

令和5年度

新カリキュラム対応

実習指導者のアップデート

介護実習指導者の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者
- 新カリキュラムが始まったことを知らない方のためのフォローアップ研修
- 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。

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で、見直し内容等についての周知と理解促進を図る目的で「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5年6月3日（土）

2. 研修内容 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）

| 時間 | プログラム | 時間数（6:20） |
|-------------|--|-----------|
| 9:40～11:40 | はじめに プログラム、研修の目的 | 2:00 |
| | 介護福祉士養成課程見直しの全体像 | |
| | 介護実習を受け入れる体制づくり | |
| 12:30～16:50 | 「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 ④演習 ⑤発表 まとめ | 4:20 |

3. 受講対象者（以下のいずれかに該当する方）

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っている者、またはあたる予定のある者

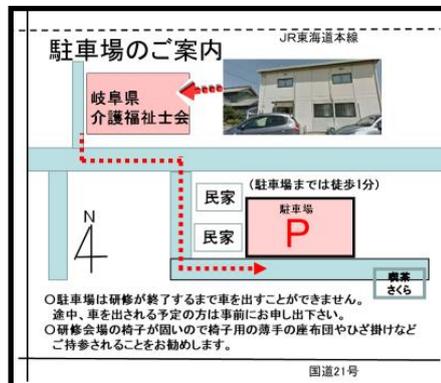
4. 受講料 会員3,000円、非会員5,000円

5. 申込方法： Email 又は FAX

7. 定員：15名 決定通知を順次郵送致します。（先着順）

8. 研修修了者には、修了証が出ます。

9. 駐車場あります（地図参照）



一般社団法人

岐阜県介護福祉士会

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

(R5)介護実習指導者フォローアップ研修申込

■FAX の場合

FAX:058-322-3972

切り取り不要

| | | | |
|---------|---|--|---------|
| ふりがな | | 男・女 | 昭和・平成 年 |
| 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 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員 | | |
| 自宅住所 | 〒 _____ _____ _____ | TEL(携帯) _____ | |
| 勤務先 | 勤務先が窓口の場合、担当者様のお名前：() 電話() FAX() | | |
| 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 |
| 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） | | |

■E メールでの申込み

以下の内容を送信して下さい。

- ① 「実習指導者フォローアップ研習」
- ② 氏名（ふりがな）
- ③ 種別 会員（会員番号）、賛助会員（会員名）、非会員
- ④ 自宅住所（〒 ）
携帯電話（ ）
- ⑤ 勤務先（ ） 窓口担当者（ ）
- ⑥ 介護実習指導者講習は、何年に修了しましたか？
（ 年）令和2年以前の修了の方が対象です。