令和６年度　看護職員の認知症対応力向上研修

終了後研修実施報告書

令和６年度「看護職員の認知症対応力向上研修」終了後は、令和７年２月までに自施設において研修を実施していただくこととなっております。

令和７年度に開催予定の「フォローアップ研修」の参考にさせていただきますので、記載のうえ、FAXまたはメールにて必ずご返送ください。

報告書返送先　　　　●愛媛県看護協会 教育・研修部

FAX：０８９－９０８－６２８８

メール：kenshukanri@nursing-ehime.or.jp

回答期限　　　　　　●令和７年３月３日（月）

Ⅰ．ご記入者についてお尋ねします。

氏名・所属施設の記入と、当てはまる項目へ☑をお願い致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.施設名 |  | | 氏名 |  |
| 部署名 |  | 部署の機能 | 例）地域包括ケア病棟 | |
| 2.年　齢 | □1）20歳代 　 □2）30歳代　 □3）40歳代 　□4）50歳代　 □5）60歳以上 | | | |
| 3.経験年数 | □1）5年未満　　□2）5～9年　　□3）10～19年　　□4）20年以上 | | | |
| 4.職　位 | □1）看護部長職　　□2）副看護部長職　　□3）師長職　　□4）主任職  □5）スタッフ　　　□6）看護教員 | | | |
| 5.認知症に関する保有資格等 | □1）認知症ケア専門士　□2）認知症サポーター　□3）認知症キャラバンメイト  □4）その他（　　　　　　　　　　　　　　　）□5）保有資格なし | | | |

Ⅱ．実施された認知症看護研修の研修日時を記載し、当てはまる項目に☑をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1．開催日時 | 令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）  令和　　年　　月　　日　　（　　：　　～　　：　　）  □1）同じ内容を複数開催　□2）違う内容を複数開催　□3）一定期間開催 |
| 2．場　　所 | □1）施設内　　　　　　□2）自部署内 |
| 3．開催方法 | □1）参集開催  □2）参集以外の方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 4．サポート者  （複数回答可） | □1）管理職　　□2）認知症関連の有資格者  □3）その他：  □4）なし |
| 5．講　　師 | □1）本人のみ　　　　　□2）本人と同研修受講者  □3）本人と自施設の認知症看護認定看護師  □4）本人とその他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 6．対象者 | □1）施設全体の看護職　　　　　□2）自部署内の看護職  □3）その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 7．参加人数 | （　　　　　　）名 |
| 8．テーマ  （複数回答可） | □1）認知症の基礎知識 □2）せん妄 □3）身体拘束 □4）事例検討 □5）地域連携  □6）アセスメントと看護計画の立案 □7）自施設の現状分析・研修計画の策定  □8）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 9．概要 | □1）講義のみ  □2）講義と演習（事例検討）  □3）講義と演習（事例検討以外：　　　　　　　　　)  □4）演習のみ（事例検討）  □5）演習のみ（事例検討以外：　　　　　 　 　　　） |
| 10．目標の達成度 | □1）達成できた　　□2）達成できなかった  理由 |

11．研修開催に際し、難しかったことや困ったことがあればお書きください。

12．研修開催に際し、工夫したことをお書きください。

13．その他、ご意見・ご感想があればご記入ください。

Ⅲ.本研修受講後に、認知症看護に関しての活動や体制を強化されたこと（チーム活動やシステム構築等）、あるいは新たに取り組んだことはありますか。

１．当てはまる項目に☑をつけてください。

□　1）はい　　　　□　2）いいえ

２．「1）はい」と答えた方は、その内容をお書きください。

ご協力ありがとうございました。