

令和5年度 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修
10月開催（障害者支援）実施要綱

1 目的

社会福祉法人等が経営する自立支援給付指定施設・事業所で働く中堅職員に対し専門知識、支援技術の修得及び参加者相互の交流の機会を提供し、職員の見識を深めることを目的とする。

2 主催 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
〔公益財団法人 中央競馬馬主社会福祉財団助成事業〕

3 後援 厚生労働省（予定）

4 実施期間 令和5年10月16日（月）～10月19日（木）までの4日間

5 開催方式 オンラインでの実施（Zoom）

6 受講者の条件

公益的な活動を実施し地域貢献に取り組んでいる、又は公益的な活動を計画し地域貢献に取り組むことを予定している社会福祉法人等が経営する自立支援給付指定施設・事業所で働く生活支援員、就労支援員、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員及び児童発達支援管理責任者等で、次の（1）から（3）の全てを満たす者とする。

- （1）自立支援給付指定施設・事業所における生活支援等業務経験が通算して3年以上で、かつ、本研修受講後も引き続き当該施設・事業所に勤務する意志を有する者
- （2）参加目的及び獲得目標が明確である者
- （3）Zoom ミーティングを利用したオンラインで研修が受けられる者

7 受講定員 60人

8 研修の応募について

都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦が必要である。「社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和5年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書」により、各自治体経由で応募すること。

9 受講者の選考

受講希望者が定員を超えた場合は、受講者の条件を満たす者のうち、次の選考基準により受講者を選考する。

【選考基準】

- （1）都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち各1名
（ただし、推薦のあった都道府県・政令指定都市・中核市等の優先順位1位の推薦者の合計が定員を超える場合は、（3）以降の基準で選考する）
- （2）都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち優先順位2位の者
（優先順位2位の推薦者の合計が定員を超える場合は、（3）以降の基準で選考します。
以下、優先順位3位以下の者の場合も同様に選考する）
- （3）本研修に参加履歴のない施設・事業所に勤務する者
- （4）直近5年間に於いて本研修への参加がない者

(5) 生活支援等業務の経験年数の長い者

1.0 研修費用

無料

1.1 研修科目及び時間 (予定)

科目	時間	科目	時間
障害者福祉行政の動向	1時間30分	意思決定支援の取り組み・合理的配慮	1時間45分
就労支援事業所の役割	1時間30分	ライフステージを通じた支援体制作り	1時間45分
サービス等利用計画と個別支援計画に基づく本人中心のソーシャルワーク実践	5時間15分	行動に課題を抱えた方のアセスメントと支援の工夫	4時間00分
自立支援協議会における地域体制づくりと相談支援の専門性	1時間30分	特別講義 障害者施設を訪ねてー海外事情ー	1時間00分
重症心身障害者の地域生活支援	1時間30分		
(注) 科目名・時間は今後変更が有り得ること。		9科目	19時間45分

(他、アイスブレイク・受講者交流等1時間30分)

1.2 事前課題 (アセスメントシート) の提出

「サービス等利用計画と個別支援計画に基づく本人中心のソーシャルワーク実践」では、自身が担当している利用者について、個別支援計画の作成につながるニーズ整理の演習を実施する。このため受講希望者は自身が担当する利用者について、指定様式を用いてアセスメントシートを個人が特定できない範囲で作成し推薦書と同時に提出すること。提出されたアセスメントシートは、受講者として決定された者全員分コピーし、研修資料として配付する。

※推薦期間中 (8月14日まで)、当センターホームページ「国内研修」のページにアセスメントシート指定様式 (Word) を掲載いたします。電子データが必要な場合はダウンロードしてください。

1.3 レポートの提出

受講者は研修終了後、当センターが指定する期日までに所定のレポートを提出するものとする。なお、提出されたレポートは、報告書としてまとめ、関係機関に配付する。

1.4 その他

- ・ 研修の成果について、法人・施設 (事業所) 内において幅広く伝えるように努めること。
- ・ 原則、研修の全日程を受講すること。
- ・ 提出された書類は一切返却しないものとする。
- ・ オンライン研修を受講できる環境整備 (受講場所やパソコンの用意、通信環境等の整備) は、受講者の所属する事業所等で準備するものとする。

以上

令和5年度 10月開催 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 日程表

10月16日 (月)				13:00	13:30	13:45	14:00	15:30	15:45	17:15
					受付	オリエンテーション	開講式 Zoom操作/アイスブレイク/受講者交流 社会福祉振興・試験センター 1時間30分	休憩	障害者福祉行政の動向 (行政説明) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 課長補佐 服部 剛 1時間30分	
10月17日 (火)	9:00	9:15	10:45	11:00	12:30	13:30				17:15
	オリエン	就労支援事業所の役割 社会福祉法人 新冠ほくと園 業務執行理事 成田 英司 1時間30分	休憩	サービス等利用計画と 個別支援計画に基づく本人中心の ソーシャルワーク実践 華頂短期大学 教授 武田 康晴 1時間30分	昼食 休憩	サービス等利用計画と個別支援計画に基づく本人中心のソーシャルワーク実践 華頂短期大学 教授 武田 康晴 3時間45分				
10月18日 (水)	9:00	9:15	10:45	11:00	12:30	13:30	15:15	15:30		17:15
	オリエン	自立支援協議会における地域体制づくりと 相談支援の専門性 社会福祉法人 唐池学園 貴志園 園長 富岡 貴生 1時間30分	休憩	重症心身障害者の地域生活支援 社会福祉法人 訪問の家 理事長 名里 晴美 1時間30分	昼食 休憩	意思決定支援の取り組み・合理的配慮 社会福祉法人 育成会 理事 古川 敬 1時間45分	休憩	ライフステージを通じた支援体制作り 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 地域生活・発達障害者支援室 発達障害施策調整官 山根 和史 1時間45分		
10月19日 (木)	9:00	9:15		12:15		13:15	14:15	14:30	15:30	16:00
	オリエン	行動に課題を抱えた方のアセスメントと支援の工夫 NPO法人 たんと。 理事長 飯島 尚高 3時間		昼食 休憩		行動に課題を抱えた方の アセスメントと支援の工夫 NPO法人 たんと。 理事長 飯島 尚高 1時間	休憩	特別講義 障害者施設を訪ねてー海外事情ー (公財) 中央競馬馬主社会福祉財団 社会福祉法人 愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター 中村 まい香 1時間	閉講式	

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会
令和5年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和5年 月 日

令和5年度10月開催（障害者支援）研修会の受講者として次の者を推薦します。

（「※」以外はすべて必要な項目です。記入漏れがないことをお確かめください。）

1. 受講希望者

氏名	ふりがな					
	(姓)		(名)			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年 月 日生	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職種			役職名			
介護業務経験年数	年	ヵ月	現在の施設での経験年数	年	ヵ月	
※保有する資格 (保有する場合のみ)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士		<input type="checkbox"/> 社会福祉士		<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな		法人格		
施設・事業所名	ふりがな		施設種別		
				障害福祉事業者指定	有
推薦者氏名	ふりがな		推薦者役職		
	印				
所在地			従業員数	名	
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな	(電話番号)		
			(メールアドレス)		
地域における 公益的な取組の内容					
※コロナウイルス感 染症の状況を踏まえ、 現在、活動を行って いない場合は、以前ま たは今後予定してい る活動内容を記入す ること。					

(センター記入欄) 推薦団体 No. 確認欄 受講者 No.

3. 参加目的及び獲得目標

参加目的 (200字程度)	
獲得目標 (200字程度)	

- (注) 1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ記入すること（他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く）。
2. 獲得目標は2つ以上とすること。

4. 推薦団体先記入欄

令和5年 月 日	
(自治体名) _____	
(担当部・課) _____	_____ (部・課)長
(担当者) _____	(連絡先) TEL _____
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 理事長 橋本正明 様	

○推薦書に記載された個人情報、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会 令和5年度 10月開催(障害者支援)受講者推薦書 記入例(表面)

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会
令和5年度10月開催(障害者支援)受講者推薦書

令和5年 月 日

令和5年度10月開催(障害者支援)研修会の受講者として次の者を推薦します。
(「※」以外はすべて必要な項目です。記入漏れがないことをお確かめください。)

1. 受講希望者

氏名	ふりがな					
	(姓)		(名)			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	生 年 齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職 種			役 職 名			
介護業務経験年数	年	カ 月	現在の施設での経験年数	年	カ 月	
※保有する資格 (保有する場合のみ)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員					

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな		法人格	
施設・事業所名	ふりがな		施設種別	
			障害福祉事業者指定	有 ・ 無
推薦者氏名	ふりがな		推薦者役職	
所在地			従業員数	名
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな	(電話番号)	
			(メールアドレス)	
地域における 公益的な取組の内容	※コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在、活動を行っていない場合は、以前または今後予定している活動内容を記入すること。			

(センター記入欄) 推薦団体 No. 確認欄 受講者 No.

はじめに

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には都道府県等の推薦を受ける必要があります。都道府県等が指定する期限までに必要事項をすべて記入し、推薦の依頼をしてください。(～県 高齢福祉課etc...)
- 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当部あてまでご連絡下さい。

(記入日について)

推薦書の作成日をご記入ください。

(受講希望者欄について)

- ・各項目について記入漏れがないようご注意ください。
- ・経験年数は研修会開催日(令和5年10月16日)を基準としてください。
- ・職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき記入してください。
- ・保有する資格については、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、障害支援専門員のうち、保有する資格にチェックを入れてください。

(受講希望者の所属施設・事業所欄について)

- ・法人格は社会福祉法人・財団法人等を記入してください。
- ・施設種別は受講者が所属している社会福祉施設種別または事業種別を記入してください。
- ・従業員数は記入日時点での所属施設常勤職員数を記入してください。

(連絡先について)

- ・本研修に関し窓口となる施設担当者名・電話番号・メールアドレスを記入してください。(受講者不可)
- ・電話番号とメールアドレスは両方ともご記入ください。

※ 書類等に関する照会を担当者様へさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきます。

(地域における公益的な取組の内容について)

- ・活動の目的と具体的な活動内容を記入してください。
- ・記入欄が足りない場合は別紙に記入しても構いません。
- ・コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在活動を行っていない場合は、以前または今後予定している活動内容をご記入ください。

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修会 令和5年度 10月開催(障害者支援)受講者推薦書 記入例(裏面)

1. 参加目的及び獲得目標

参加目的 (200字程度)	
獲得目標 (200字程度)	

(参加目的について)

- ・参加目的は200字程度を目安に記入して下さい(受講者同士の交流、ネットワーク形成等は除く)。
- ・記入欄が不足する場合は別紙に記入の上、推薦書類に添付して下さい。
- ・参加目的は、原則として所属施設・事業所の問題・課題の解消又は地域の問題・課題への貢献等であること。

(獲得目標について)

- ・獲得目標は200字程度を目安に2つ以上記入して下さい。
- ・記入欄が不足する場合は別紙に記入の上、推薦書類に添付して下さい。
- ・獲得目標は参加目的と関連性の高い研修科目に基づいた具体的な課題、目的を記入すること。
- ・獲得目標が不明又は未記入の場合は受講対象となりません。

(推薦団体記入欄について)

- ・推薦団体先は都道府県・政令指定都市・中核市等が記入する欄です。法人・施設担当者は記入しないでください。

(都道府県・政令指定都市・中核市ご担当者様へ)

- ・日付欄は推薦日を記入してください。
- ・推薦書の各欄に不備がないかご確認の上、推薦団体先記入欄へ記入をお願いいたします。

(注) 1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ記入するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。

2. 獲得目標は2つ以上とすること。

2. 推薦団体先記入欄

令和5年 月 日
(自治体名) _____
(担当部・課) _____ (部・課)長
(担当者) _____ (連絡先) TEL _____
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター 理事長 橋本正明 様

○推薦書に記載された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

※個人情報の取り扱いについて

推薦書に記載された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが実施する事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

参考様式

アセスメントシート

1 調査実施者（記入者）

実施日	年 月 日（付の情報）		
記入者名		所属機関	

2 調査対象者 ※対象者名は個人が特定できないようイニシャルや仮名にする等工夫すること。

対象者名	男・女	生年	T・S・H	年（ 歳）
------	-----	----	-------	-------

3 障害手帳等級及び程度区分

手帳種別	身体・療育・精神	等級等	種 級・	判定・	級	支援区分
障害名 (状態像)						

4 本人の訴え（願い・困りごと）

--

5 本人のストレングス

【個人のストレングス】
【環境のストレングス】

6 アセスメント結果 各項目欄に示しているもの以外に必要な項目があれば空欄に追加し、

①生活基盤に関する領域 項目によって記入すべき分量が多ければ行を追加してください（※）。

項目	チェック（○・×）		実際の状況	備考
	支援の必要	支援の希望		
経済環境				
住居環境				
家族関係				

②健康に関する領域

健康状態				
食事内容				
服薬管理				
体力等				

③日常生活に関する領域

起床・就寝				
着脱衣				
洗顔・整容				
調理				
食事				
排泄				
入浴				

移動(屋内)				
移動(屋外)				
洗濯				
掃除				
整理・整頓				
書類整理				

④ コミュニケーション・スキルに関する領域

意思表示				
言語理解				
コミュニケーション方法				
パソコン				
電話				

⑤ 社会生活技能に関する領域

対人関係				
交通機関				
金銭管理				
買物				
危機管理				

⑥ 社会参加に関する領域

レクリエーション参加				
趣味				
外出				
当事者活動				
休日活動				
旅行等				

⑦ 教育・就労・経験に関する領域

教育(経験)				
就労(経験)				
社会経験				

7 関係機関・関係者からの情報

--

8 調査実施者所見 (注目すべき点、気になる点を含む)

--

10月17日の講義「サービス等利用計画と個別支援計画に基づく本人中心のソーシャルワーク実践」で使用します。個人が特定できない範囲で作成、推薦書とあわせて提出してください。
 ※ 推薦期間中、当センターホームページ「国内研修」ページに事前課題様式 (Word) を掲載いたしますので必要に応じダウンロードしてください。