

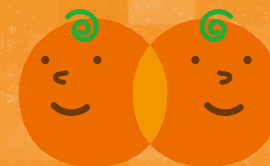


オレンジつながり手帳

平成27年11月発行  
本冊子は老健事業「認知症の医療介護情報共有ツール」  
試行運用のため制作しました。

オレンジ  
つながり

手帳



ORANGE CARE PATH



## この手帳について

この手帳は、あなたが住んでいる街や地域、あなたの家族、あなたが暮らしてきた歴史、そしてあなたが得意なこと、熱心に取り組んできたことを振り返り、病気や障害を持った時でも、自分自身で、あるいは周囲の人々とともに自分らしく生きることを支える水先案内人のようなノートです。

特に高齢化が進んだ日本では、65歳以上の高齢者の3～4人に一人は認知症あるいはその予備軍であると推計されていますし、65歳未満で認知症になることもあります。必要な時には早めに備えをすることが大切です。あなた自身が認知症になった時やその他に手助けが必要になった時、あるいは、あなたが、そのような手助けを必要とする人を支援するために、どのようなことが必要なのか、このノートを通じて学ぶこともできます。

また、医療や介護など暮らしへのちょっとした手助けが必要になった時、このノートを医師や地域包括支援センター、その他の相談、介護の場に持参すれば、あなたが必要とすることを理解して、助言や必要な支援をしてくれるでしょう。そして、単にあなたが助けを受けるためだけでなく、あなたが誰かを助けたり、誰かとともに活動することを勧めてくれることもあるでしょう。

この手帳はあなた自身が創り出していく手帳です。足りない部分は補いつつ、楽しみ、学びつつ記入していきましょう。そして、いつまでも自分らしく暮らしていきましょう。

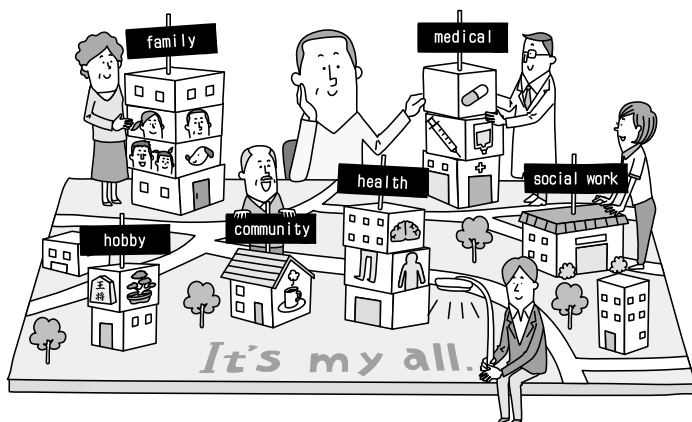
## 認知症の人とその家族が望むアイメッセージ

- 京都式オレンジプランの10のアイメッセージを、聞き取り調査のため22項目に改変したものを示します。

1. 周りのすべての人が、認知症を正しく理解してくれている
2. 周りの人が、私らしさや私のしたい事をいつも気にかけてくれている
3. 周りの人は、私が出来る事は見守り、出来ない事はそばにいて助けてくれている
4. 私は、診断される前と同様、活動的に過ごしている
5. 私は、軽いうちに診断を受け、病気を理解できた
6. 私は、将来の過ごし方まで考え決める事が出来た
7. 私は、身体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる
8. 私は、医療と介護の支えで住み慣れたところで健やかに過ごしている
9. 私は、手助けしてもらいながら地域の一員として社会参加できている
10. 私は、私なりに社会に貢献することができている
11. 私は、生きがいを感じている
12. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことがかなえられている
13. 私は、人生を楽しんでいる
14. 私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がなされている
15. 私は、家族や社会に迷惑をかけていると気兼ねすることなく過ごしている
16. 私は、言葉でうまくいえなくても私の気持ちをわかってもらえている
17. 人生の終末に至るまで、わたしの思いが尊重されると思う
18. 私は、適切な情報を得ている
19. 私は、身近に何でも相談できる人がいる
20. 私には、落ち着いていられる場所がある
21. 若年性の認知症の私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加している
22. 私は、いまおこなわれている認知症を治す研究に期待している

# この手帳の構成（目次）

●私の基本情報と住んでいる街・地域	2	}	自己紹介
●家族のこと	3		
●自分の年表	4		
●1日の暮らしと週間スケジュール	5		
●暮らしのことや趣味・好物・性格など	6～7	}	身体と病気のこと
●これまでの病気や体力、現在、治療中の病気や薬	8～10		
●認知症について、病気の気づきやその症状、検査	11～14	}	家族や介護、地域の資源
●介護のこと、家族の思い、自分の強みや環境	15～17		
●認知症ケアパス(時の流れとともに変化すること)	18～19		
●自分が決められなくなった時のために	20	}	
●主な連絡先やメモ	21～24		
●認知症とともににより良く生きるための私のメッセージ			



この手帳の記載項目と同じ内容を、この手帳について研修を受けた医療・介護機関等が必要に応じ、あなたの同意のもと、認知症ケアパス連携シートで保持します。専門職も協力して、あなたと歩むために共有したいと考えています（p21の機関などにお尋ね下さい）。



## 基本情報と住んでいる街・地域

ふりがな		性 別	生年月日
名 前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ( 年 月 日 歳)
住 所	〒	生活 状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設名：
連 絡 先	電話： 電子メール：	FAX：	
緊急時等 連絡先①	ふりがな		電話番号：
	名 前		続柄：
緊急時等 連絡先②	ふりがな		電話番号：
	名 前		続柄：
●家の周りの略図（よく行くところや店、散歩道、最寄りのバス停や駅なども記入して下さい）			
自宅： <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパートなど（ 階） 家の周りの交通量など：			



# 家族構成

同居している人、同居している・していないにかかわらず、子供については必ず記載して下さい。その他にもきょうだい、孫などでよく連絡をする人などについて記載して下さい。孫などは下の家族関係図に記載してもらっても構いません。

↓同居から先に記入して下さい。同居、非同居に丸を付けて下さい

氏名	続柄	1. 同居 2. 非同居	備考（仕事、体調など。非同居の場合は住所地を記載）
		1・2	
		1・2	
		1・2	
		1・2	
		1・2	
		1・2	
		1・2	
		1・2	

●家族のことについて特記事項

●家族関係図

〈夫婦、子供2人の例〉  
同居は丸で囲む







## 暮らしのことや今の望み

年金など	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
金銭面で 気になること	
なじみの場所・ よく行くところ	
なじみの人	
昔からの仲間や 地域の人との 交流・つきあい	

- あなたの今の望み、あるいは今の年齢になったらやってみたいと望んでいたこと





## 趣味や性格について

趣味・習い事	
特技	
性格や特徴	
好きなもの (食べ物、歌など)	
楽しみなこと	

- 趣味に取り組む写真や好きなものの写真を貼りましょう



## これまでの主な病気

(今も定期受診している  
ものはp9に記入)

病気の名前	病院名	備考 (麻痺などの後遺症状の有無や 現在も処置が必要かなど)

身長：	cm	体重：	kg	BMI：	
視力：					
聴力：					
握力：	右	kg	／	左	kg
歩行： <input type="checkbox"/> 補助具使用なし <input type="checkbox"/> 杖など使用 <input type="checkbox"/> 車いすなど使用					
● 15分ぐらい続けて歩くことができますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない					
● 横断歩道を青信号の間に渡ることができますか？					
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない					



## 現在、治療中の病気と主な検査データなど

病気の名前	病院名	受診の頻度	現在の状態や主な検査の値

●備考欄



# 現在、服用中の薬

薬局名：

電話番号：

薬の名前	服用する時間					備考	処方病院
	朝	昼	夕	眠前	頓服		

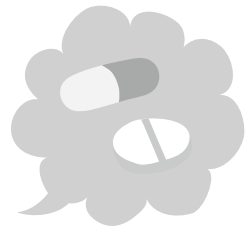
薬のアレルギー： なし  あり（薬の名前：）

苦手な薬： なし  あり（薬の名前：）

## 服薬一口メモ

薬の飲み忘れを防ぐために、服薬カレンダーやお薬ボックスを使うことも考えてみましょう。飲み忘れが多い場合は、家族が確認できる時間帯に服用しても良いか、医師に確認してみましょう。

薬を一包化といって、朝なら朝でひと袋に入れてもらうように薬局で頼むのも良いでしょう。





## 認知症について 病気の気づきから今まで

12ページの認知症の症状チェックリストのうち、主なものに印をつけて、それがいつ頃からあったかとか、13ページの日常生活動作がいつ頃から難しくなったかを確認しながら、主なものだけで良いので、時間の順番に書いてみましょう。相談したり、受診したことなども可能なら記入して下さい。検査を受けたことなどは14ページに記入しましょう。



いつ頃	どんなことや症状があったか、相談、受診など	備考



# 認知症の症状

(項目は、認知症の人と家族の会の資料や、アルツハイマー型認知症行動スケールより改変し使用)

## ●もの忘れがひどい

- 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる
- 同じことを何度も言う・問う・する
- しまい忘れ置き忘れが増え、いつも探し物をしている
- 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う

## ●判断・理解力が衰える

- 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった
- 新しいことが覚えられない
- 話のつじつまが合わない
- テレビ番組の内容が理解できなくなった

## ●時間・場所がわからない

- 約束の日時や場所を間違えるようになった
- 慣れた道でも迷うことがある

## ●人柄が変わる

- 些細なことで怒りっぽくなった
- 周りへの気づかいがなくなり頑固になった
- 自分の失敗を人のせいにする
- 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた

## ●不安感が強い

- ひとりになると怖がったり寂しがったりする
- 外出時、持ち物を何度も確かめる
- 「頭が変になった」と本人が訴える

## ●意欲がなくなる

- 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
- 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- ふさぎ込んで何をするのも億劫がりいやがる

## ●その他の行動面や精神的な症状

- 実際には見えないものが見えるかのように言ったり振る舞ったりする
- 傍目には無意味で無目的だが本人には意味があるらしい動作の繰り返し
- 非常識か不適切な行為（物を不適切な場所にしまったり隠すことなど）
- 間近になった約束や催しのことを何度も繰り返し尋ねたり不安な様子
- 悲しそうな様子や憂うつそうで、生きていても仕方がないなどと言う



# 日常、自分でしていること(日常生活動作)

年 月 日現在

あてはまるところに  チェックして下さい

自分で行う 一部手助け 手助け必要

身体と病気のこと

<b>●身の回りの日常動作</b>			
① 食事をたべる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② ベッドから椅子に移動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 顔を洗ったり歯を磨いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ トイレを使う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ お風呂に入る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 家の中を歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 階段を上り下りする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 服を着替える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 便意が言える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 尿意が言える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>●外出したり器具を使う日常動作</b>			
① 食事のしたくをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 家の掃除や片付けをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 洗濯をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 乗り物を使って外出する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 飲み薬の管理をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 銀行通帳など金銭管理をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>●その他の日常生活動作</b>			
① 電話を使って知人等と話す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② テレビの番組を選んで見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 新聞を読む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●上記の内容についてコメントがあれば記載して下さい			



## 認知症の検査

認知症を診断する時や経過を見るために以下のような検査を行うことがあります。医師に直接書き込んでもらっても良いでしょう。

- 認知機能・記憶力の検査…長谷川式（HDS-R）やMMSEなどが代表的です。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- 頭部画像検査…CTやMRIで、脳梗塞、正常圧水頭症、血腫、脳萎縮の有無など確認します。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- 血液検査…一般的な項目の他に甲状腺ホルモンやビタミンB<sub>12</sub>、カルシウムなど確認します。正常値の場合、値の記入はなしでも構いません。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- その他の検査…必要に応じ脳血流SPECTや脳波、脳脊髄液などの検査を行います。

年月日	検査の種類と主な結果	備考





## 介護や介護保険サービスの情報

要介護認定を受けて	<input type="checkbox"/> いる	介護度： 要支援（ ）
	<input type="checkbox"/> いない	要介護（ ）
担当ケアマネジャー		事業所名
ふりがな		
名前		電話番号：

### ●介護保険サービス

サービス事業所名	利用している曜日など	利用内容

### ●介護保険以外のサービス

サービス事業所名	利用している曜日など	利用内容

●介護サービスや介護への願いなどについて希望や要望を自由に記載して下さい。



## 家族の思いや考え、希望

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	



## 環境チェック(暮らしが難しくなる要因の有無)

以下のような要因は、認知症になった時に暮らしが難しくなることと必ずしも結びつくことはありませんが、そうでない場合に比べて難しくなる可能性がありますので、必要な相談を前もって行い、備えをしていくことが大切です。早めに相談することで、良い方法を見つけることが可能です。

- 独居(一人暮らし)
- 老々世帯(高齢者、特に75歳以上の夫婦など高齢者のみの世帯)
- 地域から孤立している(日頃から近所や地域との結びつきが弱い)
- 認知症や、認知症になった時に使える制度などをよく知らない
- 認知症に関する家族などの理解不足
- 経済的に困っている
- 家族・同居者に統合失調症やうつ病、アルコール依存などの精神疾患がある
- 認知症に伴う精神的な問題や行動上の問題を抱えている
- 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在する
- 介護サービスが必要であったとしても頼りたくない気持ち強い
- 地域に自分が必要とする適切な支援や介護サービスが無い
- 若年性認知症である(65歳未満に発症した認知症である)
- 医師・介護職など周囲の専門職が十分に理解してくれていない
- 自分にもしものことがあった時、キー(鍵)となってくれる人がいない
- 医師や看護師に頻回に診察を受けたり器具などに頼る病気がある  
(注:身体合併症は急に現れる場合があります)
- その他、地域での暮らしを続けるにあたって心配なことがあるでしょうか?  
あれば以下に記載下さい。

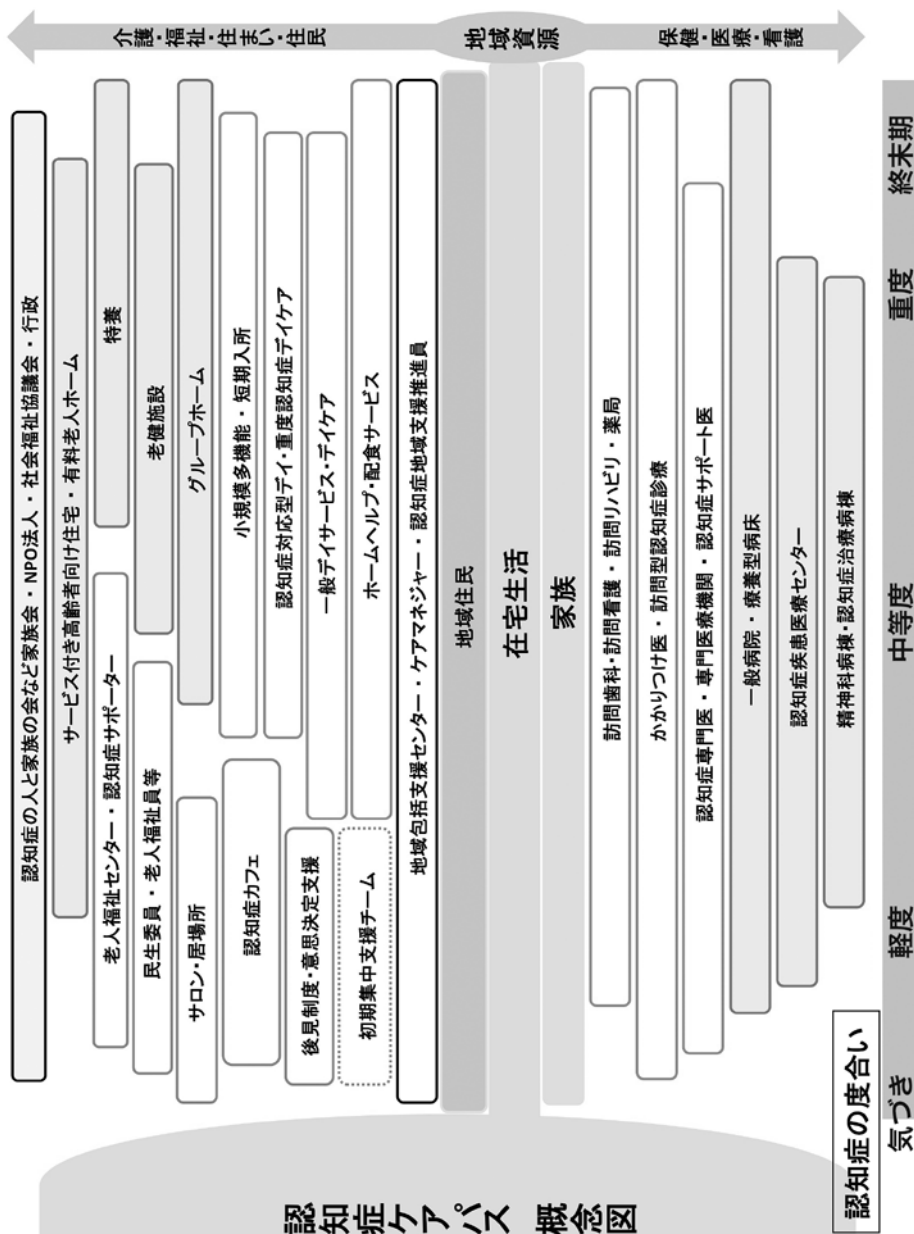


## 自分の強み

認知症になっても、これがあるので心強いと思えることなどを記入して下さい。



# 認知症ケアパス概念図



## 認知症ケアパス 概念図

	気づき～軽度	中等度	重度	終末の頃
本人・家族の声	<p>一日に何度も同じことを聞くんです。自分でも自信が持たなくなっているみたいです。</p> <p><input type="checkbox"/> いつも探し物をして いる</p> <p><input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れて いる</p> <p><input type="checkbox"/> 今まででしていたこと を憶劫がる</p> <p><input type="checkbox"/> お金や小物などを盗 まれたと人を疑う</p>	<p>昔のことはよく覚えて いるんですけどね。</p> <p><input type="checkbox"/> 買い物に一人で行く のが難しい</p> <p><input type="checkbox"/> 服装を選ぶのを手 伝ってもらう必要 があります</p> <p><input type="checkbox"/> 自分ができないこと を自分で見極める ことが難しい</p>	<p>私が作ったものを美味 しいと言って食べてい るあいだは家で様子を 見ていきます。</p> <p><input type="checkbox"/> 服を着替えるのに手 助けが必要</p> <p><input type="checkbox"/> 家のトイレがわから なかったり、排泄に 手助けが必要</p> <p><input type="checkbox"/> 家族のことがわかり にくい</p>	<p>人生の最初と最後、ひ とのお世話になるもの だと思えます。</p> <p><input type="checkbox"/> 話すことが、短い文 章か簡単な単語だ けになる</p> <p><input type="checkbox"/> 階段の上り下りに介 助が必要となり、歩 くことも手助けが 必要になる</p> <p><input type="checkbox"/> 飲みこみが難しい</p>
本人の様子	<p>適切な助言や支援があれば、自分で決めることができること や携わることができてもたくさん あります。</p>			
自分でできる度合い	<p>自分で物事 を決めたり思いを伝えることが 難しくなり、気持ちを押し量ってもらうことが大切です。</p>			
<p>同じ時期でも病気の現れ方や家族との関係、生活環境は個人個人で異なります。また、認知症の病気の種類によっても症状は異なります。症状について詳しくは12、13ページも確認下さい。</p>				



## これからのこと

家での暮らしが難しくなった時や  
病気が重くなった時のこと

### 意思確認

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日記入

今は記入しない

(以下の確認はあくまでも記載時の希望を示します。

記載を元に関係者と話し合い、何度も変更可能です)

#### ●将来、どのような介護を受けたいか、どのようなところに住みたいか (複数 チェック可能です)

- 他者の支援を受けることはあっても住み慣れた家で暮らしたい
- 必要に応じ、介護施設などを考えたい
- 子供や親族と同居あるいは近くに引越したい  その他

#### ●その他、特記事項など

#### ●将来、どのような医療を受けたいか (今は チェックしなくても構いません。詳しく決めたい場合は事前指示について相談を)

(1)もし、認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、自分での理解や  
意思表示が難しくなった場合

- 短期間で治癒や回復が望める場合は入院治療や手術を希望する
- 積極的な医療は控えてほしい

(2)命に限りがあると思われる状況では

- 家庭・介護施設で最期を迎えたい  医療機関への入院を希望する

(3)重度認知症になり、自分で食べることが難しくなった場合

- 胃ろうを希望する  胃ろうは希望しない

#### ●その他、特記事項など

#### ●成年後見制度利用

- あり  考慮中  なし

備考 ( )

#### ●その他、特記事項など



## 連絡先・関係機関リスト

---

● かかりつけ医

---

● その他の受診・専門病院

---

● 薬局

---

● 地域包括支援センター

---

● ケアマネジャー

---

● 介護事業者（訪問介護、通所介護など）

---

● 家族以外の仲間等

---

● 地域の民生委員等

---

● その他

---

## お役立ち情報

これは役立つと思ったことや、かかりつけ医などに教えてもらった大事な情報を記入しておきましょう。



# メモ

(最初に記載後、あとになって追加することなど記載して下さい)

---

# メモ

(最初に記載後、あとになって追加することなど記載して下さい)

---