令和　６年　　　月　　　日

事業所名

所属長（管理者）　　　　　　　　　　　　様

介護職員　　　　　　　　　　　　　　　　 様

自施設名

令和５年度認知症介護リーダー研修

受講者氏名　　　○○　○○

令和５年度　認知症介護実践リーダー研修の自施設実習協力者の依頼について

　上記研修につきましては、研修５日目～６日目の間の約４週間程度、職場実習に取り組むことが義務付けられています。職場実習では、研修で学んだ内容を生かして、自職場の実践者の認知症ケアの能力評価、ケア課題の抽出、指導目標の設定や指導計画を作成し、認知症ケアに関する指導方法を理解することを目的とします。

実践リーダー研修の全科目をふまえ、自職場におけるチームスタッフの認知症ケアに関する態度、知識、技術の向上を目的とした教育、指導方法の実際を理解するため、以下の内容を到達目標・実習内容とします。

到達目標：①スタッフの認知症ケア能力の評価と課題の抽出を行うことができる。

　　　　　　 ②スタッフの認知症ケアにおける指導目標を立案することができる。

　　　　　　 ③指導目標に応じた指導計画を作成することができる。

実習内容：実習計画に沿って「実習協力者」の認知症ケア能力について評価を行っていき、その評価結果を実習協力者と共有し、そのうえで、実習協力者の認知症ケアに関する課題と目標を検討し、指導計画書を作成する事となります。

自職場の認知症ケア質向上のため課題の効果的な実施について「実習協力者」○○□□様へ

ご依頼とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

**留意事項**

依頼内容をご確認していただき

・「実習協力者」の選定については、自職場での多くのスタッフが戸惑いがちな課題を明らかにした中から選定した「実習協力者」であること等を「実習協力者」に説明した上で今後の業務に差し障りがないような配慮を致します。

・職場実習は、上記研修の中で重要な位置を占めています。職場実習計画書⑥実習スケジュール（「実施結果」項目）について１週間ごとに（直属）上司の確認㊞が必要となります。

・本取組みを報告する際には、「実習協力者」個人が特定されることがないように留意致します。

上記内容について職場実習期間の間、研修の目的及び実習内容について、他職員にも周知した上で〇〇〇〇を中心に取り組む事について同意致します。

令和　６年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

所属長（管理者）　氏名　　　　　　　　㊞

介護職員　氏名　○○　□□　　㊞