

令和6年度 星槎道都大学 精神保健福祉士実習指導者講習会

【協力(予定)：公益社団法人日本精神保健福祉士協会、一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟】

1. 開催の趣旨

昨今の精神保健福祉士法および養成カリキュラムの改正により、精神保健福祉士養成における実習指導者は、精神保健福祉士資格取得者で実務経験3年以上に加えて、厚生労働大臣が定める講習会を受講しなければなりません。今後の精神保健福祉士の社会的ニーズを考えると、実習教育とそれを担う指導者の確保は、非常に重要な課題です。本学では、道内で継続した講習会開催が必要と考え、厚生労働省の定める基準に基づいた講習会を開催することとしました。

なお、本研修会は公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力を受けて、同協会によるプログラムに基づいて実施いたします。

2. 募集要項

- (1) 開催日 令和6年10月26日(土)～10月27日(日)
- (2) 会場 星槎道都大学(北海道北広島市中の沢149番地) ※駐車場利用可能です。
- (3) 募集定員 30名
- (4) 受講要件 以下の①と②の要件を満たす方を優先対象とします。
①精神保健福祉士(登録後の相談援助業務3年以上の方を優先)
②現に実習指導者として従事している方、または実習指導の予定のある方
※主には北海道の受講希望者を優先とし、その他の地域からの受け入れも可能とします。
- (5) 受講料 講習会受講を希望する方 10,000円
- (6) テキスト 1,650円(受講料と共に当日会場支払い)
- (7) 受講申込方法
下記書類を準備し、本学に持参・郵送またはFAXにてお申し込みください。
①星槎道都大学 精神保健福祉士実習指導者講習会受講申込書
②精神保健福祉士登録証の写し(コピー)
- (8) 申込締切日 令和6年10月7日(月) 受講決定通知投函予定日：令和6年10月11日(金)
- (9) その他

①受講申込書の受付は先着順ではありません。②定員を超えた場合、実習指導との関わり及び同一職場に修了者がいない等を考慮して選考させていただきます。③同一機関(法人ではない)から複数人数の申込みがあった場合、全員受講できない場合がありますのでご了承ください。④遅刻・早退・欠席がある場合や受講態度が著しく悪い場合、修了証書は発行できません。⑤各感染症拡大等の影響により、中止となる可能性もございますので、ご了承ください。⑥受講料及びテキスト代につきましては当日にお支払い頂きます。そのため、ご都合による受講キャンセルにつきましては、必ずご連絡いただけますようお願いいたします。

- (10) 参加申込み先・問い合わせ先

星槎道都大学 生涯学習課「精神保健福祉士実習指導者講習会」係
〒061-1196 北海道北広島市中の沢149番地
TEL. 011-372-8050(直通) FAX. 011-372-8045 E-mail: tsushin@seisa.dohto.ac.jp

【講師】

尾形多佳士(さっぽろ香雪病院)・鶴羽 康弘(あしりべつ病院)
西野 克俊(星槎道都大学 社会福祉学部)

【プログラム】

1日目	
8:30～9:00	受付・開講式
9:00～11:10	精神保健福祉援助実習指導概論・演習
11:20～12:20	実習スーパービジョン論①
13:10～15:50	実習スーパービジョン論②・演習
16:00～18:40	現場実習マネジメント論・演習
2日目	
9:00～12:10	実習指導方法論ー総論・演習
13:00～16:40	実習指導方法論ー各論・演習
16:40～17:00	閉講式

星槎道都大学 精神保健福祉士実習指導者講習会受講申込書（締切：10月11日）

＜本申込書は適宜コピーしてご使用ください＞

※記入間違いのないように、はっきりご記入ください。1から4(登録番号)の項目は、修了証にそのまま記載されます。

項目説明	記入欄（この枠内に、ご記入ください）
（ふりがな） 1. 氏名 （性別） 精神保健福祉士登録証と同じ氏名をお書きください。	（ふりがな） 氏名 （男・女）
2. 生年月日	西暦 年 月 日生
3. 自宅住所	（〒 — ）（ — 都道府県） アパート・マンション名
4. 精神保健福祉士登録年と登録番号、登録後の相談援助業務の経年数（精神保健福祉士登録証コピーを必ず添付）	登 録 年：平成 年 国家資格登録番号：第 号 登録後の経年数： 年
5. 勤務先機関について ※必ず経営主体の法人格から正式名称をお書きください。 法人格の例：医療法人〇〇会 〇〇病院など） ※勤務先種別は、番号に○を付けてください。	（法人格名称） （機 関 名 称） 勤務先種別：1.医療機関 2.行政機関 3.地域の事業所等 4.その他の実習指定施設 5.実習指定施設以外 6.勤務先なし TEL - - FAX - - E-mail
6. 受講通知等の送付先	送付先区分：□勤務先（下記所在地を記入のこと）・□自宅 所在地（〒 — ）
7. 日中連絡のつく電話番号	TEL - - （□勤務先 □自宅 □携帯電話）
8. 精神保健福祉士としての「実習指導のかかわり」 ※いずれか1つを選択	☐ 現に実習指導をしている ☐ 来年度実習受入れ決定 ☐ 今後、実習指導をする予定 ◆資格取得後の実習指導経年数 年／指導した実習生のおおよその人数： 人
9. 同一職場（同一法人ではない）の精神保健福祉士実習指導者「講習会修了者の有無」	☐ 修了者がいる ・ ☐ 修了者がいない
10. 星槎道都大学の精神保健福祉士実習の受け入れ	☐ 受け入れている ・ ☐ 受け入れていない
11. 受講時に配慮をご希望の方は具体的にご記入下さい。	
12. 申込年月日	西暦 年 月 日

＜個人情報の取り扱い＞ 本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本事業の実施以外の目的には使用しません。この範囲を超えて利用する場合は本人の同意を得た上で行います。

＜研修修了者の報告＞ 厚生労働省から示されている「精神保健福祉士実習指導者講習会の実施について」（平成 23 年 8 月 5 日障発 0805 第 7 号）の規定により、講習会開催校は講習会を修了者した方を名簿一覧にして、報告をする義務が課せられております。また、一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟にも、修了者名簿を提供いたします。