

**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実施要項**  
(令和3年度臨時版)

**(目的)**

第1条 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）は、認知症介護基礎研修及び認知症介護実践研修を企画・立案し、研修を実施するとともに、介護保険施設・事業者等における認知症介護の質の向上、及び地域資源の連携体制構築の推進等に必要な能力を身につけ、認知症の人に対する地域全体の介護サービスの充実を図ることを目的として、認知症介護研究・研修東京センター研修実施要項を定め、認知症介護指導者フォローアップ研修を実施することとしている。

しかし、新型コロナウイルス感染症が全国に蔓延しており、上記要項に則る集合研修には感染のリスクが伴う状況である。以上を鑑み、センターにおける当該研修をオンライン研修として実施できるよう、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実施要項（令和3年度臨時版）を定める。

**(センターの研修対象地域)**

第2条 センターの研修対象地域は、別記のとおりとする。

**(認知症介護指導者フォローアップ研修)**

第3条 認知症介護指導者フォローアップ研修は、「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及び令和3年4月6日老発0406第5号厚生労働省老健局長通知）の別紙「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(7)に基づく研修とする。

**(研修対象者)**

第4条 研修対象者は、次の(1)及び(2)の要件を全て満たす者のうち、都道府県・指定都市の長から推薦された者の中から、センター長が認めた者とする。

(1) 次のいずれかの要件に該当する者

- ① 認知症介護基礎研修又は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 認知症介護基礎研修又は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

※ 令和3年度は、オンラインによる同時双方向の研修を実施する。そのため、研修受講に際しては、自施設・事業所等でWEB研修受講の環境を整えることを前提とする。

#### (研修内容)

第5条 研修対象者に対して、最新の認知症介護に関する高度な専門的知識及び技術を修得させるとともに、高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の向上を図ることを目的として、別に定める研修カリキュラムにより研修を実施するものとする。

#### (研修期間)

第6条 研修期間は、原則として5日間とする。

#### (研修受講者数)

第7条 都道府県・指定都市毎に、研修1回につき、原則として1～2名(年間最大3名)とする。研修受講者数は、原則として研修1回につき25名程度とする。

#### (研修の実施場所)

第8条 研修は、原則として、センターにおいて実施する。ただし、同時双方向のオンライン研修も可とする。

#### (研修受講手続き)

第9条 研修受講にあたっては、別に定める研修受講者募集要項によるものとする。

#### (研修受講者の遵守事項)

第10条 研修受講者は、センターの諸規則を遵守しなければならない。

#### (研修の取り消し)

第11条 センター長は、研修受講者が前条の規定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る。

2 センター長は、前項の規定により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・指定都市の長に通知するものとする。

#### (修了証書の交付)

第12条 センター長は、研修修了者に対し、別紙様式1の修了証書を交付する。

#### (研修修了者の登録)

第13条 センター長は、研修修了者について、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、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を管理する

ものとする。

**(研修費用)**

第14条 研修に要する費用については、研修受講者及び都道府県・指定都市が負担するものとし、その具体的な費用負担額については、別に定める研修受講者募集要項において定める。

## 別 記

### センターの研修対象地域

#### 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

### 別紙様式 1

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 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