

令和3年3月4日  
高齢福祉部  
介護予防・地域支援課

## 世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）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（以下「条例」という。）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、条例第18条に規定する認知症施策評価委員会の意見を受け、計画の案を取りまとめたので報告する。

### 2. 計画（案）の内容

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

### 3. 今後のスケジュール（予定）

令和3年 3月 計画策定

# 世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）【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、より良い取り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  
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

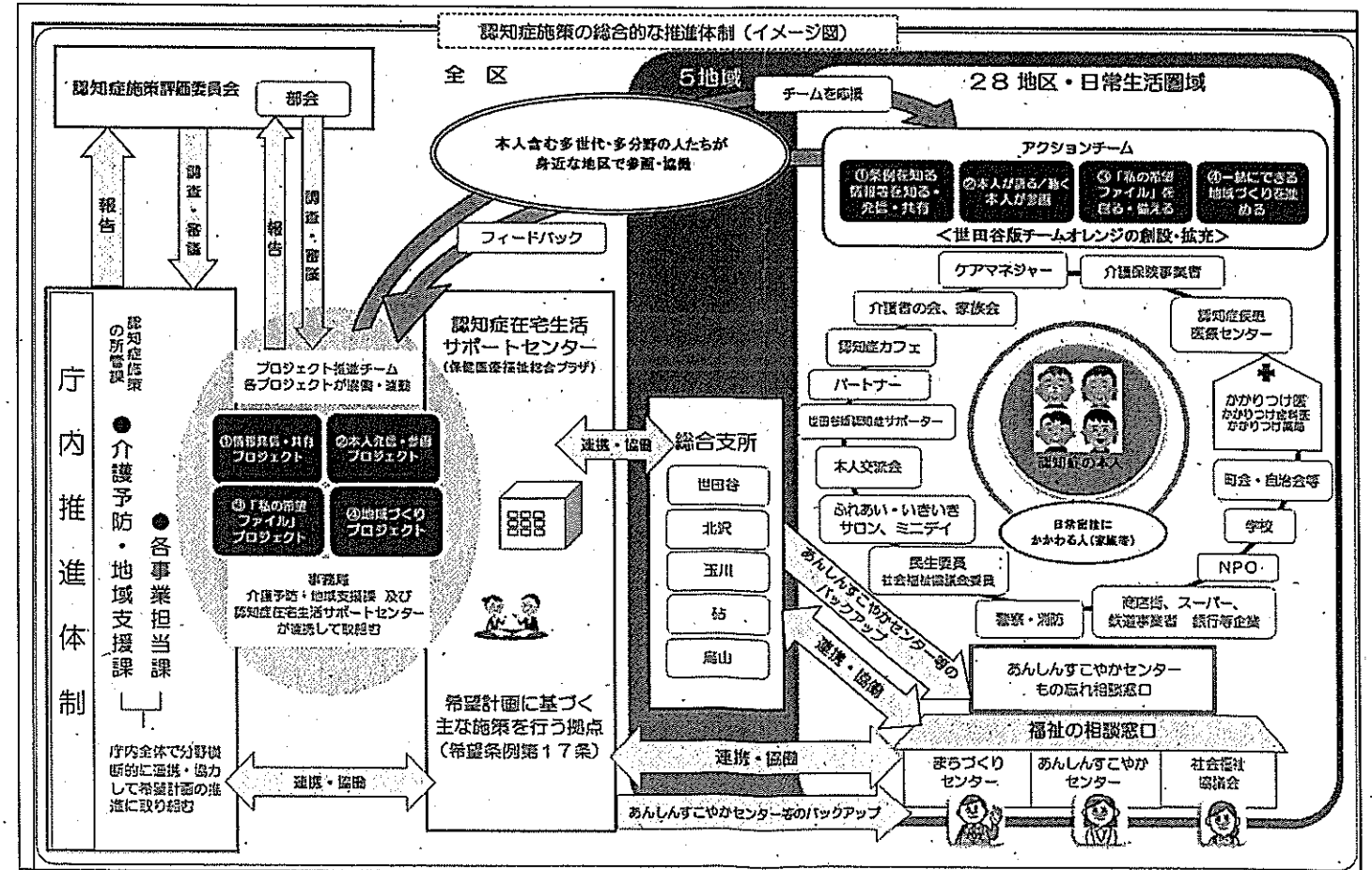
#### 希望条例実現のための新たな推進プロジェクトを設置

・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

#### 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つ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

(案)

別紙2

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





# 目次

<b>第 1 章 希望計画の目的</b> .....	<b>1</b>
1. はじめに.....	3
2. 希望計画の目的.....	4
<b>第 2 章 希望計画の位置づけと計画期間</b> .....	<b>5</b>
1. 希望計画の位置づけ.....	7
2. 計画期間.....	8
<b>第 3 章 希望計画の基本方針と進め方</b> .....	<b>9</b>
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
<b>第 4 章 認知症施策の主な取組み</b> .....	<b>21</b>
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
<b>第 5 章 希望計画の推進体制</b> .....	<b>45</b>
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したか？

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にしています。

- 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

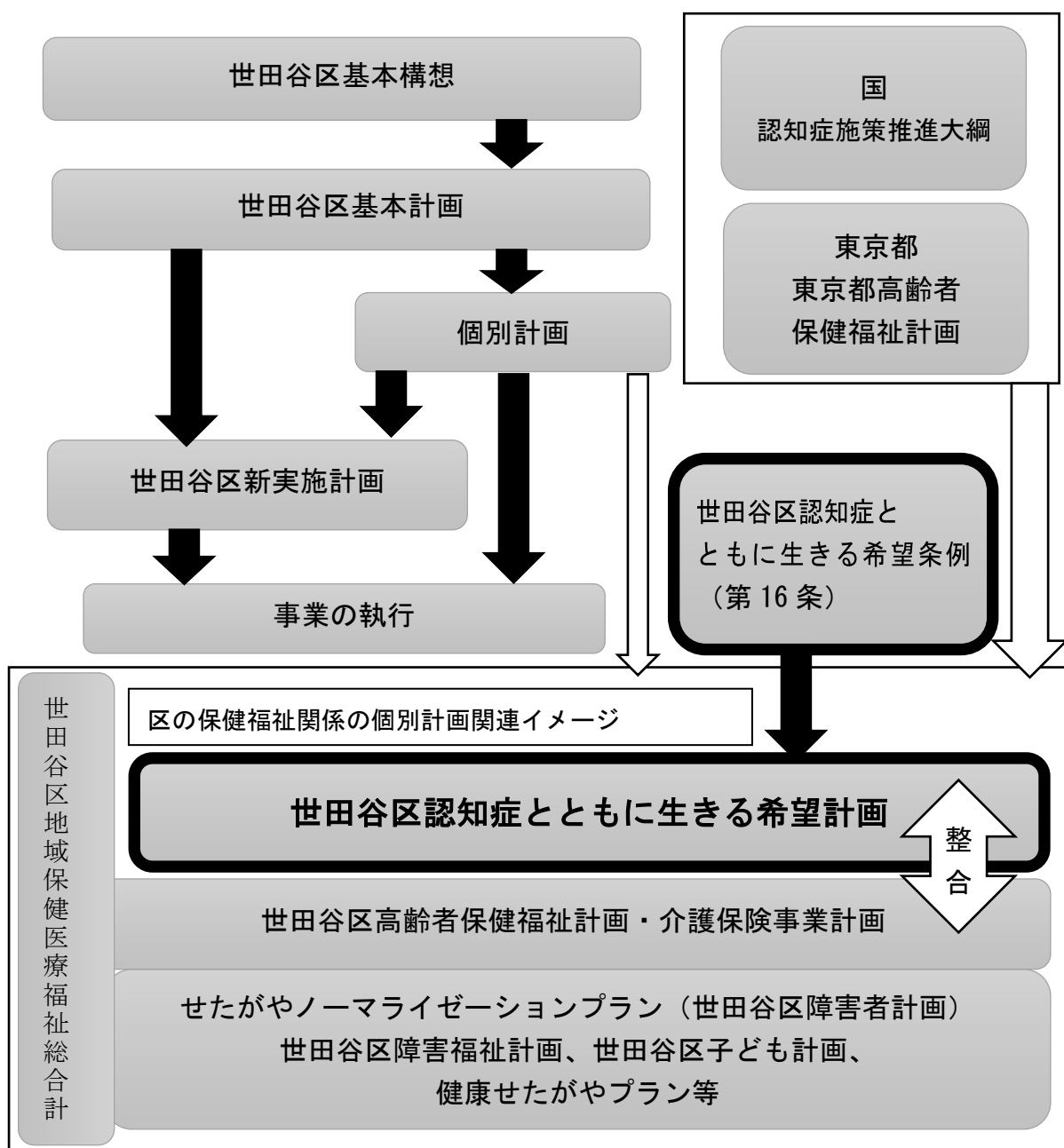
希望条例第16条の規定に基づく計画として位置づけます。

- 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。

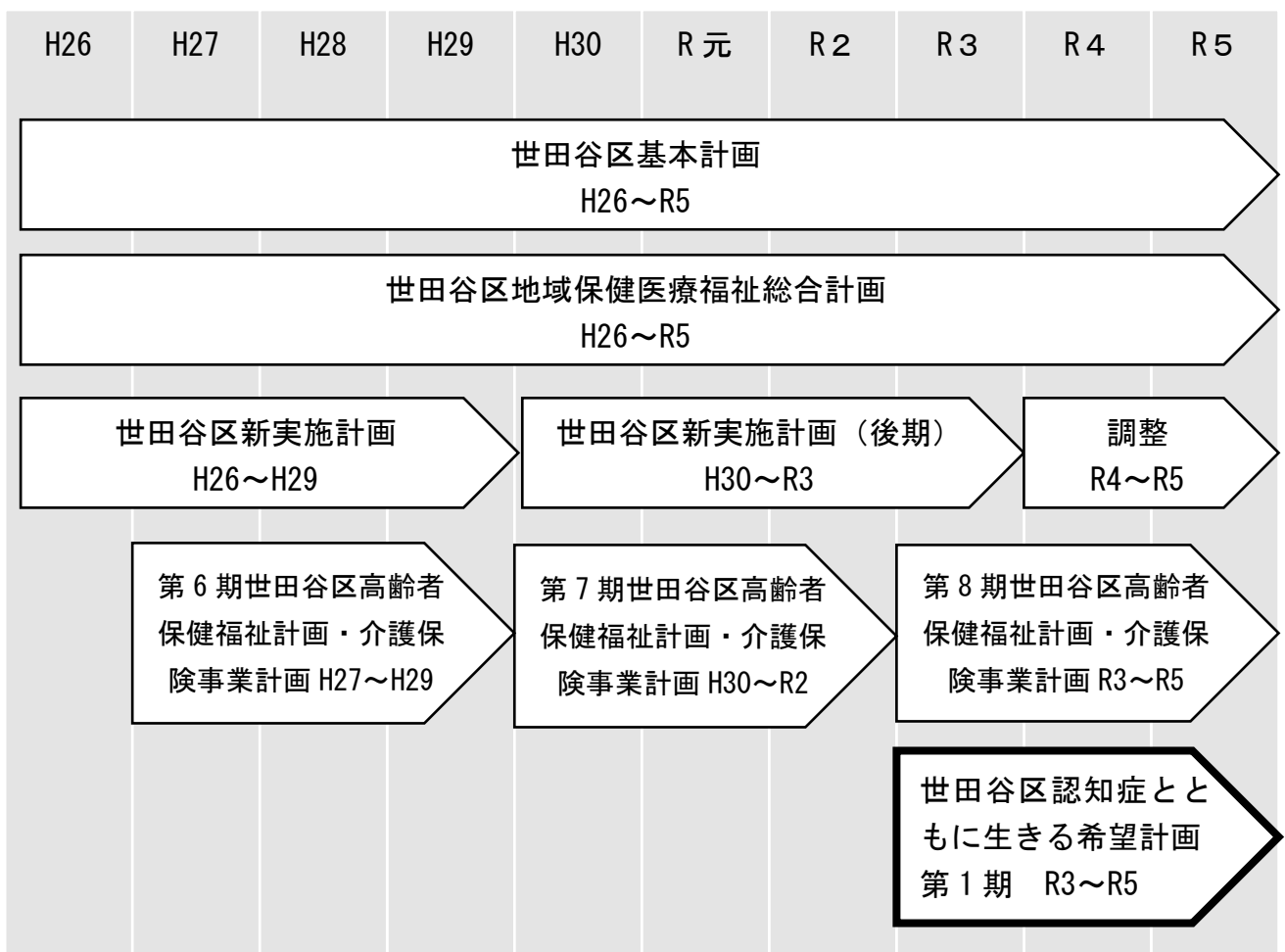
- 国と都の計画を踏まえながら、区としての未来像をもとに計画

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





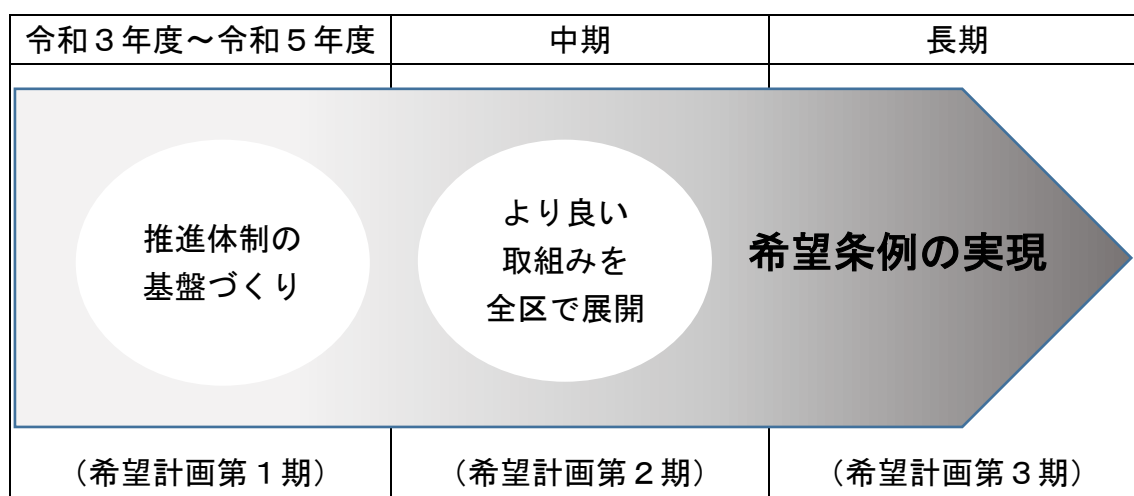
## 1. 施策展開の考え方

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、小さな単位で丁寧を始め、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一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、ともに歩いていく仲間(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相互が支えあい、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。

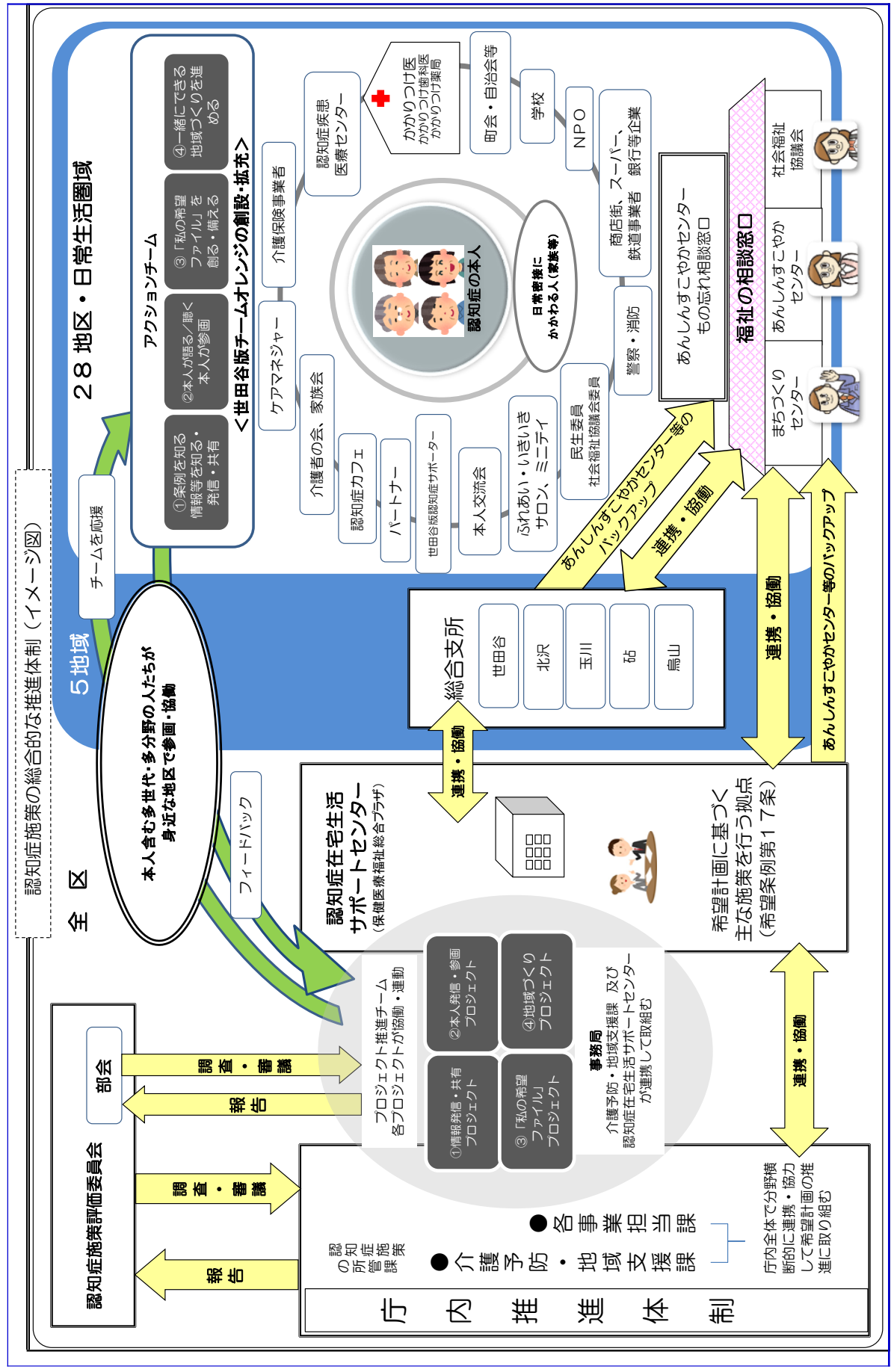
エ 一緒にできる地域づくりを進める

- ・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援促進していきます。
  - ・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援、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。



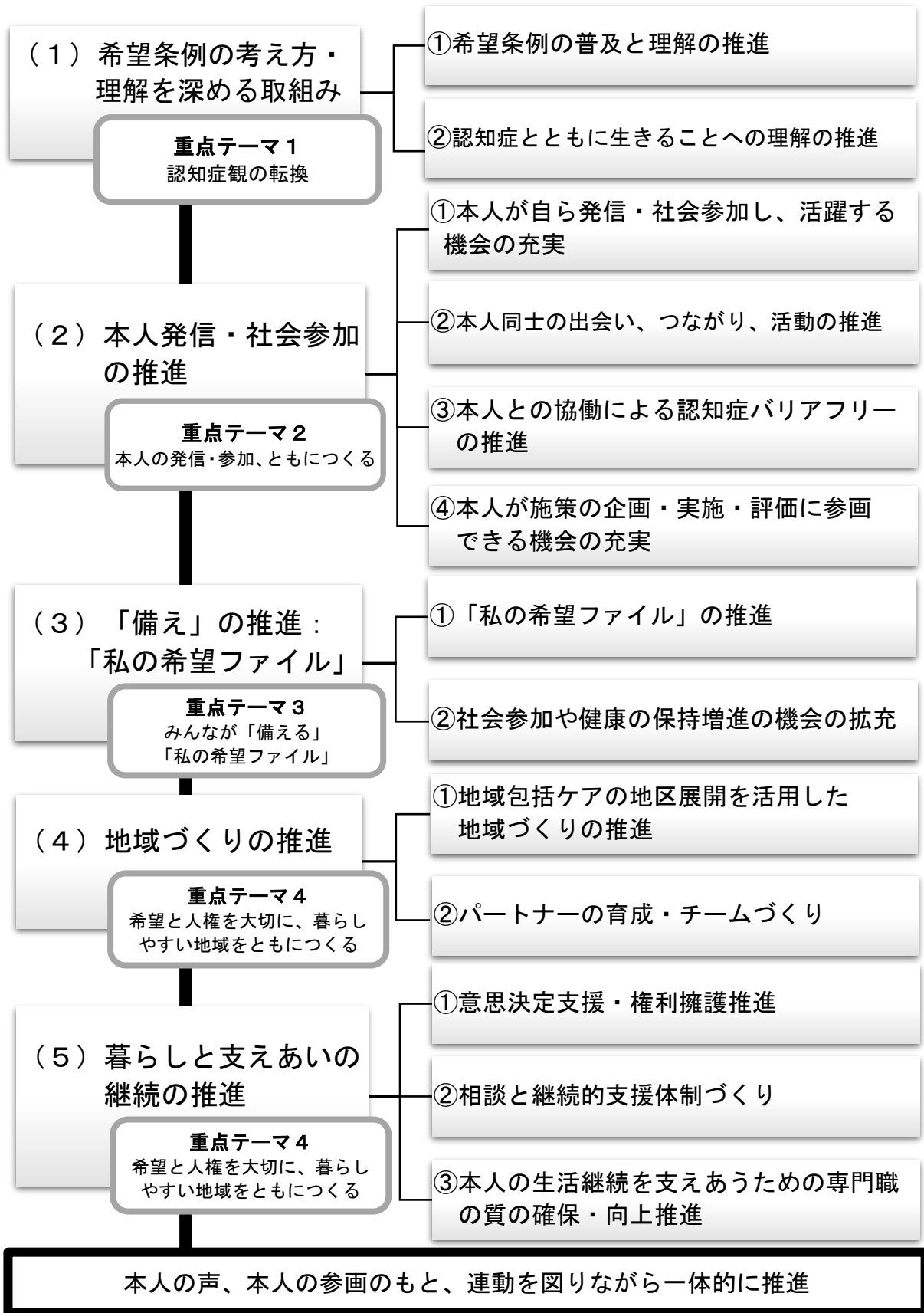
地域で暮らす人たちの実際の活動に根ざし、様々な人たちが力をあわせ、希望条例を実現していく推進体制をつくり、区全体で持続的に取組みを発展させていきます。

## 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<sup>1</sup>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。

---

<sup>1</sup> 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（\*）多様な人々の参加が期待されます。

\* 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<sup>2</sup>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。

---

<sup>2</sup> 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、謝礼が入る取り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<sup>3</sup>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。

---

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>、ダブルケアラー<sup>5</sup>）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。

---

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 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<sup>6</sup>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<sup>7</sup>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。

---

<sup>6</sup> 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い、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。

<sup>7</sup> 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。
- ・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、ともに活動しながら、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。



### 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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 「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</li> </ul>		
	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
	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"> <li>・「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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>		
	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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>			
	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	/		区内28地区 で始動
	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/>

（広報印刷物登録番号 No.       ）

事務連絡  
令和3年3月4日

地域包括支援センター運営協議会  
委員 各位

保健福祉政策部生活福祉課長 杉中 寛之

身元保証人が立てられない方の入院・入所に関する  
世田谷区版ガイドライン（仮称）素案について

日頃より、高齢者の権利擁護に関し、ご協力いただきありがとうございます。

この度、身元保証に係るガイドライン（素案）を作成しましたので、下記のとおりご意見等をお送りいただくようお願いいたします。

記

1 検討経過

令和元年7月の全区版地域ケア会議（世田谷区地域保健福祉審議会）において、「身元保証人が立てられない方の入院・入所について」をテーマに取り上げたところ、会議では、「テーマの困難性から、すぐには解決できないが、まずは世田谷区版ガイドラインを作成してはどうか」との意見をいただいております。

これを受け、区では令和元年12月から、成年後見センター、医療機関、介護施設等にご協力をいただき「世田谷区版ガイドライン」の作成に向けた検討を行っております。国が示した「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」や既に取り組んでいる半田市でのガイドラインなどを参考に、検討してまいりました。

この間、介護施設へのアンケートの実施や医療機関へのヒアリングを行うなど現場からの情報収集を行う中で、身元保証のいない方については、緊急入院やそのほかの不測の事態に備えて、平時からの備えが重要であるとのご意見をいただいております。

そのため、本ガイドラインとしては、緊急時対応ツール（いのちのバトン）やACP（人生会議）など日ごろからできることなどに重点を置いて作成しております。

2 今後の進め方

関係機関の皆様からご意見をいただき身元保証人が立てられない方の入院・入所に関する世田谷区版ガイドライン（仮称）を策定します。

なお、策定したガイドラインを医療従事者や介護事業者の方に周知し、ガイドラインの公表で完成ではなく適宜修正を加えながら、より使用しやすいガイドラインへ更新していきます。

### 3 意見の送付

令和3年3月18日までに、メール (SEA02412@mb.city.setagaya.tokyo.jp) またはFAX (03-5432-3020) で【件名：身元保証】として担当までご意見をお送りください。

### 4 今後のスケジュール (予定)

令和3年 3月	医療連携推進協議会 (素案の報告)
	地域包括支援センター運営協議会 (素案の報告)
	地域保健福祉審議会 (素案の報告)
5月	医療連携推進協議会 (案の報告)
7月	地域保健福祉審議会 (案の報告)
	地域包括支援センター運営協議会 (案の報告)
8月以降	ガイドラインの公表

### 5 担当

保健福祉政策部生活福祉課管理係 飯田・高田 電話5432-2767

世田谷区保健福祉政策部生活福祉課管理係 行

FAX : 5432-3020

TEL : 5432-2767

## 身元保証ガイドラインについて

記入者氏名

電話番号

切 : 令和3年3月18日 (木)

R030210 時点

**身元保証人が立てられない方の  
入院・入所に関する  
世田谷区版ガイドライン（仮称）  
（素案）**

令和3年3月

世田谷区

# 目次

1	ガイドラインの目的	1
2	身元保証等の範囲	1
3	身元保証に関する現状と課題	1
1	現状	1
2	課題	4
4	身元保証等がない方の定義（ガイドラインの対象者）	4
5	身元保証等がない方への対応	4
1	緊急連絡先	5
	コラム お薬手帳を活用した連絡カードの活用について	5
2	入院費・施設利用料の支払い代行	6
3	生存中の退院・退所の際の居室等の明け渡しや、退院・退所支援に関する事	7
4	入院計画書やケアプランの同意	7
5	入院中に必要な物品を準備する等の事実行為	7
6	医療行為の同意について	8
	コラム 「緊急時対応ツール（いのちのボタン等）」と「熱中症予防シート」	9
7	遺体・遺品の引き取り・葬儀等	9
	コラム 人生の最終段階の医療やケアについて話し合ってみませんか	12
6	具体的な対応事例（モデルケース） 【作成中】	13
1	金銭が支払えない場合	13
2	家族が見つからない場合	14
	コラム 世田谷区認知症とともに生きる希望条例	15
7	おわりに	15
	資料編	17
1	成年後見制度	18
1	成年後見制度とは	18
2	法定後見制度	18
3	任意後見制度	18
4	申立ての流れ（法定後見制度）	19
2	あんしん事業（地域福祉権利擁護事業）	20
1	あんしん事業とは	20
2	事業内容	20
3	利用料金	21
3	関係機関窓口一覧	22

## 1 ガイドラインの目的

医療・介護の現場において、病院の転院や退院、施設利用等の際に「保証人」がいないことで、必要な医療や介護サービスの利用に時間を要するなど、区民にとって「保証人」が足かせになっている事例があります。

本ガイドラインは、医療・介護の現場で必要とされる「身元保証」について、世田谷区における定義や考え方、具体的な対応方法等の指針を示し、「身元保証」等がない方でも必要な医療や介護がスムーズに受けられるよう作成いたしました。

なお、このガイドラインは、次の方々の使用を想定しています。

- (1) 支援に関わる行政職員
- (2) MSW等の医療関係者
- (3) あんしんすこやかセンター
- (4) 介護や障害などの事業者職員

## 2 身元保証等の範囲

病院や施設への入退院、入退所とします。

※民法の「保証人（金銭保証）」や雇用契約上の「身元保証（損害賠償）」は除きます。

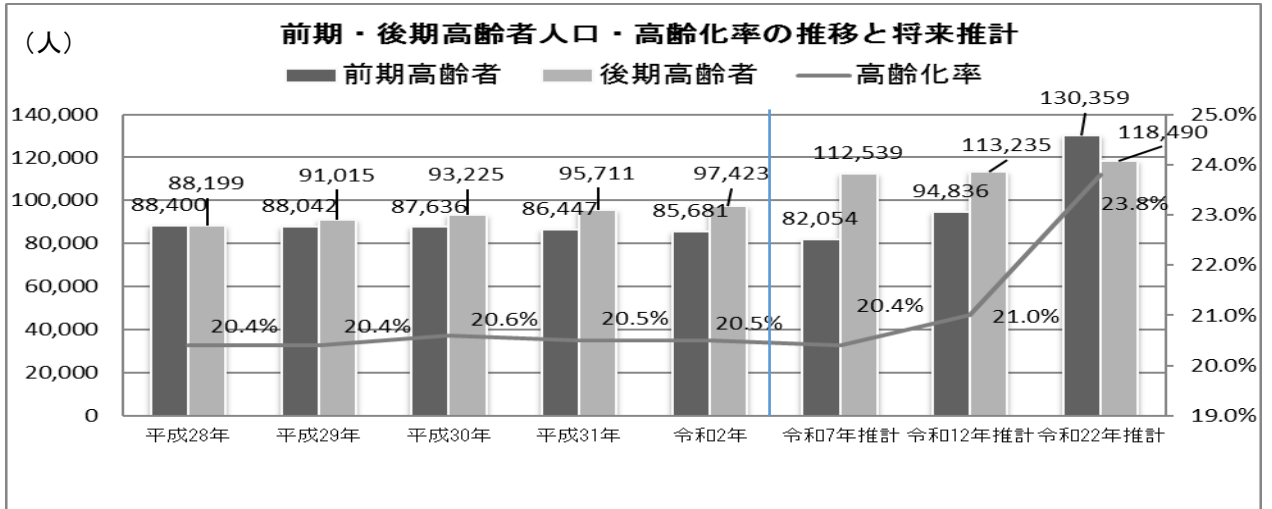
## 3 身元保証に関する現状と課題

医療・介護の現場では身元保証人や身元引受人など、さまざまな「保証人」が求められていますが、その内容は施設・病院ごとに違っていたり、明確でないのが現状です。施設へのアンケートや病院へのヒアリング等を通して、医療・介護の現場での身元保証について、現状と課題を整理しました。

### 1 現状

#### (1) 高齢者の状況

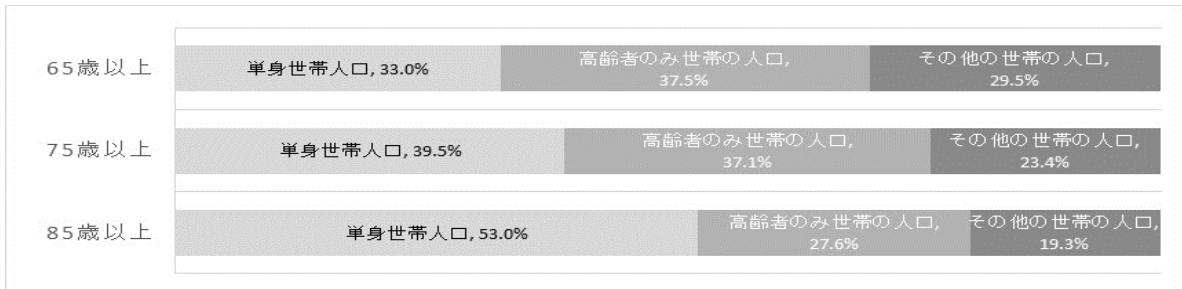
- 全国的に少子高齢化が進む中、世田谷区でも高齢者人口及び高齢化率とも増え続けています。



○ 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



## (2) 特別養護老人ホーム向けアンケート結果

- ガイドライン作成に向け、実態を調査するため、特別養護老人ホームにご協力いただき「身元保証に関するアンケート」を実施いたしました。  
(26 施設中 15 施設回答 回答率 57.6%)

### ① これまで保証人の確保が難しい方の相談はありましたか。

- ① はい・・・12
- ② いいえ・・・3

### ② ①ではいと答えた施設でこれまでにどのような対応をされましたか。

- ① 本人と契約のみで利用・・・2
- ② 成年後見制度の活用や身元保証団体等に依頼・・・9
- ③ 利用をお断りした・・・2
- ④ その他・・・3

- ・成年後見人制度の説明や遠方の親戚を探した
- ・上記①の場合、世田谷区保健福祉課・生活支援課等の関りからの相談等 が主。その場合には緊急性も考慮し本人と契約のみで利用を開始しながら、平行して成年後見人や補佐人をつけるよう対応を図った上での利用としている。

### ③ 今後保証人がいない方への対応についてどのようにお考えですか。

- ① 保証人の確保ができない方の施設利用は難しい・・・7
- ② 本人契約での利用をすすめたい・・・1
- ③ 身元保証団体等に依頼して保証人を確保してもらおう・・・9
- ④ その他・・・2

- ・成年後見制度の活用
- ・施設をご利用する前から保証人や緊急時等についての問題は抱えている はずであることから、利用前の在宅にいるうちから課題整理や解決を行っておくことが必要と思います。

### ④ 身元保証人がいないことで困ることは何ですか。

- ① 利用料の支払い・・・9
- ② 入所・退所の契約ができない・・・10
- ③ 亡くなった場合の手続き・・・12

#### ④ その他・・・9

- ・体調の急変時などに医療同意を誰に確認すれば良いのかわからない
- ・入退院の手続きや入院中の必要品の補充、退所時の手続き
- ・治療に関する延命医療を含む方針の決定
- ・死亡退所後のお墓への納骨（霊園や葬儀社による無縁仏への納骨）
- ・通院時の付き添い及び医療処置の判断

## 2 課題

○ 身元保証に関するアンケートやヒアリングにより、以下の事項について検討すべき課題が改めて浮き彫りとなりました。

※（１）～（４）は成年後見人等ができる事

- （１）緊急連絡先
- （２）入院費・施設利用料の支払い代行
- （３）生存中の退院・退所の際の居室等の明け渡しや、退院・退所支援に関する事
- （４）入院計画書やケアプランの同意
- （５）入院中に必要な物品を準備する等の事実行為
- （６）医療行為（手術や検査・予防接種等）の同意
- （７）遺体・遺品の引き取り・葬儀等

## 4 身元保証等がない方の定義（ガイドラインの対象者）

本ガイドラインで示す支援方法の対象者となる身元保証等がない方の定義については、次の2つの場合とします。

- （１）身寄りのない独居の方
- （２）家族支援が受けられない方

## 5 身元保証等がない方への対応

身元保証の確保が難しい方を福祉施設で受け入れて支援を行うにあたり、身元保証人等に求めている役割に対応できる既存の制度・サービス等については、以下のとおりです。

※1～4については成年後見人等ができる事です。

## 1 緊急連絡先

- (1) 成年後見制度を利用している場合  
後見人等が緊急連絡先となります。
- (2) 成年後見制度を利用していない場合  
緊急連絡が必要な内容によって、窓口となる行政担当課などに連絡します。
- ①【死亡の場合】  
「7 遺体・遺品の引き取り・葬儀等」を参照してください。
- ②【本人の意識レベルが悪く、医療同意できない場合】  
「6 医療行為（手術や検査・予防接種等）の同意」を参照してください。
- ③【施設入所中の急変時】  
各施設の相談員へ相談してください。

### コラム お薬手帳を活用した連絡カードの活用について

区ではお薬手帳を活用し、よりよい医療・介護を皆さんに提供するよう、かかりつけ医やかかりつけ薬局、処方されている薬剤、ケアマネジャー、訪問看護、ヘルパー等患者さんに関わるチームの担当者の情報を共有するための連携カードを作成しました。

皆さんが受けている医療や介護の状況が一目で分かり、支援者で情報が共有でき、災害時や緊急時に必要な医療やケアを受けるにも役立ちます。

ぜひ、ご活用ください。

#### 記入する連絡先の例

- 病院      ○かかりつけの医者・歯医者      ○かかりつけの薬局  
○家族      ○民生委員など福祉関係者      ○ケアマネジャー

※「あなたを支える医療・介護のケアチーム」の写真、ちらし

## 2 入院費・施設利用料の支払い代行

### (1) 成年後見制度を利用している場合

後見人等が支払い代行をします（保佐、補助等であれば、できない場合もあります）。

後見人等は本人の資産から支払い代行しますので、本人の資産の範囲内での対応になります。

後見人等が入院費・施設利用料を保証人として、負担はしません（債務の保証はできません）。

### (2) 成年後見制度を利用していない場合

本人に判断能力はあるが預金の引き出し等の支払い手続きが難しい場合は、福祉施設と利用者間で任意代理契約を結び、金銭管理支援を行うことが考えられます。

本人の判断能力が低下して金銭管理が難しい場合は、日常生活自立支援事業による日常的な金銭管理サービスや成年後見制度の活用が考えられます。窓口は社会福祉協議会です。これらは、いずれも本人の資産の範囲内での対応になります。

※もし、入院費の支払いが難しい時は、まず医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」という。）に相談してください。

#### ■■入院費の未払いを防ぐために■■

本人の医療保険証を確認する。

**【あり】** ①通常保険証の場合→限度額負担認定証の申請手続き

②短期保険証の場合→医療費支払い確認

（短期保険証の場合は保険料の支払いが滞っていることが考えられます。本人が窓口で支払う医療費負担を軽減するための限度額負担認定証を出してもらえない場合があります。）

**【なし】** 保険証再発行・保険加入手続き支援（生活保護申請を含む）

#### ■■ペットや植物の管理について■■

それまで、飼っていたペットや手入れをしてきた植物はどうか、事前に考えておきましょう。近隣や親族に頼めるのか、頼めない場合は、どこか依頼できるNPOがあるか情報を集めておくなど、日ごろから本人へ働きかけをしましょう。

### 3 生存中の退院・退所の際の居室等の明け渡しや、退院・退所支援に関する こと

#### (1) 成年後見制度を利用している場合

まずは後見人等と相談を行います。居室の原状回復費用などの金銭による支払いは、本人の資産の範囲内で後見人等が支払います。

#### (2) 成年後見制度を利用していない場合

本人に判断能力がある場合は、本人と退所に向けた相談を行います。

本人に判断能力がない場合は、まず、担当のソーシャルワーカーに相談しましょう。

入院中であればMSW、入所中であれば施設相談員が窓口となります。

### 4 入院計画書やケアプランの同意

#### (1) 成年後見制度を利用している場合

後見人等が内容を確認し、同意します。

#### (2) 成年後見制度を利用していない場合

本人に判断能力がある場合は、本人が同意します。

本人に判断能力がない場合は、まず、担当のソーシャルワーカーに相談しましょう。

入院中であればMSW、入所中であれば施設相談員が窓口となります。

### 5 入院中に必要な物品を準備する等の事実行為

#### (1) 成年後見制度を利用している場合

まず、後見人等に相談してみましょう。

後見人等は、事実行為を行う義務はありません。身上監護・財産管理等、後見人の職務を行う一連の流れの中で事実行為も同時に行わざるを得ない場合は多々あります。事実行為の具体的な内容を後見人等に伝えましょう。後見人等が直接対応できない場合は、民間の家事代行サービスや有償のたすけあい活動である住民参加型在宅福祉サービスを利用することが考えられます。

#### (2) 成年後見制度を利用していない場合

本人の判断能力がなく、かつ本人ができない場合は、まず、MSWに相談しましょう。

民間の家事代行サービスや有償のたすけあい活動である住民参加型在宅福祉サービスを利用することが考えられます。

入院中の付き添い支援や外部サービス利用のための費用については、保険に準ずる施設利用者の互助制度の創設や活用が考えられます。

## 6 医療行為の同意について

医師が医療行為の同意を求める理由は、手術等は身体に対する侵略的行為であることから、患者本人の承諾を得なければ傷害罪等の違法な行為となるという倫理的な問題と、損害賠償等のリスク回避の観点が考えられます。

予防接種や手術などの医療を受けることに関する決定権（医療行為の同意）は、患者本人が有しており一身専属的な権利と考えられています。一般的に、家族には医療行為に対して同意する権限があると理解されており、医療現場では家族からの同意が得られていますが、法律上の明確な根拠があるものではありません。

したがって、第三者の成年後見人等や福祉施設の職員は、医療行為の同意はできません。

### (1) 本人に医療行為の同意能力がある場合

本人の同意に基づいて医療行為を行ってもらうよう医師にお願いします。

### (2) 本人に医療行為の同意能力がない場合

患者にとって最善の治療方針を、医療・ケアチームで慎重に判断してもらうこととなります。

〈参考〉「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」厚生労働省

〈「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」リーフレットから〉

## コラム 「緊急時対応ツール (いのちのバトン等)」と「熱中症予防シート」

救急車での緊急対応時に役立つツールとして、見守り施策による「いのちのバトン」や「あんしんカード」「緊急安心カード」などが利用されています(別紙参照)。様々な地区で工夫が凝らされ、保管場所も「冷蔵庫内のドアポケット」「冷蔵庫外に添付」と様々です。ご利用の場合は地区社協事務所にお問い合わせください。

区では、令和2年度から「熱中症予防シート」の裏面に、緊急連絡先(氏名・関係・電話番号)やかかりつけ病院名を記載できるよう変更しました。

民生委員・児童委員や保健福祉課などで配布しています。

いざという時に困らないように、日ごろから緊急連絡先などを明らかにしておきましょう。

※熱中症予防シート(うら・おもて)の写真

※緊急時対応ツールのひな型と一覧

## 7 遺体・遺品の引き取り・葬儀等

### (1) 死亡届

福祉施設で亡くなられた場合は、施設長が死亡届の届出義務者になります。また、病院で亡くなられた場合は、病院長が死亡届出義務者になります。成年後見制度を利用している場合は、後見人等も死亡届の届出資格者になります。(戸籍法86条)

届出義務者	第一 同居の親族 第二 その他の同居者 第三 家主、地主又は家屋若しくは土地の管理人
届出資格者	同居の親族以外の親族 後見人、保佐人、補助人及び任意後見人

### (2) 遺体・遺品の引き取り、葬儀

成年後見制度を利用している場合でも、後見人等は遺体・遺品の引き取りはできません。(※)

身寄りのない方が亡くなられた場合には、死亡地の市町村長の責任において

火葬を行うこととなりますので、世田谷区役所生活福祉課に連絡をします。(生活保護受給者については世田谷区役所生活支援課に連絡をします。)

本人の意思・希望に沿った支援を行うため、生前に死後事務委任契約を締結することで葬儀・埋葬等の問題に対応することが考えられます。

※成年後見人のみ、一定の要件を満たした場合に、一部の死後事務を行うことができます。(保佐人・補助人はできません。)

〈成年後見人が対応できる死後事務〉

- ①個々の相続財産の保存に必要な行為
- ②弁済期が到来した債務の弁済（施設利用料、医療費、公共料金等の支払い）
- ③遺体の火葬又は埋葬に関する契約の締結その他相続財産全体の保存に必要な行為

〈死後事務を行うための要件〉

- ①成年後見人が死後事務を行う必要があること
- ②成年被後見人の相続人が相続財産を管理することができる状態に至っていないこと
- ③成年後見人が死後事務を行うことについて、成年被後見人の相続人の意思に反することが明らかな場合でないこと
- ④家庭裁判所の許可（成年後見人が対応できる死後事務の③）の場合



■■身元がわからない・引き取り手のないご遺体の取扱について■■

- 1 区役所でお引取りを行うご遺体は次のとおりです。
  - (1) 葬祭を執行する者がいない又は判明しない（行旅死亡人取扱法）
  - (2) 埋葬又は火葬を行う者がいない又は判明しない（墓地埋葬法）
- 2 死亡地（発見地）を管轄する区市町村が葬祭を執行します。

※世田谷区にお住まいの方でも、区外で亡くなられた場合は、死亡地の区市町村にお問合せ下さい。
- 3 区役所が対応できる事務は法律上次のとおり定められています。
  - (1) ご遺体のお引取り・火葬・埋葬
  - (2) 遺留金品のお預かりと火葬費用への充当
  - (3) 官報公告による告示・公告（行旅死亡人の場合）
  - (4) 遺族への区が負担した火葬費用の請求（約20万円）

※区では、アパートの家財整理などを行なうことはできませんのでご注意ください。（遺留品等は相続人の所有になるため）

※ご遺体のお引き取りは、火葬場の空き状況によって、お時間がかかる場合があります。
- 4 連絡先は次の通りです  
世田谷区 保健福祉政策部 生活福祉課  
電 話 03-5432-2931  
FAX 03-5432-3020  
※亡くなられた方が生活保護受給中の場合は、生活支援課にお問合せ下さい。

コラム 人生の最終段階の医療やケアについて話し合ってみませんか  
～ACP（人生会議）の取り組み～

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

本人が「自分らしく生きて行く」ためには、希望する療養生活や人生の最終段階の過ごし方を信頼できる方と話し合っ、共有することが重要です。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取り組みを「ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生会議）」と呼びます。

区では、ご本人が人生の最終段階をどのように過ごしたいのか、家族や医療・介護関係者との対話を促すコミュニケーションツールとしてのガイドブックを作成しています。

人生の最終段階について、自らの価値観を振り返りながら、楽しく・前向きに考えられるような内容となっています。ぜひ、手に取ってご覧ください。

※ガイドブックのイラスト

## 6 具体的な対応事例（モデルケース） 【作成中】

### 1 金銭が支払えない場合

## 2 家族が見つからない場合

## コラム 世田谷区認知症とともに生きる希望条例

区は、認知症の人を含む全ての区民が自分らしく生きる希望を持ち、本人の意思と権利が尊重され、安心して暮らし続けることのできる地域共生社会の実現をめざし、令和2年10月1日「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を施行しました。

取り組みの一つとして、「私の希望ファイル」を推進していきます。

「私の希望ファイル」とは、区民が、認知症になってからも自分らしく暮らし続けるための備えとして、認知症になる前及びなった後においての生活に係る自らの思い、希望または意思を繰り返し書き記す過程及びその文書または記録をいいます。区民が「私の希望ファイル」に取り組むことで、認知症への理解が深まるとともに、本人の希望の実現を区民、地域団体、関係機関及び事業者が協力し、支援することで、暮らしやすい地域づくりにつなげていきます。

本人だけでなく、関係機関向けにも説明会や研修を開催し、「私の希望ファイル」の主旨や活用について医療機関や介護サービス事業者、支援機関等に広く伝わるように働きかけていきます。よりわかりやすく使いやすいものとなるよう、実際に利用した人からのフィードバックをもとに内容を更新していきます。

認知症になる前から、自分の意思等を書き留めるなどの認知症への備えをしましょう

## 7 おわりに

少子高齢化、家族関係や地域でのつながりの希薄化が進むなど昨今の社会情勢から、福祉サービスの利用等にあって「身元保証人等」の確保が困難な人々は、今後も増加していくことが十分に想定されます。

「5 身元保証等がない方への対応」において対応できる制度やサービスについて整理したところですが、成年後見制度の支援ニーズは多くあるが、制度やガイドラインがあっても行政や病院における実勢の対応とはことなるなど運用面に課題があり、既存の制度やサービスだけでは十分に対応できないことは少なからずあります。

ヒアリングや検討の中でも、緊急対応になる前の事前の準備が必要とのご意見を多くいただきました。区では、コラムなどにも記載しましたが、緊急入院やADLが低下する前に、人生の最終段階の過ごし方について考えておくきっかけとして様々な施策を展開しております。

支援者の皆様には、緊急時に困ることのないよう、ぜひこうした施策を多くの方にお知らせしていただき、啓発をお願いしたいと思います。

また、このような中、身寄りがなく福祉的な支援が必要とされる方々を地域社会から排除することなく包摂していくためには、それぞれの地域において福祉関係者のみならず、行政・医療機関も含めた関係者間の情報共有や合意形成を図っていくことが求められています。

このガイドラインを、現場で「身元保証」への対応が必要となった場合の参考として活用していただきますようお願いいたします。

# 資料編

## 1 成年後見制度

### 1 成年後見制度とは

認知症や知的障害、精神障害などによって判断能力が十分でなくなり、自分一人では、契約や財産の管理などをすることが難しい方が、自分らしく安心して暮らせるように、その方の権利を守り、法的に支援する制度です。

成年後見制度には「法定後見制度」と「任意後見制度」があります。

### 2 法定後見制度

すでに認知症・知的障害・精神障害などで判断能力が十分ではないため、自分自身で法律行為を行うことが難しい場合に、家庭裁判所が適任と思われる援助者（成年後見人・保佐人・補助人）を選任し、本人を法的に支援する制度です。

### 3 任意後見制度

将来、自分が認知症等で契約や支払いができなくなったときに備えて、「誰に」「どのような支援をしてもらうのか」をあらかじめ契約により決めておく制度です。



#### 4 申立ての流れ（法定後見制度）

##### (1) 申立て準備

- ①申立てに必要な住民票、戸籍抄本、診断書などを揃える。
- ②成年後見人等の候補者を決める。候補者がいない場合は家庭裁判所が適任者を選任する。



##### (2) 申立て

家庭裁判所に申立てをする。



##### (3) 審理

家庭裁判所が確認や調査をする。



##### (4) 審判

成年後見人等を家庭裁判所が決める。



##### (5) 登記

成年後見人等が法務局に登記され、業務開始。

※事案の内容、本人の判断能力等によって、審理期間は大きく変わりますが、スムーズに進む案件（調査や鑑定が不要）で、申立てから1～2か月で後見業務が開始となります。

## 2 あんしん事業（地域福祉権利擁護事業）

### 1 あんしん事業とは

判断能力が十分でない、または生活に不安のある高齢者や障害のある方が住み慣れた世田谷で安心して暮らせるよう、自宅を定期的に訪問し、福祉サービスに関する相談をお受けしたり、預貯金の払い戻し等の支援、見守りを行う制度です。

### 2 事業内容

#### （1）福祉サービス利用援助

福祉サービスを安心してご利用できるように、契約手続き等のお手伝いをします。

- ①福祉サービスの利用に関する情報の提供、相談
- ②福祉サービスの利用における申込み、契約の援助
- ③福祉サービスの利用料金の支払い援助
- ④福祉サービスの苦情を解決するための手続きの援助

#### （2）日常的金銭管理サービス

日常の暮らしに欠かせない、金銭の支払いなどをお手伝いします。

- ①年金や福祉手当の受領に必要な手続き援助
- ②社会保険料、公共料金、家賃などの支払い手続き援助
- ③病院への医療費の支払い援助
- ④日常生活に必要な預金の払い戻し、預け入れ、解約の手続き援助

#### （3）書類等預かりサービス

大切な書類、通帳、印鑑などをお預かりします。

- ①年金証書
- ②預貯金の通帳
- ③権利証
- ④契約書類
- ⑤実印、銀行印

### 3 利用料金

福祉サービスの 利用援助	日常的金銭管理サービス	料金
○	—	1回1時間までは1,000円（1時間を超えた場合は、30分まで500円を加算）
○	通帳を本人が保管する場合	1回1時間までは2,500円（1時間を超えた場合は、30分まで500円を加算）
○	通帳を預かる場合	1回1時間までは2,500円（1時間を超えた場合は、30分まで500円を加算）
書類等の預かりサービス（財産保全サービス）		1ヶ月1,000円

※詳細は世田谷区社会福祉協議会にご確認ください。

### 3 関係機関窓口一覧

- (1) 生活保護に関する相談について  
担当区域の生活支援課へ
  
- (2) 介護保険の相談・受付、高齢者保健福祉サービスについて  
担当区域の保健福祉課へ
  
- (3) 身元のわからない・引き取り手のないご遺体の取扱について  
生活福祉課へ
  
- (4) 成年後見制度・あんしん事業について  
世田谷区社会福祉協議会へ
  
- (5) 高齢者等に関する相談について  
担当区域のあんしんすこやかセンターへ

生活支援課、保健福祉課、生活福祉課、世田谷区社会福祉協議会 一覽

総合支所等 所在地	課・係等	電話番号	F A X 番号	担当区域
世田谷総合支所 世田谷 4-22-33	生活支援課 保護・自立促 進担当	5432-2490	5432-3034	池尻 1～3 丁目、 池尻 4 丁目（1～3 2 番）、三宿、 太子堂、三軒茶屋、若林、 世田谷、桜、弦巻、宮坂、桜丘、 経堂、下馬、野沢、上馬、 駒沢 1～2 丁目
	保健福祉課 地域支援担当	5432-2850	5432-3049	
北沢総合支所 北沢 2-8-18	生活支援課 保護・自立促 進担当	6804-7409	6804-7994	代田、梅丘、豪徳寺、代沢、 池尻 4 丁目（3 3～3 9 番）、 羽根木、大原、北沢、松原、 赤堤、桜上水
	保健福祉課 地域支援担当	6804-8701	6804-8813	
玉川総合支所 等々力 3-4-1	生活支援課 保護・自立促 進担当	3702-1742	3702-1520	東玉川、奥沢、玉川田園調布、 玉堤、等々力、尾山台、上野毛、 野毛、中町、上用賀、用賀、 玉川、瀬田、玉川台、 駒沢 3～5 丁目、駒沢公園、 新町、桜新町、深沢
	保健福祉課 地域支援担当	3702-1894	5707-2661	
砧総合支所 成城 6-2-1	生活支援課 保護・自立促 進担当	3482-3269	5490-1139	祖師谷、千歳台、成城、船橋、 喜多見、宇奈根、鎌田、岡本、 大蔵、砧、砧公園
	保健福祉課 地域支援担当	3482-8193	3482-1796	
烏山総合支所 南烏山 6-22-14	生活支援課 保護・自立促 進担当	3326-6100	3326-6169	上北沢、八幡山、上祖師谷、 粕谷、給田、南烏山、北烏山
	保健福祉課 地域支援担当	3326-6136	3326-6154	
世田谷区役所 第 2 庁舎 世田谷 4-21-27	生活福祉課	5432-2767	5432-3020	
世田谷区 社会福祉協議会 成城 6-3-10	権利擁護支援 課	6411-3950	6411-2247	

あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)一覧

地域	名称	所在地	電話番号	FAX番号	担当区域
世田谷	池尻 あんしんすこやかセンター	池尻3-27-21	5433-2512	3418-5261	池尻1~3、池尻4(1~32番)、三宿
	太子堂 あんしんすこやかセンター	太子堂2-17-1 2階	5486-9726	5486-9750	太子堂、三軒茶屋1
	若林 あんしんすこやかセンター	若林1-34-2	5431-3527	5431-3528	若林、三軒茶屋2
	上町 あんしんすこやかセンター	世田谷1-23-5 2階	5450-3481	5450-8005	世田谷、桜、弦巻
	経堂 あんしんすこやかセンター	宮坂1-44-29	5451-5580	5451-5582	宮坂、桜丘、経堂
	下馬 あんしんすこやかセンター	下馬4-13-4	3422-7218	3414-5225	下馬、野沢
	上馬 あんしんすこやかセンター	上馬4-10-17	5430-8059	5430-8085	上馬、駒沢1・2
北沢	梅丘 あんしんすこやかセンター	梅丘1-61-16	5426-1957	5426-1959	代田1~3、梅丘、豪徳寺
	代沢 あんしんすこやかセンター	代沢5-1-15	5432-0533	5433-9684	代沢、池尻4(33~39番)
	新代田 あんしんすこやかセンター	羽根木1-6-14	5355-3402	3323-3523	代田4~6、羽根木、大原
	北沢 あんしんすこやかセンター	北沢2-8-18 北沢タウンホール内 地下1階	5478-9101	5478-8072	北沢
	松原 あんしんすこやかセンター	松原2-28-21 ※	3323-2511	5300-0212	松原
	松沢 あんしんすこやかセンター	赤堤5-31-5	3325-2352	5300-0031	赤堤、桜上水
玉川	奥沢 あんしんすこやかセンター	奥沢3-15-7	6421-9131	6421-9137	東玉川、奥沢1~3
	九品仏 あんしんすこやかセンター	奥沢7-35-4	6411-6047	6411-6048	玉川田園調布、奥沢4~8
	等々力 あんしんすこやかセンター	等々力3-4-1 玉川総合支所 2階	3705-6528	3703-5221	玉堤、等々力、尾山台
	上野毛 あんしんすこやかセンター	中町2-33-11	3703-8956	3703-5222	上野毛、野毛、中町
	用賀 あんしんすこやかセンター	用賀2-29-22 2階	3708-4457	3700-6511	上用賀、用賀、玉川台
	二子玉川 あんしんすこやかセンター	玉川4-4-5 2階	5797-5516	3700-0677	玉川、瀬田
	深沢 あんしんすこやかセンター	駒沢4-33-12	5779-6670	3418-5271	駒沢3~5、駒沢公園、新町、桜新町、深沢
砧	祖師谷 あんしんすこやかセンター	祖師谷4-1-23	3789-4589	3789-4591	祖師谷、千歳台1・2
	成城 あんしんすこやかセンター	成城6-3-10	3483-8600	3483-8731	成城
	船橋 あんしんすこやかセンター	船橋4-3-2	3482-3276	5490-3288	船橋、千歳台3~6
	喜多見 あんしんすこやかセンター	喜多見5-11-10	3415-2313	3415-2314	喜多見、宇奈根、鎌田
	砧 あんしんすこやかセンター	砧5-8-18	3416-3217	3416-3250	岡本、大蔵、砧、砧公園
烏山	上北沢 あんしんすこやかセンター	上北沢4-32-9	3306-1511	3329-1005	上北沢、八幡山
	上祖師谷 あんしんすこやかセンター	上祖師谷2-7-6	5315-5577	3305-6333	上祖師谷、粕谷
	烏山 あんしんすこやかセンター	南烏山6-2-19 烏山区民センター 2階	3307-1198	3300-6885	給田、南烏山、北烏山

あんしんすこやかセンターの窓口開設時間 午前8時30分~午後5時(日曜・祝日・12月29日~1月3日を除く)

あんしんすこやかセンターは、まちづくりセンターと同じ建物にあります。(松原を除く)

※ 松原あんしんすこやかセンターは、令和3年度下期に松原5-43-26に移転予定です。

令和3年3月4日  
経済産業部  
保健福祉政策部  
障害福祉部  
子ども・若者部

## 世田谷区ひきこもり支援に係る基本方針（案）について

### 1 主旨

ひきこもりを含めた8050問題が社会問題となっている中、世田谷区はこれまでも、ひきこもり状態にある方の支援に関して、生活困窮、若者、障害等の各分野における支援を通じて、庁内関係所管及び各支援機関が協力しながら取り組んできたところである。

令和2年6月から7月にかけて、区内の支援機関を対象に実施したひきこもり実態把握調査結果や現在の各支援機関の状況等を踏まえ、ひきこもり状態にある方に支援を行う場合の課題を整理し、今後、区がひきこもり支援の施策や事業等に取り組む際の指針となる、世田谷区ひきこもり支援に係る基本方針（案）（以下「基本方針案」という。）を取りまとめたので、報告する。

### 2 基本方針案について

別紙1 基本方針案【概要版】

別紙2 基本方針案

### 3 基本方針案を踏まえた段階的な取組み

#### (1) 令和3年度の取組み

- ・区内のひきこもりに関連する支援機関における現状の課題解決に向けて、①多機関協働、②アウトリーチを通じた継続的支援、③参加支援（発達障害など当事者の特性等に応じた居場所）の3事業を行うことで、既存事業の支援機能強化を図る。実施にあたっては、特定財源として国の重層的支援体制整備事業を活用する。（別添1、2参照）
- ・メルクマールせたがや、ぷらっとホーム世田谷等での実績、多職種・多機関連携のノウハウの蓄積を有効活用する。特に、ひきこもり支援に係るアセスメント等において、これまでのメルクマールせたがやでのノウハウの蓄積について、ぷらっとホーム世田谷と共有化についても検討を進める。

#### (2) 令和4年度の取組み

- ・ぷらっとホーム世田谷とメルクマールせたがやの両支援機関を、三軒茶屋駅近くの建物（太子堂4-3-1）に令和4年4月を目途に移転し、「(仮称) ひきこもり相談窓口」を開設し、40歳以上のひきこもりも含めた相談窓口に位置づける。

ひきこもり状態にある当事者及び家族等からの相談は、この窓口でぷらっとホーム世田谷がまず受付をして、相談者の希望内容や年齢、課題等に応じて、当事者を各支援機

関に確実に繋ぐ役割を基本とし、必要な対象者には、各機関が協力して、アセスメントを実施する。

- ・開設までの期間は、「メルクマールせたがや」と「ぷらっとホーム世田谷」の双方の強みを活かしながら相互補完的に連携強化を図るため、それぞれの専門性を活かしたコンサルティングの方策をモデル的に実施しながら検討する等、開設に向けた準備期間としての取組みを進める。

- ・なお、「ひきこもり相談」という名称は、当事者の心理的な障壁となり得ることから、開設までに当事者や関係者からの意見を踏まえて慎重に検討する。

- ・世田谷若者総合支援センターに「メルクマールせたがや」と併設されている「せたがや若者サポートステーション」の移転については、同時に移転する方向で現在調整中である。

(3) 令和5年度以降の取組み

- ・生きづらさを抱えた40歳以上の支援のさらなる充実、当事者の特性等に応じた居場所の展開・拡充、ピアサポート活動の支援などの今後の支援策については、各事業の令和4年度の取組み状況をみながら、仮称ひきこもり支援関係機関連絡協議会等からご意見をいただき検討を進める。

令和3年度	令和4年度	令和5年度以降
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                     生きづらさを抱えた若者の支援                      メルクマールせたがや                      (+アウトリーチ支援)                 </div>	三軒茶屋に移転 <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         (仮称) ひきこもり相談窓口                     </div>	<div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         生きづらさを抱えた40歳以上の支援充実                     </div>
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                     生活困窮の支援                      ぷらっとホーム世田谷                      (+多機関協働)                 </div>	三軒茶屋に移転	<div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ピアサポート活動の支援                 </div>
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                     居場所                      (+参加支援)                 </div>		<div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     当事者の特性等に応じた居場所の展開・拡充                 </div>



#### 4 今後のスケジュール (予定)

令和3年 3月 基本方針策定

4年 4月 ふらっとホーム世田谷及びメルクマールせたがやを三軒茶屋駅近くの建物(太子堂4-3-1)に移転し、「(仮称)ひきこもり相談窓口」を開設

◎実施済みの事業

### 包括的相談支援事業

- 属性や世代を問わず包括的に相談を受け止める。
- 支援機関のネットワークで対応する。
- 複雑化・複合化した課題には適切に多機関協働事業につなぐ

歳入：国の既存事業の補助金（【介護】地域包括支援センターの運営、【障害】障害者相談支援事業、【子ども】利用者支援事業、【困窮】自立相談支援事業）は「重層的支援体制整備事業」として一括して一般会計に交付される。

### 地域づくり事業

- 世代や属性を超えて交流できる場や居場所を整備する。
- 交流・参加・学びの機会を生み出すために個別の活動や人をコーディネートする
- 地域のプラットフォームの形成や地域における活動の活性化を図る。

歳入：国の既存事業の補助金（【介護】一般介護予防事業、【介護】生活支援体制整備事業、【障害】地域活動支援センター事業、【子ども】地域子育て支援拠点事業、【困窮】生活困窮者の共助の基盤づくり事業）は「重層的支援体制整備事業」として一括して一般会計に交付される。

◎新規に実施する必要がある事業

### 多機関協働事業

- 市町村全体で包括的な相談支援体制を構築する。
- 重層的支援体制整備事業の中核を担う役割を果たす。
- 支援関係機関の役割分担を図る。

### アウトリーチを通じた継続的支援事業

- 支援が届いていない人に支援を届ける
- 会議や関係機関とのネットワークの中から潜在的な相談者を見つける。
- 本人との信頼関係の構築に向けた支援に力点を置く。

### 参加支援事業

- 社会とのつながりを作るための支援を行う。
- 利用者のニーズを踏まえた丁寧なマッチングやメニューをつくる。
- 本人への定着支援と受け入れ先の支援を行う。

歳入：多機関協働、アウトリーチ、参加支援といった重層的支援体制の強化に資する新たな機能を追加して、「重層的支援体制整備事業」として一括して一般会計に交付される。

一体的に実施

### 包括的相談支援事業

主にひきこもりに関する事例

R4年度以降開始予定 (仮称) ひきこもり支援機関連絡協議会

ひきこもり支援関連の予定事業（令和3年度当初予算）

重層的支援体制整備事業  
の活用↓

事業名	項目	事業内容	実施機関	令和3年度予算額 (増額分) 単位：千円	特定財源（増額分） 単位：千円	種別	備考
多機関協働事業	①（仮称）ひきこもり支援機関連絡協議会の開催	支援機関の連携強化、情報やノウハウの共有化等を目的とした会議体を開催する。令和3年度は協議会設立のための準備会を開催予定。	ぶらっとホーム世田谷	300	225	拡充	
	②精神保健福祉士の配置	ひきこもり実態把握調査で精神障害等の当事者が多かったことを踏まえて、ぶらっとホーム世田谷とメルクマールせたがやとの連携体制の整備を目的として専門職を配置する。	ぶらっとホーム世田谷	4,860	3,645	新規	
	③家計改善支援員の拡充	ひきこもり世帯への親亡き後の将来の家計収支を長期的に見える化すること等により、ひきこもり支援につなげることを目的にファイナンシャルプランナーの資格を有する職員を拡充する。	ぶらっとホーム世田谷	6,444	4,833	新規	
アウトリーチを通じた継続的支援事業	④メルクマールせたがや出張相談会の拡充	希望丘青少年交流センターで毎月1回行ってきた出張相談会を、令和2年6月より5総合支所で隔月に拡充し、相談員を1名ずつ派遣してきたが、令和3年度より、相談員を全支所2名体制とし、専門人材の育成と支所4課等との連携強化に努める。また、最もニーズの高い鳥山総合支所での出張相談会を隔月から毎月拡充する。	メルクマールせたがや	1,795	8,250	拡充	メルクマール 全体経費  歳出58,096 (対前年+1,624)  歳入20,605 (対前年+15,402)
	⑤メルクマールせたがや	訪問相談・家族会・出張セミナー等、アウトリーチにかかる事業の既存部分	メルクマールせたがや	12,419		既存	
参加支援事業	⑥みつけばルームの機能拡充	全国ひきこもり親の会の調査によれば、ひきこもりの約1/4は発達障害の特性を有するとされており、区の実態把握調査でも同様の傾向となっている。こうした方々の社会参加を支援するため、発達障害特性がある若者のピアサポート事業「みつけばルーム」について、概ね25歳までとしている年齢制限を撤廃するとともに、主に30～50代の年齢層に向けたピアサポートによるプログラムを実施する。	みつけばルーム	6,928	5,196	拡充	※当初見込んでいた特財2,119千円（地域生活支援促進事業国1,413千円、都706千円）は他の事業に活用
合計				32,746	22,149		



# 世田谷区ひきこもり支援に係る基本方針（案） 概要版

## I. 策定の背景や理念、位置づけ（1. 主旨／2. 国・都の動向等）

区：ひきこもりをはじめ、生きづらさを抱え、社会的に孤立する傾向のある方が、個人の尊厳が尊重され、自分らしく安心して暮らし続けられる環境を整えることを目的に、区の実態把握調査として基本方針を策定 ※世田谷区基本構想等との整合性を取る。

国：「重層的支援体制整備事業」の活用  
「既存の取組みでは対応できない狭間のニーズに対応するため、本人のニーズと資源の間を取り持ったり、必要な資源を開拓し、社会とのつながりを回復する支援」としてひきこもり支援も対象

都：「ひきこもりに係る支援協議会」中間とりまとめ  
「都民及び関係者への意識啓発」「一人ひとりの状態・状況に応じたきめ細やかな支援」「切れ目のない支援体制の整備」

## II. 現状（3. これまでの区の実態把握調査／4. 区の支援機関におけるひきこもり状態にある方の把握状況）／5. 現状からみえた課題）

39歳以下の若者支援  
○メルクマールせたがや

生活困窮者支援  
○ぷらっとホーム世田谷

障害者支援  
○障害者就労支援センター「ゆに」や「みつけば」「ぼーと」などの支援機関

その他  
○あんしんすこやかセンター  
○総合支所保健福祉センター

ひきこもり実態把握調査（支援機関対象）  
○把握した当事者数 319 件  
○年齢、地域等に多様な実態がある。  
○何らかの障害を有すると思われる方が支援機関につながっている。  
○長期化した方を支援しているケースが多い。  
○複合的課題を抱えている  
○支援機関への繋ぎに苦慮している

現状からみえた課題（求められる支援）  
1. 相談窓口・支援機関  
○相談体制の明確化  
○各支援機関相互の連携  
○支援につながりやすい仕組み  
2. 当事者の状況  
○年齢・地域を限定しない支援  
○障害への理解を含めた専門的なアプローチと当事者の尊厳と自己決定を尊重した支援  
○早期の積極的支援、個別的な支援、家族も含めた支援（8050 問題も意識）  
3. 社会的理解  
区民に対する理解の促進 等

## III. 目標（6. 支援に対する基本的な考え方）

### 基本目標

ひきこもりの状態を含む、社会との接点が希薄な方や社会との接点がもちづらい状況にある方とその家族が、気軽に相談・支援につながる事ができ、当事者が自分らしく暮らすことができる地域づくりをめざす

### 施策目標

【目標 1】 相談窓口の明確化、支援機関相互の連携強化

【目標 2】 当事者・家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、きめ細やかな支援の充実

【目標 3】 ひきこもりへの社会的理解及び支援者育成の促進

## IV. 新たな支援体制（7. 具体的な取組み／8. 推進体制）

### 【目標 1】 相談窓口の明確化、支援機関相互の連携強化

① （仮称）ひきこもり相談窓口の開設

② （仮称）ひきこもり支援機関連絡協議会の設置

③ 支援機関相互の連携強化の仕組みづくり

④ 教育委員会や医療機関との連携

支援・相談イメージ

### 【目標 2】 当事者・家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、きめ細やかな支援の充実

① 状況に応じた専門的支援と課題解決のための仕組みの構築

② 課題把握のためのアセスメントに基づく支援

③ 居場所の確保（参加支援）

④ 社会との関係づくりの支援と必要に応じた就労支援

⑤ 当事者・家族会からのニーズ把握に基づく支援

### 【目標 3】 ひきこもりへの社会的理解及び支援者育成の促進

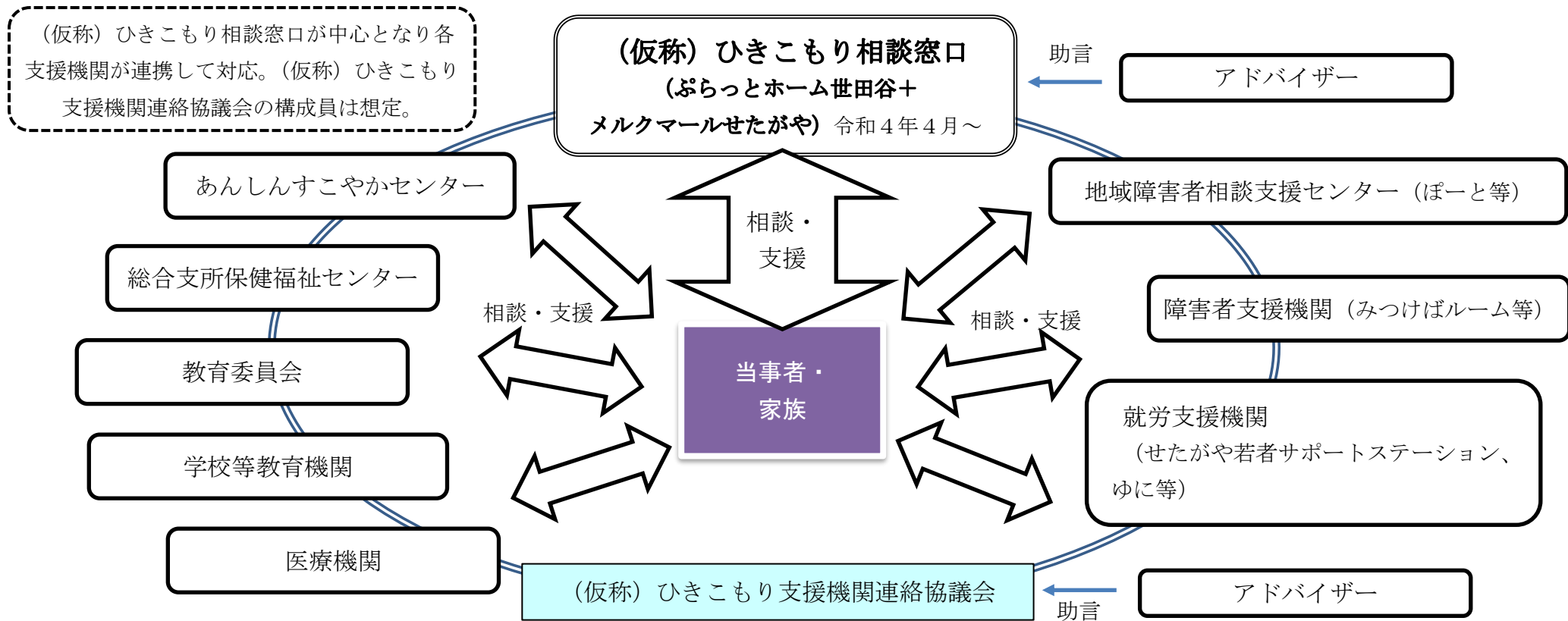
① 当事者・家族への働きかけ及び地域での理解促進

② 支援者の育成とスーパーバイズ機能の整備

### 推進体制

① 庁内調整会議、（仮称）ひきこもり支援機関連絡協議会での情報の共有化と進行管理  
② 子ども・若者支援協議会等の既存の会議体での進捗状況の報告 等

# ひきこもり支援の相談・支援イメージ図



**【目標1】 相談窓口の明確化、支援機関相互の連携強化**

① (仮称) ひきこもり相談窓口の開設    ② (仮称) ひきこもり支援機関連絡協議会の設置

③ 支援機関相互の連携強化の仕組みづくり    ④ 教育委員会や医療機関との連携

**【目標2】 当事者・家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、きめ細やかな支援の充実**

① 状況に応じた専門的支援と課題解決のための仕組みの構築

② 課題把握のためのアセスメントに基づく支援

③ 居場所の確保 (参加支援)

④ 社会との関係づくりの支援と必要に応じた就労支援

⑤ 当事者・家族会からのニーズ把握に基づく支援

**【目標3】 ひきこもりへの社会的理解と支援者育成の促進**

① 当事者・家族への働きかけと地域での理解促進

② 支援者の育成とスーパーバイズ機能の整備

世田谷区ひきこもり支援に係る基本方針  
(案)

令和3年3月

世田谷区

## 目次

1	主旨	3 ページ
2	地域包括ケアシステムの取組み、 国及び都の動向	4 ページ
3	これまでの区取組み	6 ページ
4	区の支援機関におけるひきこもり状態に ある方の把握状況	11 ページ
5	現状から見えた課題	11 ページ
6	支援に対する基本的な考え方	13 ページ
7	具体的な取組み	15 ページ
8	推進体制	21 ページ
9	基本方針策定に向けた検討経過	21 ページ



# 1 主旨

世田谷区は、世田谷区基本構想において、「個人を尊重し、人と人とのつながりを大切にする」として、「年齢、性別、国籍、障害の有無などにかかわらず、多様性を認め合い、自分らしく暮らせる地域社会」を築くことを公共的指針としており、「人と人とのつながりを大切にして、一人ひとりが地域の中で自分のライフステージに沿って居場所や役割を見いだし、活躍できる」まちづくりを目指している。

ひきこもりや8050問題が社会問題となっている中、区はこれまでも、ひきこもり状態にある方の支援に関して、生活困窮、若者、障害等の各分野における支援を通じて、庁内関係所管及び各支援機関が協力しながら取り組んでいる。

ひきこもり当事者や家族は、悩みながら日々を過ごしているが、事柄の性質上、なかなか社会的に可視化される機会に乏しく、それ故に理解も広がらないという状態が続いていた。不幸にも、ひきこもり経験のある加害者が、社会的注目を集めるような「事件」によってクローズアップされ、ひきこもりへの誤った偏見や差別が助長されるという構図があることに留意して、ひきこもり支援にあたらなければならない。

世田谷区では平成25年度より準備を始め、「ものづくり学校（旧池尻中学校）」に専門の相談機関「メルクマールせたがや」を設置した。

「メルクマールせたがや」では、ひきこもりなどの生きづらさや困難を抱えた子ども・若者（15歳から39歳）やその家族等から、心理等の有資格者が相談を受け付け、関係機関と連携しながら継続的に伴走型の支援をしている。

しかしながら、40歳以上のひきこもり支援に関する相談窓口が必ずしも明確になっていないことや、各支援機関も含めた支援に関する連携が不十分な状況も散見されること等の課題も残されている。

以上のことを踏まえ、ひきこもり当事者やその家族をはじめ、生きづらさを抱え、社会的に孤立する傾向にある方が、個人の尊厳を尊重され、自分らしく安心して暮らし続けられる環境を整えることを目的に、今後、区が支援のあり方や事業等に取り組む際の指針として「世田谷区ひきこもり支援に係る基本方針」を策定する。

## ○ひきこもりの定義について

ひきこもりとは、「病気」ではなく、「状態」を表すものである。ひとりひとりの経緯は異なり、ひとくくりにするべきではないが、一定の期間、社会的関係から離れて孤立して生活している「状態」である。

厚生労働省では、ひきこもりの定義を次のように規定している。

「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職

を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）」

※「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」より

なお、内閣府は、これまで、ひきこもりの実態を把握するために、若年層（15～39歳）及び中高年層（40～64歳）を対象とする調査を行っており、対象年齢としては概ね15～64歳としている。

また、東京都では厚生労働省の定義に加えて「状態を指す概念であり、それ自体は必ずしも問題行動や疾患を意味するわけではないが、当事者は自尊感情を失っていたり、生きがいをもって自分らしく、よりよく生きる意欲や勇気を失っている場合が少なくない。また、長期間に渡るひきこもりの状態により心身に悪影響を及ぼす恐れや社会的孤立、経済的な困窮につながる可能性があることに留意が必要」としている。

## 2 地域包括ケアシステムの取組み、国及び都の動向

### 1 地域包括ケアシステムの取組み

#### (1) 地域包括ケアシステムの地区展開

平成26年3月に策定した世田谷区地域保健医療福祉総合計画では、国において高齢者対象に展開されている地域包括ケアシステムの対象を、高齢者だけでなく、障害者、子育て家庭、生きづらさを抱えた若者、生活困窮者など対象を広くとらえて推進することとした。

その中で、区独自の取組みである、地域包括ケアの地区展開では、区内28地区のまちづくりセンター、あんしんすこやかセンター、地区社会福祉協議会の三者を一体整備し、「福祉の相談窓口」として、高齢者の相談に限らず、身近な相談窓口として区民からの多様な福祉の相談に対応してきた。

現在、区ではひきこもりの支援として、世田谷若者総合支援センターのメルクマールせたがやや、ぷらっとホーム世田谷が専門性を生かした取組みを行っているが、立地が池尻・三軒茶屋と区東部に偏っている。各28地区の福祉の相談窓口においても、ひきこもりの相談について、区保健福祉センターやメルクマールせたがや、ぷらっとホーム世田谷、地域障害者相談支援センター（ぽーと）、発達障害就労支援センター（UNI）など、多機関と協働して対応にあたっている。

このような中、地域包括ケアシステムの実現に向けて、全区的な課題を検討し、解決に向けた新たな施策につなげる全区版地域ケア会議では、地域版地域ケア会議での議論を踏まえ、令和2年度に「8050問題（ひきこもり）」を取り上げ、実態が多様化するなか、事例の集積と課題や支援策などが話し合われた。

## (2) 厚生労働省への働きかけ

区の取り組みは、国においても注目され、世田谷区の取り組みは「地域包括ケアシステムの構築へ向けた取り組み事例」として、全国10か所の自治体の取り組みとともにモデル例とされている。

令和元年度には、厚生労働省の政策統括官や総括審議官などがメルクマールせたがやを視察し、区と意見交換を行った。その際、国に対しては、①相談支援や居場所支援には多くの時間や専門家が必要となること、②相談支援の場の拡充やアウトリーチ支援が必要となること、③一旦就労につながったとしても、引き続き伴走型の支援が必要となることなど、現場の実態とともに安定的・継続的に取り組むための財政支援を要請した。令和2年度には、地域共生社会実現の方策について、意見交換を行い、国からは世田谷区が引き続き先駆的な取り組みを進めることへの期待が寄せられ、区からは引き続き財政支援等を要請した。

世田谷区は、厚生労働省に対して、これまでのひきこもり支援・相談を踏まえて、縦割りに分割されている支援策を統合することや地域の中に相談窓口を配置して、地区の「福祉の相談窓口」とつないでいく制度等を提言している。

## 2 国の動向

区ではこのように、「地域包括ケアの地区展開」やひきこもり支援等の取り組みを踏まえ、包括的な支援体制の必要性について国に働きかけを行ってきた。国は地域共生社会の実現に向けて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、令和2年6月に社会福祉法等を改正し、令和3年度から「重層的支援体制整備事業」を創設することとなった（資料1参照）。

重層的支援体制整備事業は、区市町村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する断らない包括的な支援体制を整備するため、①相談事業（包括的相談支援事業、多機関協働事業、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業）、②参加支援事業、③地域づくり事業を一体的に実施する事業として位置づけている。

事業の中では、「既存の取り組みでは対応できない狭間のニーズに対応するため、本人のニーズと地域の資源との間を取り持ったり、必要な資源を開拓し、社会とのつながりを回復する支援」として、ひきこもりへの支援も含めている。

区は、この重層的支援体制整備事業を活用し、令和3年度より、多機関協働事業として、ぷらっとホーム世田谷のひきこもり関連事業、アウトリーチを通じた継続的支援事業としてメルクマールせたがやの出張相談会の拡充等事業、参加支援事業としてみつけばルームの機能拡充事業をあて、年齢を問わずひきこもりを重層的に支援する体制の整備・強化に取り組む。

### 3 都の動向

都は、東京都ひきこもりに係る支援協議会を令和元年9月に立ち上げ、年齢に寄らず、切れ目のないきめ細かな支援に向け、当事者・家族の状況に応じた支援の在り方について検討しており、令和2年10月にひきこもり支援対策の中間とりまとめを公表した。今後、ひきこもりに関する支援状況等調査を行い、議論をさらに深め、最終的な提言をまとめるとしている。

なお、中間とりまとめでは、ひきこもりに係る支援の今後の方向性として、「都民及び関係者への意識啓発」、「一人ひとりの状態・状況に応じたきめ細かな支援」、「切れ目のない支援体制の整備」が示されている。

## 3 これまでの区の取組み

### 1 これまでのひきこもり支援に対する区の考え方

世田谷区は、平成26年9月に「メルクマールせたがや（公益社団法人青少年健康センター：運営）」と平成21年6月から厚生労働省からの委託事業として開設していた「せたがや若者サポートステーション（NPO法人ワーカーズコープ：運営）」が一体となり「世田谷若者総合支援センター（※）」を、ものづくり学校（旧池尻中学校）3階の一部に開設し、不登校やひきこもりなど生きづらさを抱え、希望をもって過ごすことが難しい子ども・若者たちに対する支援を全国に先駆けて取組んでいる。

また、生活困窮者自立支援法に基づき、平成26年4月に世田谷区生活困窮者自立相談支援センターとして、「ぷらっとホーム世田谷（社会福祉法人世田谷区社会福祉協議会：運営）」を開設した。年齢に限らず、生活に困窮している、またはそのおそれのある方への支援を行っており、その支援の過程の中で、ひきこもりの傾向にある方に対する支援も行っている。

さらに、地域包括ケアシステムの地区展開の取組みにおいて、「福祉の相談窓口」を平成28年7月から全区で展開しており、あんしんすこやかセンター等においてもひきこもり支援に関する相談や支援に取組んでおり、8050問題も含めた事例や課題が顕在化してきた。

（※）世田谷若者総合支援センター：

メルクマールせたがや（ひきこもり等生きづらさを抱えた若者の社会的自立準備等支援）とせたがや若者サポートステーション（厚生労働省委託事業、若者の就労支援）が同じ建物内で運営し、居場所づくりやセミナー、ワークショップなど、合同事業で一体となり、一人ひとりの若者の困りごとについて支援している。

## 2 各支援機関における主な取組み

### (1) メルクマールせたがや

「メルクマールせたがや」では、ひきこもりなどの生きづらさや困難を抱えた子ども・若者（15歳～39歳）やその家族等から、心理等の有資格者が相談を受け付け、居場所支援、家族会支援、訪問、多機関連携などを行っている。特にせたがや若者サポートステーションとは、世田谷若者総合支援センターを担う機関同士、密に連携して若者支援に取り組んでいる。同じ建物内にあるという立地条件を活かし、文字通り担当者同士の顔の見える連携ができることで迅速な対応につながっている。また、メルクマールせたがやとせたがや若者サポートステーションの合同事業として、出張セミナー（年4回程度）や、登録なしで気軽に立ち寄れて交流できる居場所「メルサポ」（月2回程度）や、心理教育的なワークショップを中心とした「メルク・サポステ合同プログラム」（月1回程度）などの居場所プログラムを開催している。

その他の関係機関（保健福祉センター4課、教育機関、ぷらっとホーム世田谷、障害者就労支援センター、医療機関など）についても、連携しながら継続的に伴走型の支援をしている。

主な実績については、下記の「○ メルクマールせたがや利用実績」のとおりである。開設から昨年度末までの登録ケース総数は563件となった。令和元年度について、延べ相談件数は3,102件（月平均250～260件）で前年度に比べ63件減少、また、年度別新規登録件数は96件で前年度と比べると12件減少、うち10代の新規は24件と20件減少した。家族会参加人数も157件と、前年比35件減少した。これは元年度の後半に新型コロナウイルスの感染が拡大したことによるものと考えられる。一方で、居場所延べ利用は2,389件で前年度に比べ634件増となった。その背景として、生活リズムや体力が整ってきている利用者が増えていることが考えられる。

#### ○メルクマールせたがや利用実績

	H. 26 (※)	H. 27	H. 28	H. 29	H. 30	R. 元	H26～ R1 計	R1-H30 比較
1. 延べ相談対応件数	625	2,329	2,476	3,037	3,165	3,102	14,734	-63
2. 登録ケース数増減								
（1）新規登録件数	79	107	94	79	108	96	563	-12
（2）(1)のうち10代の新規登録数(H. 28～)			34	26	44	24	128	-20
3. 居場所								
（1）延べ利用数	355	1,384	1,043	1,412	1,755	2,389	8,338	634
（2）(1)のうちメルサポ利用数(H. 30～)					196	159	355	-37

4. アウトリーチ関連								
(1) ケース検討会議	11	17	32	24	20	12	116	-8
(2) 訪問相談件数	10	14	24	130	136	140	454	4
(3) 出張相談								
① 出張相談回数	21	12	17	14	8	18	90	10
② 出張相談件数	40	17	23	22	12	22	136	10
5. 家族会延べ参加者数	76	143	88	166	192	157	822	-35

※平成26年9月開設

ひきこもり支援は段階を追って順番に上っていくのではなく、行きつ戻りつを繰り返しながら一歩ずつ前に進んでいくものであり、メルクマールセタがやの利用者においては、ひきこもり期間が短い人ほど「支援機関の利用」「就労・就学の準備」「就労・就学」につながるケースが多い。そのため、区立中学校全校を訪問したり、区内都立高校の学校保健連絡会、各地区児童・民生委員協議会、青少年地区委員会等に出向き、事業紹介を行うなど、メルクマールセタがやを知っていただき、地域の潜在的ニーズの掘り起こしに結びつくよう取り組んだ。このように、ひきこもり期間が短い時点で支援へとつなげるための早期発見・早期支援の取組みと、息の長い伴走型支援を継続している。

また、支援を必要とする若者やそのご家族が、より身近なところで相談できる体制をつくるため、平成31年2月より希望丘青少年交流センターにおいて月1回ずつ、また、令和2年6月より、5ヶ所の総合支所において、2か月に1回ずつ「出張相談会」を実施している。ここでは、支所内での相談活動であることから、新規相談だけでなく、総合支所保健福祉センター4課との連携強化もおこなっている。特に烏山については、毎回予約枠が埋まる状況が続いているため、令和3年度以降、烏山については、毎月開催に拡充を予定している。

さらに、メルクマールセタがや利用者は、他機関との並行利用が約6割と多いが、これは、利用者が抱えている問題の多様さ、複雑さが関連していると考えられる。個別の課題により1機関だけで利用者を支援するのではなく、各支援機関と共同で支えていくことが必要である。そのため、それぞれの機関が強みを生かし、有機的につながって、それぞれの形でリスタートできる仕組みづくりを進めている。

## (2) ぷらっとホーム世田谷

ぷらっとホーム世田谷では、年齢に限らず、生活に困窮している、またはそのおそれのある方への支援を行っており、その支援の過程の中で、ひきこもりの傾向にある方に対する支援も行っている。

まず①自立相談支援として、支援プランを策定し支援対象者及びその関

係者から、支援対象者の置かれている状況や生活課題を聞き取り、メルクマールせたがや、三茶おしごとカフェ、障害者就労支援機関等の関連機関が行う支援事業を組み合わせた支援プランを作成し、定期的なモニタリングを行いながら伴走型の支援を行っている。

また、②家計相談支援として、家計に関して課題を抱える方に対し、必要な情報の提供、家計の可視化、ライフプランを通じた長期的な家計計画の作成等について専門的な助言を行っている。必要に応じて滞納の解消に向けた各種窓口への同行支援、法テラス等と連携した債務整理に向けた支援、継続的な家計簿作成支援を通じた日常生活支援などを行っている。

③就労支援として、支援対象者の特性や希望、世帯状況に合わせた雇用先の開拓及び求人情報の提供を行うとともに、支援対象者と雇用先との間で労働条件の緩和の調整や勤務条件の確認等を行う。必要に応じて就労決定後の支援対象者と雇用先の調整、雇用先でのジョブコーチを行い、職場定着をサポートする。

④就労準備支援として、就労に向けた準備が整っていない方に対し、準備支援を計画的に行い、日常生活、社会生活、就労における自立を促進する。支援メニューとしては、外出の促進や昼夜逆転の解消、同じ悩みを抱えた者同士の交流等を目的とした居場所支援から、実践的な就労体験支援等がある。

## ○ぷらっとホーム世田谷利用実績

### ①自立相談支援として、支援プラン策定

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
315	351	437	456	518

### ②家計相談支援件数

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
99	148	203	224	254

### ③就労支援

#### ・就労支援件数

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
286	336	334	421	430

#### ・就労決定件数／就職決定率

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
161／56%	184／54%	207／62%	221／52%	252／59%

### ④就労準備支援件数

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
未実施	44	176	160	177

### (3) 障害者支援その他

発達障害者就労支援センターゆに (UNI)
<ul style="list-style-type: none"><li>・就労・自立を目指す発達障害のある方を対象として、平成27年3月に開設された就労支援施設。メンタル面の不調から離職し、長期間社会生活から離れる状態になった方の相談等にも応じている。</li></ul>
地域障害者相談支援センター“ぽーと”
<ul style="list-style-type: none"><li>・5地域にひとつずつある障害者の困りごとの相談窓口であり、相談内容に応じた情報提供や助言、行政・福祉サービスの利用案内、サービス利用の支援をしている。</li><li>・地域包括ケアの地区展開に伴い、あんしんすこやかセンターの相談対象が高齢者だけでなく障害者や子育て世帯等に拡大した。例えば、高齢者と障害者とが暮らす8050世帯の場合、障害者の支援については連携を図りながら“ぽーと”が中心となって対応している。</li><li>・5か所の“ぽーと”相談利用者約1,000人のうち広義のひきこもり状態の方はや定期的な活動のない方は約26%</li></ul>
ピアサポート事業「みつけばルーム」
<ul style="list-style-type: none"><li>・区内在住の概ね15～25歳の発達障害もしくはその傾向のある方に、成人当事者によるピアサポートを通じ、生きづらさを抱えた若者の居場所となっており、社会参加へのモチベーションを高める取り組みを行っている。</li><li>・体験型プログラム等の参加者は年間延べ約1,000人（令和元年度実績）</li><li>・現在は大蔵二丁目福祉施設内で事業を実施しているが、令和3年4月に松原六丁目福祉施設に移転予定。</li><li>・また、令和3年度中に、概ね25歳までとしている年齢制限を撤廃するとともに、主に30～50代の年齢層に向けたピアサポートによるプログラムを実施していく。</li></ul>
発達支援コーディネーター
<ul style="list-style-type: none"><li>・発達障害の特性のある本人や保護者が抱えている課題を整理したうえ、関係機関とのネットワークを本人や保護者と一緒に構築するなど、必要なサポートを行う。5地域の総合支所保健福祉センター保健福祉課に配置。</li><li>・成人の相談者のうち約半数は、定期的な日中活動に参加していない。</li></ul>
総合支所保健福祉センター健康づくり課
<ul style="list-style-type: none"><li>・精神保健福祉の相談として、保健師などがひきこもりの当事者や家族から相談を受け、支援に繋がっているケースがある。</li></ul>

### 3 「ひきこもり支援に係る庁内調整会議」の設置

令和元年10月に「ひきこもり支援に係る庁内調整会議」（以下、「庁内調整会議」という）を設置し、庁内横断的にひきこもり支援への検討を行



っている。

## 4 区の支援機関におけるひきこもり状態にある方の把握状況

### 1 ひきこもり実態把握調査の実施

区内の支援機関につながっている、ひきこもり状態にある方の状況を把握し、その傾向や特徴をとらえ、具体的で実効性のある支援のあり方について検討していくため、ひきこもり実態把握調査を以下の支援機関に対して、令和2年6月から7月の期間にかけて実施した。

#### ○調査対象支援機関

- ・ぷらっとホーム世田谷
- ・メルクマールせたがや
- ・あんしんすこやかセンター
- ・各総合支所保健福祉センター

### 2 ひきこもり実態把握調査の集計結果

資料2参照（令和2年9月2日福祉保健常任委員会報告資料）

## 5 現状からみえた課題

現在の各支援機関の状況やひきこもり実態把握調査の結果等も踏まえて、以下のとおり、ひきこもり状態にある方に支援を行う場合の課題を整理した。

従来のひきこもり支援施策にみられる課題として、当事者及び家族にとって違いが分かりにくい支援サービスが、複数の窓口により提供されていることにある。また、ひきこもり支援は、複数の要因が複雑に絡まりあうケースが多く、必然的に支援の多職種・多機関化が進んでいる。より効果的な多職種・多機関連携を進めていくための仕組みの充実は必要不可欠である。

なお、この調査は支援機関に対する調査であり、当事者の声を直接把握しているものではないことなどから、ひきこもり状態を含む社会との接点が希薄な方たちの全体像については、見えていない部分が多くあることに留意する必要がある。

### 1 相談窓口・支援機関について

#### (1) 相談体制の明確化

ひきこもりの課題を抱える方やその家族にとって、特に40歳以上のひきこもりの相談窓口が必ずしも明確になっておらず、また、福祉に関する相談窓口が属性や課題ごとに分かれ複数あることが、わかりにくさや不安感につながっていることが考えられる。ひきこもり支援に関する

相談窓口を明確化して、当事者や家族がアプローチしやすい、わかりやすい相談体制を整備することが必要である。

## (2) 各支援機関相互の連携強化、支援につながる仕組みづくり

- ・相談体制の明確化に併せ、各支援機関の役割をあらためて確認するとともに、各支援機関相互の連携をさらに強化していく必要がある。
- ・現在、就労、不登校、生活困窮、精神保健などの支援機関からなる協議会や、課題に即した関係機関調整会議、実務者会議を開催し、支援機関同士の連携を図っているため、今後の相談体制の整備に対応した、会議の位置づけをあらためて検討する必要がある。
- ・各支援機関の連携を整理したうえで、国の「重層的支援体制整備事業」に基づき、「相談支援」「参加支援」「地域づくり」の各事業との整合性を図る必要がある。

## 2 支援機関が把握している当事者の状況について

### (1) 年齢・地域について

年齢は10代から60代まで幅広い年齢層にわたっており、地域的にも偏在がないことから、性別、年齢、地域を限定しない幅広い支援が必要である。

### (2) 当事者の状況について

ひきこもりは、「病気」ではなく、「状態」を表すものであるが、支援機関が把握している範囲では、精神障害等が相当以上の割合を占めている等、複数の要因が複雑に絡まりあうケースが多く見られることから、支援する立場として、専門的なアプローチが必要である。

### (3) ひきこもり期間について

ひきこもり期間について、10年以上の合計が37.6%となっており、ひきこもりが長期化していることや、支援機関につながるまでに一定期間がかかっていることが窺えることから、長期化している方への対応のほか、ひきこもりが長期化しないように早めに支援に結び付けられるような積極的な支援が必要である。

### (4) ひきこもりに至った経緯について

経緯としては、「不登校から」と「就職したが、失業をしたため」がそれぞれ約3割と大きな要因となっている。また、「病気を発症したため」という要因も多くあり、ひきこもりに至った経緯には、複合的な要因が絡んでいることが考えられるとともに、生活困窮等の二次的要因も影響していると考えられることから、的確なアセスメントを踏まえ、個別の状況に応じた対応をしっかりと実施していくことが必要で

ある。

#### (5) 同居家族について

支援機関の意見のうち「本人と家族の関係、家族の状況」の内容からは、同居家族との関係、また、同居家族にも問題を抱えているケースが散見された。ひきこもり支援は、状況により、当事者だけではなく、同居家族も含めた、世帯全体をフォローしていく必要がある。

その際、各支援機関は、当事者が安心して支援を受けられるように、当事者から承諾を得ずに聴取した情報について、同居家族等に知らせることのないよう、十分な配慮を行う必要がある。

### 3 ひきこもりへの社会的理解について

ひきこもり状態にある方に対しては、依然としてネガティブなイメージを持っている方も多くいると考えられる。このため、同居家族にとっては周囲に知られたくないという思いから、だれにも言えずに家庭で抱え込み、問題を打ち明けられず、社会から孤立することが懸念される。

ひきこもり支援を進めていくにあたっては、支援機関等の取組みだけではなく、地域での理解や見守りも重要となってくるため、区民に対して、ひきこもりへの正しい理解を促進していく必要がある。

## 6 支援に対する基本的な考え方

### 1 基本目標

ひきこもり支援に対する基本目標として、以下のとおりとする。

ひきこもりの状態を含む、社会との接点が希薄な方や社会との接点がもちづらい状況にある方とその家族が、気軽に相談・支援につながる事ができ、当事者が自分らしく暮らすことができる地域づくりをめざす

### 2 支援に対する考え方

#### (1) 支援の対象者の考え方

- ・ひきこもりの定義（定義については3ページの「1 主旨」を参照）にあてはまる状態の方が、全て支援の対象になるとは限らない。

特に、近年の情報化社会の進展や新型コロナウイルスの影響を受けて、SNS等の活用が一般化されている現状を踏まえると、オンラインによるつながりで精神的な充足を得て、かつ、経済的にも自立している方等の場合は支援の対象とはならないと考える。

- ・一方で、ひきこもり支援に関しては、状況により、当事者だけではな

くその家族も含めた支援が必要であることから、本基本方針では、支援の対象者を「ひきこもりの状態を含む、社会との接点が希薄な方や社会との接点がもちづらい状況にある方とその家族」とする。

## (2) 支援する際の考え方

- ・ひきこもり状態が長期化することで、様々な課題を抱えることが予想されるため、当事者の自己決定の自由を尊重しながら、ライフステージに応じた適切な支援を行っていく。喫緊の生活課題がなく、ひきこもることを選択している場合であっても、支援が必要にもかかわらず、気づいていない場合等は、支援が必要だと気づき、居場所や社会参加などにつながるような支援を行い、当事者や家族の孤立を防ぐ必要がある。
- ・ひきこもり支援にあたっては、当事者及び家族が深刻な生活課題を抱えている状態を長期化させないように、早めの発見や早めの介入、アウトリーチや出張相談など、相談者のところへ出向いていく積極的な支援が求められる。

また、当事者の個人の尊厳と将来の生活に対する希望を尊重し、自己決定や自己選択の自由を尊重しながら、必要なときに適切な支援につなげていくという考え方に基づいて、支援を行わなければならない。

- ・ひきこもりは当事者のみが問題を抱えているだけではなく、同居家族との関係、また、同居家族にも問題を抱えているケースがあるため、同居家族も含めた、世帯全体をフォローしていく必要があり、複数の支援機関で支援をしていくケースも想定していく必要がある。

ただし、世帯全体の支援及び複数の支援機関での支援連携に当たっては、個人情報取り扱いに十分注意し、特に当事者が自己の情報の開示の範囲をどのように希望しているかについて、十分に聴取し、当事者との信頼関係に基づいた対応を行わなければならない。

- ・ひきこもり状態にある方の中には、精神障害や発達障害（いずれも疑いを含む）がある方も含まれることから、支援の必要性についてのアセスメントを行う専門職を支援機関等に配置したうえで、支援機関における居場所事業や訓練事業との密接な連携体制が必要である。また、当事者本人の了解に基づく医療機関との連携の視点も重要である。

## 3 施策目標

基本目標の実現に向けて、以下の施策の目標を定め、取り組んでいく。

【目標1】相談窓口の明確化、支援機関相互の連携強化

【目標2】当事者・家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、きめ細やかな支援の充実

## 7 具体的な取組み

### 【目標1】相談窓口の明確化、支援機関相互の連携強化

#### (1) 取組みの方向性

ひきこもり状態にある方及びその家族からの相談については、これまで、主に生活困窮などの課題がある場合に関してはぷらっとホーム世田谷、当事者が39歳以下の若者である場合についてはメルクマールせたがや、高齢者世帯で、生活課題にひきこもり状態にある家族の問題が含まれる場合にはあんしんすこやかセンター、ひきこもり当事者が精神障害や発達障害またはその疑いがある場合などは保健福祉センター健康づくり課や「ぽーと」というように、ひきこもり当事者の状況や状態により、関係のある支援機関で対応をしてきた。

今後、区として、ひきこもりに関する相談窓口を明確にしていくことと、各支援機関の持つノウハウを活かしながら、支援機関相互の連携強化、また、相談先により支援の差が生じないような支援の充実と的確化への取組みを行っていく。

#### (2) 主な取組み内容

##### ① (仮称) ひきこもり相談窓口の開設

ぷらっとホーム世田谷とメルクマールせたがやの両支援機関を、三軒茶屋駅近くの建物(太子堂4-3-1)に令和4年4月を目途に移転し、「(仮称) ひきこもり相談窓口」を開設し、40歳以上のひきこもりも含めた相談窓口に位置づける。(世田谷若者総合支援センターに「メルクマールせたがや」と併設されている「せたがや若者サポートステーション」の移転については、同時に移転する方向で現在調整中である。)

ひきこもり状態にある当事者及び家族等からの相談は、この窓口でぷらっとホーム世田谷がまず受付をして、相談者の希望内容や年齢、課題等に応じて、当事者を若者支援や就労支援、障害者支援(みつけば等)など、適切な支援機関に確実に繋ぐ役割を基本とし、必要な対象者には、各機関が協力して、アセスメントを実施する。

開設までの期間は、「メルクマールせたがや」と「ぷらっとホーム世田谷」の双方の強みを活かしながら相互補完的に連携強化を図るため、それぞれの専門性を活かしたコンサルテーションの方策をモデル的に実施しながら検討する等、開設に向けた準備期間としての取組みを進める。

なお、「ひきこもり相談」という名称は、当事者の心理的な障壁となり得ることから、開設までに当事者や関係者からの意見を踏まえて慎重に検討する。

## ②（仮称）ひきこもり支援機関連絡協議会の設置

ひきこもり支援を行う支援機関の連携を強化、支援していくために、様々な取組みについての情報やノウハウの共有化、支援内容についての事例検討と課題の抽出や共通課題への今後の方向の検討等を行う会議体として、支援機関及び関係所管等を構成員とする「（仮称）ひきこもり支援機関連絡協議会」（以下「連絡協議会」という）を設置し、定例的な意見交換等を行う。

15歳から39歳までの子ども・若者については、平成27年2月に子ども・若者育成支援推進法に基づき、主に区内の子ども・若者支援に関する機関の連携を円滑に進めることを目的とした「世田谷区子ども・若者支援協議会」を設置しており、区関連所管のほか、医療機関、若者支援施設、就労関連機関、小・中・高校、大学などの教育機関、障害関連機関等が、機関同士の情報共有・支援内容の協議など関係機関の連携を強化することにより、ひとつの機関で区内の若者を支援するのではなく、区全体で総合的かつ継続的な支援を実施するためのネットワークが構築されている。

なお、メルクマールせたがやでは、子ども・若者育成支援推進法による子ども・若者指定支援機関として、子ども・若者支援協議会の実務者会議となる「不登校・ひきこもり支援部会」と「ひきこもり・就労支援部会」の事務局を務めている。

連絡協議会は、子ども・若者支援協議会との役割分担や情報共有のあり方等について整理したうえ、庁内調整会議との連携のもと、支援プログラムの隙間や、対象者の発見、相談の入口となる支援機関に事例が滞留していないかについて検証し、今後の課題抽出も行う。

連絡協議会の構成は、支援機関だけではなく、有識者等のアドバイザー、教育委員会や医療機関等も構成員として位置付ける。

## ③支援機関相互の連携強化の仕組みづくり

ひきこもりは、当事者の状況により様々なケースがあり、解決策が確立されているわけではない。一方、各支援機関は高齢者、若者、発達障害など、それぞれ専門分野を持っている。

（仮称）ひきこもり相談窓口で相談を受け止めた後、当事者個々人の状況に応じて、「メルクマールせたがや」と「ぷらっとホーム世田谷」が役割を分担し、当事者の了解のもとに、専門分野を持つ支援機関との連携や最適な支援機関につなげるルートづくりを行い、支援体制を構築する。

例えば、8050問題のようなケースでは、高齢者の親をあんしんすこやかセンターで支援し、ひきこもり当事者の子をぷらっとホーム世田谷で支援するということも考えられる。

個別ケースごとに、主たる支援にあたる機関を定め、当該機関が支援機関同士の適切な役割分担と支援の隙間が生じていないかを確認・調整するとともに、医療機関など民間の支援機関も含め、専門職の守秘義務を踏まえた情報共有や連携を進める仕組みづくりに取り組む。

各支援機関が共通の認識を持って個々の支援の組み立てができるよう、基本的なアセスメント手法の標準化の取り組みを行うとともに、支援機関の役割分担やサービスの在り方等の検証を行う。

また、ひきこもり支援について、地域行政制度のもと総合支所との共同体制やまちづくりセンター、あんしんすこやかセンターも含めた支援機関とのつながりについて、必要な体制整備を進めていく。

#### ④教育委員会や医療機関との連携

ひきこもりに至った経緯として「不登校から」を要因とする事例が多かったことから、学校の果たす役割も大きいと考える。ひきこもりは内閣府の定義上、高校生以上となっており、小中学生の段階の不登校の場合は、ひきこもりに該当しないものの、その予備軍とみなすことができるため、ひきこもり支援にあたっては、支援機関や教育委員会との連携も密にしていく必要がある。現在、メルクマールせたがやで行っているため、連携を継続していくとともに、適宜強化していく。

また、当事者の状況について、精神障害や発達障害等の精神的な障害を持っている事例が多いことから、医療機関との連携にも取り組んでいく必要がある。

教育委員会と医療機関は、前述の「(仮称)ひきこもり支援機関連絡協議会」の構成員として位置付ける。

## 【目標2】当事者・家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、きめ細やかな支援の充実

### (1) 取組みの方向性

ひきこもりの状況は、年齢、お住いの地域、世帯構成、期間、その至った経緯、障害の有無、家族構成等、個別の状況により様々である。

一方でひきこもり当事者の意識や考えとその家族の意識や考えに違いがあるケースが多い。ひきこもりは、その世帯全体の課題であるが、当事者と家族では問題のとらえ方が異なるため、支援にあたっては、当事者支援と家族支援を明確に分け、誰に対してどのような支援を行うのかを、常に意識する必要がある。当事者と家族それぞれの課題やニーズに寄り添った、丁寧できめ細やかな支援が重要となってくる。

また、支援の過程においては、主たる支援にあたる機関を定め、当該機関を中心として、多職種、多機関が連携し、以下の課題把握のためのアセスメントや居場所の確保、社会との関係づくりや必要に応じた就労支援等、その状況に応じた適切な支援の取組みを行っていく。

## (2) 主な取組み内容

### ① 状況に応じた専門的支援と課題解決のための仕組みの構築

当事者の個別の状況に応じて、その特性を把握し、専門的知見による支援を行う。各支援機関は、相談事業や居場所事業やさまざまな体験・訓練事業等を組み合わせて、適切な支援を行う。

特に困難ケース等の場合には、課題解決のため支援機関の役割分担や支援方法を関係者で決めるケア会議を招集する等の課題解決のための仕組みづくりを行う。

### ② 課題把握のためのアセスメントに基づく支援

ひきこもり支援にあたっては、当事者等の課題把握のためのアセスメントを行うことが重要である。各支援機関は、アセスメントに基づいた支援を行う。

また、何らかの課題を抱えた、ひきこもり当事者や家族が、支援につながらないまま、深刻な生活課題をかかえた状態が長期化するケースが見られることから、深刻化する前の段階で相談窓口を周知し、心配になった時に気軽に支援につながることでできる環境づくりが重要である。そのためにアウトリーチや出張相談等、当事者のところへ出向いていく積極的な支援に取り組む。

一方で、当事者に寄り添い、本人の尊厳と自己決定を尊重しながら、必要な時に当事者が必要とするメニューを提示できるよう、支援体制を整備する。

### ③ 居場所の確保（参加支援）

社会との関係づくりを支援する前段階として、発達障害や精神障害などの特性のある当事者同士や、同じような生きづらさを抱えたさまざまな区民等が交流できる居場所を提供することも重要となってくる。恒常的な居場所の確保のほか、イベント的に集まってもらう機会を設定することにも取り組んでいく。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、例えばオンライン会議等が一般化されている現状も踏まえて、オンライン居場所のようなICTを活用した居場所の整備にも取り組んでいく。

### ④ 社会との関係づくりの支援と必要に応じた就労支援

ひきこもりの課題解決のあるべき姿としては、様々な方法が考えら



れるが、当事者が実現性のあるさまざまな選択肢を知ることが出来て、必要に応じて、必要な時に社会との関係づくりをし、当事者本人が希望する場合には、就労等による収入を得ることで、自分らしい生活が持続可能な状態となるよう支援をする。

社会との関係づくりの場としては、イベント参加やボランティア活動への参加にも取組んでいく。

#### ⑤当事者・家族会からのニーズ把握に基づく支援

支援のあり方について、当事者の求めるものになっているかを確認するため、定期的に当事者へのヒアリングを行い、意見を伺う機会を設定するとともに、ひきこもりの実態把握調査で把握しきれなかった事例の掘り起こしに適切に取り組んでいく。

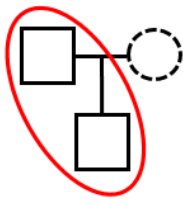
また、ひきこもりは家族にとって経済的・精神的に負担が大きいことから、同じ悩みを抱える家族同士が交流する家族会の役割は重要である。家族会等のピアサポートの場は、経験者と悩みや体験を語り合うことによる不安感の軽減やエンパワーメントの効果とともに、活動への参加による孤立化防止等の効果も見込めることから、令和2年度に創設した「世田谷区ひきこもり等当事者及び家族による交流支援事業運営補助」制度も活用し、家族会等の活動支援とともに、ピアサポートの場と支援機関の連携に取り組む。

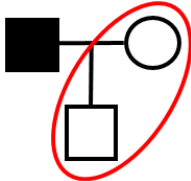
また、支援のあり方について、当事者・経験者の声、家族の声を聞いて、それを支援の取組みに反映させていく。

#### 【ひきこもり（8050問題）対応の参考事例】

○支援につながった事例 ※個人が特定されないよう、内容を一部変更している。

○<sup>丸</sup>…女性 □<sup>四角</sup>…男性 □<sup>破線</sup>…離別 ■<sup>黒塗</sup>…死別 ○…同居

事例1	概要
<p>相関図</p>  <p>親：70代 子：40代</p>	<p><b>総合支所保健福祉センター関係課が連携。ひきこもり状態にある息子の自立を支援</b></p> <p>父への支援のために保健福祉課が訪問した際、ひきこもり状態にある息子の存在を確認。収入は父の収入のみで経済的困窮状態にあった。対人関係の苦手さを持つ息子へは、丁寧な声掛けを行ったことにより信頼関係を構築。その後、父の状態が悪化し、在宅生活が困難になったことを機会に息子へ生活保護の申請を提案。父は成年後見制度を利用して施設入所。息子は現在、作業所に通所し、ひとり暮らしをしている。本事例は複合的な課題を抱えていたが、保健福祉センター関係課が連携し事例検討会を重ねたことで、支援者同士が相談でき、円滑な支援につながった。</p>

事例 2	概 要
<p>相 関 図</p>  <p>親：80代 子：50代</p>	<p><b>子への支援を通じて親の在宅生活を継続できた事例</b></p> <p>あんしんすこやかセンターによる見守り訪問の際に息子の存在が判明。息子は大学卒業後、就職先でのいじめが原因で退職し、自宅にひきこもっている状態であった。母が要介護状態となった際も、引き続き親子ともに在宅での生活を希望。生活能力が欠けている息子に対し、介護事業者等が親への介護の仕方を、地域障害者相談支援センター（ぽーと）が家事の仕方を教え、息子への支援も行った。その結果、母が亡くなるまで親子とも希望していた在宅生活を送ることができ、母の死後も息子と継続的な関係が築けている。本事例は「ぽーと会議」により親と子の支援者が連携し、必要なサービスの提案・導入ができた。</p>

### 【目標 3】 ひきこもりへの社会的理解及び支援者育成の促進

#### （1）取組みの方向性

ひきこもり支援を進めていくにあたっては、支援機関等の取組みだけではなく、ひきこもりの社会的理解を促進していかなくてはならない。

誰もが起こりうるひきこもりという状態を、多くの人に理解していただくため、また、当事者や家族が気軽に相談・支援につながるができるようにするため、区民等に対する、ひきこもりへの正しい理解と区の支援体制の周知を促進していく。

また、支援者の育成にも取り組んでいく。

#### （2）主な取組み内容

##### ①当事者・家族への働きかけ及び地域での理解促進

ひきこもり支援については、家族依存のように当事者や家族が自分達だけで解決しようとするのではなく、気軽に相談や支援につながるができるような働きかけを行っていく。

また、ひきこもり当事者や家族が地域で孤立状態にあるケースが多いことから、区民をはじめとした地域に対して、当事者の気持ちや課題を共有し、ひきこもりの社会的理解を促進するため、さまざまな取組みを行う。

##### ②支援者の育成とスーパーバイズ機能の整備

支援する立場の区職員・支援機関の職員のスキルアップを図るため、ひきこもりの現状や課題、区における支援体制や支援事例などについて、研修等を行う。また、民生委員・児童委員やケアマネジャー等の実

際に現場で活動している関係者向けに対しても、ひきこもりの現状や課題等の理解の促進の取組みを行う。また、当事者や経験者とその家族が支え手となるピアサポートや、ピアサポートの場と支援機関との連携の充実にも努める。

さらに、困難ケース等に対応できるように、支援機関が専門家等に支援のあり方について、相談できるスーパーバイズ機能の整備にも取り組む。

## 8 推進体制

引き続き、庁内調整会議において、ひきこもり支援に関する取組みの進捗管理を行うとともに、(仮称)ひきこもり支援機関連絡協議会においても、情報の共有化とともに取組みの進捗管理を行う。

また、既存の会議体である、子ども・若者支援協議会等とも、適宜進捗状況を相互に報告する等進め方を検討していく。

なお、本基本方針の内容については、令和4年4月に「(仮称)ひきこもり相談窓口」を開設後、その取組み状況や課題等をあらためて整理をした上で見直しを行うこととする。また、見直しにあたっては、当事者やその家族を対象とした、ひきこもり支援に関する調査を実施して、より詳細に区内のひきこもりの実態を把握して反映することを検討する。

## 9 基本方針策定に向けた検討経過

基本方針の策定にあたっては、庁内調整会議、ひきこもり当事者及び家族へのヒアリング、アドバイザー会議で有識者等から意見聴取を行う等の検討をしてきたので、その経過についてまとめた。

### 1 検討経過

開催日	内容
令和2年 8月26日	第1回ひきこもり支援に係る庁内調整会議 ①ひきこもり実態把握調査の集計結果について ②国・都の最新情報について ③「(仮称)ひきこもり支援に係る基本方針」について
9月2日	福祉保健常任委員会 報告 ○ひきこもり実態把握調査の集計結果について
10月16日	ひきこもり当事者及び家族へのヒアリング(参加者4名) ○区のひきこもり支援における課題、今後の支援のあり方等の聞き取り

10月23日	ひきこもり支援に係るアドバイザー会議 ①ひきこもり実態把握調査の集計結果と分析 ②世田谷区の支援機関が行っているひきこもり支援事業の紹介 ③当事者及び家族へのヒアリング結果 ④「(仮称) ひきこもり支援に係る基本方針」について
11月6日	第2回ひきこもり支援に係る庁内調整会議 ①国・都の最新情報について ②アドバイザー会議での有識者等からの意見について ③「(仮称) ひきこもり支援に係る基本方針」について ④ひきこもり支援に関する重複事業の整理について
11月11日	福祉保健常任委員会 報告 ○「(仮称) ひきこもり支援に係る基本方針」策定に向けた検討状況について
11月13日	第77回世田谷区地域保健福祉審議会 ○全区版地域ケア会議において、8050問題(ひきこもり)を検討テーマ
令和3年 1月20日	第3回ひきこもり支援に係る庁内調整会議 ①国・都の最新情報について ②ひきこもり支援に係る基本方針(案)について ③令和3年度に向けての各課の取組みについて

## 2 令和2年度 ひきこもり支援に関わる庁内調整会議 構成員一覧

総合支所	北沢 保健福祉センター所長	木本 義彦
	烏山 保健福祉センター保健福祉課長	和田 康子
	世田谷 保健福祉センター健康づくり課長	松田 一清
	砧 保健福祉センター子ども家庭支援課長	加藤 康広
保健福祉政策部	保健福祉政策部長	澁田 景子
	保健福祉政策課長	羽川 隆太
	生活福祉課長	杉中 寛之
障害福祉部	障害施策推進課長	太田 一郎
	障害者地域生活課長	相蘇 康隆
	障害保健福祉課長	宮川 善章
高齢福祉部	高齢福祉課長	三羽 忠嗣
	介護予防・地域支援課長	佐久間 聡
子ども・若者部	子ども育成推進課長	山本 久美子
	若者支援担当課長	望月 美貴

世田谷保健所	健康企画課長	大谷 周平
	健康推進課長	相馬 正信
教育委員会事務局 教育政策部	教育相談・特別支援教育課長	工藤 木綿子
	副参事（学校経営推進担当）	塚本 桂子

### 3 ひきこもり支援に係るアドバイザー会議 アドバイザー一覧

氏名（敬称略）	職（所属等）
尾崎 ミオ	みつけばルーム 代表代行
関水 徹平	立正大学社会福祉学部准教授
田邊 仁重	ぷらっとホーム世田谷 センター長
中森 順子	一般社団法人行動アシストラボ 代表理事
廣岡 武明	メルクマールせたがや 施設長

# 1. 重層的支援体制整備事業の全体像

# 重層的支援体制整備事業の枠組み等について

- 市町村において、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する断らない包括的な支援体制を整備するため、①相談支援(包括的相談支援事業、多機関協働事業、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業)、②参加支援事業、③地域づくり事業を一体的に実施する事業を創設した。
- 当該事業は、実施を希望する市町村の手上げに基づく任意事業である。
- このほか、事業の実施に要する費用にかかる市町村の支弁の規定及び国等による補助の規定を新設した。この中で、国の補助については、事業に係る一本の補助要綱に基づく申請等により、制度別に設けられた各種支援の一体的な実施を促進する。

## 重層的支援体制整備事業における3つの支援の内容

新たな事業(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)の支援を一体的に実施)

### Ⅰ 相談支援

- ① 介護(地域支援事業)、障害(地域生活支援事業)、子ども(利用者支援事業)、困窮(生活困窮者自立相談支援事業)の相談支援にかかる事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める、包括的相談支援事業を実施
- ② 複合課題を抱える相談者にかかる支援関係機関の役割や関係性を調整する多機関協働事業を実施。
- ③ 必要な支援が届いていない相談者にアウトリーチ等を通じた継続的支援事業を実施。

### Ⅱ 参加支援事業

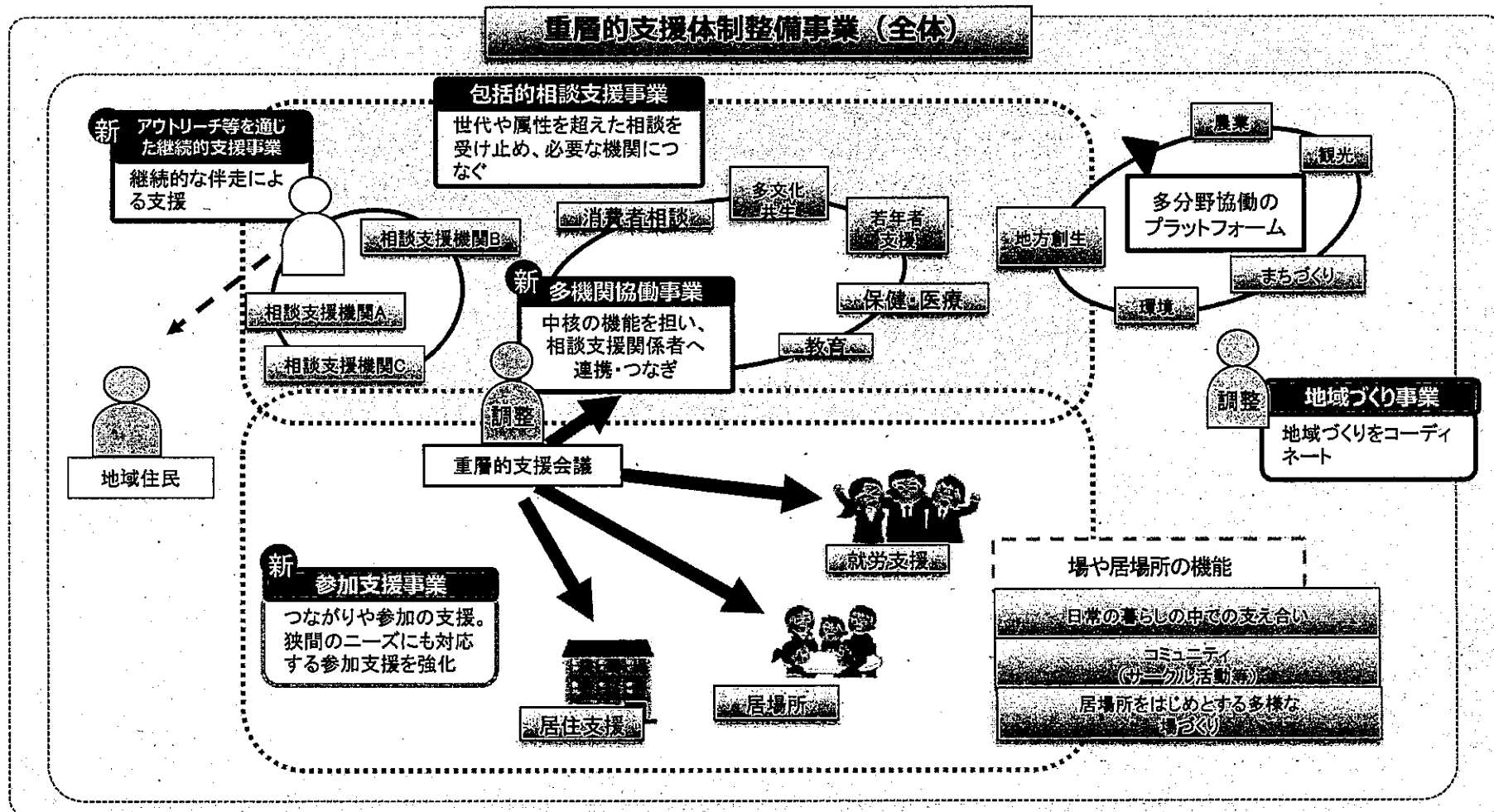
- 介護・障害・子ども・困窮等の既存制度については緊密な連携をとって実施するとともに、既存の取組では対応できない狭間のニーズに対応するため(※1)、本人のニーズと地域の資源との間を取り持ったり、必要な資源を開拓し、社会とのつながりを回復する支援(※2)を実施
  - (※1)世帯全体としては経済的困窮の状態にないが、子がひきこもりであるなど
  - (※2)就労支援、見守り等居住支援 など

### Ⅲ 地域づくり事業

- 介護(一般介護予防事業、生活支援体制整備事業)、障害(地域活動支援センター)、子ども(地域子育て支援拠点事業)、困窮(生活困窮者のための共助の基盤づくり事業)の地域づくりに係る事業を一体として実施し、地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の場を確保する地域づくりに向けた支援を実施
- 事業の実施に当たっては、以下の場及び機能を確保
  - ①住民同士が出会い参加することのできる場や居場所
  - ②ケア・支え合う関係性を広げ、交流や活躍の場を生み出すコーディネート機能

# 重層的支援体制整備事業について(イメージ)

- 相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、**包括的相談支援事業**において包括的に相談を受け止める。受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した事例については**多機関協働事業**につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できるようにする。
- なお、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援につながる事が難しい人の場合には、**アウトリーチ等**を通じた**継続的支援事業**により本人との関係性の構築に向けて支援をする。
- 相談者の中で、**社会との関係性が希薄化**しており、参加に向けた支援が必要な人には**参加支援事業**を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整する。
- このほか、**地域づくり事業**を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育むほか、他事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止をめざす。
- 以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していく。





令和 2 年 9 月 2 日  
保健福祉政策部生活福祉課

## ひきこもり実態把握調査の集計結果について

### 1 主旨

平成 30 年 12 月実施の内閣府の「生活状況に関する調査」では、40 歳から 65 歳までの方のうち、1.45 パーセントがひきこもりの可能性があることが判明している。

こうしたことから、区内の 40 歳以上を含むひきこもりの方の状況を把握し、具体的で実効性のある支援のあり方について検討していくため、ひきこもり実態把握調査をあんしんすこやかセンター等の支援機関に対して実施したので、集計結果を報告する。

### 2 実態把握調査の実施概要

#### (1) 調査対象

支援機関において把握している、下記に該当するひきこもり対象者の方の情報について、その方の状況等を回答してもらった。

○年齢が 15 歳から 65 歳前後の方で、次のいずれかに該当する方

- ①仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6ヶ月以上続けて自宅にひきこもっている状態の方
- ②仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流はないが、時々買い物や自分の趣味のために外出することもある方

また、あんしんすこやかセンターには、直接、相談・支援等を行っている方の情報についても回答してもらった。

なお、調査対象の範囲は、令和元年度に相談を受けた方及び現在支援をしている世帯とした。

#### (2) 主な調査項目

##### ①ひきこもり対象者の状況

性別、年齢、地域、病名（障害状況）等、外出状況、ひきこもり期間、ひきこもりに至った経緯、利用サービス機関、本人の状況 等

##### ②支援機関としての意見等について

対応期間、現状の関係機関の認知度、対応への困りごと、等

##### ③あんしんすこやかセンターにおいて相談・支援等を行っている方の状況

性別、年齢、地域、同居家族、要介護度、病名（障害状況）等、利用サービス機関、経済状況、本人の困りごと

#### (3) 調査対象支援機関及び調査実施期間

- ・あんしんすこやかセンター 6月3日（水）～18日（木）
- ・総合支所健康づくり課 6月25日（木）～7月18日（水）
- ・ぷらっとホーム世田谷、メルクマールせたがや 7月1日（水）～29日（水）

#### (4) 調査方法

調査対象支援機関に対して、メールで依頼文と回答票を送付し、メールで回答してもらった。全支援機関から回答を得た。

### 3 ひきこもり実態把握調査の集計結果 別紙1のとおり

#### 4 集計結果から見えてきた検討すべき課題

##### (1) 性別・年齢・地域の結果から

集計結果から、性別は男性が多いものの、女性も約3割と一定以上の割合を占めている。また、年齢については10代から60代まで幅広い年齢層にわたっており、地域的にも偏在がないことから、性別、年齢、地域を限定しない幅広い支援が必要である。

##### (2) 病名（障害状況）又は疑い、ひきこもり期間の結果から

精神障害は疑いも含めると約6割弱、発達障害は疑いも含めると約3割とそれぞれ一定以上の割合を占めている。また、ひきこもり期間について、10年以上の合計が37.6%となっており、ひきこもりが長期化していることが窺える。

支援する立場として、精神障害及び発達障害への理解も含めた専門的なアプローチ、また、長期化している方への対応のほか、ひきこもりが長期化しないように早めに自立してもらう積極的な支援が必要である。

##### (3) ひきこもりに至った経緯の結果から

経緯としては、「不登校から」と「就職したが、失業をしたため」がそれぞれ約3割と大きな要因となっている。また、「病気を発症したため」という要因も多くあり、ひきこもりに至った経緯には、複合的な要因が絡んでいることが考えられることから就労支援等の際には、個別の対応をしっかりと実施していくことが必要である。

##### (4) 対応の困りごと等の内容から

対応の困りごとの「本人と家族の関係、家族の状況」の内容からは、同居家族との関係、また、同居家族にも問題を抱えているケースが散見される。ひきこもり対象者だけではなく、同居家族も含めた、世帯全体をフォローしていく必要がある。

##### (5) 支援機関の連携について

今回の調査では、重複事例は4事例とかなり少ない状況であった。重複事例が少ないことから、支援機関の連携や情報共有が必ずしも上手くいっていない状況が窺えるため、今後、支援機関の連携をどうやって図っていくか検討する必要がある。

#### 5 今後の予定

今回の集計結果を踏まえて、庁内での検討や有識者等の意見を聞く機会を設け、年度中を目途に、区としての「(仮称) ひきこもり支援に係る基本方針」をまとめていく。

なお、国は、社会福祉法を改正し、来年度から「重層的支援体制整備事業」を創設するとしている。

その中には、ひきこもり支援も含まれているため、基本方針を作成する際には、支援体制の整備について国との検討の機会も設け、財政確保も視野に入れて取り組む。

## ひきこもり実態把握調査の集計結果から分かったこと

## 1 回答数について

回答数は全体で323件であった。

内訳としては、あんしんすこやかセンターが128件、総合支所健康づくり課が62件、ぷらっとホーム世田谷が29件、メルクマール世田谷が104件であり、そのうち重複事例が4件あったので、ひきこもり対象者の事例数としては319件であった。

## 2 ひきこもり対象者の状況

## (1) 性別、年齢、地域

性別は、男性が68.7% (219件)、女性が31.3% (100件) であった。

年齢は、高校生から65才までの各世代で存在しているが、「18才～29才」が24.5% (78件) と「50才～59才」が26% (83件) と比較的多かった。

地域による偏りは特になかった。

## (2) 病名（障害状況）又は疑い（複数回答）

精神障害が疑いを含めると56.7% (181件)、発達障害が疑いも含めると29.7% (95件) であり、精神的な障害を持っている方が相当数存在していることが窺える。

## (3) 外出状況

「ほとんど外出しない」が26.6% (85件) である一方、「買い物等には出かけることはある」が44.8% (143件)、「趣味の用事の際は出かける」が22.6% (72件) と外出できているケースの方が多い。

## (4) ひきこもり期間

ひきこもり期間が10年以上の長期間にわたっているケースが合計すると37.6% (120件) であり、ひきこもりが長期化しているケースが相当数存在していることが窺える。

## (5) ひきこもりに至った経緯（複数回答）

経緯としては、「不登校から」が29.2% (93件)、「就職をしたが、失業等をしたため」が28.2% (90件)、「病気を発症したため」が26.3% (84件) の3つの要因が多かった。

## (6) 本人の状況（支援機関との関係）

「会うことも困難」が43.6% (139件)、「会えるが会話はできない」が3.8% (12件) であり、支援機関が対象者とコミュニケーションが取れていないケースが半分程度あった。

一方で、「日常会話等、普通に会話はできる」が18.2% (58件)、「相談対応をしている」が20.1% (64件) であり、コミュニケーションを取れているケースもある。

## (7) 本人をどのように把握したか

「家族の話に出た」が19.1% (61件)、「家族から相談があった」が52.7% (168件) と家族を通じて把握したケースが多かった。一方、「本人から相談があった」が20.4% (65件) あり、当事者自身が相談をしたケースも少なからずある。

## (8) 同居家族

同居家族としては、「父（もしくは母）のみ」が26.6%（85件）、「両親」が21.9%（70件）と親のみと同居しているケースが合計で48.5%あった。「父（もしくは母）と兄弟」が6.3%（20件）、「両親と兄弟」が16%（51件）と親と兄弟と同居しているケースが合計で22.3%であった。また、「単身」は14.7%（47件）いる。

## 3 支援機関としての意見等

### (1) 対応の困りごと、気になること（自由意見）

#### ①支援機関と本人との関係

「ひきこもり本人と面会ができない、もしくは困難で状況がつかめない」という意見や「支援機関に繋いだが、本人がその気にならず等で、支援に繋がらない」という意見があり、本人とコミュニケーションが取れないケースや、適切な支援機関に繋いだにもかかわらず上手くいっていないケースがあり、対応に苦慮していることが窺える。

#### ②本人の状況

「親が亡くなった後、日常生活を維持していけるか等、不安である」という意見や「未就労で親の収入（年金等）を頼りにしている状況であり、将来が不安である」という意見があり、親が亡くなった場合のリスクを懸念していることが窺える。

#### ③本人と家族の関係、家族の状況

「親が子に対して過保護・過干渉であり、自立の妨げになっている」、「家庭内に複数の問題を抱えているため、支援（関係機関の連携）の難しさがある」、「同居の家族もメンタル等の障害を抱えている」等の意見があり、ひきこもりに関しては、当事者だけではなく、当事者と家族との関係や家族にも問題を抱えているケースがあることが窺える。

### (2) 新型コロナに対応した懸念事項（自由意見）

「外出自粛等で、ひきこもっている」、「就労先の確保・定着ができない」、「高齢の親が外出しないことにより、身体の重度化や認知機能の低下の進行の懸念がある」、「自宅への閉じこもりが継続することで家族間の関係悪化の可能性はある」等の意見があり、ひきこもり当事者にも新型コロナの影響が大きく出ていることが窺える。

## 4 あんしんすこやかセンターにおいて相談・支援等を行っている方の状況

### (1) ひきこもり当事者との年齢構成

回答があった111件のうち、年齢が80才以上のケースが79件あった。

その内、ひきこもり対象者の年齢をみると、「50才～59才」が58.8%（47件）あり、いわゆる8050問題といわれるケースが相当数存在していることが窺える。

# ひきこもり実態把握調査の集計結果

## 1 回答数

		件数	構成比
回答数内訳	1 あんしんすこやかセンター	128	39.6%
	2 健康づくり課	62	19.2%
	3 ぷらっとホーム世田谷	29	9.0%
	4 メルクマールせたがや	104	32.2%
		323	100.0%

※重複事例4

## 2 ひきこもり対象者の状況(n=319件)

		件数	構成比
①性別	1 男性	219	68.7%
	2 女性	100	31.3%

		件数	構成比
②年齢	1 高校生	12	3.8%
	2 18才～29才	78	24.5%
	3 30才～39才	61	19.1%
	4 40才～49才	54	16.9%
	5 50才～59才	83	26.0%
	6 60才～65才	20	6.3%
	7 不明	11	3.4%

		件数	構成比
③地域	1 世田谷地域	97	30.4%
	2 北沢地域	42	13.2%
	3 玉川地域	86	27.0%
	4 砧地域	59	18.5%
	5 烏山地域	35	11.0%

		件数	構成比
④病名(障害状況) 又は疑い (複数回答)	1 精神障害	118	37.0%
	2 精神障害(疑い)	63	19.7%
	3 発達障害	25	7.8%
	4 発達障害(疑い)	70	21.9%
	5 その他	35	11.0%
	6 不明	53	16.6%
	7 特になし	1	0.3%

(その他の内容・身体障害、知的障害、アルコール依存症、パセドウ病、等)

		件数	構成比
⑤外出状況	1 ほとんど外出しない	85	26.6%
	2 買い物等には出かけることはある	143	44.8%
	3 趣味の用事の時は出かける	72	22.6%
	4 不明	19	6.0%

		件数	構成比
⑥ひきこもり期間	1 6ヶ月～1年未満	23	7.2%
	2 1～3年未満	54	16.9%
	3 3～5年未満	30	9.4%
	4 5～10年未満	47	14.7%
	5 10～20年未満	74	23.2%
	6 20～30年未満	32	10.0%
	7 30年以上	14	4.4%
	8 不明	45	14.1%

		件数	構成比
⑥-1 ひきこもり期間10年以上 (120件)の年齢	1 高校生	1	0.8%
	2 18才～29才	10	8.3%
	3 30才～39才	24	20.0%
	4 40才～49才	25	20.8%
	5 50才～59才	44	36.7%
	6 60才～65才	13	10.8%
	7 不明	3	2.5%

		件数	構成比
⑦ひきこもりに至った経緯 (複数回答)	1 不登校から	93	29.2%
	2 就職できなかったため	25	7.8%
	3 就職をしたが、失業等をしたため	90	28.2%
	4 親族等の介護から	23	7.2%
	5 病気を発症したため	84	26.3%
	6 その他	35	11.0%
	7 不明	33	10.3%

(その他の内容・離婚、家族間のトラブル、等)

		件数	構成比
⑧利用サービス機関 (複数回答)	1 区生活支援課	48	15.0%
	2 区保健福祉課	33	10.3%
	3 区健康づくり課	124	38.9%
	4 区子ども家庭支援課	3	0.9%
	5 医療機関	131	41.1%
	6 あんしんすこやかセンター	132	41.4%
	7 ぷらっとホーム世田谷	42	13.2%
	8 メルクマールせたがや	117	36.7%
	9 その他の支援機関等	76	23.8%

(その他の内容・訪問看護、ぽーと等)

		件数	構成比
⑨本人の状況 (支援機関との関係)	1 会うことも困難	139	43.6%
	2 会えるが会話はできない	12	3.8%
	3 最低限の会話はできる	36	11.3%
	4 日常会話等、普通に会話できる	58	18.2%
	5 相談対応をしている	64	20.1%
	6 不明	10	3.1%

		件数	構成比
⑩本人をどのように把握したか	1 家族の話に出た	61	19.1%
	2 家族から相談があった	168	52.7%
	3 本人から相談があった	65	20.4%
	4 近隣から聞いた	11	3.4%
	5 関係機関からの紹介	8	2.5%
	6 不明	6	1.9%

		件数	構成比
⑪経済状況	1 余裕がある	26	8.2%
	2 特に問題ない	144	45.1%
	3 生活困窮(生活保護含む)	94	29.5%
	4 不明	55	17.2%

		件数	構成比
⑫同居家族	1 父(もしくは母)のみ	85	26.6%
	2 両親	70	21.9%
	3 父(もしくは母)と兄弟	20	6.3%
	4 両親と兄弟	51	16.0%
	5 その他	46	14.4%
	6 単身	47	14.7%

### 3 支援機関としての意見等

		件数	構成比
①対応期間	1 6ヶ月～1年未満	75	23.5%
	2 1～3年未満	113	35.4%
	3 3～5年未満	48	15.0%
	4 5～10年未満	29	9.1%
	5 10～20年未満	6	1.9%
	6 20年以上	2	0.6%
	7 不明	46	14.4%

		件数	構成比
②現状の関係機関の認知度	1 把握できている	200	62.7%
	2 あまり把握されていない	47	14.7%
	3 全く把握されていない	13	4.1%
	4 不明	59	18.5%

### ③対応の困りごと、気になること(自由意見)

#### 1)支援機関と本人との関係

- ・ひきこもり本人と面会が出来ない、もしくは困難で状況がつかめない(つかみにくい)。(22)
- ・支援機関に繋いだが、本人がその気にならず等で、支援に繋がらない。(9)
- ・体調悪化等により、相談を中断中である。(6)
- ・精神的、身体的不調の波が激しく、来所相談が安定しない。(5)
- ・本人とは全くコミュニケーションが取れない。(4)
- ・訪問したり手紙を入れても、親子とも出てこない。(2)
- ・自尊感情の回復に向けた支援が困難である。(2)
- ・本人、初回時に継続的な相談を拒否反応を示し、連絡が取れない。(2)
- ・本人に困り感がなく、来所や訪問に応じない。(2)
- ・本人の相談ニーズが乏しく、支援に繋がりにくい(2)
- ・本人と会話はできるが、質問の答えが返ってくるのか少ない等、核心にふれる会話ができない。(2)
- ・本人とはドア越しでの会話のみで、同居する家族は相談のモチベーションが低い。
- ・本人の病識なく、会話が成立しない。
- ・親が相談者だが、親の福祉サービスへの拒否が強く、本人と繋がれない。
- ・自分の思いが通らないと関係を切り、関係構築が難しい。
- ・本人の体調が安定せず、面接すら来られない。本人はプライド高く、相談関係が根付かない。
- ・女性に対し恋愛妄想あり、訪問看護と生活支援課のメンタルケア支援員は男性対応としている。
- ・親族に医療機関への入院の相談を働きかけているが踏み切れない。
- ・年に1度、同じような相談で進展がない。
- ・本人のこだわり、かたさがあり継続して会ってもらえない。
- ・強迫症状が悪化するため、保健師が交代してから会えていない。
- ・問題行動が少なく、家族に困り感がないため相談につながらない。
- ・医療中断しているが、家族が刺激を避け、膠着状態である。
- ・会話が續かずコミュニケーションが取りづらい。
- ・当所へ通うことへの拒否感があるため、本人への直接支援は難しい。
- ・本人への訪問相談が始まるも発話なし。訪問への拒否感はないため継続中だが、変化に時間がかかっている。
- ・本人への訪問相談を開始するも、なかなか部屋から顔を出さない状況が続いている。
- ・家族も本人とは一切接点がない状態のため、アプローチできる方法がない。
- ・妄想が多く支援につなげることが困難である。
- ・精神的ストレスからくる身体症状が重く、医療治療を主としている。当所での支援を再開するまでも時間を要する。
- ・本人は親から言われ、初回来所したものその後来所せず中断している。ネットでの収入はあるため、相談ニーズも高くない。
- ・強迫症状が残っており、来所はまだ難しい様子である。
- ・本人が利用継続しており、特に大きな課題はない。
- ・次のステップの設定をどうするか。
- ・親とはよく喋るとのことだが、一問一答のような感じ。コミュニケーションを取るために塗り絵をしたりしている。
- ・ADHD傾向があり、一つのことに集中できない。コミュニケーションを取るのも難しい。
- ・現在、治療を優先しているため、本人は相談に来ていない。
- ・ひきこもり関連の相談機関に繋がるまでに時間がかかりそう。
- ・本人からは訪問等を明確に断られている。
- ・当所に週に数回通っている状況である。
- ・電話・訪問を嫌い、季節ごとに親を見守る程度の関りのみである。
- ・本人から困りごとは出ていないため、ひきこもり状態だと把握はしているものの、特別な対応はとっていない。
- ・現在、親チーム(あんすこ、社協)と子チーム(生保、ぼーと)に合わせて対応している。

#### 2)本人の状況

- ・親が亡くなった後、日常生活を維持していけるか等、不安である。(9)
- ・未就労で親の収入(年金等)を頼りにしている状況であり、将来が不安である。(6)
- ・本人に病識がなく、通院拒否し未治療等になっている。(4)
- ・孤立しており、一人で生活できているか不安である。※単身世帯(3)



- ・適切な就労先がない。(3)
- ・本人が支援を拒否している。(3)
- ・障害年金を受給する等で実家で生活しているため、本人の困り感が少ない。(2)
- ・体調が安定しない。(2)
- ・社会への不信感、社会参加への不安感が強い。(2)
- ・進路について直面し、考えることがまだできない。(2)
- ・対人不安が強く外出恐怖にて相談機関に繋がらない状態である。(2)
- ・酒を買いに行く以外どこにも行きたくない。誰とも会いたくない。区保健師の面談も拒否している。
- ・本人は現状について困ってはいるが、取り繕う様子がある。本人の主訴が変化する。
- ・親子の葛藤から発症。対人関係課題大きく、複数のデイケア等の利用も定着せず。孤立感や親亡きあとの心配も漏らすことあるが、保健師への相談ニーズは低い。
- ・統合失調症の幻覚妄想に常に支配されている。
- ・統合失調症の陽性症状活発。両親の力も弱そう。
- ・歩行困難で外出が難しい。
- ・本人の住民票は世田谷区外のため、公的な相談機関につなげない。
- ・本人は特に困っていないが、母親の介護に関する手続き等が滞るので支援者が対応に困っている。
- ・本人が支援者とのかかわりを完全に拒否している。
- ・活動範囲の広がりが見えづらい。
- ・外出が1年以上できていない。
- ・精神疾患の専門職の関りが無い
- ・本人、妄想強い。
- ・本人に不潔恐怖があり、保健師にあうことも拒否がある。
- ・精神面が安定しない。
- ・本人に支援を受ける気持ちが希薄である。
- ・家族との関りを拒否している。
- ・精神状態が不安定で、こちらから電話もできない状態である。
- ・過去の経験から医療不信が強い。
- ・訪問相談を実施するも本人からの反応はない。親の病状が不安定である。
- ・本人が、何かあったときにヘルプを出せる方なのかが不明である。
- ・ADHD傾向があり、一つのことに集中できない。コミュニケーションを取るのも難しい。
- ・本人の病状が安定しないため、支援が難しい。
- ・統合失調症が治ったら働くというが、それまでは何もしないつもり。プライド高い
- ・統合失調症の幻聴に支配されており、外出困難である。
- ・発達特性が強く、居場所等の支援につながりにくい。
- ・社会不安障害等の症状で体調が不安定で、外出しづらい状況が続いている。
- ・将来への不安、ストレスからアルコール、ギャンブルに手を出してしまい、自己嫌悪に陥るサイクルを繰り返してしまう。
- ・抑うつ症状から徐々に回復しつつあるが、外出への体力、意欲がなかなか回復しない点と医療利用への本人の拒否感がある。
- ・身体化症状、被害的に受け取る傾向、対人恐怖症状があり、居場所利用のハードル高く、なかなか動き出せない。
- ・何か必要性がないと外出できず、その必要性もたまにしか生じさせることができない
- ・病院入院後、通院内服継続しているが、乳がん手術後の通院は本人希望せず中断したままである。
- ・訪問看護が本人の強い希望で3回入っている。
- ・兄弟二人とも未就労で、一人は精神科受診歴あり、一人は部屋がゴミ屋敷状態である。
- ・年齢が高く若者支援にはつなげない。

### 3) 本人と家族の関係、家族の状況

- ・親がひきこもりの子のことを話したがらない。(5)
- ・親への不適切な介護が見受けられる。(5)
- ・親が子に対して過保護・過干渉であり、自立の妨げになっている。(5)
- ・家庭内に複数の問題を抱えているため、支援(関係機関の連携)の難しさがある。(4)
- ・本人の困り感は少なく、親がどうかしたいという気持ち強い。(3)
- ・親が認知症で子が支えきれなくなってきた。(3)

- ・親のコンスタントな相談が維持できず、つながりにくい。(3)
- ・同居の家族もメンタル等の障害を抱えている。(2)
- ・親が子の将来を心配している。(2)
- ・近隣からの情報でひきこもり当人の怒鳴り声が聞こえる時がある。(2)
- ・家族間の喧嘩により、精神不安になる家族がいる。(2)
- ・家族も本人とコミュニケーションができない(2)
- ・母親と子の話に食い違いがあり、口論になる。子は精神科に通うのを中断している。
- ・両親の介護を担うのは負担が重すぎる。
- ・母親の病状悪化。関係機関(区・医療機関等)との関係不全がある。
- ・母の体調不良時は買い物などの手伝いをしている。心配している長女を避ける行動が見られる。
- ・親が向き合っていない。
- ・母の介護ストレス、妄想により家電が使えなくなる。
- ・母がうつ、ひきこもりに対する理解不足がある。
- ・家族全員精神疾患があり、考えに偏りがある。経済的余裕もない。
- ・長年、親の代理受診が続いている。
- ・家族関係によるストレスが続き、キーパーソンである母もストレスがある。
- ・家族を拒否、支援機関の介入も拒否、関わりが難しい。
- ・親の高齢化、兄弟が本人を敵視している。
- ・親も本人も入院を拒否していたため医療につなげることが難しい。
- ・別居中の母が、行政を使って行動変容をさせようとしている。
- ・父と母の意見に相違がある。
- ・家族間で経済的虐待がある。
- ・家族とコンタクトが取りにくい。
- ・親のコミュニケーション能力の問題がある。
- ・親も不安定である。
- ・相談している家族に精神疾患があり、家族の精神的負担への配慮が必要なことがある。
- ・本人体調悪化し措置入院。親への暴言、金銭の無心、体調の不安定さなど親子の密着度が強い点。
- ・動き出さない本人に親がイライラを募らせ叱責するパターンが抜け出しづらい点。
- ・親の相談から本人つながるも発話ほぼなく、相談ニーズ、症状も確認しづらい。
- ・本人は退職し休養中だが、動かそうする親と見守ろうとする親のスタンスの足並みがそろわない点。
- ・一貫しない親の対応に疲弊している、親自身の相談ニーズはなさそう。
- ・母も高齢で、なかなか相談に来ることができず、電話にも出ることがない。
- ・親が行政に対して怒りを抱いており、親にも連絡が取れない。
- ・親との関係にも問題がある。
- ・医療保護入院の可能性が高く、保護者となる親族は遠方で関わりが薄く、協力できるか不明である。

#### 4)その他

- ・自宅の老朽化に伴い倒壊のリスクがある。
- ・高齢者虐待ケースとして関係機関が把握している。
- ・困難ケースで、通院継続など生活保護の枠組みでケースワークして欲しい。
- ・環境整備のため、他支援機関と連携して進める。

#### ④新型コロナに対応した懸念事項(自由意見)

- ・外出自粛等で、ひきこもっている。(6)
- ・就労先の確保・定着ができない。(6)
- ・面談ができず、相談や支援が滞りがちである。(6)
- ・高齢の親が外出しないことにより、身体の重度化や認知機能の低下の進行の懸念がある。(6)
- ・自宅への閉じこもりが継続することで家族間の関係悪化の可能性がある。(6)
- ・現在、本人たちがどのように過ごしているのか確認できていない。(4)
- ・ひきこもり本人が再就職できるか不安を感じている。(3)
- ・自粛期間で親との相談が中断している。(3)
- ・相談していた家族が地方在住のため、相談に来所できない。(2)
- ・コロナウィルス感染を気にし外出を控えるようになり、来所相談が中断中である。(2)
- ・変化、影響はないと思われる。(2)
- ・旅行や趣味などの外出はできなくなっている。(2)
- ・相談や面談が滞り、つながるきっかけが更につかみにくくなった(2)
- ・持病のある家族への感染リスクを不安に感じており、訪問相談の実施が出来ていない。(2)
- ・外出頻度は感染リスク回避のため減少しているが、必要に応じて外出できる。(2)
- ・買い物へ行く、本人に危機感がない。(マスク未着用で外出)
- ・給付金の使い道
- ・神経質な親は、さらに本人を外に出さなくなっていることで、本人の状況把握ができなくなる。
- ・コロナで仕事ができなくなった。
- ・必要なサービスを拒否される。
- ・新規の施設入所受入先が限られ、また面会ができないと入所拒否される。
- ・親の土地、財産がありあと10年依存しても親が破産することはない。
- ・本人の不安が強くなっている。もう一人のひきこもり本人はテレビばかり見ており心配、と親が話している。
- ・部屋が狭く頻回に訪問できなかつたため、子へのフォロー不足ではあるがケアマネに移行した。
- ・外出自粛期間に自分で行っていた外出練習ができなくなりさらに引きこもり傾向が強くなった。
- ・外出自粛で、さらにひきこもりの傾向が強くなっている可能性がある。
- ・コロナで強迫行為が増強している可能性あり、そのことにより家計への圧迫がある。
- ・本来月1通院が、病院コロナ体制で2か月に1回に変更している。
- ・感染を恐れ、通院ができなくなっている。
- ・外出自粛で本人にとっては余計に快適に過ごしており、ひきこもりを問題とっていない。
- ・医療機関受診が主な外出だったため、コロナの影響で受診を控えていてさらに引きこもっている可能性がある。
- ・通所サービスの回数が減りひきこもり
- ・就労先が限定される。
- ・支援の中断による後退。
- ・母子密着の傾向が強まっている。
- ・父親が失業。母親は働いているが今後の家計の状況が不透明である。
- ・在宅の時間が長くなり落ち込むことが増えた。
- ・区外の実家へ帰省し、コロナの不安もあり世田谷へ戻りづらくなっている。
- ・親の家業の収益に大きな影響を与えるも、貯蓄があるためすぐに経済的に切迫する状況ではないが、将来的には読めない。
- ・本人の体調、経済的に不安定な状況とコロナウィルスの影響で数か月実家へ帰省している。
- ・退院後の就労支援施設の候補先等の選定がコロナウィルスの影響により、動き出しづらい状況になっている。
- ・本人はコロナウィルスの影響でアルバイト応募に躊躇している状況、と親は話す。
- ・ひきこもりが正当化され、自粛期間中はむしろ気持ちが落ち着いていた。
- ・コロナは多少不安で、外出も減っている。
- ・インフルエンザ流行期になると罹患への不安で相談に来ない。現在は新型コロナのため来ていない。
- ・感染不安のため、しばらく面接予約が入らなかつた。安定した面接ができない可能性がある。
- ・感染不安のため来所しづらい。電話相談で対応する。
- ・感染リスクを心配しつつも必要があれば動けるので懸念はない。
- ・祖母への感染リスクを懸念し、行動が制限される傾向にある。
- ・訪問相談を一時的に中断し、電話対応となっている。
- ・母親のコロナ感染に対する不安が高まっている。

4 あんしんすこやかセンターにおいて相談・支援等を行っている方の状況(n=111件)

		件数	構成比
①性別	1 男性	30	27.0%
	2 女性	80	72.1%
	3 不明	1	0.9%

		件数	構成比
②年齢	1 40才～64才	5	4.5%
	2 65才～69才	5	4.5%
	3 70才～74才	6	5.4%
	4 75才～79才	15	13.5%
	5 80才～84才	38	34.2%
	6 85才以上	41	36.9%
	7 不明	1	0.9%

		件数	構成比
②-1 80才以上(79件)の内、 ひきこもり対象者の年齢 ※兄弟のケースがあるため 合計は80件	1 18才～29才	1	1.3%
	2 40才～49才	19	23.8%
	3 50才～59才	47	58.8%
	4 60才～65才	7	8.8%
	5 不明	6	7.5%

		件数	構成比
③地域	1 世田谷	33	29.7%
	2 北沢	11	9.9%
	3 玉川	28	25.2%
	4 砧	24	21.6%
	5 烏山	15	13.5%

		件数	構成比
④同居家族	1 子(一人)のみ	50	45.0%
	2 配偶者と子(一人)	28	25.2%
	3 子(複数)のみ	4	3.6%
	4 配偶者と子(複数)	7	6.3%
	5 その他	22	19.8%

		件数	構成比
⑤要介護度	1 認定なし	28	25.2%
	2 事業対象者	6	5.4%
	3 要支援	42	37.8%
	4 要介護1、2	21	18.9%
	5 要介護3～5	12	10.8%
	6 不明、申請中	2	1.8%

		件数	構成比
⑥病名(障害状況) 又は疑い (複数回答)	1 精神障害(疑い含む)	18	16.2%
	2 発達障害(疑い)	4	3.6%
	3 認知症(疑い含む)	40	36.0%
	4 その他	49	44.1%
	5 不明	10	9.0%
	6 特になし	2	1.8%

(その他の内容・高血圧、関節症、脳疾患、心疾患、糖尿病、等)

		件数	構成比
⑦利用サービス機関 (複数回答)	1 区生活支援課	5	4.5%
	2 区保健福祉課	29	26.1%
	3 区健康づくり課	8	7.2%
	4 区子ども家庭支援課	1	0.9%
	5 介護事業所	53	47.7%
	6 医療機関	51	45.9%
	7 その他	11	9.9%
	8 不明	5	4.5%
	9 利用なし	2	1.8%

		件数	構成比
⑧経済状況	1 余裕がある	15	13.5%
	2 特に問題ない	59	53.2%
	3 生活困窮(生活保護含む)	27	24.3%
	4 不明	10	9.0%

### ⑨本人の困りごと

- ・息子、娘がひきこもり、就労せず将来が不安(38)
- ・息子、娘との関係(怒鳴られる、金銭関係、飲酒関係等)(20)
- ・本人の体力低下、認知症(9)
- ・家族間のトラブル(6)
- ・生活費に困っている。(3)
- ・孫がひきこもりで不安(3)
- ・ひきこもりの兄弟の将来が不安(2)
- ・近隣や関係者が自分を非難する。父親がうるさい。母の体調悪化が心配
- ・他人が攻撃してくる。
- ・自由に外出できない。
- ・人の世話になりたくない拒否。近隣住民から心配の声が上がっている。
- ・娘と離れて生活をしたい。
- ・同居の妻は精神疾患、本人ががん末期で療養中。同居の息子の介護負担が増えてしまう。
- ・ほとんどベッド上で過ごす娘を介護している。
- ・夫の介護と病気の娘が心配である。
- ・病気に対する不安、生活全体に対する不安
- ・娘の事は話したくないが心配
- ・息子を施設に入れたい。
- ・施設に入りたい、息子と離れて暮らしたい。
- ・自宅で暮らしたいが、一人での生活は困難
- ・子の痩せ