

# 精神保健福祉士 実習指導者講習会 開催案内 (2015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へも提供いたします。

5月開催の東京都会場のお申込みが定員を超えたことから、急遽7月に2回目の東京都会場を開催することを決定しました。当初から予定の京都府及び福岡県を含め、2015年度に本協会が開催する講習会は、今回のご案内で終了となります。申込み多数の場合は受講の必要性が高い方を優先いたしますことをご了承ください。

**※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 (30,000円) を振込まれた方のうち、2015年度中に入会頂いた方は、入会金5,000円+2015年度会費15,000円を免除します。該当者のうち現在入会手続き中 (入会金・年会費を送金済) の方は、2015年度入会承認後に20,000円を返金します。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)。

URL : <http://www.japsw.or.jp/jissy.html>

- ・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

会場ごとに締切日が異なります。締切日は厳守です。日程等一覧にてご確認ください。複数会場の申込みはできません。

## 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ると、**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の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。

<5月開催の東京都会場に申込み、「講習会申込番号」をお持ちの方へ>

申込書の該当欄に「講習会申込番号」及び「氏名」のみを記入し、FAX又は郵送でお申込みください。前回申込時から変更のあった事項以外の記入、登録証の添付は不要です。WEBからのお申込みも可能ですが、その場合は全ての申込内容をご入力いただく必要があります (登録証は不要)。

## ■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

※締切後のお申込みは、受付できません。

| 日程                  | 地域・定員                    | 会場  | 締切/必着       | 結果投函日       |
|---------------------|--------------------------|---|-------------|-------------|
| 7月4日(土)、<br>5日(日)   | 02<br>東京都<br><br>定員:80人  | <b>タイム24</b> 東京都江東区青海2-4-32<br>アクセス ゆりかもめ「テレコムセンター」 駅下車 徒歩約2分<br>講師 ①小沼聖治(日本福祉大学)、②齊藤晋治(健康科学大学)、<br>③木下了丞(麻生)、④池沢佳之(ハートクリニック)、⑤田村綾子(聖学院大学)                          | 6/7<br>(日)  | 6/15<br>(月) |
| 8月22日(土)、<br>23日(日) | 03<br>京都府<br><br>定員:100人 | <b>同志社大学 今出川キャンパス</b><br>京都市上京区今出川通烏丸東入<br>アクセス 地下鉄烏丸線「今出川」 駅から徒歩1分ほか<br>講師 ①金 文美(大阪保健福祉専門学校)、②上村啓子(京都市朱雀工房)、<br>③巖弥生子(瀬尾クリニック)、④上田幸輝(サポートハウスアンダンテ)、⑤知名純子(まるいクリニック) | 7/12<br>(日) | 7/23<br>(木) |
| 9月19日(土)、<br>20日(日) | 04<br>福岡県<br><br>定員:100人 | <b>九州産業大学</b> 福岡市東区松香台2-3-1<br>アクセス JR 鹿児島本線「九産大前」 駅から徒歩約1分ほか<br>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)、<br>④今村浩司(西南女学院大学)、⑤島内美月(八幡浜医師会立双岩病院)                      | 8/2<br>(日)  | 8/17<br>(月) |

※01 東京都会場は、2015年5月9日(土)、10日(日)に終了しました。

## ■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日文科科学省・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。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

TEL: 03-5366-3152 FAX: 03-5366-2993 E-mail: office@japsw.or.jp URL: http://www.japsw.or.jp/

※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）

**2015年度精神保健福祉士実習指導者講習会 受講申込書**  
**FAX. 03-5366-2993**

【必須】受講希望会場を「1ヵ所のみ」に○を付けてください（複数選択「不可」）。

| ☑欄 | 会場  | 開催日程     | 申込締切  |
|----|---|----------|-------|
|    | 東京都会場（タイム24）<br>※講習会申込番号をお持ちの方は、右枠内をご記入ください | 7月4、5日   | 6月7日  |
|    | 京都府会場（同志社大学）                                | 8月22、23日 | 7月12日 |
|    | 福岡県会場（九州産業大学）                               | 9月19、20日 | 8月2日  |

5月開催の東京都会場に申込みました  
講習会申込番号：  
氏名：  
※5月の申込時から内容に変更がない場合は、以下の欄の記入及び登録証の添付は不要です。

※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）<br><b>1. 氏名</b> （性別）<br>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）<br><b>氏名</b> （男・女）<br><br>参加者配布名簿の備考欄に登録証とは別の<br>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>  | <b>西暦</b> 年 月 日生   |
| <b>3. 自宅住所</b>  | （〒 - ）（ 都道府県 ）   |
| <b>4. 精神保健福祉士登録年と登録番号、<br/>登録後の相談援助業務の経験年数</b><br>※非構成員は精神保健福祉士登録証コピー添付   | <b>登録年</b> ：平成 年<br><b>国家資格登録番号</b> ：第 号<br><b>登録後の経験年数</b> ： 年<br>非構成員の方の☑必須欄<br><input type="checkbox"/> 登録証コピー添付しました                            |
| <b>5. 勤務先機関について（都道府県名）</b><br>※必ず経営主体の法人格から正式名称をお書きください。<br>(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)<br><br>※勤務先種別は、番号に○を付けてください。 | (法人格名称) _____<br>(機関名称) _____<br>( 都道府県 )<br>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<br>5.実習指定施設以外 6.勤務先なし<br>TEL - - FAX - -<br>E-mail _____   |
| <b>6. 受講通知等の送付先</b><br>※「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。<br>「自宅」を選択した方は、住所再記入は不要です。   | 送付先区分：☐勤務先（下記所在地を記入のこと）・☐自宅<br>所在地（〒 - ）   |
| <b>7. 日中連絡のつく電話番号</b>   | TEL - - (☐勤務先 ☐自宅 ☐携帯電話)   |
| <b>8. 精神保健福祉士としての<br/>「実習指導のかかわり」</b><br><b>※いずれか1つを選択</b>  | <input type="checkbox"/> ①2015年度実習受入れ決定 → 実習生の養成校名：①選択者は記入必須<br><input type="checkbox"/> ②2016年度実習受入れ見込み<br><input type="checkbox"/> ③今後、実習指導をする予定 |
| <b>9. 同一職場の精神保健福祉士実習指導者<br/>「講習会修了者の有無」(法人ではない)</b>   | ◆資格取得後の実習指導経験年数 年 / 指導した実習生の凡そ人数： 人<br><input type="checkbox"/> 修了者がいる ・ <input type="checkbox"/> 修了者がいない  |
| <b>10. 本協会への入会の有無</b>   | <input type="checkbox"/> 構成員（構成員番号 _____）<br><input type="checkbox"/> 入会申込中（入会申込書等を送付した月： 月）<br><input type="checkbox"/> 非構成員                      |
| <b>11. 受講時に配慮をご希望の方は具体的に<br/>ご記入下さい（お早目にお申込み下さい）。</b>   |  |
| <b>12. 申込年月日</b>  | 西暦 年 月 日   |

＜個人情報取り扱い＞ 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。