

## 平成28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28年5月17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28年6月14日(火)		
C	平成28年6月24日(金)		

**【受講対象】** 平成28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 学科長・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」 ※途中休憩あり A：兵庫県対人援助研究所 主宰 稲松 真人氏 B：特別養護老人ホーム愛の園 在宅課長 永井 崇史氏 C：はちぶせの里 施設長 中野 穰氏	・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、1施設当たりの参加人数を制限させていただく場合や、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】** 平成28年4月26日(火) 必着

**【申込方法】** 別紙「受講申込書」と「事前アンケート」にご記入の上、下記宛、原則郵送によりお申し込みください。やむを得ずFAXでお申し込みされる場合は、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。(4月28日頃発送予定)
- \*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、ご了承くださいませよう願います。

**【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。

**【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はなく、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・施設種別)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。

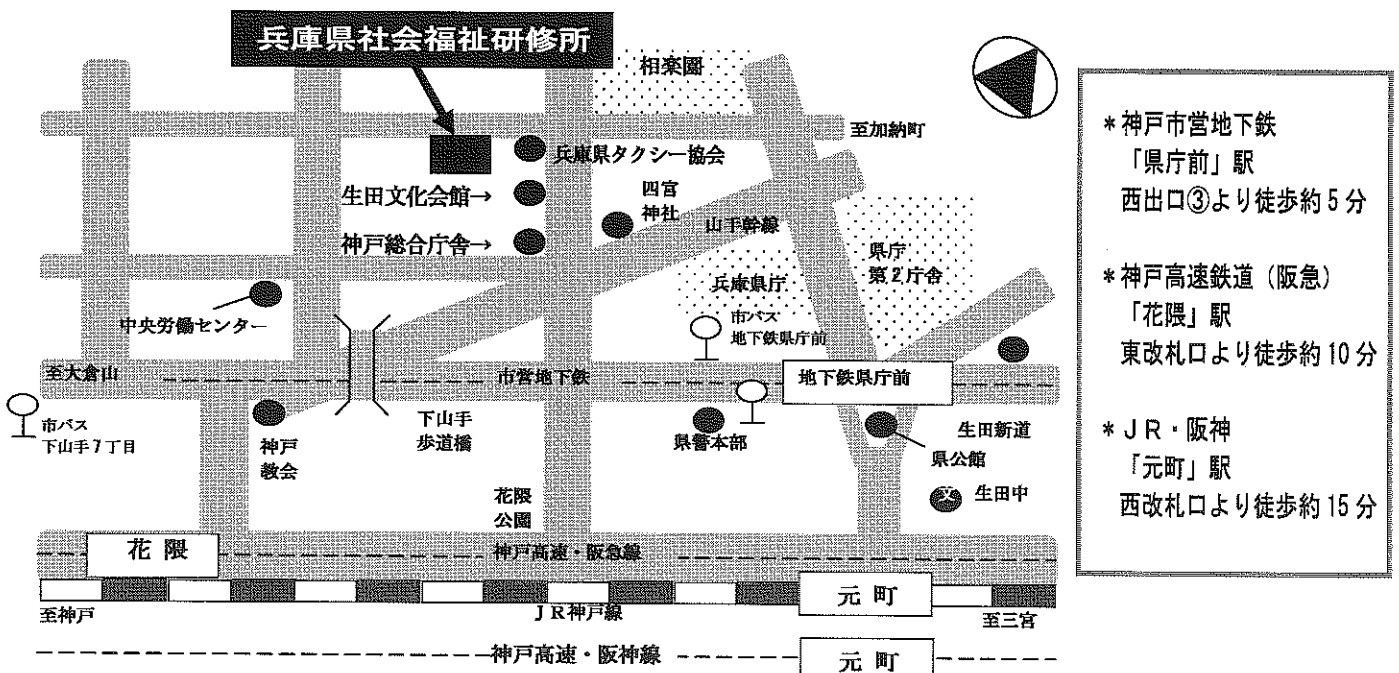
**【申込み・問合せ先】**

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28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 \_\_\_\_\_ ㊟

下記のとおり申し込みます。

(平成28年5月1日現在)

フリガナ				性別	男 ・ 女	※優先順位
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 ( )			年齢	歳代	経験年数
						年 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. 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17日)	Bコース (6月14日)	Cコース (6月24日)	コース変更の可否		
				可 ・ 否		
備考						

## ＜＜記入時の注意事項＞＞

\* 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、受講申込をしてください。

\* 推薦順位は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：平成28年4月26日(火) 必着

## 平成28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。