

平成 24 年 8 月 3 日

障害福祉関係事業者各位

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害福祉課長
(公 印 省 略)

平成 24 年度全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ)で実施する
研修会について (通知)

このことについて、全国障害者総合福祉センター (戸山サンライズ) から別添のと
おり平成 24 年 7 月 28 日付け戸山発第 31 号で通知がありましたので、お知らせします。

つきましては、関係者への周知等をよろしく願います。

また、受講申し込みにあたっては、直接戸山サンライズ宛てに申し込むこととなっ
ておりますので、ご留意ください。

(受講申込書等提出先)

〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1

全国障害者総合福祉センター (戸山サンライズ)

ファクシミリ 03-3232-3621 (要受信確認)

(申込期限)

各研修会により異なりますので、ご留意ください。

問い合わせ先

社会参加推進グループ 松岡

電話 045-210-1111 内線 4711

ファクシミリ 045-201-2051

都道府県
各 指定都市 障害保健福祉関係主管課長 殿
中 核 市

全国障害者総合福祉センター
(戸山サライズ)
館長 片石修三
(公印省略)

研修会の実施について

当センターの運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このたび下記研修会の実施要領を定めましたのでお知らせいたします。

大変お手数を煩わし恐縮に存じますが、貴職管内市町村、関連する障害者福祉施設、障害者福祉関係団体、その他障害者福祉に携わる関係機関に対しまして、ご周知賜りますようお願い申し上げます。

なお、今回お送りする書類一式は、今年度回報にてご連絡いただきましたメールアドレスへPDFファイルにて送信いたします。ご担当者・メールアドレス等に変更があります場合は、kensyu@abox3.so-net.ne.jpまでご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

- 平成24年度 障害者福祉センター管理運営研修会
(第1回 障害者福祉センター等職員研修会 会場：静岡県浜松市)
平成24年9月27日(木)～28日(金)
- 平成24年度 第2回 障害者施設職員研修会
(機能訓練・健康管理担当者コース)
平成24年10月17日(水)～19日(金)
- 平成24年度 第2回 障害者地域生活支援従事者研修会
平成24年11月6日(火)～9日(金)
- 平成24年度 第2回 障害者サービスコーディネーション研修会
(アドバンストコース)
平成24年12月14日(金)～16日(日)
- 平成24年度 第2回 障害者のためのレクリエーション支援者養成研修会
(アドバンストコース)
平成25年1月11日(金)～13日(日)
- 平成24年度 第2回 『個別支援計画』作成および運用に関する研修会
平成25年1月26日(土)～27日(日)

※「実施要項」「カリキュラム」「申込用紙」は当センターのホームページにも掲載しております。

<http://www.normanet.ne.jp/~ww100006/index.htm>

担当：養成研修課
TEL 03-3204-3611
FAX 03-3232-3621



平成24年度 障害者福祉センター管理運営研修会

(平成24年度 第1回 障害者福祉センター等職員研修会)

実 施 要 項

1. 目 的 身体障害者福祉センター等の施設長及び幹部職員に対し、国の障害者福祉行政等新しい情報を提供するとともに地域の障害者生活支援および施設経営等の知識について研修し、施設運営の充実、強化を図ることを目的とする。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03-3204-3611 FAX 03-3232-3621
3. 共 催 浜松市発達医療総合福祉センター
障害者福祉センター等全国連絡協議会
4. 開催期間 平成24年9月27日（木）～9月28日（金）
5. 開催場所 ■ 1日目
アクトシティ浜松「研修交流センター」
〒430-7790 静岡県浜松市中区中央3-9-1
TEL 053-451-1111 FAX 053-451-1123
■ 2日目
浜松市発達医療総合福祉センター
〒434-0023 静岡県浜松市浜北区高菌775-1
TEL 053-586-8800 FAX 053-586-8808
6. 対 象 者 身体障害者福祉センター（A型、B型）及び従来障害者デイサービス事業を実施していた障害者自立支援法に基づく生活介護事業所、地域活動支援センター等の施設長等幹部職員及び中間管理職員。
7. 定 員 50名
8. 申込方法 参加申込書を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）へご送付ください。
FAXにて申し込む場合は、FAX送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を電話にてご確認ください。
9. 申込締切 平成24年8月31日（金）必着
10. 参加決定 平成24年9月7日（金）頃別途通知書を発送します。
11. 宿泊場所 ■ 9月26日（水）・27日（木）
浜松ホテルソリッソ（シングル、1泊朝食付、税込み 5,500円）
〒430-8033 静岡県浜松市中区砂山町322-7
TEL 053-452-5000 FAX 053-452-6300
12. 宿泊申込 宿泊を希望する方は、宿泊申込書によりお申し込みください。
■事務局で確保しているのは、9月26日・27日の2日間です。
13. 必要経費 ①研修費 13,500円
②宿泊費 上記宿泊案内のとおり
14. 分科会事前レポートについて
本研修会に参加される方は、下記の要領にて分科会事前レポートを必ずご提出ください。このレポートは各分科会の参考資料として各参加者に配布させていただきますので、あらかじめご了承ください。■締め切り：9月13日（木）
 - 作成要領：様式は自由です。A4用紙1枚程度にまとめてお書きください。
 - テ ー マ：『各センターの防災・災害対策の現状と課題』
 - 提出方法：できる限り、メールにて下記アドレスにご送信ください。
メールアドレス：kensyu@abox3.so-net.ne.jp
メール以外の場合は、下記へFAXにてお送りください。
▼FAX：03-3232-3621 養成研修課宛て

平成24年度 障害者福祉センター管理運営研修会 日 程 表

| 9月27日(木) ＜アクトシティ浜松 研修交流センター＞ | 9月28日(金) ＜浜松市発達医療総合福祉センター＞ |
|---|---|
| | 移動 『ホテル』 →『浜松市発達医療総合福祉センター』 |
| | 9:30～10:30(60分) 全体会 まとめ 第1分科会座長より報告 第2分科会座長より報告 質疑応答 |
| | 10:30～12:00(90分) 特別講演 「地域で暮らすための 在宅ネットワークづくり」 講師【調整中】 |
| 12:30～ 受 付 | 12:00～13:00 昼 食 |
| 12:45～ 開 会 式 | |
| 13:00～14:00(60分) 厚生労働省最新行政説明 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 担当者【調整中】 | 13:00～14:00(60分) 施設見学 浜松市発達医療総合福祉センター |
| 14:10～14:50(40分) 浜松市障害者福祉の概要 浜松市障害保健福祉課 担当者【調整中】 | |
| 15:00～17:00(120分) 分科会 テーマ「各センターの防災・災害対策の 現状と課題」 第1分科会(A型センター) 第2分科会 (B型センター他障害福祉サービス事業所等) | |
| 17:30～ 懇 親 会 (オークラアクトシティホテル浜松) | |

※上記日程表は都合により変更することがあります。

平成24年度 障害者福祉センター管理運営研修会 参加申込書

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------|-------|----|--|-------|---|----|
| ふりがな | | 男 | 昭和 | | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | 女 | 歳 | | | | |
| 勤務先 | | | | | 役職名 | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| | | TEL (| | | | — | |
| | | FAX (| | | | — | |
| 今回の研修会で学びたいこととお書き下さい | | | | | | | |
| 分科会（ご希望の分科会に〇印をつけてください） | | 第1分科会 | | | 第2分科会 | | |
| 施設見学（浜松市発達医療総合福祉センター） | | 希望する | | | 希望しない | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 （ | | | | | | |

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用しません。

氏名、勤務先名、職名を記載した参加者名簿につきましては、参加者間の情報交換等を目的として各参加者に配布いたしますので、ご了承ください。差し障りある場合には、お手数ですが事務局までご連絡ください。

宿泊申込書

宿泊先： 9月26日 ホテルクラウンパレス浜松
9月27日 //

| | | |
|-----|-------|-------|
| 宿泊を | 希望する | 希望しない |
| 希望日 | 9月26日 | 9月27日 |
| 禁煙等 | 禁煙室希望 | 喫煙室希望 |

※該当する箇所に○印をつけてください

禁煙室・喫煙室はご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
|  |  | |

平成24年度 第2回
障害者施設職員研修会
(機能訓練・健康管理担当者コース)

実 施 要 項

1. 目 的 障害者施設等の機能訓練担当者及び健康管理担当者に対し必要な知識、技術等について研修し、障害者支援サービスの向上と施設運営の円滑化を図ることを目的とします。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 平成24年10月17日（水）～10月19日（金）
5. 対 象 者 障害者施設等において機能訓練、健康管理等を担当する者。
6. 定 員 70名
7. カリキュラム 別紙1のとおり
※日程表・担当講師等は決定次第、当センターHP上に掲載いたします。
また、直接お問い合わせいただければ、決定後に個別にご連絡を差し上げます。
8. 必要経費 ①研修費 12,000円
②懇親会費 2,000円（希望者のみ）
（懇親会は初日の講義終了後17:30～18:00開始予定です。）
③宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃 6,500円（〃 ・個室・健常者）
〃 5,000円（〃 ・個室・障害者）
（宿泊費は、宿泊をする日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）へお申し込みください。
FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
10. 申込締切 平成24年9月7日（金）必着
11. 受講決定 平成24年9月14日（金）頃、受講決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意下さい。）
13. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。
個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。
なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

(別紙1)

平成24年度 第2回
障害者施設職員研修会
(機能訓練・健康管理担当者コース)
カリキュラム

| 講義名 | 時間数 |
|--------------------|-----|
| 障害者福祉の動向と機能訓練・健康管理 | 2 |
| 機能訓練と健康管理 | 2 |
| 障害者の機能訓練の意義 | 2 |
| 福祉用具の活用と機能訓練 | 2 |
| 障害者の医学特性と機能訓練 | 2 |
| 脳血管障害者の運動療法 | 2.5 |
| 重症心身障害児・者の運動療法 | 2.5 |
| 知的障害者の運動療法 | 2.5 |

※カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

| | | | |
|-------------------|--|-------|-------------|
| 研修会名 | 平成24年度 第2回 障害者施設職員研修会(機能訓練・健康管理担当者コース) | | |
| お名前 氏名 | 男 女 | 昭和・平成 | 年 月 日生 歳 |
| 勤務先名 | | | 役職名 |
| 事業種別 | | | 職階 年 ヶ月 |
| 所在地 | 〒 TEL () | | |
| 今回の研修会で 学びたいこと | | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要 | | |
| 受講決定通知文書の宛名 | 所属長 | 本人 | その他 () |
| メールアドレス(任意) | 職場: | | |
| | 個人: | | |
| 懇 親 会 | 参 加 不参加 | | |

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので
ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

| | |
|-------|-------|
| 宿泊日程 | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| 個室利用 | 有 ・ 無 |
| 禁煙室希望 | 有 ・ 無 |

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
| | | |

平成24年度 第2回 障害者地域生活支援従事者研修会

～誰もが安心して暮らせる地域社会の実現に向けて～

実 施 要 項

1. 目 的 障害者が地域において、自らのニーズに基づき、保健、医療、福祉等各種サービスから必要なサービスを選択し、尊厳をもって、その人らしく安心して生活を送れるよう支援することが重要です。そこで、地域生活支援業務に必要な知識及び技術について研修し、関係職員の資質の向上並びに地域生活支援体制の円滑な運営の確保を図ることを目的とします。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
3. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 平成24年11月6日（火）～11月9日（金）
5. 対 象 者 市町村、障害者福祉センター、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所及びその他関係施設等において障害者の地域生活支援業務に携わる者。
6. 定 員 100名（申込状況により、定員を調整する場合がございます。）
7. カリキュラム カリキュラム作成においては、「措置から契約へ」の制度改革の中で求められる利用者の「自主性と主体性」の涵養と、支援者である受講者も「自主性と主体性」を発揮し、障害者地域生活支援の新たな発想、課題を発見し、研修後の行動につながる学習となるよう留意・工夫しております。（詳細は別紙1のとおり）
※日程表・担当講師等は決定次第、当センターHP上に掲載いたします。
また直接お問い合わせいただければ、決定後に個別にご連絡を差し上げます。
8. 必要経費

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ①研修費 | 12,000円 |
| ②懇親会費 | 2,000円（希望者のみ） |
| （懇親会は、初日の講義終了後17:30～18:00頃開始予定です。） | |
| ③宿泊費（1泊朝食付き） | 5,000円（希望者のみ・相部屋） |
| | 6,500円（ 〃 ・個室・健常者） |
| | 5,000円（ 〃 ・個室・障害者） |
| （宿泊費は、宿泊をする日数分ご用意いただきます。） | |
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）宛に直接お申し込みください。FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
10. 申込締切 平成24年9月28日（金）必着
11. 受講決定 平成24年10月5日（金）頃、受講者決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意ください）
13. 宿泊申込 戸山サンライズに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。
個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。
なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

(別紙1)

平成24年度 第2回 障害者地域生活支援従事者研修会
～誰もが安心して暮らせる地域社会の実現に向けて～

【カリキュラム】

| テーマ | 内 容 | 時間数 |
|---|--|-----|
| 最新行政情報 | 支援の前提となる国の福祉施策、制度の理解を深める。 | 2 |
| 障害者地域生活支援の考え方 | 障害者を一人の地域の生活者として見る視点を出発点に、地域生活支援の基本的考え方を学ぶ。 | 2 |
| 就労支援 | 地域生活において、また人間の生きがいの大切な要素となる就労について支援のあり方を学ぶ。 | 2 |
| 行動援護を理解する | 知的障害者、精神障害者の行動上の困難を支援するサービスとして新たに生まれた「行動援護」。その創設の意義、活用事例、支援のあり方について実践的に学ぶ。 | 3 |
| 精神障害者の地域生活支援 | 今後、地域では、様々な機能を持つ各サービス提供機関が、細切れにサービスを提供するのではなく、ネットワークを組んで、障害者の豊かな生活を実現するという統一した目標に向かって、それぞれの役割を最大限発揮することが望まれます。 | 2 |
| 入所施設から地域生活への移行支援 | ここでは、福祉サービス提供機関のみならず、行政、地域住民をはじめ、医療、保健、教育、労働等隣接領域の各機関、市民団体、一般企業、当事者の会、親の会、各種サークル活動など地域の様々な社会資源と連携した支援から生まれた全国各地の優れた障害者地域生活支援の実践を紹介し、目指すべき支援のあり方を学ぶ。 | 2 |
| 重症心身障害児者の地域生活支援 | | 2 |
| シンポジウム 「相談支援事業と自立支援協議会」 ～地域の障害者福祉の推進に必要なこと～ | 障害者自立支援法では、各地域の状況に応じ、経験や創意工夫を活かした支援体制の構築が求められている。 ここでは、シンポジウムにより、これからの市町村における地域生活支援のカギを握る「相談支援事業」と地域のネットワーク構築のため注目されている「自立支援協議会」について各地の実践等を交えながらお話しいただく。 また、障害福祉サービスの充実のため、新たに養成されている「サービス管理責任者」のあり方も含めてお話しいただく。 | 3 |
| まとめ 「誰もが安心して暮らせる 地域社会の実現に向けて」 ～今求められる地域福祉とは～ | 障害者が安心して地域で暮らすために、どのような地域が望まれるのか、また支援者はどのように支援を行えばよいのか。 グループディスカッションにより研修会を振り返り、理想の地域と支援とは何か、そしてそれを実現するための課題は何かを共有し、それぞれの地域での障害者地域生活支援のステップアップをめざす。 | 5 |

※カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

| | | | |
|-------------------|----------------------------|-------------------|---------|
| 研修会名 | 平成24年度 第2回 障害者地域生活支援従事者研修会 | | |
| お名前 氏名 | 男 女 | 昭和・平成 年 月 日生 歳 | |
| 勤務先名 | 役職名 | | |
| 事業種別 | 職新職職職 | | 年 月 |
| 所在地 | 〒 TEL () | | |
| 今回の研修会で 学びたいこと | | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要 | | |
| 受講決定通知文書の宛名 | 所属長 | 本人 | その他 () |
| メールアドレス(任意) | 職場: 個人: | | |
| 懇 親 会 | 参 加 不参加 | | |

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

| | |
|-------|-------|
| 宿泊日程 | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| 個室利用 | 有 ・ 無 |
| 禁煙室希望 | 有 ・ 無 |

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
| | | |

平成 24 年度 第 2 回
障害者サービスコーディネーション研修会
(アドバンストコース)

実 施 要 項

1. 目 的 障害者の障害特性や保健福祉サービスを円滑に提供するためのコーディネーションの理論と手法について研修し、障害者の地域での自立した生活を支援することのできる優れた人材を養成することにより、障害者の地域福祉の推進に寄与することを目的とする。
☆本研修会の特色☆
『アドバンストコース』では、地域で障害者の総合的相談支援業務に携わる者に対してより実践的な研修を実施し、地域で中心的存在と成りうる人材を養成することを目的とする。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 平成24年12月14日（金）～12月16日（日）
5. 対象者 都道府県、市町村、福祉事務所、社会福祉協議会、保健所、障害者福祉センター、相談支援事業所、障害者地域生活支援センター、その他障害者関係施設、障害者居宅支援事業を行う事業所等に所属し、現在、地域で障害者の総合的相談支援に携わり、リーダーを目指す者（現在、リーダーとして活躍中の者を含む）。
6. 定 員 50名
7. カリキュラム 別紙のとおり
8. 必要経費 ①研修費 12,000円
②懇親会費 2,000円（希望者のみ）
（懇親会は、初日の講義終了後17:30～18:00頃開始予定です。）
③宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃 6,500円（〃 ・個室・健常者）
〃 5,000円（〃 ・個室・障害者）
（宿泊費は、宿泊をする日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）宛に直接お申し込みください。
FAXにて申し込む場合は、FAX送信後に必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
10. 申込締切 平成24年10月26日（金）必着
11. 受講決定 受講決定通知は11月2日（金）頃別途通知を発送いたします。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意下さい。）
13. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。
なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

【別 紙】

平成24年度 第2回
障害者サービスコーディネーション研修会
(アドバンストコース)

カリキュラム

| 講 義 名 | 時間数 |
|---|-----|
| 1. 厚生労働省最新行政情報 | 1.5 |
| 2. Q&Aセッション | 2.5 |
| 3. 自立に向けての就労支援 | 2.5 |
| 4. サービスコーディネーションの実践（演習） ～モニタリングの重要性と終結への考え方～ | 6.5 |

※本カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

| | | | |
|-------------------|--|-------------------|-----------|
| 研修会名 | 平成24年度 第2回 障害者サービスコーディネーション研修会(アドバンストコース) | | |
| お名前 氏名 | 男 女 | 昭和・平成 年 月 日生 歳 | |
| 勤務先名 | | | 役職名 |
| 事業種別 | | | 職階 年 月 |
| 所在地 | 〒 TEL () | | |
| 今回の研修会で 学びたいこと | | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要 | | |
| 受講決定通知文書の宛名 | 所属長 | 本人 | その他 () |
| メールアドレス(任意) | 職場: | | |
| | 個人: | | |
| 懇親会 | 参加 不参加 | | |

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので
ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

| | |
|-------|-------|
| 宿泊日程 | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| 個室利用 | 有 ・ 無 |
| 禁煙室希望 | 有 ・ 無 |

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
| | | |

平成24年度 第2回
障害者のためのレクリエーション支援者養成研修会
(アドバンストコース)
実 施 要 項

1. 目 的 障害者のレクリエーション支援業務に携わる者について、より実践的な内容を研修することにより、レクリエーション支援の中心的存在となりうる人材を養成することを目的とします。

☆本研修の特色☆

『アドバンストコース』では、施設等におけるレクリエーションプログラム全体をコーディネート、評価できる人材を養成します。『ベーシックコース』では障害者のレクリエーション活動の価値を理解し、基礎的な援助方法、実技種目を学び、施設等におけるプログラムディレクターとして、レクリエーションプログラムを企画、運営できる人材を養成します。

2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 後 援 公益財団法人 日本レクリエーション協会
社団法人 東京都レクリエーション協会
4. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
5. 期 間 平成25年1月11日（金）～1月13日（日）
6. 対 象 者 障害者のレクリエーション支援担当で、将来レクリエーション支援のリーダーとなる者（現在、リーダーとして活躍中の者を含む。）。
7. 定 員 50名
8. カリキュラム 別紙1のとおり
9. 必要経費 ①研修費 12,000円
②懇親会費 2,000円（希望者のみ）
（懇親会は、初日の講義終了後17:30～18:00頃開始予定です。）
③宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃 6,500円（〃 ・個室・健常者）
〃 5,000円（〃 ・個室・障害者）
（宿泊費は、宿泊する日数分ご用意いただきます。）
10. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）宛に直接お申し込みください。FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
11. 申込締切 平成24年11月16日（金）必着
12. 受講決定 平成24年11月22日（木）頃、受講者決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
13. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（欠席・遅刻・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意ください。）
14. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。個室利用はご希望に添えられない場合がありますので、ご了承ください。なお、できる限りキャンセル等変更がないようにお願いします。

(別紙1)

平成24年度 第2回
障害者のためのレクリエーション支援者養成研修会
(アドバンストコース)

カリキュラム

| 講 義 名 | 時間数 |
|--|-----|
| 1. 事例報告「グループ・ディスカッション」 ～参加者からの実践報告～ | 2 |
| 2. レクリエーション財の紹介 ～ダンス・コミュニケーション～ | 3 |
| 3. コミュニケーションスキルトレーニング | 2 |
| 4. ワークショップ① 利用者に合ったレクリエーション財づくり | 3 |
| 5. ワークショップ② プログラムづくりのプロセスとその評価 | 3.5 |
| 6. 障害者レクリエーションの情勢 | 2 |

※本カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ)研修会 受講申込書

| | | | |
|-------------------|---|-------------------|----------|
| 研修会名 | 平成24年度 第2回 障害者のためのレクリエーション支援者養成研修会 (アドバンストコース) | | |
| お名前 氏名 | 男 女 | 昭和・平成 年 月 日生 歳 | |
| 勤務先名 | | | 役職名 |
| 事業種別 | | | 所属部署 年 月 |
| 所在地 | 〒 TEL () | | |
| 今回の研修会で 学びたいこと | | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要 | | |
| 受講決定通知文書の宛名 | 所属長 | 本人 | その他 () |
| メールアドレス(任意) | 職場: 個人: | | |
| 懇親会 | 参加 不参加 | | |

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了承ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

| | |
|-------|-------|
| 宿泊日程 | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| | 月 日 |
| 個室利用 | 有 ・ 無 |
| 禁煙室希望 | 有 ・ 無 |

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方に一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
| | | |

平成24年度 第2回
『個別支援計画』作成および運用に関する研修会
～誰もが生き甲斐を感じて暮らせる社会を実現するために～

【実 施 要 項】

1. 目 的 個別支援計画に対する考え方、手法などを検討し、より利用者に寄り添った個別支援計画が作成され、利用者の個性に合わせた計画が作成されることにより、より豊かな日常生活をおくることができるようになることを目的としています。
2. 主 催 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
（厚生労働省委託事業）
3. 開催場所 全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）
〒162-0052 東京都新宿区戸山1-22-1
TEL 03(3204)3611（代） FAX 03(3232)3621
4. 期 間 平成25年1月26日（土）～1月27日（日）
5. 対 象 者 各事業所の個別支援計画作成担当者及びサービス管理責任者などで、現在、個別支援計画の作成および運用に関わっている方
6. 定 員 70名（申込状況により、定員を調整する場合がございます。）
※応募者多数の場合は抽選とさせていただきます。
7. カリキュラム 別紙1参照
8. 必要経費 ①研修費 12,000円
②懇親会 2,000円（希望者のみ）
（懇親会は、初日の講義終了後17:30～18:00頃開始の予定です。）
③宿泊費（1泊朝食付き） 5,000円（希望者のみ・相部屋）
〃 6,500円（〃 ・個室・健常者）
〃 5,000円（〃 ・個室・障害者）
（宿泊費は、宿泊をする日数分ご用意いただきます。）
9. 申込方法 受講申込書（別紙2）を全国障害者総合福祉センター（戸山サンライズ）宛に直接お申し込みください。FAXにて申し込む場合は、送信後、必ず当センター養成研修課まで受信の可否を確認してください。
10. 申込締切 平成24年12月7日（金）必着
11. 受講決定 平成24年12月18日（火）頃、受講者決定通知を発送予定。
（受講申込者宛てに受講決定・受講不可を問わず通知いたします。）
12. 修了証書 全課程修了者には修了証書を授与します。（遅刻・欠席・早退の著しい者には授与しない場合がありますのでご注意ください。）
13. 宿泊申込 当センターに宿泊を希望する受講者は、宿泊申込書によりお申し込みください。個室利用はご希望に添えられない場合がございますので、ご了承ください。なお、できる限りキャンセル等変更がないようお願いいたします。

(別紙1)

平成24年度 第2回 「個別支援計画」作成および運用に関する研修会
～誰もが生き甲斐を感じて暮らせる社会を実現させるために～

【カリキュラム】

| | テ ー マ | 内 容 | 時間数 (H) |
|-----|--|--|------------|
| 1日目 | 【講 義】 「個別支援」とは何か？ | 今、どうして「個別支援計画」なのでしょう。障害者自立支援法の中での位置付けや意味を確認する。 | 1 |
| | 【講 義】 個別支援計画作成の現状と課題の整理 | 「個別支援計画」の重要性を認識し、効果的に実践していくには、どのような組織体制が必要なのかを知り、今の課題を解決する方法を知る。 | 1 |
| | 【講 義】 本人中心の支援とは何か？ | 本人中心の個別支援の考え方はどのようなものか？ (パーソン・センタード・プランニング) | 1 |
| | 【演習ガイダンス】 「個別支援計画」で用いる様式解説と演習の進め方 | 研究班で開発した様式を提示し、アセスメントから計画立案までを解説する。そして、演習事例を説明しながら読み上げる。 | 1 |
| | 【演 習 ①】 「個別支援計画」の作成に関する バズセッションと計画立案 | 各班毎に「個別支援計画」と「週間支援プログラム」を作成する演習を実施し、バズセッションを繰り返す中で、「個別支援計画」を立案していく。そして、立案後に計画を実践していく「週間支援プログラム」を作成する。 表題にもあるように、生き甲斐が持てるような生活が実現できるような計画を立てることが目標である。 | 3 |
| 2日目 | 【演 習 ②】 本人ニーズの再整理 | 演習①のつづき | 0.5 |
| | 【演 習 ③】 「個別支援計画」の作成に関するバズセッションと計画立案 | 演習①のつづき | 2.5 |
| | 【演習の発表】 「個別支援計画」の発表 | 各班から「個別支援計画」および「週間支援プログラム」を発表していただく。その内容に関して講師から質問する。 | 1 |
| | 【振り返り】 | 評価された各班の「個別支援計画」および「週間支援プログラム」の整理 | 1.5 |
| | まとめ | この研修の全体を通して、総括的なまとめを話して、全体を講評して、受講者との質疑応答の時間を設ける。 | 0.5 |

※カリキュラムは都合により変更することがあります。

(別紙2)

全国障害者総合福祉センター(戸山サンライズ) 研修会 受講申込書

| | | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|---------|
| 研修会名 | 平成24年度 第2回 「個別支援計画」作成および運用に関する研修会 | | |
| ふりがな | 男 女 | 昭和・平成 年 月 日生 | |
| 氏名 | | 歳 | |
| 勤務先名 | | 役職名 | |
| 事業種別 | | 個別支援計画に関する業務に従事している年数 | 年 ヶ月 |
| 所在地 | 〒 TEL () | | |
| 個別支援計画作成にあたって問題と感じていることがありましたらお書き下さい (必ずご記入ください) | | | |
| 障害の有無 | 無 ・ 有 () 車いす使用 手話通訳必要 | | |
| 受講決定通知文書の宛名 | 所属長 | 本人 | その他 () |
| メールアドレス(任意) | 職場: | | |
| | 個人: | | |
| 懇親会 | 参加 不参加 | | |

※受講決定通知の書類一式(受講決定通知文書、日程表、連絡事項等)は受講者ご本人宛て(勤務先住所)に郵送いたします。

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用いたしません。

氏名、勤務先名、役職名を記載した受講者名簿につきましては、受講者間の情報交換等を目的として各受講者に配布いたしますので、ご了解ください。差し障りのある場合は、お手数ですが事前に事務局までご連絡ください。

※今後当センターが実施する研修会等の案内を希望される方はメールアドレスをご記入ください。

宿 泊 申 込 書

| | |
|-------|-------------------|
| 宿泊日程 | 月 日 月 日 月 日 |
| 個室希望 | 有 ・ 無 |
| 禁煙室希望 | 有 ・ 無 |

①個室希望の希望に添えない場合もあります。

※洋室・和室の割り当ては当方にご一任ください。

②禁煙室の希望に添えない場合もあります。

③宿泊の希望に添えない場合は連絡いたします。

戸山サンライズ処理欄

| | | |
|---|---|--|
| 1 | 2 | |
| | | |