

川崎市相談支援従事者初任者プレ(基盤)研修 ～障害のある方に関わるうえで 大切なこと～

障害のある方に関わるうえで大切なことは何でしょう。
相談支援に必要な知識や技術は、【価値・倫理】を根拠に活用していくものです。基本的なケアマネジメントを学ぶことは支援の第一歩となります。

川崎市では、障害福祉に従事するために必要な価値・知識・技術を学ぶ機会として、「相談支援従事者プレ(基盤)研修」を実施いたします。**「令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)」を受講される方は、本研修の受講が前提となります。**障害福祉に関心のある方も、ぜひ本研修をご受講ください。



日 時：令和元年 6 月 4 日 (火) 9 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
5 日 (水) 9 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

会 場：川崎市スポーツ・文化総合センター(カルッツかわさき) 1 階 大会議室 1~4
(住所：川崎市川崎区富士見 1-1-4)

資 料 代：2, 0 0 0 円

対 象 者：下記の①～⑤のいずれかに該当し、全 2 日間参加できる方

- ①指定相談支援事業者(指定特定、障害児、指定一般)において相談支援専門員の業務に従事するために、令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)を受講予定の者
- ②相談支援に従事する川崎市行政職員
- ③障害福祉に従事している者
- ④障害福祉に関心がある介護保険従事者、ケアマネジャー、高齢者施設職員等、行政職員
- ⑤その他、市が必要と認める者

定 員：2 0 0 名(受講希望者が定員を上回った場合は、選考により受講者を決定します。)
締 切：令和元年 5 月 2 7 日 (月) 1 2 時<<必着>>

【研修事務局】

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会
川崎市高齢社会福祉総合センター
〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-11-1
TEL 044-976-9001
FAX 044-976-9000

詳しくは、「令和元年度川崎市
相談支援従事者初任者プレ(基
盤)研修～障害のある方に関わ
るうえで大切なこと～」実施要
領をご確認ください。

令和元年度 川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修 ～障害のある方に関わるうえで大切なこと～ 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ために神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）の受講を希望する者等が、基本的な相談支援に関する知識や技法、相談支援に必要な職業倫理や価値等について学ぶことを目的として実施いたします。

なお、この研修は、神奈川県から川崎市が委託を受けた「相談支援従事者等養成研修」として実施するものです。

2 実施主体

川崎市 ※社会福祉法人川崎市社会福祉協議会に事業委託して実施します。

3 日程及び会場

全2日間、会場は川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）です。会場への交通については、P.10「会場のご案内」をご確認ください。

1日目：令和元年6月4日（火）9：30～17：00

2日目：令和元年6月5日（水）9：30～17：00

4 研修カリキュラム

P.6「研修カリキュラム」のとおり

5 定員

200名

6 受講対象者

次の（1）から（5）いずれかの者

- （1）指定相談支援事業者（指定特定、障害児、指定一般）において相談支援専門員の業務に従事するために、令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）を受講予定の者
- （2）相談支援に従事する川崎市行政職員
- （3）障害福祉に従事している者
- （4）障害福祉に関心がある介護保険従事者、ケアマネジャー、高齢者施設職員等、行政職員
- （5）その他、市が必要と認める者

【令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）を受講予定の方へ】

- ・ 「令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）」を受講するにあたっては、本研修の受講修了が前提となります。過年度のプレ（基盤）研修を修了されている方も、再度受講するようにしてください。必ず初任者研修の実施要領もご確認ください。

【お申込みされるすべての方への留意事項】

- ア 2日間すべて受講可能な方を対象とします。
- イ 本研修は川崎市内に所在地を置く事業所・施設等に勤務されている方のみを対象としています。
- ウ 資格を取得するための研修ではないため、修了証書は交付されません。
- エ 本研修は、川崎市計画相談支援体制強化事業費補助金（※）における交付要件「川崎市が実施する相談支援従事者研修」に該当します。

《川崎市計画相談支援体制強化事業費補助金とは・・・》

指定特定相談支援事業所等の拡充に向け、令和元年度において、所定の交付要件を満たした指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所に対し、新たに配置した常勤専従の相談支援専門員 1 名につき 130 万円を上限に補助するものです。

概要は、「障害福祉情報サービスかながわ（URL <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」の「書式ライブラリ」→「3. 川崎市からのお知らせ」→「1. 川崎市からのお知らせ」→「計画相談支援体制強化事業費補助金（案）概要のお知らせ及び意向調査」→「2. 計画相談支援体制強化事業費補助金（案）概要」に掲載しています。募集・申請は4月～5月を予定しています。

7 受講料および資料代

受講料は無料です。ただし、受講に必要な**教材費等 2,000円**は、資料代として受講者負担とします。（支払方法等詳細は、受講決定通知とともにご案内します。）

※ 交通費等その他経費については自己負担となります。

8 受講者の推薦・申込み

（1）推薦・申込について

・受講希望者は、「令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修申込書 神奈川県相談支援従事者初任者研修受講推薦書（P.7）」に必要事項を漏れなく記入の上、申込ください。詳しい申込手順は、P.4「申込方法について」をご参照ください。

※ 申込締め切り後は一切受け付けませんので、ご注意ください。

※ 申込書に未記載の箇所等があった場合、受講を見送りとさせていただきます。

（2）申込書式 別紙様式

※ ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ（URL <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」の「書式ライブラリ」→「3. 川崎市からのお知らせ」→「1. 川崎市からのお知らせ」に掲載します。

(3) 申込期限

令和元年5月27日(月) 12時《必着》

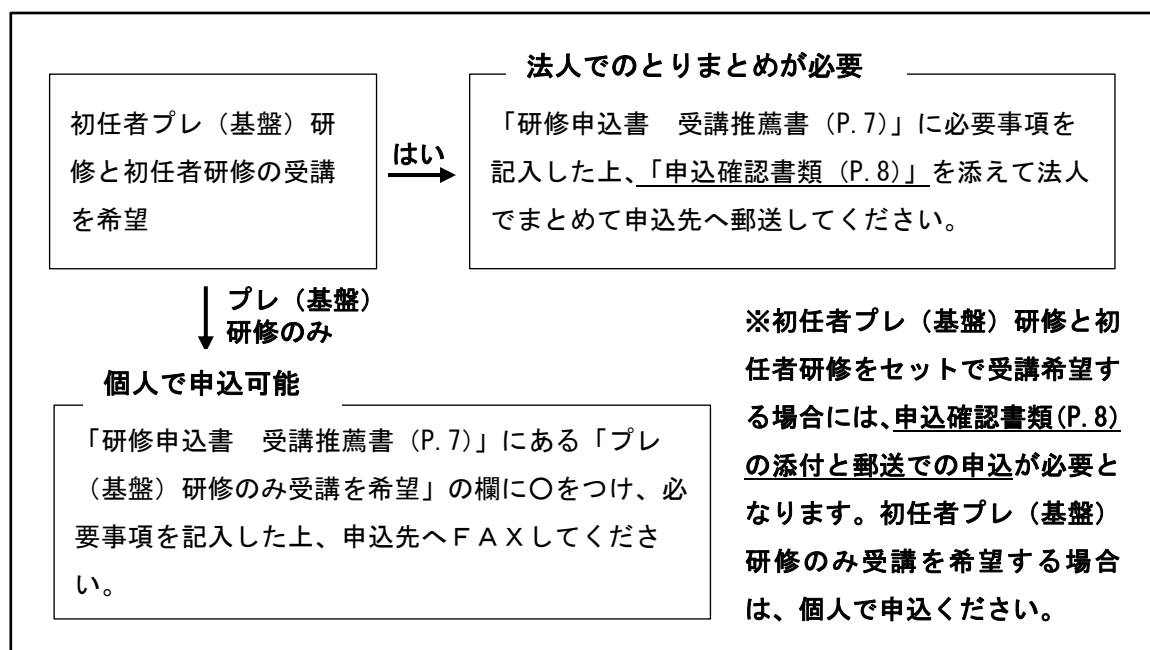
(4) 申込先 〒214-0035 川崎市多摩区長沢2-11-1

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 川崎市高齢社会福祉総合センター

「令和元年度 相談支援従事者研修」事務局 行

電話 044-976-9001 FAX 044-976-9000

【申込方法について】



- 受講希望者が定員を上回った場合は、選考により受講者を決定します。(先着順ではありません。)
- 受講決定通知(受講の可否)については、5月末日頃までに送付します。末日を過ぎても通知が届かない場合には、お手数をお掛けいたしますが、事務局までご連絡ください。
- 指定相談支援事業者として「申請済み」または「申請予定あり」の事業所の方を優先的に受講決定します。受講申込書のチェック欄に記入漏れのないようにご注意ください。

10 その他

- (1) 遅刻および早退は、欠席とみなします。通勤時間帯による混雑や天候を考慮の上、余裕をもってご来場ください。
- (2) 著しく受講態度が悪い場合(私語、居眠り、携帯電話の使用等)、ご退室頂きますのでご注意ください。

(3) 受講にあたって手話通訳、点訳教材等を必要とする方は、受講申込書の所定欄に記載してください。なお、受講申込書の所定欄「その他」において、人員や専門性を要する直接の支援を必要とする方につきましては、別途ご相談ください。

(4) 会場に駐車場はありませんので、ご了承ください。公共交通機関をご利用ください。

(5) 研修を通して知り得た個人情報、当該研修業務の運営及び川崎市における計画相談に関する施策等の推進以外に使用されることはありません。

なお、上記目的の範囲内において、事業所所在地の各区に研修修了者の情報を提供する場合がありますので、あらかじめご承知ください。

(6) 令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修の開講日に、自然災害（台風等）及び事故等が発生した場合、開講しないまたは開始時刻を遅らせることがあります。その場合には、開講当日の午前8時30分までに、障害福祉情報サービスかながわ及び社会福祉法人川崎市社会福祉協議会 川崎市高齢社会福祉総合センターのホームページにその旨を掲載いたしますので、ご確認ください。

URL

障害福祉情報サービスかながわ <http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>

川崎市高齢社会福祉総合センター <http://www.kourei-c.jp/>

11 講座全般に関する問い合わせ先

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・カリキュラム内容等について】

社会福祉法人川崎市社会福祉協議会

川崎市高齢社会福祉総合センター／人材開発研修センター

担当 本竹 木村

電 話 044-976-9001

FAX 044-976-9000

【受講対象・制度について】

川崎市健康福祉局 障害保健福祉部 障害計画課

電 話 044-200-0871

FAX 044-200-3932

研修カリキュラム

	時 間	min	科 目
1 日 目	9:30～9:45	15	開 講
	9:45～10:45	60	川崎市の相談支援の取組み（価値）
	10:45～10:55	10	休憩
	10:55～12:25	90	【知識】 障害者福祉を取り巻く条約や法律を理解しよう
	12:25～13:25	60	お昼休憩
	13:25～15:35	130	【知識】 生活のしづらさを理解する
	15:35～16:50	75	当事者の方のお話
	16:50～17:00	10	事務連絡

2 日 目	9:30～9:40	10	事務連絡
	9:40～12:00	140	【価値】 ケアマネジメント実践
	12:00～13:00	60	お昼休憩
	13:00～16:00	180	【技術】 ケアマネジメント実践
	16:00～16:10	10	休 憩
	16:10～16:30	20	川崎市の相談支援専門員の熱い思い!!
	16:30～17:00	30	初任者研修オリエンテーション

※カリキュラムは現時点での予定です。変更が生じる可能性がありますので、恐れ入りますが予めご了承ください。

令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ(基盤)研修申込書
 神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)受講推薦書

申込締切: 令和元年5月27日(月)12時必着

法人内 優先 順位	※同一法人から複数人お申し込み される場合は、必ずご記入ください。
-----------------	--------------------------------------

いずれかに○を つけてください→		初任者プレ(基盤)研修と初任者研 修の受講を希望		初任者プレ(基盤)研修のみ受講を希望 ※受講の可否は事業所住所にお送りします。	
ふりがな		生年月日			
受講者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日	
相談支援 従事予定	<input type="checkbox"/> 相談支援業務に従事している		<input type="checkbox"/> 相談支援業務に従事予定 (平成 年 月)		<input type="checkbox"/> 従事する予定はない
受講者 所属	法人および 事業所名				
	事業所電話	<input type="checkbox"/> 機関種類 別紙1を参照 してください。			
	事業所FAX				
	事業所住所	〒()			
資格等 (○をつけてください)	社会福祉士・精神保健福祉士 介護福祉士・介護支援専門員 看護師・保育士 社会福祉主事任用資格 その他()・なし		職種 (○をつけてください)		介護職・相談援助職 看護職・管理職 事務職・ケアマネージャー その他()
障害福祉業務 従事年数 平成31年5月現在	①相談支援業務			年 月	
	②直接支援業務(介護業務)			年 月	
	③障害者就業・生活支援センター等における相談支援業務			年 月	
	④特別支援学校における相談支援業務			年 月	
研修を受講する際に 必要な配慮		<input type="checkbox"/> 車いすの使用の有無 <input type="checkbox"/> 介助犬の同伴 <input type="checkbox"/> 点字教材 <input type="checkbox"/> 拡大文字資料 <input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記者 <input type="checkbox"/> その他()			
申請状況: 指定相談支援事業所として「申請済み」または「申請予定あり」の事業所の方を優先的に受講決定します。					
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 ※法人・団体としての申請状況		<input type="checkbox"/> 申請済み	<input type="checkbox"/> 予定あり	申請予定時期 (年 月)	
		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定なし	川崎市への相談日(年 月)	
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 ※法人・団体としての申請状況		<input type="checkbox"/> 申請済み	<input type="checkbox"/> 予定あり	申請予定時期 (年 月)	
		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 予定なし	川崎市への相談日(年 月)	

令和元年度神奈川県相談支援従事者初任者研修(川崎市)の受講者として、次の者を推薦します。
 (初任者プレ(基盤)研修のみ受講を希望の方は記入不要)

所属長記入欄	法人名		
	役職・氏名		印
推薦理由			

○申込みは一人一枚としてください。

○氏名・生年月日は初任者研修において修了証書に記載しますので、お間違いのないよう正式にご記入ください。

※申込者が定員を超えた場合は、川崎市相談支援従事者初任者プレ(基盤)研修受講者や指定申請の「申請済み」または「予定あり」の事業所を優先します。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。

※ここでご記入いただく情報は、当該研修業務の運営及び川崎市における計画相談に関する施策等の推進以外の目的で使用するは一切ありません。

使用目的: 受講の承認及び不承認、申込結果の送付、受講者・修了者名簿の作成、研修講師・指導者への情報提供、本研修事業関連、川崎市における計画相談に関する施策等の推進

令和元年度川崎市相談支援従事者初任者プレ（基盤）研修
および神奈川県相談支援従事者初任者研修（川崎市）
申込書類確認書

※本紙も必ず同封してください。

法人・団体名（※必須）	
法人住所及び連絡先（※必須） 緊急の場合等、メールでご連絡させていただきます。	〒 — TEL : () ／ FAX : () Mail :
取りまとめ担当者名（※必須）	
決定通知等送付先 (※上記住所と異なる場合のみ記載)	〒 TEL : ()

* 決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。法人住所と異なる場所への送付を希望する場合は、上記「法人住所」に送付先を記載ください（受講者ごとに異なる送付先にすることはできません）。

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください。

- ☐ 申込書に所属長（推薦者）印を押しましたか
- ☐ 法人から複数の受講者申込をする場合、法人内優先順位を全員分記載しましたか
- ☐ 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか
- ☐ 受講申込者全員分の申込書が入っていますか

【受講申込者一覧】 全受講申込者を下の欄に記載ください。

優先順位	受講者名	事業所名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

(別紙1)

機関種類一覧表

No.	機関の種類
1	指定特定相談支援
2	地域移行支援
3	地域定着支援
4	障害児相談支援事業所
5	施設入所支援
6	居宅介護
7	行動援護
8	同行援護
9	重度訪問介護
10	短期入所
11	生活介護
12	療養介護
13	自立訓練(機能訓練)
14	自立訓練(生活訓練)
15	宿泊型自立訓練
16	就労移行支援
17	就労継続支援(A型)
18	就労継続支援(B型)
19	共同生活援助(グループホーム)
20	障害児入所施設
21	児童発達支援センター(療育センター)
22	児童発達支援事業所(療育センター以外)
23	放課後等デイサービス
24	保育所等訪問支援
25	地域活動支援センター
26	介護保険事業所(居宅介護支援・介護予防支援)
27	介護保険事業所(居宅介護支援・介護予防支援以外)
28	保健福祉センター・健康福祉ステーション
29	障害者センター・障害者更生相談所・精神保健福祉センター・児童相談所
30	その他

※推薦元の機関について、**主なものを番号で3つまで**受講申込推薦書に御記入ください。

※「30 その他」についても、番号のみの御記入で構いません。

会場のご案内

会場 川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき） 1階 大会議室 1～4

住所：川崎市富士見 1-1-4

電車：JR 川崎駅・京急川崎駅より徒歩 15 分

バス：川崎駅東口バスターミナルより乗車 5 分「教育文化会館前」

・川崎市営バス

（系統番号：川 04・川 05・川 07・川 10・川 13・川 15）

・臨港バス（系統番号：川 02・川 03）

