

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 2019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
3. 事例紹介
4. 課題分析とケアの取り組み及びその結果
5. 取り組みの評価及び自分自身が学んだこと
(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了解を得てください。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、以下の不適切な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

* 以上の倫理的配慮が行われていない実践事例報告は審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、生年月日、年齢等、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。

別紙様式 4

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

2019年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長 殿

都道府県・指定都市

認知症介護指導者養成研修担当課長

2019年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする
以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

介護保険施設・事業者等からの推薦者 〇〇名
氏名・所属名

第 号

修 了 証 書

氏 名

生年月日 (西暦) 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める、2019年度第 回認知症介護
指導者養成研修を修了したことを証します。

(西暦) 年 月 日

認知症介護研究・研修東京センター長
山口 晴保