

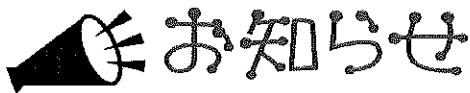
# 群馬社会福祉専門学校

## 精神保健福祉士実習指導者講習会

群馬社会福祉専門学校 両毛サテライトキャンパス  
〒374-0055 群馬県館林市成島町 227 番地 2F  
電話 0276-60-5207

令和4年2月18日(金)、19日(土) 全14.5時間

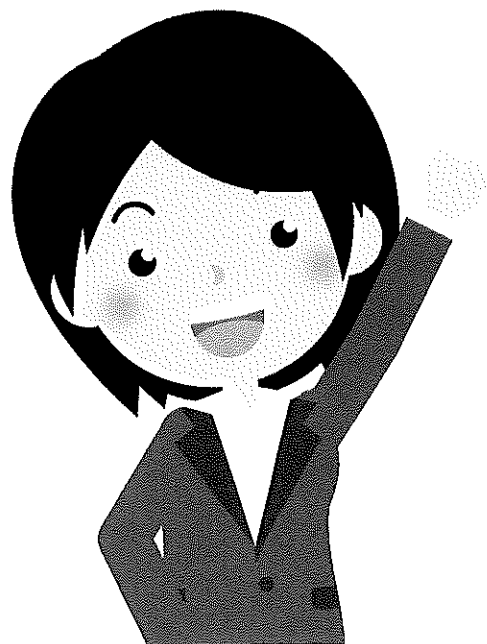
※詳しくは要項をご確認ください。



1. 本講習会は、日本精神保健福祉士協会と日本ソーシャルワーク教育学校連盟との連携事業です。
2. 修了後、実習生受入れが可能となります。
3. 実務経験が3年に満たない方でも受講可能です。

(但し、指導者としては実務経験3年以上を満たす必要が  
あります。)

将来、精神保健福祉の  
分野で活躍する人材育成  
に携わってみませんか。



\* お問い合わせ先：群馬社会福祉専門学校

☎ 027-253-0345 (担当：伊藤)

# 令和3年度精神保健福祉士実習指導者講習会 開催要綱

(日本精神保健福祉士協会・日本ソーシャルワーク教育学校連盟連携事業)

## 1. 開催の趣旨

精神保健福祉士法及びカリキュラムの改正により、平成24年4月以降精神保健福祉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、以下の日程で令和3年度精神保健福祉士実習指導者講習会を開催いたします。

## 2. 日 程 講習会の修了には以下の2日間の全日程に出席する必要があります。

1日目	： 令和4年2月18日（金）	8：30	～	18：40	
2日目	： 令和4年2月19日（土）	9：00	～	17：15	合計 14.5 時間

## 3. 会 場

群馬社会福祉専門学校 両毛サテライトキャンパス

〒374-0055 群馬県館林市成島町227番地 2F Tel：0276-60-5207

※ナビ設定の際には、住所若しくは、電話番号でご検索ください。

## 4. 受講対象者

①精神保健福祉士資格登録後の3年以上の実務経験を有し、現在、病院・社会福祉施設等に勤務している方(令和4年3月31日の時点で、実務経験3年に達する見込みの方も含む)。

②精神保健福祉士の資格を有し、今後3年以上の実務経験を経て、病院・社会福祉施設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について

①受講料 9,500円(テキスト代金1,500円含)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。

## 6. 定 員 10名

## 7. 講習会テキスト

『精神保健福祉士実習指導者講習会』 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

※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1の「精神保健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、本校窓口を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、「精神保健福祉士登録証」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

1. 受講申込書 2. 精神保健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4-①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4年2月10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順次書面にて郵送し、最終郵送は令和4年2月14日(月)とします。

②上記封書内にて指定する金融機関に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。(間に合わない場合は遠慮無くご相談ください。)

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. コロナ感染拡大防止に関する対応

①コロナ感染の状況により、日程等変更される可能性がございます。

②受講される方には、受講2週間前より検温して頂き、初日に検温表(後日配布)をご提出して頂きます。

③コロナワクチンを2回接種している方は、証明できるものを当日ご持参ください。

④当日の朝、37.0℃以上の熱があった場合は、参加をお控えください。また、当日はマスクを着用してご来校下さい。

## 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:伊藤)

〒371-0846 群馬県前橋市元総社町152番地

TEL: 027-253-0345 FAX: 027-289-4657 mail:ito-h@shoken-gakuen.ac.jp

# 精神保健福祉士実習指導者講習会 プログラム

両毛サテライトキャンパス(館林市)

	時間	科目名	講義内容
1 日 目 2 月 1 8 日 (金)	08:30~08:50	開講式 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
	09:00~10:00	精神保健福祉 援助実習指導概論 (講義1時間)	● 精神保健福祉士養成教育の概要と実習教育の位置づけ ● 精神保健福祉援助実習の意義
	10:10~11:10	精神保健福祉 援助実習指導概論 (演習1時間)	● 精神保健福祉援助実習指導者に求められる能力の理解
	11:20~12:50	現場実習マネジメント論 (講義1.5時間)	● 現場実習マネジメントの意義 ● 現場実習マネジメントの定義とその必要性
	12:50~13:40	昼休み(50分)	
	13:40~14:40	現場実習マネジメント論 (演習1時間)	● 実習マネジメントにおける必要な視点と具体的なポイント ● 倫理に基づく精神保健福祉士業務の実践
	14:50~16:20 16:30~17:30	実習スーパービジョン論 (講義2.5時間)	● スーパービジョンの意義と目的 ● ソーシャルワークのスーパービジョン ● 実習スーパーバイザーの役割と機能
	17:40~18:40	実習スーパービジョン論 (演習1時間)	● 実習指導におけるスーパービジョンの展開 ● 実習スーパービジョンの特徴と課題
2 日 目 2 月 1 9 日 (土)	09:00~10:00 10:10~11:10	実習指導方法論—総論 (講義2時間)	● 実習の構成要素 ● 実習指導者の姿勢と基本的視点 ● 実習指導の考え方
	11:20~12:20	実習指導方法論—総論 (演習1時間)	
	12:20~13:10	昼休み(50分)	
	13:10~14:40	実習指導方法論—各論 (講義1.5時間)	● 実習機関と実習内容のバリエーション ● 実習指導プロセスと実際
	14:50~15:50 16:00~17:00	実習指導方法論—各論 (演習2時間)	
	17:05~17:15	閉講式	● 修了証授与

## 精神保健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。各項目の全ての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) 1. 申込者氏名 (性別)	(ふりがな ) 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  (電話 _____ 日中連絡がとれる番号)
4. 勤務先等	法人名  勤務先名  住所 (〒 _____ )  (電話 _____ )  種別 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <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. 精神保健福祉士登録番号	取得年 _____ 年 登録番号 第 _____ 号
7. 実務経験年数	精神保健福祉士取得後 _____ 年
8. 実習とのかかわり (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 <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 ※ 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。 ※ 要項4-①該当者	上記の者は実習指導する予定であることを証明します。 施設名 _____ 所属長 (役職名) 及び氏名 _____ <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">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