

山形県主任介護支援専門員 令和6年度 更新研修受講申込書

申込年月日	令和 年 月 日	生年月日
(フリガナ)		S・H 年
氏名	男女	月 日 (歳)
介護支援専門員証番号 (8桁の登録番号)		
受講要件		指導事例カテゴリ番号
勤務先 事業所	事業所名	
	所在地	〒
	電話番号 (市外局番から)	
緊急連絡先電話番号	()	

介護支援専門員証	<p>介護支援専門員証の写しを貼付してください</p>
介護支援専門員証有効満了日	令和 年 月 日
主任有効満了日	令和 年 月 日

パソコンで入力の方はプルダウンリストになっておりますので、該当する番号を選んでください。

※受講要件の①は

①-1 講師ファシリテーター

①-2 実習指導者 となります。

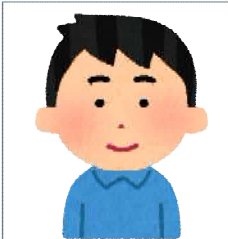
山形県主任介護支援専門員
更新研修受講申込書

必ず、今年度の様式を使用してください

		年 4 月 1 日	生年月日
(フリガナ)	ロウシ キョウタロウ	性	♂ S・H 52 年
氏 名	老施 協太郎	性	♂ 女 5月 6日 (48歳)
介護支援専門員証番号 (8桁の登録番号)	06000000		
受講要件	①-1	指導事例カテゴリ番号	2
勤 務 先 事 業 所	事業所名	0000居宅介護支援事業所	
	所在地	〒 999-0000 山形市00000000	
	電話番号 (市外局番から)	000-0000 0000	
緊急連絡先電話番号	例:000-0000-0000(本人携帯)		

山形市～ ○
北村山郡～ ○
遊佐町～ × →飽海郡遊佐町 ○
本町～ × →寒河江市本町 ○

基本的には事業所へ連絡させていただきますが、緊急な場合はこちらにご連絡させていただきます。

介護支援専門員証	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>介護支援専門員証</p>  <p>登録番号 06000000 氏 名 ○○ ○○○ 生年月日 ○○○年○月○日 交付年月日 令和元年○月○日 有効期間満了日 令和7年○月○日</p> <p>上記の者は介護支援専門員であることを証明する。 山 形 県 知 事</p> </div>		
	介護支援専門員証有効満了日	令和 6年 7月 〇日	
主任有効満了日	令和 6年 7月 〇日		

(受講要件申告書)

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 _____

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6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2-② 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2-③』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2-④』市町村長が発行する証明書

様式2-② (研修受講一覧)

介護支援専門員証番号

研修期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

研修受講一覧

No	月 日	研 修 名	主 催 者
1	令和 年 月 日		
2	令和 年 月 日		
3	令和 年 月 日		
4	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

※ 必ず主任介護支援専門員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(研修期間に最初に受講した研修の日時と最後に受講した研修の月日を記載すること。その際1年間での受講になっているかも確認すること)

様式2-③

(研修受講一覧)

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	令和 年 月 日		
2	令和 年 月 日		
3	令和 年 月 日		
4	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

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会会長 殿
市町村長名

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 令和 年 月 日

又は

主任介護支援専門員更新研修修了日 令和 年 月 日

4 受講要件⑤を満たす主な理由（業務従事期間も記載する事）

※証明者は市町村長とする(押印不要)。

※本書を偽造(無断作成)した場合、刑法159条第1項の有印私文書偽造罪(3月以上5年以下の懲役)で処罰されることがある。また、禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者は、介護保険法第69条の6第1項第3号の規定により介護支援専門員の登録を消除される。

(令和6年度主任更新)

(指導事例又は実習指導事例の概要)

主任介護支援専門員更新研修提出指導事例の概要

指導事例提出について(別紙2)の内容を確認しました。⇒ 確認後にチェック

提出事例の種別番号(下記より1つ選択)

番号:

- ➡
- ① 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント
 - ② 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
 - ③ 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
 - ④ 大腿部頸部骨折のある方のマネジメント
 - ⑤ 心疾患のある方のケアマネジメント
 - ⑥ 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
 - ⑦ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例
 - ⑧ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント

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

この指導事例を提出した理由(主任介護支援専門員として振り返ってみたい点)

指導事例(提出する事例に該当する項目に☑をつけてください)

- 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

(令和6年度主任更新)

(指導事例又は実習指導事例の概要)

確認をしてチェックをいれてください

主任介護支援専門員更新研修提出指導事例の概要

指導事例提出について(別紙2)の内容を確認しました。⇒ 確認後にチェック

提出事例の種別番号(下記より1つ選択)	番号:	③
① 生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント ② 脳血管疾患のある方のケアマネジメント ③ 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント ④ 大腿部頸部骨折のある方のマネジメント ⑤ 心疾患のある方のケアマネジメント ⑥ 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント ⑦ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例 ⑧ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント		

選んだ指導事例の番号を記載して下さい。パソコンで入力する場合はプルダウンリストになっ

事例のタイトル(事例の概要がわかるように簡潔に)

(例)認知症のある独居高齢者の在宅生活継続と支援体制について

キーワード	1	認知症独居	2	家族との連携	3	多職種連携
-------	---	-------	---	--------	---	-------

この指導事例を提出した理由(主任介護支援専門員として振り返ってみたい点)

(例)指導対象者は介護支援専門員として初めてケアプランを作成。こちらをはじめでの指導で不慣れなところもあり、ケアマネジメントプロセスや利用者のストレングスを短時間で理解・把握してもらい計画作成してもらうのに時間を要した。指導の振り返り、反省の意味で本事例を提出した。

指導事例(提出する事例に該当する項目に☑をつけてください)

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に指導・助言した事例

実務研修等に指導した事例

該当するもの1つにチェック

介護支援専門員への指導記録表

指導担当介護支援専門員所属	居宅・包括・施設・その他()		
指導対象介護支援専門員の所属	居宅・包括・施設・その他()		
指導方法	面接・電話・同行・その他()		
初回指導日時	令和 年 月 日 ()		
	時 分 ~ 時 分	計 分	
相談者(ケアマネ)の主訴(要点)			
利用者		男・女	歳
家族構成			
経緯			
相談者(ケアマネ)はどうしたいのか			
利用者になんてなってもらいたいのか			
指導の内容 (指導の具体的内容)			
指導に対する相談者(ケアマネ)の反応			
結果	相談者(ケアマネ)		
	利用者		

様式3-④ (基本情報)

主任介護支援専門員更新研修提出事例の基本情報(利用者)

初回受付	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)		(ジェノグラム)	
(経過・病歴等)		診療科目(主治医は◎)	
障がい老人の日常生活自立度:		認知症高齢者の日常生活自立度:	
介護区分:	要支援1 要支援2 サービス事業対象者(総合事業)	認定期間:	
	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	認定日:	
現在利用しているサービス: (フォーマル・インフォーマル)			

様式3 - ⑤

(課題分析)

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	
ADL	
IADL	
認知機能	
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	
問題行動	
介護力	
居住環境	
特別な状況、その他(経済力等)	

様式3-⑥

(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・間取り図(居宅)・利用者が使用する場所を含めた居室周辺の見取り図(施設)

別添しても良い。利用者の生活動線、段差を記入する事

エコマップ

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

① 自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事象 ※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)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6	利用者及び家族の生活に対する意向			
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化					見通し ※5			
	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	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
	食事摂取	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	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
口腔	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
	口腔衛生	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
服薬	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	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	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	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	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	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
認知	認知	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
	社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
褥瘡・皮膚の問題	褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
	行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
	居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事象」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ない。
 ※2 介護支援専門員が収集したた発端的事実を記載する。悪化原因に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支援なし」以外である場合に、そのような状況をもたらししている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※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として○印を記入する。
 ※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り見込まれる事後の状況(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。

事前目標シート(R6主任更新)

この事前目標シートは、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。

受講者

所属先

氏名

介護支援専門員登録番号

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等)を記載してください。

管理者等

所属先

役職

氏名

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。

受講成果シート(R6主任更新)

この事前目標シートは、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。

受講者

所属先

氏名

受講番号

受講目標

受講成果(目標の達成と実践への活用状況)の自己評価を記載して下さい

管理者等

所属先

役職

氏名

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。

受講生の受講成果(受講者の目標達成と実践への活用状況)を記載してください

令和6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

☆郵送前に研修システムの登録を完了しました ←✓をして下さい

介護支援専門員登録番号 _____ 氏名 _____

日中に連絡の取れる電話番号 (_____)

※添付資料についてお問合せする場合があります

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 1	受講申込書	<input type="checkbox"/>
3	様式 2-①	受講要件申告書	<input type="checkbox"/>
4		(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 2-②) 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 2-③) 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 (様式 2-④)	<input type="checkbox"/>
5	様式 3	指導事例	
6	※すべての 個人情報 は記号化 されている	① 指導事例又は実習指導事例の概要	<input type="checkbox"/>
7		② 指導記録表	<input type="checkbox"/>
8		③ 指導者の指導経過記録	<input type="checkbox"/>
9		④ 基本情報	<input type="checkbox"/>
10		⑤ 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"/>
11		⑥ 住宅見取り図 (居宅)・利用者が使用する場所を含めた居室周辺の見取り図 (施設) エコマップ	<input type="checkbox"/>
12		⑦ 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"/>
13		⑧ それぞれ該当するサービス計画書等	<input type="checkbox"/>
14	様式 4	事前目標シート (管理者又は上司等の意見を必ず記入すること)	<input type="checkbox"/>
15		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修了証書の写し	<input type="checkbox"/>

※受講申込みに必要な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」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 ↓

様式 3 すべての個人情報は記号化されている ←

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6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	時間	研 修 科 目	会場等
5/31(金)	10:00～12:00	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向①	Zoom
	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	
6/3 (月)	10:00～12:00	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	
	13:00～17:00	生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	
6/4 (火)	10:00～16:00	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	
6/10(月)	10:00～17:00	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	
6/14(金)	10:00～16:00	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	
6/18(火)	10:00～16:00	心疾患のある方のケアマネジメント	
6/19(水)	10:00～16:00	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	
6/24(月)	10:00～12:00	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する理解	
	13:00～17:00	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	
6/28(金)	10:00～17:00	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント	いろり火の里 なの花ホール

いろり火の里なの花ホール(〒997-1301 山形県東田川郡三川町横山堤172-1)

令和 6 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 8 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ください、当てはまる①～⑧の事例を準備し、選択した事例の項目の番号を様式 3-①に記入して下さい。

	科目名	キーワード例
①	生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント	高齢者の生活の継続・家族への支援・適切なケアマネジメント手法を用いた指導、支援・地域支援・生活機能促進・外出支援
②	脳血管疾患のある方のケアマネジメント	疾患の理解とケアマネジメント・活動の参加の支援・再発予防・生活機能の回復・脳血管障害のリハビリテーション・環境整備・多職種協働による対応・インフォーマルな地域資源との連携・セルフマネジメントへの移行 等
③	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント	初期診断に関する対応・地域ネットワーク構築・認知症の理解・意思決定支援・権利擁護について・環境変化における対応・行動障害の取り組み・認知症治療に関する事・生活機能の良循環・自助、互助、共助、公助の活用 等
④	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント	大腿骨頸部骨折のケアの理解と支援・再骨折予防・機能訓練・福祉腰部の活用・リハビリテーションの活用・環境整備・生活機能の回復に向けた支援・骨折前の社会参加の回復・セルフマネジメントへの移行・入退院の連携・外出支援 等
⑤	心疾患のある方のケアマネジメント	心疾患の状況に応じた生活支援・進行段階の理解と支援・再入院予防・医療との連携・緊急時の対応体制・活動、参加を支える生活支援・重要となる関係機関とのネットワーク作り・地域連携パス・EOL 準備 等
⑥	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント	誤嚥性肺炎の特徴と予防の必要性の理解・リスク評価・専門職との連携・摂食嚥下機能の支援・日常的な発症及び再発の予防・変化を把握した時の対応体制の構築・誤嚥防止とリハビリテーション 等
⑦	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	痛みの改善・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・医療、看護との連携・終末期の支援・支援体制づくり・自宅での安心した生活のための支援 等
⑧	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連会が必要な事例のケアマネジメント	家族に疾患がある、利用者と家族の受け止め方が違うなどの対応・家族が本人の生活機能に強く影響する場合の対応・社会資源の活用に向けた関係機関との連携・社会資源介入と対応・地域特性と社会資源の関係・他制度の活用(難病・高齢者虐待・高齢障害者・経済的困窮者等)、ヤングケアラー関連の支援 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。(別紙3記号化早見表をご利用ください)

☆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。

☆受講者自身の氏名・事業所も記号化してください。

☆支援経過記録の必要月数については別紙 4 をご確認ください

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(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)にご注意ください。

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】様式添付書類はすべて揃えて下さい。書類に不備(提出がない等)がある場合は受講できません。

提出書類チェックリスト			
<input type="checkbox"/>	様式 3-① 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 3-② 指導記録表		
<input type="checkbox"/>	様式 3-③ 指導者の指導経過記録		
<input type="checkbox"/>	様式 3-④ 基本情報		
<input type="checkbox"/>	様式 3-⑤ 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 3-⑥ 住宅見取り図(住宅)・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 3-⑦ 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)		
	【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 2 ヶ月の支援経過記録(計 5 か月分)5 枚以内	サービス担当者会議の要点	計画書作成前 2 ヶ月、作成後 3 ヶ月の支援経過記録(計 6 か月分) 5 枚以内
<input type="checkbox"/>		計画書作成前後 2 ヶ月の支援経過記録(計 5 か月分) 5 枚以内	

6【課題提出上の留意事項】

・研修の中で指導事例を活用した演習を行います。提出された指導事例を使用しますが、演習後はシュレツダ一等で確実に破棄をお願いします。事例の二次利用等があった場合研修の修了が取り消しとなる場合があります。使用事例について受講者全体の事例に偏りがある場合、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 9:30~12:00、13:00~16:00)

E-mail:care@scws.yamagata.jp

別紙3

主任介護支援専門員更新研修提出指導事例の記号化早見表

この用紙の提出は必要ありません。事例をまとめる際に活用してください。

記号化については「主任介護支援専門員更新研修の指導事例提出について（別紙2）の4【演習後の事例回収について】を参照してください。

個人名（利用者・家族・担当 介護支援専門員・担当職員 等）	記号	
	A	
	B	
	C	
	D	
	E	
	F	
	G	
住所		
事業所・施設・ 病院の名称		

例:5月のプランを提出する場合

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

3月

4月

5月

6月

7月

8月

地域包括支援センター及び介護予防支援事業所