

オレンジ連携シート



諫
早
市

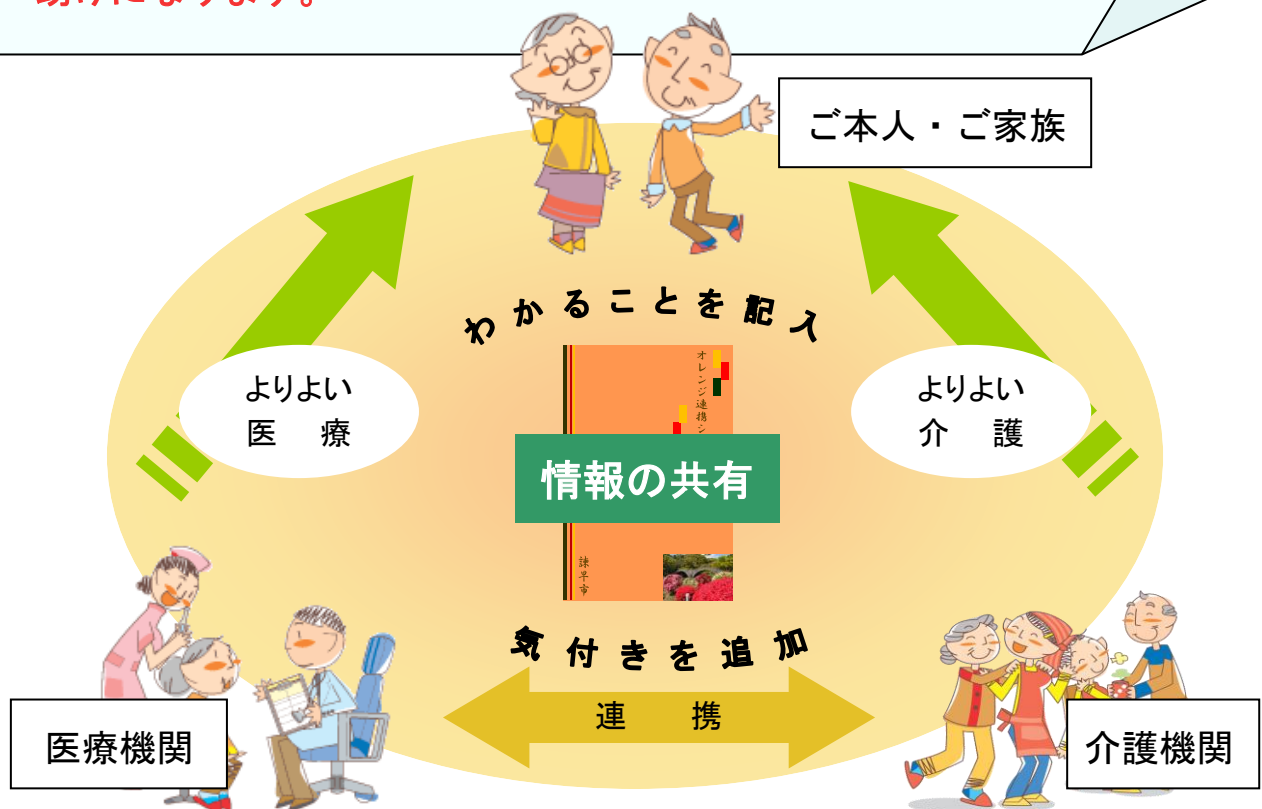
No.

平成 年 月 日～
平成 年 月 日

〔 オレンジ連携シートについて 〕

このシートは、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るために記入するものです。

ご家族や周りの人が、わかること、気づいたことについて、無理のない範囲で記入してください。 **記入した内容が、その人にあった医療やケアにつながり、ご本人やご家族の穏やかな生活を支える手助けになります。**



○オレンジ連携シートの記入にあたっては、いさはやオレンジ手帳の内容が役立ちます。

○状態の変化があったときは、新しいシートに書き込んでください。

※オレンジ連携シートは個人の責任で大切に管理してください。

※診察や介護サービスを受ける際には、持参してください。

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	
	年 月 日		
自宅電話番号	住所		

おもな介護者（キーパーソン）

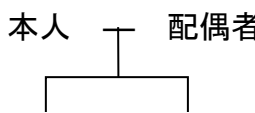
氏名		住所	
続柄	自宅電話番号	携帯電話番号	職場電話番号

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	




家族構成	かかりつけ医・歯科医・薬局	
<p>本人 配偶者</p> 	病・医院・薬局名（電話番号）	
	・ ・ ・ ・	
	担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業者名
		（電話番号）
































































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

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	  	
	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	  	
家の仕事	買い物	  	
	料 理	  	
	留守番	  	
	掃除 ゴミ出し	  	
管理	金銭管理	  	
	諸手続き	  	
交流	会 話	  	
	電話応対	  	
	近所 付き合い	  	
健康活動	通 院	  	
	趣味・教養活動	  	

はればれ(快)シート

記入日 年 月 日
記入者

高齢者の方のケアには、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 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

要介護者は、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、内容を書いてみましょう。
※○はいくつでも可。

<ol style="list-style-type: none"> 1 盗られたなど被害妄想がある 2 状況に合わない話をする 3 (ないものが) 見える、聞こえる 4 気持ちが不安定 5 夜眠らない 6 荒々しい言い方や振る舞いをする 7 何度も同じ話をする 8 周囲に不快な音を立てる 9 大きな声を出す 10 声かけや介護を拒む 	<ol style="list-style-type: none"> 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 ()
<p>〈内容〉</p> 	

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。



<ol style="list-style-type: none"> 1 病気や薬の副作用など 2 体の痛み・便秘・不眠・空腹などの苦痛 3 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛、または本人の性格 4 音・光・味・におい・寒い、暑いなどの苦痛となる刺激 	<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>〈内容〉</p> 	

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」と否定しようとします。

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、負担感は軽くなります。

受容

認知症に対する理解が深まり、本人のあるがままと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



いざというときシート

記入日 年 月 日
記入者

高齢者の方が、行方不明となったときに備えて準備するシートです。

基本情報

氏名	(ふりがな)	旧姓	()	
住所	諫早市			
電話番号		性別	男・女	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	
特徴	身長	cm	体型	やせ型・中肉・太り気味
	髪	長髪・短髪 黒髪・白髪・茶髪・金髪		
	癖			
	その他			
装用品・持ち物	めがね	あり・なし(色・形)		
	その他			
	オレンジ見 守り事業	利用の(有・無) <input type="checkbox"/> ペンダント <input type="checkbox"/> アイロンプリントネーム (記載内容) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 靴用反射シール <input type="checkbox"/> 反射テープ		
名前	言える・言えない	住所	言える・言えない	
特記事項	過去の徘徊経歴			
	行きそうな場所(以前の居住地や好きな場所)			
	外見や行動の特徴			
	保護時にしてほしいこと、対応に注意してほしいこと、呼び方など			
かかりつけ医	医療機関名:	医師名:		
担当ケアマネジャー	事業所名:	ケアマネジャー名:		

相談窓口

◇高齢者の健康・福祉・医療などの総合相談は…

地域包括支援センターへ

名称	所在地	連絡先	担当地区
中央部 地域包括支援センター	宇都町 29-1 健康福祉センター内	TEL 27-0730 FAX 27-0740	諫早小校区・上山小校区・北諫早中校区
北部 地域包括支援センター	山川町 2-13 竹下ビル	TEL 25-7030 FAX 25-7035	明峰中校区・真城中校区・西諫早小校区
西部 地域包括支援センター	多良見町化屋 1800 たらみ会館内	TEL 43-3330 FAX 43-3711	真津山小校区・飯盛地域・多良見地域
南部 地域包括支援センター	森山町下井牟田 1238 森山保健センター内	TEL 35-2887 FAX 35-2886	有喜校区・小栗校区・小野地区・森山地域
東部 地域包括支援センター	高来町三部壺 528 (高来会館内)	TEL 32-6556 FAX 32-6566	長田地区・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。

※

◇高齢者の介護や福祉に関する相談は…

市役所の窓口へ

名称	所在地	連絡先
地域包括ケア推進課	宇都町 29-1	TEL 22-1500 FAX 46-3085
多良見支所地域総務課	多良見町化屋 1800	TEL 43-1111 FAX 43-2072
森山支所地域総務課	森山町下井牟田 1300	TEL 36-1111 FAX 36-2504
飯盛支所地域総務課	飯盛町開 1929	TEL 48-1111 FAX 48-1405
高来支所地域総務課	高来町三部壺 528	TEL 32-2111 FAX 32-3235
小長井支所地域総務課	小長井町小川原浦 500	TEL 34-2111 FAX 34-2335

◇署名欄

私は「オレンジ連携シート」の作成に同意し、管理は本人や家族の責任において行います。

署名（本人）

（家族）

続柄



オレンジ連携シートは、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 諫早薬剤師会
長崎県訪問看護ステーション連絡協議会 県央ブロック会
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】 諫早市役所健康保険部地域包括ケア推進課
所在地： 諫早市宇都町 29 番 1 号
電 話： 22-1500（代）