

# 令和元年度 神奈川県相談支援従事者現任研修（川崎市）実施要領

## 1 目的

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、就労、教育など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及び困難事例に対する支援方法について助言を受けるなど、日常の相談支援業務の検証を行うことにより相談支援に従事する者の資質の向上を図ることを目的とする。

## 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

- 講義 1 日・演習 2 日間の全 3 日間の研修で、演習のみ A と B の 2 コースに分けて実施します。いずれのコースも、研修内容は同じです。
- 受講コースは指定させていただきます。変更はできませんので、ご了承ください。
- 研修時間は概ね 10 時 00 分から 18 時 00 分までを予定しています。

|      |      | 日にち               | 会 場  |
|------|------|-------------------|--|
| 共通講義 | 1 日目 | 令和元年 11 月 25 日（月） | 川崎市スポーツ・文化総合センター<br>カルッツかわさき<br>1 階 大会議室<br><br>(川崎区富士見 1-1-4) |
| 演習 A | 2 日目 | 令和元年 12 月 11 日（水） |  |
|      | 3 日目 | 令和元年 12 月 12 日（木） |  |
| 演習 B | 2 日目 | 令和元年 12 月 17 日（火） |  |
|      | 3 日目 | 令和元年 12 月 18 日（水） |  |

## 4 研修カリキュラム

別紙 1 「令和元年度 神奈川県相談支援従事者現任研修（川崎市）カリキュラム」のとおり

## 5 定員

120 名（60 名×2 コース） ※受講希望者が定員を超えた場合は選考により決定します。

現在川崎市内に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現任研修（川崎市）」を受講予定の者で、次の（1）から（3）いずれかの者

- (1) 申込時点において、川崎市内に所在する指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所で相談支援専門員として業務を予定している者、もしくは上記事業所で相談支援専門員として業務を予定している者
- (2) 障害児者等の相談支援業務に従事する市職員
- (3) その他、市が必要と認める者

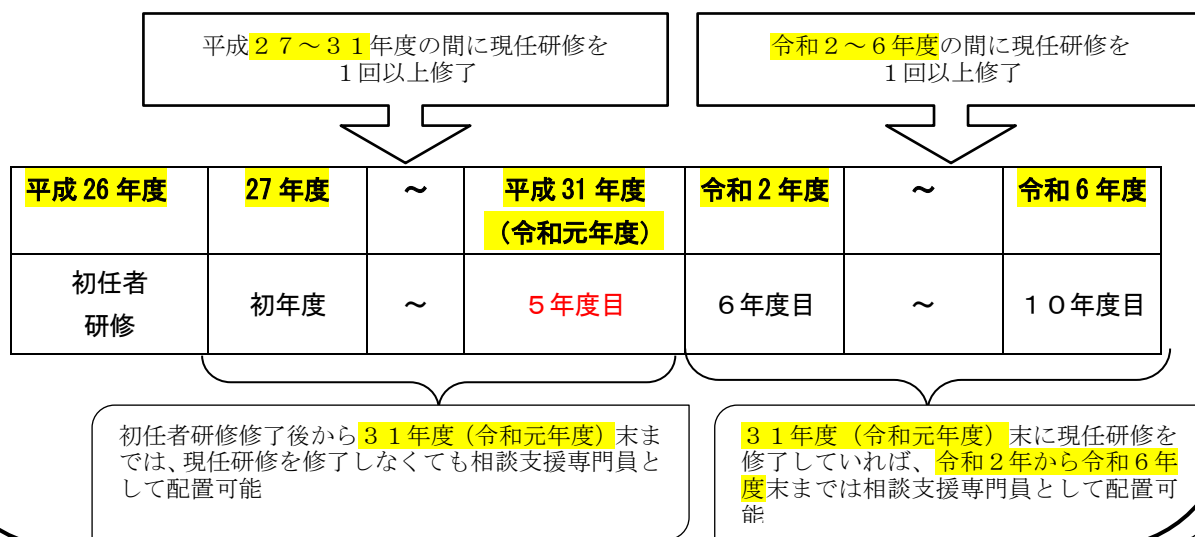
## 【留意事項】

- ア 3日間すべて受講可能で、かつ演習事例を提出できる者を受講対象とします。
- イ 相談支援従事者初任者研修を修了している必要があります。
- ウ 本研修は神奈川県の実務により川崎市が実施するもので、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を対象としています。
- ※今後勤務予定の方、開所予定の事業所も対象となります。
- ※市外に所在地を置く事業所・施設等は、所在地で実施される研修を受講してください。

相談支援専門員は、相談支援従事者初任者研修を修了した年度の翌年度を初年度として、5年以内に当該研修を修了する必要がある、以後5年間に1回以上受講することが必要です。指定相談支援事業所等は、相談支援専門員の計画的な受講にご配慮をお願いします。平成26年度初任者研修修了者は、今年度中に現任研修を受講し修了する必要があります。

## 《参考》相談支援専門員の資格の更新

- 相談支援専門員は、相談支援従事者初任者研修を修了し、修了した年度の翌年度を初年度として、5年目の年度末までに現任研修を修了する必要がある、以降、5年間に1回以上現任研修を受講し修了することが必要となります。(5年度ごとに更新)



## 7 受講者の推薦・申込み

- (1) 推薦・申込みについて
  - 受講希望者は、所属する法人から本研修の受講について推薦を受けていただく必要があります。
  - 「令和元年度 川崎市相談支援従事者現任プレ・現任研修 申込受講推薦書 (P.6)」に必要事項を漏れなく記入し、法人でとりまとめの上、郵送にてお申し込みください。

- (2) 同一所属から複数名の受講を希望する場合は、必ず所属内での優先順位を受講申込推薦書の「所属内優先順位」の欄にご記入ください。
- (3) **初任者研修の修了証書のコピー（A4サイズ）を必ず添付**してください。
- (4) 現任研修を修了している者は、**現任研修修了証書のコピー（A4サイズ）を必ず添付**してください。複数回修了している者は、**今までに修了した全ての修了証書のコピー（A4サイズ）を必ず添付**してください。
- (5) 平成17年度以前に障害者ケアマネジメント従事者養成研修を修了した者は、別途追加研修修了証並びに現任研修の修了証書が必要になりますので併せて添付してください。
- ※申込締め切り後や郵送以外の提出は受け付けません。

## 8 受講申込書送付先

〒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 人材開発研修センター  
 「相談支援従事者 現任プレ研修・現任研修担当」 行

締め切り

**9月19日(木)17時《必着》**

\*必ず封筒に研修名を明記してください。上記枠内をコピーして封筒に張り付けても可です。

## 9 受講者の決定

- 受講の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いたします。(先着順ではありません)
- ※申込者が定員を超えた場合は、受講しないことによって相談支援専門員資格を失効してしまう時期がより近い者、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・書類不備があった場合には、受講優先順位を最下位とします。
- ※修了証のコピーが添付されていない場合も書類不備となりますので、ご注意ください。
- 申込結果については、令和元年10月11日(金)までに推薦者宛に書面(受講決定通知)にてお知らせします。お電話等でのお問い合わせにはお答えできませんのでご承知おきください。
- 演習コースの日程については受講決定通知によりご案内します。

## 10 修了証書

- 本研修の全日程（3日間）を修了した方に、川崎市より修了証書を交付します。
- 本研修は全日程の出席をもって修了となりますので、遅刻や早退は欠席とみなします。修了証書を交付できませんので、ご注意ください。
- 受講態度が悪い場合(私語、居眠り、携帯電話の使用等)にも、修了証書を交付できない場合があります。また、内容によって推薦元への連絡等を行います。

## 11 受講料および資料代等

受講料は無料です。ただし、受講に必要な**教材費等4,000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。

※ 振り込まれた教材費等は、いかなる理由があっても返金されません。

## 1 2 その他

- 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等につきましては、別途ご相談ください。
- 会場に駐車場はありませんので、公共交通機関をご利用ください。会場までの交通費その他についても、受講者負担とします。
- 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本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。
- 令和元年度相談支援従事者現任研修の開講日に、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 (<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>) 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 (<http://www.kourei-c.jp/>) にその旨を掲載いたしますので、ご確認ください。

## 1 3 講座全般に関しての問い合わせ先

下記問い合わせ先の受付時間は、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

相談支援従事者現任プレ研修・現任研修担当 細川・木村

電話 044-976-9001 FAX 044-976-9000

### 【受講対象・修了過程・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

## 令和元年度 神奈川県相談支援従事者現任研修（川崎市） カリキュラム（予定）

|   | 日 程   | 時 間         | 科 目   |
|---|---|-------------|---|
| 1<br>日<br>目<br>（<br>A<br>B<br>共<br>通<br>講<br>義<br>） | 11月25日（月）<br><br>川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）<br><br>1 階 大会議室 | 10:00～10:10 | 開講式・オリエンテーション                                       |
|   |   | 10:10～10:55 | 障害者福祉の動向について  |
|   |   | 10:55～11:40 |   |
|   |   | 12:40～13:40 | 地域生活支援事業について  |
|   |   | 13:50～15:50 | 相談支援の基本姿勢及びプロセスについて                                 |
|   |   | 16:00～18:00 | ネットワークを作ろう！<br>自立支援協議会について<br>課題提出票を書く必要性、ケア計画等について |
|   |   | 18:05～18:30 | 実習・演習ガイダンス  |

\*演習はA・B同じ内容となっております。

### 演習Aコース

|             |   |             |                    |
|-------------|---|-------------|--------------------|
| 2<br>日<br>目 | 12月11日（水）<br><br>川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）<br>1 階 大会議室 | 10:00～10:10 | オリエンテーション          |
|             |   | 10:10～17:50 | 障害者ケアマネジメントの実践（演習） |
|             |   | 17:50～18:00 | 事務連絡               |
| 3<br>日<br>目 | 12月12日（木）<br><br>川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）<br>1 階 大会議室 | 10:00～10:05 | 事務連絡               |
|             |   | 10:05～17:55 | スーパーバイズ（演習）        |
|             |   | 17:55～18:10 | 修了式・事務連絡           |

### 演習Bコース

|             |   |             |                    |
|-------------|---|-------------|--------------------|
| 2<br>日<br>目 | 12月17日（火）<br><br>川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）<br>1 階 大会議室 | 10:00～10:10 | オリエンテーション          |
|             |   | 10:10～17:50 | 障害者ケアマネジメントの実践（演習） |
|             |   | 17:50～18:00 | 事務連絡               |
| 3<br>日<br>目 | 12月18日（水）<br><br>川崎市スポーツ・文化総合センター（カルッツかわさき）<br>1 階 大会議室 | 10:00～10:05 | 事務連絡               |
|             |   | 10:05～17:55 | スーパーバイズ（演習）        |
|             |   | 17:55～18:10 | 修了式・事務連絡           |

※日程・会場・カリキュラムの内容等に変更する可能性があります。予めご了承ください。

|   |           |                     |                               |   |                      |
|---|-----------|---------------------|-------------------------------|---|----------------------|
| <b>令和元年度 神奈川県相談支援従事者<br/>現任プレ・現任研修（川崎市）受講申込推薦書</b><br><small>※現任プレ・現任研修のセット申込が原則となります。<br/>現任プレのみ・現任研修のみの受講は原則として出来ません。</small> |           | <b>所属内<br/>優先順位</b> |                               | ※同一所属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。  |                      |
| 申込締切：令和元年9月19日（木）17時《必着》  |           |                     |                               |   |                      |
| （所属長記入欄）<br>所属・氏名<br>推薦理由   | 法人名及び機関名  |                     |                               |   |                      |
|   | 所 属 長 氏 名 | 印                   | 機関種類<br><small>※別紙1参照</small> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | 推薦理由      |                     |                               |   |                      |

令和元年度神奈川県相談支援従事者現任研修（川崎市）の受講者として、次の者を推薦します。

|  |  |   |   |                 |         |
|--|--|---|---|-----------------|---------|
| ふりがな   |  |   | 生年月日  |                 |         |
| 氏名   |  |   | 昭和  | 年 月 日           |         |
|  |  |   | 平成  |                 |         |
| 修了した研修   | 初任者研修  | 平成（ ）年度修了   |   |                 |         |
|  | ケアマネジメント研修   | 平成（ ）年度修了   | 追加研修  | 平成（ ）年度修了       |         |
|  | 現任研修   | 平成（ ）年度修了   |   |                 |         |
| 勤務先  | 法人団体名  |   |   | 事業所団体名          |         |
|  | 活動内容   |   |   | TEL             |         |
|  |  |   |   | FAX             |         |
|  | 住所   | 〒（ ）  |   |                 |         |
|  | 指定特定相談支援事業所<br>（計画相談支援実施事業所）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<br>（地域移行・地域定着支援実施事業所）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）  |                 |         |
| 連絡先  | <small>※通知文は勤務先の住所へ送付いたします。法人本部など別の宛先を希望する場合、こちらにご記入ください。ご自宅へは送付できません。</small><br>〒（ ）   |   |   |                 |         |
| 資格等  | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 |   |   |                 |         |
|  | <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし                                 |   |   |                 |         |
| 職歴<br><small>※別紙2を御参照の上、職歴の新しい順に御記入ください。</small> | （記入例）  | ②直接支援業務   | 障害者支援施設にて介護業務   | （3年5カ月）※11月1日時点 |         |
|  | 現在   |   |   | （ 年 カ月）         |         |
|  |  |   |   |                 | （ 年 カ月） |
|  |  | 以前  |   |                 | （ 年 カ月） |
| 研修を受講する際に<br>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（ ）  |   |   |                 |         |
| 確認事項   | <input type="checkbox"/> 「相談支援ガイドブック」を保有 <input type="checkbox"/> ない / <input type="checkbox"/> 「自立支援協議会運営の手引き」を保有 <input type="checkbox"/> ない               |   |   |                 |         |

※申込者が定員を超えた場合は、受講しないことによって相談支援専門員資格を失効してしまう時期がより近い者、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。

※全日程（3日間）を受講できること、かつ演習事例を提出できることが申込及び修了の要件になります。

※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ことは一切ありません。

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、に係る情報提供

(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。

(別紙2)

## 相談支援専門員の実務経験要件

内は、厚生労働省告示第227号（平成24年3月30日）に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  | 必要経験年数 |
|----------|--|--------|
| 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<br>障害児相談支援事業<br>身体障害者相談支援事業<br>知的障害者相談支援事業<br>・ 障害児（者）地域療育等支援事業<br>・ 市町村障害者生活支援事業<br>精神障害者地域生活支援センター   | 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<br>障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業<br>知的障害者支援事業<br>児童相談所<br>身体障害者更生相談所<br>精神障害者地域生活支援センター<br>知的障害者更生相談所<br>福祉事務所<br>保健所<br>市町村役場<br>その他これらに準ずる施設   |        |
|          | ウ 施設等において相談支援業務に従事する者<br>障害者支援施設<br>障害児入所施設<br>老人福祉施設<br>精神保健福祉センター<br>救護施設及び更生施設<br>介護老人保健施設<br>居宅介護支援事業所<br>地域包括支援センター<br>その他これらに準ずる施設<br>・ 身体障害者更生施設<br>・ 知的障害者更生施設<br>・ 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<br>・ 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<br>・ 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）<br>・ 知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助<br>・ 精神障害者社会復帰施設<br>・ 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<br>(1) 社会福祉主事任用資格を有する者<br>(2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者<br>(3) 国家資格等※1を有する者<br>(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<br>障害者職業センター<br>障害者就業・生活支援センター<br>・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<br>特別支援学校<br>その他これらに準ずる機関<br>・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<br>障害者支援施設<br>・身体障害者更生施設<br>・身体障害者療護施設<br>・身体障害者福祉ホーム<br>・身体障害者授産施設<br>・身体障害者福祉センター<br>・精神障害者社会復帰施設<br>・知的障害者デイサービスセンター<br>・知的障害者更生施設<br>・知的障害者授産施設<br>・知的障害者通所寮<br>・知的障害者福祉ホーム<br>障害児入所施設<br>老人福祉施設<br>介護老人保健施設<br>療養病床<br>その他これらに準ずる施設<br>・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<br>・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）<br>・知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助<br>・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<br>障害福祉サービス事業<br>障害児通所支援事業<br>老人居宅介護等事業<br>その他これらに準ずる事業   |       |
|          | ウ 保険医療機関等において介護業務に従事する者<br>保険医療機関<br>保険薬局<br>訪問看護事業所<br>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<br>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<br>(1) 社会福祉主事任用資格を有する者<br>(2) 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者<br>(3) 保育士<br>(4) 児童指導員任用資格者<br>(5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者 | 5年以上   |
|            | 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。

<参考>

## 《 会 場 案 内 》

### 川崎市スポーツ・文化総合センター(カルッツかわさき)

〒210-0011 川崎市川崎区富士見 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)

