

# 平成 28 年度 東北福祉大学 精神保健福祉士実習指導者講習会のご案内

主催:東北福祉大学 後援:宮城県精神保健福祉士協会

協力:公益社団法人 日本精神保健福祉士協会・一般社団法人 日本精神保健福祉士養成校協会

精神保健福祉士法ならびに養成カリキュラム改正に伴い、平成 27 年 4 月より精神保健福祉士実習指導者の要件として、①精神保健福祉士資格取得後 3 年以上の相談援助の実務経験を満たし、②厚生労働大臣が定める実習指導者講習会を修了していることが必須となっております。

昨年度は、宮城県精神保健福祉士協会様のご協力を得て、公益社団法人 日本精神保健福祉士協会様、一般社団法人 日本精神保健福祉士養成校協会様との連携事業として実習指導者講習会を開催させていただきました。お陰をもちまして、多くの精神保健福祉士のご参加を賜り、精神保健福祉士の人材の拡充に資するべく、今年度も下記の内容にて実習指導者講習会を開催させていただき運びとなりました。

本講習会は、厚生労働大臣が定める基準に沿って実施され、2 日間かつ 14.5 時間の講義・演習形式で構成されております。全プログラムを修了された方には、厚生労働省認定の修了証が発行され、修了者名簿は厚生労働省と日本精神保健福祉士養成校協会とで共有いたします。

次代の精神保健福祉を担う人材育成のため、より多くの精神保健福祉士の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

## 記

1. 日 程 : 平成 28 年 9 月 17 日 (土)・18 日 (日) ※2 日間

2. 会 場 : 東北福祉大学 仙台駅東口キャンパス  
(宮城県仙台市宮城野区榴岡 2-5-26)  
※JR 仙台駅東口から徒歩 5 分。

3. 受講要件 ※次の①②を満たす方

- ①精神保健福祉士の資格を有している
- ②精神保健福祉援助実習指導を今後担当予定

4. 定 員 : 60 名

5. 受講料 : 10,000 円 ※テキスト代を含む。

6. 受講申込受付期間 : 平成 28 年 5 月 23 日 (月) ~ 平成 28 年 7 月 15 日 (金) 必着

7. 申込方法

①「受講申込書」と「精神保健福祉士登録証」の写し(受講要件確認のため)を FAX (022-233-2212) または郵送(〒983-8511 仙台市宮城野区榴岡 2-5-26 東北福祉大学 精神保健福祉士実習指導者講習会事務局)にてお送りください。

②同一機関から複数のお申込みも可能です。ご希望の場合は、受講申込書をコピーしてください。

③FAX の場合、受信不備が起り得ます。ご不安な方は事務局へ着信の有無をご確認ください。

8. お申込みにあたっての注意事項

①受講申込書は、間違いや記入漏れのないよう、必ず楷書ではっきりとご記入ください。

②受講申込書の 1~7 (氏名・生年月日・自宅住所・登録番号・登録証の写しの添付) は修了証に記載する重要項目です。

③実習指定施設\*以外に勤務の方は、定員を超えた場合、受講をお断りさせていただくことがあります。

※<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H10/H10F03601000011.html> 精神保健福祉士法施行規則(平成十年一月三十日厚生省令第十一号)(指定施設の範囲)第二条をご参照ください。

④お名前は「精神保健福祉士登録証」と同じ氏名を記入してください。登録証のお名前と異なると、お申込みはお受けできません。



⑤お申込み締切り後、受講申込書の内容を確認し、受講者を確定させていただきます。

## 9. 受講決定

- ①受講決定通知のお手元への到着をもって決定といたします（8/1 発送予定）。
- ②交通機関等のご手配があると存じますが、締切日（7/15）前に受講が決定することはありません。

## 10. 受講の変更・取消

- ①事務局宛てにご連絡ください。
- ②FAX・郵送の場合 受講申込書を訂正し改めてご提出ください。
- ③受講取消の場合、登録証データまたは登録証コピーは返却せず、こちらで消去・破棄します。

## 11. 遅刻・欠席等の扱い

遅刻・早退・欠席がある場合や、受講態度が著しく悪い場合は、修了証書を発行できません。

## 12. その他

- ①参加者名簿には、受講者全員のお名前、都道府県名、勤務先名を掲載します。
- ②昼食および宿泊のご用意はございません。お車でお越しの方は、周辺の有料駐車場をご利用ください。  
（半日 800～1,300 円が目安、駐車場はご自身で手配願います）
- ③災害保険等は、必要に応じて各自でご加入ください。

## 13. プログラム

### ● 1日目：9/17（土）

時間	プログラム	担当講師
8:30～	受付	
8:50～	開講式・オリエンテーション	
9:00～10:00(60分)	1)精神保健福祉援助実習指導概論	田中 治和(東北福祉大学)
10:10～11:10(60分)	演習 1	
11:20～12:20(60分)	2)実習スーパービジョン論(1)	三浦 剛(東北福祉大学)
12:20～13:10	昼食休憩	
13:10～14:40(90分)	2)実習スーパービジョン論(2)	三浦 剛(東北福祉大学)
14:50～15:50(60分)	演習 2	
16:00～17:30(90分)	3)現場実習マネジメント論	小野 芳秀(東北福祉大学)
17:40～18:40(60分)	演習 3	

### ● 2日目：9/18（日）

時間	プログラム	担当講師
8:30～	受付	
9:00～11:00(120分)	4)実習指導方法論－総論	石黒 亨（東北福祉大学）
11:10～12:10(60分)	演習 4	
12:10～13:00	昼食休憩	
13:00～14:30(90分)	5)実習指導方法論－各論	那須 裕悌 (社会福祉法人鶴翔会 こまくさの里・ 東北福祉大学兼任講師)
14:40～16:40(120分)	演習 5	
16:40～17:00	閉講式・修了証交付	

## 【お申込み・お問い合わせ先】

東北福祉大学 精神保健福祉士実習指導者講習会 事務局

〒983-8511 仙台市宮城野区榴岡 2-5-26 担当：志田・相原・小野・吉田

TEL：022-233-2211(申し訳ございませんが水曜日は電話対応休止日のためつながりません)

FAX：022-233-2212 E-mail：psw@tfu-mail.tfu.ac.jp

平成 28 年度 東北福祉大学 精神保健福祉士実習指導者講習会

受講申込書

※申込期間：H28.5/23～7/15(必着) FAX:022-233-2212

1. 申込年月日 平成 28 年 月 日	
2. 氏名 (ふりがな) ※精神保健福祉士登録証と同じ氏名をご記入ください。	
※参加者配付名簿の備考欄に登録証と別の名字を希望される方はご記入ください。	
3. 性別 男・女	4. 生年月日 西暦 年 月 日生
5. 自宅住所・連絡先 (〒 — )	
TEL : 携帯 :	/FAX : E-mail : @
6. 精神保健福祉士 登録年・登録番号	登録年：平成 年 国家資格登録番号：第 年号
7. 精神保健福祉士登録証 の写しを添付しました。 <input type="checkbox"/> ※チェック	
8. 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ご記入ください。 例) 「医療法人〇〇会 〇〇病院」「特定非営利活動法人〇〇会 地域活動支援センター〇〇」等 (法人名) (施設名) (勤務先住所・連絡先) (〒 — )	
TEL : /FAX : E-mail : @	
9. 勤務先種別 ※該当する番号に○を付けてください。 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	
10. 受講通知等の送付先	※いずれかにチェックを入れてください。 送付先区分： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
11. 日中連絡可能な電話番号	※いずれかにチェックを入れてください。 連絡先区分： <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( - - )
12. 精神保健福祉士としての実習指導のかかわり ※いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 現に実習を指導している、または指導経験有。 → 資格取得後の実習指導経験年数 _____ 年 <input type="checkbox"/> 実習指導の経験はない。 指導した実習生の凡その人数 _____ 人	
13. 資格取得後の実務経験の年数 _____ 年	
14. 受講時に配慮を希望される方は、具体的にご記入ください。	

【個人情報の取り扱い】 本学の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。得られた情報は本事業以外の目的で使用せず、この範囲を超えて使用する場合は本人の同意を得て行います。