

事 務 連 絡
令 和 8 年 8 月 吉 日

各 行政担当者
各 相談支援事業所 代表
各 サービス事業所 代表 様

長崎県相談支援専門員協会
代 表 山 下 浩 司
〔 公 印 省 略 〕

令和 8 年度
精神障害者支援の障害特性と支援技術を学ぶ研修会の開催について
(ご案内)

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、長崎県相談支援専門員協会における事業推進につきまして、並々ならぬご理解とご協力を賜り心よりお礼申し上げます。

さて、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの推進も踏まえ、サービス等利用計画の内容充実が求められる中、精神障害者支援に関する専門職種としてのスキルアップは急務の課題であります。

そこで、本年度も長崎県より指定を受け、令和 8 年度精神障害者支援の障害特性と支援技術を学ぶ研修会を開催することとなりました。

つきましては、相談に関わる方、精神障害者支援の障害特性と支援技術を業務に生かしたい皆様に、ご参加頂きますよう周知方お願い申し上げます。

尚、本研修は、精神障害者支援体制加算の対象研修となります。

参加申し込み締め切り 令和 8 年 9 月 1 1 日 (木) 必着

お問い合わせ先
長崎県相談支援専門員協会
担当 藤井 山口
電話 0 9 5 7 - 4 7 - 5 8 8 1
FAX 0 9 5 7 - 4 7 - 5 8 8 4

精神障害者支援の障害特性と支援技術を学ぶ研修会 実施要領

1 目的

精神障害者の特性に応じた適切な支援がより一層行えるよう、障害福祉分野と介護分野の双方に精神障害者の特性に応じた支援が提供できる従事者を養成するため、精神障害者の障害特性と支援技法を学ぶ研修を実施することとする。

2 主催 長崎県 （実施機関：長崎県相談支援専門員協会）

3 対象者

- ① 障害福祉サービス事業所等において、現に精神障害者支援の業務に従事している方、若しくは今後従事する予定のある方
- ② 相談支援専門員で、より精神障害者の障害特性の理解と支援技術の習得をしたい方
- ③ 介護保険サービス事業所等において、精神障害者に関わる支援業務に従事している方
- ④ 行政機関等で障害者相談支援事業に従事している方
- ⑤ その他、特に必要と思われる方

4 募集定員 90 名

※ 募集定員を超える申込があった場合は、一事業所からの受講者数を制限させていただく場合もありますので、ご了承ください。

5 研修日・会場

日時：令和8年10月27日（火）～10月29日（木）3日間

場所：アルカディア大村・コンペンションホール

〒856-0022 長崎県大村市雄ヶ原町1298番地29

駐車場は同施設専用駐車場をご利用が可能です。

6 申込手続き

以下の要領でお申し込みください。

（1）提出先

長崎県相談支援専門員協会事務局

（〒856-0002 長崎県大村市東野岳町1704-2 ）

電話 0957-47-5881 FAX（0957-47-5884）

Mail n-sk@io.ocn.ne.jp（相談支援専門員協会代表メール）

(2) 提出方法

別添【参加申込書】に必要事項を記入のうえ、メールにてお申し込みください。

(3) 申込締切

令和8年 9月 11日 (金)

(4) 受講者の決定

①受講対象者には事業所宛に、締め切り後1週間を目安に受講決定通知をお送りします。
届き次第10月02日(金)までに受講料をお振込みください。お振込みが確認できない場合は決定を取り消すことがございますのでご注意ください。

振込時のお願い：受講決定NO. 受講者氏名 でお振込みください。

例「48 ヤマシタ ヒロシ」

振込先： 十八親和銀行 大村中央支店 普通預金 口座番号 1080121 名義 長崎県相談支援専門員協会 代表 藤井 修

②受講をとりやめる場合はメールまたは電話にてご連絡ください。

* ご不明な点はお問合せください。

7 受講料

受講者1名につき、20,000円(税込み)

受講に係る旅費や振込手数料等については受講者負担となります。

8 修了証の発行について

(1) 本研修は、精神障害者支援体制加算の対象研修会となります。

(2) 修了証書の発行を行います。

※ 修了証は、全課程を受講された方のみ発行します。

※ 不測の事態による、講義への遅刻、早退は前後30分のみ事前の申し出により、認める場合があります。

【精神障害者支援の障害特性と支援技術を学ぶ研修会 受講申込書】

FAX: 0957-47-5884 (9/11 切)

令和 年 月 日

標記研修の受講者として次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者)

法人名称	
代表者氏名	
法人所在地	〒 TEL : FAX : メールアドレス :

(推薦する受講者) ※ 申込者が複数の場合は、コピーしてご使用下さい。

同一法人で申込者が複数名いる場合は優先順位を記入 ※事業所内での受講者人数と順位			位／ 人中	
ふりがな		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	S ・ H 年 月 日	
現勤務先	事業所名			
	所在地	〒		
現 職 種 (いずれかに○)	1	相談支援専門員		
	2	サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者		
	3	その他 (職種 :)		
		⇒3 その他を選択の方のみ記入 今回の受講理由		
備 考	※障害があるため特別な配慮が必要な方は記入ください(車椅子利用など) (詳細について直接確認をとらせていただく場合があること、十分に対応できない場合があることを予めご了承ください)			

