

平成28年度神奈川県サービス管理責任者研修及び
児童発達支援管理責任者研修実施要領

1 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に基づく指定障害福祉サービス事業者等においてサービス管理責任者の業務に従事する者、及び児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者等及び指定障害児入所施設等において児童発達支援管理責任者の業務に従事する者を対象として、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し、資質の向上を図ることを目的とする。

2 実施主体
神奈川県

3 運営主体
特定非営利活動法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク

4 研修の対象者

5(2)の表中「対象となる事業等の種類」に掲げるいずれかの事業に従事する者（予定の者を含む。）であって、次のいずれかに該当する者

- (1) 神奈川県内に所在する指定障害福祉サービス事業者においてサービス管理責任者として配置される予定の者（既にサービス管理責任者として配置されている者であって、サービス管理責任者研修を修了していない者を含む。）
- (2) 神奈川県内に所在する指定障害児通所支援及び指定障害児入所支援の事業所等において、児童発達支援管理責任者として配置される予定の者（既に児童発達支援管理責任者として配置されている者であって、児童発達支援管理責任者研修を修了していない者を含む。）

5 研修内容

(1) 研修カリキュラム

- ア サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の役割に関する講義（共通）
- イ アセスメントやモニタリングの手法に関する講義（分野別）
- ウ サービス提供プロセスの管理に関する演習（分野別）

(2) 研修の対象となる指定障害福祉サービス等の種類、募集定員

分野	対象となる事業等の種類	募集定員
介護	療養介護 生活介護	120人
地域生活（知的・精神）	自立訓練（生活訓練） 共同生活援助	120人
就労	就労移行支援、 就労継続支援（A型・B型）	140人
地域生活（身体）	自立訓練（機能訓練）	10人

児童 (児童発達支援管理責任者研修)	児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、福祉型児童発達支援センター、医療型児童発達支援センター、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設	300人
合 計		690人

(注) 上記に掲げるサービス種類以外の事業は本研修の対象となりません。

6 日程及び会場

(1) 共通講義

ア 日時 平成28年11月29日(火) 10時～17時30分

イ 会場 サンピアンかわさき ホール

* サービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修にかかわらず全員受講

ただし、すでにサービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修を修了している者が、別の分野の研修を受講する場合は、共通講義の受講は免除され、分野別研修のみの受講とすることができます。

(その場合、受講申込書にサービス管理責任者研修等の修了証書(写し)を添付してください。)

(2) 分野別研修(児童発達支援管理責任者研修を含む。)(必要な分野のみ受講)

ア 日時

(ア) 介護分野

平成29年 2月6日(月) 9時30分～17時30分

平成29年 2月7日(火) 9時30分～17時

(イ) 地域生活(知的・精神)分野

平成29年 2月1日(水) 9時30分～17時30分

平成29年 2月2日(木) 9時30分～17時

(ウ) 就労分野

平成29年 2月8日(水) 9時30分～17時30分

平成29年 2月9日(木) 9時30分～17時

(エ) 地域生活(身体)分野

平成29年 1月25日(水) 9時30分～17時30分

平成29年 1月26日(木) 9時30分～17時

(オ) 児童分野(児童発達支援管理責任者研修)

平成28年 12月21日(水) 9時30分～17時30分

平成28年 12月22日(木) 9時30分～17時

平成29年 1月25日(水) 9時30分～17時30分

平成29年 1月26日(木) 9時30分～17時

* 児童発達支援管理責任者研修は2回分の日程となっておりますが、受講日の選択はできません。いずれの日程でも対応できるように調整をお願いいたします。

イ 会場

分野	場所
介護	ヴェルクよこすか ホール
地域生活（知的・精神）	
就労	
児童（児童発達支援管理責任者研修）	
地域生活（身体）	ヴェルクよこすか 会議室

7 受講料及び資料代

受講料は無料とする。ただし、受講に係る教材費等については、資料代として受講者の負担とする。* 詳細については受講決定時にご案内します。

	資料代
共通講義 + 分野別研修（1分野）	5,000円
分野別研修のみ（1分野につき）	4,000円

例 1) 共通講義 + 分野別研修（2分野）受講：9,000円

例 2) (共通講義免除) 分野別研修のみ2分野受講：8,000円

8 申込について

- (1) 申込方法 別紙「平成28年度神奈川県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修受講申込書」に必要事項を記載の上、「申込書類確認書」を添えて**法人でまとめて**申込（送付）ください。
- (2) 申込様式 別紙様式
- (3) 送付方法 **郵送（ファクシミリ、電子メール、電話による申込みはできません。）**
- (4) 申込期限 平成28年9月21日（水）（当日消印有効）
- (5) 送付先 〒243-0014
厚木市旭町1-9-7旭町三紫ビル302
特定非営利活動法人
かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク

* 封筒表面余白に「サービス管理責任者等研修受講申込書在中」と記載してください。

9 受講者の決定

受講者は、申込み内容を審査の上で決定し、各法人あてに通知を送付します。申込者数が募集定員を超過した場合は、法人内優先順位等を勘案し、受講の可否を決定します。

受講決定後の受講者及び日程の変更は認められません。

受講決定等の通知は10月下旬に発送予定です。

10 修了証書

研修の全課程を修了した者に修了証書を交付します。

11 事前課題

本研修は分野別、演習ごとに事前課題があります。事前課題は、演習日の概ね3,4週間前に「障害福祉情報サービスかながわ」

([http:// www.rakuraku.or.jp/shienhi/](http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/))に掲載します。

12 その他

受講決定者は全日程の2日間あるいは3日間出席する必要があります。遅刻及び早退は欠席とみなし修了証書を交付できませんのでご注意ください。通勤時間帯による混雑や天候等を考慮の上、ご来場ください。

著しく受講態度が悪く（私語、居眠り、携帯電話の使用等）繰り返し注意された方や、期日までに課題を提出しない方には修了証書を交付できませんので、ご注意ください。

別紙【留意事項】をご確認ください。

申し込み及び受講状況の確認を行うため、横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市にサービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修の申込者及び修了者名簿を情報提供します。（神奈川県個人情報保護条例により個人情報を保護し取扱います。）

13 問い合わせ先

（本研修の手続き等に関する問い合わせ先）

特定非営利活動法人 かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク 研修事務局 〒243 - 0014 厚木市旭町1 - 9 - 7旭町三紫ビル302 電話 046 (220) 5380 ファクシミリ 046 (220) 5381

（資格要件や制度に関する問い合わせ先）

神奈川県保健福祉局福祉部障害福祉課 〒231 - 8588 横浜市中区日本大通1

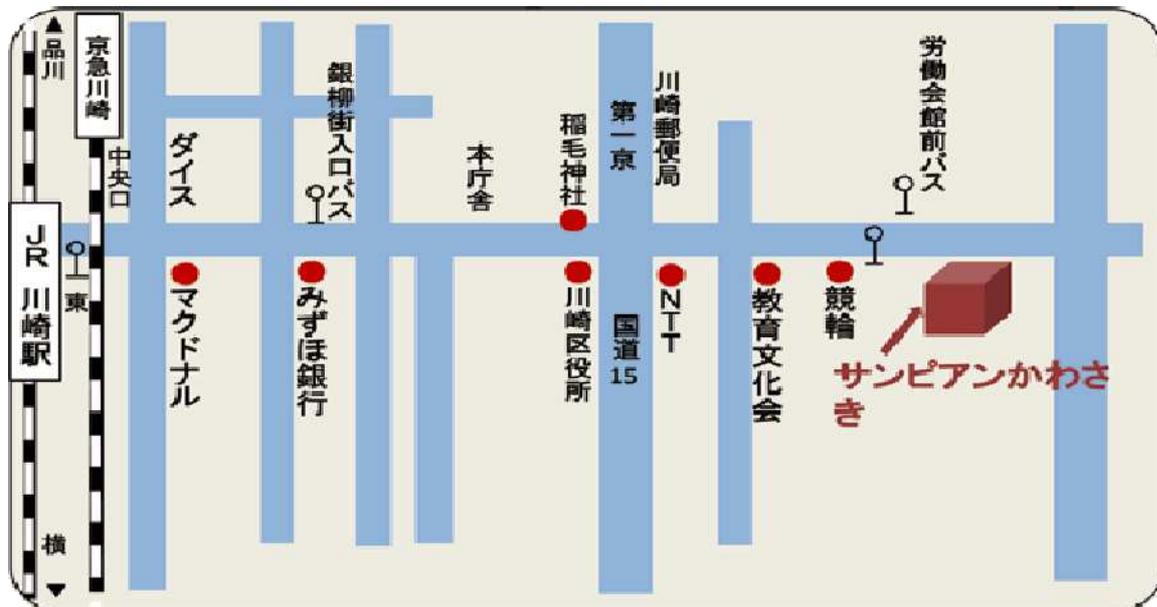
サービス管理責任者研修に関すること 事業支援グループ 小川、高木 電話 045 (210) 1111 (内線4719) ファクシミリ 045 (201) 2051
--

児童発達支援管理責任者研修に関すること 施設指導グループ 佐藤 電話 045 (210) 4724 ファクシミリ 045 (201) 2051
--

【会場案内図】

1 共通講義

サンピアンかわさき（川崎市川崎区富士見2-5-2）



交通：JR「川崎駅」・京浜急行「川崎駅」から徒歩約20分

川崎駅東口バス乗り場より、川崎市営バスもしくは臨港バス乗車
市営埠頭行・水江町行・塩浜行など「労働会館前」下車
所要時間5～10分 バス停より徒歩すぐ

（* なお、急行および特急バスは停まりませんので、ご注意ください。）

2 分野別研修

ヴェルクよこすか（横須賀市日の出町1丁目5番地）



交通：京浜急行「横須賀中央駅」徒歩5分

【留意事項】

1 研修の対象者

次の（１）（２）のいずれかに該当する者を本研修の対象者とします。なお、サービス管理責任者等を配置する必要のあるサービス種類は、実施要領5（2）に掲げるものに限ります。

- （１）指定障害福祉サービス事業者においてサービス管理責任者として配置されている者又は配置される予定の者
- （２）障害児通所支援及び障害児入所支援を行う事業者等において児童発達支援管理責任者として配置されている者又は配置される予定の者

2 共通講義の免除

既にサービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修を修了している方が別の分野の研修を受講する場合は、共通講義（1日）を受講せず、分野別の研修のみの受講とすることができます。共通講義の免除を希望する場合、受講申込書の所定の欄に○印を記入し、サービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修の修了証書（写し）を添付してください。

3 サービス提供責任者

指定居宅介護事業者等におけるサービス提供責任者は、サービス管理責任者に含まれないため、サービス管理責任者研修の対象者ではありません。

4 研修の対象外となる場合の主な例

- （１）サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者を配置する必要のない事業所の従事者
- （２）平成30年3月末まで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配置される予定がない方
- （３）障害者の直接支援、相談支援などの実務経験（※）の要件を平成30年3月末までに満たさない方
※実務経験の業務範囲と必要経験年数については、別紙参考資料2を参照してください。
- （４）既にサービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修を修了している方。
ただし、修了していない分野については、必要がある場合に限りお申し込みください。

5 経過措置

参考資料1の<経過措置について>を参照してください。

6 研修の受講順

サービス管理責任者研修又は児童発達支援管理責任者研修とサービス管理責任者補足研修は、どちらを先に受講しても差し支えありません。

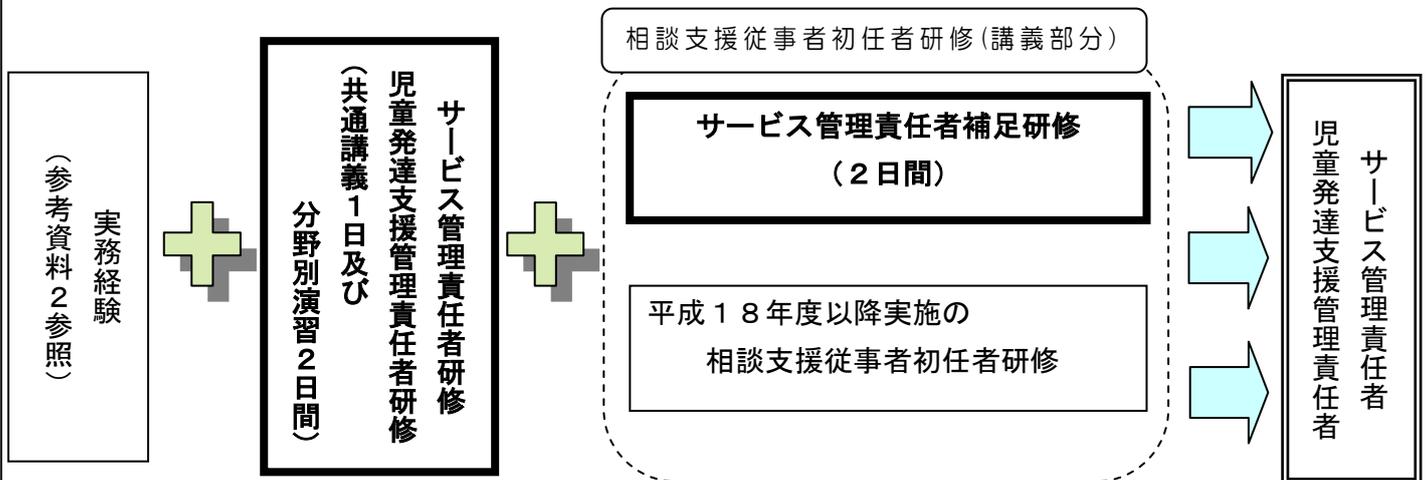
7 実務経験証明書

受講申込書に実務経験証明書を添付する必要はありません。実務経験証明書は、指定障害福祉サービス事業者又は指定障害児通所支援事業者等の指定申請を行う場合及びサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の変更を行う場合に必要となります。

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の要件について

参考資料 1

- サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者として従事するには、厚生労働大臣が定める実務経験と研修の修了が必要です(実施要領<留意事項>参照)。



<経過措置について>

1 サービス管理責任者

【新規指定の事業所】

事業開始後 1 年間は、サービス管理責任者の研修修了の要件を満たしているものとみなす。事業開始後 1 年以内に研修を受講し修了しなければ、以後サービス管理責任者不在となり減算対象となる。ただし、本経過措置は平成 30 年 3 月 31 日までの有期限であるため、平成 29 年 4 月 1 日以降に新規指定を受けた事業所については、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限って研修要件を満たしているものとみなす。

なお、多機能型事業所等については、事業開始後 1 年間に当該事業所等において提供されるいずれかの障害福祉サービスのサービス管理責任者の研修を修了している場合は、事業開始後 3 年間は、当該事業所において提供されるすべての障害福祉サービスの研修修了の要件を満たしているものとみなす。

2 児童発達支援管理責任者

事業開始後 1 年間は、児童発達支援管理責任者の研修修了の要件を満たしているものとみなす。ただし、事業開始後 1 年以内に研修を受講し修了しなければ、以後児童発達支援管理責任者不在となり減算対象となる。

なお、本経過措置は平成 30 年 3 月 31 日までの有期限であるため、平成 29 年 4 月 1 日以降に新規指定を受けた事業所については、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限って研修要件を満たしているものとみなす。

過去にサービス管理責任者研修(児童分野)を修了している者については、児童発達支援管理責任者研修を修了しているものとみなす。

サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の実務経験要件

内は、別に神奈川県として実務経験に含める業務の範囲

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
① 相談支援業務	ア 相談支援事業に従事する者 地域生活支援事業 障害児相談支援事業 身体障害者相談支援事業 知的障害者相談支援事業	5年以上
	イ 相談機関等において相談支援業務に従事する者 児童相談所 身体障害者更生相談所 精神障害者社会復帰施設 知的障害者更生相談所 福祉事務所 発達障害者支援センター ・保健所 ・市町村役場	
	ウ 施設等において相談支援業務に従事する者 障害者支援施設 障害児入所施設 老人福祉施設 精神保健福祉センター 救護施設及び更生施設 介護老人保健施設 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	
	エ 就労支援に関する相談支援の業務に従事する者 障害者職業センター 障害者就業・生活支援センター	
	オ 特別支援教育における進路指導・教育相談の業務に従事する者 特別支援学校	
	カ 保険医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 居宅介護職員初任者研修以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格等※1を有する者 (4) 上記アからオに掲げる業務に1年間以上従事した者	
	キ その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者 ・身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者地域生活援助 ・精神障害者地域生活援助 ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設(入所、通所)、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関(肢体不自由児、重症心身障害児) ・地域就労援助センター ・地域活動支援センター、市町村から補助または委託を受けている作業所等 ・小学校、中学校の特別支援学級のいずれかにおいて主に相談支援の業務に従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
② 直接支援業務	ア 施設及び保険医療機関等において介護業務に従事する者 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 療養病床 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 保険医療機関 保険薬局 訪問看護事業所	10年以上
	イ 障害者雇用事業所において就業支援の業務に従事する者 特例子会社 重度障害者多数雇用事業所	
	ウ 特別支援教育における職業教育の業務に従事する者 特別支援学校	
	エ その他これらの業務に準すると都道府県知事が認めた業務に従事する者 ・改正前の身体障害者居宅介護、知的障害者居宅介護、児童居宅介護、精神障害者居宅介護、身体障害者デイサービス、児童デイサービス ・身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者地域生活援助 ・精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助 ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設(入所、通所)、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関(肢体不自由児、重症心身障害児) ・地域活動支援センター、市町村から補助または委託を受けている作業所等 ・小学校、中学校の特別支援学級 のいずれかにおいて主に直接支援業務に従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
③ 有資格者等	ア 上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 居宅介護職員初任者研修以上に相当する研修を修了した者 (3) 保育士 (4) 児童指導員任用資格者 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5年以上 (①の期間との通算可能)
	イ 上記①の相談支援業務及び②の直接支援業務に従事する者で、国家資格等※1による業務に5年以上従事している者	3年以上

※1 国家資格等とは、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、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士のことをいう。

注) ここで、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日以上であることをいうものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業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日以上であることをいう。

(別紙様式)

平成28年度神奈川県サービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修受講申込書

平成 年 月 日

平成28年度サービス管理責任者研修及び児童発達支援管理責任者研修について、次のとおり受講を申し込みます。

設置主体(法人)名称													
代表者役職名				代表者氏名							⑧		
受講者	フリガナ				性別		男	・		女			
	氏名				生年月日		年		月		日		
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(する予定の)事業所等の状況	事業所等名称												
	指定(開設)状況		指定済み	(年	月	日)		新規指定予定	(H	年	月	日)
	利用定員(多機能型は合計定員を記入)	人											
	上記所在地	神奈川県				その他の市町村の場合 ※市町村名を記載							
上記事業所等のサービス種類(注2)													
受講希望 ※○印を付けてください。	希望分野	分野名称			対象となる障害福祉サービスの種類					演習日程(月/日)			
		介護分野			療養介護、生活介護					2/6・7			
		地域生活(知的・精神)分野			自立訓練(生活訓練)、共同生活援助					2/1・2			
		就労分野			就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型					2/8・9			
		地域生活(身体)分野			自立訓練(機能訓練)					1/25・26			
		児童分野(児童発達支援管理責任者研修)			障害児通所支援、障害児入所支援					①12/21・22 ②1/25・26			
有資格者(注3)													
実務経験 ※サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の要件の対象となる実務経験を記載。	勤務先名称				職種				勤務年数				
									年	か月			
									年	か月			
									年	か月			
	合計								年	か月			
サービス管理責任者研修修了状況 ※いずれか該当する項目に○印を付けてください。		本研修を初めて受講する。											
		過去に他分野を受講しているため、共通講義を免除とする。 ※共通講義免除の方は、必ず本申込書と併せて過去に受講したサービス管理責任者研修(サービス管理責任者補足研修とは異なります。)の修了証のコピーを送付してください。											
		過去に他分野を受講しているが、共通講義の受講を希望する。											
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての勤務状況 ※複数回答不可		現在、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みなしで配置されている。											
		今後、新規指定予定の事業所の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される予定。											
		今後、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の人事異動等による後任として配置される予定。											
		その他()											
受講時に配慮すべき事項		点字教材		拡大文字教材		手話通訳		車いす席		同行介助者			
		その他											

(注1) 太枠内は、該当する場合に○印あるいは該当文字をプルダウンから選び記入してください。

(注2) 「上記事業所等のサービス種類」欄(点線太枠)は、別表2の該当するサービス種類を記入してください。

(注3) 「有資格者」欄は、別表1のうち該当する資格等を記入してください。

申込書類確認書

※本紙も必ず同封してください

法人名				
法人住所 (決定通知等 送付先)	〒	—		
取りまとめ 担当者名				
連絡先	電話		ファク シミリ	

* 決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。(受講者ごとに異なる送付先とすることはできません)

【申込書類確認】 ※□に✓を記入してください

- 申込書に法人代表者印を押しましたか
- 法人から複数の受講者申込みをする場合、法人内優先順位（分野別）を全員分記載しましたか
- 申込書に記入漏れなく、全ての必要項目に記入しましたか （申込書に不備があると受付られないため、受講を見送りとさせていただきます。）
- 受講者全員分の申込書が入っていますか

【受講者一覧】 ※複数分野の受講を希望する方はそれぞれの分野に記載してください。

受講 分野	優先 順位	受講者氏名	受講 分野	優先 順位	受講者氏名
介護	1		就労	1	
	2			2	
	3			3	
	4			4	
	5			5	
	6			6	
知的 精神	1		児童	1	
	2			2	
	3			3	
	4			4	
	5			5	
	6			6	
身体	1				
	2				

* 記載漏れや不備があった場合は、受講を見送りとさせていただきますので、ご注意ください。

申込書類確認書（記載例）

本申込みに関する事務担当者及び連絡先をお書きください。

〒11-5555

金太郎総合福祉園

法人住所 (決定通知等送付先)	〒11-5555 千葉県鎌倉市由比ガ浜〇—△—□			
取りまとめ担当者名	足柄 一郎			
連絡先	電話	000-333-6666	ファクシミリ	000-333-7777

* 決定通知等はまとめて上記住所に送付いたします。(受講者ごとに異なる送付先とすることはできません)

【申込書類確認】

※□に✓を

- 申込書に法人代表者印を
 - 法人から複数の受講者申
 - 申込書に記入漏れなく、全
 - 受講者全員分の申込書が
- 一覧に書ききれない場合は、この用紙をコピーをして優先順位（分野別）を全員分記載し記入し提出してください。
- 入りましたか (申込書に不備がまると受付けられないため、受講をキャンセルさせていただきます。)

一人で複数分野受ける場合には、その分野ごとの優先順位のところに記載してください

【受講者一覧】※複数分野の受講を希望する方はそれぞれの分野に記

受講分野	優先順位	受講者氏名	受講分野	優先順位	受講者
介護	1	かながわ二郎	就労	1	よこしま花子
	2			2	かながわ二郎
	3			3	
	4			4	
	5			5	
	6			6	
知的精神	1		児童	1	
	2			2	
	3			3	
	4			4	
	5			5	
	6			6	
身体	1				
	2				

* 記載漏れや不備があった場合は、受講を見送りとさせていただきますので、ご注意ください。