

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 自治体概要

人口	137,203名 (H31.3.1)	65歳以上人口	40,087名
高齢化率	29.1%	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、市街地を流れて有明海に注ぎ、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



第7期介護保険事業計画における

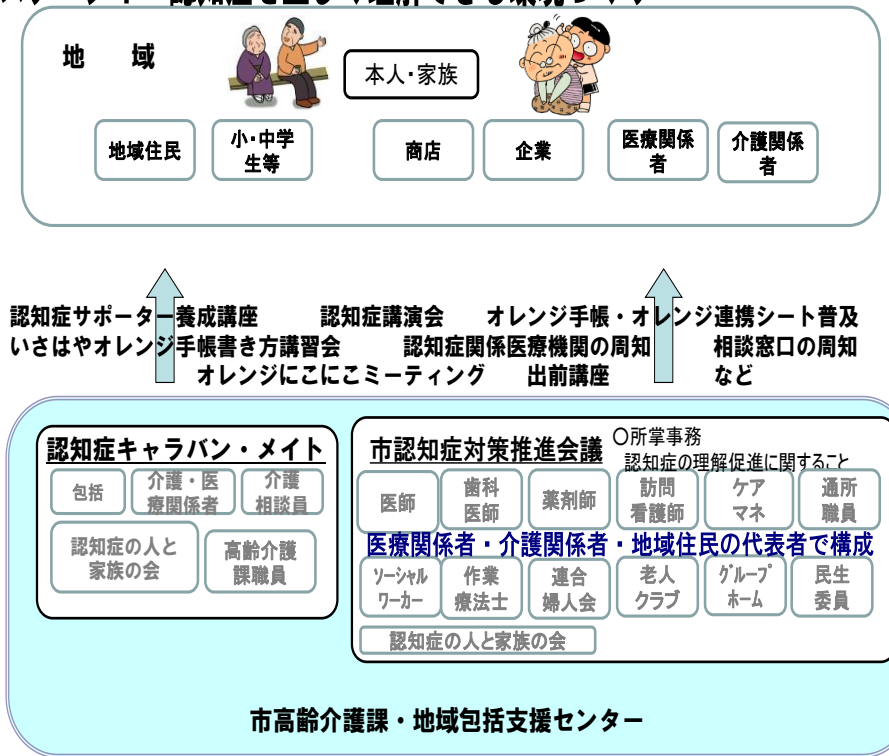
認知症地域包括ケアのイメージ図

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、

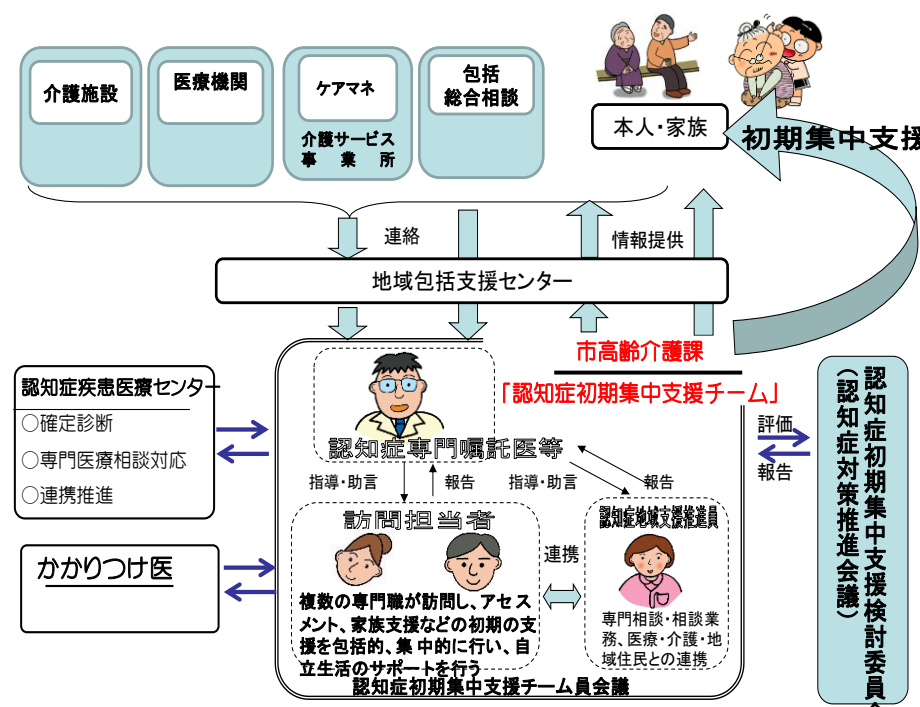
認知症の人やその家族の視点を重視することを認知症施策のすべてに共通する理念として取組を進めます。

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受けるための「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みます。

ステージ1 認知症を正しく理解できる環境づくり



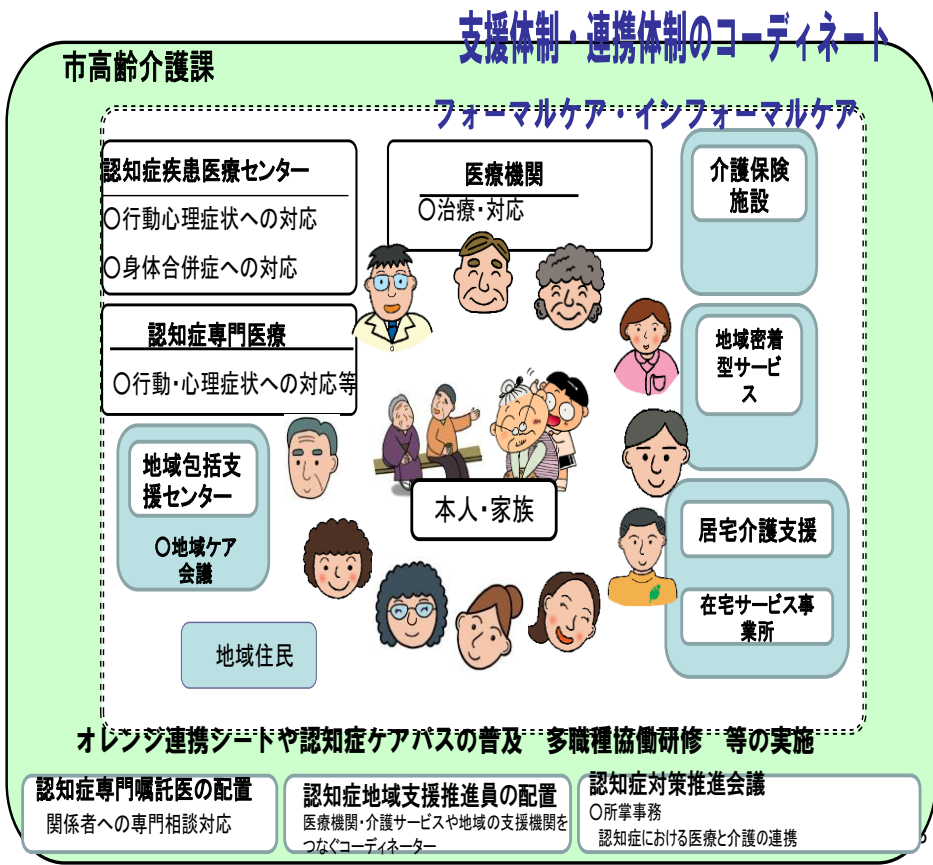
ステージ2 早期発見・早期診断・早期対応ができる体制づくり



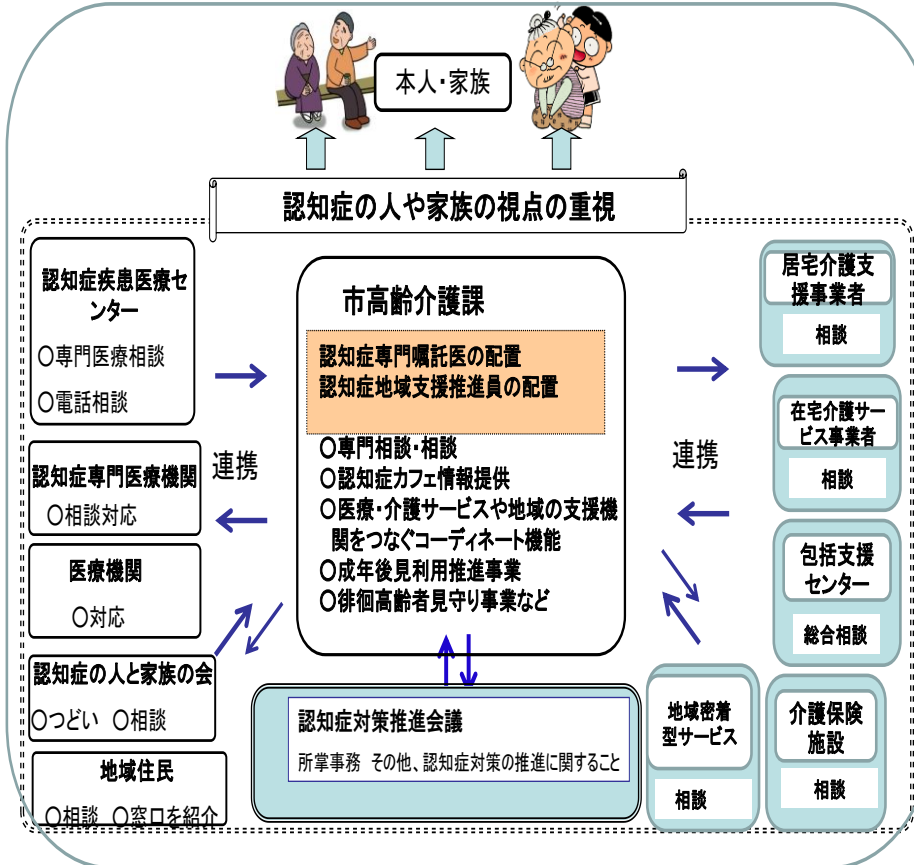
●認知症を正しく理解する町の応援者である「認知症サポーター」を養成するとともに、医療・介護関係者が早い段階で認知症に気づき受診につなげたり、本人や家族が身近に相談できる地域の人々が相談機関につなげられるような環境づくりを行う。

●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。

個々人のケアパス(ミクロのシステム) と 地域のケアパス(マクロのシステム) で構成

The diagram illustrates the perspective of people and families on dementia care, centered around the 'Community-based Care' (市高齢介護課). At the top, an illustration shows a family (本人、家族) and a group of people. Below this, a central box labeled '市高齢介護課' (City Elderly Care Department) is connected to various service providers and support systems. The central box lists: '認知症専門福祉士の配置' (Deployment of dementia specialist welfare workers), '認知症地域支援推進員の配置' (Deployment of dementia community support promotion officers), and a list of services: '専門相談・相談' (Special consultation/consultation), '認知症カフェ情報提供' (Dementia cafe information provision), '医療・介護サービスや地域支援機関をつなぐコーディネート機能' (Coordination function connecting medical/nursing services and community support organizations), '認知症発見利用推進事業' (Dementia discovery/usage promotion project), and '認知症高齢者見守り事業など' (Dementia elderly monitoring project, etc.). To the left, a vertical list of providers includes '認知症疾患医療センター' (Dementia Disease Medical Center), '専門医療相談' (Special medical consultation), '認知症専門医療機関' (Dementia specialist medical institution), '相談対応' (Consultation response), '医療機関' (Medical institution), '対応' (Response), '認知症の人と家族の会' (Association of people with dementia and their families), 'つなぐ' (Connect), '地域住民' (Local residents), and '相談' (Consultation) or '窓口を介して' (Through the window). To the right, a vertical list of services includes '居宅介護支援事業者' (Home nursing support service provider), '相談' (Consultation), '在宅介護サービス事業者' (Home nursing service provider), '相談' (Consultation), '包括支援センター' (Comprehensive support center), '総合相談' (General consultation), '地域密着型サービス' (Locally focused service), '相談' (Consultation), '介護保険施設' (Nursing insurance facility), and '相談' (Consultation). Arrows indicate the flow of information and support between these entities and the central '市高齢介護課'.

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

1. 認知症ケアパスの作成年度

	個々人のケアパス	地域のケアパス	その他（関係者など）
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	会議構成団体の協力 オレンジにここにこミーティング 地域住民・介護・医療機関
平成27年度			地域包括ケア推進体制 介護予防日常生活支援推進会議・在宅医療介護連携推進会議等との連携
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			

2 個々人の認知症ケアパス

(1)作成に至ったきっかけ

○認知症サポーター養成講座など普及啓発に取り組んでいたが不十分であった。
地域住民・関係者のグループインタビューをふまえ、各々の役割を整理した
ところうまくいっているとはいえなかった。 **実態把握・課題抽出**

○団体との協議の場で、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。 **団体の意見**

○第5期（H24～H26年度）介護保険事業計画に盛り込む **実施計画**

参考：連携体制の構築、情報共有支援を進めるうえでの現状と課題

～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

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。

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

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

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」

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

(2) 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	その他
いさはやオレンジ手帳	65歳以上の市民	・認知症になったときに備え記載するもの ・正しい理解を得るためのものでもある。	平成24年度 情報共有ツール作成ワーキングにて作成
オレンジ連携シート	認知症診断を受けた人	・安心して生活できるための情報共有 ・介護者が病状を理解し疲弊しないためのものでもある。	平成25年度 認知症対策推進会議にて作成

（３）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あまり活用できる」 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ずつ増やせるように。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2年間に渡り、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。

覚え書き

記入日
平成 年 月 日

ふりがな	生年月日 明治 年 月 日 昭和 年 月 日 性別 (男・女)		
なまえ			
住所	〒 市 町 丁目 番 号 電話 () 携帯 ()		
原簿手帳	身体障害者手帳 有・無 有・無		
年金 国民・社保・共済	難病等医療費給付 有・無		
緊急時連絡先	関係	氏名 電話(携帯) 住所	
	地域の人		
家族構成		かかりつけ医・歯科医・薬局	
本人 丁 配偶者		病・医院・薬局名(電話番号)	

1

私のプロフィール

記入日
平成 年 月 日

該当する事項を○でかき、余白にご記入ください。

身長	cm	体重	kg	特徴
聴力	健常・聞こえ難い・聞こえない	補聴器	無・有	
視力	見える・見えにくい・見えない			
TV・PC	無・有 ()			
飲酒	無・有 () 回/週			
喫煙	無・有 1日 () 本× () 年			
職歴				
学歴				
性格	陽気・内気・生真面目・神経質・社交的 頑固・わがまま・ほがらか・優柔不断・せっかち その他 ()			
今までにかかった病気	かかった病気に チェックをうつす	発症年齢	病・医院	治療状況
	☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脳梗塞 ☐ 心筋梗塞 ☐ がん ☐ 中脳機能低下症 ☐ 脂質異常 ☐ 骨折 ☐ 頭部外傷 ☐ 手術した病気 ☐ その他			

2

自分史シート

記入日
平成 年 月 日

暮らしの歴史を振り返るためのシートです。

	年代 (元号)	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 家の周りの風景
幼年期 ()			
児童期 ()			
少年期 ()			
青年期 ()			

4

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」と「こだわり」について、あてはまる□にチェックし、余白に記載ください。

	長年なじんだ習慣や好み	備 考 (思い・こだわり等)
私の日課		
食事の習慣	好物 嫌物	
お風呂温度	☐ 熱め ☐ 普通 ☐ ぬるめ	
好きな音楽	☐ クラシック ☐ 洋楽 ☐ 演歌 ☐ 歌謡曲 ☐ フォーク その他	
好きなテレビ番組		
地域や社会的役割	☐ 自治会役員 ☐ 民生児童委員 ☐ 婦人会 ☐ 老人クラブ ☐ 消防団 ☐ 行政関係推進員 () その他	
大切にしている時間	☐ 家族団らん ☐ 知人や友人との雑談 ☐ 趣味・スポーツの時間 ☐ 休養しているとき ☐ 仕事に打ち込んでいるとき ☐ 文化的な活動 ☐ 社会奉仕・社会活動 ☐ 健康づくり その他	

6

これからの生き方・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。

- 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 ☐ 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	(願いや希望)
--	---------
- これからの暮らしで困ると予測されること

☐ 健康や病気のこと ☐ 寝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	(願いや希望)
--	---------
- 2のために現在の暮らしのなかで、大切にしていること

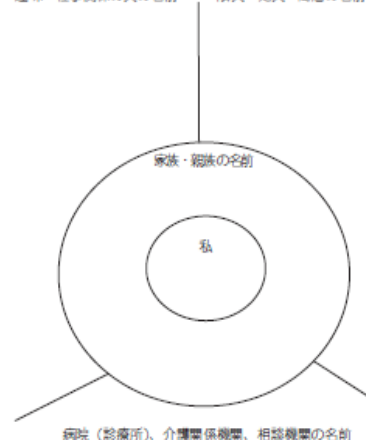
☐ 健康管理 ☐ 家族や親戚とのつきあい ☐ 近隣や友人等とのつきあい ☐ 仕事 (職業、家業) ☐ 家事 ☐ 社会奉仕、ボランティア活動 ☐ 教養、学習、趣味、スポーツ活動 ☐ 住まいの管理 ☐ その他	(願いや希望)
---	---------

8

安心マップ

記入日
平成 年 月

趣味・仕事関係の人の名前 隣人・知人・商店の名前



いさはやオレンジ手帳

「馴染みのシート」になるために・・・

わたしの生活リズム～でるこシート

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

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	起きる	  	
	移動・移乗	  	
	トイレ	  	
	着替え	  	
	身だしなみ(洗顔・整髪)	  	
	食 事	  	
	服 薬	  	
	入 浴	  	
家の仕事	口の手入れ	  	
	睡 眠	  	
	買 い 物	  	
	料 理	  	
	留守番	  	

とどろい(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_____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○をしてみましょう。		
(複数回答可) 1 盗られたなど被害妄想がある 2 状況に合わない話をする 3 (ないものが)見える、聞こえる 4 気持ちが不安定 5 夜眠らない 6 荒々しい言い方や振る舞いをする 7 何度も同じ話をし 8 周囲に不快な音を立てる 9 大きな声を出す 10 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 ひとりで危険なもの外に出ようとする 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 21 その他 ()	
内容		
上のようなことは、もしかすると、次のようなことが影響していませんか？ 思い当たる思う番号に○をし、その内容を書いてみましょう。		
1 病気や薬の副作用など 2 体の痛み・便秘・不眠・空腹などの苦痛 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛、または本人の性格 4 音・光・味・におい・寒い、暑いなどの苦痛となる刺激	5 周囲の人のかかりかた 6 住まい・器具・物品などに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	
内容		

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得ます。

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

⇒

ステップ2

⇒

ステップ3

⇒

ステップ4

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」と否定しようにします。

混乱・怒り・拒絶

本人にどう向き合ったらよい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のもこの時期です。

割り切り

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

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。

介護の中で、思わず「笑ってしまった、心がほっこりした」エピソードはありますか？自由に書いてみましょう。

ほっこり
エピソード



連絡シート

家族や関係者が、連絡したいことをご記入ください

年月日	誰から	誰へ	内 容	確認者 サイン
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

参考：オレンジ連携シ-

参考:オレンジ連携シート

4. 地域のケアパス

H25多職種協働研修アンケート結果等

(1) 作成経過

《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)

スタート「皆が協力しないとうまくいかない」

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

住民の声を加えて周知

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。」

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、その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」

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らない。

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。

ミーティングは、認知症の普及啓発の良い機会。



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

(2) 諫早市における認知症ケアパス(地域のケアパス)の特徴

① 認知症ケアパスは2つからなる

市全域の「諫早市共通版認知症ケアパス」と市内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

② 誰もが使える(安心できる)認知症ケアパス

- ・活用方法フローチャートを入れて、使う人ごとに活用が多いページを示す(歯科医師会委員)
- ・共通版を出発点に、**1**地域住民 **2**医療介護機関 **3**市など行政を番号・色で統一感を出すと選びやすい(専門医)
- ・表現方法に工夫を。インデックスを入れる(医師会委員)
- ・不安な声や未解決な問題は主旨がゆがまない範囲で完結に記載(通所協委員)

③ 当事者と家族、住民、専門職、市がお互いを知るためのもの。

- ・地域別ケアパスで、当事者・家族・地域の住民の声を知ることができる。
「気になったときには、手を差しのべていいんですね(語らん場参加者)」
「住民のかたが温かく見守ってくださっていることがわかりました(介護支援専門員)」
- ・活用方法フローチャートを見ることで誰が何に困っているかわかる(認知症当事者)

④ 認知症の事がこの一冊で完結する

- ・共通版・地域別ケアパス・利用例にある「資源の番号」が「5 認知症の人と支えるご家族の支援」のサービスや地域毎のサービス先一覧とリンクし相談業務がこの一冊で完結できる(相談員)
- ・認知症の勉強ができる便利帳やね(介護家族)

⑤ 相談先をつとつとに記載。

- ・介護家族は今も昔も同じ。相談先を探している(認知症の人と家族の会委員)

⑥ 当事者の可能性を引き出すツール

- ・料理好きな当事者と一緒に手ばかり栄養教室へ参加するきっかけとなった(民生委員)

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



目次

P1

1. 認知症ケアパスとは何ですか

P4

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

2. 諫早市認知症ケアパス

P6

- (1) 諫早市共通版認知症ケアパス
- (2) 地域別認知症ケアパス
 - 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. 認知症ケアパス利用例

P40

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

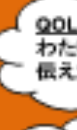
5. 認知症の人とそのご家族を支える支援

P47

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

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	元気があつた時 やってあくる事	きづき		中期		後期		支援内容	
		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			
 わたしの希望	 わたしの希望	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		ほぼ一人で生活が送れる	サービス・資源
		いさはやオレンジ手帳の配付 3-1 「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		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			
		認知症の理解促進：認知症サポーター養成講座		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			
		緊急通報システム 3-7 要介護者台帳登録 3-8		認知症介護実習者見守り事業 3-9		栄養改善配食サービス事業 3-11			
		介護予防教室 3-10		成年後見制度 成年後見申し立て援助事業 3-14		認知症疾患医療センター 2-2			
		日常生活自立支援事業(社協)日常の金銭管理等 3-12		在宅訪問介護支援事業所 2-4 訪問介護 2-5 訪問看護 2-6		小規模多機能居宅介護 2-7 福祉用具貸与 2-8			
		任意後見制度 3-13		通所介護(デイサービス) 2-9 通所リハビリ(デイケア) 2-10		認知症対応型デイサービス 2-11			
		病・医療、歯科医療 薬局・物忘れ専門医療機関 2-1		見守りネットワーク活動 認知症の人と家族の会 1-4		2-12 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) 2-14			
		認知症カフェ 1-2		2-13 介護老人保健施設 2-15 介護療養型医療施設 2-16		介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 2-17			
		ふれあいいきいきサロン 1-1		民生委員活動 1-5		ショートステイ(短期入所)			
 わたしの希望	 わたしの希望	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)		民生委員活動 1-5		認知症の人を支える人		認知症の人を支える人	
		住まいと住まい方		有料老人ホーム サービス付き高齢者住宅		ショートステイ(短期入所)			
		隣人・ボランティア等 民生委員		認知症サポーター		介護職員(介護サービス事業所)			
		認知症の人と家族の会		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		訪問看護・デイケア等リハビリ職員			
		認知症専門医		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			
		かかりつけ医・物忘れ相談医、かかりつけ歯科医・薬剤師							
		地域包括支援センター (保健師・社会福祉士 高齢者相談員 介護予防担当保健師 認知症初期							

諫早市地域別認知症ケアパスの例(明峰中校区)



中期

認知症の地域生活支援

後期

認知症の地域生活支援

専門職とつながると安心。
[2-1-1]

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。

私たちが関わる地域は一部、地域の誇りがあるとも強い。何かに困っていたら教えてほしい。
[2-4-11]

地域でよりびくなく暮らす見守るよ。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地域連携します。
[2-4]

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。

買い物や地区の会合に一緒に出かけよう。

地域でも手慣れたん言ってね！

運転免許返還前時、本人の気持ちを尊重しつつ備わらないよう説明してほしい。

遠方の家族から、「家族なんだから預けなさい」と言われる。

家族の大変さに寄り添いたい。
[1-2-3]

認知症について勉強して一緒にがんばりましょう。
[3-3]



周囲にいる息子には心配かけようかな。

認知症の人の一人暮らしは難しいんじゃないかな。本人を助けないで困らないような環境調整をお願いします。
[2-1-4-11]

〈地域包括支援センター〉 [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。近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患者のケアを担当した。今思えば、地域住民の方々と話し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]

認知症の方の介護をしてきた。夜寝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。親戚の兄弟からは対応が難しいと責められた。本人の気持は日に日に悪くなる一方。医師から在宅ケアに検討してもらおうなど。第三者の力を頼らなければ良かったと思う。

介護経験者だから分かり合えることがあるよ。
[1-4]

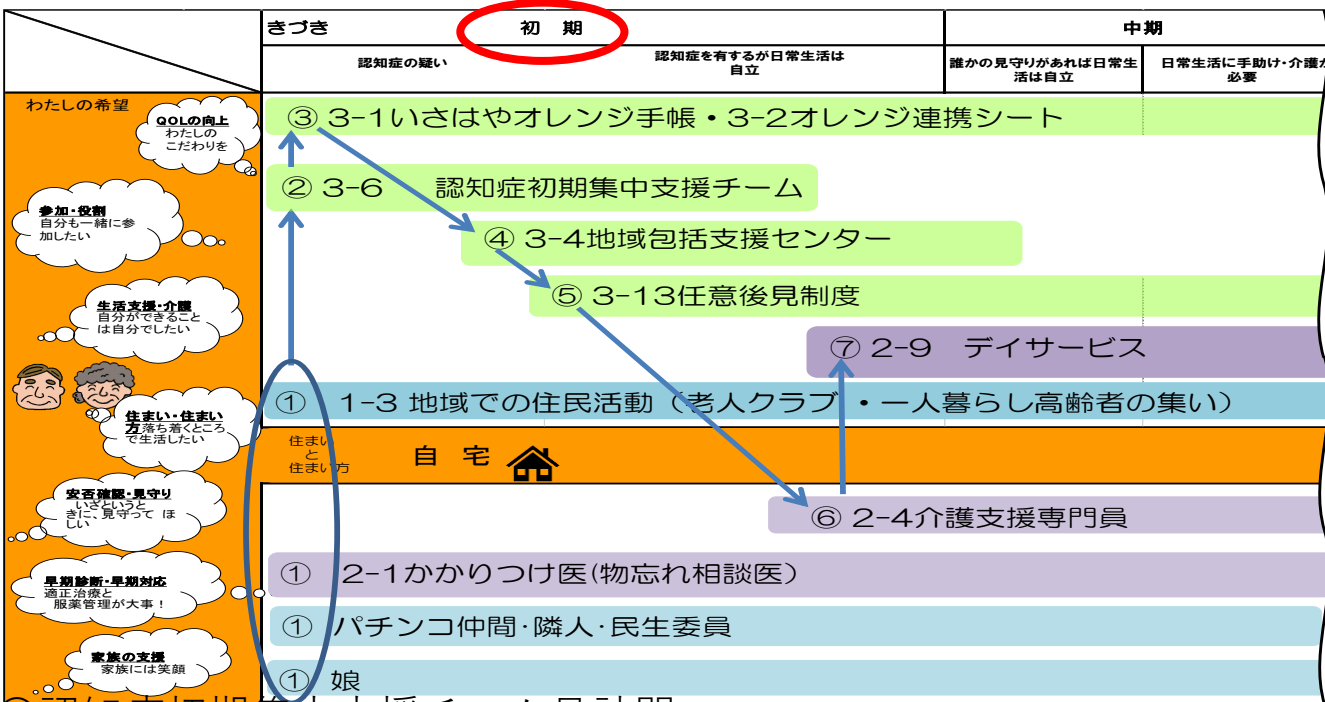


〈デイサービス職員〉 [2-8]

2年前ほど前に、「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、話し合いになりながら本人に寄り添い続けを行った結果、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



○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、パチンコ店に行き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。

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。

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

	項目	対象	方法
市認知症施策での取り組み	H21～講演会や認知症サポーター講座	市民・専門職	周知
	H23～認知症多職種協働研修	専門職	実技
	H25～オレンジ手帳書き方講習会	市民	実技
	H26～医療・介護専門団体への出前講座	医療・介護職	周知
	H28～認知症初期集中支援チーム、訪問・相談	市民・専門職	実技
	H26～28 オレンジにこにこミーティング （地域毎の認知症ケアパス作成のため実施）	市民・専門職	周知
	H30～認知症SOS模擬訓練	市民・専門職	実技・体験
市包括的支援事業での取り組み	H27～地域ケア会議		事例のよって活用
	H27～一般介護予防事業	市民	実技や周知
	H28～在宅医療介護連携推進講演会	市民	周知
	H28～生活支援体制整備第2層協議体「介護予防と生活支援の語らん場」	市民・専門職	周知 自己紹介に活用
	H29～介護予防ケアマネジメント・サービスC	総合事業対象者	マネジメントに活用
配付協力機関（者）	H26～介護サービス事業者 H28～薬局・医療機関 H28～市民（民生委員・老人クラブ・サロンボランティア等） H30～認知症カフェ		
	市本庁（HP、認定結果等の機会に周知しつつ配付）・支所・地域包括支援センター		

(2) 本人視点を生かした30年度取組

① 認知症の人の心の声アンケート

本人視点到盛り込んだ認知症ケアパスを作成にむけて本人の声（意見）の把握

認知症対策推進会議での協議を経て認知症地域支援推進員、介護支援専門員、グループ

ホーム職員、認知症専門医療機関がアンケート用紙にて聴き取りを実施。

認知症の人の声（カテゴリー化したもの）

初期

私のことは私が決めたい

- * 進行しないように気を付けて物忘れ対策をしている
- * できることがいっぱいある
- * 楽しみがある
- * 役に立ちたい。できる事があれば手伝いたい。
- * 今が幸せだと思う

中期

私抜きで決めないでほしい

- * 忘れても大丈夫
 - * 気に入ったよ！安心できるよ。
 - * できることがある、手伝いたい。
 - * 希望がある
- 「わからんごとなりよっと。
思い出せなくてごめんね。」
「昔は私がガミガミ言っていたわ。
今は立場が逆転してしまった…」

後期

笑顔が嬉しい、できる事を続けたい

- * 安心できる、一緒にいたい。
 - * 希望や幸せがある
 - * やりたいことがある。
 - * わからないところは手伝ってもらう
- 「迷惑かけていることはわかっている。
だから“ありがとう”“ごめんね”と伝えている。」

周囲への要望「 わたしを理解し、寄り添ってほしい・・・。」

寄り添っていてほしか・・・

しっかりと伝えたい。ゆっくり
待って聞いて

理解してもらえたらありがたいな
ゆっくりひとつずつ説明してほしい。

弱った姿は見せたくない。しかし、
これまでどおり皆と集みたい。

用事や片付けを一緒にしてくれる
と助かる

できていたのに、今はできない、
分からない。苛立つ。泣きたい位
に不安になる。

気分が乗らない時もあるし、疲れやす
くなった。無理をさせないでほしい。

大切なものがそばにないと不安になり
ます。一緒に探してほしい。

今日より“今”どうしたらよいか教
えてほしい。

私抜きで決められるとわからなくな
る。私の気持ちを尊重して。

昼寝の後など、誰かが側にいてくれ
ると尋ねられるので安心。

自由に話したい。会いたい人に会
いたい。

役割を持つことがいいと決めつけ
ないで
自分でしたいし、出来ると思うから
私なりにやっている。危険だと何
でも禁止しないで見守って。

通所にはずっと通いたい

頭が真っ白になって不安で怒鳴って
しまう。温かく見守ってほしい。

やっぱり家がいい。

食事ともトイレも入浴も私のタイ
ミングやペースがある。いきなり触
れられたり、無理にされるとびっ
くりします。

自分で思うようにできない歯がゆ
さをわかってほしい。

怒られてばかりはきついかよ。死
んだほうがましと思うこともある
から優しく笑ってください。

ひとりが怖い。必要としてほ
しい。誰か来て話しかけてくれる
のを待っています。

時間をかければできることがい
っぱいある。

延べ1000名強の声が集まりました。

①認知症講演会

第2部 会場参加型パネルディスカッション



参加者へ質問：認知症になったら告知してほしい



「認知症になったらどうやって暮らしていけば良いかという話を伺ったところだったので、自分が告知を受けることで取り組みができるのかな、と思いました」



「周りからケアしてほしいと思い “はい” としました」

参加者へ質問：認知症になったらオープンにする



『やっぱりわからないんですけども、色んな話を進めていくうちに、自分がなった場合は地域の方にとってサポートしてもらう方がいいのかなと考え方を変化しています。』



『どうせなったんやったら、オープンにして、わがままも活かして生きていきたいと思う。』

『わからんなあ』

参加者へ質問：認知症の人にやさしいまち、諫早を目指したい

目指したい！満場一致



②認知症SOS模擬訓練 ... 「認知症の人の気持ち体験を入れる」

目的：認知症の人が迷わない安心して外出できる地域に向けた取組。

迷い人の搜索訓練にならないように、声かけによって本人が安心できる形でしかるべきところへつなぐ

○搜索から始まるが搜索だけに
終わらない。

○もしこのような人がいたら、搜索依頼が出ている・いないに関わらず、声かけを行っていけるように練習
することも必要 → そこでいさはやオレンジ手帳を活用し、認知症の人の気持ち体験を実施する



私が85歳に
なった時...



「いさはやオレンジ手帳」自分史シートを記入して
認知症の人の気持ちを体験します

周りの人には
こんなふうに
接してほしいな



目を閉じて想像してみしょう
どんなかわりをしてほしいですか？



自分史シート		記入日 平成
年代 (元号)	私の呼び名 毎日の暮らしぶり (食事・遊び・仕事・職業・ 友人関係など)	心 思い 家の
住所 (町)		
同居家族		
幼少期 (年)		
学生時代 (年)		

③認知症多職種協働研修

本人視点の認知症ケアの流れになるために私たちができることとは何か

- (1)講演「 自立支援を促すおたがいさんケア その先へ 」
株式会社あおいけあ代表取締役 加藤忠相 氏
- (2)講演「 当事者視点の認知症ケア 」
日本認知症本人ワーキンググループ 福田人志 氏

○当事者の意見

「認知症と言わなくても生活できることが1番の理想。笑顔で喋っているからいいんだと思われている。言いたいことは色々あるんだけど…」

⇒当事者の気持ちとケア職の気持ちのずれがあることも。



「病院では色々話すと、薬が増える。言いたいことを言えない。伝えたくないことを家族が話す。」

⇒家族ともずれていることも。

当事者が周囲へ気を使っていることも。

認知症本人目線で感じたこと、気づいたこと、見えたもの



介護職の声	本人の声
今日は元気なさそう	スタッフが忙しそうで声をかけられない。帰りたいなあ。帰ろうかなあ。
レクレーションを楽しくやりましょう	同じことばかりでつまらん。他になんかなかとね。
お風呂に入って、すっきりしましょうよ	まだ来て1時間しかたたんとに、入らせるとね。ゆっくりしたいとに。
脳トレで会場が沸く	やたら質問が多くて、間違ったら恥ずかしか
連絡帳を家に忘れたそう…。	何でも記録で監視されている。トイレ回数など書かれるけん、もう持ってこん。

アンケート結果

○告知やカミングアウトについて

- 「認知症の告知の有無、立ち直りができるかどうか良い勉強になった」
- 「私は認知症だと言われたら皆に知らせ知った貰い、周囲に見守られ生活できるのがいい」
- 「認知症だとわかった方の生の声を聴けて自分を見つめなおすきっかけとなった。」
- 「認知症について自分自身の偏見に気づかされた」「自身が認知症になったら…。と考えさせられた」
- 「家族が本人の認知症を隠していると何もできない」

○先に認知症になった人への気持ち

- 「認知症の人のお話をもっと聴きたかった」「話をきいてわかった」
- 「症状は忍び寄る予感があり、福田さんの話はしみてきます。」「認知症の人の声を聴けてよかった。」 など

模擬訓練

○認知症の人への接し方が変わった 9割強

○どのように変わったとお感じになられますか？

ご本人の気持ちを尊重するようになる きがけて声をかける 見守る やさしく接する
行動には何らなの意味や理由があると思う 介護する人をねぎらいたい

「今回のような訓練を何度もしてほしい。」

「自分が認知症になったら…と多くの方が
勉強されているので安心しました。」

認知症役の人を増やしてほしい。
声かけ訓練をやりたい。

研修会

「当事者がどのように思ったり、感じたりしているか良くわかった」 生活相談員10年
「してあげるケア」から「こういうことをしたら楽しいだろうなあ」介護支援専門員10年
「福田さんの人柄が好きになった」 薬剤師 28年
当事者ならではの視点が面白い 社会福祉士 2年
利用者のことをもっと知りたい 看護師10年 もっと知りたい 保健師 1年

IV.さいごに

(1) 連携体制の構築、情報共有支援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。

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。

(2) 活動を進める上で推進員として心がけたこと 困ったときに解消する方法

困ったとき
には
住民の力を
借りる

- 医療従事者や介護職員が、認知症ケアに関心をが持っていただくよう、実態を把握するとともにワーキング会議(平成24年度)と認知症対策推進会議(平成25年度～現在)での協議を大切にしている

迷った時には、
認知症専門嘱
託医に相談

- 活動やツールの名称、ツールの内容の表記が、本人にとって、やさしく、誰が見ても心温まる表現になるよう、アイディアを出しあって楽しみながら一つ一つ決めていっている。

- 認知症ケアパスが、他の取組(ステージ1～4)とどのように、つながり、影響をしているかについて意識しながら取組を進める。

ひとつひとつの事業は、認知症施策推進全体流れの中の一部

煮詰まったときには
推進員間の意見交換
ケアマネから情報収集

介護職員や医療従事者は、認知症の人を支援するためのメンバー
＝よりよい支援を一緒に考えたい

当事者や介護家族の声を大切にする
「誰が何にこまっているのか」

(3) 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」

当事者視点を盛り込んだ認知症ケアパス作成へ

全国の推進員さんへのメッセージ

諫早市では、住民や関係者の声を聴きながら認知症施策を進めています。そのプロセスを大切にしつつ、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～を、諫早市にあった形で取り入れていきたいと思っています。みなさんのまちでの取組も教えてください