

《新》平成 30 年度 介護職員のための実践基礎研修

『実践の場で活かせる行動や考え方を理解する』

介護労働安定センターの介護労働者の就業実態と就業意識調査によると、介護関係の仕事を辞めた理由は、『職場の人間関係に問題があったため』『法人や事業所等の理念や運営のあり方への不満』等が収入面の問題を上回る。

介護職の人材不足の現状を踏まえ、介護労働者が働く上での悩みや不安等については、『人手が足りない』がもっとも高くなっている他、『身体的・精神的負担増』が上位に挙げられている。

このことから、介護事業所等において雇用の確保や人材育成は、喫緊の課題となっていることが分かる。一方で、職員教育の一環として研修体制を整えることは、離職率の低下につながるという報告が上げられている。

本研修では、介護職員の視点を大切にして実践の場で活かせる考え方を理解し、自事業所で使いこなすことで、不安やストレス、人間関係における課題の軽減を図ることがねらいである。

1. 目的

- ①虐待防止や人材不足の解消等、介護職員や自事業所における課題の具体的解決につなげるための考え方を理解する
- ②介護職員自身が業務における必要性を振り返り、行動力を身に着けることで、不安要因の軽減を図り、さらなる意欲の向上につなげる
- ③自事業所において、研修の学びを使いこなすことができるようになる

2. 実施主体

(社福) 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所

3. 対象者

主に介護保険サービス事業所等の実践の場で働く介護職員等 ※経験年数は問わない

4. 内容・プログラム

プログラム

(別紙) の通り

12月19日～3月15日 全7回開催 ※各回いずれも13時15分～16時45分(3時間30分)

1日だけ、もしくは複数の日の参加も可能ですが、全7日を通して参加されることをお勧めします

5. 研修会場

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター内 (神戸市西区曙町1070)

※会場詳細は受講決定時にお伝えします

6. 資料代等 (受講決定者のみ)

資料代等 1回あたり2,000円(全7回で14,000円)

※納入方法につきましては、受講決定者に対して別途通知し、郵便払込取扱票にてお振込みいただけます

7. 申込方法 ①(推奨)または②のいずれか

①福祉のまちづくり研究所 研修課のホームページの申込フォームに必要事項を入力して送信

<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=32>

※①の場合、アンケートはホームページの申込フォーム内に直接記入していただきます

② **受講申込書** (様式1) 及び **事前アンケート** (様式2) に必要事項を記入し、以下提出先へ郵送・持参・FAXのいずれか

※郵送でお申込みされる場合、封書に **介護職員基礎研修申込書類 在中** と赤色で記載してください

※FAXでお申し込みされる場合、**受講申込書(様式1)・事前アンケート(様式2)の2枚のみ送付**してください(表紙等不要)

8. 申込締切日

全7回まとめて申込まれる場合：申込締切日2018年12月4日(火)正午 必着

※研修毎に異なります

※複数日をまとめて申込まれる場合、申込締切日は、申込まれる締切日の中で一番早い日となります

※申込締切日になっても定員に満たない場合は、締切日を延長することがあります

9. 選考方法及び受講通知方法

受講の可否は先着順とし、申込締切日後、申込者全員に当研修課から郵送で通知します

※福祉のまちづくり研究所ホームページの最新NEWSにて受講決定の状況を掲載する場合があります

(最新NEWS) <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/>

(記載例) 「〇月末までに申込まれた方は受講決定されました。受講決定通知書(封書)は〇月末頃に発送します。」等

10. その他

認知症介護実践研修(基礎研修)とは異なる研修になります

【受講申込書提出先・問合せ先】

(社福) 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課 認知症介護研修担当

〒651-2181 神戸市西区曙町1070

TEL 078-927-2727 (内線3710) ※12/29～1/3 及び祝日除く 月～金 9時～17時 FAX 078-925-4657

ホームページ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu>

(社福) 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課

申込締切りは、受講申込回によって異なりますので確認してください

ホームページから簡単に申込みいただけます。(推奨)

受講申込書(郵送・持参・FAX用)

FAX 送付の場合 ▶ 078-925-4657

研修名		平成 30 年度 介護職員のための実践基礎研修			
受講 申込回	参加 ○印	番号	開催日	研修名	申込締切日時
		全 7 研修 全てに受講を申込み			12 月 4 日(火) 正午
		①	12 月 19 日(水)	働きやすさがアップする方法	12 月 4 日(火) 正午
		②	1 月 9 日(水)	メンタルヘルス対策	12 月 25 日(火) 正午
		③	2 月 1 日(金)	コミュニケーションの大切なポイント	1 月 17 日(木) 正午
		④	2 月 22 日(金)	適切な介護記録の書き方	2 月 7 日(木) 正午
		⑤	2 月 28 日(木)	認知症の人との関わり方を考える	2 月 13 日(水) 正午
		⑥	3 月 6 日(水)	もしもの時の防災対策	2 月 19 日(火) 正午
	⑦	3 月 15 日(金)	ターミナルケア・グリーフケアにおける行動	2 月 28 日(木) 正午	
※複数日を申込みれる場合、申込締切日は申込みれる締切りの中で一番早い日時となります ※受講決定された場合、当方が指定した期限までに資料代等(受講研修回×2,000円)が必要です					
ふりがな			生 年 月 日	年 齢	性 別
氏 名		昭和 平成	年 月 日	歳	男・女
役 職			実務経験年月数(介護職) 2018年11月末日現在	年	か月
法 人 名 (会社名等)					
事 業 所 名					
事業所住所	〒 -				
事業所連絡先	TEL		FAX		
	E-MAIL				
勤務先事業所種別 ※いずれかに○印を付けてください(複数ある場合は 主な種別を1つ選び 、番号を右に記入)					
①特別養護老人ホーム		⑥デイサービス		事業所種別番号	
②介護老人保健施設		⑦居宅介護支援事業所			
③グループホーム		⑧看護小規模型居宅介護事業所			
④小規模多機能型生活介護事業所		⑨特定施設(有料老人ホーム等)			
⑤認知症対応型デイサービス		⑩その他()			
⑩は左の()にも記入					
資 格 ※いずれかに○印を付けてください					
①医師 ②看護師 ③社会福祉士 ④介護福祉士 ⑤介護員養成研修修了※		⑥介護支援専門員		資 格 番 号	
⑦その他()					
⑦は左の()にも記入					
※⑤介護員養成研修修了は訪問介護員養成研修 1 級及び 2 級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称とします					

※本紙(様式 1)は必ず、A4 用紙 1 枚(片面のみ印刷)で提出してください

※様式 2 のアンケートも同封にて提出してください

※事業所連絡先 E-MAIL は、今後、当課実施の研修案内に使用させていただきます

以上

事前アンケート (郵送・持参・FAX 用)

氏 名	
事業所名	

1.受講動機を記入してください

--

2.受講申込をする・しないのいずれかに○を入れ、受講申込される研修においては、必ず、具体的に学びたいことや悩んでいることを記入してください

① 12月19日(水)実施 働きやすさがアップする方法	受講申込	する・しない
② 1月9日(水)実施 メンタルヘルス対策	受講申込	する・しない
③ 2月1日(金)実施 コミュニケーションの大切なポイント	受講申込	する・しない
④ 2月22日(金)実施 適切な介護記録の書き方	受講申込	する・しない
⑤ 2月28日(木)実施 認知症の人との関わり方を考える	受講申込	する・しない
⑥ 3月6日(水)実施 もしもの時の防災対策	受講申込	する・しない
⑦ 3月15日(金)実施 ターミナルケア・グリーフケアにおける行動	受講申込	する・しない

※本紙(様式2)は必ず、A4用紙1枚(片面のみ印刷)で提出してください

※パソコン等で作成される場合、2の設問では記入量に応じて多少幅を変更しても構いません 以上