

相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、「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号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。)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」(平成18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「課長通知」という。)に定めるもののほか、両通知に基づき実施する認知症介護基礎研修及び認知症介護実践研修(以下「研修」という。)の実施主体として市長が指定する法人(以下「研修実施機関」という。)の指定手続きその他必要な事項を定める。

(指定の申請)

第2条 研修実施機関の指定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、認知症介護研修事業実施機関指定申請書(第1号様式)に次に掲げる書類を添付して、原則として、指定を希望する日の30日前までに市長に提出しなければならない。

(1) 法人の概要、研修の実績等

ア 現に運営している事業等の概要

イ 指定申請をする研修と種類及び規模をほぼ同じくする研修の実績が分かる書類

ウ 定款又は寄附行為及び登記事項証明書(3か月以内のもの)

エ 直近3期分の決算書(設立後3期分の決算書が存在しない法人にあっては、存在する期分。申請を行う年度内に設立された法人にあっては、予算書)

オ その他法人の概要が分かる資料

(2) 修了証書の様式

(3) その他市長が必要と認める書類

2 申請者は、前項の申請をするときは、初回に実施する研修事業について第8条に定める認知症介護研修事業計画書(第2号様式、以下「研修事業計画書」という。)に必要書類を添付し、前項の申請書と併せて市長に提出しなければならない。

(指定の要件)

第3条 研修実施機関の指定に係る要件は、局長通知及び課長通知に定めるもののほか、次の各号の全てを満たすこととする。

(1) 第5条に規定する指定の期間において、研修を適正かつ円滑に実施するために必要な研修企画能力及び研修の安定的運営に必要な財政基盤を有する法人であること。

(2) 過去2か年間に都道府県又は指定都市において、当該研修と種類及び規模をほぼ同じくする研修を実施した実績があること。

(3) 毎年度継続的に研修を実施する能力があること。

(指定の決定)

第4条 市長は、第2条の指定の申請があったときは、前条の要件に基づき審査を行う。

2 市長は、申請内容が指定要件を満たすと認める場合は、研修実施機関としての指定を行い、認知症介護研修事業実施機関指定通知書(第3号様式)により申請者に通知するものとする。

3 市長は、指定をしない決定をしたときは、申請者に対し、認知症介護研修事業実施機関不指定通知書(第4号様式)により通知するものとする。

(指定の期間)

第5条 研修実施機関の指定の期間は、指定の日から6年とする。

(指定の更新)

第6条 指定の更新を受けようとする者は、原則として、前条の期間の満了の日の30日前までに認知症介護研修事業実施機関更新申請書(第5号様式)に第2条第1項各号に掲げる書類を添付して、市長に申請しなければならない。

2 市長は、申請内容が第3条に規定する指定要件を満たすと認める場合は、研修実施機関としての指定更新を行い、認知症介護研修事業実施機関指定更新通知書(第6号様式)により申請者に通知するものとする。

3 市長は、指定更新をしない決定をしたときは、申請者に対し、認知症介護研修事業実施機関指定不更新通知書(第7号様式)により通知するものとする。

4 指定の更新に伴う指定の期間は、従前の指定の期間の満了の日の翌日から6年とする。

(研修の実施に係る要件)

第7条 研修実施機関は、次の要件に基づき、研修を実施しなければならない。

(1) 研修の受講者は現に市内の施設・事業所において勤務している者とする。ただし、定員に余裕がある場合はこの限りでない。

- (2) 原則として、市内を会場とし、研修受講者が通いやすい場所となるよう配慮すること。ただし、認知症介護基礎研修については、原則としてeラーニングにより実施すること。
- (3) 研修時間及び研修カリキュラムについては、課長通知に示す標準的な研修時間及び研修カリキュラムと同等程度のものとするよう努めること。
- (4) 研修開催時期及び日程については、現に市内の施設・事業所に勤務している者が受講しやすいものとなるよう配慮すること。
- (5) 研修のあり方や研修カリキュラム等について、市の認知症介護指導者養成研修修了者等と情報交換を行うなど、研修の質の確保に努めること。

(事業計画書の提出)

第8条 研修実施機関は、研修事業を実施する場合は、原則として、受講者の募集を開始する日の30日前までに、研修事業計画書に次に携げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

(1) 事業実施要綱

開講目的、研修の名称・課程、実施場所、研修期間、受講対象者、受講に要する費用、使用するテキスト名、募集案内の方法等

(2) 研修日程表

実施の日時、科目名、担当講師職氏名等

(3) 講師の氏名・担当科目及び履歴に関する書類

(4) 研修カリキュラム

(5) 研修に係る収支予算書

2 市長は、前項の規定により提出を受けた研修事業計画書について、円滑な研修の実施、研修の質の確保その他について実施が不相当であると認めるときは、計画の変更又は中止を指示することができる。

3 第1項に基づく研修事業計画書の提出について、第2条第2項の規定により研修事業計画書を提出している場合は、これを省略することができる。

(受講者の募集等)

第9条 研修実施機関は、研修の募集時に、当該研修の受講を希望する者に対して、次の事項を公開し、研修内容等を明らかにしなければならない。

(1) 開講目的

(2) 研修の名称、課程

- (3) 実施場所
- (4) 研修期間
- (5) 研修カリキュラム
- (6) 講師氏名
- (7) 研修修了の認定方法
- (8) 受講資格
- (9) 受講手続(募集要項等)
- (10) 受講料、実習費等
- (11) 使用テキスト等
- (12) その他研修実施に関し必要な事項
(研修事業の変更の届出)

第10条 研修実施機関は、研修事業の内容を変更する場合は、あらかじめ認知症介護研修事業変更届(第8号様式)に関係書類を添付して市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定により提出を受けた研修事業変更届について、円滑な研修の実施、研修の質の確保その他について実施が不相当であると認めるときは、計画の変更又は中止を指示することができる。
(研修事業の休止又は中止の申請)

第11条 研修実施機関は、研修事業を休止又は中止する場合は、あらかじめ認知症介護研修事業休止・中止申出書(第9号様式)を市長に提出し、承認を得なければならない。
(指定内容の変更の届出)

第12条 研修実施機関は、次の事項について変更が生じた場合は、遅滞なく、認知症介護研修事業実施機関指定変更届(第10号様式)に関係書類を添付して市長に提出しなければならない。
(1) 法人の名称、所在地又は代表者
(2) その他、研修の実施に関し重大な影響があると認められる事項
(指定廃止の申請)

第13条 研修実施機関は、指定の廃止を申し出る場合は、認知症介護研修事業実施機関指定廃止申出書(第11号様式)を市長に提出し、承認を得なければならない。

(指定の取消)

第14条 市長は、次のいずれかに該当するときは、第4条の規定に基づく指定又は第6条の規定に基づく指定更新を取り消すことができる。

- (1) 第2条又は第6条に規定する申請の内容に虚偽の事実があったとき
- (2) 第3条に規定する要件を満たさない状態に至ったとき
- (3) 第8条第2項又は第10条第2項に規定する指示に従わないとき
- (4) 正当な理由がなく、1年以上市内で研修を実施しないとき
- (5) 研修事業の実施内容が局長通知、課長通知及びこの要綱のその他の規定に違反するとき

(修了の認定及び修了証書の交付)

第15条 研修実施機関は、研修の全カリキュラムを修了した者を研修修了者として認定する。

2 研修実施機関は、研修修了者に対し、修了証書(第12号様式)を交付する。ただし、修了証書は、課長通知別紙2(1)に定める記載項目を満たすことで、第12号様式に代えることができる。

(修了者名簿)

第16条 研修実施機関は、研修修了者について研修の課程、修了証書番号(受講者IDのある場合は受講者IDを含む)、修了年月日、氏名及び生年月日その他必要事項を記載した認知症介護研修事業修了者名簿(第13号様式、以下「修了者名簿」という。)を作成し、適正な方法をもって管理しなければならない。

(実績報告書等の提出)

第17条 研修実施機関は、研修期間の終了後2か月以内に認知症介護研修事業報告書(第14号様式)に修了者名簿及び研修に係る収支報告書を添付して、市長に提出しなければならない。

(留意事項)

第18条 研修実施機関は、事業運営上知り得た受講者に係る個人情報の保護について、十分に留意しなければならない。

- 2 研修実施機関は、受講者が実習において知り得た個人情報の保護について、十分に留意するように受講者を指導しなければならない。
- 3 研修実施機関は、市長が当該研修事業に関する情報の提供その他必要な指示を行った場合には、当該指示に従わなければならない。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年3月1日から施行する。

第1号様式

認知症介護研修事業実施機関指定申請書

年 月 日

相模原市長 あて

申請者
(所在地)

(法人名)
(代表者名)

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修 〕 実施機関の指定を受けたいので、相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱第2条の規定に基づき申請します。

・指定を希望する日 年 月 日

添付書類

- 1 法人の概要、研修の実績等
 - (1) 現に運営している事業等の概要
 - (2) 指定申請をする研修等の実績が分かる書類
 - (3) 定款又は寄附行為及び登記事項証明書（3か月以内のもの）
 - (4) 直近3期分の決算書（設立後3期分の決算書が存在しない法人にあっては、存在する期分。申請を行う年度内に設立された法人にあっては、予算書）
 - (5) その他法人の概要が分かる資料
- 2 修了証書の様式
- 3 その他指定に関し必要があると認める事項

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

認知症介護研修事業計画書

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

〔認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修〕 事業について、次のとおり事業計画書を提出します。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 研修実施期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

添付書類

1 事業実施要綱

開講目的、研修の名称・課程、実施場所、研修期間、受講対象者、受講に要する費用、使用するテキスト名、募集案内の方法等

2 研修日程表

実施の日時、科目名、担当講師職氏名等

3 講師の氏名・担当科目及び履歴に関する書類

4 研修カリキュラム

5 研修に係る収支予算書

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

第3号様式

認知症介護研修事業実施機関指定通知書

相模原市指令（ ）第 号

法 人 名
代 表 者 名
所 在 地
事業所の所在地

年 月 日に提出があった指定申請について、認知症介護実践者等養成事業実施要綱（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱に基づく研修を行う機関として指定しましたので通知します。

【指定の有効期間】 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

相模原市長

印

第4号様式

認知症介護研修事業実施機関不指定通知書

相模原市指令（ ）第 号

法 人 名
代 表 者 名
所 在 地
事業所の所在地

年 月 日に提出があった指定申請について、認知症介護実践者等養成事業実施要綱（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱に基づく研修を行う機関として不指定としましたので通知します。

【不指定とする理由】

- ・ のため

年 月 日

相模原市長

印

第5号様式

認知症介護研修事業実施機関指定更新申請書

年 月 日

相模原市長 あて

申請者
(所在地)

(法人名)
(代表者名)

〔認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修〕

実施機関の指定更新を受けたいので、次のとおり申請
します。

- 1 研修の名称
- 2 研修の課程

添付書類

- 1 指定期間における研修の実績が分かる書類
- 2 法人の概要、研修の実績等
 - (1) 現に運営している事業等の概要
 - (2) 定款又は寄附行為及び登記事項証明書（3か月以内のもの）
 - (3) 直近3期分の決算書
 - (4) その他法人の概要が分かる資料
- 3 その他指定に関し必要があると認める事項

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

第6号様式

認知症介護研修事業実施機関指定更新通知書

相模原市指令（ ）第 号

法人名
代表者名
所在地
事業所の所在地

年 月 日に提出があった指定更新申請について、認知症介護実践者等養成事業実施要綱（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱に基づく研修を行う機関として指定更新しましたので通知します。

【指定の期間満了日】 年 月 日

年 月 日

相模原市長

印

第7号様式

認知症介護研修事業実施機関指定不更新通知書

相模原市指令（ ）第 号

法人名
代表者名
所在地
事業所の所在地

年 月 日に提出があった指定更新申請について、認知症介護実践者等養成事業実施要綱（平成18年3月31日老発第0331010号厚生労働省老健局長通知）及び相模原市認知症介護研修事業実施機関指定要綱に基づく研修を行う機関として指定不更新としましたので通知します。

【指定不更新とする理由】

- ・ ため

年 月 日

相模原市長

印

第8号様式

認知症介護研修事業変更届

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修 〕 事業の内容を変更したいので、次のとおり届け出ます。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 研修実施期間 (計画時)

年 月 日 から 年 月 日 まで

4 変更の内容

5 変更の理由

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

第9号様式

認知症介護研修事業休止・中止申出書

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修 〕 事業を（休止・中止）したいので、次のとおり申し出ます。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 研修実施期間（計画時）

年 月 日 から 年 月 日 まで

4 休止・中止の別 休止 ・ 中止

休止する期間 年 月 日 から 年 月
日 まで中止する日 年 月 日

5 休止又は中止の理由

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

認知症介護研修事業実施機関指定変更届

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

年 月 日相模原市指令 () 第 号により指定を受けた

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修 〕

事業について、次のとおり変更を届け出ます。

- 1 変更の内容
- 2 変更年月日
- 3 変更の理由

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

第11号様式

認知症介護研修事業実施機関指定廃止申出書

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

年 月 日相模原市指令()第 号により指定を受けた

〔認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修〕

事業について、次のとおり指定の廃止を申し出ます。

- 1 廃止年月日
- 2 廃止の理由

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |

修了証書

氏名

生年月日 年 月 日

あなたは、当該法人が相模原市長の指定を受けて行う厚生労働省の定める

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修（実践者研修・リーダー研修） 〕

を修了したことを証します。

年 月 日

(指定法人名)

(法人代表者名)

印

認知症介護研修事業報告書

年 月 日

相模原市長 あて

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

〔 認知症介護基礎研修
認知症介護実践研修 〕

事業が終了したので、次のとおり報告します。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 研修実施期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

4 研修実績

申込者数 名

受講者数 名

研修修了者数 名

添付書類

研修修了者名簿

研修に係る収支報告書

※ 氏名を本人が自署する場合は、押印不要です。

自署又は押印がない場合は、内容等の確認をさせていただく場合がありますので、下記に連絡先を記載してください。

連絡先.....

法人その他の団体で、自署又は押印がない場合は、上記連絡先のほか、本書類発行についての責任者氏名もあわせて記載してください。

責任者氏名.....

| | 確認方法 | 確認者 |
|-----------|------|-----|
| 【市担当課処理欄】 | | |