

平成28年度 介護技術研修（基礎コース）

1. 趣 旨

社会福祉施設における介護サービスの質と向上を図るため、各施設の介護職員に対し、介護の基礎を確認し現場での実践方法を考察することを目的に介護技術の実技講習を行います。

※本研修会は岡山県社会福祉協議会が独自に行う研修であり、資格取得等につながるものではありません。

2. 期 日 【A日程】 10月 4日（火）～ 10月 5日（水）
【B日程】 10月12日（水）～ 10月13日（木）
【C日程】 10月25日（火）～ 10月26日（水）
※各日9：30～16：00 ※いずれかの日程を選択下さい。

3. 会 場 岡山県総合福祉・ポラテア・NPO 会館（きらめきプラザ）3階 介護実習室
（〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1）

※ 研修会利用者への駐車場はございませんので、会場へは公共交通機関をご利用下さい。
車の場合は、周辺の有料駐車場をご利用下さい。

【周辺駐車場】 URL : http://fukushiokayama.or.jp/files/9513/8085/9565/4_4_2_parking.pdf

4. 参加対象者及び定員

県内の福祉施設において、直接介護サービス業務に従事している者（現在、介護職員であるもの）。

介護の業務経験が1年未満である者（介護業務経験1年～3年の方は発展コースの対象です）。

現在の施設での経験年数ではなく、介護業務に携わってからの年数でご計算ください。

定員：各日程とも32名

5. 参加費

県社協会員： 8,000円 非会員： 20,000円

※昼食の斡旋販売はありません。各自ご用意ください。

6. 講 師 岡山県介護福祉士会 介護技術講習主任指導者および指導者

7. 日程・研修内容 <<各日程共通>> ※実技演習を行いますので、介護に適した服装でお越し下さい。

※下記時間は、研修の進み具合によって多少前後いたします。

日 程		カリキュラム
各日	9：00～ 受付	
1日目	9：30～10：10	【 講 義 】 介護職員の専門性と役割
	10：10～11：00	【 講義・演習 】 コミュニケーションの意義と目的
	11：00～12：00	【 講 義 】 ボディメカニクスの理解 移乗・移動の介助
	13：00～16：00	【 演 習 】 ボディメカニクスの理解 移乗・移動の介助
2日目	9：30～11：30	【 講義・演習 】 食事の介助
	11：30～12：10	【 講 義 】 排泄の介護（身体の清潔・整容も含む）
	13：10～14：30	【 演 習 】 排泄の介護（身体の清潔・整容も含む）
	14：30～16：00	【 演 習 】 事例を通じての介護の基礎の確認 （衣類着脱も含む）

8. 参加申込 申込受付開始： 9月1日(木) 午前9時00分より開始。

①県社協ホームページから申込み

県社協ホームページの「福祉施設職員等の研修案内」内、該当研修の「研修申込フォーム」より必要事項を入力しお申込みください。

URL： http://fukushiokayama.or.jp/workwelfare/sisethu_syokuin/

②郵送・FAXで申込み 【FAXで送信された場合は、必ず確認のためご一報願います。】

参加希望者は、下記「参加申込書」により郵送またはFAXにてお申込みください。

注意点

- ※ 申込受付開始以前は受付いたしかねますのでご注意ください。
- ※ 完全先着順とし、各日程とも定員になり次第、締め切らせていただきます。お断りさせていただく場合は、申込より10日以内にご連絡いたします。
- ※ 参加申込は1事業所あたり、1名様までの参加にさせていただくようお願いいたします。

9. 参加費納入方法

郵便局に備え付けの青い「払込取扱票」にて下記のとおり、平成28年9月23日(金)までにお振り込みください。

なお、納入した後に参加を取り消された場合は、すでに納入していただいた参加費は一切返還いたしませんので、その旨ご了承ください。

◇郵便局で青色の郵便振替払込取扱票にて、

- 振込先 【口座番号】01330-1-54074
【加入者名】社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会
- 通信欄・ご依頼人欄には、①「介護技術研修 基礎コース」②参加の日程
③郵便番号・住所・氏名・電話番号を必ずご記入ください。

10. 個人情報の取り扱いについて

「参加申込書」に記載された個人情報は、運営管理の目的のみに利用させていただきます。

なお、本研修の名簿に施設名・施設種別・氏名・職名を掲載いたします。

11. お問い合わせ先

岡山県社会福祉協議会 福祉経営支援部 福祉人材センター (担当：伊藤)
 〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1 きらめきプラザ1階
 TEL (086) 226-3507 FAX (086) 801-9190

平成28年度 介護技術研修(基礎コース) 参加申込書

FAX：086-801-9190

平成28年 月 日

法人名 _____ 施設名 _____

電話番号 _____ 県社協会員 _____ 加入 ・ 未加入

担当者名 _____ 申込受付開始： 9月1日(木) 午前9時00分より

該当の種別施設に ○を附して下さい	1：生活保護施設 2：障害者総合支援法に基づく施設 3：市町村社協 4：特別養護老人ホーム 5：養護老人ホーム 6：訪問介護 7：通所介護 8：小規模多機能型居宅介護 9：グループホーム 10：軽費老人ホーム 11：介護老人保健施設 12：その他 ()					
ふりがな 氏名	性別	介護職歴 (～ヶ月等)	職名	参加希望日程 ○をつけてください。		
				A日程 (10/4・5)	B日程 (10/12・13)	C日程 (10/25・26)
	男 ・ 女					

※研修当日は、介護実技に適した服装でお越しください。