



2019年度 第1回介護福祉士実習指導者講習会 開催要綱

「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、介護福祉士養成カリキュラムの実習指導者要件として、平成24年度より介護福祉士実習指導者講習会の受講が義務付けられました（実習施設・事業等（Ⅱ）の場合）。また、「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」においても、介護福祉士として実務3年以上の『本講習会修了者』は、評価者（アセッサー）講習を受講する要件を満たします。

そこで群馬県介護福祉士会では、介護福祉士の皆さまが介護におけるキャリアアップを図り、介護福祉士養成課程の介護実習において求められる必要な専門知識及び教育方法を習得することを目的に本講習会を実施します。

- **主 催** 社団法人日本介護福祉士会 / 一般社団法人群馬県介護福祉士会
- **日 程** 6月22・23日（土・日）、7月13・14日（土・日）の4日間（計25時間）
- **研修詳細** 裏面参照
- **会 場** 群馬県社会福祉総合センター（裏面参照） 群馬県前橋市新前橋町13-12
- **参加対象** 介護福祉士の資格を有し、資格取得後3年以上の実務経験を経て、社会福祉施設・機関において実習指導者になることを希望している者。又は、介護福祉士として3年以上の実務経験があり、実習施設において実習指導者となる者および現に実習指導者を担っている者。
- **定 員** 10名 ※会員枠
- **参加費** 会 員 20,000円 / 非会員 31,000円 テキスト（予定価格¥2592）・資料代含む
※同時入会もできます。同時入会の方は、受講日までに入会手続き、入金を必ず済ませてください。
- **修了証明書の交付** 修了者には、日本介護福祉士会より厚生労働省の定める講習を修了したことを証明する「修了証明書」を交付します。それにより実習指導者として登録されることとなります。（4日間全日程に出席しないと、修了証明書は発行されません。）
- **お申し込み方法** 申込用紙に必要事項をもれなく記入し、ファックスでお申し込みください。
折り返し受講料のお振込み方法をお知らせいたします。振込が完了次第、受講決定とさせていただきます。お支払いにあたっては、研修受講券もお使いいただけます。
- **締 切 日** 6月7日（定員に達し次第、受付を終了します）
- **そ の 他** お申し込みいただいた個人情報については、個人情報保護規定に従い、研修の事務及びこれに付帯する業務に範囲内で使用致します。
- **お申し込み・お問い合わせ先** 一般社団法人群馬県介護福祉士会事務局
TEL：027-255-6226 FAX：027-255-6173
- **駐 車 場** 構内駐車場



研修プログラム（予定） 会場：6月22・23日、7月13日 B01 会議室、7月14日 203A&203B 会議室

月日	時間	科目
1日目 6月22日 (B01 会議室)	9:00～ 9:25～ 9:30～11:30 11:30～12:30 12:30～17:00	受付 開講ガイダンス 介護の基本（講義 120分） 昼食 実習指導の理論と実際（講義・演習 270分）
2日目 6月23日 (B01 会議室)	9:30～ 10:00～12:00 12:00～13:00 13:00～17:00	受付 介護過程の理論と指導方法（講義 120分） 昼食 介護過程の理論と指導方法（演習 240分）
3日目 7月13日 (B01 会議室)	8:45～ 9:00～12:00 12:00～13:00 13:00～17:00	受付 スーパービジョンの意義と活用及び学生理解（講義・演習 180分） 昼食 スーパービジョンの意義と活用及び学生理解（演習 240分）
4日目 7月14日 (203A&203B 会議室)	9:00～ 9:30～12:30 12:30～13:30 13:30～15:00 15:00～16:00 16:00～16:30	受付 実習指導の方法と展開（講義・演習 180分） 昼食 実習指導における課題への対応（演習 90分） 実習指導者に対する期待（講義 60分） 閉講オリエンテーション

2019年度 第1回介護福祉士実習指導者講習会受講申込書

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和・平成
氏名					年 月 日
・個人会員（会員番号： ） ・団体賛助会員（会員番号： ） ・非会員 ・非会員であるが、今回の研修受講と同時に入会希望（会員種別： 個人会員 ・ 団体賛助会員 ）					※あてはまるものに○ （会員様は会員番号を必ずご記入ください。同時入会の場合は、会員種別にも○をつけてください。）
自宅住所 <small>（厚生労働省へ登録の際に必要）</small>	〒 ー				
	固定 TEL：	携帯 TEL：	FAX：		
勤務先・種別	法人名 施設名 施設の種別				
勤務先住所	〒 ー				
	TEL：		FAX：		
受講票送付先	自宅 ・ 勤務先（ご担当者氏名： ） ※どちらかに○				
研修受講券の使用	受講券をお持ちでご使用希望の方は、該当の研修券に○をつけ、券種、使用枚数をご記入ください 日介研修受講券 ・ その他、（ ）枚使用				

