

様式6の「事業者・開設者」欄と一致させてください。

[illegible]

※キャリアパス要件の適合状況が事業所ごとに異なる場合は、備考欄に各事業所の適合状況(IまたはII)を記載してください。

ページ数 総ページ数

※同一の障害福祉サービス等事業所番号で複数の障害福祉サービス等を実施している場合は、各サービス毎に記載してください。

参考様式
様式6（添付書類2）

※居宅介護の特定事業所加算を算定している場合は省略可

記載例

研修計画

法人名又は事業所名 株式会社●●●●介護サービス

研修テーマ	対象者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
ヒヤリハット事例への対応	全職員	○						○					
基本的な接遇・マナーの理解	初任職員	実施予定時期にチェックを入れてください。											
障害福祉サービスでできること、できないこと	全職員												
虐待防止や人権擁護に関する理解	全職員		○										
基本的な防火対策の理解	全職員												○
感染症への理解	全職員									○			
法令遵守の理解	リーダー職員						○						○
サービス計画の策定	リーダー職員							○					

事業所の運営方針、事業所が求める福祉・介護職員像及び福祉・介護職員のキャリア志向に応じて設定してください。

その他の計画

- 採用1～2年目の介護職員に対し、3年以上の経験者を担当者として定め、日常業務の中での技術指導・業務に対する相談を実施する。
- 月1回のケアカンファレンス、ケース検討の実施。（希望者）
- 他事業者との交流の実施。（年3回）
- 都道府県が実施する研修会への参加。（希望者）

随時行っている会議や、希望者が参加する研修等について記載してください。