

令和6年度 群馬県 主任介護支援専門員研修 実施要綱

1. 研修目的

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する。

2. 実施主体

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会（群馬県指定研修実施機関）

3. 受講対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者で、申込み時点において別紙「受講対象者について」に該当する者

4. 募集定員

200名

【優先順位】

①居宅介護支援事業所の管理者である者

②同一事業所より複数の申込みがあった場合、優先順位が高い者

※申込は先着順ではありません。申込情報を精査の上受講決定を行いますので不備の無いように確認の上お申込ください。

5. 日程および研修内容

研修については、動画視聴による研修と、オンライン参加による演習研修の日程で行われます。演習日程につきましては、別紙研修日程表をご確認ください。

6. テキストについて

研修では、テキストを使用して講義・演習を行います。そのため、受講が決定された方には研修で使用するテキストを各自で購入していただきます。

使用するテキストのご案内は受講決定通知時に改めて行います。また、使用するテキストの購入代金は受講料に含まれず、別途必要となりますので、予めご了承ください。

7. 受講申込方法・提出期限 ※手順1, 2の両方が必要です。

手順1：県社協ホームページの「申込フォーム」から申込を行ってください。

手順2：「受講申込書」及び必要書類を郵送してください。

【申込フォームの場所】 → まず、トップページの「新着情報」に掲載されます。

トップページ URL <https://www.g-shakyo.or.jp/> 情報場所は以下の通り。

ホーム > 新着情報 > 令和6年度 主任介護支援専門員研修について

または、

ホーム > 部署から探す > 福祉人材課 > 介護支援専門員研修・・・主任研修へ

【申込 各提出期限】

申込フォーム： 令和6年4月5日(金)までに送信

届出様式1の「受講申込書」及び必要書類を下記あてに郵送してください。
必要書類は下記「◆添付書類等」をご参照の上、ご自身の受講要件に必要な書類のみ郵送してください。

提出書類の郵送期限：令和6年4月5日(金)まで[当日消印有効]

郵送先：〒371-8525 前橋市新前橋町13-12 群馬県社会福祉総合センター6階
群馬県社会福祉協議会 福祉人材課 主任ケアマネ研修 申込係 迄

◆添付書類等

- ①写真付きの介護支援専門員証の写し ※A4サイズ縦の用紙に、原寸大でコピー
- ②平成18～令和5年度に実施した介護支援専門員専門研修兼更新研修（専門研修課程Ⅰ）、または、平成15～17年度に実施した基礎研修課程ⅠもしくはⅡの修了証明書の写し
※令和2年度の群馬県で実施の専門研修Ⅰは中止になりました。
- ③平成18～令和5年度に実施した専門研修課程Ⅱの修了証明書の写し
※専門課程Ⅱの修了証だけでは受け付けません。
- ④実務経験証明書：届出様式2
- ⑤ケアマネジメントリーダー養成研修の修了証明書の写し（該当者のみ）
- ⑥日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネージャーの認定登録の写し
（該当者のみ）
- ⑦介護支援専門員研修の講師の経歴書（任意様式）（該当者のみ）
- ⑧居宅サービス計画又は施設サービス計画又は介護予防サービス支援計画（以下、「居宅サービス計画等」という）一式（個人が特定できないよう加工（記号化・マスキング）してください。）※1
 - ・申込時提出事例の概要（別添 提出様式1）※2
 - ・申込時提出事例基本情報（別添 提出様式2）
 - ・課題分析表（アセスメントツール）※3
 - ・課題整理総括表（別添 提出様式3）
 - ・居宅サービス計画等（別添 提出様式4）

- ア 第1表（居宅サービス計画書（1）もしくは施設サービス計画書（1））※4
- イ 第2表（居宅サービス計画書（2）もしくは施設サービス計画書（2））※4
- ウ 第3表（週間サービス計画表）※4
- エ 介護予防サービス支援計画表 ※4

別紙「受講対象者について」に記載のとおり、提出していただいた居宅サービス計画等について、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、内容を確認して、受講を決定いたします。

※1 提出事例における マスキングについて

- ・ 個人名や住所はイニシャルを使用せず、アルファベット 1 文字で「Aさん」「Bさん」と記号化する。
 - ・ 電話番号は、〇〇〇-××××等、わからないように記号で記載する。
 - ・ 利用者の生年月日は、生まれた年だけを記載する。
 - ・ 個人に関連する、市町名や地区名、家族等の具体的な職業名などにもイニシャルを使用しない。
 - ・ 事業所名、病院名などはアルファベット 1 文字にする。
 - ・ 書いたものを直接黒く塗りつぶすのは避けてください（消しきれず読み取ることができてしまうため）
- なお、提出課題は他者に相談せず、ご自身で作成してください。

※1 【提出書類の具体的な記載例】

氏 名	佐藤さん→Sさん(イニシャル)とはせず、アルファベットでAさん、Bさん、などと記号化する
住 所	群馬県前橋市→G県M市(イニシャル)とせず、アルファベットでC県D市などと記号化する
電話番号	〇〇〇-××××などと記載する
生年月日	昭和7年5月16日→年のみを記載する。昭和7年
生活歴	本人の支援に直接関係しない事柄は記載しない。職歴については公務員、建築関係等と特定できないよう配慮して記載。
利用者の被保険情報	保険者／被保険者番号は〇〇〇〇などと書き数字・カタカナ等は記載しない。要介護状態区分は記載。有効期間は年・月・日を記載。身体障害者手帳等に関しては、障害の種類と等級については記載。 例：H29.10.1～H30.3.31
事務所・施設・病院の名称	事業所・施設・病院の名称は、アルファベットでE事業所、F介護保険施設などと記号化する

担当者等の名前	担当者、主治医の名前も、アルファベットで、Gさん、Hさんなどと記号化する
研修受講者本人	受講者名はそのまま記載。

- ※2 申込時提出事例を、研修の事例研究において使用させていただくことがあります。予めご了解ください。
- ※3 提出して頂く課題分析表（アセスメントツール）について、様式は群馬県社会福祉協議会では用意しておりません。本件で提出していただく居宅サービス計画等作成にあたり、各事業所で既にご自身がお作りになられている課題分析表（アセスメントツール）を、必ずマスキングをした上でご提出ください。※1
- ※4 上記ア、イ、ウ、エについては、居宅サービス計画書又は施設サービス計画書の第1表～第3表、もしくは介護予防サービス支援計画表のいずれかを選択し、群馬県社会福祉協議会ホームページにあります様式をダウンロードしてご使用ください。なお、審査の都合上ホームページからダウンロードした様式以外は受け付けません。

8. 受講者の決定

受講決定者につきまして、受講決定通知をご自宅宛に送付いたします。

発送予定日：5月15日(水)

受講要件に該当しない場合は不受理通知をお送りいたします。

- ※ 5月22日(水)までに受講決定通知、もしくは不受理通知が届かない場合は、群馬県社会福祉協議会 福祉人材課まで電話連絡(027-255-6035)をお願いいたします。

9. 受講料 47,000円 (納付方法は受講決定時にお知らせいたします)

お支払いいただいた受講料は返金できませんので、ご了承ください。

10. 修了証明書

- (1) 全日程を受講し、習得状況を確認したうえで修了証明書を交付します。
- (2) 修了証明書の有効期間は5年間です。

11. 個人情報の取扱いについて

受講申込書及び添付書類の記載事項は、群馬県主任介護支援専門員研修の運営（受講資格確認、名簿登録、修了証明書発行業務を含む）以外の目的には使用いたしません。

12. 受講の無効及び研修修了の取り直し

研修受講申込の審査に当たっては、事業者データと照合する等確認作業を行い、事実と反し虚偽又は不正の事実があった場合は受講を取り消しますので、留意の上記入してください。現在、主任介護支援専門員の資格を既に有しており、当該研修の最終日まで主任介護支援

専門員の有効期間がある場合は、主任介護支援専門員研修の申込みはできません。研修修了後に発覚した場合は、主任介護支援専門員研修の修了証明書が無効になります。

また、研修中の受講態度に不適切な行為等があった場合は、その時点で当該受講の決定を取り消し、研修を修了している場合には修了の決定を取り消すものとします。その場合、受講料はお返しできませんのでご了承ください。

13. その他

- ・本研修（主任介護支援専門員研修）を修了しても、介護支援専門員証の更新に必要な研修は免除されません（更新はできません）。

業務上の調整は極力済ませていただき、研修を受講してください。

14. 問い合わせ先

社会福祉法人 群馬県社会福祉協議会 福祉人材課

TEL 027-255-6035 （受付時間 9:00～17:00）

FAX 027-255-6040