**別紙**

**佐賀県主任介護支援専門員更新研修の受講要件の取扱いについて**

この取扱いは、佐賀県主任介護支援専門員更新研修実施要綱「２．対象者」中の

**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**

**② 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等に年４回以上**

**参加した者**

の取扱いを定めたもので、平成31年度（2019年度）に実施される佐賀県主任介護支援専門員更新研修から適用するものとする。

**第１　「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」の取扱いについて**

**１　対象となる者**

　　次の（１）～（３）のいずれかに該当する者とする。ただし、次の（１）～（３）に掲げる各研修の対象となる期間は、下記「２研修の対象期間」のとおりとする。

**（１）次のア、イのいずれかの研修の企画を行った者**

ア　介護支援専門員法定研修（介護支援専門員実務研修、介護支援専門員専門研修、介護支援専門員再研修、介護支援専門員更新研修、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修）

イ　介護支援専門員地域同行型研修

**（２）次のア～ウのいずれかの研修の講師やファシリテーターを行った者**

ア　介護支援専門員法定研修（介護支援専門員実務研修、介護支援専門員専門研修、介護支援専門員再研修、介護支援専門員更新研修、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修）

イ　介護支援専門員地域同行型研修

ウ　別添に示す団体等が主催又は共催する研修で以下の全てを満たす研修

・ 研修の形態が、講義、演習、グループワーク、分科会、部会又は実習形式で行われたもの。

・ 職場研修等の内部研修や地域ケア会議ではないこと。

**（３）「佐賀県主任介護支援専門員フォローアップ研修」（佐賀県介護保険事業連合会及び佐賀県介護支援専門員協議会主催）を修了した者で、介護支援専門員実務研修の実習受け入れ事業所の実習指導者として実習生を指導した者**

**２　研修の対象期間**

　　上記１の（１）～（３）に掲げる各研修は、「主任介護支援専門員更新研修を受講する年度の前年度４月１日から受講申込み締切日までに研修の実績が確認できるもの」を対象とする。

**３　実績の証明について**

（１）上記１の（１）～（３）の実績は、研修を実施した機関が「別添様式１」により証明するものとする。ただし、他の文書（研修を実施した機関からの講師を依頼された文書の原本又は原本と相違ない旨を証明した写し等）により実績が確認できる場合は、「別添様式１」の提出を省略することができるものとする。

（２）上記１の（１）の場合は、「別添様式１」と併せて、企画した研修の実績報告を「別添様式２」により提出するものとする。

**４　留意事項**

「第１の１（２）ウ」について

　研修主催団体等が別添に示す団体等でない場合は、受講申込み締切日の３ヶ月前までに県長寿社会課介護指導担当（TEL0952-25-7105）に対象となる研修か否かの確認を行うものとする。

**第２　「② 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等に年４回以上参加した者」の取扱いについて**

**１　対象となる者**

　　下記２「法定外研修等の範囲」に規定する研修に年４回以上参加し、かつ、それらの研修の受講時間の合計が２４時間以上となる者とする。ただし、当該研修の対象となる期間は、下記「３研修の対象期間」のとおりとする。

なお、１つの研修が数日間ある場合は、１日ごとに１回の研修を受講したものとする。（例：２日間の研修を修了した場合は、２回とカウントする。）

**２　法定外研修等の範囲**

　　法定外研修等の範囲は、次の（１）～（４）の全てに該当し、介護支援専門員の質の向上に資する研修とする。

（１）研修の主催又は共催が、別添に示す団体等であること。

（２）研修の形態が、原則として、講義、演習、グループワーク、分科会、部会又は実習形式であること。

（３）１日の研修時間が２時間以上であること。

（４）職場研修等の内部研修ではないこと。

**３　研修の対象期間**

　　対象となる研修は、「主任介護支援専門員更新研修を受講する年度の前年度４月１日から受講申し込み締切日までに受講又は修了したもの」とする。

**４　実績の証明について**

（１）研修が修了したことの証明は、研修修了時に発行された修了証明書の写し等により行うものとする。ただし、研修主催団体等が修了証明書を発行していない場合や修了証明書を紛失した場合等は、「別添様式３」により研修主催団体等に修了証明を依頼し、「別添様式４」により修了の証明を受けるものとする。

（２）１日の研修時間が１日２時間以上であることの証明は、研修主催団体等が作成した研修開催通知や研修カリキュラムにより行うものとする。

**５　留意事項**

（１）県に対して個別の研修が対象となる研修に該当するか否か等の事前の確認は基本的に不要とするが、受講申込者各自において、上記の要件を確認し、主任介護支援専門員に求められている役割等を十分理解した上で申し込みを行うこと。

　※　各研修の受講に当たっては、単に受講要件（年４回、24時間以上）を満たすことを目的とするのではなく、主任介護支援専門員の役割を果たして行くために必要な能力の保持・向上を図ることを目的とし、主任介護支援専門員の自覚と責任を持って受講すること。

※　一般市民向けに開催された講演会を聴講した場合等で介護支援専門員の質の向上に資するものと認められないものは対象の研修とはしない。

（２）研修主催団体等が別添に示す団体等でない場合は、受講申込み締切日の３ヶ月前までに県長寿社会課介護指導担当（TEL0952-25-7105）に対象となる研修か否かの確認を行うものとする。

**別添**

**■第１の１（２）ウ及び第２の２（１）に規定する団体等の一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **団体等の名称** |
| １ | 佐賀県 |
| ２ | 県内市町 |
| ３ | 県内介護保険者 |
| ４ | 地域包括支援センター |
| ５ | 佐賀県介護保険事業連合会 |
| ６ | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 |
| ７ | 佐賀県介護支援専門員協議会、県内各支部介護支援専門員協議会 |
| ８ | 一般社団法人日本ケアマネジメント学会 |
| ９ | 佐賀県社会福祉協議会、県内市町社会福祉協議会 |
| １０ | 日本医師会、佐賀県医師会、県内郡市医師会 |
| １１ | 日本社会福祉士会、佐賀県社会福祉士会 |
| １２ | 日本介護福祉士会、佐賀県介護福祉士会 |
| １３ | 日本作業療法士会、佐賀県作業療法士会 |
| １４ | 日本理学療法士会、佐賀県理学療法士会 |
| １５ | 日本薬剤師会、佐賀県薬剤師会、各支部薬剤師会 |
| １６ | 日本看護協会、佐賀県看護協会、各支部看護協会 |
| １７ | 日本歯科医師会、佐賀県歯科医師会、県内郡市歯科医師会 |
| １８ | 日本栄養士会、佐賀県栄養士会 |
| １９ | 佐賀県在宅生活サポートセンター |

※上記の他、介護支援専門員の質の向上に資すると認められる研修を行っている団体で、県が適当と認めるものも対象とする。（要事前確認）

**（別添様式１）**

証明書

氏　　　　　名

生　年　月　日

研修の名称

研 修 の 日 時

上記の者は、本研修の（企画　　講師　　ファシリテーター）を行ったことを証明します。

　　年　　月　　日

研修主催団体等名

代表者名　　　　　　　　　　　㊞

　年度佐賀県主任介護支援専門員研修更新研修受講申請のため、上記のとおり

証明をお願いします。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

研修主催団体代表者　様

**（別添様式２）**

**企画研修の実績報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 |  |
| 主催団体名 |  |
| 研修日時 |  |
| 会場 |  |
| 定員 |  |
| 出席者数 |  |
| 企画から開催まで |  |
| 研修内容 |  |

**（別添様式２　記載例）**

**企画研修の実績報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 多職種協働研修 |
| 主催団体名 | ●●● |
| 研修日時 | ●●年●月●日（●）　●時●分～●時●分 |
| 会場 | ●●● |
| 定員 | 100名 |
| 出席者数 | 100名 |
| 企画から開催まで | ○月○日　研修内容についての内部打合せ　　　内容、研修の形式（講義、演習等）等について○月○日　　講師依頼文書発送○月○日　　会場予約○月○日　　事業所等への開催案内発送　　　　　　申し込み受け付け開始○月○日　　研修について講師との打ち合わせ　　　　　　研修の内容や進行等について○月○日　　研修について講師との打ち合わせ　　　　　　研修の内容や進行等について○月○日　　研修開催 |
| 研修内容 | 一つの事例を通じて、それぞれの役割と望ましい連携の在り方を学ぶことを目的とした研修を開催した。まず、講師が医療と介護の連携における多職種協働について講義を行った。講義では、「関係機関・関係者が連携し、医療と介護両方が必要な高齢者を支えていく体制が必要」という説明があった。その後、退院調整から在宅への移行について、事例を用いてそれぞれの職種の役割を考え、連携の在り方についてグループで討議した。グループ討議後の意見発表では、参加者から「医療側と介護側のお互いの理解が不足している。」といった意見や、「多職種が情報を共有することが重要。」といった意見が発表された。 |

**（別添様式３）**

　　年　　月　　日

（研修主催団体等の長）　様

住　　所：

氏　　名：　　　　　　　　㊞

生年月日：　　年　　月　　日

連 絡 先：

**研修修了証明依頼**

　このことについて、次の研修を修了したことを証明していただきますよう

お願いします。

　　　１　研修名

　　　２　研修修了年月日　　　　年　　　月　　　日

３　証明を依頼する理由

**（別添様式4）**

修了証明書

氏　　　　　名

生　年　月　日

研修の名称

修了年月日　　　　　　　年　　月　　日

上記の者は、本研修を修了したことを証明します。

　　年　　月　　日

研修主催団体等名

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

　年度佐賀県主任介護支援専門員研修更新研修受講申請のため、上記のとおり

証明をお願いします。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

研修主催団体代表者　様