

令和6年度 相談支援事業所 & 障がい児通所支援事業所 合同研修会

私たちがサービスを提供する上で欠かせない「相談支援事業所」との連携。

「サービス等利用計画」「担当者会議」「モニタリング」「上限管理」「日数調整」「個別サポート」「事業所の移行」「お子さんの状況変化・ステップアップ」などなど、日々直接支援を行う中で、相談支援事業所と連携しなければならないことは多々あります。

何かあれば相談できる関係、築けていますか？それぞれの役割分担、できていますか？

今年度は、報酬改定後5領域に関する支援計画をはじめ、その根拠となる資料なども確認しながら、お互いに思っていることを話せる機会にもなればと思っております。

●日 時：令和7年2月17日(月)9:30~12:00

●対 象：管理者・児童発達支援管理責任者(予定者含む)等

●参加費：こどもふくし協議会 会員 通所支援事業所 所属職員 無料
非会員 通所支援事業所 職員 1,000円/1人

●会 場：まちなかコミュニティセンター 講堂

●内 容：①資料説明

サービス等利用計画書作成のプロセス
個別支援計画書作成のプロセス

②話題提供

日ごろ感じていること

③グループワーク

サービス提供の流れ、各事業所での取り組み状況や相談支援事業所との連携状況についての情報共有、意見交換、確認作業など

④まとめ

グループワークで出た疑問点や課題等の整理、関係機関への確認作業

●申込方法：裏面の申込用紙に記入の上、FAX または Email でお申込みください。

●定 員：45名

●申込締切：令和7年2月3日(月)まで

●お問合せ：こどもふくし協議会 事務局(担当：本村)

電話 0956-55-7957 (いろは)

Mail：kodomo.fukushi.k@gmail.com

令和6年度 合同研修会 参加申し込み

事業所名 : _____

※法人名ではなく、障がい児通所支援事業所名をお書きください

事業所種別 : 児発 ・ 放デイ ・ 多機能型 (_____)

※いずれかに○をつけてください

担当者氏名 : _____

連絡先 : 電 話 _____

メールアドレス _____

No.	ふりがな 参加者氏名	勤務職種／年数 (例：児発管／2年目)	優先順位
①			
②			

※多くの事業所にご参加いただくため、定員を超えた場合は、お一人だけの参加をお願いする場合がありますので、右側に優先順位をお書きください。

1) 利用児童の担当相談支援事業所名をお書きください。(グループ分けの参考にするため差し支えなければ担当者までご記入ください。)

事前調査項目

2) 相談支援事業所(相談支援専門員)との連携についてよかったこと、困っていることなど、忌憚のないご意見をお願いします。(貴事業所の名前は公開しません)

3) 現在の定員の空き状況を教えてください(対象年齢・曜日・人数など)

4) 4月以降の定員の空き状況を教えてください(対象年齢・曜日・人数など)