

受講希望施設用

平成 26 年度 ユニットケア研修受講者募集要項

(ユニットケア施設管理者研修)

浜松市 前期 (第 1 回) 募集

一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会

本募集要項内において使用する用語の定義

正式名称等	本要項内における略称
平成 26 年度ユニットケア研修受講者募集要項（ユニットケア施設管理者研修）浜松市 前期（第 1 回）募集	本要項
一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会	本会
一般社団法人全国個室ユニット型施設推進協議会会長	会長
受講を希望する者が所属する施設	受講希望施設
都道府県及び指定都市	都道府県等
受講が決まった者	受講者
受講者が所属する施設	受講者所属施設
受講が決まった者の氏名等を記載した通知	受講者決定通知

受講申込書のダウンロードについて

受講を希望する受講者所属施設は、本会ホームページにある「ユニットケア研修」(<http://suishinkyō.net/unitcare/home.html>)の「各種書類」内より、「受講申込書」をダウンロードしてください。

*** 記入方法は、別紙記入例①を参考にしてください。**

*** 申込方法の詳細は、本要綱「6. 受講手続」をご参照ください。**

1. 申込及び研修のスケジュール

○以下のスケジュールにより、申込・研修等を実施します。

	受講希望施設からの郵送 またはオンラインによる 申込期間	本会より、 受講者決定通知 (請求金額入) を送付	受講料支払期限	研修開始
第1回	平成26年3月10日(月) ～4月25日(金)	平成26年 5月23日(金)	平成26年 6月13日(金)	平成26年 6月23日(月)

※4月より、オンライン申込開始予定(詳細は、別途お知らせいたします。)

※詳細は、「6. 受講手続」をご参照ください。

2. 受講対象者

- ユニットケア施設管理者研修の受講対象者は、ユニットケア施設(ユニット型指定介護老人福祉施設及びユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設、ユニット型指定短期入所生活介護事業所並びにその他ユニットケア(居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常生活の中で行われる生活単位と介護単位とを一致させたケアをいう。以下同じ。))を実施している施設)の管理者または管理者予定の者(原則として研修受講年度又はその翌年度に開設するユニットケア施設に施設の管理者として勤務する予定の者)のうち、本会によって、選考された者(以下、受講が決まった者を「受講者」という。)とします。

3. 研修内容

(1) カリキュラム

- 本会が指定する講師による講義・演習(3日間)とします。なお、講義・演習の内容は別紙1のカリキュラムのとおりです。

(2) 事前課題及び事後課題

- 本研修において事前課題と事後課題を受講者に提出していただきますので、以下のように各課題のダウンロードをお願いいたします。

課題名	配布時期等について
事前課題	受講者決定通知と一緒に送ります。また、下記 URL より「事前課題」をダウンロードすることも出来ます。 ※「ユニットケア研修ホームページ」 (http://suishinkyo.net/unitcare/home.html)「各種書類」
事後課題	講義初日に本会より受講者に直接お渡しいたします。

4. 研修日程及び募集人数

○ 講義・演習の日程及び募集人数は、下記のとおりとします。

開催回 : 第1回(関東ブロック)
日程 : 平成26年6月23日(月) 11:00 ~ 6月25日(水) 15:30
定員 : 20名 ※定員に満たない場合は、開催をとりやめることも
ございますので予めご了承ください。

5. 研修の開催場所

会場 : 品川区立総合区民会館 「きゅりあん」
4階 第1グループ活動室
住所 : 東京都品川区東大井5-18-1 (JR大井町駅・徒歩1分)
電話 : 03-5479-4100 FAX : 03-5479-4110

6. 受講手続

(1) 受講申込から受講決定までの流れ

① 受講希望施設は郵送またはオンラインにより下記締め切り日迄に本会に受講申込
第1回(平成26年4月25日(金)迄)



② 本会より都道府県等に受講希望者報告
第1回(平成26年5月2日(金)頃)



③ 都道府県等から本会へ推薦状を提出
第1回(平成26年5月13日(火)頃)



④ 本会より都道府県等に受講決定報告
第1回(平成26年5月16日(金)頃)



⑤ 本会より受講者所属施設に受講者決定通知・受講料請求書、関係書類を送付
第1回(平成26年5月23日(金)頃)



⑥ 受講料振込
第1回(平成26年6月13日(金)迄)

(2) 申込期限及び申込時の諸注意について

- ① 申込期限以降の申込は、原則的には出来ません。
- ② 受講者決定後に受講を辞退する場合には、キャンセル料として所定の額を請求させていただきます。

※詳細は、「7. 受講料について(3)」をご参照ください。

- ③ 施設開設年月日・申込者の役職名について、前述「2. 受講対象者」との不整合などがあった場合には、申込を受理できません。
- ④ 受講申込書原本に、本要項内の諸条件に同意した上で申込をした旨を証するため、受講希望施設の法人名・当該施設名・施設代表者の署名・捺印及び受講を希望する者本人の署名・捺印をし、本会に送付すること。

*** 記入方法は、別紙記入例①を参考にしてください。**

7. 受講料について

- (1) 受講者一人につき 36,000 円です（但し、テキスト代、宿泊代、食事代は含まれません）。
- (2) 都道府県等のみが業務委託料兼受講料として負担する方法の他、都道府県等と受講者所属施設との取り決めにより、受講者所属施設が受講料を自己負担する方法によることも可能ですので、どちらのご負担となるかは、所管の都道府県等にお問い合わせいただきますようお願いいたします。
- (3) (2)に関わらず、受講料は受講者の決定日(受講者に決定通知が届いた日ではなく、本会にて受講決定通知を作成した日。以下「受講決定日」という。)に発生いたします。決定後に辞退をした場合は、下記の通りキャンセル料をご請求いたします。なお、銀行振り込みにかかる手数料等は都道府県等または受講者所属施設が負担することといたします。

キャンセル料：1人あたり ¥5,000-

なお、受講料振込後の場合は、受講料からキャンセル料及び送金にかかる費用（振込手数料）を差し引いた金額を返金します。

- (4) 受講料の支払方法については、都道府県等が業務委託料として本会宛に直接お支払いいただく方法の他、受講料について受講者所属施設の負担を取り決めている都道府県等については、都道府県等からの指示により、受講者所属施設が直接本会宛に受講料を送金してお支払いいただく方法がございます。お支払方法についても、所管

の都道府県等にお問い合わせいただきますようお願いいたします。

- (5) 受講者の決定に伴い、業務委託料（受講者所属施設にとっては受講料）が発生いたしますので、本会から都道府県等宛に請求書をご送付いたします。都道府県等との取り決めにより、受講料を負担される受講者所属施設におかれましては、都道府県等から送付された請求書に基づき、受講料のお支払いを下記日程の期限までにお願いいたします。なお、銀行振り込みにかかる手数料等は都道府県等又は都道府県等の指示により受講者所属施設が負担することといたします。

	受講料支払期限
第1回	平成26年6月13日（金）

8. 受講料以外の費用等

(1) テキストについて

(ア) 研修にはテキストが必要です。

	テキスト名	価格
①	ユニットケア研修テキスト【最新版】	2,940円
②	ユニットケア実践Q&A【改定版】	2,100円

※施設に上記テキストがある場合には、購入せずご持参いただいても構いません。
※座学講義、初日に会場にてテキストを販売いたします。

(イ) その他、参考教材も販売いたします。

	参考テキスト名	価格
③	ユニットケアで暮らしをつくる	2,100円
④	ユニットケア導入までのチェックポイント 130	2,100円
⑤	認知症高齢者が安心できるケア環境づくり	2,730円
⑥	認知症ケア環境辞典	3,360円

(2) 研修中の昼食及び宿泊について

- 受講者各自でご用意ください。

9. 受講決定日以後の諸手続

- (1) 受講決定日以後の、受講者所属施設からの講義・演習の日程変更の希望について
- 一切取扱いいたしません。

- (2) 受講決定日以後の、受講者所属施設からの受講者変更の希望について

- やむを得ず受講者を変更する場合には、以下の手続を行ってください。なお、受講者所属施設において変更後新たに受講者となる者として申込された者（以下、「変更者」という。）が前述「2. 受講対象者」と不整合があった場合及び以下の受講者変更手続を研修受講開始日の10日前までに完了しなかった場合、受講者の変更は認めません。なお、研修受講開始後は受講者の変更は一切取扱いいたしません。

手続順序	手続内容
① 都道府県等への連絡及び郵送またはオンラインでの変更手続の実施	<p>受講者の変更を希望する受講者所属施設は、「ユニットケア研修ホームページ上」 （http://suishinkyō.net/unitcare/home.html）「各種書類」内の「受講者変更申請書」にご記入の上、郵送またはオンラインで、研修受講開始日の10日前までに本会担当者まで申請してください。</p> <p>* 記入方法は、別紙記入例②を参考にしてください</p>
② 本会から各都道府県等へ、変更後の受講者決定	<p>本会より都道府県等担当者宛に新たに受講者決定通知を送付します。</p> <p>※通知が届かない場合には本会にご連絡ください。</p>

※4月より、オンライン申込開始予定（詳細は、別途お知らせいたします。）

- (3) 受講決定日以後の受講辞退について

- やむを得ず受講を辞退する場合には、以下の手続を行ってください。ただし、前述「7. 受講料について (3)」に記載のとおりキャンセル料をご請求いたします。

手続順序	手続内容
① 都道府県等への連絡及び郵送またはオンラインでの辞退手続の実施	<p>受講者の辞退を希望する受講者所属施設は、「ユニットケア研修ホームページ上」 （http://suishinkyō.net/unitcare/home.html）「各種書類」内の「受講辞退申請書」にご記入の上、郵送またはオンラインで研修開始日の7日前までに本会担当者まで申請してください。</p> <p>* 記入方法は、別紙記入例③を参考にしてください</p>
② 本会から各都道府県等へ、辞退者を通知	<p>本会より都道府県等ご担当者様宛てに辞退者の通知をします。</p>

※4月より、オンライン申込開始予定（詳細は、別途お知らせいたします。）

(4) 受講者の欠席・遅刻・早退について

- 研修受講期間中に欠席・遅刻・早退があった場合は、研修を修了したと認められませんので修了証書の発行はいたしません。また、その際の受講料の返金はいたしません。ただし、受講者の責に帰さない、やむを得ない事情であると本会が判定した理由により、欠席・遅刻・早退となった場合において、以下の手続きがなされた場合はこの限りではありません。

(ア) 公共交通機関の遅延等による欠席、遅刻の場合

- ① 受講者所属施設は、理由書及び公共交通機関の発行する遅延等の証明書を都道府県等宛に提出してください。
- ② 未受講の講義について、本会の指定する、課題の実施・提出、研修の受講等を行ってください。

(イ) その他の事情の場合

- ① 受講者所属施設は、理由書及び理由を証明する文書を都道府県等宛に提出してください。
- ② (ア)の②に同じ。

10. 修了証書

- 研修を修了した受講者には、本会から修了証書が交付されます。修了証書は、都道府県等に送付します。

11. 申込・問い合わせ先

〒226-0015
神奈川県横浜市緑区三保町 171-1 特別養護老人ホーム「しょうじゅの里三保」内
一般社団法人 全国個室ユニット型施設推進協議会「ユニットケア研修」担当
TEL 045-921-0462/FAX 045-921-0472

平成26年度ユニットケア施設管理者研修カリキュラム

	テーマ	時間	形式	ねらい	講師
1 日 目	開講式	11:00～11:10		挨拶・オリエンテーション	全国個室ユニット型施設推進協議会
	ユニットケアの理念と意義	11:10～12:30 (80分)	講義	高齢者介護施策におけるユニットケアの位置づけと向かうべき方向について理解する。また、ユニットケアの理念とユニットケアに取り組むことの意義を考える。	行政等 外部講師 (実地研修施設の施設長等)
	認知症の理解と権利擁護	13:30～14:30 (60分)	講義	ユニットケアの提供において、職員の精神的負担、密室性を鑑み「高齢者虐待」「認知症」の2項目に着目し、高齢者の権利擁護について改めて学ぶ。	外部講師 (実地研修施設の施設長、ユニットケアを実践している施設の管理者・有識者等)
	高齢者の生活とその環境	14:40～17:50 (180分)+休憩10分	講義 演習	ユニットケアに転換することで、これまでの集団処遇と比較して、入居者の実際の暮らし、ケアのあり方等、入居者や職員の状態等がどのように変化するか、期待される成果をユニットケア導入前後で比較した調査等をもとに理解する。 ※環境支援の指針としてPEAPを取り入れる。また、調査についてはキャプション評価法を用いる。	外部講師 (実地研修施設の施設長、ユニットケアを実践している施設の管理者・有識者等)
	諸連絡	17:50～18:00		1日目の研修の振り返り質疑等	全国個室ユニット型施設推進協議会
2 日 目	高齢者とその生活	9:00～11:10 (120分)+休憩10分	演習	グループワークにより事前学習の入居者体験を共有し、高齢者の身体的・精神的状況と高齢者が望んでいる生活を理解する。また、ビデオによる今の介護現場の現状と悩みを理解し、その実態と抱えている課題を共有する。	
	ユニットケア施設における体制の整備及び管理運営	11:20～17:40 (300分)+休憩80分	講義 演習	先駆的にユニットケアの取り組みをしている施設の代表に下記のポイントを中心に話をしてもらい、それぞれの施設での取り組みの工夫や特徴を理解する。ポイント①導入までの事②導入時のこと③職員対応④入居者と家族のこと⑤運営の工夫と失敗⑥ハードの特徴⑦管理者として求められること等。ポイントごとに話を展開し、それを受けてグループで共有をはかり、自施設での悩みや課題を整理し、自施設でのヒントや応用まで展開できるようにする。	外部講師 (実地研修施設の施設長、ユニットケアを実践している施設の管理者・有識者等)
	諸連絡	17:40～17:50		2日目の研修の振り返り質疑等	全国個室ユニット型施設推進協議会
3 日 目	ユニットケア導入・運営計画演習	9:00～15:20 (300分)+休憩80分	演習	上記演習を受けて、自施設での運営計画を立てる。その計画を各自発表し、意思表明することと他の人の工夫を理解する。	外部講師 (実地研修施設の施設長、ユニットケアを実践している施設の管理者・有識者等)
	閉講式	15:20～15:30		挨拶	全国個室ユニット型施設推進協議会

実施主体の長 殿

全国個室ユニット型施設推進協議会会長 殿

記入例①

(4cm×3cm)

※写真の裏に施設名と氏名を記入して下さい。

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットケア施設管理者研修
受講申込書

※別紙の募集要項をよくお読みになり、施設の TEL/FAX は必ずご記入ください。

フリガナ 氏名	スイシン ジロウ 推進 二郎	性別	男・女
		生年月日	西暦 1970年 4月 1日 (44歳)
フリガナ 申込者住所	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ 神奈川県横浜市緑区三保100		
フリガナ 法人名/団体名	シャイフクホジシ 社会福祉法人 推進会	事業所番号	1 2 3 4 5 6 7
		TEL	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9
フリガナ 施設名	トハツヨゴホジシホム 特別養護老人ホーム 三保の郷	FAX	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 9 0
		E-Mail	suishin@××××.or.jp
フリガナ 施設住所	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ 〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3		
ユニットケア実施日	平成 19年 4月 1日	人員配置	1. 8 : 1
		ユニット数	10
ユニットケア施設管理者研修修了者	1名 受講中(決定者含)	0名 内退職予定者	0名
ユニットリーダー研修修了者	5名 受講中(決定者含)	0名 内退職予定者	1名
申込者役職	1.施設管理者 2.施設管理者就任予定 (就任予定日：平成 年 月 日)		
主な学歴		高齢者介護に関する主な職歴	
1. ○○医療福祉専門学校卒業		1. 特別養護老人ホーム 三保の郷 (23年)	
2.		2. (年)	
3.		3. (年)	
主な資格		受講希望回	
1. 介護福祉士	希望	ブロック名	会場
2. 社会福祉主事	1.	関東	東京
3.	2.		
4.	3.		
5.			
6.	その他		

上記の通りユニットケア施設管理者研修に申し込みます。

平成26年 4月 1日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会

施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷

役職 理事長

法人代表者氏名 三保 一郎

申込者氏名 推進 二郎

推進 会 印
理事長 印
推進 印

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットケア施設管理者研修

受講者変更申請書

現在の受講者

フリガナ	スイシン ジロウ	性別	男・女
氏名	推進 二郎	生年月日	西暦 1970年 4月 1日(44歳)
		受講者番号	26管13001
フリガナ	シヤカイカホジシヨウ スイシンカイ	事業所番号	1234567
法人名/団体名	社会福祉法人 推進会	TEL	012-345-6789
フリガナ	トクベツヨウゴロウジシヨウホム ミホノサト	FAX	012-345-6790
施設名	特別養護老人ホーム 三保の郷	E-Mail	suishin@×××××.or.jp
フリガナ	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ		
施設住所	〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3		
変更事由	体調不良による長期療養のため		

新しい申込者

フリガナ	ミホ タロウ																
氏名	三保 太郎																
性別	男・女																
生年月日(年号)	西暦 1965年 9月 1日(49歳)																
フリガナ	カナガワケンヨコハマシミニナトクナダ																
申込者住所	〒226-0030 神奈川県横浜市港区灘1802-5																
申込者役職	1. 施設管理者 2. 施設管理者就任予定 3. その他 ()																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>主な資格</th> <th>高齢者介護に関する主な職歴</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 介護福祉士</td> <td>1. 特別養護老人ホーム みどり (5年)</td> </tr> <tr> <td>2. 社会福祉士</td> <td>2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 (6年)</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>3. (年)</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>主な学歴</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>1. ○○医療福祉大学卒業</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>2.</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>3.</td> </tr> </tbody> </table>		主な資格	高齢者介護に関する主な職歴	1. 介護福祉士	1. 特別養護老人ホーム みどり (5年)	2. 社会福祉士	2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 (6年)	3.	3. (年)	4.	主な学歴	5.	1. ○○医療福祉大学卒業	6.	2.	7.	3.
主な資格	高齢者介護に関する主な職歴																
1. 介護福祉士	1. 特別養護老人ホーム みどり (5年)																
2. 社会福祉士	2. 特別養護老人ホーム 三保の郷 (6年)																
3.	3. (年)																
4.	主な学歴																
5.	1. ○○医療福祉大学卒業																
6.	2.																
7.	3.																

写真貼付け
(4cm×3cm)
※写真の裏に施設名と氏名を記入して下さい。

上記の通りユニットケア施設管理者研修の変更を申し込みます。

平成26年 5月 1日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会
 施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷
 役職 理事長
 法人代表者氏名 三保 一郎
 申込者氏名 推進 二郎

推進会
理事長印
推進

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットケア施設管理者研修

受講辞退申請書

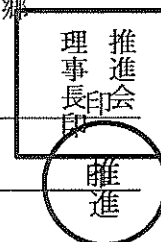
下記のとおり、ユニットケア研修を辞退いたします。

辞退する受講者

研修区分	ユニットケア施設管理者研修	受講者番号	26管13001
フリガナ	ミホ タロウ	性別	男・女
氏名	三保 太郎	生年月日	西暦 1970年 4月 1日(44歳)
フリガナ	シャイクンホクジン スイシンカイ	事業所番号	1234567
法人名/団体名	社会福祉法人 推進会	TEL	012-345-6789
フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ミホノサト	FAX	012-345-6790
施設名	特別養護老人ホーム 三保の郷	E-Mail	suishin@×××××.or.jp
フリガナ	カナガワケンヨコハマシミドリクミホ		
施設住所	〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保1-2-3		
辞退事由	体調不良による長期療養のため		

平成26年 6月 1日

法人名/団体名 社会福祉法人 推進会
 施設名 特別養護老人ホーム 三保の郷
 役 職 理事長
 法人代表者氏名 三保 一郎
 申込者氏名 推進 二郎



実施主体の長 殿

全国個室ユニット型施設推進協議会会長 殿

平成 26 年度ユニットケア研修 ユニットケア施設管理者研修
受講申込書

写真貼付け
(4cm×3cm)

※写真の裏に施設名と氏名を記入して下さい。

※別紙の募集要項をよくお読みになり、施設の TEL/FAX は必ずご記入ください。

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女		
		生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
フリガナ 申込者住所	〒				
フリガナ 法人名/団体名		事業所番号			
		TEL			
フリガナ 施設名		FAX			
		E-Mail			
フリガナ 施設住所	〒				
ユニットケア実施日		人員配置	:	ユニット数	
ユニットケア施設管理者研修修了者	名	受講中(決定者含)	名	内退職予定者	名
ユニットリーダー研修修了者	名	受講中(決定者含)	名	内退職予定者	名
申込者役職	1.施設管理者 2.施設管理者就任予定 (就任予定日:平成 年 月 日)				
主な学歴			高齢者介護に関する主な職歴		
1.		1.		(年)	
2.		2.		(年)	
3.		3.		(年)	
主な資格		受講希望回			
1.	希望	ブロック名	会場	開催回	
2.	1.				
3.	2.				
4.	3.				
5.	その他				
6.					

上記の通りユニットケア施設管理者研修に申し込みます。

平成 年 月 日

法人名/団体名

施設名

役職

法人代表者氏名

印

申込者氏名(連絡担当)

印