大阪府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

各指定担当部局　様

（届出者）

法人所在地：

法人名称：

代表者職・氏名：

連絡先：

大阪府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： |
| 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】（実践研修開始日の前日時点（**予定も含む**）まで） |
| 備考 |  |

※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等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。また、個別支援計画の作成の業務については、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）・サービス管理責任等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務（※１）を行う。・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、サービス管理責任等とみなして従事し、個別支援計画の作成の一連の業務（厚労省QA参照）を行う。（※１）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。 |

この様式は、**実践研修の受講申込みまで**に各指定担当部局へ届出してください。

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

≪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

指定取消となる場合があります。