

令和8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、主任介護支援専門員が、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や他の介護支援専門員に対する助言・指導など、ケアマネジメントの適切かつ円滑な提供の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能力を養成することを目的に実施する。

なお、本研修は介護支援専門員証の更新研修には該当しないため、介護支援専門員証の有効期間の更新を要する者は、別途介護支援専門員証の更新研修を受講すること。

2 対象者(受講要件)

次の(1)から(5)のすべてに該当する介護支援専門員が対象者。ただし、申込期限（令和8年5月15日）時点で主任介護支援専門員有効期間内である者は、受講の対象外。

- (1) 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審査し、研修審査委員会にて受講の可否を決定する。
- (2) 有効な介護支援専門員証を保有している者
- (3) 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ又は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) 現に介護支援専門員として従事している者（※1）
- (5) 以下の(ア)から(エ)のいずれかに該当する者
 - (ア) 専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60か月)以上である者（※2）
ただし、他の職務との兼務期間は、専任の従事期間に含まれない。ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務期間は、通算できるものとする（(イ)について同じ）。
居宅介護支援事業所以外の事業所・施設の管理者（小規模多機能型居宅介護の管理者含む）や、他の職種（生活相談員・看護師等）との兼務期間は算定できない。
 - (イ) 「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（常勤専従）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か月)以上である者
 - (ウ) 介護保険法施行規則第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
 - (エ) 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、都道府県が適当と認める者（※4）

※1 「現に介護支援専門員として従事している者」とは、専任・兼任・常勤・非常勤を問わず、介護支援専門員として就労し、かつサービス計画書の作成を行っている者を指す。

※2 「常勤」とは、当該事業所で定めている常勤の従業員が勤務すべき時間数（最短でも週32時間以上を基本とする）に達している事、「専従」とは、サービス提供時間帯（その事業所での勤務時間帯）を通じて当該サービス以外の職務に従事していないことを指す。

「従事した期間」とは、現所属における従事期間に限らず、介護支援専門員として実務に携わった期間すべてを通算するものとする。ただし、病気休業、産前産後及び育児休暇等の期間は、従事した期間に含まれない。また、従事した期間として通算できるのは、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）している期間とする。

【事業種別】※該当する①～⑦の番号を様式1及び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とする（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、**以下の i) と ii) の両方に該当する者**とする。
 - i) 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)以上である者
 - ii) 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

3 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（山形県から指定）

4 実施方法 Zoomミーティングを使用したオンライン研修及び、一部参集対面研修

5 募集定員 104名

6 申込期間 令和8年4月1日（水）から令和8年5月15日（金）

7 申込方法

手順1 研修システムの登録

申込期限までに研修システムの登録を行う。

手順2 申込書類の準備

以下の申込書類の様式を、研修実施機関（山形県老人福祉施設協議会）研修システムからダウンロードし、A4用紙に片面印刷する。

(1) **様式1**（受講申込書）

※内容によっては、受講不可、又は追加資料の提出を求める（(2)について同じ）。

(2) **様式2-①、②**（専任期間申告書、実務経験証明書）

※「実務経験証明書に係る証明者」は、直営地域包括支援センターの場合は市町村長、委託地域包括支援センターの場合は委託先の法人代表者とする。

※受講決定後に虚偽の記載が判明した場合、受講取り消しを行う。記入にあたっては、辞令書・勤務表等を確認のうえ正確に記入すること。

(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】「受講申込み提出書類のチェックシート」参照

記載した担当事例の事業種別に応じ、以下の書類を添付すること。なお、各書類はすべて直近（概ね5年以内）のものを提出すること。

(A)居宅介護サービスの場合：第1表から第5表

(B)施設サービスの場合：第1表から第6表（ただし、第3表及び第4表については、いずれか1つを提出すれば可。）

(C)介護予防サービスの場合

(予防プラン・総合事業の訪問型、通所型サービス及び介護予防ケアマネジメント)

:利用者基本情報、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、介護予防支援・サービス評価表

(D)地域密着型サービスの場合:該当するサービス内容に応じて、(A)から(C)のいずれかに準ずる書類を提出すること。

※介護予防サービスの総合事業については訪問型・通所型及び介護予防ケアマネジメント(現行相当サービス)のみの事例とする。

※利用者、家族、その他関係機関名等については記号化する等により個人情報を削除して記載すること【厳守】。個人情報が記載されている場合、研修審査委員会の審査において受講不可とすることがある。

※記載された担当事例について、研修審査委員会の審査において、自立支援に資するケアマネジメントの実践ができていないと判断された場合、受講不可とすることがある。

※研修審査委員会の審査において記載された担当事例の内容を確認し、内容若しくは体裁に不備がある又は自己点検表(様式3-3)の内容を一定以上満たしていないと判断された場合、受講不可とすることがある。

※別紙1「令和8年度主任介護支援専門員研修の事例提出について」を必ず確認すること。

(4) 様式4(管理者等からの意見を必ず記入すること)

(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) 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)

手順3 申込書類の郵送

手順2の申込書類を角形2号封筒に入れ、申込期限(令和8年5月15日(金))までに簡易書留またはレターパック等【必着(消印有効ではない)】で郵送すること。郵送先は、研修実施機関(山形県老人福祉施設協議会、詳細は「16 申込み、問合せ先」のとおり)。

※申込書類は、左上をクリップで留めて提出すること(ホチキス止め不可)。

※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」と明記すること。

※簡易書留、レターパック等ではなく、普通郵便で郵送した場合の郵便事故による未着・誤送については、研修実施機関において一切責任を負わない。

※持参やFAXでの申込は受け付けない。

※申込期限経過後に申込書類が到達した場合、いかなる理由があっても受け付けない。

8 受講決定

- ・受講の可否については、申込書類を研修実施機関及び研修審査委員会にて審査のうえ、6月中旬頃に、研修システム内で通知する。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)である方を優先し、厳正なる抽選により決定する。
- ・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うえで、最も優先する者1名のみとする場合がある。
- ・受講の可否に係る判断事由については、受講決定通知に記載する。なお、記載事由以外の質問については、研修審査委員会等の個人情報を含むため、実施機関において対応しない。

9 経 費

- ・受講料 : 37,000円(山形県手数料条例に基づく)
- ・支払方法 : 詳細は、受講決定通知にて確認すること。
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ない。
- ・その他 : パソコン等機材購入費、通信料、テキスト購入代金等は、自己負担。

10 研修科目及び日時

別紙2のとおり

※都合により日時等を変更する場合は、研修実施機関（山形県老人福祉施設協議会）ホームページまたは、研修システムで掲載、通知する。

11 研修当日にまでに準備する物

受講決定通知書、テキスト（受講決定通知にて指定）、講師の指示による課題や事例のほか、必要があるものについては、別途通知。

12 遅刻、欠席等の受講上の注意

研修課程の72時間すべてを履修する必要があるため、原則として、遅刻、早退、欠席は認めない。やむを得ない事情がある場合は、必ず研修実施機関（山形県老人福祉施設協議会、詳細は「16 申込、問合せ先」のとおり）へ連絡する。

※PC等の不具合やインターネットの接続が不安定で30分以上受講できなかった場合、原則欠席とする。

13 修了認定

研修の全課程を受講し、小論文又は課題に対するレポート等により、国が示す「介護支援専門員資質向上事業ガイドライン（令和5年4月、5修了評価の考え方）」に基づく評価を研修審査委員会において行う。その結果、修了可とされた者に修了証書を交付する。

14 個人情報の取扱い

研修申込みで取得した受講者の個人情報については、本研修の実施に関すること以外には使用しない。

15 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、山形県が行う研修会等において講師または演習助手（ファシリテーター）等の役割を担っていただく。

16 申込み、問合せ先

〒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9:30～12:00、13:00～16:00）

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ホームページURL →



令和8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	令和8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)			
勤務先	事業所名		
	所在地	〒	
	事業種別番号※1	電話番号(市外局番から)	
緊急連絡先番号			

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 ☑を付ける	<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	

【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)
---------------	---

介護支援専門員証有効期限	令和 年 月 日
介護支援専門員証	介護支援専門員証の写しを貼付してください

※1 事業種別番号は要綱 2対象者をご覧ください

本書と添付書類を合わせ、簡易書留またはレターパック等で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)宛に令和8年5月15日(金)までに郵送必着
電子メール、FAX、窓口への持参による申込書の提出は受け付けません。

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

市町村長名

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・令和 年 月 日

5 介護支援専門員としての従事期間

平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日

(年 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)

※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年以上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削除される。

介護支援専門員専任期間申告書

令和 年 月 日

記

フリガナ		介護支援専門員番号
氏名		
所属名		
専任従事期間合計	年 月	(下記の従事期間の合計を記載して下さい)

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

※職歴は新しい勤務先から順に記入してください。

※職歴は常勤専従の期間を記載して下さい。(他の職種との兼務期間は除く)

居宅介護支援事業所以外の事業所・施設の管理者(小規模多機能居宅介護の管理者含む)や、他の職種(生活相談員・看護師等)との兼務期間は算定できません

※事業所種別は要綱 2対象者をご確認ください。

記入例

介護支援専門員専任期間申告書

書類作成日です

令和 8年 4月 1日

記

フリガナ	ロウシキョウ タロウ		介護支援専門員番号						
氏名	老施協 太郎		0	6	0	0	0	0	0
所属名	〇〇居宅介護支援センター								
現在勤務されている場合の 従事期間最終日は令和8年 5月31日(見込み)で記入し て下さい。	5年 8ヶ月 (下記の従事期間の合計を記載して下さい)		この期間の合計を 記入して下さい					新	
令和5年 4月 1日から	3年 1ヶ月	〇〇居宅介護支援センター	①	専任 管理者兼					
令和8年 5月 31日まで									
令和2年 6月 1日から	1年 5ヶ月	地域包括	⑦	専任 管理者兼					
令和3年10月 31日まで									
令和2年 4月 1日から	年 2ヶ月	ケアプランセンター●●	①	専任 管理者兼					
令和2年 5月 31日まで									
平成31年 4月 1日から	1年 0ヶ月	特別養護老人ホーム□□□	④	専任 管理者兼					
令和 2年 3月 31日まで									
年 月 日から	年 ヶ月			専任					
年 月 日まで				管理者兼					

現在勤務されている場合の
従事期間最終日は令和8年
5月31日(見込み)で記入し
て下さい。

この期間の合計を
記入して下さい

現在の勤務先を記
入して下さい

※職歴は新しい勤務先から順に記入してください。

※職歴は常勤専従の期間を記載して下さい。(他の職種との兼務期間は除く)

居宅介護
員・看護師

※事業所

**ここに記載されたすべての事業所の
実務経験証明書(様式2-②)が必要で
す。**

他の職種(生

古

令和8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

フリガナ

記入責任者氏名() (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			
所属名			
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			
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から 令和8年5月31日まで	通算 年 月	専任 管理者兼務
	年 月 日から 年 月 日まで	通算 年 月	専任 管理者兼務
	年 月 日から 年 月 日まで	通算 年 月	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)		
	備考		

※押印不要とする。ただし、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年以上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削除される。

※「所属名」には、施設、事業所又は地域包括支援センターの名称を記入すること。

※「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、備考にその旨記載すること)。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の兼務の場合は、専任期間として認めるが、その旨備考に明記すること。

※施設又は事業所に所属した期間については、専任・管理者兼務のいずれかに○を必ずつけること。

※非常勤の期間は従事期間に含めないこと。

※専任期間が1か所で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、その旨備考に明記すること。

記入例

令和8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

書類作成日を記入して下さい

令和 年 月 日

この書類内容についてのお問合せさせていただきます場合がありますので、書類作成者または、問合せ対応可能な方の氏名を記入して下さい。
(申込者が作成した場合は、無効となりますので、必ず申込者以外の方が作成してください)

議会

所在地

法人名

代表者名

押印の必要はありません

フリガナ

記入責任者氏名() (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	本人の所属先を記入して下さい 例:〇〇居宅介護支援センター、特別養護老人ホーム□□		
所属名			
職種	辞令書等に記載されている、事業所内で定められた職種を記載して下さい 例:介護支援専門員、管理者など		
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			
専任従事期間 (和暦で記載)	年 月 日から 令和8年5月31日まで	通算 年 月	専任 管理者兼務
	年 月 日から 現在の勤務先の場合は、令和8年5月31日(見込み)で作成してください	通算 年 月	専任 管理者兼務
	年 月 日まで	通算 年 月	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)		
備考			

※押印不要とする。ただし、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)に処罰されること。また、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わし、又は執行を受けること

《注意！》

※ 同法人であっても所属が違う場合にはそれぞれ作成してください(1事業所1枚の作成になります)

※ 例:特別養護老人ホーム〇〇→1枚
居宅介護支援センター〇〇→1枚

※ 同じ事業所であれば期間が続いていなくても1枚に記載いただけます。

※ 例:同法人内で特別養護老人ホームから居宅介護支援センターに移動し、その後特別養護老人ホームに戻った場合等(特別養護老人ホーム 1枚、居宅介護支援センター 1枚)

※ と

※ 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	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】		【医療情報(主治医との連携内容)】 ※訪問看護についても記載すること。	
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	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:	
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:(フォーマル・インフォーマル)			

※利用者、家族、その他関係機関名等については記号化し、個人や機関が特定できないように記載すること。

※自立支援に資するケアマネジメントの実践ができている事例を記載すること。

※自己点検表(様式3-3)のチェック項目を満たしているか、必ず確認すること。

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)

項目	記載する内容	項目	記載する内容
健康状態		排泄の状況	
ADL		清潔の保持に関する状況	
IADL		口腔内の状況	
認知能力や判断能力		社会との関わり	
コミュニケーションにおける理解と表出の状況		家族等の状況	
生活リズム		居住環境	
年金・家族等の経済状況			
住宅内部見取り図(生活動線も記載すること)		立地環境に特記事項があれば記載すること。	

※利用者、家族、その他関係機関名等については記号化し、個人や機関が特定できないようにすること。

※自立支援に資するケアマネジメントの実践ができている事例を記載すること。

※自己点検表(様式3-3)のチェック項目を満たしているか、必ず確認すること。

(参考)課題分析標準項目について(令和5年10月一部改正)

(平成11年11月12日付老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知別紙4より)

(令和5年10月16日付老認発1016第1号「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正についてより)

1 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の辞任及び運営に関する基準について」(平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。)第2の3(運営に関する基準)の(7)③において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

2 課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員から見た現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員から見た現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	項目	記載する内容
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医、係りつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合に中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)も含む)に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の以上の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状況(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食分量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わり状況(同居でない家族等のかかわりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント（提出事例）自己点検表の審査について

提出書類と自己点検表を用いて下記の項目で審査を行います。

下記の①～⑤のいずれか1項目でも満たさない場合は、受講不許可となります。

①必須項目がすべて適切に記載されているか。

②すべてのチェック項目のうち、7割以上の項目が適切に記載されているか。

（ただし、必須項目が1項目でも適切に記載されていない場合は受講不許可とする。）

③利用者、家族、関係機関名、申込者氏名等の個人情報について、すべて記号化もしくは消去されているか。

④提出事例の書類がすべて揃っているか（不備・不足等がないか）。

⑤その他（提出書類の内容に虚偽や不正な事実がある場合等）

注意

この審査内容についての問い合わせは受け付けておりません

ご自身の提出事例をよくご確認いただき自己点検表のチェックをお願いいたします

自立支援に資するケアマネジメントができているか確認するため、下記項目について提出事例に記載があるか、自己点検し提出して下さい。

*実施状況についてご自身の提出事例を確認しながら実施状況を記入してください。

*提出事例に記載があれば○、記載がなければ×を入力してください。

*居宅介護支援と施設サービスでは異なる点があるため、該当しない場合は、該当なしを選択してください。

1. アセスメント

※（審査チェック欄は記入しないでください）

チェック項目		実施状況	審査チェック
基本事項	① 【必須】 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か。（主訴、希望、相談内容）		
利用者らしさ	② 【必須】 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 【必須】 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 【必須】 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）		
	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理）		
	認知機能や判断能力		
	コミュニケーションにおける理解と表出の状況		
	生活リズム		
	排泄の状況		
	清潔の保持に関する状況		
	口腔内の状況		
	食事摂取の状況		
	社会との関わり		
	家族等の状況		
	居住環境（見取図、生活動線、立地環境）		
	その他留意すべき事項・状況		
本人の年金や家族等の経済状況（ ）			
利用者の生活リズム	⑦ 【必須】 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 【必須】 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 【必須】 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	審査チェック
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(サービス種別の記載のみでは出来ないものとする)。	
審査会意見	③	【審査会の意見がある場合のみ】 審査会の意見が記載されているか。	
自立支援に向けた総合的な援助方針	④	【必須】 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・施設サービス計画書(2)

チェック項目		実施状況	審査チェック
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	①	【必須】 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。	
目標の設定	②	【必須】 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	目標に合わせた期間を設定しているか。	
サービス内容、種別、頻度	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	【必須】 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。	
その他	⑥	【必須】 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)。	

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	審査チェック
利用者の過ごし方を把握し計画されているか	①	【必須】 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	審査チェック
検討課題	①	主治医との連絡調整をしているか。サービス事業所との連絡調整と開催時期が記載されているか。	
内容と結論	②	【必須】 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。	
残された課題	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	審査チェック
適切な記載	①	記載事項を分類し、項目別に分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	【必須】 居宅介護支援の場合：少なくとも1月に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：定期的に利用者と面談した記録があるか。	
	⑥	【必須】 少なくとも1月に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。	

7. 提出事例における個人情報の記号化

個人情報の記号化	【必須】 上記すべての提出事例において、担当者(自分の氏名)、利用者、家族、その他関係機関名及び住所はすべて記号化し、個人や機関が特定できないように記載されているか。		
----------	---	--	--

山形県主任介護支援専門員研修ケアマネジメント（提出事例）自己点検表（介護予防・総合事業の現行相当サービス）

自立支援に資するケアマネジメントが実践できているか確認するため、下記項目について提出事例に記載があるか、自己点検し提出してください

*実施状況についてご自身の提出事例を確認しながら実施状況を記入してください

*提出事例に記載されていれば○、記載がなければ×を入力してください

*サービス種によっては異なる点があるため、該当しない場合は、該当なしを選択してください

1. アセスメント

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	利用者の居宅を訪問し、その家族に面接を行っているか。		
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。		
③	【必須】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。		
④	【必須】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。		
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。		
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。		
⑦	利用者の全体像を把握しているか。		
⑧	【必須】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。		

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	審査チェック
①	【必須】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？ ・「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	【必須】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。		
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。		
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。		
⑤	【必須】地域におけるサービス提供体制等を勘案し、実施可能な計画となっているか。		
⑥	【必須】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。		

⑦	介護予防福祉用具貸与を計画に位置付ける場合、介護予防サービス計画書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、また「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、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。		
⑧	【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。		
⑨	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。		

3. サービス担当者会議

番号	評価項目	実施状況	審査チェック
①	【必須】 次の場合、必ずサービス担当者会議を開催しているか。 ○ 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		
②	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。 (該当する場合は、利用者の状況について情報交換がされている書面の添付)		
③	【必須】 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。		

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	審査チェック
①	【必須】 少なくとも1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、サービス実施の効果等について報告を受けているか。		
②	【必須】 サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回は利用者宅において利用者との面接し、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等を把握し、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。		
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との面接し、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等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。		
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との面接し、確認しているか。		
⑤	【必須】 利用者宅を訪問しない月についても、少なくとも1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等を把握し、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。		
⑥	【必須】 3月に1回以上居宅において利用者との面談しているか、少なくとも1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。		

5. 提出事例における個人情報の記号化

①	【必須】 上記すべての提出事例において、担当者(自分の氏名)、利用者、家族、その他関係機関名及び住所はすべて記号化し、個人や機関が特定できないように記載されているか。		
---	---	--	--

《平18厚令37第30条第7号》《老振発第0331003号》《地域包括支援センター業務マニュアル》《平18厚令37第30条第20号》《平18厚令37第30条第23号》《平18厚告127号》《平18厚令37第39条第12号》《平18厚令37第30条第12号》《平18厚令37第30条第15号》《平18厚令37第30条第13号》《平18厚令37第28条第2項》

事前目標シート(R8主任)

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(R8主任)

この受講成果シートは、研修受講後(概ね3ヵ月後程度)に「受講者」と「管理者等」が受講後の状況を共有するためのものです。

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 8 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研修システムの登録を完了しました□←☑

並び順	添付様式	内 容	☑
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 1-①	【該当者のみ】指導実績証明書	<input type="checkbox"/>
4	様式 2-①	専任期間申告書	<input type="checkbox"/>
5	様式 2-②	実務経験証明書	<input type="checkbox"/>
6	様式 3-1	基本情報 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
7	様式 3-2	課題分析 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
8	様式 3-3	自己点検表（様式 3-3-①又は様式 3-3-②のいずれか）	<input type="checkbox"/>
9	様式 3 の 添付資料	1、居宅介護サービス (第 1 表)居宅サービス計画書（1） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
10		(第 2 表)居宅サービス計画書（2） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
11		(第 3 表)週間サービス計画表 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
12		(第 4 表)サービス担当者会議の要点 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
13		(第 5 表)居宅介護支援経過（計画作成前後 2 ヶ月分、モニタリングの記録も含む） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
14		2、施設サービス (第 1 表)施設サービス計画書（1） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
15		(第 2 表)施設サービス計画書（2） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
16		(第 3 表)週間サービス計画表 又は (第 4 表)日課計画表 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
17		(第 5 表)サービス担当者会議の要点 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
18		(第 6 表)施設介護支援経過（計画作成前後 2 ヶ月分、モニタリングの記録も含む） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
19		3、介護予防サービス 利用者基本情報 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
20		基本チェックリスト ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
21		介護予防サービス・支援計画書 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>
22	介護予防支援経過記録（計画作成前 2 ヶ月分、後 3 ヶ月分、モニタリングの記録も含む） ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>	
23	介護予防支援・サービス評価表 ※個人情報を記号化済	<input type="checkbox"/>	
24	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"/>
25		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）	<input type="checkbox"/>

※受講申込書類が揃っていること、及び記載内容に不備が無いことを各自確認のうえ、上記一覧の並び順どおりに揃えて角 2 型封筒に入れ、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」と明記のうえ申込期限まで簡易書留、レターパック等で一般社団法人山形県老人福祉施設協議会あて郵送してください。

※申込書類が不足している、記載内容に不備がある又は記載内容が不十分である場合は申込みを受け付けできません。

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上の書類の添付を確認しました□←☑

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

令和 8 年度主任介護支援専門員研修の事例提出について

1【事例の対象】

- (1) 受講者本人が作成した居宅介護サービス、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス
総合事業の場合は訪問型、通所型サービス及び介護予防ケアマネジメントのみ該当します。

2【提出事例の記入上の留意事項】

- (1) 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。
- ① 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。
 - ② 電話番号は記載しない。
 - ③ 利用者の生年月日は、生まれた年だけを記載する(年齢がわかれば可)。
 - ④ 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。
 - ⑤ 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。
 - ⑥ 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せず各種手帳等も同様とする。
 - ⑦ 受講者本人の氏名、事業所名についても記号化する。※必要に応じて別紙 2 をご利用ください
 - ⑧ 個人情報が匿名化、記号化されていない場合は、受付が出来ませんのでご注意ください。

(例)

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。

3【提出する様式について】

(1) 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研修提出事例の基本情報		
<input type="checkbox"/>	様式 3-2 主任介護支援専門員研修事前提出事例の課題分析(概要)		
<input type="checkbox"/>	様式 3-3①又は② 提出事例にあった自己点検表を提出して下さい		
	【居宅介護サービス】	【施設サービス】	【介護予防サービス】
<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)	利用者基本情報・基本チェックリスト
<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	介護予防サービス・支援計画書 ※A4 サイズで提出してください。
<input type="checkbox"/>	計画書作成前後 2 ヶ月の支援経過記録(5か月分) 5枚以内 ※必要月数は別紙 4 でご確認ください	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 か月の支援経過記録(6 か月分) 5枚以内 ※必要月数は別紙 4 でご確認ください
<input type="checkbox"/>		計画書作成前後 2 ヶ月の支援経過記録(5 か月分) 5枚以内 ※必要月数は別紙 4 でご確認ください	

※提出書類はホチキス止めを絶対にしないで下さい(クリップ可)

4【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 2

主任介護支援専門員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「令和 8 年度主任介護支援専門員研修の事例提出について(別紙 1)の 2【提出事例の記入上の留意事項】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		

令和 8 年度山形県主任介護支援専門員研修カリキュラム

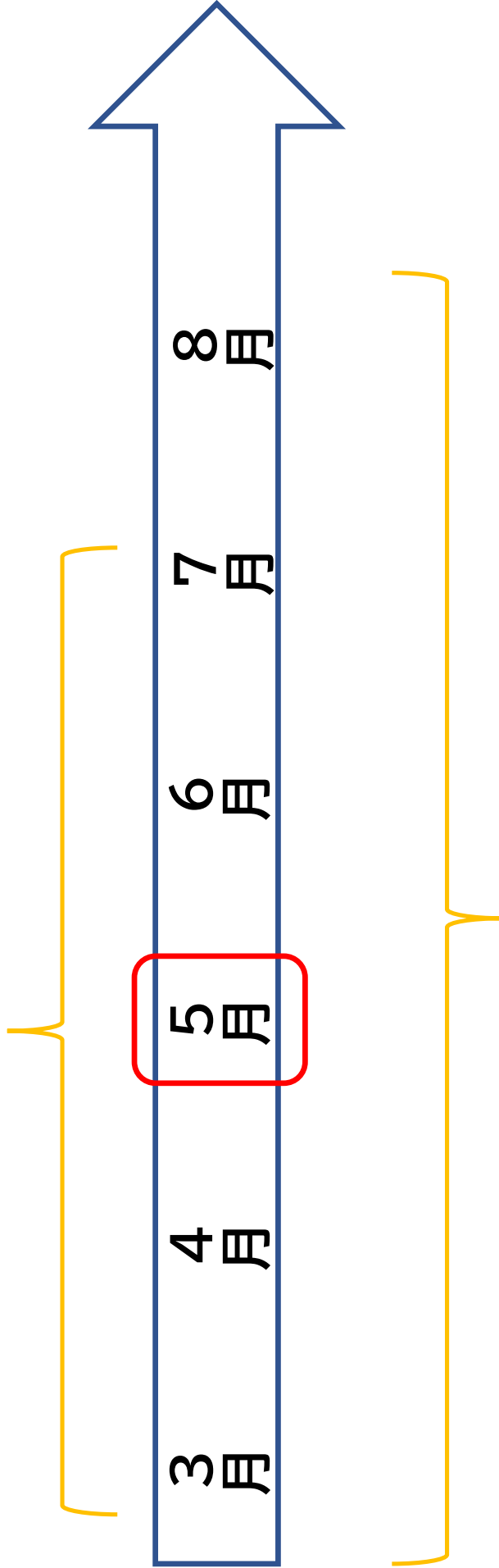
日付	時間	研修科目	会場等	
7/7(火)	10:30～12:30	主任介護支援専門員の役割と視点①	Zoom	
	13:30～17:30	主任介護支援専門員の役割と視点②		
7/8(水)	9:30～12:00	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援		
	13:00～16:30	運営管理におけるリスクマネジメント		
7/16(木)	9:30～16:30	地域における生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の実現		
7/28(火)	9:30～12:30	終末期ケア(EOL(エンドオブライフ)ケア)を含めた生活の継続を支える基本的なケアマネジメント及び疾患別ケアマネジメントの理解		
	13:30～17:40	人材育成と業務管理		
7/31(金)	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)		
8/26(水)	9:30～16:30	対人援助者監督指導(スーパービジョン)		会場集合
8/27(木)				
8/28(金)				
9/10(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)	Zoom	
9/11(金)				
10/15(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)	会場集合	
10/16(金)				

会場:緑の迎賓館アンジェリーナ(〒994-0028 山形県天童市鎌ノ町2丁目1-50)

例:5月のプランを提出する場合

5枚以内での提出をお願いします

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