

オレンジ 手帳



様の

地域連携パス

開始日 平成 年 月 日

医療機関を受診する時、介護保険サービス機関を利用する時は
必ずこの手帳を、お出してください。

はじめに

この手帳は

検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、ご本人やご家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護支援専門員（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、介護保険サービス機関、訪問看護ステーション等で情報を共有し、連携をとりながら、円滑な治療や介護を行うための「地域連携パス」です。ご本人及びご家族の方は、この手帳を常に携帯しながら、医療機関の受診、介護保険サービス機関等の利用を行っていただきますようお願いいたします。

この手帳は次のような内容になっています

[基本]地域連携同意書.	項目：1・2（青色）
[わたしのプロフィール].	項目：3・4（桃色）
[問診表]	
[認知症進行度チェック表].	項目：5（黄色）
[認知症進行度チェック表解説]	
[現在治療中の合併症と治療薬].	項目：6（赤色）
[検査の経過と治療薬].	項目：7（赤色）
[要介護状態区分等].	項目：8（緑色）

各ページに誰が記入するのか、色別で明示してあります
※但し、上記は原則であり、上記以外の方が記載して頂いても構いません

- 青色＝基本（同意書）本人・家族・各関係機関用
- 桃色＝本人・家族用
- 黄色＝家族・介護機関用
- 赤色＝医療機関用（かかりつけ医・専門医療機関）
- 緑色＝介護支援専門員（ケアマネジャー）用

<同意書>

各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパスの適応に同意します。

ご本人

ご家族 (続柄:)

TEL ()

成年後見制度 (種類:)

TEL ()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<専門医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

介護支援専門員(ケアマネジャー)

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

地域包括支援センター

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

介護保険サービス

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

訪問看護ステーション

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

民生委員

住所	連絡先	氏名
	TEL: ()	

年 月 日 氏名()

1. これまで、どのような症状がありましたか？

- 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- ものの名前が出てこない
- 今会った人のことをすぐ忘れる
- よく知っている人の顔と名前を忘れる
- 時間や場所の感覚が不確かになった
- 慣れている場所で道に迷う
- 料理で鍋をたびたび焦がすことがある
- 料理の手順を間違えてうまくつくれなかったり、味付けがおかしくなった
- 複雑なテレビドラマが理解できなくなった
- 話のつじつまが合わなかったり、とんちんかんな会話をすることがある
- いつもの日課をしなくなった
- これまで興味があったことに関心を示さなくなった
- だらしなくなった
- 通帳や印鑑、財布をあっちこっちにしまい忘れ、盗まれたという
- 誰もいないのに、会話をしていることがある
- 見えないものが見えると言う
- 以前よりひどく疑い深くなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

2. 症状に気づいたのはいつ頃ですか？ 年 月頃

3. 症状は急に始まりましたか？ 急に いつのまにか4. 症状に気づいたのは本人ですか、それとも周囲の人ですか？ 本人 周囲の人5. 症状は日によって、あるいは1日の内で変動することはありますか？ ある ない

6. 今一番お困りのことは何ですか？

7. 現在服用している薬はありますか？……… ある ない

それは、何の薬ですか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脂質異常症 脳卒中
- その他 ()

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用) 5

※ 3～6ヶ月毎を目安に記載

認知症進行度チェック表解説を参照して下さい

確認する項目		選択肢 (あてはまる番号を選びチェック欄に○印)			開始時	
					年 月	年 月
					チェック欄	チェック欄
記憶	ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし	3. 不明	1 2 3	1 2 3
	最近の出来事に対して	1. 数分前～数時間前の事も忘れている	2. 数日前のことも忘れている	3. ときどき忘れる	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れている	2. 数年前のことも忘れている	3. ときどき忘れる	1 2 3	1 2 3
行動	自力歩行	1. できない	2. 一部介助	3. できる	1 2 3	1 2 3
	外出状況	1. 外出なし	2. 家族と一緒になら可能	3. 1人で可能	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	1 2 3	1 2 3
	薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1 2 3	1 2 3
食事	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
	1食あたりの食事量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 食べすぎ傾向	1 2 3	1 2 3
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. とりすぎ傾向	1 2 3	1 2 3
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
	尿・便失禁	1. あり	2. たまにある	3. なし	1 2 3	1 2 3
	おむつ使用(紙パンツ含)	1. 常時使用	2. 夜間のみ使用	3. なし	1 2 3	1 2 3
風呂	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
	入浴拒否	1. あり	2. たまにある	3. なし	1 2 3	1 2 3
着脱	介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
	服の前後を間違える	1. あり	2. たまにある	3. なし	1 2 3	1 2 3
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1 2 3	1 2 3
他の症状の確認	1. 徘徊	2. 幻覚妄想	3. 夜間不眠	1 2 3	1 2 3	
	4. 日中傾眠	5. 興奮	6. 無関心、意欲低下	4 5 6	4 5 6	
	7. 火の不始末	8. 不潔行為	9. 異食行為	7 8 9	7 8 9	
介護者の方の印象	1. 表情が良くなり穏やかになった				1	1
	2. 意欲が出てきた				2	2
	3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った				3	3
	4. 以前と変わらない				4	4
	5. 悪くなった				5	5
記載者 関係						

認知症進行度チェック表解説

確認する項目	全介助	一部介助
自力歩行	「できない」:何かにつかまったり、支えてもらっても歩けない、車椅子を使用しなければならぬ等、どのような状態であつても歩行できない場合。	何かにつかまれば、立ち止まらず5メートル歩ける場合。・杖や歩行器を使用する、壁に手をかける、手引きを行う、腕を介護者が支えるなど
金銭管理	所持金の支出の把握、管理、出し入れする金額の計算等の全てに介助が行われている場合。	金銭の管理に何らかの介助が行われている場合。・小遣い銭として小額のみ自己管理している場合など。財布の中身を確認清算等の介助をしている場合も含む
薬の内服	薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる全ての介助が行われている場合。	薬の分包、薬を飲む時の見守り、飲む薬や水を手元に用意するなど、何らかの介助を行っている場合。
食事介助	食器から口に入れるまでの行為の全てに介助が行われている場合。	食器から口に入れるまでの行為の一部のみ介助が行われている場合。・食べやすくするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助も含む。
排泄介助	ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレの水洗、おむつ、リハビリパンツ、尿とりパットの交換等の全てに介助が行われている場合。	ズボンの上げ下げ、陰部の清拭、トイレの水洗、おむつ、リハビリパンツ、尿とりパットの交換等の一部に介助が行われている場合。
入浴介助	浴槽への出入り、身体を洗う行為の全てに介助が行われている場合。	浴槽の出入りや、スポンジや手拭いに石鹸やボディシャンプー等を等をつけて全身を洗う行為の一部の介助を行っている場合。
着脱介助	「上衣・ズボン」を着たり脱いだりする全てに介助が行われている場合。 服を体にあてがう行為、袖とおし、ズボンに足を通す行為など全て介護者がおこなっている状態	「上衣・ズボン」の着たり、脱いだりの一部の介助を行っている場合。・ズボンを構えると自分で足を通すが、ズボンを引き上げる介助を行っている、介護者が上着を構えると自ら袖を通す場合など。
ボタン	ボタンのかけはずしの全てに介助を行っている場合	ボタンのかけはずしの、一部に介助を行っている場合。・ボタンの掛け間違いがある場合など

他の症状確認

- 徘徊・・・歩き回る・車椅子で動き回る・床やベッドの上で這い回る等目的もなく動き回る
- 幻覚・妄想・・・ありもしない幻が[見える]、[聞こえる] (何もないところに向かって話しかけている)
実際に盗られていないのに、物を盗られたという等
- 夜間不眠・・・夜間に何度も目覚め良く眠れていない
- 日中傾眠・・・日中、居眠りしている時間が多く、活動できない
- 興奮・・・怒りやすい、興奮しやすい。大声をだしたりする
- 無関心・意欲低下・何もしようとしない、関心を示さない
- 火の不始末・・・ガス栓の締め忘れ、なべを焦がす、タバコの火の消し忘れなど
- 不潔行為・・・便をいじる
- 異食行為・・・食べ物でないものを食べる

疾患名		処方薬	医療機関名
○糖尿病	有 ・ 無 ・ 不明		
○高血圧	有 ・ 無 ・ 不明		
○心臓疾患	有 ・ 無 ・ 不明		
○脂質異常症	有 ・ 無 ・ 不明		
○甲状腺機能低下症	有 ・ 無 ・ 不明		
○脳卒中	有 ・ 無 ・ 不明		
○精神疾患	有 ・ 無 ・ 不明		
○頭部外傷	有 ・ 無 ・ 不明		
○その他			

疾患名		処方薬	医療機関名
○糖尿病	有 ・ 無 ・ 不明		
○高血圧	有 ・ 無 ・ 不明		
○心臓疾患	有 ・ 無 ・ 不明		
○脂質異常症	有 ・ 無 ・ 不明		
○甲状腺機能低下症	有 ・ 無 ・ 不明		
○脳卒中	有 ・ 無 ・ 不明		
○精神疾患	有 ・ 無 ・ 不明		
○頭部外傷	有 ・ 無 ・ 不明		
○その他			

発症時期：平成 年 月ごろ (例) 専門医、かかりつけ医：1年毎に記載の場合

		(開始時)	年	月	(6ヶ月後)	年	月
		専門医療機関:			かかりつけ医療機関:		
長谷川スケール		/ 30			《障害高齢者日常生活自立度》		
MMSE		/ 30			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
FAST		ステージ:			《認知症高齢者の日常生活自立度》		
					I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
	血糖	未 / 済 (mg / d l)			未 / 済 (mg / d l)		
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
	VB1	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
	VB12	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
血圧		/			/		
心電図		未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)		
画像検査	頭部CT	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			現在の病状、状態像		
	頭部MRI	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			《短期記憶》 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSRAD ()			《日常の意思決定を行うための認知能力》 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難		
	心筋シンチ	未/済 集積の低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 見守りが必要		
	スペクト (血流低下部位)	未/済 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 判断できない 《自分の意思の伝達能力》 <input type="checkbox"/> 伝えられる		
脳波		未/済 <input type="checkbox"/> 基礎律動 Hz~ Hz <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られている		
神経症状		<input type="checkbox"/> 失語〔運動性失語・感覚性失語〕 <input type="checkbox"/> 失行〔観念性失行・着衣失行・観念運動性失行〕 <input type="checkbox"/> 失認〔視覚失認・相貌失認・色彩失認・視空間失認〕			<input type="checkbox"/> 伝えられない		
BPSD (周辺症状)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()		
治療薬 (合併症含)							

		(1年後)	年	月	(1年半後)	年	月	
		専門医療機関:			かかりつけ医療機関:			
長谷川スケール		/ 30			《障害高齢者日常生活自立度》			
MMSE		/ 30			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
FAST		ステージ:			《認知症高齢者の日常生活自立度》			
					I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M			
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
	血糖	未 / 済 (mg / d l)			未 / 済 (mg / d l)			
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
	VB1	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
	VB12	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
血圧		/			/			
心電図		未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)			
画像検査	頭部CT	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			現在の病状、状態像			
	頭部MRI	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			《短期記憶》 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり			
		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSRAD ()			《日常の意思決定を行うための認知能力》 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難			
	心筋シンチ	未/済 集積の低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 見守りが必要			
	スペクト (血流低下部位)	未/済 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 判断できない 《自分の意思の伝達能力》 <input type="checkbox"/> 伝えられる			
脳波		未/済 <input type="checkbox"/> 基礎律動 Hz~ Hz <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られている			
神経症状		<input type="checkbox"/> 失語〔運動性失語・感覚性失語〕 <input type="checkbox"/> 失行〔観念性失行・着衣失行・観念運動性失行〕 <input type="checkbox"/> 失認〔視覚失認・相貌失認・色彩失認・視空間失認〕			<input type="checkbox"/> 伝えられない			
BPSD (周辺症状)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
治療薬 (合併症含)								

この手帳は、医療機関、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援センター、介護保険サービス機関、訪問看護ステーションの連携に役立ちます。ご本人、ご家族様には、しっかり管理していただき、医療機関を受診する時、介護保険サービスを利用する時は、必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

オレンジ手帳

2012年6月1日 初版第一刷

編集：公益社団法人 日本精神科病院協会

発行：一般社団法人 JAPHネットワーク

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14

電話：03-5232-3313 FAX：03-5232-3315