

第2回 全区版地域ケア会議

1. 主旨

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを効果的に機能させるため、個別支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくことを目的としている。区では、地域ケア会議を「地区」、「地域」、「全区」の3層で実施しており、全区については地域保健福祉審議会を位置づけている。地区、地域の取組み状況を報告するとともに、全区的な課題について検討し、解決へ向けた新たな施策の立案や実行につなげていく。

2. 地区版地域ケア会議の取組み状況

地区では、あんしんすこやかセンターがケアマネジャーや介護サービス事業者、リハビリテーション専門職、民生・児童委員など、支援に係わる多様な関係者の参加を得て、会議を開催する。

平成28年度にマニュアルを検討・作成し、平成29年度からあんしんすこやかセンターでマニュアルに沿った会議の運営に取り組んでいる。平成29年度には、介護予防ケアマネジメントの質の向上を目的に軽度者の介護予防ケアマネジメントの評価を行う会議を27地区で計29回、地域包括支援ネットワーク構築やケアマネジメント支援を目的に、支援の困難な事例等の個別課題の検討を行う会議を100回開催し、個別課題の分析と地域課題の抽出につなげている。

3. 地域版地域ケア会議の取組み状況

地域では、保健福祉課が開催する地域ケア連絡会、あんしんすこやかセンターと保健福祉課が共同で開催する地域合同包括ケア会議、介護予防・地域支援課が開催する介護予防ケアマネジメント事例検討会を地域版地域ケア会議に位置付けている。

地域版地域ケア会議ではあんしんすこやかセンターの個別事例の検討結果や地区の課題報告から地域の課題を抽出し、その課題解決に向けた取組みを行うとともに、地域版地域ケア会議では解決できない課題を全区版地域ケア会議等、他の会議体へ情報共有、課題提起によりつなぐ。地区版・地域版地域ケア会議により抽出された主な課題と取組み状況については資料4-2のとおり。

4. 全区的な課題について

第1回全区版地域ケア会議にて、「見守り」、「制度の狭間」、「精神疾患等への理解」を主な課題として報告した。このうち、「精神疾患等への理解」を全区的な課題として位置付け、モデル的に作業部会を構成し、テーマに対する背景、世田谷区における取組み例、今後の取組みの方向性等を資料4-3のとおり取りまとめた。

《参考》世田谷区における地域ケア会議の構成

区では、地域ケア会議を「地区」、「地域」、「全区」の3層で実施しており、全区については地域保健福祉審議会を位置付けている。

	会議体【事務局】
地区	地区包括ケア会議【あんしんすこやかセンター】
地域	地域ケア連絡会【保健福祉課】 地域合同包括ケア会議【保健福祉課、あんしんすこやかセンター】 介護予防ケアマネジメント事例検討会【介護予防・地域支援課】
全区	地域保健福祉審議会【調整・指導課】

地区版・地域版地域ケア会議により抽出された主な課題

※ 下線は第1回全区版地域ケア会議以降に追加した課題

見守り

- 見守りの仕組みづくり
 - ・切れ目のない見守りがむずかしい
 - ・見守りに必要な情報共有と個人情報の配慮
 - ・独居の認知症高齢者（日中独居含む）への支援の不足
 - ・支援を拒否する人・医療機関につながらない人への見守りの仕組みづくりの難しさ
- 見守りの担い手の不足
 - ・近隣・地域住民とのつながりがない
 - ・家族でキーパーソンとなる人がいない

理解

- 精神疾患等の理解
 - ・近隣や家族等の精神疾患に対する理解が足りない
 - ・妄想の症状による近隣住民とのトラブルへの対応 等
- 認知症の理解

制度

- 制度の移行
 - ・障害者総合支援法のサービスから介護保険サービスへの移行
- 制度の狭間
 - ・明らかな障害や診断はないが支援が必要な方への支援
 - ・介護サービスの必要はないが、日常生活上の支援が必要な方への支援
- 社会資源の不足
 - ・地域のサポーターを育成し、地域活動につなげる仕組みがない
 - ・ひきこもりの方に対するアプローチの充実 等
- 専門職の不足
 - ・精神疾患の方を支援する人材や支援機関が足りない
 - ・専門性のある傾聴サービスが足りない

地域活動

- 地域活動の担い手の不足
 - ・町会・自治会役員が高齢化し、活動の担い手が足りない
- 地域活動の場の不足
- 地域における人間関係の希薄化・孤立

連携

- 医療機関との相互理解・情報共有の不足

権利擁護

- 周知の難しさ
 - ・消費者被害や特殊詐欺に関する啓発を行っても、当事者意識を持ってもらうことが難しい
- 支援の不足
 - ・身元保証人がいない人への公的な仕組みがない

地区・地域での課題解決の成果（例）

テーマ	課題	成果・方向性
集合住宅での見守り	・居住者の転出入が多い集合住宅での見守り活動	○住民や自治会、民生委員、近隣事業者の参加による地域ケア会議の開催や、集合住宅ごとの総会に参加し防災講話やサロン等への参加を促したり、見守り活動の啓発を行ったりするなど、顔の見える関係を構築できた。 ⇒集合住宅住民の有志で具体的な見守り体制を構築し、定期的なパトロールを実施している。この事例から、周辺の集合住宅からも相談を受け、取組みの検討が始まるなど、活動の成果が広がっている。
	・高齢者の熱中症や脱水予防のための見守り ・認知症高齢者への声かけ、見守り	○ケアマネジャーやあんしんすこやかセンターから、関係機関に具体的な対応方法を伝えることで、見守り体制を広げることができた。 ⇒地域で見守りを行っていることを家族に伝えることで、サービス（通所介護）利用につなげることができた。
地域での見守り	高齢者以外の気になる方や見守りが必要な方がいる。	○学校や地域団体からの依頼により、認知症サポーター養成講座等を開催し見守り等の普及啓発を図った。 ⇒地区で見守りが必要と思われる高齢者への声かけ等ができるようになった。地域版地域ケア会議に東京都認知症介護指導者を招き、地域の関係者同士の顔の見える関係強化を図る。 ○事前準備として、地区内の民生委員とあんしんすこやかセンターとの情報交換会（地区包括ケア会議）を開催し、見守りが必要な方に関する意見交換を行った。 ⇒地区の課題及び解決策について、あんしんすこやかセンターと民生委員が定期的に話し合うネットワークができた。

テーマ	課題	成果・方向性
精神疾患に対する理解	精神疾患に対する理解不足	○精神疾患が疑われる方へどのように接したら良いかと、地域住民からあんしんすこやかセンターに相談があり、精神疾患理解の勉強会を開催することとした。 ⇒地域障害者相談支援センターの協力を得て、地区の民生委員や住民向けの勉強会を開催した。地域版地域ケア会議の場でその情報を共有し、他の地区でも精神疾患理解の勉強会が開催された。

テーマ	課題	成果・方向性
別制度への円滑な移行	障害者総合支援法のサービスから介護保険サービスへの移行	○障害支援と高齢者支援に関わる行政と事業所による検討を行い、それぞれの支援内容の理解を深めるとともに、「移行会議」の必要性が提案された。 ⇒個別の「移行会議」を試行的に行い、移行に向けた情報共有と方針の決定がなされた。 また、65歳を契機にサービス利用が途切れないように、制度移行の説明会を、あんしんすこやかセンターと障害者施設が合同で開催した。

テーマ	課題	成果・方向性
活動の場の確保	サロンの偏在や男性が気軽に集える場所の不足	○社会福祉協議会が中心となり、三者連携会議や社会資源調査から活動場所の確保を行った。 ⇒民間の高齢者施設や地域の教会・神社を利用したサロンの開設ができ、活動の場が広がった。 また、男性限定のサロンが立ち上がり、様々な活動を開始した。
地域団体の連携	地域団体同士と一緒に活動する機会が少ない	○民生委員の声と地区アセスから「子どもの孤食」が多く存在することが明らかになった。民生委員、サロン、大学生、地区住民が協働し、継続可能な仕組みを作り、「子ども食堂」がスタートした。
地域団体の活性化	各町会が互いに協力して活動する機会が少ない	○町会別に行われていた防災講演会を合同で開催することで、各町会が互いの活動を補完することができた。また、今後の防災講演会では認知症と精神疾患の内容を加えることで、普及啓発も行うこととした。 ⇒合同開催を機に町会を越えたつながりができ、それぞれの強みの発揮と弱みの補完ができるようになった。

テーマ：精神疾患等への理解

【事例概要】

独居の50代男性。発達障害のため精神科病院に通院しつつ、就労している。数年前に母が亡くなってからは、他県に住む親族が心配し、週1回ほど本人宅を訪問している。ある日、近隣住民から民生委員に「毎晩、本人が家を訪ねてくる。寂しくて誰かと話したいようだが、どのように対応したらよいか」という話があり、民生委員からあんしんすこやかセンターと総合支所保健福祉課に相談が寄せられた。

【地区版・地域版地域ケア会議】

地区版地域ケア会議参加者

あんしんすこやかセンター、総合支所保健福祉課、相談者、民生委員、地域障害者相談支援センター等

地区版地域ケア会議の検討結果（支援方針・役割分担等）

- ・関係者の働きかけにより本人を地域障害者相談支援センターの相談員につなげる。
- ・近隣住民は再度本人が訪ねてきた際には「夜遅くに話を聞くことができない」旨を伝える。

地区版地域ケア会議の成果

- ・近隣住民と民生委員、保健福祉課、地域障害者相談支援センター等関係者間のネットワークを構築することができた。
- ・当初、精神疾患の症状が理解されず、近隣住民がどのように本人に接すればよいか不安があったが、会議をとおして接し方が明確になった。

地域版地域ケア会議の検討・取組み

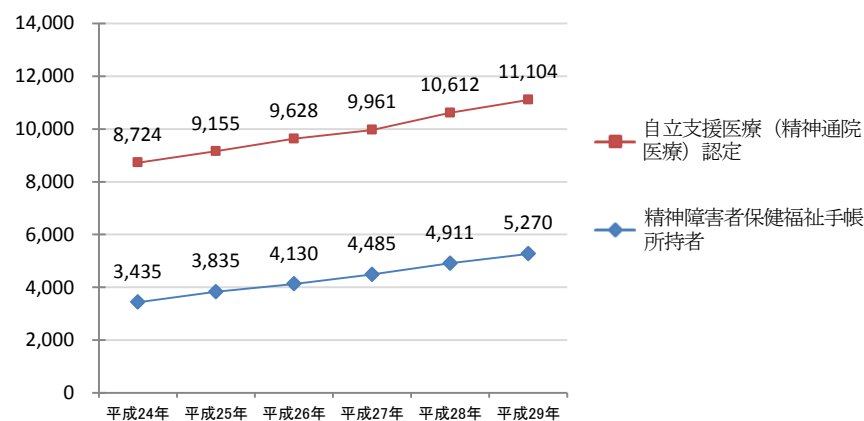
- ・地域障害者相談支援センターの協力を得て、地区の住民向けに精神疾患の理解に関する講演会を開催することとした。地域版地域ケア会議の場でその情報を共有し、他の地区でも講演会が開催できるよう取組みを広げる。

残された課題

- ・地区・地域において精神疾患の理解に関する講演会を開催することとしたが、併せて全区的な啓発が求められる。

【背景】

精神障害者数の推移（各年4月1日現在）



身体障害者手帳等の障害者手帳の所持者及び難病患者（東京都難病医療費等助成の申請件数）の総数は、平成29年4月1日現在で37,991人。
このうち、精神障害者保健福祉手帳の所持者は5,270人で、平成24年の3,435人から5年間で約53%増となり、障害者の増加により、障害福祉施策のニーズも増加している。

【世田谷区における取組み例】

各分野別計画

…「健康せたがやプラン」において、「精神疾患についての偏見や誤解のない地域づくり」を施策の一つに掲げ、様々な機会を活用しながら、普及・啓発、情報発信事業等に取り組んでいる。また「せたがやノーマライゼーションプラン（世田谷区障害者計画）」や「世田谷区障害福祉計画」により、障害の理解促進に向けた啓発活動を計画的に行っている。

精神保健福祉に関する普及啓発

…精神保健に関する正しい知識の普及や精神障害に対する理解の向上等のために様々な講演会を実施している。そのうち、「統合失調症の疾病理解と家族の対応等」をテーマとした講演会は29年度に10回実施し、計387名の参加があった。

障害者差別の解消の推進

…平成28年4月の障害者差別解消法の施行にあたり、区では障害者差別解消支援地域協議会を立ち上げるとともに、各相談窓口及び庁内各課は障害を理由とする差別についての相談の内容を把握し、対応している。また、啓発のためのシンポジウムを開催している。

世田谷区自立支援協議会

…“障害があってもなくても誰もが自分らしく安心して暮らせる地域”をつくっていく仕組みとして、平成19年10月に立ち上げた。平成21年度からは区内5つの地域に「各エリア自立支援協議会」を立ち上げ、年度毎に障害に関するテーマを設け、テーマに沿った取組みを進めている。

【課題】

○近隣住民の精神疾患に対する理解が不足している

- ・精神疾患の中でも、特に症状としての妄想への理解は不足している。怖い、どう対応してよいかわからない等の不安が原因となり排他的になりがちで、世帯が孤立したり、近隣苦情になりうる。
- ・認知症における「認知症ケアパス」パンフレットや認知症サポーター養成講座のような啓発のツールが精神疾患に関しては少ない。特に、本人・家族以外の区民を対象とするものが不足している。一方で、精神疾患の症状の現れ方、対応方法は対象者によって異なることが多く、一般化した具体的な対応方法を示すことが難しい。

○妄想等の症状による近隣住民とのトラブルや不安に対し、適切なフォローが求められる

- ・本人へは長期的な支援や見守りが必要な場合が多く、近隣住民へのフォローが必要である。
- ・地域ケア会議に支援者、関係機関の他、近隣住民を加えて開催することで理解が進み、トラブルとなった行為は変わらなくても近隣住民の不安の解消につながった事例もある。

【今後の取組みの方向性】

地区・地域の取組み

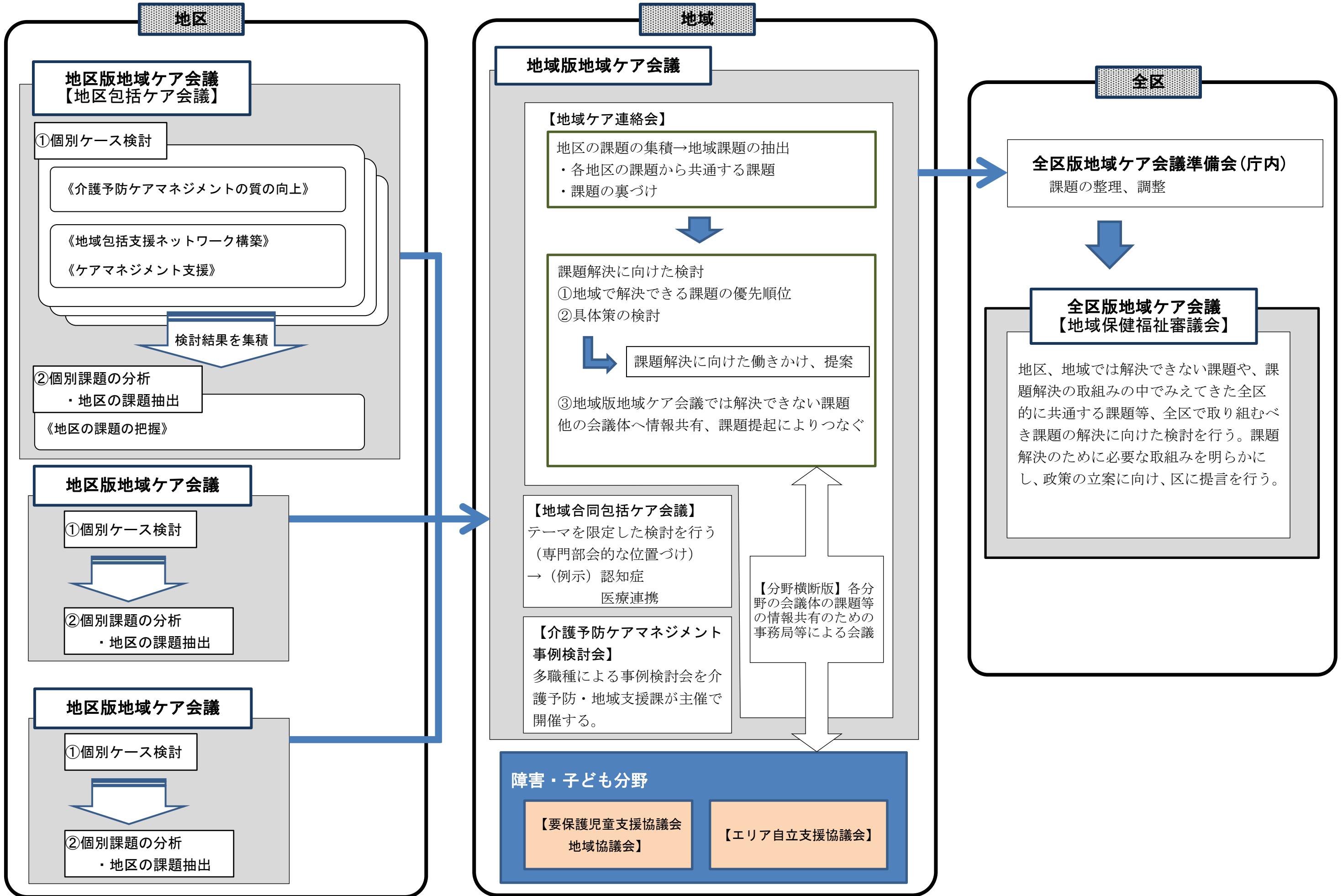
引き続き個別支援や地区・地域のネットワークを通じた情報共有、啓発等により、近隣住民等の理解促進に努める。併せて、地域ケア会議や、エリア自立支援協議会等により各地区・地域の課題・特色に応じた取組みを進める。

啓発の充実

本人、家族以外の区民を対象に、精神疾患に関する理解が得られるよう、既存の講座の拡充を行う等、啓発の充実を図る。

相談支援体制の強化

年々増加するこころの相談や精神障害を中心とした障害者等の多様な相談に対応するため、今年度を実施する地域障害者相談支援センターの次期受託事業者公募に合わせて、相談支援体制の強化を進める。



地区版地域ケア会議等の状況に関する資料

世田谷区介護予防・地域支援課事業報告（平成29年度実績）
～あんすこの風 X II～

抜粋 P 6 6 ～ 6 8

⑥地域におけるネットワークの構築

ア 地区包括ケア会議実施状況

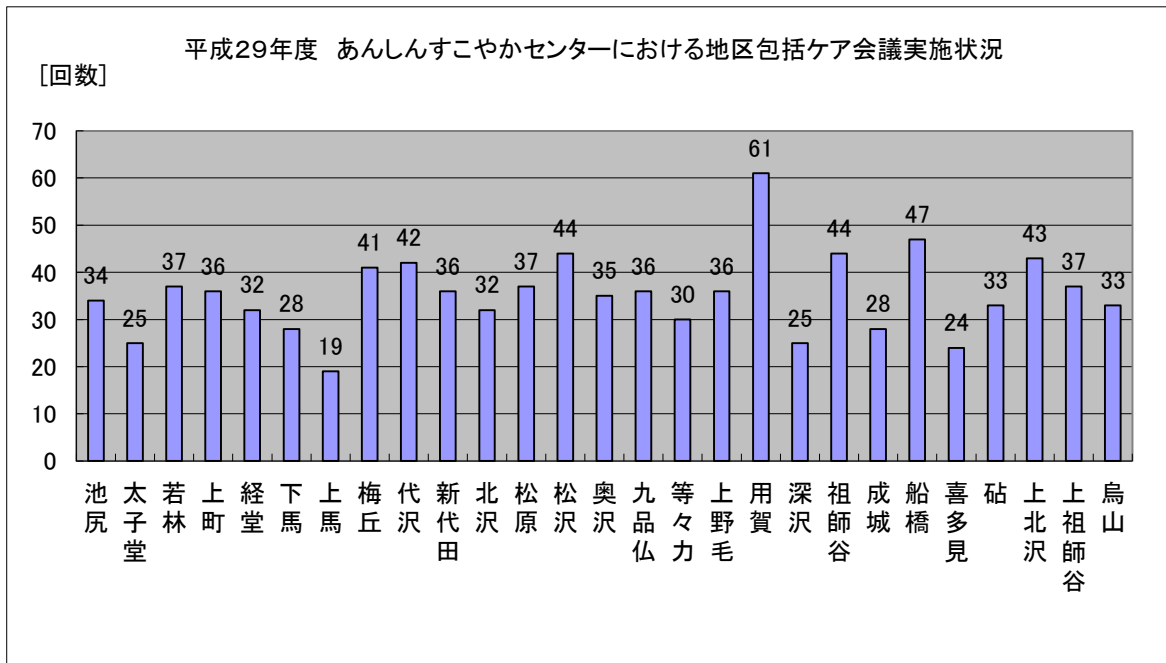
あんしんすこやかセンターは、ケアマネジャーや介護保険サービス事業者、インフォーマル組織の関係者等との会議を開催し、ネットワークづくりを行っている。

・実施結果

平成29年度総実施数は955回(平成28年度は616回)、各あんしんすこやかセンターの年間平均実施数は約35回であり、年間総参加者数は延べ12,485人であった。

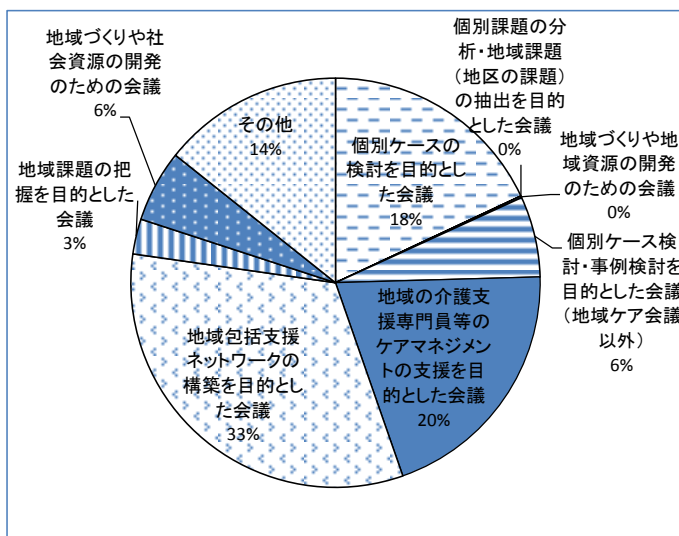
・内容

ケアマネジャーとの情報交換等、インフォーマル組織との地域づくりに関すること、支援が必要な高齢者のための地域を巻き込んだネットワークづくり等



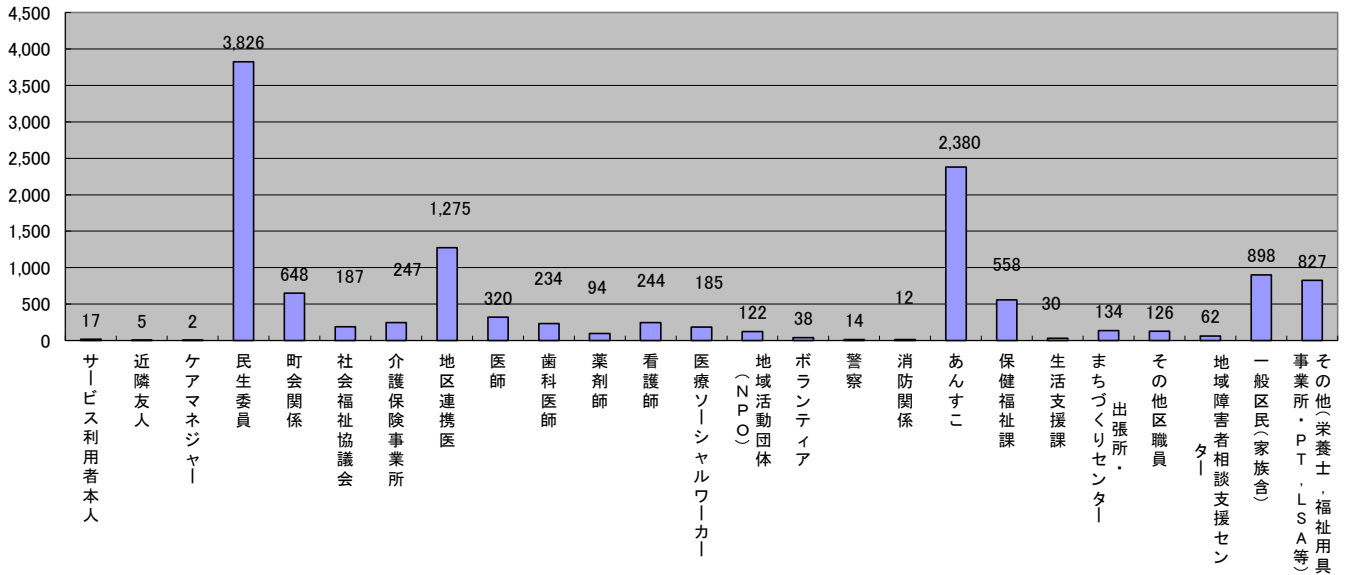
イ 参加者の状況

回数	会議の内容									
	地区版地域ケア会議			その他の地区包括ケア会議						
	個別ケースの検討を目的とした会議	抽出を目的とした会議	個別課題の分析・地域課題(地区の課題)の抽出を目的とした会議	(個別ケース検討・事例検討を目的とした会議以外)	地域づくりや地域資源の開発のための会議	地域の介護支援専門員等のケアマネジメントの支援を目的とした会議	地域包括支援ネットワークの構築を目的とした会議	地域課題の把握を目的とした会議	地域づくりや社会資源の開発のための会議	その他
955	130	0	1	46	145	235	20	41	103	



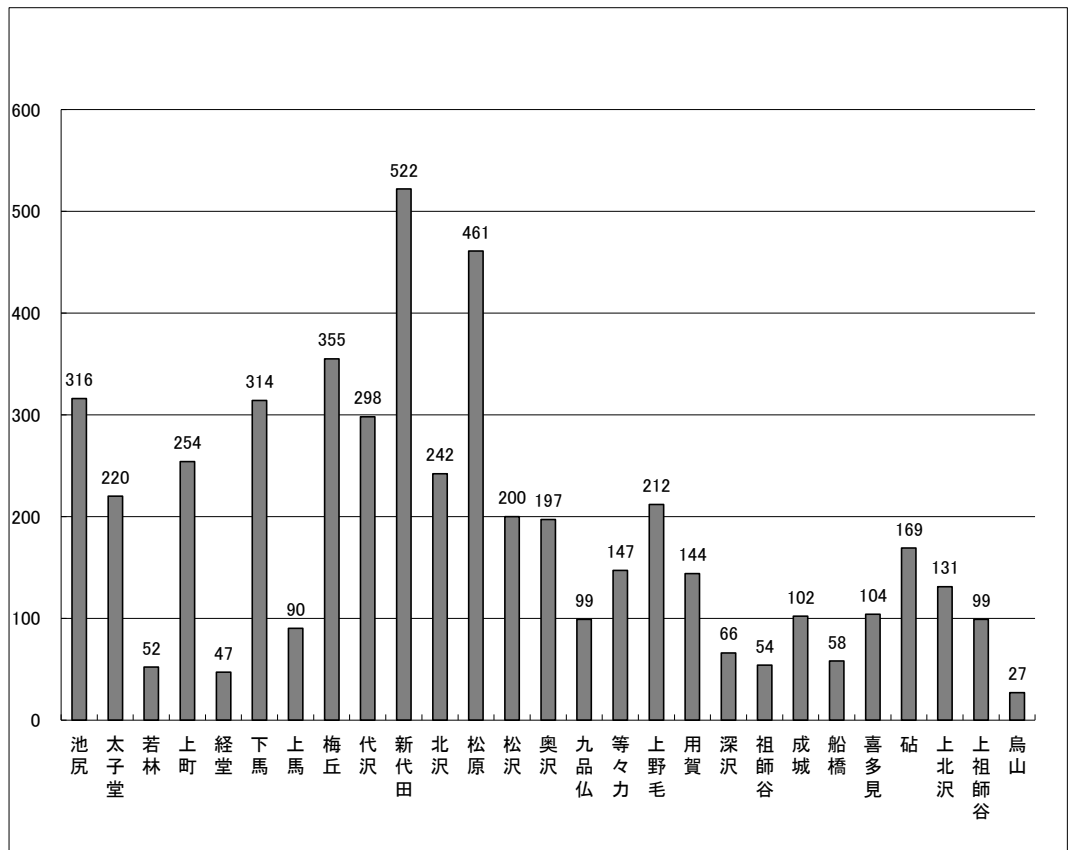
参加人数	参加者内訳																								
	サービス利用者本人	近隣友人	ケアマネジャー	民生委員	町会関係	社会福祉協議会	介護保険事業所	地区連携医	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	医療ソーシャルワーカー	地域活動団体(NPO)	ボランティア	警察	消防関係	あんすこ	保健福祉課	生活支援課	まちづくりセンター	出張所・出張所・センター	その他区職員	地域障害者相談支援センター	一般区民(家族含)
12,485	17	5	2	3,826	648	187	247	1,275	320	234	94	244	185	122	38	14	12	2,380	558	30	134	126	62	898	827

平成29年度地区包括ケア会議参加者内訳



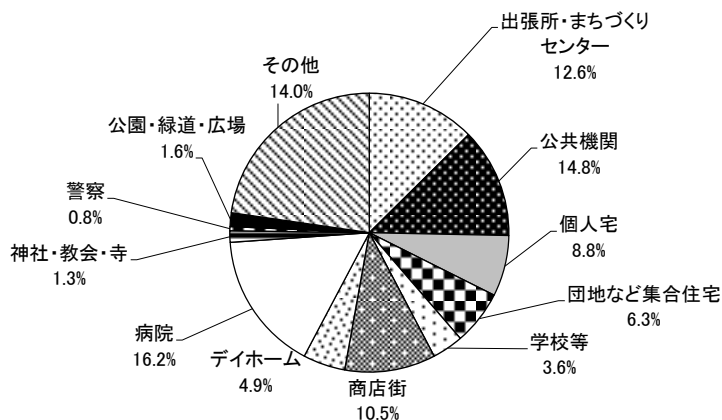
ウ あんしんすこやかセンター別地域づくり活動内容(民生委員、サロン・ミニデイ、町会・自治会、高齢者クラブ等のインフォーマル組織との関わり)
 (ア) あんしんすこやかセンター別 地域づくり活動件数

施設名	活動件数
池尻	316
太子堂	220
若林	52
上町	254
経堂	47
下馬	314
上馬	90
梅丘	355
代沢	298
新代田	522
北沢	242
松原	461
松沢	200
奥沢	197
九品仏	99
等々力	147
上野毛	212
用賀	144
深沢	66
祖師谷	54
成城	102
船橋	58
喜多見	104
砧	169
上北沢	131
上祖師谷	99
烏山	27
合計	4,980



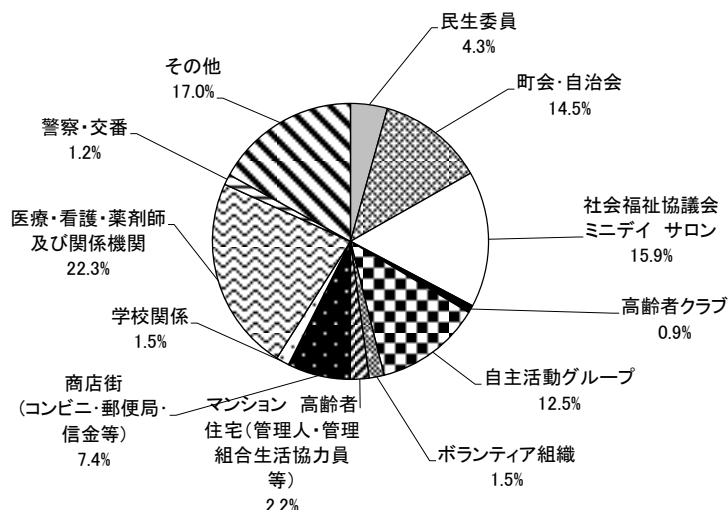
(イ) あんしんすこやかセンター職員が出向いた場所

場所	件数
出張所・まちづくりセンター	627
公共機関(地区会館・区民集会所等)	634
個人宅(サロン・町会長・民生委員等)	352
団地など集合住宅	314
学校等	180
商店街	524
デイホーム	244
病院	805
神社・教会・寺	66
警察	24
公園・緑道・広場	79
その他	1131
合計	4,980



(ウ) あんしんすこやかセンター職員が出向いた先の活動(対象)

活動内容	件数
民生委員	215
町会・自治会	621
社会福祉協議会 ミニデイ サロン	794
高齢者クラブ	44
自主活動グループ	621
ボランティア組織	87
マンション 高齢者住宅(管理人・管理組合生活協力員等)	109
商店街(コンビニ・郵便局・信金等)	368
学校関係	77
医療・看護・薬剤師及び関係機関	1137
警察・交番	61
その他	846
合計	4,980



⑦ 地域ケア会議

世田谷区では「地域ケア会議」を、27の地区で行う「地区版地域ケア会議」、5つの地域(総合支所)で行う「地域版地域ケア会議」、全区レベルの「全区版地域ケア会議」の3層で行っている。

ア 地区版地域ケア会議

あんしんすこやかセンターが主催する会議で、個別ケースの検討及びケアマネジメント力の向上、支援ネットワークの構築、個別ケースの検討の集積による地区の課題分析・地域課題の抽出及び地域づくり・社会資源開発を行う。
平成29年度は27あんしんすこやかセンターで計129回開催した。

イ 地域版地域ケア会議

地域ケア連絡会、地域合同包括ケア会議、介護予防ケアマネジメント事例検討会として開催する。地域課題の共有、整理、分析、解決策等の検討や介護予防、認知症、医療連携等のテーマを限定した検討を行う。

ウ 全区版地域ケア会議

地域保健福祉審議会として開催する。地区、地域での取り組みでみてきた全区で取り組むべき課題の解決に向けた検討を行い、必要に応じ政策の立案に向け、区に提言を行う。政策の形成の機能を持つ。

平成30年 12月10日
 保 健 福 祉 部
 高 齢 福 祉 部

世田谷区の在宅医療・介護連携推進事業の取組み状況について

地域包括ケアの地区展開の一環としてあんしんすこやかセンターにおけるケアマネジメント支援や医療職・介護職のネットワークづくりを進めるため、平成28年10月から地区連携医事業を実施している。今年4月には、各地区に在宅療養相談窓口を開設した。医療と介護の両方を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、多職種が参加する医療連携推進協議会で区の医療・介護提供体制のあるべき姿や進め方の全体像を協議・共有しながら、在宅医療・介護連携を推進していく。(別紙1、別紙2)

1. 在宅療養相談窓口の実施状況(平成30年度上半期)

各地区のあんしんすこやかセンターに設置した「在宅療養相談窓口」では、在宅療養を支える医療機関や介護サービスを案内するとともに、在宅療養資源マップ等を活用して在宅療養調整や入退院に関する区民、医療・介護関係者からの相談に対応している。

(1) 相談者数(重複なし・実人数) (人)

4月	451	5月	577	6月	550	7月	566	8月	515	9月	423
----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	----	-----

(2) 相談件数(人物重複あり・件数重複なし) (件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
在宅療養に関する相談	491	599	593	672	521	440
入院・入所・転院相談	227	247	219	216	239	163
その他	132	113	124	315	290	163
計	850	959	936	1203	1050	766

(3) 対応の内訳(人物重複あり・件数重複なし・上記相談件数の「その他」を除く) (件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
情報提供	450	548	505	573	510	374
傾聴・苦情対応	54	77	74	46	41	53
アセスメント	156	175	190	220	142	120
カンファレンス	53	44	43	49	67	55
計	713	844	812	888	760	602

(4) 相談者に案内した情報の内訳（件数重複あり・上記相談の「その他」を除く）
(件)

案内の内訳	4月	5月	6月	7月	8月	9月
「在宅医療」の制度説明	79	66	99	76	63	49
ターミナルケア・終末期について	40	38	37	16	33	27
診療所（医科）	82	92	94	101	89	87
歯科診療所（歯科）	2	3	5	17	13	4
薬局（薬科）	16	10	10	10	9	9
病院（有床診療所を含む）	170	168	193	151	209	186
医師会・歯科医師会・薬剤師会	6	0	1	23	3	3
訪問看護	96	104	129	114	94	60
老人保健施設	26	26	30	25	26	16
特養・有料老人ホーム・グループホーム等	45	50	53	45	47	32
その他の医療関係	65	106	120	109	74	35
その他の介護関係	271	337	288	328	306	208
行政（国・都・他自治体・区関係所管等）	26	15	28	41	20	17
その他	24	31	13	12	13	17

(5) 在宅療養相談窓口の相談例
別紙3参照

2. 在宅療養相談窓口の情報共有、スキルアップを図る取組み

(1) 在宅医療・介護連携推進担当者連絡会の開催

あんしんすこやかセンターの担当者が、各地区の相談窓口で受けた様々な相談や地域の医療・介護情報を共有し、相談支援に関する意見交換や事例検討、医療機関等の情報更新を行う。（5月・7月・9月・12月・3月）

(2) 病院MSWとあんしんすこやかセンターとの意見交換会

- ①日 時 平成30年12月3日（月） 午後2時00分～ 2時間程度
- ②会 場 世田谷区役所 第3庁舎3階 ブライトホール
- ③参加者 病院MSW（または退院調整担当看護師）／ あんしんすこやかセンター在宅医療・介護連携推進担当者（または管理者）
- ④内 容 ・世田谷区における在宅医療・介護連携推進事業の取組み
・世田谷区在宅療養相談窓口の状況
・グループワーク「最も困難と感じていること」（各グループ2点）

(3) 在宅療養に関する相談支援をテーマとした研修会

- ①日 時 平成31年2月20日（月） 午後2時00分～ 2時間程度
- ②場 所 世田谷区民会館 集会室
- ③参加者 あんしんすこやかセンターの在宅医療・介護連携推進担当者他

- ④内 容 (仮) 在宅療養相談窓口の役割と課題
 講師 西東京市在宅療養連携支援センター (にしのわ)
 高岡 里佳 (たかおか りか)

(4) 在宅療養相談対応ガイド

在宅療養相談窓口で受けた相談事例をもとにテーマを設定し、医療系・介護系の多職種によるグループワークを通じて様々な視点から対応・支援を検討し、「在宅療養相談対応ガイド」を作成する。

①ガイド (相談事例) の内容

- ・在宅療養の調整・・・・・・・・2事例
- ・入院・入所・転院・・・・・・・・2事例

②事例検討の方法

地区連携医、歯科医、薬剤師、主任ケアマネ、訪問看護師、あんしんすこやかセンター等の多職種でグループワーク形式の検討を行う

日時：平成31年2月25日 (月) 19時～

会場：世田谷区民会館集会室

③検討結果のまとめ

各グループにおける検討結果を「(仮称) 在宅療養相談対応ガイド」としてまとめ、あんしんすこやかセンター職員向けの平成31年度在宅医療・介護連携推進マニュアルに掲載するとともに、在宅医療を支える医療職・介護職の間で記載内容を共有し、理解を深める。

④相談支援スキルの向上

今年度作成する「在宅療養相談対応ガイド」で本人や家族の状況を確認するポイントや、支援すべき内容に関する職種ごとの専門的な視点を学ぶとともに、地区連携医と連携して相談窓口で必要となる情報・知識を収集するなど、今後も在宅療養相談窓口における相談支援のスキルアップに取り組んでいく。

(5) 地区連携医事業に関するアンケートの実施

医療職・介護職のネットワークづくりを推進する地区連携医事業や、在宅療養相談窓口事業を実施する中、今後、あんしんすこやかセンターが更に効果的に事業を推進していけるよう、11月にアンケート調査を行った。

【参考:アンケート結果】

■在宅療養相談に関することで地区連携医に相談したこと

有る 18 (67%)	無い 9 (33%)
-------------	------------

■在宅療養相談窓口の業務に何らかの形で地区連携医を活用することについて

賛成 21 (78%)	反対 3(11%)	その他 3(11%)
-------------	-----------	------------

■ 在宅療養相談窓口と地区連携医の連携について

- メリット
- ・主治医のいない方の在宅療養について、地区連携医と対応を検討できる
 - ・在宅療養相談ケースについて、医師の見解や入退院に関する助言をいただける
 - ・地域の専門医の紹介や訪問診療・病院との連携等に関して助言をいただける
 - ・受診に結びつかないケースのサポートをお願いできる
 - ・医療職と介護職が在宅での療養・生活に関して同じ目線で関わっていける
 - ・地区連携医や他の医師に地域の在宅療養相談の現状を知っていただける
 - ・一般的な助言だけでなく、頻繁に相談したりアウトリーチをお願いできる
- 課題
- ・かかりつけ医がいる場合、誤解や混乱を招かないよう進めるのが難しい
 - ・地区連携医の負担が大きく、ネットワークづくりや区民普及への影響が懸念される
 - ・地区連携医以外に相談しづらくなることが懸念される
 - ・他の医師や病院との関係もあり、相談窓口と地区連携医の連携には相当の配慮が必要

■ 「地区連携医事業」についての意見

①医療的助言（事例・地区課題の検討）

困難ケースに医療的助言をもらえる／多職種のモチベーションが上がる／「地域連携会」「ケアマネ連絡会」「地域ケア会議」等でアドバイスをもらえる／訪問診療の相談が出来る／日程が合わないときは代理対応にしてもらえると助かる／医師に介護の現場を知ってもらえる

②ケアマネ研修等支援（医師による講座等）

ケアマネの質や士気が向上する／高齢者のアセスメント講座を定期的実施できる／事例検討が効果的／ケアマネが受け身にならない工夫が必要／講座メインだと医師の負担が大きい

③多職種ネットワークづくり

医療と福祉のネットワークづくりが進む／顔の見える関係が日常業務に生かせる／医師が介護現場の多職種と膝を交えて話す機会になる／地区連携医以外の医師とも連携が広がる

④その他

地区連携医の交代がある方が活性化するのではないか／希望する時間帯が異なるため、日程調整が難しい／地区連携医の専門外の相談は難しい

■ 「在宅療養相談窓口」のメリットや課題、今後期待すること

<メリット>

- ・区民や医療機関にとって、福祉の相談先があんすこに統一されてわかりやすくなった
- ・訪問診療、訪問歯科の相談に退院前から対応が出来るようになってきた
- ・病院の情報が得やすくなり、地区の多職種連携が進んだ

<課題>

- ・在宅療養（介護サービス）に関し、医療機関への一層の周知が必要
- ・医療機関同士や医師会等との連携を推進する必要がある
- ・相談窓口（あんすこ）の役割（出来ること・出来ないこと）の関係者への周知
- ・難病の相談が増えるなど、各種制度への対応、見立てを的確に行うスキルが必要
- ・医療機関の最新情報を検索できるシステムが必要
- ・顔の見える関係づくりがマンネリ化しないような工夫が必要
- ・在宅療養相談窓口について高齢者（当事者）だけでなく区民へもっと周知が必要
- ・施設・病院見学や、担当者を招いた説明会などの機会があるとよい

■「地区連携医事業」と「在宅療養相談窓口」の連携に関する提案・意見

- ・地区連携医と在宅療養相談窓口の協働には、在宅医療についての共通認識・理解が求められる
- ・医師の助言が必要な相談があった場合、気兼ねなくすぐに教えてもらえる体制があるとよい
- ・地区連携医が区民から直接相談を受ける場（無料の医療相談カフェ等）を設定してはどうか
- ・困難ケースのアウトリーチや、かかりつけ主治医がない場合の相談等が可能になると助かる
- ・相談窓口の周知が進むことで、地区連携事業との連携・活用の効果が上がると思う

世田谷区の在宅医療・介護連携推進のイメージ

将来の世田谷区のあるべき姿や施策の進め方について医療・介護関係者間で協議、共有しながら、それぞれの専門性を活かし、相互に連携して在宅医療・介護連携を推進していく

医療連携推進協議会
 医療や介護に携わる多職種が参加し、世田谷区の在宅医療・介護連携の現状を把握・共有した上で、目指すべき理想像を描きつつ課題の抽出、具体的な対応策の検討を行う

【在宅医療・介護連携推進の主な取組み】

●在宅療養資源マップ

【指標】区が所有するデータや、都・関係団体等から提供されているデータを活用しているか

●切れ目のない医療・介護

・医療職・介護職のネットワークづくり
 ・医療情報の収集・提供 ・訪問看護の支援

【指標】在宅医療・介護が切れ目なく提供される体制の整備に向けた具体的な取組みを実施しているか

●関係機関との情報の共有

・情報共有システム(ICT)
 ・医療と介護の連携シート
 ・口腔ケアチェックシート

【指標】情報共有のためのツールを活用しているか

●相談・支援

・在宅療養相談窓口(あんすこに設置)
 ・在宅療養相談サポート事業

【指標】相談の内容を、医療連携推進協議会に報告しているか

●多職種連携研修

・多職種で学ぶ医療・福祉連携研修

【指標】グループワーク等を取入れた参加型の研修を実施しているか

●「在宅医療」の普及

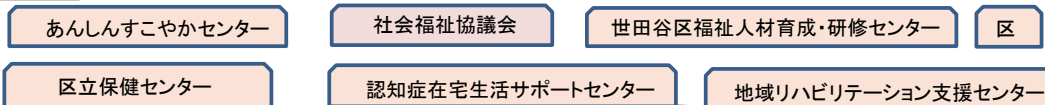
・お彼岸シンポジウム ・在宅医療ミニ講座
 ・リビングウィルの検討

【指標(区)】「在宅医療」の区民の認知度は上がったか

●関係自治体・団体との連携

・区西南部の意見交換会

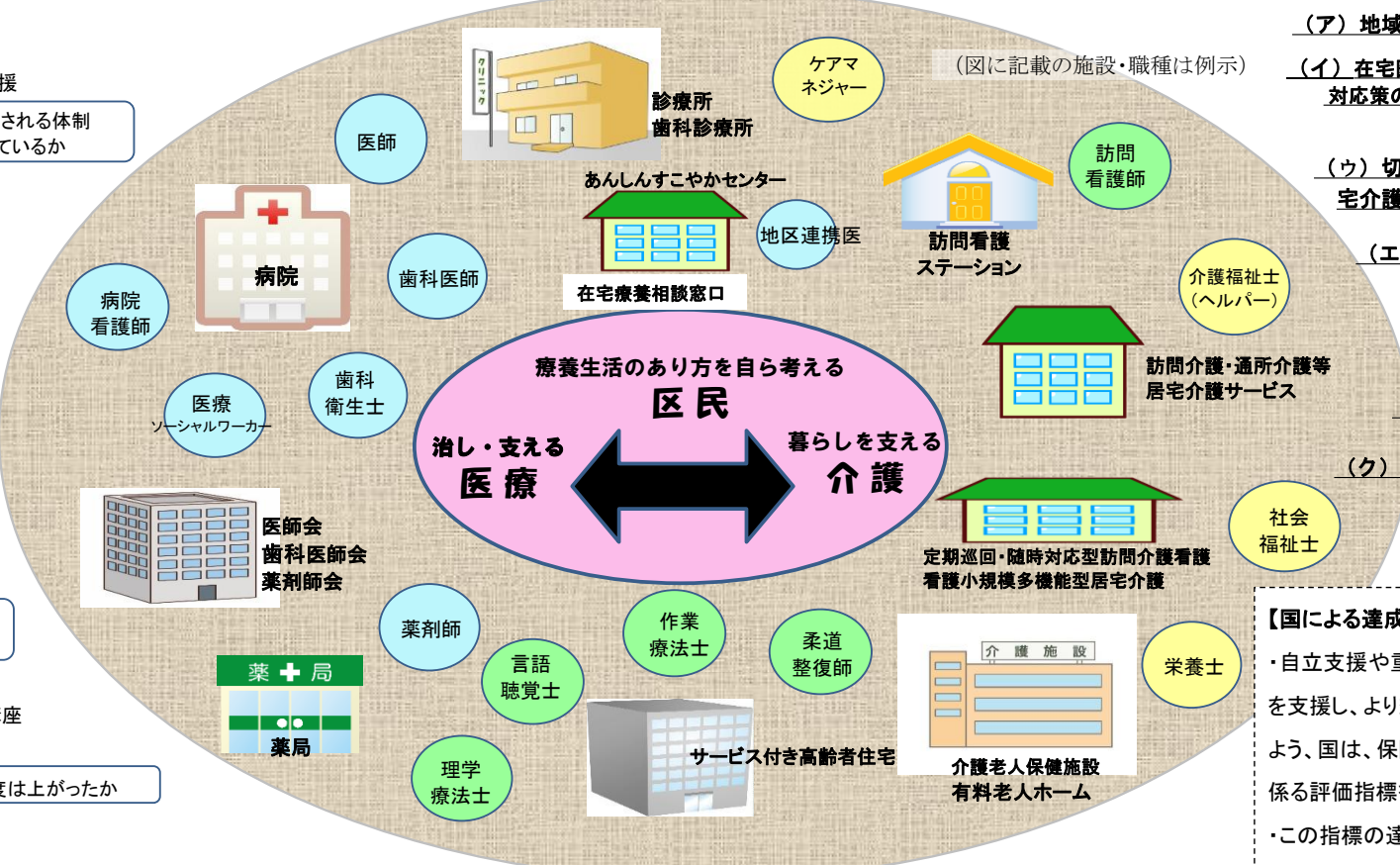
【指標】広域的な連携の取組みを実施しているか



【在宅医療・介護連携推進事業】

関係団体等と連携しながら、介護保険の地域支援事業の仕組みにより国の示す8つの項目に沿って施策展開を図っていく。

- (ア) 地域の医療・介護資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ) 関係機関間の情報共有
- (オ) 相談・支援
- (カ) 多職種連携研修
- (キ) 「在宅医療」の普及
- (ク) 関係自治体・団体との連携



【国による達成状況の評価等】

- ・自立支援や重度化防止に取り組む自治体を支援し、より効果的に取組みを展開するよう、国は、保険者機能強化推進交付金に係る評価指標を定めた(30年度)。
- ・この指標の達成状況に応じ、交付金(30年度190億円)が各市区町村に配分される。

平成30年度からあんしんすこやかセンターに「在宅療養相談窓口」を設置し、各地区における相談支援や多職種交流を通じて医療職・介護職のネットワークづくりを進めている

国の示す8つの項目（地域支援事業）	平成30年度	平成31年度	平成32年度	成果指標
<p>ア) 地域の医療・福祉サービス資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関等の所在地、連絡先、機能等の情報収集 地域の医療・介護情報を掲載したマップ・リストの共有・活用 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養資源マップの活用 <ul style="list-style-type: none"> ・関係者間の情報共有 ・在宅療養に関する相談支援 ・在宅医療の周知・普及 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●在宅療養資源マップの更新検討</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●在宅療養資源マップの更新</p>	<p>（保険者機能強化推進交付金に係る成果指標）</p>
<p>イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状把握と課題の抽出、対応策等を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療連携推進協議会の運営 <ul style="list-style-type: none"> ・全体会 3回 ・相談支援・情報部会 1回 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●切れ目のない医療・介護の提供体制の構築に向けた検討</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p>	<p>①医療・介護関係者が参画する会議で、データを活用して在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか</p>
<p>ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区連携医等多職種による連携推進 ●医療情報の収集・提供の仕組み検討 ●訪問看護師の専門研修 ●訪問看護師の就労支援事業 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●切れ目のない医療・介護の提供体制の構築に向けた事業検討・実施</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●切れ目のない医療・介護の提供体制の構築に向けた事業実施</p>	<p>②切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向け、①の検討をふまえて具体的な取組みを企画・実行・検証・改善しているか</p>
<p>エ) 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報共有ツールの活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療と介護の連携シートの周知・普及 ●口腔ケアチェックシートの周知・普及 ●ICTを活用した利用者情報共有システムの推進 ●すこやか歯科健診事業の周知拡充 	<p style="text-align: center;">【継続】</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p>	<p>③医療・介護関係者間の情報共有ツールの整備、または普及について具体的な取組みを行っているか</p>
<p>オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組みを支援 	<ul style="list-style-type: none"> ●あんしんすこやかセンターに「在宅療養相談窓口（区民・医療機関・事業所等向け）」を開設 ●在宅療養相談窓口サポート事業の実施 ●在宅医療・介護連携推進担当者連絡会 5回（1回は病院MSWとの意見交換会） 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●あんしんすこやかセンターにおける在宅療養相談窓口の取組み検証</p> <p>●サポート機能のあり方検討</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●新しいサポート機能</p>	<p>④地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を設置し、相談内容を医師会等関係団体との会議等に報告しているか</p>
<p>カ) 在宅医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等 	<ul style="list-style-type: none"> ●世田谷区福祉人材・研修センター研修 ●区西南部地域リハビリテーション支援センターが行う研修事業支援 4回 ●訪問看護ステーション支援 2回 ●医師会等の実施する講演会等の介護職への周知 ●在宅療養相談のための研修 1回 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●医療・介護関連研修の情報収集、周知方法等の整理・検討</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●医療・介護関連研修の周知方法の改善</p>	<p>⑤医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を開催しているか</p>
<p>キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療に関する普及啓発 在宅での看取りについての講演会の開催 等 	<ul style="list-style-type: none"> ●区民向け「在宅医療」普及・啓発シンポジウム（春のお彼岸シンポジウム） 1回 ●「在宅医療体験メッセージ集」の原稿募集・作成 ●区民向け在宅医療ミニ講座のモデル実施 15地区 	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●区民と人生の最終段階の過ごし方を考えるための検討</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p> <p>●区民と人生の最終段階の過ごし方を考える取組みのモデル実施</p>	<p>⑥他自治体や医師会等関係団体等と連携し、広域的な医療・介護連携に関する取組みを企画し、実行しているか</p>
<p>ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 複数の市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●区西南部の意見交換会等 ●近隣自治体の在宅療養資源マップの活用 	<p style="text-align: center;">【継続】</p>	<p style="text-align: center;">【継続】</p>	<p>⑦居宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」または「退院・退所加算」の取得率の状況</p>

世田谷区在宅療養相談窓口での相談例(平成30年4～9月)

相談内容は加工しています
 個別性の高い相談は除いています
 相談者は、家族、病院(MSW、看護師等)、ケアマネジャー、診療所、本人等

在宅療養調整(入院中)

相談の内容	対応
退院後は一時的に在宅療養となるが、介護環境が整っていない。	自宅を訪問し、家族に介入を依頼。MSWと連携して退院調整を行い、地域資源の情報を提供。
独居だがヘルパーに不信感を抱いているため、退院後の環境整備が難しい。	本人と面談し、困りごとをあんしん事業につないだ。ケアマネと一緒に関係づくりを進めている。
経済的な理由から退院後の施設入所、転院を拒んでいる。	本人の状態・希望をアセスメントし、在宅療養について説明を行った。
退院して在宅医療に切り替えたいが、家族が就労中のため看護・介護に不安がある。	在宅療養に必要な環境、介護力、家族力、費用等について説明した。
認知機能の低下がみられるため、退院後の在宅療養にサポートが必要。	病院でケース会議を行い、介護保険の申請をした。退院後、見守り中。
退院に向け、在宅で療養するための準備を進めたい。	退院前カンファレンスを開催し、在宅復帰にあわせて訪問診療、訪問看護、福祉用具等の利用を調整した。
24時間対応や、緩和ケアの対応をしている訪問看護事業所を知りたい。	世田谷区在宅医療資源マップから情報提供を行った。
認知症の親を家族が退院させたがっているが、訪問診療等の調整を拒否している。	家族に在宅医療や介護サービスについて説明。今後の家族との関わり方について検討中。
急性期から地域包括ケア病棟に移ったが、認知症もあり、丁寧な退院調整が必要。	ケアマネジャーと自宅の状態を確認し、退院後の療養生活に関するカンファレンスを行った。
本人が退院を強く希望しているが、精神的に不安定で在宅生活は難しいのではないかと。	退院前カンファレンス、担当者会議を実施し、ケアマネ支援を行った。区へも報告した。
がん末期の患者が退院することになったが、本人・家族に知識や情報がなく支援が必要。	暫定プランで介護サービスを利用できるよう、ケアマネジャーに引継いだ。
てんかん発作による入院から急遽退院となったが、自宅ではとても療養できない。	自宅環境は劣悪で、サービス手配も間に合わなかったため、老健への緊急入所を手配した。
誤嚥性肺炎で入院。退院後は在宅療養となるが、家族がその状況を把握していない。	退院時にケアマネと訪問し、アセスメントをもとに訪問診療、訪問看護につないだ。
脳梗塞後のリハビリを経て退院予定だが、障害や介護に否定的で家族との関係も悪い。	認定調査に同行するとともに、病院の相談員と今後の支援の方向性を調整した。
知的障害があるため、退院後に医療ケアが必要となった場合は管理が難しくなる。	介護認定を申請。ケアマネと院前カンファレンスを行い、今後について家族に説明した。
がんの外国籍患者の退院にあたり、英語で訪問診療を行う医師の情報が知りたい。	緊急時の入院先を尋ね、英語対応が出来るような緩和ケアを行う区内の診療所を案内した。

在宅療養調整(在宅)

相談の内容	対応
歩行障害があり、転倒を繰り返すが入院を拒否しているため、在宅療養の環境を整えたい。	ケアマネ、訪問看護師と同行訪問し、訪問看護の導入に向けた説明を行った。
本人、家族とも医療への不信感が強く、病識もないまま訪問診療を拒否している。	医師、ケアマネ、あんすこでケース会議を行い、必要な時に介入できる体制を整えた。
訪問看護師が薬カレンダーを作成しているが、認知機能の低下もあり薬の管理が難しい。	訪問薬剤師による薬の管理を調整した。薬剤師、訪問看護師、ヘルパーと連携。
ケアマネジャーが紹介した在宅医の治療に納得がいけない。	本人の希望を聞き、訪問診療を行う有床の診療所を情報提供し、入院となった。
階段から転落し、トイレにも行けず寝ている。家族も手指に力が入らず介助できない。	地区連携医と連携し、往診。介護保険の申請、ヘルパー支援を手配した。
精神的に不安定で家族の負担が大きい。	保健福祉課職員と訪問し、介護保険の申請を支援、ケアマネの紹介を行った。
障害基礎年金を受けるための診断を頼める医療機関を探している。	国保年金課に問い合わせ、手続きを確認した上で精神科のある医療機関を案内した。
介護者が急に入院することになったが、どうすればよいか。	訪問し、訪問診療、ケアマネの調整をした。介護保険の申請も手配した。
通院が途絶えたが、血圧や服薬の管理等が心配なので支援体制を確認したい。	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)に連絡し、対応を依頼した。
大学病院で訪問診療を勧められたが、かかりつけ医に対応できないと言われた。	往診と訪問診療の違いや在宅医療について説明した。
認知症状が進み、片づけや通帳の管理等が出来なくなったが自宅で暮らしたい。	訪問し、介護サービスや後見人制度の利用を提案。医療機関に同行し、受診を支援した。
認知症患者の家族が腰を痛み、介護サービスを利用したいが、本人が拒否している。	本人が信頼を寄せている医師と連携し、往診時にケアマネや訪問と同行して説得した。
悪性リンパ腫の独居女性。積極的な治療を望まず、急変の可能性がある。	訪問して状況を確認。かかりつけ医と連携して介護認定を申請し、サービス利用につないだ。
ALSで入院していたが本人希望で退院。病院による再入院の勧めを拒否している。	病院に同行し、訪問看護を導入した。介護認定の申請を行い、サービスについて説明した。
内臓疾患で入退院を繰り返す内に、精神症状が悪化してきた。精神科には拒否がある。	内科を標榜しているが精神科にも詳しい診療所(訪問診療)につないだ。
がん手術の予定があるが、手術や術後の生活が不安である。	手術後の生活や利用可能なサービス(主に訪問看護)について情報提供を行った。

被害妄想による迷惑行為があり、近隣から苦情が出ている。	訪問サービスを導入するとともに、認知症専門相談事業の利用につないだ。
認知症による問題行動があるが本人は受診を拒否し、家族は介護に不安を感じている。	警察、病院と連携を確認。家族の負担軽減のため、民生委員や認知症カフェについて情報提供した。
認知症の夫婦のみ世帯。サービス拒否があり、隣に住む家族とは関係が良くない。	ケアマネからの依頼を受けて同行訪問し、清潔の保持、食事等の確認を行っている。
外傷(火傷)の状態が酷く、毎日処置が必要だが、自力で毎日通院するのは困難。	訪問して状況を確認。医師に特別指示書を依頼し、訪問看護事業所の対応を手配した。
がんの治療で輸血が必要。通院が難しくなったので訪問医を教えてください。	輸血を扱う訪問診療所、有床診療所を案内した。介護サービスの利用にもつないだ。
徐々にALSが進行しているが、本人が在宅生活の継続を希望しているのでサポートが必要。	介護サービスの利用に拒否があったが、主治医と連携してケアマネジャーにつないだ。
うつ傾向が強く、体調が悪くなると動けなくなることへの不安から不定期愁訴になる。	かかりつけ医から訪リハ、訪看の指示書がもらえず、専門職訪問で理学療法士の指導につないだ。
認知症の診断や治療について専門の病院に相談したいが、主治医に反対された。	あんすこから主治医に紹介状を依頼するか、状況を伝えた上で病院に相談することも提案した。
認知症の夫婦でサービスや支払いを拒否し、思い通りにならないと荒れる。極めて不衛生。	脱水による入院を機に遠方の親族と連絡がつき、成年後見につないで生活支援を継続している。
介護保険等のサービス利用に必要な書類を病院に依頼しても時間がかかりすぎる。	あんすこから病院の担当課に問い合わせたり、医師に架電して依頼する等対応している。

入院支援

相談の内容	対応
家族が寝たきりの状態で食事も水分も摂らず、このまま死んでしまうのではないかと心配。	患者宅を訪問し、状態を確認。退院後の在宅療養について理解を得た上で救急搬送した。
家族を精神科の病棟で入院治療させたい。	本人、家族と病院に同行したが、本人が入院を拒否したため、相談、支援を継続中。
入院中の病院で最終段階まで看れないと言われた。保護受給者が入れる病院を知りたい。	生活保護担当者との相談を案内した。
手術のため自分が入院する間、医療ケアが必要な家族の世話をどうすればいいか。	病院のMSWと連携し、介護者が不在の期間中は療養型病院に入院することになった。
怪我で緊急利用したショートステイの延長を繰り返し希望している。	延長利用することの妥当性について関係者(多職種)で情報共有、調整を行った。
有料ホームに入所したが、もっと費用のからない施設に移りたい。要介護4。ほぼ全介助。	特別養護老人ホームと有料ホーム紹介センターを案内した。
認知機能が低下し、薬の管理も難しい。困ると本人が救急車を呼ぶようになった。	本人が入院を希望したため、入院までの間、訪問介護を利用するよう手配した。
毎回参加している地域活動で姿が見えず、訪問したところ倒れていた。	訪問し、救急病院に搬送。介護認定を申請し、病院MSWと入退院調整を行った。
主な介護者が半年間入院することになったので、要介護3の認知症患者の入居先を探したい。	老健一覧、ミドルステイができる有料老人ホームから探すよう提案。特養申請の助言も行った。
保険料未納で保険証がないため、大腿骨骨折後も受診していない知人がいる。	訪問、受診を経て入院。保険証再発行と介護認定の申請手続きを支援した。
脳梗塞で入院しているが、施設入所を考えている。海外の家族では情報収集が難しい。	日本の施設の情報をメールで伝えるとともに、インターネット検索の方法などを教えた。
現在の老健から退所を迫られているため、別の施設の情報や生活保護について知りたい。	認知症対応病棟のある老健の検索を提案し、生保の窓口として生活支援課を案内した。
高齢の夫婦で夫が骨折して入院することになったが、認知症の妻を一人にできない。	かかりつけ医の訪問が難しかったため、初診で往診可能な医師に診てもらい、夫婦とも入院。
精神疾患の症状が悪化し、看護師や家族に対して暴言・暴力がある状況。	保健福祉課と協議し、中部総合精神保健センターの訪問を依頼。医療保護入院となった。

転院先等情報提供

相談の内容	対応
急性期の治療を終えたので、転院先を探す必要がある。家族も高齢で心身状況が心配。	老健、療養病床等を探すよう提案。家族へも介護サービスの利用を案内した。
費用が安く、リハビリができる病院・施設を探している。有料ホームの費用について知りたい。	MSWの対応に関する不満を傾聴。有料ホームの費用はホームによって異なると説明した。
2か月後には退院しなければならないが、在宅生活に不安がある。経済的にも心配。	家族と連携をとるためカンファレンスに参加し、生活支援課へ相談するよう案内した。
退院を迫られており、リハビリに特化した転院先を探しているが、MSWが要望を聞いてくれない。	基本的には主治医やMSWに相談しながら進めるよう伝え、リハビリ可能な病院の情報を提供した。
医療療養型病院から介護施設に移ると安くなるか。費用を抑える策が他にあるか。	介護療養型病床の他、特養、老健、有料老人ホーム等の情報提供。MSWへ相談するよう話した。
地域包括ケア病棟からの退院にあたり、行き先に関する情報が欲しい。	在宅医療の説明を行うとともに、老健、サ高住、GH等、今後の方向性について情報提供した。
病院が連絡もなく個室に移し、差額ベッド代が発生した。病院の対応に納得がいかない。	入院時に受けた説明や同意書の内容を再確認し、医療相談室へ相談するよう勧めた。
重度の認知症病棟から転院を迫られているが、通える範囲で予算内の病院を知りたい。	入院中の病院に連絡後、複数の病院に問い合わせ、相談できそうな病院を案内した。
回復期リハ病院を退院後、特養入所が難しい場合、費用の安い療養型病院があるか。	医療療養型、介護療養型病院について情報提供し、おむつ代の助成等についても説明した。
緊急入院後に人工透析となった要介護5の身寄りのない患者の転院先を探している。	長期療養型の透析病院の事前面談に、自費ヘルパーとともに同行し、転院を支援した。
骨折で入院中。認知症、高血圧。退院後は老健に入所するが、その後はどうしたらよいか。	特養の申込や介護付有料ホームを案内し、本人の状態を見て検討するよう説明した。

認知症施策の進捗状況について

1. 主旨

区では、平成25年度に策定した「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」及び第7期高齢者保健福祉計画・介護事業計画等に基づき、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域社会の実現に向け、認知症の早期対応体制の確立や、医療・福祉の連携推進、家族支援の充実等、認知症在宅支援施策を総合的に推進している。

区における保健医療福祉の全区的な拠点となる梅ヶ丘拠点区複合棟内に、平成32年（2020年）4月に開設予定である「認知症在宅生活サポートセンター（以下「センター」という）」の開設準備状況及び認知症施策の進捗状況について報告する。

2. センターの開設準備状況 ……別紙参照

センターは、区における認知症ケアモデルの構築を進めていくための専門的かつ中核的な全区の拠点として位置づけており、平成29年度にセンターの運営事業者として、医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニックを公募選定した。

平成30年度より、センターの開設準備室である認知症在宅生活サポート室（豪徳寺2丁目28番3号 旧厚生会館内）において、区と委託事業者が併行運営を開始し、順次、事業の引継ぎを行い、センター開設に向けた準備を進めている。

3. 認知症施策の取り組み状況について

認知症の早期対応・早期支援の取り組みとして、あんしんすこやかセンターでの「もの忘れ相談窓口」「認知症初期集中支援チーム事業」のほか、身近な場所で医師と相談できる「もの忘れチェック相談会」を拡充し、あんしんすこやかセンターで行う「地区型」、医師の講話や個別相談会を合わせた「啓発型」を実施している。

また、「認知症カフェ開設支援補助事業」や、若年性認知症を含む軽度認知症の人が自ら意欲的に参加出来ることをめざした「認知症当事者のための社会参加型プログラム開発事業」を実施し、認知症施策の総合的な推進に取り組んでいる。

・主な事業実績（平成29年度実績）

事業名	平成29年度実績
あんしんすこやかセンター もの忘れ相談 (1件あたり30分以上の相談 件数)	実件数1,488件 延件数9,074件
認知症初期集中支援チーム 事業	実数66人 述べ数365人

事業名	平成29年度実績	
もの忘れチェック相談会	従来型 (各総合支所の健診会場で、医師が個別に相談を受ける)	10回実施 実数70人
	地区型 (あんしんすこやかセンターを会場として、医師が個別に相談を受ける)	5回実施 実数11人
	啓発型 (医師の講話と参加者自身による自己チェックを体験。その後、希望者に対して、あんしんすこやかセンター職員が個別に相談を受ける)	2回実施 実数54人
認知症カフェ開設支援補助	補助団体数6団体 (平成27年度からの累計24地区40箇所)	
認知症当事者のための社会参加型プログラム開発事業	<p>若年性認知症を含む軽度認知症の人が自ら意欲的に参加出来る軽作業等の活動プログラムを開発し、指定認知症対応型通所介護事業所において実施する。</p> <p><実施地域></p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度：世田谷地域で開始(1か所) ・平成29年度：玉川、烏山地域に拡充して実施(計3か所) ・平成30年度：北沢、砧地域に拡充して実施(計5か所) <p><主な軽作業></p> <ul style="list-style-type: none"> ・農園での土壌づくり、野菜苗のうえつけなどの軽作業、商店街のイベントパンフレットの折作業 <p><普及啓発></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の本人が講師となり、軽作業等の体験を話す講演会を実施 ・若年性認知症のリーフレットを作成 	
認知症サポーター養成講座	129回実施 延数3,230人 累計28,119人	

4. 今後の取り組みについて

- ① センター機能に係る事業は、センター構想に基づいて計画どおり実施できており、センターの円滑な開設に向け、運営体制づくりをさらに進める。
- ② 認知症サポーターのさらなる養成や活用、認知症カフェの未整備地区の開設等の支援に取り組み、認知症の本人や家族をあたたく見守る地域づくりを進める。
- ③ 認知症の本人や家族による認知症施策の企画・評価への参画や認知症本人交流会(本人ミーティング)の実施など、当事者の視点を重視した取り組みを進める。
- ④ 区・区民・事業者が一丸となって認知症になっても安心して暮らし続けられる社会の実現に向け、国の「(仮称)認知症施策推進基本法」制定の動向も注視し、認知症施策の総合的な推進に取り組むため、認知症に関する条例制定も視野に入れ検討を進める。

・世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想のスケジュール

センター機能	主な事業	平成30年度 センター委託事業者と 併行運営	平成31年度 (2019年) (予定)	平成 32年度 (2020年)
機能1 訪問サービスによる在宅支援サポート機能	・認知症初期集中支援チーム事業	センター委託事業者が専従体制で本格実施	訪問実人数の拡充	認知症在宅生活サポートセンター開設（委託）
機能2 家族支援サポート機能	・認知症家族会、勉強会 ・家族のための心理相談 ・もの忘れチェック相談会	もの忘れチェック相談会の拡充 (試行：地区型・啓発型)	もの忘れチェック相談会、地区型・啓発型の本格実施	
機能3 普及啓発・情報発信機能	・認知症講演会 ・介護者の会、家族会一覧 ・認知症ケアパス	認知症カフェ一覧の作成、配付 認知症ケアパスの内容更新	センターホームページ開設及びセンター機関誌発行の準備	
機能4 技術支援・連携強化機能	・認知症専門相談員連絡会 ・医師による専門相談事業	認知症当事者のための社会参加型プログラム開発事業 センター委託事業者へ引継ぎ準備	認知症対応型通所介護施設でのプログラムの普及及び支援	
機能5 人材育成機能	・(都) 認知症の人の地域生活を支援するケアプログラム推進事業 ・認知症サポーター養成講座 ・認知症サポーターステップアップ講座	世田谷区認知症ケアプログラム推進事業の本格実施、1クール（介護事業所職員向け研修） 認知症サポーターフォローアップ講座	研修回数増（2クール） 全区版、認知症サポーター養成講座の拡充	
開設準備体制	・認知症在宅生活サポート室 ・認知症施策評価委員会	区と委託事業者の併行運営 認知症在宅生活サポート室の業務委託 年2回開催	センター委託管理	

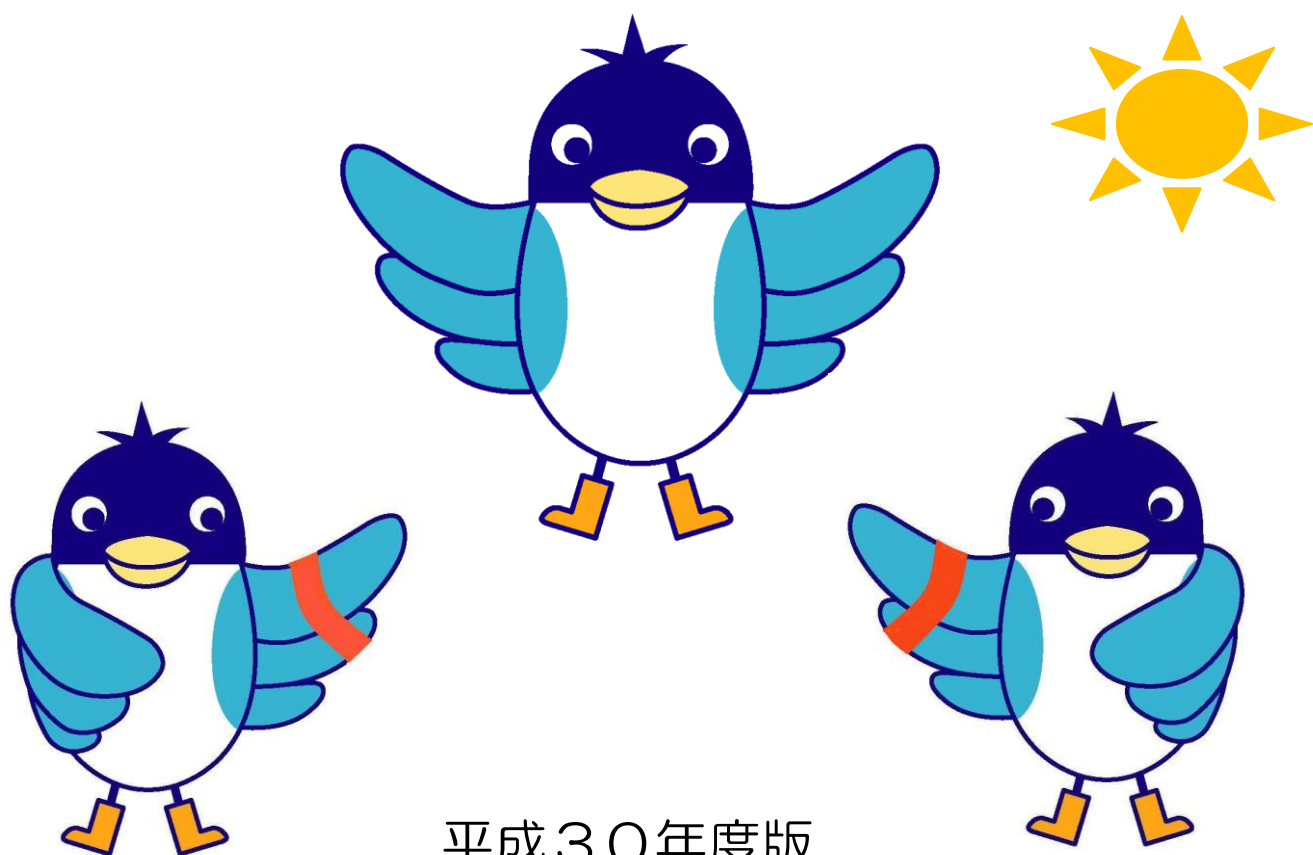
世田谷区

介護予防・地域支援課事業報告

(平成29年度実績)

～あんすこの風 X II～

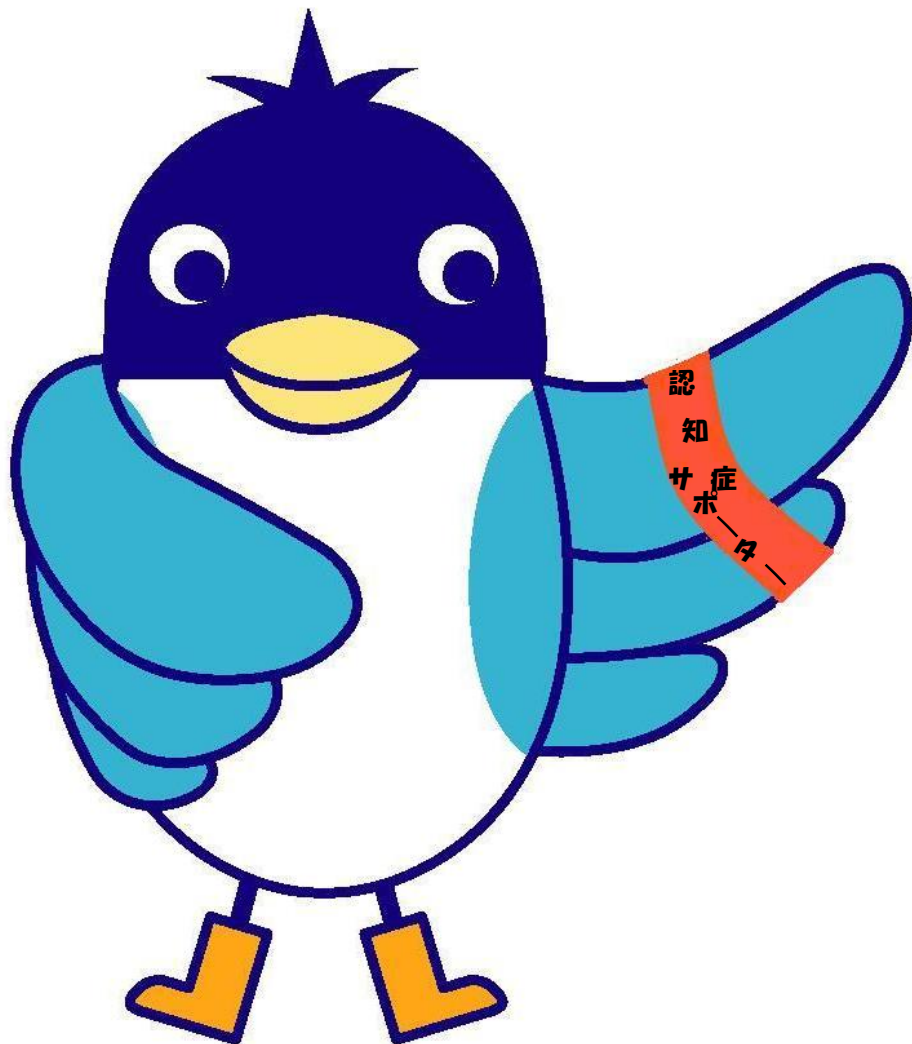
一部抜粋版
認知症施策【II 認知症に関すること】



平成30年度版

世田谷区 介護予防・地域支援課

Ⅱ 認知症に関すること



1. 世田谷区(介護予防・地域支援課)の認知症施策

(1)もの忘れ相談

平成 21 年度より、各あんしんすこやかセンターに「もの忘れ相談窓口」を開設し、広報や講演会、地区包括ケア会議等の機会を捉えて相談窓口の周知を行った。

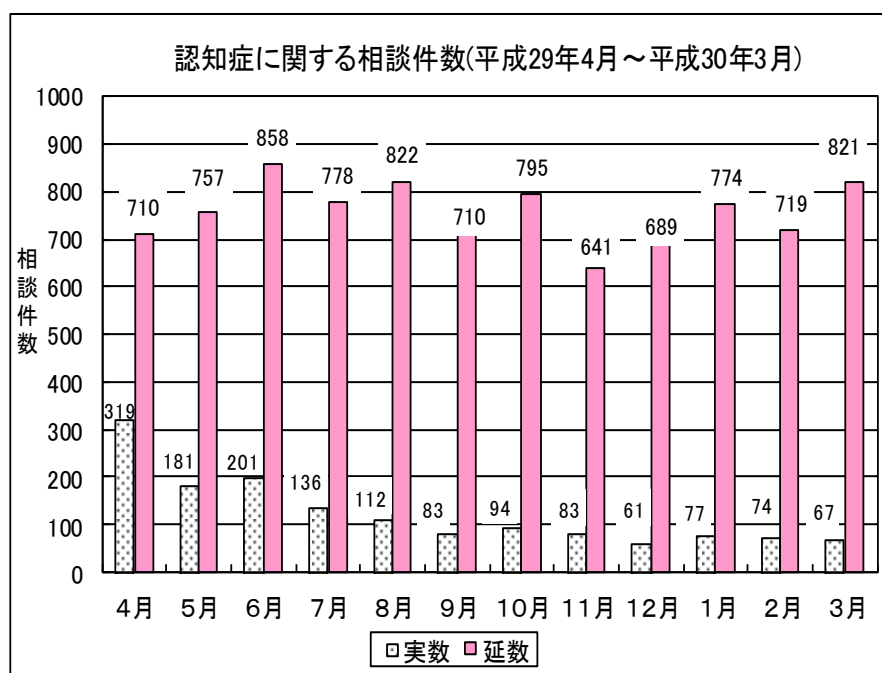
【もの忘れ相談実績】

もの忘れ相談実績	実件数	延件数
平成 27 年度	1, 254	7, 510
平成 28 年度	1, 330	8, 360
平成 29 年度	1, 488	9, 074

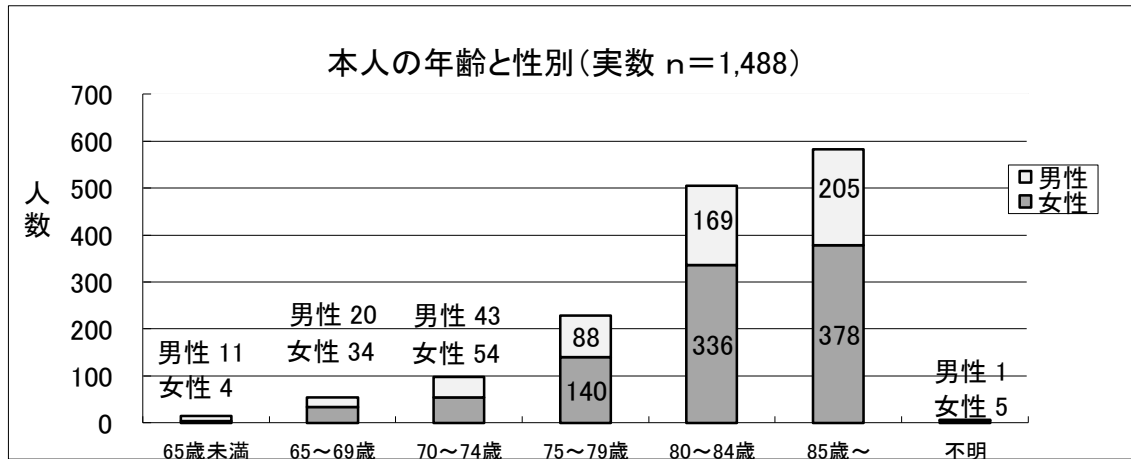
・ 1 件あたり 30 分以上の相談を計上した。

① 月別相談件数(実・延)

月	実数	延数
4 月	319	710
5 月	181	757
6 月	201	858
7 月	136	778
8 月	112	822
9 月	83	710
10 月	94	795
11 月	83	641
12 月	61	689
1 月	77	774
2 月	74	719
3 月	67	821
合計	1, 488	9, 074
月平均	124. 0	756. 2



② 本人の年齢と性別



〔再掲〕 ※65歳未満内訳 介護保険 2号被保険者以外 : 男性6人、女性2人
 介護保険 2号被保険者 : 男性5人、女性2人

【本人の年齢】

年齢	65歳未満	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳以上	不明	合計
実数	15	54	97	228	505	583	6	1,488
延数	127	317	634	1,309	2,993	3,651	43	9,074

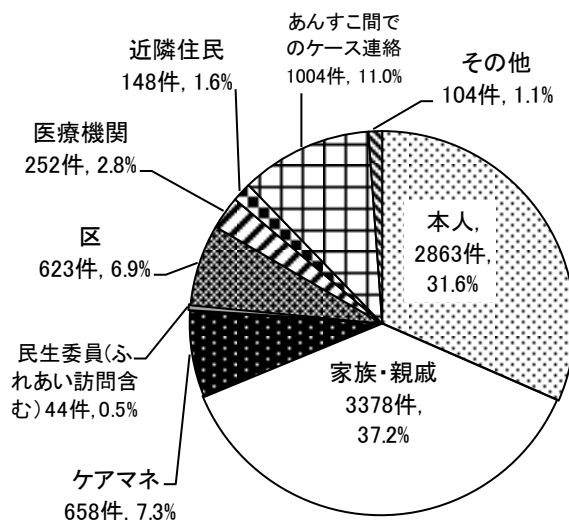
【本人の性別】

	男性	女性	合計
実数	537	951	1,488
延数	3,146	5,928	9,074

本人(認知症または認知症と思われる方)の年齢別の実数は、75歳以上の方が全体の約89%を占めている。(不明を除く)

③ 相談者について(n=9,074)

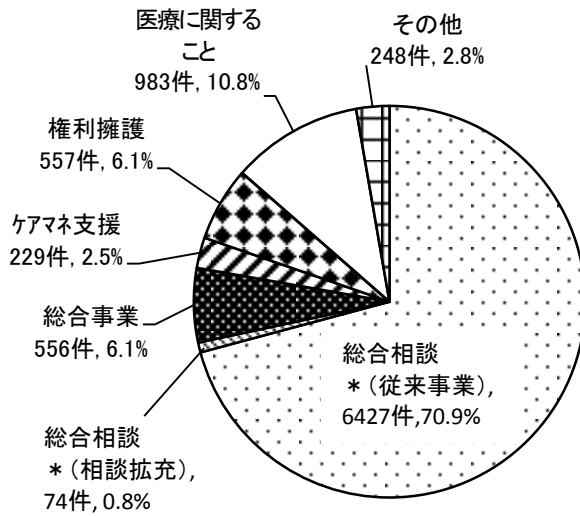
相談者は多い順に ①家族・親戚②本人③あんすこ間でのケース連絡となっている。また、その他の内訳では、後見人や住宅関係所管からの相談が多い。



※「その他」の内訳 (件数)

後見人	21
住宅関係所管	14
商店街・見守り協力店	12
社会福祉協議会	9
消費生活関係所管	1
配食サービス事業者	1
新聞販売店	1
その他(銀行・警察ほか)	45
合計	104

④ 主な相談内容 (n=9,074)



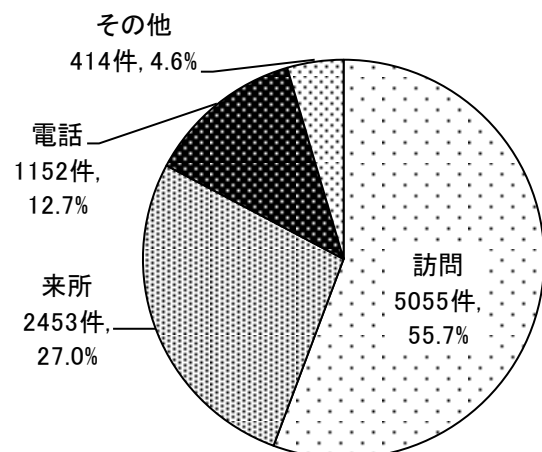
相談内容は多い順に、①総合相談(従来事業) 70.9%②医療に関すること 10.8%(症状、入退院等、医療機関紹介) ③権利擁護に関すること 6.1%であった。

*従来事業：介護保険全般、見守り支援・状況把握、介護保険申請、生活全般について、在宅福祉サービス、介護方法、介護負担など

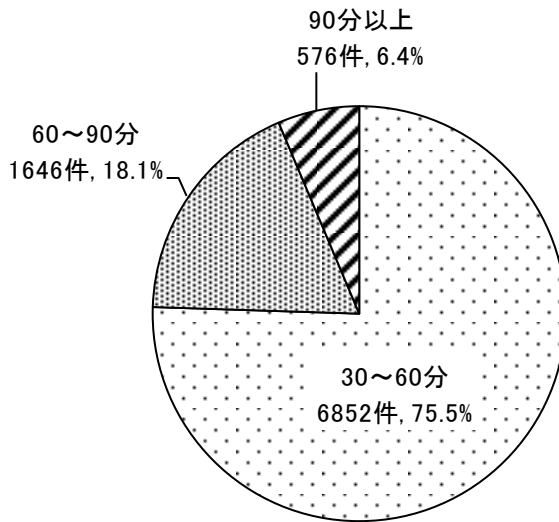
*相談拡充：地域包括ケアの地区展開に伴う高齢者以外の方の相談(障害のある方や子育て中の方などの相談)

⑤ 相談の方法 (n=9,074)

相談方法は多い順に、①訪問によるものが 55.7%、②来所による面接相談が 27.0%、③電話による相談が 12.7%であった。



⑥ 相談時間 (n=9,074)



相談時間は、30分以上60分未満の相談が75.5%、次いで、60分以上90分未満が18.1%で、昨年度とほぼ同様の値であった。

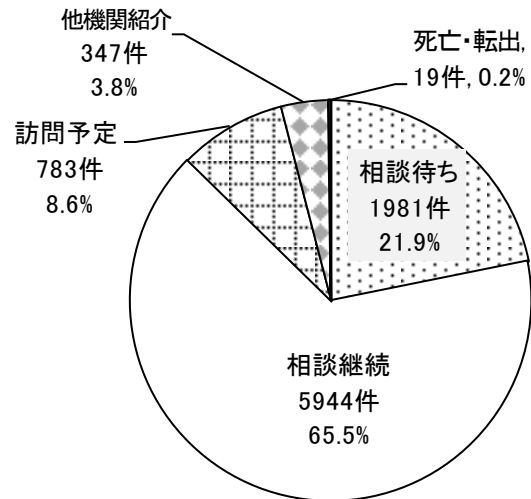
90分以上の相談内容は、6.4%で生活全般に関する相談や介護保険に関する相談が多く、次いで医療、権利擁護に関する相談であった。

⑦ 相談対応と今後の方針 (n=9,074)

相談対応では、①相談継続65.5%、②相談待ち21.9%、③訪問予定8.6%の順であった。

また、全体の相談延べ件数から算出した一人あたりの相談回数は6.1回で、平成27年度6回、平成28年度6.3回であり、昨年度と大きな変化は見られなかった。

訪問予定と相談継続を合わせると全体の約7割を占めており、相談につながったケースはその後もあんしんすこやかセンターが関わっていることがわかる。



※相談待ち：相談は一旦終了したが、新たな相談事が生じる可能性があるため、必要時再相談するように勧めたケース

(2) 認知症専門相談員の育成

平成 21 年度より、各あんしんすこやかセンターに「認知症専門相談員」（通称「すこやかパートナー」）を 1 名ずつ配置している。もの忘れ相談窓口業務を中心に、認知症に関する相談・支援機能を強化し、地域住民や支援機関をつなぐコーディネーターとして育成するために、研修や連絡会等を実施した。

① 目標

- ア 誰もが気軽に相談できる体制づくり
- イ 専門や立場を超えた、認知症高齢者や家族を支援するネットワークづくり
- ウ 相談業務の質の向上

《認知症専門相談員の主な業務》

1. あんしんすこやかセンターの認知症に関する住民の相談窓口
2. 認知症に関する事業の活用による医療機関や事業所等関係機関との連携の充実
3. 認知症初期集中支援チーム事業の実施協力
4. もの忘れチェック相談会の運営従事
5. 地域活動を通じた認知症に関する普及・啓発
6. 相談支援の強化のため、介護予防・地域支援課の実施する研修や連絡会への参加
7. その他

② 認知症専門相談員連絡会

認知症専門相談員が区の認知症に関する施策についての情報を得て、互いに情報交換しながら、各あんしんすこやかセンターの業務に反映させられるよう、認知症専門相談員を対象とした連絡会を実施した。

(参加人数は、複数で参加したあんしんすこやかセンター及び各総合支所保健福祉課職員も含む)

回	月	テーマ	参加人数
1	4	平成 29 年度の事業について（グループワーク）等	44
2	12	認知症在宅生活サポートセンター運営事業者の選定結果について、若年性認知症の事例検討会の報告、認知症の地域支援体制づくりについて（グループワーク）、	42
3	3	平成 30 年度認知症・うつに関する事業マニュアル説明、平成 30 年度の認知症関連事業の体制について（グループワーク）等	43
合 計			129

③ 認知症専門相談員研修の実施

認知症専門相談員の相談支援技術の強化のため、認知症専門相談員研修を実施した。

(参加人数は、複数で参加したあんしんすこやかセンター及び各総合支所保健福祉課職員も含む)

回	月	テーマ	講師	参加人数
1	6	・ 認知症の総合アセスメント ～DASC21について～ ・ 平成 29 年度事業の活用について	杉山美香氏 (東京都健康長寿医療センター研究所)	39

(3) 認知症初期集中支援チーム事業

① 事業の目的

認知症（疑い含む）の高齢者や家族を対象に、看護師、医師等の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム※」が定期的に家庭訪問（6ヶ月程度）し、集中的に支援を行うことにより、認知症に関する正しい情報提供や、認知症の進行や介護に関する心理的負担の軽減、医療や介護サービスの円滑な導入を図り、支援体制を作ることを目指す。

平成 25、26 年度のモデル事業を経て、27 年度から本格実施している。

※ 認知症初期集中支援チームとは

複数の専門職（医師、看護師、あんしんすこやかセンター職員等）が、本人や家族の相談に基づき、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

② 認知症初期集中支援チームによる訪問

訪問看護ステーションを有する医療法人の専門職（看護師、医師、作業療法士等）が、居宅に定期的（6ヶ月間）に訪問し、医療の確保や介護保険等のサービス利用につなげた。

また初回訪問はあんしんすこやかセンターの担当職員が同行訪問し、対象者の状況に応じて、その後もフォローを行いながら訪問を実施した。

項目	人数	備考
訪問実数	66 人	訪問対象者数 70 人のうち、4 人は入院等により訪問を実施せず
訪問延数	365 回	平均訪問回数：5.5 回

③ チーム員会議

対象者毎にアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために、専門医を含めたチーム員会議を実施した。

項目	回数	備考
会議回数	27 回	1 件あたりの平均所要時間：20 分
検討延数	200 件	1 件あたりの平均検討回数：3 回（初回・中間評価・終了）

④ 事業説明会・連絡会

会議名称	開催月	内容
マニュアル説明会 （あんすこ向け）	平成 29 年 3 月	区で独自に作成したマニュアルの説明会をあんしんすこやかセンター認知症専門相談員向けに実施
事業連絡会	平成 30 年 2 月	事業の進捗状況の共有、事業関係者による振り返り、次年度の事業について

⑤ 認知症施策評価委員会

医療・保健・福祉に携わる関係者等により「認知症施策評価委員会」を設置し、関係機関・団体が一体的に事業を推進していくために、支援チームの設置及び活動状況について検討を行った。

開催月	会議名	内容
平成 30 年 1 月	認知症施策評価委員会	<ul style="list-style-type: none"> 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想の進捗状況、運營業務委託に係るプロポーザルの選定結果について (都) 認知症の人の地域生活を支援するケアプログラム推進事業について 平成 29 年度の認知症関連事業について

(4) 認知症家族支援

認知症高齢者を介護する家族は精神的・身体的なストレスを抱え、家族関係にも大きな変化が生じてくる。専門的な立場から、認知症ケアに関する情報や交流の機会を提供することにより、家族介護者の孤立感を和らげ、心理的負担を軽減することを目的に、5 地域で「認知症家族会」及び「認知症家族のための心理相談」を開催している。

平成 29 年度は「世田谷区介護者の会・家族会一覧」のリーフレットの更新及び配布、家族介護者のためのストレスケア講座等の家族支援を実施した。また、介護している方が介護中であることを周囲に理解してもらうための「介護マーク」の無料配付を継続実施した。

① 認知症家族会

ア 周 知：区のホームページ、区報・チラシ配布（認知症講演会、あんしんすこやかセンター等）

イ 内 容：家族同士の情報交換

ウ スタッフ：各総合支所保健福祉課保健師・あんしんすこやかセンター職員

エ 実施状況：

地域	場所	実施回数	参加人数		あんしんすこやかセンター従事者延人数
			実	延	
世田谷	三茶しゃれなあどホール	6	7	8	9
北 沢	北沢保健福祉センター	6	23	31	13
玉 川	玉川総合支所 二子玉川庁舎（仮設庁舎）	6	22	40	16
砧	成城ホール	6	35	50	12
烏 山	烏山区民センター	7	17	43	20
合 計	平成 29 年度	31	104	172	70
	平成 28 年度	30	93	137	71
	平成 27 年度	31	118	181	71

(再掲) 家族のための認知症講座

ア テ ー マ：「認知症の理解と支援」など

イ 目 的：認知症家族会のプログラムとして、専門的な立場から認知症ケアに関する情報提供や助言を得ることで、家族の心理的負担を軽減し、認知症の方と家族の方が穏やかに生活することを目指す。

ウ 対 象：認知症の方を介護している家族

エ 実施回数：全 4 回

オ 実施状況：

地域	会場	開催日	講師	参加人数
北 沢	北沢保健福祉センター	平成 30 年 2 月 28 日(水)	今井 康明氏 (世田谷認知症介護指導者会)	14
玉 川	玉川総合支所 二子玉川庁舎 (仮設庁舎)	平成 29 年 11 月 17 日(金)	齋藤 康洋氏 (GP クリニック自由が丘 院長)	14
砧	成城ホール	平成 29 年 11 月 14 日(火)	五島 シズ氏 (認知症ケアアドバイザー)	20
烏 山	烏山区民センター	平成 30 年 3 月 20 日(火)	市川 裕太氏 (世田谷認知症 介護指導者会 代表)	5
合 計				53

②認知症家族のための心理相談

- ア 目的：臨床心理士による個別相談を実施することにより、認知症高齢者を介護する家族の心理的負担の軽減を図る。また本相談を通して家族会などの継続的な支援につなげることにより、悩みを抱え込まずに介護に取り組めるよう支援する。
- イ 対象：認知症高齢者を介護する家族で、あんしんすこやかセンターが把握している方
- ウ 周知：チラシを用い、あんしんすこやかセンター認知症専門相談員または各総合支所保健福祉課が個別に案内する。
- エ 実施回数：各地域2回 全10回（1回2人までの予約制）
- オ スタッフ：介護予防・地域支援課保健師、担当のあんしんすこやかセンター職員
- カ 実施状況：

【開催地域別実施状況】

地域	会場	回数	相談件数	紹介元のあんしんすこやかセンター
世田谷	三茶しゃれなあどホール	2	4	若林（3件）、上馬
北 沢	北沢保健福祉センター	2	3	経堂、北沢、成城
玉 川	玉川総合支所	2	4	等々力（2件）、用賀、深沢
砧	成 城 ホール	2	4	祖師谷、上祖師谷（3件）
烏 山	烏山総合支所	2	4	上祖師谷（4件）
合 計		10	19	19

【来所者内訳】

来所者の続柄	妻	夫	娘	息子	嫁	妹	ケアマネジャー	合計（人）
人数	7	1	7	1	1	1	1	19

【相談内容の一部】

- ・レビー小体型認知症の80代の母親を在宅介護する娘の相談
8年前から幻覚症状があり、次第にパーキンソン症状が強くなり、転倒にて入院。「レビー小体型認知症」と診断され、娘が同居し在宅介護が開始。症状に波があり、介護ストレスを抱えこんでいる状況。在宅生活を継続するための心構えを相談したい。→相談者である娘の介護をねぎらい。当日別室で開催している家族会への参加を勧奨。共感し合える介護者に出会える体験等やあんしんすこやかセンターへの相談等、今後も社会資源を利用するよう助言した。
- ・アルツハイマー型認知症の80代の妻を在宅介護する夫の相談
7年前に「アルツハイマー型認知症」と診断されてから、夫が在宅介護中。夜間不穏があり、服薬コントロールにて軽減。毎日夕方になると、夫に対して暴言があり、弟や姪の支援を受けている。本人との関わり方について相談したい。→相談者である夫の介護をねぎらい。本人と会話が衝突するようになったら気を逸らさせるよう具体的に助言した。また、弟や姪などの第三者にできるだけ積極的に介入してもらえよう助言した。

③家族介護者のためのストレスケア講座

ア 目的：認知症の方を介護している家族が、理論と実践を交えて、介護者が抱えるストレスのケアに役立つ知識を8回の講座で学ぶことにより、認知症の方の在宅生活を支援し、家族の介護負担の軽減につなげることを目的とする。

イ 対象：認知症の家族介護者で、原則全8回参加できる方

ウ 周知：区のホームページ、区報・チラシ配布（各総合支所保健福祉課、あんしんすこやかセンター等）

エ 実施回数：2講座（1講座8回制）

オ 会場：成城ホール（前期）、三茶しゃれなあどホール（後期）

カ 講師：宮本 典子氏（慶成会老年学研究所 臨床心理士）ほか

キ 実施状況

回数	月日(前期)	内 容	参加人数 (延)
	月日(後期)		
1	4月28日	オリエンテーション・自己紹介・ストレスチェック	6
	10月6日		7
2	5月19日	役に立つ地域の社会資源と活用の仕方	6
	10月27日		7
3	6月2日	高齢者の心とからだの理解とコミュニケーション	8
	11月10日		7
4	6月16日	介護うつとその予防	6
	11月24日		8
5	7月14日	介護家族のこころ	5
	12月8日		9
6	7月28日	心とからだが楽になる：マインドフルネスワークと声明	3
	12月22日		4
7	9月1日	心とからだが楽になる：呼吸法と簡単なヨガ	5
	1月12日		7
8	9月15日	ストレスケアのために私ができること・ストレスチェック	4
	1月26日		6
合 計			98

④「世田谷区介護者の会・家族会一覧」の作成と配布

認知症の家族介護者が参加できる会の情報を掲載した「世田谷区介護者の会・家族会一覧」を作成し、平成23年度より配布を始めている。平成29年度は計38箇所の家族会を掲載し、あんしんすこやかセンターや各総合支所保健福祉課で配布するとともに、区のホームページに掲載している。一覧については今後も年1回の更新を行い、配布していく予定である。

⑤介護マークの配付

ア 目的：「介護マーク」とは、介護している方が介護中であることを周囲に理解してもらうためのマークで、カード（見本参照）を透明のケースに入れ、首から提げて活用する。

※「介護マーク」は静岡県が作成したもので、世田谷区では、厚生労働省よりこのマークを全国的に普及していく旨の通知を受け、平成24年度より配付を開始している。

【見本】



※名刺よりやや大きいサイズで「介護中」の文字と人の手をデザインしたマークが緑色とオレンジ色で描かれている。

イ 周知：区のホームページ、ポスター掲示、チラシ配布、「介護の日」等の区内イベントを利用した周知を行っている。

ウ 配付方法：あんしんすこやかセンター及び各総合支所保健福祉課の窓口等にて、介護の相談を受けた際に、必要に応じて「介護マーク」を無料で配付する。

エ 配付実績：(枚数)

	あんしん すこやかセンター	総合支所 保健福祉課	合 計
平成 29 年度	17	13	30

(5) 認知症カフェ開設支援

認知症のご本人及びご家族の孤立を防ぎ、また、医療・介護の専門職や地域住民との交流を通して、認知症に関する理解や地域の共助意識を高めることを目的とし、認知症カフェの開設にかかる経費を補助する。平成 27 年度より開始し、平成 29 年度は 6 団体への補助を実施した。

- ① 対 象：申請年度中に新規開設し、概ね月 1 回以上定期的に認知症カフェを運営し、以下のア～ウのいずれかに該当する団体
 - ア 区内に事務所を有する法人であって、専門的な認知症ケアを行うもの。
 - イ 5 人以上の区民で構成する団体であって、区内において認知症の人の家族の会を運営するもの。
 - ウ 5 人以上の区民で構成する団体であって、区内においてボランティア活動を行うもの。
- ② 対象経費：認知症カフェの開設および開設初年度に必要とされる経費
(1 団体あたりの補助額は 100,000 円が上限)
- ③ 周 知：区のホームページ、区報、手引きを配布（各総合支所保健福祉課、あんしんすこやかセンター等）

④ 補 助 数：

	補助数
平成 27 年度	8 団体
平成 28 年度	4 団体
平成 29 年度	6 団体

(6) 認知症の知識の普及啓発

介護が必要となる原因の約 1 割を占め、かつ要介護者の約半数が症状を有するといわれる認知症について、地域住民の理解を促進することにより、認知症本人や介護する家族を支援することを目的とし、認知症講演会を開催した。また、あんしんすこやかセンターの職員等が講師となり「認知症サポーター養成講座」を様々な対象に実施した。

①認知症講演会

ア テーマ：「認知症の方の正しい理解のために」

イ 目的：認知症に関する知識の普及（認知症サポーター養成講座を兼ねる）

ウ 対象：一般区民

エ 実施状況

会場	開催日時	講師	参加人数
成城ホール	6月12日(月)	浴風会病院 認知症専門医 古田 伸夫氏	56
三茶しゃれなあとど ホール	12月6日(水)	和光病院 医師 西村 敏樹氏	42
合 計			98

②若年性認知症講演会

ア テーマ：「若年性認知症の基礎知識とケア」

イ 目的：若年性認知症に関する知識の普及

若年性認知症に対する理解を深めるとともに早期発見・早期治療、本人や介護者及び家族を支援することを目的とする。

ウ 対象：区内在住・在勤の方

エ 実施状況

会場	開催日時	講師	参加人数
三茶しゃれなあとど ホール	7月8日(土)	和光病院 医師 厚東 知成氏	27

③認知症サポーター養成講座

ア 認知症サポーター養成講座の成り立ちと認知症サポーターについて

平成17年度より、行政と民間団体が協力し、みんなで認知症の人と家族を支え、誰もが暮らしやすい地域を作っていく運動「認知症を知り地域をつくる10カ年」の全国キャンペーンが始まった。この取り組みを支えるボランティア（認知症サポーター）を育成するため、所定の研修を受講した講師（キャラバン・メイト）が「認知症サポーター養成講座」を行っている。平成21年5月には、認知症サポーター数が全国で目標の100万人を達成し、現在国は平成29年度までに約800万人の養成を目指している。

イ 認知症サポーター養成講座の概要

所要時間：60分～90分

対 象：地域住民、企業・団体、学校等

使用媒体：全国共通の専用テキストとビデオを使用する。

内 容：認知症の病気の理解／家族や本人の気持ちと接する時の心構え／認知症サポーターとは／認知症サポーターのできること

※受講者には、サポーターのシンボルとしてオレンジリング（ブレスレット）を配付している。

ウ 世田谷区の取り組み

世田谷区では平成18年11月から、主に一般区民を対象として認知症サポーター養成講座を開催しており、認知症の正しい知識の普及や地域での支え合い活動への展開を図っている。キャラバン・メイトは、あんしんすこやかセンター（各センターに1名以上配置）や、介護予防・地域支援課等区の職員、介護施設等の職員が務めている。平成21年度には、区内の当初の目標である5,000人の認知症サポーターを養成した。平成29年度末時点のサポーター数は、累計28,119人である。また、認知症サポーターによる支援活動の拡大をめざして、平成23年度より「認知症サポーターステップアップ講座」を実施し、認知症サポーターの人材活用の取り組みを行っている。

【認知症サポーター養成講座実績】

平成 18 年度から 29 年度の累計 実施回数：1,105 回 延べ人数：28,119 人

●対象別実施回数と参加者数

対 象	平成 29 年度		平成 28 年度		平成 27 年度		
	実施回数 (回)	参加者 延人数 (人)	実施回数 (回)	参加者 延人数 (人)	実施回数 (回)	参加者 延人数 (人)	
区民	72	1,666	85	1,886	91	2,084	
内 訳	1 民 生 委 員	2	36	1	18	3	46
	2 高 齢 者 ク ラ ブ	2	97	5	62	3	53
	3 自 主 グ ル ー プ	38	625	37	795	41	617
	4 町 会 ・ 自 治 会	6	127	14	287	17	472
	5 社 協 関 係	17	450	21	425	20	399
	6 講 座 ・ 講 演 会	7	331	7	299	7	497
職 域	7 会 社 ・ 事 業 所 ・ N P O	24	463	35	843	48	1,783
	8 商 店 街	1	5	0	0	1	10
他	9 学 校	32	1,096	13	637	16	817
合 計	129	3,230	133	3,366	156	4,694	

●あんしんすこやかセンターキャラバン・メイト配置状況（平成 30 年 3 月末現在）

地 域	あんしん すこやか センター	キャラバン・ メイト数	地 域	あんしん すこやか センター	キャラバン・ メイト数
世田谷	池 尻	2	玉 川	奥 沢	4
	太子堂	3		九品仏	4
	若 林	4		等々力	3
	上 町	4		上野毛	5
	経 堂	3		用 賀	4
	下 馬	3		深 沢	4
	上 馬	4		祖師谷	4
北 沢	梅 丘	3	砧	成 城	3
	代 沢	3		船 橋	4
	新代田	3		喜多見	3
	北 沢	3		砧	3
	松 原	5		上北沢	4
	松 沢	3		上祖師谷	4
			烏 山	4	
合 計	あんしんすこやかセンターキャラバン・メイト数：96 人 (全あんしんすこやかセンターにキャラバン・メイトを配置)				

・区職員 キャラバン・メイト数：21 人

④認知症サポーターステップアップ講座

認知症への理解促進とあわせて、地域で認知症の方や家族介護者への支援を実践する人材の育成が必要である。認知症サポーター養成講座は、認知症に関する正しい知識の普及や認知症の方や家族介護者への理解を目的とした1～2時間程度の講座であり、認知症に関する地域の見守りや支えあい実践者の育成内容としては不十分であることから、実践的なプログラムを取り入れた「ステップアップ講座」を平成23年度より実施している。

- ア 目的 : 認知症に関する見守りや支えあい活動の実践者の育成
 イ 対象 : 認知症サポーターで、地域で活動する意欲のある区民
 ウ 定員 : 30人程度

エ 講座内容 : 2日制 (1日180分) の講座

	内 容
1日目	講話 : 区の認知症施策、認知症の人を地域で支えるための基礎知識
2日目	講話 : 介護保険制度、あんしんすこやかセンターについて、成年後見制度、 権利擁護の基礎知識 演習 : 傾聴 (介護者の声を聴く、焦点を絞って聴く)

オ 実施状況 :

会場	実施日	年度	参加者実数(人)	参加者延数(人)
三茶しゃれなあとど ホール	1月29日(月)	平成29年度合計	17	33
	2月5日(月)			
		平成28年度合計	32	62
		平成27年度合計	38	76

(7) 医師による相談事業

認知症が疑われる高齢者が、早期に医師に相談できる機会をつくることにより認知症の早期発見・医療による早期対応を図るため、平成 24 年度より「もの忘れチェック相談会」と「医師による訪問相談モデル事業」を開始し、平成 25 年度からは「医師による訪問相談モデル事業」を「医師による認知症専門相談事業」として実施している。

①もの忘れチェック相談会

ア 目的：医師による予約制の個別相談会を実施し、認知症が疑われる高齢者や家族が早期に医師と相談できる機会を提供する。

イ 対象者：区内在住の認知症が疑われる高齢者およびその家族

ウ 周知：区のホームページ、区報掲載（年間 6 回）、あんしんすこやかセンターによる相談事業の周知等

エ 内容：従来型 各地域 2 回 計 10 回（1 回あたり定員 10 人 計 100 人）

地区型 各地域 1 回 計 5 回（1 回あたり定員 3 人 計 15 人）

啓発型 世田谷、砧地域で各 1 回（1 回あたり定員 30 人 計 60 人）

※地区型と啓発型は平成 28 年度より開始

医師との相談の結果、認知症の疑いがあり医療につなぐ必要があると判断された場合は、かかりつけ医への連絡票により相談内容の報告を行うほか、必要に応じて専門外来等の受診につなげる。

オ 実施結果：

・従来型

年 度	相談者数（人） （性別）	相談者の続柄（人）			相談結果（人）	
		本人のみ	家族や職員 が同行	家族のみ	経過観察	要精密
平成 29 年度	70 (男性 26、女性 44)	41	27	2	52 (74%)	18 (26%)
平成 28 年度	69 (男性 14、女性 55)	43	23	3	41 (59%)	28 (41%)
平成 27 年度	80 (男性 16、女性 64)	58	18	4	55 (69%)	25 (31%)

年 度	本人の年齢別相談者数（人）※						
	64歳以下	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上
平成29年度	0	8	12	21	11	13	5
平成28年度	2	6	6	17	22	11	5
平成27年度	2	7	11	22	23	11	4

（※家族のみが相談に来所したケースは、認知症が心配な本人の年齢を計上）

・地区型

年 度	相談者数（人） （性別）	相談者の続柄			相談結果	
		本人のみ	家族や職員が同行	家族のみ	経過観察	要精密
平成29年度	11（男性2、女性9）	4	6	1	5	6
平成28年度	5（男性1、女性4）	1	4	0	0	5

・啓発型

年 度	会場	開催日時	講師	参加人数	個別相談
平成29年度	三茶しゃれなあ どホール	5月17日	こころのホームクリニック世田谷 院長 高野 洋輔氏	26	3
	成城ホール	6月16日	関東中央病院 認知症専門医 織茂 智之氏	28	5
平成28年度	玉川区民会館	7月 5日	GPクリニック自由が丘 院長 齋藤 康洋氏	26	3

②医師による認知症専門相談事業

ア 目 的：医師による認知症専門相談（訪問またはケース会議）を行い、認知症が疑われる高齢者や家族が医療による早期対応を図れるよう助言の機会とする。

イ 対象者：あんしんすこやかセンターの「もの忘れ相談」や「もの忘れチェック相談会」等から把握した、かかりつけ医がなく、かつ受診拒否や、本人の生活状況や家庭環境の把握にもとづいた助言を行うことが望ましい高齢者世帯。

ウ 内 容：対象者について、医師による認知症専門相談（訪問またはケース会議）を行い、緊急性の判断及び生活状況や認知症の症状のアセスメント、連絡票を用いた受診勧奨、対応方法に関する家族等への助言を行う。

エ 実施結果

（ア）実施件数：実数11件

（イ）相談医：新里和弘氏（都立松沢病院 認知症疾患医療センター長）

（ウ）実施した対象者の概要と事業活用により得られた効果

■90代、男性、単身独居。

妻が施設入所となってから単身独居。数年前に「アルツハイマー型認知症」の診断は受けていたが、治療中断。短期記憶障害が著明になり、腐敗した食品等も摂取

し、多量のゴミと不衛生な住環境で生活。サービス導入は、本人が必要と感じないため、拒否。

→本人の認知症の診立てと身体状況について、医療の緊急性の判断等について助言が得られ、支援方針を立てあんしんすこやかセンターと総合支所保健福祉課で共有した。

■80代、男性、妻と2人世帯。

数年前から、金銭管理について妻に疑いを持ち始め、金銭に関することを思い出すと急に暴言を吐いたり、ドアを強く叩く、物を投げる等の行動がエスカレートしている状況。妻が、対応に苦慮しており医師と面接をした。

→本人の認知機能と精神症状の診立てや身体疾患に対する医療の見通し等の助言が得られ、支援方針を妻と共有した。

■70代、女性、単身独居。

日常生活に支障はないが、近隣の方へ物を投げたり等の迷惑行為があった。別居の親族はいるが、周囲が期待する協力は得られない状況。支援者と医師でケースカンファレンスを実施。

→近隣への迷惑行為に対して、認知機能を含めた精神症状の診立てと地域での見守り支援等の助言が得られて、支援方針が立てられた。

(8)うつ予防事業

- ① テーマ：「高齢期をいきいきと過ごすために」
- ② 目的： 高齢期におけるうつ予防についての普及啓発を図る。また、参加者が自身の生活を振り返り、いきいきとした高齢期を過ごすためのヒントを学ぶ機会とする。
- ③ 対象：一般区民
- ④ 実施状況：

地域	会場	開催日	講師	参加人数
世田谷	三茶しゃれな あどホール	平成 29 年 11 月 8 日	宮本典子氏（慶成会老年 学研究所 臨床心理士）	35 人

(9)認知症当事者のための社会参加型プログラム開発事業

若年性認知症（軽度認知症を含む。以下同じ）の人の孤立防止や、その家族の介護負担軽減を図るため、若年性認知症の人が意欲的に参加できる軽作業やボランティア活動等を行うデイサービスプログラム（以下「社会参加型プログラム」）を開発し、指定認知症対応型通所介護事業所において実施するものであり、平成 28 年度より開始している。

① 対象

ア 平成 28 年度：世田谷地域で実施

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団が運営する高齢者在宅サービスセンターデイ・ホーム弦巻（若年性認知症専門コース「ともに」）の利用者

イ 平成 29 年度：玉川地域・烏山地域で実施

（ア）社会福祉法人老後を幸せにする会が運営する高齢者在宅サービスセンターデイ・ホーム等々力の利用者

（イ）特定非営利活動法人語らいの家が運営するデイホーム語らいの家の利用者

② プログラムの実施状況

	対象者の年齢		社会参加型プログラムの主な内容
	65 歳未満	65 歳以上	
平成 28 年度	6 人	4 人	<ul style="list-style-type: none"> 野菜の袋詰めと値札付け作業 パンづくり、クッキーづくりと袋詰め作業 バザー物品の値札付け作業 エコバッグの手渡し作業 （リサイクル市でのボランティア） イベントでのフリードリンクの提供作業
平成 29 年度	3 人	8 人	平成 28 年度プログラムに追加して <ul style="list-style-type: none"> 農園での畑作業 商店街のイベントパンフレットの三つ折り作業

③ 普及啓発(講演会)

年 度	平成 28 年度	平成 29 年度
会 場	世田谷区民会館	成城ホール
開催日	平成 29 年 1 月 28 日	平成 29 年 12 月 15 日
テーマ	ふたりの医師と支援者が語る 若年性認知症と高次機能障害	認知症の人を知る講演会
講 師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高橋幸男氏 (医療法人エスポアール出雲クリニック 院長) ・ 長谷川幹氏 (三軒茶屋リハビリテーションクリニック 院長) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 永田久美子氏 (認知症介護研究・研修東京センター) ・ 本事業のプログラムに参加している当事 者の方 1 名
参加人数	108 人	70 人

世田谷区の要介護認定率等の検証について（中間報告）

1 趣旨

第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において、介護保険制度の持続可能性を確保するため、要介護認定の適正化、ケアプラン点検など介護給付の適正化の6事業に取り組んでいる。

世田谷区の要介護認定率は全国や東京都と比べて高く、また、認定者のうち要介護3以上の割合が高いという傾向もあることから、その検証を行い、今後の高齢福祉施策を推進するための資料として分析を実施したので、その中間報告を行う。

2 要因分析

(1) 基本情報

1) 総人口、高齢者人口、高齢者世帯の状況

世田谷区の平成30年4月現在の総人口は903,613人、高齢者人口は182,266人であり、高齢化率は20.2%となっている。

世田谷区の総世帯のうち高齢独居世帯の割合は8.6%と23区で一番低く、全国(11.1%)や都(11.1%)に比べても低い。【平成27年 国勢調査より】

<考察> 高齢独居世帯の割合と認定率との関係

世田谷区は、高齢独居世帯の割合が国や都に比べて低いが、高齢独居世帯の割合が高い自治体にも認定率が高い事例があることから、高齢独居世帯の割合と認定率との相関関係は低いと考えられる。

2) 世帯の平均所得、生活保護率

【平成29年 年収ガイド、平成28年度 東京都福祉・衛生統計年鑑より】

世田谷区の世帯の平均所得(545万円)は23区中7位、生活保護率は23区中17位(低いほうから6位)となっており、平均所得が高く生活保護率は低い。

<考察> 世帯の所得等と認定率との関係

世田谷区は、平均所得が高く生活保護率が低いが、同様に平均所得が高く生活保護率が低い自治体でも認定率は低い事例等があることから、所得や生活保護率と認定率との相関関係は低いと考えられる。

3) 平均寿命、健康寿命、障害期間

・平均寿命【国勢調査より】

世田谷区の平均寿命は、男女いずれも高い。(いずれも23区中1位)

国勢調査	全国(男)	全国(女)	世田谷区(男)	世田谷区(女)
平成27年	80.8歳	87.0歳	全国3位 82.8歳	全国8位 88.5歳
平成22年	79.6歳	86.9歳	全国41位 81.2歳	全国86位 87.5歳

・健康寿命【平成28年 東京都65歳健康寿命算出結果より】

世田谷区健康寿命は、男女とも23区平均と大差はない。

	23区平均	世田谷区
男性	80.89歳	81.31歳(23区中6位)
女性	82.49歳	82.40歳(23区中16位)

・障害期間【平成28年 東京都65歳健康寿命算出結果より】

世田谷区の要支援1以上の障害期間は、男性が23区中2位、女性が23区中1位といずれも長い。

	23区平均	世田谷区
男性	3.34年	3.64年 (23区中2位)
女性	6.81年	7.33年 (23区中1位)

<考察>平均寿命、健康寿命、障害期間と認定率との関係

世田谷区の特徴としては、平均寿命が高い一方で、健康寿命は平均的で、障害期間が長い。また、他の自治体のデータからも、障害期間と認定率には相関関係があると考えられる。障害期間が長いことが、認定率を上げている要因のひとつとして考えられるため、その分析をさらに行う。

4) 医療情報【平成29年度 国保データベース (KDB) システムより】

世田谷区の一人当たり医療費は国や都より高く、23区平均より低い。外来が23区中2位と入院より、より高い傾向を示している。特定健診受診率が50%を超える区が11区ある一方、世田谷区の受診率は38.1%と低い。

一人当たり医療費	国平均	都平均	世田谷区	23区平均
医療費 (合計)	70,768円	69,205円	71,684円 (23区中16位)	72,497円
医療費 (入院)	35,950円	32,872円	32,362円 (23区中18位)	34,490円
医療費 (外来)	34,818円	36,333円	39,322円 (23区中2位)	38,007円

<考察>医療情報と認定率との関係

他の自治体の事例から、受診率と平均寿命、健康寿命の相関関係は低いと考えられるが、医療情報と認定率の関係については引き続き検証を続ける。

(2) 介護保険関連情報

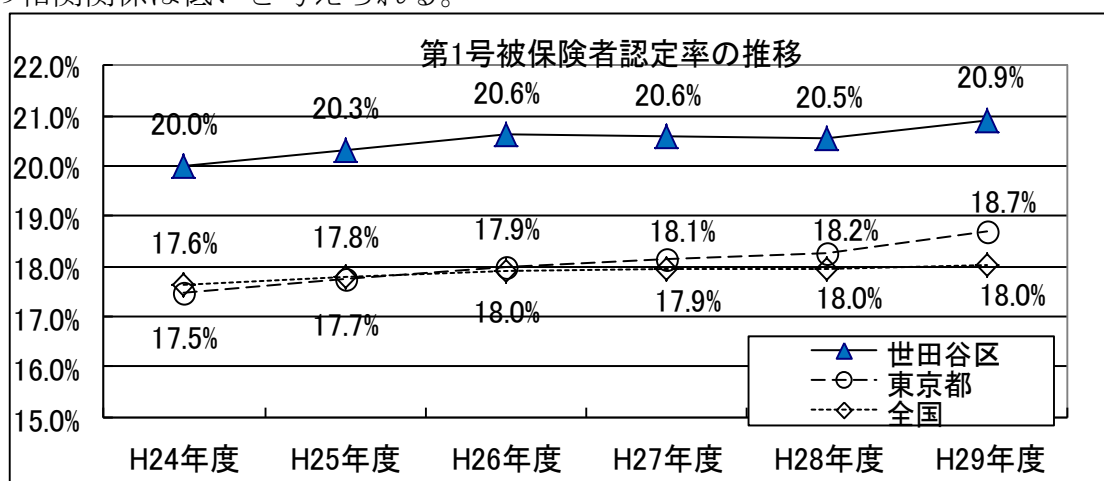
1) 要介護認定情報

① 認定率、高齢化率、後期高齢化率

世田谷区の認定率は20.92%と国(18.01%)や都(18.7%)に比べて高く、23区の中でも目黒区(20.95%)に次いで高い。高齢化率は20.4%と国(26.3%)や都(22.2%)に比べて低く、後期高齢化率は10%と国(12.7%)や都(10.6%)に比べて低い。

<考察>後期高齢者が占める割合と認定率との関係

前期高齢者に比べて後期高齢者の認定率は高くなることから、後期高齢者の占める割合が高い場合は、認定率も高くなることが考えられるが、国、都やその他自治体の中でも、後期高齢者の占める割合は高いが、認定率は低い例があり、認定率との相関関係は低いと考えられる。



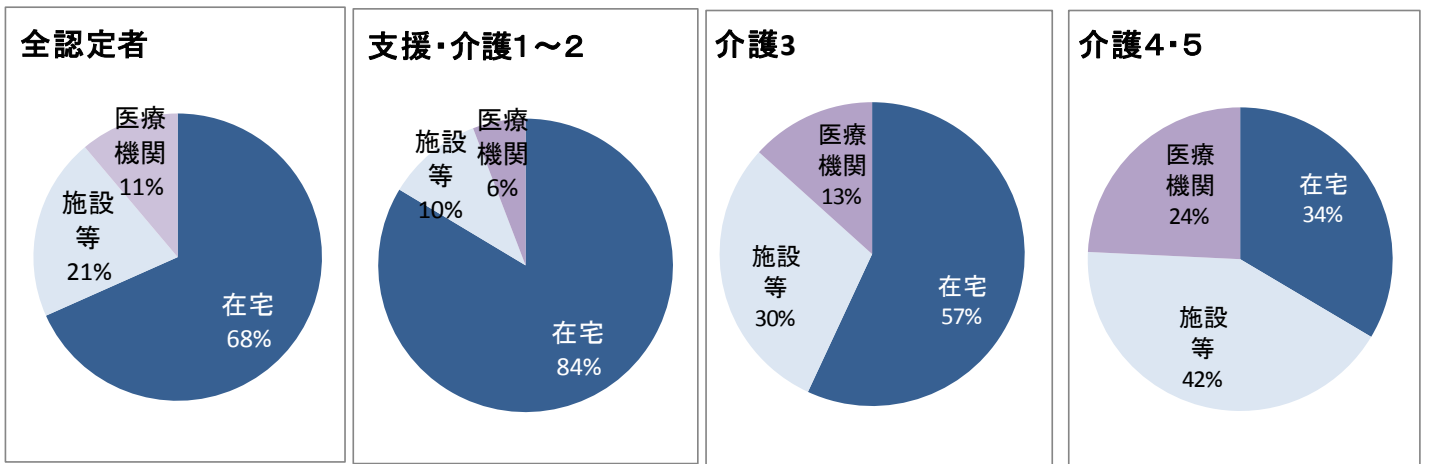
②新規認定率

【平成 27 年度 厚生労働省・介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査より】
 世田谷区の新規認定率（新規認定者数を年度末の被保険者数で除したものは、3.32%と国（4.18%）、都（5.17%）に比べて低く、認定者のうち更新認定の割合が高く、障害期間の長さにつながっていると考えられる。

③認定者の居場所【平成 30 年 4 月 1 日現在 認定調査票・主治医意見書の集計より】

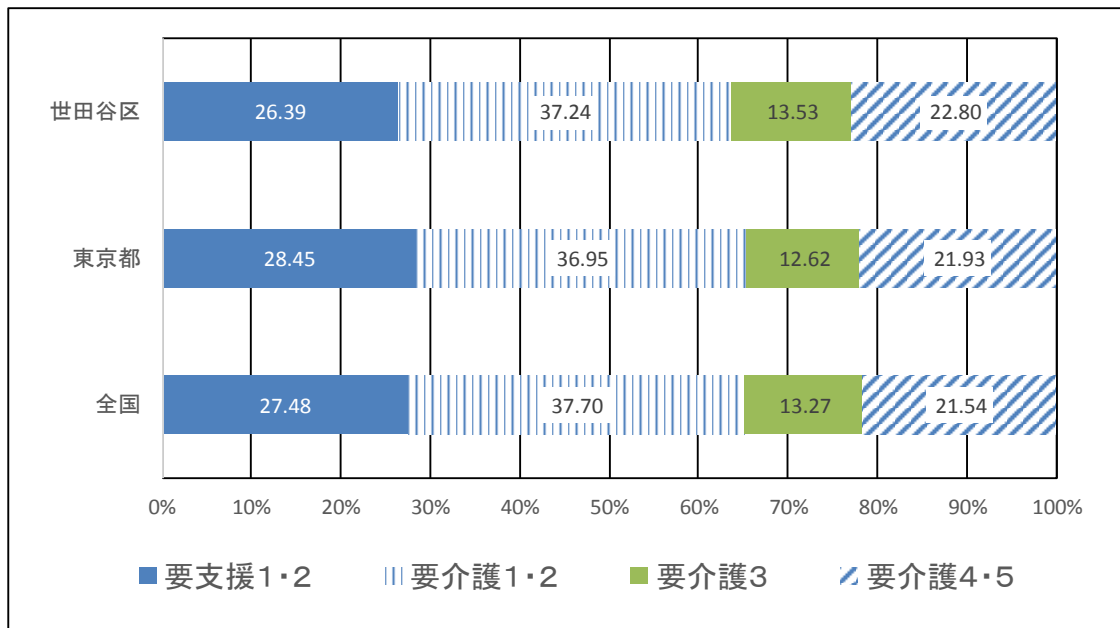
世田谷区の認定者の居場所は、認定者全体の 68%が在宅、21%が施設等（グループホーム、特定施設入居者生活介を含む）、11%が医療機関となっている。

要介護度が上がるにつれて、在宅の割合が低くなる一方、逆に施設等や医療機関の割合が高くなるという相関関係にある。



④要介護度別認定率【平成 30 年 3 月 厚生労働省・介護保険事業状況報告より】

要介護度別の認定率をみると、割合比較では要介護 3 以上の割合（36.33%）が、国（34.81%）や都（34.55%）よりも高い。

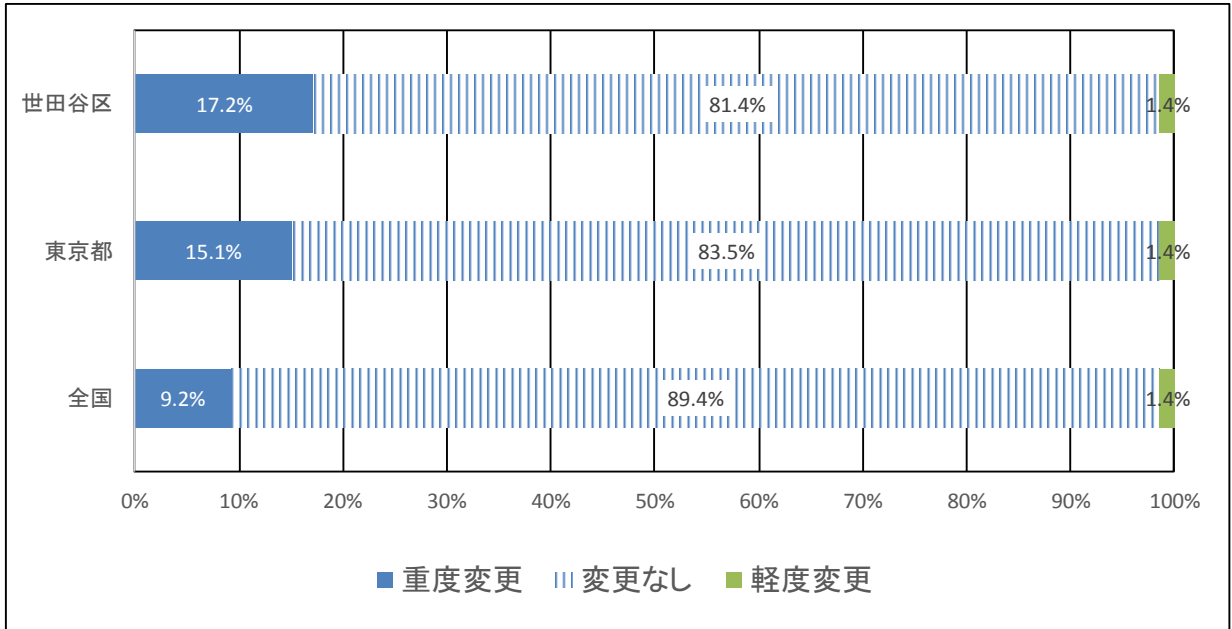


(単位: %)

⑤重軽度変更割合【平成29年度 厚生労働省・「報告集計2009」】

要介護認定は、コンピューターによる一次判定をもとに保健・医療・福祉の専門家で構成される介護認定審査会において二次判定を行い、区が認定する。

介護認定審査会の審査・判定の際に、重度変更、変更なし、軽度変更があるが、世田谷区は、国や都に比べて、軽度変更は1.4%と差がないが、重度変更は17.2%と、介護認定審査会での二次判定の重度変更が高い。

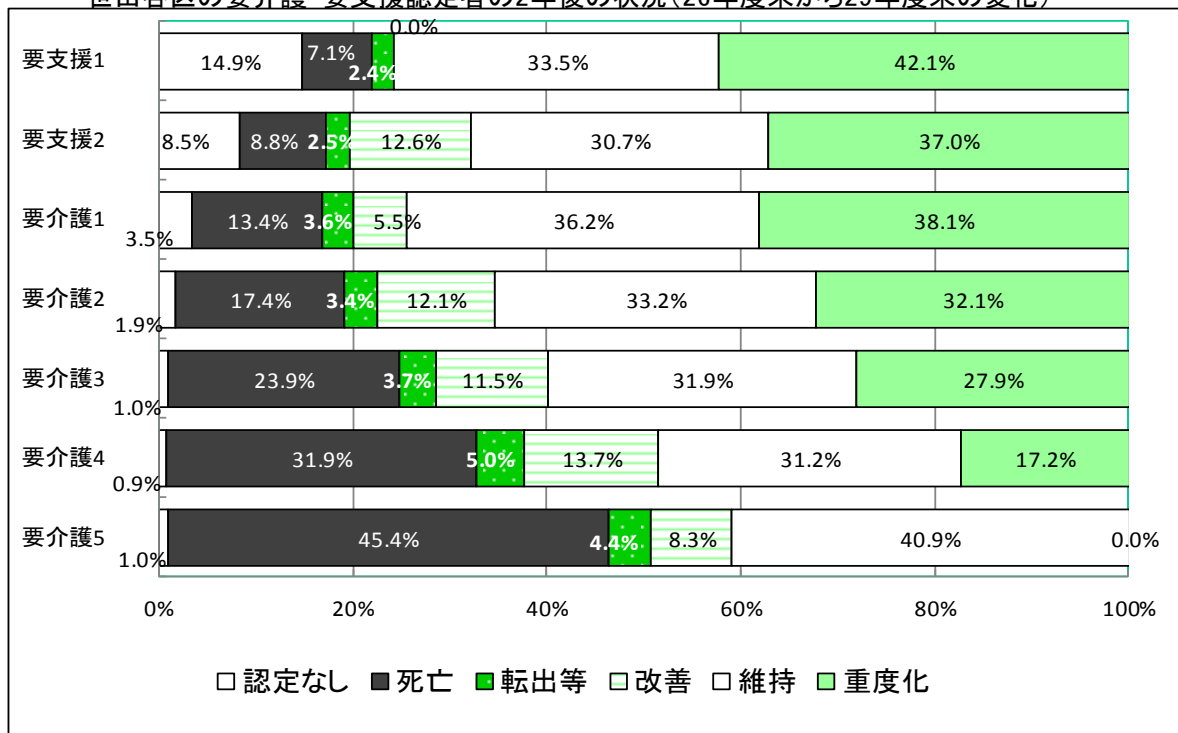


(単位: %)

⑥認定者の更新後の状況

世田谷区の認定者の2年後の更新の状況は、要支援と要介護1・2の重度化する割合が30%以上となっている。

世田谷区の要介護・要支援認定者の2年後の状況(26年度末から29年度末の変化)



2) 介護サービスの整備状況【平成29年 介護サービス情報公表システムより】

・世田谷区は施設サービスの定員は少ないが、その他の居住系サービス（グループホーム、特定施設入居者生活介護）と通所系サービスの定員数は多い。また、第1号被保険者千人当たりで見ても比較的多い。

特定施設の整備状況は70施設・4,478人であり、区民の区内施設の利用者は1,689人（40%）、区外施設も含めた利用者の合計は、4,193人である。

さらに、訪問系サービスには定員はないが、後述のとおり、訪問介護をはじめとした訪問系サービスの利用率は高い状況である。

<考察>介護サービスと認定率との関係

世田谷区は、介護サービスが充実していることから、介護サービスを利用したい方々にとって、介護認定を受けた後、実際に希望するサービスを受けることが可能と判断されていることが、認定率を上げている要因のひとつとして考えられる。

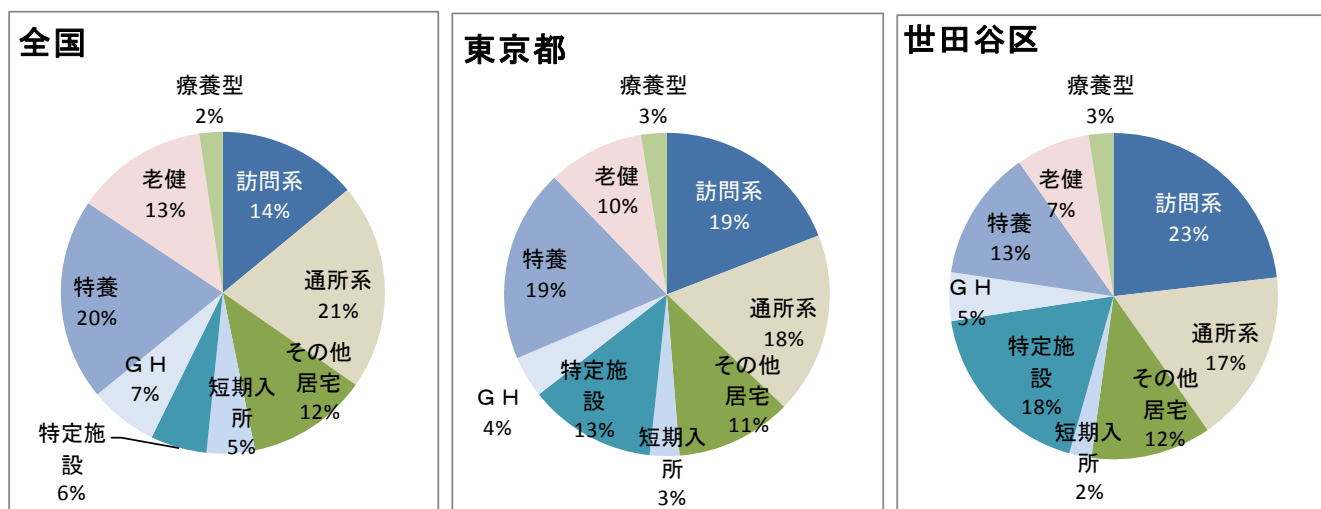
3) 介護サービスの利用状況【平成30年3月 厚生労働省・介護保険事業状況報告より】

①一人当たり給付月額

・第1号被保険者の一人当たり給付月額は、国や都に比べて高いが、認定者の一人当たり給付月額は、世田谷区の認定者数が多いこともあり、国より低く、都より高い。世田谷区の認定率は高いが、認定者一人当たりの給付月額は高くない。

一人当たり給付月額	全国	東京都	世田谷区
第1号被保険者	20,951円	21,165円	23,790円
認定者	113,951円	110,780円	111,626円

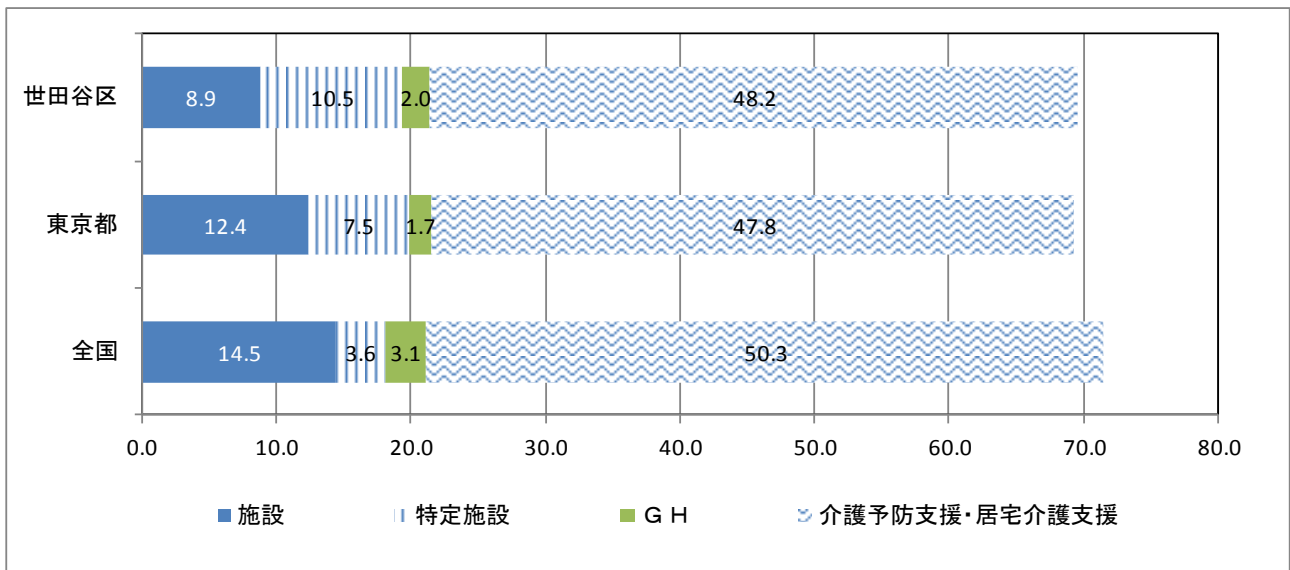
・認定者の一人当たり給付月額をサービス系列別の割合でみると、世田谷区は国、都と比較して、訪問系サービス、特定施設入居者生活介護の一人当たり給付月額の割合が高い一方、施設サービス（特養等）の割合は低い。施設・居住系の合計は41%と国（48%）や都（49%）に比べて低い。施設が少ない分、特定施設が担っている。



②認定者の利用率

・認定者の利用率（サービスを利用した人数を認定者数で除したものを）を主なサービス種別でみると、世田谷区は施設サービスの利用率が低い一方、特定施設の利用率が高い。ただし、施設・居住系サービスを合計した利用率は、世田谷区は21.4%と都や国と同程度である。（都21.6%、国21.2%）

また、介護予防支援・居宅介護支援（ケアマネジャー）の利用率は、都と同程度で国よりも低い。



単位：%

4) 第7期介護保険料

世田谷区の第7期の介護保険料は、基準月額 6,450 円（23 区中 4 位）であり、第6期からの伸び率は、10.3%（23 区中 5 位）で、国平均（6.4%）や都平均（6.7%）に比べて高い。23 区の伸び率は、-0.7%から 20%の範囲となっており、今後、伸び率の要因を分析する。

なお、基準月額の国平均は 5,869 円、都平均は 5,911 円、最高額は 9,800 円（福島県葛尾村）、最低額は 3,000 円（北海道音威子府村）である。

3 今後の対応策について（案）

（1）要介護認定率に関して

- ・世田谷区は、平均寿命が高い一方で、健康寿命は 23 区で平均的なため、結果的に障害期間が長くなっており、介護予防等の健康寿命を伸ばす事業を効果的に実施していく必要がある。

- ・世田谷区はこれまで、介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念の実現に向けて、ケアマネジャー研修（新任・現任・リーダー養成・リーダー）やケアプラン点検を実施する等、適切なケアマネジメントの推進に努めてきた。今後も引き続き給付の適正化を図るため、ケアマネジャー及び介護事業所に対して、適切なサービス提供についての周知を図っていく必要がある。

（2）要介護認定の重度割合について

- ・介護認定審査会の委員に対して、部会長連絡会や研修等の機会を活用して、国や都との比較のデータや各部会のデータを示して、世田谷区の二次判定の重度変更の状況を伝え、各部会の平準化に向けた取組みを、継続して実施していく。

（3）認定者の更新状況について

- ・世田谷区は、要支援と要介護 1・2 の方の更新時に重度化傾向があるため、自立支援と重度化防止の取組みを強化していくことが必要である。

資料 8

平成30年12月10日
高齢福祉部介護予防・地域支援課

まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター、社会福祉協議会
の一体整備について

地域包括ケアの地区展開を推進するための取組みの一環として、まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター、社会福祉協議会の一体整備を下記のとおり進めている。

記

1 平成30年度の状況（22地区）

地域	一体整備されている地区 (20地区)	年度内に一体整備が完了する 地区(2地区)
世田谷	池尻、太子堂、経堂、下馬、上馬	上町
北沢	新代田、北沢、松沢	
玉川	等々力、上野毛、用賀、深沢	九品仏
砧	祖師谷、成城、船橋、喜多見、砧	
烏山	上北沢、上祖師谷、烏山	

※ 上町（平成31年2月移転）、九品仏（平成31年3月移転）について、裏面参照

2 平成31年度以降の一体整備等の予定（6地区）

地域	平成31年度	平成32年度	平成33年度
世田谷		若林	
北沢	梅丘、代沢		松原
玉川	奥沢 ※二子玉川		
砧			
烏山			

※ 二子玉川は、用賀地区の分割により二子玉川まちづくりセンターを設置することに伴い整備するもの

3 庁舎改築による移転

等々力あんしんすこやかセンターは、玉川総合支所改築のため現在仮庁舎（等々力庁舎）へ移転中であるが、平成32年度に新たな玉川総合支所庁舎へ再移転する。

(裏面)

上町あんしんすこやかセンター及び九品仏あんしんすこやかセンターの移転

名称(運営事業者)	移転前所在地等	移転先所在地等	移転後開設日
上町あんしんすこやかセンター (社会福祉法人 世田谷区社会福祉 事業団)	世田谷 1-2 3-2 電話 03-5450-3481 FAX 03-5450-8919	世田谷 1-2 3-5 上町まちづくりセ ンター内 電話番号変更なし <u>FAX 番号変更あり</u> <u>(未定)</u>	平成 31 年 2 月 4 日 (月) ※移転準備のため、平成 31 年 2 月 2 日 (土) は、休業
九品仏あんしんすこやかセンター (社会福祉法人 老後を幸せにする会)	玉川田園調布 2-1 6-1 2 電話 03-3722-4973 FAX 03-3722-7883	奥沢 7-3 5-4 九品仏複合施設内 <u>電話、FAX とも</u> <u>番号変更あり</u> <u>(未定)</u>	平成 31 年 3 月 25 日 (月) ※移転準備のため、平成 31 年 3 月 23 日 (土) は、休業

成城地区 成城セカンドコミュニティ会議 (SSCK) (男性の地域参加による地域を支える仕組みの構築)

～第2の人生を楽しむ男性の、第1歩の後押しをお手伝いする団体です～

成城男デイ通信

ダン

発行元：成城セカンドコミュニティ会議 (SSCK)

目標

趣味などの活動や地域での活動を紹介し、地域に出るきっかけとなる。

どなたでもご参加頂けます！

まだまだお元気で活動できる男性の、活躍の場としての地域参加を促すしくみづくりを考えるため、成城地区社会福祉協議会が事務局となり、男性の活躍できる居場所を考える「成城セカンドコミュニティ会議 (SSCK)」を結成しました。

29年度活動報告① “ぶらり「成城映画散歩」”

実施日：平成29年10月31日(火)
参加人数：31名



近隣の男性の皆さんと雑沓かななロケ地を、同名書をお持ちの福田雅彦先生の解説とともに巡ってきました。
鎌倉・江利チエミ・モリシゲが歌った崖草堂水や、今も成城に残存する映画を撮影した意外な場所、七人の侍の決闘場はここだった！という村の遺跡場所など、映画の名シーンを彷彿させる先生の語り口とともに、時間を忘れて映画の道に出かけた半日でした。

【今後の展望】

引き続きSSCK活動により、より多くの男性の参加と、参加をきっかけとした各種地域ボランティア活動への登録を促進していくとともに、SSCK活動及びそこから(将来)派生する自主グループの運営が軌道に乗るように側面支援を行っていきます。

上祖師谷地区 男の居場所づくり・大規模団地の引越し支援

【取組みの背景】

上祖師谷地区では、様々な主体による活動や行事が盛んですが、これらの活動や行事に出会う機会が少ないため、担い手になる男性が少ない状況があります。地区の中には、「男たちはどこに行ったんだ」という危機感がありました。この危機感と三者があいまって、男の居場所づくりに取り組むことになりました。あわせて、さしせまった課題である都営八幡山の団地の建替えに伴う300世帯を超える世帯の移転への支援にも取り組んでいます。



【課題解決の試み～男の居場所づくり】

男の居場所づくり検討会及びアンケートを経て、平成29年12月「ダンディ・イングリッシュ」をいきいき講座として発足しました。1月以降は自主運営として活動、メンバーが自治会の夏祭りで通訳役を務めるほか、広報紙等の効果によりメンバーも着実に増加しています。

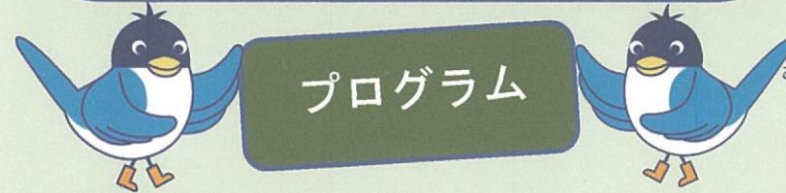
八幡山の団地の引越し支援としては、実態把握を行うとともに「出張福祉の相談窓口」を団地内で実施。また上北沢地区と合同で支援者向け情報交換会を開催するなど連携を図っています。

【今後の展望】

男の居場所づくり実施計画として、①おまつり・イベントへの参加、②子どもの活動を支える男の活躍の場づくり、③野菜づくりを通じた居場所づくりを進めていきます。



平成30年度
**地域包括ケアの
地区展開報告会**



北沢区民会館
「北沢タウンホール」

10月25日(木)
開場午後1時
午後1時30分～4時30分

開会 (午後1時30分)

開会の挨拶

基調講演 「地区における互助の取組みの推進」

(敬称略)

保坂 展人 (世田谷区長)

中村 秀一

(国際医療福祉大学大学院教授、
世田谷区地域保健福祉審議会会長)

— 休憩 (10分) —
事例発表 (午後2時15分)

- 上町地区 赤ちゃんからお年寄りまで！～みんなで創る地域の居場所～
- 松沢地区 おしゃべり★カフェ (高齢者等の居場所づくり)
- 深沢地区 退職後の男性が地域で活躍できる仕組みづくり
- 成城地区 成城セカンドコミュニティ会議 (SSCK) (男性の地域参加による地域を支える仕組みの構築)
- 上祖師谷地区 男の居場所づくり・大規模団地の引越し支援



地区	まちづくりセンター	あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター)	社会福祉協議会 地区事務局	
上町	野村 達三 (所長)	森川 敦子 (所長)	畑 絢香 (地区担当)	
松沢	峯岸 正明 (所長) 吉田 健彦 (主任)	宮本 史子 (管理者) 氏家 雅史	流王 理子 (地区担当) 外谷 美奈子 (支援員)	北沢地域障害者相談支援センター (地域生活支援センター-MOTA) 河本 信弘 (相談支援専門員・介護福祉士)
深沢	鈴木 敦 (所長) 松下 史穂 (主事)	渡辺 大 (管理者)	鈴木 美穂子 (地区担当)	
成城	宮戸 達彦 (所長)	浜山 亜希子 (管理者)	札辻 沙弥香 (地区担当)	
上祖師谷	中川 真理 (所長)	前田 佐知子 (管理者)	小林 暁子 (地区担当)	

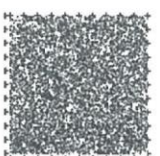
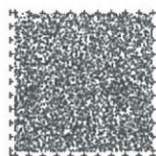
総評

閉会 (午後4時30分)

中村 秀一

主催 世田谷区 (発行所管 世田谷総合支所地域調整課)

〒154-8504 世田谷区世田谷4-22-33 電話03-5432-2972 ファクシミリ03-5432-3031



世田谷区では、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域社会の実現をめざして、まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）、社会福祉協議会地区事務局の三者が連携して、地区での福祉課題を解決するために社会資源を開発する「参加と協働による地域づくり」に取り組んでいます。この報告会では、基調講演と合わせて、5つの地区の取り組み事例を報告します。

基調講演

「地区における互助の取り組みの推進」

中村 秀一 氏（国際医療福祉大学大学院教授、世田谷区地域保健福祉審議会会長）

「地域包括ケアシステム」は、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制と定義されています。

世田谷区では、高齢者だけでなく、障害者や子ども、生活困窮者などの支援を必要とする方も対象として「地域包括ケアシステム」を考えていますが、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、その人に合わせた多様な生活支援サービスの提供と、サービスの提供を受ける方々を含む地域住民自身が生活支援の担い手として社会参加するしくみが必要となります。地区において自助を基本とした互助の取り組みを推進することと、その意義についてお話しします。

一講演者のご紹介

1973年厚生省入省（社会局老人福祉課配属）。以後、在スウェーデン日本国大使館、大臣官房政策課長などを経て、厚生労働省大臣官房審議官、老健局長、社会・介護局長を歴任。2008年に退官後、社会保険診療報酬支払基金理事長に。2010年10月から2014年2月まで、内閣官房社会保障改革担当室長。また2012年より一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム理事長、国際医療福祉大学大学院教授。2016年10月から世田谷区地域保健福祉審議会会長に就任。



事例発表

上町地区 赤ちゃんからお年寄りまで！～みんなで創る地域の居場所～

【取り組みの背景】

上町地区では、大規模マンションの建設等による転入者が増加しています。特に、一人暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯や子育て世代の増加による地域とのつながりの希薄化が課題となっています。

このことから、高齢者の「孤食」や妊娠期の孤立及び出産後の「孤育て」を解消する方策として、多世代が交流できる居場所づくりに取り組みました。

【課題解決の試み～ふれあいカフェの立ち上げ】

地区課題解決に向け、多世代型の居場所づくりに取り組むことを決め、地区内で活動している方に働きかけを行いました。そして多様な世代、多様な人材が集まり検討を重ね、6月に「上町ふれあいカフェ」が立ち上がりました。



住民の「誰もが居心地のよい場所」を目指してさまざまな創意工夫を凝らし、それに三者が協力しながら毎月1回開催しています。9月より専門職による個別相談やプログラムなどの協力も加わり、身近に相談できる地域の居場所としての役割も果たしています。

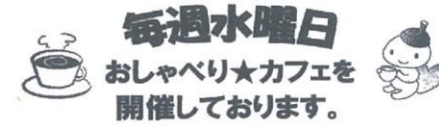
【今後の展望】

上町ふれあいカフェを契機として、住民の地域活動への機運の高まりを上げるとともに、地区の特性に合わせた様々な居場所の拡大を目指します。

さらに、多職種の参画による地区内ネットワークの拡充及び地域人材の確保・育成支援に取り組めます。



松沢地区 おしゃべり★カフェ（高齢者等の居場所づくり）



おしゃべり カフェとは？
コーヒーなどを飲みながら皆さんとおしゃべりする場所です。ひとりでいらしても気軽に話せるように、あるいは、皆さんをつなぐお手伝いをする方も、ゆる〜く待っています。対象は？
近くに出かけるのびしょとさんどい、金銭出かけないもつまるない、そんなあなた！特に苦しみはありません。あーっと立ち寄りください、大歓迎！

場 所：喫茶「YOU・遊」（赤坂5-31-5 松沢まちづくりセンター1階）
利用時間：毎週水曜日 午前11時～午後2時の間
料 金：喫茶代（自費）



【今後の展望】

スタッフの負担を軽減するため、新たな担い手を発掘したり、参加者の困りごとに対するマッチング等を行い、地域住民が自主的に活動できるような体制を検討していきます。

深沢地区 退職後の男性が地域で活躍できる仕組みづくり

【取り組みの背景】

退職後の男性が、どのような活動をしているのか情報が少なく、また、男性は、健康体操等の活動に参加しても長続きしない状況があります。

深沢地区では、町会や地域活動団体の担い手が不足している状況を改善するためにも、退職後の男性が地域で活動できる仕組みづくりに取り組むことになりました。

【課題解決の試み～退職後の男性が地域で活動できる仕組みづくり】

はじめに、検討会を設置し、60歳以上の男性に地域活動に関するアンケートを実施するとともに、町会活動など地域活動への参加を呼びかけました。アンケートの結果も踏まえて、現在行われている様々な活動についての広報活動を強化するとともに、男性のみの体操教室を実施する等、家にいる男性が地域で活動できる機会を増やすことにしました。

男性が興味を持ってそうな地域活動として、「子ども見守りたい」という児童の登校時の見守り活動を開始し、この参加者が町会の役員に就任したり、小学校事業の手伝い、地区社会福祉協議会事業の手伝いに参加したりするなど、地域活動の参加につながりはじめられています。

【今後の展望】

男性の体操教室が自主グループとして独立したため、秋に深沢地区会館等を会場とした男性の体操教室を開催する等、地域活動参加のきっかけとなる新たな活動について、検討し実施していきます。



深沢地区では、子ども達が安心して学校に通えるように、深沢小学校・東深沢小学校・深沢小学校の3校を中心に登校時の見守り活動を行っています。
朝の「ちょとした時間」を使って、子ども達が笑顔で登校できるよう、見守り活動に参加しませんか？参加されたみなさまの交流も目的としています。
ご興味のある方は、お一人でも、ご友人と一緒にでも大歓迎です！



主催：深沢地区検討会
問い合わせ：社会福祉協議会 深沢地区事務局
TEL：070-3946-0800
FAX：03-6793-6905

1. 地区別高齢者人口・世帯数・要介護認定率

平成30年4月1日現在

地域	まちづくりセンター	面積 (km2)	人口(人)	高齢者人口(人)	高齢化率 (%)	世帯数 (世帯)	高齢者がいる世帯数	高齢単身世帯数	高齢者のみ世帯数	その他高齢者がいる世帯数	高齢者がいる世帯率 (%)	うち高齢単身・高のみ世帯率	1号被保険者	
													認定者数	認定率
世田谷	池尻	1.186	23,730	4,161	17.53	14,129	3,086	1,463	726	897	21.84	15.49	867	20.84%
	太子堂	1.048	23,923	4,133	17.28	15,158	3,109	1,477	692	940	20.51	14.31	838	20.28%
	若林	1.165	27,210	5,026	18.47	16,038	3,786	1,830	817	1,139	23.61	16.50	1,003	19.96%
	上町	2.564	52,123	10,337	19.83	26,492	7,552	3,305	1,947	2,300	28.51	19.82	2,074	20.06%
	経堂	2.918	50,285	10,455	20.79	27,361	7,684	3,492	1,947	2,245	28.08	19.88	2,211	21.15%
	下馬	2.079	42,806	8,998	21.02	23,008	6,584	2,867	1,657	2,060	28.62	19.66	1,770	19.67%
	上馬	1.364	28,087	5,196	18.50	16,475	3,833	1,754	924	1,155	23.27	16.25	1,021	19.65%
	12.324	248,164	48,306	19.47	138,661	35,634	16,188	8,710	10,736	25.70	17.96	9,784	20.25%	
北沢	梅丘	1.604	27,801	5,670	20.39	15,736	4,128	1,821	990	1,317	26.23	17.86	1,171	20.65%
	代沢	1.025	17,434	3,559	20.41	9,675	2,546	1,030	652	864	26.32	17.39	771	21.66%
	新代田	1.419	25,186	4,876	19.36	15,588	3,545	1,550	907	1,088	22.74	15.76	1,073	22.01%
	北沢	0.979	18,293	3,831	20.94	11,501	2,860	1,365	663	832	24.87	17.63	991	25.87%
	松原	1.502	29,180	5,775	19.79	17,401	4,243	1,921	1,051	1,271	24.38	17.08	1,224	21.19%
	松沢	2.123	33,799	6,941	20.54	18,023	5,084	2,213	1,297	1,574	28.21	19.48	1,564	22.53%
	8.652	151,693	30,652	20.21	87,924	22,406	9,900	5,560	6,946	25.48	17.58	6,794	22.16%	
玉川	奥沢	1.206	22,086	5,121	23.19	11,420	3,700	1,582	999	1,119	32.40	22.60	1,051	20.52%
	九品仏	1.244	17,414	3,854	22.13	9,512	2,777	1,195	731	851	29.19	20.25	756	19.62%
	等々力	2.882	38,905	7,773	19.98	19,171	5,650	2,352	1,514	1,784	29.47	20.17	1,431	18.41%
	上野毛	2.537	32,714	6,891	21.06	15,716	4,964	2,084	1,342	1,538	31.59	21.80	1,348	19.56%
	用賀	4.521	63,959	12,133	18.97	31,826	8,884	3,955	2,267	2,662	27.91	19.55	2,314	19.07%
	深沢	3.419	48,269	9,588	19.86	23,584	6,948	2,834	1,843	2,271	29.46	19.83	1,849	19.28%
		15.809	223,347	45,360	20.31	111,229	32,923	14,002	8,696	10,225	29.60	20.41	8,749	19.29%
砧	祖師谷	1.669	26,582	6,240	23.47	13,118	4,559	2,024	1,192	1,343	34.75	24.52	1,414	22.66%
	成城	2.261	22,961	5,833	25.40	10,261	4,159	1,680	1,177	1,302	40.53	27.84	1,264	21.67%
	船橋	1.873	38,096	7,073	18.57	17,976	5,293	2,488	1,257	1,548	29.44	20.83	1,424	20.13%
	喜多見	3.973	32,445	6,282	19.36	15,127	4,574	1,940	1,155	1,479	30.24	20.46	1,289	20.52%
	砧	3.773	41,385	7,967	19.25	19,451	5,773	2,435	1,518	1,820	29.68	20.32	1,528	19.18%
	13.549	161,469	33,395	20.68	75,933	24,358	10,567	6,299	7,492	32.08	22.21	6,919	20.72%	
烏山	上北沢	1.716	24,764	5,427	21.91	13,806	4,050	1,962	1,007	1,081	29.34	21.51	1,144	21.08%
	上祖師谷	2.162	31,103	5,794	18.63	14,932	4,174	1,666	1,126	1,382	27.95	18.70	1,179	20.35%
	烏山	3.837	63,073	13,332	21.14	33,767	9,791	4,408	2,495	2,888	29.00	20.44	2,713	20.35%
		7.715	118,940	24,553	20.64	62,505	18,015	8,036	4,628	5,351	28.82	20.26	5,036	20.51%
合計		58.049	903,613	182,266	20.17	476,252	133,336	58,693	33,893	40,750	28.00	19.44	37,282	20.45%

2. 高齢者施設整備状況(平成30年12月1日現在)

総合支所	まちづくりセンター	地域密着型サービス							ショートステイ	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	都市型軽費老人ホーム	特定施設入居者生活介護	
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	認知症高齢者グループホーム	地域密着型特別養護老人ホーム						
世田谷	池尻			1 (24)	2 (49)			1 (18)						
	太子堂								1 (54)		1 (130)			
	若林				1 (29)			1 (27)						
	上町			2 (24)				2 (27)			1 (63)	1 (20)	3 (162)	
	経堂			2 (24)				2 (36)					4 (439)	
	下馬			2 (22)	1 (29)			2 (36)	1 (29)	1 (4)	1 (65)		2 (139)	
	上馬							1 (18)						
		0 (0)	0 (0)	7 (94)	4 (107)	0 (0)	9 (162)	1 (29)	2 (58)	1 (65)	2 (193)	1 (20)	9 (740)	
北沢	梅丘			1 (12)									1 (30)	
	代沢													
	新代田			1 (3)				1 (18)						
	北沢			1 (12)					1 (25)	1 (100)				
	松原	1 (150)	1 (300)										2 (135)	
	松沢			1 (12)								1 (20)		
		1 (150)	1 (300)	4 (39)	0 (0)	0 (0)	1 (18)	0 (0)	1 (25)	1 (100)	0 (0)	1 (20)	3 (165)	
玉川	奥沢				1 (29)			1 (27)					1 (79)	
	九品仏			1 (12)				1 (18)						
	等々力			1 (12)	1 (29)			1 (18)	2 (15)	2 (112)			7 (364)	
	上野毛	1 (30)		1 (12)			1 (18)	2 (54)					3 (164)	
	用賀	1 (60)		1 (3)			1 (29)	3 (45)	1 (24)		1 (156)		11 (763)	
	深沢	1 (35)			2 (58)		1 (27)		1 (12)	1 (96)	1 (50)	1 (10)	4 (274)	
		3 (125)	0 (0)	4 (39)	4 (116)	2 (47)	9 (189)	0 (0)	4 (51)	3 (208)	2 (206)	1 (10)	26 (1,644)	
砧	祖師谷							2 (36)					4 (207)	
	成城	1 (30)	1 (22)	3 (31)				1 (29)	2 (28)	2 (154)		1 (10)	4 (344)	
	船橋			1 (12)	2 (54)			4 (81)	2 (30)	3 (289)		2 (40)	5 (255)	
	喜多見			2 (24)	1 (29)			8 (144)	2 (28)	2 (150)	3 (236)	2 (40)	8 (465)	
	砧			1 (3)				3 (54)	1 (4)	1 (60)	1 (77)		2 (134)	
		1 (30)	1 (22)	7 (70)	3 (83)	0 (0)	17 (315)	1 (29)	7 (90)	8 (653)	4 (313)	5 (90)	23 (1,405)	
烏山	上北沢			1 (12)	1 (29)			1 (27)	1 (29)	2 (26)	1 (100)		1 (20)	2 (118)
	上祖師谷			3 (30)				3 (63)	2 (25)	2 (179)			6 (400)	
	烏山	1 (55)		2 (15)	1 (24)			3 (45)	4 (39)	4 (303)	1 (60)		3 (164)	
		1 (55)	0 (0)	6 (57)	2 (53)	0 (0)	7 (135)	1 (29)	8 (90)	7 (582)	1 (60)	1 (20)	11 (682)	
合計	箇所	6	2	28	13	2	43	3	22	20	9	9	72	
	人数	360	322	299	359	47	819	87	314	1,608	772	160	4,636	

3. 民生・児童委員、支えあい活動等の社会資源

平成30年4月1日現在

総合支所	まちづくりセンター	民生・児童委員	会食サービス		支えあい活動			子ども食堂	活動拠点、集会施設		高齢者クラブ	介護予防・日常生活支援総合事業			参考			
			グループ数	利用者数	ふれあいいきいきサロン	子育てサロン	支えあいミニデイ		支えあい活動拠点	区民集会施設、高齢者集会所等		地域デイサービス登録団体数	支えあいサービス担い手登録者数		活動場所		居場所づくり	
													社協分	シルバー人材センター分	把握件数	活用件数		
世田谷	池尻	18		4	10	3	2		1	4	3	252		3	89	9	2	1
	太子堂	18		1	8	1	3	1		4	3	209		3		12	2	2
	若林	22		2	19	2	3	1	1	3	1	90	2	2		5	2	1
	上町	29	1	31	11	7	1	2		4	7	594		12		15	8	3
	経堂	31	7	121	23	7	2	2		6	2	252	1	10		6	4	1
	下馬	31		3	15	6	5		2	5	10	1,260	1	3		6	4	5
	上馬	19		12	14	2	12	1	2	3	4	396		5		9	1	2
	168	8	174	100	28	28	7	6	29	30	3,053	4	38	89	62	23	15	
北沢	梅丘	21		9	20			1		3	2	139	1	6	43	12	15	1
	代沢	17	2	35	9	1	1			2	6	556		2		5		1
	新代田	18		1	10		2			5	3	388	1	2		3	2	1
	北沢	17		2	21	2	3	1		5	5	611	1	3		1	3	1
	松原	18		7	26	2	9	1	2	1	3	364		4		5	6	1
	松沢	24	1	17	17	2		3		3	3	504		6		1		1
	115	3	71	103	7	15	6	2	19	22	2,562	3	23	43	27	26	6	
玉川	奥沢	16	3	84	24	3		2	1	3	2	301	2	4	68	9	1	
	九品仏	13		20	17	3				2	1	133		5		8	4	1
	等々力	22		7	19	3	1		1	4	3	306		9		6		1
	上野毛	20	2	53	14	1	3		1	4	4	443		8		3	2	
	用賀	34	1	41	35	11	2	2	2	3	4	328	2	4		4	4	
	深沢	27	2	44	37	5	2	2	2	1	3	190		4		12	4	
	132	8	249	146	26	8	6	7	26	17	1,701	4	34	68	42	15	2	
砧	祖師谷	19	1	31	37	5	1		1	2	2	126		1	72	4	2	1
	成城	14		23	14	1	1		1	2	1	187	1	5		4	7	1
	船橋	23	1	42	27	5	2	1	1	3	3	318		6		9	3	1
	喜多見	20		1	29	3	4	3	1	5	5	414		7		4		
	砧	25	1	6	29	6	8	1	1	4	3	271		10		7	4	1
	101	3	103	136	20	16	5	5	16	14	1,316	1	29	72	28	16	4	
烏山	上北沢	20		8	24	3	4		2	3	3	333		5	40	11	2	1
	上祖師谷	17	2	27	15	4	1			3	2	132		7		11	7	1
	烏山	45	1	23	34	4	4	4	1	7	6	624	1	8		4	1	
	82	3	58	73	11	9	4	3	13	11	1,089	1	20	40	26	10	2	
合計	598	25	655	558	92	76	28	23	103	94	9,721	13	144	312	185	90	29	
	人	箇所	人	団体	団体	団体	団体	箇所	箇所	団体	人	団体	人	人	箇所	箇所	箇所	

活用事例
 ①サロン等の地域支えあい活動
 ②第2層協賛体による活動(居場所づくり等)
 ③子ども食堂、認知症カフェ、その他自主グループ

みんなの力で介護をアシスト！

認知症介護サポート事業

寄附金募集

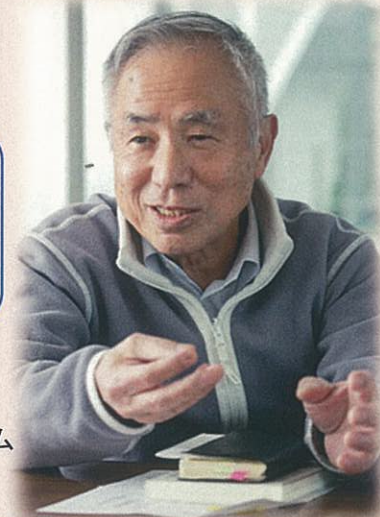


世田谷区民、
団体、法人も
寄附いただけます

～私も応援します～

介護は、誰にでも起こりうる問題です。
介護について、みんなで考えましょう。

特別養護老人ホーム 上北沢ホーム
常勤医 石飛 幸三 氏



ロボットとICTで
認知症介護の質を向上

みんなの力で介護をアシスト！

★ 記念品 ★

いずれかを選べます。

(1) 体験型

・寄附額3万円以上

- ① 認知症専門医による講座及び食事会
- ② 特養ホームでの施設と導入機器の見学、介護講座、施設での食事会

・寄附額10万円以上

上記①②+レストラン アンシェーヌ藍での昼食券

(2) 品物 (寄附額3万円以上)

区内障害者施設生産品 など

区では、介護環境の改善、介護の質の向上等を目指し特別養護老人ホームに、介護ロボット・ICT機器を導入して、効果・検証、さらなる普及を目指す助成事業の寄附を募っています。

なぜ、介護ロボット・ICT機器なの？

職員の負担（身体的・心理的）が軽減され、介護記録を作成する時間が短縮でき、利用者と向きあう時間を長く取ることができる！



■ 寄附の方法 ■

ふるさとチョイス 世田谷区 認知症 [検索](#)

または、区ホームページをご覧ください。下記担当までお問合せください。

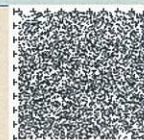
寄附申出の受付：2018年12月21日まで

※ 一定の条件があります



レストラン アンシェーヌ藍

【問合せ先】世田谷区 高齢福祉部 高齢福祉課
電話 03-5432-2397
FAX 03-5432-3085



老いても、認知症になっても、 家族の愛を壊さずに、この世田谷で

-- 母を看取って気づいた、誇り・味方・居場所の大切さ --

第1部 講演

大熊 由紀子 先生

第2部 シンポジウム

「老いるということ」

大熊先生を囲んで、自分らしく世田谷で
生きるためにみんなで語り合しましょう

パネリスト

- 大熊 由紀子 先生
- 神津 仁 世田谷区医師会高齢医学医会会長
神津内科クリニック院長
- 瓜生 律子 世田谷区高齢福祉部長



参加
無料

・ 大熊 由紀子氏プロフィール ・



科学ジャーナリスト。朝日新聞で女性初の論説委員として、医療、福祉、科学分野の社説を17年間担当。著書『「寝たきり老人」のいる国いない国』は31刷のベストセラーとなり、その第1章は介護保険制度のメニューに。

国際医療福祉大学大学院教授。福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」ネット志の縁結び係 & 小間使い。世田谷区認知症施策評価委員会委員長 他

平成31年

日時 **1月12日(土)** 申込不要

時間:午後2時~4時 / 開場:午後1時(予定)

場所 **烏山区民会館ホール**
世田谷区南烏山6-2-19(烏山区民センター内)
定員:300人(先着順)



京王線
 電車 「千歳鳥山」駅北口徒歩1分
 バス ①関東バス・小田急バス「千歳鳥山」駅徒歩3分
 ②京王バス「千歳鳥山」駅徒歩5分
 ③小田急バス「千歳鳥山」駅徒歩5分

問合せ先 世田谷区医師会事務局

TEL 03-3410-5111

FAX 03-3418-2677

主催 世田谷区医師会 高齢医学医会

共催 世田谷区医師会 / 世田谷区