

令和4年度

## 新カリキュラム対応

# 介護実習指導者フォローアップ研修

開催要綱

- 対象：過去に「実習指導者講習会」を受講し、修了証を持っている方。
- 養成校で「新カリキュラム」が始まったことを知っていますか？ → 知らない！把握していない！ 認識していない！ そんな方のためのフォローアップ研修です。
- 実習指導者講習を修了していない方や、今後 受講予定の方は受講できません。
- 「実習指導者講習」は令和2年度から新カリキュラム対応の内容と新テキストを使用しています。令和2年度以降に受講された方は受講の必要はありませんが、再受講を希望される方は受け付けます。

福祉人材確保専門委員会の報告書（平成29年10月）を踏まえ、今後、求められる介護福祉士像に即した介護福祉士を養成するといった観点から介護福祉士養成教育内容の見直しが行われました。

しかしながら介護実習生を受け入れる施設・事業所側に対し、介護実習科目の見直しが行われた事実が周知されていないことがわかり、適切な実習指導を行うために実習関係者にフォローアップ研修が必要であるということになりました。そこで見直し内容等についての周知と理解促進を図ることを目的に「介護実習指導者フォローアップ研修」を開催致します。

1. 日 時 令和4年4月16日（土）
2. 会 場 岐阜県介護福祉士会 2階研修会場（瑞穂市牛牧 913 番地 10）
3. 研修内容

時間	プログラム	時間数
9:40～11:40	はじめに プログラム、研修の目的	2.0
	介護福祉士養成課程見直しの全体像	
12:30～14:30	介護実習を受け入れる体制づくり 「介護実習」の教育に含むべき事項 ①介護過程の実践的展開 ②多職種協働の実践 ③地域における生活支援の実践	2.0
14:30～16:30	グループワーク	2.0
16:30～17:00	発表とまとめ おわりに	0.5
合 計		6.5

#### 4. 受講対象者

- ①介護福祉士実習指導者講習会の修了者（令和2年以前の受講者）であって、現に介護実習指導者として実習指導にあたる者、またはあたる予定のある者  
（修了者以外の方は受講できません）
- ②介護実習教育に係る介護福祉士養成校の教員  
（教員の方は「介護福祉士実習指導者講習」の修了の必要はありません）

5. 募集期間 令和4年4月8日（金）17時
6. 受講料 会員 3,000 円、非会員 5,000 円

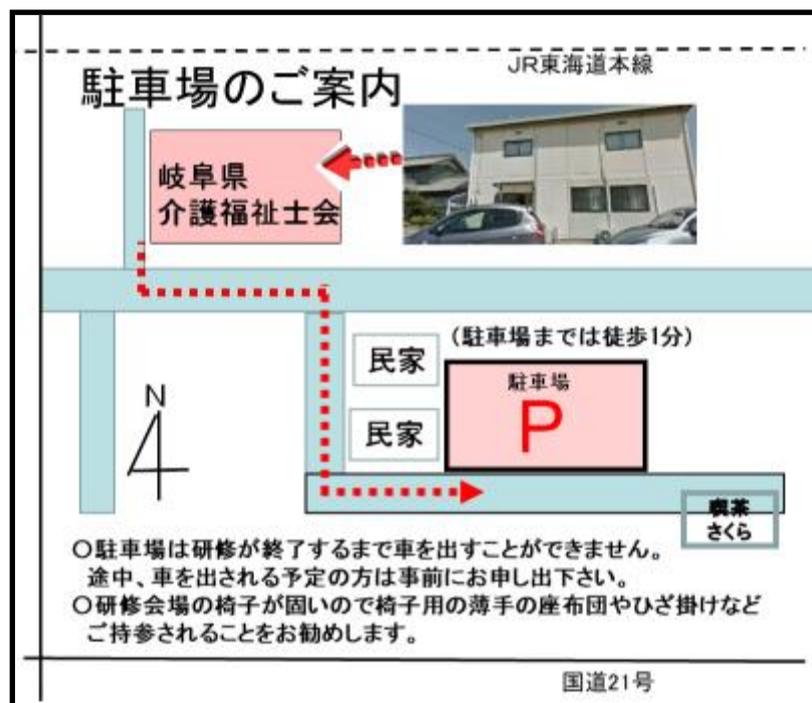
7. 申込方法 ・ホームページからの申込、 ・『申込書』をFaxにて送付
8. 定員：15名 決定通知を順次郵送致します。(先着順)
9. 受講にあたって
- ・受講決定通知書を必ず持参して下さい。
  - ・日本介護福祉士会の会員には生涯研修ポイントが付与されます。(4.0pt)
  - ・当日の配布資料はお持ち帰りいただけます。
  - ・昼食は各自ご持参下さい。
  - ・研修修了者には修了証「新カリキュラム対応介護実習指導研修修了証明書」が発行します。

#### 10. コロナの感染予防に関するお願い【重要】

受講者の方の安全と感染症防止のために、以下のご協力をお願いします。

- 当日はマスクを着用して参加して下さい。
- 発熱・咳等の症状が見られる場合は参加をお断りします。
- 会場入室の際、入り口で手指消毒をします。
- 昼食は会場内で食べることができますが、会話を禁止します(黙食)。
- 定期的に窓を開放して空気の入れ替えを行います。
- 体調確認の事前チェック表と当日の直前チェック表に記入をお願いしています。
- 場合によってはフェイスシールドを使用します(マスクと併用)(当会で準備し配布)

11. コロナ感染症の状況や申込者が少ない場合は実施しない場合があります。



#### 問い合わせ先

〒501-0234 瑞穂市牛牧 913 番地 10

Tel : 058-322-3971 Fax : 058-322-3972

# 令和4年度介護実習指導者フォローアップ研修申込書

4月16日(土)開催予定

FAX:058-322-3972 岐阜県介護福祉士会

ふりがな			男・女	昭和・平成 月 年 日生
氏名				
会員	いずれかを選び、会員の方は会員番号を記入して下さい <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号: ) <input type="checkbox"/> 非会員			
自宅住所 〒	_____		TEL(携帯)	
	_____		_____	
	_____		TEL(固定電話)	
	_____		_____	
勤務先	勤務先が窓口の場合 担当者様のお名前 :( ) 担当者様の係名 :( )			
勤務先住所 〒	_____		TEL	
	_____		_____	
	_____		_____	
受講要件	該当する方に項目にレ点			経験年数
	<input type="checkbox"/>	1. 介護福祉士実習指導者講習会の修了者であって、現に介護実習指導者として実習指導にあたっている者、またはあたる予定のある者		年
	<input type="checkbox"/>	2. 介護実習教育に係る介護福祉士養成校の教員		年
修了確認	過去に受講された実習指導者講習会の修了証について (教員の方は不要) ○修了証の年月日 ( 年 月 日 ) ○主催者名 ( ) 例) 岐阜県介護福祉士会			
郵送及び連絡先	希望する方法を選択して下さい <input type="checkbox"/> 自宅への郵送や本人の携帯等に直接、連絡することを希望する <input type="checkbox"/> 職場への郵送や連絡を希望する (但し、修了証は自宅への扱いです)			