

# 平成 26 年度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「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研修会を開催します。(※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は必要となります。)

## 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 26 年 11 月 1 日 (土)・ 24 日 (月)・ 30 日 (日)・ 12 月 6 日 (土) ※日時 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	60 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
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 11,000 円を入会金・年会費に充当することができますので事前にお申し出ください。(入会金 5,000 円 + 年会費 6,000 円)
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 26 年 10 月 24 日 (金) 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

〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地 茨城県総合福祉会館 5 階

電話 029-353-7244 (月・木曜日) FAX 029-353-7246

ホームページ <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
11/1(土)	介護の基本 (介護の概要・介護に関する法・制度とその動向) (9:00~11:00)	茨城県 保健福祉部 障害福祉課 講師	実習指導の倫理と実際 (意義と目的、位置づけ、指導者の役割等/演習を含む) (12:00~16:30)	一般社団法人 茨城県介護福祉士会 講師
11/24(月)	介護過程の理論と指導方法 (※演習を含む) (9:00~12:00)	一般社団法人 茨城県介護福祉士会 講師	介護過程の理論と指導方法 (※演習を含む) (13:00~16:00)	同 上
11/30(日)	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解 (※演習を含む) (9:00~12:00)	同 上	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解 (※演習を含む) (13:00~17:00)	同 上
12/6(土)	実習指導の方法と展開 (※演習を含む) (9:00~12:00)	同 上	実習指導における課題への対応(演習) (13:00~14:30) 実習指導者に対する期待 (14:30~15:30)	同 上

#### 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。
- ・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。

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26年	月	日
-----	-------	---	---

平成26年度介護福祉士実習指導者講習会 (後期) 申込書					
フリ 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日(才)
自宅住所	〒				
電話	①自宅 _____ FAX _____		②携帯 _____		
勤務先名					
勤務先住所	〒 TEL _____ FAX _____				
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	

受講料払込票 (受領書)
貼付

該当するいずれかに○をつけてください。
A. 会員 20,000円 会員番号 080-
B. 会員外 35,000円
① 入会を希望する。
② 入会は希望しない。