

令和元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基礎研修 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（以下、「サービス管理責任者等」と言う。）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 令和元年 8 月 1 日（木） 2 日目 令和元年 8 月 2 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等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・相談支援従事者初任者研修修了証を持っている方は受講する必要はありません。
3 日目 令和元年 9 月 1 2 日（木） 明石市民会館 大ホール	サービス管理責任者等基礎 研修 共通講義	全員が必ず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基礎 研修 演習	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演習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、兵庫県知事印の基礎研修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下さい。
- （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基礎研修部分 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基礎研修 (合同講義) 5日間受講の方	13,000円
サービス管理責任者等基礎研修 3日間受講の方	9,000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】

○初めてサービス管理責任者等基礎研修を受講される方

①	様式第1号 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 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枚のみ提出して下さい。	
④	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 ・複数名お申し込みの場合でも、お一人様につき封筒1通ずつ必要です。		必須

○過去に相談支援従事者初任者研修5日間もしくは2日間を受講された方

上記①～④に加えて、相談支援従事者初任者研修修了証書もしくは、合同講義（2日間）の受講証明書を添付してください。その場合、8月1日・2日の合同講義の受講は必要ありません。尚、上記①申込書（様式第1号）の項目⑬を必ずチェックしてください。	該当者のみ
--	-------

〔申込締め切り〕 令和元年 5月 31日（金）正午 必着

申込締め切りを過ぎた場合は、一切受付いたしません

※原則、郵送のみの受付になります。持ち込み、FAX、メールでの受け付けは致しません。

〔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基礎研修 申込書在中」と朱書きのこと

8 重要事項

- (1) 平成 31 年 4 月 1 日から、制度の改定があり、サービス管理責任者等の資格は、基礎研修修了後、2 年以上の実務経験を経てから実践研修を修了することで、取得できるようになりました。本研修はサービス管理責任者等基礎研修になります。サービス管理責任者等の資格取得について、詳しくは別紙の説明資料等によりご確認ください。
- (2) 実務要件に 2 年満たない方でも申し込みは可能です。
- (3) 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、事前に下記ホームページ研修部門からお問い合わせメールにてご相談ください。
- (4) 同じ事業所からの申し込みは原則 1 名でお願いします。
- (5) 受講決定後に受講者の変更はできません。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 提出された書類については、返却しません。
- (9) こちらから連絡する場合は、申込担当者へ連絡します。
- (10) 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。
- (11) 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)
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 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。
※申込み期間中は、お電話での問い合わせが殺到し、担当に繋がらない、すぐに回答できない等々があります。その為、研修内容についての問い合わせは、下記 URL の研修部門のお問い合わせメールにてお願いいたします。回答については、メールかお電話で回答いたします。

福祉のまちづくり研究所ホームページから
研修部門→お問い合わせページに移動していただき、メールにてお問い合わせください。

<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>

【担当】谷垣

【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: 0 7 8 - 3 4 1 - 7 7 1 1 (代表)

【担当】向田

【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 1 0 7 0
<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/access/access.html>

令和元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基礎研修等 受講申込・推薦書

標記研修を下記のものに受講させたいので推薦し申し込ます

申込日 令和元年 月 日

法人・会社等名称		代表者職名		代表者氏名		印	
① サービス管理責任者等を配置する事業所		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）多機能型の場合はすべて記入してください							
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	療養介護	指定済・申請中または予定		6	自立生活援助	指定済・申請中または予定	
2	生活介護（施設入所含）	指定済・申請中または予定		7	就労移行支援 就労定着支援	指定済・申請中または予定	
3	自立訓練（機能訓練）	指定済・申請中または予定		8	就労継続支援	A型・B型 指定済・申請中または予定	
4	共同生活援助	指定済・申請中または予定		9	障害児通所支援	指定済・申請中または予定	
5	自立訓練（生活訓練）	指定済・申請中または予定		10	障害児入所支援	指定済・申請中または予定	
③ 受講者氏名 (フリガナ)		氏名は正しい楷書体で記入してください		④ 生年 月 日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		⑤ 性別 男 女
⑥ 現在の職種				⑦ 受講者連絡先番号			
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（ ）内を記入）							
1 サビ管就任中で研修受講誓約書を提出済 提出日 年 月				3 現任者との交代（交代配置時期 年 月 日）			
2 事業所新規設置・事業移行 予定日 年 月 申請済み・未申請				4 人事異動等の備え（配置時期 年 月 予定・未定）			
5 その他[]							
⑪ サービス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（令和元年5月31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							
⑫ 演習の希望日程（必ずしも希望通りにはありませんが、第4希望まで○で囲む 日程は別紙参照のこと）							
第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	どの日程でも良い		
第6回	第7回	第8回	第9回	第10回			
⑬ 過去に相談支援従事者初任者研修5日間もしくは2日間を受講されている方は、どちらかの（ ）に○を入れてください。その場合、必ず修了証書か受講証明書のコピーを同封して申し込みをしてください。 過去に相談支援従事者初任者研修5日間を受講（ ） 2日間を受講（ ）							
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 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○で囲む（申込書はそれぞれに必要） 申込み有							

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： ㊟

・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。

記載例

令和元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基礎研修等 受講申込・推薦書

標記研修を下記のものに受講させたいので推薦し申し込ます

申込日 令和元年 5月 8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サービス管理責任者等を配置する事業所	名称 共同生活援助くすのき 所在地 〒651-2181 神戸市西区□□町 ○○番地 電話番号 078-○○○○-××××	申込担当者 氏名 明石 一郎 TEL 078-○○○-××××					
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）多機能型の場合はすべて記入してください							
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	療養介護	指定済・申請中または予定		6	自立生活援助	指定済・申請中または予定	
2	生活介護（施設入所含）	指定済・申請中または予定		7	就労移行支援 就労定着支援	指定済・申請中または予定	
3	自立訓練（機能訓練）	指定済・申請中または予定		8	就労継続支援	A型 ・ B型 指定済・申請中または予定	
④	共同生活援助	指定済・申請中または予定	4	9	障害児通所支援	指定済・申請中または予定	
5	自立訓練（生活訓練）	指定済・申請中または予定		10	障害児入所支援	指定済・申請中または予定	
(フリガナ)		ヒメジ	ハナコ	④生年 月日	昭和・平成 59年 2月 1日 (35歳)	⑤性別	男 女
③受講者氏名		姫路 花子 氏名は正しい楷書体で記入してください					
⑥現在の職種		生活支援員		⑦受講者連絡先番号		090-○○○-△△△△	
⑧受講者勤務先 ※上記事業所と異なる場合のみ記載		名称 生活介護事業所のじぎく 電話番号 079-○○○○-■■■■■					
		所在地 〒675-0022 加古川市□□□町○○番地					
⑨ ①の事業所から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（ ）内を記入）							
1 サビ管就任中で研修受講誓約書を提出済 提出日 年 月				3 現任者との交代（交代配置時期 年 月 日）			
②事業所新規設置・事業移行 予定日 令和元年 10月 申請済み・未申請				4 人事異動等の備え（配置時期 年 月 予定・未定）			
				5 その他[			
⑪ サービス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（令和元年5月31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 5年 0ヶ月 直接支援業務 合計 5年 1ヶ月			
⑫ 演習の希望日程（必ずしも希望通りにはなりません、第4希望まで○で囲む 日程は別紙参照のこと）							
第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	どの日程でも良い		
第6回	第7回	第8回	第9回	第10回			
⑬ 過去に相談支援従事者初任者研修5日間もしくは2日間を受講されている方は、どちらかの（ ）に○を入れてください。その場合、必ず修了証書か受講証明書のコピーを同封して申し込みをしてください。 過去に相談支援従事者初任者研修5日間を受講（ ） 2日間を受講（ ）							
⑬ 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 ）							
⑭ 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○で囲む（申込書はそれぞれに必要） 申込み有							

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 印
・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。

令和元年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修
事業所推薦書及び実務経験申告書

令和元年 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)
推薦理由 (申込責任者が記入)	【サービス管理責任者・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サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として実践したいこと】

サービス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 ケ月

事業所名 () サービス種別 ()

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 ケ月

事業所名 () サービス種別 ()

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 ケ月

事業所名 () サービス種別 ()

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

④ 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 計 年 ケ月

事業所名 () サービス種別 ()

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

⑤ 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 計 年 ケ月

事業所名 () サービス種別 ()

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 ケ月

直接支援業務通算 年 ケ月

高齢者等除外年数 年 ケ月

※ 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

事業所推薦書及び実務経験申告書

様式第2号

令和元年 月 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 明石 一郎 (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)
推薦理由 (申込責任者が記入)	【サービス管理責任者・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サービス管理責任者・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>

サービス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 ※別紙実務経験一覧表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 年 月】
---	------------------

① 平成 26 年 4 月～ 令和 元 年 5 月 計 5 年 1 ヶ月

事業所名 (生活介護事業所のじぎく) サービス種別 (生活介護事業所)

職種 (生活支援員) 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・排せつ介助、地域交流、余暇活動支援の提供

② 平成 21 年 3 月～ 平成 26 年 3 月 計 5 年 0 ヶ月

事業所名 (のじぎく障害者支援センター) サービス種別 (相談支援)

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 障害者の相談支援業務

③ 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 計 年 ヶ月

事業所名 () サービス種別 ()

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

④ 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 計 年 ヶ月

事業所名 () サービス種別 ()

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 5年 0ヶ月

直接支援業務 通算 5年 1ヶ月

高齢者等除外年数 10年1ヶ月

※ 申込書(様式第1号)項目⑪には、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。

令和元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基礎研修にかかる
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に間違いがない。□

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。
（該当者のみ）□

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。

令和元年 月 日

事業所名 _____ 申込責任者 _____ 印 _____