

## 令和6年度介護福祉士基本研修 開催要綱

# 介護福祉士として歩み出したあなたのために!!

- 趣 旨** 私たち介護福祉士が、専門職として求められる役割や期待に応えるためには、現場実践の経験を積み重ねながら、キャリアアップを図っていくことが求められます。日本介護福祉士会では、生涯研修制度を体系づけ、資質の向上や均質化につながるよう段階に応じた人材育成を推進しています。介護福祉士基本研修は、介護福祉士資格取得後2年未満の初任者を対象とした研修であり、介護過程を主とした、根拠のある介護実践に必要な視点や考え方を学ぶ研修です。介護福祉士としてキャリアアップの道筋を描くことを支援するとともに、介護の専門性確立へつなげていくことを目的に本研修を開催します。
- 主 催** 一般社団法人鳥取県介護福祉士会
- 日 程** 令和6年6月19日(水)、20日(木)、27日(木)、28日(金) 【全4日間】
- 会 場** 倉吉体育文化会館(倉吉市山根529-2 Tel:0858-26-4441):6/19(水)、20(木)  
倉吉未来中心(倉吉市駄経寺町212-5 Tel:0858-23-5390):6/27(木)、28(金)
- 研修内容** プログラムのとおり  
※会員の方には、全研修修了時に生涯研修ポイント24ポイントが付与されます。
- 受講対象及び定員** 介護福祉士取得後の実務経験が概ね2年未満の方 30人
- 受講料** 鳥取県介護福祉士会員 9,000円(テキスト代込み)  
その他の介護福祉士 12,000円(テキスト代込み)  
※1.受講料は、決定通知時にお知らせする振込先にお振込みください。  
※2.申込時に入会されると会員価格で受講できます。(入会金3,000円/年会費11,500円)  
※3.受講料納入後のキャンセルや欠席された場合等の返金はいたしかねますので、御了承ください。
- 申込方法** 別紙受講申込書に必要事項を記入の上、5月17日(金)までに下記事務局へFAXまたは郵送によりお申し込みください。申込み締め切り後、決定通知を郵送します。(5月28日頃発送予定)
- 問合せ先** 鳥取県介護福祉士会事務局  
鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部  
〒689-0201 鳥取市伏野1729-5  
電話:0857-59-6336  
ファクシミリ:0857-59-6341  
メール tori-kaigo@tottori-wel.or.jp

## 「令和6年度介護福祉士基本研修」プログラム

日 程	科 目	講 師
1 日目 6月19日(水) 会場：倉吉体育文化会館 (小研修室2) 9：10～受付 9：20～16：30	開講式・オリエンテーション 【講義】介護福祉士に求められる役割と能力 ・求められる介護福祉士像 ・生活支援としての介護の視点 ・自立支援の考え方 ・介護福祉士に求められる知識と技術	ル・ソラリオン 新川 典子
2 日目 6月20日(木) 会場：倉吉体育文化会館 (教養室1) 9：30～16：30	【講義】介護過程の基礎的理解 ・介護過程の意義と目的 ・介護福祉士の具体的な展開 ・介護過程とチームアプローチ	医療法人真誠会 山根 賢一
3 日目 6月27日(木) 会場：倉吉未来中心 (セミナールーム2) 9：30～16：30	【演習】介護過程の展開の実際 ・事例1「介護老人福祉施設で生活するAさんの事例」 (事例に基づく実践演習) 事例1の課題 ・事例2「生活介護事業所で生活するBさんの事例」 (事例に基づく実践演習) 事例1.2の課題	美和あすなろ 横田 直美
4 日目 6月28日(金) 会場：倉吉未来中心 (セミナールーム2) 9：30～16：30	【演習】介護過程の展開の実際 ・事例3「自宅で生活するCさんの事例」 (事例に基づく実践演習) 事例3の課題 修了証交付	

※適宜、休憩が入ります。

### 【注意事項】

マスクの着用は任意とします。

発熱や風邪症状の体調不良の方は、参加をご辞退頂きます。

感染症拡大のほか、豪雨災害・台風等の自然災害が発生した場合は、変更・延期・中止もあり得ますので、ご了承ください。その際は本会ホームページ等でご案内します。

ファクシミリ番号 (0857) 59-6341

鳥取県介護福祉士会事務局 行

### 令和6年度介護福祉士基本研修 受講申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
受講者名			
職 種		経験年数	年 月
会員番号等	いずれかに☑ を付けてください。 <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号: 31 _____) <input type="checkbox"/> 入会申込中 <input type="checkbox"/> 今回、入会を希望する <input type="checkbox"/> 非会員		
所 属 先	法人名		
	事業所名		
	住所	〒 _____ - _____	
	電話番号		
自 宅	住所	〒 _____ - _____	
	電話番号(ケイタイ)		
連絡先 (決定通知等送付先等) (どちらかに○を付けてください)	自宅    ・    勤務先		

※受講希望者は申込書に1名ずつ記入し、お申し込みください。

※申込書に記載された個人情報は、本研修会の名簿作成等管理運営の目的のために使用し、他の目的で使用することはありません。