

# 平成31年度 障害福祉新任職員研修 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・事業所の役割を理解する  
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】** 兵庫県福祉人材研修センター（兵庫県社会福祉協議会）

**【期日・会場】**

コース	開催日	会場	時間
A	2019年5月21日（火）	兵庫県福祉人材研修センター 3階 研修室 3AB	10:20～17:00
B	2019年6月20日（木）	兵庫県福祉人材研修センター 3階 研修室 3AB	

**【受講対象】** 2019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・事業所に勤務する職員で、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・先輩職員の声を聴いて～」 ＜当事者発表者＞ Aコース：地域活動支援センター「うらら」 小西 貴男氏 Bコース：調整中 ＜先輩職員発表者＞ Aコース：ワークメイト西宮聖徳園 椎木 有美氏（ほか1名調整中） B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習得 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

【申込締切】 2019年4月26日（金）

### 【申込方法】

- 研修センターホームページの「研修の検索&お申込み」からホームページ上でお申込みください。
- ホームページ上でお申込された場合、申込確認のメールが返送されますので、必ずご確認ください。
- FAXでお申込みされる場合は、別紙の受講申込書に必要事項をご記入のうえ送信ください。その場合、必ずFAXの到着確認の電話をお願いします。

### 【受講決定】

- 受講の可否については、受講決定通知を郵送にて送付します。
- ホームページからのお申込みの場合も、受講決定の可否は郵送でお知らせしますのでご注意ください。
- 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】

- 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。
- 天候の状況等により研修を延期・中止する場合は、前日午後6時に兵庫県福祉人材研修センターホームページ (<https://hfkensyu.com/>) でその旨お知らせします。

### 【会場案内図】

兵庫県福祉人材研修センター（神戸市中央区中山手通7-28-33）



- 神戸市営地下鉄大倉山駅から徒歩7分
- 阪急電鉄花隈駅から徒歩7分
- 阪神西元町駅から徒歩約12分
- JR元町駅・神戸駅から徒歩約16分



〔兵庫県福祉人材研修センター 概観〕

### 【申込・問合せ先】

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 研修第1部（担当：宿院・菊澤）

〒650-0004 神戸市中央区中山手通7-28-33

TEL：078-367-3001 / FAX：078-367-4522

URL：<https://hfkensyu.com/>

## 平成31年度 障害福祉新任職員研修 受講申込書

## ■申込者情報 ※受講決定通知を送付する先となります。

法人名			
施設・事業所名			
ふりがな			
申込担当者名			
勤務先住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

## ■受講者情報

ふりがな				<b>推薦順位</b>	
氏名				推薦順位 / 申込総数 /	
性別	1. 男 2. 女		年齢層	歳代	
福祉関係業務の 通算経験年数	年		職名		
施設種別 (受講者が所属する 種別を一つ選択 してください)	1. 施設入所支援 2. 共同生活介護 3. 生活介護 4. 共同生活援助 5. 就労移行・就労継続 6. 地域活動支援センター 7. 相談支援事業所 8. その他 ( )				
申込コース	Aコース <5月21日>	Bコース <6月20日>	受講変更 可・否	可	否
研修で学びたい 事項	当研修で学びたい事項等があれば箇条書きで3つ程度ご記入ください。				
備考欄					

\* 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。

\* 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で使用することではなく、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・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。