

様式 1

年 月 日

千葉県知事様

申請者所在地
申請者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者指定申請書

介護保険法施行令第4条第1項第9号の規定に基づき、指定を受けたいので申請します。

記

1. 講習の名称及び課程
2. 事業所の所在地

添付書類

- (1) 申請者の定款、寄附行為その他の規約
- (2) 運営規程
- (3) 収支予算書及び向こう2年間の事業計画及び財政計画
- (4) 事業計画表及び各講習ごとの日程表
- (5) 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
- (6) 各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書（講師本人の署名捺印のあるものに限る）
- (7) 講習会場の会場名、所在地、平面図、借用の場合は使用承諾書等
- (8) 申請者の前年度の収支状況及び資産状況
- (9) 申請者の事業概要、組織概要
- (10) 受講料との設定方法及び改定方法
- (11) 募集案内等受講希望者に提示する書類
- (12) 修了証明書の様式

参考様式 1

講習課程（ ）

科目	目的	到達目標	内容
1 福祉用具と福祉用具専門相談員の役割			
福祉用具の役割 【講義】 (○時間)	・福祉用具の定義と、高齢者等の暮らしを支える上で果たす役割を理解する。	・福祉用具の定義について、介護予防と自立支援の考え方を踏まえて概説できる。 ・○○○○○○○○○○○○○○○○	○福祉用具の定義と種類 ・介護保険制度や障害者総合支援制度等における福祉用具の定義と種類 ※福祉用具の対象種目については、最新の情報を踏まえた講義内容とする。 ○○○○○ ・○○○○○○○○○○○○○○○○
福祉用具専門相談員の役割と職業倫理 【講義】 (○時間)	・介護保険制度における福祉用具専門相談員の位置付けと役割を理解し、高齢者等を支援する専門職であることを認識する。 ・○○○○○○○○○○	・福祉用具による支援の手順に沿って、福祉用具専門相談員の役割を列举できる。 ・○○○○○○○○○○○○○○○○	○介護保険制度における福祉用具専門相談員の位置付けと役割 ○○○○○ ・○○○○○○○○○○○○○○○○
2 介護保険制度等に関する基礎知識			
介護保険制度等の考え方と仕組み 【講義】 (○時間)	・介護保険制度等の目的と、基本的な仕組みを理解する。 ・○○○○○○○○○○	・介護保険制度等の理念、給付や認定の方法及び介護サービスの種類・内容を列举できる。 ・○○○○○○○○○○○○○○○○	○介護保険制度等の目的と仕組み ・介護保険法の理念（尊厳の保持、自立支援、利用者選択と自己決定等） ・○○○○○○○○○○○○○○○○
介護サービスにおける視点	・介護サービスを提供するに当たって基本となる視点を修得する。	・利用者の人権と尊厳を保持した関わりを持つ上で配慮すべき点を列举できる。	○人権と尊厳の保持 ・プライバシー保護、ノーマライゼーション、クオリティオブライフ（QOL） ○○○○○

【講義】 (○時間)	・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
3 高齢者と介護・医療に関する基礎知識			
からだ こころの 理解 【講義】 (○時間)	・ 高齢者等の心身の特徴 と日常生活上の留意点 を理解する。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ 加齢に伴う心身機能の変化の特徴 を列挙できる。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ 加齢に伴う心身機能の変化の特徴 ・ 身体機能の変化の特徴（筋・骨・関節の変化、認知機能の変化、体温維持機能の 変化、防衛反応の低下、廃用症候群等） ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
リハビリ テーショ ン 【講義】 (○時間)	・ リハビリテーションの 考え方を理解する。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ リハビリテーションの考え方と内 容を概説できる。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ リハビリテーションの基礎知識 ・ リハビリテーションの考え方と内容 ・ ○
高 齢 者 の 日 常 生 活 の理解 【講義】 (○時間)	・ 高齢者等の日常生活の 個別性や家族との関係 など、生活全般を捉える 視点を修得する。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ 日常生活には個別性があることを 理解し、生活リズム、生活歴、ラ イフスタイル、家族や地域の役割 等を列挙できる。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ 日常生活について ・ 生活リズム、生活歴、ライフスタイル、家族や地域の役割等 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
介護技術 【講義・演 習】 (○時間)	・ 日常生活動作ごとの介 護の意味と手順を踏ま え、福祉用具の選定・ 適合に当たって着目す べき動作のポイントを 理解する。	・ 日常生活動作（ADL）に関連する 介護の意味と手順について列挙 できる。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ 日常生活動作（ADL）（※）における基本的な介護技術 ・ 介護を要する利用者の状態像 ・ 日常生活動作に関連する介護の意味と手順、その際に用いる福祉用具 ※ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
住 環 境 と 住 宅 改 修 【講義・演 習】	・ 高齢者の住まいにおけ る課題や住環境の整備 の考え方を理解する。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ 高齢者の住まいの課題を列挙でき る。 ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ 高齢者の住まい ・ 住宅構造・間取り・設備の種類等の高齢者の住まいにおける課題 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ・ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

(○時間)			
4 個別の福祉用具に関する知識・技術			
福祉用具 の特徴 【講義・演習】 (○時間)	- 福祉用具の種類、機能及び構造を理解する。 ○○○○○○○○○	- 福祉用具の種類、機能及び構造を概説できる。 ○○○○○○○○○○○○○○○	○福祉用具の種類、機能及び構造 ※○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○
福祉用具 の活用 【講義・演習】 (○時間)	- 福祉用具の基本的な選定・適合技術を修得する。 ○○○○○○○○○	- 各福祉用具の選定・適合を行うことができる。 ○○○○○○○○○○○○○○○	○各福祉用具の選定・適合技術 - 福祉用具の選定・適合の視点と実施方法 ○○○○○○○○○○○○○○○
福祉用具 の安全利用とリスクマネジメント 【講義・演習】 (○時間)	- 福祉用具を安全に利用する上で必要となるリスクマネジメントの重要性を理解する。 ○○○○○○○○○	- 福祉用具利用のリスクマネジメントについて理解し、事故防止の取組や事故発生時の対応について概説できる。 ○○○○○○○○○○○○○○○	○福祉用具利用安全に関わる情報収集の重要性と具体的方法 - 消費生活用製品安全法における重大事故の報告義務 ○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○
5 福祉用具に係るサービスの仕組みと利用の支援に関する知識及び支援に関する総合演習			
福祉用具 の供給とサービスの仕組み 【講義】 (○時間)	- 福祉用具の供給やサービスの流れ、及びサービス提供を行う上での留意点について理解する。 ○○○○○○○○○	- 福祉用具の供給やサービスの流れと各段階の内容を列举できる。 ○○○○○○○○○○○○○○○	○福祉用具の供給やサービスの流れ - 介護保険法における福祉用具サービスの内容（貸与・特定福祉用具販売） ○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○
福祉用具	福祉用具による支援の	福祉用具による支援の手順と福祉	○福祉用具による支援とPDCAサイクルに基づく手順の考え方

による支援プロセスの理解・福祉用具貸与計画等の作成と活用【講義・演習】 (○時間)	手順と福祉用具貸与計画等の位置付けを理解する。 ・○○○○○○○○○	用具貸与計画等の位置付けについて概説できる。 ・○○○○○○○○○○○○○○○	・アセスメント、利用目標の設定、選定、福祉用具貸与計画等の作成・交付、適合・使用方法の説明、モニタリングと記録の交付 ・○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○ ・○○○○○○○○○○○○○○○
--	---------------------------------------	--	---

参考様式 2

講師履歴

年 月 日現在

氏 名				性 別	男・女
生年月日	年 月 日			年 齢	歳
自宅住所・電話番号	電話番号				
勤務先住所・電話番号	電話番号				
担当科目				専任・兼任の別	
	担当科目を選択した理由 (特に、資格、職歴、現職と関連させて、 詳細に記入すること。)			専任・兼任	
担当科目に 関連する資格	(年 月取得；資格番号等)				
	(年 月取得；資格番号等)				
	(年 月取得；資格番号等)				
担当科目に 関連する職歴	等学 の校 教・員 専・門 講学 師校	学 校 名	担 当 科 目	就 業 期 間	
				年 月 ～ 年 月	
				年 月 ～ 年 月	
				年 月 ～ 年 月	
	そ の 他	勤 務 先	業 務 内 容	就 業 期 間	
				年 月 ～ 年 月	
				年 月 ～ 年 月	
				年 月 ～ 年 月	
現 職					
上記について相違ないことを証明します。 年 月 日 代表者職氏名					

- (注) 1 各講師毎に作成すること。
 2 学校・専門学校等の教員の「担当科目」欄については、今回の担当科目との
 関連が分かるようにして記載してすること。

参考様式 3

収支予算書

〇〇年度分

(単位：円)

収 支	金 額	算 出 内 訳	備 考
収 入	00, 000, 000		
受 講 料	00, 000, 000	@00, 000円×00人×00回	
支 出	00, 000, 000		
テキスト代	000, 000	@0, 000円×00人×00回	
講師謝金	000, 000	@0, 000円×00時間×00回	
会場借料	000, 000	@000, 000円×00回	
・ ・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・ ・	
・ ・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・ ・	
・ ・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・ ・	
差し引き収支	000, 000		

様式2

高指令第 号

法人所在地
法人名
代表者名

年 月 日付けで申請のあった事業者については、介護保険法施行令第4条
第1項第9号の規定に基づく福祉用具専門相談員指定講習を行う事業者として指定する。

講習の名称及び課程

指定期間 年 月 日～ 年 月 日まで

事業所所在地

年 月 日

千葉県知事

様式3

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者事業計画書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者の講習について、下記のとおり実施しますので、年度事業計画書を提出します。

記

1. 実施予定回数 回
2. 予定修了者数 名

添付書類

- (1) 運営規程
- (2) 収支予算書及び向こう2年間の事業計画及び財政計画
- (3) 事業計画表及び各講習ごとの日程表
- (4) 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
- (5) 各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書（講師本人の署名のあるものに限る）
- (6) 講習会場の会場名、所在地、平面図、借用の場合は使用承諾書等
- (7) 指定事業者の前年度の収支状況及び資産状況
- (8) 指定事業者の事業概要、組織概要
- (9) 受講料との設定方法及び改定方法
- (10) 募集案内等受講希望者に提示する書類
- (11) 修了証明書の様式

様式4

年 月 日

講習実施場所を管轄する都道府県知事 様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者実施届

年 月 日付け高指令第 号により千葉県知事から指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者の講習について、下記のとおり実施しますので報告します。

記

1. 講習の名称及び課程
2. 事業所の所在地

添付書類

- (1) 運営規程
- (2) 講習会場の会場名、所在地、平面図
- (3) 講習の日程表

様式 5

年 月 日

千葉県知事様

申請者所在地
申請者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者指定更新申請書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員
指定講習事業者について、指定期間満了後も引き続き指定を受けたいので、介護保険法施
行令第4条第1項第9号の規定に基づき、下記のとおり関係資料を添付の上申請します。
記

1. 講習の名称及び課程
2. 事業所の所在地

添付書類

- (1) 申請者の定款、寄附行為その他の規約
- (2) 運営規程
- (3) 収支予算書及び向こう2年間の事業計画及び財政計画
- (4) 事業計画表及び各講習ごとの日程表
- (5) 講師の氏名、履歴及び担当科目並びに専任又は兼任の別
- (6) 各講師の保有する資格等の証明書及び当該講師の承諾書（講師本人の
署名捺印のあるものに限る）
- (7) 講習会場の会場名、所在地、平面図、借用の場合は使用承諾書等
- (8) 申請者の前年度の収支状況及び資産状況
- (9) 申請者の事業概要、組織概要
- (10) 受講料との設定方法及び改定方法
- (11) 募集案内等受講希望者に提示する書類
- (12) 修了証明書の様式

様式6

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者変更届出書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者について、変更事項がありましたので関係書類を添えて届け出ます。
記

1 変更の内容

変更前	変更後

2 変更の理由

3 変更の時期

年 月 日

4 添付資料

様式7

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者廃止届出書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者について、下記のとおり指定講習事業者の廃止をしたいので届け出ます。

記

1. 講習の名称及び課程
2. 廃止年月日
3. 廃止理由

様式8

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者休止届出書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者について、下記のとおり指定講習事業者の休止をしたいので届け出ます。

記

1. 講習の名称及び課程

2. 休止年月日

3. 休止理由

4. 休止予定期間 年 月 日 ～ 年 月 日

様式9

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者再開届出書

年 月 日付け高指令第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者について、下記のとおり指定講習事業者の再開をしたいので届け出ます。
記

1. 講習の名称及び課程
2. 再開年月日
3. 添付書類

様式 10

第 号	修了証明書	氏 名 年 月 日生	介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）	第四条第一項第九号に掲げる講習の課程を修了	したことを証明する。	福祉用具専門相談員指定講習事業者名 印 年 月 日
--------	-------	---------------	------------------------	-----------------------	------------	------------------------------

様式 10 の 2

第 号	修了証明書（携帯用）	氏 名 年 月 日生	介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）	第四条第一項第九号に掲げる講習の課程を修了	したことを証明する。	福祉用具専門相談員指定講習事業者名 印 年 月 日
--------	------------	---------------	------------------------	-----------------------	------------	------------------------------

様式11

年 月 日

千葉県知事様

事業者所在地
事業者名
代表者名
連絡先

福祉用具専門相談員指定講習事業者事業報告書

年 月 日付け高第 号により指定を受けた福祉用具専門相談員指定講習事業者について、年度の講習の実施結果及び修了者について下記のとおり報告します。
記

- 1 講習の名称及び課程
- 2 講習期間、受講者数及び修了者数

講習期間	講習会場	受講者数	修了者数
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			

- 3 添付資料
 - (1) 受講者の出席名簿
 - (2) 福祉用具専門相談員指定講習修了者名簿
 - (3) 講習課程
 - (4) 講習会時間割表
 - (5) 担当講師一覧
 - (6) 収支決算書