

**北海道サービス管理責任者基礎研修及び北海道児童発達支援管理責任者基礎研修
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基礎研修／児童発達支援管理責任者基礎研修 ・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">《メールアドレスに関する注意事項》</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、必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください。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で宛先（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都道府県や市区町村名等を記載します。 ・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
★実務経験	サビ管①～④、児発管⑤～⑧ ※児発管は全体の実務経験だけでなく「うち〇年〇ヶ月」の記載漏れに注意 ・受講要件である「サービス管理責任者」又は「児童発達支援管理責任者」として必要な実務経験について記載してください。 ・サービス管理責任者の実務経験については別紙3をご確認ください。 ・児童発達支援管理責任者の実務経験については別紙4をご確認ください。

実務経験について

平成31年4月から実務経験の要件が変更となっています(別紙3,4)。平成29年4月から児童発達支援管理責任者については老人福祉施設等のみの実務経験では配置できなくなりましたので、ご注意ください。別紙3,4をよく参照の上、該当する実務経験を選択し、従事した年月数を正確に記入してください。児童発達支援管理責任者については実務経験に対して老人福祉施設等を除いた期間をご確認のうえ、記入をお願いします。

※児童発達支援管理責任者の実務経験(特に「うち」以降の記載)の記載漏れが目立っています。⑤⑥⑦⑧に記載した経験年数のうち、老人福祉施設等での経験年数を除いた期間を記載ください。記載のない場合は実務経験が確認できないため、選考の際に優先順位が下がります。

例1) 保育士資格があり、保育所(Ⅱ-①)で2年働いたのち、仕事をやめ、7年間のブランクの後、子育て支援センター(子育て短期支援事業所(Ⅱ-②))で週5日のパートで3年働き、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業(Ⅱ-②))で正職員として働き始めて1年5カ月が経っている。

→⑥の実務経験に該当 2年+3年+1年5カ月=6年5カ月

うちⅢを除く期間は6年5カ月-(除く期間はなし)=6年5カ月

例2) 資格は持っておらず、知的障害者の入所施設(障害児入所施設(Ⅳ-Ⅱ-①))で2年半、特別養護老人ホーム(老人福祉施設(Ⅴ))で5年、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業所(Ⅳ-Ⅱ-②))で働き3年8カ月が経つ。

→⑦の実務経験に該当 2年6か月+5年+3年8カ月=11年2カ月

うちⅤを除く期間は11年2カ月-5年=6年2カ月

例3) 社会福祉士の資格があり、老健施設(介護老人保健施設(Ⅲ))で相談員として4年働き、地域包括支援センター(Ⅲ)で相談員として2年働き、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業(Ⅱ-②))の児童指導員に転職して、3年4ヶ月が経つ。

→⑧の実務経験に該当 4年+2年+3年4カ月=9年4カ月(国家資格活用は6年)

うちⅢ、Ⅴを除く期間は9年4カ月-4年-2年=3年4カ月

- ・実務経験を満たしていることは配置の要件ではありますが、本研修の受講要件ではありませんので、申込時に実務経験を証明するものの提出は不要です。また、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。
- ・実務経験の内容や期間は受講対象であるかを確認するため必要です。記載がない場合や不備がある場合は受講いただけない場合がありますので必ず正確に記載してください。

項目	入力事項について
受講に対する必要な配慮	車イス使用、手話通訳必要、拡大文字資料必要、その他 ・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。 ・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。

項目	入力事項について
★研修の受講（修了）状況	★相談支援従事者研修（修了済／受講・申込中／申込予定） ①相談支援受講（修了）歴 ②相談支援受講予定の年月 ・相談支援従事者研修の受講歴についてあてはまるものを選択し、修了済の場合は①に修了歴を記載、受講・申込中や申込予定の場合は②に予定を記載。 → 記入例（下記）

研修の受講（修了）状況について

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〕等※1の受講状況を回答し、修了歴がある場合は①に区分、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。未受講の方は、②に受講予定を記載してください。

例) 令和元年度に相談支援従事者〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕修了の場合

★相談支援従事者研修（初任者・補完・サビ管／児発管向け）の受講	●修了済み(①へ) ○受講・申込中(②へ) ○申込予定(②へ)	
①相談支援受講（修了）歴	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〕※1
	修了年月日	西暦 2019 年 6 月 14 日
	証書番号(半角)	123456789 ※3
②相談支援受講予定の年月	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 受講予定	

※1 研修の名称については、下記をご確認ください。複数受講している場合は、修了年度が古いものを記載してください。

略称	実施年度	研修名称（区分）
相談支援従事者研修	平成 17 年度以前 + 平成 18・19 年度	・国又は都道府県等※2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〕
	平成 18 年	・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〕
	平成 19 年以降	・相談支援従事者研修〔基礎研修〕又は〔初任者研修〕
	平成 19～23 年度	・相談支援従事者研修〔サービス管理責任者向け〕
	平成 24 年度以降	・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〕

※2 札幌市、帯広ケア・センター主催含む

※3 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。

項目	入力事項について
★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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 「1. 配置の必要数と終了数」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。 「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。 <p>【減算】サビ管等未配置のため減算中又は1年間のみなし*配置中の場合 【新設】新しく事業所を開設する場合 【退職・異動】退職や異動の時期（配置時期）が明確な場合 【育成】配置時期が決まっていない場合 【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> <p>*やむを得ない事由によるのみなし配置（1年間）とは、「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（厚生労働省告示第五百四十四号）」の一のへに規定されているものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「3. 配置が必要な具体的理由」も必ずお書きください。2で選択した配置予定に関する補足説明や、新設・退職・異動等により配置する予定の時期、現在のサービス管理責任者が継続できない理由、研修修了者がいる場合はその人を配置できない理由等を具体的に記載してください。特に、基礎研修修了後、既にサビ管等が1名配置されている状態で2人目のサビ管等（個別支援計画原案の作成が可能）として配置する予定がある場合は、その旨記載してください。 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> 「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。
★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"> 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。
★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"> 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。 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。 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。

※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、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。

別紙5-2 基礎研修の受講対象者

以下のア又はイ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. 「サービス管理責任者」又は「児童発達支援管理責任者」として必要な実務経験を満たす者
- イ. 「サービス管理責任者」又は「児童発達支援管理責任者」として必要な実務経験を満たすまでの期間が2年以内の者

サービス管理責任者の要件となる実務経験（別紙3参照） 及び、基礎研修受講の要件

	実務経験の内容	配置要件（ア）	基礎研修受講要件（イ）
①	相談支援業務に従事	5年以上	3年以上
②	直接支援業務（有資格）に従事	5年以上	3年以上
③	直接支援業務（資格なし）に従事	8年以上	6年以上
④	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	3年以上	1年以上

※詳細は別紙3又は「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）」参照

児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験（別紙4参照） 及び、基礎研修受講の要件

	実務経験の内容	配置要件（ア）	基礎研修受講要件（イ）
⑤	相談支援業務に従事	5年以上（うち3年以上）	3年以上（うち1年以上）
⑥	直接支援業務（有資格）に従事	5年以上（うち3年以上）	3年以上（うち1年以上）
⑦	直接支援業務（資格なし）に従事	8年以上（うち3年以上）	6年以上（うち1年以上）
⑧	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	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）」は、老人福祉施設等での実務経験を除いた年数

※「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3月30日 厚生労働省告示第230号）」参照

実務経験の考え方

- ・実務経験は、受講しようとする基礎研修の研修開始前月末までの期間を記載。
- ・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。