

コミュニケーション実践研修

福祉に活かすコンパッション

～自分と他者への寛容さを育むレッスン～

開催要項

中堅

1日

集合

目的

福祉従事者は共感的、受容的な態度が求められるその業務特性から、ストレスを抱えたり困難な状況に直面したりしやすいといえます。コロナ禍の後も続く困難な状況に対して、「コンパッション（※ 悩みや苦しみを解消したいという無条件の愛情）」を自身に向けたセルフ・コンパッションが注目されています。コンパッションを高めるワークで、自分も他者も幸せを感じられる思いやりある職場づくりに資するコミュニケーションの実践方策等について学びます。

目標

- ① 自身の健康維持や仕事への意欲を高める「セルフ・コンパッション」の考え方を理解する。
- ② 利用者や職場内の同僚など他者との円滑なコミュニケーションを図るための具体的な実践方策を、演習形式で体験的に理解する。

日程

令和5年9月6日（水）10：20～16：40

受講料

5,300円

受講対象

県内の福祉施設・事業所に勤務する中堅職員（概ね経験年数3年以上）

定員

90名

申込締切日

令和5年8月17日（木）

会場

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）

講師

有光 興記 氏（関西学院大学文学部 教授）

申込・問合せ先

福祉人材研修センター 研修企画部
〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33
TEL：078-367-3001 / FAX：078-367-4522

プログラム

時間	研修科目	内 容
9:30	受付開始	
10:20	開講／オリエンテーション	
10:30 ～ 12:00	【講義】 「福祉従事者が知っておきたい 『セルフ・コンパッション』の考え方」	1 自分自身と他者への寛容性が培われる 「セルフ・コンパッション」の理解 2 自身の「コンパッション尺度」を測る
	昼食休憩	
13:00 ～ 14:30	【演習】 「今この瞬間への優しい気づき あるがままの自分を受け入れる」	1 マインドフルネスの理解 2 セルフ・コンパッションの実践
14:40 ～ 16:30	【演習】 「職場における寛容性を高める コミュニケーションの取り方」	1 利用者(家族)に向けるコンパッション 2 職員(先輩、後輩、上司等)に向ける コンパッション 3 明日からの実践目標をイメージする
16:30	振り返り／行動目標の設定	
16:40	閉講	

申込方法及び受講決定

- ① 申込にあたっては、当研修センターが定める「研修実施基本方針」「研修受講ルール」が適用されますので、あらかじめ内容をご確認ください。申込が完了した場合は、これらに同意いただいたものとして取り扱います。
- ② 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。入力されたメールアドレスに「申込確認メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 申込後のキャンセルを希望される場合は、研修企画部までご連絡ください。

その他

申込が完了した場合は、下記に同意いただいたものとして取り扱います。

- ・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、当日受講者に配布します。

【「研修実施基本方針」「研修受講ルール」をご確認ください】

兵庫県福祉人材研修センター(以下、研修センター)では、下記のとおり「研修実施基本方針」・「研修受講ルール」を定めて運営しています。

ご受講にあたっては、下記の「基本方針・受講ルール」が適用されますので、ご同意のうえ、お申し込みください。詳細は、当研修センターホームページをご確認ください。

※それぞれの二次元バーコードを読み込むと、
ホームページ内の各ページへアクセスが可能です

【研修実施基本方針】



【研修受講ルール】



※できる限り、本センターホームページから申込みをお願いします。

令和 年 月 日

令和5年度 コミュニケーション実践研修 受講申込書 (FAX 用)

■下記の項目に必要事項をご記入ください。

(令和5年8月1日現在)

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 通算経過年数	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 居宅介護	8 重度訪問介護
	9 同行援護	10 行動援護	
	11 短期入所	12 療養介護	
	13 生活介護	14 自立訓練	
	15 就労移行・就労継続	16 共同生活援助	
	17 施設入所支援	18 相談支援	
	19 移動支援	20 福祉ホーム	
	21 地域活動支援センター	22 養護老人ホーム	
高齢	23 特別養護老人ホーム	24 軽費老人ホーム	
	25 老人福祉センター	26 デイサービスセンター	
	27 短期入所	28 在宅介護支援センター	
	29 老人保健施設	30 介護療養型医療施設・介護医療院	
	31 有料老人ホーム	32 居宅介護支援	
	33 認知症対応型共同生活介護	34 地域包括支援センター	
	35 小規模多機能型居宅介護事業所	36 社会福祉協議会	
その他	37 救護施設	38 行政	
	39 その他()		
この研修で 学びたい事項 (箇条書きで3項目程度) 【必須】			
連絡先	フリガナ	TEL	
	担当者名	FAX	
	E-mail 【必須】		
メールマガジン 登録	連絡先 E-mail を「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録を希望される方は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> メールマガジンへの登録を希望します		
受講後フォロー アンケートの 意向確認【必須】	終了3カ月後をめぐりに「受講後フォローアンケート」を上記の E-mail アドレスに送信します(回答時間は5分程度を想定)。回答への協力が難しい方は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 「受講後フォローアンケート」への回答を辞退します		
備考欄	上記以外で、研修受講時に配慮等が必要な事項がある場合は、この欄にご記入ください。		

* 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。

申込キャンセル申出書

記入日:令和 年 月 日

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 研修企画部 御中

研修受講申込を行った下記の者について、申込をキャンセルしたいので申出します。

申込研修名			
施設・事業所名			
受講者氏名		受講番号	
連絡先 TEL			
キャンセル理由			

※ 「研修受講ルール」に基づき、研修日前日までに必要事項を記入のうえ、当研修センター宛 FAX(もしくはEメール)にてご連絡ください。

※ なお、研修日当日の欠席はキャンセル扱いとはなりません(返金対象となりません)。

(返金口座記入欄) ※受講料未納付の場合、下記の記入は不要です。

金融機関名							
支店名							
種別	普通 ・ 当座						
口座名義	フリガナ						
	口座名義人						
口座番号							

※ 振込手数料を差し引いた額を返金します。

※ 口座名義は、払込時の名義でお願いします。

※ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き下部に記載してある振込用の店名・預金種目・口座番号(7ケタ)を記入してください。

FAX 送信先 : 078-367-4522

Eメール送信先 : kensyu@hyogo-wel.or.jp

※FAX(Eメール)を送信された後、到着確認のお電話をお願いします(電話:078-367-3001)

※申出書の到着確認のお電話をもって、キャンセル受付完了となります。