

令和8年度 介護福祉士実習指導者講習会

開 催 要 約

公益社団法人日本介護福祉士会

平成19年12月、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律が公布されたことに伴い、介護福祉士養成カリキュラムが大きく変更されます。

その中で、実習施設については、①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・家族との関わ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、介護技術の確認等を行うことに重点を置いた「実習施設・事業等(Ⅰ)」、②一つの施設・事業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すべてを継続的に実践することに重点を置いた「実習施設・事業等(Ⅱ)」の2つに区分されます。

実習指導者の資格についても、実習施設・事業等(Ⅰ)では、介護福祉士の資格を有する者又は3年以上介護業務に従事した経験のある者とし、実習施設・事業等(Ⅱ)では、介護福祉士として3年以上実務に従事した経験があり、かつ、厚生労働大臣が別に定める研修課程を修了した者となります。

本講習会はこの基準を満たしており、令和7年度に引き続き令和8年度も、日本介護福祉士会が実施いたします。

実習施設において実習指導者となる皆様のご参加をお待ちしております。

※事前課題・中間課題の提出があります。詳しくは（別紙2）（別紙3）をご確認下さい。

本会が主催する「介護福祉士基本研修」「介護福祉士ファーストステップ研修」を修了している方は、事前課題が免除されます。

※災害、新型コロナウィルス等により本講習会が中止または延期される場合があります。その場合の対応については後日事務局より受講生にご連絡いたします。なお、中止または延期となった場合においても、離島等からの旅費・交通費・宿泊費については、受講申込者の負担となります。あらかじめご了承ください。

【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、実習指導者を中心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。

令和8年度 介護福祉士実習指導者講習会開催案内

1. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会／公益社団法人日本介護福祉士会沖縄県支部
2. 日 時 1日目：令和8年5月8日（金） 9:30より17:30まで（対面）
2日目：令和8年5月9日（土） 9:30より16:30まで（対面）
3日目：令和8年7月10日（金） 9:00より17:00まで（対面）
4日目：令和8年7月11日（土） 9:00より15:30まで（対面） 計25.5時間
3. 会 場 沖縄県総合福祉センター 〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-373-1
*4日間とも対面研修となります。
4. 講習会内容 別紙プログラムのとおり
5. 受講対象要件

- ①現在実習施設で実習指導者を担っている者、あるいは今後実習指導者に就くことを希望する者
 - ②介護福祉士として3年以上介護実務経験を有する者
 - ③本会への入会を希望する者あるいは入会を検討している者
- ⇒上記の3つの要件を満たす者が受講対象となります。

※介護保険施設等に勤める介護福祉士の他、現在介護現場に勤務していない潜在介護福祉士、直接介護業務に従事していない介護支援専門員・生活相談員等の介護福祉士も本講習会を受講することができます。

- *所属長等からの推薦が得られない方は、別紙1「実務経験証明書」を本会まで提出して下さい。
*受講を希望される際には、必ず別紙「令和8年度介護福祉士実習指導者講習会受講申込書」の【介護福祉士実習指導者講習会における本会の方針について】をご確認下さい。

6. 定 員 25名（先着順 定員に達し次第締め切り）
7. 申込方法 別紙の受講申込書により郵送・FAX・メール等で、沖縄県介護福祉士会事務局までお申込ください。
8. 締 切 日 令和8年4月24日（金）（厳守）
郵送の場合当日消印有効、Fax・メールの場合は締切日までの送信有効、
9. 受 講 料 受講料については、下記の振込先口座にお振り込み下さい。

受 講 料	<p>※本会正会員と非会員の方とでは受講料の金額が異なりますので、お間違いのないよう振り込んで下さい（<u>令和4年度より受講料が変更されています</u>）。</p> <p>会 員 21,000円（テキスト代・修了証発行手数料含む） 非会員 37,000円（テキスト代・修了証発行手数料含む） ※テキスト及び領収書は講習会当日の受付時に配布します。</p>
振 込 先	<p>(1) 振込先金融機関：沖縄銀行 石嶺支店 (口座名義) (社) 沖縄県介護福祉士会 会長 金城 優子 (口座番号) 1448894 (振込手数料は各自でご負担下さい)</p> <p>(2) 振込先金融機関：ゆうちょ銀行 (加入者名) (社) 沖縄県介護福祉士会 (口座記号) 17030 (口座番号) 11842931 (振込手数料は各自でご負担下さい) *他の金融機関から振り込みされる場合は、(店名) 七〇八(読みナナゼロハチ)、(店番) 708、(口座番号) 1184293となります。</p>

10. そ の 他 本講習修了者には厚生労働大臣の定める講習会を修了したことを認める修了証書を発行いたします。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。

11. 問い合わせ先 一般社団法人沖縄県介護福祉士会 事務局
〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-373-1 沖縄県総合福祉センター内西棟4階
TEL 098-887-3344 FAX 098-887-3391
E-mail アドレス：okikaigo@gmail.com
対応可能時間：13:00～17:00（月～金）土・日・祝祭日休み
※なお受講票等の発送は行いませんので各施設・団体・会社・個人にて確認の連絡を本会まで入れて下さい。
※講習会会場は個人の希望による空調温度調節が不可能ですので必要な方は上着の用意をお願いいたします。

(別紙) プログラム (案)

1日目 令和8年5月8日(金) 沖縄県総合福祉センター東棟4階401研修室(予定)

時間	科目	講師
9:00~9:20	受付 オリエンテーション	一般社団法人沖縄県介護福祉士会 事務局
9:30~12:00	介護の基本	比嘉 成市
12:00~13:00	昼食	
13:00~17:30	実習指導の理論と実際	仲宗根 哲也

2日目 5月9日(土) 沖縄県総合福祉センター東棟4階401研修室(予定)

時間	科目	講師
9:30~12:30	介護過程の理論と指導方法	金城 要
12:30~13:30	昼食	
13:30~16:30	介護過程の理論と指導方法	金城 要

3日目 7月10日(金) 沖縄県総合福祉センター東棟4階401研修室(予定)

時間	科目	講師
9:00~12:00	スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解	仲順 梓
12:00~13:00	昼食	
13:00~17:00	スーパービジョンの意義と活用及び 学生理解	仲順 梓

4日目 7月11日(土) 沖縄県総合福祉センター東棟4階401研修室(予定)

時間	科目	講師
9:00~12:00	実習指導の方法と展開	上原 誠
12:00~13:00	昼食	
13:00~14:30	実習指導における課題への対応	上原 誠
14:30~15:30	実習指導者に対する期待	仲宗根 哲也

※講習会会場及びプログラムの内容・講師等に関して変更の可能性がありますので、あらかじめご了承下さい。

※天候等諸事情(台風・新型コロナウィルス等)により本講習会が中止または延期される場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

講師紹介

一般社団法人沖縄県介護福祉士会監事 比嘉 成市 元社会福祉法人 五和会

名護療育医療センター 療育課長補佐

一般社団法人沖縄県介護福祉士会正会員 仲宗根 哲也 介護老人保健施設オリブ園介護部長

一般社団法人沖縄県介護福祉士会正会員 仲順 梓 介護老人保健施設オリブ園介護主任

一般社団法人沖縄県介護福祉士会正会員 金城 要 居宅介護支援センター幸笑南部 介護支援専門員

一般社団法人沖縄県介護福祉士会正会員 上原 誠 介護老人保健施設友愛園介護課長

令和8年度 介護福祉士実習指導者講習会 受講申込書

申込先 FAX 098-887-3391

— 申込書送付先 —

沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1

発信者職名

(沖縄県総合福祉センター内西棟4階)

一般社団法人 沖縄県介護福祉士会

発信者氏名

T E L : 098-887-3344 (事務局)

(必要事項を記入または○で囲んで下さい)

ふりがな 申込者氏名	----- 女・男		<u>必ず記入 生年月日</u> S・H 年 月 日	
<u>必ず記入</u> 介護福祉士 登録年月日	年 月 日	<u>必ず記入</u> 資格取得後 実務年数	年 ケ月	
会員・非会員の別 ※いずれかに○印	正会員 正会員の場合の会員番号 (4700)	非会員)	<u>必ず記入</u> 介護福祉士国 家資格登録 番号	例：D-01234 第 A・B・C・D -
職場名				
職場住所 電話番号	〒 TEL			
<u>必ず記入</u> 自宅住所	〒			
連絡先電話番号 自宅・携帯	TEL	携帯 TEL		
メールアドレス				
【所属長 記入欄】 上記の者は（1、現に実習指導をしている・2、今後実習指導を予定している）職員として、本講習会の受講を推薦します。 施設・事業所名および所属長名				
印				

* 本講習会に関する個人情報は、本会の研修事業等の目的以外には使用いたしません。

【介護福祉士実習指導者講習会における本会の方針について】

1. 上記講習会は、介護実習Ⅱの実習施設（介護保険施設）における実習指導者を養成することを目的として実施します（【介護実習Ⅱの実習施設の要件】参照）。
2. 上記講習会の受講についてはこれまで原則1法人1名でしたが、平成24年度以降は同法人内から2名受講することが可能となりました。ただし同法人から3名以上受講を希望する場合は人数を調整させていただく場合があります。なお受講対象となる要件については開催案内（①・②・③）の通りです。
3. 令和8年4月24日（金）の締め切り日において定員に達しない場合は、1法人よりさらに追加して合計2名～3名講習会に受講することができます。⇒詳細については、本会事務局までお問い合わせ下さい。

介護福祉士実習指導者講習会 実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人沖縄県介護福祉士会会長 殿

- ・ 法人名
 - ・ 事業所名称
 - ・ 事業所の現住所
 - ・ 電話番号
 - ・ 代表者氏名
- (公印)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

ふりがな		生年月日 昭和・平成 年 月 日
氏 名		
介護福祉士 登録番号	第一 号	
自宅住所	〒	
業務期間	昭和・平成 年 月 日 ～昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ケ月)	
業務内容		

<注意事項>

1. 本証明書は必ず所属長等の証明権限がある方が記入及び押印して下さい。
2. 業務期間欄は、要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入して下さい。
3. 業務内容欄は、「老人〇〇センターでの介護業務」等具体的に記入して下さい。

介護福祉士実習指導者講習会受講における留意事項

- (1) 講習会受講中は休憩時間を除き携帯電話・スマートフォン等の使用を禁止します。緊急の連絡が必要な方は事前に使用の許可を主催者まで届け出てください。
- (2) 講習会場までの移動にかかる交通費等については受講者負担となります。
- (3) 昼食は各自でご準備下さい。
- (4) 受講期間中の欠席者および受講開始から30分以上の遅刻者には修了証書は発行できません。
その場合でも既に納入いただいた受講料等は返金できませんのでご了承下さい。
- (5) 次に該当する者は、受講を取り消しますので、ご注意下さい。
- ① 講習会の秩序を乱してその実施を妨げ、主催者側の注意にも従わない者
 - ② 学習意欲が著しく欠け、主催者側の再三の注意にもかかわらず改善されない者
学習態度が著しく欠ける場合を例示します。
 - ア 居眠り、おしゃべりをする。
 - イ 携帯電話・スマートフォンの使用を続ける。
 - ウ 講習会受講中に電話で抜け出す。
 - エ 演習の時間に、その演習に加わろうとしない。
 - オ やる気がないと公言する。
 - カ チューインガムをかみながら受講する。
- (6) 災害、新型コロナウィルス等により本講習会が中止または延期される場合があります。その場合の対応については後日事務局より受講生にご連絡いたします。なお、中止または延期となった場合においても、離島等からの旅費・交通費・宿泊費については、受講申込者の負担となります。あらかじめご了承ください。

【本講習会に関する問い合わせ先】

一般社団法人沖縄県介護福祉士会 事務局

TEL 098-887-3344 fax 098-887-3391

E-mailアドレス： okikaigo@gmail.com

対応可能時間 13:00～17:00（月～金） 土・日・祝祭日休み

事前課題のねらい及び事前課題内容について

① 事前課題のねらい

・介護福祉士に求められる職業倫理や介護実践を支える介護観等(求められる介護福祉士像)の理解を深める。

② 事前課題内容

『介護実習指導者テキスト 改訂版』の第1章P2～24を踏まえ、生活支援の専門職として求められる介護福祉士の基礎的価値・態度、知識技術、倫理について自分の意見をまとめて下さい。

- ・指導者として指導経験のある方は、指導を通しての自分の意見を書いて下さい。
- ・指導者として指導経験の無い方は、これから指導するにあたりどのように指導したら良いかという視点で自分の意見を書いて下さい。

* 『介護実習指導者テキスト 改訂版』の第1章P2～24については、本会ホームページ（<http://www.okikai.com>）よりダウンロードして下さい。

③ 字 数

・600字以上800字以内

文字数不足の課題内容に対して再提出を求めることがあります。

④ 締 切 日

・令和8年5月1日（金） *事前課題の締切日を必ず厳守して下さい。

郵送の場合は締切日当日までに必着、Fax・メールの場合は締切日までの送信有効、

⑤ 提 出 先

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1 (沖縄県総合福祉センター内西棟4階)

一般社団法人 沖縄県介護福祉士会 事務局

TEL：098-887-3344 FAX：098-887-3391

E-mail：okikaigo@gmail.com

対応可能時間 13:00～17:00 (月～金) ※土・日・祝祭日休み

⑥ 提 出 方 法

郵送かFAX又はメールで事前課題を事務局まで送って下さい。

なおメールで提出する場合はPDFにデータを変換して事前課題を事務局まで送って下さい。

⑦ そ の 他

事前課題に沿っていない内容に対して再提出を求めることがあります。

本会が主催する「介護福祉士基本研修」または「介護福祉士ファーストステップ研修」を修了している方は、事前課題が免除されます。

中間課題のねらい及び中間課題の内容について

① 中間課題のねらい

- ・自職場における実習受け入れマニュアル等を作成することにより、実習生が介護実習の目的を踏まえた介護実践の習得につなげていくことができる。
- ・定期的に実習受け入れマニュアル等を見直すことにより、実習生からの気づきを日々の介護実践への振り返りにつなげていくことができる。

② 中間課題内容

- ・自職場における実習に関するマニュアルの作成を行ってください。
- ・テキストで推奨されている「実習受け入れマニュアル」「実習指導マニュアル」「実習マニュアル」の3つを作成してください。
- ・自職場でまだマニュアルを作成されていなければ、テキストp129～p135の参考資料1～3をそのまま活用し、自職場に合わせて内容の訂正や補足を行うことを推奨します。
- ・自職場にていずれのマニュアルも作成済みの場合は、同じくテキストp129～p135の参考資料1～3の内容を踏まえて、見直しを行ったうえで自職場のマニュアルを提出してください。見直しをした箇所は下線部を引くなどして表記して下さい。見直し箇所がなくそのまま提出する場合は、その理由を文書にして一緒に提出してください。

※提出していただいたマニュアルは確認後に資料として使用し、外部に出すことはありません。

③ 様式及び留意点

- ・特に様式は問いませんが、本会指定の「中間課題提出用紙」の表紙を必ずつけて下さい。
- ・字数の制限はありませんが、極端に文字数が少ないものやテキストの内容をそのまま書き写したもののは再提出を求める場合があります。
- ・勤務する自事業所の特性を踏まえて「中間課題のねらい」に沿ったマニュアルを作成してください。

④ 締切日

・令和8年6月26日（金）*中間課題の締切日を必ず厳守して下さい。

郵送の場合は締切日当日までに必着、Fax・メールの場合は締切日までの送信有効、

*締切日までに中間課題の提出がない場合、受講生に対して修了証書は発行しません。

*締切日を超えて提出された課題は受け付けずそのまま受講生に返送します。その際も受講生に対して修了証書は発行しません。

*課題作成にあたっては時間的な余裕をもって取り組んで下さい。

⑤ 提出先

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1（沖縄県総合福祉センター内西棟4階）
一般社団法人 沖縄県介護福祉士会 事務局
TEL：098-887-3344 FAX：098-887-3391
E-mail：okikaigo@gmail.com

対応可能時間 13:00～17:00（月～金）※土・日・祝祭日休み

⑥ 提出方法

FAXか郵送又はメールで中間課題を事務局まで送って下さい（郵送の場合当日消印有効）。
なおメールで提出する場合はPDFにデータを変換して中間課題を事務局まで送って下さい。

提出年月日 令和8年 月 日

令和8年度 介護福祉士実習指導者講習会

事前課題提出用紙

科目名 介護の基本

受講No. 記入なし

受講者氏名 _____

施設名・職名 _____

講師名	課題作成時間
比嘉 成市	時間 分

< 事前課題作成に要した時間を記入して下さい。>

※講師評価（受講生は記入しないで下さい）

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

科目名：介護の基本

受講者氏名 : _____ 用紙 No. : _____

科目名：介護の基本

受講者氏名 :

用紙 No. :