

研修番号 <b>30</b>	<b>福祉従事者のためのセルフケア研修</b> ～福祉に活かすコンパッション～ <b>開催要項</b>	新任・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。自身の意欲を高めるセルフ・コンパッション（自分自身を受け入れ、優しい気持ちを向ける力）を理解するとともに、職場での困難な状況下など様々な場面を想定したワークを通じて体験的に理解します。

**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 自身の「セルフ・コンパッション度」を知り、コンパッションを高めるワーク（瞑想など）を体験的に理解する

**日程**

9月19日（木） 10：20～16：40

**定員**

90名

**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）

**受講対象**

県内社会福祉施設・社協・事業所で勤務する職員（主に新任及び中堅）

**申込締切日**

8月19日（月）

**受講料**5,300円（非課税）  
（受講決定通知時に払込用紙を同封します）**講師**

有光 興記 氏（関西学院大学文学部 教授）

**お申込み・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
10:20	開講／オリエンテーション	(9:30～受付開始)
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（瞑想）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育むレッスン」	1 職員(先輩、後輩、上司等)に向けるコンパッション 2 利用者(家族)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	

## お申込み方法及び受講決定

- ① お申込みにあたっては、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。お申込みが完了した場合は、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当研修申込フォームに必要事項を入力し、お申込みください。  
入力されたメールアドレスに「完了通知メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 受講の決定は、申込締切日後、申込事業所宛に通知(文書)を郵送してお知らせします。
- ④ 受講料は、決定通知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 お申込み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

お申込みが完了した場合は、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6年度福祉従事者のためのセルフケア研修受講申込書（FAX 用）

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

（令和6年8月1日現在）

受講者氏名			フリガナ		
法人名					
勤務先名称 (施設・事業所名)					
勤務先住所 (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				
福祉通算 経験年数	年	役職名			
担当業務				担当業務 経験年数	年
所持資格 (担当業務に関するもの)					
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
高齢	22 養護老人ホーム	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			
その他	36 社会福祉協議会	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				
	担当者名			TEL	
				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。				

※ 受講申込者1人につき1枚ご記入ください。

FAX 送信先: 078-367-4522 (兵庫県福祉人材研修センター)