

## 平成22年度 介護職員記録研修開催要綱

- 1. 趣 旨** 福祉・介護の業務に従事する職員にとって、利用者の日々の体調の変化の把握や、職員間の業務の引継ぎにおいて、介護記録は重要な役割を占めている。  
そこで、記録の意義を再認識すると共に、介護記録作成のポイントなど、実践的に必要な知識・技術を習得することを目的に本研修を開催する。
- 2. 主 催** 社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会
- 3. 対 象** 原則として、高齢者・障がい者関係の訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所に勤務している介護職員
- 4. 開 催 日** 平成22年 7月26日(月)
- 5. 会 場** 羽島市文化センター (〒501-6244 羽島市竹鼻町丸の内6丁目7番地)  
TEL.058-393-2231 FAX.058-393-2230
- 6. 定 員** 100名(予定)※定員を超えた場合は抽選になります。

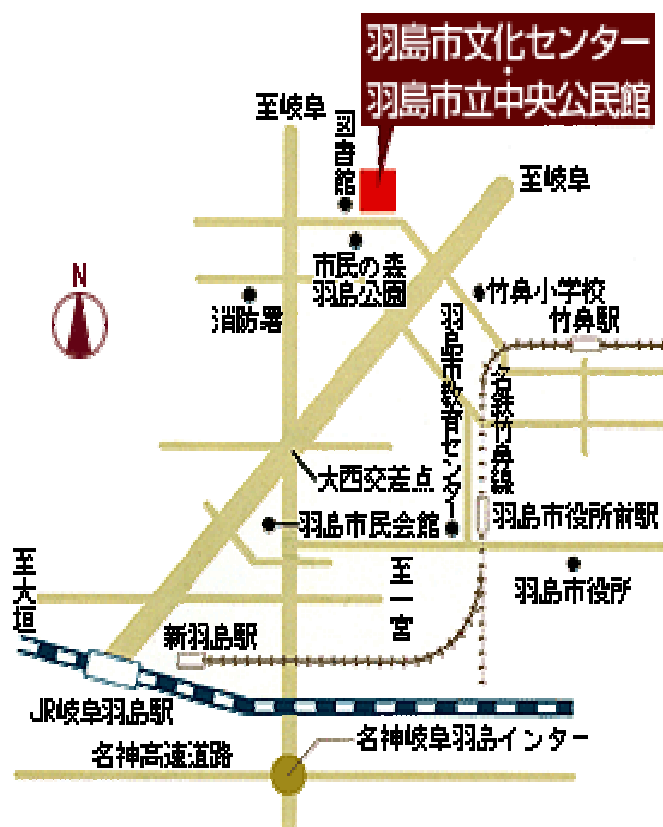
### 7. カリキュラム

時 間	内 容 等
9:30～10:10	受付
10:10～10:15	開会、オリエンテーション
10:15～12:00	講義「介護現場での記録の意味」 ① 介護記録の必要性と重要度の理解 ② 介護記録の基礎知識
12:00～13:00	昼食・休憩
13:00～15:20	演習「記録の作成と注意点」 ※グループごとに持参した記録の内容を基に演習を行ないます。 ① 記録項目の確認 ② 項目の点検(書き方、注意点・改善点を考える)
15:20～15:45	質疑・応答
15:45	閉会

\*やむをえず研修内容が変更になる場合がありますのでご承知ください。

- 8. 講 師** 伊藤 亜記(いとう あき) 氏  
介護福祉士資格所持者であり、自身も介護経験を持つ。老人保健施設やケアハウスでの勤務経験を経て、現在、介護関係コンサルティング会社の代表取締役。
- 9. テキスト** 改定版「添削式 介護記録の書き方 ～在宅・通所・入所(ひかりのくに)」2009年2月発行を使用します。テキストは、本会でご用意いたします。
- 10. 参 加 費** 一人あたり 6,000 円(テキスト代を含む。)

11. 持 ち 物 受講決定者は、1週間分の介護記録をご持参ください。持参いただく際の注意事項は改めて受講決定時に通知します。
12. 申 込 方 法 別紙申込書に必要事項を記入のうえ、6月18日(金)～7月 2日(金)必着で本会へ郵送またはFAXにて申込みください。※受付期間前の申込みはお受けできません。参加が決定した方へ、後日「決定通知」を送付いたします。また、定員を超えた場合は抽選とします。
13. 参加費の支払方法  
本会指定の口座への銀行振込とし、振込手数料は振込人にてご負担いただきます。詳細は、お申込み後に本会より送付する「決定通知」を参照ください。なお、領収書は、振込時に金融機関が発行する振込人控(振込受付書)にかえさせていただきます。
14. 昼 食 本会では斡旋いたしませんので各自でご準備ください。会場内での飲食は可能です。
15. そ の 他 この研修は、「岐阜県介護職員資質向上支援事業実施要項」に規定する研修に該当しますので、支援の対象となる方は本研修の受講決定通知にてその旨をお知らせします。(支援事業の要項は、本会HPの研修情報ページより入手できます。)
16. 会場案内 下図参照
17. 申 込 先 社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会 県福祉人材総合対策センター(担当:丹所)  
問合せ先 〒500-8385 岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県福祉農業会館6階  
TEL058-278-1823 / FAX058-276-2571



#### ご案内

- |        |                       |
|--------|-----------------------|
| 名鉄竹鼻線  | 羽島市役所前駅から徒歩<br>約 15 分 |
| 名鉄竹鼻線  | 竹鼻駅から徒歩約 15 分         |
| 東海道新幹線 | 岐阜羽島駅からタクシー<br>で約 5 分 |
| 名神高速   | 岐阜羽島 I.C.から車で約 8<br>分 |

平成22年度 介護職員記録研修 参加申込書

平成 年 月 日

岐阜県福祉人材総合対策センター 所長 様

下記のとおり受講を申込みします。

参加希望者	ふりがな			年		性	男・女
	氏名			年齢	才	別	
	ふりがな						
	勤務先 名称						
	勤務先 所在地 連絡先	〒 —  TEL _____ FAX _____					
	分野 (○をつける ・複数可)	ア 高齢者訪問介護      イ 障がい者訪問介護      ウ 訪問入浴 エ その他 ( )					
	職名		職種 (○をつける ・複数可)	介護職・ケアマネージャー 看護職・事務職・その他			
	勤務経験	_____ 年 _____ ヶ月 (平成22年6月末日現在) ＊現職場(訪問介護事業所)の勤務年月をお書きください。					
受講通知先	勤務先 名称						
	役職・氏名						
	勤務先 所在地 連絡先	〒 —  TEL _____ FAX _____					

- ◎ 6月18日(金)～7月 2日(金)必着で本会へ郵送またはFAXにて申込みください。受付期間前の申込みはお受けできません。用紙が足りない場合はコピーしてください。※また、定員を超えた場合は抽選とします。

【個人情報の取り扱いについて】

この申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ使用させていただきます。

※本研修の名簿には、氏名、所属、職種を記載します。

【申込先】 社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会 岐阜県福祉人材総合対策センター (担当：丹所)  
〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館6階  
TEL (058)278-1823 (直通) / FAX(058)276-2571