

# 2016年度 公益社団法人北海道社会福祉士会主催 虐待防止研修会 案内

## 1 研修のねらい

平成18年4月に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」、平成24年10月1日には「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行され、市町村等においては虐待の防止、適切な対応、支援等の取り組みが求められています。北海道社会福祉士会は、年齢や分野、虐待種別に関わらず、権利擁護について改めて考え、虐待防止のための基本的な理解を深めることにより、実践現場における権利擁護意識の醸成と虐待防止法の円滑な施行に取り組み、関係機関職員の資質向上を目的とした研修会を開催いたします。

## 2 日時・会場 平成28年8月27日(土) 9:50(受付9:30)～16:00

会場：かでの2-7 大会議室 (札幌市中央区北2条西7丁目)

※駐車場が限られていますので、公共交通機関をご利用ください。

- 3 主催 公益社団法人 北海道社会福祉士会  
4 協力 北海道高齢者総合相談・虐待防止センター  
5 後援(予定) 北海道・札幌市・札幌弁護士会・北海道社会福祉協議会・札幌市社会福祉協議会  
6 プログラム 2頁をご覧ください。

7 定員 150名(定員になり次第締め切り。初めて受講する方を優先します。ご了承ください。)

- 8 対象者 (1) 道各振興局社会福祉課虐待防止担当職員、市町村高齢者虐待防止担当職員  
(2) 市町村障がい者虐待防止担当職員  
(3) 以下の施設において勤務している職員

### 《高齢者施設関係》

養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム  
老人保健施設・介護療養型医療施設・認知症高齢者グループホーム・  
小規模多機能型事業所・サービス付高齢者向け住宅 等

### 《障がい者施設関係》

障害者支援施設、障害福祉サービス事業所(療養介護、短期入所、共同生活援助)  
福祉ホーム 相談支援事業所 就労支援事業所 等

9 受講費 会員：3,000円 非会員：5,000円(食事・宿泊費・旅費は含みません)  
\*社会福祉士会へ入会手続き中の方は、会員扱いとさせていただきます。

10 申込期間 平成28年7月1日(金)～7月15日(金)

11 申込方法 <初めて受講される方>

受講料は前払いとなります。振込票控えを申込書に添付し、「2016年度虐待防止研修会申込書」に必要事項記入の上、当会事務局までFAX(又は郵送)にてお申し込み下さい。

<過去に受講したことのある方>

受講決定後にご連絡いたしますので、受講料は払わずに申し込みをして下さい。

振込後のキャンセルにつきましては、8月16日(火)までのキャンセルの場合は、手数料1,000円を差し引いた額を返金させていただきますが、8月17日(水)以降のキャンセルの場合は返金いたしませんのでご了承下さい。

### 《振込先》

・郵便振替口座 02720-3-64711 名義 公益社団法人北海道社会福祉士会  
\*振込用紙は郵便局に備え付けの「青色 振込取扱票」(振込手数料 各自負担)をご使用ください。

### ・他金融機関からの振込用口座

ゆうちょ銀行 二七九(ニナナキユウ)店(279)当座 0064711

名義 公益社団法人北海道社会福祉士会

\*通信欄に「虐待防止研修会」とご記入ください。

12 申込・問い合わせ先 3ページをご覧ください。

本会へ入会ご希望の方は入会案内書をお送りいたしますので事務局へお問合せください。

## 2016年度 虐待防止研修会プログラム

8月27日(土)

時 間	内 容 ・ 講 師
9:30~9:50	受付
9:50~9:55	主催者挨拶(公益社団法人北海道社会福祉士会 会長 高橋 修一)
9:55~10:00	オリエンテーション
10:00~11:00 <b>【講義】</b>	<p>講義:「障害者虐待防止法の基本的理解と、高齢者虐待防止法の概要について」(案)</p> <p>講師: 札幌弁護士会 弁護士 佐藤 智大 氏</p> <p>障害者虐待防止法の基本的な内容と高齢者虐待防止法との違いなどについてわかりやすく説明するほか、最近の虐待の動向を解説いたします。</p>
11:10~12:10 <b>【特別講座】</b>	<p>講義:「権利擁護と虐待防止」</p> <p>講師: 社会福祉法人豊浦豊和会 やまと郭公の里 統括施設長 山本 家弘 氏</p>
12:10~13:00	休憩
13:00~16:00 <b>【演習・講義】</b> (休憩含)	<p>演習①「同僚の仕事から」 事例を通し、自分の考え方の確認や職場のチームケアを考えます。</p> <p>演習②「新任介護職員の声から」 介護現場で見られる言葉を介した心理的虐待について、予防策、解決策を考えます。</p> <p>演習③「虐待発生後の対応について」 虐待発生後の対応を通じて、未然防止のための組織的取り組みを考えます。</p> <p>講義:研修のまとめと振り返り</p> <p>講師:社会福祉法人 栄和会 特別養護老人ホームひらおか梅花実 施設長 三井 弘巳 氏</p> <p style="text-align: center;">*日本社会福祉士会 2007年度施設従事者虐待防止研修修了者</p>

※プログラムは変更となる場合があります

# 2016 年度虐待防止研修会 申込書 (FAX 011-213-1314)

《高齢者施設関係者用》

または郵送でお申し込みください。

氏名 (フリガナ)		男・女
1 北海道社会福祉士会会員 (会員No. ) 2 入会手続き中                      3 非会員		いずれかに○をつけて下さい。
<b>所属 (職場等) ○をつけてください。</b> 行政 養護老人ホーム 特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム 老人保健施設 介護療養型医療施設 認知症高齢者グループホーム 小規模多機能型事業所 サービス付高齢者向け住宅 その他 ( )		<b>職種 (役職)</b> <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 介護員 <input type="checkbox"/> その他 <b>資格</b> <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
勤務年数 (現在の職場での)                      年		
受講にあたって支援が必要な方は、□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 車いすを利用して参加 <input type="checkbox"/> 手話通訳を希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
〒	*連絡先□にチェックをいれてください <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅	
連絡先住所		
連絡先TEL番号                      -                      -		
連絡先FAX番号                      -                      -                      (必須)		
*お申込内容 (該当する□ にチェックを入れてください)		
		参加費
非会員		<input type="checkbox"/> 5,000円
北海道社会福祉士会 会員 (手続き中)		<input type="checkbox"/> 3,000円

郵便振替払込金受領証のコピーを貼り付けてください。

受領証貼り付け欄	北海道社会福祉士会 記入欄
	受付番号
	入金確認
	入力確認

ご記入いただきました内容につきましては研修のみに利用させていただきます

お問合せ先 公益社団法人 北海道社会福祉士会事務局 (月曜日～金曜日 9時30分～16時30分)  
 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 4階  
 TEL 011-213-1313 FAX 011-213-1314  
 E-mail [info@hokkaido-csw.or.jp](mailto:info@hokkaido-csw.or.jp)

# 2016年度虐待防止研修会 申込書 (FAX 011-213-1314)

《障がい者施設関係者用》

または郵送でお申し込みください。

氏名 (フリガナ)		男・女
1 北海道社会福祉士会会員 (会員No. ) 2 入会手続き中                      3 非会員 いずれかに○をつけて下さい。		
所属 (職場等) ○をつけてください。 行政 障害者支援施設 療養介護 短期入所 グループホーム 福祉ホーム 自立訓練 就労支援 相談支援 その他 ( )		職種 (役職) <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 介護員 <input type="checkbox"/> その他 資格 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
勤務年数 (現在の職場での)                      年		
受講にあたって支援が必要な方は、□にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 車いすを利用して参加 <input type="checkbox"/> 手話通訳を希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
〒		*連絡先□にチェックをいれてください
連絡先住所		<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅
連絡先TEL番号                      -                      -		
連絡先FAX番号                      -                      -		(必須)
*お申込内容 (該当する□ にチェックを入れてください)		
		参加費
非会員	<input type="checkbox"/>	5,000円
北海道社会福祉士会 会員 (手続き中)	<input type="checkbox"/>	3,000円

郵便振替払込金受領証のコピーを貼り付けてください。

受領証貼り付け欄	北海道社会福祉士会 記入欄
	受付番号
	入金確認
	入力確認

ご記入いただきました内容につきましては研修のみに利用させていただきます

お問合せ先 公益社団法人 北海道社会福祉士会事務局 (月曜日～金曜日 9時30分～16時30分)  
 〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 4階  
 TEL 011-213-1313 FAX 011-213-1314  
 E-mail [info@hokkaido-csw.or.jp](mailto:info@hokkaido-csw.or.jp)