

令和元年度 相談支援従事者現任研修 事前課題について

■ 本研修及び事前課題の目的

本研修は、『これまでの実践をふり返り、自らの強みと課題に気付く』をテーマに、研修を通して受講者同士で実践事例を検証し、地域資源の活用や協議会の情報を共有することで、今後の実践に必要な気付きを得て、スキルアップを図ることを目的としています。まずは自身でふり返るとともに、研修の中で活用する資料として、以下の課題に取り組んでください。なお、この事前課題は、現任研修カリキュラムの一環として設定されています。

■ 課題作成上の留意事項

- ・事前課題一覧は、福祉のまちづくり研究所研修課(以下、「研修課」と言う)ホームページよりダウンロードしてください。URL→ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?p=6347#more-6347>
- ・各課題様式をダウンロードした後、留意点等を確認しながら作成してください。

■ 課題等提出するもの

①	様式1-1(事例)
②	様式1-2(サービス等利用計画評価シート)
③	サービス等利用計画もしくは障害児支援利用計画、週間計画表(事業所で使用している様式)
④	様式2-1(社会資源について)
⑤	様式2-2(自立支援協議会について)
⑥	様式3(ふり返しシート)
⑦	様式4(事前課題確認書) ※申込責任者の方は、課題の内容を最終確認してください。

■ 課題の提出について

提出期限: **令和元年6月24日(月) 正午必着**

- ・未提出、提出期限を過ぎたものは一切受け付けず、研修の受講ができませんので、ご注意ください。
- ・提出書類は、上記⑦の様式4にて確認してください。
- ・課題に沿って書かれていない場合、空白がある場合は再提出をしていただきますので、余裕を持って提出してください。

■ 提出方法

- ・提出方法は郵送のみです。※提出物の着・不着はご連絡いたしません。
- ・郵送料金に不足がないようにしてください。不足の場合は返送いたします。
- ・提出書類は、ホッチキスでは留めず、クリップで留めて提出してください。
- ・提出書類は、全てA4用紙、片面印刷でお願いします。

■ 裏面に各課題の留意事項を記載しておりますので、必ず確認してください。

【事前課題1】 自らが担当した個別ケースについて、様式1-1、1-2、関係書類を作成してください。

事前課題1-1

現任研修では、受講者自身が関わった事例を提出していただきます。この事例は、グループスーパービジョンの演習で使用します。演習の中で事例検討会を行い、事例をふり返ります。現在進行形で課題や困りごとがあり、今後の支援の方向性について考える検討会にするのではなく、過去の支援経過のポイントについてふり返る検討会を行います。相談支援専門員としてどのような支援がよかったのか、また他の支援方法はなかったのか、自身の立ち位置、葛藤、迷い、気になる点等をふり返って話し合います。

【事例を選ぶ際の留意点】

- 必ず受講者自身が関わった事例を選んでください。
- サービス等利用計画・障害児支援利用計画に結びついた事例を提出してください。
(計画書を作成されていない方は、関わった事例の状況を計画書に落とし込んで作成してください)
- 提出事例に関しては、様々な動きがあった後、支援がいったん落ち着いた事例を選定してください。
- 支援経過は、ふり返りたい期間に絞って、その時の状況から落ち着くまでの経過を記入してください。
- 支援経過は、最大 A4用紙2枚とします。(事前課題による指定書式以外の添付は不要です)
- 提出に際しては、必ずご本人・ご家族に説明し了承を取った上で、提出してください。また、個人が特定(推定)される表現(氏名・生年月日・住所・利用事業所名・電話番号等々)は、削除・修正してください。

【支援がいったん落ち着いた事例のイメージ(例えば)】

- ①利用計画で設定された目標が達成された。
- ②急性期の集中した相談支援を経て、頻回なモニタリングがなくても、他の機関の支援や関わりによって安定した生活を継続できる目途が立った。
- ③複合した課題が解きほぐされ、関係機関の連携による対応が可能となった。
- ④①～③の条件に当てはまらないが、見立てや手立ての変更の必要性が低くなり、生活が安定してきた、落ち着いていると判断できた。

事前課題1-2

- サービス等利用計画(週間計画表含む)は、【ふり返りたいこと】に関係する期間の物を提出してください。
- サービス等利用計画評価サポートブックに目を通し、提出するサービス等利用計画について、様式1-2を使って、各自自己評価をしてください。
- サービス等利用計画評価サポートブックは、研修課ホームページに掲載しています。

【事前課題2】 自身の所属する事業所在地市区町について、様式2-1、2-2にまとめてください。

事前課題2-1

- 自事業所所属地域の社会資源等の状況について、記入してください。
- 自身で把握できていない部分については、各関係機関等に問い合わせた上で、完成してください。

事前課題2-2

- 自事業所所属地域の自立支援協議会について、まとめてください。
- 自立支援協議会に参加していない場合でも、必ず活動状況等を確認した上で、作成してください。

【事前課題3】 ふり返りシート(様式3)を作成してください。

- 受講者自身の現状と研修を受講する姿勢について、項目1、2を記入してください。
- 項目3については、研修最終日にご記入いただきますので、空欄で提出してください。

提出期限：令和元年 6 月 24 日（月）正午必着

令和元年度 兵庫県相談支援従事者現任研修 事前課題1-1（事例様式）

本事例について、ご本人、ご家族に説明し、了承を得ていますので提出します。

整理番号		市町名		氏名	
------	--	-----	--	----	--

タイトル	
------	--

事例概要	
------	--

ふり返りたいこと	
----------	--

＜相談当初（添付するサービス等利用計画作成直前）の状況＞

基本情報				ジェノグラム	
氏名					
性別		年齢			
手帳		区分			
障害状況					
収入					
住まい					
相談に至る経緯 ヒストリー					

<p>本人・家族の主訴・想い 【100文字要約】</p>		
<p>解決すべき課題</p>		<p>援助方針・目標</p>

< 支援経過 > ※重要な点はアンダーラインを引いてください

事例様式

年/月	本人・家族の状況	相談支援専門員の関わり・動き	関係機関の関わり・動き

関係機関 (エコマップ)	初期の関係機関等	現在の関係機関等
現在利用して いる福祉サー ビス等	<p>弱い結びつき ストレスや葛藤の関係 *****</p> <p>普通の関係 ————— 資源・エネルギーの向かう方向 —————→</p> <p>強い結びつき —————</p>	

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名					
障害福祉サービス受給者証番号	計画作成担当者						
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号						
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄					
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	①						
総合的な援助の方針	②						
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	③	④	⑤	⑥	⑦		⑧
2							
3							
4							

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名						
保護者氏名	本人との続柄							
障害福祉サービス受給者証番号	計画作成担当者							
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号							
計画開始年月								
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00							⑩	
8:00								
10:00								
12:00			⑨					
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
サービス提供によって実現する生活の全体像	⑪							

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況
	12

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1			13	14		15	有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

提出期限:令和元年6月24日(月)

様式2-1

整理番号	
事業所所在市町名	
氏名	

※神戸市は区まで記入

1、街の特徴(人口、歴史、特産物など)

--

2、手帳交付者数(平成31年3月末現在)

手帳種別	18歳未満	18歳以上
身体障害者手帳		
療育手帳		
精神保健福祉手帳		

3、計画相談支援給付費及び障害児相談支援給付費の支給決定者数(平成31年3月末現在)

給付別	支給決定者数
計画相談支援給付費	
障害児相談支援給付費	

4、地域移行支援及び地域定着支援の支給決定者数(平成31年3月末現在)

給付別	支給決定者数
地域移行支援	
地域定着支援	

5、障害福祉サービス事業者等(市区町内)

※現状の欄には、所属している事業所がある市区町の相談支援体制、障害福祉サービスの現状について、その強みや弱みを社会資源の観点から客観的に評価し記入

(1)我が街の相談支援体制(基幹相談、委託相談、指定一般、指定特定、指定障害児)

実施事業者	現 状(強みと弱み)
基幹相談支援センター	
委託障害者相談支援事業者	
指定一般相談支援事業者	
指定特定相談支援事業者	
指定障害児相談支援事業者	
上記の状況を踏まえ、我が町の相談支援体制から見える強みや弱み	
【強み】	
【弱み】	

(2)我が町の地域生活支援体制(地域生活支援拠点等、その他市町独自のものも含む)

現 状

(3)我が街の介護給付費関係

給付別事業者	現 状
居宅介護事業者	
重度訪問介護事業者	
同行援護事業者	
行動援護事業者	
重度障害者包括支援事業者	
短期入所事業者	
生活介護事業者	
療養介護事業者	
施設入所支援事業者	
共生型サービス	

(4)我が街の訓練等給付費関係

給付別事業者	現 状
自立訓練事業者	
就労移行支援事業者	
就労継続支援B型事業者	
就労継続支援A型事業者	
共同生活援助事業者	
自立生活援助事業者	
就労定着支援事業者	
共生型サービス	

(5) 我が街の障害児通所支援給付費関係

給付部事業者	現 状
児童発達支援事業者	【児童発達支援センター】
	【児童発達支援】
放課後等デイサービス事業者	
保育所等訪問支援事業者	
共生型サービス	

(6) 我が街の地域生活支援事業関係

実施事業	現 状
地域活動支援センター	
移動支援事業者	
日中一時支援事業者	
その他の事業	

(7) 我が街の医療機関(精神科病院、診療所、訪問看護ステーション等)

現 状

6 障害福祉サービス事業者以外の社会資源

(1) フォーマル資源(具体的に市が実施している独自のサービス等)

例)通所施設の交通費助成

(2) インフォーマル資源(民間事業所やボランティア団体等が実施しているサービス)

例)サロン

7 我が町の第5期障害福祉計画及び第1期障害児計画の成果目標

(1) 第5期障害福祉計画

成果目標	成果目標に対する取り組み内容

(2) 第1期障害児福祉計画

成果目標	成果目標に対する取り組み内容

提出期限：令和元年6月24日(月)正午必着

様式2-2

整理番号	
事業所所在市町名	
氏 名	

※神戸市は区まで記入

※私の街の地域自立支援協議会の別添参照資料の添付は可能としますが、枠内には必ず課題で示した内容を記載して下さい。また、必ず公開されている資料に限ります。

0 (どちらかにチェックしてください)

地域自立支援協議会に、参加あるいは関わったことが、 ある ない

1 私の街の地域自立支援協議会の概要

(1) 地域自立支援協議会の概要(組織図、構成、今年度の開催回数、協議内容など)

※地域自立支援協議会に参加していない場合は、各市区町の事務局や参加している相談支援専門員へ確認し必ず記載

(2) 自身の地域自立支援協議会における立場や役割

※関わりのない方は地域自立支援協議会をどのような場所と感じているのか

(3) 地域自立支援協議会のイチ押しの取り組み

※地域自立支援協議会に参加していない場合は、各市区町の事務局や参加している相談支援専門員へ確認し必ず記載

◆取り組みを行うことになったきっかけ(背景)について

◆具体的に取り組んだ内容について

◆取組みから得られた効果について

2 地域自立支援協議会には大きく分けて以下の6つの機能があります。私の街の地域自立支援協議会において、6つの機能がどのように担われているのかを具体的に記載

※地域自立支援協議会に参加していない場合は各市区町の事務局や参加している相談支援専門員へ確認し必ず記載	
情報機能	・困難事例や地域の現状・課題等の情報共有と情報発信
調整機能	・地域の関係機関によるネットワーク構築 ・困難事例への対応のあり方に対する協議、調整
開発機能	・地域の社会資源の開発、改善
教育機能	・構成員の資質向上の場としての活用
権利擁護機能	・権利擁護に関する取り組みを展開する
評価機能	・中立・公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者の運営評価 ・サービス等利用計画及び障害児支援利用計画への評価 ・基幹相談支援センター等機能強化事業及び都道府県相談支援体制整備事業の活用

平成 22 年度障害者総合福祉推進事業「自立支援協議会の活性化に向けた事例収集とガイドラインの作成」報告書より一部加筆

3 地域把握と社会資源について

(1) 事前課題様式2-1を踏まえ私の街で不足していると感じている社会資源

また、充足するにはどのような内容が考えられるのか“私が考えるアイデア”を記入

(2) 私の街の社会資源を充足させるために相談支援専門員として、今後どのように地域自立支援協議会に関わっていきたいか、まずは何から取り組んでいきたいか

【アクションプラン】

提出期限：令和元年6月24日（月）正午必着
令和元年度 兵庫県相談支援従事者現任研修 事前課題3

整理番号		市町名		氏名	
------	--	-----	--	----	--

1. これまでの実践をふり返って、ご自身の強みと課題だと感じていることについてお書きください。

【強み】
【課題】

2. 今回の研修を通して、身に付けたいことは何ですか

--

以下、3の設問については、研修当日に記入していただきますので、空白で提出して下さい。

3. 研修を受けて、気づいたことや明日から実践することは何ですか

【気づいたこと】

【明日から実践すること】

令和元年度 兵庫県相談支援従事者現任研修
事前課題確認書

項目をチェックし、漏れがなければ本様式と一緒に郵送してください。

- 課題 1 様式 1 - 1
- 課題 1 様式 1 - 2
- 課題 1 サービス等利用計画もしくは障害児支援利用計画
(計画案、週間計画表) ※計画を添付のこと
- 課題 1 サービス等利用計画評価サポートブックの確認
- 課題 2 様式 2 - 1
- 課題 2 様式 2 - 2
- 課題 3

提出年月日 ※提出期限：令和元年6月24日(月)正午必着

令和元年 月 日

整理番号 _____ 受講者氏名 _____ 印

上記課題の作成した内容を確認しました。

申し込み責任者氏名 _____ 印

※受講者ご本人が申し込み責任者の場合は、ご本人の氏名、押印をお願いいたします。