

# 平成29年度 社会福祉援助基礎研修（Bコース）

## 開催要領

**【目的】** 福祉サービス従事者にとって不可欠である社会福祉援助の基本理念・価値を学ぶとともに、利用者支援において必要な利用者理解とその視点及び基礎的な技術を身につけ、福祉専門職としての自覚を高めることを目的とします。

**【目標】**

- ①社会福祉の基本理念と価値を学ぶ
- ②利用者理解とその視点を学ぶ
- ③利用者理解に基づくコミュニケーション技術を習得する

**【主 催】** 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所

**【期 日】** 1日目：平成29年12月 6日（水）10：20～17：00  
2日目：平成29年12月15日（金）10：00～17：00

**【会 場】** 兵庫県社会福祉研修所 3階 中研修室2（会場案内図参照）

**【受講対象】** 下記①、②のいずれかにあてはまり、原則として社会福祉に関する専門教育を受けていない職員  
※本研修は、社会福祉従事者の初任研修として実施します。

- ①県内社会福祉施設、社会福祉協議会に勤務する職員  
(神戸市内の施設・社協、姫路市内の施設、保育所保育士は除く)
- ②県健康福祉事務所、県内の各市福祉事務所、県立女性家庭センター、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所、こども家庭センター、明石学園に勤務する職員（神戸市・姫路市所管を除く）

### 【日程表】

1日目講師：武庫川女子大学 文学部教育学科 講師 藤野 ゆき氏

研修科目		研修内容
10：20	開講／オリエンテーション	
10：30	【講義・演習】 「社会福祉援助の共通基盤 I －基本理念と価値－」	1. 社会福祉従事者がもつべき基本理念（人権尊重、尊厳の保持、ノーマライゼーション等） 2. 社会福祉専門職の倫理
12：00	昼食休憩	
13：00	【講義・演習】 「社会福祉援助の共通基盤 II －利用者理解とその視点－」 ※途中休憩あり	1. その人らしさの理解 2. 生活環境の理解
17：00	1日目終了	

2日目講師：関西福祉科学大学 社会福祉学部 教授 都村 尚子氏

研修科目		研修内容
10：00	【講義・演習】 「社会福祉援助とコミュニケーション技術 I」	1. コミュニケーションの意義 2. コミュニケーションの概要と環境
12：00	昼食休憩	
13：00	【講義・演習】 「社会福祉援助とコミュニケーション技術 II」 ※途中休憩あり	1. 利用者の特性に応じたコミュニケーション
17：00	閉講／アンケート記入	

**【定 員】** 50名（原則、先着順）

申込状況によっては、1施設・機関当たりの参加人数を制限させていただくことがありますので、ご了承願います。

【受講料】 6,000円

【申込締切】 平成29年11月13日（月）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、郵送により申込みください。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。

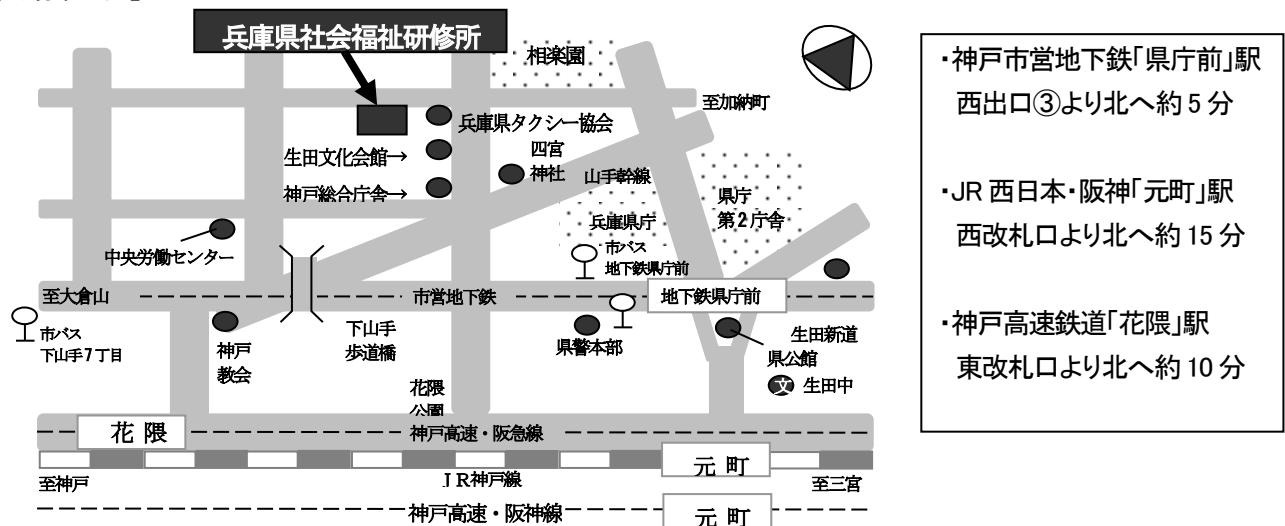
【受講決定】

- 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】

- 11月29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。
  - 11月30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。

## 【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

TEL: 078-387-3001/ FAX:  
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のお申込みはできませんので、ご了承ください。

平成29年 月 日

平成29年度 社会福祉援助基礎研修（B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。

(平成29年11月1日現在)

ふりがな			性別	年齢層	
氏名			1. 男 2. 女	歳代	
ふりがな			運営主体		
法人名			1. 民間 (社福・事業団・公社含む)		
ふりがな			2. 公立 (県立・市立・町立)		
勤務先 事業所名			3. その他 ( )		
勤務先 所在地	〒 TEL : _____ FAX : _____				
職種 (業務内容)					
所属種別	(例: 特別養護老人ホーム、障害者支援施設 等)				
福祉業務 従事年数	年	カ月	現在の所属事業所 での業務年数	年	カ月
保健福祉 関係資格 取得状況	1. 社会福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 介護福祉士 4. 社会福祉主事 5. 保育士 6. 看護師 7. 介護支援専門員 8. ホームヘルパー ( ) 級 9. 資格なし 10. その他 ( )				
専門教育 の有無	1. 社会福祉に関する専門教育は全く受けていない。 2. 資格を取得する際に社会福祉に関する勉強を行った。 3. 社会福祉に関する専門教育を受けている。 a. 大学 b. 専門学校 c. 高校 d. その他 ( ) 4. 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○をつけていただきか、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29年11月13日（月）必着

## 平成29年度 社会福祉援助基礎研修（B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。

（自分が学びたいこと）

- 
- 
- 
- 
- 

設問2 ご自身の実践において課題を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。