**自施設実習計画書・実習振り返りシート（受講No.　　　氏名：　　　　　　　）**

|  |
| --- |
| **①自職場における認知症ケア実践上の課題** |
|  |
| **②実習協力者（指導対象者）について** |
| 職　　種：資　　格：勤続年数：　　　　　　　　年　　　　　　認知症ケアの経験年数：　　　　　　年認知症ケア実践上の課題（実習協力者の認知症ケア実践上の課題について、一人の利用者さんを思い浮かべて記入します） |
| **③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** |
| a)評価方法の検討b)評価の実施○知識・技術・考え方の評価する手段および実施日　・　・　・　・c)実習協力者（指導対象者）へ評価結果を伝える。＊評価結果を伝えるかどうかは各事業所との調整によるd)指導計画の作成 |
| **④倫理的配慮** |
| 方法及び実施日・上司への説明・実習協力者への説明と同意・チームへの説明 |