

佐賀県相談支援従事者研修事業実施要綱

(目的)

第1条 地域の障害者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得すること及び困難事例に対する支援方法について助言を受けるなど、日常の相談支援業務の検証を行うことにより相談支援に従事する者の資質の向上を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、佐賀県とする。ただし、公正で中立的な事業者に事業を委託することができる。

2 前項のほか、知事が指定した研修事業者（以下「指定研修事業者」という。）が実施主体となることができる。

(実施内容)

第3条 実施する研修は、次のとおりとする。

- (1) 相談支援従事者初任者研修
- (2) 相談支援従事者現任研修
- (3) 専門コース別研修

(相談支援従事者初任者研修)

第4条 前条第1号の受講対象者は、相談支援事業に従事しようとする者、指定障害福祉サービス事業所においてサービス管理責任者又は障害児支援事業所において児童発達支援管理責任者として配置しようとする者とする。

2 前条第1号の研修内容は、「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日付け障発第0421001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別紙「相談支援従事者研修事業実施要綱」（以下「国要綱」という。）別表1に定める研修カリキュラムを基準とし、佐賀県相談支援従事者研修企画・検討委員会で決定したものとする。

(相談支援従事者現任研修)

第5条 第3条第2号の受講対象者は、同条第1号の研修を修了し、指定特定相談支援事業所等において相談支援業務に従事しており、一定の経験を有する者とする。具体的には、初回の現任研修では、過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験があること、2回目以降の現任研修では、過去5

年間に2年以上の相談支援の実務経験があること又は現に相談支援業務に従事していることを研修の受講要件とする。

なお、令和2年4月1日前5年間において、相談支援従事者現任研修、主任相談支援専門員研修又は相談支援従事者初任者研修を修了した者は、初回受講時については、上記の要件を求めないこととする。

- 2 第3条第2号の研修内容は、国要綱別表2に定める研修カリキュラムを基準とし、佐賀県相談支援従事者研修企画・検討委員会で決定したものとする。

(専門コース別研修)

第6条 第3条第3号の受講対象者は、前条第1項に規定する者を基本とし、相談支援従事者としてのスキルアップを目指す者とする。

- 2 第3条第3号の研修内容は、国要綱別表3に定める研修カリキュラムを基準とし、佐賀県相談支援従事者研修企画・検討委員会で決定したものとする。

(修了証書の交付)

第7条 知事は、第3条各号の研修修了者に対して、別紙1の様式により修了証書を交付するものとする。修了証書には、次に相談支援従事者現任研修を修了すべき期日を記載するものとする。

- 2 指定研修事業者は、第3条各号の研修修了者に対して、別紙2の様式により修了証書を交付するものとする。修了証書には、次に相談支援従事者現任研修を修了すべき期日を記載するものとする。

(修了者名簿の管理)

第8条 指定研修事業者は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等必要事項を記載した名簿を作成し、個人情報として十分な注意を払った上で管理するとともに、作成後遅滞なく知事に提出するものとする。

- 2 知事は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等必要事項を記載した名簿を作成するとともに、指定研修事業者から提出された名簿と併せて、個人情報として十分な注意を払った上で県の責任において一元的に管理するものとする。

(研修参加費用)

第9条 第3条各号の研修を受講しようとする者は、資料等に係る実費相当

部分、研修会場までの旅費等について負担するものとする。

附 則

この要綱は、平成24年6月29日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

第 号

修了証書

氏名

生年月日

あなたは 年度佐賀県相談支援
従事者初任者研修を修了したことを
証します

年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義

次に現任研修を修了すべき期日

年 月 日

第 号

修了証書

(サービス管理責任者要件研修)

氏 名

生年月日

あなたは 年度佐賀県相談支援
従事者初任者研修(講習2日分)を
修了したことを証します

年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義

第 号

修了証書

氏名

生年月日

あなたは 年度佐賀県相談支援
従事者現任研修を修了したことを
証します

年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義

次に現任研修を修了すべき期日

年 月 日

第 号

修了証書

氏名

生年月日

あなたは 年度佐賀県専門コース別
研修(○○○○○)を修了したことを
証します

年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義

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
当該研修事業者が佐賀県知事の指定を受けて
行う 年度佐賀県相談支援従事者
初任者研修を修了したことを証します

年 月 日

(指定された事業所名)

代 表 ○ ○ ○ ○

次に現任研修を修了すべき期日

年 月 日

第 号

修了証書

(サービス管理責任者要件研修)

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
当該研修事業者が佐賀県知事の指定を受けて
行う 年度佐賀県相談支援従事者
初任者研修(講習2日分)を修了したことを
証します

年 月 日

(指定された事業所名)

代 表 ○ ○ ○ ○

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
当該研修事業者が佐賀県知事の指定を受けて
行う 年度佐賀県相談支援従事者
現任研修を修了したことを証します

年 月 日

(指定された事業所名)

代 表 ○ ○ ○ ○

次に現任研修を修了すべき期日

年 月 日

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
当該研修事業者が佐賀県知事の指定を受けて
行う 年度佐賀県専門コース別研修
(○○○○○○) を修了したことを証します

年 月 日

(指定された事業所名)

代 表 ○ ○ ○ ○