

岩手県認知症介護実践者研修

実践報告書

記入日：令和 年 月 日

施設・事業所名		受講者名	
---------	--	------	--

1. 自分の立てた計画を、実行に移すことができたかどうか自己評価してください。

※ 該当する数字1つに○を付けてください

実行できた ← 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 → 実行できなかった

2. 実習を行なったことによって、あなたや利用者（認知症高齢者や家族など）、また事業所には、どんな変化がみられましたか？

（1）あなたは本研修前、認知症高齢者の方との関わり（ケア）は、どのように心掛け実践していましたか？

（2）本研修を受けて実践計画を立て、あなたの役割や意識として、どのような所に気をつけましたか？

3. 実習の取り組みの中でうまくいったこと、あるいはうまくいかなかったことは何ですか？

（1）実際にどのようなことに配慮し、どのように実践し、どのような反応や変化が、対象者の方や周囲の協力者からありましたか？

次ページに続きます

(2) この取り組み（職場実習）の成果は、どのようなところにあったと感じましたか？

(3) 今後の認知症介護にどのように活かしていこうと考えましたか？

4. 実習を通しての感想をお聞かせください。

5. 所属長（施設長又は管理者）の意見、感想等をお書きください。※所属長様の直筆でお願いします。

所属長 職・氏名

（自署） 職名

氏名