

平成25年度 介護福祉士実習指導者講習会

開 催 要 綱

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（一部経過措置あり）となります。

本研修会はこの基準を満たしており、平成24年度に引き続き平成25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。

【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。

平成25年度 介護福祉士実習指導者講習会 開催案内

1. 主催 社団法人日本介護福祉士会／社団法人日本介護福祉士会沖縄県支部
2. 日時 1日目：平成25年6月14日（金） 9:30より17:00まで
2日目：平成25年6月15日（土） 9:00より16:00まで
3日目：平成25年6月21日（金） 9:00より17:00まで
4日目：平成25年6月22日（土） 9:00より16:00まで 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
講習会会場は当日掲示して案内します。
4. 講習会内容 別紙プログラムのとおり
5. 参加対象
 - 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
⇒上記の2つの条件を満たす者が参加対象となります。

※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・相談員等の介護福祉士も本講習会に参加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「介護実務経験証明書」を本会まで提出して下さい。

*参加を希望される際には、必ず別紙「平成25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 40名（先着順 定員に達し次第締め切り）
7. 申込方法 別紙申込書によりFAXまたは郵送で、社団法人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 平成25年5月31日（金）（厳守）
9. 参加費用 参加費等は、申し込み受付後、6日以内にお振込をお願いいたします。

参加費	<p>※本会正会員と非会員の方とでは参加費が異なりますので、お間違いのないよう振り込んで下さい。</p> <p>会員 20,000円</p> <p>非会員 25,000円</p> <p>※テキストは当日配布します。</p>
受講料振込先	<p>(1) <u>振込先金融機関：沖縄銀行 石嶺支店</u> <u>(口座名義) (社) 沖縄県介護福祉士会 会長 城間 雅己</u> <u>(口座番号) 1448894 (振込手数料は各自でご負担下さい)</u></p> <p>(2) <u>振込先金融機関：ゆうちょ銀行</u> <u>(加入者名) (社) 沖縄県介護福祉士会 会長 城間 雅己</u> <u>(口座記号) 17030</u> <u>(口座番号) 11842931 (振込手数料は各自でご負担下さい)</u></p>

10. その他 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。なお、本会正会員の方は生涯研修手帳をご持参ください。
11. 問い合わせ先 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
 対応可能時間：13:00～17:00（月～金）土・日・祝祭日休み

(別紙) プログラム

会場：沖縄県総合福祉センター西棟4階第7会議室（予定）

1日目 平成25年6月14日（金）

時間	科目	講師
8:45～ 9:15～	受付 オリエンテーション	社団法人沖縄県介護福祉士会事務局
9:30～11:30	介護の基本	社団法人沖縄県介護福祉士会 理事 長嶺 利子
11:30～12:30	昼食	
12:30～17:00	実習指導の理論と実際	介護福祉士養成施設協会沖縄支部 タマグスク次代 社団法人沖縄県介護福祉士会正会員 新垣 貞美

2日目 6月15日（土）

時間	科目	講師
9:00～12:00	介護過程の理論と指導方法	社団法人沖縄県介護福祉士会 理事 金城 要
12:00～13:00	昼食	
13:00～16:00	介護過程の理論と指導方法	社団法人沖縄県介護福祉士会 理事 金城 要

3日目 6月21日（金）

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	介護福祉士養成施設協会沖縄支部 金城 武文
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	介護福祉士養成施設協会沖縄支部 金城 武文

4日目 6月22日（土）

時間	科目	講師
9:00～12:00	実習指導の方法と展開	南部病院通所リハビリテーション 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	南部病院通所リハビリテーション 上原 誠
14:30～15:30	実習指導者に対する期待	介護老人保健施設 友愛園 恩河 ひとみ
15:30～16:00	職能団体の役割と生涯研修制度について	本会理事 福井 彰雄

※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、予めご了承下さい。

講師紹介

社団法人沖縄県介護福祉士会理事	長嶺 利子	沖縄国際大学	非常勤講師
介護福祉士養成施設協会沖縄支部	タマグスク次代	ソーシャルワーク専門学校	専任教員
社団法人沖縄県介護福祉士会正会員	新垣 貞美	沖縄県社会福祉事業団沖縄療育園	介護課長
社団法人沖縄県介護福祉士会理事	金城 要	沖縄リハビリテーション福祉学院	専任教員
介護福祉士養成施設協会沖縄支部	金城 武文	沖縄アカデミー専門学校	専任教員
社団法人沖縄県介護福祉士会正会員	上原 誠	南部病院通所リハビリテーション	
社団法人沖縄県介護福祉士会正会員	恩河ひとみ	社会医療法人友愛会 介護老人保健施設 友愛園	

平成25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

発信者職名 _____

発信者氏名 _____ (必要事項を記入または○で囲んで下さい)

ふりがな 申込者名 女 男	<u>必ず記入</u> 生年月日 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 月
会員・非会員の別 ※いずれかに○印	正会員 非会員 入会手続き中 (正会員の場合の会員番号 470)	<u>必ず記入</u> 介護福祉士国 家試験登録 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	〒		
連絡先番号 自宅・携帯	TEL	携帯 TEL	
<p>【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、本研修会の受講を推薦します。 施設・事業所名および所属長名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

*講習会に関する個人情報は、本会の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】

- 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）。
- 上記講習会の参加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名参加することが可能となりました。ただし同法人から3名以上参加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。なお参加対象となる要件については開催要綱（①・②）の通りです。
- 平成25年5月31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名講習会に参加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

平成 年 月 日

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
氏名		昭和 年 月 日
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 年 月 日 (年 ヶ月)	
業務内容		

<注意事項>

1. 本書は必ず所属長等の証明権限がある方が記入して下さい。
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。