

**北海道サービス管理責任者実践研修及び北海道児童発達支援管理責任者実践研修  
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	<p>サービス管理責任者実践研修／児童発達支援管理責任者実践研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>希望する研修種別を選択してください。</li> </ul>
★演習日程の希望	<p>演習日程／どちらでもよい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
演習日程の希望理由	<p>自由記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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。</li> </ul>
受講者情報	<p>★ふりがな、★氏名、現職名、★生年月日、★性別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>現職名はない場合は空欄で構いません。</li> <li>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。</li> </ul>
所属情報	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受講申込者の現在の所属についてお書きください</li> </ul> <p>※現所属と異なる法人からの推薦で申込む場合、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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>《メールアドレスに関する注意事項》</b></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、<b>必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください</b>。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	<p>住所、宛て名、電話番号 ※「所属情報」と異なる場合のみ記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受理が可能な宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。</li> <li>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。</li> </ul>
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	<p>★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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新設や異動等の場合、<u>研修受講後にサービス管又は児発管として配置される予定の事業所</u>の情報を書きます。</li> <li>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。</li> <li>住所が具体的に決まっていない場合も<u>都道府県や市区町村名等を記載</u>します。</li> <li>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。</li> </ul>

項目	入力事項について
★受講対象	<p>受講対象として当てはまるものア～ウを選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>募集要領 P.1 (又は P.9 の受講対象フローチャート) を参考に、申込み者がいずれに該当するか選択します。</li> <li>以降の項目「研修の受講（修了歴）」「基礎研修修了後の実務経験（OJT期間）」にも関連する項目です。</li> </ul>
★研修の受講（修了歴）	<p>①相談支援の修了歴、②サビ管・児発管（基礎又は旧分野別）の修了歴、  ③サビ管・児発管（実践）④サビ管・児発管（更新）の修了歴</p> <p><b>&lt;①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写しを添付又はFAX&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受講要件である①相談支援※A 研修及び、②サビ管基礎※B・児発管基礎※C 研修の修了年月日、修了証書番号（半角／第や号は不要）を記載してください。</li> <li>受講対象ウを選択した方は、①②以外の修了済の研修の「研修名（区分）」「修了年月日」「証書番号」や更新期限が切れた日を記載してください。</li> <li>①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し（PDF）を添付するか、FAXで送信してください。</li> </ul> <p>→ 記入例 (P. 17～19)、研修名称の整理 (P. 12)、サビ管等として従事するための実務経験 (P. 10)</p> <p><b>&lt;修了証書の添付について&gt;</b></p> <p>①「ファイルの選択」をクリックすると、パソコンのフォルダが開きます。</p> <p>②添付したい修了証書のファイル（PDF等）を選択し、「開く」を押すと添付できます。申込み画面の「ファイル選択」の横に添付ファイル名が表示されます。</p> <p><b>※添付できる PDF・画像は一つです。</b>当法人以外の修了証書が複数ある場合はデータを事前に一つにまとめてください。（データはコピー機等でスキャンして PDF 化する。又は、申込み作業をする PC 宛てにスマートフォン等で撮影した画像をメール送信し、保存する。<b>画像データが重いと送信できないことがありますので、送れない場合は下記のとおり FAX</b>  <b>※PDF の添付が難しい場合は FAX (FAX 番号 011-521-8551) してください。</b></p>
基礎研修修了後の実務経験（OJT期間）	<p>受講対象イの場合 OJT6 ヶ月要件に該当するかチェック  全員 OJT 期間★を記載、受講対象ア・イの場合は OJT 期間の詳細を記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>【OJT6 ヶ月要件】は受講対象イを選択した場合のみチェックする項目。要件 3つ全て該当する場合チェックをしてください。</li> <li>★【OJT 期間】全ての受講対象者が記載する項目（必須）。受講対象ウを選択した場合は、OJT 期間の記載が不要ですので「年」「ヶ月」「日」の部分に「0」を入れてください。</li> <li>【OJT 期間の詳細】受講対象ア・イを選択した場合は、上記①②の研修修了（基礎研修修了）後～受講予定の実践研修開始前月末まで※4 の OJT 期間業務に従事していた期間の「トータル年ヶ月」、「トータルの勤務日数（概算）」、OJT 期間に従事していた「業務内容」を入力・選択してください。</li> </ul> <p><b>※受講対象アを選択した方で OJT 期間が 2 年に満たない場合や、受講対象イを選択した方で OJT 期間が 6 ヶ月に満たない場合は受講対象となりません。</b></p> <p>→ 記入例（下記）</p>

※研修の名称については、別紙 3-2 の用語解説をご確認ください

※A 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】又は、「平成 18 年障害者ケアマネジメント従事者研修」又は平成 19 年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義 2 日・又は同研修「補完研修」・又は平成 30 年以降の同研修「初任者研修」について、修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。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。

※B サービス管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧サービス管理責任者研修（分野別）研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 30 年度以前に複数の分野別研修を修了している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。

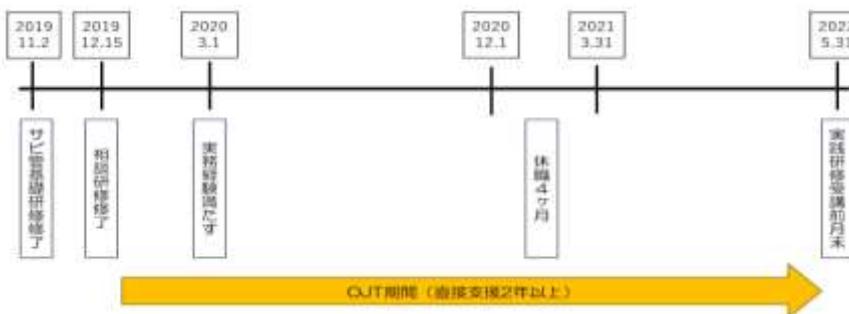
※C 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。

## 受講対象ごとの記載例

### 対象ア OJT期間2年以上

基礎研修受講後に配置要件を満たし、OJT期間2年以上直接支援業務に従事の場合

- ①相談支援従事者研修修了 2019年12月15日  
 ②サビ管等基礎修了 2019年11月2日  
 ・OJT開始は両研修の遅い方の翌日以降(2019年12月16日)  
 ・OJT修了は実践研修の受講前月末(2022年5月31日)  
 ・サビ管基礎研修受講時点ではサビ管等の配置に係る実務経験満たさず  
 配置要件を満たした年月日※D 2020年3月1日  
 ・OJT期間(2019年12月16日～2022年5月31日)の間に4ヶ月  
 (2020年12月1日～2021年3月31まで)休職期間あり  
 ・休職期間を除いて OJT期間2年以上、1年あたり180日以上に該当



### OJTトータル※F

#### ●期間

2019年12月16日～  
 2020年11月30日  
 (0年11ヶ月15日)  
 2021年4月1日～  
 2022年5月31日  
 (1年2ヶ月0日)  
 合わせて2年1ヶ月17日  
 →トータル2年以上

#### ●勤務日数(概算)

248日+293日=541日  
 →1年あたり180日以上

受講対象	<input checked="" type="radio"/> 対象ア OJT期間2年以上 <input type="radio"/> 対象イ OJT期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) <input type="radio"/> 対象ウ 更新期限切れ		
研修受講～修了歴	①相談支援	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〕※A
		修了年月日	西暦 2019年12月15日
		証書番号(半角)	XXXXXX
研修受講～修了歴	②サビ管・児発管	区分 [選択制]	サービス管理責任者基礎研修 ※B、C
	・児発管	修了年月日	西暦 2019年11月2日
	(基礎・旧分野別)	証書番号(半角)	AXXXXXX
③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴			
なし			
①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551へFAXしてください)			
ファイルの選択			
OJT期間	【OJT6ヶ月要件】 ←該当しない場合はチェックしない		
	<input type="radio"/> 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
	★【OJT期間】		
	始期 西暦 2019年12月16日～ 終期 西暦 2022年5月31日		
	【OJT期間の詳細】		
	トータルのOJT期間(年ヶ月)※E	2年1ヶ月	←休職期間等は除く
	トータルのOJT期間(勤務日数)※E	541日	←休職期間等は除く
	OJT期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	□個別支援計画作成業務※H □相談支援業務 ☑直接支援業務	
	OJT期間に関する備考	2020年12月1日～2021年3月31日(4ヶ月間)病気療養のため休職	

## 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす)

一定要件を満たし、みなし児発管としてOJT期間6ヶ月以上個別支援計画作成業務に従事の場合

- ①相談支援従事者研修修了 2023年2月20日
- ②児発管等基礎修了 2023年3月15日
- ・OJT開始は両研修の遅い方の翌日以降(2023年3月16日)
- ・OJT修了は実践研修の受講前月末(2023年10月31日)
- ・サビ管基礎研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす  
配置要件を満たした年月日※D 2023年3月1日
- ・OJT期間(2023年3月16日～2023年7月31日)の間  
やむを得ない事由によるみなし配置で個別支援計画作成業務に従事  
OJT期間6ヶ月以上、1年あたり180日以上に該当



### OJTトータル

#### ●期間

2023年3月16日～

2023年10月31日

(0年7ヶ月16日)

→ トータル6ヶ月以上

#### ●勤務日数(概算)

156日

→ 1年あたり180日以上

受講対象	<input type="radio"/> 対象ア OJT期間2年以上 <input checked="" type="radio"/> 対象イ OJT期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) <input type="radio"/> 対象ウ 更新期限切れ												
研修受講(修了歴)	①相談支援	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〕※A										
		修了年月日	西暦 2023年2月20日										
		証書番号(半角)	XXXXXX										
研修受講(修了歴)	②サビ管・児発管	区分 [選択制]	児童発達支援管理責任者基礎研修 ※B、C										
	(基礎・旧分野別)	修了年月日	西暦 2023年3月15日										
		証書番号(半角)	AXXXXX										
③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴													
なし													
①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へFAXしてください )													
ファイルの選択													
OJT期間	<input type="checkbox"/> 【OJT6ヶ月要件】 ←該当する場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> ● 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略) <b>★【OJT期間】</b> 始期 西暦 2023年3月16日～ 終期 西暦 2023年10月31日 <b>【OJT期間の詳細】</b> <table border="1"> <tr> <td>トータルのOJT期間(年ヶ月)※E</td> <td>0年7ヶ月</td> <td>個別支援計画作成業務にあたった日だけでなく、障害福祉サービス事業所等において従事した期間も算定</td> </tr> <tr> <td>トータルのOJT期間(勤務日数)※E</td> <td>156日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OJT期間に従事した事業内容 ※複数チェック可</td> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H    <input type="checkbox"/> 相談支援業務  <input type="checkbox"/> 直接支援業務         </td> </tr> </table>				トータルのOJT期間(年ヶ月)※E	0年7ヶ月	個別支援計画作成業務にあたった日だけでなく、障害福祉サービス事業所等において従事した期間も算定	トータルのOJT期間(勤務日数)※E	156日		OJT期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務	
トータルのOJT期間(年ヶ月)※E	0年7ヶ月	個別支援計画作成業務にあたった日だけでなく、障害福祉サービス事業所等において従事した期間も算定											
トータルのOJT期間(勤務日数)※E	156日												
OJT期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	<input checked="" type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務												
OJT期間に関する備考													
基礎研修修了後(2023年3月16日)から現在までやむを得ない事由によるみなし配置													

## 対象ウ 更新期限切れ

平成 30 年度以前にサビ管等としての要件を満たしていたが、令和 6 年 3 月 31 日までに更新研修修了者とならなかった者であり、今後サビ管等として従事予定の場合

①相談支援従事者研修修了 2000 年 10 月 30 日

②旧サビ管等研修修了 2000 年 12 月 20 日

・H31.4.1～R6.3.31 は更新研修の経過措置の対象者として従事可能だったが、その間に更新研修を受講しなかった(=更新期限切れ)

・旧サビ管等研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす

配置要件を満たした年月日※D 2000 年 4 月 1 日

受講対象	<input type="radio"/> 対象ア OJT 期間2年以上 <input type="radio"/> 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) <b>● 対象ウ 更新期限切れ</b>			
研修受講(修了歴)	①相談支援	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〕※A	
		修了年月日	西暦 2000 年 10 月 30 日	
		証書番号(半角)	XXXXXX	
	②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分 [選択制]	サービス管理責任者研修(第 1 分野～4 分野) ※B、C	
	修了年月日	西暦 2000 年 12 月 20 日		
	証書番号(半角)	AXXXXX		
③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           R6.3.31 までに更新研修を受講しなかった            (③④の研修を修了したが期限内に更新研修を受講しなかった場合は修了した研修を記載)         </div>				
①～④の研修を <u>当法人以外</u> で修了した場合は、修了証書の写し(PDF 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           ファイルの選択         </div>				
OJT期間	<b>【OJT6ヶ月要件】 ←該当しない場合はチェックしない</b> <input type="radio"/> 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)			
	<b>★【OJT期間】</b> 始期 西暦 0 年 12 月 31 日～ 終期 西暦 0 年 12 月 31 日			
	<b>【OJT期間の詳細】</b>			
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E	0 年 0 ヶ月		
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E	0 日		
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 個別支援計画作成業務※H <input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務		
	OJT 期間に関する備考			
	更新期限切れによる受講のため OJT 期間なし			

「OJT 期間に関する備考」の欄には「やむを得ない事由によるみなし配置※G」であるとか、基礎修了翌日から実践研修受講前月末までの間の休職期間、更新期限切れによる受講等について記入して下さい

※D サビ管等として従事するために必要な実務経験要件=配置要件(障害児者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における直接支援又は相談支援業務 3～8 年) → 募集要領 P. 10 参照

※E 基礎研修修了後(2 つの研修のうち、後から受講したものの修了年月日の翌日)から受講予定の実践研修(講義日程)の前月末までを基準に、年数や勤務日数(概算)を記載してください

※F 実践研修の受講要件の実務経験 2 年以上とは、業務に従事した期間が 2 年以上であり、かつ、実際に従事した日数が 1 年あたり 180 日以上であることをいう

※G 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) に規定されている「やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠けた指定障害福祉サービス事業所等にあっては、当該事由の発生した日から起算して一年間は、当該指定障害福祉サービス事業所等において提供される障害福祉サービス又は施設障害福祉サービスの管理を行う者として配置される者であって、実務経験者であるものについて、イの(2)に定める要件を満たしているものとみなす。」に該当すると事業の指定権者（振興局・政令中核市）に認められたものをいうイの(2)はサービス管理責任者等になるために必要な全ての研修を指す。（詳細は指定権者に確認）

※H 「個別支援計画作成業務」とは、①サビ管等が既に配置されている事業所において、基礎研修修了者が個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事する場合（2人目サビ管等）や、  
②やむを得ない事由によりみなし配置されたサービス管理責任者等（※G 又は、令和 3 年度末までに基礎研修修了者となり、研修の見直しに伴う経過措置によりサビ管等としてみなし配置されている者も含む）として個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合をいう

※ここで記載いただくのは「基礎研修修了後の実務経験（OJT）」です。申込時に実務経験を証明するものや個別支援計画作成業務に従事していることを指定賢者へ届出したもの控え等の提出は不要です。また、配置に必要な実務経験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。

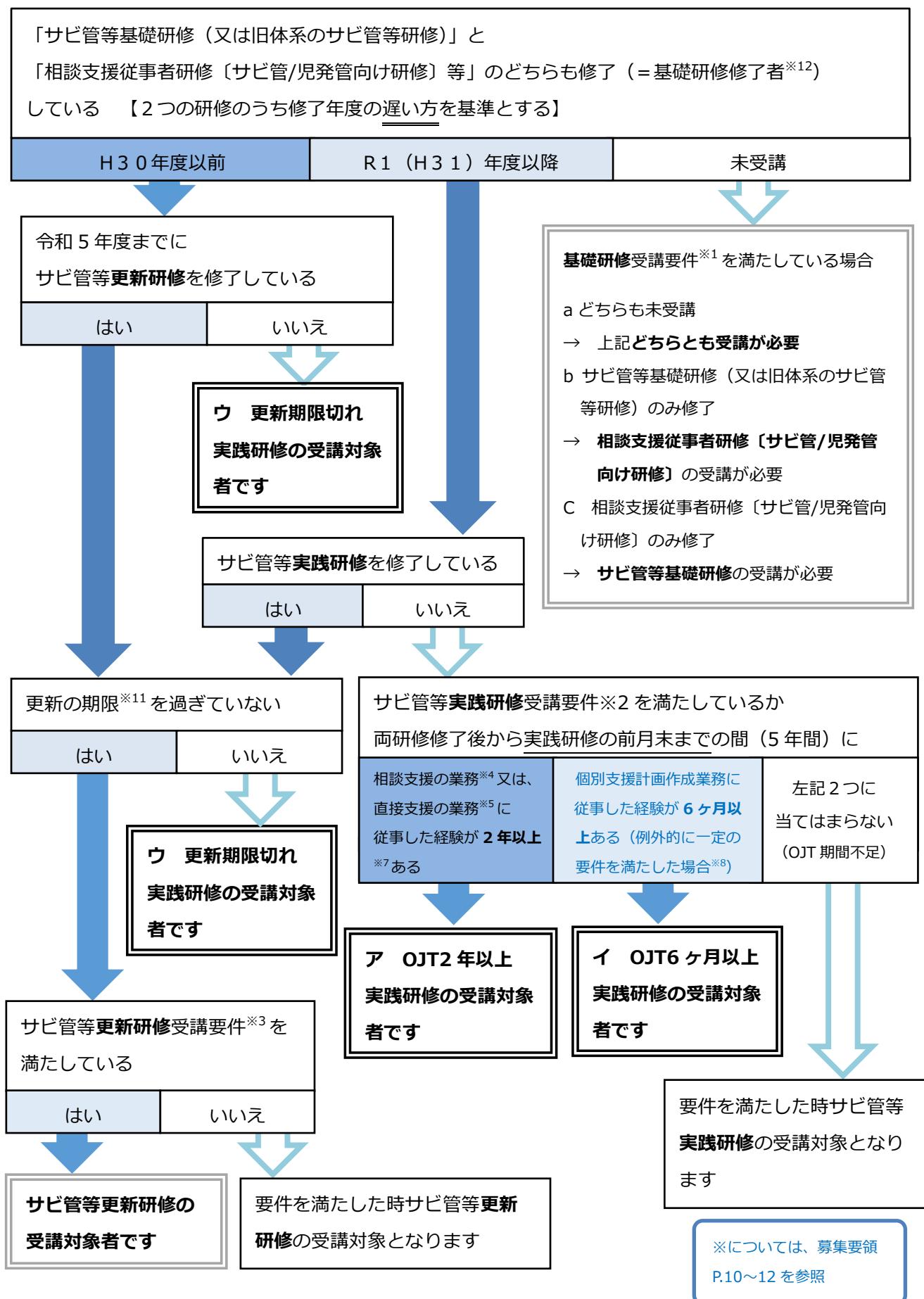
項目	入力事項について
受講に対する必要な配慮	<p><b>車イス使用、手話通訳必要、拡大文字資料必要、その他</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>希望される内容がある方は当てはまるものにチェック又はご記入ください。</li> <li>申込後に詳細について直接確認をとさせていただくことがあります。</li> <li>また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。</li> </ul>
★配置が必要な事業所の状況	<p><b>配置の必要数と終了数、受講の必要性、配置が必要な具体的理由、同一事業所から複数の申し込みする場合の優先順位、キャンセル待ちの希望</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>「1. 配置の必要数と修了数」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。</li> <li>「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。</li> <li><b>【減算中】</b>サビ管等未配置のため減算中の場合</li> <li><b>【みなし配置】</b>やむを得ない事由により配置基準を満たしていない状況（1年間のみなし※G配置中）又は、研修の経過措置によるみなし配置中の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li><b>【新設】</b>新しく事業所を開設する場合</li> <li><b>【退職】</b>退職の時期（配置時期）が明確な場合</li> <li><b>【異動】</b>異動の時期（配置時期）が明確な場合</li> <li><b>【人材育成】</b>サビ管・児発管として配置する時期が明確な場合</li> <li><b>【その他】</b>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</li> </ul> </li> <li>「3. 配置が必要な具体的理由」も必ずお書きください。</li> </ul> <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"> <li>「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。</li> <li>「5. キャンセル待ちの希望」は、受講不可で通知された場合であって一定期間内にキャンセルが出た際に追加決定を希望される場合はチェックしてください。</li> </ul>

項目	入力事項について
★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> <p>・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。</p> <p>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。</p>
★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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

※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は、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。



### ＜用語解説＞

#### ※1 サービス管理責任者等の配置要件 及び 基礎研修受講要件 となる実務経験

配置に必要な実務経験要件を満たしている又は、満たすまでの期間が2年以内

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

・詳細は「用語解説」最後に記載している告示等参照

#### ※2 サビ管等実践研修の受講要件

- ・基礎研修修了後から実践研修受講開始前月末（講義日程の前月末）までの5年間に  
　ア　OJT期間2年以上　相談支援の業務　又は　直接支援の業務　に従事  
　イ　OJT期間6ヶ月以上　個別支援計画作成業務　に従事（例外的に一定の要件を満たした場合）
- ・実践研修修了者　又は　更新研修修了者　又は　更新研修の経過措置の対象者　であって  
　ウ　更新の期限を過ぎた者（ア・イの業務経験は問わない）

#### ※3 サビ管等更新研修の受講要件

- ア　実践研修修了者であって  
　　A　現にサビ管・児発管・管理者・相談支援専門員として従事  
　　B　更新研修受講開始前月末（講義日程の前月末）までの5年間にAの業務に  
　　通算2年以上従事
- イ　更新研修修了者であって更新の期限内にある（アのA又はBに該当すること）

#### ※4 「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

#### ※5 「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又は児童につき、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

## ※6 「個別支援計画作成業務」とは

①サビ管等が配置されている事業所において、サビ管等のもとで基礎研修修了者が個別支援計画の原案作成までの一連の業務に従事（2人目サビ管等）

②やむを得ない事由によるみなし配置されている者が、個別支援計画作成の一連の業務に従事（配置要件を満たした者が令和3年度末までに基礎研修修了者となり、サビ管等とみなしで個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合も含む／H31研修見直しに伴う経過措置）

### 【具体的な業務内容】

- Ⓐ 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う
- Ⓑ アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する
- Ⓒ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める（①の場合はサビ管等が開催する会議に参画する）
- Ⓓ 上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する
- Ⓔ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント（モニタリング）を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う

## ※7 「〇年以上」とは 実際に従事した日数が1年あたり180日以上であること

## ※8 「例外的に一定の要件を満たした場合」とは

【要件】以下①～③をすべて満たす必要あり

- ① サビ管等基礎研修受講時に配置要件を満たしている
- ② 障害福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成の業務に6ヶ月以上従事
- ③ 上記②業務に従事することについて、指定権者に届出を行う

## ※9 「更新研修の経過措置の対象者」とは

平成30年度までにサビ管等の要件を満たしている方については、研修体系の見直しから、施行後5年間（令和6年3月31日まで）は更新研修受講前でも引き続きサビ管等として業務が可能となっていた →上記期限までに更新研修を修了しなかった者については※11へ

## ※10 「やむを得ない事由によるみなし配置」とは（詳細は指定権者に確認）

やむを得ない事由によりサビ管等が欠如したことを指定権者が認めた場合、欠如日から1年間、配置要件等を満たした者をサビ管等とみなして配置可能なことをいう。

【要件】以下①～③すべて満たす必要あり

- ① サビ管等の配置要件を満たしている
- ② サビ管等が欠如した時点で既に基礎研修を修了済み
- ③ サビ管等が欠如する以前から当該事業所に職員として配置されている

## ※11 「更新の期限」とは

サビ管等として継続して従事するためには、サビ管等実践研修を修了した翌年度から5年度ごとに更新研修を修了する必要がある。直近に修了した サビ管等実践研修 又は サビ管等更新研修 の修了証書に更新の期限が記載されている。更新の期限を過ぎた場合は、サビ管等実践研修の受講が必要。

## ※12 研修名称の整理（北海道の場合）

略称	実施年度	研修名称
相談支援従事者研修	a ～H17 +H18・19	・国又は都道府県、札幌市、帯広ケア・センターの実施する 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】
	b H18	・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】
	c H19～	・相談支援従事者研修【基礎研修】又は【初任者研修】
	d H19～23	・相談支援従事者研修【サービス管理責任者向け】
	e H24～	・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】
旧体系の サビ管等研修	f H18～30	サービス管理責任者研修（第1分野～第4分野） 又は 児童発達支援管理責任者研修（平成18～24年度まで第5分野）
サビ管等基礎研修	g R1～	サービス管理責任者基礎研修 又は 児童発達支援管理責任者基礎研修
サビ管等実践研修	h R3～	サービス管理責任者実践研修 又は 児童発達支援管理責任者実践研修
サビ管等更新研修	i R1～	サービス管理責任者更新研修 又は 児童発達支援管理責任者更新研修
専門コース別研修	j R5～	専門コース別研修：意思決定支援 専門コース別研修：障がい児支援 専門コース別研修：就労支援

- ・相談支援従事者研修のうち、a・b・cは相談支援専門員になるために受講する研修  
(d および e は 相談支援従事者研修【初任者研修】講義部分 に該当する研修であり、  
d or e の修了では 相談支援専門員 として配置できません)
- ・基礎研修修了者：(g) サビ管等基礎研修 or (f) 旧体系のサビ管等研修  
+ (a or b or c or d or e) 相談支援従事者研修 の両方を修了していること
- ・実践研修修了者：(h) サビ管等実践研修 を修了していること (更新期限までは更新研修修了者とみなす)
- ・更新研修修了者：(i) サビ管等更新研修 を修了していること

### 【参考】

- ・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)
- ・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こども家庭庁長官が定めるもの  
(平成24年3月30日 厚生労働省告示第230号)
- ・サービス管理責任者等研修の見直しに関するQ&A  
(令和元年8月19日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部事務連絡)
- ・サービス管理責任者等研修の取り扱い等に関するQ&A  
(令和5年3月31日厚生労働省社会・援護局障がい保健福祉部障害福祉課事務連絡)
- ・サービス管理責任者等に関する告示の改正について  
(令和5年6月30日 こども家庭庁支援局障がい児支援課/厚生労働省社会・援護局障がい保健福祉部 障害福祉課事務連絡)