

令和3年3月19日
午後6時30分～オンライン開催

令和2年度第2回 世田谷区認知症施策評価委員会 次第

1 開 会

2 挨拶

3 議 事

(1) 世田谷区認知症とともに生きる希望計画について

(2) 世田谷区の認知症施策について

(3) その他

配付資料

資料1 世田谷区認知症とともに生きる希望計画について

- ・別紙1 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【概要版】
- ・別紙2 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【本編】
- ・別紙3 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【別冊（資料編）】

資料2－① 令和元年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書

資料2－② 令和2年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書（令和3年1月末現在）

参考資料 世田谷区認知症とともに生きる希望条例パンフレット
世田谷区認知症施策評価委員会名簿

世田谷区認知症とともに生きる希望計画について

1. 主旨

世田谷区認知症とともに生きる希望条例第16条第1項の規定に基づき策定する、「世田谷区認知症とともに生きる希望計画（以下「計画」という。）」について、この度、策定したので報告する。

2. 計画の内容

- ・別紙1 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【概要版】
- ・別紙2 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【本編】
- ・別紙3 世田谷区認知症とともに生きる希望計画【別冊（資料編）】

世田谷区認知症とともに生きる希望計画【概要版】

本編

第1章 希望計画の目的

「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、希望条例を着実に実現していくために、区としての中長期の構想のもと、認知症施策を総合的に推進していくことを目的としています。

- この計画では、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を「希望条例」、「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」を「希望計画」と呼ぶことにします。

第2章 希望計画の位置づけと計画期間

希望計画の位置づけ

希望条例第16条の規定に基づく計画として位置づけます。

他の計画との関係

- 区全体の様々な分野とつながり、取組みを推進

世田谷区基本構想と基本計画のもと、世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、せたがやノーマライゼーションプラン、世田谷区障害福祉計画、世田谷区子ども計画、健康せたがやプラン等と関連を持ちながら、区全体で認知症とともに生きる地域共生社会づくりを進めていきます。

- 国と都の計画を踏まえながら、区としての未来像をもとに計画

国の認知症施策推進大綱や東京都の高齢者保健福祉計画を踏まえつつ、今後の未来像を展望しながら区として策定した計画です。

- 計画期間 令和3年度から令和5年度までを希望計画の第1期と位置づけます。

第3章 希望計画の基本方針と進め方

5つの基本方針

- ① 本人の声を聴き、本人とともに
施策は、認知症を経験した本人の声を聴きながら、本人とともに進めていきます。
- ② 4つの重点テーマを掲げ、区をあげて
施策の重点を明確にし、区全体で地域共生社会を実現していきます。
- ③ 小さく始めて、改善しながら、大きく広げる
取組みは、小さな単位で丁寧に始め、実施しながら改善を図っていきます。実施してみて、より良い取組みを全区に広げていきます。
- ④ 多世代・多分野の人たちが参加し、つながりながらともに生きる
区内の多様な世代・分野の人たちが参加し、力をあわせて進めていきます。
- ⑤ 中・長期的に世田谷の未来像とともに思い描きながら
中・長期を見据え、希望計画を段階的・持続発展的に進めていきます。

重点テーマ

- ① 認知症観の転換
- ② 本人が発信・参加、ともに生きる
- ③ みんなが「備える」「私の希望ファイル」
- ④ 希望と人権を大切に、暮らしやすい地域をともに作る

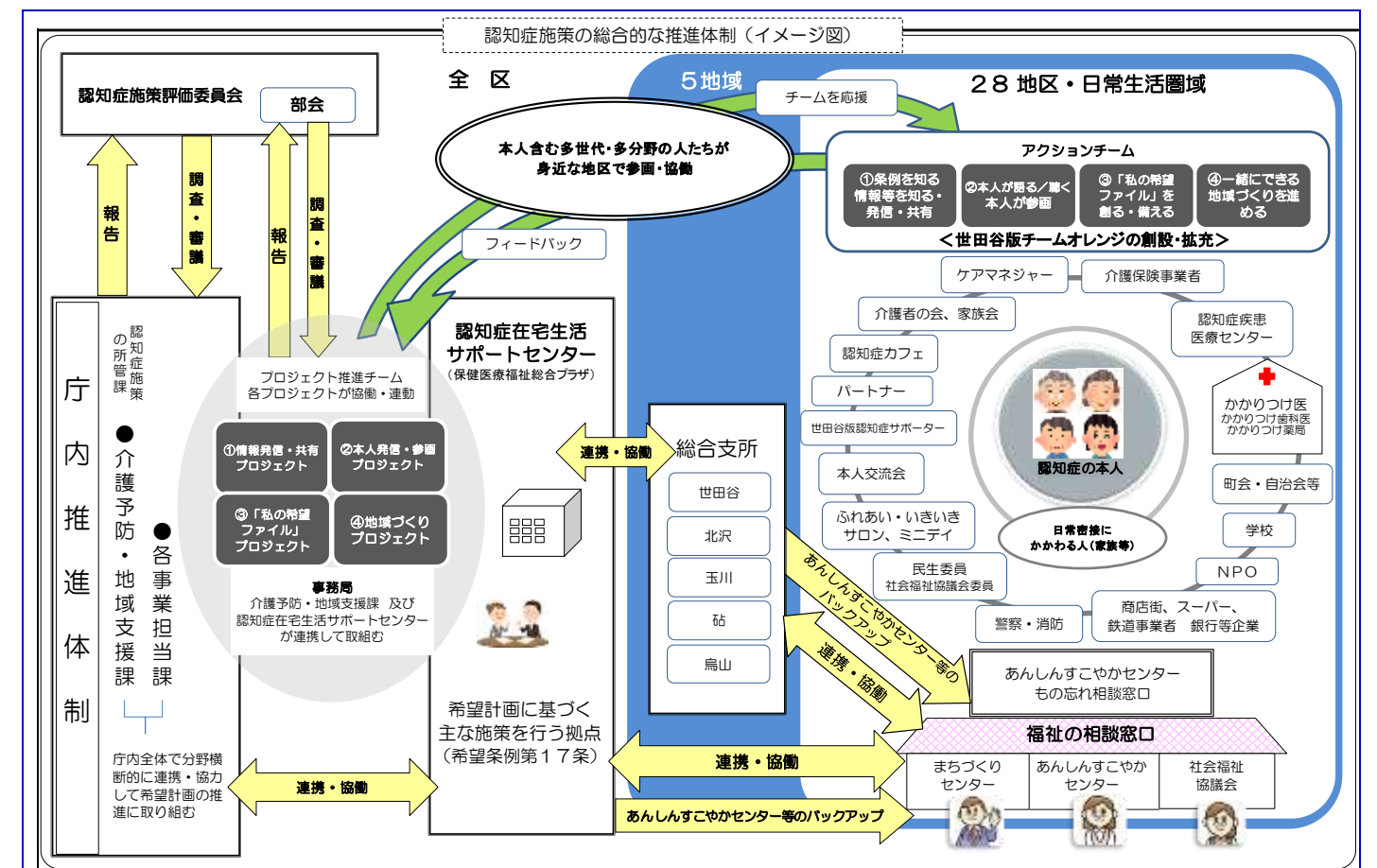
希望条例実現のための新たな推進プロジェクトを設置

- ・ 4つの推進プロジェクト

重点テーマに関して、中長期の展望を持ちながら区内全体の取組みを実質的に、そして継続的に推進していくために、以下の4つのプロジェクトを設置します。

プロジェクト	重点テーマ
1 情報発信・共有プロジェクト	1 認知症観の転換
2 本人発信・参画プロジェクト	2 本人の発信・参加、ともに生きる
3 「私の希望ファイル」プロジェクト	3 みんなが「備える」「私の希望ファイル」
4 地域づくりプロジェクト	4 希望と人権を大切に、暮らしやすい地域をともに作る

認知症施策の総合的な推進体制（イメージ図）



第4章 認知症施策の主な取組み

(1) 希望条例の考え方・理解を深める取組み

① 希望条例の普及と理解の推進

一人ひとりの希望と権利が尊重され、ともに安心して自分らしく暮らせるまちを実現するために、区民が従来の認知症観から希望のある認知症観へ転換するよう、希望条例の理念を広めていく取組みを展開します。

② 認知症とともに生きることへの理解の推進

希望条例を知ることにとどまらずに、認知症、そして認知症とともに希望を持って生きることを、自分ごととして前向きにとらえていけるよう、共感できる情報発信・共有の機会を増やしていきます。

(2) 本人発信・社会参加の推進

① 本人が自ら発信・社会参加し、活躍する機会の充実

② 本人同士の出会い、つながり、活動の推進

③ 本人との協働による認知症バリアフリーの推進

④ 本人が施策の企画・実施・評価に参加できる機会の充実

(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」

① 「私の希望ファイル」の推進

- ・ 認知症があってもなくても、これからの日々を自分らしく、認知症とともにより良く暮らしていくための「備え」を区民みんなが行っていくための世田谷独自の仕組みをつくっていきます。
- ・ その仕組みの中核となる「私の希望ファイル」は、「私の希望ファイル」プロジェクトを中心に実施を重ねることで、より良いものに創り変えていくなど、各地区のアクションチームと一緒に活用を重ねながら、「備え」を区内全体に広げていきます。

② 社会参加や健康の保持増進の機会の拡充

- ・ 区民が、楽しみややりがいにつながる活動に参加し、自分なりの役割を通じて活躍するための多様な機会を地域の中で拡充していきます。
- ・ 元気なころからそれらの機会に参加する人たちを増やしていくことで、孤立を防ぎ、いくつになっても、認知症になっても、心身ともに健やかさを保ち、自分らしい暮らしを続けていける人を増やしていきます。

(4) 地域づくりの推進

① 地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

- ・ 区が進めている様々な地域包括ケアの地区展開を活かしながら、区内のどこで暮らしていても、認知症とともに生きる地域共生があたりまえになる地域づくりを推進していきます。
- ・ 地域づくりの推進にあたっては、地域づくりプロジェクトが中心になって検討・企画し、各地区のアクションチーム等とともに、検証を行いながら取組みの改良を重ねていきます。

② パートナーの育成・チームづくり

- ・ ①「地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進」の地域づくりの活動をともに続けていく中で、認知症とともに生きていくことを自分ごととして考え、本人とともにより良い暮らしと地域を一緒につくっていくパートナーが自然体で育っていくように取組みを進めます。
- ・ 本人一人ひとりとパートナーがつながり、ともに活動していくチームを、本人の身近な地域の中で育てていきます（世田谷版チームオレンジ）。

(5) 暮らしと支えあいの継続の推進

① 意思決定支援・権利擁護推進

- ・ 「私の希望ファイル」の普及を図り、意思決定や権利擁護を具体的に促進していきます。

② 相談と継続的支援体制づくり

- ・ 認知症の相談が気軽にでき、必要な地域の関わりやつながり、そして本人やその家族等にあった専門職による支援体制づくりを強化していきます。

③ 本人の生活継続を支えあうための専門職の質の確保・向上推進

- ・ 保健・医療、介護、福祉、法律関係者等多様な専門職が、本人の暮らしと支えあいを継続していく意識と力量を高めていきます。

第5章 希望計画の推進体制

1. 希望計画の推進体制

(1) 区の組織

庁内全体で連携・協力して希望計画の推進に取り組みます。

(2) 区長の附属機関・各種委員会等

2. 希望計画の進行管理

(1) 施策の評価・検証

(2) 評価・検証の視点

(3) 評価・検証の結果等の公表

別冊（資料編）

第1章 希望条例・希望条例施行規則

第2章 希望計画を進めるための参考資料

第3章 希望計画策定の背景

国、都の動向、区の現状と課題、これまでの認知症施策の取組み、区の現状（高齢者人口、介護保険の要介護（要支援）認定者数、認知症高齢者数などの推移統計）認知症施策評価委員会等の審議の経過等

世田谷区
認知症とともに生きる
希望計画
令和3年度～令和5年度

本編

世田谷区

区長あいさつ
調整中

目次

第1章 希望計画の目的	1
1. はじめに.....	3
2. 希望計画の目的.....	4
第2章 希望計画の位置づけと計画期間	5
1. 希望計画の位置づけ.....	7
2. 計画期間.....	8
第3章 希望計画の基本方針と進め方	9
1. 施策展開の考え方.....	11
2. 重点テーマ.....	12
3. 区の認知症施策のイメージ.....	14
(1) 希望条例実現に向けた希望計画の推進方策.....	14
(2) 希望条例実現のための新たな推進プロジェクトを設置.....	16
第4章 認知症施策の主な取組み	21
1. 認知症施策の体系.....	23
2. 認知症施策の主な取組み.....	24
(1) 希望条例の考え方・理解を深める取組み.....	24
(2) 本人発信・社会参加の推進.....	27
(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」.....	30
(4) 地域づくりの推進.....	32
(5) 暮らしと支えあいの継続の推進.....	35
3. 3年間のマイルストーン（希望計画第1期の目標）.....	42
(1) 重点テーマ.....	42
(2) 3年間の主な取組みと目標.....	42
第5章 希望計画の推進体制	45
1. 希望計画の推進体制.....	47
(1) 区の組織.....	47
(2) 区長の附属機関・各種委員会等.....	47
2. 希望計画の進行管理.....	48
(1) 施策の評価・検証.....	48
(2) 評価・検証の視点.....	48
(3) 評価・検証の結果等の公表.....	48

第1章 希望計画の目的

1. はじめに

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が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。

これは、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の前文の一部です。

ですます調で呼びかける文章なのに気づかれませんか？

この条例は、認知症についての最新の知識と文化に基づいてつくられました。

認知症を経験している人々とともに条文をつくるというのも新しい行政文化です。

条例の名前に「希望」という文字が入ったのは、体験に基づいた思いからでした。

「気の毒な人」として優しくされるのではなく、誇りと希望をもって生きていきたいという願いです。「可哀相だから」と助けてくれる「サポーター」ではなく、ともに歩み支え合う「パートナー」という言葉を選んだのも、条例検討委員の3人の本人の判断でした。

認知症は「予防」より「備え」という、認知症をめぐる新しい考え方も盛り込まれました。地震は防げませんが地震に備えることはできます。条例に盛り込まれた、「私の希望ファイル」は、備えるための手段の1つです。

だれもが認知症になりうる時代です。

この世田谷で、住みなれた地域の中で、自分らしく、ともに生きていく環境を整えるために、計画を策定しました。まだ生れたばかりです。計画を進めていく中で、多くのみなさんの智恵をみつめる必要があります。

子どもから、おとなまで、認知症をこれから経験する可能性がある人も、すでに経験している人も、みんな、計画を育てていきたい。

そういう思いから、この「希望計画」も、ですます調で書きました。

2. 希望計画の目的

希望計画の目的

この計画は、「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、希望条例を着実に実現していくために、区としての中長期の構想のもと、認知症施策を総合的に推進していくことを目的としています。

- 令和2年10月に施行した「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」第16条に基づいて策定しました。
- この計画では、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を「希望条例」、「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」を「希望計画」と呼ぶことにします。

第2章 希望計画の位置づけ と計画期間

1. 希望計画の位置づけ

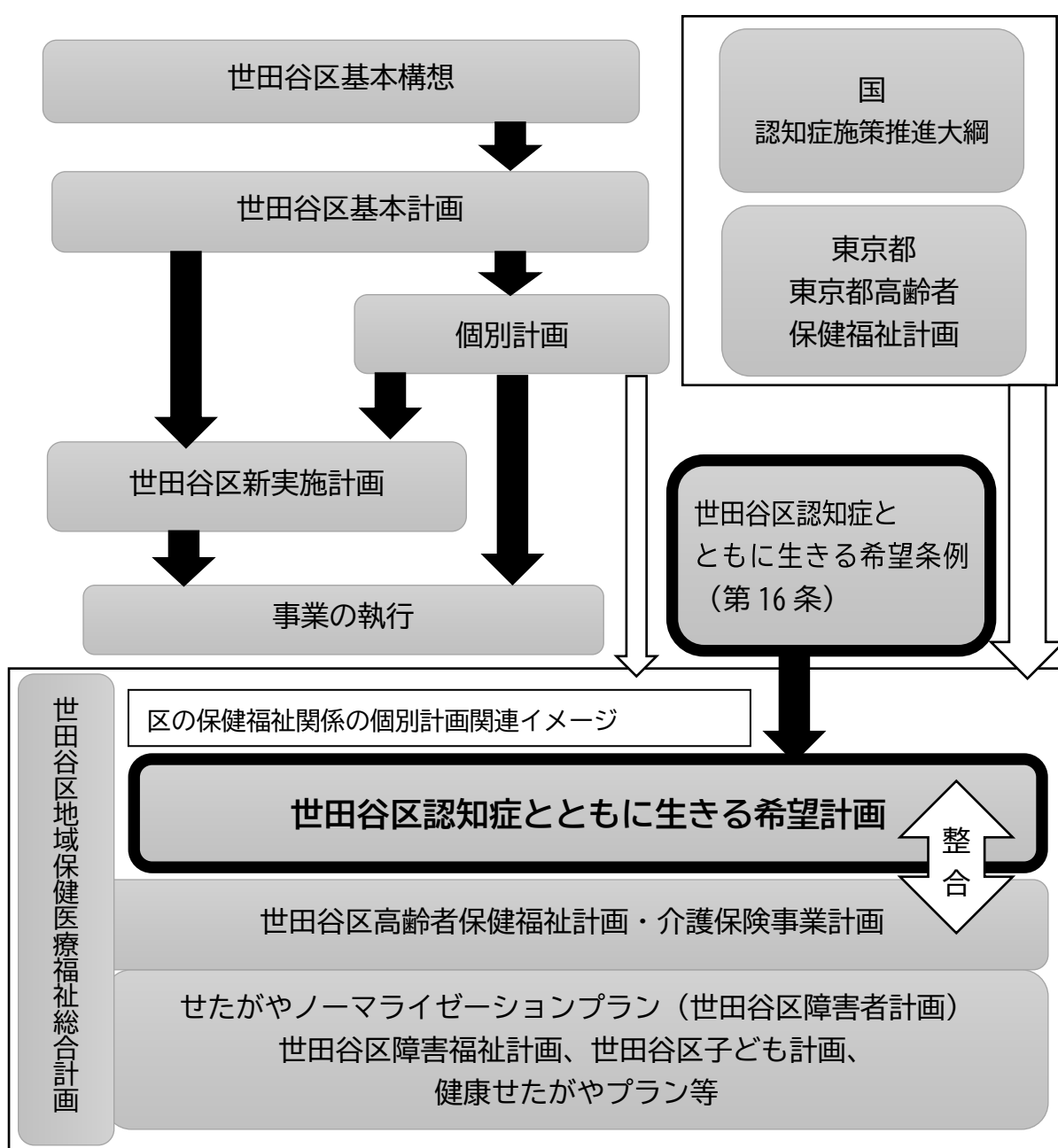
希望条例第16条の規定に基づく計画として位置づけます。

- 区全体の様々な分野とつながり、取組みを推進

この希望計画は、世田谷区基本構想と基本計画のもと、世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、せたがやノーマライゼーションプラン、世田谷区障害福祉計画、世田谷区子ども計画、健康せたがやプラン等と関連を持ちながら、区全体で認知症とともに生きる地域共生社会づくりを進めていきます。

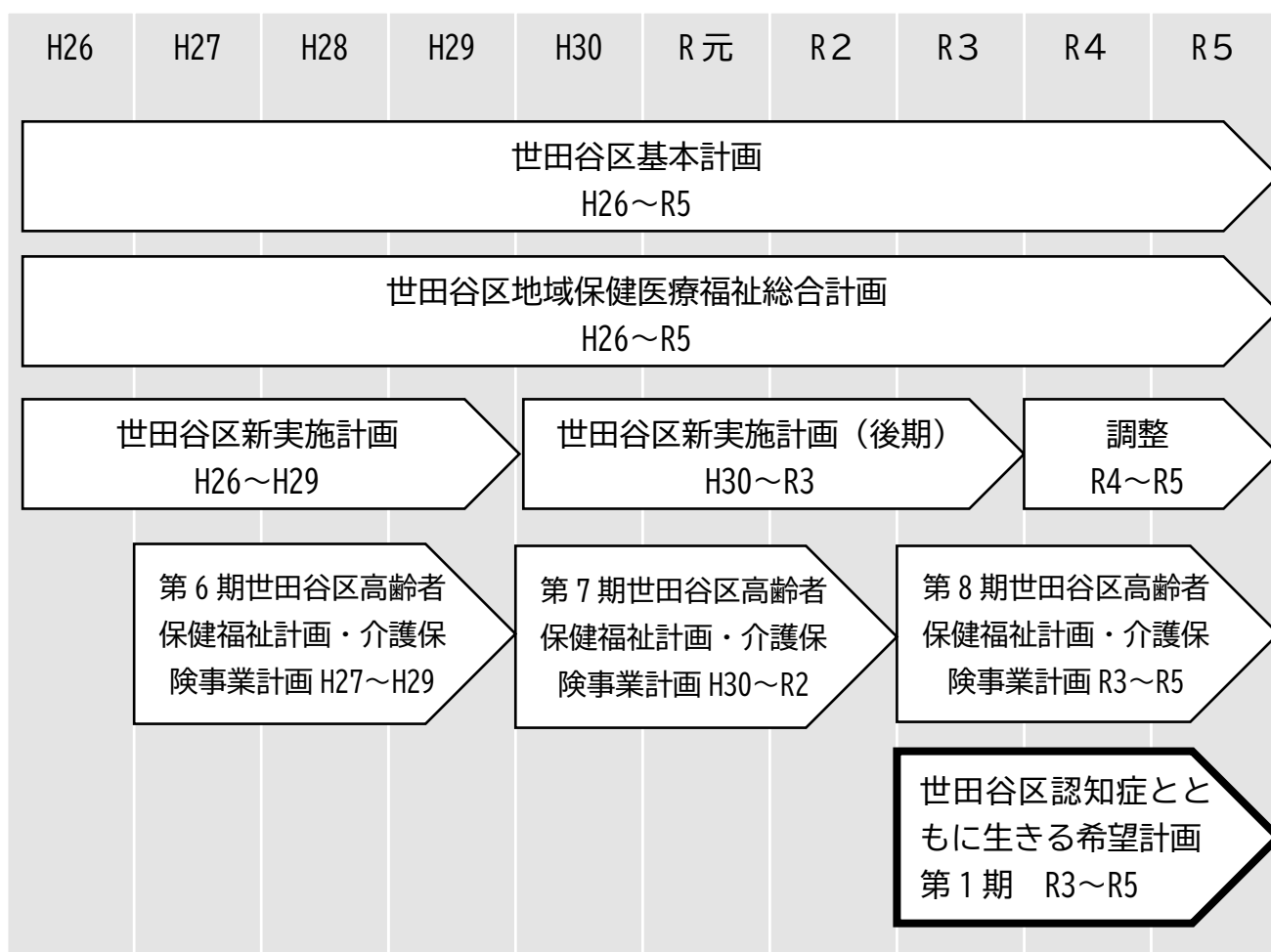
- 国と都の計画を踏まえながら、区としての未来像をもとに計画

国の認知症施策推進大綱や東京都の高齢者保健福祉計画を踏まえつつ、今後の未来像を展望しながら区として策定した計画です。



2. 計画期間

- 令和5年度までの3年間で第1期としてスタート
希望計画は、他の計画と合わせ、令和3年度から令和5年度までを計画の第1期と位置づけます。
- 中長期的に希望計画を持続発展させていきます
希望条例の実現に向けて、進捗状況を確認・検証しながら、希望計画を持続発展させていきます。(中長期の展開については、第3章(11ページ)を参照。)



第3章 希望計画の基本方針 と進め方

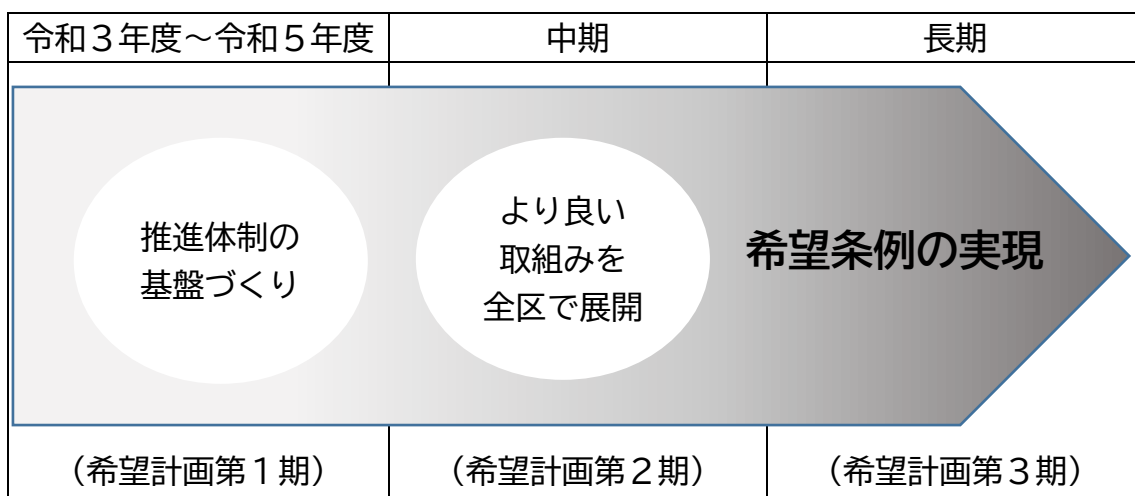
1. 施策展開の考え方

常に以下の5点を基本方針として進めていきます。

- ① 本人の声を聴き、本人とともに
施策は、認知症を経験した本人の声を聴きながら、本人とともに進めていきます。
- ② 4つの重点テーマを掲げ、区をあげて
施策の重点を明確にし、区全体で地域共生社会を実現していきます。
- ③ 小さく始めて、改善しながら、大きく広げる
取組みは、小さな単位で丁寧に始め、実施しながら改善を図っていきます。実施してみて、より良い取組みを全区に広げていきます。
- ④ 多世代・多分野の人たちが参加し、つながりながらともにつくる
区内の多様な世代・分野の人たちが参加し、力をあわせて進めていきます。
- ⑤ 中・長期的に世田谷の未来像をともに思い描きながら
中・長期を見据え*、希望計画を段階的・持続発展的に進めていきます。

*中・長期的な進め方

- ① 初めの希望計画第1期で、取組みを持続し発展させていくための推進体制の基盤をつくります。
- ② 次の希望計画第2期で、より良い取組みを全区へ広げていきます。
- ③ 希望計画第3期では長期的に、区内のどこであっても、取組みが浸透・発展し、希望条例が目指す、認知症とともに生きる地域共生があたりまえのこととなるよう推進していきます。



2. 重点テーマ

- 4つの重点テーマを掲げ、区全体で集中的・継続的に進めていきます。
認知症施策全体を進めるための根幹として、4つの重点テーマを掲げ、区全体で力をあわせて、集中的・継続的な取組みを進めていきます。
- 統合的に推進
4つの重点テーマをバラバラに進めるのではなく、各テーマをつなげながら全体として統合していくように進めていきます。
- 重点テーマに関する取組み項目を体系的に推進（詳細は第4章（21ページ以降）を参照。）

重点テーマ1. 認知症観の転換

- ① 認知症についての古い見方から、希望のある新しい認知症観へ転換します。
- ② 本人の声を大切に活かし、区民等に伝えていきます。
- ③ 区全体の多世代・多様な人たちが希望条例を知り、認知症、そして認知症とともに生きることを、自分ごととして考える人を増やしていきます。

重点テーマ2. 本人が発信・参加、ともにつくる

- ① 本人が自らの意思で、区民や地域団体、専門職等に、体験や思いを発信することに取り組めます。
- ② 本人が社会参加できる機会を増やし、意見や力を出しやすい配慮や環境を本人といっしょにつくっていきます。
- ③ 本人の意見や視点を施策や取組みに反映していく流れをつくっていきます。

重点テーマ3. みんなが「備える」「私の希望ファイル」

- ① 区独自の「私の希望ファイル」の取組みを行い、認知症になる前、そしてなっても、自分らしく暮らし続けていくための「備え」を推進していきます。
- ② 「私の希望ファイル」は、改良をしながら取組みを広げていきます。
- ③ 区内の様々な取組みを、「備え」の機会として活かしていきます。

重点テーマ4. 希望と人権を大切に、暮らしやすい地域をともにつくる

- ① 様々な世代や分野の人たちが、同じ地域の中で出会い、つながり合い、それぞれの力を発揮できるようネットワークを紡ぎます。
- ② どこで暮らしていても、希望、そして人としてあたり前のこと(人権)を大切にしながら、ともに歩んでいく仲間(パートナー)の輪を広げていきます。
- ③ 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地域をともにつくる、各地域ならではの自由で自発的な活動(アクション)を広げていきます。

3. 区の認知症施策のイメージ

(1) 希望条例実現に向けた希望計画の推進方策

① 区が育ててきた仕組みを十分に活かします。

「地域包括ケアシステム」を活かし、地域に根ざして多様な人とともに活動を進めます。

2040年に向かって高齢化が進みます。高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう、「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援」の5つのサービスを一体的に提供するのが「地域包括ケアシステム」です。

区は国に先駆け、高齢者だけではなく、障害者や子育て世帯、生活困窮者など、誰もが住み慣れた地域でお互いが支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の実現を目指して包括的な支援に取り組んでいます。地区まちづくりの拠点である「まちづくりセンター」、地域包括支援センターをつとめる「あんしんすこやかセンター」、地域福祉を推進する「社会福祉協議会」を「福祉の相談窓口」として一体整備し、連携して取り組むのが世田谷方式です。そして、区民の様々な相談への対応や課題の解決を図る「地域包括ケアの地区展開」を推進し、平成28年7月からは全地区で、身近な「福祉の相談窓口」として、高齢者だけでなく、障害者、子育て家庭、生活困窮者等の相談も身近な地区で受けられる体制づくりを進めています。

希望計画を推進するうえでも、この「地域包括ケアの地区展開」をフルに活かし、希望計画を通じて地域に根ざした活動を繰り広げ、より活発にしていきます。

② 区全体の地域共生社会実現の三層構造を活かします。

令和2年6月、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が成立しました。複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を、整備するための法改正です。区では、法改正により創設された国の「重層的支援体制整備事業」を活用し、「8050問題」や「ひきこもり」など、既存の制度では対応が難しい複合課題や、制度の狭間になりやすい方々への支援を強化するとともに、全区、地域、地区の三層の取組みを進め、包括的な支援体制の構築を目指しています。

区では現在、もっとも日常生活領域に近い地区と5つの地域を運営する総合支所、そして区役所本庁の三層構造を再定義する「地域行政条例」の制定に取り組んでいます。この土台となるのは、区民の自治、自発的活動であり、まちづくりと地域福祉にとっては重要な視点となります。

希望計画では、この三層構造を活かし、区で暮らす一人ひとりに情報や必要な支援が行き届き、また一人ひとりが身近な地区でつながり地区の活動に参画しながら、暮らしやすい地域をともに作る取組みを着実に進めていきます。

- ③ 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを希望計画の地域推進拠点とします。
 - ・ 区の認知症在宅支援の中核的な拠点であるこのセンターを、希望計画を地域で展開していくための推進拠点とし、これまで以上に機能強化を図っていきます（センターの詳細は、別冊「資料編」を参照）。
 - ・ このセンターは、区の所管課と地域をつなぐパイプ役、そして希望計画の具体的な企画・推進役を果たしていきます。

- ④ 区の行政全体が、庁内横断で取り組みます。

(2) 希望条例実現のための新たな推進プロジェクトを設置

① 4つの推進プロジェクト

- 重点テーマに関して、中長期の展望を持ちながら区内全体の取組みを実質的に、そして継続的に推進していくために、以下の4つのプロジェクトを設置します。

プロジェクト	重点テーマ
1 情報発信・共有プロジェクト	1 認知症観の転換
2 本人発信・参画プロジェクト	2 本人の発信・参加、ともにつくる
3 「私の希望ファイル」プロジェクト	3 みんなが「備える」「私の希望ファイル」
4 地域づくりプロジェクト	4 希望と人権を大切に、暮らしやすい地域をともにつくる

- 4つの推進プロジェクトの企画、実施、見直しを継続的に行うために、各プロジェクトごとに推進チームを結成します。
- プロジェクト推進チームには、本人、そして各重点テーマについて関心と実行力を持つ人たち、認知症在宅生活サポートセンターが参画します。
- 区内の本人や多様な人たちの意見をよく聴き、対話しながら、企画や実施、見直しを進めていきます。
- 4つの推進プロジェクトは、つながりを十分に持ちながら、希望条例の実現のために一体となって取組みを進めていきます。

② 日常生活圏域ごとにアクションチーム

- 区内の各地域の中には、たくさんの本人が暮らしています。そして本人に日常的に接したり、日々関わっている人たち、様々な専門職もたくさんいます。
- また、直接は関わりはないけれども、同じ地域の中には、豊かなキャリアや個性を持った多世代・多領域の人たちがとても多くいるのが、世田谷区の大きな宝です。
- 希望条例の実現のためには、身近な地域の中の様々な人たちが出会い、話し合い、結集し、力をあわせて地域に役立つ具体的な活動（アクション）を生み出していくための「核」が必要です。
- この「核」となる活動体として、区では28地区の日常生活圏域ごとに、本人

と多様な住民、専門職等が自由に参加できるアクションチームを結成していきます。アクションチームは推進プロジェクトを実行に移していくための最も重要な位置づけになります。

- アクションチームの結成は、各地区のあんしんすこやかセンターやまちづくりセンター、社会福祉協議会等が地域拠点となりながら、各地区の状況に応じて順次進めていきます。3年間かけて区内全体に広げていきます。
- 各地区のアクションチームの参加者が増えた場合等には、より身近な小地域のアクションチームの結成を進めていきます。
- 各アクションチームは、区全体の取組みを推進するプロジェクト推進チームと密接につながりながら、重点テーマに関する次ページのような活動を、進めていきます。
- アクションチームでの活動を通じて、本人と地域の人たちが日常的につながり、本人一人ひとりの望みをともに叶える「世田谷版チームオレンジ」の活動やチームづくりも育てていきます。

③ 日常生活圏域ごとのアクションチームの活動：各地域のやり方、ペースで取り組みます。

ア 希望条例を知る：情報等を発信・共有

- ・希望条例について一緒に学びます。
- ・身近なところで、希望条例の情報を発信し、地域で暮らす本人や様々な人に希望条例の存在やねらいを少しずつ伝えていきます。
- ・希望条例について話し合う機会をつくり、希望条例をその地域に根づかせていきます。

イ 本人が語る/聴く：本人が参加し、ともにつくる

- ・区内やその地で暮らす本人が、体験や思いなどを語り、それを地域の多様な人たちが聴く機会をつくります。
- ・本人の声や生き生き暮らす姿を通じて、認知症や認知症とともに生きることをともにリアルに学んでいきます。
- ・本人が地域に参加する可能性や大切さを体験として積み重ねていきます。
- ・本人が語りやすく、参加しやすい配慮や環境を、本人と一緒に具体的につくっていきます。

ウ 「私の希望ファイル」を創る・備える

- ・プロジェクト推進チームが試作する「私の希望ファイル」をもとに、地域の本人や様々な人が「私の希望ファイル」について話し合い、ねらいやその地域での活用方法を一緒に考えていきます。
- ・実際に記入をしてみながら、より良い内容や活用を工夫していきます。
- ・この過程の中で、認知症があってもなくても、自分がこれから認知症とともにどう生きていくかを考え、各自が具体的な備えをしていきます。

エ 一緒にできる地域づくりを進める

- ・上記の取組み、特に、ウ「私の希望ファイル」に取り組む中で本人が表した望みなどを、実際に叶えるために、お互いができることを話し合います。
- ・(一緒に)できそうなことから、アクションを積み重ねていきます。
- ・できないことや希望が叶えられないことをやりすぎさず、地域全体の課題として、より多様な人たちともつながって話し合い、ともに生きる地域づくりを進めていきます。
- ・こうした取組みの中から、地域の本人一人ひとりと日常的にともに歩むつながりと支えあい（世田谷版チームオレンジ）も育てていきます。

④ 認知症施策の総合的な推進体制（図：次ページ）

それぞれの立場と機能、力を最大限発揮しながら、希望条例の実現を着実に進めていくために、世田谷区ならではの一体的な推進体制をつくります。一方向ではなく、双方向の関係性や情報の流れを大切に、循環型推進体制をともに育てていきます。

- 日常生活圏域ごとに、アクションチームを中心に地域の多様な人々がともに活動を展開していきます。
 - ・アクションチームを地域の推進役に、地域の様々な人たちや場、組織等とともにつながりを育てながら、地域に根ざした役立つ活動を展開していきます。

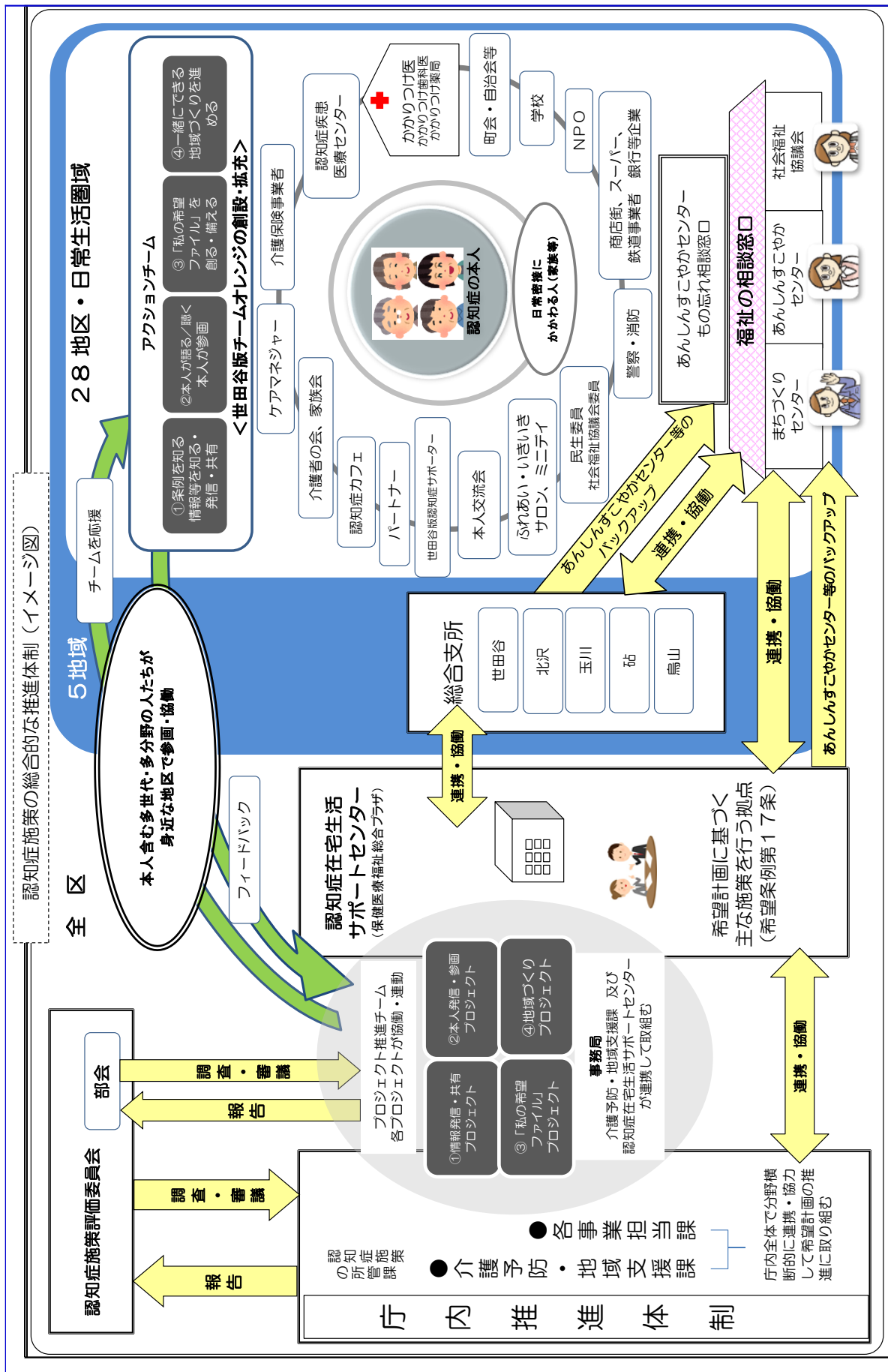
- アクションチームや地域の動きを、あんしんすこやかセンター等が支え促進していきます。
 - ・あんしんすこやかセンターとまちづくりセンター、社会福祉協議会が、それぞれの機能やつながりを活かしながら、アクションチームの結成や地域の活動を、身近な地域の中で支え、促進していきます。

- あんしんすこやかセンター等の取組みを、総合支所がバックアップしていきます。
 - ・区内5か所の総合支所が、管轄地域のあんしんすこやかセンター等と日頃から連携・協働し、バックアップしていきます。

- 認知症在宅生活サポートセンターが拠点となって推進していきます。
 - ・あんしんすこやかセンターや総合支所、区の所管課、そしてプロジェクト推進チームとつながりながら、具体的な企画や実行、見直し等、推進の実践的な一翼となって進めていきます。

- プロジェクト推進チーム（認知症施策評価委員会のもとに設置）がアクションチームをバックアップしていきます。
 - ・各地域のアクションチーム等と話し合う機会を持ちながら、必要な情報の提供や助言、バックアップを継続的に行っていきます。
 - ・各地域の声やつながり、具体的な活動、変化（成果）、課題等を丁寧にとらえて集約し、他の地域のアクションチームや区民等に発信していきます。

- 介護予防・地域支援課（事務局）が区内全体、庁内全体の連携と推進役を担います。
 - ・基本方針をつねに大切にしながら、希望条例実現のための推進を、関係機関とともに計画的・経年的に進めていきます。

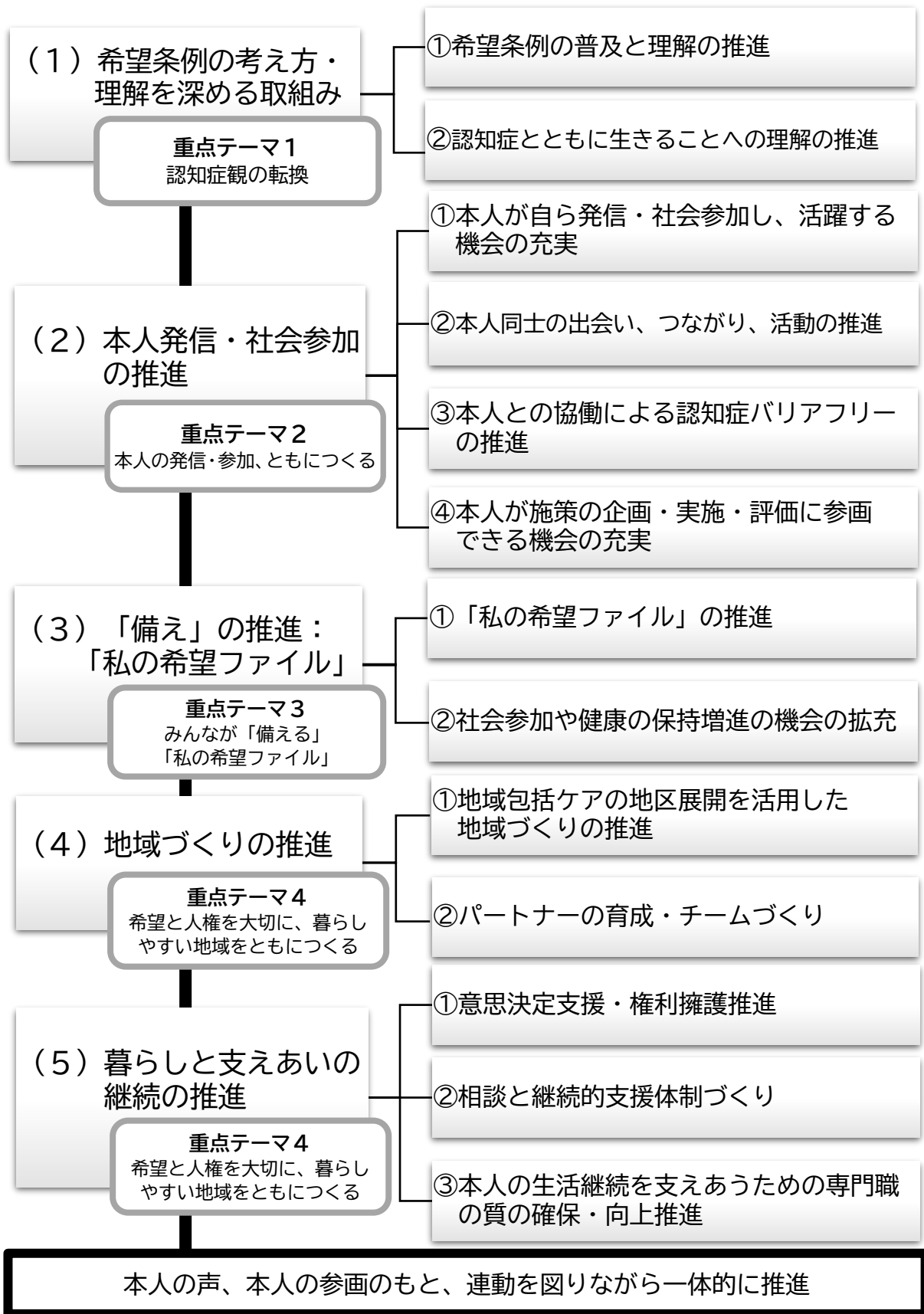


地域で暮らす人たちの実際の活動に根ざし、様々な人たちが力をあわせ、希望条例を実現していく推進体制をつくり、区全体で持続的に取組みを進展させていきます。

第4章 認知症施策の主な 取組み

1. 認知症施策の体系

(1) ~ (5) は重点テーマに沿って、総合的に展開していく。



2. 認知症施策の主な取組み

(1) 希望条例の考え方・理解を深める取組み

① 希望条例の普及と理解の推進

一人ひとりの希望と権利が尊重され、ともに安心して自分らしく暮らせるまちを実現するために、区民が従来の認知症観から希望のある認知症観へ転換するよう、希望条例の理念を広めていく取組みを展開します。

*希望条例の理念のねらいや考え方を広める

わかりやすいことはもちろん大切ですが、それとともに、希望条例にこめられているねらいや展開について、一人ひとりの心に残る情報発信を継続的に行っていきます。

② 認知症とともに生きることへの理解の推進

希望条例を知ることにとどまらずに、認知症、そして認知症とともに希望を持って生きること、自分ごととして前向きにとらえていけるよう、共感できる情報発信・共有の機会を増やしていきます。

*区民に届き、効果的で区民等に役立つ情報発信・共有となっていくよう、そのあり方や内容・方法などについて、情報発信・共有プロジェクトが中心になって検討・企画し、各日常生活圏域のアクションチーム等とともに、検証を行いながら改良を重ねていきます。

*情報発信・共有に関しては、本人が参画することを大切にし、誰にでもわかりやすく、認知症とともに生きることを自分ごととして考える機会となるように、本人と一緒に工夫や配慮を重ねていきます。

【具体的な方策】

ア 効果的で多様な媒体を活かして、情報を区民に届ける

(ア) 希望条例の解説書、パンフレット、リーフレットによる普及

希望条例の内容をわかりやすく示した希望条例の解説書やパンフレット、リーフレット等を用いて普及していきます。

認知症在宅生活サポートセンターの機関誌も活用します。

(イ) ホームページを活用した普及

区ホームページや、認知症在宅生活サポートセンターのホームページなどを活用し普及します。

- (ウ) エフエムラジオ番組（エフエム世田谷）など、多様なメディアを活かした普及
- ・エフエムラジオ番組（エフエム世田谷）「認知症あんしんすこやかライフ」等にて普及します。
 - ・区民に希望条例や関連情報が行き届くよう、新聞やテレビ等、多様なメディアを通して情報発信をしていきます。

イ イベントや講演会・講座等の機会を活用した普及と話し合い

- ・希望条例普及のためのイベントを、区・日常生活圏域単位で行い、話し合いの機会をつくりながら普及していきます。
- ・世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）や月間（毎年9月）イベントを毎年開き、希望条例やその理念、内容等を、効果的に広めていきます。
- ・認知症講演会、世田谷版認知症サポーター養成講座をはじめ、認知症に関わる講座やイベントばかりではなく、子育て世代や高齢者など多数の区民が集まる機会には、希望条例を伝え、話し合いながら理解を広げていきます。

ウ 出前型の普及と話し合い

- ・町会や自治会、民生委員・児童委員等の地域団体、医療機関や介護保険事業者等の関係機関、商店街や企業等の事業者の会議に、区職員や関係者が出向き、話し合いをしながら、希望条例を普及していきます。

エ 教育分野への普及と話し合い

- ・区立小中学校、高校、専門学校、大学と連携し、学生や教員との話し合いの場を持ちながら普及します。
- ・区の教育委員会や生涯学習等の部署と連携し、それらの参加者と話し合いながら普及をしていきます。
- ・学びつつある子どもや若者、様々な世代の人たちを通じて、親世代や友人、知人等、多世代・多様な人たちへの情報伝達・共有を促進していきます。

オ 認知症あんしんガイドブック（認知症ケアパス）の見直しと「認知症とともに生きる」ことに関する具体的情報の普及

- ・区が作成・発行している認知症ケアパス¹を希望条例や地域の現状をもとに見直します。
- ・認知症とともに生きていくことを前向きに受け止め、そのために役立つ地域情報を得られる冊子に改良します。

¹ 認知症ケアパス：認知症の初期からその後の状態の変化に応じて、地域でどのような支援（サービス）があるかをわかりやすくまとめた冊子をいう。

- ・認知症ケアパスを、区民や行政の多様な部署、医療・介護・福祉、権利擁護の相談窓口や関係者等に幅広く普及を図っていきます。

カ 希望条例をもとに語り合い、活動を生み出すためのミーティングの開催

- ・町会・自治会や地区情報連絡会、地区高齢者見守りネットワーク、その他 日常生活圏域で行われる様々な集まり等の機会に希望条例を伝えます。
- ・認知症とともに生きることや地域のあり方についての話し合い（ミーティング）を重ねていきます。
- ・このミーティングや希望条例の発信機会の様々な話し合いを通じて、日常生活圏域ごとのアクションチームに参加したい人同士がつながり、チームの結成や活動が生まれることを推進していきます。
- ・アクションチームのメンバーとしては、これまですでに高齢者等の地域福祉活動を続けてきている人たちをはじめとして、以下のような（*）多様な人々の参画が期待されます。

*世田谷ならではの様々な分野の地域活動団体、銀行、郵便局、商店街、スーパー、新聞配達や外交員など地域ではたらく人々、小・中・高校や大学などの教育機関関係者や学生、本人やその家族等²がよく利用する図書館関係者、コミュニティーカフェ、その他地域にある集いの場の関係者等。

² 家族等：「家族、本人と日常生活において密接な関係を有する者」をいう。（希望条例第5条4項より。）

(2) 本人発信・社会参加の推進

① 本人が自ら発信・社会参加し、活躍する機会の充実

- ・本人が、どこで、どんな状態で暮らしていても、自分の思いや意見を表し、周囲や地域に伝えられることを、世田谷区でのあたりまえにしていきます。
- ・本人が望む活動を地域社会の中で続けることや、新たなチャレンジができるような関わりと支えあい、環境を地域の中で広げていきます。
- ・本人発信や社会参加を日常の中で増やしながらか、世田谷の地で一人ひとりが自分らしく生き生き活躍する機会を、一緒につくりだしていきます。

② 本人同士の出会い、つながり、活動の推進

- ・本人が診断後のできるだけ早い時期に、仲間に出会うことができる本人交流会などの機会や場を地域の中で増やしていきます。
- ・経験者同士としての体験やよりよく生きていく知恵、情報を分かちあいながら、元気に暮らし続けていけるようなつながりを地域の中で育てていきます。
- ・それらの機会や場などに関する最新情報を、住民や医療・福祉・介護等の関係機関に伝え、身近な本人やその家族等に情報が行き届くようにします。
- ・体験や気づき、希望を持って暮らしていける可能性などを地域社会に伝えることは、経験者だからこそできることです。仲間同士の力を活かして、本人だからこそその活動を地域の中で活発にしていきます。

③ 本人との協働による認知症バリアフリーの推進

- ・本人だからこそその活動として特に重要なのが、認知症とともに暮らしていくうえでの暮らしにくさを引き起こす障壁（認知症バリア）に気づき、地域に発信していくことです。
- ・認知症バリアは、本人以外には見えにくく気づかれないため、地域の中では無数の認知症バリアが放置され、本人の外出や日々の暮らしの大きな妨げになっています。
- ・区は本人と一緒に、この認知症バリアを一つひとつ解消していく認知症バリアフリーを推進し、本人そして次に続く人たちが暮らしやすい地域づくりを具体的に進めていきます。

④ 本人が施策の企画・実施・評価に参画できる機会の充実

- ・日常生活の場面のみではなく、地域社会全体のあり方を決める施策に関しても本人が参画していることがあたりまえになることを世田谷区では目指し、その機会、および参画する本人を増やしていきます。
- ・本人発信・参画プロジェクトが中心になって、以上の取組みについて検討・企画し、各日常生活圏域のアクションチーム等とともに、検証を行いながら改良を重ねていきます。

【具体的な方策】

- ア 区内の講座や講演会、専門職の研修、そして各日常生活圏域でのアクションチームの集まりで、本人が伝える自らの思いや意向、提案をともに考える機会をつくり、それを広げていきます。
- イ 本人同士が出会い、つながりあえるための機会（本人交流会等）を、地域の中で増やしていきます。
- ウ 診断後の本人が落ち込んで引きこもったり、孤立してしまうことがないように、診断後はすみやかに、本人交流会や地域のアクションチームにつながる流れを具体的につくっていきます。
- エ 地域の中で、これまでの常識やかたちにとらわれず、楽しく参加できる活動の機会を本人とともに作りだし、その機会を拡充させていきます。
- オ 社会参加活動は、介護サービスを利用している本人にとっても今後の重要な課題です。
- ・区では若年性認知症の人を含む本人の活躍の機会として、本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23プログラム開発し、開発したプログラムを掲載したマニュアルを作成しています。
 - ・社会参加型プログラムをより多くの通所介護事業所等にて実施できるよう、各事業所を巡回し、ちらしやマニュアルを活用しながら普及と活用支援に取り組んでいきます。
- カ 本人が社会参加活動の一環として有償ボランティア等として活躍し、謝礼が入る取組みも今後の大事な課題です。そのための内容や進め方を、本人と一緒に考えながら、楽しくつくっていきます。
- キ 若い本人はもちろん、高齢であっても、本人が望むならば地域社会の中で楽しく働き続けられる社会が求められています。区内の実態や本人らの声をよく聴きながら、本人が社会活動を続けるために企業等との協働（就労支援）に取り組んでいきます。
- ク 本人とともに地域に出向きながら、地域に潜む認知症バリアを見つけ、それを地域の人たちや専門職に具体的に伝え、知らせていきます。
- ・何よりも、本人とともに、一つずつ認知症バリアをなくすことに取り組み、その成功例やうまくいかなかった例、課題等を区内全体に共有を図っていきます。

- ・特に、本人が思いや意見、本音を伝えられないバリアについて本人の声に耳を澄まし、本人が発信しやすく、参加しやすい関わりや環境を本人と一緒に具体的に増やしていきます。

ケ 本人の思いや意見を区の認知症施策等に反映し、実際に役立つ施策に改善していくために、区の様々な委員会等に本人が参画する機会を増やしていきます。

- ・認知症施策評価委員会へ本人が委員として参画することを継続していきます。
- ・この委員会のみではなく、認知症に関する様々な施策や事業、たとえば認知症ケアパスのリニューアルや、世田谷版認知症サポーター養成講座等の検討についても、区内の出来るだけ多くの本人の意見を聴き、一緒により良いものをつくっていきます。

(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」

① 「私の希望ファイル」の推進

・認知症があってもなくても、これからの日々を自分らしく、認知症とともにより良く暮らしていくための「備え」を区民みんなが行っていくための世田谷独自の仕組みをつくっていきます。

・その仕組みの中核となる「私の希望ファイル」は、当初から書式や項目が設定された画一的なものがあると、その項目等にとらわれ、本来の一人ひとりが希望する暮らしを書き記すことができなくなる可能性があります。

そのため、希望計画第1期の初めでは、あえて書式や項目を設定せず、自分自身の思い、希望または意思を周りの人とのコミュニケーションを重ね、繰り返し書き記す過程を大事にしながら十人十色の「私の希望ファイル」を創りあげ、本人の希望が叶えられる取組みを行っていきます。

・「私の希望ファイル」は、「私の希望ファイル」プロジェクトを中心に各地区で実施したことを集積し、検討を重ねることで、より良い取組み方法や記入例などを示しながら、各地区のアクションチームと一緒に「備え」を区内全体に広げていきます。

② 社会参加や健康の保持増進の機会の拡充

・区民が、楽しみややりがいにつながる活動に参加し、自分なりの役割を通じて活躍するための多様な機会を地域の中で拡充していきます。

・元気なころからそれらの機会に参加する人たちを増やしていくことで、孤立を防ぎ、いくつになっても、認知症になってからも、心身ともに健やかさを保ち、自分らしい暮らしを続けていける人を増やしていきます。

＊①「私の希望ファイル」の推進」、(4)「地域づくりの推進」(32ページ)ともつながりをつくりながら、取組みを進めていきます。

【具体的な方策】

ア 「私の希望ファイル」について話し合い、一人ひとりがこれからの備える

・あんしんすこやかセンターのもの忘れ相談窓口や講演会、認知症初期集中支援チーム事業、認知症カフェなどの地域活動、そして地区ごとのアクションチームで、「私の希望ファイル」について、本人と様々な区民等が話し合う機会をつくれます。

・話し合いの中で、自分にとって大切なことを自分なりに考え、これからをよりよく暮らしていくための備えについて、自分なりに具体的に備えていく人を増やしていきます。

・ケアマネジャーや介護サービス事業者などにも「私の希望ファイル」を伝え、本人とともに「備え」に取り組む機会や場を増やしていきます。

イ 「私の希望ファイル」の改良

- ・話し合いから創られた「私の希望ファイル」は、実際に利用しながら話し合いを重ね、本人等の意見を「私の希望ファイル」プロジェクトにフィードバックしながら、令和3年度から令和5年度までの3年間をかけて改良を重ね、区内でより多くの人に役立つ内容や仕組みにしていきます。

ウ 本人の希望を一緒に叶える体験の積み上げ

- ・「私の希望ファイル」を創りあげるなかで浮かび上がってきた本人の希望について、地域のアクションチーム等で、本人、家族等、地域団体、関係機関、事業者等と一緒に話し合い、希望を叶えていくためにできる活動を協力しながら進め、希望の実現を実際に増やしていきます。
- ・この取組みを通じて、本人とともに考えともに動く人の輪を広げ、チームオレンジ等の仕組みづくりにつなげていきます。
- ・本人の希望を一緒に叶える取組みを、医療や介護保険サービスを利用している本人とともに進め、ケアプランや生活支援の質の向上につなげていきます（本章の（5）「暮らしと支えあいの継続の推進」（35ページ参照。))。

エ 本人の声や視点に立った社会参加や健康増進の機会の拡充

- ・「私の希望ファイル」等を通じて表された本人の思いや、意見の一つひとつを大切に集積しながら、区内でこれまでに取り組まれてきた、社会参加や健康増進に関する事業や機会・場を本人視点で見直し、区民がより利用しやすく、取組みのつながりをつくりながら、より役立つものになっていくよう改善を図っていきます。
- ・また、地域の中のこれまでの社会参加のための集いの場などの多様な取組みを通じて接点を持つことのできた本人と地域のアクションチームとのつながりをつくり、身近な地域の中で認知症とともによりよく生きていける本人を増やしていきます。

(4) 地域づくりの推進

① 地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

- ・区が進めている様々な地域包括ケアの地区展開を活かしながら、区内のどこで暮らしていても、認知症とともに生きる地域共生があたりまえになる地域づくりを推進していきます。
- ・地域づくりの推進にあたっては、地域づくりプロジェクトが中心になって検討・企画し、各地区のアクションチーム等とともに、検証を行いながら取組みの改良を重ねていきます。

② パートナーの育成・チームづくり

- ・①「地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進」の地域づくりの活動をともに続けていく中で、認知症とともに生きていくことを自分ごととして考え、本人とともにより良い暮らしと地域を一緒につくっていくパートナーが自然体で育っていくように取組みを進めます。
- ・本人一人ひとりとパートナーがつながり、ともに活動していくチームを、本人の身近な地域の中で育てていきます（世田谷版チームオレンジ）。

【具体的な方策】

ア 地域にある多様なネットワークを活かし、つながりと協働を推進

- ・区がこれまで取り組んできている以下の多様な地域のネットワークづくりを、希望条例の実現にむけて強化を図っていきます。
- ・それぞれのネットワークの取組みが地域のアクションチームともつながることを推進し、本人が地域でより良く暮らしていくことを、多様な人々がつながりあい、よりきめ細やかに支えあっていくことを推進していきます。

(ア) 地域の見守りネットワークづくり

A 4つの見守り

- ・24時間365日の電話相談や定期的な電話訪問を行う「高齢者安心コール」
- ・介護保険サービスを利用していない75歳以上の高齢者を民生委員が訪問する「民生委員ふれあい訪問」
- ・あんしんすこやかセンターの見守りコーディネーターを中心に行う「あんしん見守り事業」
- ・住民同士の声かけや見守り活動を推進する「地区高齢者見守りネットワーク」

B サービスを通じた見守り

区では、高齢者の見守りや安心・安全を確保することを目的として実施す

る事業のほか、年間通じて定期的にご利用いただく在宅生活を支えるためのサービスも実施しています。こうしたサービスの実施に際しての安否確認により、重層的な見守りを実施していきます。

C 事業者の協定等による見守り

宅配事業者や生活関連の事業者との見守り協定を増やしていきます。また、協定締結事業者と連絡協議会を開催し、情報交換や緊急時の対応などの事例を積み重ね、協定の実効性を高めていきます。

D 地域の支えあいによる見守り

地域のボランティアや住民組織が自発的に取り組む見守りの活動が定着し、さらに広がって行くように、区ではその活動の周知、啓発など支援をしていきます。

(イ) 認知症カフェや家族会のネットワークづくり

- ・認知症カフェや認知症家族会のほか、あんしんすこやかセンターや地域団体が運営する家族会が32か所あります。(令和元年度末時点)
- ・家族等の居場所である家族会が継続的に運営できるよう、家族会同士のネットワークづくり及び家族会の活性化を支援するために、家族会交流会を開催します。
- ・各家族会を巡回し、各団体が抱える課題やニーズを把握するとともに、希望に応じて認知症ケアに関する勉強会を開催すること等により、家族会の運営支援を行います。

(ウ) 地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

- ・各地区での課題を把握・共有し、課題解決に向けての話し合いを行う地域包括ケアの地区展開を活用し、認知症について意見交換を重ねながら、認知症とともに生きることへの理解を深める地域づくりを推進していきます。

(エ) 安心・安全な外出を守る地域づくり

- ・様々な取組みを一体的に進めながら、本人が望むところに安心・安全に外出できる地域づくりを推進していきます。
- ・これまで区が取り組んできた事業等を、本人の声と視点をもとに見直しと強化を図りながら、今後は安心・安全な外出を守るための情報収集も含めて、より総合的で実効性の高い取組みと地域づくりを推進していきます。

【具体例】

- 地区で行っている「地区高齢者見守りネットワーク」
- 「高齢者見守りステッカー事業」
- 社会福祉協議会の「せたがやはいかい SOS ネットワーク」
- 警察や消防との連携

イ 区独自のパートナーを育て、地域でのつながりと自発的な活動を推進

- ・これまでの認知症サポーター養成講座を希望条例の考え方を踏まえて検討・補強し、本人とともにより良い暮らしと地域をつくっていくパートナーが増えていくための基礎となる「世田谷版認知症サポーター養成講座」を区内で開催していきます。
- ・「世田谷版認知症サポーター養成講座」では、参加者が本人の体験や思い等を直接聞いたり、動画をみるなど、本人の声や姿にリアルに触れる機会を持てるようにします。
- ・話を聴いただけで終了するのではなく、受講した人が地域の中での活動につながり、本人と一緒に活動しながら、パートナーとして育っていくことを推進していきます。

【活動の具体例】

- アクションチームに参加し、ともに活動
- 地域の中で本人とその家族等の思いの傾聴活動
- 認知症カフェ団体の運営補助ボランティア
- パートナー同士がお互いの活動状況を共有しあい、実際の活動での困りごとについて、互いに支えあいながら活動が継続できるネットワークづくりも進めていきます。

(5) 暮らしと支えあいの継続の推進

区では、4つの重点テーマについての取組みに力をいれながら、それらを基礎に本人の自分らしい暮らしとそのため地域の支えあいが継続的に発展していくために、以下①～③を推進していきます。

区内ですでに取り組みられている以下の様々な取組みを、本人の声をもとに、本人視点に立って強化を図り、一体的に推進していきます。

① 意思決定支援・権利擁護推進

- ・認知症になってからも自分らしく暮らせるために、本人が区内のどこで暮らしていても、一人ひとりにあった配慮や支援を受けながら意思決定をすることができ、権利（人権）が守られる地域づくりをすすめていきます。
- ・そのための重要なアプローチとして、「私の希望ファイル」を、区内で普及を図り、意思決定や権利擁護を具体的に促進していきます。

② 相談と継続的支援体制づくり

- ・認知症による変化への気づきや不安が起きはじめたら、迷わずに気軽に相談ができるよう情報やつながりを強化していきます。
- ・相談を入り口に、本人そしてその家族等が安心して自分なりの暮らしを続けていくために必要な地域の関わりやつながり、そして本人やその家族等にあった専門職による支援を、総合的・継続的に受けられる支援体制づくりを強化していきます。
- ・特に、（早期の）診断後に（早期）絶望に陥ってしまったり、診断後に本人が望む暮らしを続けるための適切な支援を得られぬまま空白の期間を過ごすことで、こころとからだ、生活状態の悪化に陥ってしまうことをなくしていくために、区は本人の声や視点にもとづいて支援体制の改善と強化に積極的に取り組んでいきます。
- ・各地区のアクションチームの活動を通じて、診断後に地域の中で早期につながり、地域の中で自分らしい生活と活躍を続けられる人を増やしていきます。

③ 本人の生活継続を支えあうための専門職の質の確保・向上推進

- ・区内の保健・医療、介護、福祉、法律関係者等多様な専門職が、希望条例の実現のための重要な一員として、本人の暮らしと支えあいを継続していくための意識と力量を高めていきます。
- ・認知症の初期から最期まで、本人が望む暮らしを継続していくための支えあいを日常の中であたりまえに行っていく実践力を具体的に高めていきます。

【具体的な方策】

- ア 意思決定支援・権利擁護に関する取組みを本人視点に立って強化・推進
- ・専門職が「私の希望ファイル」について知る機会をつくり、専門職が接する本人等に「私の希望ファイル」を伝えたり、それを実際に利用していくことを推進していきます。
- イ 意思決定支援に関する研修
- ・専門職が、区内の本人の声を聴きながら、意思決定支援について実践的に学ぶ機会を拡充していきます。
- ウ 成年後見制度の相談支援
- ・成年後見制度の相談支援は、希望条例の実現のためには欠かせない大切な取り組みです。
 - ・判断能力が低下した高齢者や障害者の生命・財産を守り、地域での生活を継続できるよう、相談員による専門相談、各地域での相談会、弁護士による無料の専門相談（「あんしん法律相談」）を実施し、成年後見制度の利用促進を引き続き行っていきます。
- エ 虐待や消費者被害などにあわないための専門職による周知と連携
- ・本人等が、早期に必要な制度利用につながるために、現行の専門相談などに加えて、区職員、あんしんすこやかセンター、ケアマネジャー、民生委員・児童委員などが制度周知を強化していきます。
 - ・制度周知の方法として、成年後見制度ハンドブックや、区、社会福祉協議会のホームページを利用して啓発を行っていきます。
 - ・啓発用通信を発行し制度の周知と利用案内を行い、利用促進を図っていきます。
- オ 身近な総合相談体制づくり
- ・区が独自に区内28か所のあんしんすこやかセンターに設置している認知症の相談窓口である、もの忘れ相談窓口には、「認知症専門相談員」を配置し、認知症に関する様々な相談を受け付けています。
 - ・区民、特に今後は本人自身が早期に認知症について相談ができるよう、もの忘れ相談窓口のよりきめ細やかな周知に取り組みます。
 - ・もの忘れ相談窓口で受けた相談から本人のニーズをくみ取り、適切な社会資源につなげられるよう、関係機関と連携を深めていきます。
 - ・各地域で結成されるアクションチームとのつながりを育て、その活動から早期の相談につながる人や、地域に参加し活動をしていく本人を増やしていきます。

カ 診断直後の本人が仲間や味方と出会えるための仕組みづくり：初期の空白の期間の解消

- ・診断直後に本人が区内の本人交流会や近隣の本人同士の集い場などを知り、それらにスムーズにつながって自分の暮らしや力を保っていけるよう、医療・福祉・介護等の関係機関での本人に役立つ情報提供のあり方を検討し、強化をしていきます。
- ・診断直後の本人を対象として、医療・福祉・介護等の関係機関での本人による本人のための相談支援や本人同士の集まりの機会をつくるなど、ピアサポートを進めていく検討を行い、仕組みづくりや取組みを具体的に進めていきます。
- ・診断後に、介護保険サービスに関する情報のみではなく、本人が望む生活を継続していくための地域のつながりや活動機会に関する情報を本人が知ることができるよう、世田谷区ならではの多様な地域情報が医療・福祉・介護等の関係機関に届き活用される仕組みづくりを検討し、具体的に進めていきます。

キ 本人への相談支援の推進、その家族等への相談支援の推進

(ア) もの忘れチェック相談会・講演会

- ・認知症が疑われる高齢者等が、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を実施しています。
- ・もの忘れチェック相談会には、身近なもの忘れについての相談窓口である区内28地区のあんしんすこやかセンターを会場とした地区型と、区内5地域で医師の講話ともの忘れのセルフチェックができる啓発型を実施しており、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ています。
- ・引き続き地区型「もの忘れチェック相談会」及び地域で啓発型「もの忘れチェック講演会」を実施するとともに、本人の声や視点に立った見直しを行い、区民等への周知方法の充実や相談医との連携をより深めていきます。

(イ) 認知症初期集中支援チーム事業の推進

- ・認知症初期集中支援チーム事業³を円滑に運営しながら、さらなる支援の質の向上のため、あんしんすこやかセンターとチーム員との合同研修及び連絡会開催による人材育成を行います。
- ・事業の評価に、本人の声、本人の視点を活かしながら取り組みます。
- ・また、認知症初期集中支援チーム事業において、「私の希望ファイル」を活用し、認知症の人の意思決定支援、特に本人が望む暮らしを本人の力を最大限に活かしながら、多様な人々がともに支えていくことに取り組んでいきます。

(ウ) 医師による認知症専門相談事業の推進

- ・医師による認知症専門相談事業とは、認知症の専門医による相談（訪問またはケース会議）を行い、認知症が疑われる方やその家族等が医療による早期対応を図ることができるような助言の機会とする事業です。
- ・本事業を必要とする人に適切に対応できるよう、引き続きあんしんすこやかセンターとの連携を深めていきます。

(エ) 若年性認知症の本人への支援の充実、家族等への支援の充実

- ・18歳から64歳までに発症する若年性認知症の人は、社会的役割が大きい世代です。しかし、社会的理解が進んでいないことで、本人は就労や経済的な面、あるいは育児や家族関係など若年性特有の課題を抱えています。
- ・また、家族等にも自分の就労や生活の継続も含め、若年性認知症の本人と生活をともにする人ならではの課題があります。
- ・このため、東京都が設置している若年性認知症総合支援センターとの連携を強化し、本人への支援の充実、及びその家族等への支援の充実に取り組んでいきます。

(オ) 生活継続のための家族等介護者向け支援とサービスの充実

- ・家族等が、本人との関係や関わり、自分自身の暮らしをよりよく継続していただけるよう、家族等介護者向け支援とサービス（*）を、家族等の声等をよく聴きながら見直し・強化を図っていきます。

³ 認知症初期集中支援チーム事業：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、本人やその家族等の相談に基づき、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族等を訪問し、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。

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ている。

- ・この支援を通じて接点を持った家族等と本人が、地域のアクションチームとつながり、多様な人との出会いを通じて、より良く暮らしていける人が増えていくように取り組んでいきます。

*家族等介護者向け支援とサービスとは

介護における心理的・身体的負担の軽減の取組みとして、家族等介護者（若年層介護者（ヤングケアラー⁴、ダブルケアラー⁵）を含む）の孤立感を和らげ、認知症ケアに関する情報や交流の機会を提供する「認知症家族会」及び「認知症家族のための心理相談」を区内5地域で開催しています。また、介護中のストレスを和らげる方法を学ぶストレスケア講座や、家庭での負担の少ない介護方法について実技を交えて学ぶ「家族介護教室」を開催しています。

また、介護中であることを周囲に知ってもらうための介護マークの配付や、日常生活の困りごとや相談を24時間365日受け付ける高齢者安心コール事業、認知症の人が外出時に道に迷って帰宅できなくなった場合に役立つ高齢者見守りステッカー事業を実施し、在宅生活の継続を支援しています。これらのサービス内容の充実を図るとともに、家族等介護者の負担を軽減できるよう、地域密着型サービスやショートステイの整備誘導を図り、活用を支援します。

(カ) 家族等介護者向けの情報発信

- ・区のホームページや認知症在宅生活サポートセンターのホームページ、機関誌等を活用し、家族会や心理相談、ストレスケア講座等の情報発信の工夫を行います。
- ・介護保険サービスや在宅サービスを支える区のサービス、仕事と介護の両立支援制度の紹介など、家族等介護者の視点に立った情報提供に努めます。

⁴ ヤングケアラー：家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている、18歳未満の子どものこと。18歳～概ね30歳代までのケアラーを若者ケアラーという。

⁵ ダブルケアラー：育児と介護のように、多重ケアの責任や負担が重なる状態にある人のこと。

(キ) 認知症カフェの全地区における整備

- ・未整備地区での立ち上げに向けた情報収集を行い、本人の声や視点をもとに、区内全ての地区に認知症カフェ⁶を整備していきます。
- ・地域のアクションチームとも協力しながら、身近な地区で気軽に認知症カフェに参加ができる地域づくりを進めていきます。

ク 生活継続のための医療・介護、多様な地域活動等との連携強化

- ・本人が生活を継続していくための多様化している生活支援ニーズに対応していくために、行政や医療・介護サービスだけでなく、地域住民や福祉団体、生活支援活動を行うNPOが創りだし、拡充している様々な取組みの情報の収集とつながりに力を入れて取り組んでいきます。
- ・本人の声と視点をもとに、必要な支援がつながるように、医療・福祉・介護、そして多様な地域活動をつなぐことを強化していきます。
- ・医療・福祉・介護、多様な地域活動が、その地区のアクションチームとつながりながら、相互に機能を拡充していくことを推進していきます。

ケ 災害時の支援体制の強化

- ・災害時の安全と生活をいかに守れるかは、本人、そして本人の支え手である家族等や地域の人たち、医療・介護の専門職にとって大きな関心事であり切実な課題となっています。
- ・地域防災計画等に沿って、地震や水害等に対して高齢者の生活を支える施策に取り組めます。

コ 本人が生活継続をしていくための相談専門職の質の確保・向上推進

(ア) もの忘れ相談窓口全体の質の向上

- ・認知症在宅生活サポートセンターがあんしんすこやかセンターの認知症専門相談員の専門研修等を実施し、スーパービジョン⁷を行うことで、もの忘れ相談窓口の質の向上に取り組めます。
- ・また、あんしんすこやかセンターや地域のケアマネジャーが認知症の専門的な相談ができるよう、認知症在宅生活サポートセンターによる後方支援機能を推進します。

⁶ 認知症カフェ：認知症の人やその家族等が、身近な地域の中で気軽に立ちよることができ、地域の人や専門家と出会え、相互に情報を共有したり、関わりを持てる場のことをいう。

区では、各地域団体や関係機関等が自主的に設置しており、令和元年度末時点で26地区39か所のカフェが運営されている。

⁷ スーパービジョン：対象者への助言、指導、援助を行うこと。

(イ) 認知症専門相談員をはじめとするあんしんすこやかセンターの職員の質の向上

- ・各あんしんすこやかセンターに配置している「認知症専門相談員」（通称「すこやかパートナー」）を対象に、認知症在宅生活サポートセンターが専門研修を行い、認知症に関する相談・支援機能を強化します。
- ・また、地域ケア会議等において、多職種で事例の共有を行うことにより、医療・福祉の連携体制を強化していきます。
- ・あんしんすこやかセンターを対象とした認知症の総合アセスメント及び精神疾患に関する研修の充実に取り組み、訪問サービスの質の向上を図ります。

サ 本人が生活継続をしていくための医療・介護・福祉サービス事業所職員の質の向上の推進

- ・これまで福祉人材育成・研修センターに委託して行っている認知症に関する研修に関して、希望条例や本人の声等をもとに見直し、本人が世田谷区で生活継続していくために各専門職として必要な知識や情報、支援や連携のスキルの向上が図られるよう研修の強化に取り組みます。また、認知症の緩和ケア研修として「日本版BPSDケアプログラム⁸」を学ぶ研修を福祉人材育成・研修センターに委託し推進し、認知症ケアの質を高めていきます。
- ・医療・福祉・介護サービス事業所と地域のアクションチームとのつながりをつくり、専門職が本人や多様な人たちと地域の中で出会い、話し合い、ともに活動をしながらか、本人が生活を継続していくために必要なことや関わり等に関して、実践的に学ぶ機会を増やしていきます。

⁸ 日本版BPSDケアプログラム：認知症の人の問題行動として受けとられやすい行動・心理症状（BPSD）の背景に本人の満たされないニーズがあることを理解し、それに対するケアをチームで統一して提供することを目的としたプログラム。具体的には、本人のニーズを読み解く専用の指標をオンラインシステムへ入力し、ケア計画、実践、モニタリングを行うものである。

3. 3年間のマイルストーン（希望計画第1期の目標）

(1) 重点テーマ

- ① 認知症観の転換
- ② 本人が発信・参加、ともにつくる
- ③ みんなが「備える」「私の希望ファイル」
- ④ 希望と人権を大切に、暮らしやすい地域をともにつくる

(2) 3年間の主な取組みと目標

目標	①認知症観の転換を図る		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報発信・共有プロジェクトを中心として、本人の想いや体験等を記した、パンフレットやホームページなど、認知症観の転換を図る多様な媒体を本人とともに作成していきます。 ・ 多様な媒体を活用し、イベントを含む各事業等を通して、子どもを含めた区民等にわかりやすく伝え、話し合い、希望条例の理解を深めていきます。 ・ 「第9期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に向けた令和4年度の「世田谷区高齢者ニーズ調査・介護保険実態調査」等にて現状値を図る調査を実施します 		
	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
	認知症になってからも自分らしく希望を持って暮らすことができると思う人の割合	/	6割

目標	②本人の発信・参加を推進する		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・本人発信・参画プロジェクトを中心に活動を展開し、本人が発信・社会参加する場面を、ビデオメッセージやオンラインを含めた多様な機会を通じてつくります。 ・本人交流会等の実施場所（地域）と実施回数や参加者を拡充していきます。 		
	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
	認知症に関わる会議、検討会及び講演会、イベント、シンポジウム、交流会等に本人が参画している割合	/	9割

目標	③「私の希望ファイル」の取組みを通して、認知症への備えを推進する		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・「私の希望ファイル」プロジェクトを中心に、アクションチームが本人とともに話し合う場の拡充に取り組みます。 ・本人を含む区民等と希望条例をテーマにした話し合いを行う中で「私の希望ファイル」を実際に体験し、本人のフィードバックをもとに令和3年度から令和5年度までの3年間をかけて内容を更新していきます。 ・アクションチームは、区内28地区で活動が実施できるよう、活動につながる準備等の始動を含めて取り組みます。 		
	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
	「私の希望ファイル」について話し合うアクションチームの実施、「私の希望ファイル」の更新、充実	/	区内28地区 で始動

目標	④安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりプロジェクトを中心に活動を展開し、地域の多様な人々とともにアクションチームが自発的に結成されるよう取り組み、活動の中での好事例集を作成し、区民等や全地区へ広げていきます。 ・アクションチームは、区内28地区で活動が実施できるよう、活動につながる準備等の始動を含めて取り組みます。 ・認知症になってからも安心して暮らし続けられる地域づくりを従来の認知症サポーター養成講座の内容を補強しながら世田谷版認知症サポーター養成講座に取り組みます。 		
	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
	地域づくりについて話し合うアクションチームの実施	/	
	世田谷版認知症サポーターの累計数 (従来のサポーターを含む)	(予測値) 36,000人	53,040人

第5章 希望計画の推進体制

1. 希望計画の推進体制

(1) 区の組織

希望計画に基づく主な施策は、希望条例第17条に規定する世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを拠点として行い、認知症施策に係る事業は、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行います。

区の地域行政制度に基づき、28地区の日常生活圏域ごとに設置されたあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）、5地域の総合支所及び区役所本庁の三層構造による推進体制を基本とし、介護予防・地域支援課が中心となって施策の実施や見直し等に取り組むとともに、庁内全体で連携・協力して希望計画の推進に取り組みます。

なお、各地区に結成されるアクションチームを基軸にしながら、本人および区民、地域団体、関係機関及び事業者等の多様な資源と連携し、ともに推進していきます。

(2) 区長の附属機関・各種委員会等

希望条例第18条に基づく区長の附属機関である、世田谷区認知症施策評価委員会にて調査・審議を行います。また、その調査・審議による評価結果を区の施策に反映させていきます。

世田谷区認知症施策評価委員会のもとに作業部会、そしてそれに付属したプロジェクト推進チームを設置し、希望計画を効果的・継続的に推進していきます。

2. 希望計画の進行管理

(1) 施策の評価・検証

希望計画に基づく認知症施策について、実施状況の把握とその評価を行い、世田谷区認知症施策評価委員会などに定期的に報告し、希望計画の進行管理を行います。

また、区の新実施計画事業の進行管理、評価等と整合を図ります。

(2) 評価・検証の視点

施策の評価・検証にあたっては、次の視点で行います。

- ① 計画期間の3年間の主な取組みと目標については、目標値への達成度合いにより評価・検証を行います。
- ② 施策が各法令や希望条例で規定する基本方針等に基づいているか等、確認し、必要に応じて施策のあり方を見直します。

(3) 評価・検証の結果等の公表

施策の取組み状況や評価・検証の結果等は、区のホームページ等で定期的に公表します。

世田谷区認知症とともに生きる希望計画 本編
令和3年度～令和5年度（案）

令和3年3月発行

編集・発行 世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課

〒154-8504 東京都世田谷区世田谷4-21-27

電話：03-5432-2954 FAX：03-5432-3085

<https://www.city.setagaya.lg.jp/>

（世田谷区広報印刷物登録番号 No. ）

令和3年3月19日
令和2年度第2回世田谷区
認知症施策評価委員会

別紙3

世田谷区
認知症とともに生きる
希望計画

令和3年度～令和5年度

別冊
(資料編)

世田谷区

目次

第1章 希望条例・希望条例施行規則	1
1. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例	3
2. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例施行規則	8
第2章 希望計画を進めるための参考資料	11
1. 「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」制定記念シンポジウム	13
2. 希望計画を進めるための参考資料	14
第3章 希望計画策定の背景	17
1. 国、都の動向	19
(1) 国の動向	19
(2) 都の動向	20
2. 区の現状と課題	21
(1) 世田谷区のこれまでの認知症施策の取組み	21
(2) 区の現状	23
(3) 課題	30
3. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例制定過程	31
4. (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会名簿	35
5. 世田谷区認知症施策評価委員会名簿	37
6. 世田谷区認知症施策評価委員会部会名簿	38
7. 希望計画の策定過程	39
8. 庁内組織	40

**第1章 希望条例・希望条例
施行規則**

1. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例

目次

前文

第1章 総則（第1条－第8条）

第2章 基本的施策（第9条－第15条）

第3章 認知症施策の推進に関する体制（第16条－第18条）

第4章 雑則（第19条・第20条）

附則

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、世田谷区立保健医療福祉総合プラザを開設し、その中の世田谷区認知症在宅生活サポートセンターを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が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、自分らしく地域と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。

第1章 総則

（目的）

第1条 この条例は、認知症とともに生きる人（以下「本人」という。）の権利が尊重され、本人を含む全ての区民が認知症とともに生きる希望を持って暮らすことができるように推進する認知症に係る施策（以下「認知症施策」という。）について、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、もって一人ひとりが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。

（定義）

第2条 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 アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで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者をいう。
- (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ける生活に係る自らの思い、希望又は意思を繰り返し書き記す過程及びその文書又は記録をいう。
- (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（平成9年法律第123号）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、区内に存するものをいう。

（基本理念）

第3条 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持ち、どの場所で暮らしていてもその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。

（区の責務）

第4条 区は、基本理念にのっとり、認知症施策を総合的に推進する責務を有する。

- 2 区は、認知症施策の実施に当たり、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、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。

（区民の参加）

第5条 区民は、認知症とともに生きることには希望を持ちながら、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、私の希望ファイルに係る取組等を行うよう努めるものとする。

3 区民は、パートナー（本人を理解し、本人とともに歩み、支え合う者をいう。以下同じ。）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、意見等をその家族、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。

（地域団体の役割）

第6条 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、住民相互の支え合い及び見守り活動に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。

（関係機関の役割）

第7条 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、その状態に応じて適時に、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、必要な情報を提供するよう努めるものとする。

（事業者の役割）

第8条 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。

第2章 基本的施策

（区民等の理解の推進）

第9条 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よう、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に係る情報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。

（認知症への備え等の推進）

第10条 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、必要な施策を実施するものとする。

(意思決定の支援等)

第11条 区は、本人の意思決定を支援するための方法について継続的に検討するとともに、私の希望ファイルに係る取組等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ことその他必要な施策を実施するものとする。

(権利擁護)

第12条 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。

(相談体制の充実及びその支援)

第13条 区は、本人及び家族等からの相談に適時に、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、必要な相談体制の充実を図るものとする。

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。

(医療及び介護等の支援)

第14条 区は、本人及び家族等が住み慣れた地域で適時に、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及び社会参加活動の推進並びに容態に応じた支援
- (3) 家族等への支援
- (4) 生活の支援と医療及び介護との連携並びに協働体制の充実
- (5) 認知症に関する医療及び介護その他の福祉サービス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

(地域づくりの推進)

第15条 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、パートナー並びに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その他必要な施策を実施するものとする。

第3章 認知症施策の推進に関する体制

(認知症施策の総合的推進)

第16条 区長は、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なければならない。

(世田谷区認知症在宅生活サポートセンター)

第17条 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 区長は、サポートセンターにおいて認知症施策に係る事業を行うに当たっては、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、これを行うものとする。

3 サポートセンターで行う事業に関し必要な事項は、規則で定める。

(世田谷区認知症施策評価委員会)

第18条 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、本人及び認知症施策に関し深い理解、識見等を有する者のうちから区長が委嘱する委員30名以内をもって組織する。

4 前項の委員の任期は、2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たときは、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。

第4章 雑則

(財政上の措置)

第19条 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。

(委任)

第20条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、令和2年10月1日から施行する。

2. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、世田谷区認知症とともに生きる希望条例(令和2年9月世田谷区条例第45号。以下「条例」という。)の施行について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則において使用する用語の意義は、条例において使用する用語の例による。

(私の希望ファイル)

第3条 私の希望ファイルに書き記す生活に係る自らの思い、希望又は意思の内容は、認知症になる前の経験、認知症になった後の支援等に関するものとする。

(サポートセンターで行う事業の内容)

第4条 サポートセンターで行う事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 認知症に関する医療及び介護その他の福祉サービスの提供に携わる専門職(以下「専門職」という。)が本人の居宅を訪問し、本人の在宅生活の支援を行うこと。
- (2) 家族等への支援を行うこと。
- (3) 認知症に関する知識の普及及び啓発並びに情報発信を行うこと。
- (4) 専門職の技術の向上を図るための指導及び助言並びに地域団体、関係機関及び事業者間の連携の強化を図ること。
- (5) 専門職並びに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。
- (6) 前各号に掲げるもののほか、区長がサポートセンターで行うことが適当であると認めること。

(サポートセンターで行う事業の実施日時)

第5条 サポートセンターで行う事業は、次に掲げる日以外の日の午前8時30分から午後5時までの間にこれを行うものとする。ただし、講演会等を実施する場合その他区長が必要と認めた場合においては、この限りでない。

- (1) 日曜日及び土曜日
- (2) 国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する休日
- (3) 12月29日から翌年の1月3日までの日(前号に掲げる日を除く。)

(評価委員会の委員)

第6条 評価委員会の委員は、次に掲げる者のうちから、区長が委嘱する。

- (1) 本人 4名以内
- (2) 認知症施策に関し深い理解、識見等を有する者 26名以内

(評価委員会の委員長及び副委員長)

第7条 評価委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は、委員の互選によりこれを定める。

3 副委員長は、委員のうちから委員長がこれを指名する。

4 委員長は、評価委員会を代表し、会務を総理する。

5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

6 委員長及び副委員長が共に事故があるときは、あらかじめ委員長の指名する委員が委員長の職務を代理する。

(評価委員会の会議)

第8条 評価委員会は、委員長がこれを招集する。

2 評価委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

3 評価委員会の議事は、会議に出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(評価委員会の部会)

第9条 評価委員会は、認知症計画に係る調査審議を効率的に行うため又は認知症に関する専門的事項を調査審議するため、必要に応じて部会を置くことができる。

2 部会は、委員長が指名する委員をもって組織する。

3 前2項に定めるもののほか、部会の組織及び運営に関し必要な事項は、区長が別に定める。

(委員の守秘義務)

第10条 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(評価委員会の庶務)

第11条 評価委員会の庶務は、高齢福祉部介護予防・地域支援課において処理する。

(委任)

第12条 この規則の施行について必要な事項は、区長が別に定める。

附 則

この規則は、令和2年10月1日から施行する。

第2章 希望計画を進める ための参考資料

1. 「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」制定記念シンポジウム

区では、認知症の人を含むすべての区民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を目指して、世田谷区認知症とともに生きる希望条例を令和2年10月1日に施行しました。

条例の制定を記念して、学識経験者による基調講演と認知症のご本人を含めた意見交換を行うシンポジウムを開催しました。

- ① 日時 令和2年10月25日（日曜日）午後2時から午後4時
- ② 会場 世田谷区立保健医療福祉総合プラザ研修室C（世田谷区松原6-37-10）
- ③ 内容
 - 世田谷区認知症とともに生きる希望条例の紹介
保坂 展人（世田谷区長）
 - パネルディスカッション第1部（基調講演）
～世田谷区の「希望条例」に込められたねらい、そしてこれから～
大熊 由紀子さん（国際医療福祉大学大学院 教授）
西田 淳志さん（東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター センター長）
永田 久美子さん（認知症介護研究・研修東京センター研究部 部長）
 - パネルディスカッション第2部（意見交換）
～条例を活かし、希望を持って暮らせるまちを、いっしょに～
<コーディネーター> 大熊 由紀子さん
<パネリスト> 長谷部 泰司さん（ご本人）、S・さきこさん（ご本人）、
西田 淳志さん、永田 久美子さん、保坂 展人さん



シンポジウム
当日の様子



シンポジウムで配布した資料は、世田谷区ホームページでご覧になれます。

[世田谷区トップページ](#)→[目次から探す](#)→[福祉・健康](#)→[認知症支援](#)→[認知症施策に係る計画・方針等](#)
→[「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」制定記念シンポジウムを開催しました。](#)

2. 希望計画を進めるための参考資料

	名称・概要・URL	発行
	<p>◇認知症施策推進大綱</p> <p>認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組を関係省庁が認知症施策を着実に実施していくこととし、令和元年6月、認知症施策推進関係閣僚会議において、とりまとめたものです。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html</p>	厚生労働省
	<p>◇認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン</p> <p>認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れるよう、認知症の人を支える周囲の人が行う意思決定支援の基本的考え方等を示したガイドラインです。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf</p>	厚生労働省
	<p>◇本人にとってのよりよい暮らしガイド 一足先に認知症になった私たちからあなたへ</p> <p>認知症の診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々をくらしていくためのヒントをまとめたガイドブックです。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honningaide.pdf</p>	厚生労働省 (発行：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター)
	<p>◇本人ミーティング開催ガイドブック</p> <p>本人ミーティングとは、認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。その場を開催するためのガイドブックです。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honninmeeting1_1.pdf</p>	厚生労働省 (発行：一般財団法人長寿社会開発センター)

	名称・概要・URL	発行
	<p>◇東京都高齢者保健福祉計画</p> <p>老人福祉法に基づく都道府県老人福祉計画と介護保険法に基づく都道府県介護保険事業支援計画を合わせた、東京都における高齢者の総合的・基本的計画として一体的に策定したものです。</p> <p>https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/koureisyaikaku/index.html</p>	東京都
	<p>◇認知症とともに生きる希望宣言</p> <p>認知症とともに暮らすご本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で、生まれた5つの希望宣言です。</p> <p>http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/statement_leaflet.pdf</p>	一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ (JDWG)
	<p>◇認知症とともにあゆむ本人からのメッセージ</p> <p>診断を受けた本人の声や、暮らしの工夫や情報が掲載されており、自分の気持ちややりたいことをメモできる、個人版認知症ケアパスです。</p> <p>http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/ninchiho/shiryo/documents/kojinban_h3006.pdf</p>	仙台市健康福祉局

第3章 希望計画策定の背景

1. 国、都の動向

(1) 国の動向

国内の認知症の人の数は、平成24年で約462万人、軽度認知障害の人の数は約400万人と推計され、合計すると65歳以上の約4人に1人が認知症の人またはその予備軍と言われていました。

またその数は、今後も増えていくと予想されており、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）によれば、国内の認知症の人の数は、令和7年（2025年）に約650万人～700万人、令和22年（2040年）に約800万人～950万人、令和42年（2060年）に約850万人～1,150万人と増加していく予測であるという研究結果が示されています。

このような状況の中、令和元年6月、厚生労働省は「認知症施策推進大綱」をとりまとめ、大綱に沿って関係省庁が認知症施策を着実に実施していくこととしています。

大綱では、『認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生^{※1}」と「予防^{※2}」を車の両輪として施策を推進していく』ことを基本的な考え方としています。

この基本的な考えの下、1：普及啓発・本人発信支援、2：予防、3：医療・ケア・介護サービス・介護者支援、4：認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、5：研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱に沿って施策を推進していくこととしています。

その際、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とするとしています。

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」という意味である。

(2) 都の動向

「東京都福祉保健局高齢社会対策部「認知症高齢者数等の分布調査」(平成29年3月)より、都内で要介護(要支援)認定を受けている高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人数は、平成28年11月時点の約31万人から、令和7年(2025年)には約42万人に増加すると推計されています。

都は、都における高齢者の総合的・基本的計画である「東京都高齢者保健福祉計画」(老人福祉法第20の9に基づく都道府県老人福祉計画及び介護保険法第118条に基づく都道府県介護保険事業支援計画)に都が取り組む認知症施策を盛り込んでいます。

2. 区の現状と課題

(1) 世田谷区のこれまでの認知症施策の取組み

世田谷区では、高齢化の進展に伴い、増加する認知症高齢者への施策の充実に向け、平成21年度に地域福祉部を設置、介護予防・地域支援課において、認知症施策の担当所管を新設しました。認知症高齢者や家族の相談・支援体制を構築するため、区内28か所の身近な地区に設置しているあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）に、「もの忘れ相談窓口」を開設し、認知症に関する相談・支援機能を強化するとともに、認知症に関する地域の区民や支援機関をつなぐまとめ役（コーディネーター）として「認知症専門相談員」を1名ずつ配置しました。

平成24年度に、地区医師会の協力のもと医師と個別に相談できる「もの忘れチェック相談会」事業を開始、平成25、26年度の2か年をモデル事業として、看護師や医師等の専門職が定期訪問し支援する「認知症初期集中支援チーム事業」に取り組み、平成27年度から本格実施するなど、認知症の在宅支援の充実に取り組んできました。

平成25年11月、認知症になってからも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることができる地域社会の実現に向け、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」を策定しました。この構想の中で、認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症在宅支援施策の構築を進めていくための専門的かつ中核的な役割を果たす拠点として、令和2年4月に世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内に「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」を開設し、認知症施策を総合的に推進しています。

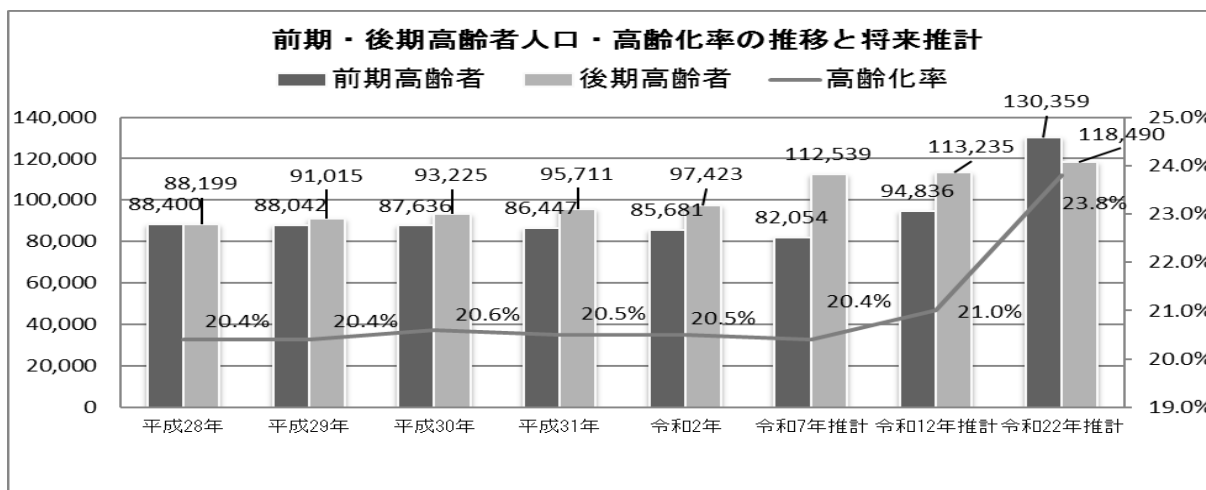
年	世田谷区の取組	参考（国の施策）
H18	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターを統括し介護予防事業を所管する介護予防課を新設 ・認知症サポーター養成講座開始 ・認知症講演会開始 	介護保険制度における地域支援事業開始
H21	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・地域支援課を新設し、認知症対策担当係を設置 ・地域包括支援センターに「もの忘れ相談窓口」を開設し、「認知症専門相談員」配置 ・認知症家族会、認知症高齢者の家族のための心理相談開始 	
H22	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者見守り訪問看護事業開始（～H24） 	

H23	<ul style="list-style-type: none"> ・地区高齢者見守りネットワーク開始 (モデル地区2か所) ・認知症サポーターステップアップ講座開始 ・「介護者の会・家族会一覧」の作成・配布 	
H24	<ul style="list-style-type: none"> ・(仮称)認知症在宅支援センター構想等検討委員会設置 ・もの忘れチェック相談会事業開始 ・医師による認知症専門相談事業開始 	認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)策定
H25	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム事業モデル実施 ・「認知症在宅生活サポートセンター構想」策定 	
H26	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症在宅生活サポート室準備担当」設置 	
H27	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策評価委員会設置 	認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)策定
H28	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症在宅生活サポート室」設置(区直営) ・もの忘れチェック相談会事業における地区型・啓発型試行開始 ・認知症当事者のための社会参加型プログラム開発事業開始(～H30) 	
H29	<ul style="list-style-type: none"> ・プロポーザル方式による「認知症在宅生活サポートセンター」運営業務委託事業者選定 	
H30	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症在宅生活サポート室」運営業務を医療法人へ委託開始(区との併行運営) ・「認知症カフェハンドブック」作成・配布 ・認知症サポーターフォローアップ講座開始 	
R 1	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症本人交流会開始 ・「認知症とともに生きる希望条例」の制定検討開始 	認知症施策推進大綱策定(認知症になっても希望をもって日常生活を過ごす社会の実現を目指す)
R 2	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内に「認知症在宅生活サポートセンター」を開設 ・認知症在宅生活サポートセンターホームページ開設 ・機関誌「にんさぽだより」発行 ・「認知症とともに生きる希望条例」施行 	

(2) 区の現状

① 前期・後期高齢者の人口・高齢化率の推移と将来推計

全国的に少子高齢化が進む中、世田谷区でも高齢者人口及び高齢化率とも増え続けていました。近年、人口全体が増えているため、高齢化率は横ばいですが、高齢者人口は増え続けています。令和7年（2025年）に向けて後期高齢者（75歳以上）が増え、その後も高齢者人口全体は増え続け、令和22年（2040年）には団塊ジュニアの世代が65歳を迎えます。



	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年	令和2年	令和7年推計	令和12年推計	令和22年推計
	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2040
前期高齢者人口	88,400	88,042	87,636	86,447	85,681	82,054	94,836	130,359
後期高齢者人口	88,199	91,015	93,225	95,711	97,423	112,539	113,235	118,490
65歳以上人口	176,599	179,057	180,891	182,158	183,104	194,593	208,071	248,849
高齢化率	20.4%	20.4%	20.6%	20.5%	20.5%	20.4%	21.0%	23.8%

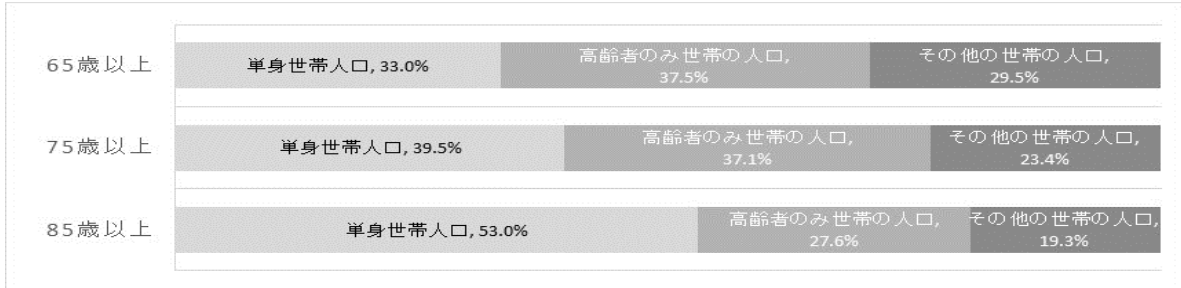
住民基本台帳(外国人除く)各年1月。推計は平成29年7月推計を使用。

② 高齢者の世帯状況

高齢者の世帯状況を見ると、ひとり暮らしの人が33.0%、高齢者のみ世帯の人が37.5%を占め、合計では70%を超えており、3年前より増加しています。

※その他世帯・65歳未満の家族と同居する高齢者

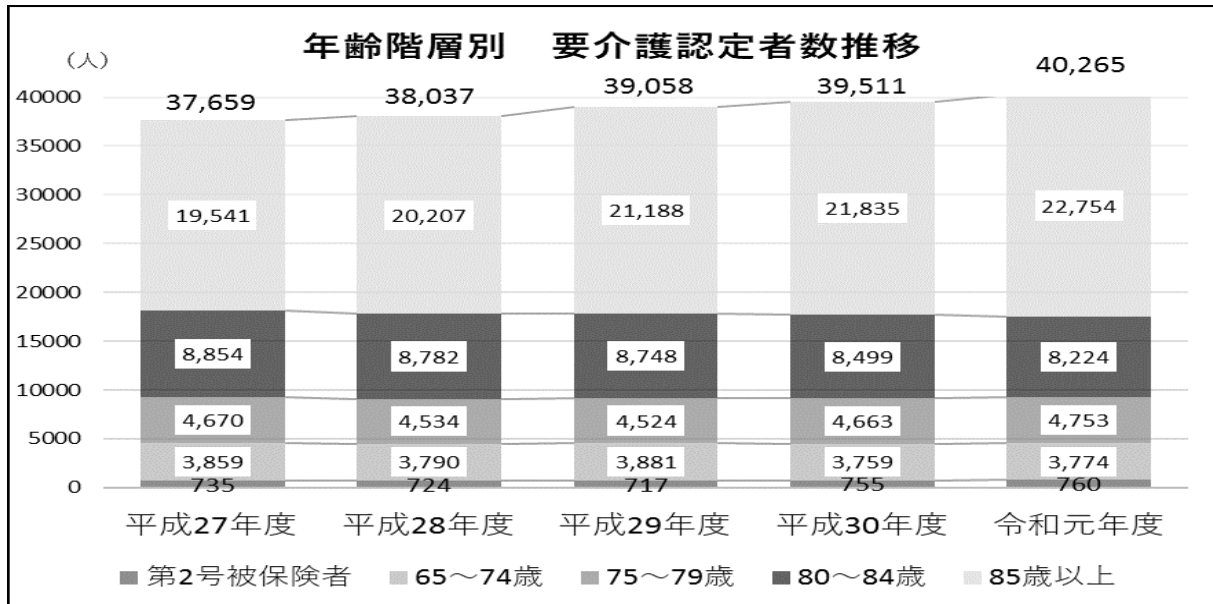
	単身世帯	高齢者のみ世帯の人口	その他の世帯の人口	高齢者人口計
65歳以上人口	60,911人	69,337人	54,446人	184,694人
75歳以上人口	38,785人	36,446人	22,976人	98,207人
85歳以上人口	18,357人	9,566人	6,686人	34,609人



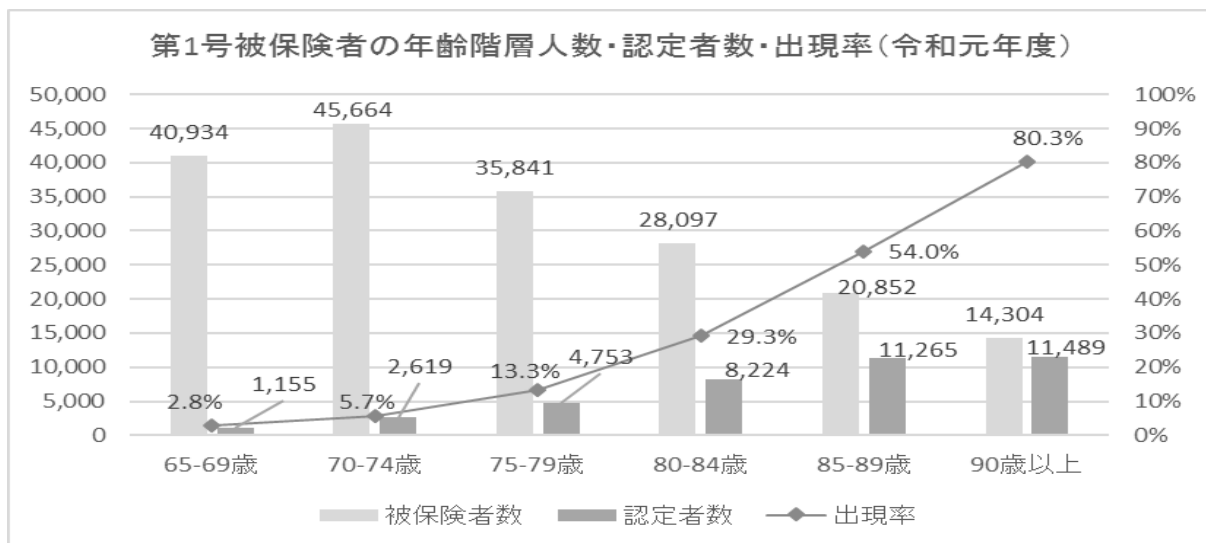
令和2年4月保健福祉総合情報システム

③ 介護保険の要介護（要支援）認定者数の推移

介護保険の要介護（要支援）認定者は、4年間で約2,600人増加しています。

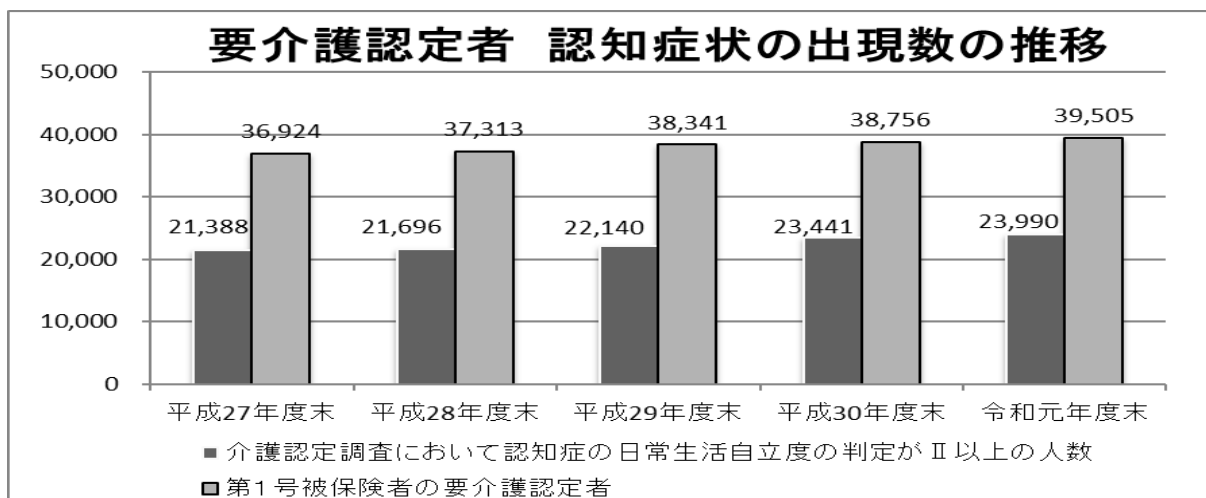


80歳を超えると要介護認定者数が増加、出現率（要介護認定率）も高くなります。



④ 要介護認定者のうち、認知症状の出現数の推移

介護保険要介護認定において、認知症の日常生活自立度の判定がⅡ（※）以上の方の人数は、4年間で約2,600人増加しています。



※日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等の症状が見られる。（26頁参照）

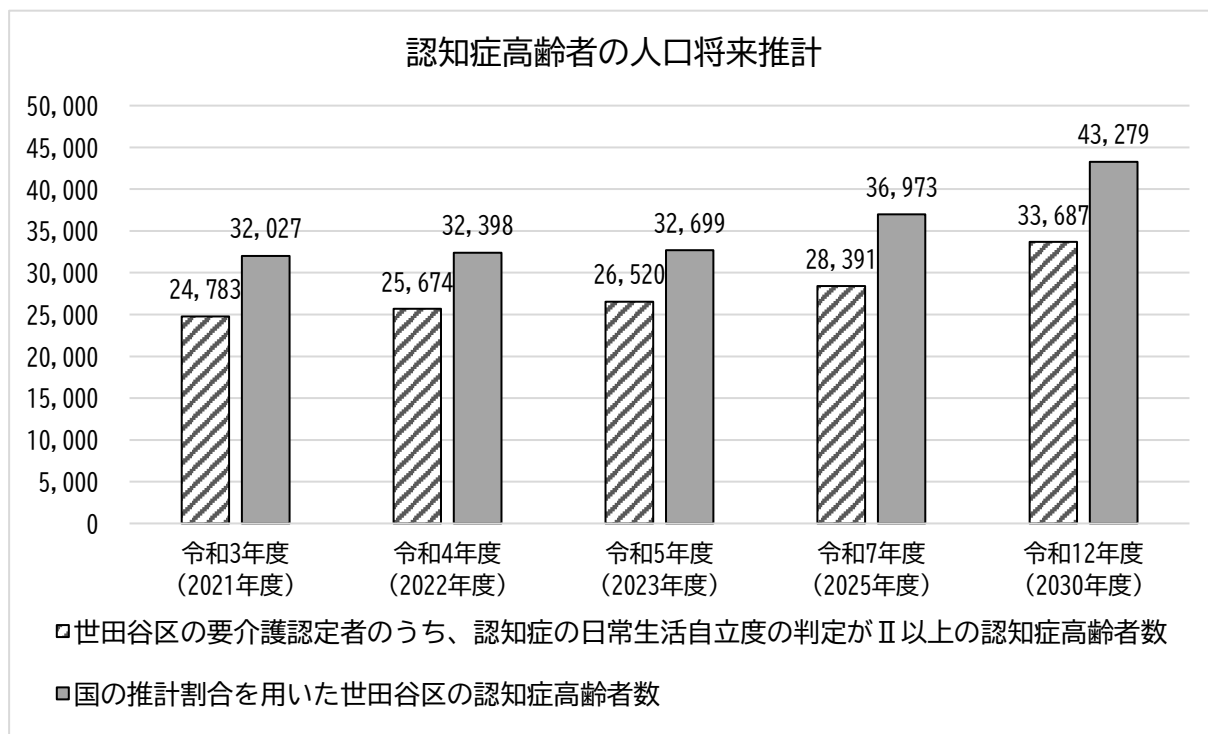
⑤ 認知症高齢者の将来人口推計

		令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和7年度 (2025年度)	令和12年度 (2030年度)
①	高齢者人口 ※1 (65歳以上人口)	186,201	188,361	190,108	194,593	208,071
②	世田谷区の要介護認定者のうち、認知症の日常生活自立度の判定がⅡ以上の認知症高齢者数	24,783	25,674	26,520	28,391	33,687
③	国の推計割合を用いた世田谷区の認知症高齢者数 ※2	32,027	32,398	32,699	36,973	43,279
④	国の65歳以上人口に占める認知症の人の割合 ※2	17.2%	17.2%	17.2%	19.0%	20.8%

※1 平成29年7月「世田谷区将来人口推計」より。

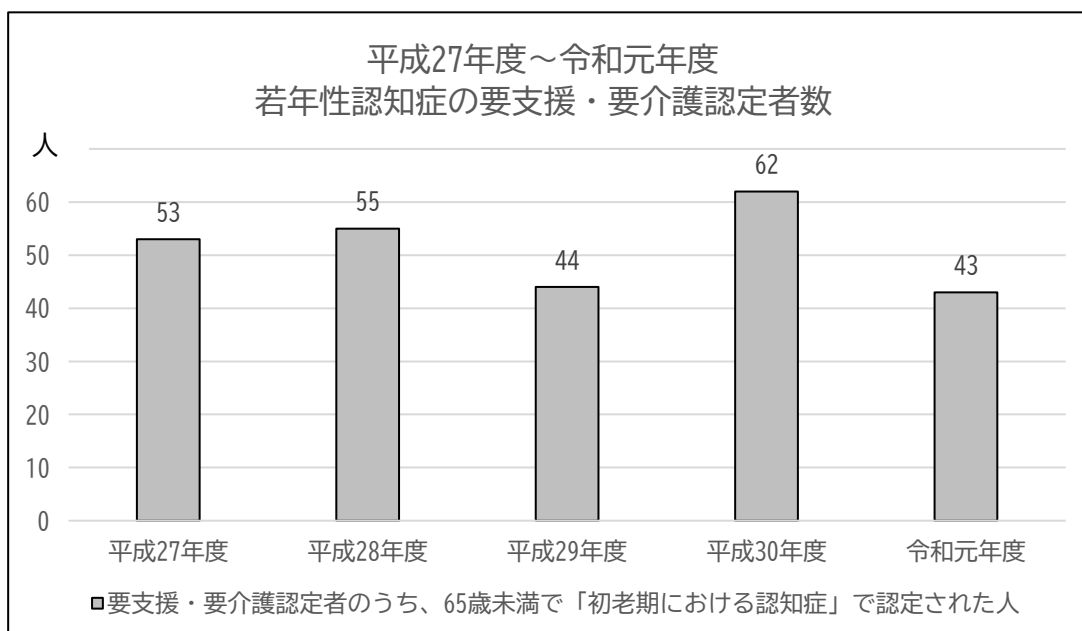
※2 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

(平成26年度 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)による速報値(各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計)



⑥ 若年性認知症の要支援・要介護認定者数

介護保険の要支援・要介護認定者のうち、65歳未満で「初老期における認知症」で認定された人は、平成27年度から令和元年度の5年間で、延べ257人となっています。



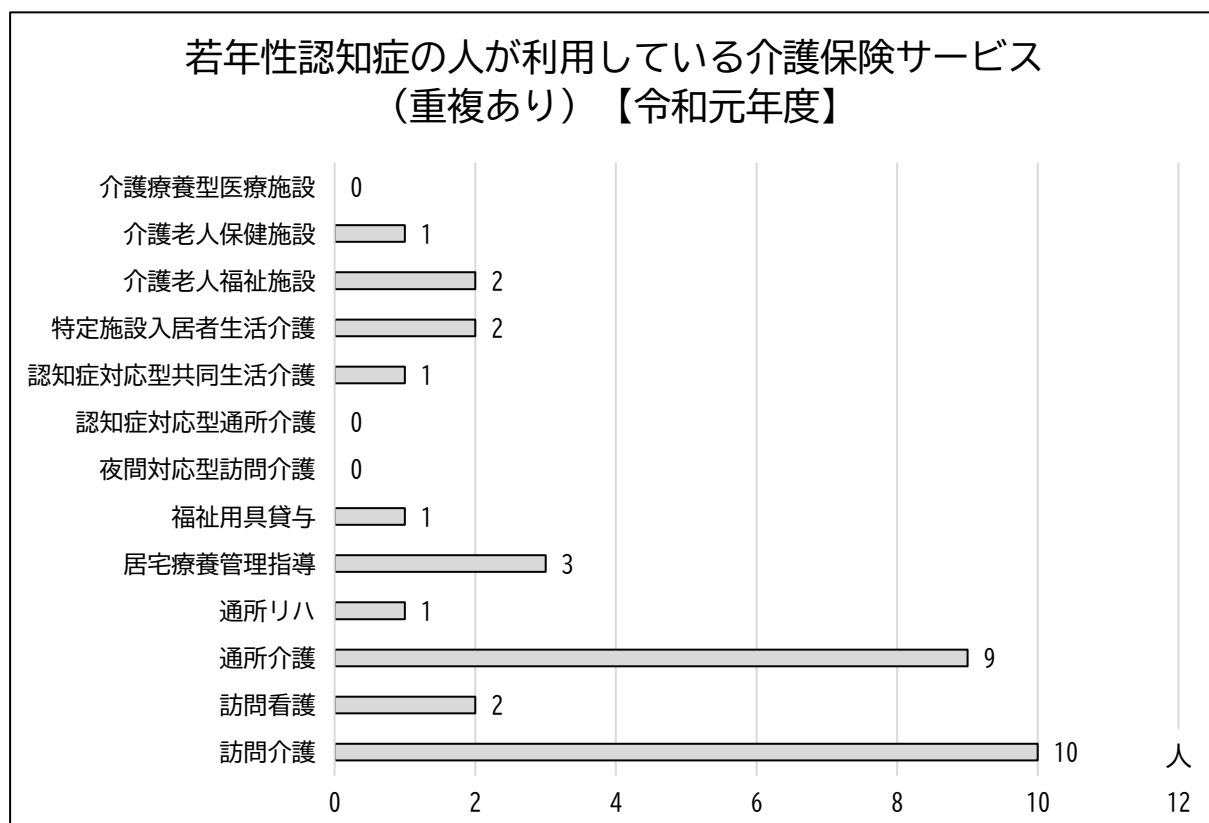
⑦ 要支援・要介護度別の若年性認知症の認定者数

要支援・要介護度別で若年性認知症の認定者数を見ると、要介護1、要介護3が多い傾向が見られます。

要支援・要介護度別の若年性認知症の認定者数

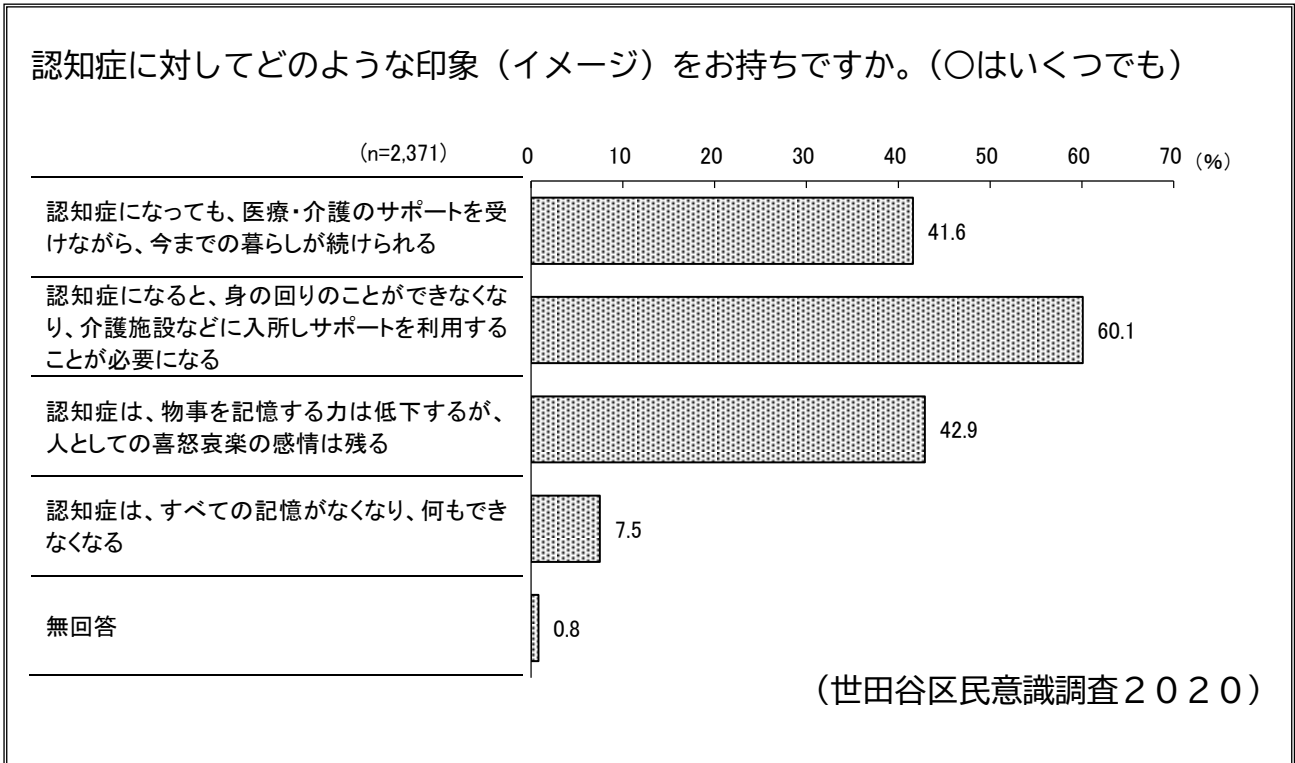
区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
要支援1	0	0	0	0	0
要支援2	2	0	1	1	1
要介護1	13	11	11	18	12
要介護2	8	12	8	10	5
要介護3	12	13	10	10	14
要介護4	6	6	6	11	5
要介護5	12	13	8	12	6
計	53	55	44	62	43

⑧ 若年性認知症の人が利用している介護保険サービス
 若年性認知症の人が利用している介護保険サービスのうち、最も多いのは「訪問介護」10人、次に「通所介護」9人です。



⑨ 認知症のイメージ

令和2年5月実施世田谷区民意識調査の結果から、認知症に対してどのような印象（イメージ）を持っているかについて、「認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設などに入所しサポートを利用することが必要になる」という印象（イメージ）を持つ方が6割でした。



(3) 課題

高齢化の進展に伴い、認知症高齢者が増え続けるなか、いまだ認知症に関する正しい理解の不足等から認知症への偏見や差別があり、認知症の人やその家族が地域社会から孤立したり、適切な支援に結びつかないなどの現状があります。

このため、子どもから大人まで多くの人に認知症への理解が深められるよう、様々な媒体や機会を活用し、認知症の人の声を積極的に発信した普及啓発を行っていく必要があります。また、家族介護者等が孤立せず、仲間づくりや学びあいを通して社会参加ができるよう、身近な地区に家族会や認知症カフェ等の出かけることができる場づくりが必要です。

そして、地域で見守る体制づくりが強化できるよう、世田谷版認知症サポーターの活躍の場づくりを拡充するとともに、地域住民同士のネットワークづくりを進め、地域共生社会を推進していく必要があります。

(参考) 認知症の人の日常生活自立度

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度判定の基準(厚生労働省通知 平成21年9月30日付老老発0930第2号)

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

3. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例制定過程

区は、世田谷区認知症とともに生きる希望条例を令和2年9月に制定し、同年10月に施行しました。この条例は、条例検討委員会やワークショップ、パブリックコメント等において、認知症の人を含む区民のご意見を聴きながら制定にいたしました。

第1回ワークショップの様子（令和元年6月23日開催）



各グループで話し合う前に、区の職員が認知症についてミニ講話を行いました。

第2回ワークショップの様子（令和元年11月30日開催）

認知症になってからも安心して暮らしていくために、皆ができることについて話し合いました。



≪ 条例制定に至るまでの過程 ≫

※以下の表記については、次のとおり略称を使用しています。

- ・（仮称）世田谷区認知症施策推進条例、（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望条例：条例
- ・（仮称）世田谷区認知症施策推進条例検討委員会：条例検討委員会

開催日	内容
平成31年 3月4日	平成30年度第2回認知症施策評価委員会 (1) 条例制定の検討について
4月22日	第1回条例検討委員会 (1) 世田谷区の認知症施策について (2) 条例制定の検討について (3) 認知症施策における区・区民・事業者の主な役割について
令和元年 5月29日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けた検討について（ワークショップの開催、検討体制）
6月18日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けたワークショップの開催について
6月23日	第1回ワークショップ テーマ：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た課題や必要なこと
6月28日	第2回条例検討委員会（委員2名追加） (1) 条例検討委員会の体制について (2) 区・区民・事業者の主な役割の検討素材（案）について
7月17日	第74回地域保健福祉審議会 報告 (1) 条例の制定に向けた検討について
7月31日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けたワークショップについて（第1回ワークショップの実施概要）
8月26日	令和元年度第1回認知症施策評価委員会 報告 (1) 条例制定の検討について (検討体制、第1回ワークショップの実施概要)
9月3日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けた第2回ワークショップの開催について
11月12日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例について（基本的な理念（案）、基本的な考え方、検討体制等）
11月14日	第3回条例検討委員会（委員6名追加） (1) 条例の理念及び基本的な考え方について (2) 条例骨子案の検討について

11月30日	第2回ワークショップ 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
12月16日	第4回条例検討委員会（本人3名参加） （1）第2回条例検討ワークショップの実施結果について （2）条例骨子案の検討について
令和2年 2月4日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例の検討状況について（条例の骨子、第2回ワークショップ実施概要等）
2月26日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例（骨子案）について
3月1日～ 3月23日	条例（骨子案）に対するパブリックコメントの実施
3月6日	令和元年度第2回認知症施策評価委員会 （新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、延期。資料のみ送付。） （1）条例の制定に向けた検討について（条例検討委員会の開催状況、第2回ワークショップ実施概要、条例（骨子案）等）
5月27日	第5回条例検討委員会 （新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、書面開催。） （1）条例（素案）の検討について （2）条例検討委員会作業部会の設置について
7月15日	第6回条例検討委員会（本人3名参加） （1）条例（素案）の検討について （2）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）の検討について 第1回条例検討委員会作業部会（本人2名参加） （1）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画について （2）「私の希望ファイル」について
7月31日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例の検討状況について（条例（素案）、パブリックコメントの実施結果等）
9月2日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例（案） （2）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子（案）について

9月 4日	認知症施策評価委員会 報告 (1) 条例(案)の制定に向けた状況について(これまでの経過、条例(案)、パブリックコメントの実施結果等)
9月28日	令和2年第3回区議会定例会 可決
9月30日	条例公布
10月 1日	条例施行
10月27日	第7回条例検討委員会(本人2名参加) (1) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例の制定について (2) 世田谷区認知症施策評価委員会の設置について (3) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例制定記念シンポジウムについて 第2回条例検討委員会作業部会(本人1名参加) (1) 「私の希望ファイル」について (2) 世田谷区認知症とともに生きる希望条例の啓発用パンフレットについて (3) 世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子(案)について

4. (仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員長	学経	大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
2	委員	学経	村中峯子	(公社)地域医療振興協会地域医療研究所ヘルスプロモーション研究センター参事
3	委員	学経	和気純子	東京都立大学人文社会学部教授
4	副委員長	学経	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
5	委員	学経	永田久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部长
6	委員	学経	西田淳志	(公財)東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
7	委員	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
8	委員	専門医	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
9	委員	専門医	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
10	委員	地区医師会	太田雅也	(社)世田谷区医師会副会長
11	委員	地区医師会	山口潔	(社)玉川医師会理事
12	委員	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
13	委員	家族会	高橋聡子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
14	委員	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
15	委員	地域活動団体	金安博明	世田谷区社会福祉協議会地域社協課長
16	委員	行政	長岡光春	世田谷区高齢福祉部長
17	本人		長谷部泰司	認知症とともに生きる人
18	本人		藤原郁子	認知症とともに生きる人
19	本人		S・さきこ	認知症とともに生きる人

5. (仮称) 世田谷区認知症施策推進条例検討委員会作業部会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	部会員	学経	大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
2	部会員	学経	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
3	部会員	学経	西田淳志	(公財) 東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター長
4	部会員	専門医	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
5	部会員	専門医	遠矢純一郎	医療法人社団プラタナス 桜新町アー バンククリニック院長
6	部会員	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「世 たカフェ」代表、福祉ジャーナリスト
7	本人		長谷部泰司	認知症とともに生きる人
8	本人		藤原郁子	認知症とともに生きる人
9	本人		S・さきこ	認知症とともに生きる人

6. 世田谷区認知症施策評価委員会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員	本人	長谷部 泰司	認知症とともに生きる人
2	委員	本人	S・さきこ	認知症とともに生きる人
3	委員長	学経	大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
4	委員	学経	村中 峯子	(公社)地域医療振興協会地域医療研究所 ヘルスプロモーション研究センター参事
5	委員	学経	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
6	副委員長	学経	永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部长
7	委員	学経	西田 淳志	(公財)東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター長
8	委員	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
9	委員	専門医	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
10	委員	地区医師会	山形 邦嘉	(社)世田谷区医師会理事
11	委員	地区医師会	山口 潔	(社)玉川医師会理事
12	委員	地区歯科医師会	日吉 俊仁	(公社)世田谷区歯科医師会理事(～R2.12)
			荒金 光夫	(公社)世田谷区歯科医師会副会長(R3.1～)
13	委員	地区歯科医師会	島 貫博	(公社)玉川歯科医師会副会長
14	委員	地区薬剤師会	佐伯 孝英	(社)世田谷薬剤師会監事
15	委員	地区薬剤師会	佐藤 ひとみ	(社)玉川砧薬剤師会専務理事
16	委員	区民	黒木 勉	世田谷区民生委員児童委員協議会副会長
17	委員	区民	水野 貞	世田谷区町会総連合会副会長
18	委員	区民	柏 雅康	世田谷区商店街連合会常任理事
19	委員	家族会	高橋 聰子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
20	委員	地域団体	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

21	委員	地域団体	岡崎克美	世田谷区社会福祉協議会副会長
22	委員	介護保険事業者等	徳永宣行	世田谷区介護サービスネットワーク代表
23	委員	介護保険事業者等	相川しのぶ	世田谷区ケアマネジャー連絡会会長
24	委員	介護保険事業者等	高橋洋子	梅丘あんしんすこやかセンター管理者
25	委員	介護保険事業者等	遠矢純一郎	認知症在宅生活サポートセンター代表

7. 世田谷区認知症施策評価委員会部会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員	本人	長谷部泰司	認知症とともに生きる人
2	委員	本人	S・さきこ	認知症とともに生きる人
3	委員	学経	大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
4	委員	学経	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
5	委員	学経	西田淳志	(公財)東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター長
6	委員	専門医	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
7	委員	地域団体	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
8	委員	介護保険事業者等	遠矢純一郎	認知症在宅生活サポートセンター代表

8. 希望計画の策定過程

開催日	内容
令和2年 7月15日	第6回条例検討委員会（本人3名参加） （1）条例（素案）の検討について （2）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）の検討について 第1回条例検討委員会作業部会（本人2名参加） （1）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画について （2）「私の希望ファイル」について
9月 2日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例（案） （2）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子（案）について
10月27日 （再掲）	第2回条例検討委員会作業部会（本人1名参加） （1）「私の希望ファイル」について （2）世田谷区認知症とともに生きる希望条例の啓発用パンフレットについて （3）世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子（案）について
12月 3日	令和2年度第1回認知症施策評価委員会（本人2名参加） （1）世田谷区認知症施策評価委員会の設置について （2）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）について （3）認知症損害賠償保険の他の自治体等の状況について
12月17日	福祉保健常任委員会 報告 （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子について
12月21日	第1回世田谷区認知症施策評価委員会にかかる部会（本人2名参加） （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）について
令和3年 1月 8日	第2回世田谷区認知症施策評価委員会にかかる部会（本人2名参加） （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）について
1月12日	第3回世田谷区認知症施策評価委員会にかかる部会（本人1名参加） （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）について
2月 9日	福祉保健常任委員会 報告 （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）について
3月19日	令和2年度第2回認知症施策評価委員会（本人●名参加） （1）世田谷区認知症とともに生きる希望計画について （2）世田谷区の認知症施策について

9. 庁内組織（令和3年2月現在）

区長
副区長
世田谷総合支所
北沢総合支所
玉川総合支所
砧総合支所
烏山総合支所
政策経営部
財政担当部
交流推進担当部
特別定額給付金担当部
総務部
庁舎整備担当部
区長室
危機管理部
財務部
施設営繕担当部
生活文化政策部
地域行政部
スポーツ推進部
ホストタウン調整担当参事
環境政策部
経済産業部
清掃・リサイクル部
保健福祉政策部
地域包括ケア担当参事
高齢福祉部
障害福祉部
子ども・若者部
児童相談所
保育部
世田谷保健所
住民接種担当部
都市整備政策部

区長
副区長
防災街づくり担当部
みどり33推進担当部
道路・交通計画部
土木部
豪雨対策推進担当参事
会計室

教育長
教育総務部
教育政策部
生涯学習部
区議会事務局
選挙管理委員会事務局
監査事務局
農業委員会

世田谷区認知症とともに生きる希望計画 別冊（資料編）

令和3年度～令和5年度

令和3年3月発行

編集・発行 世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課

〒154-8504 東京都世田谷区世田谷4-21-27

電話：03-5432-2954 FAX：03-5432-3085

<https://www.city.setagaya.lg.jp/>

（世田谷区広報印刷物登録番号 No. ）

令和元年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書

令和3年3月19日
令和2年度第2回世田谷区
認知症施策評価委員会

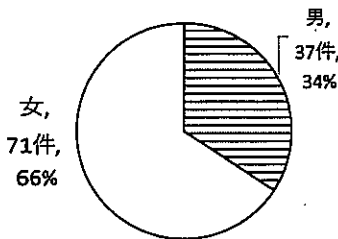
資料2-①

○事例提出数	108件
○訪問対象者数	101件
(エントリーのみ	7件
理由：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、死亡1件)	
○実訪問数	101件

1. 事例提出 (n=108) の内訳

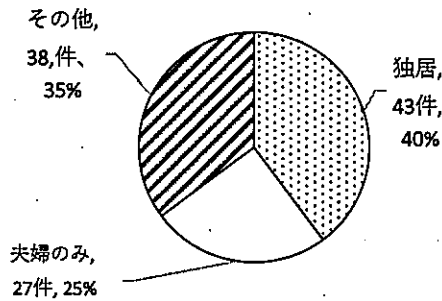
(1) 性別

男	女	総計(件数)
37	71	108



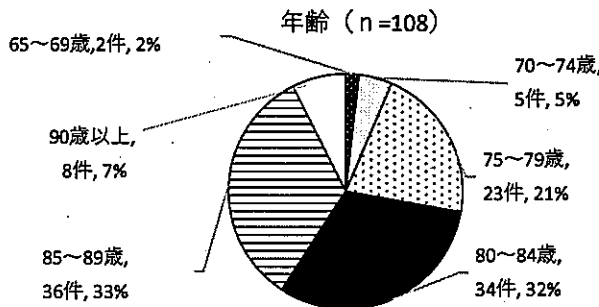
(2) 世帯構成

独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
43	27	38	108



(3) 年齢

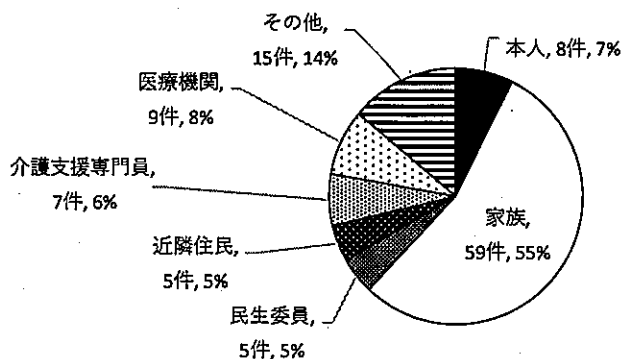
	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
男	1	2	7	14	11	2	37
女	1	3	16	20	25	6	71
合計	2	5	23	34	36	8	108



(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)
8	59	5	5	7	9	15	108

把握ルート (n=108)

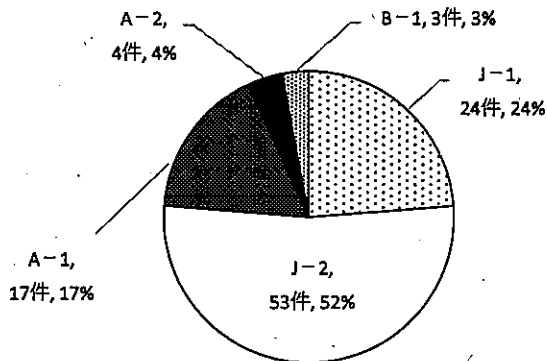


2. 訪問対象者 (n=101) の内訳

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	24
J-2	53
A-1	17
A-2	4
B-1	3
総計(件数)	101

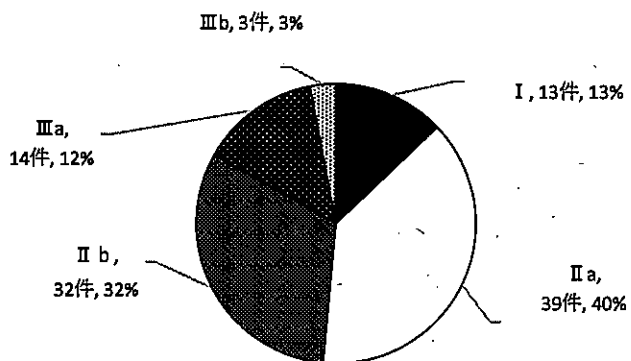
障害高齢者の日常生活自立度 (n=101)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	13
II a	39
II b	32
III a	14
III b	3
総計(件数)	101

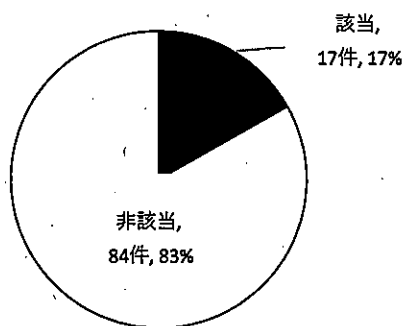
認知症高齢者の日常生活自立度 (n=101)



(3) 社会的困難事例

該当	17
非該当	84
総数(件数)	101

社会的困難事例 (n=101)

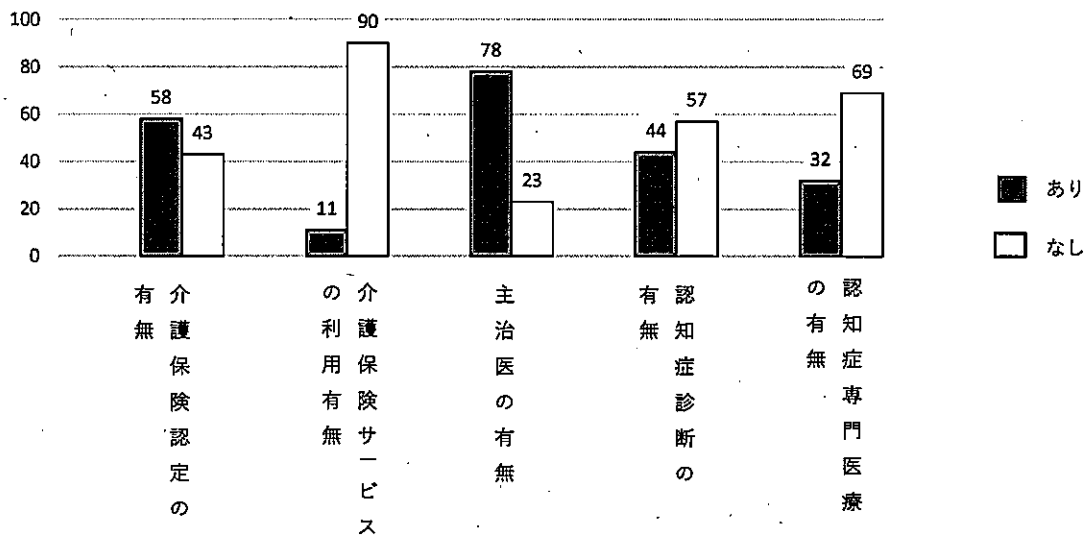


※社会的困難事例とは
 独居、高齢者世帯、キーパーソン不在、近隣からの苦情、消費者非該当に複数該当した場合を「困難」とする。

(4) 医療・介護サービス介入状況

	有	無	合計
介護保険の認定有無	58	43	101
介護保険サービスの利用有無	11	90	101
主治医の有無	78	23	101
認知症診断の有無	44	57	101
認知症専門医療の有無	32	69	101

医療・介護サービス介入状況 (n=101)

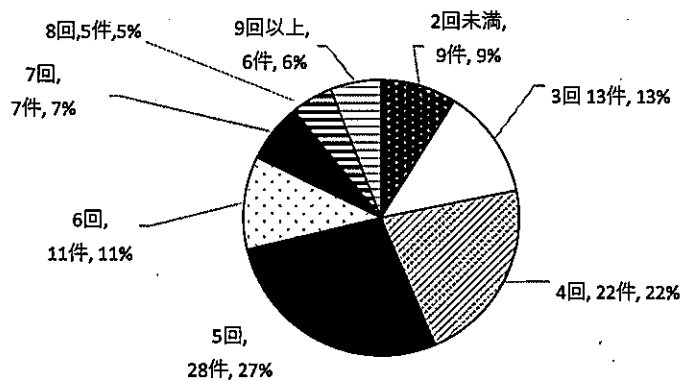


(5) 訪問回数

2回以下	9
3回	13
4回	22
5回	28
6回	11
7回	7
8回	5
9回以上	6
総計(件数)	101

- ・訪問延べ回数 499 回
- ・平均訪問回数 4.94 回
- ・最大訪問回数 12 回
- ・最小訪問回数 1 回 (支援期間途中で入院したため)

訪問回数 (n=101)



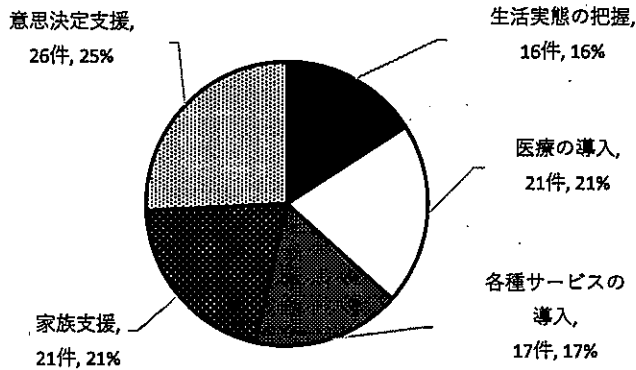
(6) 支援目標について (n=101)

目標	主目標	副目標
生活実態の把握	16	35
医療の導入 (※1)	21	66
各種サービスの導入 (※2)	17	73
家族支援	21	72
意思決定支援	26	65
総計 (件数)	101	311

(※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。

主たる目標 (n=101)



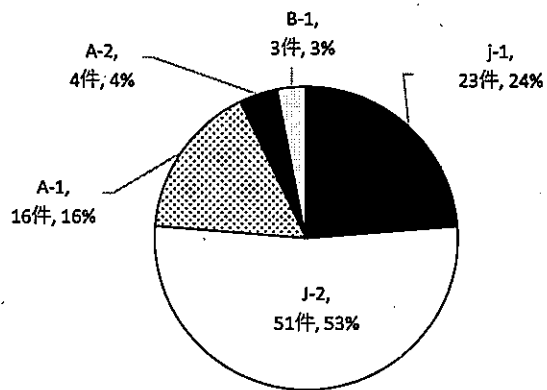
*新型コロナウイルス感染症拡大防止による国の緊急事態宣言により、訪問自粛期間や訪問に対して慎重になる事例もあり、実訪問件数101件のうち4件の事例については、支援期間を延長している。このため、令和3年3月末時点で訪問終了したのは97件となっている。

3. 訪問終了者 (n=97*) の内訳

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	23
J-2	51
A-1	16
A-2	4
B-1	3
総計(件数)	97

障害高齢者の日常生活自立度 (n=97)

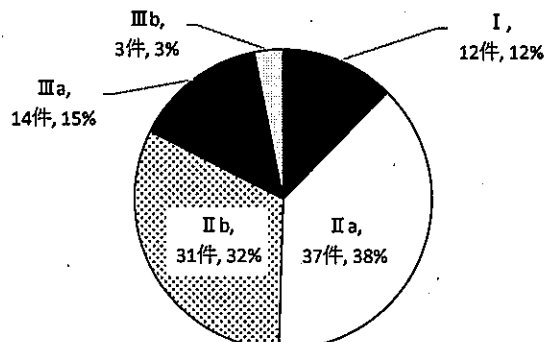


把握ルート×障害度	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	合計
本人	2	5	1	0	0	8
家族	10	30	8	2	3	53
民生委員	1	2	2	0	0	5
近隣住民	1	3	0	0	0	4
介護支援専門員	1	3	1	1	0	6
医療機関	2	3	1	1	0	7
その他	6	5	3	0	0	14
合計	23	51	16	4	3	97

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	12
II a	37
II b	31
III a	14
III b	3
総計(件数)	97

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=97)



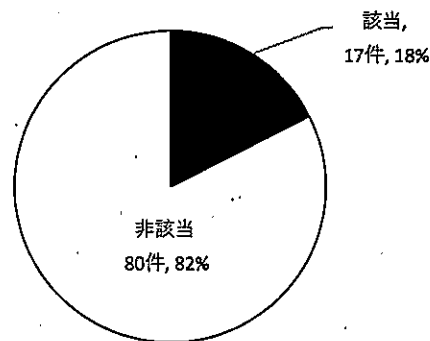
把握ルート×障害度	I	II a	II b	III a	III b	合計
本人	3	3	2	0	0	8
家族	2	21	17	10	3	53
民生委員	1	0	3	1	0	5
近隣住民	1	1	2	0	0	4
介護支援専門員	1	3	2	0	0	6
医療機関	1	2	1	3	0	7
その他	3	7	4	0	0	14
合計	12	37	31	14	3	97

(3) 社会的困難事例

該当	17
非該当	80
総数(件数)	97

※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。

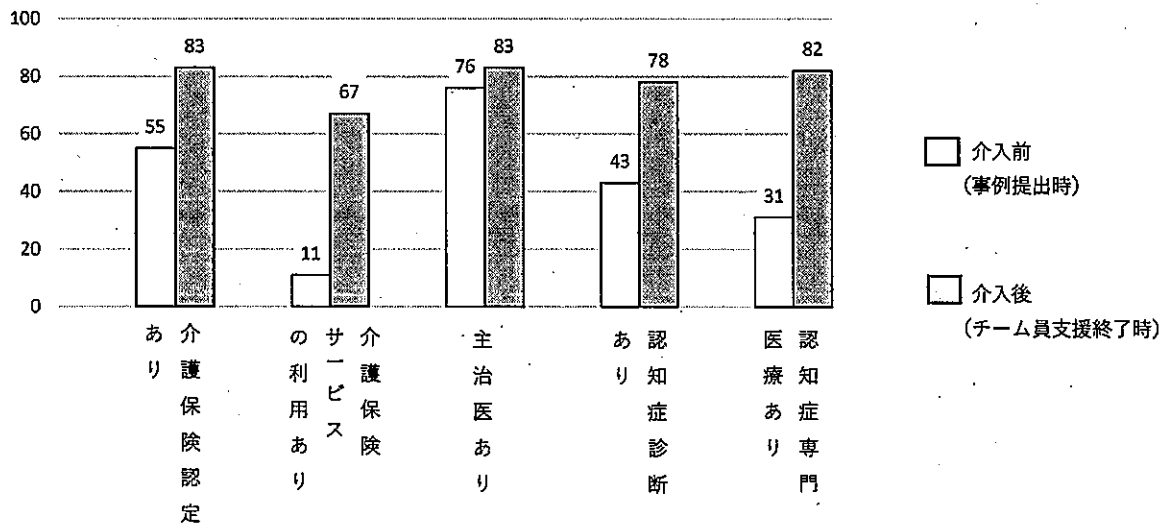
社会的困難事例 (n=97)



(4) 介護保険および医療について (n=97)

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		合計
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	55	42	83	14	97
介護保険サービスの利用有無	11	86	67	30	97
主治医の有無	76	21	83	14	97
認知症診断の有無	43	54	78	19	97
認知症専門医療の有無	31	66	82	15	97

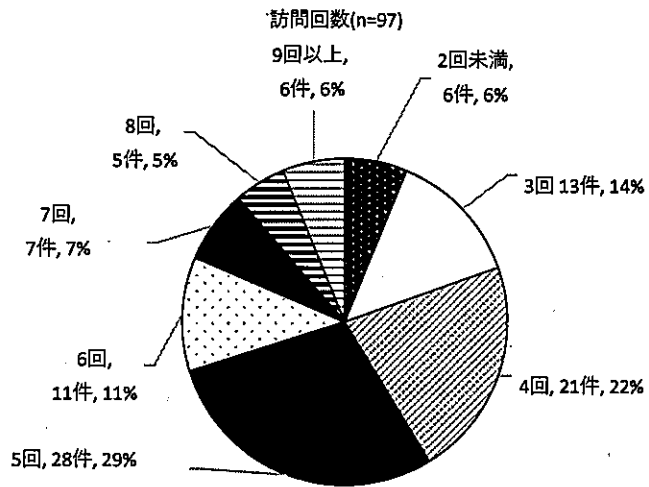
医療・介護サービス介入状況 (n=97)



(5) 訪問回数 (n=97)

2回以下	6
3回	13
4回	21
5回	28
6回	11
7回	7
8回	5
9回以上	6
総計(件数)	97

・訪問延べ回数 489回
 ・平均訪問回数 5.04回

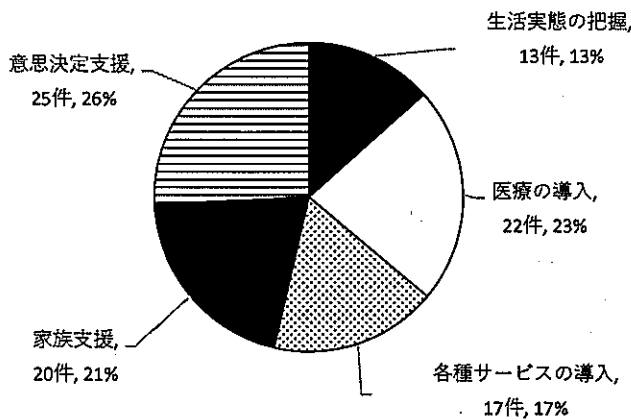


(6) 支援目標と達成度について (n=97)

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%
医療の導入(※1)	22	21	95%
各種サービスの導入(※2)	17	17	100%
家族支援	20	20	100%
意思決定支援	25	24	96%
総計(件数)	97	95	98%

(※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。

主たる目標 (n=97)



4. モニタリング終了者 (n=90) の実績

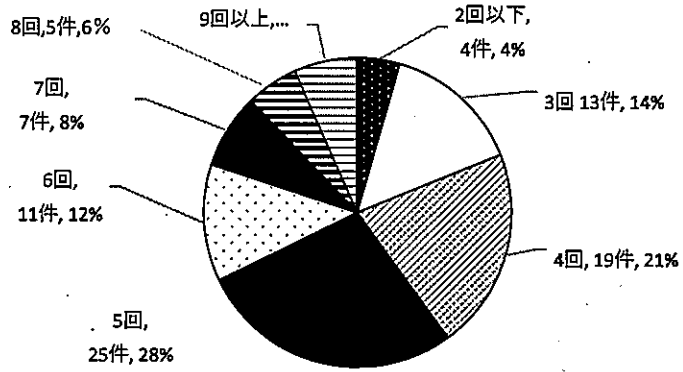
(令和3年1月31日時点)

(1) 訪問回数

2回未満	4
3回	13
4回	19
5回	25
6回	11
7回	7
8回	5
9回以上	6
総計(件数)	90

- ・ 訪問延べ回数 462 回
- ・ 平均訪問回数 5.13 回

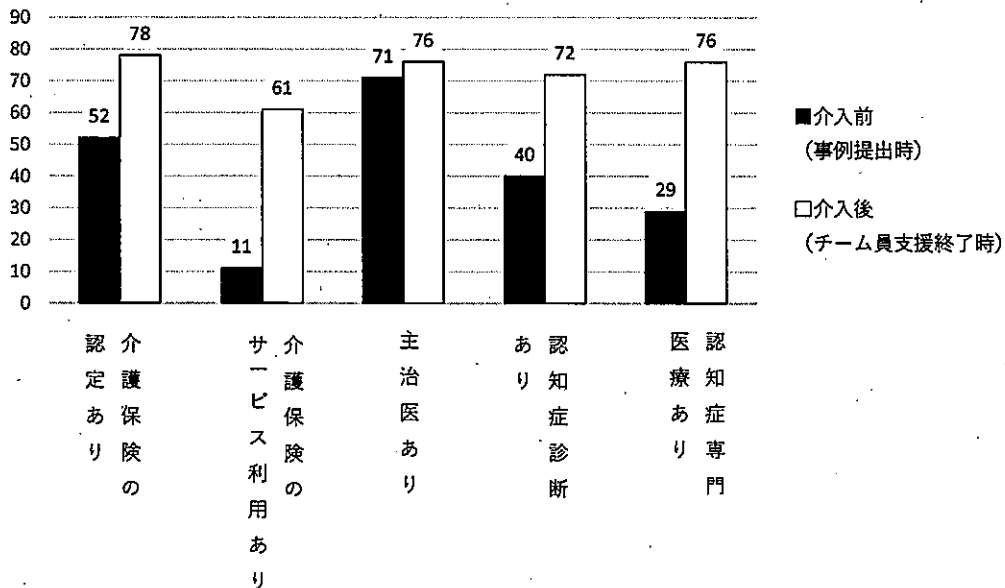
訪問回数 (n=90)



(2) 介護保険および医療について (n=90)

	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	52	38	78	12	90
介護保険サービスの利用有無	11	79	61	29	90
主治医の有無	71	19	76	14	90
認知症診断の有無	40	50	72	18	90
認知症専門医療の有無	29	61	76	14	90

介護保険および医療について (n=90)



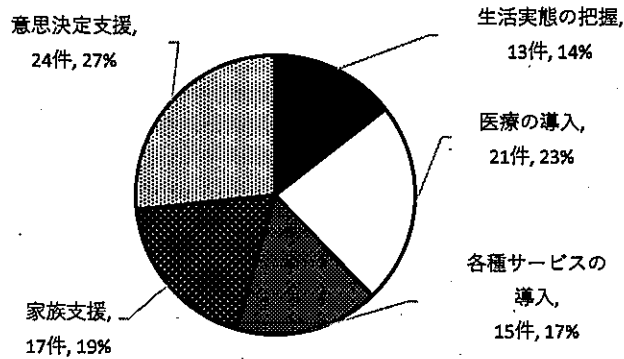
(3) 支援目標と達成度について (n=90)

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%
医療の導入(※1)	21	20	95%
各種サービスの導入(※2)	15	15	100%
家族支援	17	17	100%
意思決定支援	24	23	96%
総計(件数)	90	88	98%

(※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おいての達成状況を示している。

全体の目標達成(※3)	269	258	96%
-------------	-----	-----	-----

主たる目標 (n=90)



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	83	77	93%
(再掲) 認知症専門医療の導入	45	36	80%
各種サービスの導入	70	67	96%
総数(件数)	198	180	91%

4. モニタリングの結果について (n=90)

	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	52	38	78	12	83	7	92%	90
介護保険サービスの利用有無	11	79	61	29	57	33	63%	90
主治医の有無	71	19	76	14	80	10	89%	90
認知症診断の有無	40	50	72	18	77	13	86%	90
認知症専門医療の有無	29	61	76	14	63	27	70%	90

①介護保険の認定有無

・介入後に未認定であった12件のうち、7件はモニタリング時も未導入である。

モニタリング時に認定へ至らなかった7件の理由は、本人が拒否していたり、必要性を感じていないためであった。

②介護保険サービス利用の有無

- ・介入後にサービス未利用であった29件のうち、モニタリング時点で20件未利用であった。
未利用の理由は、本人が利用を拒否したのが11件、必要性を感じていないため利用に至らなかったのが3件、入院3件、新型コロナウイルス感染症への不安が強くサービス利用に消極的であったのが1件、モニタリング後にサービス導入の予定があるのが2件であった。
- ・介入後にサービス利用していた61件のうち、モニタリング時点で13件が中断であった。中断の理由は、死亡2件、入院4件、入所2件、利用拒否3件、本人が必要性を感じていないのが2件であった。

③主治医の有無

- ・介入後に主治医が不在であった14件のうち、モニタリング時点でも主治医が不在であったのは8件であった。
主治医不在の理由は、死亡1件、入所1件、元々主治医が不在で必要性を感じていないのが6件であった。
また、介入後の時点で主治医につながっていたが、モニタリング時点で主治医不在であったのは、2件であった。医療中断の理由は、死亡1件、入所1件であった。

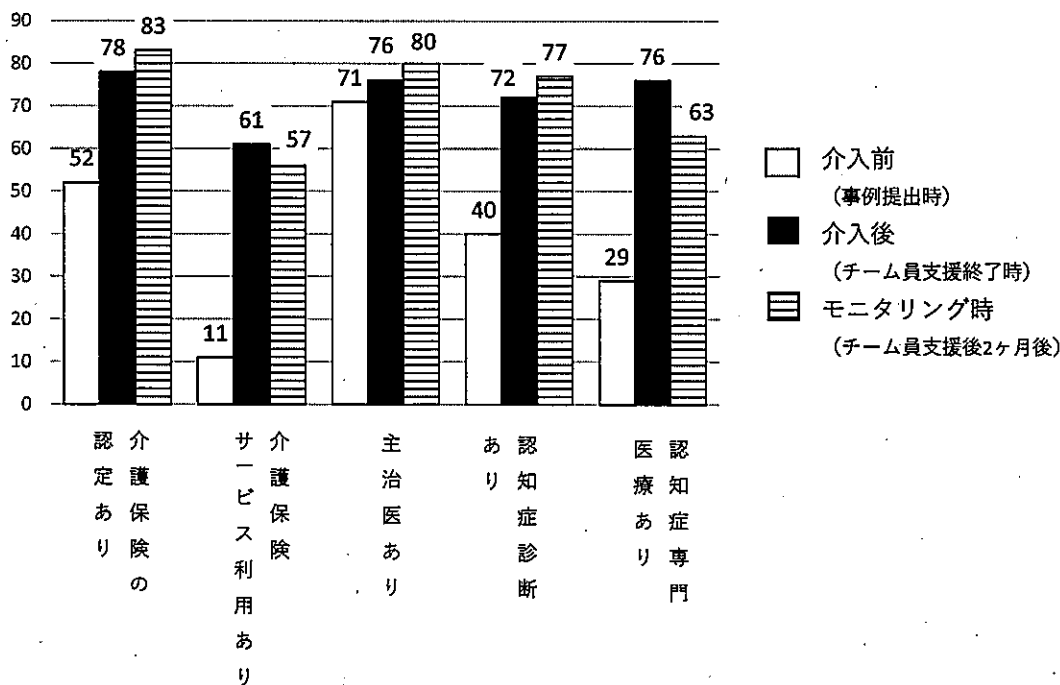
④認知症診断の有無

- ・介入後に診断がなかった18件のうち、モニタリング時点でも未診断であったのは13件であった。
診断に至っていない理由は、死亡1件、入院1件、入所1件、他疾患の治療優先1件、拒否2件、かかりつけ医でフォローしているのが7件であった。

⑤認知症専門医療の有無

- ・介入後に認知症専門医療につながっていなかった14件のうちが、7件がモニタリング時につながっていた。
モニタリング時点でも繋がっていなかった7件の理由は、かかりつけ医でのフォロー5件、拒否1件、死亡1件であった。
- ・介入後に認知症専門医療につながっていたが、モニタリング時点で継続していなかったのは20件であった。中断の理由は、死亡2件、入所2件、その他はかかりつけ医でフォローしている。

介護保険および医療について (n=90)



(2) 支援目標と達成度について (n=90)

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	13	13	100%	13	13	100%
医療の導入(※1)	21	20	95%	21	18	86%
各種サービスの導入(※2)	15	15	100%	15	11	73%
家族支援	17	17	100%	17	17	100%
意思決定支援	24	23	96%	24	23	96%
総計(件数)	90	88	98%	90	82	91%

(※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。

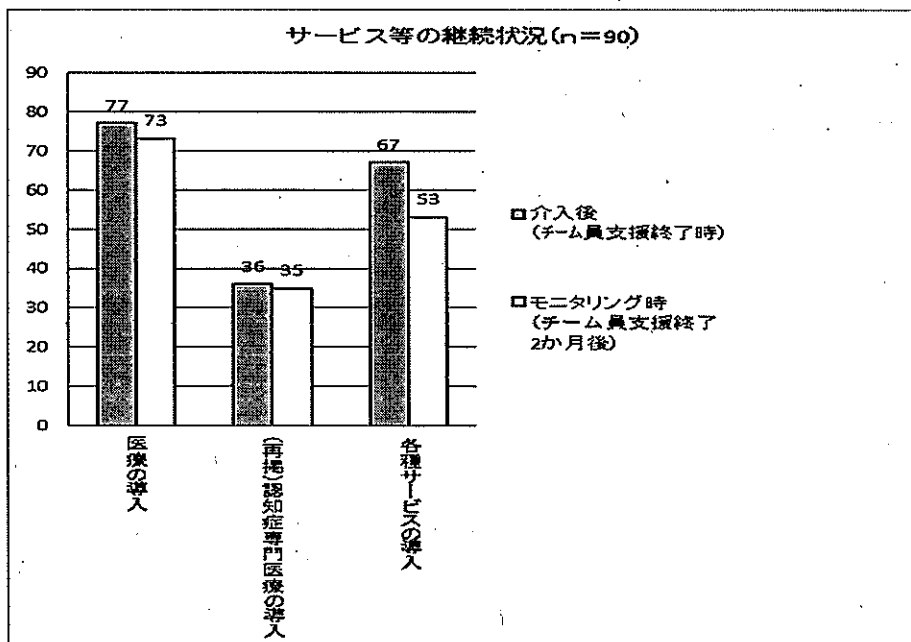
●モニタリング時の目標達成状況

- ・チーム員支援終了時に各医療が未導入であった1件は、認知症専門医療機関で鑑別診断のみ実施したが、その後継続通院にはつながっていない。
モニタリング時に医療が中断したのは2件あり、いずれも死亡したため医療中断となった。
- ・チーム員支援終了時に各種サービス導入していたが、モニタリング時に中断していたのは4件であった。
サービスが中断した理由は、検討したが導入には至らなかったのが3件、入院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=90)

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	83	77	93%	77	73	95%	83	77	93%
(再掲)認知症専門医療の導入	45	36	80%	36	35	97%	45	36	80%
各種サービスの導入	70	67	96%	67	53	79%	70	47	67%
総計(件数)	55	55	100%	180	161	89%	198	160	81%

- ・医療の導入に置いて支援時に目標と掲げていた83件のうち、モニタリング時も継続していたのは73件、継続率は95%であった。さらに、支援期間終了時からモニタリング時までの間に新たに医療が導入されたのは4件であった。
- ・認知症専門医療の導入について、モニタリング時は大きな変動はなく、通院継続できている。
- ・各種サービスの導入について、介入後にサービスが導入され中断したケースは67件中14件であった。
中断した理由は、死亡2件、入院3件、入所1件、本人の拒否4件、他疾患の悪化が3件、経済的問題が1件であった。



令和2年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書 (令和3年1月末現在)

令和3年3月19日
令和2年度第2回世田谷区
認知症施策評価委員会

資料2-②

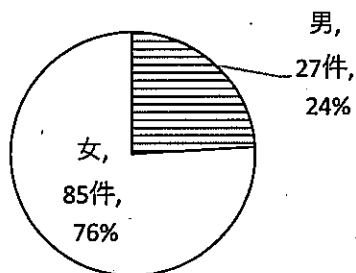
- 事例提出数 112件
- 訪問対象者数 110件
(エントリーのみ: 2件 (内訳: 入院1件、初回訪問前に受診・サービス導入1件))
- 実訪問数 99件

新型コロナウイルス感染症拡大防止による国の緊急事態宣言により、訪問自粛期間があったため、99件のうち、令和3年1月末時点で訪問終了したのは22件となっている。

1. 事例提出 (n=112) の内訳

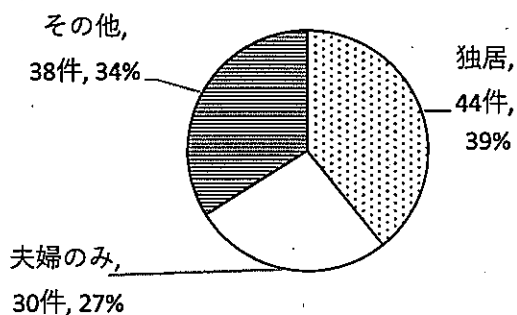
(1) 性別

男	女	総計(件数)
27	85	112



(2) 世帯構成

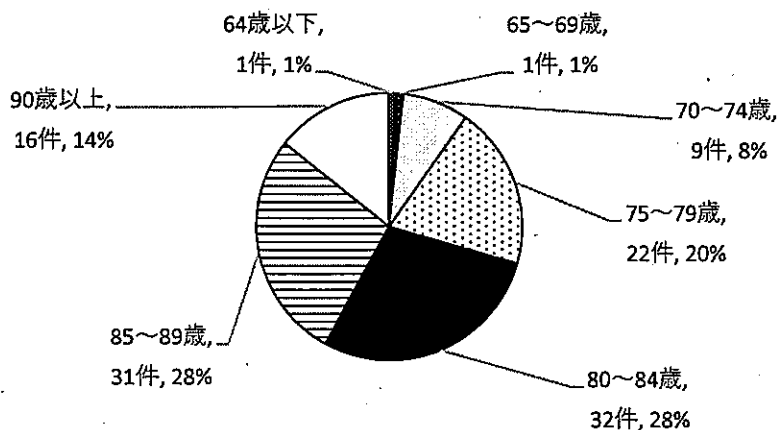
独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
44	30	38	112



(3) 年齢

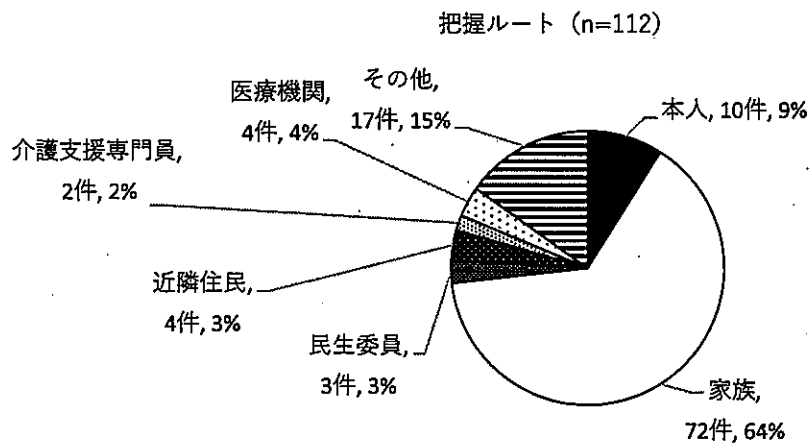
	64歳以下	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
男	1	1	2	5	5	8	5	27
女	0	0	7	17	27	23	11	85
合計	1	1	9	22	32	31	16	112

年齢 (n=112)



(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)
10	72	3	4	2	4	17	112

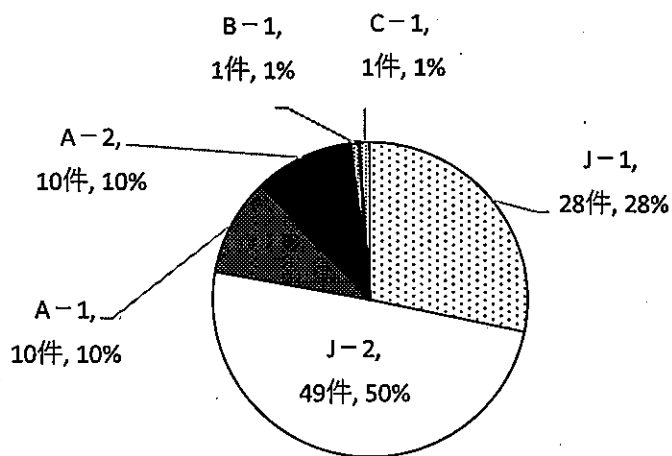


2. 訪問者 (n=99) の内訳

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	28
J-2	49
A-1	10
A-2	10
B-1	1
C-1	1
総計(件数)	99

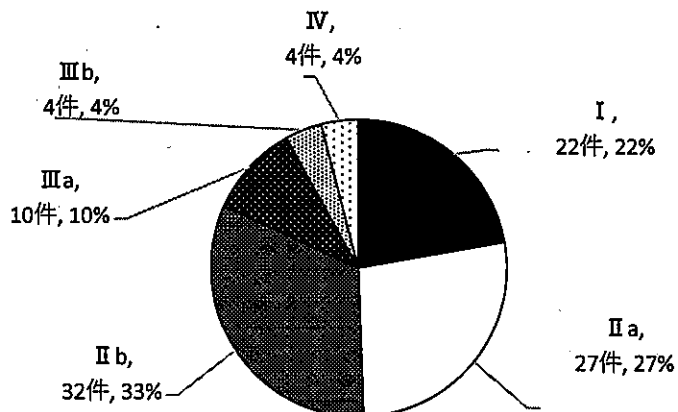
障害高齢者の日常生活自立度 (n=99)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	22
II a	27
II b	32
III a	10
III b	4
IV	4
総計(件数)	99

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=99)

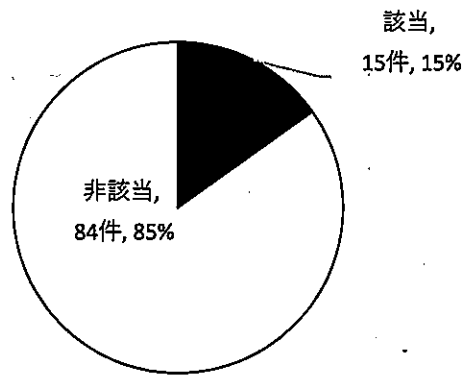


(3) 社会的困難事例

該当	15
非該当	84
総数(件数)	99

※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=99)



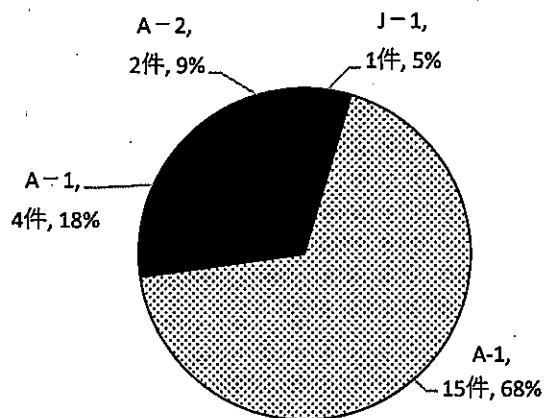
3. 訪問終了者 (n=22)

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	1
J-2	15
A-1	4
A-2	2
B-1	0
C-1	0
総計(件数)	22

新型コロナウイルス感染症拡大防止による国の緊急事態宣言により、訪問自粛期間があったため、99件のうち、令和3年1月末時点で訪問終了したのは22件となっている。

障害高齢者の日常生活自立度 (n=22)

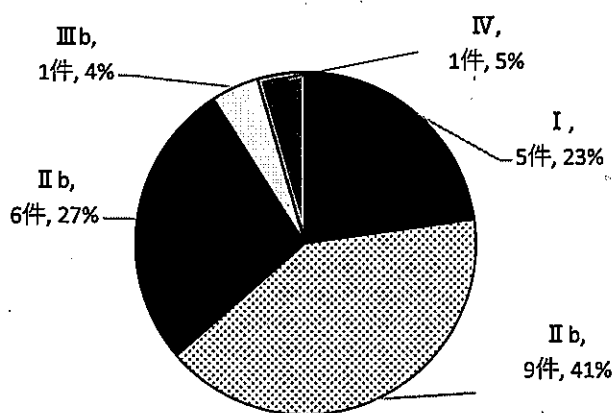


把握ルート×障害度	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	C-1	合計
本人	0	2	0	0	0	0	2
家族	0	9	3	2	0	0	14
民生委員	0	0	0	0	0	0	0
近隣住民	0	1	0	0	0	0	1
介護支援専門員	0	0	1	0	0	0	1
医療機関	0	0	0	0	0	0	0
その他	1	3	0	0	0	0	4
合計	1	15	4	2	0	0	22

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=22)

I	5
II a	9
II b	6
III a	0
III b	1
IV	1
総計(件数)	22



把握ルート×重症度	I	II a	II b	III a	III b	IV	合計
本人	1	1	0	0	0	0	2
家族	2	4	6	0	1	1	14
民生委員	0	0	0	0	0	0	0
近隣住民	0	1	0	0	0	0	1
介護支援専門員	0	1	0	0	0	0	1
医療機関	0	0	0	0	0	0	0
その他	2	2	0	0	0	0	4
合計	5	9	6	0	1	1	22

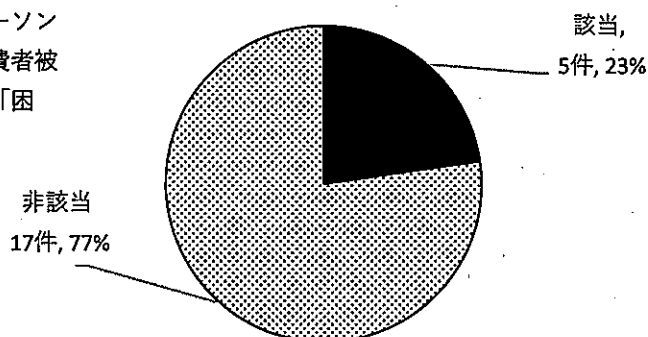
(3) 社会的困難事例

※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=22)

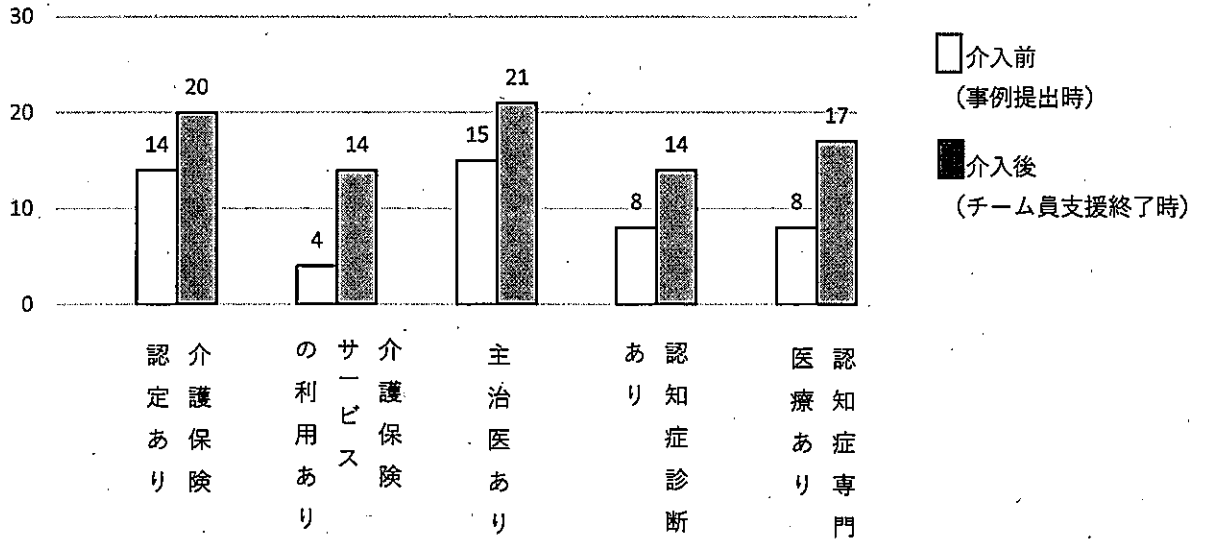
該当	5
非該当	17
総数(件数)	22



(4) 介護保険および医療について

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		合計
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	14	8	20	2	22
介護保険サービスの利用有無	4	18	14	8	22
主治医の有無	15	7	21	1	22
認知症診断の有無	8	14	14	8	22
認知症専門医療の有無	8	14	17	5	22

医療・介護サービス介入状況 (n=22)

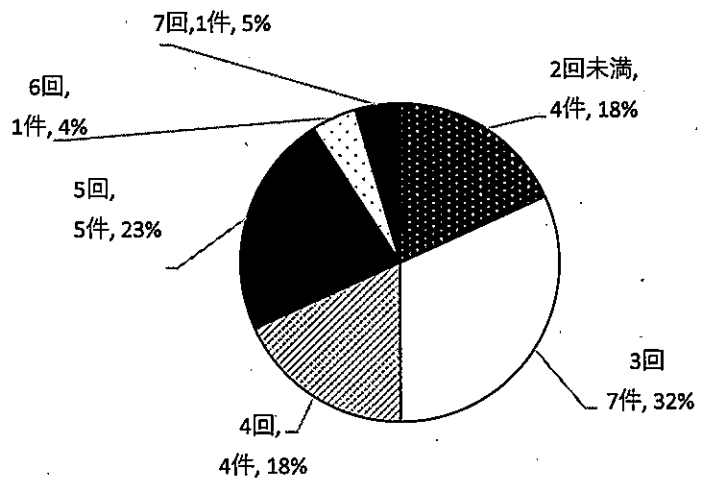


(5) 訪問回数

2回未満	4
3回	7
4回	4
5回	5
6回	1
7回	1
総計(件数)	22

- ・訪問延べ回数 83 回
- ・平均訪問回数 3.77 回

訪問回数 (n=22)



(6) 支援目標と達成度について

主たる目標	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	2	2	100%
医療の導入 (※1)	5	4	80%
各種サービスの導入 (※2)	0	0	-
家族支援	6	6	100%
意思決定支援	9	9	100%
総計 (件数)	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などのいずれかの導入ができた場合を達成としている。

