

# 令和2年度 兵庫県相談支援従事者初任者研修 実施要項

## 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します。

## 2. 実施主体

兵庫県の委託を受けて、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が実施します。

## 3. 研修対象者等

研修対象者は、次のいずれかに掲げる者としてします。

※ **感染症対策の観点から、令和3年度までに従事することが決まっている場合など、今年度確実に受講が必要な方に限ります。**

人事異動に備えた予備的な申込はお控え下さいますよう、ご理解ご協力をお願い致します。  
なお、次年度受講者選考において、今年度受講者の従事状況を考慮する場合があります。

対象者		受講が必要な研修・日数
<b>相談支援事業の従事予定者</b>		
A	指定相談支援事業所（指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所）において相談支援専門員の業務に従事しようとする者	○講義（オンライン） ○演習（5日間）
<b>サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の業務従事予定者</b>		
B	令和元年度までにサービス管理責任者等研修の受講を修了したが、 ・相談支援従事者初任者研修の合同講義部分（2日間）を未受講	○講義（オンライン）
C	令和2年度にサービス管理責任者等基礎研修を受講する予定であって、 次のいずれも未受講 ・相談支援従事者初任者研修（5日間）・合同講義（2日間）	○講義（オンライン）
<b>サービス提供責任者の従事予定者（指定重度障害者等包括支援事業所）</b>		
D	指定重度障害者等包括支援事業所においてサービス提供責任者として 今後従事予定の方は、別途、兵庫県障害福祉課までご相談ください。	○講義（オンライン） ○演習（5日間）

※ 過去に相談支援初任者研修の合同講義のみを受講済の方であっても、同一年度に講義と演習の両方を受講する必要があります。演習（5日間）のみの受講はできません。

## 4. 研修日程・場所（研修プログラムは別途）

日程		場所	備考
1日目 2日目	動画配信期間は受講決定者にお伝えします。		合同講義
3日目 ～ 7日目	第1回 令和2年11月11日（水）・12日（木） 令和3年1月6日（水）・7日（木）・8日（金）	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 （神戸市西区）	演習
	第2回 令和2年11月19日（木）・11月20日（金） 令和3年1月13日（水）・14日（木）・15日（金）		
	第3回 令和2年12月7日（月）・8日（火） 令和3年1月19日（火）・20日（水）・21日（木）		
	第4回 令和2年12月14日（月）・15日（火） 令和3年1月27日（水）・28日（木）・29日（金）		

※演習は第1～4回のいずれか希望の日程を申込用紙にご記入ください（組み合わせでの受講はできません）。  
※演習については会場の都合上、座席によっては冷暖房が十分に効かない場合がありますので、各自で調整ができる準備をしていただきますようご協力をお願いします。  
※日程につきましてはご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。  
※受講決定後の日程の振り替えは一切受付できません。

## 5. 受講申込

- (1) 提出書類【必ず、福祉のまちづくり研究所ホームページの「研修における留意事項」  
「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。】

研修対象者	提出書類
「A」該当者	①受講申込書（様式1号 7日間受講用） ②事前課題（様式2号）・（様式2号-①） <b>※課題は2つあります</b> ③申込チェックシート（様式3号）（複数名分まとめて提出する場合は事業所ごとに1枚で可） ④返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に94円切手を貼り、宛先住所・宛先氏名・ 申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記 ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です
「B」該当者	①受講申込書（様式4号 2日間受講用） ②サービス管理責任者等研修の修了証書の写し ※サービス管理責任者等研修の分野・年度は問いません。 ③申込チェックシート（様式3号）（複数名分まとめて提出する場合は事業所ごとに1枚で可） ④返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に94円切手を貼り、宛先住所・宛先氏名・ 申込者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記 ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です
「C」該当者	「令和2年度兵庫県サービス管理責任者等基礎研修実施要項」を福祉のまちづくり研究所ホームページなどから入手し、同要項に定める様式（令和2年度兵庫県サービス管理責任者等基礎研修受講申込書 等）により申し込んでください。

### (2) 申込方法

- ・申込みにかかる様式類は、福祉のまちづくり研究所ホームページから、ダウンロードしてください。
- ・上記提出書類を、**原則、郵送**で申し込んでください。  
 ※FAX、Eメール等他の方法での申込みは一切受け付けません。  
 ※申込書類は、未記入や押印漏れ等の不備がないよう様式3号で確認してから提出してください。  
 ※こちらから連絡する場合は、申込責任者に連絡します。  
 ※提出された書類については、返却しません。  
 ※申込みの着、不着のお問い合わせにはお答えしません。  
 ※申込書に記載された個人情報は研修事業以外の目的には使用しません。  
 ※受講の可否については、同封されている返信用封筒を用いてお知らせします。発送日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ご連絡ください。  
 ※虚偽内容を記載した場合は、受講決定後や研修受講中でも決定を取り消す場合があります。  
 ※他の都道府県からご応募される場合は、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。  
**※必ず、別紙「研修における留意事項」を確認してから申込みをしてください。**

### (3) 申込締め切り

**令和2年 8月31日（月）正午 必着** ※締切後の申込は一切受け付けません。

### (4) 申し込み先

社会福祉法人 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 研修センター  
 〒651-2181 神戸市西区曙町1070  
**※「相談支援従事者初任者研修 申込書在中」と朱書きのこと**

## 6. 受講決定

相談支援専門員の育成が喫緊の課題である一方、これまでの研修修了者のうち、実際に相談支援専門員として従事されている方の割合は低い（5割程度）のが現状です。

そのため、講義と演習の両方を受講される方については、**確実に兵庫県内の指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事する方を対象**とし、兵庫県が各市町の意見も踏まえ選考します。

特に今年度は感染症対策の観点から、**今年度確実に受講が必要**であると認められる場合に受講決定します。

更に応募者多数の場合は、**1事業所1名の決定とさせていただくとともに、地域（市町）における計画相談の進捗状況や相談支援事業所・相談支援専門員の設置・配置状況、各法人における有資格者の状況等を勘案**します。

なお、特に考慮すべき法人の事情（当該職員が受講できないと相談支援事業所を閉鎖せざるを得ないなど）がある場合は、申込書の⑦にある申込理由欄③に記載してください。

## 7. 受講費用

「A」該当者	¥21,000円
「B」該当者	¥6,000円

※研修に係る旅費・滞在費等諸費用については、各自で負担願います。

※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。

## 8. 修了証書及び修了者名簿の交付等について

- ・研修の全科目を修了された方には、受講終了後「**修了証書**」を交付します。
- ・サービス管理責任者になるために必要な講義部分（2日間）の所定の全科目を受講した方には「**受講証明書**」を交付します。
- ・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。
- ・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

（注）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）

（注）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）

（注）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）

- ・修了証書及び受講証明書は、研修終了後受講者本人に直接交付します。
- ・兵庫県及び兵庫県社会福祉事業団は、修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名及び生年月日等必要事項等を記載した名簿を作成し、十分な注意を払った上で管理します。
- ・修了者名簿については、業務の都合上、県内市町に提供する場合があります。

## 9. 留意事項

### (1) 研修受講にあたり必要な配慮について

研修受講にあたり、手話通訳者等が必要である場合は、申込書の所定欄にその旨をご記入ください。それ以外に、必要とする事項等、予め研修主催者に伝達すべきことがあればあわせてご記入ください。

### (2) 県内市町との情報共有について

障害者総合支援法上、指定特定相談支援事業者の指定権者が市町村長となっていることと等に鑑み、応募者及び受講決定者、研修修了者の情報について、兵庫県内市町の障害福祉担当部署と情報共有する場合がありますので、応募に当たりあらかじめご了承ください。

## ◆問い合わせ先◆

【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

## 【実務経験や事業申請等に関すること】

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)

【担当】 奥村

## ◆ 会 場 ◆

1・2日目 動画配信によるオンライン講座

3～7日目 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 3F 多目的実験室

〒651-2181 神戸市西区曙町 1070 <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/html/access.html>

令和2年度兵庫県相談支援従事者初任者研修受講申込・確約書(7日間受講用)

申込日: 令和2年 月 日

法人名(会社名) \_\_\_\_\_  
施設・事業所名称 \_\_\_\_\_  
代表者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(申込責任者名 TEL \_\_\_\_\_ )

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦するとともに、研修修了後、下記の者を指定相談支援事業所において相談支援専門員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し込む場合の優先順位	
受講希望者氏名	氏名は正しい楷書体で記入してください	男・女	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	位 / 人中	
①相談支援専門員として従事する勤務先名称		勤務先住所	〒		
		電話番号等	TEL	FAX	
②事業所種別(該当番号に○)複数可	1. 指定一般相談支援事業所 2. 指定特定相談支援事業所 3. 指定障害児相談支援事業所 4. その他 ( )				
③従事している相談支援の主な対象者(○印で囲む、複数可)					
1	身体障害者	4	精神障害者(18歳未満の者を含む)		
2	知的障害者	5	発達障害者(18歳未満の者を含む)		
3	障害児(18歳未満の身体障害児・知的障害児)	6	その他( )		
④現在の勤務先(上記①と異なる場合のみ記入)		勤務先住所	〒		
		電話番号等			
⑤実務経験について 年数 合計 年 ヶ月 ※令和2年8月5日現在					
現在の職種		受講要件に関連する資格		取得時期	年 月
⑥該当する実務経験(別紙「相談支援専門員の要件となる実務経験について」参照)(○印で囲む、複数可)					
1	アの期間が通算して3年以上	5	カの期間が通算して10年以上		
2	イの期間が通算して5年以上	6	キの期間が通算して5年以上		
3	ウの期間が通算して5年以上	7	クの期間が通算して5年以上+ア~カの期間が通算して3年以上		
4	エまたはオの期間が通算して5年以上	8	その他( )		
⑦申込理由	<input type="checkbox"/> ①既存事業所に配置するため。【配置時期: 令和 年 月 ・ 当面は配置予定なし (※いずれかを選択)】 <input type="checkbox"/> ②新規事業所開設のため。【開設時期: 令和2年度中 ・ 令和3年度以降 ・ 未定 (※いずれか1つを選択)】 <input type="checkbox"/> ③その他上記以外 [ ]				

⑧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(具体的に記載)		

⑨演習希望日程に○印を記入してください。日程は別紙。(必ず連続しての受講になります)

第1回	第2回	第3回	第4回	いずれでも良い
-----	-----	-----	-----	---------

⑩今年度サービス管理責任者等基礎研修を申し込んでいる場合は、( )に○をつけてください

( ) サービス管理責任者等基礎研修を申し込んでいる
----------------------------

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: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_



令和2年度兵庫県相談支援従事者初任者研修

事前課題2

受講希望者氏名 \_\_\_\_\_ (必須)

申込責任者確認署名 \_\_\_\_\_ (必須)

1 次の用語について、その用語の意味を簡略に記入してください。

アセスメント (記入例)・・・みたて、査定、情報収集と情報評価、情報選択

インテーク・・・

ストレングス・・・

ニーズ・・・

デマンド・・・

アドボカシー・・・

インターベンション・・・

ミクロ、メゾ、マクロ・・・

2 以下の用語の意味を記入してください。

障害者ケアマネジメントとは

医学モデルとは

社会モデルとは

3 ICF について、あなたの考えを記入してください。

- 4 相談支援専門員とサービス管理責任者の役割を、それぞれの違いが分かるように記入してください。

<相談支援専門員>

<サービス管理責任者>

- 5 「社会資源」について、フォーマルな社会資源・インフォーマルな社会資源の例を挙げながら説明してください。

- 6 あなたにとって、相談支援専門員に必要なことを3つだけ挙げるとすれば何ですか。その理由も記入してください。

1

理由：

2

理由：

3

理由：

※申込書、課題1、返信用封筒と一緒に同封して郵送してください。

## 令和2年度兵庫県相談支援従事者初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、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枚で構いません。

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、事前課題1、2に記載漏れ、押印漏れ等はない。

②申込者の氏名（漢字）、生年月日に間違いがない。

③返信用封筒に94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【7日間申込者】  
申込書、事前課題、返信用封筒（94円切手貼付）を全て揃えている。

⑥【2日間申込者】  
申込書、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の修了証、  
返信用封筒（94円切手貼付）を全て揃えている。

⑦申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

研修にかか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 \_\_\_\_\_

## 令和2年度兵庫県相談支援従事者初任者研修 日程

日程		研修時間	場所	備考
1日目	講義動画をオンラインで配信します。 配信期間については、受講決定者にのみお伝えします。		/	合同講義
2日目				
第1回	3日目 4日目	令和2年 11月11日(水)・11月12日(木)	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 多目的実験室 (神戸市西区)	演習
	5日目 6日目 7日目	令和3年 1月6日(水)・1月7日(木)・1月8日(金)		
第2回	3日目 4日目	令和2年 11月19日(木)・11月20日(金)		演習
	5日目 6日目 7日目	令和3年 1月13日(水)・1月14日(木)・1月15日(金)		
第3回	3日目 4日目	令和2年 12月7日(月)・12月8日(火)		演習
	5日目 6日目 7日目	令和3年 1月19日(火)・1月20日(水)・1月21日(木)		
第4回	3日目 4日目	令和2年 12月14日(月)・12月15日(火)		演習
	5日目 6日目 7日目	令和3年 1月27日(水)・1月28日(木)・1月29日(金)		

※ 演習時間は、9:00~17:00の予定ですが、受講決定者に委細お伝えします。

※ 第1回の3日目、4日目と第2回の5日目~7日目のような別々の回を組み合わせての受講はできません。

## 相談支援専門員の要件となる実務経験について

〔本表は受講者の便宜上、兵庫県において作成したものです。詳細については「指定地域相談支援の提供に当たるとして厚生労働大臣が定めるもの(平成24年厚生労働省告示第226号)」等の告示をご確認ください。〕

業務範囲	業務内容	必要年数
障害者の保健、医療福祉、就労、教育の分野における支援業務	<b>ア 平成18年10月1日時点で下記の施設等において相談支援業務に従事しており、平成18年9月30日までに必要年数を満たしている者(告示1イ該当)</b> ○ 障害児相談支援事業、身体(知的)障害者相談支援事業 ○ 精神障害者地域生活支援センター	以3 上年
	<b>イ 施設等における相談支援業務(告示1ロ(1)~(3)該当)</b> ○ 障害児相談支援事業、身体(知的)障害者相談支援事業、その他これに準じる事業 ○ 児童相談所、身体(知的)障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、福祉事務所、その他これに準じる施設 ○ 障害児入所施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更正施設、介護老人保健施設、その他これに準じる施設	5 年 以上
	<b>ウ 次のいずれかに該当する者が実施する、病院若しくは診療所における相談支援業務(告示1ロ(4)該当)</b> (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 介護職員初任者研修・訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※を有する者 (4) イに掲げる施設に従事した期間が1年以上である者	
	<b>エ 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターにおける相談支援業務(告示1ホ該当)</b>	
	<b>オ 特別支援学校その他これに準じる機関における就学相談・教育相談・進路相談の業務(告示1ヘ該当)</b>	
第2 直接支援業務	<b>カ 施設及び医療機関等における介護業務(告示1ニ該当)</b> ○ 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、医療法に規定する療養病床、その他これに準じる施設 ○ 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業、その他これに準じる事業 ○ 病院若しくは診療所、薬局、訪問看護事業所、その他これに準じる施設	10 年 以上
第3 有資格者等	<b>キ 次のいずれかに該当する者が実施する、上記カの直接支援業務(告示1ハ該当)</b> (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得したものと認められるもの(介護職員初任者研修・訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者) (3) 保育士(直接支援業務に該当しない保育所へ勤務した期間は、実務経験として日数換算できない) (4) 児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者	5 年 以上
	<b>ク 国家資格等※による業務に5年以上従事している者が実施する、上記①の相談支援業務又は上記②の直接支援業務(告示1ト該当)</b>	以3 上年

### 第1 相談支援業務

身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務その他これに準ずる業務

### 第2 直接支援業務

身体上若しくは精神上の障害がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務

### ※ 国家資格等

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、栄養士(管理栄養士を含む)、精神保健福祉士

(注) 実務経験及び日数換算について

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日以上あることを言うものとする。例えば5年以上の実務経験であれば、実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日以上であるものを言う。

## 兵庫県相談支援従事者初任者研修に関するQ &amp; A

問い合わせの多い項目等についてQ & Aを作成しましたので、申込の際の参考としてください。  
(断りのない限り7日間受講（相談支援専門員資格取得）の方を想定しています。ご了承ください。)

(受講の適否等について)

質問	回答
市町の窓口や指定相談支援事業所に勤務する予定は全くないものの、自らのスキルアップのために受講したいが受講可能か。	平成27年4月からの計画相談対象者の拡大に対応するという喫緊の課題があることから、確実に指定相談支援事業所に勤務する予定がある方に対象を限定している。
相談支援専門員に就任できる時期は不明だが、いつかはなりたいと思っているので受講して良いか。	資格を維持するには5年に一度現任研修を受ける必要があり、その現任研修受講には一定の相談支援経験（概ね3年以上）が要求されていることから、早めに初任者研修だけを受けても資格を喪失する可能性がある。相談支援専門員として就任することが確実にってから受講すること。
現時点で指定相談支援事業を行っていない法人である。この研修を受けて、相談支援専門員になる資格を取得すれば、すぐに指定相談支援事業所を立ち上げることができるのか。	相談支援事業所、特に急速な拡充が求められている指定特定相談支援事業所（計画相談支援を実施）については、その指定を市町村長が行うことになっている。速やかな事業立ち上げのためにも、事前に市町の障害福祉担当課と相談しておくことをお薦めしている。

(受講日数について)

質問	回答
サービス管理責任者の資格を得るため、昨年度、前半2日間の合同講義のみを受講し、受講証明書もらった。今年度、新たに相談支援専門員の資格をとりたいが、その際には後半の演習等5日間だけを受講すればよいか。	このような場合でも、再度、合同講義の2日間を含めた7日間を一括で受講する必要がある（厚生労働省に確認済）。相談支援初任者研修において、後半の5日間のみを受講することはできない。
今年度、前半2日間の合同講義のみを受講し、来年度、後半の演習等5日間だけを受講することは可能か。	相談支援専門員になるには、同一年度に合同講義の2日間を含めた7日間を一括で受講する必要がある。
昨年度は、研修を5日間受講すれば修了できていたが、今年度7日間になっているのはなぜか。	令和元年度の告示により、5日間から7日間の研修制度改正となった。また、実習の導入もあるが、今年度は新型コロナウイルス感染症予防のため、実習は実施せず、代替方法とする。

(実務経験について)

質問	回答
「相談支援専門員の要件となる実務経験」がないと受講できないのか。	実務経験要件は相談支援専門員として勤務する際に必要な要件であり、受講時に必ずしも満たしている必要はない。しかし、一定の知識・経験がないと研修（特に演習）への参加が困難、受講後速やかに相談支援専門員として活躍していただきたい等の理由により、今年度中に実務経験を満たす方を想定している。
社会福祉主事任用資格者等は直接支援業務の実務経験が5年以上〔実務要件キ〕となっているが、資格取得以前の期間も含めて5年以上の実務経験があればよいのか。	お見込みのとおり。社会福祉主事任用資格等を取得してから、あらためて5年間の実務経験が必要ということではない。（なお、医師等の国家資格〔実務経験ク〕の場合も同様。）
専門学校で栄養士の資格を取ったが障害福祉サービス事業所で栄養士の資格とは関係ない介護等の業務に3年間従事した。相談支援専門員の実務経験として認められるか。	医師等国家資格〔実務経験ク〕に係る要件は「その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間」が5年以上とされており、資格に係る業務でない限り、実務経験にはカウントされない。
障害福祉サービス事業所に経理事務職員として10年以上勤務した場合、実務経験として認められるか。	あくまでも「相談支援の業務」や「介護等の業務」に従事した期間をカウントするため、純粋な経理事務だけでは必要な実務経験として認められない。
高齢者居宅介護支援事業所でケアマネジャー（介護支援専門員）として5年以上従事した場合は対象となるか。	老人福祉施設に準ずる施設における相談支援業務〔実務経験イ〕として、5年以上の実務経験があれば対象となる。

(提出書類について)

質問	回答
今年度中に別法人の相談支援事業所に相談支援専門員として勤務する予定の場合はどこから申し込むのか。	相談支援専門員として勤務する予定の相談支援事業所（または法人）から申し込みが必要。現在の勤務先については、申込書の④に記入すること。
同一法人の異なる事業所から申し込む場合は、優先順位は付けなくて良いか。	障害福祉サービス事業等は事業所毎の指定のため、同一法人であっても別事業所の場合は順位を付す必要はない。ただし、法人の規模等に比べあまりにも多くの申込がある場合は、調整していただきたい。
「受講要件に関連する資格・取得時期」とは何か。	「相談支援専門員の要件となる実務経験について」に掲載されている国家資格等（社会福祉主事任用資格、保育士、看護師、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士等）とその取得年月を記載すること。

(事前課題について)

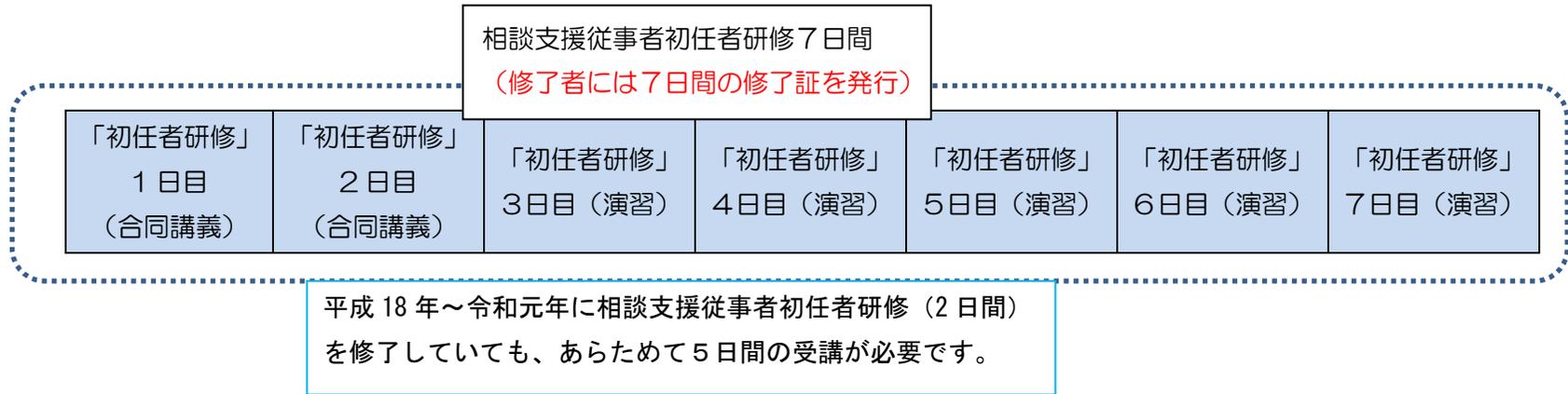
質問	回答
相談支援従事者初任者研修において受講決定前の事前課題を課しているのはなぜか。	近年の相談支援事業の制度的拡大に伴い、障害者相談支援事業所における従事経験が乏しい受講者が増加したこと等から、研修の質を担保するため一定の事前学習を促すとともに、市町村へ提出するサービス等利用計画の作成等を担う相談支援専門員として不可欠な文章作成能力を事前に確認する等の理由によるもの。
事前課題の優劣（点数）のみで受講の可否が決定するのか。	当該事業所の状況、相談支援専門員養成の必要性や緊急性、実務経験年数等も含め総合的に判断します。事前課題の優劣のみで受講の可否を決定することはない。
事前課題の作成は自筆（肉筆）によるものでなければならないのか。	福祉のまちづくり研究所研修課のホームページにワード形式の電子ファイルを掲示しており、それを活用し、プリントアウトしても問題ない。 なお、文章については、既存の文章を写すことなく、受講希望者自らで作成すること。本人以外の者が作成したことが判明した場合、受講決定の取消を行うことがある。様式はホームページのワードによる指定の物を使用すること。
事前課題1はどれぐらいの分量を書けば良いのか。また2枚目に渡っても良いのか。	選考の都合等もあり、指定された400字以内で納めていただきたい。

(選考について)

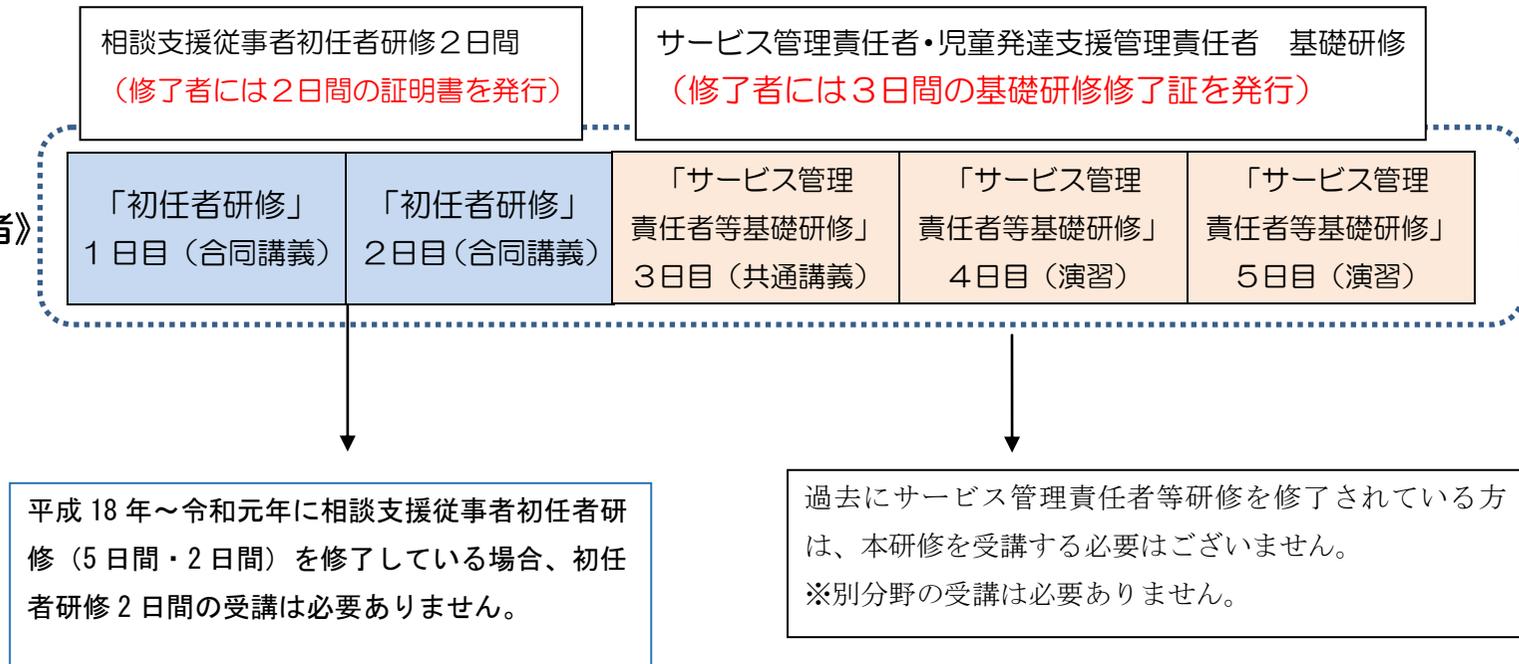
質問	回答
なぜ受講対象を「相談支援事業所において相談支援専門員として従事する方」に限定しているのか。	相談支援専門員は指定相談支援事業所に勤務して計画相談支援・地域相談支援などを行う職種であり、特に計画相談支援を拡大する必要があることから、このような限定を行っている。
他府県の相談支援事業所において相談支援事業を実施している場合には選考されないのか。	当研修は兵庫県の委託を受けて実施しているため、兵庫県内の指定相談支援事業所・障害福祉サービス事業所等において従事している方（予定を含む）を優先して受講決定する。
申込書に「指定相談支援事業所において相談支援専門員として従事させることを確約します」とあるが、受講者の相談支援専門員としての従事状況を調査されるのか。	例年、厚生労働省より「相談支援事業の実施状況等」調査があり、その際に前年度の相談支援従事者初任者研修修了者の相談支援専門員としての従事状況等を調査する予定。
選考により受講できなかった場合、その理由等を教えてもらえるか。	個別の選考理由については兵庫県社会福祉事業団・県障害福祉課とも答えることはできない。

《相談支援専門員とサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の資格取得に必要な研修について》

《相談支援専門員》  
になるための研修



《サービス管理責任者・  
児童発達支援管理責任者》  
になるための基礎研修



令和2年度 兵庫県相談支援従事者初任者研修・サービス管理責任者等基礎研修 研修日程と受講対象について

※「サービス管理責任者等基礎研修」はサービス管理責任者および児童発達支援管理責任者を指します

受講対象		相談支援専門員になる方	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者になる方			
			初めて研修を受講する方	これまでに相談支援従事者初任者研修(5日間・2日間)を修了している方	これまでにサービス管理責任者等研修を修了しているが、相談支援従事者初任者研修講義部分2日間を修了していない方	
受講する研修名		相談支援従事者初任者研修(7日間)	サービス管理責任者等基礎研修□	サービス管理責任者等基礎研修	相談支援従事者初任者研修(2日間)	
日程				※申込書に相談支援従事者初任者研修修了証書及び受講証明書の写しを添付	※申込書にサービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修修了証書の写しを添付	
相談支援従事者初任者研修 合同講義:2日間	講義動画配信	○	○		○	
相談支援従事者初任者研修 演習(第1回)	各日程参照 (5日間)	○ (第1回~4回の いずれかの回)				
相談支援従事者初任者研修 演習(第2回)	各日程参照 (5日間)					
相談支援従事者初任者研修 演習(第3回)	各日程参照 (5日間)					
相談支援従事者初任者研修 演習(第4回)	各日程参照 (5日間)					
サービス管理責任者等基礎 研修 共通講義:1日間	講義動画配信		○	○		
サービス管理責任者等基礎 研修 演習:2日間	各日程参照 (2日間)		○	○		
研修日数合計		7日間	5日間	3日間	2日間	
受講料		21,000円	15,000円	9,000円	6,000円	