

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



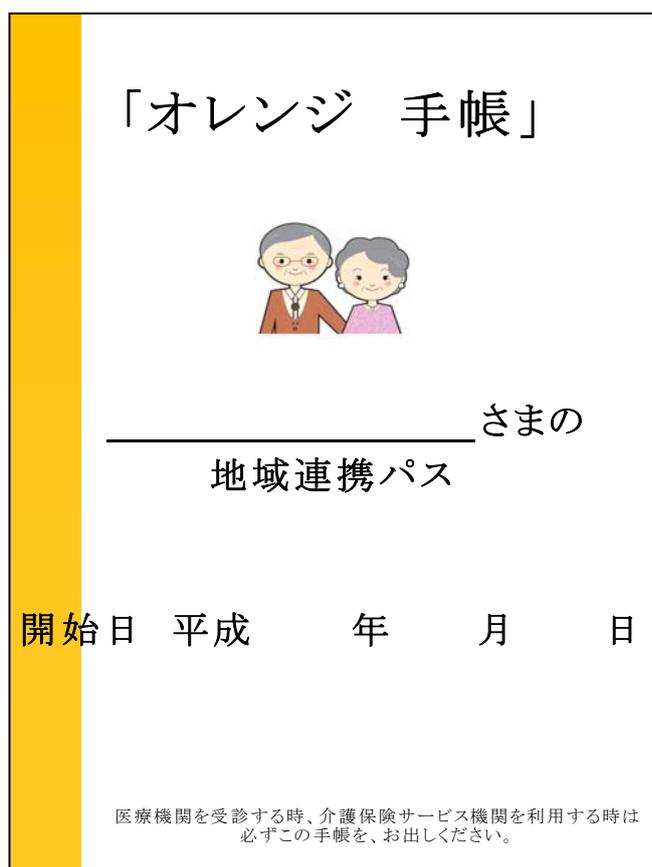
オレンジ手帳第二版には、表紙にシンボルマークの「花」を取り入れた。花の色は手帳のページに使用した桃色（患者・家族）と、それを支える黄色（主な介護者）、橙色（専門医療機関）、赤色（医療機関）、緑色（介護支援専門員）である。5つの★を持つてんとう虫とともに連携と情報共有の意味を持たせた。

< 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 >

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）**お薬手帳と記入させていただきますので、一緒に持ち多くと便利です。**
- 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。

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

<p>基本 1</p> <p><同意書> 各施設間での必要な情報の交換、情報提供とバスの適応に同意します。</p> <p>ご本人 _____</p> <p>ご家族 (続柄:) _____</p> <p>TEL() _____</p> <p>成年後見制度 (種類:) _____</p> <p>TEL() _____</p> <p><かかりつけの医療機関></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機関</th> <th>連絡先</th> <th>主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p><専門医療機関></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機関</th> <th>連絡先</th> <th>主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			医療機関	連絡先	主治医	_____	TEL: () _____	_____	_____	TEL: () _____	_____	医療機関	連絡先	主治医	_____	TEL: () _____	_____	_____	TEL: () _____	_____
医療機関	連絡先	主治医																		
_____	TEL: () _____	_____																		
_____	TEL: () _____	_____																		
医療機関	連絡先	主治医																		
_____	TEL: () _____	_____																		
_____	TEL: () _____	_____																		

<p>基本 2</p> <p>介護支援専門員(ケアマネジャー)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事業所</th> <th>連絡先</th> <th>担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>地域包括支援センター</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事業所</th> <th>連絡先</th> <th>担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>介護保険サービス</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事業所</th> <th>連絡先</th> <th>担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>訪問看護ステーション</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事業所</th> <th>連絡先</th> <th>担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>民生委員</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>連絡先</th> <th>氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>TEL: () _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			事業所	連絡先	担当者	_____	TEL: () _____	_____	事業所	連絡先	担当者	_____	TEL: () _____	_____	事業所	連絡先	担当者	_____	TEL: () _____	_____	_____	TEL: () _____	_____	_____	TEL: () _____	_____	_____	TEL: () _____	_____	事業所	連絡先	担当者	_____	TEL: () _____	_____	住所	連絡先	氏名	_____	TEL: () _____	_____
事業所	連絡先	担当者																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
事業所	連絡先	担当者																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
事業所	連絡先	担当者																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
事業所	連絡先	担当者																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							
住所	連絡先	氏名																																							
_____	TEL: () _____	_____																																							

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、当院は一切の責任を負えません。

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。

< 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	()
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()		
これまでにかかったことのある病気			
・糖尿病・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・高血圧・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・心臓病(狭心症・心筋梗塞)・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・脂質異常症・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・甲状腺機能低下症・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・脳卒中(脳梗塞・脳出血)・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・精神疾患・..... <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・頭部外傷(打撲・交通事故等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ・その他(癌・手術など).....			
ご本人、ご家族のご希望をお書きください			

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。

「変更後」

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)			

< 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	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	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. ととき忘れ	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことも忘れている 2. 数年前のことも忘れている 3. ととき忘れ	1 2 3	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	1 2 3
	外出状況	1. 外出なし 2. 家族と一緒に可能 3. 1人で可能	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	金銭管理	1. 全介助 2. 一部介助 3. 不明	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	薬の内服	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	食事介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
食事	1食あたりの食事量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 食べすぎ傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	1日の水分量	1. 減少傾向 2. 変化なし 3. とりすぎ傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	排泄介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
トイレ	尿・便失禁	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	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	1 2 3
	入浴介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
風呂	入浴拒否	1. あり 2. たまにある 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
	介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3
着脱	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	1 2 3
	ボタン	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1 2 3	1 2 3	1 2 3
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」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	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	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	最近の出来事に対して	1. 数分前～数時間前の事も忘れて	2. 数日前のことも忘れて	3. ととき忘れ	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことも忘れて	2. 数年前のことも忘れて	3. ととき忘れ	1 2 3	1 2 3	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	1 2 3	1 2 3	
	外出状況	1. 外出なし	2. 家族と一緒に可能	3. 一人で可能	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
食事	1食あたりの食事量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 食べすぎ傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. とりすぎ傾向	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
トイレ	尿・便失禁	1. あり	2. たまにある	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	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	1 2 3	1 2 3	
	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
風呂	入浴拒否	1. あり	2. たまにあり	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
着脱	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	1 2 3	1 2 3	
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	

< 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	有・無・不明	処方薬	医療機関名	疾患名	有・無・不明	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 (専門医療機関・かかりつけ医用) 7				検査の経過と治療薬 (専門医療機関・かかりつけ医用) 7			
発症時期:平成 年 月 日		例) 専門医、かかりつけ医:1年毎に記載の場合		発症時期:平成 年 月 日		例) 専門医、かかりつけ医:1年毎に記載の場合	
(開始時) 年 月		(6ヶ月後) 年 月		(開始時) 年 月		(6ヶ月後) 年 月	
長谷川スケール	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	長谷川スケール	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
MMSE	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	MMSE	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
FAST	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	FAST	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
血液検査	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	血液検査	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
心電図	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	心電図	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
画像検査	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	画像検査	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
神経症状	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	神経症状	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
BPSD (周辺症状)	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	BPSD (周辺症状)	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
治療薬 (合併症含)	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	治療薬 (合併症含)	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()

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BPSD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			専門医療機関名 ()		
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
HDS-R	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
MMSE	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
認知症高齢者の日常生活自立度	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
頭部	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
生活面の障害	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
記憶・認知機能障害	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
BPSD等の症状	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()
その他	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()	未 / 済 ()

<連絡・相談・質問帳>

今回の改訂の指針の中心的な内容として“連絡、相談ができる機能”を新たに持たせることがあった。そこで、「連絡・相談・質問帳」を設けた。

簡単な使用説明のページ（図1）と記入例を2枚（図2）準備し、その後に「連絡・相談・質問帳」を21ページ設けている（図3）。

（図1）

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。

（図3）

連絡・相談・質問帳

質問する人 () から
 答えてほしい人 () さんへ

連絡・相談・質問 です。

内容
 年 月 日

回答内容

年 月 日

回答者名

質問者確認サイン:

「変更後」

（図2）

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 (〇〇クリニック先生) さんへ	質問する人 (ケアマネージャー〇〇) から 答えてほしい人 (通所リハ〇〇) さんへ
連絡・相談・質問 です。	連絡・相談・質問 です。
内容 〇年 〇月 〇日	内容 〇年 〇月 〇日
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">記入例1</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">記入例2</div>
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のでしょうか？リハビリ担当の〇〇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	回答内容
〇年 〇月 〇日	〇年 〇月 〇日
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様子を見えます。
回答者名 〇〇クリニック 〇〇医師	回答者名 通所リハ(理学療法士〇〇) より
質問者確認サイン: 〇〇(妻)	質問者確認サイン: ケアマネージャー〇〇

<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