

平成28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】 質の高い支援には、支援の根拠となるアセスメント、すなわち利用者と利用者を取り巻く環境の状況や力などの把握が必要不可欠です。しかし、一口にアセスメントといっても、利用者一人ひとりの状況に合わせたアプローチが必要で、実際にはとても難しいと感じる方も多いのではないのでしょうか。

この研修では、アセスメントの視点と方法を学ぶとともに、演習を通して自らの実践を振り返り、今後の支援を深めるヒントをつかむことを目指します。

【目標】 ①ジェネラリストモデルに基づくアセスメントの視点を習得する。
②利用者理解とアセスメントについて、自らの日ごろの実践を振り返り、今後の支援につなげる。

【主催】 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所

【日時】 平成29年3月8日(水)

【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・障害分野等の社会福祉施設・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】 「アセスメントとは何か」	1. アセスメントとは何か 2. 利用者(当事者)中心のアセスメントの視点と方法
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、副施設長を経て施設長として勤務。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29年2月15日(水)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。
- なお、やむを得ずお断りを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。

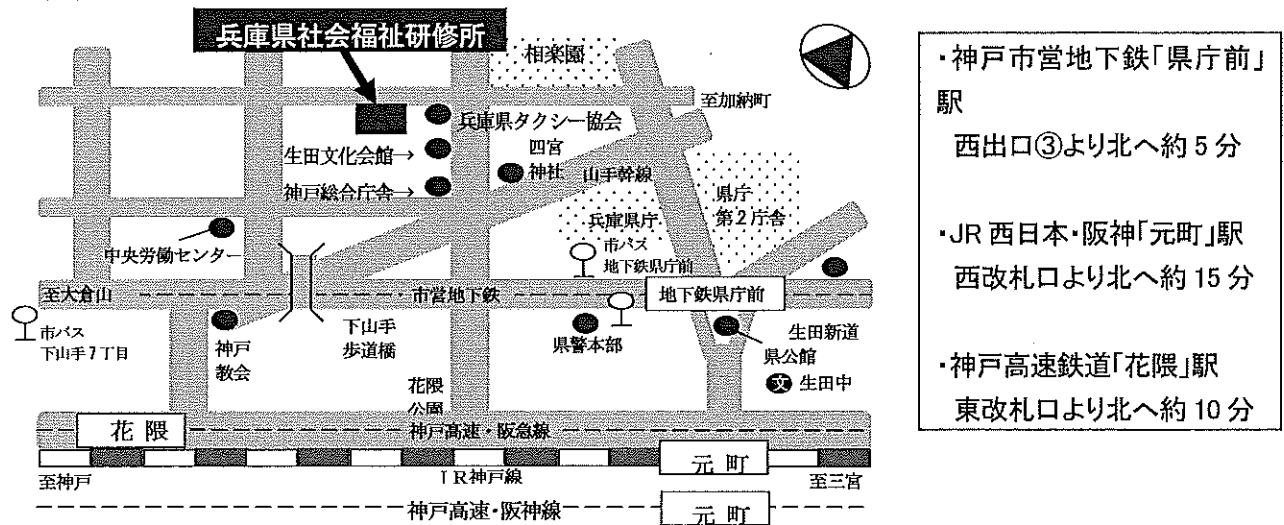
【キャンセルについて】

- 3月1日(水)までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。
- 3月2日(木)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ください。

【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のダウンロード等ができますので、ご利用ください。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28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 _____ ㊞

下記のとおり申込みます。

推薦順位 位 / 人(申込数)

(平成29年2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	7. 施設入所支援 8. 共同生活介護		9. 療養介護 10. 生活介護	
	高齢者	11. 共同生活援助 12. 自立訓練（機能訓練）		13. 自立訓練（生活訓練）	
		14. 就労移行支援 15. 就労継続（雇用型）		16. 就労継続（非雇用型）	
社協	23. 社会福祉協議会		その他	24. 救護施設 25. 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」に基づき適切に行い、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、当日受講者に配布します。

申込締切：平成29年2月15日（水） 必着

