**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事例が必要です。**

**※アセスメントシートは、本会HPからもダウンロード可能です。下記①～③まで記入し、上司の確認印を貰ってから、１事例×２部コピーし、研修初日に提出してください。原本は、ご自身でお持ちください。**

**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。

**職場実習用アセスメントシート（記入例）**

シート１

シート２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業種別** | 認知症対応型共同生活介護 | **職　名** | 介護職員 | **受講者氏名** | 秋田　花子 |
| **施設・事業所名** | **グループホーム○○** |

**★認知症の対象者 ２事例が必要です。**

**※アセスメントシートは、本会HPからもダウンロード可能です。下記①～③まで記入し、上司の確認印を貰ってから、１事例×２部コピーし、研修初日に提出してください。原本は、ご自身でお持ちください。**

**①施設・事業所の理念**

|  |
| --- |
| ※施設や事業所の理念を記入して下さい。 |

**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** | 女性 | **年　齢** | 78 | **要介護度** | 要介護2 |
| **認知症高齢者の****日常生活自立度** | Ⅲｂ | **認知症の病名** | アルツハイマー型認知症 |
| **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：不潔行為（汚れた紙パンツをタンスにしまう）） |
| **上記の症状が原因と思われる生活上の困った場面** | 朝起きても洗面や着替えをすることがなく、声かけを行ってもなかなか行動に移すことが出来ない。日中傾眠傾向にあり居室で横になっていることが多い。周囲のことに関心がなく、レクリエーション等も参加せず、他の人と話すこともない。居室で排泄することもあり、汚染した紙パンツをタンスにしまっていることもある。 |
| **生活歴** | 農家の5人兄弟の次女として出生した。若い時から近所でも評判の働き者で、23歳の時に果樹農家に嫁ぎ、1男2女をもうけた。世話好きで面倒見が良く、畑や花が好きで趣味を通じて友人が多く、近所の人と茶話会をしたり旅行するなど社交的で明るい性格。40歳の時、夫が病気で急死した後は1人で果樹園を営み3人の子供を育てた。子供たちは自立し家を出ているが、近くに住む娘2人が子供を連れて頻繁に実家を訪ねてくれるのを楽しみに暮らしていた。昨年、アルツハイマー型認知症と診断され、長女宅に一時同居するが物忘れが進行し、1ヶ月前にグループホームに入居した。 |
| **現病名** | アルツハイマー型認知症 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 |
| **お薬情報****（効能等）** | メマリー20mg×1（認知症進行予防）、オルメテック20mg×1（降圧剤）メトグルコ250mg×3（糖尿病） |
| **介護サービスの****利用歴****（入所期間等含む）** | グループホーム入居前のサービス利用歴…デイサービス（週2回）グループホーム入居後1ヶ月を経過した。 |
| **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** | ・在宅生活をしている間に下肢筋力の低下がみられ、立ち上がりや歩行時に両膝の痛みを訴え　ることが多く、歩行器を使用している。・同じことを何度も繰り返したり、物のしまい忘れや置き忘れがみられる。・日付を何度も確認する行動が見られる。・衣類を着るといった単純な動作をスムーズに行うことができない。・トイレの場所を認識できず、トイレではない場所で排泄してしまう他、汚染した紙パンツを　タンスにしまう行動がある。・喚語困難で物の名前が出てこないことがあり「あれ」「それ」の多用や言い間違いが多い。・視覚は生活に支障が無いようだが、聴覚は老人性難聴のため相手の声が聴き取りづらい。 |
| **ＡＤＬの状況** | 移動 | 両膝の痛みがあるため、部屋の中は伝い歩きしているが、ホールには歩行器を使用して歩いて来る。 |
| 食事 | 好き嫌いは無く、毎食ほぼ全量摂取している。食堂にて箸を使い自分で食べている。 |
| 排泄 | 昼はトイレ誘導し、夜間はポータブルトイレを使用している。トイレの場所がわからず違う場所で排尿することや、失禁がみられ汚染した紙パンツをタンスにしまうことがある。 |
| **ＡＤＬの状況** | 入浴 | 一般浴にて入浴が可能だが、立ち上がりや歩行時にふらつきがあるため見守りが必要である。 |
| 睡眠 | 日中は部屋のベッドで横になり眠っていることが多いが、夜になると部屋の明かりを点けて布団を直したり、部屋の中や廊下を歩き回る等、せわしなく動いている様子がみられ、昼夜逆転現象がみられる。 |
| 更衣 | ボタンの掛け違いや、上着の袖を入れる場所がわからないことがある。 |
| **ＩＡＤＬの状況** | 金銭管理は職員が行っている。口腔ケアと洗面は声掛けと見守りが必要ではあるが、自分で行うことができる。時折、洗濯をしていない衣類を着ていることがあるため、新しい衣類を準備して更衣を促している。 |
| **コミュニケーション****の状況** | 社交的で明るい性格であり、他入居者との関係は良好で、食事やお茶の時間は笑顔で会話する等の交流がある。しかし、会話の最中に言葉に詰まり、話のつじつまが合わない場面がみられる。 |
| **社会との関わり****の状況** | ・娘や孫の面会が月に2回程あり、居室の整理整頓を行っている。・行事への参加は日中眠っているため、声を掛けても反応が良くない。お茶の声掛けに対して　も返事だけをしてそのままベッドで眠っていることが多い。・畑仕事や園芸をやっていたので、園芸関係のレクリエーションには興味があり参加することがある。花の水やりや土いじりをしている時は嬉しそうな表情をする。 |
| **住居の状況****（自宅及び施設の状況）** | 持ち家（一戸建て・2階建て）で居室は1階にある。築40年以上の家のために改修が必要な箇所がいくつか見られる。トイレや洗面所などの水回りはすべて1階にあり、居室からの動線は短く移動しやすい。グループホームでは居室からトイレまで直線で移動できる。（約８メートル）　　 |

**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）**

|  |
| --- |
| ・環境に慣れることができるよう、他入居者との交流やレクリエーションの参加の働きかけを行う。・転倒の予防のため、移動時は見守りを行う。・定時（お茶・食事前）でのトイレ誘導を行う。・清潔保持の支援を行う。（失禁後の紙パンツ交換の促し、衣類交換の促し） |

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

※所属の上司に確認印をもらって下さい。