令和２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実践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Ａ（専門研修課程Ⅰ及び課程Ⅱ）の修了者

（３）全日程（１２日間）を今年度受講できる方

（４）次の受講区分①～⑤の何れかに該当している方

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ヶ月）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ヶ月）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６６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ヶ月）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　６０名

※新型コロナウィルス感染防止のため人数を制限させて頂きます。

※申込期間中でも、定員に達し次第、締め切らせて頂きます。

６　期　日・会　場・研修内容

１２日間　７０時間**（別紙プログラム等参照）**

7　受講料　４３，０００円

受講承認通知に、「使用料（手数料）納入票」のダウンロード先を記載しますので、プリントしてください。その用紙に４３，０００円分の石川県証紙（購入先：北國銀行）を貼付し、自宅住所・氏名欄のみ記載の上、研修初日に受付でご提出ください。（厳守）

8　テキスト

下記書籍が指定テキストになります。

受講承認を受けた方は、研修開始前に各自で注文書により購入し、全日程ご持参ください。

なお注文書は、受講承認通知にダウンロード先を記載しておきます。

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2版）（中央法規出版㈱ 発行）

＜4,400 円（税込・送料別）＞

① 石川県社会福祉協議会ホームページ（URL：http://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。

9　申込方法

次の（1）～（3）により、**7月17日（金）～8月4日（火）まで**にお申込みください。

（1）石川県社会福祉協議会ホームページ 研修申込画面からの入力

※ ホームページに入力できない場合は、福祉総合研修センターにご連絡ください。

申込画面に入力するに当たっての注意事項

・受講区分 … 上記「4 対象者」①～⑤ の中から該当する番号を入力してください。

・ケアマネ登録番号 … 介護支援専門員証に記載されている登録番号を入力してください。

・ケアマネ実務従事期間 … 令和2年7月1日現在で「○年○ヶ月」と入力してください。
※上記期日で5年（６０ヵ月）を越えていない場合、研修開始日の前日８月３１日（月）までを実務従事期間とします。

・保有資格 … 介護支援専門員以外の保有資格を入力してください。（介護福祉士、看護師 等）

・修了研修確認 … 直近の下記研修の修了年度を入力してください。
※他県で受講された方は、修了証のコピーを提出してください。

更新した回数が１回の方の場合　→　入力例：Ⅰ＝２７年度、Ⅱ＝２９年度

更新した回数が２回以上の方の場合　→　入力例：Ⅱ＝２９年度（Ⅰの情報は不要です。）

※平成２７年度以前に２回目（または3回目）の更新をした方は、研修名を「Ⅱ－２」と入力してください。

・主任介護支援専門員研修修了者 … 受講希望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人数を入力、いない場合は「無」と入力してください。

（２）受講区分の証明書の提出

上記「４ 対象者 」①～⑤の中から選択された番号に係る証明書を作成し、福祉総合研修センターへ郵送してください。

※提出締切：８月４日（火）（当日消印有効）

※各様式は、石川県社会福祉協議会ホームページからダウンロードできます。
（「１３ お問合せ・送付・持参先」の下「提出物まとめ」参照）

対象者① ② ④・・・様式１：主任介護支援専門員研修実務経験証明書

※④を選択の方は、協力実績のある県主催の介護支援専門員研修の名称・期日・担当科目名を指定枠に記載 ［平成２７年度～令和元年度の実績］）

対象者③ ⑤・・・様式２：主任介護支援専門員研修地域包括支援センター在籍証明書

（３）事例の提出

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どうかを確認するためのものです。

下記の第１表から第３表を作成し、福祉総合研修センターへ郵送もしくは持参してください。

※提出締切：８月４日（火）（当日消印有効）

※各様式は、石川県社会福祉協議会ホームページからダウンロードできます。
（「１３ お問合せ・送付・持参先」の下「提出物まとめ」参照）

<table>
<tr><th>NO.</th><th colspan="2">提出事例</th></tr>
<tr><td>1</td><td>第1表
サービス計画書（1）</td><td rowspan="3">＊施設・事業所で使用している様式で作成されても結構です。
＊地域包括支援センター勤務の場合は、介護予防サービス・支援計画書をご提出ください。その際は、別途第３表を作成してご提出ください。
＊小規模多機能型居宅介護事業所勤務の場合は、ライフサポートプランの様式でも結構です。
＊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。</td></tr>
<tr><td>2</td><td>第2表
サービス計画書（2）</td></tr>
<tr><td>3</td><td>第3表
週間サービス計画表</td></tr>
</table>

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○年、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。

１０ 受講関係通知

受講承認又は不承認の通知を８月１１日(火)頃、申込み時のメールアドレスに送信します。

※承認通知には、受講に際しての留意事項等を記載しますので、必ず受講者にお渡しください。

※送信予定日から２～３日たっても、通知が届かない場合は福祉総合研修センターまでお問合せください。

１１　そ の 他

（1）全日程を修了した方には、最終日に修了証明書を交付します。

遅刻、早退、欠席があった場合は、修了証明書の交付ができない場合がありますので、ご注意ください。なお、駐車場の確保のため遅刻された場合もこれに含みます。

また、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、県から受講者に指導が入ることがありますので、ご留意ください。

（2）会場の石川県社会福祉会館には、受講者のための駐車場がありません。公共交通機関を利用していただくか、各自で駐車場を確保してください。

１２　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。

１３　お問合せ・送付先

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター　担当／篠原、羽場
〒920-0964　金沢市本多町３－２－１５（県立図書館４階）
ＴＥＬ０７６－２２１－１８３３

提出物まとめ

No.	提出物一覧	提出期限	チェック
1	受講区分の証明書（様式１もしくは2）	8/4（火）までに郵送 ホームページから申込みをしても、申込締切日までに証明書等の提出がなかった場合には受講不可となることがありますので、ご注意ください。	□
2	居宅サービス計画書（第１表～第3表）		□
3	他県で専門課程を修了した方は、修了証明書のコピー		□

◆各様式データのダウンロード先◆

石川県社会福祉協議会ホームページ→トップページ下部　→各課・センターからのお知らせ→「福祉総合研修センター」をクリック

提出先

石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター（主任ケアマネ研修）
〒920-0964　金沢市本多町3-2-15

なお、新型コロナウィルス感染症の拡大状況によっては、延期もしくは中止とする場合があります。その際は、お申込みいただいた方にメールでご案内するとともに、本会ホームページ新着情報に掲載しますので、ご留意願います。

令和2年度　主任介護支援専門員研修 プログラム

12日間　70時間（研修の科目及び時間数は国が定めた要綱に基づくものです。）

開催日	時　間	区分	研修時間	科　目　名
1日目 9月1日 （火）	10:00～16:00 （昼食休憩1時間）	講義	5	主任介護支援専門員の役割と視点
2日目 9月8日 （火）	9:30～12:30	講義	3	ターミナルケア
	12:30～13:30	休憩		
	13:30～15:30	講義	2	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援
3日目 9月15日 （火）	9:30～16:30 （昼食休憩1時間）	講義 演習	6	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現
4日目 10月5日 （月）	9:30～12:30	講義	3	人材育成及び業務管理
	12:30～13:30	休憩		
	13:30～16:30	講義	3	運営管理におけるリスクマネジメント
5日目 10月6日 （火）	各回 9:30～16:30 （昼食休憩1時間）	講義 演習	各回 6 計 18	対人援助者監督指導①
6日目 10月26日 （月）				対人援助者監督指導②
7日目 10月27日 （火）				対人援助者監督指導③
8日目 11月6日 （金）	9:30～16:30 （昼食休憩1時間）	講義 演習	6	地域援助技術
9日目 11月18日 （水）	各回 9:30～16:30 （昼食休憩1時間）	講義 演習	各回 6 計 24	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①
10日目 11月19日 （木）				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②
11日目 12月2日 （水）				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③
12日目 12月3日 （木）				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④

１日目、４日目～１２日目　●石川県社会福祉会館 4階 大ホール　金沢市本多町3-1-10

2日目　●金沢流通会館 1階大ホール・パルス　金沢市問屋町2丁目61番地

３日目　●石川県地場産業振興センター　新館1階　コンベンションホール　金沢市鞍月2丁目1番地

12日目の科目終了後、修了証明書の交付等を行いますので、解散は16時45分頃の予定

様式１

令和　　年　　月　　日

令和２年度主任介護支援専門員研修実務経験証明書

所在地
法人等団体名　　公印
代表者職・氏名

担当者氏名
連絡先電話番号

研修申込者については、令和２年７月１日現在において、専任(※)の介護支援専門員として、以下のとおり勤務していること(実務経験を有すること)を証明します。(※：④を除きます。)

フリガナ		介護支援専門員登録番号	
申込者氏名			
事業所名			
所在地	〒　　－		
実務従事期間	年　月　日 ～　年　月　日 (上記のうち、病休等により実務に従事していなかった期間 年　月　日 ～　年　月　日) 年　月　日 ～　年　月　日 ※通算　(　年　カ月)		
受講区分	(①、②、④の中から該当する番号をご記入ください) → [　　]		
講師等実績 (④選択者のみ) 平成27年度～ 令和元年度	研修名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 平成　年　月　日開催　担当科目名(　　)		
	研修名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 平成　年　月　日開催　担当科目名(　　)		

【注意事項】

1　必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。
　(ただし、申込者以外に証明権限を有する方がいない場合は申込者が作成してください。)

2　事業所から複数で申し込む場合は、様式をコピーしてご使用ください。

※ 通算年数を記入の際、１カ月に満たない日数は切り捨てます。また、病気休業や育児休業等による休職期間は除外してください。

様式２

令和　　年　　月　　日

令和２年度主任介護支援専門員研修地域包括支援センター在籍証明書

所在地
法人等団体名　　公印
代表者職・氏名

担当者氏名
連絡先電話番号

研修申込者については、令和２年７月１日現在において、以下の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として配置されている者、または、以下の地域包括支援センターで勤務しており、当該地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配置が予定されている者であることを証明します。

フリガナ		介護支援専門員登録番号	
申込者氏名			
地域包括支援センターの名称			
所　在　地	〒　　-		
配属年月日	年　　月　　日～		
受講区分	（③、⑤の中から該当する番号をご記入ください）→［　　］		

【注意事項】
1　必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。
（ただし、申込者以外に証明権限を有する方がいない場合は申込者が作成してください。）
2　事業所から複数で申し込む場合は、各様式をコピーしてご使用ください。

第１表

居宅サービス計画書（１）

作成年月日　　年　　月　　日

初回 ・ 紹介 ・ 継続　　認定済 ・ 申請中

利用者名　　様　生年月日　　年　　月　　日　住所

サービス計画作成者氏名

介護支援事業所・施設名及び所在地

サービス計画作成（変更）日　　年　　月　　日　初回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	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
統合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	１.一人暮らし　２.家族等が障害、疾病等　３.その他（　　）

サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。　説明・同意日　　年　　月　　日　署名・捺印　　印

作成年月日	年	月	日

第２表

居宅サービス計画書（２）

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※ 1　「保険給付対象かどうかの区分について」保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※ 2　「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

作成年月日	年	月	日

第３表

週間サービス計画表

利用者名　　様

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

週単位以外のサービス	

令和２年度研修の受講にあたって

社会福祉法人 石川県社会福祉協議会

１　本会では、新型コロナウイルス感染症発生に伴い、受講者の安全確保を図るため、次の対策を行います。

（１）研修の定員は１００人以下かつ研修室の収容人員の半分以下の人数とします。そのため、申込者数が定員を超過した場合は、先着順により受講者を決定させていただきますので、あらかじめご了承願います。

（２）受付前に非接触型体温計による検温を実施し、３７．５度以上の方は、参加不可といたします。

（３）手指用アルコール消毒液を会場出入口に配置いたします。

（４）会場の換気、ドアノブ等の消毒を適宜行います。

（５）受講者間の距離を確保した座席の配置を行います。

（６）職員はマスク着用で対応いたします。

２　受講者の皆様へのお願い

（１）受講確定後、次に該当する方は、参加を控えて、速やかに下記事務局へ連絡してください。

・発熱や風邪症状などがあり体調不良の方

・研修日前２週間以内に感染が拡大している地域を訪問した方及び当該地域からの来訪者と濃厚接触した方

・身近に感染が疑われる方がいる場合や、所属法人・施設等から受講の自粛を求められている場合など、新型コロナウイルス感染症の影響により受講が難しくなった方

（２）各自でマスクを必ず用意の上、着用してください。マスクをしていない場合は、参加をお断りします。

（３）こまめな手洗い・うがい・咳エチケット、備え付けの消毒液の使用、休憩時間においても受講者間の距離を取り、会話も出来る限り控えるなどの感染症対策にご協力をお願いいたします。

（４）サインペンやマーカーなどの文房具の持参の指示があった場合は、必ず用意してください。

（５）会場では、定期的に換気を行いますので、冷房機能の低下が懸念されます。熱中症対策として、研修中のこまめな水分補給をお願いいたします。

（６）保健所等より要請があった場合は、必要な情報を提供することがありますので、予めご了承ください。

研修課（電話番号076－221－1833）　受付時間：平日8時30分～17時15分

※本書は、６月２４日時点のものであり、今後の状況に応じて随時見直しを行います。