

# 平成21年度神奈川県サービス管理責任者補足研修(1日コース)及びサービス管理責任者補足研修(2日コース)実施要領

## 1 目的

障害者自立支援法に基づく、指定障害福祉サービス事業者等において、サービス管理責任者の業務に従事する方を対象として、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し、資質の向上を図ることを目的とします。

## 2 実施主体

神奈川県

## 3 研修の種類

- (1) サービス管理責任者補足研修(1日コース) . . . . . 下記「4」へ
- (2) サービス管理責任者補足研修(2日コース) . . . . . 下記「5」へ

## 4 サービス管理責任者補足研修(1日コース)

(1) 研修の対象者(参考資料参照)

平成17年度までに次の～の研修いずれかを修了された方

神奈川県障害者ケアマネジメント従事者養成研修

横浜市「障害者ケアマネジメント」(応用コース)研修会

川崎市障害者ケアマネジメント従事者養成研修

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター「障害児者支援課程」(平成16年度、平成17年度修了者のみ)

国、他県等が実施した障害者ケアマネジメント研修

### <留意点>

本研修修了により、新制度における相談支援従事者研修(1日程度)を修了したこととなります。

経過措置期間中に実務経験の要件を満たし、障害福祉サービス事業所に配置されているサービス管理責任者の方であって、本研修の対象となる方は、平成24年3月までに、本研修を受講する必要があります。なお、サービス管理責任者研修の受講は、別途必要となります。

平成18年度以降の相談支援従事者初任者研修を修了された方は、受講する必要はありません。

経過措置については、参考資料「3 サービス管理責任者の経過措置」を参照してください。(平成21年3月12日障害保健福祉関係主管課長会議資料)

(2) 日程及び定員

月 日	時 間	場 所	定 員
平成21年7月23日(木)	9:30～17:35	横浜市教育会館 (別紙2参照)	70名

本研修は、「相談支援従事者初任者研修」及び「サービス管理責任者補足研修(2日コース)」の1日目と合同で実施します。

(3) 研修カリキュラム

別紙1のとおり

#### (4) 受講申し込みの方法

受講対象者の所属長は、別紙様式1に、4(1) ~ の研修の修了証の写しを添付の上、郵送又はファクシミリで、平成21年7月2日(木)(必着)までに、申し込みをして下さい。

受講申込書は「障害福祉情報サービスかながわ」「書式ライブラリ」「神奈川県からのお知らせ」からダウンロードすることができます。

「障害福祉情報サービスかながわ」ホームページアドレス(URL)

<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>

受講申し込みの送付先は、下記のとおりです。

神奈川県保健福祉部障害福祉課自立支援調整班 高木 宛 〒231-8588 横浜市中区日本大通1 電話 045(210)4717 ファクシミリ 045(201)2051
--

#### (5) 受講者の決定

受講者は、申し込みされた方の中から、神奈川県保健福祉部障害福祉課長が決定し、各所属長あて通知します。

#### (6) 受講証明書

研修を修了した方には、受講証明書を交付します。

#### (7) 参加費

無料(交通費等は自己負担)

### 5 サービス管理責任者補足研修(2日コース)

#### (1) 研修の対象者(参考資料参照)

サービス管理責任者の業務に従事する方のうち、障害者ケアマネジメント研修を修了していない方

#### <留意点>

本研修修了により、相談支援従事者研修(講義部分)を修了したこととなります。

サービス管理責任者研修の受講は、別途必要となります。

経過措置期間中に実務経験の要件を満たし、障害福祉サービス事業所に配置されているサービス管理責任者の方であって、本研修の対象となる方は、平成24年3月までに、本研修を受講する必要があります。

平成18年度以降の相談支援従事者初任者研修を修了された方は、受講する必要はありません。

経過措置については、参考資料「3 サービス管理責任者の経過措置」を参照してください。(平成21年3月12日障害保健福祉関係主管課長会議資料)

(2) 日程及び定員

	月 日	時 間	場 所	定 員
1日目	平成21年7月23日(木)	9:30~17:35	横浜市教育会館 (別紙2参照)	300名
2日目	平成21年7月24日(金)	10:15~16:45		

**2日間の研修受講が必要です。**

本研修は、「相談支援従事者初任者研修」及び「サービス管理責任者補足研修(1日コース)」と合同で実施します。

(3) 研修カリキュラム

別紙1のとおり

(4) 受講申し込みの方法

受講対象者の所属長は、別紙様式2により、郵送またはファクシミリで平成21年7月2日(木)(必着)までに、申し込みをして下さい。

送付先は、サービス管理責任者補足研修(1日コース)と同様とします。

(5) 受講者の決定

サービス管理責任者補足研修(1日コース)と同様とします。

(6) 受講証明書

サービス管理責任者補足研修(1日コース)と同様とします。

(7) 参加費

サービス管理責任者補足研修(1日コース)と同様とします。

## 平成21年度神奈川県サービス管理責任者補足研修(1日コース)カリキュラム

日程及び場所	時 間	科 目
平成21年7月23日(木) 横浜市教育会館	9:30～ 9:45	開講式(あいさつ)
		オリエンテーション
	9:45～11:15	障害者自立支援法の概要
	11:25～12:25	相談支援事業と相談支援専門員について
	13:25～15:55	相談支援事業と相談支援専門員について
	16:05～17:35	障害者自立支援法における個別支援計画の作成

## 平成21年度神奈川県サービス管理責任者補足研修(2日コース)カリキュラム

日程及び場所	時 間	科 目
1日目 平成21年7月23日(木) 横浜市教育会館	9:30～ 9:45	開講式(あいさつ)
		オリエンテーション
	9:45～11:15	障害者自立支援法の概要
	11:25～12:25	相談支援事業と相談支援専門員について
	13:25～15:55	相談支援事業と相談支援専門員について
	16:05～17:35	障害者自立支援法における個別支援計画の作成
2日目 平成21年7月24日(金) 横浜市教育会館	10:15～10:30	開講式(あいさつ)
		オリエンテーション
	10:30～12:00	相談支援における権利侵害と権利擁護
	13:00～15:00	障害者ケアマネジメント概論
15:15～16:45	障害者の地域生活支援について	

2日間の研修受講が必要です。

別紙様式 1

平成 21 年度神奈川県サービス管理責任者補足研修(1日コース)受講申込書

下記の通り相違ないことを確認し、下記の者を受講者として推薦いたします。

平成 年 月 日  
神奈川県保健福祉部障害福祉課長 殿

所属名称

所属長名

<受講対象者>

サービス管理責任者		現に、障害福祉サービス事業所の「サービス管理責任者」として従事している場合、 を付けて下さい。				
所属内優先順位		同一所属で複数の方を推薦の場合、優先順位を記載して下さい。				
フリガナ						
受講者氏名						
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日					
所属	市町村名 または法人名					
	部(局)・課名 または事業所名					
	事業所の種類					
	所在地	〒				
	電話					
	ファクシミリ					
修了した研修	研修の種類  該当に を付けて下さい	神奈川県障害者ケアマネジメント従事者養成研修 (H16、H17 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター「障害児者支援課程」含む)				
		横浜市「障害者ケアマネジメント」(応用コース)研修会				
		川崎市障害者ケアマネジメント従事者養成研修				
		国、他県等が実施した障害者ケアマネジメント研修				
修了年度  該当に を付けて下さい	平成11年度		平成12年度		平成13年度	
	平成14年度		平成15年度		平成16年度	
	平成17年度					
身体障害等により 受講に際し、配慮 が必要な事項 該当に を 付けて下さい	車椅子の使用の有無		介助犬の同伴の有無		点字教材	
	拡大文字資料		手話通訳者		要約筆記者	
	身障者用駐車場		その他( )			

研修修了証の写しを添付してください。

別紙様式2

平成21年度神奈川県サービス管理責任者補足研修(2日コース)受講申込書

下記の通り相違ないことを確認し、下記の者を受講者として推薦いたします。

平成 年 月 日  
 神奈川県保健福祉部障害福祉課長 殿

所属名称

所属長名

<受講対象者>

サービス管理責任者	現に、障害福祉サービス事業所の「サービス管理責任者」として従事している場合、 を付けて下さい。				
所属内優先順位	同一所属で複数の方を推薦の場合、優先順位を記載して下さい。				
フリガナ					
受講者氏名					
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日				
所属	市町村名 または法人名				
	部(局)・課名 または事業所名				
	事業所の種類				
	所在地	〒			
	電話				
	ファクシミリ				
身体障害等により 受講に際し、配慮 が必要な事項  該当に を 付けて下さい	車椅子の使用の有無		介助犬の同伴の有無		点字教材
	拡大文字資料		手話通訳者		要約筆記者
	身障者用駐車場		その他 ( )		

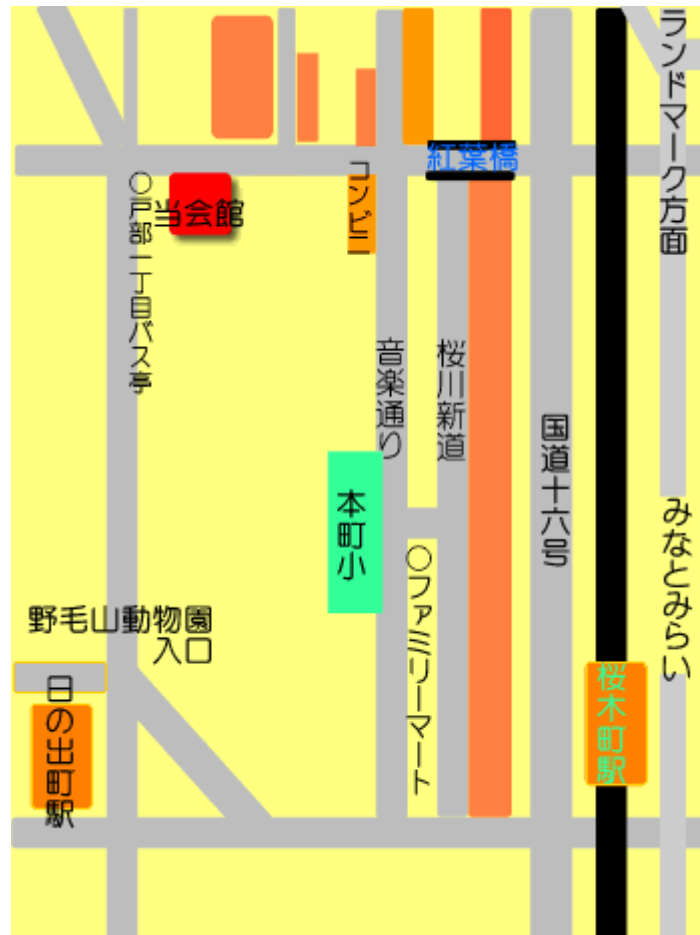
## 会場案内図

横浜市教育会館 横浜市西区紅葉ガ丘 53

TEL 045-231-0960 FAX 045-231-1091

J R、東横線、地下鉄、桜木町駅約 10分

京急線、日ノ出町駅約 10分



お車での来場はご遠慮ください。