推薦依頼書兼受講要件該当確認書（受講希望者本人記載用）

八王子市長　初宿　和夫　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、東京都主任介護支援専門員研修事業実施要綱（平成18年8月22日付18福保高介第373号）「３対象者（４）区市町村推薦要件　イに規定する「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」またはウに規定する「居宅介護支援事業所の介護支援専門員であって、管理者として配置されている者で、本研修修了後は区市町村が行う事業等に協力する意思がある者」として東京都へ推薦いただきたく、依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  |
| 勤務先事業所 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

１　推薦基準

（１）必須要件

　ア　勤務する事業所等の要件（当てはまる場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （ア）現在、運営基準違反や運営基準減算等に該当しておらず、実地検査や運営指導等の結果判明した誤請求等があった場合、その報酬の返還（過誤申立）が終了している。 |  |
| （イ）前年度に八王子市で実施された集団指導に参加した。（地域包括支援センター及び前年度以降に新規指定を受けた事業所を除く。） |  |

イ　受講を希望する介護支援専門員の要件（当てはまる場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （ア）東京都の定める受講要件を満たし、提出書類に不備がない。 |  |
| （イ）地域包括支援センターと連携し、虐待などの支援困難事例のケアマネジメントを担当したことがある。 |  |

|  |
| --- |
| 【支援困難事例の具体的な内容】 |
| 連携した地域包括支援センター名 |  |
| 支援困難ケース概要 |  |
| 状　況 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 対応内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （ウ）当該研修修了後、最低１年間は、引き続き市内の事業所等で勤務する予定がある。 |  |
| （エ）毎年、ケアマネジメント業務に関連する研修を受講している。 |  |
| 【直近２年間において受講した研修名および開催団体】（※都・市・包括・職能団体の開催する研修に限る。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（２）推奨要件（該当する項目を記入する）

|  |  |
| --- | --- |
| ア | 地域の介護支援専門員を対象とした勉強会等の企画・運営に携わった実績について |
| （企画の目的、行った活動について具体的に記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| イ | ケアマネジメントの実施にあたり、医師・看護師・理学療法士・作業療法士等、様々な職種と連携し、支援方法を検討した実績について |
| （どのようなケースに対して、どの職種と何を目的として、どのような連携を行い、どのような支援を検討したか具体的に記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ウ | ケアマネジメントの実施にあたり、利用者支援の手段としてインフォーマルサポートを位置付けたこと又は位置付けようとしたことがある実績について |
| （どのようなケースに対して、どのようなインフォーマルサポートを位置付けようと検討したか具体的に記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| エ | 地域ケア会議に参加した実績について |
| （参加した地域ケア会議名、開催日、参加時の役割を箇条書きで記載。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

２　研修修了後の協力について（同意する場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （１）当該研修修了後、市が行う研修事業及びケアプラン点検事業等への派遣依頼があった場合は協力する。 |  |
| （２）当該研修修了後、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入れに積極的に取り組む。 |  |
| （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・助言等の役割を担う。 |  |
| （４）当該研修修了後、研修の成果を活かして活動する。 |  |
| 【研修の成果を活かして、今後、八王子市において実践したいことを具体的に記載。】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （５）勤務先の変更・退職時には、八王子市福祉部介護保険課総務・給付担当まで、その旨を連絡する。 |  |

３　研修修了者の氏名等の公表について（同意する場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修修了後、市内の地域包括支援センター、八王子市介護支援専門員連絡協議会及び八王子主任介護支援専門員連絡会に、氏名及び所属する事業所名を公表する。 |  |

以上の内容について、当法人として相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　勤務先事業所

証　明　者　（勤務先法人）　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞