

社会福祉士実習指導者講習会修了者のほか、実習施設の職員や養成校教員も参加できます！

2017年度 実習指導者フォローアップ研修のご案内

(公社)神奈川県社会福祉士会では、実習指導者講習会を修了した社会福祉士が、講習会で学んだ内容を実際に現場で活用できるよう支援し、情報交換やネットワーク作りの場を提供することを目的にフォローアップ研修を開催しています。

社会福祉士実習は、実習指導者が**実習生に「ソーシャルワーク実践」を伝える**のはもちろんですが、実習指導を通して実習指導者自身が自己の実践を振り返り、**社会福祉士資格をもつ専門職としての「実践力」を高める**機会にもなります。また、**実習指導のノウハウは初任者研修にも応用**でき、実習指導者の研修は新任職員を指導する立場の**職員の階層別研修として位置付ける**ことも有効です。

実習生の受け入れは実習施設設置者の承認に基づいて行われ、実習指導は実習指導者のみならず、実習施設内の各部署と職員全体の理解と協力で成り立つものです。そこで実習指導者はもとより、**実習施設で実習指導に関わる職員の方にも社会福祉士実習への理解を深めて**いただきたいと考えています。今回は、「**実習指導におけるマネジメントの在り方**」に焦点をおいた研修会を企画致しました。日頃の現場での悩みを少しでも解決していただけますよう、是非皆様のご参加をお待ちしております。

実習指導者が円滑にマネジメントを進めるために！！

～悩めるあなたが元気になるヒント～

日 時 : 2018年1月14日(日) 13:00～16:00 (受付12:30～)

会 場 : ウィリング横浜 5階 502・503研修室

(京浜急行・横浜市営地下鉄「上大岡」駅下車徒歩5分) <http://www.yokohamashakyo.jp/willing/>

本研修実施にあたっては、各領域の実習指導者に集まっていただき、「**実習マネジメント在り方検討会**」を開催しました。今回は、**実習生受け入れについて上司や同僚の理解がなかなか得られない、実習生の意欲や意識に差があるので対応に苦慮する、養成校の巡回指導をどう活用してよいかわからない、受入れマニュアル作りのポイントは？**などなど、実習生を受け入れる際の実習マネジメントにおける課題をテーマとします。実際に現場で抱えている実習マネジメントに関する具体的な悩みをグループワークで相互に出し合い、課題を共有し、少しでも解決できるようなヒントを得ていただきたいと企画しました。

講 師 : 佐川 博之 氏

社会福祉士実習指導者講習会「実習マネジメント論」担当講師
大和市社会福祉協議会ボランティア振興課課長

企画・運営 : (公社)神奈川県社会福祉士会 実習指導者養成事業部

実習マネジメント在り方検討会

午前中は「**実習プログラミングワークショップ**」を開催します！

時 間 : 10:00～12:00 (受付 9:30～) 会 場 : 同上

担 当 : 西原留美子氏(当事業担当委員、東海大学)他

内 容 : 2014年度、2015年度の2か年をかけて本会で取り組んできました、実習プログラムを作成するためのノウハウをお伝えします。参加を希望される方は、ご自身の職場で作成されている実習プログラムがあれば、手元資料としてご持参ください。

定 員 : 50名

※応募者多数の場合は、現に実習指導に関わっている方を優先とします。

※定員を超え、お断りする場合のみご連絡いたします。連絡がない場合は当日直接会場へお越しください。

参加費 : 3000円

午前からの参加でも同一金額です。午前・午後の参加がお得です。注:午前からの参加は出来ません。

FAXでお申込後、最寄り郵便局より本会口座に参加費をお振込ください。

支払方法 : 郵便振替口座 口座番号 00250-0-43368

加入者名 公益社団法人神奈川県社会福祉士会

通信欄に「実習フォロー」とご記載ください。

申込方法 : 申込書に記入し、神奈川県社会福祉士会事務局まで FAXでお申込みください。

申込締切 : 2017年12月11日(月)

主 催 : 公益社団法人神奈川県社会福祉士会

お問合せ : 神奈川県社会福祉士会事務局 TEL 045-317-2045

***** FAX 045-317-2046 神奈川県社士会事務局宛*****

2017年度 実習指導者フォローアップ研修申込書

以下、該当箇所にレ点を記入してください

午後のみ参加します 午前・午後とも参加します

ふ り が な 氏 名	社会福祉士資格 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 会 員 (会員 NO) <input type="checkbox"/> 非会員
所 属 先 名 称	
所 属 先 種 別	<input type="checkbox"/> 施設入所系 <input type="checkbox"/> 施設通所系 <input type="checkbox"/> 養成校 <input type="checkbox"/> その他
指 導 分 野 種 別	<input type="checkbox"/> 児童・母子 <input type="checkbox"/> 障害児・者 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> その他 ()
社会福祉士実習の 指導経験の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今年度社会福祉士実 習受け入れ実績	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 TEL : FAX : Email :
実習指導者講習会 修了者は ご記入ください	受講年度 (年度) 研修主催団体 () 社会福祉士会主催講習会の場合 研修受講会場 () 受講番号 ()

実習生を受け入れる上での実習マネジメントにおける悩み、職場での課題があれば、記入してください。

※今回把握しました個人情報に関しては、本研修以外には使用いたしません。

※氏名、所属名、所属種別を記載した名簿は参加者へ配付します。