

医療計画(精神疾患)について

(平成24年4月27日説明会資料<抜粋版>)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

Ⅲ 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

医療計画制度について(現行)

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加

患者数の現状

- 平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人であり、医療計画に記載すべきいずれの4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の患者数よりも多くなっている。職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっている。

※4疾病患者数：悪性新生物152万人、脳血管疾患134万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人（平成20年患者調査）

死亡数の現状

- 精神疾患による死亡数(平成21年人口動態統計)は1.1万人。また、遺族等の聞き取り等による自殺の実態調査によると、自殺者の約9割に、何らかの精神疾患に罹患していた可能性あり。自殺による死亡数(平成21年人口動態統計)は3.1万人であり、糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍となっている。

※死因順位別の死亡数(上位3位)：悪性新生物34万人、心疾患18万人、脳血管疾患12万人（平成21年人口動態統計）

医療連携の必要性

- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要。



- 精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進。
- 年度内に改正指針等を都道府県に提示。24年度に都道府県で計画を策定し、25年度から新計画を実施。

医療提供体制の改革に関する意見 (第26回社会保障審議会医療部会(平成23年12月22日))

(1) 医療計画のあり方

- 二次医療圏について、二次医療圏間で医療提供体制に格差が見られるため、地域の実情や現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、医療計画作成指針の見直しを行う必要がある。その際、都道府県が見直しについて具体的な検討ができるよう、二次医療圏の設定の考え方をより明示的に示すべきである。
- 在宅医療の提供体制を計画的に整備するため、在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むべきことを法制上明確にすべきである。

(2) 4疾病5事業の見直し

- 増加する精神疾患患者への医療の提供を安定的に確保するため、医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業(4疾病5事業)に精神疾患を追加すべきである。その際、一般医療と精神科医療との連携や社会復帰という観点での地域の関係機関との連携といった視点が重要である。
- 疾病・事業ごとの医療計画のPDCAサイクルを効果的に機能させることで、計画の実行性を高めることができるように、医療計画作成指針を見直すことが必要である。

医療計画の見直しについて (医療計画の見直し等に関する検討会取りまとめ意見(平成23年12月16日))

1. 二次医療圏の設定について

二次医療圏の人口規模が医療圏全体の患者の受療動向に大きな影響を与えており、二次医療圏によっては当該圏域で医療提供体制を構築することが困難なケースもある。

「医療計画作成指針」において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、都道府県に対して、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、見直しを行うよう促すことが必要である。

2. 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

- 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実効性を高める必要があり、そのため、
- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策等を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策等の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策等を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示することが必要である。

3. 在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に、在宅医療について、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき数値目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促すことが必要である。

4. 精神疾患の医療体制の構築について

医療計画に定める疾病として新たに精神疾患を追加することとし、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」を策定することにより、都道府県において、障害福祉計画や介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制の構築が行われるよう促すことが必要である。

5. 医療従事者の確保に関する事項について

今後、医療従事者の確保を一層推進するために、医療対策協議会による取り組み等に加えて、地域医療支援センターにおいて実施する事業等(地域医療支援センター以外の主体による同様の事業を含む。)を医療計画に記載し、都道府県による取り組みをより具体的に盛り込むことが必要である。

6. 災害時における医療体制の見直しについて

東日本大震災で認識された災害医療等のあり方に関する課題に対し、「災害医療等のあり方に関する検討会」(座長: 大友 康裕 東京医科歯科大学教授)が開催され、災害拠点病院や広域災害・救急医療情報システム(EMIS)や災害派遣医療チーム(DMAT)のあり方、中長期的な災害医療体制整備の方向性等が検討され、報告書がとりまとめられた。今後、都道府県が医療計画を策定する際に、本報告書で提案された内容を踏まえた適切な災害医療体制を構築するよう、促すことが必要である。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針(概要)

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2)医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

- ① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制を構築すること。
- ⑤ 医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

精神疾患に関する医療計画(イメージ図)

	【予防・アクセス】	【治療・回復・社会復帰】	【精神科救急】	【身体合併症】	【専門医療】
機能	保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能	状態に応じて、必要な医療を提供できる機能	精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能		
目標	・精神疾患の発症を予防する ・発症してから精神科医を受診できるまでの期間をできるだけ短縮する ・精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する	・患者の状態に応じた精神科医療を提供する ・早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する ・患者ができるだけ長く、地域生活を継続できる	・24時間365日、精神科救急医療を提供できる	・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる ・専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できる	・児童精神医療(思春期を含む)、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する ・医療観察法の指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数を確保する
関係機関	・保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の保健・福祉等の関係機関 ・一般の医療機関 ・薬局 ・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所	・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 ・在宅医療を提供する病院・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク等	・精神医療相談窓口、精神科救急情報センター ・精神科救急医療施設 ・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 ・救命救急センター、一般の医療機関	・人工透析等の可能な専門医療機関 ・歯科を標榜する病院・歯科診療所	・専門医療を提供する医療機関 ・医療観察法指定通院医療機関
医療機関に求められる事項	・住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する ・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携する ・精神科医との連携を推進している(GP(内科等身体疾患を担当する科と精神科)連携への参画等) ・かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加している	・患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る ・緊急時の対応体制や連絡体制を確保する ・早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業者等と連携し退院を支援する ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供する ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供する	・精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有する ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携する ・行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ・精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日も対応できる体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる	・身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる) ・精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ・一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる	・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる
	うつ病 ・発症してから、精神科医を受診するまでの期間をできるだけ短縮する ・うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できる ・関係機関が連携して、社会復帰(就職、復職等)に向けた支援を提供できる(一般の医療機関) ・うつ病の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携している ・内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携会議等へ参画する ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加している(うつ病の診療を担当する精神科医療機関) ・うつ病とうつ状態を伴う他の精神疾患について鑑別診断でき、他の精神障害や身体疾患の合併などを評価できる ・患者の状態に応じて適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて他の医療機関と連携できる ・患者の状態に応じて、環境調整等に関する助言ができる ・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携している ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等との連携、障害福祉サービス事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供する		認知症 (調整中)		

別表5 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防・アクセス (うつ病を含む)		治療・回復・社会復帰 (うつ病を含む)		精神科救急・身体合併症・専門医療					
					精神科救急		身体合併症		専門医療	
ストラクチャー指標	○	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 【事業報告】	◎	精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 【医療施設調査】	◎	精神科救急医療施設数 【事業報告】	◎	精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	◎	児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
		GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区数	◎	精神科病院の従事者数 【病院報告】	◎	精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況 【事業報告】	◎	救命救急センターで「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	◎	小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
				往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数	◎	精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料届出施設数 【診療報酬施設基準】	◎	入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	◎	重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
			◎	精神科訪問看護を提供する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎	精神科救急医療体制を有する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎	精神病床を有する一般病院数 【医療施設調査】	○	医療観察法指定通院医療機関数 【指定通院医療機関の指定】
プロセス指標	◎	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎	精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	◎	精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数 【事業報告】	○	副傷病に精神疾患を有する患者の割合 【患者調査(個票)】	○	在宅通院精神療法の20歳未満加算 【NDB】
	◎	精神保健福祉センターにおける相談等の活動 【衛生行政報告例】	○	非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 【NDB】	◎	精神科救急情報センターへの相談件数 【事業報告】	○	精神科身体合併症管理加算 【NDB】		
	◎	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】		向精神薬の薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎	年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり) 【衛生行政報告】				
	◎	精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員 【衛生行政報告例】		抗精神病薬の単剤率	○	保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【精神保健福祉資料】				
			○	精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数 【精神保健福祉資料】						
			◎	精神障害者手帳交付数 【衛生行政報告例】						
			○	精神科デイ・ケア等の利用者数 【精神保健福祉資料】						
			○	精神科訪問看護の利用者数 【精神保健福祉資料】						
アウトカム指標	◎	こころの状態 【国民生活基礎調査】	○	1年未満入院者の平均退院率 【精神保健福祉資料】						
			○	在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数 【精神保健福祉資料】						
			○	3カ月以内再入院率 【精神保健福祉資料】						
			◎	退院患者平均在院日数 【患者調査】						
	◎			自殺死亡率(人口10万あたり) 【人口動態統計】						

◎: 必須指標、○: 任意指標

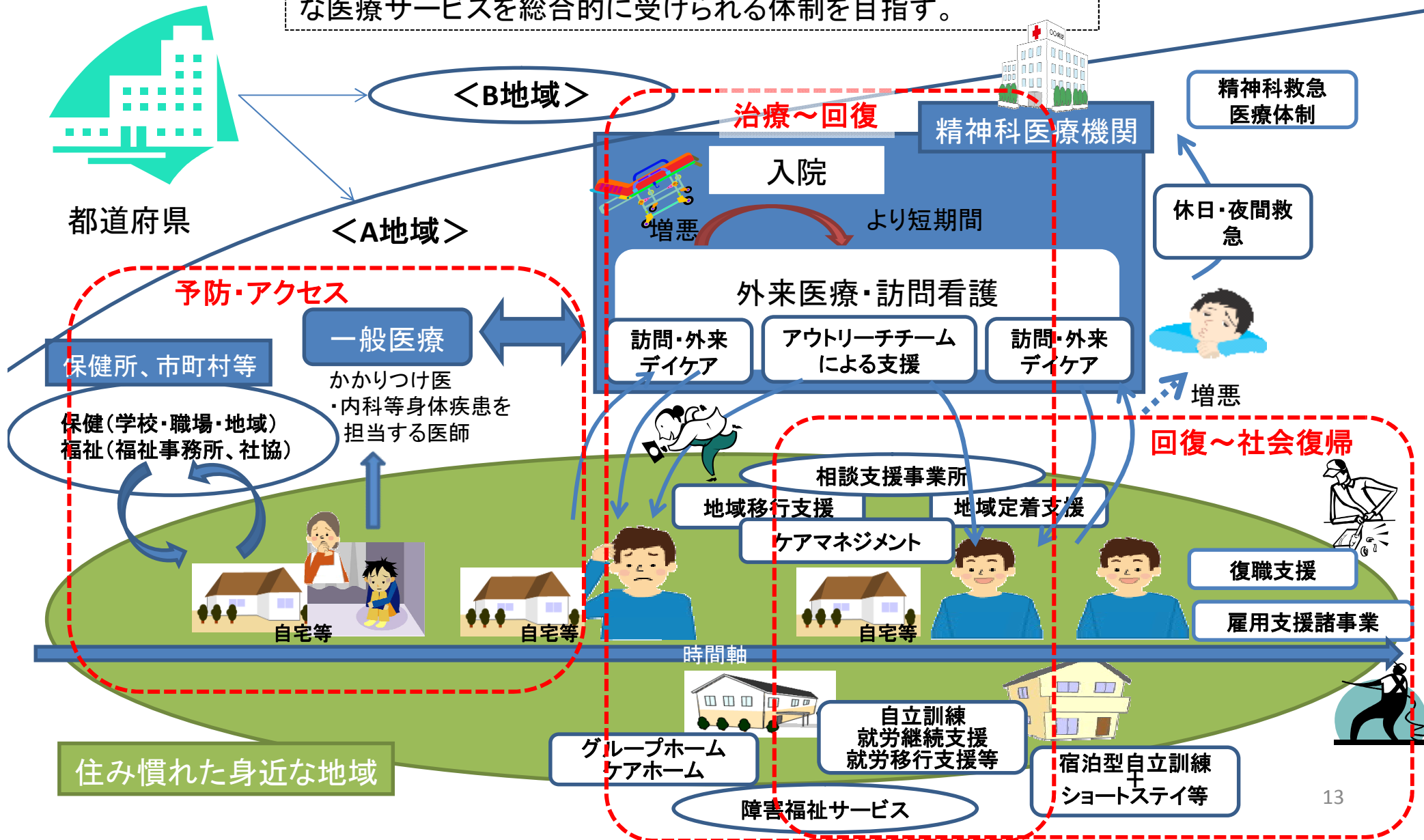
◎: 必須指標、○: 任意指標

精神疾患に関する医療計画【認知症のポイント】

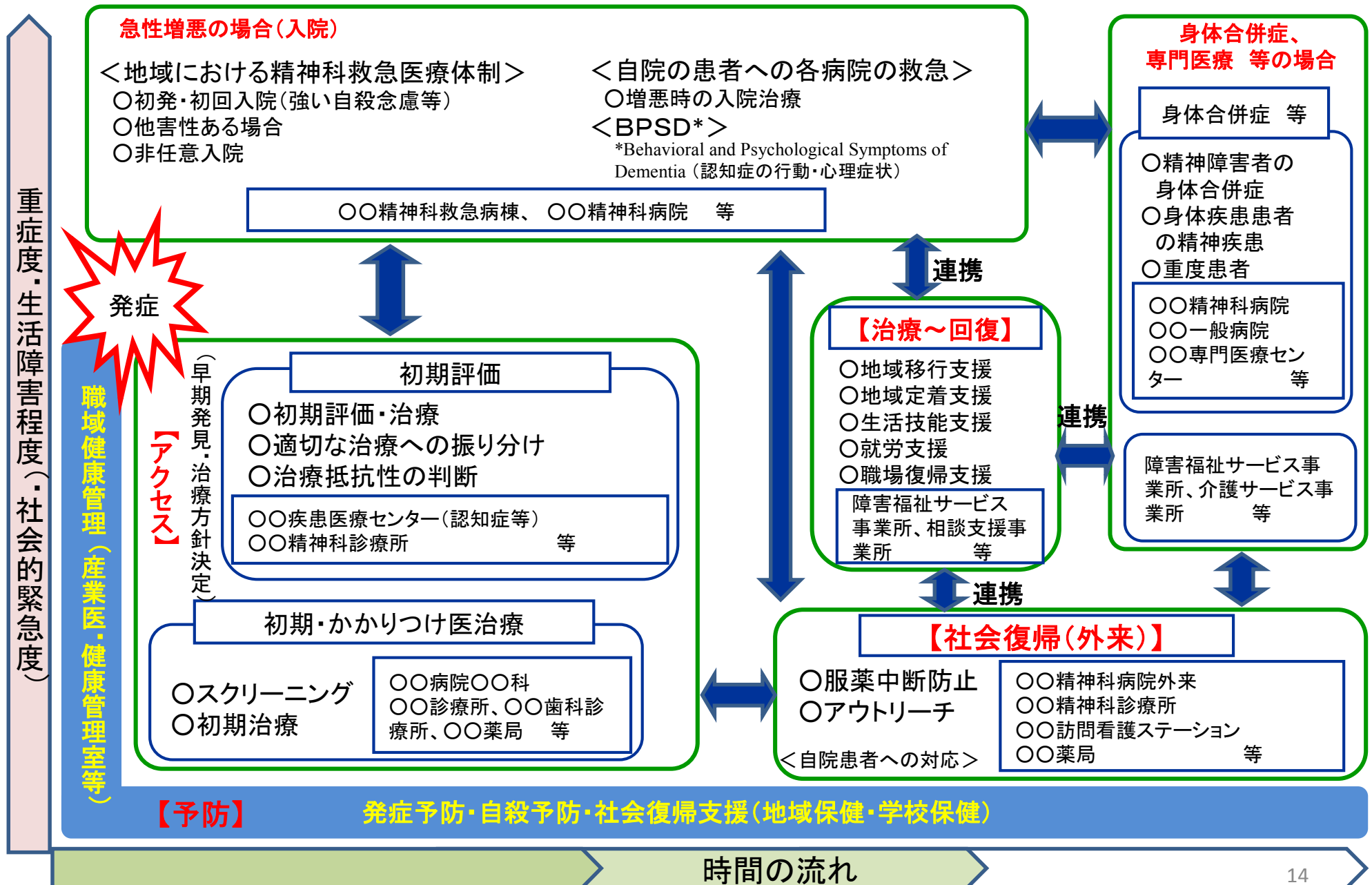
- 認知症の医療計画については、精神疾患の医療計画イメージ案を参考に、
【病期】として ①認知症の進行予防、 ②専門医療機関へのアクセス、 ③地域生活維持
【状態像】として ④BPSDや身体疾患等が悪化した場合
に分け、それぞれの目標、医療機関に求められる事項等を作成する。
- 医療計画の内容については、新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R)の検討を踏まえ、医療体制に関する以下のような方向性を盛り込んで作成する。
 - ① 認知症の方の地域での生活を支えられるような医療サービス(診断機能、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能、入院機能等)を、家族や介護者も含めて提供できるような医療体制とすることを目標とする。
 - ② 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関の整備について記載する。
 - ③ 認知症疾患医療センターには、早期の詳細な診断や、急性期の入院医療を提供するほか、在宅医療を担当する機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携し、地域での生活を支える役割を担うことが求められることについて記載する。
 - ④ 認知症の退院支援・地域連携クリティカルパスの導入等を通じて、認知症の方の退院支援に当たって、精神科医療機関と介護サービス事業者等との連携を進める。
- 認知症の医療計画については、新たに省内関係部局によるプロジェクトチーム(「認知症施策検討プロジェクトチーム(主査:藤田政務官)」)を設置(11月29日)し、厚生労働省全体の認知症施策を検討する予定としており、その内容を踏まえて作成する。

精神疾患の患者を支えるサービス(イメージ) 福祉との連携

住み慣れた身近な地域で、様々なサービスと協働しつつ、必要な医療サービスを総合的に受けられる体制を目指す。



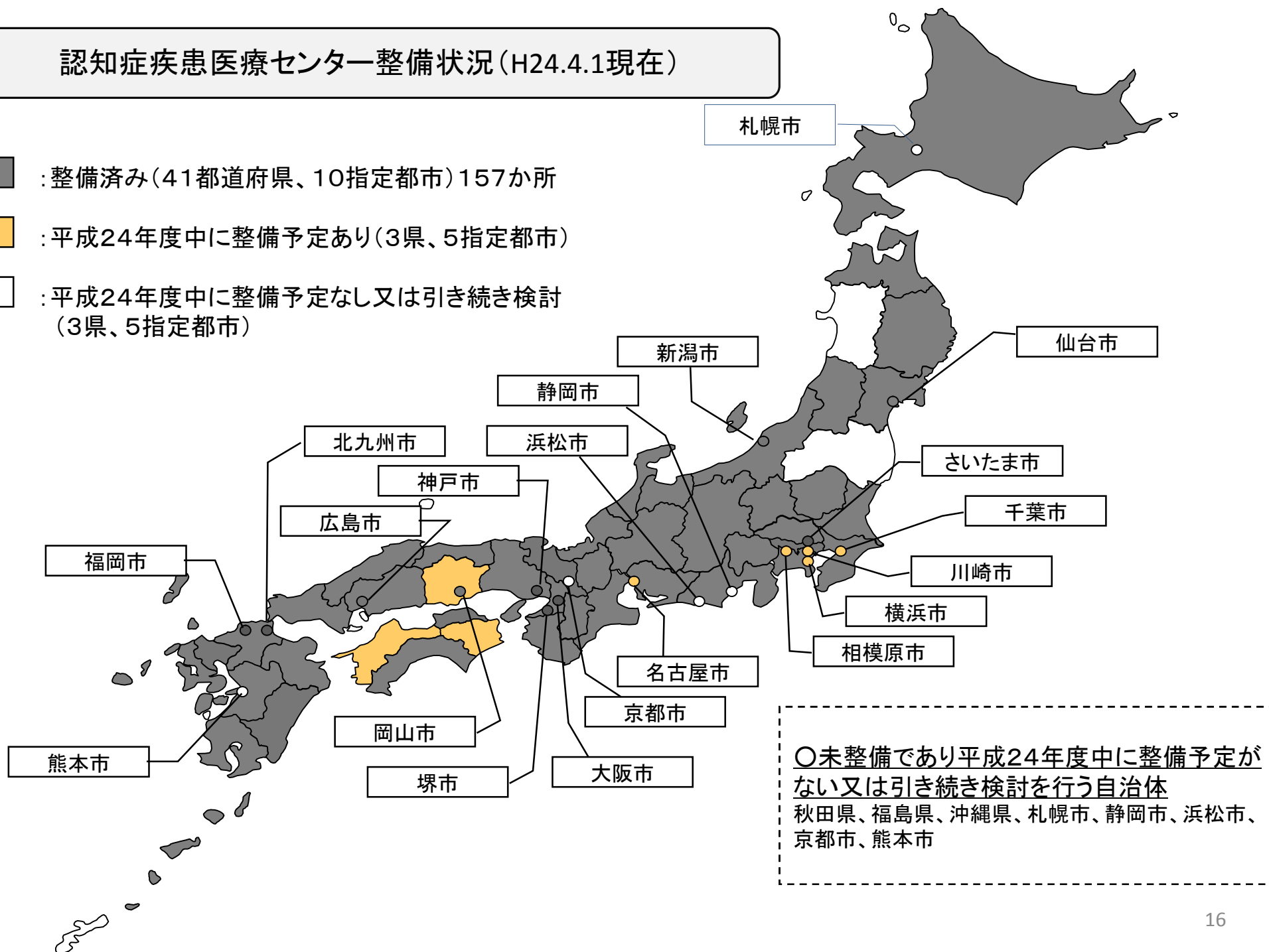
精神疾患の医療体制(イメージ)



IV－5 認知症

認知症疾患医療センター整備状況（H24.4.1現在）

- : 整備済み(41都道府県、10指定都市)157か所
- : 平成24年度中に整備予定あり(3県、5指定都市)
- : 平成24年度中に整備予定なし又は引き続き検討(3県、5指定都市)



認知症疾患医療センター運営事業

平成24年度予算額

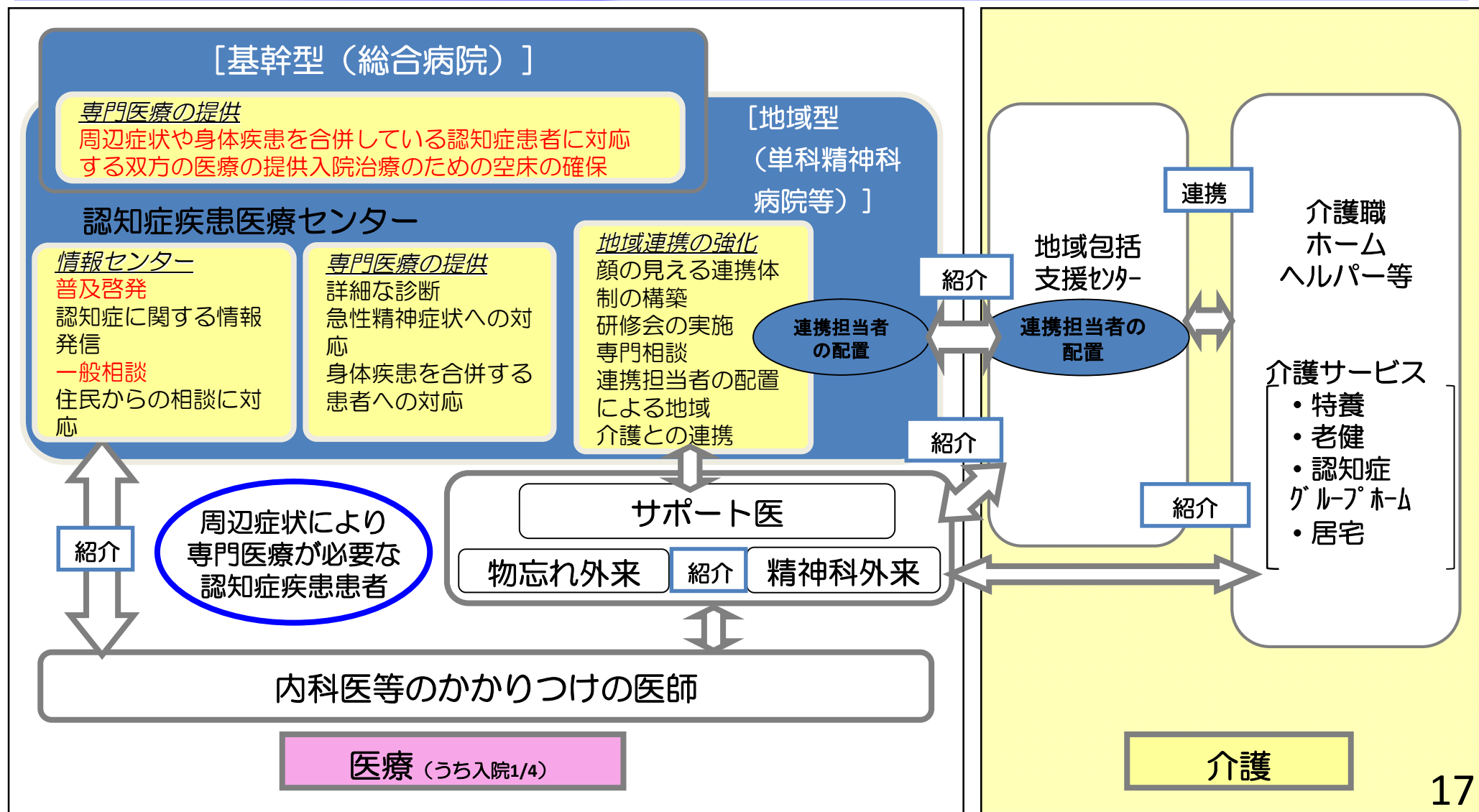
356,328千円

認知症疾患医療センター

設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約175ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



認知症患者への退院支援

☆病状が安定しているにもかかわらず、長期入院を続ける患者への退院支援☆
・家族としては在宅で支援したいが、負担が大きく退院させることを躊躇している等

入院

・病状安定のための治療と支援(服薬治療、精神科作業療法等)
・退院後の生活支援に向けた介護支援専門員(ケアマネージャー)との連絡調整
・家族や介護者への支援

退院

退院支援・地域連携クリティカルパスの活用



精神科医療機関等

(医療)
・服薬治療
・訪問診療
・訪問看護
・重度認知症
デイ・ケア

認知症
疾患医療
センター

認知症サポート
医、かかりつけの
医師等

介護支援専門員等が居宅サービス計画等を作成し、
医療機関、事業者等との連絡調整を行う

退院先が在宅の場合

ショートステイ

認知症対応型
通所介護
(デイサービス)

居宅介護支援
(ケアプラン)

夜間対応型
訪問介護

訪問看護

通所リハビリテーション
(デイ・ケア)

退院先が施設の場合

特別養護
老人ホーム

介護老人
保健施設

地域包括
支援センター

在宅介護
支援センター

★認知症患者、家族・介護者の希望に添った支援を行う★

小規模多機能型
居宅介護

認知症グループホーム

認知症地域連携パス

「（案）オレンジ手帳」

この手帳は、認知症患者様の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、患者様やご家族・かかりつけ医や専門医・介護機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護を行うための「認知症地域連携パス」です。利用者及びご家族の方には、この「（案）オレンジ手帳」を常に携帯しながら、かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス機関等を利用していただくことで、各施設間の情報共有や医療機関の病診連携及び介護と医療の連携を可能とします。治療及びケアを提供する側の機関において、有意義な情報として活用され、利用者の方々が、可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ、「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としています。

「オレンジ手帳」(案)



さまの

地域連携パス

開始日 平成 年 月 日



医療機関を受診する時、介護サービス機関を利用する時は必ずこの手帳を、お出ください。

基本 1		
＜同意書＞		
各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパス適応に同意します。		
ご本人	様	
ご家族	様	(続柄:)
TEL ()		
成年後見人	様	
TEL ()		
＜かかりつけの医療機関＞		
医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	
＜専門医療機関＞		
医療機関	連絡先	主治医
	TEL: ()	
	TEL: ()	

わたしのプロフィール (1) (本人・家族 3)	
記入者:	(関係:)
ふりがな	(性別:)
名前	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
生活状況	自宅・施設 (施設名:)
年金受給状況	☐ 国民年金 ☐ 遺族年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金
＜家族構成＞ ☐ 独居 ☐ 同居	
主介護者名	(姓) 関係 同居・別居
(ジュネグラム)	
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 死亡 ☐ 本人 現在の同居者は○で囲む	
＜ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号＞	
関係	氏名 連絡のとれる時間帯 電話番号
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()
	☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜 ()

認知症進行度チェック表 (家族・介護機関用 5)			
※ 6ヶ月毎に記載の場合			開始時 年 月
確認する項目	選択肢 (あてはまる番号を選びチェック欄に○印)	チェック欄	
記憶	二週間以上の出来事について 1. あり 2. なし 3. 不明 数日前～数週間前の事も忘れている 1. 数日前のことも忘れている 2. 数年前のことも忘れている 3. ときどき忘れる 過去の出来事に對して 1. 思い出すことも忘れている 2. 数年前のことも忘れている 3. ときどき忘れる 家族の記憶がでない 1. あり 2. たまにある 3. なし	1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3	
行動	自力歩行 1. できない 2. 一部介助 3. できる 外出状況 1. 外出なし 2. 家族と一緒に可能 3. 1人で可能 食料管理 1. 全介助 2. 一部介助 3. 不明 薬の内服 1. 全介助 2. 一部介助 3. できる 食事介助の必要性 1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3	
食事	1食あたりの食量 1. 減少傾向 2. 変化なし 3. 食べすぎ傾向 1日の水分量 1. 減少傾向 2. 変化なし 3. とりすぎ傾向	1・2・3 1・2・3 1・2・3	
トイレ	排泄介助の必要性 1. 全介助 2. 一部介助 3. なし 尿・便失禁 1. あり 2. たまにある 3. なし おむつ使用(紙・ビニール) 1. 常時使用 2. 夜間のみ使用 3. なし	1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3	
風呂	入浴介助の必要性 1. 全介助 2. 一部介助 3. なし 入浴拒否 1. あり 2. たまにある 3. なし 介助の必要性 1. 全介助 2. 一部介助 3. なし 服薬の前後を間違える 1. あり 2. たまにある 3. なし	1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3	
その他	ボタン 1. 全介助 2. 一部介助 3. できる 物の状態の確認 1. 確認 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠 4. 日中徘徊 5. 興奮 6. 無関心・意欲低下 7. 火の始末 8. 不潔行為 9. 異食行為	1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3 1・2・3	
介護者の方の印象	1. 負担が重くなり難やかになった 2. 意欲が出てきた 3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った 4. 以前と変わらない	1 2 3 4	
記載者 関係			