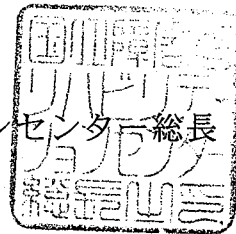


国 立 第 405 号
平成 28 年 6 月 22 日

都道府県
指定都市 障害保健福祉部（局）長 殿
中 核 市

国立障害者
リハビリテーションセンター 総長



平成28年度障害者ヘルスプロモーション事業に関する
研修会の開催について

標記について、別紙実施要綱により開催することにいたしました。

つきましては、貴管下関係機関への通知方について、特段の御配慮を
お願いします。

平成28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28年9月7日(水)～9月9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)

平成28年度 障害者のヘルスプロモーションに関する研修会 日程表

月 日	午 前	午 後
9月7日 (水)	・ 受付 (12:00～13:00)	・ 開講式、オリエンテーション (13:00～13:15) ① 障害者のヘルスプロモーション (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長 緒方 徹 ② 障害者の現状と課題（施策との関り） (14:40～15:50) 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課 障害福祉専門官 秋山 仁 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 ④ イブニングセミナー（情報交換） (18:30～20:00)
9月8日 (木)	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 ⑥ 健康づくりプログラム概論（運動指導） (10:20～11:30) 京都府立医科大学 伊藤 倫之	⑦ 健康づくりプログラムの実践（感覚） (13:30～15:30) 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 ⑧ 健康づくりプログラムの実践（車いす） (15:50～17:50) 横浜市リハビリテーションセンター 健康づくり担当 宮地 秀行
9月9日 (金)	⑨ 健康づくりプログラム概論（栄養教育） (9:00～10:10) 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 管理栄養士 印南 佳代子 ⑩ 健康づくりプログラム概論（保健指導） (10:20～11:20) 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 ⑪ 症例検討 (11:30～12:30) フリートーキング	・ 閉講式 (12:40～13:10)

別紙(1)

平成28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。				
上記の者を受講者として推薦する。 平成 年 月 日 (所属長(団体若しくは施設等の長)) 〔職名〕 〔氏名〕 印					

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入