

平成28年度後期介護福祉士実習指導者講習会

(介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修会) 開催要綱

1. 目的： 介護福祉士養成カリキュラムの導入に伴い求められる介護福祉士を養成していく為に「介護実習」を指導する社会福祉施設等の実習指導者に対して必要な専門的知識及び教育方法を習得し、実習指導者の力量を高める為に本研修会を開催します。
(※実習生の受け入れを予定している実習施設・事業等Ⅱの要件として本研修会修了者が施設に必要となります。実習生5名につき指導者1名が指導する事と決められています。)

2. 開催内容

主 催	公益社団法人日本介護福祉士会・一般社団法人茨城県介護福祉士会
日 時	平成28年12月25日(日)・平成29年1月7日(土)・2月4日(土)・3月11日(土) ※開始時間9:00～カリキュラムをご覧ください。(受付は各日8:45～)
会 場	茨城県総合福祉会館 4階 中研修室 (※茨城県水戸市千波町1918番地)
対象者	介護福祉士資格取得後3年以上実務に従事した経験の有る者であって実習指導者となる者及び現に実習指導を担っている者
定 員	50名(先着順、定員になり次第締め切りますのであらかじめご了承ください。)
講 師	一般社団法人茨城県介護福祉士会会員他
受講料	会員20,000円 会員外35,000円 ※テキスト・資料代を含む ※非会員の方で入会を希望される場合は、受講料から入会金・初年度会費を負担しますので事前にお申し出ください。
修了証書	修了者には厚生労働大臣の定める研修を修了したことを認める修了証書を公益社団法人日本介護福祉会より発行いたします。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。なお、修了には全科目の履修が必要となり30分以上の遅刻は補講を受講していただきます。

3. 申込み方法

《申込方法》 ①受講料を下記口座に事前に振込みの上、その受領書のコピーを申込み用紙に貼付してFAXまたは郵送で事務局までお送りください。
FAX 029-353-7246 茨城県介護福祉士会事務局宛て

※受講料振込先

常陽銀行本店 普通口座 1633230 社団法人茨城県介護福祉士会

②入金確認後、受講決定通知書を送付いたします。

《申込締切》 平成28年11月30日(水)必着

《申込み・お問合せ先》 一般社団法人茨城県介護福祉士会 (029-353-7244 月・木曜日)
(水戸市千波町1918番地茨城県総合福祉会館5階)

ホームページでのご案内 <http://care-net.biz/08/ibaraki/>

4. 研修開催日程・カリキュラム

日時	午 前	講 師	午 後	講 師
12/25(日)	介護福祉士法、介護保険法 障害者自立支援法等の法制度、倫理等 (9:00～11:00) 実習指導の理論と実際 (11:00～12:00)	・公益社団法人 東京都介護福祉士会 会長 ・群馬医療福祉大学 短期大学部 教授 白井 幸久氏	実習指導の理論と実際 ・意義と目的 ・指導者の役割 ・介護実習の目標 ・介護福祉士養成校との連携 ・演習 (13:00～16:30)	同 左
1/7(土)	介護過程の意義と目的 介護過程展開のプロセス (※演習を含む) (9:00～12:00)	アール医療福祉 専門学校 専任講師 小平 美代子	介護過程における計画の作成と指導方法 (※演習を含む) (13:00～16:00)	同 左
2/4(土)	実習におけるスーパービジョンの意義と目的の理解 (※演習を含む) (9:00～12:00)	大原医療福祉 専門学校 水戸校専任講師 石濱 恵子	学生理解及び指導方法 (※演習を含む) (13:00～17:00)	同 左
3/11(土)	実習指導の方法と展開 (※演習を含む) (9:00～12:00)	老人保健施設ゆうゆう デイケア科長 黒木 勝紀	実習指導における課題への対応、実習指導者に対する期待 (※演習を含む) (13:00～15:30)	同 左

5. その他

- ・講師は予定により変更になる場合があります。
また、悪天候・受講生数により講座が中止又は延期になる場合があります。その際は事務局から連絡をいたしますが、前もってご了承願います。
- ・講習初日（12月25日）に介護福祉士資格証（写）をご提出願います。
《※修了証発行の時、受講条件確認の為必要となります。》
- ・テキストの用意はあります。昼食、飲み物、筆記用具は各自ご用意ください。
- ・日程により駐車場が大変込み合います。係員の誘導へ添って駐車願います。
- ・原則、振込控えを領収書とさせていただきますが、別途領収書が必要な方は事務局へお申し出ください。

申込み FAX 送信先 029-353-7246

※表裏間違えないよう確認して送信ください。

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日	平成 28 年 月 日
-----	-------------

平成 28 年度介護福祉士実習指導者講習会（後期）申込書				
ふり 氏 名		性 別	男 女	生年月日
自宅住所	〒			
電 話	①自 宅	FAX		
	②携 帯			
勤務先名				
連絡先住所等	〒	TEL	FAX	
介護福祉士登録番号	第	一	号	
介護福祉士登録年月日	平成 年 月 日			

受講料払込票（受領書）	該当するいずれかに○をつけてください。
貼付	<p>A. 会員 20,000円 会員番号 080-</p> <p>B. 会員外 35,000円</p> <p>① 入会を希望する。</p> <p>② 入会は希望しない。</p>

◎お預かりしました個人情報は個人情報保護法を遵守し、研修の受講者管理のみ使用させていただきます。