**職場実習計画書・実習振り返りシート**

【様式４(５日～実習中)】

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　自職場における認知症ケア実践上の課題** | | | | |
|  | | | | |
| **２　 課題解決のための実習協力者（職員）について** | | | | |
| 1. 職　　種： 2. 資　　格： 3. 介護従事経験年月：　　　年　　　か月 認知症ケアの経験年月： 　　年　　か月 4. 職　　位： 5. **実習協力者の認知症ケア実践上の課題**   **＊利用者お一人を思い浮かべて課題となる場面を記入** | | | | |
| **３　 課題解決のための実習協力者（利用者）について　\*２で思い浮かべた利用者の概要** | | | | |
| 年齢 | | 歳 | 性別 | 男　　　 女 |
| 入所（利用）開始日 | | 年　　　月 | 要介護度 |  |
| 障害老人自立度立度 | |  | 認知症老人自立度 |  |
| ＡＤＬの状態 | ①食事の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 | ②排泄の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 |
| ③移動の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 | ④着脱の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 |
| ⑤入浴の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 | ⑥整容の様子 | □自立　 □一部介助　□ 全介助 |
| （認知症の原因疾患，現病・既往歴，服用薬，コミュニケーション能力，性格・気質，生きがい・趣味，生活歴など） | | | | |
| **４　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** | | | | |
| ①　評価方法の検討  ②　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日  ③　実習協力者へ評価結果を伝える  \*評価結果の共有は職場の判断によるが、課題案の合意は得る  ④　指導計画の作成と共有＊指導  ＊作成した指導計画を基にした指導は、任意とする。ただし、作成した指導計画を協力する介護職員等と共有し、その結果をもとに職場内での指導における自己の課題を検討する取り組みは必ず実施する | | | | |
| **５　倫理的配慮** | | | | |
| 1. 方法および実施日   a 上司への説明  b 実習協力者への説明と同意  c チームへの説明 | | | | |
| **６　実習終了時の目標(自分自身と実習協力者の目指す姿)** | | | | |
| （自分自身）  （実習協力者）（職員）  （実習協力者）（利用者） | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **７　実習スケジュール** | | |
|  | 取組み内容 | 実施結果 |
| ／　～　／  １週目 |  |  |
| ／　～　／  ２週目 |  |  |
| ／　～　／  ３週目 |  |  |
| ／　～　／  ４週目 |  |  |
| その他，実習期間を通して取組むこと | | |
| **８　実習評価**  ① 目標の達成状況　該当番号に〇　ほゞ達成した５　～　ほとんど達成できなかった１  〔　５　　４　　３　　２　　１　〕  その理由：  ② 残された課題 | | |
| 上司（直属）コメント　※直属上司が「施設長コメント」に該当する場合は本欄の記入は不要です  　氏名 | | |
| 施設長 コメント  令和　　　年　　　月　　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 | | |