

# 平成29年度 障害福祉施設新任職員研修 開催要領

**【目的】** 社会、地域における障害福祉施設の役割及び利用者の生活を支えるうえで求められる基本姿勢・視点を理解するとともに、施設での実践に向け意欲を高めることを目的に開催します。

**【目標】** ①社会、地域における障害福祉施設の役割を理解する  
②利用者の尊厳や主体性を保持した支援に向けた姿勢・視点を理解する  
③自身の支援観を深めるヒントを得て、日々の実践に向け意欲を高める

**【主催】** 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所

**【日時】** Aコース 平成29年5月 8日(月) 10:20～17:00  
Bコース 平成29年6月19日(月) 10:20～17:00

**【会場】** 両コース 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】** 平成29年4月1日現在、県内(神戸市・姫路市内除く)の障害福祉施設に勤務する職員で、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】**

日時	研修科目/講師	研修内容
10:20	開講/オリエンテーション	(受付開始9:30～)
10:30 ～ 12:00	<b>【講義】</b> 「利用者の生活を支える 障害福祉施設職員の役割と専門性」  特定非営利活動法人おおさか地域生活 支援ネットワーク 理事長 北野 誠一氏	1. 障害福祉を取り巻く情勢 2. 利用者主体の支援とは 3. 地域生活移行と地域 4. 障害福祉施設職員に求められる役割と専門性
12:00	昼食休憩	
13:00 ～ 17:00	<b>【演習】</b> 「私が目指す職員像 ～当事者・先輩職員の声聴いて～」 <当事者発表者> Aコース：小西 貴男氏 (地域活動支援センター「うらら」) Bコース：調整中 <先輩職員発表者> 各コース2名 調整中 <コーディネーター> 特定非営利活動法人おおさか地域生活 支援ネットワーク 理事長 北野 誠一氏	1. 利用者の視点に立った支援姿勢の獲得 2. 今後の実践における目標設定
17:00	閉講/アンケート記入	

**【受講定員】** 各コース 100名(原則、先着順)

**【受講料】** 4,000円

**【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。

【申込締切】 平成29年4月17日（月）必着

【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。
- 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。

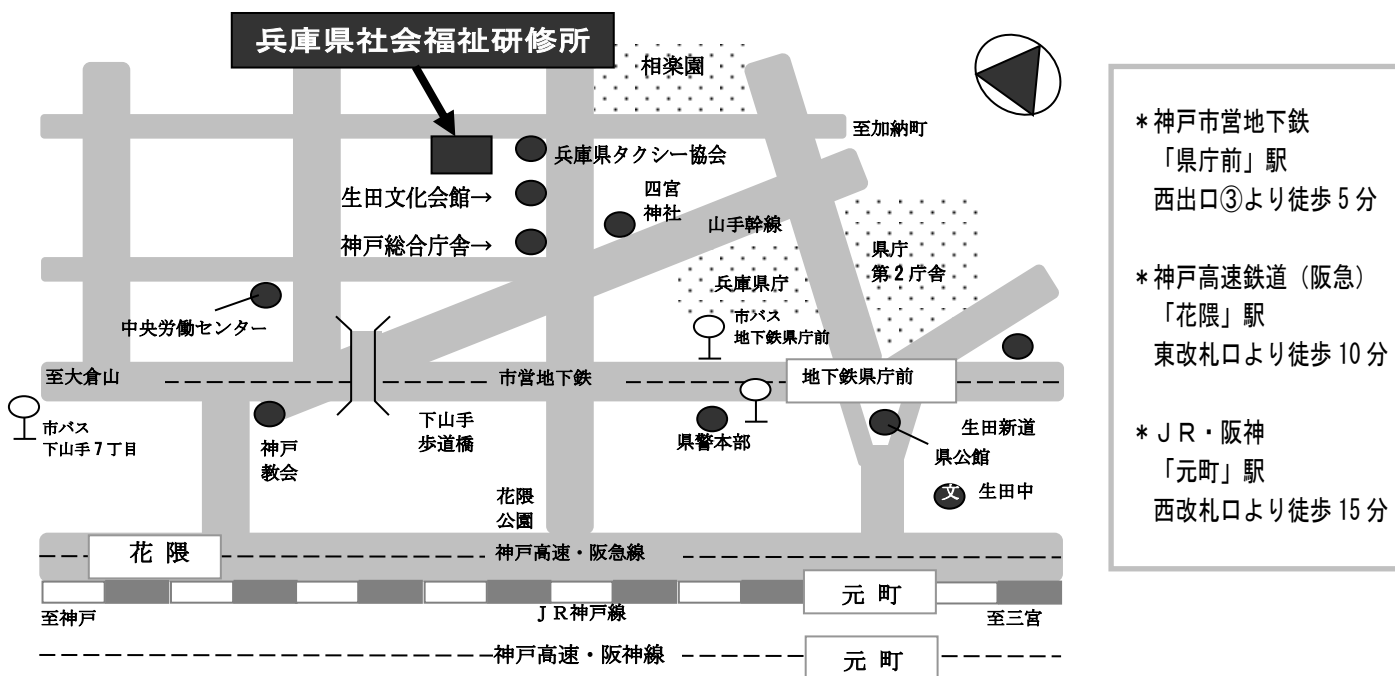
【キャンセルについて】

- 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。
- 上記期限を越え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。

【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上、お越しく下さい。
- 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く下さい。

【会場案内図】



【申込・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のお申込みはできませんので、ご了承ください。

## 平成29年度 障害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 \_\_\_\_\_ ㊟

下記のとおり申し込みます。

(平成29年4月1日現在)

受講希望コース (どちらかに○をご記入ください。)	Aコース 《5月8日》	Bコース 《6月19日》	コース 変更の可否	可 ・ 否
------------------------------	----------------	-----------------	--------------	-------

ふりがな			性別	年齢
氏名			1. 男 2. 女	歳代
職種			経験年数	年 ヶ月
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. 理学療法士・作業療法士      6. 社会福祉主事 7. 保育士      8. 介護支援専門員      9. ホームヘルパー ( ) 級 10. 特になし      11. その他 ( )			
法人名				
勤務先 事業所名				
勤務先 所在地	〒		TEL :	
			FAX :	
事業所 種別	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 ( )			
	主たる対象者			
	1. 身体障害者	2. 知的障害者	3. 精神障害者	4. 障害児

《ご記入に際しての注意事項》

- ・該当する事項に記入または番号に○をつけてください。
- ・事前アンケート (裏面) にご記入の上、本申込書とともに送付ください。

※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) 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・事業所種別) 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29年4月17日 (月) 必着

## 平成29年度 障害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、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。

設問1 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を下欄にご記入ください。**受講者記載**

設問2 受講者の所属長として、受講者に研修で学んでいただきたい事項をご記入ください。**所属長記載**

☆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。