

令和5（2023）年度 北海道サービス管理責任者更新研修
北海道児童発達支援管理責任者更新研修 募集要領

1 研修の目的

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及び児童福祉法の適切かつ円滑な運営に資するため、サービスや支援の質の確保に必要な知識、技能を有するサービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の養成を図ることを目的とする。

2 実施主体〔北海道指定研修事業者〕

特定非営利活動法人北海道地域ケアマネジメントネットワーク（北海道CMネット）

3 受講対象者（受講対象の詳細は別紙3-2 P.9~11参照）

以下のア又はイに該当する者であって、北海道内の指定障害福祉サービス事業又は指定障害児通所・入所支援事業所（開設予定含む）にて「サービス管理責任者」又は「児童発達支援管理責任者」として従事しようとする者

（ただし、定員に満たず追加募集する場合は道外の指定障害福祉サービス事業所からの受講者も対象とする）

ア. 更新研修受講対象者

平成30年度以前にサービス管理責任者（又は児童発達支援管理責任者）としての要件を満たしている者※1（令和5年度末までの経過措置※6）

イ. 更新研修受講対象

「サービス管理責任者実践研修」又は「児童発達支援管理責任者実践研修」を修了後、下記A又はBのいずれかの要件を満たしている者

- A 指定障害福祉サービス事業所等においてサービス管理責任者等もしくは管理者として従事している者又は、指定一般相談支援事業所等において相談支援専門員として従事している者
B 本研修の受講開始前5年間に於いて、Aの業務に通算して2年以上従事していた者

4 研修日程・開催場所・申込受付期間

日程 区分	申し込み締切 〔受講可否通知発送予定日〕	講義日程 (視聴期間)	演習日程※1		定員 ※2
			開催日時	開催場所・方法	
I 日程	10月3日(火)～ 10月17日(火)必着 〔10月31日通知発送予定〕	11月21日(火)～ 11月28日(火)	①	12月7日(木) オンライン研修 (Zoom)	50
			②	12月14日(木) 北海道自治労会館※3	50

※1 演習の時間は5研修内容・講師参照。正式な時間は受講決定の際に通知します。

※2 各日程、サービス管理責任者更新研修、児童発達支援管理責任者更新研修を合計した定員となります。

※3 北海道自治労会館（札幌市北区北6条西7丁目5-3）

5 研修内容・講師（講師については別紙4参照）

別紙1又は2「研修カリキュラム」に基づき、講義及び演習により実施する。

日程	内容	方法	必要な機材	期間/時間
講義日程	定められた期間内に講義動画の視聴・理解度テスト等を修了	eラーニング	・インターネット接続 可能なパソコン (動画再生・音声出力)	概ね5～7日間 (1時間程度)
演習日程	個人ワークやグループワークを中心とした演習を修了	集合研修	なし	1日間 (6時間程度) 10:20～16:40
		オンライン研修 (Zoom)	・インターネット接続 可能なパソコン (マイク・カメラ機能)	

※受講者ごとにパソコンで使用可能なメールアドレス（別紙7のとおり）が必要です。

《スマホ・タブレット不可》

6 シラバス

本研修プログラムについてのシラバスは、当法人ホームページに掲載する。

〔 NPO法人北海道ケアマネジメントネットワーク（北海道CMネット）
<http://www3.rainbow.ne.jp/~hcm-net/> 〕

7 受講申込・問い合わせ先

特定非営利活動法人 北海道地域ケアマネジメントネットワーク（北海道CMネット）

〒064-0808

札幌市中央区南8条西2丁目 市民活動プラザ星園305号

電話：011-521-8551

※電話番号のおかけ間違いにご注意ください

（サービス管理責任者の要件、障害福祉サービス事業所の指定に関する問い合わせ）

- ・札幌市、函館市、旭川市内の事業所は、当該市町村にお問い合わせください
- ・上記以外の市町村の事業所は、各総合振興局（振興局）にお問い合わせください

（児童発達支援管理責任者の要件、障害児通所支援事業所等の指定に関する問い合わせ）

- ・札幌市、函館市、旭川市内の事業所は、当該市町村にお問い合わせください
- ・上記以外の市町村の事業所は、各総合振興局（振興局）にお問い合わせください

※各総合振興局（振興局）の連絡先一覧

指定都市・中核市 総合振興局（振興局）	担当部署	電話番号
札幌市	保健福祉局 障がい保健福祉部 障がい福祉課 指定指導担当係	011-211-2938
函館市	保健福祉部 指導監査課 障害等担当	0138-21-3925
旭川市	福祉保険部 指導監査課 障害担当	0166-25-9849
空知総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0126-20-0109
石狩振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	011-204-5864
後志総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0136-23-1936
胆振総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0143-24-9841
日高振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0146-22-2559
渡島総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0138-47-9536
檜山振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0139-52-6650
上川総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0166-46-4982
留萌振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0164-42-8319
宗谷総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0162-33-2985
オホーツク総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0152-41-0690
十勝総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0155-27-8518
釧路総合振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0154-43-9254
根室振興局	保健環境部 社会福祉課 事業指導係	0153-23-6915

8 申込から受講までの手続き

① インターネット申込

申込期間内に、当法人ホームページの研修申込ページにアクセスし、必要事項を入力して送信します。（別紙5 申込フォーム記載内容と注意事項参照）

ホームページアドレス：<http://www3.rainbow.ne.jp/~hcm-net/>

- ・事業所による申込とし、法人（開設予定の場合はその代表者）からの推薦がある者に限る。
- ・電話、FAXでの申込不可。携帯電話、スマートフォンからのインターネット申込不可。
- ・複数の研修申込を受付中のため、必ず入力画面の上部にある研修名を確認すること。
- ・入力内容に不備がある場合には、申込内容の送信が完了せず、受理されません。必須事項は必ず入力し、申込控（入力画面）を印刷した上で送信し、申込が完了したことを確認すること。また、記載事項に不備や記載内容に矛盾がある場合は申込を受け付けません。
- ・申込にあたり「実務経験証明書」の添付は不要。サビ管・児発管に関する研修の修了証書については修了証書の写しを申込みフォームに添付するか、申込後にFAX（011-521-8551）。

② 受講者の選考と可否の通知

※事前課題は、可否通知のメールに指示がありますのでご確認ください

- ・受講者の選考については、北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課と協議の上、申込者のサービス管理責任者等としての配置予定時期等を考慮して行い、当法人より受講可否を通知します。（受講決定者には通知発送予定日に郵送の他、受講準備に関するメールをお送りします）
- ・申込受付期間内に申込のあった全ての方へ受講可否を通知しますので、通知発送予定日まで電話等による受講可否の問い合わせはご遠慮願います。なお通知発送予定日を5日以上過ぎても受講可否の通知が届かない場合は、事務局までご連絡をお願いします。
- ・申込内容に虚偽があると認められた場合は、受講決定後であっても受講決定を取り消すことがあります。

③ 受講料の納入と誓約書の提出

受講料（全日程） 9,000円 ※テキスト代（3,200円税別）は別途かかります

- ・決定通知に同封する郵便振替用紙にて払い込み、または所定銀行口座への振込。納入期間は決定通知から概ね2週間程度とします。（振込手数料は受講者負担。振込明細書をもって領収書の発行に代えます。）
- ・やむを得ない理由により納入期間を過ぎる場合は、事務局まで急ぎご連絡ください。
- ・研修開始日の10日前（当該日が土日祝日にあたる場合はその前日）までにキャンセルの申し出があった場合には受講料は全額返還（振込手数料は受講者負担）。それ以降のキャンセルについては、やむを得ない事情と認められた場合には1割のキャンセル料及び振込手数料を除いた額を返還。なお、研修開始日以降のキャンセルまたは欠席については返還しません。
- ・研修時の撮影、録画、二次使用の禁止等に関する「誓約書」（受講決定通知同封）に署名のうえ、提出期日までに郵送してください。

④ 講義日程までの準備等

●講義日程視聴環境等の準備

- ・講義日程では、動画再生と音声出力ができるパソコン、インターネット回線（有線LAN推奨）、パソコンで使用するメールアドレスが必要です。
- ・使用テキスト『障がいのある人への本人主体支援 実践テキスト』の準備・購入（特定非営利活動法人北海道地域ケアマネジメントネットワーク 監修、日置真世 編著 2022年1月20日発行）上記テキストがない場合は、講義日程受講までにご準備ください。（購入方法については②受講決定通知でお知らせします。）また、このテキストは北海道地域ケアマネジメントネットワークが実施する「基礎研修」「実践研修」でも使用しています。

●演習日程がオンライン研修の場合

- ・インターネット回線（有線LAN推奨）、パソコン（マイク・カメラ機能必要）及び、パソコンにZoomクライアントアプリのダウンロードが必要です。
- ・Zoom利用システム要件は、「Zoomヘルプセンターサイト→初めに」にてご確認ください。
- ・演習日程の受講環境や、接続テストに関する確認がありますので、通知発送予定日に届くメールをご確認ください。（以降の連絡は主にメールになります）

⑤ 事前課題の提出及び、講義日程の視聴

●事前課題の提出

- ・②通知発送予定日に届くメールに添付されている事前課題を作成し、期日に間に合うように事務局宛てに郵送してください。
- ・事前課題の提出がない場合、演習に参加できません。また、オンライン研修の方には演習で使用する資料と合わせて事前課題も発送するため、期限は必ず守ってください。

●講義日程の視聴（④テキスト使用）

- ・受講料納入・受講誓約書の提出が確認されると、「eラーニング（講義日程）の URL 及び ID・パスワード」が申込時に入力したメールアドレス宛に送信されます。
- ・視聴期間内に資料のダウンロード、及び講義視聴、理解度テストを修了してください。
- ・受講料の納入等が遅れた場合、視聴期間が短くなりますので、ご了承ください。
- ・期間内に講義日程を全て修了していないと、演習に参加できません。

⑥ 演習日程までの準備等

●集合研修の場合

- ・演習で使用する資料等は当日配布します。持参するものについては通知をご確認ください。
- ・研修受講前・当日とも体調不良の場合は受講の是非を判断し、受講が難しい場合は事務局までご連絡ください。

●オンライン研修の場合

- ・演習日程前に、受講決定者を対象とした Zoom の**接続テスト**を実施し、基本操作の確認を行います。接続テストに参加しない方の当日の通信トラブルについては責任を負いかねますので、ご了承ください（修了証書を発行しない場合があります）。
- ・演習で使用する資料等は郵送します。その他各自準備いただくものについては通知をご確認ください。
- ・講義日程の受講が確認されると、演習日程の「Zoom ミーティングの URL 及び ID・パスコード」がメール送信されます。

⑦ 演習日程の受講（④テキスト使用）

●集合研修の場合

- ・体調管理等のお願い：演習はグループワークが中心です。研修中など会話の際はマスクの着用を推奨します。手洗いや咳エチケット等の基本的な感染予防対策にご協力ください。その他、注意事項等は受講決定通知の際にお知らせします。
- ・旅費・滞在費：各所属で負担願います。また、宿泊については各自で手配願います。研修会場には駐車場がありませんので、会場には公共交通機関でお越しください。

●オンライン研修の場合 ※当日の資料については⑥のとおり

- ・受講場所：所属事業所内の個室等、周囲の音が気にならない場所で受講してください。インターネット環境等により困難な場合は、それ以外の場所（自宅等）でも可能とします。
- ・受講方法：インターネット接続するパソコンを使って演習を行い、カメラ機能により受講確認をしますので、顔が見える形で受講することが必須となります。


⑧ 修了の認定

(1) 出欠の確認方法：

- ・講義日程…「視聴履歴」と「理解度テスト」にて確認
- ・演習日程…集合研修の場合、受講日ごとに「出席票」の提出により確認
オンライン研修の場合、出席票の記入及びカメラ機能による在籍確認

(2) 修了の認定方法：研修日程の出席と、習熟度チェック及び研修アンケートの提出を条件とします。遅刻・早退・中抜け等により規定の時間を満たさない場合は修了認定ができません。欠席者に対する補講は原則として実施しません。

(3) 受講決定の取消等：本研修において点数による評価は行いませんが、受講申込者及び受講決定者が、研修中以下のようなサービス管理責任者等として不適任である行為をして



いたことを確認し、注意しても行為の改善が認められない場合に北海道と協議の上、受講決定の取消、又は研修修了証書を発行しない場合があります。

- ・ 一方的な批判や攻撃、進行の妨害等、他受講者・講師等への迷惑行為
- ・ 研修と無関係な私語、スマートフォン等の使用や、演習での発言や役割の拒否・放棄等、受講の実態が認められない行為
- ・ 誓約事項への違反する行為

⑨ 修了証書

- ・ ⑧に記載のとおり修了が認定された受講者に修了証書を発行します。
- ・ 集合研修受講者は、研修修了日に会場でお渡しします。
- ・ オンライン研修受講者は、概ね研修修了日から5日後（当該日が土日祝日にあたる場合はその翌日）に申込時の所属事業所宛てに発送します。視聴履歴が確認できない、アンケート等が提出されていない場合はこの限りではありません。

※令和5年度より、当法人でサービス管理責任者研修・児童発達支援管理責任者研修を修了した方等を対象とした「フォローアップ研修」を実施しています。（研修修了時のアンケートで登録）

別紙 1

令和5（2023）年度北海道サービス管理責任者更新研修カリキュラム

区分	科目	内容	時間数
障がい福祉の動向に関する講義 【1時間】	障がい者福祉施策及び児童福祉施策の最新動向（講義）	障がい者福祉施策の最新の動向について理解することで、利用者の置かれている制度的環境の変化を認識する。	講義日程 60分
サービス提供の自己検証に関する演習 【5時間】	事業者としての自己検証（演習）	グループワークを通じて、各自の事業所の取組状況や地域との連携の実践状況を共有することにより、コンプライアンスを理解し、今後の事業所としての取組を明確にする。グループワークの成果を発表し、各自まとめる。	演習日程 90分
	サービス管理責任者としての自己検証（演習）	サービス管理責任者として自らを振り返り、自己覚知を促し、支援のあり方や地域との関わり方、今後の自らの取り組むべき研修課題を明確にする。グループワークにおける討議を通じて、各自まとめる。	演習日程 120分
	関係機関との連携（演習）	関係機関と連携した事例に基づき、支援方針の基本的な方向性や支援内容を左右する事項に重点を置いてグループワークを展開することにより、関係機関との連携を理解するとともに、（自立支援）協議会の役割を再認識する。	演習日程 90分
サービスの質の向上と人材育成のためのスーパービジョンに関する講義及び演習 【7時間】	サービス管理責任者等としてのスーパービジョン（講義）	サービス管理責任者として、事例検討のスーパービジョン及びサービス提供職員等へのスーパービジョンに関する基本的な理解を深める。	省略
	事例検討のスーパービジョン（演習）	事例を通じて、支援のあり方、支援方針、支援の内容を検討し、優良な点や改善が必要な点について、グループワークによって明確化することによってスキルアップを図る。また事例について、スーパーバイズを体験する。	省略
	サービス提供職員等へのスーパービジョン（演習）	事例を通じてサービス管理責任者等としてサービス提供職員等へ実施するスーパービジョンの構造や機能を理解し、具体的な技術を獲得する。	省略
	研修のまとめ（演習）	研修で得られた知識・技術を活用して、サービス管理責任者としてのスキルアップを図る方策について、グループワークにおける討議を通じてまとめを行う。	省略
合 計			6時間

※演習日程は、10:20～16:30 終了予定

※令和5年度までの間は、サービスの質の向上と人材育成のためのスーパービジョンに関する講義及び演習（420分）は省略することができる

※上記のカリキュラム時間割には、オリエンテーション等は含まれません（前後20分程度）。

※上記のカリキュラムの詳細及び時間割は、変更となる場合があります。

別紙 2

令和5（2023）年度北海道児童発達支援管理責任者更新研修カリキュラム

区分	科目	内容	時間数
障がい福祉の動向に関する講義 【1時間】	障がい者福祉施策及び児童福祉施策の最新動向（講義）	児童福祉施策の最新の動向について理解することで、利用者の置かれている制度的環境の変化を認識する。	講義日程 60分
サービスの提供の自己検証に関する演習 【5時間】	事業者としての自己検証（演習）	グループワークを通じて、各自の事業所の取組状況や地域との連携の実践状況を共有することにより、コンプライアンスを理解し、今後の事業所としての取組を明確にする。グループワークの成果を発表し、各自まとめる。	演習日程 90分
	児童発達支援管理責任者としての自己検証（演習）	児童発達支援管理責任者として自らを振り返り、自己覚知を促し、支援のあり方や地域との関わり方、今後の自らの取り組むべき研修課題を明確にする。グループワークにおける討議を通じて、各自まとめる	演習日程 120分
	関係機関との連携（演習）	関係機関と連携した事例に基づき、支援方針の基本的な方向性や支援内容を左右する事項に重点を置いてグループワークを展開することにより、関係機関との連携を理解するとともに、（自立支援）協議会の役割を再認識する。	演習日程 90分
サービスの質の向上と人材育成のためのスーパービジョンに関する講義及び演習 【7時間】	児童発達支援管理責任者としてのスーパービジョン（講義）	児童発達支援管理責任者として、事例検討のスーパービジョン及び支援提供職員等へのスーパービジョンに関する基本的な理解を深める。	省略
	事例検討のスーパービジョン（演習）	事例を通じて、支援のあり方、支援方針、支援の内容を検討し、優良な点や改善が必要な点について、グループワークによって明確化することによってスキルアップを図る。また事例について、スーパーバイズを体験する。	省略
	支援提供職員等へのスーパービジョン（演習）	事例を通じて児童発達支援管理責任者として支援提供職員等へ実施するスーパービジョンの構造や機能を理解し、具体的な技術を獲得する。	省略
	研修のまとめ（演習）	研修で得られた知識・技術を活用して、児童発達支援管理責任者としてのスキルアップを図る方策について、グループワークにおける討議を通じてまとめを行う。	省略
合 計			6時間

※演習日程は、10:20～16:30 終了予定

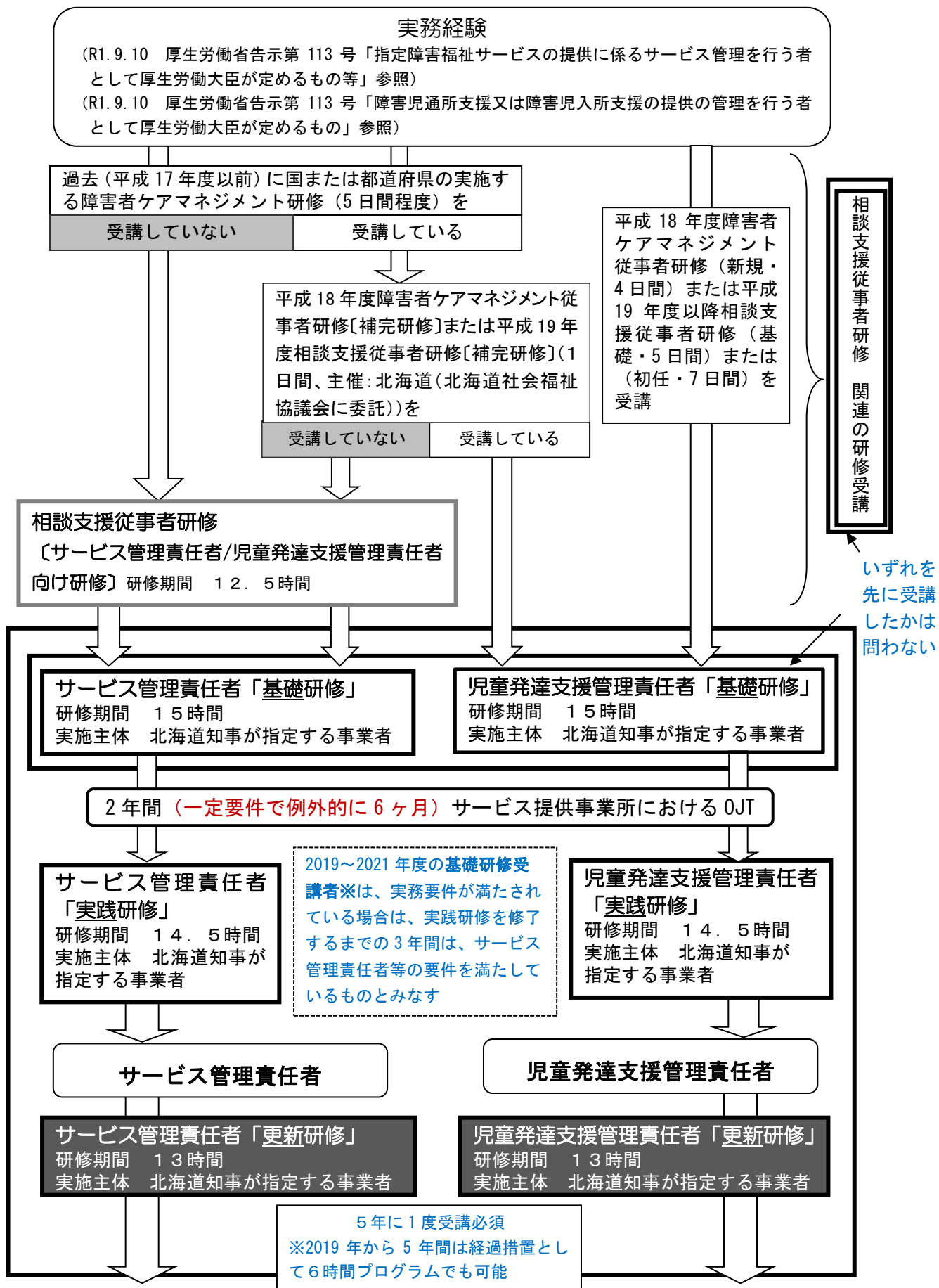
※令和5年度までの間は、サービスの質の向上と人材育成のためのスーパービジョンに関する講義及び演習（420分）は省略することができる

※上記のカリキュラム時間割には、オリエンテーション等は含まれません（前後20分程度）。

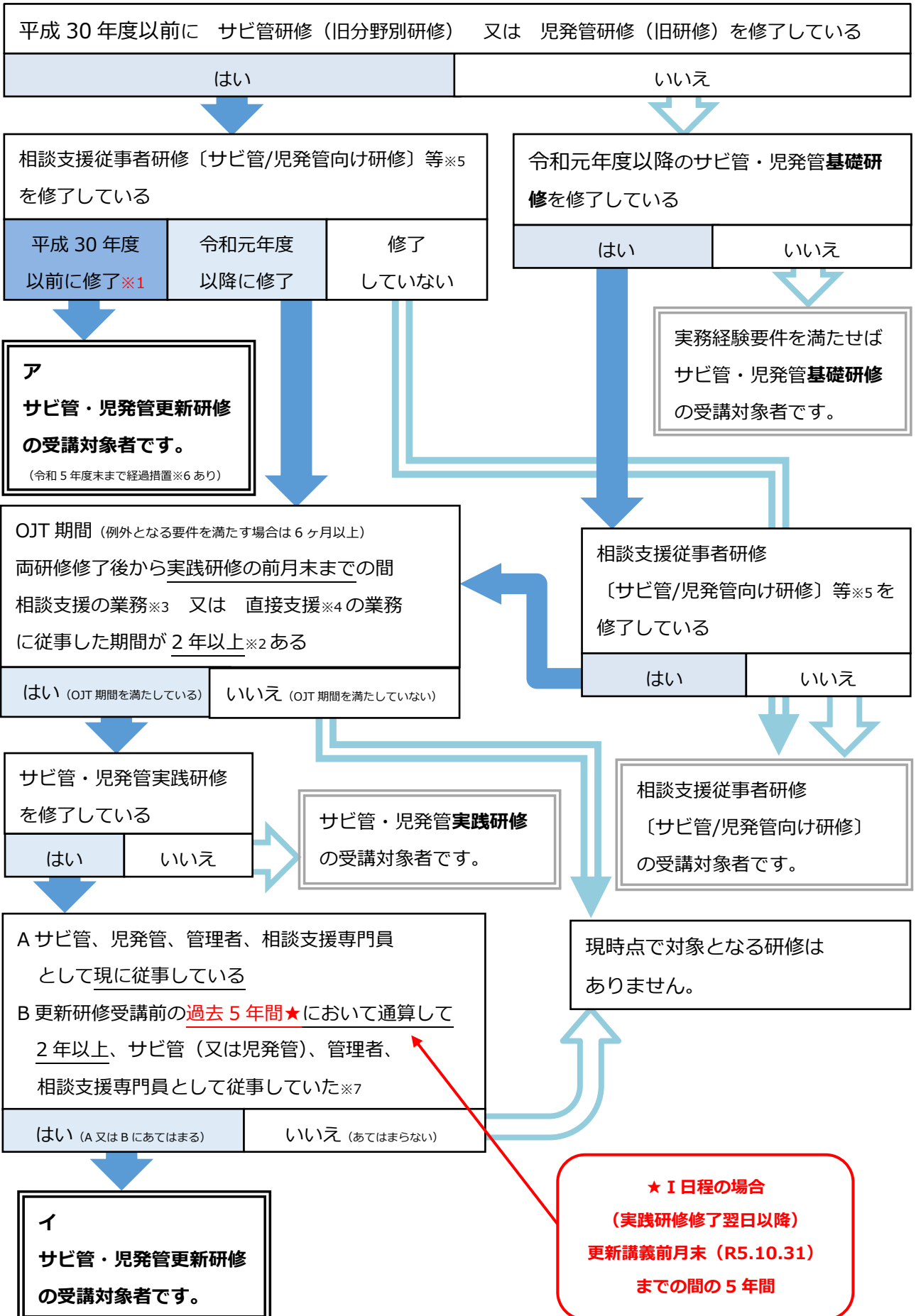
※上記のカリキュラムの詳細及び時間割は、変更となる場合があります。

(参考) サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の配置に係る必要な研修の要件について

※基礎研修受講者とは「相談支援従事者研修初任者研修講義部分」及び「サービス管理責任者等基礎研修」修了者



※サービス管理責任者=サビ管、児童発達支援管理責任者=児発管と表記



<用語解説>

- ※1 「平成 30 年度以前にサービス管理責任者等としての要件を満たしている者」とは
平成 31 年 3 月 31 日までに「旧サービス管理責任者研修（又は旧児童発達支援管理責任者研修）」及び、「相談支援従事者研修〔サビ管/児発管向け研修〕等※5」のいずれも修了している者のことをいう
- ※2 基礎研修修了後 2 年以上の実務経験（OJT 期間）の「2 年以上」とは
業務に従事した期間が 2 年以上であり、かつ、実際に従事した日数が 1 年あたり 1 8 0 日以上であることをいう（基礎研修終了後、研修開始の前月末までの期間が 2 年以上あること）
OJT 期間が 6 ヶ月以上となる要件については、実践研修募集要領参照のこと
- ※3 「相談支援の業務」とは
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
- ※4 「直接支援の業務」とは
身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者又は児童につき、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又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援（以下「訓練等」という）を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務
- ※5 相談支援従事者研修〔サビ管/児発管向け研修〕等とは
相談支援従事者初任者研修講義部分にあたる研修。相談支援従事者研修〔基礎研修〕〔初任者研修〕を含む（別紙 3 参照）
- ※6 （平成 30 年度までにサビ管・児発管の要件を満たしている方）更新研修の経過措置とは
研修体系の見直し（平成 31 年 4 月）から、施行後 5 年間（令和 6 年 3 月 31 日まで）は更新研修受講前でも引き続きサービス管理責任者（又は 児童発達支援管理責任者）として業務が可能となっていることをいう
- ※7 「更新研修受講前の過去 5 年間に於いて通算して 2 年以上サビ管（又は児発管）、管理者、相談支援専門員として従事」とは
- ・「研修受講前」（＝講義開始の前月末）については、上記※2 参照
 - ・更新研修受講に関する「2 年以上」については、1 年につき 180 日を下回っても差し支えない
 - ・実務経験の内容は以下のとおり（詳細は、次ページ参照）
障害福祉サービス事業等の「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、計画・地域・障害児相談支援事業所の「相談支援専門員」

【参考】更新研修受講に関連する研修名称の整理

略称	実施年度	研修名称
旧サビ管研修 旧児発管研修	平成 18～30 年度 (旧カリキュラム)	・ サービス管理責任者研修 (第 1 分野～第 4 分野) ・ 児童発達支援管理責任者研修 (平成 18～24 年度まで第 5 分野)
サビ管基礎研修 児発管基礎研修	令和元年度以降	・ サービス管理責任者基礎研修 ・ 児童発達支援管理責任者基礎研修
相談支援従事者 研修	平成 17 年度以前 + 平成 18・19 年度	・ 国又は都道府県等※の実施する障害者ケアマネジメント研修を受講 + 障害者ケアマネジメント研修〔補完研修〕又は相談支援従事者研修〔補完研修〕
	平成 18 年	・ 障害者ケアマネジメント従事者研修〔新規研修〕〔現任者研修〕
	平成 19 年以降	・ 相談支援従事者研修〔基礎研修〕又は〔初任者研修〕
	平成 19～23 年度	・ 相談支援従事者研修〔サービス管理責任者向け〕
	平成 24 年度以降	・ 相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕

※札幌市、帯広ケア・センター主催含む

【参考】サービス管理責任者等研修の見直しに関する Q&A 一部抜粋

(令和元年 8 月 19 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部事務連絡)

(更新研修の受講)

問 4 改正前の告示に定めるサービス管理責任者等の研修を修了している者は、**5 年ごとに更新研修を受講する必要があるが、その起算点**はいつか。

(答) 起算点は、平成 35 年度までの間に**更新研修の修了者となった日の属する年度の翌年度**となる。平成 31 年厚生労働省告示第 109 号及び第 110 号による改正前の告示に定めるサービス管理責任者等の研修を平成 30 年度までに修了している者については、平成 35 年度までの間に更新研修を受講することになる。また、**2 回目以降の更新研修は、1 回目の更新研修の修了者となった日の属する年度の翌年度を初年度として 5 年度ごとに修了する必要がある**(サービス管理責任者資格要件告示第 1 号ロ及び児童発達支援管理責任者資格要件告示第 3 号参照)

【参考】サービス管理責任者等に関する告示の改正について 一部抜粋

(令和 5 年 6 月 30 日子ども家庭庁支援局障害児支援課/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)

3. 更新研修の受講に必要な実務経験の範囲について

① サービス管理責任者の更新研修の受講に必要な実務経験

サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者(障害福祉サービス事業を行う事業所、指定障害者支援施設等、障害児通所支援事業を行う事業所又は指定障害児入所施設等の管理者を指す。)又は**相談支援専門員**(計画相談支援事業所、地域相談支援事業所又は障害児相談支援事業所における相談支援専門員を指す。)

② 児童発達支援管理責任者の更新研修の受講に必要な実務経験

サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者(障害福祉サービス事業を行う事業所、指定障害者支援施設等、障害児通所支援事業を行う事業所又は指定障害児入所施設等の管理者を指す。)又は**相談支援専門員**(計画相談支援事業所、地域相談支援事業所又は障害児相談支援事業所における相談支援専門員を指す。)

4. その他

(1) 更新研修の受講に必要な実務経験の期間の算定方法について

・ 更新研修は、資質向上の一環として受講者の実践について振り返りを行うことをその趣旨のひとつとしていることから、研修の受講にあたって実務経験を求めているものです。必ずしも 1 年につき 180 日の勤務はせずとも、その趣旨は達成できるため、**1 年につき 180 日を下回る場合についても受講を認めて差しつかえありません**。なお、日数の 下限については具体的に定めませんが、上記趣旨を踏まえた研修の受講が期待できるかを踏まえて個別に判断していただきますようお願いいたします。

(2) 期限までに更新研修が修了できなかった場合の取扱い について

期限までに更新研修を修了することができなかった場合については、実践研修を改めて修了(実践研修受講のための実務経験は不要) **することで、修了日以後再びサービス管理責任者等として従事可能**ですので、ご注意ください(基礎研修の再受講は不要)。

別紙 4

北海道サービス管理責任者更新研修・北海道児童発達支援管理責任者更新研修 講師一覧

講義・演習名	講師氏名	所属	専門分野	略歴・業績
講義①	又村 あおい	一般社団法人 全国手をつなぐ育成会連合会	障害者福祉制度、 権利擁護施策、 地域共生社会 等	(勤務職歴) 平成7年4月～令和2年3月 平塚市役所 (市役所在籍中の主な在籍部署・出向) 平成12年4月～平成19年3月 障害福祉課在籍 平成19年4月～平成21年3月 神奈川県総合政策課(保健福祉部局担当)出向 平成26年4月～平成27年3月 内閣府(障がい者施策担当・障がい者制度改革担当室)出向 令和2年4月～現在 一般社団法人全国手をつなぐ育成会連合会 常務理事 (公職歴) 平成19年4月～令和2年3月 全国手をつなぐ育成会連合会機関紙「手をつなぐ」編集委員 平成21年4月～令和2年3月 同 政策センター委員 平成30年12月～現在 川崎医療福祉大学 自閉症講座招へい講師 令和1年10月～現在 國學院大學人間開発学部初等教育学科 招へい講師 ・(公社)日本発達障害連盟 常務理事(発達障害白書編集長) ・障害者差別の解消に向けた事例の収集・分析に係る調査研究検討会委員 ・厚生労働省障害児通所支援の在り方に関する検討会委員
演習①②③	木田 祥平	社会福祉法人函館一条	障害者全般の 就労支援	平成12年4月～ 社会福祉法人函館ようき会(現:函館一条) 平成31年4月～現在 同法人 ワークセンター一条 管理者兼サービス管理責任者 ※前年度の北海道サービス管理責任者等研修講師実績あり
演習①②③	佐藤 忠峰	有限会社Colors	障害者全般の 地域生活支援	平成16年9月～平成18年9月 特定非営利活動法人岩 ヘルパー業務 平成18年10月～現在 有限会社Colors 設立 代表就任 ヘルパー業務 共同住居宿泊業務 ※前年度の北海道サービス管理責任者等研修講師実績あり

演習①②③	日置 真世	特定非営利活動法人 北海道地域ケアマネジメント ネットワーク	相談支援 地域づくり 障害者福祉全般	平成 12 年 4 月～平成 20 年 5 月 特定非営利活動法人地域生活支援ネットワークサロン事務局代表 平成 20 年 5 月～平成 23 年 3 月 北海道大学子ども発達臨床研究センター助手 平成 20 年 6 月～平成 29 年 3 月 札幌市スクールソーシャルワーカー 平成 23 年 4 月～平成 28 年 3 月 フリーソーシャルワーカー 平成 28 年 4 月～現在 特定非営利活動法人北海道地域ケアマネジメントネットワーク 事務局長 ・北海道障がい者が暮らしやすい地域づくり推進本部 本部員 ・北海道自立支援協議会 人材育成部会 部会員 ※前年度の北海道サービス管理責任者等研修講師実績あり
-------	-------	--------------------------------------	--------------------------	--

※ 講義・演習名称については、別紙 1・2 の「障がい者福祉施策及び児童福祉施策の最新動向」(講義①)、「事業者としての自己検証」(演習①)、「サービス管理責任者〔児童発達支援管理責任者〕としての自己検証」(演習②)、「関係機関との連携」(演習③)をいう。

※ また、その他、やむを得ない事情により講師を変更することがあります。

**北海道サービス管理責任者更新研修及び北海道児童発達支援管理責任者更新研修
申込フォーム記載内容と注意事項**

★は必須事項です。入力、記載がない場合には申込ができません。

項目	入力事項について
★研修種別	サービス管理責任者更新研修／児童発達支援管理責任者更新研修 ・希望する研修種別を選択してください。
★演習日程の希望	演習日程／どちらでもよい ・日程が複数ある場合は、希望する演習日程を選択してください。 ・申込状況により、必ずしも希望日程とならないことをご了承ください。
演習日程の希望理由	自由記載 ・選択した日程以外では受講できない場合はその理由を記載してください。 例) 既に事業所の行事（又は別の研修受講）が入っている 介護（又は育児）のため宿泊を伴う会場での受講が困難 等 ・理由に記載がない場合、申込状況等により日程を調整させていただきます。
受講者情報	★ふりがな、★氏名、現職名、★生年月日、★性別 ・氏名の漢字について「高」「崎」等はシステムの都合上文字化けしてしまうため、カッコ書きしてください。又は、文字化けして不明な場合は事務局から確認の連絡をさせていただきます。 ・現職名はない場合は空欄で構いません。 ・氏名と生年月日は修了証書にも記載されるため、誤りがないよう入力してください。
所属情報	法人名、事業所名、郵便番号、★住所、電話番号、FAX番号、★（パソコンの）メールアドレス ・受講申込者の現在の所属についてお書きください ※現所属と異なる法人からの推薦で申込み場合、法人・事業所名は空欄、住所は自宅住所又は市区町村のみを記載し、「受講可否通知の宛先」を必ず記入してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p align="center">《メールアドレスに関する注意事項》</p> <p>CM ネットで使用している e ラーニングシステムの都合上、受講者とメールアドレスが紐づけされるため、同一のアドレスで複数名の登録ができません。研修期間が重なっている場合は、CM ネットで行う別研修の場合も同様です。Google や Yahoo 等のフリーメールでも構いませんので、必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください。このアドレスは e ラーニング及び Zoom 演習の案内等にも使用しますので、入力間違いのないようお気を付けください。</p> </div>
受講可否通知の宛先	住所、宛て名、電話番号 ※「所属情報」と異なる場合のみ記載 ・事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受取が可能ない宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。 ・宛て名には「法人・事業所名・担当者名」や、個人宅の場合は「氏名」を記載してください。
サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置する事業所の状況	★設置状況、法人名、事業所、事業所番号、住所、障害福祉サービス種別等 ・新設や異動等の場合、研修受講後にサビ管又は児発管として配置される予定の事業所の情報を書きます。 ・申請中等、事業所名・事業所番号が決まっていない場合は空欄で構いません。 ・住所が具体的に決まっていない場合も都道府県や市区町村名等を記載します。 ・障がい福祉サービス等は、法人全体ではなく事業所で実施しているもののみ選択します。記載された障害福祉サービス種別等が希望する研修種別と合致しない場合には受講決定できませんので、ご注意ください。

項目	入力事項について
★従事状況	<p>あてはまるもの全てにチェックをつける (サビ管配置中／児発管配置中／過去従事／今後従事予定／その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受講要件※1 である従事状況についてあてはまるものすべてにチェックをつけてください。 ・その他には、サビ管・児発管以外の役職（管理者、相談支援専門員、生活支援員等）を記載してください。

※1 サビ管更新研修の場合、現にサビ管・児発管（又は指定障害福祉サービス事業所等の管理者、指定特相談支援事業所等の相談支援専門員）として従事しているか、実践研修受講後であって更新研修受講前の5年間に2年以上サビ管（又は管理者、相談支援専門員）として従事していることが要件になります。考え方は児発管も同様です。

（H30年度以前にサビ管等としての要件を満たしている者は、令和5年度末までの初回更新研修受講については実務経験要件を問いません）

項目	入力事項について
★研修の受講（修了歴）	<p>①相談支援の修了歴 ②サビ管・児発管（基礎又は旧分野別）の修了歴 ③サビ管・児発管（実践）の修了歴 ④サビ管・児発管（更新）の修了歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受講要件である①相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕等※3、②サービス管理責任者基礎研修等※4 又は児童発達支援管理責任者基礎研修等※5 及び、③サービス管理責任者実践研修、④サービス管理責任者更新研修の修了年月日、修了証書番号（半角/第や号は不要）を記載してください。 ・①～④の修了証書の写しを添付又はFAX(011-521-8551)でお送りください → 記入例（下記）、研修名称の整理（P.11）

研修の受講（修了歴）の記入例

例)令和元年度に相談支援従事者研修修了、平成30年度に旧サビ管研修修了、令和3年度に実践研修修了、更新研修を初めて申込み場合

①相談支援	区分〔選択制〕	相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕※3
	修了年月日	西暦2019年6月14日
	証書番号(半角)	×××××
②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分〔選択制〕	サービス管理責任者研修（第1分野～4分野）※4、5
	修了年月日	西暦2018年8月×日
	証書番号(半角)	A××××
③サビ管・児発管 (実践)	区分〔選択制〕	サービス管理責任者研修実践研修※4、5
	修了年月日	西暦2021年10月
	証書番号(半角)	A××××
④サビ管・児発管 (更新)	区分〔選択制〕	受講なし※4、5
	修了年月日	西暦0年12月31日
	証書番号(半角)	なし
<p>①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDFまたは画像)で添付してください。(添付できない方は011-521-8551へFAXしてください)</p> <p>ファイルの選択</p>		

受講していない場合は、「受講なし」を選択してください。
(修了年月日はそのまま、証書番号は「なし」)

※研修の名称については、別紙3（P.10）をご確認ください。「サビ管・児発管（旧分野別・基礎）」について複数受講している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。「相談支援」につ

いて現任研修修了者は、基礎研修又は初任者研修の修了歴について記載してください。

- ※3 相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕又は、「平成 18 年障害者ケアマネジメント従事者研修」又は平成 19 年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義 2 日・又は同研修「補完研修」・又は平成 30 年以降の同研修「初任者研修」について、修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 23 年度以前に研修を修了されていて、修了証書に番号が記載されていない場合は「未記載」と入力してください。
- ※4 サービス管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧サービス管理責任者研修（分野別）研修、サービス管理責任者実践研修、サービス管理責任者更新研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 30 年度以前に複数の分野別研修を修了している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。受講したことがない場合は、「受講なし」と記載し、修了年月日は初期状態（0 年 12 月 31 日）、修了証書番号は「なし」と入力してください。必須項目なので空欄では申込みません。
- ※5 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修、児童発達支援管理責任者実践研修、児童発達支援管理責任者更新研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。受講したことがない場合は、「受講なし」と記載し、修了年月日は初期状態（0 年 12 月 31 日）、修了証書番号は「なし」と入力してください。必須項目なので空欄では申込みません。

項目	入力事項について
★ 過去 5 年における実務経験年数	<p>実務の内容（サビ管／児発管／管理者／相談支援専門員／上記以外） 実務経験年数 実務経験についての補足事項</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受講要件※1 である実務経験年数について、実務の内容に応じた経験年数を記載してください。 ・ 実践研修終了後、更新研修受講前 5 年間に通算 2 年以上の実務経験が更新研修の受講要件となります。ただし、平成 30 年度以前にサビ管等としての要件を満たしている者、または現にサビ管等として従事している者についてはこの限りではありません。 <p>→ 記入例（下記）</p>

過去 5 年間ににおける実務経験年数記入例

例) 現在は職業指導員として 2 年 9 ヶ月従事しているが、受講までの過去 5 年間に 2 年 3 ヶ月サービス管理責任者として 2 年 3 ヶ月従事経験がある場合

実務の内容	実務経験※2
サービス管理責任者	2 年 0 3 ヶ月
児童発達支援管理責任者	0 年 0 ヶ月
管理者	0 年 0 ヶ月
相談支援専門員	0 年 0 ヶ月
上記以外（支援員等）	2 年 0 9 ヶ月
実務経験についての補足事項	
なし	
記入例) サービス管理責任者と管理者は○年○カ月兼務（トータル○年○カ月） 2023 年 10 月からサビ管として従事	

該当しない場合は、「0 年 0 カ月」のまま
補足もない場合は「なし」のまま
にしてください。

※2 受講予定の更新研修（講義日程）の前月末までの 5 年間の実務経験を記載してください

※ここで記載いただくのは「更新研修受講前の 5 年間」であり、配置要件としての実務経験ではありません。申込時に実務経験を証明するものの提出は不要です。また、配置に必要な実務経験要件についての問い合わせは募集要領の P.2 に掲載した行政の各担当となります。当法人に問合せをされてもお答えできませんので、ご注意ください。

項目	入力事項について
受講に対する必要な配慮	<p>車イス使用、手話通訳必要、拡大文字資料必要、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 希望される内容がある方は当てはまるものにチェック又はご記入ください。 申込後に詳細について直接確認をとらせていただくことがあります。また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。
★配置が必要な事業所の状況	<p>配置の必要数と終了数、受講の必要性、同一事業所から複数の申し込みする場合の優先順位</p> <ul style="list-style-type: none"> 本研修の選考にあたっては当該事業所における配置の必要性、緊急性またはその他の事情を考慮しています。必要な状況について正しく記入ください。 「1. 配置の必要数と修了数」は、配置予定の事業所の定員からサービス管理責任者等が何名必要か及び、事業所内でサビ管等として従事できる（研修を修了した）人数を記載してください。 「2. 受講の必要性」は、あてはまるものにチェックし、年月を記載してください。その他の場合は、理由の詳細を記載してください。 「3. 同一事業所から複数申し込みする場合の優先順位」は、申込多数の場合、同一事業所からの受講人数を調整しますので、事業所内の優先順位を入力してください。
★所属長の推薦	<p>この申込は、法人（事業所）としての推薦によるものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> 本研修は原則として個人からの申込を受け付けておりません。必ず、事業所を運営する法人の責任者からの依頼としての申込となりますので、所属長の推薦を確認してください。
★送信内容のチェック	<p>上記の内容に相違ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> もう一度、記入したすべての項目をチェックし、★の必須事項が書かれているか確認してから送信ボタンを押してください。 必須事項の記載がない場合、<u>緑色の画面で必須事項の記載漏れの表示が出て送信完了になりません</u>ので、ご注意ください。 申込完了の確認のため、送信前に入力画面をプリントアウトして保管することをお勧めします。

※ホームページに掲載している「記入例」も参考にしてください。

※提出いただく申込内容に虚偽の内容が発覚した場合は、受講決定した場合においても、受講の受付及び受講決定を取り消す場合がありますのでご留意願います。

※記載いただいた個人情報は、研修事業所指定先である北海道と共有のうえ、本研修の申込み事務、受講者の選定、受講決定者に関しては研修受講に関する事務、演習時の受講者名簿、修了者名簿として報告・保管、修了証書の再発行事務のため利用します。それ以外の目的で本人の了承なく個人情報を利用及び第三者に開示することはありません。また、この申込みにより、これらの目的のための個人情報の利用について申込者から合意があったものとみなします。