

第二回 世田谷区認知症施策評価委員会 次第

1 開 会

2 世田谷区高齢福祉部長挨拶

3 資料の確認

4 議 事

(1) 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの開設について

(2) 世田谷区の認知症施策について

(3) (仮称)世田谷区認知症施策推進条例の制定に向けた検討について

(4) その他

資料1 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの開設について

資料2-① 世田谷区の認知症施策について

資料2-② 平成30年度 認知症初期集中支援チーム事業活動実績

資料2-③ 令和元年度 認知症初期集中支援チーム事業活動実績(令和元年度12月末現在)

資料3-① (仮称)世田谷区認知症施策推進条例の制定に向けた検討について

資料3-② (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会の開催状況について

資料3-③ 第2回 認知症に関するワークショップ実施概要

資料3-④ (仮称)世田谷区認知症とともに生きる希望条例(骨子案)

参考資料 梅ヶ丘拠点整備ニュース 第11号

世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの開設について

1 主旨

世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想（平成 2 5 年 1 1 月策定）に基づき、認知症施策の専門的かつ中核的な拠点である世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを開設するため、平成 3 0 年度より開設準備室として、世田谷区認知症在宅生活サポート室を区と委託事業者が併行運営してきた。

この度、令和 2 年 4 月 1 日に世田谷区立保健医療福祉総合プラザが開設することに伴い、センター業務にかかる事業を全面委託し、世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを開設することを報告する。

2 開設概要

- (1) 開設日 令和 2 年 4 月 1 日（水）
- (2) 名称 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター
- (3) 所在地 〒1 5 6 - 0 0 4 3
世田谷区松原六丁目 3 7 番 1 0 号 保健医療福祉総合プラザ 1 階
- (4) 連絡先 電話番号 0 3 - 6 3 7 9 - 4 3 1 5
ファクシミリ 0 3 - 6 3 7 9 - 4 3 1 6
※電話番号、ファクシミリは 4 月 1 日以降使用可能。
- (5) 開設時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時（休業日：土・日曜、祝・休日、年末年始）
- (6) 委託事業者
 - ・事業者名 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック
 - ・事業所所在地 世田谷区新町三丁目 2 1 番 1 号 さくらウエルガーデン 2 階
 - ・代表者 理事長 野間口 聡
 - ・契約期間 平成 3 0 年 4 月～令和 5 年 3 月（5 年間）
- (7) 職員体制（職種等）
 - ・管理者 1 名（保健師）のほか、医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士等の専門職、事務職員が運営にあたる。
- (8) 世田谷区立保健医療福祉総合プラザについて
世田谷区立保健医療福祉総合プラザの概要については、「梅ヶ丘拠点整備ニュース 第 1 1 号（参考資料）」を参照のこと。

3 周知方法

区のおしらせ（3月15日号）、区ホームページ、機関紙等により周知する。

4 その他

世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの開設に伴い、世田谷区介護予防・地域支援課認知症在宅生活サポート担当の事務室についても、同日をもって以下所在地へ移転する。

※令和2年3月30日（月）以降

世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課認知症在宅生活サポート担当

所在地 〒154-8504

世田谷区世田谷四丁目21番27号 区役所分庁舎（ノバビル）3階

電話番号 03-5432-2954

ファクシミリ 03-5432-3085

令和 2 年 3 月 2 5 日
介護予防・地域支援課

世田谷区の認知症施策について

1 主旨

区における認知症施策について、令和元年度の事業の実績及び認知症在宅生活サポートセンター（以下「センター」という）の準備状況について報告する。

2 実施状況

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」を区内 28 か所の全あんしんすこやかセンターで実施した。また、認知症本人交流会の実施など、当事者の視点を重視した取り組みを進めた。

(1) あんしんすこやかセンターもの忘れ相談

平成 2 1 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、認知症に関する様々な相談を受け、早期対応・早期支援を行う。

実績（30分以上の相談件数）	
平成 3 0 年度	令和元年度（令和元年 10 月まで）
実件数 1, 228 件 延件数 9, 429 件	実件数 839 件 延件数 5, 655 件

(2) 認知症初期集中支援チーム事業

認知症（疑い含む）の高齢者や家族を対象に、看護師、医師等からなる専門職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、支援体制を行う。

実績		センター機能(※)
平成 3 0 年度	令和元年度（令和元年 12 月まで）	
実数 80 人 延数 477 人	実数 85 人 延数 345 人	機能 1

※ 別紙参照

(3) 認知症高齢者の家族会及び認知症高齢者の家族のための心理相談

孤立しがちな認知症高齢者の家族介護者を対象に、認知症ケアに関する情報を提供するとともに、家族介護者同士の交流や、臨床心理士による個別相談を実施し、家族介護者の心理的負担の軽減を図る。

家族会 実績		センター 機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
31回実施 実数100人 延数175人	22回実施 実数74人 延数128人	機能2

認知症家族のための心理相談 実績		センター 機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
10回実施 実数18人 延数18人	8回実施 実数13人 延数13人	機能2

(4) もの忘れチェック相談会

認知症（疑い含む）の高齢者や家族を対象に、早期に医師と個別に相談ができる機会を提供し、認知症の早期発見・医療による早期対応を図る。医師との相談の結果、認知症の疑いがあり医療につながり必要性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。

- ・ 従来型 : 各総合支所を会場とした個別相談型の相談会。平成30年度以降、従来型を終了し、地区型を全あんしんすこやかセンターに拡充。
- ・ 地区型 : 各あんしんすこやかセンターを会場とした個別相談型の相談会
- ・ 啓発型 : 医師の講話とあんしんすこやかセンターによる個別相談を合わせた相談会

実績			センター 機能
種別	平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
(従来型)	5回実施 実数 31人		機能2
(地区型)	12回実施 実数 33人	22回実施 実数 57人	
(啓発型)	5回実施 実数 184人	4回実施 実数 161人	

(5) 認知症カフェ

認知症の人や家族が地域の身近な場所で、医療・保健・福祉の専門職へ気軽に相談し、地域の方と交流することにより、認知症の人や家族の孤立を防ぐとともに、交流を通して、認知症に関する理解や地域の共助意識の構築及び情報の発信を行う。

実績		センター 機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
累計24地区40か所	累計26地区40か所*	機能3

*令和元年7月より二子玉川あんしんすこやかセンターが開設し、あんしんすこやかセンターの地区が27地区から28地区となった。また、祖師谷地区に認知症カフェが1か所開所し、上野毛地区の認知症カフェが運営者の体調不良により1か所閉所となった。

(6) 認知症講演会

医師による医学的な講話と認知症サポーター養成講座を合わせ、認知症の普及啓発を行う。

実績		センター機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
3回実施 延数125人	3回実施 延数117人	機能3

(7) 認知症本人交流会（新規事業）

認知症の本人が、自らの体験や思い、必要としていることを語り合う場のことで、生活支援ニーズ等を把握することにより、本人の視点を重視した支援や地域づくりに活かすことを目的として行う。

実績			センター機能
令和元年度（令和元年12月まで）			
2回実施	本人	実数5人 延数8人	機能3
	パートナー	実数7人 延数10人	

(8) 認知症当事者のための社会参加型プログラム事業

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できる軽作業やボランティア等の活動プログラムが掲載された事業マニュアルを活用し、通所介護事業所等へ普及啓発を行う。

平成28年度から30年度に開発した主なプログラム	
<ul style="list-style-type: none"> ・野菜の袋詰めと値札付け ・地域の農園での農作業 ・バザー用品の整理、値札付け ・保育園でのボランティア (絵本の読み聞かせ・お膝貸し・園庭の草むしり・室内の環境整備と交流等)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉事務所のデータ入力等事務補助 ・商店街のパンフレット三つ折り作業 ・障害者通所施設における調理ボランティア ・せたがや福社区民学会でのボランティア ・パン・菓子作りの調理、袋詰め作業と販売(クッキー・シフォンケーキ・白玉ぜんざい等)

実績		センター機能
令和元年度（令和元年12月まで）		
事業説明会参加者 実数21人 (対象:居宅介護支援事業所・認知症対応型通所介護事業所等)	巡回訪問 9事業所	機能4

区内の指定認知症対応型通所介護事業所等を対象とした事業説明会を実施した。また介護保険事業所等の巡回訪問時に事業案内のチラシを用いて普及啓発を行い、9事業所のうち約8割の7事業所が関心をもち、事業マニュアルを配付した。

(9) 医師による相談事業

認知症（疑い含む）の高齢者や家族を対象に、医師による訪問またはケース会議を行い、医療受診の緊急性の判断及び生活状況や認知機能のアセスメントを行い、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。

実績		センター機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
7回実施 実数7人	7回実施 実数7人	機能4

(10) 認知症サポーター養成講座

一般区民を対象として、認知症に関する正しい知識の普及や認知症の方への対応、地域での支えあい活動を目的とした普及啓発の講座。

実績		センター機能
平成30年度	令和元年度（令和元年12月まで）	
115回実施 延数3,539人 累計31,658人	104回実施* 延数3,097人 累計34,755人	機能5

*令和元年度から、公募式の全区版認知症サポーター養成講座を5地域で各1回実施している。

(11) 認知症サポーターステップアップ講座

認知症サポーターを対象に、認知症への理解促進とあわせて、認知症に関する地域の見守りや支えあいの実践者として人材育成する実践的なプログラムを取り入れた講座。認知症サポーターで構成される「チームオレンジ」の構築に向けて認知症サポーターとボランティアを募集している認知症カフェ等とのマッチングを行う。

実績		センター機能
平成30年度	令和元年度	
1講座実施（2日制）実数12人	1講座実施（2日制）実数57人	機能5

(12) 認知症サポーターフォローアップ講座

認知症サポーターステップアップ講座修了者を対象に、地域で認知症に関するボランティア等を積極的に活動する人材を育成するとともに、活動している認知症サポーターが中断せずに活動継続ができるよう支援する講座。

実績		センター機能
平成30年度	令和元年度	
実数5人	実数31人	機能5

2 今後の取り組みについて

- ① 令和2年度4月、認知症在宅生活サポートセンター開設後、センター構想に基づく5機能の事業を確実に実施するとともに質の向上を図る。
- ② 認知症サポーターのさらなる養成や実践の場での活用、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への参画等、当事者の視点を重視した取り組みを充実させる。

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	令和元年度	令和2年度 (予定)
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	訪問実人数の拡充 (年間110人 → 年間140人)	
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 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 ・本人交流会	認知症カフェ一覧の内容更新 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、 本人交流会	センターホームページ開設及びセンター機関誌発行
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	認知症対応型通所介護施設等での プログラムの普及及び支援	
機能5 人材育成機能	・世田谷区認知症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 ・認知症サポーターフォローアップ講座	世田谷区認知症ケアプログラム推進事業研修2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 の拡充
運営委託体制	・認知症在宅生活サポートセンター業務 ・認知症施策評価委員会	認知症在宅生活サポート室の 業務委託	認知症在宅生活サポートセンターの業務委託
		年2回開催 (うち1回は新型コロナウイルス感染 予防のため資料送付のみ)	(調整中)

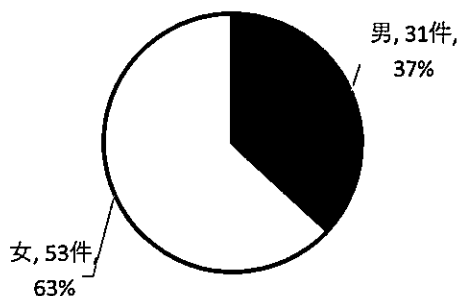
平成30年度 認知症初期集中支援チーム事業 活動実績

○事例提出数	84件
○訪問対象数	80件 (3事例：入院、1事例：入所)
○実訪問数	80件

1. 事例提出 (n=84) の内訳

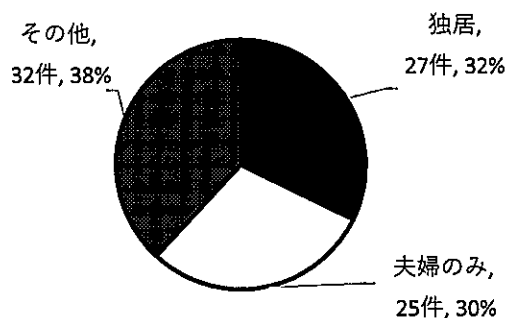
(1) 性別

男	女	総計(件数)
31	53	84



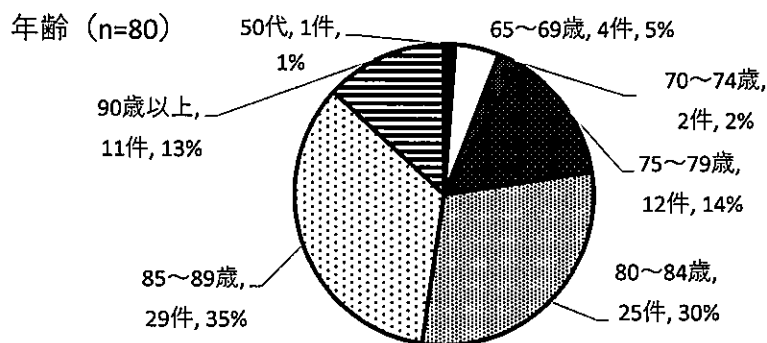
(2) 世帯状況

独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
27	25	32	84



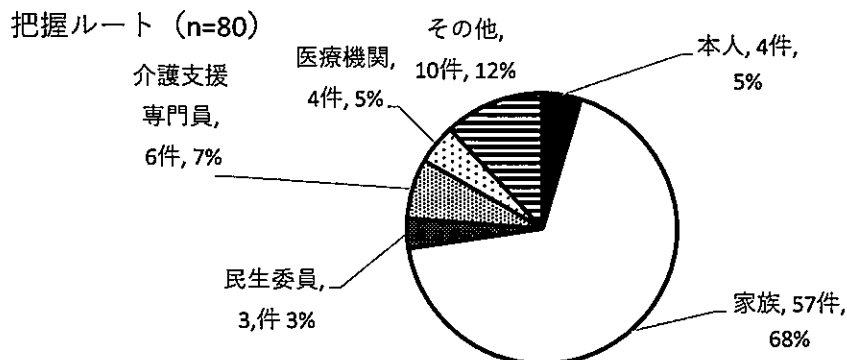
(3) 年齢

	50代	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
男性	0	2	1	1	11	11	5	31
女性	1	2	1	11	14	18	6	53
総計	1	4	2	12	25	29	11	84



(4) 把握ルート

本人	家族	民生委員	近隣住民	介護支援専門員	医療機関	その他	総計(件数)
4	57	3	0	6	4	10	84

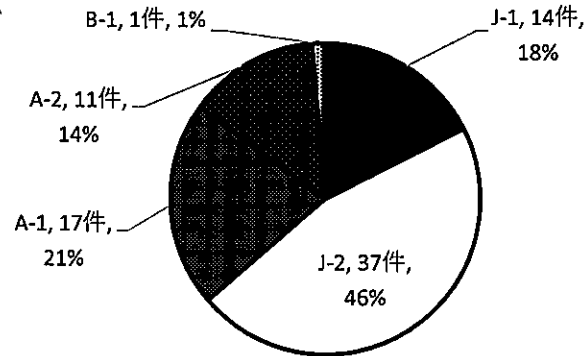


2. 訪問者 (n=80) の内訳

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	総計(件数)
14	37	17	11	1	80

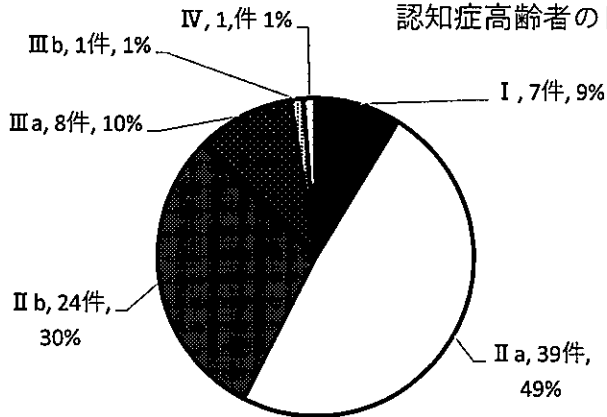
障害高齢者の日常生活自立度 (n = 80)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	II a	II b	III a	III b	IV	総計(件数)
7	39	24	8	1	1	80

認知症高齢者の日常生活自立度 (n = 80)

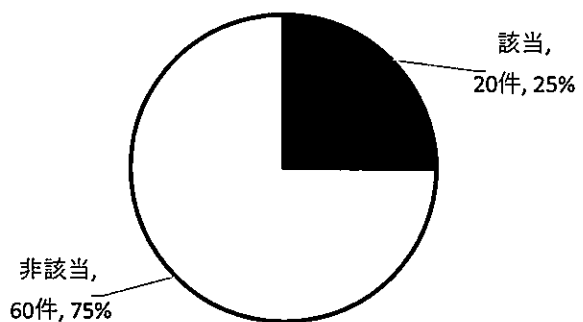


(3) 社会的困難事例

該当	20
非該当	60
総数(件数)	80

※社会的困難事例とは
 独居、高齢者世帯、キーパーソン
 の不在、近隣からの苦情、消費者
 被害等に複数該当した場合を
 「困難」とする

社会的困難事例 (n=80)



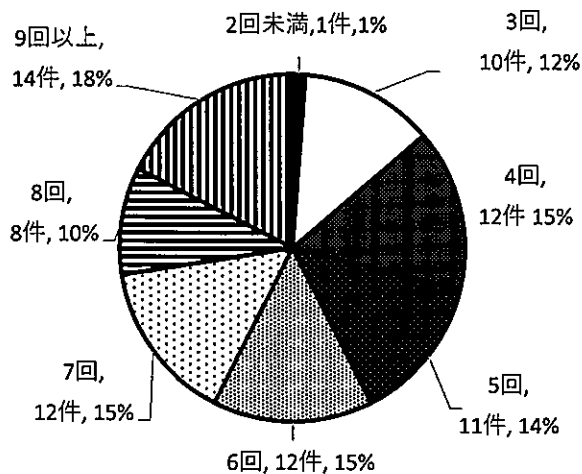
3. 訪問者（モニタリング終了者 n=80）の実績

(1) 訪問回数

2回未満	1
3回	10
4回	12
5回	11
6回	12
7回	12
8回	8
9回以上	14
総計(件数)	80

- ・ 訪問のべ回数 477 回
- ・ 平均訪問回数 5.96 回

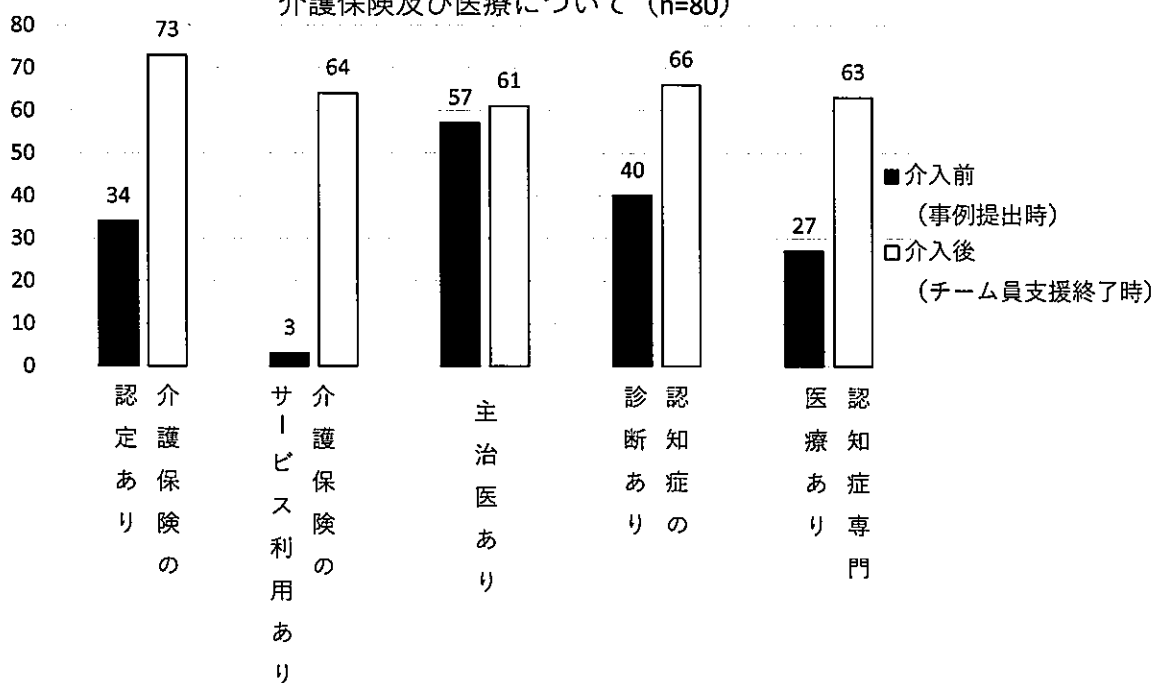
訪問回数 (n=80)



(2) 介護保険および医療について (n=80)

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了)		総計 (件数)
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	34	46	73	7	80
介護保険サービスの利用有無	3	77	64	16	80
主治医の有無	57	23	61	19	80
認知症診断の有無	40	40	66	14	80
認知症専門医療の有無	27	53	63	17	80

介護保険及び医療について (n=80)



(3) 支援目標と達成度について (n=80)

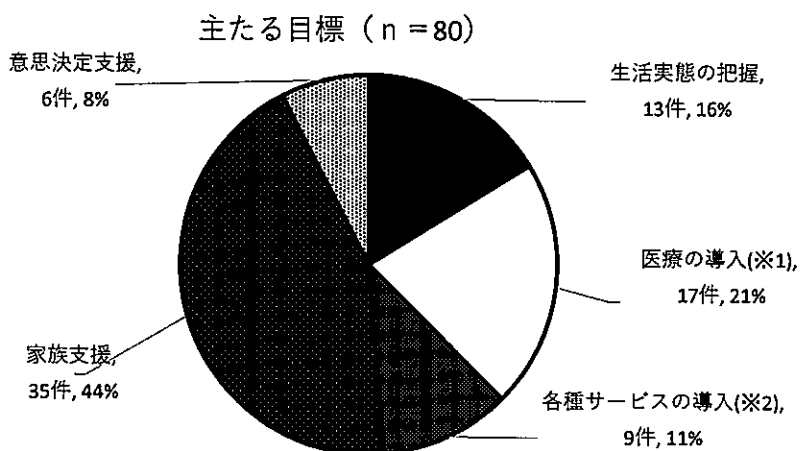
主たる目標	件数(実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	13	13	100.0%
医療の導入(※1)	17	17	100.0%
各種サービスの導入(※2)	9	6	66.7%
家族支援	35	34	97.1%
意思決定支援	6	5	83.3%
総数 (件数)	80	75	93.8%

(※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかの導入ができた場合を達成としている。

(※2) 各種サービスは介護保険サービス、あんしんすこやかセンター事業、地域のサービスなどインフォーマルサービス等のいずれかの導入が出来た場合を達成としている。

(※3) 副目標を含む全ての目標に置いての達成状況を示している。

全体の目標達成(※3)	325	289	88.9%
-------------	-----	-----	-------



医療の導入・各サービスの導入目標と達成状況について

目標	件数(延)	目標達成件数	達成率
医療の導入	76	67	88.2%
(再掲)認知症専門医療の導入	16	15	93.8%
各種サービスの導入	74	59	79.7%
総数 (件数)	166	141	84.9%

4. モニタリング終了者 (n=80) のモニタリング結果

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		モニタリング終了時 (チーム員支援終了2ヶ月後)			総計 (件数)
	有	無	有	無	有	無	達成率	
介護保険の認定有無	34	46	73	7	76	4	95.0%	80
介護保険サービスの利用有無	3	77	64	16	64	16	80.0%	80
主治医の有無	57	23	61	19	78	2	97.5%	80
認知症診断の有無	40	40	66	14	68	12	85.0%	80
認知症専門医療の有無	27	53	63	17	49	31	61.3%	80

①介護保険の認定有無

- ・介入後、未認定であった7件のうち、3件は認定に至った。
- ・モニタリング時に認定に至らなかった4件は、入院や精神疾患等のために申請に至らなかった。

②介護保険サービス利用有無

- ・介入後に未導入であった16件のうち、モニタリング時点で7件が介護保険サービスもしくはインフォーマルサービスに繋がっている。
- ・残りの9件は、本人の状態も落ち着いており介護保険・インフォーマルサービス以外の過ごし方を維持していたり、精神疾患のためにサービス導入に至っていない。
- ・一方、介入後は何らかのサービスに繋がっていたが、モニタリング時に継続できなかったケースが7件ある。理由としては、状態悪化に伴い入院したケースが3件、終了時に導入を予定していたサービスが実際に導入に至らなかったケースが4件であった。

③主治医の有無

- ・介入後に主治医が不在の19件のうち、17件はモニタリング時点では主治医ありとなった。
- ・未導入であった2件のうち、1件は終了時は主治医ありであったが、精神症状悪化のため通院を中断したため、主治医なしとなった。もう1件は、他県施設入所のため主治医なしとなった。

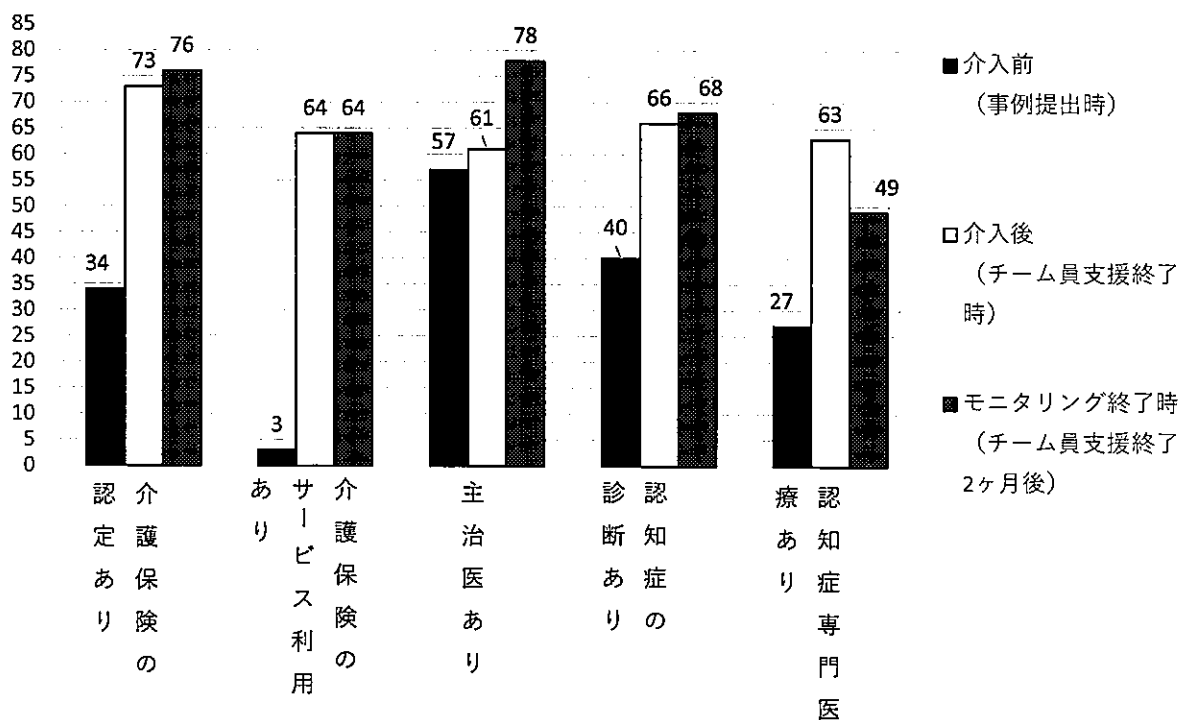
④認知症診断の有無

- ・介入後に診断のないケースのうち、12件がモニタリング時点も認知症の診断が付いていない。診断がついた2件のうち、1件はMCI、1件はアルツハイマー型認知症と診断された。

⑤認知症専門医療の有無

- ・モニタリング時点で認知症専門医療がない31件のうち、12件は主治医が継続フォローしており認知症医療に関して中断していない状況である。一方、終了時からモニタリング時の間に中断したケースは1件あり、本人の精神症状悪化のために通院を継続できなかったため中断している。

介護保険及び医療について (n=80)



(2) 支援目標と達成度について (n=80)

全体	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時の状況 (チーム員支援終了2ヶ月後)		
	件数(実)	目標達成件数	達成率	件数(実)	目標達成件数	新達成率
生活実態の把握	13	13	100.0%	13	13	100.0%
医療の導入(※1)	17	17	100.0%	17	17	100.0%
各種サービスの導入(※2)	9	6	66.7%	9	9	100.0%
家族支援	35	34	97.1%	35	35	100.0%
意思決定支援	6	5	83.3%	6	6	100.0%
総計(件数)	80	75	94%	80	80	100.0%

(※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかの導入ができた場合を達成としている。

(※2) 各種サービスは介護保険サービス、あんしんすこやかセンター事業、地域のサービスなどインフォーマルサービス等のいずれかの導入ができた場合を達成としている。

●モニタリング時の目標達成状況

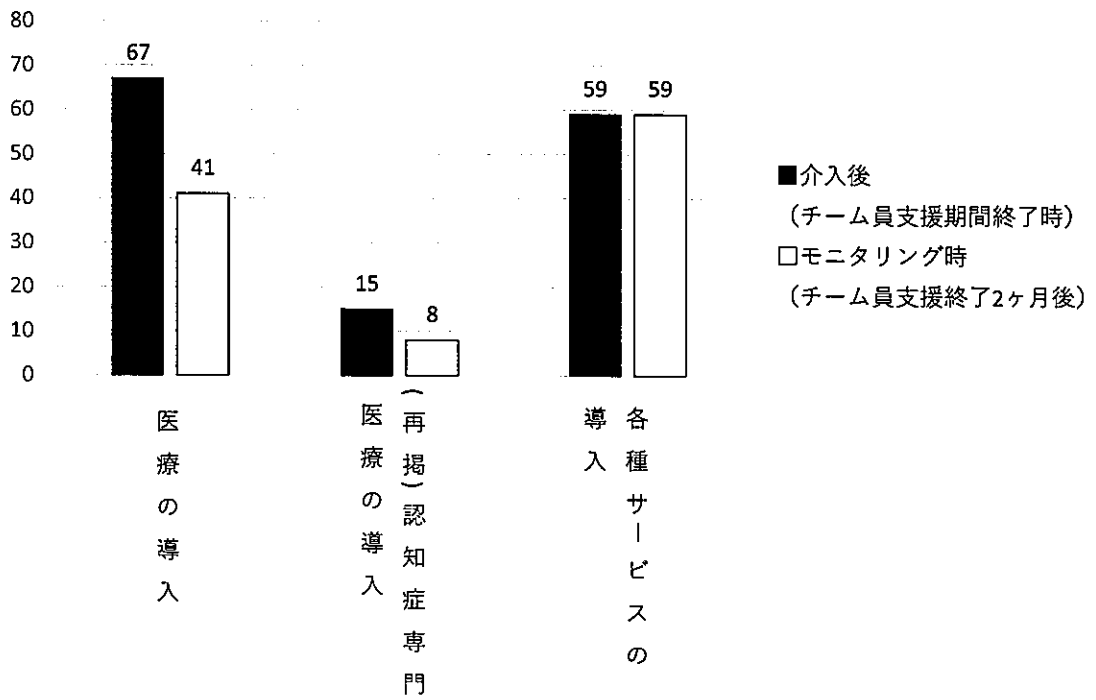
- ・チーム員支援終了時に各種サービス未導入であった3件は、モニタリング時には3件ともサービス導入に至った。
- ・家族支援が未達成であった1件は、モニタリング時には家族支援が実施できていた。
- ・意思決定支援が未達成であった1件は、モニタリング時に本人の意思を確認し、意思決定を支援できていた。

(3) 医療の導入・各サービスの導入目標と達成状況について (n=80)

目標	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時 (チーム員支援終了2ヶ月後)					
	件数(延)	目標達成件数	達成率	介入後の継続状況			目標達成状況		
				目標達成件数	継続数	継続率	件数(延)	目標達成件数	新達成率
医療の導入	76	67	88.2%	67	41	61.2%	76	74	97.4%
(再掲)認知症専門医療の導入	16	15	93.8%	15	8	53.3%	16	16	100.0%
各種サービスの導入	74	59	79.7%	59	59	100.0%	74	73	98.6%
総数(件数)	166	141	84.9%	141	108	76.6%	166	147	88.6%

- ・認知症専門医療の導入について、モニタリング時は導入数が減少しているが、認知症疾患医療センターや世田谷区認知症診断ネットワークに該当する医療機関から地域のかかりつけ医へ移行したことが要因である。
- ・各種サービスは介護保険サービス、インフォーマル・サービスを含む全てのサービスの導入状況であり、何らかのサービスに繋がっている。また、モニタリング時に新規にサービスが導入された事例が14件あり、内訳(重複あり)は、訪問看護6件、訪問リハビリテーション1件、訪問介護3件、デイサービス5件、福祉用具導入2件、ショートステイ利用1件であった。

サービス等の継続状況 (n=80)



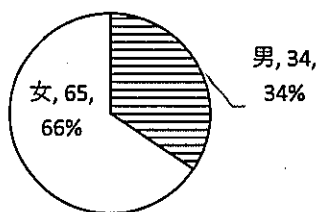
令和元年度 認知症初期集中支援チーム事業活動実績

令和元年12月末日時点	
○事例提出数	99件
○訪問対象者数	94件
(5事例:入院2件、入所1件、初回訪問前に受診・サービス導入1件、訪問拒否1件)	
○実訪問数	88件

1. 事例提出 (n=99) の内訳

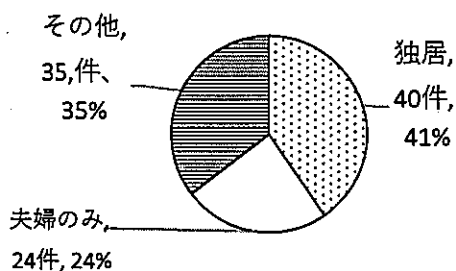
(1) 性別

男	女	総計(件数)
34	65	99



(2) 世帯構成

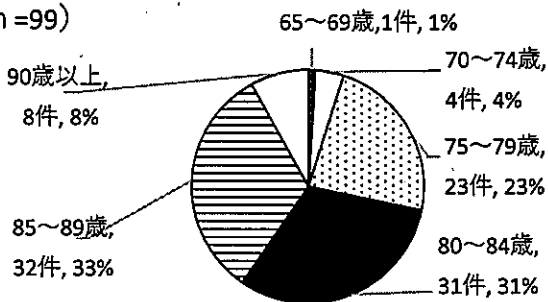
独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
40	24	35	99



(3) 年齢

	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
男	0	0	2	7	12	11	2	34
女	0	1	2	16	19	21	6	65
合計	0	1	4	23	31	32	8	99

年齢 (n=99)

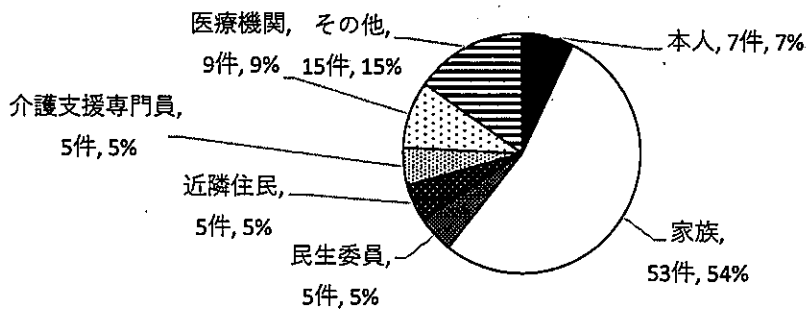


(4) 把握ルート

本人	家族	民生委員	近隣住民	介護支援専門員	医療機関	その他	総計(件数)
7	53	5	5	5	9	15	99

把握ルート

(n=99)

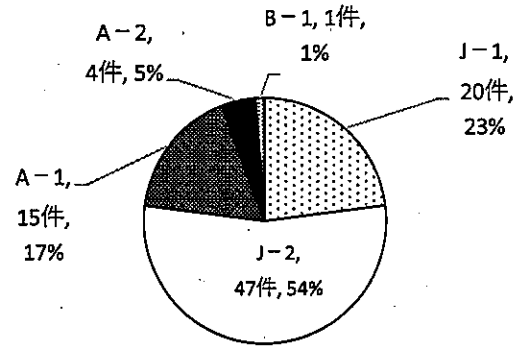


2. 訪問者 (n=88) の内訳

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	総計(件数)
20	47	15	4	1	88

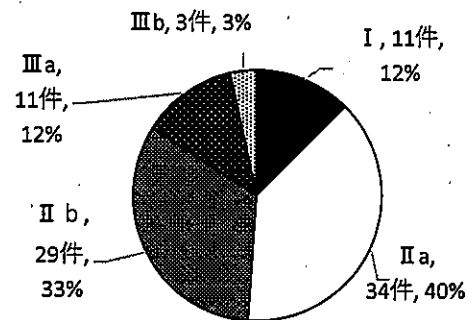
障害高齢者の日常生活自立度 (n=88)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	II a	II b	III a	III b	総計(件数)
11	34	29	11	3	88

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=88)

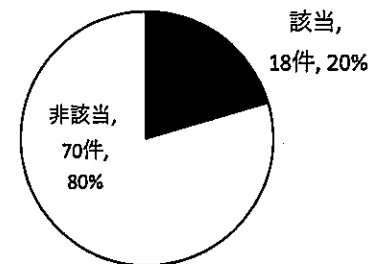


(3) 社会的困難事例 (n=88)

該当	18
非該当	70
総数(件数)	88

※社会的困難事例とは
 独居、高齢者世帯、キーパーソン
 不在、近隣からの苦情、消費者非該当に複数
 該当した場合を「困難」とする。

社会的困難事例 (n=88)

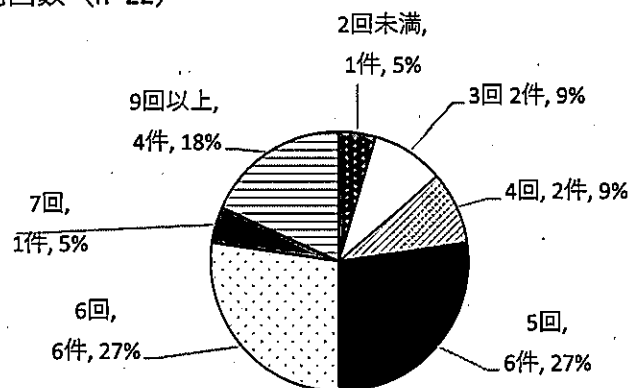


3. 訪問者 (令和2年1月31日時点モニタリング終了者 n=22) の実績

(1) 訪問回数

2回未満	1
3回	2
4回	2
5回	6
6回	6
7回	1
8回	0
9回以上	4
総計(件数)	22

訪問回数 (n=22)

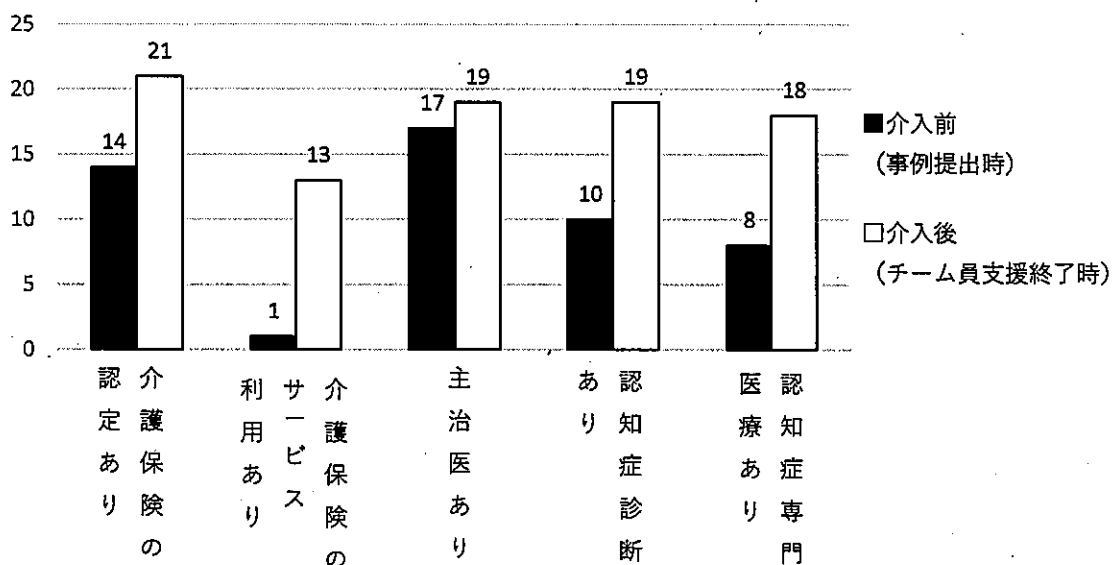


- ・訪問延べ回数 129 回
- ・平均訪問回数 5.86 回

(2) 介護保険および医療について (n = 22)

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		総計(件数)
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	14	8	21	1	22
介護保険サービスの利用有無	1	21	13	9	22
主治医の有無	17	5	19	3	22
認知症診断の有無	10	12	19	3	22
認知症専門医療の有無	8	14	18	4	22

介護保険および医療について (n=22)



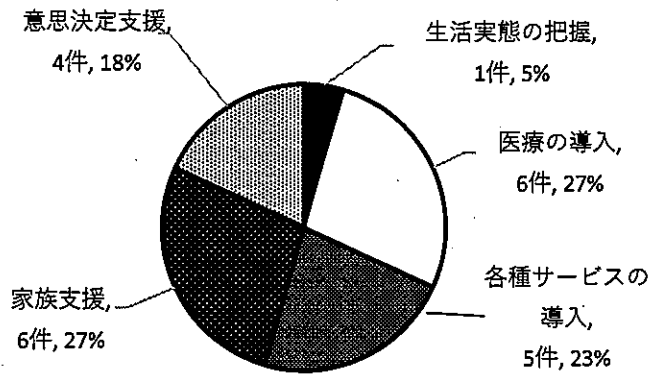
(3) 支援目標と達成度について (n = 22)

主たる目標	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	1	1	100%
医療の導入 (※1)	6	6	100%
各種サービスの導入 (※2)	5	5	100%
家族支援	6	6	100%
意思決定支援	4	4	100%
総計 (件数)	22	22	100%

- (※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかの導入ができた場合を達成としている。
- (※2) 各種サービスは、介護保険サービス、あんしんすこやかセンター事業、地域のサービスなどインフォーマルサービスなどのいずれかの導入ができた場合を達成としている。
- (※3) 副目標を含む全ての目標についての達成状況を示している。

全体の目標達成 (※3)	22	22	100%
--------------	----	----	------

主たる目標 (n=22)



医療の導入・各サービスの導入目標と達成状況について

目標	件数(延)	目標達成件数	達成率
医療の導入	22	22	100%
(再掲) 認知症専門医療の導入	11	11	100%
各種サービスの導入	22	22	100%
総数 (件数)	55	55	100%

4. モニタリングの結果について (n=22)

	介入前		介入後		モニタリング終了時			総数 (件数)
	有	無	有	無	有	無	達成率	
介護保険の認定有無	14	8	21	1	22	0	100%	22
介護保険サービスの利用有無	1	21	13	9	15	7	68%	22
主治医の有無	17	5	19	3	19	3	86%	22
認知症診断の有無	10	12	19	3	20	2	91%	22
認知症専門医療の有無	8	14	18	4	14	8	64%	22

①介護保険の認定有無

・介入後 (チーム員支援終了時) に未認定であった1件は、モニタリング時に認定ありとなった。

②介護保険サービスの利用有無

・介入後 (チーム員支援終了時) サービス利用有の13件のうち、3件はモニタリング時に中断している。理由としては、入院2件、死亡1件である。中断したサービスは、ディサービス2件、訪問看護1件、配食サービス (インフォーマル) 1件 (重複あり) である。

・介入後にサービス利用無であった9件のうち、4件はモニタリング時もサービスに繋がっていない。理由としては、本人がサービス利用を希望しておらず導入に至らなかったケースが3件、入院1件である。

・上記の中断3件と引き続き未利用の4件を合計して、モニタリング終了時のサービス未利用は7件となった。

③主治医の有無

- ・介入後の時点で主治医に繋がっていたが、モニタリング時までには主治医不在となったのは2件であり、施設（サービス付き高齢者向け住宅）入所1件、死亡1件である。
- ・介入後に主治医が不在であった3件のうち、モニタリング時までには受診に繋がったのは2件で、引き続き主治医不在は1件であった。

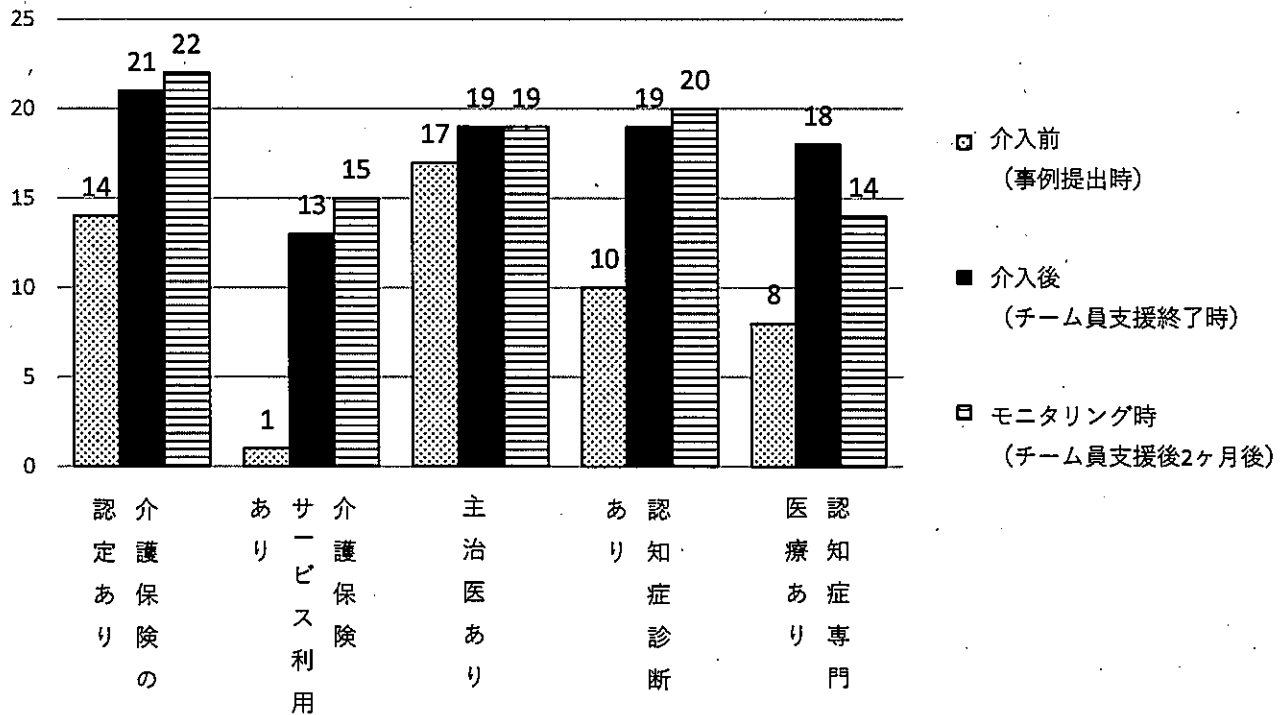
④認知症診断の有無

- ・介入後に認知症診断がなかった3件のうち、1件はモニタリング時に診断が付いている。他の2件は診断に至っていない。理由としては、「日常生活安定化を優先とし、主治医でフォローしている」が2件である。

⑤認知症専門医療の有無

- ・介入後、認知症専門医療に繋がらなかった4件のうち、モニタリング時に認知症専門医療へ繋がったのは2件であった。残り2件は主治医で経過観察をしている。
- ・介入後は認知症専門医療につながっていたが、モニタリング時に鑑別診断のみでその後主治医でフォローしているのが2件、認知症専門医療から主治医へ移行したのが1件である。また、2件は入所、1件は死亡となっている。

介護保険および医療について (n=22)



(2) 支援目標と達成度について (n=22)

主たる目標	介入後			モニタリング時の状況		
	件数(実)	目標達成件数	達成率	件数(実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	1	1	100%	1	1	100%
医療の導入(※1)	6	6	100%	6	5	83%
各種サービスの導入(※2)	5	5	100%	5	5	100%
家族支援	6	6	100%	6	6	100%
意思決定支援	4	4	100%	4	4	100%
総計(件数)	22	22	100%	22	21	95%

(※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかの導入ができた場合を達成としている。

(※2) 各種サービスは介護保険サービス、あんしんすこやかセンター事業、地域のサービスなどインフォーマルサービス等のいずれかの導入ができた場合を達成としている。

●モニタリング時の目標達成状況

・チーム員支援終了時、医療が導入されていたが、モニタリング時に医療未介入であったのは1件であった。

(3) 医療の導入・各サービスの導入目標と達成状況について (n=22)

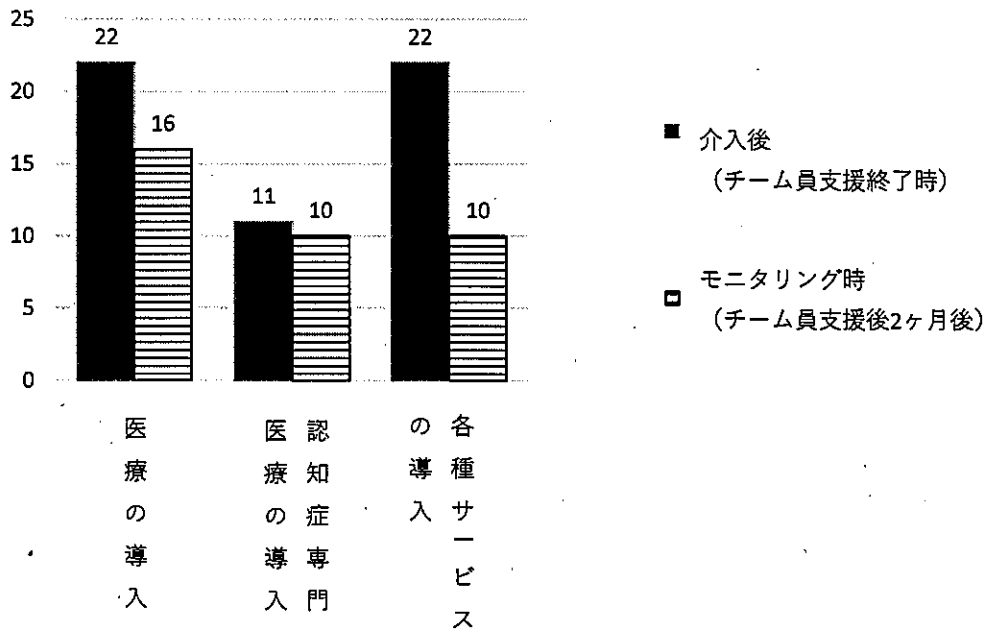
目標	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時(チーム員支援終了2ヶ月後)					
	件数(延)	目標達成件数	達成率	介入後の継続状況			目標達成状況		
				目標達成件数	継続数	継続率	件数(延)	目標達成件数	新達成率
医療の導入	22	22	100%	22	16	73%	22	22	100%
(再掲)認知症専門医療の導入	11	11	100%	11	10	91%	11	10	91%
各種サービスの導入	22	22	100%	22	10	45%	22	22	100%
総計(件数)	55	55	100%	55	36	65%	55	54	98%

・チーム員支援終了時に医療導入の目標達成(検討も含む)した22件のうち、実際医療へ繋がったのは19件であり、そのうちモニタリング時には16件受診が継続出来ていた。

・認知症専門医療導入について、1件は施設入所したため、認知症専門医療は終了となった。

・各種サービスの導入は介護保険サービス、インフォーマル・サービスを含む全てのサービスの導入状況(検討を含む)である。介入後サービスに実際繋がっていたのは22件であり、そのうちモニタリング時に中断したのは3件で、継続できていたのは10件であった。中断理由は、施設入所2件、死亡1件である。

サービス等の継続状況 (n=22)



令和 2 年 3 月 2 5 日
高 齢 福 祉 部
介 護 予 防 ・ 地 域 支 援 課

(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例の制定に向けた検討について

1. 主旨

令和元年 8 月 2 6 日 第 1 回 世田谷区認知症施策評価委員会で報告した「(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例 (以下、「(仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例」という) の制定に向けた検討状況について報告する。

2. 検討状況

(仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例の制定に向け、「(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会」での議論 (4 回開催) 及びワークショップ (2 回開催) での意見等を踏まえ、骨子案をとりまとめた。

- ・ 資料 3-② (仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会の開催状況について
- ・ 資料 3-③ 第 2 回 認知症に関するワークショップ実施概要
- ・ 資料 3-④ (仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例 (骨子案)

3. 今後のスケジュール (予定)

令和 2 年	3 月	条例骨子案のパブリックコメント
	4 月	認知症在宅生活サポートセンター開設 (うめとぴあ) 条例シンポジウム
		※ 4 月 2 5 日 (土) 午前 1 0 時 ~ 1 2 時 (予定) うめとぴあ内 ホームページ等で募集する。
	7 月	福祉保健常任委員会報告 (条例素案)
	9 月	福祉保健常任委員会報告 (条例案報告) 第 3 回区議会定例会 (条例案提出)
	1 0 月	条例施行

(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会の開催状況について

1 主旨

(仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例の制定に向け、これまで「(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会 (以下、「検討委員会」という)」を4回開催したので、検討状況等を報告する。

2 検討体制

庁内の検討のほか、既存の世田谷区認知症施策評価委員会や世田谷区地域包括支援センター運営協議会の委員の中から、認知症専門医、認知症に関する専門的な知識を有するもので構成した(仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会に、新たに認知症当事者の意見をより反映させる観点から、認知症当事者及び認知症当事者の意見聴取技術に長けた学識経験者等の委員拡充を図り、検討する。

3 委員名簿(※印は令和元年11月以降の新規委員・認知症当事者を委員に加える(予定))

区分	氏名	職(所属)等
学識経験者	※大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院 教授
	村中 峯子	東京医療保健大学大学院看護学研究科非常勤講師
	和気 純子	首都大学東京人文社会学部教授
	田中 富美子	弁護士、世田谷区社会福祉協議会成年後見センター事例検討委員会副委員長
	※永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部 部長
	※西田 淳志	公益財団法人 東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト プロジェクトリーダー
専門医	新里 和弘	都立松沢病院認知症疾患医療センター長
	※長谷川 幹	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック 院長
	※遠矢 純一郎	医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長
地区医師会	太田 雅也	世田谷区医師会理事
	山口 潔	玉川医師会理事
介護保険事業者	徳永 宣行	世田谷区介護サービスネットワーク代表
家族会	高橋 聰子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
地域活動団体	※中澤 まゆみ	認知症カフェ多職種ケアネットワーク「せたカフェ」代表、福祉ジャーナリスト
	金安 博明	世田谷区社会福祉協議会地域社協課長
行政	長岡 光春	世田谷区高齢福祉部長

4 検討委員会での主な検討内容及び意見

	開催日	検討内容
第1回	平成31年4月22日	認知症施策等について
第2回	令和元年6月28日	区、区民、事業者の役割等について
第3回	令和元年11月14日	条例の理念・基本的な考え方等について
第4回	令和元年12月16日	条例骨子案等について

(1) 第1回の主な意見

- ・認知症の人の意思決定支援については、軽度の人だけでなく重度の人も含め全ての認知症の人を網羅した支援が必要である。
- ・意思決定支援は、認知症の人の意思を尊重し、エンディングノートに書いたものやそれまでの価値観、生活パターンから推測するなど、認知症の人の有する能力に応じた引き出し方を考える必要がある。
- ・何らかの形で認知症の人に伴走することが大事。例えば、区内に存在する各事業者や医療機関などいろいろな組織が認知症の人あるいは家族のために具体的に動くというメッセージを打ち出してほしい。
- ・絆、支えあいの風土等の仕組みが必要と感じる。
- ・家族を含め、孤立化を防ぐための取り組みやそれを具体的に示すことが大事である。

(2) 第2回の主な意見

- ・事業者の役割として、商業を営む一般事業者、例えばコンビニ、スーパー、金融機関、交通機関などが認知症を理解することは非常に重要。
- ・区民の役割に、まずは認知症への関心を持ってもらうことが必要。
- ・関係機関の役割として、スタッフの方々に認知症に対する啓発という点で取り組めると良い。
- ・エンディングノート等は、本人の意思を探るための1つの手段であり、本人の意思の尊重のために必要である。
- ・認知症の人の意思がしっかりしている間に「私はこうやって人生を送ってきた、だから、この後こんなふうに生きていきたい」と書き記す事はまさに権利の擁護である。
- ・権利擁護は医療・福祉・介護の関係者だけの支援では成り立たないため、理念及び条文の1項目とした方が良い。
- ・認知症在宅生活サポートセンターが開設されるため、認知症在宅生活サポートセンターを通じて支援を推進する等を触れた方が良い。

(3) 第3回の主な意見

- ・条例の名称に「希望を生み出す」「ともに生きる」という文言をいれたい。
- ・条例の名称が、「認知症施策推進」だと認知症は対策が必要な悪いものと捉えられる可能性があるため、「認知症とともに歩む、希望を持って生きる」などの変更を考えていきたい。

- ・認知症の人が主語になるような条例を考えていきたい。
- ・認知症の人が自ら発信するなど本人の役割をいれたい。
- ・区民の役割や責務ではなくて、区民が条例に対して親しみやすくするためにも表現を考えていきたい。
- ・認知症に関する偏見やイメージを変える必要がある。重要なのが認知症とともに希望を持って生活できるということを打ち出すことである。
- ・多くの区民が認知症になる前から、自分が認知症になったらどうやって生活していきたいのかということを表示していくことが必要だと思う。自分の希望ファイルを、区民がみんな一緒につくっていくという、認知症の人と一緒に、自分も認知症になったときどうするかということと一緒に考えていくべき。
- ・認知症の当事者の方、家族もちろん、全ての人に参加して協働してつくっていく世田谷という「まち」、病気があってもなくても、それぞれの持てる経験とか力というものも十分に発揮していく、そういう強いメッセージを打ち出してほしい。
- ・家族の権利を守る家族支援も必要。本人と家族の両方の立場から考えて欲しい。

(4) 第4回の主な意見

※認知症の区民3名及びそのパートナーを迎えて検討を行った。

- ・条例の名称は「(仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例」が良い。
- ・前文に記載されている「全ての区民」の前に「子どもから大人まで」を追記して欲しい。
- ・「サポーター」という文言は、完全に頼る感じになるが「パートナー」だと相手に分かってもらいたい、努力をしようという気持ちも入ってくると思うので良い。
- ・「私の希望ファイル」の定義を入れたほうが良い。一度書いたものを固定することが主旨ではなく、その時々によって気持ちが変わっていくと思うので、書き足せたり更新できるようにファイルとしている。又、意思決定について話し合うプロセスを続けることとしている。
- ・「備え」というのは、誰もが今後、認知症になることを覚悟しながら、認知症になってからの備えという意味であり、世田谷区で丁寧に打ち出せば良いと思う。
- ・地域共生社会は今使われている表現で、ぜひ使ってほしい。

第 2 回 認知症に関するワークショップ実施概要

1. 目的

第 1 回ワークショップでは、(仮称) 世田谷区認知症施策推進条例の制定に向け、認知症の人・家族・地域団体・関係機関等より地域全体で何ができるか、何が求められているかの貴重な意見を聞いた。

第 2 回ワークショップでは、区民、家族そして認知症当事者、福祉・介護施設の方や医療関係者を交え、認知症になっても希望をもって生きていくことができる地域づくりに向けて、何が大切なのか等の意見をいただき、条例制定に向けた検討の素材としていく。

2. 開催日時

令和元年 11 月 30 日 (土) 14 時～16 時

3. 開催場所

世田谷区役所ブライトホール

4. テーマ

条例の名称

区・区民・地域団体・関係機関・事業者の立場から地域でできること

5. 参加者

第 1 回参加者に加え、区のホームページやせたがや介護の日、認知症サポーター養成講座で募集案内を行ったところ、地域にお住まいの方や家族会、介護事業者等の関係機関から 34 名が参加した。

内訳	人数	備考
区民	21	一般公募、もの忘れチェック相談会受講者、認知症カフェボランティア、認知症サポーター等
家族会等	4	家族会・認知症カフェ運営者
介護事業者	6	あんしんすこやかセンター、ケアマネジャー、認知症デイサービス
学識経験者	3	国際医療福祉大学大学院教授 東京医療保健大学大学院看護学研究科講師 日本大学文理学部社会福祉学科教授

6. 運営方法

(1) 概要

事務局からワークショップの主旨及び第1回ワークショップでの意見、進め方について説明を行い、その後、グループワークの方式でワークショップを行った。

(2) グループワークの進め方について

始めに、自己紹介を行った後に、条例の名称や区・区民・地域団体・関係機関・事業者の立場から地域でできることについて、区民間の意見交換を行う。その後、意見のとりまとめを行い、最後に各グループが検討結果を発表する。

(3) 発表について

発表は、各グループで出された意見や提案を模造紙に付箋で貼り、整理して行う。

全体スケジュール

項目	時刻	時間	内容
全体ガイダンス	14:00～14:15	15分	・挨拶 ・ワークショップの主旨 ・第1回ワークショップでの意見（課題や必要なこと）の説明及び第2回目の進め方の説明
ワークショップ	14:15～15:20	65分	・世田谷らしい条例の名称 ・認知症の方の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して住み続けられる社会の実現に向け、区・区民・地域団体・関係機関・事業者の立場から地域でできること ① 普及啓発と理解 ② 認知症への備え・相談 ③ 共生社会・地域づくり
発表	15:20～15:45	25分	・各グループ発表（5分×5テーブル）
総評・閉会	15:45～16:00	15分	・質疑応答 ・総評 ・挨拶 ・アンケート記入、回収

7. 主な意見（概要）

各グループの討議を通じて出された主な意見を整理すると以下のようになる。

(1) 条例の名称

- ・希望
- ・認知症とともに生きる希望のまちづくり
- ・認知症とともに暮らす
- ・みんなの認知症

(2) 認知症の普及啓発・理解

- ・私が本人として出来ることは、今の自分を知ってもらうことで、なるべくみなさんが集まる場所で話すようにしている。それは、私を理解してください私を助けてくださいではなくて、そういう病

気の人がいる、そういう人達も地域で自分らしく生きようと頑張っているということを知ってもらいたいから。

- ・やはり当事者の人の話を聞くのが一番
- ・私はやっぱり認知症への理解を深めるということが認知症への悪いイメージを少なく出来るのではないかなと思う。
- ・学校で認知症について正しく学ぶ機会を設けるべき。
- ・認知症のネガティブなイメージを変えたい。
- ・認知症は対応次第で穏やかに生活できるので、それを伝えたい。

(3) 認知症への備え・相談

- ・認知症になる前の備えが大事。皆がいずれは認知症になる可能性があるということを知ってもらうのが一番いいことだと思います。
- ・自分らしい生き方を深く考える。認知症になったときに、何を一番に大切にしたいか、周囲の人たちに伝えておくべき。
- ・自分が認知症になったときにどうしたいかを書くノートをつくるべき。
- ・隠せば隠すほど悪化していくので、すぐに相談できるといい。そうすると支援につながる。
- ・認知症も一つの病気と捉えたら、予防出来るものは予防したいと思う。例えば生活習慣病を悪化させないという意味での問いかけや働きかけが周りの方々に必要と思う。
- ・予防という概念は、ならないことではなくて、なることを遅らせることも含めて言う。今の段階で予防という言葉はどう使うかということをよく考えた方がいいと思う。

(4) 共生社会・地域づくり

- ・認知症だから声掛けいっぱいしてください。忘れたところを少し言ってくれば頑張れるため、集中してしまうからそれを取り戻してくれる地域だといい。
- ・共生社会・地域づくりということで、あんしんすこやかセンターで区民の方に希望者を募り、認知症の方への声掛け訓練をした。結構評判が良かった。私は認知症の方の役をしたが、皆さんすごく優しい語り口で声掛け訓練に参加してくれた。
- ・支援と考えると人ごとになってしまうので、サポーターから、自分ごととして捉えるパートナーという意識変革をしたい。
- ・認知症の当事者の一見不思議な行動にも、絶対に理由があるはず。その理由をおおらかにみんなで考えていけるような環境をつくることで、認知症の本人も落ち着かれると思う。
- ・社会全体が認知症を受け入れて家族も隠さないでご本人も認知症になったことを隠さない、しかも自分のやっていたことを誰かの力を借りながらでも続けて、その中で役割を持って生きていけるような社会が大事と思う。
- ・地域でのつながりと支えが大事。
- ・幼児期から高齢の方と触れ合う機会をつくる。(認知症の方との接し方が学べる)
- ・外国にはあるスーパーなどでの「スローレーン(ゆっくり窓口)」の設置ができるといい。

(仮称) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例 (骨子案)

世田谷区では、世田谷区基本構想で掲げる個人の尊厳を尊重し、認知症とともに自分らしく暮らすことができる地域共生社会を実現するため、福祉の相談窓口におけるもの忘れ相談事業、認知症初期集中支援チーム事業など、先駆的な認知症施策を実施してきました。令和2年4月には、世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを開設し、認知症の在宅支援施策を推進する拠点として認知症施策を総合的に推進しています。

今日、認知症に対する見方が大きく変わってきています。認知症になると「何もわからなくなってしまう」という考え方が一般的でしたが、認知症になってからも、暮らしていくうえで全ての記憶を失うわけではなく、本人の意思や感情は豊かに備わっていることもまた明らかになってきており、尊厳と希望を持って「自分らしく生きる」ことが可能です。

世田谷区は、自分らしく地域でともに生きていくことができる環境を整え、区に住んできた人を含め、子どもから大人までの全ての区民が、現在及び将来にわたって認知症とともに生きる意識を高め、その備えをし、「一人ひとりの希望及び権利が尊重され、ともに安心して自分らしく暮らせるまち、せたがや」を目指して、この条例を制定します。

1 目的

この条例は、認知症とともに生きる人（以下「本人」という。）の希望及び権利の尊重並びに認知症に係る施策（以下「認知症施策」という。）の推進に関し、基本となる理念を定め、区の責務、本人を含む区民の参加並びに地域団体、関係機関及び事業者の役割に関する事項を明らかにすることにより、全ての区民が認知症とともに生きる意識を高め、その備えをし、一人ひとりの希望及び権利が尊重され、ともに安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現に寄与することを目的とする。

2 定義

この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 認知症 脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。

- (2) 区民 区内に居所、勤務先又は通学先がある人をいう。
- (3) 地域団体 主に区民で構成される営利を目的としない団体で、区内において活動を行うものをいう。
- (4) 関係機関 医療、介護その他の福祉サービス若しくは生活関連サービスを提供する事業所、教育若しくは法律に関する事業を行う事業所、図書館等の公共の施設又は研究機関その他の認知症に関する事業を行う機関で、区内において活動を行うものをいう。
- (5) 事業者 区内において事業活動を行う個人、法人又は団体（関係機関として活動を行うものを含む。）をいう。
- (6) 私の希望ファイル 区民が、認知症になってからも自分らしく暮らし続けるための備えとして、認知症になる前及びなった後において自らが希望する生活に係る意思決定を行い、これを繰り返し書き記す過程及びその文書をいう。
- (7) 軽度認知障害 正常と認知症との中間の状態をいう。
- (8) あんしんすこやかセンター 介護保険法第115条の4第1項に規定する地域包括支援センターであり、区内において存するものをいう。

3 基本理念

認知症施策を推進するための基本理念（以下「基本理念」という。）は、次のとおりとする。

- (1) 本人一人ひとりが、自分らしく生きる希望をもつことができ、どの場所で暮らしていても意思と権利が尊重され、本人が自らの力を発揮しながら、安心して暮らし続けることができる地域を作る。
- (2) 区民、地域団体、関係機関及び事業者（以下「区民等」という。）が認知症に対し深い関心を持ち、自らのことと捉え、自主的かつ自発的な参加及び協働により地域との関わりを持つことで、認知症とともにより良く生きていくことができる地域共生社会の実現を図る。

4 区の責務

- (1) 区は、基本理念にのっとり、認知症施策を総合的かつ計画的に実施する責務を有する。
- (2) 認知症施策の実施に当たっては、常に本人の視点に立ち、本人及びその家族の意見

を聴かなければならない。

(3) 区は、本人が希望を持って暮らしていくことができるように地域で支援する体制を区民等と築くとともに、国及び他の地方公共団体と連携してこれに取り組むものとする。

5 区民の参加

(1) 区民は、認知症とともに生きることに希望を持ちながら、より良く暮らしていくための備えとして、認知症に関する知識を深め、自らの健康づくりに役立てるため、区、地域団体等の取組に積極的に参加するよう努めるものとする。

(2) 区民は、認知症になってからも自分らしくより良く暮らしていくための備えとして、私の希望ファイル等に係る取組を行うよう努めるものとする。

(3) 区民は、本人とともに歩むパートナーであるという意識を持つよう努めるものとする。

(4) 本人は、区民等の認知症に対する理解を深めることができるよう、自らの意思により、自らの体験、考え、意見等を家族及び本人と日常生活において密接な関係を有する者（以下「家族等」という。）その他区民等に発信するよう努めるものとする。

6 地域団体の役割

(1) 地域団体は、本人及び家族等が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができるように住民相互の支え合い及び見守り活動を積極的に取り組むよう努めるものとする。

(2) 地域団体は、本人及び家族等が体験したことの情報を自ら発信することができる場及び地域との交流の場を設けることに積極的に取り組むよう努めるものとする。

7 関係機関の役割

(1) 関係機関は、本人が自宅、病院、施設などの場所で暮らしていても、その希望及び権利が尊重され、その状態に応じた適時かつ適切なサービスを受けることができるよう相互間の連携に努めるものとする。

(2) 関係機関は、本人及び家族等が前項のサービスについて理解することができるように必要な情報を提供するよう努めるものとする。

8 事業者の役割

事業者は、その従業者が認知症とともに生きていくことができる地域共生社会に関する正しい知識及び理解を深めるために必要な教育、研修等を受ける機会を設けるよう努めるとともに、本人に配慮したサービスの提供及び地域との協働に努めるものとする。

9 区民等の理解の推進

(1) 区は、区民等が認知症及び地域共生社会に関する正しい知識及び理解を深めることができる学習の機会の提供を積極的に推進するものとする。

(2) 区は、認知症についての広報活動及び区民等が行う認知症に関する活動を共有する機会の充実を図るために必要な施策を実施するものとする。

10 認知症への備え等の推進

区は、区民が認知症になってからも孤立せず、社会参加並びに健康の保持及び増進の機会及び権利が守られるよう、孤立の防止並びに健康の保持及び増進を行うために必要な施策を実施するものとする。

11 意思決定の支援等

(1) 区は、私の希望ファイル等に係る取組を積極的に支援する。

(2) 区は、区民等が本人の意思決定を支援するために必要な知識等を得るための学習の機会を設ける等の必要な施策を実施するものとする。

12 権利擁護

区は、本人の権利利益を保護するため、本人に係る権利の擁護に関する区民等の意識の向上及び行動の啓発を図るとともに、成年後見制度の利用の促進その他の必要な施策を実施するものとする。

13 相談及び推進体制の支援

(1) 区は、本人及び家族等からの相談に適時かつ適切に対応することができるよう、関係機関と連携し、必要な相談体制を推進するものとする。

(2) 区は、私の希望ファイルの内容の実現に積極的に取り組む地域団体、関係機関及び事業者を支援するものとする。

14 医療及び介護等の支援

区は、本人及び家族等が住み慣れた地域で適時かつ適切な生活の支援、医療及び介護

その他必要な支援を受けることができるよう、次に掲げる事項に係る施策を実施するものとする。

- (1) 認知症（軽度認知障害を含む）の早期対応及び早期支援
- (2) 本人同士の支え合い並びに社会参加活動の推進及び容態に応じた支援
- (3) 当該家族等への支援
- (4) 生活支援と医療及び介護との連携並びに協働体制の推進
- (5) 認知症に関する医療及び介護その他の福祉サービス等の提供に携わる専門的知識を有する人材及び支援団体の育成及び資質の向上のための研修

15 地域づくりの推進

- (1) 区は、本人及び家族等が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、見守り活動及び緊急時における支援を行うための体制の整備を推進するものとする。
- (2) 区は、多世代の区民が地域の中で協働しながら自主的かつ自発的に行う認知症に対する理解を深めるための活動を支援するものとする。
- (3) 区は、本人がより良く暮らしていくための地域づくりに向けた取組が推進されるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、本人及び家族等が体験したこと等についての情報を自ら発信する機会の確保その他必要な施策を実施するものとする。
- (4) 区は、本人及び家族等が地域での活動に参加しやすくなり、安心して暮らすことができるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、本人とともに歩むパートナーその他本人及び家族等に関わるボランティア活動を行う者を育成すること、地域との交流の場を設けること等必要な施策を実施するものとする。

16 認知症施策の総合的推進

- (1) 区長は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8第1項及び介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項の規定に基づく計画を作成し、認知症施策を総合的に推進するために、世田谷区認知症とともに生きる希望計画（以下「認知症計画」という。）を定めるものとする。
- (2) 区長は、認知症計画を定めるに当たっては、あらかじめ第18条に規定する世田谷区認知症施策評価委員会の意見並びに本人及びその家族の意見を聴かなければなら

ない。

17 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター

- (1) 認知症計画に基づく主な施策は、世田谷区立保健医療福祉総合プラザ条例（平成30年10月世田谷区条例第61号）第1条の規定に基づき設置する世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内の世田谷区認知症在宅生活サポートセンター（以下「サポートセンター」という。）を拠点として行う。
- (2) サポートセンターは、福祉の相談窓口であるあんしんすこやかセンター、まちづくりセンター及び社会福祉協議会と連携して認知症施策に係る事業を行う。
- (3) サポートセンターで行う事業について必要な事項は、区長が別に定める。

18 世田谷区認知症施策評価委員会

- (1) 認知症施策を総合的かつ計画的に推進する上で必要な事項を調査審議するため、区長の附属機関として、世田谷区認知症施策評価委員会（以下「評価委員会」という。）を置く。
- (2) 評価委員会は、第16条第2項の規定による区長の諮問に応じ、認知症計画について調査審議し、区長に対して意見を述べるものとする。
- (3) 評価委員会は、認知症施策に関し、深い理解と識見を有する者のうちから区長が委嘱する委員〇名以内をもって組織する。
- (4) 前項の委員の任期は、〇年とし、再任を妨げない。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- (5) 評価委員会は、審議のため必要があると認めるときは、関係職員その他の関係人の出席を求めて意見若しくは説明を聴き、又はこれらの者から必要な資料の提出を求めることができる。
- (6) 評価委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、規則で定める。

19 財政上の措置

区は、認知症施策を推進するため、必要な財政上の措置を講じるよう努めるものとする。