

実践者研修 『事前提出課題』

研修では、講義・演習後に、学びを自施設において実践・展開するために、4週間の「自施設実習」を行います。

「自施設実習」では、自施設の認知症の人の生活の質の向上に寄与する計画を立て、それに基づき実施・展開し、詳細な記録と評価を行います。

この実習の対象となりうる認知症の人の選定にあたっては、【様式1-2(事前)】及び【様式1-3(事前)】を活用し、2事例を事前にご検討ください。

なお、個人情報の取り扱いについては十分に配慮をお願いします。

【自施設実習の目的】

認知症介護実践者研修で学んだ内容を生かして、認知症の人や家族のニーズを明らかにするためのアセスメントができる。アセスメント内容をもとに、認知症の人の生活支援に関する目標設定、ケアの実践に関する計画やケアの実践を展開できる。

I 【受講者の基本情報】

受講者氏名		受講番号	
事業所名			
職種		主な資格	
役職名		認知症介護実務 通算経験年月数	年 ヵ月

II 【所属する施設・事業所の概要】

種別 (○をする)	特別養護老人ホーム 介護療養型医療施設 通所介護事業所 訪問介護事業所	・ 地域密着型特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ 認知症対応型通所介護事業所 ・ その他()	・ 介護老人保健施設 ・ 小規模多機能型居宅介護事業所 ・ 居宅介護支援事業所
定員	人 (うち、あなたが担当する対象者数 人)		
職員構成	介護職員 人 生活相談員 人 その他()	・ 看護職員 人 ・ 理学療法士 人	・ 作業療法士 人
理念			