

令和5年度 第1回

これから介護の仕事をする方！

介護の仕事始めたばかりの方！

# 新人・新任介護職員向け 実践研修

「認知症介護基礎研修」とセットで受講！

詳しくはP2をご覧ください



介護福祉施設へ就職を希望される方、あるいは、介護福祉施設に勤務をし始めた方向けに基本的な介護に関する知識と介護実技の習得をされ、介護職のみなさまの身体・精神的な介護負担の軽減と利用者への安全・安心な介護が行えるよう学びます。当研修の受講を通して介護の実践へとつながっていきます。

●日時 令和5年5月11日～令和5年6月21日（全7日間）

9時00分～17時00分（※日程によって時間が異なります）

詳しくはP3をご覧ください

●対象者 川崎市内在住・在勤で下記(1)のいずれかと(2)に該当される方

(1)①無資格・未経験で介護業界に就職または就職予定者

②福祉の資格取得や離職からブランクのある方

(2)上記①・②の方で研修の全日程を受講することができる方

※すでに「認知症介護基礎研修」を受講された方はこの限りではありません。

●定員 18名（※定員を超える申込があった場合は抽選）

●受講料 30,000円

（※別途、テキスト代1,100円が必要です（税込））

●会場 総合研修センター（川崎市複合福祉センター ふくふく内 2階）  
（JR川崎駅徒歩10分 京浜急行八丁畷駅徒歩5分）

●申込締切日 令和5年4月20日(木) 17時まで（必着）

●申込方法 QRコード（Googleフォーム）、もしくはP4の受講申込書に記入し、  
FAX・郵送・持参にてお申込みください

<https://forms.gle/fncYm4t8TNmAu9jq5>

QRコード



※新型コロナウイルス感染症の影響により日程の延期や開催を中止する場合があります。

申込み・問い合わせ先 社会福祉法人 川崎市社会福祉協議会 総合研修センター  
〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1 川崎市複合福祉センター ふくふく  
電話: 044-223-6509 Fax: 044-223-6598 ホームページ <http://www.kourei-c.jp>  
開館時間 火曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時

## ✓ 介護の仕事を支える知識と技術を学ぶ

介護に関する内容を習得する幅はとても広いのですが、その中でも介護職員の初心者向けとしておさえておきたい内容、さらに、介護職として身につけておきたいマナーや障害福祉関係、地域包括ケアシステム等もカリキュラムに取り組みました。基礎を体系的に学びたい方や対面研修でしっかりと学びたい方にとってお勧めな研修です！

講義

4日

+

介護  
実技

3日

## ✓ 認知症介護基礎研修の受講について

令和3年度より「認知症介護基礎研修」が無資格で就労されている介護職員の方の受講が義務化（令和5年度までは努力義務（経過措置）で令和6年度より完全義務化）になることから、当研修のカリキュラムの中に「認知症介護基礎研修」を組み込んでいます。

「認知症介護基礎研修」を修了しますと、川崎市長名で修了証書を発行します。

※すでに「認知症介護基礎研修」を受講済、もしくは福祉・医療資格取得者（資格にもよります）は受講義務化の対象外です

なお、受講が免除の場合でも受講料は減額にはなりません。

## ✓ カリキュラムの内容 ※状況によって内容を変更する場合があります。

**【講 義】** 介護・福祉に関する知識の習得や制度を理解していきます。

☆認知症介護基礎研修

☆介護職の接遇マナー

求められる接遇、利用者・家族・職員間のコミュニケーション、記録と報告  
ヒヤリハット報告、クレーム対応などリスクマネジメントの基礎、セルフマネジメント（アンガーマネジメント）など

☆介護の基礎的理解

介護職の仕事内容、心構え、自立支援、利用者主体の支援、尊厳、安全・安楽など

☆障害の基礎的理解

身体・知的・精神・発達障害の理解、障害者総合支援法などの各種関連法を含む

☆介護保険の仕組み

☆地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、自助、互助、共助、公助、多（他）職種連携など

**【介護実技】** 介護実技の中で、ボディメカニクスの活用方法も学んでいきます。

★移動・移乗支援Ⅰ

体位変換、ベッドや車いすへの移動・移乗など

★移動・移乗支援Ⅱ

車いすの走行、杖歩行、福祉用具の紹介など

★レクリエーション技術

理論および実技

★食事支援と口腔ケア

★入浴・清潔保持支援

★排泄支援

ポータブルトイレ、おむつ交換など

講義にはグループワークもあります！  
みなさんと一緒に介護の知識と技術を学んでいきましょう！



総合研修センター  
プラン

# 令和5年度 第1回新人・新任介護職員向け実践研修 研修日程表(予定)

| 日程 | 年 月 日            | 時 間                 | 時間数 | 科 目 名      |
|----|------------------|---------------------|-----|------------|
| 1  | 5 年 5 月 11 日 (火) | 9 時 0 分～12 時 0 分    | 3   | 介護職の接遇マナー  |
|    |                  | 13 時 0 分～16 時 0 分   | 3   |            |
| 2  | 5 年 5 月 18 日 (木) | 9 時 0 分～12 時 0 分    | 3   | 介護の基礎的理解   |
|    |                  | 13 時 0 分～16 時 0 分   | 3   | 障害の基礎的理解   |
| 3  | 5 年 5 月 23 日 (火) | 10 時 0 分～12 時 0 分   | 2   | 介護保険制度の仕組み |
|    |                  | 13 時 0 分～16 時 0 分   | 3   | 地域包括ケアシステム |
| 4  | 5 年 6 月 1 日 (木)  | 9 時 30 分～12 時 30 分  | 3   | レクリエーション技術 |
|    |                  | 13 時 30 分～16 時 30 分 | 3   | 食事支援と口腔ケア  |
| 5  | 5 年 6 月 8 日 (木)  | 9 時 0 分～12 時 0 分    | 3   | 移動・移乗支援Ⅰ   |
|    |                  | 13 時 0 分～16 時 0 分   | 3   | 移動・移乗支援Ⅱ   |
| 6  | 5 年 6 月 15 日 (木) | 9 時 30 分～12 時 30 分  | 3   | 入浴・清潔保持支援  |
|    |                  | 13 時 30 分～16 時 30 分 | 3   | 排泄支援       |
| 7  | 5 年 6 月 21 日 (水) | 9 時 30 分～17 時 0 分   | 6.5 | 認知症介護基礎研修  |

## ●受講申込みの流れ●

### 「受講申込方法」

下記の①もしくは②の方法

- ①QRコードに入力し送信
- ②4ページ4ページ目の受講申込書に記入し、FAXか郵送で申込み

受講案内通知が届いた後、期日までに受講料をお支払いください（振込手数料はご負担ください）。

①研修受講料支払

②テキスト注文

②は認知症介護基礎研修を受講される方

**5月11日受講開始！**

■「実務者研修を受講したい」、「介護福祉士等、福祉関係の資格を取得したい」、「まだ未就労で、これから就職先を探したい」等のご相談も当研修の受講の機会にぜひ！

# 令和5年度 第1回 新人・新任介護職員向け実践研修 受講申込書

**申込締切日：令和5年4月20日(木)17時まで**

FAX または郵送、持参のいずれかでお申し込みください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                           |             |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>住 所</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | 〒 - ※郵便物が確実に届く住所をご記入下さい<br>市 区                                                                                            |             |                                                                    |
| <b>電話番号</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | 自宅 _____ ※市外にお住まいの方は、市外局番からご記入ください<br>携帯 _____ ※携帯電話をお持ちの方は、携帯の電話番号もご記入ください<br>緊急連絡先 _____                                |             |                                                                    |
| <b>ふりがな</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |             | 勤務先名称                                                              |
| <b>氏 名</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |             | 勤務先電話番号 ( )                                                        |
| <b>性 別</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男                                                                     | <b>生年月日</b> | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳) |
| <b>職 種</b><br>※現在、勤務をされている方のみ                                                                                                                                                                                                                                                             | 当てはまるものに○で囲んでください。<br>①介護職員 ②ホームヘルパー（訪問介護員） ③ケアマネージャー（介護支援専門員）<br>④生活相談・支援員 ⑤事務職員 ⑥その他 ( )                                |             |                                                                    |
| <b>※介護・福祉・医療資格者のみ回答</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | 当てはまるものに○で囲んでください。<br>「認知症介護基礎研修」を受講されますか？（該当する資格に関して受講義務化か否かが不明な点はお問い合わせください）<br>①受講する（もう1度基礎から学びたい） ②受講しない（受講義務化の免除のため） |             |                                                                    |
| <b>受講動機</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |             |                                                                    |
| <b>合理的配慮が必要な場合、ご記入ください</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | 例：聴覚障害がある、右耳が難聴気味 等<br>_____<br>_____                                                                                     |             |                                                                    |
| <b>現状にチェックをご記入ください</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |             |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> すでに介護の仕事に従事中 <input type="checkbox"/> 介護の仕事に従事することが内定している <input type="checkbox"/> 介護の仕事を探し中<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                 |                                                                                                                           |             |                                                                    |
| <b>この研修をどの媒体で知りましたか？</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                           |             |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> チラシ（区役所など公共機関） <input type="checkbox"/> チラシ（職場） <input type="checkbox"/> 川崎の社会福祉 <input type="checkbox"/> 川崎市メールニュース<br><input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 就職イベント（イベント名）<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                           |             |                                                                    |