

# 熊本県相談支援従事者研修事業者指定要領

## 第1 目的

この要領は、「相談支援従事者研修事業の実施について」（平成18年4月21日障発第0421001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別紙「相談支援従事者研修事業実施要綱」（以下「要綱」という。）9に基づき、熊本県知事（以下「知事」という。）がその指定を行う場合の取扱いについて定め、研修事業の円滑な実施を図ることを目的とする。

## 第2 指定に関する要件

知事は、指定を受けようとする者（以下「申請者」という。）の申請により、次に掲げる要件を満たすと認められる者について、指定を行うものとする。

### 1 事業実施者に関する要件

- (1) 研修事業の実施者は、事業を適正かつ円滑に実施するために必要な事務的能力及び事業の安定的運営に必要な財政基盤を有するものであること。
- (2) 研修事業の経理が他の経理と明確に区分され、会計帳簿、決算書類等研修事業の収支の状況を明らかにする書類が整備されていること。
- (3) 研修事業の実施者の事務所の所在地が熊本県内にあること。

### 2 事業内容に関する要件

- (1) 研修事業が、本要領に定める内容に従い、相談支援従事者初任者研修、相談支援従事者現任研修及び専門コース別研修をそれぞれ継続的に毎年1回以上実施されること。
- (2) 研修カリキュラムが、要綱（別表1～別表3）に定めるカリキュラムの内容以上のものであること。
- (3) 講義、演習を担当する講師について、職歴、資格、実務経験、学歴等に照らし、適切な人材が適当な人数確保されていること。

特に初任者研修及び現任研修の標準カリキュラムにおける演習を統括する者については、相当の経験を有する相談支援専門員を充てることを要件とする。

その他の講義、演習については、相談支援専門員の役割について相当の知見を有する者等を充てること。

- (4) 初任者研修における演習については、効果的に実施できる規模のグループに分け、1グループにつきファシリテーターを1人以上配置し実施すること。

なお、ファシリテーターについては、相談支援専門員の役割について相当の知見を有する者等を充てること。

- (5) 厚生労働省が実施する相談支援従事者指導者養成研修を受講する者の旅費を負担し、当該受講者を中心に研修内容の企画立案を行うこと。

### 3 研修受講者に関する要件

- (1) 研修受講者に研修内容等を明示するため、少なくとも次に掲げる事項を明らかに

した学則等を定め、これを公開すること。

- ① 開講目的
  - ② 研修事業の名称
  - ③ 実施場所
  - ④ 研修期間
  - ⑤ 研修カリキュラム
  - ⑥ 講師氏名
  - ⑦ 研修修了の認定方法
  - ⑧ 開講時期
  - ⑨ 受講資格
  - ⑩ 受講手続（募集要領等）
  - ⑪ 受講料等
- (2) 受講者申込方法及び受講者決定方法については、知事と協議すること。
- (3) 研修への出席状況等研修受講者に関する状況を確実に把握し、保存すること。
- (4) 相談支援従事者初任者研修を修了した者には、別紙1による修了証書を交付すること。
- (5) 相談支援従事者現任研修を修了した者には、別紙2による修了証書を交付すること。
- (6) 相談支援従事者初任者研修のうち、「1, 障害児者の地域支援と相談支援従事者（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者）の役割に関する講義」、「2, 相談支援におけるケアマネジメントの手法に関する講義」及び「3, 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及び児童福祉法の概要並びにサービス提供のプロセスに関する講義」を受講した者には、別紙3による修了証書を交付すること。
- (7) 専門コース別研修を修了した者には、別紙4による修了証書を交付すること。

#### 4 その他の要件

- (1) 研修事業の実施者は、事業運営上知り得た受講申込者等に係る秘密の保持について、十分留意すること。
- (2) 研修事業の実施者は、研修受講者が演習等において知り得た個人の秘密の保持について、受講者が十分に留意するよう指導すること。

### 第3 指定申請手続等

- 1 申請者は、次に掲げる事項を記載した相談支援従事者研修事業者指定申請書（様式第1号）を、受講者募集を開始する日の1か月前までに、知事に提出すること。
  - (1) 申請者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所）
  - (2) 研修事業の名称及び実施場所
  - (3) 事業開始予定年月日
  - (4) 学則等

- (5) カリキュラム
- (6) 講義及び演習を行う講師の氏名、履歴、担当科目及び専任兼任の別
- (7) 研修修了の認定方法
- (8) 事業開始年度及び次年度における研修事業に係る収支予算の細目
- (9) 申請者の資産状況
- (10) その他指定に関し知事が必要であると認める事項

2 申請者が法人であるときは、申請書に定款、寄付行為その他の規約を添付すること。

#### 第4 指定内容変更の届出

研修事業の指定を受けた者（以下「指定研修事業者」という。）は、申請内容に変更を加える場合には、知事に対し、変更する日の2週間前までに、相談支援従事者研修変更届出書（様式第2号）により、変更の内容、変更時期及び変更理由を知事に届け出るものとし、第3の1（5）から（7）の事項に変更を加える場合にあっては、変更について知事の承認を受けなければならない。

#### 第5 実施計画書の提出

指定研修事業者は、知事に対し、毎年度、募集を開始する日の2週間前までに、相談支援従事者研修事業実施計画書（様式第3号）及び次に掲げる書類を提出すること。

- (1) 募集要項
- (2) 研修カリキュラム
- (3) 研修日程表
- (4) 当該年度における研修事業に係る収支予算の細目

#### 第6 実績報告書の提出

指定研修事業者は、知事に対し、研修事業終了後2か月以内に、相談支援従事者研修事業実績報告書（様式第4号）及び次に掲げる書類を提出すること。

- (1) 相談支援従事者研修事業修了者名簿（様式第5号）
- (2) 当該年度における研修事業に係る収支決算書

#### 第7 廃止の届出

指定研修事業者は、研修事業を廃止しようとする場合には、知事に対し、廃止しようとする日の前年度の9月末までに、相談支援従事者研修事業廃止届出書（様式第6号）を提出し、指定の取消しを受けなければならない。

#### 第8 調査及び指導

- 1 知事は、研修事業の実施等に関して必要があると認められるときは、指定研修事業者に対して、研修事業の実施状況等について報告及び書類の提出を求めることができる。また、必要に応じて指定研修事業者に対し出頭を求め、関係者に対して質問することができる。

- 2 知事は、必要があると認められるときは、指定研修事業者の事務所及び研修実施場所等において実地調査を行うことができる。
- 3 知事は、1及び2に定める調査等により適正を欠くと認めるときは、指定研修事業者に対して改善指導を行うことができる。また、改善が認められるまで研修事業の中止を命ずることができる。

#### 第9 指定の取消し

- 1 知事は、指定研修事業者が次のいずれかに該当するときは、指定を取消すことができる。
  - (1) 第2に掲げる要件に適合しなくなったとき。
  - (2) 指定申請又は実績報告等において、虚偽の申請又は報告を行ったとき。
  - (3) 研修事業の実施に関し、不正な行為があったとき。
  - (4) 第8に定める調査等に応じないとき又は改善指導に従わないとき。
  - (5) その他、研修事業を適正に実施する能力が欠けると認められるとき。
- 2 知事は、前項に定める指定の取消しを行う場合においては、あらかじめ書面をもって当該指定研修事業者に通知するものとする。

#### 第10 聴聞の機会

知事は、第8の3に定める研修事業の中止を命ずる場合及び第9に定める指定の取消しを行う場合においては、当該指定研修事業者に対して聴聞を行うものとする。

#### 第11 書類の保存

指定研修事業者は、研修事業に関する書類について、研修事業の終了の翌年度から起算して各号に定める期間保存しなければならない。

- (1) 研修修了者名簿 永年
- (2) 受講者の研修への出席状況、事業に係る収入、支出の書類 5年間

#### 附 則

この要領は平成25年4月25日から施行する。

この要領は令和2年3月17日から施行する。

この要領は令和3年3月11日から施行する。

(別紙1)

第 号

# 修了証書

氏名

生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が熊本県知事の指定を受けて行う 年度 相談支援  
従事者初任者研修を修了したことを証します。

年 月 日

(指定された事業者名)

代表 ○ ○ ○ ○

次に現任研修を修了すべき期日  
年 月 日

(別紙2)

第 号

# 修了証書

氏名

生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が熊本県知事の指定を受けて行う 年度 相談支援  
従事者現任研修を修了したことを証します。

年 月 日

(指定された事業者名)

代表 ○ ○ ○ ○

次に現任研修を修了すべき期日  
年 月 日

# 修了証書

氏名

生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が熊本県知事の指定を受けて行う 年度 相談支援従事者初任者研修のうち、次の課目を修了したことを証します。

- 1, 障害児者の地域支援と相談支援従事者（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者）の役割に関する講義
- 2, 相談支援におけるケアマネジメントの手法に関する講義
- 3, 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及び児童福祉法の概要並びにサービス提供のプロセスに関する講義

年 月 日

(指定された事業者名)

代表 ○ ○ ○ ○

(別紙4)

第 号

# 修了証書

氏名

生年月日

あなたは、厚生労働省が定めるところにより当該研修事業者が熊本県知事の指定を受けて行う 年度 相談支援  
従事者専門コース別研修を修了したことを証します。

年 月 日

(指定された事業者名)

代表 ○ ○ ○ ○



(様式第1号)

## 相談支援従事者研修 事業者指定申請書

年 月 日

熊本県知事 様

申請者	法人の主たる 事務所の所在地	〒		
	法人名称及び 代表者職氏名			
	T E L			
	F A X			

研修事業者の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所の 名称等	名 称				
	所 在 地	〒			
	連 絡 先	TEL		FAX	
研 修 事 業 の 名 称					
事業開始予定年月日					
募集開始予定年月日					
備 考					

(様式第2号)

## 相談支援従事者研修 変更届出書

年 月 日

熊本県知事 様

事業者	法人の主たる 事務所の所在地	〒
	法人名称及び 代表者職氏名	
	T     E     L	
	F     A     X	

指定を受けた研修事業について、次のとおり変更したいので届け出ます。

事業所	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先	T E L		F A X	
研修事業の名称					
変 更 事 項					
変 更 内 容	変更前		変更後		
変 更 年 月 日	年 月 日				
変 更 理 由					
備 考					

注 必要に応じ、変更内容がわかる書類を添付してください。

(様式第3号)

## 相談支援従事者研修 事業実施計画書

年 月 日

熊本県知事 様

事業者	法人の主たる 事務所の所在地	〒
	法人名称及び 代表者職氏名	
	T E L	
	F A X	

次のとおり、年度の研修事業の実施計画を届け出ます。

事業所	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先	TEL		F A X	
研修事業の名称					
研修実施年月日		年 月 日から 年 月 日まで			
実施場所	講 義				
	演 習				
募集関係	募 集 期 間				
	募 集 対 象 者				
	募 集 人 員				
受 講 料					
使用テキスト					
備 考					

注 「受講料」欄は、税込みの額を記載し、テキスト代の込・別を明記してください。

〔添付書類〕

- (1) 募集要項
- (2) 研修カリキュラム
- (3) 研修日程表
- (4) 当該年度における研修事業に係る収支予算の細目

(様式第4号)

## 相談支援従事者研修 事業実績報告書

年 月 日

熊本県知事 様

事業者	法人の主たる 事務所の所在地	〒		
	法人名称及び 代表者職氏名			
	T E L			
	F A X			

次のとおり、 年度の研修事業を実施しましたので、報告します。

事業所	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先	T E L		F A X	
研修事業の名称					
研修実施年月日					
実 施 場 所					
修 了 者 数					
備 考					

[添付書類] ※いずれも原本証明をして提出してください。

- 1 修了者名簿 (様式第5号)
- 2 事業実施年度における研修事業に係る収支決算書

相談支援従事者初任者研修 修了者等名簿

整理番号	修了証書等番号	区分(※)	氏名	フリガナ	生年月日	勤務先			修了年月日	備考
						名称	〒	住所		

※区分欄には、「7日」、「2日」のいずれかを記載すること。

相談支援従事者現任研修 修了者等名簿

整理番号	修了証書番号	区分(※)	氏名	フリガナ	生年月日	勤務先			修了年月日	備考
						名称	〒	住所		

※区分欄には、「4日」、「1日」のいずれかを記載すること。

相談支援従事者専門コース別研修 修了者等名簿

整理番号	修了証書番号	区分(※)	氏名	フリガナ	生年月日	勤務先			修了年月日	備考
						名称	〒	住所		

※区分欄には、「1 (障害児支援)」「2 (権利擁護・成年後見制度)」「3 (地域移行・定着、触法)」「4 (セルフマネジメント)」「5 (スーパービジョン・管理・面接技術)」「6 (意思決定支援)」のいずれかを記載すること。

(様式第6号)

## 相談支援従事者研修 事業廃止届出書

年 月 日

熊本県知事 様

事業者	法人の主たる 事務所の所在地	〒
	法人名称及び 代表者職氏名	
	T      E      L	
	F      A      X	

指定を受けた研修事業について、廃止したいので、次のとおり届け出ます。

事業所	名 称				
	所 在 地				
	連 絡 先	TEL			FAX
研修事業の 名称					
廃 止 す る 年 月 日		年	月	日	
廃 止 す る 理 由					