

# 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	138,044名 (H29.4.1)	65歳以上人口	38,679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	7,230名 (H29.3月末日)	要介護支援認定率	18.7%
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

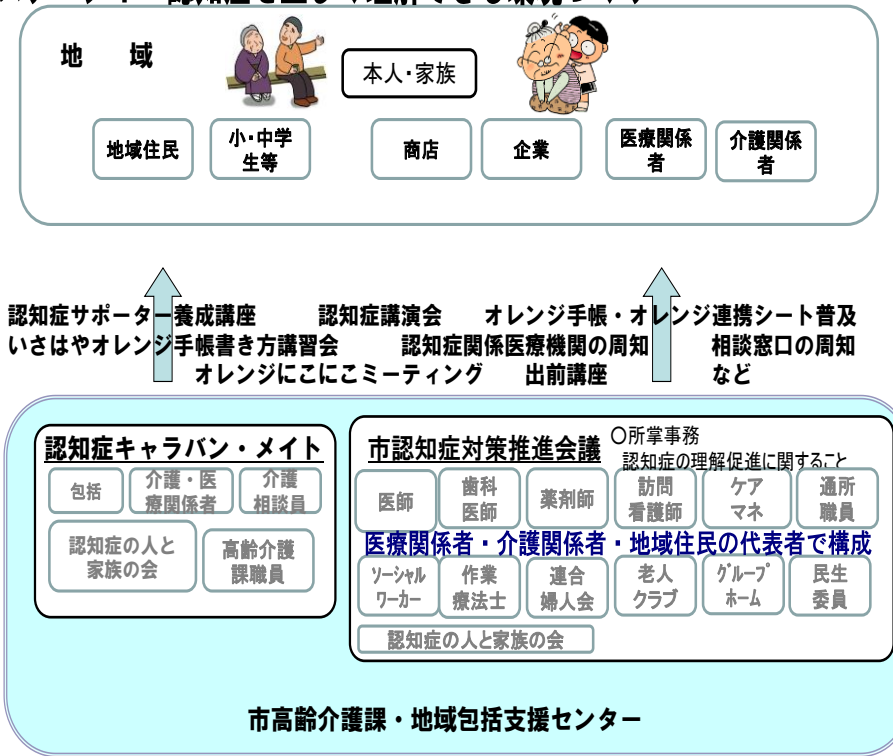


## 2. 第6期介護保険事業計画における認知症地域包括ケアのイメージ図

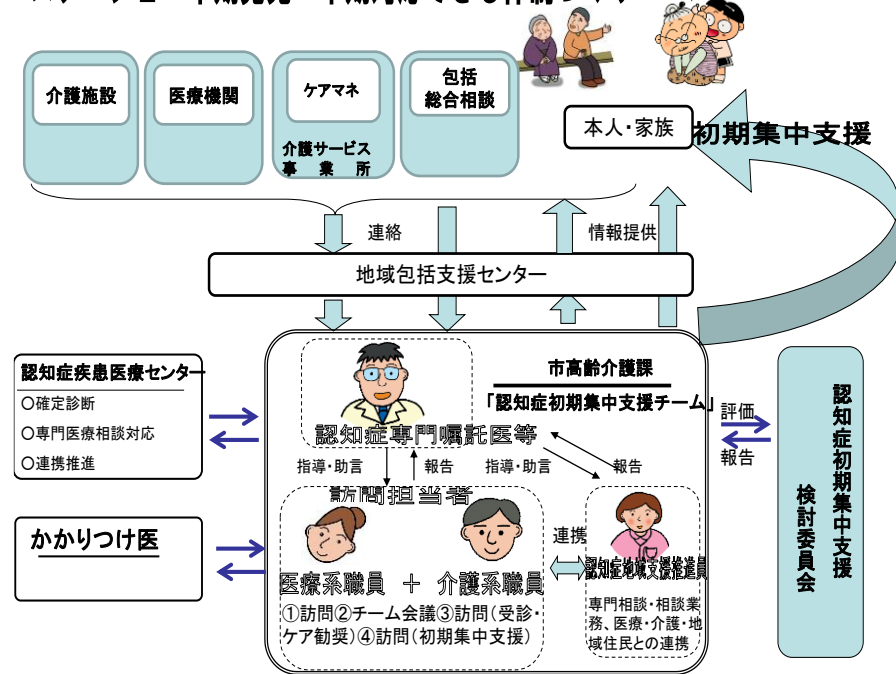
認知症ケアはこれまでのような、行動・心理症状などの「危機」が発生してからの「事後的な対応」ではなく、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

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



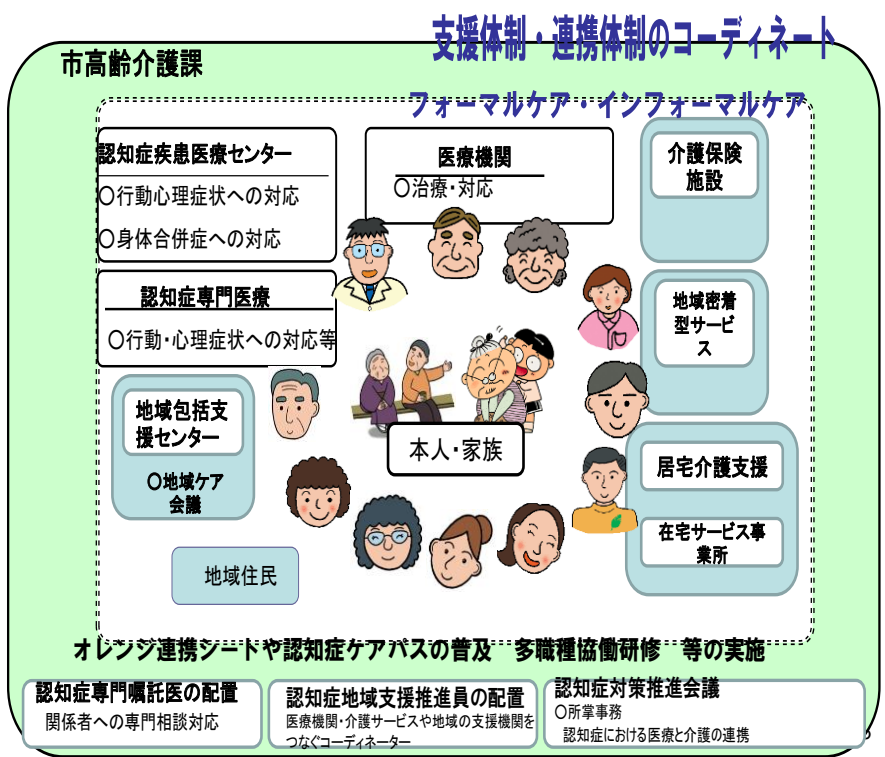
### ステージ2 早期発見・早期対応できる体制づくり



●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。

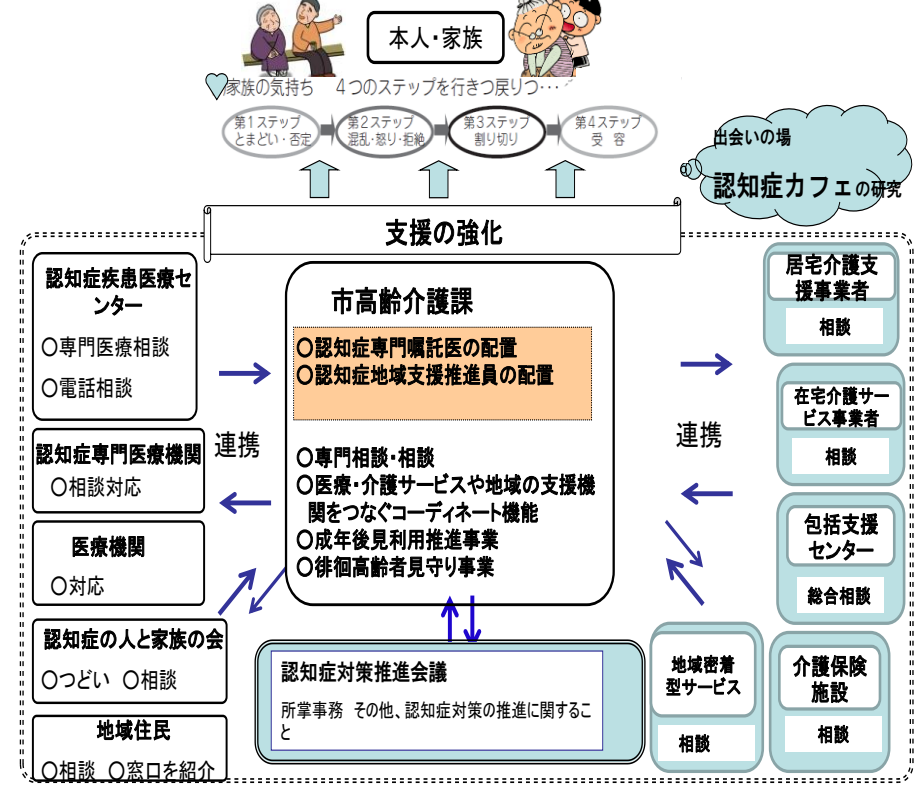
### ステージ3 オレンジ連携シートを活用した途切れない医療と介護の連携体制づくり



●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。

### 3. 今回報告 連携支援認知症ケアパス 「個々人のケアパス」

推進員として工夫したり  
注力した活動をひとつ！

#### (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

### (3)本市の個々人のケアパスについて

#### 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、①各々役割や課題を明確すること、②どのような情報共有ツールが良いのかをまとめるために、グループインタビュー等を実施
- 情報共有ツールは、ひとつにする予定であったが、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H24年度に作成し、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」 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                         仮称：連携手帳アンケート                     </div>
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 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                         仮称：連携手帳アンケート                     </div>
3月		



## 仮称：連携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。

	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 8事例 実施（市）</b> 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</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>経過訪問 ・状況把握 ※1</td> <td>随時報告</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>※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	1月	経過訪問 ・状況把握 ※1	随時報告	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																					
1月	経過訪問 ・状況把握 ※1	随時報告																					
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)」

「これまでは夫は単身赴任で、お互い着かず離れずの関係を築いてきたが、今後は新しい世界で二人もっと寄り添って生きていこうかと思うようになってきた。オレンジ連携シートから今後につながりを作る。ずっと入っていけるとよい(妻)」

「家族の気持ちは、今、受容段階。一気にその前の段階が過ぎた。過ぎないと介護できなかった(息子)。オレンジ連携シートを、昨日夜、酒を飲みながら書き上げた(夫)。」

「2～3年前だったら、動いていたし、母はよくしゃべるので、記入する部分がたくさんあった。デイサービスでのことは家族は直接見ることはできないので、連携シートの活用ができたと思う。今はほとんど寝たきりであるが、まだ動けて会話ができていた頃のことを思いだし、妻と一緒に話をしながら記入をした。もっと認知症が軽い時にあればよかった。今回記入したオレンジ手帳の自分史は、姉や兄に見せたいと思う。(息子)」

「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っていないのに、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

### 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。

### 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

### 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…。

## **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。」という意見を受け、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。

## **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、委員に持ち帰っていただき、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

私のプロフィール 記入日 平成 年 月 日  
該当する事項を○でかこみ、余白にご記入ください。

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。

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「こだわり」について、あてはまる図にチェックし、余白に記入ください。

これからの生き方・暮らしシート 記入日 平成 年 月 日  
これからの生活への考え・希望です。あてはまる図にチェックし、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 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 1 3 5 箇所

医療機関 2 5 箇所

オレンジ手帳・連携シート配布協力事業所一覧(介護関係)

No	事業所名称	No	事業所名称	No	事業所名称	No	事業所名称
1	居宅介護 ケアプランセンター 伊和	36	通所介護 豊寿園通所介護事業所	71	療養施設 医療法人社団 大塚会 鹿北病院	106	通所介護 デイサービス ひだまり
2	訪問介護 伊和保健ヘルパーステーション(たんぽ)	37	訪問介護 豊寿園 訪問介護事業所	72	居宅介護 豊北病院指定居宅介護支援事業所	107	通所介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺
3	居宅介護 伊和保健ヘルパーステーション(たんぽ)	38	居宅介護 豊寿園居宅介護支援事業所	73	通所リハ 豊北病院通所リハビリテーション事業所	108	福祉施設 伊和保健ヘルパーステーション(たんぽ)
4	通所介護 デイサービスセンターきらら	39	居宅介護 指定居宅介護支援事業所 ライフ	74	小規模居宅 小規模多機能型居宅介護施設 おおし	109	認知症通所 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺
5	認知症GH グループホーム・栄田	40	通所介護 宅老デイサービス あじさい	75	通所介護 デイサービスセンター 第二彩音	110	居宅介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺
6	居宅介護 居宅介護支援事業所・栄田	41	通所介護 デイサービスセンター たかき	76	通所介護 デイサービスセンター もず	111	認知症GH グループホームいさはや
7	訪問介護 長崎県看護協会ケアプランセンター-謙早	42	通所介護 デイサービスセンター 和やまかわ	77	訪問介護 ヘルプステーション スズバク	112	通所介護 まごころデイサービス事業所
8	居宅介護 長崎県看護協会ケアプランセンター-謙早	43	居宅介護 ケアステーション オリブ	78	居宅介護 居宅介護支援事業所 ひばり	113	居宅介護 ケアプランセンター 藤田
9	訪問介護 長崎県看護協会ケアプランセンター-謙早	44	小規模居宅 小規模多機能型居宅介護事業所(むすぶ)	79	通所介護 デイサービスセンター ひばり	114	小規模居宅 小規模多機能型居宅介護 おんしん
10	通所リハ 長崎呼吸器 リハビリクリニック	45	通所介護 合同会社有志会デイサービス部	80	居宅介護 ブランナーすみなみ	115	居宅介護 ケアプランセンター 藤田
11	通所介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	46	居宅介護 ケアプランセンター こもれば	81	居宅介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	116	認知症GH グループホーム 花の里
12	居宅介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	47	通所介護 デイサービス こもれば	82	通所介護 リハビリ・喜々津駅	117	通所介護 デイサービス ふくふく
13	居宅介護 しいさはやケアプランセンター	48	福祉施設 特別養護老人ホーム 小長井学園	83	通所リハ 介護老人保健施設 恵風園(通所)	118	通所介護 パンパシフィック しいさはや デイサービス
14	訪問介護 しいさはやヘルパーステーション	49	通所リハ 医療法人三輝会 佐藤病院	84	老健施設 介護老人保健施設 恵風園	119	居宅介護 ケアプランセンター 平和
15	通所リハ ろうけん西諫早(通所)	50	居宅介護 医療法人三輝会 佐藤病院	85	居宅介護 豊島病院 ケアマネジメントセンター	120	通所介護 デイサービスセンター 和
16	老健施設 ろうけん西諫早	51	小規模居宅 小規模多機能型居宅介護事業 小長井	86	認知症通所 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	121	認知症GH グループホーム 本明の家
17	通所リハ 社会医療法人三信会 宮崎病院	52	認知症GH グループホームさざんか	87	居宅介護 ケアプランセンターじゆび	122	居宅介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺
18	通所介護 ニデイサービス かめの家	53	認知症GH グループホーム おこんご	88	通所介護 デイサービスセンターじゆび	123	居宅介護 上山ケアプランセンター
19	認知症GH グループホーム くれも	54	居宅介護 山崎医院(居宅)	89	通所介護 デイサービスみすず	124	認知症GH グループホーム イーハートブ
20	通所介護 デイサービスセンター ゆるり	55	通所リハ 山崎医院	90	居宅介護 たらみ(み)のりアマニシムセンター	125	福祉施設 特別養護老人ホーム 天恩荘
21	居宅介護 居宅介護支援事業所 ゆるり	56	通所介護 デイサービス友悠・小長井	91	通所介護 たらみデイサービスセンター	126	通所介護 デイサービスセンター 和心園
22	訪問介護 訪問介護ステーション ゆるり	57	訪問介護 伊和会社 ヘルパーステーション(長井)	92	認知症GH デイサービスセンターおんしん 山崎医院	127	訪問介護 東洋館 ホームヘルパーステーション
23	通所介護 デイサービスセンター 彩音	58	居宅介護 医療法人社団 尚整会「管整社」	93	居宅介護 居宅介護支援事業所 クローバー	128	老健施設 介護老人保健施設 泉寿荘
24	通所介護 御手木の社まごころデイサービス	59	通所リハ 通所リハビリテーション ふじわら	94	認知症GH 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	129	認知症GH グループホーム 恵
25	通所介護 デイサービスセンター 環家	60	居宅介護 ケアプランセンターしろみ	95	小規模居宅 ゆたか荘 サンホーム	130	居宅介護 居宅介護支援事業所 恵心荘
26	居宅介護 ケアプランセンター さいわい	61	通所介護 デイサービスセンターしろみ	96	訪問介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	131	訪問介護 介護老人保健施設 ケンシンの心
27	小規模居宅 小規模多機能ホーム 環家	62	福祉施設 特別養護老人ホーム しろみ	97	小規模居宅 小規模多機能型居宅介護事業 小野	132	訪問リハ 西諫早病院訪問リハビリ
28	通所リハ 医療法人社団 古川医院	63	認知症通所 認知症対応型デイサービス静愛庵	98	通所介護 デイサービスセンター 和心まん	133	デイサービスジュエリー
29	居宅介護 医療法人社団 古川医院	64	認知症GH 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	99	居宅介護 しいさはや リハビリ ケアプランセンター	134	特別養護老人ホーム 徳北温泉寺
30	通所介護 デイサービス 小江の里	65	認知症GH 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺	100	居宅介護 ケアプランセンターいさはやの里	135	ケアプランセンター 徳島介護事業所
31	居宅介護 ふれあいケアプランセンター	66	通所介護 デイサービスセンター森の里	101	居宅介護 居宅介護支援事業所 しあわせ		
32	訪問介護 ヘルパーステーションふれあい	67	居宅介護 居宅介護支援事業所 森の里	102	通所介護 特別養護老人ホーム 徳北温泉寺		
33	通所介護 デイサービスセンターふれあい	68	訪問介護 ヘルパーステーション 森の里	103	居宅介護 居宅介護支援事業所 楓		
34	通所介護 デイサービスセンター(森の里)	69	認知症GH グループホーム からこ	104	通所介護 デイサービス 未来(みらい)		
35	福祉施設 特別養護老人ホーム 悠恵荘	70	通所介護 デイサービス からこ	105	通所介護 伊和社 デイサービスセンター		

オレンジ手帳の配付 (H26)  
オレンジ連携シートの配付 (H27)

**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っ

認知症の病気の内情を  
わかって

自分の人生を振り返り  
書き留めておくことで、  
ベストな未来の選択が  
増えるきっかけになる。

誰でも認知症にうつる可能性  
があります。その確率を低くし、  
認知症の力を得るために  
「オレンジ手帳推進会議です」

協力事業所一覧

# 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！！

## ～認知症の人にやさしい地域づくり～

認知症は**身近な病気**です。

認知症になっても、

住み慣れたところで安心して暮らせる地域。

そんな**認知症の人にやさしい地域づくり**について、

一緒に考えませんか？



**講演** 「まちでみんなで認知症の人をつつむ  
～地域で支える認知症～」

社会福祉法人東翔会 グループホームふぁみりえ ホーム長  
福岡県大牟田市「認知症ライフサポート研究会」 代表

**大谷 るみ子 さん**



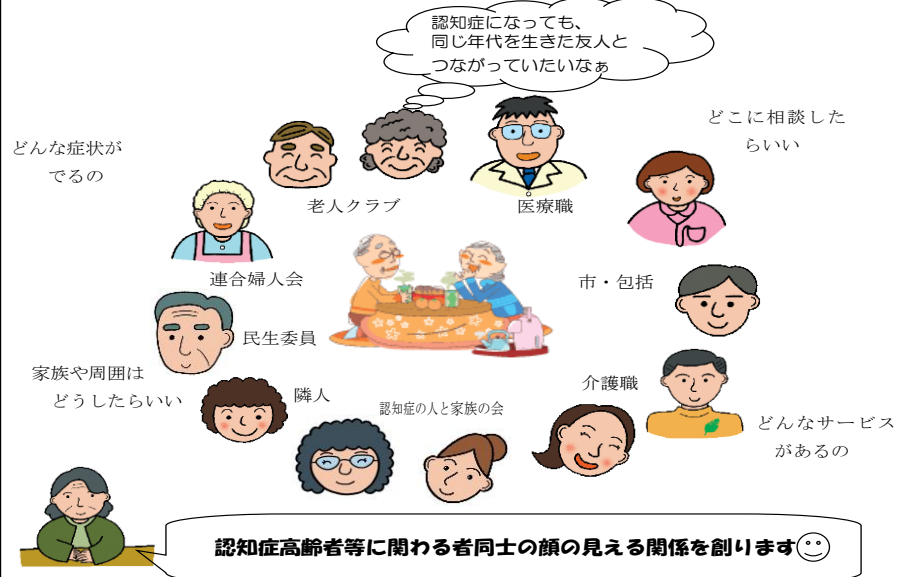
**報告**  
「オレンジ手帳でいさはやをやさしく包む」  
認知症対策推進会議委員  
(諫早市歯科医師会 増山 隆一 先生)

**進行**  
認知症対策推進会議委員  
(諫早市医師会 大角 光彦 先生)  
お持ちでない方には  
「いさはやオレンジ手帳」を  
進呈します。

**2/5 日**  
**13:30～16:00**  
**受付 13:00～**  
**森山スポーツ交流館**  
鳥原鉄道森山駅から徒歩15分  
☎0957-35-2888

## オレンジ ☺ にここに ☺ ミーティング

認知症になっても、尊厳を保ち、住み慣れた地域で暮らすために・・・



認知症高齢者等に関わる者同士の顔の見える関係を創ります☺

- 参加者 市認知症対策推進会議構成団体会員  
該当する地区にお住まいの老人クラブ会員・婦人会会員・民生委員  
家族会会員、介護職、医療職

日時・場所

多良見地域		小野地区		有喜地区		小栗地区	
9月21日	たらみ	10月5日	小野 ふれあい	10月19日	有喜 ふれあい	1月25日	小栗 ふれあい
9月28日	図書館	11月16日	会館	11月2日	会館	2月8日	会館

※すべて14時～16時 いずれかの水曜日

- 内容 認知症高齢者への支援について情報提供や意見交換を行う
- 担当 市認知症専門嘱託医・認知症地域支援推進員・保健師
- お問合せ・お申し込み先 諫早市高齢介護課 ☎22-1500 FAX 22-0431

～申込書は裏面です～

# ②オレンジ連携シート

# 「馴染みのシート」になるために・・・

### ケアプロフィール

～その1～

記入日 年 月 日  
記入者

本人 本人氏名 生年月日 性別 血液型  
(フリガナ) 明治・大正・昭和 男・女

自宅電話番号 住所

おもな介護者(キーパーソン)  
氏名 住所

続柄 自宅電話番号 携帯電話番号 職場電話番号

他の介護者  
氏名 住所

続柄 自宅電話番号 携帯電話番号 職場電話番号

要支援・要介護認定状況  
被保険者番号 要介護状態区分等 有効期間  
年 月 日 ～ 年 月 日  
年 月 日 ～ 年 月 日  
年 月 日 ～ 年 月 日  
年 月 日 ～ 年 月 日  
年 月 日 ～ 年 月 日

診断名 診断を受けた医療機関 診断を受けた時期  
年 月 頃

### わたしの生活リズム～できるシート

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(笑顔) 手伝いがあれば(笑顔) できない(悲しい顔)

項目	チェック	こだわり・方法・手伝いの内容
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	☺☺☺	
口の手入れ	☺☺☺	
睡眠	☺☺☺	
買い物	☺☺☺	
料理	☺☺☺	
留守番	☺☺☺	

毎日のリズム

家の仕事

### 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、その人の個性や人生を重んじ、尊厳を尊重することが大切です。認知症の人たちには、下の図のような「やりたい・こうありたい」という気持ちがあるといわれています。

落ち着くところで生活したい!  
こういう生き方をしたい!  
好きなものを使いたい!  
自分と一緒に参加したい!  
自分ができることは自分でしたい!

今の さんは、どういうときに気持ち・心が満たされていると思いますか?下の欄に書いてみましょう。

### 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○をしてみよう。

1 盗られたなど被害妄想がある	12 落ち着かない
2 状況に合わない話をする	13 徘徊する
3 (ないものが)見える、聞こえる	14 家に帰るなどの言動を繰り返す
4 気持ちが不安定	15 ひとりでは危険なのに外に出ようとする
5 夜眠らない	16 外出するとひとりでは戻れない
6 驚々しい言い方や振る舞いをする	17 不要な物をあつめる
7 何度も同じ話をする	18 火を安全に使えない
8 周囲に不快な音を立てる	19 物や衣類を傷めてしまう
9 大きな声を出す	20 排液物に触れてしまう
10 声かけや介護を拒む	21 食べられないものを口に入れる
	22 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? 思い当たると思う番号に○をし、その内容を書いてみましょう。

1 病気や家の副作用など	5 周囲の人のかわりかた
2 体の痛み・便秘・不眠・空腹などの苦痛	6 住まい・薬品・物品などによる居心地の悪さ
3 羞し・振り・寂しなどの精神的苦痛、または本人の性格	7 気持ちや行動と現実とのズレ
4 音・光・味・におい・寒い、暑いなどの苦痛となる刺激	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」と否定しようとしています。

**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つともつらい時期です。

**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、いうゆとりが生まれ、負担感が軽くなります。

**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:オレンジ連携シート

## 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

# 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主一先生	<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>

## H2 5～26 運営に認知症対策推進員会議委員の協力を要請



## H2 7～28 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)

## 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)

顔を通り超えて  
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

27 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



# (7)課題解決に向けて、認知症地域支援推進員がいさはやオレンジ手帳とオレンジ連携シートを使って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

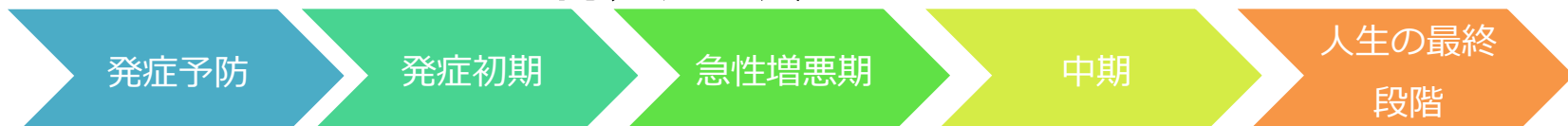


## どのように進めてきたか

- 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	H 29
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



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

# 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



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

生活状況が見え  
づらい

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	<b>理解・見守り・支援</b>	<b>介護家族へのサポート・見守り</b>				
介護		<b>意向に沿ったケアプラン作成と提供</b>				
医療		<b>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</b>				
市・包括	<b>相談・普及啓発</b>	<b>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</b>				

## (8) 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。

- 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。

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  
の一部分

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

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」

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

# (9)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. 認知症地域支援推進員の活動課題

(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

(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」

# 5. 今後の取り組みの方向性

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

地域

認知

地域

ふ

認知

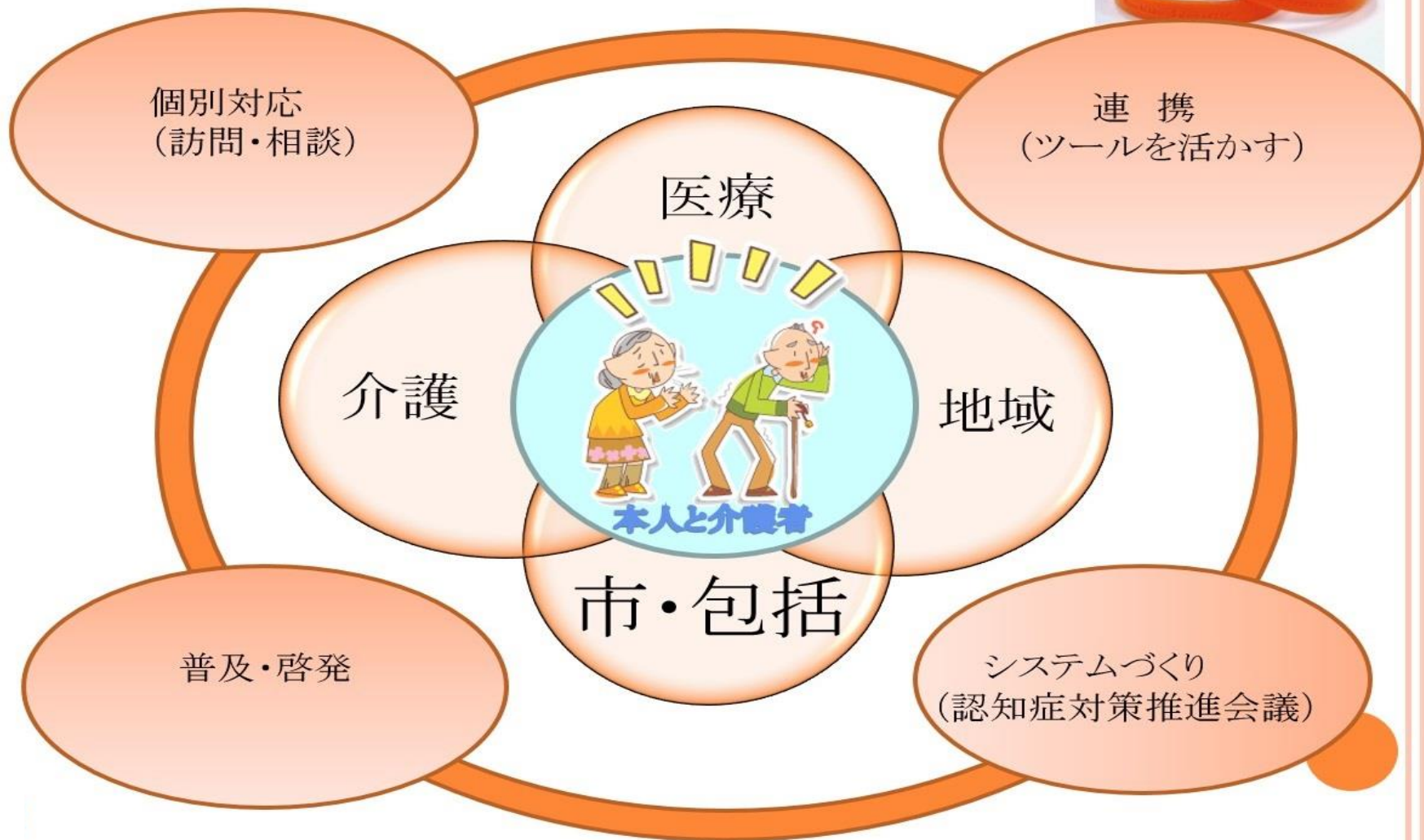
- ・ 認知症の理解を体験する場
- ・ さりげない見守りの推進
- ・ 関係機関につなぐ

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



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

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、トランク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」と言ってい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、いうゆとりが生まれ、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。

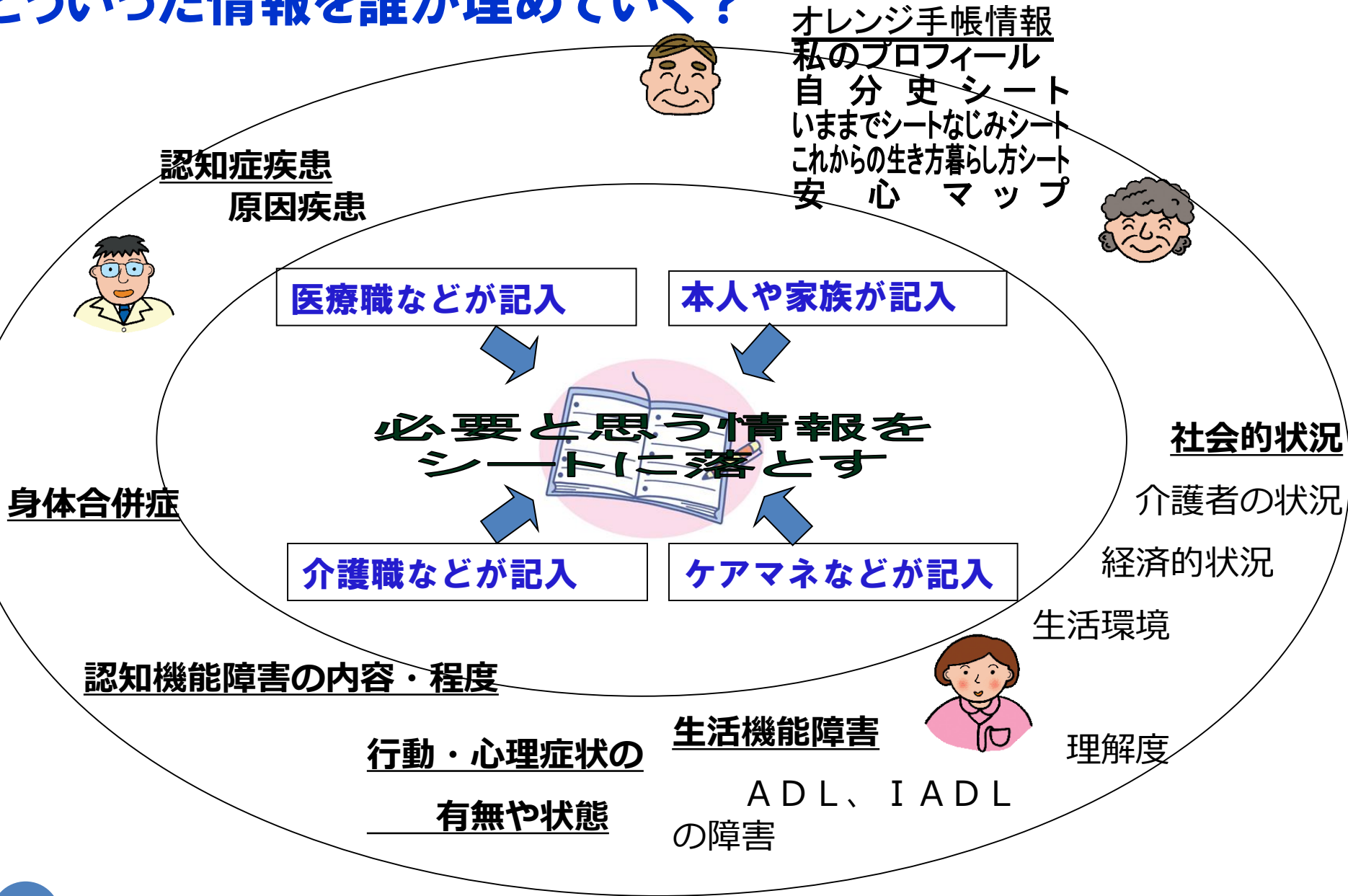
介護の中で、  
ませんか？自由に

ほっこり  
エピソード

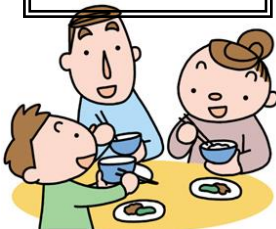
- ・ 通帳がないとかお金のことを言ってきたときに、「きたー」と心の中で叫びました
- ・ マッサージ器にかかって降りるための操作が出来ず、「降りきらんと？」と声をかけると、「ニコ」っと笑顔になり「コクン」と頷いた。子供になったように思った



# 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



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

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？

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？

