

平成30年度

堺市生活援助サービス従事者研修のご案内

堺市では、平成29年4月から実施している堺市介護予防・日常生活支援総合事業の「担い手登録型訪問サービス」に従事する者を養成するための研修を開催します。

1 カリキュラム

科目名等	時間	内容
職務の理解	2時間	●介護保険制度●多様なサービスの理解●仕事内容や働く現場の理解●介護職の役割、専門性と多職種との連携
老化の理解	1時間	●老化に伴うところとからだの変化と日常●高齢者と健康
認知症の理解	2時間	●認知症を取り巻く状況●認知症の基礎と健康管理●認知症に伴う変化と日常生活●家族への支援
介護におけるコミュニケーション技術	1時間	●介護におけるコミュニケーション
介護における尊厳の保持、介護の基本	3時間	●人権啓発に係る基礎知識●人権と尊厳を支える介護●介護職の職業倫理●自立に向けた介護●安全の確保とリスクマネジメント●介護職の安全
生活支援技術	2時間	●生活と家事
修了評価と振り返り	1時間	●修了評価と振り返り

※ 6時間×2日間の研修です。時間は、9時から16時（休憩1時間）です。

2 日程・会場・定員

日程			会場	定員
第1回	1日目	平成30年7月26日(木)	エクレシア株式会社 (中区深井沢町3284安田ビル7階)	30
	2日目	平成30年7月27日(金)		
第2回	1日目	平成30年8月28日(火)	ビッグ・アイ (南区茶山台1丁8-1)	30
	2日目	平成30年8月29日(水)		
第3回	1日目	平成30年9月12日(水)	エクレシア株式会社 (中区深井沢町3284安田ビル7階)	30
	2日目	平成30年9月13日(木)		
第4回	1日目	平成30年10月20日(土)	シャローム東浅香山 (北区東浅香山町1丁19-8 K&Sビル)	30
	2日目	平成30年10月21日(日)		
第5回	1日目	平成30年11月19日(月)	サンスクエア堺 (堺区田出井町2-1)	30
	2日目	平成30年11月20日(火)		
第6回	1日目	平成30年12月15日(土)	シャローム東浅香山 (北区東浅香山町1丁19-8 K&Sビル)	30
	2日目	平成30年12月16日(日)		
第7回	1日目	平成31年1月23日(水)	西文化会館ウエスティ (西区鳳東町6丁600)	30
	2日目	平成31年1月24日(木)		
第8回	1日目	平成31年2月20日(水)	堺市産業振興センター (北区長曾根町183-5)	30
	2日目	平成31年2月21日(木)		

第9回	1日目	平成31年3月26日(火)	エクレシア株式会社	30
	2日目	平成31年3月27日(水)	(中区深井沢町3284安田ビル7階)	

※「第1回の1日目」と「第2回の2日目」といった「第1回」と「第2回」を組み合わせた受講申し込みはできません。

3 受講対象者

担い手登録型訪問サービスに従事する意思のある者であって、堺市内に居住する者、または堺市内の事業所に従事する者

※1 担い手登録型訪問サービスを実施している事業者の申込者を優先します。

※2 介護福祉士、初任者(実務者)研修修了者、旧訪問介護員3級修了者の方の受講は不要です。

4 受講料 無料

5 申込方法

別添「受講申込書」を記入の上、「NPO法人やすらぎ倶楽部」までお申し込みください。

※ 事業者の方は、「受講申込書【事業者用】」「受講申込者一覧」を事業者ごとにまとめて、お申し込みください。

※ 個人の方は、「受講申込書【個人用】」を用いて、お申し込みください。

6 申込締切

各回1日目の10日前まで(必着)

7 受講決定

受講申込書が到着後、内容を確認し、受講が決定された方には受講案内通知を、受講いただけない方についてはその旨の通知を郵送いたします。

8 その他

(1) 本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付いたします。

(2) 申込書等に記載された事項は、本研修に関する業務以外に使用しません。

9 研修実施団体(受講申込書送付先・問い合わせ先)

本研修は堺市から委託して実施します。

NPO法人 やすらぎ倶楽部

〒590-0801 堺市堺区大仙中町6-26

TEL: 072(243)6517 FAX: 072(280)1888

10 堺市担当課

堺市健康福祉局 長寿社会部 地域包括ケア推進課

TEL: 072(228)0375 FAX: 072(228)8918

平成30年度 堺市生活援助サービス従事者研修

受講申込書【事業者用】

事業者名			
事業者種別	<input type="checkbox"/> 担い手登録型訪問サービスを実施している事業者 <input type="checkbox"/> 担い手登録型訪問サービスの実施を予定している事業者 <input type="checkbox"/> 担い手登録型訪問サービスの実施を予定していない事業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
所在地	〒		
電話番号		F A X 番号	
担当者名			

受講申込者一覧の者について、堺市生活援助サービス従事者研修の受講を申し込みます。

堺市長 殿

平成 年 月 日

(事業者名)

(代表者職名)

(代表者氏名)

印

受講申込者 一覧

氏名	フリガナ	生年月日	郵便番号	住所	申込日程	通知先
(例)塚 太郎	ツカイ 知ウ	S25. 11. 11	590-0078	堺区南瓦町 3-1	第 1 回	事業者
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	
					第 回	

- ※1 「氏名」「生年月日」は修了証書に記載するため、正確に記載してください。
- ※2 「通知先」の欄は、受講案内の送付先です。「事業者」または「本人」と記載してください。
 通知先の欄の記載に関わらず、修了証書は、本人宅に送付します。
- ※3 介護福祉士、初任者(実務者)研修修了者、旧訪問介護員3級修了者の方の受講は不要です。

平成30年度 堺市生活援助サービス従事者研修

受講申込書【個人用】

氏名	フリガナ
生年月日	
住所	〒 ー
電話番号	
申込日程	第 ー 回
意向	<input type="checkbox"/> 担い手登録型訪問サービスの事業者で働くことを希望する。 <input type="checkbox"/> 担い手登録型訪問サービスの事業者で働くことを希望しない。 (知識として学びたい等のために受講を希望する。)

堺市生活援助サービス従事者研修の受講を申し込みます。

堺市長 殿

平成 ー 年 ー 月 ー 日

_____(氏名) _____ 印

※ 介護福祉士、初任者(実務者)研修修了者、旧訪問介護員3級修了者の方の受講は不要です。