**相談支援従事者初任者研修　事前課題**

３日目以降演習受講者用（相談支援専門員になられる方）

演習は、下記基本知識を習得していることを前提に行います。1部を郵送もしくはメール提出、1部は手元に控え演習に参加してください。

**空白や内容に不備等があった場合、再提出となります**。ご注意ください。

提出期日 令和5年8月25日（金）17時必着　※当日消印有効ではありません

提出先 一般財団法人 保健福祉振興財団 「福岡県相談支援従事者研修係」

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南4-2-10-5F

メールの場合：fukuoka\_info@hokenfukushi.or.jp

※メール件名に**必ず「相談初任研　受講番号　氏名」を表記**してください。

受講番号　　　　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 用　　語 | 内　　容 |
| 障害者総合支援法 |  |
| 居宅介護(ホームヘルプ) |  |
| 重度訪問介護 |  |
| 同行援護 |  |
| 行動援護 |  |
| 重度障害者等包括支援 |  |
| 療養介護 |  |
| 生活介護 |  |
| 短期入所 |  |
| 施設入所支援 |  |
| 自立訓練(機能訓練･生活訓練) |  |
| 就労移行支援 |  |
| 就労継続支援A型 |  |
| 用　　語 | 内　　容 |
| 就労継続支援B型 |  |
| 就労定着支援 |  |
| 自立生活援助 |  |
| 共同生活援助(グループホーム) |  |
| 補装具 |  |
| 自立支援医療 |  |
| 移動支援(ガイドヘルプ) |  |
| 日中一時支援 |  |
| 生活サポート |  |
| 訪問入浴サービス |  |
| 重度障害者入院時  コミュニケーション支援 |  |
| 日常生活用具 |  |
| 成年後見制度利用支援 |  |
| 地域活動支援センター |  |
| 児童発達支援センター |  |
| 保育所等訪問支援 |  |
| 放課後等デイサービス |  |
| 障害者相談支援事業 |  |
| 基幹相談支援センター |  |
| 用　　語 | 内　　容 |
| 地域自立支援協議会 |  |
| 身体障害者手帳 |  |
| 療育手帳 |  |
| 精神障害者保健福祉手帳 |  |
| 障害者更生相談所 |  |
| 児童相談所 |  |
| 発達障害者支援センター |  |
| 住宅改造相談センター |  |
| 高齢者･障害者総合支援  センター｢あいゆう｣ |  |
| 成年後見センター･リーガルサポートふくおか |  |
| ぱあとなあ福岡 |  |
| 社会福祉協議会 |  |
| 日常生活自立支援事業 |  |
| 障害者虐待防止法 |  |
| 障害者差別解消法 |  |
| 民生委員･児童委員 |  |
| 重度障害者医療費助成制度 |  |
| 福岡県難病相談･支援センター |  |
| 障害（基礎・厚生）年金 |  |
| 用　　語 | 内　　容 |
| 障害者就業・生活支援センター |  |
| 福岡障害者職業センター |  |
| 福岡障害者職業能力開発校 |  |