

令和7年度 第1期 北九州市認知症介護実践者研修実習シート 別紙1
職場実習用アセスメントシート

職場実習期間 令和7年5月29日～令和7年6月25日

事例番号			1
施設・事業所名			受講者名簿番号 ※
職 名		受講者氏名	実習グループ ※

施設・事業所の理念

※記入しないでください。

事例提供者基本情報

※倫理的な配慮として、認知症の人及びその家族の氏名、地域名、生年月日、年齢、他事業所名等個人が特定される可能性がある情報は記号化する。(A氏、80代前半、当地、隣接地等)

☐ 本人、家族の同意を得ることができましたか。 ☐ 管理者の承認を得ることができましたか。

氏名	A氏	性別		家族図(ジェノグラム)			
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・既往歴							
ADL状態	①食事の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	④着脱の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	②排泄の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	⑤入浴の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	③移動の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	⑥整容の様子	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			

介護サービス利用開始までの経緯(生活歴を含む)

ご本人の生活上の課題(食事・排泄・入浴・睡眠・移動面等4週間の実習で可能な課題を具体的に記入してください。)

現状の支援目標及びケア内容(課題に対して)

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、失認等)

研修初日に本シートを提出すること

・認知症の原因疾患名

アルツハイマー型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症 等

・ジェノグラム

男性:□ 女性:○ 不明:△ キーパーソン:☆

男性:◻ 女性:◎ 本人二重マーク

養子:◻ ⊕

死亡:■ ☒ ● ⊗

結婚:図形同士を実線もしくは二重線 □—○ □=○

別居:結婚線を斜め実線で引き、図形同士を区切る □/○

離婚:結婚線を斜め二重線で引き、図形同士を区切る □//○

内縁:図形同士を波線で結ぶ □~○

同棲、恋愛関係:図形同士を点線で結ぶ □----○

子ども:結婚線より下にぶら下げる

同居:円で囲む

例)

