

認知症ケア高度化推進事業
ひもときシート
 <事例概要シート>

受講番号 氏名 事業所名

タイトル:

I. 事例の状況 (300字程度)	
II. 事例提供者の属性	
職 種	
資 格	
役 職	
経験年数	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年 齢	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上
III. 提供者自身が感じている事例の課題	
IV. 倫理的配慮	
個人や団体が特定されないように配慮し、以下の者からの使用了解を得ている。 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 施設長以外の管理職 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
V. 事例概要	
年齢・性別	(歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学歴・職歴	
家族構成	
認知機能	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外

日常生活自立度	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
ADLの状態	①食事の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	②排泄の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③移動の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	④着脱の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤入浴の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑥整容の様子	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症の診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明		
現病・既往歴	【現病】 （ ） 【既往歴】 （ ）		
服用薬			
コミュニケーション能力			
性格・気質			
生きがい・趣味			

生活歴	
人間関係	
本人の意向	
事例の発生場所	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型病床 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 精神科病棟 <input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他

※ご記入にあたっては、以下の点についてご留意の上、表記していただくようお願いいたします。

①すべて「Aさん」に統一

②である調に統一

③年齢、職歴、地名、方言、本人や地域等が特定されないような配慮

(例) ●「72歳」→「70歳代前半」 ●「寿司職人」→「飲食店店員」 ●「千代田区」→「当地」「隣接地」「本県」 ●「あかん」→「だめだ」など