

令和6年11月11日
午後6時30分～

令和6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 正副委員長の互選 等

4 議 題

(1) 認知症高齢者等のセーフティーネットについて …資料2

- ①認知症高齢者等の行方不明対応状況等について
- ②警察署及び社会福祉協議会による事例紹介
- ③各地区における取組みの事例紹介（九品仏あんしんすこやかセンター）

(2) 第2期世田谷区認知症とともに生きる希望計画に基づく取組みについて …資料3

- ①第2期世田谷区認知症とともに生きる希望計画の概要
- ②令和6年度重点的な検討項目の取組み状況
- ③各地区における取組みの事例紹介（経堂あんしんすこやかセンター）
- ④令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

5 今後のスケジュール

令和7年2月～3月 第3回世田谷区認知症施策評価委員会

6 閉 会

配付資料

- 資料1 世田谷区認知症施策評価委員会 委員・パートナー名簿（令和6年10月1日～令和8年9月30日）、認知症高齢者等のセーフティーネットに係るアドバイザー名簿
- 資料2—1 見守りネットワークに関する統計
- 資料2—2 チラシ「もしも家族や大切な人がいないことに気づいたら ～認知症による行方不明への対応と備え～」
- 資料3 第2期世田谷区認知症とともに生きる希望計画に基づく取組みについて
- 資料3別紙① チラシ「世田谷区認知症あんしんガイドブック」
- 資料3別紙② 令和5年度認知症初期集中支援チーム事業報告書

世田谷区認知症施策評価委員会委員名簿(令和6年10月1日～令和8年9月30日)

	区分	氏名	職(所属)等
	本人	貫 田 直 義	認知症体験者、テレビ東京アメリカ元社長、 元テレビ東京プロデューサー
	学識経験者	大 熊 由 紀 子	国際医療福祉大学大学院教授
	学識経験者	村 中 峯 子	神奈川工科大学健康医療科学部看護学科 特命教授
	学識経験者	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
	学識経験者	永 田 久 美 子	認知症介護研究・研修東京センター副センター長 (研究部部長)
	学識経験者	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
★	専門医	大 島 健 一	都立松沢病院認知症疾患医療センター長
	専門医	長 谷 川 幹	世田谷公園前クリニック名誉院長
	地区医師会	太 田 雅 也	(社)世田谷区医師会副会長
	地区医師会	山 口 潔	(社)玉川医師会理事
	地区歯科医師会	村 上 直 弘	(公社)世田谷区歯科医師会担当理事
	地区歯科医師会	栗 屋 剛	(公社)玉川歯科医師会担当理事
	地区薬剤師会	佐 伯 孝 英	(社)世田谷薬剤師会監事
	地区薬剤師会	橋 元 晶 子	(社)玉川砧薬剤師会理事
	地域団体	小 池 宗 和	世田谷区民生委員児童委員協議会副会長
	地域団体	高 橋 和 夫	世田谷区町会総連合会副会長
	地域団体	小 塚 千 枝 子	世田谷区商店街連合会女性部相談役
	地域団体	高 橋 聰 子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
	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
	地域団体	岡 崎 克 美	世田谷区社会福祉協議会副会長
	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
	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
★	介護保険事業者等	氏 家 雅 史	経堂あんしんすこやかセンター
★	介護保険事業者等	佐々木 由実	九品仏あんしんすこやかセンター
	介護保険事業者等	遠 矢 純 一 郎	世田谷区認知症在宅生活サポートセンター代表
★	学生	浪 井 百 合 香	昭和女子大学人間社会学部福祉社会学科
★	学生	庄 司 の ど か	昭和女子大学人間社会学部福祉社会学科

※★・・・今期からの新規委員

世田谷区認知症施策評価委員会パートナー名簿(令和6年10月1日～令和8年9月30日)

	氏名	職（所属）等
1	貫 田 弥 生 友 子	貫田直義委員パートナー

認知症高齢者等のセーフティーネットに係るアドバイザー名簿

	区分	氏名	職（所属）等
1	警察署	太田原 徹也	世田谷警察署生活安全課長
2	警察署	河 原 健 司	北沢警察署生活安全課長
3	警察署	小 幡 康 二	玉川警察署生活安全課長
4	警察署	菊 池 理 彦	成城警察署生活安全課長
5	地域活動団体	金 安 博 明	（福）世田谷区社会福祉協議会 地域社協課長
6	地域活動団体	尾 崎 一 美	（福）世田谷区社会福祉協議会 地域社協課調整係長

見守りネットワークに関する統計

資料2-1

4

	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)
区による行方不明対応				
行方不明対応の延べ件数(実件数)	—	12(11)	14(14)	20(20)
東京都「行方不明認知症高齢者等情報共有サイト」登録件数	2	7	6	8
あんしん見守り事業				
見守り相談の延べ人数(実件数)	23,923 (6,525)	25,201 (6,101)	22,597 (5,313)	20,296 (5,980)
上記のうち、見守り継続人数(終了件数)	18,062 (5,861)	18,238 (6,983)	15,533 (7,064)	12,729 (7,567)
見守りボランティア登録人数 ※令和5年度は令和6年3月1日時点	226	110	130	112
ボランティア訪問利用人数 ※令和5年度は令和6年3月1日時点	71	48	41	70
高齢者見守りステッカー(高齢福祉課)				
登録人数	378	392	497	598
通報対応件数	4	6	4	7
せたがや一人歩きSOSネットワーク(社会福祉協議会)				
事前登録者の実人数	86	94	89	76
メール配信件数	4	4	4	9
協力者人数(新規登録者数)	606 (20)	611 (5)	576 (9)	531 (8)

各警察署における統計

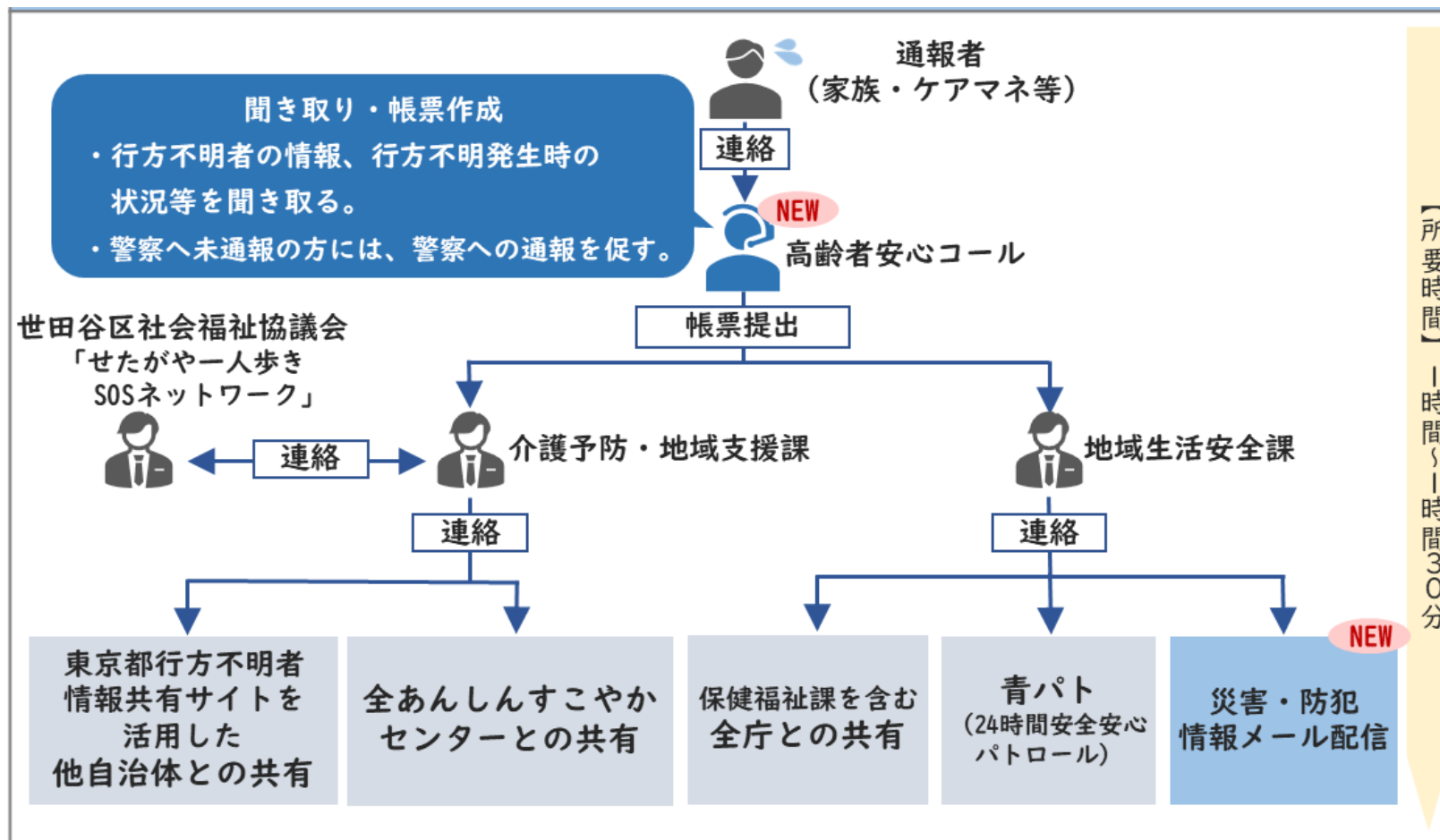
5

No	内容	警察署	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	令和5年 (2023年)
1	行方不明者の届出の受理件数	世田谷	51	81	66	42
		北沢	40	31	64	49
		玉川	71	52	56	58
		成城	93	101	112	99
		合計	255	265	298	248
2	1のうち、 認知症(疑い含む)の方の延べ件数 ※括弧内は実数	世田谷	15(10)	18(16)	16(14)	6(6)
		北沢	5(5)	2(2)	17(16)	9(9)
		玉川	13(13)	14(14)	11(9)	9(8)
		成城	27(24)	19(18)	32(30)	24(21)
		合計	60(52)	53(50)	76(69)	48(44)
3	2のうち、 届出が2回目以上の方の実数	世田谷	3	2	1	0
		北沢	0	0	1	0
		玉川	0	0	1	1
		成城	2	1	2	2
		合計	5	3	5	3

※その年の1月～12月の件数を計上

※初回か否かの判断は、当該年において判断

●高齢者安心コールを活用した行方不明の対応（令和6年度～）



●令和6年度の区の対応実績（令和6年9月30日時点）

- ・行方不明対応の延べ件数（実件数）・・・・・・・・・・7件
- ・東京都行方不明認知症高齢者等情報共有サイトの活用・・・・・・・・6件
- ・全庁（あんしんすこやかセンター含む）での情報共有・・・・・・・・7件
- ・青パト（24時間安全安心パトロール）・・・・・・・・・・6件
- ・災害・防犯情報メールの配信・・・・・・・・・・5件
- ・せたがや一人歩きSOSネットワークメールの配信・・・・・・・・5件

もしも 家族や大切な人が いないことに気づいたら ～認知症による行方不明への対応と備え～



最初に

警 察 署

へすぐに相談しましょう！

警察署への相談や届出は、一刻も早いほうが無事に早く発見される可能性が高くなります。
本人がいないことに気づいたら、すみやかに110番通報しましょう。

？

警察署には何を伝えたら良いの？

本人の氏名、性別、年齢、特徴、いなくなった時の様子、服装、よく行きそうな場所など、できるだけ詳しい情報をお伝えください。

次に

高齢者安心コールに連絡しましょう！

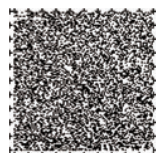
以下の対応が可能です

- 世田谷区24時間安全安心パトロールでの捜索
- 世田谷区役所内、あんしんすこやかセンター、近隣自治体への情報提供
- せたがや一人歩きSOSネットワーク（地域の協力者への呼びかけ）
- 災害・防犯情報メール配信サービス（区民の皆さんへの協力の呼びかけ）

高齢者安心コール（24時間365日対応）

電話：03-5432-1010 FAX：03-5432-1030

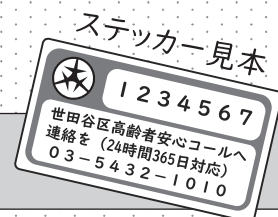
「災害・防犯情報メール」では、
区からの災害・防犯情報等を配信しています。▶
ぜひご登録ください！



2024.4.1

もしもに備えてできること

行方不明を未然に防ぐ対策をすることで
安心して外出を続けることができます



高齢者見守りステッカーを利用しましょう！

ステッカー（シール）を靴や衣類等の身の回りの物に貼り付けておくことで、警察等に保護された際に、ステッカーに記載の登録番号から、24時間365日対応している高齢者安心コールを通じ、事前登録いただいた緊急連絡先に連絡をする仕組みです。

費用は
かかりません

対 象 者	以下①、②を全て満たす方 ①区内に住民登録がある方 ②要介護Ⅰ以上の認定を受け、認知症により外出すると自宅等に 戻れない事が「ときどきある」や「常にある」状態の方
配 付 物	見守りステッカー 1人20枚
事前登録内容	住所、氏名、性別、生年月日、電話番号、緊急連絡先（2名）
申 込 先	高齢者安心コール 電話：03-5432-1010 FAX：03-5432-1030

安心して外出をするためにできることがあります！ Point!

- 服装や、よく履く靴、よく持って出かける物、よく歩くルートや立ち寄り先などを覚えておきましょう。
- 名前や連絡先を、衣類や持ち物の外から目立たないところに書いておきましょう。
【例】タグやポケット内側、靴の内側など
- なるべく直近に撮影した、本人と分かる写真を準備しておきましょう。
- 周りの人に伝えたいことも書ける「希望をかなえるヘルプカード」を活用しましょう。
- 電波を利用して居場所を特定しやすい機器（GPS）や、外出を感知する見守りセンサーなどの便利な機器を活用しましょう。

「希望をかなえる
ヘルプカード」の
詳細はこちら



「せたがや一人歩きSOSネットワーク」に登録しましょう！

本人や家族等が、お近くの地域社協事務所または社協地区事務局で事前登録をお願いします。本人が行方不明になった際、地域の協力者に本人の特徴（服装・写真など）をメール配信します。24時間365日受付可能です。

【せたがや一人歩きSOSネットワークの問合せ先】

社会福祉法人世田谷区社会福祉協議会地域社協課
電話：03-5429-2206 FAX：03-5429-2204

せたがや一人歩き
SOSネットワークの
詳細はこちら



【発行】世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課
電話：03-5432-2954 FAX：03-5432-3085

第2期世田谷区

認知症とともに生きる希望計画に 基づく取組みについて

(令和6年10月現在)



1

第2期世田谷区認知症とともに生きる希望計画の概要

第2期世田谷区認知症とともに生きる希望計画について

● 計画の目的

世田谷区認知症とともに生きる希望条例に掲げる「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」の実現を目指し、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すること。

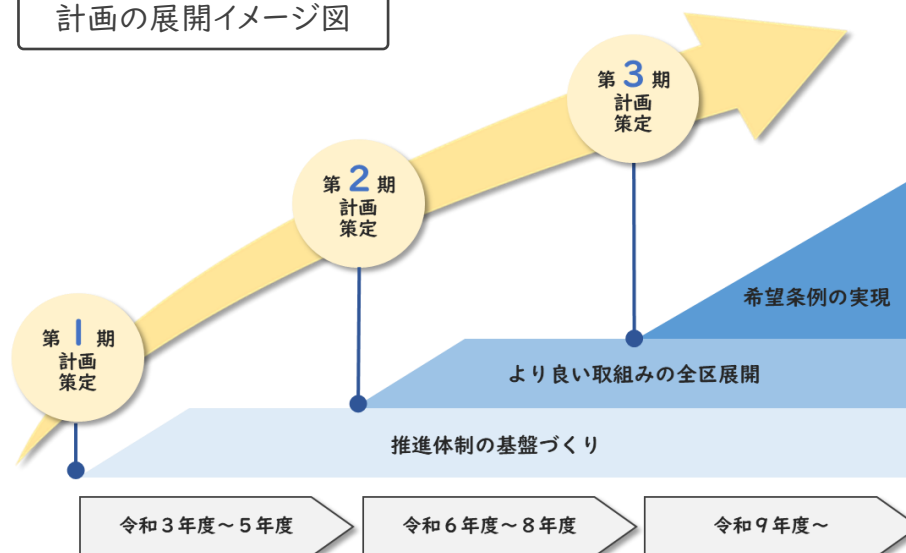
● 計画の期間

- ・令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間。
- ・第1期計画の内容を引き継ぎながら、より良い取組みを全区的に広げていく。

● 第2期計画において目指す将来像

条例の基本理念が広く浸透し、地区のアクションが全区で展開するとともに、認知症の本人が自らの思いを発信・社会参画しながら、地域でともに希望を持って暮らせるまち

計画の展開イメージ図



令和6年度の認知症施策の全体像（主な取組み）



本人向け

- 認知症初期集中支援チーム事業
- もの忘れチェック相談会
- 医師による認知症専門相談事業
- 認知症本人交流会
- **認知症バリアフリーの推進**
- 社会参加プログラム事業



家族向け

- 介護者向けのストレスケア講座
- 家族のための心理相談
- 家族会・介護者の会の開催及び運営支援
- 家族会交流会

区民向け
(本人・家族含む)

- もの忘れ相談窓口（あんしんすこやかセンター）
- アクション講座
（世田谷版認知症サポーター養成講座）
- アクションチームの活動支援
- セーフティーネットの充実
- 各種講演会（**認知症を知る講座**）
- 認知症あんしんガイドブックの配布
- 区報・ホームページ・SNS等での周知



関係機関向け

- **医療機関との診断後支援の連携強化**
- 日本版BPSDケアプログラム
- 専門職向け研修
（世田谷区福祉人材育成・研修センター）
- あんしんすこやかセンター職員研修
- インフォーマルサービス情報誌の発行

赤字：令和6年度からの新たな取組み

区と認知症在宅生活サポートセンターを中心に
様々な取組みを連動させながら、認知症施策を総合的に推進

■ 認知症施策の推進体制

- 区と認知症在宅生活サポートセンターを共同事務局として、各取組みを推進する。
- 以下の「令和6年度重点的な検討項目」は、1期計画での「プロジェクト推進チーム」体制から変更し、区と認知症在宅生活サポートセンターを事務局とした「テーマ別ミーティング」を必要に応じて開催し、多様な関係者との連携・協働により検討し、取組みを推進する。

【令和6年度重点的な検討項目】

	検討テーマ	検討内容
1	認知症月間イベント	9月21日(土)に保健医療福祉総合プラザで開催予定の「希望条例施行4周年・令和6年度認知症イベント」の内容について 等
2	情報収集・発信の強化	・区のおしらせ8月25日号(地域版・1面のみ)の掲載内容について ・認知症在宅生活サポートセンターのHPの充実策について
3	医療・介護・ あんしんすこやかセンターの 連携強化	医療機関からあんしんすこやかセンターやケアマネジャーに繋がる仕組みの強化について 等
4	私の希望ファイル	・本人が希望を表出するための環境とツールについて ・本人の希望を叶えていく仕組みについて
5	アクションチーム	アクションチームの全地区結成に向けて、あんしんすこやかセンター等への必要な支援等について 等

2

令和6年度重点的な検討項目の取組み状況

令和6年度重点的な検討項目の取組み状況

1 認知症月間イベント

■ 内容

9月21日(土)、世田谷区保健医療福祉総合プラザにて、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」施行4周年・令和6年度認知症月間イベントを開催した。

テーマ	認知症を知る・触れる・感じる
参加人数	115名
実施内容	<u>第1部 認知症講演会</u> ・講演(講師:遠矢委員) ・アクション講座 <u>第2部 体験型イベント</u> ・「認知症世界の歩き方」ワークショップ ・「ハワイアン」をテーマにした 認知症カフェと本人交流会 ・もの忘れ相談コーナー <u>各種展示コーナー</u> ・にんさぽギャラリー2024(作品展) ・各アクションチームの紹介 ・希望条例の紹介

希望条例施行4周年・令和6年度認知症月間イベント
—認知症になってからも希望の持てる社会—

令和6年
9/21(土)
14:00 - 16:00
(13:30開場)
参加費無料

認知症を 知る・触れる・感じる

世田谷区立保健医療福祉総合プラザ1階

高齢化が進む中、認知症は誰にとっても身近なものになってきています。
世田谷区では、どのような取組みが行われているのでしょうか。
このイベントでは、認知症の最新情報や区の取組みを知り、
認知症の本人の活動に触れ、認知症の方が見ている世界を感じることができます。

タイムテーブル

14:00 対象:世田谷区在住・在勤・在学の方
● 認知症講演会
「認知症とよりよく付き合おう」
世田谷区認知症在宅生活サポートセンター 医師 遠矢 純一郎
● アクション講座(世田谷版認知症サポーター養成講座) 研修室C

15:00 ワークショップ
「認知症世界の歩き方」
認知症の方が
見ている世界を
体験してみませんか? 研修室C

オレンジカフェせた OHA
認知症本人交流会
「ハワイアン」をテーマにした
認知症カフェと
認知症本人交流会を開催! カフェベース

もの忘れ相談
福祉の専門職が
もの忘れや認知症の
相談に応じます 実習室

16:00

講演会
お申込み
9月19日(木)までに電話またはFAXでせたがやコールへご連絡ください
TEL:03-5432-3333 FAX:03-5432-3100
(受付時間:8時~21時 年中無休)

音声コード

世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの
ホームページからお申し込みいただけます
<https://setagaya-ninsapo.jp/news/021778.html>

主催・問合せ 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター TEL:03-6379-4315 FAX:03-6379-4316 <https://setagaya-ninsapo.jp/>

1 認知症月間イベント

■ 当日の様子



講演

遠矢委員による講演。「認知症とよりよく付き合おう」をテーマに、認知症の基本情報や新薬、国の動向などについてお話いただきました。



ハワイアン喫茶

本人交流会と認知症カフェ(せたOHA)による合同企画。ハワイ民謡の合唱や認知症の本人によるクイズ大会など、大いに盛り上がりました。



アクションチームの活動展示

各地区のアクションチームの活動内容を展示。創意工夫された様々な活動が展示され、多くの参加者がじっくりと展示を見る姿が印象的でした。

■ 参加者の声

- 講演会での、「認知症への最大の処方箋は“地域づくり”」という言葉に感動した。
- ハワイアンの雰囲気も相まって、楽しく認知症の方の話が聞けた。
- アクションチームが沢山あることに希望を感じた。

■ グッドストーリー

認知症の本人が、当事者の仲間との出会いを求めて、ハワイアンカフェに参加した。初めて仲間と出会い、会話やゲームを一緒に楽しんだ。ハワイアンカフェでの体験をきっかけに、後日開催した本人交流会にも参加している。

令和6年度重点的な検討項目の取組み状況

2 情報収集・発信の強化～区のおしらせ「せたがや」による情報発信～

■ 内容

区のおしらせ「せたがや」8月25日号1面により、地域参加や認知症あんしんガイドブック、認知症月間イベントについての情報発信を行った。地域参加については、砧地域の事例に基づいて、認知症になってからも交流できる場所が身近にあることを、多くの方の目に留まりやすい4コマ漫画を用いて紹介した。

● 区のおしらせ8月25日号1面



令和6年度重点的な検討項目の取組み状況

3 医療・介護・あんしんすこやかセンターの連携強化～相談支援体制の強化～

内容

医療機関を受診した本人や家族等が、早期にあんしんすこやかセンターと繋がる体制を強化するため、医療機関から本人等へ配付いただきたいチラシ（別紙①）を作成し、医療機関等約1,400か所へ協力を依頼した。

●医療機関等から本人等へ配付するチラシ

認知症について知りたい方
認知症と診断された方・そのご家族の方へ

世田谷区認知症あんしんガイドブック

認知症に関するさまざまな情報を掲載している3冊構成の冊子を配布しています。



本冊

認知症に関する相談や受診、診断後のサポート、大切な仲間づくりの場所や暮らしを支えるサービスなどを分かりやすく解説



別冊

認知症の本人に体験談をインタビューした記事や、仲間づくりができる場所を具体的に紹介



資料編

認知症に関する相談先やサービスについての連絡先・相談時間などを一覧で掲載

配布場所

あんしんすこやかセンター
(地域包括支援センター)

あんしんすこやかセンターの一覧は裏面またはこちらをご覧ください。

冊子は、世田谷区認知症在宅生活サポートセンターのホームページからもご覧いただけます。

【発行元】世田谷区 高齢福祉部 介護予防・地域支援課
【問合せ先】世田谷区認知症在宅生活サポートセンター
電話: 03-6379-4315 / FAX: 03-6379-4316
令和6年7月発行

【表面】 認知症あんしんガイドブック(※) の紹介

※認知症について知りたい方、認知症かもしれないと思っている方、認知症と診断された方やそのご家族などに向けて、認知症に関する様々な情報を掲載している3冊構成の冊子。

【裏面】 あんしんすこやかセンターの説明と 所在地一覧を掲載

もの忘れや認知症に関する不安や悩みは
あんしんすこやかセンター にご相談ください!

あんしんすこやかセンターでは、認知症に関する「もの忘れ相談」を行っています。ご自身やご家族のことで気になることがありましたら、お気軽にお住まいの地区のあんしんすこやかセンターへご相談ください。

【こんな相談を受け付けています】
・もの忘れや認知症について
・介護保険、保健福祉サービスについて
・認知症と診断された後の生活の工夫

あんしんすこやかセンター 一覧
開設時間 午前8時30分～午後5時(日曜・祝日・2月29日～1月3日除く)

地区	名称	所在地	電話番号	FAX番号	担当区域
世田谷	池尻	池尻3-27-21	03-5433-2512	03-3418-5261	池尻1～3、池尻4(1～2階)、三軒
	太子堂	太子堂2-17-1 2階	03-5486-9726	03-5486-9750	太子堂、三軒茶屋1
	若林	若林1-34-2	03-5431-3527	03-5431-3529	若林、三軒茶屋2
	上町	世田谷1-23-6 2階	03-5480-3481	03-5480-8005	世田谷、桜、篠崎
	鎌倉	宮坂1-44-29	03-5451-5580	03-5451-5582	宮坂、桜丘、篠崎
北沢	下馬	下馬4-13-4	03-3422-7216	03-3414-5225	下馬、野沢
	上馬	上馬4-10-17	03-5430-8059	03-5430-8085	上馬、駒沢1・2
	梅丘	梅丘1-61-18	03-5426-1957	03-5426-1959	代田1～3、梅丘、豪徳寺
	代沢	代沢5-1-15	03-5432-0533	03-5433-0684	代沢、池尻4(3～39階)
	新代田	羽根木1-6-14	03-6356-3402	03-3323-3523	代田4～6、羽根木、大原
五反田	北沢	北沢2-8-18 北沢タウンホール地下1階	03-5478-9101	03-5478-8072	北沢
	松原	松原5-43-26	03-3323-2511	03-5300-0212	松原
	赤堤	赤堤5-31-5	03-3325-2352	03-5300-0031	赤堤、板橋上水
	奥沢	奥沢3-15-7	03-6421-9131	03-6421-9137	東玉川、奥沢1～3
	九品仏	奥沢7-35-4	03-6411-6047	03-6411-6048	玉川田園都市、奥沢4～6
玉川	等々力	等々力3-4-1 玉川総合支所2階	03-3705-6526	03-3703-5221	玉川、等々力、馬山台
	上野毛	中野2-33-11	03-3703-8956	03-3703-5222	上野毛、野毛、中野
	国分寺	国分寺2-29-22 2階	03-3706-4457	03-3700-4511	上野毛、野毛、玉川台
	二子玉川	玉川4-4-5 2階	03-6797-5616	03-3700-0677	玉川、国分寺
	深沢	駒沢4-33-12	03-6779-6670	03-3418-5271	駒沢4～6、駒沢公園、新町、板橋、深沢
砧	祖師谷	祖師谷4-1-23	03-3789-4599	03-3789-4591	祖師谷、千歳台1・2
	成城	成城3-10-10	03-3483-8900	03-3483-8731	成城
	船橋	船橋4-3-2	03-3482-3276	03-5490-3289	船橋、千歳台3～6
	喜多見	喜多見5-11-10	03-3415-2313	03-3415-2314	喜多見、宇野根、船田
	砧	砧5-6-18	03-3416-3217	03-3419-3250	南本、大蔵、砧、砧公園
島山	上北沢	上北沢4-33-6	03-3306-1511	03-3329-1005	上北沢、八幡山
	上祖師谷	上祖師谷2-7-9	03-5315-5577	03-3305-6333	上祖師谷、船谷
島山	島山6-2-19 島山民生センター2階	03-3307-1196	03-3300-6885	船田、南島山、北島山	

令和6年度重点的な検討項目の取組み状況

4 私の希望ファイル

- 希望条例の基本理念の実現に向けた仕組みとして、「私の希望ファイル」の取組みを着実に進めるため、区および認知症在宅生活サポートセンターにおいて、現状と課題の整理や今後の進め方について検討中。
- 今後は、多様な関係者によるテーマ別ミーティングの開催を12月～1月に予定し、検討を重ねて、「私の希望ファイル」の取組みを推進していく。
(メンバー調整中)

5 アクションチーム

- 各アクションチームの活動情報を収集する仕組みを検討・実施し、9/21認知症月間イベントにおいて、各アクションチームの活動を紹介する展示を行った。
- 今後は、各アクションチームの情報を、より多くの区民等と共有する手法を検討するとともに、アクションチームの結成や、結成後の持続可能な活動に向けた支援策を検討し、アクションチームの取組みを発展させていく。

3

各地区における取組みの事例紹介
(経堂あんしんすこやかセンター)

4

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

■ 目的

概ね40歳以上の在宅で生活している認知症（疑い含む）の方や家族等を対象に、認知症に関する正しい情報提供のほか、認知症の進行や介護に関する心理的負担の軽減、医療・介護サービスの円滑導入等を図り、支援体制を作ること。

■ 内容

● 認知症初期集中支援チームによる支援

看護師、医師等の専門職からなる「認知症初期集中支援チーム」が、定期的（原則6ヶ月程度）に家庭を訪問して、集中的に支援を行う。

● チーム員会議による検討

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」（1人あたり平均3回）を実施している。

■ 令和5年度実施結果（令和6年9月末時点、詳細は別紙②のとおり）

	令和5年度	令和4年度
件数	150件	118件
支援チーム訪問延数	665回 (1件平均4.3回)	504回 (1件平均4.3回)

● 主たる支援目標の達成度

目標	対象件数	達成件数	達成率
生活実態の把握	7	7	100%
医療の導入	32	31	97%
各種サービスの導入	16	15	94%
家族支援	33	31	94%
意思決定支援	62	61	98%
合計	150	145	97%

● 事業満足度（事業終了2か月後のモニタリング調査結果）

n=129

満足	やや満足	やや不満	不満	その他	合計
82件 (63%)	33件 (26%)	5件 (4%)	0件 (0%)	9件 (7%)	129件

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

■ 事例紹介① 自らの意思で介護サービスの利用を決断した事例

対象者 80代女性

- ・子(60代)と同居
- ・同じ物の繰り返し購入や短期記憶が低下。医療機関は未受診。
- ・自己肯定感が低く、買い物以外は自宅に引きこもり誰とも話さない日が続いていた。

支援内容

初回訪問時に本人の暮らしや夫婦の思い出、子への思い等の希望を傾聴。
本人のペースを大切にしながら、課題整理と対応策を本人とともに考え、支援した。

1 専門医療受診

もの忘れの不安を表出し、
自ら受診を希望

↓
認知症の診断を受け、
介護保険を申請。

※自宅での時間を増やしてあげ
たい子の思いから、**本人が希
望するまで、サービス利用は
急がない。**

2 集いの場への参加①

「おしゃべりがしたい!」と本
人が希望を表出

↓
**地区型本人交流会に
参加**

↓
顔なじみの
あんすこ職員が送迎し、
安心して参加できた

3 集いの場への参加②

「起きる時、膝が痛い」と
本人からのSOS

↓
**はつらつ介護予防講座に
参加**

↓
送迎ボランティアの
知人の都合が悪くなり、
利用をやむなく中断した

4 介護サービスの提案

「いざという時に不安」と
本人が不安を表出

↓
送迎や専門職のサポートが
あることを説明し、
デイサービスの利用を提案

↓
自らの意思で利用を決断

まとめ

- ・本人の希望や意思を汲み取りながら**本人が希望する活動と一緒に模索したことで、それぞれのタイミングで自身に合ったサービスを選択**することができた。
- ・子はあるしんすこやかセンターに不安を抱いていたが、**信頼して本人を委ねる気持ちへ変化**した。

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

■ 事例紹介② 当事者同士の交流に繋がり、生活の質が向上した事例

対象者 80代男性

- 妻(70代)と同居
- 軽度認知障害
- 本人が変化を受け入れられず、抑うつ、不安、怒りっぽさが目立ち、妻が対応に苦慮していた。

支援内容

初回訪問時に本人が表出した「外に出る機会を持ちたい」という希望を踏まえ、本人に発信力があつたことから、世田谷区の本人発信の取組みや本人交流会を紹介し、当事者同士の交流を支援した。

本人交流会への参加

- 日々の暮らして体験した思いを**同じ境遇の人と分かち合う**ことができた。
- 自作の漢字クイズを披露し、参加者が楽しんでいる様子を見て、**自分にも役に立てることがあると実感**できた。

本人交流会に参加してからの変化

【本人】

もの忘れは歳をとれば仕方のないこと。**同じ境遇の人との交流を通じて、“こんなもんかな”と受け入れられるようになった。**

【妻】

家に籠りきりだったが、今は自分から予定を確認するようになった。また、「認知症」と聞くだけで怒りだしていたが、**今は穏やかに話ができるようになった。**

これからの本人の思い

これからも積極的に外に出て、自分の知識や経験を地域の町会や子どもたちに伝えていきたい！

まとめ

- 認知症の当事者同士が集まる場を提案した結果、**本人の気持ちが更に前向きに変化**した。
- 本人交流会に参加し、当事者と思いを分かち合ったことで**認知機能の低下を受け入れるようになり、妻の負担の軽減**にも繋がった。

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

■ 認知症在宅生活サポートセンターにおける評価と課題

● 認知症の初期段階での早期支援

現在は、既に認知症と診断されているが、医療・介護サービス等につなげていない方が主な支援対象者であるが、今後は認知症の疑いがあり、まだ診断されていない方への支援にも注力していく必要がある。

本人や家族がより良い日常生活を送るために必要不可欠な医療・介護サービスをはじめ、インフォーマルサービスに関する情報へのアクセス性の向上を図るとともに、医療・介護の専門職における認知症観の転換を図るための取り組みを引き続き進めていく。

● 支援チームのノウハウやスキルの強化

初期集中支援チーム事業の目的を実現するためには、介護・医療の知識とともに地域の社会資源等の情報もタイムリーに把握することが重要である。

「本人と家族が住み慣れた地域でどのように暮らしたいか」といった本人主体の意思決定支援を行うため、チーム全員で多角的で質の高い知識・技術の習得に努め支援を行っていく。

令和5年度初期集中支援チーム事業の実績報告

■ 区における評価と課題

● あんしんすこやかセンターへのバックアップ

令和5年度より、本事業の理解促進を目的として、あんしんすこやかセンター向けに事業説明会を開催した結果、前年度よりも利用者が増加した。あんしんすこやかセンター職員が本事業を理解し、上手く活用することが非常に重要であることから、引き続き、連携を大切にしながら、本人や家族への適切な支援に繋がるよう体制を整えていく。

● 効率的・効果的な事業運営

利用者の増加に伴い、あんしんすこやかセンター及び認知症在宅生活サポートセンター職員による書類作成や訪問、チーム員会議への出席等の業務負担が増大している。今後、利用者の更なる増加を想定し、書類の簡略化やチーム員会議の オンライン化等、より効率的・効果的な事業運営を検討していく必要がある。

⇒ **令和6年度より、チーム員会議のオンライン開催を試行中**

● 医療機関や専門職等への周知

本事業の実施には、事業利用者のかかりつけ医やケアマネジャー等の理解が重要であることから、今後、地域の医療機関や専門職等への更なる事業周知と理解促進を図っていく必要がある。

認知症について知りたい方 認知症と診断された方・そのご家族の方へ

資料3別紙①

27

世田谷区認知症あんしんガイドブック

認知症に関するさまざまな情報を掲載している3冊構成の冊子を配布しています。



本冊

認知症に関する相談や受診、
診断後のサポート、
大切な仲間づくりの場所や
暮らしを支えるサービスなどを
分かりやすく解説

配布場所

あんしんすこやかセンター
(地域包括支援センター)



別冊

認知症の本人に体験談を
インタビューした記事や、
仲間づくりができる場所を
具体的に紹介



資料編

認知症に関する相談先や
サービスについての
連絡先・相談時間などを
一覧で掲載

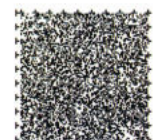
あんしんすこやかセンターの一覧は
裏面またはこちらからご覧ください。



冊子は、
世田谷区認知症在宅生活サポートセンター
のホームページからもご覧いただけます。



【発行元】世田谷区 高齢福祉部 介護予防・地域支援課
【問合せ先】世田谷区認知症在宅生活サポートセンター
電話:03-6379-4315/FAX:03-6379-4316

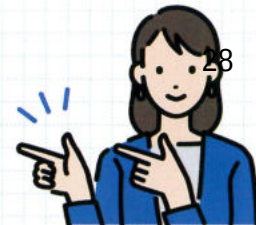


令和6年7月発行



もの忘れや認知症に関する不安やお悩みは

あんしんすこやかセンター にご相談ください!



あんしんすこやかセンターでは、認知症に関する「もの忘れ相談」を行っています。ご自身やご家族のことで気になることがありましたら、お気軽にお住まいの地区のあんしんすこやかセンターへご相談ください。

【こんな相談を受け付けています】

- ・もの忘れや認知症について
- ・介護保険、保健福祉サービスについて
- ・認知症と診断された後の生活の工夫

あんしんすこやかセンター 一覧

開設時間 午前8時30分～午後5時(日曜・祝日・12月29日～1月3日除く)

相談
無料

地域	名 称	所 在 地	電話番号	FAX番号	担 当 区 域
世田谷	池 尻	池尻3-27-21	03-5433-2512	03-3418-5261	池尻1～3、池尻4(1～32番)、三宿
	太 子 堂	太子堂2-17-1 2階	03-5486-9726	03-5486-9750	太子堂、三軒茶屋1
	若 林	若林1-34-2	03-5431-3527	03-5431-3528	若林、三軒茶屋2
	上 町	世田谷1-23-5 2階	03-5450-3481	03-5450-8005	世田谷、桜、弦巻
	経 堂	宮坂1-44-29	03-5451-5580	03-5451-5582	宮坂、桜丘、経堂
	下 馬	下馬4-13-4	03-3422-7218	03-3414-5225	下馬、野沢
	上 馬	上馬4-10-17	03-5430-8059	03-5430-8085	上馬、駒沢1・2
北 沢	梅 丘	梅丘1-61-16	03-5426-1957	03-5426-1959	代田1～3、梅丘、豪徳寺
	代 沢	代沢5-1-15	03-5432-0533	03-5433-9684	代沢、池尻4(33～39番)
	新 代 田	羽根木1-6-14	03-5355-3402	03-3323-3523	代田4～6、羽根木、大原
	北 沢	北沢2-8-18 北沢タウンホール 地下1階	03-5478-9101	03-5478-8072	北沢
	松 原	松原5-43-28	03-3323-2511	03-5300-0212	松原
	松 沢	赤堤5-31-5	03-3325-2352	03-5300-0031	赤堤、桜上水
玉 川	奥 沢	奥沢3-15-7	03-6421-9131	03-6421-9137	東玉川、奥沢1～3
	九 品 仏	奥沢7-35-4	03-6411-6047	03-6411-6048	玉川田園調布、奥沢4～8
	等 々 力	等々力3-4-1 玉川総合支所 2階	03-3705-6528	03-3703-5221	玉堤、等々力、尾山台
	上 野 毛	中町2-33-11	03-3703-8956	03-3703-5222	上野毛、野毛、中町
	用 賀	用賀2-29-22 2階	03-3708-4457	03-3700-6511	上用賀、用賀、玉川台
	二 子 玉 川	玉川4-4-5 2階	03-5797-5516	03-3700-0677	玉川、瀬田
	深 沢	駒沢4-33-12	03-5779-6670	03-3418-5271	駒沢3～5、駒沢公園、新町、桜新町、深沢
砧	祖 師 谷	祖師谷4-1-23	03-3789-4589	03-3789-4591	祖師谷、千歳台1・2
	成 城	成城6-3-10	03-3483-8600	03-3483-8731	成城
	船 橋	船橋4-3-2	03-3482-3276	03-5490-3288	船橋、千歳台3～6
	喜 多 見	喜多見5-11-10	03-3415-2313	03-3415-2314	喜多見、宇奈根、鎌田
	砧	砧5-8-18	03-3416-3217	03-3416-3250	岡本、大蔵、砧、砧公園
烏 山	上 北 沢	上北沢4-32-9	03-3306-1511	03-3329-1005	上北沢、八幡山
	上 祖 師 谷	上祖師谷2-7-6	03-5315-5577	03-3305-6333	上祖師谷、粕谷
	烏 山	南烏山6-2-19 烏山区民センター 2階	03-3307-1198	03-3300-6885	給田、南烏山、北烏山

令和5年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書

○事例提出数	157 件
うちエントリーのみ：	7 件 (理由：入院3件、別事業優先利用2件、訪問拒否1件、身体面アプローチ優先1件)
○訪問対象者数	150 件
○モニタリング終了者	129 件

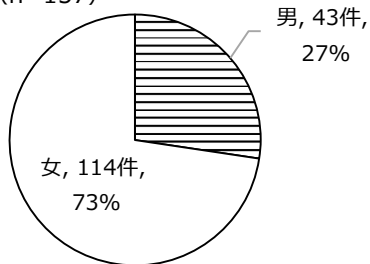
【令和6年9月末時点】

1. 事例提出の内訳 (n=157)

(1) 性別

男	女	総計(件数)
43	114	157

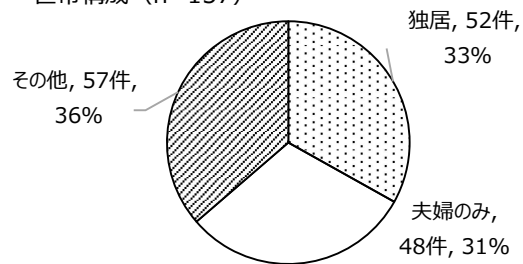
性別 (n=157)



(2) 世帯構成

独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
52	48	57	157

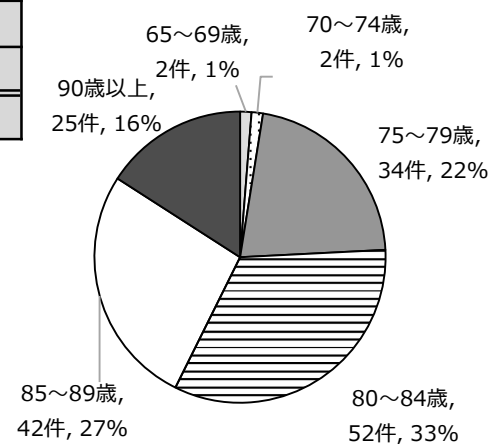
世帯構成 (n=157)



(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	1	9	13	12	7	43
女	1	1	25	39	30	18	114
合計	2	2	34	52	42	25	157

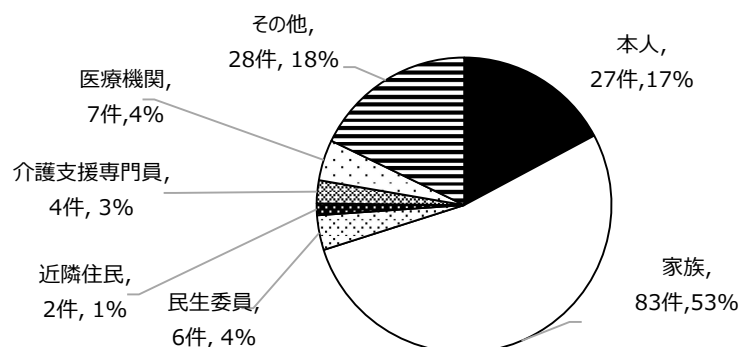
年齢 (n=157)



(4) 把握ルート

本人	27
家族	83
民生委員	6
近隣住民	2
介護支援専門員	4
医療機関	7
その他	28
総計(件数)	157

把握ルート (n=157)



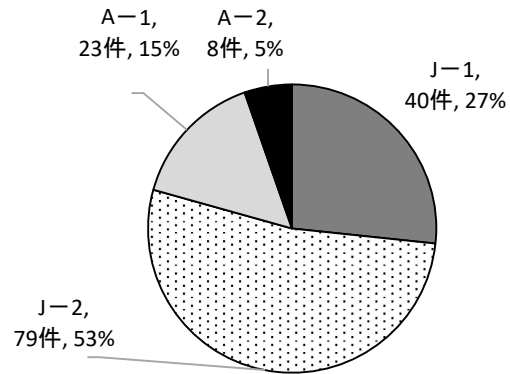
2. 訪問終了者の内訳 (n=150)

【令和6年9月末時点】

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	40
J-2	79
A-1	23
A-2	8
総計(件数)	150

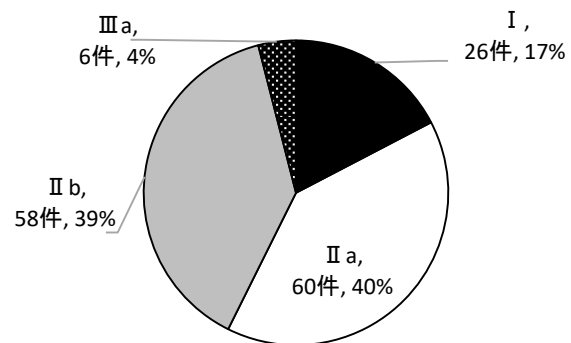
障害高齢者の日常生活自立度 (n=150)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	26
II a	60
II b	58
III a	6
III b	0
IV	0
総計(件数)	150

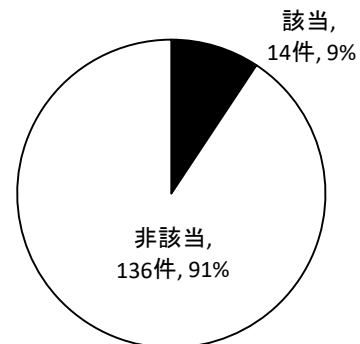
認知症高齢者の日常生活自立度 (n=150)



(3) 社会的困難事例

該当	14
非該当	136
総数(件数)	150

社会的困難事例 (n=150)



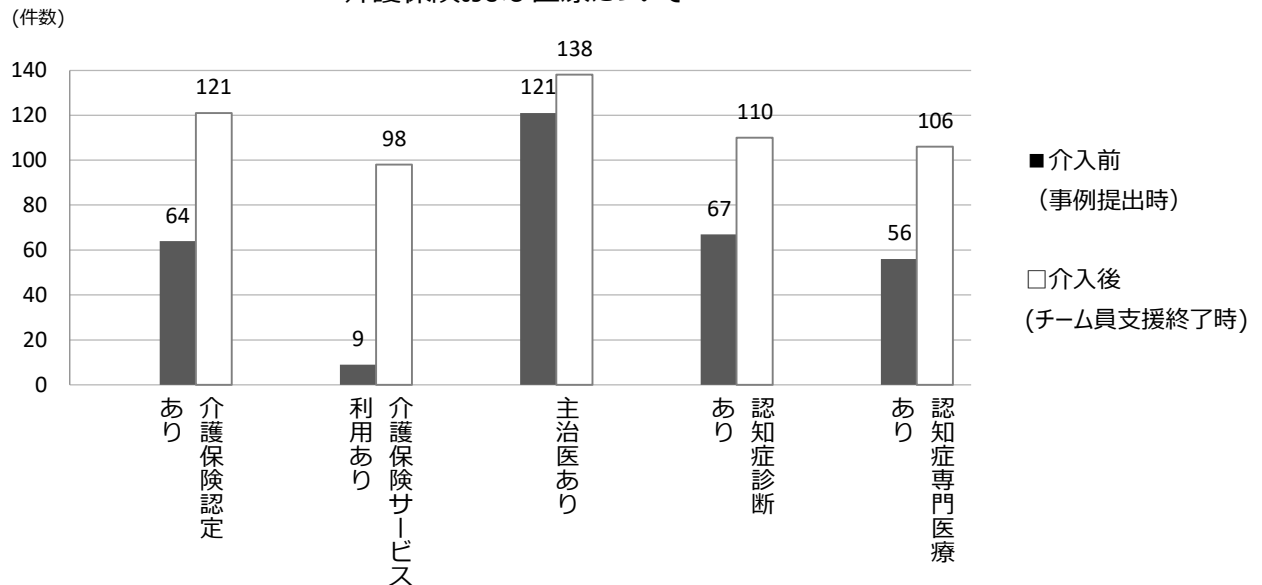
※社会的困難事例とは

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。

(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	
介護保険認定の有無	64	86	121	29	150
介護保険サービス利用の有無	9	141	98	52	150
主治医の有無	121	29	138	12	150
認知症診断の有無	67	83	110	40	150
認知症専門医療の有無	56	94	106	44	150

介護保険および医療について (n=150)

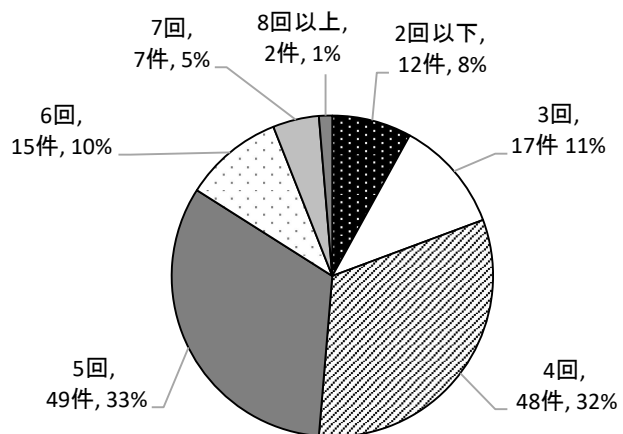


(5) 訪問回数

2回以下	12
3回	17
4回	48
5回	49
6回	15
7回	7
8回以上	2
総計(件数)	150

・訪問延べ回数 665 回
・平均訪問回数 4.43 回

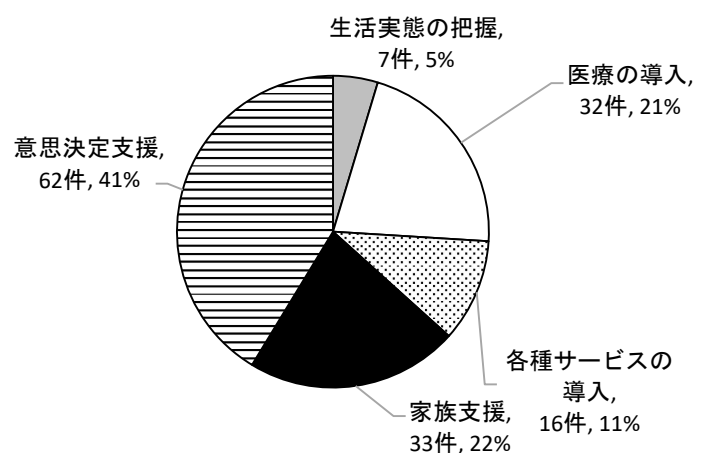
訪問回数 (n=150)



(6) 支援目標と達成度について (チーム員支援終了時)

主たる目標	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	7	7	100%
医療の導入 (※1)	32	31	97%
各種サービスの導入 (※2)	16	15	94%
家族支援 (※3)	33	31	94%
意思決定支援 (※4)	62	61	98%
総計 (件数)	150	145	97%

主たる目標 (n=150)



全体の目標達成 (※5)	620	605	98%
--------------	-----	-----	-----

- (※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかだけでも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) 家族支援は、家族に対し必要に応じて認知症に関する情報提供や相談、医療機関受診勧奨を行った結果、負担感の軽減、家族関係の良好化、相談ができる支援者となつたことができた場合等を達成としている。
 (※4) 意思決定支援は、認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。事例選定の段階で、認知症の初期の事例が選定されることが多くなってきたため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。
 (※5) 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。

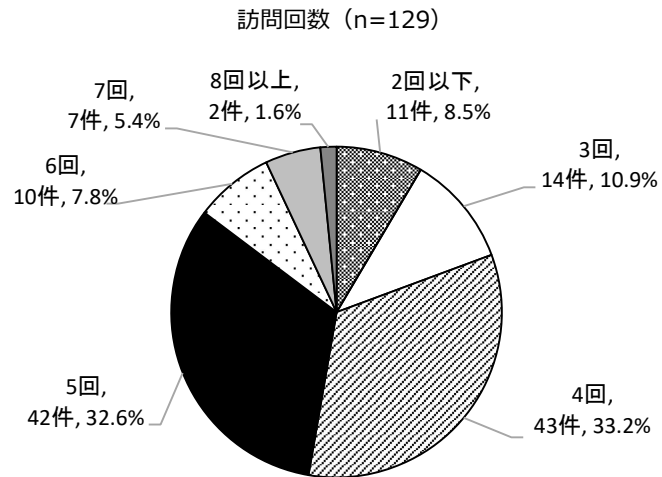
3. モニタリングの結果について (n=129)

【令和6年9月末時点】

※チーム員支援終了の概ね2ヶ月後、モニタリングを実施する。

(1) 訪問回数

2回以下	11
3回	14
4回	43
5回	42
6回	10
7回	7
8回以上	2
総計(件数)	129



- ・訪問延べ回数 569 回
- ・平均訪問回数 4.41 回

(2) 介護保険および医療について (n=129)

	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)			総数 (件数)
	有	無	有	無	有	無	有の割合	
介護保険認定の有無	54	75	103	26	113	16	88%	129
介護保険サービス利用の有無	8	121	85	44	73	56	57%	129
主治医の有無	106	23	119	10	115	14	89%	129
認知症診断の有無	56	73	95	34	92	37	71%	129
認知症専門医療の有無	47	82	92	37	86	43	67%	129

①介護保険の認定の有無

- ・介入後の時点で認定を受けていなかったのは26件であったが、モニタリング終了時には16件になった。
- ・モニタリング終了時、介護保険認定に至らなかった16件は、本人や家族が必要を感じていないが5件、受診拒否のため主治医意見書の依頼先がなく申請できないが3件、死亡が3件、インフォーマル・サービスの利用が2件、家族対応が1件、本人利用拒否が1件、今後申請予定が1件であった。

②介護保険サービスの利用有無

- ・介入後にサービス未利用は44件であったが、モニタリング終了時は56件であった。
- ・モニタリング終了時に未利用だった56件は、必要を感じていないが11件、インフォーマル・サービスの利用が6件、家族対応が5件、本人利用拒否が27件、死亡が3件、施設入所が3件、検討中が1件であった。

③主治医の有無

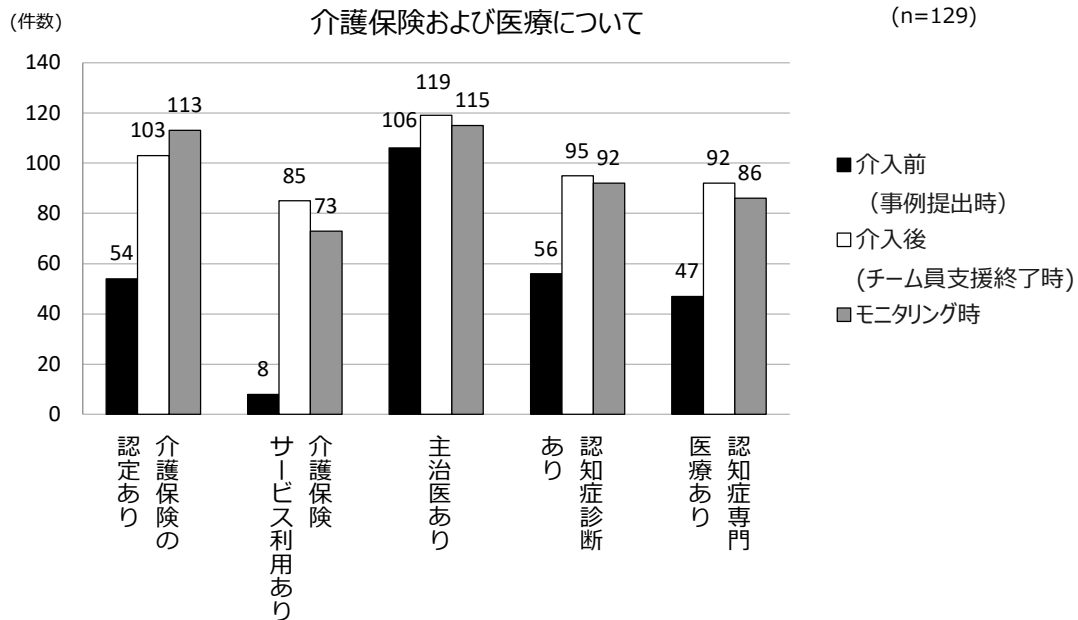
- ・介入後に主治医が不在だったのは10件であったが、モニタリング終了時には14件だった。
- ・モニタリング終了時に主治医が不在だった14件は、本人拒否が7件、本人が必要を感じていないが3件、死亡が3件、入院・入所が1件であった。

④認知症診断の有無

- ・介入後に認知症の診断に至らなかったのは34件であったが、モニタリング終了時は37件であった。
- ・認知症診断に至っていない理由は、本人が診断を希望していないが16件、主治医フォローが13件、家族が診断を希望していないが3件、死亡が3件、状態が安定したが1件、他疾患の治療を優先したが1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のは37件であったが、モニタリング終了時は43件であった。
- ・モニタリング終了時で認知症専門医療につながっていなかった理由は、主治医によるフォローが18件、本人拒否が15件、死亡が3件、入院・入所が2件、家族が希望しないが2件、本人が必要を感じていないが1件、他疾患の治療を優先したが1件、今後受診予定が1件であった。



(3) 支援目標と達成度について

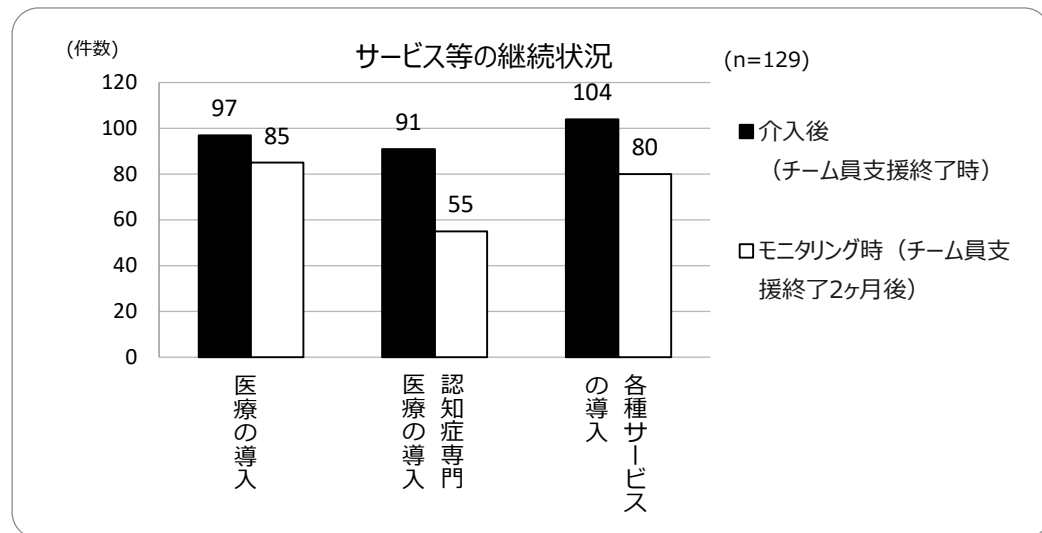
主たる目標	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時の状況 (チーム員支援終了2か月後)		
	件数 (実)	目標達成件数	達成率	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	7	7	100%	7	5	71%
医療の導入	27	26	96%	27	25	93%
各種サービスの導入	10	9	90%	10	6	60%
家族支援	28	27	96%	28	26	93%
意思決定支援	57	56	98%	57	52	91%
総計 (件数)	129	125	97%	129	114	88%

- ・主たる目標として掲げていた各項目は、介入後の時点では高い水準で目標達成しており、モニタリング時も概ね継続できている。

(4) 副目標として掲げた件数を含めた医療の導入・各種サービスの導入目標と達成状況について

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			(継続+新規)状況		
				目標達成件数	継続数	継続率	目標達成件数	件数(延)	達成率
医療の導入	101	97	96%	97	85	88%	97	86	89%
(再掲)認知症専門医療の導入	95	91	96%	91	55	60%	91	56	62%
各種サービスの導入	107	104	97%	104	80	77%	104	100	96%
総計 (件数)	303	292	96%	292	220	75%	292	242	83%

- ・医療の導入において、介入後に目標を達成していた97件のうち、モニタリング時に医療が継続されていたのは85件であった。また、介入当初は中断していたが、モニタリング時点で新たに医療機関につながったが1件あったため、86件になった。
- ・認知症専門医療の導入について、介入後に目標を達成していた91件のうち、モニタリング時に、認知症専門医療が継続されていたのは55件であった。また、介入当初から中断していたが、モニタリング時点で新たに認知症専門医療の導入が1件あったため、56件になった。
- ・各種サービスの導入について、介入後に目標達成した104件のうち、モニタリング時に各種サービスが継続されていたのは80件であった。また、モニタリング時点で新たにサービスにつながったが20件あったため、100件になった。

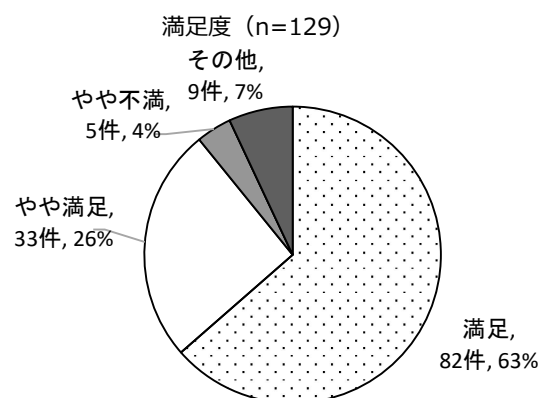


【参考資料】モニタリング時 満足度調査結果

■ 満足度

満足	82
やや満足	33
やや不満	5
不満	0
その他	9
	129

※その他9件：死亡3件、入院・入所2件
記憶力低下のため覚えていない3件、訪問拒否1件



■ 「満足」と回答した方(82件)のコメント *一部抜粋

1 医療・介護サービスの導入

- ・介護保険サービスへ繋がったため、とても助かりました。
- ・少しずつ外から来る人に慣れて、介護保険を利用する道筋ができて良かった。
- ・本人が気に入るデイに通い始めることができた。家族とゆっくりと話をする時間ができた。
- ・介護保険サービス導入により家族の身体的、心理的負担軽減につながった。
- ・デイサービスの利用を勧めてもらえたことで、前に進むことができたので、感謝している。
- ・医療との関わりが全くなかったが、かかりつけ医が決まり、訪問診療の契約をすることができた。
- ・病院に定期受診するようになったことで一緒に外を歩くようになった。
- ・認知症の診断を受けるきっかけになり、診断を受けたことで漠然とした不安の軽減につながった。
- ・専門医の先生に受診することができ、本人の認知症の状況や対応方法についても理解できて良かった。
- ・介護用品やリハビリについて教えてもらったり、介護負担について話を聞いてもらって助かった。

2 チームでの介入

- ・家族の事を専門職に客観的に診てもらうことができてとてもいい機会となった。
- ・チーム員に関わってもらうことで、次につながる支援が得られたので良かった。
- ・サービスの利用につながり、相談先も増えたことで安心感が得られた。

3 あんしんすこやかセンターの後方支援

- ・相談できるところができて良かったです。頼りにしています。
- ・糸口が見えないところから、やっと抜け出せた。相談する人がいることがとても心強いと感じた。
- ・食生活や内服薬の管理の状況なども把握でき、注意してみたいポイントも分かった。本人の意向も確認することができた。
- ・高齢者との関わり方について学ぶことができた。困った時の相談先ができた。
- ・認知症に対する理解や対応方法を知ることができた。相談先がある事は精神的にありがたい。

■ 「やや不満」と回答した方(5件)のコメント *一部抜粋

- ・話を聞いてもらうのはありがたいけど、特に困っているわけではないので、そんなに来てももらってもすることが無い。
- ・自分でできるうちは、頑張れるところまでやりたい。病院には行く必要がないので中断した。
- ・話は聞いてもらったが、解決には至らなかった。本人は、話し相手になってくれて良かった。
- ・病名(認知症)が知りたかった。訪問自体は本人、家族の話を聞いてもらえて良かった。認知症の診断のため主治医から精密検査の提案をしているが受診に至っていない。夫の認知症への理解が乏しいことも課題になっている。