

令和3年度神奈川県主任相談支援専門員 養成研修 募集案内

令和3年度の主任相談支援専門員養成研修は、次により実施します。

10月19日(火)～10月21日(木)
11月9日(火)、11月10日(水) } 全5日間の日程となります。

※本研修は、相談支援従事者現任研修同様に、相談支援専門員資格の更新が可能です。

カリキュラム・申込方法など詳細については、以下
「令和3年度神奈川県主任相談支援専門員養成研修実施要領」を御覧ください。

令和3年度神奈川県主任相談支援専門員養成研修実施要領

1 目的

地域の障がい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向上させ、困難事例に対する支援方法について修得するとともに、地域の相談支援体制において、地域課題についての協議や相談支援に従事する者への助言・指導等を実施するなど中核的な役割を果たす者を養成することを目的とする。

2 実施主体

神奈川県

「特定非営利活動法人 かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク」に委託して実施します。

3 日程 ※終日の開催を予定していますが、時間については現在調整中です。

- ・ 1日目：令和3年10月19日(火)
- ・ 2日目：令和3年10月20日(水)
- ・ 3日目：令和3年10月21日(木)
- ・ 4日目：令和3年11月9日(火)
- ・ 5日目：令和3年11月10日(水)

4 会場(別紙地図参照)

ココテラス湘南

5 カリキュラム

現在調整中です。追って御案内いたします。

※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援に要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働省大臣が定める基準第二号イ(1)の規定に基づき厚生労働大臣の定める者(平成30年厚生労働大臣告示第115号)及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援に要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める基準第二号イ(1)の規定に基づき厚生労働大臣が定める者(平成30年厚生労働省告示等116号)に定められる別表のカリキュラムに基づき実施します。

6 定員 40名

※各市区町村から原則1名の受講とします。

7 受講対象者

次の(1)から(3)までの要件を満たす者、かつ(4)から(6)までのいずれかの要件を満たすもの

- (1) 相談支援従事者現任研修(1回目)の修了後、相談支援専門員として地域相談支援事業所等(指定地域相談支援事業所、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をいう。)又は地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業若しくは基幹相談支援センターにおいて従事した期間が、通算して3年(36か月)以上である者
- (2) 研修実施機関からの事前課題の提出の求めに応じ、利用者の自立支援に資する相談支援が実践できていると認められる者
- (3) 翌年度以降の本県、横浜市及び川崎市における相談支援従事者研修において、研修の企画に携わること又は講義若しくは演習に講師として携わること。
- (4) 県内における市町村(政令市を含む。)の基幹相談支援センターにおいて現に相談支援に関する指導的役割を担っている者
- (5) 市町村の委託する相談支援事業所において現に相談支援に関する指導的役割を担っている者
- (6) 所属する相談支援事業所における人材育成の中核に位置づく者及び他の従事者が配置されていない等、事業所での人材育成の取組が困難な場合に、当該事業所の相談支援専門員を後方支援することができると認められる者*

※厚労省障害福祉課長通知(令和3年3月31日障障発0331第7)「計画相談支援等に係る令和3年度報酬改定の内容等及び地域の相談支援体制の充実・強化に向けた取組について」

<留意事項>

- ア 5日間全て受講可能で、かつ演習に用いる資料(以下「演習事例」という。)を提出できる者を受講対象とします。
- イ 本研修の修了者には、翌年度以降の相談支援従事者研修に研修企画又は講義若しくは演習の講師として協力依頼することを予定しておりますので、あらかじめ御承知おき下さい。

8 受講者の申込み・推薦

【受講希望者】

「令和3年度神奈川県主任相談支援専門員養成研修受講申込書」(以下、受講申込書)に必要事項を記入の上、相談支援従事者初任者研修及び相談支援従事者現任研修の全ての修了証書の写しを添えて、事業所が所在する各市区町村障がい福祉主管課に、同課が定める日までに提出し、申し込んでください(各事業所については、事業所の所在する市町村より申込め切日の通知があります。)

【市町村】

受講申込みのあった7の(1)から(3)までの要件を満たす者、かつ、(4)から(6)までのいずれかの要件を満たす対象者のうち、本研修の受講が必要と認められる者の受講申込書及び相談支援従事者初任者研修及び相談支援従事者現任研修の全ての修了証書の写しを取りまとめ、令和3年9月21日(火)(必着)までに、特定非営利活動法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク事務局あてに郵送してください。郵送以外及び期限後の提出は受け付けませんので、御留意ください。

※政令市においては、各区から提出された受講申込書を集約し、まとめて郵送してください。

9 受講者の決定

受講決定（受講の可否等）通知については、10月上旬頃市町村を通じて送付します。

10 修了証書の交付、修了者名簿の管理

- 本研修の全日程（5日間）を修了した方に、修了証書を交付します。
- 県は研修修了者名簿（修了証書番号、氏名、生年月日、所属等）を管理します。また、事業所所在地の市町村に研修修了者の情報を提供します。

11 受講料及び資料代

受講に必要な**教材費等 8,500 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御案内します。）。

※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。

※振り込まれた教材費等は、いかなる理由があっても返金しません。

12 その他

- 遅刻及び早退は、欠席とみなします。修了証書を交付できませんので、御注意ください。通勤時間帯による混雑や天候等を考慮の上、余裕を持って御来場ください。
- 受講態度が著しく悪く、繰り返し注意された方には修了証書を交付できない場合がありますので、御注意ください。
- 受講に当たり、障がい等を理由に合理的な配慮を必要とする方は、受講申込書の所定欄に記載してください。なお、合理的な配慮を行うに当たり、直接状況をお聞きするため、御連絡することがあります（その場合、事務局から御連絡します。）。
- 御来場の際は、原則、公共交通機関を利用してください。なお、感染予防のため所属等の判断により公共交通機関の利用を控える等の指示がある場合は、自家用車等での来場を認めます。自家用車の駐車は、会場駐車場*又は近隣の有料駐車場を御利用ください。また、この際の事故等について、県及び事務局は一切の責任を負いかねますので、あらかじめ御承知おきください。
※ 会場駐車場については、会場都合により、駐車場を利用できないことがあります。詳細については、事務局にお問い合わせください。
- 開講日に、自然災害（台風等）及び事故等が発生した場合、開講しない場合があります。なお、台風等により開講しない場合は、原則開講前日の17時頃、ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」にその旨を掲載いたしますので、御確認ください（<https://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）。



13 新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策について

緊急事態宣言（令和3年8月2日）の発令に伴い、本県では、これまでの実施基準である新型コロナウイルス感染症の拡大防止に向けた県の基本方針に加え、以下の感染防止策を行い、研修を開催しますので御協力をお願いします。

- 受講受付時に体温の報告又は検温をしていただく予定です。発熱が認められる場合は、受講は認められません。
- 受講当日は、マスクの着用、受付時の手指消毒の徹底、身体的距離の確保等の感染症拡大防止策に御協力ください。
- 講義及び演習時間で1時間を超える科目については、概ね1時間毎に10分程度の休憩を入れて行います。なお、休憩時間に窓等を開放し、こまめな換気を行います。
- 受講決定時に同封した「健康チェック表」へ研修当日2週間前から毎日漏れなく記

載し、研修当日の受付時に報告をお願いします。

- 研修当日の昼食は御持参ください（会場での飲食は可能です。）。また、食事中の会話は控えていただきますようお願いいたします。
- 研修受講の前にスマートフォンを活用した①神奈川県LINE公式アカウント新型コロナウイルス対策パーソナルサポート（行政）アプリ及び②厚生労働省接触確認アプリ（COCOA）の事前登録をお願いします。

①神奈川県LINE公式アカウント 新型コロナウイルス対策パーソナルサポート（行政） アプリQRコード	②厚生労働省接触確認アプリ （COCOA）QRコード
	

<留意事項>

- ア 万が一感染者が発生した場合に追跡できるよう、研修会場の求めに応じて、研修会場へ受講者情報を提供する場合がありますので、あらかじめ御承知おきください。
- イ 新型コロナウイルス感染症の状況によっては、研修開催途中であっても、延期・中止する場合があります。開催延期となった場合は、代替日程を調整の上、研修事務局より改めて全受講者へ御連絡します。ただし、代替日確保が困難と判断した場合は、中止とします。
- ウ 研修当日に、研修講師の状況により予定していた科目の講義を行えない場合があります。なお、当日講義を行えない科目については、代替措置を検討し、追ってお知らせします。また、研修当日に、講義を予定していた講師を変更する場合があります。あらかじめ御承知おきください。
- エ 受講生本人又は法人におけるやむを得ない理由により、研修途中で受講の継続が困難となった場合には、速やかに研修事務局に申し出てください。事前に申出があり、かつ、正当な理由と認められる場合には、代替措置を検討します（事後の申出は認めません。）。

【やむを得ない理由の具体例】

- ・研修途中で体調不良となり、以降の研修受講が難しくなった。
 - ・法人内で新型コロナウイルス感染症が発生し、受講者本人が陽性者又は濃厚接触者と認められたわけではないものの、感染拡大防止に万全を期すため、以降の受講を辞退させたい。 等
- オ 「新型コロナウイルスに配慮した感染症拡大防止に配慮した相談支援従事者研修等の実施について」（令和2年5月13日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）に基づき、研修が延期又は中止になった場合には、県が認める期間においては研修を修了したものとみなします。なお、当該期間終了後は、研修を修了する必要があります。

【受講申込書等の送付先】

(受講希望者)

事業所の所在する市区町村の障がい福祉主管課

※受講希望者は必ず、市町村が定める申込受付期間内に市区町村に申し込んでください。

(市町村申込専用)

特定非営利活動法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク事務局)

〒243-0014
厚木市旭町1丁目9番7号旭町三紫ビル303
特定非営利活動法人
かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク事務局
<封筒に研修名を明記してください。>

【問合せ先】

(本研修の申込み、資格要件及び制度に関する問合せ先)

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課
〒231-8588 横浜市中区日本大通1
電話 (045) 210-4713
ファクシミリ (045) 201-2051
地域生活支援グループ 一之瀬、松浦

研修会場の御案内

令和3年度神奈川県相談支援従事者主任研修受講者の皆様

研修会場は、以下のとおりですので、御確認ください。

ココテラス湘南



〒251-0041 神奈川県藤沢市辻堂神台2-2-2

<交通の御案内>

JR東海道線辻堂駅北口から徒歩5分

※会場内の飲食は可能です（ゴミはお持ち帰りいただきます。）。

《事業所記載例》

【申込先】事業所所在の市区町村 ※市区町村記入欄		優先 順位	
市区町村担当部署及び担当者 ※市区町村記入欄		電話番号 ※市区町村記入欄	

※記入しないでください

令和3年度神奈川県主任相談支援専門員養成研修 受講申込書

令和3年 9月10日	※同一事業所から複数名申込みの場合のみ御記入ください。		
優先 順位	※同一事業所から複数名申込みの場合のみ御記入ください。		
フリガナ	カナガワ タロウ		
受講者氏名	神奈川 太郎		
生年月日	昭和 平成 50年 5月 30日		
所 属	法人名 ※市区町村職員等は、 市区町村名	社会福祉法人 神奈川〇〇	
	事業所名 ※市区町村職員等 は、部(局)・課名	〇〇支援センター	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇1-1-1	
	電話	04〇〇-〇〇-〇〇	
	ファクシミリ	04〇〇-〇〇-〇〇	
	メールアドレス (正確に記載願います。)	〇〇〇.△△.〇〇〇	
現任研修修了後に相談支援専門員として相談支援業務※に従事した期間(R3.9.1時点) ※詳細については、実施要領7を参照のこと	7年 9月		
他事業所への後方支援の実績 ※具体的な他事業所への支援の事例を御記入ください。	支援困難事例に対する計画相談支援事業所との連携支援		
兼務する事業所の種類 ※兼務ありの場合のみ○をつけてください。	指定特定相談支援事業所 / 障害児相談支援事業所 / 指定一般相談支援事業所 / 市区町村地域生活支援事業に規定される障害者相談支援事業所(委託相談支援事業所) その他 ()		
直近の相談支援従事者現任研修の修了年月 (修了証書の原本の写しを添付ください)	平成30年 2月		
身体障害等により受講に際し、配慮が必要な事項	車椅子の使用の有無	介助犬の同伴の有無	点字教材
	拡大文字資料	手話通訳者	要約筆記者
	身障者用駐車場	その他 ()	

《留意事項》

- 申込みは1人1枚としてください。
- 全ての該当する項目について、漏れなく御記入ください。
- 氏名・生年月日は主任相談支援専門員養成研修修了証書に記載しますので、お間違いのないよう正式に御記入ください。
- 御記載いただいた情報は、当該研修の運営及び統計資料の作成、所在する相談支援従事者研修の研修事務局が使用することがあります。
- 上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。
- 本研修の修了者には、翌年度以降の相談支援従事者研修における研修企画又は講義若しくは演習の講師として協力依頼することを予定しています。

《市町村記載例》

【申込先】事業所所在の市区町村 ※市区町村記入欄	〇〇市△△区	優先 順位
市区町村担当部署及び担当者 ※市区町村記入欄	電話番号 ※市区町村記入欄	

※市町村にて記入してください。

令和3年度神奈川県主任相談支援専門員養成研修 受講申込書

令和3年 9月10日		※同一事業所から複数名申込みの場合のみ御記入ください。	
フリガナ	カナガワ タロウ		
受講者氏名	神奈川 太郎		
生年月日	昭和 50年 5月 30日		
所属	法人名 ※市町村職員等は、 市町村名	社会福祉法人 神奈川〇〇	
	事業所名 ※市町村職員等は、 市町村名	〇〇支援センター	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇1-1-1	
	電話	04〇〇-〇〇-〇〇	
	ファクシミリ	04〇〇-〇〇-〇〇	
	メールアドレス (正確に記載願います。)	〇〇〇.△△.〇〇〇	
現任研修修了後に相談支援専門員として相談支援業務*に従事した期間(R3.9.1時点) ※詳細については、実施要領7を参照のこと	7年 9月		
後方支援の実績 ※具体的な他事業所への支援の事例を御記入ください。	支援困難事例に対する計画相談支援事業所との連携支援		
兼務する事業所の種類 ※兼務ありの場合のみ○をつけてください。	指定特定相談支援事業所 / 障害児相談支援事業所 / 指定一般相談支援事業所 / 市町村地域生活支援事業に規定される障害者相談支援事業所(委託相談支援事業所) その他 ()		
直近の相談支援従事者現任研修の修了年月 (修了証書の原本の写しを添付ください)	平成30年 2月		
身体障害等により受講に際し、配慮が必要な事項 ※該当する項目に○をつけてください。	車椅子の使用の有無	介助犬の同伴の有無	点字教材
	拡大文字資料	手話通訳者	要約筆記者
	身障者用駐車場	その他()	

《留意事項》

- 申込みは1人1枚としてください。
- 氏名・生年月日は主任相談支援専門員養成研修修了証書に記載しますので、お間違いのないよう正式に御記入ください。
- 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御記入ください。
- 御記載いただいた情報は、当該研修の運営及び統計資料の作成、所在する相談支援従事者研修の研修事務局が使用することがあります。
- 上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。
- 本研修の修了者には、翌年度以降の相談支援従事者研修における研修企画又は講義若しくは演習の講師として協力依頼することを予定しています。