

東京都主任介護支援専門員研修 課題作成の留意点

〈目次〉

【提出課題 1】

- ・ [事例の選定](#)
- ・ [記載上の留意点](#)

【提出課題 2】

- ・ [事例の選定](#)
- ・ [様式 A：事例の概要](#)
- ・ [様式 B：基本情報シート](#)
- ・ [様式 C：リ・アセスメント支援シート](#)
- ・ [様式 D：医療情報シート](#)

- ・ [様式 E：サービス担当国会議の要点](#)
- ・ [様式 F：ケアプラン第 1 表～ 3 表](#)
- ・ [様式 G：支援経過記録](#)
- ・ [様式 H：評価表](#)

【その他】

- ・ [管理者承諾書](#)
- ・ [個人情報に関する誓約書](#)
- ・ [指導をした介護支援専門員に対する誓約書](#)
- ・ [提出前にご確認ください](#)
- ・ [提出方法](#)

▶ 事例選定のポイント

- 自分が指導した初任者の事例から選ぶ。
- 事例のテーマは「家族との調整が難しかった事例」。
- 「継続中の事例」「終結した事例」のどちらでも可。
- 終結した事例の場合は支援に困った時点での内容を記載する。
- 該当する指導事例がない場合は、同一のテーマであれば、自分自身の担当した事例でも構わない。

対人援助者監督指導 事例概要シート（課題1）

◆事例選定の上での留意点◆

- ※ 自分が指導した初任者の事例から選ぶこと
- ※ テーマは「家族との調整が難しかった事例」とすること
- ※ 「継続中の事例」でも、「終結した事例」でも構わない
- ※ 終結した事例の場合には、支援に困った時点での内容を記載すること
- ※ 該当する指導事例がない場合は、自分自身の担当した事例でも可とする（テーマは同一とすること）

1. あなたの属性

受講コース	受講番号	あなたの氏名	所属 ※該当に○
			①地域包括支援センター ②居宅介護支援事業所 ③その他（ ）
ケアマネジャーの実務経験	年 月 日	他の保有資格	

2. 事例を担当していた初任・新任 CM の属性

CM氏名 ※仮名にしてください	所属 ※該当に○		
	①あなたと同一の事業所 ②その他（ ）		
事業所での勤続年数	年 月 日	あなたとの関係	
ケアマネジャーの実務経験	年 月 日	他の保有資格	

3. 初任 CM が困っていた事例の概要

利用者名 ※仮名にしてください	年齢	性別
CM の関わり のきっかけ	援助 期間	年 月 日
家族の状況	利用者の状況	
家族構成図 ※図表を添付。それぞれ年齢、職業などを記入。	認知症 自立度	認知症 自立度
	認知症 認定	認知症 認定
	サービス 利用	
	移動	入浴
	食事	更衣
	排泄	その他
	家事	コミュニケーション
	経済状況	

【提出課題1】 記載上の留意点

・「事例概要シート（課題1）」に
パソコンで事例の内容を入力して両面印刷したものを
提出してください。

・「継続中の事例」の場合は本提出課題を作成する
時点での内容を記載してください。

・「家族構成図」は手書きでも構いません。

（注）いずれの項目においても個人情報および固有名詞は アルファベット表記等の仮称表記にしてください。

【提出課題1】 記載上の留意点

利用者や家族の要望・困りごと

利用者本人 の要望・困 りごと		家族や関 係者の要 望・困り ごと	
-----------------------	--	----------------------------	--

4. 支援の概要

※時間経過によって支援内容とその結果等に変化が生じる。

5. CMの支援目標・支援方針

6. CMが困っていた点

- 支援開始から事例作成時点（または終結時点）まで、利用者の心身の状況変化があった時点や、支援を行う上での変化点、及びモニタリングについて要点を押さえ記載してください。

（注）いずれの項目においても個人情報および固有名詞は アルファベット表記等の仮称表記にしてください。

▶ **事例の選定要件** 下記の(ア)～(オ)を踏まえた上で事例を選定してください。

- (ア) 提出課題1（スーパービジョン）で選定した事例とは異なる利用者の事例
- (イ) 「認知症の利用者への支援」をテーマとして、自らの支援に課題を感じている事例
- (ウ) 原則、本研修申込み時点で継続中の事例
- (エ) 一定期間、受講者自らが支援を担当しており、演習中にグループメンバーからの質問に対し回答が出来て、振り返るだけの情報を持ち合わせている事例
- (オ) ケアマネジメントにおいてスキルアップする必要があると感じている事例

【提出課題2】様式A：事例の概要

- 「事例概要シート（課題2）」に
パソコンで事例の内容を入力して両面印刷したものを
提出してください。

- 「継続中の事例」の場合は本提出課題を作成する
時点での内容を記載してください。

- 「家族構成図」は手書きでも構いません。

3. 支援の概要

令和3年度東京都主任介護支援専門員研修【個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開】

「個別事例」事例概要シート（課題2）

◆事例選定の上での留意点◆

- ※ 課題1（スーパーバージョン）で選定した事例とは異なる利用者の事例
- ※ 「認知症の利用者への支援」をテーマとして、自らの支援に課題を感じている事例
- ※ 原則、本研修申込み時点で継続中の事例
- ※ 一定期間、受講者自らが支援を担当しており、演習中にグループメンバーからの質問に対し回答が
来て、振り返るだけの情報を持ち合わせている事例
- ※ ケアマネジメントにおいてスキルアップする必要がある事例

1. あなたの属性

受講コース	受講番号	あなたの氏名	所属 ※該当に○
			①地域包括支援センター ②居宅介護支援事業所 ③その他（ ）

2. 事例の概要

利用者名 ※仮名にしてください	年齢 歳	性別
あなたの関わり のきっかけ	援助 期間	年 月 日

家族の状況

家族構成図 ※写真等を用い、それぞれ年齢、職業などを記入。

利用者の状況

要介護度	認知症
障害 自立度	自立度
身体障害 認定 級	知的障害 認定 級
サービス 利用	
移動	入浴
食事	更衣
排泄	その他
家事	コミュニケーション
経済状況	
住居状況	

利用者と家族の要望・困りごと

利用者本人 の要望・困 りごと	家族や関 係者の要 望・困り ごと
-----------------------	----------------------------

提出資料の
【A】事例
【B】基本
【C】リファ
【D】医療
【E】サ

（注）いずれの項目においても個人情報および固有名詞は アルファベット表記等の仮称表記にしてください。

氏名はアルファベット表記
(例：Aさん)

利用者の属する【世帯】を
○で囲み、ジェノグラム（利
用者の家族関係）を図で記入

【提出課題2】様式B：基本情報シート

出生年のみ記入

基本情報シート①

利用者氏名		相談者氏名		続柄	本人・家族・他（ ）	受付日	平成 年 月 日	受付対応者	受付方法	来所・電話・他（ ）	
生年月日		明・大・昭 年××月××日		歳	性別	男・女	被保険者番号	記入不要			要介護状態区分
現住所	〒 記入不要						自宅TEL	記入不要			
	記入不要						携帯TEL	記入不要			
							FAX	記入不要			
							E-mail	記入不要			
家族情報 緊急連絡先	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所			連絡先			
				同・別	記入不要			記入不要			
				同・別							
				同・別							
				同・別							
住居 戸建（平屋・2階建以上）・アパート・マンション・公営住宅（ ）階・他（ ）											
エレベーター 無・有（ ） 所有形態 持ち家・貸家 トイレ 和式・洋式・ウォシュレット											
住居の状況	住居に対する特記事項						生活歴		趣味・好きなこと		
	・住宅の間取りを平面図にして作成する ・「施設」の場合は居住スペース及びベッド周り等の活動の範囲を作成する						・相談に至るまでの生活歴(出身地、家族環境、仕事、どんな生活を送ってきたか等)を記載		「情報を収集し、活用する力」について、利用者が世の中の動きや身の回りのことにどのような関心を持ち、獲得した情報をどう自分の生活に活かしているかを記載		
改修の必要性（無・有） 有無に○をし、有の場合はここに理由を記載する						都道府県名や区市町村名等は記載しない。		情報収集源・情報活用状況			

主介護者は「主」、
副介護者は「副」と
記載

家族について（支援頻度や関係性等）
特に着目する点があれば記入

氏名はアルファベット表記
(例：Bさん)

間取図で表現できない
事項や説明を要する事
項を記載する

情報収集源・情報活用状況

氏名はアルファベット表記
(例：Aさん)

【提出課題2】 様式B：基本情報シート

パーキンソン病、
ALS等

視覚障害、肢体不
自由(両下肢)等

医療機関、医師名はアルファ
ベット表記
(例：J病院、K医師等)

事業所名はアルファベット表記
(例：ヘルパーステーションM)

基本情報シート②

ふりがな												受講番号												
利用者氏名												受講者氏名												
利用者の被保険者情報	介護保険	申請中	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	認定日	平成	年	月	日	有効期限	平成	年	月	日					
	医療保険	後期高齢	国保	社保	共済	他					支給限度額等	単位/月												
	公費医療等	無	有								審査会の意見													
	障害等	無	身障	(種)	(級)	精神	(級)	療育	(度)	認定情報	障害高齢者の日常生活自立度				主治医意見書	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	難病					障害等名					認定調査票				自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	生活保護	無	有								認知症高齢者の日常生活自立度				主治医意見書	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他					認定調査票				自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	収入額・支出額	収入	(円/年)				円/月	支出	(円/月)															
	金銭管理者	本人	家族					他																
	発症時期	病名		医療機関・医師名(主治医・意見作成者)に○・連絡先				経過	受診状況	治療内容														
							TEL	記入不要	治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
							TEL		治療・経観・他															
特記事項																								
利用しているサービス	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先																			
		/月・週		記入不要	記入不要																			
		/月・週																						
		/月・週																						
		/月・週																						
		/月・週																						
		/月・週																						
相談内容	相談内容の文末に相談者が誰か記入する。 例：～してほしい(夫)																							
	利用者の要望																							
家族の要望	要望の文末に家族の誰か記入する。 例：～してほしい(長女)																							

受診の頻度を記入

受診の方法を記入
(例：定期通院、訪問診療等)

主訴はすべて、
利用者、家族が
発言した内容を
要約せずに、そ
のまま記入

【提出課題2】 様式C：リ・アセスメント支援シート

リ・アセスメント支援シート④

リ・アセスメント支援シート③

リ・アセスメント支援シート②

リ・アセスメント支援シート①

本研修に提出する
ケアプランを作成した時点での情報を
「リ・アセスメント支援シート」に
書き起こしてください。

利用者名
社会参加
対人交流
社会交流
維持・改善要素、利点
特別な状況
維持・改善要素、利点
意向

利用者名
食事
食事場所
排泄（排
排泄（排
排泄（日
排泄（夜
排泄（失
入浴
更衣・整
寝返り
起上がり
座位
立位
移乗
歩行
使用機器
維持・改
の要素、
点
健康状態
実物
金銭管理
献立
ゴミ出し
調理と片
掃除・洗
火気管理
外出
服薬状況

利用者名
主疾病(症状、痛み等)
薬
口腔衛生
義歯の有無
食事摂取
食事量
食事摂取形
食事形態(主食)
食事形態(副食)
健康状態
栄養状態
身長・体重
麻痺・拘縮
じょく瘡・皮膚の問題
入浴
排泄(便)

利用者名	リ・アセスメント支援シート①										受講番号											
											受講者名											
	状態										問題(困りごと)		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		優先					
															整理前		関連	整理後	順位			
視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない		利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
眼鏡	無	有			利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない		利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
補聴器	無	有			利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
言語	問題無	問題有			利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
意思伝達	できる	時々できる	困難		利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
コミュニケーション	維持・改善の要素、利点										医師・専門職等意見		CM判断		CMの利用者・家族の意向への働きかけ		実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難
認知障害	自立	軽度	中度	重度	利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
意思決定	できる	特別な場合以外ではできる	困難		利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
指示反応	通じる	時々通じる	通じない		利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮	利用者	利用者意向	意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻								
行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	夜夜逆転	不潔行為	介護拒否	夜間不穏	異食行為												
精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心																

「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を参考にしながらご記入ください。

【ダウンロード】

URL: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/guideline.html

東京都福祉保健局＞高齢者＞介護保険＞東京都介護サービス情報＞介護支援専門員関連情報＞保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン

【購入】

ガイドラインは、当会において有償頒布（1冊720円（税込））しております。申込書は以下のリンク先ページからダウンロード可能です。

URL: <http://cmat.jp/sell/534.html>

受講コース		受講番号		受講者氏名	
-------	--	------	--	-------	--

医療情報シート（主治医意見書の該当項目から転記、面談等による意見を記入してください）

情報取得日	年 月 日
医療機関の種別（該当を○で囲む）	病院 診療所
1. 現在の病状 (1) 診断名	
(2) 症状としての安定性	安定 不安定 不明
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	
2. 生活機能の現状 (1) 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 自立 I II a II b III a III b IV M
(2) 認知症の中核症状 短期記憶 日常の意思決定を行うための認知能力 自分の意志の伝達能力	無 有 () 無 有 () 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状	無 有 (幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ())
(4) その他の精神・神経症状 専門医受診の有無	無 有 () 無 有 ()
(5) 身体の状態	利き腕 右 ・ 左 身長 (cm) 体重 (kg) 麻痺 () 筋力の低下 () 関節の拘縮 () 関節の痛み () 失調・不随意運動 () 褥瘡 () その他皮膚疾患 ()
3. 今後の見通しと療養上留意すること (1) 現在発生しているまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	状態 () 対処方針 ()
(2) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	期待できる 期待できない 不明
(3) 医学的管理の必要性	
(4) サービス提供における医学的観点からの留意事項	
4. 特記すべき事項	

年 月 日 開催のサービス担当者会議に出席できないので、主治医から出席者に伝えたいこと。

①ケアプラン原案について

②サービス、サービス提供スタッフ等に対する意見・指導・助言

個人情報の管理に厳重注意！

【提出課題2】 様式D：医療情報シート

主治医意見書を参考に記載

【提出課題2】 様式E：サービス担当者会議の要点

第 4 表

サービス担当者会議の要点

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 研修 太郎

開催日 平成 年 月 日 開催場所 A 様宅 開催時間 開催回数 回

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
※備考						
検討した項目						
検 討 内 容						
結 論						
残された課題 (次の開催時期)						

今回提出するケアプランに対するサービス担当者会議の要点記録を提出してください。
普段提出している要点記録で構いませんので、新たに標準書式を書き換える必要はありません。

氏名はアルファベット表記
(例：Aさん)

サービス事業所、医療機関等
はアルファベット表記
(例：D通所介護)

(注) 個人情報の消し忘れにお気を付けてください。図で示した枠以外の欄にも個人情報が書かれていますので、用紙全体をくまなくご確認ください。

【提出課題2】 様式F：ケアプラン第1表～3表

- ・事例を振り返って検討したい時期のケアプランを提出してください。
- ・様式は普段使用しているケアプランの提出で構いませんが「サービス計画書標準様式第1～3表」に充当するものを提出してください。
- ・地域包括支援センターに所属し、介護予防に関する事例を提出する場合は「東京都標準様式A表～C表」もしくはそれに充当するケアプランを提出してください。

第 1 表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日 年 月 日	
利用者名 殿		生年月日 年 月 日	住所		
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日		初回居宅サービス計画作成日 年 月 日			
認定日 年 月 日	認定の有効期間 年 月 日 ~		年 月 日		
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					

個人情報は削除してください。

[個人情報削除の手順]

1. 個人情報、固有名詞にあたる箇所を修正液や修正テープで隠す
2. 1. で修正を行った書類のコピーをとる

※黒ペン等で塗りつぶした場合、文字が透けて見えてしまうことがあります。また、修正液や修正テープで隠すだけの場合も文字が見えてしまいます。かならず透かしても文字が見えないような状態にしてください。

署名欄は削除

生年のみ記入
(月日の記入は不要)

氏名はアルファベット表記
(例：Aさん)

- ・緊急連絡先の個人や医療機関、医師等の固有名詞はアルファベットで表記。
- ・電話番号は削除。

(注) 個人情報の消し忘れにお気を付けてください。図で示した枠以外の欄にも個人情報が書かれていますので、用紙全体をくまなくご確認ください。

第 3 表

居宅サービス計画書(3)

【提出課題 2】 様式 F：ケアプラン第 1 表～ 3 表

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
	22:00								
夜間	24:00								

事業所様式に印字されている事業所名も削除してください。

氏名はアルファベット表記
(例：Aさん)

個人情報 は 消去 してください。
また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

個人情報 は 消去 してください。
また、固有名詞等はアルファベットで表記してください。
※個人情報の消去方法は「受講の手引き」を参照

週単位以外	
-------	--

(注) 個人情報の消し忘れにお気を付けてください。図で示した枠以外の欄にも個人情報が書かれていますので、用紙全体をくまなくご確認ください。

【提出課題 2】 様式 G：支援経過記録

受講者氏名：

[illegible]

- ・利用者の心身の状況変化など、支援を行う上での変化点及びモニタリングについて要点を押さえて記入
- ・1～2枚に収まる程度にまとめてください。

【提出課題 2】 様式 H：評価表

令和3年度東京都主任介護支援専門員研修「個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開

提出様式【H：評価表】

【受講コース: 受講番号: 受講者氏名 】

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
						「課題 参考 以下の URL」 http:// ai2.h

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。(当研修においては仮名表記にすること)

※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達成された、○:短期目標は達成された(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

「課題整理統括表・評価表の活用の手引き」を
参考にしながらご記入ください。
以下のURLからダウンロード可能です。

URL : http://cmat.jp/assets/files/2020/syuninn/r2_kadai2_hyokahyo.pdf

管理者承諾書

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会 理事長 殿

管理者承諾書

東京都主任介護支援専門員研修の受講にあたり、「対人援助者監督指導（スーパービジョン）」および「個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開」の科目について、研修内での使用を目的として受講者が事例を提出することを許可します。

ケアプラン提供事業所名： _____

事業所管理者氏名： _____ (印)

課題の提出にあたり、提出課題の全ての頁において個人情報及び固有名詞を削除していることを確認しました。

また、所属事業所管理者、または同事業所内の介護支援専門員等関係者に、同書類について個人情報および固有名詞を削除していることを点検していただきました。

研修受講者： (受講コース) _____ (受講番号) _____

_____ (氏名) _____ (印)

確認協力者： (本人との続柄) _____

_____ (氏名) _____ (印)

ケアプランを提供する事業所の管理者から署名捺印をもらう。
受講者自身が管理者の場合は、自身で署名捺印を行ってください。

受講者自身で署名捺印を行ってください。

提出事例の点検を行った方から署名捺印をもらう。
原則は管理者に点検を依頼し、受講者自身が管理者の場合は、同事業所内介護支援専門員等の関係者に点検を依頼してください。

個人情報に関する誓約書

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課 御中

このたび東京都主任介護支援専門員研修の受講にあたり、当該研修で知り得た、または提供する個人情報（生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。以下、「個人情報等」という）の保護のため、下記事項の遵守及び全ての個人情報等について守秘を誓約します。

記

1. 個人情報保護に関する法令並びに貴都、研修実施団体及び研修講師の指示等に従い、情報の取扱方法を厳守し、個人情報等の保護を徹底して行います。
2. 当該研修で知り得た、または提供する個人情報等について、不正に使用することや第三者に漏えいすることは絶対にしません。また、第三者に個人情報等が漏えいするおそれのある全ての行為を行いません。
3. 当該研修において使用する個人情報等を含む書類等（電子データを含む）については、当該研修終了後、速やかに破棄します。
4. 上記各項の誓約に違反し、個人情報等が第三者等に漏えいした結果、貴都、研修実施団体及び研修講師が被った被害について、賠償等の全ての責任を負います。
5. 個人情報等の盗難、紛失、漏えい等の事故が生じた、または生じるおそれがあることを知った場合は、速やかに報告します。

以上

令和 年 月 日

受講番号

氏名（自署）

個人情報に関する誓約書

- ・ 研修実施主体に対し、研修内で取り扱う個人情報の守秘を誓約する書類です。
- ・ 内容をご一読の上、ご署名をお願いいたします。

日付は記入日で構いません。

受講者自身の署名

【指導をした介護支援専門員に対する誓約書】

指導をした介護支援専門員の氏名

〇〇 〇〇 様

私は、主任介護支援専門員研修に事例を提出するにあたって、知りえた個人情報について、他に漏らさないことを誓約します。

令和 年 月 日

所属事業所・施設名

氏名

受講者自身の署名

指導をした介護支援専門員に対する誓約書

提出課題 1 では、原則、指導事例を取り扱います。指導相手である介護支援専門員に対して、以下を忘れずに行ってください。

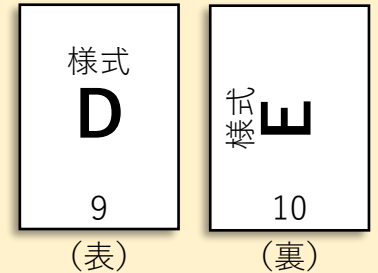
- 主任研修の提出課題として事例を扱う旨を説明する。
- 事例は他の目的で使用しないことを確認する。

⇒両者間で以上を確認したら、「指導をした介護支援専門員に対する誓約書」を作成し、指導相手である介護支援専門員に渡してください。

○「課題作成の手引き」 1 頁目の一覧表で、すべての様式が作成されていることをご確認ください。

○提出課題 2 については、以下に留意しながら様式を順に並べ、左上をホチキス止めしてください。

- ・両面（長辺綴じ）で印刷する。
- ・空白頁が生じないように印刷する。
（例：様式 D の裏面に様式 E を印刷する。）
- ・横向きになる様式は頁の上部が左側にくるように向きを揃える。
- ・各頁の下部中央（横向きの書類は左部中央）にページ番号を書き込む
- ・「提出課題 2 表紙用シート」を表紙として添付する。



○個人情報の消去が確実に行われていることをあらためてご確認ください。

- ・固有名詞はアルファベット表記にする等、特定されないような表記となっているか。
- ・書き込まれた個人情報は指定された消去方法により見えない状態となっているか。

〈個人情報の消去方法〉 ※詳しくは「課題作成の手引き」をご確認ください。

- ① 受講者自身の名前を除いた全ての固有名詞および個人情報等を修正液または修正テープで隠す。
- ② ①のコピーをとる。
- ③ コピーをとると固有名詞および個人情報等の箇所が白くなった用紙が出力されるため、こちらを提出課題として使用する。

提出方法：郵送（普通郵便または簡易書留）

提出先：東京都介護支援専門員研究協議会

提出物：① 提出課題 1 のコピー 1 部
② 提出課題 2 のコピー 1 部

※提出課題 1・2 は研修開始後に別途使用いたしますので、原本はお手元で保管してください。

③ 管理者承諾書

④ 個人情報に関する誓約書