

## 平成 30 年度介護予防体操指導者研修

### 1.趣旨

介護福祉士又は実務者研修修了者が、介護予防体操の知識と技術を身につけ、その基礎となる理論や技術を習得し、介護対象者の日常生活動作の改善などを目的に、日々の生活支援にいつでも取り入れられることにより、利用者の生活の質を向上します。

#### ホップ！ 体の構造やしくみの復習

ステップ！ 確かな知識と技術で介護予防を目指し

ジャンプ！ 利用者の生活の質を向上しましょう

そして…指導者としてのプレゼンテーションも身につけよう！！

### 2.開催内容

主催	一般社団法人 茨城県介護福祉士会
日時	平成 30 年 10/16(火)、10/30(火)、11/13(火)、11/20(火)、1/24(木)、3/13(水) 全6日間 全日 9:00～16:00(受付 8:45～)
研修会場	茨城県立青少年会館 〒310-0034 水戸市緑町 1-1-18 TEL 029-226-1388
受講要件	介護福祉士 又は 実務者研修修了者で介護福祉士資格取得と予定している者 * 介護福祉士は修了書発行 * 実務者研修修了者は受講証明書発行(介護福祉士取得後に修了書を発行します)
申込締切	平成 30 年 9 月 28 日(金)消印有効 * 定員を超えた時点で受付終了となります。
受講定員	35 名
受講料	会員:15,000 円(テキスト代含む) 非会員:25,000 円(テキスト代含む)

### 3.申込み方法

①別紙申込書に必要事項を記入の上、FAX 又は郵送でお申し込み後、受講料をお支払い下さい。

お支払い完了時点で受付完了となります。

\* 受講料振込先・・・常陽銀行 本店

普通口座 1633230 一般社団法人茨城県介護福祉士会 会長 森 久紀

②申込締切日後、受講決定通知を郵送します。定員に達し申込のご希望に添えない場合はご連絡させていただきます。

### 4.研修プログラム

平成 30 年 10 月 16 日(火) 受付 8:45~9:00

時間	研修内容	担当講師
9:00 ~ 9:15	開講式・研修説明	茨城県介護福祉士会会長 森 久紀氏
9:15 ~10:15	介護予防とリハビリテーション	茨城県立健康プラザ管理者 大田 仁史先生
10:15~12:00	解剖運動学(体の部位・関節・関節の運動)	Rise total support 代表 理学療法士 所 圭吾氏
12:00~12:45	昼休憩	
12:45~16:00	介護予防体操(動作の基本・座位体操)	茨城県介護福祉士会 介護予防体操指導者

平成 30 年 10 月 30 日(火) 受付 8:45~9:00

時間	研修内容	担当講師
9:00 ~12:00	解剖運動学(骨・筋肉)	Rise total support 代表 理学療法士 所 圭吾氏
12:00~12:45	昼休憩	
12:45~13:45	解剖運動学(神経)	Rise total support 代表 理学療法士 所 圭吾氏
13:45~16:00	介護予防体操(前回復習・立位・臥位体操)	茨城県介護福祉士会 介護予防体操指導者

平成 30 年 11 月 13 日(火) 受付 8:45~9:00

時間	研修内容	担当講師
9:00~10:30	疾患の理解・活動時の留意点	茨城県立健康プラザ管理者 大田 仁史先生
10:30~12:30	嚥下障害 嚥下体操	言語療法士 茨城県介護福祉士会 介護予防体操指導者
12:30~13:15	昼休憩	
13:15~16:00	日常の動作と体操(1~2 日目の復習含む)	Rise total support 代表 理学療法士 所 圭吾氏

平成 30 年 11 月 20 日(火) 受付 8:45~9:00

時間	研修内容	担当講師
9:00 ~ 9:30	テスト	茨城県介護福祉士会 介護予防体操指導者
9:30 ~12:00	現場実習の振り返り	茨城県介護福祉士会 介護予防体操指導者
12:00~12:45	昼休憩	
12:45~15:30	体操の組み立て方・現場に沿った提案	Rise total support 代表 理学療法士 所 圭吾氏
15:30~16:00	修了証授与・フォローアップについて・閉講式	茨城県介護福祉士会会長 森 久紀氏

\*フォローアップ・・・平成 31 年 1 月 24 日(木)、3 月 13 日(水)

「プレゼンテーション力をつける」+ 受講生からのアンケートにより、内容を決定します。

申込先：FAX番号：029-353-7246

介護予防体操指導者研修  
《 申 込 書 》

ふりがな 氏 名	(性別 男・女) (生年月日) S. H年 月 日 ( 歳)
自 宅	(住所) 〒 (TEL) (FAX) (携帯電話)
勤務先	(名称) (所在地) 〒 (TEL) (FAX)
介護福祉士としての実務経験	_____年 茨城県介護福祉士会へ入会を ・希望する ・希望しません

※介護予防体操を実践するにあたり 希望する内容等がある方は下記へご記入下さい。

現場で実践するにあたり困った事、確認したい事

基礎知識 ( ) 学習

体操 ( ) 学習  
( )

その他

申込締め切り：平成30年9月28日(金)