

平成 23 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業

「精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、
被災地支援につながるモデル連携パスの作成に関する調査について」

報 告 書

「精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、
被災地支援につながるモデル連携パスの作成に関する調査について」

報
告
書

社
団
法
人
日
本
精
神
科
病
院
協
会

平成 24 年 3 月

社団法人 日本精神科病院協会

目 次

I. はじめに	1
II. 通常版モデルパス試行結果について	5
① 地域連携パス「オレンジ手帳」 試行結果統計表	7
② 地域連携パス「オレンジ手帳」 実施経過一覧	10
③ 地域連携パス「オレンジ手帳」 患者概要一覧	12
④ 地域連携パス「オレンジ手帳」 概略	19
⑤ 認知症退院支援クリニカルパス 試行結果統計表	20
⑥ 認知症退院支援クリニカルパス 実施経過一覧	23
⑦ 認知症退院支援クリニカルパス 患者概要一覧	27
⑧ 認知症退院支援クリニカルパス 概略	40
III. 認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス作成支援説明会 (宮城・岩手県開催)	43
① 地域連携パス「オレンジ手帳」簡略版①、② (*作成例)	45
② 説明会参加病院報告レジュメ	55
<宮城県会場 参加病院>	
光ヶ丘保養園	55
こだまホスピタル	56
緑ヶ丘病院	57
<岩手県会場 参加病院>	
釜石厚生病院	59
三陸病院	60
宮古山口病院	61
③ 被災地アンケート統計	62
④ 被災地説明会について	69
IV. 地域連携パス「オレンジ手帳」・認知症退院支援クリニカルパスガイドライン について	71
V. 地域連携パス「オレンジ手帳」・認知症退院支援クリニカルパス	103
① 地域連携パス「オレンジ手帳」(モード：通常版 簡略版① 簡略版②)	105
② 地域連携パス「オレンジ手帳」—ソフトウェア操作説明書	123
③ 認知症退院支援クリニカルパス モデルA	144
④ 認知症退院支援クリニカルパス モデルB	147
⑤ 認知症退院支援クリニカルパス—ソフトウェア操作説明書	151
VI. まとめ	163
研究者一覧	166

I. はじめに

はじめに

■事業目的

認知症専門病棟に入院の目的はBPSD改善、中核症状の悪化の対応、薬剤の調整、一般科で対応困難な身体合併症対策などがあるが、その後の認知症患者の生活の質を考えると、入院目的となった症状や問題が解消した後、速やかに在宅や介護施設に移行することが望ましいと思われる。しかし、いわゆる「受け皿」不足や病院と地域、施設との連携の脆弱さにより必ずしも充分には行われなかった。このため、精神科病院、介護施設、事業所等が連携をスムーズに行える為に実践的な地域連携パスの作成が必要と考える。

また、平成23年3月11日の東日本大震災では30万人を超える避難所生活者が発生し、認知症患者はその環境の変化により症状を悪化させ、入院が必要となる事例も多く報告されている。このため、被災地での精神科医療機関などの医療資源や介護資源の現状を考慮した地域連携体制が構築できるようなモデルとなる地域連携パスの作成を行う。

■事業内容及び手法

(1) モデル連携パスの作成

- ・ 精神科病院の管理者（日精協高齢者医療・介護保険委員会委員、阪神淡路大震災および中越地震被災地会員）、地域包括支援センター、介護支援専門員及び医師会の代表者、介護施設の管理者等の多職種チームでモデル連携パス作成委員会を開き、意見交換をしながらモデル連携パスを作成。
- ・ 実際の活用事例を踏まえて、パスの使用過程で多職種が関与できるものを作成した。
- ・ パスの作成過程のノウハウがわかるようにガイドラインを作成。

(2) モデル連携パスの試行・改良

- ・ 作成したモデル連携パスを日精協会員9病院で実際に試行した（平成23年10月1日～12月31日）。被災地での活用を視野に入れ、複数の地域の日精協会員病院で試行し、地域の状況別で複数パターンのモデルを作成した。
- ・ 企画委員および研究協力者をメンバーとして見直し委員会を開き、使用した連携パスの内容について9地域で3回の改良を行った。
- ・ 被災地用としてモデル連携パスを被災地県の意見を元に医療介護資源の状態など現状を考慮して改良ないし簡略化したパスを作成した。

■狙いとする事業の成果

- (1) 精神科病院の認知症入院患者の退院支援・地域連携クリティカルパス（精神科病院と介護事業者等が連携して作成する診療計画）モデル連携パス作成支援ソフトの作成。
- (2) モデル連携パス作成支援説明会を仙台と盛岡の2カ所で開催し、被災地で必要な地域連携パスの作成を行う。

Ⅱ. 通常版モデルパス試行結果について

地域連携パス「オレンジ手帳」 試行結果統計表

- 調査対象:日本精神科病院協会 会員9病院
- 調査期間:平成23年10月1日～12月末日

01 年齢

回答数	28
最年少	68歳
最年長	102歳
平均	81.5歳

02 診断名

	回答数	構成割合
回答数	28	100.0%
アルツハイマー型認知症	23	82.1%
血管性認知症	1	3.6%
レビー小体型認知症	4	14.3%
前頭側頭型認知症	0	0.0%
その他	0	0.0%

03 性別

	回答数	構成割合
回答数	28	100.0%
男性	14	50.0%
女性	14	50.0%

04 受診経緯

	回答数	構成割合
回答数	28	100.0%
自宅	12	42.9%
医療機関	12	42.9%
退院後の継続医療	3	25.0%
一般病院・医院	9	75.0%
介護保険機関	4	14.3%
有料老人ホーム	1	25.0%
グループホーム	1	25.0%
ショートステイ	1	25.0%
介護老人保健施設	1	25.0%

05 かかりつけ医の有無

	回答数	構成割合
回答数	28	100.0%
有	17	60.7%
無	11	39.3%

06 利用サービスについて

	回答数	構成割合	
回答数	28	100.0%	
無	11	39.3%	
有	17	60.7%	
(複数回答あり)			
デイサービス	11		50.0%
ショートステイ	5		22.7%
グループホーム	2		9.1%
訪問看護	2		9.1%
福祉用具貸与	1		4.5%
不明	1		4.5%

07 オレンジ手帳内 各項目の記載の有無

		回答数
1. 基本・プロフィール	有	24
	無	4
2. 認知症進行度	有	20
	無	8
3. 合併症と治療薬	有	17
	無	11
4. 要介護区分	有	19
	無	9

メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・他機関との情報共有ができ、病状の経過がさまざまなサービスの場で把握できる。 ・患者に関わっている医療機関・各種サービスや担当者が記載されていることで、情報提供や協力といった地域連携が促進されるため、有効だと思われる。 ・大事な情報だけコンパクトな手帳に掲載し、携帯することによって、安心して関係機関と連絡を取りやすい。 ・治療(病院)とケア(施設)の情報共有のツールとして役立つ。 ・病状の経過等の確認が容易となる。 ・新規サービス等の利用に活用できる。 ・配偶者、子供に記入してもらったが、いずれも高齢なため、オレンジ手帳の字は大きくて見やすかった。(今回は、全員入院者に施行したため、連携の場面では、使用が確認できていない状況) ・かかりつけ医と専門医とのやり取りがスムーズに出来、情報共有に役立つ。 ・1冊にまとめてあると、情報が点在しないため、分かりやすい。 ・初診で来院された時や、新たな介護保険サービス等を利用する際、これまでの経過が把握しやすい。 ・本人、家族が状況をうまく説明できなくても、手帳を提示すれば、状況把握ができる。 ・家族の負担軽減となる。同じことを何度も話さなくてもよい。 ・本人に関する関係者が情報を共有できる。
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・ページに限りがあり、長期に亘って使用継続することが困難。 ・個人によって情報量は様々であるため、記載欄に限りがあり、追加内容等を入れる欄が必要と考える。 ・手帳を本人・家族が携帯するとして、「認知症進行度チェック表」など本人の目に触れても問題がないものかどうか、確認が必要ではないか。ただし、基本的に家族が管理するという原則であれば問題はないと思われる。 ・オレンジ手帳の内容を理解し、継続して作成をし、活用していくことでメリットが生じるが、主介護者が高齢者のケースも多くあり、その行為が非常に困難であった。 ・家族がA4サイズを携帯する事に不安を漏らしていた。そのため、サイズの縮小が必要と感じた。 ・個人情報等様々な問題もあるだろうが、例えば地域包括支援センターが情報を一括管理し、各機関より問い合わせが可能というようなシステムが構築できれば、高齢である家族は利用しやすい面があるのではという意見が職員側にあった。 ・オレンジ手帳の意味を家族が高齢なため理解できず、記入できない。(スタッフが一緒に書いている) ・認知症進行度チェック 開始日を初診日にしたので、家族が思いだす事ができなかった。開始日は入院日で、かまわないのか？ ・わたしのプロフィール(2)ー4 の下段、「ご本人、ご家族の希望をお書きください」は何について書くのか。今後の方向性か、今、困っていることか、精神的な問題か、身体やADL的な問題か？もう少し、具体的な質問にしたほうが良いと考える。 ・認知症進行度の「認知症」は、質問の中身はもの忘れとADLなので、変えた方が良い。軽症な人ほど、自分で持っていることになるので。 ・認知症進行度チェック基準は前ページに、「*次ページの基準を参考にしてお書きください」という文があった方が良い。 ・年金受給状況の記載は、悪用されないか心配である。 ・重要な個人情報であるため、保管の仕方に注意が必要。 ・自由記載欄は何を書いているのかわからない。具体的な質問はだめか。 ・連携医療機関に対して、現病歴等の情報を提供する欄がない。 ・管理方法として記載者、記載時期の確認。 ・パスの利用圏及びパスの共通性においてどのように運用できるか？ ・手帳方式での紛失への対応はどうなるのか？
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

地域連携パス「オレンジ手帳」実施経過一覧

● 調査対象：日本精神科病院協会 会員9病院

● 調査期間：平成23年10月1日～12月末日

NO.	年齢	性別	病名	受診経緯	種別	センター 經由	開始日	通院	かかりつけ医 有無	サービス 有無	利用サービス	基本・ プロフィール	認知症 進行度	合併症と 治療薬	要介護 区分	コメント
1	82	女	AD	当院退院後	医療機関	○	H23.10.31	○	×	有	デイサービス	○	○	○	○	退院支援クリニックカルパスより移行
2	95	女	AD	当院退院後	医療機関	×	H23.12.12	○	×	有	デイサービス	○	○	○	○	退院支援クリニックカルパスより移行
3	68	女	VD	当院退院後	医療機関	○	H23.12.14	○	○	有	デイサービス	○	○	○	○	退院支援クリニックカルパスより移行
4	84	男	AD	当院通院中	自宅	×	H23.10.22	○	○	有	SS	○	○	○	○	各関係機関利用時に提示している。
5	81	男	AD	GH	介護保険機関	×	H23.10.31	○	×	有	GH入所中	×	×	×	×	状況確認中
6	87	女	AD	かかりつけ医	医療機関	×	H23.11.7	×	○	有	デイサービス	×	×	×	×	Dr.より今後、悪化したら受診することを薦められるも、どの状況で受診してよいか分からず行き詰まっていた
7	72	男	AD	ショートステイ	介護保険機関	×	H23.11.9	○	○	有	SS	○	×	×	×	介護者の理解不足があり、連携まで至っていない
8	81	女	AD	家族	自宅	×	H23.11.10	×	×	無		×	×	×	×	家族関係の調整ができていないため、使用に至っていない
9	74	男	AD	家族	自宅	○	H23.11.16	○	○	有	デイサービス	○	×	×	×	介護者の理解不足があり、連携まで至っていない
10	82	男	AD	かかりつけ医	医療機関	×	H23.11.30	○	○	無		×	×	×	×	状況確認中
11	80	女	AD	かかりつけ医	医療機関	○	H23.12.8	○	○	有	デイサービス	○	○	×	×	認知症の患者を持つ家族としては、各関係機関で本人のことをわかってもらえるので助かる
12	102	男	DLB	介護付き有料老人ホーム	介護保険機関	×	H23.10.21	×	×	無		○	×	×	×	手帳は使用していないが、ケアマネージャーとの連携はある。
13	76	男	AD	自宅	自宅	×	H23.12.19	○	×	有	不明	○	×	×	×	ケアマネージャーが中心となり本人の情報が共有されている。
14	76	女	AD	自宅	自宅	×	H23.10.25	○	○	有	GH	○	○	○	○	GHスタッフと外来受診時に活用している。

地域連携パス「オレンジ手帳」 患者概要一覧

* 地域連携パス

NO. 1

年齢	82歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年7月より総合病院にてメモリー処方。同年8月よりふらつきありメモリー処方中止。メモリーを止めてからBPSD出現。家族よりメモリー処方を希望。総合病院では、今後本人に対してメモリー処方は難しいとのこと。市役所より認知症疾患医療センターを紹介され当院来院。家でボーっとしたりする症状があると心配。薬調整の為入院希望し、入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時よりふらつきあるが転倒はない。不安、焦燥感、もの忘れあるがトラブルなく落ち着いて生活する。副作用の出現もなく退院となる。 退院後は自宅にて生活し、当院に通院している。退院時より地域連携パスに移行。現在は施設等の入所手続きを進めている。施設申し込みの際、地域連携パスを各施設に提示している。</p>					

* 地域連携パス

NO. 2

年齢	95歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 幻覚あり。ヘルパーに対し暴言。ベッドより無理に下りようとする行動があり、家族は本人から目が離せず家族の介護疲れ。当院受診入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> クリニカルパスに沿って検査、面談を進める。外泊を繰り返し平成23年12月自宅退院。現在自宅にて落ち着いて生活。デイケアを1日おきに利用。定期的に外来受診をする。 現状は他院に通院していない為、手帳は他に提示していないが、今後施設申し込みの際や他院受診の際は手帳を提示する予定とのこと。ご家族より手帳ひとつで入院中のことなどがわかるので、便利との声あり。</p>					

* 地域連携パス

NO. 3

年齢	68歳	性別	女性	病名	脳血管性認知症
<p><入院前の状況> 夫に対する妄想。“夫が浮気をしている”“夫が女性を連れこんで…”自宅に鍵をかけて「帰ってくるな」と言う、物を投げる。認知症疾患医療センターに相談。当院受診入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院当初も夫に対する妄想あり。服薬にて妄想落ち着く。見た限り、暴れることもなく2回の外出も問題ない。妄想主体であったが薬剤を病院では服用するが家に帰って飲まなくなると心配と家族の不安はあったが、当院に通院し、服薬を継続すること説明し自宅に退院となる。継続した通院治療とデイサービス、ショートステイなどの介護保険サービスを利用することを考え、地域連携パスに移行。利用する関係機関には提示し、情報共有を行っている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 4

年齢	84歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症、うつ病
<p><パス開始前の状況> 平成5年より他県の精神科病院にて「うつ病」の治療をしていた。平成17年からは「高血圧」で近医の医院にて内科治療をしている。当院には不眠、動悸、眩暈、吐気等の身体症状を強く訴え、平成20年3月当院初診で通院していた。しかし、近医で睡眠薬をもらったり、過剰な服用をしたり、服薬管理が困難となったこともあったため、認知症検査を実施した。頭部CT上は脳全体に萎縮がみられた。また、EEGに異常波、MMSE、ADAS、記銘力検査等の心理検査上cut offラインをやや下回る状態であったため、アルツハイマー型認知症の治療も併行して行うこととなる。</p>					
<p><パス開始後の状況> 内科医の通院、介護保険サービスを利用しており、連携が必要と考え、より地域連携パスを実施。本人の情報、各関係機関の情報、当院の専門医療機関の情報を記載し、現在、利用する介護保険サービス・医療機関と情報共有を行っている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 5

年齢	81歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成22年より自動車の事故や周囲の人とうまく接することができなくなり、トラブルとなることが増える。さらに万引きする等の不適切行動が増えたため、近医に受診。認知症の診断を受け、平成23年5月グループホームに入所となる。入所中は、施設の嘱託医が認知症と内科の治療を行っていたが、介護拒否、暴言、暴力等のBPSDがみられ、同年10月当院初診。認知症検査を実施したところ、頭部CT上は、前側頭葉の萎縮が著明でHDS-R 17点であった。BPSDの治療のみ当院で行い、嘱託医の治療は継続して行うこととなる。服薬治療にて徐々に症状の改善がみられる。</p>					
<p><パス開始後の状況> 施設とその嘱託医の連携が必要と考え、地域連携パスを実施した。パスの内容が確認できていないため、連携に結びついているかは不明。状況確認中。</p>					

* 地域連携パス

NO. 6

年齢	87歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成23年7月に他院にて膝関節の障害で入院していた。(同院にて「心不全」「アルツハイマー型認知症」の通院加療を継続中。)その頃より幻覚妄想があり、退院後も夜間に誰もいない場所で「お婆さんが座っている」と言ったり、飼い犬を三女が産んだ子と誤って話している等、夜間せん妄が続いている状態のため、同年11月当院初診。認知症検査を実施したところ、頭部CT上では前側頭葉・海馬の萎縮が著明。HDS-R 3点(遅延再生0/6)、血液検査に異常はなかった。情動は落ち着いており、他院で認知症の治療も行われていたため、利用中のデイサービスを引き続き利用し、規則正しい生活リズムを作ることを助言する。さらに症状の悪化があれば、再度受診することをすすめる。</p>					
<p><パス開始後の状況> かかりつけ医の通院、デイサービスの利用もあるため、地域連携パスを実施した。しかし、当院には悪化した時の受診を勧めたのみであったため、パスの利用も止まっていた。BPSDが悪化していても当院にどのタイミングで受診させればよいか判断に迷っていたこともあり、パスの発行元より定期的にフォローしていくことも必要と考えられる。</p>					

* 地域連携パス

NO. 7

年齢	72歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成10年頃に脳梗塞を起こすも軽度の後遺症がある程度であった。(以後、入院治療していた総合病院にて通院加療中。同院にて「アルツハイマー型認知症」の診断あり)しかし、徐々に介護が必要な状態になっていった。自宅では妻が介護をし、デイサービスとショートステイを利用しながら、在宅生活を送っていた。平成23年10月になって介護拒否、暴力、異食行為などショートステイ先においてもみられるようになったため、平成23年11月、BPSDの改善を目的に当院初診となる。認知症検査実施し、HDS-R 4点(頭部CTは体動があり測定不可)の状態であった。リスパリドンを中心に薬物療法を開始する。2週間後より拒否的な行動減少し、改善傾向にある。</p>					
<p><パス開始後の状況> かかりつけ医の通院、介護保険サービスの利用があるため、地域連携パスにて情報の共有が必要と考え、実施する。しかし、介護者の妻も高齢者で、パスの理解が乏しく、関係機関への提示ができていない。そのため、パスの補足説明を行い、関係機関との連携ができる体制を目指す。</p>					

* 地域連携パス

NO. 8

年齢	81歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成21年より、同じ話を何度もするようになったが様子を見ていた。平成23年になって、10分後に同じ話をしたり、ガスの火を消し忘れることが多くなったこともあって平成23年11月に当院初診。認知症検査を実施する。頭部CT上は、前側頭葉の萎縮が著明で、海馬の萎縮は目立っていなかった。HDS-R 19点 血液検査上は異常なかった。治療の開始を勧めるも、家族関係の事由で落ち着いた生活ができていないこともあり、病院を変更する可能性もあったため、家族関係の調整が落ち着いた段階で治療をしていくこととなる。</p>					
<p><パス開始後の状況> 初期の認知症であることから、今後、治療していく上で関係機関との連携が必要と考え、地域連携パスを実施した。しかし、上記の調整がまとまっておらず、治療の開始に至っていない。パスも運用できていない。</p>					

* 地域連携パス

NO. 9

年齢	74歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成22年より失見当識、記憶障害、徘徊がみられるようになり、近医のクリニックに受診し認知症の治療を受けていた。併行して介護保険サービスのデイサービス・ショートステイを利用していた。平成23年10月に入り徘徊も頻回となり、自宅にいるにもかかわらず「ここは自分の家ではない。帰る」といったり、妻がいないと不安で探しまわる。しかし、実際に妻を見ると突然怒る等、情動が不安定で、施設利用中は帰宅願望が強く、常時見守りが必要なため、平成23年11月当院初診。認知症検査を実施したところ、頭部CT上は前側頭葉、海馬の萎縮が著明で、HDS-R 4点(遅延再生0/6)であった。血液検査の異常はみられなかった。認知症の継続治療と情動の安定化を目指し薬物療法を開始する。ショートステイなど環境の変化がおこると症状が不安定になることもあるが、なんとか在宅で生活している。</p>					
<p><パス開始後の状況> 内科はかかりつけ医があること、介護保険サービスの利用もあるため、地域連携パスを実施した。しかし、家族の理解が不十分で関係機関との連携にまで至っていない。今後は来院時にパスの内容を満たし、家族への内容理解へのアプローチをしていくことで、連携につなげていく必要がある。</p>					

* 地域連携パス

NO. 10

年齢	82歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> もともと「統合失調症」で他院にて治療していた。同院が遠方という事もあり、平成23年6月当院初診。前医の薬を処方するのみであった。同年11月に入り、交通事故を2回起こしたことや、失見当識、失行、失認の症状がみられるようになったため、内科のかかりつけ医にすすめられ、当院受診。認知症検査を実施したところ、頭部CT上は、前側頭葉、海馬の萎縮が著明でHDS-R 9点(遅延再生0/6)であった。中核症状が中心であり、薬物療法にて認知症の治療を開始した。いまのところ在宅で生活できている。</p>					
<p><パス開始後の状況> 介護申請は未申請であったこともあり、サービスを検討していくように助言し、内科のかかりつけ医の通院と併行して当院を通院していくこととなる。今後のこともあり、情報共有が必要と考え、地域連携パスを実施した。パスの内容が確認できていないため、連携に結びついているかは不明。状況確認中。</p>					

* 地域連携パス

NO. 11

年齢	80歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成22年9月より時々、帰る方向が分からなくなるなど失見当識がみられるようになる。平成23年2月になってさらに症状が悪化したため、近医の医院に通院し、デイサービスを利用することとなる。平成23年11月より失見当識、記憶力低下、夜間徘徊、物盗られ妄想、注察妄想等も出現したため、平成23年12月当院併設の認知症疾患医療センターへ相談が入る。センターにて内容確認後、かかりつけ医の紹介とともに当院初診となる。認知症検査を実施し、頭部CT上は前頭葉、海馬の強い萎縮がみられ、MMSEの心理検査では12点/30点の低値を示したため、アルツハイマー型認知症の治療を開始する。半年間は当院とかかりつけ医を並行して受診し、症状が安定すればかかりつけ医にて治療継続を予定している。</p>					
<p><パス開始後の状況> 上記のようにかかりつけ医とデイサービスを利用していることもあり、地域連携パスを実施。まだ、実施したばかりで情報記載中で、関係機関の利用時に提示していく予定。</p>					

* 地域連携パス

NO. 12

年齢	102歳	性別	男性	病名	レビー小体型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成19年より介護付き有料老人ホームに入居中(要介護2)。平成18年から幻視の訴えがあった。</p>					
<p><パス開始後の状況> 長女へ手帳の説明をする。ケアマネジャーとの情報共有では手帳の活用は無かった。</p>					

* 地域連携パス

NO. 13

年齢	76歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 妻と二人暮らし。物忘れ、意欲低下により平成23年1月当院初診。</p>					
<p><パス開始後の状況> 長女へ手帳の説明をする。本人の情報は担当ケアマネージャーが中心となり、関係機関と情報共有を行っている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 14

年齢	76	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 夫と二人暮らし。平成20年よりデイサービスを利用するが、介護への抵抗が強く平成22年10月外来通院開始。夫の体調不良により在宅介護困難となり平成22年12月入院した。平成23年10月退院後はグループホームに入所し、外来通院再開した。</p>					
<p><パス開始後の状況> 夫、長男、GHスタッフともに手帳に対して理解を示している。外来受診時に手帳を提示されている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 15

年齢	73歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 妻と二人暮らし。平成17年頃より物忘れが目立つようになり、近医を受診。その後転医を繰り返し現在当院に外来通院中。通所と短期入所を併用している。</p>					
<p><パス開始後の状況> 手帳については理解している。ただし、オレンジ手帳のサイズが大きいので携行はできず。また、内容も難しく、定期的に記載することは困難と言われる。</p>					

* 地域連携パス

NO. 16

年齢	86	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 長男家族と5人暮らし。平成23年1月からデイサービスを利用していたが、頻回な転倒や食事介助が必要になるなどADLの低下も認められたため、8月当院受診し、外来通院となる。</p>					
<p><パス開始後の状況> 家族より手帳に関して理解頂き作成している。実際の利用までは至っていない。一緒に生活をしていると見落とす事もあるため、手帳があると一目で分かって助かると言われた。</p>					

* 地域連携バス

NO. 17

年齢	91	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><バス開始前の状況> 夫、長男等と6人暮らし。介護保険サービス等利用せず、自宅にて生活していた。</p>					
<p><バス開始後の状況> 家族より手帳に関して理解頂き作成している。実際の利用までは至っていない。</p>					

* 地域連携バス

NO. 18

年齢	79	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><バス開始前の状況> 妻と長男の3人暮らし。週3回デイケアを利用していた。</p>					
<p><バス開始後の状況> 家族より手帳に関して理解頂き作成している。実際の利用までは至っていない。</p>					

* 地域連携バス

NO. 19

年齢	87	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><バス開始前の状況> 長男家族と5人暮らし。終日傾眠傾向にて、食欲低下認め、また大声、不穏状態続いたため、他院へ入退院を繰り返していた。</p>					
<p><バス開始後の状況> 家族より手帳に関して理解頂き作成している。実際の利用までは至っていない。</p>					

* 地域連携バス

NO. 20

年齢	78	性別	男性	病名	レビー小体型認知症
<p><バス開始前の状況> 平成21年頃から物忘れが目立つようになり、通院をしていたが平成22年12月入院となる。入院は精神科急性期病棟に入院後、認知症療養病棟に転棟し治療を継続。入院中は身体拘束を実施していた。平成23年4月自宅へ退院となる。</p>					
<p><バス開始後の状況> 退院後、通院は定期的にはできていたが、9月位から状態が徐々に悪化、道に迷い警察に保護されるなどのほか、幻視により仏壇の前でティッシュに火をつける、家族への暴力などがあり、施設利用の検討を始めている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 21

年齢	90	性別	女	病名	レビー小体型認知症
<p><パス開始前の状況> 平成19年頃より、物忘れ、失見当識あり、平成22年より幻視が出現。同年10月より精神科外来通院を開始。平成23年1月より精神科急性期病棟入院。同年2月に認知症療養病棟へ移動し治療継続。歩行が不安定で転倒することもあった。</p>					
<p><パス開始後の状況> 退院後、通院は定期的にできており、幻視の症状の憎悪なく、訪問看護・デイサービス・ショートステイなどの介護保険サービスを利用し在宅生活を継続している。ただし、一人で外出することがあり、娘は不安に感じている。</p>					

* 地域連携パス

NO. 22

年齢	72	性別	男	病名	レビー小体型認知症
<p><パス開始前の状況> 近医にて、パーキンソン病としての治療を受けていた。幻視、独語、支離滅裂言動が目立ち、薬剤調整目的にて当院紹介後入院。入院後、症状は安定し作業療法参加にも適応できていた。但し、女性患者への過干渉が認められた。</p>					
<p><パス開始後の状況> 退院後、妻同伴で交通機関を利用しての定期的な通院を行うことができている。デイサービス・ベッドレンタルの介護保険サービス利用中。状態は安定している。</p>					

* 地域連携パス

NO. 23

年齢	84	性別	男	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 妻と二人暮らし。平成20年頃、緑内障にて左目失明。右目もわずかに見える程度となった。この頃より怒りっぽさがひどくなった。目が見えないにもかかわらず田んぼをすることにこだわり、他人の田んぼを借り、わざわざ人を雇い、行っていた。妻に対しても田んぼの草刈や水路の掃除などをやらせたり、物がなくなると妻のせいにして怒るなどし、妻が疲労している状態があった。平成23年10月当院受診。</p>					
<p><パス開始後の状況> 当院重度認知症患者デイケアを週1回利用。服薬開始、調整により、怒りっぽさは少なくなった。平成23年12月、デイケアの実施主体が変更したことに伴い、クリニックへ転院。転医の際に手帳の利用開始。病院からクリニックへの情報提供を実施し、本人の状態把握に役立てた。これにより、妻も手帳の利用方法を理解したようである。</p>					

* 地域連携パス

NO. 24

年齢	95	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<p><パス開始前の状況> 次男家族と同居。平成13年頃よりお金に対する妄想が出現し、何度もお金のことで警察に訴えに行っていた。平成14年、「物を盗られた」という妄想が悪化し精神科に2週間入院となった。退院後は問題なく過ごしていた。平成17年よりデイサービスの利用を開始した。平成19年、転倒し、大腿骨を骨折し、人工骨頭置換術を施行。平成23年9月、物盗られ妄想が活発になり、同年10月、「服を盗られた、若い男(存在しない)がおった」等と騒ぎ、10時間近く大声でドアを叩きながら同じ訴えを繰り返していた。その後「家に火をつけてやる」と訴えたり、モップの棒で殴りかかってくる等の行動がみられショートステイを利用していた。自宅での対応が困難となり、同月、当院に入院となった。薬物調整にて症状が落ちつき、平成24年1月介護老人保健施設に退院となった。</p>					
<p><パス開始後の状況> 入所後はオレンジ手帳を施設に提供し、家族状況や既往歴、認知症の程度などの状態把握に役立てた。</p>					

* 地域連携パス

NO. 25

年齢	69	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 老健入所中、徘徊著明で当院入院となる。当院へは3回目の入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 徘徊及び意味不明の独語著明で、他患への介入多い。食事が取れない。失禁著明。言語的コミュニケーションは不可能。MMSEなどの検査不可。薬物療法でも、芸術療法でも、作業療法など非薬物療法でも効果なくBPSD持続のため、入院継続中。自宅では受入れ困難とのことで、特養の面接もあるも、対応できないとの返事。</p>					

* 地域連携バス

NO. 26

年齢	72	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 認知症に加え、アルコールの飲酒もあり、自宅で暴力を振り、当院入院となる。家族は本人と暴力がトラウマになっていた。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時は歩行不可で、車椅子での入院。薬物の調整等により、すぐに状態安定し、外泊を繰り返し、軽快退院となる。退院時は独歩可。暴力のトラウマのため、家族は、当初、退院に拒否的であったが、薬物の調整について説明と外泊より、理解を示し、自宅への退院となった。介護保険申請。</p>					

* 地域連携バス

NO. 27

年齢	83	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 自宅で長女夫婦による虐待疑いのため、次女の申し出により当院へ入院。本人には希死念慮、自殺企図あり。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> MMSE23点。虐待回避的入院も、医療保護の保護者が長女となるため、さまざまな問題があり、次女の対応重視のため養護施設入所へと移行した。入院より、長女夫婦と距離をおき、希死念慮等は見られなくなった。</p>					

* 地域連携バス

NO. 28

年齢	83	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 内科医院入院中に妄想、幻覚、徘徊などトラブルあり、紹介にて当院入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後BPSDよりも、胃癌手術後(ストーマ有)、糖尿病、高血圧、痛風、嚥下障害などの持病に関連した肺炎などの合併症多発し、身体合併症病棟へ転棟となった。妻も二人暮らしのため、家庭復帰は見込めない。</p>					

地域連携パス「オレンジ手帳」概略

従来の病院で作成する、シート形式のパスはそれぞれの施設が中心となり作成するため、情報が一方通行になりがちであり、情報交換というより工程表の名の通り「努力目標」の意味合いが強かったように思われる。今回提案した手帳形式の地域連携パスはすでに大阪大学や熊本大学などで提案され、また熊本県八代市で普及させているなど、先駆的な取り組みが始まっている。

手帳形式の地域連携パスは原則として本人または家族が所持して、地域での医療、介護、福祉、行政での治療ケア、サービスをうけるときの参考にすることが想定されており、作成の段階から医療、介護、福祉、行政などの代表者が意見を持ち寄ることで相互に必要な情報を盛り込むことが出来、双方向の情報発信と情報の集約化が可能となるメリットがある。

また、作成の段階より個人情報の件などについての懸念が寄せられたが、記載する項目は必ずしも全てを記載しなければならないものではなく、本人ないし家族の選択に委ねられる。何にもまして、所有し、活用すること自体、自由である。活用する前に同意書にサインをすることにより、活用の意志確認をするようにしてある。

上述のように作成の段階から多職種が関わっており、双方向の情報の発信が可能であり、近年整備が進んでいる認知症疾患医療センターとともに地域連携の有力な道具として期待される。

認知症退院支援クリニカルパス 試行結果統計表

●調査対象：日本精神科病院協会 会員9病院

●調査期間：平成23年10月1日～12月末日

01 年齢

回答数	51
最年少	65歳
最年長	102歳
平均	81.7歳

02 診断名

	回答数	構成割合
回答数	51	100.0%
アルツハイマー型認知症	39	76.5%
血管性認知症	5	9.8%
レビー小体型認知症	4	7.8%
前頭側頭型認知症	1	2.0%
その他	2	3.9%

03 性別

	回答数	構成割合
回答数	51	100.0%
男性	20	39.2%
女性	31	60.8%

04 受診経緯

	回答数	構成割合
回答数	51	100.0%
自宅	22	43.1%
医療機関	17	33.3%
総合病院	4	23.5%
一般病院・医院	12	70.6%
精神科病院	1	5.9%
介護保険機関	12	23.5%
介護老人保健施設	3	25.0%
有料老人ホーム	3	25.0%
グループホーム	2	16.7%
ショートステイ	1	8.3%
地域包括支援センター	1	8.3%
ケアマネージャー	1	8.3%
ホームヘルパー	1	8.3%

05 退院状況について

	回答数	構成割合
回答数	51	100.0%
合併症・死去による退院・転棟	8	15.7%
3カ月以内の退院不可	19	37.3%
パス遂行中	11	21.6%
3カ月以内の退院	13	25.5%
最短（日）	10	
最長（日）	92	
平均（日）	51	

06 バリアンスの有無

	回答数	構成割合
回答数	51	100.0%
無	24	47.1%
有	27	52.9%
合併症治療	8	29.6%
症状(BPSD)改善困難	10	37.0%
受入待ち	5	18.5%
家族調整困難	2	7.4%
死去	2	7.4%

07 入院中の退院先(予定)の有無

	回答数	構成割合
回答数	16	100.0%
無	4	25.0%
有	12	75.0%
自宅	3	25.0%
介護老人保健施設	2	16.7%
グループホーム	1	8.3%
介護療養病棟	1	8.3%
ショートステイ	1	8.3%
その他施設	4	33.3%

08 退院先

	回答数	構成割合
回答数	13	100.0%
自宅	5	38.5%
特別養護老人ホーム	3	23.1%
有料老人ホーム	2	15.4%
高齢者賃貸住宅	1	7.7%
介護老人保健施設	1	7.7%
その他施設	1	7.7%

<p>メリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス開催にて、多職種、他機関との連携が図りやすい。 ・パスによって、各職種の役割が明確化され、円滑な退院支援が行える。 ・各部署での役割など明確化されており分かりやすい ・本人がどの段階にいるのか把握しやすい。 ・退院までの各段階で進行が確認できる。 ・入院目的が明確化でき、目標に向かって取り組みやすくなる。 ・病棟運営における理解がしやすくなる点で、教育的に役立つと思われる。 ・定期的に患者様の状態を把握し、多職種で情報を共有できる。 ・退院に向けて、計画的に制度等の手続き、ご家族への話を進める事が出来た。 ・治療方針、計画等がイメージ化しやすく、現在なにをすべきかが明確になる。 ・多職種との連携により、情報の共有化とコミュニケーションが図れるようになる。 ・家族への説明(治療経過・看護計画など)がやりやすくなる。 ・ケースカンファレンスの重要性の認識が出来る。 ・この度のクリニカルパスの実施にあたり、当院でやるべき事の再確認が出来た。 ・退院に向けて確実にスケジュールが組まれているので、職員の意識付けとしての意味合いは大きかった。 ・内容的にも、退院に向けて具体的なパスであると思われた。 ・家族への説明漏れを防げた。 ・多職種でのカンファレンスをクリニカルパスを基準に行うことで、退院支援に向けての具体的な検討ができたため非常に有効であった。各職種間の連携もとりやすい。 ・パスに沿って、入院前からの関わり・情報共有が図れることで、よりスムーズに入院治療に移行することができる。家族からの理解・協力も得られやすい。 ・患者にとって、より公平・平等な医療サービスの提供が期待される。 ・患者・家族・各専門職種における治療目標の把握や情報の共有ができる。 ・病状・治療の経過が明確となり治療及び看護計画において活用できる。 ・家族が患者の現状を把握でき、また治療や病状の経過も理解しやすくなる。 ・各職種が、患者の現状に応じた治療及び看護計画に基づきチームアプローチを明確に行える。
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>デメリット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院1週間など評価する期間が短いため、病状の変化が判断しにくい。また、家族への署名をこの期間内で実施することは困難。 ・入院前の評価は、もし、初診で入院した時は評価できないので必要ないと考える。 ・各職種のチェック項目が多い。簡素にする必要があると考える。 ・必ずしも全員が3ヶ月で退院される訳ではない為、退院されない方に対してはパスを使用する必要性が無いのではないか。 ・今回、当院は介護保険病棟で使用したため、期間が短いと感じる。 ・相談員においては、施設申し込みで手続きの状況確認の深度が確認しにくい。 ・パス概要について、家族説明・同意を得るのに時間を要する可能性がある。 ・必要に応じて検査を実施しているが、検査項目が予め書かれているため、空欄になっている場合、家族が署名時に、何故していないのかと不信に思うのではないか。 ・各担当職種のチェック項目で、判断基準が分からない為、わかるような基準があると助かる。例えば薬剤師の薬剤管理とはどのような内容なのか等。 ・検査の種類・頻度が多い(特に入院前後)-レベルが高い患者さんからはクレームあり。特に男性患者。 ・精査完了の意味は？(認知症診断確定の意味ですか?) ・SWの欄に画像検査依頼がある。当院ではNsで行っている。 ・SWの欄に入院一週間で退院先の確認などの4項目は入院時に行っている。 ・SWの欄に他科受診の項目がある。当院ではNsが行っている場合もある。 ・Nsの欄に1ヶ月で中間サマリーがある。看護計画の評価は行うが、サマリーまでは難しい。 ・実際には、毎回署名をもらう事は不可能だった。また、最下段の署名欄は狭かった。 ・検査や業務量の量的なことから、病棟全員に施行は不可能と思われる。 ・項目および記載内容については概ね妥当であると思われるが、家族に説明する上で、わかりにくい専門用語などについて、職員から補足の説明を要することが多かった。 ・クリニカルパスの間隔が狭く、家族の都合もあり、毎回サインを求めるのが困難なケースもあった。 ・運用するにあたっての注意事項や、記載方法、バリエーションの基準などがまとめられた説明書があると実際に使用するスタッフの戸惑いが軽減されると思われる。
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

認知症退院支援クリニカルパス 実施経過一覧

●調査対象：日本精神科病院協会 会員9病院

●調査期間：平成23年10月1日～12月末日

NO.	年齢	性別	病名	受診経緯	種別	センター 経由	開始日	入院 期間	退院日	3カ月 退院	バス 遂行中	3カ月 以上	合併症 ・死去	退院先の 有無	退院先	利用サービス	バリエーション		コメント
																	有	無	
1	82	女	AD	総合病院	医療機関	○	H23.9.16	46	H23.10.31	○					在宅	デイサービス	無	無	認知症治療薬の薬剤調整目的で入院。 家族の希望にて紹介元の通院ではなく 当院通院となる。
2	95	女	AD	家族	自宅	×	H23.10.18	56	H23.12.12	○					在宅	デイサービス	無	無	クリニカルパスに添って検査・面談・外泊を 繰り返し、退院日を施設ケアマネ、家族とカ ンアランス実施した後に退院。
3	68	女	VD	地域包括 支援センター	介護保険 機関	○	H23.11.5	40	H23.12.14	○					在宅	デイサービス	無	無	妄想主体の症状があったが、薬剤投与 により改善。当院外来に通院している。
4	75	男	AD	かかりつけ医	医療機関	×	H23.11.22	入院中 (40)			○			有	在宅予定		無	無	BPSD改善後、家族より在宅での生活希 望あり。面談、外泊を繰り返し、近日 退院予定。
5	73	男	AD	家族	自宅	×	H23.12.9	入院中 (22)			○			無			無	無	検査をクリニカルパスに添って実施中。徘 徊、暴力行為があるため、薬剤調整し、 経過観察中。
6	81	女	AD	精神科病院	医療機関	○	H23.10.6	47	H23.11.21	○					有料老人ホーム		無	無	入院時より退院先が決定していた。ケアマ ネとの連携がスムーズに行えた。地域連 携介護支援会議が持てた。情報提供用 紙が提供できた。
7	72	女	AD	介護老人 保健施設	介護保険 機関	○	H23.11.1	58	H23.12.28	○					特養		無	無	
8	88	女	AD	介護老人 保健施設	介護保険 機関	○	H23.12.2	入院中 (34)			○			有	G.H予定		無	無	
9	91	女	AD	一般病院	医療機関	×	H23.10.20	入院中 (77)			○			有	死去		無	無	現在進行形であり、BPSD改善傾向であ る。改善できれば退院先もあるのでは、この のまま行けば3カ月以内には入所可能
10	89	男	AD	ショート ステイ	介護保険 機関	○	H23.10.28	32	H23.11.28				○		死去		有	有	症状改善 困難。本人の介護抵抗が強く退 院調整に移れず
11	79	女	VD	家族	自宅	×	H23.10.1	入院中 (140)	未定			○			未定		有	有	家族の感性感情が強く、退院に進めない
12	77	男	DLB	家族	自宅	×	H23.10.1	入院中 (156)	未定			○			未定		有	有	家族調整 困難

13	65	男	AD	家族	自宅	×	H23.10.1	入院中 (244)	未定						○			施設予定		有	症状改善 困難	徘徊、放尿等のBPSDが残る。家族も退院に動かず
14	67	女	AD	警察	自宅	×	H23.10.1	入院中 (187)	未定						○			未定		有	症状改善 困難	BPSD改善困難。家族の陰性感情も強い
15	87	女	AD	かかりつけ医	医療機関	×	H23.10.1	入院中 (198)	未定						○			未定		有	合併症 治療	内科的治療が優先されるため、パスを中止
16	75	女	AD	家族	自宅	×	H23.11.26	入院中 (36)	未定						○			未定		有	家族調整 困難	パスの期間内での退院調整不可。期間延長の検討
17	81	女	AD	ケア マネー ジャー	介護保険 機関	○	H23.12.27	入院中 (4)	未定						○			未定		有	合併症 治療	内科的治療が優先されるため、パスを中止
18	84	女	AD	家族	自宅	○	H23.10.21	入院中 (72)	未定						○			未定		有	症状改善 困難	骨折に伴うADLの低下、薬剤調整困難のためパスを中止
19	78	女	AD	総合病院	医療機関	×	H23.11.11	入院中 (52)	未定				○					施設予定		無		在宅への退院調整から、家族の受け入れ困難があり、施設入所に変更し調整中
20	102	男	DLB	介護付き有 料老人ホ ム	介護保険 機関	×	H23.10.12	10	H23.10.21	○								元の施設		無		幻視、異常行動によりH23.10月入院。処方調整し、同月退院となる。
21	92	女	AD	自宅	自宅	×	H23.10.13	入院中					○							無		ADL全般が低下しH23.10月入院。
22	76	男	AD	自宅	自宅	×	H23.11.2	79	H24.1.21	○								高齢者賃貸 住宅		無		攻撃的な言動があらわれH23.11月入院。処方調整し、H24.1月退院となる。
23	84	男	VD	自宅	自宅	×	H23.11.7	64	H24.1.11					○				内科病院へ 転院		有	合併症治療	入院後、肺炎を併発し全身管理を行う。入院中胃ろうチューブを自己抜き、胃ろう再挿入目的で転院。
24	90	女	AD	自宅	自宅	×	H23.11.14	35	H23.12.19	○								特養		無		物盗られ妄想や異常行動でH23.11月入院。処方調整し、H23.12月退院。
25	79	男	DLB	自宅	自宅	×	H23.10.17	4	未定						○			未定		有	症状改善 困難	薬への粗糞ありH23.10月入院。1回目カンファ: H23.11月、2回目カンファ: H23.12月。現在、BPSD改善に向けて内服調整継続中

26	85	男	AD	他院より紹介	医療機関	×	H23.9.28	43	H23.11.10											合併症治療 肺炎治療行っても改善せず死去される	
27	80	男	MTD	ヘルパー	介護保険 機関	×	H23.9.8														合併症治療 肺炎にて管理中
28	81	男	AD	他院より 紹介	医療機関	×	H23.8.19														合併症治療 肺炎にて管理中
29	90	女	AD	他院より 紹介	医療機関	×	H23.9.20	127	H24.1.25	○											施設満床のため待機となり、バス施行期 間内(H23年12月中)の退院に至らず
30	86	女	AD疑 い せん 妄	AD疑 内科医院入 院中に妄想 等によるトラ ブル	医療機関	×	H23.9.14	34	H23.10.18	○											軽快退院
31	86	女	AD	自宅で 固ま寝たきり	自宅	×	H23.10.5	71	H23.12.15												誤嚥性肺炎、感染性皮膚びらん等の合 併症多発
32	83	女	FTD	GH入所中 徘徊、過食 著明	介護保険 機関	×	H23.10.12	92	H24.1.12	○											BPSD(他患への危険性)持続のため、入 院継続
33	69	女	AD	老健入所中 徘徊著明	介護保険 機関	×	H23.10.14	92	H24.1.14	○											徘徊著明のBPSD持続のため、入院継続
34	72	男	AD	自宅で暴力	自宅	×	H23.10.21	28	H23.11.18	○											軽快退院
35	83	女	AD	自宅で 虐待疑い	自宅	×	H23.11.15	57	H24.1.10	○											退院、症状に変化しないが、虐待回避のた め施設入所
36	74	男	AD	自宅で徘徊 せん妄、異 食等	自宅	×	H23.10.5	92	H24.1.5	○											暴力等のBPSD持続のため、入院継続
37	85	女	AD	GH入所中 徘徊、異食 著明	介護保険 機関	×	H23.10.12	92	H24.1.12	○											徘徊と帰宅要求著明のBPSD持続のた め、入院継続
38	83	女	AD	ケア付き有 料ホームで 暴力、不眠	介護保険 機関	×	H23.11.2	91	H24.2.1	○											BPSD持続のため、入院継続
39	83	男	AD	内科医院入 院中に徘徊 トラブル	医療機関	×	H23.12.28	23	H24.1.20												胃癌術後、ストーマあり、関連した合併症 多発

40	86	女	AD	自宅	自宅	×	H23.8.26	継続中	未定				○			有	施設入所予定		有	受入待ち	ADLの低下もあり、入院継続中。 施設入所の申し込み中
41	91	女	AD	他院から紹介	医療機関	×	H23.8.19	継続中	未定				○			有	施設入所予定		有	受入待ち	不潔行為、浅眠などあり、入院継続にて様子観察中
42	79	男	AD	他院から紹介	医療機関	×	H23.5.25	107	H23.9.8				○			有	自宅	デイサービス	有	受入待ち	家族の受け入れに手間取ったが、3ヶ月程度で自宅へ退院となる。
43	87	女	AD	自宅	自宅	×	H22.12.14	80	H23.3.3	○							施設	施設入所	無		本人の状態安定と同時に、入所施設も決まり、退院となる
44	72	男	DLB	自宅	自宅	×	H23.7.25	105	H23.11.7				○			有	SSベッドレンタル	SSベッドレンタル	有	受入待ち	歩行安定、女性患者に過干渉
45	84	男	AD	有料老人ホーム	介護保険機関	×	H23.7.11	108	H23.10.27					○			死亡	×	有	死去	肺炎にて逸脱、死亡退院
46	85	男	VD	自宅	自宅	×	H23.5.12	141	H23.9.30				○			有	介護療養病床	×	有	受入待ち	身体機能維持でのリハビリを希望
47	86	女	AD	他院から紹介	医療機関	×	H23.12.20	入院中				○				無		×			H17認知症グループホームに入所。 H23.11月、貧血が強く総合病院に入院となる。貧血症状は改善されたが、認知症は強く、H23.12月当院入院となる。 入院加療・薬物調整により症状安定。経過観察中
48	95	女	AD	他院から紹介	医療機関	×	H23.10.20	92	H24.1.19	○							老健	×	無		H13頃よりお金に関する妄想が出現。 H23.9月頃より妄想が活発になりH23.10月当院入院となる。入院後1～2週間で薬物調整により状態安定し、経過良好でH24.1月、老健に退院となる。
49	76	男	VD	総合病院	医療機関	×	H23.11.9	入院中				○				有	施設希望	×	無		夜間せん妄、徘徊あり、H23.11月紹介入院となる。薬物療法中
50	82	女	AD	自宅	自宅	×	H23.11.2	入院中				○				有	自宅希望	×	無		H23.9月頃より、抑うつ状態、意欲低下、会話不能、歩行不安定でH23.11月入院。薬物療法中
51	73	女	AD	総合病院	医療機関	×	H23.11.19	入院中				○				無	検討中	×	無		H23.9月脳梗塞発症。以来、不穏・せん妄出現。H23.11月紹介入院となる。薬物療法中

認知症退院支援クリニカルパス 患者概要一覧

* 退院支援クリニカルパス

NO. 1

年齢	82歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年7月より総合病院にてメマンチン処方。同年8月よりふらつきありメマンチン処方中止。メマンチンを止めてからBPSD出現。家族よりメマンチン処方を希望。総合病院では、今後本人に対してメマンチン処方は難しいとのこと。市役所より認知症疾患医療センターを紹介され当院来院。家でボーっとしたりする症状があると心配。薬調整の為入院希望し、入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時よりふらつきあるが転倒はない。不安、焦燥感、もの忘れあるがトラブルなく落ち着いて生活する。副作用の出現もなく退院となる。 退院後は自宅にて生活し、当院に通院している。退院時より地域連携バスに移行。現在は施設等の入所手続きを進めている。施設申し込みの際、地域連携バスを各施設に提示している。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 2

年齢	95歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 幻覚あり。ヘルパーに対し暴言。ベッドより無理に下りようとする行動があり、家族は本人から目が離せず家族の介護疲れ。当院受診入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> クリニカルパスに沿って検査、面談を進める。外泊を繰り返し平成23年12月より自宅退院。現在自宅にて落ち着いて生活。デイケアを1日おきに利用。定期的に外来受診をする。 現状は他院に通院していない為、手帳は他に提示していないが、今後施設申し込みの際や他院受診の際は手帳を提示する予定とのこと。ご家族より手帳ひとつで入院中のことなどがわかるので、便利との声あり。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 3

年齢	68歳	性別	女性	病名	脳血管性認知症
<p><入院前の状況> 夫に対する妄想。“夫が浮気をしている”“夫が女性を連れこんで・・・”自宅に鍵をかけて「帰ってくるな」と言う、物を投げる。認知症疾患医療センターに相談。当院受診入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院当初も夫に対する妄想あり。服薬にて妄想落ち着く。見た限り、暴れることもなく2回の外出も問題ない。妄想主体であったが薬剤を病院では服用するが家に帰って飲まなくなると心配と家族の不安はあったが、当院に通院し、服薬を継続することを説明し自宅に退院となる。継続した通院治療とデイサービス、ショートステイなどの介護保険サービスを利用することを考え、地域連携バスに移行。利用する関係機関には提示し、情報共有を行っている。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 4

年齢	75歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成22年11月より物忘れ、怒りっぽい症状あり。平成23年10月より不眠傾向、テーブルをひっくり返したり、妻に対して物を投げたりする行為出現。当院受診、入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後は落ち着いて生活される。自宅での介護を家族が希望。外泊は合計3回行なう。外泊中の自宅での様子を検討し、今後の退院に向けての面談等を行なう。退院後は自宅にて生活を予定している。家族の介護軽減を図る為、デイサービスを週4回、ショートステイ等を利用予定。治療の継続は当院通院を予定している。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 5

年齢	72歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 妻に介護抵抗。異食行為。夜間徘徊。夜間に畑に行きニンジン、大根を食べる。警察より自宅へ電話が入ることもあり当院受診、入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 検査はクリニカルパスに沿って進めている。HDS-R 0/30点(平成23年12月)。現在も不眠、介護抵抗あり。現在薬調整中。家族は毎日の面会に来院。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 6

年齢	81歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 長女の知人より本人の症状が「レビー小体型認知症」ではないかということで専門医への診察を勧められ、長女より認知症疾患医療センターに電話相談、平成23年7月より当院受診となる。平成23年4月認知症の症状が悪化。平成23年5月夫が癌で入院された為、本人は有料老人ホーム入所。H23.9夫が亡くなってから急に妄想が出現。施設職員に対する暴言、暴力が目立つ。不眠、食事摂取不可などの症状がある為平成23年10月当院入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後はクリニカルパスに沿って施設職員、ケアマネ等と面談を行なう。面談についての連絡や日程調整が早い段階で漏れなく行なえたこともあり、退院調整をスムーズに行なうことができた。 入院時は介護抵抗があったが服薬調整後はなくなり落ち着いて生活する。 退院後は入院前の有料老人ホーム入所。今後の治療は老人ホームの嘱託医へ移された。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 7

年齢	72歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 老人保健施設より当院入院。施設内を徘徊し他者の部屋に入る。理解できないと興奮したたく、蹴る行為あり。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時も介護抵抗があり、職員に対して叩いたり、他の利用者を叩く行為あり。入院後1ヶ月程度で落ち着く。退院後は特別養護老人ホーム入所となる。今後は、当院に通院予定である。地域連携パスに移行予定である。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 8

年齢	88歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 老人保健施設より当院入院。夜間不眠、介護抵抗、他者の部屋に入る等の行為あり。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後も症状落ち着かず大声、独語あり。夜間は落ち着いて眠るようになり、意志疎通が可能な時もある。クリニカルパスに基づき面談を進める。退院先はグループホームを予定している。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 9

年齢	90歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年9月より「お金を盗られた」「鍵を盗られた」「100万円盗られた」「4千万円盗られた」と訴えあり。甥より地域包括支援センター相談。地域包括支援センターより当院入院相談。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時よりクリニカルパスに沿って面談等行なう。入院時より地域包括支援センターの方も関わって頂いたこともあり家族、施設との面談はスムーズに行なうことはできた。老人保健施設入所予定となり治療の継続は囑託医へ移られる予定である。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 10

年齢	89歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 在宅にて生活。介護抵抗などの症状あり。BPSDの改善を目的に入院</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後急性心不全の為永眠。パス終了となる。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 11

年齢	79歳	性別	女性	病名	血管性認知症
<p><入院前の状況> 平成19年頃よりカップラーメンを直火にかける行為あり。平成20年頃より家にいて「家に帰りたい」といって出て行く。夫に対してたたいたり、お茶碗をぶついたり、味噌汁をかけたたりする。誰も居ないのに「お客さんがたくさん来たからお菓子を出さないかん」と言う。デイサービス職員に対する介護抵抗、デイサービス利用中に「帰る」といってドアを叩く。デイサービスより受診をすすめられ平成23年4月来院。平成23年8月暴言、暴力がひどくなり、夫が介護に疲れ、本人に対して恐怖心を抱くようになり平成23年8月入院治療となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院途中より退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。しかし、薬の調整が困難で、依然として介護抵抗が強く、退院の調整に移れない状況である。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 12

年齢	77歳	性別	男性	病名	レビー小体型認知症
<p><入院前の状況> 自分の思い通りにならないと妻に暴力、暴言。妻が出血するくらいつねる。妻の顔、耳、口から出血。妻の弟に対して「(自分の)山に穴をあけられた」「道具を持って行かれた」。長男夫婦が話しているのをみて「俺の悪口を言っている」。妻は本人からの暴力に悩んでいたため、入院治療となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> BPSDは薬物療法にて改善に向かっているが、暴力を受けた家族が本人に陰性感情を強く持っており、面会も拒否している。そのため、退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。しかし、面談等を実施していくも、家族の陰性感情は和らぐ事がなく、退院に進めない。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 13

年齢	65歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年1月より「ぶっ殺してやる」などの暴言がひどくなる。夜中に怒鳴る。弟宅へ行き「家族に殺される」と訴えるようになる。出かけても道がわからなくなるので家に戻れない。妻は本人と居ると危険を感じるようになった為、介護施設の入所ができるまで入院希望し、入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院途中より退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。しかし、徘徊、放尿などがあり、家族も施設入所に向けて動かないため、退院支援が進まない状況にある。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 14

年齢	67歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年6月より吐気があり、内科病院入院するが、入院先の看護師に物をぶつけた為強制退院となる。娘に手をあげる、はさみを突き出す、「火をつけてやる」という言動あり。警察と共に来院。当院に入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> BPSDは盗食、他者への迷惑行為があり、見守り・介助が必要。暴力を受けた家族が本人に陰性感情を強く持っている。そのため、退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。しかし、BSPDの改善が困難で、家族の陰性感情もなくなり、退院に進めない状況である。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 15

年齢	87歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年5月頃より“胸が痛い”“体が痛い”介護の訴えが多くなる。他院にて精査するも身体的な異常が認められないため、当院紹介され、「うつ病」で入院となる。入院中に認知症検査実施し、頭部CT上に前側頭葉、海馬の萎縮がみられる。心理検査でも低値を示し、認知症の治療も併行して行うことになる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後、身体症状の訴えは続いており、家族も退院後その訴えに対して常に対応できないと退院に対して前向きでなかったため、退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。しかし、食事量も減少し、ADL低下となったため、ほぼ寝たきり状態となる。その結果、内科的治療が優先される状態となり、パスは中止となった。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 16

年齢	75歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成23年11月、「身体がえらい」と総合病院の救急外来受診。10日程入院するも異常無し。それから2週間後「えらい」と訴え救急車要請、総合病院に受診となるが異常はなく帰宅。頭痛がする為不眠。覚醒する度に夫を起こす。今後の生活のため一端、入院治療を行ない症状を落ち着かせたいと入院することとなる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後も訴えは変わらず継続していた。家族は休息がとれ、外泊等にもつながりそうになっていた。しかし、本人と会った家族は症状が継続していることで、退院に前向きになれなくなっていたため、退院支援クリニカルパスを導入し、退院支援を試みる。面談等で家族の気持ちを変えていく予定であったが、パスの期間では時間的に困難であり、時間をかけて進めていくことが望ましいと考え、パスを中止した。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 17

年齢	81歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成20年頃より「泥棒が入る」「物を盗られた」と訴える。外出しても家に帰れない。平成22年頃より外に向って話すようになる。洗面台で排泄をする。平成23年より右手と左足を痛がり、痛がると手がつけられない。精神を安定させてから痛いところを治してはどうかとかかりつけ医より助言。ケアマネより認知症疾患医療センターを紹介され、センター相談後、当院受診し、平成23年12月入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時より退院支援クリニカルパスが開始されていたが、不明熱があり、総合病院への入院となったため、一旦中止となる。しかし、原因分からず、平成23年12月当院再入院し、パス再開の予定であったが、この期間中にADLが低下し、食事摂取も困難で内科的治療を優先と考え、パスは中止とした。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 18

年齢	84歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成21年頃より、火、ガス、ストーブの管理ができない。こがす等あり。平成23年、家にいるのか、施設にいるのかわからない。昼夜逆転、夜間徘徊。部屋のまわりをウロウロしたり、無理に起きていたりして夜間不穏、せん妄があったため、認知症疾患医療センターに相談が入る。その後、当院受診し、BPSDの改善を目指し平成23年8月入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後も、夜間徘徊が改善せず、転倒し、右大腿骨頸部骨折となり、他院へ転院。平成23年10月再び当院にてBPSDの改善を目的に入院し、退院支援クリニカルパスにて早期退院を目指す。ADLの改善が困難で寝たきりで全介助を必要とする状態が継続している。夜間の不穏状態の改善も困難で、薬の調整が長期化しておりパスの運用は中止となる。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 19

年齢	78歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 幻覚症状あり「壁にゴキブリ、ねずみがいる」「蚊が飛んでいる」眠れていない様子。興奮し介護抵抗あり。便をこねる、食べる。ガスのつけっぱなしによって？一酸化中毒になり総合病院入院。入院先の病院には精神科病棟がない為当院に転院相談、当院入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後、退院支援クリニカルパスにて治療を進め、ADLも回復し、BPSDも改善傾向にある。そのため、外泊を繰り返して、在宅への退院調整を促していたが、家族が在宅での受け入れに難色を示し、途中より施設入所の方向に変更となる。現在は退院計画を修正している段階にある。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 20

年齢	102歳	性別	男性	病名	レビー小体型認知症
<p><入院前の状況> 介護付き有料老人ホームに入所していた。平成18年から幻視・幻覚の訴えがある。平成23年10月の夜間帯、ナースコール頻回、体幹の傾き、微熱に併せ、いつもと違う訴えがみられた(車椅子どこにあるか詳しく教えて欲しい、爪を切って欲しい、等)。翌日、「蜂がいる」「アブがいる」「豆が落ちている」等幻視あり、床を気にするようになった。当院外来受診し、医療保護入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 入院後、処方調整により落ちつきをとり戻し、平成23年10月退院。介護付き有料老人ホームへ戻る。入院期間10日間。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 21

年齢	92歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 平成19年頃より長女と2人暮らし。室内を歩くだけで息切れをするようになったためT病院を受診し、心不全と診断されペースメーカーを埋め込む。日常生活に支障をきたすようなことはなく落ち着いて過ごしていた。平成22年頃から物忘れが目立つようになる。 平成23年4月頃、ADL全般が急激に低下する。家族が介護困難となり、10月医療保護入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 入院後は落ち着いて過ごしている。家族は自宅に戻したい意向もあるが、施設(老健、グループホーム)への退院も検討中。退院先が決まれば、いつでも退院可能な状態である。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 22

年齢	76歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 妻と2人暮らし。1～2年前より、物を無くし、探すことが多くなる。平成22年末頃から長女宅に頻回執拗な電話をする、同じものを何度も購入するなどの問題行動が見られる。食事を食べたことも忘れ、大量飲酒もあったため、平成23年1月当院受診。その後、外来通院をおこなうが次第に症状が悪化し、家族への攻撃的な態度が顕著になる。夜間も徘徊があり、家族の対応が困難となり、平成23年11月医療保護入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 入院後、病棟では友人が多く麻雀などをして穏やかに過ごしている。平成23年11月に家族が老健や小規模多機能施設を見学する。平成24年1月、高齢者賃貸住宅に退院となる。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 23

年齢	84歳	性別	男性	病名	脳血管性認知症
<p><入院前の状況> 元々、心房細動を認めていたが、平成11年脳梗塞を発症し物忘れ・凶暴性・異常言動が著明となる。その後、入退院を繰り返す。昼夜逆転、妻への暴力など家族が対応困難となり、平成23年8月に当院入院となる。内科病院にて胃ろう造設後、平成23年11月に当院再入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 肺炎を併発し、全身管理を行う。肺炎軽快に伴い活動性活発となり、平成24年1月に胃ろうチューブを自己抜去したため、内科病院へ転院となる。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 24

年齢	90歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 74歳頃(平成7年)から物が盗られたとの訴えが始まる。85歳(平成18年)からは同居している長男の嫁に対する物盗られ妄想があらわれる。次第に妄想の対象が家族だけでなくマンションの住民にも向けられる。この頃から記憶障害、ADL機能低下、迷子になるなど日常生活に支障をきたすようになった。平成22年7月、他の精神科病院を初診し外来通院をしていた。同院の閉鎖に伴い平成23年9月当院を受診、外来通院をしていたが状態は改善せず、平成23年11月に医療保護入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 入院後はBPSDの改善が認められ、落ち着いて過ごしていた。家族は非協力的で、自宅への退院は拒否していた。入院当初、家族は認知症パスの治療計画にある程度の理解を示していた。入院後、長期入院を希望する話しが家族からあったが、退院調整を行い、平成23年12月に特養へ退院となる。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 25

年齢	79	性別	男	病名	レビー小体型認知症
<p><入院前の状況> 妻と二人暮らし。平成23年5月頃からもの忘れが目立つようになり、脳外科でDLBを疑われ内服治療を開始した。9月に脳梗塞の入院治療を行い、退院後、夜間の徘徊や妻への粗暴行為があり在宅介護困難とのことで10月に当院入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 平成23年11月(入院1ヶ月目)、12月(入院2ヶ月目)と本人・家族・各スタッフ参加のカンファレンスを行い、情報の共有、今後の方針の決定に努めている。治療はBPSD改善に向けて内服調整中である。家族の意向は当初在宅介護希望していたが、現在は施設入所を希望するようになり、介護保険の手続きなど支援を行っている。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 26

年齢	85歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 妻・長男夫婦・孫と同居し、5人暮らし。平成21年頃より物忘れ等みられる。その後徘徊が出現し警察に保護されることもあった。その後、幻覚・暴言・暴力行為がみられ妻への攻撃もみられ平成22年12月当院初診となり、外来にて服薬治療を行うが、安定に至らず平成23年9月当院入院となる。</p>					
<p>周辺症状に対しては服薬治療等行うが、身体合併症の治療が必要な状態が繰り返しみられ、認知症の治療が継続的には困難となっていた。その後、内科治療を最優先とする状態となり院内転棟し治療を行うがその後永眠された。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 27

年齢	80歳	性別	男性	病名	混合型認知症
<p><入院前の状況> 妻と2人暮らし。平成9年頃物忘れがみられるようになる。平成18年脳梗塞発症。その後、ヘルパーやショートステイを利用しながら在宅生活を送っていた。平成21年2月当院初診。外来にて服薬治療を行うが、次第に意欲低下に伴い食思低下がみられ、また主介護者である妻も介護による疲労から、夫の食事の準備等行えず。平成23年9月当院入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 認知症治療の中で次第にADLの低下がみられた。また、その中でも内科的治療を要する状態となることが繰り返しみられている。状態が安定傾向にみられている際に施設等退院の調整を開始するが、その間に内科治療を要する状態となる等、退院調整を継続的に行う事が困難であった。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 28

年齢	81歳	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 妻と次男夫婦・孫と同居し6人暮らし。平成23年頃から物忘れがみられる。その後、易怒傾向・暴言・暴力行為が特に妻を対象としてみられ、平成23年7月当院初診。外来にて服薬治療行うも安定には至らず、平成23年8月当院入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 服薬調整等行うも興奮・暴言・暴力行為・徘徊等の周辺症状の安定にはなかなか至らず。その間にも内科的治療を要する状態もみられ、退院調整の段階には至っていない。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 29

年齢	90歳	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 長男夫婦・孫と4人暮らし(夫は死去)。平成19年頃から物忘れ・着衣失行・易怒傾向がみられ、平成23年からは幻覚・昼夜逆転もみられるようになり、平成23年7月当院初診となり、同年9月当院に入院となる。</p>					
<p><入院後の状況> 服薬調整・治療等行い、入院1カ月半頃である11月頃には症状の安定が図られ、退院許可となる。家族は在宅介護は困難であり、退院先として施設の意向であるため、複数の施設調整を行うが、どこも満床であり早期の退院は困難。入院継続し待機となる。(その後、老健へ入所可能となり平成24年1月退院となる。)</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 30

年齢	86	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症の疑い・せん妄
<p><入院前の状況> 内科入院中に妄想、便いじり、離院、不眠などによるトラブルや自宅でも食事摂取出来ない、家族に暴力などあり、紹介入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 症状著明であったが、服薬による調整、環境調整により、2週間ほどで症状は軽減した。その後、計34日間の入院治療で、軽快退院となった。検査などから、軽いADLにせん妄を起こした病態と考えられる。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 31

年齢	86	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 自宅ではほぼ寝たきりであった。要介護3で、自宅で、妹、長女が介護していた。介護抵抗強く、介護時に大声、奇声を発し、暴力あり。また、誤嚥性肺炎、びらん性皮膚炎を慢性化していた。デイサービスを利用していたが、認知症と身体合併症治療の為、当院入院</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 介護抵抗強く、介護時に大声、奇声を発し、暴力あるため、服薬調整するも、少量で過鎮静となる為、向精神薬投与せず、経過観察も興奮持続。また、誤嚥性肺炎、感染性皮膚びらん等の合併症を多発し、ADLもさらに悪化したため、当院の精神科合併症病棟に転棟した。</p>					

* 退院支援クリニックパス

NO. 32

年齢	83	性別	女性	病名	前頭側頭型認知症
<p><入院前の状況> F市のGH入所中、徘徊(離院の目的有)、過食著明のため、施設対応できず、当院入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 歩行は可で、目的があると突進気味になり、他患を引っ張りまわす事あり。そのため、他患ともトラブル発生している。薬物では調整不可能なBPSD持続の為、入院継続となっている。また、FTDで、まだ理解力があるため、離院のリスク(狙っている)あり。特養に予約中だが、本人確認の際に、断られる可能性大。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 33

年齢	69	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 老健入所中、徘徊著明で当院入院となる。当院へは3回目の入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 徘徊及び意味不明の独語著明で、他患への干渉多い。食事が摂れない。失禁あり。言語的コミュニケーションは不可能。MMSEなどの検査不可。薬物療法、芸術療法、作業療法など非薬物療法でも効果なくBPSD持続のため、入院継続中。自宅では受入れ困難とのことで、特養の面接もあるも、対応できないとの返事。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 34

年齢	72	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 認知症に加え、アルコールの飲酒もあり、自宅で暴力を振り、当院入院となる。家族は本人と暴力がトラウマになっていた。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院時は歩行不可で、車椅子での入院。薬物の調整等により、すぐに状態安定し、外泊を繰り返し、軽快退院となる。退院時は独歩可。暴力のトラウマのため、家族は、当初、退院に拒否的であったが、薬物の調整について説明と外泊により、理解を示し、自宅への退院となった。介護保険申請。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 35

年齢	83	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 自宅で長女夫婦による虐待疑いのため、次女の申し出により当院へ入院。本人には希死念慮、自殺企図あり。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> MMSE23点。虐待回避的入院も、医療保護の保護者が長女となるため、さまざまな問題があり、次女の対応重視のため養護施設入所へと移行した。入院により、長女夫婦と距離をおき、希死念慮等はみられなくなった。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 36

年齢	74	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 自宅で徘徊、せん妄、暴力、異食などの症状のため、当院入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 暴力などのBPSD持続のため、特養の面接もあるも断られ、入院継続中。家族も自宅への退院は拒否している。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 37

年齢	85	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> グループホーム入所中、夜間不穏、不眠、徘徊、異食著明のため、紹介あり、当院入院となる。次女は介護疲れで、うつ状態となり、当院外来通院中。要介護3。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 不眠、食事に関しては改善見られるも、徘徊・帰宅要求著明のBPSD持続のため、入院継続中。自宅へは困難。特養申し込み中も、面接では不可の可能性高い。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 38

年齢	83	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> ケア付き有料老人ホームで暴言・暴力・不眠・不穏などの症状が著明で当院へ入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 不穏などのBPSD持続のため入院継続中であるが、薬物療法等により、介護老人福祉施設適応状態と考える。入所待ち中。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 39

年齢	83	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 他院入院中に妄想、幻覚、徘徊などトラブルあり、紹介にて当院入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 入院後BPSDよりも、胃癌手術後(ストーマ有)、糖尿病、高血圧、痛風、嚥下障害などの持病に関連した肺炎などの合併症多発し、身体合併症病棟へ転棟となった。妻と二人暮らしのため、家庭復帰は見込めない。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 40

年齢	86	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 長男家族と5人暮らし。平成15年頃より、物忘れが目立ち始め、徐々に歩行状態不安定となる。落ち着きなく徘徊も見られたため、頻回に転倒していた。平成23年8月に当院受診し通院治療を行っていたが、傾眠傾向が続き転倒の危険もあったため、当院入院に至る</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 転倒の危険が高かったため、車椅子使用にて現在状態安定している。強い円背であるため、ずり落ちの危険性が考えられる。現在、施設入所申し込みと、要介護度の変更申請中。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 41

年齢	91	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 夫、長男家族と6人暮らし。平成10年頃より炊事が困難となっていた。平成20年頃より、物の置忘れなど徐々に状態の悪化。平成23年から夜間せん妄、深夜徘徊出現し、8月当院受診し同月入院に至る</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 昼夜問わず体動著明で、浅眠傾向。不潔行為もあり、入院継続にて様子観察が必要とされる。今後は施設入所を予定とされているため、入所申込を行っている。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 42

年齢	79	性別	男性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 妻と長男の3人暮らし。平成22年頃より人の名前が分からなくなる等物忘れ出現。平成23年5月に他院へ入院した際、拒薬、拒食認め介護抵抗やせん妄も出現し、自宅での療養は困難であったため、同月当院入院に至る。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 易怒性あるも改善傾向。強い興奮も見られたが、徐々に落ち着く。外出外泊を重ね、自宅へ退院し、デイサービスを利用している</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 43

年齢	87	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 長男家族と5人暮らし。平成16年頃より徐々に徘徊や大声出現し、不穏状態も続いた。家人に対する暴言や介護抵抗見られ、自宅での生活は困難であったため、平成22年12月当院入院に至る</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 内服調整行い、徐々に安定。しかし自宅での受け入れは困難と家族よりあり、本人のADLも低下していたため、平成23年3月老健へ入所となる</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 44

年齢	72	性別	男	病名	レビー小体型認知症
<p><入院前の状況> 近医にて、パーキンソン病としての治療を受けていた。幻視、独語、支離滅裂言動が目立ち、薬剤調整目的にて当院紹介入院。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 症状は安定し作業療法参加にも適応できていた。但し、女性患者への過干渉が認められた。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 45

年齢	84	性別	男	病名	アルツハイマー型認知症
<入院前の状況> 平成22年10月肺炎にて一般科病院入院。入院中、硬膜下血腫にて転院しLOPE実施。後、リハビリテーション病院にて機能訓練を受け、有料老人ホームに入所。継続療養目的にて、認知症療養病棟に転院となった。					
<入院時から退院後の状況> 入院後、間もなく肺炎を合併し、パス離脱。平成23年10月永眠。					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 46

年齢	85	性別	男	病名	血管性認知症
<入院前の状況> 平成22年、かかりつけ医にて認知症の診断を受けた。併設病院への入退院を繰り返していた。平成22年8月当院、老人外来初診。以後定期的に通院していたが、家族の休養と薬剤調整目的にて平成23年5月に入院となる。					
<入院時から退院後の状況> 難聴あり。脱衣行為及び介護抵抗あり、介護用のつなぎを着用していた。作業療法にも適応するなか、当初の入院目的はほぼ達せられたが、リハビリの希望が浮上しリハビリ適応病院に転院となった。(当院、療養病棟)					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 47

年齢	86	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<入院前の状況> 単身生活をしていましたが、夜間徘徊等あり、平成17年9月グループホームに入所となった。平成23年貧血が強く、同年11月、一般病院に入院となった。内科的な治療が終了するも、認知的な問題あり、施設入所に向けて精神科的な治療を継続することが必要と判断され、同年12月当院受診し入院となった。					
<入院時から退院後の状況> 入院後は急激な環境変化であったにもかかわらず、薬剤調整と入院加療による日中覚醒度保持できているため、夜間せん妄や徘徊も認められず、良眠できている。レクリエーションなど日中の関わりを持つことで認知機能低下の予防を図っており、HDS-R:0点とともにより重度ではあるが、目立ったBPSDも認めず経過観察中である。					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 48

年齢	95	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<入院前の状況> 次男家族と同居。平成13年頃よりお金に対する妄想が出現し、何度もお金のことで警察に訴えに行っていた。平成14年に「物を盗られた」という妄想が悪化し精神科に2週間入院となった。退院後は問題なく過ごしていた。平成17年よりデイサービスの利用を開始した。平成19年に転倒し、大腿骨を骨折し、人工骨頭置換術を施行。平成23年9月、物盗られ妄想が活発になり同年10月「服を盗られた、若い男(存在しない)がおった」等と騒ぎ、10時間近く大声でドアを叩きながら同じ訴えを繰り返していた。その後「家に火をつけてやる」と訴えたり、モップの棒で殴りかかってくる等の行動がみられショートステイを利用していた。自宅での対応が困難となり、同年10月当院に入院となった。					
<入院時から退院後の状況> 薬物療法にて入院後1~2週間で状態安定した。投薬やリハビリテーションなどを穏やかに受け入れており、金銭に対する妄想や物盗られ妄想で攻撃的な言動もみられず、経過良好であり、平成24年1月、介護老人保健施設に退院となった。					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 49

年齢	76	性別	男性	病名	血管性認知症
<p><入院前の状況> 妻と二人暮らし。平成23年9月から自宅にて脳梗塞発症。救急病院へ入院となり左半身麻痺、半盲、左半側空間無視にてほとんど見えていない。転院前に夜間せん妄出現し、体幹抑制されていた状況の為、同年11月紹介され入院となる。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 薬物療法を行い夜間せん妄は大分改善されているが徘徊が見られ、左半身麻痺等による歩行不安定で転倒する事がある。家族としては自宅介護困難との事で施設入所を希望している。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 50

年齢	82	性別	女性	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 夫、長男夫婦、孫と6人暮らし。70歳頃より物忘れ出現。平成17年9月当院初診。HDS-R18点で物の置忘れなどが主訴であった。平成18年11月より当院老人デイケアを利用している。平成23年11月から抑うつ状態、意欲低下、会話が出来ない、歩行不安定状態にて当院入院となる。外来通院中に老人デイケアから認知症デイケアへの変更を予定していた。</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 薬物療法を行い、抑うつ状態、意欲低下、歩行不安定は改善されつつあるが、会話はまだ出来ず、現在は異食・徘徊などの課題が残っている。家族としては春頃を目処に自宅退院を希望されている。</p>					

* 退院支援クリニカルパス

NO. 51

年齢	73	性別	女	病名	アルツハイマー型認知症
<p><入院前の状況> 長男と二人暮らし。平成21年11月より当院認知症デイケア利用中。平成23年11月認知症デイケア利用中に、構音障害、ふらつき、脳梗塞が疑われ救急病院へ紹介、当日入院となる。その後、夜間せん妄、不穏、右不全麻痺出現し、同年11月紹介され入院となる。本人、平成17年2月物忘れにて、HDS-R15点、不眠を訴えていた</p>					
<p><入院時から退院後の状況> 薬物療法にて夜間せん妄が消失し状態安定しているが、糖尿病、網膜症等、合併症治療を継続している。長男と二人暮らしの為、自宅介護は困難とのことで、家族を含めたカンファレンスとで方向性を検討している。</p>					

認知症退院支援クリニカルパスの概略

地域連携は専門医療、地域医療、介護・福祉が情報を共有することにある。

患者が入院した場合、地域関係者への情報提供がなされないことで、連携を図ることが困難となる。また、患者が地域移行を目指す時、医療だけでは目的を達成することができない。

入院中から他機関、他職種との連携を図ることで、スムーズに地域移行への支援ができるように認知症退院支援クリニカルパスを使用することが重要となってくる。

必要な情報として、入院中の経過とどのような治療検査が行われているかがわかる様にする。

認知症退院支援クリニカルパス モデル A

「試行パス(原案)」から「モデル A」への変更項目

1. 入院前

入院の経過が患者によって異なる。初診時に入院となることもある。このため、入院時を開始時にした方が良いと考える。

⇒入院前を削除

2. 入院 1 週間

内服調整の場合など効果が出るのにある程度の期間を要する。また、入院による環境変化に順応するのに時間がかかることもある。

⇒入院 1 週間を削除

3. 職種別項目

患者の状態、治療検査の項目を選択。

患者の状態に直接かかわらない事務的内容の項目は削除した。

4. バリエーション

入院時のバリエーションを削除した。

2 週目以降のバリエーションの評価である「変動・逸脱・脱落」を精神科の特徴を踏まえて、『有・無』とした。

項目 3 段目は特記事項等医師が記載できるように空欄とした。

5. 地域連携

各期間に地域連携の項目を追加した

認知症退院支援クリニカルパス モデル B

モデル B 作成の経緯

現在、認知症治療病棟には長期入院を余儀なくされている患者もいる。また、試行の結果、3 か月で退院できず、バリエンス「有」となった症例もみられた。このため、モデル A の入院 3 か月を基本とするパスに当てはまらない方が、パスの実施・継続が可能となるように、モデル B を作成した。

- <対象>
- ・ 長期入院患者
 - ・ 認知症退院支援クリニカルパス モデル A から移行した患者
 - ・ 認知症退院支援クリニカルパス モデル A を実施中バリエンス「有」でパスを中止した患者が再開する時等

<様式>

開始時

退院のめどが立つ

退院の方向性が決定

退院前

Ⅲ. 認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス 作成支援説明会（宮城・岩手県開催）

「オレンジ 手帳」

簡略版①



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ますようお願いします。

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (青色)
- [わたしのプロフィール]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (桃色)
- [問診表]
- [認知症進行度チェック表]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (黄色)
- [検査の経過と治療薬]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (赤色)
- [要介護状態区分等]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (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

基本

<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

_____ (続柄:)

ご家族

TEL()

成年後見制度

TEL()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<介護保険サービス・ケアマネジャー等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール(1)

(本人・家族)

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>>

同居 同居

主介護者名	(歳)	関係	同居・別居
-------	------	----	-------

(家族構成図)



:男性 :女性 :死亡 :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	()

身長 () cm) / 体重 () kg)	
聴力 □聞こえる □多少聞こえる □聞こえない □不明・補聴器 (□有 □無)	
視力 □見える □多少見える □見えない □不明	
アレルギー □無 □有 (お薬: / 食物:)	
飲酒 □無 □有 () 年間 × () / 日	
喫煙 □無 □有 () 年間 × () 本 / 日 () 年間禁煙	
習慣 <small>(長年なじんだ習慣・好み・こだわり等)</small>	
性格 □陽気 □陰気 □まじめ □社交的 □頑固 □わがまま □ほがらか □神経質 □優柔不断 □せっかち □その他 ()	
これまでにかかったことのある病気	
・糖尿病 ・心臓病 (狭心症・心筋梗塞) ・甲状腺機能低下症 ・精神疾患 ・その他 (癌・手術など)	・高血圧 ・脂質異常症 ・脳卒中 (脳梗塞・脳出血) ・頭部外傷 (打撲・交通事故等)
自由記載	

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、聞いたりの回数が増えた
 - 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
 - いつもの日曜をしなくなった
 - これまで興味の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、財布をあっちこちにししまい忘れ、盗まれたという
 - 誰もないのに、会話をしていることがある
 - 見えないものを見えると言ったりする
 - 以前よりひどく疑い深くなった
 - 小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

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用)

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			6ヶ月後		
		年	月	日	年	月	日
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	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	1	2	3	1	2	3
自力歩行	1. できない	1	2	3	1	2	3
外出状況	1. 外出なし	1	2	3	1	2	3
金銭管理	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
薬の内服	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
食事	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
トイレ	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
風呂	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
着脱	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
他の症状の確認	1. 徘徊 4. 日中傾眠 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行為	1	2	3	1	2	3
介護者の方の印象	1. 表情が良くな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が増えた 4. 以前と変わらない 5. 悪くなった	1	2	3	4	5	6
	記載者 関係						

「他の症状の確認」解説
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・・・ありもしない物が「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)
 実際には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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医)

発症時期：平成	年	月	日	年	月	日
例) 専門医、かかりつけ医：1年毎に記載の場合						
検査項目	検査結果	検査機関	検査時期 (6ヶ月後)	年	月	日
長谷川スケール	/ 30	専門医療機関	かかりつけ医療機関			
MMSE	/ 30		《障害高齢者日常生活自立度》 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
F A S T			《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	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)			
V B 1	未 / 済 (異常なし・異常)		未 / 済 (異常なし・異常)			
V B 1 2	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)			
頭部CT	未 / 済 (虚血性変化 □ 萎縮) □ その他 ()		未 / 済 (異常なし・異常)			
頭部MRI	未 / 済 (虚血性変化 □ 萎縮) □ その他 ()		未 / 済 (異常なし・異常)			
画像検査	海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度: VSRAD ()		《短期記憶》 □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》 □自立 □いくらか困難 □見守りが必要 □判断できない 《自分の意思の伝達能力》 □伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られている □伝えられない			
心筋シンチ	未 / 済 (集積の低下 □ 有 □ 無)		未 / 済 (異常なし・異常)			
スベント (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 ()		未 / 済 (異常なし・異常)			
脳波	未 / 済 (基礎律動 Hz ~ Hz) □ その他 ()		未 / 済 (異常なし・異常)			
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・聴覚失認・色彩失認・視空間失認)		未 / 済 (異常なし・異常)			
B P S D (周辺症状)	□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 ()		未 / 済 (異常なし・異常)			
疾患名	処方薬					
○ 認知症						
○ 糖尿病						
○ 高血圧						

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、しっかりと管理していただき、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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000

住所1記入

住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-0000-0000

「オレンジ 手帳」

簡略版②



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. (青色)
- [わたしのプロフィール]. (桃色)
- [問診表]
- [認知症進行度チェック表]. (黄色)
- [検査の経過と治療薬]. (赤色)

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)

基本

<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()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<介護保険サービス・ケアマネジャー等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール

(本人・家族)

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)		
《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	()

自由にご記入ください

- ・ 身体状況 (視力障害や聴覚障害など) ・ 性格や長年馴染んだ習慣
- ・ 今までにかかったことのある病気 ・ 生活で困っていること等
- ・ 介護認定の状況や施設サービスを利用されている方は、その状況も記載してください

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？
 - 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
 - 慣れている場所ですら迷う
 - 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
 - これまで興味の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、財布をあっつこつちにししまい忘れ、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
 - 見えないものを見ええると言ったりする
 - 以前よりひどく疑い深くなった
 - 小さい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？ 急に いつのまにか
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

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用)

※ 6ヶ月毎に記載の場合

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 日	6ヶ月後 年 月 日
記憶		1. 数分前～数時間前の事も忘れていない 2. 数日前のことも忘れていない 3. ときどき忘れる	チェック欄	チェック欄
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ない	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	2. 数年前のこと	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
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
金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	1 2 3
薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1 2 3
食事	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3
トイレ	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3
風呂	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3
着脱	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3
他の症状の確認	1. 徘徊 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠 4. 日中傾眠 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. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3
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が減った 4. 以前と変わらない 5. 悪くなった	1. 徘徊 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠 4. 日中傾眠 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	1 2 3
介護者	記載者	関係	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

他の症状の確認「解説」

- 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・・・ありもしないものが「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
- 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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医用)

発症時期：平成 年 月 日 (開始時) 年 月 日 (6ヶ月後) 年 月 日 (例) 専門医、かかりつけ医、1年毎に記載の場合

長谷川スケール	専門医療機関： かかりつけ医療機関：
MMSE	《障害高齢者日常生活自立度》 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
FAST	《認知症高齢者の日常生活自立度》 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M
血算	未 / 済 (異常なし・異常)
血糖	未 / 済 (mg/dl)
脂質	未 / 済 (異常なし・異常)
甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常)
VBI	未 / 済 (異常なし・異常)
VBI 2	未 / 済 (異常なし・異常)
血圧	/
心電図	未 / 済 (異常なし・異常)
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・相対失認・色彩失認・視空間失認)
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 ()

疾患名	処方薬	医療機関名
○ 認知症		
○ 糖尿病		
○ 高血圧		

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、しつ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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000 住所1記入
住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-0000-0000

この度の東日本大震災で当院は甚大なる被害を受けました。管理棟1階の外来診察室、薬局、事務所、栄養室、検査室、医療相談室等が、津波により壊滅状態で、外来カルテをはじめ、電子データ機器等すべてが流出しました。津波は病棟2階フロアまで到達しましたが、幸い入院患者、職員は全員屋上に避難し無事でした。ライフラインの寸断も重なり、病院の機能が殆ど失われた状況下ではありましたが、病院の危機的状況も早急な入院環境の復旧作業により、閉院の危機も乗り越えられました。

その後数ヶ月にわたり、外来診療は、管理棟2階部分で行われておりましたが、固定電話も暫くの間不通で、病院自体診察をやっていないと思われていた方々が殆どでした。

病院機能も通常の半分以下で、管理棟1階部分が全面復旧したのは、10月に入ってからとなりました。被災の規模が大きいので交通機関が、現在もまだ復旧しておらず、完全復旧にはかなりの時間がかかるかと思われまます。

そういった状況下の中、現在訪問看護と震災型アウトリーチを取り入れ、精力的に外来患者の受診援助等を行っております。

震災後の入院患者の多くは、思ったほど動揺はみられず、静穏に過ごされていた印象でしたが、被災地ということもあり、避難所生活で精神症状を悪化させ入院される方もかなりおりました。

認知症入院患者についても、長期入院患者が認知症を発症し、その後寝たきりとなっているケースもあり、震災直後、身体状態が悪化し緊急に内科等の病院に転院となるケースもかなりありました。

震災直後からの当院での「地域連携モデルパス」の活用を考えると、震災直後は、受け入れ態勢等が殆ど整っていない状態で、又外来カルテが流出したこともあり、外来患者の情報が殆どなく、関係機関との連携、連絡調整が全く出来ない状態でありましたので、患者の情報を得るのには「地域連携モデルパス」があったら有効に使われたかと思えます。

震災後1年になろうとしておりますが、当被災地では、仮設住宅で認知症患者様も多く生活しており、環境の変化により症状を悪化させ、入院治療が必要になるケースも出てきております。

このような状況のもと「地域連携モデルパス」を作成することにより、精神科病院、介護施設、事業所等との情報の共有、連携を図る上で、よりスムーズになるかと思えます。

又長期認知症患者についても、病院から積極的に退院支援をすすめる上で、「認知症退院支援クリニカルパス」は、精神科病院からの発信がより意味があり、効果があるものだと感じました。

1. オレンジ手帳の必要性

- ・ 認知症入院患者の退院支援や地域連携クリニカルパスを行うにあたって、病院側から入院中の詳細な情報を提供して頂けることは、地域でパスを受けるケアマネジャーやサービス事業所・介護施設等にとって、本人の情報を予め把握する事によって、迅速な退院時対応ができると思います。又、アセスメントについても患者本人・ご家族からの情報のみでなく、より確実な情報が把握できると思います。
- ・ 患者の迅速な状態把握と、経過の把握に繋がると思います。

2. オレンジ手帳活用にあたって

- ① 地域でパスを受ける側（ケアマネジャー・サービス事業所・介護施設）への、オレンジ手帳についての啓発・活用手順等の説明が必要であると思います。
- ② 普及にあたり、コーディネーター的な役割の関係機関があっても良いかと思いました。
（例えば、認知症サポート医師や認知症サポーター等の方々・地域のケアマネジャー協会等、関係団体）
- ③ 研修で紹介された「私の手帳」等、各自治体で行われている取り組みは様々だと思われるので、その地域独自のオレンジ手帳の活用方法があっても良いかと思えます。
- ④ 記載にあたっては、病院側の負担となる部分はあると思いますので、継続した活用に繋げる事を踏まえ、ソフトウェアの導入や書式の簡素化を検討する必要があると思います。
- ⑤ オレンジ手帳を患者本人・ご家族が管理するにあたっての留意点
 - ・（現段階では）手帳の管理は、患者本人・ご家族との事でしたが、独居や高齢者世帯の方だと、手帳の趣旨を理解し活用するには難しい状況もあるかと考えますので、担当ケアマネジャーや介護施設に支援を依頼する事が必要かと思えます。
 - ・ 不特定多数の関係者が情報を確認する事ができるので、管理については十分な留意が必要であると思えます。
- ⑥ 認知症退院支援クリニカルパスについて
 - ・ 診療報酬等の改定等も踏まえ、今後クリニカルパスで認知症患者の退院支援を行うにあたり、院内での具体的な取り組み（システムの構築）が必要であると思います。
 - ・ どの病院でも認知症患者の退院支援は行っていると思いますが、それが系統的に（書類等）行われているか、どの部署がコーディネーターとしての役割を担いパスの機能を展開していくかが課題となると思います。
 - ・ 具体的に取り組まれている病院等があればご助言いただきたいと思いました。
（パスをする時期や書類、連携の流れ等）

医療法人菅野愛生会 緑ヶ丘病院
看護師 大友静子・杉山智香子・佐藤賢一

認知症は家族が対応困難と感じたことから医療機関を受診されるケースが多く、入院時に退院後の生活を目的とした治療計画が明確にされなければ地域・家族などの協力はもとより受け入れる側の体制が整わずに回復困難となるケースが多い。

この手帳は、認知症患者様の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、患者様やご家族・かかりつけ医や専門医・介護機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護をおこなうための「認知症地域連携パス」である。利用者及びご家族の方には、この「(案)オレンジ手帳」を常に携帯しながら、かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス機関等を利用し、各施設間の情報共有や医療機関の病診連携及び介護と医療の連携が可能となる。治療及びケアを提供する側の機関において、有意義な情報として活用され、利用者の方々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、「住み慣れた場所での生活」を維持できることを目的としている。

今回提案された「オレンジ手帳」は、高齢の方が把握できるような文字の大きさ・構成（同意書・プロフィール・認知症進行度・現在治療中の合併症と治療薬・検査・介護区分）であり、電子媒体を使用せずに一定の治療が継続できるような情報が網羅されている。運用に際し今回のような情報が瞬時に把握できることは治療継続には欠かせない。また、入院時のクリティカルパスでは共通の尺度評価（FIM）を使用し、福祉関係者を含め介護負担度をわかりやすく理解できる工夫がされていた。

しかし、手帳を所持する認知症対象者を想定した場合、状況により当事者が手帳を所持する可能性が低いことが予想される。認知症の状況によっては家族が所持するのであれば当事者に合わせた大きさにする必要はなくなる。また、当事者が所持することを想定した場合、現状のサイズを含めて所持するには大きいこと・情報量が多く二つ折りにしても常に所持するには違和感がある。電子媒体を使用せずに全てのものを網羅することが困難であることを意味している。結果、紛失時の問題がクローズアップされることが予想され、記入できる範囲という説明もあったが、利用を前提に考えると本人のプロフィール・認知症進行度・治療薬については必須記入欄としなければ手帳を用いる必要がなくなる。全てを一元管理することは困難であるが、未記入を当事者から聴取することが困難な場合やかかりつけ医・家族から再度聴取することになるのであれば、症状レベルを明確にすることで手帳の利用価値は実感できる。例として、障害程度区分を認識できる障害者手帳などが利用価値を実感できるものとなっていることを考えるとサイズと内容的には同じような形式でも役割を担うことができるのではないかと考える。

地域としては、「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」や「認知症サポート医養成研修事業」などの取り組みがおこなわれている。しかし、日本精神病院協会との連携がどの

程度なのか不透明であり、かかりつけ医との連携を含め当事者を中心とした地域資源について検討することが必要である。

現状として、当事者を中心とした地域社会では「認知症」理解が乏しく関心を示さない方も多い。講演会・講習会を定期的に開催し、多くの地域住民に理解を求め、地域で支援する体制の構築が求められる。現在も通院先を検討中でかかりつけ医からの紹介から専門医受診という一連の流れになっているが、現状で困難を感じるケースが多くないと地域からの意見もあった。そのため今回のシステム導入について否定的な意見も聞かれている。

<結論>

オレンジ手帳は、当事者が認知症であることを認識する機会となる。そのため、本人が症状を理解することは勿論であるが周囲に理解を求めることになる。結果、良い効果が得られるように思われるが現時点では当事者または家族がそれを望んでいるかは不透明である。当事者が望んだ場合に発行するような運用になることが前提であるのではないだろうか。また、入院治療から退院へ移行する場合、医療と福祉が共通の認識できるような施設間交流を含めた情報の共有が必要である。関係者がお互いの施設・地域を把握することにより、当事者が利用できる資源について着目した手帳活用がおこなわれるのではないだろうか。

医療法人仁医会(財団) 釜石厚生病院
理事長 鹿野 亮一郎
精神保健福祉士 高橋 大輝

先日の『認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス作成支援説明会』では、大変お世話になりました。

当院としましては『評価できる点』と『検討が必要と思われる点』の2つの両面性に着目し、レポートを作成いたしました。

(1) 『評価できる点』

- ・地域のサービスや関係機関が多様化する中で、このような共通ツールを持つことは、ネットワークを円滑にする効果を期待できると思う。それが高齢者(患者さん)に対する、サービスの質の向上に繋がれば良いと考える。
- ・医療機関や関係機関だけでなく、本人・家族も記入できる様式になっているのが良い。それによって、関係機関だけではなく、本人・家族のニーズや困り感も明確化できる。

(2) 『検討が必要と思われる点』

- ・「通常版」「復興途上版」「被災直後版」と3種類用意されているが、震災直後ライフラインも通っていないところで様式を変更するのは現実的ではない。よって震災前後に関わらず、一貫して使用できる様式を作る必要があると考える。説明では「地域特性に応じて3種類を使い分け出来る」「カスタムして削る時のモデルになれば」とのことだったが、もしそのような使い方をするのであれば、上記のように「被災直後版」等の名称を用いない方が誤解が生じにくいのではないか。
- ・処方薬を記入する欄があるが、やや枠が狭く、何度か処方の変更があった時には書ききれなくなるように思う。その為、この1冊にボリュームを持たせすぎるよりは、お薬手帳等と併用する方向性で考えられないか。
- ・全体的にボリュームが多すぎるように思う。確かに全て記入する必要はなく、またカスタムできるとのことではあるが、(スペクト等) 必要な情報とそうでない情報を精査する必要があるのではないか。

医療法人財団正清会 三陸病院
看護師 田中則子・熊谷加奈子・佐倉田誠一
精神保健福祉士 山本亜由美

先日は貴重な意見交換の場を設けていただき、ありがとうございました。

被災地域にある病院で働く者として、現場の意見を述べる機会は今まで少なく、私共もそれをもどかしく感じていた部分がありました。

確かに欲を言えば、「オレンジ手帳」・「退院支援クリニカルパス」を作成するにあたり、被災地域の現状を実際に見ていただく機会があれば、より具体的な状況を伝えられたのかかもしれません。また、作成経緯を、事前にもう少し詳しく伝えていただきたかったと思います。震災から時間は経ちましたが、私共もようやく普段の業務に戻ってきた時期であったため、何をどこまで協力させていただけばよいのか困惑してしまった部分がありました。しかし、先日のような場にお招きいただいたことで、皆様に少しでも被災地域での退院支援の困難さをご理解いただければ、より多くの視点から手帳・パスの作成にお役立てできるのではないかと考えています。

さらに、今後の作成状況によっては、被災地域で勤務しているケアマネージャーや、高齢者施設の職員、行政職員（例えば保健師等）の意見も重要と考えます。医療機関を受診する前や退院後に、上記の職種の皆様に関わっていただく機会は大変多く、特に震災後にはこまやかな支援をしていただきました。何度も避難所や仮設住宅に訪問していただいたこともあり、その中から得る情報は私共にとっても、とても貴重なものでした。

上記の職種の皆さんの意見は、認知症の方を支援する多角的な視点から、「オレンジ手帳」・「退院支援クリニカルパス」の作成に活かせる情報がたくさんつまっているものと感じます。多職種の意見を伺うことが出来れば、より密な地域連携が実現可能になると思いますし、実際に使用していく場合にもスムーズに導入できるのではないかと思います。今後、実際に使用が始まり地域連携が密になっていけば、認知症の予防や早期発見の意味からも有効なのではないかと感じました。

最後に、厚生労働省の担当の方々には、やはり現状をよりじっくり見ていただくことを希望します。ただでさえ認知症の方の受け皿が大変少ない地域でしたが、今回の震災でその頼みの綱であった社会資源も大きな被害を受け、利用できなくなってしまった場所もたくさんあります。震災で家族が亡くなったり、仮設住宅等に移り住んで環境が大きく変わったりしたために、今まで通りの在宅生活が出来なくなってしまったケースも少なくありません。その影響は大きく、入所施設では待機者が 500 人を超える施設もあると伺っています。

このようなことから地域連携を図り、認知症の方を地域で支える仕組みを構築する事は早急の課題であると考えられます。「オレンジ手帳」・「退院支援クリニカルパス」の導入は有効な手段のひとつと感じますし、私共も、非力ではありますが今後ともご協力させていただければと思っております。今後ともご指導、ご鞭撻の程、よろしくお願い致します。

社団医療法人新和会 宮古山口病院
院長 及川 暁

岩手県は、高齢化率の高い地域です。その岩手県の中でも当院がある沿岸部は高齢化率が更に高く、したがって認知症の患者は必然的に多くなっています。岩手県の沿岸部には、5つの精神科病院があり、いずれも認知症に対する中心的治療機関の1つになっています。

このような地域に、平成23年3月11日に東日本大震災による津波が襲いました。岩手県内の老人関連施設は平成24年2月現在でも7つが閉鎖しており、再開のめどが立っておりません。今回の震災では、在宅で生活が可能であった認知症患者も状態が悪化して入院を余儀なくされました。1年が経とうとしている現在でも、退院先が見つからず入院生活を続けている患者が多数います。

今回の「認知症入院患者地域連携モデルパス」は、こういった状況下で以下のような理由で大変有益と考えました。

まず、当院では院内のクリニカルパスを認知症治療病棟で導入してPSWが積極的に退院に関わるようになった結果、ある程度の数の患者は退院が円滑に行えるようになったという経験から、地域連携パスを用いることで患者の地域での生活が行いやすくなり退院もしやすくなると考えられることです。

次に、今回の地域連携モデルパスが、「通常」「復興途上」「被災直後」と被災地域に配慮した内容になっていることです。被災直後には、入院患者や職員の状況把握に多くの力を注ぐ必要があり、この間記載内容を簡略化できることはより実用性、汎用性が高いものになっていると考えます。

更に、退院支援クリニカルパスに長期入院した場合のパスも作成されていることです。先にあげた理由もありますが、実際は精神科病院に入院をせざるを得ない認知症患者は短期間での退院が困難なのが事実です。その理由は、地域によって様々かもしれませんが、当地は高齢化が進んでおり「老老介護」の問題、若者の地域離れによる介護者不足の問題、共働きのための介護者不足の問題などがあげられます。このような中で震災が起こり老人施設が閉鎖してしまい、ますます退院が困難になっているからです。

最後に、細かい点になりますが、「オレンジ手帳」の中の「認知症進行度チェック表」の後の「認知症進行度チェック基準」という名目が分かりづらいので変更を考慮して欲しいと思います。基準と言うよりは「認知症進行度チェック表」の項目の説明、項目の基準であると思われるからです。

雑ばくな内容になりましたが、今回の「認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス作成支援説明会」に参加させていただいた感想を述べさせていただきました。

「認知症入院患者の退院支援および地域連携モデルパス作成支援説明会」
被災地会場アンケート 統計

仙台会場 : 受講者数: 36名 アンケート有効回答数: 28

盛岡会場 : 受講者数: 42名 アンケート有効回答数: 31

【仙台・盛岡会場 アンケート有効回答数: 59】

所属

	回答数	構成割合
回答者数	59	100.0%
精神科病院	39	66.1%
介護保険施設	2	3.4%
地域包括支援センター	9	15.3%
その他	9	15.3%

種別

	回答数	構成割合
回答者数	54	100.0%
行政機関	9	16.7%
医療機関	44	81.5%
介護事業機関	1	1.9%
その他	0	0.0%

職種

	回答数	構成割合
回答者数	58	100.0%
医師	4	6.9%
看護師	23	39.7%
精神保健福祉士	11	19.0%
作業療法士	4	6.9%
保健師	6	10.3%
介護支援専門員	4	6.9%
介護福祉士	0	0.0%
その他	6	10.3%

1.被災地の状況についてお答えください

1)所属施設の機能について

	回答数	構成割合
回答者数	55	100.0%
通常通り機能した	2	3.6%
概ね機能した	22	40.0%
通常の半分程度機能した	16	29.1%
ほとんど機能しなかった	9	16.4%
機能しなかった	6	10.9%

機能しなかった具体的状況をお書きください

- ・薬剤、食料、燃料、リネンの確保が困難であり、業務を縮小せざるを得なかった。
- ・ガソリン不足のためデイケアの送迎が出来ず休みにした。
- ・停電でパソコンが使えなくて、紙ベースで古い情報を元に安否を確認した。
- ・ひたすら住民の安全を確認する訪問を行っていました。
- ・通常業務が、1ヶ月近く遅れていたが、その後は遅れを取り戻している。
- ・ライフライン、連絡手段がなかったため。ガソリンの不足。
- ・指示系統の混乱。石油などのエネルギー不足による様々な物資の不足。来院者の減少。
- ・ライフラインが途絶え電気がストップの状態でも与薬する際にも間違えないように必死。食事も最低限の物しか提供できなかった。夜間転倒のリスクが高い患者が多い中、トイレへ行く際マンツーマンで電燈1つを頼りに介助しなければならぬ。家族と連絡不通な状況。リハビリ棟体育館、開放病棟、閉鎖病棟は地盤沈下して現在も工事中。
- ・電気、電話が不通。
- ・ライフラインの切断。物資、スタッフの不足。交通手段の減少。
- ・他の業務が増えた(避難者の支援など)。
- ・災害時を想定した体制が出来ていなかった。
- ・停電したため、自家発電で何とか運営した。
- ・震災における建物の損傷により、病棟機能不全となった。
- ・水道、電気、電話、ガソリンがないため大変な状況でした。外来診療も少数程度で、出来る範囲の中で最善を尽くしました。
- ・外来診療が出来なかった。旧病棟が地震のため破損し、病棟を2病棟合わせて管理した。電気は二日後に復旧した。断水が続いていたため、水の確保が大変だった。
- ・ライフラインのストップ、旧病棟の建物が地震のダメージで安全を確保するまで使用できなくなってしまった。老健など被災した病院からの薬が欲しいということで当院の患者の薬の確保が難しくなっていた。
- ・停電により通常の業務が出来なくなっていた。自家発電があっても燃料がなく大変だった。患者様は大きな不安も出さず過ごしていたと思う。
- ・停電の為、電気、暖房が使用できず患者さんに迷惑を掛け、食事も満足できず困った。ガソリン不足で通勤にも苦労した。
- ・入院中の患者様に関しては、近くの体育館に避難するなどして、何とか生活する事が出来ていました。ただ、外来通院されている方にとっては、津波の被害があったため通院する事すら間々ならない状況でした。入院患者さんにとっては、普段通りの生活が困難でしたが、皆様非常に協力的でたくさん我慢していただけた部分があったと思います。
- ・庁舎が避難所となったため、非難してきた住民の対応に追われていた(二日間)
- ・気仙沼地域で直接的な被災を免れた病院だったため、当時は小児から妊婦まで様々な専門家に通院していた患者さんが来院した。薬剤状況が不十分な中、アナムネ聴取から始まったため、かなりの時間を要した。病院だった事もあり支援物資も届き、管内の施設に物資を届ける事が出来た。医師も自ら往診に出向き、医療支援を早期から実施する事が出来た。
- ・津波により1階部が流失。
- ・津波で被災した。病院は休診中。
- ・電気、水、情報、交通全て止まった状態であり、患者様の不安への対応、寒さ対策、ADL面のフォローに仕事の大半を要した。
- ・停電により一時的に機能停止しました(その後自家発電により復帰)
- ・直後は水道・電気が止まった。ガスはプロパンを使用していた。
- ・ライフラインが止まって診療できなかった。
- ・病院の近隣の被災状況が多量であり、交通・通信手段が途絶えた事もあり、外来機能は急遽対応した状態にて患者様が殺到したりと状況に応じて順序対応を変化させていった状態であった。
- ・ライフラインの麻痺により、半分程度の機能となった。
- ・交通機関が麻痺した事により通院できない患者が増えた。津波による被害よりも、地域の被害の方が大きく、院内の一部は使えない状況であった。施設なども被災したところが多く、入院患者数はかなりオーバーした。

2)御自身の業務の状況について

	回答数	構成割合
回答者数	54	100.0%
通常通り行えた	1	1.9%
概ね行えた	25	46.3%
通常の半分程度行えた	11	20.4%
ほとんど行えなかった	11	20.4%
行えなかった	6	11.1%

業務が行えなかった具体的状況をお書きください

- ・医師が出勤できず、連日、外来・病棟業務・当直を行わなければならない、通常の業務は行えなかった。
- ・停電時、パソコンが使用できなかった。
- ・ガソリンが不足していたため、訪問看護を一時中断した。
- ・被災地の家族と電話連絡がなかなか取れなかった。
- ・ライフライン、連絡手段がなかった。
- ・来院者の減少。
- ・近隣市町村が被災したため、応援及びボランティア活動など実施。
- ・ガソリン問題でスタッフが通勤できず、スタッフ数が不足で業務に支障をきたした。
- ・介護サービスも休止が多く、機器も使用できなかった。
- ・作業やレクなどの活動よりは、日常生活の援助などを行う必要性が高まった。
- ・他の業務が増えた(避難者の支援など)。
- ・災害時を想定した体制が出来ていなかった。
- ・ガソリンがなく病院車を通常通り運転させる事が出来ず、患者を訪問する事が出来ず、電話での対応となった。
- ・担当しているものだけでなく、休日もなく業務していた。
- ・停電により通常の業務が出来なくなっていた。自家発電があっても燃料がなく大変だった。患者様は大きな不安も出ず過ごしていたと思う。
- ・停電の影響で電子カルテが使用できずにいました。
- ・ライフラインが閉ざされてしまったため、その日の生活をする事で精一杯でした。電話が使えず関係機関やご家族に連絡が取れなかったため、現状把握にかなり時間がかかりました。
- ・庁舎が避難所となったため、避難してきた住民の対応に二日間追われ、被災3日後から、管内の被災地区へ赴き、被災状況の確認、被災地支援を行っていた。
- ・精神科訪問看護のみ、ガソリン不足のため1ヶ月程休止した。
- ・津波で被災し、病院は休診中。
- ・緊急対応が仕事の中心になった(また対策会議など含む)
- ・停電により電話が使用できない。また携帯電話もアンテナ基地が倒壊したため殆ど通信不能であった。新聞やラジオで知った情報で自分たちの状況を考え、まずは入院患者、職員の生活に最低限必要な物資調達が業務となり、通常業務は出来る状況ではなかった。
- ・電気が止まって業務が出来なかった。
- ・施設設備の復旧や入所者・患者様等への対応が1日1日に応じて変化し、その都度対応していた。
- ・悪条件の中(ライフラインの麻痺)出来る限りの看護サービス提供となった。
- ・面談・安否確認は出来たものの、電話、交通の不通により多機関との連携など困難だった。

2.その後の状況についてお答えください

1)所属施設の機能が概ね回復したのはいつ頃ですか

	回答数	構成割合
回答者数	58	100.0%
1ヶ月以内	29	50.0%
1～3ヶ月	19	32.8%
4～6ヶ月	4	6.9%
7～9ヶ月	0	0.0%
10ヶ月～	0	0.0%
回復していない	6	10.3%

2)御自身の業務が概ね行えるようになったのはいつ頃ですか

	回答数	構成割合
回答者数	59	100.0%
1ヶ月以内	33	55.9%
1～3ヶ月	19	32.2%
4～6ヶ月	3	5.1%
7～9ヶ月	0	0.0%
10ヶ月～	0	0.0%
回復していない	4	6.8%

3.オレンジ手帳(案)を「地域連携モデルパス」と考えてその内容についてお答えください

1)被災直後・3ヵ月後・6ヵ月後の状況で必要だと思われる項目にチェックを入れてください

オレンジ手帳の項目	被災直後		3ヵ月後		6ヵ月後	
	回答数	構成割合	回答数	構成割合	回答数	構成割合
回答数	59	100.0%	59	100.0%	59	100.0%
関係機関(基本1・2)	46	78.0%	33	55.9%	34	57.6%
プロフィール(私のプロフィール)	48	81.4%	29	49.2%	30	50.8%
問診表	33	55.9%	29	49.2%	30	50.8%
認知症進行度チェック表	29	49.2%	34	57.6%	34	57.6%
合併症と治療薬	47	79.7%	30	50.8%	32	54.2%
検査の経過と治療薬	33	55.9%	32	54.2%	35	59.3%
要介護状態区分	28	47.5%	33	55.9%	30	50.8%

その他の必要な項目・ご意見があればご記入ください

- ・障害者手帳の有無、種類(療育、精神、身体)
- ・申し込んでいる施設(特養、老健、有料老人ホームなど)
- ・「認知症進行度チェック表」で、身体的な障害(麻痺など)がある場合に記載できる項目があると、認知症の症状なのか身体障害なのか判断しやすいのではないか。
- ・「プロフィール」「合併症と治療薬」は、変化が少ないと思われるので、被災前・直後・以降は、変化時に朱書きなどで変化させていく。1ページで、現在P.O中、P.O終了、開始がわかるようにした方がいい。「認知症進行度チェック表」に関しては「問診表」で気になった方に対して、3ヵ月後にチェックするとして載せておくのは良いと思う。
- ・何歳の時点で、どの場所で(行政？初診時)でオレンジ手帳を渡すのか？
- ・p8～9:認知症進行度チェック表とするから変に感じるのでは、身体状況チェック表程度にしておけば良いのではないか。
- ・初めに受診した時点から記入する内容なので、初めの手帳発行元は医療機関なのではないかと思う。
- ・震災後に被災者の受入れを行ったが、治療薬の面でとても苦労した。何を飲んでるか分からないという方が多く、この手帳があれば内服薬、医療機関が明確である為とても役立つと思った。かかりつけ医、専門医の欄があるので、とても助かる。医師の協力が得られるととても情報として充実するし明確になる。他の医療機関にも繋ぎやすい(沿岸の医療機関→内陸の医療機関)
- ・手帳サイズについて、B5サイズは見やすいと思うが、毎日持ち歩く事を考えれば、おくすり手帳、保険証と同じサイズの方が持ち運びやすいと思った。
- ・OTをはじめリハビリの項目を作成していただけるとありがたい。
- ・制度化され、診療報酬や介護保険などに組み込まれていくことを切望します。
- ・このオレンジ手帳の広報普及についてはどのように考えていますか？
- ・かかりつけ医、サポート医への周知についてお願いします。対応困難ケースについてケアマネ等への周知もしてみます。
- ・本人・家族への助言(介護方法含む)にも活用できると思いました。
- ・被災していないのですが、通常を介護パス手帳として基本情報として活用していきたい。
- ・普及啓発、実施にあたって、何処がどのように行うのかのシステムについても触れた方が良かったと感じた。せっかく良いものが出来たのにシステムがない為に認識されず、使用もされずではもったいない。
- ・悪いところだけではなく、良いところの記入があってもいいのではないかと。(～をすると落ち着く。～と声を掛けると介護への抵抗がない。～していると笑顔になる等)。生活歴がもっとあった方が良かった。
- ・「介護状態区分」:介護サービスの欄はもう少し大きくても良いのではないかと。担当ケアマネはあまり変わらないと思う。「関係機関」:訪問看護は必ずしも利用するとは限らない。関係者で共有できるパスがあることは連携しやすくなると思う。認知症の担当者がいる包括では、もう少し積極的に関われると思う。
- ・地域とのつながりについては有用であり介護保険施設についても必要な内容は揃っているが、医療機関において医師がそれを記入する時間が取れるのか。パソコン入力し、プリントアウトして貼るほうが良いのではないかと。
- ・被災に関係なく必要だと思う。
- ・被災後は退院促進に時間がかかる為、患者本人のプロフィールがあるだけで、かなり支援の可能性が広がると思う。
- ・関係機関同士で情報共有していくのに手帳は必要だと思うが、今回の津波のような災害で紛失の可能性もあるので、どこかのサーバーに一括してデータを保存しておく事も必要ではないかと思う。
- ・記載者名、本人との関係。記載している用語、言語が全体的に難しいのでは？
- ・手帳の管理者が誰になるかによると思うが、記載者が負担にならないような配慮がある方が良いと思う。特に被災直後は、まず「手帳」の存在を広い範囲に周知して貰い、手帳を開く事が習慣化されることが望ましい。
- ・紛失時にデータの復旧が困難であるように思われる。特に複数の機関が行った場合、それぞれからのバックアップを回収しなければ元通りにならないのではないだろうか。(引越、たらい回しで紛失する可能性は低くない)
- ・各機関がソフトをダウンロード出来るのであればサーバーにデータをアップしておけばいいのではないのでしょうか。手帳にしなくても、パスワード等でブロックする、プライベートネットワークにする等の保護で十分に情報が守れるかもしれません。
- ・ダウンサイズしなくても良いのではないかと。
- ・進行度チェック表と経過表は一緒にした方が時系列としてわかりやすい。(例えば認知症進行度チェック表と合併症と治療薬の順番を逆にするとか)3年と1年半も統一していただきたい。(P3にも記載がある)
- ・出来れば、どの時期でも全て必要かと思う。

4. 退院支援クリニカルパスの内容について(医療機関の方のみお答えください)

1)震災後に、退院が困難になった事例がありますか

	回答数	構成割合
回答者数	34	100.0%
あり	25	73.5%
なし	9	26.5%

2)問1で「あり」と答えた方へ

①簡単な理由をご記入ください

- ・受け皿(自宅、グループホーム、施設)が被災して、退院後の行き先がない。
- ・紹介された病院に戻れない、または家族が他病院(県外病院)へ転院を希望された場合。退院調整のため時間がかかり、入院期間がそのため延びるケースが多くあった。病棟全体のベッドコントロールにつまずき、病院の報酬にも影響が出て悪循環となった。
- ・在宅への退院予定が家屋の流れなどにより延期となったケースがありました。
- ・沿岸から受け入れしたものの、家族も受け入れ拒否、施設の空きも無いというケースがあった。
- ・病状が安定しても退院後家族はずっと病院に入院させて下さいと望むケースが多い。受け皿がなく、施設入所を申し込んでおいても、何年たっても入所できない。パスが出来ても社会資源が充実されなければならないのではないかと。
- ・患者が環境の変化に適応困難となった。
- ・自宅が被災。家族が被災。→退院できない。
- ・自宅が仮設になり受け入れを拒否している。
- ・震災で家を流され受け入れが困難になった。受け皿となる施設は待機者多数で入所できず、現実には厳しいです。
- ・自宅がなくなった(仮設に入っている)
- ・退院後の受け皿が非常に少なく、仮設住宅などの環境変化が大きな影響を及ぼしていると考えます。
- ・仮設入居後、BPSDが悪化し入院した患者が、BPSD改善し在宅介護が可能となったとしても、仮設コミュニティの認知症への理解が低い場合は、家族介護者が退院した事を責められたりする。徘徊しても見守れるようなコミュニティでない場合は、家族が室内に閉じ込めてしまい、改善したBPSDが再発し、再入院というケースがあった。
- ・福島では浜通りからの被災者受け入れにより(中通り、会津で受け入れた)グループホーム、福祉施設などの空きがなくなった。
- ・他の受け入れ可能な医療機関、施設の不足。家族の受け入れ困難。
- ・独居のうつ病患者が認知症を併発。親類は被災し自宅を流失し介護不能の状態。
- ・震災により退院先がなくなった。
- ・津波による被害が大きく在宅が流失(支援に向けて関わっていた自宅)、帰る場所がなくなってしまった。
- ・自宅が津波で流失し、また家族も喪失したりで、単身生活が困難となった患者がいる。

②資料9の退院支援クリニカルパスB(長期入院患者対応)を使用する事で、退院支援を図ることが可能と思われますか

	回答数	構成割合
回答者数	33	100.0%
はい	13	39.4%
いいえ	1	3.0%
どちらとも言えない	19	57.6%

退院支援クリニカルパスについて、ご意見があればご自由にお書きください

- ・オレンジ手帳p14～p15について、開始時と1年後が専門医療機関で、6ヵ月後と1年半後がかかりつけ医ということに何の意味があるのか？継続して専門医が診ている場合もあり、チェック項目を変える必要があるのか？
- ・クリニカルパスを使用した事が無いので、実際に使用するときには具体的な内容で説明して頂けるとありがたいです。
- ・認知症に限らない医療・介護連携パスを活用しているが、医療機関とケアマネの顔の見える関係作りや退院手段に役立っている。しかし、作成については、お互い多忙な業務の中で事務量が増えるのも事実。認知症パスについても事務量など意見が出ないか心配。
- ・介護領域は精神科領域からの受入れが厳しいところも多く、パス作成は第一歩とは考えるが、関連職種のネットワーク構築と相互理解を実質的に深めていく取組みを検討していく必要がある。
- ・成年後見人は任意後見人、補佐等の人もいるのでは？その欄もあったほうが分かりやすい。
- ・クリニカルパスを電子カルテに導入した場合、評価しにくく使いにくそう。
- ・認知症の相談が増えていく中で、より個人の対応が重要と考えています。医療と介護(生活)、尊厳を守る連携はとても大切だと思います。実現するようと思います。
- ・医療機関との各種パスがありますが、基本連携パスとして活用したい。包括支援センターで基本情報シートがあるので、そのシートとのリンクの検討が必要と思います。一律で行えた方が普及していくと思いますし、包括へ初期経過相談、来所時の聞き取り調査とすればよろしいと思う。また、印刷できれば良いと思います。活用したいと思います。
- ・地域にどれだけの資源があるのかで左右される部分が多いように思われます。
- ・定期的な本人や周りの状況について確認・評価・意識できる良い機会になると思う。入院時には、家族関係が破綻している、受け皿がないというのが長期入院の方にとってネックだと思うので、他工夫も必要かと思う。
- ・A、B案共に家族署名欄があるが、どのような意味で設けたのか？内容について家族の了承を求めるものであれば、表記内容をもう少し家族にも分かりやすい表現にしてはどうか？また判断不可能な場合もあるだろうが、本人の署名も必要でないか。
- ・限界になっての入院が多い。家族が受け入れに消極的になりがちが多い。
- ・A案B案ともに作業療法士の項目の退院時だけN式があるが、入れるのであれば初回にも入れてほしい。入れないのなら全てにN式を入れないほうが良い。
- ・チェック項目を介護保険の認定調査とリンクさせて欲しい
- ・長期で入院している認知症患者は残念ながら在宅という選択肢は殆どない場合が多いように思う。いかにして住居(入所施設)を確保するかがメインになってくるのが実情ではないか？パスを活用できるのか？と思った。多機関での連携というより、病院と施設のやり取りに感じる。(もともと入院しているとケアマネは関与しないため)そういう場合パスを利用することが手間？というか、パスに記録する仕事が増えるだけになる。
- ・現在長期に入院している患者さんに退院支援パスを活用して、退院へ持っていけるかどうかは不安である。
- ・退院していく方のケースが少なく、非常に難しい。しかし、オレンジ手帳は普及してほしいと思います。
- ・患者本人は退院できる状態にあっても、受け皿がとて少ないのが悩みです。地域との連携を図る事で、少しでも退院に繋がれたと感じています。
- ・長期入院対応の方の特徴は施設待ちが多い、施設の受け入れが出来ない状態であり、連携、情報共有しても施設の空きがないことには連携しても長期になってしまう。また、もう1つの特徴は、BPSD悪化により家族関係がこじれてから入院してしまうため、患者自身は安定しても、家族が当時の状態に少しでも戻る可能性がある、在宅退院に踏み込めない。そうなる家族ケアが重要視されている。この家族ケアに時間がかかり、どうしても長期入院になってしまうのが現状。在宅に帰れるケースは、家族介護者に仕事が合って家族がいて家があって、施設、事業所があればこそ可能である。
- ・オレンジ手帳を元に退院支援を図るのは理解できたが、クリニカルパスはどのように活用するか分からなかった。
- ・パスは必要と思うし、有用と思いますが、流失したり被害を受けた施設を整備するほうが更に大切だと思います。A→Bへの移行をご検討お願いします。
- ・手帳は混乱を避けるために1つでいいと思います。
- ・「認知症進行度チェック表」という名称は「認知症・機能障害チェック表」とすれば項目の誤解が少ないと思います。
- ・退院の目処について、在宅に戻れる方は少なく、多くの方は施設入所待機の状態ですので、対応の仕方など考える必要があると思います。
- ・認知症専門病棟を持つ病院と持っていない病院では、スタッフや医師の認知症への対応、考え方が違うと思われる。クリニカルパスの周知にあたっては、精神科はBPSDだけではなく、治療の必要性がある認知症をみていくという点も強調して欲しい。
- ・パスを活用する事により、退院の目処や他職種の連携に繋がっていかないと考えます。

平成 23 年度 厚労省 障害者総合福祉推進事業
 認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス作成支援説明会（宮城・岩手県開催）

（宮城県会場）

日 時：平成 24 年 2 月 4 日(土)
 会 場：江陽グランドホテル 3 階「孔雀の間」
 受講者数：36 名

13：00 ～13：05	開会挨拶	
13：05 ～13：35	オレンジ手帳についての説明	田口 真源 （高齢者医療・介護保険委員会 委員長） 菅野 庸 （古川緑ヶ丘病院 院長）
13：35 ～15：00	意見交換	田代 芳郎 （高齢者医療・介護保険委員会 委員）
15：00 ～	閉会挨拶	

（岩手県会場）

日 時：平成 24 年 2 月 6 日(月)
 会 場：アイーナいわて県民情報交流センター 8 階「803 会議室」
 受講者数：42 名

13：00 ～13：05	開会挨拶	
13：05 ～13：35	オレンジ手帳についての説明	田口 真源 （高齢者医療・介護保険委員会 委員長） 伴 亨 （平和台病院 理事長）
13：35 ～15：00	意見交換	三根 浩一郎 （高齢者医療・介護保険委員会 委員）
15：00 ～	閉会挨拶	

被災地説明会について

田口 真源（日精協 高齢者医療・介護保険委員会 委員長、大垣病院 院長）

平成24年2月4日（土）仙台、6日（月）盛岡にて地域連携パス及び退院促進パスについて説明会を行った。当初、インフラの打撃により記載事項を絞った方がよいと考え、地域連携パス（通常版）を叩き台に2種類の簡略版を作成して提案した。

しかし、当日寄せられた意見やアンケート、被災地での研究協力者の意見（被災地参加病院レジュメ）でも明らかのように、インフラの打撃も深刻であったが、カルテの流失など地域に作られていたネットワークが寸断され、情報の消失、散逸はより深刻であった。

また、住み慣れた地域を離れ、避難所や仮設住宅での生活を余儀なくされると、ネットワークの再構築が必要となり、そういった被災当初には、むしろ詳細な情報の共有が必要になるという貴重な意見が多く寄せられた。

説明会において配布したアンケートのうち、「3. オレンジ手帳（案）を「地域連携モデルパス」と考えてその内容をお答えください。」の中では特に実践的な意見が多数寄せられた。大震災という未曾有の災害を前にして、情報の共有がいかに大切かということを感じるとともに、この災害を背景にしたものだけでなく、通常版や退院促進パスについても極めて建設的な意見が寄せられた。いわば震災のいう認知症患者が置かれた極限状態の生の声というだけでなく、説明会という名前に反して日常的な地域連携の必要性や情報の共有の必要性についてのノウハウを様々教えられた、大変示唆に富んだ有意義な説明会であり、通常版のモデルパス作成に貴重な情報をもたらすものであった。

IV 地域連携パス「オレンジ手帳」・認知症退院支援 クリニカルパスガイドラインについて

はじめに

認知症病棟への入院目的には、BPSD改善、中核症状の悪化の対応、薬剤の調整、一般科で対応困難な身体合併症治療などがある。その後の認知症患者の生活の質を考えると、入院の目的となった症状や問題が解消した後、速やかに在宅や介護保険施設に移行することが望ましいと思われる。しかし、いわゆる「受け皿」不足や、病院と地域、施設との連携が脆弱さにより十分に行われていなかった。このため精神科病院、介護保険施設、事業所等が連携をスムーズに行えるようにするために実践的な地域連携パス・退院支援クリニカルパスを作成し、実施することで地域連携を図っていく必要がある。

また、平成23年3月11日の東日本大震災では30万人を超える避難所生活者が発生し、認知症の方がその環境変化などにより症状を悪化させ、入院が必要になる事例が発生したとの報告がある。被災地での精神科医療機関の医療資源を考慮し、円滑に入院患者に対応できるよう被災地においても退院支援・地域連携体制が構築できるようなモデルとなるパスを作成した。

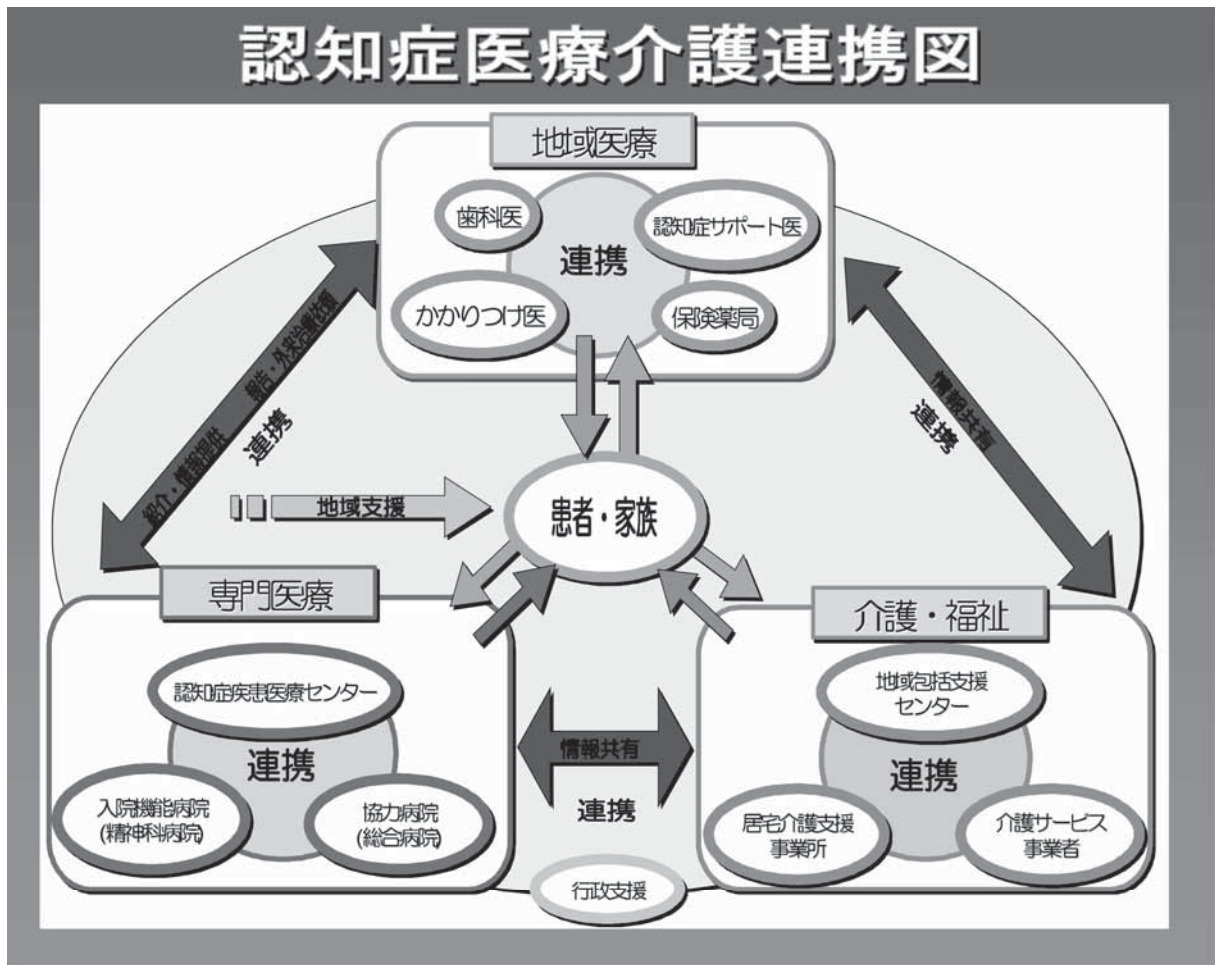
地域で生活している認知症患者に対しても、専門医療・地域医療・介護・福祉が情報を共有することによって、地域で安心して暮らしていけるようサポートすることが必要である。

地域生活・入院を問わず、どのような状況においてもリアルタイムの情報を把握し、それぞれの専門分野において、より良いサポートができるようにすることを目指している。

基本理念

- * 情報を共有することで、多職種・他事業間との連携を図る
- * 情報を共有することで、認知症患者が地域で安心して暮らしていけるよう支援する
- * 情報を共有することで、入院中の認知症患者がスムーズに地域へ移行できるよう支援する

地域連携パス「オレンジ手帳」(以下オレンジ手帳という)・認知症退院支援クリニカルパスは地域連携を推進していくためのモデルパスである。このため通常のコンピューターで使用可能なソフトウェアを作成し、それぞれの地域の特性に合った内容となるよう電子的に加工可能なものとなっている。また用紙のサイズ(A4、A5等)や形式(手帳タイプにして製本する、加除式にして用紙の追加を可能にする等)についてもそれぞれの地域や利用者の状況に応じて使用しやすいように設定ができるようにしてある。(加工についてはソフトウェア操作説明書を参照)



地域で生活する認知症患者がより良い医療や介護サービスを受けるために、専門医療、地域医療、介護・福祉の各機関が情報を共有し連携を図ることが重要である。(図1) オレンジ手帳を患者・家族が所有し、専門医療、地域医療、介護・福祉のそれぞれの機関を利用するときに手帳を提示する。各機関は手帳を元に情報を共有することが可能となる。その時点での情報を縦断的に行うとともに、それぞれの分野での推移を知ることができる。

認知症の地域連携における専門医療とは認知症疾患医療センター・入院機能病院（精神科病院）・協力病院（総合病院等）を指す。認知症疾患医療センターは、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、鑑別診断および急性期医療、専門医療相談等を実施すると共に、保健医療・介護関係者への研修等を行い、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とした機関である。内科等のいわゆるかかりつけ医からの紹介で認知症の鑑別診断等を行い結果や治療方針を報告する。また本人・家族からの医療相談を行い必要に応じて鑑別診断後、本人や家族の状況を踏まえながら、かかりつけ医に逆紹介をするなど地域医療との連携を図る。協力病院には鑑別診断時の画像検査の依頼や症状に応じて入院が必要となった時に紹介をする。入院機能病院（精神科病院）は症状に応じて入院が必要となった時にセンターからの紹介を受けるなど専門医療の中での連携も図る。

地域医療とは、かかりつけ医・認知症サポート医・歯科医・保険薬局等を指す。認知症サポート医はかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、各医師会と地域包括支援センターとの連携作りへの協力等があり、地域における

連携の推進役を期待されている。かかりつけ医に期待される役割として①早期段階での発見・気づき ②日常的な身体疾患対応、健康管理 ③家族の介護負担、不安への理解 ④専門医療機関への受診誘導 ⑤地域の認知症介護サービス事業者との連携を図る等がある。

認知症医療介護連携図（図1）で示すように患者・家族を中心に各分野で双方向矢印の連携を図っていくことが円滑に地域連携を進めていける重要なポイントとなる。

地域連携パス「オレンジ手帳」

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）

<h2>同 意 書</h2>	
法人名 □□□	
病院名 □□□	
<p>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。</p>	
<p>記</p>	
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。
<p>以上</p>	
平成	年 月 日
<p>住 所 _____</p>	
<p>ご本人（自 署） _____ 印</p>	
<p>ご家族（自 署） _____ 印</p>	
<p>（ 続 柄 ） _____</p>	

「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＝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><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。</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><かかりつけの医療機関></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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><専門医療機関></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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></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>介護支援専門員(ケアマネジャー)</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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>地域包括支援センター</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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>介護保険サービス</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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>訪問看護ステーション</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 style="height: 40px;"></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>民生委員</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 style="height: 40px;"></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	わたしのプロフィール(2)		(本人・家族) 4
記入者: (関係:)			身長(cm) / 体重(kg)		
ふりがな			聴 力	□聞こえる □多少聞こえる □聞こえない □不明・補聴器(□有□無)	
名 前			視 力	□見える □多少見える □見えない □不明	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		アレルギー	□無 □有(お薬: /食物:)	
生活状況	自宅 施設(種別 名称)		感染症	□無 □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(□有 □無)	
年金受給状況	□国民年金 □遺族年金 □厚生年金 □共済年金		飲 酒	□無 □有()年間×()/日	
≪家族構成≫ □独居 □同居 主介護者名 (歳) 関係 同居・別居 (家族構成図) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div>			喫 煙	□無 □有()年間×()本/日 ()年間禁煙	
□:男性 ○:女性 ■:死亡 回 ◎:本人 現在の同居者は○で囲む			習 慣	(長年なじんだ習慣・好み・こだわり等)	
≪ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号≫			職業歴	現在: □無・□有() 元:	
関係	氏名	連絡のとれる時間帯	最終学歴	□小学 □中学 □高校(旧制中学) □大学	
		□昼間(午前・午後) □夜間 □昼夜 ()	性 格	□陽気 □陰気 □まじめ □社交的 □頑固 □わがまま □ほがらか □神経質 □優柔不断 □せっかち □その他()	
		□昼間(午前・午後) □夜間 □昼夜 ()	これまでにかかったことのある病気		
		□昼間(午前・午後) □夜間 □昼夜 ()	・糖尿病……………□無 □有 □不明 ・高血圧…………… □無 □有 □不明 ・心臓病(狭心症・心筋梗塞)・□無 □有 □不明 ・脂質異常症…………… □無 □有 □不明 ・甲状腺機能低下症…………… □無 □有 □不明 ・脳卒中(脳梗塞・脳出血)・ □無 □有 □不明 ・精神疾患…………… □無 □有 □不明 ・頭部外傷(打撲・交通事故等) □無 □有 □不明 ・その他(癌・手術など)……………		
		□昼間(午前・午後) □夜間 □昼夜 ()	ご本人、ご家族のご希望をお書きください		
		□昼間(午前・午後) □夜間 □昼夜 ()			

<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、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、経済的負担も強いることになり、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のか（自宅、施設等）等記載してもらおう。希望のほかには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れなったり、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ことがある <input type="checkbox"/> いつもの日課をしなくなった <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"/> だらしなくなった <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 誰もいないのに、会話をしていることがある <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"/> ささいなことでも怒りっぽくなった	
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、スポンジや手拭いに石鹸やボディシャンプー等を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・スポン」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、スポ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・スポン」の着たり、脱いだりの一部の介助を行っている場合。・スポンを構えたり自分で足を通すが、スポンを引き上げる介助を行っている、介護者が上着を構えたり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・・・ありもしない物が「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、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

< 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) 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) 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		(6ヶ月後)	
年 月		年 月	
専門医療機関： 〃 〃 〃			
長谷川スケール		〃 〃 〃	
MMS E		〃 〃 〃	
FAST		〃 〃 〃	
血液検査		血液検査	
血算		血算	
血糖		血糖	
脂質		脂質	
甲状腺機能		甲状腺機能	
VB1		VB1	
VB12		VB12	
血圧		血圧	
心電図		心電図	
頭部CT		頭部CT	
頭部MRI		頭部MRI	
心筋シンチ		心筋シンチ	
スPECT		スPECT	
脳波		脳波	
神経症状		神経症状	
BPSD		BPSD	
治療薬		治療薬	

<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()		

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。

(お問い合わせ)
〒 000-0000 住所1記入
住所2記入
発行元機関名記入
連絡先 000-000-0000

<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。
- ・プリントアウト設定時に、メモ欄を自由に挿入することができる(ソフトウェア操作説明書を参照)。


<問い合わせ>

発行元機関の住所、機関名、連絡先をあらかじめ記載しておく。

地域連携パス「オレンジ手帳」 簡略版① 簡略版②

オレンジ手帳を元に情報項目を減らし加工した作成例である。使用方法としては、地域の特性や通常のオレンジ手帳では情報量が多いと判断された時、また大きな災害などにより甚大な被害をうけ、利用者の情報収集が困難になった時などを想定している。簡略版①は通常の「オレンジ手帳」から情報項目を減らしたものであり、簡略版②は簡略版①からさらに情報項目を減らしたものである。

簡略版①

<h1>「オレンジ 手帳」</h1> <p>簡略版①</p>  <p>さまの</p> <h2>地域連携パス</h2> <p>開始日 平成 年 月 日</p> <p>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。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">はじめに</div> <p>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。</p> <p>この手帳は次のような内容になっています</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>[基本] 地域連携同意書</td> <td style="text-align: right;">(青色)</td> </tr> <tr> <td>[わたしのプロフィール].</td> <td style="text-align: right;">(桃色)</td> </tr> <tr> <td>[問診表]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>[認知症進行度チェック表].</td> <td style="text-align: right;">(黄色)</td> </tr> <tr> <td>[検査の経過と治療薬].</td> <td style="text-align: right;">(赤色)</td> </tr> <tr> <td>[要介護状態区分等].</td> <td style="text-align: right;">(緑色)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">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</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 </div>	[基本] 地域連携同意書	(青色)	[わたしのプロフィール].	(桃色)	[問診表]		[認知症進行度チェック表].	(黄色)	[検査の経過と治療薬].	(赤色)	[要介護状態区分等].	(緑色)
[基本] 地域連携同意書	(青色)												
[わたしのプロフィール].	(桃色)												
[問診表]													
[認知症進行度チェック表].	(黄色)												
[検査の経過と治療薬].	(赤色)												
[要介護状態区分等].	(緑色)												

基本

<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: () _____	

<介護保険サービス・ケアマネジャー 等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: () _____	
	TEL: () _____	
	TEL: () _____	

わたしのプロフィール(1) (本人・家族)

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 _____	
(家族構成図)			
□○			
□:男性 ○:女性 ■:死亡 □: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	() _____

わたしのプロフィール(2) (本人・家族)

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(有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>)
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: _____)
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)
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)……………	
自由記載	

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?

- 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
- 計算の間違ひが多くなった
- 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
- これまで興味の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
- 見えないものを見えると言ったりする
- 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

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用)

※ 6ヶ月毎に記載の場合

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			6ヶ月後				
		年	月	年	月	年	月		
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. ととき忘れ ている	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. ととき忘れ ている	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
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	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3	1	2	3
トイレ	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3	1	2	3
風呂	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3	1	2	3
着脱	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3	1	2	3
他者の症状の確認	1. 徘徊	2. 幻覚妄想	3. 夜間不眠	1	2	3	1	2	3
	4. 日中不眠	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	2. 意欲が出てきた	3. 一度言ったことを繰り返す回数が増えた	4. 以前と変わらない	5. 悪くなった	1	2	3	4
						1	2	3	4
						2	3	4	5
						3	4	5	
						4	5		
						5			
記載者									
関係									

【他の症状の確認】解説

□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・・・ありもしない物が見える、[聞こえる] (何もないところに向かって話しかけている)
実際に窓から入っているのに、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

□日中不眠・・・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・・・何もしようとなし、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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医)

発症時期：平成 年 月 日 (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：1年毎に記載の場合

検査項目	開始時		6ヶ月後	
	年	月	年	月
長谷川スケール	/ 30		/ 30	
MMS E	/ 30		/ 30	
FAST	ステージ:			
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)	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)	未 / 済 (mg/dl)
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)	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)	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)	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)	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)	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	
	頭部MRI	未 / 済 □虚血性変化 □萎縮 () □その他 ()	□短期記憶	
		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度: VSRAD ()	□問題なし □問題あり	
	心筋シンチ	未 / 済 集積の低下 □有 □無	□日常の意思決定を行うための認知能力	
	スベクト	未 / 済	□自立 □いくらか困難	
	(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 ()	□見守りが必要 □判断できない	
	脳波	未 / 済 □基礎律動 Hz~ Hz □その他 ()	□自分の意思の伝達能力	
	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・聴覚失認・色彩失認・視空間失認)	□伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られている □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 ()	
疾患名		処方薬	医療機関名	
○ 認知症				
○ 糖尿病				
○ 高血圧				

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医)

検査項目	(1年後) 年 月		(1年半後) 年 月	
	長谷川スケール	/ 30		/ 30
MMS E	/ 30		/ 30	
FAST	ステージ:			
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)	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)	未 / 済 (mg/dl)
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)	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)	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)	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)	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)	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	
	頭部MRI	未 / 済 □虚血性変化 □萎縮 () □その他 ()	□短期記憶	
		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度: VSRAD ()	□問題なし □問題あり	
	心筋シンチ	未 / 済 集積の低下 □有 □無	□日常の意思決定を行うための認知能力	
	スベクト	未 / 済	□自立 □いくらか困難	
	(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 ()	□見守りが必要 □判断できない	
	脳波	未 / 済 □基礎律動 Hz~ Hz □その他 ()	□自分の意思の伝達能力	
	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・聴覚失認・色彩失認・視空間失認)	□伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られている □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 ()	
疾患名		処方薬	医療機関名	
○ 認知症				
○ 糖尿病				
○ 高血圧				

要介護状態区分等

(ケアマネジャー用)

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 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		
年 月 日 ~	□要支援 ()		
年 月 日 ~	□要介護 ()		

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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000 住所1記入
住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-000-0000

簡略版②

「オレンジ 手帳」

簡略版②



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 (青色)
[わたしのプロフィール]. (桃色)
[問診表]
[認知症進行度チェック表]. (黄色)
[検査の経過と治療薬]. (赤色)

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）

基本

<同意書>
各施設間での必要な情報の交換、情報提供とバスの適応に同意します。

ご本人
_____ (続柄:)
ご家族
_____ (続柄:)
TEL ()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<介護保険サービス・ケアマネジャー 等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール (本人・家族)

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 _____)	

<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	()

自由にご記入ください

- ・身体状況(視力障害や聴覚障害など)・性格や長年馴染んだ習慣
- ・今までにかかったことのある病気
- ・生活で困っていること等
- ・介護認定の状況や施設サービスを利用されている方は、その状況も記載してください

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?

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

だらしくなった

道帳や印鑑、財布をあっちこちにしまい忘れ、盗まれたという

誰もいないのに、会話をしていることがある

見えないものを見えると言ったりする

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日の中で変動することはありますか? □ ある □ ない

認知症進行度チェック表 (家族・介護機関用)

※ 6ヶ月毎に記載の場合

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		6ヶ月後		
		年 月	年 月	年 月	年 月	
記憶	最近の出来事に対して	1. 数分前~数時間前の事も忘れて	2. 数日前のことも忘れて	3. とときどき忘れる	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことも忘れて	2. 数年前のことも忘れて	3. とときどき忘れる	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
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
		1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
着脱	着脱の前後を間違える	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3
		1. あり	2. たまにある	3. なし	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. 日中傾眠 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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
		4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	
		7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
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. 以前と変わらない 5. 悪くなった	1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
		4	4	4	4	
		5	5	5	5	

記載者 _____ 関係 _____

「他の症状の確認」解説

□徘徊・・・歩き回る・車椅子で動き回る・床やベッドの上で回り回る等目的もなく動き回る

□幻覚・妄想・・・ありもしない物が[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) 実際には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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医用)

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		(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/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)
	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)	
	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"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <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"/> 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"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
疾患名	処方薬	医療機関名	
<input type="checkbox"/> 認知症			
<input type="checkbox"/> 糖尿病			
<input type="checkbox"/> 高血圧			

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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000 住所1記入
住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-000-0000

クリニカルパスとは

入院から退院までの必要な治療・検査・ケア（職種別）などをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸とした診療スケジュール表である。クリニカルパスを使用することにより、どの時期に誰が何をすれば良いのかを把握することができ、チームとしての医療サービスを提供することができる。

クリニカルパスに使用される用語の説明

アウトカム	・治療の過程において望ましい結果や目標のことをいう。
バリエーション	<p>・クリニカルパスの過程からはずれたものをいう。</p> <p>バリエーションの状態</p> <p><正のバリエーション></p> <p>パス表の経過から良い方向にはずれ、回復が通常よりも順調であった場合等</p> <p><負のバリエーション></p> <p>変動・逸脱・脱落の3種類</p> <p>変動：パスに揺らぎを与えるバリエーション。アウトカムに影響が無く入院期間にも影響が無い</p> <p>逸脱：アウトカムに変化を及ぼすバリエーション</p> <p>脱落：重大な合併症などで完全にパスからはずれたもの</p>

上記のバリエーションは認知症の患者には評価しづらい等の理由があり、認知症退院支援クリニカルパスでは評価しやすいように下記のように変更した。バリエーションには、身体疾患の治療が必要となった、症状が悪化した、退院先が決まらない等がある。

バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	パス継続・治療を追加してパス継続・中断
	(医師コメント記載欄)

認知症退院支援クリニカルパス

地域連携は専門医療、地域医療、介護・福祉が情報を共有することが重要である。患者が入院した場合、地域関係者への情報提供がなされないことで、連携を図ることが困難となる場合がある。また、患者が地域移行を目指す時、医療だけでは目的を達成することができない。このため入院中から他機関、多職種との連携を図ることで、スムーズに地域移行への支援ができるように認知症退院支援クリニカルパスを使用することが重要となってくる。必要な情報として、入院中の経過とどのような治療検査が行われているかがわかる様にする。また地域連携カンファレンス等での情報共有に役立つ。

*退院支援クリニカルパス開始時、合わせてオレンジ手帳の開始も行うと地域連携が図りやすくなる。

認知症退院支援クリニカルパス モデルA

対象：新規入院患者（3か月入院を目標）

経過：入院時、入院2週間、入院1か月、入院2か月、入院3か月（退院）

開始にあたって

表紙に診断名、身体疾患、既往歴を記載する

家族に入院の目標を説明する。この時に、退院や転院の基準を本人・家族と話し合い決めておく。

担当医師名記載。家族署名欄記載。

<入院時>

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の設定を確認し、本人または家族に説明したか否かを確認する。
- ・職種別に実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
バリエーションはパスの経過からはずれたものをいうため、開始時には記載しない。
- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<入院2週間>

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認をする。
- ・地域連携
ケアマネジャーと情報交換を行い、今後の方向性（退院先・必要なサービス）を確認する。
- ・職種別に実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
必要に応じてコメントを記載する。
- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<入院1か月>

- ・経過に日付を記入する。

- ・達成目標の確認をする。
- ・地域連携
 - 地域連携ケアカンファレンスを開催（初回）する。
- ・職種別に実施項目をチェックする。
 - 医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
 - 検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
 - 検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
 - バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
 - 必要に応じてコメントを記載する。
- ・医師の署名
 - チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
 - パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<入院2カ月>

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認をする。
- ・地域連携
 - 地域連携ケアカンファレンスを開催（退院前）する。
- ・職種別に実施項目をチェックする。
 - 医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
 - 検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
 - 検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
 - バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
 - 必要に応じてコメントを記載する。
- ・医師の署名
 - チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
 - パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<入院3カ月>

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認をする。
- ・地域連携
 - 退院時合同カンファレンス（退院先が在宅の時）
- ・職種別に実施項目をチェックする。
 - 医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
 - 検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
 - 検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。

・バリエーション

バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。

3か月で退院できない時はそのこと自体がバリエーションとなる

・医師の署名

チーム医療のリーダーとして署名を行う。

・家族署名

パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

◎ 担当医師名 : _____ ◎ 家族署名 : _____ (続柄)	
認知症退院支援クリニカルパス モデルA	
患者氏名 _____ 様 (男・女) (M・T・S) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)	
診断名	
身体疾患	
既往歴	
目 標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る
退院基準	・精密検査完了 ・BPSDの改善 ・環境調整完了 ・その他
転院基準	・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。

経 過	入院時 年 _____ 月 _____ 日	
達成目標	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	
地域連携		
医 師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 本人・家族に入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 初診から入院までの状況確認 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 (_____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 経済状況確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	
看 護 介	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取(全体像把握) <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 看護初期計画・問題リスト記入	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 作業療法目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> N-ADL (_____ 点) <input type="checkbox"/> NMスケール (_____ 点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画書作成 <input type="checkbox"/> BMI (_____ %)	
薬 剤 師	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー、副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (_____ 点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (_____ 点) <input type="checkbox"/> NPI (_____ 点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル: _____) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ (_____) 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 (_____) 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリエーション		
医師署名		
家族署名	_____ (続柄 : _____)	

経過	入院2週間	
	年	月 日
達成目標	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	
地域連携	ケアマネジャーとの連携	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者 (家族・Dr・Ns・PSW) <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 ・参加者 (Dr・Ns・PSW・OT等)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点)	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価	
作業療法士	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 バス継続 ・治療を追加してバス継続 ・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	入院1か月	
	年	月 日
達成目標	・退院後の行き先を見当づける	
地域連携	ケアマネジャーとの連携 地域連携ケアカンファレンス (初回) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合 (ケアマネ状況確認) <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス (初回) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認 (家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者 (家族・Dr・Ns・PSW)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価	
作業療法士	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 バス継続 ・治療を追加してバス継続 ・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	入院2か月	
	年	月 日
達成目標	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける	
地域連携	地域連携ケアカンファレンス(退院前) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス (退院前) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認 (家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者 (家族・Dr・Ns・PSW)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 退院前サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	
作業療法士	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 バス継続 ・治療を追加してバス継続 ・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	入院3か月(退院)	
	年	月 日
達成目標		
地域連携	退院時合同カンファレンス(在宅の場合) 家族・ケアマネ・他 情報提供書	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 情報提供書	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 退院時合同カンファレンス(在宅の場合) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、 訪看Ns、担当医、Ns、OT、他)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時指導	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	
作業療法士	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 <input type="checkbox"/> BMI (%)	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬指導	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 バス継続 ・治療を追加してバス継続 ・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

退院支援クリニカルパス モデルB

認知症治療病棟には長期入院を余儀なくされている患者も多くいる。このため入院患者全員がクリニカルパスモデルAに適応できないのが現状である。例えば長期入院患者の退院支援を行える環境が整った時、クリニカルパスモデルAを実施していたがバリエーション有のため退院につながらなかった患者に継続的に退院支援を行う時、身体疾患治療等のためにクリニカルパスを中断していた患者を再開させる時等、クリニカルパスモデルBを使用する。経過はクリニカルパスモデルAのように期間（入院2週間・1カ月…）をあらかじめ設定していない。患者によって開始理由も異なり患者を取り巻く環境も違うため、各医療機関で患者の状況に合わせて期間を設定していくことで、退院支援をより円滑にすすめていく。

対象：長期入院患者

クリニカルパスモデルAから移行した患者

クリニカルパスモデルAを実施中バリエーション有でパスを中止した患者が再開するとき等

経過：開始 退院の目処が立つ 退院の方向性が決定 退院前

開始にあたって

表紙に診断名、身体疾患、既往歴を記載する

家族に入院の目標を説明する。この時に、退院や転院の基準を本人・家族と話し合い決めておく。

担当医師名記載。家族署名欄記載。

<開始時>

- ・経過に入院年月日と開始日を記入する。
- ・達成目標の設定を確認し、本人または家族に説明したか否かを確認する。
- ・地域連携
ケアマネジャーと情報交換を行い、今後の方向性（退院先・必要なサービス）を確認する。
- ・職種別の実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
バリエーションはパスの経過からはずれたものをいうため、開始時には記載しない。
- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<退院の目処が立つ>

（経過の日付は患者の状態に合わせ、各医療機関で設定する。）

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認
- ・地域連携
地域連携ケアカンファレンスを開催（初回）する。

- ・職種別に実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
必要に応じてコメントを記載する。
- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<退院の方向性が決定 >

(経過の日付は患者の状態に合わせ、各医療機関で設定する。)

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認
- ・地域連携
地域連携ケアカンファレンスを開催(退院前)する。
- ・職種別に実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション
バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
必要に応じてコメントを記載する。
- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

<退院前>

(経過の日付は患者の状態に合わせ、各医療機関で設定する。)

- ・経過に日付を記入する。
- ・達成目標の確認
- ・地域連携
退院時合同カンファレンス(退院先が在宅の時)
- ・職種別に実施項目をチェックする。
医療機関で職種別業務が違う。職種別の項目を各医療機関の状況に合わせて変更は可能である。
- ・アウトカム
検査・精神症状・行動症状・高次脳機能障害の項目に分けて記載する。
検査は各医療機関で異なるため、各医療機関で設定は可能である。
- ・バリエーション

バリエーションの有無、パス継続・治療を追加してパス継続・中断の評価を医師が行う。
必要に応じてコメントを記載する。

- ・医師の署名
チーム医療のリーダーとして署名を行う。
- ・家族署名
パスの経過を説明し家族に記載依頼をする。

◎ 担当医師名： _____ ◎ 家族署名： _____ (続柄)		入院年月日	年 月 日
認知症退院支援クリニカルパス モデルB		経過	年 月 日
患者氏名 _____ 様 (男・女) (M・T・S) 年 月 日生 (歳)		達成目標	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける
診断名 _____ 身体疾患 _____ 既往歴 _____		地域連携	ケアマネジャーとの連携
目 標 ・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る		医 師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談
退院基準 ・精密検査完了 ・BPSDの改善 ・環境調整完了 ・その他		精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者 (家族・Dr・Ns・PSW) <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 ・参加者 (Dr・Ns・PSW・OT等)
転院基準 ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。		看護 介 護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> F I M評価 (点)
		心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査
		作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> N-A-D-L (点) <input type="checkbox"/> N-Mスケール (点)
		管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握
		薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理
		アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル： 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行
		バリエーション	
		医師署名	
		家族署名	(続柄：)

経過	退院の目処が立つ	
	年	月 日
達成目標	・退院後の行き先を見当づける	
地域連携	ケアマネジャーとの連携 地域連携ケアカンファレンス(初回) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合(ケアマネ状況確認) <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス(初回) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL(点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為() 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
バリエーション	バス継続・治療を追加してバス継続・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	退院の方向性決定	
	年	月 日
達成目標	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける	
地域連携	地域連携ケアカンファレンス(退院前) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス(退院前) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ・他) △家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 退院前サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL(点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為() 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
バリエーション	バス継続・治療を追加してバス継続・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	退院前	
	年	月 日
達成目標		
地域連携	退院時合同カンファレンス(在宅の場合) 家族・ケアマネ・他 情報提供書	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 情報提供書	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 △退院時合同カンファレンス(在宅の場合) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、 訪問Ns、担当医、Ns、OT、他)	
看護介護	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時指導	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	<input type="checkbox"/> N-ADL(点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 服薬指導	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ() 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為() 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
バリエーション	バス継続・治療を追加してバス継続・中断	
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

地域連携パス・認知症退院支援クリニカルパスで使用する検査の説明

*HDS-R 改訂長谷川式簡易知能評価スケール

被験者への口頭による質問により、短期記憶や見当識（時・場所・時間の感覚など）、記憶力などを比較的容易に点数化し評価できる。また質問者の熟練度にさほど左右されることなく一定の結果が得られ、評価に要する時間が20分前後と一般の心理検査に比べ時間が短いのも特徴。30点満点中20点以下が認知症疑いと判定される。なお、あくまでも質問に対する答えを評価の基本としているため、意思疎通が困難な方には不向きで、その場合はNMスケールが比較的有効。

*MMSE (Mini Mental Stage Examination)

日本のHDS-Rに相当する米国で開発されたスケールの1つである。精神現在症の臨床評価の簡略版。

*FAST (Functional Assessment Staging)

認知障害日常機能評価。日常生活動作（ADL）を総合的に評価し、アルツハイマー型認知症の重症度を判定する。臨床的特徴がStage 1～7まで区分され、Stage 6には5段階、Stage 7には6段階のsubstageが設けられている。家族・本人に確認しながら情報を聴取する。

*FIM (Functional Independence Measure)

機能的自立度評価表。特に介護負担度の評価が可能であり、いろいろな分野で幅広く活用されている。食事や移動などの「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目から構成されている。どの疾患にも適応できる。評価者はリハビリの専門職である必要はない。実際に「している」状況を記録することで介助量を推定できる。ADLの全ての内容をチェックするためのものではなく生活を営んでいくために必要最小限の項目を把握するために用いられる。

*NPI (Neuropsychiatric Inventory)

認知症患者の精神症候評価尺度。各精神症候には、それぞれに主質問と下位質問が用意されており、主質問により当該精神症候の存在が疑われる場合には、下位質問を行ってその有無を確認する。存在する場合はその重症度を0から3の4段階で、頻度を0から4の5段階で、それぞれ各行動につき用意された基準に従って判定し、点数が高いほど頻度、重症度が大きいことを示している。必要に応じ重症度と頻度との積を計算し、それを全項目で合計した値（NPIスコア）を求め、精神症状の全般的重症度の指標とすることも行われている。

*CDR (Clinical Dementia Rating)

臨床的認知症尺度。観察法の代表的なものである。記憶、見当識、判断力と問題解決、地域社会活動、家庭生活及び趣味・関心、介護状況の6項目について、健常（CDR 0）、認知症疑い（CDR 0.5）、軽度認知症（CDR 1）、中等度認知症（CDR 2）、重度認知症（CDR 3）に評価し、総合判定を行う。CDRによる評価は、その後のケアマネジメントを考える「手段」であって、判定自体が「目的」ではない。

<参考文献>

長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

加藤信司, 下垣光, 小野寺敦志, 他: 改定長谷川簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成 老年精神医学雑誌 2 : 187-196, 1991

MMSE (Mini-Mental State Examination)

平井俊策: MMSE 老年期痴呆 10 : 298-301, 1996

FAST (Functional Assessment Staging)

大塚俊男, 本間昭: 高齢者のための知的機能検査の手引き 59-64, 1991

FIM (Functional Independence Measure)

園田茂, 川北美奈子, 青柳美雪, 他: 看護に役立つ、FIM を活用して ADL を極める! ナース専科 : 81-92, 2010

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

博野信次, 森悦郎, 池尻義隆, 他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory-痴呆の精神症状評価法の有用性の検討-No To Shinkei 49:266-271, 1997

CDR (Clinical Dementia Rating) _臨床的認知症尺度

音山若穂, 新名理恵, 本間昭, 他: Clinical Dementia Rating (CDR) 日本語版の評価者間信頼性の検討 老年精神医学雑誌 11 : 416-421, 2000

V. 地域連携パス「オレンジ手帳」・
認知症退院支援クリニカルパス

「オレインジ 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

<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

(続柄:)

ご家族

TEL()

成年後見制度

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: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	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: ()	

わたしのプロフィール(1)

(本人・家族) 3

ふりがな	記入者: (関係:)	
名前	(性別)	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
(家族構成図) □├○		
□:男性 ○:女性 ■:死亡 ◎: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 ()

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"/> はがらか <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他 ()
これまでに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(筋・手術など)・・・・・・・・	
[]	
ご本人、ご家族のご希望をお書きください	

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？

- 同じことを何度も言ったり、聞いた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くなったり、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
- これまで興味のあったことに関心を示さなくなった
- だらしくなった
- 通帳や印鑑、財布をあつちこつちにしまい忘れ、盗まれたという
- 誰もないのに、会話をしていることがある
- 見えないものを見えると言ったりする
- 以前よりひどく寝い深くなった
- 小さい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なんですか？

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		
	1. あり	2. なし	3. 不明	年	月	日
ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし	3. 不明	1	2	3
最近の出来事	1. 数分前～数時間前の事も忘れて	2. 数日前のことも忘れて	3. ときどき忘れる	1	2	3
過去の出来事	1. 若い頃のこと	2. 数年前のこと	3. ときどき忘れる	1	2	3
自力歩行	1. できない	2. 一部介助	3. できる	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
金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	1	2	3
薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	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食あたりの食分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 食べすぎ傾向	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
排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3
トイレ	1. あり	2. たまにある	3. なし	1	2	3
尿・便失禁	1. あり	2. たまにある	3. なし	1	2	3
おむつ使用(紙パンツ等)	1. 常時使用	2. 夜間のみ使用	3. なし	1	2	3
風呂	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3
入浴介助の必要性	1. 全介助	2. たまにある	3. なし	1	2	3
入浴拒否	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1	2	3
着脱	1. あり	2. たまにある	3. なし	1	2	3
服の前後を間違える	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1	2	3
ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	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
	4. 日中傾眠	5. 興奮	6. 無脚心、意欲低下	4	5	6
	7. 火の不始末	8. 不潔行為	9. 異食行為	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		
	2. 意欲が出てきた			2		
	3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った			3		
	4. 以前と変わらない			4		
	5. 悪くなった			5		
		記載者				
		関係				

認知症進行度チェック表

年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
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
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 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 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 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 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 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 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 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6	4 5 6
7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9	7 8 9
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5

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、車椅子を使用しなればならない等、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をかける。
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を行っている場合も含む。
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、飲む薬や水を手元を用意するなど、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。・食べやすすぐするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助も含む。
排泄介助	スポンジの上げ下げ、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。	スポンジの上げ下げ、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。・ズボンを構えるとき足を通すが、ズボンに足を通す行為など全て介助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。・ズボンを構えるとき自分で足を通すが、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こ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、一部に介助を行っている場合。・ボタンの掛け間違えがある場合など
他の症状確認 <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・・・ありもしない物が「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 <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		

現在治療中の合併症と治療薬

(かかりつけ医用) 6

疾患名	有・無・不明	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	有・無・不明	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			

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	ごろ	(開始時)	年	月
				(6ヶ月後)	年	月
例) 専門医、かかりつけ医: 1年毎に記載の場合				専門医療機関:		
長谷川スケール				MMSE		
MMSE				FAST		
血液検査				血算		
				血糖		
				脂質		
				甲状腺機能		
				VBI		
				VBI 2		
血圧				心電図		
				頭部CT		
				頭部MRI		
画像検査				心筋シンチ		
				スベクト		
				脳波		
				神経症状		
BPSD (周辺症状)				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

(1年後)	年	月	(1年半後)	年	月
専門医療機関:					
長谷川スケール					
MMSE					
FAST					
血液検査					
血算					
血糖					
脂質					
甲状腺機能					
VBI					
VBI 2					
血圧					
心電図					
頭部CT					
頭部MRI					
画像検査					
心筋シンチ					
スベクト					
脳波					
神経症状					
BPSD (周辺症状)					
治療薬 (合併症含)					
シール貼付可					

要介護状態区分等

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()		
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()		

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、しつ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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000

住所1記入
住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-0000-0000

「オレンジ 手帳」

簡略版①



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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (青色)
- [わたしのプロフィール]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (桃色)
- [問診表]
- [認知症進行度チェック表]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (黄色)
- [検査の経過と治療薬]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (赤色)
- [要介護状態区分等]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (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

基本

<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: ()	

<介護保険サービス・ケアマネジャー等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール(1)

(本人・家族)

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"/> 同居	<input type="checkbox"/> 同居
主介護者名 (歳) 関係	同居・別居



:男性 :女性 ■:死亡 回 @: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	()

身長 () cm) / 体重 () kg)	
聴力 □聞こえる □多少聞こえる □聞こえない □不明・補聴器 (□有 □無)	
視力 □見える □多少見える □見えない □不明	
アレルギー □無 □有 (お薬: / 食物:)	
飲酒 □無 □有 () 年間 × () / 日	
喫煙 □無 □有 () 年間 × () 本 / 日 () 年間禁煙	
習慣 <small>(長年なじんだ習慣・好み・こだわり等)</small>	
性格 □陽気 □陰気 □まじめ □社交的 □頑固 □わがまま □ほがらか □神経質 □優柔不断 □せっかち □その他 ()	
これまでにかかったことのある病気	
・糖尿病 ・心臓病 (狭心症・心筋梗塞) ・甲状腺機能低下症 ・精神疾患 ・その他 (癌・手術など)	・高血圧 ・脂質異常症 ・脳卒中 (脳梗塞・脳出血) ・頭部外傷 (打撲・交通事故等)
自由記載	

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、聞いたりを回数が増えた
 - 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
 - 慣れている場所ですら迷う
 - 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
 - これまで興味のあったことに関心を示さなくなった
 - だらしくなった
 - 通帳や印鑑、財布をあっちこちにししまい忘れ、盗まれたという
 - 誰もないのに、会話をしていることがある
 - 見えないものを見えると言ったりする
 - 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

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用)

※ 6ヶ月毎に記載の場合

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			6ヶ月後		
		年	月	日	年	月	日
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	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	1	2	3	1	2	3
自力歩行	1. できない	1	2	3	1	2	3
外出状況	1. 外出なし	1	2	3	1	2	3
金銭管理	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
薬の内服	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
食事	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
トイレ	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
風呂	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
着脱	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
他の症状の確認	1. 徘徊	1	2	3	1	2	3
	2. 幻覚妄想	4	5	6	4	5	6
	3. 夜間不眠	7	8	9	7	8	9
	4. 日中傾眠	1	2	3	1	2	3
	5. 興奮	4	5	6	4	5	6
	6. 無関心、意欲低下	7	8	9	7	8	9
	7. 火の不始末	1	2	3	1	2	3
	8. 不潔行為	4	5	6	4	5	6
	9. 異食行為	7	8	9	7	8	9
介護者の方の印象	1. 表情が良くなくなり穏やかになった	1	2	3	1	2	3
	2. 意欲が出てきた	2	3	4	2	3	4
	3. 一度言ったことを繰り返す回数が増えた	3	4	5	3	4	5
	4. 以前と変わらない	4	5	6	4	5	6
	5. 悪くなった	5	6	7	5	6	7
	記載者 関係						

「他の症状の確認」解説

- 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・・・ありもしない物が「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)
- 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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医)

発症時期：平成 年 月 日 (開始時) 年 月 日 (6ヶ月後) 年 月 日 (例) 専門医、かかりつけ医：1年毎に記載の場合

検査項目	検査結果	検査結果
長谷川スケール	30	30
MMSE	30	30
F A S T	ステージ:	ステージ:
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)
	血糖	未 / 済 (mg/dl)
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)
	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常)
	V B 1	未 / 済 (異常なし・異常)
	V B 1 2	未 / 済 (異常なし・異常)
	血圧	/
	心電図	未 / 済 (異常なし・異常)
	頭部CT	未 / 済 □虚血性変化 □萎縮 ()
	頭部MRI	未 / 済 □虚血性変化 □萎縮 ()
	海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度: VSRAD ()	
	心筋シンチ	未 / 済 集積の低下 □有 □無
	スベント (血流低下部位)	未 / 済 □前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉 □側頭葉 □楔前部 □後部帯状回 □その他 ()
	脳波	未 / 済 □基礎律動 Hz ~ Hz □その他 ()
	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・聴覚失認・色彩失認・視空間失認)
B P S D (周辺症状)	□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 ()	□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 ()

疾患名	処方薬
○ 認知症	
○ 糖尿病	
○ 高血圧	

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医用)

長谷川スケール	(1年後)	年	月	年	月
	専門医療機関: かかかりつけ医療機関:				
MMSE	/30	《障害高齢者日常生活自立度》 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
FAST	/30	《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/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)		
	VBI	未 / 済 (異常なし・異常)	未 / 済 (異常なし・異常)		
VBI 2	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		
	頭部MRI	未/済 □虚血性変化 □萎縮() □その他()	《短期記憶》 □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》 □自立 □いくらか困難 □見守りが必要 □判断できない 《自分の意思の伝達能力》 □伝えられる □いくらか困難 □具体的要求に限られている □伝えられない		
	心筋シンチ	未/済 集積の低下 □有 □無			
	スベクト (血流低下部位)	未/済 □前頭葉 □頭頂葉 □後頭葉 □側頭葉 □楔前部 □後部帯状回 □その他()			
脳波	未/済 □基礎律動 Hz~ □その他()				
神経症状	□失語 (運動性失語・感覚性失語) □失行 (視念性失行・着衣失行・観念運動性失行) □失認 (視覚失認・聴覚失認・色彩失認・視空間失認)				
BPSD (周辺症状)	□なし □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()			
	疾患名	疾患名			
○ 認知症	処方薬				
○ 糖尿病	医療機関名				
○ 高血圧					

要介護状態区分等

(ケアマネジャー用)

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()		
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()		

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、しっかりと管理していただき、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ようお願いいたします。

(お問い合わせ)

〒 000-0000

住所1記入

住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-0000-0000

「オレンジ 手帳」

簡略版②



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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(青色)
- [わたしのプロフィール]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(桃色)
- [問診表]
- [認知症進行度チェック表]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(黄色)
- [検査の経過と治療薬]・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(赤色)

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)

基本

<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

TEL()

(続柄:)

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<介護保険サービス・ケアマネジャー等>

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール

(本人・家族)

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)		
《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	()

自由にご記入ください

- ・身体状況 (視力障害や聴覚障害など) ・性格や長年馴染んだ習慣
- ・今までにかかったことのある病気 ・生活で困っていること等
- ・介護認定の状況や施設サービスを利用されている方は、その状況も記載してください

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？
 - 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
 - 慣れている場所ですぐ迷う
 - 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
 - これまで興味の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、財布をあつちこつちにしまい忘れ、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
 - 見えないものを見えると言ったりする
 - 以前よりひどく疑い深くなった
 - 小さい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？ 急に いつのまにか
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

認知症進行度チェック表

(家族・介護機関用)

※ 6ヶ月毎に記載の場合

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			6ヶ月後		
		年	月	日	年	月	日
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	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	1	2	3	1	2	3
自力歩行	1. できない	1	2	3	1	2	3
外出状況	1. 外出なし	1	2	3	1	2	3
金銭管理	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
薬の内服	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
食事	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
排泄介助の必要性	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
入浴介助の必要性	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
介助の必要性	1. 全介助	1	2	3	1	2	3
服の前後も間違える	1. あり	1	2	3	1	2	3
他の症状の確認	1. 徘徊	1	2	3	1	2	3
介護者の方の印象	1. 表情が良くなり穏やかになった	1	2	3	1	2	3
	2. 意欲が出てきた	2	3	4	2	3	4
	3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った	3	4	5	3	4	5
	4. 以前と変わらない	4	5	6	4	5	6
	5. 悪くなった	5	6	7	5	6	7

他の症状の「確認」解説

- 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・・・ありもしないものが「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
- 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・・・何もしようとしなくなり、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

検査の経過と治療薬

(専門医療機関・かかりつけ医用)

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)
長谷川スケール	専門医療機関： かかりつけ医療機関：			
MMSE	/ 30			《障害高齢者日常生活自立度》 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
FAST	/ 30			《認知症高齢者の日常生活自立度》 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M
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)
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・相対失認・色彩失認・視空間失認)			
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 ()			

疾患名	処方薬	医療機関名
○ 認知症		
○ 糖尿病		
○ 高血圧		

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、しつ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。

(お問い合わせ)

〒 000-0000

住所1記入
住所2記入

発行元機関名記入

連絡先 000-0000-0000

地域連携パス「オレンジ手帳」
ソフトウェア操作説明書

Version 120312 対応版

はじめに

本プログラムファイルは、Windows 版 Microsoft® Office Excel で作成されています。

動作環境などは、下記を参照ください。

動作確認環境

Microsoft Office Excel 2010

Microsoft Office Excel 2007 SP2

Microsoft Office Excel 2003

Microsoft Office Excel 2002 SP3

[OS]

Windows 7

Windows VISTA SP2

Windows XP SP3

目 次

はじめに.....	1
目 次.....	2
1. オレンジ手帳を開く.....	3
2. 画面とメニューアイコンの構成.....	3
(1) 画面構成.....	3
(2) メニューアイコン構成.....	4
3. 最初の設定をする.....	6
(1) 「使用する項目ページの設定」 ダイアログボックスを開く.....	6
(2) 使用モードの選択.....	6
(3) 項目ページ名の選択.....	7
(4) 設定の保存とキャンセル.....	7
(5) 注意事項.....	7
4. 項目ページの編集.....	8
(1) セル内の直接編集.....	8
(2) 初めから設定されている見出し・項目名・選択肢などの登録文字編集.....	8
(i) 表示と非表示.....	8
(ii) 登録されている文字の変更.....	8
(iii) 登録されている文字の削除.....	9
(3) 行の表示と非表示.....	9
(i) 行を増やす(行の表示).....	9
(ii) 行を減らす(行の非表示).....	10
5. 印刷設定と印刷.....	11
(1) 設定項目の説明.....	11
(2) 印刷とキャンセル.....	13
(3) 詳細設定と注意事項.....	14
(i) 印刷モード:[1 A4 縦(片面)]と[3 レイアウト]について.....	14
(ii) 印刷モード:[2 詳細]について.....	14
ア) 行の表示・非表示で行数を調整.....	14
イ) ページ設定の余白を少なくすることで調整.....	14
ウ) option:[2 Excel] 機能.....	15
エ) option:[3 PDF] 機能.....	16
6. マクロ機能を有効にする.....	18
(1) 2002(XP) 2003 の場合.....	18
(2) 2007 2010 の場合.....	18
7. PDF/XPS 保存アドインのインストール.....	20

1. オレンジ手帳を開く

Orange-v120312.xls のファイルを開きます。(v 以下はバージョン)

このファイルは、マクロ機能を使用していますので、ファイルを開く時に、マクロの警告メッセージがでる場合があります。または、お使いのパソコンの設定によっては、警告メッセージが表示されず、マクロ機能が使用できない状態になっていることもあります。マクロ機能を有効にする手順については、「6. マクロ機能を有効にする」を参照してください。

2. 画面とメニューアイコンの構成

(1) 画面構成

画面は、上部にある(A) メニューアイコン欄と (B) メニューで選択した項目を表示する欄の二つの構成になっています。



[図 1]は、最初に開いた画面です。(A)メニューアイコン欄の一番左「表紙」が選択されている状態で、(B)項目欄には、「表紙」ページの項目が表示されています。

(2) メニューアイコン構成

メニューアイコンは[図 2-1] や [図 2-2]のようになっています。

メニューアイコンは、各項目に移動することができるアイコンと、機能設定ができるアイコン、編集用のアイコンの三種類あります。

メニューアイコンをクリックすることで、各項目ページに移動したり、機能設定ができるダイアログボックスを表示させたり、編集をすることができます。

メニューアイコン構成は、項目ページや使用モード設定(3. 最初の設定)によって変わります。

[表紙のメニューアイコン]

[図 2-1]



[問診票のメニューアイコン]

[図 2-2]





◆ 各項目ページに移動するアイコン


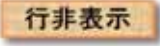
アイコン名..... 項目名

- ◇ 表紙..... 表紙
- ◇ 始めに..... はじめに
- ◇ 基本 1..... 基本1
- ◇ 基本 2..... 基本2
- ◇ プロフィール 1..... わたしのプロフィール1
- ◇ プロフィール 2..... わたしのプロフィール2
- ◇ 問診表..... 問診表 (初診時)
- ◇ 認知症 1..... 認知症進行度チェック表
- ◇ 認知症 2..... 認知症進行度チェック表
- ◇ 認知症 解..... 認知症進行度チェック表解説
- ◇ 治療中 1..... 現在治療中の合併症と治療薬
- ◇ 治療中 2..... 現在治療中の合併症と治療薬
- ◇ 検査 1..... 検査の経過と治療薬
- ◇ 検査 2..... 検査の経過と治療薬
- ◇ 要介護..... 要介護状態区分等
- ◇ 問合せ..... 問い合わせ

◆ 機能設定ができるアイコン

- | アイコン名 | 機能 | | |
|-------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ◇ 印刷 | 印刷する時に使用します |  | (5. 印刷設定と印刷 参照) |
| ◇ 設定 | 使用モード設定ができます |  | (3. 最初の設定 参照) |

◆ 編集ができるアイコン

アイコン名	機能	
◇ 行 表示	行表示する時に使用します	 (4-(3)-(i) 参照)
◇ 行 非表示	行非表示する時に使用します	 (4-(3)-(ii) 参照)

※ 機能設定ができるアイコンが表示されるのは、「表紙」のみです。

3. 最初の設定をする

はじめてご利用をされる前に、一度だけ使用モードの設定を行ってください。

(通常モードで使用をされ、かつ全ての項目ページを利用される場合に限り、設定不要です)

(1) 「使用する項目ページの設定」 ダイアログボックスを開く

「表紙」ページで 設定アイコンをクリックします。



「使用する項目ページの設定」 [図 3] のダイアログボックスが表示されます。

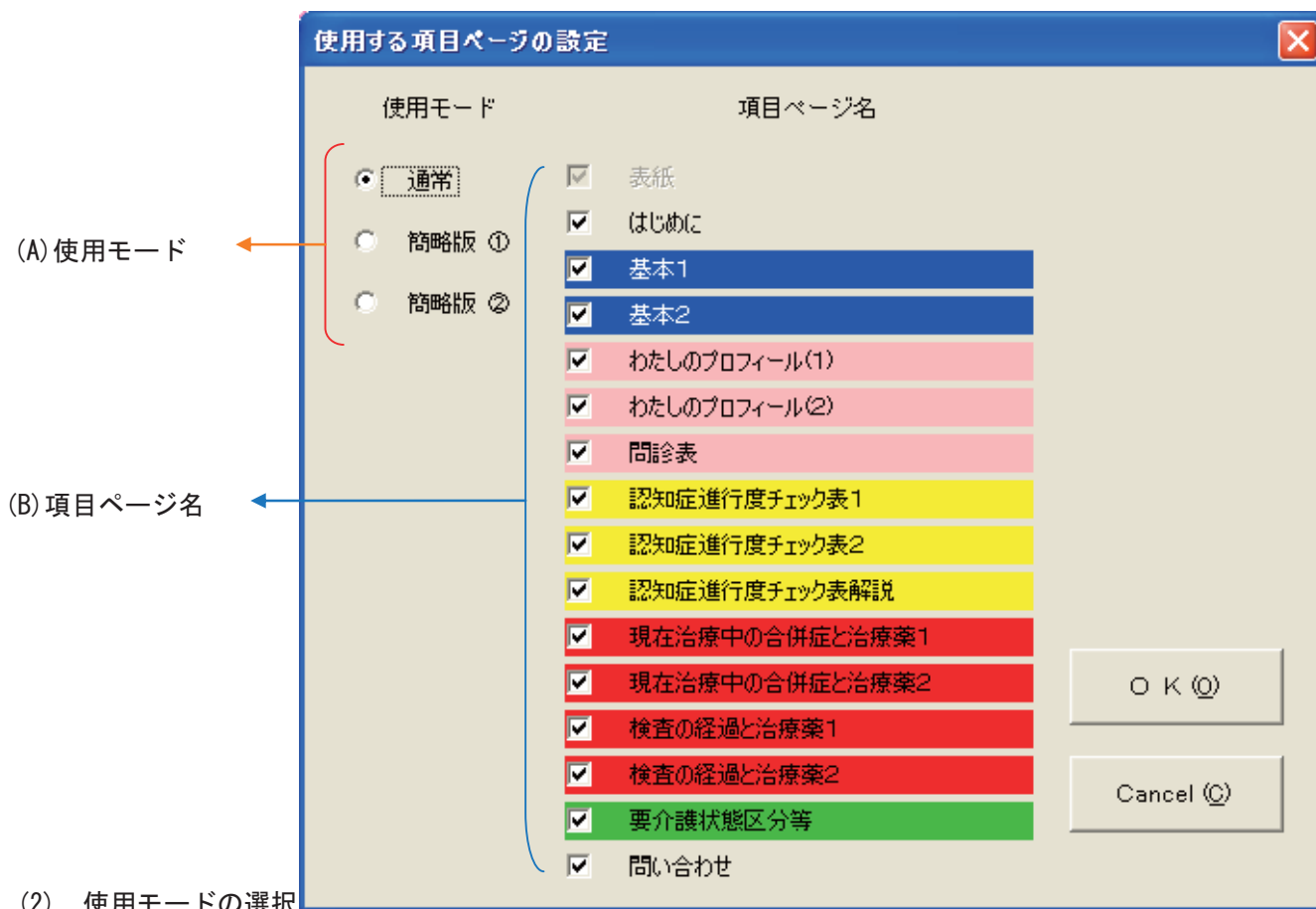
(A)使用モード と (B)項目ページ名の構成になっています。

初期設定では、[図 3] の様に、(A)使用モードが「通常」に設定されています。

「通常」が選択されている場合、(B)項目ページ名 は、全てが選択された状態になっています。

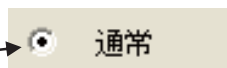
(A)使用モード → (B)項目ページ名 の順に選択をします。

[図 3]



(2) 使用モードの選択

まず、使用モードを選択します。(オプションボタンをクリック)



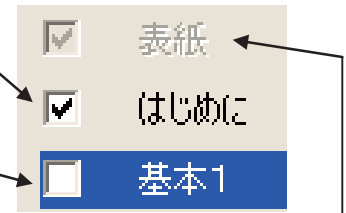
- ◇ 通常 全ての項目ページが使用できます
- ◇ 簡略版① 簡略版①用に構成された項目ページが使用できます
- ◇ 簡略版② 簡略版②用に構成された項目ページが使用できます

※ 各使用モードにおいて、同一名の項目ページの内容は、全く同じではありません。
モードに応じて、最適な編集をしてあります。(4. 項目ページの編集 参照)

(3) 項目ページ名の選択

次に、項目ページ名を選択します。

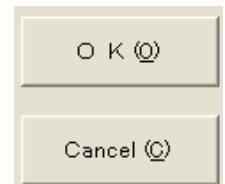
- ・使用する項目ページ（印刷対象にする項目ページ）のチェックボックスをクリックして
チェックを入れます。
- ・使用しない項目ページは、チェックをはずします。
(印刷対象になりません)



- ※ 使用モードによって、選択できる項目ページが限定されます。
- ※ グレーアウトしている項目ページは、使用設定ができません。
表紙は、常にチェックが入った状態でグレーアウトしています。
- ※ 使用しない設定にした項目ページは、該当するメニューアイコンも消えますので、
表示させることができなくなります。

(4) 設定の保存とキャンセル

最後に、設定する場合は、OKボタンをクリック、
設定を無効にする場合は、キャンセルボタンをクリックします。



(5) 注意事項

使用モードの設定・変更は、ご利用途中でも可能ですが、
項目ページの編集(4. 項目ページの編集 参照)後に行うと、編集が元に戻ったり、
レイアウトが崩れたりする場合があります。

一度、使用モードの設定を行って、当ファイルを保存しておくで、次回からは
設定する必要がなくなります。

初期設定は、通常モードになっています。
通常モードでご利用になり、かつ全ての項目ページを使用される場合は、設定不要です。

4. 項目ページの編集

(1) セル内の直接編集

セル内で直接、文字を編集したり、書式を変えたりできます。

(2) 初めから設定されている見出し・項目名・選択肢などの登録文字編集


(i) 表示と非表示

[図 4-1]

1	身長(cm) / 体重(kg)				○	
2	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)	○ ○ ○ ○ ○
3	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	○ ○ ○ ○ ○

丸印欄

項目ページで、右に丸印の欄がある見出し・項目名・選択肢は、該当する丸印をダブルクリックすることで、文字の表示と非表示などができます。

[図 4-1]において、 の位置でマウスをダブルクリックすると、左の「体重(kg)」が消えます。[図 4-2]

[図 4-2]

1	身長(cm) /				○	
2	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)	○ ○ ○ ○ ○
3	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	○ ○ ○ ○ ○

もう一度同じ箇所、ダブルクリックをすると、先ほど消えた内容が復活表示されます。これは、丸印に対応する該当文字は、ファイル内に登録されていることを意味します。

セル内直接編集(4-(1))において、文字を変更した場合でも、対応する丸印をダブルクリックすれば、登録文字を復活させることができます。

(ii) 登録されている文字の変更

[図 4-1]において、「体重(kg)」の文字を「体重(kg) 体脂肪(%)」に変更し、登録をしておきたい場合

- ・まず、セル直接編集で文字を書き換えます。 [図 4-3]
- ・次に、該当する丸印を DELETE で消します。 [図 4-4]
- ・最後に、丸印を DELETE した上でダブルクリックをします。 [図 4-5]
- ・消した丸印が復活すると共に、登録が完了します。

[図 4-3]

1	身長(cm) / 体重(kg) 体脂肪(%)				○
---	--------------------------------------------	--	--	--	---

[図 4-4]

1	身長(cm) / 体重(kg) 体脂肪(%)				○
---	--------------------------------------------	--	--	--	---

[図 4-5]

1	身長(cm) / 体重(kg) 体脂肪(%)				○
---	--------------------------------------------	--	--	--	---

(iii) 登録されている文字の削除

[図 4-5]において、「体重(kg) 体脂肪(%)」と登録したものを削除する

- ・まず、丸印を消して×を入力し [図 4-6]
- ENTER などで、別のセルに移動(アクティブ)します
- ・次に、×印の上でダブルクリックをします。 [図 4-7]
- ・×印が消え、項目名が消えると共に、登録も削除されます。 [図 4-8]

[図 4-6]

1	身長(cm) / 体重(kg) 体脂肪(%)	<input type="radio"/>	<input type="text" value="×"/>
---	---------------------------	-----------------------	--------------------------------

[図 4-7]

1	身長(cm) / 体重(kg) 体脂肪(%)	<input type="radio"/>	<input type="text" value="×"/>
---	---------------------------	-----------------------	--------------------------------

[図 4-8]

1	身長(cm) /	<input type="radio"/>	
---	-----------	-----------------------	--

(3) 行の表示と非表示

編集アイコンの「行の表示」と「行の非表示」がある項目ページでは、行を増やしたり、減らしたりすることができます。

(i) 行を増やす (行の表示)

各項目シートの最左には、グレーの番号が振ってあります。 [図 4-9]

[図 4-9]

1	身長(cm) / 体重(kg)				
2	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)
3	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
5	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (お薬： /食物：)		
7	感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他)		
8			・過去に、肺結核にかかったことが (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
11	飲 酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () 年間×() / 日		

[図 4-9]でグレーの番号は、1から始まり、2、3、5、7、8、11となっています。

空いている番号は、非表示になっている行が存在することを意味しています。

この場合4と6と9と10行目が非表示になっています。

行を増やしたい場合は、この非表示になっている行を利用します。

行を表示 (行を増やす) 手順は次の通りです。

5. 印刷設定と印刷

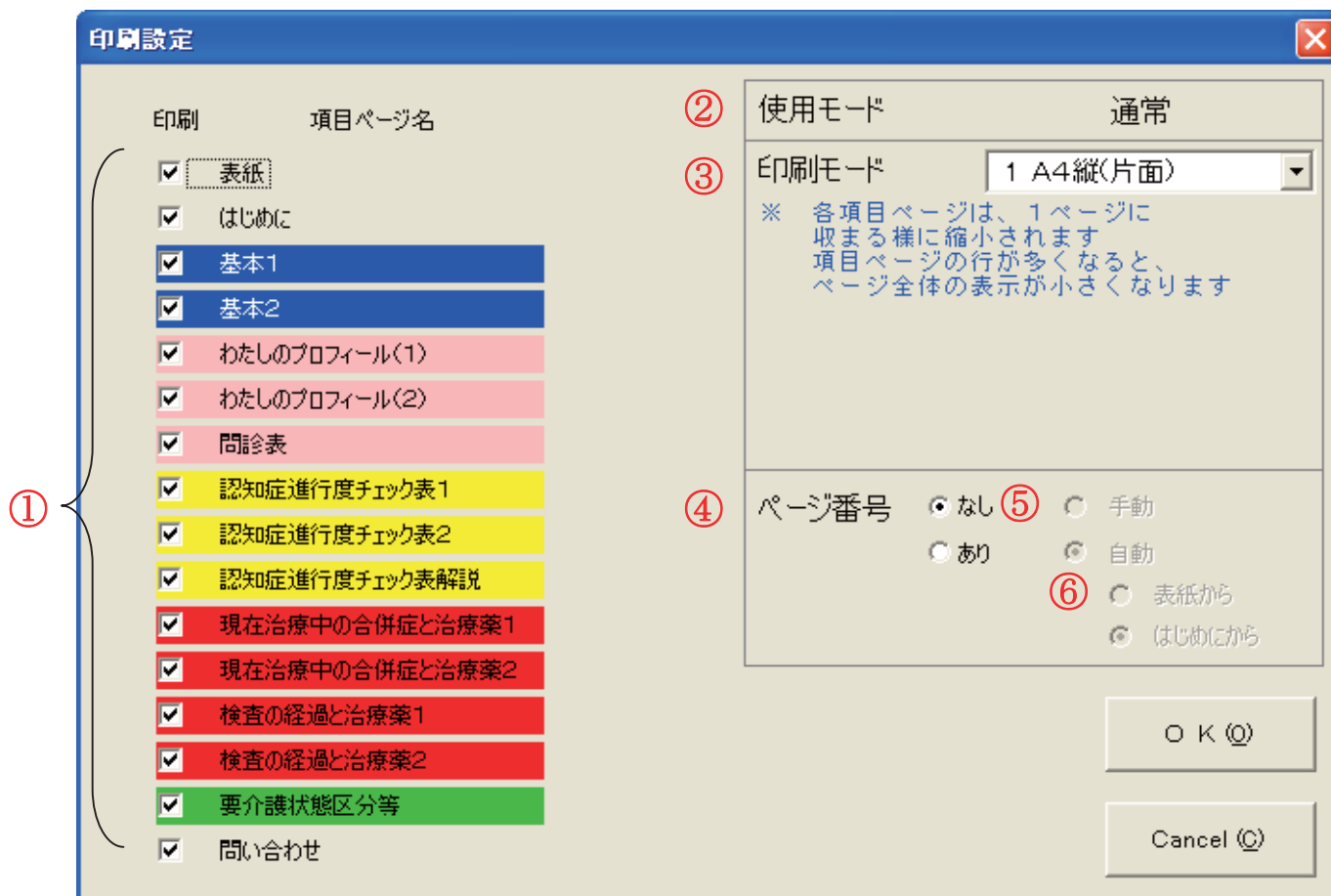
印刷設定と印刷を行うには、「表紙」メニューの印刷アイコンをクリックします。



印刷設定ダイアログが表示されます。[図 5-1]

(1) 設定項目の説明

[図 5-1]



- ① 印刷対象にできる項目ページ名・・・「3. 最初の設定をする」の「(2)使用モードの選択」(3-(2))で指定した ②使用モードにより決まります
 チェックボックスにチェックを入れることで印刷対象になります。
- ② 使用モード・・・「3. 最初の設定をする」の「(2)使用モードの選択」(3-(2))で指定した
 モード (表示のみ)
- ③ 印刷モード・・・三つの印刷モードから選択できます
 1. A4縦(片面) A4縦 片面印刷
 2. 詳細 両面印刷や冊子印刷など
 (ご利用のプリンタに該当機能がある場合に有効)
 3. レイアウト 画面レイアウトの A4縦 片面印刷
- ④ ページ番号 あり なし・・・ページ番号を付けるかどうかの選択ができます

⑤ ページ番号 手動 自動・・・・・・・・手動と自動が選択できます

- ◇ 手動を選択した場合[図 5-2]
ページ番号を入力する欄が表示されます

[図 5-2]

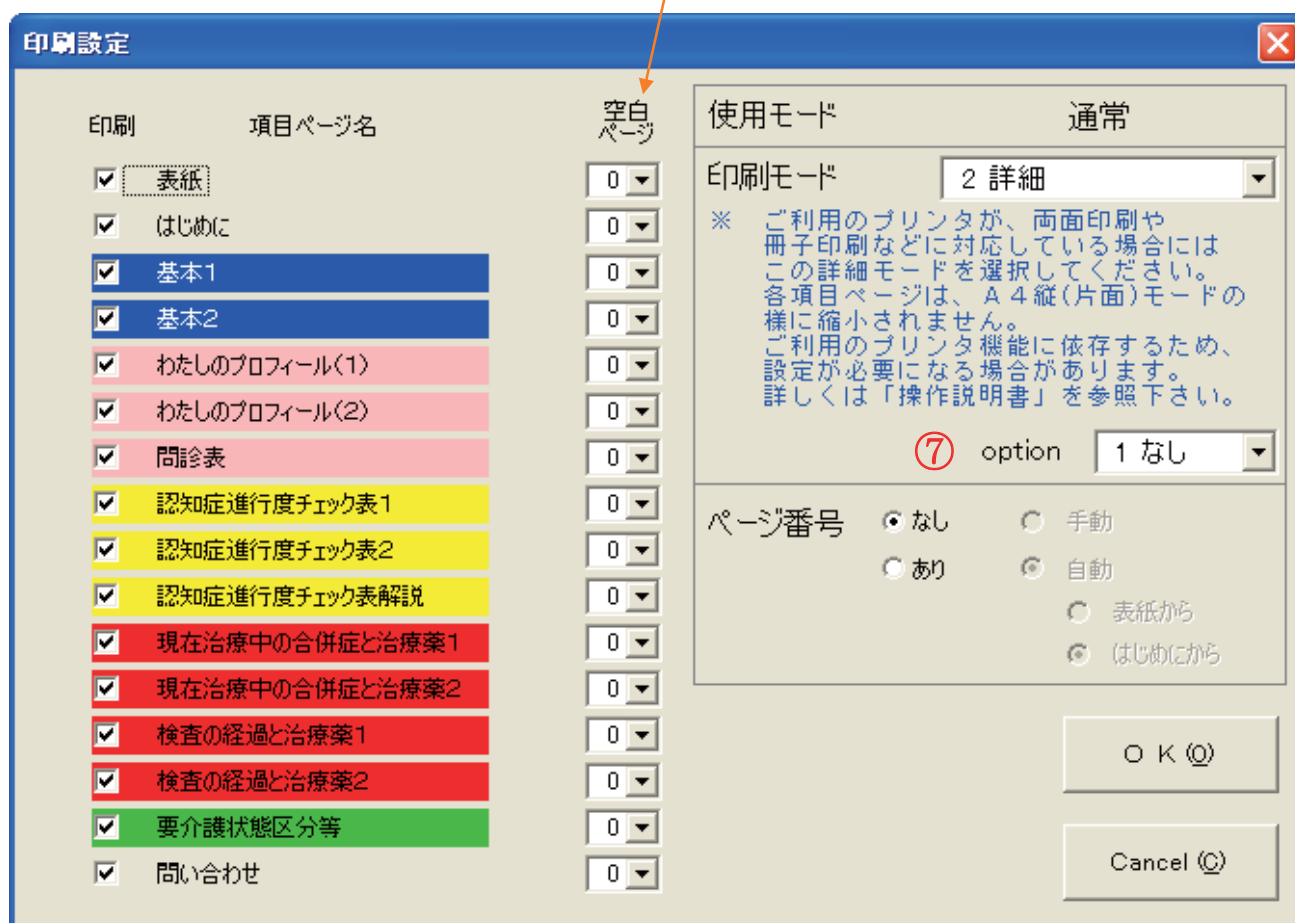
The screenshot shows the '印刷設定' (Print Settings) dialog box. On the left, there is a list of items to be printed, each with a checkbox and a corresponding 'ページ番号' (Page Number) input field. The items include '表紙', 'はじめに', '基本1', '基本2', 'わたしのプロフィール(1)', 'わたしのプロフィール(2)', '問診表', '認知症進行度チェック表1', '認知症進行度チェック表2', '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1', '現在治療中の合併症と治療薬2', '検査の経過と治療薬1', '検査の経過と治療薬2', '要介護状態区分等', and '問い合わせ'. On the right, the '使用モード' (Usage Mode) section is visible, showing '印刷モード' (Print Mode) set to '1 A4縦(片面)'. Below this, the 'ページ番号' (Page Number) section has three radio buttons: 'なし' (None), '手動' (Manual), and '自動' (Automatic). The '手動' option is selected. There are also sub-options for '表紙から' (From Cover) and 'はじめにから' (From Introduction) under the '自動' option. The 'OK' and 'Cancel' buttons are at the bottom right.

⑥ ページ番号(⑤)で、「自動」を選択した場合

「表示から」 または、「はじめにから」 を選択できます。

- ◇ 表紙から・・・・・・・・「表紙」をページ番号1にして連番を振ります
- ◇ はじめにから・・・・・・・・「はじめに」をページ番号1にして連番を振ります

※ 印刷モードが [2 詳細] に設定されており、ページ番号が [なし]の時、またはページ番号が [あり]で[自動]の設定になっている場合、項目ページ間に空白ページを挿入することができるコンボボックスが表示されます。[図 5-3] 初期設定では、全てゼロが入っています。例えば、表紙ページの次に空白ページを1枚差し込みたい場合は、表紙項目の右にある空白ページ コンボボックスを1に設定します。



⑦ option 印刷モード(③)で、[2 詳細]を選択した場合 option 設定ができます

- | | | |
|---|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | なし | プリンタに出力します |
| 2 | Excel | 新たな Excel Book(xls)として出力(Export)します
5-(3)-ii-ウ) option [2 Excel]機能 P.15を参照 |
| 3 | PDF | PDFファイルとして出力(Export)します
(ご利用環境でPDF保存機能がある場合に有効)
(詳しくは、以下を参照
5-(3)-ii-エ) option [3 PDF] 機能 P.16
7. PDF/XPS保存アドインのインストール) P.20 |

(2) 印刷とキャンセル

- ◇ OKボタンをクリックすると 印刷ページの構成が始まります。
しばらく時間がかかります。
印刷できる状態になると、既定のプリンタのダイアログボックスが表示されます。
必要に応じてプリンタの設定を行ってから、印刷をしてください。
- ◇ キャンセルボタンをクリックすると、印刷設定を無効にします。



(3) 詳細設定と注意事項

(i) 印刷モード： [1 A 4 縦 (片面)] と [3 レイアウト] について

- ・ A 4 縦 片面での印刷のみに対応しています。
- ・ 各項目ページは、1 ページに収まるように、ページ全体が縮小されます。
項目ページに新たな行を増やしすぎると、その分、印刷が小さくなります。

(ii) 印刷モード： [2 詳細] について

- ・ 両面印刷や冊子印刷などの印刷 (注 5-1) に対応します。
注 5-1 両面印刷や冊子印刷などの印刷は、ご利用のプリンタの機能に、
同機能がないと実現することができません。
- ・ 印刷モード [1 A 4 縦 (片面)] や [3 レイアウト] と違い、各項目ページは、
1 ページに収まるように縮小されません。したがって、単一項目ページが複数ページに
わたる印刷になり、レイアウトが崩れる場合があります。
その場合は次のア～エの様な対処方法があります。

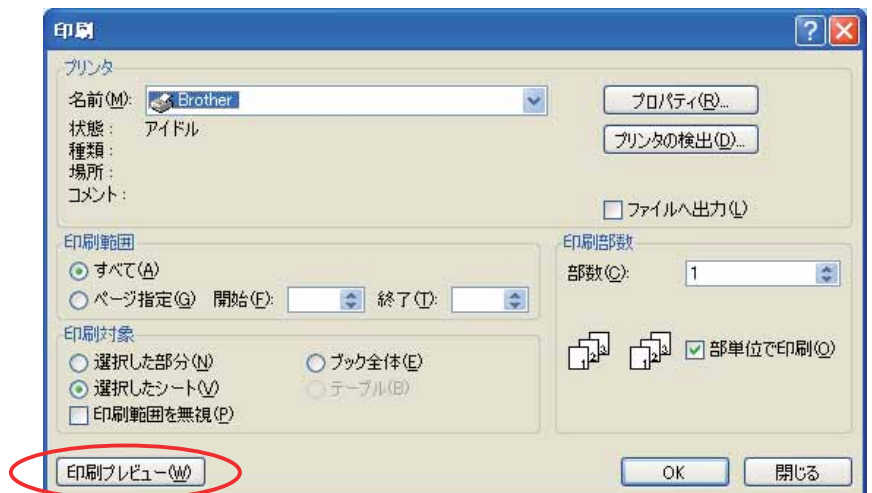
ア) 行の表示・非表示で行数を調整

初期の状態では、各項目ページの行数はほぼ最大になっています。
1 行増やすと、他の行を減らすことが必要になります。

イ) ページ設定の余白を少なくすることで調整

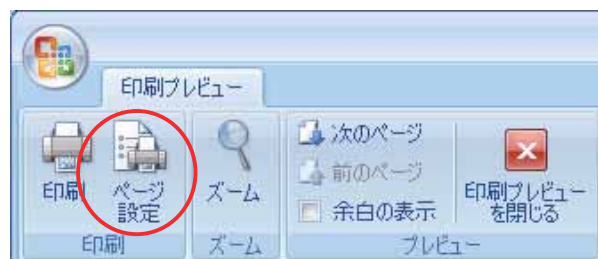
まず、印刷のダイアログボックスが表示されたら、
左下の「印刷プレビュー」ボタンをクリックします。[図 5-4]
印刷プレビューが表示されます。

[図 5-4]



次に、印刷プレビューウィンドウの上にある「ページ設定」ボタンをクリックします。[図 5-5]

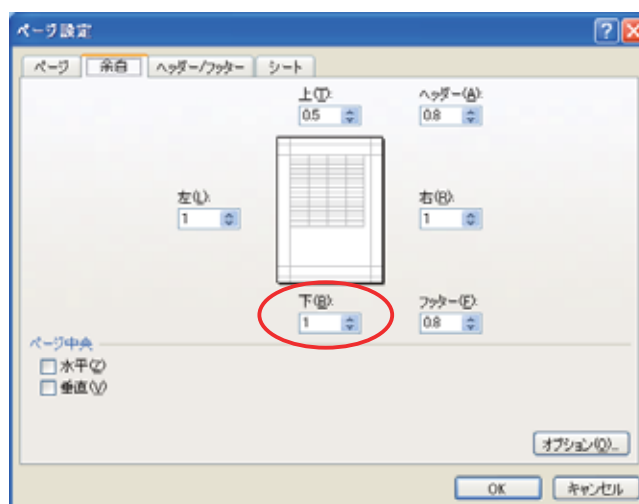
[図 5-5]



ページ設定ダイアログボックスが表示されます。[図 5-6]

「余白」のタブにて、下余白（初期設定 1 cm）を小さくします。
必要に応じて、上左右の余白も調整してください。
余白の最小値は、ご利用のプリンタ性能によって決まります。

[図 5-6]

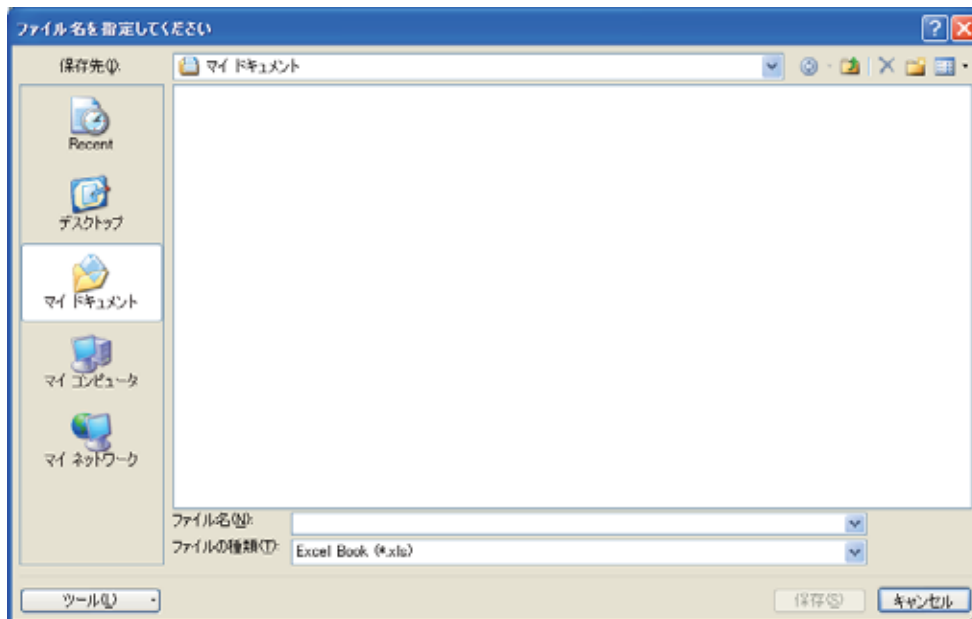


ウ) option [2 Excel] 機能

印刷用に組み立てたワークシートを新たな Excel Book (xls) に出力 (Export) する機能です。

新たに出力された Excel Book は自由に編集して頂けます。
行高・列幅などを変えて調整することも可能です。
Excel が得意な方向けです。

- 手順 1 印刷モードを [2 詳細] にする
- option を [2 Excel] にする
- 「OK」ボタンをクリック
- 印刷準備が終わると「ファイル名を指定してください」ダイアログボックスが表示される [図 5-7]



手順 2 保存先を指定する
次にファイル名を入力する
「保存」ボタンをクリック

手順 3 保存先に作成した Excel Book を開いて編集します。

※ option [2 Excel]では、ページ番号の印刷ができません

エ) option [3 PDF] 機能

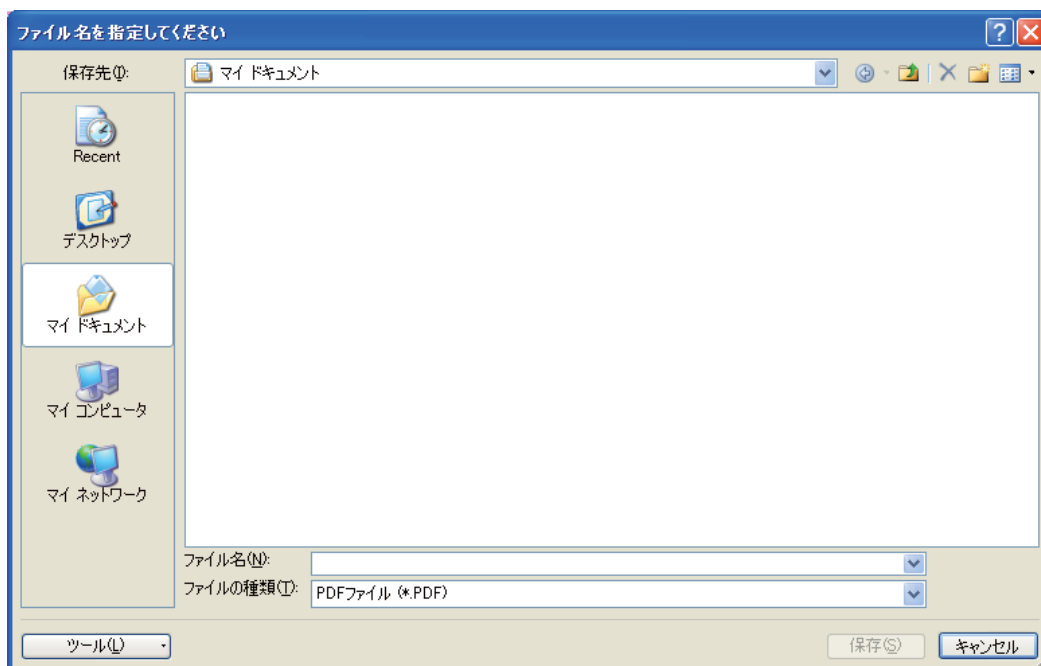
印刷用に組み立てたワークシートをPDFファイルに出力(Export)する機能です。PDFで編集をしたり、印刷したりされたい方向けです。ご使用のExcelバージョンにより下記の仕様になります。

Excel 2003 以前 動作しません

Excel 2007 PDF/XPS 保存アドインのインストールが必要です
(詳細は 7. PDF/XPS 保存アドインのインストール参照)

Excel 2010 標準で動作します

手順 1 印刷モードを[2 詳細]にする
option を[3 PDF]にする
「OK」ボタンをクリック
印刷準備が終わると「ファイル名を指定してください」
ダイアログボックスが表示される [図 5-8]



手順 2 保存先を指定する
次にファイル名を入力する
「保存」ボタンをクリック

手順 3 保存先に作成した PDF を開いて編集/印刷をします。

※ PDF の出力設定は、現在のプリンタの設定に依存しています。
PDF 出力の前に、プリンタ出力でのページ設定をおすすめします。

※ option [3 PDF] では、ページ番号の印刷ができません

6. マクロ機能を有効にする

本ファイルは、マクロ機能を使用しています。

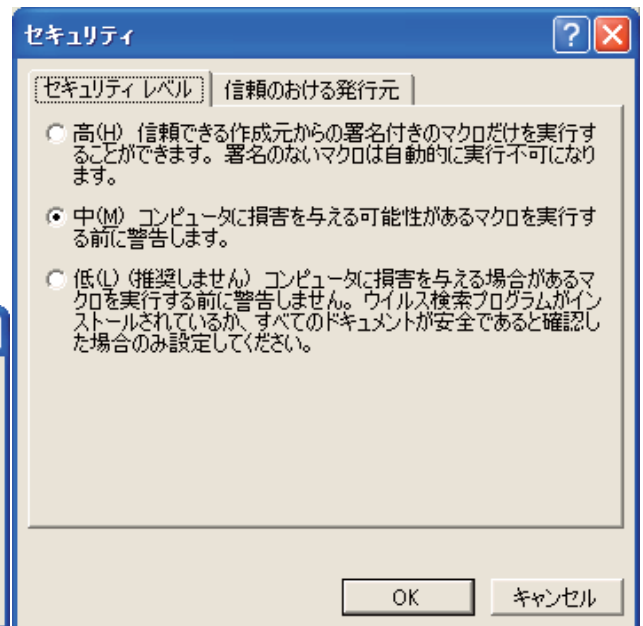
ご使用の EXCEL にて マクロ機能を有効にしないと正しく動作しません。

Windows 版 Microsoft® Office Excel のバージョン毎に説明します。

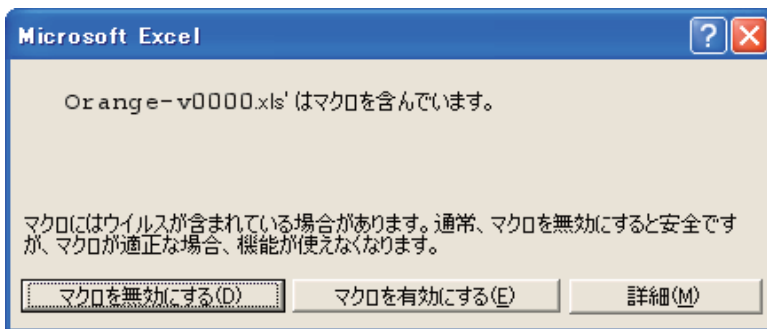
(1) 2002 (XP) 2003 の場合

- 1) [メニューバー]→[ツール]→[マクロ]→[セキュリティ] の順にクリック
- 2) セキュリティ レベル を 「中」に設定[図 6-1]
- 3) OK ボタンをクリックします
- 4) 当ファイルを開き直します
- 5) マクロの警告が出ますので、
「マクロを有効にする」をクリック [図 6-2]

[図 6-1]



[図 6-2]



(2) 2007 2010 の場合

- 1) ファイルを開くと [図 6-3] のような表示がメニューバーの下に表示されます

[図 6-3]



2007 の場合 「オプション」 ボタンが表示されます

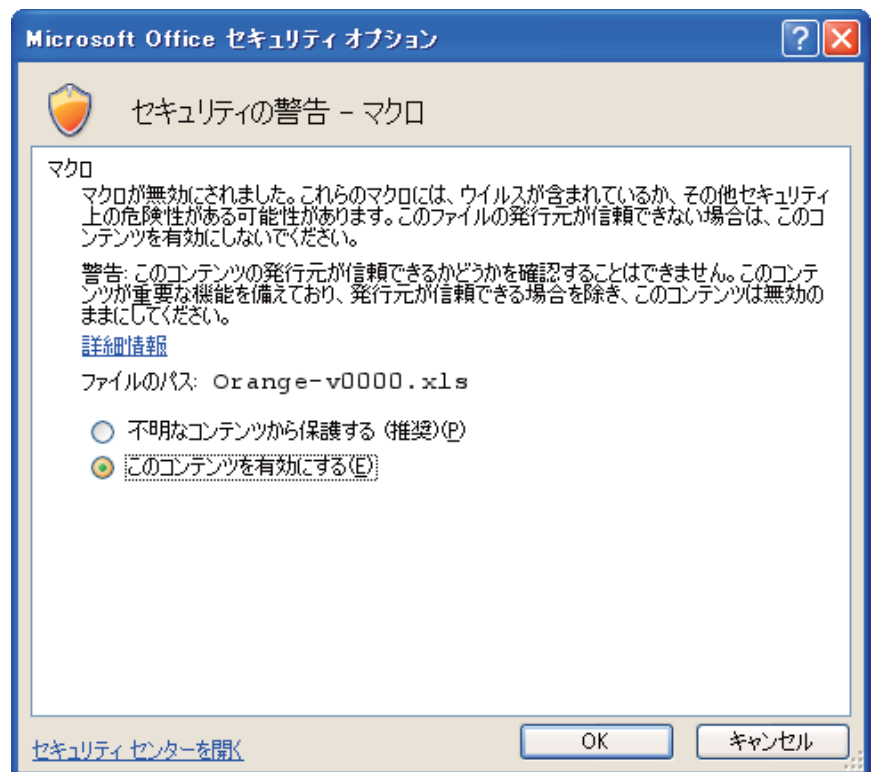
2010 の場合 「コンテンツの有効化」 ボタンが表示されます

- 2) 2010 の場合 「コンテンツの有効化」 ボタンをクリックして完了です
2007 の場合 「オプション」 ボタンをクリックして 3) に進みます

3) Microsoft Office セキュリティ オプション ダイアログが表示されます[図 6-4]

4) 「このコンテンツを有効にする」をクリックしてOKボタンをクリックします

[図 6-4]

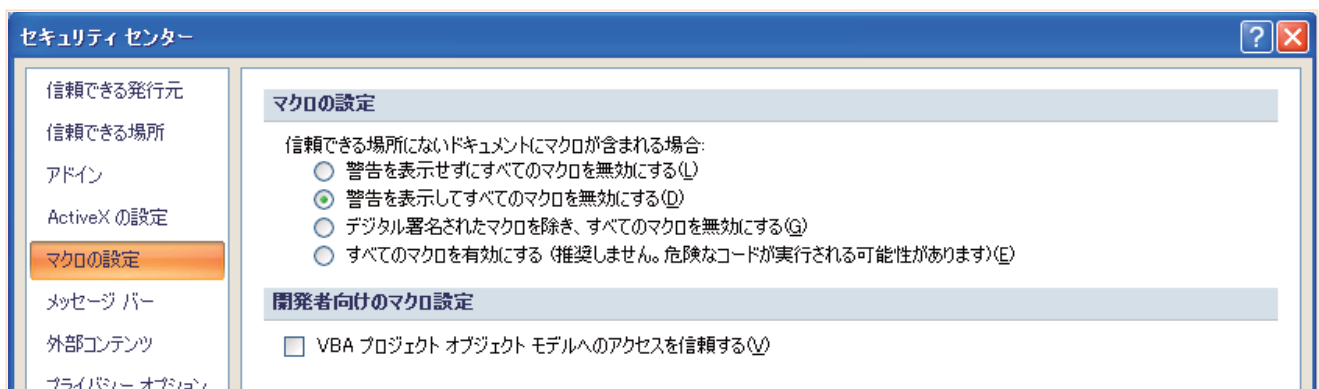


※※※ セキュリティの警告表示がでなくて、マクロが使えない場合の手順

- Window 左上の「Office ボタン」から「Excel のオプション」をクリック
Excel のオプション ダイアログが開きます
- 左にあるメニューから、「セキュリティセンター」を選択
右の欄に表示されている「セキュリティセンターの設定」ボタンをクリック
「セキュリティセンター」のダイアログが開きます[図 6-5]
- 左にあるメニューから、「マクロの設定」を選択
右に表示された 「警告を表示してすべてのマクロを無効にする」をクリック
OKボタンをクリック 2回
- 当ファイルを開き直す 上記 1)～ 4)の手順を行う



[図 6-5]



7. PDF/XPS 保存アドインのインストール

Excel2007 で PDF の保存をするには、PDF/XPS 保存アドインのインストールが必要です。
以下は、インストール手順です。

(1) Microsoft の [2007 Microsoft Office プログラム用 Microsoft PDF/XPS 保存アドイン](http://www.microsoft.com/downloads/ja-jp/details.aspx?familyid=F1FC413C-6D89-4F15-991B-63B07BA5F2E5&displaylang=ja) のホームページにアクセスします。

アドレス

<http://www.microsoft.com/downloads/ja-jp/details.aspx?familyid=F1FC413C-6D89-4F15-991B-63B07BA5F2E5&displaylang=ja>

リンクが切れている場合は、Microsoft PDF/XPS 保存アドインで検索してください

(2) 2007 Microsoft Office プログラム用 Microsoft PDF/XPS 保存アドインのホームページ



(3) ページ上部にある [ダウンロード] ボタンをクリックしてファイルをダウンロードし、ハードディスクに保存します。

(4) ハードディスクにダウンロードした SaveAsPDFandXPS.exe をダブルクリックすると、セットアッププログラムが起動します。

(5) 画面に表示される指示に従って、インストールを完了します。

以上

◎ 担当医師名：

◎ 家族署名：

(続柄)

認知症退院支援クリニックカルパス モデルA

患者氏名 様 (男・女)

(M・T・S) 年 月 日生 (歳)

診断名	
身体疾患	
既往歴	

目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

退院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査完了 ・環境調整完了 ・BPSDの改善 ・その他
転院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。

経過	入院時 年 月 日	
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解) 	
地域連携		
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 本人・家族に入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 初診から入院までの状況確認 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 (月 日) <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 経済状況確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	
看 介	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取(全体像把握) <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 看護初期計画・問題リスト記入	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> 作業療法目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> NMスケール (点)	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画書作成 <input type="checkbox"/> BMI (%)	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー、副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行	
バリアンス		
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過		入院2週間	
		年	月 日
達成目標	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける		
地域連携	ケアマネジャーとの連携		
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談		
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 (月 日) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) <input type="checkbox"/> 参加者 (家族・Dr・Ns・PSW) <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> 参加者 (Dr・Ns・PSW・OT等)		
看護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点)		
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMSケール (点)	
作業療法士			
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理		
薬剤師			
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル :) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続 ・治療を追加してパス継続 中断		
バリアンス			
医師署名			
家族署名	(続柄 :)		

経過		入院1か月	
		年	月 日
達成目標	・退院後の行き先を見当づける		
地域連携	ケアマネジャーとの連携 地域連携ケアカンファレンス (初回) 家族・ケアマネ・他		
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談		
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合 (ケアマネ状況確認) <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス (初回) <input type="checkbox"/> 日程調整 (月 日) <input type="checkbox"/> 参加者調整確認 (家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) <input type="checkbox"/> 参加者 (家族・Dr・Ns・PSW)		
看護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー		
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMSケール (点)	
作業療法士			
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理		
薬剤師			
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル :) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続 ・治療を追加してパス継続 中断		
バリアンス			
医師署名			
家族署名	(続柄 :)		

経過	入院2か月		年	月	日
達成目標	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける				
地域連携	地域連携ケアカンファレンス(退院前) 家族・ケアマネ・他				
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談				
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス(退院前) <input type="checkbox"/> 日程調整(月 日) <input type="checkbox"/> 参加者調整確認(家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整(月 日) <input type="checkbox"/> 参加者(家族・Dr・Ns・PSW)				
看護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 調査アンケート把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 退院前サマリー				
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査				
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点)			
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握				
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理				
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 徘徊 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続・治療を追加してパス継続・中断				
医師署名					
家族署名	(続柄:)				

経過	入院3か月(退院)		年	月	日
達成目標					
地域連携	退院時合同カンファレンス(在宅の場合) 家族・ケアマネ・他 情報提供書				
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 情報提供書				
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 退院時合同カンファレンス(在宅の場合) <input type="checkbox"/> 日程調整(月 日) <input type="checkbox"/> 参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、 訪問Ns、担当医、Ns、OT、他)				
看護	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時指導				
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査				
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点)			
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価				
薬剤師	<input type="checkbox"/> BMI (%)				
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 徘徊 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続・治療を追加してパス継続・中断				
医師署名					
家族署名	(続柄:)				

◎ 担当医師名：

◎ 家族署名：

(続柄)

認知症退院支援クリニックカルパス モデルB

患者氏名

様 (男・女)

(M・T・S) 年 月 日生 (歳)

診断名	
身体疾患	
既往歴	
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る
退院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査完了 ・環境調整完了 ・BPSDの改善 ・その他
転院基準	<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。

入院年月日	年 月 日
経過	年 月 日
達成目標	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける
地域連携	ケアマネジャーとの連携
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者 (家族・Dr・Ns・PSW) <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 ・参加者 (Dr・Ns・PSW・OT等)
看護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点)
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価
作業療法士	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMSケール (点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理
アウトカム	<input type="checkbox"/> 現状把握 【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行
バリアンス	
医師署名	
家族署名	(続柄:)

経過	退院の目的地が立つ 年 月 日	
達成目標	・退院後の行き先を見当づける	
地域連携	ケアマネジャーとの連携 地域連携ケアカンファレンス (初回) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合(ケアマネ状況確認) <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス (初回) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW)	
看介	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続・治療を追加してパス継続・中断	
バリエーション		
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経過	退院の方向性決定 年 月 日	
達成目標	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける	
地域連携	地域連携ケアカンファレンス (退院前) 家族・ケアマネ・他	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス (退院前) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ・他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整 (月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW)	
看介	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> FIM評価 (点) <input type="checkbox"/> 調査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 退院前サマリー	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール (点)
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> CDR (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> NPI (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル:) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続・治療を追加してパス継続・中断	
バリエーション		
医師署名		
家族署名	(続柄:)	

経 過		退院前	
		年	月 日
達成目標	退院時同カンパレンス(在宅の場合) 家族・ケアマネ・他情報提供書		
地域連携	退院時同カンパレンス(在宅の場合) 家族・ケアマネ・他情報提供書		
医 師	<input type="checkbox"/> 精神状態の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 情報提供書		
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 △退院時同カンパレンス(在宅の場合) ・日程調整 (月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、訪問Ns、担当医、Ns、OT、他)		
看 護	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> F I M 評価 (点) <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時指導		
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	<input type="checkbox"/> N - A D L (点) <input type="checkbox"/> N M S ケー ル (点)	
作業療法士			
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 <input type="checkbox"/> B M I (%)		
薬 剤 師	<input type="checkbox"/> 服薬指導		
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R (点) <input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> FAST (レベル :) 【精神症状】 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 幻覚 抑うつ () 【行動症状】 徘徊 攻撃 大声 異食 不潔行為 性的逸脱行為 () 【高次脳機能障害】 失語 失認 失行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 パス継続 ・ 治療を追加してパス継続 ・ 中断		
バリアンス			
医師署名			
家族署名	(続柄 :)		

認知症退院支援
クリニカルパス
ソフトウェア操作説明書

Version 120312 対応版

はじめに

本プログラムファイルは、Windows 版 Microsoft® Office Excel で作成されています。

動作環境などは、下記を参照ください。

動作確認環境

[Excel]

Microsoft Office Excel 2010
Microsoft Office Excel 2007 SP2
Microsoft Office Excel 2003
Microsoft Office Excel 2002 SP3

[OS]

Windows 7
Windows VISTA SP2
Windows XP SP3

目 次

はじめに	1
目 次	2
1. 認知症退院支援クリニカルパスを開く	3
2. 画面とメニューアイコンの構成	3
(1) 画面構成	3
(2) メニューアイコン構成	4
3. 項目ページの編集	5
(1) セル内の直接編集	5
(2) 初めから設定されている見出し・項目名・選択肢などの登録文字編集	5
(i) 表示と非表示	5
(ii) 登録されている文字の変更	5
(iii) 登録されている文字の削除	6
(3) 行の表示と非表示	6
(i) 行を増やす (行の表示)	6
(ii) 行を減らす (行の非表示)	7
(4) 注意事項	7
4. 印刷	8
(1) 印刷	8
(2) 詳細設定と注意事項	8
(i) 印刷アイコンを使用して印刷すること	8
(ii) 単一項目ページが1ページ内に収まらなかった場合	8
(a) 行の表示・非表示で行数を減らす	8
(b) ページ設定で上下余白を少なくする	8
5. マクロ機能を有効にする	10
(1) 2002(XP) 2003 の場合	10
(2) 2007 2010 の場合	10

1. 認知症退院支援クリニカルパスを開く

ファイルを開きます。

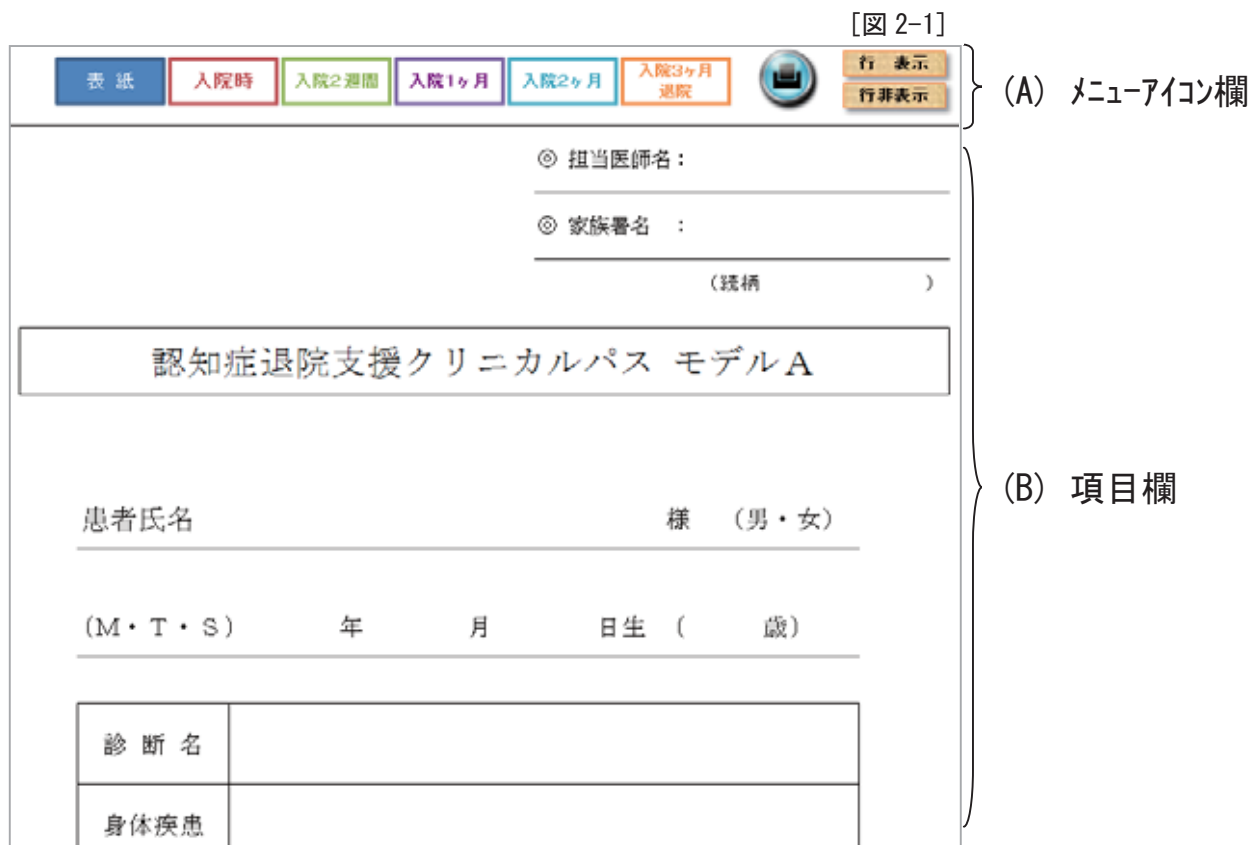
- ・モデルAの場合 ClinicalPath-modelA-v120312.xls (v 以下はバージョン)
- ・モデルBの場合 ClinicalPath-modelB-v120312.xls (v 以下はバージョン)

このファイルは、マクロ機能を使用していますので、ファイルを開く時に、マクロの警告メッセージが表示される場合があります。または、お使いのパソコンの設定によっては、警告メッセージが表示されず、マクロ機能が使用できない状態になっていることもあります。マクロ機能を有効にする手順については、「5. マクロ機能を有効にする」を参照してください。

2. 画面とメニューアイコンの構成

(1) 画面構成

画面は、上部にある(A) メニューアイコン欄と (B) メニューで選択した項目を表示する項目欄の二つの構成になっています。



[図 2-1]は、最初に表示される画面です。(A)メニューアイコン欄の一番左「表紙」が選択されている状態で、(B)項目欄には、「表紙」項目ページが表示されています。

(2) メニューアイコン構成

メニューアイコンは[図 2-2] や [図 2-3]のようになっています。

メニューアイコンは、各項目ページに移動することができるアイコンと、機能設定ができるアイコン、編集用アイコンの三種類あります。

メニューアイコンをクリックすることで、各項目ページに移動したり、機能設定ができるダイアログボックスを表示させたり、各項目ページの編集ができます。

[モデルAのメニューアイコン 表紙選択時]

[図 2-2]



[モデルBのメニューアイコン 表紙選択時]

[図 2-3]



◆ 各項目ページに移動するアイコン

モデルAアイコン名 モデルA項目頁名

- ◇ 表紙 表紙
- ◇ 入院時 入院時
- ◇ 入院2週間 入院2週間
- ◇ 入院1ヶ月 入院1ヶ月
- ◇ 入院2ヶ月 入院2ヶ月
- ◇ 入院3ヶ月 退院 入院3ヶ月 退院

モデルBアイコン名 · モデルB項目頁名

- ◇ 表紙 表紙
- ◇ 開始時 開始時
- ◇ 退院日処 退院日処
- ◇ 退院方向性 退院方向性
- ◇ 退院前 退院前

◆ 機能設定ができるアイコン

アイコン名 機能

- ◇ 印刷 印刷時に使用します



(4.印刷 参照)

◆ 項目ページの編集ができるアイコン

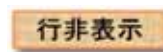
アイコン名 機能

- ◇ 行 表示 行表示をする時に使用します



(3-(3)-(i) 参照)

- ◇ 行 非表示 行非表示をする時に使用します



(3-(3)-(ii) 参照)

3. 項目ページの編集

(1) セル内の直接編集

セル内で直接、文字を編集したり、書式を変えたりすることができます。

(2) 初めから設定されている見出し・項目名・選択肢などの登録文字編集


(i) 表示と非表示

[図 3-1]

3	地域連携	ケアマネジャーとの連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4				
5	医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

丸印欄

項目ページで、右に丸印欄がある見出し・項目名・選択肢は、対応する丸印をダブルクリックすることで、文字の表示と非表示などができます。

[図 3-1]において、 の位置でマウスをダブルクリックすると、左の「ケアマネジャーとの連携」の文字が消えます。[図 3-2]

[図 3-2]

3	地域連携		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4				
5	医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

もう一度同じ箇所をダブルクリックをすると、先ほど消えた内容が復活表示されます。これは、丸印に対応する該当文字は、ファイル内に登録されていることを意味します。セル内直接編集(3-(1))において、文字を変更した場合でも、対応する丸印をダブルクリックすれば、登録文字を復活させることができます。

(ii) 登録されている文字の変更

[図 3-1]において、「ケアマネジャーとの連携」の文字を「各地域コミュニティとの連携」に変更して登録をしておきたい場合

- ・まず、セル直接編集で文字を書き換えます。 [図 3-3]
- ・次に、該当する丸印を DELETE で消します。 [図 3-4]
- ・最後に、丸印を DELETE した同じ箇所をダブルクリックをします。 [図 3-5]
- ・消した丸印が復活すると共に、登録が完了します。 [図 3-6]

[図 3-3]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	------	---------------	-----------------------	-----------------------

[図 3-4]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	------	---------------	-----------------------	-----------------------

[図 3-5]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	------	---------------	-----------------------	-----------------------

[図 3-6]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	------	---------------	-----------------------	-----------------------

(iii) 登録されている文字の削除

[図 3-6]において、「各地域コミュニティとの連携」と登録したものを削除します

- ・まず、丸印を DELETE で消して×を入力し [図 3-7-1]
- ENTER など、別のセルに移動(アクティブ)します。 [図 3-7-2]
- ・次に、×印の上でダブルクリックをします。 [図 3-8]
- ・×印と項目名が消えると共に、登録も削除されます。 [図 3-9]

[図 3-7-1]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/> ×
---	------	---------------	-------------------------

[図-3-7-2]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/> × <input type="checkbox"/>
---	------	---------------	--------------------------------------------------

[図 3-8]

3	地域連携	各地域コミュニティとの連携	<input type="radio"/> ×
---	------	---------------	-------------------------

[図 3-9]

3	地域連携		<input type="radio"/>
---	------	--	-----------------------

(3) 行の表示と非表示

編集アイコンでは、行を増やしたり、減らしたりすることができます。

行 表示

行非表示

(i) 行を増やす (行の表示)

各項目ページの最左には、グレーの番号が振ってあります。 [図 3-10]

グレーの番号が振ってある行が編集対象になります。

[図 3-10]

32	心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
35	作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点)
36			<input type="checkbox"/> NMスケール (点)
39	管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
42	薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
43			
46	アウトカム	【検査】	
47		<input type="checkbox"/> HDS-R (点)	<input type="checkbox"/> CDR

[図 3-10]でグレーの番号は、32 から始まり、35、36、39、42、43、46、47 となっています。

空いている番号は、非表示になっている行が存在することを意味しています。

この場合 33、34、37、38、40、41、44、45 行目が非表示になっています。

行を増やしたい場合は、この非表示になっている行を再表示させて利用します。

行を表示 (行を増やす) 手順は次の通りです。

まず、再表示したい行の一つ下の行で、セルをひとつ選択 (アクティブ) します。ここでは、管理栄養士の下に一行増やしたいとします。グレーの行番号 42 が書かれたセルを選択します。 [図 3-11] (選択するセルは、同一行内であれば、どこでも構いません、但し、垂直に結合されたセルは指定できません。)

[図 3-11]

32	心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
35	作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点)
36			<input type="checkbox"/> NMスケール (点)
39	管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
42	薬 剤 師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
43			
46	アウトカム	【検査】	
47		<input type="checkbox"/> HDS-R (点)	<input type="checkbox"/> CDR

次に、編集のメニューアイコン  をクリックします。

[図 3-12]の様に、非表示になっていた 41 行目を再表示できました。

[図 3-12]

32	心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	
35	作業療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> N-ADL (点)
36			<input type="checkbox"/> NMスケール (点)
39	管理栄養士	<input type="checkbox"/> 現状把握	
41			
42	薬 剤 師	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
43			
46	アウトカム	【検査】	
47		<input type="checkbox"/> HDS-R (点)	<input type="checkbox"/> CDR

(ii) 行を減らす（行の非表示）

非表示にしたい行のセルを一つ選択（アクティブ）します。

（選択するセルは、同一行内であれば、どこでも構いません、但し、垂直に結合されたセルは指定できません。）

次に、編集のメニューアイコン  をクリックします。

(4) 注意事項

※ 初期の状態において、各項目ページの行数は、1ページに収まるほぼ最大数になっています。
単一項目ページを1ページに収めたい場合、一行増やすと、他の一行を減らす必要があります。

※ Excel の機能である、行の追加や削除、セルの追加や削除は行わないでください。
印刷が正しく行われなくなります。

※ セルの編集において、既存のセル結合を解除したり、新たな範囲でのセル結合をしたりすると上手く動作しない場合があります。

4. 印刷

(1) 印刷

印刷アイコンをクリックします。

プリンタの印刷ダイアログボックスが表示されます。

必要な設定後、印刷をしてください。



(2) 詳細設定と注意事項

(i) 印刷アイコンを使用して印刷すること！

必ず、印刷アイコンを使用して印刷をしてください。

(ii) 単一項目ページが1ページ内に収まらなかった場合 次の対処方法があります。

a) 行の表示・非表示で行数を減らす

b) ページ設定で上下余白を少なくする

手順1 印刷アイコンをクリックします。

印刷のダイアログボックスが表示されます。

手順2 左下の「印刷プレビュー」ボタンをクリックします。[図 4-1]

印刷プレビューが表示されます。

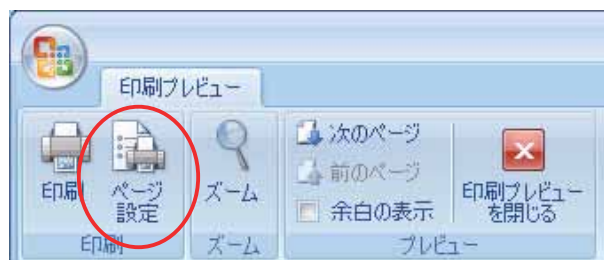
[図 4-1]



手順3 上部にある「ページ設定」ボタンをクリックします。[図 4-2]

ページ設定ダイアログボックスが表示されます。

[図 4-2]



手順4 「余白」タブをクリックします。

手順5 上下余白（初期設定1 cm）を小さくします。[図 4-3]

必要に応じて、左右余白も調整してください。

余白の最小値は、ご利用のプリンタの性能によって決まります。

[図 4-3]



5. マクロ機能を有効にする

本ファイルは、マクロ機能を使用しています。

ご使用の EXCEL にて マクロ機能を有効にしないと正しく動作しません。

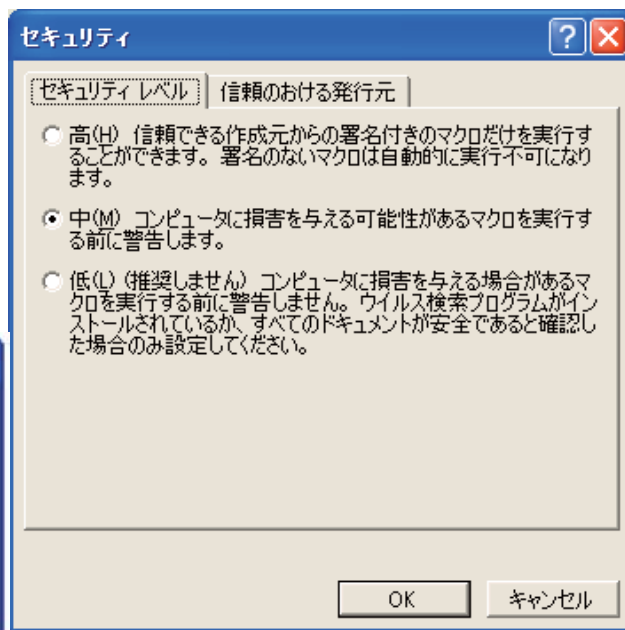
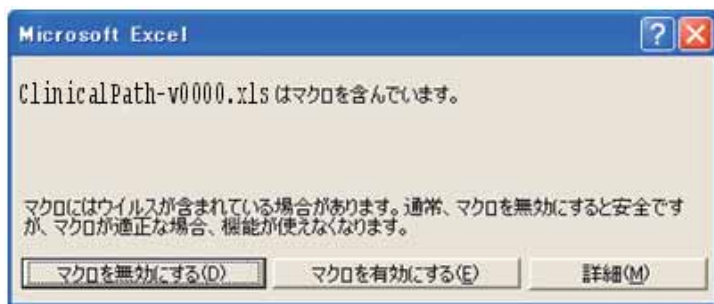
Windows 版 Microsoft® Office Excel のバージョン毎に説明します。

(1) 2002 (XP) 2003 の場合

- 1) [メニューバー]→[ツール]→[マクロ]→[セキュリティ] の順にクリック
- 2) セキュリティ レベル を 「中」に設定[図 5-1]
- 3) OK ボタンをクリックします
- 4) 当ファイルを開き直します
- 5) マクロの警告が出ますので、
「マクロを有効にする」をクリック [図 5-2]

[図 5-1]

[図 5-2]



(2) 2007 2010 の場合

- 1) ファイルを開くと [図 5-3] のような表示がメニューバーの下に表示されます

[図 5-3]



2007 の場合 「オプション」 ボタンが表示されます

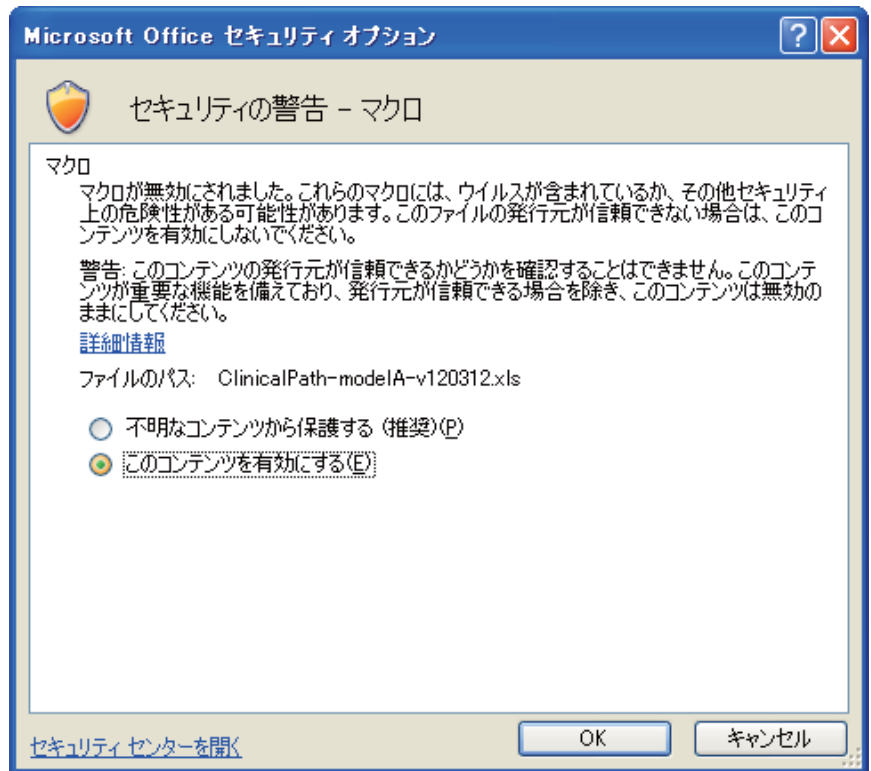
2010 の場合 「コンテンツの有効化」 ボタンが表示されます

- 2) 2010 の場合 「コンテンツの有効化」 ボタンをクリックして完了です
2007 の場合 「オプション」 ボタンをクリックして 3)に進みます

3) Microsoft Office セキュリティ オプション ダイアログが表示されます[図 5-4]

4) 「このコンテンツを有効にする」をクリックしてOKボタンをクリックします

[図 5-4]

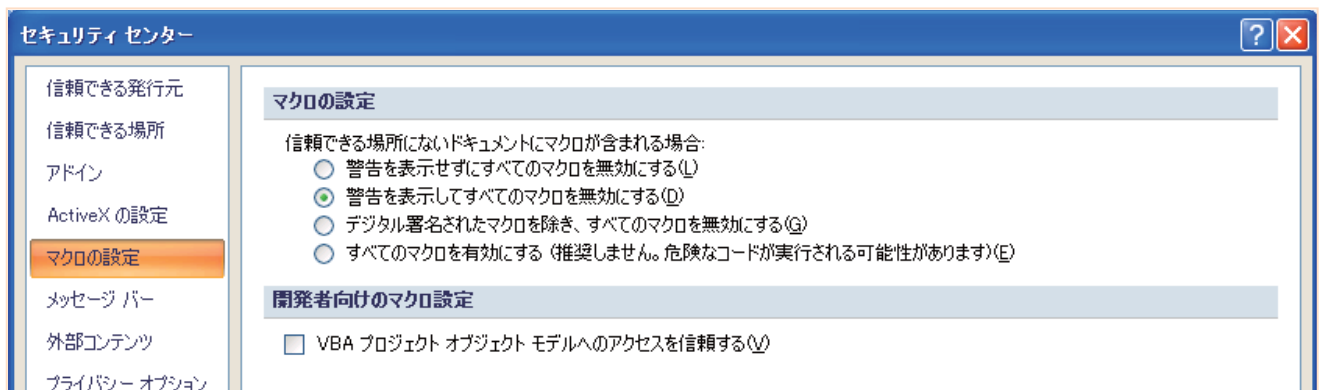


※※※ セキュリティの警告が表示されず、マクロが使えない場合の手順

- Window 左上の「Office ボタン」から「Excel のオプション」をクリック
Excel のオプション ダイアログが開きます
- 左にあるメニューから、「セキュリティーセンター」を選択
右の欄に表示されている「セキュリティーセンターの設定」ボタンをクリック
「セキュリティーセンター」のダイアログが開きます[図 5-5]
- 左にあるメニューから、「マクロの設定」を選択
右に表示された 「警告を表示してすべてのマクロを無効にする」をクリック
OKボタンをクリック 2回
- 当ファイルを開き直す 上記 1)～ 4)の手順を行う



[図 5-5]



以上

VI. まとめ

研究のまとめ

山崎學（日精神科病院協会 会長、サンピエール病院 理事長）

認知症専門病棟に入院の目的は BPSD 改善、中核症状の悪化の対応、薬剤の調整、一般科で対応困難な身体合併症対策などがあるが、その後の認知症患者の生活の質（QOL）を考えると、入院目的となった症状や問題が解消した後、速やかに在宅や介護施設に移行することが望ましいと思われる。しかし、いわゆる「受け皿」不足といったハードの問題の他、ソフトの問題として、病院と地域、施設との連携の脆弱さにより必ずしも充分には行われなかった。この脆弱性は相互の情報の不足により相互理解が足りないための責任の所在の不足にある。これは近年社会システムのキーワードとして使われる「連携」というキーワードの落とし穴である。「連携」というキーワードのもとシステムは煩雑で多極し、リーダーシップを発揮するキーパーソンが誰かと言うことが曖昧になり、責任の所在が不明確化し、机上のシステムが有機的に動かない原因である。このため、状態の安定した認知症患者が在宅や施設など地域に移行するためには病院が精神科病院、介護施設、事業所等が連携をスムーズに行える為に実践的な退院促進パスを作成する。

しかしこういった既存の形式のパスはあくまで、我々病院の立ち位置にたっているもので、連携を強固にし、情報不足を補い、相互理解を含めた信頼関係や協力体制を構築するには病院側のパスだけでは不十分で、他の分野の情報の共有化ができる地域連携パスを模索する必要がある。この一つの試みとして「お薬手帳」のように自己所有の手帳形式のパスを作成した。この手帳形式の「地域連携パス」とリンクすることによって精神科病院が作成する「退院促進パス」が有機的に働くものとする。このため物理的にもリンクさせるため、地域連携パスと書式を併せた地域移行パスを提案した。

退院促進パスについては入院から退院まで3ヶ月を目処にパスを作成したが、色々な理由で3ヶ月を超過した患者についてもその原因を考察して退院促進や地域移行に努めなければならない。このため、3ヶ月超の患者にも退院の目処をたてるタイプのパスを別途提案した。これら二つのパスで柔軟に退院促進、地域移行を計画してゆくことが実践的と考えている。

一方、昨年3月11日に発生した東日本大震災は極めて多くの死者と被災者を発生させ、現在でも多くの人々に仮設住宅での生活を強いる結果になったほか、医療機関や介護施設のハード的な損害やカルテの流出などによる情報の喪失など、被災地における認知症の医療介護サービスの甚大な停滞をもたらしている。これらの地域における情報の空白を埋める目的でも手帳形式の地域連携パスは有用と考えられる。このため、被災地でも有効な情報提供ができることを地域連携パスの作成の際、視野にいれ、さらに、インフラが充分回復していない地域でも簡便に使えるように、記入項目を絞った簡易版を二種類提案した。以上のような目的で作成したパスであるが、仙台と盛岡で説明会を開催した所、現場の情報への渴望は想像以上のものであり、地域連携パスに対する被災地の期待は大変大きいものであった。

[研究者一覧]

<代表研究者>

山崎 學 (日精協 会長)

<企画委員>

河崎 建人 (日精協 副会長)
松田 ひろし (日精協 常務理事)
渕野 勝弘 (日精協 常務理事)
森村 安史 (日精協 理事)
田口 真源 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会 委員長)
平川 博之 (全国老人保健施設協会 常務理事)
玉木 一弘 (福生クリニック 理事長)
西本 裕子 (東京都介護支援専門員研究協議会 理事長)
伊藤 真由美 (武蔵野市地域包括支援センター 地域包括担当係長)

<研究協力者>

森 一也 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会 委員)
渋谷 磯夫 ()
田代 芳郎 ()
覚前 淳 ()
佐藤 仁 ()
三根 浩一郎 ()
中川 龍治 ()
横山 桂 ()
伴 亨 (平和台病院 理事長)
菅野 庸 (古川緑ヶ丘病院 院長)
奥山 保男 (光ヶ丘保養園 院長)
樹神 學 (こだまホスピタル 理事長)
菅野 喜與 (緑ヶ丘病院 理事長)
鹿野 亮一郎 (釜石厚生病院 理事長)
三浦 正之 (三陸病院 院長)
及川 暁 (宮古山口病院 院長)
小松 克利 (光ヶ丘保養園 医療相談室主任)
遠藤 ひろみ (こだまホスピタル 福祉部長)
大友 静子 (緑ヶ丘病院 看護師)
杉山 智香子 ()
佐藤 賢一 ()
高橋 大輝 (釜石厚生病院 精神保健福祉士)
田中 則子 (三陸病院 看護師)
熊谷 加奈子 ()
佐倉田 誠一 ()
山本 亜由美 (三陸病院 精神保健福祉士)

中山 律子	(大垣病院 事務長)
西川 真美	(大垣病院 精神保健福祉士)
荒井 知子	(大垣病院 看護師)
多和田 吉博	(〃)
片桐 正博	(大垣病院 作業療法士)

