**職場実習用アセスメントシート**

シート１

シート２

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

**★認知症の対象者 ２事例の準備が必要です。１事例１枚ずつ御記入下さい。**

**※アセスメントシートは、本会研修部門のホームページからもダウンロード可能です。**

**★下記の①～③までを記入し、所属の上司に確認印をもらってから、研修日初日にご持参下さい。**

**（シートは、コピーをとって、１事例につき２部ずつ用意してきてください。研修初日に原本を提出していただきます。）**

**①施設・事業所の理念**

|  |
| --- |
|  |

**②事例提供者基本情報　（氏名はAさんとする・個人が特定される可能性のある情報は暗号化すること）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | Aさん | **性　別** |  | **年　齢** |  | **要介護度** |  |
| **認知症高齢者の****日常生活自立度** |  | **認知症の病名** |  |
| **認知症による主な症状（BPSD）は何ですか** | ＊あてはまるものに ☑　をつけるか、その他に記入して下さい。（複数可）□妄想　☐幻覚　☐抑うつ　☐不安　☐焦燥感　☐介護抵抗　□睡眠覚醒リズム障害☐攻撃性（暴言・暴力）　□意欲低下　☐無気力　☐無関心　☐帰宅要求　☐食行動異常　☐徘徊　☐不穏　□収集癖（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **上記の症状が原因と思われる生活上の困った場面** |  |
| **生活歴** |  |
| **現病名** |  |
| **お薬情報****（効能等）** |  |
| **介護サービスの****利用歴****（入所期間等含む）** |  |
| **心身機能の状況****身体機能・精神機能****言語機能・感覚機能　　など** |  |
| **ＡＤＬの状況** | 移動 |  |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 入浴 |  |
| 睡眠 |  |
| 更衣 |  |
| **ＩＡＤＬの状況** |  |
| **コミュニケーション****の状況** |  |
| **社会との関わり****の状況** |  |
| **住居の状況****（自宅及び施設の状況）** |  |

**③現状の支援目標及びケア内容　（現在、施設・事業所でAさんに対して実践している目標とケア内容を記入）**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **上司の****確認印** |  |

※所属の上司に確認印をもらって下さい。