

個別訪問相談援助事業申請書

年 月 日

社会福祉法人浴風会
 認知症介護研究・研修東京センター
 センター長 長谷川 和夫 殿

認知症ケア高度化推進事業の個別訪問相談援助事業を希望しますので、下記を記入の上、申し込みます。

個別訪問相談援助事業申請者記入欄

事業所	フリガナ			
	名称			
	フリガナ			
	所在地			
代表者	フリガナ		フリガナ	
	名前	⑩	職名	
担当者	フリガナ		フリガナ	
	名前	⑩	役職	
	TEL			
	FAX		E-MAIL	

事業所概要

介護保険事業所番号		開設年月日	年	月	日
指定年月日	年 月 日	定員	名		
※ 従業員の員数	常勤 名	非常勤 名	その他 名	計 名	
※認知症介護実践者 研修修了者数	名	※ 認知症介護実践 リーダー研修修了者数	名		
※認知症介護指導者 研修修了者数	名	備考			

※印は、申請時時点の数を記入してください

個別訪問相談援助事業援助希望内容

1. 個別訪問相談援助を受けたい事項についてお答えください。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ケアの方法について | <input type="checkbox"/> チームケアについて |
| <input type="checkbox"/> ケアの視点について | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> アセスメントについて | () |
| <input type="checkbox"/> 家族の支援について | |

2. 上記の内容等を踏まえ、希望する相談内容について具体的に書いて下さい。

相談内容	
------	--

3. 個別訪問相談援助希望日(希望する時期に○を付けてください)

時 期	第1希望	平成21年	2月・3月	上・中・下	(旬)
	第2希望	平成21年	2月・3月	上・中・下	(旬)

4. 備 考

--

様式 第4号

個別訪問相談援助事業アンケート

記入日 平成 年 月 日

個別訪問相談援助事業は、全国でもまだ実績の少ない事業です。事業所の皆さまからのご意見を今後に反映していきますので、率直なご意見をご記入ください。

事業者名 _____

記入者名 _____

- 1 今回、個別訪問相談援助事業を申請した理由を具体的にお答えください。

[]

- 2 個別訪問相談援助を受けた感想をお答えください。

①良かった ②どちらともいえない ④良くなかった

※上記回答の理由

[]

1 認知症ケア援助者の派遣時間についてお答えください。

- ①適切 ①短い ③長い

※派遣希望時間（ ）時間位

2 当事業は、介護現場での課題解消に有効な事業だと思いますか。

- ①有効 ②どちらともいえない ④有効でない

※上記回答の理由

[]

3 その他、当事業の課題や改善点、要望等がございましたら、お答えください。(自由記述)

[]

3 個別訪問相談援助の実施時期について、受け入れのしやすい時期をお答えください。(複数回答可)

- ① 4月 ② 5月 ③ 6月 ④ 7月 ⑤ 8月 ⑥ 9月 ⑦ 10月 ⑧ 11月
⑨ 12月 ⑩ 1月 ⑪ 2月 ⑫ 3月

4 訪問相談援助担当者の派遣時間についてお答えください。

- ① 適切 ② 短い ③ 長い

※派遣希望時間 () 時間位

5 当事業について、今後も機会があれば申請したいと思いませんか。

- ① 思う ② 思わない

※上記の回答の理由

[]

6 その他、当事業に対して意見やご要望がございましたらお答えください。

(自由記述)

[]

様式 第2号

個別訪問相談援助事業決定通知書

年 月 日

殿

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

センター長 長谷川 和夫

平成 年 月 日付で申請のあった個別訪問相談援助事業の件について下記の通り決定しましたので、通知いたします。

記

1 決定の内容

2 認知症ケア援助者

(1) 氏名

(2) 所属等

3 派遣日時

平成 年 月 日 ()
時 分～ 時 分

4 派遣場所

個別訪問相談援助事業結果報告書

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

センター長 長谷川 和夫 殿

下記の通り、個別訪問相談援助を行いましたので報告いたします。

記

認知症ケア援助者	都道府県名		所属	
	フリガナ		TEL	
	名前	印		
	FAX		E-MAIL	
訪問事業所・相談内容等	フリガナ		実施日	平成 年 月 日
	事業者名		相談援助時間	時 分～ 時 分
	<u>相談援助内容</u>			

※用紙が不足の場合は、適時追加して提出ください。

※使用した資料を添付してください。