**主任介護支援専門員研修　世田谷区推薦要件確認書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 私は、東京都主任介護支援専門員研修実施要綱３（４）イ「質の高いケアマネジメントを実施し、地域の介護支援専門員の研修、支援及び連携体制の構築業務を担い、地域全体のケアマネジメントの向上に資することが期待される者」として、区が定める主任介護支援専門員研修（以下、「主任研修」という。）受講者推薦要件を満たしていますので、下記のとおり申し込みます。  　　　　　　　　　　　　　　　受講希望者　氏　名 | | | | | | | | | |
| **推　薦　要　件** | | | | | | | | ○を記入 | |
| （１）必須要件（以下の全ての要件に該当すること） | | | | | | | | | |
| ア　勤務先の指導又は監査において、当該指導等（受講申込年度の前年度の３月３１日までに行われたものに限る。）における指導事項に関する改善が図られている。  ※指導又は監査が行われていない場合は、「はい」に該当する。 | | | | | | | | はい・いいえ | |
| イ　当該主任研修修了後、最低１年間は引き続き区内で介護支援専門員として勤務する予定である。 | | | | | | | | はい・いいえ | |
| ウ　地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）が主催する地区包括ケア会議又は地域包括支援センターや関係機関が主催するネットワーク作りのための情報交換会、地域連携会議等に継続的に参加している。又は、勤務先の事業所等が主催する地域に向けた講座等において主体的に介護支援専門員としての役割を遂行している。  （主任研修申込日が属する年度を除く過去３年以内の参加状況を記入してください） | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 年　月　日 | | | | 内　容 | 実施機関 | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
| エ　区又は区が委託した機関が開催する介護支援専門員を対象とした研修において、主任研修申込日が属する年度を除く過去５年以内に講師又はグループ演習の指導を勤めた経験がある、又は区が委託した機関が実施するケアマネジャー（リーダー）「リーダー養成」（旧「世田谷区ケアマネリーダー養成研修」）を、主任研修申込日が属する年度を除く過去１０年以内に修了している。  （該当項目にチェックを入れてください）  □　平成・令和　　　　年度　世田谷区福祉人材育成・研修センターのケアマネリーダー養成研修を修了した  □　他区市町村において、介護支援専門員を対象とした研修の講師又はグループ演習の指導を勤めた（次に記入してください） | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 年　月　日 | | | 内　容 | | 研修実施機関 | | | | |
|  | | |  | | **名称**  **担当者**  **連絡先**℡ | | | | |
| （２）選択要件（２つ以上の要件に該当すること） | | | | | | | | | |
| ア　区内の介護支援専門員等で組織する団体に加入し、事業の企画、運営に携わった実績がある。（下記に具体的に記入してください） | | | | | | | | | はい・いいえ |
| 時　期 | | 活動内容 | | | | 団体名 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| イ　勤務する事業者（法人）において、介護支援専門員研修としての実務経験年数がおおむね２年以上あり、かつ指導的な立場（役職）にある。  実務経験（　　年　　ヶ月）（受講申込年度の６月１日現在）  役職・職務内容等（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | はい・いいえ |
| ウ　地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）等が主催する事例検討会に継続的に参加し、自身のケアプランも提出している。（下記に記入してください） | | | | | | | | | はい・いいえ |
| 年　月　日 | 内　容 | | | | | | 実施機関 | | |
|  |  | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| エ　区又は区が委託した機関**以外**が開催する介護支援専門員を対象とした研修を、主任研修申込年月日が属する年度の前年度及び前々年度に合計８回以上受講している。（下記に記入してください） | | | はい・いいえ |
| 年　月　日 | 研修名 | 実施機関 | |
|  |  |  | |
| オ　区又は区が委託した機関が開催する介護支援専門員を対象とした研修で、**ケアマネジャー研修以外**の研修を、主任研修申込年月日が属する年度の前年度に３回以上受講している。  （下記に記入してください） | | | はい・いいえ |
| 年　月　日 | 研修名 | 実施機関 | |
|  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **区**において常勤専従の介護支援専門員として従事した期間（受講申込年度の６月１日現在） | 年　　　ヶ月 |
| 介護支援専門員の活動実績でアピールしたい点があれば下記に記入してください。（任意） | |
|  | |
| 実施要綱３（４）イに該当する者として、今後、地区及び地域において実践していきたいことを下記に記入してください。 | |
|  | |

世田谷区長あて

上記の内容について、相違ないことを確認しました。

令和　　　　年　　　月　　　日

勤務先事業所名

管理者氏名