**令和２年度山梨県主任介護支援専門員研修**

**受講要件に係る事前アンケート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　受講申込者及び勤務先の情報** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込者氏名　漢字 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込者氏名　フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧姓 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号（8桁） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録都道府県 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 元職種 | | | | | ①介護福祉士・②社会福祉士・③保健師・④看護師・⑤歯科衛生士・⑥その他（　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先の郵便番号 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先の所在地 | | | | | 山梨県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先の電話 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先のＦＡＸ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先のメールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先における常勤専従の介護支援専門員従事者数 | | | | | | | | | | |  | | | 人 | | | | | | | | | | |
| **２　研修修了歴**（受講要件（１）③：専門・更新研修Ⅰ及び専門・更新Ⅱ研修の修了者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専門研修課程・更新研修Ⅰの修了年度 | | | | | | | |  | | | |  | | | | 年度 | | | | | | | | |
| 専門研修課程・更新研修Ⅱの直近の修了年度 | | | | | | | |  | | | |  | | | | 年度 | | | | | | | | |
| **３　受講要件確認**  （１）該当する項目を選択してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ① | 専任（常勤専従）の介護支援専門員として従事した期間が通算5年（60か月）以上である者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →(２)へ | | |
| □ | ②-（ア） | ケアマネジメントリーダー養成研修修了者であり、介護支援専門員として従事した期間が通算3年（36ヶ月）以上である者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →(２)･(３)へ | | |
| □ | ②-（イ） | 日本ケアマネジメント学会認定の認定ケアマネジャーであり、介護支援専門員として従事した期間が通算3年（36ヶ月）以上である者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →(２)･(４)へ | | |
| □ | ③ | 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者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →(３)へ | | |
| □ | ④-（ア） | 介護支援専門員として従事した期間（兼務の期間を含む）が通算5年（60か月）以上であり、山梨県が実施する介護支援専門員研修の講師又はファシリテーターの経験がある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | →(５)へ | | |
| □ | ④-（イ） | 介護支援専門員として従事した期間（兼務の期間を含む）が通算5年（60か月）以上であり、兼任する業務内容が、地域包括支援センターにおいて居宅サービス計画の指導等に関わりがある者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| （２）①　同一事業所の管理者との兼務 | | | | | | | | | あり　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）②　兼務先の事業所名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）③　サービス種類 | | | | | | | | | 居宅介護支援事業所・その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）ケアマネジメントリーダー養成研修修了年度 | | | | | | | | |  | | | | | | | | 年度 | | | | | | | |
| （４）認定ケアマネジャーの有効期間満了日 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| （５）講師又はファシリテーターの経験 | | | | | | | | | ① 実施年度： | | | | | | | |  |  | | | 年度 | | | |
|  | | | | | | | | | ② 研修名： | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | ③ 役割： | | | | | | | | 講師　・　ファシリテーター | | | | | | | |
| **４　過去の受講申込み歴** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）今回の申込回数 | | | | | | 初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）２回目以降の場合、申込年度 | | | | | | 平成 |  | | | 年度、 | | | 令和 | | | |  | | | 年度 | | | | |
| **５　受講申込みにあたり、◆を読み、設問について回答してください（箇条書きでも結構です）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◆ 主任介護支援専門員には、次のことが期待されています。  　　① 介護保険制度について、後輩に指導できる。  　　② スーパービジョンの方法が理解でき、困難事例へ対応できる。  　　③ ケアマネジメントの各プロセスの根拠を踏まえ、業務の指導ができる。  　　④ チームアプローチの手法について、事例に応じた指導ができる。  　　⑤ 支援事例から地域の課題が抽出でき、事例研究・事例検討の企画や運営ができる。  　　⑥ 倫理に関する後輩の育成ができる。  　　⑦ 現場からの情報・課題の発信、地域の課題分析、その解決に向けた地域づくりに関与できる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）本研修を受講したい理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）主任介護支援専門員に必要な能力について、現時点での考え | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）研修修了後、どのような役割を担っていきたいと考えているか | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （４）他の介護支援専門員に対する支援（相談・助言等）の経験の有無と内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①これまでに、他の介護支援専門員から担当ケースの処遇上の相談を受けたことがありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　事業所内 | | | あり　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ　事業所以外 | | | あり　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②それは、どのような内容ですか。簡潔に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （５）事例検討会への出席について、年に何回程度ありますか。（ない場合は「なし」と記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　事業所内 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ　事業所以外 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （６）事例検討会の実施について、年に何回程度ありますか。（ない場合は「なし」と記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　事業所内 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ　事業所以外 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （７）スーパーバイズを受けた経験について、年に何回程度ありますか。（ない場合は「なし」と記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　事業所内 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ　事業所以外 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **６　地域包括支援センター所属者は（１）、施設・事業所所属者は（２）に回答してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）ケアマネジメントに関する研修会等の企画・運営を年に何回程度行っていますか。（ない場合は「なし」と記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| （２）市町村・地域包括支援センターが主催する研修会等への参加は年に何回程度ですか。（ない場合は「なし」と記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **７　テキスト購入希望** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| テキスト「２訂/介護支援専門員研修テキスト　主任介護支援専門員研修（発行：一般社団法人日本海御支援専門員協会）」の購入希望はありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | 購入する　・　購入しない | | | | | | | | |