

平成27年度介護福祉士の為の初任者研修

介護保険制度や障害者自立支援法の制定等により、認知症の介護など従来の身体介護にとどまらない新たな介護サービスへの対応が近年、求められるようになっていきます。初任者においても、自職場のケア理念や実務環境をふまえ、チームの中で自分の役割を理解し、ひとりでも確実に業務を遂行することが必要になります。介護福祉士の資格取得後のみなさん、現場で求められる知識を効率よく、確実に身につけるため、知識や技術を再確認してみませんか。

※当研修は公益社団法人日本介護福祉士の生涯研修体系の中に位置づけられています。

1. 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27年5月23日(土) 9:00 ~ 17:00 茨城県総合福祉会館4階 中研修室 6月14日(日) 9:00 ~ 17:00 茨城県総合福祉会館4階 中研修室 6月20日(土) 9:00 ~ 17:00 茨城県総合福祉会館3階 多目的室 *全日程(3日間)修了者のみ、修了証が発行されます。
会場	茨城県総合福祉会館(〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地)
対象者	介護福祉士資格取得後概ね2年以内の者 (介護福祉士取得後2年以上の方も受講可能です)
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理事他
受講料	会員:12,000円 非会員:17,000円 ※資料・テキスト代含む
研修プログラム	別紙参照

2. 申込み方法

＜申込み方法＞

- ① 別紙の申込書に必要事項をご記入の上、FAX または郵送でお申し込みください。
- ② 受講決定について・・・定員に達し受講できない方のみ事務局から電話にて連絡をします。ご連絡が無い限りは、当日受付時間(初日8:45~受付)まで研修会会場へお越しください。
- ③ 受講料は当日現金にて徴収いたします。施設名で領収書等必要な方は、申込書の空欄へその旨記入し、お申し込みください。

＜申込締切＞

平成26年5月13日(水) ※定員になり次第、締切らせていただきます。

＜申込み・お問合せ先＞ 一般社団法人茨城県介護福祉士会

〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地 茨城県総合福祉会館5階

電話 029-353-7244 (月/木曜日) FAX 029-353-7246

ホームページ <http://care-net.biz/08/ibaraki/>

《介護福祉士初任者研修プログラム》

全3日間 合計21時間

【1日目】 平成27年5月23日（土）			
時 間（時間数）		内 容	講 師
8：45～9：00		受付	社会福祉法人克信会 デイサービスセンター 金沢弁天園 勤務 茨城県介護福祉士会 副会長 石井 卓史 ※看護師選定中
9：00～9：10		オリエンテーション	
9：10～11：10	2	介護福祉士の専門性と職業倫理	
11：10～12：10	1	介護福祉士の法律と関連する制度政策	
12：10～13：00		昼食休憩	
13：00～14：00	1	介護福祉士の基本的態度	
14：00～15：30	1.5	介護福祉士の為の医学知識	
15：30～17：00	1.5	〃 緊急時の対応	
【2日目】 平成27年6月14日（日）			
時 間（時間数）		内 容	講 師
9：00～12：00	3	介護過程の展開	アール医療福祉専門学校 専任講師 茨城県介護福祉士会理事 小平 美代子
12：00～13：00		昼食	
13：00～14：00	1	介護過程の展開	
14：00～15：30	1.5	記録と報告	
15：30～17：00	1.5	介護福祉士の仕事とコミュニケーション	
【3日目】 平成27年6月20日（土）			
時 間（時間数）		内 容	講 師
9：00～17：00 *昼休憩1時間含む	7	介護福祉士のための介護技術 ・より良い介護を目指した介護技術 ・移動の介助 ・食事の介助 ・排泄の介助 ・福祉用具の意義と活用	介護老人保健施設 ゆうゆう 勤務 茨城県介護福祉士会理事 黒木勝紀

*全過程修了者には生涯学習ポイント（10.5ポイント）と修了証を交付致します。

*当研修は介護職員基礎研修（2013年4月施行のホームヘルパー2級に代わる資格）とは異なります。

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27年	月	日
-----	-------	---	---

平成27年度介護福祉士の為の初任者研修 申込書			
氏名 <small>ふり がな</small> 氏 名		性別 <small>男 女</small>	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			
勤務先住所	〒 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	

該当するいずれかに○をつけてください。	
A. 会員 12,000円	B. 会員外 17,000円
会員番号 080-	①入会を希望する ②入会は希望しない

*ご記入いただきました個人情報は、本研修以外では使用いたしません。

※領収書の宛名は【 _____ 】で作成してください。