**令和　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. **事業所全体で認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるチームケアを実施できる体制を構築するための知識・技術を修得すること及び地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるようになる。**
2. **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　当初の研修の目的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　介護現場での認知症ケア実践状況の自己評価を伺います。（4～1のうち該当する番号に〇印をしてください）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項　　　目** | **できている** | **まあできている** | **あまりできていない** | **できていない** |
| ① | 認知症の人を一人の「人」として理解しつつ、行動の背景の一つである認知症の病態を理解してケアしている | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ② | チームにおける目標や方針を設定し、チームを円滑に運用している  | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ③ | 認知症及び認知症ケアに関する専門的な知識を持ち、チームメンバーに説明している | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ④ | 利用者の尊厳を重視し、意思決定支援を行うことの重要性を理解し、チームメンバーに説明している | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑤ | チームメンバーのストレス状況を把握し、適切な支援を行っている | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑥ | チームメンバーの認知症ケアの能力を適切に評価している | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑦ | カンファレンス等の会議を効果的に展開している | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑧ | 認知症ケアの中で生じる倫理的課題の構造を理解し、課題解決のための指導を行っている  | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑨ | OJT（職務現場での業務を通じての指導）の意義や方法を理解し、適切に指導している  | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑩ | チームメンバーへの指導の結果・成果を適切に評価している | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑪ | 医療専門職との適切な連携をマネジメントしている | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑫ | 同職種・多職種間で連携や役割分担を行い、チームで取り組む体制を作っている  | **4** | **3** | **2** | **1** |
| ⑬ | 地域の認知症の人のための取り組み（施策）に関与している＊自施設・事業所の内外を問わない | **4** | **3** | **2** | **1** |

**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 |  |