

令和2年度 認知症介護実践リーダー研修【職場実習計画書】

氏名		班	作成日	令和3年 月 日
所属事業所名			所属先事業種別	
認知症介護経験年数	年	か月	指導者氏名	
実習期間	令和3年 月 日	～	令和3年 月 日	グループ

①実習協力者 《実習をしていく上で、相談できる上司や同僚や部下》

協力者 イニシャル		性別	男	女	年齢	代	現事業所の勤続年数	年	か月
あなたとの関係		上司・同僚・部下			認知症ケア経験年数	年 か月			

②実習の取り組み
方を選択

- A. 協力者に取り組んでもらい、自分がリーダーとして成長する。
 B. 協力者と一緒に職場の認知症ケア向上に取り組む。
 C. 自らがリーダーとして取り組み、協力者へ相談する。
 D. その他 ()

③事業所内のあなたの位置と協力者の関係図

	<p>例</p> <p>○ 管理者</p> <p>● 自分(介護リーダー)</p> <p>○</p> <p>○ 新人協力者</p>
--	--

④ 職場内で認知症ケア実践上の課題 《職場のこと》

(課題発生 of 具体的な場面・職員の関わり・認知症の人への影響を書く)

--

⑤ 課題の背景《自分》

例(その課題について、今まで気が付いていなかった。気が付いていたけど何もしていなかった。)
 (課題に取り組んでいるけど、伝わらない。改善できない。)

--

⑥ 倫理的配慮(説明と同意方法、文章作成等)

A 実習協力者へ説明をし同意を得た日	月	日
B 職場チームに説明をし同意を得た日	月	日