

千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修事業実施要綱

(目 的)

第 1 条 この要綱は、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（以下「事業所」という。）の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定される者に対し、認知症介護実践者等養成事業の実施について（平成 18 年 3 月 31 日老発第 0331010 号）及び認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について（老計発第 0331007 号）に定めるもののほか、適切なサービスの提供に関する知識等を習得させるための研修を実施するために必要な事項を定める。

(実施主体)

第 2 条 この事業の実施主体は千葉県（以下「県」という。）とする。

なお、研修の実施については、知事が適当と認める機関に委託して実施することができるものとする。

(関係機関との連携)

第 3 条 県は、事業の実施にあたり、市町村、健康福祉センター、事業所等関係機関と十分連携を保ち、円滑な事業の運営が図れるよう努めることとする。

(事業内容)

第 4 条 事業の内容は以下のとおりとする。

(1) 研修対象者

事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定される者のうち、知事が適当と認める者とする。

(2) 実施内容

研修対象者に対して、利用者及び事業の特性を踏まえた指定居宅サービス若しくは指定介護予防サービス等の利用に係る計画又は小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護計画若しくは介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成するために必要な知識及び技術を習得するための研修を実施する。

(3) 受講の申込み及び決定

ア 受講希望者は、事業所が所在する市町村の長に千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申請書（様式 1）を提出するものとする。

イ 受講者の申出を受けた市町村の長は、受講希望者を精査し、優先順位を付して取りまとめの上、千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講対象者について（様式 2）を知事に提出する。

ただし、事業所の新規開設を予定する事業者からの受講希望があった場合は、市町村の長が当該事業所の開設申請内容等を十分に審査した上で選定し、必

要と認める場合は、推薦書（様式 3）を添付するものとする。

ウ 知事は、市町村の長からの申請に基づき適当と認められる者を研修生として決定し、千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修・研修生名簿（様式 4）に登録する。

エ 知事は、研修生を決定したときは、市町村の長に対し千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講者の決定について（様式 5）により通知するものとする。

（4）修了証書の交付

知事は、所定の課程を修了した研修生に対し、修了証書（様式 6）を交付するものとする。

（5）受講状況の通知

知事は、各研修生の受講状況について、事業者を指定する市町村の長に対し千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講状況について（様式 7）により通知するものとする。

（6）費 用

研修生は、原則として研修の実施に必要な費用のうち、教材等に係る実費相当分について負担するものとする。

（7）研修修了証明書

高齢者福祉課長は、修了証の紛失等により、交付申請書（様式 8）を提出した研修生に対し、修了証明書（様式 9）を交付するものとする。

附 則

この要綱は平成 18 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 22 年 3 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 24 年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 26 年 5 月 15 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 6 月 22 日から施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 5 月 13 日から施行する。

附 則

この要綱は令和元年 5 月 9 日から施行する。

附 則

この要綱は令和元年 9 月 3 日から施行する。

(様式1)

年 月 日

市町村の長 様

申請者所在地

法人名

代表者名

印

年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

受講申請書

事業所所在地	
事業所名	
電話番号	
FAX番号	

以下の者について千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名 (生年月日)	性別 年齢	職 種	備 考
(年 月 日)	男・女 歳		
住 所 〒			
事業所あて受講決定通知の送付先所在地 〒			

(様式2)

年 月 日

千葉県知事 様

市 町 村 の 長

千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講対象者について

このことについて、下記のとおり 年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講希望者を優先順位を付けて推薦します。
なお、別紙のとおり千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申請書（写）を添付します。

	法 人 名	受講希望者名	受講希望者役職名	優先順位
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(様式3)

年 月 日

千葉県知事 様

市 町 村 の 長

推 薦 書

下記の者について、下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい 研修	年度第 回			研修
推 薦 す る 者	氏 名			
	事業所名	住所	:	
		電話	:	
		F A X	:	
	経験年数			
	既に受講し た研修		受講年次	
			(年)	
		(年)		
		(年)		
研修を受講する ことにより 基準を満たす 職名	☐ 開設者 ☐ 計画作成担当者			

(様式4)

年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修・
研修生名簿

研修生 番号	事業所名	氏 名 (生年月日)	役職名	性 別
		()		男・女
		()		男・女
		()		男・女
		()		男・女
		()		男・女

(様式5)

第 号
年 月 日

市町村の長 様

千葉県知事

年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の
受講者の決定について（通知）

このことについて、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

研修生番号	氏 名	研修期間	備 考

(様式6)

第 号

修了証書

氏 名

生 年 月 日

あなたは厚生労働省の定める

研修を修了したことを証します

年 月 日

千葉県知事

(様式7)

第 号
年 月 日

市町村の長 様

千葉県知事

年度第 回千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講状況について（通知）

このことについて、下記のとおり受講状況を通知します。

記

研修生番号	氏 名	研修期間	研修結果

(様式8)

研修修了証明書交付申請書

年 月 日

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長 様

住 所

氏 名

㊞

生 年 月 日

修 了 研 修 名

修了証書交付番号

修 了 年 月 日

上記のとおり「千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修事業実施要綱」に基づく、千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了したことを証明願います。

修了証明書を交付する理由

(様式9)

修了証明書

- 1 氏 名
- 2 生 年 月 日 年 月 日
- 3 修了証書交付番号 第 号
- 4 修了証書交付年月日 年 月 日
- 5 研 修 実 施 者 千葉県

上記の者は、「千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修事業実施要綱」に基づく、千葉県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了したことを証明します。

年 月 日

千葉県健康福祉部高齢者福祉課長