

# 平成29年度 老人福祉施設新任職員研修 開催要領

**【目的】** 高齢者福祉を取り巻く情勢と施設職員の役割を理解し、利用者の尊厳や主体性を保持した支援、多職種と協働した福祉サービスの実践について学びます。

**【目標】** ①地域包括ケアの推進など高齢者福祉を取り巻く情勢を学び、施設の役割を理解する  
②利用者支援における対人援助職としての役割と視点を理解する

**【主催】** 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所

**【期日・会場】**

コース	開催日	会場	時間
A	平成29年5月2日(火)	兵庫県社会福祉研修所 地階 大研修室	10:10～17:00
B	平成29年6月1日(木)		
C	平成29年6月30日(金)		

**【受講対象】** 平成29年4月1日現在、県内（神戸市・姫路市内除く）老人福祉施設に勤務する老人福祉施設職員で、①在職期間1年未満の者、または、②在職期間2年未満で昨年度本会主催の新任職員研修を受講していない者

**【日程表】**

時間	研修科目／講師	研修内容
10:10	開会／オリエンテーション	(9:30～受付開始)
10:20 ～ 12:00	<b>【講義】</b> 「高齢者福祉の動向と施設職員に求められるもの」  神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 理学療法学科 教授 備酒 伸彦氏	・高齢者福祉を取り巻く情勢の理解 ・高齢者施設職員の役割の理解 ・チームアプローチの重要性の理解
12:00	昼食休憩	
13:00 ～ 17:00	<b>【講義・演習】</b> 「利用者理解と対人援助職者としての基本姿勢」  A：はちぶせの里 施設長 中野 穰氏 B：兵庫県対人援助研究所 主宰 稲松 真人氏 C：一般社団法人つばさ 理事 特別養護老人ホーム 愛の園 在宅課長 永井 崇史氏	・対人援助の視点 ・利用者理解 ・援助者の自己覚知 ・専門職として適切な支援方法の理解
17:00	閉講／アンケート記入	

**【受講定員】** 各コースとも 100名（原則先着順）  
\*申込多数の場合は、定員に達し次第、受講募集を締め切る場合がございますので、ご了承ください。

**【受講料】** 4,000円

**【申込締切】** 【Aコース】 平成29年4月14日(金) 必着  
【Bコース・Cコース】 平成29年5月12日(金)

**【申込方法】** 別添「受講申込書」と「事前アンケート」にご記入の上、下記宛、郵送によりお申込みください。やむを得ずFAXでお申込みされる場合は、必ず送信確認のお電話をお願いいたします。

**【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。

\*上記受講決定通知は、事業所宛に送付します。

\*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。

\*なお、やむを得ずお断りさせていただく場合も、その旨を通知させていただきます。

### 【キャンセルについて】

\*研修日の1週間前（同曜日）までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。

\*上記期限を過ぎてキャンセルされる場合は、受講料を返金いたしません。研修資料の送付をも  
って代えさせていただきますので、ご了承くださいますようお願いいたします。

### 【その他】

\*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。

\*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。

\*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上、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。

### 【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

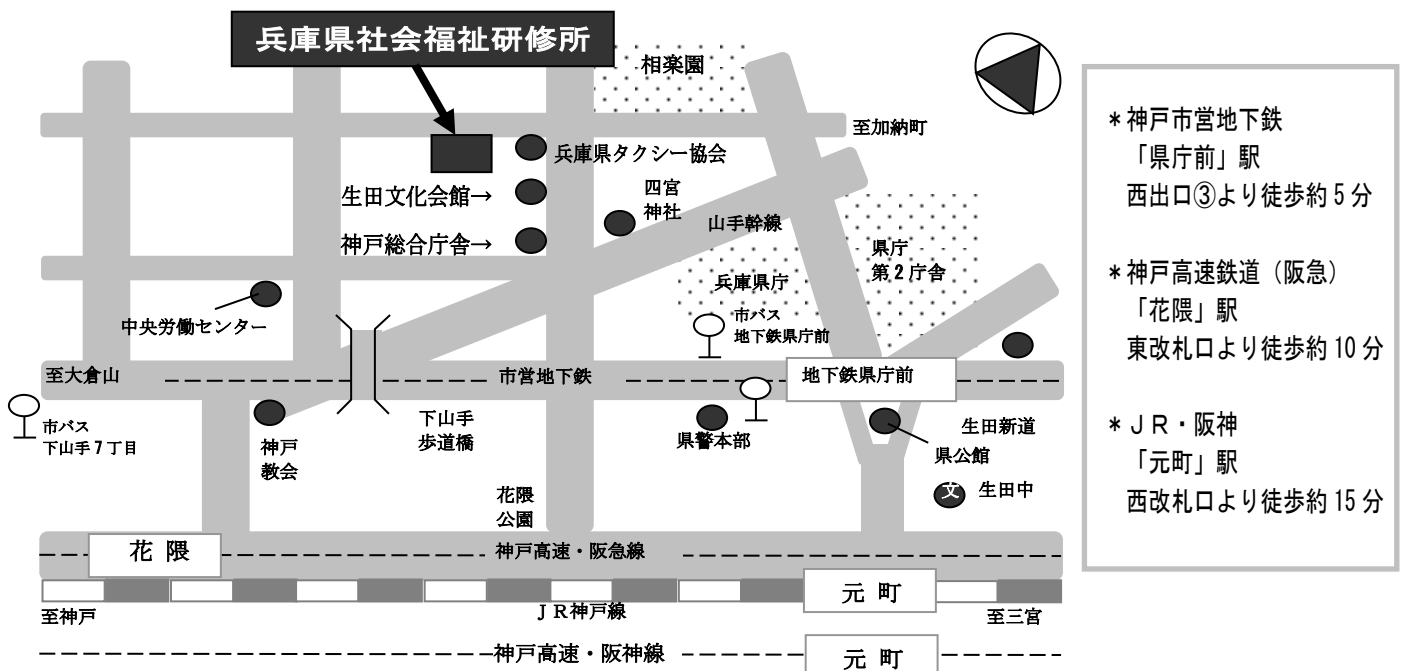
TEL：078-367-3001 / FAX：078-367-4522

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のダウンロード等ができますので、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。

### 【会場案内図】

兵庫県社会福祉研修所 〒650-0004 神戸市中央区中山手通6-1-30



## 平成29年度 老人福祉施設新任職員研修 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 \_\_\_\_\_

⑩

下記のとおり申し込みます。

(平成29年4月1日現在)

フリガナ				<b>※優先順位</b>
氏名				優先順位/申込総数 /
主な 担当業務	1. 介護業務 2. 相談援助業務 3. その他 ( )	性別	男 ・ 女	経験年数 年 月
		年齢	歳代	
資格取得 状況	1. 社会福祉士 2. 介護福祉士 3. 精神保健福祉士 4. 看護師・准看護師 5. 保健師 6. 理学療法士・作業療法士 7. 介護支援専門員 8. 社会福祉主事 9. その他 ( ) 10. 特になし			
フリガナ	運営主体			
施設名	1. 民間 (社福・事業団・公社含む) 2. 公立 (県立・市立・町立)			
法人名	3. その他 ( )			
所属施設 種別	1. 特別養護老人ホーム 2. 養護老人ホーム 3. 軽費老人ホーム(ケアハウス) 4. デイサービスセンター 5. 地域包括・在宅介護支援センター 6. その他 ( )			
勤務先 所在地	〒			TEL : ( )
				FAX : ( )
希望コース (「○」をして ください)	Aコース (5月2日)	Bコース (6月1日)	Cコース (6月30日)	コース変更の可否
				可 ・ 否
備考				

&lt;&lt;記入時の注意事項&gt;&gt;

\* 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。

\* 優先順位は1事業所で2名以上お申込みの場合のみご記入ください。なお、2名以上お申込みの場合は、申込書をコピーいただき、1人につき1枚ご記入ください。

※個人情報保護法施行に基づく取り扱い

(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はない、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参加者相互の情報交換、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・施設種別)を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講生に配付します。

申込締切：【Aコース】 平成29年4月14日(金) 必着  
【Bコース・Cコース】 平成29年5月12日(金)

## 平成29年度 老人福祉施設新任職員研修 事前アンケート

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。

事業所名 ( )  
氏 名 ( )

### <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。
- ③受講者が施設・法人への復命を行うための資料とする。

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。また、研修を受講するにあたって、職場(上司)から期待されていることは何ですか。下欄にご記入ください。

(自身が学びたいこと)

(期待されていること)

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。