体制構築・人材育成編　3-2　スタッフ育成・教育

**演習2　研修後のフォローアップ　ワークシートＥ**施設名　　　　　　　 　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **研修直後**
	1. **研修を受けて、印象に残っていることは**
	2. **認知症ケアで改善しようと思う現状は？**
	3. **どのように行動に移そうと考えているか？**
 |  |
| 1. **3か月後**
	1. **1)-③で記載したことを実践できているか？**
	2. **どのようなことを意識して行っているか？**
	3. **改善点はないか確認する**
	4. **改善点をどのように修正するか？**
 |  |
| 1. **6か月後**
	1. **1)-③で記載し、2)-④で修正したことを追加し実践できているか？**
	2. **どのようなことを意識して行っているか？**
	3. **目標は達成しているか？**
	4. **未達成の場合、改善点は何かを確認する**
	5. **改善点をどのように修正するか？**
 |  |

提出期限2024年3月11日（月）必着

　○新潟市に所在する施設の方

　　新潟市福祉部　地域包括ケア推進課宛て　　E-mail:houkatsucare@city.niigata.lg.jp

 ○新潟市以外に所在する施設の方

新潟県福祉保健部　高齢福祉保健課　在宅福祉班宛て　E-mail:ngt040230@pref.niigata.lg.jp