



## 平成29年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ研修会

主催：公益社団法人日本介護福祉士会高知県支部（高知県介護福祉士会）

後援（予定）：高知県立大学/高知福祉専門学校/平成福祉専門学校

**趣旨** 実習生がかかえる様々な課題へ対応する体制はできているでしょうか？「必要なことは分かっているけれどSV体制がない。」「こんな時、だれに報告、相談すればいいのだろうか？」「今の実習受け入れ手順でいいのだろうか？」など、実習指導者の皆さんも悩んではいませんか？

一方で、実習指導者の皆さん自身、【実習施設・事業所等Ⅱ】の「施設・事業所要件」「実習指導者の要件」を正しく理解されているでしょうか？

当研修会では実習指導者、現場担当者として必要な視点、協力体制をともに考え、学んでいただくとともに、実習受け入れに向けてのポイントや、課題への対応のために必要な実習指導マニュアル等について、養成校の先生にも参加していただき、講義、グループワーク等を通して考えていただきます。

**日 時** 平成30年2月10日（土）13：00～16：00（受付 12：30～）

**会 場** 高知県立ふくし交流プラザ 2階 高齢者能力開発室  
（高知市朝倉戊375-1）

時間	内容	講師
12：30～	受付	
13：00～	実習指導者の役割 ～実習受け入れから評価、次の受け入れに向けて	高知県介護福祉士会 会長 佐井 健二
	休 憩	
14：10～	実習生の課題への対応 ～できていますか？実習指導マニュアルの見直しと、実習生の受け入れ態勢	平成福祉専門学校 高知福祉専門学校 高知県立大学 高知県介護福祉士会
15：50～	総評・閉会	

**参加対象** 介護福祉士実習指導者講習会修了者・実習担当者（介護福祉士・介護職員）

**定 員** 35名

**参加料** 正会員 1000円 非会員 2500円

**参加申込** 別紙「参加申込書」により、平成30年1月29日（月）までに、郵送またはFAXにより本会事務局までお申し込みください。

**その他** ①参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営のみに使用いたします。研修会では、参加者名簿を作成し、配布・掲示することがあります。

〈お問い合わせ・お申し込み先〉

高知県介護福祉士会事務局（担当：大藤）

〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 高知県社会福祉協議会内

Tel 088-844-4611 Fax 088-844-9443

## 平成29年度 介護福祉士実習指導者フォローアップ研修会 参加申込書

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

連絡担当者 \_\_\_\_\_

## 【参加者】

	ふりがな 氏名	役職名	会員・会員外 正会員・会員外 <input type="checkbox"/> 入会希望	介護福祉士実習指導者 講習会受講年月日	
				1	年 月 日
1				2	受講なし
				介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし)	
2				1	年 月 日
				2	受講なし
		介護福祉士養成校の介護実習の実習指導者として、 (・現に従事している ・今後従事する予定 ・予定なし)			

## 【注意事項】

※「正会員・会員外」欄は、公益社団法人日本介護福祉士会（高知県介護福祉士会）の会員又は会員外についてご記入ください（いずれかに○を記入ください）。なお、会員外の方で、入会を希望される場合は、入会希望の□にチェックを記入ください。

※介護福祉士実習指導者講習会受講年月日は受講最終日をご記入ください。

※参加申込書に記載された個人情報は、研修会の運営管理のみに利用させていただきます。なお、研修会では氏名・役職を記載した名簿を配布・掲示する事があります。

●●● 申し込み締切 平成30年1月29日（月） ●●●