



認知症ケアパス
連携シート
解説冊子

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。

認知症ケアパス
連携シート

解説冊子

O R A N G E C A R E P A T H



この冊子について

～認知症ケアパスと時間～



この冊子では、認知症という病気とともに認知症の本人と家族、そして地域の人々や多職種が歩む道（ケアパス）をより良くたどるための連携について、認知症ケアパス連携シートの使用を軸に解説していきます。認知症という病気は、その気づきの頃から徐々に変化していく過程で3年5年10年20年という歳月が流れていきます。老化が複雑に絡んだ疾患として、多くの人が認知症になる可能性や認知症の家族や近隣の人を支える立場になる可能性があります。このような認知症という疾患も、病気の姿を正しく捉え、偏見を持つことなく、病気によって隠されがちな、それぞれの人が持つ本来の生き方を、その時その時に必要な協力を得ながら過ごすことで、予想以上に晴れやかな旅路となることが示されてきています。

このような旅路の街道や宿場町を形作るのが認知症ケアパスです。そのように考えると、認知症ケアパスは膨大な時間を含み、その旅程を記していくのは膨大な記録となります。認知症という病気の持つ複雑さと曖昧さから、油断すると道筋が見えにくくなることも少なくありません。そこで、この道筋を照らすために考案されたのが、この冊子で紹介する認知症ケアパス連携シートです。また、全体の地図を示すのが、認知症ケアパス概念図になります。

そこで、この冊子を紹介するにあたり、認知症ケアパス連携シートと認知症ケアパス概念図が対象とする時間について記しておきます。まず、連携シートについては、何年何月あるいは何年何月から何月までという1ヶ月から3ヶ月程度の時間の中で記録されます。ただし、その連携シートの中には、3年5年といった病歴や、生活史や家族や地域との交流など、それぞれの人の30年50年70年といった長い年月を含み、シートに凝縮された時間とその中の要素の相互関係を知ることは、その人とともに歩むための確かな灯りとなります。そして、この灯りによって照らされる認知症という病を持ってからの過去・現在・未来の道筋を示すのが、認知症ケアパス概念図です。

逆にこの連携シートと概念図が対象としていない時間についても説明しておきます。上記のように、ある時期における断面やその人の人生を示すのが連携シート、認知症とともに歩む3年5年という過去・現在・未来を示すのが概念図ですので、日々のケアの記録や通院ごとの相談や記録は含んでいません。そのような記録を含むと膨大な量になるからです。旅路の中では、そのような日々の相談・連携とその記録も大切ですが、それを必要とする場合は、この冊子で紹介するのは別にノートや手帳を使って下さい。あるいは、日々のケアの現場や病院の診療録にそのような記録は積み重ねられていくでしょう。

連携シートと概念図、そして日々の記録とを分けて考えたとき、どちらも大切なことですが、このような違いを念頭におき、連携シートと概念図に含まれる時間とその意味を知ってそれらを使うことで、全体像を見失わない認知症の人の本来の生き方やともに歩む人々の連携が浮かび上がってくることでしょう。実際に、連携シートと概念図をどのように有効に生かしていくのか、この冊子の中で紹介していきます。

🍊🍊 編集後記

この冊子は認知症の本人・家族、地域の人々、医療・介護などの専門職にとって共通言語とすべき大事な点を載せていますが、認知症ケアの大事な点をすべて網羅できているわけではもちろんありません。必要に応じ、更に以下の参考図書などを含め、詳しいテキストや解説書を参考にして下さい。

認知症の医療とケアは極めて複雑かつ曖昧な過程であり、単純化することは危険ですが、一方で、単純化を避けると共通認識を得るのが困難となり、両者のジレンマをいつも意識しつつ、その中間にある道を求めることが必要です。

この冊子は試行的な解説冊子であり、今後、多くの人からのフィードバックを経て完成させていく予定です。ご覧になった方、認知症ケアパス連携シートをこの解説冊子に沿って使用した方などから意見が寄せられ、より良いものになることを願っています。

人と人との支え合いには、お互いにその人となりを知っていることが出発点であり、認知症の場合、その絆をより深めていく必要があります。結果としてそのことは一面的になりがちな現代の人と人との交流を見直すことに通じるのでしょう。認知症の人にやさしい地域は誰にでもやさしい地域になるといわれる由縁でもあります。

主な参考図書

- 痴呆を生きるということ（岩波書店、2003年）
- 自宅でない在宅——高齢者の生活空間論（医学書院、2003年）
- 認知症のパーソンセンタードケア——新しいケアの文化へ（筒井書房、2005年）
- コミュニティアズパートナー——地域看護学の理論と実際（医学書院、2007年）
- 「仕舞」としての呆け——認知症の人から学んだことば（中央法規出版、2007年）
- 認知症の医療とケア——「もの忘れクリニック」「もの忘れカフェ」の挑戦（クリエイツかもがわ、2008年）
- 平穏死のすすめ（講談社、2010年）
- 高齢者の生活機能の総合的評価（新興医学出版、2010年）
- ナラティブ・メディスン——物語能力が医療を変える（医学書院、2011年）
- 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方（2011年）
- ルポ 認知症ケア最前線（岩波書店、2011年）
- アイデンティティとライフサイクル（誠信書房、2011年）
- 認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア（クリエイツかもがわ、2012年）
- ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ（太田出版、2011年）
- ニルスの国の認知症ケア——医療から暮らしに転換したスウェーデン（ドメス出版、2013年）
- 認知症の人を愛すること：曖昧な喪失と悲しみに立ち向かうために（誠信書房、2014年）
- 埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由（メディカ出版、2015年）
- 認知症カフェハンドブック（クリエイツかもがわ、2015年）
- 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック（中央法規出版、2015年）
- 認知症ライフサポート研修テキスト（中央法規出版、2015年）

この解説冊子は、以下の項目で構成されています。

1	認知症ケアパス連携シートの持つ意味やケアパスの起点 ～システムとして～	2
2	認知症ケアパス連携シート	5
3	認知症ケアパス連携シート ～記入例～	10
4	記入項目どうしの関連や項目記入の説明 ～オレンジつながり手帳との関係も含めて～	15
5	認知症ケアパス連携シートを使用する場面	21
6	認知症ケアパス連携シートから診療・ケア・連携に大切な ポイントを見出し検討する	27
	●参考資料	30
	●認知症ケアパスの目指す方向 ～私のメッセージ（アイメッセージ）～	31



それぞれの場面での共通言語として

認知症は、自分だけで向き合うことが難しい病気です。ともに歩む人々、声援を送ってくれる人々、協力してくれる人々が、本人とともに共通の視点を持つことが大切です。

認知症という病気の複雑さや曖昧さを十分に心得ておくことは大事です。明確に数値化できる一つあるいは少数の要因が枠組みを決めているのではなく、個々にも曖昧なものが多数同時に変化していきますし、支援する人々も、それぞれの考え方・教育・背景・価値観などを持っています。そのため、一定の方向を見極めるのは困難に見えますが、この困難さを放棄すると、更に収束が見込めなくなります。

この連携シートを用いることで、認知症とともに本人・家族が自分達らしく過ごすことを、周りの人々が必要なときに必要な協力をしながら支援することが期待されます。

本人・家族・地域の人々が主体性を発揮し、専門職も自分自身のことも含め、 それぞれの人と地域の物語を共有する

たとえ認知症になっても、その時々になんらかの支援があれば、多くの認知症の人は自分らしさを示すことができます。「もうできないんじゃないか」という周囲の思い込みや偏見、少しの手助けがあればできるはずのことなのに、その手助けがないためにできなくなっていることが少なくありません。

そのためには

- ・ 本人の可能性を知ること
- ・ 本人の可能性を閉ざしている要因を取り除くこと
- ・ 自分らしさを発揮している本人の姿を知ること、見ること
- ・ 子供や若い人とも交流する中で、知識や経験を発揮すること

家族・地域の人々・専門職らが、

- ・ それぞれの立場で求められるしっかりとした知識を持つこと
- ・ ちょっとした応援・支援のコツを理解すること

家族や地域の人々は、負担がかかっているときに

- ・ 無理をしないこと、他の人の手助けを上手に借りること

そして、日頃から自分のこととしても考えておくことが大事です

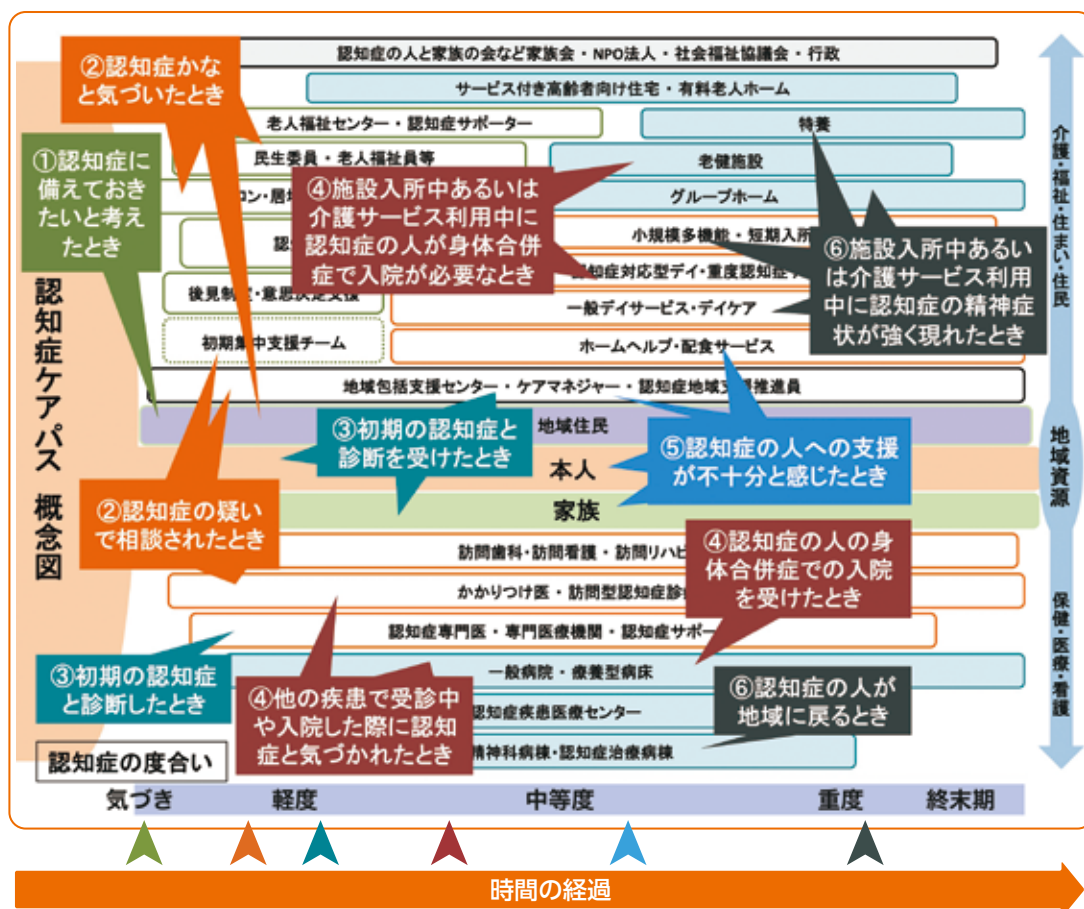


認知症ケアパス連携シートやオレンジつながり手帳は、認知症の人やその家族が持っている力を見直すために役に立ちます。連携シートや手帳を軸に、専門職を含む地域の人々が、お互いの人生の物語を共有することにも通じていきます。物語を共有することが連携を生み出していくということもできます。



認知症ケアパスはいつ始まるのでしょうか？

～認知症ケアパス概念図で見る認知症ケアパスの起点～



認知症の場合、地域連携パスが既に運用されている脳卒中や大腿骨頸部骨折とは異なり、いつ、どの時点がケアパスの起点となるか明確な定義はありません。それだけに連携パスを起動させる時期を逸してしまう場合もあります。

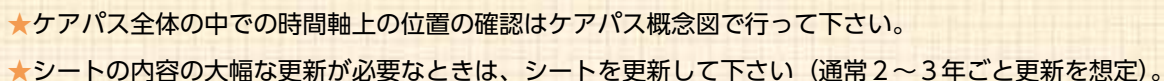
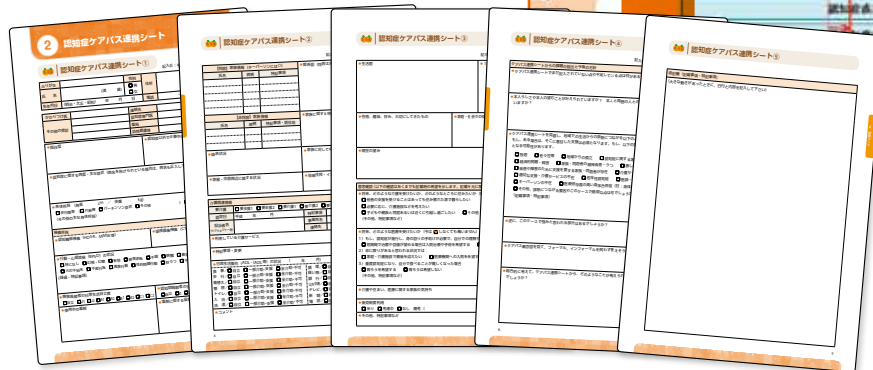
認知症ケアパスの起点は、例えば、図および以下の①～⑥のように様々な位置がありますが、できれば早めに連携を始めるのが望まれます。

- ① 認知症に備えておこうと考えたとき
- ② 認知症ではないかと本人・家族が気づいたとき、相談を受けたとき
- ③ 認知症と診断したとき、診断されたとき、周囲との軋轢が生まれ始めたとき
- ④ 他の疾患で受診・入院・介護中などに認知症に気がついたり身体合併症で連携が必要なとき
- ⑤ 支援が不十分であったり、多職種連携・多機関協働が必要と思われたとき
- ⑥ 介護中に精神症状が悪化したときや精神症状が落ち着き地域に戻るとき

この他に本人・家族と専門職などが相談したり、専門職どうしがひきつぎ・相談・情報交換などを行う場面など、ケアパス連携シートが基盤となる場面は多数あると想像されます。具体的には第5章の認知症ケアパス連携シートを使用する場面をご参照下さい。



例えば、以下のケアパス概念図には、子供と同居のため他県より引越し、専門医に受診後、定期的に通院するとともに、要介護認定を受け、ケアマネジャーとも相談の上、デイサービスを利用していた一人の女性の経過を示しています。精神的に不安定になり、同居が難しいためグループホームに入所しましたが、それでも落ち着くことができず、精神科の病院に入院となりました。本人らしさを保つために、何が必要だったのか振り返るために、ケアパス概念図と連携シートがとても役に立ちました。振り返りだけでなく、事前に見通すためにも水先案内として、このシステムは役立ちます。

[illegible]



認知症ケアパス連携シート①

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		性別		住所	
氏 名	(満 歳)	☐ 男 ☐ 女			
生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日	電話	- -		

かかりつけ医		連絡先	
その他の受診		認知症専門医	
		薬局	
		訪問看護等	

●既往歴	●認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況
●認知症に関する病歴・主な症状（病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい）	
●身体所見（身長 cm / 体重 kg） ☐ 歩行障害（ ☐ 片麻痺 ☐ パーキンソン症状 ☐ その他 ） ☐ 失語 ☐ 難聴 ☐ 視力障害 〈その他の主な身体所見〉	
検査所見	
●認知機能検査（HDS-R、MMSE等）	●頭部画像検査（CT、MRI等）
●行動・心理症候（BPSD）の状況 ☐ 特になし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 興奮 ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 無為 ☐ その他（ ） 〈経過・特記事項〉	
●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 ☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M
●使用中の薬剤	●薬剤に関する留意事項



認知症ケアパス連携シート②

記入日：平成 年 月 日

【同居】家族情報（キーパーソンには◎）			●関係図（同居は丸で囲む。死亡は黒塗りで示す）
氏名	続柄	特記事項	
【非同居】家族情報			●家族に関する特記事項
氏名	続柄	特記事項・居住地	
●経済状況			●家族に対して必要な支援
●家屋・住居周辺に関する状況			●地域住民・インフォーマル資源

介護関連情報			
要介護	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
認定日	平成 年 月	特記事項	
担当者名 (ケアマネジャー等)		事業所名	
		連絡先	
●利用している介護サービス			
●特記事項・変更			
●日常生活動作（ADL・IADL等）の状況 （ 年 月）			
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	調 理	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
歩 行	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	買い物	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
着替え	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	銀 行	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
整 容	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	公共交通	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
トイレ	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	テレビ	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	新 聞	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
洗 濯	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	電 話	☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
●コメント			



認知症ケアパス連携シート③

記入日：平成 年 月 日

●生活歴		●1日の主な過ごし方	
●性格、趣味、好み、大切にしてきたもの		●家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流	
●現在の望み		あなた自身の写真か、あなたの望みを表すような写真をここに貼って下さい。	

意思確認（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 ☒ 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 ☐ 子どもや親族と同居あるいは近くに引越し過ごしたい ☐ 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 ☒ しなくても構いません） 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・介護施設で最後を迎えたい ☐ 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）
●介護や住まい、医療に関する家族の気持ち
●後見制度利用 ☐ あり ☐ 考慮中 ☐ なし 備考（ ）
●その他、特記事項など



認知症ケアパス連携シート④

記入日：平成 年 月 日

ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針

●ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？

●本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？

●ケアパス連携シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？
もし、ある場合は、そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。

- ☐ 独居 ☐ 老々世帯 ☐ 地域からの孤立 ☐ 認知症に関する家族などの理解不足
 - ☐ 経済的問題・貧困 ☐ 家族・同居者の精神疾患・うつ ☐ 激しいBPSD
 - ☐ 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在 ☐ 介護サービスへの拒否
 - ☐ 適切な支援・介護サービスの不在 ☐ 若年性認知症 ☐ 医師・介護職など周囲の専門職の無理解
 - ☐ キーパーソンの不在 ☐ 医療依存度の高い身体合併症（注：身体合併症は急に現れる場合があります）
 - ☐ その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載下さい。
- 〈記載事項・特記事項〉

●逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？

●ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず使えそうな資源はあるでしょうか？

●総合的に考えて、ケアパス連携シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？



認知症ケアパス連携シート⑤

追記欄〈記載事項・特記事項〉

(大きな動きがあったときに、日付と内容を記入して下さい)

3

認知症ケアパス連携シート ～記入例～



認知症ケアパス連携シート① 記入例

記入日：平成 27 年 10 月 日

ふりがな	きょうと たろう	性別	住所 京都市〇区△町
氏 名	京都 太郎 (満 78 歳)	☒ 男 ☐ 女	
生年月日	(明治・大正・昭和) 12年 5月 日	電話	- -

かかりつけ医	〇〇 〇〇	連絡先	B 医院
その他の受診		認知症専門医	A 医院 (定期通院はなし)
		薬局	C 薬局
		訪問看護等	

●既往歴

大腸がん術後 (平成20年)
 白内障術後 (平成22年)

●認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況

高血圧 内服にて125/70程度で良好
 過活動性膀胱 夜間尿2回程度
 高尿酸血症

●認知症に関する病歴・主な症状 (病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい)

平成24年頃から同じことを何度も尋ねる、法事の日程を家族に伝え忘れるなど物忘れが目立つようになり、囲碁クラブにも通わなくなっていた。かかりつけ医に相談したところ、平成25年6月、専門医 (A 医院) を紹介され受診し、初期のアルツハイマー型認知症と診断を受け、その後、かかりつけ医にて抗認知症薬の処方を受けている。

●身体所見 (身長 166 cm / 体重 66 kg)

☐ 歩行障害 (☐ 片麻痺 ☐ パーキンソン症状 ☐ その他) ☐ 失語 ☐ 難聴 ☐ 視力障害
 〈その他の主な身体所見〉
 特になし

検査所見

●認知機能検査 (HDS-R、MMSE 等)

HDS-R 18点 (平成25年6月)

●頭部画像検査 (CT、MRI 等)

頭部MRI を平成25年7月に実施。軽度の海馬萎縮を認めた。

●行動・心理症候 (BPSD) の状況

☐ 特になし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☒ 興奮 ☒ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗
☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ 抑うつ ☐ 不安 ☐ 無為 ☐ その他 ()

〈経過・特記事項〉

平成26年7月ごろから、妻が入浴を促す際にひどく怒ることがある。また、テレビを見ているときなどに散歩を促すと、コーヒーカップを投げそうになることがあるとのこと。

●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

☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☒ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M

●使用中の薬剤

アムロジピン 5mg 1錠 分1朝後
 ドネペジル 5mg 1錠 分1朝後
 ソリフェナシン 5mg 1錠 分1夕後

●薬剤に関する留意事項

薬剤アレルギーは特になし。
 薬の飲み忘れがあるため、妻が服薬管理を行っている。



認知症ケアパス連携シート② 記入例

記入日：平成 27 年 10 月 日

【同居】家族情報（キーパーソンには◎）			●関係図（同居は丸等で囲む。死亡は黒塗りで示す）
氏名	続柄	特記事項	
京都 花子	妻	関節リウマチあり	
京都 一郎	長男	仕事で留守がち	
【非同居】家族情報			●家族に関する特記事項 妻はリウマチ治療中であるが、近所のスーパーに買い物に行くことはなんとかできている。長男は仕事が忙しく、夜も遅く出張なども多い。次男は妻、孫とともに2ヶ月に1回程度は本人の家に来ている。
氏名	続柄	特記事項・居住地	
京都 次郎	次男	大阪市在住	
●経済状況 厚生年金			●家族に対して必要な支援 妻は自分自身の通院、家事などもあり、認知症の理解も不十分。長男も仕事に忙しく、次男も接する時間が多いとは言えず、キーパーソンと言える家族がいない。
●家屋・住居周辺に関する状況 マンションの5階 エレベーターあり。 住宅地で、最寄りのバス停もマンションから5分程度			

介護関連情報			
要介護	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☒ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		
認定日	平成 27 年 1 月	特記事項	
担当者名 (ケアマネジャー等)	鴨川 陽子	事業所名	大文字居宅支援事業所
●利用している介護サービス 本人は1回だけデイサービスに行ったが、その後は通うことを拒否している。		連絡先	
●特記事項・変更			
●日常生活動作（ADL・IADL等）の状況 （ 27 年 1 月）			
食 事／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	調 理／ ☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	買 物／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	銀 行／ ☐ 自立 ☒ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
歩 行／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可		公 共 交 通／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	テ レ ビ／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
着 替 え／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可		新 聞／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可	電 話／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可
整 容／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可			
ト イ レ／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可			
入 浴／ ☒ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可			
洗 濯／ ☐ 自立 ☐ 一部介助・支援 ☐ 全介助・不可			
●コメント 洗濯、調理はもともとほとんどしていなかったが、買い物は妻とともに出かけることも多い。最近まで通帳管理も行っていたが、通帳を無くして再発行することがあった。			



認知症ケアパス連携シート③ 記入例

記入日：平成 27 年 10 月 日

●生活歴 D県の生まれで家業は農家であった。5人きょうだいの2番目で、他の4人のきょうだいは現在もD県に在住。高校卒業後にK市のデパートに勤務。以来、K市在住。昭和35年、結婚し、2人の息子がいる。長男は独身で商社勤務、次男は結婚し2人の子供がいる。本人は60歳まで働き退職。退職後は囲碁クラブに参加し、週2回程度通っていた。また、妻とともに1年に2回程度は温泉にも出かけていたが、最近5年ぐらいいは出かけていない。	●1日の主な過ごし方 朝8時頃に起き、朝食後は新聞・テレビを見て過ごすことが多い。昼食後に1時間ほど散歩に出かけるが、その後はテレビなど見て過ごし、午後遅くに妻とともに買い物に行く。夕食後もテレビを見て、22時頃就寝。
●性格、趣味、好み、大切にしてきたもの 性格は几帳面。 趣味は囲碁、魚釣り。	●家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流 妻のリウマチもあり、買い物には積極的にかかわっているが、それ以外の家事はほとんどしてない。近隣との交流は、囲碁クラブに参加する程度。きょうだいの仲は良く、正月と秋に毎年集まっている
●現在の望み できれば、魚釣り、温泉旅行に行きたいと思っている。	あなた自身の写真か、あなたの望みを表すような写真をここに貼って下さい。

意思確認（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 ☒ 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 ☐ 子どもや親族と同居あるいは近くに引越し過ごしたい ☐ その他 （その他、特記事項など） 妻：自分の病気のこともあるので、本人の症状が進行することに不安がある。
●将来、どのような医療を受けたいか（今は ☒ しなくても構いません） 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・介護施設で最後を迎えたい ☐ 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）
●介護や住まい、医療に関する家族の気持ち
●後見制度利用 ☐ あり ☐ 考慮中 ☐ なし 備考（ ）
●その他、特記事項など



認知症ケアパス連携シート④ 記入例

記入日：平成 27 年 10 月 日

ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針

●ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？

医療、介護に関する将来的なことについては、まだそのようなことを話し合う関係性が不十分のため確認していない。

●本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？

魚釣り、温泉旅行に行きたいという本人の願いと、介護保険のサービス利用にギャップがある。妻も認知症への理解が不十分なのと、自身の体力的な問題で、本人への支援を行う余裕がない。

●ケアパス連携シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？

もし、ある場合は、そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。

- ☐ 独居 ☐ 老々世帯 ☐ 地域からの孤立 ☒ 認知症に関する家族などの理解不足
☐ 経済的問題・貧困 ☐ 家族・同居者の精神疾患・うつ ☐ 激しいBPSD
☒ 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在 ☒ 介護サービスへの拒否
☒ 適切な支援・介護サービスの不在 ☐ 若年性認知症 ☐ 医師・介護職など周囲の専門職の無理解
☒ キーパーソンの不在 ☐ 医療依存度の高い身体合併症（注：身体合併症は急に現れる場合があります）
☐ その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載下さい。

〈記載事項・特記事項〉

地域からの孤立とは言えないが、マンション内での交流が少ないこと、同居の長男の関わりが少ないことなども考えると、老々世帯、地域からの孤立なども相当するとも言え、地域からの排除のリスクは少なくない。

●逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？

家庭内での日常生活動作は保たれ、リウマチを患う妻を手伝って必要なことをしようという気持ちがみられること。囲碁、釣り、温泉旅行など自分の趣味などについては、楽しく話をして他者と交流ができること。

●ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず使えそうな資源はあるでしょうか？

認知症の初期状態で、日常生活動作も保たれているので、認知症カフェなどに参加して、共通の趣味などについて気楽に話をすることは可能かもしれない。また、妻の認知症理解のためにも家族会や認知症カフェなどは有効な可能性がある。

●総合的に考えて、ケアパス連携シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？

目下のところ、本人の易怒性も激しくはないが、妻の負担感が強まると、よけいに悪循環に陥る可能性が考えられる。長男次男の理解の様子を把握したり、直接思いや考えも聞き、家族としての支援体制を見守るとともに、専門職としてもどのような支援を行えるか、連携を行いつつ検討が必要。

マンションの自治会や囲碁クラブで認知症サポーター講座やケアパス講座、オレンジつながり手帳の講座を行うことを、地域包括支援センターもしくは社会福祉協議会などとも相談し、検討することが、間接的ではあるかもしれないが、本人・家族の支援につながるかもしれない。



認知症ケアパス連携シート⑤ 記入例

追記欄〈記載事項・特記事項〉

(大きな動きがあったときに、日付と内容を記入して下さい)

●デイサービスに参加 平成28年4月～

・新たな動き(家族会、認知症カフェなどへの参加、あるいは、デイサービスへの参加)などあれば記載します。

●肺炎で入院し、せん妄があったが、10日で治癒退院 平成28年11月

・肺炎で入院し、せん妄状態があったとか、そのときの対応などあれば記載します。

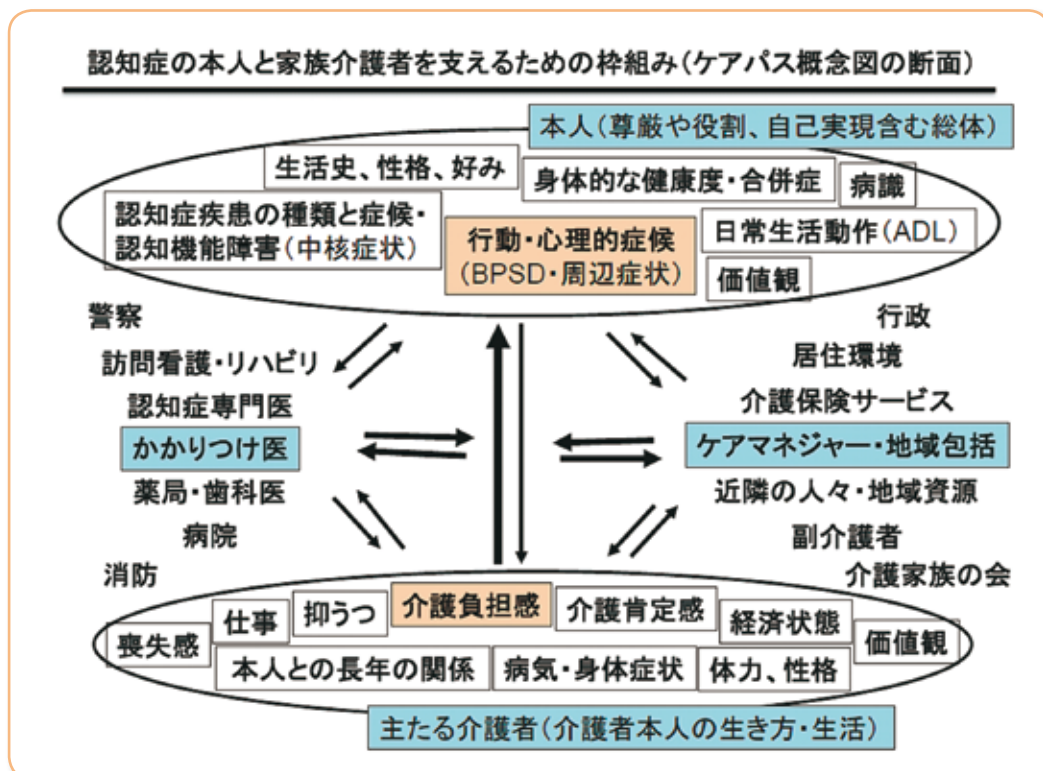
●せん妄をきっかけに長男次男とも話し合い 平成28年12月

・長男次男などとの話し合いなどが行われ、妻の負担感の様子に変化が見られる場合などその経過や所見を記載します。

●介護サービス、服薬調整についてケアマネジャーとかかりつけ医が相談 平成29年2月

・ケアマネジャー等がかかりつけ医や専門医と話し合いを行った場合、あるいは医師がケアマネジャーと話し合い・連絡を行った場合はその内容を記載します。

■追記欄は必要に応じてページを追加しても構いませんが、2年で1～2枚におさめるぐらいのつもりで、大きな流れに関することを記載しましょう。



上の図のように認知症のケアにおいては多くの要因が関係しており、その主な状況が、認知症ケアパス連携シートには記入されます。

A. 主に本人に関連する要因

- ①認知症に関すること：認知症疾患の種類、症状・症候、認知機能障害の様子、行動・心理的症候(BPSD)の様子、病識
- ②認知症以外の身体的なこと：認知症以外の病気(合併症)、健康度・体力、日常生活動作の様子
- ③本人らしさに関係すること：生活史、性格、好み、価値観、望み、他の人との関係や担ってきた役割

B. 主に家族に関連する要因

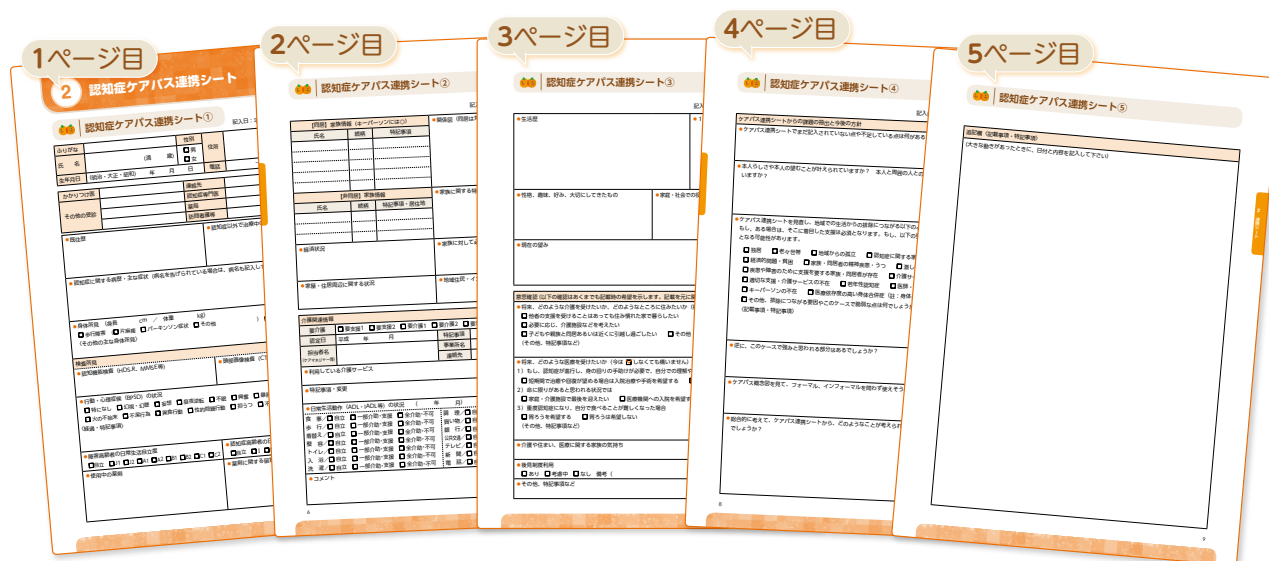
- ①家族として基本的なことや家族自身の状況：本人との長年の関係、家族自身の仕事、家族の体力・持病・性格・価値観
- ②本人が認知症になることで生じてくる状況：介護負担感、抑うつ、喪失感、介護肯定感

C. その他のインフォーマル(制度外)資源の要因

- ①副介護者(同居、非同居にかかわらず主たる介護者とともに本人を支援する人)の有無・存在
- ②近隣・地域の人々との支え合い、地域の組織、患者・家族の組織

D. 医療保険や介護保険あるいはその他の住民生活を支援する地域資源

！それぞれのページの意味



1 ページ目 ●主に医療の情報

2 ページ目 ●家族、地域、介護保険などを通じた本人の生活を支援する人々の情報

3 ページ目 ●本人らしさの情報

4 ページ目 ●情報全体を俯瞰し、支援するために必要なことを整理する

5 ページ目 ●シート全体を書き換えるほどではないが、追加的に記載しておく事項を記入する

※それぞれのページの項目からどのようなことをどのように読み取るかは第6章に記載しています。

！なぜこのような情報量なのか

このような多くの側面が認知症の症状の成り立ちや認知症の人の支援に大事であることは、認知症ケアで有名なパーソンセンタードケアの理念の中にも説かれていますし、高齢者の生活の質を高めるための基本的な考え方でもある高齢者総合的機能評価法や心理学における人間としての尊厳や自己実現を希求する階層性の中でも、このような多要因の成り立ちを理解することが重要と考えられています。

一方、生活史も含むその人らしさ、また、認知症としての病歴など、情報部分の3ページでは不十分という意見もあるでしょうが、情報量が多くなりすぎると、限られた時間の中での把握が難しくなります。例えば急に入院するときなど、かかりつけ医でもなく専門医でもない医師の診察を受けたり、入院したときに病棟の看護師に話をするとき、認知症という多くの要因が絡む疾患を理解してもらう必要が生じたとき、連携シートやオレンジつながり手帳の内容を見せることで、理解が得られやすくなります。また、この連携シートに含まれる内容とその読み取りが、共通言語として教育されていれば、誰もが必要なことを理解していることに通じます。

ケアパス連携シート①の書き方

- 医師が記入する場合、略語は避け、市民、介護専門職などにわかりやすい言葉で記載するように努めて下さい。
- ケアマネジャー等が記載する場合、可能であれば担当医に連絡し、確認あるいは記入してもらって下さい。しかし、大部分の項目は以下の記載あるいは、本人・家族がオレンジつながり手帳に記載した内容やお薬手帳から記載することも可能です。また主治医意見書を入手可能な場合は、それも参照して下さい。

■ 既往歴 ■

既に治癒・治療終了しているものについて記入して下さい。後遺障害などが残っている場合はその旨を記載して下さい（例：60歳 大腸がん 人工肛門あり、72歳 脳梗塞 左片麻痺など）

■ 認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況 ■

認知症以外で現在、通院あるいは治療を継続しているものについて、記入して下さい。生活上特に支援が必要な事項や管理状況が重要なものについてはデータなど記入して下さい（例：糖尿病 インスリン治療あり HbA1c 8台）

■ 認知症に関する病歴・主な症状 ■

- 巻末の「もの忘れ連絡シート」およびオレンジつながり手帳に記載されている認知症の症状および日常生活動作など資料から主だったものを可能であれば複数項目について、発現した時期とともに記載して下さい。はじめて気がついた症状、その後の主な症状とその時期だけでも確認して記入して下さい（記載例参照）。
- 病院で診断を受け、診断名が分かっている場合は、記載の中に含めて下さい（記載例参照）。受診経過が分かる場合は、それも記入して下さい。

■ 身体所見 ■

- 日常生活動作やコミュニケーションに影響がある身体所見については認知症との関係を問わず記入して下さい。その程度についても可能な範囲記載して下さい。

■ 検査所見 ■

- 認知機能検査、頭部画像診断については医師から情報提供を受けることが可能であれば理想的ですが、本人・家族に確認し、実施したことがあるか、ある場合は実施時期だけでも確認して下さい。オレンジつながり手帳にも記載を促しています。

■ 行動・心理症候（BPSD）の状況 ■

- 「特になし」も設けていますので、何も該当しない場合は「特になし」を選んで下さい。
- 最近の経過や治療、介護環境の調整などあれば、経過・特記事項に記入して下さい。
- 過去にあり、現在は軽快している症状でも、特記すべき点は記入して下さい。

■ 使用中の薬剤 ■ ■ 薬剤に関する留意事項 ■

- 服薬管理の状況については留意事項に記載して下さい。

例：配偶者が管理、服薬カレンダー利用、服薬拒否強い、コンプライアンス極めて不良など。

ケアパス連携シート②の書き方

■この2ページ目は、少しの見守り～十分な支援が必要など、誰がその見守りや支援の役割を担うのか、多角的に考える上で大事なシートです。その観点から記載・読み取りをするようにして下さい。

■ 家族情報・家屋や地域の情報 ■

- 同居、非同居にわけて欄の項目に従って記載して下さい。非同居の場合は、本人の家との距離がある程度推測可能な形で記入して下さい。記載欄が不足する場合は、近くの欄を使用して記載して下さい（例えば、本人が独居の場合は、非同居とわかるように同居欄のスペースを使って記載するなど）。
- 氏名の横の特記事項には、家族自身が要介護であるとか、勤務しているなどの状況を記載し、この欄ではスペース的に記載できない場合や、家族の全体的なことは、「関係図」の下「家族に関する特記事項」に記載して下さい。
- 関係図には2親等程度まで記載可能な範囲で記入して下さい。
- 認知症では、家庭外・社会に現れる以上に家族に介護負担、介護困難などが生じている場合があります。家族にも精神疾患がある場合や老々世帯、介護離職の危機など「家族に対して必要な支援」も記入して下さい。
- 経済状況についても「国民年金」「特に現状では問題なし」「困窮している」などと簡潔でも構いませんので可能な範囲で記入して下さい。スペースが余る場合は、近くの欄の事項でスペースが足りない分を記載しても構いません。
- 家屋・住居については、集合住宅の4階とか、エレベーターの有無、家の前の通行状況などを記載して下さい。
- 地域住民・インフォーマル資源については、民生委員・町内会との関係、商店街や買い物支援、その他の地域活動との関係などを記載して下さい。

■ 介護関連情報 ■

- 最近のサービス利用の変更などがあった場合や過去のこと、希望などで特記すべき点があれば、特記事項・変更欄に記載して下さい。

■ 日常生活動作（ADL・IADL等）の状況 ■

- 左の欄には主に基本的日常生活動作、右の欄には手段的日常生活動作、趣味・交流に関する動作が配置されています。服薬については1ページ目に記入して下さい。
- 見守り・促し・自助具使用等で可能な場合は、一部介助・支援にチェックして下さい。
- 調理など自分ではもともと行っていなかった活動の場合は、チェックをつけず白のままとして下さい。
- テレビ視聴と新聞購読は知的・趣味的な活動の中で、多くの高齢者が生活の一部として日頃行っている活動です。テレビの場合は、自分で番組を選んで見ている場合が自立となります。新聞も自分で手にとって見ている場合が自立となります。
- 電話については、1ヶ所でも自ら必要に応じてかけたり、受信することが可能な場合は自立として下さい。

ケアパス連携シート③の書き方

■ 3 ページ目の記載については、オレンジつながり手帳も参考にして下さい。可能な範囲、本人・家族と、手帳に記載された内容についてよく話し合ってみて下さい。

■ 生活史 ■

生活史を聞き取り、記載することはとても大事なことです。しかし、たくさん話したい場合もあれば、話したくないこと、話せないときや関係性が熟していない場合があることも考えられます。可能な範囲で、一般的な生活歴的なことを記載して下さい。オレンジつながり手帳に本人・家族が記載したことを転記したり、聞き取る中で感じたことに少し力点を置いて書きましょう。記入欄の大きさからしても多くを書くことはできませんが、履歴的なことだけでも、ケアを受ける人とケアをする人との関係に豊かな色彩が加わる可能性はあります。

- 生活史に記載する一般的な事項は、①出身地、②きょうだい、③卒業した学校、④職業経験、⑤結婚や子供のこと、⑥転居やその他の特記すべきライフイベントなどです。
- 卒業した学校や就職などについて、例として高校の場合、学校名はなく高校だけでも構いませんが、工業高校などと記載すると、その人の得意なことなどが浮かび上がりやすいものです。
- 学校、就職、結婚などが記載しにくい場合は、10代の頃、20代の頃、30代の頃、あるいは子供の頃、若いとき、少し年を取ったときなどと年代順に聞くことも一つの方法です。
- 病気の診断や経過などは、生活史には記載しないか、生活に大きな影響を与えたことのみを簡潔に記入して下さい。その他は1 ページ目の医療情報の欄に記載して下さい。

■ 1 日の過ごし方 ■

病気のことや困り事を考えたとき、課題となることがいろいろと出てきますが、1 日24時間、平均的な人が睡眠している5～9時間以外の時間、それぞれの暮らしがあります。課題として浮かび上がる以外の時間の過ごし方を知ることとても大事なことです。

■ 性格、趣味、好み、大切にしてきたもの ■

この欄を詳細に書くと、スペースが足りませんので、オレンジつながり手帳などを通じて、本人・家族とも話し合って記載することが大切です。しかし、最も基本になることだけでもここに記載して下さい。過去に行っていた趣味なども含めて下さい。

■ 家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流 ■

現在のものだけでなく、わかる範囲で、その人の担ってきた役割や交友関係の様子を（過去の最も役割・関係の多かった時期のことをできるだけ含めて）記載して下さい。

■ 現在の望み ■

その人が口にする言葉をできるだけ聞き取って記載して下さい。ただし、認知症が進んでくると、その時々望みだけになる場合も多いので、周囲の人の話から推定したり、生活史などの中から考えて記載する場合もあります。

■ 意思確認 ■

まったく同じ項目がオレンジつながり手帳にもあります。本人・家族と話し合って記載して下さい。

ケアパス連携シート④、⑤については、オレンジつながり手帳や記入例も参考に記載して下さい。



オレンジつながり手帳とケアパス連携シートとの関係

オレンジつながり手帳は、本人や家族が自分で記載するノートです。

ケアパス連携シートは認知症の医療とケアに関わる多職種等が記載事項の関連性も含めて短時間で把握しやすいように5ページのシートとして集約されていますが、それぞれの項目はオレンジつながり手帳と共通であり、完全に相互互換性を持っています。

ケアパス連携シートは医療・介護専門職が病気としての認知症やその他の合併症の状況などを把握しやすくするため、以下のような順に配置されています。

医療の情報（1枚目）⇒ 支援する人の情報（2枚目）⇒ 本人らしさの情報（3枚目）

一方で、オレンジつながり手帳は、認知症を生きる本人・家族の視点を重視した記載順序となっています。

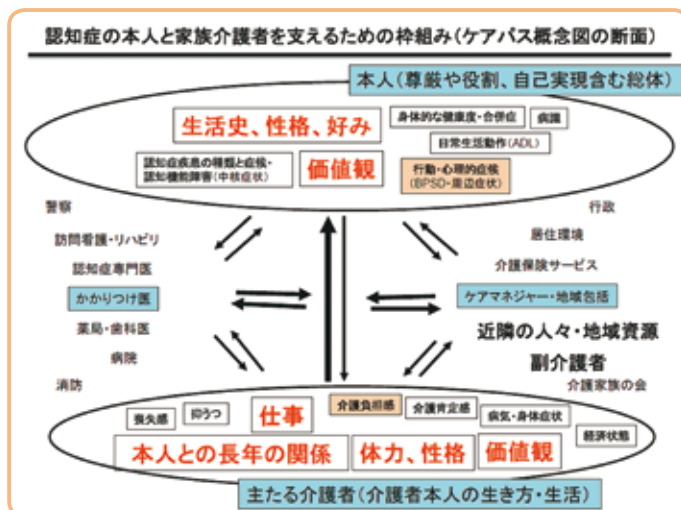
- 本人の生きる地域、ともに生きる家族、本人と家族の過ごしてきた道筋（年表）
- 日々の暮らし、好み、価値観など
- 体力、これまでの病気、飲み薬、認知症のこと
- 介護のこと、家族の考え、地域の資源

記載の順序は違いますが、相互互換性を持っているため、本人・家族と専門職が、それぞれ補い合うと、情報が豊かになると思われますし、オレンジつながり手帳と連携シートをもとに話し合うプロセスの中で、相互の理解も深まることが期待されます。オレンジつながり手帳を見ることで、ケアパス連携シートの記載内容や記載の意味がよりわかりやすくなるでしょう。

しかし、状況により、認知症ケアパス連携シートだけを暫定的に記載することも可能ですし、本人や家族がオレンジつながり手帳を最初に記載することも可能です。



医療・介護職などが関わるためにそれらの情報のウェイトが大きいのに見えますが、オレンジつながり手帳でもケアパス連携シートでも本来はその人や家族の人生が中心です。



その1

▶ 日々のケアや診療の中でそれぞれの人について焦点をあてるところを常に意識する

認知症ケアパス連携シートは、他の職種や当事者と話をするときだけでなく、まずは専門職が日々のケアや診療を考えると、見直すときに、日常的に用いることができます。認知症の人や家族の様子、介護職員の関わりなどは日々変化もしていますが、その骨格となる部分は、連携シートに記載されています。

● 例えば、ケアマネジャー（介護支援専門員）の場合、

- ・ ケアプランを立てるとき
- ・ ケアプランの変更を考えると
- ・ 介護サービスだけで支援できない面を家族や地域の人々の支援で補うことは可能か？
- ・ その人の生活歴や地域での役割、趣味、性格などから考えて、どのようなデイサービスを選ぶことが適当か？ あるいはどのようなヘルパーを派遣することが適当か？ あるいは、通所するよりも訪問リハビリなどを利用するほうが良いのか？ などと考えるとき

● 施設の介護職や相談員にとっても、その人と家族のかかわり、その人の生活史や性格、その人の意思、あるいは身体的な合併症や服用している薬のことなどを見直して日々のケアにつなげることができます。

● 医師にとっても、かかりつけ医の場合、認知症専門医の場合、それぞれの立場で特に注目する項目には異なる点もあるでしょうが、日々の診療の中で、認知症の人とその家族を支援するための視点が多数にのぼる中で、重要なポイントを見直したり、それぞれの人の診療の中で焦点をあてるところを常に意識することに役立ちます。

- ・ 例えば、認知症の人の処方を調整するとき、この人はもともとどんな人柄だったのか、朝から晩までの生活のサイクルはどうだったか、介護サービス利用を先にアレンジするほうが大事なのではないかなど

● 看護師や薬剤師、リハビリスタッフなどでも同じです。

日々の支援を行う場合のケアに大切なポイントを確認するときに役立ちます。





その2

- ▶ 認知症かなと思ったとき、オレンジつながり手帳をもとに本人・家族が起点となる場合など
- ▶ 地域包括支援センターや家族会、カフェなど診断前に相談窓口が起点となる場合も含む

- 地域の人々が、認知症に備えて、自分の病気のこと、これまでの生活のことを整理しておこうという目的で作成することもできるのが、オレンジつながり手帳です。いざ、自分や自分の家族が認知症の症状が出てきたかなと思ったとき、オレンジつながり手帳を持って、地域包括支援センターや医療機関に行くと、必要事項を認知症ケアパス連携シートに移し替えることになります。ここで、オレンジつながり手帳と連携シートが相互互換性を持ち、同じ項目で成り立っていることが意味を持ちます。
- この移し換えに際して、本人や家族、医療・介護等の専門職が、コミュニケーションを行うことで、認知症と上手につきあっていくときに大事な項目を認識することができます。お互いに必要な情報交換を行うこともできます。
- なぜ日常生活動作のことを確認するのか、なぜ趣味や社会での役割を振り返るのか、介護保険サービスのことを記入する項目があるのはなぜかなどです。
- 専門職は本人・家族に対して、その意味を伝えることが啓発や早い段階での支援につながりますし、本人・家族にとっては学びになると同時に、心構えや体制づくりに通じます。
- 地域包括支援センターなどで、地域で気になる人がいる場合は、オレンジつながり手帳を使って民生委員や地域ケア会議などで相談することも共通理解に大切です。初期集中支援チームの活動にも連携シートと手帳の利用は有用と思われます。



その3

▶ 医療とケアの連携 ①

ケアが起点の場合（ケアの立場から医師への連携）

- 日々のケアの中で、
 - ① 医療情報がまだ把握できていないとき（特に地域包括支援センターなど）
 - ② ケアを行っていく上で、医療情報が不十分だと感じたとき
 - ③ ケアの情報を医師・医療に届けておくのが望ましいと思われたときなど
 - ④ 特にケアを利用している人が身体合併症などで入院が必要なときなど、入院を受け持つ医師・看護師に日々の暮らしの情報を伝えることは大切です。

必要に応じ、認知症ケアパス連携シートにフェイスシートによるメッセージをつけて、医師・医療機関と連携しましょう。
- 具体的には、以下のような文言を添えて尋ねると良いでしょう。

「病歴、合併症の状況など貴院で把握されておられる内容につき、ご教示下さい」

「ケアパス連携シートの内容について、ご確認いただくとともに不十分な点などありましたらご教示下さい。あわせて現在のケアプランについてのご意見もいただければと存じます」
- 医療機関のほうで、これらの点を確認し、特にコメント、追加などない場合は、添付の返信用紙に、チェックあるいは簡単なコメントを記載して返信（郵送またはFAX）、医療的に一定の内容の返信を行う場合は診療情報提供書として記載して返信（この場合、本人・家族に診療情報提供料が発生すること・したことを通知する）します。
- 医師・医療機関のほうでも、ケアパス連携シートの内容を把握していることは大事ですので、このシートのやり取りを通じて、本人・家族を支援する輪が広がっていくはずです。
- できるだけ、本人・家族にも了解を得て、連携シートをやり取りすることが望ましいですし、可能な場合は、オレンジつながり手帳を使って（まだお持ちでない場合は手渡しましょう）、本人・家族にもシートの内容を伝えつつ、やり取りをしましょう（場面その2参照）。



その4

▶ 医療とケアの連携 ②

医療が起点の場合（医師などからケアへの連携）

- ・ もの忘れ外来などで診断したとき
- ・ 診断後に介護保険を利用するとき
- ・ 診断後に家族会等を紹介するとき

● 認知症の医療を行っていく上で、ケアとの連携が必要な場合が様々な形であります。医師のほうから積極的に必要と考えない場合でも、本人・家族が必要としている場合、ケアマネジャー等が必要としている場合もあります。また、本人・家族がケア利用の備えとしてケアパス連携シートあるいはその前段階としてオレンジつながり手帳を使う場合もあります。

● 具体的には以下のような場面です。

- ① かかりつけ医・専門外来などで認知症の診断を行った場合、本人・家族への助言として
- ② 介護保険の利用はまだ早いと思われる場合も家族会、認知症カフェ、地域包括支援センターなどと相談を開始するとき、医師から本人・家族にオレンジつながり手帳やケアパス連携シートの使用について助言します
- ③ 介護保険利用に際して、ケアマネジャーなどに医療情報を伝えるとき

● 医師自身あるいは病院として、認知症の本人やその家族を支援するためにどのような知識・情報が必要なのか、ケアマネジャーや施設の相談員がどのようなことを考え、本人や家族を支援しているのか、共通認識を持つ上でもケアパス連携シートやオレンジつながり手帳は役割を発揮します。



その5

▶ ひきつぎ・連携 ① ケア専門職どうし

- ・ 地域包括から居宅のケアマネジャー
- ・ 居宅から施設や小規模多機能
- ・ ケアマネジャーとヘルパー・デイなど

● 認知症の経過の中で、当初の相談時や要支援のときは地域包括支援センターが、その後、要介護の認定を受けたときは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当になったり、在宅生活から施設に入所する場合など、ケアの立場どうしでひきつぎを行います。また、ケアマネジャーとヘルパー、デイのスタッフが日頃のケアを相談するときなど、ケアパス連携シートの考え方が役に立ちます。

- ① 地域包括支援センター ⇒ ケアマネジャー
- ② ケアマネジャー ⇒ 地域包括支援センター（相談をするときなど）
- ③ 在宅のケアマネジャー ⇒ 地域密着型あるいは老健・特養などの施設のケアマネジャー
- ④ ケアマネジャー ⇔ ヘルパー事業所、デイサービス相談員



MEMO いつのタイミングで、どのように本人・家族から話を聞くか
～情報を聞く姿勢、この冊子を使う姿勢について～

暮らしのことや、これまでの生活のことについて話を聞くとき、まずは信頼関係が第一です。認知症の人やその家族に向き合うときも、なぜこの冊子を使うのか、なぜそのようなことを聞くのかを専門職は十分に知っておくことが大事です（認知症が専門ではなくても、一通りの教育は受けること）。この冊子などを通じて、なぜこのような情報を持つことが大事なのかを知ること、相手にもそれを聞かれることの意味が伝わるでしょう。専門職のためではなく、本人・家族のためのシート・冊子になっているのか、常に振り返るようにしましょう。

あるときにはシートの中の情報すべてを聞き取ることが難しいこともあるでしょうが、そのようなときは、時期が来るのを待ちましょう。

話をするとき、できないこと、困ったことに集中しがちですが、本人・家族の強みや成熟した側面も見出し、もし見えにくくなっていたとしても、その人の健康的なことに光をあてて理解しようとする姿勢がとても大切です。

その6

▶ ひきつぎ・連携 ② 医療どうし

- ・ かかりつけ医から専門医
- ・ 専門医からかかりつけ医
- ・ ある診療科から別の診療科へ
- ・ BPSD 入院の際に
- ・ 精神科病棟などからの退院の際に

● 認知症の診療や、認知症以外の病気を診ていく中で、医師どうし、医療機関どうしの連携も重要です。そのときに本人・家族の主体性を上手に伝えていくことも大切です。

● 例えば以下のような場合、連携シートも伴って連携を行うと良いでしょう。本人・家族のためにも、そして、医師・医療機関のあいだでも複雑な情報を要領よく伝えていくために威力を発揮します。

① かかりつけ医から認知症専門医の外来へ

日頃の様子を伝えるのに役立ちますし、もし専門医に項目を記入してもらいたい場合などは、そこを明記して診療情報をやり取りすると良いでしょう。

② 認知症専門医の外来からかかりつけ医へ

専門医療機関で把握している情報をひきつぐときに、また、今後のフォローアップを依頼したりする場合に役立ちます。医師どうしのやり取りの中で不足している情報があれば、場面その3、4を参考に、ケアとの連携も行いましょう。

③ かかりつけ医あるいは認知症専門医からその他の医療機関へ（身体合併症のときなど）

身体合併症での治療が必要になったときなど、認知症の状況を伝えたり、本人を支援している人達の状況を伝えておくことは大切です。

④ BPSDでの入院や、BPSDで精神科病院に入院していて退院する場合など

このようなときにも、連携シートの情報は本人や家族を支える基本的な情報として大切です。また、このようなときは、ケアを担当する専門職や本人・家族とも連携シートの全体像を考えながら、十分に話し合いましょう。



6

認知症ケアパス連携シートから診療・ケア・連携に大切なポイントを見出し検討する

認知症の場合、様々な要因が複雑に絡んでいるので、得た情報から薬や支援が必要か、必要な場合、どのような支援が望ましいか、難しいところがあります。しかし、認知症の人の数は多く、少しでも多くの人が名人芸に頼ることなく、より良い支援を理解して行うことが大事です。



認知症ケアパス連携シートを見ると、以下の7つが読み取れます。①～③は、認知症による関係性の悪化を招く要因やその状態、④～⑦は逆に、その人や家族の強みと読み取ることができます。

① 認知症の人を支援する中で、環境的に難しい要因の有無やその程度（環境要因）

- ケアパス連携シート4ページ目の地域での生活からの排除につながるような要因など

② 認知症の人への支援が不十分なことが関係して起こっている本人の様子・本人の状態（この中には、疾患そのものが大きな要因になっている場合もありますが、環境や周囲との関係性が大きな要因になっている場合もあります）

- 認知症の人の行動・心理症候（医療のページ）
- 病歴や生活史、1日の暮らしの中などで、本人の状態から見て適切でない環境にいることや周囲の人と良好な関係が結べていないこと
- 本来果たすことが可能な役割を担えていなかったり、低い活動状況にあること

③ 認知症の人や家族への支援が不十分なことが関係して起こっている家族の様子（家族の状態）

- 介護のために自分の時間を取ることができない、ストレスがあるなどの介護負担感
- 抑うつ的である ■ ストレスなどが関係して体調が優れない
- 家族どうしの方向性が定まらないことなど

④ ①とは反対の方向の環境要因。 ■ 例えば家族や地域の望ましい協力関係などです。

⑤ 本人の発揮できる能力が示されていること

- 例えば、本来の趣味を継続していたり、社会の中での役割を果たしていることなど
- ・ そのような可能性があるということを認識していることが大事です。

⑥ 家族にも介護肯定感が見られる

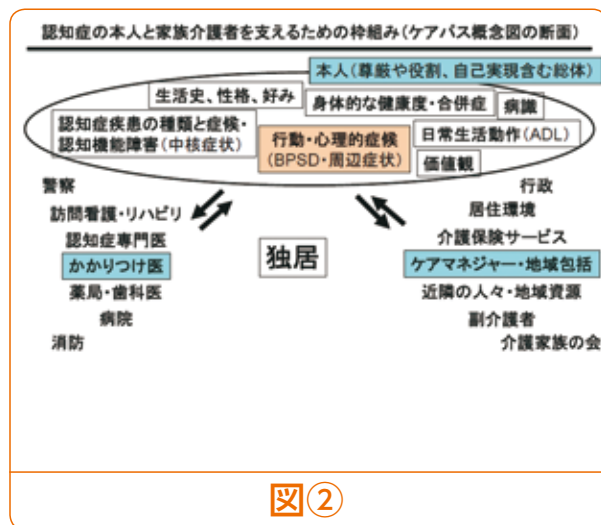
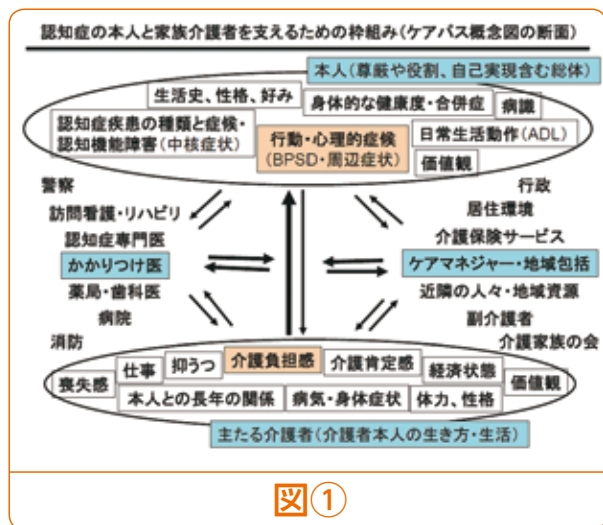
- 例えば、介護を通じて、社会との交流を持つことに意義を感じているなど

⑦ 総合的に見て、この本人や家族・地域・関係者の強みと思われること

- 例えば、地域の住民や民生委員の適切な見守りが実施されているなど



ケアパス連携シートの中の項目どうしの関係を見ること



ケアパス連携シートにケアパス概念図の地域資源を加えると、上の図①（p15と同じ図を再掲）の枠組みに出てくる事項や資源がほとんどすべて網羅されています。

ケアパス連携シートに書かれている情報で足りないところは何か、どのように補い合い、支え合っていくのが良いかを考えるとき、この枠組みを頭に描いておきましょう。

例えば認知症の人の行動・心理症候と、主たる介護者の介護負担感は全体の中でも最も考慮される事柄ですが、これらはお互いに強く関連していることが知られています。このような場合に、主たる介護者自身の健康や体力は大丈夫か、仕事などとのあいだで見守りに要する時間に無理がないか、主たる介護者を支援する副介護者がいるかどうか、行動・心理的症候に対して望ましいケアや医療が届いているかなど、それぞれの項目を関連性も含めて考えてみましょう。

また、例えば、図②のように独居で、近所にも支援する家族がいないような場合、家族の負担そのものは無くなりますが、家族が担っていた日常生活の多くの場面での支援を、医療・介護・地域の資源がぎめ細かく担っていく必要が出てきます。

目に見えるような、すぐに気がつくこともあるでしょうし、図の全体を見ながら、十分に力が発揮されていないところを探してみる必要がある場合もあります。

以上の検討を行うとき、ある時期のことについてケアパス連携シートを見て考えるとともに、これまでと今後についてケアパス概念図も参考にすることがポイントです。



ケアパス連携シートから得た気づきを解決する方法

- 個々の項目から環境要因と本人・家族などの望ましくない状態を見出す
● 良い状態が見出せる場合は、その点をポジティブに評価する … (p27)
- ↓
- 項目ごとの関連性を考える … (p28)
- ↓
- より良い支援のあり方や解決方法を考え、実行する … (p29)
● 現在、良好な場合も、その状態が維持できるよう働きかける

- ① このシートは名前のとおり連携シートですから、本人・家族や関係者が集まって、「共通言語」「共通基盤」となるこのシートをもとに、率直に本人らしさが発揮される方向、少しでも皆が納得できる方向を考えてみましょう。
- ② 「ケアパス連携シートから気づきを得ること」で見出されるような本人らしさが発揮できる方向を探ってみましょう。必要な医療・ケア（介護保険サービスだけでなく）が届いているか、十分に届いていないなら、アウトリーチする形で支援することができないかも考えることが必要です。
- ③ 本人の視点を尊重しつつ、本人だけでなく、家族、地域の人々の視点でも「緊張」が生じていないか見てみましょう。特に、家族の負担感などを十分に確認してみましょう。家族に負担感があるとき、本人と上手に向き合うことは困難です。家族自身がより良く理解され、支援されることで本人の状態や本人とのつながりが良い方向に向かいます。
- ④ 「強み」の項目も十分に考えてみましょう。難しさばかりが見えてくる場合もありますが、「ないこと」ばかりではないはずです。「強み」を見つけることにもコツがありますから、同業や他職種とも相談しつつ、考えてみましょう。本人らしさやその家族の持つ隠れた力を引き出すことを通じて輪が広がっていくこともあります。
- ⑤ 地域からの排除につながる要因（シート4ページ）が多数ある場合、あるいは少数でも、それが解決困難な場合、複数の人が集まって様々な視点で相談してみることも大事です。また、多職種事例検討会で相談することや、そのような検討会で類似のケースがあった場合に学びを深めてみましょう。
- ⑥ これらの要因について、その時々に応じて、どこにウェイトを置いて関係性を調整していくのか、必ずしも解答は1つではないでしょうが、どこかに糸口を見つけていきましょう。
- ⑦ このシートからの解決の方法については、今後、共通基盤として様々な経験が蓄積されていくと予想されますので、そのような関連情報も参考にしましょう。
- ⑧ このシートは様々な認知症ケアの方法と相互関係を持っています。一部を参考図書にあげていますが、それらを含め必要に応じて研修なども繰り返し、知識とスキルを磨いて下さい。

参考資料



もの忘れ連絡シート

※該当する箇所の□にVを入れて下さい。

京都府宇治市版（上部は疾患の種類、下部は重症度の判断に使用）

記入者：

☐ 置き忘れやしまい忘れが増えた ☐ 大事な約束を忘れる ☐ 物忘れの自覚がない ☐ 直前の記憶が抜け落ちる（同じ話を何度もする） ☐ 感情は保たれているので一見普通に見える ☐ 財布等を盗まれたなどを作り話をする ☐ 時間や場所がわからなくなる	☐ 出来る事と出来ない事の差が大きい ☐ 物忘れの自覚がある ☐ よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す ☐ 昼夜が逆転している ☐ 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい ☐ すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある ☐ 反応に時間がかかる ☐ 何れかの身体症状（麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい）	☐ 良い時と悪い時の差が激しい（日内変動） ☐ ありありとした幻視がある（人や動物が多い） ☐ パーキンソン症状がある ☐ 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い ☐ 以下の何れかがある（配偶者が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる） ※パーキンソン症状とは… 小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うもののこと。	☐ 性格が別人のように見える ☐ 万引きなどの無頓着な行動がある ☐ 日に何度も同じコースを徘徊する ☐ 性的な逸脱行為がある ☐ 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す ☐ 反射的で衝動的な行動がある
☐ 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった ☐ イライラして元気がなくなった ☐ 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった ☐ 日や曜日を思い出せない ☐ 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた			
☐ 買い物に行くと同じものばかり買ってくる／冷蔵庫内が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている ☐ ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす ☐ ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった ☐ 得意であった料理が一人では出来なくなった ☐ 月を間違える（月を思い出せない） ☐ 生活圏域から離れたところで道に迷う ☐ 食べたことを忘れる ☐ 薬やお金の管理ができない ☐ リモコンの操作ができない（道具を使えない）			
☐ 家族がわからなくなる（娘を姉を間違える） ☐ 近所でも道に迷う／自宅のトイレの場所が分からない ☐ 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない（介護に抵抗する） ☐ 服をうまく着ることが出来ない（前後、裏表、上下、順番が分からない） ☐ 物を見てもそれが何であるか分からない ☐ 食べ物でないものを食べる（異食） ☐ 自分の物と人の物の区別がつかない ☐ 自発性が低下し自分からは何もしようとしない ☐ 鏡に映った自分に話しかける			
☒ 上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入下さい。			

認知症ケアパスの目指す方向

～私のメッセージ(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、活動的にすごしている
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すごしている
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、趣味やレクレ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すごせている
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

MEMO

[illegible]