

あなたの支援で笑顔が広がる



第53期生  
知的障害援助専門員  
養成通信教育

受講案内



# 目次

## CONTENTS

### 通信教育受講のすすめ

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 会長 井上 博	2
人材育成・研修委員会委員長 松下 直弘	3

### 1 通信教育の概要 4

### 2 受講内容等 5

■学習計画（予定）・スクーリング実施予定	6
■53期生講師一覧（予定）	7

### 3 資格の付与について 9

### 4 申込手続き 10

### 5 提出書類の記入要領 11

■受講申込書記入例（新規申込者）	12
■再受講申込書記入例（再受講申込者）	13
■実務経験証明書記入例（正職員）	14
■実務経験証明書記入例（非常勤職員）	15
■実務経験該当施設・事業所および該当職種	16
■都道府県コード・施設（事業）の種類コード	17
■職種コード・申込関係提出書類一覧	18
■第53期生受講申込書	19
■実務経験証明書	21
■承諾書	23



公益財団法人 日本知的障害者福祉協会

会 長 **井上 博**

昨年から今年にかけ、国の社会保障審議会障害者部会では障害者総合支援法の見直しの検討がされ、「地域共生社会の実現」と「意思決定支援」の2つの理念が明確化されましたが、これらの理念を具現化するために私たちの日々の取り組みが求められています。

かつて知的障害の父といわれた糸賀一雄先生は、当協会の副会長を務めていた時に突然の病で帰らぬ人となりましたが、私たち支援者に多くのものを残してくださいました。先生のある著書の中に「精神薄弱者と社会」とのタイトルで、知的障害のある人の過酷ともいえる過去が記されています。生存を否定され、地域社会から隔離され、指導訓練の名の下に強要されるなどの長年にわたる困難な歴史です。

前述の2つの理念は多くの知的障害のある人の犠牲や悲しみ苦しみの結果として獲得された理念ともいえるのです。しかし、現在でもこの理念と離れた厳しい実態があり、国の報告では虐待を受けた障害者の8割は知的障害のある人です。ご本人が望むことは障害の有無にかかわらず身近な地域社会で普通に暮らしながら、社会活動に参加して毎日を有意義に過ごすことです。私たち支援者には知的障害のある人が当然に保障される一市民としての権利を獲得するための日々の実践が求められています。

現在、福祉現場で働くスタッフは年齢、経験、働き方等において多様な構成となっていますが、本講座は主に知的障害のある人を支援する施設等で働く方にとって、利用者を理解し、適切な支援方法を学ぶには最適な学習内容となっています。

支援の一步は利用者の方の理解と受容から始まります。支援の専門家として利用者の思いに寄り添い、利用者と支援者が共に成長できる素晴らしい社会を本通信教育の学びを通してつくっていきましょう。



人材育成・研修委員会

委員長 **松下 直弘**

知的障害に関する学びを深める機会として、知的障害援助専門員養成通信教育の受講をお選びいただきありがとうございます。本講座の受講が、福祉現場における皆さんの支援の一助になることを期待するところです。

さて、本講座の受講を通じて、皆さんは福祉現場においてどのようなことを実現したいと願っているのでしょうか。思うに「障害福祉のことをもっと知りたい」ことはもちろんのこと、「自分の専門性を高めたい」、「自分のキャリア形成として資格を取得したい」など自らの職業人生を意識して、より積極的な学習に挑戦される方が多いのではないかと推察するところです。

近年の福祉を取り巻く環境は、幾度となく変化する法制度に合わせて現場の支援環境を改善したり、報酬改定や加算算定に対応した支援方法や働き方の見直しが求められるため、皆さんの事業所でも限られた人員の中で、工夫を凝らしながら日々の業務に従事されているのではないのでしょうか。

今日の福祉現場における様々な変更は、障害のある人の権利擁護の視点や、支援内容の充実に向けた動きとなります。そのため、福祉従事者である私たちには、常に最新情報へのアップデートが求められ、また支援者として持つべき福祉にまつわる普遍的知識や、専門性を担保するための具体的な支援理論の獲得が人材育成の視点から求められます。そして最も重要なことは、獲得した知識や理論を実践の現場で活かせることにあり、その成果を振り返り次なる実践に繋げていくことにあります。

社会福祉は、理論と実践の相互作用のなかから専門性を高めていく、いわば人間科学の学問や研究であるとも評されます。その点では、本講座は確かな実践を支える福祉の基礎を幅広く獲得する機会となります。長期の学習ではありますが、皆さんを福祉のプロとして期待している人々のためにも、各教科に真摯に向き合い研鑽を積み重ねていかれることを期待しています。

# 1 通信教育の概要

## 1 目的

本通信教育は、主として知的障害のある人が利用する障害者施設・事業所において知的障害児・者の支援・援助にあたる専門職員の養成を行うことを目的としています。

## 2 受講資格

受講資格は、次のいずれかに該当することが必要です。

- (1) 学校教育法に基づく大学・短期大学卒業者で、人材育成・研修委員会が定める施設・事業ならびに職種で1年以上その業務に従事した者。
- (2) 学校教育法に基づく専修学校の専門課程【修業年限2年以上のものに限る】(専門学校) 卒業者で、人材育成・研修委員会が定める施設・事業ならびに職種で1年以上その業務に従事した者。
- (3) 学校教育法に基づく高等学校卒業者で、人材育成・研修委員会が定める施設・事業ならびに職種で2年以上その業務に従事した者。
- (4) 学校教育法に基づく専修学校の高等課程(高等専修学校) 卒業者で、人材育成・研修委員会が定める施設・事業ならびに職種で2年以上その業務に従事した者。
- (5) 本会が実施する「知的障害を理解するための基礎講座」修了者で、人材育成・研修委員会が定める施設・事業ならびに職種で2年以上その業務に従事した者。
- (6) 知的障害援助専門員養成通信教育(平成12年度以降)を受講した者で、未修了の者。

※実務経験については、2023年3月31日現在で定められた年数を満たしていなければなりません。

※人材育成・研修委員会が定める実務経験については、16ページを参照してください。

※非常勤職員は、下記の条件をすべて満たしている場合に実務経験として該当します。

A. 正職員と比べて3/4以上勤務している。

B. 施設長もしくは法人理事長の証明がある者。

## 3 定員

450名

## 4 募集期間

2022年11月1日～2023年2月末日(定員になり次第締め切り)

## 5 受講期間

2023年4月1日～2024年3月31日

## 6 受講料

受講料(上記2.受講資格の(1)～(5)に対応) ■会員施設職員 66,000円 一般 69,000円

再受講料(上記2.受講資格の(6)に対応) ■会員施設職員 53,000円 一般 56,000円

※受講料には、テキスト代およびスクーリング受講料が含まれます。

※再受講料には、テキスト代は含まれません(スクーリング受講料は含まれます)。

※一度納入された受講料は返金できませんので注意してください。

## 2 受講内容等

### 1 教 科 目

- ①知的障害者福祉総論
- ②知的障害者援助技術
- ③事例研究
- ④知的障害を伴う自閉症スペクトラム
- ⑤知的障害者の心理
- ⑥知的障害者の医療
- ⑦知的障害者の生活支援
- ⑧障害福祉事業のマネジメント
- ⑨知的障害の併存症（重複障害）

### 2 履修内容

#### ①自宅学習

- ・本講座専用のテキスト（9科目）を用いて学習します。
- ・科目ごとに指定課題に沿ってレポートを作成し、所定の期日までに提出します。
- ・レポートは、1科目につき原稿用紙5枚（1800～2000字）です。
- ・レポートには講師の評価・講評を付して返却します。

#### ②スクーリング

##### ●スクーリングの内容について

- ・9科目の講義および各教科のテストを実施します。
- ・学識経験者や各分野のスペシャリストが講義を行います。

##### ●実施方法について

- ・新型コロナウイルス感染症による状況に応じ、今後決定します。
- ・直接会場に集合する対面による開催や、インターネットを活用した方法などを検討しています。

#### 再受講について

再受講は30～52期の受講生で、修了判定で「未修了」となった方が対象です。

なお、再受講では新たに、全科目の「レポート提出」「スクーリングへの出席」「受験」が必要となります。

再受講料には、テキスト代は含まれません。受講の際は以前に購入されたテキストを使用してください。なお、希望者は最新テキストを1冊あたり1,000円（税・送料込み）で購入することができます。

### 3 修了判定

レポートの評価、スクーリングの参加および試験の成績により総合的に行います。

修了判定を受けるためには、全科目の「レポート提出」「スクーリングへの出席」「試験」が必要です。

## ■学習計画（予定）

学習期間	学習教科（レポート提出教科）	学習期間	学習教科（レポート提出教科）
4/1～4/10	準備期間（教材到着）	8/11～10/10	⑥知的障害者の医療 ⑦知的障害者の生活支援
4/11～6/10	①知的障害者福祉総論 ②知的障害者援助技術		
6/11～8/10	③事例研究 ④知的障害を伴う 自閉症スペクトラム ⑤知的障害者の心理	10/11～12/10	⑧障害福祉事業のマネジメント ⑨知的障害の併存症（重複障害）

- ・レポートの提出期限は、あらかじめ日程が決まっています。
- ・レポートの評価は、各科目担当講師が行います。

## ■スクーリング実施予定

### ●実施期間

2024年1月（予定）

### ●実施方法

- ・新型コロナウイルス感染症の状況に応じ、今後決定いたします。
- ・会場に集合する対面による開催やインターネットを活用した方法などを検討しています。

### ●実施内容

- ・スクーリングの講義は、各科目担当講師が行います。
- ・講義内容とテキストより出題する試験を行います。

### ●その他

- ・インターネット環境の整備について

諸事情により、インターネットを活用したカリキュラムに変更する場合があります。

例として、講義動画の視聴、Web会議システムを活用した授業等が挙げられます。何れも通信量が多くなるため、パソコン、タブレットやスマートフォンといったインターネット機器ならびに、通信量無制限のプランにする等、インターネット環境を整備されることをお勧めします。

※インターネット機器につきましては、パソコンを推奨します。

## ■53期生講師一覧（予定）

科目名	講師名
①知的障害者福祉総論	小澤 温（筑波大学） 谷口 泰司（関西福祉大学） 矢野 明宏（東京通信大学）
②知的障害者援助技術	白石 孝之（社会福祉法人彩明会） 鈴木 良（同志社大学） 高橋 智秀（社会福祉法人みずほ厚生センター） 矢島 雅子（京都ノートルダム女子大学）
③事例研究	川口 豊（社会福祉法人天王福祉会） 長澤 正樹（新潟大学） 森 公男（社会福祉法人まちのひ）
④知的障害を伴う 自閉症スペクトラム	志賀 利一（社会福祉法人横浜やまびこの里） 譲田 和芳（合同会社オフィスぼん） 田熊 立（千葉県発達障害者支援センターCAS） 中野 伊知郎（社会福祉法人侑愛会）
⑤知的障害者の心理	飯田 昭人（北翔大学） 齊藤 宇開（たすく株式会社） 佐々木 新（川崎医療福祉大学） 平野 晋吾（福山市立大学） 福島 寿美子（たすく株式会社）
⑥知的障害者の医療	相崎 貢一（シャーロットこども発達クリニック） 片山 雅博（社会福祉法人旭川荘） 鴨下 加代（県立広島大学） 土路生 明美（県立広島大学）
⑦知的障害者の生活支援	金丸 博一（コンサルテーションサポート森の入り口） 佐野 和明（社会福祉法人愛育会） 松永 千恵子（国際医療福祉大学）
⑧障害福祉事業のマネジメント	榎本 則幸（東京通信大学） 新妻 登（特定非営利活動法人地域福祉ネットワーク） 松下 直弘（社会福祉法人岩崎学園）
⑨知的障害の併存症（重複障害）	池上 陽子（社会福祉法人日本心身障害児協会） 豊田 隆茂（社会福祉法人日本心身障害児協会） 野村 万季（相模原市立陽光園）

（50音順）

## 修了生からの一言

三重県／生活介護ステーションTOINあーち 安居 良香

就職した頃は毎日新しいことに出合っては迷い、困り、考える日々でした。しかし勤続年数が20年を超え、利用者ともすっかり顔なじみになり、なんとなく日々を過ごしていることに危機感を覚えました。新しいスタッフには、「経験と勘と度胸」だけの指導をするわけにはいかない、根拠のある支援の方法を指導しなくてはいけないのにその素地が私にはない、と不安になりました。それが私の受講の動機でした。

レポート作成は久しぶりのことで、時間を作ることに苦労しました。レポート課題は実践を踏まえて考察することが求められます。事例を言語化し、テキストの知見を理解して、自らの支援や事業所の課題を分析していきます。「どこかのたれか」の支援ではなく、「私の担当利用者さん・私の施設」を思い浮かべて考察を深めていくとよいと思います。今までぼんやりととらえていた利用者像を言語化することにより、自分の偏った見方に気付いたり、見えていなかった利用者側からの視点が見えてくることもありました。書くことによって自らの支援を客観視することができたのだと思います。テキストを読んで、課題に気付き、知らなかった分析方法や知識に出会い、視界が開ける気持ちにもなりました。レポート作成は大変ですが、明日からの支援がきっと変わる、見え方が変わる、と取り組むとよいと思います。

また、講師の先生方からのコメントが「先生と生徒」というだけでなく、受講生である私を「福祉を担うなかま」として激励してくださっているのがとてもうれしく、ともすれば狭い世界で凝り固まってしまいそうな現場でも「ああ、全国にこうして先達が居て、つながって明日の福祉を創っていくのだな」と仕事へのやる気につながったことを覚えています。

テキストの勉強法としては、紙面の両サイドの余白に、難しい言葉とその定義を書いておくようにしていました。また、文章が長く続いてわからなくなってきたら、その文章を図や表などに変換してノートに書くようにしました。テキストの濃いエッセンスを自分なりの方法で消化していくことが必要でした。図書館で関係する書籍を見つけて視野を広げることもできました。

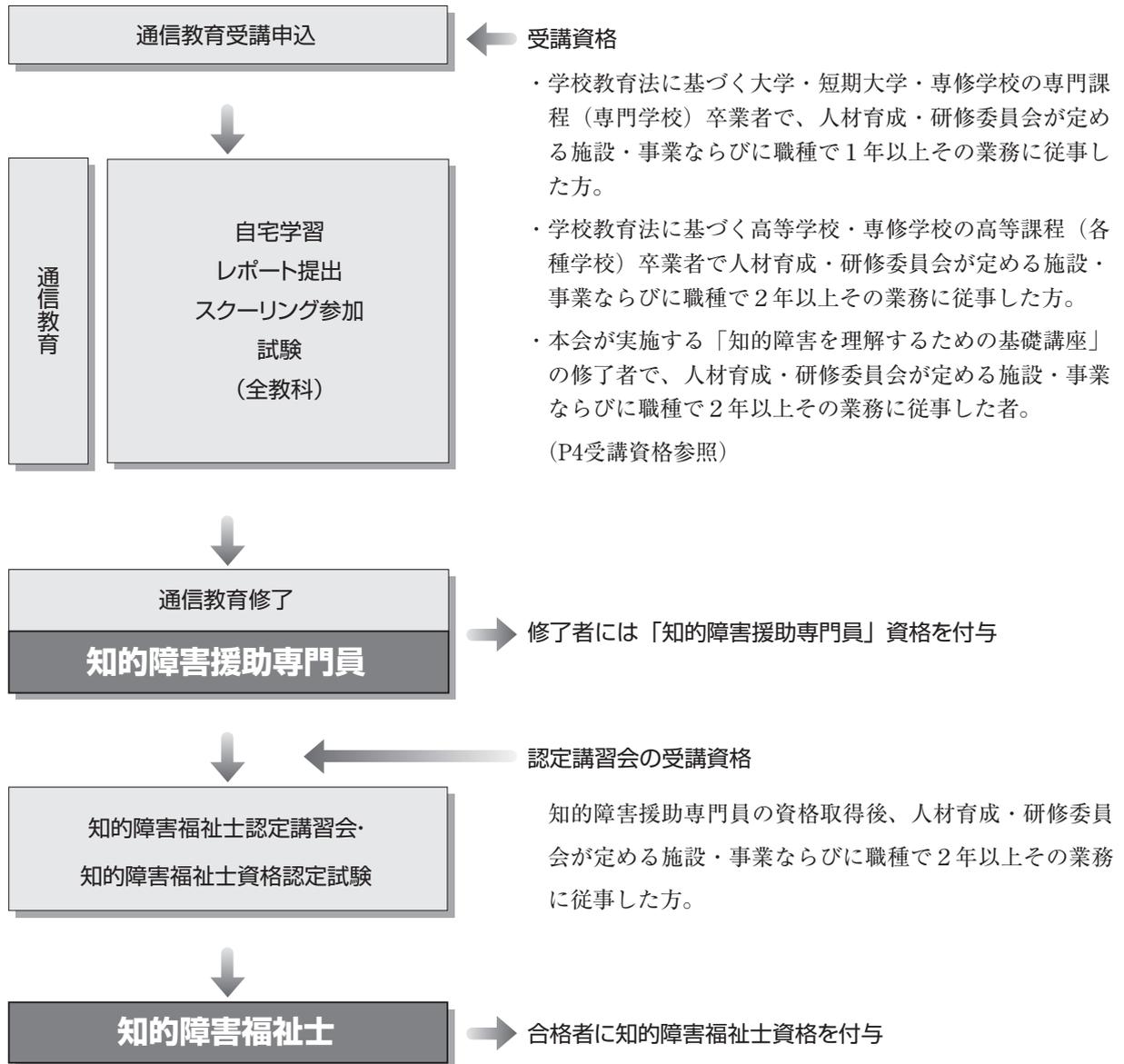
通信教育を修了し知的障害援助専門員を取得しましたが、これはゴールではなくスタート地点だと思っています。自分の仕事の奥深さを再発見させてくれること、対面でのスクーリングではありませんでしたが全国のなかまの存在に気付かせてくれること、これがこの通信教育の魅力です。

(令和4年度通信教育ニュースより)

# 3 資格の付与について

本通信教育修了者には「知的障害援助専門員」の資格が与えられます。

## ■資格認定への過程



### 知的障害援助専門員とは

知的障害のある人が利用する障害者施設・事業所において知的障害児・者の支援・援助にあたる専門職員として本協会が認定する資格。

### 知的障害福祉士とは

知的障害のある人が利用する障害者施設・事業所において知的障害児・者の支援・援助に係る計画の策定・調整等とともに、支援・援助にあたる職員に対して助言・指導等を行う専門職員として本協会が認定する資格。

## 4 申込手続き

### 1 募集期間

2022年11月1日～2023年2月末日（定員になり次第締め切り）

### 2 提出書類等

①受講申込書（19頁の所定用紙）

②実務経験証明書（21頁の所定用紙）

※再受講の方は提出の必要はありません。

③承諾書（23頁の所定用紙）

④証明写真（縦4cm×横3cm）2枚

⑤受講許可通知返信用封筒（定型郵便サイズの封筒（長形3号）に84円切手を貼り、ご自身の住所・氏名をご記入ください）

### 3 提出方法

上記①～③の提出書類に必要な事項を記入し、④証明写真と⑤受講許可通知返信用封筒（長形3号）を、提出書類送付用封筒（角形2号）に必要な送料分の切手を貼付けし郵送ください。

※本会ホームページより受講案内をダウンロードした場合は、「⑤受講許可通知返信用封筒（長形3号）」ならびに「提出書類送付用封筒（角形2号）」はご自身で用意ください。

### 4 受講の決定

提出書類の審査を行い、受講資格を満たしている方に受講手続き（受講許可証および郵便払込取扱票）のご案内をします。受講料の納付をもって受講の決定となります。

## 5 提出書類の記入要領

### 1 受講申込書

- ①受講申込書記入例（12頁・13頁）を参考にして必要事項をもれなく記入してください。氏名の欄に必ず押印してください。
- ②最終学歴は卒業した学校名、学部・学科名、卒業年月まで正確に記入してください。
- ③勤務先は現在の勤務先を記入してください。
- ④施設・事業の種類、および職種は16頁の表を参考にして記入してください。なお、コードは17～18頁コード表を参照のうえ記入してください。

### 2 実務経験証明書

- ①受講申込時に必要な実務経験を実務経験証明書記入例（14頁・15頁）を参考に、必要事項をもれなく記入してください。
- ②施設（事業）の種類、および職種は16頁の表を参考にして記入してください。
- ③事業所の異動等により、実務経験証明書が複数になる場合には、必要枚数をコピーして記入してください。
- ④実務経験証明書の勤務期間を見込みとして提出された方は、4月以降に証明書を再度提出していただきます。
- ⑤再受講の方は、実務経験証明書の提出は必要ありません。

### 3 承諾書

- ①通信教育を受講するにあたり、承諾書（23頁）を提出していただきます。
- ②承諾書の記載内容を確認したうえで、日付・住所・氏名の記入および押印をし、提出してください。

### 4 受講許可通知返信用封筒

返信用封筒（定型郵便サイズ【長形3号】）に84円切手を貼り、返送先の郵便番号、住所、氏名を記入してください。提出書類を本会ホームページよりダウンロードした場合は、返信用封筒（定型郵便サイズ【長形3号】）はご自身で用意ください。

### 5 証明写真

縦4cm×横3cmの証明写真を2枚用意してください。（無背景のもの）

- ①1枚は受講申込書の所定の位置に貼付してください。
- ②残りの1枚は裏面に都道府県名・氏名を記入し同封してください。（受講証用）

# ■受講申込書記入例（新規申込者）

必ず押印してください

必ずチェックを入れてください。

令和 年 月 日作成

第53期生		受講申込書		都道府県コード	写真貼付欄 (4×3cm) 写真裏面に都道府県名 ならびに氏名を必ずご 記入ください
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再受講	13	13	
フリガナ	フクシ イチロウ		生年月日		
氏名	福祉 一郎		昭・平 60年12月31日生 (西暦1985年) 年齢 36歳		
現住所 (書類送付先)	〒105-0001 (自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください 東京 (都) 府 港区浜松町…… 携帯TEL 090-1234-XXXX TEL 03-3438-XXXX				
E-mail (ご自身のお使いの メールアドレスを記入)	@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり (接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線) ・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン) ・ <input type="checkbox"/> なし DVD(視聴)： <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)	5○○○○○○○		知的障害を理解するための基礎講座 (該当の方のみ記入) 修了番号 修了年月日		
勤務先	法人名	社会福祉法人浜松会	施設 種類	就労継続支援 (B型)	施設 事業の 種類 コード
	事業所名	浜松町園	職 種	生活支援員	職 種 コード
	所在地	〒101-0000 東京都港区XXXXX TEL 03-3431-XXXX			
最終学歴	愛護	大学 短期大学 高等学校 学校	福祉 学部 社会福祉 学科	課程 昼間 夜間 通信 (年制)	昭・平・令 28年3月 (西暦2016年) 卒業

申込書を作成した日  
を記入してください。

P17の都道府県コ  
ードを参照して、現  
住所のある県名のコ  
ード番号を記入して  
ください。

該当する元号を○で  
囲み、生年月日・年  
齢を記入してくださ  
い。西暦も記入して  
ください。

郵便番号・住所・  
電話番号を記入して  
ください。

ご自身のお使いの  
メールアドレスを  
記入してください。

インターネット環境や  
DVDの視聴について  
記入してください。

基礎講座を修了され  
た方は、修了番号と  
修了年月日を記入し  
てください。

新規お申込みの方の  
記入は不要です。

P17・18の施設(事業)  
の種類コード・職種  
コードを参照して、  
該当する施設種類・  
職種のコード番号を  
記入してください。

P16を参照して、  
施設・事業の種類・  
職種を記入してくだ  
さい。

最終学歴を正式な名  
称で記入してくださ  
い。該当項目を○で  
囲んでください。

○配慮事項がある方は、内容をご記入ください。※スクーリング時の車いすや読み書き等

## 事務局記入欄 (記入しないこと)

受付日	見込・非常勤	金額	66,000 ・ 69,000 53,000 ・ 56,000
受付番号	受講番号		

現在の勤務先を記入してください。  
無職の方は、施設(事業の種類)および  
職種欄に「無職」と記載し、所定のコ  
ード番号を記入してください。

# ■再受講申込書記入例（再受講申込者）

必ず押印してください

必ずチェックを入れてください。

令和 年 月 日作成

<b>第53期生</b>		<b>受講申込書</b>		都道府県コード	写真貼付欄 (4×3cm) 写真裏面に都道府県名 ならびに氏名を必ずご 記入ください
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 再受講		13	
フリガナ	フクシ イチロウ		生年月日		
氏名	福祉 一郎		昭・平 60年12月31日生 (西暦1985年) 年齢 36歳		
現住所 (書類送付先)	〒105-0001 (自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください 東京 (都) 道 府 区 港 区 浜 松 町..... 携帯TEL 090-1234-XXXX△△ TEL 03-3438-XXXX△△				
E-mail (ご自身のお使いのメールアドレスを記入)	@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり（接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線）・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン）・ <input type="checkbox"/> なし DVD（視聴）： <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)	5○○○○○○○		知的障害を理解するための基礎講座（該当の方のみ記入）		
			修了番号		
			修了年月日		
勤 務 先	法人名	社会福祉法人浜松会	施設 種類	就労継続支援 (B型)	種類 コード
	事業所名	浜松町園	職 種	生活支援員	職 種 コード
	所在地	〒101-0000 東京都港区XXXXXX TEL 03-3431-XXXX△△			
最終学歴	愛護	大 学 短期大学 高等学校 学 校	福 祉 学 部 社会福祉学科	課 程 昼間 夜間 通信 (年制)	昭・平・令 28年3月 (西暦2016年) 卒業

申込書を作成した日  
を記入してください。

P17の都道府県コ  
ードを参照して、現  
住所のある県名のコ  
ード番号を記入して  
ください。

該当する元号を○で  
囲み、生年月日・年  
齢を記入してくださ  
い。西暦も記入して  
ください。

郵便番号・住所・  
電話番号を記入して  
ください。

ご自身のお使いの  
メールアドレスを  
記入してください。

インターネット環境や  
DVDの視聴について  
記入してください。

基礎講座を修了され  
た方は、修了番号と  
修了年月日を記入し  
てください。

平成12年度～令和  
4年度受講生のみ  
が該当します。

P17・18の施設(事業)  
の種類コード・職種  
コードを参照して、  
該当する施設種類・  
職種の種類コードを  
記入してください。

P16を参照して、  
施設・事業の種類・  
職種を記入してくだ  
さい。

最終学歴を正式な名  
称で記入してくださ  
い。該当項目を○で  
囲んでください。

事務局記入欄（記入しないこと）	
受付日	見込・非常勤 金額 66,000 ・ 69,000 53,000 ・ 56,000
受付番号	受講番号

現在の勤務先を記入してください。  
無職の方は、施設（事業の種類）および  
職種欄に「無職」と記載し、所定のコー  
ド番号を記入してください。

# 実務経験証明書

フリガナ	フクシ ハナコ	生年月日(年齢)
氏名	福祉 花子	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 8年5月1日 (西暦 1996年) 26歳
施設(事業)の種類	生活介護	
職種	生活支援員	

上記の者は、当事業所において上記職種で

正職員  
 非常勤職員

として

※非常勤職員は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者とする。

2016年4月1日より 2022年12月24日まで

勤務している  
 勤務していた  
 勤務する見込みである

ことを証明します。

2022年12月24日

所在地 東京都港区×××

法人名 社会福祉法人 浜松会

事業所名 浜松町園

施設等代表者 施設長 ××× ××

(もしくは 理事長 ××× ××)

16頁の表の該当施設等・職種を参考にして記入してください

証明書を作成した日

必ず公印を押印してください

※法人名・事業所名を必ず記載してください。

※見込みで申込みの場合は、2023年3月31日までに実務経験が見込まれる方が対象となります。

# 実務経験証明書

フリガナ	フクシ ハナコ	生年月日(年齢)
氏名	福祉 花子	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 8年5月1日 (西暦 1996年) 26歳
施設(事業)の種類	生活介護	
職種	生活支援員	

上記の者は、当事業所において上記職種で

正職員  
 非常勤職員

として

※非常勤職員は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者とする。

2022年4月1日より 2023年3月31日まで

勤務している  
 勤務していた  
 勤務する見込みである

ことを証明します。

2022年12月24日

所在地 東京都港区×××

法人名 社会福祉法人 浜松会

事業所名 浜松町園

施設等代表者 施設長 ××× ××

(もしくは 理事長 ××× ××)

16頁の表の該当施設等・職種を参考にして記入してください

証明書を作成した日

必ず公印を押印してください

※法人名・事業所名を必ず記載してください。

※見込みで申込みの場合は、2023年3月31日までに実務経験が見込まれる方が対象となります。

# ■実務経験該当施設・事業所および該当職種

根拠法	施設・事業の種類	職種
児童福祉法	通所支援 障害児 児童発達支援 福祉型児童発達支援センター 医療型児童発達支援センター 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援	直接対人援助業務を行っている専任の職員 児童指導員 保育士 児童発達支援管理責任者 相談支援専門員 訪問支援員
	入所支援 障害児 福祉型障害児入所施設 医療型障害児入所施設	
	相談支援 障害児 障害児相談支援	
発達障害者支援法	発達障害者支援センター	直接対人援助業務を行っている専任の職員 相談支援を担当する職員 発達支援を担当する職員 就労支援を担当する職員
障害者総合支援法	障害福祉サービス事業 居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 重度障害者等包括支援 施設入所支援 自立訓練（機能・生活・宿泊型） 就労移行支援 就労継続支援（A型・B型） 就労定着支援 自立生活援助 日中サービス支援型共同生活援助 共同生活援助	直接対人援助業務を行っている専任の職員 生活支援員 就労支援員 職業指導員 サービス管理責任者 サービス提供責任者 相談支援専門員 地域生活支援員 就労定着支援員
	障害者支援施設	
	相談支援 一般相談支援（基本相談支援及び地域相談支援） 特定相談支援（基本相談支援及び計画相談支援）	
	地域生活支援事業 市町村地域生活支援事業 都道府県地域生活支援事業	
障害者の雇用促進等の法律	障害者就業・生活支援センター	直接対人援助業務を行っている専任の職員 就業支援担当者 生活支援担当職員
のぞみの園法	独立行政法人国立重度知的障害者総合施設「のぞみの園」	直接対人援助業務を行っている専任の職員
※右記に掲げる施設・事業は、既に廃止の必要ない実務経験の対象になります。	知的障害者福祉工場 心身障害児総合通園センター 児童デイサービス事業 重症心身障害児（者）通園事業 障害児（者）地域療育等支援事業 知的障害者生活支援事業 知的障害者援護施設 （知的障害者更生施設・知的障害者授産施設・知的障害者小規模通所授産施設・知的障害者通勤寮） 児童福祉施設（障害児施設支援） （知的障害児施設・知的障害児通園施設・盲ろうあ児施設・肢体不自由児施設・重症心身障害児施設） 相談支援事業 共同生活介護	直接対人援助業務を行っている専任の職員 児童指導員 保育士 生活支援員 指導員 ケースワーカー 作業指導員 職業指導員 生活支援ワーカー コーディネーター 相談支援専門員
人材育成・研修委員会が個別に認めた施設・事業所		直接対人援助業務を行っている専任の職員・ 医師・保健師・看護師・理学療法士・ 作業療法士・言語聴覚士・精神保健福祉士・ 社会福祉士・施設長・管理者・公認心理師

※非常勤（臨時）職員の場合は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者を対象とする。

## 都道府県コード

県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード
北海道	01	埼玉	11	新潟	21	鳥取	31	佐賀	41
青森	02	千葉	12	富山	22	島根	32	長崎	42
岩手	03	東京	13	石川	23	岡山	33	熊本	43
宮城	04	神奈川	14	福井	24	広島	34	大分	44
秋田	05	山梨	15	滋賀	25	山口	35	宮崎	45
山形	06	長野	16	京都	26	徳島	36	鹿児島	46
福島	07	静岡	17	大阪	27	香川	37	沖縄	47
茨城	08	愛知	18	兵庫	28	愛媛	38		
栃木	09	岐阜	19	奈良	29	高知	39		
群馬	10	三重	20	和歌山	30	福岡	40		

## 施設（事業）の種類コード

<b>児童福祉法</b>		就労定着支援	320
児童発達支援事業所	101	自立生活援助	321
福祉型児童発達支援センター	102	日中サービス支援型共同生活援助	322
医療型児童発達支援センター	103	<b>障害者の雇用促進等に関する法律</b>	
放課後等デイサービス事業所	104	障害者就業・生活支援センター	401
保育所等訪問支援事業所	105	<b>その他</b>	
福祉型障害児入所施設	106	国立重度知的障害者総合施設のぞみの園	501
医療型障害児入所施設	107	知的障害者福祉工場	502
障害児相談支援事業所	108	心身障害児総合通園センター	503
<b>発達障害者支援法</b>		児童デイサービス事業	504
発達障害者支援センター	201	重症心身障害児（者）通園事業	505
<b>障害者総合支援法</b>		障害児（者）地域療育等支援事業	506
居宅介護	301	知的障害者生活支援事業	507
重度訪問介護	302	知的障害者更生施設（入所）	508
同行援護	303	知的障害者更生施設（通所）	509
行動援護	304	知的障害者授産施設（入所）	510
療養介護	305	知的障害者授産施設（通所）	511
生活介護	306	知的障害者小規模通所授産施設	512
短期入所	307	知的障害者通勤寮	513
重度障害者等包括支援	308	知的障害児施設	514
施設入所支援	310	知的障害児通園施設	515
自立訓練（機能・生活・宿泊型）	311	盲ろうあ児施設	516
就労移行支援	312	肢体不自由児施設	517
就労継続支援（A型・B型）	313	重症心身障害児施設	518
共同生活援助	314	相談支援事業	519
障害者支援施設	315	その他	520
一般相談支援事業	316	共同生活介護	521
特定相談支援事業	317	無職	600
市町村地域生活支援事業	318		
都道府県地域生活支援事業	319		

## ■職種コード

児童指導員	01	コーディネーター	19
保育士	02	医師	20
児童発達支援管理責任者	03	保健師	21
相談支援専門員	04	看護師	22
相談支援を担当する職員	05	理学療法士	23
発達支援を担当する職員	06	作業療法士	24
就労支援を担当する職員	07	言語聴覚士	25
生活支援員	08	精神保健福祉士	26
就労支援員	09	社会福祉士	27
職業指導員	10	施設長	28
作業指導員	11	管理者	29
サービス管理責任者	12	訪問支援員	30
サービス提供責任者	13	地域生活支援員	31
主任就業支援担当者	14	就労定着支援員	32
就業支援担当者	15	公認心理師	33
生活支援担当職員	16	その他	99
ケースワーカー	17	無職	100
生活支援ワーカー	18		

## ■申込関係提出書類一覧

- ・受講申込書又は再受講申込書 19頁
- ・実務経験証明書又は非常勤（臨時）職員用実務経験証明書 21頁  
  - 再受講の方は実務証明書の提出は必要ありません。
- ・承諾書 23頁
- ・受講許可通知返信用封筒  
 （定型郵便サイズの封筒【長形3号】に84円切手を貼り、返送先の住所（申込者自身の住所）・氏名を記入する）  
 ※受講案内をダウンロードした場合は、「受講許可通知返信用封筒（長形3号）」ならびに「提出書類送付用封筒（角形2号）」をご自身で用意ください。
- ・証明写真2枚（縦4センチ×横3センチ）※無背景のもの  
  - 1枚は受講申込書又は再受講申込書の所定の位置に貼付する
  - 残りの1枚は裏面に都道府県名・氏名を記入し同封する（受講証用）

第53期生 受講申込書				都道府県コード		写真貼付欄 (4×3cm)
該当に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 新規		・ <input type="checkbox"/> 再受講		
フリガナ		生年月日				
氏名		昭・平 年 月 日生 (西暦 年) 年齢 歳				
現住所 (書類送付先)		〒 - (自宅・勤務先) ※どちらかに○をしてください 都 道 府 県 携帯TEL - - TEL - -				
E-mail (ご自身のお使いの メールアドレスを記入)		@				
インターネット 接続について 該当に <input checked="" type="checkbox"/>		インターネット環境： <input type="checkbox"/> あり (接続方法： <input type="checkbox"/> 有線 <input type="checkbox"/> 無線) ・ <input type="checkbox"/> なし インターネット機器： <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン) ・ <input type="checkbox"/> なし DVD(視聴)： <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
受講番号 (再受講の方のみ記入してください)		知的障害を理解するための基礎講座 (該当の方のみ記入)				
		修了番号				
		修了年月日				
勤務先	法人名	施設 種類 (事業)	種類 施設 コード の			
	事業所名	職 種	コード		職 種	
	所在地	〒 TEL - -				
最終学歴	大 学 短期大学 高等学校 学 校	学部 学科	課 程	昼間 夜間 通信 ( 年制)	昭・平・令 年 月 (西暦 年) 卒業	
○配慮事項がある方は、内容をご記入ください。※スクーリング時の車いすや読み書き等						

キ  
リ  
ト  
リ  
線

事務局記入欄 (記入しないこと)			
受付日	見込・非常勤	金額	66,000 ・ 69,000 53,000 ・ 56,000
受付番号	受講番号		

※折らずに送付してください

※裏面も記入してください。

○受講の動機をお知らせください。(200文字以内) ※必ず記入してください

○お持ちの資格をご記入ください。(福祉・医療・法律関係のみ)

( ) 取得年月日： 年 月 日

( ) 取得年月日： 年 月 日

( ) 取得年月日： 年 月 日

○本講座を知ったきっかけをお知らせください。(複数回答可)

上司のすすめ      友人・知人の紹介      ポスター・チラシ

ホームページを見て      月刊誌さぼーと      愛護ニュース

本会研修会 (研修会名： )

その他 ( )

# 実務経験証明書

フリガナ		生 年 月 日 (年齢)
氏 名		昭・平 年 月 日 (西暦 年) 歳
施設(事業)の 種類		
職 種		
<p>上記の者は、当事業所において上記職種で</p> <p> <input type="checkbox"/> 正職員  <input type="checkbox"/> 非常勤職員         </p> <p>として</p> <p>※非常勤職員は、正職員と比べて3/4以上勤務している直接援助業務に携わる者とする。</p> <p>年 月 日より 年 月 日まで</p> <p> <input type="checkbox"/> 勤務している  <input type="checkbox"/> 勤務していた  <input type="checkbox"/> 勤務する見込みである         </p> <p>ことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所 在 地</p> <p>法 人 名</p> <p>事 業 所 名</p> <p>施設等代表者</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

※折らずに送付してください。

※用紙が不足する場合は、コピーしたものを使用してください。



公益財団法人 日本知的障害者福祉協会

会 長 井 上 博 様

## 承 諾 書

私は、貴団体の知的障害援助専門員養成通信教育を受講するにあたり、下記に基づいて学習を進めることを承諾いたします。

### 記

上記通信教育は、知的障害に特化した内容となっていることを承知し、施設・事業ならびに職種の違い等による「レポート提出」および「スクーリング試験」の免除・変更などについては一切要請いたしません。

令 和 年 月 日

住所

氏名

印

※折らずに送付してください





公益財団法人日本知的障害者福祉協会通信教育部

〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-19 KDX浜松町ビル6階

TEL 03-3438-0984

FAX 03-3431-1803