

令和2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 更新研修  
実施要項

### 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が、今後の動向を踏まえた視点の展望と役割を認識し、日常業務の内容を振り返るとともに実践内容の確認をすることによって、知識・技術の更なる底上げを図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

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、昨年度に設定した受講対象者を変更しております。今年度については、昨年度の受講対象者で研修を受講できなかった方と、平成24年度にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修を受講された方で、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している方又は従事する予定の方（複数の分野のサービス管理責任者等研修を受講された方は、初回の研修受講年度で判断してください。）。

平成31年4月から研修制度が改正され、平成18年度から30年度までにサービス管理責任者等研修を受講された方は令和元年度から5年度までの間に更新研修を受講しなければ、引き続きサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として業務に従事することができなくなりましたが、特定の年度に受講者が集中することがないように、受講対象者を以下のとおりとしています。

年度	受講対象者
元年度	平成18年度から23年度までに研修を受講された方
2年度	1. 令和元年度に更新研修を受講できなかった方 2. 平成24年度に研修を受講された方
3年度	1. 平成25年度～27年度に研修を受講された方 2. 令和2年度に受講申込みをしたが定員超過のため受講不可となった方
4年度	1. 平成28年度～29年度に研修を受講された方 2. 令和3年度に受講申込みをしたが定員超過のため受講不可となった方
5年度	1. 平成30年度に研修を受講された方 2. 令和元年度～4年度までの間に受講申し込みをしたが受講できなかった方

### 4 研修日時・会場

以下の日程のうちいずれか1日受講する必要があります。申込み用紙に希望日程を第3希望まで選択してください。ただし、希望とおりにならない場合もありますので、ご容赦ください。

回	日程	時間（予定）	会場
第1回	令和2年10月20日（火）	9：00～17：00 <small>（詳細は受講決定時にお知らせします）</small>	兵庫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3階
第2回	令和2年10月22日（木）		
第3回	令和2年10月23日（金）		
第4回	令和2年10月26日（月）		
第5回	令和2年10月28日（水）		
第6回	令和2年10月30日（金）		

## 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。
- (4) 遅刻、早退がある場合、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

**3000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 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。 ※参考資料をよく読んで、ご記入ください。	<b>必須</b> 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 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。	
③	サービス管理責任者等研修修了証書の写し (兵庫県で修了された方は必要ありません。)		他府県の研修受講者のみ
④	返信用封筒（必須） ・長形3号 120mm×235mm に84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。		<b>必須</b>

[申込締め切り] **令和2年8月25日（火）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更新研修 申込書在中」と朱書きのこと

## 8 重要事項

- (1) 必ず、別紙「研修における留意事項」を確認してください。新型コロナウイルス感染症拡大防止についても記載しております。
- (2) 令和元年度の更新研修を受講できなかった方、平成24年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修修了者に受講していただきます。
- (3) 申込者多数の場合は、選考を行います。  
兵庫県在住の方、兵庫県内の事業所従業者を優先します。  
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センターまで、問合せ先からメールにてご連絡ください。
- (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、申込責任者へ連絡します。
- (9) 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。
- (10) 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)
- (11) 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。
- (12) 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。

【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 研修センター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・齋藤

### 【研修制度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  
TEL:078-341-7711 (代表) 内線 2969

【担当】 村上、新 (あらた)

### 【会 場】

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>

令和2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  
更新研修 受講推薦・申込書

申込日：令和2年 月 日

法人名(会社名).....

事業所名称.....

法人又は事業所代表者 職名.....氏名.....印

(申込責任者氏名 TEL )

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦し修了後はサビ管児発管として従事させることを確約します。

フリガナ	性別	生年月日	同一事業所から複数名 申込み場合の優先順位
受講希望者氏名 (楷書で記入)	男 女	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	位 / 人中

平成18年度～平成24年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の修了者

修了年度	修了書番号(不明の場合は空白で構いません)	実施自治体(又は指定研修機関名)
平成 年度		

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している又は従事予定の勤務先	事業所名	〒	TEL ( )
	(住所・電話番号)		

現在の勤務先(上記と異なる場合のみ記入)	事業所名	〒	TEL ( )
	(住所・電話番号)		

現在勤務先の事業所種別	【福祉サービス種別：】 【受講希望者の現在の職種：】 【福祉サービス以外の職種：】
-------------	---

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての業務経験について  
サービス管理責任者として 【 】年【 】ヶ月  
児童発達支援管理責任者として【 】年【 】ヶ月 ※令和2年 月 日現在

研修の希望日程について第3希望まで○を付けてください(必ずしも希望通りにはなりません)  
日程は実施要項4を確認してください。

第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	どの日程でも良い

修了証書の名称は、どちらの名称を希望するか( )内に○を記入してください。(両方に○をつけないでください)  
サビ管、児発管のどちらかを修了している方は、修了している方に○をつけ、  
両方修了している方は、希望する方に○をつけてください。  
(記入がない場合は、サービス管理責任者更新研修修了証書で交付します。)  
サービス管理責任者更新研修修了証書 ( )  
児童発達支援管理責任者更新研修修了証書 ( )

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 ( )	要約筆記 ( )	車椅子用席 ( )	介助者同行 ( )
その他(具体的に記載)			

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。) 受講者連絡先： ( \_\_\_\_\_ )

令和2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  
更新研修 受講推薦・申込書

記入例

申込日：令和 2年 〇月 〇日

法人名(会社名) 社会福祉法人はばたん福祉会事業所名称 法人本部法人又は事業所代表者 職名 理事長 氏名 神戸 太郎 (申込責任者氏名 福祉 一郎 TEL 078-0000-0000)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦し修了後はサビ管児発管として従事させることを確約します。

フリガナ	ヒヨウゴ	ケン	性別	生年月日		同一事業所から複数名 申込む場合の優先順位
受講希望者氏名 (楷書で記入)	姓 <u>兵庫</u>	名 <u>健</u>	男 女 <input checked="" type="radio"/> 昭 平成	<u>59年 2月 1日 (36歳)</u>		位 / 人中
平成18年度～平成24年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の修了者						
修了年度 <u>平成 24年度</u>	修了書番号(不明の場合は空白で構いません) <u>24000000</u>		実施自治体(又は指定研修機関名) <u>兵庫県</u>			
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している又は従事予定の勤務先	事業所名 <u>共同生活援助あけぼの</u>	(住所・電話番号) <u>〒0000-0000 神戸市西区〇〇町 △△番地 TEL(078-0000-0000)</u>				
現在の勤務先 (上記と異なる場合のみ記入)	事業所名	(住所・電話番号) 〒 TEL ( )				
現在勤務先の事業所種別	【福祉サービス種別： <u>共同生活援助</u> 】 【受講希望者の現在の職種： <u>サービス管理責任者</u> 】 【福祉サービス以外の職種：】					
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての業務経験について サービス管理責任者として 【 <u>7</u> 】年【 <u>4</u> 】ヶ月 児童発達支援管理責任者として【 <u>  </u> 】年【 <u>  </u> 】ヶ月 ※令和2年 月 日現在						
研修の希望日程について第3希望まで○を付けてください(必ずしも希望通りにはなりません) 日程は実施要項4を確認してください。						
第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	<input checked="" type="radio"/> どの日程でも良い
修了証書の名称は、どちらの名称を希望するか( )内に○を記入してください。(両方に○をつけしないでください) サビ管、児発管のどちらかを修了している方は、修了している方に○をつけ、 両方修了している方は、希望する方に○をつけてください。 (記入がない場合は、サービス管理責任者更新研修修了証書で交付します。) サービス管理責任者更新研修修了証書 ( <input type="radio"/> ) 児童発達支援管理責任者更新研修修了証書 ( <input type="radio"/> )						

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 ( )	要約筆記 ( )	車椅子用席 ( )	介助者同行 ( )
その他(具体的に記載)			

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名：兵庫 健 印  
(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。) 受講者連絡先：(090-0000-0000)

令和2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更新研修にかかる  
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・国家資格証書等）は同封しないようにしてください。

①申込書、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返信用封筒に84円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。

④返信用封筒が、申込人数分同封されている。

⑤申込書（推薦、確約書）、返信用封筒（84円切手貼付）を全て揃えている。

⑥兵庫県以外の都道府県で研修を修了した修了証書のコピーを添付している  
（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2年        月        日

事業所名 \_\_\_\_\_ 申込責任者 \_\_\_\_\_ 印

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修について

更新研修の受講

◎受講者の要件（次のいずれかに該当する方）

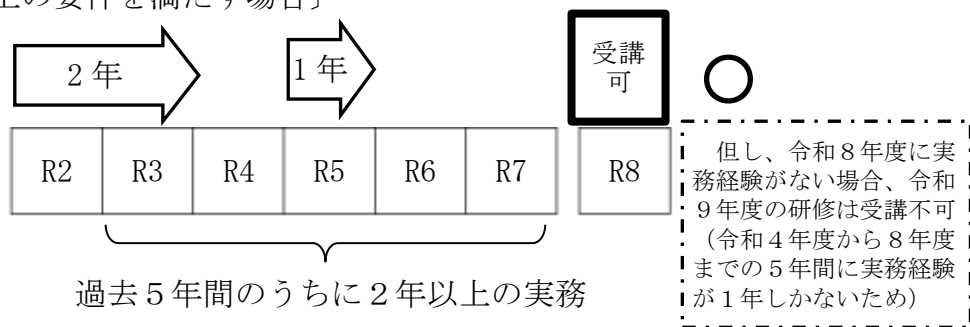
- 現にサービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）、管理者又は相談支援専門員として従事しており、サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）として従事している又は従事する予定の方。

※ 30年度以前の研修受講者は、「サービス管理責任者等として現に従事しているものとみなされる」ことから、令和元年度から5年度までの間に限り、過去の実務経験年数に関わらず、現にサービス管理責任者等として従事している又はサービス管理責任者等として従事する予定の方は受講対象になります。

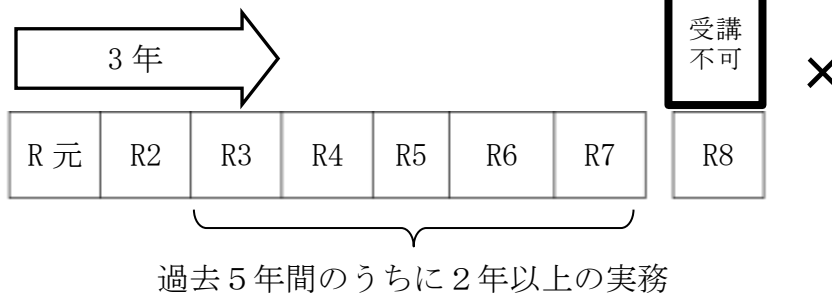
- 過去5年間に通算2年以上のサービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）、管理者又は相談支援専門員の実務経験があり、サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）として従事している又は従事する予定の方。

【サービス管理責任者等としての実務経験により更新研修を受講する場合】

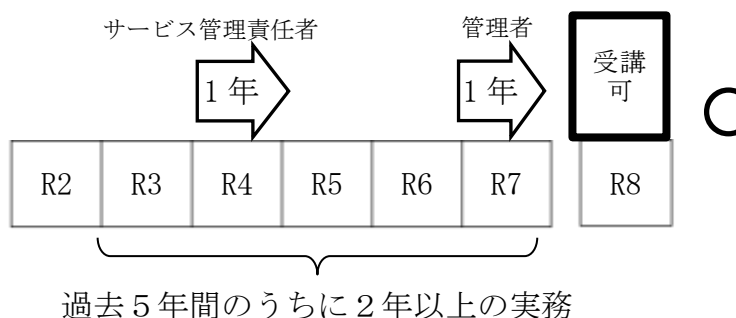
〔2年以上の要件を満たす場合〕



〔2年以上の要件を満たさない場合〕



〔複数の業務で2年以上の実務がある場合〕



《平成30年度以前の受講者》

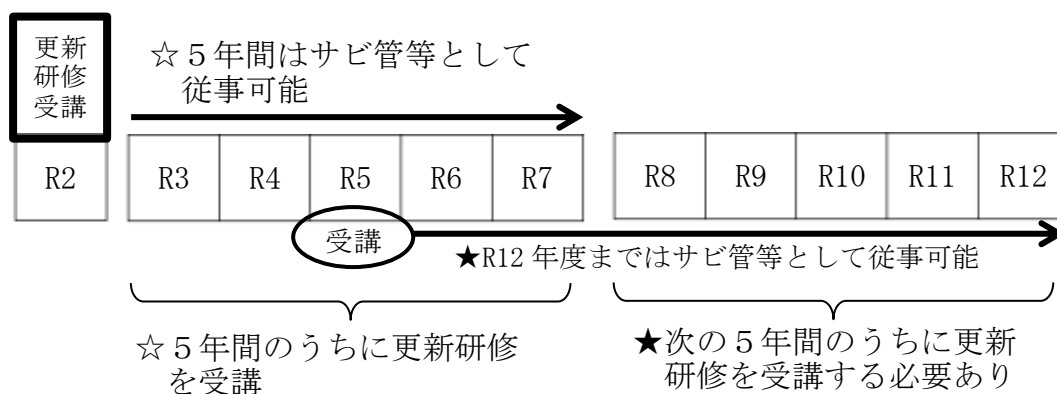
平成30年度以前にサービス管理責任者等の研修を受講された方は、令和元年度から令和5年度までの間に更新研修を受講していただく必要があります。

ただし、最終の令和5年度に受講者が集中することがないように、平成30年度以前の受講者を、最初の分野の研修受講年度により更新研修受講年度を次のとおり割り振っています。 ※令和元年度に設定した対象者は変更していません

- 令和元年度受講対象者 ⇒ 平成18年度～23年度のサビ管等研修受講者
- 令和2年度受講対象者 ⇒ ①令和元年度受講対象者で未受講者  
②平成24年度サビ管等研修受講者
- 令和3年度受講対象者 ⇒ ①平成25年度～27年度のサビ管等研修受講者  
②令和2年度に受講申込みをしたが定員超過のために受講不可となった方

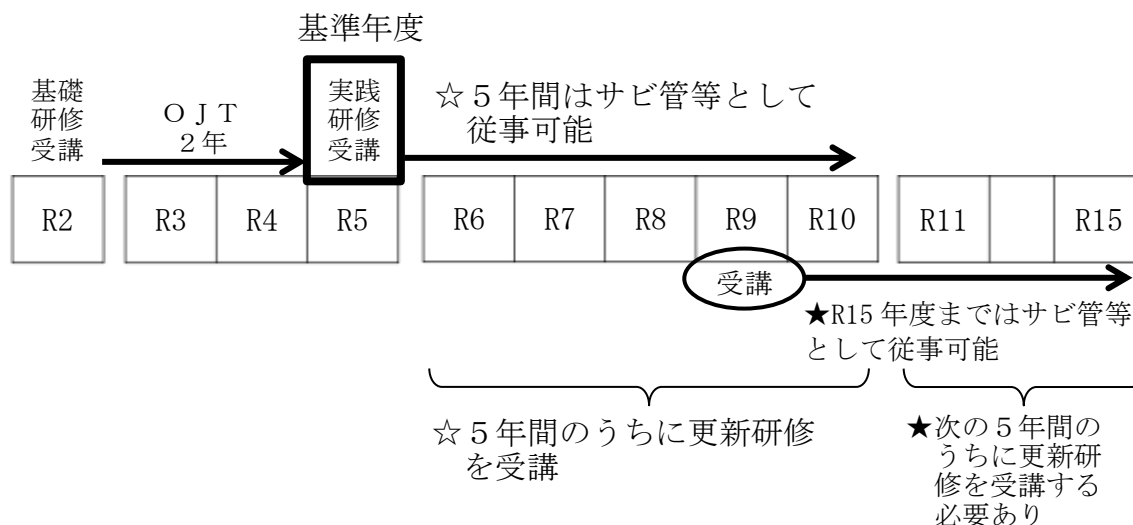
〔令和2年度に更新研修を受講した場合の例〕

基準年度



《令和元年度以降に基礎研修を受講する方》

〔令和5年度に実践研修を受講した場合〕



※5年間のうちに更新研修が受講できなかった方は、サービス管理責任者等として従事するためには実践研修を受講する必要があります（基礎研修の受講は不要です）。



## サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者 更新研修のQ&A

### (更新研修について)

質 問	回 答
サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者も、定期的に研修を受講する必要があると聞いたが、いつ、どの様な研修を受講すればいいのか。	「更新研修」を5年ごとに受講することが必要になった。 平成30年度までに受講した方は、令和元年度から令和5年度までの5年間のうちに受講する必要がある。令和2年度の研修は令和2年の10月に実施する。 令和元年度以降に基礎研修を修了した方は、OJTを経て実践研修の修了後、5年の期間ごとに更新研修を受講する必要がある。
更新研修の受講対象者の実務要件は、サービス管理責任者（及び児童発達支援管理責任者）の業務のほか、どの様なものがあるのか。	サービス管理責任者（及び児童発達支援管理責任者）のほか、管理者又は相談支援専門員として従事した期間が、実務経験として認められる。
更新研修の受講対象者としてサービス管理責任者等の実務要件があるが、常勤専従者でなければ認められないのか。	常勤でなければならないとの要件はない。ただし、受講開始前5年間において通算して2年以上従事とは、「2年以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が360日以上であること」が必要である。
5年間のうちに更新研修を受講できなかった場合は、基礎研修から受講する必要があるのか。	定められた期間内に更新研修を受講できなかった場合は、実践研修を受講する必要がある（基礎研修の受講は不要）。定められた年度内に更新研修が受講できなかった場合は、実践研修の修了証書が失効することとなる。
5年間のうちに更新研修を受講できず、改めて実践研修を受講し直す場合も、受講前5年間に2年以上実務経験がなければならないのか。	定められた期間内に更新研修を受講できなかった方が改めて実践研修を受講する場合には、実務要件の適用はない。

### (申し込みについて)

質 問	回 答
申し込みれば必ず受講できるのか。	実施年度によって受講対象者を設けており、今年度の受講対象は、令和元年度の受講対象者で未受講の方とH24年度のサビ管等研修修了者としている。 定員が超過した場合、選考を行う。
他府県の事業所も申し込めるか。	県内事業所を優先するため定員を超過した場合は、受講の可能性はきわめて低い。

令和2年度兵庫県サービス管理責任者等更新研修 研修見直し及びQ&Aについて

受講決定後に、所属先が変わったが、研修受講は可能か。	所属が変わっても受講決定は有効だが、受講の継続にあたり、申込時の事業所と、新所属の事業所及び受講者との協議を調べてもらう必要がある。
研修修了証書の発行を受けた後、名字が変更となった場合の対応は。	名字が変更となっても、研修修了証書は有効のため、再発行は行わない。
受講決定後、研修修了までに姓名を変更した場合の対応は。	原則として、申込書に記載した姓名で名簿・修了証書を作成する。
研修申し込みに必要な書類は、下記の3点のみか。 ○様式第1号（必須） ○様式第2号（必須） ○H18～24 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者修了証書の写し（兵庫県以外の都道府県で修了した方のみ）	84円切手を貼付した返信用封筒が必須。 （法人、事業所から一括して郵送で申し込むことは可能だが、返信用封筒は申込書1通ごとに必要）。 また、修了証書の写しの添付が必要な「該当者」とは、兵庫県以外で実施された研修修了者のことである。
他道府県が発行した研修修了証書は兵庫県で有効か。	有効となる。
サビ管等の配置が必要な事業所を今後開設する予定であり、その場合の申し込み方法は。	今後開設する法人・会社の代表者からの推薦が必要になる。代表者が受講者本人の場合は、同一名の記載となる。
サビ管に就任する予定がない者でも申し込めるか	就任の予定がない者は、申し込めない。
サビ管配置の必要がない事業所から申し込めるか	今後、事業移行等サビ管の配置が必要となるのであれば可能。今後もサビ管配置の必要がなければ、申し込めない。
同一事業所から複数名申し込めるか	受講対象者が複数いる場合は対象者全員の申し込みが可能だが必ず優先順位を記入。なお、受講決定後の受講者の変更は認めない。
同一法人から複数名申し込むことは可能か	可能だが、必ず法人内で障害福祉サービスを実施・または予定している事業所から申し込むこと。
申し込む事業所と受講者の勤務する事業所が異なっても申し込めるか	可能。
現在障害福祉サービスに関わっていない者でも申し込めるか	就任予定があれば、申し込みは可能。
H24年度とH26年度にサビ管等研修を受講したが、その場合は、どちらの年度の修了が更新研修の対象年度となるのか。	先に受講した年度で対象年度を確認すること。 左記の場合、H24年度が受講対象年度となる。