

平成29年度 認知症介護研究・研修仙台センター 認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

1 研修のねらい

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、実習を担当できる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業者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者を養成することをねらいとします。

2 研修対象者

研修対象者は、以下の①から⑤の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修対象者として都道府県・指定都市又は現に勤務している介護保険施設・事業者等（以下「都道府県等」という。）の長が適当と認め推薦する者に対し、認知症介護研究・研修仙台センター（以下「センター」という。）が実施する認知症介護指導者養成研修対象者選抜考査（以下「受講者選抜考査」という。）の結果、研修対象者としてセンター長が認めた者とします。

- ① 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
 - ② 以下のいずれか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) 介護保険施設・事業者等に従事している者。（過去において介護保険施設・事業者等に従事していた者も含む。）
 - (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
 - ③ 認知症介護実践研修における認知症介護実践者研修（「痴呆介護研修事業の円滑な運営について」（平成12年10月25日老計第43号厚生省老人保健福祉局計画課長通知。以下「平成12年通知」という。）に規定する基礎課程又は「認知症介護研修等事業の円滑な運営について」（平成17年5月13日老計発第0513001号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「平成17年通知」という。）に規定する実践者研修を修了した者を含む。）及び認知症介護実践リーダー研修（平成12年通知に規定する専門課程又は平成17年通知に規定する実践リーダー研修を修了した者を含む。）を修了した者（厚生省老人保健福祉局計画課長通知より）
 - 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が予定されている者
 - 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
- ※以上の要件を満たす者を対象とするが、特に認知症の人の地域全体の介護サービスの向上を目的とする本研修の趣旨にかんがみ、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割（認知症介護に関する研修の企画・立案、講義、演習、実習を担当すること）を担うことに同意した者であること。また、推薦者は、被推薦者が同役割を担うことについて理解した上で選定に留意されたい。

3 研修受講者の対象地域

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。

(北海道地域) 北海道、札幌市

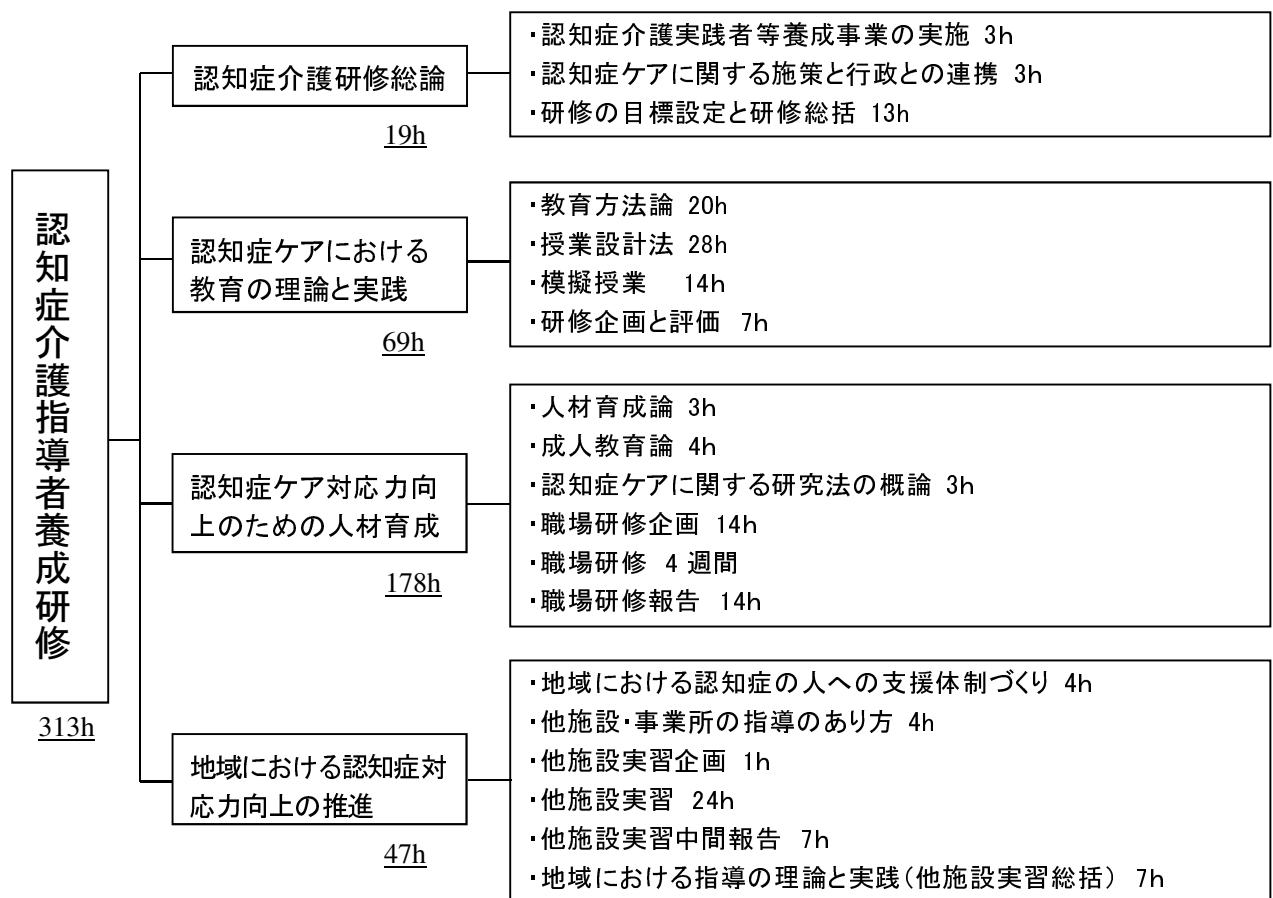
(東北地域) 青森県、岩手県、宮城県、仙台市、秋田県、山形県、福島県

(中国地域) 鳥取県、島根県、岡山県、岡山市、広島県、広島市、山口県

(四国地域) 徳島県、香川県、愛媛県、高知県

4 研修内容

研修は年2回実施し、カリキュラムについては、以下のとおりとします。



5 受講手続

(1) 必要書類

- ① 受講申込書 (別紙様式1)
- ② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書 (別紙様式2)
- ③ 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し1部
- ④ 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

介護現場で受講者自身がかかわった認知症の人1事例についての実践事例報告 (別紙様式3に3,000字程度で作成してください。ただし、図表は1点400字とみなします)

(2) 手続き

- ① 都道府県・指定都市は、都道府県・指定都市の長の推薦する者および介護保険施設・事業者等の長の推薦する者の必要書類を、別紙様式4に必要事項を記入のうえ添付し、下記期日までにセンターあて送付願います。

【認知症介護指導者養成研修応募締め切り期日】

平成29年4月10日（月） 必着（厳守してください）

- ② 介護保険施設・事業者の長の推薦する者については、所管の都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に、必要書類を提出してください。
- ③ 介護保険事業者のうち地域密着型サービス関連事業者の長の推薦する者については、所管の市区町村担当課を経由して都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に必要書類を提出してください。
- ④ 都道府県等とセンターとの受講に関する契約は、受講確定通知後に行います。

(3) 受講者の決定

提出された書類を考査し、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て20名とします。受講者選抜考査の結果、基準を満たした者が受講定員を超えた場合は、抽選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期日】 平成29年4月17日（月）

6 研修日程及び場所

(1) 第1回目

- ① センターにおける前期研修
平成29年 6月 5日（月曜日）～ 6月23日（金曜日）
- ② 職場研修
6月26日（月曜日）～ 7月21日（金曜日）
- ③ センターにおける後期研修
7月24日（月曜日）～ 8月 4日（金曜日）

(2) 第2回目

- ① センターにおける前期研修
平成29年 8月28日（月曜日）～ 9月15日（金曜日）
- ② 職場研修
9月18日（月曜日）～10月13日（金曜日）
- ③ センターにおける後期研修
10月16日（月曜日）～10月27日（金曜日）

いずれの回も、センターにおける前期・後期研修では、土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 費用負担額

受講料 230,000円

受講料の納入方法については、契約時に必要に応じて調整します。

受講開始後は、いっさい返金しません。

8 その他の費用負担額

(1) 教材費 15,000円

(2) 宿泊費 1人1泊2,000円 (33泊した場合 66,000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14室のため利用できない場合があります。

(3) 災害傷害保険 約1,500円

(4) その他 センターの食堂(定食のみ)を利用した場合
朝食400円、昼食470円、夕食470円

その他の費用負担の納入方法については、受講決定通知の際に連絡します。

9 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。

10 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 認知症介護指導者養成研修に関する資料等の送付

② 認知症介護指導者養成研修の授業準備

③ 認知症介護指導者養成研修の教育評価

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。

11 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、その理由を付して、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知します。

12 研修の修了

- (1) センター長は、研修の全てのカリキュラムを受講し、センターが行う修了考査により認知症介護指導者として適当と認められた者に対し、別紙様式5の修了証書を交付します。
- (2) センター長は、修了証書を交付後、都道府県・指定都市の所管課を通じ推薦した者に修了者を通知します。

13 修了者の登録

センター長は、研修修了者について、認知症介護指導者として登録し、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理します。

認知症介護指導者養成研修受講申込書



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 氏名			性別	男 女	
			生年月日(年齢)	西暦 年 月 日(歳)	
フリガナ 自宅住所	〒 _____		自宅電話		
			F A X		
			E - m a i l		
フリガナ 職場名	法人種別		サービス種別		
	フリガナ 法人名		フリガナ 職場名		
フリガナ 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 社会福祉士()		組織経営		
2 保健師()	10 介護福祉士()		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 言語聴覚士()			その他		
その他の職位(他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する)					
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○	
介護実務経験(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	(年間)				年
2	(年間)				
3	(年間)				
認知症介護に関する研修の受講歴(当てはまる番号に○)			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予定		
1 認知症介護実践者研修 2 認知症介護実践リーダー研修 3 認知症介護実務者研修基礎課程 4 認知症介護実務者研修専門課程 5 その他 []					
認知症介護に関する研修の講師歴			研修希望回(○を付ける)		宿泊希望
1			第1希望	第 1 ・ 2 回	有 無
2					
3			第2希望	第 1 ・ 2 回	

研 修 受 講 希 望 理 由

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。
(3×2.4 cm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 職場名の欄は、
「法人の種別」「法人名」「施設・事業所のサービス種別」「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 主な資格欄は、
当てはまる資格の番号すべてに丸を付けてください。また、()内に当該資格の登録番号を記入してください。
その他の資格がある場合は()内に具体的に記入し、登録番号を記入してください。
- 5 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		

- 6 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。

- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業所のサービス種別」「職場名」「職位」「期間」を、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 | 施設長 | 〇年間 |
| 2 | 〇〇〇病院 | 介護主任 | 〇年間 |
| 3 | グループホーム〇〇 | ケアワーカー | 〇年間 |

総介護実務年数は、介護に携わった総実務年数を記入してください。

- 8 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる研修の番号に丸をつけてください。その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。

- 9 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予定欄は、参画・従事の予定を簡潔に記入してください。

- 10 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。

- 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。宿泊者の決定は、北海道、中国、四国等遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は先着順とします。

なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡いたします。

- 12 研修受講希望理由欄は、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に関する考え方、および研修終了後、認知症介護指導者として地域でどのように活動しようとするか等を800字程度で簡潔に記入してください。

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修仙台センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、平成29年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。

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

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

作成日 平成 年 月 日
実践事例報告のタイトル
都道府県指定都市名 所属 氏名
1. この事例を取り上げた理由
2. 倫理的配慮
3. 事例紹介
4. 課題分析とケアの取り組み及びその結果
5. 取り組みの評価及び自分自身が学んだこと
(合計文字数〇〇〇〇文字)

(記入要領)

- 作成する事例は認知症の人に対しケアを行った事例、1 事例の報告とします。スタッフに対する介入を中心とした事例は本報告の対象として該当しません。
- 上記 1～5 までの項目の合計文字数が 3000 字程度（増減は 1 割まで）となるよう実践事例報告を作成してください。文章の最後に合計文字数を記載してください。なお、上記の文字数を著しく超える場合、または上記の文字数に著しく不足する場合は、再提出または受講不可として取り扱う場合があります。
- 使用する用紙のサイズは A 4 サイズとします。
- 図表を入れる場合は、図表にタイトルと図表番号をふり、文章と関連付けて示してください。なお図表は 1 点 400 字とみなします。
- 実践事例報告作成については、手書きによる作成かパソコン・ワープロによる作成かは問いません。ただし、手書きで作成する場合は、判別できる大きさの楷書で作成してください。1 ページのレイアウトは、マイクロソフト社の Word の初期設定、あるいはアップル社の Pages の初期設定に従ってください。
- 提出する事例は、必ずしも現在関わっている認知症の人に関する事例である必要はなく、支援が終結している事例でもかまいません。
- 実践事例報告を作成するにあたっては、認知症の人とその家族に対し実践事例報告の使用目的・報告の方法・作成における倫理的配慮等について十分説明をし、必ず同意を得てください。その上で、認知症の人およびその家族に対して行った倫理的配慮、ならびに認知症の人及びその家族からこの事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。また、自施設・事業所の管理者（報告者が管理者の場合は上司）に当該実践事例報告を行うこと了解を得てください。その上で管理者または上司

から事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。

*なお、以下の不適切な例を参考に事例報告の同意を得たことを表記する場合は過去形で記入し、事例を提出することについて同意を得てください。

不適切な例)

記述例	不適切な点
事例提出について、本人・家族から同意を得る	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族から同意を得ている	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族に十分理解を得た	「同意」を得たかどうか不明確
個人情報については、匿名化することについて同意を得た	事例提出の同意を得たかどうか不明確

* **以上の倫理的配慮が行われていない実践事例報告は考査の対象となりませんので十分ご注意ください。**

- 個人情報の取り扱いには十分配慮してください。人権擁護の観点から、認知症の人およびその家族の氏名、地域名、生年月日、年齢等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。イニシャルが使用されている場合、再提出または受講不可とします。仮名を使用する場合は、実践事例報告中に仮名であることを明記してください。
- 年月を記述する場合は最初に実践事例報告に出てきた年を X 年とし、「X+1 年」等、和や差で年を表してください。
- 認知症の人等の年齢を表記する場合は、年齢を明記せず、「80 歳代前半」等おおよその年代を示してください。
- 認知症の人及び家族の写真の掲載は認めません。
- 文法上の注意
 - ・語尾は「です、ます」か「である」で文体を統一し体言止めは原則として用いないでください。
 - ・句読点を意識した簡潔な文章を心がけてください。
 - ・主語、述語との関係をはっきりさせた文章で記述してください。
 - ・箇条書きではなく、文章で事例を報告してください。
 - ・改行した際は一マス下げるなど基本的な文章記述のルールにのっとり作成してください。
 - ・事例作成においては、原則として敬語を用いる必要はありません。
- 以上の要件を満たした実践事例報告を 1 部提出してください。提出された実践事例報告は原則として返却しません。

別紙様式4

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

平成 年 月 日

認知症介護研究・研修仙台センター長 殿

都道府県・指定都市

認知症介護指導者養成研修担当課長

平成〇〇年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする
以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

介護保険施設・事業者等からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

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
指導者養成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・研修仙台センター長

加 藤 伸 司