

平成 26 年度 老人保健健康増進等補助金 老人保健健康増進等事業

「認知症のクリニカルパスの普及に関する調査研究事業」
報 告 書

公益社団法人 日本精神科病院協会

平成 27 年（2015 年）3 月

目 次

はじめに	1
1. 研究目的と概要	2
2. 認知症クリニカルパス	17
3. 認知症地域連携パス・オレンジ手帳改訂について	20
4. 重度認知症患者デイケアクリニカルパスについて	49
5. モデルパス	53
研究者一覧	89

はじめに

山 崎 學

(日本精神科病院協会 会長、サンピエール病院 理事長・院長)

日本精神科病院協会では、平成 22 年度に「将来ビジョン戦略会議」を立ち上げ、認知症医療検討チーム（以下検討チーム）を組織し、認知症の精神科医療においてはその透明性をはかるためにクリニカルパスの作成の必要性を提言し、4つのパス（急性期入院、退院促進、重度認知症デイケア、地域連携）の作成にとりかかった。翌平成 23 年に高齢者医療・介護保険委員会（以下高齢者委員会）が厚生労働省障害者総合福祉推進事業として指定番号 26 番「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」（以下 26 番事業）の採択を受けた。そのため、検討チームで作成が予定されていたパスのうち、退院促進と地域連携パスは高齢者委員会が引き継いだ。特に地域連携パス「オレンジ手帳」は有償配布だけでも 6 万冊を超える成果となった。

検討チームではさらに、急性期入院パスと重度認知症デイケアパスとを作成し、とくに急性期認知症パスは、院内多職種の役割が明確になる精緻なクリニカルパスを作成することができ、その成果を「将来ビジョン戦略会議」の報告書に紹介している。

そういう成果を背景に今回本研究の採択を受けた。前述のようにクリニカルパスは認知症の精神科医療については透明化に寄与すると考えられるが、その他に効率化、標準化、入院期間の短縮化にも効果があると思われる。しかしながら、その活用度が芳しくないのが現状である。

そこで本研究では、認知症の精神科医療におけるクリニカルパスを広く知らしめ、実際に活用いただくことを目的に、全国 4ヶ所にてフォーラム等を開催し普及活動を行った。また、もともと、検討チームと高齢者委員会で作成したものは標準化を目標としたモデルパスであったため、最大公約数として量的には精緻になっていたパスを、本事業をきっかけに、さらなる認知症医療におけるクリニカルパスの普及を図るため、最小限の項目に省略した「標準（簡便）パス」を作成した。それにより認知症の精神科医療において透明化、効率化、標準化、入院期間の短縮化を実現する実践的なクリニカルパスの普及を目指すものである。

1. 研究目的と概要

田 口 真 源

(日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会委員長、大垣病院 院長)

当協会の山崎会長のはじめにでも示したとおり、当協会では平成 22 年から認知症クリニカルパスの必要性を提言し、急性期入院、退院促進、重度認知症デイケアのクリニカルパス、ならびに地域連携パスとしての「オレンジ手帳」を作成してきた。高齢化が進む現在、地域との連携も含め認知症の精神科医療はより透明化、効率化が求められ、医師、看護師だけでなく、作業療法士、介護福祉士、地域相談員など多職種連携が必要となっている。

認知症の精神科医療におけるクリニカルパスは、院内の多職種の役割が明確になり、また各職種の患者さんとの係わりが見えてくることから、地域との連携もスムーズに行われ、医療の透明化、効率化が図られるだけでなく入院期間の短縮化につながっていくものと考えられる。

本研究では、このクリニカルパスをいかに普及させ、効果を上げていくかを目的に各地で普及活動としてセミナーを開催し、また、普及活動と併せ、急性期入院と重度認知症デイケアのパスについて無理なく取り組める必要かつ最小限のパスの検討を行い「標準（簡便）パス」を作成した。

標準パスの製作：モデルパスについては平成 22 年度に「将来ビジョン戦略会議」認知症医療検討チームにおいてすでに 4 つの詳細なパス（急性期入院、退院促進、重度認知症デイケア、地域連携パス「オレンジ手帳」）が製作されている。

この 4 つのパスをもとに、急性期入院パスと退院促進パスを合わせた「認知症クリニカルパス」とオレンジ手帳第二版、重度認知症パス第二版の 3 つに統合した。

検討：これらの 3 つのクリニカルパスを外部委員 3 名を含めた企画委員、研究協力者の意見交換により暫定案を作成したうえで企画委員、研究協力者の病院で 3 カ月を目途に試行してクリニカルパスを作成した。

セミナー等の実施：さらに広く意見を聴取する目的で東京（地域精神医療フォーラム）、名古屋（日本精神科医学会学術大会）、盛岡（認知症クリニカルパス普及セミナー）の計 3 回、セミナーやシンポジウムを実施した他、G8 認知症サミット後継イベントにもブースを設けて展示した。

最終案の製作：計 4 回のセミナー等で寄せられた意見をもとに、企画委員会（外部委員を含めた企画委員＋研究協力者）を 6 回開催して最終案を本書に掲載する。

■認知症クリニカルパスの試行

企画委員・研究協力者の意見により暫定案のパスを作成し各病院で3か月を目途に実践

期間：平成26年7月～9月

多職種からの意見を聴取して意見交換を行い簡便化されたパスを作成

■平成26年度地域精神医療フォーラム「認知症クリニカルパス普及セミナー」

日時：平成26年8月1日（金） 場所：ホテルJALシティ田町東京 参加者：210名

配付資料 P.7～P.12

■第3回日本精神科医学会学術大会 シンポジウム11

日時：平成26年10月10日（金） 場所：名古屋国際会議場 参加者：約150名

配付資料 P.7～P.12

■認知症クリニカルパス普及セミナー

日時：平成26年11月28日（金） 場所：メトロポリタン盛岡 参加者：49名

配付資料 P.7～P.12

■G8 認知症サミット後継イベント 英文の展示物を作成しブース展示に参加

日時：平成26年11月5日（水）・6日（木） 場所：六本木アカデミーヒルズ

配付資料 P.13～P.16

平成 26 年度 地域精神医療フォーラム

一 認知症クリニカルパス普及セミナー 一

日 時：平成 26 年 8 月 1 日（金）12：00～17：00

場 所：JAL シティ田町 地下 1 階「鸞鳳の間」

【プログラム】

12：00～12：40	ランチョンセミナー (ヤンセンファーマ株式会社)
12：50～13：00	開 会 司 会 森村 安史 (日精協 理事) 開会挨拶 河崎 建人 (日精協 副会長)
13：00～14：10	<1部> 座長 佐藤 仁 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員) 「認知症のアウトリーチ」 玉井 顯 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員)
14：10～14：20	休 憩
14：20～14：50	<2部> 座長 横山 桂 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員) 「認知症クリニカルパス」 田口 真源 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員長)
14：50～15：20	「認知症デイケア・クリニカルパス」 森 一也 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員)
15：20～15：50	「オレンジ手帳（地域連携パス）第2版に向けて」 中川 龍治 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員)
15：50～16：00	休 憩
16：00～17：00	「全国認知症疾患医療センター連絡協議会（第10回）」 座長 吉永 陽子 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員) ーセンター実績報告と診療所型を含めた今後の課題ー 渇野 勝弘 (日精協 常務理事)
17：00	閉 会 司 会 覚前 淳 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員) 閉会挨拶 三根浩一郎 (日精協 高齢者医療・介護保険委員会委員)

※ このフォーラムは、日本老年精神医学会専門医単位認定講座です。

主 催：公益社団法人 日本精神科病院協

共 催：ヤンセンファーマ株式会社



シンポジウム 11

12:40～14:00 認知症の今日的话题

座長： 渕野 勝弘 (公益社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 担当常務理事／
医療法人社団淵野会 緑ヶ丘保養園 院長)
田口 真源 (公益社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 委員長／
医療法人(社団)静風会 大垣病院 院長)

1 認知症・精神科病院が出来ること

森村 安史
公益社団法人日本精神科病院協会 理事／
一般財団法人仁明会 理事長／仁明会精神衛生研究所

2 認知症 "急性期" を考える ～救急急性期、認知症治療、内科病棟それぞれの可能性と限界～

吉永 陽子
医療法人社団碧水会 長谷川病院 院長

3 認知症のクリニカルパス ー平成 26 年度老人保健増進等事業の一環としてー

田口 真源
公益社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 委員長／
医療法人(社団)静風会 大垣病院 院長

「認知症クリニカルパス普及セミナー」
「BPSDにより精神科病院協会に入院する
認知症患者を対象とした全国調査についての説明会」

- 日 時 平成 26 年 11 月 28 日（金） 15：30～17：00
■ 会 場 メトロポリタン盛岡本館 4F 岩手
岩手県盛岡市盛岡駅前通 1－4 4
TEL：019－625－1211

ご挨拶（司会） 渕野 勝弘 常務理事

1. 認知症クリニカルパス普及セミナー
〔高齢者医療・介護保険委員会 田口 真源委員長、中川 龍治委員〕

2. BPSDにより精神科病院に入院する認知症患者を対象とした調査に
ついての説明会
〔岡村 仁教授（広島大学）〕

■参加人数 49名

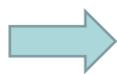
認知症におけるクリニカルパス
—平成26年度老人健康増進等事業—

日本精神科病院協会
高齢者医療・介護保険委員会委員長
大垣病院院長

田口真源

日本精神科病院協会
将来ビジョン戦略会議
認知症医療検討チーム
(委員長 瀧野勝弘 常務理事)

平成22年より精神科医療の現状の課題と
将来に対する提言を行うために設置。
認知症においてはその医療の透明性をはかる
ためにクリニカルパスの作成の必要性を提言



4つのパス(急性期入院、退院促進、重度
認知症デイケア、地域連携)の制作を計画

平成23年度厚生労働省障害福祉部
精神保健福祉課研究事業

指定番号26番

「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」



日本精神科病院協会が委託され
高齢者医療・介護保険委員会が担当

将来ビジョン戦略会議

認知症医療検討チーム

認知症急性期入院治療パス

重度認知症デイケアパス

高齢者医療・介護保険委員会

地域連携パス(オレンジ手帳)

退院促進パス

4つのパスの関係

入院中の情報についても
一元的に分かるように
(盛岡説明会での意見より)



他のパスをオレンジ手帳
の合わせて手帳形式にして
ほしい

急性期治療パス
退院支援パスA

入院も地域連携の

急性期治療パス
退院支援パスB

重度認知症
デイケアパス

オレンジ手帳

MCI

初期

中期

後期

平成26年度老人保健健康増進等事業

- 指定番号第2の20番
「認知症のクリニカルパスの普及に関する調査研究」

事業内容、目的

- 認知症の精神科治療にクリニカルパスを導入することは医療の透明化、効率化、標準化、入院期間の短縮に効果があると思われる。このため、認知症の入院治療や退院支援に関わるクリニカルパスの効果を上げることが目的とする。これらのパスの計画的に試行的に実践して意見交換を行い、パスの暫定案を作成する。その上で3カ月をめぐりに会員病院に協力を募り、そのアウトカムより標準的パスの作成をめざす。

作成してきた

運用しやすいようにパスを整理、簡略化

各職種においてもサブパスも作成して
詳細な内容としたバイブル的存在

認知症急性期入院治療パス

重度認知症デイケアパス

地域連携パス(オレンジ手帳)

退院促進パス

モデルパスが詳細すぎて扱いにくい面があるため、合理的に簡便化して運用の面でも扱いやすいものとする

認知症急性期入院治療パス
退院促進パス
＋(合併、簡略化)
標準認知症パス

4つのパスの関係

入院中の情報についても
一元的に分かるように
(盛岡説明会での意見より)



他のパスをオレンジ手帳
の合わせて手帳形式にして
ほしい

入院も地域連携の一環！

急性期治療パス
退院支援パスA

重度認知症
デイケアパス

急性期治療パス
退院支援パスB

オレンジ手帳

MCI

初期

中期

後期

3つのパスの関係

入院中の情報についても
一元的に分かるように
(盛岡説明会での意見より)



他のパスをオレンジ手帳
の合わせて手帳形式にして
ほしい

入院も地域連携の一環！

標準的パス

重度認知症デイケアパス
第二版
オレンジ手帳第二版

標準的パス

MCI

初期

中期

後期

Clinical Pathway for Dementia (Hospital Discharge Support Pathway)

Name of patient	(Male / Female)		Born (Meiji / Taisho / Showa Era)		(Year)		(Month)		(Day)		(years old)		Diagnosis	
													Physical disease Medical history	
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - Aim for stabilization of dementia symptoms and early return to (□ own home / □ facility) - Aim to prevent complications and recover and maintain activities of daily living 												Completion of detailed examination - BPSD improvement - Completion of environmental manipulation - Other	
Progress	At admission to hospital		2 weeks after admission		1 month after admission		2 months after admission		3 months after admission		(Discharge)			
Achievement objectives	<ul style="list-style-type: none"> Confirm the kind of state that will lead to discharge (Explain and gain agreement) 		<ul style="list-style-type: none"> Find the course of action to be taken from now onwards and consider where patient will go after discharge 		<ul style="list-style-type: none"> Consider where patient will go after discharge 		<ul style="list-style-type: none"> If the course of action is to be changed, repeat the interviews and then consider where the patient will go after discharge 							
Physician	<ul style="list-style-type: none"> Medical examination and diagnosis Explanation at time of admission Preparation of hospital treatment plan Instructions (Medication, examinations, meals, etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluation of psychiatric symptoms BPSD (Yes / No) Drug therapy Examination and treatment of physical complications Interview with family 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluation of psychiatric symptoms BPSD (Yes / No) Drug therapy Examination and treatment of physical complications Interview with family 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluation of psychiatric symptoms BPSD (Yes / No) Drug therapy Examination and treatment of physical complications Interview with family 		<ul style="list-style-type: none"> Evaluation of psychiatric symptoms Evaluation of drug therapy Evaluation of physical complication treatment Discharge medical treatment plan Discharge prescription 					
Psychiatric Social Worker	<ul style="list-style-type: none"> Hospital admission procedures Cooperation with related institutions 		<ul style="list-style-type: none"> Conference schedule adjustment 		<ul style="list-style-type: none"> Arrangement of destination after discharge 		<ul style="list-style-type: none"> Arrangement of destination after discharge 		<ul style="list-style-type: none"> Communication and adjustment with related institutions 					
Nursing / Caring	<ul style="list-style-type: none"> Interview on medical history Orientation at hospital admission Check and preparation of medication (prescribed medication and drugs brought by patient) Understanding psychiatric symptoms and physical condition Preparation of nursing plan Check of details instructed 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding psychiatric symptoms and physical condition Medication management and reevaluation of current situation with medication taken Instruction of family 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding psychiatric symptoms and physical condition Medication management and reevaluation of current situation with medication taken Instruction of family 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding psychiatric symptoms and physical condition Medication management and reevaluation of current situation with medication taken Instruction of family 		<ul style="list-style-type: none"> Discharge summary Check and preparation of prescription for when discharged Instruction at time when discharged 					
Psychologist	<ul style="list-style-type: none"> Psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> Psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> Psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> Psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> Psychological examination 					
Occupational therapist	<ul style="list-style-type: none"> Information gathering and observation 		<ul style="list-style-type: none"> Occupational therapy evaluation 		<ul style="list-style-type: none"> Occupational therapy evaluation 		<ul style="list-style-type: none"> Occupational therapy evaluation 		<ul style="list-style-type: none"> Occupational therapy evaluation 					
Speech-language-hearing therapist	<ul style="list-style-type: none"> Oral health care and eating training 		<ul style="list-style-type: none"> Oral health care and eating training 		<ul style="list-style-type: none"> Oral health care and eating training 		<ul style="list-style-type: none"> Oral health care and eating training 		<ul style="list-style-type: none"> Oral health care and eating training 					
Registered dietitian	<ul style="list-style-type: none"> Check of nutritional status 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding current situation 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding current situation 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding current situation 		<ul style="list-style-type: none"> Understanding current situation 					
Pharmacist	<ul style="list-style-type: none"> Check of drug allergies and side-effects Check of medication brought in Drug control 		<ul style="list-style-type: none"> Drug control 		<ul style="list-style-type: none"> Drug control 		<ul style="list-style-type: none"> Drug control 		<ul style="list-style-type: none"> Drug control 					
Outcome	[Examination]		[Examination]		[Examination]		[Examination]		[Examination]					
Variance	<ul style="list-style-type: none"> Change (Continue pathway) Drop out (Discontinue) Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> Change (Continue pathway) Drop out (Discontinue) Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> Change (Continue pathway) Drop out (Discontinue) Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> Change (Continue pathway) Drop out (Discontinue) Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> Change (Continue pathway) Drop out (Discontinue) Deviation (Add treatment and continue pathway) 					
Physician signature	(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)					
Family signature	(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)		(Relationship:)					

Clinical Pathway for Dementia Day Care (Outpatient)

Name of patient	(Male / Female)		Born (Meiji / Taisho / Showa Era)		Date of start of use	Diagnosis Physical complications	Physician in charge		Family signature	(Relationship:)	
	(Year)	(Month)	(Day)	(Year)			(Month)	(Day)			
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aim to achieve independence in everyday life and improve the quality of life through the reduction of peripheral symptoms and the progression of care symptoms ■ To reduce the mental and physical burden through family support to aim for continued caring at home 										
Date	/ /										
Progress	Before use	Date of start of use	1 month			3 months		6 months		1 year	Cessation of use (Hospital admission / Enter facility) (Reason):
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> ■ Check the wishes of the family and the patient ■ Gather information and share treatment policy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Understand the general physical condition and plan a program 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluate and plan a treatment plan 			<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluate and plan a treatment plan 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluate and plan a treatment plan 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluate and plan a treatment plan 	
Physician	<ul style="list-style-type: none"> □ Examination □ Examination instruction (Blood, urine, x-ray) □ Instruction on psychological examination □ Check of presence/absence of physical complications □ Check of whether or not examination in other departments □ Check of medication □ Check of therapeutic diet □ Day care instruction □ Explanation of treatment policy (Family and patient) □ Information gathering (Progress, living conditions, environment, etc.) □ Explanation and tour of day care □ Check of nursing insurance situation □ Check of medical payment for services and supports for persons with disabilities □ Coordination with related institutions and care managers □ Situation of use of welfare services 	<ul style="list-style-type: none"> □ Examination □ Instruction on regular examinations □ Instruction on psychological examination □ Check of presence/absence of physical complications 	<ul style="list-style-type: none"> □ Examination □ Interview family about the condition □ Evaluation and explanation of drug therapy 			<ul style="list-style-type: none"> □ Examination □ Interview family about the condition □ Evaluation and explanation of drug therapy □ Explanation of examination results □ Day care instruction □ Instruction on psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> □ Examination □ Interview family about the condition □ Evaluation and explanation of drug therapy □ Explanation of examination results □ Day care instruction □ Instruction on psychological examination 		<ul style="list-style-type: none"> □ Interview with physician □ Explain the future treatment policy □ Preparation of form for information provision (If will be admitted to hospital or enter a facility after cessation of use) □ Instruction to stop day care 	
Psychiatric Social Worker	<ul style="list-style-type: none"> □ Check of day care use application form □ Family support 	<ul style="list-style-type: none"> □ Check of day care use application form 	<ul style="list-style-type: none"> □ Consultation about everyday life (At any time) □ Consultation about number of times used, etc. (At any time) □ Interview about condition □ Report on activities situation 			<ul style="list-style-type: none"> □ Consultation about everyday life (At any time) □ Consultation about number of times used, etc. (At any time) □ About the future course of action and the use of other services □ Interview about condition □ Report on activities situation 		<ul style="list-style-type: none"> □ Consultation about everyday life (At any time) □ Consultation about number of times used, etc. (At any time) □ About the future course of action and the use of other services □ Interview about condition □ Report on activities situation 		<ul style="list-style-type: none"> □ Cancellation of day registration □ Consultation and explanation about time after cessation of use □ Notification to related departments and institutions 	
Nursing / Caring	<ul style="list-style-type: none"> □ Observation of general physical condition □ Body temperature, pulse, blood pressure, eating state, etc. □ Body weight measurement □ Whether or not any skin disease □ Evaluation of nutritional status □ Understanding mental condition □ Understanding peripheral symptoms □ Planning of individual plan □ Advice on methods for caring in the family 	<ul style="list-style-type: none"> □ Observation of general physical condition □ Body temperature, pulse, blood pressure, eating state, etc. □ Body weight measurement □ Whether or not any skin disease □ Evaluation of nutritional status □ Understanding mental condition □ Understanding peripheral symptoms □ Planning of individual plan □ Advice on methods for caring in the family 	<ul style="list-style-type: none"> □ Symptom progression observation and ADL support □ Evaluation of individual plan □ Physical management and care (Body temperature, pulse, blood pressure, eating state, body weight, etc.) □ Evaluation of nutritional status and instruction □ Medication control and instruction □ Understanding mental condition and peripheral symptoms □ Advice on methods for caring in the family 			<ul style="list-style-type: none"> □ Symptom progression observation and ADL support □ Reevaluation of individual plan □ Physical management and care (Body temperature, pulse, blood pressure, eating state, body weight, etc.) □ Evaluation of nutritional status and instruction □ Medication control and instruction □ Understanding mental condition and peripheral symptoms □ Advice on methods for caring in the family 		<ul style="list-style-type: none"> □ Symptom progression observation and ADL support □ Reevaluation of individual plan □ Physical management and care (Body temperature, pulse, blood pressure, eating state, body weight, etc.) □ Understanding nutritional status and instruction □ Medication control and instruction □ Understanding mental condition and peripheral symptoms □ Advice on methods for caring in the family 		<ul style="list-style-type: none"> □ Final evaluation of individual plan □ Writing of nursing summary 	
Occupational therapist	<ul style="list-style-type: none"> □ Information gathering □ ADL evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> □ Information gathering 	<ul style="list-style-type: none"> □ Rehabilitation conference (Problems, objective setting and treatment plan) □ ADL evaluation 			<ul style="list-style-type: none"> □ Rehabilitation conference □ Reevaluation of program and planning of plan □ ADL evaluation 		<ul style="list-style-type: none"> □ Rehabilitation conference □ Reevaluation of program and planning of plan □ ADL evaluation 		<ul style="list-style-type: none"> □ Final evaluation of individual plan □ Instruction on rehabilitation after cessation of use 	
Psychologist	<ul style="list-style-type: none"> □ Psychological examination 	<ul style="list-style-type: none"> □ Psychological examination 	<ul style="list-style-type: none"> □ Individual plan 			<ul style="list-style-type: none"> □ Individual plan 		<ul style="list-style-type: none"> □ Psychological examination □ Individual plan 		<ul style="list-style-type: none"> □ Provision of information to related departments 	
Examination items	<ul style="list-style-type: none"> □ Information sharing □ Explanation of status and treatment policy 	<ul style="list-style-type: none"> □ Information sharing 	<ul style="list-style-type: none"> □ Change (Continue pathway) □ Drop out (Discontinue) □ Deviation (Add treatment and continue pathway) 			<ul style="list-style-type: none"> □ Change (Continue pathway) □ Drop out (Discontinue) □ Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> □ Change (Continue pathway) □ Drop out (Discontinue) □ Deviation (Add treatment and continue pathway) 		<ul style="list-style-type: none"> □ Change (Continue pathway) □ Drop out (Discontinue) □ Deviation (Add treatment and continue pathway) 	
Variance											

Orange Notebook



Liaison Critical Path for

Start Date	Heisei Era	(Year)
	(Month)	(Day)

Examination progress and therapeutic medication

(For specialist medical institution / family doctor)

Date of onset: Around Heisei Era	(Year)	(Month)	(Year)	(Month)
(At start)	(Year)	(Month)	(Year)	(Month)
Specialist medical institution:	Family doctor medical institution:			
Hasegawa Scale	MMSE			
MMSE	/30	<<Degree of independence in daily living for disabled elderly persons>>		
FAST	Independent J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
FAST	<<Degree of independence in daily living for elderly persons with dementia>>			
FAST	I II Ila I Ib III IIIa IIIb IV M			
Blood test	Not yet / Performed (Normal / Abnormal)			
Blood pressure	/			
ECG	/			
Head CT	Current disease condition and state image			
Head MRI	<<Short-term memory>>			
Myocardial perfusion scintigraphy	<input type="checkbox"/> No problem <input type="checkbox"/> Problem <input type="checkbox"/> Cognitive capacity for everyday decision making>> <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Some difficulties <input type="checkbox"/> Requires watching over <input type="checkbox"/> Judgment not possible <input type="checkbox"/> Ability to communicate own will>> <input type="checkbox"/> Can communicate <input type="checkbox"/> Some difficulties <input type="checkbox"/> Limited to concrete demands <input type="checkbox"/> Cannot communicate			
SPECT				
EEG				
Neurologic manifestation	<input type="checkbox"/> Aphasia (Motor aphasia / Sensory aphasia) <input type="checkbox"/> Apraxia (Ideational apraxia / Dressing apraxia / Ideomotor apraxia) <input type="checkbox"/> Agnosia (Visual agnosia / Prosopagnosia / Color agnosia / Visual-spatial agnosia) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Abusive language <input type="checkbox"/> Hallucination <input type="checkbox"/> Delusion <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Rejection <input type="checkbox"/> Unclean acts <input type="checkbox"/> Sleep disorder <input type="checkbox"/> Resistance to care <input type="checkbox"/> Allotriophagy <input type="checkbox"/> Sexual nature problem behavior <input type="checkbox"/> Other ()			
BPSD	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Abusive language <input type="checkbox"/> Hallucination <input type="checkbox"/> Delusion <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Rejection <input type="checkbox"/> Unclean acts <input type="checkbox"/> Sleep disorder <input type="checkbox"/> Resistance to care <input type="checkbox"/> Allotriophagy <input type="checkbox"/> Sexual nature problem behavior <input type="checkbox"/> Other ()			
Therapeutic medication				
Attachment of sticker acceptable				

Check sheet for degree of dementia progression

(For family / care institution)

*Record about once every 3 to 6 months

Items to be checked	Options (Choose the number that applies and circle it in the check column)			Check column		
	1. Yes	2. No	3. Unknown	(Year) (Month)	(Year) (Month)	(Year) (Month)
Memory	Deteriorating condition in past few months			1	2	3
Memory	About recent events			1	2	3
Behavior	Walking unassisted			1	2	3
Behavior	Money management			1	2	3
Behavior	Taking of medicine			1	2	3
Meals	Necessity for meal assistance			1	2	3
Meals	Amount of food per meal			1	2	3
Toilet	Necessity for excretion assistance			1	2	3
Toilet	Urinary / fecal incontinence			1	2	3
Bathing	Necessity for bathing assistance			1	2	3
Bathing	Bathing refusal			1	2	3
Dressing	Necessity for assistance			1	2	3
Dressing	Mistakes front and back of clothing			1	2	3
Check of other symptoms	1. Wandering 2. Hallucination - delusion 3. Nighttime sleeplessness 4. Daytime drowsiness 5. Excitement 6. Indifference and loss of motivation 7. Carelessness with fire 8. Unclean acts 9. Allotriophagy			1	2	3
Impression of carer	1. Facial expression has improved and has become more tranquil 2. Motivation has improved 3. The number of times repeating something already said has decreased 4. No change from before 5. Has worsened			1	2	3
Completed by _____ Relationship _____						

2. 認知症クリニカルパス

田口真源

(日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 委員長、大垣病院 院長)

本パスの部分は入院における認知症の入院医療の透明化、効率化、標準化、入院期間の短縮化を促進することを目的としている。これらには「将来ビジョン戦略会議」を立ち上げ、認知症医療検討チーム（以下検討チーム）で作成した急性期認知症クリニカルパスを元としている。同パスは入院医療に特化した詳細なパスであるため退院促進パスを合体させることにより、入院中の院外多職種との情報交換や家族との意見交換の概念も組み入れることにする。

各職種の行うべき項目についてモデルパスでは医師、精神保健福祉士、看護・介護ともに約10項目に設定していた。これを大幅に縮小し、一番確認事項が多いと思われる入院時においても多くて必要最低限の5~6項目におさえた。アウトカムはモデルパスでは入院前後および入院中必須を思われた項目を挙げたが、これを自由記載欄として記載者の裁量にゆだねることとした。モデルパスにはなかった「院外多職種との退院支援」という項目を設けた。

確認期間についてはモデルパスでは通院患者の入院も想定して入院前、入院時、入院1週間、入院2週間、入院1か月、入院2か月、入院3か月（退院）としたが、需要が少なそうな入院前と大きな変化が少ないと予想される入院1週間を削除した。

毎回家族に署名を依頼すると、署名者がバラバラになったり、退院時に一挙に署名してもらおうような乱暴な運用も懸念されるので、入院時と退院の目途が立ちそうな入院1か月と退院時のみとした。

また、精神症状の中にせん妄を加えるのはおかしいという指摘を受けたが、アウトカムを自由記載欄とすることで解消した。

その結果、東京、名古屋、盛岡の3か所のセミナーと企画委員、研究協力者の意見交換、および協力病院での試行から持ち寄られた意見は概ね下記の3つに集約することができた。

①入院前、入院1週間が削除

修正前より項目が減り使いやすくなった

②入院前、入院時が同じ場合があるので入院前はなくても良い

③家族署名「入院時」「退院時」どちらでも必ず家族が来院されるので署名を依頼でき、署名漏れがなくなる

標準パスとモデルパスの関係

標準パスはモデルパスを省略する手法で製作した。すなわち基本的な枠組みは共通である。そして標準パスは必要最低限の最小公倍数的性格のパスである。各病院で独自のアレンジをする時はモデルパスを参考にして項目を追加することで肉付けをすることができる。そうすることによって各病院間で共通性を持たすことができ、院内だけでなく、パスを通じて各病院間の医療の標準化を図ることができると思う。

認知症クリニカルパス

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。
----	--	--	--

	入院時		入院2週間		入院1か月		入院2か月		入院3ヶ月(退院)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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)		今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当てる		退院後の行き先を見当てる		・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当てる			
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事等)		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談 <input type="checkbox"/> 退院先の調整		<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"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 関係機関との連携		<input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整		<input type="checkbox"/> 退院先の調整		<input type="checkbox"/> 退院先の調整		<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整	
看護介護	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取 <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"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 指示内容確認		<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価		<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導		<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導		<input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方薬の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時指導	
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査		<input type="checkbox"/> 心理検査		<input type="checkbox"/> 心理検査		<input type="checkbox"/> 心理検査		<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察		<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案		<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案		<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案		<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	
言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練		<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練		<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練		<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練		<input type="checkbox"/> 栄養計画評価	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック		<input type="checkbox"/> 現状把握		<input type="checkbox"/> 現状把握		<input type="checkbox"/> 現状把握		<input type="checkbox"/> 栄養計画評価	
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 <input type="checkbox"/> 持参薬確認		<input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 薬剤管理		<input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 薬剤管理		<input type="checkbox"/> 薬剤管理 <input type="checkbox"/> 薬剤管理		<input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告 <input type="checkbox"/> 服薬指導	
アウトカム	【検査】		【検査】		【検査】		【検査】		【検査】	
バリアンス	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	
医師署名										
家族署名	(続柄:)		(続柄:)		(続柄:)		(続柄:)		(続柄:)	
院外の多職種との退院支援										

3. 認知症地域連携パス・オレンジ手帳改訂について ～認知症のクリニカルパスの普及に関する調査研究事業～

中 川 龍 治

(日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会委員、嬉野温泉病院 理事長・院長)

日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会（以下、高齢者委員会）では平成23年度事業で、認知症地域連携パスとして、オレンジ手帳を作成した。オレンジ手帳は認知症の方の検査や症状の経過、日常生活障害の程度等の情報を本人・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共有し円滑な治療、介護、支援を行うためのツールである。

本人および家族に、この手帳を常に携帯していただき、あらゆる連携を行い、認知症の人に在宅における生活を可能な限り継続していただくというものである。

オレンジ手帳は一般社団法人 JAPH ネットワークにて平成24年6月付で制作し、同年8月から1冊100円で販売を開始した。平成26年12月末までに66,645冊が販売されている。

本事業における第1回企画委員会にて、認知症のクリニカルパスの普及に関する調査研究事業の1項目としてオレンジ手帳の改訂に取り組むことになった。そこで、高齢者委員会が先に施行したオレンジ手帳に関する使用状況、使い勝手等についてのアンケート調査の結果（平成24年8月～平成25年1月末・日本精神科病院協会会員病院への調査）において得られた課題を参考にすることとした。また、平成26年8月第1回認知症クリニカルパス普及セミナーに於けるアンケート調査では、オレンジ手帳が継続して使用されているケースは決して多くはないという結果であった。これらのことから、課題と改訂の方向性を明示し、改訂作業を進める必要性を確認した。よって、改訂作業は、本事業における企画委員会が中心となって、認知症クリニカルパス普及セミナーや普及活動等において様々な意見を参考にしながら、オレンジ手帳改訂のための検討を重ねた。そして、以下のような課題を抽出し、それに対する指針の策定および指針に基づく改訂を施行した。

《課題》

1、日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会によるアンケート調査結果 (平成24年8月～平成25年1月)による課題

1) 全般的なこと

- (1) 記載項目が多く、手帳の記入が面倒である。
- (2) 個人情報の取扱い、紛失時が心配である。
- (3) 一般の人には手帳の理解が難しく浸透しにくい。
- (4) 使い始めはきちんと記入していたが、その後なかなか活用できなかった。また、持ち歩かなかった。
- (5) 退院時に発行し、退院後はかかりつけ医へ転院。また、転院となった為、活用状態不明である。
- (6) 配布前の説明、周知、取扱等の協議において利用者説明の前に事業者認知していただく必要があった。
- (7) 医師が記載する診療情報提供書の内容に通じるものがあり、手帳として携帯するには人権保護・個人情報の保護の観点から課題があると思われる。認知症患者の人権尊重の視点に立った内容にすることが必要と思われる。
- (8) 同意書に署名してもらえないことが多い。

2) 手帳の形状について (文字の大きさ、手帳のサイズ等)

- (1) 携帯するには手帳のサイズがやや大きく持ち歩きに不便。
(※文字の小ささの割に手帳が大きい)
- (2) 後期高齢の方は保険証とお薬手帳を一緒に挟んでいる方が多いので、お薬手帳と同じ大きさが良い。
- (3) 紛失防止の為、B5 サイズ位の大きさがあると良いのではないかと思います。
- (4) オレンジ手帳なので、表紙もオレンジの方が良いと思う。
- (5) 全ての記載項目の枠が小さい。
- (6) 各ページ (項目) の枚数がもう少し多いと 1 冊の手帳を長く使えてよいと思う。

3) 記載項目の内容等について

- (1) ケアマネージャーの記入スペースを確保してほしい。
- (2) 薬剤情報の欄を追加してほしい。
- (3) 診断名が記入できる項目があった方がよい。
- (4) 医療機関の記入欄は、直接記入するよりも、例えば、検査結果を貼る、処方内容はお薬手帳と重複するので薬局から配布されるシールを貼るなどしたら良い。
また、記載内容項目の簡素化、絞り込みがなされると良いのではないかと。
- (5) 家族から関係者への連絡や質問を記入したり、それに返答するページがあるとよいのではないかと思います。
- (6) 評価できる月数を自由記入できる方がよい。
- (7) 検査については、その場で結果が出ないこともありタイムリーな記載が困難である。
- (8) 内科、整形、皮膚科など通院医療機関が多く、投与されている薬の種類も多い人がいるので、記載欄が足りない場合がある。
- (9) 療養管理指導料など保険診療点数に反映できるシートを入れることができないか。

4) 内容のわかりやすさについて

- (1) 一般の人が記入するには専門用語が多く、記入に時間がかかる。
- (2) 高齢者が読むことを想定しているのではなく、医療職向けのカルテの様な印象を受ける。
- (3) 家では記入できないなどの意見が多くあった。家族が記入しやすいものにしてほしい。
- (4) 地域の居宅介護支援事業所の方から「使い方がわからない」との意見が寄せられた。
- (5) 当院でオレンジ手帳の研修会を開いてはみたが、理解が十分でない人が多いので、居宅介護支援事業所向けの手帳使用マニュアルを作ってほしい。

5) その他

- (1) 医師からオレンジ手帳をすすめることがなかった。
- (2) 現在の状況でもかなり多くの書類に忙殺されている関係者 (多職種) 間で使用しづらいのではという声があがっている。
- (3) かかりつけ医 (内科医等) に提示したところ、内容が細かすぎて読んで頂く時間がなかったとの意見があった。
- (4) 介護分野では、ケアマネが患者本人の状況を把握しているので、このような手帳がなくても精神科病院等とうまく連携がとれている。
- (5) オレンジ手帳の主旨は良いのだが、もう少し PR の方法を検討し実施した方が良い。
- (6) 携帯するものには、通院先や機関の名称が記載されていれば十分だと考える。
- (7) 各機関で結局は同じことを聞かれたり、書かされたりするのではないかと思います。
- (8) 病院に持って行っても出しにくい。
- (9) 相談支援事業所や地域包括支援センター等に配布し、記入を始めてもらうとよい。
- (10) 保険証 (カード) IC チップによるデータ化や簡便な読み取りと入力機能を向上してほしい。

2、第1回認知症クリニカルパス普及セミナー（平成26年8月）実施後における課題

参加者：210名 於：JALシティー田町東京

「オレンジ手帳（地域連携パス）第二版に向けて」に関するアンケートを実施

回答数：147件

◎結果・課題

オレンジ手帳の使い勝手に関する意見は、上記1の高齢者委員会が施行したアンケート結果とほぼ同じ内容の意見がほとんどであった。その中で、手帳の機能として、熊本の「火の国あんしん手帳」や大阪の「みまもり・つながりノート」にあるご本人・ご家族と医療機関、介護事業者との連絡ノートの役割をもつことが手帳の普及に寄与するとの意見が多く寄せられた。

3、第2回認知症クリニカルパス普及セミナー（平成26年10月）実施後における課題

参加者：約150名 於：日本精神科病院協会精神科医学会学術大会・名古屋

◎課題

専門医記載欄にて、せん妄はBPSDの項目の中に入れていない方がよいという会員からの意見についてセミナーにて活発に議論された。今回のセミナーでは急性期認知症入院クリニカルパスを中心に議論された。

4、第3回認知症クリニカルパス普及セミナー（平成26年11月）実施後における課題

参加者：49名 於：盛岡メトロポリタンホテル

◎課題

ほとんどの参加者はオレンジ手帳を知っていると答えたが、使用経験のある人は数名であった。認知症地域連携パスの機能として、「連絡手帳機能」の必要性について再度認識するに至った。

5、認知症クリニカルパス普及活動（平成26年11月）実施後における課題

於：G8認知症サミット後継イベント 東京

※ブース展示にて、英文によるオレンジ手帳の紹介を行ったが、ブース来訪者による質問はほとんどなかった。こちらから説明を加えたケースもあったが、諸外国では医療・介護の保険システムが異なるので、手帳のイメージを描けなかった可能性があった。

6、第1回～6回の企画委員会における検討

高齢者委員会にて施行した上記1のアンケート結果並びに各普及セミナー、普及活動におけるアンケートや参加者による意見から課題を抽出し、オレンジ手帳第二版の案を毎回作成した。各回にて提示した作成案には企画委員（外部委員含む）、協力委員から様々な意見が出た。

検討の中心は、各項目とその内容についてであった。簡素化しながらも、如何に内容の質を担保するかが議論の中心であった。また、外部委員の「かかりつけ医の視点」からの助言は、「専門医の視点」の改訂に非常に示唆的であった。

なお、改訂作業に必要と考えられ、既に他の施設等で発行・活用されている以下の認知症地域連携パスおよび手帳を参考資料とした。

- ①みまもり・つながりノート（大阪大学大学院神経心理研究室）
- ②火の国あんしん受診手帳（熊本大学・熊本県認知症疾患医療センター）
- ③もの忘れ（みまもり）サポート手帳（佐賀大学・佐賀県認知症疾患医療センター）
- ④あったか手帳（佐久総合病院）（東信地区精神科地域連携会議）
- ⑤世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス
- ⑥KN式認知症ケアパス情報共有シート（京都市認知症ケアを考えるつどい）

- ⑦相談ノート (第一三共株式会社)
⑧認知症ケアパス作成のための手引き (厚生労働省老人保健健康増進等事業)

《オレンジ手帳の改訂》

このような課題を修正し、オレンジ手帳の真の普及を目指すためには、以下のような指針を明確にして、そのための具体的な改善を必要とするという結論を得た。

【指 針】

1. ご本人とご家族に継続使用してもらうためにはどのようにしたらよいか
2. 事業者側の記入の際の利便性、有用性を高めるためにはどのようにしたらよいか

【指針に基づく改訂具体案】

1. ご本人とご家族に継続使用してもらうためにはどのようにしたらよいか
 - (1) サイズをお薬手帳(ノート)と同じサイズに小型化し、携帯しやすくする。
 - (2) ビニールフォルダーでお薬手帳と一緒に携帯できるようにする。
 - (3) 字を大きくし見やすくする。そのためには、大幅に項目を削除する。
 - (4) 同意書を簡略化する。別紙同意書は廃止する。
 - (5) ご家族が困った時にどうしたらよいか参考になる手帳にすることが継続性を高めることになる。そのために連絡ノートの機能を持たせる。
2. 事業者側の記入の際の利便性、有用性を高めるためにはどのようにしたらよいか
 - (1) オレンジ手帳に関わる人すべての中で連絡・連携が可能となるよう、連絡ノートを作成する。
 - (2) 記入者がどこに記入すればよいか明確にする。
そのためには、本人・家族、介護者、専門医療機関、かかりつけ医、ケアマネの記載を担当するページを明確にし、簡素化する。さらに大幅に削除された項目の情報に見合うように各項目を見直し、修正し、整理する。
 - (3) 長期間使用可能となるようにする。

以上のような過程で検討を重ねオレンジ手帳の改訂を実施した。その結果を資料1で実際の具体的なオレンジ手帳の改訂内容を初版と比較しながら提示する。また、資料2にオレンジ手帳第二版(実寸大)を掲載した。

認知症地域連携パス「オレンジ手帳」 第二版の改訂内容について



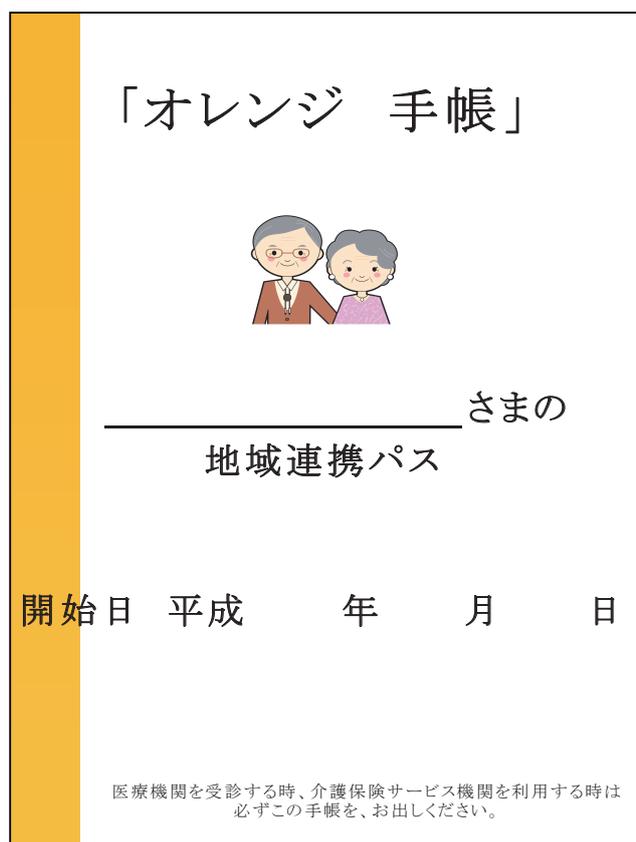
オレンジ手帳第二版には、表紙にシンボルマークの「花」を取り入れた。花の色は手帳のページに使用した桃色（患者・家族）と、それを支える黄色（主な介護者）、橙色（専門医療機関）、赤色（医療機関）、緑色（介護支援専門員）である。5つの★を持つてんとう虫とともに連携と情報共有の意味を持たせた。

< 表紙及びサイズについて >

「変更前」

見開き A4 サイズ

高さ
210mm



幅 148mm

「変更後」

見開き A5 サイズ

幅 105mm



高さ
145mm

・オレンジ手帳初版に関するアンケートで、手帳が活用され難い理由として、手帳の大きさが複数意見あった。

・サイズとしては“携帯性の観点から、「お薬手帳」と同じサイズにする”が殆どであった為、第二版は「お薬手帳」と同サイズにした。

・また、文字も小さいとの意見が聞かれたので、手帳は小さくしても文字は初版より大きな文字を使用した。

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

まず最初に本人・家族に向けた「使用方法」を新たに設けた。また、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、「誰がどこに記載するか」が一目でわかるように、項目ごとの記載者を色別で表記し、表示と文字は太字で大きくした。

オレンジ手帳の使用方法について

～ ご本人・ご家族の方へ～

オレンジ手帳は認知症の人のための「認知症地域連携パス」です。地域連携パスとは、認知症の人が在宅などの住み慣れた地域で、できる限り長く過ごせるように、ご本人とご家族を中心にして、医療機関、ケアマネジャー(ケアマネ)、介護サービス事業所、行政機関等が情報を共有し、認知症の人への対応を効果的に行うことを一つの目的としています。

もう一つ大きな目的は、ご家族が困った時に医師、ケアマネ、事業所などに気軽に相談し、対応方法等のアドバイスをもらえるようにすることです。

そのために、ご家族の方に「お願い」があります。

- ① 医療機関を受診の際にはオレンジ手帳を必ずお持ちください。そして、主治医にお見せください。(赤色とオレンジ色のページ)
お薬手帳と同じ大きさですので、一緒に持ち歩くと便利です。
- ② また、ケアマネや介護事業者の担当の方にも見せていただき、必要箇所に記入をしてもらってください。(黄色と緑色のページ)
- ③ ご本人の認知症のことで、何か困ったことや相談したいことがある時にはこの手帳の連絡帳を使って、遠慮なく医師やケアマネなどに意見を求めてください。
 また、ご本人の状況を定期的に御記入ください(桃色のページ)

ご家族にはこのオレンジ手帳を使用いただき、医療機関、ケアマネ、介護事業所、行政機関等との「橋渡し役」をお願いすることになります。

その結果、この手帳が効果を発揮し、より良い医療、介護、福祉が認知症の人に提供できますことを心より願っております。

この手帳は次のような内容になっています。

地域連携同意書・【基本】. P2～4(青色)
 【わたしのプロフィール】. P5(桃色)
 【家族からみた本人の状態】. P6・7(桃色)
 【現在の状態像】. P8・9(黄色)
 【検査と症状の経過】. P10・11(橙色)
 【現在治療中の合併症と治療薬】. . . P12・13(赤色)
 【要介護状態区分等】. P14(緑色)
 【メモ用紙】
 【連絡・相談・質問帳】

各ページに誰が記入するのか、色別で明示してあります

- 青 青色 = 本人・家族・各関係機関用
- 桃 桃色 = 本人・家族用
- 黄 黄色 = 主な介護者、医療・介護機関の介護担当
- 橙 橙色 = 専門医療機関用
- 赤 赤色 = 医療機関用(かかりつけ医、専門医療機関)
- 緑 緑色 = 介護支援専門員(ケアマネジャー)用

基本 1

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

ご本人

ご家族 (続柄:)

TEL () _____

成年後見制度 (種類:)

TEL () _____

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: () _____	
	TEL: () _____	

<専門医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: () _____	
	TEL: () _____	

基本 2

介護支援専門員(ケアマネジャー)

事業所	連絡先	担当者
	TEL: () _____	

地域包括支援センター

事業所	連絡先	担当者
	TEL: () _____	

介護保険サービス

事業所	連絡先	担当者
	TEL: () _____	

訪問看護ステーション

事業所	連絡先	担当者
	TEL: () _____	

民生委員

住所	連絡先	氏名
	TEL: () _____	

同意書

法人名 □□□
病院名 □□□

私は、「オレンジ手帳」の受け取りにあたり、下記の内容について同意します。

記

1 …… 手帳の中に記載されている個人情報、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きます。
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ることがないように注意して下さい。

2 …… 受け渡し後の手帳は自己管理となります。よって、紛失・破損といったトラブルに対して、当院は一切の責任は負えません。

以上

平成 年 月 日

住 所 _____

ご本人(自署) _____ 印

ご家族(自署) _____ 印

(続柄) _____

- ・初版「オレンジ手帳」の発行・使用にあたっては「同意書」(左図)が別紙で準備されていたが、家族・本人はこの「同意書」に抵抗感を感じ、同意のサインに難色を示すとの意見が聞かれた。この様式は廃止して手帳の中にその内容的なものを組み入れ統合した。
- ・また、成年後見制度についても、成年後見人の署名と成年後見人、保佐人、補助人の区別ができるように改訂した。
- ・訪問看護ステーションの記載欄も削除したので、必要時には「MEMO」帳を有効に活用してもらうこととした。
- ・初版で2ページであった基本欄は、ほぼそのまま第二版へ移行した。また、「かかりつけ医療機関」の欄も増やしたので、手帳をサイズダウンした関係上、基本欄は3ページ(次ページ参照)となった。

基本

同意書

私は本手帳に記載されている個人情報、医療機関や介護サービス事業所などへ情報提供することに同意します。
この手帳は、家族もしくは介護者で責任を持って保管すると共に、紛失時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人：

ご家族：
(介護者) _____

続柄 _____

成年後見制度
※成年後見人、保佐人、補助人が選任されている場合は、
下記に署名をお願いします。

お名前：

後見人 保佐人 補助人

TEL(_____)

-2-

基本

< 専門医療機関 >

医療機関名	主治医
連絡先	TEL : ()

< かかりつけの医療機関 >

医療機関名	主治医
連絡先	TEL : ()

医療機関名	主治医
連絡先	TEL : ()

医療機関名	主治医
連絡先	TEL : ()

医療機関名	主治医
連絡先	TEL : ()

-3-

基本

< ケアマネージャー >

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 : ()	

< 民生委員 >

氏名	連絡先
	TEL : ()

< 介護サービス事業所 >

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 : ()	
事業所	連絡先	担当者
	TEL : ()	

-4-

< わたしのプロフィール >

「変更前」

わたしのプロフィール(1)		(本人・家族) 3	
記入者: (関係:)			
ふりがな	(性別)		
名前	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
生活状況	自宅 施設 (種別 名称)		
年金受給状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金		
<<家族構成>> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 主介護者名 (歳) 関係 同居・別居 (家族構成図) 			
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> ◎本人 現在の同居者は○で囲む			
<<ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号>>			
関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話番号
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
		<input type="checkbox"/> 昼間(午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	()
身長(cm) / 体重(kg)			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明・補聴器(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(お薬: /食物:)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(肺結核・B型肝炎・C型肝炎・他) ・過去に、肺結核にかかったことが(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年間×()/日		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()年間×()本/日 ()年間禁煙		
習慣	(長年なじんだ習慣・好み・こだわり等)		
職業歴	現在: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()元:		
最終学歴	<input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校(旧制中学) <input type="checkbox"/> 大学		
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> ほがらか <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他()		
これまでににかかったことのある病気			
<input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 高血圧・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 脂質異常症・ <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞)・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳梗塞・脳出血)・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 精神疾患・ <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 頭部外傷(打撲・交通事故等) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明 ・その他(癌・手術など)・			
ご本人、ご家族のご希望をお書きください			

このページの年金受給状況、家族構成、嗜好や習慣、性格、学歴等は大幅にカットし、第二版ではプロフィールを1枚にまとめた。今回削除した項目の中には、認知症患者のケースによっては重要な意味を持つ場合もあるので、その際には「MEMO」欄を有効に活用してもらうこととした。また、既往歴については別ページに移動し統合した。

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	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳		
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 TEL: ()		
	<input type="checkbox"/> 施設 種別: 名称:		
家族連絡先	氏名	連絡先	続柄
<身体状況>			
身長(cm) / 体重(kg)			
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)		

「変更後」

< 認知症進行度チェック表 >

「変更前」

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		開始時	
認知症進行度チェック表解説を参照して下さい		年月	年月
確認する項目	選択肢 (あてはまる番号を選びチェック欄に○印)	チェック欄	チェック欄
記憶	ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし
	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
	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
行動	自力歩行	1. できない	2. 一部介助
	外出状況	1. 外出なし	2. 家族と一緒になら可能
	金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助
	薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助
食事	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助
	1食あたりの食量	1. 減少傾向	2. 変化なし
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助
	尿・便失禁	1. あり	2. たまにある
風呂	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助
	入浴拒否	1. あり	2. たまにある
着脱	服の前後を間違える	1. あり	2. たまにある
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助
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	
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. 以前と変わりない
		5. 悪くなった	

「認知症進行度チェック表」は、字が小さく読みにくいという意見が多かったため、下段2項目を他のページに統合し「現在の状態像」とした。なお、チェック表の記載手順として準備されていた「認知症進行度チェック表解説」は第二版では廃止した。

「変更後」

現在の状態像: 主な介護者、医療・介護機関の担当者		現在の状態像: 主な介護者、医療・介護機関の担当者			
確認する項目	選択肢 (該当番号に○印)	半年後	1年後	()年後	()年後
		年月日	年月日	年月日	年月日
記憶	ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし	3. 不明	
	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. ととき忘れ	
	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. ととき忘れ	
行動	自力歩行	1. できない	2. 一部介助	3. できる	
	外出状況	1. 外出なし	2. 家族と一緒になら可能	3. 一人で可能	
	金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	
	薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	
食事	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	
	1食あたりの食量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 食べすぎ傾向	
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. とりすぎ傾向	
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	
	尿・便失禁	1. あり	2. たまにある	3. なし	
風呂	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	
	入浴拒否	1. あり	2. たまにあり	3. なし	
着脱	介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	
	服の前後を間違える	1. あり	2. たまにある	3. なし	
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	

< 現在治療中の合併症と治療薬 >

「変更前」

現在治療中の合併症と治療薬 (かかりつけ医) 6				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	疾患名		処方薬	医療機関名
○糖尿病	有・無・不明			○糖尿病	有・無・不明		
○高血圧	有・無・不明			○高血圧	有・無・不明		
○心臓疾患	有・無・不明			○心臓疾患	有・無・不明		
○脂質異常症	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			○甲状腺機能低下症	有・無・不明		
○脳卒中	有・無・不明			○脳卒中	有・無・不明		
○精神疾患	有・無・不明			○精神疾患	有・無・不明		
○頭部外傷	有・無・不明			○頭部外傷	有・無・不明		
○その他				○その他			

・疾患名の記載欄から甲状腺機能低下症、精神疾患、頭部外傷を省き、疾患名の変更・追加を行った。既往歴やかかりつけ医、処方薬の記載欄はレイアウトを変更した。なお、「お薬手帳」を一緒に携帯されている方は、処方薬欄への記載を省略可能とした。

・「障害高齢者の日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」記載欄を新たに設けた。

「変更後」

現在治療中の合併症と治療薬: かかりつけ医				現在治療中の合併症と治療薬: かかりつけ医			
疾患名	病気の有無	医療機関名(かかりつけ医)	処方薬	備考			
・糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
・高血圧症	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
・心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
・脳血管性障害 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
・脂質代謝異常症	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
・悪性新生物 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無						

※オレンジ手帳とお薬手帳を一緒に携帯されている方は、処方薬欄への記載は省略可能です。

	開始時		半年後		1年後		()年後		()年後	
	年	月 日	年	月 日	年	月 日	年	月 日	年	月 日
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M									

<検査の経過と治療薬>

「変更前」

検査の経過と治療薬		検査の経過と治療薬	
(専門医療機関・かかりつけ医) 7		(専門医療機関・かかりつけ医) 7	
発症時期：平成 年 月 日		発症時期：平成 年 月 日	
(開始時) 年 月 日		(開始時) 年 月 日	
専門医療機関： 〃 〃 〃		専門医療機関： 〃 〃 〃	
M M S E / 30		M M S E / 30	
F A S T スタージ： 〃 〃 〃		F A S T スタージ： 〃 〃 〃	
血液検査		血液検査	
血算	未 / 済 (異常なし・異常)	血算	未 / 済 (異常なし・異常)
血糖	未 / 済 (mg/dl)	血糖	未 / 済 (mg/dl)
脂質	未 / 済 (異常なし・異常)	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)
甲状腺機能	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	未 / 済 (異常なし・異常)
V B 1 2	未 / 済 (異常なし・異常)	V B 1 2	未 / 済 (異常なし・異常)
心電図	未 / 済 (異常なし・異常)	心電図	未 / 済 (異常なし・異常)
頭部CT	未 / 済 (異常なし・異常)	頭部CT	未 / 済 (異常なし・異常)
頭部MRI	未 / 済 (異常なし・異常)	頭部MRI	未 / 済 (異常なし・異常)
画像検査	未 / 済 (異常なし・異常)	画像検査	未 / 済 (異常なし・異常)
脳波	未 / 済 (異常なし・異常)	脳波	未 / 済 (異常なし・異常)
神経症状	未 / 済 (異常なし・異常)	神経症状	未 / 済 (異常なし・異常)
B P S D (周辺症状)	未 / 済 (異常なし・異常)	B P S D (周辺症状)	未 / 済 (異常なし・異常)
治療薬 (合併症含)	未 / 済 (異常なし・異常)	治療薬 (合併症含)	未 / 済 (異常なし・異常)

初版の「検査の経過と治療薬」のページは、大幅に項目を削除し、第二版では「検査と症状の経過」と名称を変更し、専門医療機関のページとした。項目は認知症に関するものに統一し、他の検査は省略した。記憶・認知機能障害やB P S Dについては十分な検討を重ね、最終的に以下のように決定した。レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などの症状の見落としがないような配慮を行った。

「変更後」

検査と症状の経過：専門医療機関

検査と症状の経過：専門医療機関

発症時期：平成 年 月 日		
	開始時	半年後
	年 月 日	年 月 日
HDS-R	/ 30	/ 30
M M S E	/ 30	/ 30
認知症高齢者の日常生活自立度		
頭部	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI
生活面の障害	<input type="checkbox"/> 社会面 <input type="checkbox"/> 日常生活面	<input type="checkbox"/> 社会面 <input type="checkbox"/> 日常生活面
記憶・認知機能障害	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 近時 <input type="checkbox"/> 遠隔 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 視覚構成障害 <input type="checkbox"/> 実行機能()	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 近時 <input type="checkbox"/> 遠隔 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 視覚構成障害 <input type="checkbox"/> 実行機能()
BPSD等の症状	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> 下方注視障害 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> 下方注視障害 <input type="checkbox"/> その他()
その他	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()

専門医療機関名 ()			
	1年後	()年後	()年後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
HDS-R	/ 30	/ 30	/ 30
M M S E	/ 30	/ 30	/ 30
認知症高齢者の日常生活自立度			
頭部	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI
生活面の障害	<input type="checkbox"/> 社会面 <input type="checkbox"/> 日常生活面	<input type="checkbox"/> 社会面 <input type="checkbox"/> 日常生活面	<input type="checkbox"/> 社会面 <input type="checkbox"/> 日常生活面
記憶・認知機能障害	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 近時 <input type="checkbox"/> 遠隔 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 視覚構成障害 <input type="checkbox"/> 実行機能()	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 近時 <input type="checkbox"/> 遠隔 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 視覚構成障害 <input type="checkbox"/> 実行機能()	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 近時 <input type="checkbox"/> 遠隔 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 視覚構成障害 <input type="checkbox"/> 実行機能()
BPSD等の症状	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> 下方注視障害 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> 下方注視障害 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アパシー <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害 <input type="checkbox"/> 下方注視障害 <input type="checkbox"/> その他()
その他	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他()

<最終ページ>

「裏面の裏」

オレンジ手帳 第二版
2012年6月1日 初 版
2015年3月31日 第二版
編集:公益社団法人 日本精神科病院協会
発行:一般社団法人 JAPHネットワーク
〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
電話:03-5232-3313 FAX:03-5232-3315
商標登録 第5546514号

「裏面」



公益社団法人
日本精神科病院協会

オレンジ手帳

- 第二版 -

____ 様の
地域連携パス



開始日： 年 月 日



公益社団法人
日本精神科病院協会

オレンジ手帳の使用方法について

～ご本人・ご家族の方へ～

オレンジ手帳は認知症の人のための「認知症地域連携パス」です。地域連携パスとは、認知症の人が在宅などの住み慣れた地域で、できる限り長く過ごせるように、ご本人とご家族を中心に、医療機関、ケアマネジャー（ケアマネ）、介護サービス事業所、行政機関等が情報を共有し、認知症の人への対応を効果的に行うことを一つの目的としています。

もう一つ大きな目的は、ご家族が困った時に医師、ケアマネ、事業所などに気軽に相談し、対応方法等のアドバイスをもらえるようにすることです。

そのため、ご家族の方に「お願い」があります。

- ① 医療機関を受診の際にはオレンジ手帳を必ずお持ちください。そして、主治医にお見せください。（赤色とオレンジ色のページ）**お薬手帳と同じ大きさですので、一緒に持ち歩くと便利です。**
- ② また、ケアマネや介護事業者の担当の方にも見せていただき、必要箇所に記入をしてもってください。（黄色と緑色のページ）
- ③ ご本人の認知症のことで、何か困ったことや相談したいことがある時にはこの手帳の連絡帳を使って、遠慮なく医師やケアマネなどに意見を求めてください。
また、ご本人の状況を定期的に御記入ください（桃色のページ）

ご家族にはこのオレンジ手帳を使用していただき、医療機関、ケアマネ、介護事業所、行政機関等との「橋渡し役」をお願いすることになります。

その結果、この手帳が効果を発揮し、より良い医療、介護、福祉が認知症の人に提供できますことを心より願っております。

この手帳は次のような内容になっています。

地域連携同意書・【基本】…………… P2～4（青色）
【わたしのプロフィール】…………… P5（桃色）
【家族からみた本人の状態】…………… P6・7（桃色）
【現在の状態像】…………… P8・9（黄色）
【検査と症状の経過】…………… P10・11（橙色）
【現在治療中の合併症と治療薬】… P12・13（赤色）
【要介護状態区分等】…………… P14（緑色）
【メモ用紙】
【連絡・相談・質問帳】

各ページに誰が記入するのか、色別で明示してあります

-  青色 = 本人・家族・各関係機関用
-  桃色 = 本人・家族用
-  黄色 = 主な介護者、医療・介護機関の介護担当
-  橙色 = 専門医療機関用
-  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

私は本手帳に記載されている個人情報、医療機関や介護サービス事業所などへ情報提供することに同意します。

この手帳は、家族もしくは介護者で責任を持って保管すると共に、紛失時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人:

ご家族:
(介護者)

続柄

成年後見制度

※成年後見人、保佐人、補助人が選任されている場合は、下記に署名をお願いします。

お名前:

後見人 保佐人 補助人
TEL()

基本

< 専門医療機関 >

医療機関名	主治医
連絡先	TEL: ()

< かかりつけの医療機関 >

医療機関名	主治医
連絡先	TEL: ()

連絡先 TEL: ()

医療機関名	主治医
連絡先	TEL: ()

連絡先 TEL: ()

医療機関名	主治医
連絡先	TEL: ()

基本

＜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: ()	
＜民生委員＞	
氏名	連絡先
TEL: ()	
＜介護サービス事業所＞	
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: ()	

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	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳
生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 TEL: ()
	種別: <input type="checkbox"/> 施設 名称:
家族 連絡先	氏名 連絡先 続柄
＜身体状況＞	
身長() cm / 体重() kg	
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)

検査と症状の経過：専門医療機関

検査と症状の経過：専門医療機関

発症時期：平成	年	月	日	半年後	年	月	日
HDS-R	/	30		/	30		
M M S E	/	30		/	30		
認知症高齢者の 日常生活自立度							
頭部 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 萎縮 ()	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 血管性変化	<input type="checkbox"/> 萎縮 ()	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 血管性変化	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮
生活面の障害	<input type="checkbox"/> 社会面	<input type="checkbox"/> 日常生活面	<input type="checkbox"/> 社会面	<input type="checkbox"/> 社会面	<input type="checkbox"/> 日常生活面	<input type="checkbox"/> 社会面	<input type="checkbox"/> 日常生活面
記憶・認知 機能障害	<input type="checkbox"/> 即時	<input type="checkbox"/> 近時	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 即時	<input type="checkbox"/> 近時	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 即時
	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失語
	<input type="checkbox"/> 視覚構成障害						
	<input type="checkbox"/> 実行機能 ()						
BPSD等 の症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 幻聴
	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 興奮
	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> 常同行動	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> 常同行動	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> アパシー
	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> パーキンソニズム	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> パーキンソニズム	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 脱抑制
	<input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害						
	<input type="checkbox"/> 下方注視障害						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
その他	<input type="checkbox"/> せん妄						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

専門医療機関名 ()	()	()	()	()	()	()	()
1年後	年	月	日	年	月	日	年
/	30	/	30	/	30	/	30
/	30	/	30	/	30	/	30
<input type="checkbox"/> 萎縮 ()	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 血管性変化	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 血管性変化	<input type="checkbox"/> 海馬萎縮	<input type="checkbox"/> 血管性変化
<input type="checkbox"/> 社会面	<input type="checkbox"/> 日常生活面						
<input type="checkbox"/> 即時	<input type="checkbox"/> 近時	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 即時	<input type="checkbox"/> 近時	<input type="checkbox"/> 遠隔	<input type="checkbox"/> 即時	<input type="checkbox"/> 近時
<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 失行
<input type="checkbox"/> 視覚構成障害							
<input type="checkbox"/> 実行機能 ()							
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 妄想
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 不安
<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> 常同行動	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> 常同行動	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> アパシー	<input type="checkbox"/> 常同行動
<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> パーキンソニズム	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> パーキンソニズム	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> 脱抑制	<input type="checkbox"/> パーキンソニズム
<input type="checkbox"/> レム睡眠行動障害							
<input type="checkbox"/> 下方注視障害							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
<input type="checkbox"/> せん妄							
<input type="checkbox"/> その他 ()							

現在治療中の合併症と治療薬：かかりつけ医

現在治療中の合併症と治療薬：かかりつけ医

疾患名	病気の有無	医療機関名(かかりつけ医)	処方薬	備考
・糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
・高血圧症	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
・心疾患 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
・脳血管性障害 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
・脂質代謝異常症	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
・悪性新生物 ()	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 有 (年頃より) <input type="checkbox"/> 無			

※オレンジ手帳とお薬手帳を一緒に携帯されている方は、処方薬欄への記載は省略可能です。

	開始時		半年後	
	年	月 日	年	月 日
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M	

1年後		()年後	
年	月 日	年	月 日
自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M		I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M	

要介護状態区分等：ケアマネージャー

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()		

MEMO

MEMO

連絡・相談・質問帳

◎ご家族様へ

この連絡・相談・質問帳には、

- ・伝えたいこと(連絡)、
- ・相談したいこと(相談)、
- ・尋ねたいこと(質問)など、

介護の日常における疑問やお困まりの点が解決ができるよう、何でも遠慮なくご記入ください。

◎かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス事業所、介護支援専門員(ケアマネージャー)、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等の皆様方へ

ご本人及びご家族様のニーズに沿った支援となりますよう、お互いの連携に必要な事項の確認等、ご自由にご利用ください。

なお、次ページの記載例を参考にご活用をお願いします。

連絡・相談・質問帳

質問する人 (家族(妻)) から
答えてほしい人(○○クリニック先生) さんへ

連絡・相談・質問 質問 です。

内容

○年 ○月 ○日

記入例1

眠前薬が増えたからなのか、朝起こす時に眠気が強く
デイサービスの迎えまでに準備が間に合いません。デイ
サービスの前日は眠前薬を中止してもいいでしょうか？

回答内容

○年 ○月 ○日

お薬の量を調節しましたので、中止にはしないで
服用を継続してください。また、不眠傾向になったり
朝方の眠気がまだ強かったりなど、都合が悪い事
があれば連絡ください。

回答者名 ○○クリニック ○○医師

質問者確認サイン: ○○(妻)

連絡・相談・質問帳

質問する人 (ケアマネージャー○○) から
答えてほしい人(通所リハ○○) さんへ

連絡・相談・質問 質問 です。

内容

○年 ○月 ○日

記入例2

先日の自宅訪問時に、「右膝が痛そうで椅子から立ち
あがれない時がある」とご家族の方が気にされていました。
リハビリの影響によるものでしょうか？リハビリ担当の○○
さんからのアドバイスがあればお願いいたします。

回答内容

○年 ○月 ○日

下肢の筋トレを開始して、3日目が終わったところです。
確かに椅子などから立ち上げる時に少し痛そうな感じも
ありますが、右膝というより足の筋肉痛のようです。
暫くはリハビリの負荷を下げて様子を見てみます。

回答者名 通所リハ(理学療法士○○) より

質問者確認サイン: ケアマネージャー○○

オレンジ手帳の使用方法について

～ご本人・ご家族の方へ～

オレンジ手帳は認知症の人のための「認知症地域連携パス」です。地域連携パスとは、認知症の人が在宅などの住み慣れた地域で、できる限り長く過ごせるように、ご本人とご家族を中心に、医療機関、ケアマネジャー（ケアマネ）、介護サービス事業所、行政機関等が情報を共有し、認知症の人への対応を効果的に行うことを一つの目的としています。

もう一つ大きな目的は、ご家族が困った時に医師、ケアマネ、事業所などに気軽に相談し、対応方法等のアドバイスをもらえるようにすることです。

そのために、ご家族の方に「お願い」があります。

- ① 医療機関を受診の際にはオレンジ手帳を必ずお持ちください。そして、主治医にお見せください。（赤色とオレンジ色のページ）
お薬手帳と同じ大きさですので、一緒に持ち歩くと便利です。
- ② また、ケアマネや介護事業者の担当の方にも見せていただき、必要箇所に記入をしてもってください。（黄色と緑色のページ）
- ③ ご本人の認知症のことで、何か困ったことや相談したいことがある時にはこの手帳の連絡帳を使って、遠慮なく医師やケアマネなどに意見を求めてください。
また、ご本人の状況を定期的に御記入ください（桃色のページ）

ご家族にはこのオレンジ手帳を使用していただき、医療機関、ケアマネ、介護事業所、行政機関等との「橋渡し役」をお願いすることになります。

その結果、この手帳が効果を発揮し、より良い医療、介護、福祉が認知症の人に提供できますことを心より願っております。

オレンジ手帳 第二版
2012年 6月 1日 初 版
2015年 3月 31日 第二版
編集：公益社団法人 日本精神科病院協会
発行：一般社団法人 JAPHネットワーク
〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
電話：03-5232-3313 FAX：03-5232-3315
商標登録 第 5546514号

4. 重度認知症患者デイケアクリニカルパスについて

森 一 也

(日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会委員、さっぽろ香雪病院 理事長・院長)

1. 重度認知症患者デイケアクリニカルパスの導入・促進について

重度認知症患者デイケアは、認知症患者の地域での生活を支える専門外来医療である。医療機関と併設し、専門職種が協力して患者及び家族へのサポートを行う。身体合併症の悪化及び周辺症状の悪化等の場合は速やかに医療的な対応が可能である。また、重度認知症患者デイケアは、周辺症状の悪化等により認知症病棟に入院していた患者が、症状が軽減し在宅へ戻る際の受け皿として重要な役割を担っていると考えられる。デイケア利用時間における家族の介護負担軽減は言うまでもないが、重度認知症患者デイケアを実施する施設内において、家族が認知症介護について学んだり、家族同士が交流したりする場を設けている例も少なくない。家族からの相談を受けて専門職種からアドバイスするなど、家族による在宅介護を支援する役割も担っている。

重度認知症患者デイケアの役割を端的に表現すると「認知症患者が住み慣れた地域での生活をできるだけ長く維持していけるように支援すること」であると言える。重度認知症患者デイケアが目標とするところには終わりがなく、一見クリニカルパスにはなじまないように思われるかもしれない。しかし、次の3点の理由から、重度認知症患者デイケアにおいてクリニカルパスを導入することが有効であると考えられる。

まず一つには、重度認知症患者デイケアが多職種の医療スタッフによって提供される専門医療であるということが挙げられる。クリニカルパスの導入により、多職種で情報が共有され、チーム医療が促進される。二つ目には、重度認知症患者デイケアが「認知症」という特定の疾患群を対象にしている点が挙げられる。類似の医療過程を経るであろう利用者に対して、標準化された治療・ケアの提供が可能となる。三つ目には、クリニカルパスを患者及び家族への説明に応用できることが挙げられる。治療計画と合わせて説明することで、現在受けている治療・ケアについての理解が深まると考えられる。

これらの理由から、重度認知症患者デイケアが本来の機能を発揮し、患者及び家族に対して適正な医療サービスを提供するために、クリニカルパスの導入・促進が有効であると考えられる。

2. 重度認知症患者デイケアクリニカルパス第二版の作成について

中核症状の進行・周辺症状の軽減による日常生活の自立・生活の質の向上を図り、家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護が可能となるよう支援することを目的に、平成24年(2012年)に重度認知症患者デイケアクリニカルパス(初版)が作成され

た。日精協による「我々の描く精神医療の将来ビジョン」にも認知症クリニカルパスの作成が盛り込まれ、重度認知症患者デイケアクリニカルパスの普及・推進に努めてきた。

この度、初版を実際に使ってみた上で集約された意見を元に内容の見直しが図られ、平成26年(2014年)に第二版が新たに作成された。項目数が多すぎて全てを網羅することが難しいという意見から、項目内容を精査して、最低限必要と思われるものに限定した。また文言についても、できる限り汎用性のある表現に改めた。初版にはなかった「医師署名」及び「家族署名」の欄を追加し、実用性の向上を図った。

3. 重度認知症患者デイケアクリニカルパスの使用方法

重度認知症患者デイケア利用前には、家族・本人の希望を確認するとともに、現在の症状や生活状況、各種サービスの利用状況等の情報を収集し、今後の治療方針を各職種間で共有しておく。利用開始時には、全身状態を把握するとともに各種アセスメントを元に個人計画を立案し、各職種で共有する。その後、利用開始より1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年の節目ごとに各種評価を実施し、個人計画の見直し・修正を行う。症状の悪化や環境の変化に伴い途中で中止となる場合には、利用中止の理由をパスに記載し、個人計画の最終評価を実施する。

これらの時系列に沿って、医師、精神保健福祉士、看護・介護、作業療法士、心理技術者がそれぞれの業務を実施し、クリニカルパスの該当項目にチェック及び記入をして、情報を集約する。記入された内容を医師が確認し署名する。また、利用開始時、3ヶ月、6ヶ月、1年の各時期に家族への説明を行い署名してもらう。

4. まとめ

現在、重度認知症患者デイケアは全国でも数が少なく、決して充足しているとは言えない状況である。介護保険の通所系サービスでは、身体合併症の管理や周辺症状の悪化等に対応しきれず、入院に至るケースも少なくない。

今後、地域で生活する認知症患者が増えていくことが予測されるが、医療的な対応を含め、退院後の受け皿として重度認知症患者デイケアのニーズもこれまで以上に高まってくると考えられる。

前述のとおり、認知症患者が住み慣れた地域での生活をできるだけ長く維持していけるように支援することが重要課題である。重度認知症患者デイケアの特性を活かし、最も効率のよい医療サービスを提供するために、ぜひとも重度認知症患者デイケアクリニカルパスを活用していただきたい。

重度認知症デイケア クリニカルパス

患者氏名	様 (男・女)		(M・T・S) 年 月 日 生 (歳)		診断名	主治医	家族署名	(続柄:)	
	利用開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					年 月 日
目標	<p>■ 中核症状の進行/周辺症状の軽減による、日常生活の自立・生活の質の向上を図る</p> <p>■ 家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護を目指す</p> <p>利用中止基準</p>								
日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
経過	利用前	利用開始日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	利用中止(入院・入所)	(理由):	
目標	<p>■ 家族・本人の希望確認</p> <p>■ 情報収集と治療方針共有</p>	<p>■ 全身状態を把握し、プログラムの立案する</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p>	
医師	<p>□ 診察</p> <p>□ 検査指示(血液・尿・レントゲン)</p> <p>□ デイケア指示箋(Mラック評価)</p> <p>□ 治療方針説明(家族・本人)</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ 検査結果説明</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ 定期検査指示(血液・尿・レントゲン)</p> <p>□ 検査結果説明</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ 定期検査指示(血液・尿・レントゲン)</p> <p>□ 検査結果説明</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>□ 診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ 定期検査指示(血液・尿・レントゲン)</p> <p>□ 検査結果説明</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>□ 家族との面談</p> <p>□ 今後の治療方針について説明</p> <p>□ 情報提供用紙作成</p> <p>(利用中止後入院・施設入所の場合)</p> <p>□ 通所中止指示箋</p>
精神保健福祉士	<p>□ 情報収集(経過・生活状況・環境等)</p> <p>□ デイケアについて説明・見学</p> <p>□ 介護保険状況確認</p> <p>□ 自立支援医療確認</p> <p>□ 関係機関・ケアマネとの連携</p> <p>□ 福祉サービス利用状況</p>	<p>□ デイケア利用申込書確認</p> <p>□ 家族サポート</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>家族サポート</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>□ デイ登録解除</p> <p>□ 利用中止後の相談・説明</p> <p>□ 関係部署・機関への連絡</p>
看護・介護	<p>外来</p> <p>□ 検査実施</p> <p>□ 情報収集</p> <p>症状・生活状況等</p> <p>□ 外来診察について説明</p> <p>□ 内服薬確認</p> <p>□ 他科通院状況確認</p> <p>□ 既往歴確認</p>	<p>全身状態の観察・ADL支援</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態等</p> <p>□ 体重測定</p> <p>□ 皮膚疾患の有無</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ 個人計画立案</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>□ 個人計画再評価</p> <p>□ 栄養管理及び指導</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>□ 個人計画最終評価</p> <p>□ 看護サマリー記載</p>
作業療法士	<p>情報収集</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 作業療法目標設定・個人計画立案</p>	<p>□ 作業療法評価</p> <p>□ 目標設定・個人計画立案</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 作業療法評価</p> <p>□ 目標設定・個人計画立案</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 作業療法評価</p> <p>□ 目標設定・個人計画立案</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 作業療法評価</p> <p>□ 目標設定・個人計画立案</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 作業療法評価</p> <p>□ 目標設定・個人計画立案</p> <p>□ ADL評価</p>	<p>□ 個人計画最終評価</p> <p>□ 利用中止後のリハビリ指導</p>	
心理技術者	<p>□ 心理検査</p>		<p>□ 心理検査</p>	<p>□ 心理検査</p>	<p>□ 心理検査</p>	<p>□ 心理検査</p>	<p>□ 心理検査</p>	<p>□ 心理検査</p>	
検討項目	<p>情報共有</p> <p>状態・治療方針説明</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 個人計画書</p>	<p>□ 関連部署へ情報提供</p>	
バリエーション			<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	<p>□ 変動(パス継続) □ 脱落(中断)</p> <p>□ 逸脱(治療を追加してパス継続)</p>	
医師署名									
家族署名								(続柄:)	

5. モデルパス

「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

<同意書>

各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパスの適応に同意します。

ご本人

ご家族 (続柄:)

TEL ()

成年後見制度 (種類:)

TEL ()

<かかりつけの医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

<専門医療機関>

医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

介護支援専門員(ケアマネジャー)

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

地域包括支援センター

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

介護保険サービス

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

訪問看護ステーション

事業所	連絡先	担当者
	TEL: ()	

民生委員

住所	連絡先	氏名
	TEL: ()	

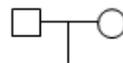
記入者: (関係:)

ふりがな 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》 独居 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	()

年 月 日 氏名()

1. これまで、どのような症状がありましたか？

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

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

認知症進行度チェック表解説

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

他の症状確認

- 徘徊 歩き回る・車椅子で動き回る・床やベッドの上で這い回る等目的もなく動き回る
- 幻覚・妄想 ありもしない幻が[見える]、[聞こえる] (何も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

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

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

発症時期：平成		年	月	ごろ	例) 専門医、かかりつけ医：1年毎に記載の場合	
		(開始時)			(6ヶ月後)	
		年	月		年	月
		専門医療機関：			かかりつけ医療機関：	
長谷川スケール		/ 30			《障害高齢者日常生活自立度》	
MMSE		/ 30			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
FAST		ステージ：			《認知症高齢者の日常生活自立度》	
					I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M	
血液検査	血算	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
	血糖	未 / 済 (mg / d l)			未 / 済 (mg / d l)	
	脂質	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
	甲状腺機能	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
	VB1	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
	VB12	未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
血圧		/			/	
心電図		未 / 済 (異常なし・異常)			未 / 済 (異常なし・異常)	
画像検査	頭部CT	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			現在の病状、状態像	
	頭部MRI	未/済 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 萎縮() <input type="checkbox"/> その他()			《短期記憶》 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
		海馬・海馬傍回付近の萎縮の程度:VSRAD ()			《日常の意思決定を行うための認知能力》 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難	
	心筋シンチ	未/済 集積の低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 見守りが必要	
	スペクト (血流低下部位)	未/済 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 判断できない 《自分の意思の伝達能力》 <input type="checkbox"/> 伝えられる	
脳波		未/済 <input type="checkbox"/> 基礎律動 Hz~ Hz <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られている	
神経症状		<input type="checkbox"/> 失語〔運動性失語・感覚性失語〕 <input type="checkbox"/> 失行〔観念性失行・着衣失行・観念運動性失行〕 <input type="checkbox"/> 失認〔視覚失認・相貌失認・色彩失認・視空間失認〕			<input type="checkbox"/> 伝えられない	
BPSD (周辺症状)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()	
治療薬 (合併症含)						

シール貼付可

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

シール貼付可

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()		

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

急性期認知症入院クリニックパス

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	入院前	入院時	入院1週間	入院2週間	入院1か月	入院2か月	入院3ヶ月(退院)	
達成目標	(入院目的を確認する)	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を思いだし、退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族へ入院目的の確認 <input type="checkbox"/> 医療保護入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 画像検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 血液、その他一般検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 心理検査指示・確認	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 本人・家族へ入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事・他) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練指示書記載 <input type="checkbox"/> 行動制限指示/次回他科受診日確認	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 予診 <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 頭部画像検査依頼・手配 <input type="checkbox"/> 入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院予約	<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"/> 保護者の再確認/経済状況確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 医療保護入院(入院届作成・依頼・確認) <input type="checkbox"/> 入院時お知らせ、告知確認準備 <input type="checkbox"/> 入院手続き(同意書一式・保護者委任説明) <input type="checkbox"/> 入院カルテ準備 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談	
看護	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定(外来) <input type="checkbox"/> 血液検査 その他一般検査実施(外来) <input type="checkbox"/> 入院予約確認 <input type="checkbox"/> 病室調整 <input type="checkbox"/> 病棟見学・案内	<input type="checkbox"/> アナムネ採取(全休後把握) <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 入院服薬確認(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 <input type="checkbox"/> 指示内容確認 <input type="checkbox"/> 検査確認と準備	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <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 <input type="checkbox"/> OTとの連携	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外出(可・不可) <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	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外出(可・不可) <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	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外出(可・不可) <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	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外出(可・不可) <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	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外出(可・不可) <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"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> N-ADL/NMSケール評価 <input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	
言語療法士								
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> BMI(%) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <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"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)	【検査】 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> MMSE(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル) <input type="checkbox"/> GDR <input type="checkbox"/> NPI(点)
医師署名								
家族署名								

◎ 担当医師名 :

◎ 家族署名 :

(続柄

)

急性期認知症入院クリニカルパス

病院

入院日	年	月	日
退院日	年	月	日

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	・ 精査完了 ・ 環境調整完了	・ BPSDの改善 ・ 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)	
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 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事・他) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練指示書記載 <input type="checkbox"/> 行動制限指示	<input type="checkbox"/> 次回他科受診日確認
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"/> 保護者の再確認 <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"/> 医療保護入院(入院届作成・依頼・確認) <input type="checkbox"/> 入院時お知らせ、告知確認書準備 <input type="checkbox"/> 入院手続(同意書一式・保護者選任説明)	<input type="checkbox"/> 入院カルテ準備 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携
看 護 介 護	<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"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <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	<input type="checkbox"/> 指示内容確認 <input type="checkbox"/> 検査確認と準備
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	
言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック	<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	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	
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	
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"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示	<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"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊（可・不可） <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 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練
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"/> 変動（パス継続） <input type="checkbox"/> 脱落（中断） <input type="checkbox"/> 逸脱（治療を追加してパス継続）	
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	
医 師	<input type="checkbox"/> 精神症状評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示	<input type="checkbox"/> 退院日決定 (月 日) <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"/> 担当医師に書類依頼 <input type="checkbox"/> 看護サマリー依頼 <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"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊 (可・不可) <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 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 医師・看護と連携 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練
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"/> 変動 (パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落 (中断) <input type="checkbox"/> 逸脱 (治療を追加してパス継続)	
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		
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"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認	
精神保健 福祉士	<input type="checkbox"/> 家族への書類確認 <input type="checkbox"/> 退院届作成・依頼 <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"/> 退院時処方箋の確認と準備 <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 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価	<input type="checkbox"/> BMI（ %）
薬 剤 師	<input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告	
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"/> 変動（パス継続） <input type="checkbox"/> 脱落（中断） <input type="checkbox"/> 逸脱（治療を追加してパス継続）	
医師署名		
家族署名	（続柄： ）	

重度認知症患者デイケア クリニカルパス

患者氏名		利用開始日		診断名		主治医		家族署名		(続柄)	
様 (男・女)		(M・T・S) 年 月 日 生 (歳)		身体合併症							
目標	<p>■ 中核症状の進行・周辺症状の軽減による、日常生活の自立・生活の質の向上を図る</p> <p>■ 家族支援により精神的・肉体的負担を軽減し、在宅での継続的な介護を目指す</p> <p>■ 身体合併症の悪化及び周辺症状の悪化の場合は、医師により入院治療のご相談をいたします</p> <p>■ ご家族(保護者)の申し出により、随時対応いたします(在宅復帰・施設入所等)</p>										
日付経過	利用前	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	利用中止(入院・入所) (理由):					
目標	<p>■ 全身状態を把握し、プログラムを立案する</p> <p>診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ NPI評価</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 検査結果説明(家族・本人)</p> <p>□ デイケア指示箋</p> <p>□ 治療方針説明(家族・本人)</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p> <p>診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ NPI評価</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 検査結果説明(家族・本人)</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p> <p>診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ NPI評価</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 検査結果説明(家族・本人)</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p> <p>診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ NPI評価</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 検査結果説明(家族・本人)</p> <p>□ デイケア指示箋</p>	<p>■ 治療計画評価・立案</p> <p>診察</p> <p>□ 家族より状態聴取</p> <p>□ 薬物療法評価と説明</p> <p>□ NPI評価</p> <p>□ 定期検査指示</p> <p>□ 検査結果説明(家族・本人)</p> <p>□ デイケア指示箋</p>						
医師	<p>□ デイケア参加同意書確認</p> <p>□ 保険証コピー</p> <p>□ 家族サポート</p>	<p>□ 状態変化時は家族説明(随時)</p> <p>家族サポート</p> <p>□ 面談の設定(随時)</p> <p>□ 面談の立会い</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 介護保険変更について(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>□ 状態変化時は家族説明(随時)</p> <p>家族サポート</p> <p>□ 面談の設定(随時)</p> <p>□ 面談の立会い</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 介護保険変更について(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>□ 状態変化時は家族説明(随時)</p> <p>家族サポート</p> <p>□ 面談の設定(随時)</p> <p>□ 面談の立会い</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 介護保険変更について(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>	<p>□ 状態変化時は家族説明(随時)</p> <p>家族サポート</p> <p>□ 面談の設定(随時)</p> <p>□ 面談の立会い</p> <p>□ 日常生活での相談(随時)</p> <p>□ 利用回数等の相談(随時)</p> <p>□ 介護保険変更について(随時)</p> <p>□ 今後の方向や他のサービス利用について</p>						
精神保健福祉士	<p>□ 情報収集(経過・生活状況・環境等)</p> <p>□ デイケアについて説明・見学</p> <p>□ 介護保険状況確認</p> <p>□ 関係機関・ケアマネジャーとの連携</p> <p>□ 福祉サービス利用状況</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>看護計画再評価</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等</p> <p>□ 身体管理・ケア</p> <p>□ 検査データ把握</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>看護計画再評価</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等</p> <p>□ 身体管理・ケア</p> <p>□ 検査データ把握</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>看護計画再評価</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等</p> <p>□ 身体管理・ケア</p> <p>□ 検査データ把握</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>	<p>症状経過観察・ADL支援</p> <p>看護計画再評価</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等</p> <p>□ 身体管理・ケア</p> <p>□ 検査データ把握</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 精神状態・周辺症状把握</p>						
看護・介護	<p>□ 外来</p> <p>□ 指示検査実施</p> <p>□ 情報収集</p> <p>□ 症状・生活状況等</p> <p>□ 外来診察について説明</p> <p>□ 情報提供</p>	<p>全身状態の観察</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態等</p> <p>□ 体重測定</p> <p>□ 皮膚疾患の有無</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 看護計画立案</p> <p>□ 家族での介護方法アドバイス</p>	<p>全身状態の観察</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態等</p> <p>□ 体重測定</p> <p>□ 皮膚疾患の有無</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 看護計画立案</p> <p>□ 家族での介護方法アドバイス</p>	<p>全身状態の観察</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態等</p> <p>□ 体重測定</p> <p>□ 皮膚疾患の有無</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 看護計画立案</p> <p>□ 家族での介護方法アドバイス</p>	<p>全身状態の観察</p> <p>□ 体温・脈拍・血圧・摂食状態等</p> <p>□ 体重測定</p> <p>□ 皮膚疾患の有無</p> <p>□ 栄養状態評価</p> <p>□ 褥瘡危険度評価</p> <p>□ 認知機能スケール把握</p> <p>□ 精神状態把握</p> <p>□ 周辺症状把握</p> <p>□ ADL評価(FIM: 点)</p> <p>□ 看護計画立案</p> <p>□ 家族での介護方法アドバイス</p>						
作業療法士	<p>□ 情報収集</p>	<p>初期評価</p> <p>□ NN-ADL (点)</p> <p>□ NMSスケール(点)</p> <p>□ リハビリ計画立案</p> <p>□ 集団 □ 個別 □ 生活指導</p>	<p>初期評価</p> <p>□ NN-ADL (点)</p> <p>□ NMSスケール(点)</p> <p>□ リハビリ計画立案</p> <p>□ 集団 □ 個別 □ 生活指導</p>	<p>初期評価</p> <p>□ NN-ADL (点)</p> <p>□ NMSスケール(点)</p> <p>□ リハビリ計画立案</p> <p>□ 集団 □ 個別 □ 生活指導</p>	<p>初期評価</p> <p>□ NN-ADL (点)</p> <p>□ NMSスケール(点)</p> <p>□ リハビリ計画立案</p> <p>□ 集団 □ 個別 □ 生活指導</p>						
心理技術者	<p>□ MMSE(点) □ ADAS</p> <p>□ CDR ()</p>	<p>□ MMSE(点)</p> <p>□ CDR ()</p>	<p>□ MMSE(点)</p> <p>□ CDR ()</p>	<p>□ MMSE(点)</p> <p>□ CDR ()</p>	<p>□ MMSE(点)</p> <p>□ CDR ()</p>						
検討項目	<p>□ 情報共有</p> <p>□ 状態・治療方針説明</p>	<p>□ デイケア計画書</p> <p>□ 家族との連携</p> <p>□ 医師・OT・PSWとの連携</p>									
バリエーション	<p>□ 変動(バス継続) □ 脱落(中断) □ 脱退(治療を追加してバス継続)</p>										

日付・経過	年 月 日 (利用開始日)	
達成目標	■全身状態を把握し、プログラムを立案する	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> N P I 評価 <input type="checkbox"/> 定期検査指示	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> デイケア参加同意書確認 <input type="checkbox"/> 保険証コピー <input type="checkbox"/> 家族サポート	
看護介護	全身状態の観察 <input type="checkbox"/> 体温・脈拍・血圧・摂食状態等 <input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患の有無 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価 <input type="checkbox"/> 褥瘡危険度評価 <input type="checkbox"/> 認知機能スケール把握	<input type="checkbox"/> 精神状態把握 <input type="checkbox"/> 周辺症状把握 <input type="checkbox"/> ADL評価(FIM: 点) <input type="checkbox"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 家族での介護方法アドバイス
作業療法士	初期評価 <input type="checkbox"/> N - ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	リハビリ計画立案 <input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 生活指導
心理技術者		
検討	<input type="checkbox"/> デイケア計画書 <input type="checkbox"/> 医師・OT・PSWとの連携	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動 (パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落 (中断) <input type="checkbox"/> 逸脱 (治療を追加してパス継続)	

日付・経過	年 月 日 (1ヶ月)	
達成目標	■治療計画評価・立案	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> N P I 評価 <input type="checkbox"/> 検査指示(必要時) <input type="checkbox"/> 検査結果説明(家族・本人)	<input type="checkbox"/> 状態変化時は家族説明(随時)
精神保健福祉士	家族サポート <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時)	
看介護	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 看護計画評価 <input type="checkbox"/> 身体管理・ケア (体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等) <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡危険度評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導	<input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> ADL評価(FIM: 点) <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握 <input type="checkbox"/> 家族での介護方法アドバイス
作業療法士	<input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス (問題点・目標設定・治療計画)	<input type="checkbox"/> 集団 <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)
心理技術者	<input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> CDR ()	
検討	<input type="checkbox"/> デイケア計画書 <input type="checkbox"/> 家族との連携 <input type="checkbox"/> 医師・OT・PSWとの連携	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	

日付・経過	年 月 日 (3ヶ月)	
達成目標	■治療計画評価・立案	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> N P I 評価 <input type="checkbox"/> 定期検査指示 <input type="checkbox"/> 検査結果説明(家族・本人)	<input type="checkbox"/> 面談(随時) <input type="checkbox"/> 状態変化時は家族説明(随時) <input type="checkbox"/> デイケア指示箋
精神保健福祉士	家族サポート <input type="checkbox"/> 面談の設定 <input type="checkbox"/> 面談の立会い <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時) <input type="checkbox"/> 介護保険変更について(随時) <input type="checkbox"/> 今後の方向や他のサービス利用について	
看介護	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 看護計画再評価 <input type="checkbox"/> 身体管理・ケア (体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等) <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡危険度評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導	<input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> ADL評価(FIM: 点) <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握 <input type="checkbox"/> 家族での介護方法アドバイス
作業療法士	<input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス(随時) <input type="checkbox"/> プログラム再評価・計画立案 <input type="checkbox"/> N - ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	
心理技術者	<input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> CDR ()	
検討	<input type="checkbox"/> デイケア計画書 <input type="checkbox"/> 家族との連携 <input type="checkbox"/> 医師・OT・PSWとの連携	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	

日付・経過	年 月 日 (6ヶ月)	
達成目標	■治療計画評価・立案	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> N P I 評価 <input type="checkbox"/> 定期検査指示	<input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> デイケア指示箋(必要時) <input type="checkbox"/> 状態変化時は家族説明(随時)
精神保健福祉士	家族サポート <input type="checkbox"/> 面談の設定(随時) <input type="checkbox"/> 面談の立会い <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時) <input type="checkbox"/> 介護保険変更について(随時) <input type="checkbox"/> 今後の方向や他のサービス利用について	
看介護	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 看護計画再評価 <input type="checkbox"/> 身体管理・ケア (体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等) <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡危険度評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導	<input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> ADL評価(FIM: 点) <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握 <input type="checkbox"/> 家族での介護方法アドバイス
作業療法士	<input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス(随時) <input type="checkbox"/> プログラム再評価・計画立案 <input type="checkbox"/> N - ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	
心理技術者	<input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> CDR ()	
検討	<input type="checkbox"/> デイケア計画書 <input type="checkbox"/> 家族との連携 <input type="checkbox"/> 医師・OT・PSWとの連携	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	

日付・経過	年 月 日 (1年)	
達成目標	■治療計画評価・立案	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価と説明 <input type="checkbox"/> N P I 評価 <input type="checkbox"/> 定期検査指示	<input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> デイケア指示箋(必要時) <input type="checkbox"/> 状態変化時は家族説明(随時)
精神保健福祉士	家族サポート <input type="checkbox"/> 面談の設定(随時) <input type="checkbox"/> 面談の立会い <input type="checkbox"/> 日常生活での相談(随時) <input type="checkbox"/> 利用回数等の相談(随時) <input type="checkbox"/> 介護保険変更について(随時) <input type="checkbox"/> 今後の方向や他のサービス利用について	
看介護	症状経過観察・ADL支援 <input type="checkbox"/> 看護計画再評価 <input type="checkbox"/> 身体管理・ケア (体温・脈拍・血圧・摂食状態・体重等) <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡危険度評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態評価及び指導	<input type="checkbox"/> 服薬管理及び指導 <input type="checkbox"/> ADL評価(FIM: 点) <input type="checkbox"/> 精神状態・周辺症状把握 <input type="checkbox"/> 家族での介護方法アドバイス
作業療法士	<input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス(随時) <input type="checkbox"/> プログラム再評価・計画立案 <input type="checkbox"/> N - ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	
心理技術者	<input type="checkbox"/> MMSE (点) <input type="checkbox"/> CDR ()	<input type="checkbox"/> ADAS
検討	<input type="checkbox"/> デイケア計画書 <input type="checkbox"/> 家族との連携 <input type="checkbox"/> 医師・OT・PSWとの連携	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	

日付・経過	年 月 日 (利用中止(入院・入所))	
達成目標	(理由：)	
医師	<input type="checkbox"/> 医師との面談 <input type="checkbox"/> 家族より状態聴取 <input type="checkbox"/> 今後の治療方針について説明 <input type="checkbox"/> 情報提供用紙作成 (利用中止後入院・施設入所の場合)	
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> デイ登録解除 <input type="checkbox"/> 利用中止後の相談・説明 <input type="checkbox"/> 関係部署・機関への連絡 <input type="checkbox"/> 外来受診の説明	
看護介護	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> 看護サマリー記載	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 精神・身体機能最終評価 <input type="checkbox"/> N - ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	<input type="checkbox"/> 利用中止後のリハビリ指導
心理技術者		
検討	<input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 関連部署へ情報提供	
バリエーション	<input type="checkbox"/> 変動 (パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落 (中断) <input type="checkbox"/> 逸脱 (治療を追加してパス継続)	

7. [研究者一覧]

<代表研究者>

山崎 學 (公益社団法人 日本精神科病院協会 会長)

<企画委員>

河崎 建人 (公益社団法人 日本精神科病院協会 副会長)
洲野 勝弘 (公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事)
森村 安史 (公益社団法人 日本精神科病院協会 理事)
田口 真源 (公益社団法人 日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 委員長)
平川 博之 (公益社団法人 全国老人保健施設協会 副会長)
玉木 一弘 (医療法人幹人会 福生クリニック 理事長・院長)
小島 操 (特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会 副理事長)

<研究協力者>

森 一也 (公益社団法人 日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 委員)
吉永 陽子 ()
覚前 淳 ()
玉井 顯 ()
佐藤 仁 ()
三根 浩一郎 ()
中川 龍治 ()
横山 桂 ()

