

## オレンジサポーターバンクの開設について

### 【概要】

ステップアップ講座を受講し、オレンジサポーター(※)となった人の中で、認知症の方への支援等の希望をお持ちの人を対象に、それぞれお住まいの地域の地域包括支援センターへ名前や連絡先等の情報を登録し、必要に応じて認知症地域支援推進員が行うイベントのお手伝い等のサポート活動を行うもの

(※) 認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族のちょっとした困り事に対応する支援者となることを目的とした、認知症サポーター養成講座とステップアップ講座を受講した方

### 1 目的

認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みを地域ごとに整備する。

### 2 目標

- (1) 地域包括支援センターの認知症地域支援推進員との共同(共働)
- (2) オレンジサポーターの活動促進
- (3) 地域包括支援センターごとにチームオレンジの設置

### 3 オレンジサポーターバンク設置場所及び管理者

呉市福祉保健部高齢者支援課及び呉市地域包括支援センターに所属する認知症地域支援推進員を管理者とする。

また、広島県呉・江田島認知症疾患医療センター内に所属するチームオレンジコーディネーター及び認知症地域支援推進員が、オレンジサポーターバンクの総合調整を行う。

### 4 オレンジサポーターバンクの登録方法

- (1) 認知症サポーター養成講座、ステップアップ講座を受講し、オレンジサポーターになる。

ステップアップ講座(チームオレンジ養成講座)の中でオレンジサポーターバンクについて紹介し、登録について説明する。

- (2) 活動を希望するオレンジサポーターを地域包括支援センターごとのオレンジサポーターバンクに登録する。

### 5 オレンジサポーターバンク登録者の活動

- (1) 認知症地域支援推進員のサポート

イベントやカフェ等のサポートを依頼。オレンジサポーターが活躍できる場の紹介や、認知症に関連する各種情報の提供等

- (2) オレンジサポーター独自の活動を支援

### 6 認知症地域支援推進員の役割

- (1) 登録用紙の記入及びサイン

具体的な連絡方法、活動が可能な内容、曜日時間等の確認など

- (2) 地域包括支援センターごとに協力いただきたい内容を整理し、適宜、情報提供を行う
- (3) その他、地域包括支援センターごとに設定
- (4) 支援ニーズと活動のマッチング  
地域包括支援センター、認知症疾患医療センターが把握した認知症の方やその家族の支援ニーズに対応するオレンジサポーターを紹介する。

## 7 チームオレンジコーディネーターの役割

- (1) 圏域ごとのオレンジサポーターバンクを機能するよう統合調整
  - ア 認知症サポーター養成講座及びオレンジサポーター養成講座の企画・開催する。
  - イ オレンジサポーターの情報を共有し、研修企画や呉市全域のイベントの情報提供を行う。
- (2) 既存の団体、新たな団体にアプローチし、チームオレンジ設置に向けた立上げ・継続支援を行う。
- (3) 個別の支援ニーズの解決に向けたチームオレンジ設置に向けた立上げ・継続支援を行う。
- (4) その他、認知症地域支援推進員と協力し、チームオレンジ設置に向けた立上げ・継続支援を行う。

チームオレンジバンク登録用紙

登録地域包括支援センター名	
名前	
住所	〒 - 呉市 丁目 番号
連絡先	自宅 携帯電話 E-mail @
活動範囲	中央, 天応・吉浦, 昭和, 宮原・警固屋, 東部, 川尻・安浦, 安芸灘, 音戸・倉橋, 要相談 その他 ( )
活動可能曜日	月・火・水・木・金・土・日 要相談 その他 ( )
活動可能時間帯	時 分～ 時 分 要相談 その他 ( )
活動できる内容 (方法)	・外出支援 ・イベントの補助 ・見守り, 声かけ ・話し相手 ・安否確認 ・認知症カフェ補助 ・その他 ( )
備考	

私は、オレンジサポーターとして知りえた個人情報了他者に漏らすことが無いよう十分に留意し、認知症との共生に向け活動を支援いたします。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_