**令和３年度 第　回 実践リーダー研修　自己評価票（事後）最終日提出**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 事業所・施設名 |  | 氏名 |  |

**【研修の目標】**

1. **ケアチームにおける指導的立場として実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び**

**実践リーダーとしてのチームマネジメント能力を修得する。**

1. **広島県認知症介護アドバイザーとして，地域において認知症介護に係る相談業務等の**

**認知症ケア活動を行うための知識等を習得する。**

**１　当初の研修目標を達成できましたか？その要因を記入してください。**

**□はい（□よくできている　□まあまあできている　□普通 　□少し課題あり　 □多くの課題あり）　 □いいえ**

**【要因】**

**２　本研修の学びの理解度，及び今後の介護現場での取り組みについて伺います【研修で目指すべき人物像】**

1. 認知症ケアのトレーナー【育てる視点】

　　　 ① チームにおける職場の理念に基づいたスタッフの認知症ケア能力の評価を行うことができるについて

□ 大いに理解できた　□ まあまあ理解できた　□ どちらともいえない　□ やや理解不足　□ 理解不十分

　　　　【今後の介護現場での自身の取り組み】

② 認知症ケアの知識，態度，技術について根拠を示しながら説明，指導することができるについて

□ 大いに理解できた　□ まあまあ理解できた　□ どちらともいえない　□ やや理解不足　□ 理解不十分

　　　　【今後の介護現場での自身の取り組み】

1. チームマネジャー【まとめる視点】

① チームマネジメントの知識と技術を基にチームを活性化し，チームによる円滑な認知症ケアを

推進するについて

□ 大いに理解できた　□ まあまあ理解できた　□ どちらともいえない　□ やや理解不足　□ 理解不十分

　　　　【今後の介護現場での自身の取り組み】

**３　この研修に対してのご意見をお聞かせください**

**○研修内容について**

**○研修の運営・その他について**

|  |  |
| --- | --- |
| 直属の上司記入欄 | ○ 研修を受講された職員の方の変化や気づき，この研修に対するご意見等をお聞かせください。 |
| 〇広島県認知症介護アドバイザーとしての地域に対する活動を，どのように支援したいとお考えですか。 |
| 施設長確認欄 | 確認年月日 | 年　　　月　　　日 | 確認者名 |  |