【令和２年度認知症介護実践者研修】

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 |  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 |  |
| 認知機能障害 |  |
| 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 |
| ②排泄の様子 |  自立　　 一部介助　　 全介助 |
| ③移動の様子 |  自立　　 一部介助　　 全介助 |
| ④着脱の様子 |  自立　　 一部介助　　 全介助 |
| ⑤入浴の様子 |  自立　　 一部介助　　 全介助 |
| ⑥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