

## 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、有意義に取り組める人）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。