

平成29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29年9月6日(水)～9月8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

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)

【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】

- ・ 症例検討

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・運動医科学支援センター 担当あて、8月4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10日(木)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。

〔申し込み・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・運動医科学支援センター

TEL 04-2995-3100 内線 3120

FAX 04-2996-3074

メール health@rehab.go.jp

担当 山下・樋口

平成29年度 障害者のヘルスポモーションに関する研修会 日程表

月日	午 前	午 後
9月6日 (水)	<p>・受付 (12:00～13:00)</p>	<p>・開講式、オリエンテーション (13:00～13:15)</p> <p>① 障害者のヘルスポモーション (13:20～14:30) 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・運動医科学支援センター センター長 緒方 徹</p> <p>② 障害者の現状と課題（施策との関り） (14:40～15:50) (調整中)</p> <p>③ 内科からみた運動について (16:00～17:10) 国立障害者リハビリテーションセンター 病院内科医長 富安 幸志</p> <p>④ イブニングセミナー（情報交換） (18:30～20:00)</p>
9月7日 (木)	<p>⑤ 肢体不自由者の特性 (9:00～10:10) 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長 飯島 節</p> <p>⑥ 健康づくりプログラム概論（運動指導） (10:20～11:30) 京都府立心身障害者福祉センター付属 リハビリテーション病院 リハビリテーション科医長 伊藤 倫之</p>	<p>⑦ 健康づくりプログラム概論（保健指導） (13:00～14:00) 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・運動医科学支援センター 保健師 矢田部 あつ子</p> <p>⑧ 症例検討 (14:10～15:10) フリートーク</p> <p>⑨ 健康づくりプログラムの実践（車いす） (15:30～17:30) 横浜市リハビリテーション事業団 横浜ラポール担当課長 宮地 秀行</p>
9月8日 (金)	<p>⑩ 健康づくりプログラム概論（栄養教育） (9:00～10:10) 首都大学東京 大学院 人間健康科学研究科 ヘルスポモーションサイエンス学域 准教授 稲山 貴代</p> <p>⑪ 健康づくりプログラムの実践（感覚） (10:30～12:30) 国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局 神戸視力障害者センター 教官 細川 健一郎</p>	<p>・閉講式 (12:50～13:20)</p>

別紙(1)

平成29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 @ ※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例:所沢市 11208)			
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 平成 平成	年度 年度 年度	研修会 研修会 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