

認知症地域支援推進員活動報告

～認知症になっても大丈夫な地域を目指して～



諫早市健康福祉部高齢介護課 岩本 節子

1. はじめに

自治体基礎情報

人口	139,441名 (H27.10.1)	65歳以上人口	37,131名
高齢化率	26.6 %	第6期介護保険料	62,040円 (月5,170円)
要介護支援認定者数	7,084 名(H27.9月末日)	要介護支援認定率	19.1%
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：3名（うち行政：2名専任・1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。



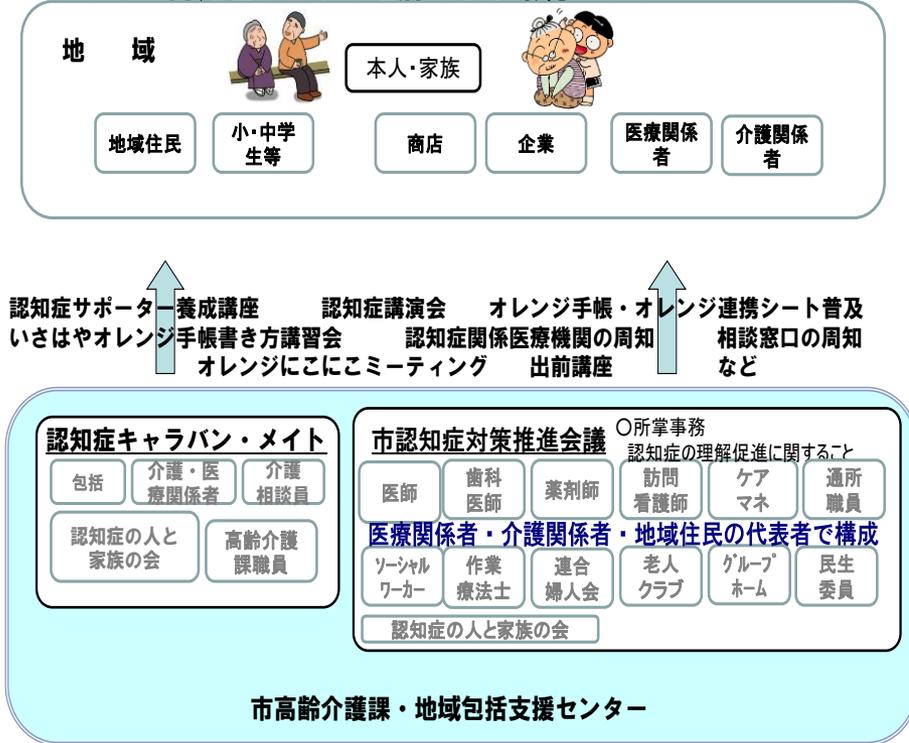
諫早市民栄誉賞の
内村航平さん



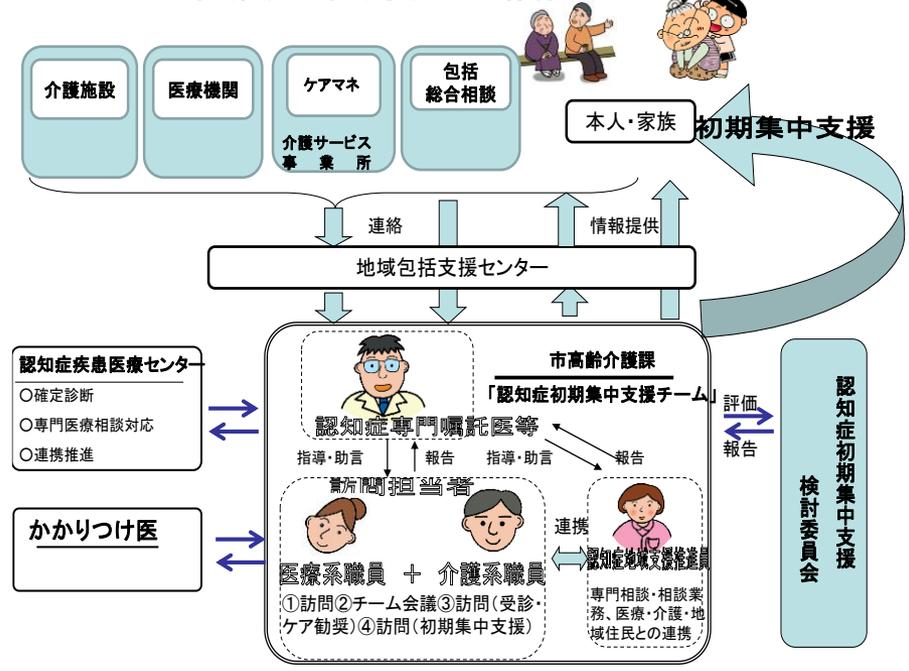
認知症地域包括ケアのイメージ図

認知症ケアはこれまでのような、行動・心理症状などの「危機」が発生してからの「事後的な対応」ではなく、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。
本市では、「住み慣れた場所で安心して生活できる地域づくり」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」の活用についての普及を図る。

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・早期対応できる体制づくり

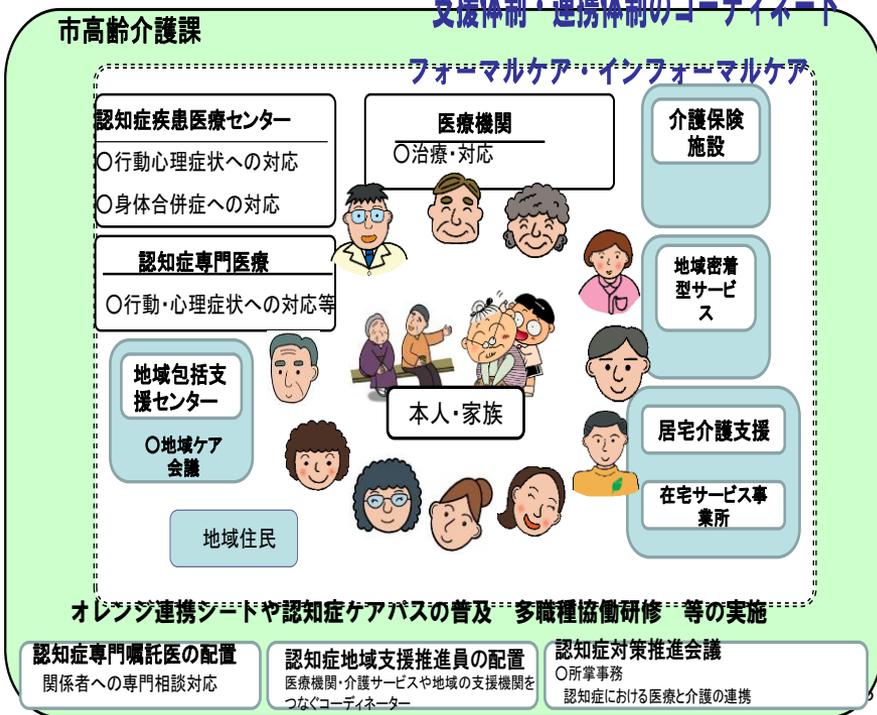


●認知症を正しく理解する町の応援者である「認知症サポーター」を養成するとともに、医療・介護関係者が早い段階で認知症に気づき受診につなげたり、本人や家族が身近に相談できる地域の人々が相談機関につなげられるような環境づくりを行う。

●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。

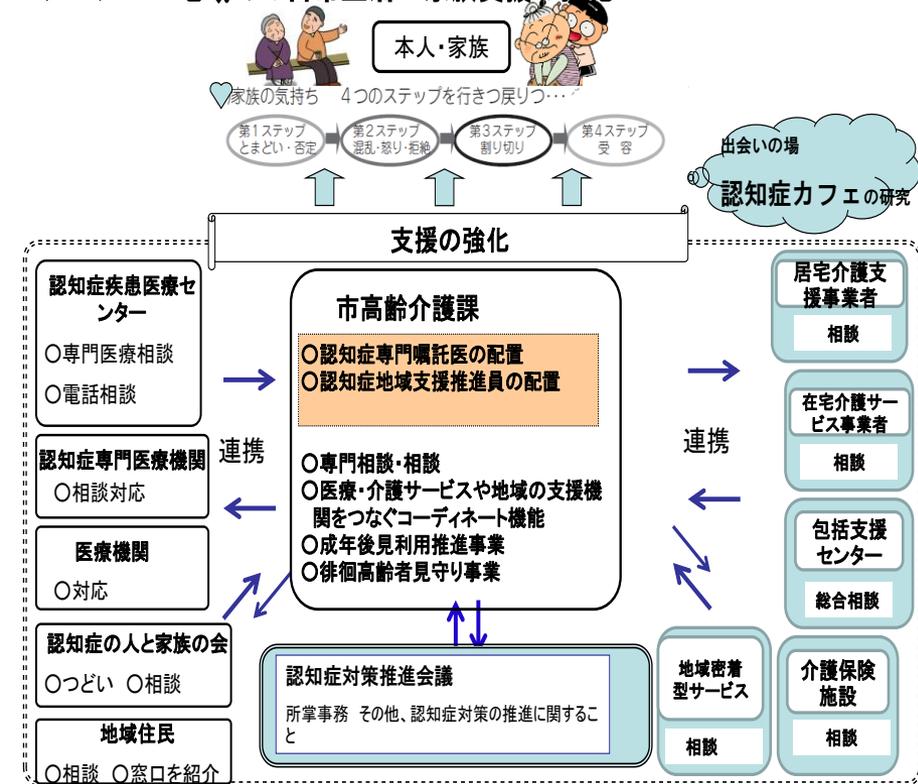
ステージ3 オレンジ連携シートを活用した途切れない医療と介護の連携体制づくり

支援体制・連携体制のコーディネート



●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オレンジ連携シートや認知症ケアパスの普及、多職種協働研修を行う。
認知症ケアパス作成にあたっては、地域ごとに、医療・介護職、住民による「オレンジにこここミーティング」を実施し情報収集を行う。

ステージ4 地域での日常生活・家族支援の強化



●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、徘徊・見守りネットワークづくりや権利擁護の取組等を行う。

2. 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～

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

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。

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、なかなか受容できない場合や、診断を受けても本人や家族の受容ができず、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

連携支援・認知症ケアパスを進めるにあたって「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



隣人が認知症に気づくこと
有

民生委員や老人
会がサロンや会
合等で見守る

認知症になっ
ても同じ時代を生
きた人と交友を

援助者でなく
パートナーが
いい

地域住民とのつながり

認知症への偏見、
理解不足

隣人が当事者を追
い込んだこと有

家族は近所の人
に全てを知られた
くない

初動のつまづき

相談場所を知ら
ないことあり

認定を受けて
もサービスに
つながらない

家族の不理解
物忘れ伝え激怒

相談や受診の
遅れ

地域住民と

オレンジ手帳配布
協力機関が多い

介護職のキャラバ
ンメイトが多い

専門職が**つながる可能性**

真意が把握で
きずケアマネ
負担感有

独居・高齢者世帯
キーパーソン不
在

介護職が抱えるもの

情報共有したい
と思っている

他職種や住民の
視点が新鮮

医療職が抱えるもの

症状悪化から入
院目的の受診有

服薬調整でき
ず 症状悪化

身体症状合併時
入院困難事例有

支援のポイント～関係者がつながって連携～

早期対応
本人・家族教育 住
民への普及・啓発

服薬管理・健康
管理体制重要

情報収集しアセス
メント！ケア提供
で乗り越える

生活環境変化
への対応
在宅との連携

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. 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。

(1) 個々人のケアパスについて

① 使うツールは二つ！

	対象	内容	配布方法
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	・書き方講習会 ・市役所・支所窓口 ・地域包括 支援センター ・協力可能な介護サー ビス事業所や医療機関 ・介護予防教室
オレンジ 連携シー ト	認知症の 診断を受け た人	安心して生活 できるための 情報共有	・高齢介護課窓口 ・協力可能な介護サー ビス事業所や医療機関 ・専門相談や地域ケア 会議で活用

②いさはやオレンジ手帳について

普及方法1 《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時間程度を2回

〔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

私のプロフィール 記入日 平成 年 月 日

自分史シート 記入日 平成 年 月 日

いままでシート なじみシート 記入日 平成 年 月 日

これからの生き方・暮らし方シート 記入日 平成 年 月 日

1. 私（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. これからの暮らしで困ると予測されること

- 健康や病気のこと (願いや希望)
- 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

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



普及方法2 市・支所窓口や配布協力事業所・医療機関で配布

オレンジ手帳書き方講習会



③オレンジ連携シートについて ～認知症ケアの向上～

作成までの経過

- 平成24年度ワーキングで協議
「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年度モデル事業を実施し作成する
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に。
 - ・認知症対策推進会議で協議し作成

連携が
批判になっ
ては本末転
倒

意見の例

作成してから

- 研修会等で使用感を教えていただき改善する

サイズを小さくしてほしい

表紙を厚くしてほしい

本人の目にふれていいよう、
表現方法を工夫してほしい

様式をダウンロードできるようにしてほしい

オレンジ連携シートの周知方法

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

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commons <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

馴染みのシートになるために 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 連携ツール(あんしんノート)作成委員、オレンジ手帳ワーキング委員	①新しい認知症ケア 本人抜きには決められない ②今後の連携に向けて「そもそも連携は何のため」	・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 ・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
H25	96名	①オレンジ連携シート作成までの経過 (モデル事業報告等) ②グループワーク	・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。 ・他の職種のサポート方法を知りたい。 ・書くことが大変。大切なことはわかる。 ・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
H26	102名	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」	・認知症ケアにおけるそれぞれの役割を理解できた。 ・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。 ・オレンジ手帳・連携シートの利点がわかった。
H27	130名	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ワールド・カフェ方式のワークショップ 「諫早発の、地域に根差した認知症統合ケアを目指して」	・様々な意見が出る瞬間に立ち会える嬉しさを感じた ・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 ・オレンジ手帳の存在をみんなにわかってほしい



その2 つながるミーティングの開催

平成26年度より開催

内容 : オレンジ連携シートを使用した事例検討会、助言者対策推進会議委員

成果 :

- ・オレンジ連携シートの活用に関する意見
 - ・認知症ケアの成功例の情報収集
 - ・それぞれの職種の役割や得意分野を知ることができた
 - ・対策推進会議委員の進行サポートから新たな気づきが生まれた
 - ・ケア関係者が、気づいていたが進められなかったことを「ミーティング」で確認することでケアがうまくいくことがあることがわかった

「顔の見える関係」とは何か？

顔が分かる関係

顔の向こう側が見える関係
(人となりが分かる関係)

顔を通り越えて
信頼できる関係

【話す機会がある】

グループワーク・日常的な会話・患者と一緒に見ることを通じて、性格、長所と短所、仕事のやり方、理念、人となりが分かる

顔の見える関係と連携の関係

「顔が分かるから安心して連絡しやすい」
「役割を果たせるキーパーソンが分かる」
「相手に合わせて自分の対応を変えるようになる」
「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる」
「親近感がわく」
「責任のある対応をする」

連携しやすくなる

その3 関係団体での説明会

その4 その他 相談の場など

介護者への教育にも使用

顔の見える関係と連携との概念的枠組み

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）」報告書 2012

(2)地域のケアパスについて

住民と介護職・医療職のミーティングを通じて作成

「 オレンジ にこにこ ミーティング 」

認知症の人の症状経過に合わせた社会資源を整理し認知症ケアパスを作成する。

認知症ケアに関わる医療職や介護職、地域の関係者が一同に介することで、顔の見える関係をつくる。

日常生活圏域を単位に2回シリーズ（平成26年度～）

内 容

（第1回目）

地区の現状報告や認知症の症状経過のDVD（ライフサポートモデル）の視聴等を通じて、認知症の初期の方へ、それぞれの職種や住民ができることを、ワークシートを記入し、その後グループワークを行い整理する。

（第2回目）

認知症中期の症状経過に応じたケアの流れとそれぞれの役割をワークシートに記入する。その後、手遅れ型の支援にならないために、どのような対策が必要か意見交換を行う。

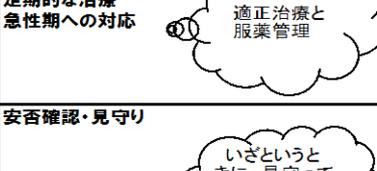
認知症ケアパス(基本シート)

症状経過

認知症ケアパス(地域の社会資源を認知症症状経過ごとに整理する)

住民同士の支え合い 医療・介護職の役割 市の役割

必要な支援内容

認知症 症状経過	元気な時	初期		中期	
		きづき	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
支援の内容 QOL(生活の質)の向上! オレンジ手帳⇒オレンジ連携シート 	70歳からオレンジ手帳 出来れば「65歳!」から	認知症の疑い 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	認知症を有するが日常生活は自立 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	誰かの見守りがあれば日常生活は自立 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	日常生活に手助け・介護が必要 着替えや食事、トイレ等がうまくできない
		諫早市認知症対策推進会議により作成・推進しています! 諫早医師会・諫早市歯科医師会・諫早薬剤師会・長崎県訪問看護ステーション協議会・長崎県医療ソーシャルワーク協会・長崎県作業療法士会 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・諫早市介護支援専門員連絡協議会 諫早市民生委員児童委員協議会連合会・諫早市老人クラブ連合会・諫早市連合婦人会・認知症の人と家族の会長崎県支部諫早つづじ会			
		認知症サポーター活動 認知症キャラバン・メイト活動 いざはやオレンジ手帳書き方講習会		認知症になったら、医療と介護が連携するための「オレンジ連携シート」	
		●元気な頃から認知症に備えて準備する「いざはやオレンジ手帳」		オレンジ連携シート オレンジ連携シート(つながる)ミーティング	
		後見制度・意思決定支援			
仕事・役割交流 	交流が持てるひと 用上手	連合婦人会 老人クラブ活動 自治会活動 趣味グループ ふれあいいきいきサロン 地区社協		老人クラブ友愛訪問 地域住民に見学に来ていただき交流を図る デイサービス・ケア 小規模多機能居宅介護(通い)・認知症対応型デイサービス	
生活支援・介護 	けみだらしを声か 地域	隣人などによる支援例 - ゴミ出し声かけ ゴミ出し支援 買い物支援 シルバー人材センター 商店(食材配達) 日常生活自立支援事業(社協) 日常の金銭管理等 生活援助員派遣事業		デイサービス・ケア、訪問介護、小規模多機能居宅介護(通い)	
早期診断・早期対応 定期的な治療 急性期への対応 	かかりつけ医 をもつ	認知症の人と家族の会 民生児童委員 認知症サポーター 隣人 かかりつけ医・認知症物忘れ相談医・認知症専門医・認知症疾患医療センター 認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員・認知症専門嘱託医・地域包括		居宅療養管理指導(医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士)療養上 介護支援専門員	
安否確認・見守り 	普段から挨拶しあ 関係	要介護者台帳 見守りネットワーク 民生委員訪問 声かけ訪問 緊急通報システム 要介護者見守り体制整備		訪問介護 小規模多機能居宅介護(訪問) 福祉用具貸与(認知症高 栄養改善配食サービス事業 認知症徘徊高齢者見守り事業	
家族支援 家族の気持ち 4つのステップを رفتりつ 第1ステップ 上まどい・否 第2ステップ 混乱・怒り 第3ステップ 第4ステップ	別居家族ともつな がる	認知症の人と家族の会活動 認知症サポーターによる相談対応 介護支援専門員や介護職による相談対応 かかりつけ医・認知症物忘れ相談医・認知症専門医・認知症疾患医療センターによる相談対応 認知症専門相談、認知症地域支援推進員、地域包括による相談対応			



次ページ

**地域毎に、にこにこミーティングで
出された意見を基に作成する**

P19 拡大図

オレンジにここにこミーティングの風景



出席者の感想(一部抜粋)

地域住民から

- ・それぞれの立場のやっていること、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
- ・回を重ねるごとによい話を聴きました
- ・認知症のことは決してひとつ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と感じました。

介護職員から

- 地域の人や医療の人・わたしたちがもっとよく理解しあい、協力し、認知症の人の生活を支えたいと思いました。
- ・地域の方が、今現在も見守り活動を積極的になされていることを改めて理解し、またその活動を、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。

医療職員から

- ・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、その中でもその方らしく生きていくことを模索していきたいと思います。
- ・いろいろな立場の人の意見が聴けてよかった

(3)社会資源状況

介護士

- ・協議会と連携
- ・キャラバン・メイトとしての活動
- ・相談機能・普及啓発

医療機関

- ・様々な診療科にもものわすれ相談医がいる
- ・安心感
- ・相談機能
- ・普及啓発 講座

【内訳】

内科・外科・皮膚科 麻酔科
眼科・整形外科

認知デイ 6

グループホーム

小規模家族のつどい、若年性の家族のつどい

介護士

- ・サロンや住民組織の会合で、認知症を学ぶ機会を持つことで、繰り返し話題にできる

地

認知

地

ふ

認知

- ・認知症の理解を体験する場
- ・さりげない見守りの推進
- ・関係機関につなぐ

ネットワーク
・婦人会・老人クラブ連合会

調整機能

地域特性に応じた協働が進む

認知症ケアパスを進めることで連携支援につながる！ ～推進員として心がけたこと～

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
- 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。
- 連携支援・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。

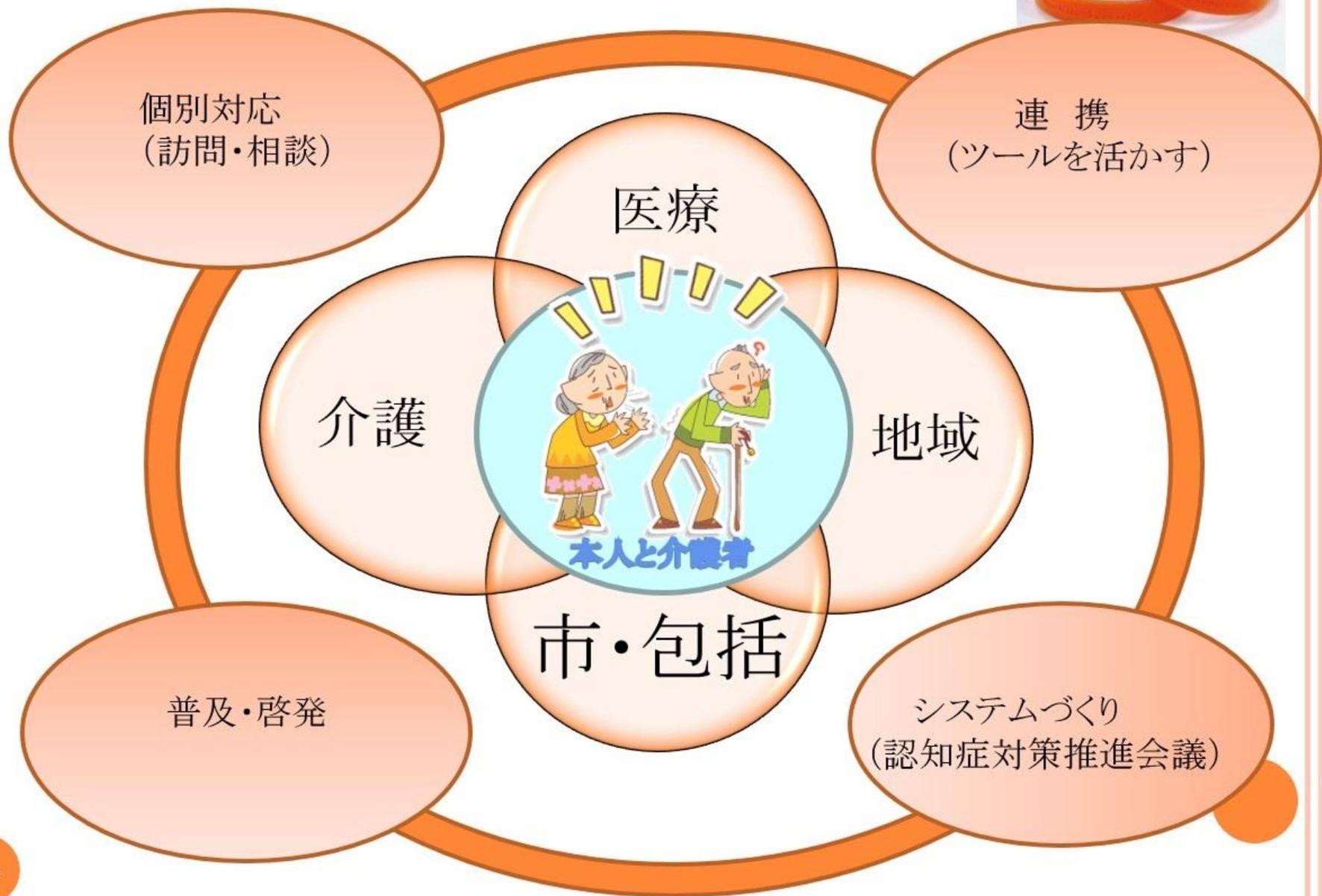
迷った時には、
認知症専門嘱託
医に相談

ひとつひとつの事
業は、認知症施策
推進全体流れの
中的一部分

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

認知症専門家の
意見を聴く機会を持つ
（先駆的な自治体の取
組の例や本市の強みな
ど、アドバイスをいただ
ける…）

“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。

	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</u> いるしかなかった。	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。
	電話対応	😊 😊 ☹️	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。「ここにおっていいんだろうか」→**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。

**デイサービスでトランクを
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。

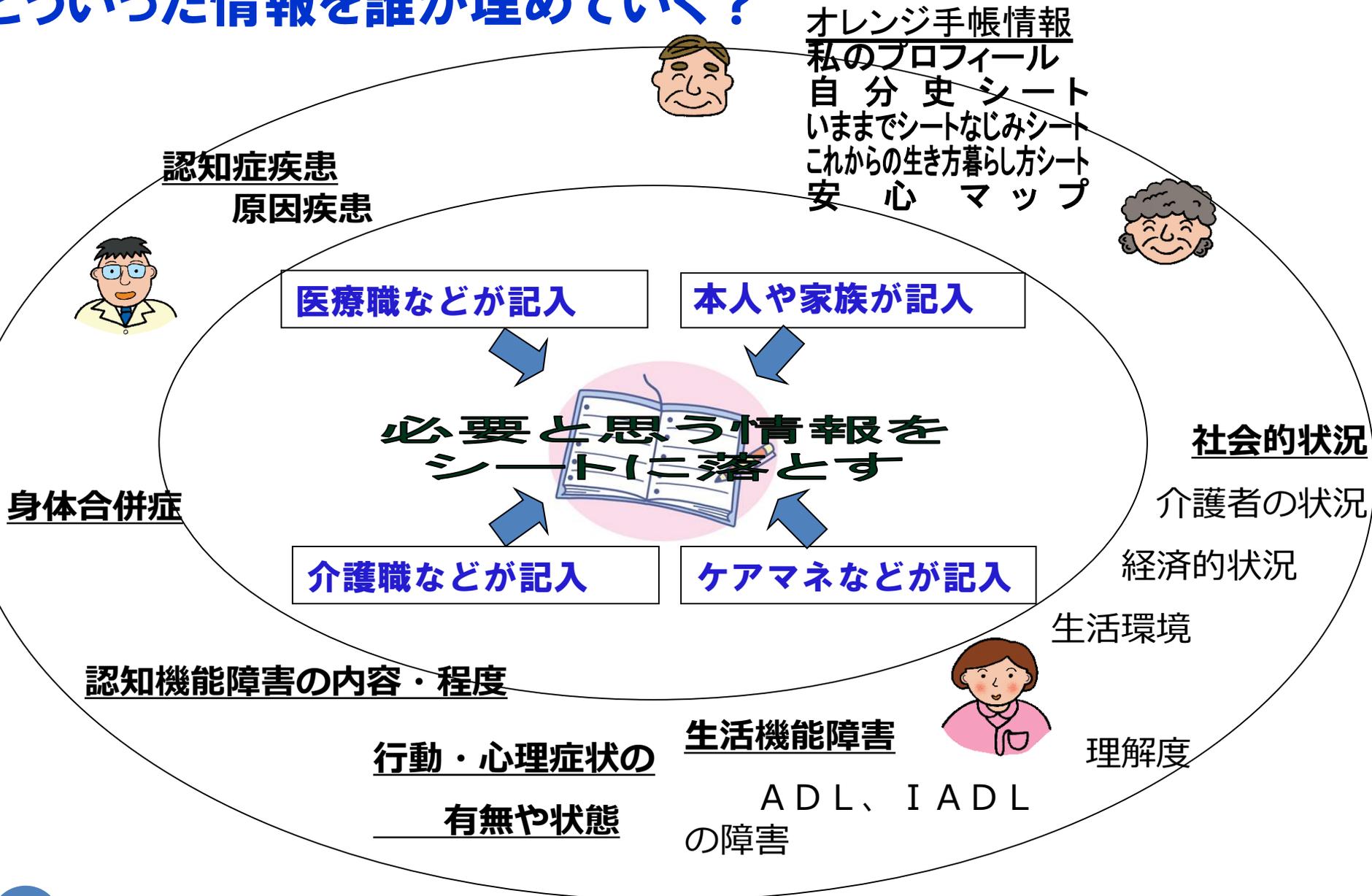
介護の中で、
ませんか？自由に

ほっこり
エピソード

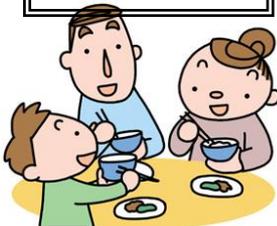
- ・ 通帳がないとかお金のことを言ってきたときに、「きたー」と心の中で叫びました
- ・ マッサージ器にかかって降りるための操作が出来ず、「降りきらんと？」と声をかけると、「ニコ」っと笑顔になり「コクン」と頷いた。子供になったように思った



どういった情報を誰が埋めていく？



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
いるのか？

病気や薬の副作用？

体の痛み・便
秘・不眠・空腹
などの苦痛？

周囲の人のかかわ
り方？

住まい・器具・物
品などによる居心
地の悪さ

音・光・味・にお
い・寒い、暑いなどの
苦痛となる刺激？

悲しみ・怒り・寂しさ
などの精神的苦痛、ま
たは本人の性格？

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

気持ちや行動と現
実とのズレ？

