（説明文）

認知症介護実践研修（実践者研修）実習課題について

本研修の職場実習4週間では、認知症ケアにおいて課題と感じている事例を取り上げ、アセスメントと実践計画を作成して集中的に取り組んで頂きます。研修をより充実させるために、２事例ほど事前に考え提出していただくこととなっていますので、下記締切日までにNo.1及び2のシートを提出してください。

共有ワークシートⅡ「３．職場実習で取り組みたい事例」の詳細情報を下記の様式に記入し、**月　日(　)**までに、共有ワークシートと併せて提出をお願いします。

**＊原本は後期研修期間中、必ずテキスト一緒に手元にそろえておいてください。講義中に、使用することがあります。**

送信先：　公益社団法人　広島市老人福祉施設連盟

E-mail：　　renmeikenshu@roushiren-hiroshima.jp

　　　　　　　　　なお、メールでの提出が難しい場合、事務局までお問い合わせください。

◆倫理的配慮について

実践事例を作成するにあたっては、認知症者やその家族へ使用目的・作成における

倫理的配慮等について十分説明をし、同意を得て下さい。

個人情報の取り扱いには十分配慮してください。認知症者およびその家族の氏名、

地域名、生年月日等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。

なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。

例）田中さん⇒Ｔさまor Ｔ氏 ：×　 (個人が特定される可能性があるため)

　　 中村さん⇒Ａさまor　Ａ氏　：○

　　なお、住所及び学校等について、イニシャル使用は可能です。（実名は不可）

　　広島市南区松原町：×　⇒　Ｈ市～：〇

　　松原小学校⇒Ｍ小学校：○

　　駅北地区　 ⇒ＥＫ地区　：○

**パソコンで作成される方は、老施連のホームページ**

**http://www.roushiren-hiroshima.jp/kensyu/message.html**

**事前課題の資料の部分に、Word書式を掲載してありますので、各自で**

**ダウンロードして、使用をお願いします。**

**なお、個人情報取得・利用のための同意書のサンプル様式もアップしてありますので、必要に応じてご利用ください。**

No.1

【共有ワークシートⅡ】３．職場実習で取り組みたい事例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設・事業所名** |  | **職 名** |  | **受講者氏名** |  |

**施設・事業所の理念**

|  |
| --- |
|  |

**課題と感じている事例①**

**「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」**

**例）夕方になると帰宅要求がみられ不安を感じているAさん**

**事例提供者基本情報ｑ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **A** | **性別** |  | **年齢** | **歳代** | **要介護度** |  |
| **認知症高齢者の日常生活自立度** | |  | **認知症の原因疾患名** | |  |  |  |
| **現病名** | | | | | | | |
| **介護サービスの利用歴（入所期間等も含む）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**ご本人の生活上の課題（関わりに困難さを感じていることなど含む）**

|  |
| --- |
|  |

**現状の支援目標及びケアの内容**

|  |
| --- |
|  |

**※注　講義にて使用することがありますので、研修中は必ず課題シートは手元に用意しておいてください。**

No.2

【共有ワークシート】３．職場実習で取り組みたい事例

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設・事業所名** |  | **職 名** |  | **受講者氏名** |  |

**施設・事業所の理念**

|  |
| --- |
|  |

**課題と感じている事例①**

**「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」**

**例）夕方になると帰宅要求がみられ不安を感じているAさん**

**事例提供者基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **A** | **性別** |  | **年齢** | **歳代** | **要介護度** |  |
| **認知症高齢者の日常生活自立度** | |  | **認知症の原因疾患名** | |  |  |  |
| **現病名** | | | | | | | |
| **介護サービスの利用歴（入所期間等も含む）** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**ご本人の生活上の課題（関わりに困難さを感じていることなど含む）**

|  |
| --- |
|  |

**現状の支援目標及びケアの内容**

|  |
| --- |
|  |

**※注　講義にて使用することがありますので、研修中は必ず課題シートは手元に用意しておいてください。**