

大阪府介護人材キャリアパス支援事業を実施します

小規模事業所で、新人職員や経験の浅い介護職員に対する助言指導ができるリーダーを育成することを目標としています。受講料は無料です。申し込みお待ちしております。

- 1 日 程 平成28年2月1日(月)～平成28年3月25日(金)
- 2 時 間 ○平日 13時～21時(但し、希望日・時間とも相談、調整の上決定させていただきます)
○土日 13時～18時(上に同じ)
- 3 対 象 介護保険法に基づいてサービス提供を行う従業員数19名以下の小規模な事業所で勤務する役職をもつリーダー職員
- 4 内 容 (例) ①移動・移乗・入浴・排泄・食事などの生活支援技術
②コミュニケーション技術 ③身体拘束と虐待 ④リスクマネジメント
⑤個別援助計画の作成方法 ⑥記録 ⑦認知症の基本 ⑧労働とストレス管理
⑨研修プログラムの作成 ⑩その他
※内容についてはご要望・ご相談のうえ、ニーズに合った形で対応します。
※研修実施までに内容の確認の為、事業所への訪問等、事前打ち合わせ等を予定することとします。
- 5 申込方法 下記の申込事項と事前アンケート(別紙)に漏れなく必要事項を明記し、FAX、メールまたは郵送の方法にてお申し込み下さい。

フリガナ 施設名		フリガナ 担当者	
住 所	〒		
TEL	FAX		
E-mail	受講人数		名
希望日時	第1希望	月 日 時～ 時	希望
	第2希望	月 日 時～ 時	希望
	第3希望	月 日 時～ 時	希望
希望テーマ番号と理由を記入下さい。	番号	備考：	
	理由：		



公益社団法人 大阪介護福祉士会

〒542-0012 大阪府中央区谷町7-4-15 大阪府社会福祉会館

TEL : 06-6766-3633 FAX : 06-6766-3632 E-mail info@kaigo-osaka.jp

事前アンケート

◎下記の質問項目に、当てはまる番号に○を付けてください。カッコ内または枠内が空白の項目につきましては、その内容をご記入ください。

Q1. 事業所の形態を教えてください。

1. 訪問介護
2. 通所介護
3. 通所リハビリテーション
4. 地域密着型特別養護老人ホーム
5. 有料老人ホーム
6. ケアハウス
7. グループホーム
8. 小規模多機能型
9. その他 ()

Q2. 従業員の実人数を教えてください。 () 名

Q3. 今回受講されるリーダー職員の介護業界での経験年数を教えてください。

(年 ヶ月) ※平成28年1月1日現在

Q4. 今回受講されるリーダーの方の取得している福祉系の資格を教えてください。【複数回答可】

1. 介護福祉士
2. 社会福祉士
3. 介護支援専門員
4. 社会福祉主事
5. 実務者研修修了(介護職員基礎研修取得またはヘルパー1級)
6. 介護職員初任者研修取得(ヘルパー2級)
7. その他 ()

Q5. 貴施設で抱えている課題を教えてください。【複数回答可】

1. 介護の質
2. 認知症利用者との関わり方
3. コミュニケーション技術
4. リスクマネジメント
5. 記録
6. 個別計画書(ケアプラン)の質
7. 職員の言葉づかい・接遇
8. 職員のメンタルヘルス
9. 研修体制
10. リーダーの質
11. その他 ()

Q6. 貴施設で施設内研修を行うことがありますか？

1. 行なっている
2. 行なっていない

Q7. Q6で1と答えた方にお聞きします。その研修の頻度と内容について教えてください。

1. 月に1回以上
 2. 半年に1回以上
 3. 1年に1回程度
- 内容 ()

Q8. 貴施設が今回受講するリーダー職員に求めることは何ですか。(自由記述)

()

Q9. 貴施設が今回の事業に求めることを教えてください。(自由記述)

()

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。
なお、ご記入いただいた内容は厳密に管理いたします。