



ケア第295号  
平成30年7月17日

茨城県介護福祉士会長 殿

茨城県保健福祉部地域ケア推進課長



平成30年度認知症介護指導者養成研修の受講者の推薦について（再依頼）

日頃より、県の高齢者福祉施策の推進につきましては、深いご理解とご協力を賜り厚く感謝申し上げます。

さて、県におきましては、「認知症介護等研修」（認知症介護実践者研修等）の講師をはじめ、地域の認知症介護の指導者として活動する者を養成するため、認知症介護研究・研修東京センターが実施する標記の研修へ受講者を派遣いたします。

つきましては、研修機関より別紙のとおり追加募集があったことから、受講生を下記により再募集しますので、推薦にご協力くださいますようお願いいたします。

記

1 受講対象

以下の①～⑤のすべてを満たす者のうち、県が適当と認めた者。

- 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・事業所等に從事している者。（過去において介護保険施設・事業所等に從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で、県が実施する認知症介護等研修の企画・立案および講師としての指導に確実に参加できる者

## 2 推薦方法

別紙様式の受講者推薦書により、候補者を推薦してください。

また、別紙様式1（受講申込書）、別紙様式2（受講承諾書）及び別紙様式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）について作成するとともに、認知症介護実践リーダー研修修了書の写しと併せて推薦書への添付をお願いいたします。

※ 別紙様式1及び別添様式3は、認知症介護研究・研修東京センターに提出しますので、誤りのないよう、丁寧に記入願います。

※ 各団体においては、受講者募集について会員に広くお知らせいただきますとともに、被推薦者の公平な選考をお願いいたします。

※ 各団体からの被推薦者の中から1名を本県推薦の受講者として選定いたします。

（推薦をいただいても、選考の結果、本県推薦として受講できない場合があります。）

なお、事業所推薦枠として研修費用等の全てを負担し受講できる場合もございます。事業所推薦として受講する際も、上記の受講対象が要件となり、県等へ書類の提出が必要となりますので、事業者推薦を希望の際は県へ事前に連絡ください。

## 3 推薦期限

平成30年8月13日(月) ※期限内必着でお願い致します。

## 4 研修の概要（予定）

- (1) 期 間 前半3週間・職場実習4週間・後半2週間

※ 日程の詳細は別添「平成30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養成研修受講者募集要項」3～4ページをご覧ください。

- (2) 会 場 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1-12-1）

## 5 研修費用等

- (1) 研修の受講料（230,000円）は、県が負担します。（県推薦者1名のみ）

※事業所推薦による受講の場合は事業所等の負担となります。

- (2) 研修の受講に係る交通費及び宿泊費については、受講者の負担となります。

- (3) 教材費、災害傷害保険及び食費等の実費は受講者の負担となります。

## 6 問い合わせ先

茨城県保健福祉部地域ケア推進課 江戸

Tel:029-301-3332 Fax:029-301-3318

E-mail:care2@pref.ibaraki.lg.jp

(別紙様式)

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

茨城県保健福祉部地域ケア推進課長 殿

推薦者 団体名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

### 平成30年度認知症介護指導者養成研修 受講者推薦書

このことについて、下記により推薦します。

#### 記

#### 1 被推薦者

| 氏 名 | 勤務先施設等の名称 |
|-----|-----------|
|     |           |

#### 2 添付書類

- (1) 認知症介護指導者養成研修受講申込書 (別紙様式1)
- (2) 受講者の勤務先等の所属長による受講承諾書 (別紙様式2)
- (3) 受講者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)
- (4) 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し

#### 3 本件に関する問い合わせ先

団体名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

連絡先 Tel: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 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、下記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

|                                                                                          |                                           |              |                                                 |      |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|------|-------------|
| フリガナ<br>氏 名                                                                              |                                           |              | 性 別                                             | 男    | 女           |
|                                                                                          |                                           |              | 生年月日(年齢)                                        | 西暦   | 年 月 日 ( 歳 ) |
| フリガナ<br>自宅住所                                                                             | 〒                                         |              | 自 宅 電 話                                         |      |             |
|                                                                                          |                                           |              | F A X                                           |      |             |
|                                                                                          |                                           |              | E - m a i l                                     |      |             |
| フリガナ<br>職場名                                                                              | 法人種別                                      |              | サービス種別                                          |      |             |
|                                                                                          | フリガナ<br>法人名                               |              | フリガナ<br>職場名                                     |      |             |
| フリガナ<br>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<br>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<br>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<br>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3回          | 有      無                                        |      |             |
| 2                                                                                        | 第2希望                                      | —            |                                                 |      |             |
| 3                                                                                        |                                           |              |                                                 |      |             |



(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 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<br>・副施設長など              |                               |
| 介護部門        | 介護長・介護主任・フロアリーダー<br>・副主任・ユニットリーダー等 | ケアワーカー・介護士・寮母<br>・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<br>部門  | リハビリ科科长・リハビリ主任<br>・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<br>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・事業者のサービス種別」「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、九州及び新潟地域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。

(別紙様式 2)

(茨城県)

平成 年 月 日

茨城県保健福祉部地域ケア推進課長 殿

承諾者 所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

代表者 \_\_\_\_\_ 印

### 平成 30 年度認知症介護指導者養成研修 受講承諾書

平成 30 年度認知症介護指導者養成研修について、当法人の職員である  
                    (受講者氏名)                    が受講することを承諾します。

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<br>所属<br>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、必ず同意を得て下さい。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・事業者の管理者（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の一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)

| 不適切な記述例                    | 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」かどうかが不明確   |
| 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」かどうかが不明確   |
| 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審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って作成してください。
  - ・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。