () 年 () か月間 ※期間には居宅介護支援事業所の管理者との兼務を含むことができる		
居宅介護支援事業所の管理者と兼務期間がある場合は、その期間	上記のうち、次の期間は居宅介護支援事業所の管理者を兼務 ① 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ② 平成 年 月 日から現在(研修初日の前日)(見込み)		
<p>上記の者は、当施設・事業所において (* 該当する選択肢に○をして、年月日を記入)</p> <p>(1) 平成 年 月 日から 【専任・兼務(兼務の場合職務内容:)】 の介護支援専門員として<u>勤務している</u>ことを証明します。</p> <p>(2) 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 【専任・兼務(兼務の場合職務内容:)】 の介護支援専門員として<u>勤務していた</u>ことを証明します。</p> <p>なお、上記のうち、産休・育休、病欠、他部門への配置等で介護支援専門員の実務に従事しない期間の有無 → 有り・無し 有る場合 → その期間は 平成 年 月 日～平成 年 月 日である。 有る場合 → その理由(産休・育休、病欠、他部門への配置、その他) ※その他の場合は簡潔に記載</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>あて先 秋田県知事</p> <p>施設・事業所 名称</p> <p>所在地</p> <p>代表者氏名</p> <p>電話番号</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 80px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;"> 代表者 の職印 </div> <p>※担当者氏名及び電話番号 (Tel)</p>			

- * 勤務された事業所が複数ある場合は、それぞれの事業所ごとにこの用紙での実務経験証明書を提出してください。
- * 一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含めての全項目を所属長等証明権限を有する方がご記入ください。
- * 実務経験証明者と本人が同一の場合、管理者として兼務を始めた年月日も併せてご記入ください。
- * 記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、事務局より確認させていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがあります。
- * 実務経験期間は、30日を1か月として計算します。1か月(30日)に満たない場合は切り捨てします。

(様式3)

地域包括支援センター在籍証明書

1. 氏名 _____

2. 生年月日 _____

3. 実務従事期間

平成 年 月 日～現在（平成30年10月31日現在の見込み）
通算で、（ ）年（ ）か月間

（上記のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間は
平成 年 月 日～平成 年 月 日である。）

上記の者は、当地域包括支援センターにおいて主任介護支援専門員に準ずる者として配置されていることを証明します。

平成30年 月 日

あて先 秋田県知事

（所属）

地域包括支援センター 名称

所在地

代表者名

代表者
の職印

電話番号

（※担当者氏名及び電話番号： TEL _____）

*一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含めての全項目を所属長等証明権限を有する方がご記入ください。

*上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認させていただき、必要に応じて再提出や追加書類の提出をお願いする場合があります。産休、育休、病欠等の期間は、実務従事期間から除きます。

(様式4)

地域包括支援センター等勤務者の市町村長受講推薦書

1. 氏 名 _____
2. 生年月日 _____
3. 勤務先 (地域包括支援センター等名) _____
4. 実務従事期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
通算で、()年()か月間
(上記のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間は
平成 年 月 日～平成 年 月 日である。)

上記の者は当市町村、もしくは当市町村が委託をしている地域包括支援センター等の職員であり、上記の地域包括支援センター等において、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に5年以上(60か月)従事した経験があります。

したがって、主任介護支援専門員研修の受講者として特に推薦します。

あて先 秋田県知事

平成30年 月 日

(証明者である市町村名)

市町村名

市町村長名

市町村
長の印

* 担当者氏名及び電話番号 (_____ TEL _____)

* 一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方がご記入ください。

* 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認させていただき、必要に応じて再提出や追加書類の提出をお願いする場合があります。産休、育休、病欠等の期間は、実務従事期間から除きます。

(様式5)

平成30年度秋田県主任介護支援専門員研修受講推薦書

研修申込者（受講予定者）

所属 _____

役職名 _____

氏名 _____

上記の者は、現に当事業所で介護支援専門員の実務に従事しており、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有しており、主任介護支援専門員に求められる役割を深く自覚し、今後その業務に携わる者として適格と認められる者として推薦します。

平成30年 月 日

あて先
秋田県知事

推薦者

事業者名 _____

役職名 _____

氏名 _____

代表者
の職印

* 担当者氏名及び電話番号

(TEL)

- * 一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となりますので、氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方がご記入ください。
- * 受講予定者が、管理者である場合は、当該施設の法人の長からの証明を受けます。なお、受講者が法人の長でもある場合は、法人の長としての立場で証明とします。
- * 上記の内容に記入漏れ、不備、不明な点がある場合は、確認させていただき、必要に応じて再提出や追加書類の提出をお願いする場合があります。

(様式6)

介護支援専門員資質向上事業の研修講師等 の実績報告書

あて先 秋田県知事

私は、下記のとおり標記研修で講師等を務めたことを報告
します。

なお、今後も研修講師の依頼があった場合、協力可能です。

平成30年 月 日

所属：

氏名：

研修名	実施年月日	講師担当内容	備考

*上記の表に記入しきれない場合は、実績に応じて適宜行を増やす・別紙に記
入する等のうえ提出してください。

主任介護支援専門員研修
受講要件等確認表

氏名:

該当する□にチェックを入れて、他の申込み書等と一緒に提出してください。

基準日は、それぞれ平成30年10月31日(研修初日の前日)とします。

各実務経験の期間に、産休、育休、病欠等で実務に従事しなかった期間は含みません。

<受講要件について>
すべてに該当するか確認

	チェック欄	添付書類等	注意事項
1 介護支援専門員証の有効期限は切れていないか。	<input type="checkbox"/>	ご自分の専門員証を必ず、確認してください。	有効期間が満了している場合は受講不可。 氏名・住所が変更になっている場合は、変更・書換え交付申請を別途添付してください。
2 現在、秋田県内で介護支援専門員の実務に従事しているか。	<input type="checkbox"/>		
3 所属長の推薦を受けているか。	<input type="checkbox"/>	様式5の推薦書が必要です	管理者である場合は、法人の長からの推薦が必要。法人の長でもある場合は、その立場で推薦が必要。
4 次のいずれかの研修を修了しているか。 ①介護支援専門員専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ ②実務経験者に対する介護支援専門員更新研修	<input type="checkbox"/>	研修修了証の写しを添付してください	

<その他の提出書類>

1～4のいずれかに該当するか確認(対象者の要件によって、提出書類は異なります。)

1 専任の介護支援専門員として実務に従事した期間が、 <u>通算して5年(60ヶ月)</u> 以上である者。(ただし、居宅介護支援事業所の管理者としての兼務は期間として算定可能。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	居宅介護支援事業所の管理者以外の兼務は可。 通算5年(60か月)以上の専任歴があれば、現在は、他職種との兼務でも可。
2 次のいずれかの研修修了または認定者でありかつ、専任の介護支援専門員として実務に従事した期間が <u>通算して3年(36か月以上)</u> である者。 ①「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について(H14.4.24厚生労働省老健局長通知)」に基づくケアマネジメントリーダー養成研修 ②日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 「ケアマネジメントリーダー養成研修」の修了証の写しまたは、「認定ケアマネジャー」の認定証の写し <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	通算3年(36か月)以上の専任歴があれば、現在は、他職種との兼務でも可。
3 「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に地域包括支援センターに配置されている者。(※「準ずる者」の要件に注意。研修開催要綱を再度確認すること。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式3 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	
4 次の①～③のいずれかに該当する者			
①介護支援専門員の実務経験が <u>5年(60か月)</u> 以上あり、県が実施している介護支援専門員資質向上事業において講師として携わっている者で、今後も講師として協力可能と見込まれ、指導的立場にある者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 様式6 <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	実務経験は専任・兼務問いません。
②介護支援専門員の資格を有しており、市町村や在宅介護支援センターにおいて、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に <u>5年(60か月)</u> 以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式4 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	実務経験は専任・兼務問いません。
③介護支援専門員の資格を有し、現在地域包括支援センターに保健師(準ずる者含む)または社会福祉士(準ずる者含む)で配置され、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に <u>5年(60か月)</u> 以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。専任の介護支援専門員として実務に従事した期間も含む。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 様式1 <input type="checkbox"/> 様式2 <input type="checkbox"/> 様式4 <input type="checkbox"/> 様式5 <input type="checkbox"/> 上記受講要件4の①または②の研修修了証の写し	実務経験は、地域包括支援センターでの経験年数および専任の介護支援専門員として実務に従事した期間(居宅介護支援事業所の管理者との兼務を含む)で算定してください。

<提出前に再度ご確認ください>

1 受講申込書(様式1)は2ページ目も含め、漏れなく記載しているか。	<input type="checkbox"/>		職歴欄が不足する場合は、2ページ目の職歴欄のみ複数枚提出してください。
2 各要件にしたがった、提出書類はそろっているか。	<input type="checkbox"/>		
3 購入した収入証紙は秋田県のものか(「秋田県」と記載があるか)。所定の金額(17,000円)分ちょうどか。	<input type="checkbox"/>		所定の金額より多くても受け付けることができません。
4 証紙に、破損等(端が切れている、汚れ等)がないか。未使用であっても、他の台紙に貼ったものを切り取って貼っていないか。	<input type="checkbox"/>		
5 証紙納付書に、日付、受講申込者本人の氏名、住所を記載しているか。	<input type="checkbox"/>		訂正する場合は、二重線で消した上で訂正箇所を押印してください。

(別添)

証 紙 納 付 書

年 月 日

あて先

秋 田 県 知 事

納 付 者

住 所

氏 名

納付する使用料 若しくは手数料 又は狩猟税	主任介護支援専門員研修 の受講の申込み手数料	納 付 金 額	17,000-
-----------------------------	---------------------------	------------------	---------

(別添)

証紙納付書 <記入例>

年 月 日

(あて先)

秋 田 県 知 事

納 付 者

住 所

氏 名

納付者は、申込者
(受講者)です。申
込者自身の住所、氏
名を記入してくだ

納付する使用料 若しくは手数料 又は狩猟税	主任介護支援専門員研修 の受講の申込み手数料	納 付 金 額	17,000-
-----------------------------	---------------------------	------------------	---------

<秋田県証紙を貼付してください>

必ず秋田県証紙(秋田県と記載されています)を購入してください。
時々、収入印紙が間違えて貼付されている場合があります。

<金額は必ず所定の金額分を貼付してください>

納付金額は、必ず所定の金額分を貼付してください。多い金額を貼
付している場合は、受付できません。

<証紙は、破損等が全くないものを貼付してください>

証紙購入及び、貼付の際は、証紙の端が切れていたり、破損してい
ないことを確認してください。少しでも破損しているものは、受付で
きませんので、十分ご注意ください。

また、未使用であっても、他の納付書等に貼ったものを、切り取っ
て新たな用紙に貼ることはできません。

*不明な点がございましたら、事前に電話でお問合せください。

<証紙売りさばき場所は秋田県ホームページ上の次に掲載しています>

美の国あきたネットにアクセス。トップ画面上のサイト内検索にキーワード「459」と入力