

平成30年度 介護福祉士基本研修会

1. 目的： 介護福祉士取得後、実務経験で積み上げてきた実践値（知）を土台として国家資格である介護福祉士の専門性を高め、「介護過程の展開による根拠に基づいた介護実践」を中心に学びます。また、認定介護福祉士を目指す方は、次ステップである「ファーストステップ研修」の受講要件として基本研修会の修了が必須となっています。ファーストステップ研修修了後は「認定介護福祉士養成研修」へとキャリアアップの階段を上がっていく生涯研修体系となっています。

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30年6月3日（日）・6月16日（土）・7月15日（日）・7月28日（土） ※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30年5月20日（日）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
6/3(日)	(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	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	同 左
6/16(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
7/15(日)	(演習)・介護過程の実際の展開 事例1：介護保険サービスを利用しながら自宅で生活するA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	同 左
7/28(土)	(演習)・介護過程の実際の展開 事例2：障害者支援施設で生活するBさんの事例	株式会社ゆりかご 常務取締役 脇 健仁 氏	(演習)・介護過程の実際の展開 事例3：介護老人福祉施設等で生活する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

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(6月3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30年	月	日
-----	-------	---	---

平成30年度 介護福祉士基本研修会 申込書			
ふりがな 氏名	ふりがな	性別 男 女	生年月日 S / H 年 月 日生
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 ①入会を希望する ②入会を希望しない
--

◎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。