



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

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ということです。

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()

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: 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)

5

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)			
	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 いる	2. 数日前のことも 忘れている	3. ときどき忘れる
	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
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食あたりの食事量	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
	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
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

8

現在の状態像: 主な介護者、医療・介護機関の担当者

半年後	1年後	()年後	()年後
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3

9

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"/> 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
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"/> なし <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"/> なし <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()

10

検査と症状の経過: 専門医療機関

専門医療機関名()

1年後	()年後	()年後
年 月 日	年 月 日	年 月 日
/ 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"/> 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"/> 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
<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()
<input type="checkbox"/> なし <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"/> なし <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"/> なし <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"/> 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()

11

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と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

12

1年後	()年後	()年後
年 月 日	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	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	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M

13

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	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	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
内容 連絡・ 相談 ・質問 です。	内容 連絡・相談・ 質問 です。
○年 ○月 ○日 記入例 1	○年 ○月 ○日 記入例 2
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？	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	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。	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試みます。
回答者名 ○○クリニック ○○医師 質問者確認サイン: ○○(妻)	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