様式６　他施設実習報告書



２０１９年度認知症介護実践リーダー研修

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習日（2日間） | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）～　　　月　　　日（　　） | | | | |
| 実習目標 | |  | | | | |
| 一日目の流れ | | | 考察（参考になった点・気付いた点） | 二日目の流れ | | 考察（参考になった点・気付いた点） |
| 8:30  9:00  10:00  11:00  12:00  13:00  14:00  15:00  16:00  17:00  18:00  18:30 |  | |  | 8:30  9:00  10:00  11:00  12:00  13:00  14:00  15:00  16:00  17:00  18:00  18:30 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜反省・まとめ＞ | |
|  | 当施設において他施設実習の課題を修了したことを証明します  　　施設名：  　　役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**11月２６日（火）「報告とまとめ」の際に原本をご提出ください。**

**＜他施設実習実施について＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 | 他施設への2日間の現場実習を通して、自己の設定した課題の達成をめざし、その成果を得ること。 |
| 達成目標 | １　他施設の特色や地域における役割を学ぶことができる  ２　他施設実習を通じて、実践者における認知症ケアの能力に関する評価方法や認知症ケアの指導に関する実習計画の立案方法の理解を深めることができる  ３　他施設実習の認知症介護指導者及び認知症介護実践リーダー研修修了者とネットワークを構築することができる |
| 概要 | 他施設実習の現場実習を通じて、認知症介護指導者及び認知症介護実践リーダー研修修了者から、他施設の特色や地域における役割を学ぶと共に、実践者における認知症ケアの能力に関する評価方法や認知症ケアの指導に関する実習計画の立案方法の理解を深めることができる |