

# 平成 30 年度高齢者虐待対応力向上研修

## 確定版

### 1. 趣旨

家族や養介護施設従事者等による高齢者虐待件数が年々増加傾向にある状況を踏まえ、高齢者虐待の対応窓口である市町の担当職員や養介護施設従事者等の資質向上に資する研修を行うことにより、虐待の早期発見や予防推進を図るために開催します。

### 2. 研修時間と内容 午後開講：(受付開始 13:00) 研修 13:20~17:00

平成 27~29 年度の高齢者虐待対応力向上研修 A 研修受講修了の方は、30 年度の A 研修受講は必要ありません（復習として受講していただくことはできます）。【対象者別プログラム】受講希望の方で過去に A 研修未受講の方は、今年度の A 研修受講を必須とします（同時に申し込んでください）。

#### 【全対象者用基本プログラム】

A 研修：対象＝全対象共通

内容＝「高齢者虐待防止法・虐待発生メカニズムの理解について  
～不適切ケアをなくすために～（講義）」

#### 【対象者別プログラム】

B 研修：対象＝主に施設サービス事業所の職員

内容＝施設サービス事業所内の虐待内容と対応事例について（講義・演習）

C 研修：対象＝主に在宅サービス事業所の職員

内容＝在宅サービス事業所に関する虐待内容と対応事例について（講義・演習）

D 研修：(別紙開催要項・申込書があります。

この申込書では受付できません。対象外の方は受講できません。)

対象＝行政職員と地域包括支援センター職員

内容＝別紙参照（講義・演習）

### 3. 受講料 各研修とも資料代として 1 研修あたり 500 円（当日お支払いください）

### 4. 申込方法（先着順）

郵送・FAX・メールにてお申込みください。受講者 1 名につき、1 枚の受講申込書が必要です。定員を超えた場合のみ、FAX またはメールにて連絡します。

申込先：兵庫県社会福祉士会 〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター5F  
TEL：078-265-1330 FAX:078-265-1340 E-mail:entry@hacsw.or.jp

### 5. 開催日・会場

月	日	曜	区分	研修コード	会場	定員
7	20	金	D①		兵庫県民会館 福	80
8	2	木	A①午後	高 01A	兵庫県福祉センター 多目的ホール	150
8	23	木	D②		兵庫県民会館 福	80
8	24	金	B①午後	高 02B	兵庫県福祉センター 多目的ホール	120
8	29	水	A②午後	高 03A	兵庫県立姫路労働会館 多目的ホール	200
9	5	水	B②午後	高 04B	兵庫県立姫路労働会館 多目的ホール	100
9	19	水	A③午後	高 05A	兵庫県立のじぎく会館 大会議室 201	100
9	27	木	A④午前	高 06A	兵庫県立但馬長寿の郷 第 3・4 研修室	80
			B③午後	高 07B	兵庫県立但馬長寿の郷 第 3・4 研修室	40
			C①午後	高 08C	兵庫県立但馬長寿の郷 視聴覚室	40
10	12	金	C②午後	高 09C	兵庫県立のじぎく会館 大ホール	120
11	20	火	C③午後	高 10C	姫路労働会館 多目的ホール	150
12	11	火	B④午後	高 11B	兵庫県立のじぎく会館 大会議室 201	90
12	20	木	C④午後	高 12C	兵庫県立のじぎく会館 大会議室 201	90

\*但馬長寿の郷のみ 【午前 9:00 受付開始 9:15~12:35・午後 13:00 受付開始 13:20~17:00】

会場所在地 <いずれも公共交通機関をご利用ください>

兵庫県福祉センター＝神戸市中央区坂口通 2-1-1 (JR灘・阪急王子公園徒歩 10 分)

兵庫県立姫路労働会館＝姫路市北条 1-98 (JR姫路徒歩 15 分)

兵庫県立但馬長寿の郷＝養父市八鹿町国木 594-10 (無料駐車場があります)

兵庫県立のじぎく会館＝神戸市中央区山本通 4 丁目 22-15 (神戸地下鉄県庁前徒歩 5 分)

兵庫県社会福祉士会HPにも掲載していますので、ご確認ください。

平成 30 年度高齢者虐待対応力向上研修 (確定版)  
A・B・C 研修申込書 (申込日 月 日)

申込先 FAX : 078-265-1340 E-mail: entry@hacsw.or.jp

(ふりがな) お名前	(ふりがな必須)
連絡先  (福祉関係研修・イベント情報の配信希望がありましたら、法人代表アドレスをご記入ください)	職場名 (必須): 役職名: 職場住所: 〒 TEL: FAX (必須): e-mail (個人): e-mail (法人代表):
職場種別等 ①～④のいずれかを○で囲む。	①市町役所: 市 部 課 ②地域包括: 市 センター ③在宅サービス等 市 (事業種別): ④施設サービス等 市 (事業種別):
虐待対応歴・役職	(いずれか○で囲む) 未経験・3年以下・3年超・管理職・役員
希望研修・ 会場名	研修コード: 会場名: 研修コード: 会場名:
備 考	(受講に際して必要な配慮などについて具体的にお書きください)
事務局 連絡欄	<受付> <受講可否>