地域包括支援センターに主任介護支援専門員に準ずる者を配置する際の理由書

　　　年　　月　　日

佐賀中部広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　設置者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

|  |  |
| --- | --- |
| 配置する地域包括支援センター | 名称 |
| 主任介護支援専門員の確保が困難である理由 | |
|  | |
| 配置予定の方について | |
| 【氏名】  【職種】 | |
| 配置予定の方の経歴 | |
|  | |

※主任介護支援専門員に準ずる者を配置する際は、上記の理由書を提出の上で、

佐賀中部広域連合との事前協議をお願いいたします。

〈裏面あり〉

※主任介護支援専門員に準ずる者の経歴とは

（１）（２）のいずれかに該当する者とする。該当する方に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | （１）「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成１４年４月２４日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者。 |
|  | （２）地域包括支援センターが育成計画（※）を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事した期間が通算５年以上である者。 |

※介護支援専門員として従事した期間の換算の際は、専従・兼務・常勤・非常勤等の

雇用形態は問わない。

当該期間には育児休業、介護休業の期間を含めても差し支えないこととする。

（※）「育成計画」について、以下の内容を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 主任介護支援専門員の研修の受講予定日 |  |
| 助言を行う主任介護支援専門員の氏名・センターの名称及び所在地 | |
| 【氏名】  【センター名称】  【センター所在地】 | |
| 助言担当者が行う主任介護支援専門員として必要な知識や技術を習得するための支援等の内容（定期的な面談、同行訪問の実施、当該職員が担当するケースに関する検討・振り返り等） | |
|  | |
| その他センターが必要と認める事業 | |
|  | |

地域包括支援センターに主任介護支援専門員に準ずる者を配置する際の理由書

**記　載　例**

○○年○○月○○日

佐賀中部広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　設置者　所在地　佐賀市白山二丁目1番12号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　連合　太郎　（印不要）

|  |  |
| --- | --- |
| 配置する地域包括支援センター | 名称　○○市○○地域包括支援センター |
| 主任介護支援専門員の確保が困難である理由 | |
| 現在配置の主任介護支援専門員○○氏が令和〇年3月末で退職予定であり、ハローワークにて○月○日より募集を行っているが、現在まで申し込みが無い為 | |
| 配置予定の方について | |
| 【氏名】連合　桜子  【職種】介護支援専門員 | |
| 配置予定の方の経歴 | |
| ・育成計画　　別添  ・○年○月○日～○年○月○日  居宅介護支援事業所〇〇〇にて介護支援専門員として従事 | |

※主任介護支援専門員を配置する際は、上記の理由書を提出の上で、佐賀中部広域連合

との事前協議をお願いいたします。

〈裏面あり〉

※主任介護支援専門員に準ずる者の経歴とは

（１）（２）のいずれかに該当する者とする。該当する方に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | （１）「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成１４年４月２４日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者。 |
| 〇 | （２）地域包括支援センターが育成計画（※）を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事した期間が通算５年以上である者。 |

※介護支援専門員として従事した期間の換算の際は、専従・兼務・常勤・非常勤等の

雇用形態は問わない。

当該期間には育児休業、介護休業の期間を含めても差し支えないこととする。

（※）「育成計画」について、以下の内容を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 主任介護支援専門員の研修の受講予定日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 助言を行う主任介護支援専門員の氏名・センターの名称及び所在地 | |
| 【氏名】○○○○〇  【センター名称】○○○○地域包括支援センター  【センター所在地】〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地 | |
| 助言担当者が行う主任介護支援専門員として必要な知識や技術を習得するための支援等の内容（定期的な面談、同行訪問の実施、当該職員が担当するケースに関する検討・振り返り等） | |
|  | |
| その他センターが必要と認める事業 | |
|  | |