（受講番号　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| ⑥　実習スケジュール |
| 取組み内容 | 実施結果**（手書き）** |
| **１週目** |  |
|  | 職場実習責任者　　印 |
| **２週目** |  |
|  | 職場実習責任者　　印 |
| **３週目** |  |
|  | 職場実習責任者　　印 |
| **４週目** |  |
|  | 職場実習責任者　　印 |
| その他　実習期間を通して取り組むこと |
| ⑦　実習全体の評価　 |
|  |
| ⑧　⑤の目標に対する評価　**※報告会にて記入するので未記入にしておく。** |
| 目標の達成状況残された課題 |
| ⑨　上司コメント　 |
| 所属長名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| ①　実習協力者（指導対象者）について |
| 職　種：資　格：勤続年数：　　　　　　年　　　認知症ケアの経験年数：　　　　　年実習協力者の認知症ケア実践上の課題： |
| ②　自職場における認知症ケア指導上の課題 |
|  |
| ③　実習における自身の目標（実習終了後の自身の姿） |
| ⇒具体的な行動目標 |
| ④　取り組み内容　＊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　〇認知症ケア能力を評価する手段および実施日C）実習協力者（指導対象者）と課題案の合意を得るD）指導計画の作成 |
| ⑤　倫理的配慮 |
| 方法及び実施日* 上司への説明
* 実習協力者への説明と同意
* チームへの説明と協力依頼
 |