

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5年 月 日

フリガナ			性 別	男 女		
氏 名			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		フリガナ			
	法 人 名		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)					
2	(年間)					
3	(年間)					
				年		
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		Zoomによる受講環境		受講希望回		
1			有 無	第1希望	第2希望	第3希望
2				第 回	第 回	第 回
3				第 回	第 回	第 回

認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解

認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

- 認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している
- 介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導する役割となることを理解している
- 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

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5年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「11 個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和5年 月 日 _____
(自筆に限る)

(記入要領)

- 1 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込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「研修対象者の要件②(ア)過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者」に該当する場合は、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	リハビリ科科長・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。
- 7 介護実務経験に関する職歴欄は、「施設・事業者のサービス種別」「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下さい。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。
- 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 オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。
- ①不特定多数に研修内容を閲覧されない環境
 - ②必要に応じ自由に発言できる環境
 - ③安定してインターネットに接続される（有線による接続を推奨）環境
 - ④PC で受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）
- 12 「認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解」では、認知症介護指導者養成研修修了後の役割を理解した上で、にチェックを付けてください。
- 13 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、および研修終了後、認知症介護指導者として地域で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。
- 14 本要項5頁「11 個人情報の取り扱い」について同意される方は、署名をお願いいたします。

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

令和 5 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長 殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和 5 年度認知症介護指導者養成研修の受講者として次の者を推薦します。

令和 5 年 月 日～ 月 日

氏 名

所 属

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

作成日 令和5年 月 日
実践事例報告のタイトル
都道府県・指定都市名 所属 氏名
1. この事例を取り上げた理由
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文字)

(記入要領)

- 作成する事例は認知症の人に対しケアを行った事例、1事例の報告とします。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。
- 上記1～5までの項目の合計文字数が **3000 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。なお図表は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。
- 提出する事例は、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。

- 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、必ず同意を得てください。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、なら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、自施設・事業者の管理者（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詳細を得てください。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)

不適切な記述例	不適切な点
事例提出について、本人・家族から同意を得る	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族から同意を得ている	同意を「得た」かどうか不明確
事例提出について、本人・家族に十分理解を得た	「同意」を得たかどうか不明確
個人情報については、匿名化することについて同意を得た	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考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（都道府県名、市区町村名等）、生年月日、入居年月日、年齢、具体的な職歴（会社名）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。

長崎県知事 様

同意書

令和5年度認知症介護指導者養成研修受講申込にあたり下記内容に同意します。

- ① 研修修了者については、認知症介護関係研修（認知症介護基礎研修、認知症介護実践研修等）の企画・立案への参画および講師として従事すること。
- ② 申込書に不実や虚偽の記載があった場合には、受講決定・修了を取り消すものとし、県の支出した費用を受講者を推薦した介護保険事業所等の長が負担するものとする。また、受講決定後、受講・修了できなかった場合についても同様とする。

【受講者同意欄】

住 所 〒 -

(自宅)

受講申込者名 印

<以下、重要>必ず、1か2のいずれかを選択し、番号を○で囲むこと。

- 1 県の推薦から漏れた場合でも、受講にかかる経費を全額負担するので、介護保険事業所等推薦者として、認知症介護研究・研修東京センターによる選抜考査を希望します。
- 2 県の推薦から漏れた場合は、今年度の研修受講を辞退します。

【推薦者同意欄】

住 所 〒 -

介護保険事業所等名

介護保険事業所等の長名（開設者名） 印