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

認知症ケアパスは、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、認知症の進行や状態に合わせて受けられる医療・介護・福祉サービスなどを示したものです。

早く気づいて受診することや適切な対応をすることでその人らしい生活が長く維持できます。

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。

これらの普及を図りながら、認知症ケアパスがうまく流れるよう取り組みます。

認知症サポーターの証　オレンジリング

認知症ケアパス作成に向け 12 か所で開催したオレンジにこにこミーティングの様子

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

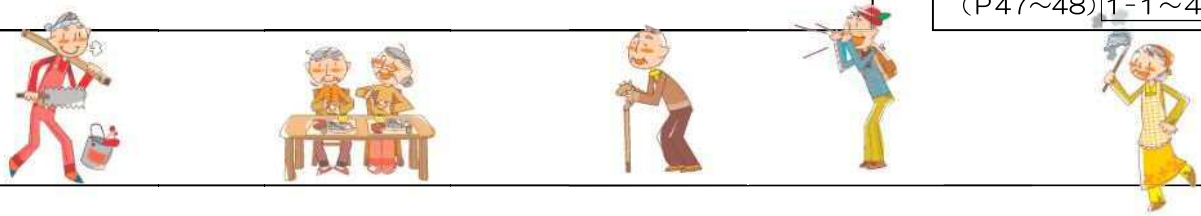
目次

≪活用方法フローチャート≫　諫早市共通版認知症ケアパス（Ｐ６～７）

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.認知症の人とその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.認知症の人とその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.認知症の人とその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）
地域の居場所はありますか	5.認知症の人とそのご家族を支える支援（P47～48）1-1～4



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.認知症の人とそのご家族を支える支援（P55）3-3
近所の人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.認知症の人とその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）

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.認知症の人とその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.認知症の人とそのご家族を支える支援（P55～56）3-4・5
認知症が心配されたので病院を受診するよう勧めるけれど、本人が拒否します	5.認知症の人とそのご家族を支える支援（P55～57）3-4～6
外に出て行方不明にならないか心配です	5.認知症の人とそのご家族を支える支援（P54・57～58）3-2・8・9
認知症の人を介護する時のコツを知りたいです	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）
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.認知症の人とそのご家族を支える支援（P47～48）1-2・4
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	5.認知症の人とそのご家族を支える支援（P50・55～56）2-4,3-4・5 相談機関
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	5.認知症の人とそのご家族を支える支援（P50・55～56）2-4,3-4・5 相談機関
認知症の症状はどのような経過をたどりますか	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.認知症の人とその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.認知症の人とその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）

1. 認知症ケアパスとは何ですか

（１）認知症ケアパス

「認知症ケアパス」とは自分自身や家族が認知症に気付いた時から、初期・中期・後期と進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、また地域にはどのような支援があるのかまとめたものです。

このケアパスを活用することで、住み慣れた地域で本人が望む暮らし、本人だけでなく家族も負担にならない途切れのないケアを、前もって考えておくことも出来るようになります。

（２）諫早市認知症ケアパスの分類

諫早市では、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」があります。

地域別のケアパスでは、声だけでなく、実際に認知症をお持ちの方や支える家族の気持ちも進行状況に添ってまとめています。

参考：オレンジにこにこミーティングとは

諫早市認知症ケアパス共通版を基に、認知症の人の暮らしぶりの映像を見ながら 1 回目は初期の認知症の方への支援、2 回目は中期から後期の認知症の方への支援について話し合いました。

地域住民　　延 502 名
介護・医療専門職　延 341 名
合計　843 名の声をまとめました。

オレンジにこにこミーティング開催場所

最終的にまとめた「地域別認知症ケアパス」につきましても、民生委員・老人クラブ・連合婦人会・認知症の人と家族の会等の方々のご意見を賜りました。

認知症の症状は、緩やかに発症し徐々に進行します。治療や対応で健康な時間を延長できます。認知症という旅の航路をうまく舵をとれるよう、認知症ケアパスを活用してください。

（３）諫早市認知症ケアパスの内容

「諫早市共通版認知症ケアパス・地域別認知症ケアパス」は、縦軸の「わたしの希望」と、横軸の「認知症の症状経過」からなります。

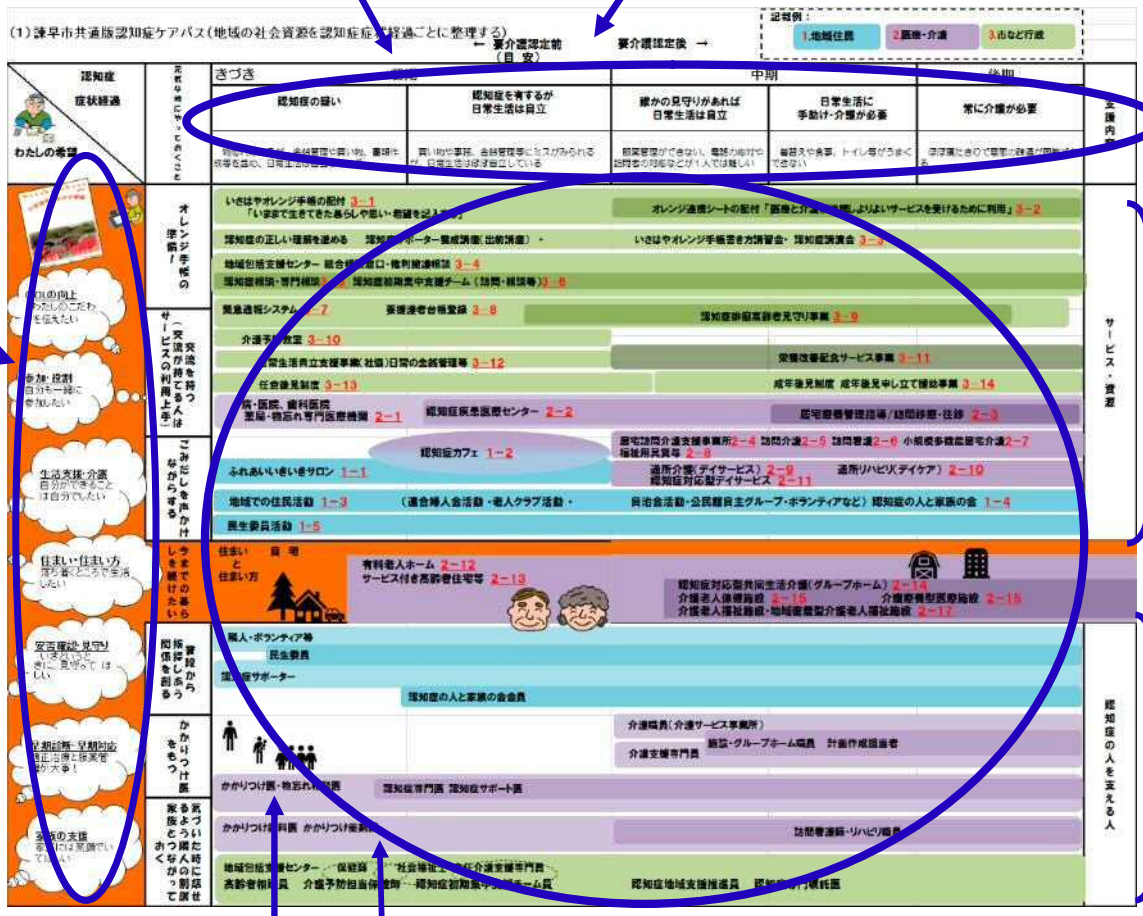
認知症の人の「落ち着くところで生活したい」という希望をかなえるための「住まい・住まい方」をオレンジ色に塗り、上に「サービス・資源」下に「認知症の人を支える人」を載せています。認知症症状経過に沿って利用できるサービスをまとめています。

症状経過の初期～中期の間の時期に「要介護認定の目安」を示していますが、初期から認定されることもあります。

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

認知症の人の症状経過



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、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てもわかりやすいね。

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（地域の社会資源を認知症の経過ごとに整理する）

← 要介護認定前（目　安）

認知症 症状経過 ／ わたしの希望	きづき	初期
元気な時にやっておく事	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立
	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

オレンジ手帳の準備！

- いさはやオレンジ手帳の配付　3-1
  「いままで生きてきた暮らしや思い・希望を記入する」
- 認知症の理解促進：認知症サポーター養成講座
- 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

交流を持つ（交流が持てる人はサービスの利用上手）

- 緊急通報システム　3-7　　要援護者台帳登録　3-8
- 介護予防教室　3-10
- 日常生活自立支援事業（社協）日常の金銭管理等　3-12
- 任意後見制度　3-13
- 病・医院、歯科医院
  薬局・物忘れ専門医療機関　2-1

ごみだしを声かけながらする

- 認知症カフェ　1－2
- ふれあいいきいきサロン　1-1
- 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

今までの暮らしを続けたい

住まいと住まい方

自　宅

有料老人ホーム
サービス付き高齢者住宅等

普段から挨拶しあう関係を創る

- 隣人・ボランティア等　民生委員
- 認知症サポーター
- 認知症の人と家族の会会員

かかりつけ医をもつ

- 認知症専門医
- かかりつけ医・物忘れ相談医、かかりつけ歯科医・薬剤師

気づいた時に伝えられるよう隣人や別居家族とつながっておく

- 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

QOLの向上
わたしのこだわりを伝えたい

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・住まい方
落ち着くところで生活したい

安否確認・見守り
いざというとき に、見守ってほしい

早期診断・早期対応
適正治療と服薬管理

家族の支援
家族には笑顔でいてほしい

記載例：
1.地域住民　2.医療・介護　3.市など行政

要介護認定後 →

中期		後期	支援内容
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	
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	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である	

サービス・資源

- 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・認知症多職種協働研修　3-3
- （訪問・相談等）3-6
- 認知症徘徊高齢者見守り事業　3-9
- 栄養改善配食サービス事業　3-11
- 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
- 居宅療養管理指導/訪問診療・往診　2-3
- 居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
- 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
- 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
2-13
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）2-14
- 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

ショートステイ（短期入所）

認知症の人を支える人

- 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
- 訪問看護師・デイケア等リハビリ職員
- 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

（参考：地域別ケアパスで出された共通意見抜粋）

オレンジ手帳を勧めたい（長田）

オレンジ手帳をみんな書こう(中央)

オレンジ手帳は必要！(真津山)

色んな会や場で、顔を合わせ、互いに趣味や生活史や家族の事等の情報共有をしておくと良いね。そういう場にはどんどん参加しよう(飯盛)

元気なうちからオレンジ手帳を!!
そしたら色々把握できる(小野)

オレンジ手帳見られると恥ずかしかあ。
でも書いとかんば、私のことを知ってもらえない(飯盛)

オレンジ手帳は若いうちから書いておこう！！(多良見)

オレンジ手帳を記入して『私』を伝える準備、準備！(小栗)

オレンジ手帳書こうで一活用しようで(高来)

幼少の頃の出来事を聞いても、子は知らない。だからオレンジ手帳(全地域)

元気な時から家族や親族関係とつながりを持っておくと、協力しあえるね(全地域)

地域住民とつながりたい(全地域)

症状経過	気づき	初期
本人（わたし）の気持ち	「こだわりを伝えたい」 「物忘れが増えてきたなあ。」 「頭が変になってきたみたい。うまくは言えないんだけど。もやがかかっているみたい。」	「老人会の旅行の写真を見ると楽しい思い出話がたくさんできます。」 「何も分からなくなったら施設に入りたいけれど、できる限り家で過ごしたい。」 「息子には心配かけとうなか。」 「家では野菜作りしたり、買い物に行ったりしよるよ。」 「顔はわかるけど名前を思い出せないことがあるから教えてね。」 ～諫早市認知症ケアパスを参考にして
家族の気持ち	「なかなか病院受診できない。何かしらきっかけがあればなぁ。」 「日に何度も電話がある。しっかりしてほしい。」	「家族からすれば、認知症は診断ではなく宣告という感覚だった。」 「どうしてこんなこともできないの！？私の大変さも分かってとイラつくこともある。」 「いざというときに見守ってほしい。」 「ふとした表情や言葉に心が和むこともある。」 **まずは相談** **”地域包括支援センター　市相談窓口”** **家族の気持ちは　４つのステップを行きつ戻りつ** 第1ステップ とまどい・否定 ⇄ 第2ステップ 混乱・怒り

オレンジ手帳にこれまでのこと、これからのことを書いておこう。“知った仲だけど、もっと知りたい”(小長井)。

じゃあオレンジ手帳書こうかね。
勉強が必要・集いの場での話から輪ができる(森山)

元気な頃からオレンジ手帳を書こう。私たちも認知症キャラバンメイトとしてお手伝いします(全地域)

オレンジ手帳で、介護に役立つ情報（特技・趣味等）を伝えることができるよ（全地域）

凡例：

住民の意見（地域）　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見

みんなつながっていこうで（全地域）

周りの人にもオレンジ手帳ば教えてやろう♪（多良見）

オレンジ手帳を記入。お互い助け合えたらいいね(有喜)。

介護職員が頼もしか～（全地域）

「わかっていることも沢山あるので優しく見守ってほしい。」
「自分ができることは自分でしたい！」
「デイサービスに行ってみたら楽しかったよ。冗談で笑わせています。」
「落ち着くところで生活したい！」
「出来ないことも増えてきて不安…介護サービスを受けながら家で暮らしたい。」

「住み慣れた自宅で過ごしたい。この気持ちを分かって。」
「家が一番。周囲から見たら不自由に見えても住み続けたい。」
「自分も一緒に参加したい。」
「家族には笑顔でいてほしいなぁ。」

「温かくて、おいしい食事が食べられるところに行きたい。」
「私の希望を聞いて欲しい。認知症症状と片付けないで。」
「〝私〟の思い（気持ち）は、娘が代弁するから。ケアマネジャーさんと一緒に私を支えてください。」

中期	後期

認知症の人とご家族の「安心・希望」を支えます～

「デイ利用中は、家族も安心して出かけられます。」
「お金のことを考えると、なかなか介護サービスを増やす事も出来ないなぁ…。」
「近所に迷惑をかけないか…心配。」
「話を聴いてもらえるとホッとする。」

「私が変われば、お母さんも変わった。“みてあげる”から“みさせてもらう”へ」

「一緒に住んでいないと、家族でもどうしたらよいか迷う…。」

「入所したからといって介護は終わりじゃない。」

第3ステップ 割り切り　⇄　第4ステップ 受容

オレンジ手帳や連携シートがあれば、何かあったら落ち着いて安心して対応できるね（小野）

オレンジ手帳でその人のことを深く知れるね（真津山）

オレンジ手帳があれば、元気な時に認知症になった時の希望や、昔の事を記録していたら助かります（真津山）

地域住民のひとりとしてできることもあるね（全地域）

①多良見地域版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています
多良見地域の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス：介護サービス一覧①（P61～P62）」をご覧ください。

（凡例）住民の意見　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から

普段から声をかけあい、挨拶しあうようにしよう。

きづき

困った時にはいつでも声かける・声かけてもらえる街にしたいよね。

一番先に気づくのは、隣人。気になったら尋ねてみる。民生委員に相談してみる。

さりげなく訪問して見守るのもよい。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

別居している家族に、どんなに伝えるか。普段から付き合っておいて関係をつくっていくとよいね。

ゴミ出しの日に声かけし、一緒に手伝ったり、近所だからできることをしたい。

買い物に誘ったり、話し相手になったり、家族にも声かけて寂しい思いをせんでよかごとしたかね。

配達サービスのあるお店もあるし、いろいろ教えるよ。

認知症になっても、今まで通り、安心して地域の集まりに出てこられるように誘ったり、手伝ったり。

小さいうちから、認知症のことを学ぶ機会をもって、自分に出来る事を考えようよ。3-3

認知症の講座がいろいろあっているので一緒に勉強し交流を続けたい。3-3

〈認知症の人と家族の会会員〉1-4
「自分の周りにはまだいません」「うちの家系にはいないから」といった言葉がまだ聞かれる。
そういう人にこそ知って頂きたい。周囲の方々に知って頂いて、地域で見守るカミングアウトしやすい地域作りも大事である。

〈老人クラブ会員〉1-3
地域の方々に協力してもらうことの大切さは自分の経験からも分かっている。
昔は隠そうとしていたが、知ってもらい繋がりを持つ事が大切。
自分は隣の家を見守り、隣の家の人はまたその隣を見守る事で一人でたくさん見守らずに済む。

不安だなぁ…と思ったら地域包括支援センターに相談！3-4

認知症ば隠さんでよか町にしたかね～。3-3

多良見祭りは、子どもから大人まで幅広く交流できる世代間交流の場！！

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉
認知症サポーター養成講座の講師役（キャラバンメイト）を担当しています。何かあったらお声かけください。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

家族も、時々息抜きしようよ。
1-2・4,2-9～11

地域住民や介護支援専門員（ケアマネ）がつながることの大切さ、必要性を実感！連携しよう。2-4

地域のみんなが認知症を理解できると良いね。
3-3

出来ない事も増えてきて不安…。介護サービスも受けながら家で暮らしたい。2-3～10

一緒に住んでいないと、家族でもどうしたらよいか迷う・・・
3-1

"私"の思い（気持ち）は、娘が代弁するから。職員さんと一緒に私を支えて下さい。

まだまだ昔話でもして、笑顔でいたいね～。

不安な事があればいつでも聞くよ。

職種が違えば、見守るアイディアが多く出てきますね。

認知症は誰でもなる可能性があること。
本人も含めて偏見・差別をなくす勉強会や普及活動が各自治会・地区単位であったらいいな。
3-3

万一の時の為に身につける物には名前をつけておくと困らない。3-9

ネットワークづくりをしようよ。

民生委員が、訪問したり、介護サービス事業所の人と連絡をとることもある。1-5

事故のことも想定して。

協力できないという人たちに対する呼び掛けはどうすればうまくいくかな。1-3・5

〈民生委員〉1-5
家族の気持ちも汲み取って、専門職の方はサポートしてほしい。サービスだけでは足りない。金銭面でサービスを控えたり、入所が出来ない方も多い。
地域で見守る力が必要。家族以外の周りのサポートがあって在宅で過ごしていける方が良い。

〈施設職員〉2-12～17
近所の散歩の際に、付き添われるのが嫌いな方もいて、その時は少し離れて見守りしている。
時に目が離れてしまった時に地域の方から「あっちに居たよ」と声をかけてもらう事もあり、地域住民の方々にも見守られている有り難さを実感している。

周囲が認知症を理解し、安心して認知症と言える地域

②飯盛地域版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス：サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています
飯盛地域の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス：介護サービス一覧①(P62)」をご覧ください。

（凡例）
- 住民の意見
- 医療職・介護職,市・包括の意見
- 左の双方の意見
- 本人・家族の気持ち

元気な時から

まずは、
地域内の連携を大切にしていこう！
仲間作り、顔合わせが大事！
1-3

〈老人クラブ会員〉1-3
地域の関わりが強い地域。月１回安否確認を兼ねたふれあい食事サービスを行っている。その時に１ヵ月の出来事を聞いている。
今後、飯盛地域でも認知症の理解を進めて、もっと認知症の人に対して目を見開いていけたらと思う。

〈民生委員〉1-5
飯盛地域は農家が多く、２世代、３世代で同居しているところも多い。日頃からお互いをよく知っていて様子の変化に気付きやすい。民生委員も顔見知りだからこそ入って行きやすい。夫に先立たれた女性同士が一緒に住もうかとシェアハウスのような話もあっていると聞いた。飯盛地域は、地域で支えていく土台が出来ていると思う。

きづき

色んな会や場で、顔を合わせ、互いに趣味や生活史や家族の事等の情報共有をしておくと良いね。そういう場にはどんどん参加しようよ。

良い意味で、おせっかいになる！
定期的な声かけ、訪問をしていくよ。

〈歯科医師〉2-1
認知症に、気づくこと・つなげることをしています。オレンジ手帳があると、きっかけがつかみやすいですね。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

集まりの前に、もう一回声かけるけん！

もともとつながりのある地域やっけん、より強くしていこう！

趣味活動に誘って、まだまだ楽しんで過ごそう♪
閉じこもってちゃダメダメ！

サロンや配食サービスなど、色んな形で関わっていこう。
1-1・3・5

ゴミ出しの日は、声かけするけん一緒に出そうで。

違う様子に気づいたら、その様子を家族に伝える。

家族も地域の人も認知症について正しく理解することが大事！！
3-3

認知症だからではなく、ご本人と向き合う、寄り添う。

家族から話してもらえれば、みんなもっと助ける事が出来るよ。

かかりつけ医に病状を報告。（オレンジ連携シートの利用）
2-1,3-2

早めに専門医にかかることで、できることもあるよ。2-1・2

まずは地域包括支援センターに相談！3-4

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

月一回の配食で見守り！美味！ 1-3・5

緊急時は誰に連絡するか決めておこう。 3-8

出来ない部分はヘルパーさんの利用をしようよ。 2-5

家族は大変！
同居嫁はなおのこと。色々考える事も多いです。

本人・家族の気分転換にデイサービスも有効ですよ。 2-9

認知症の事についてもっと理解する！
偏見をもたない。周囲の人は対応を考慮。 3-3

ショートステイも利用出来るよ。 2-15～17

その方の出来る部分を大切にその方のプライドを守り、能力を活かせる支援をする。 2-1～17

地域包括支援センターと、老人会や民生委員等つながりがしっかりあるから、安心ね。 1-3・5,3-4

認知症の方の声を聴き、家族や医療職、介護職と話し合い関わる。無理せず、本人のできることを活かした見守りサポートをする。 2-1～17

入所して困った症状がでても、しっかりその人を見て、知って対応方法を考えていきます。
オレンジ手帳はその方を知る為の情報がたくさん！！
是非、記入しておいてほしい。 3-1

外へ出歩いていた認知症の方の家族が近所の方へ見守りをお願いしたところ引き受けてくださり、地域で支えられている。

〈民生委員〉 1-5
地域の方や友人が協力しあえる。
私の母は友人からの一報で、台所で倒れていたところを見つけ一命をとりとめた。

〈作業療法士〉 2-1
入院中、壁紙をはがしてまわる方がいた。
この方についてなぜそのような行動をするのかを紐解いてみると、本人の姉から昔〝つわ剥き〟の名人だったと聞いた。この事から、その人が安心感や満足感を得られる手作業が必要ではないかという事に気がついた。
その人の世界が分かると、対応の糸口やきっかけがつかめる。そのため、オレンジ手帳の内容はケアの現場でも役立つ。その人に合ったケアを提供する事ができる。

一致団結！早く気づきやすく見守りもできやすい地域

③真津山・真城地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています　（凡例）
真津山・真城地区の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス：介護サービス一覧①②（P61・64）」をご覧ください。

住民の意見　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から

元気な頃から住民同士つながっていることが大切。

この地区はみんないろいろな所からお嫁に来ているので、故郷の郷土料理をお互いに作って交流している。

〈認知症の人と家族の会会員〉1-4
認知症の母が入院したとき、看護師が何を話しかけたら良いか悩むということであった。オレンジ手帳を書いておけば、話題に困らなかったと思う。

〈老人クラブ会員〉1-3
まず自分の事を理解してもらうためにオレンジ手帳を活用しよう。

きづき

知った顔なら変化に気づきやすい。

「あれ？おかしい」と気づいても、（関係が崩れそうで）本人や家族に伝えづらい。そういうことも含めて、困ったら民生委員や自治会長、地域包括支援センターに相談しようよ。
1-3・5，3-4

交流がない人の認知症症状に気づいたときに関わるきっかけをつかむために、ゴミ出しや買い物のときなどのさりげない声かけをしたい。
ワンコインボランティアや民間サービスの紹介をしつつ関係をつくりたい。

〈歯科医師〉2-1
認知症の気づき
- 入れ歯を上手にはめられない
- キレイに歯をみがけていない
- 口臭が強い
- かかりつけの院内で迷い、トイレを探して迷う

〈作業療法士〉2-1
作業療法士は心のリハビリ。
地域とのつながりが薄く、閉じこもりがちになっていた患者さんがいたが、カラオケが趣味だった事がわかり、その情報を活かしカラオケの集まりに参加できるように支援した。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

気軽に寄って、悩みを相談できる場があったらいい。
1-2・4

お友達と一緒にサロンや老人会に誘ったり、婦人会のネットワークで目配り気配りして誘ったりしようよ。1-1・3・5

サポートのコツも伝えます。2-4～11

介護は必要ないが、地域で見守ってもらえると家族も安心。

要援護者台帳に登録する。
3-8

自治会等が協力しあい、地域の見守りネットワーク活動を行います。
1-3・5，3-8

わたしたちも、認知症初期の苦しい気持ちに寄り添い、その人らしい生活を守るために協力します。2-4～11

認知症の専門の先生に必要なときにはお願いする。
2-1・2

認知症の相談は、地域包括支援センターへ
3-4

医師の診断後の本人や家族の認知症の受容へとつなげたい。2-1・2

市の認知症専門相談があるよ。
3-5

地域とのつながりを持ちたい。困ったときはお手伝いします。2-4

お節介にならないよう認知症について勉強しよう。
3-3

認知症の方への対応法などお伝えます。2-4

中期
見守りや手助けが必要

住民と医療職・介護職が協力しながら進めようよ。
サービス担当者会議にも住民が出席します。1-3,2-4

笑顔でいられるよう良いところはほめよう。

何にお困りなのか、認知症の方の声に耳を傾け支援していきます。2-4

もっと地域を頼らんね！

子供も巻き込んだ地域づくりができるといいな。3-3

地域で見守り。何かあったら家族に伝えたい。

ゴミ出しや食事など困ったときは手伝います。

地域でネットワークをつくり、やさしく見守ります。1-3・5, 3-8

出来ることがあったら言ってください。

同じ体験をした人に相談してみたらどうですか。1-4

見守る家族がいないと認知症の人の一人暮らしは難しいんじゃないかな。

地域、家族、専門職、みんなで話し合って支えていけばできることもある。2-4

「どうして、こんなことも出来ないの？しっかりして！」家族が言いたくなる気持ちはわかります。本当はやさしくしたいんですよね。1-2・4,3-3～5

家族も認知症の事を知らんばいかん。一緒に勉強しよう。3-3～5

認知症の方への対応の仕方を家族に伝えます。
地域の力を借りながら一緒にがんばりたい。2-4～11

家族もリフレッシュが必要。サービスを利用して時間を確保しよう。2-4～11

〈婦人会会員〉1-3
実母が認知症で、周囲にも認知症である事を明かし、協力を得ながら介護してきた。**きれい事ばかりではない。もっと認知症について知ってほしい。**

後期
常に介護が必要

本人、家族で希望が異なることもある。うまく折り合いをつけれるように支援します。2-4～11

スムーズにサービス利用してもらうためにオレンジ手帳の情報がほしい。2-4～11

本人が望む暮らしを関係者で共有しながら、あと少し出来るところを大事にして支援していきたい。2-4～11

もし入所したとしても地域の住民の方々との交流ができるよう調整したい。2-14～17

〈自治会長〉1-3
老人会に関わり、ミーティングに参加したことで、地域で協力しあいたいと思った。

〈民生委員〉1-5
認知症について講演会やサポーター講座で知識を得た。さらに、にこにこミーティングで医療や介護の人と話し合い知識が深まった。今後は認知症の人と話す機会を設けたり、行方不明時の対応を考えるなど実践の場があるとよい。

認知症の見守りは、まず理解、話し合い、やってみる

④明峰地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス:サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています　（凡例）
明峰地区の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス:介護サービス一覧②(P63～P64)」をご覧ください。

住民の意見　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から → きづき → 初期
物忘れがあってもほぼ自立

日頃から信頼できる人をつくることが大切。「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。

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

要援護者台帳に登録すれば、いざという時も安心。地域のみんなで見守っているよ 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

何か困っとることなか？ゴミ出しぐらい手伝うよ。

私たちが地域とつながりをもち、早い時期から関わることで、必要な支援につなぎます。3-4～6

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
防災無線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。

〈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あって、長年診療していた患者でも気づかないこともある。
周囲が気になったときには、気軽に声をかけてほしい。

早い時期から医師とつながると安心。2-1・2

介護支援専門員

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

〈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。

認知症初期の頃は、本人も家族も周囲に知られたくないと思っているため、関わりが難しい。

DVDを貸してもらって老人会等の集まりで勉強するなど、認知症を隠さない地域にしよう。1-3

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

中期
見守りや手助けが必要

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に一緒に行こう。

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。

家族の大変さに寄り添いたい。1-2・3

遠方の家族から、「家族なんだから我慢しなさい」と言われる。

認知症について勉強して一緒にがんばりましょう。3-3

〈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。

同居している息子には心配かけとうなか。

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。

介護経験者だから分かり合えることがあるよ。1-4

住民と専門職がつながり、できることを支援し続けよう

⑤北諫早・中央地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5（1）諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています　（凡例）
北諫早・中央地区の介護サービス事業所は、「5（2）地域別ケアパス：介護サービス一覧③（P65～P68）」をご覧ください。

住民の意見　医療職・介護職，市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から

地域で認知症について勉強しよう。3-3

昔からの土地の人達は仲良し。

若い世代も巻き込んで認知症の啓蒙活動をします。3-3

〈老人クラブ会員〉1-3
認知症の人が多い事に驚いた。自分の事として、もっと認知症について勉強しなくては！

〈地域包括支援センター〉　3-4
地域の理解を得ながら、誰もが（認知症以外の人も）住みやすい地域をつくっていこう！

きづき

あなたが、おかしいなと感じたら家族に伝えるし、困ったことがあったら手伝うけん、任せてね。

「まだ大丈夫」と言うけれど、早いうちに病院に行ったら？認知症の進行を遅らせる薬もあるらしいよ。2-1・2

認知症の初期には、何かおかしいと

自覚していることがあります。

家族も早い時期に医師からアドバイスもらえると安心よね。2-1

地域包括支援センターが相談に乗ります3-4

〈婦人会会員〉1-3
専門職の人から、認知症の方への具体的な対応法を聴けて良かった。

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉2-4
老人クラブの方や民生委員など、地域の方が大変な状況の一人暮らしの方と関わられている事を知れてよかった。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

老人クラブやサロン、地域の集まりに来んね。カラオケやペタンクなど趣味活動の場もあるから好きなことを一緒にしよう。1-1・3

家に1人で居ると淋しいし、人の中にとけ込んだほうがいいよ。

介護予防教室を紹介します。筋トレ楽しいよ。3-10

得意な事は活かしながら、できない部分をさりげなくお手伝いします。オレンジ手帳に書いとこう！3-1

施設の行事など気軽に来てください。困ったときは、いつでも相談にのりますよ。2-14～17

同じ話でも昔のよしみで聞くよ。

ゴミ出し、買い物は一緒によかよ。何かあったら言ってね。

今まで通りのお付き合い。見かけたら声かけるけん。点灯や郵便受けを確認してさりげなく見守るよ。1-3・5，3-8

災害時の避難は助けてやるけん。3-8

上山実守りの会で町内の見守り活動を行っています。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

話し相手になるけんね。

老人会など仲間内でのつながりを深めておこう。1-3

本人の意向をくみ取る事が難しい。オレンジ手帳があったらいいのに。3-1

閉じこもりは良くないよ。一緒に散歩に行こう。

地域、専門職、家族が一丸となって、それぞれの立場で支えていこう！（家族とは密につながっていたい）

本人が望む暮らしを実現するために環境調整します。2-4

介護サービスの活用についてアドバイスします。2-4

庭の草刈りやゴミ出しなど手伝うよ。

ゆっくり、やさしく話を聴いてあげよう。

本人、家族と信頼関係を築きながらサービスを勧めます。2-4～11

地域で出来ることはサポートするけん。

地域でやさしく声かけ、見守り。変化があれば家族や関係機関に伝えます。

徘徊に備えた対応を行います。3-1・2・9

民生委員さんは頼りになるよ。1-5

地域でも相談にのるよ。

家族が認知症を隠そうとしていても、私たちが協力できることがあったら話してほしい。

家族がゆっくりできるよう、本人をデイ等に誘う。2-9・10

家族が相談できる窓口もあるよ。相談してみたら？3-4・5

介護する人が健康でなくては！1-4

できる限り家で過ごしたい。

飲み込みが悪くなるので、えん下を良くする体操をします。2-1・3

安易に入院、入所を勧めたらよくないと思う。2-14～17

わかっていることもあるので優しく見守ってほしい

入所したときは周囲と溶け込めるようオレンジ手帳を活かして欲しい。3-1

専門職も認知症についてまだまだ勉強不足。もっと勉強せねば！3-3

家族に認知症の方への対応方法を教えてほしい。3-4・5

家族、地域の人に認知症の方への対応方法を教えます。3-3

どう接したらいいのか教えて欲しい。1-4, 3-4・5

家族がもっとやさしく出来たらいいけれど、実際は難しそう。1-2・4

〈認知症の人と家族の会〉1-4

最初、介護家族は本人の行動に戸惑い、イライラする。そんな家族の気持ちもくみ取ってほしい。そして、専門職と地域双方のサポートがあってこそ在宅生活を継続できると思う。

本人や、家族の気持ちを大切に。仲良く、今までどおりのお付き合いを

⑥小栗地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス:サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています
小栗地区の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス:介護サービス一覧④(P69)」をご覧ください。

（凡例）
- 住民の意見
- 医療職・介護職,市・包括の意見
- 左の双方の意見
- 本人・家族の気持ち

元気な時から → **きづき** → **初期**（物忘れがあってもほぼ自立）

たくさん話そうで！！
声ば出す事は元気の秘訣♪

横のつながりのある地域。
それとなく、見守り・声かけを大切にしています。

栄養は大事！
旬の物を使った料理をお裾分けしています。

地縁を大切に！地域の歴史を語り継いで。
小ヶ倉はよかところ。
あら平山もよ。
〝小栗はみんなよかところ助け合いと支えあいのあんもんねー！〟

ふれあいいきいきサロン、お茶飲み会、色んなところに誘うね。一緒に出かけよう。1-1

認知症って特別なものじゃない。弱い人にはみんな優しくできる地域に…。

いつでも誰でも集ってなんでも話せる場所を作りたい！！

地域包括支援センターに相談すると支援も強くなるよ。3-4

家族も地域も、きちんと認知症を知る機会が必要。3-3

要援護者台帳の登録を。3-8

風呂場、炊事場、暖房機器など見直し、認知症が進んでも困らないようにしよう。

本人だけでなく、その家族との関係づくりも大切。
本人の異変に気付いた時に話せるかどうかが大切です。

家族と関係者間は連絡をとれるようにしておこうよ。

認知症の人がいても気づかない。困ったことがあったら声をかけて欲しい。

〈老人クラブ会員〉1-3
認知症があっても、同じ高齢者として支えあう事が出来ている地域だと感じている。

家族からすれば、認知症は診断ではなく、宣告という感覚だった。

かかりつけ医をもち、相談しやすい関係を持とう。専門医受診のタイミングも教えてもらえる。2-1・2

〈民生委員〉1-5
自分の家族が認知症と診断された。
閉じこもりがちになった時、一緒にウォーキングを始めた。
病気を知られたくない、あまり人と会いたくないという本人の気持ちを理解し、早朝に競技場を二人で手をつないで歩く。
これまで地域活動の仕事に熱心になったあまりに家族を見れていない部分があったと思う。今は一生懸命、看たいと思う。一日に何度も安心してもらえるよう声かけをし、言葉でも表現している。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

顔見知りや安心できる人に間に入ってもらうと、サービスの導入がスムーズになることもあるよ。2-4～11

認知症になって出来ない、分からない事も増えるけれど、出来る事もたくさんある。出来ないところはサービスを使うと良い。2-4～11

住み慣れた自宅で過ごしたい。

良い対応には、心の余裕も必要。たまには家族の愚痴を聞き負担を軽くしたい。1-3・5,2-4～11

サービスを利用する事で本人の〝困ったこと〟が解消されて本人が安心する。笑顔も増えるよ。2-4～11

家族やサービス利用の工夫次第で、クリアできる問題もある。2-4～11

〈老人クラブ会員〉1-3

地域にお住まいの認知症の方やその家族が楽しく生活出来ればと思う。なるべく家族の愛情で見守っていきたい。

〈デイサービス職員〉2-9

介護サービスを受けながらなるべくご自宅でと思う。話しを聴く事で信頼関係を得る努力をし、サービスを導入する。住み慣れた家で過ごす事によって心の落ち着きを保つ事ができると思う。

〈作業療法士〉2-1

入院等をきっかけにせん妄がでて、介護状態になることがある。退院後訪問リハビリを勧めできることを増やしていく事で、要介護度も軽度となり身の周りのことができるようになった。

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉2-4

介護サービスを拒否する認知症夫婦の自宅に根気強く訪問看護に入ってもらい、生活状況を確認。主治医・訪問看護師・ケアマネとの間で情報を共有し、連携をとることで在宅生活の継続につながった。

それぞれの思いのすり合わせが出来ることが第一歩になると考え対応している。

横のつながりで、助け合い支え合いよかところ

⑦有喜地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス:サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています　(凡例)
有喜地区の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス:介護サービス一覧④(P69～P70)」をご覧ください。

住民の意見
医療職・介護職,市・包括の意見
左の双方の意見
本人・家族の気持ち

元気な時から

日頃から予防に努めよう！3-10

みんなで認知症予防。前もって連絡するけん。老人会やサロンに一緒に行ってたくさん話して笑ってこようよ 1-1・3, 3-10

きづき

偏見をなくすためにも、認知症への理解が第一歩！3-3

認知症の知識を深めるための機会を作り、普及啓発活動を行う。3-3

交流が大切。認知症の症状に気付くこともある。

認知症初期の判断は難しいが、普段の会話の中から探る等の方法を学べた。3-3

病院に行くようにさりげなく誘ってみよう。

日頃から表情・受け答えを気にする。

初期
物忘れはあるがほぼ自立

声かけもしたいし、手伝いもしてあげたい。

えんちにおいで。あそびにもいくよ。

旅行や買い物など本人の楽しみを大切に。一緒にできることがいろいろあるね。

何もせんとはダメ。皆のいる所に顔出しに行こう。

認知症のこと、家族で背負わんで周りに伝えて支援・見守りしてもらおう。1-3

民生委員さんが、訪問したり、家族の相談にも乗ったり…。心強い。1-5

できることを生かせるように本人の意思を尊重した関わりを持とう。

家族が言うより友人からの誘いで外に出ることができた。1-3

独居の方や、家からなかなか出られない方は、見守り体制をつくり、皆で訪問しよう。1-3・5,3-8

要援護者台帳を作成できるよ。3-8

認知症の人を認め、寄り添い優しく見つめる地域でありたいね。

認知症の人が、「地域の会合や活動」を利用したり、福祉村の相談窓口とつながるとよい。1-3,2-14～16

病院も施設も近くにあるし安心ね。2-1・14～16

病院受診は何かと理由つけて行きそびれたり抵抗もあるけど、早期診断・早期対応は大事ね！2-1

医師や医療職は、わかりやすく説明しますよ。2-1・2

初期のうちに家族教育やご近所への協力依頼を。いろいろアドバイスしていこう。2-1

周りが気になったら、地域包括支援センターやケアマネージャーに伝えよう。2-4, 3-4

〈婦人会会員〉1-3
有喜地区は福祉が充実している地域で、デイサービス等に行っている人も多い。また、サロンや老人会の活動も多いので、家に閉じこもっている人は少ない。閉じこもっているような人には声かけしたり会合に誘ったら良い。

〈歯科医師〉2-1
歯科の立場では、早期発見し診断に繋げるという役割が求められている。口腔ケアに関しては、認知症が進行してからその人に合った入れ歯を作ることは困難。食べることも喜びになるので早めに作っておく。

〈民生委員〉1-5
有喜では80歳以上の方が500人近くいる。気づいたら認知症初期集中支援チームにお願いして、まずは早めの対応に繋ぐ。そして気付くためには地域の人と普段から交流し、いつもと行動が違う時に地域包括支援センターに繋ぐ。身近な人に気配り目配りする。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護は必要

サービスを利用しつつ、地域住民の見守りも加えて

デイサービスを週一回からでも利用していけばどうかな。2-9

施設見学も行っています。2-7・9～11

本人・家族と手伝う部分を決めよう。

おかずを炊いて持って行ってあげることはできるよ！

本人や家族、介護職員、地域住民が話し合い、SOSの時の手伝い方法を決める。1-3・5,2-4～11

部屋や流しの片づけは、ヘルパーさんに助けてもらおう。2-5

サービス利用をしない日は特に注意して見守ろう。

環境の変化で症状も変わることを理解する。

見守りは責任と不安もある。

薬の飲み忘れは、本人に合わせた対応を考えよう。2-3・5・6

火の使用はIHへ変えるなど便利な家電を利用する。

話を聞いて、ねぎらいの言葉をかけよう。

介護する家族の方の認知症に対する理解も大切。同じ目線で考えよう。3-2

家族の負担が大きくならないよう見守ろう。

家族が相談する勇気が出ず、億劫になってしまうことも…。背中を押してあげたい。2-1・4, 3-4・5

認知症が進行し、独居が困難となると、家族と同居したり、ショートステイを利用するなど落ち着く環境が必要なこともある。2-15～17

〈通所リハビリ職員〉2-10

高齢で物忘れがある方には、通所の日にちや、お薬の管理等をチェックする。ケアマネージャーやヘルパーが協力し服薬の際には家族に声かけしてもらうように調整することもある。本人が出来ることを尊重しながら、本人が傷つかないような対応を心掛けることが大切。

〈民生委員〉1-5

在宅介護をした経験を思い出した。本人を傷つけないような対応を心がけたが、本人のおかしな行動に戸惑うこともあった。

在宅介護サービスで24時間みれるわけではない。

地域の皆さんに知識と覚悟をもってもらえるならば、家で介護を続けることができると思う。

〈認知症の人と家族の会会員〉1-4

認知症を理解して接することが大事。出来ないことを責めるのではなく、出来ることを見つけてほめましょう。

〈訪問介護職員〉2-5

訪問介護に繋がる時には認知症が進んでいる方が多い。もう少し早く繋がれば良いと感じる。

うき　ウキ　顔を合わせて閉じこもらず誘い合い・認め合う地域

⑧小野地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5（1）諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています
小野地区の介護サービス事業所は、「5（2）地域別ケアパス：介護サービス一覧④（P70）」をご覧ください。

（凡例）
- 住民の意見
- 医療職・介護職・市・包括の意見
- 左の双方の意見
- 本人・家族の気持ち

元気な時から

いつか自分にも起こるかもしれない。毎日脳を鍛え健康な1日を過ごしていこう。3-10

気がけて声かけるけんね。話し相手になるよ。

迎えに行くけん、いきいきサロン・若返り体操・カラオケに一緒に参加しよう。1-1，2-10

脳トレ教室はいかが

日頃の付き合いを続けることで、様子がわかり、おかしいと思った時も気付けるね。

〈婦人会会員〉1-3
声かけが大事。朝から「今日は○○の日やったよね」と自然な関わりを心掛けている。
なかなか周囲に相談しづらい状況で、症状が進んでから相談に至る事が多い。
周りが「最近どう？」と声かけすると「実はね…」と相談できるのではないか。
民生委員であっても数年かけて相談できる関係性になるという例もあるように、日頃からの関係づくりが大事だと思う。

きづき

初期
物忘れがあってもほぼ自立

他人ごとではない。自分のことと思って気持ちを理解して寄り添おう。

食事へ行ったり、散歩したり、おしゃべりする機会を増やしたいね。

小野大学や老人会、地域活動が活発です。1-3

否定したり、逆らわず相手のペースを守ろう。ゆっくり話して、まずはよく聞かんば。

やっぱり一番は声かけだね!!ちょっとした安否確認にもなるね。地域で見守ります。1-3・5，3-8

月に一度の老人会・定例会では、近所同士の情報交換の場となっている。1-3

サインをキャッチできるよう見守りネットワークを作ろう。

声かけやお手伝いをしてくれる解決チョボラ隊がいるよ。

一人暮らしの人には特に多めに声かけせんば。

民生委員や福祉協力員もいるよ。小野は親戚が多かけん、力を借りやすい。1-3・5

外回りの事は手伝える。ゴミ出しに誘うよ。出し方も教えるけん。

家では野菜作りしたり、買い物に行ったりしよる

認知症などの相談は地域包括支援センターへ相談3-4

〈歯科医師〉2-1
噛む行為は認知症予防になる。口腔内は、歯科医であればスムーズに見せてくださる方も多いので口腔内も健康にしていてほしい。

恥ずかしがらずに、困っていることはオープンにして、周囲も受け止めていこう。

家族も一緒に勉強会に誘おう。3-3

認知症の研修会の機会が必要だね。3-3

日頃の接し方を振り返る機会にもなるね。

家族は認知症と認めたくない…。

認知症の方への接し方のポイントや介護のコツを伝えるよ。3-4・5

〈地域包括支援センター〉3-4
認知症であることを近所の人にどれだけオープンにできるかで、見守りもスムーズにいくかどうかが違ってくる。偏見をどのように取り除くかが認知症の方の安心した暮らしに繋がっていく。
今後も啓発活動をしていかなければと思う。私たちが、さりげなく訪問したり、それとなく家族に知らせることができると思うので、気になる人がいたら相談してほしい。

中期
見守りや手助けが必要

小野地区でできることを見つけて、より住みやすい地区を目指していこう！

訪問は数人で行ったらいいね。

徘徊を抱えこまず、周囲の協力を得て見守り環境を整えよう。 1-3・5,3-9

どうしていいかわからなくなる時がある…。家族だけでは疲れるよ。

隣同士連帯感は強いよ。皆で力を合わせていこう！

民生委員さんの力も借りよう。 1-5

自宅ではセンサーマットの利用等活用しては。 2-8

介護に疲れたら、息抜きも大事。 2-4～11

デイサービス等、まずは見学から勧めてみるのもいいね。 2-9・10

心配事や相談事を話せるところがあるよ。 1-4,3-4・5

介護サービスを活用し、家族の気持ちを和らげよう。 2-4～11

病状を見守りながら必要に応じたサービスの導入を。 2-4～11

ヘルパーさんの導入の時に仲良い近所の人が付き添うと安心よね。 2-5

調理ができなくなったら配食サービスの活用もいい。 3-11

〈老人クラブ会員〉 1-3

支援の手を広げる為にも、周囲に認知症であることを伝えてほしい。介護サービスを利用したり、家族の気持ちを親戚など周囲の人が聞いてあげる等すれば、また元気になって介護を続けられると思う。

〈通所リハビリ職員〉 2-10

通所以外の時間をどう過ごしてもらうか考えていかなければならない。その時に、小野地区にあるいろいろな集まりと病院などが連携をとることで、より介護予防が出来るのではないかと思う。

〈婦人会会員〉 1-3

ちょっとボランティア（ちょぼら）をやっている。支援そのものもあるが、比重で言えばコミュニケーションを求めているよ。

後期
常に介護は必要

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉 2-4

夜間の徘徊に困り、鍵を付けるなどの工夫で対処しようとしたが難しかった。地域での見守りネットワークを提案したが、家族は、地域の人に認知症だと知らせることに抵抗がある様子だった。勇気を持って地域の人に協力を求める事も一つの手段。地域の人が見かけたら家族に連絡するような体制を整えられたら良いと思う。

自宅で過ごせるように多職種スタッフ・本人・家族と話し合い、今後について皆で考え確認し合おう。

環境を変えると悪化するよ。

そういう時オレンジ手帳・連携シートを活用できるね。 3-1・2

必要な社会資源も活用しよう。

〈民生委員〉 1-5

義母が認知症になり介護し、その後寝たきりになった。数年前から気になる状態が2～3ケ月続いたが、夫は「どがんもなかたい」と気に留めなかった。それから1～2年後、外出する格好で「家に帰る」と言いだし、驚いた夫が慌てて兄弟皆に電話した。その後も「帰る」と訴えることがあったが、「とにかくお昼ごはん食べよう」と声をかけると、そのうち忘れている。

私は認知症講演会にも参加し、認知症の方への対応「否定しない」「一旦受入れてからかわす」という事を学んだ。知識があったので対応出来たが、夫や兄弟は受容できずにいた。やはり認知症についてきちんと勉強しておかなければ、受容も難しいのだろうと感じた。

本人が不安になるので、入院はなるべく避けたいね…

〈認知症の人と家族の会〉 1-4

認知症のことを熱心に勉強されている民生委員さんが、私達家族の会の事を「もっと早く知りたかった」と言ってくださった。今回の出会いに感謝。

集まりがたくさん、廻りは馴染みの人ばかり、認知症をオープンにできる地域

⑨森山地域版

ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス:サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています　(凡例)
森山地域の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス:介護サービス一覧④(P70)」をご覧ください。

住民の意見 / 医療職・介護職,市・包括の意見 / 左の双方の意見 / 本人・家族の気持ち

元気な時から

地域で老人クラブや趣味の会など集まる機会を続けていきたい。1-3

老人クラブには、何かせんばではなく、自分の為、仲間づくりの為と軽い気持ちで入ってほしい。1-3

みんなで認知症のことを勉強したい。3-3

つどいの場で認知症のことを学ぶ。ミーティングのように自分で考え発表するのがよい。3-3

〈老人クラブ会員〉1-3
今回のミーティングで、それぞれの立場から様々な意見が出たので、みんなの知恵をまとめていかなければならないと感じた。身近なこととしてとらえていかないとと思う。

きづき

いきなり大病院や精神科病院には抵抗があるが、身近な物忘れ相談医ならば受診しやすいよ。2-1

何かが違うと、誰かが気づいたら家族に伝え早期受診につなげよう。2-1

〈老人クラブ会員〉1-3
オレンジ手帳を、老人会で配ろうとしたら「そんなものいらない」「そこまでしなくても」という声が会員からあがった。まずは認知症のことを正しく理解してもらわないといけない。

〈民生委員〉1-5
一人ひとりの目配り気配り心配りを地域全体に。

〈老人クラブ会員〉1-3
認知症でなくとも高齢の人と一緒に暮らすのは大変。世話してくれる家族に感謝している。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

認知症の症状に気づき、安心するよう声をかけたいが、かけそびれたり、家族に伝えるのを躊躇をしてしまうことがある。正しく理解したい。3-3

独居の人の認知症症状に気付いたら。

民生委員や地域包括支援センターに相談するといいよね。1-5,3-4

車の運転が気になったら加害者にならないためにも早めに相談する。3-4

認知症が気になったら医療機関に早めに相談することが大切だとわかった。2-1・2

認知症は初期対応が重要。3-6

老人会の旅行の写真を見ると楽しい思い出話がたくさんできます。1-3

私達も手伝うよ。

気軽に寄れる・活動できる場をつくろうよ。

買い物とか、手伝いできるよ。

みんなおるけんでてきんしゃい。待っとるよ。

若くして認知症になった時集まる場がない。1-2・4

もし自分が認知症になっても、身体が動かせる間は、畑にでたいし、会話を楽しみたい。

サロン・老人会や旅行、趣味活動など誘いたい。1-1・3

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

介護サービスを分かりやすく紹介できます。3-4

オレンジ手帳の“希望”を“目標”にして支援します。3-1・2

住民の方がサービス利用の声掛けをしてくれたら、専門職も手伝います。2-4

薬は大切。飲みやすいようにまとめます。2-1・3・6

本人がサービス利用を嫌がった時などには、うまくサービスが使えるようにケアマネさんに手伝ってもらおう。2-4 集中的に関わることもできるよ。3-6

家族、地域住民とで認知症を理解し支えあっていきたい。3-2・3

施設に入ったあとのことも心配になる…。2-12～17

認知症の人のペースに合わせて、会話を楽しみます。

家族が周囲の援助を受け入れられるために体制を整えたい。2-4

本人の気持ちを尊重し、専門職も入れて地域全体で見守ろう！

家族が認知症を認めたくない気持ちもある。本人・家族の身になって。家族のサポートはみんなでやろうよ。1-2・4

ガスは危ない？

心配なことがあったらここで言うてみらんね。

家族のサポートは重要。

費用のことが気になるね。ケアマネさんに聞いてね。2-4

配食サービスを使ってみたらどうだろう。3-11 ヘルパーさんもあるよ。2-5

デイサービス等で外に出れば楽しいこともあるよ。2-9

〈グループホーム職員〉2-14

一人暮らしをしていたが、認知症が進み調理での事故をきっかけに火事の心配から入所された人がいる。これまでの住まいや病院、店のことをよく覚えており帰りたいと話されていた。

本人の気持ちを伝え、家族の協力を得、外泊できるようになり精神的に安定された。

〈民生委員〉1-5

認知症になって、本人は家に居たいと思っても、離れて暮らす娘がその思いを受け止められるのか。嫁だとどうか。どうやって乗り越えるか。私たちも一緒に考えていきたい。

〈通所リハビリテーション職員〉2-10

加齢に伴い筋力が低下しやすいが、入院するとなお筋力低下が著しい。病院のリハビリ職とどう連携するか。退院の際には介護支援専門員（ケアマネ）と家族と一緒に退院後困らないように会議をする。介護サービスにつながっていると退院後の生活支援も立てやすいが未利用の方に関しては受け入れが難しいことも…。家族の協力を得て、本人ができることを続けられるようリハビリをすすめている。

その時々目配り・気配り・心配りでナイスサポート

⑩長田地区版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5（1）諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています
長田地区の介護サービス事業所は、「5（2）地域別ケアパス：介護サービス一覧⑤（P71）」をご覧ください。

（凡例）　住民の意見　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から

行事・レクレーション・老人会に誘うよ。いつまでも健康で、そして明るくいこう。1-3

元気な時から挨拶を交わそう！

普段と違うと感じたら、支援者へ連絡しよう。

いざというときに、見守ってほしい。

きづき

今までのこと、困りごと、やりたいこと、いっぱい話そう。

自分の事と思って優しく対応していこう。

住民と連携したい。介護職と連携しよう。

一人じゃないよ。みんな見守っているよ。

地域の方が見守りをするときには、干渉しすぎず、まずは家族に声かけてみるといい。

いざという時に備え、地域住民の誰かが家族とコンタクトを取れるようにできるとよい。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

定例会、子供会、婦人会の行事もあるよ。参加しよう。1-3

話し相手になるよ？

近所だと手伝えるし、何かあったら御用を聞きに行くよ！

何もできんでよかさ。皆の顔でも見に行こう。

何かあった時は、皆応援に駆け付けるから、オープンに話してほしい。

親しい友達と集まって、当番を組んで手伝うことはできる。

体はまだまだ元気！体調が良い時は一緒にゲートボールにも行ってみよう。1-3

認知症の人が孤立しないように私たちが普及啓発をしよう。1-1,3-3

地域包括支援センター等につなげる協力もできるね。3-4

認知症について良く知ることが大切ね。もっと勉強して役に立ちたい！3-3

家族の方との関係づくりも大切！

家族からの情報があると、地域も動きやすい。

皆が集まる場所は顔なじみばっかりで楽しいよ！

家族も含め、認知症についての理解を共有できる場をつくり、一緒に考えたいね。1-2

認知症の人が地域で住み続けるために、地域との関わりは大切。

〈物忘れ相談医〉2-1
認知症は稀な病気ではない。まずは認知症を理解する。そして、近所の助け合いが大事。

〈民生委員〉1-5
介護サービスを担当する人たちが、熱心に看てくださっていることがわかった。協力しながら、看ていきたい。

〈地域包括支援センター〉3-4
認知症もしくはその疑いがあっても、かかりつけ医・専門医に繋がりにくい現状がある。地域の方から認知症の方についての相談が寄せられたことがあり、勉強会を実施したところ、認知症についての理解が深まり支援の輪が広がった事があった。介護保険で対応できないところを地域住民の方の協力をいただいてカバーしていければと思う。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

認知症の進行を遅らせるために専門医受診、服薬管理はどうだろうか？ 2-1・2

地域住民の方も施設行事に参加してもらって交流を図ろう。2-7・14

地域に出て、認知症の方への具体的な接し方・介護法を伝えていく必要がある。3-3

元気な頃の様子を伝えたり活動していく中で、趣味など把握できる。3-1

家族や地域の理解と協力が必要だね。

義歯管理指導。口腔内を整えることが必要。2-1

楽しい時間を増やして、笑顔を引き出そう！

サービスをこまめに受け、家族と周囲の方で支援体制が作れると、自宅での生活が長続きする。2-1～11

近所の親しい人達で関わっていこう。

役割があると支援の時に手を差し伸べやすい。

本人の意思を第一に考えたサービスの調整をしよう。3-1・2

配食サービスもあるよ。3-11

家事活動はヘルパーさんに協力してもらおう。2-5

薬は本人がわかりやすく管理できるように小分けにするよ。2-1・3・6

まずは自宅でのサービス利用をしてみよう。2-4～7

緊急時の対応（連絡）を明確にしておいたがいいね！1-3・5,3-8

家族の方もストレス発散、休息も必要。

家族の人達に作ってもらったら対応力も上がるかもね。

徘徊は心配。自宅まで一緒に帰ったりさりげなく対応していこう。3-9

家族の存在は重要。苦労をねぎらい相談に応じよう。3-4・5, 1-2・4

外出時は本人が確認できるカードを身に付けてもらったら安心だね。3-9

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉2-4

家族や地域住民がお互い何をしたら良いのか、どう関わりを持っていいのか分からず、家族が抱え込んで頑張りすぎているところもある。認知症の人は不安な中で生きている。支援にあたる際には、まずその辛い気持ちを思いながら話を聞くようにしている。一人暮らしで地域から孤立している方の支援がなかなか難しい。

自分のことと思って　近所で声かけしよう、元気な頃を伝えよう！

⑪高来地域版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5（1）諫早市認知症ケアパス：サービスや資源（P47～P60）」にその内容を記載しています
高来地域の介護サービス事業所は、「5（2）地域別ケアパス：介護サービス一覧⑤（P71～P72）」をご覧ください。

（凡例）　住民の意見　医療職・介護職,市・包括の意見　左の双方の意見　本人・家族の気持ち

元気な時から

理解が深まるように普及啓発。3-3

若い世代にも認知症サポーター養成講座、講演会呼びかけるよ。参加しよう。3-3

難しかけど理解できるごと皆で学んでいこう。3-1・3

きづき

受診ってどこに行けばよかと？2-1・2

物忘れ相談医や認知症専門医の一覧があるよ。紹介しますよ。2-1・2

早く認知症に気づけるように、地域の活動が活発にあるとよかね。認知症ケアにうまくつながるよ。

誘うけん、サロン、老人会。集まっとる所に出てこんね。カラオケもあるよ。1-1

認知症の進行予防にサロンがならんやろか。1-1，3-10

閉じこもらんよー語ろうでー。

初期

物忘れがあってもほぼ自立

認知症の人の世界がある。理解したい。3-3

お薬大事。1包化するといい。2-1

出来んところは、ちょこっと手伝うけん。

周囲との関係を良くして進行を緩やかにしたい。

民生委員も訪問します！1-5

自治会からも発信し色んな団体同士のネットワークの強化を！

ゴミだし、通院日の声かけはできるよ。

家族間のコミュニケーションは大事。

見守り重視。いつでも相談相手になれるようにと思っとるよ。1-3・5，3-8

何か気になることがあるなら地域包括支援センターや市役所に相談してみんね。3-4・5

話し相手になるよ。

家に行ってお話聞きますよ。手伝えることがあるかもしれません。2-4

本人も家族も認めたくない気持ちがあることを理解したい。

否定しないで、話を聞いたり、声掛けをするよ。

家族の理解があると早くから関わりやすい。

〈婦人会会員〉1-3
地域住民のひとりとして、認知症の人や家族の人の話を聞きたいと思う。住民同士協力していきたいですね。

〈歯科医師〉2-1
歯科では入れ歯のトラブルで変化に気付くことも。噛み合わせが悪く食欲がなくなることもあるし、ティッシュに包んであることも。口の中はプライバシーな部分であるが、気にかけて欲しい。

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

本人の意向に沿って支援します。3-1・2

思いを言えるようにゆっくり聞くよ。

おだやかな気持ちで支援します。2-1

好きな催しのありよる時は誘うね。

一人で抱え込まんでね。

無理じいはしたくないんです。

今できていないこと、できることを一緒に考えます。できないこともできるようになる可能性を秘めている！2-4～17,3-1・2

家族がお願いしてくれたら誘いやすいし、話しやすい。

地域や介護職とつながろう！！
“１人じゃ無理よ。チームを作らなきゃ”

お互いが尊重できるように、家族間の交流も大事に。

家庭内での役割を上手に譲って。“やれることがある”って大事。

介護サービスを利用したいけど…迷惑かけるんじゃないかなと思うと一歩踏み出せなかった。

〈施設職員〉2-12～17
ご本人はお盆やお正月には家族に会えると思っている。入所者も淋しいと思っているし、家族の顔を見ると落ち着けるように思う。昔からの友人の面会があると、表情がよくなることも。「家に帰りたい」との思いも出るが会いに来てもらいたい。

それとなく自然にサービス利用につなげられるようにします。2-4

介護サービスの情報提供、提案。3-4

まだまだ地域で生活できる！顔なじみの地域の人で見守りしよう。
1-3・5,3-8

相談窓口になれるように、積極的に出向きますよ。2-4

できないことをサポート！
困りごとを解決できるように一緒に考えますよ。2-4～11

皆から見守ってもらえると、家族は助かる。

仕事と介護、大変でしょう。近所の情報は私達が教えるけん。

〈介護支援専門員（ケアマネ）〉2-4
専門医の先生に診てもらって、生活を整えることも大事だと思う。
介護経験のある人が地域にたくさんいるので情報交換しましょうよ。

互いに手をとり見守りネットワークを強め、チームを作らなきゃ

⑫小長井地域版　ミーティングで得られた認知症の症状経過に合わせた住民の方々やケアに関わる方々の支援

番号はサービスや資源を示すもので、「5(1)諫早市認知症ケアパス:サービスや資源(P47～P60)」にその内容を記載しています
小長井地域の介護サービス事業所は、「5(2)地域別ケアパス:介護サービス一覧⑤(P72)」をご覧ください。

（凡例）
- 住民の意見
- 医療職・介護職,市・包括の意見
- 左の双方の意見
- 本人・家族の気持ち

元気な時から

（認知症の）取組みや相談場所を教えて。3-3～5

認知症の人と家族の会へ参加しませんか♪1-4

〈物忘れ相談医〉2-1
開院した頃とすると民生委員も住民も高齢になっている。認知症について考える時に、医療・介護だけでは難しい。地域の方々の参加や協力が必要だと思う。

きづき

見守り、声掛けできるよ。何かあれば家族に言うとくけん、安心せんね。

基本は家族。連携せんばね。

先生も介護の人も、地域包括支援センター・保健師さんも民生委員、本人、家族もみーんなつながっとこう。“早かうちから連携し合おう”

市には認知症専門相談や認知症初期集中支援チームがあります。3-5･6

〈専門医〉2-1･2
認知症専門医を受診する際に構えるのではなく、まずは気軽に電話一本してくれたらよい。

〈民生委員〉1-5
サロンや老人会に行き、いろんな人と話すようにしたらいいかと思っている。認知症になった時のことを考えて、理解する努力をしたい。

初期
物忘れがあってもほぼ自立

サロンや老人会ありよるとよ。声かけて誘うけん、来んね♪1-1･3

“楽しみ”を持って暮らせるように手伝いたい。3-1

“私たちどうなると？”“うちの親どうなると？”「先生が、分かりやすく教えてくれる」2-1

抱えこまんで、周囲に協力をお願いしよう！

介護していると時には頭にくることもある。だけどやっぱりできるだけ一緒にいたい。

どうしたらいいか具体的に教えてもらおう。

知識があったら接し方も変わるかも…。アドバイス、できますよ！2-1･4,3-4･5

お互いの悩みを共有しようね！1-4

認知症のこと、色々教えて欲しい。勉強して理解するけん。3-3

ごみ出しは手伝うよ♪

地域包括支援センターでは、住み慣れた家で暮らしたい気持ちを大事にしたい。心配事を減らして下さい。相談受けます。3-4

地域包括支援センターへ相談するよ。連絡するよ。3-4

分かりやすく、教えます♪

中期
見守りや手助けが必要

後期
常に介護が必要

若い人がいない。一緒に過ごしていないから、民生委員や他の人の訪問、関わりがいるなあ。 1-3・5

皆がつながり
情報共有して見守ることで上手くいくよ。

医療職・介護職だけじゃ解決できない。周りの人も色々教えて下さい。 1-3・5,2-1・4～11

仕事から帰って部屋にいないと思ったら、隣の人と楽しそうに話していた。近所との仲が良いと安心です。

サロン、老人会おいで。 1-1・3

嫌なことは押し売りしないよ。

認知症の人のあるがままを受け止める。 3-1・2

ヘルパー利用しようか。できんところを手伝ってもらえる。 2-5

認知症のこと、症状のこと、隠さんで伝えよう。そのほうがうまくいく。

見守りには地域の力が必要。抱え込まずに相談を。

デイサービスもどうぞー。 2-9

薬の管理や買い物は生活の一部。介護サービス利用しよう。 2-1・3・5・6

薬のカレンダー、デイサービス送迎時に確認できます。 2-9

〈施設職員〉 2-12～17
膝を突き合わせて話し合える機会を持っていき、町全体で支えていきたい。

〈デイサービス職員〉 2-9
デイサービスに行く時には、本人を安心させるような声かけをするようにしている。例えば、「息子さんも安心して仕事ができますよ」等。そうすると「それなら行こうか」となる。

下の名前で呼び合う間柄。認知症になっても一緒に寄って語ろう

参考：地域別認知症ケアパスができるまで

スタート

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

≪オレンジにこに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）

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）

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。

認知症対策推進会議

≪オレンジにこにこミーティング参加者の声≫

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」

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」

平成 27～28 年度ミーティング開催
市内9箇所で開催

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。」

ゴール

地域別認知症ケアパス完成

*オレンジにこに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。*

３．認知症について

（１）認知症とは

認知症は脳の病気です。認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が減少してしまったりして、さまざまな障害が起こり、生活上の支障が、およそ６カ月以上継続している状態を指します。

認知症の原因となる脳の病気には主なものとして、アルツハイマー病、脳血管性認知症や、レビー小体型認知症などがあります。

① 認知症の症状

認知症の症状には、脳の細胞が減少することによって直接起こる『**中核症状**』と、本人の性格・環境・人間関係などの要因がからみ合って、精神症状や日常生活における行動上の問題が起きてくる症状『**行動・心理症状（BPSD）**』があります。

脳の細胞が減る

↓

中核症状

脳の細胞が減って直接起こる症状

記憶障害
- 直前のことを忘れてしまう
- 記憶が抜け落ち、体験全体を忘れてしまう

見当識障害
- 時間や季節感がわからなくなる
- 場所などが分からなくなり道に迷うこともある

実行機能障害
- 旅行や料理など計画や手順を考え、実行することが困難になる

理解・判断力の低下
- 考える速さが遅くなる
- 計画的にできなくなる

環境・心理状態 → ↓ ← **性格・素質**

行動・心理症状（ＢＰＳＤ）

性格、環境、人間関係などの要因により精神症状や行動に支障が起きる

不安・焦燥　依存　抑うつ状態　幻覚　妄想

睡眠障害　徘徊　介護拒否　興奮　不潔行為　等

⇒適切な治療や周囲のサポートで認知症の人が感じているストレス等を取り除くことによって、ある程度予防や緩和が可能です。

② 認知症の診断と治療

認知症は早期発見・早期診断が重要です。

認知症の原因となる病気によっては進行を遅らせることができます。また、中核症状以外の幻覚、妄想、うつなどの精神症状、失禁などの行動･心理症状は、原因や状況に応じて、薬物療法や心理療法などがあります。

認知症の経過は個人差が大きく、数年から十数年の経過をたどります。軽症のうちからかかりつけ医や専門医との信頼関係をきずくことが必要です。

認知症の診断にはどういうことをしますか。

CT、MRI、脳血流検査などの画像検査、HDS-R や MMSE など問診等によって記憶・知能などに関する心理検査を行います。加えて、認知症のような症状を引き起こす身体の病気ではないことを確認する検査をすることもあります。医師は、検査結果と問診から、基準にもとづき診断します。また、この診断結果に併せて、本人や家族と治療方針を決めていきます。

認知症の簡単チェックリスト

採点法

ほとんどない＝０点　時々ある＝１点　頻繁にある＝２点

	質問項目	点数
1	同じ話を無意識に繰り返す	点
2	知っている人の名前が思い出せない	点
3	物のしまい場所を忘れる	点
4	漢字を忘れる	点
5	今しようとしていることを忘れる	点
6	器具の説明書を読むのを面倒がる	点
7	理由もないのに気がふさぐ	点
8	身だしなみに無関心である	点
9	外出をおっくうがる	点
10	物(財布など)が見当たらないことを他人のせいにする	点
	合計	

評価

０～８点＝正常　９～１３点＝要注意　１４～２０点＝専門医等で診断を

認知症の初期、あるいは認知症に至るおそれのある状態を、自分自身、あるいは家族などが簡単に予測できるように考案されたテストです。

（出典）公益財団法人　認知症予防財団　大友式認知症予測テスト

参考：　　認知症になるとどのように感じる？

不安を感じることがあります

なんだか
おかしいなぁ

自分は今どこに
いるのだろう？

この先どう
なるのだろう

気分が沈んでうつ状態になることがあります

うまく
いかないなぁ

迷惑をかけては
いけないかなぁ

怒りっぽくなることがあります

大きな声を
出してしまった

いらいら
するなぁ

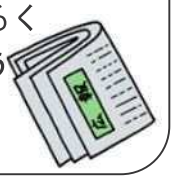
メモ
　単なるもの忘れの場合は体験の一部を忘れてしまいますが、認知症によるもの忘れの場合は体験の全てを忘れてしまいます。

③ 認知症の予防につながる５つの習慣

規則正しい生活や食生活、適度な運動など生活習慣病の予防が非常に大切です。

運動習慣
ウォーキングや体操など週２回 30 分以上を目標に“楽しみながら”続けましょう

生活を楽しむ
文章を読む、書く、趣味など生活を明るく楽しみましょう



歯の健康維持
歯磨きと歯周病ケアで歯の健康状態を保ちましょう

食生活と水分摂取
塩分控えめでバランスの良い食事と十分な水分を摂取しましょう

人と交流する
仕事の継続、地域の活動、介護予防教室などに参加して人と交流しましょう

（２）認知症の人を介護する家族の気持ちと介護の心得

①認知症の人を介護する家族の気持ち

認知症の人を介護する家族には大きな負担がかかります。家族を応援することによって、その負担が少しでも軽くなれば、認知症の人にもよい影響を与えます。

実際に介護する家族は、４つのステップを行きつ戻りつしながら、認知症の人をサポートしています。家族の「いま」の気持ちを知る大きな手がかりとして４つのステップを覚えておきましょう。

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などに戸惑い、「こんなはずではない」と否定しようとします。

ステップ２

混乱・怒り・拒絶

さまざまな症状を示す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、「顔も見たくない」と拒絶したりします。疲れ、不安、苦しみが増大し、絶望感におそわれやすいもっともつらい時期です。

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、本人のあるがままを自然に受け入れられるようになります。

②介護の心得（認知症の理解と介護　上手な介護の 12 ケ条より）

介護する家族の４つの心理的ステップを得ながら家族は介護のコツを身につけていきます。以下に、上手な介護の 12 カ条をまとめました。

第１条　知は力なり、よく知ろう

認知症に関する知識を
身につけましょう

第２条　割り切り上手は、介護上手

ポイントは発想の転換。
上手に割り切りましょう

第３条　演技を楽しもう
認知症の人の世界に合わせて
演技しましょう

第４条　過去にこだわらないで
現在を認めよう
過去ではなく
現在の姿を認めよう

第５条　気負いは、負け
気負わず､割り切りながら介護を続け
ましょう

第６条　囲うより、開けるが勝ち
一人で悩むより周囲へ
相談しましょう

第７条　仲間をみつけて、心軽く
普段から何でも話せる人を
持ちましょう

第８条　ほっと一息、気は軽く
積極的に息抜きを
しましょう

第９条　借りる手は、多いほど楽

利用できるものは
最大限利用して
長続きする介護を
心がけましょう

第 10 条　ペースは合わせるもの
認知症の人の世界を
大切にし、ペースを
合わせましょう

第 11 条　相手の立場でものを考えよう
思いやりの気持ちを
もって接しましょう

第 12 条　自分の健康管理にも
気をつけて
身体的・精神的・社会的（家庭的）
健康を保ちましょう

出典　『認知症の理解と介護』―認知症の人の世界を理解しよい介護をするために―社団法人認知症の人と家族の会神奈川県支部　代表　杉山孝博　氏

（３）　認知症の人への対応

認知症の人には、認知症への正しい理解に基づく対応が必要です。

＜認知症の人への対応の心得＞
① 驚かせない
② 急がせない
③ 自尊心を傷つけない

＜具体的な対応の７つのポイント＞

① まずは見守る
② 余裕を持って対応する
③ 声をかける時は一人で
④ 後ろから声をかけない
⑤ 相手に目線を合わせてやさしい口調で
⑥ おだやかに、はっきりした話し方で
⑦ 相手の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する

４．認知症ケアパス利用例

認知症は進行していく病気です。進行の仕方には個人差があります。また、治療や対応によって症状の進行を緩やかにし、穏やかな時間を長く保つことができます。以下に、認知症の症状経過と家族の気持ち、対応法についてまとめました。

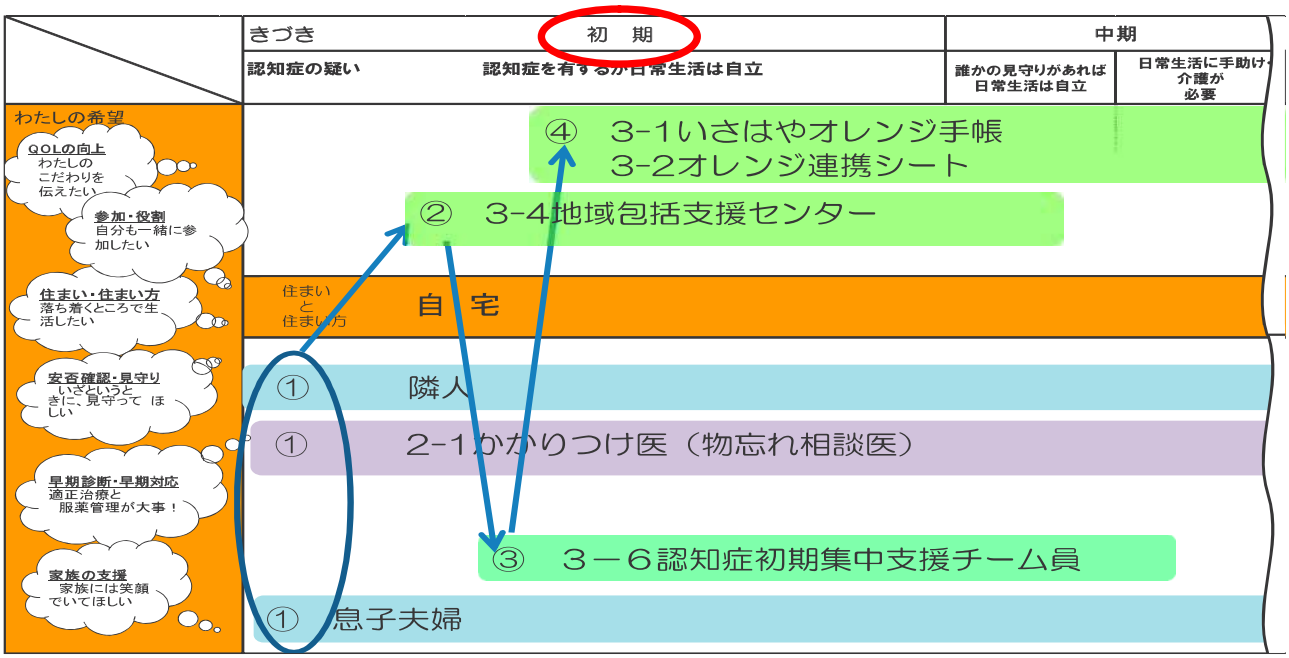
≪　認知症の症状経過と家族の気持ち・対応　≫

	症状	家族の気持ち	対応
初期	・何度も同じことを聞く ・しまい忘れをして探し物をすることが増えた ・料理や外出の段取りをたてるのが難しい ・約束の場所や時間をよく間違える ・お札で払うことが増えた（財布の中が小銭でいっぱい）	・同じことばかり聞かれるとイライラする ・もしかしたら認知症かも ・どこに相談したらいいんだろう ・今後どうなっていくのか不安	○かかりつけ医に、病状や要介護認定申請の時期等について相談しましょう ○必要時、地域包括支援センターや市へ相談する ○いさはやオレンジ手帳の記入を確認し、今後の財産管理や終末期の意向を確認しましょう ○認知症について勉強する
中期	・薬をきちんと飲めていない ・お金の管理ができない ・慣れた道で迷う ・季節に合った服を選べない ・自宅でトイレの場所がわからない ・トイレや衣服の着脱などのやり方がわからない	・消費者被害に合わないか心配 ・徘徊したらどうしよう ・.介護サービスの利用の仕方がわからない ・病気だとわかっていても怒ってしまう ・介護に疲れた、本人から離れて少し休みたい	○介護サービスや医療機関を活用し、家族の負担を減らしましょう ○成年後見制度などの利用を検討しましょう ○行方不明にならないよう身元がわかる工夫をしましょう ○役割を尊重しましょう
後期	・親しい人の顔がわからない ・自由に身体を動かせない ・食べ物の飲み込みに支障がでる	・施設などの相談をしたほうがいいのかな ・看取りのことが不安	○安心して生活できる環境を整える ・生活全般の支援を受けましょう ・施設への住み替えも検討しましょう

認知症の症状は緩やかに発症し、５年から１５年をかけて除々に進行します。病状には、個人差があり、周囲の環境を調整し治療や対応で健康な時間を延長することができます。

認知症の方への支援をどのようにつないでいったか、次ページから症状の段階別に認知症ケアパス（以下ケアパスと略）と照らし合わせながら見ていきましょう。

≪Aさんのケアパス≫



（Aさんの経過）

70 代女性。２年前まで東京で独居生活であったが病気をきっかけに、息子がいる諫早に転居。

○同居を開始してしばらく経つと、水の出しっぱなしや携帯電話の操作が分からなくなる等認知症が疑われる行動が見られる。かかりつけ医院の看護師からも、「同じことを何度も言うようだ」との指摘あり、勧められ要介護認定申請。要支援１となり地域包括支援センターが関わるがサービス未利用のまま。

○認知症初期集中支援チーム員（以下チーム員）が自宅訪問。

○家族や本人の声

本人

息子家族がいるので困ることはない。お嫁さんも孫たちも良くしてくれる。ありがたい。

息子

諫早に移住してから外出の機会が減ったのでデイサービス等利用を検討したが、言葉の違いから知らない人の集団に馴染むのは難しいと思った。本人もデイサービス利用に消極的な反応だった。

食事の準備やお金、薬の管理など家族の支援が必要であるが、日常生活で特に困る事はない。同じことを言うこともあるが、日中一人で寂しいのだろうと思いなるべく聴くようにしている。近所の人も来てくれるしこのままでいいかなあ…。

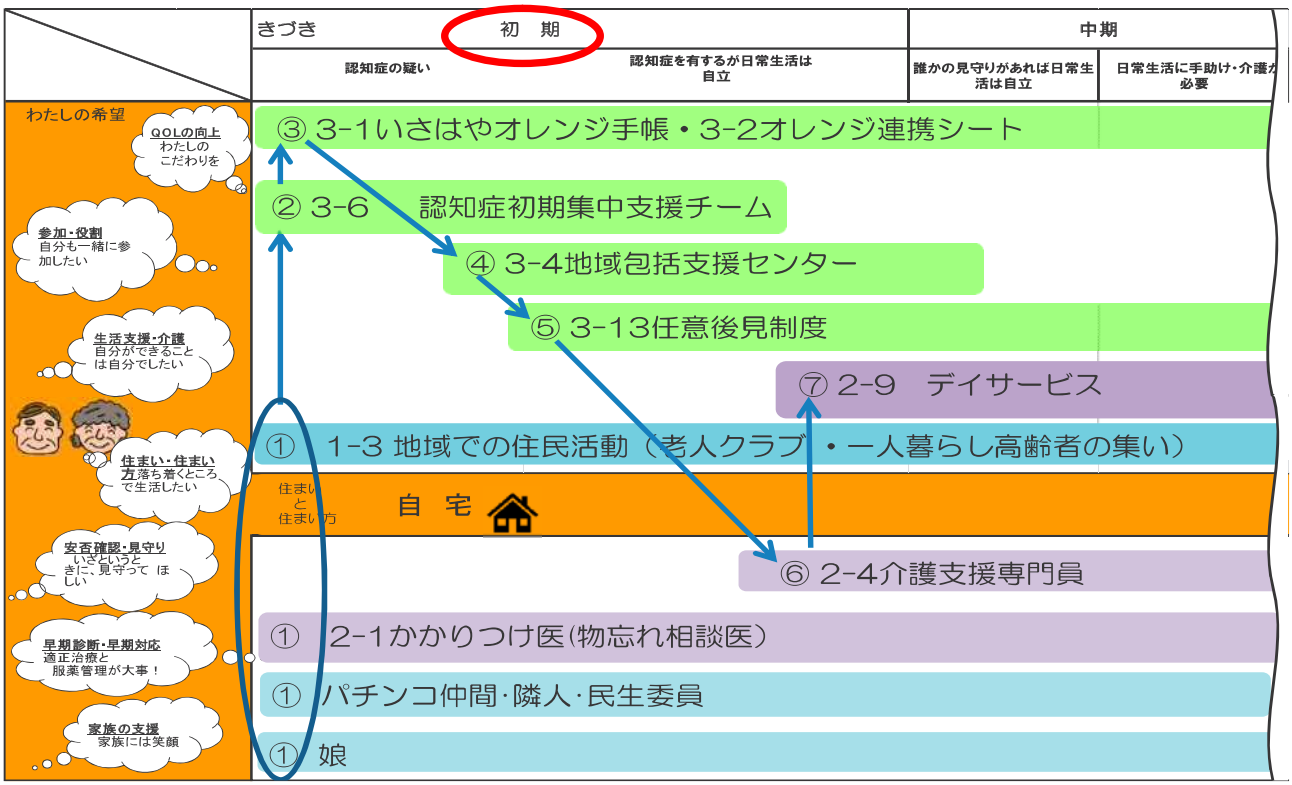
（Aさんのその後）

○ケアの流れをよくするための備え

ご近所さんと、認知症があることを知った上での交流があり、自宅を行き来している。

訪問時、チーム員が、今の生活を続けながら、症状が進んだ時にはスムーズに介護サービスを利用できるよう「いさはやオレンジ手帳」と「オレンジ連携シート」を記入。また、今後の相談先として地域包括支援センター紹介し、チーム員から情報提供を行った。先への備えも出来たことで、下の世話が出てきたら即施設と言っていた息子も、在宅サービスを使いながら出来る限り自宅での生活を続けさせたいと話される。

≪Bさんのケアパス≫



（Bさんの経過）

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

本人

楽しいところで、そこで知り合いになった人もいる

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

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娘に公証役場を紹介。
公証役場で任意後見の手続きをされる。

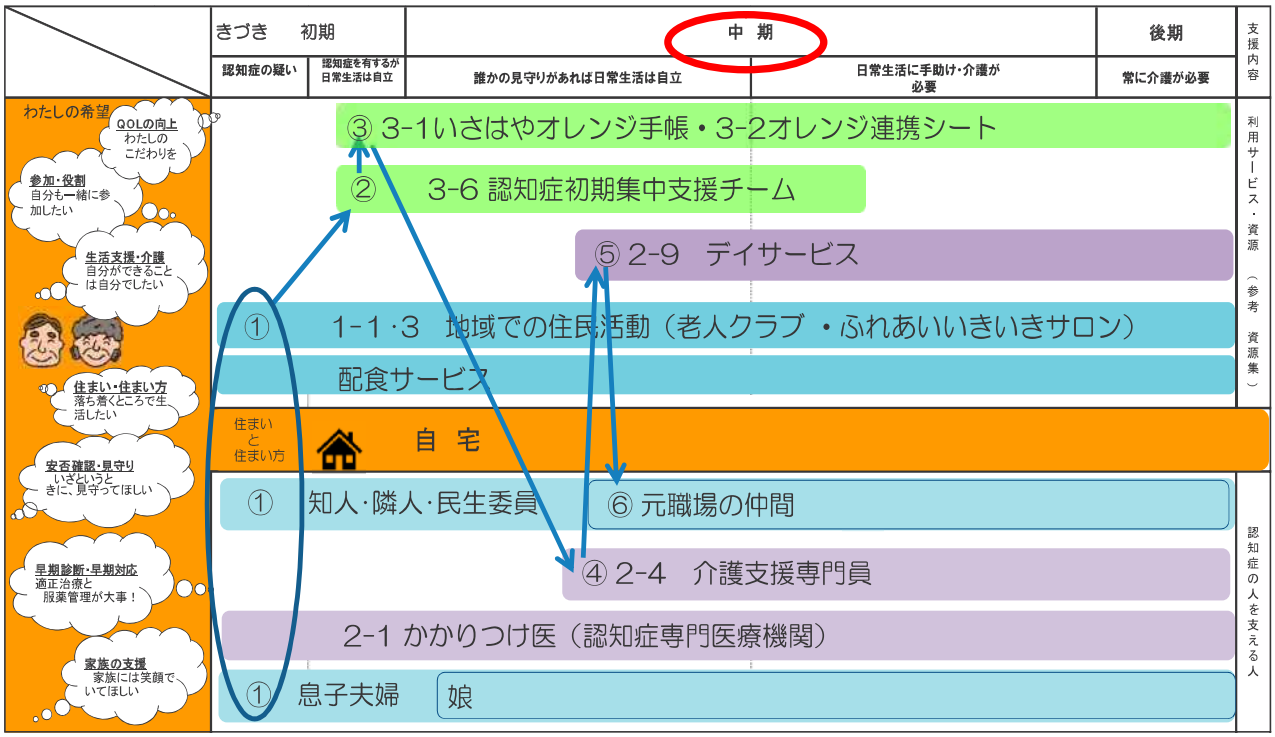
（Bさんのその後）

○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となる。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。

≪Ｃさんのケアパス≫



（Ｃさんの経過）

80 代男性。一人暮らし。ひどい物忘れがある。

○５年前から物忘れや火の不始末があり、かかりつけ医でアルツハイマー型認知症と診断される。

○買い物や薬の管理等、近くに住む息子夫婦が手伝っている。週末には娘も掃除や食事の差し入れをしている。平日は民間配食サービスを利用。また、嫁の送迎で月に１回ずつ老人会とふれあいいきいきサロンに参加し民生委員とのつながりもある。以前は週３回グランドゴルフに参加していたが、２年前から行かなくなってしまった。外出の機会が減り、一人で閉じこもりがちになっている事を心配した息子夫婦がデイサービスを勧めるが、「自分で何でもできるから、まだそんな所には行かなくていい」と拒否。認定申請の結果は要介護１であった。

○サービス未利用であったため、認知症初期集中支援チームが、息子と連絡をとり訪問。

本人

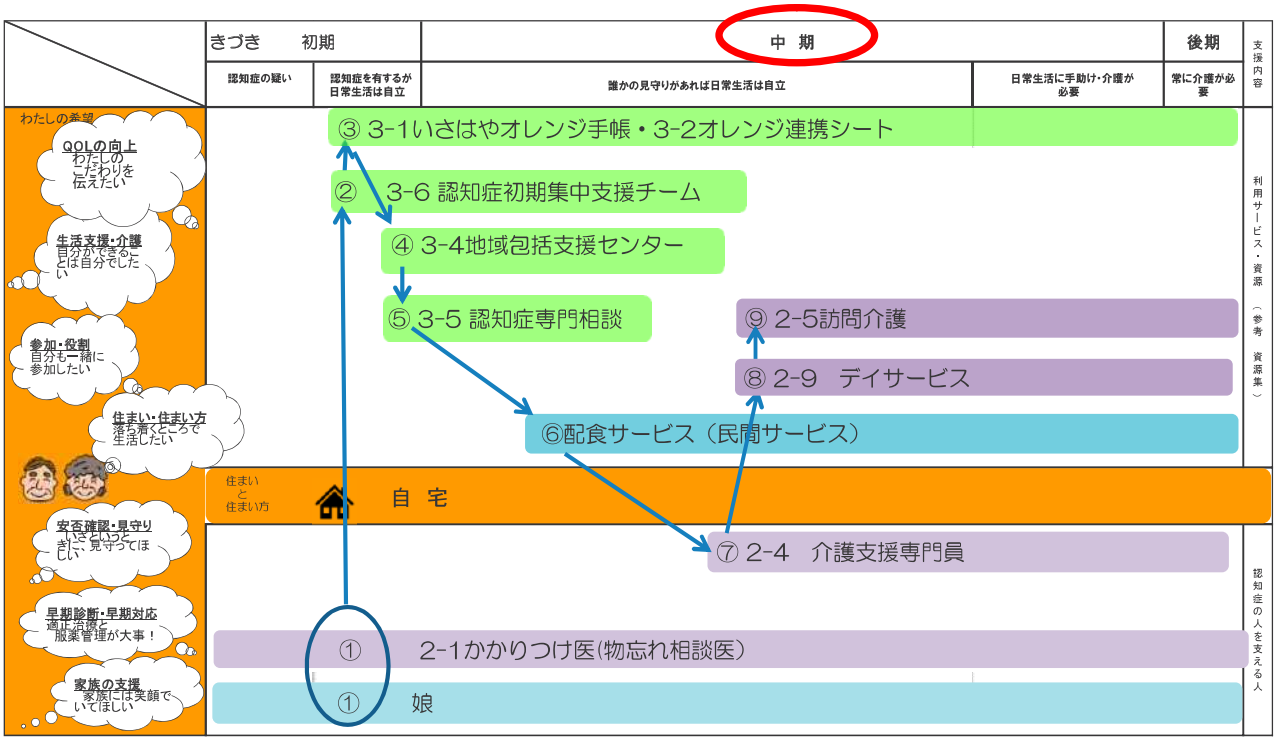
遊んでさらくとは好き。でも、グランドゴルフにも行っているし（本当は行っていない）、新しい所にわざわざ行かなくてもいいかな･･･。
知り合いは（デイサービスに）行っている人もいるみたいだけど・・・」

（Ｃさんのその後）

○閉じこもり状態の改善

認知症初期集中支援チーム員と息子が相談し、介護支援専門員(ケアマネ)を選定。ケアマネを交えてサービス利用について相談。本人の話をもとに、本人の知り合いが利用しているデイサービスを体験利用。すると、以前勤めていた職場の知り合いも利用しており、楽しく過ごすことが出来た。その後、デイサービスを本格的に利用。「今日はグランドゴルフだから」が口癖だったが、今では、「今日はデイサービスだから」が口癖になっている。

≪Dさんのケアパス≫



（Dさんの経過）

70 代男性。妻と二人暮らしであったが、妻が癌を患い入院。急遽一人暮らしになる。

○1 年ほど前にかかりつけ医で認知症と診断。薬やお金の管理が出来ず、貴重品を紛失しては、「盗られた」と訴える事もあった。本人一人での生活を心配した娘が急遽帰省。市の認知症専門相談で今後の事を相談し、認知症初期集中支援チームの介入要請をした。

○認知症初期集中支援チーム員は、かかりつけ医、介護支援専門員（ケアマネ）、娘と話し合った。

娘

自宅で介護サービス利用しながら施設入所を進めて行こう

○しかし、いざ娘が数日間本人と生活を共にしてみると、本人が同じことを何度も確認したり、火を消し忘れたり、家電を使えなかったり一人で生活することが難しい様子が見えた。本人の自宅での生活に不安を覚えた娘はその気持ちを、かかりつけ医に打ち明けた。

娘

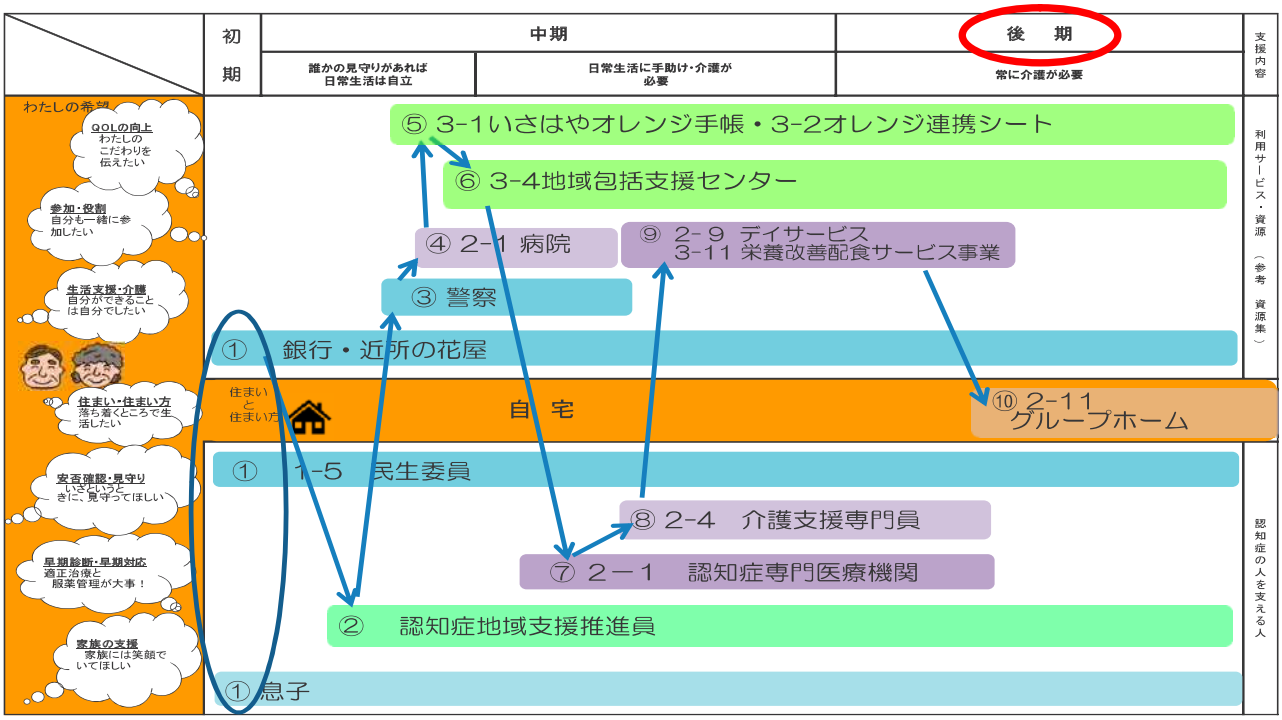
私にも生活がある。すぐ施設入所させてもらいたい

（Dさんのその後）

○介護者への認知症教育を行い在宅生活継続へ

かかりつけ医から情報提供があった認知症初期集中支援チーム員が娘と面談する機会を持った。オレンジ連携シートを用いて状況整理し、認知症の方への対応の仕方についてアドバイス。認知症初期集中支援チーム員の助言から、娘が改めて距離を置いて本人と接してみると、本人なりのペースで自宅での生活が出来る事がわかった。そこで再び自宅での生活を続けられるようケアマネとも相談。デイサービスと訪問介護（ヘルパー）を利用し、本人のペースで自宅での生活を続けられるようになった。娘も安心して、自分の生活へと戻っていった。

≪Ｅさんのケアパス≫



（Ｅさんの経過）

80 代女性一人暮らし。

○銀行で「息子にお金を振り込まなければならない」といって何度も引き出す。
　ある時は、「息子にお金を盗られた」等と訴える。認知症が疑われたため銀行から市に相談。

○認知症地域支援推進員が状況把握のため自宅を訪問。

本人

飼い犬と一緒に住めるところがあるなら引っ越したい。

民生委員：物忘れがあり、気になっていた。息子さんの相談に乗りたい。

花屋：近所をウロついていて心配していた。

銀行：最近少し痩せたような。

別居中の息子へ連絡を取り近所からの情報等を提供

私が言っても聞かない

一人暮らしは難しいのか？

息子

○深夜に外出していたところを警察が保護し、怪我をしていたため、病院に入院となる。
　病院ソーシャルワーカーと認知症地域支援推進員が連携し、息子と今後の対応を相談。認知症専門医療機関を受診し認知症の状態を評価した上で、退院後、介護サービスを暫定利用出来るよう地域包括支援センターにつなぐ。

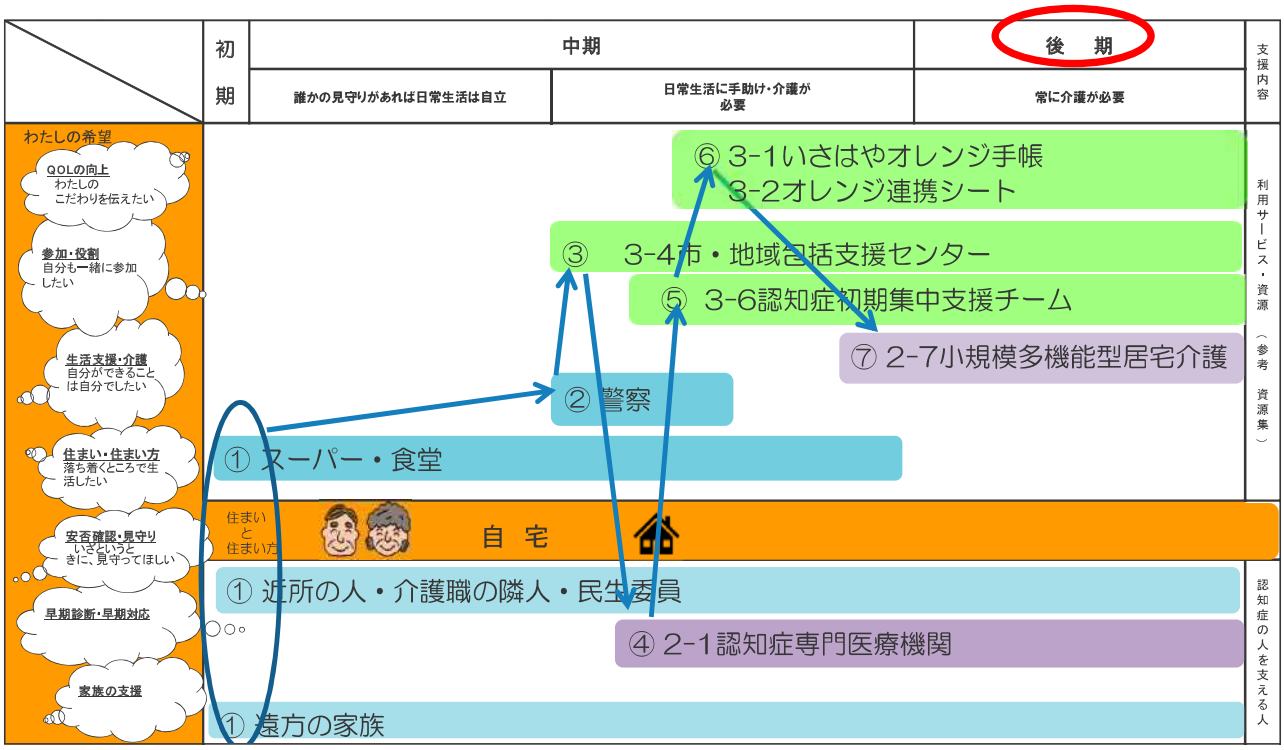
○要介護認定がおり、介護支援専門員(ケアマネ)の介入がスタート。デイサービスや栄養改善配食サービスを利用し在宅生活を継続した。

（Ｅさんのその後）

○温かい食事がありぬくもりがある家で暮らしたい

　グループホームに入所となる。飼い犬に新たな飼い主が見つかり、安心してグループホームへ入所する運びとなった。施設にもすぐに馴染まれ、小さい頃は家族で良く海水浴をしたことや疎開先での出会い等、昔の話を楽しそうに話され穏やかな日々を送っている。

≪Ｆさんのケアパス≫



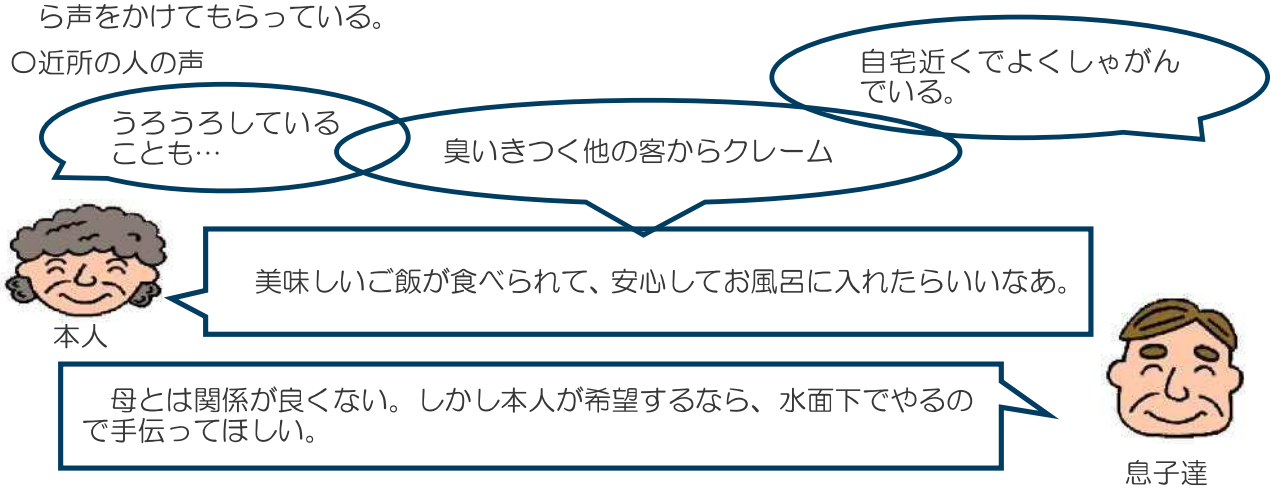
（Ｆさんの経過）

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。

○近所の人の声



（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。

5．認知症の人とそのご家族を支える支援

（１）諫早市認知症ケアパス：サービスや資源一覧

（認知症ケアパス共通版「サービス・資源」の番号、地域別ケアパスの番号とつながっています）

1-1　ふれあいいきいきサロン

閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持向上を目的に各地域の公民館などで開催されています。会話を中心とした高齢者の寄り合いの場です。
顔なじみの仲間が集うだけでも楽しい時間が過ごせます。活動的に過ごしましょう。

市内 148 箇所で開催（H29.12.1 現在）
主催　地区（校区）社会福祉協議会
連絡･問い合わせ先：諫早市社会福祉協議会（24-5100）
利用料：無料～300 円程度（サロンにより異なります）

1-2　認知症カフェ

認知症カフェは認知症の人や認知症の人を介護する家族が孤立せず、安心して暮らせるように、認知症の人や介護家族、医療関係者やボランティア、介護関係者などが気軽に交流できる場所です。

認知症の人、自らが語り、活動し、楽しめる

家族が、気持ちを分かり合える人と出会え、気軽に相談できる

運営スタッフがやりがいを感じる場

専門職（医療介護関係者）や地域住民が、認知症を理解し、ふれあい、つながる

地域住民が、自分が認知症になったときに安心して利用できる場を知る

参考文献：認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書　認知症の人と家族の会

～国の認知症施策総合戦略により、認知症カフェの設置を推進しています。～

市内の認知症カフェ　（平成２９年１２月１日　把握情報）

	市民ボランティア オレンジほっとカフェ諫早	和(なご)みカフェ	オレンジカフェ トレーニングサロン
日時	月１回　10 時半～14 時 月２回　13 時～15 時	第４土曜日 １０時～１６時	月・火・木・金 １０時～１５時
場所	スウェ-デンハウス・森ビル他	特別養護老人ホーム諫早中央	松竹ボクシングジム
参加費	昼食・茶菓 500 円、茶菓 300 円	飲み物とお菓子１００円	飲み物２００円、ランチ５００円
内容	歓談を中心に、講話・音楽療法・脳トレ・専門医個別相談等スタッフ 38 名（募集中）	ボランティアの方々も多数参加され、気兼ねなく話す事が出来るカフェです。	ストレッチ・絵画など、その方の趣味活動を取り入れる事もあります。介護相談あり。
連絡先	(長郷)　090-3738-1381	天恵荘(宮崎)２８－２３０４	(松竹)０９０－７４６２-１０７４

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

住み慣れた地域での社会参加や生きがいを高めるための活動をしています。ゲートボールやグラウンド・ゴルフも楽しんでいます。一人暮らし高齢者への友愛訪問活動や環境美化、郷土芸能や伝統技術の伝承活動にも取り組んでいます。地域別ケアパスの地域住民の声を参考にしてください。

ボランティアセンターでは、ボランティアに関する相談に応じ、活動支援、情報提供や登録などを行っています。

見守りネットワーク活動は、何らかの見守りが必要な人を対象に、日々の安否確認の声かけを中心とした近隣住民等による活動です。

ふれあい食事サービスでは、ひとり暮らしや援助が必要なふたり暮らしの高齢者世帯等を対象に、民生委員や地域のボランティアが、ふれあいと安否確認を目的に訪問して、弁当等を提供する活動をしています。

自治会：市役所地域づくり推進課（22-1500（代））
連合婦人会：婦人会事務局　大久保会長（22-5836）
老人クラブ：老人クラブ連合会事務局（24-6100）
ボランティアセンター・見守りネットワーク活動・ふれあい食事サービス
：諫早市社会福祉協議会（24-5100）
公民館講座・自主グループ：各公民館へおたずねください。

1-4　認知症の人と家族の会

介護家族が集まり、介護の相談、情報交換、勉強会などをおこなっています。「一人だけじゃない」「仲間がいる」と多くの介護者が参加されています。

「若年性認知症の人と家族の会つどい」も２か月に１回開催しています。

認知症の人と家族の会長崎県支部諫早つつじ会
連絡先：（代表）渡部　26-1763
日時：毎月第２木曜日　13 時～15 時
場所：諫早市民センター
内容：情報交換,資料提供･ミニ講話など

【電話相談（全国対象）】	【長崎県支部　認知症の電話相談】
0120-294-456 10 時～15 時 （※土日祝、夏季･年末年始を除く）	長崎市茂里町３-24 長崎県総合福祉センター県棟４階 火･金曜日　10 時～16 時 095-842-3590

認知症の人と家族の会本部〒602-8143 京都府京都市上京区堀川通丸太町下ル京都社会福祉会館内

1-5　民生委員活動

民生委員は、地域の中から選ばれ、厚生労働大臣の委嘱を受けて、無報酬で地域の人々の福祉向上のために活動するボランティアです。任期は 3 年で、「社会奉仕の精神」、「基本的人権の尊重」、「政党・政治目的への地位利用の禁止」を基本姿勢として、地域住民の皆さんの立場に立って活動を行っています。また、行政とのパイプ役としても役割を果たしています。

問い合わせ先：諫早市役所福祉総務課 22-1500（代）諫早市社会福祉協議会　24-5100

2-1 病・医院,歯科医院・薬局

日常の健康管理も含め、早いうちから相談ができるようにしましょう。

認知症の人の家族にも寄り添うことができる認知症サポーターがいる医療機関や薬局も増えてきています。歯科医院や薬局では、認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を行っています。

諫早医師会では物忘れ（認知症）相談医リストを作成し早期発見に努めています。かかりつけ医の先生と相談の上ご活用ください。

諫早医師会 物忘れ 相談医 リスト

医療機関名	住所	TEL	医療機関名	住所	TEL
いかり内科クリニック	福田町6-32	0957-22-3733	立川医院	高来町三部壱524	0957-32-3881
池田外科医院	山川町2-5	0957-26-3741	檀野医院	長田町2592	0957-23-9226
諫早そよかぜクリニック	津水町160	0957-49-8855	つるかわ内科	東小路町4-26	0957-22-2505
医師会訪問看護ステーション	泉町23-3	0957-22-1040	中村医院	多良見町化屋843	0957-43-0008
諫早記念病院	天満町2-21	0957-22-0370	西野内科医院	貝津町2330-1	0957-26-8817
一ノ瀬皮膚科医院	津水町160	0957-21-5501	野田医院	西里町23	0957-24-1777
イヌオ胃腸科外科医院	多良見町化屋716-1	0957-43-3022	ふじえクリニック	永昌東町9-26-3F	0957-21-5070
犬尾内科医院	泉町14-26	0957-22-0245	藤田内科医院	八坂町1-12	0957-22-0029
内川外科医院	天満町13-23	0957-22-3517	藤山循環器内科医院	高来町峰9-5	0957-32-2130
江藤外科消化器科	小野島町132-1	0957-21-0202	古川医院	高天町2612-1	0957-24-8300
おおすみ内科医院	山川町2番1号	0957-26-5377	ますだ小児科内科医院	多良見町シーサイド20-135	0957-43-7800
大沢医院	東本町2-8	0957-22-3688	みさかえの園あゆみの家	小長井町遠竹2727-3	0957-34-3115
大塚医院	永昌町9-2	0957-26-0684	満岡内科・循環器科	金谷町4-1	0957-22-2927
川ばた内科医院	上野町5-10	0957-23-5273	美南の丘クリニック	小川町595-1	0957-22-3730
草野内科小児科医院	永昌東町15-1	0957-23-1212	三村医院	東本町3-13	0957-22-0120
ごんどう循環器内科	厚生町6-1	0957-22-8850	宮本外科	西栄田町683	0957-25-0024
佐藤病院	小長井町井崎98	0957-34-2062	森医院	山川町2-11	0957-26-2501
澤田医院	宗方町16-5	0957-22-1178	八尾医院	有喜町244-1	0957-28-3380
慈恵病院	多良見町化屋995	0957-43-2115	山口みのる外科	野中町476	0957-24-3525
菅整形外科病院	小野町332	0957-23-2388	山崎病院	小長井町小川原浦656	0957-34-2007
高原内科循環器科医院	小船越町1144-8	0957-22-1740	山田クリニック	飯盛町開1825-1	0957-28-4888
たけさこ整形外科	多良見町化屋1100-7	0957-43-5615	吉田内科クリニック	宇都町19-16	0957-22-2962

諫早医師会 物忘れ 専門医療機関 リスト

医療機関名	住所	TEL	医療機関名	住所	TEL
あきやま診療所	城見町43-1	0957-23-8110	西諫早病院	貝津町3015	0957-25-1150
あきやま病院	目代町737-1	0957-22-2370	ひかり診療所	福田町357-4	0957-24-1108
JCHO諫早総合病院	永昌東町24-1	0957-22-1333	みどりの園病院	上大渡野町1157-4	0957-25-9011
小鳥居諫早病院	栄田町38-16	0957-26-3374	宮崎診療所	久山台9-10	0957-25-2050
城谷病院	堂崎町1288	0957-26-3860	宮崎病院	久山町1575-1	0957-25-4800
神宮司クリニック	永昌東町15-7	0957-21-6621	横尾クリニック	永昌東町1-45-4F	0957-21-1967
中島内科神経内科	永昌東町19-28-1F	0957-21-3746	横尾病院	川床町600	0957-22-1109

かかりつけ医･歯科医･薬局を持ちましょう。家での様子や、暮らしぶりが分かると、よりよいアドバイスができます。
認知症に関する「市民公開講座（年1回･9月）」も開催しています。

2-2 認知症疾患医療センター

認知症の専門医療の提供体制を強化するため、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行います。医療と介護の連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修を行い、地域の認知症医療に関する連携の中核的機能を持つ機関です。

ＪＣＨＯ諫早総合病院　認知症疾患医療センター
連絡先：0957-22-1333
8:30～17:00　月～金（土日祝日、年末年始を除く）

2-3 居宅療養管理指導／ 訪問診療・往診

居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが自宅を訪問して療養上の管理や指導をします。

訪問診療は、療養生活を送れるよう定期的に訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。往診は急変時など患者や家族の要望を受けて不定期に行う在宅医療です。

2-4 居宅介護支援事業所

要介護の認定を受けた方が日常生活を送る為に必要な介護サービスを利用することができるよう調整します。介護支援専門員（ケアマネジャー）がいます。相談は無料です。

サービス事業所一覧に居宅介護支援事業所を掲載しています。

介護サービスは利用の仕方、回数、料金だけでなく医療との連携が必要なこともあります。これまでとこれからの暮らし方を聞きながら、本人・家族の方のお手伝いをします。

2-5 訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが訪問し、食事や掃除、洗濯、買い物などの身体介護や生活援助をします。通院などを目的とした乗降介助もできます。

“献立を考えて買いに行って調理をする”これが難しくなっちゃって…料理が好きだったのに億劫になっていました。ヘルパーさんと一緒ならまだまだやれそうです♪おいしいごはんを食べると気持ちも元気になるよ。

2-6 訪問看護

病気や障害があっても、住み慣れたご家庭や施設などで、その人らしく療養生活が送れるように看護師などが訪問をして看護ケアや自立に向けた支援をいたします。

2-7 小規模多機能型居宅介護

通いを中心に、利用者の選択に応じて訪問や泊まりのサービスを組み合わせて多機能なサービスを受けることができます。

いきなり施設に入所するのは生活がガラッと変わるみたいで心配でした。これなら基本は住み慣れた我が家！通うだけでなく、お泊りと組み合わせて利用したり、職員さんが家に訪問もしてくれるので安心して自宅で暮らせます。

2-8 福祉用具貸与

日常生活の自立を助けるための福祉用具を借りることができます。借りる物によって介護度や条件が異なります。

参考：

認知症高齢者徘徊感知機器―認知症高齢者が部屋の外や屋外へ一人で出ようとした時など、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの

2-9 通所介護（デイサービス）

食事、入浴などの日常生活上の支援や行為向上のための支援を日帰りで行います。レクエリーションや季節事の行事も楽しめます。

あるデイサービスでは…
- 脳トレや計算、手作業で手指の訓練をして認知症予防に取り組んでいます。趣味活動や手作業で作品を秋の文化祭に出しています。
- 地域の盆踊りに一緒に参加しています
- 認知症の方の利用もあります。不安定になり、落ち着かない時には個別で付き添って外出し気分転換をはかっていますよ。

2-10 通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や医療機関などで、入浴などの日常生活上の支援や生活行為向上のためのリハビリテーションを日帰りで行います。

2-11 認知症対応型デイサービス

認知症高齢者を対象に食事や入浴、専門的なケアが日帰りで受けられます。レクリエーションや季節事の行事も楽しめます。

お風呂の入り方が分からなくなるとおうちで入ることも大変ですね。
温泉気分でお風呂に入ってさっぱりしましょう♪お手伝いします。

同居の母は１人にすると淋しがったり、具合が悪いと言いだします。いつも外出はバタバタでした…。デイサービスに行くようになり安心して用事が済ませられるようになりました。

毎日閉じこもり、友達が来るのを待っていた母。デイサービスでは顔なじみの人と昔話に花が咲くので嬉しい。

あるデイサービスでは…
- 職員さんがギターを演奏して、それに合わせてみんなで歌っています♪行き始めてから自宅でも歌を口ずさむようになりました。取り組める内容を個別で考えます。

2-12 有料老人ホーム　12 箇所

生活支援等のサービスがついた高齢者向けの居住施設です。

2-13 サービス付き高齢者住宅　16 箇所

高齢者の方が安心して居住できる賃貸の住まいです。

2-14 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）　23 箇所

認知症があり生活が困難な方が専門スタッフの支援を受けながら少人数で共同生活を送ります。

空き状況は諫早市グループホーム連絡協議会ホームページ（月 1 回更新）へ。

直接施設にも御確認ください。

事務局（株）ふるさと内 Te l 0957-28-3007 Fax 0957-28-3008

2-15 介護老人保健施設　5箇所

在宅への復帰を目的として入所し、心身の機能回復訓練を受けることができます。

(介護予防)短期入所療養介護（医療型ショートステイ）という短期間入所し、医学的な管理のもとで看護や機能訓練、日常生活上の世話などが受けられるサービスもあります。

2-16 介護療養型医療施設　8箇所

長期の療養を必要とする方のための施設で、医療、看護、介護、リハビリテーションなどが受けられます。(介護予防)短期入所療養介護（医療型ショートステイ）という短期間入所し、医学的な管理のもとで看護や機能訓練、日常生活上の世話などが受けられるサービスもあります。

2-17 介護老人福祉施設8箇所・地域密着型介護老人福祉施設4箇所

常に介護が必要で在宅での介護が困難となった方が入所します。食事、入浴、排泄などの介護を受けながら生活を送ることができます。地域密着型は、定員が 29 名以下という小規模な特別養護老人ホームです。

ここでは、「(介護予防)短期入所生活介護（ショートステイ)」が受けられます。これは介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に短期間入所し、日常生活上の世話や機能訓練などが受けられるものです。

2-15～17 ではショートステイ（短期入所）ができます。

介護保険サービス（２-４～11･14～17）を利用する際には、要介護認定が必要です。

要介護認定申請から介護サービス利用までの流れ

要介護認定申請　諫早市役所高齢介護課および支所地域総務課

本人または家族が申請するか、指定居宅介護支援事業者などに代行してもらいます。

申請には、介護保険被保険者証が必要です。 40～64 歳（第２号被保険者）で若年性認知症などで 16 種類の特定疾病があり、申請を行なう場合は、医療保険証が必要です。

市調査員が訪問して、心身の状態を確認するための認定調査を実施するとともに、市が主治医に意見書の依頼をします。

介護認定審査会が要介護度の判定をします。

↓

要介護認定結果通知

認定は要支援 1･2 から要介護 1～5 までの７段階及び非該当に分かれます。

↓

介護（介護予防）サービス計画書（ケアプラン）の作成

○「要介護 1～5」：介護支援専門員（ケアマネジャー）のいる居宅介護支援事業所 2-4 へ依頼

○「要支援 1」「要支援 2」：地域包括支援センター 3-4 へ依頼します。

※ケアプランとは、どのような介護サービスをいつ、どれだけ利用するかを決める計画のことです。

※介護保険のサービスを利用するときは、まず、介護や支援の必要性に応じてサービスを組み合わせたケアプランを作成します。

↓

介護サービスの利用

介護（介護予防）サービス計画書（ケアプラン）に基づき、介護サービス事業所と契約を結び、サービスを利用します。

3-1　いさはやオレンジ手帳の配付
「いままで生きてきた暮らしや思い・希望」を記入する

認知症に備えて元気な頃から必要な情報をまとめることができる手帳です。この手帳が、医療や介護サービスを利用するときに安心できる「時間」や「場所」をつくるヒントとなります。

3-2　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」

認知症になったとき、医療機関や介護機関等が連携し、ご本人やご家族が安心して医療や介護サービスを受けられるようにする為のものです。ご家族や周りの人が分かること・気づいたことについて記入した内容がその人にあった医療やケアにつながり、穏やかな生活を支える手助けになります。

諫早市高齢介護課・地域包括支援センターで、いさはやオレンジ手帳のみ支所地域総務課で配付しています。　問い合わせ先：諫早市役所高齢介護課　22-1500（代）

いさはやオレンジ手帳・連携シート配付協力事業所一覧

配付協力薬局（いさはやオレンジ手帳配付）　　H29．12.1現在

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
中央部	いずみ薬局	泉町17－16	0957－56－8115
	かなや調剤薬局	金谷町11－17	0957－47－9941
	コスモス薬局	東小路町4－27	0957－24－2425
	幸盛堂薬局本店	栄町2－15	0957－24－1547
	しめんばし薬局	天満町5－6	0957-36-5333
	ニコニコ調剤薬局	東小路町10－28	0957－24－0800
	はーとふる薬局	金谷町3－29	0957－47－6161
	東小路薬局	東小路町12－7	0957-47-8522
北部	カサマツ薬局	山川町1－5西諫早団地2号棟1F	0957－26－2814
	しらぬひ薬局	永昌東町9－23	0957－22－3430
	ﾊﾟｻｰｼﾞｭしらぬひ薬局	永昌東町246	0957－21－0311
	そうごう薬局真崎店	真崎町1610－14	0957-27-1411
	中央薬局	永昌東町15－8	0957－35－1010
	フラワー薬局	永昌東町13－6	0957-22-9088
	ふれあい薬局	栄田町31－48	0957-25-1092
	ヤクシン薬局　御館山店	永昌町706－4	0957－44－8300
	ゆきざわ薬局	山川町3－4	0957－26－7373
	れもん薬局	永昌町5－13井上興産ビル1F	0957-26-0033
西部	そうごう薬局諫早久山台店	久山台10－1	0957-47-6061
	西諫早薬局	貝津町3023－1	0957－25－3505
南部	そうごう薬局諫早小野町店	小野町332－1	0957－56－9831
東部	むつごろう薬局	白浜町2612－11	0957－23－9277
	こながい薬局	小長井町小川原浦654－1	0957－34－2700

※ホームページ非公開希望の薬局は掲載しておりません。

配付協力介護サービス事業所（いさはやオレンジ手帳・オレンジ連携シートの配付）

5-（2）地域別認知症ケアパス：介護サービス一覧表サービス事業所一覧（P61～72）をご覧ください　（オレンジ色を付けています）

3-3 認知症の正しい理解を進める「認知症サポーター養成講座（出前講座）・いさはやオレンジ手帳書き方講習会・認知症講演会・認知症多職種協働研修」

認知症サポーター養成講座

○講　師　　認知症キャラバンメイト
（認知症についての研修を受けたボランティアです）
○対象者　　自治会、老人会、子ども会、企業、スーパー、銀行、郵便局、小中学校、お友達同士、サークルなど、10 人以上のグループ
○内　容　　認知症の症状、認知症の人への接し方、家族の思い、サポーターにできることなど
○時　間　　60 分～90 分
○場　所　　諫早市内
○日　時　　申し込み時に、希望日時や場所をお知らせください
○受講料　　無料

認知症サポーターとは、認知症を正しく理解してもらい認知症の人や家族を温かく見守る『応援者』です。そのうえで、自分のできる範囲で活動について協力をお願いします。

いさはやオレンジ手帳書き方講習会

○講　師　　認知症キャラバンメイト
（認知症についての研修を受けたボランティアです）
○対象者　　65 歳以上の市民で 10 人以上のグループ
老人会や自治会、婦人会、ふれあいいきいきサロンなど
○内　容　　認知症の症状、認知症の人への接し方の講話と手帳の記入
○時　間　　60 分～90 分
○場　所　　諫早市内
○日　時　　申し込み時に、希望日時や場所をお知らせください

認知症講演会　～認知症の人にやさしい地域づくり～

認知症を正しく理解し、住み慣れたところで安心して暮らせる地域を目指して講演会を開催しております。お気軽にご参加ください。
○年１回　　開催が近まりましたらご案内いたします。

認知症多職種協働研修

認知症の方の意思決定支援や初期対応などをテーマとした医療職や介護職などの研修を開催しています。オレンジ連携シートを馴染みのシートとするための研修でもあります。

問い合わせ先：諫早市高齢介護課 22-1500（代）

相談機関

3－4 地域包括支援センター

地域で暮らす高齢者のみなさんが、住み慣れた地域でいつまでも健やかに生活していけるように相談対応し、介護、福祉、健康、医療などの総合的な支援を行います。
地域住民や医療･介護職との地域支援ネットワーク等をつくるために地域ケア会議を開催しています。

市内に５か所あり、担当する町（地域）が分かれています。

市内に設置する5つの地域包括支援センター

圏域	住所	電話番号	町名
中央部	諫早市宇都町 29-1 (健康福祉センター内)	0957-27-0730	東小路町、高城町、仲沖町、上町、栄町、八坂町、本町、東本町、旭町、厚生町、幸町、八天町、西郷町、新道町、立石町、上野町、野中町、船越町、原口町、西小路町、宇都町、福田町、泉町、金谷町、城見町、天満町、日の出町、本明町、目代町
北部	諫早市山川町 2-13 竹下ビル	0957-25-7030	小船越町、中尾町、山川町、馬渡町、本野町、富川町、湯野尾町、上大渡野町、下大渡野町、永昌町、永昌東町、栄田町、西栄田町、破籠井町、真崎町、堀の内町、津水町、白岩町、堂崎町、大さこ町
西部	諫早市多良見町化屋 1800 (諫早市たらみ会館内)	0957-43-3330	久山町、久山台、貝津町、若葉町、津久場町、青葉台、貝津ヶ丘、飯盛地域、多良見地域
南部	諫早市森山町下井牟田 1238 (森山保健センター内)	0957-35-2887	小ヶ倉町、小川町、鷲崎町、川床町、平山町、土師野尾町、栗面町、松里町、有喜町、早見町、天神町、中通町、鶴田町、赤崎町、黒崎町、小野町、小野島町、川内町、長野町、宗方町、森山地域
東部	諫早市高来町三部壱 528(高来支所内)	0957-32-6556	小豆崎町、西里町、中田町、御手水町、大場町、白木峰町、長田町、正久寺町、高天町、白浜町、白原町、猿崎町、高来地域、小長井地域

※住所地を担当する地域包括支援センターへご相談ください

相談機関

３－５　認知症相談・専門相談

認知症相談では、認知症に関する心配事、困りごとについて、認知症地域支援推進員が対応します。介護や医療との連携も行います。

（認知症専門相談）

認知症専門嘱託医、認知症地域支援推進員、保健師が認知症やその心配がある高齢者、認知症の家族、介護サービス事業所職員を対象に認知症の人への対応、医療や介護に関する様々な相談に応じます。（料金無料　要事前予約）

日時：毎月第２金曜日　13:30～15:00

場所：諫早市役所２階　２－１会議室

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-6 認知症初期集中支援チーム

認知症の方（疑いのある方）やご家族を訪問して、お話させていただき必要に応じて、認知症に関する情報の提供や医療機関の受診、介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び心理的なサポートや助言を行います。

(従事者)

認知症専門嘱託医と認知症の専門知識を持つ認知症地域支援推進員・保健師で構成

(対象者)40 歳以上で自宅で生活をしており、認知症（疑い）の症状などでお困りで以下の方

介護サービスにつながらない…

認知症の症状が強くて、サービス利用や介護に困っています

認知症の治療を拒否しています

認知症の診断を受けたいが受診を拒否しています

相談無料　　プライバシーは守られます！

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-7 緊急通報システム

日常生活に不安がある一人暮らし高齢者等に GPS（衛星利用測位システム）携帯通報装置を貸与し、その機能による常時の位置確認、緊急通報時の家族への連絡や警備員の駆けつけ対応等を行います。利用料は介護保険料率の段階に応じて異なります。

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-8 要援護者台帳

緊急時などに地域の中で必要な支援が受けられるようにするために登録します。台帳には要援護者の住所、氏名、生年月日、連絡先、家族構成、そのほか支援に必要な情報など、個人情報が記載されます。その情報は、同意のもと、市の関係部署や消防署、地域の民生委員・児童委員や自治会などに提供し日頃の見守りや災害時の支援体制を整える為に活用します。

> 要援護者とは・・・
>
> 1 人暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯、昼間高齢者のみになる世帯の高齢者、障害のある人、介護保険の要支援及び要介護認定者、その他災害時に災害情報の入手・避難の判断または避難行動を自らおこなう事が困難で、第三者の支援を必要とする人

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-9 認知症徘徊高齢者見守り事業

認知症の方が、家に戻れなくなったり、行方不明となったりした時、早期に発見でき、ご本人の安全とご家族への支援を図ります。

オレンジ見守りペンダント等配付事業

（配付物と使用方法）

① ペンダント	・首からさげて、カプセルの中に住所や氏名・電話番号を記入する。
② アイロンプリントネーム	・財布やバッグ、よく着る服の襟の裏などに、さりげなく貼る。 ・表示内容は変更可能。
③ 靴用ネームシール	・靴のかかとや側面部分に貼る。
④ 反射テープ	・靴のかかとや側面（外側）部分に貼る。※車のライトが当たるとよく光る特殊なテープです。
⑤ いざという時シート	・行方不明時に必要な情報をあらかじめ準備しておくもの

GPS（衛星利用測位システム）携帯発信装置の貸与

利用料および機能について

		ミマモルメ（小型タイプ）	ココセコム
利用料金		月額 691 円	月額 540 円
		所得段階※1に応じ、1/4、半額、3/4 又は全額を市が負担	
位置情報の確認	インターネット	可能（無料）	可能（1回 108 円税込） 月2回までは無料
	電話	できない	1回 216 円
機能		〈発信ボタン機能〉 自分の居場所や帰り道がわからなくなったときに、本体中央のボタンを押すと、登録メールアドレスに現在地が通知される 〈範囲設定機能〉 行動範囲を設定し、範囲外へ出た場合に登録メルアドへ通知 〈スケジュール機能〉 毎日設定した時間に自動で位置検索を行い、登録メールへ通知	〈電話による位置確認〉 専門のオペレーションセンターを通じ、電話で位置を確認する。 〈現場急行サービス〉 要請があった場合には本人のところへ緊急対処員が駆けつける。 ・一時間あたり 10,800 円 所得段階に応じ 1/4、半額、3/4 又は全額を市が負担。
初期費用		加入料　6,372 円	加入料　　5,400 円
		市民税非課税世帯は全て市が負担	
		-	付属品代金 2,160 円
		バッテリー交換費用	バッテリー交換費用
		6,372 円（3年に1回）	2,268 円（1年半に1回）

すべて税込み価格　　※1　所得段階　介護保険料の段階に応じた負担額

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-10 介護予防教室

地域で自分らしく、自立した生活を続けられるように介護予防を目的とした教室を開催しています。運動器機能、認知機能、栄養改善、口腔機能の向上に取りくむ、筋トレ・脳トレ・口（くち）トレ（お口の健康）・手ばかり栄養・若返り体操教室があります。

市内２５か所で毎月開催しています。無料です。

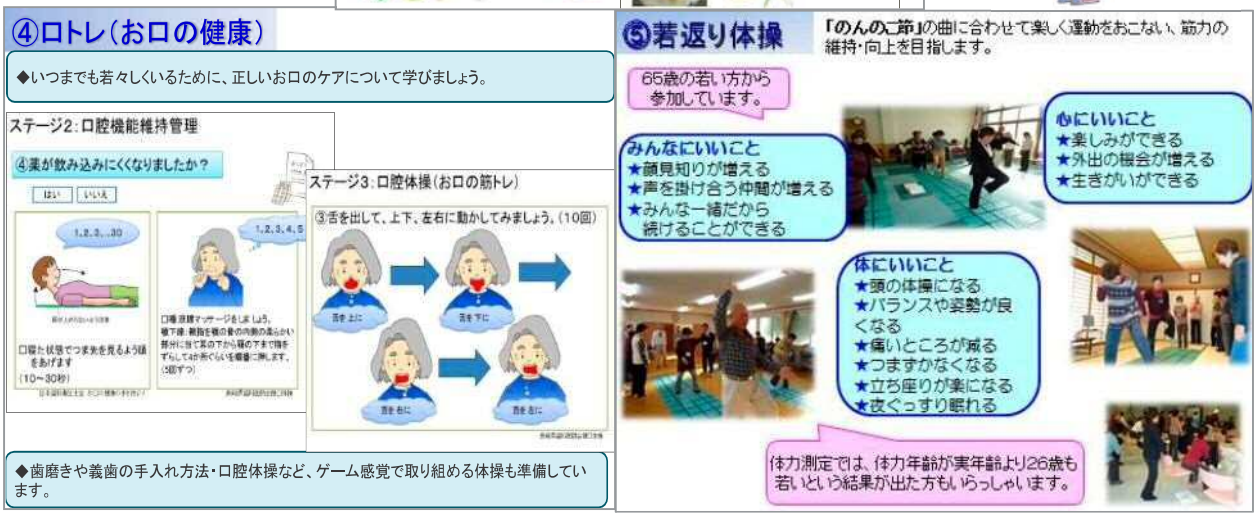
教室で覚えたことを家でやったり、地域の会合（サロン・老人クラブ）でもしようよ。

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でいる秘訣です！

継続したいね。

カードを見ながら簡単にできるよ。

皆でやるといいね。



問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-11 栄養改善配食サービス事業

地域におけるネットワークの一つとしてひとり暮らし高齢者等に対し、配食サービスを活用し、その安否状況を定期的に把握します。

〇対象者：65 歳以上の単身世帯や高齢者のみの世帯、これに準ずる世帯に属する人で、
栄養改善が必要な要支援・要介護の認定者

〇サービス内容：原則週 3 回以内の夕食を配達し、高齢者の安否を確認します。

〇利用料： 460 円/1 食（低所得者については軽減措置有り）

問い合わせ先：諫早市高齢介護課　22-1500（代）

3-12 日常生活自立支援事業

福祉あんしんセンター（諫早市社会福祉協議会）では、判断能力が不十分なために、日常生活に困っている方に対して、自立した地域生活が安心して送れるように福祉サービスなどの利用の手続きの援助や代行、利用料の支払いなどを支援します。

日常の金銭管理、生活改善の為の情報提供、書類等の預かりサービスがあります。

問い合わせ先：諫早市社会福祉協議会　24-5100

3-13 任意後見制度

任意後見制度は本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来自己の判断能力が不十分になったときの後見事務の内容と後見する人（任意後見人）を、自ら事前の契約によって決めておく制度です。　　相談先：公証役場・弁護士・司法書士等

3-14 成年後見制度

成年後見制度は、認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない方について、その方の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことで法律的に支援する制度です。

成年後見申立相談援助事業

諫早市市社会福祉協議会（TEL24-5100）では、これから成年後見制度を利用したいとお考えの方からの制度の仕組みや制度の利用にあたっての手続きなどに関する相談に応じます。

地域包括支援センターでは、成年後見制度の紹介や消費者被害の未然防止などの相談に対応しています。

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅サービス 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
		① 西部圏域　【真津山小校区・多良見地域・飯盛地域】																	
1	真津山小校区	長崎呼吸器リハビリクリニック	貝津町1694	25-2323							○								
2	真津山小校区	グループホーム貝津	貝津町2239-2	25-4100											9				
3	真津山小校区	サービス付き高齢者向け住宅　西諫早	貝津町2884	25-0100										22					
4	真津山小校区	にしいさはやヘルパーステーション	貝津町3015	26-9221		○													
5	真津山小校区	西諫早訪問看護ステーションのんのこ	貝津町3015	27-1400			○												
6	真津山小校区	にしいさはやケアプラン・センター	貝津町3015	20-9133	○														
7	真津山小校区	ろうけん西諫早	貝津町3015	25-2266							○					100			
8	真津山小校区	宮崎病院訪問看護ステーション	久山台10-5	25-5800			○												
9	真津山小校区	宮崎病院指定ケアマネジメントセンター	久山台10-5	25-7755	○														
10	真津山小校区	宮崎病院	久山町1561-4	25-4800							○								
11	真津山小校区	ミニデイサービス　かめの家	久山町1751	47-6515						○									
12	多良見地域	ケアプランセンターじゅげむ	多良見町市布1257	47-6413	○														
13	多良見地域	デイサービスセンターじゅげむ	多良見町市布1272-3	43-3534						○									
14	多良見地域	プランナースみなみ	多良見町囲490-3	080-1533-0056	○														
15	多良見地域	たらみ・いいもりケアマネジメントセンター	多良見町木床1558	28-5335	○	○				○									
16	多良見地域	リハプライド・喜々津駅	多良見町化屋754-16	47-5554						○									
17	多良見地域	中村医院	多良見町化屋843	43-0008													6		
18	多良見地域	（株）アステム長崎支店	多良見町化屋965-4	47-5513					○										
19	多良見地域	日本赤十字社長崎原爆諫早病院訪問看護ステーション	多良見町化屋982-2	47-6344			○												
20	多良見地域	日本赤十字社長崎原爆諫早病院	多良見町化屋986-2	43-2111							○								
21	多良見地域	介護老人保健施設恵風園	多良見町化屋995	43-2116							○					100			

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
22	多良見地域	慈恵病院ヘルパーステーション“ききつ”	多良見町化屋995	28-5040		○													
23		慈恵病院ケアマネジメントセンター	多良見町化屋995	28-5533	○														
24		慈恵病院訪問看護ステーション	多良見町化屋995	28-5511			○												
25		たけさこ整形外科	多良見町化屋1100-7	43-5615	○						○						4		
26		グループホームたらみ（小規模多機能型居宅介護事業所）	多良見町化屋1235	43-1682 43-3820				○							18				
27		デイサービスみすず	多良見町中里1738-1	51-6206						○									
28		グループホーム野の実	多良見町舟津299-6	44-1991											18				
29		グループホームゆうき	多良見町元釜5-15	44-1765											18				
30		デイサービスまりん・訪問看護ステーションみかん	多良見町元釜5-15	44-1316		○				○		○							
31		在宅型有料老人ホームありびお	多良見町元釜5-15	44-1316									30						
32		エコソール居宅介護支援事業所	多良見町元釜5-15	44-1652	○														
33		すばる診療所	多良見町元釜5-15マリンビュー５階	28-7788							○								
34		グループホームおおくさ	多良見町元釜555	44-1917											9				
35		真和荘（真和荘居宅介護支援事業所・デイサービス）	多良見町元釜556	44-1311 44-1344	○							○							50
36	飯盛地域	グループホーム「あじさいの家」	飯盛町後田1643-1	48-1972											9				
37		サービス付き高齢者向け住宅あじさい	飯盛町後田1644-1	48-1972 48-2811										10					
38		デイサービスあじさい	飯盛町後田1648-2	48-2811						○									
39		特養いいもり	飯盛町開48	48-2270	○					○		○							50
40		いいもりデイサービスセンター	飯盛町中山35-1	48-2666						○									

②北部圏域［真津山・真城地区（真津山小除く）・明峰地区］

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
		② 北部圏域　【真津山・真城地区（真津山小除く）、明峰地区】																	
1	明峰地区	福田消化器内科医院	永昌町5-22	26-5959													6		
2		訪問介護あん・あん	永昌町12-12	27-1223		○													
3		長崎県看護協会ケアプランセンター諫早	永昌町23-6	28-9200	○														
4		長崎県看護協会　訪問看護ステーションいさはや	永昌町23-6	25-8410			○												
5		長崎県看護協会ヘルパーステーションいさはや	永昌町23-6	25-4612		○													
6		ふくしサービスセンターねこのて	永昌東町1-36	22-3102		○													
7		ニチイケアセンター諫早	永昌東町9-26	35-8090	○	○													
8		デイサービスうぇるずらいふ諫早駅前	永昌東町9-26ニューウィンドビル１階	21-5757						○									
9		訪問看護ステーションこば	永昌東町１６番６号きみまち荘１Ｆ	35-8010			○												
10		グット・リンク諫早	栄田町14-13	49-8155					○										
11		（有）リハテック・エフ	栄田町22-35	25-4530					○										
12		デイサービスセンターきらら	栄田町25-24	46-5711						○									
13		ヘルパーステーションきらら	栄田町25-24	46-5712		○													
14		ケアホーム栄田	栄田町25-24	25-5880										27					
15		地域密着型特別養護老人ホーム　椿寿荘	栄田町582-1	26-3191														29	
16		ケアプランセンター椿寿荘	栄田町582-9	28-9103	○														
17		ヘルパーステーション椿寿荘（ケアハウス第二椿寿荘）	栄田町582-9	28-9101		○													
18		エステイ・ケアサービス	下大渡野町3-1	25-5661					○										
19		小規模多機能型居宅介護事業所きらら	本野町2-1	25-3800				○											
20		真寿苑訪問介護事業者	本野町2-1	25-1565		○													
21		真和レジデンス	本野町2-1	25-6335										30					

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
22	真津山・真城地区	（株）スズキ自販長崎諫早西店福祉車輛課	小船越町554-1	24-2320					○										
23		デイサービス　こもれび	小船越町792-2	47-8201						○									
24		デイサービス絆	小船越町1215	23-2722						○									
25		デイサービスやまぶき	白岩町15-21	25-7958						○									
26		住宅型有料老人ホーム　やまぶき	白岩町15-22	25-3670									11						
27		有限会社　広栄通信	白岩町21-11	26-2100					○										
28		リハビリテーションケア　デイサービス利楽	白岩町27-3	25-7225						○									
29		デイサービス　未來（みらい）	白岩町35-3	090-1368-7528						○									
30		ジュエリー	白岩町41-1	25-0646						○									
31		住宅型有料老人ホーム　ひだまり	堂崎町15-13	26-3860									15						
32		居宅介護支援事業所しあわせ（デイサービスセンターしあわせ）	堂崎町15-14	26-2993	○					○									
33		サービス付き高齢者向け住宅　彩絆	真崎町877-1	47-9962										10					
34		小規模多機能居宅介護施設　おおいし	真崎町1738	49-8731				○											
35		居宅介護支援事業所 楓（デイサービスさくら草）	馬渡町5-83	25-3670	○					○									
36		リハビリコミュニティ　リラク	馬渡町7-6	25-8200						○									
37		デイサービスセンター和やまかわ	山川町2-6	56-9380						○									

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅サービス 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
		③ 中央部圏域　【北諫早・中央地区】																	
1	北諫早・中央地区	旭ヘルパーステーション	旭町13-41	21-7577		○													
2		ケアプランセンター伊和咲	旭町13-41	21-7577	○														
3		犬尾内科医院	泉町14-26	22-0245							○						6		
4		訪問介護ステーション　ハート（訪問看護ステーション）	泉町20-20	47-9533 47-6152		○	○												
5		諫早医師会居宅介護支援事業所「たんぽぽ」	泉町23-3	22-1040	○														
6		諫早医師会ヘルパーステーション「たんぽぽ」	泉町23-3	22-2550		○													
7		諫早医師会　訪問看護ステーション「たんぽぽ」	泉町23-3	22-1040			○												
8		ヘルプステーションステップ	泉町27-33	47-9788		○													
9		ヘルパーステーション笑笑	上野町18-7	47-9955		○													
10		レゴス	金谷町15-29	23-7559		○													
11		デイサービスセンター第二彩音	西郷町926	47-8401						○									
12		リハプライド　伊佐早	幸町22-12	22-2233						○									
13		デイサービスセンター暖家	幸町64-15	22-7581						○									
14		ケアプランセンターさいわい（小規模多機能ホーム　暖家）	幸町64-20	22-7890	○			○											
15		ジャストインケア諫早営業所（デイサービスよろこび）	幸町294-1	21-1255	○	○				○									
16		ジャストイン諫早　（ジャストイン諫早２号館）	幸町294-1	21-1255										51(40)					
17		遊湯シニアランド	幸町294-1	21-1126						○									
18		訪問介護　ケアメイド	城見町22-16	56-8216		○													
19		しろみ（特別養護老人ホームしろみ）	城見町43-1	21-6263	○					○		○							50
20		ライフステージ「日の出の杜」	城見町1919-2	22-9000										8					
21		諫早記念病院介護サービス「ひまわり」	天満町2-21	22-2902	○														

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ										施設サービス（定員）			
						2-5 訪問介護	2-6 （ステーションのみ記載）訪問看護	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
22	北諫早・中央地区	諫早記念病院介護サービス「ひまわり」	天満町2-21	22-0353							○								
23		ケア・サポートいさはや	天満町2-26	21-7900						○									
24		ケア・サポートいさはや	天満町6-1	47-9612	○	○													
25		ウェルケア天満　（諫早記念病院訪問看護ステーション）	天満町6-1	47-9612			○							24					
26		介護予防デイサービスクローバー・ガーデン諫早	天満町19-14-101	21-9608						○									
27		デイサービスセンター和てんまん	天満町58-25	46-5366						○									
28		デイサービス　春の小路	西小路町691-8	47-8539						○									
29		サービス付き高齢者向け住宅　春の小路	西小路町693-1	47-8539										20					
30		（福）寿光会ケアプランセンター	野中町648-7	47-6654	○														
31		地域密着型介護老人福祉施設　諫早中央	野中町648-7	47-6511														29	
32		特別養護老人ホーム諫早中央	野中町648-7	47-6651														29	
33		上山ケアプランセンター（上山デイサービスセンター）	野中町657-1	46-5627	○					○									
34		デイサービスセンターひなたぼっこ	八天町17-33	22-9000						○									
35		デイサービスセンター彩音	原口町667-7	35-5588						○									
36		リハビリテーションあいのわデイサービス	東小路町12-8	56-8669						○									
37		ヘルパーステーションしあわせ應援團	東小路町14-1	46-3355		○													
38		ケアプランセンターいさはやの里	東本町2-4	35-0005	○														
39		ヘルパーステーションねむの木諫早	東本町5-17	47-9070		○													
40		ケアガーデンオアシス（グループホームつきとほし）	福田町2-22	35-5180	○					○					18				
41		訪問介護事業所まごころ（まごころデイサービス事業所）	福田町23-3	24-0202		○				○									
42		ケアプランセンター諫早福祉会（ヘルパーステーション諫早福祉会）	福田町30-36	46-5380	○	○													
43		あんしんハウス諫早	福田町32-2	24-0008										27					
44		小規模多機能型居宅介護　よんしゃい	福田町32-2	22-3202				○											

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
45	北諫早・中央地区	デイサービスいこう	福田町32-2	46-5559						○									
46		ケアプランセンター福田 訪問介護事業所	福田町32-2	21-2955		○													
47		（福）福翠会　ケアプランセンター福田	福田町32-2	46-5559	○														
48		リハビリ　ケアプランセンター　あいのわ	福田町38-51	47-6986	○														
49		リハビリテーション　あいのわデイサービス　２nd	福田町38-51	47-6869						○									
50		リハビリヘルパーステーション　あいのわ	福田町38-51	47-6986		○													
51		訪問看護･リハビリステーション　あいのわ	福田町38-51	47-6869			○												
52		訪問看護ステーションきらり	福田町357	47-9885			○												
53		諫早なかよし村21（このゆびとーまれ）	福田町443-1	21-6050						○									
54		グループホームいさはや	福田町1673-8	35-4011											14				
55		善隣荘　（地域密着型介護老人福祉施設　善隣荘）	福田町2366-1	23-3021														25	30
56		龍美会（善隣荘）	福田町2366-1	23-3021	○					○									55
57		ウェルネスセンターいやしの館　蓮の里	福田町2412-3	22-5911									8						
58		デイサービス　ささえあい	福田町2729-3	47-8849						○									
59		グループホーム花の里	福田町3316-3	21-1323											18				
60		デイサービスセンター花の里	福田町3316-3	21-7778						○									
61		グループホーム福田	福田町3346-5	21-6768											9				
62		居宅介護支援事業所ひばり	船越町612-3	22-2200	○					○			5						
63		有料老人ホーム　ふれあい船越	船越町658-1	22-2610									16						
64		ふれあい船越デイサービスセンター	船越町658-2	22-2610						○									
65		ヘルパーステーションあおぞら	船越町892-2	22-6815		○													
66		訪問看護ステーションあおぞら	船越町892-2	22-0267			○												
67		グループホーム本明の家	本明町455-1	25-1152											9				

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ										施設サービス（定員）			
						2-5 訪問介護	2-6 （ステーションのみ記載）訪問看護	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
68	北諫早・中央地区	デイサービスセンターしみず	本明町1055-10	25-2723								○							
69		訪問介護こすもすファミリー	目代町2130-6	22-8779		○													
70		伊和咲デイサービスセンター	八坂町4-25	21-9133						○									
71		デイサービスひだまり	八坂町7-26	22-4701						○									

④南部圏域［小栗地区・有喜地区・小野地区・森山地域］

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
		④ 南部圏域　【小栗地区・有喜地区・小野地区・森山地域】																	
1	小栗地区	ゆるり　（サービス付き高齢者向け住宅　慶月）	栗面町810-2	24-2818 21-1177	○	○				○				31					
2		サービス付き高齢者向け住宅　慶月	栗面町810-2	21-1177										31					
3		グループホームくれも	栗面町810-2	24-0811											18				
4		ケアサービスあかり（デイサービスあかり）	栗面町814	47-9094		○				○									
5		ケア・ステーションオリーブ	土師野尾町1833-1	47-6007	○														
6		ケアプランセンター平和	平山町835-4	36-5790	○														
7		デイサービスセンター和	平山町836-1	36-5060						○									
8		（株）新和メディカル　諫早営業所	鷲崎町308-7	47-6618					○										
9		きぼうの森	小川町331	47-8951										13					
10		有料老人ホーム　イーハトーブ諫早	小川町453-1	21-1810									54						
11		ケアプランイーハトーブ（デイサービス小川・ケアホーム）	小川町595-35	21-1810	○					○				65					
12		福祉用具レンタル、販売カワトコ	川床町257-1	47-9092					○										
13		（株）ニッショウ諫早営業所	川床町376-1	35-1241					○										
14	有喜地区	グループホームイーハトーブ	有喜町151-10	28-6330											9				
15		訪問介護事業所福寿園	有喜町537-1	28-2211		○													
16		天恵荘（和心園）	有喜町537-5	28-2304		○				○									88
17		介護療養型老人保健施設恵愛荘	有喜町593-1	28-6570												100			
18		グループホーム恵	有喜町593-2	28-0955											9				
19		訪問介護事業所光明荘	有喜町637	28-2963		○													
20		居宅介護支援事業所恵仁荘（介護老人保健施設恵仁荘）	有喜町648	28-3267	○						○					100			
21		グループホームふるさとの丘・山鳩の里	中通町993-7	28-3007											18				
22		通所リハビリテーションふじわら	松里町31-3	28-2214							○								

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 （ステーションのみ記載）訪問看護	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
23	小野地区	「菅整形」	小野町332	23-2388	○						○								
24		（株）福岡九州クボタ長崎事務所	小野島町1416-1	23-6121					○										
25		デイサービスセンターかすみ荘	小野島町1565-1	21-2910						○									
26		姉川病院ケアプランセンター（姉川病院）	小野島町2378-2	24-3180	○						○								
27		小規模多機能型居宅介護事業　小野	長野町1007-4	21-1442				○											
28		デイサービス　富士山　・ショートステイ　富士山	長野町1413-3	35-4848						○									
29		居宅介護支援事業所富士山	長野町1413-3	35-4848	○														
30	森山地域	（株）アルタテ	森山町唐比北609-11	36-2200					○										
31		秀峰荘　ケアプランセンター	森山町唐比西124-5	36-1777	○														
32		秀峰荘（唐比温泉秀峰荘）	森山町唐比西124-5	36-1777						○									50
33		グループホームからこ	森山町唐比西1125-2	36-0011											18				
34		デイサービスからこ	森山町唐比西1125-3	36-0011						○									
35		訪問介護からこ	森山町唐比西1125-3	36-1964		○													
36		住宅型有料老人ホーム　ウェルファーハウスさくら	森山町唐比西1125-3	36-1964									30						
37		唐比病院	森山町唐比西1165	36-0011	○						○						43		
38		グループホーム静豊庵	森山町慶師野778	35-2022											18				
39		認知症対応型デイサービス静豊庵	森山町慶師野784	20-5555								○							
40		デイサービス洗心庵	森山町慶師野793	35-2384						○									
41		グループホームコーヒーの家・紅茶の家	森山町杉谷2898-1	36-1670											18				
42		居宅介護支援事業所森の里（デイサービスセンター森の里）	森山町杉谷2899-2	36-3434	○					○									
43		森の駅	森山町杉谷2902-1	36-1124										29					
44		ヘルパーステーション森の里	森山町杉谷2902-1	36-3434		○													

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

■は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
		⑤ 東部圏域　【長田地区・高来地域・小長井地域】																	
1	長田地区	デイサービスセンターひだまりの里aim	小豆崎町547	47-5853						○									
2	長田地区	御手水の杜まごころデイサービス	御手水町936	24-8787						○									
3	長田地区	古川医院	高天町2612-1	24-8300	○						○						8		
4	長田地区	居宅介護支援センタークローバー	長田町2547	24-8011	○														
5	長田地区	ケアホーム・クローバー	長田町2547	24-8810							○					80			
6	長田地区	グループホームゆたか荘ベルホーム	長田町2781-1	23-9637											9				
7	長田地区	ゆたか荘サンホーム	長田町2781-1	23-9680				○											
8	長田地区	居宅介護支援事業所清和（ゆたか荘通所介護事業所）	長田町2826-1	23-9680	○					○									
9	長田地区	清和福祉会訪問介護事業所（清和福祉会訪問入浴介護事業所）	長田町2826-1	34-7810		○													
10	長田地区	野田医院	西里町23	24-1777													6		
11	高来地域	ケアプランセンター　小江の里	高来町下与433	32-2224	○														
12	高来地域	デイサービス小江の里	高来町下与433	32-2224						○									
13	高来地域	ヘルパーステーション聖フランシスコ	高来町神津倉54-3	32-2149		○													
14	高来地域	悠恵荘	高来町神津倉534-1	32-2222															80
15	高来地域	有料老人ホームひまわり（ケアプランセンターほたる）	高来町黒崎79-3	32-6022	○								28						
16	高来地域	ふれあいケアプランセンター（ヘルパーステーションふれあい）	高来町黒崎313-1	27-7188	○	○													
17	高来地域	デイサービスセンターふれあい	高来町黒崎325	27-7181						○									
18	高来地域	デイサービスセンター「轟の里」	高来町三部壱257-1	27-7222						○									
19	高来地域	豊寿園	高来町西尾229-1	32-2500	○	○				○									
20	高来地域	宅老デイサービスあじさい（住宅型有料老人ホーム）	高来町東平原192-1	32-3111						○			9						
21	高来地域	指定居宅介護支援事業所ライフ	高来町船津519	32-5450	○														
22	高来地域	藤山循環器内科医院	高来町峰9-5	32-2130													6		

県長寿社会課からの情報提供による。（29年2月1日現在）

は、いさはやオレンジ手帳およびオレンジ連携シート配付協力事業所

連番	圏域	事業所・施設名、医療機関名等	所在地	電話番号	2-4 指定居宅介護支援事業所	居宅ｻｰﾋﾞｽ 2-5 訪問介護	2-6 訪問看護（ステーションのみ記載）	2-7 小規模多機能型居宅介護	2-8 福祉用具貸与	2-9 通所介護	2-10 通所リハビリテーション	2-11 認知症対応型通所介護	2-12 有料老人ホーム（定員）	2-13 サービス付き高齢者住宅（定員）	2-14 認知症対応型共同生活介護（定員）	施設サービス（定員） 2-15 介護老人保健施設	2-16 介護療養型医療施設	2-17 地域密着型介護老人福祉施設	2-17 介護老人福祉施設
23		グループホームたかき	高来町峰179	32-6617											18				
24	小長井地域	いろり（デイサービスセンター「愛幸苑」）	小長井町小川原浦1136	34-2941						○				11					
25	小長井地域	ヘルパーステイション小長井希望園（小規模多機能型居宅介護事業小長井）	小長井町小川原浦1215-1	34-2510		○		○					60						
26	小長井地域	山善福祉用具貸与事業部	小長井町小川原浦1215-1	50-3555					○										
27	小長井地域	ケアプランセンター友悠・小長井	小長井町大搦101-1	27-6780	○														
28	小長井地域	佐藤病院　（通所リハビリテーション）	小長井町井崎98	34-2062 34-2813	○						○								
29	小長井地域	小長井希望園	小長井町井崎1406	27-6100						○								10	60
30	小長井地域	合同会社ヘルパーステーション小長井	小長井町牧256-1	34-4832		○													

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に備え準備する「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

【発行】諫早市役所健康福祉部高齢介護課
所在地：諫早市東小路町7番1号
電　　話：22－1500（代）