

職場実習用アセスメントシート

別紙1

施設・事業所名		受講番号		受講者氏名	
---------	--	------	--	-------	--

施設・事業所の理念

--

事例提供者基本情報

氏名		性別		年齢		要介護度	
認知症高齢者の日常生活自立度		認知症の原因疾患名					

現病名

--

介護サービスの利用歴（入所期間等含む、利用者の生活歴）

--

ご本人の生活上の課題

--

現状の支援目標及びケア内容

--

アセスメント【課題に影響していると思われる認知機能障害】

代表的な中核症状	※ 課題に対して、その言動や行動がみられる要因を記入
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	

アセスメント項目

「アセスメントとケアの実践の基本II（事例演習）」で学んだ内容をもとに研修実施主体ごとに選定する

①ひもときシートで推測した「～かもしれない」を書き出してください。（支援計画書 参考）

1

2

3

②仮説：本人の望み（ニーズ）と困りごと（課題）の見直し

ニーズ・課題

③現在考えられるケアの検討

④再アセスメントが必要と思われること（センター方式等活用）

指導者確認