

# 障害福祉新任職員研修

## 開催要領

### 1 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として開催します。

### 2 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

### 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	5月25日(火)	10:20~16:30
B	6月25日(金)	

### 5 会場

緊急事態宣言の延長に鑑み、Zoom によるオンライン開催に変更します。

### 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）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

### 7 受講定員

各コース100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 7日(金) 締切

Bコース：令和3年6月11日(金) 締切 ※締切日を延長しました

※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

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	【講義】 「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」 社会福祉法人 西宮市社会福祉協議会 共生のまちづくり研究研修所 所長 元東洋大学教授 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 ~ 16:30	【演習】 「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：西宮市社会福祉協議会青葉園 森本 佳代氏  <先輩職員発表者> Aコース：社会福祉法人枚方療育園 三田こぶしの園 伊福 夏実氏 Bコース：社会福祉法人明桜会 相談支援事業所オアシス 奥村 真司氏  <コーディネーター> 社会福祉法人 西宮市社会福祉協議会 共生のまちづくり研究研修所 所長 元東洋大学教授 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
16:30	閉講/アンケート記入	

## 13. その他

- 新型コロナウイルスの感染状況によっては、演習(集合型で実施)もオンラインでの実施に変更する場合があります。関連情報については、適宜、当研修センターのホームページでお知らせしますので、各自でご確認願います。
- 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、お越しく下さい。

### 【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/>

## 障害福祉新任職員研修 受講申込書

■ 「兵庫県福祉人材研修センター ホームページ」からも直接お申込みが可能です。

下記の項目に必要な事項をご記入ください。

(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 (5月25日)	Bコース (6月25日)	可 ・ 否
フリガナ			
氏名			
法人名			
勤務先 施設・事業所名			
郵便番号	〒		
住所	※受講決定書をお送りする先になります		
年齢層 (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 (                      )	
TEL		FAX	
フリガナ			
申込担当者名			
E-MAIL			
備考欄			
研修で学びたい 事項	当研修で学びたい事項を、箇条書きで3つ程度ご記入ください。		

\* 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。