

## 【報告 1】

# 認知症ケアパスを生かして共につくる 認知症地域包括ケア



諫早市健康福祉部高齢介護課 岩本 節子

# I はじめに

## 1. 自治体基礎情報

人口	137,836名 (H30.4.1)	65歳以上人口	39,394名
高齢化率	28.6%	第7期介護保険料	71,640円(月5,970円)
要介護支援認定者数	7,239名 (H30.3月末日)	要介護支援認定率	18.3%
日常生活圏域数	15圏域	包括数	直営:1 委託:4

認知症地域支援推進員数:5名(うち行政:2名専任・3名兼務、直営・委託0名)

### 地域の特徴:

平成17年3月に1市5町が合併し新諫早となる。将来都市像「ひとが輝く創造都市・諫早」長崎県の中央部に位置し、東は有明海、西は大村湾、南は橘湾と3方が海に面し、北は多良岳の秀峰を仰ぎ4本の国道と、JR、島原鉄道が交わる交通の要所。市の中央部を流れる本明川は、市街地を通して有明海に注ぎ、下流の諫早平野は県下最大の穀倉地を形成している。肥沃な丘陵地帯はみかんや野菜の特産地である。



諫早市民栄誉賞の  
内村航平さん



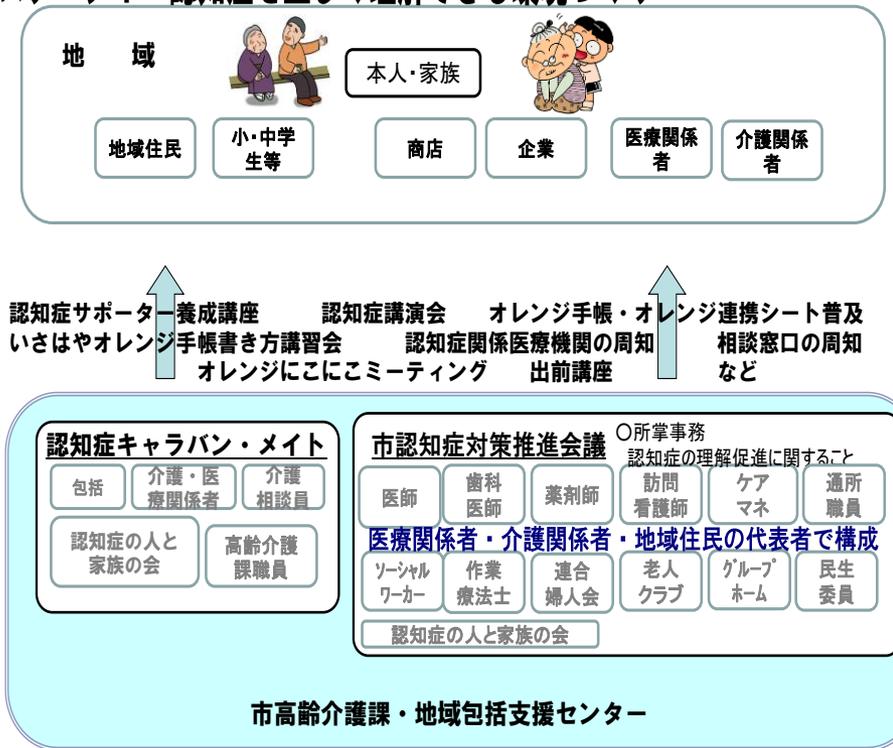
## 2. 第7期介護保険事業計画における

# 認知症地域包括ケアのイメージ図

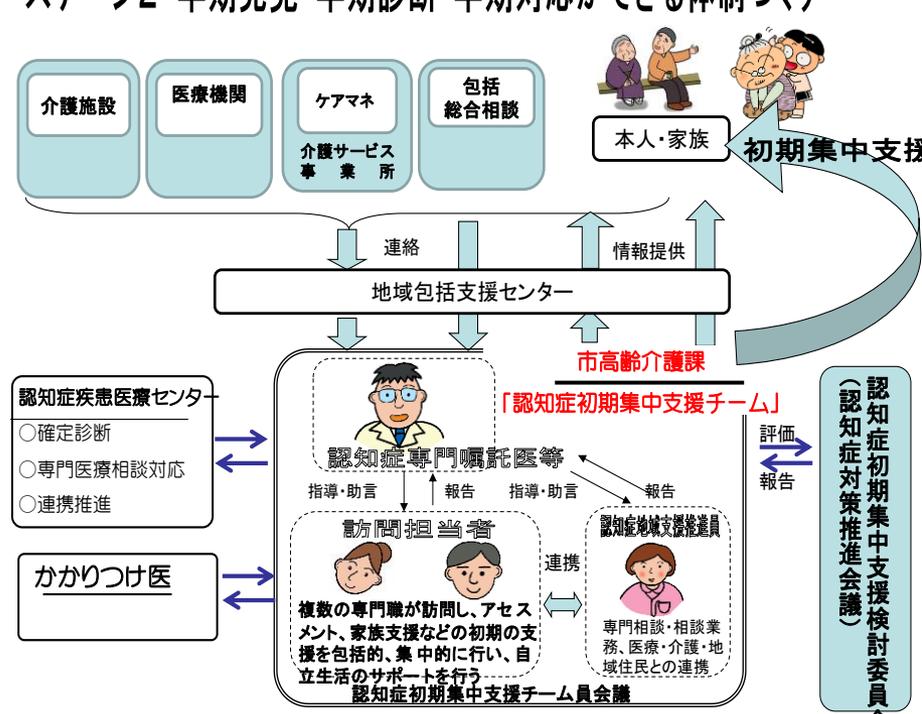
これまでの認知症施策は、ともすれば認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、認知症の人やその家族の視点を重視することを認知症施策のすべてに共通する理念として取組を進めます。

本市では、認知症の人の意思が尊重され、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができることを目指し、認知症になっても困らないよう、なじみの暮らしやこだわりを記入する「いさはやオレンジ手帳」や、認知症の人がよりよい医療や介護をうけるための「オレンジ連携シート」を、医療・介護・地域の関係者とともに作成しました。今後も引き続き、これらの普及を図るとともに、以下の課題について重点的に取り組めます。

### ステージ1 認知症を正しく理解できる環境づくり



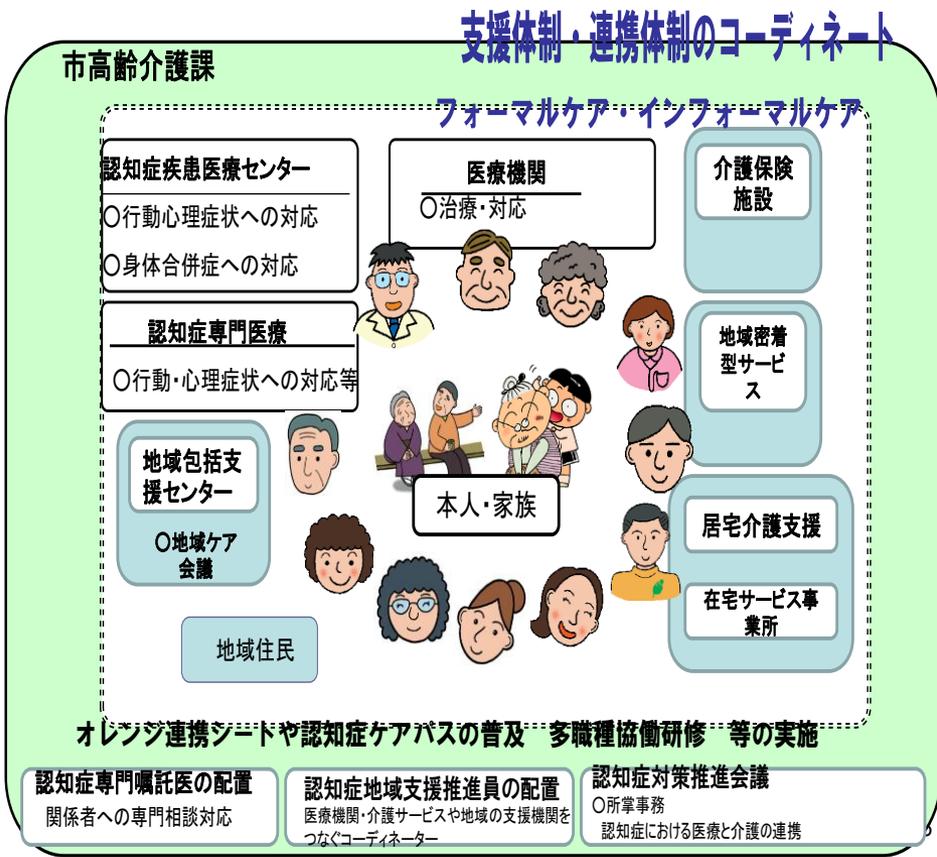
### ステージ2 早期発見・早期診断・早期対応ができる体制づくり



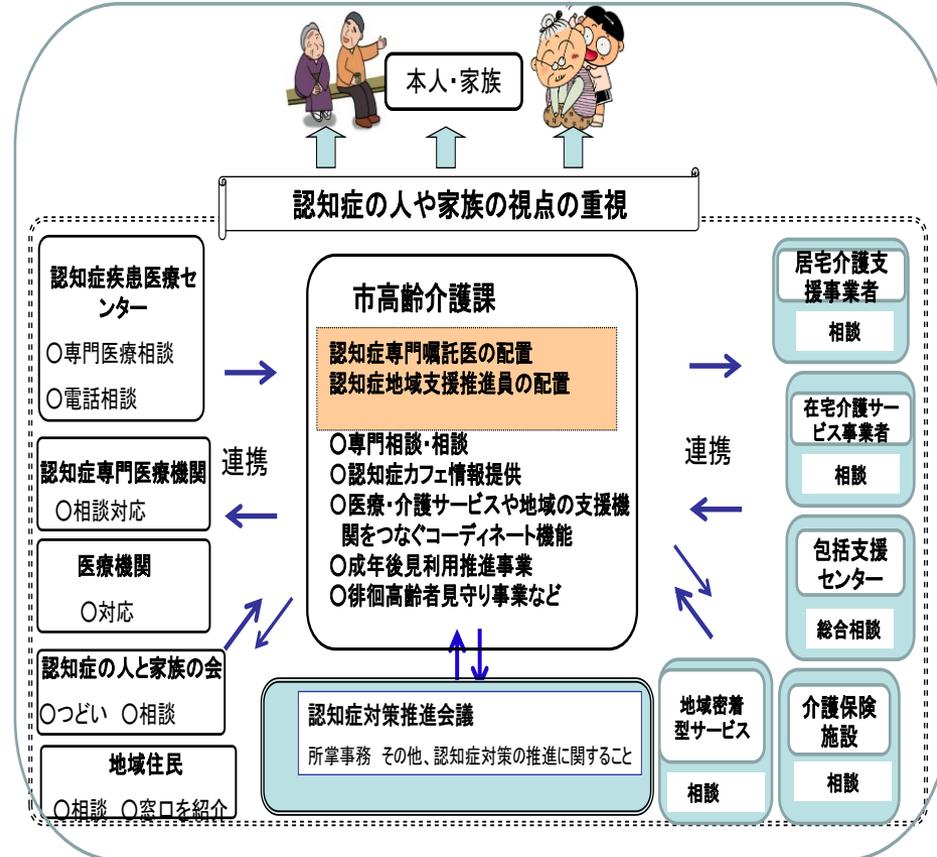
● 認知症を正しく理解する町の応援者である「認知症サポーター」を養成するとともに、医療・介護関係者が早い段階で認知症に気づき受診につなげたり、本人や家族が身近に相談できる地域の人々が相談機関につなげられるような環境づくりを行う。

● 早期発見・早期診断・早期対応のため、「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症専門相談と連動し、受診行動や介護サービス利用に結びつかない人などに支援の方向性を検討する仕組みをつくり、関係機関（者）と連携した支援に努める。

### ステージ3 オレンジ連携シートを活用した途切れない医療と介護の連携体制づくり



### ステージ4 地域での日常生活・家族支援の強化



●医療関係者や介護関係者がそれぞれの役割を理解するとともに、医療と介護の連携を強化できるよう個々人のケアパス「いさはやオレンジ手帳～オレンジ連携シート」や地域のケアパス「認知症ケアパス」の普及するために、多職種協働研修や出前講座などを実施する。

●さまざまな機関や地域住民と連携し、見守り体制を強化するとともに、当事者の視点をふまえた、徘徊・見守りネットワークづくりや認知症カフェ、若年性認知症・権利擁護などの取組等を行う。

## II 認知症ケアパスについて

### ■認知症ケアパスとは

- ・ケアパスとは、ケアの道、流れ
- ・認知症ケアパスには

地域のケアパス（マクロのシステム）

個々人のケアパス（ミクロのシステム）がある。

- 地域の社会資源（人材やネットワークを含む）を把握し、その力を借りる。多職種協働、多角的視点で認知症ケアパスを考える。

第6期市町村介護保険事業計画作成にあたっての認知症ケアパス作成のための手引きの活用に係る説明会より

（H26.1.17 認知症介護研究・研修東京センター）

# 認知症ケアパスの作成年度

	個々のケアパス	地域のケアパス	その他
平成24年度	いさはや オレンジ手帳		情報共有ツール作成ワーキング設置
平成25年度	オレンジ 連携シート		認知症対策推進会議改変 認知症専門嘱託医配置 認知症地域支援推進員配置
平成26年度		諫早市 認知症ケアパス	
平成27年度			地域包括ケア推進体制
平成28年度			認知症初期集中支援チーム
平成29年度		地域別 認知症ケアパス 諫早市認知症ケアパス完成	共通版認知症ケアパスに改変・地域別認知症ケアパスを追加
平成30年度以降			

# 1. 個々人のケアパス

## (1) きっかけ

平成23年度 第5期介護保険事業計画の作成時

普及啓発（講演会・認知症サポーターキャラバン等）や介護家族支援の事業内容に

地域包括ケアの視点を盛り込むよう検討した

「認知症高齢者と家族を地域で見守り支援する医療・介護・地域の連携」を追加

## (2) 作成に至った背景

○地域住民・関係者のグループインタビューをふまえ、それぞれの役割を整理した。しかしその役割はうまくいっているとはいえなかった。

○このことと合わせて、医師会との協議の場で、市町合併前に実施した「情報共有 ツール（あんしんノート）のモデル事業を引き継いでほしい」と意見が有り。

# 参考：連携支援・ケアパスをすすめるにあたって 現状と課題

～H24認知症の人を見守り支援する連携ツール作成に伴うワーキングにより役割と課題をまとめた～

## 地域 グループインタビュー結果から職種間や地域住民との連携が重要とわかった

**役割：**認知症を正しく理解し、人間杖となる。

**現状：**

- ・認知症サポーターとなり、認知症を正しく理解し、認知症の人を見守っている。
- ・見守りネットワークやいきいきふれあいサロン活動を通して、認知症の人への支援を行っている例もある。
- ・認知症症状で物とられ妄想があると、見守りする住民が、自分にも降りかかるのではと避けてしまいがちである。
- ・独居の場合、隣人が認知症症状に気づく場合も多いが、家族へ伝えにくい。家族に伝え、関係が悪くなることもある。
- ・認知症症状が近所のうわさ話になり本人を追いつめることがある。

**課題**

住民への認知症の正しい理解を進めているが、偏見をなくすためには、更なる理解が必要である。

## 市・地域包括支援センター

**役割：**普及啓発、相談業務、認知症施策推進、

**現状・課題**

①症状があっても受容できない場合、ケアや治療がうまく運ばないことがある。→課題：「認知症医療や介護につなげるまで、又認定を受けてもサービスにつながらない場合の支援体制」②認知症の行動心理症状で家族が疲れて、初めて、入所・入院の目的で相談に来ることがある。

③包括の知名度が高くなり、遠隔地の子等からの相談対応ができてきている。→課題：「地域住民への認知症の普及啓発」「医療・介護の連携」「認知症の専門窓口」

## 医療

**役割：**

診断し治療する。  
認知症相談やリハビリ。健康管理、身体等機能低下をしない看護。  
介護者や家族へのケア(必要時他機関との連携)。  
生きることへの支援

**現状：**

- ・高齢者との長いつきあいから、認知症状に気づくが、関係機関がわからず連携できない。
- ・診断は早ければ早いほうがいいが遅いことが多い
- ・治療に必要な情報を入手するのに時間がかかる

**課題：**早期診断・治療・必要な情報の共有

## 介護

**役割：**

ケアプランのもとサービスを提供する  
介護情報周知  
サービスを提供：認知症の人が安心して  
できるよう 笑顔で接し、話を引き出す。  
QOLの向上 興味のあること・趣味  
を介護メ ニューに加える。

**現状：**

- ・ケアにつなげる前に、家族に認知症だということを認識してもらうことが難しい
- ・ケアマネが、認知症の事例を抱え込みがち
- ・生活史をふまえたケアを実践したいが、子どもも知らない
- ・サービス選択など認知症の人の意志がわかりづらい・サービス計画がドタキャンになることが有
- ・連携は大切。ルールづくり（システム）が必要

**課題：**認知症の人の意向に沿ったケア計画の作成と実施

### (3) 内 容

情報共有ツールを二つ使いケアの流れを円滑にする

	対象	内容
いさはやオレンジ手帳	65歳以上の市民	<ul style="list-style-type: none"><li>・認知症になったときに備え記載するもの</li><li>・正しい理解を得るためのものでもある。</li></ul>
オレンジ連携シート	認知症の診断を受けた人	<ul style="list-style-type: none"><li>・安心して生活できるための情報共有</li><li>・介護者が病状を理解し疲弊しないためのものでもある。</li></ul>

## (4) 作成までの経過

### ①いさはやオレンジ手帳

- 地域・医療・介護関係団体の推薦からなる委員により構成するワーキングを通じて作成
- 作成経過では、各々役割や課題を明確することや、どのような情報共有ツールが良いのか、ワーキング委員所属団体にグループインタビュー等を実施
- 情報共有ツールをひとつとしていたが、ワーキングでの協議結果を経て、高齢者を対象とする認知症の備え記入する「いさはやオレンジ手帳」を今年度作成し、認知症になってから医療と介護が連携するための情報共有ツールは、次年度作成することとなる。

私の町で  
ぜひ・・・

私たちが作った  
手帳です！

いさはやオレンジ手帳作成までのスケジュール

	ワーキング	グループインタビュー等
7月	団体へ委員推薦依頼	認知症を見守り支援する考え
8月		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     諫早市老人クラブ連合会員                      諫早市連合婦人会会員                 </div>
9月	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     第1回 1. 現状課題の共有                      2. 仮称：連携ノートの役割                 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     民生児童委員                      キャラバン・メイト連絡会議                 </div>
10月	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     第2回 1. 仮称：連携ノートの構成                      2. 内容検討（意見交換）                 </div>	
11月		介護関係者 インタビュー 医療関係者 やアンケート
12月	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     第3回 1. 内容検討                      2. 今後の進め方について                      （周知および配布方法について）                 </div>	
1月	認知症研修会「新たな認知症ケア」 ～認知症の人を抜きに決めない～ そもそも連携は何のために行うのか？ 出席者：ワーキング委員関係者 あんしんノート専門部会委員	認知症講演会「認知症でも大丈夫」 仮称：連携手帳アンケート
2月	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                     第4回 1. 内容検討                      2. 今後の進め方について                      （周知および配布方法について）                 </div>	ふれあいいいきサロンボランティア認知症研修会 仮称：連携手帳アンケート
3月		

## いさはやオレンジ手帳アンケート結果 ほぼ全員が使用してみたいと回答

- ・ 日常の会話では、今後どうしたいか、どういう思いがあるかまで話す機会はない。手帳があれば、素直な思いを伝えることができる。
- ・ そのかたの生活歴が反映されてよい
- ・ 良いサービスを受けられる。
- ・ 家族に書かせたい、書く手伝いをしたい。
- ・ 記載により本人との関係が深まる

## 認知症研修会：情報共有ツール（あんしんノート）専門部会委員とワーキング委員との意見交換

- ・ 10年前から、あんしんノートの作成に携わり、諫早で地域連携を進めようと動いているが、いまだに満足な連携はできていない。

関係者に時間的な余裕がない。

情報共有ツール活用により介護の質は上がるが、協力者ばかりではない。手間隙のかかるノートを作って、一部の利用できる人に利用してもらうのがいいのか。それとも、全体に行き渡るような簡単なノートを使って、広く浅く使ってもらうのがいいのか。当たり前水準をどの辺りにするか検討が必要。

- ・ ツールを作成していくことより、これを普及させていくことの難しさがある。

・ 普及啓発をしていきながら雰囲気作りをしていければと思う。

・ こういう情報を持ってきてもらえると現場は助かる。

## ②オレンジ連携シートについて

### 作成までの経過

連携が  
批判になっては  
本末転倒

### 平成24年度ワーキングでの協議

「調整がないまま実施すると誰が中心になって記入するのかと論議になることが予測される」

総論賛成・各論反対

→モデル事業を通じ作成してほしい

### 平成25年度認知症対策推進会議を設置

し協議し作成した

- ・パーソンセンタードケアやひもときシートを参考
- ・介護者の発信力を高める（介護者教育の一環）
- ・オレンジ手帳からオレンジ連携シートへ流れるよう形式・内容を工夫した。
- ・モデル事業を実施  
認知症対策推進会議委員から対象者を推薦いただいた。

月	認知症対策推進会議	モデル事業・小委員会など																					
9月	団体へ委員推薦依頼																						
10月	<b>第1回</b> 1. 認知症ケア課題 いままでの経過をふまえて 2. 連携シートについて 3. 普及啓発について																						
11月	<b>第2回</b> 1. 認知症ケア課題 いままでの経過をふまえて 2. 連携シート（案） 3. モデル事業実施に向けて 4. 連携シートを普及するための研修会について	小委員会での連携シート案作成 委員 医師会・歯科医師会・ケアマネ協・通所協 ・連携シートの内容について																					
12月		<b>連携シートモデル事業</b> 市高齢介護課 モデル事業経過																					
1月		<table border="1"> <thead> <tr> <th>12月</th> <th>本人・介護者</th> <th>介護サービス事業所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9～13日</td> <td>初回訪問 ・概要説明 ・いさはやオレンジ手帳記入支援 ・オレンジ連携シート説明 ・事前アンケート ※1</td> <td>担当ケアマネ報告</td> </tr> <tr> <td>13日</td> <td>カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16～20日</td> <td>経過訪問（初回から1週間後） ・オレンジ連携シート状況把握 ・聞き取りによる情報追加</td> <td>訪問 ・モデル事業概要説明 ・情報収集 ※2 随時報告</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>経過訪問 ・状況把握 ※1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24日</td> <td>カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24～31日</td> <td>終了後訪問 ・事後アンケート ※1 ・聞き取り調査</td> <td>郵送アンケート ・連携シート事業終了に伴うアンケート ※2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">※1※2により事業評価を実施した</p>	12月	本人・介護者	介護サービス事業所	9～13日	初回訪問 ・概要説明 ・いさはやオレンジ手帳記入支援 ・オレンジ連携シート説明 ・事前アンケート ※1	担当ケアマネ報告	13日	カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員		16～20日	経過訪問（初回から1週間後） ・オレンジ連携シート状況把握 ・聞き取りによる情報追加	訪問 ・モデル事業概要説明 ・情報収集 ※2 随時報告	1月	経過訪問 ・状況把握 ※1		24日	カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員		24～31日	終了後訪問 ・事後アンケート ※1 ・聞き取り調査	郵送アンケート ・連携シート事業終了に伴うアンケート ※2
12月	本人・介護者	介護サービス事業所																					
9～13日	初回訪問 ・概要説明 ・いさはやオレンジ手帳記入支援 ・オレンジ連携シート説明 ・事前アンケート ※1	担当ケアマネ報告																					
13日	カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員																						
16～20日	経過訪問（初回から1週間後） ・オレンジ連携シート状況把握 ・聞き取りによる情報追加	訪問 ・モデル事業概要説明 ・情報収集 ※2 随時報告																					
1月	経過訪問 ・状況把握 ※1																						
24日	カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員																						
24～31日	終了後訪問 ・事後アンケート ※1 ・聞き取り調査	郵送アンケート ・連携シート事業終了に伴うアンケート ※2																					
2月	<b>第3回会議</b> ・モデル事業報告 ・連携シートの決定 ・連携シートを普及するための研修会について	認知症講演会 いさはやオレンジ手帳紹介																					
3月		多職種協働研修 そもそもオレンジ連携シートは何のため																					

※オレンジ連携シートを紹介する多職種協働研修を開催したことで、平成26年度から、委員所属の団体で普及活動を開催することにつながった。

# 諫早市認知症対策推進会議委員構成

団体より推薦を受けた委員により構成する

番号	団体名
1	諫早医師会
	諫早医師会(認知症専門嘱託医)
2	諫早市歯科医師会
3	諫早薬剤師会
4	長崎県訪問看護ステーション協議会
5	長崎県作業療法士会
6	長崎県医療ソーシャルワーカー協会
7	諫早市通所サービス事業所連絡協議会
8	諫早市グループホーム連絡協議会
9	諫早市介護支援専門員連絡協議会
10	諫早市民生委員児童委員協議会連合会
11	諫早市老人クラブ連合会
12	諫早市連合婦人会
13	認知症の人と家族の会長長崎県支部諫早つつじ会

## 参考：連携シートモデル事業介護者アンケート・聞き取り調査から

「いさはやオレンジ手帳を通して、昔のことを思い出してもらえてよかった(娘)」  
「本人の生い立ちを知った上で介護したり接したり、本心を思いやりながら見守ることができた(娘)」

「デイ職員が、夫の職歴や活動経験に沿った声かけ・対応ができ、落ち着くことができた」と聞き、安心している。ショートステイ先の職員が「何かあったら連絡します」と言うので不安だったが、この頃は「前向きに預かります」と言ってくれた。連携シートは、ショートステイとの連絡に役立った。(妻)」

「本人生い立ちを知ることの重要性を感じた。外での母親の明るさの奥や裏にあるものを考えるようになった。母の生い立ちには、両親を亡くし、居場所がない幼少期を送ったトラウマがあった。それを知ったうえで、介護することができるようになり、このシートはとても役立った。母親自身はかわいがられて育てていないのに、子ども4人をよくかわいがって育ててくれたと改めて感謝している。オレンジ手帳の自分史は、嫁には話したくないこともあるかもしれないので、自分で書ける元気な時に書くのが良いと思う。その人だけしかわからないことがある。実の親子であっても、母親の小さい頃の詳しいことは分からない。

生い立ちが分かれば、本人のことを考えた良い介護ができる。自分ができるだけのことをするようにしたい。(娘)」

## (5) 諫早市における個々人のケアパス（情報共有ツール）の特徴

### ① 情報共有ツールは2つ「いさはやオレンジ手帳」と「オレンジ連携シート」

情報の記入は、「認知症になってからでは遅い」という認知症の人と家族の会委員の意見から、認知症に備え記入する「いさはやオレンジ手帳」が出来上がった。

### ② 医療と介護と地域が連携するための「いさはやオレンジ手帳」

地域住民同士で話し合いながら記入する「いさはやオレンジ手帳書き方講習会」は、将来へつなぐもの

普及啓発を兼ねるものであり、認知症に理解のある地域を創るためのもの

「集会で実施することでうまく活用できる」 老人クラブ委員の意見

「認知症の教育は防災訓練のように、繰り返し・繰り返しする必要がある」

連合婦人会委員の意見

「高齢者がオレンジ手帳を持ってきたときに了解できる体制を創る」

訪問看護ステーション協議会委員の意見

### ③ 介護者教育の一環として進める「オレンジ連携シート」

・介護者の発信力を高め（介護者教育の一環）、家族も含め情報を共有する視点で作成するもの

・いさはやオレンジ手帳の記載を基に、知っていることを家族が記入。介護職や医療職が気づきを追加する オレンジ手帳から連携シートへと流れるように...

#### ④ それぞれの役割を尊重（確認）するツール

- ・「連携シートに関わる機関の役割を調整しないまま実施すると、誰が記入するかで連携ができなくなることも。モデル事業を実施してほしい。」介護支援専門員連絡協議会の意見を受け、モデル事業にて検討し、作成した

- ・作成後は、多職種協働研修やつながるミーティング、認知症対策推進会議委員が属する

団体での説明会により普及し、馴染みのシートになるように工夫している。

#### ⑤ 記入しやすく、保管しやすいものを検討

- ・いさはやオレンジ手帳：センター方式を参考

「いざというとき（認知症になったとき）にしまい場所がわかるように、仏壇の引き出しに入るサイズにしてほしい」老人クラブの意見

- ・オレンジ連携シート：パーソン・センタード・ケアやひもとき手帳を参考

「取り外し可能ですこしづつ増やせるように。いつの時点で記入したかわかるように」医師会委員の意見

作成にあたっては、まず、会議で案を作成し、構成団体に協議、再度検討。その後、使用感アンケートやモデル事業を通じ、再度会議で検討し作成した。

# (6) 普及方法

## ① いさはやオレンジ手帳

ア いさはやオレンジ手帳の書き方講習会  
地域の会合などで「いさはやオレンジ手帳」の書き方講習会を実施

〔対象者〕

65歳以上の市民で10人以上のグループ

〔時間〕 1時間半程度

〔講師〕 キャラバン・メイト  
認知症地域支援推進員

覚 え 書 き 記入日 平成 年 月 日

ふりがな 生年月日 平成 年 月 日

なまえ 姓 名 年 月 日

住所 該当する事項を○でかこみ、余白にご記入ください。

私のプロフィール 記入日 平成 年 月 日

身長 cm 体重 kg 特徴

自 分 史 シート 記入日 平成 年 月 日

自らの歴史を振り返るためのシートです。

いままでシート なじみシート 記入日 平成 年 月 日

築いてきた「なじみの暮らしかた」と「ごだわり」について、あてはまる□にチェックし、余白に記入ください。

これから先の生き方・暮らし方シート 記入日 平成 年 月 日

これからの生活への考え・希望です。あてはまる□にチェックし、記載ください。※時間経過とともに変更があった場合は、日時を記入の上、追加ください。

1. 私の生き方・暮らし方（老後）の希望

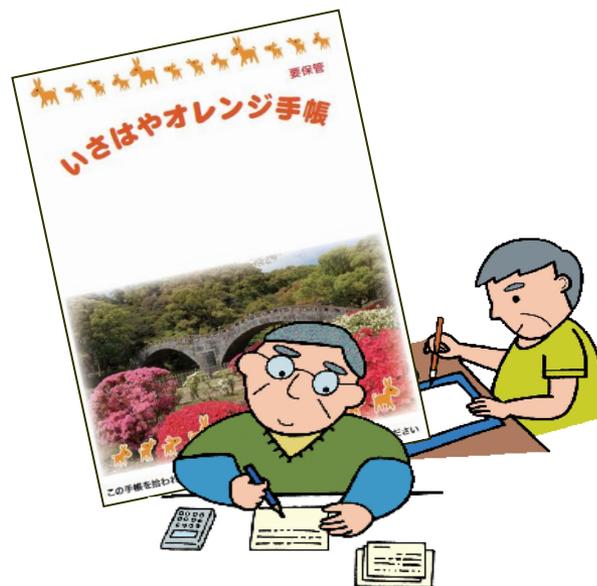
子どもたちとは別に暮らす (願いや希望)  
 子ども（夫婦）と同居する  
 子ども（夫婦）の近くに住む  
 わからない

2. これからの暮らして困ると予測されること

健康や病気のこと (願いや希望)  
 環たきりや介護が必要な状態  
 収入  
 一人暮らし  
 財産管理や相続  
 人とのつきあい  
 その他

3. 2のために現在の暮らしのなかで、大切にしていること

健康管理 (願いや希望)  
 家族や親戚とのつきあい  
 近隣や友人等とのつきあい  
 仕事（職業、家業）  
 家事  
 社会奉仕、ボランティア活動  
 教養、学習、趣味、スポーツ活動  
 住まいの管理  
 その他



# オレンジ手帳書き方講習会



# イ 介護サービス事業所や医療機関での配付

\* 市・支所窓口や地域包括支援センター

\* 認知症対策推進会議の協議を経て 介護事業所 135箇所

医療機関 25箇所

オレンジ手帳の配付 (H26~)  
 オレンジ連携シートの配付  
 (H27~)

No	事業所名称	No	事業所名称	No	事業所名称
1	ケアプランセンター 伊和咲	51	小規模多機能型居宅介護事業 小長井	101	居宅介護支援事業所 しあわせ
2	諫早医師会ヘルパーステーション「たんぼぼ」	52	グループホーム さざんか	102	株式会社徳愛福祉サービス デイサービス さくら草
3	諫早医師会居宅介護支援事業所「たんぼぼ」	53	グループホーム おこんご	103	居宅介護支援事業所 楓
4	デイサービスセンターきらら	54	山崎医院	104	デイサービス 未来(みらい)
5	グループホーム・栄田	55	山崎医院	105	伊和咲 デイサービスセンター
6	居宅介護支援事業所・栄田	56	デイサービス友悠・小長井	106	デイサービス ひだまり
7	長崎県看護協会 ヘルパーステーションいさはや	57	合同会社 ヘルパーステーション小長井	107	社会福祉法人 祥仁会 特別養護老人ホーム 特養いいもり
8	長崎県看護協会ケアプランセンター諫早	58	医療法人社団 尚整会「蒼整形」	108	社会福祉法人 祥仁会 特別養護老人ホーム 特養いいもり
9	社会福祉法人グリーンショップふくれサービスセンターねこのこ	59	通所リハビリテーション ふじわら	109	認知症対応型通所介護事業所 デイホーム特養いいもり
10	長崎呼吸器 リハビリクリニック	60	ケアプランセンターしろみ	110	飯盛町在宅介護支援センター 特養いいもり
11	社会福祉法人 真津山福祉会 デイサービスセンター高望荘	61	デイサービスセンターしろみ	111	グループホームいさはや
12	社会福祉法人 真津山福祉会 高望荘ケアプランセンター	62	特別養護老人ホーム しろみ	112	まごころデイサービス事業所
13	にしいさはやケアプラン・センター	63	認知症対応型デイサービス静豊庵	113	ケアガーデンオアシス ケアプランセンターオアシス
14	にしいさはやヘルパーステーション	64	有限会社五業会グループホーム静豊庵	114	小規模多機能型居宅介護 よんしゃい
15	ろうけん西諫早	65	社会福祉法人 島の福祉会 グループホーム コーヒーの家の家	115	ケアプランセンター福田
16	ろうけん西諫早	66	デイサービスセンター森の里	116	グループホーム 花の里
17	社会医療法人三役会 宮崎病院	67	居宅介護支援事業所 森の里	117	デイサービス ふくふく
18	ミニデイサービス かめの家	68	ヘルパーステーション 森の里	118	リハビリテーション あいのわ デイサービス 2nd
19	グループホーム くれも	69	グループホーム からこ	119	ケアプランセンター平和
20	デイサービスセンター ゆるり	70	デイサービス からこ	120	デイサービスセンター 和
21	居宅介護支援事業所 ゆるり	71	医療法人社団 大塚会 唐比病院	121	グループホーム 本明の家
22	訪問介護ステーション ゆるり	72	唐比病院指定居宅介護支援事業所	122	社会福祉法人 寿光会 天恵荘居宅介護支援事業所
23	デイサービスセンター 彩音	73	唐比病院通所リハビリテーション事業所	123	上山ケアプランセンター
24	御手水の社まごころデイサービス	74	小規模多機能型居宅介護施設 おおし	124	グループホーム イーハートP
25	デイサービスセンター 暖家	75	デイサービスセンター 第二彩音	125	特別養護老人ホーム 天恵荘
26	ケアプランセンター さいわい	76	デイサービスセンター もず	126	デイサービスセンター 和心園
27	小規模多機能ホーム 暖家	77	ヘルプステーション ステップ	127	天恵荘 ホームヘルパーステーション
28	医療法人社団 古川医院	78	居宅介護支援事業所 ひばり	128	介護療養型老人保健施設 恵愛荘
29	医療法人社団 古川医院	79	デイサービスセンター ひばり	129	グループホーム 恵
30	デイサービス 小江の里	80	プランナーのみなみ	130	居宅介護支援事業所 恵仁荘
31	ふれあいケアプランセンター	81	医療法人 幸由会 たいさく整形外科 指定居宅介護支援事業所	131	西諫早訪問看護ステーションのんのこ
32	ヘルパーステーションふれあい	82	リハビリド・喜々津駅	132	西諫早病院訪問リハビリ
33	デイサービスセンターふれあい	83	介護老人保健施設 恵風園	133	デイサービスジュエリー
34	デイサービスセンター「轟の里」	84	介護老人保健施設 恵風園	134	特別養護老人ホーム 唐比温泉秀峰荘
35	特別養護老人ホーム 悠恵荘	85	慈恵病院 ケアマネジメントセンター	135	ケアプランセンター福田 訪問介護事業所
36	豊寿園通所介護事業所	86	真和荘指定通所介護事業所(真和荘デイサービスオリブ)		
37	豊寿園 訪問介護事業所	87	ケアプランセンターじゅげむ		
38	豊寿園居宅介護支援事業所	88	デイサービスセンターじゅげむ		
39	指定居宅介護支援事業所 ライフ	89	デイサービスみすず		
40	宅老デイサービス あじさい	90	たらみいいもりケアマネジメントセンター		
41	デイサービスセンター たかき	91	たらみデイサービスセンター		
42	デイサービスセンター 和やまかわ	92	グループホーム ふるさとの丘・山崎の里		
43	ケア・ステーション オリブ	93	居宅介護支援センター クローバー		
44	小規模多機能型居宅介護事業所「きぼうの森」	94	社会福祉法人 清和福祉会 グループホームゆたか荘ヘルホーム		
45	合同会社侑志会デイサービス絆	95	ゆたか荘 サンホーム		
46	ケアプランセンター こもれび	96	社会福祉法人 清和福祉会 訪問介護事業所		
47	デイサービス こもれび	97	小規模多機能型居宅介護事業 小野		
48	特別養護老人ホーム 小長井希望園	98	デイサービスセンター 和 てんまん		
49	医療法人二輝会 佐藤病院	99	あいのわ・利業 リハビリ ケアプランセンター		
50	医療法人二輝会 佐藤病院	100	ケアプランセンターいさはやの里		

**オレンジ手帳あります**

認知症のことを  
身近に感じようになりませんか

認知症の病状の改善が  
おこすこと

自分の人生を振り返り  
思い出を語りあうことで、  
ベストな選択のあり方を  
考えます。

誰でも認知症に不安を感じ  
ず、思い、その後の生活に備えて、  
認知症の力を得るために  
「オレンジ手帳」を準備しましょう！

協賛事業所

# ウ 講演会・ミーティング・生活支援協議体・介護予防教室の場で活用

## →市民自らが普及活動に協力を申し出る！！

平成 29 年度

### 認知症講演会



講演「私の声が聞こえますか  
～認知症の人たちの小さくて大きなひとと言～」



認知症介護研究・研修東京センター研究部長  
**永田 久美子氏**

シンポジウム  
「認知症とともに生きる私たちの声から始めよう。  
一緒に作っていこう。」

若年性認知症 佐世保市「啓行の会」 **福田 人志氏** ほか

平成 30 年 **2 月 17 日 (土)**

14:00～16:30 (開場 13:30) ※入場無料

**諫早文化会館 大ホール** (国産人産産の色紙が飾られます。)

ご来場の方には **オレンジ見守りペンダント**を  
運送します。

※要領にて事前にお申し込みください。  
主催：諫早市 高齢介護課 電話 0967-22-1500 (代表)

**住み慣れた地域で自分らしく、  
いつでもいきいきと暮らしたい！**

平成30年度

自立した生活を続けられるように  
元気なうちから取り組みましょう

各教室では、段階に応じてステージ1～4の  
プログラムを用意しています。ご自身の状態  
に合わせて、無理なく参加できます。方法は知  
っていても、自分1人ではなかなか継続でき  
ません。続けて参加することが元気になる秘  
訣です！

**脳トレ教室**

体を動かしながら楽しくでき  
る脳トレです。

1-AZ 足踏みしながら10秒で数える  
おの音で手をたたく

**口トレ教室**

お口の健康は全身の健康に  
つながっています。いつまでも  
若々しいために、正しいお  
口のケアを続けましょう。

ステージ1 ロボット体操(口の動かす)

**筋トレ教室**

機械を使わず、どなたでもで  
きる筋トレをみんなで楽しく  
行います。

1-1 内転筋ストレッチ 片足ずつ5回

1-2 上半身ストレッチ 10回

**手ばかり栄養教室**

バランスよく、かつ家でも簡単  
にできる方法を紹介します。  
(エプロンを持参ください)

楽しく食べるとは？栄養教室

ステージ1

**若返り体操教室**

のんこの節に合わせて昇日  
で区切ったシート上を、いろい  
ろなステップパターンで踏んでい  
く運動です。

(2) ① 暮らしの知恵講座 全地域版

### ◎ 介護予防と生活支援の語らん場 (かたらんば) ◎

地域にはその地域に合ったやり方がある。私たちが住み続けられる地域を創るために…  
今回は、平成28年度開場地区3か所に加え新たに7箇所指定し協議を運営する



参加対象者 高齢者の生活支援や介護予防に関する活動に関心をもち  
介護予防・日常生活支援推進協議会委員が所属する団体や地区社協等を通じてご案内しております。  
団体を通じてお申し込みをお願い致します。

日 時・場 所 13:30～15:30

開場地区	場所	第1回	第2回	第3回
諫早小学校区	諫早図書館	10月5日(木)	11月9日(木)	3月1日(木)
西諫早小学校区	西諫早公民館	11月8日(水)	12月6日(水)	3月7日(水)
小長井地区	小長井文化ホール	10月5日(木)	11月2日(木)	2月1日(木)
北諫早中学校区	特別養護老人ホームしろみ	11月16日(木)	12月7日(木)	2月22日(木)
本野地区	本野ふれあい会館	10月19日(木)	12月14日(木)	2月15日(木)
真津山小学校区	真津山公民館	10月11日(水)	11月15日(水)	2月21日(水)
多良見東地区	たらみ会館	11月17日(金)	12月15日(金)	2月16日(金)
有喜地区	有喜ふれあい会館	10月18日(水)	11月22日(水)	2月28日(水)
森山地区	森山公民館	10月6日(金)	12月1日(金)	2月2日(金)
高来地区	高来ふれあい会館	10月4日(水)	11月29日(水)	2月7日(水)

内 容 現状報告 問題提起 意見交換 (ワールドカフェ方式)

その他

開場地区合同フォーラムの開催(平成30年1月頃を予定)を計画していますので、併せて御参加ください。

お問合せ・お申し込み先  
諫早市高齢介護課 電話 22-1500 FAX 22-0431

申込書は裏面です

ワールドカフェ方式



## ア 周知方法

周知方法 認定結果通知などによる周知  
窓口配布、相談時配布、介護・医療機関で協力可能な機関による配布

### 参考:どこを起点とするか

- ・認知症に備えておきたいと考えたとき
- ・認知症の疑いで相談されたとき・認知症かなと気づいたとき
- ・認知症の診断を受けたとき
- ・他の疾患で受診中や入院中・介護中などに認知症に気がついたり身体合併症で連携が必要なとき
- ・支援が不十分であったり、多職種連携・多機関協働が必要と思われたとき
- ・介護中に精神症状が悪化したときや精神症状が落ち着き地域に戻るとき

オレンジコモンズ <http://orangecommons.jimdo.com/インフォメーション/>

認知症ケアパス連携シート解説冊子P3より 引用

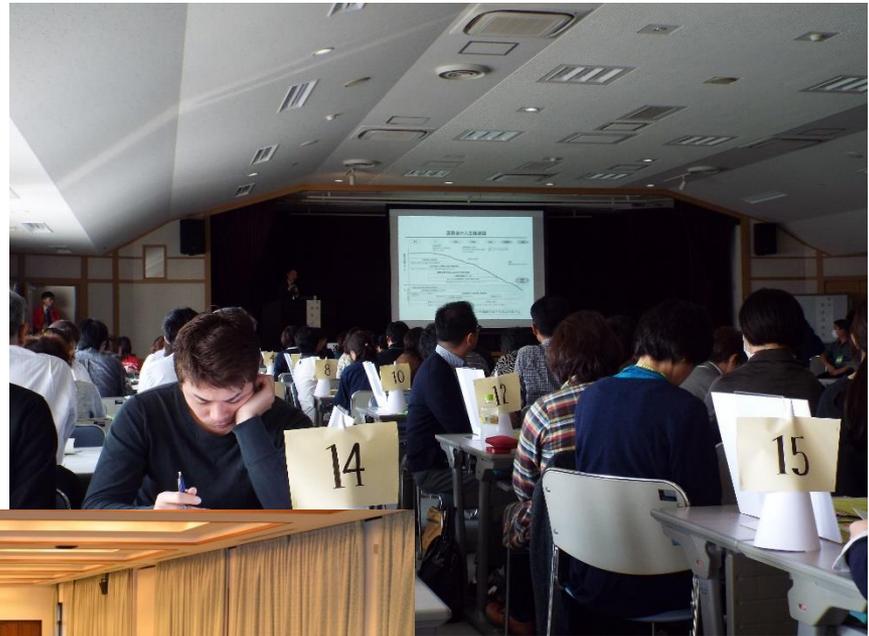
# イ 多職種協働研修の取組み その1 医療職・介護職の認知症多職種協働研修

年度	参加者	内容	感想
H24	24名 (関係者)	<b>テーマ「本人抜きには決められない」</b> ①新しい認知症ケア ②今後の連携に向けて「そもそも連携は何のため」 認知症東京介護研究研修センター永田先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・皆の連携ツールにするか、関心のある人のツールにするか</li> <li>・本人の発信力を高めるため、ツールを使って連携をすることが必要</li> </ul>
H25	97名	<b>テーマ「オレンジ連携シートは何のため？」</b> ①活動報告 ②ワークショップ私ならこう使える・活用したい等 認知症東京介護研究研修センター永田先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の職種の意見が新鮮。役割を知っているようで知らない。</li> <li>・他の職種のサポート方法を知りたい。</li> <li>・書くことが大変。大切なことはわかる。</li> <li>・生活している地域住民と連携することも有用ではないか</li> </ul>
H26	102名	<b>テーマ「認知症ケアを楽にするために」</b> ①オレンジ連携シートは誰のため？「つながるミーティング」からの報告(医師・ケアマネ等) 「運転問題」「徘徊対応」「支援拒否対応」「作業療法士が使う連携ツール」 ②ワークショップ「専門職ごとに異なる視点と連携の目的」 認知症東京介護研究研修センター永田先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアにおけるそれぞれの役割を理解できた。</li> <li>・誰から記入するか、いつ記入するかなどの活発な論議がなされた。</li> <li>・オレンジ手帳・連携シートの利点がわかった。</li> </ul>
H27	130名	<b>テーマ「諫早発の地域に根ざした統合ケアとは何か」</b> ①認知症ケアにおける顔の見える関係とは？ オレンジ連携シートを活用した連携 ②ワークショップ諫早発の、地域に根差した認知症統合ケアを目指して 京都大学 武地一先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な意見が出る瞬間に立ち会える嬉しさを感じた</li> <li>・事例検討で専門職の動きがわかるよう例示する機会を作ってほしい</li> <li>・オレンジ手帳の存在をみんなにわかってほしい</li> </ul>
H28	202名	<b>テーマ「認知症初期集中支援におけるオリジナルルールとは何か」</b> ①認知症における初期集中支援の重要性を探る ②ワークショップ初期集中支援における統合ケアを目指して 東京都健康長寿医療センター栗田圭一先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IADLに不安を感じる生活の大変さに気づいた。本人の希望に耳を傾ける必要性。</li> <li>・家族が認知症を受容できるような教育が必要と感じた。</li> <li>・一番支援が手薄になる時期をどう乗り越えるかが課題と感じた。</li> </ul>
H29	183名	<b>テーマ「認知症高齢者の意思決定支援」</b> ①認知症の人の自己決定を支援する ②ワークショップ：認知症の人の意思決定支援の実際 講師：京都府立医科大学大学院医学研究科教授 成元迅 先生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4つの力で評価する事は大事。</li> <li>・意思決定という難しい部分について専門職としてではなく人として地域の人間として教えることが大切だと改めて感じました。</li> <li>・認知症の方の意思決定のために情報(引き出し)をたくさん持っていたい</li> </ul>

## H25～26 運営に認知症対策推進員会議委員の協力を要請



## H27～29 運営に認知症対策推進員会議委員所属団体への協力を要請 (ワールドカフェ方式 ホスト役)



# 2. 地域のケアパスについて

認知症ケアパス内容の図式化

介護保険認定申請の時期の目安

## (1) 構成

①市全域の「諫早市共通版認知症ケアパス」

②市内12箇所で開催した「オレンジにこにこミーティング」に出席した住民の声や医療・介護関係者の声をまとめた「地域別認知症ケアパス」

で構成

認知症の人の症状経過

		要介護認定前		要介護認定後		記載例	
		1.地域住民		2.医療・介護		3.市など行政	
認知症の人の症状経過	認知症の人の気持ちや希望	初期	中期	後期	支援内容	サービス・資源	認知症の人を支える人
認知症の疑い 「いざやオレンジ手帳の配付」	「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」	認知症を有するが日常生活は自立 「いざやオレンジ手帳の配付」
認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める	認知症の正しい理解を進める
地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム	緊急通報システム
介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室	介護予防教室
日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業
在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター
認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ	認知症カフェ
在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター
認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護
介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)	介護職員(介護サービス事業所)
介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員	介護支援専門員
かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員
認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医
かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員	かかりつけ医・物忘れ相談員
地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター	高齢者支援センター
認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員
認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医	認知症専門医

認知症の人の気持ちや希望

諫早市共通版認知症ケアパスでは、どのような支援があるかを色分けでまとめています。

記載例  
 住民同士の支えあい  
 医療・介護  
 市など行政

地域別認知症ケアパス  
 該当する地域の住民や、働く医療職・介護職、市・地域包括支援センターの声をまとめました。

このケアパスを見ると、認知症の時期に合わせてどんなサービスがあるかとわかりやすいね。



## (2) 作成経過

# スタート

### 《オレンジ にここミーティングとは》

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、諫早市共通版認知症ケアパスを使って、地域住民、医療・介護職それぞれの立場でどのような支援が出来るか話し合いました(以下ミーティングと表記)

諫早市共通版認知症ケアパス作成  
平成26年度認知症講演会で住民の  
ご加えて周知

### 医療職

「その方の気持ちと家族、サポートする専門職の気持ちを合わせることは難しいと思いますが、中でもその人らしく生きていくことを模索していきたいと思います」

平成26年度ミーティング開催地区  
モデル地区3地区(明峰地区、  
長田地区、北諫早・中央地区)

### 介護職

「地域の方が積極的に見守り活動をされていることを改めて理解し、その活動をその後につなげていくための支援をしていかなければと痛感しました。」

### 地域住民

「それぞれの立場で親身になって対応しようとする気持ちがわかり、頼もしくもあり、安心しました」  
「認知症は決して他人ごとではありません。正しい知識を普及させることが必要だと感じました」

## 認知症対策推進会議

共通版のケアパスだけでは親しみがわかない。

ミーティングは、認知症の普及啓発の良い機会。

地域ごとに特性があるね。地域別のケアパスを作成したらどうだろう。

平成27～28年度ミーティング開催  
市内9箇所で開催

平成29年度 認知症対策推進会議での論議・意見照会

オレンジにここミーティングにご出席いただいた  
延べ843名の声をまとめました。



# 認知症ケアパス完成

# 認知症対策推進会議での意見（一部）

ケアパスを使う人は、誰か

一枚の紙にフローチャートを作ると分かりやすくなる

## 全体に関する意見

- ・本人
- ・家族
- ・地域住民
- ・介護・医療関係者

表現方法や読みやすいように工夫をする

インデックスを付ける

脳の細胞は死ぬや認知症は治らない等、表現方法に工夫を

にこここミーティングは、地域での支援が今後必要になってくるか皆で考え、有効的で効率的に整理普及啓発の良い機会。今後生活支援協議体第二層へと引き継ぐ

## 周知など今後に関する意見

どこで配付するのか、多くの人へ見てもらいたい

## 地域別認知症ケアパスに関する意見

情報量が多い

読むやすく工夫

地域別ケアパスの意見が多くても、分野毎に色分けをしてあったら必要な意見を選ぶ

不安の声や未解決な問題も多くあり、ケアの流れにはなっていない

介護家族は、今も昔も同じ。相談先を探している。

- ・主旨をゆがまない形で簡潔にする
- ・地域別ケアパスの共通意見はまとめる

オレンジ手帳で流れをつける

地域別ケアパスの「初期」に、全て相談先を入れる



### (3) 地域の認知症ケアパスの実際 (一部抜粋)

認知症の人と家族を地域で見守り支える

## 諫早市認知症ケアパス



#### 認知症ケアパスとは、ケアの道・流れ。

これがうまくいくためには、認知症の人一人ひとりの症状経過やケアの要点が関係者にうまく伝わることが重要。

そのために、元気な頃から認知症の備え準備する「いさはやオレンジ手帳」、認知症になったらより良い医療や介護を提供するために「オレンジ連携シート」をご活用ください。

諫早市認知症ケアパスは、下記の団体から推薦された委員からなる「諫早市認知症対策推進会議」において審議し、作成されました。

#### \*医療分野から

諫早医師会 諫早市歯科医師会 諫早市薬剤師会  
長崎県訪問看護ステーション連絡協議会  
長崎県作業療法士会 長崎県医療ソーシャルワーカー協会

#### \*介護分野から

諫早市介護支援専門員連絡協議会  
諫早市通所サービス事業所連絡協議会  
諫早市グループホーム連絡協議会

#### \*地域住民の立場から

諫早市老人クラブ連合会  
諫早市連合婦人会 諫早市民生委員児童委員協議会  
認知症の人と家族の会 長崎県支部 諫早つつじ会



認知症の人の相談対応  
をするときに、これ  
1つあったらいい。  
(相談員)

## 目次

P1

### 1. 認知症ケアバスとは何ですか

P4

- (1) 認知症ケアバス
- (2) 諫早市認知症ケアバスの分類
- (3) 諫早市認知症ケアバスの内容

### 2. 諫早市認知症ケアバス

P6

- (1) 諫早市共通版認知症ケアバス
- (2) 地域別認知症ケアバス

- |            |        |            |         |
|------------|--------|------------|---------|
| ①多良見地域版    | ②飯盛地域版 | ③真津山・真城地区版 | ④明峰地区版  |
| ⑤北諫早・中央地区版 | ⑥小栗地区版 | ⑦有喜地区版     | ⑧小野地区版  |
| ⑨森山地域版     | ⑩長田地区版 | ⑪高来地域版     | ⑫小長井地域版 |

### 3. 認知症について

P35

- (1) 認知症とは
  - ①認知症の症状
  - ②認知症の診断と治療
  - ③認知症の予防につながる5つの習慣
- (2) 認知症の人を介護する家族の気持ちと心得
  - ①認知症の人を介護する家族の気持ち
  - ②介護の心得
- (3) 認知症の人への対応

### 4. 認知症ケアバス利用例

P40

- 《認知症の症状経過と家族の気持ち・対応》
- 《Aさんのケアバス 認知症初期》 《Bさんのケアバス 認知症初期》
- 《Cさんのケアバス 認知症中期》 《Dさんのケアバス 認知症中期》
- 《Eさんのケアバス 認知症後期》 《Fさんのケアバス 認知症後期》

### 5. 認知症の人とそのご家族を支える支援

P47

- (1) 諫早市認知症ケアバス：サービスや資源一覧
- (2) 地域別認知症ケアバス：介護サービス一覧

## 本人 最近もの忘れが増えて、なんだかおかしい。認知症なのかな？

認知症は、誰もがなる可能性のある脳の病気です。認知症のことで不安なときは、まずは周囲の人や相談機関、かかりつけ医に相談しましょう。

認知症のことで不安に思ったり困った時はどこに相談したらいいですか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P55~56) [3-4・5]
どこで受診したらいいですか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P49~50) [2-1・2]
認知症の検査や治療について知りたいです	3. 認知症について(1)② 認知症の診断と治療 (P36)
認知症の進行を遅らせるために、地域で活動できる場所はありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P47~48・59) [1-1~4, 3-10] 2. 諫早市認知症ケアパス (2) 地域別認知症ケアパス (P10~33)
地域の居場所がありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P47~48) [1-1~4]



## 家族 家族が認知症かもしれない。これからどうしたらいいだろう？

認知症の介護は、家族だけで抱え込まないことが何より重要です。地域の方、相談機関、医療・介護の専門機関など、いろいろな人の力を借りながら対応しましょう。

どこに相談したらいいですか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P55~56) [3-4・5]
介護保険サービスを使いたいのですが、どこに相談したらいいですか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P55~57) [3-4~6]
認知症が心配されたので病院を受診するよう勧められるけれど、本人が拒否します	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P54~57~58) [3-2・8・9]
外に出て行方不明にならないか心配です	3. 認知症について(2) 認知症の人を介護する家族の気持ちと介護の心得 (P38~39)
認知症の人を介護する時のコツを知りたいです	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P47~48) [1-2・4]
同じ悩みを持つ方々と情報交換できる場はありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P50・55~56) [2-4, 3-4・5] 相談機関
介護していると、ついイライラして疲れてしまいます。少し休める時間を確保したいです	2. 諫早市認知症ケアパス (1) 諫早市共通版認知症ケアパス (P6~7) 4. 認知症ケアパス利用例 (P40~46)
介護者が急病になったり、緊急時の場合にはどうしたらいいですか	
認知症の症状はどのような経過をたどりますか	

## 地域住民 何ができるだろう？

まずは認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族に対して温かい目で見守ることがスタートです。認知症になっても安心して暮らせる地域を目指しましょう。

認知症について勉強する場はありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P55) [3-3]
近所の人々が認知症かもしれない。どのように対応したらいいですか	3. 認知症について(3) 認知症の人への対応 (P39) 5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P55~56) [3-4・5]
具体的に地域ではどのように認知症の人を見守っているのですか	2. 諫早市認知症ケアパス(2)地域別認知症ケアパス (P10~33) 4. 認知症ケアパス利用例 (P40~46)

## 介護職・医療職 介護抵抗や暴言等の行動・心理症状がみられ、家族も疲弊している様子。地域と連携して支援したい。

地域、医療、介護がお互いの役割を理解し連携を図ることによって、その人にあった医療やケアにつながり、認知症の人や家族の穏やかな生活を支える手助けになります。

BPSDの対応で困ったときに活用できるツールや相談先はありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P54~57) [3-1・2, 4~6]
介護している家族の人が疲弊している様子。家族の精神的負担を減らすために話を聞いてもらえる場はありますか	5. 認知症の人とご家族を支える支援 (P47~48, 55~56) [1-2・4, 3-4・5]
地域ではどのような取り組みをしているのですか	2. 諫早市認知症ケアパス(2)地域別認知症ケアパス (P10~33)
地域、医療、介護の連携がうまくいった事例があれば教えてください	4. 認知症ケアパス利用例 (P40~46)

# 諫早市共通版認知症ケアパス

要介護認定前(目安) → 要介護認定後 → 1. 地域住民 2. 医療・介護 3. 市など行政

認知症 症状経過	元気が時に やってくる	きづき		中期		支 援 内 容	
		初期	後期	中期	後期		
わたしの希望	わたしは、 QOLの向上 わたしのこだわりを 伝えたい	認知症の疑い	認知症を有するが 日常生活は自立	誰かの見守りがあれば 日常生活は自立	日常生活に 手助け・介護が必要	常に介護が必要	
		物忘れはあるが、金銭管理や 買い物、書類作成等を含め、日 常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等 にミスがみられるが、日常生 活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応 対や訪問者の対応などが1人では 難しい	慣れや食事、トイレ等がう まくできない		ほぼ一人で生活の経過が困 難である
わたしは、 参加・役割 自分と一緒に 参加したい	交流を持つ サービスの人 が上手	いさはやオレンジ手帳の配付 「いまままで生きてきた暮らしや思い・希望を記入する」	オレンジ手帳の配付 3-1	オレンジ連携シートの配付「医療と介護が連携しよりよいサービスを受けるために利用」	オレンジ連携シートの配付「医療と介護が連携しよりよいサービスを受けるために利用」	3-2	
		認知症の理解促進：認知症サポーター養成講座	認知症の理解促進：認知症サポーター養成講座	オレンジ手帳書き方講習会・認知症講演会・認知症多職種協議研修	オレンジ手帳書き方講習会・認知症講演会・認知症多職種協議研修	3-3	
生活支援・介護 自分ができること は自分でしたい	声かけをがらざる ようにしたい	地域包括支援センター 総合相談窓口・権利擁護相談	3-4				
		認知症相談・専門相談	3-5	認知症初期集中支援チーム	(訪問・相談等)	3-6	
住まい・住まい方 落ち着くところで生 活したい	暮らしを 続けたい	緊急通報システム	3-7	要介護者台帳登録	3-8	認知症徘徊高齢者見守り事業	3-9
		介護予防教室	3-10				
安否確認・見守り いざというときに 見守ってほしい	関係が あう	日常生活自立支援事業(社協)日常の金銭管理等	3-12			栄養改善配食サービス事業	3-11
		任意後見制度	3-13			成年後見制度 成年後見申し立て援助事業	3-14
早期診断・早期対応 適正治療と経過管 理	きつかり もつかり	病・医院、歯科医院 薬局・物忘れ専門医療機関	2-1			認知症疾患医療センター	2-2
		認知症カフェ	1-2			居宅療養管理指導/訪問診療・往診	2-3
家族の支援 家族には笑顔で いてほしい	気づいた時 に 家族とつ ながる	ふれあいいいきサロン	1-1			居宅訪問介護支援事業所	2-4
		地域での住民活動	1-3 (連合婦人会・老人クラブ 自治会・公民館自主グループ・ボランティアなど)			小規模多機能居宅介護	2-7
		民生委員活動	1-5			認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	2-12
						介護老人保健施設	2-15
						介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設	2-16
						介護老人福祉施設	2-17
						ショートステイ (短期入所)	
						介護職員(介護サービス事業所)	
						介護支援専門員 施設・グループホーム職員 計画作成担当者	
						認知症の人を支える人	
						訪問看護員・デイケア専任リハビリ職員	
						主任介護支援専門員)	
						集中支援チーム員 認知症地域支援推進員 認知症専門嘱託医	

# 諫早市地域別認知症ケアパスの例(明峰中校区)



日頃から信頼できる人をつくるのが大切。「困ったときはお願いね」と言える関係づくりを。



若い時から、地域とのつながりがあると、声をかけやすい、元気な時から、挨拶しあう関係づくりを。

昔に戻って“お節介”といわれるくらい、子供も巻き込んで、みんなで関われる地域をつくろう。



〈老人クラブ会員〉 1-3  
防災訓練で行方不明者の放送があると、認知症が身近なことなんだなあと感じた。



老人会やふれあいいきいきサロンにきんしゃい、1-1・3・5

ふれあいいきいきサロンに男性も参加してほしい、1-1

要介護者台帳に登録すれば、いざという時も安心。地域のみんまで見守っているよ 1-3・5、3-8



独居の人にはお弁当を持って行って交流したりもするよ、1-3・5

何か困ったることなか？ゴミ出しぐらい手伝うよ。

私たちが地域とつながりを持ち、早い時期から関わることで、必要な支援につながります。3-4~8

早い時期から医師とつながると安心。2-1・2



家族の気持ちに寄り添いながら必要な助言や相談の場の情報をお伝えします。2-4

介護支援専門員

〈かかりつけ医〉 2-1  
診療の場では、認知症の人がしっかりしていることも多く、長年診察していた患者でも気づかないこともある。周りが気がなったときには、気軽に声をかけてほしい。



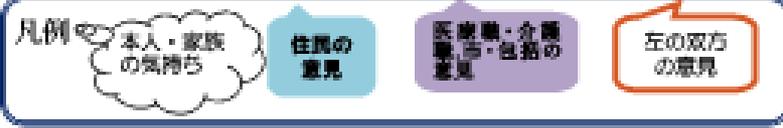
DVDを買ってもらって老人会等の集まりで勉強するなど、認知症を聞かない地域にしよう。1-3

認知症初期の頃は、本人も家族も周りに知られたいと思っているため、周りが難しい。

家族も戸惑うよね。市役所や地域包括支援センターに相談してみるよう勧める 3-4~6



〈婦人会会員〉 1-3  
ミーティングを通して介護職や実際に介護をされた方の話を聞いて、婦人会の立場として何か動けることがあるのではないかと身近に感じた。



# 中期

# 後期

常に介護が必要

専門職とつながると安心。  
2-1~11

地域住民、医療、介護がお互いをよく理解し、認知症の方のその人らしい生活を支えるために連携しましょう。

私たちが関わる時間は一部。地域の見守りがあると心強い。何か困っていたら教えてほしい。  
2-4~11

地域でさりげなく温かく見守るよ。自分達だけで解決できないときは、地域包括支援センターに相談します。  
3-4

その人らしさを尊重し、認知症の方の残された力を引き出す。  
3-1・2



認知症の方が望む暮らしを支えるために環境調整します。  
2-4

買い物や地区の会合と一緒に行こう。

つながり続けることが大事。紅白まんじゅうを持っていったり、お茶したり。

地域でも手伝うけん言ってね！

運転免許証返納時、本人の気持ちを尊重しつつ傷つかないよう説明してほしい。

遠方の家族から、「家族なんだから我慢なさい」と言われる。

家族の大変さに寄り添いたい。  
1-2・3

介護経験者だから分かり合えることがあるよ。  
1-4

認知症について勉強して一緒にがんばりましょう。  
3-3



認知症の人の一人暮らしは難しいんじゃないかな。本人を抜きにしないで困らないような環境調整をお願いします。  
2-1・4~17

〈物忘れ相談医〉 2-1  
認知症の方が安心して暮らしていくためには、医療・介護だけではなく地域の力も必要。班での集まりがあるところにその可能性がある。

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉 2-4  
以前、在宅生活の要望がある認知症高齢者夫婦を担当した。今思えば、地域住民の方々と話合う機会をもっていたら、その時に地域のことを知っていたら…と思った。今後につなげたい。

〈民生委員〉 1-5  
認知症の母の介護をしてきた。夜間に不安定になることが続いたため専門医にみてもらったが改善せず。別居の兄弟からは対応が悪いと責められた。本人の状態は日に日に悪くなる一方。医師から他家族に説明してもらうなど、第三者の力をもっと借りれば良かったと思う。



〈デイサービス職員〉 2-9

2年ほど前に、「自分で出来る」と言って、サービス利用を拒否される方がいた。地域包括支援センターが地域ケア会議を開き、住民と話し合いを行った。その後、話し相手になりながら本人に繰り返し誘いかけを行った結果、毎日デイに来るようになった。「自宅で過ごしたい」という本人の思いを叶えるために一丸となって取り組み、自宅での生活を継続出来たと思う。

住民と専門職がつながり、できることを支援し続けよう

# 認知症ケアパス活用例

	きづき		中期	
	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要
わたしの希望	③ 3-1いさはやオレンジ手帳・3-2オレンジ連携シート ② 3-6 認知症初期集中支援チーム ④ 3-4地域包括支援センター ⑤ 3-13任意後見制度 ⑦ 2-9 デイサービス			
参加・役割 自分も一緒に参加したい				
生活支援・介護 自分ができることは自分でしたい				
住まい・住まい 安否確認・見守り きい・見守ってほしい	① 1-3 地域での住民活動（老人クラブ・一人暮らし高齢者の集い） ⑥ 2-4介護支援専門員			
早期診断・早期対応 適正治療と服薬管理が大事！	① 2-1かかりつけ医(物忘れ相談医) ① パチンコ仲間・隣人・民生委員			
家族の支援 家族には笑顔	① 娘			
	自宅 			

Bさん 80代男性。独居。  
 地域の老人会や一人暮らし高齢者の集い等にも積極的に参加。浪費があり。  
 ○1, 2年前から物忘れが見られるようになり、同じ食品を大量に購入しては冷蔵庫の中で腐らせてしまっていた。また、パチンコ店に毎日のように通っており、「以前は数千円で止めていたが、金銭管理が出来ず数万円単位で浪費するようになった」と娘から市へ相談があり。

## ○認知症初期集中支援チーム員訪問

チーム員：娘に主治医へ認知症のことを相談するよう助言



楽しいところで、そこで知り合いになった人もいる

主治医：認知症が進行しているようですね

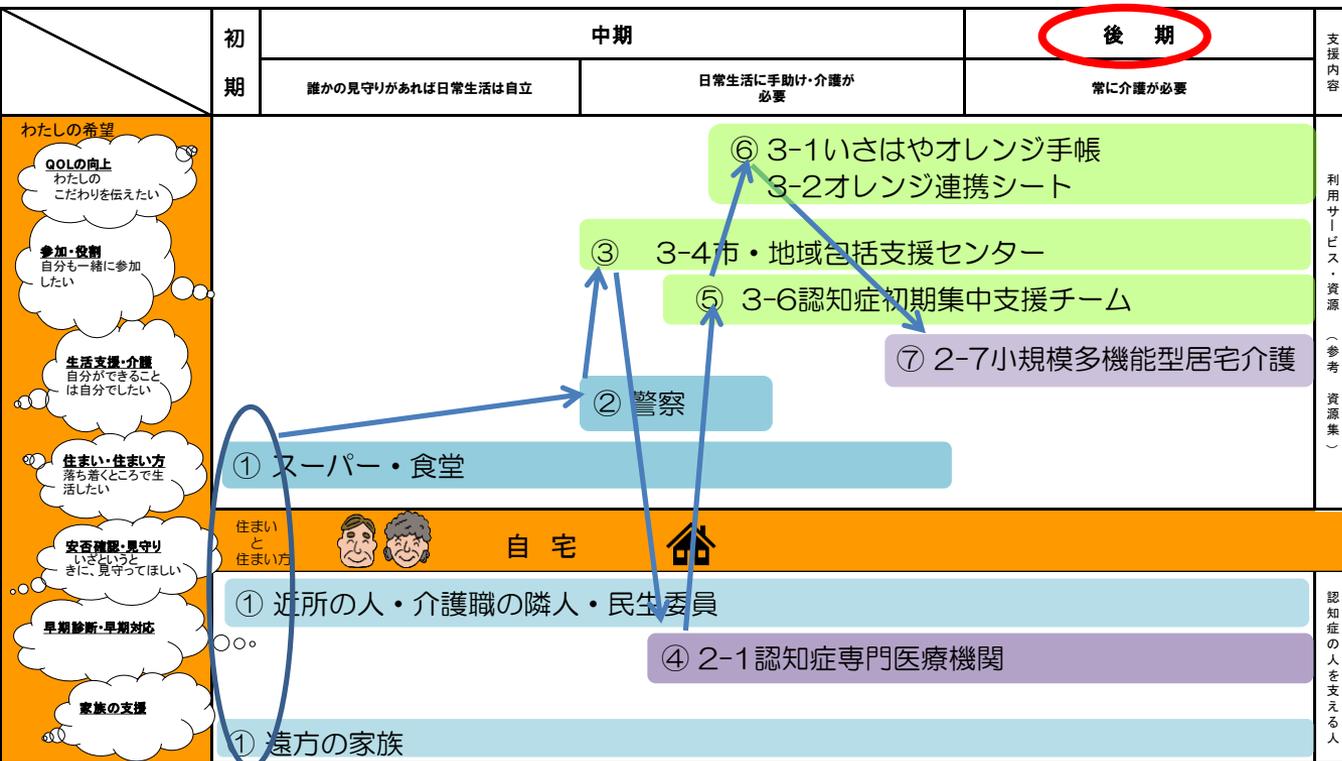
チーム員：娘へ、金銭管理の対策として公証役場を紹介。公証役場で任意後見の手続きをされる

(Bさんのその後)

○パチンコ店から通所介護サービスへ

娘とチーム員が支援を進めている最中、通っていたパチンコ店が突如閉店。そこで、パチンコ店に行く代わりにデイサービスの利用を勧めてみると、「楽しいところだったら行ってもいい」と本人。地域包括支援センターにつなぎ、介護支援専門員(ケアマネ)と相談し、デイサービスを体験利用。他の利用者との会話も弾み楽しく過ごされる。「良かところ。教えてくれてありがとう」と本人。その後、本格的にデイサービスに通われながら、自宅での生活を続けている。





90代女性。夫と二人暮らしであったが、夫が急遽入院となり一人暮らし。

○外出先からタクシーで帰宅しても、「ここは家ではない」と言ってタクシーから降りようとせず

警察から市に情報提供あり、地域包括支援センターと共に対応開始。

○日常生活では、ゴミの出し忘れがあり。食事は近くのスーパーで惣菜を購入したり行きつけの食堂で食事をする他、近所の人からの差し入れがある。家賃や食事代などの支払いが出来ず、周囲から声をかけてもらっている。

うろろしていることも…

臭いきつく他の客からクレーム

自宅近くでよくし



美味しいご飯が食べられて、安心してお風呂に入れたらいいなあ。

母とは関係が良くない。しかし本人が希望するなら、水面下でやるので手伝ってほしい。



(Fさんのその後)

○本人が安心して生活できる関係と居場所づくりへ

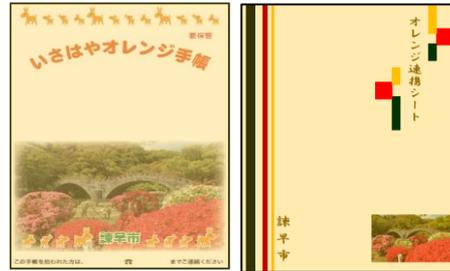
地域包括支援センターからの情報を得て認知症初期集中支援チーム介入。遠方の家族と連絡を取り、家族の意向を確認すると、本人の希望で一致。その後、介護職員が訪問を続け馴染みの関係をつくり、通いのサービスを受けるようになった。他の利用者とも打ち解け、いつも人の輪の中心で楽しそうにお話されている。

# Ⅲ 認知症ケアパスの作成・普及を通じた課題解決への活動

## (1) 誰とどのように進めてきたか

### 誰と

- 認知症対策推進  
会議委員
- 会議構成団体
- 講演会  
研修会参加者
- 認知症サポーター  
キャラバンメイト
- 認知症の人、介護家族等



### どのように進めてきたか

- 医療・介護等の支援ネットワーク構築
  - ・認知症対策推進会議
  - ・オレンジにこここミーティング
- 認知症対応力向上のための支援
  - ・困難事例の検討・支援  
(つながるミーティング)
  - ・地域ケア会議への出席
  - ・認知症専門相談
  - ・多職種協働研修
- 相談・支援体制構築
  - ・相談業務
  - ・認知症初期集中支援チーム
  - ・オレンジ手帳書き方講習会
- その他
  - ・介護予防と生活支援の語らん場（協議体）
  - ・脳トレ教室

配置状況	H 25	H 26	H 27	H 28～
認知症地域支援推進員	2名	2名	3名	5名 (初期集中兼3名)

### 認知症の人に

発症予防

発症初期

急性増悪期

中期

人生の最終段階

容態の変化に応じて医療・介護が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供するために

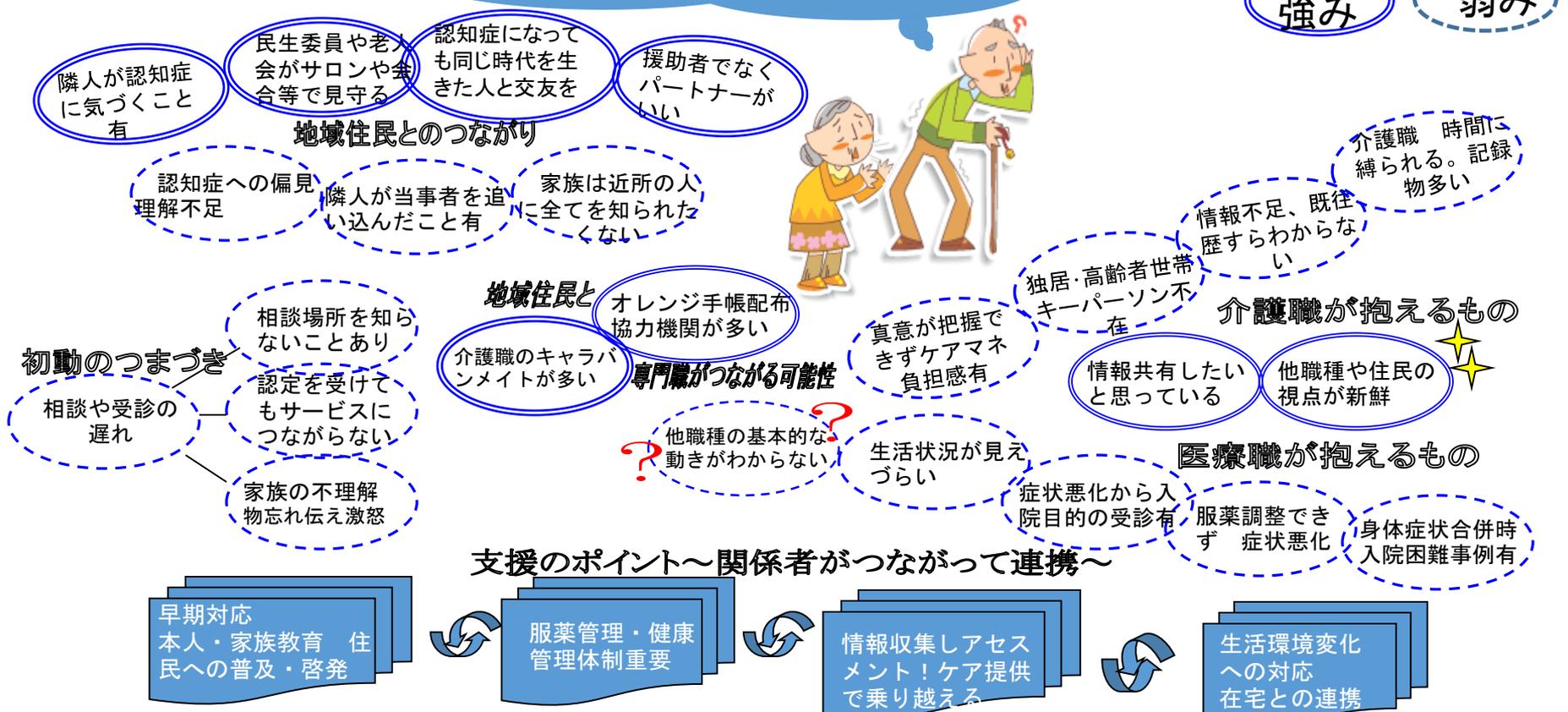
認知症地域支援推進員：医療・介護等の有機的な連携の推進

# (2) 連携支援・認知症ケアパスを使って解決を図る「症状経過に応じた課題」

尊厳を保ちつつ住み慣れた地域で  
安全に安心して暮らしたい

強み

弱み



## それぞれの役割

	気づき～診断	在宅ケア			入所	入院 身体症状複合
		初期	日常	症状多発		
地域住民	理解・見守り・支援	介護家族へのサポート・見守り				
介護		意向に沿ったケアプラン作成と提供				
医療		告知後支援	健康管理	認知症リハ	精神的・身体的に機能低下予防	
市・包括	相談・普及啓発	専門相談・介護職・医療職相談対応	認知症施策の推進・体制づくり			

### **(3) 活動を進めたことで得られた成果**

#### **地域住民に対して**

- ① 普及啓発活動の効果もあり、住民の認知症への関心が高まってきた。地域包括支援センターや市等の相談窓口へつながることが多くなった。
- ② 元気な頃から認知症に備え記入する「いさはやオレンジ手帳」(認知症対策推進会議作成)の普及が進むことで、認知症に対する偏見が和らいできている。いさはやオレンジ手帳を、住民が自主的に周囲の方へ配布するようになってきた。

#### **相談対応について**

オレンジ手帳やオレンジ連携シートを用いることで、専門相談・推進員の相談対応や認知症初期集中支援チームでの対応などが、実態に即したものとなり、相談体制を充実することができた。

#### **医療と介護の連携について**

- ① 多職種協働研修や介護関係者・医療関係者の専門団体への説明、地域ケア会議などで、オレンジ連携シートを活用することで、それぞれの役割や連携の重要性について普及啓発ができた。
- ② 情報共有ツールをすすめることで、関係者がお互い顔の見える関係を望んでいることがわかり、すすめることができた。
- ③ 専門相談や窓口相談、事業所で開催するミーティングなどで、介護職への個別の支援を行うこともできた。
- ④ 情報共有ツールの活用により、医療職や介護職が話すようになり、成功事例の報告が聞かれるようになった。

#### **困難事例の対応**

認知症の方の運転問題や、徘徊、万引き、消費者被害などの案件も、地域包括支援センターやケアマネと連携し解決に導くことができた。

## (4) 今後の活動課題

### (1) 介護と医療の連携、介護間の連携

- ・退院時、在宅介護、介護施設入所への移行時

職種ごとに異なる視点

関係者間でのアセスメント・援助目標の共有の必要性

### (2) 早期対応が充分にできていない

- ・普及啓発を加速することも必要
- ・空白の期間を埋めるための関わり

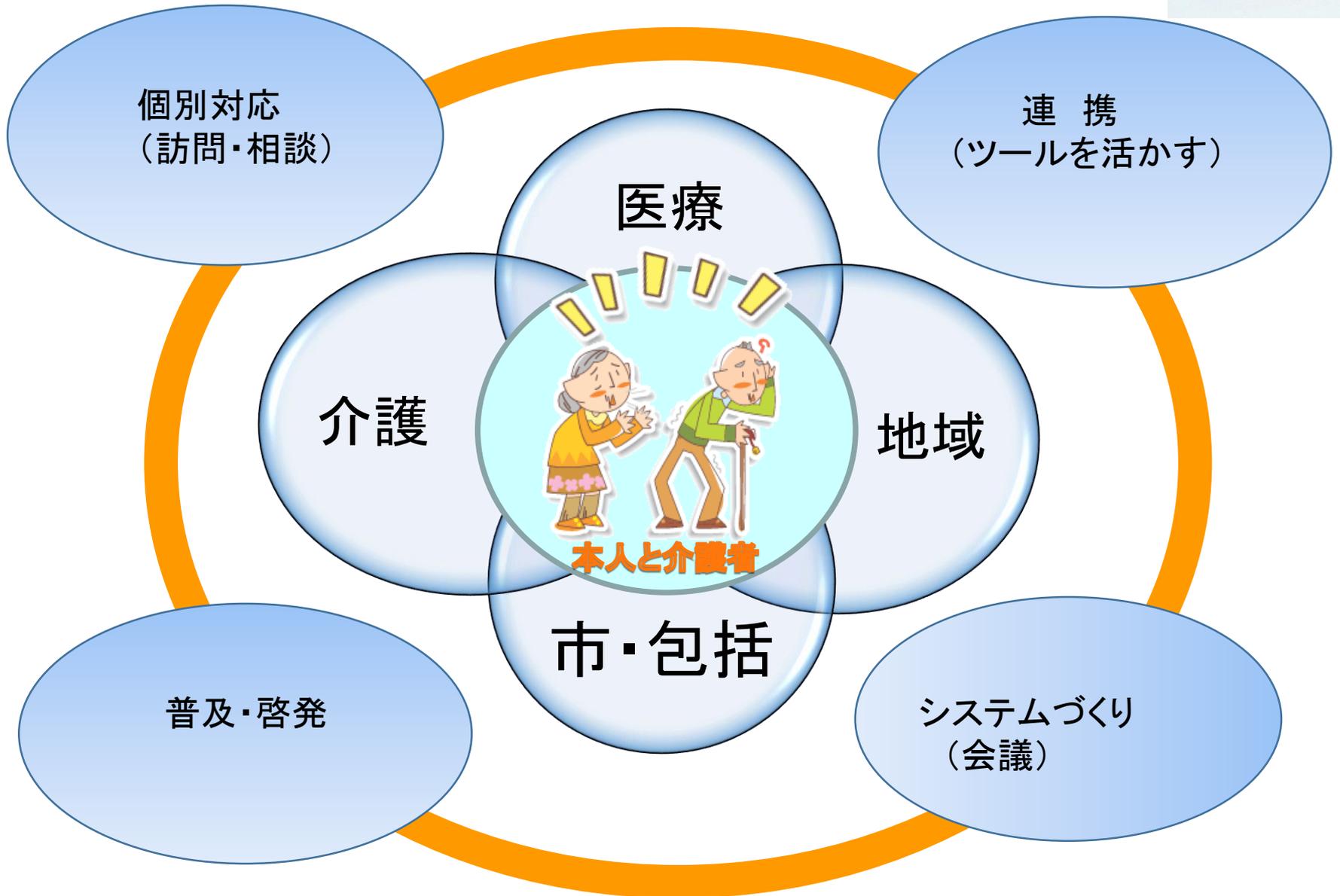
### (3) 認知症の人の視点を重視した取り組み

### (4) 市民ボランティア等が自主的に行う認知症カフェ、サロン、見守り、生活支援などの情報把握とネットワーク

認知症の人のケアの流れを円滑にするための環境整備

⇒「認知症になっても大丈夫な地域へ」

# “認知症になっても、住み慣れた地域で安心して生活できる 地域づくり”に向けて



参考：

いさはやオレンジ手帳、  
オレンジ連携シート 活用事例紹介

はまこさん75歳 娘夫婦と同居



# 自分史シート

暮らした歴史を振り返るためのシートです。

いさはやオレンジ手帳一部抜粋

	年代（元号） 住所地（町） 同居家族	私の呼び名 毎日の暮らしぶり （食事・遊び・仕事・娯 楽・友人関係など）	心に残る 思い出や風景 家の廻りの風 景
幼少期（5歳頃） 少年期（5～15歳頃）	大正10年 長崎県B市  諫早A町 叔父夫婦	父親の仕事の関係でB市に住む。 <u>3歳の頃、母他界</u> <u>5歳の頃、父（諫早出身）も他界。</u> 兄と二人残された。  諫早の叔父夫婦に引き取られるも、叔父も他界。私も兄も <u>居場所</u> がなかった。小学校へ <u>行っていたが、学校から戻ると家の手伝い</u> をしていて友人と <u>遊べなかった。</u>	じゃがいもの皮をむきながら、うたた寝をしていた
青年期（20歳頃）	昭和18年20歳で結婚し福岡県A市に住む（夫、義父母） 子供	半年、B市で工場に勤める。結婚してから仕事（土方）に行ったり、家のことをしたり忙しかった。B市から福岡県A市へ。 <u>帰る方法もわからず、そこにいるしかなかった。</u>	戦時中は子供を連れて防空壕へ

	年代（元号） 住所地（町） 同居家族	私の呼び名 毎日の暮らしぶり （食事・遊び・仕事・娯 楽・友人関係など）	心に残る 思い出や風景 家の廻りの風 景
壮年期 （25 〜 45 歳頃）	福岡県A市	仕事に家事に忙しい 日々 子供の洋服を編んだり縫 ったりしていた。	お腹に子供を 抱えながら <u>流産</u> <u>覚悟で土方の</u> <u>仕事</u> をしていた
中年期 （45 〜 65 歳頃）	福岡県B 市、家を建 て、夫、息子 家族と同居	夫が定年退職後、昭和 ×年にB市で家を建て た。 <u>馴染みのない土地で友</u> <u>人もおらず、寂しかった。</u> 平成△年に夫がなくなっ たので諫早市に帰る	
高年期 （ 65 歳 頃）	諫早A町に 戻り、娘夫婦 と同居	<u>老人会に入っていて、定</u> <u>例会にも参加していた</u> <u>諫早の知人の家へ行っ</u> <u>たり来たりしていた。</u> <u>テレビをみたり、高血圧</u> <u>があったので体は自由</u> <u>に動かなかったが気まま</u> <u>にすごしていた。</u>	ひ孫からは、 は〜ちゃんと呼 ばれる

輝いていた頃の思い出

諫早に帰ってきたと同時に、ひ孫が生まれた

# わたしの生活リズム~できることシート

記入日 年 月 日  
記入者

生活リズムを、下の表に書いてみましょう。

4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4時
	起床	身支度	食事	デイサービス			帰宅		就寝			

あてはまるものに○を付けましょう。

できる 😊 手伝いがあれば 😊 できない ☹️

	項目	チェック	こだわり・方法・手伝いの内容
毎日のリズム	起床	😊 😊 ☹️	声かけで起きる
	移動・移乗	😊 😊 ☹️	壁や建具につかまり移動。不安定な歩行。屋外は手押し車。股・膝関節を痛めたことがあり違和感あり。
	トイレ	😊 😊 ☹️	自動水洗トイレで自立。失敗なし
	着替え	😊 😊 ☹️	衣服の選択や順番に戸惑うため側で見守る
	身だしなみ (洗顔・整髪)	😊 😊 ☹️	洗面場所を忘れることが、週に1回程。洗顔・歯磨きをすることを忘れることも。様子を見て声かけ。整髪は自分で。足の爪切りは届きにくくデイ職員介助
	食事	😊 😊 ☹️	食が細く声かけ必要。偏食。水分摂取は促す。
	服薬	😊 😊 ☹️	管理できず毎回家族が渡し服用する
	入浴	😊 😊 ☹️	デイで入浴。自分で洗身。手が届かない背中をさりげなく介助
	口の手入れ	😊 😊 ☹️	夜、声かけが必要
家の仕事	睡眠	😊 😊 ☹️	ときどき夜眠らない。ぼーっと座っている。物を出し入れ。お金を数える。
	買い物	😊 😊 ☹️	娘がする。車で連れ出すが店にはいらぬ。ほしい物を買うこともない
	料理	😊 😊 ☹️	一切できない。
	留守番 掃除 ゴミ出し	😊 😊 ☹️	娘が買物に行く間(1時間くらい)はできる 自分の部屋をコロコロで届く範囲ゴミを取る
管理	金銭管理	😊 😊 ☹️	デイに現金を持たせるが収支はわからない。通帳の中身も関心持たない。
	諸手続き	😊 😊 ☹️	娘が実施
交流	会話	😊 😊 ☹️	質問をすると、受け答えにまごつくこともあるが、会話はできる。
	電話応対	😊 😊 ☹️	鳴っても出ようとしない
	近所 付き合い	😊 😊 ☹️	親しい知人がいなくなり、つきあいができなくなった。老人会も、ここ数年いっていない。
健康活動	通院	😊 😊 ☹️	娘の送迎にて、月1かかりつけ医に通院
	趣味・教養活動	😊 😊 ☹️	外出は一人ではできない。デイでパズル

# とまどい(SOS)シート

記入日 年 月 日  
記入者

認知症の人は、介護する人からみると「困った」言動をすることがあります。しかし、それは認知症の人からのSOSかもしれません。今のお花さんに、次のような言動はありませんか？あてはまると思う番号に○をし、内容を書いてみましょう。

※○はいくつでも可。

盗られたなど被害妄想がある 状況に合わない話をする (ないものが)見える、聞こえる 気持ちが不安定 夜眠らない 荒々しい言い方や振る舞いをする 何度も同じ話をする 周囲に不快な音を立てる 大きな声を出す 声かけや介護を拒む	11 落ち着かない 12 徘徊する 13 家に帰るなどの言動を繰り返す 14 ひとりでは危険なのに外に出ようとする 15 外出するとひとりでは戻れない 16 不要な物をあつめる 17 火を安全に使えない 18 物や衣類を傷めてしまう 19 排泄物に触れてしまう 20 食べられないものを口に入れる その他 ( )
--	--

**ショートステイで不安定になる**

内容)  
**何かにつけ泣く。「ここにおいていいんだろうか」→テイでも言葉が出ないと泣くことがある**  
**「孫のように優しくしてほしい」**  
**ショートステイを利用すると「置き去りにされそう」「捨てられそう」と言って不安定になる**  
**夜眠らない**

**生い立ちが関係している？**

なことは、もしかすると、次のようなことが影響していませんか？あてはまると思う番号に○をし、その内容を書いてみましょう。



病気や薬の副作用など 体の痛み・便秘・不眠・空腹などの苦痛 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛、または本人の性格 音・光・味・におい・寒い、暑いなどの苦痛となる刺激	⑤ 周囲の人のかかわりかた 6 住まい・器具・物品などによる居心地の悪さ 7 気持ちや行動と現実とのズレ 8 生活歴・習慣などのなじみのある暮らし方と、現状とのズレ
--	---

**何かにつけて泣く**

内容)  
**幼い頃両親を亡くし、親戚に引き取られ、その親戚も程なくして亡くなり、他人の中で辛い生活をしてきた**  
**生い立ちから自分には出来ないことがいっぱいあり、他の人のようには出来ない、また何も持っていないので、それを見せないように明るく振舞っているのではないか**

# はればれ(快)シート

記入日 年 月 日  
記入者

認知症のケアには、その人の個性や歩んできた人生を重んじ、尊厳を守ることが大切です。

認知症になっても、下の図のような「こうしたい・こうありたい」という気持ちがあるといわれています。



今の  はまこ  さんは、どういうときに気になりますか？下の欄に書いてみましょう。

**デイサービスでトンチを  
利かせ笑わせる**

- ・ デイサービスで、とんちを利かせて周囲を笑わせている。明るく社交的
- ・ 「こんな年寄りでも仕事があるやろうか・・・」仕事をさせてもらえると嬉しい  
→ デイサービスで洗濯物たたみを快くしてもらっている。「バイトバイト」と言っ  
て洗濯物を楽しそうにたたんでいます
- ・ テイでの昼食後・入浴後のうたた寝
- ・ 難しいパズルに集中しているとき
- ・ 手仕事をしているとき。らっきょうの泥を落として、皮をむいて、芽を取って漬  
けるだけの状態にする。洗濯物をたたむ。干す前にしわを伸ばして、干すだけ  
にする
- ・ ひ孫がベッドに潜り込んできたとき
- ・ 車で遠くに出かけたとき。目をキラキラさせていた

**仕事好き**

# 家族の気持ちシート

記入日 年 月 日  
記入者

家族の誰かが認知症になったとき、誰しもショックを受け、とまどいます。しかし、認知症に対する理解が深まるにつれて、「あるがまま」を受け入れられるようになります。

認知症の人の家族の多くは、下記の4つのステップを経験します。

ステップ1

## とまどい・否定

以前の本人からは考えられないような言葉や行動にとまどい、「こんなはずはない」と否定しようとします。

ステップ2

## 混乱・怒り・拒絶

本人にどう向き合ったらよいのかわからず混乱したり、本人を責めたり、拒絶したりします。疲れ、不安、絶望感におそわれやすいもつとつらい時期です。

ステップ3

## 割り切り

医療・介護などのサービスを上手に利用すれば、家族でなんとか乗り切っていけるのではないかと、うゆとりが生まれ、負担感は軽くなります。

ステップ4

## 受 容

認知症に対する理解が深まり、本人のあるがままを自然に受け入れられるようになります。

今は、どのような気持ちですか？下の欄に書いてみましょう。

10年以上前に、認知症の人の症状を目の前で見て話をした経験があるので、母の場合もついに来たかと冷静に受け入れられるようになった

母から「お母さん」と呼ばれた。今でも自分の生みの親の姿を探しているのではないか。母の生い立ちを知った上で、今でも母親を探している母を見ていると、できるだけ最後まで母の面倒を見たい。そう思う。他にも認知症の人へいうもので、どう対

義母の介護を経験していたが、その症状の背景は様々。私にとって、連携シートを使うことで気持ちが整理できた。デイ職員等と信頼関係ができた。幼少の頃、不安定な環境で苦勞した母。可能な限り家で看たい。

介護の中で、  
ませんか？自由に

ほっこり  
エピソード

- ・ 通帳がないとかお金のことを言ってきたときに、「きたー」と心の中で叫びました
- ・ マッサージ器にかかって降りるための操作が出来ず、「降りきらんと？」と声をかけると、「ニコ」っと笑顔になり「コクン」と頷いた。子供になったように思った



# どういった情報を誰が埋めていく？

オレンジ手帳情報  
私のプロフィール  
自分史シート  
いままでシートなじみシート  
これからの生き方暮らし方シート  
安心マップ



認知症疾患  
原因疾患



医療職などが記入

本人や家族が記入

必要と思う情報を  
シートに落とす



介護職などが記入

ケアマネなどが記入

社会的状況

介護者の状況

経済的状況

生活環境

身体合併症

認知機能障害の内容・程度

行動・心理症状の

有無や状態

生活機能障害

ADL、IADL  
の障害

理解度



作成中



今後の予測と対応方法  
隣人などへの協力依頼

# 情報はどう活かされる？



病状の判断  
(障害レベル等)

医療職など

本人や家族

## オレンジ連携シートから出発



予測される身体合併症  
必要な処置

ケア方法

生活リハビリ

医療の提供方法

ケアマネなど

介護職など



ケアプラン



レスパイトケア

# 対応結果をもとに情報更新

認知症、困った時の介護のコツ

認知症の人がなぜそのような症状がでてきているのか？



体の痛み、不眠、食欲不振、不安、興奮、徘徊、脱着、失物、盗み、被害妄想、幻覚、幻聴、妄想、徘徊、脱着、失物、盗み、被害妄想、幻覚、幻聴、妄想

住まい・家具・物・音・光・味・におい・寒い、暑いなどの苦痛になる

生活歴・習慣などのなじみのある暮らし方と、現状とのズレ

生活歴・習慣などのなじみのある暮らし方と、現状とのズレ