

令和3年度

東北地区知的障害者福祉協会専門研修

～開催要綱

◆目的

日本知的障害者福祉協会・知的障害者の意思決定支援への取組に関する委員会は、平成29年に「知的障害者の意思決定支援ガイドブック(現場で活かせる意思決定支援)」を刊行しました。「意思決定支援と権利擁護は両輪の関係にある」との提唱は、確実に広がりを見せています。本研修会では一貫して権利擁護に視点を向けたテーマに取り組み続け、グループワークを基本に実践してきたことは、各現場で着実に成果を上げているところです。

しかし、「個別支援計画」の作成と支援の在り方等について、サービス管理責任者の多くが戸惑いを感じている現状が見受けられます。計画の作成段階においてご利用者本人の意思・思いをどのように反映させていくのか、その経過(結果)と反省を踏まえて次に何をなすべきなのか等々です。

本研修会では、令和元年よりコロナ感染症対策での一年の延期を経て、令和4年までの連続3回で「個別支援計画と意思決定支援」をテーマに、サービス管理責任者並びに中堅職員を対象とした研修を進めていきたいと考えています。

初回の令和元年度には、個別支援計画作成の前段階である「アセスメントとご利用者本人の意思・思いの確認」について実施し、今回は「計画作成と支援の在り方」、3回目は「モニタリングと再計画」について考察を深めたいと思います。

サービス管理責任者としてあるいは中堅職員として、ご利用者本人の真の意思・思いに向き合った「個別支援計画」の実践を目指す皆さんの一助になることを願います。

◆期 日 令和3年9月30日(木)～10月1日(金)

◆形 式 WEB研修 (ZOOM使用)

◆主 催 東北地区知的障害者福祉協会  
青森県知的障害者福祉協会

◆共 催 青森県知的障害児者生活サポート協会

◆対 象

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| (1)東北地区知的障害者福祉協会会員職員 | } 中間管理職・サービス管理責任者<br>及び中堅職員 |
| (2)青森県知的障害者福祉協会      |                             |
| (3)その他関係者等           |                             |

◆定 員 150名

◆参加費 6,000円

◆内 容

【1日目】9月30日(木)

講演：テーマ「計画作成と支援の在り方」

講師：東北福祉大学 社会福祉学科 准教授 竹ノ内 章代 氏

【2日目】10月1日(金)

グループワーク（モデル事例を使用）

※WEB上でZOOMを使用したグループワークになります。

◆日 程

【1日目】

11:30	12:40	13:00	15:00	15:15	17:00	17:10
受付	開会式典	講演	休憩	講演/gw	事務連絡	

【2日目】

8:30	9:00	12:00	12:20	12:30
受付	グループワーク	質疑応答	閉会	

◆申し込み 別紙申込書にご記入のうえ、令和3年9月10日(金)までに、日専連旅行センター宛てお申し込みください。

※参加者お一人につき1台のパソコンが必要となります。ご準備できない場合は申し込み前にお問い合わせください。

◆キャンセル 9月20日(月)以降のキャンセルについては、参加費のご返金はいたしませんのでご了承ください。

◆お問い合わせ

[研修会に関する問い合わせ]

大会事務局

青森県知的障害者福祉協会(担当：三上)

〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20-30 県民福祉プラザ2階

青森県社会福祉協議会 施設支援課内

TEL：017-723-1391(平日8:30~17:00) / FAX：017-723-1394

[参加申し込みに関する問い合わせ]

株式会社日専連旅行センター(担当：宮川・畑井)

TEL：017-735-1154 / FAX：017-777-2700

営業日：(平日)月・水・金のみ営業 9:30~12:30、13:30~17:30

※コロナ禍のため時短営業

定休日：土・日



本研修会は、赤い羽根共同募金の助成を受けて開催します。

# 令和3年度 東北地区知的障害者福祉協会専門研修会 参加申込書

**送信先** 株式会社日専連旅行センター 行き  
 メール: kenshukai@nissenren-travel.jp FAX: 017-777-2700

**申込締切: 9月10日(金)** 申込日: 令和3年 月 日

	県	施設・事業所名	
住所	〒	-	担当者 氏名
電話	( )	-	
FAX	( )	-	
メール	@		

※グループワークがございますので、お一人1台のパソコンをご準備ください。

**※所属事業**

- ①障がい児通所支援    ②障がい児入所援    ③就労系    ④日中活動系(就労系除く)    ⑤施設入所支援  
 ⑥共同生活援助    ⑦相談支援

No	参加者氏名	フリガナ	職名	所属事業※	参加費 6,000円	備考
例	青森 花子	アオモリ ハナコ	施設長	①	○	
1						
2						
3						

<b>お申込金額計算欄</b>	参加費計	円
-----------------	------	---

<注意事項> ※郵送の場合は必ず控えをおとりください。 ※4名以上の場合はコピーをしてお使いください。  
 ※9月20日(月)以降のキャンセルについては、参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。

<返金先口座記入欄> (返金の際、手数料は差し引いて下記口座にて清算いたします。口座名義はカタカナにて記入下さい。)

金融 機関名		銀行	支店名	
口座 番号	普通 当座		口座名義	

※当申込書に記載された個人情報、運営管理の目的のみのために使用いたします。  
 ※弊社使用覧> 月 日 受付者