

平成 28 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 6 日間 時間は概ね午前 9 時から午後 5 時 15 分まで（予定）

	月 日		会場
1 日目	平成 28 年 8 月 2 6 日（金）		横浜市健康福祉総合センター
2 日目	平成 28 年 8 月 3 1 日（水）		横浜市健康福祉総合センター
3 日目	平成 28 年 9 月 2 日（金）		横浜市健康福祉総合センター
	①コース	②コース	
4 日目	平成 28 年 9 月 2 3 日（金）	平成 28 年 1 0 月 1 1 日（火）	ウィリング横浜
5 日目	平成 28 年 1 0 月 1 8 日（火）	平成 28 年 1 0 月 2 8 日（金）	
6 日目	平成 28 年 1 1 月 8 日（火）	平成 28 年 1 1 月 1 7 日（木）	

※ 4 日目以降は、いずれかのコースを受講していただきます。受講コースは指定させていただきます。コースの変更はできませんので、ご了承ください。

3 研修カリキュラム

別紙のとおり

4 受講対象者

- (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の相談員
- (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、横浜市内に所在する事業所、社会福祉法人等のみを対象としています。（市外に所在する事業所、社会福祉法人は、事業所・法人所在地での研修を受講してください。）

※ 平成23年度から平成27年度までに、神奈川県又はその他の都道府県等で実施した「相談支援従事者初任者研修」を修了された方は、本研修の対象ではありません。

【留意点】

- ・ 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。
- ・ 本研修は、実際に関わっている障害児・者相談事例のアセスメント票や支援計画等を提出していただき、5日目の研修で使用するため、事例を提出できる方を受講対象者とします。事例を提出できない場合は、5日目以降の研修を受講していただけないため、研修修了と認められません。あらかじめご注意ください。

※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「相談支援専門員の実務経験要件」をご参照ください。

※サービス管理責任者の補足研修の受講を目的とした本研修の受講申込が見受けられます。本研修について定員を上回る受講申込みのある中、サービス等利用計画の作成にあたるために受講を希望する方の受講機会を確保するため、平成28年度の補足研修と同年度の初任者研修の両方の受講を申し込んだ場合、初任者研修の選考順位を下げさせていただきます。

5 定員

各コース100名 計200名

※申込者が定員を超過した場合は、指定相談支援事業所として申請済み及び申請を予定している事業所の方を優先に選考します。受講申込書のチェック欄に記入漏れのないようご注意ください。

※申込結果については、平成28年8月3日（水）までに申込者全員に郵送します。

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推薦を受けていただく必要があります。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、横浜市長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

全課程の研修を修了した方に、修了証書を授与します。

8 参加費

6,000円（交通費等は自己負担）

9 受講申込方法

受講申込書に必要事項を記載し、郵送にてお申込みください。

【締切】：平成28年7月19日（火）（必着）

10 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初任者研修担当」 行

11 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。

12 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 星 ・ 村上

電話 045-847-6674 FAX 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 ・ 打木

電話 045-671-3602 FAX 045-671-3566

平成28年度神奈川県障害者相談支援従事者初任者研修(横浜市)カリキュラム(案)

日程及び会場	時間	科 目
【1日目】 8月26日(金) 横浜市健康福祉総合センター	9:30～9:35	オリエンテーション
	9:35～9:40	開講式
	9:40～12:20 (休憩10分含む)	障害者総合支援法について 障害者プラン・障害者計画と相談支援事業 支給決定までのプロセス
	13:20～14:50	相談支援専門員のあり方
	15:00～17:00	障害者ケアマネジメント(概論)
	17:00～17:15	実習ガイダンス
【2日目】 8月31日(水) 横浜市健康福祉総合センター	9:30～9:35	オリエンテーション
	9:35～12:35	障害者の地域生活について (パネルディスカッション)
	13:35～14:15	知的障害について
	14:15～14:55	発達障害について
	15:05～15:45	精神障害について
	15:45～16:25	身体障害について
【3日目】 9月2日(金) 横浜市健康福祉総合センター	9:30～9:35	オリエンテーション
	9:35～10:30	身体障害者が地域で生活していくための支援
	10:40～11:35	精神障害者が地域で生活していくための支援
	11:35～12:30	知的障害者が地域で生活していくための支援
	13:30～14:30	障害者総合支援法における地域生活支援
	14:30～15:30	障害者の権利を守る
	15:40～17:10	個別支援計画とサービス等利用計画 個別支援からの地域支援
【4日目】 ① 9月23日(金) ② 10月11日(火) ウィリング横浜	9:30～9:35	オリエンテーション
	9:35～16:35 (昼休憩1h含む)	ケアマネジメントの展開
	16:35～17:30	実習ガイダンス
【5日目】 ① 10月18日(火) ② 10月28日(金) 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Ⅰ
	13:35～17:35	演習Ⅱ
【6日目】 ① 11月 8日(火) ② 11月17日(木) 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(グループ発表・まとめ)
	13:35～16:35	地域自立支援協議会の役割と活用
	16:35～17:05	研修の振り返り
	17:05～17:20	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。

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	<p>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</p> <p>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</p> <p>・ 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</p>	3年以上
	<p>イ 相談機関等において相談支援業務に従事する者</p> <p>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</p> <p>・ 保健所 ・ 市町村役場</p>	5年以上
	<p>ウ 施設等において相談支援業務に従事する者</p> <p>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</p> <p>・ 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</p> <p>・ 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</p> <p>・ 精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助</p> <p>・ 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）</p> <p>・ 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</p>	
	<p>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</p> <p>（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</p>	

業務の種類	業務の範囲	必要経年数
① 相談支援業務	オ 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	必要経過年数
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。

平成28年度神奈川県障害者相談支援従事者
初任者研修(横浜市)受講申込書

申込締切: 7月19日(火) 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。
-------------	---

★申込結果を郵送でお送りします。楷書にて、正確にご記入ください。

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	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		職種			
(活動団体 勤務先)	法人 団体名		事業所 団体名称			
	活動内容		TEL			
			FAX			
	住所	〒()				
	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✓を入れてください。		<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定なし	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✓を入れてください。		<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定なし	申請予定時期(年 月) 横浜市への相談日(月 日)			
資格等 (該当するもの 全てに✓)	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 教員免許 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
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 絡 ※ 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】〒()					
	【宛名】	TEL		FAX		
職 歴 ・ 年 数	※職歴の新しい順に記入 (記入例)相談支援専門員1年, 地域作業所職員2年6ヶ月, ケアプラザコーディネーター3ヶ月					
	★現在従事して いる業務 (年 カ月)					
	↓ (年 カ月)					
	旧 (年 カ月)					

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
----------------------	--

※申込者が定員を超過した場合は指定申請の“申請済み”及び“予定あり”の事業所を優先に選考します。記入漏れがあった場合には、受講優先順位を最下位とします。申込結果については、8月3日(水)までに全員に郵送します。

※すべての日程に参加できることが申込および修了の条件となります。

※受講者は、各自実際に関わっている事例を提出し、演習に用いることとなりますので、障害児者支援事例の提出ができる方を対象とします。事例提出ができない場合は、5日目以降の研修への参加ができないため研修修了とはなりませんので、あらかじめご留意ください。

※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。