

平成30年度 鳥取県相談支援従事者初任者研修 募集要項

(相談支援専門員向け サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者向け)

1. 目的

地域の障がいのある方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、教育などの各種サービスの総合的かつ適切な利用者支援等の援助技術を習得することとし、相談支援に従事する者の資質向上を図ることを目的に開催するものです。

2. 実施主体

鳥取県（実施機関：社会福祉法人鳥取県厚生事業団）

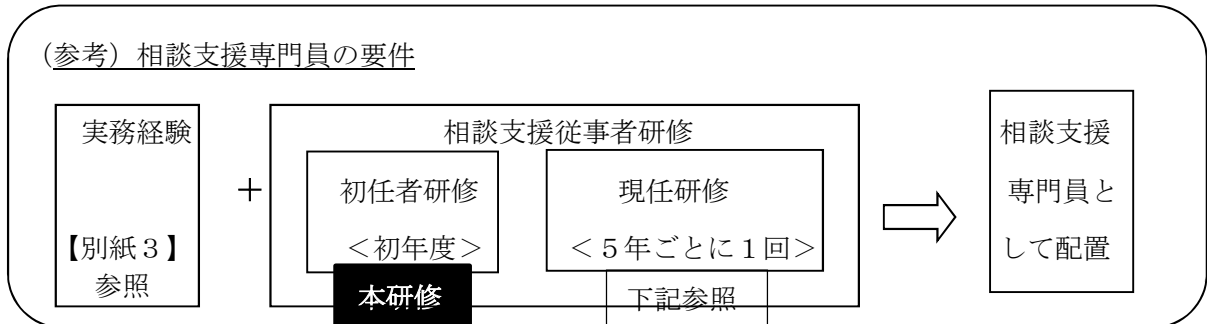
3. 受講対象者

(1) 相談支援専門員コース（5日間課程）

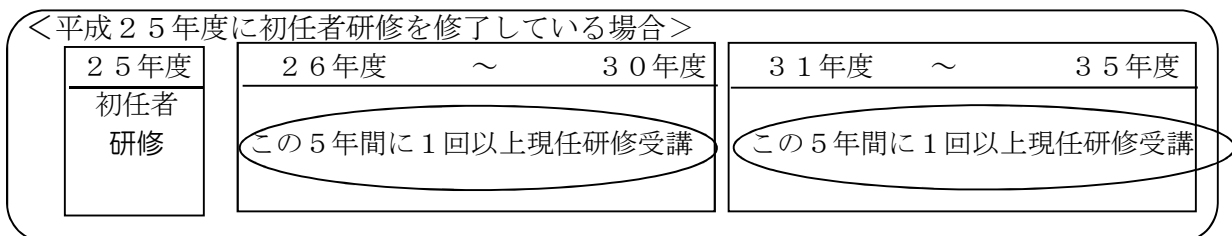
鳥取県内の市町村の相談窓口担当及び相談支援事業所等の相談支援専門員として従事しようとする者

- ・相談支援専門員の要件として、実務経験年数なども満たす必要があります。【別紙3】
- ・過去に相談支援従事者初任者研修の2日間コースを受講した方も、相談支援専門員として従事する時は、5日間課程を受講する必要があります。（受講免除はありません）
- ・過去に相談支援従事者初任者研修の5日間コースを受講し、5年以内に現任研修を修了せず、相談支援専門員の資格が失効している方が、相談支援専門員として従事する時は、再度5日間課程を受講する必要があります。

(参考) 相談支援専門員の要件



現任研修について

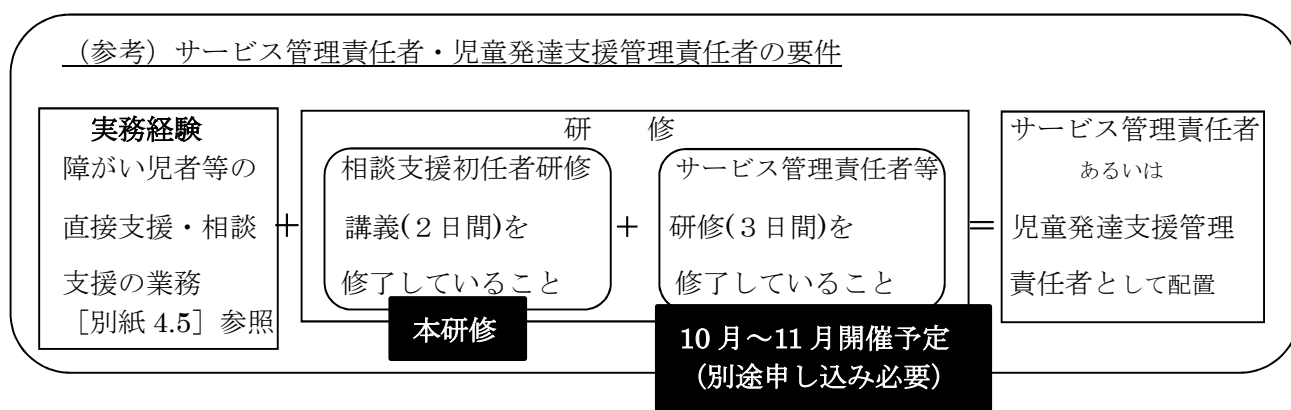


※相談支援専門員の資格を維持するには、5年に1回以上現任研修（3日間）を修了する必要があります。就任予定が未定の方が、初任者研修だけを受けられても資格を喪失する可能性があります。なるべく就任の予定の近い方が受講されるようお願い致します。

(2) サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース（2日間）

- 鳥取県内の事業所で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
- ・サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の要件としては、実務経験年数などの条件を満たす必要があります。【別紙4.5】
 - ・児童発達支援管理責任者の実務経験の要件が、平成29年4月1日より改正されています。【別紙5】をご確認下さい。
 - ・新規事業の開始、施設等の開設、またやむを得ない事情により暫定配置されている者については、期限内に本研修及び別に行うサービス管理責任者研修を受講・修了する必要があります。
 - ・今年度開催するサービス管理責任者等研修は10～11月頃を予定しています。別途申し込みが必要です。（ただし、定員を超える応募があった場合は、当該研修を受講出来ないことがありますので、ご了承ください。）

(参考) サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の要件



4. 日程・会場

課 程	実 施 日	時 間	会 場
相談支援専門員 コース (5日間課程)	9月12日(水)	10:00～16:10	全日程とも 倉吉未来中心 1F 小ホール (倉吉市駄経寺町212-5)
	9月13日(木)	9:30～17:20	
	9月26日(水)	9:30～17:30	
	10月24日(水)	9:30～17:30	
	10月25日(木)	9:30～16:30	
サービス管理責任者等コース (2日間課程)	9月12日(水)	10:00～16:10	
	9月13日(木)	9:30～17:20	

※終了時間については調整中のため、変更になる場合があります。

5. 定員

- ・相談支援専門員コース（受講期間：5日間） 50名
- ・サービス管理責任者等コース（受講期間：2日間） 120名

※他の都道府県からのご応募は、定員に余裕があった場合のみお受けします。

6. カリキュラム 別紙2のとおり

※相談支援専門員コースの方は、3日目以降に事例課題（受講者自身がケアマネジメントの手法を用いて実施した事例の紹介）の提出を求めます。詳細については3日目の実習ガイドンスでお知らせします。

7. 受講料（資料代）当日受付にて徴収いたします。お釣りのないようにご準備下さい。

相談支援専門員コース（5日間）	4,000円
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース（2日間）	1,500円

※受講者の都合により受講を取りやめた場合、一度納付された受講料は返還いたしません。

8. 受講申込 別紙1のとおり

9. 受講の決定

(1) 以下の点等を勘案し、受講者を決定します。

※先着順ではありません。

《相談支援専門員コース》

- ①既に鳥取県内の相談支援事業所の指定を受けており、相談支援業務に従事している者で、本研修を未受講の者。（相談支援専門員の新たな増員を必要としている事業所）
- ②所属長の推薦順位、受講者の相談支援専門員としての業務従事予定、事業所の開始予定日等を参考にします。
- ③原則として実務経験を満たしている方、又は今後1年以内に実務経験を満たす見込みの者。（演習には、一定の知識と経験が必要となります。）

《サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース》

- ①既に鳥取県内の事業所にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として暫定配置されている者で、本研修未受講の者。
- ②所属長の推薦順位、受講者のサービス管理責任者等としての業務従事予定、事業所の開始予定日等を参考にします。

※選考において特に考慮すべき事情がありましたら、申込書の申込希望理由欄に記載して下さい。

※申込書に記載された内容を元に受講決定をしますので、記載漏れ等の不備がない様に確認してください。

(2) 受講の可否通知については、「返信用封筒」により、応募者全員に発送します。

8月31日（金）までに届かない場合は、お問い合わせください。

※受講決定された方については、受講決定通知と共に「参加票（受講決定通知）」を送りますので、研修初日（9月12日（水））にご持参ください。

10. 修了証書及び受講証明書

- ・相談支援専門員コース修了者には、修了証書を交付します。
- ・サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース修了者には、受講証明書を交付します。

※修了証書・受講証明書は、研修終了後概ね1ヶ月後に県が発行し、郵送致します。

（研修最終日には交付されません。）

11. 個人情報の取り扱いについて

- ・受講申し込みに係る個人情報については、本研修の実施に必要な連絡、名簿等の作成のためだけに使用します。
- ・作成した名簿は、鳥取県が管理します。

12. その他

- ・受付時間 9月12日(水) 9:30～
- ・受付の際は、「参加票(受講決定通知)」をご用意下さい。
- ・原則として、30分以上の遅刻・早退・途中退席は欠席とみなし、修了証は交付できません。
- ・この研修は「相談支援専門員」「サービス管理責任者」「児童発達支援管理責任者」になるための研修であり、各事業所の「管理者」や居宅介護事業所等の「サービス提供責任者」になるための研修ではありません。
- ・講義・演習中の私語、居眠り、携帯電話やタブレットの使用等、受講態度が著しく不良な場合は、修了証を交付出来ない場合があります。
- ・今年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修は10月～11月に開催予定です。(別途申し込みが必要です。)
- ・会場は、空調の微調整が難しい為、体温調節の出来る服装でお越しください。

《研修内容・申込についてのお問合せ先》お問合せ時間：平日9:00～17:00

〒689-0201 鳥取市伏野2259-43
社会福祉法人鳥取県厚生事業団 (担当：山根・信原・上田)
電話：(0857)59-6033

《実務経験や事業申請等に関するお問合せや相談》

○相談支援専門員コースにお申し込みの方

最寄りの市町村(指定権者)にお問合せ下さい。

○サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コースにお申し込みの方

最寄りの市及び福祉保健局(指定権者)へお問合せ下さい。

【鳥取市福祉部地域福祉課 指導監査室 電話：0857-20-3847】

【中部総合事務所福祉保健局 地域福祉支援課 電話：0858-23-3120】

【西部総合事務所福祉保健局 福祉企画課 電話：0859-31-9314】

《過去に鳥取県で受講された相談支援従事者初任者研修に関する修了履歴のお問合せ》

【鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課障がい福祉サービス担当】

電話：0857-26-7193

※平成30年度の障がい者福祉従業者等研修事業の年間予定は、当法人のホームページに掲載しておりますので、ぜひご覧ください。

鳥取県厚生事業団ホームページ <http://www.tottori-kousei.jp/>

(1) 提出書類

研修対象者	提出書類
相談支援専門員コース	①受講申込書（様式1 5日間受講用） ②返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に82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（ <u>小さい封筒・定形外封筒不可</u> ） ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です。
サービス管理責任者等コース	①受講申込書（様式2 2日間受講用） ②返信用封筒（長形3号 120mm×235mm）に82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（ <u>小さい封筒・定形外封筒不可</u> ） ※返信用封筒は申込書1枚ごとに1通必要です。

(2) 申込方法

・上記提出書類を郵送で申し込んでください。

※事業所から複数の方のお申込みの場合、1つの封筒にまとめてお申込み頂いて構いません。（返信用封筒は申込書1枚につき1通必要です。）

※FAX、Eメール等の方法での申し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確認してから提出して下さい。

※申込みについて、お問合せさせて頂く場合がございます。（申込担当者に連絡します）

※虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。

※他の都道府県からのご応募は、定員に余裕があった場合のみ受講をお受けします。

(3) 申込締め切り

平成30年 8月 17日（金） 17:00 必着

※締切後の申し込みは一切受け付けません。

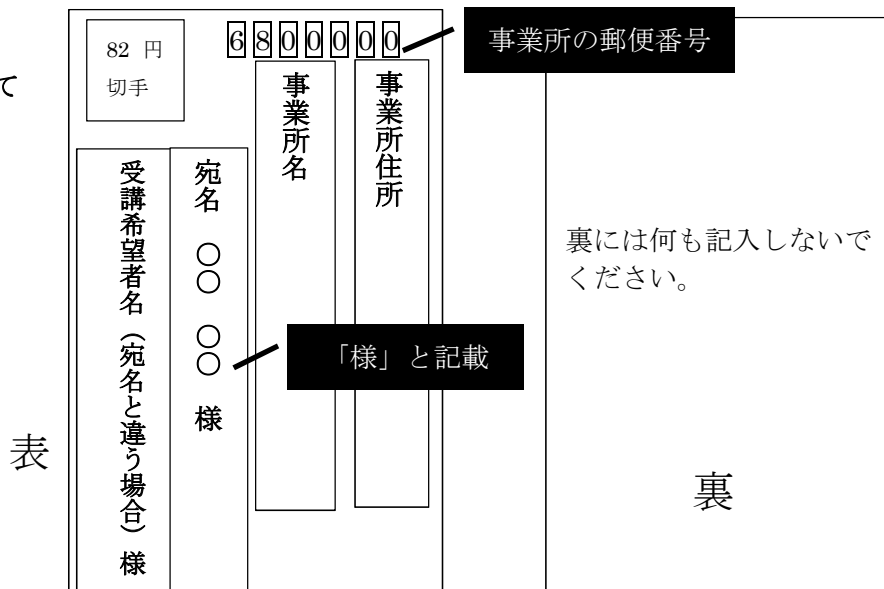
※消印有効ではありません。

(4) 申し込み先

〒689-0201 鳥取市伏野 2259-43
 社会福祉法人 鳥取県厚生事業団 企画指導課 宛
 ※「相談支援従事者初任者研修 申込書在中」と朱書きのこと

《返信用封筒記入例》

※提出書類と一緒に折って封筒に入れて下さい。
 ※氏名の後には「様」と記載して下さい。



【お申込み前に確認をお願い致します！】

□申込書は、すべての項目にご記入されましたか？

□お名前（漢字）、生年月日は受講希望者ご本人に確認されましたか？

□返信用封筒（82円切手貼付）は、1枚の申込書に1通封入されましたか？

（小さい封筒、定形外（大きい）封筒は不可）

平成30年度 鳥取県相談支援従事者初任者研修 カリキュラム

	開催日	時間	時間数	内容	獲得目標	会場
1 日 目	9月12日 (水)	10:00～12:00	2時間	ケアマネジメント(概論)	ケアマネジメントのプロセス・技術の基礎的理解	(全日程とも) 倉吉未来中心 小ホール
		13:00～14:30	1.5時間	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の概要	制度の変遷と制度理解(障害者総合支援法と児童福祉法)	
		14:40～16:10	1.5時間			
2 日 目	9月13日 (木)	9:30～11:00	1.5時間	障がい児者の地域生活支援	地域生活における社会資源の役割や支援内容を理解する。	
		11:10～12:40	1.5時間	相談支援の基本姿勢	相談支援における重視すべき基本姿勢を理解する。	
		13:40～15:10	1.5時間	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等における計画作成とサービス提供のプロセス	サービス提供にあたっての一連のプロセスを理解する。	
		15:20～17:20	2.0時間	相談支援における権利擁護と虐待防止	ケアマネジメントプロセス全般における権利擁護・虐待防止の視点を理解する。	
3 日 目	9月26日 (水)	9:30～12:30 13:30～16:30	6時間	演習 ケアマネジメントの実践	事例(共通事例)を通して、アセスメント・サービス等利用計画作成を理解する。	
		16:30～17:30	1時間	実習ガイダンス	実際の事例を選定し、ケアマネジメントプロセスについて個別学習するための方法を学ぶ。	
4 日 目	10月24日 (水)	9:30～12:30	3時間	演習Ⅰ	課題学習で作成した各自のアセスメント表、サービス等利用計画案を発表し、相互の事例の理解を深める。	
		13:30～17:30	4時間	演習Ⅱ		
5 日 目	10月25日 (木)	9:30～12:30	3時間	演習のまとめ	協議会の必要性と運営方法について理解する。	
		13:30～16:30	3時間	協議会の役割と活用		

※研修時間等は、変更になる場合がありますので、ご了承下さい。

相談支援専門員の要件となる実務経験

実務経験(業務)の範囲の考え方【厚労省告示226、227】

障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野において、日々障害者に対する相談支援(*1)や直接支援(*2)の業務の経験をいう。

(*1)「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

(*2)「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その他職業訓練又は職業教育に係る業務

下記の①～③のうち、どれかに該当する者

- ① a及びbの期間が通算して5年以上である者
- ② cの期間が通算して10年以上である者
- ③ aからcまでの期間が通算して3年以上かつdの期間が通算して5年以上である者

業務の範囲	業務内容	実務経験年数	
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	相談支援業務 a	一 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
		二 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所	
		三 障害者支援施設※1、障害児入所施設、老人福祉施設※2、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※3	
		病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者で、次の1～3のいずれかに該当する者	
		四 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者と認められる者（訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者） 3 dに掲げる資格を有する者並びにaの一から三までに掲げる従事者及び従事者としての期間が1年以上の者	
	直接支援業務 b	一 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、病院又は診療所の療養病床に係るもの	5年以上
		二 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※4	
		三 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所	
		四 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター	
		五 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務の従事者	
国家資格 d	上記一～五に掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの	10年以上	
	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習得した者と認められる者（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 4 児童指導員、精神障害者社会復帰指導員		
国家資格 d	上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	5年以上	
	上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの		
国家資格 d	国家資格とは、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、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上で、かつd国家資格による業務に従事した期間が5年以上	

※1障害者支援施設とは、障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設をいう。

※2「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターをいう。

※3「介護老人保健施設」とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、介護保険法第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

※4「老人居宅介護等事業」とは、老人福祉法第十条の四第一項第一号の措置に係る者又は介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の規定による訪問介護に係る居宅介護サービス費、夜間対応型訪問介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護予防訪問介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者につき、これらの者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であつて厚生労働省令で定めるものを供与する事業をいう。

(注)

- 1 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言うものとする。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言う。(H18.6.23 サビ管事務連絡を準用)
- 2 公的な補助金または委託により運営されている小規模作業所であつて、業務内容や勤務状況の記録が適正に整備されており、所属長による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれるものとする。(H18.8.24 主管課長会議資料)
- 3 国家資格等による業務に5年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、8年以上の実務経験ではなく、5年以上の実務経験で良いことになる。(H18.6.23 サビ管Q&Aを準用)
- 4 実務経験となる障害児関連施設として、児童相談所の他に、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児(者)通園事業を行う施設、児童デイサービスを行う施設等が含まれる。(H18.11.2 Q&A)
- 5 社会福祉主事任用資格等の場合、社会福祉主事任用資格等の資格取得以前も含めて5年の経験があればよく、改めて5年間の実務経験が必要ということではない。(H18.8.24 主管課長会議資料)
- 6 公的な委託又は補助によらない民間団体の相談支援業務の従事者について、次のいずれの条件も満たす場合に、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に準ずる事業の従事者として、相談支援専門員の要件としての実務経験を満たすこととする。(H23.10.26 事務連絡)
 - ・当該者が従事する事業所が、指定相談支援事業者の指定を受けている、又は受けようとする場合であつて、指定を受ける前から、相談支援業務を継続的に実施している場合。
 - ・当該事業所の長が「当該事業所において、相談支援業務に5年以上従事した経験を有する」旨を証明し、かつ、「相談支援業務に5年以上従事していることが客観的に分かる資料」があること。
 ※業務内容や勤務状況に関する記録が十分でない場合であっても、民間団体の活動に係る報告書等により客観的に相談支援業務に従事していることが分かる場合も可とする。

《サービス管理責任者の実務経験について》

○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(H18.9.29厚労省告示第544号:最終改正H29.3.29)より

以下の1～3のいずれかを満たしていること。

- 1 次表に示す①及び③-1の期間が通算して5年以上であること
- 2 ②の期間が通算して10年以上であること
- 3 ①、②、③-1の期間が通算して3年以上かつ③-2の国家資格等※による業務に従事した期間が通算して3年以上であること

業務範囲	業務内容	実務経験年数
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	① 相談支援業務	5年以上 (③の1との通算可能)
	1 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その他これらに準ずる事業に従事する者	
	2 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その他これらに準ずる施設の従業者又はこれに準ずる者	
	3 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、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従事者又はこれに準ずる者	
	4 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者又はこれに準ずる者	
	5 特別支援学校その他これらに準ずる機関の従業者又はこれに準ずる者	
6 病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者のうち、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) 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者と認められる者(介護職員初任者研修(従前の訪問介護員2級)以上に相当する研修を修了した者をいう。) (3) 国家資格等を有する者※ (4) 施設等(1から5に掲げる施設等をいう。)における相談支援業務、就労支援における相談支援業務、特別支援教育における相談支援業務に従事した期間が1年以上である者		
② 直接支援業務	1 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、病院又は診療所の療養病床その他これらに準ずる施設の従業者	10年以上
	2 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らに準ずる事業の従事者又はこれに準ずる者	
	3 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者	
	4 特例子会社、重度障害者多数雇用事業所※その他これらに準ずる施設の従業者	
	5 特別支援学校その他これらに準ずる機関の従業者又はこれに準ずる者	
③ 有資格者等	1 直接支援業務に従事する者のうち、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) 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者と認められる者(介護職員初任者研修(従前の訪問介護員2級)以上に相当する研修を修了した者をいう。) (3) 保育士、児童指導員、精神障害者社会復帰施設指導員	5年以上 (①との通算可能)
	2 ①、②、③-1の期間が通算して3年以上、かつ国家資格等※による業務に3年以上従事している者	

※「相談支援業務」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をいう。

※「直接支援業務」とは、身体上又は精神上の障害があることより日常生活を営むのに支障がある者につき、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をいう。

※「社会福祉主事任用資格を有する者」とは、社会福祉士又は大学等において厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者など社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者をいう。

※「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、きゆう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む。)、精神保健福祉士の資格をいう。

※「特例子会社」とは、障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社を、「重度障害者多数雇用事業所」とは、同法第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所をいう。

※「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言うものとする。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通算して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言う。

(注) 3年以上(540日以上)、5年以上(900日以上)、10年以上(1,800日以上)

※ 国家資格等による業務に3年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、6年以上の実務経験ではなく、3年以上の実務経験で良いことになる。

児童発達支援管理責任者の実務経験

平成 30 年 4 月 1 日 鳥取県

以下の要件を満たしていること。

業務範囲	業務内容	
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	(1) 相談支援業務	<p>次の①～⑥に掲げる者が、相談支援の業務(身体上若しくは精神上的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又は児童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)又はこれに準ずる業務に従事した期間。</p> <p>① 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その他これらに準ずる事業に従事する者</p> <p>② 児童相談所、児童家庭支援センター、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その他これらに準ずる施設の従事者又はこれに準ずる者</p> <p>③ 障害児入所施設、乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、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、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従事者又はこれに準ずる者</p> <p>④ 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者又はこれに準ずる者</p> <p>⑤ 特別支援学校、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、高等専門学校その他これらに準ずる機関の従業者又はこれに準ずる者</p> <p>⑥ 病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者のうち、次のいずれかに該当する者 (ア) 社会福祉主事任用資格を有する者(社会福祉法第 19 条第1項各号のいずれかに該当する者) (イ) 相談支援の業務に関する基礎的な研修を終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習得した者と認められる者(介護職員初任者研修(従前の訪問介護員2級)以上に相当する研修を修了した者をいう。) (ウ) 国家資格(※)を有する者 (エ) 施設等(①から⑤に掲げる施設等をいう。)における相談支援業務に従事した期間が1年以上である者</p> <p>【実務経験年数】 (2)の期間と通算して5年(900日)以上かつ当該期間から(3)の期間を通算した期間を除いた期間が3年(540日)以上であること。</p>
	(2) 直接支援業務	<p>次の①～⑤に掲げる者が、社会福祉主事任用資格者、従前の訪問介護員2級以上に相当する研修の終了者、保育士、児童指導員任用資格者又は精神障害者社会復帰指導員(以下「社会福祉主事任用資格者等」という)が、直接支援の業務(身体上又は精神上的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、排泄、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)に従事した期間。</p> <p>① 障害児入所施設、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童心理治療施設、児童家庭支援センター、児童養護施設、児童自立支援施設、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、病院又は診療所の療養病床その他これらに準ずる施設の従業者</p> <p>② 児童自立生活支援事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住居型児童養育事業、家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、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らに準ずる事業の従事者又はこれに準ずる者</p> <p>③ 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者</p> <p>④ 特例子会社(障害者の雇用の促進等に関する法律第 44 条第1項に規定する子会社)、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金受給事業所(同法第 49 条第1項第6号に規定する助成金の受給事業所)</p> <p>⑤ 特別支援学校、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、高等専門学校その他これらに準ずる機関の従業者又はこれに準ずる者</p> <p>【実務経験年数】 (1)の期間と通算して5年(900日)以上かつ当該期間から(3)の期間を通算した期間を除いた期間が3年(540日)以上であること。</p>
	(3) 相談・直接支援業務	<p>① 次の施設に勤務する者であって、相談支援の業務に従事した期間 老人福祉施設、救護施設、更正施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従業者又はこれらに準ずる者</p> <p>② 次の施設に勤務する者であって、社会福祉主事任用資格者等である者が直接支援の業務に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床関係病室その他これらに準ずる施設の従業者、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者、特例子会社、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金受給事業所</p>
	(4) 直接支援業務	<p>(2)の①～⑤に掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、直接支援の業務に従事した期間</p> <p>【実務経験年数】 通算した期間が 10 年(1,000 日)以上かつ当該期間から(5)の期間を通算した期間を除いた期間が3年以上(540日以上)であること。</p>
	(5) 直接支援業務	<p>次の施設に勤務する者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、直接支援の業務に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床関係病室その他これらに準ずる施設の従業者、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者又は特例子会社、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金受給事業所</p>
	(6) 国家資格を有する者	<p>次の資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間 (以下※)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</p> <p>【実務経験年数】 (1)、(2)及び(4)の期間を通算した期間から(3)及び(5)の期間を通算した期間を除いた期間が3年以上(540日以上)かつ(6)の期間が通算して5年以上(900日以上)であること。</p>

※記載不要 事務局確認欄	受講区分	相談支援専門員コース
	受付日	平成30年 月 日

様式1

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修相談支援専門員コース(5日間課程)受講申込書

平成 30 年 月 日

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者) 所属名

所属長

代表者印

※正確に御記入ください(詳しい記入がない場合は、選考外とさせていただきます。)

申込担当者氏名

1 基本情報(氏名・生年月日は申込担当者ではなく、本人が記載して下さい。)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
法人名称			
勤務先名称 (所属事業所)		事業種別	
勤務先住所	〒 -		
電話番号		FAX	
配慮事項	車いす	電動車椅子	手話通訳 要約筆記 その他()

2 申込みについての状況

複数申込みする場合は事業所の優先順位		人中	番目
実務経験 通算年数 (※1)	相談支援の業務	年 月	通算: 年 月(平成30年4月1日現在)
	直接支援の業務	年 月	
※両方の業務を兼務されている場合は、主たる業務の方に通算してください。 ※実務経験証明書等の提出は必要ありません。			
現在所持している 関連資格	1 社会福祉士 2 精神保健福祉士 3 保健師 4 介護支援専門員 5 社会福祉主事任用資格 6 介護福祉士 7 保育士 8 訪問介護員()級 9 介護職員基礎研修 10 介護職員初任者研修 11 介護職員実務者研修 12 その他() 13 資格なし		
相談支援専門員とし ての従事予定時期	該当する番号に○をしてください。 1 研修終了後すぐに 2 本年度中 3 来年度中(平成31年度) 4 未定		
受講希望理由	該当するものに○をしてください。		
	1 現在相談支援事業所に従事している。		
	2 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予定		
	3 相談支援事業所を開設する予定で、開設に当たって相談支援専門員を確保するもの※2		
	4 法人内に相談支援事業所を有しており、現に相談支援業務には従事していないが、今後の人事異動を見据えたもの		
	5 スキルアップのため		
6 その他(具体的に)			
選考において特に 考慮すべき事情が ある方は簡潔に記 載			
※2新規相談支援事業 所の開設予定時期(上 記で3と回答された方 のみ)	1 開設予定時期:平成 年 月 (頃)	2 未定(理由:)	

※1…受講者選考の参考となるものであり、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。

指定要件にご不明な点がある場合は、各指定権者(市町村)へお問い合わせください。

※複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。

※記載不要 事務局確認欄	受講区分	相談支援専門員コース
	受付日	平成30年 月 日

記入例

様式1

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修相談支援専門員コース(5日間課程) 記入した日を記載

平成 30 年 8 月 3 日

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者) 所属名 福祉サービス事業所 なしたろう

所属長 施設長 梨 太郎

代表者

※正確に御記入ください(詳しい記入がない場合は、選考外とさせていただきます。)

申込担当者氏名	田中 梨奈	記載事項に関して、お問合せさせていただきます。	代表者印がない事業所は、代表者の方の私印を押印
---------	-------	-------------------------	-------------------------

1 基本情報 (氏名・生年月日は申込担当者ではなく、本人が記載して下さい。)

ふりがな	こうせい りこ	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	厚生 梨子	氏名・生年月日は、修了証作成の為、本人が記載して下さい。	昭和・平成 50 年 4 月 1 日
法人名称	社会福祉法人 梨生会		
勤務先名称 (所属事業所)	福祉サービス事業所 なしたろう	事業種別	生活介護、就労継続B型
勤務先住所	〒689-0201 鳥取市伏野〇〇-〇〇		1事業所で(1法人ではない)複数申し込まれる場合は、必ず記載して下さい。
電話番号	0857-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0857-〇〇-〇〇〇〇
配慮事項	車いす 電動車椅子 手話通訳 要約筆記 その他()		

2 申込みについての状況

受講決定の際の参考にさせていただきますので、記入漏れのないようお願い致します。

複数申込みする場合は事業所の	2 人中 1 番目		
実務経験 通算年数 (※1)	相談支援の業務	年 0 ヵ月	通算: 8 年 0 ヶ月(平成30年4月1日現在)
	直接支援の業務 ※1	8 年 0 ヵ月	
※両方の業務を兼務されている場合は、主たる業務の方に通算してください。 ※実務経験証明書等の提出は必要ありません。			
現在所持している 関連資格	1 社会福祉士 2 精神保健福祉士 3 保健師 4 介護支援専門員 5 社会福祉主事任用資格 6 介護福祉士 7 保育士 8 訪問介護員(2)級 9 介護職員基礎研修 10 介護職員初任者研修 11 介護職員実務者研修 12 その他() 13 資格なし		
相談支援専門員としての 従事予定時期	該当する番号に○をしてください。 1 研修終了後すぐに 2 本年度中 3 来年度中(平成31年度) 4 未定		
受講希望理由	該当するものに○をしてください。		
	<input type="checkbox"/> 1 現在相談支援事業所に従事している。		
	<input type="checkbox"/> 2 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予定		
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 相談支援事業所を開設する予定で、開設に当たって相談支援専門員を確保するもの		
	<input type="checkbox"/> 4 法人内に相談支援事業所を有しており、現に相談支援業務には従事していないが、今後の人事異動を見据えたもの		
	<input type="checkbox"/> 5 スキルアップのため		
<input type="checkbox"/> 6 その他(具体的に)			
選考において特に考慮すべき 事項がある方は簡潔に記載	本年度中に相談支援事業所を開設する予定であり、開設する際の相談支援専門員として配置する為に必要		
新規相談支援事業所の 開設予定時期(上記で3と回答された方のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 開設予定時期:平成 30 年 12 月 (項)	<input type="checkbox"/> 2 未定(理由:)	

※1…受講者選考の参考となるものであり、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。

指定要件にご不明な点がある場合は、各指定権者(市町村)へお問い合わせください。

※複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。

※記載不要 事務局確認欄	受講区分	サビ管・児発管コース
	受付日	平成30年 月 日

**平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース(2日間課程)受講申込書**

平成 30 年 月 日

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者) 所属名 _____

所属長 _____

代表者印 _____

※全ての項目についてご記入下さい。(記入漏れがあった場合は、受講決定出来ない場合があります。)

申込担当者氏名	_____
---------	-------

1 基本情報(氏名・生年月日は申込担当者ではなく、本人が記載して下さい。)

ふりがな	_____	性別	男 ・ 女
氏名	_____	生年月日	昭和・平成 年 月 日
法人名称	_____		
勤務先名称 (所属事業所)	_____	事業種別	_____
勤務先住所	〒 _____		
電話番号	_____	FAX	_____
配慮事項	車いす 電動車椅子 手話通訳 要約筆記 その他()		

2 申込みについての状況

複数申込みする場合の事業所の優先順位	_____	人中	_____	番目	_____
実務経験 通算年数 (※1)	相談支援の業務	_____年	_____月	通算:	_____年 _____月(平成30年4月1日時点)
	直接支援の業務	_____年	_____月		
※両方の業務を兼務されている場合は、主たる業務の方に通算してください。 ※児童発達支援管理責任者には障害児・児童・障害者の支援経験(3年以上)が必要です。(別紙2) ※実務経験証明書等の提出は必要ありません。					
現在所持している 関連資格	1 社会福祉士 2 精神保健福祉士 3 保健師 4 介護支援専門員 5 社会福祉主事任用資格 6 介護福祉士 7 保育士 8 訪問介護員()級 9 介護職員基礎研修 10 介護職員初任者研修 11 介護職員実務者研修 12 その他() 13 資格なし				
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての従事予定時期	該当する番号に○をしてください。 1 就任済み(暫定配置) 2 本年度中 3 来年度中(平成31年度) 4 未定				
受講希望理由	該当するものに○をしてください。				
	1 暫定配置として、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従事しているが、研修未受講				
	2 今後新規事業開始を予定しているが、研修を修了している者がいない。※2				
	3 配置される予定の事業所に既に研修修了者はいるが、基準上(利用定員)複数のサービス管理責任者の配置が必要であり、研修終了後配置される予定 就任時期を必ず記入⇒ _____年 _____月 (予定)				
	4 配置される予定の事業所に、既に研修修了者はいるが、その退職・人事異動等により交替する予定 交替時期を必ず記入⇒ _____年 _____月 (予定)				
	5 スキルアップのため				
6 その他(具体的に _____)					
選考において特に考慮すべき事情がある方は簡潔に記載	_____				
※2 新規事業所の開設予定時期(上記で2と回答された方のみ)	1 開設予定時期:平成 _____年 _____月 (頃)	2 未定(理由: _____)			

※1…受講者選考の参考となるものであり、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。

指定要件にご不明な点がある場合は、各指定権者(最寄りの福祉保健局)へお問い合わせください。

※複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。

※記載不要 事務局確認欄	受講区分	サビ管・児発管コース
	受付日	平成30年 月 日

記入例

様式2

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者コース(2日間課程)受講申込書

平成 30 年 8 月 3 日

平成30年度鳥取県相談支援従事者初任者研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦します。

(申込者) 所属名 福祉サービス事業所 なしたろう

所属長 梨 太郎

代表者印

※全ての項目についてご記入下さい。(記入漏れがあった場合は、受講決定出来ない場合があります。)

申込担当者氏名 田中 梨奈

記載事項に関して、お問合せさせていただきます

代表者印がない事業所は、代表者の方の私印を押印

1 基本情報 (氏名・生年月日は申込担当者ではなく、本人が記載して下さい。)

ふりがな	こうせい りひと	氏名・生年月日は、修了証作成の為、本人が記載して下さい。	男	女
氏名	厚生 梨人		昭和	平成 51 年 4 月 2 日
法人名称	社会福祉法人 梨生会			
勤務先名称 (所属事業所)	福祉サービス事業所 なしたろう	事業種別	生活介護、就労継続B型	
勤務先住所	〒689-0201 鳥取市伏野〇〇-〇〇		1事業所で(1法人ではない)複数申し込まれる場合は、必ず記載して下さい。	
電話番号	0857-〇〇-〇〇〇〇	FAX	0857-〇〇-〇〇〇〇	
配慮事項	車いす	電動車椅子	手話通訳	要約筆記 其他()

2 申込みについての状況

複数申込みする場合は事業所	2	入中	1	番目
実務経験通算年数 (※1)	相談支援の業務	年 0 ヵ月	通算: 11	年 0 ヶ月(平成30年4月1日時点)
	直接支援の業務	11 年 0 ヵ月		
	※児童発達支援管理責任者には障害児・児童・障害者の支援経験(3年以上)が必要です。(別紙2) ※両方の業務を兼務されている場合は、主たる業務の方に通算してください。 ※実務経験証明書等の提出は必要ありません。			
現在所持している関連資格	1 社会福祉士 2 精神保健福祉士 3 保健師 4 介護支援専門員 5 社会福祉主事任用資格 6 介護福祉士 7 保育士 8 訪問介護員()級 9 介護職員基礎研修 10 介護職員初任者研修 11 介護職員実務者研修 12 その他() 13 資格なし			
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての従事予定時期	該当する番号に○をしてください。 1 就任済み(暫定配置) 2 本年度中 3 来年度中(平成31年度) 4 未定			
受講希望理由	該当するものに○をしてください。 ○ 1 暫定配置として、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従事しているが、研修未受講 2 今後新規事業開始を予定しているが、研修を修了している者がいない。※2 3 配置される予定の事業所に既に研修修了者はいるが、基準上(利用定員)複数のサービス管理責任者の配置が必要であり、研修終了後配置される予定 就任時期を必ず記入⇒ 年 月 (予定) 4 配置される予定の事業所に、既に研修修了者はいるが、その退職・人事異動等により交替する予定 交替時期を必ず記入⇒ 年 月 (予定) 5 スキルアップのため 6 その他(具体的に)			
選考において特に考慮すべき事情がある方は簡潔に記載	受講希望者は、現在研修受講を要件に暫定的に配置されている者であり、引き続きサービス管理責任者の業務を継続するには、研修の受講が必須のため。			
※2 新規事業所の開設予定時期(上記で2と回答された方のみ)	1 開設予定時期: 平成 年 月 (頃)		2 未定(理由:)	

選考において特に配慮すべき事情がある方は、必ず記載して下さい。

※1…受講者選考の参考となるものであり、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。
指定要件にご不明な点がある場合は、各指定権者(最寄りの福祉保健局)へお問い合わせください。
※複数名申し込む場合はコピーしてご使用ください。