

# 平成 27 年度神奈川県障害者相談支援従事者現任研修(横浜市)実施要領

## 1 目的

この研修は、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な知識や援助技術を習得するとともに、資質の向上を図り、事業所内外において中核的・指導的役割を担う人材を育成することを目的とします。

なお、本研修は相談支援専門員の資格更新研修として位置付けられており、資格を更新するためには一定期間ごとに受講する必要があります。

## 2 日程及び会場

全 3 日間 (※終了時間は予定です)

	月 日	時間(予定)	会場
1 日目	平成 27 年 12 月 15 日 (火)	9:30～17:30	ウィリング横浜 12 階研修室
2 日目	平成 28 年 1 月 14 日 (木)	9:30～17:30	
3 日目	平成 28 年 1 月 27 日 (水)	9:30～17:30	

## 3 研修カリキュラム

別紙のとおり

## 4 受講対象者

### (1)(2)に該当し、且つ、(3)～(5)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相談支援従事者初任者研修(平成 18 年度以降)、または平成 17 年度までの障害者ケアマネジメント従事者養成研修及び平成 18・19 年度に実施した追加研修を修了した者 (必須条件)

(2) 相談支援専門員資格を失効していない者 (必須条件)

※平成 21 年度以前の相談支援従事者初任者研修、または障害者ケアマネジメント従事者養成研修及び平成 18・19 年度に実施した追加研修を修了した後に、本研修を一度も受けたことがない方は、既に資格を失効しています。

(3) 横浜市内の障害者総合支援法における指定相談支援事業所で、相談支援専門員として現在従事している者

(4) 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

(5) その他、横浜市が必要と認める者

相談支援専門員の資格を更新するためには、相談支援従事者初任者研修修了年度の翌年度から起算して、5 年目の年度末までに本研修を修了することが必要であり、以降 5 年間に 1 回以上本研修を受講し修了することが必要になります。そのため、平成 22 年度に相談支援従事者初任者研修を修了した方で、平成 23 年度から平成 26 年度までの間に一度も本研修を修了していない方は、今回本研修を受講・修了しなければ相談支援専門員資格を失効することになります。失効した場合は、相談支援専門員の資格要件を満たすために改めて初任者研修(全日程)を受講する必要があります。

なお、指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所には、相談支援専門員を 1 名以上配置することが必須要件となりますので、各指定相談支援事業所は、計画的な受講をお願いします。

### 【留意点】

- ・ 本研修は、全日程の参加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、受講証明書を交付できませんので、ご注意ください。
- ・ 受講決定者には、11月24日(火)までに事前課題を提出していただきます。事前課題の提出が無い場合は、研修の修了を認めることができませんので、予めご了承ください。

※事前課題の様式は、10月下旬までに「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』に掲載します。ご確認いただき、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。

## 5 定員

80名

※申込者が定員を超過した場合は、相談支援専門員の資格失効までの期間が短い方を優先するなど一定の要件に基づき選考を行い、受講者を決定します。

※申込結果については、**平成27年11月11日（水）までに申込者全員に郵送**します。  
(11月13日(金)を過ぎても申込結果が届かない場合は、お問い合わせください。)

## 6 受講者の推薦

受講希望者が所属長または障害者相談員(※)の場合を除き、本研修を受講するにあたって所属機関の所属長からの推薦が必要です。**必ず受講申込書の所属長推薦欄を記載**したうえで、申込書をご提出ください。

※障害者相談員とは、横浜市から委託を受けた地域で活動する障害者及び家族のことです。

## 7 修了証書

事前課題を提出し、全日程・全カリキュラムを修了した方には、修了証書を授与します。

## 8 参加費

無料（交通費等は自己負担）

## 9 受講申込方法

必要事項を記載した受講申込書とともに、これまでに受講した以下の研修の修了証の写し（A4サイズ）を必ず添付して、下記の送付先に**郵送**にてお申込みください。

※修了証を紛失した場合は、横浜市健康福祉局障害福祉部障害福祉課までお問合せください。

### 【全員必須】

①相談支援従事者初任者研修または②障害者ケアマネジメント従事者養成研修及び平成18・19年度に実施した追加研修の修了証

### 【該当者のみ：平成21年度以前に初任者研修を修了した方及び上記②の方】

相談支援従事者現任研修の修了証（※複数回終了している方は全ての修了証の写しを添付してください）

## 10 申込締切

平成27年11月2日（月）（必着）

## 11 受講申込書送付先

〒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  
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 「障害者相談支援従事者現任研修担当」 行

## 12 その他

- ・ 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。

## 13 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・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 鈴木・須藤

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 松浦・和栗

電話 045-671-3602 ファックス 045-671-3566

# 平成27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		時間	国基準	科目
1 日 目	12月15日(火)	9:30～9:45	開講式(あいさつ)	
			オリエンテーション	
		9:45～10:45	相談支援の基本姿勢及びプロセスについて 独自	相談支援の基本姿勢(講義)
		10:55～12:25		相談支援における面接技術の活用(講義) 面接体験(演習)
		13:25～15:40	障害者福祉の動向について	障害者福祉の動向(講義)
			地域生活支援事業について	地域生活支援事業(講義)
			協議会について	地域自立支援協議会について(講義)
		15:50～16:20		地域診断及び地域課題の抽出について(講義) 地域ネットワークの構築について(講義)
2 日 目	1月14日(木)	9:30～9:35	オリエンテーション	
		9:35～10:35	障害者ケアマネジメントの実践(演習) スーパーバイズ	スーパービジョンについて(講義)
		10:45～12:05		スーパービジョンの実際(演習) (個別スーパービジョンモデル) グループワーク
		13:05～13:35		グループスーパービジョンについて(講義)
		13:35～17:05 (休憩含む)		グループスーパービジョンの体験(演習) ※1事例60分(グループ全員分)
3 日 目	1月27日(水)	9:30～9:35	オリエンテーション	
		9:35～10:20	障害者ケアマネジメントの実践(演習) 独自	ケアマネジメントについて(講義)
		10:30～12:00		サービス等利用計画書の作成視点の気付き(演習)
		13:00～16:30 (休憩含む)		グループスーパービジョンの体験(演習) ※1事例60分(グループ全員分)
		16:30～17:00	独自	スーパービジョンの体験の報告 まとめ
		17:00～17:20		研修の振り返り
		17:20～17:30	修了式	

※カリキュラムは、変更することがありますので、予めご了承ください。

**申込締切:11月2日(月)必着**

所属内 優先順位	※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。
-------------	---------------------------------------

ふりがな			性 別	生年月日	
氏名				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
役職 職種					
修了した 研修 ※修了証の 写しを添付	初任者研修または ケアマネジメント研修 ※修了していることが 申込条件となります	初任者研修	ケアマネジメント研修		
		平成( )年度修了 (修了No. )	平成( )年度修了 (修了No. )	追加研修 (✓をつけてください) <input type="checkbox"/> 平成18年度 <input type="checkbox"/> 平成19年度	
	現任研修 (✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 平成( )年度修了 (修了No. ) <input type="checkbox"/> 未修了			
勤務先	法人名			事業所名	
	住所	〒( - )			
	TEL			FAX	
	指定特定相談支援事業所 (計画相談支援実施事業所)の申請状況 ※必ず✓ご記入ください。		<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 未定	申請予定時期( 年 月 ) 横浜市への相談日( 月 日 )	
	指定一般相談支援事業所 (地域移行・地域定着支援実施事業所)の申請状況 ※必ず✓ご記入ください。		<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 未定	申請予定時期( 年 月 ) 横浜市への相談日( 月 日 )	
職歴・年数	相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 経験あり → 従事期間 ( 年 月 ~ 年 月 ) <input type="checkbox"/> 経験なし			
	障害分野の相談員	業務内容	従事年数( 年 カ月 )		
	障害以外の分野の相談員	業務内容	従事年数( 年 カ月 )		
	上記以外の福祉職場経験年数	業務内容	従事年数( 年 カ月 )		
受講にあたり必要な配慮	<input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 点訳 <input type="checkbox"/> その他( )				
連(※先)	※上記勤務先と異なる場合のみご記入ください 【通知文送付先】 〒( - )			TEL	
				FAX	

所属長 推薦理由 及び署名欄	推薦理由 ※受講希望者が所属長の場合は不要
	所属長氏名

※すべてのカリキュラムに参加できることが申込及び修了の条件となります。(遅刻・早退・欠席があった場合、受講修了とは認められず、修了証書の交付を受けることはできません。)

※申込者が定員を超過した場合は選考をします。申込結果については、11月11日(水)までに全員に郵送します。

※ここでご記入いただく情報は、受講の承認及び不承認の決定、および申込結果の送付のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。加えて、受講決定者については、受講者台帳の作成、研修講師への情報提供、受講者相互交流等、本研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。