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更新研修（以下「主任更新研修」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 |  |
| 主任介護支援専門員研修修了年月日 | 和暦　　　　(西暦　　　)年　　月　　日 |
| 主任介護支援専門員更新研修修了年月日（直近に受講したもの） | 和暦　　　　(西暦　　　)年　　月　　日 |

　推薦基準

１　必須要件

（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、実地検査等の結果、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。 |  |
| 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　他の介護支援専門員に適切な指導・助言、さらに事業所における人材育成及び業務管理を行うことができ、また、地域包括ケアシステムを構築していくために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整を行うことにより地域課題を把握し、地域に必要な社会資源の開発やネットワークの構築など、個別支援を通じた地域づくりを行うことができる。 |  |
| イの具体的な内容 | |
| 直近の主任介護支援専門員（更新）研修修了から昨年度末までの間に、主任介護支援専門員として行った活動について、上記（２）イに該当していることが分かるように具体的に記載してください。（5W1Hを明らかにしてください。） | |
|  | |

２　立川市において主任介護支援専門員として活動した経験を踏まえ、地域包括ケアを推進する上での立川市における課題や不足している点、自身に求められる役割とそれを担うために必要だと考える知識・技術等を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

３　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協力・参加すること。 |  |
| （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更新研修修了者として、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。 |  |

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。

|  |
| --- |
|  |

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞