

令和2年度奈良県認知症介護実践者研修 「事前学習シート」の記入について

本研修では、受講生のみなさんが研修で学んだことや気づいたことを、受講生ひとりのものとするのではなく、所属の施設・事業所やチームにしっかり持ち帰っていただきたいと考えています。

事前学習シートは、受講生のみなさんの学びや気づきと、自施設(事業所)での日々の認知症ケアとをつなぐツールのひとつであり、研修の機会を有効に活用していただくことを目的に、研修開始までにご記入いただくものです。

◆提出について

研修初日(9月11日(金))に**原本**をご提出ください。ご自身用の**コピー**を忘れずにご取っておいてください。

☆データで作成される方へ

奈良県社会福祉協議会のホームページ「福祉の研修→福祉職員向け研修」(<http://nara-shakyo.jp/publics/index/98/>)に様式(excel形式)を掲載いたします。ダウンロードしてご使用ください。

◆記入にあたりご留意いただきたいこと

【Ⅰ】について

日々の認知症ケアを行うにあたり、ご自身や事業所(チーム等)で取り組んでいること(チャレンジしていること、心がけていること等)、また、実践している中で困っていることや悩んでいること、解決したいと考えていることをありのままご記入ください。

【Ⅱ】について

現時点でのこの研修における目標を、具体的にご記入ください。箇条書きで結構です。「何を」「いつまでに」「どのように」などを意識してご記入ください。

【Ⅲ】実習対象者の選定について

自施設を利用されている**認知症の方 2名**のご協力(情報)が必要です。受講生本人が日常的にケアに関わっておられ、対応を検討したいと考えている方(**認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上であることが望ましい**)を実習対象者として選定してください。

- ・現段階で対象者2名について知っていることをご記入ください。欄が足りない場合は別紙を添付いただいても結構です。
- ・個人情報の取り扱いにはくれぐれも注意してください。(名前や住所等、個人を特定できる情報は全て伏せてください。)
- ・実習対象者には必ず実習協力に関する説明を行い、同意を得ておいてください。協力をお願いするうえで、倫理的配慮に関しても説明(実習に協力することは強制ではないこと、協力にあたって知り得た情報は適切な保護基準に基づき取り扱うこと等)を行ってください。

【所属長コメント】について

シートに記入した内容を所属長にお読みいただき、コメントを記入いただけてください。

※自施設実習は施設(事業所)全体で取り組んでいただく必要があることに鑑み、ここでいう所属長とは下記のような方を想定しています。

(例)・施設長、事業所長、管理者など、施設(事業所)全体を統括している方

・受講生や受講生を含む、チーム全体の業務内容を理解し、指導・助言ができる立場にある方

※受講される本人が上記「施設長」等である場合は、現場の主任やリーダー等に記入いただけてください。

【問い合わせ先】 社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 福祉人材センター

奈良県社会福祉総合センター3階 担当：上田

TEL：0744-29-0130 FAX：0744-29-6114 HP：http://www.nara-shakyo.jp