

ケース記録の基礎と展開

～支援力を高めるための記録の視点と方法～

≪主催≫京都市洛西ふれあいの里保養研修センター ≪協賛≫京都市社会福祉施設連絡協議会

【プログラムのねらいと研修受講後の実践で期待される効果】

利用者・対象者への「支援」や
「観察の視点」を整理しながら、
☆「記述力」の向上を目指します
☆記録様式を見直します

支援の質の向上につながります！

たとえば…
☆自身の「支援」を振り返ることができます
☆利用者理解が深まります！！
☆援助チーム間の連携が促進されます！！

【プログラムの特徴】

- ☆「観察して記録する」演習など、演習を多く取り入れ、実践力を高めます
- ☆記録用紙を持ち寄り、情報交換を行いながら、それぞれの様式を再検討します
(情報交換等のグループ編成は、可能な限り同一の施設種別で編成する予定ですが、申し込み状況により同一種別と異なることもありますので、ご了承ください)

【日程】平成23年8月5日(金)・26日(金) 10:00～16:00 (2日間)

【会場】ひと・まち交流館 京都 3階 第5会議室 (京都市下京区河原町通五条下る東側)

*別紙会場案内図または会場ホームページ ([ひとまち](#) [検索](#)) 参照

【内容(予定)】 講義・演習 *1日目の研修終了後、課題があります。

○記録の意義と概要

記録の意義／記録の目的／記録の種類／記録の形態／記録の内容 など

○記述のポイント

基本的な文章表現と記録／表現のニュアンスに込められた援助者の価値、認識／
援助視点と記録 など

○記録と個人情報保護 ○観察の視点

○観察・記録の演習 ⇒ 記述力アップの練習法

○記録用紙の作成 ⇒ 様式見直しの検討

○記録に関する情報交換

☆ 研修後の実践のようす ☆

「法人内の他部署と連携し勉強会を行った」
「新しい様式作成のため、他施設を参考にしながらグループワークを行った」
(受講者より)

「受講者に主体的に伝達研修を実施してもらうため、受講者をサポートした」
「研修を受講してから、要点を踏まえ整理された記録になっていると思う」
(派遣者より)
(22年度事後アンケートより)

【講師】 龍谷大学社会学部 准教授 山田 容氏

【対象】京都市内社会福祉施設・団体の中堅職員 40名(先着順)

- ・研修の全日程に必ず出席できる方
- ・アンケート(次頁参照)に必ずご協力いただける方

【事前課題(持参物)について **重要**】

あなたの職場で使用されている「記録用紙」を研修時にご持参ください。

- ・記録用紙には、あらかじめ「架空のケース(記入例)」を記入し、6部コピーしてください
- ・「架空のケース」は簡単なもの(書き方の概要がわかる程度)で結構です

【アンケート】3回実施 **必須** します（①研修受講前、②受講直後、③受講約3カ月後）

- * 現場の課題やニーズを把握し、研修内容に反映させることを目的として実施いたします。
- * 受講される方や職場が、研修を効果的に活用していただく手段としていただくことも目的としているため、必ずご回答ください。
- * ①③については、受講者と派遣者が話し合っ、ご回答いただく内容を予定しております。
- * これらの趣旨にご賛同いただけない場合、受講をお断りすることがございます。ご了承のうえ、お申し込みください。

【申込み】 下記の受講申込書をFAXでお送りください **締切：7月22日(金)**

- * 折り返し「仮受講決定通知書」をFAXまたはE-Mailにてお送りします。
- お申し込みから1週間以内に「仮受講決定通知書」が届かない場合はお問い合わせください。
- * 定員に空きがある場合は締め切り後も募集しています。お問い合わせください。

<申込み・問合せ先> 京都市洛西ふれあいの里保養研修センター（事業部 社会福祉研修担当）
TEL 075-333-4653 / FAX 075-333-4664 / E-Mail: kenshu@kcsw.jp

- * 「京・福祉の研修情報ネット」ホームページ（[みやこけんしゅう](#) **検索**）からもお申し込みができます。研修情報メールマガジンもご登録ください！

【受講料】 8,000円 「仮受講決定通知書」に記載の振込先にお振込みください **締切：7月23日(土)**

【昼食】 あらかじめ各自でご用意ください（弁当等持参可、会場内や周辺に飲食店等あり）。

「ケース記録の基礎と展開」受講申込書

* 正確にご記入ください

受講者氏名	(ふりがな)	職 種	福祉職員 経験年数	現施設 経験年数
			年 カ月	年 カ月
資 格 (該当に☑) 複数回答可	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ）級 <input type="checkbox"/> 看護師・保健師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
あなたの業務内容（下記の①、②）について、☑をご記入ください。 ①活動領域： <input type="checkbox"/> 高齢者福祉・介護保険事業分野 <input type="checkbox"/> 児童・家庭福祉分野 <input type="checkbox"/> 障害者福祉分野（身体・知的・精神←該当に○） <input type="checkbox"/> 医療福祉分野 <input type="checkbox"/> その他（ ） ②事業形態： <input type="checkbox"/> 入所系 <input type="checkbox"/> 通所系 <input type="checkbox"/> 在宅・居宅支援系 * 演習グループの編成の参考にさせていただきます。申し込み状況により同一種別とにならないこともあります。 あらかじめご了承くださいませよう、よろしくお願い申し上げます。				
法人名		施設名		
TEL		FAX		
経理ご担当者名		(経験年数等は参考にお聞きするものですので、 おおよそで結構です)		

- * 上記の情報は、本センターの資料及び研修の参考にするためにお聞きするものです。
- * ご記入いただいた事項は、本センターの事業以外に使用することはありません。

送付先：333-4664 (ふれあい会館宛)