

平成26年度「福祉職員キャリアパス対応生涯研修(中堅職員コース)」

(全国社会福祉協議会開発の新コース) 受講者募集のご案内

※今年度より従来行っていた階層別研修は、本研修へと移行します

1. 目的 (1) 中堅職員としてのキャリアデザインとセルフマネジメントのあり方を学ぶ
(2) 福祉サービスの倫理と基本理念の理解を深め、実践での手法を習得する
(3) チームケアの一員としてメンバーシップやチームワークのあり方を再確認する
(4) 中堅職員としてキャリアアップの啓発課題を学び、方向性を明確にする
(5) 中堅職員としての役割と行動指針を確認し、挑戦目標を設定する
2. 受講対象 大阪市内の社会福祉施設に勤務する、入職後おおむね3～5年程度の職員。
3. 日程 平成26年6月9日(月)、7月31日(木)、8月1日(金)の3日間
※面接授業は上記の3日間ですが、研修成果を高めるため「事前学習およびプロフィールシート」「課題」等の取り組みが、研修受講の必須条件となります。「テキスト」と「事前学習およびプロフィールシート」は研修の約1カ月前に送付いたします。
4. 会場 大阪市社会福祉研修・情報センター 大会議室(5階)
5. 内容 事前学習: 事前学習及びプロフィールシート作成
面接授業: 基軸科目「キャリアデザインとセルフマネジメント」
基礎科目「福祉サービスの基本理念と倫理」
「メンバーシップ・リーダーシップ」
啓発科目「管理職員としての能力開発と人材育成」
「業務課題の解決と実践研究」
「リスクマネジメント」
「チームアプローチと多職種連携・地域協働」
「組織運営管理」
行動計画指針づくり・キャリアデザインシートの作成
奨励事項: キャリアデザインシート(の職場への提出)
6. 講師 関西福祉科学大学 准教授 立花直樹
7. 定員 50人(申し込み多数の場合は抽選)
8. 申し込み 受講申込書(別紙)に必要事項を記入し、FAXまたはホームページからお申し込みください。

申込期限: 平成26年4月21日(月)
9. 受講決定 4月30日頃に施設長あてに郵送でお知らせします。
10. 受講料 6,000円 + テキスト代1,000円
11. 修了証書 全課程出席者に、大阪市社会福祉研修・情報センター所長名の「修了証書」を交付します。
12. 問合せ先 大阪市社会福祉研修・情報センター (企画研修担当 西坂)
〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20
電話(06)4392-8201 FAX(06)4392-8272

※研修の詳細情報はホームページ(<http://www.wel-osaka.jp/>)からもダウンロードできます。

福祉職員キャリアパス対応生涯研修（中堅職員コース）面接授業 カリキュラム

日程・会場	時間	研修科目	内容（ねらい）	講師
6月9日 （月） 大会議室 （5階）	10:00～10:10	開講式/オリエンテーション		関西福祉科学大学 准教授 立花 直樹 （全国社会福祉協議会「福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程」指導者）
	10:10～17:00	【基軸科目の講義と演習】 ・キャリアデザインとセルフマネジメント 【基礎科目の講義と演習】 ・福祉サービスの基本理念と倫理 ・メンバーシップ・リーダーシップ	・中堅職員としての役割とキャリアを確認しながら、キャリアデザインと自己管理のあり方を検討する ・福祉サービスの基本理念と倫理の理解を深める ・チームを支え、率いる中堅職員が習得すべき基本姿勢とスキルを学ぶ	
7月31日 （木） 大会議室 （5階）	10:00～17:00	【重点科目の講義と演習】 【啓発科目の講義と演習】 ・中堅職員としての能力開発 ・業務課題の解決と実践研究 ・リスクマネジメント ・チームアプローチと多職種連携・地域協働 ・組織運営管理	・中堅職員に期待される能力開発と自己成長のあり方を考え、その目標や方法、機会を検討する ・業務課題を把握・分析し、後輩職員と共有しながら解決策を実行できるよう、学びを深める ・利用者の尊厳を守る福祉サービスのリスクマネジメントの基本的視点について理解する	
8月1日 （金） 大会議室 （5階）	10:00～16:50	【行動指針の策定】 【キャリアデザインとアクションプランの策定】	・業務と役割を確実に遂行できるよう、職場内の多職種連携・協働に必要な知識を習得する ・中堅職員が組織運営管理に関する基本的な知識を習得し、日々の業務の中心的役割を果たすことを目標とする	
	16:50～17:00	修了式		

※研修時間等は、進捗状況により若干変更する場合があります。

◆受講申込書◆

送付先：大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修担当

研修名：福祉職員キャリアパス対応生涯研修（管理職員コース）（締切：4月21日）

FAX：4392-8272

記入者名：

法人名							
勤務先名							
勤務先種別	（記入例：特別養護老人ホーム、児童養護施設、救護施設、法人本部など）						
連絡先	〒		所在地				
電話番号				FAX番号			
受講希望者名	ふりがな			生年月日	年 月 日生	性別	男・女
*大きく正確にご記入ください						年齢	歳
職種	（記入例：事務職、相談職、保育士）			役職	（記入例：施設長、副施設長、事務長）		
福祉職場経験年数	年 月 日 *積算基準日 平成26年6月1日			現職の経験年数	年 月 日 *積算基準日 平成26年6月1日		
備考欄（車いす使用の方、拡大文字資料、手話通訳等を必要とする方はその旨、ご記入ください。）							

*提供していただきました個人情報、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。