|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職名 | 受講No | 受講者氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所の理念 | あなたが感じている日常生活上の課題 | なぜ課題と感じましたか？客観的に書きましょう |
|  |  |  |

**演習シート①**

**情報整理シート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | |  | ADL | 具体的な様子 |  | IADL | 具体的な様子 |
| 日常生活自立度 | 寝たきり度（J～C） |  | 認知症（Ⅰ～M） |  |  | 食事 |  |  | 食事準備 |  |
| 健康状態 | 病名と発症時期 | | | |  | 排泄 |  |  | 掃除・洗濯 |  |
|  | | | |  | 入浴 |  |  | 金銭管理 |  |
|  | | | |  | 整容 |  |  | 電話の利用 |  |
| 服薬状況 |  | | | |  | 更衣 |  |  | 服薬管理 |  |
|  | | | |  | 移動 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 心身機能・身体機能 | 歩行機能に関すること | 四肢の動き | 麻痺の有無 | 精神状態 | コミュニケーション |
| 機能障害の有無・具体的な様子 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中核症状 | 具体的な様子 |  | 環　境　因　子 | 物理的  環境 | 住環境・福祉用具など |  | 個　人　因　子 | 年齢・性別・生活歴・生活習慣・価値観など |
| 記憶障害 |  |  |  |
| 見当識障害 |  |  |  |
| 理解・判断力の低下 |  | 社会的  環境 | 医療・保健・福祉・介護などのサービス、制度 |  |
| 実行機能障害 |  |  |  |
| 失　効 |  |  |  |
| 失　認 |  | 人的  環境 | 家族・友人・近隣住民・支援者など |  |
| 失　語 |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 好きなこと・やりたいこと・趣味 | できること（していること） | 行ってないけど、できそうなこと | できないこと | 嫌なこと・嫌いなこと・やりたくないこと |
|  |  |  |  |  |