

# 2007年度 行動援護スタッフ養成研修 第1回 2007.7.20～

主催 NPO法人移動支援フォーラム

私たち移動支援フォーラムは、移動に制約を持つ人の支援や、移動しやすいまちづくり活動を行うことを目的に設立されました。移動に制約を持つ人の支援のためには、幅広く、多様なサービスが必要です。そのための選択肢のひとつとして行動援護サービスがあります。この研修では、利用者の立場に立って、障害を持つ人が安心して外出でき、いきいきと社会に参加できるような行動援護サービスの担い手の養成を行います。実践の中で、利用者の方から学ぶことが不可欠だと考え、講義1日と実習2日の合計三日間の研修として実施いたします。

## 1 研修期日及び会場

|    | 期日                              | 会場・実習先  |
|----|---------------------------------|---|
| 講義 | 2007.7.20(金)                    | 文京シビックセンター第一会議室(シビックセンター3階)<br>(〒112-8555 文京区春日1-16-21) |
| 実習 | 2007.7.21(土)から9.19<br>(水)の間の2日間 | NPO法人クローバー(豊島区), NPO法人ほおずきの会(台東区),<br>社会福祉法人滝乃川学園(国立市)  |

(実習先および実習日程につきましては、受講お申し込み後に決定いたします。受講生の希望も考慮して決定しますが、必ずしも希望通りにはならないことをあらかじめご了承ください。)

- 2 受講対象者 ○行動援護サービスをすでに提供している人  
○今後、行動援護サービスの提供にあたりたいと考えている人

3 受講定員 40名(定員になり次第締切ります。)

4 受講料 20,000円 テキスト代2,000円 合計22,000円

## 5 講義日程

| 時間          | プログラム  | 講師(所属)  |
|-------------|--|---|
| 9:00～9:10   | 受講オリエンテーション  |   |
| 9:10～11:10  | 障害者の生活と日常的な支援<br>行動援護の利用者の生活の様子を知り、日常を支えるための援助のあり方について学びます。                            | 高森 明<br>((社)日本自閉症協会東京都支部<br>幹事)                     |
| 11:10～11:40 | 実習オリエンテーション  | 長谷川 万由美<br>(宇都宮大学教育学部准教授)                           |
| 11:40～12:40 | 昼食   |   |
| 12:40～14:40 | 行動援護とはどんなサービスか<br>障害者の移動支援に関するサービスが、どのように変化してきたのか、また、現在の障害者福祉サービスにおいてどう位置づけられるのかを学びます。 | 本多 公恵<br>(社会福祉法人滝乃川学園地域生活支援センター「色えんぴつ」<br>コーディネーター) |
| 14:50～16:50 | 効果的な援助の方法を考える<br>効果的な援助のために必要な技術について事例を通じて具体的に学びます。                                    | 藤井 亘<br>(NPO法人クローバー理事長)                             |

## 5 受講申込みについて

下記のいずれかの方法で申し込んでください。

- (1)電子メールによる申し込み kensyu@ido-shien.mobiに下記内容を記入の上送ってください。
- (2)サイトからの申し込み <http://ido-shien.mobi/>の研修・講習申し込みページよりお申し込みください。
- (3)FAXによる申し込み 下記の申込書に記入の上03-3814-4676まで送ってください。

## 6 修了証明書について

全科目を修了した方には特定非営利活動法人移動支援フォーラムによる修了証明書を交付します。

## 7 研修に関する問合せ先

〒113-0023 文京区向丘2-28-12-1203 移動支援フォーラム研修事務局

TEL 070-5578-5934 FAX 020-4622-7885 (左記が送信不能の場合は03-3814-4676)

メール kensyu@ido-shien.mobi

### 行動援護従業者養成研修受講申込書(2007年度第1回)

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| お名前                     | (フリガナ )              |
| (フリガナ)<br>所属団体名         | ( )                  |
| 連絡先                     | 住所 〒 -               |
|                         | TEL - - FAX - -      |
|                         | e-mail               |
| 行動援護など障害者介護に関連する資格、職歴など |                      |
| 現在、行動援護に従事していますか はい いいえ |                      |
| はい →→                   | いつごろからはじめましたか ( )から  |
| いいえ →→                  | いつごろからはじめたいですか ( )から |

問い合わせ時、参加時に頂く個人情報は、研修の受講名簿・名札の作成、履修状況管理、研修終了後の履修証明書の発行、保険申し込み、関連事業開催時のお知らせ等研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。