

令和6(2024)年度栃木県相談支援従事者現任研修実施要領

1 目的

相談支援従事者現任研修は、相談支援従事者研修事業実施要綱（平成18年4月21日障発第0421001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定められた指定相談支援従事者の必須研修であり、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 栃木県、栃木県自立支援協議会相談支援部会研修ワーキンググループ

3 研修対象者

以下の要件をすべて満たす者

(1) 栃木県内の指定相談支援事業所等において相談支援業務に従事しており、一定の経験を有する者。具体的には初回の現任研修では、過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験があること、2回目以降の現任研修では過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験があること又は現に相談支援業務に従事していることを研修の受講要件とします。

なお、旧カリキュラム受講者は初回受講時については、上記の要件を求めません。

※旧カリキュラム受講者とは、令和2(2020)年4月1日前5年間において、相談支援従事者現任研修、主任研修又は相談支援従事者初任者研修を修了した者です。

(2) 令和6(2024)年度更新期限の者(平成21年度、平成26年度、令和元年度に初任者研修を修了した者)

4 定員 100名程度

5 研修日程等

講義(受講者全員)		令和6(2024)年7月8日(月)
講義及び演習 [いずれか1日程]	第1回	令和6(2024)年7月17日(水)～19日(金)
	第2回	令和6(2024)年9月10日(火)～12日(木)
	第3回	令和6(2024)年10月1日(火)～3日(木)

※申込者数が定員に満たない場合は第3回を実施しない場合もございます。御了承ください。

※演習の日程については受講決定時に受講回を指定いたします。受講回は選べませんので御了承ください。

6 研修会場

栃木県河内庁舎 大会議室 宇都宮市竹林町1030-2

7 受講決定

令和6(2024)年5月下旬(予定)に栃木県障害者総合相談所から申込書に記載の「受講に関する通知等送付先」宛て、受講の可否について通知します。

8 申込方法

- (1) 「様式1 申込書」を Excel ファイルのまま電子メールで提出してください。
ファイル名及びメールの件名に「**ご自身のお名前、現任研修申込**」と記入してください。
- (2) 「(1)で作成した申込書を印刷したもの」及び「様式2 実務経験等証明書」を郵送で提出してください。
 - ・旧カリキュラム受講者の初回受講時は「様式2 実務経験等証明書」の提出は不要です。
 - ・「様式2 実務経験等証明書」は所属法人等が作成してください。過去5年以内に所属法人等が変更になった方は2年以上の実務経験が証明できるように法人ごとに作成してください。
- (3) 他県で相談支援従事者初任者研修、現任研修、主任研修を修了した方は他県の修了証書をPDFにしてメールで提出してください。
- (4) 研修の受講にあたり配慮が必要な方は「様式3 配慮事項申請書」を電子メールで提出してください。

提出期限：**令和6(2024)年5月9日(木)(必着)**

提出先：電子メール soudanshien@pref.tochigi.lg.jp

郵送 〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町 3337-1

栃木県障害者総合相談所 知的障害支援課 現任研修担当行

※(1)(2)の両方が確認できませんと、受講決定できません。

※様式1～3は県ホームページからダウンロードしてください。

9 修了証書の交付 本研修の全課程を修了した者に対し、「修了証書」を交付します。

10 研修に係る経費 8,000円（受講決定時に納入方法を通知します。）

※受講料納入後の受講者側の理由によるキャンセルにつきましては、返金いたしかねますので、御了承ください。

11 事前課題

研修で使用する事前課題の提出については、受講決定通知と併せて通知します。なお、事前課題が提出期限までに提出されなかった場合は、演習への参加ができません。

12 注意事項

- (1) 当日体調の優れない方の参加は御遠慮ください。
- (2) 15分以上の遅刻・早退・中座があると研修修了とみなせず、修了証書の発行はできません。
- (3) 研修中、他の受講生等の迷惑になる行為を行った方は退場していただく場合があります。この場合も修了証書の発行はできません。
- (4) 申込書に記載の氏名及び生年月日は修了証書に記載しますので、正確に記入してください。
- (5) 本研修では受講者間の交流や情報交換を目的として、申込書の内容を基に、氏名、事業所名等を記載した名簿を配付しますので、御承知おきください。また、事前課題作成にあたり申込書の内容を研修スタッフ及び各市町宛てに提供する場合があります。

12 研修の問合せ先

栃木県障害者総合相談所 知的障害支援課 現任研修担当

〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町 3337-1

TEL : 028(611)1208 FAX : 028(623)7255