

令和3年度山形県主任介護支援専門員研修実施要綱

1 目的

この研修は、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します。

- 2 研修実施主体 山形県
研修実施機関 一般社団法人山形県老人福祉施設協議会（山形県より委託）

3 対象者(受講要件)

- (1) 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介護支援専門員であること
- (2) 利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者
(※申込時に提出する居宅サービス計画書等の内容を確認し判断します。)
- (3) 「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は「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
- (4) 以下の①から④のいずれかに該当すること
 - ① 専任(※1)の介護支援専門員として従事した期間(※2)が通算して5年(60ヶ月)以上である者（原則として兼務は認めません。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します）
 - 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(※2)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します）
 - ③ 施行規則第140条の66第1号イの(3)に規定する主任介護支援専門員に準ずる者(※3)として、現に地域包括支援センターに配置されている者とします。
 - 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、都道府県が適当と認める者(※4)とします。

≪※1～4の定義等≫

- ※1 「専任」とは、常勤専従として令和3年5月10日の申込み期限の時点で業務に従事している者とします。
- ※2 「従事した期間」は、現所属のみの期間ではなく、介護支援専門員として実務に携わった期間全体とします。ただし、病気休業、産休及び育児休暇等の期間は、従事した期間として認めません。また、従事した期間として算定できるのは以下の【事業種別】①～⑦において、介護支援専門員として就労（サービス計画の作成業務に必ず携わっていること）している期間とします。

【事業種別】

※該当する①～⑦の番号を様式1、2の事業種別番号の欄に記載すること。

- 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居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（介護医療院）
 - 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、地域包括支援センター（基幹型地域包括支援センターに従事する者が申込み場合は、基幹型以外の①～⑦の施設における専任の従事期間を算定すること）
- ※3 「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研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する者で、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です。（平成18年10月18日老計発第1018001号厚生労働省老健局計画課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」）
- ※4 都道府県が適当と認める者とは以下①と②の全てに該当する者とします。
- ① 介護支援専門員としての業務に従事した期間が5年（60か月）以上あること
 - ② 現に行政機関、地域包括支援センターに所属する者で、介護支援専門員又は主任介護支援専門員に対し指導実績のある者のうち、市町村長が推薦する者

4 募集定員 100名

5 申込方法

Zoomでの研修となりますのでメールアドレスの登録を必ず行ってください。
アドレス登録専用URL

<https://forms.gle/a1H1y6FfuaNTqRw5A>

アドレス登録 QR コード→



- (1) 様式1（受講申込書）
- (2) 様式2（実務経験証明書）
 - ※地域包括支援センター用または事業所用
- (3) 様式3-1、3-2、3-3（自立支援を包含する担当事例）
 - ※添付書類 利用者・家族・サービス事業所等については記号化する等個人情報に配慮し、記載すること。
 - ・ 居宅介護支援等の場合－居宅サービス計画書 第1表から第5表（直近のもの）
 - ・ 施設等の場合－施設サービス計画書第1表から第3表又は第1表・第2表、第4表及び第5表から第6表
 - ・ 介護予防支援等の場合－上記計画書に準ずるもの（基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録（サービス担当者会議要点の記録を含む）、介護予防サービス評価表）
 - ・ 予防・地域密着にあっては上記に準ずるもの
- (4) 様式4-1（様式4-2①～⑨については下記URLより入力してください。）
研修記録シート入力URL → <https://forms.gle/xDf8s91xCX5a4vRo9>
※パソコン入力を推奨します
- (5) 専門（更新）研修課程 I 及び II の修了証書の写し（直近のもの）
- (6) 介護支援専門員証の写し
- (7) 様式1-①都道府県の認める者（指導実績）証明書（該当者のみ）

【申込時の注意事項】

- ・ 様式は一般社団法人山形県老人福祉施設協議会のホームページからダウンロードしてA4用紙に片面印刷で作成し、左上をクリップで留めて提出してください。（ホチキス止め不可）
- ・ 上記（1）～（7）の書類を角2封筒に入れ、封筒の表に朱書きで「主任介護支援専門員研修申込書在中」と明記のうえ**5月10日(月)までに簡易書留【必着、期限経過後は受け付けません】**で申し込みしてください。
※普通郵便で送られた場合の郵便事故による未着・誤送については一切責任を負えません。
- ・ 持参・FAXでの申込は受付できません。
※普通郵便で送られた場合の郵便事故による未着・誤送については一切責任を負えません。
- ・ 申込書類の不備がある場合は受講を認めませんので、申込み時にチェックシートによる必要書類の確認を必ず行ってください。
- ・ 様式2「実務経験証明書に係る証明者」は地域包括支援センターの場合は市町村長、委託事業所の場合は法人の代表者とし、それぞれ**市町村長印又は法人代表者印の押印が必要です**。押印のないものは受付できません。
- ・ 「受講申込書」及び「実務経験証明書」の内容を研修実施機関で確認し、対象者要件を満たさないと判断した場合は受講を認めない、もしくは追加の資料の提出を求める場合があります。
- ・ 6の受講決定後に「受講申込書」及び「実務経験証明書」に虚偽の記載が判明した場合（常勤専従としての従事期間が不足しているなど受講要件を満たしていない場合など）は受講を取り消します。記入にあたっては辞令書・勤務表等を必ず確認のうえ、正確に記載してください。
- ・ 令和3年5月10日の申込み期限の時点で主任介護支援専門員有効期間内である者は、受講対象外です。
- ・ Zoomを使用した研修となりますので別紙「Zoom研修受講について」をご覧くださいのうえ受講申込をお願いします。

6 受講決定

- ・ 受講の可否については、受講要件を確認のうえ、**6月中旬に勤務先あてに通知します**。なお、受講要件を満たした者が受講定員を大幅に上回ったときは、現任の居宅介護支援事業所の管理者（経過措置対象者）であること方を優先し、厳正なる抽選により決定することとします。
- ・ 同一の事業所から複数の受講申込みがあった場合は、上記の優先要件を適用した上で、最も優先する者1名のみとする場合があります。

7 経 費

- ・ 受講料は山形県手数料条例に基づき **37,000円** とし、受講決定通知に併せて送付する所定の用紙に、**山形県収入証紙**を過不足なく貼付のうえ、期限までにご提出ください。なお、いかなる理由があっても納入された受講料は返金しません。

8 研修科目及び日時

- ・ 別紙1のとおりですが、都合により変更する場合があります。その場合は、山形県老人福祉施設協議会ホームページにてお知らせしますので随時確認してください。

9 研修当日にまでに準備する物

- ・ 受講決定通知書、テキスト、講師の指示による課題や事例のほか、必要がある場合、別途通知します。

10 遅刻、欠席等の受講上の注意

- ・ 研修課程は71時間すべてを履修する必要があります。遅刻、早退、欠席は認めません。特別な事情がある場合は、必ず当会事務局へ連絡してください。
※Zoomへの接続が不安定で受講できなかった場合等は参加と認められませんので、事前の接続確認に必ず参加してください。

11 修了認定

- ・ 研修の全課程を受講し、研修審査委員会により可とされた者を修了者と認め、修了証書を交付します。

12 個人情報の取り扱い

- ・ 研修申込みで取得した受講者の個人情報の取扱いについては、本研修の実施及び山形県への報告、照会以外は使用しません。
- ・ 新型コロナウイルスによる感染者が発生した場合、感染拡大防止の調査のため、個人情報を保健所等行政機関へ提供することがありますので、勤務先等ご連絡先が変更になった場合は必ずお知らせください。

13 主任介護支援専門員研修修了者の活動について

- ・ 主任介護支援専門員は、所属事業所の介護支援専門員に対する助言・指導のみならず、地域包括ケアシステム構築の牽引役としての活躍が期待されており、県が行う研修会等において講師または演習助手等として、人材育成の役割を担っていただきますので予めご承知おきください。

14 申込み、問い合わせ先

〒990-0021 山形市小白川町2-3-31 山形県総合社会福祉センター内
一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 事務局

研修専用TEL:023-666-8506 (問合せ時間 平日9:30~16:00)

FAX:023-616-5570

E-mail:care@scws.yamagata.jp

HP:www.scws.yamagata.jp

山形県老人福祉施設協議会のホームページのQRコード→



令和3年度 山形県主任介護支援専門員研修 受講申込書

申込年月日	R3年 月 日		生年月日	
(フリガナ)			男・女	S・H 年
氏名				月 日
介護支援専門員証番号 (8桁の登録番号)			基礎資格	※注1
介護支援専門員証有効期限	平成・令和 年 月 日			
勤務先	事業所名			
	所在地	〒		
	事業種別番号		電話番号(市外局番から)	
受講要件	必須	専門研修課程Ⅰ (修了年度_____年度)		⇒修了証書(写)を添付
		専門研修課程Ⅱ又は更新研修 (修了年度_____年度)		
	該当する場合 ☑を付け	<input type="checkbox"/> ケアマネジメントリーダー養成研修 (受講年度_____年度)		⇒修了証書(写)を添付
		<input type="checkbox"/> 認定ケアマネジャー研修 (認定ケアマネジャー番号_____)		⇒認定書(写)を添付
		<input type="checkbox"/> 施行規則第140条の66第1号イ主任介護支援専門員に準ずる者		⇒証明書(写)を添付
<input type="checkbox"/> 都道府県が十分な知識と経験を有すると認めたもの		⇒様式1-①を添付		

【介護支援専門員に関する職歴】 ※職歴について、常勤専従の期間を記載のこと

従事期間(和暦で記載)	勤務先	事業種別番号	いずれかに○
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで			管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで			管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで			管理者兼務
年 月 日から	年		専任
年 月 日まで			管理者兼務

【現所属の事業所概要】

同事業所で他の申込者の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (優先順位_____人中_____位)
---------------	---

注1【基礎資格】

・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・言語聴覚士・あん摩マッサージ師・はり師・きゅう師・柔道整復師・栄養士・管理栄養士・精神保健福祉士

主任介護支援専門員研修受講に係る指導実績証明書

山形県老人福祉施設協議会会長 殿

○ ○ ○ 長

下記の者は、介護支援専門員の業務に関する十分な知識と経験を有する者であり、
下記の実績において主任介護支援専門員研修の受講要件を満たすことを証します。

記

- 1 氏 名
- 2 介護支援専門員証登録番号
- 3 所 属
- 4 介護支援専門員登録年月日 平成 年 月 日
- 5 介護支援専門員としての従事期間
平成 年 月 日～令和 年 月 日
(年 カ月)
- 6 受講要件④を満たす指導実績 (直近1年以内のもの)

年月	業務内容	指導対象者	指導内容 (担当した役割)

令和3年度山形県主任介護支援専門員研修
介護支援専門員実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会
会長 あて

所在地

法人名

代表者名

印

(電話番号 - -)

常勤専従の介護支援専門員として従事した状況は下記の通りであることを証明します。

記

フリガナ	介護支援専門員番号		
氏名			
施設又は事業所名			
職種			
専任従事合計期間: (病気休業・育児休暇等で休んでいた期間を除く) 年 月 日			
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から 令和3年5月31日まで	通算 年 月 日	専任 管理者兼務
	年 月 日から 年 月 日まで	通算 年 月 日	専任 管理者兼務
	年 月 日から 年 月 日まで	通算 年 月 日	専任 管理者兼務
	上記のうち、病気休業・育児休暇等で休んでいた期間 年 月 日～ 年 月 日 (通算 年 月 日)		
備考			

※「専任」とは常勤専従を指し、管理者との兼務は認める。(管理者兼務の場合、備考にその旨記載のこと)※専任・管理者兼務のいずれかに○をつけること

※非常勤の期間は従事期間に含めないこと

※専任期間が1事業所で5年(60ヶ月)に満たない場合は、必要な枚数をコピーしそれぞれの法人から証明を受けること。また、同法人内の異なる事業所での勤務経験がある場合については、それぞれの事業所での証明を受けること

令和3年度山形県主任介護支援専門員研修
介護支援専門員実務経歴証明書

令和 年 月 日

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会
 会長 あて

所在地

法人名

代表者名

㊟

(電話番号 - -)

常勤専従の介護支援専門員として従事した状況は下記の通りであることを証明します。

記

フリガナ		介護支援専門員番号
氏名		
地域包括支援センター名		
職種		
専任従事合計期間: (病気休業・育児休暇等で休んでいた期間を除く) 年 月 日		
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から	通算
	令和 3年5月31日まで	年 月 日
	年 月 日から	通算
	年 月 日まで	年 月 日
上記のうち、病気休業・育児休暇等で休んでいた期間		
年 月 日～ 年 月 日 (通算 年 月 日)		
備考		

- ※「専任」とは常勤専従を指し、管理者との兼務は認める。また、地域包括支援センターのサブセンターやブランチの在宅介護支援センターで兼務の場合は、専任期間として認めるが、その旨備考に明記すること
- ※代表者とは、直営の場合は市町村長印の押印を受けること
- ※専任期間が1センターで5年(60ヶ月)に満たない場合は、必要な枚数をコピーしそれぞれの地域包括支援センターから証明を受けること
- ※「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については、その旨を備考に明記すること

令和3年度山形県主任介護支援専門員研修
介護支援専門員実務経歴証明書

令和 年 月 日

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会
 会長 あて

所在地

受託法人名

代表者名

印

(電話番号 - -)

常勤専従の介護支援専門員として従事した状況は下記の通りであることを証明します。

記

フリガナ		介護支援専門員番号
氏名		
地域包括支援センター名		
職種		
専任従事合計期間: (病気休業・育児休暇等で休んでいた期間を除く) 年 月 日		
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から	通算
	令和 3年5月31日まで	年 月 日
	年 月 日から	通算
	年 月 日まで	年 月 日
上記のうち、病気休業・育児休暇等で休んでいた期間		
年 月 日～ 年 月 日 (通算 年 月 日)		
備考		

※「専任とは常勤専従を指し、管理者との兼務は認める。また、地域包括支援センターのサブセンターやブランチの在宅介護支援センターで兼務の場合は、専任期間として認めるが、その旨備考に明記すること

※代表者とは、委託の場合は委託先の法人代表者であり、代表者印の押印を受けること

※専任期間が1センターで5年(60ヶ月)に満たない場合は、必要な枚数をコピーしそれぞれの地域包括支援センターから証明を受けること

※「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については、その旨を備考に明記すること

様式 3 - 1

(基本情報)

主任介護支援専門員研修提出事例の基本情報

受付	年 月 日	居所	1自宅 2施設 3 ()
性別	男 女	年 齡	歳 (受付時)
主訴	(本 人) (家 族)		
生活歴・生活状況			
(生活歴)		(ジェノグラム)	
(経過・病歴等)		(主治医) 診療科目	
障がい日常生活自立度：		認知症高齢者の日常生活自立度：	
認定情報：		認定日：	
他法情報（身体障害者・医療情報）：			
現在利用しているサービス：			

様式 3-2

(課題分析)

主任介護支援専門員研修事前提出事例の課題分析（概要）

健康状態		ADL	
認知		IADL	
コミュニケーション能力		口腔衛生	
社会との係わり		食事摂取	
排尿・排便		心理症状	
褥瘡・皮膚の問題		介護力	
特別な状況		居住環境	
住宅見取り図			

様式3-3-①

山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント自己点検表 (居宅介護支援・施設サービス)
 自立支援に資するケアマネジメントができて自己点検して提出して下さい。
 *備考には、居宅介護支援と施設サービスで異なる点があるため、該当しない場合は該当なしなど記入して下さい。

1.アセスメント

チェック項目		実施状況	備考
基本事項	① 支援を受けることにより、どのような生活を送りたいかを把握している。(主訴、希望、相談内容)		
利用者らしさ	② 利用者のこれまでの生活の過ごし方を把握しているか		
家族、親族	③ 家族構成、同居、家族関係性、介護能力を把握しているか (ジェノグラム関係性の強さ)		
他法情報	④ 身体障害、精神障害、成年後見、生活保護など他法情報を把握しているか		
生活自立度	⑤ 障がい、認知症高齢者日常生活自立度を把握しているか		
課題分析	⑥ 課題分析標準項目23項目について把握し、分析しているか		
状態のみでなく、生活機能の低下の原因について分析しているか	健康状態 (既往歴、現症、所見、服薬情報)		
	ADL (起居動作、移乗、歩行、入浴、更衣、排泄)		
	IADL (調理、掃除、買物、金銭管理)		
	認知 (意思決定能力など)		
	コミュニケーション能力		
	社会との関わり		
	排尿・排便 (失禁、コントロール、後始末など)		
じょく瘡・皮膚の問題			

状態のみでなく、生活機能の低下の原因について分析しているか	口腔衛生			
	食事摂取			
	心理・行動障害 (BPSDに関する情報)			
	介護力			
	住環境 (見取図、生活動線、立地環境)			
	特別な状況			
	経済状況 ()			
	利用者の生活リズム	⑦ 利用者の日常生活でのリズムを把握しているか		
	医療情報	⑧ 主治医との連携により情報を把握しているか、主治医へ意見を求めているか		
	予後・予測	⑨ 改善、悪化の視点について今後の予後・予測をされているか		

2. 居宅・施設サービス計画書(1)

チェック項目		実施状況	備考
基本事項	① 記載要領に基づき基本的事項の記載適正に記載されているか		
本人、家族の生活に対する意向	② 課題分析から得られた本人、家族の主訴、思いを区別して記載しているか (サービスマ種別があるものは出来ないとする)		
審査会意見	③ 審査会の意見がある場合のみ		
自立支援に向けた総合的な援助方針	④ 自立に向けた多職種で取り組む個別性のある総合的な援助方針になっているか。緊急時の対応、医療連携についての記載があるか		

3. 居宅・施設サービス計画

チェック項目		実施状況	備考
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 目標の設定	① 利用者、家族が自立に向けて意欲的に取り組むことができ、利用者が理解できる内容になっているか。		
	② ニーズにあった、達成可能で具体的な目標になっているか		
	③ 目標に合わせた目標の期間を設定しているか		
	④ 短期目標を達成するために必要な援助内容になっているか		
	⑤ インフォーマルサービスや他法制度を位置付けているか		
	⑥ 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を位置付けている場合には、必要な理由を検証し記載しているか(居宅サービス計画に記載されていれば良い)		
その他			

4. 週間サービス計画表(第3表)、日課表

チェック項目		実施状況	備考
利用者の過ごし方を把握し計画されているか	① 主な日常生活の活動や週単位以外の活動を記載しているか		
	② 課題解決に適したサービス時間帯になっているか		
	③ 1日のスケジュールの中に介護サービス以外も位置づけているか		

5. サービス担当者会議(第4表)、サービス担当者に対する照会

チェック項目		実施状況	備考
検討課題 内容と結論 残された課題	① 主治医との連絡調整、サービス事業所との連絡調整と開催時期		
	② 検討内容と結論を具体的に記載し、専門職から専門見地の意見を聞き確認しているか		
	③ 残された課題、次回開催予定を記載しているか		

6.介護支援経過

チェック項目		実施状況	備考
適切な記載	① 記載事項を分類し、項目別にわかるように記載しているか		
	② 連絡調整内容、事実、対応など明確に記載されているか		
	③ 入・退院時の医療機関との連携がある場合にその内容の記載があるか		
	④ 更新時期など必要な援助の記録があるか		
モニタリング	⑤ 居宅介護支援1月1回利用者の居宅を訪問し、利用者と面談した記録があるか 施設サービス計画の場合、定期的にご利用者と面談した記録があるか		
	⑥ 1月1回モニタリングについて適正に把握、評価して、記録しているか		

山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント自己点検表（介護予防・総合事業ケアプランチェック）
自立支援に資するケアマネジメントができてきているか自己点検して提出してください。

1.アセスメント

番号	評価項目	実施状況	根拠条文
①	利用者の居宅を訪問し、その家族に面接して行っているか。		平18厚令37第30条第7号
②	事前に要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等により、利用者の状態を把握しているか。		老振発第0331003号
③	利用者の状態のみに着目するのではなく、生活機能の低下の直接的及び間接的な原因にも着目し、各領域を越えた根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにしているか。		地域包括支援センター業務マニュアル
④	利用者が「できること」を利用者とともに発見し向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指しているか。		地域包括支援センター業務マニュアル
⑤	利用者や家族とのコミュニケーションの過程を通じて、「目標とする生活」のイメージ共有しているか。		地域包括支援センター業務マニュアル
⑥	利用者が予防給付によるサービス等を利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチしているか。		地域包括支援センター業務マニュアル
⑦	利用者の全体像を把握しているか。		地域包括支援センター業務マニュアル
⑧	課題整理総括表等を活用し、予後予測をするとともにプロセスの見える化と情報共有を図っているか。		地域包括支援センター業務マニュアル

2.介護予防サービス計画原案の作成

番号	評価項目	実施状況	根拠条文
	各領域のアセスメントに基づき、総合的課題を明確にし、適切な目標を設定しているか。 課題に対し目標と具体策を提案しているか。 ○適切な目標とは？		平18厚令37第30条第8号、老振発第0331003号、業務マニユアル
①	<ul style="list-style-type: none"> ・「できること」を利用者や家族と一緒に探し、生活機能の向上を図っている ・いつまでにとどのような生活行為ができるようになるのか具体的に明確化している ・予後予測をして、どのようなようにすれば改善の可能性や維持の可能性を導き出している ・一定の期間に達成可能である・利用者の価値観や好みを考慮している 		
②	利用者のセルフケア、家族の支援、インフォーマルサービスについて検討し、計画に盛り込んでいるか。		老振発第0331003号
③	介護予防の観点から利用者が自主的に取り組むことや家族が支援することを把握しているか。		地域包括支援センターマニユアル
④	利用者によるサービスの選択に資するよう、地域の介護予防サービス事業者のサービス内容や利用料等の情報について、特定の事業者に偏ることなく、適正に提供しているか。		平18厚令37第30条第5号
⑤	地域におけるサービス提供体制等を勘察し、実施可能な計画となっているか。		老振発第0331003号
⑥	【総合事業は除く】介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを計画に位置付ける場合は、利用者の同意を得て、主治医の意見を求めているか。		平18厚令37第30条第20号
⑦	【総合事業は除く】介護予防福祉用具貸与を計画に位置付ける場合は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、適宜サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証しているか。	□該当なし	平18厚令37第30条第23号

⑧	<p>【総合事業は除く】介護予防福祉用具貸与について、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特別寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」及び「自動排泄処理装置(尿のみの吸引機能のものを除く)」を位置付ける場合は、医師の所見を聴取し、サービス担当者会議において要否を確認しているか。</p>	□該当なし	老振発第0331003号
⑨	<p>【総合事業を除く】介護予防特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しているか。</p>	□該当なし	平18厚令37第30条第24号
⑩	<p>介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては「運動器機能向上」「栄養改善」「口腔機能向上」を計画に位置付ける場合は、基本チェックリストの結果等により、当該サービスの必要性を検証しているか。</p>	□該当なし	平18厚告127号

3.サービス担当者会議

番号	評価項目	実施状況	根拠条文
①	<p>次の場合には、必ずサービス担当者会議を開催しているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス担当者会議の開催が必要な場合 ・ 介護予防サービス計画を新規に作成した場合 ・ 更新認定を受けた場合 ・ 要支援状態の区分の変更の認定を受けた場合 ・ 介護予防サービス計画を変更する場合 		平18厚令37第39条第9号
②	<p>サービス担当者会議に参加できない者については、照会等により専門的見地からの意見を求めているか。</p>		平18厚令37第30条第9号
③	<p>利用者の課題、目標、支援の方針等の情報を共有し、各サービスが共通の目的を達成するために何ができるかについて、相互に理解しているか。</p>		老振発第0331003号

4.利用者の状況の把握(モニタリング)

番号	評価項目	実施状況	根拠条文
①	少なくとも月に1回、サービス事業者から、サービスの実施状況、利用者の状況、サービスの状況、サービス実施の効果等について報告を受けているか。		平18厚令37第30条第12号
②	サービス提供開始月の翌月から起算して3箇月に1回は利用者宅において利用者宅と面接し、サービスの利用状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度を把握し、介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		平18厚令37第30条第15号
③	サービスの評価期間が終了する月には利用者宅において利用者宅と面接し、サービスの実施状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度を把握し介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		平18厚令37第30条第15号
④	利用者の状況に変化があるときは、利用者宅において利用者宅と面接し、確認しているか。		平18厚令37第30条第13号、第15号
⑤	利用者宅を訪問しない月についても、少なくとも月に1回、サービス事業所における利用者との面接、利用者への電話等の方法により、サービスの実施状況、インフォーマルサービスの状況、利用者の状況、サービスに対する満足度を把握し、介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認しているか。		平18厚令37第30条第15号
⑥	3か月1回以上居室において利用者宅と面談しているか、少なくとも月に1回面接、事業所訪問、電話などでモニタリングを行い、モニタリングの結果を記録しているか。		平18厚令37第28条第2項

様式4（研修記録シート） について

この研修記録シートは「主任介護支援専門員研修がトライン（厚生労働省作成）」に基づき、

「受講前」、「受講直後」、「受講3ヶ月後」に研修の評価をするためのものです。

受講にあたり、「**受講前**」に係るものについて、**研修受講申込書と同時に**、提出してください。

なお、「受講直後」「受講3ヶ月後」に係るものについては受講時に説明いたします。

当該シートについては、当協会HPでダウンロードできます。

研修記録シート2(評価) 様式4-2-①②③④⑤⑥⑦⑧⑨についてはインターネットから送信して下さい
(パソコンでの入力を推奨します)

研修記録シートURL <https://forms.gle/xDf8s91xCX5a4vRo9>

研修記録シートQRコード



様式5-1 研修記録シート1（目標）

「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標と評価（効果）を共有するためのシートです。

受講前

受講前に、「受講者」と「管理者」が相談して「研修に期待すること」「目標」を記入してください。

※管理者記入欄については、受講者が管理者の場合、記載する適当な方（上司にあたる方等）

がない場合は記入しなくても構いません。ただしその旨記入して下さい。

氏名欄：受講者氏名

番号欄：介護支援専門員登録番号

研修記録シート1 (目標)

様式4-1 (目標)

この事前提出シートは、研修受講前に「受講者」欄に記入する。

研修に期待すること、目標、成果等を記入してください。

記入例

研修名：

氏名

介護支援専門員登録番号

1. 受講前

受講者記入欄：受講目標（研修後にどのような行動ができるようになりたいか）を記載してください。

記入日

☆ご自身の考えを管理者等（上司）と相談しながらまとめて下さい

管理者等記入欄：受講者に研修で学んでほしいこと・期待することを記載してください。

記入者氏名

所属先

記入日

役職

☆ご自身の所属先管理者等（上司）の方に記載していただく欄です。
☆ご自身が管理者の場合は「本人管理者の為」と記載して下さい。該当する管理者等（上司）に相当する方がいなければ、その旨記載して下さい。

2. 受講後（3カ月後程度）

受講者記入欄：受講成果（目標の達成と実践への活用の状況）の自己評価を記載してください。

記入日

管理者等記入欄

記入者氏名

記入日

役職

☆2. 受講後（3カ月後程度）の記載につきましては、研修終了後に記載して頂くこととなりますので申込時には記入は不要です。

※受講目標は受講者と管理者で相談して決めてください。

※管理者等欄は、受講者が管理者本人の場合は上司に当たる方等が記入してください。実務に就いていない等の理由により、記入できない場合はその旨記入してください。

研修記録シート1（目標）

様式4-1（目標）

この事前提出シートは、研修受講前に「受講者」と「管理者」が受講に当たっての目標を共有するためのものです。研修に期待すること、目標、成果等を記入してください。**受講前は赤枠内**を、3か月後は青枠を入力してください。

研修名： 主任

氏 名
介護支援専門員登録番号

1. 受講前

受講者記入欄：受講目標（研修後にどのような行動ができるようになりたいか）を記載してください

記入日

管理者等記入欄：受講者に研修で学んでほしいこと、期待することを記載してください

記入者氏名 所属先及び役職
記入日 役職

2. 受講後（3カ月後程度）

受講者記入欄：受講成果（目標の達成と実践への活用の状況）の自己評価を記載してください

記入日

管理者等記入欄：受講成果（受講者の目標の達成と実践への活用状況）を記載してください

記入者氏名 所属先及び役職
記入日 役職

※受講目標は受講者と管理者で相談して決めてください。

※管理者等欄は、受講者が管理者本人の場合は上司に当たる方等が記入してください。実務に就いていない等の理由により、記入できない場合はその旨記入してください。

(令和3年度)

介護支援専門員証の写し添付
貼付用台紙

令和3年度山形県主任介護支援専門員研修

受講申込み提出書類のチェックシート

介護支援専門員証番号

氏名

私は主任介護支援専門員研修受講申込みにあたりメールアドレスの登録を完了しました

並び順	添付様式	内 容	<input checked="" type="checkbox"/>
1		受講申込み提出書類チェックシート（この用紙）	
2	様式 1	受講申込書	
3	様式 2	実務経験申告書（事業所用、地域包括支援センター用いずれか一つ選択）	
4	様式 3-1	基本情報	
5	様式 3-2	課題分析	
6	様式 3-3	山形県主任介護支援専門員研修自己評価表（居宅介護支援・介護予防）	
7	様式 3 の 添付資料 1、～3 事 業所で、い ずれか直 近のもの を提出す る。	1、居宅介護支援事業所 居宅サービス計画（1）	
8		居宅サービス計画（2）	
9		週間スケジュール表	
10		サービス担当者会議の要点、介護支援経過（新規、更新を含む2ヶ月） モニタリング記入のあるものを添付	
11		2、施設等 施設サービス計画（1）	
12		施設サービス計画（2）	
13		週間スケジュール表又は日課表	
14		サービス担当者会議の要点、介護支援経過（新規、更新を含む2ヶ月） モニタリング記入のあるものを添付	
15		3、介護予防支援事業所 基本情報、基本チェックリスト、	
16		介護予防サービス・支援計画書	
17		介護予防支援経過記録（サービス担当者会議要点、モニタリングの記録 を含む）（新規、更新を含む2ヶ月）	
18	介護予防サービス評価表		
19	様式 4	研修記録シート様式 4-1 様式 4-1 には管理者または上司などの意見を忘れず記入してください （様式 4-2 は URL もしくは QR コードより入力してください）	
20	5	専門(更新)研修課程Ⅰ及びⅡの研修修了証書の写し（直近のもの）	
21	6	介護支援専門員証の写し	

※受講申込みにかかる書類および記載に不備が無いことを各自確認したうえ、並び順どおりに揃えて角 2 封筒に入れ、封筒の表に朱書きで「主任介護支援専門員研修申込書在中」と明記のうえ期日まで簡易書留で郵送して下さい。

私は主任介護支援専門員研修受講申込みにあたり記入内容と以下の書類の添付を確認しました

※書類不備の場合は申込みを受け付けできません。

令和 3 年度山形県主任介護支援専門員研修カリキュラム

日 付	時 間	研 修 科 目
	9:30～	受付
7/6 (火)	10:00～	開講式、オリエンテーション
	10:30～12:30	主任介護支援専門員の役割と視点①
	13:30～17:30	主任介護支援専門員の役割と視点②
7/7 (水)	9:30～11:30	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
	12:30～15:30	運営管理におけるリスクマネジメント
7/8 (木)	9:30～12:30	ターミナルケア
	13:30～16:30	人材育成と業務管理
7/12 (月)	9:30～16:30	ケアマネジメントに必要な医療との連携および多職種協働の実現
7/26 (月)	9:30～16:30	地域援助技術 (コミュニティーソーシャルワーク)
8/5 (木)	9:30～16:30	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 (1)
8/6 (金)		
8/19 (木)	9:30～16:30	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 (2)
8/20 (金)		
9/1 (水)	9:30～16:30	対人援助者監督指導 (スーパービジョン)
9/2 (木)		
9/3 (金)		