

# 令和3年度山形県主任介護支援専門員更新研修実施要綱

## 1 目的

この研修は、主任介護支援専門員に対して、主任介護支援専門員研修修了証明書の有効期限の更新時に併せて、研修の受講を課すことにより、継続的な資質向上を図るための定期的な研修受講の機会を確保し、主任介護支援専門員の役割を果たして行くために必要な能力の保持・向上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)

次の(1)、(2)のすべてに該当する者

- (1) 介護支援専門員として実務に従事している者（※1）  
(2) 以下の①から⑤までのいずれかに該当する者であって、主任介護支援専門員研修修了証書の有効期間が概ね2年以内に満了する者（注）

- ① 介護支援専門員に対する研修（※2）の企画、講師やファシリテーターの経験がある者（山形県介護支援専門員実務研修における実習指導者（※3）を含む）  
② 地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修（※4）に年4回以上（主任介護支援専門員研修又は主任介護支援専門員更新研修の修了から令和3年3月31日までの間の任意の1年間に4回参加した者  
③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者（※5）  
④ 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（認定有効期間内のものであること）  
⑤ 主任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として、都道府県が適当と認める者（※6）  
（注）当該研修の修了日（7月2日）が現在の主任介護支援専門員有効期間内でない者は受講できません。

## 《※1～6の定義等》

※1 「実務に従事している者」とは下記①～⑦の事業所において、介護支援専門員として就労（サービス計画の作成業務及び指導・助言の業務は必須）している者（管理者等介護支援専門員を指導する立場にある者を含む）又は大学や市町村において、介護保険制度の運用やケアマネジメント等の実施について教育、指導している者とする。

- 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）  
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を含む）

- ※2 「研修」とは、法定研修の他、都道府県、市町村、地域包括支援センター及び職能団体（実務研修受講試験の要件にある法定資格者団体と一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般社団法人山形県介護支援専門員協会及び各地区支部）が実施するもので、受講対象者に介護支援専門員が含まれるものとします。
- ※3 「実習指導者」とは、山形県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所として山形県に登録された事業所に勤務する主任介護支援専門員であり、介護支援専門員実務研修科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」の模擬プラン作成実習及び見学・観察実習で直接指導を行った主任介護支援専門員として、社会福祉法人山形県社会福祉協議会会长から「山形県介護支援専門員実務研修実習指導証明書」の交付を受けた者をいいます。
- ※4 「法定外の研修」とは、介護支援専門員に係る研修として都道府県、市町村、地域包括支援センター及び職能団体（※2と同じ）が実施するもので受講対象者に介護支援専門員が含まれるものとします。
- ※5 「演題発表等の経験がある者」とは、日本ケアマネジメント学会が開催した講演会の講師、研究大会のコーディネーター、シンポジスト、演題発表者、ポスターセッションの発表経験のある者をいいます。
- ※6 市町村及び地域包括支援センター（基幹型含む）において、介護保険制度の運用やケアマネジメント等の実施について、指導的立場にある者で、市町村長が推薦する者

4 募集定員 115名 （感染症拡大防止等の為、定員を変更する場合があります）

5 申込方法 （2通り）

①インターネット申込みの場合（2、3、5、6は郵送して下さい）		
(1)	URL  <a href="https://forms.gle/aGBS2nUdzASKXvfy7">https://forms.gle/aGBS2nUdzASKXvfy7</a>	QR コード→ 
(2)	様式3-①②③（受講要件申告書）及びその確認書類 様式3-①にかかる添付書類（講師依頼文、講師お礼状、研修プログラムで講師、ファシリテーターとして氏名の記載のあるもの等のコピー）、介護支援専門員実務研修における実習指導者の場合は山形県社会福祉協議会会长名の「山形県介護支援専門員実務研修実習指導証明書」のコピーを添付すること。 様式3-②にかかる添付書類（受講証明書や参加証明書、受講者本人の氏名や研修内容が記載されている次第や講義資料、領収書のコピー） ※web研修につきましても要件として認めていますが、必ず参加した証明のできる書類を添付して下さい。	
(3)	様式4-①②③④⑤⑥⑦（指導事例）1部	
(4)	様式5-1（郵送提出） 様式5-2（パソコンでの入力を推奨します） URL  <a href="https://forms.gle/ShDAW1iYG7BbdzSz5">https://forms.gle/ShDAW1iYG7BbdzSz5</a>	QR コード→ 
(5)	直近の主任介護支援専門員研修修了証書、又は主任介護支援専門員更新研修修了証書の写し	
(6)	介護支援専門員証の写し	

②すべて郵送の場合（様式はダウンロードして下さい）	
(1)	様式1（受講申込書） ※今後、感染症拡大等に備え、メールアドレス記入を必須としています。（間違いのないように記入をお願いいたします）
(2)	様式2（実務経験申告書）
(3)	様式3-①②③（受講要件申告書）及びその確認書類 様式3-①にかかる添付書類（講師依頼文、講師お札状、研修プログラムで講師、ファシリテーターとして氏名の記載のあるもの等のコピー）、介護支援専門員実務研修における実習指導者の場合は山形県社会福祉協議会会长名の「山形県介護支援専門員実務研修実習指導証明書」のコピーを添付すること。 様式3-②にかかる添付書類（受講証明書や参加証明書、受講者本人の氏名や研修内容が記載されている次第や講義資料、領収書のコピー） ※web研修につきましても要件として認めていますが、必ず参加した証明のできる書類を添付して下さい。
(4)	様式4-①②③④⑤⑥⑦（指導事例）1部
(5)	様式5-1（目標）受講前をご自身、管理者の記入をお願いします。 様式5-2（評価）①②③④⑤⑥⑦⑧ (受講前を記載したもの)
(6)	直近の主任介護支援専門員研修修了証書、又は主任介護支援専門員更新研修修了証書の写し
(7)	介護支援専門員証の写し

#### 【申込時の注意事項】

##### ①インターネット申込みの場合

- 書類の郵送前にQRコードもしくはURLよりインターネットでの申込み、研修記録シートの送信をお願いします。
- 上記(2)～(6)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更新研修申込書在中（インターネット申込み済）」と明記のうえ4月23日（金）までに【郵送必着】で申込みして下さい。  
※受講申込書は簡易書留での郵送をお願いいたします。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での申込みは受け付けません。
- 「受講申込書」、「実務経験申告書」及び「受講要件申告書」により受講要件の確認ができない場合及び添付すべき書類が不備の場合は受講を認めません。
- 申込期日を過ぎた場合は受理しません。

##### ②すべて郵送の場合

- 様式は一般社団法人山形県老人福祉施設協議会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下さい。（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更新研修申込書在中」と明記のうえ4月23日（金）までに【郵送必着】で申込みして下さい。  
※受講申込書は簡易書留での郵送をお願いいたします。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での申込みは受け付けません。
- 「受講申込書」、「実務経験申告書」及び「受講要件申告書」により受講要件の確認ができない場合及び添付すべき書類が不備の場合は受講を認めません。
- 申込期日を過ぎた場合は受理しません。

## 6 受講決定

受講の可否については、5月上旬頃に、事業所宛に通知いたします。

※ 受講者多数の場合は、以下の者を優先したうえで先着順とするため、受講できない場合もあることを予め御了承下さい。

①概ね1年以内に介護支援専門員証の有効期間が満了する者

## 7 経 費

受講料は山形県手数料条例に基づき 24,500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、研修初日の受付時に提出して下さい。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・会場

別紙1（カリキュラム）のとおりですが、都合により変更する場合があります。その場合はホームページにてお知らせします。

※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため日程及び会場又は方法が変更される場合があります。

## 9 研修初日に持参する物

受講決定通知書、テキスト、指導事例、筆記用具等

なお、研修開始後に使用する物については研修中にお知らせします。

## 10 遅刻、欠席等の受講上の注意

研修課程は46時間すべてを履修する必要があり、遅刻、早退、欠席、研修主催者の了承を得ない離席は認めません。特別な事情がある場合は、必ず当会事務局へ連絡して下さい。

## 11 指導・事例等の提出について

事例の提出については、別紙2「令和3年度主任介護支援専門員更新研修の指導事例提出について」を参照してください。指導事例の提出が困難な場合は受講できない場合があります。

## 12 修了認定

研修の全課程を受講した者について、小論文又は課題に対するレポート等により、国が示す「介護支援専門員養成研修における修了評価に関する指針」に基づく評価を研修審査委員会において行います。その結果、修了可とされた者に修了証書を交付します。

## 13 個人情報の取り扱い

①研修申込みで取得した受講者の個人情報については、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。

②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できますので、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。

## 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 (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 QRコード→



一般社団法人山形県老人福祉施設協議会会長 殿

## 受 講 要 件 申 告 書

要綱 3 (2) について、下記のとおり該当するので確認書類を添えて申告します。

令和 年 月 日

氏 名

(印)

介護支援専門員証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 記

該当項目にチェックし、確認できる書類を添付してください。

- ① 介護支援専門員に係る研修の企画、講師やファシリテーターの経験がある者  
⇒ 確認書類  
主催者からの講師等依頼文（研修の内容がわかるもの）等  
介護支援専門員実務研修実習指導証明書
- ② 主任介護支援専門員研修修了日又は、主任介護支援専門員更新研修修了日から  
令和3年3月31日までの任意の1年間に地域包括支援センターや職能団体  
等が開催する法定外の研修に年4回以上参加した者  
⇒ 確認書類  
『様式 3 -② 研修受講一覧』に記入の上、受講証明書等受講を確  
認できるもの及び研修の内容が確認できるものを添付すること
- ③ 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験  
がある者  
⇒ 確認書類『様式 3 -③』に記入の上大会等において発表したことがわ  
かるもの
- ④ 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  
⇒ 確認書類  
認定有効期間内の認定ケアマネジャー認定証の写し
- ⑤ 主任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として、都道府  
県が適当と認める者  
⇒ 確認書類 『様式 3 -④』 市町村長が発行する証明書

様式3-②

(研修受講一覧)

氏名	
介護支援専門員証番号	

## 研修受講一覧

No	月日	研修名	主催者
1	平成・令和 年 月 日		
2	平成・令和 年 月 日		
3	平成・令和 年 月 日		
4	平成・令和 年 月 日		
備考 (確認できるものを添付できない場合はその理由)			

※ 別に一覧がある場合は「別紙一覧のとおり」と記入しその一覧を添付すること

※ 受講証明書等本人の受講を確認できるもの及び研修の内容を確認できるものを添付すること  
(添付書類につきましては、実施要項 5 申込方法をご覧ください)

※ 必ず主任介護支援専門員研修の有効期間内の任意の一年間で受けた研修を記載すること

## 様式 3-③

## (研修受講一覧)

氏名	
介護支援専門員証番号	

日本ケアマネジメント学会などが開催する研究大会等において演題発表などの経験がある者

No	月　　日	研究大会の名称と演題発表題名など	主　　催　　者
1	平成・令和　　年 月　　日		
2	平成・令和　　年 月　　日		
3	平成・令和　　年 月　　日		
4	平成・令和　　年 月　　日		
備　　考 (確認できるものを添付できない場合はその理由)			

※ 実績を証明できるものを添付すること。

(1) 学術大会、学会等の発行する参加証明書

(2) 講演、シンポジウム、研究発表のプログラムや抄録で申請者名の記載のある者

様式 3-④ (⑤都道府県が適當と認める者)

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会会長 殿

○ ○ ○ 長 公印

主任介護支援専門員更新研修受講に係る業務従事証明書

下記の者について、主任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として認めます。

記

1 氏 名

2 介護支援専門員証登録番号

2 所 属

3 主任介護支援専門員研修修了日 平成 年 月 日

又は

主任介護支援専門員更新研修修了日 平成 年 月 日

4 実務従事期間 平成 年 月 日～現在  
( 年 力月)

5 受講要件⑤を満たす主な理由

様式 4-①

(指導事例又は実習指導事例の概要)

介護支援専門員証番号	
*事務局用番号(記入しないでください)	

**主任介護支援専門員更新研修提出指導事例の概要**

提出事例の種別番号（主として該当するものを下記より選択）	番号：
① リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例 ② 看取り等における看護サービスの活用に関する事例 ③ 認知症に関する事例 ④ 入退院時等における医療との連携に関する事例 ⑤ 家族への支援の視点が必要な事例 ⑥ 社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例（※総合事業含む） ⑦ 状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例  ※ 指導事例について主以外の関連番号を2つ以上選ぶこと（ + + ）	

事例のタイトル（事例の概要がわかるように簡潔に）

キーワード 1	2	3
---------	---	---

この事例を提出した理由

指導事例

- 介護支援専門員に指導・助言した事例
- 地域包括支援センターとして介護支援専門員に指導・助言した事例
- 実務研修実習指導で模擬ケアプランについて指導した事例

**主任介護支援専門員更新研修提出事例の基本情報(相談者)**

受付	平成・令和 年 月 日		居所	1自宅 2施設 3 ( )
性別	男 女	年 齢	歳 (受付時)	
主訴	(本人)  (家族)			
生活歴・生活状況				
(生活歴)		(家族状況)		
(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 :		
現在利用しているサービス :				

## 主任介護支援専門員更新研修提出事例の課題分析（概要）

健康状態	
A D L	
I A D L	
認知	
コミュニケーション能力	
社会との係わり	
排尿・排便	
褥瘡・皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
BPSD（周辺症状）	
介護力	
居住環境	
特別な状況、その他（経済力等）	

(その他)

### 主任介護支援専門員更新研修提出事例（その他）

住宅見取り図（居宅）・居室周辺利用者が使用する場所を含めた見取り図（施設）

別添しても良い。利用者の生活動線を記入する事

エコマップ

●居宅サービス計画書等（1表から3表、支援経過記録　事例に応じて該当するものを添付）

●施設サービス計画書等（1表から2表　支援経過記録　事例に応じて該当するものを添付）

# 様式4—⑤ 課題整理総括表(指導した主任介護支援専門員が作成したもの)

利用者名 \_\_\_\_\_ 作成日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

状況の事実※1		現在※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)		生活全般の解決すべき課題(二~六)〔案〕※6	
利用者及び家族の生活に対する意向		見通し※5									
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
食事	食事内容	支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
	食事採取	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
排泄	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
	排尿・排便	支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化			
コミュニケーション能力		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
認知		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
社会との関わり		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
介護力(家族関係含む)		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			
居住環境		支障なし	支障あり			改善	維持	悪化			

※1 本様式は総括表であり、アセスメント一覧表ではないため、必ず別に詳細な情報収集を行なうこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えねい。  
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立あるいは支障なし」以外である場合に、そのよなな状況をもたらしている要因を、株式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入可。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入。  
 ※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事実の状況・目標を記載する。  
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

## 介護支援専門員への指導記録表

記録年月日： 年 月 日

指導担当介護支援専門員所属	居宅・包括・施設 その他( )		提出事例の種別番号 (別紙2参照)
対象者の所属	居宅・包括・施設		指導方法
対象者氏名(イニシャル)			面接・電話・同行
指導日時	平成・令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		その他( )
主訴(要点)			
利用者	氏名	男・女	歳
家族構成			
経緯			
相談者は どうしたいのか			
利用者にどうなって もらいたいか			
指導の内容 (指導の具体的な内容)			
指導に対する相談者の反応			
結果			
備考			

## 介護支援専門員への指導記録表（記入例）

記録年月日：令和元年 5月 16日

指導担当介護支援専門員所属	居宅・ <b>包括</b> ・施設 その他( )	提出事例の種別番号 (別紙2参照)	<b>⑥</b>
対象者の所属	<b>居宅・包括・施設</b>		<b>指導方法</b>
対象者氏名	A介護支援専門員		<b>面接・電話・同行</b>
指導日時	平成 <b>令和</b> 元年 5月 15日(水) 15時00分～16時20分		その他( )
主訴(要点)	キーパーソンとなる夫も認知症、子供がいない、誰がキーパーソン		
利用者	氏名:Bさん	男 <b>・女</b>	85歳
家族構成	高齢者夫婦世帯		
経緯	当地域包括にて総合事業で支援担当していたが、要介護認定となり依頼したケース。高齢者夫婦で子供もおらず、実家とも疎遠、夫も認知症症状が見られてきた。自己負担料金の滞納もあり、利用拒否となっている。食事も偏り主食がカップラーメンとご飯である。夫は自身のお金に執着があり自分の年金は妻には使用したくないと訴える。		
相談者は どうしたいのか	利用者の状態像からサービスを利用して閉じこもりを予防すると共に夫の認知症に伴う支援をどうしていくか、夫以外のキーパーソンを見つけたい。		
利用者にどうなって もらいたいか	Bさんは出かけて人に自慢したい気質。外出したいが、夫が心配でと話されている。出かけて会話の機会があれば元気になると思う。		
指導の内容 (指導の具体的な内容)	Bさんというよりも夫を認知症初期集中支援チームにつなぎ、専門医の受診を勧めてはどうか。Bさんの外出しやすい環境作りと食の確保が必要。利用料金滞納については、事業所と相談し支払い方法の検討。キーパーソンの課題あり。		
指導に対する相談者の反応	できるところから進めていきたい。夫の件についてはぜひ協力と指導をお願いしたい。		
結果	夫を認知症初期集中支援チームに繋げ、精神科受診となるが、その後の通院や内服コントロールがうまくいかない。夫婦での生活である事で利用料金については納得された。Bさんは自分のためと通所介護週1回利用した。		
備考			

樣式 4-⑦

## 主任介護支援専門員指導経過記録

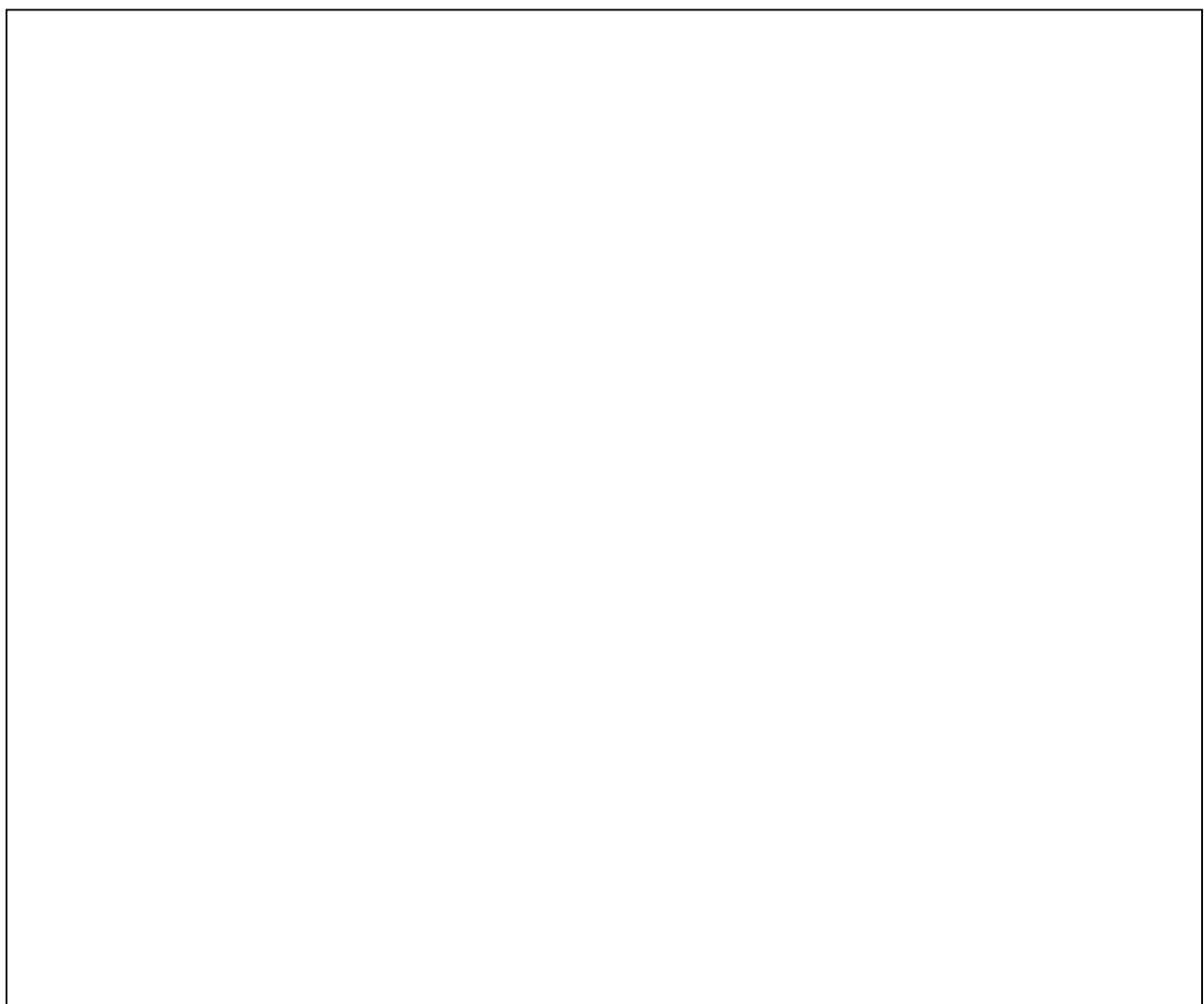
※逐語録が提出可能な場合は代用しても良い。

※「区分」とは、面接相談、助言、指示、報告を受ける、連絡調整、同行指導、状況確認、状態確認

※「スーパービジョン機能」とは支持、管理、教育、評価

(令和 3 年度)

介護支援専門員証の写し添付  
貼付用台紙



## ※インターネット申込みの方

令和3年度山形県主任介護支援専門員更新研修受講申込み

### 提出書類チェックシート

☆郵送前にインターネットでの申込を完了しました  ←✓をして下さい

介護支援専門員証番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

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）	<input type="checkbox"/>
2	様式 3-①	受講要件申告書	<input type="checkbox"/>
3		(確認書類) *対象者として該当する項目にあわせ、いずれか一つ選択 ① 講師依頼文など、実務研修実習指導証明書 ② 研修受講一覧 年4回以上の研修受講証明、参加証明書、受講が証明されるもの、受講が確認できる書類(様式3-②) ③ 研修受講一覧 講演、シンポジストなどの抄録（申請者の名前 の記載されたもの）(様式3-③) ④ 認定ケアマネジャー認定証の写し(有効期間内) ⑤ 市町村及び地域包括支援センターにおける所属や担当指導内 容等が確認できるもの	<input type="checkbox"/>
4	様式 4	指導事例	
5		① 指導事例又は実習指導事例の概要	<input type="checkbox"/>
6		② 基本情報	<input type="checkbox"/>
7		③ 課題分析（課題分析標準項目により作成してください）、	<input type="checkbox"/>
8		④ その他（住宅見取り図（居宅）・居室周辺利用者が使用する場所を 含めた見取り図（施設）、エコマップ）	<input type="checkbox"/>
9		⑤ 課題整理総括表（指導者した主任介護支援専門員が作成したもの）	<input type="checkbox"/>
10		⑥ 介護支援専門員への指導記録票	<input type="checkbox"/>
11		⑦ 主任介護支援専門員指導経過記録	<input type="checkbox"/>
12		⑧ それぞれ該当するサービス計画書等	<input type="checkbox"/>
13	様式 5	研修記録シート様式5のみ  管理者、または上司などの意見も忘れずお願いします。	<input type="checkbox"/>
14	6	主任介護支援専門員研修修了証書の写し	<input type="checkbox"/>
15	7	介護支援専門員証の写し	<input type="checkbox"/>

※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更新研修申込書在中（インターネット申込み済）」と明記のうえ期日まで簡易書留で郵送して下さい。

※書類不備の場合は申込みを受け付けできません。

受講申込者最終確認↓

主任介護支援専門員更新研修受講申込みにあたり記入内容と書類の添付を確認しました□←✓

別紙1

令和3年度山形県主任介護支援専門員更新研修カリキュラム

日付	会 場	時 間	研 修 科 目
5/27 (木)	緑の迎賓館アンジェリーナ 住所：山形県天童市鍬ノ町2 丁目1番50号	9:10～ 9:40～ 10:00～12:00	受付 開講式、オリエンテーション 介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向①
		13:00～16:00	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向②
5/28 (金)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例
5/31 (月)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	認知症に関する事例
6/14 (月)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	家族への支援の視点が必要な事例
6/15 (火)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例
6/30 (水)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	状態に応じた多様なサービスの活用に関する事例
7/1 (木)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	看取り等における看護サービスの活用に関する事例
7/2 (金)	緑の迎賓館 アンジェリーナ	9:30～16:30	入退院時等における医療との連携に関する事例

## 別紙 2

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会  
介護支援専門員研修委員会  
委員長 安部 久

### 令和 3 年度主任介護支援専門員更新研修の指導事例提出について

1 【事例の対象】 国の指針に基づき、指導事例の提出を原則とします。

- ・他の介護支援専門員に対して支援・指導を行ったケースが対象です。
- ・事例検討、事例研究、地域ケア会議等で指導した事例でも構いません。

※申込者の指導により他の介護支援専門員が作成したプランです

2 【提出いただく指導事例のカテゴリー】

提出指導事例は下記の 7 項目の中から選択してください。下記の参考選択票をご覧いただき、当てはまる①～⑦の内 2 つ以上選択可能な事例を準備し、選択した事例の項目の番号を様式 4 -①に記入して下さい。複数のカテゴリーに跨る事例の提出をお願いします。

	科目名	キーワード例
①	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	リハビリテーション（口腔リハビリテーション含む）、筋力低下・日常運動の強化・機能訓練・住宅改修・福祉用具利用・外出支援・閉じこもり症候群の予防・廃用症候群の予防・機能強化ロボット使用 等
②	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	看取り・訪問看護制度・緩和ケアチーム・多職種との連携・痛みの改善の取組・生活機能低下における対応・死の受容に関する事・緩和療法・葬儀に関する相談対応・遺品に関する相談対応・生きがいの実現・看護サービス利用について 等
③	認知症に関する事例	認知症の理解・環境変化における対応・行動障がいの取組・認知症治療に関する事・精神疾患における医学的、心理的な状況・地域の社会資源の活用・認知症初期集中支援チーム 等
④	入退院時等における医療との連携に関する事例	入退院時の場面に応じた各関係機関との連携・説明責任・難病の取組・医療の活用・入院における介護負担に関する事・入退所におけるコンプライアンスに関する事・高齢者に多い入院を伴う疾患、感染症・退院時カンファレンス 等
⑤	家族への支援が必要な事例	家族に疾患がある場合の対応・利用者と家族の受け止め方が違う場合の対応・家族が本人の生活機能に強く影響する場合の対応・家族間の関係性を対応した・介護離職の可能性・仕事と介護の両立の支援・介護と育児の両立・介護放棄・家族に対する地域の社会資源の活用 等

⑥	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	地域支援・社会資源の特徴と対応・社会資源（警察署、消防署、保健所、福祉事務所、病院、行政関係、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、社協等など）との連携・社会資源介入と対応・地域特性と社会資源の関係・生活保護制度・成年後見制度利用・虐待事例 等
⑦	状態に応じた多様なサービスの活用に関する事例	住み替えの対応・生活機能促進・利用者の主体的な選択に関する対応・説明と同意に関する事・施設サービスの対応・地域密着サービスの対応・定期巡回・隨時対応型訪問介護看護・複合型サービス・小規模多機能居宅介護活用 等

### 3【提出事例の記入上の留意事項】

- 受講申込者は提出書類の作成にあたり、事例対象者の個人情報を下記の形で記載して下さい。
- ☆個人名や住所はイニシャルを使用せず、アルファベット大文字 1 文字で、「Aさん」「Bさん」と記号化する。
- ☆電話番号は記載しない。
- ☆利用者の生年月日は、生まれた年だけを記載する。（年齢のみわかれれば可）
- ☆個人に関する市町村名や地区名、家族等の具体的な職業名などにも注意する。
- ☆事業所名、病院名などはアルファベット大文字 1 文字にする。
- ☆介護保険をはじめ社会保険に係る保険者番号、被保険者番号等は記載しない。各種手帳等も同様とする。

### 4【演習後の事例回収について】

提出して頂いた事例は返却いたしませんので必ず控えをお取りください。

提出する指導事例については、担当介護支援専門員又は利用者より事例使用の同意を得た上で提出してください。

全体を通じて、個人名（利用者名、家族・親族名、担当介護支援専門員名、医療機関名、サービス事業所名、インフォーマルサービス機関名など）を伏せるとともに、特定できない（「利用者 Aさん」、「長男 Bさん」、「担当介護支援専門員 C」、「D 医療機関」、「E 通所リハビリテーションの F 理学療法士」）などと記入してください。

個人情報が匿名化、記号化されていない場合は、再提出もしくは研修受付が出来ませんのでご注意ください。

講師、事務局保管以外の事例回収については、事例提出者の責務にお任せします。

個人名（利用者・家族・担当介護支援専門員・担当職員等）	山田さん→Yさんとはせず、アルファベットで Aさん、Bさんなどと記号化する
住所	山形県山形市→Y県Y市（イニシャル）とせず、アルファベットで A県B市などと記号化する。
事業所・施設・病院の名称	C居宅介護支援事業所、D病院、Eデイサービス、養護老人ホームFなどと記号化する

## 5【提出する様式について】

提出書類チェックリスト			
<input type="checkbox"/>	様式 4-① 主任介護支援専門員更新研修提出指導事例の概要		
<input type="checkbox"/>	様式 4-② 基本情報		
<input type="checkbox"/>	様式 4-③ 課題分析の概要（課題分析標準項目により作成して下さい）		
<input type="checkbox"/>	様式 4-④ 住宅見取り図（居宅）・居室周辺利用者が使用する場所を含めた見取り図（施設）、エコマップ		
<input type="checkbox"/>	様式 4-⑤ 課題整理総括表（指導した主任介護支援専門員が作成したもの）		
<input type="checkbox"/>	様式 4-⑥ 指導記録表		
<input type="checkbox"/>	様式 4-⑦ 指導者の指導経過記録		
	【居宅介護支援事業所】	【介護保険 3 施設及び居住系サービス】	【地域包括支援センター及び介護予防支支援事業所】
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（1）（2）（3）	施設サービス計画書（1）（2）	介護予防支援サービス計画書
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の要点	週間サービス計画書または日課表	サービス担当者会議の要点
<input type="checkbox"/>	計画書作成前後 1 ヶ月の支援経過記録（3か月分）	サービス担当者会議の要点	計画書作成前後 1 ヶ月の支援経過記録（3か月分）
<input type="checkbox"/>		計画書作成前後 1 ヶ月の支援経過記録（3か月分）	

## 6【課題提出上の留意事項】

- 研修の中で主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践に係る科目において、指導事例を活用した演習を行います。提出した指導事例を研修の際に使用しますので、事前に事務局が指示する部数をご持参ください。ただし、受講者全体の事例により偏りがある場合は、使用されない場合もありますのでご了承ください。

## 7【問い合わせ・連絡先】

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 事務局

〒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

TEL : 023-666-8506/FAX : 023-615-5570 (問い合わせ時間 平日 9:30~16:00)

E-mail:care@scws.yamagata.jp

## インターネット申込みの方

### 様式5（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更新研修ガイドライン（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5-2-①②③④⑤⑥⑦⑧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/ShDAW1iYG7BbdzSz5>

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5-1（目標）

この事前提出シートは、研修受講前に「受講者  
す。

研修に期待すること、目標、成果等を記入し  
ての目標を共有するためのもので

## 記入例

研修名： **主任更新**

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ヶ月後程度）

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ヶ月後程度）の記載につき  
ましては、研修終了後に記載して頂くことにな  
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5-1（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：主任更新

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ヶ月後程度）

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。