

平成 23 年度 認知症介護研究・研修大府センター
認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

1. 研修の目的

認知症介護指導者養成研修は、認知症介護実践研修を企画・立案し、研修を実施するとともに、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、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ことを目的とします。

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事業所（以下「都道府県等」という。）の長が適当と認め推薦した者に対し、認知症介護研究・研修大府センター（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の結果、研修対象者としてセンター長が認めた者としてします。

- ① 認知症介護実践リーダー研修修了者であること。
- 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、社会福祉士、介護福祉士、言語聴覚士又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 以下のいずれかに該当する者で、おおむね5年以上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。ただし、都道府県又は指定都市からの推薦者は、過去において介護保険事業所等で介護業務に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

- ④ 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推薦者が認めている者とする。
- 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とする。

※以上の要件を満たす者を対象とするが、特に認知症者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を担うことに同意した者の選定に留意されたい。

3. 研修受講者数の対象地域

センターの研修受講者の受け入れに関する対象地域は、原則として実施要項中の別記に記載されている下記の府県市です。

中部地域

富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、静岡県、愛知県、岐阜県
静岡市、浜松市、名古屋市

近畿地域

三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
京都市、大阪市、堺市、神戸市

4. 研修内容

研修は年3回実施し、カリキュラムについては、以下のとおりです。

認知症介護研修総論 27h	<ul style="list-style-type: none">*研修オリエンテーション・自己紹介・グループ形成 7h*認知症介護指導者間のネットワークについて 1h*介護理念の重要性の理解と展開方法 2h*倫理と認知症介護 2h*研修の目標設定ならびに面接、研修総括 6h*認知症介護に関する法制度の理解 2h*認知症介護指導者の役割と理解 3h*成人教育論・生涯教育論 3h*Dcnetの理解 1h
人材育成と教育実践 82h	<ul style="list-style-type: none">*人材育成論 3h*研修企画と評価 15h*実践指導方法論 32h (スーパービジョン・コーチング・演習技法・課題解決技法)*授業設計法 32h
地域ケアの実践 43h	<ul style="list-style-type: none">*地域連携の理解 5h*地域における高齢者虐待防止と権利擁護 3h*相談と支援のためのコミュニケーション 3h*地域・介護現場における課題解決の実践 32h
問題解決のための実践 48h	<ul style="list-style-type: none">*介護実践の研究法・評価法 8h*「自職場における課題解決のための実習」の準備・まとめ40h*自職場における課題解決のための実習 4週間

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者1事例についての実践事例報告
(別紙様式3に3,000字程度で報告してください。ただし、図表は1点400字
とみなします)

(2) 手 続

- ① 都道府県・指定都市の長の推薦者は、研修受講時期を調整した上で、下記②及び③から提出された必要書類とともに、下記期日までにセンターあてに必要書類を送付願います。必要書類送付の際は、別紙様式4に必要事項を記入の上、添付して下さい。

【指導者養成研修募集締め切り期日】

第1回研修受講希望の場合 平成23年3月11日（金）必着

第2回及び第3回研修受講希望の場合 平成23年6月24日（金）必着

- ② 介護保険事業所の長の推薦者については、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 介護保険事業所のうち地域密着型サービス関連事業所の長の推薦者にあつては、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、受講者を決定します。

なお、1回あたりの受講定員は22名とします。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) 受講確定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知します。

【受講者決定通知期日】

第1回受講者 平成23年3月25日（金）

第2回及び第3回受講者 平成23年7月8日（金）

6. 研修日程及び場所

(ア)第1回目

- ① センターにおける前期研修
平成23年5月16日（月曜日）～平成23年6月3日（金曜日）
- ② 職場研修
平成23年6月6日（月曜日）～平成23年7月1日（金曜日）
- ③ センターにおける後期研修
平成23年7月4日（月）～平成23年7月15日（金曜日）

(イ)第2回目

- ① センターにおける前期研修
平成23年8月29日（月曜日）～平成23年9月16日（金曜日）

② 職場研修
平成 23 年 9 月 19 日（月曜祝日）～平成 23 年 10 月 14 日（金曜日）

③ センターにおける後期研修
平成 23 年 10 月 17 日（月曜日）～平成 23 年 10 月 28 日（金曜日）

(ウ)第 3 回目

① センターにおける前期研修
平成 23 年 12 月 5 日（月曜日）～平成 23 年 12 月 23 日（金曜日）

② 職場研修
平成 23 年 12 月 26 日（月曜日）～平成 24 年 1 月 27 日（金曜日）
（ただし、平成 23 年 12 月 29 日～平成 24 年 1 月 3 日を除く）

③ センターにおける後期研修
平成 24 年 1 月 30 日（月曜日）～平成 24 年 2 月 10 日（金曜日）

※ いずれの回も、センターにおける研修では、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

受講料 230,000 円

受講料の納入については、受講決定通知の際に連絡します。

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（受講者負担：実費）

(ア) 教材費 5,000 円

(イ) 宿泊費 1 人 1 泊 1,800 円 (31 泊した場合 55,800 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。

(ウ) 食費 1 日 3 食 1,350 円 (任意)

(エ) 傷害保険および賠償責任保険 1,680 円

(オ) その他

その他の費用負担の納入については、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、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管理します。

認知症介護指導者養成研修受講申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申し込みます。

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		
			FAX		
			E-mail		
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 (当てはまる番号すべてに○)			職位名	管理職	管理職以外
1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員 13 その他			組織経営		
			介護部門		
			看護部門		
			リハビリ部門		
			相談員		
			介護支援専門員		
			医師		
			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)					
1			(年間)		
2			(年間)		
3			(年間)		
主な学歴			認知症介護に関する研修の受講歴(当てはまる番号に○)		
			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・2・3 回	有 無	
2					
3					

研 修 受 講 希 望 理 由

※志望動機やあなたになりたい認知症介護指導者像（どのような指導者になり、何がしたいか）を記載してください。

(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、
「法人の種類」「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。
- 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(1)-

- 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 |

- 8 主な学歴欄は、

(1) 例えば〇〇大学〇〇学部〇〇学科卒業と記入してください。

(2) その後資格取得のため〇〇専門学校を卒業した場合は〇〇課程卒業等と記入してください。

- 9 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。

- 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、遠方地域が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は抽選とします。

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、申し込んだ動機やあなたのなりたい認知症介護指導者像についての内容で、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等を800字程度で簡潔に記入してください。

別紙様式2

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・研修大府センター長 殿

府県知事・指定都市長、介護保険事業所長名

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23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（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

第2回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

第3回（平成〇年〇月〇日～〇月〇日）

氏 名

所 属

受講者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者 1 事例についての実践事例報告を作成し、提出して下さい。提出する事例は、必ずしも現在支援している認知症者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。
- ・記入要件を満たした実践事例報告を1部提出して下さい。
- ・実践事例報告は、受講者選抜考査の資料として用います。また、当該考査以外の目的では使用しません。実践事例報告は、センターで厳重に保管します。
- ・提出された実践事例報告は原則として返却しません。ただし、考査により不合格となった場合はこの限りではありません。
- ・実践事例報告は以下の記入要項に従って作成して下さい。

【記入要項】

- 1) 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。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下さい。
 - 2) 作成日、事例タイトル、府縣市名、所属、氏名を書き、1～5までの小見出し（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ケアの取り組み、5この事例のケア実践を通じて自分自身が学んだこと、およびその学びを地域ケア推進にどう活かすのか）をつけ、順に文章を作成して下さい。
 - 3) 合計文字数は3000字（増減1割可）です。文章の最後に合計文字数を記載して下さい。
 - 4) 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下さい。なお、図表は、1点400字とみなします。
 - 5) 使用する用紙のサイズはA4サイズとします
 - 6) パソコン・ワープロで作成する場合は、上下左右の余白は30mmとします。文字の大きさは12ポイント、文字数は1ページ38文字×32行（1216文字）とします。
- ・実践事例報告を作成するにあたっては、認知症者またはその家族へ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同意を得て下さい。その旨を文中の小見出し「2、倫理的配慮」に明記して下さい。
 - ・個人情報の取り扱いには十分配慮して下さい。認知症者およびその家族の氏名、地域名、生年月日等、個人が特定される可能性のある情報は記号化して下さい。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。また、必要以上の情報の掲載はやめてください。
 - ・認知症者および家族の写真の掲載は認めません。

(記入要項)

作成日 平成 年 月 日

実践事例報告のタイトル

府縣市名

所属

氏名

1、この事例を取り上げた理由

：目的や意義等を書いてください。

2、倫理的配慮

3、事例紹介

4、ケアの取り組み

：取り組みの実際と根拠、事例対象者の変化等などを書いてください。

5、この事例のケア実践を通じて自分自身が学んだこと、およびその学びを地域ケア推進

にどう活かすのか

：新たな気づきや学び、考察、今後の展望等を書いてください。

(合計文字数〇〇〇〇字)

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・研修大府センター長 殿

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。

府県・指定都市からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

介護保険事業所からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

