**認知症ケア高度化推進事業　　　　　　　　　　　　（様式１）**

**ひもときシート**

**＜事例概要シート＞**

**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 | | 男　　 女 | |
| 年　　齢 | | １０代　２０代　３０代　 ４０代　 ５０代　 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。  施設長　 施設長以外の管理職　 家族　 本人　 その他( 　　　　　　　） | | | |
| **Ⅴ．事例概要** | | | |
| 年齢・性別 | | （　　　　歳）　 男　　 女 | |
| 学歴・職歴 | |  | |
| 家族構成 | |  | |
| 認知機能 | |  | |
| 要介護度 | | 要支援２　 要介護１　 要介護２　 要介護３　 要介護４  要介護５　 認定外 | |
| 日常生活自立度 | 障害老人  自立度 | 自立　 Ｊ１　Ｊ２　 Ａ１　Ａ２　Ｂ１　 Ｂ２  　Ｃ１  Ｃ２ | |
| 認知症老人 自立度 | Ⅰ　  Ⅱａ　 Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　 Ⅳ　  Ｍ | |
| ＡＤＬの状態 | | 1. 食事の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 1. 排泄の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 1. 移動の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 1. 着脱の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 1. 入浴の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 1. 整容の様子 | 自立　 一部介助　 全介助 |
| 認知症の診断名 | | アルツハイマー型認知症　 レビー小体型認知症  前頭側頭型認知症　　　　 血管性認知症  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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 | | 介護老人福祉施設　介護老人保健施設　介護療養型病床  デイサービス　　　デイケア　　　　　小規模多機能型居宅介護  グループホーム　　一般病棟　　　　　精神科病棟  地域　　自宅　　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