

平成 22 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 22 年 11 月 30 日 (火)	9:30～17:00	ウィリング横浜 12 階研修室
2 日目	平成 22 年 12 月 7 日 (火)	9:30～17:00	
3 日目	平成 22 年 12 月 8 日 (水)	9:30～17:00	

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 日間すべてのカリキュラム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 15 日(金)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 22 年 11 月 18 日 (木) に申込者の所属長あてに発送します。

6 修了証書

全日程・カリキュラムの研修を修了した方には、修了証書を授与します。
(遅刻・早退・欠席があった場合、受講終了とは認められず、修了書の交付を受けることはできません)。

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 22 年 11 月 10 日 (水) 必着※ファックスでは受付できません。

10 受講申込書送付先

【送付先】

〒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 4 階
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

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 045-847-6674 ファックス 045-847-6676

【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 内野

電話 045-671-3602 ファックス 045-671-3566

※電話受付時間：土・日・祝日を除く 9時から 17時

平成22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
1 日 目	11月30日(火) ウィリング横浜	9:30~ 9:40	開講式(あいさつ) オリエンテーション
		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
		10:50~11:40	地域生活支援事業について
		11:50~12:50	初任者研修から見えてきた課題
		13:50~15:50	演習Ⅰ 事例報告(全グループ)
		16:00~17:00	スーパービジョンについて
		2 日 目	12月7日(火) 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		
3 日 目	12月8日(水) ウィリング横浜	9:30~ 9:35	オリエンテーション
		9:35~12:35	演習Ⅲ グループ発表
		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~
		14:45~16:35	地域自立支援協議会について
		16:40~16:50	修了式

※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お願いします。

平成22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22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	手話通訳 ・ 要約筆記 ・ その他 ()			

※ すべてのカリキュラムに参加できることが受講条件となります。(遅刻・早退・欠席があった場合、受講終了とは認められず、修了書の交付を受けることはできませんのでお気をつけください。)

※ 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。