

令和8年度 愛知県介護福祉士会

第1回認知症介護実践リーダー研修 受講・修了要件 同意書

本研修は、介護現場のリーダーとして認知症に関する理解を深め、自職場に学びを還元することを目標をとしていると同時に、修了することで認知症ケア加算の取得要件にもなります。そのため、様々な条件を満たさない場合には、運営法人の判断の上で修了証の交付ができないことがあります。以下の内容に同意の上で、署名・押印をお願いいたします。

- 1) 募集要綱にある研修対象者の受講要件を満たしていること。
 - ① 研修対象者は、原則として、愛知県内（名古屋を除く。ただし、定員に余裕がある場合はその限りではない。）の介護保険施設、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防サービス事業者、又は指定地域密着型介護予防サービス事業者等（以下介護保険事業所等）に所属している者
 - ② 介護保険事業所等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者で所属長の推薦を得た者
 - ③ ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定される者
 - ④ 認知症介護実践者研修を修了し、1年以上経過している者。ただし、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ、1,800日以上の実務経験を有する者については研修対象者とする。
 - ⑤ 全日程の受講ができ、職場実習において職場、後輩職員等の協力が得られる者
 - 2) 全ての講義、演習に出席すること。講義の欠席・遅刻・早退、講義中の私事による離席は認められません。
 - 3) 全ての講義において、積極的に参加をすること。本研修は演習やグループワークが多くあります。そこへの積極的な参加姿勢が認められない場合には、修了ができない場合があります。
例) グループワークで発言をしない、ワークシートへの記入をしないなど
 - 4) 講義、演習は認知症介護実践者研修程度の知識・技術・考え方が履修されていることを前提に行います。本研修の講義内容が理解出来るように、必要に応じて予習・復習は各自で行うこと。
 - 5) 事業所の種別、職種、立場を尊重し、他の受講生と学びあう姿勢で受講すること。
 - 6) 以下の場合には受講の取り直し又は、修了を認めない場合があります。
 - ・ 講義中の私語が多いなど、講師や他の受講生に対する迷惑行為
 - ・ 講義中のメール、LINE等の使用
 - ・ 講義の録音・撮影等
 - ・ 指定期間内に提出物がない
 - 7) 職場実習において、実習対象者として協力が得られる職員がいること。
 - 8) 職場実習期間の確保ができること。
- ※ 業務の都合、自身の休暇等により実習期間中に不在となる場合が前提の場合は修了証の発行ができません。

- 9) 各講義演習からの学びを活かし、職場実習を行うこと。
- 10) 職場実習の報告過程において、受講生自身による実施が確認できない場合には、修了証の発行はできません。
- 11) 所属事業所以外（法人内も含む）での実習を行う場合は、別途届け出をすること。そのうえで、実習先や実習方法が本研修の履修に満たないと判断した場合は修了を認めない場合があります。
- 12) 本研修はリーダーとして、チームメンバーの指導をするまでのプロセス（過程）や必要な知識・技術を学習します。その点について、十分な理解をしたうえで受講をすること。
- 13) 上記内容を受講者が理解することができ、積極的な受講ができる者を事業所は推薦すること。
- 14) 研修の受講に関し、事業所として必要な協力をする体制が整っていること。
- 15) 受講者は事業所の推薦を受けていることを前提とし、事業所（所属長）は受講者を推薦したことに責任を持ち、研修修了まで伴走をすること。
 - ※ 外国籍の受講生の場合においても、受講生自身で研修を理解できることを前提に申し込みをお願いします。
 - ※ 受講生が提出する書類には所属長等の確認や押印が必要となります。その体制を事業所ごとに整えたうえで受講をしてください。
 - ※ 提出の際は、押印ページのみではなく3ページを印刷し、左上をホチキス（クリップ）止めしたものを提出してください。
 - ※ 修了日までに役職者が変更となった場合は、この書類を改めて提出していただきます。

【署名・押印次ページ】

申し込みの際は、受講生・管理者ともに必ず内容を確認して下さい。

この同意書は申し込みのための「みほん」となっております。

受講決定後に、署名押印されたものを提出してもらいます。

提出方法については受講決定時に案内をします。

令和 年 月 日

受講番号 受講生氏名（自署）

事業所名

役職・職場実習責任者（自署） 印

職場実習責任者は、受講生が実習を行う上で監督を含めサポートができる立場の方を選任ください。
所属長がその役割を担うことが可能な場合は下記と同一の方の署名・押印でも問題ありません。

役職・所属長氏名（自署） 印

所属長欄は介護保険指定事業所の管理者の方の署名押印をお願いいたします。
受講生が管理者の場合は法人の代表者、開設者の署名押印をお願いいたします。
受講生が法人の代表者・開設者も兼ねている場合は、直属の部下の方に署名押印をお願いしてください。

以下、職場実習先が所属事業所と異なる場合にのみ記入をし、様式5の提出をお願いします。

上記の同意書の内容を理解し、実習の受け入れを行います。

職場実習先事業所名

職場実習先 管理者氏名（自署） 印

介護保険事業所の管理者の方の署名押印をお願いいたします。