

川崎市認知症介護実践研修実施機関指定要綱

(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される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、認知症介護実践研修実施機関指定申請書(第1号様式)に必要書類を添付して市長に提出しなければならない。

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認知症介護実践研修事業計画書(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、次のとおりとする。

(1) 事業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事業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) 研修事業を主要事業としており、公益的な活動を行う法人であること。

(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、認知症介護実践研修実施機関指定書(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、理由を付して通知するものとする。

(研修の実施に係る要件)

第5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) 原則として、市内を会場として研修を開催すること。なお、会場については、できるかぎり研修受講者が通いやすい場所とするよう配慮すること。

(2) 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以上のものとし、質の高い研修を行うよう努めること。

(3) 研修開催時期及び日程については、現に施設・事業所に勤務している者が参加しやすいものとなるように配慮すること。

(4) 研修のあり方や研修カリキュラム等について、本市が実施する認知症介護実践研修の実施に携わる認知症介護指導者研修修了者と情報交換等を行い、研修の質の確保に努めること。

(事業計画書の提出)

第6条 研修実施機関は、研修事業を実施する場合は、受講生を募集する前に、研修事業計画書に必要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、研修実施機関が当該指示に従わないときは、市長は第4条の規定に基づく指定を取り消すことができる。

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7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) 開講の目的
- (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8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実践研修事業変更届(第4号様式)及び関係書類を添付して市長に提出しなければならない。

(研修事業の休止又は中止の届出)

第9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実践研修事業休止・中止届(第5号様式)を市長に提出しなければならない。

(指定内容の変更の届出)

第10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、認知症介護実践研修実施機関指定変更届(第6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11条 研修実施機関は、指定の廃止を申し出る場合は、認知症介護実践研修実施機関指定廃止申出書（第7号様式）を市長に提出しなければならない。

(指定の取消)

第12条 市長は、第2条に規定する申請の内容に虚偽の事実があったとき、若しくは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規定に違反するときは、第4条の規定に基づく指定を取り消すことができる。

(修了の認定及び修了証書の交付)

第13条 研修実施機関は、研修の講義、演習及び実習について、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8号様式）を交付する。

(修了者名簿)

第14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、修了年月日、氏名、生年月日及び住所その他必要事項を記載した認知症介護実践研修事業修了者名簿（第9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15条 研修実施機関は、研修修了後2か月以内に認知症介護実践研修事業報告書（第10号様式）に修了者名簿及び必要書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(留意事項)

第16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。

(委任)

第17条 この要綱に定めるもののほか、事務の取扱いに関し必要な事項は健康福祉局長が別に定めるものとする。

附則

この要綱は、平成23年8月3日から施行する。

第1号様式

認知症介護実践研修実施機関指定申請書

年 月 日

(川崎市長あて)

申請者
(所在地)

(法人名)
(代表者名)
(担当者名)
(電話番号)

印

認知症介護実践研修実施機関の指定を受けたいので、川崎市認知症介護実践研修実施機関指定要綱第2条の規定に基づき申請します。

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の他都市における実施状況が分かる書類
 - (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) 申請の前年の決算書
申請年に設立された法人にあつては、申請年の予算書
 - (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

第2号様式

認知症介護実践研修事業計画書

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

(担当者名)

(電話番号)

印

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

第3号様式

認知症介護実践研修実施機関指定書

川崎市指令 第 号

法 人 名
代 表 者 名
所 在 地
事業所の所在地

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）及び川崎市認知症介護実践研修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す。

年 月 日

川崎市長

印

第4号様式

認知症介護実践研修事業変更届

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

(担当者名)

(電話番号)

印

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

4 変更の理由

第5号様式

認知症介護実践研修事業休止・中止届

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

(担当者名)

(電話番号)

印

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 休止する場合、休止する期間

中止する場合、中止する日

5 休止又は中止の理由

第6号様式

認知症介護実践研修実施機関指定変更届

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

印

(担当者名)

(電話番号)

年 月 日付
業について、次のとおり変更を届け出ます。

号により指定を受けた認知症介護実践研修事

- 1 変更の内容
- 2 変更年月日
- 3 変更の理由

第7号様式

認知症介護実践研修実施機関指定廃止申出書

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

(担当者名)

(電話番号)

印

年 月 日付 号により指定を受けた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

修了証書

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、当該法人が川崎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

第10号様式

認知症介護実践研修事業報告書

年 月 日

(川崎市長あて)

(所在地)

(法人名)

(代表者名)

(担当者名)

(電話番号)

印

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

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