

厚生労働大臣の定める基準該当
平成 27 年度第 2 回介護福祉士実習指導者講習会
開 催 要 綱

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関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、他職種協働の在り方を学ぶ事ができるなど、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る。そこで、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に対して必要な専門的知識及び教育方法を習得させるために本講習会を実施するものである。
2. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会／公益社団法人神奈川県介護福祉士会
3. 日 時 ①11月2日(月)②11月3日(火)③11月16日(月)④11月19日(木)の4日間(計28時間)
4. 内 容 裏面カリキュラム参照
5. 会 場 ウィリング横浜 (京急・市営地下鉄上大岡下車)
〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-6-1
6. 参加対象 介護福祉士として3年以上実務に従事した経験のある者であって、実習施設におい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
7. 定 員 48名
8. 申込方法 裏面申込書によりFAXまたは郵送で、神奈川県介護福祉士会事務局へお申込み下さい。先着順に受け付けをさせていただきます。
(当会の会員ではない方は介護福祉士登録証の写しを申込書と一緒に送ってください)
9. 締切日 平成27年9月25日(金) 必着
10. 参加費用 参加費等納入方法は、9/30日までに”受講決定のお知らせ”にてご連絡します。

参 加 費	会 員 23,000円 (テキスト・資料代を含む) 会 員 外 38,000円 (テキスト・資料代を含む)
-------	--

11. そ の 他 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、本会会員は生涯研修手帳をご持参ください。(18.0単位)

問合せ先 公益社団法人神奈川県介護福祉士会
〒231-0002 横浜市中区海岸通 4-23 マリンビル 305
TEL 045-319-6687 FAX 045-222-6676

FAX 045-222-6676 FAX番号はお間違えのないようお願いいたします

平成27年度介護福祉士実習指導者講習会 カリキュラム

日時場所	時間	科目・目標及び内容 (時間数)
1日目 11月2日 502, 503 研修室	9:10~9:20	オリエンテーション
	9:20~12:00	介護の基本 (講義 2.5) 介護福祉士が働く場で必要とされる法や制度の動向を理解する
	13:00~18:00	実習指導の理論と実際 (講義 2) (演習 3) 実習指導の基本と実習指導者のあり方等について理解する
2日目 11月3日 124, 125 研修室	9:10~12:10	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解 (講義 1) (演習 6.5) 実習におけるスーパービジョンの意義と目的を理解する
	昼食	
	13:10~18:00	
3日目 11月16日 124, 125 研修室	9:10~12:10	介護過程の理論と指導方法 (講義 2) (演習 4.5) ①介護過程の意義と目的を理解する ②介護過程展開のプロセスを理解する ③介護過程における計画の作成と指導方法を理解する
	昼食	
	13:10~17:00	
4日目 11月19日 501, 502 研修室	9:10~12:10	実習指導の方法と展開 (講義 1) (演習 2) 指導計画の作成と指導方法を理解する
	昼食	
	13:20~15:20	実習指導における課題への対応 (演習 2) 実習指導における自施設の課題への対応方法について理解する
	15:20~16:50	実習指導者に対する期待 (講義 1.5) ①専門職に求められる倫理、資質、能力等を理解する ②介護福祉士のキャリアアップと生涯研修制度を理解する ③自施設における実習受け入れ効果の活用を理解する

平成27年度介護福祉士実習指導者講習会申込用紙

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日	会員番号 会員 (14-)・会員外
自宅住所	(〒 -)			
	電話	FAX	携帯電話	
勤務先名				
	電話	FAX		
資 格 要 件				
資格取得方法 (□に✓をいれる)	<input type="checkbox"/> 養成校卒	養成施設名 _____		
	<input type="checkbox"/> 国家試験	<input type="checkbox"/> 実務経験3年	<input type="checkbox"/> NHK学園卒	<input type="checkbox"/> 福祉系高校卒
介護福祉士登録番号	第 _____ 号			
介護福祉士登録年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
受講資格要件 歴	職	施設名	職種	期間(年月日~年月日)