**愛媛県 認知症介護実践者研修　事例収集シート（職場実習で取り組みたい事例）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名） 　　　受講番号） | 受講者氏名） |

**認知症の利用者の方が日常生活の中で困っている事例を２つ記入して下さい。いずれかを、自施設実習の課題としていただきます。**

・　今年度の実施研修に、同施設から複数名受講する場合、原則として同じ利用者を実習対象者とすることができません。

・　実習期間中に対象者が利用中止（入院、契約解除等）になった場合、対象者を変更して再実習となります。そのため対象者は、健康状態が安定している方を選定してください。

・　通所介護等利用者の場合は、週３日以上の利用者に限ります。

・　実習に際してご家族等の同意が得られる方を選定してください。

・　実習課題設定（研修4日目）までに、選定した事例の基本情報を予めご確認ください。

**事例①**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 |  | | 年齢 |  | 要介護度 |  |
| 障がい高齢者の日常生活自立度 | | |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |  |
| 利用者の方が日常生活の中で困っていると思われる状況**（認知症が原因によるものに限る）** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| いつ・どんなことが起きる？ | | あなたはどう対応している？ | | | 原因や対応方法などをどう探る？ | |
| 具体的な場面を記入 | | 現在、あなた、もしくは施設での対応をどのようにしているのか記入。 | | | ・人的環境  ・物的（住居）環境  ・社会的環境 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生い立ち～病気になる前（趣味、好きなこと、以前の役割など） | | |
| ・カルテやアセスメントシートの確認　　・本人に聞いてみる　　・家族に聞いてみる | | |
| ご本人のできること　　　　　　ご本人の強み | 現在の役割や日課　　　　　（楽しみや好きなこと） | ご本人の願い  ご本人の要望 |
|  |  |  |

**事例②**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 |  | | 年齢 |  | 要介護度 |  |
| 障がい高齢者の日常生活自立度 | | |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |  |
| 利用者の方が日常生活の中で困っていると思われる状況**（認知症が原因によるものに限る）** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| いつ・どんなことが起きる？ | | あなたはどう対応している？ | | | 原因や対応方法などをどう探る？ | |
| 具体的な場面を記入 | | 現在、あなた、もしくは施設での対応をどのようにしているのか記入。 | | | ・人的環境  ・物的（住居）環境  ・社会的環境 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生い立ち～病気になる前（趣味、好きなこと、以前の役割など） | | |
| ・カルテやアセスメントシートの確認　　・本人に聞いてみる　　・家族に聞いてみる | | |
| ご本人のできること　　　　　　ご本人の強み | 現在の役割や日課　　　　　（楽しみや好きなこと） | ご本人の願い  ご本人の要望 |
|  |  |  |

**本様式の写し（１部）を後期日程の初日に提出してください**