

令和2年度 介護福祉士基本研修 開催要綱

これまで実施してきた「介護福祉士初任者研修」の内容を、介護過程の展開及び前提となる生活支援としての介護の視点や、自立支援の考え方を中心としたものに見直しました。

それまでの実務経験で積み上げてきた実践値（知）を土台として、介護過程を展開し、根拠に基づいた介護を実践するための知識や技術、倫理観を改めて学び、専門職としての第一歩を踏み出すために、介護福祉士基本研修を実施します。

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として、日本介護福祉士会の生涯研修体系に位置付けている研修です。それまでの実務経験に関わらず、全ての会員に受講していただく研修となっています。

「介護福祉士ファーストステップ研修」の受講要件として、「介護福祉士基本研修」の修了が必須となっています。

記

- ◎実施主体 一般社団法人三重県介護福祉士会
- ◎会場 三重県津市栄町3丁目243 関権第3ビル 2階
三重県介護福祉士会 研修室
※人数によって会場の変更があります。
変更がある際はご連絡させていただきます。
- ◎実施期間 第1回～第3回 オンライン研修（オンデマンド形式）
動画視聴期間 令和2年12月14日 ～ 令和3年1月29日まで
第4回 集合研修 or オンライン（ZOOM）研修
開催日：令和3年1月29日（金）9：00～16：00
- ※第1回～第3回に関して、提出物があります。**
・第1回～第2回の提出物は令和3年1月29日まで
・第3回の提出物は令和3年1月12日まで
提出物が確認出来、なおかつ4日目の研修の受講を済ませられた方に修了証を発行致します。
- ◎受講対象者 介護福祉士資格取得後の実務経験2年未満の者
実務経験2年以上の方でも受講可能です
- ◎履修科目・時間数 4日間・24時間（裏面参照）
- ◎受講定員 40名（定員になり次第締め切りとさせていただきます。）
- ◎受講料 会員 10,000円（テキスト代込）
非会員 20,000円（テキスト代込）
*4日間分の料金となります。
*テキストは日本介護福祉士会編集「介護福祉士基本研修テキスト」を使用します。

※受講料納入方法

- (1)裏面指定口座へ令和2年11月30日（月）までにお振り込みください。
- (2)振込にかかる手数料は受講者負担とさせていただきます。
- (3)納入後に参加を取り消した場合は、すでに納入した参加費は返還いたしかねますのでご了承ください。

【振込口座】

百五銀行 津駅前支店 普通 876526
一般社団法人 三重県介護福祉士会 会長 大田 京子
(イッパンジャダンホウジン ミエケンカイゴフクシカイ カイチョウ オオタ キョウコ)

* 当日入会を申し込まれた場合、会員といたします。

◎申込方法 別紙申込書に記入のうえ、三重県介護福祉士会事務局へFAXまたは郵送してください。

* 会員の方は、必ず会員番号を明記してください。

* 入会手続き中の方は手続き中と記入してください。

* 申込者には、受講決定通知書を送付いたします。

◎締切日 令和2年11月30日（月）

◎問合せ先 一般社団法人三重県介護福祉士会 事務局
TEL 059-264-7741 FAX 059-264-7742

◎プログラム

日程	内容
オンライン研修 (オンデマンド形式) 令和2年12月14日（月） ～ 令和3年1月29日（金）	(動画) ・生涯研修制度における基本研修の位置づけ ・介護過程を展開する前提として 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
オンライン研修 (オンデマンド形式) 令和2年12月14日（月） ～ 令和3年1月29日（金）	(動画) ・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 ③介護過程とチームアプローチ ※動画視聴後、小テスト（動画・テキスト確認可能）がありますのでGoogleフォームにて回答してください
オンライン研修 (オンデマンド形式) 令和2年12月14日（月） ～ 令和3年1月29日（金）	(動画) ・介護過程の展開の実際 ～事例1～ 障害者支援施設で生活するAさんの事例 ～事例2～ 介護老人福祉施設で生活するCさんの事例 ※介護計画の作成した物を令和3年1月12日までに三重県介護福祉士会事務局に提出してください。
集合研修 or オンライン 令和3年1月29日（金） 9:00～16:00	(演習) ・介護過程の展開の実際 ～事例3～ 自宅で生活するEさんの事例 ・研修のまとめ

介護福祉士基本研修申込書

FAX : 059-264-7742

送り状は不要です

フリガナ	該当するほうに○をつけてください		
氏名	会員 (No) ・ 非会員		
介護福祉士 登録番号	職	種	
登録年月日	年	月	日
登録年月日	職種経験年数		年
自宅住所	〒		
自宅連絡先	TEL (- -) FAX (- -) E-mail 連絡の取れるE-mailをご記入ください		
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先連絡	TEL (- -) FAX (- -)		
4日目の 参加	集合 ・ オンライン (ZOOM)		
参加券 送付先	自宅 ・ 職場		

- * 会員の方は必ず会員番号を明記してください。
- * 当日入会されれば会員といたします。
- * お振込みいただいた受講料は返金いたしかねますのでご了承ください。
- * 申込者には、参加券を送付いたしますので、当日ご持参ください。