

2018年度社会福祉士実習指導者講習会開催要項

主催：公益社団法人 鹿児島県社会福祉士会

後援：公益社団法人 日本社会福祉士会

一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟

「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、相談援助実習を行う実習指導者の要件として、実習指導者を養成するための講習会の受講が義務付けられ2012年4月から完全施行されました。下記の日程で、2018年度社会福祉士実習指導者講習会を開催しますのでご案内します。本講習会は実習指導者の要件を満たす講習会として厚生労働省に届出られたものです。

日程・会場・定員・内容

日程	2018年12月22日(土)～12月23日(日)	
会場	鹿児島県市町村自治会館 401研修室 住所：鹿児島市鴨池新町7番4号 TEL:099-206-1010	
定員	50名	
社会福祉士を対象とした2日間の研修 (実習指導概論、実習マネジメント論、実習プログラミング論、実習スーパービジョン論の4科目構成)		

研修プログラム

【1日目】

9:45～10:00	オリエンテーション/開講式
10:00～12:00	実習指導概論(講義2時間)
12:00～12:45	昼食・休憩
12:45～14:45	実習マネジメント論(講義2時間)
14:45～15:00	休憩
15:00～18:00	実習プログラミング論(講義3時間)

【2日目】

9:00～17:00	実習スーパービジョン論(講義・演習7時間) ※途中に昼食・休憩あり
17:00～17:15	閉講式/修了証授与

申し込み方法等

1. 受講対象者・資格

- ・社会福祉士であること。

2. 受講費(テキスト代は含みません。)

都道府県社会福祉士会会員：10,000円 その他の社会福祉士：20,000円

※入会手続き中の場合は会員扱いとなります。

3. 申込方法

- ①所定の受講申込書に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにてお申込ください。
- ②受講資格(社会福祉士)を確認しますので都道府県社会福祉士会会員以外の方は必ず「社会福祉士登録証」のコピーを添付してください。
- ③お申込みは先着順ではありません。申込受付期間終了後、受講者を決定します。
- ④受講定員を超えた場合は、原則会員を優先し、実習指導との関わり、社会福祉士資格取得年等を考慮し受講者を選考します。実習指導経験のある方、今後実習指導をする予定の方は受講申込書の9(実習指導との関わり)および所属長の証明欄をご記入の上お申込ください。

4. 申込受付期間：9月3日(月)～10月1日(月)

申込受付期間外のお申込は受け付けられませんので、必ず上記期間内にお申込ください。

5. 受講可否の通知

受講可否は10月15日ごろまでに文書にてご連絡します。あわせて事前課題、会場案内、受講費の納入方法、キャンセルの扱い、テキストの購入等についてもご案内します。

6. 宿泊・昼食：各自手配をお願いします。

7. 申込上のご注意

- ①受講申込書は、記入間違いや記入漏れのないよう、楷書ではっきりとご記入ください。
- ②受講申込書の1から3（お名前・生年月日・ご住所）は修了証に記載される事項で、厚生労働省より指定されていますので、必ずご記入ください。
- ③郵送の場合は受講申込書のコピーをお手元にお控えください。

8. 研修テキストと事前課題

『社会福祉士実習指導テキスト 第2版』（中央法規出版、2014年）を研修テキストとして位置づけており、『社会福祉士実習指導テキスト 第2版』に基づいた事前課題を提出いただきます。テキスト購入方法と事前課題については受講決定時にご案内します。事前課題の提出がない方は受講いただけませんのでご注意ください。

9. 修了の認定

- ①本研修は実習指導者となるための認定研修となります。全科目の受講が修了認定の条件となります。遅刻・早退がある場合は修了とはなりません。
- ②修了者には、研修終了後修了証を発行します。実習指導者になるためには修了証が必要となります。

10. 備考

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。

【注意】

(1) 研修単位について

本研修は、認定社会福祉士認証・認定機構から社会福祉士を基礎資格として活用する制度における資格研修として指定された研修です。科目の区分：認定社会福祉士／共通専門／サービス管理・人材育成・経営系科目群 I

科目名：人材育成系科目 I 単位数：1単位

本会の生涯研修制度の単位は、本研修の全課程を修了することで、「制度研修の1単位」になります。

(2) 本研修の修了時に配付する修了証は再発行できませんので、紛失しないよう十分にご注意ください。

【情報提供】 現在、厚生労働省 社会保障審議会（福祉部会福祉人材確保専門委員会）において、ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等の議論から、社会福祉士の養成カリキュラム見直しの議論が行われています。これに伴い、今後、社会福祉士実習指導者の養成カリキュラムの見直しも予想されます。これまでの審議会の資料及び議事録は、厚生労働省 社会保障審議会（福祉部会福祉人材確保専門委員会）のホームページに掲載されていますので、ご覧ください。

【参考】 社会福祉士に関する科目を定める省令に規定された実習指導者の要件は以下のとおりです。（実習指導者講習会の受講要件ではありません）

第四条七号

実習施設等における相談援助実習（市町村において相談援助実習を行う場合を含む。）を指導する実習指導者は、社会福祉士の資格を取得した後、相談援助の業務に3年以上従事した経験を有する者であって、かつ、実習指導者を養成するために行う講習会であって厚生労働大臣が別に定める基準を満たすものとしてあらかじめ厚生労働大臣に届け出られたものを修了した者であること。

（実習指導者に関する経過措置）

第五条2

相談援助実習を行う施設又は事業所における実習指導者については、第四条第七号の規程にかかわらず、当分の間、児童福祉法に定める児童福祉司、身体障害者福祉法に定める身体障害者福祉司、社会福祉法に定める福祉に関する事務所に置かれる同法第15条第1項第1号に規定する所員、知的障害者福祉法に定める知的障害者福祉司若しくは老人福祉法第6条及び第7条に規定する社会福祉主事として8年以上相談援助の業務に従事した者又は平成21年3月31日までの間において第四条第七号に規定する講習会に相当するものとして厚生労働大臣が認める研修の過程を修了した者を実習指導者とすることができる。

お問合せ先・申込先

公益社団法人鹿児島県社会福祉士会 事務局

〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター5階

TEL：099-213-4055（月曜～金曜 9時00分～17時00分）

FAX：099-213-4051 E-mail：jacsw@po.minc.ne.jp

申込受付期間：9月3日（月）～10月1日（月）

FAX：099-213-4051 公益社団法人鹿児島県社会福祉士会行き

2018年度社会福祉士実習指導者講習会受講申込書

※記入間違いの無いよう、楷書ではっきりとご記入ください。1から3は修了証にそのとおり記載されます。

1. 申込者氏名 (性別)	(ふりがな) 氏名 (男・女)
2. 生年月日	昭和 年 (西暦 19 年) 月 日生
3. 自宅住所	(〒 -) 都・道・府・県
4. 勤務先名称 (施設・機関名)・住所	施設・機関名 (〒 -) 都・道・府・県 電話 () FAX ()
5. 受講決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
6. 専門分野	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 低所得者 <input type="checkbox"/> その他
7. 職場	<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
8. 相談援助経験年数	社会福祉士資格取得後 年
9. 社会福祉士の実習指導との関わり (注1)	<input type="checkbox"/> 実習指導経験があり今後指導する予定 (経験年数 年) <input type="checkbox"/> 実習指導未経験で今後実習指導する予定 <input type="checkbox"/> 未定
10. 県士会会員/会員以外 (○で囲んでください)	県士会会員 ・ 会員以外 ・ 入会申込中
11. 会員番号・所属都道府県士会 (会員の場合)	会員番号： 所属都道府県士会：
12. 社会福祉士資格取得年と登録番号 ※会員以外の方は社会福祉士登録証の№-を添付下さい。	取得年 年 登録番号 第 号
13. 名簿掲載について ※当研修では、ネットワークづくりに役立てるため「氏名」「勤務先」「都道府県名」を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布します。名簿への掲載を「不可」とされた場合でも「氏名」は掲載しますので、あらかじめご了承ください。名簿掲載不可の方はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 掲載不可	
14. 実習指導者講習会を修了した実習指導者の在籍する施設・機関の名称と住所を社会福祉士養成校へ公表します。公表不可の場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 公表不可	
15. キャンセル待ちする方はチェックしてください。	<input type="checkbox"/> キャンセル待ちします
16. 受講にあたって配慮が必要な方は、配慮が必要な内容を具体的にご記入ください。	

(注1) 下記に所属長からの証明をもらってください。

【所属長記入欄】上記の者は(実習指導経験があり今後も実習指導する予定・実習指導未経験で今後実習指導する予定)であることを証明します。

施設名 _____ 役職 _____ 氏名 _____ 公印

※ お預かりした個人情報は、都道府県社会福祉士会と日本社会福祉士会において共有し、社会福祉士実習指導者講習会の運営と実習指導者のためのフォローアップ事業等の案内に活用しますのであらかじめご了承ください。