

令和3年度 新カリキュラム対応介護実習指導研修開催要項

平成29年10月にまとめられた、福祉人材確保専門委員会の報告書を踏まえ、今後、求められる介護福祉士像に即した介護福祉士を養成するといった観点から介護福祉士養成教育内容の見直しが行われました。

介護実習生を受け入れる施設・事業所側が、適切な実習指導を行うために日本介護福祉士会では、今回の見直し内容等についての周知及び理解の促進を図ることを目的に本研修を開催致します。

1. 主 催 一般社団法人 鳥取県介護福祉士会
2. 日 時 令和3年12月14日（火）
3. 開催形式 Zoomによるオンライン研修または集合研修（倉吉未来中心セミナールーム2）
4. 研修内容

| 時間（例） | プログラム | 時間数 |
|-------------------------|--|------------|
| 9：30～10：00 | はじめに プログラム、研修の目的 | 0.5 |
| 10：00～11：30 | 介護福祉士養成課程見直しの全体像 | 1.5 |
| 11：30～14：30 （昼食休憩含む） | 介護実習を受け入れる体制づくり | 2.0 |
| | 「介護実習」の教育に含むべき事項 ①介護過程の実践的展開 ②多職種協働の実践 ③地域における生活支援の実践 | |
| 14：30～16：30 | グループワーク | 2.0 |
| 16：30～17：00 | 発表とまとめ おわりに | 0.5 |
| 合 計 | | 6.5 |

5. 受講対象者 以下①②のいずれかに該当する者であり、かつ③に該当する者とする。
①介護福祉士実習指導者講習会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあたっている者、またはあたる予定のある者
②介護実習に携わる（携わる予定のある者も含む）介護福祉士養成校の教員、教諭
③事業の効果測定を目的とした研修後の Web アンケート調査に回答できる者
※なお研修後、好事例があった場合に、事例の詳細を提供いただける者が望ましい。

6 オンライン研修受講の留意事項

- ・一日オンライン（ZOOM）研修を受講可能な環境（パソコン等のハードウェア、ブラウザのソフトウェア等、インターネット回線）が整っていることをご確認ください。
- ・パソコンかタブレットでの受講を推奨します。（データ容量が大きいのでスマートフォンでは、動作が不安定になる恐れがあります。
- ・受講時、ビデオカメラの停止または不調により、画面上で受講が確認できない場合は、研修修了と認められない場合があります。
- ・オンライン研修に関わる通信料は受講者負担とさせていただきます。（ご使用のインターネット回線のご契約内容等をご確認ください）

7. 定 員 30名

8. 申込方法 『申込書』にご記入の上、郵送・メール・FAXにてお申し込みください。

9. 募集期間 令和3年11月19日（金）

10. 受講料 会員：2,000円 非会員8,000円

- （1）受講料は、決定通知時にお知らせする振込先にお振込みください。
なお、振込手数料は申込者の御負担となりますのでご了承ください。
- （2）非会員の方は、申込時に入会申し込みされると会員価格で受講できます。（入会費5,000円、年会費6,000円）

11. 決定通知 締切後、11月30日までに郵送にてご案内致します。

12. 受講当日

- ・受講決定通知書を必ず持参してください
- ・日本介護福祉士会の会員には生涯研修ポイントが付与されます(4.0pt)。
- ・研修修了者には修了証が発行されます

13. 問い合わせ先 鳥取県介護福祉士会 事務局（担当：村松）
〒689-0737
東伯郡湯梨浜町長江310-46
生活支援センターデイジー内
電 話 0858-48-6701
ファックス 0858-48-6702
メー ル tori-kaigo@tottori-kf.jp

鳥取県介護福祉士会 行 【FAX 0859-75-3645 (江美の郷)】

令和3年度新カリキュラム対応介護実習指導研修 申込書 (11/19 締切)

12月14日実施分

※受講者は事業の効果測定を目的とした研修後の Web アンケート調査のご協力と、好事例があった場合に事例詳細について提供いただきます。

| | | | | |
|--------------|---|---|-------|------|
| ふりがな | | 男・女 | 昭和・平成 | |
| 氏名 | | | 年 | 月 日生 |
| 会員・非会員 | (いずれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号:) 2. 非会員 | | | |
| 決定通知等 郵送先 | 自宅 ・ 勤務先 | | | |
| 自宅住所 〒 | | | TEL | |
| | | | FAX | |
| 勤務先名称 | | | | |
| 勤務先住所 〒 | | | TEL | |
| | | | FAX | |
| 受講方法 | (受講方法を選んで○をつけてください) オンライン受講 ・ 会場受講 | | | |
| メールアドレス (必須) | @ | | | |
| | ※受講決定時、ZOOMのID、研修資料等はメールで送信しますので、 分かりやすく正確にご記入ください。 | | | |
| 受講要件 | 該当する方に ○ | 要件 | | 経験年数 |
| | | 1. 介護福祉士実習指導者講習会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあっている者、またはあたる予定のある者 | | 年 |
| | | 2. 介護実習に携わる (携わる予定のある者も含む) 介護福祉士養成校の教員、教諭 | | 年 |

問い合わせ先

一般社団法人鳥取県介護福祉士会事務局

TEL : 0858-48-6701 Mail : tori-kaigo@tottori-kf.jp