

新潟市認知症介護研修実施機関指定要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新潟市認知症介護実践者等養成事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）

4（1）及び（2）に定める研修（以下「認知症介護研修」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法人（以下「申請者」という。）は、指定申請書（様式1）を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、次のとおりとする。

- （1）研修実施機関は、事業を適正かつ円滑に実施するために必要な事務的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）認知症介護研修事業の経理が他の事業の経理と明確に区分され、会計帳簿、決算書類等事業の収支の状況を明らかにする書類が整備されていること。
- （3）継続的に毎年度1回以上、認知症介護研修事業が実施されること。
- （4）実施要綱に基づき、実施されること。
- （5）次のいずれにも該当しない者であること。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 役員等が暴力団員である者又は暴力団員がその経営若しくは運営に実質的に関与している者

エ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者

(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られる場合、研修実施機関としての指定を行い、指定通知書（様式2）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、指定をしないことを決定したときは、申請者に対し、理由を付して通知する。

(受講者の募集等)

第5条 研修実施機関は、募集時に、認知症介護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) 認知症介護研修の名称、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（募集要綱等）
- (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

(事業計画の提出等)

第6条 研修実施機関は、当該年度における初回の認知症介護研修の募集を開始する 20 日前までに、当該年度事業に係る事業計画書（様式3）に所定の書類を添付して市長に提出しなければならない。

(変更の届出)

第7条 研修実施機関は、申請又は事業計画書の内容を変更する場合には、あらかじめ事業変更届（様式4）及び変更内容を明らかにする関係書類を市長に提出するものとする。

ただし、次に掲げる場合の提出期日は、記載のとおりとする。

- (1) 研修実施機関に関する事項について変更があった場合
変更した日から 10 日以内
- (2) カリキュラムに関する事項について変更する場合
変更する研修を実施する 20 日前まで

(事業休止の届出)

第8条 研修実施機関は、研修事業を休止する場合には、あらかじめ事業休止届（様式5）を市長に提出しなければならない。

(事業再開の届出)

第 9 条 研修実施機関は、研修事業を再開する場合には、あらかじめ事業再開届（様式 6）を市長に提出しなければならない。

(事業廃止の届出)

第 10 条 研修実施機関は、研修事業を廃止する場合には、あらかじめ事業廃止届（様式 7）を市長に提出しなければならない。

(指導監督)

第 11 条 市長は、研修実施機関に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるように指導監督し、必要な時はいつでも認知症介護研修の実施内容等を確認することができる。

(指定の取消)

第 12 条 市長は、第 4 条に基づき研修実施機関の指定を受けた法人が、次の事項のいずれかに該当するときは、指定を取り消すことができる。

- (1) 研修事業の申請内容に虚偽があったとき。
- (2) 研修事業の実施内容が実施要綱及びこの要綱の規定に違反するとき。
- (3) 第 3 条に掲げるいずれかの要件に該当しなくなったとき。

(修了の認定及び修了証書の交付)

第 13 条 研修実施機関は、認知症介護研修の講義、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、認知症介護研修修了者に対し、修了証書（様式 8）を交付する。

(修了者名簿)

第 14 条 研修実施機関は、認知症介護研修修了者について修了証書番号、修了年月日、研修名、氏名、生年月日、法人名称、事業所所在市町村、事業所名称及び事業所所在地その他必要事項を記載した修了者名簿（様式 9）を作成、管理しなければならない。

(事業報告書等の提出)

第 15 条 研修実施機関は、毎年 5 月末までに前年度の事業報告書（様式 10）及び修了者名簿を市長に提出するものとする。

(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秘密の保持について、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の秘密の保持について、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、市長が認知症介護研修に関する情報の提供その他の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。

(その他)

第 17 条 この要綱に定めるもののほか、事務の取扱に関し必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和 6 年 11 月 1 日から施行する。

様式 1

認知症介護研修実施機関指定申請書

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

申請者
(所在地) 〒

(法人名)
(代表者名) 印
(電 話)

認知症介護研修実施機関の指定を受けたいので、新潟市認知症介護研修実施機関指定要綱第2条の規定に基づき、次のとおり申請します。

- 1 研修の名称 $\left[\begin{array}{l} \text{認知症介護基礎研修、認知症介護実践研修} \end{array} \right]$
- 2 研修の課程 $\left[\begin{array}{l} \text{認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修} \end{array} \right]$

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、募集案内の方法等

2 講師の氏名、担当科目及び履歴に関する書類

3 研修カリキュラム

4 修了証書の様式

5 研修に係る収支予算書

6 定款その他の基本約款

7 法人登記簿の履歴事項全部証明書等の団体概要が判る書類

8 その他指定に関し必要があると認める事項

様式 2

認知症介護研修実施機関指定通知書

法人等名
代表者名
所在地
事業所の所在地

年 月 日付けで申請のあった認知症介護研修実施機関の指定について、新潟市認知症介護研修実施機関指定要綱第 4 条第 2 項の規定に基づき、次のとおり指定する。

指定する研修	認知症介護研修
	(認知症介護基礎研修 認知症介護実践者研修 認知症介護実践リーダー研修)

指定日 年 月 日

年 月 日

新 潟 市 長 印

様式3

認知症介護研修事業計画書

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

印

(電 話)

年 月 日付け 号により指定を受けた認知症介護研修について、
年度の事業計画書を提出します。

1 研修の名称

2 研修の課程

添付書類

1 事業実施要綱

実施場所、研修期間、受講対象者、実習先施設名、受講に要する費用等

2 研修日程表

実施の日時、科目名、担当講師職氏名等

3 講義・演習科目毎に、前回実施時と担当講師が異なる場合にあっては、講師の氏名及び履歴指導科目に関する学歴及び職歴に関する書類

4 研修に係る収支予算書

様式 4

認知症介護研修事業変更届

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

(電 話)

印

認知症介護研修事業に変更があったので、次のとおり届け出ます。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 変更の内容

4 変更の理由

様式5

認知症介護研修事業休止届

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

(電 話)

印

認知症介護研修事業を休止するので、次のとおり届け出ます。

- 1 研修の名称
- 2 研修の課程
- 3 休止する期間
- 4 休止の理由

様式 6

認知症介護研修事業再開届

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

(電 話)

印

認知症介護研修事業を再開するので、次のとおり届け出ます。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 再開する年月日

様式7

認知症介護研修事業廃止届

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

(電 話)

印

認知症介護研修事業を廃止するので、次のとおり届け出ます。

1 指定年月日

2 研修の名称

3 研修の課程

4 廃止年月日

5 廃止の理由

修 了 証 書

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、当該法人が新潟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・実践リーダー研修）を修了したことを証します。

年 月 日

（指定法人名）

○ ○ ○ ○

様式9

年度認知症介護研修事業修了者名簿

(指定機関名)

[illegible]

様式 10

認知症介護研修事業報告書

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

(所 在 地) 〒

(法 人 名)

(代表者名)

印

(電 話)

年度に実施した認知症介護研修事業が終了したので、事業報告書を提出します。

1 研修の名称

2 研修の課程

3 研修実施期間

年 月 日 ～ 年 月 日

4 受講者数・研修修了者数

受講者数 名

研修修了者数 名

添付書類

1 確定カリキュラム及び担当講師の一覧

2 研修に係る収支決算書