

道府県
各 政令指定都市 民生主管部（局）長 様
中核市

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



令和 3 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
研修会（障害者支援）の受講者の推薦について（依頼）

当センターの運営（参照：センター概要）につきましては、かねてより各地方公共団体の皆様に格別のご高配を賜り心より感謝申し上げます。

例年各地方公共団体の皆様には、標記研修会の開催に際し管内の社会福祉施設・事業所に従事する職員の中から受講者の推薦などご協力をいただき、誠にありがとうございます。

本研修会は、別紙「実施要綱」及び「日程表」の通り、地域共生社会の実現に向け、地域住民の生活課題に対応できるよう、地域づくりや地域福祉の推進に寄与するためのスキルの習得を目的に例年開催しているところです。

なお、本年度については新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、オンラインにて実施します。

各地方公共団体のご担当者様におかれましては、ご多忙のこととは存じますが、地域共生社会の実現に向け中核的役割を期待されている管内の社会福祉法人様はじめ関係先に本研修会の開催案内を通知願いますとともに、受講者の推薦をお願いいたします。

推薦書の提出期限は、受講者の選考など事前準備の関係上 8 月 13 日（金）とさせていただきますので、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

また、書類の提出が期限までに間に合わない場合は、電話、FAX、メールにより期限までにご連絡下さい（該当者がいない場合もお知らせいただきますようお願いいたします）。

受講希望者に係る選考結果につきましては、9 月 3 日頃迄にご通知いたします。

担 当 福祉第一部 杉本、坂上
電 話 03-3486-7511
F A X 03-3486-7514
住 所 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6
E-mail ml-fukushil@sssc.or.jp
ホームページ http://www.sssc.or.jp/

各地方公共団体及び県社会福祉協議会ご担当者様向け補足説明

かねてより、(公財)社会福祉振興・試験センターの円滑な業務運営に協力いただきありがとうございます。本文書が、担当ではない係に届いてしまった場合は、恐れ入りますがご担当者様にお渡し願います。

1. 推薦について

(1) 昨年度からの変更点

① 受講定員

受講定員を60人としました。

② 新型コロナウイルス感染症対策

新型コロナウイルス感染症の流行防止対策のためオンライン研修を実施します。

(2) 受講者の推薦について

① 推薦に際しご提出いただくもの

推薦書(実施要綱に定める様式)

指定様式に未記入箇所がなく、道府県・政令指定都市・中核市等担当部が推薦をしたもの。

2. 受講対象者について

公益的な活動を実施し地域貢献に取り組んでいる社会福祉法人等が経営する自立支援給付指定施設・事業所の生活支援員、就労支援員、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援員及び児童発達支援管理責任者です。

※公益的取組みを実施していない法人や自立支援給付の指定を受けていない施設・事業所は対象外です。また、受講希望者の実務経験が三年未満の場合も対象外となりますのでご留意願います。

提出期限：令和3年8月13日(金) 必着

※推薦期間中(8月13日まで)、当センターホームページ「国内研修」ページに推薦書等様式(Word)を掲載致しますので必要に応じダウンロードしてください。

書類の提出が期限に間に合わない時は、その旨を電話・FAX・メール等で、期日までに連絡願います。なお、推薦者が不在の場合であっても、その旨ご連絡ください。

② 複数の受講者を推薦する場合

全国からの推薦の結果希望者数が定員を超えた場合は、実施要綱に基づき選考を行います。そのため複数の受講者を推薦する場合で、実施要綱に関わらず管内事情等により独自の優先順位を希望するときは、優先順位を付して提出願います。

3. 受講者の決定について

① 令和3年9月3日頃に通知します。

また、受講決定者には、当センターより所属長あて別途通知を発送いたします。

② 選考の結果、受講対象から漏れた方には、恐れ入りますがご担当者様よりお知らせください。

ご不明な点等ありましたら、お手数ですが下記担当者までご連絡をお願いいたします。

公益財団法人	社会福祉振興・試験センター
担 当	福祉第一部 杉本、坂上
電 話	03-3486-7511
F A X	03-3486-7514
住 所	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6
E-mail	<small>マシキ</small> ml--fukushil@sssc.or.jp
ホームページ	http://www.sssc.or.jp

令和3年度 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け合宿研修会
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

4 実施期間 令和3年10月18日（月）～10月21日（木）までの4日間

5 研修会場 オンラインでの実施となりますので、各事業所で会議室やパソコンの用意、通信環境等の準備をお願いいたします。

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、本研修会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の研修を受けられる方。（事前テストを含む）会議室やパソコンの用意、通信環境等の整備は参加者の所属する事業所でご用意をお願いいたします。（詳細は別紙参照）

7 受講定員 60人

8 受講希望者の推薦

受講希望者にかかる都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦は、「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会令和3年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書」の提出によるものとする。

9 受講者の選考

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）以降の基準により選考する。
- （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位の者を、基準の（3）以降により選考する。（優先順位3位以下の者も同様に選考する）
- （3）本研修会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会への参加がないこと。

(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、オンラインでの実施となりますので、会議室やパソコンの用意、通信環境等の整備費用は各事業所の負担でお願いいたします。

1.1 研修内容

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	2時間 00分	重症心身障害者の地域生活支援	1時間 30分
特別講義 障害者施設を訪ねて-海外事情-	1時間 15分	意思決定支援の取組み・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	密度の濃い支援を必要とする人達への支援	1時間 45分
サービス等利用計画・個別支援計画づくりの手順・留意点	5時間 15分	行動に課題を抱えた方のアセスメントと支える工夫	3時間 00分
自立支援協議会による地域体制づくりと相談支援の専門性	1時間 30分	ライフステージをつなぐ支援体制づくり	1時間 45分
(注) 科目名・時間は今後変更が有り得ること。		10科目	21時間 15分

1.2 受講決定後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予定している。このため受講決定者は、演習の題材として、自身が担当する利用者のアセスメントシートを作成し、期限までに送付すること。

1.3 研修終了後レポートの提出

- (1) 研修終了後レポートについては、研修期間中に当センターから必要事項を提示します。
- (2) 受講者は、研修終了後、当センターが指定する期日までにレポートを提出していただきます。
- (3) 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。（なお、本事業は公益財団法人中央競馬馬主社会福祉財団の助成事業であることから、当該財団のホームページにも掲載されます。）

以上

令和3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会 日程

9:00	12:30	13:00	13:30	15:30	15:45	17:00
10月18日 (月)	受付	オリエンテーション	開講式	障害者福祉行政の動向 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 (予定)	休憩	特別講義 障害者施設を訪ねてー海外事情ー 公益財団法人 中央競馬主社会福祉財団 海外研修参加者報告 社会福祉法人 八尾市立障害者総合福祉センター 水野 里佳 1時間15分
9:00	10:30	10:45	12:00	サービス等利用計画・個別支援計画づくりの手順・留意点 (ソーシャルワークの実践)		
10月19日 (火)	就業支援事業所の役割 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・個別支援計画 づくりの手順・留意点 (ソーシャルワークの実践) 華頂短期大学 教授 武田 康晴 1時間15分	昼食 休憩	サービス等利用計画・個別支援計画づくりの手順・留意点 (ソーシャルワークの実践) 華頂短期大学 教授 武田 康晴 4時間	
9:00	10:30	10:45	12:15	13:15	15:00	15:15
10月20日 (水)	自立支援協議会によ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 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	意思決定支援の取組み・合理的配慮 社会福祉法人 育成会 理事兼本部事務局長 古川 敬 1時間45分	密度の高い支援を必要とする人達の支援 ～大森重い「行動的課題」のある人たちのための グループホーム「レジデンスなまはら」の支援を通して～ 社会福祉法人 北塚彬の子会 理事長 松上 利男 1時間45分
9:00	12:00	13:00	14:45	15:15	閉講式	
10月21日 (木)	行動に課題を抱えた方のアセスメントと支える工夫 NPO法人 たんと。 理事長 飯島 尚高 3時間	昼食 休憩	ライフステージをつなぐ支援体制づくり 大阪府発達障害支援センター アクトおおさか 地域支援マネージャー 山根 和史 1時間45分	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3年度10月開催（障害者支援）受講者推薦書

令和3年 月 日

令和3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	顔写真 (胸から上の顔写真) 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)	
				<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 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	有 ・ 無
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				

(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实践予定の有無

伝達研修	有 <input type="checkbox"/>	・	無 <input type="checkbox"/>
獲得目標の实践	有 <input type="checkbox"/>	・	無 <input type="checkbox"/>

5. 推薦団体先記入欄

令和3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。

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3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3年度 10月開催(障害者支援)受講者推薦書

令和3年 7月 1日

令和3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 〇〇 〇〇	性別	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	顔写真 (胸から上の顔写真) 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 西平成	年齢	26歳	
職種	生活支援員	役職名	なし	
支援業務経験年数	4年 6ヵ月	現在の施設での経験年数	4年 6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 しやかいふくいしほうじん 〇〇かい 社会福祉法人 〇〇会	法人格	社会福祉法人
施設・事業所名 (各札に印鑑)	ふりがな ぐるーぷほーむ 〇〇えん グループホーム 〇〇苑	施設種別	共同生活援助
推薦者氏名	ふりがな 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	推薦者役職	施設長
所在地	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷〇丁目〇番地〇号	従業員数	10名
施設担当者 連絡先	ふりがな 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 担当者名 〇〇 〇〇 (電話番号) 03-3466-0000 (メールアドレス) aaa@aaa.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		

(センター記入欄) 推薦団体 No. 施設欄 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・試験センター国内合宿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。
- ・顔写真は申込6か月以内に撮影した、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。
- ・経歴年数は研修会開催日(令和3年10月18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)

- ・本研修に関する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。

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3年度 10月開催(障害者支援)受講者推薦書 記入例(裏面)

<p>1. 参加目的及び獲得目標</p> <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課題に關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く・・・ 	<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・・・ 				
<p>(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。</p>					
<p>2. 伝達研修及び獲得目標の組織的実践予定の有無</p> <table border="1"> <tr> <td>伝達研修</td> <td>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>獲得目標の実践</td> <td>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>	<p>3. 推薦団体先記入欄</p> <p>令和3年 7月 1日</p> <p>(自治体名) 〇〇県(市)</p> <p>(担当部・課) 障がい福祉部(課) 障がい福祉(部・課)長</p> <p>(担当者) 〇〇 〇〇 (連絡先) TEL. 00-0000-0000 (内線 0000)</p> <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>推薦担当者 長の印</p> </div>
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"/>				

(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いたします。
- 推薦担当課(部)長の印がない場合は、郵送前に試験センターまでご一報下さい。

※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、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。

公益財団法人

社会福祉振興・試験センター

Social Welfare Promotion and National Examination Center

国家試験 & 資格登録

国からの指定を受け、国家資格である
介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士の
国家試験と資格登録を国に替わって実施しています。

※各種試験及び資格登録に関しては、当センターのホームページをご確認ください。

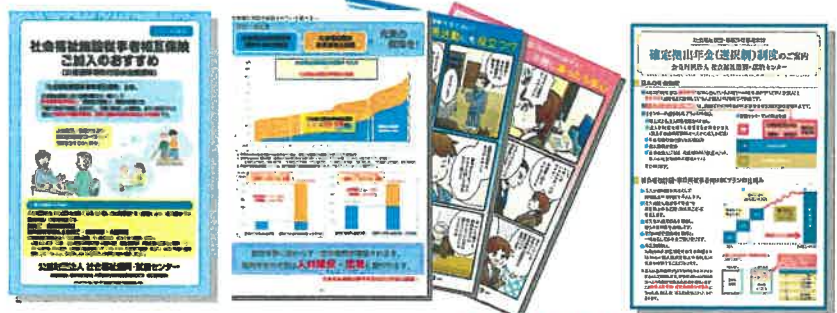
登録者数（2020年9月末）

社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	合計
250,346人	1,753,418人	90,844人	2,094,608人

保険事業 & 年金事業

社会福祉施設で働く役職員の万が一に備える「**社会福祉施設従事者相互保険**」、急速な人口減少等を考慮し退職後に備える「**社会福祉施設従事者確定拠出年金制度**」（社会福祉施設従事者 DC プラン）への加入を推進しています。

※詳細は、当センターホームページ及びパンフレット等でご確認ください。



国内

海外

研修事業

社会福祉施設職員等に対し、**無料または低廉な参加費**で介護技術の向上等に寄与するための**国内研修、海外研修・調査**を実施しています。

※研修内容等については、当センターホームページ等で確認ください。



※当センターが実施する事業の一部を掲載しております。詳細に関してはホームページでご確認ください。

※ホームページアドレス：<http://www.sssc.or.jp/> 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-5-6 TEL 03-3486-7511

※ 2021.1

