

平成 27 年度 北九州市障害者自立支援協議会
触法障害者支援 司法関係者及び福祉関係者向け研修会 開催案内

1 研修目的

障害のある人が罪を犯し逮捕された後の被疑者・被告人段階における司法と福祉の連携によるいわゆる「入口支援」^[1]についての理解促進を図り、司法関係者へは障害のある人の生活状況等の実態を伝え、障害のある人が罪をおかしてしまう要因等を考える機会とし、福祉関係者には触法障害者に関わる各種法制度や触法障害者の受け入れを行っている事業所の取り組みを伝えて、福祉領域における支援について考える機会とし、司法関係者と福祉関係者の連携による支援の促進を目的に開催します。

2 研修対象者

(1) 司法関係者・福祉関係者

(弁護士、検察官、保護観察官、施設長、サービス管理責任者、相談支援専門員等、その他関心のある方)

3 研修内容

会場	「北九州弁護士会館」5階大ホール 北九州市小倉北区金田1丁目4番2号
日時	平成28年 1月29日(金) 13:30~16:50
定員	100名
内容	①北九州市における触法障害者支援の取り組みについて ②触法障害者に関わる各種法制度について ③罪を犯してしまう生活背景と障害特性について ④福祉事業所における触法障害者への支援について ⑤弁護士と障害者基幹相談支援センターの連携による事例について

[1]逮捕から公判に至るまでの取調べ、司法手続き段階で、軽微な累犯で主に知的障害のある人への支援として取り組んでいます。

4 参加費

無料

5 主催：北九州市、北九州市障害者自立支援協議会

後援：福岡県弁護士会北九州部会

6 申込み方法

別紙の申込書にてFAXでお申込みください。【FAX 番号093-861-3095】

7 会場案内

<p>「北九州弁護士会館」 北九州市小倉北区金田1丁目4番2号 TEL (093) 561-0360</p> <p>西鉄バス金田2丁目停留所より徒歩5分 西鉄バス金田1丁目停留所より徒歩4分 北九州都市高速道路大手町ランプより車5分 北九州都市高速道路勝山ランプより車5分 JR九州西小倉駅より車7分</p>	 <p>▲至大門 ▲至大門 ▲至大門</p> <p>金田2丁目バス停</p> <p>小倉西郵便局 西日本新聞社</p> <p>←至到津</p> <p>至大門▶</p> <p>福岡地方裁判所 小倉支部</p> <p>新小倉病院</p> <p>金田1丁目バス停(28番系統)</p> <p>北九州弁護士会館(北九州センター)</p> <p>▼至木町</p>
---	---

※「北九州弁護士会館」には車が駐車できませんので、ご来場の際は公共交通機関をご利用いただくか、近隣の駐車場をご利用ください。

【問合せ】北九州市障害者基幹相談支援センター

担当：佐々木、水江、斎藤

〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1番6号 ウェルとばた6階

TEL093-861-3045 FAX093-861-3095

Email chiiki@shien-c.com

平成 27 年度 北九州市障害者自立支援協議会
 触法障害者支援 司法関係者及び福祉関係者向け研修会 プログラム

開催期日：平成28年 1月29日（金） 会場：「北九州弁護士会館」5階大ホール

時間	内 容
13:00～13:30	〈受付〉
13:30～13:45 (15分)	【行政説明】 「北九州市における触法障害者支援の取り組みについて」 説明：北九州市保健福祉局障害福祉部障害福祉課
13:45～14:30 (45分)	【講義1】 「触法障害者に関わる各種法制度について」 講師：平和通り法律事務所 弁護士 小鉢 由美 氏
(10分) 休憩	
14:40～15:25 (45分)	【講義2】 「罪を犯してしまう生活背景と障害特性について」 講師：元中津少年学院 社会福祉士・精神保健福祉士 海口福祉士事務所 海口 廣子 氏
15:25～16:10 (45分)	【講義3】 「福祉事業所における触法障害者への支援について」 講師：社会福祉法人 北九州市手をつなぐ育成会 常務理事 加藤 哲 氏
(10分) 休憩	
16:20～16:50 (30分)	【報告】 「弁護士と障害者基幹相談支援センターの連携による事例について」 報告：北九州市障害者基幹相談支援センター 佐々木 元彦 氏
16:50	〈閉会〉

平成27年度 北九州市障害者自立支援協議会
 触法障害者支援 司法関係者及び福祉関係者向け研修会
 参加申込書

申込締切 平成28年1月19日

所属など	司法関係	<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 検察官 <input type="checkbox"/> 保護観察官 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	福祉関係	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 就労支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	その他		
氏名	(ふりがな)		
所属先 職種	【所属先】	【職種】	
連絡先	〒 _____ 住所： _____ TEL () _____ - _____ FAX () _____ - _____		

※ いただいた情報は、この研修のみでの取り扱いとさせていただきます。