|  |  |
| --- | --- |
| **受講者**  **名簿番号** |  |

**職場実習用アセスメントシート**

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、秋田県社会福祉協議会ホームページよりダウンロードしパソコン入力して下さい。**

**○記入後、上司に確認をしてもらってから、期日まで事務局へメールにてご提出下さい。（※詳細は本資料２０ページでご確認ください）**

**▶アセスメントシートは後期研修（３日目・４日目）で使用しますのでご自身で１部ずつ用意し持参して下さい。**

**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** | | |  | | | | | | |
| **現状の支援目標及びケア内容（現在、施設や事業所でAさんに対して実践している目標とケア内容を記入）** | | |  | | | | | | |
| **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）** | |  | | | | | | | |
| **生活の状況**  **（ADLなど）** | | 移動 | |  | | | | | |
| 食事 | |  | | | | | |
| 排泄 | |  | | | | | |
| 入浴 | |  | | | | | |
| 更衣 | |  | | | | | |
| 整容 | |  | | | | | |
| **ＩＡＤＬの状況** | |  | | | | | | | |
| **コミュニケーション**  **能力の状況** | |  | | | | | | | |
| **生活リズム**  **睡眠の状況** | |  | | | | | | | |
| **社会との関わり**  **の状況** | |  | | | | | | | |
| **居住環境**  **（自宅及び施設の**  **状況）** | |  | | | | | | | |

シート２

**③中核症状により生活に支障をきたしている場面を記入しましょう。**

|  |  |
| --- | --- |
| **代表的な中核症状** | **生活に支障をきたしている場面** |
| **記憶障害** |  |
| **見当識障害** |  |
| **思考・判断力の障害** |  |
| **実行機能障害** |  |
| **失行** |  |
| **失認** |  |
| **その他** |  |

* 該当する場面がない項目は記入しなくてもよい。

|  |
| --- |
| **＊確認事項＊** |
| **「職場実習用アセスメントシート」を記入後、所属の上司の方に内容を確認してもらってから提出して下さい。**  確認してもらった方の役職・氏名  （役職：　　　　　　　　　　）（氏名：　　　　　　　　　　　　　） |