**自施設実習計画書・実習振り返りシート**

【様式４(９日～実習中)】

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　自施設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  \*このことについては各事業所で検討・調整のうえ実施する  ④　指導計画の作成 | | | | |
| **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)** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  平成　　　年　　　月　　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 | | |