

平成 30 年度

横浜市相談支援研修Ⅱ 開催のお知らせ

相談支援に従事している皆さんへ



相談者との関係づくりに困っていませんか？

相談支援には、相談者と支援者との信頼関係が必要です。

しかし、日ごろの実践の中で、「何だか関係を築きづらいな…」「支援が深まらないな…」と感じることはありませんか？

本研修では、相談支援において軸となる【相談者との関係づくりに必要な視点・スキル】について、講義と演習を交えながら学んでいきます。

何となくモヤモヤしている部分を改善したい方は、一人で悩まず、ぜひ本研修をご受講ください！

※本研修は【横浜市相談支援研修Ⅲ】と連動させて構成しています。両コースを連続して受講していただくことで、より学びを深めることができますので、ぜひ両コースともにお申込みください。

※本研修は、昨年度の本研修とほぼ同じ内容です。



1 日時及び会場

平成 30 年 6 月 26 日（火） 午前 10 時 00 分～午後 5 時 30 分まで ※受付開始：9 時 45 分～
横浜ラポール （港北区鳥山町 1752） ※公共交通機関にてお越しください。

2 対象者及び定員

横浜市内の事業所
の方が対象です。

次のいずれの要件も満たす方 48 名

- （１）相談支援に従事して概ね 3 年目程度の経験のある方
 - （２）相談支援研修Ⅰ（旧基礎研修）又は相談支援従事者初任者研修を修了した方
- ※相談支援研修Ⅰは今年度（5 月 29 日、30 日開催）の受講予定の方も含みます。

3 申込み

受講料は、
無料です。

指定の申込書に必要事項をご記入の上、申込書に記載している提出先に平成 30 年 5 月 22 日（火）（必着）までに F A X にてお申込みください。

4 受講者の確定

- ・ 申込者数が定員を大きく上回る場合は、受講していただけないことがあります。
- ・ 受講いただけない場合のみ、6 月 4 日（月）までに連絡させていただきます。なお、本研修と【横浜市相談支援研修Ⅲ】の両方のお申込みいただいた方を優先して選考させていただきます。
- ・ 連絡がない場合は受講いただけますので、研修会場に直接お越しください。



<担当>

健康福祉局障害福祉課地域活動支援係 吉原・和栗

TEL：045-671-3602 FAX：045-671-3566

研修のカリキュラム（予定）

時 間	内 容	担 当
10:00 ～10:05	開 講	健康福祉局障害福祉課
10:05 ～10:45	イントロダクション	てらん広場相談室 相談員 藤瀬博子氏
10:45 ～12:45	相談初期に必要な視点 ～インテーク、アセスメント～	神奈川区基幹相談支援センター 主任相談員 関一樹氏
休 憩		
13:45 ～15:45	面接の基礎知識（ステップ1）	てらん広場相談室 相談員 藤瀬博子氏
16:00 ～17:20	記録の基礎知識	瀬谷区基幹相談支援センター 主任相談員 渡辺 由美子氏
17:20 ～17:30	まとめ	てらん広場相談室 相談員 藤瀬博子氏

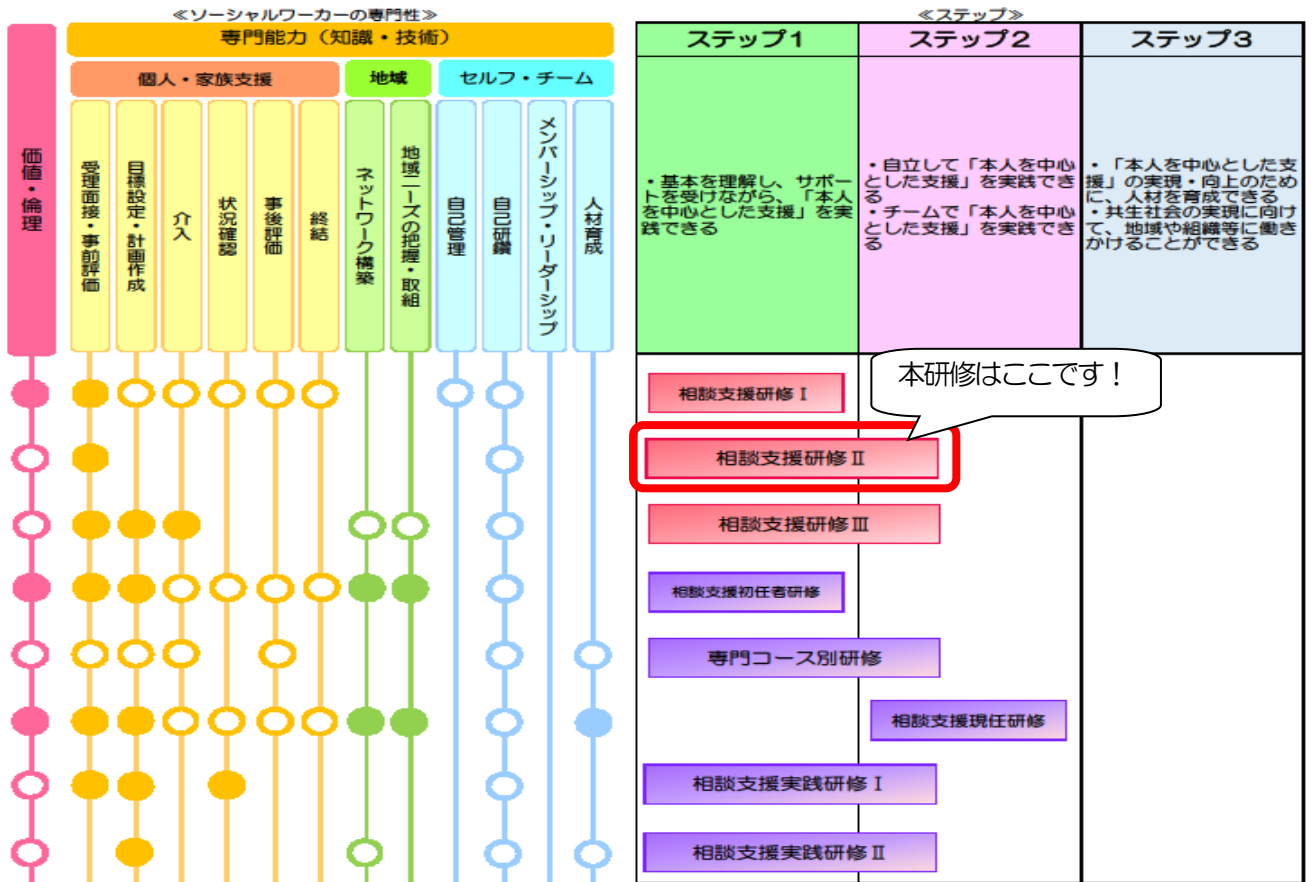
※ カリキュラムは、現時点での予定であり、変更が生じる可能性があります。
予めご了承ください。

☆本研修の学びの流れ☆

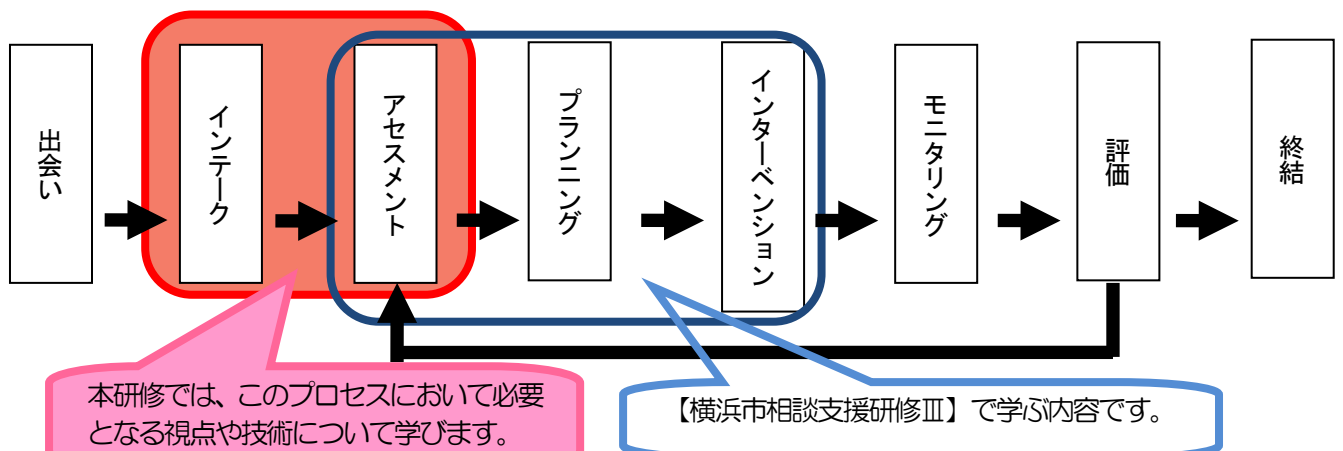


☆本市研修体系における位置づけ☆

障害福祉分野における相談支援従事者（ソーシャルワーカー）の人材育成指標に応じた市域の相談支援研修体系（平成30年度版）



☆ケアマネジメントプロセスにおける研修内容☆



＊ ＊ 横浜市相談支援研修Ⅱについて ＊ ＊

Q 計画相談支援を担当していないが、この研修を受講できますか。

計画相談支援に限らず、障害のある方の相談支援に従事している方を対象としているため、計画相談支援を担当していない方もお申込みいただけます。

Q 計画相談支援を実施する相談支援専門員になるために必要な研修ですか。

相談支援専門員になるために修了が必須の研修ではありません。

Q 修了証は発行されますか。

資格を取得するための研修ではないため、修了証は発行しません。

<提出先>

健康福祉局障害福祉課地域活動支援係 和栗

FAX：045-671-3566（送付状は不要です。）

横浜市相談支援研修Ⅱ 受講申込書

法人名 _____ 事業所名 _____

担当者 _____ 連絡先 _____

受講者氏名	年齢	相談支援 従事期間	その他の業務 従事期間	相談支援研修 Ⅰ（旧基礎研修） 修了有無	初任研 修了有無	本研修 受講有無	事業所内 優先順位
		年 月 日 年 月 日	年 月 日 業務内容：	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	
		年 月 日 年 月 日	年 月 日 業務内容：	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	
		年 月 日 年 月 日	年 月 日 業務内容：	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	有・無 ↓ ()年度	

この研修を何でお知りになりましたか。

（該当する番号に○をつけてください。）

- 1 障害福祉情報サービスかながわ（らくらく）
- 2 区協議会
- 3 その他（ ）

※申込書は、平成30年5月22日（火）必着までにFAXにてご提出ください。

※申込者が定員を大幅に超過するなどの理由により受講いただけない場合のみ、記載していただいた連絡先に連絡いたします。連絡が入らない場合は、受講可能とご理解ください。