

高齢者福祉新任職員研修

開催要領

《オンライン研修》

1. 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ぶことを目的とします。

2. 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支援を理解する

3. 主催

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター

4. 日時

コース	日程	時間
A	6月1日(火)	10:10~17:00
B	9月28日(火)	

5. 実施方法

オンラインにて実施（Zoomを使用予定。詳細は、受講決定時にお知らせします。）

6. 受講対象

令和3年4月1日現在、県内（神戸市・姫路市内除く）高齢者福祉施設・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

※ 老人福祉法（昭和38年法律第133号）に規定された「老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センター」の他、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や有料老人ホーム、地域包括支援センター職員も対象とします。

7. 受講定員

各コース 75名（原則、先着順）

8. 受講料

4,800円

9. 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、入力されたメールアドレスに「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。
- ホームページでご入力いただいた申込者情報（法人・事業所情報）は、次回入力時に自動で入力され、便利です。ぜひホームページよりお申込みください。
- 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。

令和3年度

10. 受講決定 (注) 受講決定後のキャンセルはできません。

- 受講の可否は、申込事業所宛に受講決定通知(文書)を郵送してお知らせします。
- 受講料は、受講決定通知時に同封の払込用紙にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

11. 申込締切日

Aコース：令和3年 5月12日(水) 締切

Bコース：令和3年 9月 8日(水) 締切

※定員に余裕がある場合は、引き続き募集を行います。

12. 日程表

時間	研修科目	研修内容
10:10	開講／オリエンテーション	(受付開始 9:30～)
10:20 ～ 12:00	【講義】 「高齢者福祉の動向と施設職員に求められるもの」 講師：神戸学院大学 教授 備酒 伸彦氏	1 地域包括ケアの推進など高齢者福祉を取り巻く情勢の理解 2 高齢者施設職員の役割の理解 3 チームアプローチの重要性の理解
12:00	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	【講義・演習】 「対人援助職者としての基本と目標 そして、今後の具体的取組みについて」 講師：兵庫県対人援助研究所 主宰 稲松 真人氏	1 対人援助職者に求められる基本視点 ・専門職の価値・倫理 ・基本的態度 2 目指したい職員像とは
16:30 ～ 17:00	【講義】 「兵庫県における高齢者福祉を取り巻く情勢と県の対応」(仮題) <講師> 兵庫県少子高齢局高齢政策課職員(調整中)	・兵庫県における高齢福祉を取り巻く情勢の理解 ・兵庫県の高齢福祉関連施策など
17:00	閉講／オリエンテーション	

13. その他

- お申込みの際は、必ず受講に使用するパソコンのE-mailアドレスを記載してください。当該アドレスの受講決定者宛てに受講に必要な情報を送ります。受講決定者以外の聴講は固くお断りします(転送及び録画は認めません)。
- 研修中止その他の関連情報は必要に応じて、当研修センターのホームページでお知らせしますので、適宜ご確認ください。

【申込・問合せ先】

〒650-0004 神戸市中央区中山手通7-28-33 兵庫県福祉人材研修センター
TEL: 078-367-3001 / FAX: 078-367-4522
URL: <https://hfkensyu.com/> E-mail: kensyu@hyogo-wel.or.jp

令和3年度 高齢者新任職員研修 受講申込書

できる限り研修センターホームページ「研修の検索&お申込み」からの申込みをお願いします。
(令和3年5月1日現在)

推薦順位		希望コース (いずれかに○印)		コース変更の可否
推薦順位/申込総数 /	Aコース (6月1日)	Bコース (9月28日)	可 ・ 否	
フリガナ				
氏 名				
法人名				
施設・事業所名				
施設等住所 (受講決定送付先)				
年 齢 (いずれかに○印)				
・10歳代 ・20歳代 ・30歳代 ・40歳代 ・50歳代 ・60歳以上				
当該業務の 通算経験年数		年	職名	
施設種別 (受講者が所属する 種別を1つ選択して ください)		児童	1. 児童養護施設 2. 乳児院 3. 母子生活支援施設 4. 保育所 5. 認定こども園 6. 障害児施設 (入所・通所)	
		障害	7. 施設入所支援 8. 共同生活介護 9. 生活介護 10. 共同生活援助 11. 就労移行・就労継続 12. 地域活動支援センター 13. 相談支援事業所	
		高齢	14. 特別養護老人ホーム 15. 養護老人ホーム 16. デイサービスセンター 17. 居宅介護支援 18. 地域包括支援センター	
		その他	19. 社会福祉協議会 20. 救護施設 21. 行政 22. その他 ()	
この研修で 学びたい事項 (箇条書きで 3項目程度)				
その他特記事項				
連 絡 先	フリガナ		TEL	
	担当者名		FAX	
			E-mail	

* 1事業所2名以上お申込みの場合は、受講申込者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。