

平成27年度 障害者ヘルスプロモーション事業に関する研修会 実施要綱

1 目的

障害者のヘルスプロモーション事業に従事する専門家(医師および栄養士・保健師・指導者等)の研修を行い、その普及に必要な専門的知識及び技術を習得させ、障害者の健康増進を推進することを目的とする

2 主催

国立障害者リハビリテーションセンター

3 期間

平成27年9月9日(水)～9月11日(金)

4 場所

国立障害者リハビリテーションセンター 本館および本館講堂
(埼玉県所沢市並木4丁目1番地)

5 受入定員

各20名

6 受講資格

- 1) 障害者の健康づくりやスポーツ活動支援に関する医学的管理を業務とする医師
- 2) 栄養士・保健師等で障害者の健康管理等の業務に従事する者
- 3) 障害者の健康づくりやスポーツ活動支援を行う業務に従事する指導者
- 4) スポーツトレーナーおよびスポーツコーチで、所属長等の推薦が受けられる者

7 研修内容

①カリキュラム

【基礎カリキュラム】

- ・ 障害者の現状と課題
- ・ 肢体不自由者の特性
- ・ 内科から見た運動について

【健康カリキュラム】

- ・ 障害者のヘルスプロモーション
- ・ 健康づくりプログラム概論(保健指導)
- ・ 健康づくりプログラム概論(栄養指導)
- ・ 健康づくりプログラム概論(運動指導)

【スポーツカリキュラム】

- ・ 障害者スポーツの現状と特性(競技スポーツ)

【実技カリキュラム】

- ・ 健康づくりプログラムの実践
 - ① 車いす運動
 - ② 立位・感覚制限運動

【その他のカリキュラム】

- ・ 訓練の見学
- ②研修日程(別紙資料)

8 研修費用

5,000円(初日に徴収する。なお、宿泊費および食費は含まない)

9 受講手続

受講希望者は、別紙(1)受講申込書により国立障害者リハビリテーションセンター 障害者健康増進・スポーツ科学支援センター 担当あて、7月31日(金)までに郵送(必着)により申し込むこと。

10 受講決定

選考のうえ、8月7日(金)までに、所属長または証明者あてに通知する。

11 修了証書

研修修了者に対し、修了証書を授与する。

12 宿泊施設

近隣のホテル等をご利用ください。

〔連絡先〕

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地

国立障害者リハビリテーションセンター

障害者健康増進・スポーツ科学支援センター

TEL 04-2995-3100 内線 3120

FAX 04-2996-3074

電子メール rs2@rehab.go.jp

担当 山下・樋口

別紙(1)

平成27年度 障害者ヘルスプロモーション事業に関する研修会受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
勤務先名称				
勤務先所在地等	〒 _____			
	TEL _____ (内線 _____) FAX _____			
	電子メールアドレス _____ @ _____ (例:所沢市 11208)			
	※市町村コード(不知の場合は記入不要)			
種別	病院・診療所 施設等 行政機関 会社 その他(_____)			
設置主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
運営主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
連絡先 (連絡がとれる電話番号等)	TEL _____ (勤務先・自宅・携帯)		FAX _____ (勤務先・自宅)	
	電子メールアドレス _____ @ _____		(勤務先・自宅・携帯)	
現職種				
現職名				
現職経験年月数	年 月	受講資格の有無	有・無	
過去の当センター 研修会参加実績	平成 _____ 年度		研修会	
	平成 _____ 年度		研修会	
	平成 _____ 年度		研修会	
備考	※手話通訳者・要約筆記ご希望の方、車いすご利用の方等は、本欄にご記入ください。			
<p>上記の者を受講者として推薦する。</p> <p>平成 年 月 日 (所属長(団体若しくは施設等の長))</p> <p>[職名] [氏名]</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入