（公印省略）

令和８年１１月１６日

各位

特定非営利活動法人
大分県介護支援専門員協会
理事長　工藤　修一

令和８年度 大分県介護支援専門員 指導者研修の開催について（通知）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、当協会では大分県からの委託を受け、別紙開催要項に基づき標記研修を開催することとなりました。
つきましては、貴事業所の主任介護支援専門員等で受講を希望される方は所定の手続きによりお申し込み願います。

記

**（同封資料）**
○令和８年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 開催要項
○令和８年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 受講申込書

**（提出書類）**
○受講申込書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・必須
○介護支援専門員証（カード）の写し・・・・・・・・・・・・・・・・必須
○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・・・・・・・・・・・・各該当者

**（書類提出の留意点）**
※「介護支援専門員証（カード)」の写しの提出は**Ａ４用紙**でお願いします。
※提出書類はホッチキス（針及び穴あけ）留めしないでください。
※該当する提出書類様式については、大分県介護支援専門員協会ホームページからもダウンロード（ＰＤＦ）できます。
http://oita-care-manager.com/

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会
〒870-1132 大分市光吉1139-1
首藤ハイツⅡ-101
TEL:097-504-7500　FAX:097-504-7501

# 令和８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 | 令和９年２月６日（土）<br>９：００～１６：００ | ○ケアマネジメント実践<br>○多職種協働チーム活用力<br>（適切なケアマネジメント手法の理解と活用） |
| ２日目 | 令和９年２月２７日（土）<br>９：００～１７：００ | |
| ３日目 | 令和９年３月２日（火）<br>９：００～１７：００ | ○省察的実践力<br>○プロ意識と倫理<br>○地域包括ケアシステム構築力 |

## ５　研修会場

大分県社会福祉介護研修センター３０２教室（集合研修を予定）
（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

**令和８年１２月２１日（月）※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、翌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）「令和８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⑦までを考慮して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
⑦その他、実施機関が適当とする者

※申込期限（令和８年１２月２１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**令和９年１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、ご自身の事例の発表や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願います。

（３）感染症等の状況や自然災害、講師や会場の都合等で、日程及び開催形態の変更（フルリモートへの変更など）や研修中止となることもありますのでご了承ください。

## 13　提出先

〒８７０－１１３２ 大分市光吉１１３９-１　首藤ハイツⅡ-１０１号
特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会 宛

**※「令和８年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 申込書在中」**と明記してください。

# 令和８年度 大分県介護支援専門員 指導者研修 受講申込書

令和　　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・平成　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 自宅住所<br>連絡先 | 〒　　－<br>TEL：　　－　　－　　FAX：　　－　　－ | | |
| 携帯番号 | －　　－ | | **※必ず記入** |
| ﾊﾟｿｺﾝﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | @ | | **※必ず記入** |
| 基礎資格<br>（○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<br>⑥その他（　　） | | |
| 添付書類<br>（各該当者） | **主任研修**　＿＿＿＿　年度受講 ⇒ 修了証明書（添付：有・無）<br>**主任更新研修**　＿＿＿＿　年度受講 ⇒ 修了証明書（添付：有・無） | | |
| 受講申込み<br>の理由<br>（○２つまで） | ①指導者として自己研鑽したいから<br>②講師やファシリテーターとして協力したいから<br>③主任更新研修の受講要件となるから<br>④所属機関から勧められたから<br>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 | |