

平成29年度 介護福祉士基本研修会

1. 趣 旨： 介護福祉士資格取得後の実務経験2年未満の介護福祉士を対象に（または実務経験に関わらず知識の向上に）、介護過程の展開を中心に、生活支援としての介護の視点や自立支援の考え方について学び、現場実践に繋げることを目的として本研修を開催します。講義と演習を通じて倫理についての再確認やアセスメント、介護過程という介護福祉士の専門性を学びながら、他の受講者と話し合い、結果を導き出そうとする過程で、コミュニケーションや人間関係の一端も学ぶことが出来るのではないのでしょうか。

2. 開催内容

主 催	公益社団法人日本介護福祉士会・一般社団法人茨城県介護福祉士会
日 時	平成29年5月13日（土）・5月20日（土）・6月4日（日）・6月11日（日） ※開始時間9：00～16：00（受付は各日8：45～）
会 場	茨城県総合福祉会館 4階 中研修室 （※茨城県水戸市千波町1918番地）
対 象 者	介護福祉士資格取得後の実務経験2年未満の者 介護福祉士資格取得後の実務経験に関わらず受講を希望する者
定 員	50名（先着順、定員になり次第締め切りますのであらかじめご了承ください。）
講 師	一般社団法人茨城県介護福祉士会会員他
受 講 料	会 員：16,000円 一 般：22,000円（※テキスト代、資料代、修了証発行手数料を含みます。）
修了証書	修了者には研修を修了したことを認める修了証書を発行いたします。 なお、修了には全科目の履修が必要となります。 注）30分以上の遅刻、欠席をされた場合は補講を受講して頂きます。

3. 申込み方法

《申込方法》 ①受講料を下記口座に振込みの上、その受領書のコピーを申込み用紙に貼付してFAXまたは郵送で事務局までお送りください。

FAX 029-353-7246 茨城県介護福祉士会事務局宛て

※受講料振込先

常陽銀行本店営業部 普通口座 1633230 一般社団法人茨城県介護福祉士会

②入金確認後、受講決定通知書を送付いたします。

《申込締切》 平成29年4月25日（火）必着

《申込み・お問合せ先》 一般社団法人茨城県介護福祉士会（☎029-353-7244 月・木曜日）
（水戸市千波町1918番地茨城県総合福祉会館5階）

ホームページでのご案内 <http://care-net.biz/08/ibaraki/>

4. 研修開催日程・カリキュラム

日時	午 前	講 師	午 後	講 師
5/13(土)	(講義)・生涯研修制度における基本研修の位置づけ (講義)・介護過程を展開する前提として	・一般社団法人 茨城県介護福祉士会 会長 沼田 正人 ・つくば国際大学 専任講師 矢花 光	①求められる介護福祉士像 ②生活支援としての介護の視点 ③自立支援の考え方 ④介護福祉士に求められる知識と技術	・つくば国際大学 専任講師 矢花 光
5/20(土)	介護過程の基礎的理解 ①介護過程の意義と目的 ②介護過程の具体的な展開	アール医療福祉 専門学校 専任講師 小平 美代子	③介護過程とチームアプローチ	同 左
6/ 4(日)	(演習)・介護過程の実際の展開 事例1：障害者支援施設で生活するAさんの事例	株式会社ゆりかご 取締役部長 脇 健仁 氏	(演習)・介護過程の実際の展開 事例2：介護老人福祉施設で生活するCさんの事例	社会福祉法人北養会 特別養護老人ホーム もみじ館 施設長 伊藤 浩一
6/11(日)	(演習)・介護過程の実際の展開 事例3：介護保険サービスを利用しながら、自宅で生活するEさんの事例	医療法人博仁会 志村大宮病院 通所サテライト科 森 久紀	(演習)・介護過程の実際の展開 事例3 ・研修のまとめ	森 久紀 一般社団法人 茨城県介護福祉士会 会長 沼田 正人

5. その他

- ・講師は予定により変更になる場合があります。
また、悪天候・受講生数により講座が中止又は延期になる場合があります。その際は事務局から連絡をいたしますが、前もってご了承願います。
- ・講習初日（1月22日）に介護福祉士資格証（写）をご提出願います。
《※修了証発行の時、受講条件確認の為必要となります。》
- ・テキストの用意はあります。昼食、飲み物、筆記用具は各自ご用意ください。
- ・日程により駐車場が大変込み合います。係員の誘導へ添って駐車願います。
- ・原則、振込控えを領収書とさせていただきますが、別途領収書が必要な方は事務局へお申し出ください。

申込み FAX 送信先 029-353-7246

※表裏間違えないよう確認して送信ください。

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日	平成 29 年	月	日
-----	---------	---	---

平成 29 年度 介護福祉士基本研修会				申込書	
ふりがな 氏 名		性別 男 女	生年月日	年 月 日 (才)	
自宅住所	〒				
電 話	① 自 宅 _____ FAX _____		② 携 帯 _____		
勤 務 先 名					
連絡先住所等	〒				
	TEL		FAX		
介護福祉士登録番号	第	—	号		
介護福祉士登録年月日	平成	年	月	日	

受講料払込票 (受領書)
貼 付

該当するいずれかに○をつけてください。
A. 会 員 16,000円 会員番号 080-
B. 会 員 外 22,000円
※入会を希望する。 (入会に関する案内を お渡しいたします。)

◎お預かりしました個人情報は個人情報保護法を遵守し、研修の受講者管理のみ使用させていただきます。