

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修事業実施要綱

1 目的

単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という。）第42条第1項に規定する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）、共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定基準第45条第1項に規定する共用型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号。以下「指定予防基準」という。）第5条第1項に規定する単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）、共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所（指定予防基準第8条第1項に規定する共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所（以下「事業所等」という。）の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していく上で必要な「指定基準等の正しい理解」「職員の労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの必要な知識・技術を身につけることを目的とする。

2 実施主体

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、知事が適当と認めた機関に委託して実施するものとする。

3 関係機関との連携

県は、事業の実施にあたりその円滑な運営を図るため、市町村、保健所、千葉県精神保健福祉センター、認知症疾患医療センター、その他関係機関との連携に努めることとする。

4 事業内容

(1) 研修対象者

千葉県内（千葉市を除く。）に所在地を有する事業所等の管理者又は管理者になることが予定される者。

(2) 実施内容

研修は次の2課程とする。

研修区分	目的	研修時間
認知症介護実践者研修	認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、地域の認知症ケアの質向上に関与することができるようになること	講義・演習 24時間、 実習：課題 設定4時間、 職場実習4週間、 実習のまとめ3時間
認知症対応型サービス事業管理者研修	事業所等を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得すること	講義・演習 10時間

(3) 受講の申し込み及び決定

ア 受講希望者は、事業所等の長に受講を希望する旨申し出るものとする。

イ 受講希望者の申し出を受けた事業所等の長は、千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書（第1号様式（以下「申請書」という。））を知事又は市町村の長に提出するものとする。

ウ イにより事業所等の長から提出を受けた市町村の長は、受講希望者を精査し、優先順位を付けて取りまとめた上で、第2号様式により知事に申請書一式を提出するものとする。ただし、以下の場合において、市町村の長が特段の配慮が必要と認めた受講希望者については、第3号様式により知事に申請書一式を提出するものとする。

- ・ 一部の指定地域密着型サービス事業所又は指定地域密着型介護予防サービス事業所は指定基準において受講が義務付けられていることから、本研修を受講することにより、指定基準等を満たす事業所がある場合については、当該事業所の状況を精査した上で、事業所から推薦された者の受講が必要と認めた場合

エ 知事は、事業所等の長及び市町村の長からの提出に基づき適当と認められる者を研修生として決定し、研修生名簿（第4号様式）に登録し、実施機関に通知するものとする。

オ 知事は、受講者を決定したときは、市町村の長及び受講希望者の所属する事業所等の長へ第5号様式又は第6号様式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（第7号様式）を交付するものとする。

(5) 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、教材等にかかる実費相当分について負担するものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成18年5月15日から施行する。なお、本要綱の施行に伴い「千葉県認知症高齢者グループホーム管理者研修事業実施要綱」を廃止する。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年4月20日から施行する。
- 2 この要綱は、平成24年4月6日から施行する。
- 3 この要綱は、平成28年4月14日から施行する。
- 4 この要綱は、令和4年 2月14日から施行する。
- 5 この要綱は、令和7年 4月 1日から施行する。

(第1号様式)

様

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修 受講申請書

研修回数	年度第 回	
ふりがな	生年月日	
氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳	
保有資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 保有資格無 (基礎研修修了年月 年 月)	
職 種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成者 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> その他 ()	身体介護業務 通算経験年数 年
実践者研修 修了の有無	<input type="checkbox"/> 有 (年度修了) → 認知症介護実践者研修修了証の写し添付 ※いずれかに○ (研修の一部免除を希望 します・しません) <input type="checkbox"/> 無	
勤務先	法人名	
	施設・事業所名	
	所在地 (送付先)	〒 千葉県
	電話番号	FAX番号
連絡先	事務担当者名	電話番号
	メールアドレス	
	<input type="checkbox"/> 地域密着型 (介護予防) サービス事業所 (いずれかに○) (通所・認知症対応型通所・小多機・グループホーム・看多機・その他) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()	
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 管理者を変更するため ※就任日又は予定日 年 月 <input type="checkbox"/> 地域密着型 (介護予防) サービス事業所を新規開設するため ※事業所の新規開設予定日 年 月 <input type="checkbox"/> 認知症実践リーダー研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 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希望するため <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため <input type="checkbox"/> 自分のスキルアップのため <input type="checkbox"/> 受けるように薦められたため <input type="checkbox"/> 施設・事業所で加算を取得するため <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記の者を、千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の受講希望者として、申請します。		
施設・事業所長名		

(第2号様式)

年 月 日

千葉県知事様

(市町村の長)

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書の提出について

標記の研修について、受講希望者の所属する事業所の長から申請があり、審査の結果、下記受講希望者が適切と認められますので、優先順位を付けて、申請書類一式を添えて提出します。

研修次数	年度	
優先順位	受講希望者	事業所名
1		
2		
3		
4		
5		

(注意事項)

- ・第3号様式により推薦する者以外に優先順位を付けて、一覧を作成し、提出してください。
- ・必要に応じて、行を追加・削除しても構いません。

(第3号様式)

年 月 日

千葉県知事様

(市町村の長)

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の推薦について

標記の研修について、受講希望者の所属する事業所の長から申請があり、審査の結果、下記の者に受講させたいので、申請書類一式を添えて提出します。

研修回数	年度		
番号	推薦する者	研修修了により基準を満たす職名	
1		<input type="checkbox"/>	管理者
2		<input type="checkbox"/>	管理者
3		<input type="checkbox"/>	管理者
4		<input type="checkbox"/>	管理者
5		<input type="checkbox"/>	管理者

(注意事項)

- ・第2号様式により記載した者以外について、一覧を作成し、提出してください。
- ・必要に応じて、行を追加・削除しても構いません。

(第4号様式)

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修研修生名簿

[illegible]

(第5号様式)

第 号

年 月 日

(市町村の長) 様

千葉県知事

(公印省略)

年度千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の
受講者の決定について (通知)

貴(市町村)から申請のあった標記の件について、別紙のとおり受講の可否を決定しましたので通知します。

なお、受講申請をした事業所に対しては、別途通知していますので、貴(市町村)からの通知は不要です。

(別紙)

受講希望者	受講決定状況 (受講決定者に○、 受講不可は空欄)	市町村名

(第6号様式)

第 号
年 月 日

受講申込事業所の長 様

千葉県知事
(公印省略)

年度千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の
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	研修の 一部免除
		(職場実習： ～)	

(第7号様式)

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（ ※ ）を修了したことを証します。

年 月 日

千葉県知事

※には「認知症介護実践研修（実践者研修）」又は「認知症対応型サービス事業管理者研修」を記入する。