

# 平成 30 年度 兵庫県相談支援従事者初任者研修 実施要項

## 1. 目的

地域の障害者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得すること及び困難事例に対する支援方法について助言を受けるなど、日常の相談支援業務の検証を行うことにより、相談支援に従事する者の資質の向上を図ることを目的とします。

## 2. 実施主体

兵庫県の委託を受けて、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が実施します。

## 3. 研修対象者・定員等

研修対象者は、次のいずれかに掲げる者としてします。

対象者		受講が必要な研修・日数	定員
<b>相談支援事業の従事予定者</b>			250 名
A	指定相談支援事業所（指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所）において相談支援専門員の業務に従事しようとする者	初任者研修 5 日間※ 【合同講義 2 日間】 【集合講義 1 日間】 【演習 2 日間】	
<b>サービス管理責任者の業務従事予定者</b>			660 名
B	平成 29 年度までにサービス管理責任者等研修の受講を修了したが、 ・相談支援従事者初任者研修の合同講義部分（2 日間）を未受講の方	初任者研修 【合同講義】2 日間	
C	平成 30 年度にサービス管理責任者等研修を受講する予定であって、次のいずれも未受講の方。 ・相談支援従事者初任者研修（5 日間） ・相談支援従事者初任者研修の合同講義部分（2 日間）	【合同講義】2 日間	
<b>サービス提供責任者の従事予定者（指定重度障害者等包括支援事業所）</b>			
D	指定重度障害者等包括支援事業所においてサービス提供責任者として今後従事予定の方は、別途、兵庫県障害福祉課までご相談ください。	初任者研修 5 日間 【合同講義 2 日間】 【集合講義 1 日間】 【演習 2 日間】	

※ 過去に相談支援初任者研修の合同講義のみを受講済の方であっても、同一年度に 5 日間の受講をする必要があります。集合講義＋演習等（3 日間）のみの受講はできません。

## 4. 研修日程・場所（研修プログラムは別途）

日程		場所	備考
1 日目	平成 30 年 8 月 9 日（木）	明石市民会館 （明石市）	合同講義
2 日目	平成 30 年 8 月 10 日（金）		
3 日目	平成 30 年 8 月 24 日（金）	西部市民会館 （明石市）	集合講義
4 日目	第 1 回 平成 30 年 9 月 18 日（火）	県立総合リハビリ テーションセンター 福祉のまちづくり 研究所 （神戸市西区）	演習
5 日目	平成 30 年 9 月 19 日（水）		
4 日目	第 2 回 平成 30 年 9 月 27 日（木）		
5 日目	平成 30 年 9 月 28 日（金）		
4 日目	第 3 回 平成 30 年 10 月 11 日（木）		
5 日目	平成 30 年 10 月 12 日（金）		

※演習は第 1～3 回のいずれか希望の日程を申込用紙にご記入ください（組み合わせでの受講はできません）。

※演習については会場の都合上、座席によっては冷暖房が十分に効かない場合がありますので、各自で調整ができる準備をしていただきますようご協力をお願いします。

※日程につきましてはご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

※受講決定後の日程の振り替えは一切受付できません。

## 5. 受講申込

- (1) 提出書類【必ず、福祉のまちづくり研究所ホームページの「研修における留意事項」  
「研修体系」「受講対象者について」を確認し、下記の書類を揃えて申し込んでください。】

研修対象者	提出書類
「A」該当者	①受講申込書（様式1号 5日間受講用） ②事前課題（様式2号）・（様式2号-①） <b>※課題は2つあります</b> ③申込チェックシート（様式3号）（複数名分まとめて提出する場合は事業所ごとに1枚で可） ④返信用封筒（長形3号120mm×235mm）に82円切手を貼り、宛先住所・宛先氏名・申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記 ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です
「B」該当者	①受講申込書（様式4号 2日間受講用） ②サービス管理責任者等研修の修了証書の写し ※サービス管理責任者等研修の分野・年度は問いません。 ③申込チェックシート（様式3号）（複数名分まとめて提出する場合は事業所ごとに1枚で可） ④返信用封筒（長形3号120mm×235mm）に82円切手を貼り、宛先住所・宛先氏名・申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記 ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です
「C」該当者	「平成30年度兵庫県サービス管理責任者等研修実施要項」を福祉のまちづくり研究所ホームページなどから入手し、同要項に定める様式（平成30年度兵庫県サービス管理責任者研修受講申込書 等）により申し込んでください。

### (2) 申込方法

- ・申込みにかかる様式類は、福祉のまちづくり研究所ホームページから、ダウンロードしてください。
- ・上記提出書類を、**原則、郵送**で申し込んでください。
  - ※FAX、Eメール等他の方法での申込みは一切受けません。
  - ※申込書類は、未記入や押印漏れ等の不備がないよう様式3号で確認してから提出してください。
  - ※こちらから連絡する場合は、申込担当者に連絡します。
  - ※提出された書類については、返却しません。
  - ※申込みの着、不着のお問い合わせにはお答えしません。
  - ※申込書に記載された個人情報は研修事業以外の目的には使用しません。
  - ※受講の可否については、同封されている返信用封筒を用いてお知らせします。発送日はホームページに掲載しますので、それ以降に不着の場合はご連絡ください。
  - ※虚偽内容を記載した場合は、受講決定後や研修受講中でも決定を取り消す場合があります。
  - ※他の都道府県からご応募される場合は、事前に福祉のまちづくり研究所研修課までご連絡をお願いします。（TEL 078-927-2727 内線3712）
  - ※必ず、別紙「研修における留意事項」を確認してから申込みをしてください。

### (3) 申込締め切り

**平成30年5月25日（金）正午 必着**

※締切後の申込は一切受け付けません。

### (4) 申し込み先

社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団  
 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課  
 〒651-2181 神戸市西区曙町1070  
**※「相談支援従事者初任者研修 申込書在中」と朱書きのこと**

## 6. 受講決定

平成27年度より全ての障害福祉サービス利用者が計画相談支援の対象となったことから、サービス等利用計画の作成等に携わる相談支援専門員の育成が喫緊の課題となっています。その一方、当研修を修了された方のうち、現に相談支援専門員として従事されている方の割合は低い（5割程度）のが現状です。

そのため、今年度の相談支援従事者初任者研修（5日間分）においては、確実に兵庫県内の指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事する方を対象とするとともに、特に平成30年中に従事する必要がある方を優先して受講決定します。

更に応募者多数の場合は、1事業所1名の決定とさせていただくとともに、地域（市町）における計画相談の進捗状況や相談支援事業所・相談支援専門員の設置・配置状況、各法人における有資格者の状況等を勘案して、兵庫県において選考します。

なお、選考において特に考慮すべき法人の事情（当該職員が受講できないと相談支援事業所を閉鎖せざるを得ないなど）がありましたら、申込書の⑦にある申込理由欄③に記載してください。

## 7. 受講費用

「A」該当者	¥13,000円
「B」該当者	¥4,000円

※研修に係る旅費・滞在費等諸費用については、各自で負担願います。

※納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

## 8. 修了証書及び修了者名簿の交付等について

- ・研修の全科目を修了された方には、受講終了後「**修了証書**」を交付します。
- ・サービス管理責任者になるために必要な講義部分（2日間）の所定の全科目を受講した方には「**受講証明書**」を交付します。
- ・補講等はありません。全日程の出席が可能であることを前提としてお申し込みください。
- ・遅刻、早退がある場合、研修受講態度が著しく不良な場合（注）等についても修了証書の発行を行わない場合があります。

（注）① 他の受講者、研修会場に迷惑となる行為

（注）② 研修の円滑な実施を妨げる行為（グループワーク等での消極的な態度も含む）

（注）③ 研修に参加するものとして好ましくない行為（携帯電話等の使用、研修に関係のない行為、居眠り等）

（注）④ 研修に関するルールを守れない場合（駐車が認められない場所への無断駐車等）

- ・修了証書及び受講証明書は、研修終了後受講者本人に直接交付します。
- ・兵庫県及び兵庫県社会福祉事業団は、修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項等を記載した名簿を作成し、十分な注意を払った上で管理します。
- ・修了者名簿については、業務の都合上、県内市町に提供する場合があります。

## 9. 留意事項

### (1) テキストについて

三訂 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト

【障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編中央法規出版(2013/12/1 発行)】

研修はこのテキストの内容に準拠したものです。事前にご一読しておくことをお勧めします。

### (2) 研修受講にあたり必要な配慮について

研修受講にあたり、手話通訳者等が必要である場合は、申込書の所定欄にその旨をご記入ください。それ以外に、必要とする事項等、予め研修主催者に伝達すべきことがあればあわせてご記入ください。

### (3) 県内市町との情報共有について

障害者総合支援法上、指定特定相談支援事業者の指定権者が市町村長となっていることと等に鑑み、応募者及び受講決定者、研修修了者の情報について、兵庫県内市町の障害福祉担当部署と情報共有する場合がありますので、応募に当たりあらかじめご了承ください。

## ◆問い合わせ先◆

ホームページは、福祉のまちづくり研究所 研修課で検索してください。

【研修内容・申込に関すること】 お問合せ時間：月～金 9：00～17：00（祝祭日除く）

社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団  
総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課  
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070 TEL 078-927-2727（代表）  
【担当】吉田・谷垣（内線3712）

【実務経験や事業申請等に関すること】

兵庫県 健康福祉部 障害福祉局 障害福祉課 障害政策班  
〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1 TEL: 078-341-7711（代表）  
【担当】向田・梶原（内線2966）

## ◆会場◆

### 1・2日目 明石市民会館

〒673-0883 明石市中崎1丁目3-1 <http://www.akashi.hall-info.jp/>

### 3日目 西部市民会館

〒674-0082 明石市魚住町中尾702-3 <http://www.akashi.hall-info.jp/>

### 4・5日目 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 3F多目的実験室

〒651-2181 神戸市西区曙町1070 <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/html/access.html>

平成 30 年度兵庫県相談支援従事者初任者研修 プログラム（予定）

日程		研修時間	場所	備考
1日目	平成30年 8月 9日（木）	9：50～17：30 （予定）	明石市民会館 （明石市）	合同講義
2日目	平成30年 8月10日（金）	9：20～17：00 （予定）		
3日目	平成30年 8月24日（金）	9：30～18：00 （予定）	西部市民会館 （明石市）	集合講義
4日目	第1回 平成30年 9月18日（火）	9：00～18：00 （予定） ※5日目は研修終了後、 修了式を行います。	県立総合リハビリテーションセンター福祉のまちづくり研究所 （神戸市西区）	演習
5日目				
4日目	第2回 平成30年 9月27日（木）			
5日目				
4日目	第3回 平成30年 10月11日（木）			
5日目				

※研修プログラムの時間については変更する場合があります。

※研修プログラムの詳細は、受講決定者に別途お知らせします。

平成30年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込・確約書(5日間受講用)

申込日:平成30年 月 日

法人名(会社名).....  
施設・事業所名称.....  
代表者職名.....氏名.....  
(申込責任者名 TEL )

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦するとともに、研修修了後、下記の者を指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事させることを確約します。

フリガナ		性別	生年月日	同一事業所から複数名申し込む場合の優先順位
受講希望者氏名	氏名は正しい楷書体で記入してください	男・女	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	
①相談支援専門員として従事する勤務先名称		受講者連絡先電話番号		位/人中
②事業所種別(該当番号に○)複数可	1. 指定一般相談支援事業所 2. 指定特定相談支援事業所 3. 指定障害児相談支援事業所 4. その他 ( )			
③従事している相談支援の主な対象者(○印で囲む、複数可)				
1	身体障害者	4	精神障害者(18歳未満の者を含む)	
2	知的障害者	5	発達障害者(18歳未満の者を含む)	
3	障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)	6	その他( )	
④現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)		勤務先住所電話番号等	〒	
⑤実務経験について 年数 合計 年 ヶ月 ※平成30年5月25日現在				
現在の職種		受講要件に関連する資格	取得時期	平成 年 月
⑥該当する実務経験(別紙「相談支援専門員の要件となる実務経験について」参照)(○印で囲む、複数可)				
1	アの期間が通算して3年以上	5	カの期間が通算して10年以上	
2	イの期間が通算して5年以上	6	キの期間が通算して5年以上	
3	ウの期間が通算して5年以上	7	クの期間が通算して5年以上+ア~カの期間が通算して3年以上	
4	エまたはオの期間が通算して5年以上	8	その他( )	
⑦申込理由	<input type="checkbox"/> ①既存事業所に配置するため。【配置時期:平成 年 月・当面は配置予定なし(※いずれかを選択)】 <input type="checkbox"/> ②新規事業所開設のため。【開設時期:30年度中・31年度以降・未定(※いずれか1つを選択)】 <input type="checkbox"/> ③その他上記以外 [ ]			

⑧研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳( )	車椅子用席( )	介助者同行( )
その他(具体的に記載)		

⑨演習希望日程に○印を記入してください。(必ず2日間連続しての受講になります)

第1回(9/18,19)	第2回(9/27,28)	第3回(10/11,12)	いずれでも良い
--------------	--------------	---------------	---------

⑩今年度サービス管理責任者等研修を申し込んでいる場合は、該当分野の番号に○をつけてください

1. 介護	2. 地域生活(知・精)	3. 地域生活(身体)	4. 就労	5. 児童発達支援管理責任者
-------	--------------	-------------	-------	----------------

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名: ⑩  
(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。)

記載例

相談支援従事者初任者研修 受講申込書  
(様式1号 5日間受講(相談支援専門員)用)

平成30年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込書(5日間受講用)

申込日:平成30年 4月 25日

(記載例について)

就労継続支援B型を実施している法人が、新たに相談支援事業所を立ち上げるための状況を想定しています。

法人名(会社名).....社会福祉法人はばたん福祉会  
施設・事業所名称.....ワークステーションくすのき  
代表者職.....理事長 氏名.....神戸 太郎 印  
(申込責任者名 兵庫 健 TEL 079-999-9999)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦するとともに、研修修了後、下記の者を指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事させることを確約します。

フリガナ	ヒメジ	ハナコ	性別	生年月日	同一事業所から複数名申し込む場合の優先順位
受講希望者氏名	姫路	花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 平成 59年 2月 1日 (34歳)	
	氏名は正しい楷書体で記入してください		受講者連絡先電話番号	079-999-9999	位/人中
①相談支援専門員として従事する勤務先名称	くすのき相談支援事業所		勤務先住所	〒660-8501 尼崎市東七松 1-23-1	
			電話番号等	TEL 06-0000-0000 FAX 06-0000-0001	
②事業所種別(該当番号に○)複数可	①. 指定一般相談支援事業所 ②. 指定特定相談支援事業所 ③. 指定障害児相談支援事業所 ④. その他 ( )				
③従事している相談支援の主な対象者(○印で囲む、複数可)					
1	身体障害者		4	精神障害者(18歳未満の者を含む)	
2	知的障害者		5	発達障害者(18歳未満の者を含む)	
3	障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)		6	その他( )	
④現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)	ワークステーションくすのき		勤務先住所	〒660-8501 尼崎市東七松 1-23-1	
			電話番号等	TEL 06-9999-9999 FAX 06-9999-9998	
⑤実務経験について 年数 合計 7年 3ヶ月 ※平成30年5月25日現在					
現在の職種	指導員		受講要件に関連する資格	訪問介護員2級	取得時期 平成16年2月
⑥該当する実務経験(別紙「相談支援専門員の要件となる実務経験について」参照)(○印で囲む、複数可)					
1	アの期間が通算して3年以上		5	カの期間が通算して10年以上	
2	イの期間が通算して5年以上		6	キの期間が通算して5年以上	
3	ウの期間が通算して5年以上		7	クの期間が通算して5年以上+ア~カの期間が通算して3年以上	
4	エまたはオの期間が通算して5年以上		8	その他( )	
⑦申込理由	<input type="checkbox"/> ①既存事業所に配置するため。【配置時期:平成 年 月・当面は配置予定なし(※いずれかを選択)】				
	<input checked="" type="checkbox"/> ②新規事業所開設のため。【開設時期:30年度中・31年度以降・未定(※いずれか1つを選択)】				
	<input type="checkbox"/> ③その他上記以外 [ ]				

⑧研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳( )	車椅子用席( )	介助者同行( )
その他(具体的に記載)		

⑨演習希望日程に○印を記入してください。(必ず2日間連続しての受講になります)

第1回(9/18, 19)	第2回(9/27, 28)	第3回(10/11, 12)	いずれでも良い
---------------	---------------	----------------	---------

⑩今年度、サービス管理責任者研修を申し込んでいる場合は、該当分野の番号に○をつけてください

1. 介護	2. 地域生活(知・精)	3. 地域生活(身体)	4. 就労	5. 児童発達支援管理責任者
-------	--------------	-------------	-------	----------------

上記の記載内容に相違ありません。  
(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。)

受講者氏名 : 姫路 花子 印



平成30年度兵庫県相談支援従事者初任者研修  
事前課題2

受講希望者氏名 \_\_\_\_\_ (必須)

申込責任者確認署名 \_\_\_\_\_ (必須)

1 次の用語について、その用語の意味を簡略に記入してください。

- アセスメント (記入例)・・・みたて、査定、情報収集と情報評価、情報選択
  
- インテーク・・・
- ストレンジス・・・
- デマンド・・・
- ニーズ・・・
- モニタリング・・・

2 以下の用語の意味を記入してください。

障害者ケアマネジメントとは

エンパワメントとは

医学モデルとは

社会モデルとは

相談支援従事者初任者研修 事前課題2  
(様式2号-①5日間受講(相談支援専門員)用)

- 3 相談支援専門員とサービス管理責任者の役割を、それぞれの違いが分かるように記入してください。

<相談支援専門員>

<サービス管理責任者>

- 4 「社会資源」について、フォーマルな社会資源・インフォーマルな社会資源の例を挙げながら説明してください。

※申込書、課題1、返信用封筒と一緒に同封して郵送してください。

## 平成30年度兵庫県相談支援従事者初任者研修にかかる申込チェックシート

各項目を再度確認し、不備がなければ□にチェックを入れ、事業所名、氏名の記入と押印をしてください。不備があった場合、申込書を受理しない場合があります。

同一封筒で、複数名分郵送される場合は、本チェックシートは1枚で構いません。

研修申し込みに必要な所定の書類以外のもの（送付文・資格証書等）は同封しないようにしてください。

①申込書、事前課題1、2に記載漏れ、押印漏れ等はない。

②申込者の氏名（漢字）、生年月日に間違いがない。

③返信用封筒に82円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。

④返信用封筒が、申込人数分同封されている。

⑤【5日間申込者】  
申込書、事前課題、返信用封筒（82円切手貼付）を全て揃えている。

⑥【2日間申込者】  
申込書、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の修了証、  
返信用封筒（82円切手貼付）を全て揃えている。

⑦申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

研修にかかる留意事項を把握し、申込みに必要な書類内容を確認しましたので郵送いたします。

平成 年 月 日

事業所名

申込責任者

印