

令和元年度 ケアマネジャーのためのファシリテーション研修 開催要綱

1 目的

介護支援専門員はサービス担当者会議や地域ケア会議等、さまざまな場面で会議を進行し、話し合いの活性化や、参加者の意見を引き出し、全員が納得のいく成果を生み出していくことが求められています。

本研修は、介護支援専門員を対象に会議やミーティングにおいて話し合いを円滑に進めるためのファシリテーション技術の習得、介護支援専門員の資質向上を目的として開催します。

2 主催

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

3 開催日

(1) A日程 令和元年12月23日(月)

B日程 令和元年12月24日(火)

4 会場

クローバープラザ 東棟5階 506研修室

5 対象者

居宅介護支援事業所、老人福祉施設、地域包括支援センター等の介護支援専門員

6 定員

各日程 72名

7 受講料

各日程 5,000円

8 日程

9:00 9:50 10:00

12:00 13:00

17:00

受付	開会	講義・演習	昼食	講義・演習	閉会
----	----	-------	----	-------	----

※9時50分までに受付を済ませてください。

9 内 容

- (1) コミュニケーショントレーニング
- (2) ファシリテーションの考え方とホワイトボード・ミーティング®とは
- (3) 多職種協働に必要なヒューマンスキルとオープンクエスション
- (4) 聞きながら書く練習
- (5) ファシリテーターの役割と態度
- (6) 模擬企画会議
- (7) 模擬事例検討会
- (8) アサーティブに伝える

※アサーティブとは「自己主張、自分の気持ちや意見を相手の気持ちを尊重しながら表現すること」

10 講 師

医療法人社団 悠悠会

介護老人保健施設ハーモニー園（兵庫県高砂市）

居宅介護支援事業課 管理者・主任介護支援専門員

ホワイトボード・ミーティング®認定講師 船越 綾子 氏

11 申込方法

(1) Web 申込の場合

ア 受講申込にあたっては、事業所登録が必要です。本会研修課ホームページから登録を行ってください。

イ ID、パスワードを取得し、研修受講管理システムにログイン後、受講申込みができます。

(2) FAX 申込の場合

ア 別紙「受講申込書」に必要事項を記入の上、下記事務局あて FAX でお申込みください。

イ FAX の送信エラーにより「受講申込書」が受信できない場合は受講できませんので、FAX 送信確認について十分御注意ください。

(3) 締切日

令和元年12月16日（月）必着

12 受講決定について

受講は先着順に決定し、受講できない場合にのみ御連絡します。

13 修了証書について

本研修を受講された方に対し、福岡県社会福祉協議会会長名の修了証書を交付します。

※主任介護支援専門員更新研修における受講要件の『地域包括支援センターや職能団体等が開催する法定外の研修に年4回以上参加した者』に該当する研修の対象となります。

14 個人情報の取り扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修会の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

15 事務局（申込先）

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 糸山、鳥居
〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ東棟4階
TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402

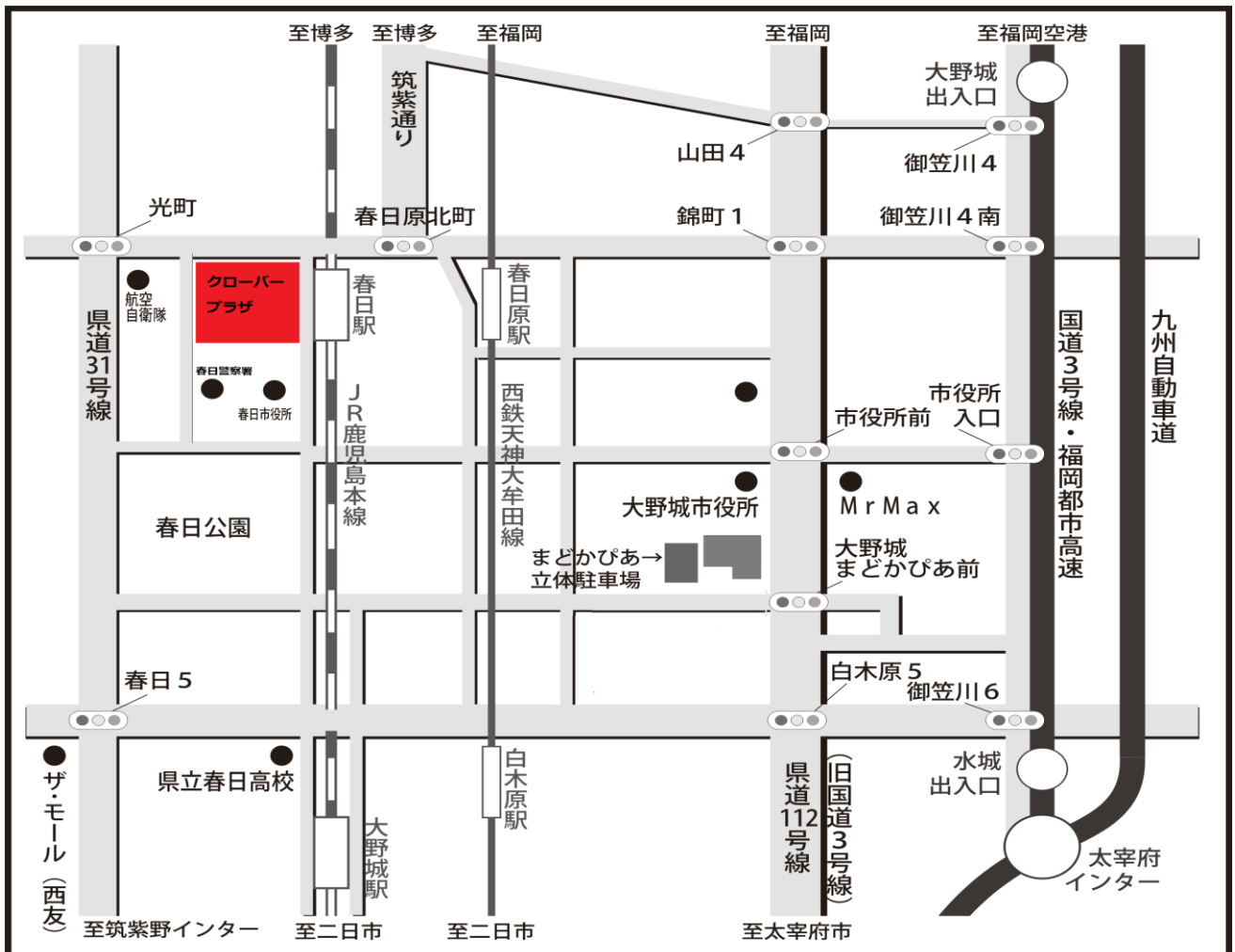
16 天災等の災害による研修の延期等について（ホームページの掲載について）

- (1) 天候不良等のため研修会の開催が危ぶまれる場合には、研修前日の17時までに本会研修課のホームページに延期する等のお知らせを掲載しますので、各自確認をお願いします。
- (2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、申込書に記載の緊急連絡先に連絡しますので、必ず御記入ください。

17 その他

- (1) 昼食は各自御準備ください。
- (2) 当日は主催者による駐車場の確保はできません。公共交通機関を御利用ください。
なお、クローバープラザ駐車場の利用料減免はありません。
- (3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調節はできません。温度調整が可能な服装で御参加ください。

会場案内 クローバープラザ （春日市原町3-1-7）



※ JR春日駅前、西鉄春日原駅から徒歩8分

※ 春日公園の駐車場は、公園利用者の妨げとなりますので御遠慮ください。

令和元年度ケアマネジャーのためのファシリテーション研修
 受講申込書

施設種別 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター
 介護老人福祉施設・介護老人保健施設
 介護付有料老人ホーム
 認知症対応型共同生活介護事業所
 小規模多機能型居宅介護事業所
 介護療養型医療施設・その他
 (※○で囲んでください。)

施設名 _____
 担当者名 _____
 〒 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____

●期 日 A：令和元年12月23日(月)
 B：令和元年12月24日(火)

No. 県社協記入 欄	日 程 (希望の日程に○ 印)	ふりがな 氏 名	職 種	経験年数
	A・B			年 月
	A・B			年 月

※経験年数は、令和元年12月1日現在で記入してください。

※受講は先着順に決定し、定員超過等で受講をお断りする場合は本会から連絡します。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先

※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

(— —)