

令和6年度障がい者相談支援従事者初任者研修実施要領

1 目的

相談支援事業に従事する者が、地域の障がい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。

2 実施主体

岩手県（ただし、一般社団法人岩手県社会福祉士会に委託して実施する）

3 対象者

(1) 障がい者の相談支援事業に従事しようとする者であって、別（1-6 ページ）に掲げる実務経験要件を満たす者のうち、次に掲げるもの。

ア 過去に相談支援従事者初任者研修を修了していない者（以下「相談支援専門員予定者」という。）で、相談支援専門員として従事予定がある者

※ 演習部分では、実際の事例を選定した演習を行いますので、個別ケースに実際に関わっており、かつ、事例提出のできる実務経験の要件を満たす者（1-6 ページ資料参照）を対象とします。

イ 平成30年度以前に初任者研修を修了した者のうち、令和5年度末までに現任研修を修了していない者で、相談支援専門員として従事予定がある者

※ 初任者研修（7日間）を再度受講する必要があります。

(2) サービス管理責任者基礎研修又は児童発達支援管理責任者基礎研修を受講しようとする者（以下「サービス管理責任者等基礎研修受講予定者」という。）のうち、次のいずれかでない者

ア 過去に障がい者相談支援従事者初任者研修を修了した者

イ 過去に実施された障がい者相談支援従事者初任者研修の講義部分の受講証明書を有する者

※1 サービス管理責任者等基礎研修受講予定者は、別表の講義部分の2日間を動画配信形式で受講の上、レポート提出が必要となります。詳細については、受講決定後に別途お知らせいたします。

演習部分の5日間は受講対象ではありませんので、御留意ください。

※2 平成31年度から、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の研修体系等が見直されております（詳細については別添資料3を御確認ください。）。

※3 居宅介護等のサービス提供責任者は、受講対象ではありません。

4 受講料

講義＋演習受講者（3対象者（1）の場合） 17,000円

講義のみ（3対象者（2）の場合） 5,000円

※ 支払方法は受講可否と併せてお知らせします。研修の欠席等、受講者側の事情による受講料の返金は致しかねますのでご注意ください。

5 日程等

別表（1-3 ページ）のとおり。

6 募集定員

講義2日間のみ受講 240名

※ 申込多数の場合には選考のうえ受講者を決定する。

講義2日間＋演習5日間 50名（受講可否については、6月10日（月）までにお知らせします。）

※ 演習部分は、現に相談支援事業所に勤務している者で、既に又は今年度中に実務経験の要件を満たすもののうち、受講により相談支援専門員となる者から見込まれる者から優先して受講決定すること。

相談支援従事者初任者研修の演習部分は、法令上受講が必要な者に限り、受講対象とします。
また、募集定員を超える場合は、1事業所あたりの人数を絞らせていただく、実務経験年数や配置される事業所の状況により優先順位を付ける、申込み先着順とするなど調整を行う場合があります。
なお、申込期限以降に到着した申込については、受付できません。

7 修了証書等の交付

- (1) 相談支援専門員予定者が全課程（7日間）を受講した場合に、修了証書を発行する。
- (2) 次の者が講義部分2日間を受講した場合に、受講証明書を発行する。
 - ・ 相談支援専門員予定者のうち、全課程（7日間）の受講を申し込んだにもかかわらず演習部分5日間を受講できなかった者

8 個人情報の取扱等について

- (1) 受講者の個人情報は、岩手県とその受託先で、当該研修及び研修修了者名簿作成管理の目的で使用のほか、研修の修了者について市町村に情報提供するものであること。
- (2) この研修の受講に係る通知等について、案件により、申込者に係る事業所あてに、はがきで通知する場合があることを想定しているが、差し支えがあるときは、後掲申込書の記載欄下の余白に、その旨及び代わりの方法を併せて記載すること。

9 受講申込方法

受講に関する申込等については、次のとおりとする。必ず郵送により申し込むこと。

申込期限以降に到着した場合や書類不備については、いかなる理由でも受付対象外としますのでご了承ください。

(1) 提出書類

- ① 受講申込書(実施要領1-4・1-5 ページ又は1-7・1-8 ページを両面印刷の上、提出願います)
- ② **別紙1** 所属法人が証明する「相談支援専門員従事予定証明書」
- ③ **別紙2** 地域自立支援協議会による「受講推薦書」
- ④ 返信用封筒（個人ごとに住所とあて名を記載し、84円切手を貼付すること）

※1 **別紙1**・**別紙2**は、いずれか一つを提出

※2 対象者（2）に該当する者は、**別紙1**・**別紙2**は不要

(2) 申込期限 **令和6年5月27日（月）必着**

(3) 申込・問合せ先

一般社団法人岩手県社会福祉士会

住所：〒020-0816 岩手県盛岡市中野二丁目16-1 SETビル3階A号室

電話：019-613-5505

担当：山口依里・伊藤智恵子

※ **6月10日（月）**を過ぎても受講可否連絡が届かない場合、担当まで御連絡願います。

(4) その他

ア 受講決定者については、事前課題を提出していただきます。事前課題については、受講決定後に別途お知らせいたします。

イ 研修時間に遅れた者、指定された日時に事前課題や講義レポートの提出がない者、受講態度等に問題があると事務局が判断した者は受講を認めません。

ウ 当日発熱（37.5度以上）が確認された方や体調がすぐれない方は、入場をお控えください。

エ 本研修の受講対象者は、本県の事業所・施設の従事者及び従事予定者のみとします。

他県の方は受講をお断りしておりますので、ご了承ください。

10 県の事業担当課

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課 障がい福祉担当

ただし、受講申込書の送付先、申込に係るお問合せは岩手県社会福祉士会（9（3））

別表		令和6年度障がい者相談支援従事者初任者研修 日程（※1）	
	日時	研修課程	会場
講 義	7月1日（月）	[講義] ○ 相談支援（障害児者支援）の目的 ○ 相談支援の基本的視点（障害児者支援の基本的視点） ○ 相談支援に必要な技術 ○ 相談支援におけるケアマネジメントの手法とプロセス ○ 相談支援における家族支援と地域資源の活用への視点 ○ 障害者総合支援法及び児童福祉法の理念・現状とサービス提供プロセス及びその他関連する法律等に関する理解 ○ 障害者総合支援法及び児童福祉法における相談支援（サービス提供）の基本 ※研修終了後にレポート提出あり	ふれあいランド岩手 （盛岡市三本柳8-1-3） ⇒講義2日間のみ受講の方は、受講人数等の兼ね合いから、後日動画配信形式での受講となります。詳細は、受講決定後に追ってお知らせいたします。
	7月2日（火） 両日 9:30～17:00		
インターバル実習①（※2）			
演 習	8月19日（月） 9:30-17:00	[講義及び演習] 相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術（プロセス体験学習）	ふれあいランド岩手 （盛岡市三本柳8-1-3）
	8月20日（火） 9:30-17:10		
インターバル実習②（※2）			
演 習	8月29日（木） 9:30-17:00	[実践研究] ケア会議演習	ふれあいランド岩手 （盛岡市三本柳8-1-3）
	8月30日（金） 9:30-17:00		
インターバル実習③（※2）			
演 習	9月3日（火） 9:30-17:10	[実践研究] ○ スーパービジョンの体験 ○ 多職種連携・地域づくりの検討	ふれあいランド岩手 （盛岡市三本柳8-1-3）
	計7日間	42.5時間	

※1 上記研修内容は、予告なく変更する場合があります。

※2 演習前に事前課題に取り組んでもらいますが、詳しい内容については別途お知らせします。委託先（岩手県社会福祉士会）や県の事業担当課に問い合わせてもお答えできません。

※3 ふれあいランド岩手の駐車場を利用する際には、第2駐車場をご利用願います。

令和 6 年度障がい者相談支援従事者初任者研修受講申込書

令和 6 年 月 日

岩手県社会福祉士会会長 様

ふりがな

1 受講希望者氏名 _____

2 生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳) _____

3 事業所名 _____

4 職名 _____

5 事業所所在地 〒 _____

6 事業所電話番号 () _____

7 事業所 F A X 番号 () _____

8 研修対象者の区分及び受講希望期間 (①～②の該当するものに○を一つ付けてください。)

	①相談支援専門員予定者	講義及び演習の7日間受講希望
	②平成 30 年度以前に初任者研修を修了した者のうち、令和 5 年度末までに現任研修を修了していない者 ※初任者研修を再度受講する必要があります。	講義及び演習の7日間受講希望

9 車いす又は電動車いすの利用 有 ・ 無 _____

10 障がいがあるため、何らかの措置を御希望の方は、次の欄に記載してください (なお、御要望には対応できない場合があることをあらかじめ御了承ください)。

.....

11 相談支援専門員の実務要件として算定可能な実務経験の年数 (年月)
年 月 (受講年度末時点) 実務経験となる業務を 1-5 ページに記載してください。

※実務経験の要件を満たさない場合は、研修の受講はできません。
実務経験となる業務は、(1-6 ページ)を参照してください。法律上明記されているサービスのみが対象となります。「その他これらに準ずる」は、原則適用しません。

12 相談支援専門員としての従事予定
令和 年 月頃 従事予定事業所名 () _____
※必ず記載してください。また、別紙 1「相談支援専門員従事予定証明書」もしくは別紙 2「受講推薦書」は必ず添付してください。添付がない者は受付対象外とします。

1-5 ページに続く。

相談支援専門員の要件となる実務経験等

- 相談支援専門員の要件となる実務経験者
 - ① 第1の期間が通算して3年以上である者
 - ② 第2、第3、第5及び第6の期間が通算して5年以上である者
 - ③ 第4の期間が通算して10年以上である者
 - ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が通算して5年以上である者
※3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上
 - 3年以上（540日以上）
 - 5年以上（900日以上）
 - 10年以上（1800日以上）

○ 実務経験となる業務

- 第1 平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間
- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
 - ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者
- 第2 イからロに掲げる者が、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間
- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業その他これらに準ずる事業の従事者
 - ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター、地域定着支援センターその他これらに準ずる施設の従業者
 - ハ 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設その他これらに準ずる施設の従業者（保健所、市町村役場）
- ニ 病院若しくは診療所の従業者（社会福祉主事任用資格者、訪問介護員（ホームヘルパー）2級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修を修了した者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）
- 第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用者（※）等が、介護等の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間
- イ 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
 - ロ 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
 - ハ 病院若しくは診療所又は薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- 第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間
- 第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
- 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者
- 第6 特別支援学校その他これらに準ずる機関（小学校、中学校の特別支援学級）において、障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間
- 第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間
- ※1 社会福祉主事任用資格者等
社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、児童指導員任用資格者、保育士
- ※2 任用資格
特定の資格を取得すれば職業・職位として公称できるというものではなく、該当任用資格を取得後、当該職務に任用・任命されて初めて効力を発揮する資格
例）児童指導員任用資格者・・・4年制大学または大学院の、教育学部、心理学部、社会学部、社会福祉学部を卒業
・幼稚園・小・中・高いずれかの教育免許を取得
・社会福祉士資格または精神保健福祉士資格を取得 など
これらのいずれかを満たした上で、児童福祉法に定められた児童養護施設、乳児院、障害児入所施設、児童相談所等で児童の自立促進や生活指導等の援助をしている者

令和6年度障がい者相談支援従事者初任者研修受講申込書

(サービス管理責任者等基礎研修申込予定者用)

令和6年 月 日

岩手県社会福祉士会会長 様

ふりがな

- 1 受講希望者氏名 _____
- 2 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (歳) _____
- 3 事業所名 _____
- 4 職名 _____
- 5 事業所所在地 〒 _____
- 6 事業所電話番号 () _____
- 7 事業所FAX番号 () _____

8 サービス管理責任者等としての配置予定

<input type="checkbox"/>	1 今後配置予定 年 月頃 従事予定事業所名 ()
<input type="checkbox"/>	2 配置済(暫定配置)
<input type="checkbox"/>	3 現時点では未定

※1 該当する欄に○を付けてください。

※2 受講希望者に係る配置予定の情報を記載してください(事業所における他の職員がサービス管理責任者等として配置されているか等を記載する欄ではありません。)

9 受講希望理由

<input type="checkbox"/>	1 今後サービス管理責任者等の配置が必要な新規事業開始が予定されているが、研修を修了している者がいない。(事業開始時期 年 月(予定))
<input type="checkbox"/>	2 配置予定の事業所に既に研修修了者はいるが、基準上複数のサービス管理責任者等の配置が必要な事業所であり、研修修了後配置される予定
<input type="checkbox"/>	3 配置予定の事業所に既に研修修了者はいるが、その者の退職・人事異動等により交代する予定(交代時期 年 月(予定))
<input type="checkbox"/>	4 既にサービス管理責任者等として暫定的に配置されている。
<input type="checkbox"/>	5 すぐに配置される予定はないが、法人内(事業所内)において、急遽サービス管理責任者等の配置・交代が必要となった場合に備えて希望
<input type="checkbox"/>	6 スキルアップのため。
<input type="checkbox"/>	7 その他 ()

※ 該当する欄に○を付けてください。

10 実務経験

1	相談支援業務3年以上（児発管研修受講希望者：かつ障害者又は児童に対する支援1年以上）
2	直接支援業務6年以上（児発管研修受講希望者：かつ障害者又は児童に対する支援1年以上）
3	有資格者で直接支援業務3年以上（児発管研修受講希望者：かつ障害者又は児童に対する支援1年以上）、 又は 相談・直接支援業務通算1年以上かつ有資格者等従事期間1年以上 （児発管研修受講希望者：有資格者等従事期間3年以上かつ障害者又は児童に対する支援1年以上）
4	上記1～3に該当しない。

※1 該当する欄に○を付けてください。

※2 令和6年9月末時点における経験年数により選択してください。

提出の前に再度提出書類を確認してください（書類不備は受付対象外です。）。

1. 受講申込書（実施要領1-7・1-8 ページを両面印刷の上、提出願います。）
2. 返信用封筒（個人ごとに住所とあて名を記載し、84円切手を貼付すること。）