

研修番号

A：20  
B：21福祉従事者新任職員研修(障害者福祉)  
開催要項

新任

1日

集合/オンライン

## 目的

社会、地域における障害福祉施設・事業所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的姿勢・視点を理解するとともに、施設での意欲的な実践につなげる。

## 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

## 日程

Aコース：5月16日(金) 10:15~16:40  
Bコース：6月24日(火) 10:15~16:40

## 定員

各80人

## 会場

Aコース：オンライン (Zoom) ※ 原則受講者おひとりにつき1台の端末をご用意ください。  
Bコース：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

令和7年4月1日現在、県内の障害福祉施設・事業所に勤務する職員で、下記①②のいずれかにあてはまる者

- ① 在職期間1年未満の者
- 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

## 申込締切日

Aコース：4月21日(月)  
Bコース：5月30日(金)

## 受講料

4,800円(課税)  
(受講決定通知時に適格請求書(インボイス)を同封します)

## 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

	研修科目／講師	研修内容
10:15	開講あいさつ／オリエンテーション	
10:30 ～ 12:00	<b>【講義】</b> 「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」 <講師> 武庫川女子大学 心理・社会福祉学部 准教授 増田 和高氏	1 障害者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
	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	<b>【演習】</b> 「私が目指す職員像 ～当事者・先輩職員の声を聴いて～」 <スピーカー> A：登壇者調整中 B：地域活動支援センター「うらら」 巴 貴男氏  <先輩職員> 登壇者調整中 <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 北野 誠一氏	1 利用者の視点にたった支援視点を獲得 2 今後の実践における目標設定
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。  
 ・(Aコースのみ) 事務局記録用・欠席者対応として、講義・発表部分のみ録画します。

### 【「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】



※できる限りホームページからのお申込みをお願いいたします

令和7年 月 日

## 令和7年度 福祉従事者新任職員研修(障害者福祉)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7年4月1日現在)

参加方法 (いずれかに○印)	Aコース (オンライン形式)	Bコース (集合形式)	
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		
勤務年数	年	役職名	
担当業務			
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)	1 居宅介護 2 重度訪問介護 3 同行援護 4 行動援護 5 短期入所 6 療養介護 7 生活介護 8 自立訓練 9 就労移行・就労継続 10 共同生活援助 11 施設入所支援 12 相談支援 13 移動支援 14 福祉ホーム 15 地域活動支援センター 16 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。		

※ 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)