

# 平成30年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

## 1 目的

認知症介護指導者養成研修は、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、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険事業所等における介護の質の改善について指導することができる人材を養成する。

## 2 事業実施主体

福岡県

\* 認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）に事業を委託して行う。

## 3 研修日程

以下の研修日程のうち、いずれか1回を受講する。

### 【第1回研修】

- ・センターにおける前期研修 平成30年 6月 4日 ～ 6月22日
- ・職場研修 6月25日 ～ 7月20日
- ・センターにおける後期研修 7月23日 ～ 8月 3日

### 【第2回研修】

- ・センターにおける前期研修 平成30年 8月20日 ～ 9月 7日
- ・職場研修 9月10日 ～ 10月 5日
- ・センターにおける後期研修 10月 8日 ～ 10月19日

### 【第3回研修】

- ・センターにおける前期研修 平成30年11月26日 ～ 12月14日
- ・職場研修 12月17日 ～ 平成31年1月18日
- ・センターにおける後期研修 平成31年 1月21日 ～ 2月 1日

\* センターにおける前期研修及び後期研修においては、土曜日・日曜日以外は、研修プログラムを実施します。また、職場研修は、前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で行っていただきます。

\* 受講申込状況に応じて、研修の開催回数を増減する場合があります。

## 4 実施場所

東京都杉並区高井戸西1-12-1

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

## 5 研修終了後の役割

研修修了者は、認知症介護実践研修等の「指導者」として、次の業務に携わります。

### 【「指導者」の主な業務】

- ・ 下位研修の企画・打合せ会議への参加
- ・ 下位研修の講師及びファシリテーター（グループ討議の指導）
- ・ 所属事業所（施設）における下位研修生の受入れ及び指導
- ・ 下位研修の資料作成
- ・ 下位研修参加者の提出書類の審査及び指導 等

## 6 対象者

次の①～⑤のすべての要件を満たす者であること。

### ① 認知症介護実践リーダー研修修了者

\* 「痴呆介護研修事業の実施について」（H12年9月5日老発第623号厚生労働省老人保健福祉局長通知）により実施された「痴呆介護実務者研修（専門課程）事業」修了者を含む。

### ② 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者

### ③ 以下の（ア）～（ウ）のいずれかの要件に該当する者であって、相当の介護実務経験を有する者

（ア）介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者（過去において介護保険事業所等で従事していた者を含む。）

（イ）福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者

（ウ）民間企業で認知症介護の教育に携わる者

\* （ア）の介護保険事業所等、（イ）の福祉系大学や養成学校等、（ウ）の民間企業 については、それぞれ福岡県内（北九州市及び福岡市を除く。）に所在するものに限る。

### ④ 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することを所属事業所（施設）が認めている者

### ⑤ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者

## 7 参加費用 （一人当たり）

（1）受講料 230,000円

（2）教材費・災害傷害保険料 5,000円

（3）交通費 研修実施場所への2往復分が必要となります（前期と後期）

（4）宿泊費 1泊素泊まり2,000円で、センターの宿泊施設を利用可能  
ただし、部屋数には限りがあり、必ず利用できるとは限りません。

（5）その他 朝食510円、昼食550円程度（メニューによります）、夕食700円  
その他の費用については、受講決定通知の際に連絡します。

\* 公費推薦者につきましては、上記（1）、（3）、（4）については、県が負担します。

## 8 受講者の決定について

申込者の所属施設あてにお知らせします。

申込者については、貴団体を経由の上、本県で取りまとめ、センターへ提出しますが、センターにおいて「実践事例報告」を考査した上で、受講者が最終的に決定されるため、考査結果によっては、受講者として決定されない場合もありますので御了承ください。

## 9 提出書類

① 受講申込書（別紙様式1）

② 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し

③ 受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類（別紙様式3）

\* 介護現場で、申込者自身が関わった認知症の人1事例についての実践事例報告を作成すること。

\* 3,000字程度で作成すること。図表は1点400字とみなします。

④ 所属推薦書（公費の場合は様式4-1、私費の場合は様式4-2）

⑤ 団体推薦書（様式5）

\* 福岡県老人福祉施設協議会、公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会、特定非営利活動法人福岡県高齢者グループホーム協議会に加入している施設の職員であって、公費による受講を希望する場合のみ提出すること。

⑥ 市町村推薦書（様式6）

\* 認知症対応型共同生活介護事業所（特定非営利活動法人福岡県高齢者グループホーム協議会非加入事業所のみ）、小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の職員であって、公費による受講を希望する場合に提出すること。

## 10 提出先

〒812-8577

福岡市博多区東公園7番7号

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課（在宅介護・予防係）

（電話番号 092-643-3250 / FAX 092-643-3253）

## 11 応募締切

平成30年4月12日（木）まで※必着