

令和２年度大阪府サービス管理責任者等《基礎研修》募集要項

本研修は、社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団が、大阪府からの指定を受け（指定番号 3）厚生労働省の定めた「サービス管理責任者研修事業実施要綱」及び大阪府の定めた「大阪府サービス管理責任者等研修事業者実施要領」に基づいて実施するものです。

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及び児童福祉法に基づく障がい福祉サービス等の質を確保するため、個々のサービス利用者の障がい特性や生活実態に関する専門的知識並びに個別支援計画作成及びサービス内容の評価等の技術を持ち、更には、他のサービス等提供職員に対する指導的役割を果たすことのでき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します。

2. 受講対象者

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ようとする者。

※平成 30 年度までに「サービス管理責任者等研修」を修了された方は、受講の必要はありません。

※下表の実務経験年数に満たない場合、申込書を受理できませんのでご注意ください。

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、実際の業務に従事した日数が 180 日以上あることをいいます。

※ご自身の実務経験の詳細については、各市町村の指定権者にお問い合わせください。

（１）サービス管理責任者研修

指定障がい福祉サービス事業所においてサービス管理責任者として従事しようとする者であって、次に掲げる区分に応じ、通算して右欄に掲げる年数以上の実務経験を有する者。

業務	実務経験年数
相談支援業務	3 年以上
社会福祉主事任用資格等を有しない者による直接支援の業務	5 年以上
社会福祉主事任用資格等を有する者による直接支援の業務（社会福祉主事任用資格等の取得以前の期間を含めることができる）	3 年以上
国家資格等による業務に通算 3 年以上従事している者による相談支援の業務及び直接支援の業務（国家資格等による業務の期間と相談・直接支援の業務の期間が同時期でも可）	3 年以上

（２）児童発達支援管理責任者研修

指定障がい児入所施設及び指定障がい児通所支援事業所において児童発達支援管理者として従事しようとする者であって、次に掲げる区分に応じ、通算して右欄に掲げる年数以上の実務経験を有する者。

業務	実務経験年数
相談支援業務	3 年以上
社会福祉主事任用資格等を有しない者による直接支援の業務	6 年以上
社会福祉主事任用資格等を有する者による直接支援の業務（社会福祉主事任用資格等の取得以前の期間を含めることができる）	3 年以上
国家資格等による業務に通算 5 年以上従事している者による相談支援の業務及び直接支援の業務（国家資格等による業務の期間と相談・直接支援の業務の期間が同時期でも可）	1 年以上

3. 指定研修事業者

各指定研修事業者の募集期間及び研修期間は以下のとおりです。

事業者名	大阪府社会福祉事業団 (指定番号 1)	大阪府地域福祉推進財団 (指定番号 4)	大阪府障害者福祉事業団 (指定番号 3)	大阪府社会福祉事業団 (指定番号 1)
募集期間	募集は終了しました (前期)	募集は終了しました	令和2年9月14日から 令和2年10月2日まで	令和2年11月中旬以降(後期) ※確定次第 大阪府社会福祉事業団 ホームページに掲載予定
研修期間			令和2年12月2日から 令和3年3月5日まで WEB配信による講義5時間 程度と演習2日間	令和3年1月19日から 令和3年3月20日まで WEB配信による講義5時間 程度と演習2日間(予定)

4. 研修日時・場所・定員

研修は、下表のとおりの日時・場所・定員で開催します。(A～J日程の演習内容は同じです)

※全体講義は、講義動画をWEB配信します。視聴可能な端末及びインターネット環境をご準備ください。(準備できない場合は別途事務局へご相談ください)

※実施時間は予定です。詳細は、受講決定時にお送りする受講決定通知書をご確認ください。

※日程は事務局で決定し、受講決定通知にてお知らせします。(日程の指定はできません)

いずれの日程であっても出席が可能であることを前提にお申し込みください。

日程	A日程	B日程	C日程	D日程	E日程	F日程	G日程	H日程	I日程	J日程
定員	定員 552 名 (各日程 定員48名又は72名)									
全体講義1日目	WEB研修 動画配信期間(以下の日時に配信します) ○A日程～F日程 [令和2年12月2日(水) 9:00～12月4日(金) 17:00] ○G日程～J日程 [令和3年1月26日(火) 9:00～1月28日(木) 17:00] [期間中夜間視聴可能] ※約5時間の動画視聴とレポート提出を課題とします。上記期間を過ぎると視聴することができません。									
【日程別講義・演習】 2日目	令和2年 12月10日 (木) 9:00～ 17:45	令和2年 12月17日 (木) 9:00～ 17:45	令和2年 12月24日 (木) 9:00～ 17:45	令和3年 1月7日 (木) 9:00～ 17:45	令和3年 1月14日 (木) 9:00～ 17:45	令和3年 1月19日 (火) 9:00～ 17:45	令和3年 2月3日 (水) 9:00～ 17:45	令和3年 2月9日 (火) 9:00～ 17:45	令和3年 3月1日 (月) 9:00～ 17:45	令和3年 3月4日 (木) 9:00～ 17:45
【日程別講義・演習】 3日目	令和2年 12月11日 (金) 9:00～ 13:00	令和2年 12月18日 (金) 9:00～ 13:00	令和2年 12月25日 (金) 9:00～ 13:00	令和3年 1月8日 (金) 9:00～ 13:00	令和3年 1月15日 (金) 9:00～ 13:00	令和3年 1月20日 (水) 9:00～ 13:00	令和3年 2月4日 (木) 9:00～ 13:00	令和3年 2月10日 (水) 9:00～ 13:00	令和3年 3月2日 (火) 9:00～ 13:00	令和3年 3月5日 (金) 9:00～ 13:00

【場所】2日目・3日目いずれもビッグ・アイ(国際障害者交流センター)

住所: 大阪府堺市南区茶山台1-8-1(泉北高速鉄道 泉ヶ丘駅 下車徒歩3分)

※実施日程/時間は予定です。新型コロナウイルス感染症拡大防止対策の状況により研修の延期又は中止となる場合があります。

5. 受講費用 : 20,000円(消費税含む)

- ・「振込先」、「振込方法」は受講決定通知書に同封して送付いたします。
- ・納付済の受講料は、いかなる理由があっても返金できませんのでご注意ください。
- ・領収証の発行はいたしません。金融機関の「お振込み控え」等をもって、領収証にかえさせて頂きます。※振込手数料は受講者負担にてお願いいたします。

6. 研修の修了及び修了証書の交付

- ・以下の全ての項目を満たした方に修了証書を交付します。
 - ：WEB配信による全体講義の視聴と2日間の講義・演習を全て受講
 - ：WEB配信による全体講義視聴後のレポート提出
 - ：演習前の事前課題の提出
- ・研修当日、受講者本人であることを確認するために運転免許証等の本人確認書類の提示を求めることがあります。研修当日は受講者本人であることを証明できるものをお持ちください。
万一、本人であることが確認できない場合は、修了証書を発行できない場合があります。
- ※10分以上の遅刻、早退、電話連絡等による途中退室があった場合は研修修了とみなしません。そのほか、受講態度が著しく不良(途中退席、居眠り、スマートフォン、タブレット等の操作など)の場合も、修了証書を交付できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ※その他、申し込み内容に虚偽が判明した場合は、修了証書交付後であっても、修了の取消し等の措置をとることがあります。

7. 申込み方法・受講決定通知について

- ① 募集要項を確認の上「受講申込書及び推薦書」〈別紙1〉に必要事項を記入
↓ ※記入漏れや書類に不備があった場合、申込受付ができません。
- ② 「応募必要書類確認書」〈別紙2〉で必要書類を確認、チェック欄にチェックを入れる
↓ ※「94円切手貼付済みの返信用封筒(長形3号)」※「誓約書の写し」(該当者のみ)
- ③ 申込み書類一式(申込書は原本(コピーは不可))を、下記の申込先へ郵送等で送付

【申込先】 〒584-0054 大阪府富田林市大字甘南備 216 番地
社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団「サービス管理責任者等研修事務局」宛
締め切り：令和2年10月2日(金)※消印有効

先着順ではございません。

簡易書留やレターパック等、追跡できる手段による送付を推奨いたします。

上記以外で郵便事故等があった場合には一切の考慮はできかねますのでご注意ください。

※事務局に直接申込書を持参した場合や、FAX、メール等での申込は一切受付いたしません。

※ご提出いただいた書類については、返却いたしませんのであらかじめご了承ください。

8. 受講決定について

- ・受講申込者が定員を超えた場合は、「大阪府サービス管理責任者等研修事業者実施要領」に基づき、上位から順番に優先順位をつけて受講決定します。(項目10参照) この場合、先に大阪府内の事業所に配置予定の受講申込者を受講決定し、定員に余裕があれば他府県の事業所に配置予定の受講申込者を受講決定します。(※今まで他府県の方を受講決定した実績はありません。)
- ・受講者選考は、受講申込者が事業所に配置(従事)される状況に基づき決定するものです。
「従事する予定の事業所について」の欄は必ず配置(従事)予定の事業所に状況を確認の上、受講申込書及び推薦書に記入してください。

- ・法人、事業所等代表者は受講申込書及び推薦書の記載内容を確認の上、「推薦欄」を記入、法人（会社）または事業所印で押印してください。なお、推薦が得られない場合及び市町村への照会に了承いただけない場合は必ず「理由欄」に理由を記入してください。

※可否通知の発送は11月12日（木）頃を予定しております。11月18日（水）の時点で、通知が届いていない場合のみ、研修事務局にお問合せください。

なお、受講決定の可否については、同封いただいた返信用封筒で書面を送付します。

受講可否についてのお問い合わせには一切お答えできませんのでご了承ください。

9.【研修に関するお問い合わせ先】

社会福祉法人大阪府障害者福祉事業団「サービス管理責任者等研修事務局」

電話：0721-34-3606 F A X：0721-34-2371 メール work-shop@sfj-osaka.net

* 今後の新型コロナウイルス感染症拡大防止対策の状況によっては、再度研修の形式や日程の変更又は中止となる可能性がありますので、その旨をご理解・ご了承のうえ、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

* 変更情報は当法人HP [<https://www.sfj-osaka.net>] に掲載いたしますのでご確認ください。

* 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策を講じながら研修を進めてまいります。マスク着用等ご協力いただけない方や、当日体調が悪い方は、研修の受講を控えていただく場合もありますので、ご了承ください。

10. 受講決定における優先順位について

大阪府サービス管理責任者等研修事業者実施要領 抜粋

《要領別紙 2 大阪府サービス管理責任者等基礎研修受講決定指針》

- ① 市町村に設置される重症心身障がい児支援施設に児童発達支援管理責任者として配置予定の者で、市町村の重症心身障がい児支援施設の整備状況を勘案し、大阪府と市町村が協議し決定するもの
- ② 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年厚生労働省告示第544号）及び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厚生労働大臣が定めるもの（平成24年厚生労働省告示第230号）に定めるやむを得ない事由によりサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者（以下「サービス管理責任者等」という。）が欠けた事業所に配置される者であってサービス管理責任者等としての要件となる実務経験を満たしている者で、当該年度中に研修を修了しなければ規定を満たせない者として指定権者に誓約書を提出し、受理されたもの
- ③ 開設を予定している事業所又は既存の事業所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予定で人員基準の規定により配置が義務付けられている員数の範囲内の者で、当該年度中に研修を修了しなければ人員基準の規定を満たせないもの
- ④ 当該年度に研修を修了することにより、翌年度にサービス管理責任者等として配置予定で人員基準の規定により、配置が義務付けられている員数の範囲内の者
- ⑤ 児童発達支援管理責任者としての要件となる実務経験に2年満たない者で、当該年度に研修を修了することにより、当該年度に個別支援計画原案の作成者として配置予定の者のうち1人目のもの
- ⑥ サービス管理責任者等としての要件となる実務経験を満たしている者で、サービス管理責任者等の配置・交代が必要になった場合に備え、資格を用意しようとするもの
- ⑦ 児童発達支援管理責任者としての要件となる実務経験に2年満たない者で、当該年度に研修を修了することにより、当該年度に個別支援計画原案の作成者として配置予定の者のうち2人目以降のもの
- ⑧ 上記以外で受講要件を満たす者については、事業の開始予定年度と実務経験の期間を勘案し優先順位をつけるものとする。

※③及び④については、厚生労働省令で定める人員基準により配置が義務付けられている場合は、2人目以降の者も当該順位に該当することとする。その場合、「受講申込書及び推薦書（別紙1）」のサービス管理責任者を複数配置しなければならない場合の配置人数を必ず記入すること。記入のない場合、受講決定の際に一切考慮いたしません。

（注）受講申込者が退職した場合、法人の推薦は取下げとなり、個人申込みの扱いとなります。

受付NO	

【別紙①】

令和2年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人**が記入のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者**から推薦を受けてください。
※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をいたしません。
※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講ずることがあります。

ふりがな		男	昭和・平成	年	月	日生
申込者氏名 ※正確に記入してください		女	受講者電話番号 ☎ — —			
自宅住所	〒 —					
研修受講における 配慮事項	1. 必要 2. 不要	※配慮について【必要】な方は、該当する項目に○をつけてください。 1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）				同行介助者 （有・無）
現在従事している 事業所及び 実施事業種別 ※法人・会社名など 必ず正式名称を 記入してください。	法人・企業等名					
	事業所等名					
	事業所等所在地	〒 —				
	事業所等電話番号	☎ — —	問合せ担当者名 （カタカナ）			
	担当者電話番号	同上	※上記電話番号と異なる場合はご記入ください。 ☎ — —			
	事業種別 ※該当する全ての番号に ○をつけてください。	1.療養介護 2.生活介護 3.就労支援 4.障がい児支援 5.自立訓練（機能訓練・生活訓練） 6.共同生活援助 7.自立生活援助 8.市町村・府機関 9.相談支援 10.居宅・訪問介護・同行支援 11.高齢者福祉 12.その他（ ）				
テキストの郵送先	*テキストを郵送しますので、必ずいずれかを選択してください ☐ 事業所所在地 ☐ 自宅住所					
実務経験年数等 ※管理者は実務経験年数に 含まれません。兼務の場合 は管理者以外の業務を記入 してください。 ※実際に業務に従事した日 数が1年あたり180日以上 あるものを要件とします。	相談支援業務	① 年	ヶ月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※左記業務の年月数の合計になるように記入してください。		
	直接支援業務	② 年	ヶ月	通算 年 ヶ月（令和2年12月2日時点）		
	実務経験要件に 該当する資格等	1.社会福祉主事任用資格者 2.児童指導員任用資格者 3.精神障害者社会復帰指導員 4.保育士 5.訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 6.介護福祉士 7.社会福祉士 8.理学療法士 9.柔道整復師 10.看護師 11.その他国家資格（ ）				
	国家資格による業務	※上記6～11の資格業務の期間 年 ヶ月		☐ 資格なし		
	※上記年数で要件を満たしているかについては指定権者で確認してください。					
OJT実施（予定） 事業所 ※児童発達支援管理責任者 として実務経験を満たさず 受講する場合は必須 ※基礎研修修了後、5年の 期間内に2年間のOJTが必要	法人・企業等名	同上	※上記法人名等と異なる場合はご記入ください。		実務経験には満たない が個別支援計画原案等 の作成者として配置予 定の場合は下記に○を 記入	
	事業所等名					
	事業所等所在地	〒 —				
相談支援従事者研修の受講状況（2日課程・5日課程又は7日課程）	☐ 平成・令和 年 月 日 受講済					
*サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者になる ための必須研修です	☐ 令和 年 月 日 申込予定					

受講申込者が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する予定の事業所について

事業所・施設名	事業所所在地 市 区 町 村	市 町 村	区
事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 就労定着支援 7. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) ※該当するものに○をつけてください。 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 障がい児通所施設 11. 障がい児入所施設 12. 市町村・府関係 13. その他()		
従事予定	※修了証書が異なりますので、必ずいずれかに○をつけてください。 1. サービス管理責任者 ・ 2. 児童発達支援管理責任者		

※事業開始および受講申込者の配置について、☒欄に選択のうえ、記入をしてください。

□ 既 存 事 業 所	指定番号		指定年月日	年	月	日
	受講申込者の配置(予定)年月日		令和	年	月	日
	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者のやむを得ない事由による欠如について、市町村担当部局に □届け出ている □届け出していない ※「届け出ている」にチェックをした事業所は市町村提出後の受付印のある『研修受講等誓約書』の写しを必ず添付してください。					
□ 新 規 事 業 所	申請・協議先【市町村】		【担当課】	【担当者】		
			※申請・協議状況を確認することがありますので、必ず記載ください。			
	事業開始(予定)年月日		令和	年	月	日
			□ 令和	年度に開始予定	□開始時期は未定	
	受講申込者の配置(予定)年月日		令和	年	月	日
			□ 令和	年度に配置予定	□配置時期は未定	

同一事業所から複数名申し込みをする場合の優先順位

(配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください)

人中 人目

厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者を配置しなければならない人数

人

推 薦 欄 下記の者については、指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者もしくは指定障がい児支援の児童発達支援管理責任者として、**本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し**、受講者として推薦いたします。また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて承知しています。 令和 年 月 日

法人・企業等名

事業所等名

事業所等所在地 〒

事業所等電話番号

法人・事業所等代表者名

※個人印は不可、コピー不可

▼ 理由欄は、推薦が得られない場合は必ずご記入ください

理 由 欄 ☐ サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として、従事する事業所が未定のため
☐ その他（ ）
☐ 法人立ち上げ中のため推薦が得られない（下記内容をご確認の上、ご署名ください）
11月末までに本申込書「推薦欄」を記入し、公印を押印の上、再提出します。
再提出できない場合、受講取消及び受講料の返還がないことについて了承します。

法人・企業名

令和 年 月 日

年 月 日設立予定

法人・企業等
代表者署名（自筆）

ED

受講申込者
署名欄

本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。
また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。
当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。

令和 年 月 日

受講申込者署名

(自筆)