

在宅療養の推進及び認知症支援の新たな取り組みについて

1 在宅療養の推進に係る地域包括支援センターの機能強化

(1) これまでの取り組み

平成25年8月から中央包括支援センターに「在宅療養支援窓口」を設置し、専門相談員が医療・介護関係者や区民等からの在宅療養相談や情報提供等の対応を行ってきた。

(2) 「在宅療養相談窓口」の設置

平成28年4月から「在宅療養相談窓口」を5地区すべての包括支援センターに設置し、在宅療養に関する相談、情報提供を、より身近な包括支援センターで対応できるよう拡充を図った。これに伴い、中央包括支援センター内の「在宅療養支援窓口」は廃止した。

(3) 「在宅療養コーディネーター」の配置

平成28年4月から「在宅療養コーディネーター」を新たに配置し、在宅療養における相談をはじめ、医療や介護サービスに関する区民向け啓発事業及び、医療・介護等の専門職の多職種連携研修会を実施する体制を整備した。 0.2+

(4) 周知方法

- ア ちらし配布 区施設、区内の医療機関や介護事業所等向け（別添） 4,000枚
町会回覧用 8,400枚
- イ めぐる区報（4月25日号）及びホームページに掲載
- ウ 各包括支援センター内に「在宅療養相談窓口」の表示

2 認知症支援の取り組み

(1) 認知症ケアパスの作成・配布

ア 目的

認知症の人やその家族、医療・介護関係者等が、認知症の状態に応じてどのような医療・介護サービスを受ければよいか情報を共有し、必要なサービスを切れ目なく受けることができるよう、認知症の状態に応じたサービスの一覧表（認知症ケアパス）を作成・配布し普及を図る。

イ 内容

配布資料「みんなで支える認知症安心ガイドブック」（10～11ページ）のとおり

ウ 作成部数

10,000部

エ 配布

平成28年4月～

地域包括支援センター窓口等で区民に配布、区内の医療機関・介護事業者等に配布

オ 周知方法

めぐる区報（4月25日号）及びホームページに掲載

(2) 認知症初期集中支援事業の実施

ア 事業概要

認知症の人やその家族に対する初期支援を包括的かつ集中的に行う、認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援により、可能な限り住み慣れた地域で生活を続けられるようサポートを行う。

イ 認知症初期集中支援チームの構成

- ① 区の認知症支援推進員（保健師又は看護師の専務的非常勤職員）1名
- ② 地域連携型認知症疾患医療センター※（国家公務員共済組合連合会 三宿病院）のソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）1名

③ 地域連携型認知症疾患医療センター又は区医師会の認知症サポート医である専門医
1名

※地域連携型認知症疾患医療センター：都の指定により、認知症の専門医療相談事業をはじめ、認知症に関連する地域連携の推進や区市町村の認知症関連事業への協力などの業務を行う。三宿病院は目黒区において同業務を行う医療機関として平成 27 年 9 月に地域連携型認知症疾患医療センターに指定された。

ウ 支援の概要

相談受付	各包括支援センター
支援対象者	<p>原則として、40歳以上で、在宅で生活をしており、かつ認知症が疑われる以下のア又はイに該当する方（かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医の同意が得られる方。）</p> <p>ア 医療サービス、介護サービスを受けていない方、または中断している方で以下のいずれかに該当する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 認知症疾患の臨床診断を受けていない。 ② 継続的な医療サービスを受けていない。 ③ 適切な介護サービスに結び付いていない。 ④ 介護サービスが中断している。 <p>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方</p>
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ① 支援対象者の把握 ② 情報収集及び観察・評価 ③ 初回訪問時の支援 ④ 専門医を含めたチーム員会議の開催 ⑤ 初期集中支援の実施（支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月） ⑥ 支援実施中の情報の共有 ⑦ 引継ぎ後のモニタリング

エ 開始時期

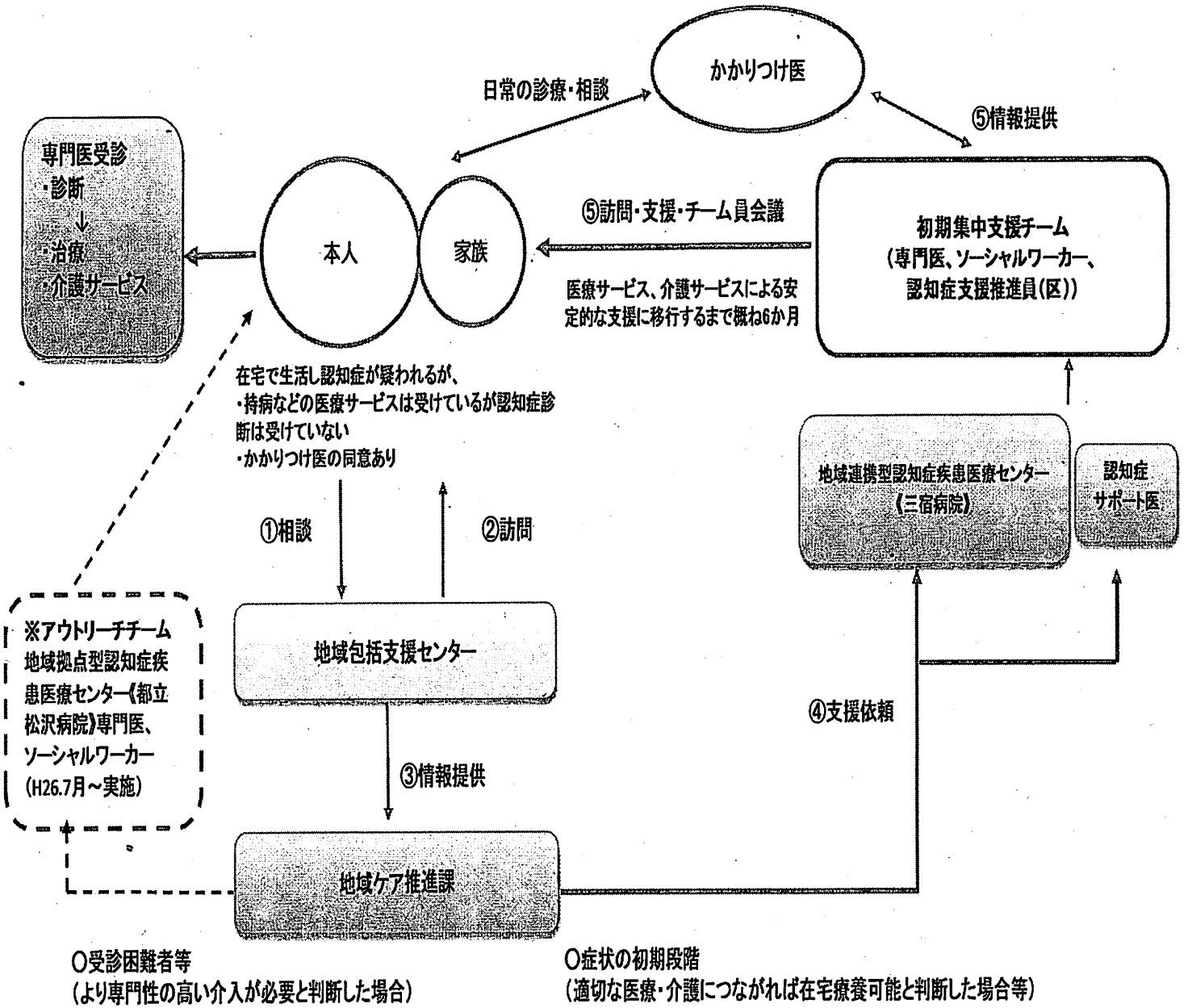
平成28年4月1日

オ 周知方法

めぐろ区報（4月25日号）及びホームページに掲載、区内医療機関、介護事業者等にチラシ配布

以 上

認知症初期集中支援事業の流れ(例)



※アウトリーチチーム:二次保健医療圏(世田谷・目黒・渋谷)の拠点となる地域拠点型認知症疾患医療センター(都立松沢病院)内に設置