石川県認知症介護基礎研修（ｅラーニング形式）事業実施機関指定要綱

（目的）

第１条　この要綱は、「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「認知症介護実践者等養成事業の実施について」別紙。以下「実施要綱」という。）に規定する認知症介護基礎研修事業の実施機関の指定について、必要な事項を定めることを目的とする。

（指定の申請）

第２条　認知症介護基礎研修事業実施機関（以下「研修実施機関」という。）の指定を受けようとする者は、研修開始予定日の１月前までに認知症介護基礎研修事業実施機関指定申請書（様式第１号）に次に掲げる書類を添付して知事に提出しなければならない。

1. 研修の概要（研修の名称・課程・実施期間、受講対象者、受講に要する費用等）
2. 研修カリキュラム （科目名、所要時間、担当講師の氏名、履歴及び担当科目）
3. 使用するｅラーニングシステムの概要
4. 法人の登記事項証明書
5. 介護に関する研修の実績
6. 研修に係る収支予算書
7. その他必要と認められる書類

（指定の要件）

第３条　知事は、次の要件を満たすと認められる場合、研修実施機関として指定することができるものとする。

1. 法人であること。
2. ｅラーニング形式（以下の要件を満たすものに限る）による研修を実施できる体制であること。

ア 認知症介護指導者の協力により制作された研修内容であること。

イ 受講者を特定するため、個人ＩＤ及びパスワードの発行等の本人確認機能を有すること。

ウ 不正受講を防止するため、講義動画の視聴記録の管理等が行えること。

1. 研修体制および事務処理体制の確保をしたうえで、「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。）に定める研修カリキュラムに沿った研修を適正、円滑に実施する能力があること。
2. 研修事務の経理が他の事務の経理と明確に区分され、会計帳簿、決算書類等が整備され、適正な経理処理を行うことができる体制であること。
3. 研修事業を毎年継続的に実施する能力があること。
4. 研修事業運営上知り得た研修受講者にかかる秘密の保持について、職員および職員であったものに対して十分な処置がなされていること。

（指定の決定）

第４条　知事は、第２条の指定の申請があったときは、前条の規定に基づき審査を行う。

1. 知事は、申請内容が指定の要件を満たすと認められる場合は、研修実施機関としての指定を行い、認知症介護基礎研修事業実施機関指定通知書（様式第２号）により申請者に対し通知するものとする。
2. 知事は、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。

（事業計画書の提出）

第５条　研修実施機関は、研修を実施する場合は、年度開始前に認知症介護基礎研修事業計画書（様式第３号）に以下の書類を添付して知事に提出しなけなければならない。

1. 研修の概要（研修の名称・課程・実施期間、受講対象者、受講に要する費用等）
2. 研修カリキュラム （科目名、所要時間、担当講師の氏名、履歴及び担当科目）
3. 使用するｅラーニングシステムの概要
4. 研修に係る収支予算書
5. その他必要と認められる書類

（変更の届出）

第６条　研修実施機関は、第２条の第一号から第四号に掲げる事項に変更があった場合は、認知症介護基礎研修事業変更届（様式第４号）に変更に係る関係書類を添付して、変更後１０日以内に知事に提出しなけなければならない。

（休止及び再開の届出）

第７条　研修実施機関は、研修事業を休止しときは、認知症介護基礎研修事業休止届（様式第５号）により、再開したときは認知症介護基礎研修事業再開届（様式第６号）に第５条第一号から第四号に掲げる書類を添付して、１０日以内に知事に提出しなければならない。

（廃止の届出）

第８条　研修実施機関は、研修事業を廃止したときは、認知症介護基礎研修事業廃止届（様式第７号）により、１０日以内に知事に提出しなければならない。

（指定の取消）

第９条　知事は、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、もしくは研修事業の実施内容が実施要綱、課長通知および本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。

（修了の認定および修了証書の交付）

第１０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（様式第８号）を交付する。

（修了者名簿）

第１１条　研修実施機関は、研修修了者について、修了証書番号（受講者ＩＤ）、修了年月日、氏名、生年月日その他必要事項を記載した名簿（様式第９号、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。

　２　研修実施機関は、修了証書の再発行に対応できるようにしておかなければならない。

　３　知事は、研修実施期間が、法人の解散等によって、前項に規定する再発行を行えなくなったと認めるときは、当該事業者が実施した研修修了者からの申請により、修了証書を交付することができるものとする。

（実績報告書等の提出）

第１２条　研修実施機関は、年度終了後２か月以内に認知症介護基礎研修事業実績報告書（様式第１０号）に以下の書類を添付して知事に提出しなければならない。

1. 研修に係る収支決算書
2. 修了者名簿
3. その他必要と認められる書類

（留意事項）

第１３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。

1. 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。
2. 研修実施機関は、知事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、令和３年６月１８日から施行する。

様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業実施機関指定申請書

石川県知事 様

申請者

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

認知症介護基礎研修事業実施機関の指定を受けたいので、石川県認知症介護基礎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。

事業開始予定年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第２号（第４条関係）

長第号

年　月　日

認知症介護基礎研修事業実施機関指定通知書

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

石川県知事

石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第４条第２項の規定に基づき、貴法人を認知症介護基礎研修事業を行う実施機関として指定する。

指定年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業計画書

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

年　　月　　日付け長第　　　号により指定を受けた認知症介護基礎研修事業について、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第５条の規定に基づき、　　年度の事業計画書を提出します。

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業変更届

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

認知症介護基礎研修事業の内容を変更したいので、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第６条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

1. 変更の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

1. 変更年月日　　　　　　年　　　月　　　日

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第５号（第７条関係）

年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業休止届

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

認知症介護基礎研修事業を休止したいので、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第７条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

1. 休止期間　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

1. 休止理由

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第６号（第７条関係）

　年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業再開届

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

認知症介護基礎研修事業を再開したいので、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第７条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

再開年月日　　　　　年　　　月　　　日

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第７号（第８条関係）

年　　月　　日

認知症介護基礎研修事業廃止届

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

認知症介護基礎研修事業を廃止したいので、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第８条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

1. 廃止年月日

1. 廃止理由

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）

様式第８号（第１０条関係）

|  |
| --- |
| 第 　 号      修 了 証 書      氏　　名  生年月日　　　年　　月　　日        あなたは、当該法人が石川県知事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） |

様式第９号（第１１条関係）

○○年度認知症介護基礎研修修了者名簿

（研修実施機関名： ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了証書番号 | 修了年月日 | 氏 名 | ふりがな | 生年月日 | 法人名 | 事業所名 | 事業所番号 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第１０号（第１２条関係）

年　月　日

認知症介護基礎研修事業実績報告書

石川県知事 様

（所在地）

（法人名）

（代表者名）

　　年度に実施した認知症介護基礎研修事業が終了したので、石川県認知症介護基礎研修事業実施機関指定要綱第１２条の規定に基づき、次のとおり報告します。

1. 研修実施期間

　　 　年　 月　 日　　～ 　　年 　月 　日

1. 研修修了者数 　 名

（担当者氏名）

（連絡先電話番号）