認知症ケアの課題分析シート

令和７年度認知症介護実践リーダー研修 【３】

**（あなたと実習協力者・チーム）**

　グループ（　 　）受講番号（　 ）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　.

|  |
| --- |
| **自施設の認知症の人とのかかわりで気になっていること（事前レポートから）※研修過程の中で、課題が変化してきた場合は赤字で追記してください。** |
| **自施設でどのような認知症介護を実践したいか、して欲しいか：あなたが実践したいと思う介護はどのような介護ですか** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **あなたが実践したいと思う介護に近づけるために実習協力者に必要と考えること** | | | | | |
| **理解して欲しいこと**  **気づいてほしいこと**  **考えてほしいこと** | |  | | | |
| **そのためにあなたがすべきこと、あなたがすべきサポート**  **（具体的な言葉や行動）** | |  | | | |
| **実習計画書** | | | | | |
| 1週目（　 月 　日～　月 　日　） | | | ２週目（　 月 　日～　 月 　日　） | ３週目（　 月 　日～　 月 　日　） | ４週目（　 月 　日～　 月 　日　） |
| **あなたの実習協力者への関わり** |  | |  |  |  |
| **あなたが準備すること** |  | |  |  |  |
| **できたこと・できなかったこと（評価）** |  | |  |  |  |