

研修番号

41

# 看護職と介護職の連携力強化研修 開催要項

指導的職員  
中堅

1日

集合

## 目的

社会福祉施設・事業所における看護・介護職員が、利用者の生活や利用者主体のケアを支えるうえで必要な連携力を高めるため、相互の役割や専門性を理解したうえで、連携することで目指すべき目的や現場で行う具体的なチームアプローチについて考えます。

## 目標

- ① 社会福祉施設・事業所、在宅における看護職・介護職が、職種を超えて必要となる、より良いケアに向けた職種間連携を進めるポイントを学ぶ。
- ② 事例を通じて、看護職・介護職が共通の視点において利用者ニーズを導き出すことができる。

## 日程

12月3日（火） 10：20～16：40

## 定員

60名

## 受講対象

県内の社会福祉施設・事業所に勤務する看護職員、介護職員（障害福祉施設における保育士・支援員も含む）

## 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）

## 申込締切日

11月5日（火）

## 受講料

4,800円（非課税）  
※受講決定通知時に払込用紙を同封します。

## 講師

鶴本 和香 氏

（テキックス株式会社 ななーる訪問看護ステーション 神戸エリア管理者  
／看護師・主任介護支援専門員）

中野 穰 氏

（社会福祉法人関寿会 はちぶせの里 統括管理者  
／社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・介護支援専門員）

## プログラム

時間	プログラム	内容
10:20	開講／オリエンテーション	
10:30 ～ 12:00	【講義・演習】 「看護職・介護職の連携 ～多職種連携とは?～」	・相互の役割と専門性の理解 ・「多職種連携」は何のために必要な か、その意味と目的を知る。
	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	【演習】 「事例から多職種連携を考える」	・自身の職場の状況と課題（情報交換） ・事例からアセスメントの7つの領域 を応用し各専門職の役割を振り返 る。
16:30	振り返り／行動目標の設定	
16:40	閉講	

※過去受講者の方へ：上記プログラムは、令和5年度と同じです。事例も、同じものを取り扱います。

## 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。

## 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

## 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。

【研修実施基本方針】

【研修受講ルール】

※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



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 看護職と介護職の連携力強化研修 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6年10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か月後をめどに「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)

# 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、払込時の名義をお願いします。

※ 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](mailto: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。