

2 自己課題設定

平成 年 月 日

所属事業所名 _____ 受講番号 _____ 氏名 _____

【事業所種別】 ①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③GH ④有料老人ホーム ⑤通所介護
⑥通所リハ ⑦小規模多機能 ⑧その他 ()

【資格】 ①介護福祉士 ②ヘルパー1級 ③ヘルパー2級 ④社会福祉士 ⑤介護支援専門員
(複数回答可) ⑥看護師 ⑦准看護師 ⑧その他 ()

【職種】 ①介護職 ②看護職 ③相談員 ④介護支援専門員 ⑤管理者
⑥ その他 ()

【年齢】 ① 10代 ② 20代 ③ 30代 ④ 40代 ⑤ 50代 ⑥ 60代

【介護実務経験年数】 ① 2年以上 ② 4年以上 ③ 6年以上 ④ 10年以上 ⑤ 15年以上

1. 認知症介護における課題・目標

① 課題 (問題と感じるところ) (「研修前アンケート ～自己課題の設定にむけて～」より転記)
(番号を打ち簡条書きで記入)

② 目標 (課題解決に向け取り組む内容)
(上記番号と合わせ簡条書きで記入)

※この用紙をコピーし、1枚は自分用控え、原本は12月11日に事務局へ提出してください。

認知症介護実践者研修

3 実習課題設定

平成 年 月 日

所属事業所名 _____ 受講番号 _____ 氏名 _____

【事業所種別】①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③GH ④有料老人ホーム ⑤通所介護
⑥通所リハ ⑦小規模多機能 ⑧その他 ()

【職 種】①介護職 ②看護職 ③相談員 ④介護支援専門員 ⑤管理者
⑥ その他 ()

1. 認知症介護における目標

①自施設で出来ていない事、困っている事
(番号を打ち箇条書きで記入)

②目標 (①の改善に向けて取り組む内容)
(上記番号と合わせ箇条書きで記入)

※この用紙は、1枚コピー(自分控え)をして、原本は1月29日に事務局へ提出してください。

認知症介護実践者研修

介護サービス事業所代表者 様

公益社団法人大阪介護福祉士会
会 長 浅 野 幸 子

自施設実習についてのお願い

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、当法人の運営にご支援、ご協力を賜り有難うございます。

さて、この度、参加されております「認知症介護実践者研修」では、4週間の自施設実習カリキュラムを設けております。4週間の内、3週間は現場実習、残り1週間は実習のまとめの期間となっております。

ご多忙とは存じますが、実習生が現場実習に専念できるよう、ご配慮のほどよろしくお願い致します。

敬 具

5 自施設実習 実行計画シート（1週目）

実習日 年 月 日 ～ 年 月 日

受講番号 _____

計画者 _____

自施設実習目標	1週目標	
実行計画	実行内容（実際行ったこと）	学び・気づき

*この用紙は実習終了後、コピーをとり、原本を1月29日担当指導者に提出してください。

認知症介護実践者研修

6 自施設実習 実行計画シート（2週目）

実習日 年 月 日 ~ 年 月 日

受講番号 _____

計画者 _____

自施設実習目標		2週目標	
実行計画	実行内容（実際行ったこと）		学び・気づき

*この用紙は実習終了後、コピーをとり、原本を1月29日担当指導者事務局に提出してください。

認知症介護実践者研修

7 自施設実習 実行計画シート（3週目）

実習日 年 月 日 ～ 年 月 日

受講番号 _____

計画者 _____

自施設実習目標	3週目標	
実行計画	実行内容（実際行ったこと）	学び・気づき

*この用紙は実習終了後、コピーをとり、原本を2月11日担当指導者に提出してください。

認知症介護実践者研修

8 自施設実習 実行計画シート（4週目）

実習日 年 月 日 ~ 年 月 日 受講番号 _____ 氏名 _____

自施設実習目標		
週目標	実行内容（実際行ったこと）	学び・気づき
1 週目		
2 週目		
3 週目		
上司コメント（手書きにて）		
施設名	氏名	印

*この用紙は実習終了後、コピーをとり、原本を2月11日担当指導者に提出してください。

認知症介護実践者研修

9 研修レポート

所属施設・事業所名： _____

受講番号： _____ 氏名： _____

表題 _____

【はじめに】

【実施方法】

【経過】

【結果】

【考察】

【まとめ】

【参考文献・引用文献】

☆この用紙は実習終了後、コピーをとり、原本を2月11日担当指導者に提出してください。

認知症介護実践者研修

10 実習経過報告

平成 年 月 日

所属事業所名 _____ 受講番号 _____ 氏名 _____

【事業所種別】①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③GH ④有料老人ホーム ⑤通所介護
⑥通所リハ ⑦小規模多機能 ⑧その他（ ）

【職 種】①介護職 ②看護職 ③相談員 ④介護支援専門員 ⑤管理者
⑥その他（ ）

1. 自施設実習

(1) 自施設で「出来ていない事」「困っている事」

(2) 自施設実習目標

(3) 週目標

- ・ 1 週目・・・
- ・ 2 週目・・・
- ・ 3 週目・・・

(4) 自施設実習の進捗状況

※グループ人数分+1枚（指導者用）コピーして1月29日持参。原本は事務局へ提出してください。

認知症介護実践者研修

11 実習結果報告まとめ用紙

平成 年 月 日

所属事業所名 _____ 受講番号 _____ 氏名 _____

【事業所種別】①介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③GH ④有料老人ホーム ⑤通所介護
⑥通所リハ ⑦小規模多機能 ⑧その他 ()

【職 種】①介護職 ②看護職 ③相談員 ④介護支援専門員 ⑤管理者
⑥ その他 ()

1. 他の受講者の報告から

(1) 感想・気付き

(2) 自施設・事業所実習で取り入れたいこと

※この用紙は、2月11日記入後に原本を提出してください。

12 振り返りシート（手書き用）

受講番号		研修生指名	
日付	月日	講義名	

＜キーワード＞											
各講義において、その講義内容から得たキーワードを必ず挙げ記入してください。											
気づいた事・感じた事・今後に活かしたい事を下記に記入してください。											

※＜キーワード＞は3つ以上記入してください。

※「気づいた事は・・・」は改行せずに300字以上記入してください。

※この用紙は記入後、1枚コピー(自分控用)、原本は次回研修時に事務局に提出して下さい。

12①振り返りシート（PC入力用）

受講番号		日付	月 日	研修生氏名	
講義名					

＜キーワード＞

各講義において、その講義内容から得たキーワードを必ず挙げ記入してください。

気付いた事・感じた事・今後に活かしたい事を下記に記入して下さい。

※＜キーワード＞は3つ以上記入して下さい。

※「気付いた事…」は改行せずに300字以上記入し、提出するようにして下さい。

※この用紙は記入後、1枚コピー（自分控用）、原本は次回研修時に事務局に提出して下さい。

認知症介護実践者研修

13【キャプション評価台紙】

受講
番号

撮影場所：

撮影日時：平成 年 月 日

※下の枠内に写真（画像）を貼り付けた後、①～④の項目について考えてみて下さい。

(写真またはデータ貼り付け)

①だれにとって 職員 ・ 利用者 ・ 家族 ・ その他（ ）

② ～ の点が （ 良いと思った ・ 何か気になると思った ・ 具合が悪いと思った ）

③具体的に ～ と思った

④こんな工夫ができるかも…

事業所名：

記入者（撮影者）氏名：