



グループ番号： _____ 受講番号： _____ 受講者氏名： _____

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>

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

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