

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： (別紙 1)

施設事業所の理念

--

1：対象者情報：

氏名	Aさん	性別		年齢		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							

2：ご本人の生活上の課題

--

3：現状の支援目標及びケア内容

目標：	
ケアの内容：	

4：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	※課題への影響がみられる、その言葉や行動を具体的に記入
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	

5：アセスメント【整理】

「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。

1. 持参した事例について、後期研修で学習した内容に照らして整理を行う

2. 後期研修を通して新たに気がついた点

3. 現在考えられるニーズと課題

4. 現在考えているケア内容

5. 再アセスメントが必要と思われること