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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所の理念 | ご本人の生活上の課題 | 現状の支援目標・ケア内容 |

**演習シート①**

**情報整理シート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名と発症時期等 |  | ADL | 具体的な様子 |
| 食事 |  |
| 服薬状況 | 排泄 |  |
| 入浴 |  |
|  |  | 整容 |  |
| 中核症状 | 具体的な様子 |  | 身体機能 | 具体的な様子 | 更衣 |  |
| 記憶障害 |  |  | 歩行 |  |  |
| 見当識障害 |  |  | 座位 |  | IADL | 具体的な様子 |
| 理解・判断力の低下 |  |  | 立ち上がり |  | 調理 |  |
| 実行機能障害 |  |  | 四肢の動き |  | 掃除 |  |
| 失行 |  |  | 聴力 |  | 洗濯 |  |
| 失語 |  |  |  | 買い物 |  |
| 失認 |  |  | ご本人が笑顔になる場面を言葉で表現してください |  |  |
|  |  | 日々関わっている中で、「この人らしい暮らし方（良い表情・嬉しそう。穏やかな姿等）」の場面を、ご本人を想像しながら記入しましょう |  |
| 個人因子 | 環境因子 |
| 年齢・性別・民族・生活歴・生活習慣・価値観など | ●物理的環境：福祉用具・住環境など　　　●社会的環境：制度・サービスなど ●人的環境：家族・友人・近隣住民・支援者など |

|  |  |
| --- | --- |
| ご本人がしていること | ご本人がしていないこと |
| できていること | 場合によってしている | 場合によってはできそう | できないこと |
|  |  | それはどのような時か |  |  |
|  |