

令和6年度 第1回 介護福祉士実習指導者講習会 開催要綱 会場変更 2024.05.08 付

1. 趣 旨 実習は、介護現場における実践を通じて学習した知識及び技能の確認を行うとともに、利用者やその家族との関わりを通じて対人援助におけるコミュニケーションを学べる貴重な場である。また実際に介護の現場に参画することで、多職種協働の在り方を学ぶことができ、介護福祉士の養成課程において非常に重要な要素となっている。

そこで、介護福祉士養成カリキュラムの「介護実習」を指導する社会福祉施設等の実習指導者に対して必要な専門的知識及び教育方法を習得させるために本研修を実施するものである。

2. 主 催 公益社団法人 東京都介護福祉士会

3. 日 時

	日時	科目名	時間数
1日目	令和6年6月9日(日) 9:30~17:00	介護の基本	(2)
		実習指導の理論と実際	(4、5)
2日目	令和6年6月25日(火) 9:30~17:00	介護過程の理論と指導方法	(6)
3日目	令和6年7月17日(水) 9:30~17:00	スーパービジョンの意義と活用及び学生理解	(7)
4日目	令和6年8月18日(日) 9:30~16:00	実習指導の方法と展開	(3)
		実習指導における課題への対応	(1、5)
		実習指導者に対する期待	(1)

4. 会 場 1日目 ~~午前：北とぴあ807 午後：北とぴあ802会議室~~ 変更 → 貸会議室内海 301 会議室

●JR 総武線「水道橋」西口 徒歩1分

2日目 北とぴあ802会議室

●東京メトロ南北線「王子」5番出口直結 京浜東北線「王子」北口 徒歩2分

3日目 日本福祉教育専門学校 高田校舎 232 教室

4日目 日本福祉教育専門学校 高田校舎 203 教室 (B1)

●山手線・西武新宿線「高田馬場」早稲田口/東京メトロ東西線「高田馬場」7番出口 徒歩7分

5. 研修内容 25時間(申込書参照)

6. 参加対象 原則として、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者を担っている者。

7. 定 員 30名

8. 参加費 日本介護福祉士会会員 23,000円 / 非会員 39,000円(資料代を含む)

※キャンセル等による受講料の返金はいたしません。

9. 修了証明書の交付

研修全課程修了者には、東京都介護福祉士会より厚生労働省の定める研修を修了したことを証明する「修了証」を交付する。(4日間全日程に出席しなければ修了証は発行されません。受講生の遅刻・早退は認めておりません。ご注意ください。)

10. 申込方法

<https://forms.gle/EQSoBeXQJuiGFwJR9>

上記 URL または左の QR コードの WEB フォームからお申込みください

フォームからの申し込みが難しい場合は下記事務センター宛てに申込書送付を FAX でご依頼ください。FAX で申込書をお送りします。



11. 締 切 日 定員に達し次第、又は令和6年5月24日(金) 予定

入金締め切りは受講票に記載します

12. 問い合わせ先 公益社団法人 東京都介護福祉士会 事務センター

〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5 Tel:03-6824-9397 Fax: 03-5227-8631

(平日 9:00~12:00、13:00~17:00) E-mail: tokaigo-seminar@as.bunken.co.jp

令和6年度 第1回 介護福祉士実習指導者講習会 申込用紙

送信先：公益社団法人 東京都介護福祉士会 事務センター

E-mail: tokaigo-seminar@as.bunken.co.jp FAX 03-5227-8631

※原則、すべての情報をご記載いただきますようお願いいたします。

フリガナ		生年月日 (必須)	西暦	年	月	日
氏名						
会員番号	会員(130	(他県会員可)		・非会員		
自宅住所	(〒 -) 修了証に自宅住所が記載されます。原則ご記入ください。					
	TEL	FAX				
携帯番号						
メールアドレス						
勤務先名						
勤務先住所	(〒 -)					
	TEL	FAX				
受講票送付先 どちらかに○	自宅		・勤務先			
連絡手段 いずれかに○	メール ・ 自宅FAX ・ 勤務先FAX					

※ご記入いただいた個人情報本研修に関する連絡のみに使用し、その他の目的には使用しません。

開催会場案内

1日目



2日目



3日目・4日目



職務経歴書 (実務経験自己申告書)

会員番号 _____ 名前 _____

介護福祉士実習指導者講習会の受講申込みにあたり、介護福祉士資格登録後の実務経験を次のとおり申告します。

1. 介護福祉士登録日： 昭和・平成・令和 _____ 年（西暦 _____ 年） _____ 月 _____ 日

2. 職務経歴（実務経験*申告）：

勤務期間	勤務先（法人名・施設名）	施設種別	職種	勤務形態 （週あたり労働日数）
【記入例】 2005年4月23日 ～ 2007年3月31日 <u>※介護福祉士登録日</u> 以降の日付を記載	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇苑	特別養護老人 ホーム	介護職員	常勤・非常勤（週 5 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）
				常勤・非常勤（週 日）

2024年 6月 1日 現在で 実務経験（合計） _____ 年 _____ か月

※3年以上の実務経験があることを必ず確認してください

【注意】・介護福祉士登録後の実務経験*のみを記入すること

・勤務期間の古い順に、現在に至るまでの実務経験*をすべて記入すること

※ 実務経験は、介護福祉士国家試験の実務経験に準じます（それ以外の職務経歴は記入しないでください）。

したがって、「介護支援専門員」「施設長」等は実務経験として算定できません。

3年以上の実務経験がない場合は受講できません。

実務経験の申告に誤りがあった場合は、受講後でも修了を取り消します。その際、受講料等は一切返金いたしません。

職務経歴（実務経験）については、上記のとおり相違ありません。

（記入日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____

印