

認定介護福祉士養成研修 開催要綱

領域：認定介護福祉士養成研修導入 科目：「認定介護福祉士概論」

内容：認定介護福祉士に求められる役割と実践力について等

1. 目的

利用者のニーズの多様化や高度化に対応する質の高い介護実践、介護職の指導・教育、医療職等との連携強化など、幅広い役割を担う介護福祉士が求められてきています。これからは、介護サービス利用者の増加に伴い、介護職としての能力や知識に幅のあるメンバーをチームリーダーとしてとりまとめ、サービスの質の改善のために教育・指導等の育成に取り組むことも重要になってきます。さらに、これからの地域包括ケアシステムの推進には、利用者に寄り添う生活支援の専門職として、より広い視野をもった介護福祉士が必要になってきます。

介護福祉士には、資質向上の責務が課せられていることから、今後はさらに介護福祉士のキャリアパス実現に向けた取り組みが重要になってきます。そこで継続的な教育機会を提供し、介護福祉士の資質を高め、社会的な要請にこたえるために「認定介護福祉士養成研修」を実施します。

【認定介護福祉士のねらい】

- 1) 生活を支える専門職としての介護福祉士の資質を高める。
 - ①利用者のQOLの向上
 - ②介護と医療の連携強化と適切な役割分担の促進
 - ③地域包括ケアの推進 など
- 2) 介護の根拠を言語化して他職種に説明し共有したり、他職種からの情報や助言の内容を適切に介護職チーム内で共有することで、他職種との連携内容をより適切に介護サービスに反映することに寄与する。
- 3) 介護福祉士の資格取得後の継続的かつ広がりをもった現任研修の受講の促進と資質の向上を図る。つまり、介護福祉士の資格取得後も介護業界で努力し続け、継続的に自己研鑽する拠り所となる。
- 4) 介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの形成

2. 主催 一般社団法人沖縄県介護福祉士会

3. 日時 ①平成31年3月1日（金）受付9：00～
オリエンテーション9：20～9：30 講義9：30～16：50
②平成31年3月2日（土）受付9：00～
オリエンテーション9：20～9：30 講義9：30～16：50

※2日間とも受講できることが必須要件となります。1日のみの受講は認められません。

※平成30年9月29日（土）・30日（日）台風24号により開催できなかった当該研修の振替となります。

4. 会場 沖縄県総合福祉センター東棟4階401研修室（研修会場は変更される可能性があります）
〒903-0804 那覇市首里石嶺町4-373-1

5. 受講対象者

(1) 次のア～ウのいずれをも満たしていること。

ア 介護福祉士資格取得後の実務経験5年以上（実務経験の考え方は介護福祉士国家試験の受験資格に準ずる）

イ 介護職員を対象とした現任研修の受講歴として、100時間以上の履歴を有していること。

ウ 当会の課すレポート課題又は受講試験において一定水準の成績を修めていること。ただし、認定介護福祉士認証・認定機構の定める研修を修了している場合は免除する（ファーストステップ研修等）。

(2) 次のエ又はオを満たすことが望ましいこと。

エ 介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダー（ユニットリーダー、サービス提供責任者等）としての実務経験を有すること。

オ 居宅、居住（施設）系サービス双方での生活支援の経験があること。

6. 研修内容 別紙1「研修概要」参照

7. 講師 東洋大学ライフデザイン学部 生活支援学科 教授 本名 靖 (ほんな やすし) 氏
一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構 理事

8. 受講定員 30 人 (受講申込みが定員に達し次第、受付を締め切りさせていただきます。)

9. 受講料 会員 10,000 円 非会員 20,000 円

(沖縄県介護福祉士会以外の支部会員の方も受講できます。その際 9. 受講料と同額となります。)

受講料については、受講予定日の 1 週間前までに下記の振込先口座にお振り込み下さい。

| | |
|-----------|---|
| 振込先 口座 | (1) 振込先金融機関：沖縄銀行 石嶺支店 (口座名義) (社) 沖縄県介護福祉士会 会長 羽鳥 訓秀 (口座番号) 1 4 4 8 8 9 4 (振込手数料は各自でご負担下さい) |
| | (2) 振込先金融機関：ゆうちょ銀行 (加入者名) (社) 沖縄県介護福祉士会 (口座記号) 1 7 0 3 0 (口座番号) 1 1 8 4 2 9 3 1 (振込手数料は各自でご負担下さい) * 他の金融機関から振り込みされる場合は、(店名) 七〇八 (読みナナ ゼロハチ)、(店番) 7 0 8、(口座番号) 1 1 8 4 2 9 3 となります。 |

振込み後の参加取り消しや欠席の場合、受講料の返金はできませんので予めご了承下さい。

10. 修了について 研修科目ごとに修了試験の実施や課題レポートの提出等があります。それぞれの研修科目において修了認定の評価に合格することが科目修了の要件となります。

11. 受講申し込み

別紙 2 「受講申込書」に必要事項を記入の上、下記問い合わせ先へ F A X 又は郵送でお送り下さい。
また、記入後の「受講申込書」を PDF データに変換して、メールにて申し込むことも可能です。

12. 問い合わせ先

一般社団法人沖縄県介護福祉士会

〒903-0804 那覇市首里石嶺町 4-373-1 沖縄県総合福祉センター内西棟 4 階 (事務局)

電話 098-887-3344 (平日 13:00~17:00 まで受付) FAX098-887-3391 (24 時間受付)

E-mail : okikaigo@gmail.com

13. その他

* 事前課題の作成に当たり本会ホームページ内特設ページ「認定介護福祉士」を確認して下さい。

* 修了試験の詳細については研修当日に担当講師より説明があります。

* 当該研修の聴講を希望される正会員の方は、事前に本会事務局までご連絡下さい (非会員の方の聴講はご遠慮願います)。

* 事前に本会事務局より受講予定者の方へ、受講対象者の要件について確認・照会する場合がありますので予めご了承ください。

* 会場駐車場は駐車台数が限られていますので、予め公共交通機関をご利用いただくか乗り合わせ等のご協力をお願い致します。

* 研修会場は個人の希望による空調温度調節が不可能ですので、必要な方は上着の用意をお願い致します。

* 天候等諸事情 (台風等) により当該研修が開催されない場合がありますので予めご了承下さい。

【 研修概要 】

1. 認定介護福祉士の社会的使命と介護福祉士の専門性
 - 1) 認定介護福祉士養成研修の研修全体の流れの理解
 - 2) 介護をめぐる社会的動向（地域包括ケアシステムと医療・介護連携等）と介護福祉士の役割の変化
 - 3) 認定介護福祉士の求められる役割と実践力（根拠ある生活支援、介護職チーム運営、マネジメント、職種間連携、地域連携）
 - 4) 介護福祉の専門性への考察
2. 介護現場における様々な問題とその要因
 - 1) 職種間または組織間に起こりやすい問題
 - 2) 利用者への関わり方や介護観の相違により起きる問題
3. チーム運営と職種間連携、求められるリーダーシップ
 - 1) チームを構成する職種間連携・各職種の役割・機能の理解
 - 2) チームケア・チームアプローチとは何か
 - 3) チームにおける介護福祉観・支援目標の共有化
 - 4) チーム内・職種間の調整
 - 5) チームメンバーとのコミュニケーション

【 事前課題について 】

事前課題No. 1

・事前に送られる認定介護福祉士説明資料を読み、認定介護福祉士養成研修の体系や認定介護福祉士養成研修が創設された経緯等について学習すること。認定介護福祉士のイメージを作成し、A4用紙1枚（1200字）程度でまとめて持参する。研修資料として使用する。

事前課題No. 2

・自分の属する介護職チームの状況、及びそこにおいて生じる組織的課題と、その課題を解決した事例についてA4用紙1枚（1200字）程度でまとめて持参する。研修資料として使用する。（現在、介護職チームに属していない者は、以前のチーム、または身近なチームについてまとめること）

※ 事前課題の提出締切日

・平成31年2月18日（月）* 事前課題の締切日を必ず厳守して下さい。

郵送の場合は締切日当日までの消印有効、Fax・メールの場合は締切日までの送信有効、

- * 締切日までに事前課題の提出がない場合は当該研修科目の受講はできません。
- * 締切日を超えて提出された事前課題は受け付けずそのまま受講生に返送します。
- * 課題作成にあたっては時間的な余裕をもって取り組んで下さい。
- * 事前課題を提出される際には、必ず本会指定様式の表紙を付けて下さい。

【 送信先 FAX 098-887-3391 】（送付状不要）

認定介護福祉士養成研修 受講申込書

領域：認定介護福祉士養成研修導入 科目：「認定介護福祉士概論」

内容：認定介護福祉士に求められる役割と実践力について等

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|-------|-----------|
| 申込科目名 | 認定介護福祉士概論 | | |
| ふりがな | | 男性・女性 | 【 昭和・平成 】 |
| 氏名 | | | 年 月 日生 |
| 会員・非会員 ※いずれかに○をつけてください。 | 1. 会員（4700）⇒会員番号をご記入ください。 2. 非会員 | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |
| | FAX番号 | | |
| | 携帯番号 | | |
| | パソコン メール アドレス | | |
| 勤務先 | 名称 | | 職種 |
| | 住所 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |
| 介護福祉士 登録年月日 | 年 月 日 | 登録番号 | 第 一 |
| 介護福祉士ファーストステップ研修 | 修了 ・ 未修了 | | |

※受講申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的にのみ使用させていただきます。