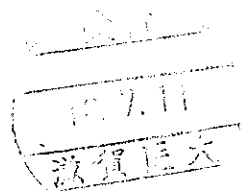


事務連絡
平成18年(2006年)6月29日



各医療機関の長 様

滋賀県健康福祉部障害者自立支援課

平成18年度 滋賀県相談支援従事者初任者研修
受講者募集要項の送付について

平素より障害福祉行政の推進にご協力賜り、厚く御礼申し上げます。
標記の研修事業につきまして、別添募集要項のとおり開催されますので、お知らせいた
します。

担当 障害者自立支援課 地域生活担当 ながや 長家
Tel. 077-528-3543 Fax. 077-528-4853
e-mail nagaya-masayuki@pref.shiga.lg.jp

平成18年度 滋賀県相談支援従事者初任者研修 日程表

| 研修場所 | 日程 | 講義 | 講師 | 所属 | | |
|--------------------------------|---------------------|--|---|---|--|--|
| 県立 男女共同 参画センター (近江八幡) | 1日目 8月23日 (水) | 9:20～ 9:50 受付 9:50～10:05 開講式・オリエンテーション 10:05～11:35 1.5 障害者自立支援法の概要 11:40～12:40 1 障害程度区分の概要 13:40～14:40 1 相談支援事業と相談支援専門員について 14:50～16:20 3 障害者自立支援法におけるケアマネジメント手法 16:30～18:00 | オリエンテーション事務局 瀬古隆 中川英男 中島秀夫 高原伸幸 | 滋賀県 障害者自立支援課 県立むれやま荘 滋賀県障害者自立支援協議会 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課 | | |
| | 2日目 8月24日 (木) | 9:15～ 9:30 受付 | | | | |
| | | 9:30～11:00 | 1.5 障害者の地域生活支援について | 中島秀夫 | 滋賀県障害者自立支援協議会 | |
| | | 11:10～12:10 | 1 実習ガイドランス | 事務局 | 障害者自立支援協議会 | |
| | | 13:10～14:40 | 1.5 障害者の権利擁護 | 池田直樹 | 弁護士 | |
| | 3日目 8月30日 (水) | 14:50～16:50 | 2 ケアマネジメント概論 | 北野誠一 | 東洋大学 | |
| | | 9:15～ 9:30 受付 | | | | |
| | 県庁新館7F 会議室 | 4日目 9月26日 (火) | 9:30～12:30 13:30～16:30 | 6 ケアマネジメントの展開について | 野中 猛 | 日本福祉大学 |
| | | | 8:45～ 9:00 受付 | | | |
| | | 5日目 9月27日 (水) | 9:00～12:00 | 演習 I | 国主催による 障害者ケアマネジメント従事者指導者研修修了者 相談支援従事者指導者養成研修修了者 12名 | |
| 13:00～17:00 | | | 演習 II | | | |
| 県庁新館7F 会議室 | | 9月27日 (水) | 8:45～ 9:00 受付 | | | |
| | | | 9:00～12:00 | 3 演習のまとめ | 佐野武和 中島秀夫 黒木 稔 | CIL湖北 甲賀地域ネット相談サポートセンター 精神障害者地域生活支援センター風 |
| | | | 13:00～16:00 | 3 地域自立支援協議会の役割と活用 | 中島秀夫 | 滋賀県障害者自立支援協議会 |
| | | | 16:30～17:00 閉講式 | | | |

平成18年度滋賀県相談支援従事者初任者研修 受講者募集要項

1 研修日程・研修場所および研修内容

別紙「日程表」のとおり、3障害合同で全5日間の日程で実施します。

※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場合もございますのでご了承ください。

2 受講要件

受講者は、滋賀県内において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ます。

- ①平成17年度までに障害者ケアマネジメント従事者研修を受講していない者
- ②障害者自立支援法における相談支援事業（第5条17項、第32条に関連する事業）に、相談支援専門員として従事する予定の者または、市町の担当者として従事する予定の者
- ③演習で使用する在宅の事例を提出できる者（入所施設利用者、入院患者等を対象とする場合は、地域移行を前提とする事例に限る）
- ④研修日程の全てについて受講が可能な者

3 募集定員 120名

ただし、それぞれの所属先が対象とする障害分野を基に、各障害分野から平均的に受講できるよう配慮し選定する。（申込書に必要事項を記入のこと）

4 受講申し込み

受講を希望する者は、別添様式ア（申込書）により平成18年7月21日（金）必着で、受講可否をお知らせするための返信用封筒（宛先記載）を添えて、滋賀県障害者自立支援協議会事務局あて（9 問い合わせ先参照）に、必ず郵送で申し込んでください。

※返信用封筒には、80円切手を貼り、自宅または勤務先の住所を記載したうえで同封してください。

※申込書の記載に不備がある場合は、受付できない場合もございますので、必ずすべての項目に記載するようにお願いします。特に従事状況、職歴は、受講者選定の際に必要なとなりますので、詳しく記載してください。

5 受講者の選考・決定

応募者の中から、「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18年7月26日（水）発送の文書でお知らせします。

なお、受講決定者の中で、確認が必要な者に対し「2 受講要件 ②」に定める資格等を証する書類（在職証明、採用予定証明等）の提出を求められますので、予め了承のうえでお申し込みください。

※各事業所で優先したい順位がある場合は申込書の（2 所属先）の欄で記載

6 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、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。

[身体障害分野]

「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(税別)

「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(税別)

[知的障害分野]

「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(税別)

「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(税別)

[精神障害分野]

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、受講者に対して、平成18年8月23日(水)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。

7 費用

受講料 3,000円 8月23日(水)会場受付にて徴収します。

8 修了証

全日程を修了した者には、修了証を授与します。

※遅刻、早退、欠席は認められません。全日程受講が受講要件になっておりますので、必ずご確認、了承のうえで、お申し込みください。

9 問い合わせ先

○滋賀県障害者自立支援協議会 事務局 (滋賀県社会福祉事業団企画事業部内)
〒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 担当 中村

○滋賀県健康福祉部障害者自立支援課
TEL 077-528-3543 担当 長家

※申込書送付先は、滋賀県障害者自立支援協議会事務局のみとなりますので、お間違いのないようお願いいたします。

(別添様式ア)

平成18年度滋賀県相談支援従事者初任者研修 受講申込書

| | |
|--|--|
| ※ふりがな | |
| 1 申込者氏名： | 生年月日 年 月 日 歳 標記の研修を受講したいので申し込みます。 印 |
| 2 所属名： | 職名： 所属での優先順位 |
| 所在地 | 〒 _____ _____ |
| (電話番号)： | (FAX)： |
| 3 自宅(住所)： | 〒 _____ _____ |
| (電話番号)： | (FAX)： |
| 4 現在従事している仕事の内容： 下記より選択し○で囲ってください(複数回答あり) | |
| ①従事先の対象 | 知的障害 身体障害 精神障害 |
| ②提出する事例の対象 | 知的障害 身体障害 精神障害 |
| ③事業所の種別 | 民間相談支援業務 行政相談支援業務 サービス提供業務(施設系・居宅系) その他 |
| ※職務の内容を <u>具体的</u> にお書きください | |
| 5 職歴 | |
| 期間等(予定) (○○年○月～○○年○月) | 職務の内容・勤務先等 |
| | |
| 6 保有する福祉関係の資格： | |
| 7 テキスト：会場でのテキスト購入を希望される方は、必要なテキストに○を付けてください。 ・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] () ・第4版 障害者ケアマネジャー養成テキスト [身体障害編] () ・第3版 障害者ケアマネジャー養成テキスト [知的障害編] () ・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 () | |

(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)

手話通訳の配置

要約筆記の配置

ループ (補聴器) の配置

車イス対応 (駐車場の確保、机)

その他 ()

障害者ケアマネジメント従事者研修を修了している方へのご案内

平成17年度までに、障害者ケアマネジメント従事者研修を修了した方で、障害者自立支援法で定める、相談支援事業（第5条17項、第32条に関連する事業）に、相談支援専門員として、滋賀県内の事業所で従事を予定する方は、平成19年度末までに、滋賀県相談支援従事者初任者研修カリキュラムの中から下記に従い受講が必要となります。

記

障害者ケアマネジメント従事者研修修了者対象研修募集要項

1 受講必要科目

平成18年4月21日障発第0421001号で厚生労働省から示された受講必要科目

- ・障害者自立支援法の概要（1.5時間）
- ・相談支援事業と相談支援専門員について（1時間）
- ・障害程度区分の概要について（1時間）
- ・障害者自立支援法におけるケアマネジメント（3時間）

2 日程

平成18年度滋賀県相談支援従事者初任者研修カリキュラムのうち、平成18年8月23日に開催するものとする。

※平成18年滋賀県相談支援従事者初任者研修募集要項添付の日程表を参照

3 受講要件

受講者は、滋賀県内において障害者ケアマネジメントに熱意をもち継続して関与することが可能な方で、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ます。

- ①平成17年度までに障害者ケアマネジメント従事者研修を修了している者
- ②障害者自立支援法における相談支援事業（第5条17項、第32条に関連する事業）に、相談支援専門員として従事する予定の者または、市町の担当者として従事する予定の者
- ③平成18年8月23日の日程の全てについて受講が可能な者

4 募集定員 定員100名

5 受講申し込み

受講を希望する者は、別添様式イ（申込書）により平成18年7月21日（金）必着で、受講可否をお知らせするための返信用封筒（宛先記載）を添えて、滋賀県障害者自立支援協議会事務局あて（9 問い合わせ先参照）に、必ず郵送で申し込んでください。

※返信用封筒には、80円切手を貼り、自宅または勤務先の住所を記載したうえで同封してください。

6 受講者の選考・決定

応募者の中から、「3 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18年7月26日(水)発送の文書でお知らせします。

なお、受講決定者の中で、確認が必要な者に対し「3 受講要件①②」に定める資格等を証する書類(修了証、在職証明、採用予定証明等)の提出を求めますので、予め了承のうえでお申し込みください。

7 費用

受講料 1,000円 8月23日(水)会場受付にて徴収します。

8 修了証

全日程を修了した者には、修了証を授与します。

※遅刻、早退、欠席は認められません。全日程受講が受講要件になっていますので、必ずご確認、了承のうえ、お申し込みください。

9 問い合わせ先

○滋賀県障害者自立支援協議会 事務局 (滋賀県社会福祉事業団企画事業部内)
〒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 担当 中村

○滋賀県健康福祉部障害者自立支援課
TEL 077-528-3543 担当 長家

※申込書送付先は、滋賀県障害者自立支援協議会事務局のみとなりますので、お間違いのないようお願いいたします。

(別添様式イ)

障害者ケアマネジメント従事者研修修了者対象研修 受講申込書

| | |
|---|-------------------------|
| ※ふりがな | |
| 1 申込者氏名： | 生年月日 年 月 日 歳 |
| 標記の研修を受講したいので申し込みます。 (印) | |
| 障害者ケアマネジメント従事者研修修了 | 平成 年度 |
| 修了分野を○で囲ってください(複数あり) | 知的 ・ 身障 ・ 精神 |
| 2 所属名： | 職名： |
| 所属での優先順位 | |
| 所在地 | 〒 _____ |
| (電話番号)： | (FAX)： |
| 3 自宅(住所)： | 〒 _____ |
| (電話番号)： | (FAX)： |
| 4 現在従事している仕事の内容： 下記より選択し○で囲ってください(複数回答あり) | |
| ①従事先の対象 | 知的障害 身体障害 精神障害 |
| ②事業所の種別 | 民間相談支援業務 行政相談支援業務 |
| | サービス提供業務(施設系 ・ 居宅系) その他 |
| ※職務の内容を <u>具体的</u> にお書きください | |
| 5 保有する福祉関係の資格： | |
| 6 相談支援事業の状況：民間事業者の場合は必要事項を記載してください | |
| 委託元の市町名 _____ (予定も含む) | |
| 相談支援事業の委託予定がない事業者 → 指定相談支援事業所の申請予定 ある ・ ない | |
| 7 ハンディキャップ対応の要否： (要 ・ 否) 要の場合は裏面に記入願います | |

(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)

手話通訳の配置

要約筆記の配置

ループ (補聴器) の配置

車イス対応 (駐車場の確保、机)

その他 ()

サービス管理責任者になる予定の方へのご案内

障害者自立支援法で定める、サービス管理責任者として滋賀県内の事業所で従事を予定する方は、今後、国から示される予定の「サービス管理責任者研修」を受講するための要件として、平成20年度末までに、滋賀県相談支援従事者初任者研修カリキュラムの中から下記に従い受講が必要となります。

記

サービス管理責任者就任予定者対象研修 募集要項

1 受講必要科目

平成18年4月21日障発第0421001号で厚生労働省から示された受講必要科目

(1) 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了している者

- ・障害者自立支援法の概要（1.5時間）
- ・相談支援事業と相談支援専門員について（1時間）
- ・障害程度区分の概要について（1時間）
- ・障害者自立支援法におけるケアマネジメント（3時間）

(2) 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了していない者

- ・障害者自立支援法の概要（1.5時間）
- ・相談支援事業と相談支援専門員について（1時間）
- ・障害程度区分の概要について（1時間）
- ・障害者自立支援法におけるケアマネジメント（3時間）
- ・障害者ケアマネジメント概論（2時間）
- ・障害者の地域生活支援について（1.5時間）
- ・権利擁護について（1.5時間）

2 日程

(1) 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了している者

平成18年度滋賀県相談支援従事者初任者研修カリキュラムのうち、平成18年8月23日に開催するものとする。

(2) 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了していない者

平成18年度滋賀県相談支援従事者初任者研修カリキュラムのうち、平成18年8月23日および8月24日に開催するものとする。

※平成18年滋賀県相談支援従事者初任者研修募集要項添付の日程表を参照してください。

3 受講要件

受講者は、障害者自立支援法に基づく新たな障害福祉サービスを実施する事業者の指定に係る人員配置基準において、サービス管理責任者の配置が必要となる事業実施を予定する滋賀県内の事業所で従事する者の中で、次の要件のいずれも満たす者とします。

- ①事業所において、サービス管理責任者となる予定の者
- ②日程の全てについて受講が可能な者
- ③今後開催を予定する「サービス管理責任者研修」の受講を確約できる者

4 募集定員 定員280名

5 受講申し込み

受講を希望する者は、別添様式ウ（申込書）により平成18年7月21日（金）必着で、受講可否をお知らせするための返信用封筒（宛先記載）を添えて、滋賀県障害者自立支援協議会事務局あて（8 問い合わせ先参照）に、必ず郵送で申し込んでください。

※返信用封筒には、80円切手を貼り、自宅または勤務先の住所を記載したうえで同封してください。

4 受講者の選考・決定

応募者の中から、「3 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18年7月26日（水）発送の文書でお知らせします。

なお、受講決定者の中で、確認が必要な者に対し「3 受講要件」に定める資格等を証する書類（在職証明、採用予定証明等）の提出を求め場合がありますので、予め了承のうえでお申し込みください。

5 費用

受講料 1（1）の対象者 1,000円 1（2）の対象者 2,000円
8月23日（水）会場受付にて徴収します。

7 修了証

全日程を修了した者には、修了証を授与します。

※遅刻、早退、欠席は認められません。全日程受講が受講要件になっていますので、必ずご確認、了承のうえ、お申し込みください。

8 問い合わせ先

○滋賀県障害者自立支援協議会 事務局（滋賀県社会福祉事業団企画事業部内）
〒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 担当 中村

○滋賀県健康福祉部障害者自立支援課 TEL 077-528-3543 担当 長家

(別添様式ウ)

サービス管理責任者就任予定者対象研修 受講申込書

| | |
|--|--|
| ※ふりがな | |
| 1 申込者氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 標記の研修を受講したいので申し込みます。 (印) | |
| 2 所属名： _____ 職名： _____ 所属での優先順位 _____ 所在地 : 〒 _____ (電話番号) : _____ (FAX) : _____ | |
| 3 自宅 (住所) : 〒 _____ (電話番号) : _____ (FAX) : _____ | |
| 4 現在従事している仕事の内容： 下記より選択し○で囲ってください 民間相談支援業務 行政相談支援業務 サービス提供業務 (施設系・居宅系) その他 ※職務の内容を <u>具体的</u> にお書きください | |
| 5 実務経験： (これまで経験した勤務先事業所名と勤務年数を記入してください) | |
| 6 保有する福祉関係の資格： | |
| 7 所属先事業所が予定しているサービス種別 (複数回答あり、本人が配属予定のものは○で囲ってください) | |
| 1 生活介護 2 療養介護 3 自立訓練 (機能) 4 自立訓練 (生活) 5 就労移行支援 6 就労継続支援 (雇用型) 7 就労継続支援 (非雇用型) 8 児童デイサービス 9 施設入所支援 10 共同生活援助 11 共同生活介護 12 重度障害者等包括支援 | |
| 8 ハンディキャップ対応の要否： (要 ・ 否) 要の場合は裏面に記入願います | |

(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）

手話通訳の配置

要約筆記の配置

ループ（補聴器）の配置

車イス対応（駐車場の確保、机）

その他（ ）