【様式１-1（**事前**）】

事前課題シート①

**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  （〇をする） | 特別養護老人ホーム　・　地域密着型特別養護老人ホーム　・　介護老人保健施設  介護療養型医療施設　・　グループホーム　・　小規模多機能型居宅介護事業所  通所介護事業所　・　認知症対応型通所介護事業所　・　居宅介護支援事業所  訪問介護事業所　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　・　　看護職員　　　　　人  生活相談員　　　人　　　・　　理学療法士　　　人　　・　　作業療法士　　　人  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 理念 |  |