**職場実習計画書・実習振り返りシート**

|  |  |
| --- | --- |
| 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：  勤続年数：　　　　　　　　　　　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。）** | |
| 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 | |
| 1. 評価方法の検討 2. 評価の実施   ○知識・技術・考え方を評価する手段及び実施日  　・  　・  　・  　・   1. 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。 2. 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） | |
|  | |
| ①実習スケジュール | |
| 取組み内容 | 実施結果 |
| １週目 | |  | | --- | | 確認印 | |
| ２週目 | |  | | --- | | 確認印 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 取り組み内容 | 実施結果 |
|  | 確認印 |
|  | 確認印 |
| その他、実習期間通して取り組むこと | |

|  |
| --- |
| ①実習評価 |
|  |
| ②残された課題 |
|  |
| **③個人情報の取り扱いについて** |
| 指導職員に関する情報の取り扱いについて、使用することを許諾します。    　　　代 表 者  　　　　（管理者） 認印  　　公　　印 |
| グループメンバーからのコメント |
|  |
| 認知症介護指導者（コーディネーター）からのコメント |
|  |

|  |
| --- |
| 相互評価・コーディネーターからの助言により、ケア実践計画の見直しや修正をした点 |
|  |
| 職場実習と今後の取り組み課題についての報告機会 |
| * 予定日時： * 報 告 先：実習協力者　＋ |