

施設・事業所名		職名		受講者氏名	
				担当指導者	
					出席番号

施設・事業所の理念

事例提供者基本情報（この別紙1については別添のひもときシートを参照しながら記入して下さい）

事例の状況

A・事例の状況に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください

B-①・あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか？

B-②・そのために当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？
あるいは、何か取り組んでいる場合、どのようなことですか？

自施設実習用アセスメントシート② (事例 : 様)

(様式2)

年齢・性別	歳	男	女	介護サービスの利用歴(入所期間等を含む)	
要介護度		障害老人自立度		認知症老人自立度	

認知症の原因疾患(不明ならば認知症の診断のみ、認知症の診断はないが認知症はある等と記入する)

現病・既往歴

記憶障害(例えば、数分前の出来事を忘れる、何度も同じことを聞く、言う等)

見当識障害(例えば、時間、日にちがわからない、今いる場所がわからない、人がわからない等)
なければ「なし」と記入する。

思考、判断力の障害(例えば、自分が何をしたらいいのかわからない、やりかけの仕事が最後まで続かない等)
なければ「なし」と記入する。

実行機能障害(例えば、物事を段取り立てて作業できない、歯磨きや顔ふきが手順良くできない等)
なければ「なし」と記入する。

失行(ボタンががかけられない、箸やスプーンがの使い方がわからない等)
なければ「なし」と記入する。

失認(物が何かわからない、食べ物か食べ物ではない等)
なければ「なし」と記入する。

服用薬(なければ「なし」と記入する。)

コミュニケーション能力

生活歴、性格、生きがい、趣味

※ 出来る限り生活歴は詳細に記入してください。アセスメント&職場実習計画を作成するのに重要な項目になります。

職場実習計画書

(様式4)

職場実習期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

事業所・施設名		施設長名	
受講者名		上司名	

1・目指すべき生活像(目標)

--

2・実習計画内容

--

3・実習協力者への説明内容(利用者又は家族: 年 月 日)(スタッフ: 年 月 日)

--

4・職場実習計画

週目標	具体的な実践内容(いつ、どこで、何を、どのように実践するか)
1週目 月 日() ~ 月 日()	
2週目 月 日() ~ 月 日()	
3週目 月 日() ~ 月 日()	
4週目 月 日() ~ 月 日()	

5・指導者の助言

担当指導者氏名:

--

職場実習 各週のまとめ

(様式5)

受講者名	
------	--

具体的な実践内容(いつ、どこで、何を、どのように実践したか)	
1週目	上司確認欄
2週目	上司確認欄
3週目	上司確認欄
4週目	上司確認欄

岩手県認知症介護実践者研修

実践報告書

記入日：令和 年 月 日

施設・事業所名		受講者名	
---------	--	------	--

1. 自分の立てた計画を、実行に移すことができたかどうか自己評価してください。

※ 該当する数字1つに○を付けてください

実行できた ← 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 → 実行できなかった

2. 実習を行なったことによって、あなたや利用者（認知症高齢者や家族など）、また事業所には、どんな変化がみられましたか？

(1) あなたは本研修前、認知症高齢者の方との関わり(ケア)は、どのように心掛け実践していましたか？

(2) 本研修を受けて実践計画を立て、あなたの役割や意識として、どのような所に気がつけましたか？

3. 実習の取り組みの中でうまくいったこと、あるいはうまくいかなかったことは何ですか？

(1) 実際にどのようなことに配慮し、どのように実践し、どのような反応や変化が、対象者の方や周囲の協力者からありましたか？

次ページに続きます

(2) この取り組み（職場実習）の成果は、どのようなところにあったと感じましたか？

(3) 今後の認知症介護にどのように活かしていこうと考えましたか？

4. 実習を通しての感想をお聞かせください。

5. 所属長（施設長又は管理者）の意見、感想等をお書きください。※所属長様の直筆でお願いします。

所属長 職・氏名

(自署) 職名

氏名

岩手県認知症介護実践者研修

実践報告抄録

施設・事業所名		出席 番号		受講者名	
---------	--	----------	--	------	--

※ 全て、具体的に記入してください。記入欄が足りない場合は、裏面にお書きください。

1 事例の課題
2 職場実習の目標
3 職場実習の取組みや方法 (200~300 字程度)
4 結果 (200~300 字程度)
5 考察 (400 字以上) ※ 認知症介護実践者研修全体を通しての気づきや、自分が成長したこと。今後どうしたいか等

ファクシミリ送付のご案内

期限：令和 年 月 日 () 迄

送付先事業所名：	発信元事業所名：
指導者名：	受講者名： (第 期 出席番号：)
FAX 番号：	FAX 番号：
電話番号：	電話番号：

要件	認知症介護実践者研修 職場実習の報告について		
送付日	月 日	送付枚数	枚 (本紙含)

* 様式 1、2「職場実習用アセスメントシート」、様式 3「ひもときシート」(A 4 に縮小)、様式 4「職場実習計画書」の 4 枚を添付のこと

令和 7 年度 岩手県認知症介護実践者研修 職場実習の報告

- 1 実習は予定どおり進めることができそうですか (実習課題設定どおり進められますか)
 - a. はい
 - b. いいえ
 b を選んだ方は理由を記入してください
 ()

- 2 実習を始めてみて、困ったこと、想定外の出来事がありましたか
 - a. ある
 - b. 今のところない
 a を選んだ方は内容を記入してください
 ()

- 3 指導者へ相談したいこと等があれば記入してください