

令和5年度 主任介護支援専門員研修 開催要綱

1 目的

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する知識及び技術を修得するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを實踐できる主任介護支援専門員の養成を図ることを目的とします。

2 主催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人 石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター

4 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できている介護支援専門員で、下記の(1)～(4)の全ての要件を満たす方。

- (1) 石川県に介護支援専門員として登録されている方
- (2) 介護支援専門員更新研修（専門研修課程Ⅰ及び課程Ⅱ）の修了者
- (3) 全日程（12日間）、Zoomを使用したオンラインで受講できる方
- (4) 次の【受講区分①～⑤】のいずれかに該当している方

【受講区分 ①～⑤】

| | |
|---|---|
| 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して5年（60か月）以上である者 （ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。） ※「常勤」とは、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間に達していること。 「専従」とは、介護支援専門員業務以外の職務には、従事していないこと。 |
| ② | 「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養成研修（H14～17年度に開催された国の研修）を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36か月）以上である者 （ただし、居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できるものとする。） |
| ③ | 介護保険法施行規則第140条の6第1号のイの（3）に規定する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 （準ずる者とは、上記②に記載のケアマネジメントリーダー養成研修を修了し、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と能力がある者） |
| ④ | 専任ではないが、介護支援専門員業務を主務としており、5年（60か月）以上の実務経験があり、かつ県が主催する介護支援専門員に係る研修会において講師・ファシリテーターとして協力実績がある等、指導的立場にある者 |
| ⑤ | 現に地域包括支援センターで勤務している者であって、当該地域包括支援センターにおいて主任介護支援専門員として配置が予定されている者 （ただし、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と能力がある者） |

5 定 員 80名 ※定員を超えた場合は、受講者を選考させていただく場合があります。

6 日 程 別紙プログラムをご参照ください。

7 開催方法 Zoomを使用したオンライン研修

※インターネットが利用できる環境と、1人1台のパソコンとWebカメラ（パソコン等に備え付きのものでも可）が必要です。タブレット端末やスマートフォンは推奨しません。できる限りパソコンを使用してください。

※インターネットの利用にかかる通信料は、受講者負担となります。

8 受講料 43,000円（納入方法などの詳細は受講承認通知でお知らせします。）

9 テキスト

介護支援専門員現任研修テキスト 第3巻 主任介護支援専門員研修 第3版（中央法規出版（株）発行）
<4,400円（税込）>（購入方法などの詳細は受講承認通知でお知らせします。）

10 申込方法

石川県社会福祉協議会ホームページからお申込みください。

※ 別途、提出書類が必要です。（3ページ「11 申込みにあたっての提出書類」参照）

申込期間：7月21日（金）～8月2日（水）【厳守】

申込期間が短くなっておりますのでご注意ください。

定員を超えた場合は、受講者を選考させていただく場合があります。

ホームページからの申込手順

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ（URL：<https://www.isk-shakyo.or.jp/>）の上部メニュー **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項（※印は必須項目）を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、福祉総合研修センターまでご連絡ください。
なお、「受付確認書」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

申込画面入力 of 注意事項

携帯電話会社のキャリアメールアドレス (@docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jp、@softbank.ne.jp など) の際は、メールが届かない場合がございます。

資料の送付等に使用いたしますので、出来る限り上記以外の、パソコン等メールアドレスのご入力をお願いします。

| | |
|--------------------|--|
| (1) 受講区分 | 1 ページ「4 対象者」【受講区分①～⑤】から該当する番号を入力します。 |
| (2) ケアマネ登録番号 | ケアマネ登録番号 (半角数字 8 桁) を入力します。 |
| (3) ケアマネ実務従事期間 | 令和 5 年 7 月 1 日現在で「〇年〇か月」と入力します。(半角数字例: 6 年 5 か月) ※上記期日で 5 年 (60 か月) を越えていない場合、研修開始日の前日 (9 月 4 日 (月)) までを実務従事期間とします。 |
| (4) 保有資格 | 介護支援専門員 <u>以外</u> の保有資格を入力します。(例 介護福祉士、看護師等) |
| (5) 修了研修確認 | 直近の更新研修 (専門研修課程 I、II) の修了年度を入力します。 <u>更新した回数が 1 回の方の場合</u> → 例: I = 平成 30 年度、II = 令和 2 年度 <u>更新した回数が 2 回以上の方の場合</u> → 例: II = 令和 2 年度 (I の記載不要) ※平成 30 年度より前に 2 回目 (または 3 回目) の更新をした方は、研修名を「II-2」と入力します。 ※他県で受講した場合は、修了証のコピーを提出してください。 |
| (6) 主任介護支援専門員研修修了者 | 受講申込者が所属する事業所等に、主任介護支援専門員がいる場合はその人数を入力、いない場合は「無」と入力します。 |
| (7) 携帯電話番号 | 研修当日等に連絡が取れる携帯電話番号を入力します。 (半角数字・ハイフン有 例 090-1234-5678) |
| (8) Zoom 使用経験 | Zoom の使用経験について「有」または「無」を入力します。 |

11 申込みにあたっての提出書類

石川県社会福祉協議会ホームページからのお申込みのほか、下記の (1) (2) の書類を提出してください。

(1) 受講区分の証明書

1 ページ「4 対象者」【受講区分 ①～⑤】から該当する番号の証明書を作成してください。

| 受講区分 | 提出様式 |
|-------|---|
| ① ② ④ | 様式 1 実務経験証明書 ※ ④ の場合は、平成 30 年度～令和 4 年度に協力実績がある県主催の介護支援専門員研修の名称・期日・担当科目名を講師等実績欄に記載してください。 |
| ③ ⑤ | 様式 2 地域包括支援センター在籍証明書 |

(2) 事例（居宅サービス計画書等）

厚生労働省が示す主任介護支援専門員研修実施要綱に基づき、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できているかを確認するため、下記のNo.1～3を作成してください。

| No. | 提出様式 | |
|-----|------------------|---|
| 1 | 第1表 居宅サービス計画書(1) | *施設・事業所で使用している様式でも結構です。 *地域包括支援センターの場合は、介護予防サービス・支援計画書を提出してください。ただし、別途、第3表を作成してください。 |
| 2 | 第2表 居宅サービス計画書(2) | *小規模多機能型居宅介護事業所の場合は、ライフサポートプランの様式でも結構です。 |
| 3 | 第3表 週間サービス計画表 | *施設等に勤務で第3表を作成していない場合は、日課計画表でも結構です。 |

事例作成に当たっての注意事項

※個人情報の保護のため、利用者の氏名・生年月日・住所、事業所名、施設名等は、特定できないようにしてください。（記載例：Aさん、昭和〇年（月日不要）、B市、C事業所、D病院）

※提出事例の記載状況によっては、再提出を求める場合があります。

(1) (2) の提出について

提出方法：郵送

※別途、ホームページからのお申し込みが必要です。（2ページ「10 申込方法」参照）

提出先：〒920-0022 金沢市北安江3丁目2番20号 金沢勤労者プラザ4階
石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター あて
「主任ケアマネ研修 提出書類 在中」と明記してください。

提出期限：**令和5年8月2日（水）必着【厳守】**

書類の提出がない場合は、ホームページからのお申し込みがあっても受付できませんのでご注意ください。また、対象者の要件を満たさない場合も受講できません。

様式のダウンロード：

同封の様式を使用してもかまいません。

また、石川県ホームページからもダウンロード可能です。

<https://www.pref.ishikawa.lg.jp/ansin/keamane/kenshu.html>

ホーム>連絡先一覧>健康福祉部長寿社会課>介護支援専門員にかかる研修について ページ内

または、県ホームページ右上の検索メニュー内「キーワードから探す」より、「介護支援専門員にかかる研修について」と検索

12 受講承認について

定員の範囲内で受講者を承認し、結果は8月9日（水）頃までに研修申込時に入力されたメールアドレスに通知します。

送信予定日を過ぎても通知が届かない場合は、福祉総合研修センターまでご連絡ください。

13 修了証明書の交付等

全日程を修了した方には、修了証明書を後日郵送します。

注) 原則として、15分以上の遅刻、早退、離席の場合は、欠席とみなします。

居眠りや受講中の携帯電話の使用等、受講態度が著しく不良な場合には、修了した者とし

て認めない場合があります。

14 個人情報の取り扱い

研修申込みの際に入力いただいた個人情報については、受講者名簿の作成及び研修に必要な連絡のために利用し、他の目的には使用いたしません。

15 申込・お問合せ先

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター 担当/越柴、羽場
〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 金沢勤労者プラザ 4階
TEL 076-221-1833 FAX 076-221-1834