

## 専門研修課程Ⅱ 更新研修課程Ⅱ 提出課題確認票

フリガナ		介護支援専門員番号(8桁)													
氏名															
受講会場(※該当するものに○)		Aコース				・	Bコース				・	Cコース			

### 提出書類

A	事前準備書類	指定様式							
B	当該事例のアセスメントシート、 介護予防の事業所は、基本情報と基本チェックリスト	事業所で使用しているものの写し (計画作成担当者名は残す)							
C	23項目チェックリスト (上記Bでアセスメントシートを提出の場合)	指定様式							
D	当該事例の居宅・施設サービス計画書(第1表～第3表)、 介護予防計画書 いずれか一つ	事業所で使用しているものの写し (計画作成担当者名は残す)							

### チェックリスト

準備できているか下記の□に✓をし、提出資料と一緒にお送りください。

☆郵送する書類は間違いないですか。

	事例テーマ	チェック覧						部数
		A	B	C	D	担当者 氏名※	個人情 報削除	
1	脳血管疾患のある方のケアマネジメント							1部
2	認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント							1部
3	大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント							1部
4	心疾患のある方のケアマネジメント							1部
5	誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント							1部
6	看取り等における看護サービスの活用に関する事例							1部
7	家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント							1部

専門研修課程Ⅱ 更新研修課程Ⅱ 提出課題確認票

※氏名を残している場合は✓

☆オンライン研修初日に用意するものは準備しましたか。

- A.事前準備書類【指定書式】
- B.アセスメントシート(介護予防の事業所は、基本情報と基本チェックリスト)
- C.23項目チェックリスト【指定書式】(上記Bでアセスメントシートを提出の場合)
- D.当該事例の居宅・施設サービス計画書(第1表～第3表) 介護予防計画書 いずれか一つ  
指定様式につきましては、協会ホームページに掲載しています。

(<http://nagasaki-cma.org/?p=30123>)

以上、漏れの無いよう、書類を確認し、必ず郵送にてお送りください。

.....※.....書類送付時の宛先用としてご利用ください。.....

〒852-8104

長崎県長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター 県棟4階

一般社団法人 長崎県介護支援専門員協会 行き

介護支援専門員研修 課程Ⅱ提出書類 在中

## 提出方法

チェックリスト全てに✓がつきましたら、本確認票と提出課題7事例分(各1部)を長崎県介護支援専門員協会宛に郵送ください。コースごとに提出期限が異なります。下記ご確認の上、期限内の提出をお願い致します。

資料に不足がある場合は、再提出のご連絡を致します。資料提出ができない場合は研修を受講することができません。くれぐれもご注意ください。

### 提出期限

コース名	提出期限
Aコース	令和7年6月30日(月)必着
Bコース	令和7年7月18日(金)必着
Cコース	令和7年10月15日(水)必着

※提出書類の到着確認の問い合わせには対応しておりませんので、到着確認が必要な方は配達が証明される郵送方法をご選択ください。(簡易書留・レターパック(赤)など)

## 提出課題の取り扱いについての注意事項

・利用者が特定されないように氏名や生年月日、住所等の個人情報をマスキングする等十分留意してください。

2005年4月施行の個人情報保護に関する法律では、個人情報の目的外使用や個人データの第三者提供の場合には、原則として本人の同意を得ることを求めています。ただし、個人情報の匿名化を図ることで、利用者等の識別ができないものは個人情報とはみなされなくなります。

(参考)マスキングについて

◎マスキングの基本:利用者個人が特定されないこと

個人情報とは

- ・利用者・家族:氏名、住所、電話番号、生年月日など
- ・主治医・サービス事業所:名称、氏名、電話番号など

◎検討できる資料になること

※性別、年齢、続柄などは事例の理解が進まなくなるのでマスキング不要

## その他

・事例テーマの内、該当するものが無い方は、件名「介護支援専門員研修 課程2 事例について」とし、当協会宛に空メールをお送り頂きます様お願い致します。

当協会にて準備しております事例をご案内いたしますので、そちらでの書類作成をお願い致します。

メールアドレス [nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp](mailto:nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp)

・「事前準備書類A」と「23項目チェックリストC」はそれぞれの事例ごとに作成してください。

ご自身の事例を使用される場合は類型(テーマ)重複可です。

該当するものが無い場合は当協会にて準備しております事例をご使用の上書類作成をお願いします。

当協会事例は重複不可となっています。

・提出の際、計画作成者氏名は削除せずそのままお送りください。

過去 他の方の事例を持参されたことが発覚し、受講取り消しとなりました。

上記を踏まえ、提出の際 計画作成者氏名を確認させて頂きます。

なお、研修受講中・終了後に関わらず、他の方の事例を持参されたことが発覚した場合は、受講取り消しとなりますので、十分ご留意ください。

## 問合せ・課題提出先

一般社団法人 長崎県介護支援専門員協会

〒852-8104

長崎市茂里町 3 番 24 号 県棟4階

(TEL)095-894-5500 (平日 9:00~17:00)

メールアドレス [nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp](mailto:nagasaki-caremanager@wish.ocn.ne.jp)