

千葉県オレンジ連携シート 運用ガイドライン

～認知症の人と家族を地域で支えるために～

平成30年4月

千 葉 県

用語の定義

本ガイドラインでは、次のとおり用語を使用しています。

- ①本人・・・認知症の人（疑い・可能性のある人を含む）を指します。
- ②専門職・・・本シートを利用可能な専門職を指します。法令等で守秘義務が課せられている職種に限られます。
（3ページ「I 5 利用者の範囲」参照）
当該専門職以外は、本シートを利用できません。
- ③発信者・・・シートに各種情報を記載し、異なる機関に所属する専門職に対して、助言依頼、情報提供などを行う専門職を指します。（2ページ「I 4 利用する場面」参照）
- ④受信者・・・発信者が記載したシートを受け取る専門職を指します。受信者は、発信者から回答を求められる場合もあります。（2ページ「I 4 利用する場面」参照）

目次

	ページ
I 千葉県オレンジ連携シートの概要	1
1 シート作成の趣旨	1
2 効果	1
3 様式の特長	2
4 利用する場面	2
5 利用者の範囲	3
II 運用上の留意点	6
1 本人・家族への説明	6
2 本人・家族の同意	6
3 個人情報保護への配慮	8
4 管理等	8
5 発信者・受信者以外の専門職と情報共有する場合	8
6 専門職以外との情報共有が必要な場合	9
III 診療報酬・介護報酬との関係	10
IV 地域でのカスタマイズ	11
V 千葉県オレンジ連携シートの記入方法	13
1 記入に当たって	13
2 構成	14
3 各項目別の記入方法	14
4 本シートの記入例	20
VI 使用フロー図	26
【資料編】	
1 自立度判定基準	28
(1) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(抜粋)	28
(2) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準	28
2 関係法令等	29
(1) 個人情報保護法(抜粋)	29
(2) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な 取扱いのためのガイドライン (平成 29 年 4 月 14 日改正、厚生労働省)(抜粋)	30
3 報酬等の請求に利用できる既存の書式の例	36
(1) 「千葉県地域生活連携シート」	36
(2) 診療情報提供書	40
4 本シートの作成経過等	44

I 千葉県オレンジ連携シートの概要

1 シート作成の趣旨

認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくりのためには、初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やニーズに応じて、多職種専門職が、適宜、適切に情報共有を行い、役割分担をしながら、適切な支援が行われることが必要となります。

しかし、医療と介護・福祉間の連携に当たっては、情報共有のための書式やルートが必ずしも十分に確立されていません。

そこで、認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして、「千葉県オレンジ連携シート」を作成しました。

○「千葉県オレンジ連携シート」の意味

- 「千葉県」…千葉県全域で使用できる、共通様式であることを表します。
また、多職種協働による認知症支援に向けた千葉県独自の組み合わせであることを表します。
- 「オレンジ」…認知症の人を温かく見守り、応援する「認知症サポーター」の証である「オレンジリング」から、「認知症の人を支える」ための様式であることを表します。
- 「連携シート」…円滑な連携を実現するための用紙であることを表します。

2 効果

本シートの活用により、多職種協働による認知症支援が一層促進され、認知症の状態に応じた適切な支援に繋がることが期待されます。

- ・シートを通じて伝えたいこと、依頼したいことが、一目で分かり、円滑な連携・協働に結び付きます。
- ・情報伝達（共有）の目的を明示しながら必要な情報を伝達することにより、円滑な支援に結び付きます。
- ・躊躇しがちであると言われていた介護から医療への助言依頼や、かかりつけ医から専門医への紹介がしやすくなるなど、関係づくりのきっかけとなります。
- ・千葉県全域で使用できる共通様式であることから、市町村や二次保健医療圏域など日常的な連携の範囲を越えた広域的な連携にも有効です。
- ・認知症の人と家族を支援する専門職が、日常生活変化や生活場面で見られた情報・課題をタイムリーに共有することができます。

3 様式の特長

本シートは、記入者の負担軽減に配慮し記載事項を必要最小限としながら、状況に応じた必要な情報を伝達（共有）できるよう設計しています。

- ・ A 4 版 1 枚とし、大半の記載項目について、選択肢からチェックすれば足りる書式としました。
- ・ 情報提供（一方通行）だけでなく、他の専門職から意見・回答を求めるなど「双方向」での情報共有が可能な書式としました。
- ・ 「表面」は、情報共有の際に欠かせない、本人の基本情報、シート送付の目的、認知症の症状、具体的な伝達・相談・依頼事項を簡潔に記載することとし、回答が必要か否か一目でわかるようになっており、回答事項も簡潔に記載できる書式としました。
- ・ 「裏面」はすべて必ずしも記載を必要としない部分としており、シートの利用場面に応じて、家族、IADL、ADL、医療、介護サービスの利用状況などの必要な情報だけを記載できるようにしており、必要に応じて、既存資料（例：千葉県地域生活連携シート、診療情報提供書、ケアプランなど）の添付をすれば足りることとしました。

4 利用する場面

本シートは、以下のような場面で使用することができます。

- (1) 発信者から受信者へ情報伝達等を行う（1回・片道）
- (2) 発信者から受信者へ依頼や相談等を行い、それに対して受信者が回答する（2回・一往復）
 - ※より良い支援のため、発信者から返信を求められた場合は、できる限り応じるよう御協力をお願いします。
- (3) 専門職がケースカンファレンス等において記載された情報を共有する

以下のような場面での活用を想定しています。また、20ページ以降に記入例を掲載しましたので、参考にしてください。

○最も効果的と考えられる場面（医療と介護・福祉連携）

- ・ 地域包括支援センター職員が、認知症の疑いのある高齢者の診断を、かかりつけ医等に依頼する
- ・ ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が、行動・心理症状への対応方法について、専門医に相談する
- ・ 医療機関の相談員が、入院患者の退院調整を、認知症コーディネーターに依頼する

○その他の活用が考えられる場面（医療間連携、介護間連携等）

- ・かかりつけ医が、患者の鑑別診断を、専門医に依頼する
- ・かかりつけ医が、患者の治療方針を、認知症サポート医に相談する
- ・かかりつけ医が、身体合併症により入院する患者の認知症に関する情報を、入院先医療機関に提供する
- ・急性期病院が、転院する患者の認知症に関する情報を、回復期病院や老人保健施設等に提供する
- ・医療機関が、行動・心理症状の増悪により転院する患者の情報を、精神科病院に提供する
- ・地域包括支援センター職員が、認知症の疑いのある高齢者への対応を、ケアマネジャーや認知症コーディネーターに相談する
- ・ケアマネジャーや地域包括支援センター職員と、居宅介護サービス事業所等が、サービス利用者の情報を共有する
- ・ケアマネジャーが、行動・心理症状が増悪した認知症の人のショートステイ利用について、介護施設に相談する
- ・入院患者の在宅復帰に向けたカンファレンスにおいて、専門職が必要な情報を共有する

なお、利用が定着している既存書式（診療情報提供書、居宅サービス計画書）の活用（従来の連携方法）で十分連携できると考えられる場合、必ずしも本シートを利用する必要はありません（＝目的は多職種協働による支援であり、シートの利用が目的ではありません）。

一方向の情報提供にとどまらず、双方向の情報共有を望む場合や、新たな関係づくりのきっかけとしたい場合などにおいては、本シートの活用が効果的と考えられます。

5 利用者の範囲

本シートの利用者は、認知症の人や家族の支援に携わる者のうち、法令等で守秘義務が課せられている専門職（医療や福祉、法律関係の有資格者や、地方公務員及び民生委員等、関係法令により守秘義務が課せられている職種のほか、法令に基づく指定基準等において守秘義務規定が設けられている事業所の従業員¹を含む）とします。

ボランティア、近隣住民など、上記記載の専門職に該当しない支援者は、本シートを利用できません。

¹ ここで従業員とは、事業所と雇用契約を結んだ従業員等を指し、ボランティアは含みません。

法令等により守秘義務が課せられている主な専門職

○法令により守秘義務が課せられている職種の例

- ・医師、歯科医師、薬剤師(刑法)
- ・保健師、看護師、准看護師(保健師助産師看護師法)
- ・理学療法士、作業療法士(理学療法士及び作業療法士法)
- ・言語聴覚士(言語聴覚士法)
- ・精神保健福祉士(精神保健福祉士法)
- ・社会福祉士、介護福祉士(社会福祉士及び介護福祉士法)
- ・弁護士(弁護士法)、司法書士(司法書士法)
- ・民生委員(民生委員法)
- ・地域包括支援センター職員(介護保険法)
- ・国・都道府県・市町村職員、警察職員(国家公務員法及び地方公務員法) など

○介護保険法に基づく指定基準において守秘義務規定が設けられている介護サービス事業所の従業員の例

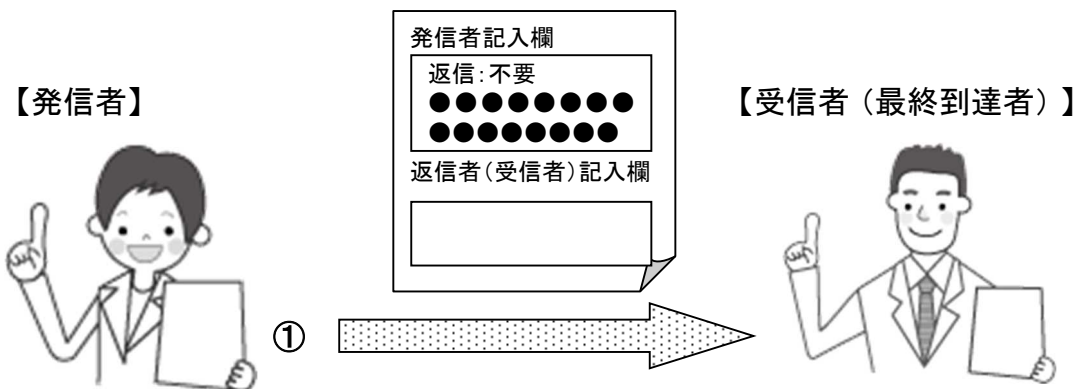
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員、その他の従業者(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準)
- ・居宅介護サービス事業所の従業者(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準)
- ・地域密着型サービス事業所の従業者(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準)
- ・介護老人福祉施設の従業者(指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準)
- ・介護老人保健施設の従業者(介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準)
- ・介護療養型医療施設の従業者(指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準)
- ・特別養護老人ホームの職員(特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準) など

※厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を参考に、千葉県高齢者福祉課が作成。

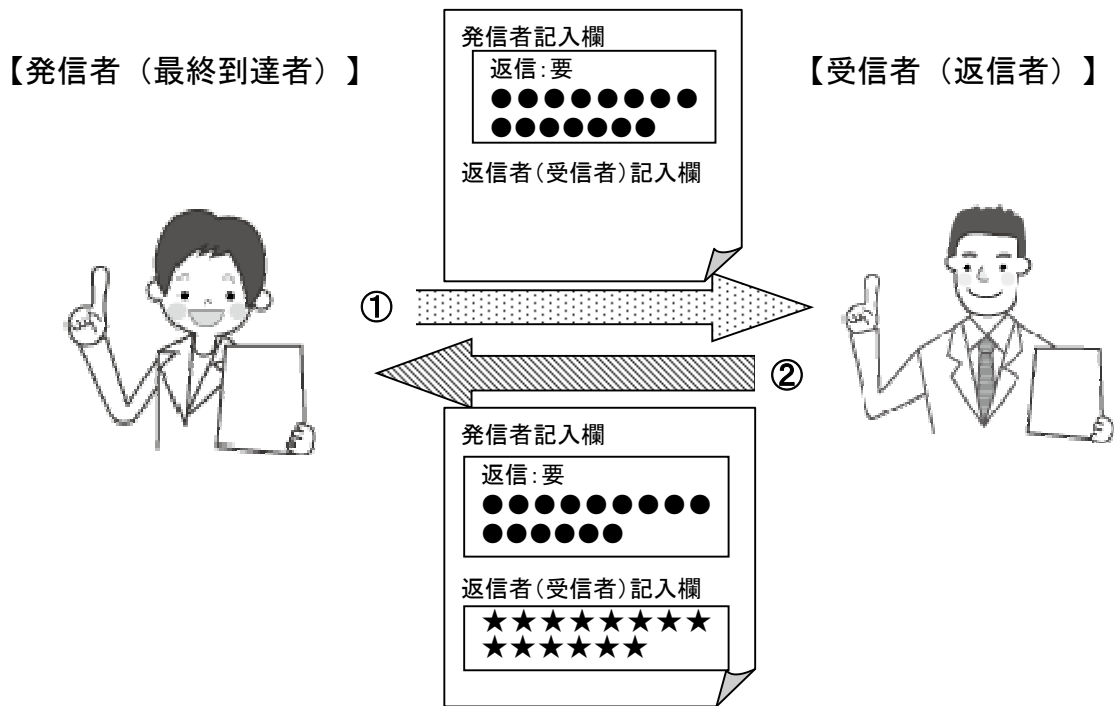
※上記は例示です。

【シート利用のイメージ図】

(1) 発信者から受信者へ情報伝達 (片道)



(2) 発信者から受信者へ依頼・相談、受信者から回答 (往復)



(3) 専門職がケースカンファレンス等において記載された情報を共有



II 運用上の留意点

1 本人・家族への説明

本シートを利用しようとする際には、まず、発信者が、本人・家族²に対して、シートの利用目的、利用者の範囲や情報提供のあり方等について説明を行ってください。また、場合によって診療報酬、介護報酬等の本人負担が発生することがある旨も説明を行ってください。

2 本人・家族の同意

(1) 同意書の取得（原則）

本シートについての説明後、シート作成に先立ち、発信者が所属する機関（弁護士など個人として支援している場合は、発信者）が、本人³に、本人の情報を別機関に提供することについて同意をいただくことを原則とします。

同意をいただく際は、発信者が、同意書（様式例：別紙）によりシートの目的を説明し、署名欄に本人⁴の署名をお願いします。

同意書原本は、発信者が所属する機関が、個人情報保護法及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成29年4月14日改正、厚生労働省。以下、「個人情報ガイドライン」という。）に沿って、シート原本（又はコピー）と同様に管理します。（30ページ～35ページ参照）

なお、同意をいただいた後に、同じ機関に所属する職員がシートを利用（新たに作成・記入する場合を含む）する場合には、改めて同意を得る必要はありません。

(2) 既存の包括同意による同意の省略

医療・介護サービスの利用開始に当たり、治療やケアのために関係機関への情報提供を行うことについて本人・家族から既に同意を得られており、シートの利用が当該同意事項の範囲に含まれると判断される場合は、改めて同意を得る必要はありません。（既存の包括同意）

医療機関においては、患者への医療の提供のために通常必要な範囲の利用目的について、院内掲示等で公表することにより、あらかじめ包括的な同意が得られている場合が多いと考えられます。

また、介護事業者においては、サービス担当者会議等でサービス利用者又は家族の個人情報を用いる場合、サービス利用開始時にサービス利用者や家族から文書により同意を得ておくことが必要とされています。

² 本人、家族のほか後見人等、状況に応じた対応を行ってください。

³ 本人の判断能力が低下している場合は、家族の代表者又は後見人（後見的立場にある方）

⁴ 本人の判断能力が低下している場合は、家族の代表者又は後見人（後見的立場にある方）

シートの送付先やカンファレンス等の出席者、また記入内容が、上記の同意の範囲に含まれるかどうか、個人情報保護法、個人情報ガイドライン及び各機関において定めている規程に沿い、適切に判断してください。

(3) 生命保護など緊急時における特例

人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（緊急時）には、本人の利益を守ることが優先とされるため、本人の同意がなくとも、関係者に提供して差支えないとされています。（個人情報保護法第23条第1項第2号）

同意書（例）

〇〇〇〇〇〇（機関名）は、以下のとおり「千葉県オレンジ連携シート」を活用し、認知症の御本人と御家族に対して、より良い支援を行います。

1 目的

「千葉県オレンジ連携シート」は、認知症の御本人と御家族の生活を支える医療や介護・福祉サービス等の関係専門職が、共通の情報を基に、協力し合ってより良い支援をしていくために活用するものです。

2 個人情報の保護と御本人等への開示

「千葉県オレンジ連携シート」を使って行う情報の提供（共有）に当たっては、御本人又は御家族、後見人（後見的立場にある方）の同意をいただきます。

個人情報が外部に漏れないよう、情報のやり取りや書類の管理は十分に注意して行います。また、御本人と御家族の医療・介護・生活支援以外の目的で情報を使用することはありません。

3 同意と撤回の自由

「千葉県オレンジ連携シート」の利用に同意した後で、取り止めることもできます。また、同意後に撤回された場合でも、医療や介護・福祉サービスの利用に当たり、不利益を受けることはありません。

説明者氏名： _____ 説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

「千葉県オレンジ連携シート」の活用により、私の情報が私の支援に携わる専門職で共有されることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

○御本人（自署）： _____

又は

○御家族、後見人／後見的立場にある人

（自署）： _____ （御本人との関係： _____）

3 個人情報保護への配慮

認知症の人の治療やケアにおいて、関係機関は、その病態・症状はもとより、既往歴や生活歴、経済状況や家族関係、本人・家族が抱える課題など、センシティブかつ他人には容易に知り得ない情報を多く取り扱っています。

支援に携わる専門職が情報共有を行うことは、適切な支援のために必要なことですが、不注意な取扱いにより個人情報が漏洩してしまうと、本人や家族との信頼関係を損ねたり、不利益を生じさせます。

本シートの運用に当たっては、個人情報保護法及び個人情報ガイドラインに沿い、各自・各所属が責任を持って個人情報を取り扱ってください。

特に、本シートを別機関と授受する際には、細心の注意を払うこととし、FAX又はEメール等で送付する際は、いったん、本人の氏名の欄を空欄にして送付した後、電話連絡し、受信者に氏名を記入してもらう等の対策を講じてください。

4 管理等

シート原本は、最終到達者（※）が、その所属機関において作成・保存している本人に関する資料（医療機関なら診療録（カルテ）、介護事業者なら介護支援記録等）と同様に、責任を持って管理・保存してください。

※発信者Aから受信者Bへの情報提供で終わった場合はB、発信者Aから受け取ったシートに、受信者Bが記入し、Aに返信した場合はAが最終到達者となります。（5ページ参照）

業務上の必要からコピーを保持する場合は、上記と同様に管理してください。

5 発信者・受信者以外の専門職と情報共有する場合

認知症の人の支援に当たり、シートに記入された情報を、シート記入者（発信者・受信者）以外の専門職とも共有する場合には、当該記入者（発信者・受信者）の了解を得ることが必要です。

このため、受信者からの返信内容をシート記入者（発信者・受信者）以外の専門職とも共有する場合（サービス担当者会議で利用する場合など）には、発信者はシートの「返信内容の発信者以外への提供」欄に提供先を明記したうえで、受信者に送付してください。当該欄に提供先として明記されていない専門職にシートを提供する場合には、改めて受信者から了解を得る必要があります。

6 専門職以外との情報共有が必要な場合

本シートは、「I 5 利用者の範囲」（3 ページ）で定める専門職以外は利用できません。

市町村等が開催する「地域ケア会議」等において支援事例として紹介する場合などは、本シートを書式としてそのまま利用しないよう留意してください。この場合、本ガイドラインの趣旨を十分に理解のうえ、本シートに含まれる個人情報や専門職意見等の取扱いについて最大限配慮しながら、必要な加工をしたうえで、資料の調製を行ってください。

Ⅲ 診療報酬・介護報酬との関係

本シートの活用場面において、同時に、診療報酬・介護報酬を請求する場合には、原則として、既存の書式（「診療情報提供書」、「千葉県地域生活連携シート」など）を活用してください。

（説明）

本シートは、様々な専門職が、様々な場面で、相互に情報伝達・共有を行うためのツールとして作成したものであり、記入者の負担が極力軽減できるよう、必須記載項目は必要最小限としています。

一方、他機関への情報提供に伴う報酬請求のためには、当該情報提供の相手先・場面（入退院など）に応じて、定められた情報を記載することが求められますが、一般的に、本シートの記載必須項目よりも多くの事項を記載する必要があり、さらに、情報提供の相手先・場面に応じて、記載事項は異なることから、本シートを利用して必要事項を不足なく記入し報酬を請求することは、実務的には相当困難と思われ、特に受信者が発信者に回答する場合に必要な記載事項を網羅なく記載して報酬の請求をすることは不可能と考えられます。

他方、報酬の請求に利用できる書式としては、「診療情報提供書」や「千葉県地域生活連携シート」など既存の書式が既に存在しています。

以上のことから、報酬を請求する場合には、既存の書式を活用することを基本とし、必要に応じて本シートを併用してください。（例：診療報酬請求のために既存の書式を利用し、既存書式で不足する場合には当該書式を添付しながら本シートを利用するなど）

なお、報酬請求により、本人負担が発生する場合は、その旨を説明するよう留意してください。

※【資料編】に、報酬等の請求に利用できる既存様式の例を掲載しておりますので参考としてください。

【他のシート・パスなど従来の書式との相違点】

医療・介護等の専門職間で相互に情報共有をするための書式は、いくつか存在していますが、本シートがこれらの書式と異なる主な点は、以下のとおりです。

- ・従来の書式では、主として「情報提供」、「情報の履歴としての記録」を目的としています。本シートは、シート作成時点での本人支援のための情報共有を目的としています。
- ・従来の書式では、使用する職種が限定されているものが多いですが、本シートは、認知症支援に携わる幅広い専門職が利用できるようになっています。
- ・従来の書式ではあまり想定されていなかった、他の専門職から回答や助言を依頼する活用方法が、本シートでは最初から想定されており、このため、医療・介護の連携促進に結び付くことが期待されます。

(参考) 専門職間の情報共有のための既存の書式 (例)

- ・診療情報提供書 (「医療機関」→医療機関、市町村、介護事業所。情報提供が主目的)
- ・千葉県地域生活連携シート (医療機関←→ケアマネジャー。主に入院及び退院・退所時に利用。情報提供が主目的)
- ・千葉県共用地域医療連携パス (急性心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、がんの4疾病に限定。主として、急性期病院、回復期病院、各疾患の専門医、かかりつけ医が利用。情報提供のほか、症状等の履歴の記録を行う)

IV 地域でのカスタマイズ

地域の実情に応じ、項目の追加や様式の変更を行うこともできます。

ただし、県全域での広域的な利用を可能とするため、県標準様式に定める必須記入項目（表面の記載部分）は省略しないようにしてください。

様式の変更をする場合には、県標準様式との相違に関し混乱が生じないように、地域の関係者間で十分に協議・調整をしてください。

○「さくらパス」について

佐倉市認知症地域ネットワーク医療介護連携推進協議会では、モデル事業（平成24～25年度）開始時から、項目を追加するなど、県標準様式を変更し、「さくらパス」という名称で、関係者間の連携をしています。

「さくらパス」は、「ブルーパス」、「グリーンパス」、「オレンジパス」の3色8シートで構成されています。

例）介護福祉関係者用の発信シート「グリーンパス」

本シートは、「千葉県認知症連携パスを活用した医療と介護の連携モデル事業」として使用するものです。多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力のもと、よろしくお願ひいたします。 ※この用紙は、千葉県オレンジ連携シート(仮称)を一部改訂したものです。

佐倉市認知症地域ネットワーク医療介護連携推進協議会

『さくらパス』(改訂版)【平成25年10月版】 介護 → かかりつけ医・認知症窓口 福祉 → 介護・福祉関係者

連携シート(グリーンパス)

発信者 () から受信者 () 様へ
下記の方につきまして、よろしくお願ひします。

フリガナ	生年月日	住所
本人氏名	男 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 歳	

必須記入項目 ○発信者記入欄

記入日：()年()月()日 発信者
 初回 継続()回目 所属

添付資料：()枚 氏名
返信： 要 不要 電話

①何について
 初期対応 行動・心理症状 身体症状 運動機能障害 在宅生活支援
 退院支援 介護負担 その他()

②どうしてほしい
 診断依頼 入院先医療機関等の紹介依頼 入所施設等の紹介依頼
 情報提供の依頼 情報共有 その他()

認知症の症状や経過の詳細

短期記憶障害 なし あり
見当識障害 なし あり
日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 要見守り 判断できない
自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
※上記症状の出現時期 ()年()月頃から

行動障害・精神症状
 なし あり
幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 徘徊
感情失禁 その他()

※上記症状の出現時期 ()年()月頃から
※周辺症状が認められたときには、可能であれば「NPI-Qテスト」を実施し、その結果を添付します。

その他の精神・神経症状
 なし あり
小股歩行 無表情 頻尿 尿失禁 傾眠傾向
構音障害 その他()

認知症簡易検査の実施
 なし → 実施せず 拒否により実施できない
 あり → MMSE 点 HDS-R 点 ※簡易検査の結果を添付します。

伝達・相談・依頼事項

任意記入項目(裏面) → なし 基本情報 生活の状況 介護保険サービスの状況 医療支援の状況
情報共有機関 なし あり 医療機関 カフェ・ショップ 介護事業所・施設職員 地域包括支援センター 行政
※法令等で情報共有が認められている機関に限定 その他(提供先名称)

※原本は送付先へ、発信者は複写を保管してください。初めて連携する際には、同意書のコピーを添付すること。

「認知症の症状や経過の詳細」の欄には、介護保険主治医意見書の項目を追加したほか、脳血管性認知症や正常圧水頭症の特徴となる症状も項目に追加しています。

また、地域包括支援センターやケアマネジャーが認知機能検査を実施した結果をシートに添付し、医療機関に発信することで、認知機能のレベルや症状を的確に伝えることができます。

【さくらパスの特徴】

- 発信者から受信者へ情報伝達等を行う片道シートとし、返信は、別のシートで回答します。
- 認知症の人や家族用に使用するシート（同意書等）は、「ブルーパス」、医療機関から発信するシートは「オレンジパス」と呼んでいます。

V 千葉県オレンジ連携シートの記入方法

1 記入に当たって

支援関係者がお互いの役割を理解し、思いやりながら情報共有を行うことが、円滑な連携、また認知症の本人・家族に対するより良い支援につながると考えられます。

本シートを効果的に活用するために、以下の点を念頭に置いて記入してください。

(1) 情報提供（共有）目的を明らかに

シートを効果的に活用するためには、発信者がシートを送る目的を受信者へ明確に伝えること、また受信者は発信者の目的に適った回答を返すことが重要となります。

発信者は、認知症の人の思いを尊重し、本人や家族が暮らす環境を十分にアセスメントした上で、「何について」「どうしてほしい」のか、またその判断のために必要な情報について、簡潔明瞭に伝えられるよう意識してください。

また、受信者は、発信者の意図を正確に汲み取った上で（記入内容だけでは分からない場合は、適宜確認した上で）、的確な回答を返すよう努めてください。

(2) 必要な情報の選択

疾患の進行や生活環境の変化に伴って本人・家族に関する情報も変化すること、支援を行う職種や場面によって、必要とされる情報は異なることなど、「支援に必要な情報」は、一律に判断できるものではありません。

「いま必要な支援」を行うために、あるいは「将来予測される症状への支援方針」を共有するためには、どのような情報を伝え、どのような情報を入力すべきか、自分の役割と相手の役割を意識しながら、取捨選択を行ってください。

○症状の進行段階に応じて、必要となる情報○

初期

早期診断・早期対応のための情報

- ・日常生活上の些細な変化への気づき
- ・原因疾患及び治療方針
- ・告知の有無や告知に対する本人・家族の受け止め方、それを踏まえた生活支援の方針

中期

行動・心理症状の増悪を防ぎ、適切に対応するための情報

- ・ケアの方針
- ・薬物治療の方針、副作用のリスク

後期

身体合併症の発症（歩行障害の進行から転倒・骨折、肺炎、心筋梗塞等）による入院治療などにおいて適切に対応するための情報

- ・入院時のアセスメント、入院中の対応方法
- ・転院・退院後のリハビリ治療、認知症リハビリテーション（*）及びケアの方針

終末期

身体医療を中心に、看取りを念頭に置くための情報

- ・認知症特有のリスクを踏まえた全身管理の方針
- ・終末期医療や看取りに関する本人・家族の意向

2 構成

表面が「必須記入項目」、裏面が「任意記入項目」となっています。

裏面（任意記入項目）は、発信者がその目的（伝達・相談・依頼事項）に関連し、把握している情報について、必要な項目を選んで記入してください。（全ての項目を記入する必要はありません。）

詳細は、既存資料の添付で代えても構いません。（添付資料と重複する項目は、「別紙のとおり」として記載を省略して構いません。）

【添付資料の例】診療情報提供書、看護サマリー、薬剤情報提供書・お薬手帳（写し）、千葉県地域生活連携シート、ケアプラン、介護サービス記録、認知症簡易検査の結果

3 各項目別の記入方法

（1）表面

○対象者を特定させるため、発信者が、御本人の氏名、性別、生年月日、年齢、住所（市町村・字名まで）を記入します。

○発信者記入欄（必須記入項目）

- ・「返信」：受信者に返信（相談・依頼事項に対する回答）をお願いする場合は「要」、情報伝達（ケースカンファレンス等での情報共有）のみで特に返信（回答）を求めない場合は「不要」にチェックします。
- ・「記入日」：シートの発信者がシートを記入した年月日を記入します。
- ・「添付資料」：別に添付した資料（例：薬剤情報提供書、ケアプラン）の枚数を記入します。
- ・「発信者」：発信者の所属と氏名、また問合せ先電話番号を記入します。ゴム印の押印でも構いません。
- ・「目的」：発信者が、受信者に伝達・相談・依頼したい内容（主な目的）について、該当する項目にチェックします。

「①何について」、「②どうしてほしい」のそれぞれから、選んでください。

- ・「認知症の症状」：最初に出現した症状やその症状が始まった時期、症状の悪化の程度（特に頻繁に（激しく）現れる症状）、日常生活を送る上での支障の具体的内容等について記入します。

治療可能な認知症の可能性も探るため、認知症の出現時期に加え、一見すると認知症とは関係のない「小刻み歩行」や「頻尿・尿疾患」等の症状についても確認し、記載しておきましょう。

- ・「伝達・相談・依頼事項」：受信者に伝えたい（情報共有を行いたい）こと、相談・依頼したいことについて、要点を整理し、簡潔に記入します。
- ・「返信内容の発信者以外への提供」：受信者から返信（提供）された情報を、他の専門職に提供するかどうか、提供する場合にはその提供先を記入します。

受信者が、提供した情報の発信者以外への提供の有無や提供先を確認した上で返信できるよう、必ず記入してください。

○受信者（返信者）記入欄

※発信者から返信を求められた場合に、記入します。

- ・「記入日」：シートの返信者がシートを記入した年月日を記入します。
- ・「添付資料」：別に添付した資料（例：ケアプラン、処方箋）の枚数を記入します。
- ・「返信者」：返信者の所属と氏名、また問合せ先電話番号を記入します。ゴム印の押印でも構いません。
- ・「伝達・回答事項」：発信者に伝えたい（情報共有を行いたい）こと、相談・依頼に対する回答について、要点を整理し、簡潔に記入します。

（2）裏面

※発信者とその目的（伝達・相談・依頼事項）に関連し、把握している情報について、必要な項目を選んで記入します。（全ての項目を記入する必要はありません。）

○基本情報

- ・「同居家族」：記入時点の同居家族（退院・退所後の同居予定家族）について、該当欄にチェックします。
- ・「主介護者」：本人を主に介護している方の本人との続柄を記入し、本人と同居しているか別居しているかについて、該当欄にチェックします。
- ・「キーパーソン」：本人が意思決定できない場合に、医療行為や、介護・生活支援サービスの利用等について、判断を行う方の本人との続柄を記入し、本人と同居しているか別居しているかについて、該当欄にチェックします。
- ・「本人の病識」：本人が認知症であることを理解しているかどうか、該当欄にチェックします。
- ・「告知の有無」「告知の内容・本人の受け止め方」：本人に対する認知症の告知の有無について、該当欄にチェックします。また、把握している範囲で、具体的にどのような内容の告知を行ったか、本人がどのように受け止めているかを記入します。
- ・「本人の要望や意向」：本人が、どのような暮らし方（生活）をしたいと思っているか、支援関係者（機関）にどのような支援を望んでいるか、把握している範囲で記入します。
（例：介護サービスを利用しながら自宅で暮らしたい、施設入所を希望）
- ・「家族の病気に対する理解度・受け止め方」：家族が、本人の認知症につ

いてどれだけ正しく理解しているか、またどのように感じているか、把握している範囲で記入します。

・「**家族の要望や意向**」：家族が、本人の暮らし方（生活）についてどのような意向を持っているか、支援関係者（機関）にどのような支援を望んでいるか、把握している範囲で記入します。

（例：行動・心理症状を抑える治療をしてほしい、施設入所を希望）

・「**介護者の状態**」：本人を介護している家族等介護者の身体的・精神的な状態等を記入します。

○生活の状況

IADL（手段的日常生活動作能力、家事など一人暮らしを維持していくために必要な能力）

以下の項目について、本人の日常生活の様子を家族や介護者に確認したり、本人の様子を観察するなどして、「一人で問題なくできる」～「全くできない」のうち、該当する欄にチェックします。

なお、「車の運転」について運転免許を持っていない場合、「服薬（薬剤管理）」について定期的に服用している薬がない場合などは、「オもともとやらない／必要ない」にチェックしてください。

頻度や具体的な状況など、詳細については「特記事項」欄に記入します。

・「**買物**」：一人で、必要なものを、必要なだけ買うことができるか。同じ物を頻繁に買って来るなど、買物に関する失敗が頻繁に見られる場合には「あまりできない」に該当します。

・「**公共交通機関を使った外出**」：バスや電車などを使って、一人で外出できるか。頻繁に失敗が見られる場合には「あまりできない」に該当します。

・「**車の運転**」：一人で車の運転ができるか。

※過去に事故や危険な行動を起こしたことがあるなど、情報共有が必要な事項について特記事項に記入してください。

・「**日常金銭管理**」：銀行窓口やATMでの貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなどを一人でできるか。

・「**家事**」：自分で炊事、洗濯、掃除、整理整頓などの家事をできるか。

・「**服薬（薬剤管理）**」：自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことができるか。処方薬が朝・昼・夕・就寝前ばらばらに半分以上残っている、健康維持に必須と思われる薬を相当飲み忘れている、複数の処方薬の残薬の量が著しくばらばらである場合には、「あまりできない」「できない」に該当します。

ADL（基本的日常生活動作能力／身体的日常生活動作能力、自分自身の身の回りのことを自立して行う能力）

以下の項目について、本人の日常生活の様子を家族や介護者に確認したり、本人の様子を観察するなどして、「①一人で問題なくできる」～「④全介助を要する」のうち、該当する欄にチェックします。

- ・「入浴」：入浴に関連する一連の動作を行い、期待される効果（保潔）が得られているか。
- ・「着替え」：用意された服を一人で着られるか。
- ・「排泄」：一人でトイレを使用して、排泄に必要な一連の動作を完了できるか。
- ・「身だしなみ（整容）」：髪や爪の手入れ、洗面・歯磨き、髭そりなど、一人で身だしなみを整えることができるか。
- ・「食事」：食物を摂取する一連の行為が一人でできるか。
- ・「家の中での移動」：日常生活において、食事や排泄、入浴などで、必要な場所へ一人で移動できるか。
- ・「歩行」：歩行自体は自立しているか。車椅子や杖等は必要か。
- ・「受信者に伝えたいこと」：受信者にADLに関して具体的に伝えたい内容（杖歩行やおむつ使用等）を記入します。

- ・「その他」：友人・知人や近隣住民との交流、趣味・娯楽、生い立ち・職歴・家族歴などのうち、伝達・相談・依頼事項に関連し、情報共有が必要だと思われる事項を記入します。また、うつ病との鑑別にもなるため、日常における活動の状況や飲酒習慣についても情報共有が必要な場合記入します。

- ・「利用している（していた）生活支援サービス」：介護保険サービスや医療支援以外に利用している（過去、利用していたことがある）サービス（配食、見守り、移送、障害者支援、生活保護等。インフォーマルサービスを含む）などのうち、伝達・相談・依頼事項に関連し、情報共有が必要だと思われる事項について、その内容や頻度、利用期間等を記入します。

○介護保険サービスの利用状況等

- ・「介護予防・日常生活支援総合事業」：記入時点における介護予防・日常生活支援総合事業の該当状況についてチェックします。
- ・「介護認定」「認定期間」「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」「日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」：記入時点における要介護度や認定有効期間、日常生活自立度について、介護保険被保険者証や認定調査結果を基に記入します。
- ・「要支援・要介護区分（目安）」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）」、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基

準」の詳細については、資料編（28 ページ）を参照ください。

・「**現在、利用している介護サービス**」：利用している介護サービスについて、該当欄にチェックします。また、（ ）内に事業所の名称や週当たり延べ時間・回数など、伝達・相談・依頼事項に関連し、必要な情報を記入します。

※ケアプラン等の資料添付でも代用できます。

・「**過去、利用していた介護サービス**」：以前、利用したことがあるが、何らかの事情で現在は利用していない介護サービスの内容について、伝達・相談・依頼事項に関連し、情報共有が必要だと考えられる場合に、把握している範囲で記入します。

○医療の状況

・「**現病歴、受診機関、治療経過等**」：現在治療中の疾病（認知症以外の疾病も含む）や受診先医療機関、治療の経過等について記入します。

・「**現在の処方**」：処方されている薬剤の名称、量、服用時間（回数）について記入します。

※処方箋や、お薬手帳の写しの添付でも構いません。

・「**既往歴**」：過去の病歴等について、伝達・相談・依頼事項に関連し、情報共有が必要だと考えられる場合に、把握している範囲で記入します。

4 本シートの記入例

- ① 地域包括支援センター職員が、認知症の疑いのある高齢者の診断を、かかりつけ医に依頼する

【取扱注意】

発信者（〇〇地域包括支援センター）から受信者（〇〇クリニック〇〇先生）

千葉県オレンジ連携シート(H30年度改

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を御協力のほど、よろしくお願いいたします。

表面

例①
地域包括支援センター職員が、認知症の疑いのある高齢者の診断をかかりつけ医に依頼する

御本人のお名前(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 ××年 1月 1日 85歳	住所(市町村・字名まで) 〇〇市〇〇〇
1 発信者記入欄 記入日 : (H30)年(4)月(1)日 添付資料 : (1)枚	発信者所属 〇〇市〇〇地域包括支援センター 氏名 〇〇 〇〇 電話 XXX-XXX-XXXX	
目的 ①何について <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input checked="" type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他()	②どうしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> その他()	
認知症の症状 症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細 2年くらい前から物忘れ等が気になるようになったとのことです。XX年X月X日、出かけて帰りが分からなくなったところ、〇〇警察署に保護されました。		
伝達・相談・依頼事項・自由記載欄 今後、受診と介護サービス利用を希望されています。よろしくお願いいたします。		
任意記入項目(裏面) → <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 基本情報 <input checked="" type="checkbox"/> 生活の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 医療の状況 返信内容の発信者以外への提供 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先: <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ <input checked="" type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input checked="" type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他()		

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : (H30)年(4)月(7)日	返信者所属 〇〇クリニック 氏名 〇〇 〇〇 電話 XXX-XXX-XXXX
添付資料 : (0)枚	
伝達・回答事項・自由記載欄 認知症と診断しました。 当院でフォローし、経過観察します。現在問題になるBPSD(-)。 今後、認知症薬等使うか検討。 生活環境の改善のため、介護保険の申請を早急に行ってください。 意見書は当院で記入します。	

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。
利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。
 ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
 ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

裏面

○基本情報

同居家族：なし 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他()
主介護者の続柄：長女 同居 別居 キーパーソンの続柄：(長女 同居 別居
本人の病識： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 告知の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
告知の内容・本人の受け止め方： 本人の要望や意向：
家族の病気に対する理解度・受け止め方： 家族の要望や意向：介護サービスが受けられれば本人にとって良いのではと思っている。 介護者の状態：

○生活の状況

【IADL】ア 一人で問題なくできる イ だいたいできる ウ あまりできない エ 全くできない オ もともとやらない/必要ない
買物： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
公共交通機関を使った外出： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
車の運転： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
(頻度、過去の事故・危険行動等： 日常金銭管理： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
家事： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
服薬(薬剤管理)： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
【ADL】① 一人で問題なくできる ② 見守りや声がけを要する ③ 一部介助を要する ④ 全介助を要する
入浴： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 着替え： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 排泄： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
身だしなみ(整容)： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 食事： <input checked="" type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 家の中での移動： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
歩行： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 受信者に伝えたいこと()
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など) 地域との交流なし
利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等) なし

○介護保険サービスの利用状況等

介護予防・日常生活支援総合事業 非該当 該当
介護認定： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
認定期間：平成()年()月()日～平成()年()月()日
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明
日常生活自立度(要たきり度)判定基準： <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可 <input type="checkbox"/> 訪問介護() 訪問看護() <input type="checkbox"/> 訪問リハ() 通所介護(デイサービス)() <input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)() ショートステイ() <input type="checkbox"/> その他() 利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況

現病歴 受診機関 治療経過 等	〇〇(疾患名)により〇〇クリニック通院中
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可
既往歴	

- ② ケアマネジャーが、行動・心理症状への対応方法について、かかりつけ医に相談する

【取扱注意】

発信者（ケアマネジャー〇〇）から受信者（〇〇クリニック）様

千葉県オレンジ連携シート(H30年度改訂)

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行い、御協力のほど、よろしくお願いいたします。

表面

※ ケアマネジャーが、行動・心理症状への対応方法について、かかりつけ医に相談する

御本人のお名前(フリガナ) 〇〇 〇〇 様	生年月日 ××年 1月 1日 75歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住所(市町村・字名まで) 〇〇市〇〇〇
1 発信者記入欄		発信者所属 〇〇介護支援事業所	
記入日 : (H30)年(4)月(1)日		氏名 ケアマネジャー 〇〇 〇〇	
添付資料 : (0)枚		電話 XXX-XXX-XXXX	
目的	①何について <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援		<input checked="" type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害
	<input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 介護負担		<input type="checkbox"/> その他()
認知症の症状	②どうしてほしい <input type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 情報提供の依頼		
	<input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input checked="" type="checkbox"/> その他(入院を含めた対応)		
伝達・相談・依頼事項・自由記載欄 家族の疲弊が強く、施設も対応が困難のため、増悪について医学的な見地から助言いただきたい。必要があれば、認知症疾患医療センターなど専門医への紹介や、入院対応も含め助言いただきたい。			
任意記入項目(裏面) → <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 基本情報 <input checked="" type="checkbox"/> 生活の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 医療の状況			
返信内容の発信者以外への提供 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先: <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他()			
2 受信者(返信者)記入欄		返信者所属 〇〇クリニック	
記入日 : (H30)年(4)月(7)日		氏名 〇〇 〇〇	
添付資料 : (0)枚		電話 XXX-XXX-XXXX	
伝達・回答事項・自由記載欄 〇〇認知症疾患医療センターを紹介し、受診した結果、不眠・興奮の緩和のための薬を処方され、当院で経過観察します。 当面、介護サービスを利用しながら在宅生活で様子を見ていただき、改善が見られないようでしたら、来院してもらってください。			

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。
 ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
 ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

裏面

○基本情報

同居家族：なし	配偶者	子	子の配偶者	兄弟姉妹	その他()
主介護者の続柄：妻	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	キーパーソンの続柄：(妻)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
本人の病識： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	告知の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
告知の内容・本人の受け止め方： 本人の要望や意向：不明					
家族の病気に対する理解度・受け止め方：病気が治らないことは理解している。					
家族の要望や意向：できるだけ家で看たい。そのためには落ち着いてほしい。					
介護者の状態：妻:要介護1					

○生活の状況

【IADL】ア 一人で問題なくできる	イ だいたいできる	ウ あまりできない	エ 全くできない	オ もともとやらない/必要ない
買物： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
公共交通機関を使った外出： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
車の運転： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
(頻度、過去の事故・危険行動等)				
日常金銭管理： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
家事： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
服薬(薬剤管理)： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input checked="" type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)				
【ADL】① 一人で問題なくできる	② 見守りや声がけを要する	③ 一部介助を要する	④ 全介助を要する	
入浴： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④	着替え： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④	排泄： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input checked="" type="checkbox"/> ④		
身だしなみ(整容)： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input checked="" type="checkbox"/> ④	食事： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④	家の中での移動： <input type="checkbox"/> ① <input checked="" type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④		
歩行： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④	受信者に伝えたいこと()			
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など) 地域との交流なし				
利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等) なし				

○介護保険サービスの利用状況等

介護予防・日常生活支援総合事業	非該当	該当
介護認定： <input type="checkbox"/> 二無 <input type="checkbox"/> 申請中(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
認定期間：平成(30)年(1)月(1)日	～平成(30)年(6)月(30)日	
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明	
日常生活自立度(療たきり度)判定基準	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明	
現在、利用している介護サービス(名称、適当なり延べ時間・回数等)	※ケアプランなど資料添付でも可	
<input type="checkbox"/> 訪問介護()	<input type="checkbox"/> 訪問看護()	
<input type="checkbox"/> 訪問リハ()	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)()	
<input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)()	<input type="checkbox"/> ショートステイ()	
<input type="checkbox"/> その他()	利用なし	
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)		

○医療の状況

現病歴 受診機関 治療経過 等	○〇クリニック アルツハイマー型認知症
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可 抗認知症薬
既往歴	特になし

- ③ 医療機関の相談員が、入院患者の退院調整を認知症コーディネーターに依頼する

【取扱注意】

発信者（〇〇病院MSW〇〇）から受信者（認知症コーディネーター〇〇）様へ

千葉県オレンジ連携シート(H30年度改定)

本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を御協力のほど、よろしくお願いいたします。

表面

例③
医療機関の相談員が、入院患者の退院調整を認知症コーディネーターに依頼する。

御本人のお名前(フリガナ) 〇〇 〇〇〇 様 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 ××年 1月 1日 65歳	住所(市町村・字名まで) 〇〇市〇〇〇
1 発信者記入欄	発信者所属 〇〇病院神経科	氏名 MSW〇〇〇〇
記入日 : (H30)年(4)月(1)日	電話 XXX-XXX-XXXX	
添付資料 : (2)枚		
目的	<input type="checkbox"/> 何について <input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input checked="" type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他()	
認知症の症状	<input checked="" type="checkbox"/> ②どうしてほしい 診断依頼 治療依頼 介護への助言 情報共有 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input checked="" type="checkbox"/> その他(介護サービスの提供調)	
伝達・相談・依頼事項・自由記載欄	症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細 XX年に脳梗塞を発症。2年前頃より物忘れが目立ち始め、同じ話や質問を繰り返す、できていた作業ができなくなくなる、家人を探し回る、入浴や着替え行わない、部屋から出てこないなどが見られる。 X月X日、止められていた車の運転を行ない交通事故を起こし、興奮状態が収まらず入院。免許証自体を認識できず、家族や関係者とも口論になっていた。	
任意記入項目(裏面) → <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 基本情報 <input checked="" type="checkbox"/> 生活の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input checked="" type="checkbox"/> 医療の状況	現在不穏も解消され、職員の声掛けにも明るく応じるようになってきており、今後3週間程度で退院の予定です。 退院後の生活について、ご家族は在宅介護への不安を訴えてためらう反面、本人の状態や利用できる介護サービスによっては在宅介護を行いたいとの思いもあるようです。 介護保険関係の契約も切れていますので、ご家族の意思決定支援や退院後の生活支援体制等も含め、ご協力をお願いします。	
返信内容の発信者以外への提供	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先: <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他()	

2 受信者(返信者)記入欄

記入日 : (H30)年(4)月(7)日	返信者所属 認知症コーディネーター
添付資料 : ()枚	氏名 〇〇〇〇
	電話 XXX-XXX-XXXX

伝達・回答事項・自由記載欄

ご家族と協議した結果、介護保険サービスを活用しながら在宅生活を続ける方向となりました。
 今後、ご家族と相談しながら、ケアマネジャーの選任・契約、ケアプランの作成依頼、サービス手配をしたいと考えています。決まったら後日連絡します。
 なお、運転免許証の返納、車の鍵の管理の強化をご家族に勧めました。

このシートは、県内全域において多職種が連携・協働する際にお役立ていただくため、千葉県が作成したものです。
 利用方法については千葉県ホームページを御覧ください(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です)。

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。
 ・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
 ・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

裏面

○基本情報

同居家族	：なし 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他()
主介護者の続柄	：妻 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 キーパーソンの続柄：(妻 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)
本人の病識	： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 告知の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
告知の内容・本人の受け止め方	：「なぜ、ここ(病院)に居るのか。」
本人の要望や意向	：「車を自分で運転して歩きたい。」
家族の病気に対する理解度・受け止め方	：在宅介護への不安が強い。
家族の要望や意向	：在宅介護を続ける気持ちはあるが、不安も感じており、入院治療の継続や施設利用も検討したい。
介護者の状態	：

○生活の状況

[IADL] ア 一人で問題なくできる イ だいたいできる ウ あまりできない エ 全くできない オ もともとやらない/必要ない	
買物	： <input type="checkbox"/> ア <input checked="" type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
公共交通機関を使った外出	： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input checked="" type="checkbox"/> オ (特記事項：)
車の運転	： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
(頻度、過去の事故・危険行動等)	
日常金銭管理	： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
家事	： <input type="checkbox"/> ア <input checked="" type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
服薬(薬剤管理)	： <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ (特記事項：)
[ADL] ① 一人で問題なくできる ② 見守りや声がけを要する ③ 一部介助を要する ④ 全介助を要する	
入浴	： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 着替え： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 排泄： <input checked="" type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
身だしなみ(整容)	： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 食事： <input checked="" type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 家の中での移動： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
歩行	： <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 受信者に伝えたいこと()
その他(地域とのつながりや趣味、生活歴、日常の活動状況、飲酒習慣など)	
利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)	

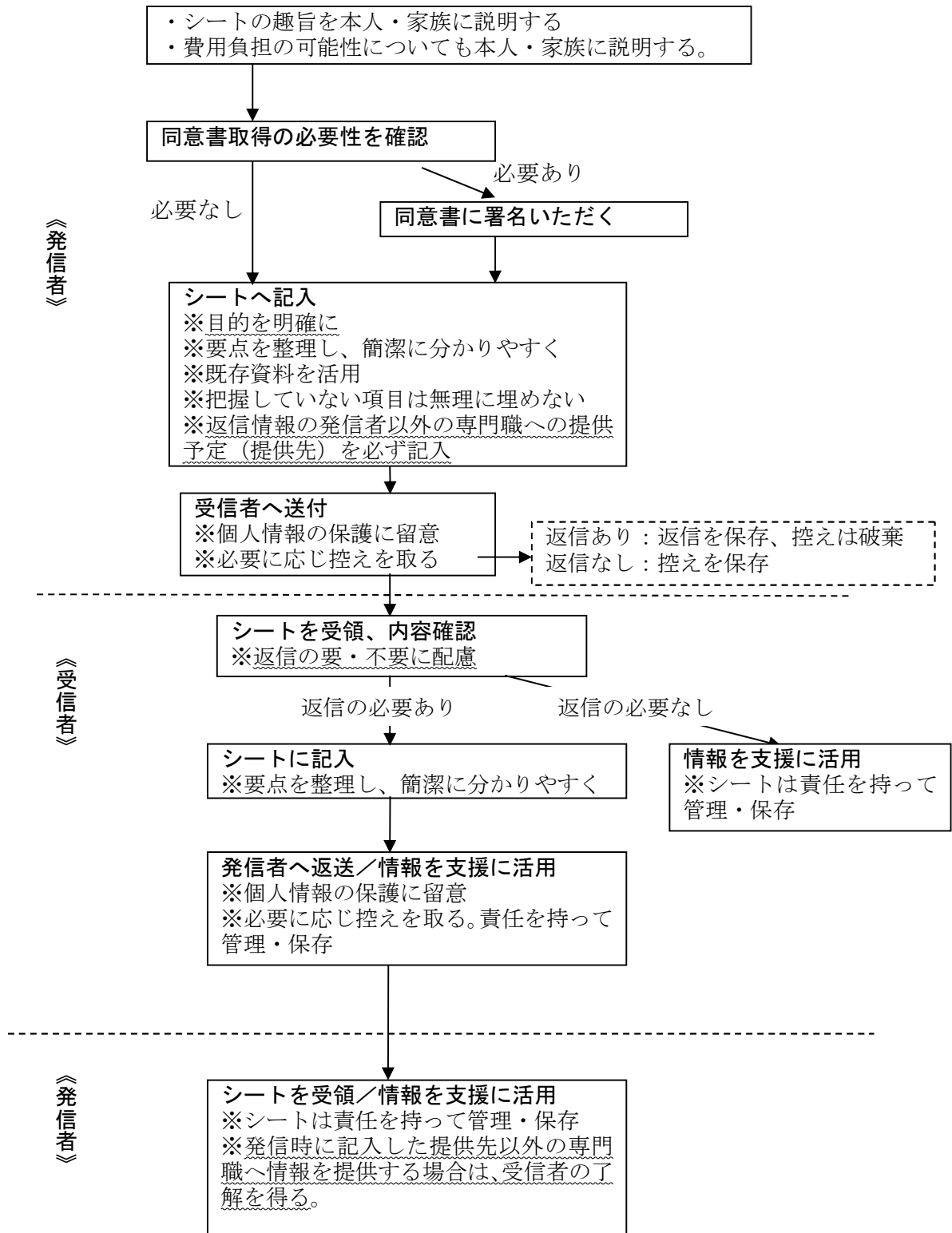
○介護保険サービスの利用状況等

介護予防・日常生活支援総合事業	非該当 該当
介護認定	： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
認定期間	： 平成(30)年(1)月(1)日 ~ 平成(30)年(6)月(30)日
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明
日常生活自立度(寝たきり度)判定基準	： <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明
現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可	
	： <input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 訪問リハ() <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)() <input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)() <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> その他() 利用なし
過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)	
	： デイサービス、訪問介護

○医療の状況

現病歴 受診機関 治療経過 等	別紙資料参照
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可 別紙資料参照
既往歴	脳梗塞発症(XX歳時)。これに起因する右半身不全麻痺(軽度)残存。

VI 利用フロー図



【資料編】

1 自立度判定基準

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(抜粋)

ランク	判断基準	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の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理など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の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など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。	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。	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。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動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。	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問題行動が継続する状態等

出典：「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知〔最終改正：平成18年老発第0403003号〕）

(2) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクD	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 公共交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何からの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

出典：「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知）

2 関係法令等

(1) 個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)(抜粋)

(利用目的の特定)

第十五条 個人情報取扱事業者は、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的(以下「利用目的」という。)をできる限り特定しなければならない。

2 個人情報取扱事業者は、利用目的を変更する場合には、変更前の利用目的と相当の関連性を有すると合理的に認められる範囲を超えて行ってはならない。

(利用目的による制限)

第十六条 個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。

2 個人情報取扱事業者は、合併その他の事由により他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならない。

3 前二項の規定は、次に掲げる場合については、適用しない。

一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

(2) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成 29 年 4 月 14 日改正、厚生労働省)(抜粋)

Ⅲ 医療・介護関係事業者の義務等

4. 安全管理措置、従業員の監督及び委託先の監督 (法⁵第 20 条～第 22 条)

(安全管理措置)

法第二十条 個人情報取扱事業者は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。

(従業員の監督)

法第二十一条 個人情報取扱事業者は、その従業員に個人データを取り扱わせるに当たっては、当該個人データの安全管理が図られるよう、当該従業員に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

(委託先の監督)

法第二十二条 個人情報取扱事業者は、個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

(1) 医療・介護関係事業者が講ずるべき安全管理措置

①安全管理措置

医療・介護関係事業者は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のため、組織的、人的、物理的、及び技術的安全管理措置を講じなければならない。その際、本人の個人データが漏えい、滅失又はき損等をした場合に本人が被る権利利益の侵害の大きさを考慮し、事業の性質及び個人データの取扱い状況等に起因するリスクに応じ、必要かつ適切な措置を講ずるものとする。なお、その際には、個人データを記憶した媒体の性質に応じた安全管理措置を講ずる。

②従業員の監督

医療・介護関係事業者は、①の安全管理措置を遵守させるよう、従業員に対し必要かつ適切な監督をしなければならない。なお、「従業員」とは、医療資格者のみならず、当該事業者の指揮命令を受けて業務に従事する者全てを含むものであり、また、雇用関係のある者のみならず、理事、派遣労働者等も含むものである。

医療法第 15 条では、病院等の管理者は、その病院等に勤務する医師等の従業員の監督義務が課せられている。(薬局や介護関係事業者についても、医薬品医療機器等法や介護保険法に基づく「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」、「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人

⁵ 「個人情報の保護に関する法律」(平成 15 年法律第 57 条) のこと。(以下同じ。)

員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」及び「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（以下「指定基準」という。）等に同様の規定あり。）

（２）安全管理措置として考えられる事項

医療・介護関係事業者は、その取り扱う個人データの重要性に鑑み、個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の安全管理のため、その規模、従業者の様態等を勘案して、以下に示すような取組を参考に、必要な措置を行うものとする。

また、同一事業者が複数の施設を開設する場合、当該施設間の情報交換については第三者提供に該当しないが、各施設ごとに安全管理措置を講ずるなど、個人情報の利用目的を踏まえた個人情報の安全管理を行う。

①個人情報保護に関する規程の整備、公表

- ・医療・介護関係事業者は、保有個人データの開示手順を定めた規程その他個人情報保護に関する規程を整備し、苦情への対応を行う体制も含めて、院内や事業所内等への掲示やホームページへの掲載を行うなど、患者・利用者等に対して周知徹底を図る。
- ・また、個人データを取り扱う情報システムの安全管理措置に関する規程等についても同様に整備を行うこと。

②個人情報保護推進のための組織体制等の整備

- ・従業者の責任体制の明確化を図り、具体的な取組を進めるため、医療における個人情報保護に関し十分な知識を有する管理者、監督者等（例えば、役員などの組織横断的な監督が可能な者）を定める。又は個人情報保護の推進を図るための部署、若しくは委員会等を設置する。
- ・医療・介護関係事業所で行っている個人データの安全管理措置について定期的に自己評価を行い、見直しや改善を行うべき事項について適切な改善を行う。

③個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制の整備

- ・ 1) 個人データの漏えい等の事故が発生した場合、又は発生の可能性が高いと判断した場合、 2) 個人データの取扱いに関する規程等に違反している事実が生じた場合、又は兆候が高いと判断した場合における責任者等への報告連絡体制の整備を行う。
- ・個人データの漏えい等の情報は、苦情等の一環として、外部から報告される場合も想定されることから、苦情への対応を行う体制との連携も図る。（Ⅲ 1 3. 参照）

④雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備

- ・雇用契約や就業規則において、就業期間中はもとより離職後も含めた守秘義務を課すなど従業員の個人情報保護に関する規程を整備し、徹底を図る。なお、特に、医師等の医療資格者や介護サービスの従業者については、刑法、関係資格法又は介護保険法に基づく指定基準により守秘義務規定等が設けられており（別表4）、その遵守を徹底する。

⑤従業者に対する教育研修の実施

- ・取り扱う個人データの適切な保護が確保されるよう、従業者に対する教育研修の実施等により、個人データを実際の業務で取り扱うこととなる従業者の啓発を図り、従業者の個人情報保護意識を徹底する。
- ・この際、派遣労働者についても、「派遣先が講ずべき措置に関する指針」（平成11年労働省告示第138号）において、「必要に応じた教育訓練に係る便宜を図るよう努めなければならない」とされていることを踏まえ、個人情報の取扱いに係る教育研修の実施に配慮する必要がある。

⑥物理的安全管理措置

- ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、以下のような物理的安全管理措置を行う。
 - －入退館（室）管理の実施
 - －盗難等に対する予防対策の実施（例えば、カメラによる撮影や作業への立会い等による記録又はモニタリングの実施、記録機能を持つ媒体の持込み・持出しの禁止又は検査の実施等）
 - －機器、装置等の固定など物理的な保護
- ・不正な操作を防ぐため、業務上の必要性に基づき、以下のように、個人データを取り扱う端末に付与する機能を限定する。
 - －スマートフォン、パソコン等の記録機能を有する機器の接続の制限及び機器の更新への対応

⑦技術的安全管理措置

- ・個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムについて以下のような技術的安全管理措置を行う。
 - －個人データに対するアクセス管理（IDやパスワード等による認証、各職員の業務内容に応じて業務上必要な範囲にのみアクセスできるようなシステム構成の採用等）
 - －個人データに対するアクセス記録の保存
 - －不正が疑われる異常な記録の存否の定期的な確認
 - －個人データに対するファイアウォールの設置
 - －情報システムへの外部からのアクセス状況の監視及び当該監視システムの動作の定期的な確認

ーソフトウェアに関する脆弱性対策（セキュリティパッチの適用、当該情報システム固有の脆弱性の発見及びその修正等）

⑧個人データの保存

- ・個人データを長期にわたって保存する場合には、保存媒体の劣化防止など個人データが消失しないよう適切に保存する。
- ・個人データの保存に当たっては、本人からの照会等に対応する場合など必要なときに迅速に対応できるよう、インデックスの整備など検索可能な状態で保存しておく。

⑨不要となった個人データの廃棄、消去

- ・不要となった個人データを廃棄する場合には、焼却や溶解など、個人データを復元不可能な形にして廃棄する。
- ・個人データを取り扱った情報機器を廃棄する場合は、記憶装置内の個人データを復元不可能な形に消去して廃棄する。
- ・これらの廃棄業務を委託する場合には、個人データの取扱いについても委託契約において明確に定める。

(3) ～ (6) (略)

5. 個人データの第三者提供（法第23条）

(第三者提供の制限)

法第二十三条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三・四 (略)

2～4 (略)

5 次に掲げる場合において、当該個人データの提供を受ける者は、前各号の規定の適用については、第三者に該当しないものとする。

一・二 (略)

三 特定の者との間で共同して利用される個人データが当該特定の者に提供される場合であって、その旨並びに共同して利用される個人データの項目、共同して利用する者の範囲、利用する者の利用目的及び当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているとき。

6 (略)

(1)・(2) (略)

(3) 本人の同意が得られていると考えられる場合

医療機関の受付等で診療を希望する患者は、傷病の回復等を目的としている。一方、医療機関等は、患者の傷病の回復等を目的として、より適切な医療が提供できるよう治療に取り組むとともに、必要に応じて他の医療機関と連携を図ったり、当該傷病を専門とする他の医療機関の医師等に指導、助言等を求めることも日常的に行われる。また、その費用を公的医療保険に請求する場合等、患者の傷病の回復等そのものが目的ではないが、医療の提供には必要な利用目的として提供する場合もある。このため、第三者への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考えられる。

なお、傷病の内容によっては、患者の傷病の回復等を目的とした場合であっても、個人データを第三者提供する場合は、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求めがある場合も考えられ、その場合、医療機関等は、本人の意思に応じた対応を行う必要がある。

①患者への医療の提供のために通常必要な範囲の利用目的について、院内掲示等で公表しておくことによりあらかじめ黙示の同意を得る場合

医療機関の受付等で、診療を希望する患者から個人情報を取得した場合、それらが患者自身の医療サービスの提供のために利用されることは明らかである。このため、院内掲示等により公表して、患者に提供する医療サービスに関する利用目的について患者から明示的に留保の意思表示がなければ、患者の黙示による同意があったものと考えられる。(Ⅲ 2. 参照)

また、

(ア)患者への医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること

(イ)患者への医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること

(ウ)患者への医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること

(エ)患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うこと

等が利用目的として特定されている場合は、これらについても患者の同意があったものと考えられる。

② (略)

※上記①の(ア)～(エ)の具体例

(例)

・他の医療機関宛に発行した紹介状等を本人が持参する場合

医療機関等において他の医療機関等への紹介状、処方せん等を発行し、当該書面を本人が他の医療機関等に持参した場合、当該第三者提供については、本人の同意があ

ったものと考えられ、当該書面の内容に関し、医療機関等との間での情報交換を行うことについて同意が得られたものと考えられる。

- ・他の医療機関等からの照会に回答する場合

診療所Aを過去に受診したことのある患者が、病院Bにおいて現に受診中の場合、病院Bから診療所Aに対し過去の診察結果等について照会があった場合、病院Bの担当医師等が受診中の患者から同意を得ていることが確認できれば、診療所Aは自らが保有する診療情報の病院Bへの提供について、患者の同意が得られたものと考えられる。

- ・家族等への病状説明

病態等について、本人と家族等に対し同時に説明を行う場合には、明示的に本人の同意を得なくても、その本人と同時に説明を受ける家族等に対する診療情報の提供について、本人の同意が得られたものと考えられる。

③（略）

④介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準において、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならないとされていることを踏まえ、事業所内への掲示によるのではなく、サービス利用開始時に適切に利用者から文書により同意を得ておくことが必要である。

(4)・(5) (略)

3 報酬等の請求に活用できる既存の書式の例

(1) 千葉県地域生活連携シート(参考様式)

凡例(千葉県オレンジ連携シートを発信者として利用する場合との比較)

×: 千葉県オレンジ連携シートには記載項目が無い部分

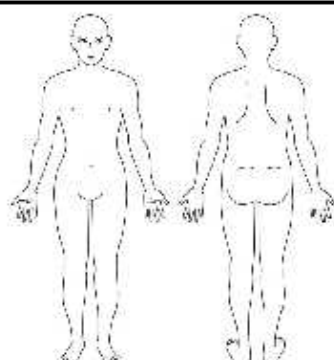
△: 千葉県オレンジ連携シートに類似記入欄はあるが注意を要する部分

※: 千葉県オレンジ連携シートで記入欄が裏面(任意記入項目)である部分

千葉県地域生活連携シート (入院時等)				A表
記入日 平成 年 月 日				
事業所(施設)名		病院・診療所名		
担当者名		担当部署・担当者名		
電話番号		電話番号		
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。(※は、介護報酬の算定に必要な項目です。)				
氏名	生年月日	明大略: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年齢
				歳 性別
				男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
住所	TEL(自宅)		職業	
	TEL(携帯)			
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
※ 家族構成因 ◎:本人 □:男性 ○:女性 ●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅() 階エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 施設等()	
		生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経済的支援 <input type="checkbox"/> 要
		障害認定	<input type="checkbox"/> 身体() <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患()	
※ 生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				
<input type="checkbox"/> 一人暮らし				
※ 家族の介護力及び特記事項				
(本人・家族)の療養に関する意向等				
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()				
確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号:				
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護サービス利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護(/週) <input type="checkbox"/> 入浴(/週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/週) <input type="checkbox"/> 看護(/週)		
	通所	<input type="checkbox"/> 介護(/週) <input type="checkbox"/> リハビリ(/週)		
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護() <input type="checkbox"/> 療養介護()		
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売()		
その他				
※ かかりつけ情報 (医師、歯科、薬局)	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号

記入日：平成 年 月 日

利用者氏名		事業所（施設）名、担当者名	
在宅での生活状況			
※△	移動方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
×	口腔ケア	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ） 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ） 口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※△	食 事	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食（ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> パースト食 <input type="checkbox"/> とろみ ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間 ） 制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ） ） 特記事項	
※△	入 浴	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ） ） 日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ） 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ） 排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
※△	排泄	排便管理 <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照（ ） <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 節量器使用	
※△	特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他	
※	麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	
※	褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）	
※	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）	
※	視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※	聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※	言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる（程度： ）	
※	意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる（伝達方法： ）	
※	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし（ <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え）	
※	行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他（介護上、特に注意すべき点等）			



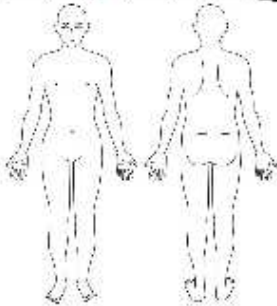
○退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）
退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。 受取者サイン _____

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

※医療機関・施設名		※電話番号		※面談日 平成 年 月 日	
※面談者			※記入者		
以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）					
※氏名	※生年月日	※大 昭	※年齢	※性別	※男女
住 所		TEL（自宅）	職 業		
		TEL（携帯）			
※緊急時連絡先					
氏 名		続 柄	住 所	電話番号	
家族構成別		住 居 境			
<small>◎本人 □男性 ○女性 ■●死亡</small> <small>注：主介護者 副介護者 ☆キーパーソン</small>		<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（階エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）			
		生活保護		経済的支援	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 要	
		※障害認定 <input type="checkbox"/> 身体（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 指定疾患（ ）			
		生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）			
		<input type="checkbox"/> 一人暮らし 家族の介護力及び特記事項			
※要介護度					
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）					
<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
※障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
※認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
※入院期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定					
※入院の経緯・原因となった病名等		※手術			
		※既往歴			
傷病の経過及び治療経過					
本人、家族への退院前指導の内容					
(説明を聞いた相手：)					
退院後の診療形態等					
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 （紹介先医療機関等）					
※特別な医療行為等					
<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他					
※感染症					
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ ）					

利用者氏名				記入日：平成 年 月 日			
	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子		
※△	※	※	※	※	※△ 移動方法 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
					※△ 口腔ケア <input type="checkbox"/> 装置 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) <input type="checkbox"/> 下部 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
					※△ 食事 <input type="checkbox"/> 嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ベースト食 <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: 内容: 量: 所要時間)		
					※△ 整容 <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 () ※△ 更衣 <input type="checkbox"/> 特記事項		
					※△ 入浴 <input type="checkbox"/> 入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
					※△ 排泄 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 排泄能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
					※△ 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> 処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 () <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 綿具懸濁法		
					※△ 麻痺 状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢		
					※△ 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
					※△ 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)		
					※△ 視力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
					※△ 聴力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
					※△ 言葉 <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度:) 意思伝達 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)		
					※△ 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)		
					※△ 行動・精神症状等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 (22)		
					※△ リハビリテーション (目標や内容等) 実施リハ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 () 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
					※△ 生活目標 到達方法 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 () 必要な内容		
					※△ 介護が必要とされる介護サービス 訪問 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 看護 (/ 週) 通所 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 () <input type="checkbox"/> 療養介護 () 福祉用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 () その他		
※ (本人・家族)の療養に関する意向等							
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()							
確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号							
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)							



(2) 診療情報提供書

○別紙様式11(医療機関→医療機関)

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

△	患者氏名	性別 男 ・ 女
	患者住所	
×	電話番号	年 月 日 (歳) 職業
	生年月日	

	傷病名
	紹介目的
※・△	既往歴及び家族歴
	症状経過及び検査結果
	治療経過
	現在の処方
	備 考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

○別紙様式12(医療機関→市町村)

(別紙様式12)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名	
性別 (男 ・ 女)	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) × 職業
△住所	
×電話番号	
診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日) 情報提供回数 回
× 傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (7.脳血栓 4.脳塞栓 9.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血
	発症年月日 平成 年 月 日
	受診年月日 平成 年 月 日
△その他の傷病名	初発 / 再発 1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)
※寝たきり度 (該当するものに○)	
J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。	
A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。	
B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。	
C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。	
※日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)	
移動 自立・一部介助・全面介助	食事 自立・一部介助・全面介助
排泄 自立・一部介助・全面介助	入浴 自立・一部介助・全面介助
着替 自立・一部介助・全面介助	整容 自立・一部介助・全面介助
※認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)	
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すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。	
III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。	
IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。	
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。	
※△病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等	
×訪問診療 有 ・ 無	×訪問看護 有 ・ 無
×必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容	

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

○別紙様式12の4(医療機関→指定居宅介護支援事業所等)

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 _____ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 _____ (印)

患者氏名		性別	男・女
		× 職業	
× 電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
△ 患者住所			
情報提供の目的			
※△ 傷病名	生活機能低下の原因になっているもの	発症日:昭和・平成	年 月 日
		発症日:昭和・平成	年 月 日
※△ その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
× 診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
×	必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		
障害高齢者の生活自立度 □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 □IIa □IIb □III □IIIa □IIIb □IV □M			

○別紙様式13(医療機関→介護老人保健施設)

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(F A X .)

医 師 氏 名

⑩

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	

病 名	
-----	--

現 症	
-----	--

※ 所見及び診断

--	--

× 今後の診療に関する情報

--

4 本シートの作成経過等

保健・医療、介護・福祉の専門家や家族、行政職員で構成されている「千葉県認知症対策推進協議会」（以下「推進協議会」という。）の下に、「認知症連携パス検討・作成作業部会」（以下「作業部会」という。）を設置し、平成23年度から取組を開始しました。

平成23年度に、推進協議会及び作業部会の御意見を参考にオレンジ連携シートの試案を作成しました。

平成24年度及び25年度の2年間にわたって、県内4地域においてオレンジ連携シートの運用実践や評価等を行うモデル事業を実施しました。そして、モデル事業により把握した課題や効果等を踏まえ、モデル事業実施期間中に書式の抜本的な修正を行った上で、さらに検証を重ね、推進協議会や作業部会の御意見を取り入れながら、平成26年3月に「千葉県オレンジ連携シート」を完成させました。

【推進協議会及び作業部会開催状況】

- 平成23年度
 - 推進協議会 2回
 - 作業部会 6回

- 平成24年度
 - 推進協議会 2回

- 平成25年度
 - 推進協議会 1回
 - 作業部会 3回

【モデル事業委託先(実施地域)】

- ・一般社団法人松戸市医師会（松戸市）
- ・佐倉市認知症地域ネットワーク医療介護連携推進協議会（佐倉市及び近隣市町村）
- ・社会福祉法人ロザリオの聖母会（海匝圏域）
- ・社会医療法人社団さつき会（君津圏域）

平成25年度千葉県認知症対策推進協議会 名簿 (H26.3.31現在)

	氏名	所属団体・役職	
会長	伊豫 雅臣	千葉大学大学院医学研究院	教授
副会長	植松 多恵子	認知症の人と家族の会千葉県支部	世話人
〃	助川 未枝保	(株) 千葉福祉総合研究所 ビー・アカデミー	代表取締役・所長
委員	旭 俊臣	旭神経内科リハビリテーション病院	院長
〃	畔上 加代子	千葉県在宅サービス事業者協議会	会長
〃	岩崎 弘一	千葉県精神神経科診療所協会	理事
〃	宇井 訓子	千葉県ホームヘルパー協議会	監事
〃	海村 孝子	千葉県医師会	理事
〃	梶原 栄治	千葉県高齢者福祉施設協会	研修委員会委員長
〃	梶原 優	日本病院会	副会長
〃	川上 浩嗣	千葉県社会福祉協議会	副部長
〃	木村 章	日本精神科病院協会千葉県支部	支部長
〃	小林 繁樹	千葉県救急医療センター	センター長
〃	権平 くみ子	千葉県訪問看護ステーション連絡協議会	会長
〃	佐藤 茂樹	成田赤十字病院	精神神経科部長
〃	鈴木 健彦	千葉県健康福祉部	保健医療担当部長
〃	染野 貴寛	千葉県社会福祉士会	副会長
〃	高橋 章博	千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会	理事
〃	土屋 宏子	佐倉市(高齢者福祉課)	主査
〃	西 ケイ子	千葉県介護支援専門員協議会	副理事長
〃	野口 渉子	千葉県介護福祉士会	副会長
〃	平山 登志夫	千葉県老人保健施設協議会	会長
〃	福原 秀夫	袖ヶ浦市(高齢者支援課)	室長
〃	細井 尚人	袖ヶ浦さつき台病院	認知症疾患医療センター長
〃	松尾 徳子	佐倉市(佐倉地域包括支援センター)	管理者
〃	松田 一郎	千葉県歯科医師会	理事
〃	眞鍋 知史	千葉県薬剤師会	副会長
〃	三島木和香子	ちば地域密着ケア協議会	理事
〃	村田 純子	千葉県看護協会	認知症看護認定看護師

(50音順)

平成25年度千葉県認知症対策推進協議会
認知症連携パス検討・作成作業部会 名簿

(H26.3.31現在)

	氏名	所属団体・役職	
部会長	旭 俊臣	旭神経内科・リハビリテーション病院	院長
委員	上野 秀樹	海上寮療養所	副院長
〃	植松 多恵子	認知症の人と家族の会千葉県支部	世話人
〃	海村 孝子	千葉県医師会	理事
〃	大橋 浩美	旭市高齢者福祉課高齢者班包括支援センター	主任保健師
〃	梶原 栄治	千葉県高齢者福祉施設協会	研修委員会委員長
〃	梶原 優	日本病院会	副会長
〃	木村 章	日本精神科病院協会千葉県支部	支部長
〃	小林 繁樹	千葉県救急医療センター	センター長
〃	権平 くみ子	千葉県訪問看護ステーション連絡協議会	会長
〃	佐藤 茂樹	成田赤十字病院	精神神経科部長
〃	助川 未枝保	(株)千葉福祉総合研究所ピースアカデミー	代表取締役・所長
〃	鈴木 健彦	千葉県健康福祉部	保健医療担当部長
〃	土橋 正彦	千葉県医師会	副会長
〃	土屋 宏子	佐倉市福祉部高齢者福祉課	
〃	西 ケイ子	千葉県介護支援専門員協議会	副理事長
〃	福原 秀夫	袖ヶ浦市福祉部高齢者支援課	
〃	細井 尚人	袖ヶ浦さつき台病院	認知症疾患医療センター長
〃	本田 典子	松戸市健康福祉本部社会福祉担当部介護支援課	
〃	松尾 徳子	佐倉地域包括支援センター	管理者
〃	三島木 和香子	ちば地域密着ケア協議会	理事
〃	持田 英俊	旭中央病院	脳神経外科部長
〃	森本 浩司	千葉県医師会	理事
〃	吉山 容正	千葉東病院	神経内科医長

(50音順)