

令和5年度愛知県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）実施要領  
（サービス管理責任者等更新研修）

1 目的

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法の適切かつ円滑な運用に資するため、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者としての業務内容の検証等を行うとともに、知識・技術の更なる向上を図る。

2 実施主体（愛知県サービス管理責任者等研修（更新研修）指定事業者）

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会（事業者番号：愛サ3号）

3 対象者

愛知県内に所在する事業所等に従事し、6の受講要件を満たす方。  
オンラインの受講については、安定したインターネット環境における受講が可能な方。

4 受講料

受講課程	受講日数	受講料（税込）
サービス管理責任者等研修（更新研修）	2日間	38,100円

5 定員

500名

6 受講要件（受講資格）

令和元年度又は令和2年度にサービス管理責任者研修（更新研修）及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）を修了した方であって、以下のいずれかに該当する方。

<b>（1）サービス管理責任者</b>	
ア	障害福祉サービス事業所等において、サービス管理責任者もしくは管理者として従事している方で、障害福祉サービス事業所においてサービス管理責任者として従事している方又は従事しようとする方
イ	一般相談支援事業所もしくは特定相談支援事業所において、相談支援専門員として従事している方で、障害福祉サービス事業所においてサービス管理責任者として従事しようとする方
ウ	本研修の受講開始前5年間において、ア又はイの業務に通算して2年以上従事していた方で、障害福祉サービス事業所においてサービス管理責任者として従事している方又は従事しようとする方
<b>（2）児童発達支援管理責任者</b>	
ア	障害児入所施設等において、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事している方で、障害児入所施設等において児童発達支援管理責任者として従事している方又は従事しようとする方
イ	障害児相談支援事業所において、相談支援専門員として従事している方で、障害児入所施設等において児童発達支援管理責任者として従事しようとする方
ウ	本研修の受講開始日前5年間において、ア又はイの業務に通算して2年以上従事していた方で、障害児入所施設等において児童発達支援管理責任者として従事している方又は従事しようとする方

※令和3年度以降に更新研修を修了した方は受講できません。

7 研修日程（指定日）

期間・日程		会場
<b>I 講義</b> 指定された講義動画を期間内に視聴します。		
（動画配信期間） 9月25日（月）から11月30日（木）まで		インターネット配信（オンデマンド） （受講決定後に視聴方法を案内します。）
<b>II 演習</b> 次の日程1～5のいずれか【2日間連続】で受講します。		
日程1	10月26日（木）～27日（金）	インターネット上のオンライン会場 （ZOOMを利用した研修）

日程2	11月 1日(水)～2日(木)	名古屋銀行協会 (名古屋市中区丸の内2丁目4-2)
日程3	11月 8日(水)～9日(木)	インターネット上のオンライン会場 (ZOOMを利用した研修)
日程4	11月21日(火)～22日(水)	豊橋商工会議所 (豊橋市花田町石塚42-1)
日程5	11月29日(水)～30日(木)	インターネットを利用したオンライン会場 (ZOOMを利用した研修)

※当研修は、受講決定時に指定された研修日程に限り受講することができます。

## 8 標準カリキュラム(概要)

科目	概要	時間数
1. 障害福祉の動向に関する講義(1時間)		
障害者福祉施策及び児童福祉施策の最新の動向(講義)	障害者福祉施策及び児童福祉施策の最新の動向について理解することで、利用者の置かれている制度的環境の変化を認識する。	60分
2. サービス提供の自己検証に関する演習(5時間)		
事業所としての自己検証(演習)	・グループワークを通じて、各自の事業所の取組状況や地域との連携の実践状況を共有することにより、コンプライアンスを理解し、今後の事業所としての取組を明確にする。グループワークの成果を発表し、各自まとめる。	90分
サービス管理責任者としての自己検証(演習)	・サービス管理責任者として自らを振り返り、自己覚知を促し、支援のあり方や地域との関わり方、今後の自らの取り組むべき研修課題を明確にする。グループワークにおける討議を通じて、各自まとめる。	120分
関係機関との連携(演習)	・関係機関と連携した事例に基づき、支援方針の基本的な方向性や支援内容を左右する事項に重点を置いてグループワークを展開することにより、関係機関との連携を理解するとともに、(自立支援)協議会の役割を再認識する。	90分
3. サービスの質の向上と人材育成のためのスーパービジョンに関する講義及び演習(7時間)		
サービス管理責任者としてのスーパービジョン(講義)	・サービス管理責任者として、事例検討のスーパービジョン及びサービス提供職員等へのスーパービジョンに関する基本的な理解を深める。	180分
事例検討のスーパービジョン(演習)	・事例を通じて、支援のあり方、支援方針、支援の内容を検討し、優良な点や改善が必要な点について、グループワークによって明確化することによってスキルアップを図る。また事例について、スーパーバイズを体験する。	60分

サービス提供職員等へのスーパービジョン（演習）	・事例を通じてサービス管理責任者等としてサービス提供職員等へ実施するスーパービジョンの構造や機能を理解し、具体的な技術を獲得する。	120分
研修のまとめ（演習）	・研修で得られた知識・技術を活用して、サービス管理責任者としてのスキルアップを図る方策について、グループワークにおける討議を通じてまとめを行う。	60分

## 9 受講申込

### (1) 受付期間

7月28日（金）から8月15日（火）まで

※締切り後の申込は一切受け付けません。

### (2) 申込方法

申込者は、受講希望者の所属機関（団体、法人、事業所等）となります。

愛知県社会福祉協議会ホームページの専用入力フォームから申し込み、必要書類をホームページからダウンロードして郵送してください（上記受付期間内必着）。

● ホームページ <http://www.aichi-fukushi.or.jp> にアクセスし、メニューの「研修のご案内」⇒「令和5年度愛知県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）のご案内」⇒と進み、入力フォームへ必要事項を入力してください。

● 次の書類を上記期間内に必ず郵送してください。

No.	提出書類	部数
1	サービス管理責任者研修（更新研修）修了証書写し 児童発達支援管理責任者研修（更新研修）修了証書写し （※該当のある研修のみ）	1部
2	実務経験証明書 （※HPからダウンロードしてご記入ください。原則、前回更新研修で修了されたサービス管理責任者研修、児童発達支援管理責任者研修または両方の修了証書が発行されます。）	1部

※記載内容を確認するため、研修事務局からご連絡することがありますので、提出書類や申込控えメールは、各事業所で必ず保管してください。

※申込内容に虚偽が認められた場合は、申込みを取り消します。

※定員超過により、受講できない場合がありますので予めご了承ください。

※当研修は、受講決定後に指定された研修日程を受講いただきますので、管理者におかれましては、ご配慮いただきますようお願いいたします。

## 10 受講決定

### (1) 決定方法

愛知県が定める「愛知県サービス管理責任者等研修（更新研修）選考基準」（別紙1）に基づく。

### (2) 決定時期と決定通知方法

9月上旬を目途に、受講の可否と受講指定日を申込者（団体、法人、事業所等）あて通知します。

### (3) 受講料

受講決定者には、受講決定通知に併せて、専用の振込用紙を送付します。受講料は、振込用紙に記載された期限までに必ずお支払いください。

## 11 修了証書の交付

次の要件をすべて満たした者は、修了者と認定し、修了証書（※）を交付します。

- (1) 指定された受講日程の全てを受講すること(オンライン受講者は安定したインターネット通信環境の確保により研修カリキュラムの全てを受講できること)。
- (2) 定められた期限までに課題を提出すること。
- (3) 受講態度が良好であること。遅刻、中抜け、早退、欠席、態度不良の場合、受講を取り消します。

**※申込時に提出された「実務経験証明書(受講要件を満たすもの)」に基づき、前回更新研修で修了されている研修の修了証書のみ交付します。追加の交付はできません。**

## 1.2 修了者名簿の管理

研修実施後は、研修修了者の名簿を整備し、愛知県に報告するとともに受講者所属事業所を所管する愛知県内の市町村に提供します。

## 1.3 受講申込にあたっての留意事項

- (1) 申込時は、申込内容を十分に確認し、お名前(漢字)、生年月日、郵便番号、住所等、お間違えの無いようご注意ください。特に、電子メールアドレスは、細心の注意を払って確実に登録し、受講者本人が速やかにメールを受信・閲覧できるものにしてください。
- (2) 当研修は、受講決定後に指定された研修日程を変更することはできません。事業所管理者におかれましては、追って決定された受講指定日にて確実に受講できるようご配慮願います。
- (3) 上記9(1)の受付期間後の申し込み及び受講希望者の変更はできません。職員の配置等に関し、受講予定者と十分に相談するとともに、事業所の運営を考慮したうえでお申し込みください。
- (4) 受講申込者は、所属法人・事業所の管理者とし、個人による申し込みは受け付けません。
- (5) 受講決定後、別に定める期限までに受講料のお支払いが確認できない場合は、受講を取り消します。
- (6) 入金いただいた受講料は、いかなる場合も返金いたしませんのでご了承ください。
- (7) この研修は、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者として従事することを目的とした研修であり、各事業所のサービス管理責任者等としての配置の適用を保障するものではありません。
- (8) 研修修了後の配置要件等については、事業所所管の指定都市、中核市担当課又は愛知県福祉局福祉部障害福祉課事業所指導第一グループ(別紙2)にご確認ください。

## 1.4 その他

- (1) 受講の決定は、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の実務や配置を証明するものではありません。
- (2) 研修当日、荒天による特別警戒警報、暴風警報が発令された場合は研修を中止することがあります。
- (3) オンライン受講に際しては、安定したインターネット接続環境や(有線または高速無線)、PC・ウェブカメラ・ウェブマイク等の、オンライン受講に必要な機器等を確実に整備してください。  
詳しくは、ZOOM システム要件 で検索してください。

## 1.5 提出書類の送付先・問合せ先

〒461-0011名古屋市東区白壁一丁目50番地  
愛知県社会福祉協議会福祉人材センター研修部

TEL (052) 212-5516 ・ FAX (052) 212-5518

(別紙1) 愛知県サービス管理責任者等研修(更新研修)受講者決定方法

(別紙2) 愛知県指定権者一覧

(別紙3) 受講申込の流れ

愛知県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）

受講者決定方法

愛知県サービス管理責任者等研修の受講決定については、受講対象者としての要件を満たす方で、下記の選考基準に基づき優先順位をつけ、受講決定を行う。

なお、選考について、事情を勘案する必要があると認められる場合は、愛知県と協議の上、決定する。

<選考基準>

基準Ⅰ：県内の事業所に配置の受講申込者を優先する。

基準Ⅱ：法人からの受講申込を基本とし、配置予定状況により次の優先順位で受講決定する。

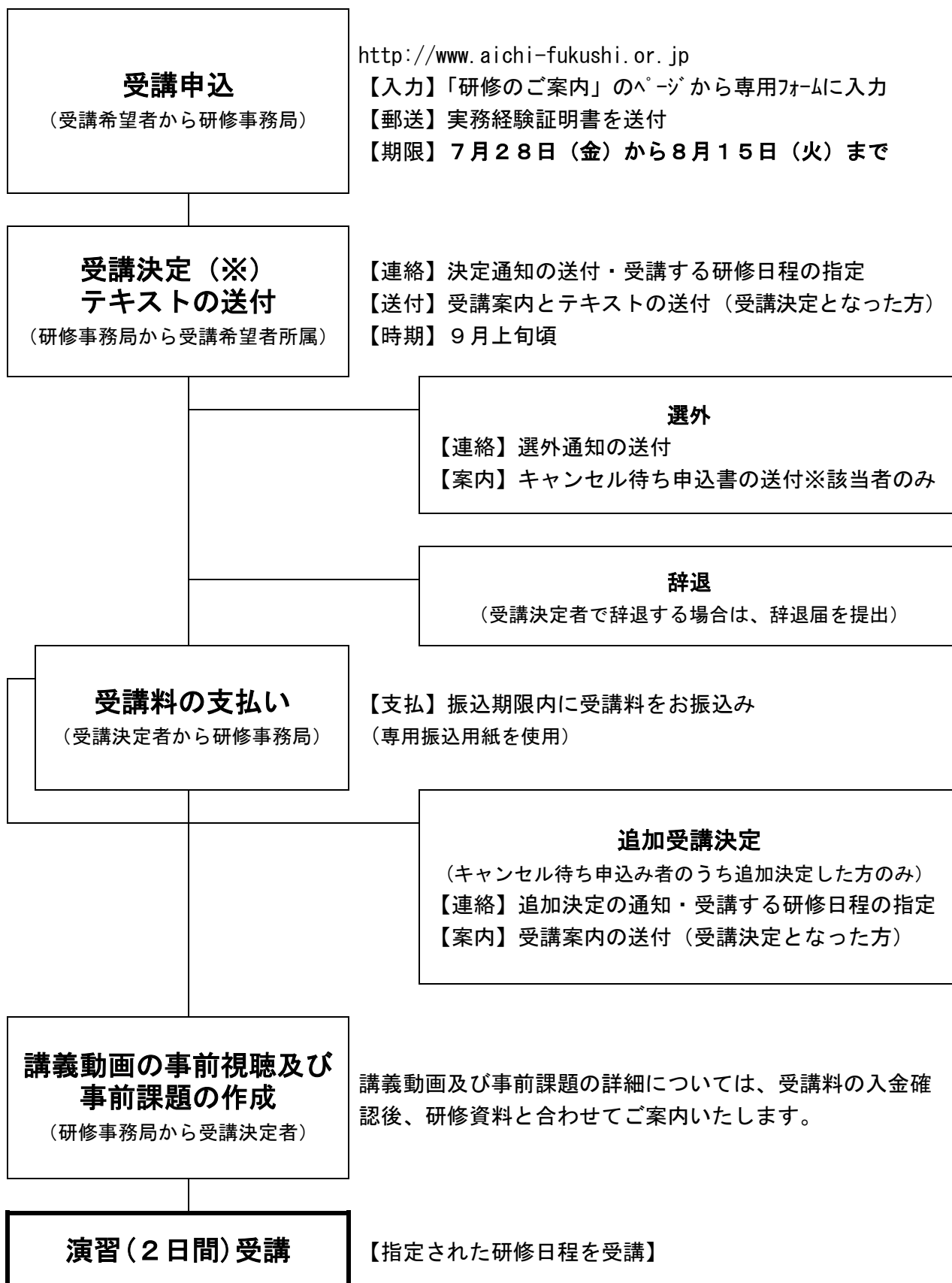
- ① 令和元年度にサービス管理責任者等研修（更新研修）を修了し、現にサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事している方。
- ② 令和元年度にサービス管理責任者等研修（更新研修）を修了し、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事しようとする方。
- ② 令和２年度にサービス管理責任者等研修（更新研修）を修了し、現にサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事している方。
- ③ 令和２年度にサービス管理責任者等研修（更新研修）を修了し、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事しようとする方。

※同じ要件内の順位については、原則申込み順とするが法人からの受講申込みの優先順位及び配置予定状況を勘案し、上位から順に受講決定を行う。

## 愛知県指定権者一覧

区分 \ 事業所所在地		名古屋市	豊橋市 岡崎市 一宮市 豊田市 大府市	その他の市町村
総合支援法	障害福祉サービス事業所	名古屋市 障害者支援課	市 障害福祉担当課	県障害福祉課
	指定一般相談			市町村 障害福祉担当課
	指定特定相談			
児童福祉法	障害児入所施設	名古屋市 子ども福祉課	市 障害福祉担当課	県障害福祉課
	障害児通所支援			市町村 障害福祉担当課
	障害児相談			

受講申込の流れ（サビ児管更新研修用）



(※) この研修は、受講決定後に指定された研修日程を受講していただきます。

# 学則

【別添1】

①法人・団体の名称	社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
②研修事業の名称	愛知県サービス管理責任者等研修（更新研修）
③開講目的	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法の適切かつ円滑な運用に資するため、サービス等の質の確保に必要な知識、技能を有するサービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の養成を図ることを目的とします。
④実施場所	愛知県内の会場
⑤研修期間	2日間及び講義動画のオンデマンド配信一か月
⑥研修カリキュラム	愛知県相談支援従事者等研修事業実施要領に基づく標準カリキュラムによる
⑦講師氏名	愛知県相談支援従事者等研修事業実施要領第13条の要件を満たす者
⑧研修修了の認定方法	1 研修の修了者は次に掲げる要件を全て満たす者とする (1) 研修の全日程を受講すること (2) 定められた期日までに課題を提出すること (3) 受講態度が良好であること 2 受講態度が著しく不良であり、講師等の指示に従わない受講者については、受講取消とし、修了証書の交付はしない
⑨開講時期	毎年1回 9月～11月頃
⑩受講資格	愛知県相談支援従事者等研修事業実施要領の別紙1「研修対象者（受講要件）」による
⑪定員	500人
⑫受講手続	愛知県社会福祉協議会ホームページより申込み後、必要書類を期日までに提出
⑬受講料及び支払い方法	（受講料：2日間 38,100円） 支払い方法：受講決定後、指定請求書による口座振込み 期日までに受講料の支払いがない場合は、受講取消とします。
⑭解約条件及び返金の有無	受講決定後、納付された受講料はいかなる理由があっても返金いたしません。
⑮受講者の個人情報の取扱い	受講申込者の申込情報及び研修修了者の名簿等個人情報は厳正に管理し、研修目的の範囲に限り使用します。研修修了者名簿を作成し、愛知県及び研修修了者の所属する事業所が所在する市町村（愛知県外の市町村を除く）に対し、研修修了者名簿を報告します。
⑯研修に関する連絡先	社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 福祉人材センター TEL (052) 212-5516
⑰その他	本研修は、社会福祉法人愛知県社会福祉協議会が愛知県からの指定を受け、愛知県が定める「愛知県愛知県相談支援従事者等研修事業実施要領」に基づいて実施するものです。



## サービス管理責任者等研修(更新研修)実務経験証明書 【 サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用 】

この証明書は、受講者を管理者として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください。  
(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

令和 年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

[証明者] 法人・施設又は事業所名

同 所在地

電話番号

FAX番号

代表者職・氏名

法人印  
代表者印

(記入担当者氏名 )

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 1 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(更新研修)修了証書記載研修名(該当箇所にレ点) <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者		
	サービス管理責任者等研修(更新研修) 修了年月日	令和 年 月 日	
3 実務経験 ※2	令和元年度以降に修了した更新研修後、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員又は管理者として2年以上の実務経験を満たした日		令和 年 月 日
	(令和5年9月24日時点において)事業所において、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として従事している場合又は従事予定の場合は右欄にレ点を記入してください。	<input type="checkbox"/>	

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳 ※更新研修の修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。

4 実務経験 期間内訳 (2年以上の サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、 相談支援専門員 又は管理者として の実務経験 ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3 従事内容
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		

※1 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課に確認してください。

なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。

※2 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。

## サービス管理責任者等研修(更新研修)実務経験証明書 【サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用】

この証明書は、受講者を管理者として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください。  
(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

この証明書は、受講者をサービス管理管理者等として配置予定の法人・事業所が作成してください。

令和 年 月 日

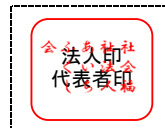
[証明者] 法人・施設又は事業所名 **社会福祉法人あいちふくし会**

同 所在地 **名古屋市東区白壁1番地50**

電話番号 **052-212-5516**

FAX番号 **052-212-5518**

代表者職・氏名 **会長 愛知 福祉**



(記入担当者氏名)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 1 氏 名	<b>フクシ タロウ</b> <b>福祉 太郎</b>	生年月日	<b>昭和 60 年 6 月 6 日生</b> 平成
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(更新研修)修了証書記載研修名(該当箇所にレ点) <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者		
	サービス管理責任者等研修(更新研修) 修了年月日	令和 元 年 12 月 25 日	
3 実務経験 ※2	令和元年度以降に修了した更新研修後、サービス管理責任者として2年以上の実務経験を満たした日 <b>令和5年9月24日時点の見込です。児童発達支援専門員又は管理責任者として2年以上の実務経験を満たした日</b>		令和 3 年 12 月 25 日
	(令和5年9月24日時点において)事業所において、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として従事している場合又は従事予定の場合は右欄にレ点を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/>	

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳 ※更新研修の修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。

4 実務経験 期間内訳 (2年以上の)	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3 従事内容
		<b>令和元 年 12 月 26 日</b> ~ <b>令和 3 年 12 月 25 日</b>	2 年 0 ヶ 月	<b>愛知社会福祉会</b> <b>ワークス愛社</b>
サービス管理責任者 支援相談 又は その他の 実務経験 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日	年 ヶ 月		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 ヶ 月		

過去に所属していた事業所の実務経験については、現事業所にて実務の内容を十分に確認された上でご記入ください。  
(※前事業所の実務経験証明書は必要ありません。)

※1 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課に確認してください。  
なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。  
※2 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。