

2019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 2019年 9月28日(土) 9:50~16:00(受付9:30~)

会場：かでの2.7 4階 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。

※自家用車で来られる方は、アイドリングストップにご協力ください。

- 3 主 催 公益社団法人 北海道社会福祉士会
4 協 力 北海道高齢者虐待防止・相談支援センター
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
(2) 市町村高齢者虐待防止担当職員
(3) 市町村障がい者虐待防止担当職員(委託先虐待防止センター担当職員を含む)
(4) 高齢者関係施設等で勤務している職員

〔 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、介護医療院、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 〕

- (5) 障がい者関係施設等で勤務している職員

〔 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、就労支援事業所 等)、特定・一般相談支援事業所
障害児通所支援事業所(児童発達支援、放課後等デイサービス 等)、障害児相談支援事業所 〕

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 2019年9月19日(木)まで
申込受付期間外のお申込は受け付けられませんので、必ず上記期間内にお申込ください。

11 申 込 方 法 ①所定の受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお申し込みください。
②受講定員を超えた場合は、初めて受講される方・会員を優先し受講者を決定いたします。

12 受講可否の通知 受講決定者には後日文書にて受講費の納入方法等についてご案内します。

13 申込・問い合わせ先 3、4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。

2019 年度 虐待防止研修会プログラム

時 間	内 容 ・ 講 師
9 : 30～9 : 50	受付
9 : 50～9 : 55	主催者挨拶
9 : 55～10 : 00	オリエンテーション
10 : 00～11 : 00 【講義】	<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」</p> <p>講師：札幌弁護士会 弁護士で調整中</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、最近の虐待事例や動向を解説いたします。</p>
11 : 00～12 : 00 【特別講座】	<p>講義：「福祉現場における虐待対応について」</p> <p>講師：社会福祉法人富門華会 障害者支援施設 富門華寮 支援課長 横山史紀氏</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・日本社会福祉士会 現場のための障害者虐待防止研修～施設従事者編～ 受講者 ・北海道社会福祉士会 障がい者等地域生活支援委員会 委員 </div>
12 : 00～13 : 00	休憩
13 : 00～16 : 00 【演習・講義】 (休憩含)	<p>演習①「同僚の仕事から」</p> <p>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」</p> <p>介護場面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」</p> <p>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 旭川三和会 特別養護老人ホーム 緑が丘あさひ園 副園長（事務長） 今井敦氏</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・日本社会福祉士会 養介護施設従事者等による高齢者虐待対応研修 講師養成研修修了者 ・北海道社会福祉士会 高齢者虐待対応専門職チーム員 </div>

※プログラムは変更となる場合があります



北海道社会福祉士会ではLINE@を活用して情報を配信しております。
ぜひご登録ください！
登録は左のQRコードからどうぞ。

2019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。

(フリガナ)
氏名

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 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 介護医療院 認知症高齢者 GH
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 ()

職種 (役職)
 施設長 管理者
 相談員 介護員
 ケアマネ (計画作成担当者)
 看護師 (機能訓練指導員)
 その他 ()

勤務年数 (現在の職場での) _____ 年

資格
 社会福祉士 看護師
 介護福祉士 保健師
 介護支援専門員
 その他 ()

研修受講歴 (いずれかに○をつけてください。今まで受講した方は受講回数・受講年度 (新しいものから順に3つ) を記載してください。)
① 今回が初めて
② 回受講 (_____ 年度 / _____ 年度 / _____ 年度)

受講にあたって支援や配慮が必要な方は、□にチェックをつけ、具体的な内容を記載ください。
 車いすを利用して参加 手話通訳を希望 その他 (_____)

具体的な内容

* **連絡先種別** (□にチェックをいれてください)
 所属先 [_____] ・ 自宅

連絡先住所
〒 -

平日日中の連絡先電話番号 _____ — _____

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

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。

北海道社会福祉士会
記入欄

受付番号

入金確認

入力確認

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

2019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。

(フリガナ) 氏名							
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 虐待防止センター 障害者支援施設 療養介護 生活介護 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 (一般・特定・障害児) 障害児通所支援 その他 (_____)	職種(役職) <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス管理(提供) 責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> 支援員(児童指導員) <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
勤務年数(現在の職場での) _____ 年	資格						
研修受講歴(いずれかに○をつけてください。今まで受講した方は受講回数・受講年度(新しいものから順に3つ)を記載してください。) ① 今回が初めて ② _____ 回受講 (_____ 年度 / _____ 年度 / _____ 年度)	<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"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
受講にあたって支援や配慮が必要な方は、□にチェックをつけ、具体的な内容を記載ください。 <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 (_____) (_____) (具体的な内容)							
*連絡先種別 (□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 〒 [] [] [] [] - [] [] [] []							
平日日中の連絡先電話番号 — —							
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)							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;">参加費</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">非会員</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5,000円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">北海道社会福祉士会 会員(手続き中)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3,000円</td> </tr> </table>		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	
	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						

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

北海道社会福祉士会 記入欄
受付番号
入金確認
入力確認