

事 務 連 絡

平成28年 3 月 1 日

指定障害児通所支援事業者

指定障害児入所施設 管理者 殿

神奈川県保健福祉局福祉部

障害サービス課長

児童発達支援管理責任者の要件確認書類の提出について（依頼）

本件の障害福祉行政の推進に、日頃から御協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、指定障害児通所支援事業所及び指定障害児入所施設において配置することとされている児童発達支援管理責任者について、平成24年厚生労働省告示第230号に基づき、研修が修了していない者についてもみなされることとされてきたところですが、当該みなし規定の適用期間は、開設の日が平成27年 4 月 1 日より前の場合にあっては平成28年 3 月31 日までとされているところです。また、平成27年 4 月 1 日以降の場合にあっては、開設の日から 1 年間とされています。

つきましては、平成28年 3 月より前に指定を受けた全ての事業所・施設について、児童発達支援管理責任者の研修受講状況を確認するため、別紙報告書に御記入の上、下記の期日までに各指定権者あて御回答くださるようお願いいたします。

- 1 調査対象 平成28年 3 月より前に神奈川県内で指定を受けた障害児通所支援事業者及び障害児入所施設（**全事業所・施設が対象**です）
- 2 調査内容 児童発達支援管理責任者の研修受講要件について
- 3 提出方法 次頁の提出先へ、別紙報告書等により、**郵送**にて回答
- 4 提出期日 **平成28年 3 月15日**

（問い合わせ先（県の場合）

施設福祉グループ 中村

電話 045-210-1111（内4724）

ファクシミリ 045-201-2051

提出先等一覧

事業所所在地	提出先及び問い合わせ先
横浜市	〒231-0017 横浜市中区港町1 - 1 横浜市こども青少年局こども福祉保健部障害児福祉保健課 045-671-4279
川崎市	【郵送等の場合】 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課 【来庁される場合】 川崎市幸区堀川町580番地ソリッドスクエア西館10階 川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課 (問い合わせはFAXのみでお願いします) FAX 044-200-3932
相模原市	〒252-5277 相模原市中央区中央2 - 11 - 15 相模原市健康福祉局福祉部障害福祉サービス課指定・指導班 042-769-8355
横須賀市	〒238-8550 横須賀市小川町11番地 横須賀市こども育成部こども施設指導監査課 046-822-8224
上記以外	〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県保健福祉局福祉部障害サービス課施設福祉グループ 045-210-4724

児童発達支援管理責任者の研修受講状況に係る報告書

提出先；各指定権者（横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、県）

必要書類；（ 全事業所で必須、 場合によって必須）

この報告書

児童発達支援管理責任者研修修了証の写し

（サービス管理責任者研修の児童分野でも良い）

児童発達支援管理責任者研修補足研修修了証の写し

（相談支援従事者初任者研修・サービス管理責任者研修補足研修でも良い）

サービス管理責任者研修追加研修修了証の写し

（平成 23 年度以前受講者の場合には必要）

平成 28 年 4 月時点の体制届出書（報告）

設問

事業所番号										
サービスコード （丸をつける）	61 児童発達支援	62 医療型児童発達支援	63 放課後等デイサービス	64 保育所等訪問支援	71 福祉型障害児入所施設	72 医療型障害児入所施設				
事業所名称										
記載担当者氏名										
担当者電話番号										
児童発達支援管理責任者の氏名										
事業所として、次年度に研修受講を要する職員	見込みも含め、実務経験要件を満たす人だけ記載									

サービス種別ごとに記載・提出してください。

人事異動が見込まれる場合、可能な限り平成 28 年 4 月 1 日時点の職員名を記載してください（見込めない場合は、現状を記載）。

体制届出書についての注記

注 1) 通常と同様、サービスごとに届出が必要です。

注 2) 様式第 1 号の届出区分は、「報告」としてください。ただし、加算内容について変更がある場合は、「変更」としてください。

(様式第 1 号)			
障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書			
平成 年 月 日			
神奈川県知事		殿	
届出者 所在地			
事業所名			
代表者名			
印			
このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。（新規 ・ 変更 ・ 報告 ）			
届出者（法人）	フリガナ		
	名称		
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 - ） 県 郡市	
	連絡先	電話番号	A × 番号

注 3) 変更届出時使用欄は、空欄です。

注 4) 実務経験証明書及び資格証の写しについては、今回の報告では不要とします（人が変わった場合を除く）。

注 5) 地域区分の見直しが予定されていますが、現時点では確定していないことから、平成 27 年度の区分のまま記載してください。

注 6) 人事異動等により、今回の提出期日以降に変更が生じ加算の要件を満たさなくなった場合にあっては、判明次第すみやかに届け出てください。

(参考)

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）（抜粋）

三 障害児通所支援事業所又は障害児入所施設若しくは指定発達支援医療機関（以下「障害児入所施設等」という。）において提供される障害児通所支援又は障害児入所支援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は、当該障害児通所支援事業所において行う事業の開始の日又は障害児入所施設等の開設の日から起算して一年間（当該事業の開始の日又は当該障害児入所施設等の開設の日が平成二十七年四月一日前の場合にあっては平成二十八年三月三十一日までの間、平成二十九年四月一日以降の場合にあっては平成三十年三月三十一日までの間）は、前号の要件を満たしているものとみなす。