

# 介護福祉士実習指導者講習会

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度ヒューマンケアスクール大分にて、「介護福祉士実習指導者講習会」を全 4 日間（25 時間）で開催致します。本研修は、介護福祉士の養成校などから実習生を受け入れている施設（実習施設Ⅱ）は必須の研修となります。また、これから実習生を受け入れる予定の施設も同様です。つきましては、下記の日程で開催いたしますのでお知らせいたします。\*なお、受講生は全員マスク着用のご協力をお願い致します。

**開催日程** : 令和 2 年 9 月 11 日（金）9 月 12 日（土）10 月 9 日（金）10 月 10 日（土）  
（全 4 日間）別紙参照

**会場** : 〒870-0026 大分市金池町 2-14-23 谷口ビル 501 号室  
電話 097-529-7277 FAX : 097-529-7276

**対象者** : 下記の項目を満たす方  
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を担っている者。

**受講料** : 22,750 円（税込、資料代、テキスト代込）（当校賛助会員法人様）  
32,750 円（税込、資料代、テキスト代込）（当校非賛助会員法人様）

**定員** : 30 名（先着）

※受講が決定した方には、開催の 2 週間前までに受講決定通知を送付致します。

**申し込み方法** : 申込書に必要事項を記載の上、郵送または FAX にてお申込みください。

**受講決定・受講料の納入方法** : 受講申込書の先着順で受講受付を行います。

受講決定者へ「受講決定通知書」を送付します。記載している振込先に受講料を納入してください。\*なお、原則入金後の返金はいたしません。

**修了証** : 修了者には厚生労働省が認める修了証書を発行いたします。講習修了後に地方厚生局へ報告後、実習指導者として登録されることとなります。

**その他** : 受験希望者の個人情報講習会以外の目的で使用することはありません。本研修が定めるカリキュラムを全て修了しなければ、修了証を発行することはできません。遅刻・早退等があった場合も同様です。現在、振替受講は出来ませんのでご了承ください。

**問い合わせ先** : 公益財団法人 人材育成振興財団 ヒューマンケアスクール大分  
担当 : 雪松・荒木  
〒870-0826 大分市金池町 2-14-23 谷口ビル  
TEL 097-529-7277 FAX 097-529-7276

## 介護福祉士実習指導者講習会講義日程

ヒューマンケアスクール大分

回	日程	授業時間	内容	科目
1	9月11日(金)	8:30~8:50	開講・オリエンテーション	
		9:00~11:00	○介護福祉士を取り巻く現状	介護の基本(2)
		11:00~12:00	○専門職に求められる倫理、資質、能力等の理解 介護福祉士のキャリアアップと生涯研修制度の理解 実習生受入効果の活用理解	実習指導者に対する期待(1) 実習指導の方法と展開(3)
		13:00~16:00	○指導計画の作成と指導方法の理解	講義・演習
2	9月12日(土)	9:00~16:00	○介護過程の意義と目的	介護過程の理論と指導方法
			○介護過程の展開	(6) 講義・演習
*課題(4日目に自職場における実習指導計画書を作成しグループ人数分(自分の分含)+1部を持参する)				
3	10月9日(金)	9:00~10:00	○スーパービジョンの意義と目的	スーパービジョンの意義と
		10:00~16:00	○スーパービジョンの実施方法	活用及び学生理解(7) 講義・演習
4	10月10日(土)	9:00~16:00	○実習指導の基本と実習指導者の在り方等について理解する ・実習の意義と目的・教育者としての実習指導者の役割・介護実習の目標・介護福祉士養成校との連携・養成校との連携を図るための実習懇談会ロールプレイ等・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 ○実習指導における自職場の課題への対応方法について理解する・実習生受入、実習生指導に伴う自施設の課題と対処方法	実習指導の理論と実際(4.5) 実習指導における課題への対応(1.5) 講義・演習
				計 25時間

\*各日共に、1時間の昼食休憩を予定しておりますが、講義の進行状況により時間が前後する場合があります。ご了承ください。

\*4日目の講義は事前課題を使用致します。別途1日目の講義にて説明致します。

介護福祉士実習指導者講習会 申込用紙 記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月	年	月	日
氏名		・	日(年			
		女	齢)		満	才
住所	〒 -					
電話番号	自宅( ) 携帯( )					
職務との関係	1. 職場から派遣・参加 2. 個人参加 3. その他( )					
勤務先所在地	〒 -					
勤務先の名称等	名称:					
	役職名:					
	電話:( ) FAX:( )					
介護福祉士資格 取得年月日	年 月 (取得後経験年数) 年 カ月 * 介護福祉士取得後に実務経験3年以上の方が対象となります					
どちらかに○を ご記入ください	賛助会員 ・ 非賛助会員					
受講決定通知 送付先	住所: 連絡先( - - )					
備考	* 何か質問や要望等あればご記入ください。					

【留意事項】

\* 上記申込書は全ての欄にご記入をお願いします。

\* 申込書は受講する本人がご記入ください。氏名・フリガナは明瞭をお願いします。

\* 申込と共に申込者の介護福祉士資格証の写しをご提出ください。

また、「自宅住所」の欄は必ず受講生ご本人の住所をご記入ください。修了証書発行の際必要となります。