

令和6（2024）年度 北海道サービス管理責任者実践研修  
北海道児童発達支援管理責任者実践研修 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.9~12参照）

以下のア・イ・ウのいずれか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. 0JT 期間 2年以上

基礎研修修了後から実践研修受講前月末までの5年間に、指定障害福祉サービス事業所等において通算して2年以上、相談支援の業務 又は 直接支援の業務 に従事した者

## イ. 0JT 期間 6ヶ月以上 《例外的に一定の要件を満たした場合のみ》

基礎研修修了後から実践研修受講前月末までの5年間に、指定障害福祉サービス事業所等において通算して6ヶ月以上、個別支援計画作成業務 に従事した者

## ウ. 更新期限切れ

実践研修修了者 又は、更新研修修了者 であって、更新の期限を過ぎた者

令和6年3月31日までに更新研修修了者とならなかった更新研修の経過措置の対象者も含む（ア又はイの業務経験は問わない）

※ア・イについては、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）を修了した者であって、平成31年4月1日以後に相談支援従事者研修〔サビ管/児発管向け研修〕等の修了者となった者も含む。

## 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		定員
			開催日時	開催場所・方法	
C日程	3月29日(金)～ 4月11日(木) 必着 [4月25日通知発送予定]	5月22日(水)～ 5月28日(火)	6月4日(火)～ 6月5日(水)	市民活動プラザ 星園	60
D日程	6月18日(火)～ 7月2日(火) 必着 [7月18日通知発送予定]	8月7日(水)～ 8月14日(水)	① 8月21日(水)～ 8月22日(木)	オンライン (Zoom)	50
			② 8月26日(月)～ 8月27日(火)	かでの2・7	60
E日程	8月13日(火)～ 8月27日(火) 必着 [9月11日通知発送予定]	10月3日(木)～ 10月9日(水)	① 10月16日(水)～ 10月17日(木)	オンライン (Zoom)	50
			② 10月23日(水)～ 10月24日(木)	市民活動プラザ 星園	60
F日程	12月5日(木)～ 12月19日(木) 必着 [1月8日通知発送予定]	1月28日(火)～ 2月3日(月)	① 2月12日(水)～ 2月13日(木)	オンライン (Zoom)	50
			② 2月18日(火)～ 2月19日(水)		50

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

・各日程、サービス管理責任者実践研修、児童発達支援管理責任者実践研修を合計した定員となります。

・演習日程はオンライン実施以外、市民活動プラザ星園（札幌市中央区南8条西2丁目）又は、かでの2・7（札幌市中央区北2条西7丁目）で開催予定

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 (3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(事前に課題提出必須)	集合研修	なし	2日間 (12時間程度)
		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)	1日目 10:45～18:20 2日目 9:30～16:40

※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5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。当法人以外で修了された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、当法人に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） **20,000円（税込）** ※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」「更新研修」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、②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6（2024）年度北海道サービス管理責任者実践研修カリキュラム

区分	科目	内容	時間数
障害福祉の動向に関する講義【1時間】	障害者福祉施策の最新の動向（講義）	障害者福祉施策の最新の動向について理解することにより、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
サービス提供に関する講義及び演習（6.5時間）	モニタリングの方法（講義・演習）	事業所のモニタリングについて、サービス等利用計画との連動性を念頭に置きながら、モニタリングの視点・目的・手法等について講義により理解する。事例を通じて、モニタリングの演習を行い、その手法を獲得する。	演習日程 1日目 120分
	個別支援会議の運営方法（講義・演習）	個別支援会議の意義、進行方法、会議において行うべき事項（個別支援計画作成時、モニタリング時）等について講義により理解する。 個別支援会議における合意形成過程について、模擬個別支援会議の実施体験演習を通じて、サービス管理責任者等としての説明能力を獲得する。 模擬個別支援会議の体験をもとに、個別支援会議におけるサービス管理責任者の役割についてグループワーク等により討議し、まとめる。	演習日程 1日目 240分 2日目 30分
人材育成の手法に関する講義及び演習（3.5時間）	サービス提供職員への助言・指導について（講義・演習）	サービス提供職員への支援内容、権利擁護・法令遵守等に関する確認や助言・指導を適切に実施するための方法等について講義により理解する。 講義を踏まえて、受講者が事業所において実施している助言・指導業務について、グループワーク等により振り返るとともに、今後の取り組み方について討議する。	演習日程 2日目 90分
	実地教育としての事例検討会の進め方（講義・演習）	事例検討会の目的、方法、効果等について講義により理解する。また、事例検討会の実施がチームアプローチの強化や人材育成にも効果を有することを理解する。 受講者が持ち寄った実践事例をもとに、事例検討会を行うことで、事例検討会の進め方を習得する。	演習日程 2日目 120分
多職種及び地域連携に関する講義及び演習（3.5時間）	サービス担当者会議等におけるサービス管理責任者の役割（多職種連携や地域連携の実践的事例からサービス担当者会議のポイントの整理）（講義）	多職種連携や地域連携の実践事例を活用し、サービス担当者会議等におけるサービス管理責任者の役割（相談支援専門員との連携や関係機関との連携方法）について理解する。	講義日程 50分
	（自立支援）協議会を活用した地域課題の解決に向けた取り組み（講義）	（自立支援）協議会の意義、目的、活動内容等について理解する。 サービス管理責任者の業務を通して見出される地域課題を解決するための（自立支援）協議会の活用について実践報告等により学ぶ。	講義日程 50分
	サービス担当者会議と（自立支援）協議会の活用についてのまとめ（演習）	サービス担当者会議や（自立支援）協議会に関する講義を踏まえ、多職種連携や地域連携の重要性、意義、ポイントについてグループワーク等による討議を通じて、連携のあり方についてまとめを行う。	演習日程 2日目 110分
合 計			14.5時間

※演習日程は、1日目 10:45～18:20、2日目 9:30～16:40 終了予定

※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6（2024）年度北海道児童発達支援管理責任者実践研修カリキュラム

区分	科目	内容	時間数
障害福祉の動向に関する講義 【1時間】	児童福祉施策の最新の動向（講義）	児童福祉施策の最新の動向について理解することにより、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
サービス提供に関する講義及び演習 （6.5時間）	モニタリングの方法（講義・演習）	事業所のモニタリングについて、障害児支援利用計画との連動性を念頭に置きながら、モニタリングの視点・目的・手法等について講義により理解する。事例を通じて、モニタリングの演習を行い、その手法を獲得する。	演習日程 1日目 120分
	個別支援会議の運営方法（講義・演習）	個別支援会議の意義、進行方法、会議において行うべき事項（個別支援計画作成時、モニタリング時）等について講義により理解する。 個別支援会議における合意形成過程について、模擬個別支援会議の実施体験演習を通じて、サービス管理責任者としての説明能力を獲得する。 模擬個別支援会議の体験をもとに、個別支援会議における児童発達支援管理責任者の役割についてグループワーク等により討議し、まとめる。	演習日程 1日目 240分 2日目 30分
人材育成の手法に関する講義及び演習 （3.5時間）	支援提供職員への助言・指導について（講義・演習）	支援提供職員への支援内容、権利擁護・法令遵守等に関する確認や助言・指導を適切に実施するための方法等について講義により理解する。 講義を踏まえて、受講者が事業所において実施している助言・指導業務について、グループワーク等により振り返るとともに、今後の取り組み方について討議する。	演習日程 2日目 90分
	実地教育としての事例検討会の進め方（講義・演習）	事例検討会の目的、方法、効果等について講義により理解する。また、事例検討会の実施がチームアプローチの強化や人材育成にも効果を有することを理解する。 受講者が持ち寄った実践事例をもとに、事例検討会を行うことで、事例検討会の進め方を習得する。	演習日程 2日目 120分
多職種及び地域連携に関する講義及び演習 （3.5時間）	サービス担当者会議等における児童発達支援管理責任者の役割（多職種連携や地域連携の実践的事例からサービス担当者会議のポイントの整理）（講義）	多職種連携や地域連携の実践事例を活用し、サービス担当者会議等における児童発達支援管理責任者の役割（相談支援専門員との連携や関係機関との連携方法）について理解する。	講義日程 50分
	（自立支援）協議会を活用した地域課題の解決に向けた取り組み（講義）	（自立支援）協議会の意義、目的、活動内容等について理解する。 児童発達支援管理責任者の業務を通して見出される地域課題を解決するための（自立支援）協議会の活用について実践報告等により学ぶ。	講義日程 50分
	サービス担当者会議と（自立支援）協議会の活用についてのまとめ（演習）	サービス担当者会議や（自立支援）協議会に関する講義を踏まえ、多職種連携や地域連携の重要性、意義、ポイントについてグループワーク等による討議を通じて、連携のあり方についてまとめを行う。	演習日程 2日目 110分
合 計			14.5時間

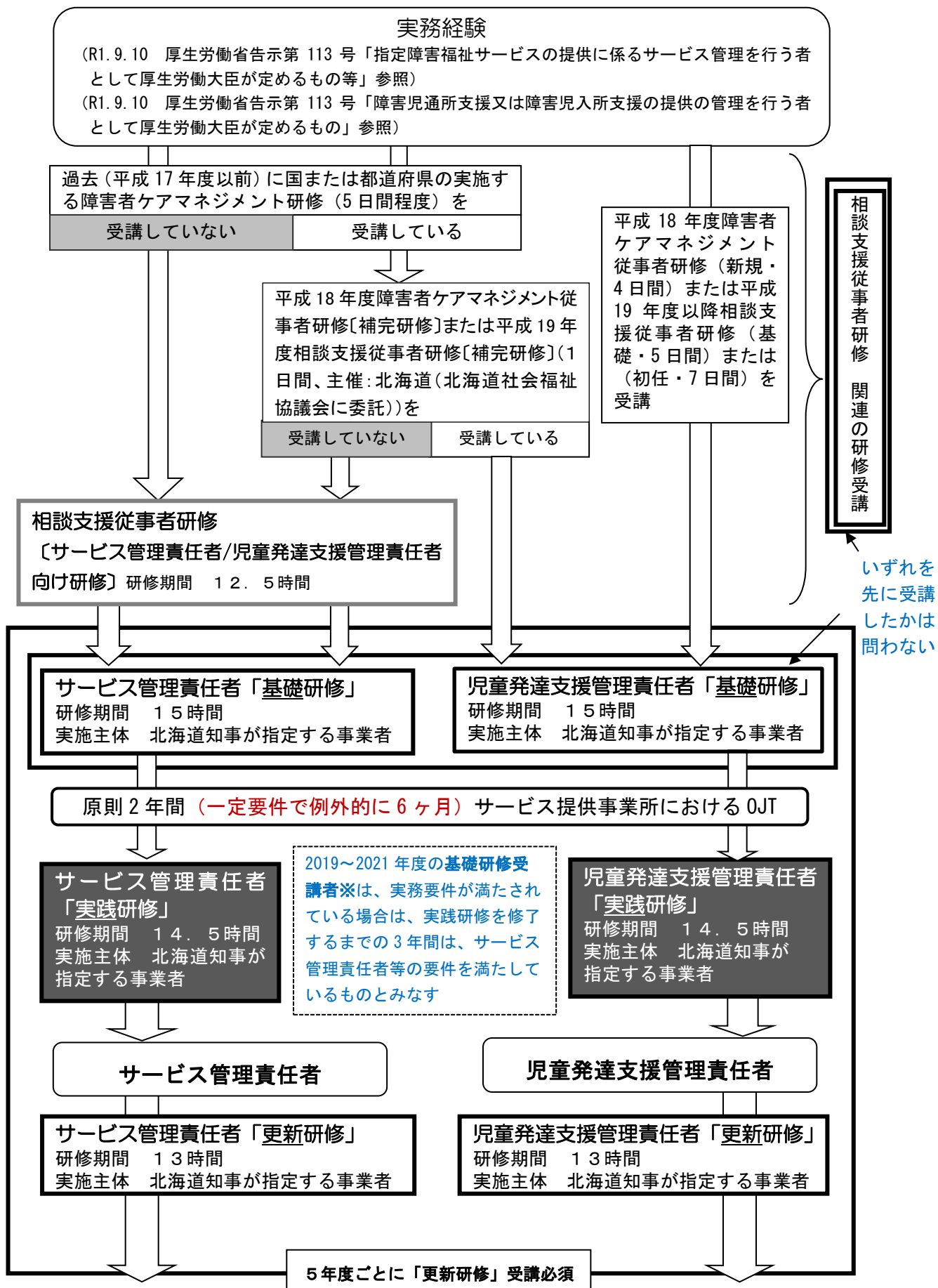
※演習日程は、1日目 10:45～18:20、2日目 9:30～16:40 終了予定

※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。

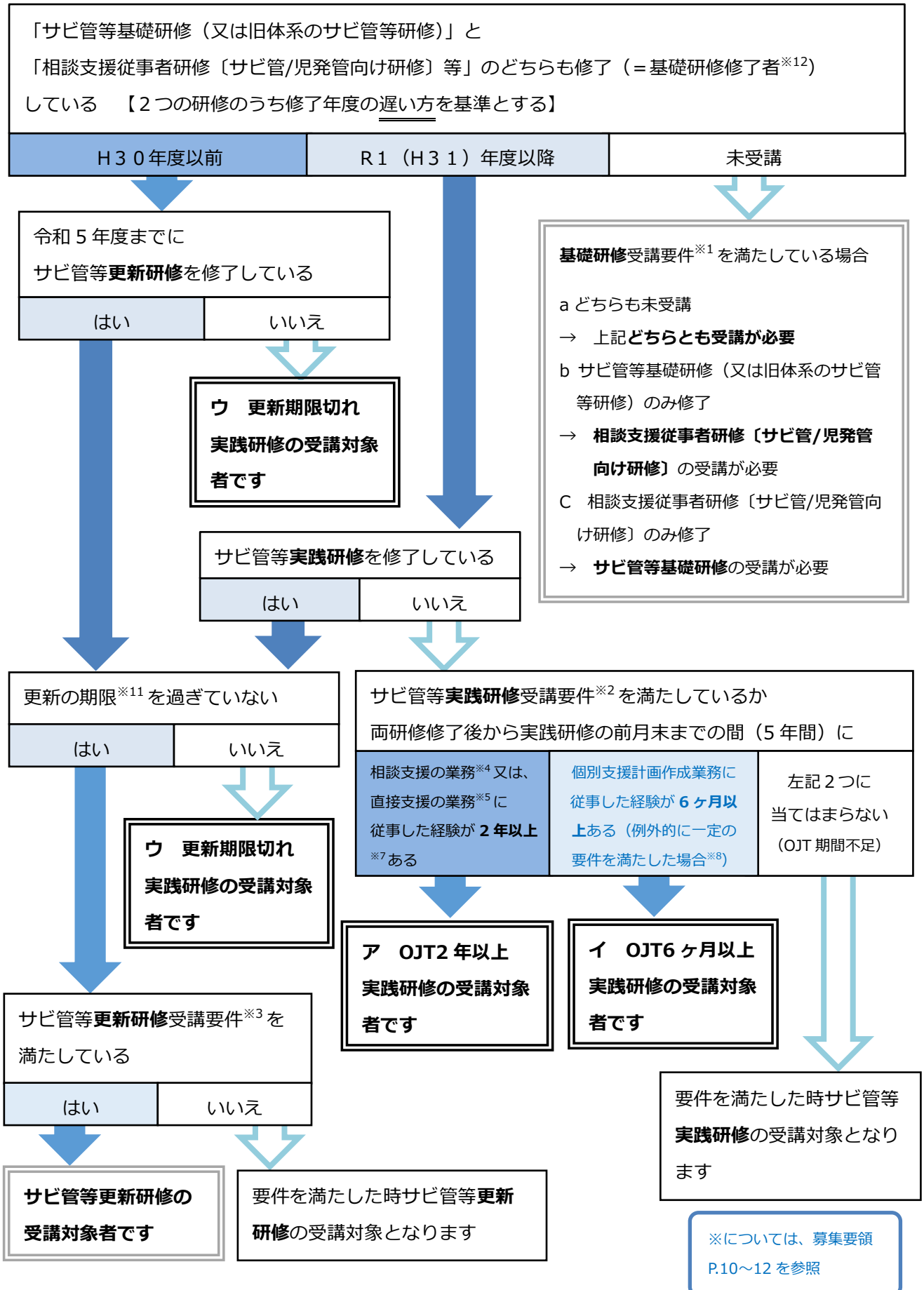
(参考) サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の配置に係る必要な研修の要件について

※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・児童発達支援管理責任者=サビ管等と表記



<用語解説>

**※1 サービス管理責任者等の配置要件 及び 基礎研修受講要件 となる実務経験**

配置に必要な実務経験要件を満たしている又は、満たすまでの期間が2年以内

実務経験の内容	研修種別	配置要件 (ア)	基礎研修受講要件 (イ)
相談支援業務に従事	サビ管	5年以上	3年以上
	児発管	5年以上 (うち3年以上)	3年以上 (うち1年以上)
直接支援業務 (有資格) に従事	サビ管	5年以上	3年以上
	児発管	5年以上 (うち3年以上)	3年以上 (うち1年以上)
直接支援業務 (資格なし) に従事	サビ管	8年以上	6年以上
	児発管	8年以上 (うち3年以上)	6年以上 (うち1年以上)
国家資格等3年経験者であり 相談業務、直接支援業務に従事	サビ管	3年以上	1年以上
	児発管	3年以上 (うち3年以上)	1年以上 (うち1年以上)

- ・ (ア) 及び (イ) の「(うち〇年)」の部分は、老人福祉施設等での実務経験を除いた年数
- ・ 詳細は「用語解説」最後に記載している告示等参照

**※2 サビ管等実践研修の受講要件**

- ・ 基礎研修修了後から実践研修受講開始前月末 (講義日程の前月末) までの5年間に
  - ア OJT 期間2年以上 相談支援の業務 又は 直接支援の業務 に従事
  - イ OJT 期間6ヶ月以上 個別支援計画作成業務 に従事 (例外的に一定の要件を満たした場合)
- ・ 実践研修修了者 又は 更新研修修了者 又は 更新研修の経過措置の対象者 であって
  - ウ 更新の期限を過ぎた者 (ア・イの業務経験は問わない)

**※3 サビ管等更新研修の受講要件**

- ア 実践研修修了者であって
  - A 現にサビ管・児発管・管理者・相談支援専門員として従事
  - B 更新研修受講開始前月末 (講義日程の前月末) までの5年間に A の業務に  
通算2年以上従事
- イ 更新研修修了者であって更新の期限内にある (アのA又はBに該当すること)

**※4 「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

**※5 「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

**※6 「個別支援計画作成業務」とは**

- ① サビ管等が配置されている事業所において、サビ管等のもとで基礎研修修了者が個別支援計画の原案作成までの一連の業務に従事（2人目サビ管等）
- ② やむを得ない事由によるみなし配置されている者が、個別支援計画作成の一連の業務に従事（配置要件を満たした者が令和3年度末までに基礎研修修了者となり、サビ管等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合も含む／H31研修見直しに伴う経過措置）

**【具体的な業務内容】**

- Ⓐ 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う
- Ⓑ アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する
- Ⓒ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める（①の場合はサビ管等が開催する会議に参画する）
- Ⓓ 上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する
- Ⓔ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント（モニタリング）を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う

**※7 「〇年以上」とは 実際に従事した日数が1年あたり180日以上であること**

**※8 「例外的に一定の要件を満たした場合」とは**

【要件】 以下①～③をすべて満たす必要あり

- ① サビ管等基礎研修受講時に配置要件を満たしている
- ② 障害福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成の業務に6ヶ月以上従事
- ③ 上記②業務に従事することについて、指定権者に届出を行う

**※9 「更新研修の経過措置の対象者」とは**

平成30年度までにサビ管等の要件を満たしている方については、研修体系の見直しから、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ビ管等として業務が可能となっていた →上記期限までに更新研修を修了しなかった者については※11へ

**※10 「やむを得ない事由によるみなし配置」とは（詳細は指定権者に確認）**

やむを得ない事由によりサビ管等が欠如したことを指定権者が認めた場合、欠如日から1年間、配置要件等を満たした者をサビ管等とみなして配置可能なことをいう。

【要件】 以下①～③すべて満たす必要あり

- ① サビ管等の配置要件を満たしている
- ② サビ管等が欠如した時点で既に基礎研修を修了済み
- ③ サビ管等が欠如する以前から当該事業所に職員として配置されている

### ※11 「更新の期限」とは

サビ管等として継続して従事するためには、サビ管等実践研修を修了した翌年度から5年度ごとに更新研修を修了する必要がある。直近に修了した サビ管等実践研修 又は サビ管等更新研修 の修了証書に更新の期限が記載されている。更新の期限を過ぎた場合は、サビ管等実践研修の受講が必要。

### ※12 研修名称の整理（北海道の場合）

略称	実施年度	研修名称
相談支援従事者研修	a	～H17 +H18・19 ・国又は都道府県、札幌市、帯広ケア・センターの実施する 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〕
	b	H18 ・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〕
	c	H19～ ・相談支援従事者研修〔基礎研修〕又は〔初任者研修〕
	d	H19～23 ・相談支援従事者研修〔サービス管理責任者向け〕
	e	H24～ ・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〕
旧体系のサビ管等研修	f	H18～30 サービス管理責任者研修（第1分野～第4分野） 又は 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）
サビ管等基礎研修	g	R1～ サービス管理責任者基礎研修 又は 児童発達支援管理責任者基礎研修
サビ管等実践研修	h	R3～ 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
サビ管等更新研修	i	R1～ サービス管理責任者更新研修 又は 児童発達支援管理責任者更新研修
専門コース別研修	j	R5～ 専門コース別研修：意思決定支援 専門コース別研修：障がい児支援 専門コース別研修：就労支援

- ・相談支援従事者研修のうち、a・b・cは相談支援専門員になるために受講する研修  
（dおよびeは 相談支援従事者研修〔初任者研修〕講義部分 に該当する研修であり、d or e の修了では 相談支援専門員 として配置できません）
- ・基礎研修修了者：（g）サビ管等基礎研修 or （f）旧体系のサビ管等研修  
+ （a or b or c or d or e）相談支援従事者研修 の両方を修了していること
- ・実践研修修了者：（h）サビ管等実践研修 を修了していること（更新期限までは更新研修修了者とみなす）
- ・更新研修修了者：（i）サビ管等更新研修 を修了していること

#### 【参考】

- ・指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等  
(平成18年9月29日 厚生労働省告示第544号)
- ・障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として子ども家庭庁長官が定めるもの  
(平成24年3月30日 厚生労働省告示第230号)
- ・サービス管理責任者等研修の見直しに関するQ&A  
(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)
- ・サービス管理責任者等研修の取り扱い等に関するQ&A  
(令和5年3月31日厚生労働省社会・援護局障がい保健福祉部障害福祉課事務連絡)
- ・サービス管理責任者等に関する告示の改正について  
(令和5年6月30日 子ども家庭庁支援局障がい児支援課/厚生労働省社会・援護局障がい保健福祉部 障害福祉課事務連絡)

別紙 4

北海道サービス管理責任者実践研修・北海道児童発達支援管理責任者実践研修 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	<p>(勤務職歴)</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(公社)日本発達障害連盟 常務理事(発達障害白書編集長)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
講義・演習① ②③④、講義 ②、演習①	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	<p>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事務局代表</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>平成23年4月～平成28年3月 フリーソーシャルワーカー</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・北海道障がい者が暮らしやすい地域づくり推進本部 本部長</li> <li>・北海道自立支援協議会 人材育成部会 部会員</li> </ul> <p>※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</p>

※ 講義・演習名称については、別紙1・2の「障害者福祉〔児童福祉〕施策の最新の動向」(講義①)、「モニタリングの方法」(講義・演習①)、「個別支援会議の運営方法」(講義・演習②)、「サービス提供〔支援提供〕職員への助言・指導について」(講義・演習③)、「実地教育としての事例検討会の進め方」(講義・演習④)、「サービ

ス担当者会議等におけるサービス管理責任者〔児童発達支援管理責任者〕の役割」(講義②)、「(自立支援)協議会を活用した地域課題の解決に向けた取り組み」(講義③)、「サービス担当者会議と協議会の活用についてのまとめ」(演習①)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実践研修及び北海道児童発達支援管理責任者実践研修  
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実践研修／児童発達支援管理責任者実践研修 ・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"><b>《メールアドレスに関する注意事項》</b></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、<b>必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください。</b>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 <b>都道府県や市区町村名等を記載</b> 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
★受講対象	<p>受講対象として当てはまるものア～ウを選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・募集要領 P.1（又は P.9 の受講対象フローチャート）を参考に、申込み者がいずれに該当するか選択します。</li> <li>・以降の項目「研修の受講（修了歴）」「基礎研修修了後の実務経験（OJT 期間）」にも関連する項目です。</li> </ul>
★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）④サビ管・児発管（更新）の修了歴 <b>&lt;①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写しを添付又は FAX&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受講要件である①相談支援※A 研修及び、②サビ管基礎※B・児発管基礎※C 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。</li> <li>・受講対象ウを選択した方は、①②以外の修了済の研修の「研修名（区分）」「修了年月日」「証書番号」や更新期限が切れた日を記載してください。</li> <li>・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）を添付するか、FAX で送信してください。</li> </ul> <p>→ 記入例（P. 17～19）、研修名称の整理（P. 12）、サビ管等として従事するための実務経験（P. 10）</p> <p><b>&lt;修了証書の添付について&gt;</b></p> <p>①「ファイルの選択」をクリックすると、パソコンのフォルダが開きます。</p> <p>②添付したい修了証書のファイル（PDF 等）を選択し、「開く」を押すと添付できます。申込み画面の「ファイル選択」の横に添付ファイル名が表示されます。</p> <p>※添付できる PDF・画像は一つです。当法人以外の修了証書が複数ある場合はデータを事前に一つにまとめてください。（データはコピー機等でスキャンして PDF 化する。又は、申込み作業をする PC 宛てにスマホ等で撮影した画像をメール送信し、保存する。データが重いと申込み内容が送信できないことがあります）</p> <p>※PDF の添付が難しい場合は FAX（FAX 番号 011-521-8551）してください。</p>
基礎研修修了後の実務経験（OJT 期間）	<p>受講対象イの場合 OJT6 ヶ月要件に該当するかチェック 全員 OJT 期間★を記載、受講対象ア・イの場合は OJT 期間の詳細を記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【OJT6 ヶ月要件】は受講対象イを選択した場合のみチェックする項目。要件 3 つ全て該当する場合チェックをしてください。</li> <li>・★【OJT 期間】全ての受講対象者が記載する項目（必須）。受講対象ウを選択した場合は、OJT 期間の記載が不要ですので「年」「ヶ月」「日」の部分に「0」を入れてください。</li> <li>・【OJT 期間の詳細】受講対象ア・イを選択した場合は、上記①②の研修修了（基礎研修修了）後～受講予定の実践研修開始前月末まで※4 の OJT 期間業務に従事していた期間の「トータル年ヶ月」、「トータルの勤務日数（概算）」、OJT 期間に従事していた「業務内容」を入力・選択してください。</li> </ul> <p>※受講対象アを選択した方で OJT 期間が 2 年に満たない場合や、受講対象イを選択した方で OJT 期間が 6 ヶ月に満たない場合は受講対象となりません。</p> <p>→ 記入例（下記）</p>

※研修の名称については、別紙 3-2 の用語解説をご確認ください

※A 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。

※B 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。

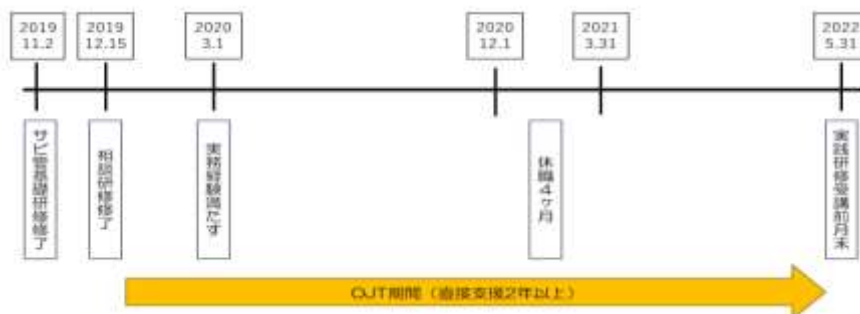
※C 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。

**受講対象ごとの記載例**

**対象ア OJT 期間2年以上**

基礎研修受講後に配置要件を満たし、OJT 期間 2 年以上直接支援業務に従事の場合

- ①相談支援従事者研修修了 2019 年 12 月 15 日
- ②サビ管等基礎修了 2019 年 11 月 2 日
- ・OJT 開始は両研修の遅い方の翌日以降(2019 年 12 月 16 日)
- ・OJT 修了は実践研修の受講前月末(2022 年 5 月 31 日)
- ・サビ管基礎研修受講時点ではサビ管等の配置に係る実務経験満たさず  
配置要件を満たした年月日※D 2020 年 3 月 1 日
- ・OJT 期間(2019 年 12 月 16 日～2022 年 5 月 31 日)の間に 4 ヶ月  
(2020 年 12 月 1 日～2021 年 3 月 31 日まで)休職期間あり
- ・休職期間を除いて OJT 期間 2 年以上、1 年あたり 180 日以上に該当



**OJT トータル※F**

●期間  
 2019 年 12 月 16 日～  
 2020 年 11 月 30 日  
 (0 年 11 ヶ月 15 日)  
 2021 年 4 月 1 日～  
 2022 年 5 月 31 日  
 (1 年 2 ヶ月 0 日)  
 合わせて 2 年 1 ヶ月 17 日  
 → トータル 2 年以上

●勤務日数(概算)  
 248 日 + 293 日 = 541 日  
 → 1 年あたり 180 日以上

受講対象	<p>● <b>対象ア OJT 期間2年以上</b></p> <p>○ 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす)</p> <p>○ 対象ウ 更新期限切れ</p>		
研修受講(修了歴)	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] ※A
		修了年月日	西暦 2019 年 12 月 15 日
		証書番号(半角)	×××××
	②サビ管・児発管 <small>(基礎・旧分野別)</small>	区分 [選択制]	サービス管理責任者基礎研修 ※B、C
	修了年月日	西暦 2019 年 11 月 2 日	
	証書番号(半角)	A××××	
	③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴		
	なし		
	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 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください )		
	ファイルの選択		
OJT 期間	【OJT6ヶ月要件】 ←該当しない場合はチェックしない		
	○ 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 2019 年 12 月 16 日～ 終期 西暦 2022 年 5 月 31 日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E		2 年 1 ヶ月 ←休職期間等は除く
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E		541 日 ←休職期間等は除く
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可		<input type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input checked="" type="checkbox"/> 直接支援業務
	OJT 期間に関する備考		
	2020 年 12 月 1 日～2021 年 3 月 31 日 (4 ヶ月間) 病気療養のため休職		

**対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす)**

一定要件を満たし、みなし児発管として OJT 期間 6ヶ月以上個別支援計画作成業務に従事の場合

- ①相談支援従事者研修修了 2023年2月20日
- ②児発管等基礎修了 2023年3月15日
- ・OJT 開始は両研修の遅い方の翌日以降(2023年3月16日)
- ・OJT 修了は実践研修の受講前月末(2023年10月31日)
- ・サビ管基礎研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす  
配置要件を満たした年月日※D 2023年3月1日
- ・OJT 期間(2023年3月16日～2023年7月31日)の間  
やむを得ない事由によるみなし配置で個別支援計画作成業務に従事  
OJT 期間 6ヶ月以上、1年あたり180日以上に該当



**OJT トータル**

●期間  
2023年3月16日～  
2023年10月31日  
(0年7ヶ月16日)  
→ トータル6ヶ月以上

●勤務日数(概算)  
156日  
→ 1年あたり180日以上

受講対象	○ 対象ア OJT 期間2年以上 ● <b>対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす)</b> ○ 対象ウ 更新期限切れ		
研修受講(修了歴)	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] ※A
		修了年月日	西暦 2023年2月20日
		証書番号(半角)	×××××
	②サビ管・児発管 <small>(基礎・旧分野別)</small>	区分 [選択制]	児童発達支援管理責任者基礎研修 ※B、C
	修了年月日	西暦 2023年3月15日	
	証書番号(半角)	A××××	
	③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴		
	なし		
	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又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください )		
	ファイルの選択		
OJT 期間	【OJT6ヶ月要件】 ←該当する場合はチェック		
	● 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 2023年3月16日～ 終期 西暦 2023年10月31日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E		0年7ヶ月
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E		156日
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可		<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務
OJT 期間に関する備考			
基礎研修修了後(2023年3月16日)から現在までやむを得ない事由によるみなし配置			

個別支援計画作成業務にあたった日だけでなく、障害福祉サービス事業所等において従事した期間も算定



**対象ウ 更新期限切れ**

平成 30 年度以前にサビ管等としての要件を満たしていたが、令和 6 年 3 月 31 日までに更新研修修了者とならなかった者であり、今後サビ管等として従事予定の場合

①相談支援従事者研修修了 2000 年 10 月 30 日

②旧サビ管等研修修了 2000 年 12 月 20 日

・H31.4.1～R6.3.31 は更新研修の経過措置の対象者として従事可能だったが、その間に更新研修を受講しなかった(=更新期限切れ)

・旧サビ管等研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす  
配置要件を満たした年月日※D 2000 年 4 月 1 日

受講対象	<input type="radio"/> 対象ア OJT 期間2年以上 <input type="radio"/> 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) <input checked="" type="radio"/> <b>対象ウ 更新期限切れ</b>		
研修受講(修了歴)	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] ※A
		修了年月日	西暦 2000 年 10 月 30 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) ※B、C
		修了年月日	西暦 2000 年 12 月 20 日
	証書番号(半角)	A××××	
③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     R6.3.31 までに更新研修を受講しなかった                      (③④の研修を修了したが期限内に更新研修を受講しなかった場合は修了した研修を記載)                 </div>			
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 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください ) ファイルの選択			
OJT 期間	【OJT 6ヶ月要件】 ←該当しない場合はチェックしない		
	<input type="radio"/> 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 0 年 12 月 31 日～ 終期 西暦 0 年 12 月 31 日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E	0 年 0 ヶ月	
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E	0 日	
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務	
OJT 期間に関する備考 更新期限切れによる受講のため OJT 期間なし			

「OJT 期間に関する備考」の欄には「やむを得ない事由によるみなし配置※G」であるとか、基礎修了翌日から実践研修受講前月末までの間の休職期間、更新期限切れによる受講等について記入して下さい

※D サビ管等として従事するために必要な実務経験要件=配置要件(障害児者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における直接支援又は相談支援業務 3～8 年)→募集要領 P.10 参照

※E 基礎研修修了後(2つの研修のうち、後から受講したものの修了年月日の翌日)から受講予定の実践研修(講義日程)の前月末までを基準に、年数や勤務日数(概算)を記載してください

※F 実践研修の受講要件の実務経験 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 180 日以上であることをいう

※G 指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等(平成 18

年 9 月 29 日厚生労働省告示第 544 号) に規定されている「やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠けた指定障害福祉サービス事業所等にあつては、当該事由の発生した日から起算して一年間は、当該指定障害福祉サービス事業所等において提供される障害福祉サービス又は施設障害福祉サービスの管理を行う者として配置される者であつて、実務経験者であるものについて、イの(2)に定める要件を満たしているものとみなす。」に該当すると事業の指定権者(振興局・政令中核市)に認められたものをいう

イの(2)はサービス管理責任者等になるために必要な全ての研修を指す。(詳細は指定権者に確認)

- ※H 「個別支援計画作成業務」とは、①サビ管等が既に配置されている事業所において、基礎研修修了者が個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事する場合(2人目サビ管等)や、  
②やむを得ない事由によりみなし配置されたサービス管理責任者等(※G 又は、令和3年度末までに基礎研修修了者となり、研修の見直しに伴う経過措置によりサビ管等としてみなして配置されている者も含む)として個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合をいう

※ここで記載いただくのは「基礎研修修了後の実務経験(OJT)」です。申込時に実務経験を証明するものや個別支援計画作成業務に従事していることを指定賢者へ届出したもの控え等の提出は不要です。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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
★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、配置が必要な具体的理由、同一事業所から複数の申し込みする場合の優先順位、キャンセル待ちの希望</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>「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。</li> <li>「2. 配置予定」は、あてはまるものを選んでください。「その他」を選択する場合は、詳細を記載してください。</li> </ul> <p>【減算中】サビ管等未配置のため減算中の場合 【みなし配置】やむを得ない事由により配置基準を満たしていない状況(1年間のみなし※G配置中)又は、研修の経過措置によるみなし配置中の場合 【新設】新しく事業所を開設する場合 【退職】退職の時期(配置時期)が明確な場合 【異動】異動の時期(配置時期)が明確な場合 【人材育成】サビ管・児発管として配置する時期が明確な場合 【その他】兼務解消、既存事業所の定員増や多機能型事業の分離等上記以外</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「3. 配置が必要な具体的理由」も必ずお書きください。 例) 令和〇年に××事業を新設予定だが、配置可能なサビ管がないため 令和〇年に現サビ管が定年退職するため後任のサビ管が必要 等</li> <li>「4. 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。</li> <li>「5. キャンセル待ちの希望」は、受講不可で通知された場合であつて一定期間内にキャンセルが出た際に追加決定を希望される場合はチェックしてください。</li> </ul>



項目	入力事項について
★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"> <li>・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。</li> </ul>
★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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

※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。