

# 平成 21 年度神奈川県相談支援従事者現任研修実施要領（横浜市）

## 1 目的

障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業者において、現在、相談支援専門員として従事する者を対象とした研修を実施します。この研修では、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、権利擁護等のサービスの総合的かつ適切な利用支援手法を学び、資質の向上を図ることを目的とします。

## 2 日程及び会場

全 3 日間

	月 日	時間	会場
1 日目	平成 21 年 12 月 10 日（木）	9:30～17:00	ウィリング横浜 12 階 126～127
2 日目	平成 21 年 12 月 16 日（水）	9:30～16:40	
3 日目	平成 21 年 12 月 17 日（木）	9:30～16:50	

## 3 研修カリキュラム

別紙のとおり

## 4 受講対象者

（１）に該当し、且つ、（２）～（４）のいずれかに該当する者。

- （１）都道府県または政令指定都市が実施した障害者ケアマネジメント従事者養成研修（18 年度以降相談支援従事者初任者研修）を修了した者及び同等の研修を修了した者
- （２）障害者自立支援法における指定相談支援事業所において相談支援専門員として現在従事している者
- （３）横浜市障害者相談支援事業要綱に基づく相談支援機関の相談員
- （４）その他、市が必要と認める者

### 【留意点】

- ・ 3 日間すべての科目を受講していただきます。遅刻・早退は認められません。
- ・ 相談支援専門員は、現任研修を 5 年に 1 回以上受講することが基本的な考え方として示されていますが、横浜市においては 2～3 年に 1 回の受講を推奨しています。
- ・ 受講申込と同時に事前課題を提出していただきます。  
様式は、10 月 20 日（火）以降、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→『横浜市からのお知らせ』からダウンロードできます。ホームページアドレス <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/> から入手してください。
- ・ なお、事前課題の提出が無い場合は受講決定ができません。

## 5 定員

40 名

受講希望者が定員を超えた場合は選考により決定します。

申込結果については平成 21 年 11 月 19 日（木）までに申込者の所属長あてに郵送で通知します。

## 6 修了証書

全日程・全科目の研修を修了した方には、修了証書を授与します。

## 7 参加費

無料（交通費等は自己負担）

## 8 受講申込方法

受講申込書に必要事項を記載し、所属ごとにお取りまとめの上、事前課題とともに郵送でお申し込みください。

## 9 申込締切

**平成 21 年 11 月 10 日（火）必着**

## 10 受講申込書送付先

横浜市社会福祉協議会 福祉保健研修交流センターウィリング横浜  
人材開発担当 「相談支援従事者現任研修担当」 行

【郵送の場合】

〒233-0002 横浜市港南区上大岡西 1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー内

【ファックスの場合】

0 4 5 - 8 4 7 - 6 6 7 6

## 11 その他

受講にあたって、手話通訳、要約筆記等を必要とする場合は、受講申込書の所定欄に記載してください。

研修会場には原則として公共交通機関を利用してください。

## 12 問い合わせ先

【日程・会場・申込について】

横浜市社会福祉協議会 福祉保健研修交流センターウィリング横浜  
人材開発担当 小田 ・ 岡野

電話 0 4 5 - 8 4 7 - 6 6 7 4 ファックス 0 4 5 - 8 4 7 - 6 6 7 6

【受講対象・カリキュラム内容について】

横浜市健康福祉局障害福祉課  
地域活動支援係 平木

電話 0 4 5 - 6 7 1 - 3 6 0 2 ファックス 0 4 5 - 6 7 1 - 3 5 6 6

※電話受付時間：土・日・祝日を除く 9 時から 17 時

**「平成21年度神奈川県障害者相談支援従事者現任研修(横浜市)」カリキュラム**

日程及び会場		時間	科目	講師
1 日 目	12月10日（木） ウィリング横浜 12階 126～127	9:30～ 9:40	開講式（あいさつ）	健康福祉局障害福祉課
			オリエンテーション	ウィリング横浜
		9:40～10:40	横浜市第2期障害者プランと 将来にわたるあんしん施策について	健康福祉局障害企画課 松田 米生
		10:50～11:40	地域生活支援事業について	健康福祉局障害福祉課 平木 美保
		11:50～12:50	初任者研修から見えてきた課題	横浜市総合リハビリテーションセン ター 成田すみれ・小田芳幸
		13:50～15:50	演習Ⅰ 事例報告（全グループ）	スーパーバイザー5名
		16:00～17:00	スーパービジョンについて	横浜市総合リハビリテーションセン ター 成田 すみれ
2 日 目	12月16日（水） ウィリング横浜 12階 126～127	9:30～ 9:40	オリエンテーション	ウィリング横浜
		9:40～16:40	演習Ⅱ スーパーバイザー参加の個別支援会議	スーパーバイザー5名 司会者 5名
3 日 目	12月17日（木） ウィリング横浜 12階 126～127	9:30～ 9:35	オリエンテーション	ウィリング横浜
		9:35～12:35	演習Ⅲ グループ発表	スーパーバイザー5名
		13:35～14:35	地域生活を支えるとは ～チームで支える、地域で支える～	横浜市総合リハビリテーションセン ター 成田 すみれ・小田芳幸
		14:45～16:35	地域自立支援協議会について	スーパーバイザー5名
		16:40～16:50	修了式	健康福祉局障害福祉課

※カリキュラムは、研修の進行状況によって変更することがあります。予めご了承ください。

※事前課題も一緒にご提出をお願いします。

平成 21 年度 神奈川県障害者相談支援従事者現任研修（横浜市）受講申込書

平成 21 年      月      日

※同一所属で複数の方が受講を希望する場合、必ず優先順位を記載してください。

(該当項目に○を付けてください。)

		所属内優先順位 (※)		
受 講 者 氏 名	ふりがな	性 別		
生 年 月 日	昭和      年      月      日      (      歳)			
修了した研修	ケアマネジメント研修 及び初任者研修	平成      年度修了	※修了していることが本研修の申込条件となります。	
	現 任 研 修	平成      年度研修修了	・      未修了	
所 属 部 署	事業所番号			
	名      称			
	所 属 長 名			
	住      所	〒		
	電      話			
	ファックス			
主たる相談業務	1      3 障害 (身障・精神・知的)      2      身体障害      3      精神障害      4      知的障害			
職 歴 および 年 数	※職歴の新しい順に記入      《記入例》相談支援専門員 1 年 7 ヶ月, 地域作業所職員 4 年			
	現在従事している業務	(      年      ヶ月)		
	旧	(      年      ヶ月)		
身体障害等により 受講に際して配慮 する必要のある事項	(      年      ヶ月)			
	手話通訳      ・      要約筆記      ・      点訳      ・      その他 (      )			

- ※ すべての日程に参加できることが受講条件となります。
- ※ 申込者が定員を超えた場合は選考をします。
- ※ 本受講申込書における個人情報については研修以外の目的で使用することはありません。

## 現任研修事前提出課題について

現任研修では、実際に皆さんが関わっている事例を用いて演習を実施します。研修初日から事例を用いますので、事前に別添様式に記載し、提出をお願いします。

### 1 事例テーマ

以下の3つから1つ選んでください。

- ① 就労支援（就労継続、就労移行等）
- ② 地域移行支援（長期入院・入所からの地域移行支援、地域生活継続支援等）
- ③ 家族支援（家族の課題が複雑に絡んでいる事例等）

### 2 個人が特定できる情報について

個人が特定できる情報は記載しないでください。名前、通院先名、通所先名、サービス事業者名等を、そのまま記載することは控えてください。

ただし事例検討をするために、必要なサービス名、機関名は記載してください。

<記入例>

名前 横浜花子等（仮名を必ずつけてください）

通院先 市内○総合病院、区内△精神科クリニック、県外☆大学病院等

日中活動先 ○○地域活動ホーム、△△地域作業所、☆☆クリニックデイケア等

他：A 自立生活支援アシスタント、B 生活支援センター、C ヘルパー事業者等

### 3 事例概要 提出様式①

**A4 サイズ1枚**で作成してください。他の受講者や、スーパーバイザーが読んでイメージできるように、記載してください。項目については必要に合わせて削除・追加してください。ただし、事例のテーマについては必ず記載してください。

### 4 利用者の基本情報 提出様式②

**A4 サイズ2枚（表裏で1枚にコピーします）**で作成してください。2の個人情報記載に気をつけてください。

### 5 個人情報取扱に関する誓約書・同意書

事前に誓約書の提出は求めませんが、今回の演習で知り得た情報は演習内のみの取扱をお願いします。

こちらへの同意書の提出は求めませんが、事例提出の対象者には、可能な限り、研修で事例検討に提出する旨の同意をもらってください。

事 例 概 要

利用者の基本情報

【事例テーマ ○をつける】 就労 ・ 地域移行支援 ・ 家族支援

【利用者氏名】 (仮名) \_\_\_\_\_ さん ( \_\_\_\_ 歳) 男・女

【事例提出理由】

.....  
.....  
.....  
.....

【健康状態】

.....  
.....  
.....  
.....

【障害の状況】

.....  
.....  
.....  
.....

【ADL の状況】

.....  
.....  
.....  
.....

【家族構成】

.....  
.....  
.....

【現在のサービス利用状況】

.....  
.....  
.....

【相談に至る経過】

.....  
.....  
.....  
.....

【主訴】

.....  
.....  
.....  
.....

作成者 :

氏名

所属

グループ No. ※事務局記載

利用者の基本情報

事例概要	
利用者（仮名）  才 男・女	介護度（            ）・区分認定（            ） 手帳認定：なし・あり 身体・知的・精神    ⇒    等級（            ）
■ 利用者の状況	
<input type="checkbox"/> 主訴および本人や家族の意向	
<input type="checkbox"/> 身体状況および精神状況	
■ ADL（特記すべき事項）	
■ 生活状況：平均的な1日の過ごし方	
■ 家庭生活の様子（家事：掃除、洗濯、食事の準備、買い物など）	
■ 対象者の生活背景(生活&職歴)	

