

令和6年度 介護福祉士実習指導者講習会 (第1回) 実施要項

1. 趣 旨 介護実習は、介護現場における実践を通じて学習した知識及び技術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、多職種協働の在り方を学ぶことができるなど、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、介護福祉士養成新カリキュラムの「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を実施するものである。なお、介護福祉士養成校の実習生の受入れをする施設（実習施設・事業等Ⅱ）の実習指導者に本研修が必須となっている。
2. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会／一般社団法人千葉県介護福祉士会
3. 日 時 1日目： 令和6年 8月 3日（土） 9：20～17：00
2日目： 令和6年 8月 18日（日） 9：30～17：00
3日目： 令和6年 9月 14日（土） 9：30～17：00
4日目： 令和6年 9月 22日（日） 9：30～16：30
4. 会 場 千葉県社会福祉センター3階
5. 研修内容 別紙プログラムのとおり
6. 参加対象 介護福祉士資格取得後、3年以上介護に従事した経験のある者であって、実習施設において現在、実習指導者である者、及び今後実習指導者になる予定の者
- ※ 当研修の参加は、基本的に無遅刻・無欠席で、4日間全て出席できる方に限ります。
また、修了証は、4日間出席及び研修内容を十分に理解到達された方のみ発行いたします。
7. 定 員 30名
8. 申込方法 別紙申込書によりFAXまたは郵送で、事務局へお申込みください。
9. 締 切 日 令和 6年 7月 16日（火）（厳守）
10. 受 講 費 受講費は、受講決定後お振込みください。
振込先は、受講決定通知書に明記いたします。

会員	20,000円	非会員	33,500円
----	---------	-----	---------

(テキスト・資料代を含む)

- ※受講日5日前までに受講決定通書が届かない場合には、下記にご連絡ください。
※非会員で受講される方へ。当該受講期間中であれば、受講費から入会金・年会費（初年度）を充当し、千葉県介護福祉士会へ入会することができます。ぜひこの機会に当会入会へのご検討をお願い申し上げます。詳しくは事務局へお問い合わせください。入会にあたり下記の書類をご提出ください。
①「入会申込書」、②「年会費の引き落とし依頼書」、③「介護福祉士登録証のコピー」

11. 問合せ先 一般社団法人千葉県介護福祉士会 事務局
〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港4-5 千葉県社会福祉センター5階
TEL：043-248-1451 FAX：043-248-1515
E-mail kai5nji@poem.ocn.ne.jp

<別紙>

令和6年度 介護福祉士実習指導者講習会プログラム (第1回)

○会 場：千葉県社会福祉センター 3階

○日程及びプログラム

日 時		研 修 科 目	講 師	テキスト
1 日目 8/3 (土)	9:00～	受付		
	9:20～	【開講式】		
	9:30～17:00 昼休憩・ 講義途中休憩 あり	【講義】 介護の基本と教育 実習指導の理論と実際 多職種協働および地域における 生活支援の実践と指導方法	濱田 竜也会員	第1章 1～4節1・2 (p2～51) 第2章1～3節 (p64～88) 第6章 (p233～246)
2 日目 8/18 (日)	9:30～17:00 昼休憩・ 講義途中休憩 あり	【講義・演習】 介護過程の理論と指導方法①②	松下 やえ子会員	第5章 (p194～232)
3 日目 9/14 (土)	9:30～17:00 昼休憩・ 講義途中休憩 あり	【講義・演習】 スーパービジョンの意義と活用 及び実習生の理解①②	八須祐一郎会員	第4章 (p164～192)
4 日目 9/22 (日)	9:30～15:00 昼休憩・ 講義途中休憩 あり	【講義・演習】 実習指導における課題への対応 実習指導の方法と展開	鈴木 亨会員	第2章 4節 (p89～99) 第3章 1～6節 (p102～162)
	15:10～16:40	【講義・演習】 スーパービジョンの意義と活用 及び実習生の理解② 【講義】 実習指導者に対する期待	八須祐一郎会員	第4章 (p164～192) 第1章 3～5節 (p29～61)
	16:40～	【閉講式】		

受講申込書 令和6年度 介護福祉士実習指導者講習会 (第1回)

フリガナ	生年月日	性別
受講希望者名	昭和・平成 年 月 日	男・女
勤務先	法人名	
	事業所名	
所在地	〒	
TEL	FAX	
同施設優先順位	1. 2. 3. 4.	
所属種別	1. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. その他	
入会の有無	介護福祉士会に 1. 入会している (会員番号)・ 2. 入会していない	
介護福祉士の資格	登録年月日 年 月 日 (介護福祉士資格登録証のコピーを添付してください)	
介護職経験	期間年数 年 月 日 ~ 年 月 日 (年間)	
自宅住所	〒	
必ず記入してください	TEL FAX	携帯電話

※ 書類の送付先・連絡先 (自宅 ・ 勤務先) とちらかに 'O' をしてください。

※ 自宅住所は、修了証に記載されます。

※ 同施設優先順位・・・同施設で複数申し込みがある場合、記入して下さい。

上記データは、個人情報保護法に基づき無断で第三者に提供することは、ありません