

オレンジサポーターを活用した認知症高齢者への生活支援の取り組み(宇部市)

オレンジサポーターが、認知症高齢者及び家族の依頼による支援を行い、身近な支援者・相談者として活動することで、認知症の方が地域で安心して生活できることを目指す。

1 オレンジサポーター養成事業

認知症サポーターが、より専門的な認知症に関する講座を受講し、オレンジサポーターとして登録する。

2 オレンジサポーター活用事業

認知症の方及びその家族から依頼のあった支援をオレンジサポーターが行う。
話し相手、趣味の習い事を一緒にするなど

3 オレンジサポーターネットワーク事業

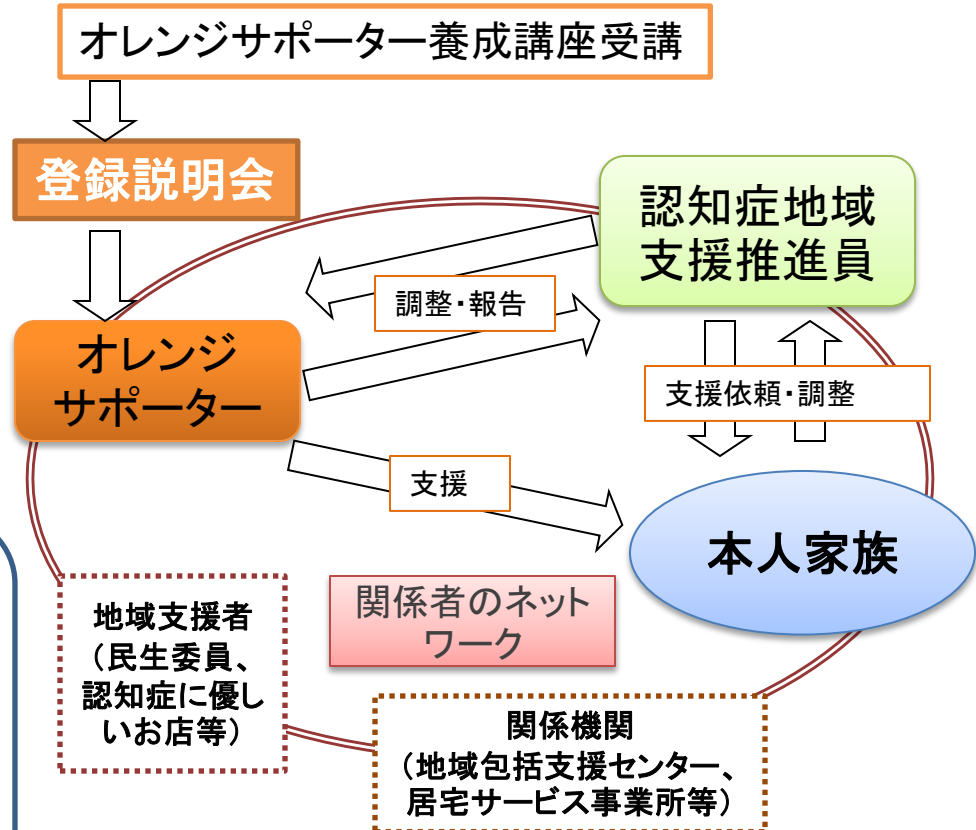
オレンジサポーターの活動から、地域の関係機関と連携し、認知症の方の地域での支援体制を作る。

<支援の一例>

認知症の方の手ほどきで、一緒にお茶をたしなみ、ひとときを過ごします。



オレンジサポーター活動の流れ





地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	宇部市
②人口（※１）	172,377 ()
③高齢化率（※１） （65歳以上、75歳以上それぞれについて記載）	65歳以上 47,379人 高齢化率 27.5% () 75歳以上 24,072人 高齢化率 14.0%
① 取組の概要	オレンジサポーターが、認知症高齢者及び家族の依頼による支援を行い、身近な支援者・相談者として活動することで、認知症の方が地域で安心して生活できることを目指す。
⑤取組の特徴	・活用事業の調整は、認知症地域支援推進員が中心となって実施。 ・利用者の地域のオレンジサポーターをマッチングし、身近な支援者によるサポート体制を強化 このようなことで、利用者の安心感につながる。 ・サポーター及び利用者の認知症予防にも役立つ。
⑥開始年度	平成24年度
⑦取組のこれまでの経緯	平成24年度にオレンジサポーター養成講座を開催。その後、活用事業登録者へ。認知症地域支援推進員が中心となって、地域の利用者との調整を図っている。
⑧主な利用者と人数	オレンジサポーター養成講座受講者 98名 オレンジサポーター活用事業登録者 28名 実績（実際に認知症高齢者への支援を行ったサポーター数） 5名
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	実施主体 宇部市（主担当は認知症地域支援推進員） 今後のネットワークとして、地域包括支援センター、民生委員、居宅介護支援事業所など
⑩市区町村の関与（支援等）（※２）	なし
⑪国・都道府県の関与（支援等）（※３）	なし
⑫取組の課題	認知症高齢者及び家族の依頼と実際に支援するオレンジサポーターのマッチングについて、双方の都合などで、なかなか調整が難しい。 オレンジサポーターの活動範囲の制限について、現場では、急なこともあり、対応が難しい。
⑬今後の取組予定	平成25年度もオレンジサポーター養成講座を開催予定。
⑭その他	なし
⑮担当部署及び連絡先	宇部市役所 高齢者総合支援課 高齢者総合支援係 電話（0836）34-8302 FAX（0836）22-6026



- ※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を（ ）内に記載してください。
- ※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。
- ※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。





宇部市オレンジサポーター活用事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、宇部市オレンジサポーター事業実施要綱により実施する宇部市オレンジサポーター活用事業（以下「事業」という）に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要領において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) オレンジサポーター

宇部市認知症サポーター養成講座及び宇部市オレンジサポーター養成講座を受講し、オレンジサポーター活動登録申込書（別紙1）により登録した者

(2) 認知症高齢者

入院又は別紙2に定める施設に入所若しくは入居していない何らかの認知症の症状を有する者で、概ね『認知症高齢者の日常生活自立度判定基準』（別紙3）において、Ⅰランク以上に相当する者

(3) 利用者

事業に利用登録されている認知症高齢者又はその認知症高齢者の介護を行っている者

(4) 地域包括支援センター

利用者の居住地を管轄する地域包括支援センター

(5) 認知症地域支援推進員

次の要件を満たす者で、認知症地域支援推進員研修を受講した者

ア 認知症に関する医療や介護における専門的知識並びに経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士及び介護福祉士

イ ア以外で、認知症に関する介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市長が認めた者

(対象者)

第3条 事業の対象者は、宇部市に住所を有し、概ね65歳以上の見守り等が必要な認知症高齢者及び認知症高齢者を介護する者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) この事業による支援が必要と認められる本人又は家族（別紙4）

(2) その他市長が特に必要と認めた者





(申請)

第4条 事業の利用を希望する者は、宇部市オレンジサポーター活用事業利用登録（様式第1号）により市長に申請しなければならない。

(調査及び決定)

第5条 市長は、前条の申請書を受理したときは、認知症地域支援推進員等が訪問等を行い、宇部市オレンジサポーター活用事業調査票（様式第2号）による調査の上、速やかに申請内容を審査し適否の決定を行い、その結果を宇部市オレンジサポーター活用事業利用登録決定通知書（様式第3号）又は宇部市オレンジサポーター活用事業利用登録却下通知書（様式第4号）により申請者に通知しなければならない。

(支援内容の調整)

第6条 認知症地域支援推進員は、利用者、認知症高齢者の家族、オレンジサポーター、地域の支援者、居宅介護支援事業所などの関係機関及び地域包括支援センターと協議を行い、支援内容等の調整を行うものとする。

2 認知症地域支援推進員は、前項の調整後、速やかにオレンジサポーターの支援体制を整え、オレンジサポーター支援計画書（以下「支援計画書」という。）（様式第5号）を作成し利用者に交付しなければならない。

3 認知症地域支援推進員は、支援計画書作成後に支援内容の変更があった場合には、速やかに調整し、支援計画書の変更を行い利用者に交付しなければならない。

(取消)

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、利用登録の決定を取り消すことができる

(1) 利用者が、第3条に規定する要件に該当しなくなったとき。

(2) 利用者が、宇部市オレンジサポーター活用事業利用登録取消申請書（様式第6号）により登録の取消を申し出たとき。

(3) 認知症高齢者が入院又は別紙2に定める施設に入所若しくは入居したとき。

(4) 認知症高齢者が死亡したとき。

(5) その他市長が当該事業の利用者として不適当であると認めたとき。

2 市長は、前項の規定により利用登録の決定を取り消したときは、速やかに宇部市オレンジサポーター活用事業利用登録取消通知書（様式第7号）により、利用者へ通知しなければならない。





(オレンジサポーターの活動)

第8条 オレンジサポーターが活動できる支援内容は、別紙5に掲げるもののほか、市長が特に必要と認めるものとする。ただし、別紙6に掲げる活動及びこれに類似する活動は行わないものとする。

(活動内容の報告)

第9条 オレンジサポーターは、利用者を支援する毎に、宇部市オレンジサポーター活用事業活動記録簿（以下「記録簿」という。）（様式第8号）により活動内容を記録し、毎月、地域包括支援センターに提出しなければならない。ただし、緊急の場合においては、速やかに報告しなければならない。

2 地域包括支援センターは、前項の規定によりオレンジサポーターから記録簿を受理したときは、認知症地域支援推進員に対し、速やかに報告しなければならない。

(オレンジサポーターの責務)

第10条 オレンジサポーターは、職務上知り得た個人情報等は、決して他に漏らしてはならない。

2 オレンジサポーターは、その職務を行うに当たり、認知症高齢者の人格を尊重しなければならない。

(その他)

第11条 この要領に定めるもののほか、事業に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、平成24年12月1日から施行する。





オレンジサポーター活動登録申込書

宇部市長 様

年 月 日

登録者 住所 (校区)

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日 () 歳

(男 ・ 女)

電話

宇部市オレンジサポーター活用事業実施要領第2条第1号の規定に基づき、オレンジサポーターとしての支援活動登録を申し込みます。

依頼者からの申込書に記載された内容や支援の状況について、支援期間中及び終了後においても高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)職員と本人の支援関係者以外の第三者に漏らすことはありません。

1. 支援内容

	項目	支 援 内 容
①	見守り・話し相手	
②	同伴活動(散歩・軽作業・趣味活動)	
③	家族の相談(会話・傾聴)	
④	その他	

2. 支援できる日時

ア 月 回 (日にち) イ 週 回 (曜日)

午前 (~) 午後 (~)

3. 支援できる地域

- ・ 校区 ()
- ・ 近隣 ()
- ・ その他 ()

支援内容分類	日程	地域

(登録番号)





様式第1号(第4条関係)

受付番号

登録番号

年 月 日

宇部市オレンジサーポーター活用事業利用登録

宇 部 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

対象高齢者との続柄 ()

電話番号

携帯番号

対象 高齢者 (本人)	ふりがな			性別	男・女
	氏 名				
	生 年 月 日	M・T・S 年 月 日	電話番号		
	住 所	宇部市			
申請の理由					
緊急連絡先	氏名	続柄 ()			
	住所				
	電話番号	携帯電話番号			
	氏名	続柄 ()			
	住所				
	電話番号	携帯電話番号			

ご近所連絡先(自治会内) ～お一人暮らしの場合は必須～

1. 氏名：電話番号
2. 氏名：電話番号

宇部市オレンジサーポーター活用事業実施要領第4条の規定により、利用登録を申請します。
なお、この申請の決定事務に必要な認知症高齢者の要介護認定や状態、ご家族の状況等の情報を調査されること及び事業を実施する上で必要な情報を関係機関等に提供することを承諾します。

本人氏名 印
(自署の場合は押印不要)

代筆者氏名

ご家族氏名 印
(自署の場合は押印不要)





宇部市オレンジサポーター活用事業調査表

氏 名		生年月日	M・T・S 年 月 日()歳	
認知症の状態				
意思疎通	視力	普通 ・ 1m先が見える ・ 目の前が見える ・ ほとんど見えず ・ 判断不能		
	聴力	普通 ・ やっと聞こえる ・ 大声が聞こえる ・ ほとんど聞こえず ・ 判断不能		
	意思の伝達	できる ・ 時々できる ・ ほとんど不可 ・ できない		
	指示への反応	通じる ・ 時々通じる ・ 通じない	(特記事項)	
	毎日の日課を理解	できる ・ できない		
	生年月日を言う	できる ・ できない		
	短期記憶	できる ・ できない		
	自分の名前を言う	できる ・ できない		
	今の季節を理解	できる ・ できない		
	場所の理解	できる ・ できない		
問題行動	被害的	ない ・ 時々ある ・ ある		(特記事項)
	作話	ない ・ 時々ある ・ ある		
	幻視幻聴	ない ・ 時々ある ・ ある		
	感情が不安定	ない ・ 時々ある ・ ある		
	昼夜逆転	ない ・ 時々ある ・ ある		
	暴言暴行	ない ・ 時々ある ・ ある		
	同じ話をする	ない ・ 時々ある ・ ある		
	大声をだす	ない ・ 時々ある ・ ある		
	介護に抵抗	ない ・ 時々ある ・ ある		
	常時の徘徊	ない ・ 時々ある ・ ある		
	落ち着きなし	ない ・ 時々ある ・ ある		
	外出して戻れない	ない ・ 時々ある ・ ある		
	1人で出たがる	ない ・ 時々ある ・ ある		
	収集癖	ない ・ 時々ある ・ ある		
	火の不始末	ない ・ 時々ある ・ ある		
	物や衣類を壊す	ない ・ 時々ある ・ ある		
	不潔行為	ない ・ 時々ある ・ ある		
	異食行動	ない ・ 時々ある ・ ある		
	ひどい物忘れ	ない ・ 時々ある ・ ある		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ V		
日 中 の 生 活	・よく動いている ・ 座っていることが多い ・ 横になっていることが多い			
外 出 頻 度	・ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 月1回未満			
家族の状況	・一人暮らし(家族は 市内在住 ・ 市外在住) ・同居(配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ その他)			
その他 (好きなこと・嫌いなこと・注意事項等)				

<介護保険のサービス利用をしている方・関係機関>

居宅介護支援事業所名 :

担当介護支援専門員 :

高齢者総合相談センター(地域包括支援センター) :





<申請理由で該当するものに○をしてください>

1. 一人暮らし、あるいは認知症高齢者のみの世帯で安全に生活を営むために支援が必要
2. 介護者に休息が必要
3. その他 ()

<利用の状況で該当するものに○をしてください>

1. 一人暮らし
2. 認知症高齢者と介護者の二人暮らし
3. 高齢者世帯（認知症高齢者を含む）
4. その他 ()

<希望する支援を○で囲み、希望内容の状況をご記入ください>

支援項目		内容
1	見守り・ 話し相手	(状況)
2	同伴活動 (散歩・軽作業・趣味活動)	(状況)
3	家族の相談 (会話・傾聴)	(状況)
4	その他 ()	(状況)

<希望の日時、曜日、期間をご記入ください>

----- ※下記に記入しないでください -----

【調査員の意見】	年 月 日
上記のとおり調査しました。	調査員氏名

結果	認めない場合の理由
認める	
認めない	

年 月 日

支援内容 種別	日程	地域

課長	補佐	係長	係員





様式第 3 号（第 5 条関係）

宇 高 第 号
年 月 日

宇部市オレンジサーポーター活用事業利用登録決定通知書

様

宇部市長

年 月 日付けで申請のあった、宇部市オレンジサーポーター活用事業について、宇部市オレンジサポーター活用事業実施要領第 5 条の規定に基づき、下記のとおり利用登録を決定しましたので通知します。

記

氏名			
住所			
対象高齢者氏名		登録番号	
対象高齢者住所	宇部市		
備 考			





様式第 4 号（第 5 条関係）

宇 高 第 号
年 月 日

宇部市認知症オレンジサーポーター活用事業利用登録却下通知書

様

宇部市長

年 月 日付けで申請のあった、宇部市認知症オレンジサーポーター活用事業について、宇部市オレンジサポーター活用事業実施要領第 5 条の規定に基づき、下記のとおり利用登録の申請を却下します。

記

氏名	
住所	
対象高齢者氏名	
対象高齢者住所	宇部市
却 下 の 理 由	





様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

オレンジサポーター支援計画書

高齢対象者氏名 _____ 様

登録番号 _____

オレンジサポーター _____ 様

支援項目		支援内容	日時	備考
①	見守り・ 話し相手			
②	同伴活動 (散歩・軽作業・ 趣味活動)			
③	家族の相談 (会話・傾聴)			
④	その他			

計画作成日 年 月 日

支援開始日 年 月 日

<問い合わせ>
高齢者総合相談センター
(地域包括支援センター)
認知地域支援推進員：
電話





様式第 6 号（第 7 条関係）

年 月 日

宇部市オレンジサーポーター活用事業利用登録取消申請書

宇 部 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

対象高齢者との続柄

電話番号

年 月 日付け 宇高第 号で決定のあった、宇部市オレンジサーポーター活用事業の利用登録について、下記のとおり登録の取消を申請します。

記

氏名		登録番号	
対象高齢者氏名		生 年 月 日	M・T・S 年 月 日
対象高齢者住所	宇部市		
申請の理由			





様式第7号（第7条関係）

宇 高 第 号
年 月 日

宇部市認知症オレンジサーポーター活用事業利用登録取消決定通知書

様

宇部市長

年 月 日付けで申請のあった、宇部市オレンジサーポーター活用事業について、宇部市オレンジサーポーター活用事業実施要領第7条第2項の規定に基づき、下記のとおり登録を取り消します。

記

氏名			
住所			
対象高齢者氏名		登録番号	
対象高齢者住所	宇部市		
開 始 日	年 月 日		
終 了 日	年 月 日		
登録取消の 理 由			





別紙2

オレンジサポーターを利用することができない該当施設の種別

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
グループホーム
有料老人ホーム
サービス付き高齢者向け住宅
軽費老人ホーム
ケアハウス
生活支援ハウス
養護老人ホーム





認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等





オレンジサポーターを利用することができる対象者の要件

1 認知症高齢者の一人暮らしの方

- ① 物忘れにより、自宅内や地域での生活上の支障がある高齢者で安全に生活を営むために支援が必要な方
- ② 同居はしていないが家族が申請できる方で、オレンジサポーターの利用を地域や近隣の協力者にお知らせできる方
- ③ 顔合わせの場に家族が参加できる方もしくは、家族は参加できないが地域や近隣の協力者の同席を承諾していただける方

2 認知症高齢者と介護家族のいる方

- ① 原則、認知症高齢者との二人暮らし高齢者世帯
- ② 物忘れにより自宅内や地域での生活上の支障があり、介護保険サービス等の利用に至らず、介護している家族の負担軽減のために、定期的な相談を必要とされる方
- ③ 物忘れにより自宅内や地域での生活上の支障があり、家族の身体精神的負担が大きく介護保険サービス等を利用しても家族への休息など支援が必要とされる方





＜支援内容＞

1 見守り・話し相手

- (1) 生活の変化や本人の様子の変化を観察
- (2) 生活上の声かけ(夜電気がついているか・日中カーテンが開いているか・新聞・大切な郵便物が放置されているときの家族連絡など)
- (3) 定期的な支援(訪問・電話など)により安心感につながる会話、話を聞く

2 同伴活動(散歩・軽作業・趣味活動)

- (1) 一緒に散歩・草取り・ゴミの分別などをする
- (2) ペットの散歩の同行
- (3) 趣味や創作活動のお手伝い

3 家族の相談

- (1) 介護者の話を傾聴することにより介護負担の軽減を図る。
- (2) 認知症高齢者が公的サービスの利用を拒否され、介護負担の大きい介護者の介護負担の軽減のため家族以外の人のになれることによりサービス導入のきっかけ作りをする。
- (3) 相談の内容により、関係機関へつなぐ

4 その他

- (1) オレンジサポーターによる支援が適切と判断したもの

(支援内容の例)

- ・ 買い物のときなどに見かけたら「元気ですか？」と声をかけること
- ・ ごみ出しの時の声かけ、分別等を一緒に行う
- ・ 定期的な訪問や電話などによる話し相手
- ・ 散歩の同行
- ・ 認知症の方やその家族の身近な相談者となる
- ・ 金銭管理などで困っている方がいたら、成年後見制度などを利用できるよう行政につなぐ等ネットワークの一つとなって活動する

＜支援頻度・時間・曜日＞

- ・ 支援時間は1時間程度(見守りだけの短時間のものもあり)
- ・ 原則、週1回程度。オレンジサポーターが対応可能であれば週3回程度まで支援する
- ・ 時間曜日については原則定めない。オレンジサポーターとの相談のうえ柔軟に対応する





オレンジサポーターが行えない活動

- (1) 直接体に触れる身体介護（入浴介助、おむつ交換等）の活動
- (2) 重要な財産行為、日常的金銭管理、契約等の手続、書類等の預かり
- (3) 営利、政治、宗教活動
- (4) 賃金・報酬等が支払われる活動
- (5) 介護保険法、障害者自立支援法によるサービス
- (6) ペットの世話中心の支援や大掃除

