

平成30年度兵庫県サービス管理責任者等研修 実施要綱

1 目的

障害者総合支援法等の適切かつ円滑な運営を行うため、サービスの質の確保に必要な専門知識と技術を有するサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者を養成することを目的とします。

2 実施主体

兵庫県から委託を受けて社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が実施します。

3 対象者

[サービス管理責任者]

- ・ 障害者総合支援法に基づき、障害福祉サービスのいずれかを実施する指定障害福祉サービス事業所において、サービス管理責任者として配置しようとする者。

[児童発達支援管理責任者]

- ・ 児童福祉法に基づき、障害児通所支援のいずれかを実施する指定障害児通所支援事業者、もしくは障害児入所支援を実施する指定障害児入所施設において児童発達支援管理責任者として配置しようとする者。

4 研修日程

日時・場所	講義名	備考
1日目平成30年8月 9日(木) 2日目平成30年8月10日(金) 明石市民会館 大ホール	相談支援従事者初任者研修 合同講義	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事するための必須講義です(2日間)。 既に受講し、受講証明書を持っている方は受講する必要はありません。
3日目平成30年 9月 7日(金) 明石市民会館 大ホール	サービス管理責任者等研修 共通講義	受講分野にかかわらず、全員が受講します。 昨年度以前に他分野を受講した方も、受講する必要があります。
4日目 5日目 県立総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所	サービス管理責任者等研修 分野別講義	福祉のまちづくり研究所のホームページに掲載している各分野別日程を確認してください。

5 修了証書の交付

- (1) 全カリキュラムを修了された方には、兵庫県知事の修了証書を交付します。
- (2) 研修終了後に手渡しする予定です。
- (3) 補講等はありません。全日程の出席が可能であることを前提としてお申し込みください。
- (4) 遅刻、早退がある場合、定められた書類が未提出の場合、研修受講態度が著しく不良な場合(注)等についても修了証書の発行を行わない場合があります。

- (注)①他の受講者、研修会場に迷惑となる行為
 ②研修の円滑な実施を妨げる行為（グループワーク等での消極的な態度も含む）
 ③研修に参加するものとして好ましくない行為（携帯電話等の使用、研修に関係のない行為、居眠り等）
 ④研修に関するルールを守れない場合（駐車が認められない場所への無断駐車等）

6 受講費用について

サービス管理責任者等研修部分 1日につき3,000円

相談支援従事者研修部分 1日につき2,000円

相談支援従事者研修＋サービス管理責任者等研修 (合同講義)	5日間受講の方	13,000円
サービス管理責任者等研修	3日間受講の方	9,000円
サービス管理責任者等研修2分野 (共通講義1日間＋分野別2日間×2分野)	5日間受講の方	15,000円
相談支援従事者初任者研修	2日間受講の方	4,000円

※研修に係る費用、滞在費等諸費用については、各自でご負担願います。

※納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

7 申込み方法等について【必ず福祉のまちづくり研究所ホームページの「留意事項」「研修体系」「受講対象者について」を確認し、下記の書類を揃えて申し込んでください】

①	様式第1号－①（サビ管用） 受講者申込書 様式第1号－②（児発管用） 受講者申込書	必要事項を記入し、必ず事業所の代表者から推薦を受けてください。 ※参考資料1～5をよく読んで、ご記入ください。	必須 福祉のまちづくり研究所ホームページよりダウンロードしてください。
②	様式第2号－①（サビ管用） 事業所推薦書及び実務経験申告書 様式第2号－②（児発管用） 事業所推薦書及び実務経験申告書	※実務経験の確認は個人の申告となっておりますので、事業所からの証明、事業所印、資格を証明する書類は必要ありません。 実務経験の確認は、サービス管理責任者等として配置される際に、指定権者が「実務経験証明書」により行います。	
③	様式第3号 申込チェックシート	必要事項を記入してください。事業所から複数名分まとめて郵送する場合は、1枚のみ提出してください。	
④	平成18～29年度 兵庫県相談支援従事者初任者研修修了証書もしくは、受講証明書の写し		該当者のみ
⑤	返信用封筒（必須） ・長形3号120mm×235mmに82円切手を貼付 ・返信先（返信宛先住所・宛先氏名・受講者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要））を明記 ・複数分野・複数名お申し込みの場合でも、お一人様1研修につき封筒1通ずつ必要です。		必須

[申込締め切り]平成30年5月25日(金)正午 必着 ※原則郵送。FAX、メール不可
 ※締切後の申込は一切受け付けません。

[申し込み先]

〒651-2181 神戸市西区曙町1070

総合リハビリテーションセンター

福祉のまちづくり研究所 研修課

※「サービス管理責任者等研修 申込書在中」と朱書きのこと

8 重要事項

- (1) 原則として、少なくとも平成31年4月の段階で実務経験を満たす方を受講対象とします。
- (2) 申込者多数の場合は、申込者の資格要件、就任予定時期等を考慮したうえで、選考を行います。
兵庫県下の事業所を優先します。
選考結果の理由等は一切お答えいたしません。
他の都道府県から申込をされる場合は、事前に福祉のまちづくり研究所研修課までご連絡ください。(078-927-2727 (内線 3712))
- (3) 同じ事業所から同一分野への申し込みは原則1名でお願いします。
- (4) 受講決定後に受講者の変更はできません。
- (5) 受講の可否につきましては同封の返信用封筒を利用してお知らせします。
研修日の1週間前までに連絡のない場合は、確認をお願いします。
- (6) 申込書に、未記入、押印漏れ等の不備がないよう確認してから提出してください。
発送日については、ホームページに掲載しますので、それ以降に不着の場合は連絡してください。
- (7) 提出された書類については、返却しません。
- (8) こちらから連絡する場合は、申込担当者へ連絡します。
- (7) 申込用紙に記載された個人情報(名簿作成等、研修事業以外の目的)には使用しません。
- (8) 申し込みは原則郵送でお願いします。(FAX、メールでの申し込みはできません)
- (9) 申込用紙等に虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。
- (10) 研修内容・申込についてのお問い合わせは、時間内をお願いします。担当者が不在の場合は、すぐに回答出来ない事がありますのでご容赦ください。
- (11) 必ず、別紙「研修における留意事項」を確認してから、申込をしてください。

【研修内容・申込について】ホームページは、福祉のまちづくり研究所 研修課で検索してください。
お問い合わせ時間：月～金 9：00～17：00（祝祭日除く）

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課 〒651-2181 神戸市西区曙町1070 TEL: 078-927-2727 (代表) 【担当】吉田・谷垣 内線 3712
--

【実務経験や事業申請等に関する問い合わせや相談】

兵庫県健康福祉部 障害福祉局 障害福祉課 障害政策班 〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1 TEL: 078-341-7711 (代表) 【担当】向田・阿山 内線 2962
--

【会 場】

明石市立市民会館 大ホール 明石市中崎1丁目3-1 http://www.akashi.hall-info.jp/

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 神戸市西区曙町1070 http://www.hwc.or.jp/kensyuu/access/access.html

平成30年度児童発達支援管理責任者研修プログラム

講義

日程			会場	備考
1日目	平成30年8月9日(木)	9:50~17:30 (予定)	明石市民 会館	相談支援従事者初任者研 修・サービス管理責任者 等研修 合同講義
2日目	平成30年8月10日(金)	9:20~17:00 (予定)		
3日目	平成30年9月7日(金)	9:50~17:45 (予定)	明石市民 会館	サービス管理責任者等 研修 共通講義

演習

4日目 5日目	児童発達 支援管理 責任者	回	日程		会場
		第1回	平成30年11月29日(木) 平成30年11月30日(金)	9:30~17:45 (予定)	福祉のまちづくり 研究所 (県立総合リハビリ テーションセン ター)
		第2回	平成30年12月13日(木) 平成30年12月14日(金)	9:30~17:45 (予定)	

※演習は、第1回か第2回のどちらかの受講になります。

※プログラムは変更する場合があります。

※5日目の研修終了後に修了式を行います。

児童発達支援管理責任者研修 受講申込書 様式第1号—②
平成30年度 兵庫県児童発達支援管理責任者研修受講申込書

標記研修を下記のものに受講させたいので申し込みます

申込日 平成 30 年 月 日

法人・会社等名称		代表者職名	代表者氏名	印			
①児童発達支援管理責任者を配置する事業所	名称	申込担当者 氏名 TEL		氏名 TEL			
	所在地 〒						
	電話番号						
②上記事業所が実施または予定している障害福祉サービス（番号・状況を○で囲み、定員を記載）多機能型の場合もその他に記入してください							
番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員	番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員
1	障害児通所支援	指定済・申請中または予定		2	障害児入所支援	指定済・申請中または予定	
3	その他	()					
③受講者氏名		④生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)		⑤性別 男 女	
(フリガナ)							
		氏名は正しい楷書体で記入してください					
⑥現在の職種				⑦受講者連絡先電話番号			
⑧受講者勤務先 ※上記事業所と異なる場合のみ記載		名称		電話番号			
		所在地 〒					
⑨ ①の事業所から同一分野を複数名申し込んでいる場合の受講者の順位 位/ 名中							
⑩ 受講申込理由（番号を○で囲み必要事項を記載）※様式第2号に詳細を記入してください							
1 児童発達支援管理責任者就任中で研修受講誓約書を提出済 2 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講 提出日 平成 年 月							
3 事業所新規設置・事業移行 4 現任者との交代（退職・人事異動） 申請日 平成 年 月 申請済み・未申請							
⑪ 児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験年数及び要件に関する資格について（H30年5月25日現在） ※様式第2号の実経験年数の合算を記載							
				相談支援業務 合計		年 ヶ月	
				直接支援業務 合計		年 ヶ月	
				高齢者等支援業務の期間を除外した期間		年 ヶ月	
⑫ 平成30年度相談支援従事者初任者研修講義部分（2日間）の受講について（番号を○で囲む）							
1 申し込みます							
2 申し込みません（既に相談支援従事者初任者研修修了または講義部分（2日間）受講済のため） ※2の場合は修了書または受講証明書の写しを必ず添付							
⑬ 演習の希望日程（○で囲む 別紙参照のこと）		第1回		第2回		どちらでも良い	
⑭ 研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。 ・手話通訳()・車椅子用席()・介助者同行()・その他(具体的に)							
⑮ サービス管理責任者・相談支援従事者初任者研修5日間を申し込んでいる場合は番号を○で囲む（申込書はそれぞれに必要）							
1 介護 2 地域生活（身体） 3 地域生活（知的・精神） 4 就労							
5 相談支援従事者初任者研修（5日間 相談支援専門員になるための研修）							

上記の記載内容に相違ありません

（必ず受講者本人が記載内容を確認すること） 受講者氏名： ⑨

・記載された個人情報には研修事業以外の目的に使用しません。・記載内容に虚偽があった場合受講できません。

平成30年度 兵庫県児童発達支援管理責任者研修受講者申込書（記載例）

標記研修を下記のものに受講させたいので申し込みます

申込日 平成30年 4月 25日

法人・会社等名称		社会福祉法人はばたん福祉会		代表者職名	代表者氏名	神戸 太郎		印
①児童発達支援管理責任者を配置する事業所		名称 放課後等デイサービスくすのき				申込担当者	氏名 明石 正夫	
		所在地 〒651-2181 神戸市西区〇〇町〇〇番地					TEL 078-〇〇〇-××××	
		電話番号 078-〇〇〇-××××						
②上記事業所が実施または予定している障害福祉サービス（番号・状況を○で囲み、定員を記載）多機能型の場合もその他に記入してください								
番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員	番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員	
1	障害児通所支援	指定済・申請中または予定	20	2	障害児入所支援	指定済・申請中または予定		
3	その他	()						
③受講者氏名		ヒメジ		ハナコ		④生年 月日	昭和・平成 59年 4月 15日 (34歳)	⑤性別 男 女
		姫路		花子				
⑥現在の職種		相談支援補助員		⑦受講者連絡先電話番号		090-〇〇〇〇-△△△△		
⑧受講者勤務先 ※上記事業所と異なる場合のみ記載		名称 ワークステーションのじぎく				電話番号 079-〇〇〇-××××		
		所在地 〒675-0022 加古川市〇〇町〇〇番地						
⑨ ①の事業所から同一分野を複数名申し込んでいる場合の受講者の順位 1位/ 2名中								
⑩ 受講申込理由（番号を○で囲み、必要事項を記載）※様式第2号にも詳細を記入してください								
1 児童発達支援管理責任者就任中で研修受講誓約書を提出済 2 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講								
提出日 平成 年 月								
3 事業所新規設置・事業移行 4 現任者との交代（退職・人事異動）								
申請日 平成 31 年 2 月 申請済み・未申請								
⑪ 児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験年数及び要件に関する資格について（H30年5月25日現在） ※様式第2号の実経験年数の合算を記載								
相談支援業務 合計 6年 1ヶ月								
直接支援業務 合計 3年 2ヶ月								
高齢者等支援業務の期間を除外した期間 6年 1ヶ月								
⑫ 平成30年度相談支援従事者初任者研修講義部分（2日間）の受講について（番号を○で囲む）								
1 申し込みます								
2 申し込みません（既に相談支援従事者初任者研修修了または講義部分（2日間）受講済のため） ※2の場合は修了書または受講証明書の写しを必ず添付								
⑬ 演習の希望日程（○で囲む 別紙参照のこと）				第1回	第2回	どちらでも良い		
⑭ 研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。 ・手話通訳（ ）・車椅子用席（ ）・介助者同行（ ）・その他（具体的に ）								
⑮ サービス管理責任者・相談支援従事者初任者研修5日間を申し込んでいる場合は番号を○で囲む（申込書はそれぞれに必要）								
1 介護 2 地域生活（身体） 3 地域生活（知的・精神） 4 就労								
5 相談支援従事者初任者研修（5日間 相談支援専門員になるための研修）								

上記の記載内容に相違ありません

（必ず受講者本人が記載内容を確認すること） 受講者氏名： 姫路 花子 ㊟

・記載された個人情報は研修事業以外の目的に使用しません。・記載内容に虚偽があった場合受講できません。

平成30年度児童発達支援管理責任者研修
事業所推薦書及び実務経験申告書

平成30年 月 日

法人・事業所名

申込責任者氏名

(印)

研修受講について検討した結果、下記の者が適任と認められるので推薦します。

受講希望者氏名	(印)
受講目的 (該当番号等を○で囲み内容を記入)	1. 受講誓約書提出済み 提出先 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講 3. 新規事業所の設置・移行 (申請済み ・ 未申請) 予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 所在地 (予定含) _____ 市 4. 現任者との交代 (退職・人事異動・その他 [_____]) 交代日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. その他 [_____]
推薦理由 (申込責任者が記入)	【児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と期待すること】
受講希望者が記入	【本研修への意気込み及び児童発達支援管理責任者として実践したいこと】

児童発達支援管理責任者の要件となる資格、実務経験について、以下のとおり申告します。

要件にかかる資格名称 【 _____ 】	取得時期 【昭和・平成 _____ 年 _____ 月】
-------------------------	---------------------------------

① 昭和・平成 _____ 年 _____ 月～昭和・平成 _____ 年 _____ 月 計 _____ 年 _____ ヶ月

事業所名 (_____) 事業所種別 (_____)

職種 (_____) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 _____

② 昭和・平成 _____ 年 _____ 月～昭和・平成 _____ 年 _____ 月 計 _____ 年 _____ ヶ月

事業所名 (_____) 事業所種別 (_____)

職種 (_____) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 _____

③ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月～昭和・平成 _____ 年 _____ 月 計 _____ 年 _____ ヶ月

事業所名 (_____) ・事業所種別 (_____)

職種 (_____) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 _____

相談業務通算 _____ 年 _____ ヶ月

直接支援業務通算 _____ 年 _____ ヶ月

高齢者等除外年数 _____ 年 _____ ヶ月

※ 申込書(様式第1号)項目⑩にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。

※ 欄が足りない場合は、印刷し不足部分のみ記入してください。

記載例

平成30年度児童発達支援管理責任者研修
事業所推薦書及び実務経験申告書

平成30年 4月 25日

法人・事業所名 社会福祉法人はばたん福祉会 申込責任者氏名 神戸 太郎 (印)

研修受講について検討した結果、下記の者が適任と認められるので推薦します。

受講希望者氏名	<u>姫路 花子</u> (印)
受講目的 (該当番号等を○で囲み内容を記入)	1. 受講誓約書提出済み 提出先 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講 3. 新規事業所の設置・移行 (申請済み・ <u>未申請</u>) 予定日 <u>平成31</u> 年 <u>2</u> 月 所在地(予定含) <u>神戸</u> 市 4. 現任者との交代(退職・人事異動・その他 [_____])) 交代日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. その他 [_____]
推薦理由 (申込責任者が記入)	【児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と期待すること】 <u>各自ご記入ください</u>
受講希望者が記入	【本研修への意気込み及び児童発達支援管理責任者として実践したいこと】 <u>各自ご記入ください</u>

児童発達支援管理責任者の要件となる資格、実務経験について、以下のとおり申告します。

要件にかかる資格名称 【 <u>介護福祉士</u> 】 ※別紙実務経験一覧表(参考資料4)に掲載している 当該研修に必要な取得資格を記入のこと	取得時期 【平成 <u>24</u> 年 <u>5</u> 月】
--	-------------------------------------

- ④ 平成 24 年 4 月～平成 30 年 5 月 計 6 年 1 ヶ月
 事業所名 (ワークステーションのじぎく) 事業所種別 (相談支援事業所)
 職種 (相談支援補助員) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○
 具体的業務の内容 障害児への相談業務
- ⑤ 平成 21 年 3 月～平成 24 年 3 月 計 3 年 2 ヶ月
 事業所名 (のじぎくの荘) 事業所種別 (特別養護老人ホーム)
 職種 (介護支援員) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○
 具体的業務の内容 食事、入浴、排せつ等の介助
- ⑥ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月～昭和・平成 _____ 年 _____ 月 計 _____ 年 _____ ヶ月
 事業所名 (_____)・事業所種別 (_____)
 職種 (_____) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○
 具体的業務の内容 _____

相談業務 通算 6年1ヶ月直接支援業務 通算 3年2ヶ月高齢者等除外年数 通算 6年1ヶ月

※ 申込書(様式第1号)項目⑪にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。

※ 欄が足りない場合は、印刷し不足部分のみ記入してください。

平成30年度兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修にかかる
申込チェックシート

各項目を再度確認し、不備がなければ□にチェックを入れ、事業所名、申込責任者の氏名の記入と押印をしてください。不備があった場合、申込書を受理しない場合があります。

同一封筒で、複数名分郵送される場合は、本チェックシートは1枚のみ提出してください。

研修申し込みに必要な所定の書類以外のもの（送付文・資格証書等）は同封しないようにしてください。

①申込書、推薦書・実務経験申告書に記載漏れ、押印漏れ等がない。□

②申込書の氏名（漢字）、生年月日に誤りがない。□

③事業所が実施している障害福祉サービスと受講希望分野に間違いはない。□

④返信用封筒に82円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。□

⑤返信用封筒が、申込人数分同封されている。□

⑥申込書、推薦書・実務経験申告書、返信用封筒（82円切手貼付）を全て揃えている。□

⑦過去に相談支援従事者初任者研修（5日間）または合同講義（2日間）を受講している場合、修了証書または受講証明書の写しを同封している。□

⑧申込書郵送時の料金不足がないようにしている。□

本研修における留意事項を把握し、申込みに必要な書類内容を確認しましたので、郵送いたします。

平成 年 月 日

事業所名 _____ 申込責任者 _____ 印 _____