# 平成３０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

## 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。

## ２　研修対象者

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中から、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。

（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　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

（１）必要書類

① 受講申込書　（別紙様式１）

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２）

（２）手続き

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。

**【認知症介護指導者フォローアップ研修締め切り期日】**

**平成 30 年 8 月 10 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３０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。

（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】**

**平成 30 年 9 月 14 日（金曜日）**

## ６　研修日程

第１回　平成 30 年 11 月 5 日（月曜日）～平成 30 年 11 月 9 日（金曜日）

第２回　平成 31 年 2 月 18 日（月曜日）～平成 31 年 2 月 22 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

社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター

（東京都杉並区高井戸西 1 丁目 12 番 1 号）

## 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。

## ９　その他の費用負担額

（１）宿泊費　１人１泊 2,000 円（5 泊した場合 10,000 円）

（センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金）

※宿泊施設の利用の可否は、当センターが決定します。

宿泊室は 16 室のため利用できない場合があります。

（２）食　費　朝食 510 円、昼食 550 円程度（メニューによります）、夕食 700 円

（３）その他　その他の費用については、事前課題の送付時に連絡します。

## 10　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。

## 11　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　センターが実施する事業についての協力依頼

⑤　センター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。

## 12　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。

## 13　修了証書の交付

センター長は、研修修了者に対し、別紙様式３の修了証書を交付します。

## 14　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。

別紙様式1　　（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。

平成　　年　　月　　日

氏名　　印

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名 | | | 性　　別 | 男　　女 |
| | | | 生年月日(年齢) | 西暦　　年　　月　　日(　　歳) |
| フリガナ<br>自宅住所 | 〒 | | 自宅電話 | |
| | | | F　A　X | |
| | | | E－mail | |
| 職場名 | 法人種別 | | サービス種別 | |
| | フリガナ<br>法人名 | | フリガナ<br>職場名 | |
| フリガナ<br>職場住所 | 〒 | | | |
| 電話(職場) | | | FAX(職場) | |
| E-mail(職場) | | | | |

| 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 | |
| 2 | |
| 3 | 年 |

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 | 研修希望回(○を付ける) | | 宿泊希望 |
|---|---|---|---|
| | 第1希望 | 第　1　・　2　回 | 有　　無 |
| | 第2希望 | 第　1　・　2　回 | |

## 別紙様式１　「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）

２　氏名欄及び自宅住所欄にはフリガナをつけてください。

３　職場についている方は、それぞれ各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

７　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５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 |
| ∫ | ∫ | ∫ |

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。

９　宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。なお、希望に添えない場合は速やかにご連絡いたします。

**別紙様式２**

**認知症介護指導者フォローアップ研修に係る申込書**

平成　　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

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

第１回（平成　年　月　日～　月　日）
氏名
所属
第２回（平成　年　月　日～　月　日）
氏名
所属

**別紙様式３**

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、平成　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。

平成　年　月　日

認知症介護研究・研修東京センター長
山口　晴保