

施設・事業所における役割と認知症ケアの実行状況に関する評価

|       |      |
|-------|------|
| 受講番号  |      |
| 受講者氏名 |      |
| 受講コース | Bコース |

【回答期間：10月18日（土）～10月29日（水）】

※各設問に○を付けてください

| 項 目                                                   | できている | まあ<br>できている | あまり<br>できていない | できていない |
|-------------------------------------------------------|-------|-------------|---------------|--------|
| ① 認知症の人の意思を確認しながらケアを行っている                             | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ② 中核症状の影響を理解した上で、認知症の人の有する能力に応じたケアを行っている              | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ③ 行動・心理症状（BPSD）への対症療法的な対応ではなく、その背景を理解した上でケアを行っている     | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ④ 多角的な視点でアセスメントを行い、その結果を踏まえて認知症の人が望む生活の実現に向けたケアを行っている | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑤ 家族介護者が置かれている状況や負担等に配慮した支援を行っている                     | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑥ 認知症の人の権利侵害や虐待につながる可能性のある不適切な対応に気づき、防止または改善を行っている    | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑦ 認知症の人に対して自分が行っているケアを振り返り、課題を見つけることができている            | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑧ 必要に応じ医療専門職と適切に連携している                                | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑨ カンファレンス等において、根拠を伴う発言を行い、チームの意思決定に貢献できている            | 4     | 3           | 2             | 1      |
| ⑩ 地域の認知症の人のための取り組み（施策）を理解し、貢献しようとしている                 | 4     | 3           | 2             | 1      |

★10月29日（水）までにFAXにてご返送ください。

FAX番号：083-987-0124