

研修目標設定票

所属施設・事業者名	職種	氏名
職歴（新しいものから順に）		
事業所理念		
研修受講動機		
<p>認知症介護実践研修の自己目標</p> <ol style="list-style-type: none">1. 専門職として認知症介護に携わる中であなたが大切にしていることをお書きください。2. 認知症介護に携わるうえであなたが得意としていること、また逆に困っていることや苦手としていることをお書きください。3. 2で答えた内容を踏まえ、あなたが専門職として学びたい、身に付けたいと考える知識や技術をお書きください。4. 3で答えた内容を踏まえ、今回の研修の自己目標を具体的にお書きください（研修カリキュラムを参考にして、この内容と期間で<u>達成可能な目標</u>を立ててください）。		

申込書と（受講生1人につき）事前レポート4枚を合わせて提出してください。
提出書類に不備・不足があった場合は、申込を受け付けませんので、くれぐれもご注意ください。

事前レポート（1）

氏名 _____ 職種 _____

所属施設名 _____ サービス種別 _____

1. あなたは「認知症という病気を抱えて生きる方」についてどのようなイメージをお持ちですか。

2. あなたは介護現場での認知症介護についてどのようなイメージをお持ちですか。

3. 認知症という病気を医学的に理解するうえで、わからないことや疑問に思っていること、講師に質問したいことなどをお書きください。

4. あなたは認知症の方の権利・意思決定をどのように捉えていますか。また、どのようなことを意識していますか。普段感じていることや講師への質問があればお書きください。

5. あなたは認知症を抱える人が生活していくうえで必要な生活環境を整えるために、どのようなことを意識し、また取り組んでいますか。

事前レポート（2）

氏名

所属施設名

6. あなたは認知症を抱えている方のご家族についてどのようなイメージを持っていますか。また、専門職としてその家族を支えるために意識していること、取り組んでいることをお書きください。

7.

1) 「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」をご存知ですか。

どちらかに○をしてください。

はい

いいえ

2) 1) で「はい」とお答えになった方にお聞きします。

現在、職場でセンター方式を活用していますか。どちらかに○をしてください。

はい

いいえ

3) 2) で「はい」とお答えになった方にお聞きします。

センター方式の活用を通して、あなたが感じていることをお書きください。

8. その他 研修に対する希望や要望などをご自由にお書きください。

事前レポート

受講者名

所属施設名

役職

氏名

1. なぜ、この職員を受講させようと思われましたか？

2. この職員に研修で、どのようなことを学んできてほしいと考えておられますか。

3. この研修には、約2週間の職場実習が含まれます。受講生は職場実習期間中に、一人の利用者の「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式シート」を作成することを通して、利用者の思いや願いを探ります。このため、職場実習期間中は、各施設・事業所のサービス運営に支障のない範囲で受講生の勤務のご配慮をお願いしています。

ご配慮していただくことは可能ですか。いずれかに○をしてください。

はい

いいえ

【お問い合わせ先】

〒600-8127 京都市下京区河原町通五条下る東側「ひと・まち交流館 京都」4階

長寿すこやかセンター 研修担当：田中 電話354-8741 FAX354-8742

申込書と（受講生1人につき）事前レポート4枚を合わせて提出してください。
提出書類に不備・不足があった場合は、申込を受け付けませんので、くれぐれもご注意ください。