

# 精神保健福祉士 実習指導者講習会 開催案内（2016 年度）

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、平成 24 年度から実習指導者は、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。

本協会では「精神保健福祉士の養成に携わる現場実習の指導者は、精神保健福祉士が担うべきである」という理念のもとに、本協会が開発したプログラムによるこの講習会を、厚生労働省補助金事業が終了した今年度も引き続き実施します。プログラムは、厚生労働大臣が定める基準に沿った内容で実

施するため 2 日間で 14.5 時間の講義と演習で構成し、全プログラムに出席した方に修了証書を発行いたします。また、修了者名簿は厚生労働省へ提出するほか、修了後は実習指導の受け入れをしていただくことを前提として、一般社団法人日本精神保健福祉士養成校協会（精養協）へも提供いたします。

2016 年 8 月開催の福岡県会場のお申込みが定員を超えたことから、理事会において、今年度 2 回目の福岡県会場を追加開催することを決定しました。申込み多数の場合は、1 回目の福岡県会場のお申込みをお断りした方や、受講の必要性が高い方を優先いたしますことをご承ください。

なお、本協会と精養協との連携事業により開催される精養協加盟校主催の同講習会の開催情報も、適宜下記 3 の URL でご紹介していきますので、そちらもご覧ください。

※本講習会の修了者の方は周囲の精神保健福祉士の方への周知にご協力ください。

## 1. 受講要件 次の①と②の要件を満たす者

- ①精神保健福祉士（精神保健福祉士登録証を所持していること）
- ②現に実習指導者として従事している者または実習指導の予定のある者

## 2. 受講料

日本精神保健福祉士協会構成員：10,000 円

その他の精神保健福祉士（非構成員）：30,000 円（※）

※非構成員として受講料を振込まれた方のうち、2016 年度中にご入会頂いた方は、受講料の内、20000 円を入会金+2016 年度会費 20,000 円に振替えます。入会手続き中の方で、受講料 30000 円とは別に入会金+年会費 20,000 円をご送金されていた方には、2016 年度入会承認後に返金します。詳細は、受講決定時にご連絡いたします。

## 3. 申込方法

- ・受講申込書の受付は、先着順ではありません。（締切後の申し込みは受け付けません）。
- ・お申込み締切後、受講申込書の内容を確認し、受講者を確定します。定員を超えた場合は、実習指導とのかかわり及び同一職場に修了者がいない方を考慮して選考しますので、受講申込書の「実習指導のかかわり」「講習会修了者の有無」欄は必ずご記入ください。「実習指導のかかわり」欄は、演習の班分けの参考にもさせていただきます。
- ・同一機関（法人ではありません）から同一会場に複数人数のお申込みがあった場合は、全員の方にはご受講いただけない場合があります。
- ・「受講申込書」を個人ごとに本協会まで WEB または

FAX・郵送にてお申込みください（FAX・郵送の場合は原本保管のこと）。

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/kensyu/2016/jissyuu>

- ・FAX の場合、受信不備が起り得ますので、ご不安な方は送信後、事務局へ着信をご確認ください。
- ・受講要件を確認するため、本協会に入会されていない精神保健福祉士の方は必ず「精神保健福祉士登録証」コピーを添付してください。添付がない方は受付できません。

## 4. 締切

2016 年 12 月 18 日（日）必着（締切日厳守）

## 5. お申込みにあたっての注意点（必読！）

- ・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。
- ・受講申込書の 1～4（氏名・生年月日・自宅住所・登録番号）は修了証に記載する重要項目です。
- ・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りますと、お申込みはお受けできません。

## 6. 受講決定

- ・受講決定通知のお手元への到着をもって決定です。
- ・交通機関等のご手配等があるとは存じますが、受講決定通知投函予定日（結果投函日）より前に受講が決定することはありません。
- ・ご受講いただけない場合は、受講決定通知投函予定日から 1 週間以内にはがきで結果を通知します。

## 7. 変更・取消

- ・インターネットの場合 申込時に自動返信されるメールにご案内の方法にてご連絡ください。
- ・FAX・郵送の場合 受講申込書を訂正し改めてご提出ください。
- ・本協会に入会されていない方の受講取消の場合、登録証コピーは返却せず、こちらで廃棄します。

## 8. 修了証書

- ・本講習会は、実習指導者となるための指定講習会です。全科目の受講が修了要件となります。**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。**

- ・修了者には、講習会最終日に修了証書をお渡しします。実習指導者になるためには修了証書が必要となります。

## 9. その他

- ・参加者名簿には、参加者全員のお名前、都道府県名、勤務先名を掲載します。
- ・ご昼食およびご宿泊のご用意はありません。災害保険等は各自ご加入ください。

## ■プログラム

1日目		2日目	
8:30~8:50	受付		
8:50~9:00	開講式		
9:00~10:00	①精神保健福祉援助実習指導概論	9:00~11:00	④実習指導方法論—総論
10:10~11:10	演習 1		
11:20~12:20	②実習スーパービジョン論（1）	11:10~12:10	演習 4
12:20~13:10	昼食	12:10~13:00	昼食
13:10~14:40	②実習スーパービジョン論（2）	13:00~14:30	⑤実習指導方法論—各論
14:50~15:50	演習 2	14:40~16:40	演習 5
16:00~17:30	③現場実習マネジメント論	16:40~17:00	閉講式
17:40~18:40	演習 3		

## ■日程・会場・定員等（講師の所属は 10 月現在のもの／敬称略）

※締切後のお申し込みは、受付できません。

日程	地域・定員	会場	締切/必着	結果投函日
2月18日（土）、 19日（日）	05 福岡県  定員:100人	九州産業大学 福岡市東区松香台 2-3-1 アクセス JR 鹿児島本線「九産大前」駅から徒歩約1分ほか 講師 ①倉知延章（九州産業大学）、②渡邊俊一（希づき）、③ 大山和宏（えのき舎）、④今村浩司（西南女学院大学）、⑤諸家 紗織（鳥取県立総合療育センター）	12/18 （日）	1/12 （木）

## ■実習指導者の要件について（実習指導者講習会の受講要件ではありません）

精神障害者の保健及び福祉に関する科目を定める省令（平成 23 年 8 月 5 日 文部科学省・厚生労働省令第 3 号）により、下記の通り定められています。

（法第七条第一号の精神障害者の保健及び福祉に関する科目）

第 1 条第 8 項 実習指導者（実習施設等において精神保健福祉援助実習を指導する者をいう。以下同じ。）は、精神保健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つて、かつ、実習指導者を養成するために行う講習会であつ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なければならない。

（実習指導者に関する経過措置）

附則第 5 条 実習施設等における実習指導者については、平成 27 年 3 月 31 日までの間は、第 1 条第 8 項の規定にかかわらず、この省令の施行の際現に旧告示に規定する精神保健福祉援助実習を指導する者のうち学校等が適当と認める者を実習指導者とすることができる。

2 実習施設等における実習指導者については、第 1 条第 8 項の規定にかかわらず、当分の間、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に定める児童福祉司、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に定める精神保健福祉相談員、社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）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（昭和 35 年法律第 37 号）に定める知的障害者福祉司若しくは心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）に定める社会復帰調整官又は平成 27 年 3 月 31 日までの間において第 1 条第 8 項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課程を修了した者を実習指導者とすることができる。

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

**2016年度精神保健福祉士実習指導者講習会 05 福岡県会場 受講申込書**  
 (2017年2月18日、19日開催：締切12/18)  
**FAX. 03-5366-2993**

**【要確認】** 次の内容に該当する方は、チェック欄に○を付けてください。

チェック欄	福岡県会場 (2016/8/20-21、九州産業大学) に申込み、受講をお断りとなるハガキを受取った
-------	--

※記入間違いのないよう、**楷書**ではっきりとご記入ください。1から4（登録番号）は、**修了証**にそのとおり記載されます。

項目説明	記入欄（この枠内に、ご記入ください）
(ふりがな) <b>1. 氏名</b> (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) _____ ) <b>氏名</b> (男・女) 参加者配布名簿の備考欄に登録証とは別の名字の記載を希望する方は、ご記入ください。
<b>2. 生年月日</b>	西暦 年 月 日生 (〒 - ) ( _____ 都道府県 )
<b>3. 自宅住所</b>	登 録 年：平成 _____ 年 国家資格登録番号：第 _____ 号 登録後の経験年数 <small>左★参照</small> ： _____ 年 非構成員の方の <input checked="" type="checkbox"/> 必須欄 <input type="checkbox"/> 登録証コピー添付しました
<b>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験年数</b> ★参加希望会場の開催日時点の年数 ※非構成員は精神保健福祉士登録証コピー添付	(法人格名称) _____ (機関名称) _____ ( _____ 都道府県 ) 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 _____
<b>5. 勤務先機関について（都道府県名）</b> ※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」、「特定非営利活動法人〇〇 地域活動支援センター〇〇」、など) ※勤務先種別は、番号に○を付けてください。	送付先区分： <input type="checkbox"/> 勤務先（下記所在地を記入のこと）・ <input type="checkbox"/> 自宅 所在地 (〒 - )
<b>6. 受講通知等の送付先</b> ※「勤務先」を選択した方は、前項 5. にてご記入いただいた勤務先の所在地を記入してください。「自宅」を選択した方は、住所再記入は不要です。	TEL - - (□勤務先 □自宅 □携帯電話)
<b>7. 日中連絡のつく電話番号</b>	<input type="checkbox"/> ①2017年度実習受入れ決定 → 実習生の養成校名：①選択者の記入必須欄 <input type="checkbox"/> ②2017年度実習受入れ見込み <input type="checkbox"/> ③今後、実習指導をする予定 ◆資格登録後の実習指導経験年数 _____ 年 <small>左★参照</small> / 指導した実習生の凡そ人数： _____ 人
<b>8. 精神保健福祉士としてのあなたの「実習指導のかかわり」</b> ※ <b>いずれか1つを選択</b> ★参加希望会場の開催日時点の年数	<input type="checkbox"/> 修了者がいる ・ <input type="checkbox"/> 修了者がいない
<b>9. 同一職場の精神保健福祉士実習指導者「講習会修了者の有無」（法人ではない）</b>	<input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号 _____ ) <input type="checkbox"/> 入会申込中（入会申込書等を送付した月： _____ 月) <input type="checkbox"/> 非構成員
<b>10. 本協会への入会の有無</b>	西暦 年 月 日
<b>11. 受講時に配慮をご希望の方は具体的に記入下さい（お早目にお申込み下さい）。</b>	
<b>12. 申込年月日</b>	

**<個人情報の取り扱い>** 本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。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。