

令和2年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修（後期）募集要項

本研修は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が、大阪府からの指定を受け（指定番号1）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」を受講された方は、受講する必要はありません。

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

ここで1年以上の実務経歴とは、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。

※ご自身の実務経歴の詳細については、各市町村の担当部局にお問合わせください。

(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歴を有する者。

業務	実務経過年数
相談支援業務	3年
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
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
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

(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歴を有する者。

業務	実務経過年数
相談支援業務	3年
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
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
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

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)
募集期間	令和2年11月16日から令和2年12月4日まで ※後期分募集	募集は終了しました	募集は終了しました
研修期間	令和3年1月25日から令和3年3月20日まで Web配信による講義5時間と演習2日間	令和2年10月20日から 令和2年12月9日まで	令和2年12月2日から 令和3年3月5日まで

4. 研修日時・場所

当研修は、下表のとおりの日時、場所、定員で開催します。

- ・全体講義は、講義映像を 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)
- ・配信方法等詳細については、受講決定時にお送りする受講決定通知書に記載します。
- ・講義映像視聴後、講義についてのレポート等を作成し、演習日に提出いただきます。

※**演習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
定員	360名 (各日程60名)					
全体講義 1日目	講義映像を Web 配信 (配信期間：1月25日～1月27日)					
2000 【日程別講義・演習】	令和3年 2月5日(金) 9:15～ 17:30 シキボウホール	令和3年 2月22日(月) 9:15～ 17:30 シキボウホール	令和3年 2月24日(水) 9:15～ 17:30 シキボウホール	令和3年 3月15日(月) 9:15～ 17:30 シキボウホール	令和3年 3月17日(水) 9:15～ 17:30 シキボウホール	令和3年 3月19日(金) 9:15～ 17:30 シキボウホール
3000 【日程別講義・演習】	令和3年 2月6日(土) 9:15～ 13:00 シキボウホール	令和3年 2月23日(火) 9:15～ 13:00 シキボウホール	令和3年 2月25日(木) 9:15～ 13:00 シキボウホール	令和3年 3月16日(火) 9:15～ 13:00 シキボウホール	令和3年 3月18日(木) 9:15～ 13:00 シキボウホール	令和3年 3月20日(土) 9:15～ 13:00 シキボウホール

※実施時間は予定です。変更する場合がありますのでご了承ください。

【場所】演習会場：シキボウホール

大阪市中央区備後町3-2-6【地下鉄御堂筋線「本町」駅下車徒歩約5分】

5. 受講費用：21,000円(税込)

- ・「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いただきます。
- ※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

- ・修了証書交付については、以下の項目を全て満たしていただく必要があります。
 - *Web 配信による全体講義の視聴と視聴後のレポート提出(演習初日に持参)
 - *2日間の講義・演習を全て受講
 - *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や演習前の事前課題の提出がない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、携帯電話・タブレット等の使用など)の場合も修了証書を交付できないことがありますので、あらかじめご了承ください。

※その他、お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・受付について

- ① 「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。
※平日の日中に連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。
- ② 「申込必要書類確認書」〈別紙2〉の【必要書類準備確認】・【同封確認】欄で必要書類を確認
↓
※「誓約書の写し」「94円切手貼付済みの返信用封筒（長形3号）」
- ③ 申込書類一式（申込書は原本（コピーは不可）を、下記の【申込先】へ郵送

締め切り：令和2年12月4日（金）18時 ※必着

※12月4日（金）18時必着で事務局に届いた申込書のみ受付いたします。

※先着順ではございません。

※簡易書留等以外の追跡不可能な送付手段で起こった郵便事故等については、一切考慮いたしません。

また、期日を過ぎた場合及びFAX・メール等での受付は一切いたしません。

※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。

**【申込先】 〒562-0012 大阪府箕面市白島三丁目5番50号
社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 「サービス管理責任者等研修事務局」 あて**

【研修に関するお問い合わせ】

TEL：072-724-8167 FAX：072-724-8165

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団ホームページのサービス管理責任者等研修の「問い合わせフォーム」
(<http://www.osj.or.jp/trainfo/ktform.html>) よりお願いします。

8. 受講決定及び通知について

• 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。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は必ず「理由欄」に理由を記入してください。

※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郵送にてお知らせいたします。

電話・メールでの問い合わせについては、一切お答えできませんので、ご了承ください。

※受講決定通知は1月5日（火）までに発送予定です。

1月7日（木）までに届かない場合のみ、研修事務局にお問合せください。

【追記事項】

※今後の新型コロナウイルス感染症の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・ご了承のうえで、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

※変更情報は当法人のHP (<http://www.osj.or.jp/trainfo/service.html>) 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の拡大防止対策を講じながら研修を進めて参ります。マスクの着用に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がありますので、ご了承ください。

9. 受講決定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の要領別紙2より抜粋

- 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もので、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が満たせないもの
- 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もの
- 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。

【別紙①】

受付NO	
------	--

令和2年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修（後期） 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とることがあります

ふりがな		性別	1：男	2：女	
申込者氏名 ※正確に記入してください		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
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 ※問合せ先は、平日の日に 申込者へ連絡がつく 電話番号をご記入ください ※郵送先住所はテキストを 送付するので正確にご記入 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 （ひらがな）		
	問合せ先	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	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. 高齢福祉関係 12. その他（ _____ ）			
	郵送先住所	1 事業所等所在地と同じ 2 自宅住所と同じ 3 1. 2. 以外の住所の場合は下記にご記入ください 〒 _____			
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				
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 ※相談支援業務、直接支援 業務は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	①相談支援業務	年 月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※①、②の年月数の合計になるように記入してください。		
	②直接支援業務	年 月	通算 年 月（令和3年1月25日時点）		
	1. 資格なし 2. 社会福祉士 3. 精神保健福祉士 4. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 5. 社会福祉主事任用資格 6. 児童指導員任用資格 7. 精神障がい者社会復帰指導員 8. 幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の教諭となる資格（養護教諭を除く） 9. 保育士				
	2～9以外に国家資格を 有する場合は記入		上記2、3及び 左記国家資格による業務	年 月	
※ご自身の業務内容および業務年数で要件を満たしているか等の詳細については指定権者で確認してください。					
相談支援従事者初任者研修（講義部分）の受講状況 ※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		<input type="checkbox"/> 平成・令和 年 月 日 受講済 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 受講予定			
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ご記入ください ※本研修及び相談支援従事者初任者研修（講義部分）修了後、5年の期間内に2年間のOJTが必要					
右記の欄を選択ください	<input type="checkbox"/> 個別支援計画原案の作成者として配置予定である <input type="checkbox"/> 配置・交代が必要になった場合に備えて申込む				
OJT 実施（予定）事業所	<input type="checkbox"/> 現在従事している事業所にて実施予定 <input type="checkbox"/> 別の事業所にて実施予定（下記に実施場所の詳細を記入）				
	法人・企業等名				
	事業所等名				
	事業所等所在地				

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 市区町村	市 町 村	区
事業種別 <small>※該当するものに○をつけてください</small>	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 施設入所支援 4. 就労移行支援 5. 就労継続支援A型 6. 就労継続支援B型 7. 就労定着支援 8. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 9. 共同生活援助 10. 自立生活援助 11. 障がい児通所支援 12. 障がい児入所支援 13. 市町村・府関係 14. その他()		

※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。

<input type="checkbox"/> 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	(※必須)
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、市町村担当部に <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> 新規事業所	申請・協議先【市町村】	【担当課】	【担当者】			
	<small>※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。</small>					
	事業開始(予定)年月日	令和	年	月	日	(※必須)
		<input type="checkbox"/> 令和	年度に配置予定	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定		
受講申込者の配置(予定)年月日	令和	年	月	日	(※必須)	
	<input type="checkbox"/> 令和	年度に配置予定	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定			


▼【推薦欄】は法人/事業所等代表者(推薦者)が記入して下さい。

【推薦欄】 受講申込者については、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、上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了承します 令和 年 月 日

法人・企業等名 _____

事業所等名 _____

法人・事業所等代表者名 _____



※個人印は不可、コピー不可

▼同一事業所の同一事業に複数人を推薦する場合は下記にを入れ員数を記入して下さい

同一事業所の同一事業に配置するために複数申し込みをする者のうち 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)

その他の理由 ()

▲推薦が得られない場合は必ず【理由欄】へ記入して下さい

【理由欄】

サービス管理責任者または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 ()

法人立上げ中のため推薦が得られない場合(下記内容をご確認の上、署名願います)
 1月20日までに本申込書「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

月 日設立予定 _____ 法人・企業等代表者署名(自筆) _____ 印 _____

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) _____
----------	---