様式第２号（愛媛県社会福祉協議会実施分）

実習受入承諾書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職場実習先　（注１） | 施設・事業所の種類 | 特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・認知症対応型共同生活介護事業所・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型通所介護・看護小規模多機能型居宅介護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所の所在地 | 〒　　　　－ |
| 施設・事業所の名称 |  |
| 施設長又は管理者  職・氏名　（注２） | 職名　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　職印 |
| 実習サポーター  職・氏名 | 職名　　　　　　　　　氏名 |
| 研修修了状況 | 愛媛県認知症介護実践者研修　　　　　　　　　年　　月　　日修了  愛媛県認知症介護実践リーダー研修　　　　　　年　　月　　日修了 |

令和２年度認知症介護実践者研修の目的・内容を理解し、下記の者が受講する際には、施設・事業所として責任を持って、効果的な職場実習が行われるよう参加・協力することを承諾します。

令和２年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 備　考 | **※特別な事情（注１含む）により、現在の所属以外で実習する必要がある場合は、こちらに　　　　理由を記載してください。** |

（注１）原則として、受講希望者が現在所属している施設・事業所での実習になりますが、実習は、特定の個人を対象として４週間行うため、介護保険施設やグループホーム等での実習が可能であれば、そちらでの実習受入れをお願いします。

（注２）法人の代表者名ではなく、施設や事業所の責任者名（施設長又は管理者）としてください。

|  |
| --- |
| 【職場実習の目的】  ○受講者が、介護現場のチームの一員として、認知症介護の質の向上が図られるような実践力を身につけること。  【職場実習について】  ○研修の目的に基づき、「研修の自己課題」の内容と講義・演習の受講を踏まえ、研修成果を実践で活用できる知識・技術にするための実習課題を設定し、その実習課題の達成を目指します。  ○職場内の他の職員も趣旨を理解し、受講者の実習目的、目標、スケジュール等が周知されている必要があります。  ○実習計画・経過・目標の達成状況等について記録し、受講者による自己評価及び実習施設・事業所の長に　　よる評価を行います。  ○**実習先が確保できない場合**は、研修を受講できないことがありますのでご注意ください。  ※実習先が通所介護や訪問介護の場合は、週３～４回以上利用される方を対象とし、業務上の接点がなく　利用者の行動が分からない時間帯は、家族や他のスタッフ等の協力を得て、把握できない部分をカバーするようにしてください。  ※**自施設に対象者がいない場合は、他施設での実習となります**（実習先の確保は、各自で行ってください）。また、**事前に対象施設を訪問するなどして、対象者の状況を把握してください。**  【実習サポーターの指名】  　○施設長又は管理者は、受講者に対して、課題達成のためのアドバイスやレポートの指導など、実習におけるサポートが可能な職員（実習サポーター）を指名し、職場実習が円滑に実施できるようご配慮ください。  ○実習サポーターは、認知症介護実践リーダー研修修了者、認知症介護実践者研修修了者など、受講生の指導が可能な職員をあててください（いない場合は施設長・管理者）。  ○**今年度実施研修に、同施設から複数名受講する場合、原則として同じ利用者を実習対象者とすることができません。** |