

## 平成29年度相談支援従事者指導者養成研修実施要綱

### 1 目的

本研修は、都道府県が実施する「相談支援従事者研修」の充実を図るため、当該研修において企画立案・運営に携わる中核的な役割を担う指導者を養成することを目的として実施する。

### 2 主催者

厚生労働省

### 3 内容

本研修の内容は、別添のとおりとする。

なお、今回の研修においては、都道府県研修の質を向上させるために、都道府県における研修の体制強化及び内容の充実について重点的に実施するとともに、新たな標準的なカリキュラムに関する情報提供や演習プログラムの重点部分について伝達する。

### 4 開催期間

平成29年6月21日（水）から6月23日（金）

### 5 開催場所

国立障害者リハビリテーションセンター学院（埼玉県所沢市並木4丁目1番地）

### 6 受講対象者

本研修の受講対象者は、次のとおりとする。

なお、受講者の選定に当たっては、2名以上は既受講者、もしくは次年度も継続して参加可能な者とするのが望ましい。

- (1) 現に相談支援に従事している者等であって、「相談支援従事者研修」において企画立案・運営に携わる中心的な役割を担う者（「相談支援従事者研修」において指定・委託先の職員等であり企画・運営又は講師の役割を担う者も含む）
- (2) 都道府県職員であって、「相談支援従事者研修」を担当している者

### 7 受講者数

各都道府県等の受講者数は、次のとおりとする。

- (1) 6の(1)に該当する者  
3名とする。

ただし、「相談支援従事者研修」において指定・委託先の職員等であり企画・運営又は講師の役割を担う者については指定（委託）事業者1者につき1名まで追加することができる。

また、政令指定都市を有する都道府県については、政令指定都市1市につき1名を追加することができる。

- (2) 6の(2)に該当する者  
1名とする。

## 8 受講手続

都道府県は、受講者を選考の上、平成29年5月26日(金)までに、次の書類を13の(2)の国立障害者リハビリテーションセンター学院(以下「国リハ学院」という。)の電子メールアドレスあてに送信すること。

なお、電子メールを送信する際には、件名の冒頭に、都道府県名を記入すること。

※ 期限を過ぎての申込みは受け付けないので、注意すること。

- (1) 「平成29年度相談支援従事者指導者養成研修受講申込書」(別紙様式1)

受講者の氏名欄については、誤字・脱字・ふりがな誤り等のないよう留意すること。

※ 本研修においては、受講者の相互の連携強化に役立てることを目的として、当該受講申込書を基に、都道府県名、氏名、所属及び電子メールアドレスを記載した「受講者名簿」を受講者に配付する予定であるので、当該名簿への記載を希望しない者は、備考欄にその旨を付記すること。

※ 本年度はテーマ別に分科会方式で演習を行うため、都道府県において以下の①～③のテーマ別に受講生を振り分け、名簿を提出する事。なお、テーマ③については、6(1)に該当する者と6(2)に該当する者を1名ずつ選出すること。

- ①本人主体のケアマネジメントプロセス
- ②個別の支援からの地域支援へ展開
- ③分野別講義・都道府県対象演習

- (2) 「障害のある受講者に対する特別措置の申出書」(別紙様式2)

推薦する受講者の中に、障害により特別な措置を必要とする者が含まれる場合に限るものとする。

## 9 課題の提出等

参加する演習分野の課題について下記様式に記入したものを10部コピーのうえ持参し、2日目の演習開始時に同じグループの参加者とファシリテーターに2部ずつ配布すること。書類添付の指示がある場合、同様に準備すること。

- ①分野1『本人主体のケアマネジメントプロセス(仮)』(別紙様式3-1)
- ②分野2『個別の支援からの地域支援へ展開(仮)』(別紙様式3-2)
- ③分野3『分野別講義・都道府県対象演習(仮)』(別紙様式3-3)

※ 各分野の様式の記載については、各都道府県において、都道府県担当及び受講者で事前に集合するなどして内容の精査及び共有化をしておくこと。

## (2) 留意事項

受講者においては、前年度の研修の企画立案・運営に携わった者と研修の実施方法や課題について協議し、内容を共有しておくこと。

相談支援従事者指導者養成研修（国研修）の参加者の旅費及び宿泊費については、地域生活支援事業費補助金の国庫補助対象として差し支えない。

## 10 受講者の決定及び通知

受講者の決定は、国立障害者リハビリテーションセンター学院が行い、決定後速やかに各都道府県に対し通知するものとする。

## 11 研修経費

2, 100円（「テキスト代」として初日受付にて現金徴収する。）

## 12 宿泊施設

(1) 都道府県は、国立障害者リハビリテーションセンターの研修宿舎への宿泊を希望する者がいる場合は、「平成29年度相談支援従事者指導者養成研修受講申込書」（別紙様式1）の「研修宿舎申込みの有・無」欄に記載すること。

(2) 宿泊費用は一泊2, 060円（食事代は含まない。初日受付にて宿泊日数分を現金徴収する。）

なお、宿舎への入舎は、研修初日（6月21日（水））終了後からとする。

また、定員を超えた場合は、抽選により決定する。

## 13 照会先

(1) 本研修の内容及び課題等に関する事項

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

地域生活支援推進室相談支援係

住所：〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

T E L : 03-5253-1111（内線 3149）

F A X : 03-3591-8914

E-mail : soudan-shien@mhlw. go. jp

(2) 本研修の受講手続、受講決定及び宿泊施設等に関する事項

国立障害者リハビリテーションセンター学院

住所：〒359-8555 埼玉県所沢市並木 4-1

T E L : 04-2995-3100（内線 2612）

F A X : 04-2996-0966

E-mail : [ML-gakuin-kensyu3@rehab. go. jp](mailto:ML-gakuin-kensyu3@rehab. go. jp)

U R L : <http://www. rehab. go. jp/College/japanese/training/29train. html>