

プロ講師  
による

ケア・サポート講習

オーダー  
メイド型**有料！ 出前講習のご案内**

－事業所内の講習にご利用ください－

**オンラインによる研修も可能！**

講習をしたいが講師が見つからない、日程が合わず講習に行けない等お困りではありませんか。ニーズに添った内容を経験豊富な講師より学ぶことで、職員のスキルアップに取り組んでみませんか。

**① 接遇・マナー**

- ・介護職員に求められるマナー  
(言葉遣い・表情・立ち居振る舞い等)
- ・ご利用者に対する尊厳のケア  
(コミュニケーション・聴講のポイント)

**② 身体拘束の排除**

- ・身体拘束とは？
- ・身体拘束は、  
なぜ問題なのか？
- ・介護保険法と身体拘束

**《派遣講師》**

社会保険労務士、キャリアコンサルタント、介護支援専門員、介護福祉士、臨床心理士、理学療法士、看護師等の有資格者・実務経験者

**③ 介護記録**

- ・記録の意義と目的
- ・記録の種類と書き方
- ・アセスメントの留意点

**④ 介護技術**

- ・移乗介護技術
- ・口腔ケア
- ・食事の楽しみと  
介助の基本～嚥下～
- ・排泄ケア



※ご希望の時間・場所に講師が出向き講習を実施します。  
自施設の課題・ニーズに合わせて、自由にお選びください。

**その他ご希望あれば  
ご相談に応じます。**

**⑤ 人材育成**

- ・新人・リーダーなど階層別研修  
(役割・心構え・必要なスキル)
- ・組織力向上のための  
コミュニケーションとは
- ・人材育成担当としての  
コーチング技術

**⑥ 認知症ケア**

- ・認知症ケアⅠ(基本視点)
- ・認知症ケアⅡ(疾病の理解)
- ・認知症ケアⅢ  
(コミュニケーション)

**お申込から講習までの流れ****申込書提出**

(FAX等でお申  
込ください。)

**内容の確認**

(講習確認や  
見積書等)

**契約に関する  
書類作成****請求書発行**

(講習前のお振込を  
お願いします。)

必要に応じて、  
講師との  
**打合せ**

**出前講習  
実施**

講習価格：1時間当たり **30,000 円(税込)** です(賛助会員は3割引)。  
講習時間は1時間～2時間、時間帯についてもご相談ください。

※ 研修に利用できる助成金・補助金事業があります。  
まずは、下記にお問い合わせください。

**【お申し込み・お問合せ先】**

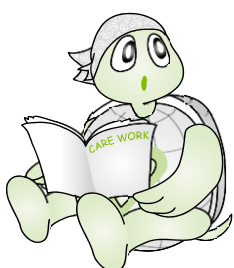
**公益財団法人介護労働安定センター石川支部**

〒920-0907 金沢市青草町88近江町いちば館5階

TEL: 076-260-1561 FAX: 076-260-1562

講習時間帯は、  
夕方からでも  
**可能です！**

**令和7年度版**



「出前講習申込書」

公益財団法人 介護労働安定センター石川支部行

FAX:076-260-1562

|                                                             |      |                                      |             |      |     |
|-------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------|-------------|------|-----|
| 事業所名                                                        |      | ﾌﾘｶﾞﾅ                                |             |      |     |
| 法人 名                                                        |      |                                      |             |      |     |
| 申 込 者                                                       |      | 役職： 氏名：                              |             |      |     |
| 住 所                                                         |      | 〒 ー                                  |             |      |     |
| 電話番号                                                        |      | ー ー                                  |             | FAX  | ー ー |
| メールアドレス<br>(オンラインの場合は必須)                                    |      |                                      |             |      |     |
| 希望コースに<br>○印をつけて<br>ください。<br>(オンライン希望は、<br>◎印をつけて<br>ください。) |      |                                      | ①接遇・マナーについて |      |     |
|                                                             |      |                                      | ②身体拘束の排除    |      |     |
|                                                             |      |                                      | ③介護記録       |      |     |
|                                                             |      |                                      | ④介護技術（ ）研修  |      |     |
|                                                             |      |                                      | ⑤人材育成（ ）研修  |      |     |
|                                                             |      |                                      | ⑥認知症ケア（ ）   |      |     |
|                                                             |      |                                      | ⑦リスクマネジメント  |      |     |
|                                                             |      |                                      | ⑧ターミナルケア    |      |     |
|                                                             |      |                                      | ⑨その他（ ）     |      |     |
| 講習日時                                                        | 第1希望 | 令和 年 月 日（ ）： ～：迄                     |             |      |     |
|                                                             | 第2希望 | 令和 年 月 日（ ）： ～：迄                     |             |      |     |
|                                                             | 第3希望 | 令和 年 月 日（ ）： ～：迄                     |             |      |     |
| 開催場所                                                        |      |                                      |             | 受講者数 | 名   |
| ご準備いただけるもの<br>(○印をつけて<br>ください。)                             |      | パソコン プロジェクター スクリーン ホワイトボード<br>その他（ ） |             |      |     |
| 備考欄（回数等ご要望があればご記入ください。）                                     |      |                                      |             |      |     |