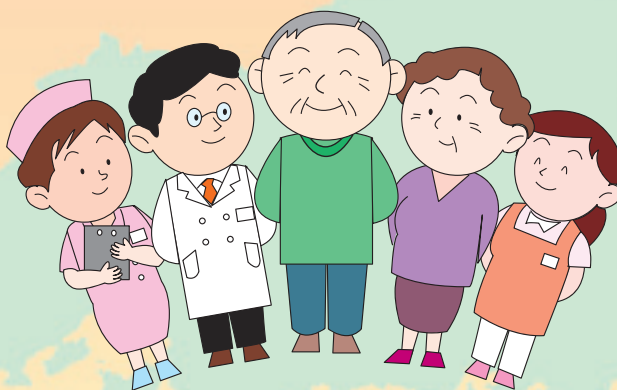


# ひろしま オレンジ パスポート



広島県認知症地域連携パス

## 【利用案内】



利用方法の詳細については『ひろしまオレンジパスポートのご利用について』をご覧ください。

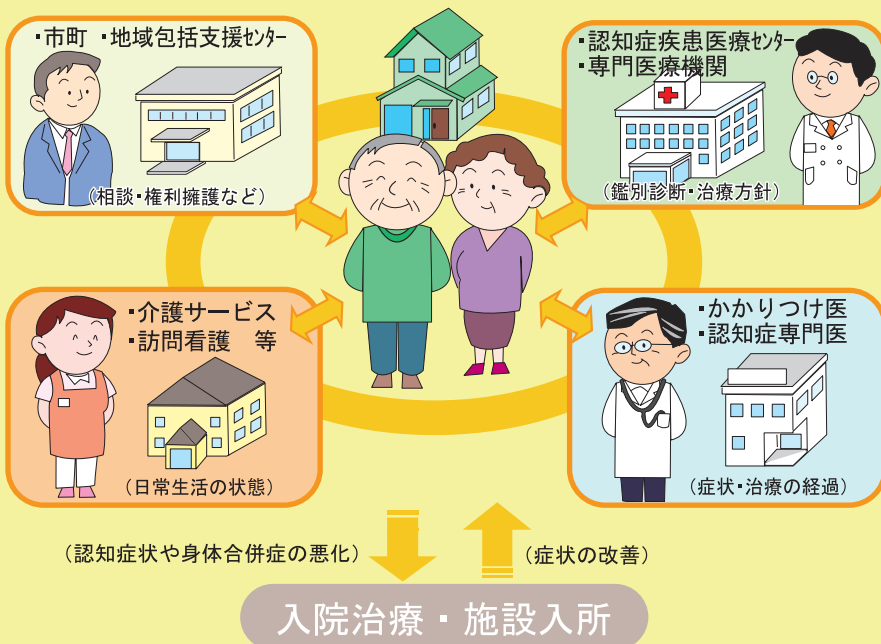
# 「ひろしまオレンジパスポート」について

「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）」は、地域生活を支える医療・介護機関が、治療経過や日常生活の変化などの情報を共有することで、症状に応じた適切な治療やケアなどにつなげ、さらには生命や身体、財産を護ることも含めて、ご本人とご家族が、地域でのおだやかな安心した暮らしを支えるためのパスポートです。

医療機関や介護サービス機関を利用される際に、本人情報を参照して、ご本人の状態に合った医療・介護サービスの提供へとつなげていくとともに、新たな情報の提供・共有が繰り返し蓄積されることで、切れ目のない状態の把握や、症状の変化への早期対応、さらにはご本人の権利擁護などに役立てられます。

## ひろしまオレンジパスポート




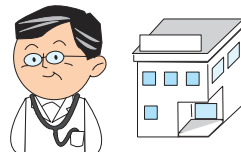
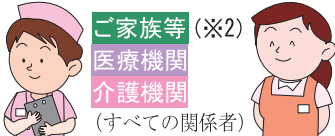
（広島県認知症地域連携パス）



※情報共有は、ご本人家族等の同意に基づいて行われます。

## 共有される情報の詳細

「ひろしまオレンジパスポート」で共有される情報や、必要な情報を提供される方は、次のとおりです。

共有される情報		情報を提供される方
本人情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>○主介護者・成年後見人の連絡先</li> <li>○生活状況（自宅・施設、運転免許取得の有無）</li> <li>○介護認定状況</li> <li>○身体状況（身長、体重、聴力、視力）</li> <li>○飲酒・喫煙歴、アレルギー歴</li> <li>○ご本人の習慣・好み・こだわり</li> <li>○ご家族の希望</li> </ul>	<p><b>本人家族・介護者</b></p>  <p>・利用開始時に記入された内容が共有されます。（わかる範囲などかまいません。）</p>
関係機関情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>○情報を共有する医療・介護機関等の連絡先 <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症専門医療機関</li> <li>・かかりつけ医療機関</li> <li>・ケアマネジャー、介護事業所</li> <li>・地域包括支援センター など</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>本人家族・介護者</b></p>  <p>・利用開始時などで、承諾された機関で情報共有されます。</p>
検査・診断結果(経過)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症に関する検査・診断結果（※1） <ul style="list-style-type: none"> <li>・CDR, HDS-R, MMSE, FAST</li> <li>・CT検査, MRI検査, SPECT</li> <li>・行動・心理症状(BPSD)</li> <li>・その他の検査結果</li> </ul> </li> <li>○所見, 診断, 病気の可能性, 治療方針など</li> </ul>	<p><b>認知症検査機関</b></p>  <p>（「認知症疾患医療センター」や「認知症専門医療機関」）</p>
治療・経過観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>○日常診療等での診察結果（※1） <ul style="list-style-type: none"> <li>・既往歴, 治療中の疾患</li> <li>・障害高齢者日常生活自立度</li> <li>・認知症高齢者の日常生活自立度</li> <li>・行動・心理症状(BPSD)</li> <li>・所見・症状の進行度</li> </ul> </li> <li>○診察後の様子や経過</li> </ul>	<p><b>かかりつけ医などの医療機関</b></p> 
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○服薬情報（「お薬手帳」以外の情報）</li> </ul>	<p><b>処方した医療機関</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○みんなの連携ノート・情報共有連絡票 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人の状態について、日常生活・介護現場での気づきなどの報告や、医師からお伝えしたいことなどを共有するものです。</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>ご家族等（※2）</b> <b>医療機関</b> <b>介護機関</b> （すべての関係者）</p> 

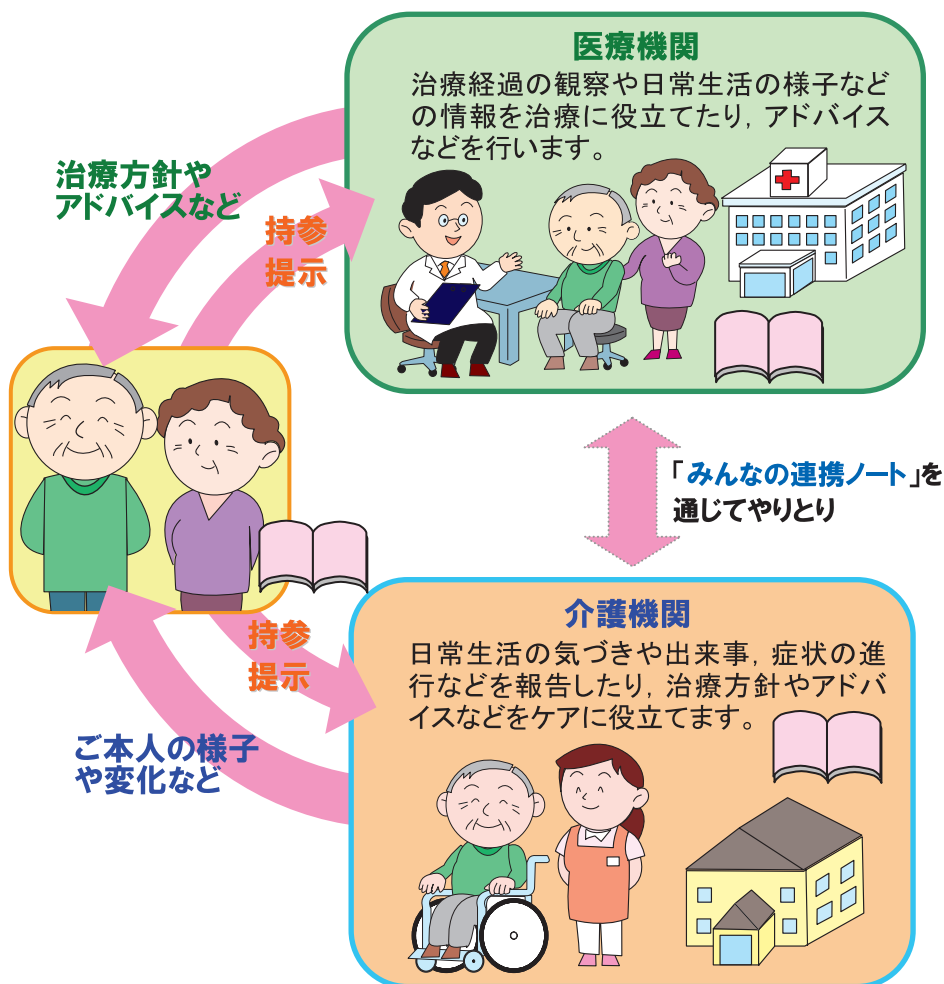
（※1）医療機関によって検査・登録内容は異なります。（上記すべての項目が検査・登録されるものではありません。）

（※2）ご家族等は「みんなの連携ノート」（P. 6）で、日常の様子などを共有します。

# 「みんなの連携ノート」について

『みんなの連携ノート』は、ご家族等がご本人の日常生活の様子や変化などを記録して、それを関係機関が共有することで、治療やケアに役立てるための情報共有ノートです。（ひろしまオレンジパスポートの一部で、日々の状態を共有するためのノートです。）

医療・介護サービスを利用される際には常に持参して、日常生活での変化や気づきなどを書きとめておき、受診等の際に、医師へお知らせください。

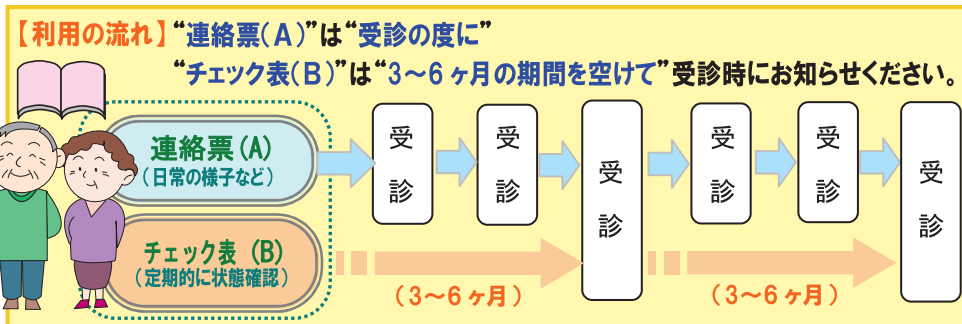


「ご家族等からの連絡票」と「進行度チェック表」があります。

みんなの連携ノートには、関係者間で随時連絡する「ご家族等からの連絡票」と、定期的に状態を把握する「進行度チェック表」があります。

<p><b>ご家族等からの 連絡票 (A)</b></p>	<p>ご本人の体調をはじめ、治療の効果や影響、認知症状などを書きとめておき、随時、それを関係者で共有するための連絡票です。</p> <p>“ご家族等の介護をされている方”が、“医療機関を受診するとき”に“該当する項目にチェック(✓)”して医師へお知らせください。</p> <p>また、日常生活の中で、“症状の変化に気づいたとき”などに、“ご本人の様子や出来事、確認したいことなど”何でも記入してください。</p> <p>答えてほしい内容などであれば、「お返事」欄で折り返し連絡してもらうなどで利用してください。</p> <p>※ ご本人の状態を継続して把握するためのものです。ご家族をはじめ、<b>介護スタッフ</b>の方も、介護現場での気づきなどを記入してください。</p>
<p><b>進行度 チェック表 (B)</b></p>	<p>症状を定期的に記録して、進行状態を把握するための「チェックリスト」です。</p> <p>“ご家族等の介護をされている方”が、“3～6ヶ月ごと”で、“医療機関を受診するとき”に“該当する項目にチェック(✓)”して、医師へお知らせください。</p>

※具体的な記入方法は、次ページ(記入例)をご覧ください。



# ご家族等からの連絡票 (A- )

記入例

★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	26年 2月 1日
食事	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

“ご家族や介護者の方”が、“かかりつけ医等へ受診される時”に、“ご本人の日常生活の状態をチェック”して医師へお知らせください。

(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。)

夜間にそわそわしますが、その他の変化はないと

思います。(OOOO)

“診察を受けてから次回受診するまでの間”で、診察結果で伝えたいことや、日常介護での気づき、症状の変化などを自由に書いてください。特に、伝えたい・答えてほしいひとに対しては「○」で囲んでください。

★次  
こ  
連

さい。  
変化や気づき、  
らせてください。

情報共有連絡票

お知らせしたいことなど

26年 2月 1日 (記入者) 医・介・家 ●●医院 △△  
 ○○を△mgに増量しますので、副作用が出ていないか観察をお願いします。  
 発疹、食欲不振などの胃腸症状、不穏 等に注意して、何かあれば、電話で連絡してください。

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

26年 2月 3日 (記入者) 医・介 家 ○○○○  
 食欲不振や、発疹もありません。  
 夜間にそわそわはしますが、薬が増えてからひどくなったということはないように思います。  
 2/8 デイサービスセンター●● ▲▲  
 特に変わった様子はありませんでしたが、入浴を嫌がっておられた。

確認欄

○/○ ○/○ △△ ◆◆

だれかに答えてほしいことや、それに対する返事という場合ではなくても、気になったことなどを自由に書いてください。

指名に限らず、読んだ方は「確認」欄に「日付」と「名前」を記入してください。 を記入してください。) をご利用ください。

# 進行度チェック表 (B- )

記入例

★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 置き忘れやしまし	<input type="checkbox"/>
	最近の大きな出来事 を思い出せない	<input checked="" type="checkbox"/>
	昔の印象深い出来事 を思い出せない	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
	ひとりでは外出や買い物ができない	<input type="checkbox"/>
着衣	自分で季節にあつたり 冷たい服を選べない	<input type="checkbox"/>
	衣類をそろえることができない 衣類を着ることができない	<input checked="" 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 checked="" 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"/>

“ご家族や介護者の方”が、“3～6ヶ月ごと”で、“かかりつけ医等へ受診される”ときに、“ご本人の状態をチェック”して、医師へお知らせください。

“それぞれの設問区分”ごとに、“選択肢のうち”で“もっとも当てはまるもの”をチェックしてください。



(記入日： 26年 2月 28日 記入者：〇〇〇〇 )

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 checked="" type="checkbox"/>
	たまに尿や便の失禁がある 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 checked="" 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(レ)”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)	<input type="checkbox"/>

該当する項目があれば、  
チェックしてください。

# 「ひろしまオレンジパスポート」のご利用について

## ●ご本人家族等

「ひろしまオレンジパスポート」は、ご本人の状態を関係機関が把握し共有することで、適切な治療やケアなどにつなげるためのものです。

その情報は、主にこの手帳を通じて共有しますので、医療・介護サービスを利用される際には常に持参して、医師や介護スタッフなどに確認・記入してもらってください。

### (利用開始時)

- ① ひろしまオレンジパスポートの趣旨・内容を理解していただきまして、手帳のP. 1にある「同意書」に記入してください。(パスを利用した個人情報の提供と管理についての同意)
- ② 「ご本人のプロフィール」(差込様式)へ記入して、手帳と一緒に綴じてください。(共有されるご本人の基本情報です。わかる範囲などがかまいません。また、ご本人の状態や家族構成、管理する環境などで、手帳を失くしてしまうことが懸念される場合は、連絡先などの悪用されかねない重要な個人情報は、記入しなくてもかまいません。)
- ③ 日々利用されている かかりつけ医療機関 や 介護機関 など、今後、情報共有を行う関係機関へこの手帳を提示して、パスの説明と協力をお願いしてください。  
また、手帳P. 1の「情報共有機関登録票」に「機関名」・「連絡先」・「担当者」等を記入してもらってください。

### (その後の利用について)

- ① 医療・介護サービスを利用される際には、この手帳を常に持参して、医師や介護スタッフなどに確認・記入等してもらってください。  
また、お薬手帳を持っている場合は、併せて提示してください。
- ② 医療機関へ受診される際には、「みんなの連携ノート」(手帳のP. 6～)で、ご本人の状態などをチェックして報告してください。  
また、日常生活での変化や気になったことなどがあれば、連絡票欄へ書きとめておき、医師や介護スタッフにお知らせください。  
(みんなの連携ノートの利用方法はP. 41を参照。)
- ③ 医師や介護スタッフに、診察結果や介護現場での気づきなどを記入等してもらい、日常介護などにお役立てください。

(注) ひろしまオレンジパスポートを紛失された場合の個人情報の漏えいなどに対する責任は負いかねますので、本人家族等の管理される方の責任において、十分注意して取り扱ってください。

# 医療機関・介護機関の皆様へ(ご連絡と利用方法)

ご本人や家族等から「ひろしまオレンジパスポート」利用の相談があった場合には、その目的など(手帳のP.39~を参照。)をご理解いただきまして、ご協力をお願いします。また、利用開始時と、その後の利用手順などについては、次のとおりです。

(注) ひろしまオレンジパスポートでは、ご本人の大切な個人情報扱います。パスの閲覧、書込みにあたっては、個人情報の保護に関する法律等に基づき、適切に取り扱ってください。

## ●かかりつけ医等医療機関

### (利用開始時)

- ① 今後、情報共有を行う機関として、手帳P.1の「情報共有機関登録票」に「機関名」・「連絡先」・「担当医師」等を記入してください。
- ② このファイルと一緒に綴じてある「治療の経過」様式(又は手帳P.3の医療情報)へ、開始時のご本人の状態を記入してください。
- ③ 手帳P.3の「服薬情報」へ処方内容を記入してください。(お薬手帳を持っていない又は記載されていない場合に記入。)

### (その後の利用について)

- ① ご本人や家族等が持参された際には、「本人情報」や「みんなの連携ノート」を確認して、問診などの参考にしてください。  
また、診察結果や処方の変更、日常生活での留意点などは、介護現場で役立ちますので、連絡票欄などに記入してお知らせください。
- ② 処方薬を変更・追加等された場合は、「服薬情報」(手帳P.3)へも記入してください。(お薬手帳以外の情報)
- ③ 利用開始時に記入された「治療の経過」等は、半年から1年ごとに(又は必要に応じて)、記入内容を確認して、更新等を行ってください。

## ●介護機関

### (利用開始時)

- 今後、情報共有を行う機関として、手帳P.1の「情報共有機関登録票」に「機関名」・「連絡先」・「担当者」等を記入してください。  
また、介護支援専門員(ケアマネジャー)の方は、併せて介護サービスの「利用状況」欄を確認又は記入してください。

### (その後の利用について)

- ご本人や家族等が持参された際には、「みんなの連携ノート」や「医療情報」・「本人情報」を確認して、ケアなどに役立ててください。  
また、ご本人の状態の変化や介護現場での気づきなどがあれば、連絡票欄に記入して、医療機関や家族等へお知らせください。

# ご本人のプロフィール

★共有する本人情報について、分かる範囲で記入してください。

ご本人の状態や家族構成、管理する環境などで、手帳を失くしてしまうことが懸念される場合は、連絡先などの悪用されかねない重要な個人情報、記入しなくてもかまいません。

氏名	(ふりがな) -----	(性別)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
主な 介護者	氏名：----- 続柄等：----- 連絡先(電話)：----- 同居・別居	
成年 後見人	氏名：----- 続柄等：----- 連絡先(電話)：----- 同居・別居	
その他 連絡先	氏名：----- 続柄：----- 連絡先(電話)：----- 同居・別居	
生活状況 (住居)	自宅 ・ 施設 種別：----- 名称：-----	
喫煙	無 ・ 有 ( ) 年間 × ( ) 本/日 禁煙歴 ( )	
飲酒	無 ・ 有 ( ) 年間 × ( ) /日程度	
運転 免許	無 ・ 有 ・ 返納済み (備考-----)	
介護 保険	未申請 ・ 申請中 ・ 認定済み (認定済みの場合) 支・介 ----- / 認定時期 平成 年 月 ~ )	
	(再認定等の場合) -----	

身長 体重	身長：..... c m          ・          体重：..... k g	
聴 力	右	聞こえる ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい ・ 聞こえない
	左	聞こえる ・ 少し聞こえにくい ・ かなり聞こえにくい ・ 聞こえない
	補聴器の使用                  有          ・          無	
視 力	右	見える ・ 少し見えにくい ・ かなり見えにくい ・ 見えない
	左	見える ・ 少し見えにくい ・ かなり見えにくい ・ 見えない
アレルギー	お薬	無 ・ 有（具体的に：.....）
	食物	無 ・ 有（具体的に：.....）
その他	<p>ご本人の習慣・こだわり：</p> <p>ご本人の性格：</p> <p>その他（ご本人，ご家族の希望など）：</p>	
【最初の変化に気がついた時期】                                  年          月          ごろ		

記入者：.....          記入日：.....年.....月.....日
---

# 検査・診断結果(専門医療機関の検査結果)

<b>患者名</b>	
<b>検査・診断日</b>	年 月 日
<b>CDR</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 ( )
<b>HDS-R</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 ( /30 )
<b>MMSE</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 ( /30 )
<b>FAST</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 ( )
<b>頭部CT</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 脳室拡大(体部) <input type="checkbox"/> 脳室拡大(下角) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
<b>大脳萎縮部位</b>	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
<b>頭部MRI</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 海馬萎縮 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
<b>大脳萎縮部位</b>	VSRAD <input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( ) 海馬傍回 Z score: ( )
<b>脳血流 SPECT 血流低下部位</b>	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )

<b>行動・ 心理症状 (BPSD)</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮・攻撃 <input type="checkbox"/> 憂鬱・不快 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 意気揚々・多幸 <input type="checkbox"/> アパシー・無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 被刺激性・不安定 <input type="checkbox"/> 行為の異常 <input type="checkbox"/> 睡眠の異常 <input type="checkbox"/> 食欲と食行動の異常 <input type="checkbox"/> その他 (      ) <input type="checkbox"/> ※特記等 (      )
<b>その他の 検査結果等</b>	     
<b>所見・診断・ 病気の可能 性・治療方針 など</b>	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害 (MCI)      :    低    ▪    中    ▪    高 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 (AD) :    低    ▪    中    ▪    高 <input type="checkbox"/> 血管性 (VaD)            :    低    ▪    中    ▪    高 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 (FTD)        :    低    ▪    中    ▪    高 <input type="checkbox"/> レビー小体型 (DLB)     :    低    ▪    中    ▪    高 <input type="checkbox"/> その他- (      )    

※定期的な検査など, 検査実施ごとに様式を追加して記入してください。  
(検査結果の経過がわかるように, 追加してください。)

<b>医療機関名 (医師名)</b>	(      )
------------------------	----------





その後の様子・経過など	( 年 月 日 )
	-----
	-----
	-----
	-----

**(メモ欄)**

※検査・診察後の状態の変化や、合併症等の治療経過などにご利用ください。

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

※半年から1年ごとに(又は必要に応じて)、記載内容を確認して更新等を行ってください。  
内容を修正・追記する場合は、文字色を変える・日付等を任意欄に記入するなど、経過がわかるようにしてください。また、必要に応じて、様式を追加してください。

<b>医療機関名 (医師名)</b>	( )
------------------------	-----

# 認知症に関する医療相談窓口

## ● オレンジドクター

オレンジドクターは、広島県が認定した「もの忘れ・認知症相談医」です。

このプレートがある医療機関では、認知症に関して、気軽に相談できます。

ご本人はもちろん、ご家族からの相談も可能です。



各地域のオレンジドクターは、広島県HPで紹介しています。

(<http://www.pref.hiroshima.lg.jp>)

トップページ ⇒ 健康・福祉 ⇒ 認知症・虐待防止対策

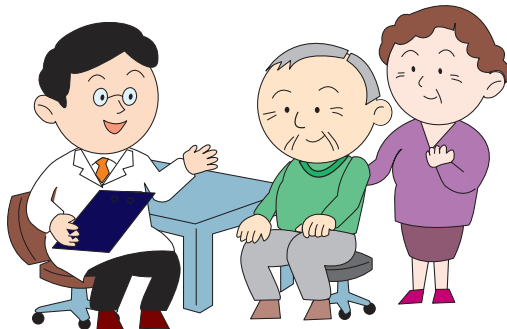
広島県 オレンジドクター

## ● 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターでは、認知症に関する不安・悩みのある方やご家族等からの相談について、専門の相談員が対応します。

また、受診希望者やかかりつけ医等から紹介された方については、認知症の診断を行うための検査や診察等を行い、鑑別診断に基づいた治療や、精神症状と問題行動、身体合併症に対する急性期入院調整等を行います。

地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供等も行っています。





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