

平成29年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会 開催要項

- 1 目的
実習は、介護現場における実践を通じて学習した知識及び技能の確認を行うとともに、利用者やその家族とのかかわりを通じて対人援助におけるコミュニケーションを学べる貴重な場であり、また、実際に介護の現場に参画することで、他職種協働のあり方を学ぶことが出来るなど、介護福祉士の養成課程において非常に重要な要素となっています。
本研修は介護福祉士養成カリキュラムの「介護実習」を指導する社会福祉施設等の実習指導者として必要な専門的知識及び教育方法を習得することを目的として開催します。
- 2 主催
公益社団法人日本介護福祉士会 / 一般社団法人鳥取県介護福祉士会
- 3 日時
第1日目：平成29年5月30日（火） 9：45～17：30
第2日目：平成29年5月31日（水） 9：30～16：30
第3日目：平成29年6月6日（火） 9：30～17：30
第4日目：平成29年6月7日（水） 9：30～16：20
- 4 会場
鳥取県立倉吉体育文化会館 大研修室
(倉吉市山根529-2 電話0858-26-4441)
- 5 研修科目
「介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会プログラム」のとおり
- 6 受講対象者
次の①と②の要件を両方ともに満たす者
①介護福祉士として3年以上実務経験のある者
②現に実習指導者として従事している、もしくは実習指導者になろうとする者
- 7 定員
60名（定員を超えて申込があった場合は、人数を調整させていただきます。）
- 8 申込手続き
受講申込者（所属長）は、受講希望者ごとに「受講申込書」に必要事項を御記入のうえ、申込期限までに本会に郵送またはファクシミリにて送付してください。
- 9 申込期限
平成29年4月21日（金）必着
(その後の流れ) 4月下旬 受講決定通知・事前課題等送付
5月中旬 事前課題提出
- 10 受講料
会員：20,000円 非会員31,000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御了承ください。受講料には研修会テキスト代が含まれます。
(2) 会員の方で「研修受講券」をお持ちの方は使用できます。使用される場合は別紙申込書に御記入ください。
(3) 非会員の方は申込時に入会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 修了証書
本研修は、介護福祉士養成の実習指導者となるための認定研修です。全てのプログラムを修了された方には、厚生労働大臣の定める修了証書をお渡しいたします。実習指導者として養成校に登録する際には、本研修会の修了証書が必要となります。

12 その他 本研修は生涯研修ポイント対象研修です。会員の方は研修修了時に16.5ポイント付与されます。

13 お問い合わせ・連絡先

【一般社団法人鳥取県介護福祉士会事務局】

〒689-0201 鳥取市伏野1729-5（県立福祉人材研修センター）

鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部

電話0857-59-6336 ファクシミリ0857-59-6341

【参考】

平成19年の法改正により、実習施設Ⅱの要件として、本研修会修了者が必置となっています。

【介護実習Ⅰの実習施設の要件】

介護保険法その他の関係法令に基づく基準を満たす施設又は事業であって、介護福祉士の資格を有する者又は介護職員として3年以上の実務経験を有する者が実習指導者であることとする。

【介護実習Ⅱの実習施設の要件】

介護福祉士の資格を取得後3年以上の実務経験を有する者であって、かつ、実習指導者を養成するために行う講習会であって厚生労働大臣が別に定める基準を満たすものとしてあらかじめ厚生労働大臣に届けられたもの（以下「実習指導者講習会」）を修了したものが実習指導者であること。

実習における指導のマニュアルを整備するとともに、実習指導者を中核とした実習の指導の体制が確保されるよう、介護実習施設等における介護職員（常勤の介護職員とする。）の人数に対する介護福祉士の人数の割合が3割以上であること。

介護サービスの提供のためのマニュアル等が整備され、活用されていること。

介護サービスの提供の過程に関する書記録が、適切に整備されていること。

介護職員に対する教育、研修等が計画的に実施されていること。

平成29年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会プログラム

日 時		時間数	科目	講師（補助講師）
1日目 5月30日(火)	9:45～10:00	—	【開講式／オリエンテーション】	
	10:00～12:00	2.0	【講義】 介護の基本と教育	鳥取県介護福祉士会 三橋一久（藤原紀子）
	13:00～17:30	4.5	【講義・演習】 実習指導の理論と実際	鳥取県介護福祉士会 藤原紀子（三橋一久）
2日目 5月31日(水)	9:30～11:30	2.0	【講義】 介護過程の理論と指導方法①	鳥取県介護福祉士会 藤原紀子（豊田慶子）
	12:30～16:30	4.0	【演習】 介護過程の理論と指導方法②	鳥取県介護福祉士会 豊田慶子（藤原紀子）
3日目 6月6日(火)	9:30～12:00	2.5	【講義・演習】 スーパービジョンの意義と活用及び 実習生の理解①	鳥取県介護福祉士会 岡本大輔（砂田克雄）
	13:00～17:30	4.5	【演習】 スーパービジョンの意義と活用及び 実習生の理解②	鳥取県介護福祉士会 砂田克雄（岡本大輔）
4日目 6月7日(水)	9:30～12:30	3.0	【講義・演習】 実習指導の方法と展開	鳥取県介護福祉士会 鈴木喜美栄（松本澄子）
	13:30～15:00	1.5	【演習】 実習指導における課題への対応	鳥取県介護福祉士会 鈴木喜美栄（松本澄子）
	15:10～16:10	1.0	【講義】 実習指導者に対する期待	鳥取県介護福祉士会 松本澄子（鈴木喜美栄）
	16:10～16:20	—	【閉講式】	
合計		25.0		

会 場： 鳥取県立倉吉体育文化会館（倉吉市山根529-2 / 電話0858-26-4441）

平成29年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会 受講申込書

優先順位 ※		※1施設から複数申込される場合は必ず優先順位を御記入ください。	
フリガナ			
受講希望者氏名 (性別)		(男・女)	
生年月日		(和暦) 昭和・平成 年 月 日	
自宅	住所	〒	
	TEL	— — (自宅・携帯)	
勤務先 (※連絡・通知先 となります)	法人名		
	施設名		
	施設の種別		
	住所	〒	
	TEL	()	
	FAX	()	
鳥取県介護福祉士会への 入会状況 (※該当番号に○をつけてください)		1. 会員 (会員番号 31—) 2. 非会員 3. 非会員であるが入会を希望する	
介護福祉士資格の取得年月		(和暦) 昭和・平成 年 月	
介護福祉士登録番号			
介護福祉士としての経験年数		通算 年 ヶ月	
現在の職種名・経験年数		現職	年 ヶ月
実習指導の状況 (※該当番号に○をつけてください)		1. 現に実習指導を行っている 2. 今後実習指導をする予定である 3. 今は予定していない (未定)	
研修受講券のご使用 (※該当される場合は○をつけ枚数を記入してください)		1. 使用する 1,000円× () 枚	
【受講申込者 (所属長) 記入欄】 上記の者を標記研修会に受講させたく申込みいたします。 施設・団体名 代表者 担当者 _____ TEL (_____) 本研修の既受講者数 _____ 人 指導者の必要設置数 _____ 人			

※実習施設・事業等が同時に受入可能な実習生数は実習指導者1人につき5人までとなっています。

※本申込書に記載された個人情報は本研修会の名簿作成等管理運営の目的のために使用し、他の目的で使用することはありません。