

健康長寿対応型人材育成プログラム  
(募集要項)



平成 22 年 10 月

札幌医科大学 保健医療学部

## 1. 事業概要

北海道においては、平成21年度に65歳以上の人口が全体の23.9%に達し、全国水準を上回る速度で高齢化が進んでいます。高齢期においてできるだけ健康を維持することは、中年期までの“生活習慣病の予防”と、“老化に伴う心身の機能低下による老年症候群予防（介護予防）”の両者が必要になります。これらの予防は、単に当事者の健康やQOLの維持、向上だけでなく、医療・社会・経済的な課題としても考えることができます。また、本道の地域特性である積雪寒冷な気候や広域性は、必然的に高齢者の閉じこもりを強いることとなり、高齢者の活動・健康維持の抑制要因となっています。

以上の課題に対し、地域では保健師、看護師、作業療法士、理学療法士等が介護予防活動を担っているところですが、広大な医療圏を有する北海道においては、これらの専門職は都市部に偏在し、高齢化する地方では人材不足となっています。このように専門職配置の格差や、介護予防活動に対する専門職の能力格差も顕在化していることから、本事業では介護予防や高齢者の健康づくり、および将来の社会的起業を含めた方法論に対する知識・技術を基盤とした再教育を保健師、看護師、作業療法士、理学療法士、および介護福祉士などに実施し、健康長寿社会に対応した地域の健康づくり・介護予防を推進する人材の育成をめざします。

## 2. 受講対象及び定員

### (1) 受講対象

- ア) 保健師、看護師、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員などの医療福祉従事者
- イ) 上記に示す専門職と同等の力量があると認められる者

### (2) 定員

10名程度

## 3. カリキュラム

### (1) 受講形態

スクーリング（講義）及びアウトリーチ（地域実践演習）

※ スクーリングはすべて本学で行います。また、一部スクーリングを一般聴講生に開放する場合があります。

アウトリーチは、本学で指定した地域（美唄市、滝川市等）において、受講生自ら介護予防に関連するテーマを選定し、スクーリングの学習を踏まえて介護予防に関する「啓発活動（講演）」を企画・実践していただきます。

### (2) 開講期間

平成22年10月30日～平成22年12月22日

### (3) 受講日程

ア) スクーリング（土日で設定）

平成22年10月30、31日、11月13、14日

時間は、土曜日は10時～17時00分頃、日曜日は9時～16時00分頃を予定しています。

イ) アウトリーチは平成22年12月に本学で指定する地域において実施する予定です。

### (4) 学習量

スクーリング：20時間、アウトリーチ：10時間、計30時間（予定）

※ 職場の状況等によりスクーリングに参加できない場合には、講義風景をビデオ撮影し貸出し等を行います。また、パソコン、インターネット（ブロードバンド環境）が利用

可能な方は、これを使用しリアルタイムでの受講が可能です。(一部講義によっては実施不可能なものもあります。またブロードバンド等の条件によっては視聴できない場合もあります)。これらの実際の講義の代替手段については、あくまで緊急避難的措置とご理解ください。

**(5) 講義領域 (予定)**

- ア) 介護予防総論
- イ) 運動系各論
- ウ) 認知・社会系各論
- エ) 口腔・栄養系各論
- オ) 健康と社会経済の関係論
- カ) 地域実践演習

**4. 応募方法**

**(1) 提出書類**

提出していただく書類は、以下のとおりです。

- ア) 受講申込書 (志望動機含む) (別記第 1 号様式)
- イ) 履歴書 (別記第 2 号様式)

**(2) 応募方法**

郵送又は持参

**(3) 応募受付期間**

平成 22 年 10 月 20 日 (水) 必着

**(4) 応募書類提出先**

札幌医科大学事務局学務課内 学部統括プロジェクト推進室 係  
〒060-8556 札幌市中央区南 1 条西 17 丁目 電話 (011) 611-2111 内線 2802

**(5) 受講決定**

提出していただいた書類を参考に受講者を決定します。また、定員を超える場合は、本講座の趣旨等を考慮し適切な方法で選考いたします。

決定内容は、後日応募者本人に文書にて通知するとともに、受講料払込通知書を同封いたしますので、期日までに受講料をお振込みください。期日までに受講料のお支払いが困難な場合は事務局までご連絡ください。連絡がない場合は、受講決定は無効となります。

**5. 受講料**

受講者には、教材費として 3,000 円納付していただきます。なお、本事業の受講に関わる交通費、宿泊費等の費用は受講者負担となります。

**6. 修了要件**

修了認定要件はスクーリング 8 割以上の出席、アウトリーチ必須\*とします。

\*アウトリーチは必須前提ですが、やむを得ず実施できない場合、A4、15 枚以上のレポート提出が必要となります。

## 7. 補講について

スクーリングに出席できない場合、以下の方法で補講（スクーリングの代替）が可能です。

- (1) ビデオ学習し、1週間以内にレポート提出
- (2) インターネットで受講し、1週間以内にレポート提出

## 8. 評価方法

修了認定要件を満たし、地域高齢者に対する保健活動の企画・実践に関するプレゼンテーション、並びにプログラム終了時に提出する報告書をもって総合的に評価します。なお、修了基準に達しない場合で受講者本人の要望があれば、関係機関協力のもと、フォローアップを実施します。

## 9. 認定資格

プログラム修了者に対しては、修了証を発行いたします。

## 10. 個人情報の取り扱いについて

提出書類に記載された個人情報は、受講決定審査にのみ利用します。提出書類は、本学規定に基づき管理・保管し、保存年限終了後に破棄致します。提出書類の返却はいたしません。

## 11. その他

本事業に関して、ご不明な点があれば下記にお問い合わせください。

参考 URL: <http://web.sapmed.ac.jp/manabinaoshi/>

札幌医科大学事務局学務課内 学部統括プロジェクト推進室

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目

電話 (011) 611-2111 内線 2802 担当: 大日方 (おびなた)

E-mail: [aobinata@sapmed.ac.jp](mailto:aobinata@sapmed.ac.jp)

## 健康長寿対応型人材育成プログラム受講申込書

|                               |               |       |   |   |
|-------------------------------|---------------|-------|---|---|
| (ふりがな)<br>氏名                  | 生年月日          | 年     | 月 | 日 |
|                               | 性別            | 男     | ・ | 女 |
| 所属                            |               |       |   |   |
| 所属住所                          | 〒             |       |   |   |
|                               | 電話            | FAX   |   |   |
| 連絡先住所                         | 〒             |       |   |   |
|                               | 電話            | FAX   |   |   |
| 関連医療資格等                       | ○資格名          | ○登録番号 | 第 | 号 |
|                               | ○取得年月日        | 年     | 月 | 日 |
|                               | ○資格名          | ○登録番号 | 第 | 号 |
|                               | ○取得年月日        | 年     | 月 | 日 |
|                               | ○資格名          | ○登録番号 | 第 | 号 |
|                               | ○取得年月日        | 年     | 月 | 日 |
| 受講志望<br>動機<br>400字～<br>600字程度 | E-mail (記入必須) |       |   |   |
|                               |               |       |   |   |

\*受付番号

平成 年 月 日

様式2

| 履 歴 書                 |       |   |
|-----------------------|-------|---|
| 学<br><br><br><br>歴    | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
| 職<br><br><br><br>歴    | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
|                       | 年 月 日 |   |
| 地域活動の実践経験があれば記入してください |       |   |
| 上記のとおり相違ありません。        |       |   |
| 平成 年 月 日              |       |   |
| 氏名                    |       | 印 |

[記入上の注意]

○受講申込書

- ①記入事項は、楷書で記入するとともに、該当事項に○をつけてください。
- ②\*欄は記入しないで下さい。
- ③関連医療資格等の欄は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士のほか医療、福祉関係などの資格取得状況を適宜記入してください。

○履歴書

学歴は高等学校卒業から記入して下さい。