認知症介護実践リーダー研修 【事前シート】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属事業所 | |  | | | 氏名 |  |
| １、実習の目的と概要についての共有 | | | | | | |
| 【目的】  研修で学んだ内容を生かして、職場の介護職員等の認知症ケアの能力の評価、課題の設定、合意、指導目 標の設定や指導計画書を作成し、指導計画に基づいた認知症ケアを指導する  （※「職場実習スケジュール」についても上司や協力者と共有をしておくこと） | | | | | | |
| ２．倫理的配慮の説明について | | | | | | |
| ※下記について、課題設定までに上司や実習協力者へ説明し、承諾及び同意日を記入してください   1. 本研修参加者には、研修⽬的、⽅法、参加は⾃由意志で拒否による 不利益はないことについて説明を   ⾏うこと   1. 発表にあたり、協力者及び利用者の個⼈情報とプライバシーの保護に配慮すること 2. 本研修は、医療機関情報及び患者の個⼈情報を匿名加⼯することに よって、協力者及び利用者が特定されないよう配慮すること | | | | | | |
| ① 上司への説明  ② 実習協力者への説明と同意 | | | （令和　　年　　月　　日）  （令和　　年　　月　　日） | | | |
| 3、事業所における認知症ケア実践上の課題 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 4．実習協力者について | | | | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | 年齢 | 代 | 職種 |  |
| 認知症ケア経験年数 | | | 年 | | 資格 |  |
| 研修受講履歴 | | 未受講 ・ 認知症基礎研修 ・ 認知症介護実践者研修 ・ その他 | | | | |
| 5.実習協力者の認知症ケアを行う上での課題や困りごと | | | | | | |
| （認知症の人との関りを通した会話や声かけやケアの場面など実状をそのまま具体的に記入） | | | | | | |

※ 事前シートは、上司の方と一緒に作成すること

※ 事前シートを完成させて、リーダー研修初日（9/8）に愛媛県社会福祉協議会へ原本を提出

※ 事前シートは、個人で写しを保管し課題設定時（9/12）に持参すること

愛媛県 認知症介護実践リーダー研修職場実習