



令和5年度(10月13日) 厚生労働省
第170回 市町村職員を対象とするセミナー

群馬県玉村町

チームオレンジの立ち上げと課題

～ご本人や家族が地域とつながり、安心して希望ある生活を送れるように～

群馬県玉村町健康福祉課 高齢政策係

係長代理 齊藤 道子 (理学療法士)



たまたん



群馬県玉村町ってどこ??

- ・人口 35,820人(令和5年4月1日現在)
- ・高齢化率 27.2%

<認知症サポーター>

- ・認知症サポーター養成講座:年4回
その他高校、中学校等で実施
- ・認知症サポーターステップアップ講座 年1回
→ オレンジサポーター 141名


チームオレンジ数 : 4チーム

<通いの場(令和5年9月現在)>

居場所 26カ所、筋カトレーニング会場 38カ所
あおぞら体操 6カ所、認知症カフェ 6カ所







～ ご報告事項 ～

1. 最初の大失敗！
2. 立ち上げの経過
3. チームの活動内容
4. 工夫した点（本人の想いを大切に）
5. 今後の課題



1. 最初の大失敗！

「チームオレンジの設置」
を**目的**としてしまい、
とりあえず、オレンジサポーターが、
チームを組んでくれれば！！
と**思**ってしまった！！



H29年 認知症サポーターステップアップ講座を開始
(修了者はオレンジサポーターに!)以降毎年開催

R元年 オレンジサポーター全体研修

ステップアップ講座で**チームオレンジ**について説明

R2年 オレンジサポーター全体研修やステップアップ講座で
ぐいぐい、チーム結成をpushしてみるが...

失敗！！反応なし！！



???

・・・何か違う??本人は??

チームオレンジとは・・・

ご本人や家族のニーズとサポーター（地域）をつなぐ仕組み

今の仲間と一緒に活動していきたい

何か役に立ちたい

これからも一緒に活動しよう！
助かるよ！

一緒に見守り活動しませんか？

Aさん

Bさん



ご本人・家族



チームオレンジ・
コーディネーター



認知症サポーター

6

～「チームオレンジ」の目的を明確にした～

「ご本人が、地域とつながりを持ち（孤立化防止）
安心して希望ある生活を送る」ことを目的とする


注意：チームを作ることを目的としない！！

チームは、目的を達成する為の一つの手段である

～玉村町の考え方～

特に支援する側、される側と分けず、「お互い様！」

本人や家族の希望を聞き、サポーターさんの意見も取り入れ
一緒に活動する仲間づくり（地域づくり）

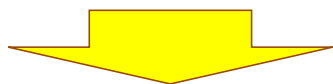


2. 立ち上げの経過

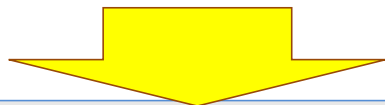
令和3年7月 Aさんの家族（妻）から包括**に相談！！**

「物忘れがあるが、筋トレは楽しみで地域との交流は続けたい」

★包括より「**チームオレンジ**」の説明→ 本人・家族は**チーム活動**を希望



本人が通っていた**筋トレ**のメンバー（**オレンジサポーター**）**3名**に相談



8月**コーディネーター**と担当者と筋トレ会場を**訪問し説明**

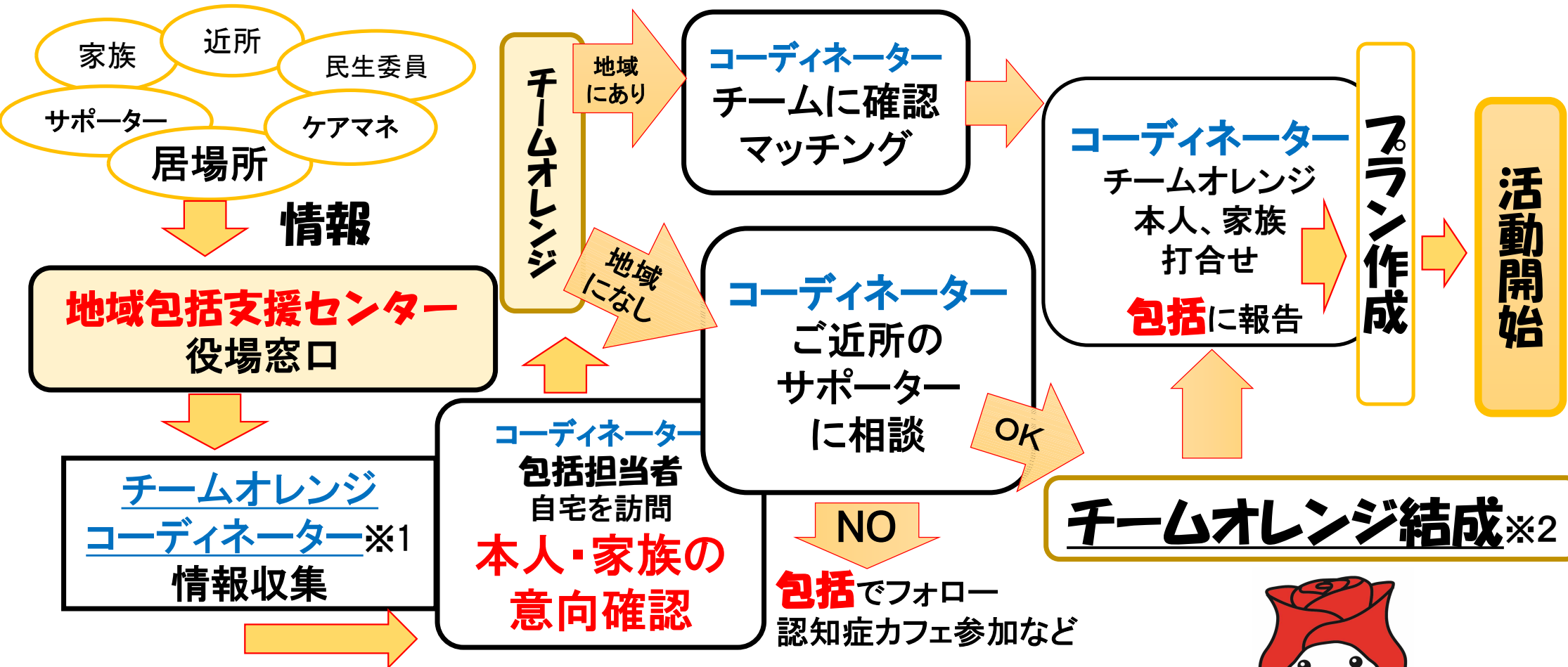
その後、**オレンジサポーター**で話し合い

9月1日Aさん・家族も仲間としたチームが結成！！

8



～ チームオレンジ立ち上げの流れ ～



※1チームオレンジの立ち上げや運営支援等を行う。 以下、コーディネーターに省略
 ※2チームオレンジ立ち上げの流れ 参照





～ それぞれの役割 ～

本人・家族

本人がやりたいこと! を伝える
(生活の困り事・ニーズ)
実際の声: 「人の役に立ちたい」
「運動不足」

チームオレンジコーディネーター

- ・包括からの情報より、本人の希望を確認
- ・近隣サポーターの意向を確認、繋げる
- ・話し合いの日程や場所の調整
- ・チームの活動を後方支援


認知症サポーター

(ステップアップ講座受講者)

無理なく自分達が出来ること、
一緒にやってみたい事を考える
本人の希望を把握する

行政担当者

- ・認知症ステップアップ講座を開催
- ・包括や協議体との連携、情報共有
- ・チームオレンジの仕組みづくり
- ・介護事業所、ケアマネとの連携



3. チームの活動内容

～いつもの仲間が大好きなAさん～

チームオレンジメンバー:11名

本人(4名)家族(1名)オレンジサポーター(6名)

拠点:チーム代表者の駐車場(カーポート)

連携:包括、民生委員、協議体、認知症地域支援推進員

活動:筋力トレーニング(週1回)

高齢者宅に見守りウォーキング(月1回)

お助け隊(Aさん電気関係が得意、草むしり等)



< Aさんのいるチームオレンジ >



< フォークダンス >



< 見守り散歩 >



～地域の役に立ちたい！Bさん～

チームオレンジメンバー：5名

本人、家族（2名）、オレンジサポーター2名

拠点：公民館（Bさんの自宅から徒歩圏内）

連携：**ケアマネ**、**包括**、（近所の食堂）

活動：居場所での筋力トレーニング、吹き矢

地域の見守りウォーキング（小学校下校時）


頻度：週1～2回（月曜日、火曜日）

症状が悪化し、本人は活動休止中。メンバーは見守り、居場所での活動を継続。

< Bさんのいる チームオレンジ >



< チームで見守りウォーキング: 毎週月曜日 >
小学生の下校時に校門で声がけし、歩いて自宅へ!



～引きこもりがちだったCさん～

チームオレンジメンバー:5名

本人、家族(2名)、オレンジサポーター7名

拠点:公民館(Cさんの自宅から徒歩圏内)

連携:包括、民生委員、ケアマネ

活動:認知症カフェ

★民生委員、近所の方が送迎(徒歩)

頻度:2ヶ月に1回

筋力トレーニングは毎週



<Cさんのいる チームオレンジ>



公民館での認知症カフェ
ボランティアの理学療法士さんも参加



～ **探検隊長になったDさん（R5.10月開始）** ～

チームオレンジメンバー：

本人、家族(妻)、オレンジサポーター13名

拠点：なし（県内の森林を探索する）

連携：包括

希望する活動：森林探索（本人が元森林インストラクター）

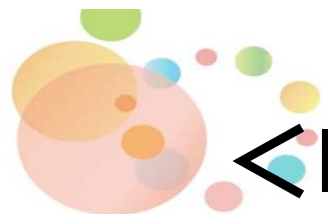
いこう探検隊！！

頻度：今後検討

★ とりあえず、やってみよう！！で始まった！

17-1





<Dさんのいる チームオレンジ:R5. 10. 2>



隊長を先頭に、森を探検！木や葉っぱの説明をしてくれました。
探検終了後には隊長自ら一本締め！さすがです！ **17-2**

4.工夫した点

①研修

＜ステップアップ講座＞ 2日間

地域で活動する為の知識・技術（認知症カフェ、**チームオレンジ**等）

→ オレンジサポーター

＜チームオレンジ研修（説明会）＞ ※チーム員のみ参加

チームオレンジの目的及び意義

活動の流れ（**本人のニーズを大切に**）

個人情報保護の注意点！などなど

**チームオレンジメンバーが
活動内容を発表！！**



～認知症サポーターステップアップ講座の内容(R4)～

- ・玉村町の認知症政策について
- ・認知症の症状と生活上の困り事(地域生活継続のコツ)
- ・お金や財産の困り事と対応法
- ・サポーターとしての心得(本人の想いを大切に)
- ・軽度認知障害と認知症予防
- ・オレンジサポーターさんの地域での活動
- ・チームオレンジとは
- ・個人情報取り扱いについて

等

②本人の想いに寄り添う仕組み

オレンジファイルをチームで作成

- ・Myオレンジシート(希望を含め本人情報を記入)
- ・スマイルプラン(希望に寄り添った活動計画)



★家族や本人の自宅へ訪問(安心して話してもらう為)

最初はコーディネーター、包括(行政担当者)で自宅訪問

本人や家族の希望や趣味、生活状況を把握

チームの活動についての説明

個人情報や活動におけるリスク(怪我など)についても…

Myオレンジシート

玉村町チームオレンジ（様式4）

Myオレンジシート（年 月時点）



氏名		男・女	生年月日		年齢	
住所	玉村町大字		連絡先:			
同居者	有 () 無 ()					連絡先:
推定される認知症の程度	介護認定	介護サービス				
ケアマネ:						連絡先:
かかりつけ医						連絡先: 連絡先:
家族及び介護者	①	(地区)	連絡先:			
	②	(地区)	連絡先:			
生活の状況						
社会参加						
My history 趣味 など						
わたしの希望						
地域サポーター (事業所・店舗等)						
チームオレンジ						

チームオレンジスマイルプラン

玉村町チームオレンジ（様式5）

チームオレンジスマイルプラン



活動開始日		プラン作成日	
令和	年 月 日	令和	年 月 日
氏名			年齢
	連絡先:		
担当 ケアマネ	連絡先:		
家族 介護者	①	氏名 (地区)	連絡先:
	②	氏名 (地区)	連絡先:
社会参加			
History 人となり 趣味 など			
本人の 希望			
活動内容	曜日	時間帯	内容
	月		
	火		
	水		
	木		
	金		
地域サポーター			
チームオレンジ			

<悩ましかった点>

- ① チームオレンジについて、当初は、どう住民に説明し、展開していけば良いのか、わからなかった
 - ※ステップアップ講座の位置づけ
 - ※サポーター「生活の困り事？」「それは介護保険サービスでしょ！」
 - ※既存の認知症カフェとの関係
- ② 認知症の進行にともない、家族とサポーターとの温度差が生じてきた(家族は介護サービスを希望・本人は拒否)
- ③ 本人はチーム活動を希望したが、地域がその人はムリ！と

5. 今後の課題

① チーム活動で生じた悩み事(トラブル??)への対応

相談できる後方支援の体制(包括・行政・コーディネーター)

☆チーム代表者の提案でチーム情報交換会を開催(年1回)

② チームオレンジに対しての理解を深める

サポーターだけでなく、包括職員やケアマネへの説明も必要

- ・認知症の人を連れ出したり、話し相手になったりしてくれる？
- ・介護サービスの代わり???? ※ 対象者を絞るべき？絞らない？

③ 介護事業所、地域の住民団体(協議体、長寿会)、企業との連携

④ 通いの場の啓発 元気な頃から通いの場で、顔見知りの関係づくり！

ご本人： Cさん以外は通いの場の参加者



認知症をもっと知ってもらおう！
「寸劇で学ぼう認知症」 part 1・part 2・part 3
をYouTubeにて配信中

①声掛け ②病院受診を促す ③見守りシール



part 1



part 2



Part 3

ご清聴ありがとうございました