

活動計画シート

研修：H28推進員 グループ番号： 研修生番号：S28

◇ このシートは、研修終了後の活動計画を立てるためのものです。

<自地域の状況の再把握：基礎情報確認シートから転記してください>

市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ヶ所
地域包括数	ヶ所	推進員数	人
地域の特徴：			
課題に感じていること			

<自治体の認知症施策について：基礎情報確認シートから転記しましょう>

(1) 行政としてとらえている、認知症の人とその家族が地域で暮らしていく上での主な課題

(2) 今年度に行政が特に力を入れている取組み

(3) 上記(2)を推進していく上での、行政が感じている取組上の課題

<認知症地域支援推進員としての活動について：基礎情報確認シートから転記しましょう>

(1) 研修受講に際し、自治体から求められている推進員としての役割

① わが町の認知症の人と家族が地域で暮らす上での課題
○ 課題

○ 背景
弱み…

強み…

② 課題解決後の姿（目標）

④ 評価

○ プロセス評価

○ 結果評価

③ 今後、取り組む活動（ 年 月 ～ 年 月）

○ 対象者・機関

○ 活動内容と方法

○ 協力を求めたい人や機関

○ 具体的な進め方（スケジュール）

年 月	内 容

～平成 年 月 現在の進捗状況～

研修：H28推進員 グループ番号： 研修生番号：S28

<取り組んできたこと>

< か月間の成果> *プロセス評価と結果評価を記入してください。

<今後の活動計画>

<提出先> 認知症介護研究・研修東京センター 推進員研修担当係
FAX：03-3334-2156 E-mail：suishinin@dcnet.gr.jp
ご質問・お問い合わせは：電話：03-6743-2165(直通)
*「推進員研修の活動計画について質問・不明点がある」旨、お知らせください。

- ◇ センターへの「活動計画」および「進捗状況」の提出は任意としておりますが、皆さまからの情報提供をお待ちしております。