

平成 27 年度 認知症介護実践研修（実践者研修）アンケート

このアンケートは、受講申込者全員に記入して頂くことにより、受講申込者の知識・経験等を事前に把握しより良い研修を実施する事を目的とします。それぞれの設問に対してできるだけたくさんのコメントをご記入いただきますようお願いいたします。

* 下記の質問について、該当番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

| | |
|---|--|
| 1 受講動機について、次の中から1つ選択してください。 | |
| ①認知症介護の知識・技術の向上のため自主的に受講希望 | |
| ②認知症介護の知識・技術の向上のため上司に薦められて受講希望 | |
| ③指定基準上受講が必要なため（管理者） | |
| ④指定基準上受講が必要なため（計画作成担当者） | |
| ⑤認知症加算申請のため自主的に受講希望 | |
| ⑥認知症加算申請のため上司に薦められて受講希望 | |
| ⑦その他（ ） | |
| 2 研修で学びたいこと・現場で困っていること(問題点)について、下記の①～⑪の中で該当する番号に「○」をいれ、できるだけ具体的にご記入ください。（複数選択可） | |
| ①認知症介護の理念について | |
| ②認知症の医学的知識について | |
| ③認知症の方の心理について | |
| ④認知症の方の家族支援について | |
| ⑤権利擁護・成年後見制度について | |
| ⑥認知症の方の生活環境・住環境について | |
| ⑦地域社会環境について | |
| ⑧対人援助職としてのコミュニケーションについて | |

