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）

立川市長　殿

　東京都主任介護支援専門員研修（以下「主任研修」という。）の受講生として推薦いただきたく、依頼します。

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

推薦基準

１　必須要件（（１）ア～ウおよび（２）ア～オのすべてに該当すること）

（１）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・運営基準減算等に該当しておらず、勤務している事業所の実地検査（都、保険者の実地指導等）の結果に特に問題がなく、指導等が終結していること。なお、実地検査の結果、報酬の返還が発生している場合、その報酬の返還が完了していること。 |  |
| イ　現在、特定事業所集中減算に該当していない。　　（居宅介護支援事業所に限る） |  |
| ウ　集団指導に参加した。（実施された場合に限る） |  |

（２）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　立川市内での実務経験が２年程度（前年度末時点で１年半）以上ある |  |
| 立川市内での勤務開始年月日 |  |
| 立川市内での実務経験年数（前年度末時点） |  |
| ウ　地域包括支援センター又は関係機関と連携し、虐待など困難事例等のケアマネジメントを担当したことがある（地域包括支援センターの介護支援専門員については、担当又は支援したことがある） |  |
| 　担当した困難事例の概要、関係機関および連携方法、どのように対応したか、その結果どうなったか、担当して学んだこと・感じたことを記載してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| エ　立川市及び地域包括支援センター等が行う研修、連絡会、事例検討会、情報交換会、地域連携会議及びケアプラン点検等（以下、研修会等という。）に積極的に協力・参加している |  |
| 　協力・参加した研修会等の名称と日にち、どのように協力・参加したか、市内の介護支援専門員に対しどのような研修や支援が必要と考えるかを記載してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| オ　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 |  |

２　推奨要件（（１）～（４）のうち１つ以上に該当すること）

（当てはまる場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （１）研修会、事例検討会、ネットワーク作りのための情報交換会、地域連携会議等の企画・運営等に携わったことがある |  |
| 　研修会等の名称と日にち、内容、どのように携わったか、ネットワークづくり・多職種連携について立川市に必要だと思うことを記載してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| （２）医師・看護師・理学療法士等その他様々な職種と連携したケアマネジメントを実践したことがある |  |
| 　事例の概要、連携した関係機関・職種、どのように連携したか、その結果どうなったか、医療系やその他多職種との連携について日頃感じていることを記載してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| （３）インフォーマルサービスも含めた地域の社会資源と連携し、それらを活用したケアマネジメントを実践したことがある |  |
| 　事例の概要、連携した社会資源、どのように連携・活用したか、その結果どうなったか、市内の社会資源の活用について日頃感じていることを記載してください。 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 勤務する事業所において、指導的な立場にあり、他の介護支援専門員

　　　に対し、助言・指導を行っている |  |
| 　どのような立場で、どのように助言・指導を行っているか、助言・指導を行う上で必要だと感じていることを記載してください。 |
|  |

３　ケアマネジメントに対する考え方等について

|  |
| --- |
| あなたが考えるケアマネジメントとはどのようなものですか。 |
|  |

４　研修の成果を活かして、今後、主任介護支援専門員として立川市において実践したいことを具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

５　研修修了後の協力について（同意する場合に〇）

|  |  |
| --- | --- |
| １（１）立川市及び地域包括支援センター等が行う研修、連絡会、事例検討会、情報交換会、地域連携会議及びケアプラン点検等、主任介護支援専門員の役割を担う事業に積極的に参加、協力すること。 |  |
| 　（２）立川市居宅介護支援事業所連絡会及び立川市主任介護支援専門員連絡会が行う活動、事業の企画・運営及び講師依頼等に可能な限り協力すること。 |  |
| 　（３）支援困難事例の受入れに積極的に取り組むこと。 |  |
| 　（４）地域のニーズ、課題等を把握し情報共有を図るとともに、介護支援専門員に対する指導・助言等の役割を担うこと。 |  |
| ２　前項に規定する協力等について、推薦を受けようとする者は、法人と十分に協議し、法人がその活動に配慮する旨の同意を得ること。 |  |
| ３　主任介護支援専門員研修修了者として、地域包括支援センター及び介護サービス事業者等への情報提供に同意すること。 |  |
| ４　勤務先の変更・退職時等には、立川市の主任介護支援専門員担当までその旨を連絡すること。 |  |

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞