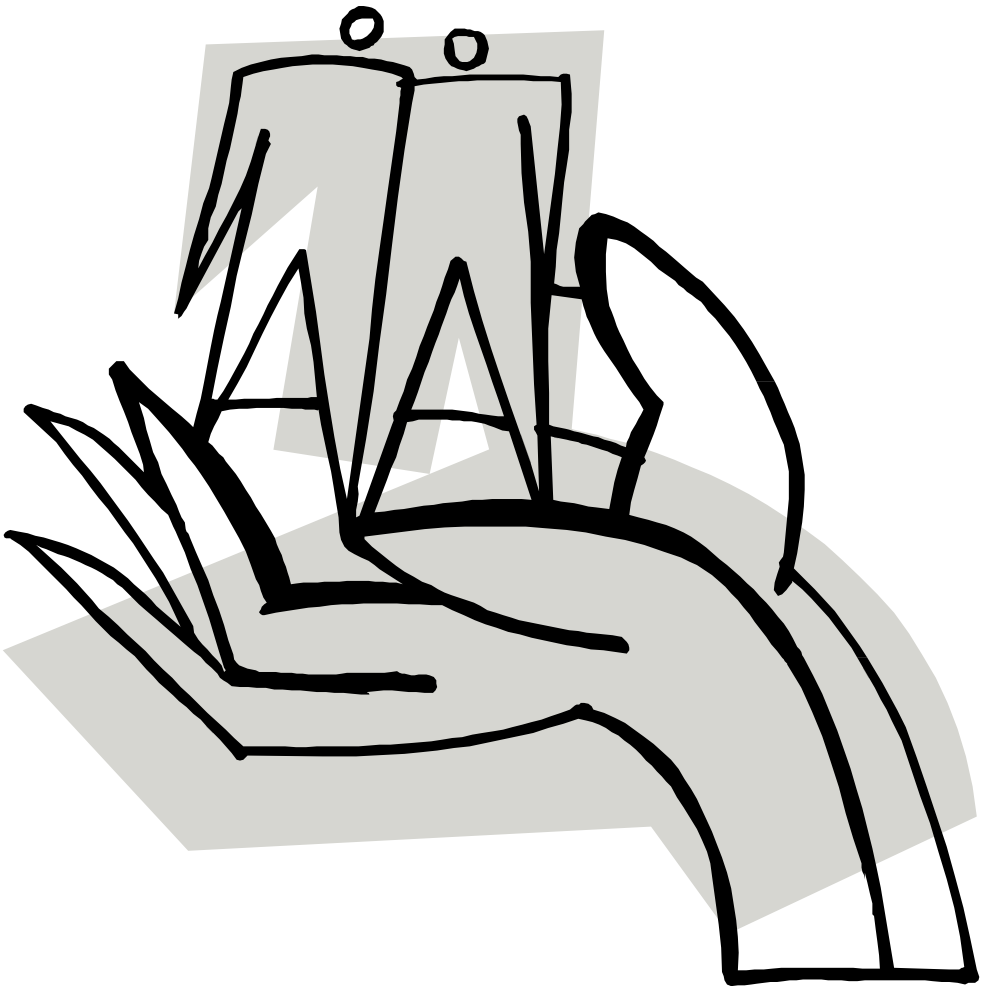
交　換　実　習

―要綱―



山形県認知症高齢者
グループホーム連絡協議会

山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会

＜ 交 換 実 習 概 要 ＞

会員全事業所が実習者を出し、全事業所が実習生を受け入れて下さるようお願いいたします。

◆ 期　　間　　毎年８月～９月末
（実践報告について、山形県グループホーム大会で行う予定でおります。）

◆ 参加条件　　山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会会員のグループホーム職員であること。

◆ 実 習 地　　山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会会員の事業所であること。
（会員名簿をご参照下さい）
各ブロックにおいて実習先の希望を取り、各ブロックにて調整して決定となります。交換実習はブロック（庄内・村山・置賜）内で行って下さい。

◆ 参加人数　　実習者数は１ユニットにつき１名までとします。
（例：３ユニットお持ちの事業所は、実習者を３名出すことが出来ます。）

◆ 内　　容　　日勤帯の実習を１日間行います。
（当連絡協議会としては、原則日勤帯１日間の実習とします）

◆ 費　　用　　実習にかかる経費については実習者の負担とします。（その他、必要な場合は施設間で打ち合わせしてください。）

◆ 事故保険　　実習に関わる事故等については、協議会としては責任を負いません。

◆ 個人情報の保護　必要があれば実習者と受入施設との間で取り交わして下さい。

全会員様へ

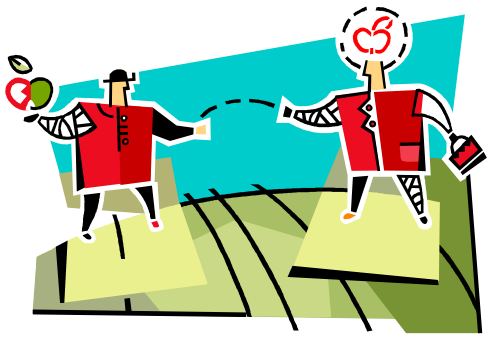
□交換実習につきましては、各地区のブロック会ごとに取りまとめを行って頂きます。
□交換実習の申し込み、実習先選定、レポートの提出等の一連の流れにつきまして不明な点がございましたら、各地区のブロック会の交換実習担当者へご確認を御願い致します。
□山形 GH 大会での発表依頼があった際は、どうかご承引ください。

レポート作成～提出について

□レポートは同じように様式を作成しパソコンで打ち込んでいただいてもかまいません。手書きの場合は、必ず鉛筆以外でご記入下さい。
□ＦＡＸの場合、薄い鉛筆などで書いた文書は判読できませんのでよろしくお願いします。
□「別紙２」交換実習レポートは、各地区ブロック会の交換実習担当者に提出して下さい。

各地区のブロック会の交換実習担当者へ

□「別紙１」につきましては、参考様式とさせていただきます。ご自由にカスタマイズしてお使い下さい。
□「別紙２」につきましては、山形 GH 大会抄録として使用いたしますので必ずお使い下さい。
□各地区ブロック会担当者は、山形 GH 大会への発表者の選定を数名ずつお願い致します。



別紙１　ＦＡＸ送信*（ＦＡＸ送信票不要）*　　ブロック担当　　行　FAX：　　－　　－

＜　交　換　実　習　申　込　書　＞

ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ名			
ア　ン　ケ　ー　ト			
☆貴施設は交換実習に　　□申し込みます　　□申込みません **☆貴施設は実習者の受け入れが　　□出来ます　□出来ません**			
実習希望者氏名		職　　種	
実習希望施設	第１希望： 第２希望： 第３希望：		
実習目的（実習でねらいとしたい事柄を具体的にお書きください。）			

ご担当者名：

電話　　FAX

□申込用紙１枚に１名の申込でお願いします。

□FAX で読み取れるように鉛筆以外でお書きください。

□実習施設の調整の為、この用紙を希望先施設に送信させて頂きます。

＊申込〆切：　月　日（　）

実習希望施設：　　様へ

上記の実習目的を持った実習者を貴事業所での実習を受け入れることは出来ますか？

□出来る　　□出来ない

その他、連絡事項をお書きください。

＊　答えをご記入の上、交換実習担当（FAX：　　－　　－　　）にご返信ください。

認知症高齢者グループホーム交換実習報告

所在地

報告者　事業所名称

氏名

実習施設：	実習日：　平成　　年　　月　　日
実習目的（実習観察の視点）	
実習内容	
実習結果（参考になった点・気づいた点など）	
実習結果から、今後事業所で活かしたいと思うこと。（管理者や所属長と相談しながらでも可）	
実習を終えて（振り返り・考察・今後の課題など）	

※ 実習にあたっては、個人情報の取り扱いには十分配慮して下さい。人権擁護の観点から、認知症の人及びその家族の氏名、生年月日など、個人が特定される可能性のある情報は記号化して下さい。
※ スペースが足りないようでしたら、増やして記入下さい。
※ 報告書作成は、パソコン・手書きどちらでも構いません。
※ パワーポイントで発表する場合において、個人が特定できる写真を使用する時は、倫理的配慮が必要となりますので、本人及び家族の同意を得て下さい。