

平成29年度アセスメントスキル向上研修

(中堅職員向け/高齢・障害コース) 開催要領

- 【目的】 中堅職員が、自らの実践を振り返るとともに、支援に必要なアセスメント（事前評価）の視点を学び、「仮説と検証」の方法を身につけることを目的とする。
- 【目標】 ①利用者（当事者）主体のケアを自らが振り返るための視点と力を身につける。
②社会福祉の現場で働く人の職業倫理とは何か、なぜ必要なのか支援事例を通して理解する。
- 【主催】 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所
- 【日時】 平成30年2月5日（月）
- 【会場】 兵庫県社会福祉研修所 地階 大研修室（裏面・会場案内図参照）
- 【受講対象】 県内（神戸市・姫路市除く）の高齢・障害分野の社会福祉施設・事業所に勤務する職員で経験年数が概ね3年以上の中堅職員（管理者を除く）
- 【定員】 100名（原則、先着順）
*申込状況によっては、1施設当たりの参加人数を制限させていただく場合があります。
*申込多数の場合は、定員に達し次第、受講募集を締め切ることがあります。

【プログラム】

日時	研修科目	研修内容
10:20	開講／オリエンテーション	(9:30～受付開始)
10:30 ～ 12:30	【講義】 「アセスメントの基本を学ぼう」	1. アセスメントとは何か 2. 援助職中心ではなく利用者（当事者）中心のアセスメントの視点と方法 3. 日ごろの実践を振り返る
12:30	昼食休憩	
13:30 ～ 16:30	【演習・講義】 「事例から学ぼう！アセスメントの実践ポイント」 ※適宜休憩	1. 高齢・障害者への支援事例を通して、アセスメントに必要な基本的な視点と方法を理解する
16:30	閉講／アンケート記入	

【講師】 稲松 真人氏（兵庫県対人援助研究所 主宰）

身体障害者療護施設に指導員として10年勤務、その後、約15年間特別養護老人ホームで主任指導員、副施設長、施設長として勤務。2010年9月に兵庫県対人援助研究所を立ち上げ、現在に至る。フリーランス講師として、人間関係や対人援助について講演や講義、ケアマネジャー等のスーパービジョン等を行う。介護福祉士、介護支援専門員。流通科学大学非常勤講師、介護支援専門員実務・専門研修の講師を務めている。兵庫県介護支援専門員協会相談役、神戸市ケアマネジャー連絡会相談役など要職多数。

【受講料】 4,000円

【申込締切】 平成30年1月12日(金) 必着

【申込方法】 別紙の受講申込書と「事前アンケート」に必要事項をご記入のうえ、下記宛、原則郵送によりお申込みください。やむを得ずFAXで申込みされる場合は、必ず送信確認の電話をお願いします。

【受講決定】

- 受講の可否は、申込者本人に受講決定通知にてお知らせします。
- 受講料は、受講決定通知に同封する払込取扱票にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

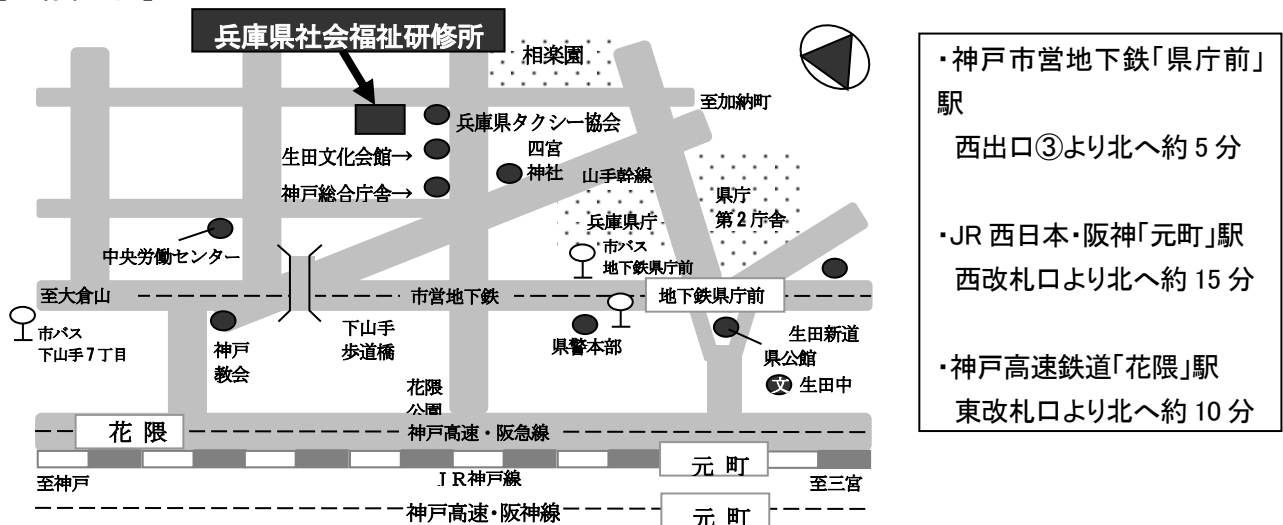
【キャンセルについて】

- 1月29日(月)までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。
- 1月30日(火)以降のキャンセルの場合は、受講料の返金はいたしません。研修資料の送付をもって代えさせていただきます。

【その他】

- * 近隣の飲食店は混雑が予想されますので、昼食は持参されることをお勧めします。
- * 欠席・遅刻等の場合は、必ず事前にご連絡をお願いいたします。
- * 駐車場はありませんので、会場へは公共交通機関をご利用のうえ、お越してください。
- * 空調設備の微調整が難しいため、着脱して体温調整が可能な服装でお越してください。
- * 天候の状況(大雪等)により研修を延期・中止する場合は、前日午後6時に社会福祉研修所ホームページ (<http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>) でその旨お知らせします。

【会場案内図】



【申込み・問合せ先】

兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所 研修第1部

〒650-0004 神戸市中央区中山手通6-1-30

TEL: 078-367-3001 / FAX: 078-367-4522

URL: <http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>

* ホームページから、現在募集している研修事業の開催要領等のダウンロードができますので、ご活用ください。なお、ホームページを介してお申し込みはできませんので、ご了承ください。

平成29年度アセスメントスキル向上研修（中堅職員向け/高齢・障害コース）

受講申込書

兵庫県社会福祉協議会
社会福祉研修所長 様

事業所名 _____

所属長名 _____ (印)

下記のとおり申込みます。

推薦順位 位 / 人(申込数)

(平成30年1月1日現在)

ふりがな			性別	年齢層	
氏名			1. 男 2. 女	歳代	
法人名					
勤務先 事業所名					
勤務先 所在地	〒				
職種 (業務内容)	TEL : FAX :				
	例：介護職員、支援員				
福祉業務 従事年数	年	ヵ月	現在の所属事業所 での業務年数	年	ヵ月
事業所種別 ※当てはまるものすべてに○をつけてください。	障害者	1. 施設入所支援 2. 共同生活介護 3. 療養介護 4. 生活介護 5. 共同生活援助 6. 自立訓練（機能訓練） 7. 自立訓練（生活訓練） 8. 就労移行支援 9. 就労継続（雇用型） 10. 就労継続（非雇用型） 11. 地域活動支援センター 12. その他（ ）			
	高齢者	13. 特別養護老人ホーム 14. 養護老人ホーム 15. デイサービスセンター 16. その他（ ）			
	社協	17. 社会福祉協議会	その他	18. 救護施設 19. その他（ ）	
備考					

《ご記入に際しての注意事項》

※該当する事項・番号に○をつけていただくか、直接ご記入をお願いします。

※事前アンケートとともに、受講申込みをしてください。

※個人情報保護法に基づく取り扱い

- (1) 「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することなく、また、その管理については、兵庫県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき適正に行い、無断で第三者に提供することはありません。
- (2) 演習等への活用及び受講者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名（事業所名）、事業種別を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配付します。

申込締切：平成30年1月12日（金）必着

平成29年度アセスメントスキル向上研修（中堅職員向け/高齢・障害コース）

事前アンケート

所属名（ ）

氏名（ ）

研修の事前課題として、受講希望者は開催要領を熟読の上、次の設問にお答えいただき、受講申込書とともにご送付ください。

<事前アンケートの目的>

- ① 受講者の研修参加目的を明確にする。
- ② 受講者、派遣法人が受講後、研修効果を確認するための資料とする。

設問1 当研修の受講にあたって、あなた自身が研修を通じて学びたいことは何ですか。下欄に簡潔にご記入ください。

(自身が学びたいこと)

-
-
-
-
-

設問2 ご自身の実践において課題と感じていることがあれば、下欄に簡潔にご記入ください。

☆ アンケートの記載内容は、本研修以外には一切使用いたしません。