

令和元年度

介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修(能登)

◆目的

平成19年に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護福祉士養成カリキュラムの見直しが行われました。その中で、実習施設については、「実習施設・事業等（Ⅰ）」と「実習施設・事業等（Ⅱ）」*の2つに区分されます。

実習施設・事業等（Ⅱ）においては、介護福祉士として3年以上実務に従事した経験があり、かつ、厚生労働大臣が別に定める研修課程を修了した者が実習指導者であることが要件となっています。

本研修は厚生労働大臣が定める研修課程に基づき、実習指導者として必要な知識と指導方法を習得することを目的として開催します。

◆日程・研修内容・会場（〒926-0021 石川県七尾市本府中町ヲ部 38 番地）

| 日 程 | 時 間 | 科 目 | 会 場 |
|-------------------------|-------------|---------------------------------|------------------------|
| 第1日目 12月7日（土）受付9：00～ | 9：30～11：30 | 介護の基本 | 七尾サンライフプラザ (第12会議室) |
| | 12：30～17：00 | 実習指導の理論と実際 | |
| 第2日目 12月8日（日）受付9：30～ | 10：00～12：00 | 介護過程の理論と指導方法（講義） | |
| | 13：00～17：00 | 介護過程の理論と指導方法（演習） | |
| 第3日目 1月18日（土）受付8：30～ | 9：00～12：00 | スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解（講義・演習） | |
| | 13：00～17：00 | スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解（演習） | |
| 第4日目 1月19日（日）受付8：30～ | 9：00～12：00 | 実習指導の方法と展開 | |
| | 13：00～14：30 | 実習指導における課題への対応 | |
| | 14：30～15：30 | 実習指導者に対する期待 | |

合計時間数 25時間

◆受講要件・定員・受講料・申込方法

《介護福祉士会会員：研修ポイント16.5ポイント加算》

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受講要件 ※右記①～③のいずれかを満たしていること | ①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者を担っている者 ②介護福祉士養成校の実習施設で実習指導者として登録している者 ③日本介護福祉士会に入会している者（入会確約者を含む） |
| 定 員 | 40名 <u>受講申込者数が20名を下回る場合は中止とします。</u> <u>（その場合は、受講申込者に、その旨をお知らせします。）</u> |
| 受講料 （テキスト代含む） | 石川県介護福祉士会会員 20,000円 非会員31,000円 ※受講決定者に後日、受講料の郵便振替用紙をお送りします。 ※介護福祉士会会員は研修受講券使用可。 《研修受講券は受講申込時事務局まで持参又は郵送してください。》 |
| 申込方法 | 受講申込書に必要事項をもれなくご記入のうえ、下記事務局宛 FAX、郵送又は持参 |
| 締 切 日 | 令和元年11月20日（水）必着（11月25日までに受講の可否を郵送にて案内致します） |

FAX : 076-223-2672 締切 11月20日(水)

石川県介護福祉士会事務局行

令和元年度石川県介護福祉士会
『介護福祉士養成実習施設実習指導者特別研修(能登)』
受講申込書

申込日 令和元年 月 日

| | | | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|------|------------------|
| 所属施設 種別 | | 施設名 | |
| フリガナ | | 性別 | 1男 2女 |
| 氏名 | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) |
| 自宅住所 ※修了証に記載の為必須 | 〒 | | |
| 連絡先 (受講決定通知の送付先) | 自宅と同じ場合は電話番号とFAX番号のみご記入下さい。 〒 - TEL () - FAX () - | | |
| 介護福祉士登録年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| 介護福祉士登録後の 実務経験年数 | 年 ヶ月 | | |
| 実習指導者の登録 (厚生労働省) | 1 実習指導者として登録している養成校名 () 2 登録していない | | |
| 会員番号 | いずれかに○を付けてください。会員番号は介護福祉士の登録証番号とは異なります。 会員(会員番号: 17) ・ 入会申込中 ・ 非会員 | | |

◆その他

- ①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。
- ②欠席したプログラムについては、来年度欠席したプログラムを受講することで、修了を認めます。その場合、来年度の受講料は無料となります。
- ③非会員の方で入会を希望される方は、この研修から会員料金で受講できますので、申込書送付の前に、事務局宛、その旨ご連絡下さい。(入会申込書をお送りします)

* ご記入いただいた個人情報は、本研修会に関する事務連絡のみに使用させていただき、他の目的には一切使用いたしません。

◆申し込み・お問い合わせ先

一般社団法人石川県介護福祉士会 事務局
〒920-0964 金沢市本多町3-1-10 石川県社会福祉会館3階
TEL : 076-255-2572

※電話での受付はいたしません。お問い合わせのみとなります。