平成２9年度　京都市認知症介護実践リーダー研修

①受講申込者用（実践ﾘｰﾀﾞｰ）

**受講選考レポート　①**

このレポート内容は, 受講選考審査の対象とします。

受講申込者ごとに記入し, 研修申込書、選考レポート2枚を合わせて（計3枚）提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名： | 受講申込者名： |
| 現職場の経験年数：　年　　ヶ月　　　　 | 主たる業務： | 実践者又は痴呆介護基礎研修修了：　　年度 | 市・府・県 |

それぞれの項目について御記入ください。

|  |
| --- |
| １　あなたがこの研修を受講しようと思った理由, 意気込みを御記入ください。（１００字以内） |
|  |
| ２　あなたが考える『認知症介護に携わる人にとって大切なもの』とは何ですか？（５０字以内） |
|  |
| ３　自分自身を振り返って, 人を指導する上での「やりがい」と「難しさ」を御記入ください。（それぞれ１００字以内） |
| （やりがい）（難しさ） |
| ４　今の自分は人材育成という意味で職場に貢献できていますか？（該当項目に○）　　またなぜそう思いますか？（１５０字以内） |
| ④かなりできている　　③できている　　②できているが自信がない　　①できていない（理由） |
| ５　実習対象候補となる職員の平成２９年７月１日時点での現職場の経験年数はどのくらいですか？　　※申込み時点では１人に絞らなくても良いため複数回答可 |
| 　３ヶ月未満　　・　　６ヶ月未満　　・　　１年未満　　・　　２年未満　　・　　２年以上 |

平成２9年度　京都市認知症介護実践リーダー研修

②所属長・施設長等用（実践ﾘｰﾀﾞｰ）

**受講選考レポート　②**

このレポート内容は, 受講選考審査の対象とします。

受講申込者ごとに記入し, 研修申込書, 選考レポート2枚を合わせて（計3枚）提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所名： | 役職名： | 氏名： |
|  | 受講申込者名： |

それぞれの項目について御記入ください。

|  |
| --- |
| １　受講申込者を本研修に推薦した理由を御記入ください。 |
|  |
| ２　研修を受講してもらうことで, 現場にどのような効果が期待できますか？ |
|  |
| ３　受講申込者は現時点で人材育成という意味で職場に貢献できていますか？（該当項目に○）　　また, なぜそう思われますか？ |
| ④かなりできている　　③できている　　②できているが自信がなさそう　①できていない（理由） |
| ４　実践リーダー研修では，平成２９年１０月２０日～平成２９年１１月１６日を職場実習期間とし，認知症ケアに関する指導方法を体験的に理解するため, 課題に取り組みます。職場実習を円滑に進めるため，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御配慮をお願いします。　　上記４の内容をよく理解し,組織として責任をもって協力する体制を執ることは可能ですか？　　積極的にバックアップする　・　　できるかぎり協力する　　・　　今の段階ではわからない　　 |