平成30年度愛媛県障がい者相談支援従事者初任者研修（5日過程）受講生

事前課題について

1．課題

　　課題①及び課題②について1部を作成し、愛媛県社会福祉士会事務局あてに提出してください。

**課題①**

**相談支援専門員の役割とサービス管理責任者との関係について論じてください。**

**※9月4日5日研修を参考にして作成してください。**（400字程度）

**課題②**

**対象者を選定し、事前課題様式【・①フェイスシート・②補助様式１・③別紙１・④別紙２・⑤サービス等利用計画案・⑥週間計画表】の全ての様式をもちいて、サービス利用計画案を相談員の立場で立案してください。**

**※作成にあたっては研修1日目・2日目及び・障害者相談支援従事者初任者研修テキスト（中央法規）、・サービス等利用計画の書き方ハンドブック（中央法規）等、参考資料を基に作成を進めてください。**

２．課題②対象者

事例については障害者総合支援法のサービスを活用されている｢在宅利用者のケース｣を基本とします。受講者自身がケアマネジメントの手法を用いて「現在支援している事例」又は「過去に支援した事例」を提出してください。

※選定にあたっては、特に受講者自身が実践の中で「気づき」を得られる事例を選んでください。

３．事前課題様式・作成方法

配布しています様式に手書きで記載いただくか、

愛媛県社会福祉士会ホームページ<http://ehime-acsw.com/>よりダウンロードして作成してください。

４．作成にあたっての注意事項

（１）課題②の作成にあたっては個人名、住所、生年月日、連絡先等は架空の設定にするなど、個人が特定できないようにするとともに、事前にご本人の了承を得るなどし、個人情報の取り扱いには十分に注意してください。

※様式としては配布しています【相談支援従事者初任者研修への事例提供のご協力のお願い（依頼）】を活用してください。

（２）出来栄えを評価するものではありませんが、たくさんの情報を基盤とした、本人のニーズに基づいたサービス利用計画案の立案に努めてください。

（３）演習3日目（2018年10月28日）は作成いただいた事前課題を基に演習を進めていきます。

５．提出期限・提出方法

**2018年10月12日（金）当日消印有効・郵送にて提出**

※過去の相談支援従事者研修に提出された事例をそのまま利用されていることが判明した場

合、または、期日までに提出のない場合は研修の参加はできません。

※確実に提出いただくため、レターパックや簡易書留の利用を推奨いたします。

６．提出先

[宛名]愛媛県社会福祉士会事務局

[住所]〒790-0905 松山市樽味2丁目2-3ラ・マドレーヌビル２F

　　　　**※障害者相談支援従事者初任者研修事前課題在中　等と記載**

７．問い合わせ先連絡先

愛媛県社会福祉士会事務局　　TEL 089-948-8031 / FAX 089-948-8032

※研修1日目１７：４０～１８：１０にて事前課題の説明をおこないます。研修2日目１7：50～18：10にて下記質問票のいただいた内容等について、回答いたします。

下記質問票に記載の上、切り離して、2日目午前中までに研修事務局に提出してください。

相談支援従事者初任者研修事前課題質問票

**相談支援従事者初任者研修への事例提供のご協力のお願い（依頼）**

私、　　　　　　　　　　は、愛媛県社会福祉士会が主催する相談支援従事者初任者研修を受講するにあたり、事前課題として、実際に相談者からの聞き取りを行い、アセスメントおよびサービス等利用計画の作成を実施して、主催者に提出することが必要になりました。

　この研修の受講は、相談支援専門員として業務に携わる上での、資格取得・更新のために必要不可欠なもので、提出するアセスメント資料や作成したサービス等利用計画などは他の研修受講者にも配布し、相互に内容を検討して、障害者ケアマネジメントのスキルアップに役立てます。

　事前課題の作成に際しては、住所や氏名・生年月日はもちろんのこと、個人として特定できないように情報を匿名化します。また、提出・配布した資料は研修終了後に全て回収しますし、今回の研修受講以外の目的で使用することもありません。

　以上の内容にご理解を頂き、事前課題の作成について、事例提供にご協力いただきますようお願い申し上げます。なお、作成した内容について開示のご希望があった場合には、速やかに対応させていただきます。

説明日：　平成　　　　　年　　　　月　　　　日

法人名

事業所名

説明者（職・氏名）：

事例提供にご理解・ご協力いただける場合は、下欄にご署名をお願い致します。

相談支援従事者初任者研修への事例提供に関する同意書

私は上記内容を理解し、　　　　　　　　　　　　　が、愛媛県社会福祉士会が主催する相談支援

従事者初任者研修を受講するにあたり、事前課題作成に事例提供の協力をすることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同意日：　　　年　　　月　　　日

事例提供協力者名：

事例提供協力代諾者氏名：

※この書類は研修事務局に提出する必要はありません。

研修修了まで受講者が保管してください。