【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，学びを職場において実践・展開するために，４週間の「職場実習」を行います。
「職場実習」では，職場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。

【職場実習の目的】
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	