|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自施設実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　～　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　　　　　　　日間 | | |
| 受講者番号 |  | 氏　名 |  |
| 施設・事業所名 |  | 職　名 |  |
| 所属長名 | （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 役職名 |  |
| **①自職場における認知症ケア実践上の課題** | | | |
|  | | | |
| **②実習協力者（指導対象者）について** | | | |
| 職　　　種：  資　　　格：  勤務年数：　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　認知症ケアの経験年数：　　　　　　　　　　　　年  認知症ケア実践上の課題  （実習協力者の認知症ケア実践上の課題について、一人の利用者さんを思い浮かべて記入します。） | | | |
| **③取組み内容　＊評価対象項目と評価方法の詳細については、認知症ケア能力評価表に記入** | | | |
| a）評価方法の検討  b）評価の実施  ○知識・技術・考え方を評価する手段および実施日  　・  　・  　・  　・  c）実習協力者（指導対象者）へ評価結果を伝える \*評価結果を伝えるかどうかは各事業所との調整による  d）指導計画の作成 | | | |
| **④倫理的配慮** | | | |
| 方法および実施日  　・上司への説明  　・実習協力者への説明と同意  　・チームへの説明 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **⑤実習における目標（実習終了後の姿）** | | | |
|  | | | |
| **⑥実習スケジュール** | | | |
| **取組み内容** | **実施結果** | | |
| 【1週目】 |  | | |
|  | 所属長確認欄 |  |
| 【2週目】 |  | | |
|  | 所属長確認欄 |  |
| 【3週目】 |  | | |
|  | 所属長確認欄 |  |
| 【4週目】 |  | | |
|  | 所属長確認欄 |  |
| ・その他　実習期間通して取り組むこと | | | |
| **⑦実習評価** | | | |
| ・目標の達成状況 | | | |
| ・残された課題 | | | |
| ・上司コメント  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
| **⑧指導者からのコメント（コメントを受けた内容について記入）** | | | |