

**要件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**

## 1 対象となる研修

- ・福岡県介護支援専門員法定研修
- ・自治体、介護支援専門員協会が行う介護支援専門員の資質向上に係る研修  
(所属内での研修は対象外)

※ただし、企画業務への関わりが薄い場合などは、受講要件に該当する研修とみなさないことがあります。

- 例) ・講師依頼のみを行ったとみられる研修  
 ・会場予約のみを行ったとみられる研修 など

## 2 対象期間

主任介護支援専門員(更新)研修を修了して、本年度の主任介護支援専門員更新研修の受講申し込みまでに開催された研修。

## 3 提出書類

- ・主任介護支援専門員研修修了証明書の写し
  - ・「講師・ファシリテーター等実績申告書」及び添付書類(研修の企画をした場合は企画に携わったことが証明できる書類。講師、ファシリテーターの経験がある場合は講師依頼文等講師・ファシリテーターをしたことが分かる書類。)
- ※添付書類がない場合は、研修実施機関から証明を受けてください。

**要件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**

## 1 対象となる実施団体

県	市町村
地域包括支援センター	県介護支援専門員協会
日本ケアマネジメント学会	県社会福祉協議会
県医師会	県介護福祉士会
県看護協会	県歯科医師会
県作業療法協会	県理学療法士会
県社会福祉士会	県介護保険広域連合

原則として福岡県の団体としますが、他県の団体、またはこれらを総括する全国単位の団体も対象とします。上記団体と他団体が共催した研修についても対象とします。(協賛・協力・後援などの援助者として開催したものではなく、主催が複数になる共同主催の場合を対象とします。)

## 2 対象となる研修内容

主に介護支援専門員を対象として行われる研修で、介護支援専門員の質の向上に結びつくもの。(介護支援専門員を対象としているかどうかは、受講した研修の案内文や研修実施団体より確認ください。)

### 3 研修時間

- 研修は、2時間以上のものを1回と換算します。2日以上続けて研修が実施されるものは1日を1回とします。
- 4回以上、かつ研修の合計時間が16時間以上であることを条件とします。（2時間の研修を4回修了しても、要件は満たしません）

### 4 対象期間

主任介護支援専門員（更新）研修を修了して、本年度の主任介護支援専門員更新研修の受講申し込みまでに開催された研修で、ある年度（4月～3月）に4回以上研修に参加していること。

### 5 提出書類

- 主任介護支援専門員研修修了証明書の写し
  - 「研修修了状況申告書」及び添付書類（研修のプログラム等研修の内容が分かる書類及び研修修了証明書）
- ※添付書類がない場合は、研修実施機関から証明を受けてください。
- ※参加した研修ごとに、作成してください。

## 要件3 日本ケアマネジメント学会が開催する研究大会等において、演題発表等の経験がある者

### 1 演題発表等について

主たる演題発表者だけでなく、共同発表者も可とします。

ただし、自身の発表部分について資料の作成から発表までを行った場合を対象とし、資料作成等の手伝いのみでは対象としません。

### 2 対象期間

主任介護支援専門員（更新）研修を修了して、本年度の主任介護支援専門員更新研修の受講申し込みまでに開催された研究大会等での発表

### 3 提出書類

- 主任介護支援専門員研修修了証明書の写し
- 演題発表等を行ったことがわかる書類（研究大会等の次第、発表依頼文等）

## 要件4 日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャー

### 1 提出書類

- 主任介護支援専門員研修修了証明書の写し
- 認定ケアマネジャー研修修了証明書の写し

(講師・ファシリテーター等実績申告書の書き方 (研修実施機関からの証明を必要としない場合))

## 講師・ファシリテーター等実績申告書

※下段の研修実施機関からの証明がない場合でも必ず作成して添付してください

〇〇年〇〇月〇〇日  
氏名 福岡 太郎

福岡県主任介護支援専門員更新研修について、受講要件である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実績を下記のとおり申告します。

### 記

#### 1 申告内容

研修名	介護支援専門員研修
日時	〇〇年〇〇月〇〇日
研修内容	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基本
研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
担当内容	講師・ファシリテーター・研修の企画

#### 2 添付書類

- ・上記申告内容を証明できるもの。  
(講師依頼書・研修プログラムの写し等)

※添付書類の提出が出来ない場合は、下記に研修実施機関から証明を受けてください。

上記内容について、相違ないことを証明します。

※「講師依頼文」等講師を行ったことを証明できる書類があれば下欄の証明は不要

年 月 日  
代表者 印

研修実施機関名	
記入担当者氏名	
連絡先	

(講師・ファシリテーター等実績申告書の書き方 (研修実施機関の証明がある場合))

### 講師・ファシリテーター等実績申告書

〇〇年〇〇月〇〇日  
氏名 福岡 太郎

福岡県主任介護支援専門員更新研修について、受講要件である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実績を下記のとおり申告します。

#### 記

##### 1 申告内容

研修名	介護支援専門員研修
日時	〇〇年〇〇月〇〇日
研修内容	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基本
研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
担当内容	講師 ・ <u>ファシリテーター</u> ・ 研修の企画

##### 2 添付書類

- ・ 上記申告内容を証明できるもの。  
(講師依頼書・研修プログラムの写し等)

※添付書類の提出が出来ない場合は、下記に研修実施機関から証明を受けてください。

※研修の企画で受講を申し込まれる場合は、研修実施機関の証明が必要です。

上記内容について、相違ないことを証明します。

※上段と下段の研修実施機関は統一させてください。異なる場合は受け付けません。

年 月 日  
代表者 印

研修実施機関名	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
記入担当者氏名	福岡 次郎
連絡先	×××-×××-×××

(研修修了状況申告書の書き方 (研修実施機関からの証明を必要としない場合))

## 研修修了状況申告書

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 福岡 太郎

福岡県主任介護支援専門員更新研修について、受講要件である地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外研修等の修了状況を、下記のとおり申告します。

### 記

#### 1 申告内容

研修名	介護支援専門員研修
日時	〇〇年〇〇月〇〇日
研修内容	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基本
研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
研修時間	3時間 00分 (休憩時間を除く)

#### 2 添付書類

- ・研修修了証明書
- ・研修プログラムの写し

※研修修了証明書等の提出が出来ない場合は、下記に研修実施機関から証明を受けてください。

※研修時間は2時間以上で記入ください。2時間未満の研修は対象外です。

上記内容について、相違ないことを証明します。

※「研修修了証」等研修を修了したことを証明できる書類があれば下欄の証明は不要。

年 月 日

代表者

印

研修実施機関名	
記入担当者氏名	
連絡先	

(研修修了状況申告書の書き方 (研修実施機関の証明がある場合))

## 研修修了状況申告書

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 福岡 太郎

福岡県主任介護支援専門員更新研修について、受講要件である地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外研修等の修了状況を、下記のとおり申告します。

### 記

#### 1 申告内容

研修名	介護支援専門員研修
日時	〇〇年〇〇月〇〇日
研修内容	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本
研修実施機関	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
研修時間	3時間 00分（休憩時間を除く）

#### 2 添付書類

- ・研修修了証明書
- ・研修プログラムの写し

※研修修了証明書等の提出が出来ない場合は、下記に研修実施機関から証明を受けてください。

※研修時間は2時間以上で記入ください。2時間未満の研修は対象外です。

上記内容について、相違ないことを証明します。

※上段と下段の研修実施機関が同一でない場合対象外です。

年 月 日

代表者

印

研修実施機関名	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
記入担当者氏名	福岡 次郎
連絡先	×××—×××—×××