

2019 年度 介護福祉士実習指導者講習会ご案内

講習会の名称	介護福祉士実習指導者講習会
実施主体の名称	学校法人大川学園 大川学園医療福祉専門学校
実施主体の主たる事務所の所在地等	埼玉県飯能市下加治 345 番地 TEL : 042-974-8880
講習会を実施する会場	埼玉県飯能市下加治 345 番地 TEL : 042-974-8880
開講期間	2019 年 9 月 28 日 (土)、10 月 5 日 (土)、10 月 12 日 (土) 及び 10 月 19 日 (土)
受講者数(定員)	30 名
受講料	25000 円 (テキスト代を含みます)
受講要件	介護福祉士の資格を取得後 3 年以上の実務経験を有する者
申込	<p>① 申込期限 2019 年 9 月 20 日 (金) 必着</p> <p>② 申込要領</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 別添の「2019 年度介護福祉士実習指導者講習会受講申込書」に必要事項をご記入の上、<u>必ず郵送にてお申込み下さい</u>。 ・ お申込みは、各施設様単位でのお申込みとします。(個人でのお申し込みについては、お断りいたします。) ・ 希望者多数の場合は、申込み順とさせていただきます。また、1 施設あたりの受講者数を制限させていただきます場合がございます。 ・ 受講者が決定し次第、受講決定通知を各施設様へ郵送いたします。 <p>③ その他 1 日でも欠席されますと、無効となってしまいますので、必ず 4 日間受講できるようご配慮下さい。</p>

- ・ お問い合わせ先
住所：〒357-0016
飯能市下加治 345 大川学園医療福祉専門学校
担当：教育支援推進室長 笹岡 勉
TEL : 042-974-8880

介護福祉士実習指導者講習会日程等

1 実施根拠

- (1) 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第三条第一号ワ、社会福祉士介護福祉士学校指定規則第三条第一号ワ及び社会福祉に関する科目を定める省令第四条第七号に規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成20年厚生労働省告示第518号）
- (2) 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第五条第十四号ロ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第五条第十四号ロに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成20年厚生労働省告示第519号）
- (3) 社会福祉士実習指導者講習会及び介護福祉士実習指導者講習会の実施について（平成20年11月11日社援発第1111003号厚生労働省社会・援護局長通知）

2 期日および内容

期日	時間	内容
9月28日（土）	9:30～11:30	介護の基本
	12:30～14:30	実習指導の理論と実際
	14:40～17:10	演習（指導のあり方）
10月5日（土）	10:00～12:00	介護過程の理論と指導方法
	13:00～17:00	演習（展開と作成）
10月12日（土）	9:30～10:30	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解
	10:40～11:40	演習（学生理解）
	12:40～17:40	演習（学生理解）
10月19日（土）	9:30～10:30	実習指導の方法と展開
	10:40～12:40	演習（作成と方法）
	13:40～15:10	実習指導における課題への対応演習
	15:20～16:20	実習指導者に対する期待

3 その他

全課程修了者には、「修了書」が交付されます。

【 参 考 】

【介護実習Ⅰの実習施設の要件】

- ・ 介護保険法その他の関係法令に基づく基準を満たす施設又は事業であって、介護福祉士の資格を有する者又は介護職員として3年以上の実務経験を有する者が実習指導者であることとする。

【介護実習Ⅱの実習施設の要件】

- ・ 介護福祉士の資格を取得後3年以上の実務経験を有する者であって、かつ、実習指導者を養成するために行う講習会であって厚生労働大臣が別に定める基準を満たすものとしてあらかじめ厚生労働大臣に届け出られたもの（以下「実習指導者講習会」という。）を修了した者が実習指導者であること。
- ・ 実習における指導のマニュアルを整備するとともに、実習指導者を中核とした実習の指導の体制が確保されるよう、介護実習施設等における介護職員（常勤の介護職員とする。）の人数に対する介護福祉士の人数の割合が3割以上であること。
- ・ 介護サービスの提供のためのマニュアル等が整備され、活用されていること。
- ・ 介護サービスの提供の過程に関する諸記録が適切に整備されていること。
- ・ 介護職員に対する教育、研修等が計画的に実施されていること。

2019年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書(施設団体用)

申込年月日 2019年 月 日

施設名							
施設住所	〒						
施設担当者氏名 (ご連絡担当者)					電話番号		
(ふりがな) 受講希望者氏名	生年月日 (年齢)	性別	受講希望者住所		電話番号	介護福祉士 資格取得時期	介護福祉士 実務経験年数
	S 年 月 日 ・ H (歳)	男・女			自宅 携帯	年 月	年 月
	S 年 月 日 ・ H (歳)	男・女			自宅 携帯	年 月	年 月
	S 年 月 日 ・ H (歳)	男・女			自宅 携帯	年 月	年 月

- ※ 希望者多数の場合は、ご希望に添えない場合がございます。また、1施設あたりの受講者数を制限させて頂く場合がございます。
- ※ 上記の個人情報につきましては、介護福祉士実習指導者講習会にかかわること以外、他の目的で使用することはありません。