

令和 元年度

滋賀県障害者虐待防止・権利擁護研修会 開催要項

1. 趣 旨

「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」では、施設・事業所の責務として、「職員の研修の実施、利用者やその家族からの苦情解決のための体制整備、その他の障害者虐待の防止のための措置を講ずるものとする」【第15条】と定められています。

本研修では、施設・事業所の施設長や管理者らが管理的立場にある者として、職場や組織全体で、施設従事者による障害者虐待の防止のため、どのように対応していけば良いのかを考え、学ぶことを目的に開催します。

2. 実施主体および実施機関

実施主体：滋賀県健康医療福祉部障害福祉課

実施機関：社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会（事務局）

3. 日 時【北部会場】令和 元年11月 8日（金）9：50～16：00

【南部会場】令和 元年12月16日（月）9：50～16：00

※両会場とも、受付9：30～

4. 会 場【北部会場】県立文化産業交流会館（米原市下多良2丁目137）

午前（講義）：第1会議室 午後（演習）第1・2会議室

【南部会場】県立長寿社会福祉センター（草津市笠山7丁目8-138）

午前（講義）：大教室 午後（演習）：第2、3、4研修室

5. 対 象【午前】障害者福祉施設、障害福祉サービス事業所等の従事者

【午後】障害者福祉施設、障害福祉サービス事業所等の施設長・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・児童発達支援管理責任者等 および それに準ずる者

※原則、施設長・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・児童発達支援管理責任者等は1日通しての御参加になりますが、午前のみ・午後のみでも申込み可能としております。

※上記以外の方は午前に限ります。

6. 定 員【北部会場】午前100名 午後60名

【南部会場】午前200名 午後60名

※ 定員を超える際は「先着順」とし、参加を制限させていただくことがありますので
ご了承ください。またその際は、事務局よりご担当者へ連絡いたします。

7. 参加費 無 料

8. 申 込 別紙申込書により F A Xにて (077-567-3910 まで) お申し込みください。

【北部会場】 令和 元年10月25日 (金) 【必着】

【南部会場】 平和 元年11月22日 (金) 【必着】

9. 課題レポートの提出について (演習に参加される方のみ)

演習では、各施設・事業所での虐待防止に関する課題を持ち寄り、共有する予定をしています。別紙の課題レポート様式に御記載いただき、下記の申込み先にメールまたは郵送 (1部) にて御送付ください。また、当日に8部御持参ください。

※様式がデータにて必要な場合は、下記のHPアドレスよりダウンロードできます。

《滋賀県社会福祉研修センターHP (<https://www.shiga-sfk.jp/>)》

※メールで提出いただく方は、次のアドレスあてに「障害者虐待防止 ○○会場」の件名で送ってください。《滋賀県社会福祉協議会メールアドレス (kensyu@shigashakyo.jp)》

10. 課題レポートの提出期限

【北部会場】 令和 元年10月31日 (木) 【必着】

【南部会場】 令和 元年12月 2日 (月) 【必着】

11. プログラム [予定]

9 : 5 0	オリエンテーション
10 : 0 0 ~ 10 : 3 0	講義 「障害者虐待防止法について」 講師：滋賀県健康医療福祉部 障害福祉課 清水 潤 氏
10 : 3 0 ~ 12 : 0 0	特別講義 「施設従事者に求められる権利擁護とは」 講師：元毎日新聞論説委員 野澤 和弘 氏
※12 : 0 0 ~ 13 : 0 0 昼食休憩	
13 : 0 0 ~ 16 : 0 0	演習 「虐待防止のためにどのように取り組むのか」 (内 容) 各施設・事業所における現状について、テーマに基づいて取り組んで頂いている内容を持ち寄り、共有します。 また、明らかにした課題をもとに、組織としての対応方法についてグループ討議により検討します。 ※講師は、厚生労働省「障害者虐待防止・権利擁護指導者養成研修」の修了者

～申込み・問い合わせ先～

滋賀県縁創造実践センター

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

滋賀県社会福祉研修センター (山田・高澤)

〒525-0072 草津市笠山 7-8-138

滋賀県立長寿社会福祉センター内

TEL : 077-567-3927 FAX : 077-567-3910

< F A X : 0 7 7 - 5 6 7 - 3 9 1 0 >

【別紙】

令和 元年度 滋賀県障害者虐待防止・権利擁護研修会 参加申込書

令和 年 月 日

所属名						
事業所種別 (障害福祉サービス種類)						
申込担当者						
Tel : ()	Fax : ()					
役職、担当名	参加者名	受講内容 ※参加希望に○をつけてください		参加会場 ※○をしてください		本研修の受講歴 ※○をつけてください
		午前	午後	北部	南部	
						・初めて・30年度 ・29年度・28年度 ・27年度 それ以前
						・初めて・30年度 ・29年度・28年度 ・27年度 それ以前
						・初めて・30年度 ・29年度・28年度 ・27年度 それ以前
【施設・事業所単位での本研修の受講状況について】 ◇所属施設・事業所で過去に受講者いれば、分かる範囲で該当するものに○をしてください。 初参加 ・ 2人 ・ 3人以上						
【備考】						

※原則、施設長・管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・児童発達支援管理責任者等は1日通しての御参加になりますが、午前のみ・午後のみでも申込み可能としております。

※上記以外の方は午前に限ります。

※参加申込書に記載された個人情報、受付名簿の作成や必要な連絡時についてのみ使用します。

※定員を超える場合は、参加を制限させていただくことや希望日程の変更をお願いすることがありますので御了承ください。また、その際は本会より御担当者へ連絡いたします。