

ワークシート				氏名			
年齢	歳	性別	男性 ・ 女性	開催日	年 月 日	チームメンバー	計 名
認知症の原因疾患	アルツハイマー型／レビー小体型／ 前頭側頭型／血管性／その他（ ）			看護師	名・准看護師	名・介護福祉士	名
現病歴				介護スタッフ	名・介護支援専門員	名・相談員	名
				理学療法士	名・作業療法士	名・言語聴覚士	名
				その他	名（ ）		

1 その人らしい暮らしの把握

No.	ニーズを表すような本人の声 (*チェックリストを用いたインタビュー)	本人のニーズが表れているような普段の言動や行動

2 BPSDと背景要因の分析

健康状態・身体的ニーズ	その他の要因 (活動・参加・個人要因など)
<input type="checkbox"/> 食事摂取量が不足 <input type="checkbox"/> 水分摂取量が不足 <input type="checkbox"/> 眠気や疲労 <input type="checkbox"/> 排尿問題 <input type="checkbox"/> 排泄問題 <input type="checkbox"/> 身体の痛み <input type="checkbox"/> 発疹や痒み <input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚の問題 <input type="checkbox"/> 聴覚の問題 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 生きがいが不足 <input type="checkbox"/> 役割の不足 <input type="checkbox"/> 趣味が不足 <input type="checkbox"/> 好みに合わないこと <input type="checkbox"/> 外出の不足 <input type="checkbox"/> 疎外感がある <input type="checkbox"/> 経済的不安 <input type="checkbox"/> 失敗・無力感がある <input type="checkbox"/> 宗教行事不足 <input type="checkbox"/> その他 ()

薬剤情報	着目した BPSD (BPSD 評価尺度)	環境						
<input type="checkbox"/> ドネペジル (アリセプト®) <input type="checkbox"/> ガランタミン (レミニール®) <input type="checkbox"/> リバスタチグミン (リバスタッチパッチ®/イクセロンパッチ®) <input type="checkbox"/> メマンチン (メマリー®) <input type="checkbox"/> 向精神薬 (抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬) <input type="checkbox"/> 服薬状況の変化 <input type="checkbox"/> その他 ()	<table border="1"> <tr> <td>症状</td> <td>具体的な言動や行動</td> </tr> <tr> <td colspan="2">着目した BPSD が出現するタイミング</td> </tr> <tr> <td colspan="2">着目した BPSD の原因</td> </tr> </table>	症状	具体的な言動や行動	着目した BPSD が出現するタイミング		着目した BPSD の原因		<input type="checkbox"/> 周囲の音・声が騒がしい <input type="checkbox"/> 周囲がにおう <input type="checkbox"/> 暑い・寒い <input type="checkbox"/> なじみの場所がない <input type="checkbox"/> なじみの関係がない <input type="checkbox"/> コミュニケーションの不具合 <input type="checkbox"/> その他 ()
症状	具体的な言動や行動							
着目した BPSD が出現するタイミング								
着目した BPSD の原因								

3 その人らしい暮らしの実現プラン

4週間後にめざす本人の姿 (1と2から考える)	
具体的なケア計画 (1つに絞る)	
ケア計画実施に関連して本人ができること	ケア計画実施に関連して本人ができないこと