

令和7年度 秋田県主任介護支援専門員研修 実施要綱

1. 目的

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、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が適切かつ円滑に提供される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主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

2. 実施主体 秋田県

3. 実施機関 特定非営利活動法人 秋田県介護支援専門員協会

4. 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、主任介護支援専門員に求められる役割を自覚し、今後その業務に携わる者として適格であるとし、次の（1）～（3）の3要件を満たすとして所属長の推薦を受けた者。

（1） 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱまたは相当する実務研修者向け更新研修のいずれかを修了した者。^{*注1}

（2） 原則として秋田県に登録されており、現に実務に従事している介護支援専門員であること。

（3） 研修申込時において、次の①から④のいずれかひとつを満たしていること。

①専任^{*注2}の介護支援専門員として実務^{*注3}に従事した期間が、通算して5年（60カ月）以上である者。

②ケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者または日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネージャーであり、且つ専任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カ月）以上である者。（ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする）

③「主任介護支援専門員に準ずる者」^{*注4}として、現に地域包括支援センターに配置されている者。

④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者であり、秋田県が適当と認める者。具体的には次の（ア）～（ウ）のいずれかに該当する者。

（ア）介護支援専門員として従事した期間（専任・兼務を問わない）が通算して5年（60カ月）以上あり、県が実施している介護支援専門員資質向上事業（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）に講師として携わっている者であり、今後も講師として協力可能と見込まれ、指導的立場にある者。

(イ)介護支援専門員の資格を有しており、市町村や在宅介護支援センターにおいて介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に5年（60カ月）以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。なお、介護支援専門員として従事した期間（専任・兼務を問わない）も含む。

(ウ)介護支援専門員の資格を有し、現在、地域包括支援センターに配置されている保健師（準ずる者を含む）又は社会福祉士（準ずる者を含む）であって、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に5年（60カ月）以上従事した経験があり、市町村長が特に推薦する者。

なお、専任の介護支援専門員として実務に従事した期間も含み、地域包括支援センターにおける兼務及び居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。

また、「保健師に準ずる者」とは、地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師（准看護師を除く）のことをいう。また、「社会福祉士に準ずる者」とは、福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者をいう。

- 注 1) 「介護支援専門員資質向上事業」の「介護支援専門員 専門研修実施要綱」に及び「介護支援専門員 更新研修実施要綱」の3 - (3) に基づく。
- 注 2) 常勤専従のことをいう。ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定が可能。
- 注 3) 「介護支援専門員として従事」とは、次の①～⑩の事業所において、介護支援専門員として就労し、サービス計画（介護予防サービス計画を含む）を作成していることをいう。したがって、認定調査業務や、利用者やサービス提供事業者等との連絡調整等の業務のみの場合は該当しない。
また、産休、育児休業、病気休業等で業務に従事していなかった期間がある場合は、その期間は実務経験期間に含まない。
- 注 4) 「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、介護支援専門員としての実務経験を有する者のうち、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する者をいう。（「地域包括支援センターの設置運営について」平成 18 年 10 月 18 日付、老計発第 1018001 号厚生労働省老健局計画課長通知参照）

<対象事業所・施設>

- 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所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
- ⑧ 地域包括支援センター

5. 研修日程

研修は、講義科目（オンデマンド配信による25時間分の動画視聴）と、演習科目（下記のオンライン研修8日間）にて行われます。

| 日 程 | 日 数 | 開催方法 | 定 員 |
|-------------------------|-----|-------|------|
| 令和7年10月14日（火）～10月17日（金） | | | |
| 10月28日（火）～10月29日（水） | 8日間 | オンライン | 100名 |
| 11月6日（木）～11月7日（金） | | | |

※上記の日程には、講義科目的時間は含まれておりません。

6. 受講手数料

受講手数料30,000円 県条例に規定されていることに伴い、免除の有無を問わず既定の金額となります。

テキスト代 4,400円（税込）

7. 納付方法および納付期限

- ① 8月下旬を目途に、申込時に各自が指定した郵送先へ「受講決定通知書」を送付致します。上記の金額が記載された「振込依頼書」が同封されていますので、銀行窓口・ATM・インターネットバンク等にて、記載の金額をお振り込みください。
- ② 「受講決定通知書」に記載の納付期限日までに、日程厳守にてお振り込みください。
- ③ 一度お振り込みいただいた受講手数料は、いかなる理由でも返金できません。予めご了承ください。

8. 申込方法

オンラインからの申し込み及び提出書類が必須となります。

①オンラインからの申し込み：

日本介護支援専門員協会のホームページを経由し、オンラインにてお申し込みをして頂きます。

下記のQRコードまたはURLよりお申し込みください。電話や来局でのお申し込みは受け付けておりません。

【申込専用 QR コード】



【申込専用 URL】

<https://www.jcma.or.jp>

申し込みが完了すると、申込時に登録したメールアドレス宛てに、「申込完了」の自動配信メールが届きます。

※メールが届かない場合、「迷惑メールボックス」を確認するか、または申込が完了していない可能性があるため、事務局宛てにご連絡ください。

※詳細は、当協会ホームページ「法定研修」に掲載の「研修申込方法（受講管理システムについて）」をご参照ください。

②提出書類：

後述の「別紙」にて詳細をご確認のうえ、郵送にて提出してください。（メール・FAX不可）

申込期限：令和7年8月15日（金）

9. 研修形式

全日程がオンラインでの研修となります。会場での受講開催はありません。

- ① 講義科目（オンデマンド配信による動画視聴）： 25 時間
- ② 演習科目（Zoom ミーティングシステムによるオンライン研修）： 8 日間

10. 研修方法

（1） 講義科目（オンデマンド配信による動画視聴） <別表> 講義①～⑨

各自のパソコン等により、都合の良い日程・時間に動画を視聴してください。オンデマンド配信のため、指定の期間内であれば、24 時間いつでも好きな場所で視聴が可能です。

動画視聴後、理解度を確認するため、科目ごとに簡単な「修了評価テスト」を受けて頂きます。

詳細については、秋田県介護支援専門員協会のホームページにてご確認ください。

なお、演習科目を受講する前までに、すべての動画視聴及び修了評価テストを完了する必要がありますでご注意ください。

（2） 演習科目（オンライン研修） <別表> 演習①～④

下記の日程にて、Zoom ミーティングシステムを使用したオンライン研修を受講して頂きます。

なお、演習科目を受講するためには、上記、（1）の講義科目①～⑨すべての動画視聴及び修了評価テストを終える必要があります。いずれも完了していない場合、演習科目の受講ができませんので、くれぐれもご注意ください。

<演習科目の時間割> 合計 45 時間（8 日間）

| | 時間 | 科 目 | 時間数 |
|-------------|-------|------------------------|-----|
| 1 日 目 | 9:00 | 地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク） | 4 |
| | 13:00 | 休憩 | |
| | 14:00 | | |
| | 16:00 | 対人援助者監督指導（スーパービジョン） | 2 |
| 2 日 目 | 9:00 | 対人援助者監督指導（スーパービジョン） | 4 |
| | 13:00 | 休憩 | |
| | 14:00 | | |
| | 16:00 | 対人援助者監督指導（スーパービジョン） | 2 |
| 3 日 目 | 9:00 | 対人援助者監督指導（スーパービジョン） | 3 |
| | 12:00 | 休憩 | |
| | 13:00 | | |
| | 17:00 | 対人援助者監督指導（スーパービジョン） | 4 |

| | 時間 | 科 目 | 時間数 |
|-------------|----------------|------------------------------------|-----|
| 4 日 目 | 9:00 13:00 | 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 | 4 |
| 5 日 目 | 9:00 | 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 | 3 |
| | 12:00 | 休憩 | |
| | 13:00 16:00 | 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 | 3 |
| 6 日 目 | 9:00 | 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 | 3 |
| | 12:00 | 休憩 | |
| | 13:00 16:00 | 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 | 3 |
| 7 日 目 | 9:00 | 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 | 3 |
| | 12:00 | 休憩 | |
| | 13:00 15:00 | 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 |
| 8 日 目 | 9:00 | 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 | 3 |
| | 12:00 | 休憩 | |
| | 13:00 15:00 | 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 |

※時間および内容等につきましては、一部、変更が生じる場合があります。予め、ご了承願います。

11. 研修内容：合計 70 時間

<別表>

| 科 目 | 目的 | 内 容 | 時間数 |
|---|---|--|--------------------|
| 主任介護支援専門員の役割と視点 | 地域包括ケアシステムの構築や地域包括ケアを実現するケアマネジメントを展開するに当たり、主任介護支援専門員が果たすべき役割を認識するとともに、その役割を担う上で必要な視点、知識及び技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等における主任介護支援専門員の役割（地域や事業所の介護支援専門員に対する個別支援、地域や事業所における人材育成の実施、多職種等とのネットワークづくりや社会資源の開発などの地域づくり及びセルフケア・セルフマネジメントに関する地域住民の意識づくり）について講義を行う。 ・事業所におけるケアマネジメントと地域包括ケアシステムにおいて求められるケアマネジメントの違いに関する講義を行う。 ・介護支援専門員に対する指導・支援の視点及び地域包括ケアシステムの構築に当たっての地域づくりに関する講義を行う。 ・介護保険制度や利用者支援に係る周辺制度について、最新の制度改革等の動向に関する講義を行う。 ・質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供に向けた現状の取組及び課題についての講義を行う。 | 講義 5 時間 講義① |
| ケアマネジメント (居宅介護支援、施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握並びに介護予防支援をいう。以下同じ。)の実践における倫理的な課題に対する支援 | 介護支援専門員が直面しやすい倫理的課題に対し、どのような姿勢で対応すべきかについて指導・支援する技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員倫理綱領の意義・内容を再確認し、介護支援専門員が備えるべき倫理の実践例を交えて講義を行う。 ・ケアマネジメントを行う際に直面する倫理的課題と対応方法について講義を行う。 ・個別支援において生じた倫理面の課題に対する指導・支援方法について講義を行う。 | 講義 2 時間 講義② |

| | | | |
|---|---|---|--------------------|
| 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 | 高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解や疾患別のケアの留意点、終末期ケアの基本等を踏まえた介護支援専門員への指導支援や地域づくり等を行うために必要な知識・技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・「適切なケアマネジメント手法」の意義、基本的な考え方を踏まえた、介護支援専門員への指導・支援の方法や留意点に関する講義を行う。 ・終末期ケアの基本を理解し、居宅及び施設における終末期ケアの課題や必要な視点について講義を行う。 ・終末期ケアで必要な看護サービス等を活用する際の視点や医療職をはじめとする多職種との連携方法・協働のポイントについて講義を行う。 | 講義 3 時間 講義③ |
| 人材育成及び業務管理 | 質の高いマネジメントを提供し、事業所の適正な運営等を図るための「人事管理」「経営管理」に関する知識の修得及び「人材育成」「業務管理」の手法を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域や事業所内における介護支援専門員の人材育成に関する留意事項、効果的な取組及び方法（研修計画の作成、OJT と Off-JT、事例検討会等）について講義を行う。 ・地域において人材育成を行うに当たって必要なネットワークの構築方法に関する講義を行う。 ・事業所内における介護支援専門員に対する業務管理の意義・方法及び課題と対応策について講義を行う。 | 講義 3 時間 講義④ |
| 運営管理におけるリスクマネジメント | ケアマネジメントを実践する上で発生するリスクに対して、組織や地域として対応する仕組みの構築に必要な知識・技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットの事例に基づき、ケアマネジメントを行う上で発生しうるリスクの予測とその評価の手法について講義を行う。 ・地域や事業所におけるリスク軽減に向けた仕組みや体制の構築の手法について講義を行う。 ・介護支援専門員に課せられている秘密保持義務の規定を再確認し、個人情報の取扱に係るリスクと関連制度について講義を行う。 ・自然災害や感染症が発生した場合の対応に関する基本的な考え方や方法、対応体制の構築に向けて必要な知識や方法について講義を行う。 | 講義 3 時間 講義⑤ |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|
| 地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク） | 地域において、地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の実践が進むよう地域づくりの重要性と主任介護支援専門員の役割を理解するとともに、地域課題の把握方法、地域づくりに向けた具体的な取組内容等に係る必要な知識・技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりの意義と手法及び地域課題を把握するための情報の入手・活用の方法について講義を行う。 ・地域課題の解決に向けた関係者によるネットワークの機能や構築方法について講義を行う。 ・地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）に関する介護支援専門員に対する指導・支援方法を修得する。 ・地域ケア会議等を通じて把握した地域課題を解決するための地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）の展開について、基本的な考え方や方法を修得する。 | 講義及び演習 6 時間 講義⑥ 演習① |
| 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の実現 | 地域において、医療との連携や多職種協働が進むよう、他の介護支援専門員や多職種に対する働きかけ、連携・協働の仕組みづくりに必要な知識・技術を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療職をはじめとした多職種との協働における工夫と留意点など成功例と失敗例を参考にして連携・協働の仕組みづくりの重要性を理解する。 ・地域ケア会議が有している機能と、当該会議を効果的に開催するための運営方法に関する講義を行う。 ・行政との連携・協働に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・多職種協働において関係する他法他制度(難病施策、高齢者虐待防止関連施策、障害者施策、生活困窮者施策、仕事と介護の両立支援施策、ヤングケアラー支援関連施策、重層的支援体制整備事業関連施策等)の概要と他法他制度を活用する際の関係機関等との連携・協働に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・日常的な実践における医療職をはじめとした多職種協働に関する介護支援専門員への指導・支援方法を修得する。 | 講義及び演習 6 時間 講義⑦ 演習② |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|------------------------------------|
| 対人援助者監督指導(スーパービジョン) | 対人援助者監督指導(スーパービジョン)の機能(管理や教育、支援)を理解し、実践できる知識・技術を修得するとともに、スーパーバイザーとして主任介護支援専門員に求められる姿勢を理解する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・対人援助者監督指導(スーパービジョン)の内容と方法に関する講義を行う。 ・対人援助者監督指導(スーパービジョン)の効果、介護支援専門員に対して対人援助者監督指導(スーパービジョン)を行う際の留意点及びスーパーバイザーとしての主任介護支援専門員の心構えと視点を理解する。 ・個人対人援助者監督指導(個人スーパービジョン)と集団対人援助者監督指導(グループスーパービジョン)の方法等を修得する。 | 講義及び 習 1 8 時間 講義⑧ 演習③ |
| 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 | 介護支援専門員に対する指導・支援における様々な方法と関わり方について、その具体的方法や留意点を理解するとともに、事例研究の実践的な展開方法を修得する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて、主任介護支援専門員として指導・支援を行う際の様々な方法(コーチング、ティーチング等)を修得するとともに、指導・支援を行う際の様々な場面における関わり方を理解する。 ・指導・支援に当たっての留意点を踏まえつつ、事例検討・事例研究における指導 ・支援の実践的な展開方法(会議の設定と準備、介護支援専門員との関係構築、傾聴、承認、指導・支援の具体的な展開及びまとめと振り返り)を修得する。 | 講義及び演習 2 4 時間 講義⑨ 演習④ |

別紙

オンライン申し込みと同時に、下記の書類も合わせて提出（郵送）してください。

提出期限は、オンライン申し込みと同日の 令和7年8月15日（金）（事務局必着） となります。

受講要件に満たない方および書類に不備がある場合のみ、事務局より直接電話にてご連絡致します。

<提出書類一覧>

1. ①受講要件確認書 1
2. ②受講要件確認書 2
3. ③様式 1：介護支援専門員 職歴確認書
4. ④様式 2：介護支援専門員 実務経験証明書
5. ⑤様式 3：令和7年度主任介護支援専門員 研修受講推薦書
6. 上記のほか、下記の太線枠内⑥～⑧のうち、いずれか該当する方は選択のうえ提出してください。

| 提出書類 | 対象者 | 添付書類／補足事項 |
|------------------------------------|--|--|
| ①受講要件確認書 1 | | — |
| ②受講要件確認書 2 | | — |
| ③様式 1 介護支援専門員 職歴確認書 | 受講者全員（必須） | 実務経験期間は30日を1ヵ月として計算。（合計して30日に満たない分は切り捨て） |
| ④様式 2 介護支援専門員 実務経験証明書 | | 転職等で勤務先が複数となる場合には、事業所ごとに作成 |
| ⑤様式 3 主任介護支援専門員 研修受講推薦書 | | 管理者である場合は所属する法人の長から、法人の長である場合はその立場で作成 |
| ⑥様式 4 介護支援専門員資質向上事業の研修講師等の実績報告書 | 講師・ファシリテーター経験者 | — |
| ⑦様式 5 地域包括支援センター在籍証明書 | 地域包括支援センターで「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置されている方 | — |
| ⑧様式 6 地域包括支援センター等勤務者の市町村長受講推薦書 | 上記以外の方で、地域包括支援センターに勤務し、上記以外要件に該当する方 | — |

※証明書及び推薦書に関して、一部でも受講者本人の加筆等の不正が認められた場合は無効となります。

※提出された書類については返却致しません。また、「写し」と表記されている書類について、誤って原本が届いた場合には、返却に時間を要しますことを予めご了承ください。

受講要件確認書 1

| | | | |
|--|--|-------------|----------|
| 介護支援専門員 登録番号 | 登録している県名（ ） | 有効期間 満了日 | 令和 年 月 日 |
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 自宅住所 (修了証明書送付先) | (〒) | | |
| 勤務先名称 | | | |
| 勤務先住所 | (〒) | | |
| 勤務先電話番号 | | | |
| 連絡先 | ※日中、確実に連絡が取れる連絡先（電話番号）をご記入ください※ | | |
| 研修受講歴 要件を満たす場合、 チェックを入れてください | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員研修 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ *両方の受講が必須 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員更新研修（実務経験者／専門研修課程Ⅰおよび専門研修課程Ⅱ相当） ※上記いずれかの受講修了が必須となります。 <input type="checkbox"/> ケアマネジメントリーダー養成研修 <input type="checkbox"/> ケアマネジメント学会の認定ケアマネージャー | | |
| 登録メールアドレス | | | |
| オンライン研修 受講用メールアドレス (上記と同じ場合は不要) | 研修用の招待メールをお送りします。研修で使用する端末で、受信可能なメールアドレスを記入してください | | |
| その他 | 研修に際し、事務局へ伝えておきたい内容等がありましたら、ご記入ください | | |

受講要件確認書 2

氏名：

該当する□にチェックを入れて、必要書類と一緒に提出してください。

【受講要件について】

| | | |
|--|--------------------------|---|
| ①最新の介護支援専門員証の有効期限は切れていないか？ | <input type="checkbox"/> | 有効期間が切れている場合は、受講不可です。 氏名・住所等が変更になっている場合は、別途、変更・書換え交付申請をしてください。 |
| ②現在、介護支援専門員として勤務しているか？ | <input type="checkbox"/> | 申し込み日及び研修開始日において、介護支援専門員として勤務をしていない方は、受講不可です。 |
| ③現在、主任介護支援専門の資格を有していないか？ | <input type="checkbox"/> | 現に主任介護支援専門員である場合は受講不可です。 主任介護支援専門員 <u>更新研修</u> の受講対象者となります。 |
| ④次のいずれかの研修を修了しているか？ a. 介護支援専門員研修 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ b. 実務経験者に対する介護支援専門員更新研修 (専門研修課程Ⅰ・専門研修課程Ⅱ相当) | <input type="checkbox"/> | 左記の受講修了が必須条件となります。 事務局でも受講の有無を確認致します。 |

【提出書類について】

下記の1~5のうち、ご自身が該当する番号を選択し、枠内に記載の書類をすべて提出してください。

なお、様式1~3は、選択要件に関わらず提出が必須となります。

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| 1 | 様式1：介護支援専門員 職歴確認書 様式2：介護支援専門員 実務経験証明書 様式3：主任介護支援専門員 研修受講推薦書 | <input type="checkbox"/> | 過去の実務経験期間を含め、介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヵ月）以上有ること。 ・ただし、専任であること。 ・居宅介護支援事業所の管理者のみ、兼務も可とする。 ・過去に専任で60ヵ月以上の経験があれば、現在は他職種での従事または他職種との兼務等も可能。 |
| 2 | 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り、今後も協力可能と見込まれる等、指導的立場にある方 様式1～3 及び 様式4：介護支援専門員資質向上事業の研修講師等の実績報告書 | <input type="checkbox"/> | 通算の実務経験期間について、専任・兼任を問わず介護支援専門員の実務経験が60ヵ月以上有る方。 |
| 3 | 地域包括支援センターで「主任介護支援専門員に準ずる者」として配置されている方 様式1～3 及び ①様式5：地域包括支援センター在籍証明書 ②その他：「ケアマネジメントリーダー養成研修」の修了証の写し | <input type="checkbox"/> | ケアマネジメント養成研修修了者で、「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方。※注 |
| 4 | 上記に該当する方以外の方で、地域包括支援センター等に勤務し、受講要件に該当する方 様式1～3 及び 様式6：地域包括支援センター等勤務者の市町村長受講推薦書 | <input type="checkbox"/> | 介護支援専門員の資格を有し、①市町村や在宅介護支援センターで介護支援専門員に対する相談・支援業務または、②地域包括支援センターにおいて保健師（准ずる者含む）または社会福祉士（准ずる者含む）として配置され、介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に従事した経験がそれぞれ通算5年（60ヵ月）以上あり、市町村長からの推薦がある方。 ※介護支援専門員として従事した期間の専務・兼務は問わない。 |

| | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| 5 | <p>①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薦について（H14.4.24 区政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に参加した方</p> <p>②日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネージャーとして登録されている方</p> <p>様式 1～3 及び ①「ケアマネジメントリーダー養成研修」の修了証の写し または ②「認定ケアマネージャー」の認定証の写し</p> | <input type="checkbox"/> | <p>介護支援専門員の資格を有し、過去に通算 3 年（36 カ月）以上の専任歴（居宅介護支援事業所の管理者との兼務含む）があれば、現在は他職種との兼務も可とする。</p> |
|---|--|--------------------------|---|

◆ご提出前に、今一度ご確認ください◆

* 注記 「主任介護支援専門員に準ずる者」については、本実施要項「4. 対象者の（2） - ③の注釈 3 を再度ご確認ください。

介護支援専門員職歴確認書

令和 7 年 月 日

記載事項をもとに受講決定通知・修了証明書を発行しますので、受講者本人が正確に記入してください。

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|-----------------|----------|---|
| フリガナ | | | | | | | 生年月日 (西暦・和暦) | 西暦 和暦 | 年 年 |
| 氏名 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|----------------|------|------------|----------------|------|------------|
| 介護支援専門員としての職歴 <p>* 受講要件は、開催要項に記載のとおり。 * 事業所が秋田県外の場合のみ、<u>都道府県名</u>を記載。 * 現在の職場での期間は、申込日までの期間を記入。</p> | <p>①事業所名</p> <hr/> <p>業務期間：(和暦) 年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)</p> <p>※上記の事業所における職種・職名について、該当するものに✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅介護支援事業所管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>②事業所名</p> <hr/> <p>業務期間：(和暦) 年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)</p> <p>※上記の事業所における職種・職名について、該当するものに✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅介護支援事業所管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>③事業所名</p> <hr/> <p>業務期間：(和暦) 年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)</p> <p>※上記の事業所における職種・職名について、該当するものに✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅介護支援事業所管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>④事業所名</p> <hr/> <p>業務期間：(和暦) 年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)</p> <p>※上記の事業所における職種・職名について、該当するものに✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>居宅介護支援事業所管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>上記期間のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間があった場合は、期間を記入してください。複数期間ある場合は、すべて記入してください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">(和暦)</td> <td style="width: 20%;">年 月 日～(和暦)</td> <td style="width: 20%;">年 月 日 (年 カ月)</td> </tr> <tr> <td>(和暦)</td> <td>年 月 日～(和暦)</td> <td>年 月 日 (年 カ月)</td> </tr> <tr> <td>(和暦)</td> <td>年 月 日～(和暦)</td> <td>年 月 日 (年 カ月)</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | (和暦) | 年 月 日～(和暦) | 年 月 日 (年 カ月) | (和暦) | 年 月 日～(和暦) | 年 月 日 (年 カ月) | (和暦) | 年 月 日～(和暦) |
| (和暦) | 年 月 日～(和暦) | 年 月 日 (年 カ月) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (和暦) | 年 月 日～(和暦) | 年 月 日 (年 カ月) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (和暦) | 年 月 日～(和暦) | 年 月 日 (年 カ月) | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 実務経験期間は、30日を1カ月として計算します。1カ月（30日）に満たない場合は切り捨てます。

介護支援専門員実務経験証明書

令和7年 月 日

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|-----------------|----|------|
| フリガナ | | | | | | | 生年月日 (西暦・和暦) | 西暦 | 年 |
| 氏名 | | | | | | | | 和暦 | 年 |
| 介護支援専門員登録番号(8桁) | | | | | | | 性別 | □男 | ・ □女 |
| 事業所の種別 | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員としての実務経験期間 | 通算()年()ヵ月間 <u>※申込日まで</u> ※兼務とし通算に算定できるのは、居宅介護支援事業所の管理者との兼務のみです。 ※実務経験期間は30日を1ヵ月として計算し、1ヵ月に満たない分は切り捨てとして計算してください。 | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所の管理者と兼務期間がある場合はその期間を記入 | 上記のうち、次の期間は居宅介護支援事業所の管理者を兼務 (和暦) 年 月 日から(和暦) 年 月 日まで | | | | | | | | |
| ※現在の勤務先で従事している方は(1)を、過去の勤務先で従事していた方は(2)をそれぞれ選び、該当するものに□を入れて空欄へご記入ください。 | | | | | | | | | |
| (1) 上記の者は、(和暦) 年 月 日から 当施設・事業所において、 <input type="checkbox"/> 専任/ <input type="checkbox"/> 兼務の介護支援専門員として勤務していることを証明します。 兼務の内容() | | | | | | | | | |
| (2) 上記の者は、(和暦) 年 月 日から(和暦) 年 月 日まで、 当施設・事業所において、 <input type="checkbox"/> 専任/ <input type="checkbox"/> 兼務の介護支援専門員として勤務していたことを証明します。 兼務の内容() | | | | | | | | | |
| なお、上記のうち、産休・育休、病欠、他部門への配置等で介護支援専門員の実務に従事しない期間の有無 (□有/□無) 有る場合、期間は(和暦) 年 月 日～(和暦) 年 月 日 また、その理由(□産休・□育休・□病欠・□他部門への配置・□その他：) | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 秋田県介護支援専門員協会 会長 宛て | | | | | | | | | |
| 施設・事業所名 称： _____ | | | | | | | | | |
| 所 在 地： _____ | | | | | | | | | |
| 代 表 者 名： _____ | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号： _____ | | | | | | | | | |
| ※担当者氏名及び電話番号(TEL) | | | | | | | | | |

代表者の
職印

- * 勤務された事業所が複数ある場合、それぞれの事業所ごとにこの用紙(実務経験証明書)を提出してください。
- * 一部でも加筆等の箇所があると認められた場合、証明書としては無効となります。氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方がご記入ください。
- * 記入漏れや不備・不明な箇所がある場合のみ、事務局よりご連絡をさせて頂きます。

主任介護支援専門員研修受講推薦書

令和7年 月 日

研修申込者（受講予定者）

所 属職 名氏 名

上記の者は、現に当事業所で介護支援専門員の実務に従事しており、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有しております、主任介護支援専門員に求められる役割を深く自覚し、今後その業務に携わる者として適格と認められる者として推薦します。

令和 年 月 日

秋田県介護支援専門員協会 会長 宛て

<推薦者>

事業者名役職名代表者名代表者の
職印

* 担当者氏名及び電話番 (

TEL

)

- * 一部でも加筆等の箇所があると認められた場合、証明書としては無効となります。氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方が御記入ください。
- * 受講予定者が管理者である場合は、当該施設の法人の長からの証明を受けてください。なお、受講者が法人の長の場合、法人の長としての立場で証明を受けてください。

介護支援専門員資質向上事業の 研修講師等の実績報告書

令和 7 年 月 日

研修申込者（受講予定者）

所 属 _____

職 名 _____

氏 名 _____

秋田県介護支援専門員協会 会長 宛て

私は、次のとおり標記研修で講師等を務めたことを報告します。

令和 年 月 日

所属：_____

署名：_____

| 研修名 | 実施年月日 | 内容 | 備考 |
|-----|-------|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* 上記の表に記入しきれない場合は、適宜、行を増やす・別紙に記入する等のうえ提出してください。

地域包括支援センター在籍証明書

令和 7 年 月 日

研修申込者（受講予定者）

所 属 _____

役職名 _____

氏 名 _____

秋田県介護支援専門員協会 会長 宛て

上記の者は、当地域包括支援センターにおいて主任介護支援専門員に準ずる者として配置されていることを証明します。

令和 年 月 日

【実務従事期間】

(和暦) 年 月 日～現在 *申込日時点
通算で () 年 () カ月間

上記のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間は

(和暦) 年 月 日～(和暦) 年 月 日

地域包括支援センター名称：_____

所在地：_____

代表者名：_____

代表者の
職印

電話番号：_____

担当者氏名及び電話番号：_____

* 産休、育休、病欠等の期間は、実務従事期間から除きます。

* 一部でも加筆等の箇所があると認められた場合、証明書としては無効となります。氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方が御記入ください。

* 記入漏れや不備・不明な箇所がある場合のみ、事務局よりご連絡をさせて頂きます。

地域包括支援センター等勤務者の 市町村長受講推薦書

令和 7 年 月 日

研修申込者（受講予定者）

所 属 _____

役職名 _____

氏 名 _____

秋田県介護支援専門員協会 会長 宛て

上記の者は当市町村、もしくは当市町村が委託をしている地域包括支援センター等の職員であり、上記の地域包括支援センター等において、地域の介護支援専門員に対する相談・支援等の業務に 5 年以上（60 カ月）従事した経験があります。

したがって、主任介護支援専門員研修の受講者として特に推薦します。

令和 年 月 日

【実務従事期間】

(和暦) 年 月 日～現在 *申込日時点

通算で () 年 () カ月間 _____

上記のうち、産休、育休、病欠等で実務に従事しない期間は

(和暦) 年 月 日～(和暦) 年 月 日

市町村名： _____

市町村長名： _____

市町村長
の印

担当者氏名及び電話番号： _____

* 産休、育休、病欠等の期間は、実務従事期間から除きます。

* 一部でも加筆等の箇所があると認められた場合、証明書としては無効となります。氏名を含めての全項目において所属長等証明権限を有する方が御記入ください。

* 記入漏れや不備・不明な箇所がある場合のみ、事務局よりご連絡をさせて頂きます。

【各種お問い合わせ先】

研修全般・申し込み方法・受講料の納付・書類提出先

特定非営利活動法人 秋田県介護支援専門員協会 事務局

〒010-0922 秋田市旭北栄町 1-5 秋田県社会福祉会館 3 階

TEL : 018-893-4011 (平日 9:00-18:00) / FAX : 018-893-4012

Email : seminar@acma.jp

動画・評価テスト等、システムの不具合やログイン ID・パスワードを忘れた方

①コールセンター・ヘルプデスク：株式会社リレーション（業務委託先）

TEL : 050-5357-1081 / 受付時間：平日 9:00-17:00 (12:00-13:00 を除く)

または

②一般社団法人 日本介護支援専門員協会

TEL: 03-3518-0777

※秋田県介護支援専門協会では、ID 及びパスワードの管理は行っておりません。