【様式１】　令和７年度　福島県認知症介護実践リーダー研修　前後評価・アンケート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属施設・事業所名 |  | 受講番号受講者氏名 | 受講番号：受講者名： |
| **Ⅰ．受講生記入欄** |
| 研修前記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 研修後記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **（１）認知症介護のリーダーとしての自己評価** |
| （評価基準）１:全くできていない　　２:あまりできていない 　３:ある程度できている　 ４:ほぼできている　 ５:十分にできている |
| ＜評価項目＞ | 研修前に記入 | 研修後に記入 |
| ①　認知症の病態、メカニズム、発生機序、脳内作用等最新の知見を把握しているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ②　国の認知症施策と地域展開例を理解しているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ③　チームマネジメントの必要性と方法を理解しているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ④　チームの理念形成を促進し、方向性を明確にして共有化する方法を理解しているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑤　スタッフのストレス把握やマネジメントができているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑥　チーム内の情報共有やスタッフ間コミュニケーションを促進できるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑦　認知症者へのチームケアを推進し、支援できるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑧　ＯＪＴの方法を理解しているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑨　スタッフへの適切なアドバイスや指導ができるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑩　認知症ケアの指導理念を持っているか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑪　認知症ケアにおける倫理に関する指導ができるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑫　行動・心理症状別のケア指導ができるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑬　認知症の人の食事・入浴・排泄への介護指導ができるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑭　認知症の人の権利擁護の方法に関する指導ができるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑮　認知症の人の家族への支援方法を指導できるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| ⑯　認知症の人の生活の質を向上するための支援方法が指導できるか | 1　2　3　4　5 | 1　2　3　4　5 |
| **（２）認知症介護のリーダーとしての意識など** |
| 研修前に記入 | 研修後に記入 |
| ①あなたがリーダーとして大切だと思うことは何ですか？ | 1. あなたがリーダーとして大切だと思うことは何ですか？
 |
| 研修前に記入 | 研修後に記入 |
| ②あなたが目指している認知症介護とはどのようなものですか？ | ②研修を踏まえて認知症介護をしっかり指導できましたか？ |
| ③チームで目指している認知症介護はどのようなものですか？ | ③チームの認知症介護の質を高めることができましたか？ |
| **Ⅱ．所属長記入欄** |
| 研修前に記入 | 研修後に記入 |
| 研修を受講するにあたって、受講者に対して期待することは何ですか？ | この研修を通して、受講者や指導対象者、利用者に　変化や影響がありましたか？ |
| 記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 記入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 所属長署名 | 　　　　　　　　　　　　　 | 所属長署名 | 　　　　　　　　　　　　　 |

※１．**事前アンケート**は、別添のリーダー研修事前・事後アンケートについての通り**データで提出願います。**

※２．**原本は研修最終日に提出**していただきますので、大切に保管して下さい。