

(別紙様式1)

## DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者：  
評価者：  
評価日： 年 月 日  
評価時間： ~

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

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、リズムカルな運動。

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、頸部、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、斜頸、後頸、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。舞蹈病様運動、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 2)

## 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	電話番号 ( ) -	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
	日常生活自立度	認知症の状況 ( I II a II b III a III b IV M)
医療観察精神科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		
主治医との意見交換の手段		
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

訪問看護事業型指定通院医療機関  
(訪問看護ステーション)

殿

(別紙様式3)

## 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

( F A X )

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)