

## 活動計画シート

研修： 年 推進員 グループ番号： 受講番号：SS19 氏名：

◇ 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 評価の方法

○ プロセス評価

○ 結果評価



③ 今後、取組む活動 ( 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 |
|-----|-----|
|     |     |

～令和 年 月 現在の進捗状況～

研修： 年 新任者研修 グループ番号： 受講番号：SS19 氏名：

---

<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：03-3334-3073(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。

- ◇ 活動計画シートの様式は、認知症介護研究・研修センターのホームページ（DCnet）内「認知症地域園推進員」のページでダウンロードすることができます。（Excel 及び PDF）
- ◇ 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。