

# 令和2年度 認知症介護研究・研修東京センター 認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項（令和2年度臨時版）

## 1 研修のねらい

認知症介護指導者フォローアップ研修は、認知症介護指導者養成研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する専門的な知識や指導方法等を修得させることにより、第一線の介護従事者に対して最新の認知症介護技術を的確に伝達できるような体制を整えることをねらいとしています。

なお、本研修では、平成30年度または、令和元年度に認知症介護指導者フォローアップ研修を修了した者のうち、希望者の再受講を可とし、WEB研修の効果の実証検証を行います（一部科目のみの受講可；受講料免除；協力依頼あり）。

## 2 研修対象者

研修対象者は、次の（1）及び（2）（3）の要件を全て満たす者であって都道府県知事又は指定都市市長（以下「都道府県知事等」という。）から推薦された者のうち、認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）長が認めた者とします。

また（4）を満たす者であって、センター長が認めた者を、実証協力者として、本研修の受講を認めます。

（1）次のいずれかの要件に該当する者

- ① 認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事している者
- ② 認知症介護実践研修の企画・立案に参画又は講師として従事することが予定されている者

（2）認知症介護指導者養成研修修了後1年以上を経ている者

（3）自施設・事業所、自宅等で、Zoom meetingによるWEB研修受講が可能な者

（4）平成30年度または、令和元年度に認知症介護指導者フォローアップ研修を修了した者のうち、WEB研修の実証検証の趣旨を理解し協力が可能であり、研修期間中1科目以上の授業に参加可能な者（受講料免除）

## 3 研修受講者と対象地域

センターの対象地域は、原則として下記の都道府県・指定都市です。

- （関東・新潟地域）茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、千葉市、横浜市、川崎市、さいたま市、相模原市、新潟市  
（九州地域）福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県、北九州市、福岡市、熊本市

## 4 研修内容

原則として「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 28 年 3 月 31 日老総発第 0331 第 3 号厚生労働省老健局総務課長通知）の別紙 1 の（7）の認知症介護指導者フォローアップ研修の標準的なカリキュラムにより実施します。

## 5 受講手続き

令和元年 12 月 13 日付文書「令和 2 年度認知症介護指導者養成研修及び認知症介護指導者フォローアップ研修の受講者募集について」（浴研発第 103 号）別添の「令和 2 年度認知症介護研究・研修東京センター認知症介護指導者フォローアップ研修受講者募集要項」に基づき、すでに受講決定した者については、受講申し込みをする必要はありません。ただし、WEB 開催に変更となったことにより、受講を辞退する場合は、別紙様式 1 を記入し、都道府県等を通じ、受講辞退を申し出てください。

### （1）必要書類

- ① 受講申込書（別紙様式 2）
- ② 所属長等の承諾書
- ③ 認知症介護指導者フォローアップ研修に係る申込書（別紙様式 3）

### （2）手続き

（受講申し込み）

都道府県等は、下記期日までにセンターあてに、前記（1）の書類を送付願います。なお、都道府県等とセンターとの受講に関する諸手続きは、受講決定通知後に行います。

（受講辞退）

都道府県等は、下記期日までにセンターあてに別紙様式 1 の書類を送付願います。

**【認知症介護指導者フォローアップ研修受講申し込み及び受講辞退締め切り期日】**

**令和 2 年 1 1 月 2 7 日（金曜日）必着**

### （3）受講者の決定

研修受講時期を調整したうえで、受講者を決定します。

なお、1 回あたりの受講定員は原則とし 20 名とします。受講定員を超えた場合は、先着順により受講者を決定します。2（4）の実証協力者は若干名募集します。

### （4）受講者の決定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知します。

**【研修受講者決定通知】**

**令和 2 年 1 2 月 2 1 日（月曜日）**

## 6 研修日程

第1回 中止

第2回 令和3年2月22日（月曜日）～令和3年2月26日（金曜日）

※受講申し込み状況に応じて、開催回数を増減する場合があります。

## 7 研修場所

Zoom\_meeting による WEB 開催とする

## 8 費用負担

受講料 190,000円

受講料の納入方法については、必要に応じて各都道府県等と調整します。

受講開始後は、いっさい返金しません。

本要項2（4）の実証協力者については、受講料は免除としますが、研修受講後、集合研修と比較しての研修効果の差等についての調査（15～30分程度）に協力いただきます。

## 9 研修受講者の遵守事項

研修受講者は、センターの諸規則を遵守していただきます。

## 10 個人情報の取り扱い

（1）受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、センターが厳重に保管し、以下の目的のために使用します。

- ① 認知症介護指導者フォローアップ研修に関する資料等の送付
- ② 認知症介護指導者フォローアップ研修の授業準備
- ③ 認知症介護指導者フォローアップ研修の教育評価
- ④ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての協力依頼
- ⑤ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての情報提供
- ⑥ その他、研修受講者・修了者にとって有益だとセンター長が判断した情報提供

（2）研修受講や修了までに至らなかった者についての受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、直ちにセンターで破棄します。

## 11 研修の取り消し

（1）センター長は、研修受講者がセンターの諸規則に違反する等、研修受講者としてふさわしくない行為があった場合は、研修の受講を取り消すことができます。

(2) センター長は、研修の受講を取り消した場合は、本人に文書により通知するとともに、その理由を付し厚生労働省へ報告し、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知します。

## **12 修了証書の交付**

センター長は、認知症介護指導者フォローアップ研修のすべてのカリキュラムを受講した研修対象者（以下、「研修修了者」という）に対し、別紙様式4の修了証書を交付します。

## **13 修了者の登録**

センター長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入し、認知症介護指導者フォローアップ研修修了者として登録し管理します。

令和 年 月 日

## 辞 退 願

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

センター長 山口 晴保 様

研修受講者名：\_\_\_\_\_。

下記事由により、研修受講を辞退いたしたく願います。

記

研修名：令和2年度 第2回 認知症介護指導者フォローアップ研修

事 由：\_\_\_\_\_

## 認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

令和2年 月 日

フリガナ			性 別	男	女
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日( 歳)	
職 場	法人種別		サービス種別		
	フリガナ		フリガナ		
	法人名		施設・事業所名		
	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
E - m a i l					
連 絡 先 (職場以外)	フリガナ				
	住 所	〒			
	電 話		F A X		
	E - m a i l				
主 な 資 格 (登録番号)			職 位 名	管理職	管理職以外
1 医師( )	9 介護福祉士( )		組 織 経 営		
2 保健師( )	10 言語聴覚士( )		介 護 部 門		
3 助産師( )	11 精神保健福祉士( )		看 護 部 門		
4 看護師( )	12 介護支援専門員( )		リハビリ部門		
5 准看護師( )	13 その他		相 談 員		
6 理学療法士( )	〔		介 護 支 援 専 門 員		
7 作業療法士( )			医 師		
8 社会福祉士( )			そ の 他		
健康状況	良好・加療中(服薬中)・加療中(経過観察中)*当てはまるものに○				
認知症介護指導者養成研修受講歴 平成 年度 第 回 (第 期)修了生					
主な職歴 (サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く)					総介護実務年数
1					年
2					
3					
講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名					
開催年月	研修名		担当科目名		
研修受講希望理由			2(4)実証協力者として受講する場合の 受講希望日(希望日に☑)		Zoomによる受講環境
			☐2/22、☐2/23、☐2/24、☐2/25、☐2/26		有 無

## 別紙様式2 「認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書」記入要領

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講希望者の写真を貼付してください。  
(縦3cm×横2.4cm程度)  
**\* 本要項2(4)の実証協力者として受講希望する場合は貼付不要です。**
- 2 氏名欄にはフリガナをつけてください。
- 3 現在の職場を職場欄に記入してください。職場のない方は、連絡先欄に記入してください。
- 4 主な資格欄には、当てはまる資格番号のすべてに丸を付けてください。また、( )内に該当資格の登録番号を記入してください。
- 5 指導者養成研修受講歴欄には、修了した年度、回または修了期を記入してください。

- 6 主な職歴欄には、直近時から3か所程度記入してください。

(記入例)

- 1 特養〇〇〇 〇年〇月～〇年〇月
- 2 〇〇〇病院 〇年〇月～〇年〇月
- 3 〇〇保健所 〇年〇月～〇年〇月

**\* 本要項2(4)の実証協力者として受講希望する場合は記入不要です。**

- 7 総介護実務経験

介護職員等(管理職、相談員業務、看護業務等も含む)として業務に従事した実務経験年数を整数で記入してください。なお、家族としての介護の年数は含みません。

- 8 講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名欄には、主な研修名及び担当した科目名を3項目程度記入してください。

(記入例)

開催年月	研修名	担当科目名
平成〇〇年〇月	認知症介護実践者研修	認知症介護の理念
∫	∫	∫

**\* 本要項2(4)の実証協力者として受講希望する場合は記入不要です。**

- 8 研修受講希望理由欄には、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護指導者としての考え等を簡潔に記入してください。

2(4)の実証協力者として受講する場合は、同欄に「WEB研修の実証検証のため」と記入ください。加えて2(4)実証協力者として受講する場合の受講希望日欄の受講希望日の口をチェックしてください。なお、実際に受講いただく日程は、別途調整の上決定・通知します。

- 9 Zoomによる受講環境については、有の方を前提として研修を実施します。有の判断基準は次の4点となります。①不特定多数に研修内容を閲覧されない環境、②必要に応じ自由に発言できる環境、③安定してインターネットに接続される（有線による接続を推奨）環境。④PCまたはタブレットで受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提）

別紙様式 3

認知症介護指導者フォローアップ研修に係る申込書

令和 2 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長 殿  
都道府県知事・指定都市長

令和 2 年度の認知症介護指導者フォローアップ研修の対象者・実証協力者として次の者を申し込みます。

第 2 回（令和 3 年 2 月 2 2 日～令和 3 年 2 月 2 6 日）

対象者として  
氏名  
所属

実証協力者として  
氏名  
所属

別紙様式 4

第 号

修 了 証 書

氏 名  
生年月日 昭和・平成 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める、令和 2 年度第 回認知症介護指導者  
フォローアップ研修を修了したことを証します。

令和 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長  
山口 晴保