

# 平成 26 年度 学校法人昌賢学園 介護福祉士実習指導者講習会 開催要綱

## 1. 開催の趣旨

「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が改訂され、平成 24 年 4 月以降介護実習Ⅱを受け入れる施設・機関の要件として、実習指導者を養成するための講習会の受講した実習指導者の配置が義務付けられました。

群馬社会福祉専門学校では、下記の日程で平成 26 年度 学校法人昌賢学園 介護福祉士実習指導者講習会を開催いたします。

## 2. 日程

講習会の修了には下記の 4 日間の全日程に出席する必要があります。

1 日目：平成 27 年 3 月 16 日（月） 09：00 ～ 17：50

2 日目：平成 27 年 3 月 17 日（火） 09：30 ～ 17：10（開始時間にご注意ください）

3 日目：平成 27 年 3 月 26 日（木） 09：00 ～ 17：30

4 日目：平成 27 年 3 月 27 日（金） 09：00 ～ 16：00 合計 25 時間

※社会福祉士実習指導者講習会も同時開催しております。

## 3. 会場 群馬社会福祉専門学校

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 152 番地 TEL：027-253-0345

ナビ入力は、電話番号をお勧め致します。

## 4. 受講対象者

①介護福祉士資格登録後の 3 年以上の実務経験を有し、現在、社会福祉施設・機関等に勤務している方(平成 27 年 3 月 31 日の時点で、実務経験 3 年に達する見込みの方も含む)。

②介護福祉士の資格を有し、今後 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方

※募集定員を超える応募があった場合、受講対象者の①に該当する方を優先させていただきます。

## 5. 受講費とキャンセルについて

①受講料 16,800 円（テキスト代金含）テキストをお持ちの方は、ご相談ください。

②キャンセル 一度入金された受講費用は、返金することはできません。

※ キャンセルの場合は、今回の講習をキャンセルとし、本校で次回行う講習会に「日程変更」としてお受けすることもできます。ただし、次回開講時期は検討中です。また、その際は講習を最初から受講してください。

## 6. 定員 40 名

## 7. 講習会テキスト 『介護実習指導者テキスト』全国社会福祉協議会

※テキスト代金は受講料に含まれております。ご購入いただいたテキストは講習会 1 日目にお渡しいたします。

8. 講習会プログラム 別紙 「介護福祉士実習指導者講習会プログラム」をご確認ください。

## 9. 申込方法

- ①受講申込書に必要事項をご記入の上、本校窓口を持参又は郵送でお申し込みください。  
※受講申込書の記入事項に間違いや記入漏れがないことを確認してください。受講証申込書に記載されているお名前・生年月日・ご住所をもとに修了証を作成いたします。
- ②受講資格を確認しますので、「介護福祉士登録証」のコピーを添付してください。添付漏れがあった場合、お申込を受け付けできません。
- ③申込に必要な書類
  1. 受講申込書
  2. 介護福祉士登録証のコピー
- ④受講の決定は先着順としますが、定員以上の申込があった場合、原則として受講対象者の4-①に該当する方を優先させていただきます。

## 10. 締め切り 平成 27 年 3 月 6 日 (金)

※期日を過ぎた場合でも枠に余裕がある場合  
若干名受け入れることができる場合があります。お電話にてご確認をお願いいたします。

## 11. 受講の可否及び決定

- ①受講の可否については平成 27 年 3 月 9 日 (月) に封書で発送いたします。
- ②上記封書にて同封される振込用紙を用いて受講費を振り込んでください。受講費の振込をもって正式な受講の決定とします。
- ③受講日当日に振込証明書をご持参ください。また、領収書の必要な方は、当日受付にてお申しつけください。(個人名で振込みをし、法人名で領収を発行する場合は該当です。)
- ④受講費振込後は受講費の返金はできません。

## 12. 修了の認定

- ①本研修は実習指導者になるための認定研修です。全科目の受講が修了認定の条件になります。1科目でも遅刻・早退のある場合は終了となりませんので十分注意してください。
- ②研修修了者には、修了証を発行します。実習指導者になるためにはこの修了証が必要になります。

## 13. 備考

- ①車椅子を利用するなど受講にあたって配慮が必要な方は、申込書の該当欄にその旨を記載の上、お申込ください。
- ②健康増進法施行に伴い、校内禁煙にご協力をお願いします。

## 14. お問い合わせ先

学校法人 昌賢学園 群馬社会福祉専門学校 (担当: 竹田・鈴木国泰)  
〒371-0846 群馬県前橋市元総社町 152 番地  
TEL : 027-253-0345 FAX : 027-289-4657  
mail:gunsha@shoken-gakuen.ac.jp

## 介護福祉士実習指導者講習会 プログラム

	時間	科目名	内 容
1 日 目  3 月 16 日 (月)	09:00~09:20	開講オリエンテーション (社福指導者講習と合同)	・法人説明・講義の流れ、修了証の発行要件などについて
	09:30~10:30 10:40~11:40	介護の基本 (講義2時間)	・介護福祉士が働く場で必要とされる法や制度について 等
	11:40~12:40	昼休み(60分) 昼食 310円~	
	12:40~13:40 13:50~14:50	実習指導の理論と実際① (講義2時間)	・実習の意義・目的、実習指導者の役割について 等
	15:00~16:00 16:10~17:50	実習指導の理論と実際② (演習2.5時間)	
2 日 目  3 月 17 日 (火)	09:30~10:30 10:40~11:40	介護過程の理論と指導方法 (講義2時間)	・介護過程の意義と目的について ・介護過程展開のプロセスについて ・介護過程における計画の作成と指導方法について 等
	11:40~12:40	昼休み(60分) 昼食 310円~	
	12:40~13:40 13:50~14:50 15:00~16:00 16:10~17:10	介護過程の理論と指導方法 (演習4時間)	
3 日 目  3 月 26 日 (木)	09:00~10:00 10:10~11:40	スーパービジョンの意義と活用および学生理解 (講義1時間、演習1.5時間)	・スーパービジョンの意義について ・事例を通じた学生理解及び指導方法について 等
	11:40~12:40	昼休み(60分) 昼食 310円~	
	12:40~14:10 14:20~15:50 16:00~17:30	スーパービジョンの意義と活用および学生理解(演習4.5時間)	
4 日 目  3 月 27 日 (金)	9:00~10:00	実習指導の方法と展開 (講義1時間)	・指導計画の作成と指導方法について 等
	10:10~11:10 11:20~12:20	実習指導の方法と展開 (演習2時間)	
	12:20~13:10	昼休み(50分) 昼食 310円~	
	13:00~14:30	実習指導における課題への対応 (演習1.5時間)	・実習指導における施設の抱える課題について 等
	14:40~15:40	実習指導者に対する期待 (講義1時間)	・専門職に求められる倫理・資質について 等
	15:50~	閉講オリエンテーション	・修了証配布・アンケートの記入 ・16:00以降 校内見学(希望者)

# 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

## 記入上の注意

○受講申込書にご記入いただいた氏名や生年月日、住所をもとに修了証を作成いたします。各項目の完全記入をお願いいたします。

○項目内の□は該当する項目に✓をしてください。

(ふりがな) 1. 申込者氏名 (性別)	(ふりがな ) 氏名 ( 男 ・ 女 )
2. 生年月日	昭・平 年(西暦 年) 月 日生
3. 自宅住所	〒 — 都・道・府・県
4. 勤務先等	法人名  施設・事業所名  施設住所 (〒 — )  施設・事業所の対象 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他 職場の種類 <input type="checkbox"/> 施設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他
5. 連絡先(受講決定通知先)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (必ずいずれかに✓を付してください。)
6. 介護福祉士登録番号	取得年 年 登録番号 第 号
7. 介護実務経験年数	介護福祉士取得後 年
8. 介護実習Ⅱとのかかわり (定員を超える場合、要件①の方の受講を優先させていただきます。)	<input type="checkbox"/> ①今後実習指導をする予定がある <input type="checkbox"/> ②未定
9. 受講にあたって配慮が必要な方は、その内容を具体的にご記入ください。	
10. 所属長署名及び公印 ※ 定員を超える場合は、印のある方を優先させていただきます。 ※ 要項4-①該当者	上記の者は介護実習Ⅱにおいて実習指導する予定であることを証明します。 施設名 所属長(役職名)及び氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">公印</span> </div>

※お預かりした個人情報、本講習会を運営するためにのみ利用させていただきます。ただし、次のいずれかに該当する場合、必要最小限の範囲で第三者に開示することがございますので、あらかじめご了承ください。

(ア) 個人情報の開示についてご本人に同意をいただいた場合

(イ) 法令または官公庁の要請により開示が必要な場合

(ウ) 受講希望者や第三者の生命、身体、自由、財産、権利及び名誉を保護する必要があると学校法人昌賢学園が判断した場合