

指定障害福祉サービス事業者 の皆様
指定障害者支援施設
指定障害児通所支援事業者
指定障害児入所施設
(政令・中核市を除く)

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に関する告示の改正について

本県の障がい福祉施策の推進につきましては、日頃から御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

令和5年6月30日、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者（以下、「サビ児管」という）に関する告示が改正されました。改正概要及びそれに伴う届出の一部変更等は以下のとおりですので、御確認くださいませようお願いします。

1 実践研修の受講に必要な実務経験について

サビ児管の研修体系については、令和元年度より、基礎研修、補足研修を修了後に実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）を「2年以上」となっています。

新たに例外的に、以下の要件をすべて満たす場合は実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）は「6ヵ月以上」となります。一部でも満たさない要件があれば、通常通り、実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）は「2年以上」です。

要件1：基礎研修受講開始時において既に実務経験要件を満たしている。

要件2：実践研修を受講するための実務経験（OJT）として障害福祉サービス事業所等において、障害福祉サービスに係る個別支援計画作成の業務に従事する。

要件3：上記について、指定権者に届け出ている。

(要件1 注意点)

- ・基礎研修受講開始時については基礎研修の修了証に記載されている修了日とします。補足研修の修了日ではありません。
- ・実務経験要件とは相談支援業務5年以上又は直接支援業務8年以上を満たしていること（有資格者については通算5年又は3年に短縮あり）

(要件2 注意点)

※OJTの開始（2年以上又は6ヵ月以上の期間の開始）は、基礎研修・補足研修の両方の修了者となってからです。

個別支援計画作成の業務とは以下のいずれかの場合が該当します。

- ・サビ児管のもとで、基礎研修・補足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する場合（いわゆる2人目サビ児管）
- ・やむを得ない事由によりサビ児管を欠いている事業所等において、みなしサビ児管として個別支援計画作成の一連の業務に従事する場合（やむを得ない事由によるみ

なし配置)

- ・令和3年度末までに基礎研修・補足研修を修了し、実務経験要件を満たした者が、みなしサビ児管として個別支援計画作成の一連の業務に従事する場合（経過措置のみなし配置）

(要件3 注意点)

- ・指定権者への届出方法については別紙を参照

2 やむを得ない事由によりサビ児管が欠けた場合の措置について

サビ児管がやむを得ない事由により欠如した場合に実務経験要件を満たす者をサビ児管とみなして配置する措置については、現行制度上、サビ児管の欠如時から1年間としております。

現行制度に加え、以下のいずれの要件も満たす者について、当該者が実践研修を修了するまでの間に限り、サービス管理責任者等とみなして配置可能（最長2年間）とします。

要件1：実務経験要件を満たしていること

要件2：サビ児管が欠如した時点で既に基礎研修・補足研修を修了済みであること

要件3：サビ児管が欠如する以前から当該事業所に配置されていること

(注意点)

- ・やむを得ない事由によるみなし配置については、従前どおり、やむを得ない事由かどうかは指定権者にて判断となりますので、必ず事前にご相談ください。

3 更新研修の受講に必要な実務経験の範囲について

サビ児管更新研修の受講に必要な実務経験として、以下の改正が行われました。

(これまでの制度)

サビ管の更新研修において、児発管の実務経験は要件として認められていない。

児発管の更新研修において、サビ管の実務経験は要件として認められていない。

(制度改正後)

サビ管の更新研修では児発管の実務経験を要件として認める。

児発管の更新研修ではサビ管の実務経験を要件として認める。

別紙 実践研修の受講に必要な実務経験（6ヵ月以上への短縮）の指定権者への届出について

（１）提出様式

○・・・必ず提出

△・・・該当時提出

○変更届（第3号様式）

○実践研修受講に係る実務経験の短縮の届出（参考様式20）

○該当者の経歴書（参考様式4）

○研修修了証の写し（基礎研修、補足研修）

○該当者の実務経験証明書（参考様式5）

基礎研修修了日における実務経験を証明してください。

△資格証の写し

実務経験年数を短縮する場合には該当する資格証の写しが必要です。

様式はウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」の書式ライブラリに掲載しています。

障害福祉情報サービスかながわ (<https://shougai.rakuraku.or.jp/>)

⇒「文書/カテゴリ検索」

⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」

⇒「3-2 変更届・変更申請・その他届出書等（障害者総合支援法関係）」

⇒「5 変更届・変更申請・その他届出書等（児童福祉法関係）」

（２）提出期限

個別支援計画作成業務への配置後10日以内

※本事務連絡発出日以前に要件を満たしていた方については、令和5年9月29日（金）までに提出してください。

（３）留意事項

- ・OJT6ヵ月対象者として実践研修に申し込む場合は、指定権者への届出の参考様式20の写しを提出する必要があります。写しを必ず保管してください。
- ・2人目サビ児管の配置に係る変更届を既に提出いただいている事業所においても、OJT6ヵ月対象者となる場合は、本届出書を提出願います。
- ・実践研修の実施において、指定研修事業者の照会に応じて本届出の情報を提供する場合があります。

（４）届出提出先

〒231-8588 横浜市中区日本大通1

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課事業支援グループ

電話 045-210-4717・4732

※横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市の事業所においては、各市へご提出となります。

変 更 届 出 書

5 年 9 月 5 日

神奈川県知事 様

所在地 ○○市○○1丁目1番地
事業者名称 社会福祉法人○○
(施設の設置者) 代表者氏名 神奈川 太郎
担当者 役職・氏名 さとう 花子
電話番号 000-0000-0000

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号										サービス種類コード									
		1		4		1		0		0		0		0		0		2		2	
指定内容を変更した事業所(施設)		名称		○○サービス事業所																	
		所在地		○○市○○2丁目3番地																	
		サービスの種類		生活介護																	
変更があった事項										変更の内容											
1		事業所(施設)の名称																		(変更前) サービス管理責任者 たかはし 良子	
2		事業所(施設)の所在地(設置の場所)																			
3		事業所(施設)の連絡先(電話番号・FAX)																			
4		申請者(設置者)の名称																			
5		法人の主たる事務所の所在地																			
6		代表者の氏名、生年月日、住所及び職名																			
7		定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)																			
8		建物の構造概要及び平面図(用途を明示)並びに設備の概要																			
9		事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴																			
10		事業所のサービス提供責任者・サービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴																			
11		主たる対象者																			
12		運営規程																			
13		事業所の種別[短期入所](併設型・空床型の別)																			
14		短期入所の併設型・単独型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所定員																			
15		事業所の種別[共同生活援助](包括型・日中サービス支援型・外部サービス利用型の別)																			
16		協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容																			
17		障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要																			
18		併設する施設がある場合の当該併設施設の概要																			
19		同一敷地内にある入所施設及び病院の概要																			
20		指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所																			
21		重度障害者等包括支援に係る障害福祉サービスの種類																			
22		第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地																			
23		他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要																			
24		連携する公共職業安定所等の名称																			
変更年月日										令和5年 9月 1日											

OJT6ヵ月対象者である旨を必ず記載してください。
やむを得ない事由によるみなし配置や、経過措置のみなし配置の場合も6ヵ月OJTの対象の場合はその旨を必ず記載し

- (備考) 1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
なお、当該変更が利用者の個別支援計画(原案)作成業務に従事を開始した日付を記入勤務形態を記載した書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

変 更 届 出 書

5 年 9 月 5 日

神奈川県知事 様

所在地 ○○市○○1丁目1番地
事業者名称 社会福祉法人○○
(施設の設置者)代表者氏名 神奈川 太郎

担当者 役職・氏名 さとう 花子
電話番号 000-0000-0000

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号	1	4	5	0	0	0	0	0	0	サービス種類コード	6	3
指定内容を変更した事業所 (施設)	名称	○○放課後等デイサービス											
	所在地	○○市○○3丁目4番地											
	サービスの種類	放課後等デイサービス											
変更があった事項		変更の内容											
1 事業所(施設)の名称		(変更前)											
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		児童発達支援管理責任者 たかはし 直子											
3 事業所(施設)の連絡先(電話番号・FAX)													
4 申請者(設置者)の名称													
5 法人の主たる事務所の所在地													
6 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名													
7 定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)													
8 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類													
9 建物の構造概要及び平面図(用途を明示)並びに設備の概要													
10 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		(変更後)											
11 事業所の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		児童発達支援管理責任者 たはかし 直子											
12 主たる対象者		2人目児童発達支援管理責任者 すずき 次郎											
13 運営規程		6ヵ月OJT対象として個別支援計画作成の業務に従事											
14 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容													
変更年月日		令和5年 9月 1日											

OJT6ヵ月対象者である旨を必ず記載してください。
やむを得ない事由によるみなし配置や、経過措置のみなし配置の場合も6ヵ月OJTの対象の場合はその旨を必ず記載してください。

(備考) 1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容がわかる書類を添付してください。

なお、当該変更が利用者の個別支援計画(原案)作成業務に従事を開始した日付を記入勤務形態を記載した書類を併せて提出してください。

3 変更の日から10日以内に届け出てください。

(参考様式20)

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者
実践研修受講に係る実務経験短縮の届出書

令和 5 年 9 月 5 日

神奈川県知事 様

届出者	所在地	平塚市〇〇3丁目10番
	事業者名	社会福祉法人〇〇
	代表者職氏名	理事長 神奈川 太郎
	担当者	さとう 花子
	電話番号	0463-00-0000

個別支援計画（原案）作成業務に従事している
（していた）事業所から提出してください。

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修の受講に当たって必要な実務経験(OJT)について、下記の者が要件1及び要件2を満たしているため届出をします。

(フリガナ)	スズキジロウ
従事者名	すずき 次郎
従事者生年月日	平成 3 年 1 月 1 日

基礎研修修了日時点で、実務経験要件（3年～8年）を満たしていない場合は、本届出は対象外です。

要件1(該当する場合チェックをしてください)

上記の者は基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

←チェック

要件2

個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)施設・事業所	事業所番号	1410000000
	名称	〇〇サービス
	所在地	平塚市〇〇4丁目11番
	サービスの種類	生活介護
個別支援計画(原案)作成の業務に従事した(従事する)期間	令和5年9月1日 ～ 令和6年2月28日 計【 年 6ヵ月】 ※実践研修受講開始前まで(予定も含む)	

基礎研修修了日ではなく、個別支援計画（原案）作成の業務に従事を開始した日から実践研修受講開始前までで6か月以上の期間を記入してください

この期間に少なくとも概ね10回以上は個別支援計画（原案）作成業務を行うことが基本です。

- ※ 以下の要件を満たしている方のみ提出して下さい。虚偽の届出等が認められた場合、無効となります。
- ① 基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件(相談支援業務又は直接支援業務3～8年)を満たしている。
 - ② サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案作成までの一連の業務を行う。

※ 実践研修に申込時に、指定権者への届出を求められた場合は本届出書の写しを提出してください。