



平成29年度

【介護職員初任者研修受講案内】

社会福祉法人ぶる一む

(社会福祉法人ぶる一むは、障がいを持った子どもたちの自立と、そのご家族の笑顔をサポートしています)

◎はじめに

私たちは、主に柏市と松戸市を対象エリアとして、在宅障がい児・者の支援を行っている社会福祉法人です。平成26年4月にNPO法人から社会福祉法人に移行し、就学前の児童発達支援から、放課後デイサービス、生活介護、居宅支援、相談支援など、様々な障がい福祉サービスを提供しています。同年5月からは、社会福祉法人への移行に合わせて、新たに重症心身障がい児を対象とした、児童発達支援及び放課後デイサービスを開始いたしました。

私たちは、障がい児・者、特に重度の心身障がい児・者の在宅生活を総合的に支えていくことを大きな目的として活動しています。その一環として、昨年からは、障がい者のケアに携わる方々が、障がい者の支援に必要とされる知識や技能を総合的に身に付け、地域の中で活動していただくための人材育成を図ることを目的とした総合的な研修を実施することといたしました。

この研修は、その総合研修の一部として実施するもので、大きな特徴として①講師が心身障がい児及び強度行動障がいのケアに関して豊富な経験を有していること②障がいに関する講義について、通常の2倍の時間を当てていること③生活介護等の障がい者支援施設において実習を行うことなどが挙げられます。

引き続き、障がいを持つ方々にとって、少しでも暮らしやすい街を築いていけるよう、様々な取り組みを進めていきたいと考えておりますので、私たちの趣旨にご賛同いただける方々のご応募をお待ちしております。

1 研修の種類

- ・介護職員初任者研修
※千葉県介護職員初任者研修事業者指定（平成28年6月7日）
※千葉県介護職員初任者研修指定（平成28年7月6日）

2 日程・講習時刻

- ・平成29年10月7日（土）～平成30年3月24日（土）の、毎週土曜日及び3月18日（日）※10月28日（土）、11月4日（土・祝）を除く
- ・原則として、午前9時～午後5時
※講習時刻は、午後5時を過ぎる場合があります。特に、演習の場合は、一定のプロセスが終わるまでは終了することができませんので、ご注意願います。
※実習は平日になります。詳細な日程は、別紙1のとおりです

3 会場

- ・講義、演習
社会福祉法人ぶる一む（柏市中原1817-1）
- ・実習
生活介護「オレンジ（柏市中原1817-1 社会福祉法人ぶる一む内）」
多機能型生活介護事業所「WITH US（柏市十余二175-66 社会福祉法人青葉会内）」

4 定員

- ・15名（先着順）

5 受講料

- ・55,000円（税、テキスト代込み）
※受講決定後、指定口座に振り込み願います。

6 申し込み

- ・受講申し込み期間は、7月3日（月）～9月29日（金）です。ただし、定員を超えた時点で、受け付けは終了させていただきます（先着順です）。
- ・「申込書（別紙2）」に必要事項を記入・押印のうえ、下記「送付先」まで郵送願います。
- ・送付先
〒277-0085 柏市中原1817-1
社会福祉法人ぶる一む「介護職員初任者研修担当」宛て

7 研修の一部免除

以下の条件に該当する方は、研修の一部が免除される場合がありますので、別

途ご相談願います。

- ・特別養護老人ホーム等の介護従事経験者
- ・看護師、准看護師、保健師の資格を有する方で、在宅介護サービス等の経験を有する方

8 受講上の注意点

- (1) 講義を欠席した場合は、別途、補講の機会を設けます。
- (2) 受講生が失格とされた場合や、ご自身の都合により出席できなくなった場合でも、受講料は返還いたしません。
- (3) 受講に係る交通費、昼食代等は受講生の負担とします。
- (4) 自動車による通学はできません（ただし、民間の有料駐車場等、研修の実施場所以外で個人的に利用する場合はこの限りではありません）。
- (5) お昼の休憩時間は、計画上は1時間用意していますが、講義の進捗状況等により短縮する場合があります。
- (6) 実習にあたり、予防接種やレントゲンを求められる場合があります。

9 研修修了の認定方法

- ・講義の最終日に修了評価を行い、100点満点で70点以上獲得した方を修了と認定します。
- ※不合格になった方は、再試験があります。

10 研修修了証明書の交付

- ・この研修を修了した方には、修了証明書を交付し、修了者名簿を千葉県に送付します。

11 損害賠償保険への加入

- ・実習の際等の事故等に備え、損害賠償保険に加入していますが、善管注意義務違反等、加害者の故意または重大な過失により生じた損害については、保障の対象とならない場合があります（ご本人の責任で賠償することになります）。

12 その他

- ・研修終了後、実際の就業状況（研修がどう活かされたか）についての追跡調査や、研修の内容についてアンケート調査を行いますので、ご協力をお願いいたします。

社会福祉法人 ぶるーむ

〒277-0085 千葉県柏市中原 1817 番 1

Tel//04-7136-2324 Fax//04-7163-5824

E-mail : info@bloom.or.jp

研 修 計 画

(第2回 平成29年10月7日～平成30年3月24日)

【講義・演習】

項 目	日 時	時間数	講師名等
オリエンテーション	10月 7日(土) 9:30～10:00	0.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
1-1 多様なサービスの理解	10月 7日(土) 10:00～12:00	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 後藤慎也
1-2 介護職の仕事内容や働く現場の理解	10月 7日(土) 13:00～15:00	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 後藤慎也
2-1 人権と尊厳を支える介護	10月14日(土) 8:30～10:30 10:40～12:40	4	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
2-2 自立に向けた介護	10月14日(土) 13:40～15:10 15:20～16:50 17:00～19:00	5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
3-1 介護職の役割、専門性と多職種との連携	10月21日(土) 9:00～10:30	1.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
3-2 介護職の職業倫理	10月21日(土) 13:10～14:40	1.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 後藤慎也
3-3 介護における安全の確保とリスクマネジメント	10月21日(土) 10:40～12:10	1.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
3-4 介護職の安全	10月21日(土) 14:50～16:20	1.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 後藤慎也
4-1 介護保険制度	11月11日(土) 8:30～10:00 10:10～11:40	3	(所属) 柏市 (氏名) 虻川純子
4-2 医療との連携とリハビリテーション	11月11日(土) 12:40～14:10 14:20～15:50	3	(所属) あおぞら診療所 (氏名) 長島史明
4-3 障害者総合支援制度及びその他制度	11月11日(土) 16:00～17:30 17:40～19:10	3	(所属) 柏市 (氏名) 佐久間恒平

項目	日時	時間数	講師名等
5-1 介護におけるコミュニケーション	1 1月 18日(土) 9:00~10:30 10:40~12:10	3	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 高橋雅恵
5-2 介護におけるチームのコミュニケーション	1 1月 18日(土) 13:10~14:40 14:50~16:20	3	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 高橋雅恵
6-1 老化に伴うこころとからだの変化と日常	1 1月 25日(土) 9:00~10:30 10:40~12:10	3	(所属) (氏名) 春山智巳
6-2 高齢者と健康	1 1月 25日(土) 13:10~14:40 14:50~16:20	3	(所属) (氏名) 春山智巳
7-1 認知症を取り巻く状況	1 2月 2日(土) 9:00~10:30	1.5	(所属) (氏名) 春山智巳
7-2 医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理	1 2月 2日(土) 10:40~12:10	1.5	(所属) (氏名) 春山智巳
7-3 認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活	1 2月 2日(土) 13:10~14:40	1.5	(所属) (氏名) 春山智巳
7-4 家族への支援	1 2月 2日(土) 14:50~16:20	1.5	(所属) (氏名) 春山智巳
8-1 障害の基礎的理解	1 2月 9日(土) 9:00~11:00	2	(所属) 淑徳大学 (氏名) 川眞田喜代子
8-2 障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識	1 2月 9日(土) 11:10~13:10	2	(所属) 淑徳大学 (氏名) 川眞田喜代子
8-3 家族の心理、かかわり支援の理解	1 2月 9日(土) 14:10~16:10	2	(所属) 淑徳大学 (氏名) 川眞田喜代子
9-1 介護の基本的な考え方	1 2月 16日(土) 9:00~11:00	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 高橋雅恵
9-3 介護に関するからだのしくみの基礎的理解	1 2月 16日(土) 12:00~13:30 13:40~15:10 15:20~17:20	5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 佐々木佐代子

項目	日時	時間数	講師名等
9-2 介護に関するところのしくみの基本的理解	1月13日(土) 9:00~10:30 10:40~12:10 13:10~15:10	5	(所属) 生活クラブ風の村 (氏名) 田辺利恵子
9-5 快適な居住環境整備と介護	1月13日(土) 15:20~16:20 16:30~17:30 17:40~18:40	3	(所属) 生活クラブ風の村 (氏名) 田辺利恵子
9-4 生活と家事	1月20日(土) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	6	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 大平かおり
9-6 整容に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護	1月27日(土) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	6	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 大平かおり 田中江利子
9-7 移動・移乗に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護	2月 3日(土) 2月10日(土) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	12	(所属) あおぞら診療所 (氏名) 中川尚子 (所属) あおぞら診療所 (氏名) 長島史明 (所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 米井弘美
9-8 食事と関連した心と体の仕組みと自立に向けた介護	2月17日(土) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	6	(所属) 生活クラブ風の村 (氏名) 田辺利恵子 (所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 米井弘美
9-9 入浴、清潔保持に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護	2月24日(土) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	6	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 大平かおり 高橋雅恵
9-10 排泄に関連したところとからだのしくみと自立に向けた介護	3月 3日(土) 9:00~16:00	6	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 大平かおり 田中江利子

項目	日時	時間数	講師名等
9-11 睡眠に関連したところからだのしくみと自立に向けた介護	3月10日(土) 9:00~10:30 10:40~12:10 13:10~14:40	4.5	(所属) 生活クラブ風の村 (氏名) 田辺利恵子 (所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 米井弘美
9-12 死にゆく人に関連したところからだのしくみと終末期介護	3月10日(土) 14:50~16:20	1.5	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 佐々木佐代子
9-13-1 介護過程の基礎的理解	3月17日(土) 9:00~11:10	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 高橋雅恵
9-13-2 総合生活支援技術演習	3月17日(土) 11:20~13:20 14:20~16:20 3月18日(日) 9:00~11:00 11:10~13:10 14:10~16:10	10	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 高橋雅恵 (所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 米井弘美
10-1 振り返り	3月24日(土) 9:00~11:00	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
10-2 就業への備えと研修修了後における継続的な研修	3月24日(土) 11:10~13:20	2	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
修了評価	3月24日(土) 14:20~15:20	1	(所属) 社会福祉法人ぶるーむ (氏名) 野田幸子
合計		132	

※欠席した場合は、別途調整のうえ補講を行います。

※修了評価に不合格の場合は、別途調整のうえ再試験を行います。

※10月28日(土)、11月4日(土・祝)はお休み。

【実習】

項目	日時	時間数	実習施設
障がい者施設等	3月19日(月) ~23日(金) 9:00~12:00 13:00~16:00	4	社会福祉法人青葉会
生活介護事業所等	3月19日(月) ~23日(金) 9:00~12:00 13:00~16:00	4	社会福祉法人ぶるーむ

※各施設とも、土曜・日曜を除くいずれか1日(合計2日間・8時間)

【平成 29 年度社会福祉法人ふる一む介護職員初任者研修申込書】

平成 29 年 月 日

(フリガナ) 氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生
住 所	〒		
連絡先	TEL E-mail	Fax	
所 属	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業所 事業所名： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月) <input type="checkbox"/> 介護福祉サービス事業所 事業所名： _____ 担当業務・経験年数： _____ (年 月) <input type="checkbox"/> その他（具体的に）		
資格等	<input type="checkbox"/> 取得済みの資格（資格証の写しを添付） _____ _____ <input type="checkbox"/> 同一事業所内での優先順位 名中 _____ 番目		

※本人確認のため、運転免許証又は健康保険証の写しを添付願います。

※受講申込者が定員を超えた場合は、事業所単位で受講者数に制限を設けることとし、受講者の決定は、各事業所が指定した優先順位によります。

【研修申し込みに係る誓約書】

私は、「平成 29 年度介護職員初任者研修受講案内」の内容を理解し、同案内の記載事項を遵守したうえで上記の研修を受講することを誓約します。

平成 年 月 日

申込者氏名 _____ (印)