

認知症連携パス

オレンジ手帳



「宮崎市観光イメージキャラクター ミッシちゃん」



ここに入れておきましょう！

- ①健康保険証
- ②介護保険証
- ③介護保険負担割合証
- ④お薬手帳

今日から実践！5つの心がけ

- ①バランスよく食べましょう！
- ②体を動かしましょう！
- ③口の健康を保ちましょう！
- ④水分をとりましょう！
- ⑤人と会話をしましょう！



オレンジ手帳の目的

この手帳は、あなたのことやあなたの今後のご希望などを、医療や介護の関係者など、あなたを支援する人に伝えることによって、その時の状態に応じてあなたや家族が望む最適なサービスが切れ目なく提供され、笑顔で安心した毎日を過ごせるよう支援できるように作成しました。

また、この手帳は近隣の国富町や綾町の医療や介護のサービス機関を利用するときも使えるよう、1市2町で協力して作成しています。



オレンジ手帳の活用方法

あなたの状態やご希望を記した手帳になりますので、大切にしてください。保険証やお薬手帳とセットで持っておくといいでしょう。

この手帳には、医療機関や介護サービス事業者等の関係者が記入するページがありますので、病院受診や介護サービス等の利用の際は、必ず持参しましょう。

なお使い方等でわからないことがありましたら、地域包括支援センターや長寿支援課、担当ケアマネジャーにおたずねください。

同意書

私は本手帳に記載されている個人情報を、医療機関や介護サービス事業者などへ情報提供することに同意します。

この手帳は、私、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了承したうえで、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 _____

続柄 _____

後見人 _____

ふりがな

氏名 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 大正・昭和 年 月 日(歳)

※該当するものにチェックを入れて下さい

家族構成

- 単身 高齢者世帯 同居家族 人 (H 年 月～)
- 単身 高齢者世帯 同居家族 人 (H 年 月～)
- 単身 高齢者世帯 同居家族 人 (H 年 月～)

住宅環境

- 一戸建て 集合住宅 階 施設 (H 年 月～)
- 一戸建て 集合住宅 階 施設 (H 年 月～)
- 一戸建て 集合住宅 階 施設 (H 年 月～)

緊急連絡先

	氏 名	関 係	電話(携帯)番号
①			
②			
③			

※成年後見制度を利用している場合はご記入ください

成年後見 補助 保佐 後見 (H 年 月～)

後見人 _____

連絡先 () —

私の呼び名は（こう呼んでほしい）

（例）宮崎さん。友達からは、ひろくん

私の大切な人・頼りになる人は

（例）大切な人：家族　頼りになる人：妻

私の大切なものは

（例）思い出のつまった写真、がんばって建てた家 など

私の大切な思い出は

（例）家族で行った旅行、残業しながらがんばった仕事 など

私のふるさと・なつかしい土地は

（例）生まれたのは福岡県の〇〇市、なつかしいのは若いころ住んでた東京

私がしてきた仕事は

(例) 営業、教員、大工、調理師 など

私が行きたいところは

(例) いつもの散歩道、よく行っていた温泉 など

私の楽しみ・喜びは

(例) 家族と一緒に過ごすこと、テレビをみること、散歩 など

私の好きな食べ物・飲み物は

(例)好きな食べ物：冷や汁　好きな飲み物：焼酎

私の好きな服装・色は

(例) えんじ色のワンピース、チェックのシャツにスラックス など

私がリラックスできるのは

(例) 散歩、音楽を聞いているとき、友達と一緒に過ごすとき など

私がイライラするのは

(例) 言いたいのに言葉が出てこない

私の不安や心配ごとは

(例) これからどうなっていくのか

人にしてほしいことは

(例) 同じことを聞いても嫌な顔をしないでやさしく教えてほしい

人にしてほしくないことは

(例) 勝手に決めないでほしい

医療についての要望

(例) 自分にもわかるように説明してほしい

介護についての要望

(例) 自分でできることは、自分でやらせてほしい

その他、私が伝えたいこと

(例) 今までどおりつきあってほしい

家族の想い

記入者	続柄	平成	年	月	日
-----	----	----	---	---	---

記入者	続柄	平成	年	月	日
-----	----	----	---	---	---

記入者	続柄	平成	年	月	日
-----	----	----	---	---	---

記入者	続柄	平成	年	月	日
-----	----	----	---	---	---

記入者	続柄	平成	年	月	日
-----	----	----	---	---	---

※該当番号を○で囲んでください

①目の状況（眼鏡 1. あり 2. なし）

1. 見える 2. 多少は見える
3. あまり見えない 4. 見えない
【 1. 治療中 2. 治療なし 】

②耳の状況（補聴器 1. あり 2. なし）

1. 聞こえる 2. 多少は聞こえる
3. あまり聞こえない 4. 聞こえない
【 1. 治療中 2. 治療なし 】

③歯の状況

1. 自分の歯 2. 部分入れ歯
3. 総入れ歯 4. 自分の歯も入れ歯もなし
【 1. 治療中 2. 治療なし 】

④むせ

1. あり 2. なし

⑤アレルギーの状況

1. あり 2. なし



1. 薬品 2. 食物

（例）薬の名前、そば、玉子、乳製品 など

もの忘れの様子

いつから？ (年 月頃より)

どのような症状？

(例) 薬の飲み忘れ、身なりを気にしなくなった など

困っていることは？

(例) 薬の飲み忘れを防ぐにはどうしたらよいか

頭部 MRI の検査を受けたことがありますか？

あり なし



いつ	どこで	担当医
年 月 日	病院	先生
年 月 日	病院	先生
年 月 日	病院	先生



症 状	年 月 日
同じ事を何度も言ったり、聞いたりする	あり ・ なし
置き忘れやしまい忘れが目立つ	あり ・ なし
ものの名前が出てこない	あり ・ なし
今会った人のことをすぐ忘れる	あり ・ なし
時間や場所の感覚が不確かになった	あり ・ なし
慣れている場所で道に迷う	あり ・ なし
料理をしていて鍋をたびたび焦がすことがある	あり ・ なし
料理の手順を間違えてうまく作れなかったり、味付けがおかしくなった	あり ・ なし
今までよく見ていたテレビ番組を見なくなった	あり ・ なし
話のつじつまが合わなくなったり、意味不明な会話をすることがある	あり ・ なし
いつもの日課をしなくなった	あり ・ なし
これまで興味があったことに関心を示さなくなった	あり ・ なし
通帳や印鑑、財布をいろんな場所にしまい忘れ「盗まれた」という	あり ・ なし
誰もいないのに、会話をしていることがある	あり ・ なし
見えないものが見えると言う	あり ・ なし
以前よりひどく疑い深くなった	あり ・ なし
ささいなことで怒りっぽくなった	あり ・ なし
全体的な印象として、前回評価時より介護の負担が	

症 状	年 月 日
同じ事を何度も言ったり、聞いたりする	あり ・ なし
置き忘れやしまい忘れが目立つ	あり ・ なし
ものの名前が出てこない	あり ・ なし
今会った人のことをすぐ忘れる	あり ・ なし
時間や場所の感覚が不確かになった	あり ・ なし
慣れている場所で道に迷う	あり ・ なし
料理をしていて鍋をたびたび焦がすことがある	あり ・ なし
料理の手順を間違えてうまく作れなかったり、味付けがおかしくなった	あり ・ なし
今までよく見ていたテレビ番組を見なくなった	あり ・ なし
話のつじつまが合わなくなったり、意味不明な会話をすることがある	あり ・ なし
いつもの日課をしなくなった	あり ・ なし
これまで興味があったことに関心を示さなくなった	あり ・ なし
通帳や印鑑、財布をいろんな場所にしまい忘れ「盗まれた」という	あり ・ なし
誰もいないのに、会話をしていることがある	あり ・ なし
見えないものが見えると言う	あり ・ なし
以前よりひどく疑い深くなった	あり ・ なし
ささいなことで怒りっぽくなった	あり ・ なし
全体的な印象として、前回評価時より介護の負担が	

現在の状態像 主な介護者、医療・介護機関の関係者が記入するページ

記入日		年	月	日	記入者		
認知症の診断		MMSE			／30点・HDS-R		／30点
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
特記（医師記入）							
確認する項目		選択肢（該当番号に○印）					
記憶	ここ数ヶ月の記憶の傾向	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ている		2. 数日前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れていている		2. 数年前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
行動	自分で歩くこと	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	
	お金の管理	1. 全介助		2. 一部介助		3. できる	
	薬の管理	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	
	食べる量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
	水やお茶を飲む量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
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. たまにある		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	

現在の状態像 主な介護者、医療・介護機関の関係者が記入するページ

記入日		年	月	日	記入者		
認知症の診断		MMSE			／30点・HDS-R		／30点
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
特記（医師記入）							
確認する項目		選択肢（該当番号に○印）					
記憶	ここ数ヶ月の記憶の傾向	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ている		2. 数日前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れていている		2. 数年前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
行動	自分で歩くこと	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	
	お金の管理	1. 全介助		2. 一部介助		3. できる	
	薬の管理	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	
	食べる量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
	水やお茶を飲む量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
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. たまにある		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	

現在の状態像 主な介護者、医療・介護機関の関係者が記入するページ

記入日		年	月	日	記入者		
認知症の診断		MMSE			／30点・HDS-R		／30点
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
特記（医師記入）							
確認する項目		選択肢（該当番号に○印）					
記憶	ここ数ヶ月の記憶の傾向	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ている		2. 数日前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れていている		2. 数年前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
行動	自分で歩くこと	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	
	お金の管理	1. 全介助		2. 一部介助		3. できる	
	薬の管理	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	
	食べる量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
	水やお茶を飲む量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
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. たまにある		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	

現在の状態像 主な介護者、医療・介護機関の関係者が記入するページ

記入日		年	月	日	記入者		
認知症の診断		MMSE			／30点・HDS-R		／30点
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
特記（医師記入）							
確認する項目		選択肢（該当番号に○印）					
記憶	ここ数ヶ月の記憶の傾向	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ている		2. 数日前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れていている		2. 数年前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
行動	自分で歩くこと	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	
	お金の管理	1. 全介助		2. 一部介助		3. できる	
	薬の管理	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	
	食べる量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
	水やお茶を飲む量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
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. たまにある		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	

現在の状態像 主な介護者、医療・介護機関の関係者が記入するページ

記入日		年	月	日	記入者		
認知症の診断		MMSE			／30点・HDS-R		／30点
認知症高齢者の日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M
特記（医師記入）							
確認する項目		選択肢（該当番号に○印）					
記憶	ここ数ヶ月の記憶の傾向	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ている		2. 数日前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
	過去の出来事に対して	1. 若い頃のことでも忘れていている		2. 数年前のことも忘れていている		3. ときどき忘れる	
行動	自分で歩くこと	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	
	お金の管理	1. 全介助		2. 一部介助		3. できる	
	薬の管理	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	
	食べる量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
	水やお茶を飲む量	1. 減った		2. 変化なし		3. 増えた	
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. たまにある		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	

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準と見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。 例)たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ 等
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。 例)服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない 等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 例)着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。 例)ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例)ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 例)せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態 等

交付者

TEL



宮崎東諸県認知症地域支援ネットワーク推進委員会

認知症ケアパス作成作業部会 平成28年3月作成