

茨城県介護福祉士会長 殿

茨城県保健医療部健康推進課長

令和 6 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（依頼）

日頃より、県の認知症施策の推進につきましては、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、県では、「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研修へ受講者を派遣いたします。

つきましては、下記により受講生を募集しますので、推薦にご協力下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・事業所等に従事している者。（過去において介護保険施設・事業所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等の企画・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**

※本研修は、一部オンラインによる同時双方向の研修を実施する。そのため、研修受講に際しては、自施設・事業所等で、WEB 研修受講の環境を整えることを前提とする。

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。

なお、推薦にあたっては、受講対象の要件を満たす者で、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鑑み、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修等を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・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、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を担うことに同意した者であることを確認し、被推薦者が同役割を担うことについて理解した上で推薦してください。

○受講希望者からの提出書類

- ①受講申込書（別紙様式1）
- ②所属長等の受講承諾書（別紙様式2）
- 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）
- ④認知症介護実践リーダー研修修了書の写し

※ 別紙様式1及び別紙様式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3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。）

3 推薦期限

令和6年4月4日（木） ※期限内必着でお願い致します。

4 研修期間等

(1) 期 間

- ①第1回 令和6年6月3日（月曜日）～8月2日（金曜日）
- ②第2回 令和6年9月2日（月曜日）～11月1日（金曜日）
- ③第3回 令和6年12月2日（月曜日）～令和7年2月7日（金曜日）

※基本カリキュラム：前期研修2週間・職場における6週間・後期研修1週間

※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、職場における研修期間中は、オンラインを活用した講義・演習30時間と前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で職場実習を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。

- (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) 県推薦者(3名)に限り、研修の受講料（230,000円）は、県が負担する予定です。
※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

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室認知症対策担当

Tel:029-301-3333

Fax:029-301-3318

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

(別紙様式)

令和 年 月 日

茨城県保健医療部健康推進課長 殿

推薦者 団体名 _____
代表者 _____

令和6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

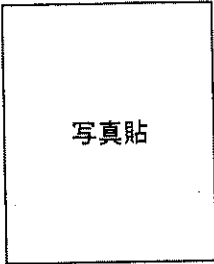
3 本件に関する問い合わせ先

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



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。

令和6年 月 日

フリガナ			性 別	男 女		
氏 名			生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日(歳)		
職 場	法人種別		サービス種別			
	フリガナ		フリガナ			
	法 人 名		施設・事業所名			
	フリガナ					
	住 所	〒				
	電 話		F A X			
	E - m a i l					
連絡先 (職場以外)	フリガナ					
	住 所	〒				
	電 話		F A X			
	E - m a i l					
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		受講希望回			Zoomによる受講環境	宿泊希望
1	第1希望	第2希望	第3希望	有・無	有・無	
2	第 回	第 回	第 回			
3	第 回	第 回	第 回			

認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解

認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

- 認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している
- 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役割となることを理解している
- 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

研 修 受 講 希 望 理 由

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和6年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和6年 月 日 _____
(自筆に限る)

(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。
(3.0 cm×2.4 cm程度)
2. 氏名欄、法人名欄、施設・事業所名欄、住所欄には、フリガナをつけてください。
3. 現在の職場を職場欄に記入してください。なお「研修対象者の要件②(ア)過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者」に該当する場合は、連絡先欄に記入してください。
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・副施設長等	
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・医長等	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場合、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、「サービス種別」「職場名」「職位名」「期間」を直近から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下さい。
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下さい。
11. オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。
 - ① 不特定多数に研修内容を閲覧されない環境
 - ② 必要に応じ自由に発言できる環境
 - ③ 安定してインターネットに接続される環境（有線による接続を推奨）
 - ④ PC で受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）
12. 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下さい。宿泊者の決定は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。
13. 「認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解」では、認知症介護指導者養成研修修了後の役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。
14. 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、及び研修終了後、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下さい。
15. 本要項4頁「10 個人情報の取り扱い」について同意される方は、自筆による署名をお願いいたします。

(別紙様式 2)

(茨城県)

令和 年 月 日

茨城県保健医療部健康推進課長 殿

承諾者 所在地 _____
法人名 _____
代表者 _____

令和 6 年度認知症介護指導者養成研修 受講承諾書

令和 6 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。

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 令和6年 月 日
実践事例報告のタイトル
都道府県・指定都市名 氏名
1. この事例を取り上げた理由
2. 倫理的配慮 (記載内容の例) 1) 認知症の人または代諾者に対する説明と同意 2) 管理者に対する説明と同意
3. 事例紹介 (性別、年代、原因疾患・現病、薬、自立度、生活歴、支援の経過、その他事例の理解を深めるために必要な情報)
4. 課題分析とケアの取り組み及びその結果 (記載内容の例) ・ 解決を目指した認知症の人にとっての課題 ・ 課題の発生原因とその根拠となる事実 ・ 実施したケア ・ 実施したケアの結果
5. 取り組みの評価及び自分自身が学んだこと (記載内容の例) 1) 取り組みの評価 2) 本事例に取り組んだことによる自己の学び
(合計文字数〇〇〇〇文字)

(記入要領)

- 作成する実践事例報告は、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。家族や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。
- 1～5の項目の合計文字数が **3,000 字程度 (増減は1割まで)** となるよう作成してください。文章の**最後に合計文字数を記載**してください。なお、文字数の制限を満たしていない場合は、再提出または受講不可として取り扱います。
- 使用する用紙のサイズはA4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。
- 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。パソコンで作成する場合、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。

- 作成にあたっては、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、認知症の人及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詳細を得てください。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、同意を得たことを表記する場合は、以下の記入例を参考に過去形で記入してください。

適切な記入例)

- 実践事例報告を作成するにあたり、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説明をし、文書にて同意を得た。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。
- 実践事例報告を提出するにあたり、管理者より、当該実践事例報告を行うことの詳細を得た。

以下のような記入は、同意を得たかどうか不明確なため不適切です。

- 本人・家族から同意を得る。
- 本人・家族から同意を得ている。
- 本人・家族に十分理解を得た。

* 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、認知症の人及びその家族の氏名、地域名（出身地や居住地等）、生年月日、入居年月日、年齢、具体的な職歴（会社名）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。