

## 相談支援専門員の要件となる実務経験等

下記の①～④のうち、どれかに該当する者

\* A～Eの期間が重複する場合は、いずれかの期間のみを算定します。

① Aの期間が3年以上ある者

② Bの期間とCの期間が通算して5年以上ある者

③ Dの期間が通算して10年以上ある者

④ Bの期間とCの期間とDの期間が通算して3年以上かつEの期間が5年以上ある者

| 業務の範囲        |                                           | 従事内容                                                                                                                                         |                                                                                                                                | 実務経験年数                                         |
|--------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 相談支援業務       | A                                         | ア                                                                                                                                            | 平成18年10月1日に現に障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業、精神障害者地域生活支援センターの従事者である者で、平成18年9月30日までに当該相談支援業務に従事した期間                           | 3年以上                                           |
|              | B                                         | ア                                                                                                                                            | 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者                                                                                          | 5年以上                                           |
|              |                                           | イ                                                                                                                                            | 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所等の従事者                                                                         |                                                |
|              |                                           | ウ                                                                                                                                            | 障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設の従事者                                                                              |                                                |
|              |                                           | エ                                                                                                                                            | 保健医療機関の従事者のうち下記1～4の資格を有している者<br>1 社会福祉主事任用資格者<br>2 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了を修了した者<br>3 Eに掲げる資格を有する者<br>4 Bのア～ウに掲げる従業者である期間が1年以上である者 |                                                |
|              |                                           | オ                                                                                                                                            | 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センターにおいて相談支援の業務の従事者                                                                                        |                                                |
|              | カ                                         | 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務の従事者                                                                                     |                                                                                                                                |                                                |
| 直接支援業務       | I                                         | 障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床に係る施設の従事者                                                                                                        | 5年以上                                                                                                                           |                                                |
|              | II                                        | 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業の従事者                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                |
|              | III                                       | 保健医療機関又は保健薬局、訪問看護事業所の従事者                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                |
|              | C                                         | 上記Ⅰ～Ⅲに掲げる施設において、直接支援業務並びにその指導に当たっている者のうち下記1～5の資格を有している者                                                                                      |                                                                                                                                |                                                |
|              |                                           | 1、社会福祉主事任用資格者                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                |
|              |                                           | 2、相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うための必要な知識及び技術を修得したと認められる者                                                                               |                                                                                                                                |                                                |
|              |                                           | 3、保育士                                                                                                                                        |                                                                                                                                |                                                |
| 4、児童指導員任用資格者 |                                           |                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                |
| D            | 5、精神障害者社会復帰指導員任用資格者                       |                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                |
|              | 上記Ⅰ～Ⅲに掲げる施設において、Cの1～5の資格に該当せず直接支援業務に当たった者 |                                                                                                                                              |                                                                                                                                | 10年以上                                          |
| 国家資格該当者      | E                                         | ここで言う国家資格とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む）、精神保健福祉士を指す。 |                                                                                                                                | 上記B～Dに従事した期間が通算して3年以上で、かつ国家資格による業務に従事した期間が5年以上 |

ここで、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、実際に業務に従事した日数が1年当たり180日以上であることを言うものとする。

【実務経験についての問合せ先】

◆京都府内事業所の場合…事業所所在地の市町村障害福祉担当課及び保健所福祉課

◆京都市内事業所の場合…京都市障害保健福祉推進室（TEL：075-222-4161）

◎本資料は、「指定障害児相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成24年3月30日厚生労働省告示第225号）」、「指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成24年3月30日厚生労働省告示第226号）」、「指定計画相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成24年3月30日厚生労働省告示第227号）」における実務経験を概略化し、見やすくした参考資料です。相談支援に係る事業所の指定に関する実務経験等の詳細については、事業所所在地の市町村障害福祉担当課及び保健所福祉課又は京都市障害保健福祉推進室までお問い合わせください。