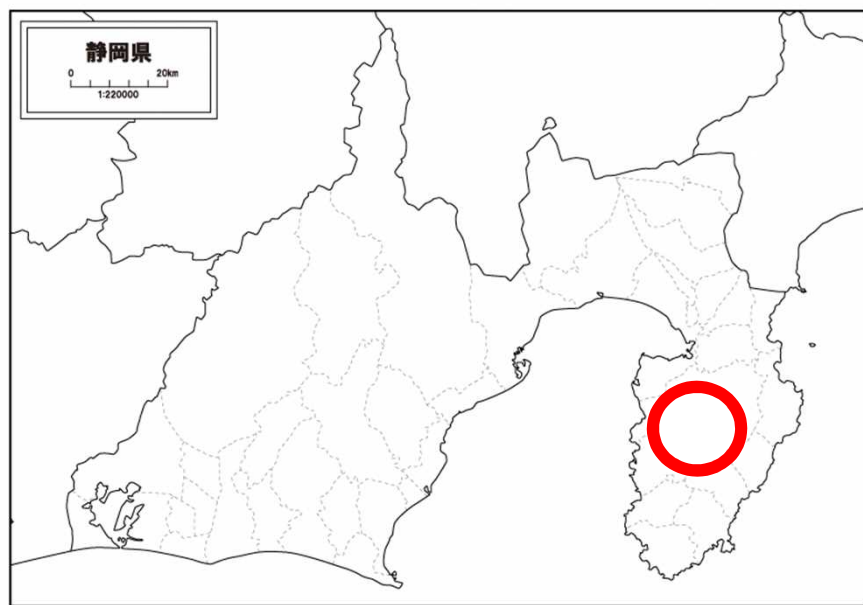


# 認知症初期集中支援事業 について


**伊豆市**  
平成30年10月

# 伊豆市プロフィール

- ・ 人口 31,089人 (平成30年4月1日現在)
- ・ 世帯数 13,351世帯 (平成30年4月1日現在)
- ・ 面積 363.97km<sup>2</sup> (県内で5番目に広い)
- ・ 高齢化率 38.83% (平成30年4月1日現在)
- ・ 介護保険認定率 13.7% (平成30年3月末現在)



## ＜経過＞

- 平成28年10月認知症初期集中支援チーム設置（市）  
市＋包括職員＋サポート医で構成された1チームのみ
- 
- 平成29年4月～市内各包括支援センター（4か所）に認知症初期集中支援チーム設置場所を変更 4チームに

## ＜実施方法＞

毎月1回程度チーム員会議実施。

実施場所は市役所。

各包括は事前に会議日程の予約をする。

# 対象者

- 40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

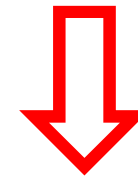
ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者  
または中断している者で以下のいずれかに該当する者

- 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- 継続的な医療サービスを受けていない者
- 適切な介護保険サービスに結び付いていない者
- 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している。

※上記は国の示したものだが、伊豆市ではアを優先とし、イについては今後必要があれば対象とする。

- アに該当する方を見つけるのは困難。  
ただ待っているだけでは難しい。



平成28年度に実施した認知機能チェックシートを実施。その中から対象と思われる方に対し、各チームで訪問を実施。



サポート医



事務局 (市)



A 包括



B 包括



C 包括



D 包括

# 認知機能チェックシートについて

平成23年度から介護ロボットプロジェクト協力中の国立障害者リハビリテーションセンターとともに、平成28年度に右記のチェックシートを実施した。

**認知機能チェックシート**

かならず、ご本人がご回答ください。  
ご回答は、ボールペン・ペンを使って、シートに直接お書きください。  
問題は、順番に、①から⑧まで進んでください。

①枠の中の数字とひらがなを、順番通りに線で結んで下さい。  
【例】のように、「1」から「あ」へ線を引きます。  
続けて、「あ」から「2」へ線を描いていきます。「お」まで来たら終了です。

【例】

②下に、時計を描いてください。  
文字盤に数字を全て描き、11時10分を指すよう針を描いて下さい。

③このふたつは、どこが似ていますか？ 答えを枠に書いてください。  
【例】 “バナナ”と“ミカン” [ 果物 ]  
(ア) “自転車”と“車” [ ]  
(イ) “ものさし”と“時計” [ ]

裏面へ、進んでください。

④それぞれの名前を、絵の下に書いてください。

⑤頭のなかで、電卓を使わずに、100から7を順に引いていってください。  
1回ずつ引きながら、続けて5回行います。  
2回目、3回目、5回目に引いたときの答えを、枠に書いてください。  
2回目の答え [ ] 3回目の答え [ ] 5回目の答え [ ]

⑥次の質問の答えに、○をつけてください。  
(ア) 半年前と比べ、しなくなった日課がありますか？ 1. はい 2. いいえ  
(ア・2) しなくなった日課は何ですか？すべてに○をつけてください。  
1. 新聞や本を読む 2. 趣味の活動 3. その他 ( )  
(イ) ふだん、自分から電話をかけていますか？ 1. いいえ 2. はい  
(ウ) 最近、よく転びそうになりますか？ 1. はい 2. いいえ  
(エ) 一人で留守番をするときに、不安を感じますか？ 1. はい 2. いいえ  
(オ) 最近、今日が何月何日か分からなくなることがありますか？ 1. ある 2. ない

⑦裏を見ないまま、答えてください。先ほど書いた時計の時刻の、20分前は、何時何分になりますか。数字を書いてください。

時 分

⑧裏を見ないまま、答えてください。先ほど書いた2組の「似ている物」は、何と何でしたか。答えを書いてください。

と と

次のページへ、進んでください。

今の状況について、ご記入ください。

⊕ 当てはまるものに○をつけてください。( ) には、回答を書いてください。

◎年齢	( )歳
◎性別	1. 男性 2. 女性
◎地域	お住まいの地域に、○をつけてください。 1. 杉並寺地域 2. 土居地域 3. 中伊豆地域 4. 天城湯ヶ島地域
◎住まい	1. 一人暮らし 2. 65歳以上の家族だけで、二人以上の同居 3. 65歳以下の子どもたちと、同居【子どもたちと同じ建物に住んでいる】 4. 65歳以下の子どもたちと、同居【同じ敷地で、別の建物に住んでいる】 5. その他( )
◎家族	「いま支えてくれている」家族、また、「今は大丈夫だが、もっと歳をとったら支えてくれる」家族の方、すべてに○をつけてください。 1. 配偶者 2. 子ども 3. 孫・ひ孫・夜叉孫 4. 父母・義父母 5. 兄弟姉妹・義兄弟姉妹 6. その他( )
◎疾患	既往歴についてお伺いします。脳卒中と診断されたことはありますか？ 1. ある 2. ない
◎罹別	この1、2年で、親しい人の死を体験しましたか？ 1. はい 2. いいえ
◎外出	みだんの外出について、教えてください。 週に、何日くらい外出していますか？(畑や池へ出かける場合も含みます)。 1. ほとんどない 2. 1日 3. 2~4日くらい 4. ほぼ毎日 いつも、どのような方法で、外出先まで行っていますか？ すべてに○をつけてください。 1. 歩く 2. バイク 3. 他の方の運転 4. 自分の運転(車) 5. タクシー 6. バスや電車 7. その他( ) 1回の外出時間は、だいたい、どのくらいですか？ 1. 30分未満 2. 30分~1時間 3. 1時間以上
◎家事や日々の用事	家事や日々の用事について、いつも、ご自分だけでしていることを、教えてください。すべてに○をつけてください。 1. 食事の準備 2. 洗濯 3. ごみ出し 4. 銀行ATMの操作 5. 買い物 6. 通院 7. 電池の交換 8. 予定の管理
◎身だしなみ	身だしなみについて、みだん、手伝ってもらっていることがありますか？ 手伝ってもらっていることがあれば、すべてに○をつけてください。 1. 爪切り 2. 歯磨き 3. 洗髪 4. 洗顔 5. 日々の服洗ひ 6. その他( )

裏面へ、進んでください。

このひと月について、当てはまるものに、一つだけ○をつけてください。

◎会籍	みだん、近所の方や義母の方と、どのくらい話していますか？ 1. ほとんどない 2. とまどき 3. ほぼ毎日
◎記憶	物をどこに置いたか分からなくなったことや、しまい忘れたことがありますか？ 1. よくある 2. とまどきある 3. ほとんどない
◎関心	半年前に比べて、まわりのことに、関心や興味がなくなっていますか？ 1. はい 2. いいえ
◎睡眠	夜、目が覚める回数が増えていますか？ 1. はい 2. いいえ

さいごに、健康支援課からお伺いします。一つだけ○をつけてください。

◎現在、認知症に関する相談をしていますか？	1. はい 2. いいえ
◎現在、認知症に関する変化をしていますか？	1. はい 2. いいえ
◎もの忘れなどで困った時の、相談窓口を知っていますか？	1. はい 2. いいえ
◎生活の中で心配なことはありますか？	1. ある 2. ない
「ある」に○をつけた方に伺います。心配なことはどんなことですか？ 1. 病状のこと 2. 家事などの日常生活のこと 3. 経済的なこと 4. その他( )	
記入日 2018年 月 日	

この結果の返送を希望されますか？ 1. はい 2. いいえ

「はい」に○をつけた方は、ご記入をお願いします。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

住所 静岡県伊豆市 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※ 署名をおこなう際は、国立障害者リハビリテーションセンターが、上の内容を使うことはありません。

伊豆市健康支援課のスタッフが、支援のために必要と判断して、国立障害者リハビリテーションセンターへ、ご回答・ご連絡先の一部について、情報提供を依頼されるかもしれません。

このとき、この回答の内容を健康支援課へお知らせして良いですか？

一つだけ○をつけてください。 1. 良い 2. やめてほしい

ご連絡先など、個人情報が含まれるため、ご家族にもお伺いします。

ご家族へ伊豆市健康支援課の活動が必要のため、国立障害者リハビリテーションセンターへ長電話があった時、この回答からの情報提供を了承されますか？ 1. はい 2. いいえ

※ 一人暮らし、高齢者のみの世帯など、ご家族が回答できない場合は、□にチェックを入れてください。こちらにチェックを入れた方は、ご本人のご意向に沿い、対応させていただきます。

代読者はいいい

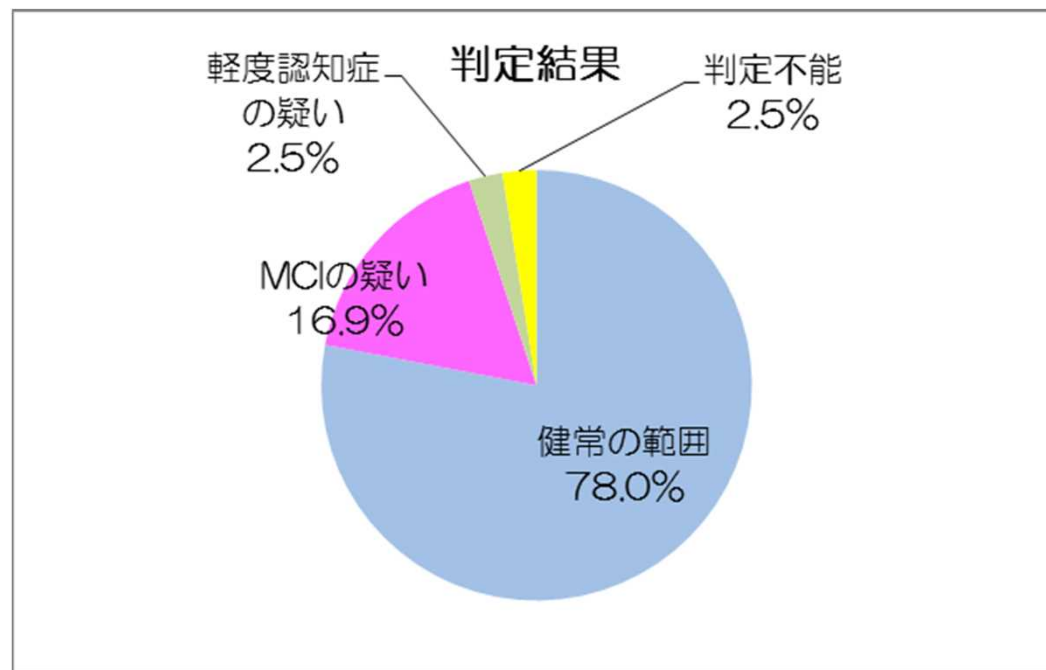
# 認知機能チェックシートの実施方法等について

- **対象者**：要支援1～要介護5の認定や事業対象者ではない、65歳以上の高齢者全員
- **実施時期**：平成29年9月1日～30日
- **実施方法**：郵送にて実施。専用電話を設置し、問い合わせに対応。
- **回収率**：51.8%（5107人／9850人）
- **結果の返信**：記名式で実施し、希望された方へ結果の送付。また、地域包括支援センターへの情報提供に了承された方に対し訪問実施。了承を得られなかった方へ対しては結果返しではなくさりげない形での訪問の実施。



# 認知機能チェックシート結果

- 対象者9,868名にアンケートを送付し、5,107名から返送がありました。（回収率51.8%）
- 回答者の性別は男性44.6%、女性55.2%、未回答0.2%



# 平成29年度の初期集中支援事業の とりくみについて

	65歳以上人口(H29.4.1)	訪問実人員	訪問延人員	チーム員会議(実人員)
修善寺	5171	75	100	5
土肥	1813	17	17	
天城	2358	21	23	
中伊豆	2646	19	34	1
合計	11988	132	174	6

①認知機能チェックシートの結果から必要な人（軽度認知症疑い、MCI）のうち、同意のとれた方に訪問実施

②家族・近所から相談のあったケースに訪問実施

**圧倒的に①のケースが多かった。**

※定期的に訪問日を決めて、初期集中支援事業を実施しているチームもあった。

# 課題

- 相談を待っているだけではなかなか対象者となる人はいない。（対象者の選定が難しい）
- 認知機能チェックシートの結果、対象者だと思って訪問しても、チーム員会議につなげるよりただちに医療につなぐ必要のあるケースも多い。
- アンケートの返信のなかった約5割の人の方が心配だという意見もあった。  
⇒返信のなかった方へのアプローチ方法検討する必要あり。
- チーム員会議にかきたいと思っても、対象者や家族から同意が取れず、なかなかチーム員会議につながらない。

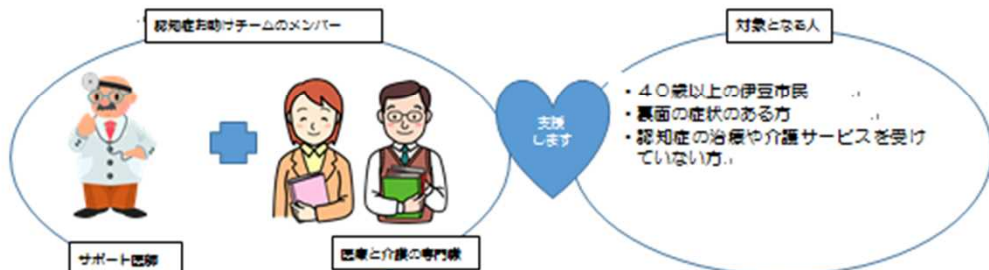
## 各地域包括支援センターにチームを置くメリットや所感について

- 各地域包括支援センターでチームを持つことで、タイムリーな関わりが持てる。(対象者かどうかの判断も各地域包括支援センターででき、積極的に関われる。)
- 地域包括支援センターが高齢者に関する相談場所として定着してきているので、対象者にとって相談しやすい。
- 初期集中支援事業の対象とならなかった場合も、継続して関わっていくことができる。
- チーム員会議につながらなくても、初期の段階で積極的に関われるきっかけになっている感じている。(チーム員会議にかけることよりも関わるきっかけになるということが大切だと感じている)
- 認知症初期集中支援事業のPRを住民にしていくことが大切だと感じている。  
⇒その後認知症地域支援推進員連絡会でチラシを作成し、老人クラブやサロンで配布している

# 認知症初期集中支援チームについての啓発チラシ

## 伊豆市認知症お助けチーム (伊豆市認知症初期集中支援チーム)

もしかして認知症?と思ったら……認知症は早めの診断・早めの対応が非常に大切になります。伊豆市認知症お助けチームは、認知症が疑われる人・そのご家族をサポートします!!



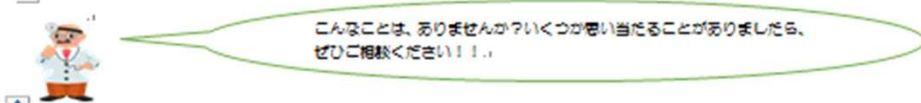
**認知症お助けチーム (認知症初期集中支援チーム) の活動とは?**  
 複数の専門職が認知症の疑いのある人を訪問してサポート医師の指導の下、主治医や関係機関などと連携を図りながら、自立した生活のサポートを行います。

**どうやってサポートを受けられるの?**  
 まずは、お住まいの地域包括支援センターまたは長寿介護課高齢者支援スタッフにご相談下さい。

裾野手地区地域包括支援センター	TEL 0558-92-9301
中伊豆地区地域包括支援センター	TEL 0558-83-5488
天城湯ヶ岳地区地域包括支援センター	TEL 0558-85-0570
土肥地区地域包括支援センター	TEL 0558-98-3001
長寿介護課 高齢者支援スタッフ	TEL 0558-72-9860



う6人!!  
 (こんな症状があったら相談を!!)



<p>●物の忘れがひどい。</p> <p><input type="checkbox"/> 今、切ったばかりなのに電話の相手の名前を忘れる。</p> <p><input type="checkbox"/> 同じ話をくりかえしたり、聞いたりする。</p> <p><input type="checkbox"/> しばしば机や壁を忘れがちな、いつも探している。</p> <p><input type="checkbox"/> 食しようとしたことを忘れたり、会話の途中で言いたいことを忘れる。</p>	<p>●判断・理解力が衰える。</p> <p><input type="checkbox"/> 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない。</p> <p><input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わない。</p> <p><input type="checkbox"/> テレビ番組の内容が理解できなくなった。</p>	<p>●時間・場所がわからない。</p> <p><input type="checkbox"/> 約束の日時や場所を間違えるようになった。</p> <p><input type="checkbox"/> 病院の受診日を忘れるようになった。</p>
<p>●人柄が変わる。</p> <p><input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 周りへの気遣いがなくなり頑固になった。</p> <p><input type="checkbox"/> 自分の失敗を人のせいにする。</p> <p><input type="checkbox"/> 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた。</p>	<p>●不安感が強い。</p> <p><input type="checkbox"/> ひとりになると怖がり寂しがったりする。</p> <p><input type="checkbox"/> 外出時、持ち物を何度も確かめる。</p> <p><input type="checkbox"/> 「顔が変わった」と本人が訴える。</p>	<p>●意欲がなくなる。</p> <p><input type="checkbox"/> 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 風呂や着替えを嫌がる。</p> <p><input type="checkbox"/> 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> まんやりして反応が遅くなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 毎日していた日課をしなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 外出をおっくうがる。</p>

ご清聴ありがとうございました

おわり