

(オンデマンド・オンライン研修) 令和3年度 介護福祉士基本研修 開催要綱

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として、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。(日本介護福祉士会の生涯研修制度体系に位置付ける研修です)
この機会に改めて基礎を学びたいと考えている中堅・ベテランの方も是非お申込みください。

2. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士会／公益社団法人 福岡県介護福祉士会

3. 日 程 1日目：令和4年2月11日（金）～令和4年2月25日（金）
2日目：令和4年2月26日（土）
3日目：令和4年2月27日（日）～令和4年3月11日（金）
4日目：令和4年3月12日（土）

4. 時 間 右表のとおり

5. 実施方法 1日目：オンデマンド 2日目・4日目：オンライン 3日目：通信学習
※会場に集合しての研修は行いません。

6. 定 員 20名（先着順に受付をいたします）
※但し、参加希望者10名未満の場合は研修を中止する場合があります。

7. 参加対象 ①原則、介護福祉士資格取得者2年未満の方を主な対象者といたします。
②今回は、オンデマンド・オンライン研修で実施する為、パソコン環境（インターネット）・Zoomが使用できる方を対象とさせていただきます。

8. 参加費 会 員 13,000円（テキスト代含む）
非会員 20,000円（テキスト代含む）
※受講が決まってから後日「請求書」と「受講決定通知」を送付いたします。
※「研修受講券」（受講料割引券）を利用できる研修です。ご希望の方は、裏面備考欄に「研修受講券を使用」とご記入下さい。（但し、受講料入金後「研修受講券」を使用することはできません）

9. 受講申込 (1) 申込方法
裏面に必要事項をご記入の上、FAX又は郵送にてお申込みください。
(2) 申込期限 令和4年1月5日（水）厳守
(3) 申込先 〒812-0013 福岡県福岡市博多区博多駅東1-1-16-2階
公益社団法人福岡県介護福祉士会 TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

10. その他 ・受講が決まった方には、受講通知を送付します。その後、受講料のご入金をお願いいたします。
・受講料ご入金後の返金はいたしません。ご注意ください。

- ・今回は、新型コロナウイルスの影響により、集合での研修ではなく、オンデマンド、オンライン、通信学習と取り入れた方法で研修を実施します。
- ・初日のオンデマンドの映像・課題については、受講が決定した方へ改めてお知らせします。
- ・全カリキュラムを受講された方には、「修了証書」を交付いたします。
- ・日本介護福祉士会の会員には生涯研修ポイントが付与される研修です。
- ・研修当日の通信環境の不具合等により、受講できなかった場合でも、補講は行いません。

11. 研修内容 (下記プログラムは時間を変更する場合があります。)

	科目	時間	進め方
1日目	基本知識の学習		
	① 求められる介護福祉士像	6時間	※オンデマンド型授業（eラーニングシステムを利用し、録画したものを配信、单元ごとに確認テストを実施） ※2/11～2/25の期間で各自、動画の視聴と確認テストを行う。
	確認テスト		
	②介護福祉士の倫理		
	確認テスト		
	③生活支援としての介護の視点		
	確認テスト		
	④自立支援の考え方		
	確認テスト		
	⑤介護福祉士に求められる知識と技術		
確認テスト			
2日目	介護過程の基礎的理解	6時間	同時双方向型授業（Zoomを利用） 研修日：2/26
	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		
	オンデマンド研修・通信課題の方法説明		
3日目	介護過程の展開の実際	4時間	通信課題 2/27～3/11の期間で各自課題に取り組む。
	①介護過程の展開の実際		
	②演習		
	確認テスト	2時間	
4日目	介護過程の展開の実際	1時間	同時双方向型授業（Zoomを利用） 研修日：3/12
	確認テストのフィードバック		
	①介護過程の展開の実際	4時間	
	②演習 事例検討		
	③報告・連絡・相談の必要性	1時間	
	④研修のまとめ（継続的な研修の必要性）		
		24時間	

【申し込み先】※送り状は不要です。

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 (FAX 092-436-5234)

日本介護福祉士会 生涯研修制度
令和3年度 介護福祉士基本研修
申込書

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

ふりがな				◆ 会 員 () ◆ 会員外 (※どちらかに○をつけてください)
氏 名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
メールアドレス				
自宅住所	〒			
自宅TEL		日中連絡が取れる番号 (携帯電話・職場等)		
介護福祉士取得後 介護経験年数	年	職場名		
受講決定通知 送付先	〒 ※上記自宅と異なる場合はご記入ください。(同じ場合は記入不要)			
備 考	※「研修受講券」を利用する方はご記入ください。(例：研修受講券〇〇〇円使用)			

※本申込書は本研修以外の目的では使用いたしません。