

令和８年度横浜市認知症介護指導者フォローアップ研修 募集案内		
目 的	認知症者に対する地域全体の介護サービスの充実を図るために、次の点を目的とします。 ● 横浜市、横浜市の指定実施機関が実施する「認知症介護実践研修等」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こと ● 介護保険施設・事業所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ること	
実施機関	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、「東京センター」） 東京都杉並区高井戸西 1-12-1 （京王井の頭線 富士見ヶ丘駅より徒歩 8 分）	
研修日・実施場所	研修場所	研修日
	第 1 回目 東京センター	令和 8 年 11 月 9 日（月曜日）～令和 8 年 11 月 13 日（金曜日）
	第 2 回目 東京センター	令和 9 年 2 月 22 日（月曜日）～令和 9 年 2 月 26 日（金曜日）
受講対象者	次の（１）及び（２）の要件を全て満たす者のうち、横浜市長から推薦された者の中から、東京センター長が認めた者 （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	
推薦者数	2 名（１～２回の合計）	
受講料	190,000 円（横浜市長が推薦する者については、本市が負担します。申込者多数の場合は選考します。）	
その他の費用負担	1 宿泊費 1 人 1 泊 2,000 円（センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金） ※宿泊施設の利用可否は、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 食事は、受講者各自で準備いただきます。	
申込方法	次の 1～2 を横浜市健康福祉局介護事業指導課 研修担当へ郵送にて提出してください。書類の提出を確認後、被推薦者の選考を行います。 1. 受講申込書（別紙様式 1） 2. 所属長等の承諾書	
受講決定	・受講が決定された方については「受講決定通知書」を事業者（法人）あてに郵送します。 ・推薦の希望に沿えない方についてはその旨の通知を、事業者（法人）あてに郵送します。 ・選考について、電話での回答はいたしません。 ・申込の際に必要な書類以外の書類が添付されていた場合は、こちらで破棄します。 ・受講決定後、受講を辞退される場合は、必ずご連絡ください。	

申 込 期 限	令和8年7月17日（金）必着 ※推薦者の受付が終了していることもありますのでご了承ください
修 了 証 書 の 交 付	研修修了者には、認知症介護研究・研修東京センター長名の修了証書を交付します。
申込・問合せ先	〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10 横浜市庁舎16階 健康福祉局 介護事業指導課（指導者フォローアップ研修担当） T E L : 045-671-3413 F A X : 045-550-3615