

平成17年度滋賀県障害者ケアマネジメント従事者研修実施要項

1 研修の目的

本研修は、県内においてケアマネジメント手法を用いた相談支援を実施している者等に対し研修を行うことにより、障害者の「自立と社会参加」を促進するとともに、障害者ケアマネジメント体制の整備推進に資することを目的とする。

2 実施主体

実施主体は滋賀県とし、事業の一部を社会福祉法人滋賀県社会福祉事業団に委託して実施する。

3 開催概要

(1) 基礎研修

別紙「日程表」のとおりとし、講義を3障害合同で、演習については障害部門別で実施する。

(2) 上級研修

別紙「日程表」のとおりとし、講義および演習を3障害合同で行う。

(3) 障害程度区分認定調査員プレ研修

障害者自立支援法における障害程度区分認定調査員として活動する予定の者に対して、認定調査員として活動するために必要な知識を得る機会として、基礎研修の基礎講義の受講を推奨する。（正式な障害程度区分認定調査員研修については、今年度別途開催予定）

※但し、講師の都合により一部日程等を変更する場合がある。

4 受講定員

(1) 基礎研修

受講定員は、原則として、身体障害部門、知的障害部門及び精神障害部門それぞれ40名合計120名とする。

(2) 上級研修

受講定員は障害の区別無く40名とする。

(3) 障害程度区分認定調査員プレ研修

180名

5 受講要件

受講者は、障害者ケアマネジメントに熱意をもち継続して関わることが可能な者で、障害者に関する相談等の業務について知識と相当程度の実務経験を有し、次の要件のいずれも満たす者とする。

(1) 基礎研修

①身体障害及び知的障害の部門

ア 県内で障害者（児）福祉・教育業務に従事する者または近く従事する予定のある者。

イ 本研修の日程の全てについて受講が可能な者。

②精神障害の部門

ア 精神障害の保健福祉に関する一定の知識と相当程度の実務経験を有する保健師、精神保健福祉士または精神障害者保健福祉業務に従事する者（一定の知識とは、精神保健センターおよびその他の機関が実施している精神保健福祉に関する基礎研修の受講により得た知識を含む）

イ 本研修の日程の全てについて受講が可能な者

(2) 上級研修

受講者は、ケアマネジメント手法を用いて次のいずれかの業務を行っている者で、全日程に参加できる者。

※但し、平成16年度までに国または県で実施された障害者ケアマネジメント従事者養成研修を修了した方を優先する。

① 3 障害相談支援事業従事者（各障害者生活支援センターにおいて相談業務に従事

する者)

- ②県が設置する保健所、福祉事務所等における相談業務従事者
- ③市町の保健、福祉相談窓口における相談業務従事者
- ④施設等において個別支援計画作成業務に従事している者

(3) 障害程度区分認定調査員プレ研修

障害者自立支援法における認定調査員として活動する予定で、市町をつうじての申し込みのあった者。

6 費用

本研修会にかかるテキスト代および資料代（受講料）は受講者の負担とする。

7 受講申し込み

基礎研修または上級研修の受講を希望する者は、滋賀県社会福祉事業団企画事業部あて、障害程度区分認定調査員プレ研修の受講を希望する者は市町あて郵送で申し込むものとする。

8 受講者の決定

受講者の決定は、受講申し込みがあった者の中から、現在従事する業務の内容（障害者ケアマネジメントとの関わり等）および地域バランス等を勘案して決定する。

9 修了証書

基礎研修および上級研修を修了した者には、修了証書を授与する。

平成17年度滋賀県障害者ケアマネジメント従事者研修 基礎研修および障害程度区分認定調査員ﾌﾟﾚ研修 日程表

内容	研修場所	日程		講義	講師	所属
(障害程度区分認定調査員ﾌﾟﾚ研修) 基礎研修 男女共同参画センター 大ホール		平成18年	10:00～12:00	ケアマネジメント概論	北野誠一	東洋大学
		1月17日	13:00～14:30	障害者の権利擁護	池田直樹	弁護士
		(火)	14:45～16:15	セルフケアマネジメント	谷口明広	自立生活問題研究所
			9:30～10:45	聴覚障害者の生活ニーズ	石野富志三郎	聴覚障害者福祉協会
		1月20日	11:00～12:15	内部障害者の生活ニーズ	深田國夫	日本オーストミー協会
		(金)	13:15～14:30	視覚障害者の生活ニーズ	浜本健子	盲導犬協会
			14:45～16:00	肢体不自由障害者の生活ニーズ	垣見節子	滋賀自立生活センター
			9:30～10:45	重症心身障害児・者の生活ニーズ	遠藤六朗	びわこ学園
		1月24日	11:00～12:15	障害者の就労支援	米田暢子	滋賀職業センター
		(火)	13:15～14:45	精神障害者の生活ニーズ	三田優子	花園大学
			15:00～16:15	知的障害児・自閉症の生活ニーズ	井深允子	自閉症・発達障害支援センターいぶき
			10:00～12:00	国指導者研修についての報告 および障害者自立支援法について	中村・八坂・佐谷 瀬古隆	平成17年度国指導者研修受講者 県障害者自立支援課
		2月21日 (火)	13:00～16:00	障害者ケアマネジメントの実施方法	野中 猛	日本福祉大学
滋賀県 大津合同庁舎 7B 70会議室 演習		2月22日 (水)	9:30 ～ 16:30	知的障害分野事例演習	岸田惣吾	湖北地域障害児者相談センター
					宮崎建志	東近江地域障害者生活支援センター
					太田珠美	湖南地域障害者生活支援センター
				身体障害分野事例演習	貴瀬朗	湖西地域障害者生活支援センター
					高山徹	湖北タウンホーム
					八坂恵美子	湖西障害者生活支援センター
				精神障害分野事例演習	立岩祥子	大津市障害者生活支援センター
					清水俊朗	
					未定	未定
					未定	未定

平成17年度滋賀県障害者ケアマネジメント従事者研修 上級研修 日程表

内容	研修場所	日程		講義	講師	所属
共通講義	県立 男女共同 参画センター 大ホール	2月21日 (火)	10:00～12:00	国指導者研修についての報告 および障害者自立支援法について	中村・八坂 佐谷 瀬古隆	平成17年度国指導者研修受講者 県障害者自立支援課
			13:00～16:00	障害者ケアマネジメントの実施方法	野中 猛	日本福祉大学
	県立 精神保健 総合センター	演習 1日目 2月22日 (水)	9:30～12:30	精神障害分野事例演習	野中 猛	日本福祉大学
			13:30～16:30	知的障害分野事例演習	中島秀夫 田村和宏 浅野和三	甲賀地域ネット相談サポートセンター 知的障害児者地域生活支援センター 湖南地域障害者生活支援センター
			9:30～12:30	身体障害分野事例演習	高山徹 八坂恵美子 立岩祥子	湖北タウンホーム 湖西障害者生活支援センター 大津市障害者生活支援センター
滋賀県 大津合同庁舎 7日会議室	演習 2日目 3月1日 (水)	13:30～16:30	演習「地域診断とネットワーク」	中島秀夫 石澤英明	甲賀地域ネット相談サポートセンター 彦愛犬地域障害者生活支援センター	

平成17年度滋賀県障害者ケアマネジメント従事者研修受講者募集要項

1 研修日程・研修場所および研修内容

(1) 基礎研修

別紙「日程表」のとおりとし、講義を3障害合同で、演習については障害部門別で実施します。

(2) 上級研修

別紙「日程表」のとおりとし、講義および演習を3障害合同で行います。

(3) 障害程度区分認定調査員プレ研修

障害者自立支援法における障害程度区分認定調査員として活動する予定の者に対して、認定調査員として活動するために必要な知識を得る機会として、基礎講義の聴講を推奨します。(正式な障害程度区分認定調査員研修については、今年度別途開催予定です。)

※但し、講師の都合により一部日程等を変更させていただくことがあります。

2 受講要件

受講者は、障害者ケアマネジメントに熱意をもち継続して関わる事が可能な者で、障害者に関する相談等の業務について知識と相当程度の実務経験を有し、次の要件のいずれも満たす者としします。

(1) 基礎研修

①身体障害及び知的障害の部門

ア 県内で障害者(児)福祉・教育業務に従事する者もしくは近く従事する予定のある者

イ 本研修の日程の全てについて受講が可能な者

②精神障害の部門

ア 精神障害の保健福祉に関する一定の知識と相当程度の実務経験を有する保健師、精神保健福祉士または精神障害者保健福祉業務に従事する者(一定の知識とは、精神保健センターおよびその他の機関が実施している精神保健福祉に関する基礎研修の受講により得た知識を含む)

イ 本研修の日程の全てについて受講が可能な者

(2) 上級研修

受講者は、ケアマネジメント手法を用いて次のいずれかの業務を行っている者で、全日程に参加できる者としします。

※但し、平成16年度までに国又は県で実施された障害者ケアマネジメント従事者養成研修を修了された方を優先させていただきます。

①3障害相談支援事業従事者(各障害者生活支援センターにおいて相談業務に従事する者)

②県が設置する保健所、福祉事務所等における相談業務従事者

③市町の保健、福祉相談窓口における相談業務従事者

④施設等において個別支援計画作成業務に従事している者

(3) 障害程度区分認定調査員プレ研修

障害者自立支援法における認定調査員として活動する予定で、市町をつうじて申し込みのあった者としします。

3 受講申し込み

基礎研修または上級研修の受講を希望する者は別添様式アにより平成17年12月19日(月)(必着)までに、滋賀県社会福祉事業団企画事業部あて(裏面7参照)に申し込んでください。

障害程度区分認定調査員プレ研修の受講を希望する者は別添様式アにより平成17年12月14日(水)までに事業所所在地またはお住まいの市町あて申し込んでください。

なお、複数の研修の申し込みについては、基礎研修受講希望者が定員超過により基礎研修を受講できない場合に備えて、障害程度区分認定調査員プレ研修を申し込むことのみ認めます。その場合は、申込用紙を2枚作成し、基礎研修分は滋賀県社会福祉事業団企画事業部あて、障害程度区分認定調査員プレ研修分は市町あて申し込んでください。

4 受講者の選考・決定

受講希望者の中から、「2 受講要件」を考慮して選考のうえ決定し、受講の可否について平成17年12月27日（火）までにお知らせします。

なお、受講決定者には「2 受講要件」に定める資格等を証する書類の提出を求める場合があります。

5 テキストについて

本研修は、基本的に講師作成の資料に基づき進めますが、基礎講義受講者に対し、講義の理解を助ける資料として次の書籍の購入を推奨します。

ただし、購入については受講者の任意です。

[身体障害部門]

「新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル [身体障害・知的障害共通編]」（中央法規出版）

販売価格:2,500円（税込）

「第4版 障害者ケアマネジャー養成テキスト [身体障害編]」（中央法規出版）

販売価格:3,500円（税込）

[知的障害部門]

「新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル [身体障害・知的障害共通編]」（中央法規出版）

販売価格:2,500円（税込）

「第3版 障害者ケアマネジャー養成テキスト [知的障害編]」（中央法規出版）

販売価格:3,500円（税込）

[精神障害部門]

改訂新版 ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方
（財）全国精神障害者家族連合会

販売価格:3,000円

テキストは各自で購入いただければ結構ですが、基礎講義受講者に対して、平成18年1月17日（火）のみ研修会場での販売も予定しておりますので、購入を希望される場合は予め受講申込書にてお知らせください。

※上記の販売価格は共同購入される際の価格であり、一般の書店等における販売価格は異なることがあります。

6 費用

受講料 基礎研修 3,000円 1月17日（火）会場受付にて徴収します。
上級研修 4,000円 2月21日（火）会場受付にて徴収します。
障害程度区分認定調査員プレ研修 無料

7 修了証書

基礎研修または上級研修を修了した者には、修了証書を授与します。

8 問い合わせ先

○滋賀県社会福祉事業団企画事業部

〒520-3216 湖南市若竹町25-13 サングリエール甲西1階

TEL 0748-75-8615

FAX 0748-75-8868 担当 中村

○滋賀県健康福祉部障害者自立支援課

大津市京町四丁目1-1

TEL 077-528-3543

FAX 077-528-4853 担当 小森、田中

(別添様式ア)

平成17年度滋賀県障害者ケアマネジメント従事者研修受講申込書

標記の研修を受講したいので申し込みます。

(ふりがな)	
1 申込者氏名:	
2 所属: _____ 職名: _____	
(所在地): _____	
(電話番号): _____	
3 連絡先(住所): 〒 _____ (自宅・職場の別) _____ (自宅・職場)	
(電話番号): _____ (FAX): _____	
4 受講を希望する研修 ①基礎研修(ア. 身体障害部門 イ. 知的障害部門 ウ. 精神障害部門) ②上級研修 ③障害程度区分認定調査員プレ研修 ※基礎研修を申し込む場合は、希望する部門に○印を付けてください。	
5 現在従事している仕事の内容: _____ ※具体的にお書きください	
6 職歴(受講要件に関するもの)	
期間等(予定) (○○年○月~○○年○月)	職務の内容・勤務先等
7 保有する資格:	
8 研修会場でのテキスト購入希望の有無 ・新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル[身体障害・知的障害共通編] (有 ・ 無) ・第4版 障害者ケアマネジャー養成テキスト[身体障害編] (有 ・ 無) ・第3版 障害者ケアマネジャー養成テキスト[知的障害編] (有 ・ 無) ・改訂新版 ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 (有 ・ 無)	
9 ハンディキャップ対応の可否: (要 ・ 否) 要の場合は裏面に記入願います	

(注) 各欄に記入または○印を付けてください。

(裏面)

ハンディキャップ対応等調査票

受講にあたって、次の項目を希望される場合に記入してください。

希望項目（該当するものに○印を付けてください）

手話通訳

要約筆記

ループ（補聴器）

車イス対応（駐車場、机 等）

電動車イス対応（駐車場、机 等）

その他（ ）