

---

= 日本作業療法士協会版 =

Association of Occupational Therapists

DCA

Dementia Category Assessment

認知症アセスメント Ver4 (2020)

---

# アセスメントシート1

1- ( )

本人	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	歳
家族		住所:	Tel:	
		住所:	Tel:	
		住所:	Tel:	
担当		住所:	Tel:	
		住所:	Tel:	
〈診断名〉				
現病歴				

社会資源	保 険 ( ) 公費負担 ( ) 障害者手帳 ( )
	要介護度 ( ) 有効認定期限 ~ ( )
	キーパーソン ( ) 年 金 ( ) 年金額 ( )
	住まい ( ) 居 室 ( ) 住宅改修 ( )
〈家族構成図〉：同居者は点線で囲んで下さい	
主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/>	
〈本人の希望〉	
〈家族の希望〉	

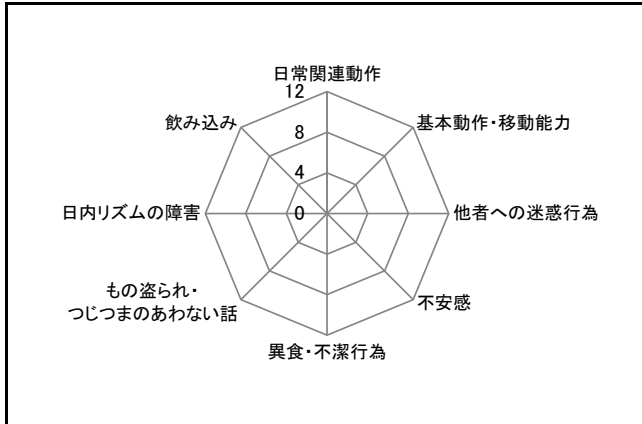
個人情報	①出生地:		⑤趣 味	
	②学 歴:		⑥家族との同居期間	
	③職 歴:		⑦利用者の性格:	
	④婚姻歴:		⑧薬物コントロール	

	月	火	水	木	金	土	日					
午前												
午後												
夜間												
①	-----											
	am4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	3
②	-----											

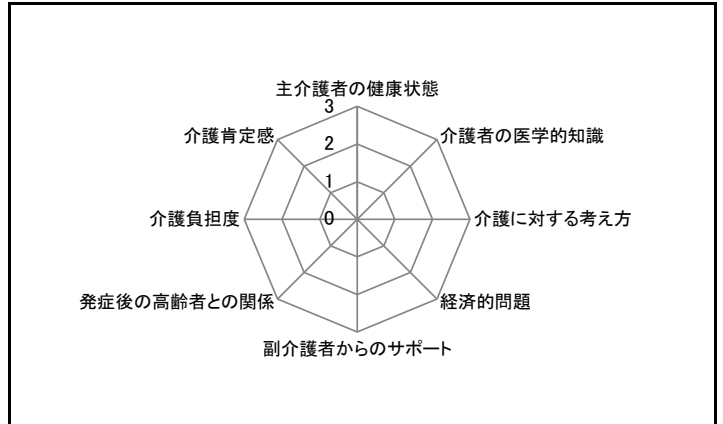
人となりチェック	
①ご本人が大切にしていたもの	
②ご本人が好んでおこなっていたこと	
③ご本人が嫌がっていたこと	
④周囲の人との関係 (社会的、一人が好き等)	

様	認知症型		症状出現時期		年前	MMSE	点	CDR
	介護度		生年月日			DBD13	点	PSMS
	性	歳	初回評価日			類型化		タイプ

認知症の類型化レーダーチャート



介護力レーダーチャート



1. 認知症の行動・心理症状 (BPSD)

	程 度					類 型 化	D B D
	0点	1点	2点	3点	4点		
	なし	月に1回	月に数回	週に数回	日に数回		
1	他人とのトラブル						
2	暴力・破損行為や暴言 (介助の際の抵抗は含めない)						
3	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける						
4	不安感がある						
5	やたらに歩き回る						
6	同じことを何度も何度も聞く						
7	食物ではないものを口に入れる						
8	トイレ以外での排泄, 便こね (弄便行為)						
9	明らかな理由なしに物を貯め込む						
10	口汚くのしる						
11	作られた話 (つじつまの合わない話)						
12	よく物をなくしたり, 置き場所を間違えたり, 隠したりする						
13	昼間、寝てばかりいる						
14	せん妄						
15	幻覚						
16	日常的な物事に感心を示さない						
17	特別な理由がないのに夜中に起き出す						
18	同じ動作をいつまでも繰り返す						
19	場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする						
20	世話をされるのを拒否する						
21	引き出しやタンスの中身を全部出してしまう						

2. IADL, 基本動作, ADL, 介護力

	程 度					類 型 化	P S M S
	0点	1点	2点	3点	4点		
	自立 (0%)	少介助 (25%)	中介助 (50%)	多介助 (75%)	全介助 (100%)		
IADL	1	洗濯					
	2	買い物					
	3	火の取り扱い					
基本動作	4	立位保持					
	5	立ち上がり					
ADL	6	排泄					
	7	食事					
	8	①嚥下障害					
	9	②食事の形態					
	10	着替え					
	11	身繕い					
	12	移動能力					
	13	入浴					
介護力	14	主介護者の健康状態					
	15	医学的知識					
	16	介護に対する考え方					
	17	経済的問題					
	18	副介護者からのサポート					
	19	発症後の高齢者との関係					
	20	介護負担度					
	21	介護肯定感					

3. 作業活動分析

1	活動のレベル	
2	活動遂行の質	
3	注意の持続力	
4	監督の必要性	

4. 興味チェック

( )	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( )	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( )	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( )	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある

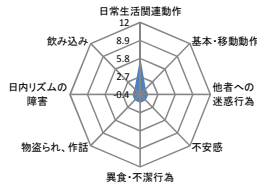
# 生活機能の整理

3- ( )

OT介入前の環境チェック	
1) 現病歴に不審（急性発症，せん妄）な点はないか？	<input type="checkbox"/> ( )
2) 薬物の悪影響はないか？	<input type="checkbox"/> ( )
3) 家庭でのトラブル等の要因による心身機能低下はないか？	<input type="checkbox"/> ( )
ICF(対応すべき生活機能と障害)	
心身機能	1. 認知症の重症度 <input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	2. 身体機能低下 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 筋力 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> 痛み
	3. 精神機能低下 全般的： <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 気質と人格 <input type="checkbox"/> 活力と欲動 個別的： <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 情動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語
活動・参加	1. 移動手段 屋内： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 屋外： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子
	2. 他の移動手段 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車
	3. ADL能力低下 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 入浴 介助内容 ( )
	4. IADL能力低下 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 火の取り扱い
	5. コミュニケーション能力低下 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 表出
	6. 対人関係能力低下 <input type="checkbox"/> 基本的対人関係 <input type="checkbox"/> 複雑な対人関係 <input type="checkbox"/> 家族関係
BPSDとその対策	
B P S D	
対策	キーワード： _____ 好む話題： _____
援助目標	
プログラム	
再評価(介入 1 カ月後)	
1 ( ) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	( )
2 ( ) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	( )
3 ( ) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	( )
4 ( ) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	( )
5 ( ) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	( )
今後の方針	

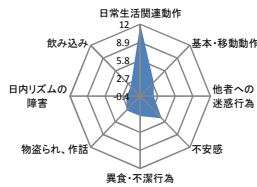
## 各臨床像の大まかな特徴

### A：ちょっとしたもの忘れタイプ



境界認知症のタイプ（Mild Cognitive Impairment：MCIなどを含む）。ADLはほとんどの方が自立しているが、IADLの自立度には個人差がある。作業活動やレクなどにはほぼ興味を持って参加されている。特に問題があるわけではないが、よくわかっているぶん、周囲の状況（重度の方との関わりなどで）で不安になることもあるようである。認知症自立度はN～Iレベルがほとんどを占める。MMSEも20点以上が半数以上を占める。要介護度は未申請～要支援・1レベルが多くを占める。

### B：とりつくりい・穏やかタイプ



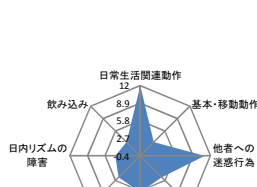
ちょっとしたもの忘れタイプに比べADL（日常関連動作）の低下が目立つ。身体機能もほとんど問題ないが、時折杖歩行・介助歩行など不安定な方もいる。コミュニケーションもさほど問題なく行えることが多い。ただ、「認知症：記憶障害、見当識障害、遂行機能など」の低下が次第に見られてきており、それらの機能を求められる場面以外では特に問題なく穏やかに過ごされているが、在宅やデイケア場面などで必要以上に能力を求められたりすることで、不安が強くなった、うろつくと動き回ることもある。しかしトラブルに発展することは少ない。認知症自立度はIIレベルが7割以上をしめ、MMSEも10点台～20点が半数以上を占める。要介護度は要支援～2レベルが多くを占める。

### C：体は元気、不安が強いタイプ



IADLの低下は著明。ADLも食事と移動以外は中等度に障害されている。不安感が強く、それに伴う落ち着きのなさや何度も同じ事を確認してくるなどの行為が目立つ。自分なりに色々と考え事を巡らせている様子だが、まとまらずさらに不安感を強めているようにもとれる（自分なりの世界と周囲の状況との折り合いを必死でつけようとしている姿）。生活リズムの崩れは少ない。落ち着いているときはコミュニケーションもとれる。認知症自立度はIIレベル以下とIIIレベル以上が半々である。MMSEも10点台前後が半数を占める。

### D：周囲との摩擦が多いタイプ（認知症の程度：重度）



周囲とのトラブルが頻発しているタイプ。しかし、よく観察するとトラブルの状態も認知症の程度で違う。認知症が重度の場合は周囲への関心もかなり低下しており、コミュニケーションもとりにくいことが多い。それゆえのトラブルが頻発。体は元気なことが多いので徘徊は多い。その方の精神世界をイメージすることがさらに難しくなってくる。異食やトイレ以外の排泄行為なども見られることがある。ケアに対する拒否も強い（状況が分からないため）。ADLは移動と食事以外は介助の割合が大きい。MMSEも一桁がほとんどである。認知症自立度はIV以上が2/3。

### D：周囲との摩擦が多いタイプ（認知症の程度：軽度）

一方、認知症が軽度の場合は「頑固じいさん」というイメージ。周囲にあまり同調せず、集団などでも雰囲気や乱すことがある。帰ると言い出したらなかなか後に引かず、出口の所で意地でも待っているといった感じ。ケアへの拒否が強い（説得には応じない、自分の思いが強い）。穏やかなときはコミュニケーションも良好、ADLもほぼ自立している。MMSEも15～20点前後である。認知症自立度はI～IIレベル。

### E：体もちょっと弱って、混乱も強いタイプ



周囲との摩擦が多いタイプから認知症症状が進行し、さらに生活リズムの崩れが出現し始めている状態。せん妄や昼夜逆転による意識の変動（覚醒度）があるがそれだからといってじっとしているということもなく、ぼやーとした意識状態で動くことで転倒も増えてくる。歩行もそこそこ、保たれているが安定した歩行とはいえない。不安感からくる訴えもあるが、よほど本人の理解が進まないとうまくコミュニケーションもとれないことが多くなってくる。昼夜に不安定な歩行で歩くことや、コミュニケーションもとりにくい状態から考えると、介護者の心身の負担感も大きくなるのが予想される。認知症自立度はIII以上が3/4をしめる。MMSEは0～10点半ばと範囲が広い。

### F：ひっそり・ごそそタイプ



ADL、IADL関連は食事は自立している方も若干いるが、ほぼすべての動作において半介助、全介助が必要。車いす使用者も多い。しかし、寝たきりではないので、動こうとしたり、知らない間に動いているということもある。飲み込み（嚥下）が悪く、食種の配慮や食事介助の時に注意を要する方もいる。自発性が低下しており、関わりが少ないと、じっと椅子や、車いすに座りウトウトとしていることも多い。認知症自立度はIV以上がほとんど。MMSEも一桁がほとんどである。

アセスメントシート1（記入例）

1-（ ）

本人	ケース1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	昭和15年8月22日	79 歳
家族	〇〇 × ×（妻） 専業主婦	住所： 〇〇県××市△△	Tel： 090-000-0001		
	〇〇 × ×（長女） スーパー〇×（パート）	住所： 〇〇県××市△△	Tel： 090-000-0002		
	〇〇 × ×（長男の嫁） 〇×株式会社	住所： 〇〇県××市△△	Tel： 090-000-0003		
担当	〇〇 × ×（〇×病院 医師）	住所： 〇〇県××市△△	Tel： 090-000-0004		
	〇〇 × ×（〇×協議会 ケアマネ）	住所： 〇〇県××市△△	Tel： 090-000-0005		

〈診断名〉 脳血管性認知症、脳梗塞（軽度左片麻痺）

**現病歴**

1年前、軽い脳梗塞で倒れ近医へ入院した。麻痺は軽かったがせん妄、混乱や暴言・暴力などのBPSDの悪化にて管理困難となった。そのため重度認知症治療病棟を有する病院へ転院となった。約6ヶ月間の入院治療を経て自宅復帰した。退院後は自宅療養していたが、混乱や不安感、確認行為が増加したことや、移動レベル（杖歩行）を維持したいとの家族の希望があり、重度認知症患者デイケア（以下、デイケア）の利用が開始となった。

現在は、近隣に娘が住んでいるものの妻と二人暮らし（キーパーソンは妻）。自宅では意欲・活動性が低く活気がないため、家族は「もう一度元気な姿がみたい」と話す。

社会資源	保険	（ 国民保険(老人) ）	公費負担	（ なし ）	障害者手帳	（ なし ）
	要介護度	（ 1 ）	有効認定期限	〇年〇月〇日	～	〇年〇月〇日
	キーパーソン	（ 娘 ）	年金	（ 厚生年金 ）	年金額	（ 12万円 ）
	住まい	（ 自宅 ）	居室	（ 1階 ）	住宅改修	（ 廊下の手すり程度 ）

〈家族構成図〉：同居者は点線で囲んで下さい

主介護者 **妻**      キーパーソン **妻**

〈本人の希望〉

やる事が何にもない。体がなまってしまう。時間がたつのが遅い。妻に迷惑はかけたくない。

〈家族の希望〉

デイケアで穏やかに過ごせるようになってほしい。在宅で通所を利用するか、入所するかは、本人の状態の変化を見て決めたい。

個人情報	①出生地:	Y市	⑤趣味	味 竹細工・旅行（写真撮影）
	②学歴:	中学校卒	⑥家族との同居期間	結婚後57年間
	③職歴:	造船所関係の会社経営	⑦利用者の性格:	頑固、世話好き
	④婚姻歴:	1回（21才）	⑧薬物コントロール	ノイリラク1T×3

	月	火	水	木	金	土	日
午前	デイケア			デイケア			
午後	デイケア			デイケア			
夜間							
①	起床	デイケア				就寝	
am	4	6	8	10	12	14	16
						18	20
							22
							0
							3
②	起床	水・土・日は家でゴロゴロテレビ鑑賞				就寝	

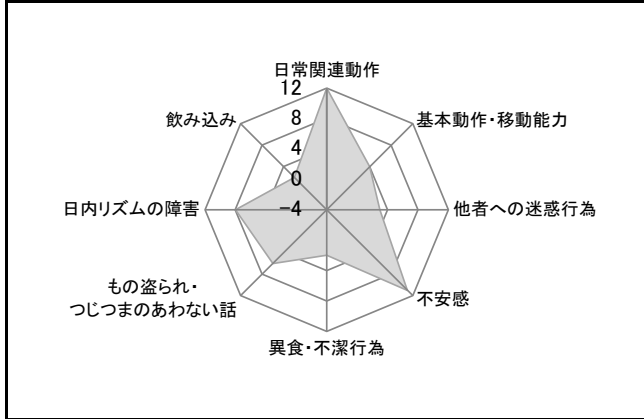
人となりチェック	
①ご本人が大切にしていたもの	お酒、家族
②ご本人が好んでおこなっていたこと	竹細工が好きで竹とんぼを作り近所の子どもに配っていた。
③ご本人が嫌がっていたこと	人に迷惑をかけること。時間にうるさい。
④周囲の人との関係（社会的、一人が好き等）	元町内会長、病前は社交的でよく話す方だった。

# アセスメントシート2 (記入例)

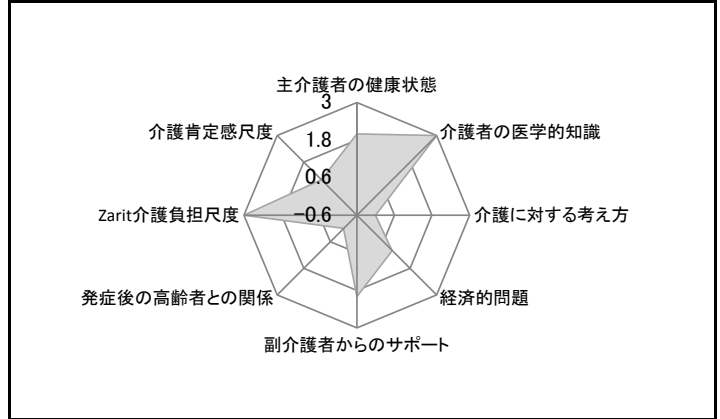
2- ( )

A	様	認知症型	VD	症状出現時期	1	年前	MMSE	18	点	CDR	2	
		介護度	1	生年月日	昭和15年7月3日		DBD13	24	点	PSMS	10	点
		女性	79	歳	初回評価日	平成30年10月1日		類型化	体は元気不安が強い			タイプ

認知症の類型化レーダーチャート



介護力チャート



## 1. 認知症の行動・心理症状 (BPSD)

	程 度					類 型 化	D B D
	0点	1点	2点	3点	4点		
	なし	月に1回	月に数回	週に数回	日に数回		
1 他人とのトラブル						1	/
2 暴力・破損行為や暴言 (介助の際の抵抗は含めない)						1	/
3 特別な根拠もないのに人に言いかけをつける						1	1
4 不安感がある						4	/
5 やたらに歩き回る						3	3
6 同じことを何度も何度も聞く						4	4
7 食物ではないものを口に入れる						0	/
8 トイレ以外での排泄, 便こね (弄便行為)						0	/
9 明らかな理由なしに物を貯め込む						2	2
10 口汚くののしる						0	0
11 作られた話 (つじつまの合わない話)						3	/
12 よく物をなくしたり, 置き場所を間違えたり, 隠したりする						3	3
13 昼間、寝てばかりいる						4	4
14 せん妄						2	/
15 幻覚						2	/
16 日常的な物事に感心を示さない						3	/
17 特別な理由がないのに夜中に起き出す						2	/
18 同じ動作をいつまでも繰り返す						0	/
19 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする						1	/
20 世話をされるのを拒否する						1	/
21 引き出しやタンスの中身を全部出してしまう						0	/

## 2. IADL, 基本動作, ADL, 介護力

	程 度					類 型 化	P S M S
	0点	1点	2点	3点	4点		
	自立(0%)	少介助(25%)	中介助(50%)	多介助(75%)	全介助(100%)		
IADL	1	洗濯				4	/
	2	買い物				4	/
	3	火の取り扱い				4	/
基本動作	4	立位保持				1	/
	5	立ち上がり				1	/
ADL	6	排泄				0	/
	7	食事				1	1
	8	①嚥下障害				0	/
	9	②食事の形態				1	/
	10	着替え				2	/
	11	身繕い				2	/
	12	移動能力				2	2
	13	入浴				3	/
介護力	14	主介護者の健康状態				2	/
	15	医学的知識				3	/
	16	介護に対する考え方				0	/
	17	経済的問題				1	/
	18	副介護者からのサポート				2	/
	19	発症後の高齢者との関係				0	/
	20	介護負担度				3	/
	21	介護肯定感				1	/

## 3. 作業活動分析

1	活動のレベル	2
2	活動遂行の質	2
3	注意の持続力	2
4	監督の必要性	2

## 4. 興味チェック

( 小物作り (竹細工)	)	<input type="checkbox"/> している	<input checked="" type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( 畑仕事 (野菜の栽培)	)	<input type="checkbox"/> している	<input checked="" type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( 料理を作る	)	<input type="checkbox"/> している	<input checked="" type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある
( 旅行で写真を撮る	)	<input type="checkbox"/> している	<input checked="" type="checkbox"/> してみたい	<input type="checkbox"/> 興味がある

# 生活機能の整理（記入例）

OT介入前の環境チェック	
1) 現病歴に不審（急性発症、せん妄）な点はないか？	<input checked="" type="checkbox"/> （夜間のトラブルはせん妄ではないかチェック）
2) 薬物の悪影響はないか？	<input type="checkbox"/> （過剰な量の向精神薬は投与されていない）
3) 家庭でのトラブル等の要因による心身機能低下はないか？	<input checked="" type="checkbox"/> （トラブルはないが自宅での役割もない）
ICF(対応すべき生活機能と障害)	
心身機能	1. 認知症の重症度 <input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	2. 身体機能低下 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 関節 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力 <input checked="" type="checkbox"/> バランス <input checked="" type="checkbox"/> 痛み
	3. 精神機能低下 全般的： <input checked="" type="checkbox"/> 意識 <input checked="" type="checkbox"/> 見当識 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 気質と人格 <input checked="" type="checkbox"/> 活力と欲動 個別的： <input checked="" type="checkbox"/> 注意 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶 <input checked="" type="checkbox"/> 情動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語
活動・参加	1. 移動手手段 屋 内： <input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 屋 外： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子
	2. 他の移動手手段 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車
	3. ADL能力低下 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 更衣 <input checked="" type="checkbox"/> 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 介助内容（ 排泄はリパパンツを使用。更衣・整容は準備が必要。入浴は多介助。 ）
	4. IADL能力低下 <input checked="" type="checkbox"/> 買い物 <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 火の取り扱い
	5. コミュニケーション能力低下 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 表出
	6. 対人関係能力低下 <input type="checkbox"/> 基本的対人関係 <input checked="" type="checkbox"/> 複雑な対人関係 <input type="checkbox"/> 家族関係
BPSDとその対策	
B P S D	デイケアでは、他患に対して細く注意をしたり、言いがかりをつけてはトラブルに発展することが多く見られる。また、昼休みなどの特に活動のない時間帯には、帰りのバスを気にして落ち着きがなくなり、出入り口のそばでジッとドアが開くの待っている状態である。夜間の妻とのトラブルは、せん妄ではないか経過観察する。
対策	キーワード： 妻の名前，自宅住所      好む話題： 仕事の苦労話，孫の話，足が速かった話
	他患トラブルは、昼休みに頻発するためソワソワしたら早めに対応する。症状が治まらない時は、キーワードや好む話題を用い、注意を他の話題に転換しながら対応する。晴れている日は、プランターの水やりでも可。夜間状態は妻と連絡を密に取り合い、適宜医師に報告する。
援助目標	
デイケアでは、①移動能力（杖歩行）の維持、②BPSDの改善、③意欲・活動性の向上、④妻の介護負担感の軽減を目指す。①については、積極的に屋外歩行に誘導し歩行時間を確保する。②については、上記対策を実践する。上手く行ったケアは、スタッフ・家族と共有する。③については割り箸細工、プランターでの野菜の栽培、レクリエーションへの参加を促す。④については、妻と相談しながら、水・土・日のサービス導入（特に入浴）を検討する。	
プログラム	
①運動・屋外歩行、②創作活動（割り箸細工）、③園芸、④レクリエーション、⑤家族支援	
再評価（介入 1 カ月後）	
1（移動能力低下）	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化（杖歩行維持。屋外歩行も拒否なく参加）
2（BPSD）	<input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化（対人トラブルは改善。夜間はせん妄で不眠傾向。）
3（意欲・活動性の低下）	<input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化（デイケアに休まず参加。活動性も向上。）
4（ADL能力低下）	<input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化（入浴はデイサービス（週1回）で対応。）
5（妻の介護負担が高い）	<input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化（入浴の介助負担軽減。夜間対応の課題が残る。）
今後の方針	
今後もデイケアプログラムを継続し、移動能力、BPSD、意欲・活動性の維持・改善を図る。料理に興味を示したため、栽培した野菜を料理する活動を導入する。元来世話好きでリーダーシップを図ってきた人であるため、デイケアで役割を検討する。夜間の問題は今後医師と相談し、必要であれば薬物療法を検討する。妻の介護負担の変化に留意し適宜連絡をとる。BPSDの悪化や介助量の度合いを考慮し、公的サービスの追加を適宜検討する。	