

大福研発第 215号

令和元年 9月 6日

各 社 会 福 祉 施 設 長 殿

大分県社会福祉介護研修センター所長

(公 印 省 略)

「令和元年度社会福祉施設長研修会」の開催について（通知）

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

当研修センター事業の推進につきましては、平素からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、上記研修会を別紙開催要綱により開催しますので、積極的にご参加くださいますようお願いいたします。

担当：社会福祉研修部 後藤

TEL: (097) 552-6888 FAX: (097) 552-6868

# 令和元年度 社会福祉施設長研修会

## ～ 職員が幸せになれる職場のつくり方のために ～

### 開催要綱

#### 1 目的

本研修会は、施設長として必要な知識を修得するとともに人材確保に繋がるような意識改革を図るために開催します。

#### 2 主催

大分県社会福祉介護研修センター

#### 3 開催期日

令和元年11月7日（木）〔1日間〕

#### 4 会場

大分県社会福祉介護研修センター 大分市明野東3丁目4番1号  
TEL (097) 552-6888 FAX (097) 552-6868

#### 5 対象者

社会福祉法人が経営する社会福祉施設(保育所を除く。)の施設長等管理者  
定員：100名(定員になり次第締め切ります。)

#### 6 参加申込

- (1) 別紙・参加者名簿様式により令和元年10月18日(金)までに大分県社会福祉介護研修センターあて FAXまたは郵送でお申し込みください。
- (2) 受講決定者には、参加者名簿が届いてから1週間以内に、参加者名簿に「受講決定」と押印してFAXで返送します。これにより受講決定通知に代えさせていただきます。
- (3) 先着順で定員に達した場合、募集を終了いたしますのでご了承ください。定員に達した場合は、当センターホームページ上でお知らせいたします。
- (4) 参加者の個人情報、参加者名簿の作成や演習の班分け等、研修に関する目的のために使用し、それ以外に使用することはありません。

#### 7 資料代

1人1,000円

#### 8 その他

- (1) 昼食は各自でご用意願います。なお、研修当日、会場で業者が弁当(500円)の予約を受付けますので、希望の方は申込みください。
- (2) 研修会場周辺の坂道や信号機のない交差点において交通事故が多発していますので、交差点での一旦停止や左右の安全確認を徹底してください。
- (3) 自然災害により、研修の開催が困難であると判断したときは、急遽、日程変更等の対応をとる場合があります。その際は、当研修センターのホームページによりお知らせします。
- (4) 身体に障がいがある等、特別の措置を希望の場合は、受講申込時にご連絡ください。

(5) 適切な室温管理に努めていますが、個人差がありますので、服装等での自己管理にご協力をお願いします。

## 9 講師・研修日程

### 【講師】 杉本 浩司（すぎもと こうじ）氏

メディカル・ケア・サービス株式会社 サービス創造統括部副部長

「日本一カッコいい介護福祉士」と呼ばれ、自立支援介護のスペシャリスト

1977年生まれ 介護専門学校時代はモデルとして活躍。在宅の介護職から特養施設長等を経て現職。施設長時代から人材定着・育成や人事制度の改革に取り組み、離職率を大幅に低下させた。講演やコンサルタントを全国で年間70本以上行い、現場から高い支持を受けている。

### 【11月7日（木）】

時間	研修内容	ねらい
9:20	受付	
9:50	開会・オリエンテーション	
10:00 (12:00~13:00 昼食休憩)	<b>【講義】</b> 「人材定着・育成のルール」 (仮称)	職員が離職せず幸せになれる職場づくりを目指し、全職員と合意形成できるように人材定着と育成の進め方について学習する。
	(休憩)	
15:00	<b>【ワークショップ】</b> 「職員が幸せになれる職場のつくり方のためにできること」 (仮称)	グループワークで離職しない働きやすい職場を目指すにはどうしたらよいかを考えます。
	閉会	

※ カリキュラムの内容・構成等は変更する場合があります。

## F A X 送信票

⇒ 大分県社会福祉介護研修センター行き  
F A X : ( 0 9 7 ) 5 5 2 - 6 8 6 8

令和元年度  
社会福祉施設長研修会  
参加者名簿

No.	役職名	ふりがな 氏名	経験年数	備考
1			年 月	
2			年 月	

- ※ 法人で、一括して申し込まれる場合は、「備考」欄に所属施設名を記入してください。  
※ 「経験年数」の欄には、施設長等の運営管理職員としての業務経験年数を記入してください。

上記のとおり提出します

大分県社会福祉介護研修センター所長 殿

令和 年 月 日

法人名

施設名

所属長（又は理事）

担当者名

TEL ( ) —

FAX ( ) —

※ 「受講決定」の通知は、上記の F A X 番号 あて送信します。