事前課題レポート（1枚目）※1枚目を先に、2枚まとめて送信又は提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研 修 名 | 2024年度 | 第　　回 | 認知症介護実践研修（実践者研修） |
| 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  | **班番号※** | 班 | 整理番号 | 24実　　－ |

※整理番号は受講決定通知書に記載しています。

※班番号は空白のまま提出してください。（別途当方からの連絡がある場合を除く。）

【注意】 研修時、お手元に原本又はコピーを用意の上、受講してください。

　　　　　　（集合研修では受講の際、各自予めコピーを取ってきてください。）

オンライン研修：指定期限までにFAX送信し提出してください。

集　合　研　修：予めコピーをとっておき、研修初日に原本を提出してください。

※所属長又は上司が、認知症介護実践研修（実践者研修）の事前課題を確認しました。

　確認者氏名

1.以下の①～④についてそれぞれ説明してください。

|  |
| --- |
| ① パーソン・センタード・ケア |
| ② 認知症の原因疾患 |
| ③ 中核症状 |
| ④ ＢＰＳＤ（行動・心理症状） |

※事業所名・氏名・整理番号等の記入漏れに注意。（1・2枚目共に記入してください。）

※全ての項目に回答。

※A4用紙2枚をまとめて(1ページ1枚)で提出。片面のみ記入。（印刷の場合、片面のみ印刷・白黒印刷可。）

事前課題レポート（2枚目）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研 修 名 | 2024年度 | 第　　回 | 認知症介護実践研修（実践者研修） |
| 事業所名 |  |
| 氏　　名 |  | **班番号※** | 班 | 整理番号 | 24実　　－ |

※整理番号は受講決定通知書に記載しています。

※班番号は空白のまま提出してください。（連絡が無い場合を除きます。）

【注意】 研修時、お手元に原本又はコピーを用意の上、受講してください。

　 （集合研修では受講の際、各自予めコピーを取ってきてください。）

オンライン研修：指定期限までにFAX送信してください。

集　合　研　修：予めコピーをとっておき、研修初日に原本を提出してください。

2.研修及び実習における認知症の対象者を１人決めて、以下の設問に答えてください。

対象者は申込責任者（所属長等）と相談の上、相応しいと考えられる人（認知症の人かつ研修・実習期間中、有意義に取組める人）で、ご本人及びご家族等と同意の上決定してください。

|  |
| --- |
| ① 何故その人を選びましたか。（研修・実習で取組んでみたいと考えた理由） |
| ② その人はどういう暮らしを望んでいると思いますか。 |
| ③ 上記②について、何故そう思いますか。 |

3. 以下の設問に答えてください。

|  |
| --- |
| ① 自職場の理念を記入してください。 |
| ② 上記①を踏まえた上で、あなたが認知症ケアを行う上で一番大切にしていること（したいこと）は何ですか。 |

※事業所名・氏名・整理番号等の記入漏れに注意。（1・2枚目共に記入してください。）

※全ての項目に回答。

※A4用紙2枚(1ページ1枚)で提出。片面のみ記入。（印刷の場合、片面のみ印刷・白黒印刷可。）

※やむを得ない対象者変更の場合（当方が認めた場合に限ります）、2枚目のみを提出してください。