**自施設実習計画書・実習振返りシート**

別紙1-①

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 受講者氏名 |  |
| サービス種別 |  | 整理番号 | 20リ 　　 － 　　　　－ |

|  |
| --- |
| **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） |
| **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 〇知識・技術・考え方を評価する手段および実施  ・  ・  ・  ・  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 |

整理番号（20リ　　－　　）　　受講者氏名（　　　　　　　）

別紙1⁻②

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 週目標  自　　月　 日(　 )  至　　月　 日(　 )  　　 （　　　　）日間 |  |  |
| 2週目 週目標  自　　月　 日(　 )  至　　月　 日(　 )  　　 （　　　　）日間 |  |  |
| 3週目 週目標  自　　月　 日(　 )  至　　月　 日(　 )  　　 （　　　　）日間 |  |  |
| 4週目 週目標  自　　月　 日(　 )  至　　月　 日(　 )  　　 （　　　　）日間 |  |  |
| 計　　 　　　日間  その他 実習期間通して 取組むこと→ |  |  |
| **⑦実習評価** | | |
| ・目標の達成状況 | | |
| ・残された課題 | | |
| **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）** | | |
|  | | |