

令和6年度 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修
7月開催（高齢者介護）実施要綱

1 目 的

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所で働く中堅職員に対し専門知識、介護技術の習得及び参加者相互の交流の機会を提供し、職員の見識を深めることを目的とする。

2 主 催 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

〔公益財団法人 中央競馬馬主社会福祉財団助成事業〕

3 後 援 厚生労働省（予定）

4 実施期間 令和6年7月8日（月）～7月11日（木）までの4日間

5 開催方式 オンラインでの実施（Zoom）

6 受講者の条件

公益的な活動を実施し地域貢献に取り組んでいる、又は公益的な活動を計画し地域貢献に取り組むことを予定している社会福祉法人等が経営する介護保険指定施設・事業所等で働く生活相談員・介護職員・介助員・介護支援専門員等で、次の（1）から（3）を全て満たす者とする。

（1）介護保険指定施設・事業所等における介護業務の経験が通算して3年以上で、かつ、本研修受講後も引き続き当該施設・事業所に勤務する意志を有する者

（2）参加目的及び獲得目標が明確である者

（3）Zoom ミーティングを利用したオンラインで研修が受けられる者

7 受講定員 60人

8 研修の応募について

都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦が必要である。「社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和6年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書」により、各自治体経由で応募すること。

9 受講者の選考

受講希望者が定員を超えた場合は、受講者の条件を満たす者のうち、次の選考基準により受講者を選考する。

【選考基準】

（1）都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち各1名

（ただし、推薦のあった都道府県・政令指定都市・中核市等の優先順位1位の推薦者の合計が定員を超える場合は、（3）以降の基準で選考する）

（2）都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち優先順位2位の者

（優先順位2位の推薦者の合計が定員を超える場合は、（3）以降の基準で選考する。

以下、優先順位3位以下の者の場合も同様に選考する）

（3）本研修に参加履歴のない施設・事業所に勤務する者

（4）直近5年間において本研修への参加がない者

(5) 介護業務の経験年数の長い者

10 研修費用

無料

11 研修科目及び時間（予定）

科 目	時間	科 目	時間
誰もが暮らしやすい生活を支える	1時間30分	“介護の価値を高める“介護ロボット”の活用について	1時間30分
高齢者施設・事業所におけるリスクマネジメントについて	1時間30分	地域共生社会の実践	1時間45分
対人援助記録の書き方トレーニング	5時間15分	高齢者福祉行政の動向	1時間45分
職員の働きやすい環境構築・人材定着の支援	1時間30分	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して	5時間00分
(注) 科目名・時間は今後変更が有り得ること。		8科目	19時間45分

(他、アイスブレイク・受講者交流等1時間30分)

12 レポートの提出

受講者は研修終了後、当センターが指定する期日までに所定のレポートを提出するものとする。なお、提出されたレポートは報告書としてまとめ、関係機関に配付する。

13 その他

- ・ 研修の成果について、法人・施設（事業所）内において幅広く伝えるように努めること。
- ・ 原則、研修の全日程を受講すること。
- ・ 提出された書類は一切返却しないものとする。
- ・ オンライン研修を受講できる環境整備（受講場所やパソコンの用意、通信環境の整備）は受講者本人または受講者の所属する事業所等で準備するものとする。
- ・ 研修の内容は、録画される予定であること。なお、研修実施に関する目的で行うものであり、本目的以外で使用しないものとする。

以上

オンライン研修受講にあたっての注意事項

1. 受講者に必要な利用設備環境

オンライン研修受講にあたっては、下記の環境の用意が必要です。

(1)使用機材

- ① アプリケーション: **Zoom** ミーティング/ Zoom ウェビナー(※1)
事前にアプリケーションをダウンロードの上、接続確認を行ってください。
- ② 機材: **パソコン**(※2)
カメラ機能・マイク機能があるもの
(音声/映像が明瞭に聞こえかつ送れるもの)

(2)環境要件<ZoomHP より作成>

機材・環境	内容	
パソコン(※2)	OS	Windows7以降、macOS10.9以降
	CPU	デュアルコア2Ghz以上(Core i3~,AMD)
	メモリ(RAM)	4GB以上
	その他	内蔵カメラ・マイク等 (なければ Web カメラ及びマイクの接続が必要です)
	アプリ	Zoom アプリの事前ダウンロードが必要です
インターネット回線(※3)	通信容量が無制限等で長時間安定して映像・音声等の視聴が可能なこと。	
静かな環境	グループワーク等で発表していただく場面があります。周囲の音を拾わないようにできるだけ静かな環境でご参加ください。	

※1 Zoomのホームページで事前接続確認ができます。環境要件に不安な点がある場合はご確認ください。(URL:Zoom.us/test)

※2 タブレット及びスマートフォンでのご参加は推奨いたしません。
やむを得ず使用する場合はグループワークを実施するため大きい画面のものを推奨します。
環境要件は Zoom ホームページをご確認ください。

※3 インターネット回線の通信費については、ご参加者様の負担となります。

2. 注意事項

- ① ご自身のパソコン等機器やインターネット回線の不具合等により、ご参加いただけなかった場合は、責任を負いかねます。事前に受講環境をご確認の上、ご参加ください。
- ② 研修内容の撮影・録画・録音・画面のスクリーンショット、および研修資料の二次利用は固くお断りいたします。
- ③ 研修の内容を当センターで録画をさせていただき予定です。録画内容は、研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。あらかじめご了承ください。

令和6年度 7月開催 社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 日程表

9:00	13:00		13:30	13:45		15:15	15:30		17:00
7月8日 (月)			受付	オリエンテーション	Zoom操作/アイスブレイク/受講者交流 社会福祉振興・試験センター 1時間30分	休憩	誰もが暮らしやすい生活を支える 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部主席研究員 兼政策推進部副部長 服部 真治 1時間30分		
9:00	9:10	10:40	10:55	12:25	13:15				17:00
7月9日 (火)	受付	高齢者施設・事業所におけるリスクマネジメントについて 社会福祉法人 六親会 理事長 湯川 智美 1時間30分	休憩	対人援助技術記録の書き方トレーニング 一般社団法人 TSK 代表 佐藤 ちよみ 1時間30分	昼食 休憩	対人援助技術記録の書き方トレーニング 一般社団法人 TSK 代表 佐藤 ちよみ 3時間45分			
9:00	9:10	10:40	10:55	12:25	13:15		15:00	15:15	17:00
7月10日 (水)	受付	職員の働きやすい環境構築・人材定着の支援 社会福祉法人 あいの土山福祉会 特別養護老人ホーム サクラベル守山 介護福祉士長 岩田 秀信 1時間30分	休憩	“介護の価値を高める” 介護ロボットの活用について 公益社団法人 日本介護福祉士会 常任理事 舟田 伸司 1時間30分	昼食 休憩	地域共生社会の実践 崇徳厚生事業団(長岡医療と福祉の里) 社会福祉法人 長岡福祉協会 医療法人 崇徳会 副理事長 田宮 尚明 1時間45分	休憩	高齢者福祉行政の動向 (行政説明) 厚生労働省 1時間45分	
9:00	9:10	12:25		13:15		15:00	15:30		
7月11日 (木)	受付	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して 日本社会事業大学専門職大学院 福祉マネジメント研究科 特任教授 宮島 渡 3時間15分		昼食 休憩	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して 日本社会事業大学専門職大学院 福祉マネジメント研究科 特任教授 宮島 渡 1時間45分		閉講式		

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和6年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書

令和6年度7月開催（高齢者介護）研修の受講者として次の者を推薦します。

（「※」以外はすべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。）

1. 受講希望者

氏名	ふりがな					ふりがな					
	(姓)					(名)					
生年月日 (西暦)		年		月		日生	年齢 (研修開催日(7/8時 点)の年齢)		歳	※性別 (プルダウンか ら任意選択)	
職 種						役職名					
介護業務経験年数			年	現在の施設での経験年数					年		

○ 経験年数は研修開催日（7/8）を基準としてください。

※ 保有する資格 (該当する資格はプルダウン から「○」を選択)	介護福祉士		社会福祉士		精神保健福祉士	
	介護支援専門員					

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな					法人格					
施設・事業所名	ふりがな					施設種別					
							介護保険指定（有・無） プルダウンから選択				
推薦者氏名	ふりがな					推薦者役職					
所在地	〒					従業員数					
施設担当者 連絡先	担当者名	ふりがな				電話番号					
					メールアドレス						

地域における公益的な取組の内容（コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在、活動を行っていない場合、以前の活動内容を入力すること）

3. 参加目的及び獲得目標

(注)

1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ入力するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。
2. 獲得目標は2つ以上とすること。

参加目的（200字程度）

獲得目標（200字程度）

4. 推薦団体先入力欄

推薦日	令和6年	月	日	
自治体名		担当部・課		
担当者			連絡先	

○推薦書に入力された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

(試験センター入力欄)

推薦団体		推薦団体No.		確認欄		受講者No.	
------	--	---------	--	-----	--	--------	--

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修

令和6年度 7月開催（高齢者介護）受講者推薦書 入力例（表面）

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修 令和6年度7月開催（高齢者介護）受講者推薦書

令和6年度7月開催（高齢者介護）研修の受講者として次の者を推薦します。
（「※」以外はすべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。）

1. 受講希望者

氏名	ふりがな (姓)	ふりがな (名)
生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢 (研修開催日(7/8時 点)の年齢)
職種	役職名	※性別 (プルダウンか ら任意選択)
介護業務経験年数	年	現在の施設での経験年数
○ 経験年数は研修開催日(7/8)を基準としてください。		
※ 保有する資格 (該当する資格はプルダウン から「○」を選択)	介護福祉士	社会福祉士
	介護支援専門員	精神保健福祉士

2. 受講希望者の所属施設・事業所

法人名	ふりがな	法人格
施設・事業所名	ふりがな	施設種別
		介護保険指定(有・無) プルダウンから選択
推薦者氏名	ふりがな	推薦者役職
所在地	〒	従業員数
施設担当者 連絡先	担当者 名	電話番号
	ふりがな	メールアドレス

地域における公益的な取組の内容（コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在、活動を行っていない場合、以前の活動内容を入力すること）

【はじめに】

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には都道府県等の推薦を受ける必要があります。**都道府県等が指定する期限までに**必要事項をすべて入力し**、推薦の依頼をしてください（～県 高齢福祉課etc…）。
- 推薦受先が不明な場合は、（公財）社会福祉振興・試験センター国内研修担当部宛までご連絡ください。
- Excel様式でご提出ください。**

（受講希望者欄について）

- ・ 各項目について入力漏れがないようご注意ください。
- ・ 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき入力してください。
- ・ 経験年数は研修当日(令和6年7月8日)を基準としてください。
- ・ **性別、保有資格欄はプルダウンから選択してください。任意項目のため、選択しなくても問題ありません。**
- ・ 保有する資格については、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員のうち、保有する資格に「○」を選択してください。

（受講希望者の所属施設・事業所欄について）

- ・ 法人格は社会福祉法人・財団法人等を入力してください。
- ・ 施設種別は受講者が所属している社会福祉施設種別または事業所別を入力してください。
- ・ 介護保険指定(有・無)は、プルダウンから選択してください。
- ・ 従業員数は入力日時点での所属施設常勤職員数を入力してください。

（連絡先について）

- ・ 本研修に関し窓口となる施設担当者名・電話番号・メールアドレスを入力してください。
- ・ 電話番号とメールアドレスは両方とも入力してください。

※ 書類等に関する照会をさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきます。

（地域における公益的な取組の内容について）

- ・ 活動の目的と具体的な活動内容を入力してください。
- ・ 入力欄が足りない場合は別データに入力いただいても構いません。
- ・ コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、現在活動を行っていない場合は、以前または今後予定している活動内容をご入力ください。

社会福祉法人等が経営する社会福祉施設・事業所職員向け国内研修

令和6年度 7月開催（高齢者介護）受講者推薦書 入力例（裏面）

3. 参加目的及び獲得目標

（注）

1. 参加目的及び獲得目標は、研修科目を踏まえ入力するものとし、他施設の受講者との交流やネットワークの構築といったことを除く。

2. 獲得目標は2つ以上とすること。

参加目的（200字程度）

獲得目標（200字程度）

4. 推薦団体先入力欄

推薦日	令和6年	月	日	
自治体名		担当部・課		
担当者			連絡先	

○推薦書に入力された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。

（試験センター入力欄）

推薦団体		推薦団体No.		確認欄		受講者No.	
------	--	---------	--	-----	--	--------	--

（参加目的について）

- ・ 参加目的は200文字程度を目安に入力してください（受講者同士の交流、ネットワーク形成等は除く）。
- ・ 入力欄が不足する場合は別データに入力の上、推薦書と一緒にご提出ください。
- ・ 参加目的は、原則として所属施設・事業所の問題・課題の解消又は地域の問題・課題への貢献等であること。
- ・ 参加目的は不明または未入力の場合は受講対象となりません。

（獲得目的について）

- ・ 獲得目標は200文字程度を目安に2つ以上入力してください。
- ・ 入力欄が不足する場合は別データに入力の上、推薦書と一緒にご提出ください。
- ・ 獲得目標は、参加目的と関連性の高い研修科目に基づいた具体的な課題、目的を入力すること。
- ・ 獲得目標が不明または未入力の場合は受講対象となりません。

（推薦団体先入力欄について）

- ・ 推薦団体先は都道府県・政令指定都市・中核市等が入力する欄です。法人・施設担当者は入力しないでください。

※ 都道府県・政令指定都市・中核市等ご担当者様へ

- ・ 推薦書の各欄に不備がないかご確認の上、推薦団体先入力欄へご入力をお願いいたします。

（試験センター入力欄）

- ・ 入力は不要になります。

※ 個人情報の取り扱いについて

推薦書に記載された個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが実施する事業に使用するものであり、第三者に提供することはありません。