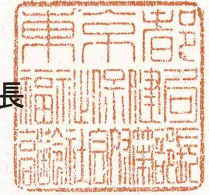




31福保高在第1352号  
令和2年1月24日

公益社団法人全国老人保健施設協会  
東京都支部長 殿

東京都福祉保健局高齢社会対策部長



### 令和2年度東京都認知症介護指導者養成研修の受講者募集について（依頼）

日頃より、東京都の高齢者福祉施策に御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

今般、東京都では、下記のとおり、令和2年度東京都認知症介護指導者養成研修の受講者を募集することといたしました。

つきましては、貴会会員の方への御案内について、御配慮いただきますようお願い申し上げます。御多忙の折、大変恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

#### 記

##### 1 研修概要

- (1) 研修名 令和2年度東京都認知症介護指導者養成研修
- (2) 日程 ア 第1回 令和2年5月18日（月曜日）から同年7月17日（金曜日）まで  
イ 第2回 令和2年8月17日（月曜日）から同年10月16日（金曜日）まで  
ウ 第3回 令和2年11月30日（月曜日）から令和3年2月5日（金曜日）まで
- (3) 内容 別添パンフレットのとおり（※近日中に東京都HPにも掲載予定です。）

##### 2 東京都認知症介護指導者の役割

- 東京都認知症介護研修及び地域における認知症ケアに関する研修の企画・立案や講師を務める。
- 地域全体の認知症ケアの質の向上のための助言・指導等を行う。
- 行政の認知症施策を理解し、認知症介護指導者として認知症施策に関与する。
- 地域で認知症ケアの課題解決のために研究的な活動を展開し、成果を発信する。 など

##### 3 その他

- (1) 本研修受講者は、「東京都認知症介護実践リーダー研修」を修了している必要があります。
- (2) 本研修は、社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターへ委託して実施する予定です。

#### 【担当】

東京都 福祉保健局 高齢社会対策部  
在宅支援課 認知症支援担当 興松・宮崎  
電話：03（5320）4276 FAX：03（5388）1395

## 令和2年度 東京都認知症介護指導者養成研修のお知らせ

### 【目的】

東京都認知症介護研修を企画・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とともに、介護保険施設・事業者等における認知症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。

### 【実施場所】

認知症介護研究・研修東京センター（以下「東京センター」という。杉並区高井戸 1-12-1）  
及び連携施設

### 【研修日程】 ※各回とも内容は同様です。

	前期研修（※）	職場研修（※）	後期研修（※）
第1回	令和2年5月18日（月） ～6月5日（金）	令和2年6月8日（月） ～7月3日（金）	令和2年7月6日（月） ～7月17日（金）
第2回	令和2年8月17日（月） ～9月4日（金）	令和2年9月7日（月） ～10月2日（金）	令和2年10月5日（月） ～10月16日（金）
第3回	令和2年11月30日（月） ～12月18日（金）	令和2年12月21日（月） ～令和3年1月22日（金）	令和3年1月25日（月） ～2月5日（金）

※前期・後期研修では、土日以外は東京センターにて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。必ず研修の全日程に参加できることを確認した上で、申し込みを行ってください。

※研修回をご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

### 【対象者】

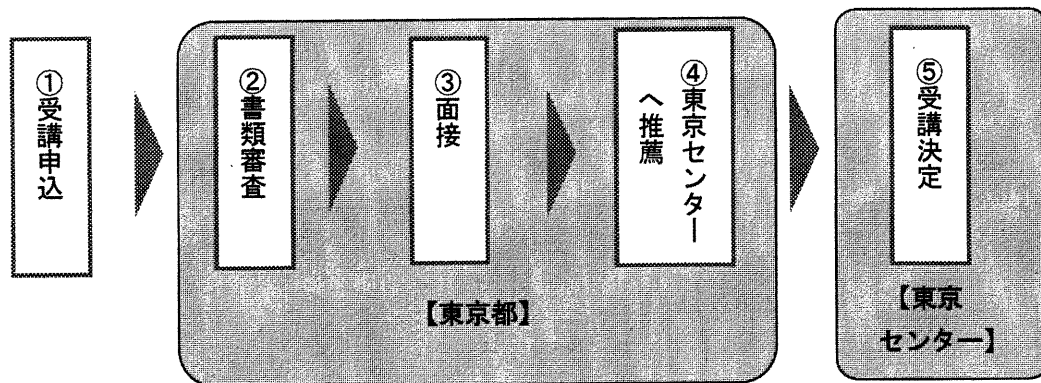
次の（1）から（5）までのすべてを満たす者のうち、東京都知事が適当と認め推薦する者

- （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）次のアからウまでのいずれかの要件に該当し、かつ都内在住又は在勤の者
  - ア 東京都所在の介護保険施設・事業所等に従事している者又は従事していた者
  - 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）認知症介護実践リーダー研修（認知症介護実務研修（専門課程）でも可）を修了し、かつ介護現場のリーダーとして概ね5年以上の介護実務経験を有する者
- （4）東京都認知症介護研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事すること（※）に同意し、また所属する介護保険施設・事業所等の長（以下「所属長」という。）がそのことを認めている者  
※ 研修カリキュラムの検討、講義・演習講師、所属施設・事業所における実習の受入・指導等
- （5）東京都内の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

## 【受講までの流れ】

申込者について、東京都で選考を実施し、東京センターへ推薦する者を決定いたします。(②~④)  
被推薦者を東京センターが審査し、最終的には、東京センターが受講者を決定します。(⑤)

- ①東京都へ必要書類を提出し、受講を申し込みます。
  - ②東京都が書類審査を実施し、適切と認められる方を選定します。
  - ③書類審査通過者に対して、面接を実施します。**面接は3月上~中旬を予定**しています。
  - ④面接結果を通知するとともに、東京都から東京センターへ面接通過者を推薦します。
  - ⑤東京センターが被推薦者について審査し、最終的な受講者を決定します。
- ※選考結果や面接の詳細については、所属長宛てに通知します。



## 【申込方法】

以下の必要書類を御記入の上、下記の宛先まで郵送してください。

《**郵送先**》〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号 東京都庁第一本庁舎 26階北側  
東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課 認知症支援担当 宛

**申込期限：令和2年2月28日（金曜日） 必着**

《**提出書類**》すべての書類をまとめて封筒に入れて郵送してください。

- 1 受講申込書〔別紙様式1〕
- 2 受講者選考考査のための実践事例報告に関する提出書類
- 3 推薦書・承諾書（※申込者の所属長が記入してください。）
- 4 認知症介護実践リーダー研修又は認知症介護実務研修（専門課程）修了書の写し1部

## 【受講料】

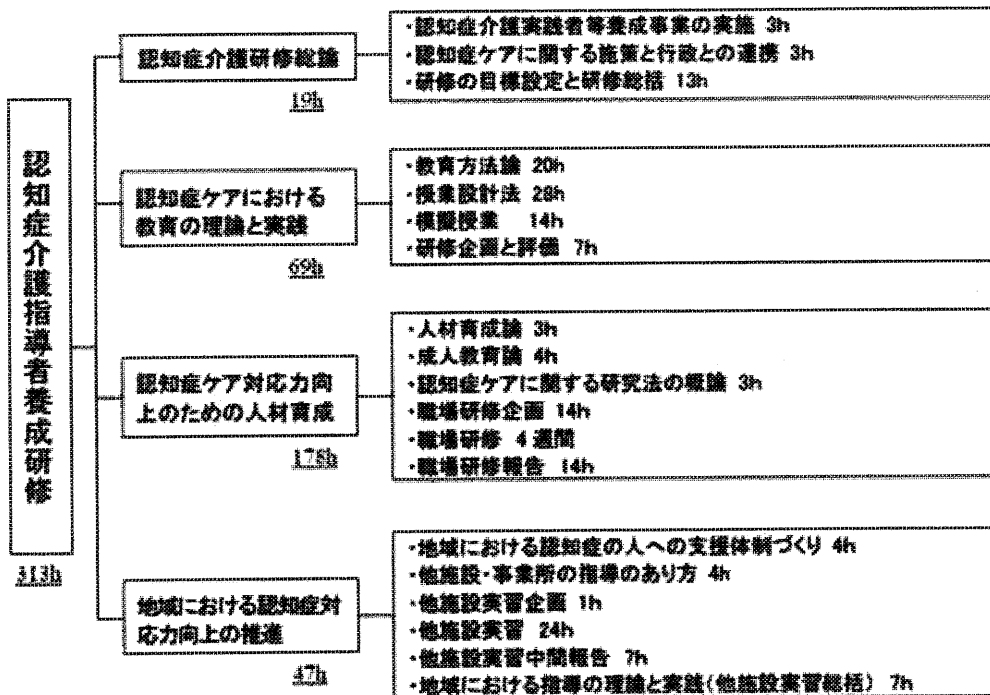
東京都推薦者の受講料 230,000円については、東京都が全額負担します。

※受講料以外（教材費・災害傷害保険料（5,000円）、旅費、宿泊費、食事代等）は、受講生負担です。

※東京センター宿泊施設を利用する場合は素泊まりで1人1泊2,000円ですが、宿泊室は16室のため利用できない場合があります。

※受講生の所属介護保険施設・事業所等の負担を軽減するため、研修期間中の代替職員雇用経費の一部について、補助を受けることができます。詳細は、受講決定の際に、別途通知いたします。

## 【カリキュラム】



## 【個人情報の取り扱い】

\* 令和2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より一部抜粋

(1) 受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、東京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。

- ア 認知症介護指導者養成研修に関する資料等の送付
- イ 認知症介護指導者養成研修の授業準備
- ウ 認知症介護指導者養成研修の教育評価
- エ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての協力依頼
- オ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての情報提供
- カ 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、直ちに東京センターで破棄します。

## 【その他】

- (1) 東京都の選考通過後も、東京センターの選考を通過できない場合があります。
- (2) 研修中に東京センターの諸規則に違反する等、ふさわしくない行為があった場合は、東京センターのセンター長により受講を取り消されることがあります。
- (3) 研修の全てのカリキュラムを受講し、東京センターが行う修了考査によって適当と認められた者には、センター長より、修了証書が交付されます。

また、研修修了者は、センター長によって必要事項を名簿管理され、以降は東京都認知症介護指導者として、東京都内の認知症ケアの質の向上のために、活動していただきます。

### 【担当】

東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課  
認知症支援担当 興松・宮崎 電話：03 (5320) 4276

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。

令和2年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名			性 別	男	女
			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 法人名		フリガナ 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(○を付ける)		宿泊希望	
1	第1希望	第1・2・3回	有      無		
2	第2希望	第1・2・3回			
3					

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2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2年 月 日 \_\_\_\_\_ 印

(参考)

## 東京都認知症介護指導者養成研修 申込書記入要領

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講希望者の写真を貼付してください。  
(3×2.4 cm程度)
- 2 氏名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、過去において介護保険施設・事業所等に従事していた場合は、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	リハビリ科科长・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。

(参考)

- 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ください。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。

(記入例)「東京都からの要請があれば、参画・従事する考えである。」

- 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。宿泊先の決定は、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御連絡いたします。

- 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及び研修終了後、認知症介護指導者として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。

なお、このレポートは東京都において受講生を決定する際の参考資料とさせていただくほか、本研修の運営主体である認知症介護研究・研修東京センターにも提出します。

※ 御提出いただいたレポートは、受講生決定後も返却いたしませんので御了承ください。また、文書の始めや改行の際には一マス空ける等、文書の基本的なルールに則って作成してください。

- 13 研修案内の「個人情報の取り扱い」に同意される方は、記名と捺印をお願いいたします。



## 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について

\*各自で「認知症の人に対しケアを行った事例」を選定の上、1～5について以下の記入要領に従い、提出書類を作成してください。

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。ただし、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。

【作成イメージ】

作成日 令和2年 月 日

実践事例報告のタイトル

東京都

所属施設・事業所名

氏名

1. この事例をとり上げた理由
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)
  - (1) 解決を目指した認知症の人にとっての課題
  - (2) 課題の発生原因とその根拠となる事実
  - (3) 実施したケア
  - (4) 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字)

## 【記入要領】

## (提出書類の様式について)

◆上記1～5まで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。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。

(倫理的配慮について<sup>重要</sup>)

◆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、並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、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の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 <u>得る</u>	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 <u>得ている</u>	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 <u>理解を得た</u>	「同意」を得たかどうか不明確
個人情報については、 <u>匿名化することについて同意を得た</u>	事例提出の同意を得たかどうか不明確

## 報告にあたり実施した倫理的配慮の記入例)

・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。

・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同意を得た。

\*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てください。
- ・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。

# 推薦書・承諾書

令和2年 月 日

東京都知事 殿

推薦者（所属長）

（法 人 名）

（施設・事業所名）

〒

（所 在 地）

（電 話 番 号）

（職 氏 名）

（公印）

下記の者を令和2年度東京都認知症介護指導者養成研修の研修生として推薦します。

なお、研修修了後は、研修生が東京都認知症介護研修（東京都認知症介護基礎研修又は東京都認知症介護実践研修等）の企画・立案に参画し、研修カリキュラムの検討、講義・演習の講師、本施設・事業所における実習の受け入れ・指導等に従事し、介護実務者の指導に携わることを承諾します。

記

- 1 被推薦者（受講申込者）氏名
- 2 推薦理由

※裏面もご記入ください。

3 被推薦者の施設・事業所におけるリーダーとしての勤務状況

4 施設・事業所における認知症介護についての考え方

5 研修生が東京都認知症介護指導者として行う活動に関する施設の考え方

(1) 研修講師や地域の認知症ケアの向上に関する活動について

(2) 施設・事業所における実習生の受け入れについて