

【認定社会福祉士認証・認定機構による認証研修】

2019年度 スクールソーシャルワーカー養成研修

分野専門/児童・家庭分野/ソーシャルワーク機能別科目群/1単位
認証番号：20180010

本研修は、スクールソーシャルワーカーとして、教育の場を拠点とした児童・家庭支援を実践するための社会福祉士の力量を養成するとともに、事例研究等により具体的な対応方法を習得することを目的に開催します。また、学校現場で支援を要する児童・家庭の状況を的確にアセスメントし、学校・保護者・地域（関係機関含む）との連携と協働を基に、児童の最善の利益の実現を図るソーシャルワーカーとして活動ができることを目指します。

1. 開催日 2019年7月27日（土）～7月28日（日）
2. 会場 兵庫県立のじぎく会館 201 大会議室（神戸市中央区山本通4丁目22-15）
3. 受講対象 以下①、②を満たす者
①社会福祉士であること
②スクールソーシャルワークに関心のある福祉専門職
※但し、社会福祉士資格がなくても受講することができますが、認証研修としての単位は取得できず、また、本研修修了後に社会福祉士資格を取得したとしても、遡って単位取得することはできないのでご注意ください。
4. 定員 60人（先着順）
5. 受講料 社会福祉士会会員 12,000円 非会員：24,000円
※2日間通しの受講料のみの設定です。欠席があっても返金はありません
6. 懇親会費 4,000円（予定）※参加希望者のみ
7. 昼食・宿泊 各自、ご手配ください
8. 修了条件 以下①、②、③をすべて満たす者
①事前課題を提出すること（受講決定通知とともにご案内します）
②2日間の集合研修を受講すること（15分以上の遅刻・早退・途中退室は未修了となります）
③事後課題を提出し、合格すること
9. 申込期限 2019年7月15日（月）
10. 主催 一般社団法人 兵庫県社会福祉士会 生涯研修センター

【申込方法】

受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXかメール、郵送にて兵庫県社会福祉士会事務局へお申込みください。

研修プログラム 【7月27日（土）】

| 時間 | 内容 |
|-------------|---|
| 9:15~9:40 | 受付 |
| 9:40~9:50 | オリエンテーション |
| 9:50~11:20 | ①【講義・演習】スクールソーシャルワーク実践<子どもの虐待> 講師：西野 緑 氏 (関西学院大学人間福祉学部非常勤講師・大阪府チーフSSW等) |
| 11:30~13:00 | ②【講義・演習】スクールソーシャルワーク実践<いじめ> 講師：西野 緑 氏 |
| 13:50~15:20 | ③【講義・演習】エビデンスに基づく効果的なスクールソーシャルワーク 講師：大塚 美和子 氏 (神戸学院大学総合リハビリテーション学部准教授) |
| 15:30~17:00 | ④【講義】スクールソーシャルワークの理論 講師：大塚 美和子 氏 |
| 17:30頃~ | 懇親会 (2時間 実費 4000円程度) |

【7月28日（日）】

| 時間 | 内容 |
|-------------|---|
| 9:15~9:40 | 受付 |
| 9:40~9:50 | オリエンテーション |
| 9:50~11:20 | ⑤【講義】スクールソーシャルワーク実践<子どもの貧困> 講師：神原 文子 氏 (神戸学院大学現代社会学部教授) |
| 11:30~13:00 | ⑥【講義】教育行政と学校文化 講師：吉田 卓司 氏 (藍野大学医療保健学部看護学科准教授) |
| 13:50~15:20 | ⑦【講義・演習】事例からスクールソーシャルワーカーの支援展開を学ぶⅠ 講師：佐々木 千里 氏 (名古屋市立大学特任教授・京都市教育委員会SSWスーパーバイザー等) |
| 15:30~17:00 | ⑧【講義・演習】事例からスクールソーシャルワーカーの支援展開を学ぶⅡ 講師：佐々木 千里 氏 |

【自然災害による中止】

自然災害発生等によりやむをえず研修会を中止する場合がございます。判断基準等は、本会ホームページをご参照ください。中止の場合は、受講料返金は行いませんのでご了承ください。

【その他】

事前課題、会場案内、受講料の納入方法、キャンセルの扱い等は受講決定通知の際にご案内します。

【問い合わせ・申込先】

兵庫県社会福祉士会 事務局

〒651-0062 兵庫県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 MAIL:entry@hacsw.or.jp

2019年度スクールソーシャルワーカー養成研修受講申込書

(先着順 申込日： 月 日)

| | |
|--|---|
| ふりがな | |
| 名 前 | |
| 勤務先名称 | |
| 送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 | 〒 勤務先名 ※ 送付先が勤務先の場合のみ記入してください |
| 連絡先 | TEL： FAX： E-Mail： |
| 会員/非会員 | 社会福祉士会会員(所属県士会： No.) 非会員 |
| 社会福祉士 登録番号 | |
| 受講者名簿への 掲載 | <input type="checkbox"/> 掲載しない ※ネットワークづくりに役立てるために「氏名」「勤務先」「(会員の方は)都道府県社会福祉士会名」「(会員以外の方は)在住都道府県を記載した「受講者名簿」を作成し、研修受講者に配布する予定です。 |
| 懇親会 | ① 参加します ・ ②参加しません (1日目終了後 4,000円程度) |
| 事業種別 | ①教育機関(具体的に：) ①在宅サービス(具体的に：) ②施設サービス(具体的に：) ③その他(具体的に：) |
| スクールソーシャルワーク実践経験(○をつけてください) ※必須 ①未経験 ・ ②1～2年 ・ ③3年以上 | |
| その他、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 | |