

## 東京都主任介護支援専門員研修昭島市受講者推薦基準

### 1 目的

東京都主任介護支援専門員研修終了後、地域において介護支援専門員が実際に直面している問題を把握し、適切な指導・助言を行うことができ、また、地域における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたつてフォーマルサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善していくような提案などを行うことができる者を推薦するための基準について以下のとおり定める。

### 2 推薦基準

下記（１）必須事項及び（２）推奨要件等に該当した上で、総合的な活動状況等が推薦に該当すると認めた者を都へ推薦する。

#### （１）必要要件

##### ① 事業所の要件

ア 事業所の実地調査（都、保険者の実地指導等）の結果に特に問題がなく、指導等が終結していること。

イ 集団指導に参加していること。

##### ② 受講を希望する介護支援専門員の要件

ア 本市での実務経験が２年程度以上あること。

イ 地域包括支援センター又は関係機関と連携し、虐待など困難事例等のケアマネジメントを担当したことがあること。

ウ 地域包括支援センター等が主催する研修会、事例検討会、ネットワーク作りのため情報交換会、地域連絡会議等に概ね７割程度以上出席する等、積極的に参加していること。

エ 当該研修終了後、最低１年間は、引き続き本市で働く予定があること。

#### （２）推奨要件

① 地域の介護支援専門員を対象とした勉強会等の企画・運営に携わったことがあること。

② 地域の介護支援専門員の支援又は連携体制の構築業務に携わった経験があること。

③ 本市が主催又は、あきしま地域福祉ネットワーク等の研修会に、過去２年間のうちに、５割以上受講していること。

- ④ 勤務する事業所において、一定以上の実務経験年数があり、かつ指導的な立場（役職）にあること。

### 3 選考（審査）

審査は、提出書類、論文又は面接等により、推薦を受けようとする者のケアマネジメントに係る考え方や資質等を十分に確認した上で、都へ推薦する。

### 4 研修終了後の協力

推薦を受けようとする者及び事務所は、本市の推薦を受けて東京都主任介護支援専門員研修を終了し、名簿登録された場合は以下の協力を行うこととし、別紙の同意書を提出する。

- ① 本市が行う事業に派遣依頼があった場合は協力をすること。
- ② 本市及び地域包括支援センター等からの支援困難事例の受け入れに積極的に取り組むこと。
- ③ 地域貢献や他の事業所の介護支援専門員に対する指導・助言などの役割を担うこと。（研修修了者の名簿を本市の居宅介護支援事業所に周知します。）
- ④ 上記①から②を法人代表者と研修受講希望者は十分に協議し、受講終了後の取り組みについて、別紙の同意書に記載すること。
- ⑤ 勤務先の変更・退職時には、昭島市介護福祉課まで、その旨を連絡すること。

### 5 情報の非開示

この基準による研修受講の推薦者及び研修受講希望者に係る推薦の有無に関する情報は、推薦に係る事務の執行のために東京都福祉保健局に提出する場合その他条例の規定により開示する場合を除き、開示しない。

# 受講生推薦依頼書及び同意書

昭島市長 殿

氏 名

(受講申込者)

生年月日

年

月

日

- 1 この者は、当法人が設置する地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は、介護保険施設等において、現に介護支援専門員として勤務しており、かつ、東京都主任介護支援専門員研修の受講要件を満たしています。
- 2 この者が、東京都主任介護支援専門員研修を修了したとき、昭島市及び昭島市が委託した者が実施する介護支援専門員を対象とした研修及び各種事業等に従事することを承諾しております。
- 3 当法人は、主任介護支援専門員の制度上の位置付けに鑑み、この者が、昭島市及び昭島市が委託した者が実施する介護支援専門員を対象とした研修及び事業等に従事することに配慮いたします。

以上の事項について、当法人として相違ないことを確認し、東京都主任介護支援専門員研修の受講生として推薦いただきたく、依頼します。

年 月 日

勤務先事務所名

(勤務先法人) 名 称

代 表 者

㊟

## 推薦依頼書（受講希望者本人用）

昭島市長 殿

東京都主任介護支援専門員研修（以下、「研修」という。）の受講生として、区市町村推薦要件区分「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、支援及び連絡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のうち、区市町村が特に推薦をするもの。」として推薦していただきたく、依頼します。

氏名	
勤務先事業所名	
連絡先電話番号	
昭島市内での勤務期間	年      月      日～

### 1 推薦依頼時（                  年      月      日記載）

①	昭島市において、今まで行ってきた活動	
②	昭島市において、今後、貢献したいこと	
③	②のために、研修で学びたいこと（目標）	
昭島市担当者確認欄		年      月      日 保健福祉部 介護福祉課 氏名                  ㊞

### 2 研修終了時（                  年      月      日記載）

①	1 ③の達成度	
②	2 ①のほかに、研修において、学んだこと気づいたこと	
③	研修の成果を生かして、昭島市において、今後、貢献したいこと	
昭島市担当者確認欄		年      月      日 保健福祉部 介護福祉課 氏名                  ㊞