

16 福介送第 438 号  
平成 28 年 8 月 19 日

主任介護支援専門員 様

江戸川区福祉部介護保険課長  
永 塚 正 佳

平成 28 年度第 期東京都主任介護支援専門員更新研修の推薦について

日頃より、江戸川区の介護保険事業に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

平成 28 年度から主任介護支援専門員更新研修制度が実施され、江戸川区は受講対象者として、主任介護支援専門員としての一定の実績があり、かつ、今後も活動が期待できる方を推薦いたします。

本研修の募集案内については、東京都より「平成 28 年度第 期東京都主任介護支援専門員更新研修の実施について」のお知らせが地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等に 8 月中旬に送付予定となっております。下記をご確認のうえ、各実施機関に証明書発行を依頼し交付を受け、受講申し込みをお願いいたします。

記

1 江戸川区の受講対象者（受講要件）について

(1) 主任介護支援専門員としての実践要件イ - (エ) について

「地域ケア会議」とは、熟年者支援ネットワーク会議、熟年相談室が開催する地域連携会議、地域ケア会議が該当となります。また地域ネットワークの構築を図るサービス事業者情報交換会についても該当することとみなします。

(2) 主任介護支援専門員としての資質向上要件ウ - (ア) について

区主催の主任介護支援専門員対象研修会、及び区が委託する NPO 法人ケアマネジャー協会主催の介護支援専門員研修会を対象とします。

2 会議・研修会等証明書の発行手続きについて

根拠書類（証明書）は、東京都の募集案内の**別紙 5 に添付されている申請書と証明書（太枠内自署）及び返信用封筒を同封し**、各実施機関に依頼してください。

会議・研修会名	送付先	住所	電話番号
地域ケア会議 地域連携会議 サービス事業者情報交換会  対象期間は主任介護支援専門員の資格を得たときから平成28年8月1日まで	各熟年相談室		
熟年者支援ネットワーク会議 対象期間は主任介護支援専門員の資格を得たときから平成28年8月1日まで  主任介護支援専門員対象研修会 対象期間は平成27年度	介護保険課事業者調整係	〒132-8501 江戸川区 中央 1-4-1	03-5662-0032
江戸川区委託研修  対象期間は平成27年度	江戸川区ケアマネジャー協会	〒134-0084 江戸川区 東葛西 7-12-6	03-5679-1751

返信用封筒：長3形封筒。送付先をご記入いただき、82円切手を貼付してください。

証明書については江戸川区の介護保険課ホームページおよびケア倶楽部よりダウンロードしてください。

ホームページ <http://www.kaigo.city.edogawa.tokyo.jp/>

ケア倶楽部 <https://www.uwins-club.net>

提出先及び区担当者問い合わせ先  
 福祉部介護保険課事業者調整係  
 担当：及川・高橋  
 電話：5662-0032

## 東京都介護支援専門員研修講師等証明書の発行手続きについて

募集案内 3 ( 2 ) イ ( ア ) の東京都介護支援専門員研修の講師又はファシリテーターを行った実績を確認する証明書を研修実施機関に依頼する場合は、以下の手順に従って申請をしてください。

## 1 証明書を発行する研修

東京都介護支援専門員実務研修

東京都介護支援専門員更新研修

東京都介護支援専門員再研修

東京都介護支援専門員現任研修 ( 実務従事者基礎研修・専門研修課程 ・専門研修課程 )

東京都主任介護支援専門員研修

東京都主任介護支援専門員更新研修

## 2 発行申請の手続きの流れ

(1) 別紙申請書の太枠内の事項を記入してください。

講師等を行った日から氏名変更がある場合は、氏名欄に旧姓も御記入ください。

(2) 申請書及び返信用封筒を同封し、郵送で各研修実施機関に郵送をしてください。

返信用封筒：長 3 形封筒。送付先を御記入いただき、82 円切手を貼付してください。

研修会名	送付先	住所	電話番号	証明可能な期間
実務研修 更新研修 再研修	公益財団法人 東京都福祉保健財団 人材養成部 ケアマネ担当 ( 研修 )	〒163-0719 新宿区西新宿 2 - 7 - 1 小田急第一生命ビル 19 階	03-3344-8512	H25 年度から H28 年 8 月 1 日まで
現任研修 ( 専門研修 )	公益財団法人 総合健康推進財団 東京都介護支援専門員研修係	〒163-1035 新宿区西新宿 3-7-1 新宿パークタワー N 棟 35 階	03-5909-8563	H18 年度から H28 年 8 月 1 日まで
現任研修 ( 専門研修 )	公益財団法人 総合健康推進財団 東京都介護支援専門員研修係	〒163-1035 新宿区西新宿 3-7-1 新宿パークタワー N 棟 35 階	03-5909-8563	H18 年度から H27 年度まで
	特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会	〒102-0072 千代田区飯田橋 2-9-3 かすがビル 10 階	03-3263-5636	なし ( 今後実施予定 )

現任研修 (実務基礎) 主任研修 主任更新研修	特定非営利活動法人 東 京都介護支援専門員研究 協議会	〒102-0072 千代田区飯田橋 2-9-3 かすがビル10階	03-3263-5636	【実務基礎】 H24 年度からH27 年度まで 【主任】 H23 年度からH28 年8月1日まで 【主任更新】 なし(今後実施予 定)
----------------------------------	-----------------------------------	--	--------------	---

**【留意事項】**

- ・証明書の発行には概ね1週間程度要します。受講申込期限を御確認の上、早めに御依頼いただきますようお願いいたします。
- ・依頼日から10日過ぎてもお手元に証明書が届かない場合は、各研修実施機関の事務局まで御連絡ください。

## 東京都介護支援専門員研修証明書発行申請書

	申請書記入日	平成	年	月	日
フリガナ	( )				
氏名 (旧姓)	生年月日 ( ) 年 月 日				
証明書の送付先	〒				
送付先が勤務先 の場合は事業所名					
日中連絡のつく 電話番号	(自宅・勤務先・携帯)いずれかに を入れる				
証明を依頼する研修名及び実施年度(わかる範囲でお書きください)					
研 修 名	実 施 年 度	備 考			
事務局記入欄	受付日			送付年月日	

太枠内の事項はすべてご記入ください。記入漏れがあった場合、証明書の送付ができかねる場合があります。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
実務経験証明書

平成 年 月 日

(所在地)

(区市町村名又は地域包括支援センター名)

(代表者名)

公印

(担当者氏名)

(連絡先電話番号)

下記の者は、平成28年8月1日までの期間において勤務し、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に従事した経験を有することを証明します。

フリガナ	生年月日(和暦)	
申込者氏名	年 月 日生	
実務従事期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

## 【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず区市町村又は地域包括支援センターの証明権限を有する方が作成してください。
- 実務経験証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。
- 指定予防支援業務のみ従事している場合は本証明書の対象にはなりません。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
地域ケア会議出席証明書

平成 年 月 日

(所在地)  
(地域ケア会議主催者名)  
(代表者名)

公印

担当者氏名  
連絡先電話番号

下記の者は、平成28年8月1日までの期間において、地域ケア会議に参画した実績を有することを証明します。

フリガナ	生年月日(和暦)	
申込者氏名	年 月 日	日生
地域ケア会議名	出席日	
	平成 年 月 日	種別(該当するものに○) 委員・オブザーバー
	平成 年 月 日	委員・オブザーバー
	平成 年 月 日	委員・オブザーバー
	平成 年 月 日	委員・オブザーバー
	平成 年 月 日	委員・オブザーバー
	平成 年 月 日	委員・オブザーバー

## 【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず地域ケア会議の主催者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。

東京都主任介護支援専門員更新研修  
ケアプラン点検協力証明書

平成 年 月 日

(所在地)  
(区市町村名又は地域包括支援センター名)  
(代表者名)

公印

(担当者氏名)  
(連絡先電話番号)

下記の者は、平成28年8月1日までの期間において、ケアプラン点検に協力者として点検を行った実績を有することを証明します。

フリガナ 申込者氏名	生年月日(和暦) 年 月 日生
ケアプラン点検実施日	備考
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	

## 【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ずケアプラン点検の実施者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。



東京都主任介護支援専門員更新研修  
 研修講師等証明書

平成 年 月 日

(所在地)  
 (区市町村名又は地域包括支援センター名)  
 (代表者名)

公印

(担当者氏名)  
 (連絡先電話番号)

下記の者は、平成28年8月1日までの期間において、当地域包括支援センターが主催する研修会において講師等を行った実績を有することを証明します。

フリガナ			生年月日(和暦)
申込者氏名			年 月 日生
研修会名	講師等実施年度	種別(該当するものに○)	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	
	平成 年度	講師 ・ ファシリテーター	

【注意事項】

- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず研修主催者（区市町村又は地域包括支援センター）の証明権限を有する方が作成してください。
- 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。

平成28年度 東京都主任介護支援専門員更新研修  
 研修受講履歴証明書

平成 年 月 日

(所在地)  
 (主催者名)  
 (代表者名)  
  
 (担当者氏名)  
 (連絡先電話番号)

公印

下記の者は、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの期間において、当NPO法人ケアマネジャー協会が主催する研修会を受講したことを証明します。

フリガナ		生年月日(和暦)
申込者氏名		年 月 日生
研修会名	開催日時	研修の主な内容

- 【注意事項】**
- 太枠以外を申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。必ず研修主催者の証明権限を有する方が作成してください。
  - 証明書の内容が事実と異なる場合、本証明書は無効となります。

平成28年度 東京都主任介護支援専門員更新研修  
研 修 受 講 記 録 (ウ (ア) 関係)

フリガナ		生年月日(和暦)
申込者氏名		年 月 日生
研修会名	開催日時	

## 1 研修概要

--

## 2 研修を受講しての感想 (400字以上800字以内で記載)

※研修を受講して得たことやケアマネジメントの実践に活かせること、更に学習する必要があると考えること等について記載

(別紙に記載)