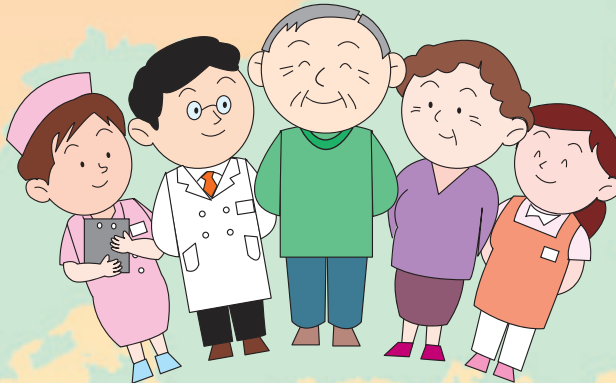


# ひろしま オレンジ パスポート



広島県認知症地域連携パス



氏名：

様

# 同意書（兼「情報共有機関登録票」）

「ひろしまオレンジパスポート(広島県認知症地域連携パス)」の利用にあたり、このパスポートは、本人家族又は介護者が責任をもって管理し、各施設間での必要な個人情報の交換、情報提供することに同意します。

ご本人 \_\_\_\_\_

ご家族等 \_\_\_\_\_ (続柄)

成年後見人 \_\_\_\_\_ (種類)

個人情報の保護に関する法律等に基づき、閲覧・書込みにあたっては、適切に取り扱ってください。

## ◆認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関

医療機関名	診療科	電話番号	主治医
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

## ◆かかりつけ医療機関等

医療機関名	診療科	電話番号	主治医
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

### ◆介護支援専門員（ケアマネジャー）

事業所名	電話番号	担当者	備考
(HMネット利用：有・無)			

### ◆介護サービス事業所

事業所名	電話番号	担当者	利用状況（頻度）
(例)〇〇事業所 (HMネット利用：有・無)	*** - *** - ****	△△	デイサービス 2回/週
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

### ◆訪問看護ステーション

事業所名	電話番号	担当者	利用状況（頻度）
(HMネット利用：有・無)			

### ◆地域包括支援センター

事業所等名	電話番号	担当者	備考
(HMネット利用：有・無)			

※HMネット・連携パスシステム（ひろしま医療情報ネットワーク）を利用する機関は、「有」に○を記入してください。  
 ※記入欄が不足する等の場合には、P. 5（MEMO欄）へ記入してください。

**かかりつけ医等医療情報**

(記入機関: \_\_\_\_\_)

**1. 既往症・治療中の疾患** ※必要に応じて、ご家族等に確認してください。

- 糖尿病 ( )
- 高血圧 ( )
- 心臓疾患 ( )
- 脂質異常症 ( )
- 甲状腺機能障害 ( )
- 脳卒中 ( )
- 精神疾患 ( )
- 頭部外傷 ( )
- 癌 ( )
- その他 ( )

※該当する項目にチェック・(発症時期等の詳細を記入)

**【特記等事項】**

※疾患別の履歴・詳細を記入する場合などで、利用してください。

「治療の経過」(差込様式)へ記入されてもかまいません。

**2. 服薬情報 (お薬手帳: 有・無)**

薬品名 (用量)	開始時期	投与方法	医療機関	備考
(例)〇〇〇〇 (Δmg)	H25.〇月～	毎朝食後	〇〇診療所	

※お薬手帳に記載されている場合は、記入不要です。

※処方方を中止した場合は、その時期・理由等を備考欄に記入してください。

薬品名（用量）	開始時期	投与方法	医療機関	備考

## (MEMO)

※連携機関の追記・変更や、合併症等の治療経過などにご利用ください。

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

# みんなの連携ノート

～ 認知症のある人をみんなで支えます ～



みんなの連携ノートは、「ご家族等からの連絡票（A）」と、「進行度チェック表（B）」で構成しています。  
ご利用方法については、41ページをご覧ください。

# ご家族等からの連絡票 (A-①)

★ご家族等の方が、“かかりつけ医等へ受診される時”に、ご本人の日常生活に関する次の5項目についてチェックして、お知らせください。また、医師へ伝えたいことなどがあれば記入してください。

記入日	年 月 日
食事	<input type="checkbox"/> よく摂れている。
	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く摂れていない。
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる。
	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く眠れていない。
身体症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
精神症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
服薬	<input type="checkbox"/> 全て服薬
	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬
	<input type="checkbox"/> ほとんど服薬できていない。

(ご本人の様子や、医師へ伝えたいことなどを記入してください。)

-----

-----

-----

-----



★次の受診までの間で、日常介護での様子などを記入してください。  
**ご家族等をはじめ、医師や介護スタッフの方も、認知症状の変化や気づき、**  
**連絡したいことや質問・回答などを記入して、関係者へお知らせください。**

情報共有連絡票		
お知らせしたいことなど	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- -----	
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;">           答えてほしいひとなど         </td> <td>           ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関            かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護            地域包括支援C その他( )         </td> </tr> </table>	答えてほしいひとなど
答えてほしいひとなど	ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関 かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護 地域包括支援C その他( )	
お返事など	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- -----	
	<div style="text-align: right;">(※ 読んだ方は「日付」と「サイン」を記入してください。)</div>	
確認欄		

※記入欄が不足する場合は、次のページをご利用ください。

## ご家族等からの連絡票 (A-②)

★ご家族等の方が、“かかりつけ医等へ受診される時”に、ご本人の日常生活に関する次の5項目についてチェックして、お知らせください。また、医師へ伝えたいことなどがあれば記入してください。

記入日	年 月 日
食事	<input type="checkbox"/> よく摂れている。
	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く摂れていない。
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる。
	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く眠れていない。
身体症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
精神症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
服薬	<input type="checkbox"/> 全て服薬
	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬
	<input type="checkbox"/> ほとんど服薬できていない。

(ご本人の様子や、医師へ伝えたいことなどを記入してください。)

-----

-----

-----

-----

★次の受診までの間で、日常介護での様子などを記入してください。  
 ご家族をはじめ、医師や介護スタッフの方も、認知症状の変化や気づき、  
 連絡したいことや質問・回答などを記入して、関係者へお知らせください。

情報共有連絡票		
お知らせしたいことなど	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;">答えてほしいひとなど</td> <td>               ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関                かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護                地域包括支援C その他( )             </td> </tr> </table>	答えてほしいひとなど
答えてほしいひとなど	ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関 かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護 地域包括支援C その他( )	
お返事など	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
	<div style="text-align: right;">(※ 読んだ方は「日付」と「サイン」を記入してください。)</div>	
確認欄		

※記入欄が不足する場合は、次のページをご利用ください。

# ご家族等からの連絡票 (A-③)

★ご家族等の方が、“かかりつけ医等へ受診される時”に、ご本人の日常生活に関する次の5項目についてチェックして、お知らせください。また、医師へ伝えたいことなどがあれば記入してください。

記入日	年 月 日
食事	<input type="checkbox"/> よく摂れている。
	<input type="checkbox"/> あまり摂れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く摂れていない。
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる。
	<input type="checkbox"/> あまり眠れていない。
	<input type="checkbox"/> 全く眠れていない。
身体症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
精神症状	<input type="checkbox"/> 変わらない。
	<input type="checkbox"/> 良くなっている。
	<input type="checkbox"/> 悪くなっている。
服薬	<input type="checkbox"/> 全て服薬
	<input type="checkbox"/> 半分程度服薬
	<input type="checkbox"/> ほとんど服薬できていない。

(ご本人の様子や、医師へ伝えたいことなどを記入してください。)


-----

-----

-----

-----

★次の受診までの間で、日常介護での様子などを記入してください。  
**ご家族等をはじめ、医師や介護スタッフの方も、認知症状の変化や気づき、**  
**連絡したいことや質問・回答などを記入して、関係者へお知らせください。**

情報共有連絡票		
お知らせしたいことなど	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- ----- -----	
	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%;">           答えてほしいひとなど         </td> <td>           ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関            かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護            地域包括支援C その他( )         </td> </tr> </table>	答えてほしいひとなど
答えてほしいひとなど	ご家族 認知症疾患医療センター・認知症専門医療機関 かかりつけ医 ケアマネジャー 介護スタッフ 訪問看護 地域包括支援C その他( )	
お返事など	年 月 日 (記入者) 医・介・家 ----- ----- ----- ----- ----- -----	
	<div style="text-align: center;">  </div>	
確認欄	          	

(※ 読んだ方は「日付」と「サイン」を記入してください。)

※記入欄が不足する場合は、P.16をご利用ください。

# 進行度チェック表 (B-ア)

★それぞれの項目について、“最も当てはまるものをチェック(✓)”して  
受診時に医師へお知らせください。

項目	選択内容	チェック
記憶	新しいことが覚えられない 置き忘れやしまい忘れがある	<input type="checkbox"/>
	最近の大きな出来事（冠婚葬祭など）を忘れる	<input type="checkbox"/>
	昔の印象深い出来事を忘れる	<input type="checkbox"/>
見当識	日にちや曜日がわからない	<input type="checkbox"/>
	季節や場所がわからないことがある	<input type="checkbox"/>
	家の中でトイレなどの場所がわからない	<input type="checkbox"/>
外出・買い物	ひとりで外出や買い物ができる	<input type="checkbox"/>
	外出したがらない。同じものを何度も買う	<input type="checkbox"/>
	ひとりでは外出や買い物ができない	<input type="checkbox"/>
着衣	自分で季節にあった衣類を選び着ることができる	<input type="checkbox"/>
	衣類をそろえるなどの介助があれば、 衣類を着ることができる	<input type="checkbox"/>
	着替え全般に介助が必要である	<input type="checkbox"/>
お風呂	自分でお風呂に入ることができる	<input type="checkbox"/>
	お風呂に入ることを忘れることもあるが、 自分で体を洗うことや温度調節ができる	<input type="checkbox"/>
	手助けなしでお風呂にきちんと入ることができない	<input type="checkbox"/>

(記入日： 年 月 日 記入者： )

項目	選択内容	チェック
トイレ	ひとりでトイレを済ませることができる	<input type="checkbox"/>
	たまに尿や便の失禁がある	<input type="checkbox"/>
	夜間や外出時などにオムツ(紙パンツなど)を使用している	<input type="checkbox"/>
	頻回に尿や便の失禁がある いつもオムツ(紙パンツなど)を使用している	<input type="checkbox"/>
気分	穏やかで、落ち着きがある	<input type="checkbox"/>
	時々、不安や気分の落ち込みが見られる	<input type="checkbox"/>
	イライラしたり、ささいなことで怒り出す	<input type="checkbox"/>
	表情が以前に比べて乏しくなった	<input type="checkbox"/>

★ご本人の状態で、“該当するものがあればチェック(✓)”してください。

その他の症状	妄想や幻覚がある	<input type="checkbox"/>
	抑制がきかない 社会的ルールを守れない(万引きなど)	<input type="checkbox"/>
	訪問販売で不必要なものを買ってしまうなど、 金銭問題がある	<input type="checkbox"/>
	用もないのに外出し、道に迷う(徘徊)	<input type="checkbox"/>
	その他(具体的に記入してください)	<input type="checkbox"/>

# 認知症とは？

「認知症」とは、いろいろな原因で脳の細胞が壊れてしまったり、働きが悪くなったために様々な障害が起こり、生活する上で支障が出てくる状態をいいます。

認知症になると、もの忘れが出たり、時間・季節・場所の感覚がわからなくなったりします。

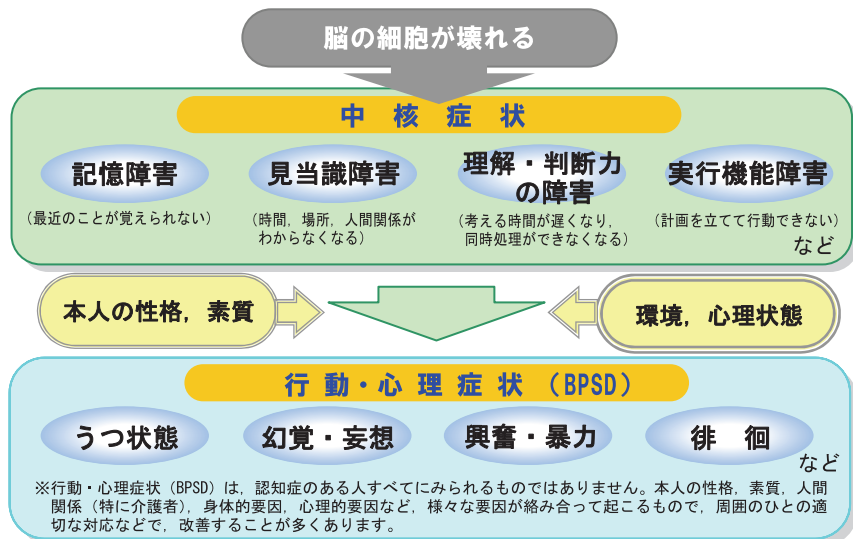
認知症の原因となる疾患は、およそ70種類に及ぶとも言われており、原因となる疾患によって特徴が異なります。

## (原因となる疾患)

●変性疾患 脳の神経細胞がゆっくり壊れて萎縮する	アルツハイマー型認知症、 レビー小体型認知症、 前頭側頭型認知症 など
●脳血管障害 脳の血管が詰まって一部の細胞が壊れていく	脳梗塞、くも膜下出血、 脳出血、脳動脈硬化 など
●その他	外傷性のものや薬物の影響によるものなど

## 症状は「中核症状」と「行動・心理症状」があります。

症状としては、程度や時期に差があっても共通して現れる「中核症状」と、中核症状に様々や要因が加わって生じる個人差の大きい「行動・心理症状」(BPSD)の2つがあります。



※行動・心理症状 (BPSD) は、認知症のある人すべてにみられるものではありません。本人の性格、素質、人間関係 (特に介護者)、身体的要因、心理的要因など、様々な要因が絡み合って起こるもので、周囲のひとの適切な対応などで、改善することが多くあります。

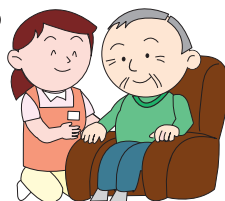


## 認知症への適切な対応は？

認知症のある人は、介護者の言葉かけや周りの環境に影響を受けやすく、心遣いやケアの方法によって、症状の進行や行動・心理症状（BPSD）が軽減したり悪化したりします。

介護者側の都合によるケアではなく、本人の意向や満足を重視したケアとなるよう考えることが大切です。

また、高齢者はウィルスなどに対する抵抗力や環境の変化に対する適応力が低下し、脱水や便秘、風邪など些細な体調の変化でも、認知症状が悪化しやすいため、異変があれば早期に発見・対処することが、状態の悪化を未然に防ぐことにつながります。



### 認知症の人への対応の心得

## “ 3つの「ない」 ”

### ① 驚かせない

唐突な声掛けは禁物です。やさしい口調でおだやかに話しましょう。

### ② 急がせない

認知症の人は急がされるのが苦手です。ご本人のペースに合わせましょう。

### ③ 自尊心を傷つけない

ご本人に恥をかかせないようにすることが大切です。それとなく手助けをして成功体験に結びつけることができれば笑顔も戻ります。

#### 【言ってはいけないことの例】

- × 記憶障害のある人 → 「また忘れたの！」、「さっきも言ったじゃないの！」  
→ 「駄目ね！」
- × 日・時間がわからない人 → 「何時って、さっきも聞いたのにしつこいね！」  
カレンダーを指差して「この日でしょ！」
- × 判断力が低下した人 → 「早くしなさいよ！」
- × 人を認識できない人 → 「私が誰だかわかる？」、「あの人誰だっけ？」
- × 失禁した人 → 「また漏らしたの！」  
→ 「何でもうちょっと早くトイレに行けないのよ！」
- × うまくできなくなった人 → 「何してるの！しっかりしなさいよ！」

## 認知症の治療薬について

現在（平成 26 年 1 月時点），アルツハイマー型認知症の中核症状に対する治療薬として処方されている薬には，次のものがあります。

これらの薬は，脳の神経の伝わりをよくすることで，もの忘れや判断力の低下などの進行を遅らせることが期待でき，ご本人の日常生活の維持と，介護者の負担を軽減することにつながります。

治療薬の効果は，医師の指示どおり規則的に服用することで期待できるものですので，ご家族等の方は，適切に服薬の管理や確認を行ってください。

なお，副作用が見られる場合が多くありますので，服薬の開始時や量を変更した際には特に注意して，副作用が見られた場合には，医師へご相談ください。

### ■コリンエステラーゼ阻害剤

薬品名	用法など	副作用
ドネペジル （アリセプト）	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象：全病期（軽度～高度）の方</li> <li>用法：1日1回（飲み薬）</li> </ul>	嘔気，嘔吐， 下痢，徐脈， 失神， 胃潰瘍， 胃腸出血， 興奮，頭痛 など
ガランタミン （レミニール）	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象：軽度～中等度の方</li> <li>用法：1日2回（飲み薬）</li> </ul>	
リバスチグミン （イクセロンパッチ・ リバスタッチパッチ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象：軽度～中等度の方</li> <li>用法：1日1回（貼り薬）</li> </ul>	

### ■NMDA受容体拮抗薬

薬品名	用法など	副作用
メマンチン （メマリー）	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象：中等度～高度の方</li> <li>用法：1日1回（飲み薬）</li> </ul> <p>※ドネペジル，ガランタミン，リバスチグミンのいずれかと併用が可能</p>	眠気， めまい， ふらつき， 便秘，痙攣， 食欲不振 など

《注》薬品名の（ ）は，商品名を表します。

## 認知症の検査（心理検査）について

認知症の診断方法のひとつに、「心理検査」があります。心理検査は、認知症の早期発見や症状の程度などを調べるために、ご本人への質問や観察、ご家族等からの聞き取りに基づいて評価します。

広く利用されている方法のいくつかを、ご紹介します。

### ■ HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）

知的機能の障害の有無や程度を調べるために用いられる方法です。

「年齢」、「日付」、「現在の場所」などの9項目の問題を、ご本人に答えてもらい、点数をつけて評価します。

30点満点で、20点以下の場合は、認知症の疑いが高くなります。

### ■ MMSE（Mini-Mental State Examination）

HDS-Rに類似した内容と、「図形の模写」、「文字の読み書き」に関する問題を加えた項目を、ご本人に答えてもらい、点数をつけて評価します。

30点満点で、23点以下の場合は、認知症の疑いが高くなります。

### ■ CDR（Clinical Dementia Rating）

認知症の重症度を評価するための検査で、ご本人の観察又はご家族等の方からの情報をもとに、「記憶」、「見当識」、「判断力と問題解決」などの6項目について、それぞれ5段階で評価します。

各項目の評価から、CDR：0（疑いなし）、CDR：0.5（認知症の疑い）、CDR：1（軽度）、CDR：2（中等度）、CDR：3（重度）の区分で評価します。

### ■ FAST（Functional Assessment Staging）

アルツハイマー型認知症の進行度を測るための方法で、ご本人の観察又はご家族等の情報から、日常生活での障害の程度をもとに、1～7段階で評価します。

FAST：1（障害なし）、FAST：2（非常に軽度）、FAST：3（軽度）、FAST：4（中等度）、FAST：5（やや高度）、FAST：6（高度）、FAST：7（非常に高度）の区分で評価し、「6」・「7」については、障害の程度で評価を細分化します。（6a～6e、7a～7f）

# 高齢者の権利擁護について

## 成年後見制度について

「成年後見制度」は、認知症高齢者など判断能力が不十分な人の財産管理や身上監護（住居の確保・治療・介護・生活維持のための契約締結や費用支払いなど）を、代理権や同意権・取消権が付与された成年後見人等が行う制度です。

成年後見制度には、本人の判断能力が十分でない場合、家族や市町長などの申立てにより、家庭裁判所が選んだ保護者（成年後見人、保佐人、補助人）が財産管理などを行う「法定後見制度」と、判断能力が十分なうちに前もって信頼できる人（任意後見人となる人）を選び、後の財産管理や生活の手配を頼んでおく「任意後見制度」があります。

（相談窓口）

名 称		受付時間	電話番号
広島 弁護士会	高齢者等財産管理センター あんしん	火曜日を除く毎日 9時30分～16時	(082) 225-1600
	高齢者等財産管理センター あんしん東部地区センター	月～金曜日 9時30分～16時	(084) 973-5900
公益社団法人成年後見センター リーガルサポート広島支部		月～金曜日（祝日を除く） 9時～17時	(082) 511-0230
広島県社会福祉士会 権利擁護センターぱあとなあひろしま		月～金曜日（祝日を除く） 8時30分～17時	(082) 254-3019

## 高齢者虐待防止について

平成18年4月に施行された「高齢者虐待防止・養護者支援法」は、虐待を発見した者の通報義務や市町の立入調査権限などを規定し、通報の事実についての確認や解決のための対応措置を行うことにより、高齢者の権利利益の擁護を図っています。

また、介護に疲れを感じたり、認知症の人の介護に悩んでいる方の相談に応じるなど、養護者への支援も併せて行うこととしています。

（相談・連絡窓口）

各市町の「高齢者福祉担当課」及び「地域包括支援センター」



この手帳を拾われた方は、下記の機関までご連絡ください。

**ご連絡先**

**安佐医師会  
認知症地域連携パス ワーキンググループ**

広島市立安佐市民病院 脳神経センター神経内科外来  
〒731-0293 広島市安佐北区可部南二丁目1番1号  
TEL:082-815-5211(代表) FAX:082-814-1791

(発行年月日:            年            月            日)

**安佐南区地域保健対策協議会  
安佐北区地域保健対策協議会**

広島県 認知症疾患医療センター・認知症連携拠点医療機関  
広島県医師会 広島県病院協会 広島県精神科病院協会  
広島県精神神経科診療所協会