

熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項

1 趣旨

この要項は、「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日付け老発第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）及び「熊本県認知症介護基礎研修実施要項」（以下「実施要項」という。）の規定に基づき認知症介護基礎研修（以下「研修」という。）を実施する法人（以下「研修実施機関」という。）の指定手続等について、必要な事項を定めるものとする。

2 指定の申請等

(1) 指定の申請に必要な書類

研修実施機関としての指定を受けようとする者は、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定申請書（別記様式1）及び以下の添付書類を知事に提出しなければならない。

【実施要項3「ア 県編成研修」、「イ 独自編成研修」共通】

- ア 申請法人の定款、寄付行為等
- イ 申請法人の登記事項証明書
- ウ 財産目録
- エ 研修の募集案内の方法がわかるもの
- オ 誓約書（様式1-1）
- カ 医療保険福祉分野の研修会の実績について（様式1-2）
- キ 研修実施機関運営上の基本方針（様式1-3）
- ク 組織図・職員配置（見込）（様式1-4）
- ケ 事業費収支見込（様式1-5）
- コ その他指定に関し必要があると認める書類

【実施要項3「ア 県編成研修」による研修実施の場合】

- サ 使用するeラーニングシステムの概要

【実施要項3「イ 独自編成研修」による研修実施の場合】

- シ 研修に係る講師の確保状況（見込み）（様式1-6）
- ス 研修会場の確保状況（見込み）（様式1-7）

(2) 研修開始までの標準的な日程等

研修実施機関としての指定を受けようとする者は、受講希望者への周知及び研修の円滑な実施のため、研修開始希望日の3か月程度前に指定申請を行うこととする。

3 指定の要件及び決定

(1) 知事は、2により提出された申請書等の内容を審査し、次の要件を満たすと認められるときは、研修実施機関としての指定を行い、申請者に対し通知することとする。

ア 研修を適正かつ円滑に行うために必要な事務的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。

イ 研修実施機関を運営するために必要な経済的基礎があり、かつ研修実施機関運営事業の経理区分が明確にできる等、財務内容が適正であること。

ウ 受講料を3,000円/人以下にすること。

エ 研修に見合った収支予算であること。

オ 研修の受講者に対して中立性・公平性が確保できること。

カ 研修を毎年継続的に実施する能力があること。

キ 研修の受講者からの問い合わせに迅速に対応できる体制であること。

ク 研修運営上知り得た研修受講者に係る秘密の保持について、職員及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。

ケ 宗教活動又は政治活動を目的とする団体でないこと。

コ 県から必要な指示、指導を受けた場合は、速やかに従うことができること。

【実施要項3「ア 県編成研修」による研修実施の場合

サ 実施要項3ア(ア)から(エ)の要件を満たす研修を実施できる体制であること。

【実施要項3「イ 独自編成研修」による研修実施の場合】

シ 県内で研修を実施する法人であること

ス 講師、会場等の研修体制及び事務処理体制が確保できること

セ 過去3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。

ソ 実施要項3イ(ア)～(エ)の要件を満たす研修を実施できる体制であること。

(2) 知事は、申請者を研修実施機関として指定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こととする。

4 指定の期間等

(1) 研修実施機関の指定の期間は、指定の日から1年間とする。

(2) 指定の更新を受けようとする者は、前項の期間の満了の日より1か月前までに、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定更新申請書(別記様式2)に、2(1)アからスに掲げる書類を添付して、知事に申請するものとする。ただし、申請時から変更がない書類については省略できるものとする。

(3) 知事は、前項により提出された申請書の内容を精査し、指定の要件を満たすと認められるときは、研修実施機関としての指定の更新を行い、申請者に通知するもの

とする。

- (4) 知事は、指定の更新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。

5 変更の届出・申請

- (1) 研修実施機関は、次に掲げる事項を変更する場合には、熊本県認知症介護基礎研修変更届（別記様式3）をあらかじめ知事に届け出るものとする。

ア 研修実施機関の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所

イ 研修を行う施設の所在地

ウ 研修実施機関の定款、寄付行為、登記事項証明書等

- (2) 研修実施機関は、次に掲げる事項を変更する場合には、熊本県認知症介護基礎研修変更届（別記様式3）をあらかじめ提出し、知事の承認を受けるものとする。

ただし、軽微な変更についてはこの限りではない。

ア eラーニングシステム

イ 受講料

ウ 研修のカリキュラム、講師

6 事業実績の報告と必要書類の提出

研修実施機関は、指定の期間の満了日または事業終了日のいずれか早い日から2カ月以内に、熊本県認知症介護基礎研修実績報告書（別記様式4—1）に以下の書類を添付して知事に提出することとする。

- (1) 研修修了者名簿（別記様式4—2）
(2) 研修に係る収支決算書（別記様式4—3）
(3) その他必要と認められる書類

7 修了者名簿の管理等

- (1) 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。
- (2) 知事は、研修実施機関が、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、研修修了者の申出により、修了証書を交付することができるものとする。

8 事業廃止の申請

研修実施機関は、事業を廃止する場合には、熊本県認知症介護基礎研修廃止届（別記様式5）をあらかじめ提出し、知事の承認を受けるものとする。

9 監督命令等

- (1) 知事は、研修事務の適正な実施を確保するため必要と認めるときは、研修実施機関に対し、研修事務に関し監督上必要な命令をすることができる。
- (2) 知事は、研修事務の適正な運営を確保するため必要と認めるときは、研修実施機関に対し、必要と認める事項の報告を求め、若しくはその事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査することができるものとする。

10 指定の取消し

知事は、次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) 研修実施機関が、3の指定の要件を満たすことができなくなったと認められるとき。
- (2) 研修実施機関が、研修の運用事務を適正に履行しなかったとき。
- (3) 研修実施機関が、不正な手段により指定を受けたとき。
- (4) 研修実施機関が、9の命令に違反したとき。
- (5) その他研修の実施に関して、適切でないと認められるとき。

11 研修実施における個人情報の取扱いに関する留意

研修実施機関は、研修の運用上知り得た受講者に係る個人情報について、適切に管理すること。また、個人情報取扱事務に従事している者又は従事していた者は、退職後にあっても、当該事務に関して知り得た個人情報を他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。

12 その他

この要項に定めるもののほか、事務の取扱いに関し必要な事項又はこの要項に定めのない事項については、別に定めるものとする。

附則

この要項は、令和4年（2022年）3月18日から施行する。

この要項は、令和5年（2023年）3月24日から施行する。

別記様式 1

熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定申請書

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(法人の所在地)

(法人の名称)

(代表者氏名)

熊本県認知症介護基礎研修実施機関としての指定を受けたいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項 2 の規定に基づき申請します。

1 研修の区分 (該当番号を で囲んでください。)	1 県編成研修 2 独自編成研修
2 事業開始予定年月日	年 月 日
3 研修受講料その他研修受講者から受領する額	円 / 人

押印を省略される場合は、必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行(作成)責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

別記様式 2

熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定更新申請書

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(法人の所在地)

(法人の名称)

(代表者氏名)

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた熊本県認知症介護基礎研修実施機関としての指定更新を受けたいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項 4 (2) の規定に基づき申請します。

1 研修の区分 (該当番号を で囲んでください。)	1 県編成研修 2 独自編成研修
2 事業開始予定年月日	年 月 日
3 研修の実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
4 研修受講料その他研修受講者から受領する額	円 / 人

押印を省略される場合は、必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行 (作成) 責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

別記様式 3

熊本県認知症介護基礎研修変更届

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(法人の所在地)

(法人の名称)

(代表者氏名)

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた内容を変更したいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項 5 の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1 変更の内容

変更前	変更後

変更内容がわかる書類を添付してください。

2 変更年月日 年 月 日

押印を省略される場合は、必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行(作成)責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

熊本県認知症介護基礎研修実績報告書

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(法人の所在地)

(法人の名称)

(代表者氏名)

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた研修の実績について、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項 6 の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

1 研修の区分 (該当番号を で囲んでください。)	1 県編成研修 2 独自編成研修
2 研修実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
3 研修修了者数	名

押印を省略される場合は、必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行(作成)責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

別記様式 4 - 2

令和 年度（ 2 0 年度）熊本県認知症介護基礎研修修了者名簿

1 研修実施機関名（ ）

2 提出年月日（ ）

3 修了者名簿

修了証書番号	修了年月日	氏名	フリガナ	生年月日	事業所名

収支決算書

収入

(単位：円)

項目	積算根拠	収入額
受講料		
合計		

支出

(単位：円)

大項目	積算根拠	支出額
人件費		
需用費		
機器賃借料		
合計		

支出内容を明確にして記載してください。

受講料その他研修受講者から受領した金額 _____円
(一人あたり金額)

別記様式 5

熊本県認知症介護基礎研修廃止届

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(法人の所在地)

(法人の名称)

(代表者氏名)

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた認知症介護基礎研修について廃止したいので、熊本県認知症介護基礎研修実施機関指定要項 8 の規定に基づき、下記の通り届け出ます。

記

廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	
廃止するために講じる措置	

押印を省略される場合は、必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行(作成)責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

誓約書

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

所在地
法人名
代表者氏名

熊本県認知症介護基礎研修実施機関の指定に係る申請書の提出に際し、下記事項については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 研修を適正かつ円滑に行う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. 研修実施機関を運営するために必要な経済的基礎があり、かつ研修実施機関運営事業の経理区分が明確にできる等、財務内容が適正であること。
3. 受講料を 3,000 円/人以下にすること
4. 研修に見合った収支予算であること。
5. 研修の受講者に対して中立性・公平性が確保できること。
6. 研修事業を毎年継続的に実施する能力があること。
7. 研修の受講者からの問い合わせに迅速に対応できる体制であること。
8. 研修事業運営上知り得た研修受講者に係る秘密の保持について、職員及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。
9. 宗教活動又は政治活動を目的とする団体でないこと。
10. 県から必要な指示、指導を受けた場合は、速やかに従うことができること。
【実施要項 3 「ア 県編成研修」による研修実施の場合】
11. 実施要項 3 ア（ア）～（エ）の要件を満たす研修を実施できる体制であること。
【実施要項 3 「イ 独自編成研修」による研修実施の場合】
12. 県内で研修を実施する法人であること
13. 講師、会場等の研修体制及び事務処理体制が確保できること
14. 過去 3 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。
15. 実施要項 3 イ（ア）～（エ）の要件を満たす研修を実施できる体制であること。

なお、当該誓約に違反があった場合には、それまで費やした費用を賠償することなしに、県が一方的に、選定結果を取り消す権利を有することに同意します。

押印を省略される場合は、以下を必ず記載してください。

書類の提出方法	紙・メール・ファクシミリ
---------	--------------

書類発行（作成）責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

研修実施機関運営上の基本方針

- 1 研修の目的を踏まえた基本方針
- 2 研修実施を希望する目的・理由
- 3 その他、独自の提案事項

組織図 ・ 職員配置（見込）

1 組織図

組織図は、わかりやすく図式化したものを示してください。（パンフレット等でも可）

2 研修に従事する職員配置（見込）

所 属	役 職	氏 名	研修に関する担当事務	勤務形態

勤務形態は、常勤・非常勤等を御記入ください。

事業費収支見込

収入

項 目	積算根拠	収入額
受講料		
合 計		

支出

大項目	積算根拠	支出額
人件費		
需用費		
機器賃借料		
合 計		

支出内容を明確にして記載してください。

受講料その他研修受講者から受領する金額_____円
(一人あたり金額)

研修に係る講師の確保状況（見込み）

講師（予定）

	氏名	所属	資格（ ）	研修教科名 ・ 講義内容
1				
2				
3				
4				
5				
6				
...				

（ ）資格欄には、「A 認知症介護指導者」、「B 認知症介護指導者養成研修受講対象者」、「C その他」のいずれかを記入してください。なお、「A 認知症介護指導者」以外を講師とする場合には、実施要項3イ（エ）に示す基準を満たしていることを証明する書類を添付すること。

研修会場の確保状況（見込み）

1 会場名

2 所在地

3 会場使用日程

複数の会場を使用する場合は、各会場の使用日を記入してください。

（例）会場 A ○年○月○日から 年 月 日まで

会場 B ○年○月○日から 年 月 日まで

4 会場の定員