

事 務 連 絡  
令和5年8月22日

各障害福祉サービス事業所 管理者様

兵庫県福祉部 障害福祉課長  
ユニバーサル推進課長

サービス管理責任者等実践研修の受講にかかる実務経験（6ヶ月以上）の  
指定権者への届出方法について

平素は本県の障害者福祉行政の推進にご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。  
こども家庭庁及び厚生労働省より、令和5年6月30日事務連絡「サービス管理責任者等に関する告示の改正について」でサービス管理責任者等に関する告示が改正され、同日適用された連絡がありましたので、例外的に「6ヶ月以上」の実務経験（OJT）で実践研修を受講する際の指定権者への届出方法について、別紙のとおりとしますので、ご確認いただきますようお願い致します。

なお、兵庫県の令和5年度の実践研修の募集は終了していることを申し添えます。

兵庫県福祉部障害福祉課障害政策班

Tel:078-341-7711 (内線3005)

Mail : shougaika@pref.hyogo.lg.jp

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1

## 1. サビ児管の配置を必要とするサービス種別

療養介護・生活介護・施設入所支援・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型・就労定着支援・自立生活援助・共同生活援助  
 児童発達支援・医療型児童発達支援・居宅訪問型児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設

## 2. 改正内容（行政手続きが必要なものに限る。）

基礎研修修了後に実践研修を受講するために必要な実務経験（0JT 2年以上）について、以下のいずれの要件も満たす場合は、例外的に「6ヶ月以上」とする。

要件（1）	サービス管理責任者等基礎研修の受講開始時に、サービス管理責任者等の実務経験要件を満たしている者
要件（2）	障害福祉サービス等事業所・施設において、個別支援計画（原案）作成業務【※】に6ヶ月以上従事する者 （下記ア・イ・ウのいずれか） （ア） サービス管理責任者等のもとで基礎研修修了者が個別支援計画の原案の作成までの業務に従事する場合 （イ） やむを得ない事由による欠如が認められた事業所で配置されたサービス管理責任者等であって、個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合 （ウ） 令和3年度末（令和4年3月末）までに、実務経験者及び基礎研修修了者であるサービス管理責任者等（経過措置対象者）であって、個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合
要件（3）	要件（2）に従事することについて、指定権者へ届出を行っている者

※6ヶ月以上の実務経験とは、業務に従事した期間が6ヶ月以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が90日以上であることを言うものとします。

※なお、個別支援計画（原案）作成業務【※】の頻度は、少なくとも概ね計10回以上実施することが基本となります。

## 【※】 個別支援計画（原案）作成業務とは






- ・上記アの場合、下記A・B・C（個別支援計画の原案の作成まで）の業務に従事する者
- ・上記イ・ウの場合、下記AからE全て（個別支援計画の作成の一連）の業務に従事する者

A	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。 （基準省令第58条第2・3項等 参照）
B	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。 （基準省令第58条第4項等 参照）
C	個別支援計画の作成に係る会議を開催し、原案の内容について担当者等から意見を求める。（基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3（7）2ア等 参照） ※サービス管理責任者等のもとで基礎研修修了者が業務に従事する場合は、サービス管理責任者等が開催する上記会議に参画すること。
D	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。 （基準省令第58条第6項等、解釈通知第四の3（7）2イ、ウ等 参照）
E	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。 （基準省令第58条第8項等、解釈通知第四の3（7）2エ等 参照）

### 3. 行政手続きの方法

例外的な取扱いを受けたい場合のみ、以下手続きを行ってください。

- ① 事業所は、基礎研修修了者に対して要件（2）に該当するOJTを実施することを、届出様式（様式19及び19-1）に必要事項を記載のうえ、要件（2）に従事した事業所を所管する指定権者に返信用封筒をつけて提出してください。  
 〈届出先〉  
 事業所所在地の健康福祉事務所へ3部（共同生活援助・自立生活援助は、2部）提出  
 ※神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市に所在の事業所は該当市に提出してください。
- ② 指定権者にて内容等を審査します。  
 受付可能と判断できた場合は、「受付印」を押印した届出様式の写しを返送します。
- ③ 兵庫県の実践研修の募集が開始されます。
- ④ 事業所は、「受付印」の押印のある届出様式の写しを、研修申込の際に提出してください。
- ⑤ 兵庫県にて、研修申込内容と届出書の写しを踏まえ受講決定します。
- ⑥ 受講決定された受講者は、実践研修を受講します。
- ⑦ 実践研修の受講を終えましたら、兵庫県から研修修了証が発行されます。
- ⑧ 事業所は、実務経験証明書等とともに指定権者へ配置の届出を提出してください。

	事業所	兵庫県障害福祉課	指定権者
①	例外的な取扱いを受けたい者について、指定権者へ届出書を提出 (様式 19 及び 19-1)		
②			届出書（様式 19 及び 19-1）の内容を審査し、要件を満たす場合は受付印を押印。写しを返却。
③		実践研修募集開始	
④	実践研修申込届出書（様式 19-1）の写しを提出		
⑤		 研修申込内容と届出書（様式 19-1）を踏まえ受講決定	
⑥	実践研修受講		
⑦		 研修修了証書発行	
⑧	(正式に配置する場合) 実務経験証明書等とともに指定権者へ配置の届出	