

千葉県認知症対応型サービス事業開設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者、指定認知症対応型共同生活介護事業者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者（以下「事業者」という）の代表者に対し、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、事業所の管理・運営に必要な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

事業者の代表者であって、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、認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービスの運営に必要な知識を習得するための研修を実施する。

(3) 実習施設

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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所及び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」という）であって、知事が適切に研修を行うことができると認めるものとする。

(4) 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認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書（様式1）を提出するものとする。

イ 受講希望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、千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講対

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、千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修・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認知症対応型サービス事業開設者研修受講者の決定について（様式 5）を通知するものとする。

（5）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。

（6）受講状況の通知

知事は、各研修生の受講状況について、事業所を開設する市町村の長に対し千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者の受講状況について（様式 7）を通知するものとする。

（7）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。

（8）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。

（研修修了者とみなす者について）

第 5 条 「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及び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に規定する厚生労働大臣が定める者及び研修」に規定する研修について（平成 24 年 3 月 16 日老高発 0316 第 2 号、老振発 0316 第 2 号、老老発 0316 第 6 号）により既に「認知症対応型サービス事業開設者研修」を修了しているものとみなす者は、次に掲げる通知に基づき実施した、実践者研修・実践リーダー研修・認知症高齢者グループホーム管理者研修・基礎課程・専門課程・認知症介護指導者研修・認知症高齢者グループホーム開設予定者研修の修了者とする。

（1）「痴呆介護研修事業の実施について」（平成 12 年 9 月 5 日老発第 623 号厚生省老人保健福祉局長通知）及び「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成 12 年 10 月 25 日老計第 43 号厚生省老人保健福祉局計画課長通知）

（2）「認知症介護研修等事業の実施について」（平成 17 年 5 月 13 日老発第 0513001 号厚生労働省老健局長通知）及び「認知症介護研修等事業の円滑な

運営について」(平成 17 年 5 月 13 日老計発第 0513001 号厚生労働省老健局計画課長通知)

(3) 「介護予防・地域支え合い事業の実施について」(平成 13 年 5 月 25 日老発第 213 号厚生労働省老健局長通知)

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 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書

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認知症対応型サービス事業開設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

千葉県認知症対応型サービス事業開設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 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講希望者を優先順位を付して推薦します。

なお、別紙のとおり千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書（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 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修・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 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者の決定
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 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者の
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

印

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「千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修事業実施要綱」に基づく、千葉県認知症対応型サービス事業開設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、「千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修事業実施要綱」に基づく、千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修（平成 27 年度までは千葉県認知症介護サービス事業開設者研修）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