

# 平成 30 年度実務者研修教員講習会

## 受講案内

### 1. 目的

実務者研修教員講習会及び医療的ケア教員講習会（以下「講習会」という。）については、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 5 条第 9 の 2 号及び第 7 条の 2 第 1 号ホ並びに社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成 20 年文部科学省・厚生労働省令第 2 号)第 5 条第 9 の 2 号及び第 7 条の 2 第 1 号ホに規定されており、また、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第 7 条の 2 第 1 号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第 7 条の 2 第 1 号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成 23 年厚生労働省告示第 414 号)により科目及び時間数等が規定されています。

本事業は、これらの規則及び基準対応した講習会を実施することで、実務者研修の講師を養成することを目的としております。

### 2. 主催

医療法人啓信会 ケアスクールリエゾン

### 3. 開催場所

611-0031

京都府宇治市広野町西裏 54-5

### 4. 受講対象者

- ・実務者研修講師予定者
- ・介護福祉士としてスキルアップを目指す人
- ・その他

### 5. 受講料・受講科目等及び受講定員

#### 1) 受講料（税込）

66,690円 + テキスト代(6,264円)

2) 講習科目・時間及び目標

科目名	開講時間数	目 標
介護教育方法	30	教育方法の理論を基礎として、介護福祉教育における具体的な教授・学習内容について理解する。
介護過程の展開方法	15	介護実践のためのアセスメント、計画立案、実施、評価について、演習における具体的展開方法を学ぶ。
実務者研修の目的、評価方法	5	実務者研修の目的と、研修の構成・評価の在り方を理解し、実務者研修の教育方法を学ぶ。

3) 受講定員

20名

6. 申し込み方法・申し込み期間及びお問い合わせ方法

1) 申込方法

「受講申込書」を下記申込先までご提出下さい。(郵送・FAX 可)

先着順に受け付けをさせていただきます。

〒611-0031

京都府宇治市広野町西裏 54-5

F A X : 0774-43-6111

2) 申込期間

2月1日(木)～4月20日(金)

3) お問い合わせ

611-0031

京都府宇治市広野町西裏 54-5

医療法人啓信会 ケアスクールリエゾン

受付時間 9:00～18:00 (日・祝休み)

TEL:0774-41-2451

FAX:0774-43-6111

## 7. 受講決定及び受講料の納入方法

- 1) 「受講申込書」を下記申込先までご提出下さい。(郵送・FAX可)  
先着順で受講決定を行います。  
※先着順のため全ての申込者のご希望に添えない場合がございます。
- 2) 申込期間であっても、定員に達し次第受け付けは終了します。
- 3) 受講申込順に、「受講手続確認書」を郵送します。  
受講料の納入については、お振込み、もしくは受付窓口にて現金でお支払い下さい。  
※ 受講申込書の到着と受講料のご入金をもって正式な申込受理とさせていただきます。  
※ 受講手続確認書の発行にお時間を頂く場合がございます。  
※ 振込手数料はお客様負担となりますのでご了承下さい。  
※ 一旦納入された受講料はご返金いたしかねますので、予めご了承下さい。
- 4) 受講料に含まれるものは、受講に関する費用だけで、教科書代、昼食代、宿泊代、交通費などは含まれておりません。

## 8. 科目ごとの評価と証明書の発行

- 1) 評価について  
講習会受講者は科目毎に定められた時間数全てを受講し、修了のための評価を受けなければなりません。  
評価は、レポート・課題の提出、演習時の参加の状況によって行います。また、教科毎に自己評価も行い、それらを総合して評価を行います。
- 2) 証明書について  
講習会の所定の過程を終了した者に発行される「実務者研修教員講習会修了証」は、実務者研修の講師を務めるときに必要となるものです。大切に保管をしてください。

## 9. 講習会日程

### 第3回

	月 日	時間	時間数	科目名
1	4月21日(土)	9:30~16:30	6H	介護教育方法
2	5月19日(土)	9:30~16:30	6H	
3	6月2日(土)	9:30~16:30	6H	
4	6月23日(土)	9:30~16:30	6H	
5	7月21日(土)	9:30~16:30	6H	
6	8月4日(土)	9:30~18:30	8H	介護過程の展開方法
7	8月18日(土)	9:30~17:30	7H	
8	9月8日(土)	9:30~15:30	5H	実務者研修の目的、 評価方法

平成 30 年度実務者研修教員講習会受講申込書

ふりがな 氏 名			性 別	生 年 月 日
			男・女	年 月 日 歳
所 属	勤務先			
	職能団体			
自宅住所	〒			
TEL 番号			Fax 番号	
希望受講回	第 回			
受講動機	<input type="checkbox"/> 実務者研修の講師を希望しているの <input type="checkbox"/> 介護福祉士としてスキルアップのため <input type="checkbox"/> その他 ( ) 該当事項に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			