

千葉県オレンジ連携シートの更なる活用について

1 作成の趣旨

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。

2 期待される効果

- ・ 伝えたいこと、依頼したいことが一目でわかり、また目的を明示し、必要な情報を伝達することにより、円滑な連携・共同、支援に結びつく。
- ・ 介護から医療への働きかけや、かかりつけ医からの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る。
- ・ 日常の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るほか、全県域で使用できる共通様式であることから、日常的な連携の範囲を超えた広域的な連携に有効であると考えられる。

3 利用する場面

- (1) 発信者から受信者へ情報伝達等を行う。(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(一往復)
- (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する。

4 利用者の範囲

法令等で守秘義務が課せられている専門職に限定している。

(職種例：医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・地域包括支援センター職員・市町村職員・居宅介護支援事業者等)

5 作成経緯

平成 23 年度：千葉県認知症対策推進協議会、認知症連携パス検討・作成作業部会の意見等を踏まえ、連携パスモデル試案作成。

平成 24 年度：県内 4 地域でモデル事業実施（パスの運用実践・評価）。

平成 25 年度：引き続きモデル事業実施。効果や課題等を踏まえ様式改定。具体的な運用方法、運用上の留意点等の検討を行い、「千葉県オレンジ連携シート」の様式及び運用ガイドラインを完成。

平成 26 年度：本格運用開始

平成 29 年度：シート内の記載欄等を修正し、改訂

6 利用状況等

(1) 過去3か年の使用枚数等

調査対象：医療関係者、居宅介護支援事業所、市町村・包括等

調査年度	対象期間	対象人数	使用枚数	使用度*
令和2年度	平成31年4月1日から 令和2年3月31日	5,188人	947枚	19.7%
平成30年度	平成29年4月1日から 平成30年3月31日	3,856人	762枚	25.1%
平成28年度	平成27年4月1日から 平成28年3月31日	3,546人	660枚	23.5%

(「千葉県オレンジ連携シートの利用状況等に関するアンケート」から抜粋)

*使用度(シートの使用度合い)：シートを①発信したことがある、②受け取ったことがある、③会議等で使用したことがある、④その他の使い方をしている、⑤機会があれば使用したい、⑥今後も使用予定はない、から複数選択可として調査した回答総数における①～④の割合

(2) シートに関する意見

(「千葉県オレンジ連携シートの利用状況等に関するアンケート」から抜粋)

○ 役に立った例

- ・ 本人や家族からの病歴聴取がしやすかった。発信者の意図、病歴、問題点がわかりやすい。
- ・ 地域包括支援の会議で利用しましたがこの一枚で概ねその方の状態が把握できて、イメージしやすかった。
- ・ 受診前にチーム(初期集中チーム)に相談する時に情報共有に役立った。

○ 役に立たなかった例、困難が生じた例

- ・ 服薬情報提供書と一緒にシートを添付したが、病院からは何の反応もなかった。
- ・ ケアマネ支援で利用しました。記入に時間がかかった。
- ・ 診断依頼、相談のため精神科の病院へ持参したことがありますが、MSWがオレンジシートの存在を知らず、シートではなく診察室で直接伝えてとシートを受け取ってもらえない時がありました。

○ その他意見・要望

- ・ オレンジ連携シートを「今後も使用していきたい」との意見が最も多く156件で、「好評価」は30件、計186件が好意的だった。

- ・ 「地域生活連携シート等の別書式を使用」が86件で、次いで、オレンジ連携シートについて、今後一層の「周知が必要」との意見が80件だった。
- ・ 「使用頻度が少ない・使用したことがない」62件、「負担・手間がかかる」46件、「使用方法が分からない」31件、「必要性を感じない」25件、「連携・活用できない」16件と、シートに関する低評価な意見が計180件だった。

7 現在の周知

- ・ 千葉県ホームページにて掲載
- ・ 県の各種研修の行政説明にてシートについて周知
(千葉県認知症地域支援推進員研修・歯科医師認知症対応力向上研修・認知症リハビリテーション専門職研修・薬剤師認知症対応力向上研修)

8 今後について

千葉県オレンジ連携シートの更なる活用のため、周知強化やシートの改訂等、今後の方針について、御意見を伺いたい。

【取扱注意】

発信者（ ）から受信者（ ）様へ

千葉県オレンジ連携シート(H30年度改訂)

表面

チーバくんと
オレンジリング



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うことを目的としています。

御協力のほど、よろしくお願いいたします。

返信： 要 不要

御本人のお名前(フリガナ) 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	住所(市町村・字名まで)
--	---	--------------

1 発信者記入欄	発信者所属
記入日：()年()月()日	氏名
添付資料：()枚	電話

目的	①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 type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他()
	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 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
--------	-------------------------

伝達・相談・依頼事項・自由記載欄

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利用状況 医療の状況

返信内容の発信者以外への提供
 なし 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： 医療機関 ケアマネ 介護事業所・施設 行政・地域包括 その他()

2 受信者(返信者)記入欄

記入日：()年()月()日	返信者所属
添付資料：()枚	氏名
	電話

伝達・回答事項・自由記載欄

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：	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> その他()		
主介護者の続柄：	()	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	キーパーソン	の続柄：	()	<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：								
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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	着替え	：	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	排泄	：	<input 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 type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	食事	：	<input 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 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：	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当									
介護認定：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中(予定)	<input 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()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	<input type="checkbox"/> 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 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()	<input type="checkbox"/> 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	
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可
既往歴	