|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【様式２】  実務経験証明書  （OJT期間６月以上用）  令和　　　　年　　　　月　　　　日  （施設又は事業所の所在地及び名称）  （代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話（　　　　　　　）　　　　　　　　－   |  |  | | --- | --- | | 受講者氏名 | （　　　　　　年　　　月　　　日生） |   上記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 施設又は事業所名 |  | | | | | | | 施設又は事業所名の  所在地 | 〒 | | | | | | | 業　　務　　期　　間（OJT期間を含む）  ※１ | 見込期間なし　・　見込期間あり　　（いずれかに〇）　　※２ | | | | | | | 令和 | 年　　　月　　　日～ | | 令和 | 年　　　月　　　日 | 勤務期間  　　　　　　　年　　　　　か月 | | ※上記の期間中、実際に業務に従事した日数　　　　（　　　　　　　日間） | | | | | | | 業務内容 | 従事した職種 | |  | | | | | 業務内容 | | 相談業務　　・　　直接支援業務　　（いずれかに〇） | | | | | 業務内容（具体的に記載） | |  | | | | | 施設・事業所の種別 | |  | | | | | OJT開始日  OJT終了日 | 開始日：令和　　年　　月　　日（※基礎研修修了日以降の日）  終了日：令和　　年　　月　　日 | | | | | | | OJT内容  ※裏面の「業務内容の詳細」を踏まえ該当の内容にチェックを入れる | ☐基礎研修修了者（Ⓐ、Ⓑ、Ⓒ’の全て） | | | | | | | ☐やむを得ない事由による措置としてサービス管理責任者等とみなして配置されている（Ⓐ、Ⓑ、Ⓒ、Ⓓ、Ⓔの全て） | | | | | | | ☐前々年度末までに実務経験者が基礎研修修了者となり経過措置対象者としてサービス管理責任者等とみなして配置されている場合（Ⓐ、Ⓑ、Ⓒ、Ⓓ、Ⓔの全て） | | | | | | | OJT期間中に作成に携わった個別支援計画数 | 延べ　　　人分 | | | | | | |

（記入上の注意事項）

　※１　**実務経験及び日数換算について**

　　・「**１年以上の実務経験」**とは、「業務に従事した」期間が１年以上であり、かつ、実際に従事した日数が１年あたり１８０日以上あることをいう。

　　・「**業務に従事した」**とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと（休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。）をいう。

　※２　**見込期間なし・見込み期間ありについて**

　　（１）申込み時点において実務要件を満たす者　⇒　**見込期間なし**

　　（２）申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす

見込みがある者　⇒　**見込期間あり**

・見込み期間ありに〇をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

　※３　**業務内容（相談業務・直接支援業務）について**

　　・該当するものに〇をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなし

で配置されている場合は、「直接支援業務」に〇をつけてください。

　※４　**業務内容（具体的に記述）について**

　　・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、**支援の対象者（障害児者等）を明記**したうえで具体的に記載してください。（例：「障害のある児童への支援を実施」等）

（ＯＪＴ内容）

|  |
| --- |
| 業務内容の詳細 |
| Ⓐ　利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。（基準省令第58条第２～３項等参照） |
| Ⓑ　アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。（基準省令第58条第４項等参照） |
| Ⓒ　個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。（基準省令第58条第５項等、解釈通知第四の３(7)②ア等参照） |
| Ⓒ’サービス管理責任者等が開催したⒸの会議に参加する |
| Ⓓ　上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。（基準省令第58条第６項等、解釈通知第四の３(7)②イ、ウ等参照） |
| Ⓔ　定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント（モニタリング）を行い、少なくとも６月に１回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。（基準省令第58条第８項等、解釈通知第四の３(7)②エ等参照） |

　　※Ⓐ～Ⓓは個別支援計画見直しの際も行います