

## 認知症地域連携パス「オレンジ手帳」使用について

この手帳は、認知症患者の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、本人・家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護保険サービス機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護を行うためのものである。

本人および家族に、この手帳を常に携帯してもらい、かかりつけ医や専門医療機関、介護保険サービス機関等を利用することで、各施設間の情報共有や医療機関の診療連携及び介護と医療の連携を可能にする。治療およびケアを提供する機関において、有意義な情報として活用され、本人が可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としている。

### \*使用開始にあたって

#### <開始までの流れ>

1. 手帳発行元はオレンジ手帳の説明を本人・家族に行う。
2. 説明後、使用の承諾が得られたら、同時に書面での使用同意を得ることが必要である。
3. 同意書が記載されたのち、オレンジ手帳の使用開始となる。
4. 同意書の原本は発行元で保管をする。コピーは本人・家族が保管する。

#### <本人・家族の同意>


手帳には本人・家族等の情報が記載されているため、個人情報の取り扱いに十分な配慮が必要である。発行元以外の医療機関や、介護保険サービス機関等と情報共有するため、「関連機関の職員が手帳を見ること」「手帳に必要なデータを記入すること」「情報共有以外の目的には使用しないこと」また、手帳は本人・家族の自己管理となるため、「紛失・破損」といったトラブルに対して、発行元は責任を負わないことに対して同意を必要とする。これらの同意に対して、口頭だけではなく必ず文書にて同意を得ることが必要である。

使用同意が本人・家族より得られなければ使用はできない。

### 同意書（参考例）

同 意 書	
法人名 □□□	
病院名 □□□	
私は、「オレンジ手帳」の受け取りにあたり、下記の内容について同意します。	
記	
1	… 手帳の中に記載されている個人情報は、関係機関が統一されたサービス提供を目指し、連携の手段として使用することを目的としております。 したがって、それ以外の目的、使用に関して、第3者に情報が提供されないよう注意して下さい。
2	… 受け渡し後の手帳は自己管理となります。よって、紛失・破損といったトラブルに対して、当院は一切の責任は負えません。
	以上
平成 年 月 日	
住 所 _____	
- 1 -	
ご本人( 自 署 ) _____	印
ご家族( 自 署 ) _____	印
( 続柄 ) _____	

## 「オレンジ 手帳」



さまの  
**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＝ご家族・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

### <表紙>

- ・本人の氏名、開始日を記載する。
- ・手帳発行元は医療機関受診時、介護保険サービス機関等利用時に手帳を提示することを本人・家族に説明する。

### <はじめに>

- ・項目ごとの記載者を色別で表記している。
- ・本人・家族のほか、医療機関、介護保険サービス機関、介護支援専門員など、他事業・多職種で活用するため、記載者が誰なのかを一目でわかるようにしている。あわせて、各項目の見出しも同じ色で表示している。

基本 1	基本 2																																																									
<p><b>&lt;同意書&gt;</b> 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。</p> <p>ご本人 _____</p> <p>ご家族 (続柄: ) _____</p> <p>TEL ( ) _____</p> <p>成年後見制度 (種類: ) _____</p> <p>TEL ( ) _____</p> <p><b>&lt;かかりつけの医療機関&gt;</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>&lt;専門医療機関&gt;</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	医療機関	連絡先	主治医		TEL: ( ) _____			TEL: ( ) _____		医療機関	連絡先	主治医		TEL: ( ) _____			TEL: ( ) _____		<p><b>介護支援専門員(ケアマネジャー)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>地域包括支援センター</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>介護保険サービス</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>訪問看護ステーション</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><b>民生委員</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">住所</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>TEL: ( ) _____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	事業所	連絡先	担当者		TEL: ( ) _____		事業所	連絡先	担当者		TEL: ( ) _____		事業所	連絡先	担当者		TEL: ( ) _____			TEL: ( ) _____			TEL: ( ) _____			TEL: ( ) _____		事業所	連絡先	担当者		TEL: ( ) _____		住所	連絡先	氏名		TEL: ( ) _____	
医療機関	連絡先	主治医																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
	TEL: ( ) _____																																																									
医療機関	連絡先	主治医																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
	TEL: ( ) _____																																																									
事業所	連絡先	担当者																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
事業所	連絡先	担当者																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
事業所	連絡先	担当者																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
	TEL: ( ) _____																																																									
	TEL: ( ) _____																																																									
	TEL: ( ) _____																																																									
事業所	連絡先	担当者																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									
住所	連絡先	氏名																																																								
	TEL: ( ) _____																																																									

## <基本>

同意書、かかりつけ医療機関、専門医療機関、介護・福祉機関等利用している機関名、担当者を記載することで連携に役立てる。

- ・同意書

※オレンジ手帳使用同意書（別紙）は、発行元で保管するため、関係機関に手帳使用の同意を得ていることを告知するために、必ず最初に記載するよう家族・本人に説明する。

※成年後見制度で成年後見人等が選任されている時は記載をする。

（種類：後見人、保佐人、補助人）

- ・利用している医療機関、介護保険サービス機関等の連絡先を記載。

- ・記載者：本人・家族

- ・手帳発行元で記載の方法を説明する。記載が困難の時は記載支援をする。

- ・発行元以外の機関は、医療機関受診時、介護保険サービス利用時に手帳を提出し、記載が無い時は各機関で記載支援をする。

- ・記載漏れがないかの確認を担当介護支援専門員に協力をお願いする。

わたしのプロフィール(1)		(本人・家族) 3	
記入者: ( ) (関係: )			
ふりがな	(性別)		
名前	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
生活状況	自宅 施設 (種別 名称)		
年金受給状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金		
《家族構成》 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居			
主介護者名 ( 歳)   関係   同居・別居			
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 本人 現在の同居者は○で囲む			
《ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号》			
関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話番号
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )

わたしのプロフィール(2)		(本人・家族) 4	
身長( cm) / 体重( kg)			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明・補聴器( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お薬: /食物: )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他) 過去に、肺結核にかかったことが ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )年間×( )/日		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )年間×( )本/日 ( )年間禁煙		
習慣	(長年なじんだ習慣・好み・こだわり等)		
職業歴	現在: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 元:		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校(旧制中学) <input type="checkbox"/> 大学		
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっから <input type="checkbox"/> その他 ( )		
これまでにかかったことのある病気			
・糖尿病・…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明・高血圧…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・心臓病(狭心症・心筋梗塞)…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明・脂質異常症…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・甲状腺機能低下症…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明・脳卒中(脳梗塞・脳出血)…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・精神疾患…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明・頭部外傷(打撲・交通事故等)…………… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・その他(癌・手術など)……………			
ご本人、ご家族のご希望をお書きください			

## <わたしのプロフィール1. 2>

本人の生年月日、生活状況、年金受給状況、家族構成、主介護者、連絡先、身体機能や習慣、職業歴、最終学歴、性格、既往歴を知ることによって、本人の基本的情報を把握することができる。本人・家族の希望を記載する欄を設けることで本人や家族の思いを知ることができる。

- ・生活状況：施設（種別 名称）

施設種別：介護老人保健施設 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） グループホーム 有料老人ホーム等を記載。

- ・年金受給状況

長期にわたる認知症介護は本人・家族に肉体的、精神的負担を加えるだけでなく、経済的負担も強いことになり、福祉サービスの面からも重要な情報となる。

- ・家族構成図

家族構成、同居・別居の有無、主介護者を把握する。自宅での介護をしているときの介護負担等を把握できる。

- ・連絡先

通常の連絡以外に緊急時にも利用できるようになるべく複数の連絡先を記入する。

連絡先の電話番号に、知人や隣人を記載する時は、その方の了解を本人・家族で得てから記載するように手帳発行元で説明をする。(無断で記載した場合のトラブル等为了避免のため)

- ・プロフィール (2)

身体機能や生活背景を知ることができる。

- ・ご本人・ご家族の希望

今後どのような生活をしたいのか(自宅、施設等)等記載してもらう。希望のほかに現在困っていることや、プロフィールの項目以外に追加したいことがある時など自由に記載して良い。

- ・記載者：ご本人・ご家族

- ・手帳発行元で記載の方法を説明する。記載が困難の時は記載支援をする。

問診表(初診時)	(本人・家族)
年 月 日 氏名( )	
1. これまで、どのような症状がありましたか？	
<input type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つ <input type="checkbox"/> 計算の間違いが多くなった <input type="checkbox"/> ものの名前が出てこない <input type="checkbox"/> 今会った人のことをすぐ忘れる <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔と名前を忘れる <input type="checkbox"/> 時間や場所の感覚が不確かになった <input type="checkbox"/> 慣れている場所で道に迷う <input type="checkbox"/> 料理で鍋をたびたび焦がすことがある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 複雑なテレビドラマが理解できなくなった <input type="checkbox"/> 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ところがある <input type="checkbox"/> いつもの目線を失った <input type="checkbox"/> これまで興味があったことに関心を示さなくなった <input type="checkbox"/> だらちなくなった <input type="checkbox"/> 通帳や印鑑、財布をあっちこちにしまい忘れ、盗まれたという <input type="checkbox"/> 誰もいないのに、会話をしているところがある <input type="checkbox"/> 見えないものを見えると言ったりする <input type="checkbox"/> 以前よりひどく疑い深くなった <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 急に <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
6. 今一番お困りのことはなんですか？	
7. 現在服用している薬はありますか？……… <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
それは、何の薬ですか？	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

### <問診表 (初診時) >

症状に関する質問、本人・家族が困っていること、現在服用中の薬を記載する。手帳開始時に記載することで、初期の状態を把握する。時間が経過しても把握でき、変化をみることができる。

- ・記載者：ご本人・ご家族

- ・手帳発行元で記載の方法を説明する。記載が困難の時は記載支援をする。

認知症進行度チェック表				(家族・介護機関用) 5		認知症進行度チェック表									
※ 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				開始時											
				年 月		年 月		年 月		年 月		年 月		年 月	
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)	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄	チェック欄
ここ数ヶ月間の変化傾向	1. あり 2. なし 3. 不明	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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. とどき忘れる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
過去の出来事に対して	1. 若い頃のことも忘れている 2. 数年前のことも忘れている 3. とどき忘れる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
自力歩行	1. できない 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
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 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
トイレ	尿・便失禁	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	おむつ使用 (紙パンツ含む)	1. 常時使用 2. 夜間のみ使用 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	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 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
着脱	履物の前後を間違える	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	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 4. 日中睡眠 5. 興奮 6. 無関心、意欲低下 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行為	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 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 2. 意欲が出てきた 3. 一度言ったことを繰り返す回数減った 4. 以前と変わりない 5. 悪くなった	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		記載者 関係													

### <認知症進行度チェック基準>

認知症の症状や本人の状態をチェックする。定期的に状態のチェックをすることで認知症の症状や本人の状態変化をみることができる。評価は認知症進行度チェック表解説を参考にする。

- ・記載時期：手帳開始時、その後3～6カ月ごとに記載する。(記載時期は自由に設定できる)
- ・かかりつけ医、専門医の定期診察(項目7)の時、本人の状態把握に役立てるため、受診前に評価することが望ましい。
- ・記載者：開始時・・・家族  
開始時以降・・・家族・介護機関

\*医療機関に定期的に通院している時など本人の状態を把握している職員が記載しても良い

- ・手帳発行元で記載の方法を説明する。記載が困難の時は記載支援をする。

## 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ない等、どのような状態であっても歩行できない場合。	何かにつかまれば、立ち止まらず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。財布の中身を確かめ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。・食べやすくなるための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助も含む。
排泄介助	スポンの上げ下げ、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。	スポンの上げ下げ、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、スポンジや手拭いで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
<b>他の症状確認</b> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想・・・ありもしない幻[見える]、[聞こえる]（何も無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 <input type="checkbox"/> 夜間不眠・・・夜間に何度も目覚め良く眠れていない <input type="checkbox"/> 日中傾眠・・・日中、居眠りしている時間が多く、活動できない <input type="checkbox"/> 興奮・・・怒りやすい、興奮しやすい。大声をだしたりする <input type="checkbox"/> 無関心・意欲低下・・・何もしようとしない、関心を示さない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不潔行為・・・便をいじる <input type="checkbox"/> 異食行為・・・食べ物でないものを食べる		

### <認知症進行度チェック表解説>

認知症進行度チェック表（項目5）記載時の参考にする。

- ・認知症進行度チェック表の選択肢にある、全介助・一部介助の判断する時の基準および他の症状確認の言葉の意味を説明している。

現在治療中の合併症と治療薬

(かかりつけ医用) 6

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			

現在治療中の合併症と治療薬

(かかりつけ医用) 6

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			

<現在治療中の合併症と治療薬>

かかりつけ医との連携を図ることを目的としている。現在治療中の疾患名の有無、処方、医療機関を知ることができる。いくつもの医療機関に受診している場合、処方内容を知ることによって重複処方を避けられるなどの利点がある。

- ・ 記載者：かかりつけ医療機関
- ・ あらかじめ、本人・家族に受診時に手帳を提示するよう説明がされている。手帳が提示されたら、記載をする。
- ・ 現在治療中の疾患名の有無、処方内容、医療機関名を記載する。
- ・ 処方内容等に変更があった時は2枚目のページに記載をする

**検査の経過と治療薬** (専門医療機関・かかりつけ医) 7

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

	(開始時) 年 月 日	(6ヶ月後) 年 月 日
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>
MMS E	/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 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/dl )	未 / 済 ( mg/dl )
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 □虚血性変化 □萎縮( ) □その他( )	現在の病状、状態像 □短期記憶
頭部MRI	未/済 □虚血性変化 □萎縮( ) □その他( )	□問題なし □問題あり □日常の意思決定を行うための認知能力
海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSRAD ( )		□自立 □いくらか困難
心筋シンチ	未/済 集積の低下 □有 □無	□見守りが必要
スペクト	未/済	□判断できない
(血流低下部位)	□前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉 □側頭葉 □楔前部 □後部帯状回 □その他( )	<自分の意思の伝達能力> □伝えられる
脳波	未/済 □基礎律動 Hz~ Hz □その他( )	□いくらか困難 □具体的要求に限られている
神経症状	□失語 (運動性失語・感覚性失語) □失行 (観念性失行・着衣失行・観念運動性失行) □失認 (視覚失認・相殺失認・色彩失認・視空間失認)	□伝えられない
BPSD (周辺症状)	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想 □抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □拒絶 □不潔行為 □睡眠障害 □介護への抵抗 □異食 □性的問題行動 □その他( )	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想 □抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □拒絶 □不潔行為 □睡眠障害 □介護への抵抗 □異食 □性的問題行動 □その他( )
治療薬 (合併症含)		

シール貼付可

**検査の経過と治療薬** (専門医療機関・かかりつけ医) 7

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

	(1年後) 年 月 日	(1年半後) 年 月 日
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>
MMS E	/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 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/dl )	未 / 済 ( mg/dl )
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 □虚血性変化 □萎縮( ) □その他( )	現在の病状、状態像 □短期記憶
頭部MRI	未/済 □虚血性変化 □萎縮( ) □その他( )	□問題なし □問題あり □日常の意思決定を行うための認知能力
海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSRAD ( )		□自立 □いくらか困難
心筋シンチ	未/済 集積の低下 □有 □無	□見守りが必要
スペクト	未/済	□判断できない
(血流低下部位)	□前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉 □側頭葉 □楔前部 □後部帯状回 □その他( )	<自分の意思の伝達能力> □伝えられる
脳波	未/済 □基礎律動 Hz~ Hz □その他( )	□いくらか困難 □具体的要求に限られている
神経症状	□失語 (運動性失語・感覚性失語) □失行 (観念性失行・着衣失行・観念運動性失行) □失認 (視覚失認・相殺失認・色彩失認・視空間失認)	□伝えられない
BPSD (周辺症状)	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想 □抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □拒絶 □不潔行為 □睡眠障害 □介護への抵抗 □異食 □性的問題行動 □その他( )	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想 □抑うつ □不安 □徘徊 □せん妄 □拒絶 □不潔行為 □睡眠障害 □介護への抵抗 □異食 □性的問題行動 □その他( )
治療薬 (合併症含)		

シール貼付可

<検査の経過と治療薬>

専門医療機関とかかりつけ医の連携に役立てる。定期的に記載することで経過の変化をみることが出来る。

- ・記載者：専門医療機関（開始時・1年後）、かかりつけ医（6ヶ月後・1年半後）
- ・あらかじめ、本人・家族に受診時に手帳を提示するよう説明がされている。
- ・検査結果、症状・処方薬を記載
- ・専門医療機関受診時、画像診断の設備の有無により、検査ができない場合は必要に応じて地域の協力病院に検査を依頼し、結果を記載する。また医療機関によって検査項目も異なるので、ソフトウェアを使用し項目を追加・削除等変更することも可能である。
- ・受診時に認知症進行度チェック表（項目5）を参考にすることで、本人の認知症の症状や本人の状況が把握できる。
- ・受診時、次回の診察時期を記載し本人・家族に知らせる。



要介護状態区分等

(ケアマネジャー用) 8

認定有効期間	介護認定	ケアマネ名	サービス利用状況
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		
年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		

<要介護状態区分等>

介護認定に関する情報および、サービス利用状況の把握ができる。

- ・記載者は介護支援専門員（ケアマネジャー）
- ・介護認定有効期間、介護認定、担当ケアマネジャー名、サービス利用状況を記載する。
- ・介護保険サービス利用状況は変更した時など追加記載する。

<メモ欄>

- ・各項目以外にも必要な情報がある時、追加したい情報がある時等自由に記載できる。