

令和 5 年 10 月 5 日

## 基礎研修修了後における児童発達支援管理責任者の OJT 開始の届出について

平素より大変お世話になっております。児童発達支援管理責任者実践研修の受講要件につきまして、「現行制度上、実践研修の受講にあたって必要な実務経験(OJT)については、基礎研修修了後「2年以上」の期間としており、これを原則として維持しつつ、一定の要件を充足した場合には、例外的に「6月以上」の期間で受講を可能とする。」となっております。一定の要件は下記のとおりですが、OJT 開始につきましては、世田谷区へ届出の提出をお願いいたします。

### 記

#### 1 一定の要件

- (1) 基礎研修受講日時時点で児童発達支援管理責任者の実務要件を満たしている
- (2) 基礎研修修了後の OJT について、個別支援計画作成の一連の業務を行う
- (3) 個別支援計画作成の一連の業務を行うことについて、指定権者に届出を行っている

#### 2 OJT 開始の届出方法

##### (1) 提出書類

変更届出書（第 2 号様式）、実務経験証明書、基礎研修修了証、勤務形態一覧表

##### (2) 変更届出書（第 2 号様式）及び勤務形態一覧表の記載例

別紙のとおり

##### (3) 提出期限

受講予定の児童発達支援管理責任者実践研修の申込期限まで

※令和 5 年度東京都サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者実践研修受講予定の方は速やかに世田谷区に届出を行ってください。

以上

【別紙】

1 変更届出書 (第2号様式)

**変 更 届 出 書**

令和      年      月      日

世田谷区長 あて

住 所  
事 業 者 (所在地)  
(施設の設置者) 氏 名  
(名称及び代表者氏名) 印

児童福祉法の規定により指定を受けた内容を次のとおり変更しましたので届け出ます。

| 事業所番号                               |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| 名称                                  |                               |
| 所在地                                 |                               |
| 支援の種類                               |                               |
| 変更があった事項                            | 変更の内容                         |
| 1 事業所(施設)の名称                        | (変更前)                         |
| 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)                |                               |
| 3 申請者(設置者)の名称                       |                               |
| 4 主たる事務所の所在地                        |                               |
| 5 代表者の氏名及び住所                        |                               |
| 6 登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)  |                               |
| 7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること         |                               |
| 8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要                | (変更後)                         |
| 9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所                | 児童指導員 東京太郎 (OJT開始 令和5年9月1日から) |
| 10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所       |                               |
| 11 主たる対象者                           |                               |
| 12 運営規程                             |                               |
| 13 障害児(入所・通所)給付費の請求に関する事項           |                               |
| 14 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 |                               |
| 変更年月日                               | 令和5年10月1日                     |

変更後に対象者の職種、氏名、OJT 開始時期を明記してください。

変更年月日は申請日と同一で差し支えございません。

2 勤務形態一覧表

| 職種    | 勤務形態  | 氏名                   | 資格証の提出有無 | 基準・加配職員 | 福祉専門職加算(資格) | 強度行動障害支援者養成研修(重度訪問介護、行動援護の研修含む) | 専門的支援加算(資格取得後5年以上の実務経験) | 育児介護時短届出日 | 第1週  |      |      |      |      |   |   |
|-------|-------|----------------------|----------|---------|-------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|------|------|------|------|------|---|---|
|       |       |                      |          |         |             |                                 |                         |           | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6 | 7 |
|       |       |                      |          |         |             |                                 |                         |           | 月    | 火    | 水    | 木    | 金    | 土 | 日 |
| 児童指導員 | 常勤・専従 | 東京 太郎<br>(児発管OJT期間中) | ○        | 基準      |             |                                 |                         |           | 8.00 | 8.00 | 8.00 | 8.00 | 8.00 |   |   |

氏名の下に「児発管 OJT 期間中」と明記してください。