

# 令和6年度神奈川県障害者相談支援従事者初任者研修（横浜市）実施要領

## 1 目的

障害者総合支援法に基づく相談支援に従事する者を対象として、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等の援助技術を習得することを目的とします。

また、障害者総合支援法に基づく指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事する職員を養成します。

## 2 日程及び会場

全7日間 時間は概ね午前9時30分から午後6時00分まで（予定）

	日時	会場
令和6年度横浜市相談支援研修 I 1日目 映像配信（8月中旬から配信予定）		映像配信
令和6年度横浜市相談支援研修 I 2日目 令和6年9月10日（火）		ウィリング横浜 研修室 124～127 （横浜市港南区上大岡西 1-6-1）
1日目	映像配信	映像配信
2日目		
3日目	令和6年11月7日（木）	ウィリング横浜 研修室 124～127 （横浜市港南区上大岡西 1-6-1）
4日目	令和6年11月8日（金）	
5日目	令和6年12月10日（火）	
6日目	令和7年1月29日（水）	
7日目	令和7年1月30日（木）	

※インターバル期間（12月11日（水）～1月28日（火））に、実習を行います（参加及び課題提出必須）。受け入れを行う各区基幹相談支援センターや自立支援協議会に対象者の連絡先を提供します。

※本研修を受講するには、「令和6年度横浜市相談支援研修 I（基礎研修）」を併せて受講していただく必要があります。過年度に「相談支援研修 I（基礎研修）」を修了されている方も、同年度に「相談支援研修 I（基礎研修）」及び「相談支援従事者初任者研修」の修了が必須であるため、再度ご受講ください。

※上記研修に加えて、新規開設予定の方向けに、令和6年9月25日（水）の午前中の開設説明会を実施し、基幹相談支援センター職員との顔合わせ会を行います。（参加は任意です。）

## 3 研修カリキュラム

受講決定者に別途ご案内します。

## 4 受講申込要件

本研修を受講するには、「令和6年度横浜市相談支援研修Ⅰ」を受講することと併せて、下記のいずれかの要件を満たすことが必要です。

- (1) 指定相談支援事業所において相談支援専門員として業務を予定している者
- (2) 横浜市障害者相談支援事業要綱に基づく相談支援機関で相談業務に携わる者
- (3) 障害児者及び家族の相談支援業務に携わる者
- (4) その他横浜市が必要と認める者

※ 本研修は、神奈川県からの委託により横浜市が実施するもので、研修終了後に、横浜市内の事業所で相談業務を行う方を対象としています。(市外で活動予定の方は、活動予定地での研修を受講してください。)

### 【留意点】

- ・ 相談支援専門員として、令和6年度又は令和7年度中に横浜市内で活動を開始することを約束していただける方を優先的に選考します。  
※ 相談支援専門員として従事するためには、本研修の修了と実務経験が必要です。必要となる実務経験年数は、別紙「相談支援専門員の实務経験要件」をご参照ください。
- ・ 本研修は、実際に関わっている障害児・者相談事例を用いて演習を実施します(※複数回の事前課題の提出あり)。そのため、事例を提出できる方を受講対象者とします。予めご留意ください。
- ・ 本研修は、全日程の参加ならびに研修中に提示される課題の提出をもって修了となります。遅刻や早退、欠席は認められておりません。また、遅刻や早退、欠席に対する補講等もありませんので、ご注意ください。
- ・ 著しく受講態度が悪く(私語、居眠り、携帯電話の使用等)、繰り返し注意された方には、修了証書を交付できませんので、ご注意ください。

## 5 定員

144名

※申込者が定員を超過した場合は、相談支援専門員として来年度中に活動を予定している方を優先します。受講申込の受付フォームに記入の間違いや漏れのないようご注意ください。記入漏れなどがある場合、選考の優先順位が下がる場合がありますので、ご了承ください。

※申込結果については、令和6年8月上旬に申込者全員に郵送します。その際に、事前課題に関する案内も同封します。

## 6 修了証書

全課程の研修を修了した方に、修了証書を授与します。

## 7 参加費

12,000円(交通費等は自己負担)

※支払方法については、受講決定者に対して別途案内します。

※お支払いいただきました参加費は返金できません。あらかじめご了承ください。

## 8 受講申込方法

下記の URL もしくは二次元バーコードから、受講申込の受付フォーム画面に進んでいただき、**令和6年7月10日(水)まで**に申請をしてください。なお、法人名や事業所名は必ず正式名称を入力してください。

### 【URL】

<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/9cd9f7ae-42d8-4dfb-963e-0db6c3d61e59/start>

### 【二次元コード】



## 9 その他

- ・ 映像配信については、各自で受講を行ってください。
- ・ 身体障害等により受講にあたって、手話通訳、要約筆記等の配慮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。
- ・ 会場には駐車場のご用意はありませんので、公共交通機関にてお越しください。

## 10 問い合わせ先

下記問い合わせ先の電話受付時間は、いずれも午前9時から午後5時まで(土日祝祭日を除く)です。

### 【日程・会場について】

かながわ福祉サービス振興会 教育事業課 担当 初任者研修担当あて  
電話：045-210-0788 FAX：045-671-0295

### 【受講対象・カリキュラム内容・電子申請システムでの申込について】

横浜市健康福祉局 障害施策推進課 相談支援推進係 初任者修担当あて  
電話：045-671-4133 FAX：045-671-3566

# 相談支援専門員の実務経験要件

内は、厚生労働省告示第226・227号（平成24年3月30日）に加え、神奈川県として実務経験に含める業務の範囲

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
① 相談支援業務	ア 平成18年10月1日において、下記に掲げる事業等に従事しており、平成18年9月30日までの間に相談支援に従事した者 障害児相談支援事業 身体障害者相談支援事業 知的障害者相談支援事業 精神障害者地域生活支援センター ・ 障害児（者）地域療育等支援事業 ・ 市町村障害者生活支援事業	3年以上
	イ 相談機関等において相談支援業務に従事する者 障害児相談支援事業 身体障害者相談支援事業 知的障害者相談支援事業 児童相談所 身体障害者更生相談所 精神障害者地域生活支援センター 知的障害者更生相談所 福祉事務所 その他これらに準ずる施設 ・ 保健所 ・ 市町村役場	
	ウ 施設等において相談支援業務に従事する者 障害者支援施設 障害児入所施設 老人福祉施設 精神保健福祉センター 救護施設及び更生施設 介護老人保健施設 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター その他これらに準ずる施設 ・ 身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・ 知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者地域生活援助 ・ 精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助 ・ 知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設（入所、通所）、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関（肢体不自由児、重症心身障害児） ・ 地域活動支援センター、市町村から補助または委託を受けている作業所等	5年以上
	エ 保険医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 居宅介護職員初任者研修以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※1を有する者 (4) 上記アからウに掲げる業務に1年間以上従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
① 相談支援業務	才 就労支援に関する施設において、相談支援業務その他これに準ずる業務に従事する者 障害者職業センター 障害者就業・生活支援センター ・地域就労援助センター	5年以上
	カ 特別支援学校その他これらに準ずる機関において、障害のある児童及び就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事する者 特別支援学校 その他これらに準ずる機関 ・小学校、中学校の特別支援学級	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
② 直接支援業務	ア 施設等において介護業務に従事する者 障害者支援施設 障害児入所施設 老人福祉施設 介護老人保健施設 療養病床 その他これらに準ずる施設 ・身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者地域生活援助 ・精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助 ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設（入所、通所）、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関（肢体不自由児、重症心身障害児） ・地域活動支援センター、市町村から補助または委託を受けている作業所等	10年以上
	イ 障害福祉サービス事業等において介護業務に従事する者 障害福祉サービス事業 障害児通所支援事業 老人居宅介護等事業 その他これらに準ずる事業 ・改正前の身体障害者居宅介護、知的障害者居宅介護、児童居宅介護、精神障害者居宅介護、身体障害者デイサービス、児童デイサービス	
	ウ 保険医療機関等において介護業務に従事する者 保険医療機関 保険薬局 訪問看護事業所 その他これらに準ずる施設	

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
③ 有資格者等	ア 上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 居宅介護職員初任者研修以上に相当する研修を修了した者 (3) 保育士 (4) 児童指導員任用資格者 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5年以上 (①の期間との通算可能)
	イ 上記①及び②の業務に従事する者で、国家資格等※1による業務に5年以上従事している者	3年以上

※1 国家資格等とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士のことをいう。

注) 1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいうものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることをいう。