千葉県サービス管理責任者等【実践研修】受講にかかる

個別支援計画（原案）作成業務に関する届出書

令和　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　様

法人所在地：

　　　　　法人名称：

代表者職・氏名：

千葉県サービス管理責任者等【実践研修】の受講にあ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②をいずれも満たしているため、届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 個別支援計画(原案)の作成  までの一連の業務(要件②)  に従事した施設・事業所 | 事業所番号： |
| 施設・事業所名： |
| サービス種別： |
| 個別支援計画(原案)の作成  までの一連の業務(要件②)  を含んだＯＪＴ期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日  計【　　　　年　　　　ヶ月】従事日数【　　　　日】  ※実践研修開始日の前日時点（予定も含む）まで。 |
| 備考 |  |

※上記の者が、上記事業所の「相談・直接支援の従業者」として、変更届等にて届出されている必要があります。

※ここでいう、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。

≪要件≫

➀　**基礎研修受講時に既に**サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の配置に係る**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。**

➁　障がい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従事**する。（個別支援計画作成の業務は、

十分な実施を担保する観点から、少なくとも概ね**計10回以上**行うことを基本とする。）

【具体的には以下のいずれかのとおり】

○ 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、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（※）を行う。

（※）利用者への面接の上アセスメントを実施し、個別支援計画の原案を作成し、サービス管理責任者が

開催する個別支援会議へ参加する等。

○ やむを得ない事由によりサービス管理責任等を欠いている事業所において、基礎研修修了者（▲）が、

サービス管理責任等とみなして従事し、個別支援計画作成の業務（厚労省QA問4参照）を行う。

○ 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、個別支援計画作成の業務（厚労省QA問4参照）を行う。

（▲）「サービス管理責任者等基礎研修」及び「相談支援従事者初任者研修」の両方を修了している者

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

この様式は、**実践研修の受講申込みまで**に届出してください。

≪留意事項≫

本届出書記載内容に相違がないことを確認するとともに、記載内容を証明する

資料を適切に保管し、指定担当部局から求めがあった場合には、速やかに確認

資料等を提出してください。

本届出書へ虚偽記載等の不正があった場合は、介護給付費等の返還や事業所の

指定取消の可能性があります。