|  |  |
| --- | --- |
| **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：　　　　　　　　　　　　　） |