

# 令和元年度 社会福祉士実習指導者講習会 開催要綱

## 1. 開催の趣旨

「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正により、社会福祉士養成カリキュラムが改訂され、平成24年4月以降相談援助実習を受け入れる施設・機関の要件として、実習指導者を養成するための講習会を受講した実習指導者の配置が義務付けられました。

このことから、群馬社会福祉専門学校では、以下の日程で平成30年度社会福祉士実習指導者講習会を開催いたします。

## 2. 日 程

講習会の修了には下記の2日間の全日程に出席する必要があります。

1日目：令和2年2月28日（金） 09：00 ～ 18：20

2日目：令和2年2月29日（土） 09：00 ～ 17：55 合計14時間

## 3. 会 場

群馬社会福祉専門学校

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町152番地 TEL：027-253-0345

## 4. 受講対象者

①社会福祉士資格登録後の3年以上の相談援助実務経験を有し、現在、社会福祉施設・機関等に勤務している方（令和2年3月31日の時点で、相談援助実務経験3年に達する見込みの方も含む）。

②社会福祉士の資格を有し、今後3年以上の実務経験を経て、社会福祉施設・機関において実習指導者になることを希望している方

※募集定員を超える応募があった場合、受講対象者の①に該当する方を優先させていただきます。

## 5. 受講費とキャンセル

①受講料 8,500円（テキスト代金含）テキストをお持ちの方は、ご相談ください。

②キャンセル 一度入金された受講費用は、返金することはできません。

※ キャンセルの場合は、今回の講習をキャンセルとし、本校で次回行う講習会に「日程変更」としてお受けすることもできます。ただし、次回開講時期は検討中です。また、その際は講習を最初から受講してください。

## 6. 定 員 40名

## 7. 講習会テキスト

公益財団法人日本社会福祉士会編（2018）『社会福祉士実習指導テキスト』中央法規出版。

※テキスト代金は受講料に含まれております。ご購入いただいたテキストは講習会1日目にお渡しいたします。

8. 講習会プログラム 別紙 「社会福祉士実習指導者講習会プログラム」をご確認ください。

## 9. 申込方法

- ①受講申込書に必要事項をご記入の上、本校窓口にて持参又は郵送でお申し込みください。  
※受講申込書の記入事項に間違いや記入漏れがないことを確認してください。受講証申込書に記載されているお名前・生年月日・ご住所をもとに修了証を作成いたします。
- ②受講資格を確認しますので、「社会福祉士登録証」のコピーを添付してください。添付漏れのあった場合、お申込を受け付けできません。
- ③申込に必要な書類  
・ 受講申込書 ・ 社会福祉士登録証のコピー
- ④受講の決定は先着順としますが、定員以上の申込があった場合、原則として受講対象者の4①に該当する方を優先させていただきます。

## 10. 締め切り 令和2年2月18日(火)

※期日を過ぎた場合でも若干名受け入れることができる場合があります。お電話にてご確認をお願いいたします。

## 11. 受講の可否及び決定

- ①受講の可否については令和2年2月25日(火)に封書で発送いたします。
- ②上記封書にて同封される振込用紙を用いて受講費を振り込んでください。受講費の振込をもって正式な受講の決定とします。
- ③受講日当日に振込証明書をご持参ください。また、領収書の必要な方は、当日受付にてお申し付けください。(個人名で振込みをし、法人名で領収を発行する場合は該当です。)
- ④受講費振込後は、受講費の返金はできません。

## 12. 修了の認定

- ①本研修は実習指導者になるための認定研修です。全科目の受講が修了認定の条件になります。1科目でも遅刻・早退のある場合は修了となりませんので十分注意してください。
- ②研修修了者には、修了証を発行します。実習指導者になるためにはこの修了証が必要になります。

## 13. 備考

- ①車椅子を利用するなど受講にあたって配慮が必要な方は、申込書の該当欄にその旨を記載の上、お申込ください。
- ②健康増進法施行に伴い、校内禁煙にご協力をお願いします。

## 14. お問い合わせ先

学校法人 昌賢学園 群馬社会福祉専門学校(担当: 斎藤)

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町152番地

TEL: 027-253-0345 FAX: 027-289-4657

Mail: tsushin@shoken-gakuen.ac.jp

## 社会福祉士実習指導者講習会 プログラム

|   | 時間   | 科目名                    | 講義内容   |
|---|--|------------------------|--|
| 1<br>日<br>目<br>2<br>月<br>2<br>8<br>日<br>(<br>金) | 09:00~09:20  | 開講<br>オリエンテーション        | ・法人説明・講義の流れ、修了証の発行要件などについて   |
|   | 09:30~10:30<br>10:40~11:40                               | 実習指導概論<br>(講義2時間)      | ・社会福祉士の意義と役割<br>・実習制度の枠組みと意義<br>・ソーシャルワーク実践と実習プログラム<br>・個人情報保護と実習での対応<br>・実習指導における専門職の役割 |
|   | 11:40~12:40  | 昼休み(60分)               |  |
|   | 12:40~13:40<br>13:50~14:50                               | 実習マネジメント論<br>(講義2時間)   | ・実習マネジメントの意義と対象<br>・施設、機関内における実習マネジメント<br>・施設、機関外における実習マネジメント<br>・実習マネジメントの実際            |
|   | 15:00~16:00<br>16:10~17:10<br>17:20~18:20                | 実習プログラミング論<br>(講義3時間)  | ・実習プログラムの考え方<br>・実習プログラミングの方法<br>・実習の展開方法<br>・実習プログラム構築の具体例                              |
| 2<br>日<br>目<br>2<br>月<br>2<br>9<br>日<br>(<br>土) | 09:00~10:00<br>10:10~11:10                               | 実習スーパービジョン論<br>(講義2時間) | ・スーパービジョンの基礎理解<br>・実習スーパービジョンの特質<br>・実習プログラムと実習スーパービジョンの展開                               |
|   | 11:20~12:20  | 実習スーパービジョン論<br>(演習1時間) | ・実習におけるスーパービジョンの展開方法   |
|   | 12:20~13:10  | 昼休み(50分)               |  |
|   | 13:10~14:10<br>14:20~15:20<br>15:30~16:30<br>16:40~17:40 | 実習スーパービジョン論<br>(演習4時間) | ・実習におけるスーパービジョンの展開方法   |
|   | 17:45~17:55  | 修了オリエンテーション            | ・修了証授与   |

## 社会福祉士実習指導者講習会 受講申込書

### 記入上の注意

○受講申込書にご記入いただいた氏名や生年月日、住所をもとに修了証を作成いたします。各項目の完全記入をお願いいたします。項目内の□は該当する項目に✓をしてください。

|   |  |
|---|--|
| (ふりがな)<br>1. 申込者氏名 (性別)                                       | (ふりがな )<br>氏名 ( 男 ・ 女 )  |
| 2. 生年月日   | 昭・平 年 (西暦 年) 月 日生  |
| 3. 自宅住所   | 〒 - 都・道・府・県  |
| 4. 勤務先 等  | 法人名<br>施設・事業所名<br>施設住所 (〒 - )<br>施設・事業所の対象 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他<br>職場の種類 <input type="checkbox"/> 施設福祉 <input type="checkbox"/> 在宅福祉 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> その他 |
| 5. 連絡先 (受講決定通知先)  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (必ずいずれかに✓を付してください。)   |
| 6. 社会福祉士登録番号  | 取得年 年 登録番号 第 号<br>※社会福祉士登録証の写しを必ず同封してください  |
| 7. 相談援助経験年数   | 社会福祉士取得後 年   |
| 8. 相談援助実習とのかかわり<br>(定員を超える場合、要件①の方の受講を優先させていただきます。)           | <input type="checkbox"/> ①今後実習指導をする予定がある<br><input type="checkbox"/> ②未定   |
| 9. 受講にあたって配慮が必要な方は、その内容を具体的にご記入ください。                          |  |
| 10. 所属長署名及び公印<br>※ 定員を超える場合は、印のある方を優先させていただきます。<br>※ 要項4-①該当者 | 上記の者は相談援助実習において実習指導する予定であることを証明します。<br>施設名<br>所属長(役職名)及び氏名<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 公印</div>  |

※お預かりした個人情報は、本講習会を運営するためにのみ利用させていただきます。ただし、次のいずれかに該当する場合、必要最小限の範囲で第三者に開示することがございますので、あらかじめご了承ください。

- (ア) 個人情報の開示についてご本人に同意をいただいた場合
- (イ) 法令または官公庁の要請により開示が必要な場合
- (ウ) 受講希望者や第三者の生命、身体、自由、財産、権利及び名誉を保護する必要があると学校法人昌賢学園が判断した場合