

平成29年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 開催要項

1 目的

地域の指導的役割を担う主任介護支援専門員等が、介護支援専門員への指導者（及び指導者を目指す者）的立場として、専門的知識の習得と教育技術の向上を目指す。また、介護支援専門員法定研修や地域における指導者、講師及びファシリテーター等を育成するための研修を実施することにより、法定研修等の円滑な実施や介護支援専門員の育成を図り、指導者としての実践力をつけることを目的とする。

2 実施主体

大分県

3 実施機関

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会

4 日程・研修内容

	日程	研修内容
1日目	平成29年12月22日（金） 9：00～17：00	生涯学習・教育力・人材育成 （指導者としての省察的思考）
2日目	平成30年 1月27日（土） 9：00～16：00	ケアマネジメント実践力 （ケアマネジメントプロセス）
3日目	平成30年 1月28日（日） 9：00～17：00	地域包括ケア構築力 （課題研究・調査研究）

5 研修会場

大分県社会福祉介護研修センター 3階302研修室
（大分市明野東3丁目4番1号）

6 研修受講料

無料

7 定員

20名（予定）

8 受講申込み締切

平成29年11月17日（金）※消印有効

9 受講対象者

次のいずれかに該当する者

- （1）相当の実務経験のある国家資格を有する主任介護支援専門員
- （2）大学教員
- （3）法人内における研修の責任者として従事している者
- （4）保健医療福祉に関し知見のある者

※なお、本研修を受講することにより、次年度の主任更新研修の受講要件を満たすこととなります。

10 申込方法

- (1) 「平成29年度 大分県主任介護支援専門員 指導者研修 受講申込書」に必要事項を記入したうえで、**長3封筒（A4版三つ折りで入るサイズ）**を用いて**当協会へ郵送**してください。
※「介護支援専門員証（カード）」の写しの提出が必要です。
※主任介護支援専門員は「主任介護支援専門員研修」もしくは「主任介護支援専門員更新研修」の「修了証明書」の写しの提出が必要です。
- (2) 「主任研修」もしくは「主任更新研修」の「修了証明書」を紛失した場合は、受講申込書にその旨（有・無）を記載してください。
研修実施機関から大分県へ一括照会して確認をします。

11 受講決定

- (1) 申込み人数が定員を超えた場合は、以下の①から⑥までを考慮して優先順位により受講者を決定します。
 - ①主任介護支援専門員として5年以上の経験があり指導的役割を担っている者
 - ②地域等においてスーパービジョン（人材育成）を実践している者、または実践する予定のある者
 - ③新たに法定研修における講師及びファシリテーターとして協力する意志のある者
 - ④各地域介護支援専門員協会等で指導的役割を担っており、研修の企画・運営・調整等の経験のある者
 - ⑤居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員で、指導的役割を担っている者
 - ⑥地域包括支援センターに主任介護支援専門員として配属の者で、地域の介護支援専門員に対する相談対応や支援等に関する知識及び能力を有する者※申込期限（平成29年11月17日）以降に受講申込書の記載内容を審査し、大分県との協議のうえ、受講決定を行います。
- (2) 受講の可否については**11月下旬から12月上旬頃、郵送**により全員へ送付します。なお、電話等での受講可否の照会には応じかねます。

12 その他

- (1) 当該研修では、事例の提出・事例発表・司会進行等をお願いすることもありますので、受講に際してあらかじめご承知ください。なお、事例の提出・発表等ができない場合は受講が認められませんのでご了承ください。
- (2) 研修の円滑な実施のため、受講申込書に基づいて受講者名簿を作成します。なお、個人情報については適正に管理し取扱いますが、演習等で氏名や所属名の入った班名簿等を配布することがありますのでご了承ください。
- (3) 自然災害や講師、会場の都合等で、日程・会場などが変更となることもありますのでご了承ください。

13 提出先

〒870-1133 大分市宮崎1367番地1 甲斐ビル215号
特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

※「平成29年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 申込書在中」と明記

平成29年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 受講申込書

平成 年 月 日

○受講申込者

ふりがな				介護支援専門員登録番号（8桁）			
氏名							
生年月日	昭和	年	月	日	性別	男・女	
自宅住所 連絡先	〒 — — — — —						
	TEL : — — — — —			FAX : — — — — —			
携帯番号	— — — — —			※必ず記入			
パソコンメールアドレス				@ ※必ず記入			
基礎資格 (○で囲む)	①看護師 ②准看護師 ③社会福祉士 ④介護福祉士 ⑤精神保健福祉士 ⑥その他()						
添付書類 (各該当者)	主任研修 平成 _____ 年度受講 ⇒ 修了証明書 (添付: 有・無) 主任更新研修 平成 _____ 年度受講 ⇒ 修了証明書 (添付: 有・無)						
受講申込み の理由 (○2つまで)	①指導者として自己研鑽したいから ②講師やファシリテーターとして協力したいから ③主任更新研修の受講要件となるから ④所属機関から勧められたから ⑤その他()						

○介護支援専門員として従事した職歴

勤務期間	事業所名	種別	常勤・非常勤
～		居宅・施設・包括・他	常・非
～		居宅・施設・包括・他	常・非
～		居宅・施設・包括・他	常・非
～		居宅・施設・包括・他	常・非
(現在の情報)			
～ 現在		居宅・施設・包括・他	常・非

○経歴

最終学歴		
年	月	
年	月	
講師歴		
年	月	
年	月	
年	月	