

関係者各位

(主任介護支援専門員研修指定実施機関)
公益財団法人愛知県シルバーサービス振興会

令和2年度主任介護支援専門員研修受講のご案内

当振興会では、愛知県より指定を受けて「主任介護支援専門員研修」を下記のとおり実施することとなりました。つきましては、該当される方にはぜひ受講いただきたく、ご案内申し上げます。

記

1. 研修の目的

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習得するとともに、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する。

2. 受講対象者

愛知県に登録している又は愛知県内で勤務している現任の介護支援専門員であって、主任介護支援専門員に求められる役割を深く自覚し、その業務に対する強い意欲と相応する経験や活動実績を有する者とする。

具体的には以下の(1)共通要件(①及び②の両方とも必須)に該当し、かつ(2)個別要件の①～⑤のいずれか一つに該当するものとする。

(1) 共通要件(すべての受講者が該当すべき条件)

①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と認められる者

具体的には、申込時に介護支援専門員に作成が義務づけられている「居宅(施設)サービス計画書」や「介護予防サービス・支援計画書」等の提出ができること。(指定の様式等による事例の提出が必要です)

過去に自分が担当したケースについて、基本情報、居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)及びアセスメントシート、課題整理総括表、評価表等を「自立者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」に添付して、必ず申込書と一緒に送付してください。(提出事例は研修で使用することを前提に選んでください)

詳細は、添付の「主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表」をご参照ください。

②「介護支援専門員専門研修実施要項」に基づく専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱまたは「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく実務経験者に対する介護支援専門員更新研修を修了した者

※専門研修課程修了者は、専門研修課程ⅠおよびⅡの両方の修了証を添付してください。

(2) 個別要件(いずれか一つ該当すれば良い)

- ①専任(下記※2 ご参照)の介護支援専門員として従事した期間(常勤・専従)が、令和2年7月5日〔日〕(研修第一日目の前日)時点で、通算して5年(60ヶ月)以上である者。
なお、指定居宅介護支援事業所管理者との兼務は期間として算定できるものとする。
- 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(常勤・専従)が通算して3年(36ヶ月)以上である者。
- 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(下記※3 ご参照)
- ④地域包括センター又は在宅介護センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで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って、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上であり、市町村長が推薦する者。
- ⑤県又は県が指定した研修機関が実施する介護支援専門員を対象とした研修において、講師を務めた経験を有し、又は現に講師を務めている者であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者。

※1 上記個別要件①、②の専任期間並びに④、⑤の算定期間は、令和2年7月5日〔日〕(研修第一日目の前日)時点までの通算とします。

※2 専任とは、常勤・専従を指します。

◇常勤とは、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数(週32時間を基本とする)に達していることをいいます。

◇専従とは、サービス提供時間帯(当該従事者の当該事業所における勤務時間)を通じて、当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

※3 個別要件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は、「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を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、且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及び能力を有している者のことです。

※4 実務経験の範囲

介護支援専門員としての実務経験の範囲は、次の事業所又は施設において、介護支援専門員として就労した者に限ります。

・居宅介護支援事業所 ・特定施設入居者生活介護に係る居宅サービス事業者 ・小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る地域密着型サービス事業者
・介護保険施設 ・介護予防特定施設入居者生活介護に係る介護予防サービス事業者 ・介護予防小規模多機能型居宅介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護に係る地域密着型介護予防サービス事業者 ・介護予防支援事業者 ・地域包括支援センター

なお、上記事業所又は施設で就労していたとしても要介護認定の調査業務のみを行っている場合や、利用者やサービス事業者との連絡調整のみを補助的に行っているだけで、介護サービス計画書の作成を行っていない場合は、実務経験として認められません。

指定居宅介護支援事業所における常勤・専従の管理者については、実務経験があると認められます。

3. 日 程

令和2年7月6日(月)～9月29日(火)のうち全12日間、70時間。

詳細の日程及びカリキュラムの内容は、最終ページをご参照ください。

4. 会 場

名古屋商工会議所ビル 2階ホール 所在地:名古屋市中区栄二丁目10番19号

交通機関:名古屋市営地下鉄東山線、鶴舞線 伏見駅下車 5番出口より白川公園方面へ徒歩約5分

5. 募集定員 250名 (定員に達した場合にお断りすることがございます)

6. 受講料 55,000円(テキスト代を含む)

受講決定通知の際に振込方法などをご案内いたします。

受講決定後、納付した受講料は返還いたしませんのでご了承ください。

7. 申込締切 **令和2年5月15日(金)必着**

8. 申込方法

「受講申込書」に必要事項を記入の上、添付書類を添え、必ず角型2号サイズ(A4用紙が折らずに入る)の封筒にて、下記住所まで**簡易書留**で郵送ください。

必要とする添付種類については、添付の「主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表」で確認の上、漏れのないようにしてください。**書類に不備がある場合、受付ができません**のでご注意ください。

なお、申込書、実務経験証明書、研修講師経験証明書、推薦書、利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書、課題整理総括表、評価表は、当振興会のホームページ(アドレスは下記)から出力のうえご使用ください。出力ができない方はお電話にてお問合せください。

ホームページアドレス <http://www.aichi-silver.com/> もしくは「愛知県シルバーサービス振興会」で検索してください

◇郵送・問合せ先

〒460-0008 名古屋市中区栄二丁目10番19号 名古屋商工会議所ビル内

公益財団法人愛知県シルバーサービス振興会

TEL:052-212-1685 223-6621 FAX:052-212-1615 (担当)石田

9. 受講決定

受講者を決定したうえで、受講可否等について記載した通知を6月15日頃までにご自宅へ送付します。

10. 研修の修了

全過程の修了者に修了証を交付します。遅刻及び欠席により未受講科目がある方には修了証を交付できません。受講にあたって、もしくは受講後に受講要件の不正が発覚した時は、その時点で受講決定もしくは受講(修了)を取り消します。

11. その他

①提出物は必ずコピーを取り、自分の控えとして保管しておいてください。

②当研修を受講しても、介護支援専門員証の有効期間の更新はできません。主任介護支援専門員の資格を取得した後、その資格を更新するための「主任介護支援専門員**更新**研修」でその扱いが可能になります。

令和2年度主任介護支援専門員研修カリキュラム

(公財)愛知県シルバーサービス振興会

月 日	区 分	時 間	時間数	研 修 内 容	講 師(敬称略)
7月6日(月)	講 義	10:00~16:00	5	主任介護支援専門員の役割と視点	見平 隆
7月14日 (火)	講 義	10:00~12:00	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	日本福祉大学中央福祉専門学校 校長 長岩 嘉文
	講 義	13:00~16:00	3	ターミナルケア	医療法人 三つ葉 理事長 松木 良真
7月20日 (月)	講 義	9:30~12:30	3	人材育成及び業務管理	中小企業診断士・社会保険労務士 小藤省吾
	講 義	13:30~16:30	3	運営管理におけるリスクマネジメント	弁護士 篠田 達也
7月29日 (水)	講義 演習	9:30~16:30	6	ケアマネジメントに必要な医療との連携 及び他職種協働の実現	主任介護支援専門員
8月3日 (月)	講義 演習	9:30~16:30	6	地域援助技術	見平 隆
8月13日 (木)	講 義 演 習	9:30~16:30	6	対人援助者監督指導	見平 隆
8月26日 (水)		9:30~16:30	12		
8月27日 (木)		9:30~16:30			
9月14日 (月)	演 習	9:30~16:30	18	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	見平 隆
9月15日 (火)		9:30~16:30			
9月16日 (水)		9:30~16:30			
9月29日 (火)	講 義	9:30~16:30	6		
12日間			70		

令和2年度 主任介護支援専門員研修受講申込書

令和2年度 主任介護支援専門員研修を受講したいので、関係書類を添えて申し込みます。

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 御中

令和 2年 月 日

受講希望者本人	介護支援専門員証(A4用紙に若干拡大した写しを添付)		受講動機(例を参考に必ず記入のこと)			
	登録番号	有効期限	(例) 事業所に主任の管理者を配置するため			
	フリガナ		性別	基礎資格(看護師など)		
	氏名	(S・H 年 月 日生)	男・女			
	住所等	住所		電話	その他	
現在の勤務先	事業所名など	法人・事業所名	主任介護支援専門員の在籍状況 (どちらかを○で囲む)	事業所番号		
	事業所形態	1. 居宅介護支援事業所 2. 施設系 3. 地域包括支援センター 4. その他()				
	所在地	〒 -				
	電話	FAX				
常時連絡可能な電話番号		(第1)	(第2)			
(事例)添付書類に○を表示	利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書	ホームページから出力して記入、記入要領はホームページで開示				
	基本情報	様式は各事業所で使用しているもので可				
	居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)	様式は各事業所で使用しているもので可				
	アセスメントシート	様式は各事業所で使用しているもので可				
	課題整理総括表	様式は各事業所で使用しているもので可、ホームページからも出力可能				
	評価表	ホームページから出力のうえ記入				
必須要件の研修	専門研修課程 I	該当する方に○をつける	修了年度	H・R	年度	修了証明書のコピーを添付して下さい
	専門研修課程 II (更新研修20時間又は32時間)		修了年度	H・R	年度	
	更新研修(53時間又は88時間)		修了年度	H・R	年度	
	※平成15～17年度の旧現任研修(基礎 I 又は基礎 II)を受講していることにより専門研修課程 I の受講を免除できる場合は、旧現任研修基礎研修課程 I 又は II の修了証の写(コピー)を添付のこと (本制度は平成23年度以降の専門研修課程の受講者には適用されません)					
① 介護支援専門員 従事期間5年以上の要件		別添の「実務経験証明書」を添付のこと 【証明書用紙下段の(注)をご確認のうえ発行して下さい】				
② 36ヶ月受講者の 受講要件		ケアマネジメントリーダー養成研修受講	受講年度	平成・令和 年度		
		認定ケアマネジャーの会員番号	「修了証」又は「認定書」の写し添付のこと			
③・④ 地域包括支援センター 勤務状況(予定)		主任介護支援専門員に準じて勤務中	現在の勤務先事業所に同じ		確認印	
		主任介護支援専門員として配置予定	(勤務予定センター名)		市町村長の推薦書が必要	
⑤ 研修講師経験状況		研修実施機関名	研修名			
「研修講師経験証明書」を添付のこと						

【個人情報の取扱】

令和2年度主任介護支援専門員研修受講申込書及びこれに添付された書類に記載された個人情報については、適正に管理を行い、本研修の運営以外の目的に利用することはありません。

主任介護支援専門員研修受講要件・添付書類チェック表

◇「受講申込書」・「実務経験証明書」・「研修講師経験証明書」・「利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」・「課題整理総括表」・「評価表」の様式は
(公財)愛知県シルバーサービス振興会のホームページ(<http://www.aichi-silver.com/>)から出力して下さい

※本表は申込書に添付する必要はありません。

	該当	受講要件	必要書類
必須	<input type="radio"/>	受講申込書 ・ 介護支援専門員証(写)	<ul style="list-style-type: none"> ・令和2年度主任介護支援専門員研修受講申込書(ホームページからプリントアウト) ・介護支援専門員証の写し(A4サイズの用紙に若干拡大して添付) ・受講動機(受講申込書の最上部・右欄)は必ず記入して下さい。
全員が必要とする要件	<input type="radio"/>	「介護支援専門員専門研修実施要綱」に基づく 専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ 又は 「介護支援専門員更新研修実施要綱」の3の(3)に基づく 実務経験者に対する介護支援専門員更新研修 を修了した者	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>必ず、53(88)時間を修了したことが確認できる修了証を添付のこと () 内は平成28年度以降です 修了証の種類には 更新研修「53(88)時間」・更新研修「20(32)時間」・専門研修課程「33(56)時間」、専門員研修課程Ⅱ「20(32)時間」 がありますので、修了の合計時間が53(88)時間となるように修了証を揃えて送付下さい。 例えば、更新研修「53(88)時間」ならこれ1枚 更新研修「20(32)時間」と専門研修課程Ⅰ「33(56)時間」の2枚</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・「介護支援専門員専門研修課程Ⅰ」及び「介護支援専門員専門研修課程Ⅱ」 又は 「介護支援専門員更新研修(実務経験者)」 の修了証の写し ※平成15～17年度の旧現任研修(基礎Ⅰ又は基礎Ⅱ)を受講していることにより専門研修課程Ⅰの受講を免除できる場合は旧現任研修基礎研修課程Ⅰ又はⅡの修了証の写し
	<input type="radio"/>	利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践出来ていると認められる者	<p style="text-align: center;">※ 提出事例は研修で使用することを前提に選んで下さい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書(様式はホームページから出力し、記入例を参考にして記載して下さい) ・基本情報(様式は、各事業所で使用しているもので可) ・居宅(施設)サービス計画書(1表～3表) ・アセスメントシート(様式は、各事業所で使用しているもので可) 過去に自分が担当したケース1人分の居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)及びアセスメントシートをコピーして提出下さい。 個人が特定できる部分等はマジックで消す等対処して下さい。 ・課題整理総括表(様式は、ホームページから出力できます。インターネットで介護保険最新情報VOL379を検索して頂くと参考になります。 ホームページからリンクしてあります) ・評価表(様式は、ホームページから出力できます)、記載方法等は本表裏面の記入見本等をご参照下さい。 <p>【送付方法】 「利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書」→「基本情報」→「居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)」→「アセスメントシート」 →「課題整理総括表」→「評価表」の順にセットして、申込書と一緒に送付下さい。</p>
①から⑤のうちいずれか1つが必要な要件	①	専任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 (但し、管理者との兼務は期間として算定できる)	<ul style="list-style-type: none"> ・実務経験証明書(別添様式又は独自のもので良い) ※事業所の廃止等、やむを得ない事情により「実務経験証明書」の証明を受けることが出来ない方は、「Q&A」をご参照下さい。 さらに不明な点のある方は、個別にお問合せ下さい。
	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 (但し、管理者との兼務は期間として算入できる)	<ul style="list-style-type: none"> ・実務経験証明書(別添様式又は独自のもので良い) ・ケアマネジメントリーダー養成研修修了者……受講年度を記載 ・認定ケアマネジャー……申込書に会員番号を記載し「修了証」又は「認定証」の写しを添付
	③	施行規則第140条の52第2号のハ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属されている者	<ul style="list-style-type: none"> ・「受講申込書」の地域包括支援センター勤務状況欄に責任者の確認印を押印
	④	地域包括支援センター又は在宅介護支援センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで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って、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者	<ul style="list-style-type: none"> ・実務経験証明書(別添様式又は独自のもので良い) ・市町村長の推薦書
	⑤	県又は県が指定した研修機関が実施する介護支援専門員を対象とした研修において、講師を務めた経験を有し、又は現に講師を務めている者であって専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年(60ヶ月)以上である者	<ul style="list-style-type: none"> ・実務経験証明書(別添様式又は独自のもので良い) ・研修講師経験証明書(別添様式又は独自のもので良い)

利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践の報告書

受付番号 <small>〔事務局記入〕</small>		氏 名	
--------------------------------	--	-----	--

事例のタイトル	
利用者名 <small>(イニシアル等で表示)</small>	(性別) 男・女 (年齢) 才
事例の特徴 利用者の状況 など	
ケアプランで 工夫した点 支援において 重視した点 など	

〔添付書類〕

- ① 基本情報
- ② 居宅(施設)サービス計画書(1表～3表)〔介護予防サービス・支援計画書(1表～3表)〕
- ③ アセスメントシート
- ④ 課題整理総括表
- ⑤ 評価表(直近のもの)
- ⑥ サービス担当者会議資料等

評価表

利用者名 _____ 殿

別添の「評価表の記載項目及び記載要領と留意点」及び「評価表記載見本」を参照
 詳細は平成26年6月17日「介護保険最新情報:Vol. 379」参照

短期目標	期間	援助内容			結果 ※2	コメント (うまくいった場合) どの部分が良かったか記入 (うまくいかなかった場合) 今後の支援の視点を記入
		サービス内容	サービス 種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。

※2 短期目標の実現度合を5段階で記入する(◎～×2)

- ・◎(予想を上回って達成) ・○(予想通り達成でき、再度アセスメントして新たな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も達成困難であり見直しを要する)

《複数の実務経験証明書が必要なときは、コピーして使用して下さい》

令和2年度 主任介護支援専門員研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

所在地

法人等団体名


代表者職・氏名

印

担当者氏名 ()

電話番号 ()

下記の者は、標記研修の受講を申し込むにあたり、専任の介護支援専門員として勤務した経験は以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
申込者氏名		昭和・平成 年 月 日
介護支援専門員登録番号		
業務期間	<p> いずれかに○を付す</p> <p>専任</p> <p>兼任〔居宅事業所管理者・その他()〕 ※その他の場合は()内に兼務している職務を記入して下さい</p> <p>平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日</p> <p>〔通算 年 ヶ月〕</p> <p>※ 現在勤務中の方は、研修初日の前日（令和2年7月5日）まで、 経験期間に含めて頂いて結構です</p>	

- (注1) 「専任」とは常勤・専従のことであり、他の事業所との兼務、居宅介護支援事業所管理者以外の職種を兼務していた期間は算入できません(個別要件④、⑤は除く)。
- (注2) 通算した従事期間のうち、1ヶ月に満たない部分は切り捨てます。また病気休業や育児休業などによる休職期間は除外して下さい。
- (注3) 氏名の変更があった場合は、戸籍抄本を添付して下さい。
- (注4) 複数の証明が必要な場合はコピーして使用して下さい。
- (注5) 貴事業所独自の様式があればそれを利用していただいても結構です。
- (注6) 申込者が自署した場合、本証明書は無効となります。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成して下さい。

推 薦 書

令和 年 月 日

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 御中

市町村長

印

市 町 村	担当部署	
	担 当 者	
	電話番号	

下記の者は地域包括支援センター又は在宅介護支援センターでの経験を有し、新たに地域包括支援センターで主任介護支援専門員として配置が予定されている経験豊富な介護支援専門員であって、専任・兼任を問わず介護支援専門員として従事した期間が通算5年（60ヶ月）以上あり、令和2年度主任介護支援専門員研修の受講者として推薦します。

記

事業所・施設又は 機関名	名 称			
	所 在 地			
職 名				
氏 名				
経 歴 な ど	介護支援専門員資格取得年	平成【 】年		
	介護支援専門員 としての 勤務実績	区 分	事 業 所 名	経 験 年 数
		居宅介護支援事業所		年 月
				年 月
				年 月
		在宅介護支援センター		年 月
				年 月
				年 月
		地域包括支援センター		年 月
				年 月
			年 月	

