

平成29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. 研修概要

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）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）に基づく研修です。

本研修は、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高度な専門的知識等を修得させるとともに、教育技術等の向上を図ることにより、第一線の認知症介護従事者に対して最新の専門的な認知症介護技術を的確に伝授できる体制を整備することを目的としています。

2. 研修対象者

本研修の対象者は、次の1）～2）を満たし、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）下記の①、②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（認知症介護研究・研修東京センターで行われた認知症介護指導者養成研修を言う）修了後1年以上を経ている者

3. 研修受講者数と対象地域

各都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）当たり研修1回につき、原則として1～2名（年間最大3名）とし、1回の研修の定員を30名とします。

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、新潟市、相模原市

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18年3月31日老計発第0331007号厚生労働省老健局計画課課長通知）の別紙1の（7）の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

- ① 申し込み希望者は、都道府県等が定める期日までに前記(1)①に必要事項を記入の上、前記(1)②を添えて都道府県等の窓口に申し込むようお願いいたします。
- ② 都道府県等は、研修受講者の選考を行い、平成29年7月31日（月）までに前記(1)の必要書類をセンターあて送付願います。

なお、都道府県等とセンターとの受講に関する委託契約は、受講確定通知後に行います。

(3) 受講確定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知書類を発送します。

平成29年9月29日（金曜日）

6. 研修日程

第1回

平成29年11月6日（月曜日）～平成29年11月10日（金曜日）

第2回

平成30年2月19日（月曜日）～平成30年2月23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

9. その他の費用負担（受講者負担：実費）

- (1) 宿泊費 1人1泊2,000円（4泊した場合 8,000円）
（センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金）
- (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

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. 研修の取り消し

- 1) 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ます。
- 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等の長に通知するものとします。

12. 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。

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、フォローアップ研修修了者として登録し管理します。

14. 宿泊について

当センターの宿泊施設は全16室のため、宿泊をお断りせざるをえない場合もございます。その節は、ご連絡いたします。ご了承ください。

なお、その場合、宿泊先の手配につきましては、各自で行うようお願いいたします。ご参考までに下記のホテルを挙げさせていただきます。

- (1) 吉祥寺第一ホテル
〒180-0004 東京都武蔵野市吉祥寺本町2-4-14
Tel : 0422-21-4411 Fax : 0422-21-8269
- (2) 吉祥寺東急REIホテル（旧：吉祥寺東急イン）
〒180-0003 東京都武蔵野市吉祥寺南町1-6-3
Tel : 0422-47-0109 Fax : 0422-43-1811

「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)
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. 職場名の欄は、
「法人の種別」「法人名」「施設・事業者のサービス種別」「職場名」を記入してください。
職場名にはフリガナをつけてください。
4. 職位名欄は、
ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

(記入の目安)

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長・副施設長など	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー ・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母 ・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ 部門	リハビリ科科長・リハビリ主任 ・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援 専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長など	医師
その他		

5. その他の職位欄は、
法人内で他の職位を兼務しているものがある場合は、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入してください。
6. 指導者養成研修受講歴欄には、「修了した年度」「回」「所属都縣市名」をご記入ください。
7. 主な資格欄は、
当てはまる資格の番号に丸を付けてください。
その他の資格がある場合は（ ）内に具体的に記入してください。
8. 職歴欄には、職場名（所属先名）及び当時の職位名、期間を直近時から3か所程度ご記入ください。

（記入例）

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

9. 講師として関与した（関与する予定も含む）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）

平成〇〇年〇月 認知症介護実践研修（実践者研修） 認知症介護の基本理念

10. 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。
11. 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

○ ○県知事

平成29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○回（平成○年○月○日～○月○日）

氏名

所属

第○回（平成○年○月○日～○月○日）

氏名

所属

	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			