

各種事業実施要領資料集

1	医療知識研修に係る助成事業実施要領・・・・・・・・・・	1
2	ケアマネ相談事業実施要領・・・・・・・・・・	6
3	災害対策訓練等への指導者派遣事業実施要領・・・・・・・・	9
4	ケアマネ IT 相談事業・・・・・・・・・・	13

特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会
医療知識研修に係る助成事業実施要領

第1 趣旨

特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会（以下「協会」という。）は、介護支援専門員の医療知識の向上及び医療機関との連携推進を図るため、郡市医師会等と連携して医療知識に係る研修事業を実施する協力団体に対し、その経費の一部を助成することとし、その助成に関しては、この医療知識研修に係る助成事業実施要領（以下「本要領」という。）を定めるところによる。

第2 助成の対象等

1 助成の対象事業

助成の対象事業は、協力団体が所属会員を対象に実施する医療知識の向上に関する研修事業とする。

2 助成の対象経費

助成の対象経費は、研修事業に要する経費のうち次の経費とする。

ア 会場使用料（資機材使用料を含む。）

イ 講師の謝金及び交通費

ウ その他育成事業委員会企画運営部会部会長が特に必要と認めた経費

3 助成の金額

ア 会場使用料（資機材使用料を含む。）は、実費額とする。

イ 原則として講師の謝金は1人 30,000 円以内とし、交通費は静岡県介護支援専門員協会の規定に基づく額とする。

ただし、講演以外のグループワーク等の事業についての謝金は、原則として1人 10,000 円以内の額とする。

ウ その他育成事業委員会企画運営部会部会長が特に必要と認めた経費は、その必要額とする。

第3 助成対象の研修事業実施における留意事項

ア 研修内容は、高齢者に多い疾病などの医療知識の修得に関するものとする。

イ 研修の講師は、原則として協力団体の地元の専門医とする。

ウ 研修の実施に際しては、地元の郡市医師会と緊密に連絡調整を行うなど医療機関との連携推進に努めるものとする。

第4 助成対象の研修事業の承認申請

本要領による助成を受けようとする協力団体は、その研修事業の概ね1か月前までに様式第1号の研修事業承認申請書を協会に提出し、助成対象の研修事業としての承認を得なければならない。

なお、協力団体が本要領第2－1に規定する研修事業を年間に複数回実施する場合には、原則としてその都度承認を得なければならないものとする。

第5 研修事業の承認決定

協会は、本要領第4の研修事業承認申請書を受理したときは、育成事業委員会企画運営部会部会長がその内容を審査し、適当と認めるものについては、その事業を本要領第2－1に規定する研修事業として承認決定し、当該協力団体に対し、速やかに様式第2号の研修事業承認決定通知書を交付するものとする。

第6 研修事業の実施報告

本要領第5の研修事業の承認決定を受けた当該協力団体は、その研修事業を実施したうえ、その実施の日から10日以内に様式第3号の事業実施報告書を協会に提出しなければならない。

第7 助成対象経費の支払い

協会は、本要領第6の研修事業の実施報告を受けたときは、その内容を確認のうえ、助成対象経費の金額を協力団体に速やかに支払うものとする。

第8 補則

この要領に定めるもののほか、助成金交付に関して必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要領は、平成26年9月1日から適用する。

ただし、平成26年度に既に実施した研修事業については、この要領を遡及して適用できるものとする。

この要領は、平成26年10月1日から適用する。

ただし、この改正前に申請のあった平成26年度に既に実施した研修事業で遡及適用により承認するものは、この改正を適用する。

また、この改正前に申請のあった研修事業で、第2助成の対象等3助成の金額のイ改正に伴い計画が実行できない等の場合は、申請した協力団体と調整し、自主事業委員会委員長が認めた場合は、第2助成の対象等3助成の金額のイのただし書きによらないことができる。

この要領は、令和7年5月25日から適用する。

(様式第1号)

令和 年度 研修事業承認申請書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会長 鈴木 喫 様

申請者 協力団体名

代表者氏名

下記の研修については、医療知識研修に係る助成事業実施要領第2－1に規定する研修事業として実施したいので申請します。

記

- 1 開催期日（年月日、曜日、開催時間）
- 2 開催会場
- 3 参加対象者及び参加予定人数
- 4 研修テーマ
- 5 講師（依頼予定を含む）の氏名、所属医療機関の名称・所在地・講師肩書
- 6 研修予定経費
 - ア 会場使用料（資機材使用料を含む。）
 - イ 講師の謝金
 - ウ 講師の交通費
 - エ その他経費

(様式第2号)

令和 年度 研修事業承認決定通知書

令和 年 月 日

様

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会 長 鈴 木 喫

医療知識研修に係る助成事業の承認の決定について

令和 年 月 日付けで申請のあった研修事業については、「医療知識研修に係る助成事業実施要領」第2－1に規定する助成の対象研修事業として実施することを承認したのでお知らせします。

なお、研修事業の実施後は、「医療知識研修に係る助成事業実施要領」第6に規定する実施報告書を当協会宛に提出してください。

<事務局> 担当

住所 〒420-0856 静岡市葵区駿府町1番70号

静岡県総合社会福祉会館4階

電話<054>252-9882 FAX<054>252-9884

e-mail shizu-caremane@yr.tnc.ne.jp

(様式第3号)

令和 年度 研修事業実施報告書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会 長 鈴 木 喫 様

申請者 協力団体名

代表者氏名

令和 年 月 日付けで医療知識研修に係る助成事業の承認決定をいただいた研修事業については、下記のとおり実施したので報告します。

記

- 1 研修の開催期日、時間、会場、内容（研修テーマ等）、講師等
 ※研修当日の配布資料に記載されている事項は、記載を省略されても差支えありません。
- 2 参加人数
- 3 研修経費（領収書又は謝金等受領書の写しを添付してください。）
 - ア 会場使用料（資機材使用料を含む。）
 - イ 講師の謝金
 - ウ 講師の旅費
 - エ その他の経費
- 4 特記事項（郡市医師会の後援や役員のご挨拶等をいただいた場合など、その内容）
- 5 研修当日の配布資料（1部）
- 6 助成金の払込金融機関口座
 - (1) 金融機関名及び口座の種類
 - (2) 口座の名義
 - (3) 口座番号

ケアマネ相談事業実施要領

第1 事業の趣旨

介護保険制度の要として位置付けられる介護支援専門員は、日々のケアマネジメント活動の中で様々な疑問や問題点に直面することが多いことを踏まえ、会員を支援するため介護支援専門員の相談に応じる事業（以下「ケアマネ相談事業」という。）を実施する。

第2 事業の内容

1 相談対象者

当協会に正会員として加入又は当該年度内に加入を予定している者とする。

2 相談対応者

(1) 各支部長が推薦する者「以下「スーパーバイザー相談員」という。」が相談に応じる。

(2) スーパーバイザー相談員は会長が委嘱し、その任期は2年間とする。

3 相談の方法、対応

(1) 相談者は、様式1の「ケアマネ相談票」に必要事項を記載して、協会事務局にFAX、郵便又はメールで送信する。

(2) 協会事務局は、あらかじめ決められた順番により「スーパーバイザー相談員」に「ケアマネ相談票」を送付する。

(3) 「スーパーバイザー相談員」は、相談者に電話等により相談に応じ、助言する。

(4) 「スーパーバイザー相談員」は、相談完了後に様式2の「ケアマネ相談窓口結果票」に結果の概要を記載し、協会事務局に送付する。

4 相談手数料

(1) 協会は、「スーパーバイザー相談員」に対して、協会が別に定めるところにより相談手数料を支給するものとする。

(2) 相談手数料は、原則として年間一括払いとする。

第3 補則

この要領に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要領は、平成18年7月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年6月1日から適用する。

様式 1

相談票

ケアマネ相談窓口（事務局へ）

FAX : 054-252-9884

メール又は郵送で！

令和 年 月 日

相談される方

氏 名		県協会 会員番号		電話番号		
市町名		年齢		歳代	性別	男 ・ 女
希望する連絡方法		電話 ・ Fax ・ Mail ・ 郵送				
希望する連絡先						
ケアマネ 従事年数	ア 1年未満 ・ イ 1年～2年 ・ ウ 2年以上					
業務の所属	ア 施設ケアマネ ・ イ 居宅ケアマネ ・ ウ その他					

相談内容 は下の欄へ簡潔・具体的に、紙面不足の場合は別紙に記載して下さい

対象者	区分	介護度	認知症度	障害自立度	性別	年齢	市町名
	独居 ・ 高齢者 一般 ・ 施設				男 ・ 女	歳	

ケアマネ相談窓口結果票

◎ 相談受付日時	年 月 日 () 時 分
◎ 相談受付者	

◎ 相談者	氏 名		電 話	
	性別・年齢		F A X	
	市町村名		E-mail	
	所 属	施設ケアマネ ・ 居宅ケアマネ ・ その他		
	経験年数	ケアマネ業務が 1年未満 ・ 1～2年 ・ 2年以上		

相談内容

相談対応

◎ 対応結果		その場で回答 (月 日)
		後日回答 (県と相談 ・ 市町村と相談 ・ その他)

※ 集計欄

① 相談時間 (該当箇所○)		15分以内		15～30分
		30分以上		
② 相談の対象 (該当箇所○)		ケアマネ自身について		利用者について
		サービス事業者について		家族・親族について
		介護保険制度について		その他について
③ 相談の内容 (該当箇所○)		制 度		ケアプラン
		医 療		法 律
		その他 ()		

特定非営利活動法人 静岡県介護支援専門員協会

災害対策訓練等への指導者派遣事業実施要領

第1 事業の趣旨

大規模災害が発生すると発生直後から要援護者支援のために被災地へ派遣する介護支援専門員の確保等が必要となるとともに、受入れに当たってもコーディネートする知識が必要となるなど、災害時に的確かつ迅速に対応するため、日ごろの訓練等が重要である。このため、災害時における被災者・被災地のニーズを的確に把握し、専門性を発揮できる人材を養成するため協力団体が実施する災害対策訓練等を支援するため、特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会（以下「協会」という。）は、災害対策訓練等に必要な指導者を派遣する事業を実施する。

第2 事業の内容

1 派遣事業対象者

各協力団体

2 派遣指導者

- (1) 災害対策に精通した協会の災害対策委員会委員
- (2) 協会の会員で災害対策委員会委員長が推薦する者

3 派遣依頼等方法

- (1) 協力団体の代表者は、訓練等事前打合せが十分に予定できる時期に、派遣依頼を様式第1号により会長あて申請する。
- (2) 協会は、様式第1号の申請を受理したときは、災害対策委員長がその内容を審査し、適当と認めるものについては、本事業として承認決定し、当該協力団体に対し、速やかに様式第2号により決定の通知をするものとする。
- (3) 事業の承認決定を受けた当該協力団体は、その災害対策訓練等を実施したうえ、その実施の日から10日以内に様式第3号により災害対策訓練等の実施報告を協会に提出しなければならない。

4 派遣費用

協会は、本事業により派遣される指導者に対し、事前打合せ及び訓練等当日の日当及び交通費を協会が別に定めるところにより支給する。

附 則

この要領は、平成27年9月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年6月1日から適用する。

(様式第1号)

令和 年度 災害対策訓練等への指導者派遣事業承認申請書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会 長 鈴 木 喫 様

申請者 支部・協力団体名

支部長・代表者氏名

下記の災害対策訓練等については、災害対策訓練等への指導者派遣事業として
実施したいので申請します。

記

1 訓練等の事前打合せ及び実施期日（年月日、曜日、開催時間）

2 開催会場

3 参加対象者及び参加予定人数

4 災害対策訓練等の内容

(様式第2号)

令和 年度 災害対策訓練等への指導者派遣事業承認決定通知書

令和 年 月 日

様

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会 長 鈴 木 喫

災害対策訓練等への指導者派遣事業の承認の決定について

令和 年 月 日付けで申請のあった災害対策訓練等事業については、「災害対策訓練等への指導者派遣事業実施要領」第2-3(2)の規定に基づき、対象事業として実施することを承認したのでお知らせします。

なお、事業の実施後は、「災害対策訓練等への指導者派遣事業実施要領」第2-3(3)に規定する実施報告書を当協会宛に提出してください。

<事務局> 担当

住所 〒420-0856 静岡市葵区駿府町1番70号

静岡県総合社会福祉会館4階

電話<054>252-9882 FAX<054>252-9884

e-mail shizu-caremane@yr.tnc.ne.jp

(様式第3号)

令和 年度 災害対策訓練等事業実施報告書

令和 年 月 日

特定非営利活動法人
静岡県介護支援専門員協会
会 長 鈴 木 喫 様

申請者 支部・協力団体名

支部長・代表者氏名

令和 年 月 日付けで災害対策訓練等事業の承認決定をいただいた研修事業については、下記のとおり実施したので報告します。

記

- 1 訓練等の事前打合日、訓練等実施期日、時間、会場、内容（訓練等）、

- 2 訓練等参加人数

- 3 訓練等当日の資料（1部）

ケアマネ IT 相談事業実施要領

第1 事業の趣旨

研修、会議等のオンライン参加、ケアマネジメント業務の IT 化において生じる様々な疑問や問題点に対し、会員を支援するため介護支援専門員の IT 等に関する相談に応じる事業（以下「ケアマネ IT 相談事業」という）を実施する。

第2 事業の内容

1 相談対象者

当協会に正会員として加入又は当該年度内に加入を予定している者とする。

2 相談対応者

(3) 会長が推薦する者「以下「IT 相談員」という。」が相談に応じる。

(4) IT 相談員は会長が委嘱し、その任期は2年間とする。

3 相談の方法、対応

(1) 相談者は、IT 相談入力フォームへ入力、もしくは様式1の「ケアマネ IT 相談票」に必要事項を記載し、協会事務局に FAX、又はメールで送信する。

(2) 協会事務局は、相談内容に応じ、「IT 相談員」に IT 相談入力フォームの内容、もしくは「ケアマネ IT 相談票」を送付する。

(3) 「IT 相談員」は、相談者に電話、又はオンライン等により相談に応じ、助言する。

(4) 「IT 相談員」は、相談完了後に様式2の「ケアマネ IT 相談窓口結果票」に結果の概要を記載し、協会事務局に送付する。

4 相談手数料

(1) 協会は、「IT 相談員」に対して、協会が別に定めるところにより相談手数料を支給するものとする。

(2) 相談手数料は、原則として年間一括払いとする。

第3 補則

この要領に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この要領は、令和4年5月27日から適用する。

★FAXで送信の場合はこちらへ

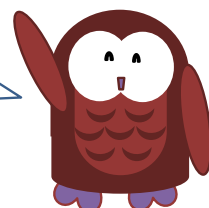
054-252-9884

★e-mail で送信の場合はこちらへ

caremane-soudan@yr.tnc.ne.jp

ケアマネIT 相談票

お気軽にどうぞ



各項目に必要事項（括弧内には○）を記入し、FAX、又はe-mailで事務局まで送信してください。

事務局からIT相談員に内容を伝え、希望される連絡先に回答いたします。

※「IT相談員」は現場のケアマネジャーです。すぐに回答できない場合がありますのでご承知おきください。

お名前 (漢字フルネーム)		県協会 会員番号			
お勤め先の市区町村		年齢	歳代	性別	
希望する連絡方法	() 電話 () メール				
*日中連絡が取れる 電話番号					
*日頃使用されている メールアドレス					
事業所の種別	() 居宅 () 施設 () 包括 () その他 ()				

☆ オンライン、IT化に関するお困りごとを具体的に教えてください。

☆ お困りごとについて、いつまでに回答が必要でしょうか。

() 早急に！

() 1週間以内！

() 1か月以内！