

情報開示項目及び開示方法について

事業所名 社会福祉法人ウエルNC

大区分	中区分	小区分（開示情報項目）	確認欄 開示事項に○
研修事業者 情報	法人情報 ☆	● 法人格・法人名称・住所等 住所 〒699-2211 島根県大田市波根町 1290-1 法人名 社会福祉法人 ウエルNC	○
		● 代表者名、研修事業担当理事・取締役名 代表者名 理事長 田中 礼祐 研修担当者名 施設長 和田 由実子	○
		△ 理事等の構成、組織、職員数等	
		△ 教育事業を実施している場合・事業概要	
		△ 研究活動を実施している場合・概要	
		△ 介護保険事業を実施している場合・事業概要	
		△ その他の事業概要	
		△ 法人財務情報	
	研修機関 情報 ☆	● 事業所名称・住所等 社会福祉法人 ウエルNC 住所 〒699-2211 島根県大田市波根町 1290-1	○
		● 理念 「利用者主体のサービス」 ～すこやかに おだやかに にこやかに あなたとともに～	○
● 学則・実施要綱 別掲「介護職員初任者研修実施要綱」のとおり		○	
● 研修施設、設備 会議室（講義室）、パソコン、プロジェクター 車椅子、介護用ベッド、浴槽、ウォーカーケイン等、 ポータブルトイレ等介護用品		○	
△ 沿革			
△ 事業所の組織、職員数等			
△ 併設して介護保険事業を実施している場合・事業概要			
	△ 財務セグメント情報		
研修事業情 報	研修の概 要	● 対象 福祉に関心を持ち、介護業務について学ぶ意欲のある方、 介護業務に従事することが確定している又はすでに従事 している方で資格取得を希望している方、家族介護など	○

	のために基礎知識・技術を習得したい方など	
	● 研修のスケジュール（期間、日程、時間数） 別掲「研修日程表」のとおり	○
	● 定員（集合研修、実習）と指導者数 定員は10名程度、講師は14名	○
	● 研修受講までの流れ（募集、申込み） ①募集案内 ホームページ、広報誌、ちらし：4月上旬～ ②申込方法 申込用紙に必要事項を記入後提出する。 ③受付順に申込用紙記載内容を確認し、運転免許証、パスポート、個人番号カードなど写真付きの身分証明書か住民票もしくは健康保険証と年金手帳など2つ以上の書類で本人確認をする。（郵送の場合はコピー同封） ④提出書類の受領で受講確定	○
	● 費用 受講料 60,000円 テキスト代 実費	○
	● 留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等 本研修では、豊富な現場経験を持った多彩な講師が、受講者一人一人に介護の基本を細かく指導いたします。 講義だけでなく、疑問・質問は双方向で解決できる実践的な研修です。介護分野に興味があり、頑張るあなたを応援します。また、当法人は在宅介護に重点を置いた事業展開をしています。資格取得だけでなく、就職を目指す方に向けて、就職斡旋も行います。	○
課程責任者	● 課程編成責任者名 吉田 洋子	○
	△ 課程編成責任者の略歴、資格	
研修カリキュラム	● 科目別シラバス	○
	● 科目別担当教官名	○
	● 科目別特徴 演習の場合は、実技内容・備品・指導体制	○
(通信)	● 科目別通信・事前・事後学習とする内容及び時間	
	● 通信課程の教材・指導体制・指導方法・課題	
修了評価	● 修了評価の方法、評価者、再履修等の基準	○
実習施設	● 協力実習機関の名称・住所等☆	
(実習を行	● 協力実習機関の介護保険事業の概要☆	

	う場合)	<ul style="list-style-type: none"> ● 協力実習機関の実習担当者名 ● 実習プログラム内容、プログラムの特色 ● 実習中の指導体制・内容（振り返り、実習指導等） △ 実習担当者の略歴、資格、メッセージ等 ● 協力実習機関における延べ人数 	
講師情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 名前 別掲「講師一覧表」のとおり 	○	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 略歴、現職、資格 別掲「講師一覧表」のとおり 	○	
	△ 受講者向けメッセージ		
	△ 受講者満足度調査の結果等		
実績情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去の研修実施回数（年度ごと） 平成28年度 1回 平成29年度 0回 	○	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去の研修延べ参加人数（年度ごと） 平成28年度 4人 平成29年度 0人 	○	
	△ 卒業率・再履修率		
	△ 卒業後の就業状況（就職率／就業分野）		
	△ 卒業後の相談・支援		
連絡先等	<ul style="list-style-type: none"> ● 申込み・資料請求先 〒699-2211 島根県大田市波根町 1290-1 社会福祉法人 ウェルNC 介護職員初任者研修事務局 ☎ 0854-85-8181 Fax 0854-85-7575 	○	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 法人の苦情対応者名・役職・連絡先 苦情対応者 和田 由実子 役職 施設長 連絡先 ☎ 0854-85-8181 	○	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所の苦情対応者名・役職・連絡先 苦情対応者 和田 由実子 役職 施設長 連絡先 ☎ 0854-85-8181 	○	
質を向上させるための取り組み	△ 自己評価活動、相互評価活動		
	△ 実習の質の向上のための取り組み、研修機関と実習機関との連携		
	△ 研修活動、研究活動		

	△ 研修生満足度調査情報（アンケート、研修生の声など）	
	△ 事業所満足度調査情報（アンケート、事業所の声など）	

●：必須 △：可能な限り開示

☆：他のページにリンクで対応可能

開 示 方 法	ホームページ
開示先URLアドレス	http://www.well-nc.or.jp/
閲覧可能（予定）年月日	平成30年4月上旬
上記URLの県HP掲載（リンク）の可否	ⓐ ・ 否

※ ホームページ上での開示が間に合わない場合は、パンフレットの配布等により開示を行う。