（別紙様式２）

DIEPSS（薬原性錐体外路症状評価尺度）全項目評価用紙

 コード

０ ＝ なし、正常

１ ＝ ごく軽度、不確実

２ ＝ 軽度

３ ＝ 中等度

４ ＝ 重度

患者：

評価者：

評価日：　　　 年　　　 月　　　 日

評価時間：　　　　　　 ～

適当なもの１つに丸をつける。

１ 歩行 Gait　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

小刻みな遅い歩き方。速度の低下，歩幅の減少，上肢の振れの減少，前屈姿勢や前方突進現象の程度

を評価する。

２ 動作緩慢 Bradykinesia 　　　　　　　　　　　　　　　　０ １ ２ ３ ４

動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ（仮面

様顔貌）や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。

３ 流涎 Sialorrhea　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

唾液分泌過多。

４ 筋強剛 Muscle rigidity 　　　　　　　　　　　　　　　　０ １ ２ ３ ４

上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象，ろう屈現象，鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。

５ 振戦 Tremor　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

口部，手指，四肢，躯幹に認められる反復的，規則的 ( 4 ～ 8 Hz ) で，リズミカルな運動。

６ アカシジア Akathisia 　　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感，ソワソワ感，絶えず動いていたいという衝動などの内的

不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状 (身体の揺り動かし，下肢の振り回し，足踏み，足の組

み換え，ウロウロ歩きなど) についても評価する。

７ ジストニア Dystonia　　　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌，頚部，四肢，躯幹などにみられる筋肉の捻転

やつっぱり，持続的な異常ポジション。舌の突出捻転，斜頚，後頚，牙関緊急，眼球上転，ピサ症候群

などを評価する。

８ ジスキネジア Dyskinesia　　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

運動の異常に亢進した状態。顔面，口部，舌，顎，四肢，躯幹にみられる他覚的に無目的で不規則な

不随意運動。舞踏病様運動，アテトーゼ様運動は含むが，振戦は評価しない。

９ 概括重症度 Overall severity　　　　　　　　　　　　　　 ０ １ ２ ３ ４

錐体外路症状全体の重症度。

（別紙様式３）

医療観察精神科訪問看護指示書

指示期間 （平成 　　年 　　月 　　日～ 　　年 　　月 　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 対象者住所 | 電話（　　　　）　　　　－　　　　 | 施設名 |
| 主たる傷病名 |  |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | (1)　　　　　　　(2)　　　　　　　　(3) |
| 投与中の薬剤の用量・用法 |  |
| 病名告知 | あり　　・　　なし |
| 治療の受け入れ |  |
| 複数名訪問の必要性 | あり　　・　　なし |
| 短時間訪問の必要性 | あり　　・　　なし |
| 複数回訪問の必要性 | あり　　・　　なし |
| 日常生活自立度 | 認知症の状況　（Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　Ｍ） |
| 医療観察精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項　１　生活リズムの確立　２　家事能力、社会技能等の獲得　３　対人関係の改善（家族含む）　４　社会資源活用の支援　５　薬物療法継続への援助　６　身体合併症の発作・悪化の防止　７　その他 |
| 緊急時の連絡先不在時の対応法 |
| 主治医との情報交換の手段 |
| 特記すべき留意事項 |

上記のとおり、医療観察訪問看護の実施を指示いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住 所

電 話

（FAX ）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護事業型指定通院医療機関 　　　　　　　　　　　殿

（訪問看護ステーション）

（別紙様式４）

医療観察精神科特別訪問看護指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

医療観察特別訪問看護指示期間（平成　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | 生年月日　　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 症状・主訴：　一時的に医療観察訪問看護が頻回又は長・短時間必要な理由： |
| 留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。)（該当する項目に○をつけてください）（複数名訪問の必要性　　　あり　・　なし　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）（長時間訪問の必要性　　　あり　・　なし　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）（短時間訪問の必要性　　　あり　・　なし　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）特に観察を要する項目（該当する項目に○をつけてください）１服薬確認２水分及び食物摂取の状況３精神症状（観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　 ）４身体症状（観察が必要な事項：　　　　　　　　　　　　　　　 ）５その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等） |
| 緊急時の連絡先等 |

上記のとおり、指示いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

医療機関名

電話

（ＦＡＸ）

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

訪問看護事業型指定通院医療機関 　　　　　　　　　　　殿

（訪問看護ステーション）