（別紙1‐①）

**職場実習用アセスメントシート**

グループ番号：　　　　　　　受講者氏名：　　　　　　　　事業所名：

**施設事業所の理念**

|  |
| --- |
|  |

**対象者情報：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　Ａさん　 | 性別 |  | 年齢 | 　　　　　歳 | 要介護度 | 　　 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 |  |
| 認知症の原因疾患名 | **介護サービスの利用歴（入所期間を含む）**　 |
| 現病名 |

**Ａさんについて**

|  |
| --- |
| 【どのような人か】　　　　 |

**ご本人の生活上の課題**

|  |
| --- |
|  |

**現状の支援目標及びケア内容**

|  |
| --- |
| 目標： ケアの内容： |

（別紙1‐②）

グループ番号：　　　　　　　受講者氏名：　　　　　　　　事業所名：

**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、その言動や行動が見られる要因を記入  |
| 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  |  |

（別紙1‐③）

グループ番号：　　　　　　　受講者氏名：　　　　　　　　事業所名：

**アセスメント項目**

|  |
| --- |
| 「本人の生活上の課題」に関係している項目を再アセスメントし、整理する。 |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|