(様式６)

岩手県認知症介護実践者研修

**実 践 報 告 書**

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 受講者名 |  |

**１．自分の立てた計画を、実行に移すことができたかどうか自己評価してください。**

**※　該当する数字１つに〇を付けてください**

実行できた　　　　　５　　・　　４　　・　　３　　・　　２　　・　　１ 　　　　実行できなかった

**２．実習を行なったことによって、あなたや利用者（認知症高齢者や家族など）、また事業所には、どんな変化がみられましたか？**

（１）あなたは本研修前、認知症高齢者の方との関わり(ケア)は、どのように心掛け実践していましたか？

（２）本研修を受けて実践計画を立て、あなたの役割や意識として、どのような所に気をつけましたか？

**３．実習の取り組みの中でうまくいったこと、あるいはうまくいかなかったことは何ですか？**

（１）実際にどのようなことに配慮し、どのように実践し、どのような反応や変化が、対象者の方や周囲の協力者からありましたか？

次ページに続きます

（２）この取り組み（職場実習）の成果は、どのようなところにあったと感じましたか？

（３）今後の認知症介護にどのように活かしていこうと考えましたか？

**４．実習を通しての感想をお聞かせください。**

|  |
| --- |
| **５．所属長（施設長または管理者）の意見、感想等をお書きください。** |
|  |
| **所属長　職・氏名** | **(自署)　職名　　　　　　　　　　氏名** |