

令和4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4年10月17日（月）～10月20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してします。

- （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す。「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4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して下さい。

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します。

【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）以降の基準で選考します）
- （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します）
- （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年間にお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 研修費用等

研修費は無料です。ただし、オンライン研修を受講する会議室やパソコン、通信環境等は各事業所でご用意下さい。

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 提出物等

・アセスメントシートの提出

「サービス等利用計画・個別支援計画づくりの手順・留意点」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します。受講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作成し期限までに送付して下さい。

・レポートの提出

研修終了後にレポートを提出して頂きます。センターから必要事項を提示しますので受講者は期日までにレポートを提出して下さい。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予定です。

以上

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4年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和4年 月 日

令和4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。

1. 受講希望者

氏名	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>顔写真 (胸から上の顔写真)</p> <p>縦4.5cm×横3.5cm (パスポートサイズ)</p> <p>又は 縦4cm×横3cm (履歴書用サイズ)</p> </div>
					<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	日生	年齢	歳	
	<input type="checkbox"/> 平成					
職種	役職名					
支援業務等経験年数	年	ヵ月	現在の施設での経験年数	年	ヵ月	
保有する資格	<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"/> 相談支援専門員					

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 (名札に記載)	ふりがな			施設種別	
					障害福祉事業者指定
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					
※コロナ禍により、現在、活動を行っていない場合、コロナ禍以前の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。

4. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無

伝達研修	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
獲得目標の実践	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>

5. 推薦団体先記入欄

令和4年 月 日	
(自治体名) _____	
(担当部・課) _____	
(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。

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4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4年度 10月開催 (障害者支援) 受講者推薦書

令和4年 7月 1日

令和4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。

氏名	ふりがな ○○ ○○	性別	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	顔写真	(胸から上の頭写真) 縦 4.5cm × 横 3.5cm (パスポートサイズ) 又は 縦 4cm × 横 3cm (履歴書用サイズ)
生年月日	昭和 6年 10月 23日 生	年齢	27歳		
職 種	生活支援員	役 職 名	なし		
支援業務等経験年数	4年 6カ月	現在の施設での経験年数	4年 6カ月		
保有する資格	<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"/> 相談支援専門員				

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな しやかいふくしほうじん ○○かい 社会福祉法人 ○○会	法人格	社会福祉法人
施設・事業所名 (各社に記載)	ふりがな ぐるーぷほーむ ○○苑 グループホーム ○○苑	施設種別	共同生活援助
推薦者氏名	ふりがな ○○ ○○ の 印 長	障害福祉事業者 者指定	有
所 在 地	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷○丁目○番地○号	推薦者役職	施設長
施設担当者 連絡先	ふりがな ○○ ○○ 担当者名 ○○ ○○	従業員数	10 名
	(電話番号) 00-0000-0000 (メールアドレス) aaaa@aa.or.jp		
地域における 公益的な取組の内容	(例) ・ふれあい食堂の開設・運営 ・地域住民との協働による見守り支援ネットワーク活動		

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記入し、推薦の依頼をしてください。(～県 障害福祉課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。
- 顔写真は申込6カ月以内に撮影した、縦4.5cm×横3.5cm(又は縦4cm×横3cm)の鮮明な写真を貼付してください。
- 経験年数は研修会開催日(令和4年10月17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、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)
- 書類確認のご連絡等、担当者様へ研修会に関する照会をさせていただくことがあります。

(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。
- 新型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、以前の活動内容をご記入ください。

(センター記入欄) 推薦団体 No. 確認欄 受講者 No.

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4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

<p>参加目的 (200字程度)</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> 所属施設において現在発生している〇〇〇〇といった課題や近い将来発生すると考えられる〇〇〇〇といった問題に関する課題や対応策を整理し、... 地域コミュニティの衰退、地域の助け合い(支え合い)の希薄化などを踏まえ、施設及び法人全体で果たすべき役割や取り組みについて(研修科目)により解決策を見出した。...
<p>獲得目標 (200字程度)</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> 参加目的〇〇〇〇〇〇〇〇を踏まえ、△△△△△問題又は、□□□□□といった課題の解決に必要なと考えられる具体策やその実施方法を(研修科目)により習得することを目的とし、...

(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. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無

伝達研修	有	有	無	無	無
獲得目標の実践	有	有	無	無	無

3. 推薦団体先記入欄

令和4年 7月 1日

(自治体名) _____ 〇〇県(市) _____

(担当部・課) _____ 障がい福祉部(課) _____ 障がい福祉(部・課)長 _____

(担当者) _____ 〇〇 〇〇 _____ (連絡先) TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (内線 〇〇〇〇)

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

〇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されるものであり、第三者に提供することはありません。

(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。

(伝達研修及び獲得目標の実践の有無)

- 本研修会終了後に法人・施設(事業所)内での伝達研修の有無についてご回答下さい。
- 獲得目標の実践については、本研修会で獲得した成果について法人・施設(事業所)内で実践の予定の有無についてご回答下さい。

(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します。

※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。

令和4年度 10月開催 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け研修 日程表

10月17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	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 自立支援振興室 社会参加活動推進官 周藤 方史
	13:00	13:30	13:45	14:00	15:30	15:45	17:15
9:00	9:15	10:45	11:00	12:15	13:15	13:30	17:15
10月18日 (火)	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	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	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	1時間30分	
	9:15	10:45	11:00	12:30	13:30	15:15	17:15
9:00	9:15	10:45	11:00	12:30	13:30	15:15	17:15
10月19日 (水)	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	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	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	4時間	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 障害保険福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室 発達障害施策調整官 山根 和史
9:00	9:15	12:15	13:15	14:15	15:30	16:00	
10月20日 (木)	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	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	昼食 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 【海外研修参加者報告】 特定非営利活動法人 こともコミュニケーション 代表理事 末永 美紀子	1時間 1時間 1時間	閉講式