

今年度よりフォローアップ研修も開催！！

令和元年度 第2回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)

1.研修開催にあたり

社会福祉士及び介護福祉士法の改正により実習生受入れ施設は「実習施設事業等Ⅰ」と「実習施設事業等Ⅱ」に区分されました。

「Ⅰ」は利用者の生活の場である多様な介護現場において、利用者の理解を中心とし、これに併せて利用者・家族との関りを通じたコミュニケーションの実践、多職種協働の実践、介護技術の確認を行う事を重点とする。

「Ⅱ」は一つの施設・事業所等において一定期間以上継続して実習を行う中で、利用者ごとの介護計画の作成、実施後の評価やこれを踏まえた計画の修正といった一連の介護過程の全てを継続的に実践する事に重点とする。

実習生を受け入れる際には、厚生労働大臣が定める研修過程を修了した者(実習生5名につき1名の指導者)が必要であり、基準を満たす本研修を修了する事は必須となります。

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	令和元年 11月10日(日) ・ 11月24日(日) ・ 12月7日(土) ・ 12月22日(日) ・ 令和2年 2月22日(土) いずれも 9:00～ カリキュラムをご確認下さい *受付 8:45～
会場	茨城県総合福祉会館 茨城県水戸市千波町 1918 番地
対象者	介護福祉士取得後3年以上実務に従事した経験があり実習指導者となる者、および実習指導を担っている者
定員	60名 (先着順とし定員になり次第締め切りますのであらかじめご了承下さい)
講師	一般社団法人介護福祉士会会員 ・ 福祉施設長 ・ 専門学校講師他
受講料	会員:20,000円 非会員:35,000円 (テキスト代及び修了書発行手数料を含みます。) *既に修了証をお持ちの方はフォローアップのみ受講 会員:無料 非会員:3,000円
修了証書	全科目を履修された方には修了証書を発行し、これにより実習指導者として登録されます。

3.提出物

研修初日に介護福祉士資格証(写)をご提出願います。(修了書発行の際、受講条件確認の為必須です。)

4.申込方法

4. 申込方法

①受講料を下記口座に事前にお振込みの上、その受領書のコピーを申込用紙に貼付してFAX 又は郵送で事務局までお送り下さい。

* 申込締め切り 令和元年 10 月 5 日(土)必着

受講料振込先	常陽銀行本店	普通口座	1633230	一般社団法人茨城県介護福祉士会
--------	--------	------	---------	-----------------

②入金及び申込書確認後、受講決定通知を送付致します。

《申込み・お問合せ先》

一般社団法人茨城県介護福祉士会 水戸市千波町 1918 番地 茨城県総合福祉会館 5 階
TEL:029-353-7244 月・木曜日のみ ホームページ <http://care-net.biz/08/ibaraki/>

5. 研修カリキュラム

日時	午前 9:00~12:00	午後 13:00~
11/10(日)	(講義) 1.介護の基本 介護保険法や制度の動向を理解する 2.実習指導の理論と実際	(講義)(演習) ~16:30 1.実習指導の理論と実際 実習指導の基本と実習指導者のあり方について理解する
11/24(日)	(講義)(演習) 介護過程の理論と指導方法 介護過程の意義と目的を理解する 介護過程展開のプロセスを理解する	(演習) ~16:00 介護過程の理論と指導方法 介護過程における計画の作成と指導方法を理解する
12/7(土)	(講義)(演習) スーパービジョンの意義と活用及び学生理解	(演習) ~17:00 スーパービジョンの意義と活用及び学生理解 事例を通して学生理解及び指導方法について学ぶ
12/22(日)	(講義)(演習) 実習指導の方法と展開 外国人実習生への対応	(演習) ~15:30 実習指導における課題への対応 (講義) 実習指導者に対する期待
2/22(土) フォローアップ	実習時の困難事例の解決 ・ 介護技術指導法 ・ 外国人実習生の現状など	

6. その他

* 秋天候や受講生数により、研修が中止又は延期になる場合があります。その際には事務局よりご連絡致しますが、予めご了承下さい。

* 昼食、飲み物、筆記用具は各自ご用意下さい。

* 日程により駐車場が大変込み合います。満車の際には係員が敷地外駐車場へ誘導致します。

* 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下さい。

申込み 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 令和元年 月 日

令和元年度 第2回介護福祉士実習指導者講習会		申込書	
ふりがな 氏名	ふりがな	性別 男 女	生年月日 S / H. 年 月 日生
自宅住所	〒 -		
電話	①自宅 _____ FAX _____ ②携帯 _____		
勤務先名			
勤務先住所等	〒 _____ 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。

◎お預かりしました個人情報は個人情報保護法を遵守し、研修の受講者管理のみ使用させていただきます。