

**厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」  
2024年度「介護施設等における看護指導者養成研修」開催要項**

1. 研修の位置づけ

本研修は、「厚生労働省高齢者権利擁護等推進事業」の「介護施設・サービス事業従事者の権利擁護推進事業」の一環である「看護職員研修」の「看護指導者養成研修」である。

2. 企画の意図

- 1) 都道府県で開催される「看護実務者研修」の企画・立案への参画や所属施設等で、専門的知識や技術を用いた実践や研修ができる人材を育成する。
- 2) 地域において、権利擁護に関する情報共有・連携等のネットワークを構築し、推進できる人材を育成する。

3. 学習目標（令和6年3月29日老発第0329号厚生労働省老健局長通知「高齢者権利擁護等推進事業実施要綱」の「看護指導者養成研修」に基づく）

- 1) 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援し、権利擁護に必要な援助等を行うための専門的知識・技術を習得する。
- 2) 受講者が従事する介護施設等での実践、研修及び各都道府県で実施される看護実務者研修の企画・立案への参画、または講師等となるために必要な研修プログラムの作成方法や、相談・教育技術を習得する。
- 3) 地域における権利擁護等に関する情報共有・連携等のネットワークを構築する。

4. 開催方法 講義動画の配信とZoomによるオンライン（リアルタイム配信）

5. 開催日程

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 1) 講義動画の配信        | 8月19日（月）～10月21日（月）         |
| 2) Zoomによるオンライン研修 | 1日目：11月13日（水）10時00分～17時00分 |
|                   | 2日目：12月19日（木）14時00分～17時00分 |

6. 応募期間 6月12日（水）～6月27日（木）

7. 定員 100名

8. 受講要件 1)～3)のいずれかを満たす者

- 1) 介護施設等に勤務する看護師で、看護の指導的立場にある者
- 2) 研修修了後に、各都道府県で開催される「看護実務者研修」の企画・立案への参画や講師などが期待できる看護師
- 3) 介護施設等に勤務する看護師で、研修修了後に自施設等で専門的知識や技術を用いた実践や研修が実施できる看護師

※過去に都道府県で開催の「看護実務者研修」を受講していることが望ましい

※原則として、都道府県の推薦によること

※インターネットを活用したオンライン研修となるため、以下の環境が必要になります。

- ① Zoomアプリが使用できるパソコン（マイクとカメラ機能が内蔵または接続可能なもの）を1人1台準備
- ② パソコンはメーカー（Microsoft・Apple等）がサポートしているOSを搭載し、CPUはデュアルコア2GHz以上を推奨
- ③ インターネットの通信環境の確保（通信容量無制限など）

## 9. 研修プログラム 別紙参照

10. 受講料 1人 50,000 円 (税込・参考テキスト代含む)

### 11. 受講の進め方

- 1) 講義動画を視聴し、学習カードを提出する。
- 2) Zoom を用いたオンライン研修 (リアルタイム配信) 1 日目で、ネットワーキングとしての意見交換と研修企画・プログラム立案 (個人ワーク) に向けた演習を実施する。
- 3) 在宅もしくは施設で、研修計画書立案の個人ワークを実施する。
- 4) Zoom を用いたオンライン研修 (リアルタイム配信) 2 日目に個人ワークの成果を発表する。

12. 研修修了証の発行 日本看護協会長名による研修修了証を発行する。

※学習カードの提出かつ Zoom によるオンライン研修の全ての講義・演習に出席していること。

### 13. 申込方法および受講決定通知方法

- 1) 各都道府県主管部局 (高齢者保健福祉担当) において、推薦者を決定する。推薦者の選定については、都道府県看護協会及び介護保険施設関連団体等の都道府県支部と十分な連携を図る。
- 2) 推薦者が複数の場合は、各都道府県主管部局 (高齢保健福祉担当) において、推薦順位を決定する。
- 3) 各都道府県主管部局 (高齢保健福祉担当) は、所定の「申込用紙」(別紙3参照) に必要事項を記載の上、応募期間内に申し込み先へメール (または郵送) で、提出する。

※本年度、研修の委託を予定していない都道府県において受講希望者があった場合は、受講要件を満たしていれば、自費による参加も受付けることとする。その際も公費による推薦と同様の方法に即して、各都道府県主管部局 (高齢者保健福祉担当) により推薦手続きを行うものとする。

【申込先】〒651-0073兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F  
日本看護協会神戸研修センター総務管理部  
E-mail : kobeonline@nurse.or.jp

4) 応募期間終了後、1か月以内に各都道府県主管部局 (高齢保健福祉担当) 及び被推薦者本人へ受講通知 (採否通知) を発送する。受講決定者には併せて受講案内を送付する。

5) 応募者多数の場合は、次の条件で選定する。

- ① 推薦者のうち受講料が公費の者を優先する。
- ② ①で定員を超えた場合は、受講料が公費の者のうち、各都道府県の推薦順位の上位者より定員に達するまで選定する。
- ③ ①②で定員を満たさない場合は、受講料が自費の者を受け付ける。①②を除外した過去3年間の本研修修了者数が下位の都道府県から、各都道府県の推薦順位の上位者より定員に達するまで選定する。

### 14. 問合せ先

1) 研修内容に関すること

日本看護協会神戸研修センター教育研修部 継続教育課 TEL 078-230-3254

2) 申込方法に関すること

日本看護協会神戸研修センター総務管理部 TEL 078-230-3250

厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」  
2024年度「介護施設等における看護指導者養成研修」プログラム(予定)

## 【学習目標】

1. 高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援し、権利擁護に必要な援助等を行うための専門的知識・技術を習得する。
2. 受講者が従事する介護施設等での実践、研修及び各都道府県で実施される看護実務者研修の企画・立案への参画、または講師等となるために必要な研修プログラムの作成方法や、相談・教育技術を習得する。
3. 地域における権利擁護等に関する情報共有・連携等のネットワークを構築する。

講義動画の配信	
配信期間：8月19日（月曜日）～10月21日（月曜日）	
時間（分）	内容
45	講義) ●「看護指導者養成研修」の位置づけ ●介護保険制度と看護職の役割① ・高齢者を取り巻く社会環境の理解 ・地域包括ケアシステムにおける介護保険施設の役割 ・介護保険制度の基本 ●介護保険制度と看護職の役割② ・介護保険施設等における看護職員の役割 ・生活の場で提供する看護の特徴 ・尊厳の保持と自立支援（高齢者虐待の防止及び身体的拘束等の適正化） ・組織の理解と多職種による支援
45	講義) ●養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための取組 ・虐待発生時の要因分析・再発防止 ・疾病理解のための研修 ・虐待防止検討委員会の体制整備 ●身体的拘束等の廃止に向けた取組
45	講義) ●高齢者の心身の理解 ・高齢者の心身の特徴とフィジカルアセスメント ・高齢者によくみられる疾患 ●認知症高齢者の理解と看護 ・認知症の医学的理解 ・認知症の人の生活のアセスメントと支援 ・認知症の人の家族の理解と支援
45	講義) ●利用者の尊厳ある生活を支える看護①：権利擁護と意思決定支援 ・尊厳の保持と権利擁護の考え方 ・意思決定支援 ・自己決定と尊厳を守るケア ●利用者の尊厳ある生活を支える看護②：看取りケア ・高齢者の看取り期の特徴 ・多職種連携による看取りケア ・看取り期における家族支援 ●意思決定支援・看取りケアに関する職員等の育成のポイント
45	講義) ●利用者の安全な生活を支える看護①：事故防止対策 ・介護事故防止のためのケア ・介護事故防止のための体制整備と事故発生時の対応 ●事故防止に関する職員等の育成のポイント
45	講義) ●利用者の安全な生活を支える看護②：急変時対応 ・高齢者の急変時の特徴と観察の視点 ・急変時の対応と医療機関との連携 ●急変時対応に関する職員等の育成のポイント

45	講義) ●利用者の安全な生活を支える看護③：感染管理対策 ・施設内における感染管理体制整備と教育 ・高齢者の特性に沿った観察と対応 ●感染管理対策に関する職員等の育成のポイント
45	講義) ●介護施設等における看護の人材育成①求められる能力 ・成人学習の特徴 ・目指す看護職員像と求める能力 ・介護施設等における生涯学習支援
90	講義) ●介護施設等における看護の人材育成②研修の企画・立案 ・自治体で開催する「看護実務者研修」の概要 ・看護指導者に求められる役割 ・研修の企画・運営～実施までのプロセス ・プログラム立案のプロセス（企画立案～） ・研修運営の実際（広報、応募、講師交渉を含む） ・研修の評価、報告書作成

Zoomによるオンライン[リアルタイム配信]		
1日目：11月13日（水曜日）10時00分～17時00分		
時間（分）	内容	
10:00～10:10 (10)	●オリエンテーション ●オンライン研修のガイダンス	
10:10～10:20 (10)	挨拶) ●介護施設等の看護職に期待されること ・受講者への期待	
10:20～11:00 (40)	講義) ●高齢者の権利擁護の視点から（法的側面）	
11:00～11:05	休憩	
11:05～11:50 (45)	講義) ●地域における権利擁護等の情報共有・連携とネットワーク構築の推進 ・地域包括ケアにおける他施設・多職種との連携 ・職員や家族からの相談支援に必要な技術 ●情報共有・連携に関する職員等の育成のポイント	
11:50～12:50	昼休憩	
12:50～13:05 (15)	●学びの整理	
13:05～14:30 (85)	演習) ●演習オリエンテーション・演習支援者の紹介 ●アイスブレイク・自施設の課題を含んだ自己紹介 ●高齢者虐待防止や権利擁護に関する意見交換 ●地域の連携状況についての共有 ●ネットワークづくり（15分）	演習支援者〈受講者5名につき1名〉
14:30～14:40	休憩	
14:40～16:30 (110)	演習) ●演習オリエンテーション ●研修の企画・プログラム立案 ・ワークシートを活用し、各自で研修プログラムを立案する ●まとめ	演習統括者 演習支援者〈受講者5名につき1名〉
16:30～16:40 (10)	報告) ●自施設の研修企画・運営	修了者
16:40～17:00 (20)	演習) ●近隣都道府県の受講者との交流 ●ネットワークづくり ●研修2日目に向けて実施すること	研修担当者

個人ワーク 11月13日以降、12月19日までの期間

Zoomによるオンライン[リアルタイム配信]		
2日目：12月19日(木曜日)14時00分～17時00分		
時間(分)	内容	講師
14:00～14:10 (10)	●オリエンテーション	研修担当者
14:10～17:00 (170)	演習) ●グループ内で発表 全体共有 ●演習統括まとめ ●演習支援者の講評	演習統括社 演習支援者〈受講者5名につき1名〉



## 2024年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙

- 都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）による推薦が必要です。個人申込は受付けておりません。
- 被推薦者が複数の場合は、都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）により推薦順位をつけてください。申込用紙は、コピーしてご使用ください。
- 都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）による被推薦者がいない場合も「都道府県主管部局記入欄」を記入の上、ご返送ください。

## ■都道府県主管部局記入欄【必須記入】 ※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。

都道府県名		フリガナ	
		担当者名	
主幹部局名			
住所	〒 — —		
電話番号	— — —		
看護実務者 研修	2023年度 開催	<input type="checkbox"/> 有 → 本研修修了者の活用の有無	
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（役割： <input type="checkbox"/> 研修企画 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 演習支援者） <input type="checkbox"/> 無
	2024年度 開催	<input type="checkbox"/> 有 → 開催委託の有無	
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（委託先： ） <input type="checkbox"/> 無
本研修への推薦	<input type="checkbox"/> 有 → 以下を全て記入後、お申込みください。 <input type="checkbox"/> 無 → 以下を空欄のまま、ご返送ください。		
被推薦者の 受講料負担（請求先）	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県看護協会 <input type="checkbox"/> 推薦者個人または所属施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
被推薦者の「看護実務者研修」への活用予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 被推薦者の個人情報について下記＜個人情報取り扱い＞に本人から同意を得た上で、本研修に申し込みます。			

## ■被推薦者【推薦順位： 位】 ※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。

フリガナ		年齢	歳（申込時点）	
氏名		職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師（准看護師は対象外）	
会員状況	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会手続中 <input type="checkbox"/> 非会員		都道府県名	
	日本看護協会会員NO		会員：入会している都道府県 手続中：入会手続中の都道府県 非会員：所属先・自宅のある都道府県	
フリガナ		看護師実務経験	介護保険施設実務経験	
所属施設名		年	年	
		「看護実務者研修」受講歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所属施設住所 ・電話番号	〒 — —		電話番号 — — —	
施設類型	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）			
相当する 職位	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長・部門長 <input type="checkbox"/> 師長・課長・ユニット長 <input type="checkbox"/> 主任・副師長・係長・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職員・スタッフ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
フリガナ				
メールアドレス	@			
	※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるように設定してください。			
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> その他：電話番号 — — — ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。			

本研修申込書は、下記の＜個人情報の取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。  
＜個人情報の取り扱い＞本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携（①～④の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用）  
厚生労働省高齢者権利擁護等推進事業の推進を目的に、本会と推薦者で個人情報を共同利用し、適切に取り扱います。

厚生労働省「高齢者権利擁護等推進事業」  
2024年度「介護施設等における看護指導者養成研修」申込用紙

- 都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）による推薦が必要です。個人申込は受付けておりません。
- 被推薦者が複数の場合は、都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）により推薦順位をつけてください。申込用紙は、コピーしてご使用ください。
- 都道府県主管部局（高齢保健福祉担当）による被推薦者がいない場合も「都道府県主管部局記入欄」を記入の上、ご返送ください。

## ■都道府県主管部局記入欄【必須記入】 ※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。

都道府県名	兵庫県	フリガナ	ヒョウゴ ケンジ
		担当者名	兵庫 県次
主幹部局名	高齢保健福祉課		
住所	〒012-3456 兵庫県神戸市北区四ノ宮7-8-9		
電話番号	012-345-6789		
看護実務者 研修	2023年度 開催	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 本研修修了者の活用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（役割： <input type="checkbox"/> 研修企画 <input type="checkbox"/> 講師 <input checked="" type="checkbox"/> 演習支援者） <input type="checkbox"/> 無	
	2024年度 開催	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 開催委託の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（委託先：兵庫県看護協会） <input type="checkbox"/> 無	
本研修への推薦	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 以下を全て記入後、お申込みください。 <input type="checkbox"/> 無 → 以下を空欄のまま、ご返送ください。		
被推薦者の 受講料負担（請求先）	<input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 都道府県看護協会 <input type="checkbox"/> 推薦者個人または所属施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
推薦者の「看護実務者研修」への活用予定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 被推薦者の個人情報について下記＜個人情報取り扱い＞に本人から同意を得た上で、本研修に申し込みます。			

## ■被推薦者【推薦順位：1位】 ※必要事項を記入もしくは☑を入れてください。

フリガナ	コウベ ハナコ	年齢	45 歳（申込時点）
氏名	神戸 花子	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師（准看護師は対象外）
会員状況	<input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 入会手続中 <input type="checkbox"/> 非会員	都道府県名	兵庫県
	日本看護協会会員NO 123456	会員：入会している都道府県 手続中：入会手続中の都道府県 非会員：所属先・自宅のある都道府県	
フリガナ	トクベツヨウブロウジンホームシンゴエン	看護師実務経験	介護保険施設実務経験
所属施設名	特別養護老人ホーム新神戸苑	23 年	10 年
		「看護実務者研修」受講歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
所属施設住所 ・電話番号	〒123-4567 兵庫県新神戸市熊外町8-8-8 電話番号 123-456-7890		
施設類型	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
相当する 職位	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 副施設長 <input type="checkbox"/> 部長・部門長 <input checked="" type="checkbox"/> 師長・課長・ユニット長 <input type="checkbox"/> 主任・副師長・係長・リーダー <input type="checkbox"/> 一般職員・スタッフ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
フリガナ	エイチアンダーバーケーオービーイー@エスエイチアイエヌハイフンジーオードットジェービー		
メールアドレス	h_kobe@shin-go.jp ※受講に必要なURL等をメールで案内します。「@nurse.or.jp」を受信できるよう設定してください。		
緊急連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> その他：電話番号 — — ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。		

本研修申込書は、下記の＜個人情報の取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認 ②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアナース」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナースシップとの連携（①～④の具体例：研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用）

厚生労働省高齢者権利擁護等推進事業の推進を目的に、本会と推薦者で個人情報を共同利用し、適切に取り扱います。