

令和 3 年 1 月 1 2 日

午後 3 時 ~ 区議会大会議室

令和 2 年度第 3 回世田谷区認知症施策評価委員会にかかる部会 次第

1 開 会

2 挨 拶

3 議 事

(1) 世田谷区認知症とともに生きる希望計画 (案) について

(2) その他

配付資料

- ・資料 1 世田谷区認知症とともに生きる希望計画 (案) 本編
- ・資料 2 世田谷区認知症とともに生きる希望計画 (案) 別冊 (資料編)
- ・資料 3 世田谷区認知症とともに生きる希望計画の策定に関する論点
- ・委員からの提供資料

(案)

令和3年1月12日
第3回部会 資料1

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

第1章 計画策定の主旨	1
1. 計画策定の主旨	3
第2章 計画の位置づけ及び他の計画との関係	5
1. 計画の位置づけ	7
2. 計画期間	8
第3章 計画の基本方針と計画の進め方	9
1. 施策展開の考え方	11
(1) 5つの基本方針	11
(2) 重点項目(焦点テーマ)	12
2. 区の認知症施策のイメージ	14
(1) 地域包括ケアシステム	14
(2) 認知症在宅生活サポートセンター	15
(3) 条例のための新たな推進プロジェクト	16
第4章 認知症施策の主な取組み項目	21
1. 認知症施策の体系	23
2. 認知症施策の主な取組み	24
(1) 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年間のロードマップ	41
(1) 計画目標	41
(2) 3年後の評価指標及び3年間の取組み	41
第5章 計画の推進体制	43
1. 計画の推進体制	45
(1) 区の組織	45
(2) 区長の附属機関・各種委員会等	45

2.	計画の進行管理.....	46
(1)	施策の評価・検証.....	46
(2)	評価・検証の視点.....	46
(3)	評価・検証の結果等の公表.....	46

第1章 計画策定の主旨

1. 計画策定の主旨

はじめに

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

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

これは、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の前文の一部です。ですます調で呼びかける文章なのに気づかれませんか？

この条例は、認知症についての最新の知識と文化に基づいてつくられました。認知症を経験している方々とともに条文をつくるのは、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、この方々の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。「かわいそうだから」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人の本人委員の方々の判断でした。

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。まだ生まれたばかりです。計画を進めていく中で、多くのみなさんの智恵をあつめる必要があります。

子どもから、大人まで、認知症をこれから経験する人も、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「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」も、ですます調で書きました。

主旨

令和2年10月に「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を施行し、第16条に本計画である「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」を区が定めることとしました。

本計画は、新実施計画や高齢者保健福祉・介護保険事業計画との整合を図りながら、認知症になってからも安心して暮らし続けることのできる地域共生社会を目指して取り組む区の認知症施策を示すものとして策定しています。

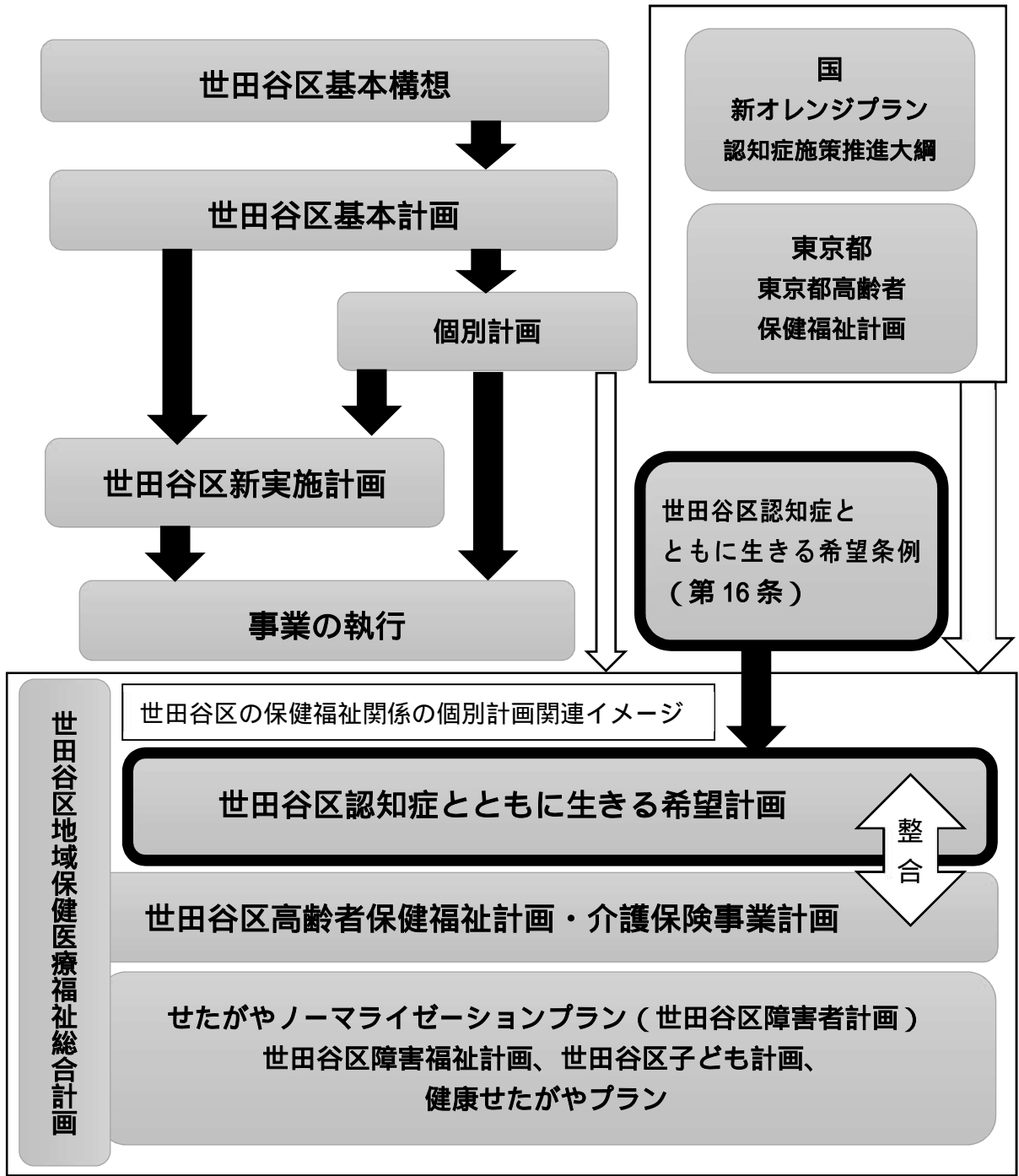
第2章 計画の位置づけ及び 他の計画との関係

1. 計画の位置づけ

世田谷区認知症とともに生きる希望条例第16条の規定に基づく計画として位置づけます。

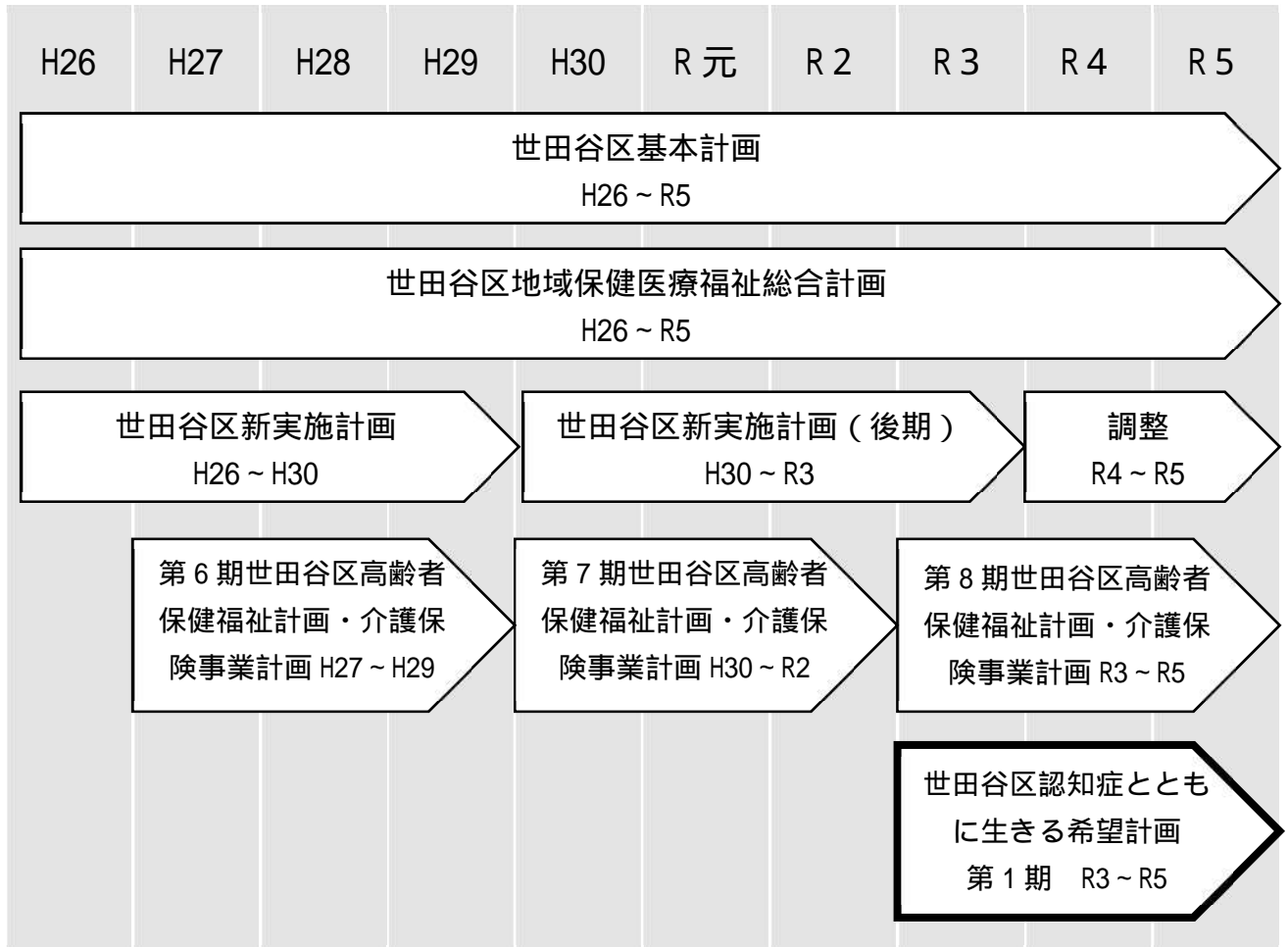
この計画は、世田谷区基本構想と基本計画のもと、世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、せたがやノーマライゼーションプラン、世田谷区子ども計画、健康せたがやプランと関連をもちながら進めます

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、策定した計画です。



2. 計画期間

「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」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。そして、条例の実現に向けて、進捗状況を確認・検証しながら、計画を持続発展させていきます。



第3章 計画の基本方針と 計画の進め方

1. 施策展開の考え方

本人一人ひとりが、自分らしく生きる希望を持ち、その意思と権利が尊重され、安心して暮らし続けることができる地域をつくります。

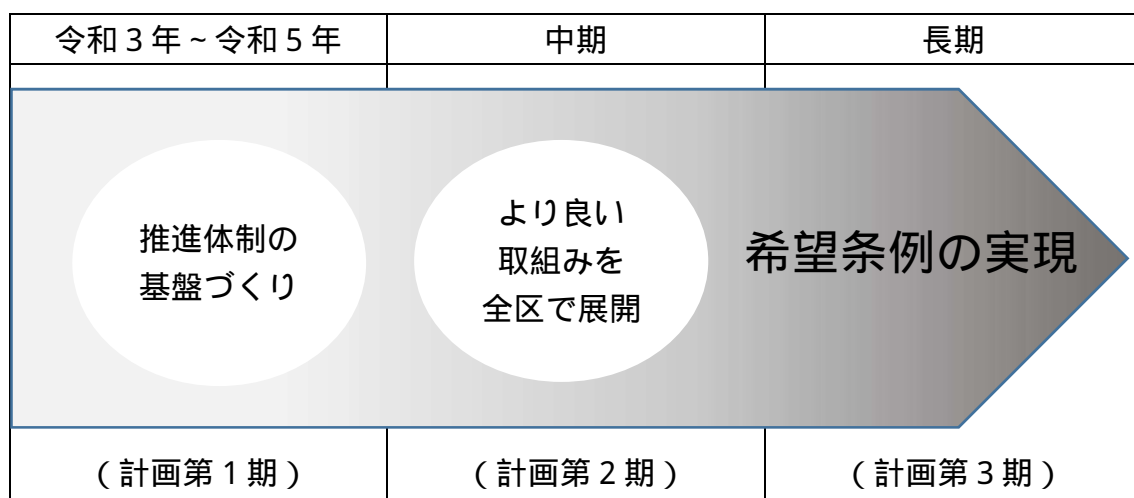
区民、地域団体、関係機関及び事業者が認知症に対し深い関心を持ち、自らのことと捉え、参加と協働により、認知症とともにより良く生きていくことができる地域共生社会の実現を目指します。

(1) 5つの基本方針

常に以下の5点を基本方針として進めていきます。

- ① 施策は、認知症を経験した本人とともに進めていきます。
- ② 4つの重点項目を設定し、連携して、地域共生社会を実現していきます。
- ③ 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。そして、より良い取組みを全区に広げながら進めていきます。
- ④ 区内の多様な資源やつながりを最大限に活かしながら進めていきます。
- ⑤ 中・長期的に世田谷の未来像を見据えながら、計画を段階的・持続発展的に進めていきます。

初めに、取組みを持続し、発展させていくための推進体制の基盤、計画第1期をつくります。次に、より良い取組みを全区へ広げながら、計画第2期をつくります。長期的には、区内のどこであっても、取組みが浸透・発展し、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」がめざす、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) 重点項目(焦点テーマ)

区が取り組む認知症施策のうち、重点的に取り組む項目は以下のとおりです。

各地域(日常生活圏域)で、4つのテーマのつながりを一体的に進めながら、それぞれの地域ならではの地域共生を具体化していきます。

重点項目 1

① 認知症観の転換

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。本人の声を積極的に活かします。区全体で条例の普及を図るとともに、認知症、そして認知症とともにいきることへの理解を推進していきます。

施策(1) 条例の考え方・理解を深める取組み

- (1) - 条例の普及、及び理解の推進
認知症とともに生きることへの理解の推進

重点項目 2

② 本人の発信・参加

本人が自らの意思で、区民や地域団体、専門職等に、本人の体験や思いを発信することに取り組めます。本人の視点や意見を施策に反映していく仕組みづくりを推進していきます。

施策(2) 本人発信・社会参加の推進

- (2) - 本人が自ら発信・社会参加し、活躍する機会の充実
本人同士の出会い、つながり、活動の推進
本人との協働による認知症バリアフリーの推進
本人が施策の企画・実施・評価に参画できる機会の充実

重点項目 3

③ みんなが「備える」「私の希望ファイル」

誰もが認知症になる可能性があります。そこで、「私の希望ファイル」への取り組みを通して、認知症への備えを推進していきます。「私の希望ファイル」は、内容をより良いものへ改良しながら普及していきます。希望の実現にともに取り組みます。

施策（３）「備え」の推進：「私の希望ファイル」

- （３） - 「私の希望ファイル」の推進
社会参加や健康の保持増進の機会の拡充

重点項目 4

④ 希望と権利・人権が大切にされ、支えあい暮らしやすい地域をともにつくる
区民、地域団体、関係機関、事業者の様々な立場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。

そして、認知症になってからも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固有の行動（アクション）を推
進していきます。

施策（４）地域づくりの推進

- （４） - パートナーの育成・チームづくり
地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

施策（５）暮らしと支えあいの継続の推進

- （５） - 意思決定支援・権利擁護推進
相談と継続的支援体制づくり
専門職の認知症ケアについての質の確保・向上推進

2. 区の認知症施策のイメージ

(1) 地域包括ケアシステム

すでに実績のある区の仕組みを活かします。

地域包括ケアの地区展開をフルに活かします。

2040年に向かって高齢化率が進みます。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。

世田谷区は国に先駆け、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互いが支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の実現を目指して包括的な支援に取り組んでいます。地区まちづくりの拠点である「まちづくりセンター」、地域包括支援センターをつとめる「あんしんすこやかセンター」、地域福祉を推進する「社会福祉協議会」を一体整備し、連携できるようにするのが世田谷方式です。そして、区民のさまざま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。

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

区全体の地域共生社会実現の三層構造を活かします。

また、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。世田谷区では、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、地区の三層の取り組みを進め、包括的な支援体制の構築を目指しています。

この計画ではこの三層構造を活かし、世田谷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つくる取組を着実に進めていきます。

(2) 認知症在宅生活サポートセンター

世田谷区の地域行政制度に基づく、全区・5地域・28地区の日常生活圏域の三層体制のなかで「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」が、5地域の総合支所と連携し重層的に支援が必要な認知症高齢者等へ包括的に支援を行っています。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」とは、平成25年11月、認知症になってからも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることができる地域社会の実現に向け、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」を策定し、この構想の中で、認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症在宅支援施策の構築を推進するための専門的かつ中核的な役割を果たす拠点として位置付けているものです。平成30年度からの2か年の認知症在宅生活サポート室を経て、令和2年4月に世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内に開設しました。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」は、訪問サービスによる在宅支援のサポート機能 家族支援のサポート機能 普及啓発・情報発信機能 技術支援・連携強化機能 人材育成機能の5つの機能を持ち、認知症の人や家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護等の専門職が、あんしんすこやかセンターやケアマネジャー等をはじめとする様々関係機関を後方支援（バックアップ）する役割を担っています。

具体的な事業内容としては、5つの機能に基づき 専門医や保健師等で構成する認知症初期集中支援チームのアウトリーチによる在宅生活における早期対応や早期支援、 家族介護者のための勉強会の実施や家族会同士の情報交換等の支援、 区民及び関係団体への講演会等による認知症に関する情報の発信、認知症カフェの立ち上げ及び継続の支援、 あんしんすこやかセンターやケアマネジャーからの相談や事例検討を通じた対応の助言の実施、 認知症に関する専門研修の企画立案、認知症サポートセンター等の区民人材の育成及び活動の支援などを実施しています。

計画を展開していく上での具体的な企画や実行のために、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」は、世田谷区の所管課と地域をつなぐパイプ役、そして具体的な推進役を果たしていきます。

(3) 条例のための新たな推進プロジェクト

① 4つの推進プロジェクト

認知症施策、特に重点項目に関して、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	重点項目
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
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 希望と権利・人権が大切にされ、支えあい暮らしやすい地域をともにつくる

以上の4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。すべての推進チームには、本人、そして重点項目について関心と実行力をもった人たちと、認知症在宅生活サポートセンターのメンバーが参画し、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つのプロジェクトは、つながりを十分に持ちながら、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 日常生活圏域ごとのアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）

これまでも各地区においては、民生委員や社会福祉協議会委員等による地域福祉社会活動を実施するほか、地域の様々な立場の方々に構成されている「地区高齢者見守りネットワーク」等の活動が行われています。

条例の実現のためには、これまでの活動に加えて、身近な地域で認知症の重点項目に関する取組みを地道に続けていくことが大切です。地域の本人やさまざまな人たちが参画しながら暮らす、地域ならではの具体的な活動（アクション）にともに取組み、持続発展させていくための活動の核となる活動体が必要です。

そのために、28の日常生活圏域ごとに、その地域の「まちづくりセンター（あんしんすこやかセンター＋まちづくりセンター＋社会福祉協議会）等を拠点に、ともに地域にあった活動について話し合いながら、具体的な活動を展開していく「アクションチーム（世田谷版チームオレンジ）」を結成します。

なお、この「アクションチーム（世田谷版チームオレンジ）」は、各地域で暮らし、働く人たちの自発性やつながりを大切に、地域ごとの状況に応じ

て段階的に結成を進めていきます。

この「アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)」は、区全体の取組みを推進する推進プロジェクトチームと密接につながり話し合いながら、地域独自で以下の活動を進めていきます。

ア 条例を知る：情報等を発信・共有

条例の理念について情報等を地域に発信し、その地域で暮らす本人、そして、さまざまな人と、地域の中で条例の存在やねらいを伝えるとともに、条例について話合う機会をつくり、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：本人が参画

その地域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学び、本人が地域に参画する可能性や大切さを体験として積み重ねていきます。

ウ 「私の希望ファイル」を創る・備える

推進プロジェクトチームが試作する「私の希望ファイル」をもとに、地域の本人やさまざまな人が「私の希望ファイル」のねらいや活用方法について話し合い、実際に記入をしながら、よりよい内容や活用方法を見出していきます。そして、そのプロセスを通じて、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、どうよりよく生きていくかを考え、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

上記のア～ウ、特にウ「私の希望ファイル」を創る・備える」のプロセスで見出されたその地域で暮らす本人がよりよく生きていくための望み、願いなどの希望を、実際にはかなえるためにできることをともに話し合い、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かなえられないことをやりすぎさず、地域全体の課題と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。

区全体の人や力がつながる推進体制をつくり地域共生を実現していきます。

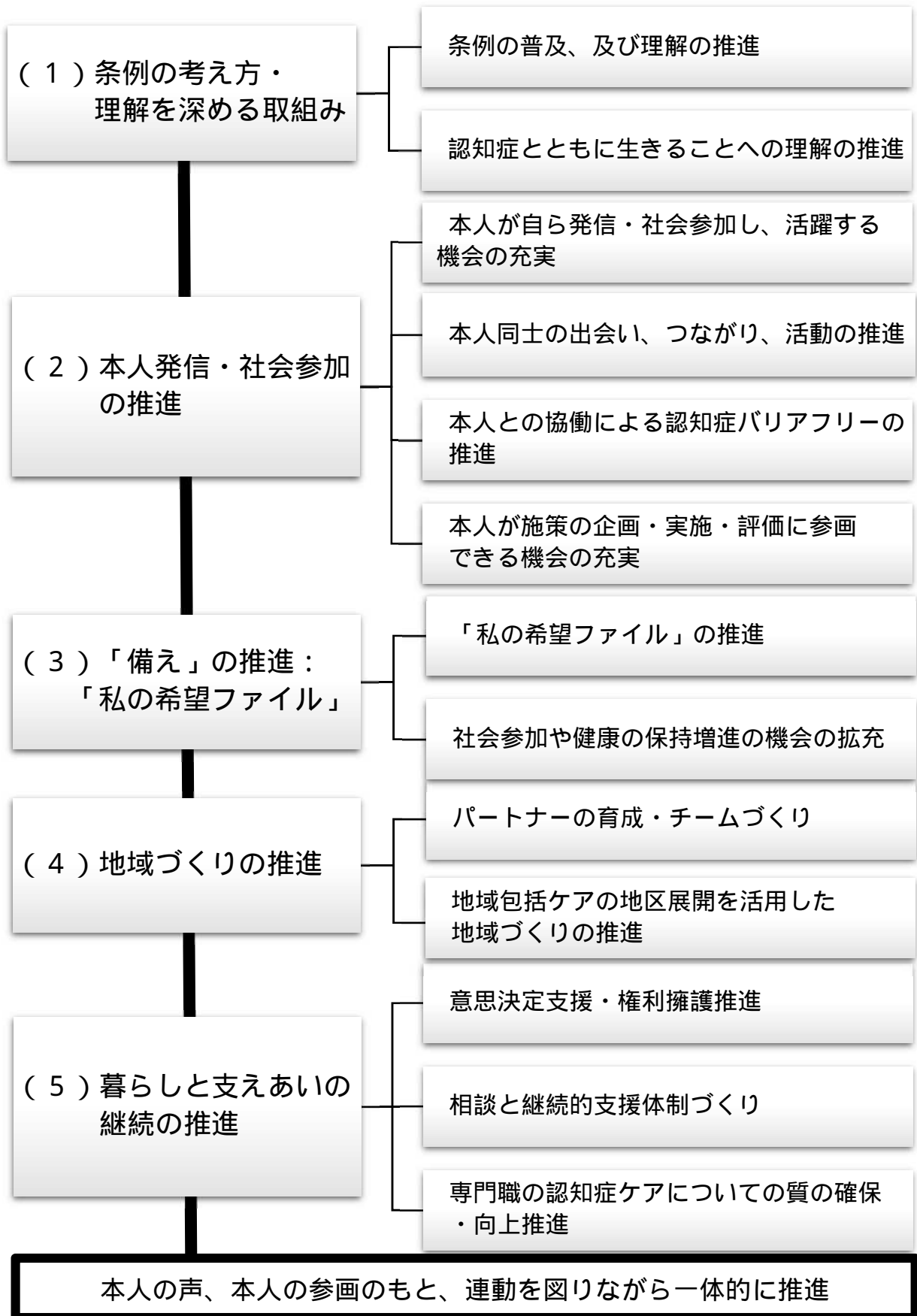
28の日常生活圏域ごとに、その地域ならではの「アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)」の活動が進んでいくように、その圏域の総合支所、そして認知症在宅生活サポートセンター、区が、それぞれの機能を活かしながらバックアップを行って

いきます。

推進プロジェクトチームは、各地域の「アクションチーム（世田谷版チームオレンジ）」をバックアップするとともに、そこで生み出された活動や変化（成果）、課題や気づきなどを丁寧にとらえ、プロジェクトの見直しに活かしながら、各地域の「アクションチーム（世田谷版チームオレンジ）」や人たちに役立つ情報を発信していきます。

第4章 認知症施策の主な 取組み項目

1. 認知症施策の体系



2. 認知症施策の主な取組み

(1) 条例の考え方・理解を深める取組み

① 条例の普及、及び理解の推進

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、条例の理念を広めていく取組みを展開します。

* 条例の理念を広める

わかりやすいことはもちろん大切ですが、それとともに、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

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もって生きることを、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。

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・共有プロジェクトチーム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（世田谷版チームオレンジ）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) 条例の解説書、パンフレット、リーフレットによる普及

条例の内容をわかりやすく示した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。

世田谷区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

世田谷区ホームページや、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「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、多様なメディアと通して情報発信をしていきます（メディアによる情報発信については資料編の第2章〇ページ参照）。

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

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、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、認知症にかか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、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、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、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、さまざま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を条例や地域の現状をもとに見直し、世田谷区で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えられる冊子に改良します。

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。

認知症ケアパスとは；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。

カ 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条例を伝え、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(世田谷版チームオレンジ)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。

(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。

また、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や支え合い、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機会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。

体験や気づき、希望を持って暮らし続け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上での暮らしにくさを引き起こす障壁（認知症バリア）に気づき、地域に発信していくことです。認知症バリアは、本人以外には見えにくく気づかれないため、地域の中では無数の認知症バリアが放置され、本人の外出や日々の暮らしの大きな妨げになっています。

世田谷区は本人と一緒に、この認知症バリアをひと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めざし、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・参画プロジェクトチーム」が中心になって、以上の取り組みについて検討・企画し、各日常生活圏域のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）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（世田谷版チームオレンジ）の集まりで、本人が自らの思いや意向を伝え、人々がそれに耳を澄ます（聴く）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（世田谷版チームオレンジ）につながる流れを具体的につくっていきます。

エ 地域の中で様々な社会参加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。

世田谷区では若年性認知症の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啓発と活用支援に取り組んでいきます。

カ 本人が社会参加活動の一環として有償ボランティア等として活躍し、謝礼が入る取組みも今後の大事な課題です。そのための内容や進め方を、本人といっしょに考えながらつくっていきます。

キ 若い本人はもちろん、年長の本人も、本人が望むならば地域社会の中で働き続けられる地域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、本人が働き続けるための支援や企業等との協働（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、バリアがあること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はかっていきます。

ケ 本人の思いや意見を世田谷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、認知症施策評価委員会へ認知症の人が委員として参画することを継続していきます。

本委員会のみではなく、認知症に関するさまざまな施策や事業、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、一緒によりよ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

認知症がなくてもあっても、これからの日々を自分らしく、認知症とともにによりよ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しくみをつくっていきます。

そのしくみの中核となる「私の希望ファイル」は、プロジェクトチームを中心に実施し、より良いものに作り変えていくなど、各日常生活圏域のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）の人たちと一緒に利活用を重ねながら、「私の希望ファイル」を活かした「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でき、自分なりの役割を通じて活躍でき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。

* 「私の希望ファイル」の推進と(4)「地域づくりの推進」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は備える

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、そして日常生活圏域ごとのアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）で、「私の希望ファイル」について本人と、さまざまな区民等が話し合う機会をつくります。

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。

ケアマネジャーや認知症対応型通所介護等、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

「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、本人等の意見をプロジェクトチーム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しぐみにしていきます。

ウ 本人の希望をいっしょに叶える体験の積み上げ

「私の希望ファイル」を使いながら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（世田谷版チームオレンジ）等で、本人、家族、地域団体、関係機関、事業者等がいっしょに話し合い、希望をかな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。

エ 本人の声や視点にた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、区内でこれまですでに取組まれてきた、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作りながら、より役立つものになっていくよう改善をはかっていきます。

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もつことのできた本人と地域のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）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によりよく生きていける本人を増やしていきます。

1 地域の中のこれまでの社会参加のための集いの場や機会の拡充～
7 フレイルの早期発見とフレイル状態の改善に向けた取組みを推進
まで削除。

(4) 地域づくりの推進

① パートナーの育成・チームづくり

世田谷区独自に認知症とともに生きていくことを自分事として考え、本人とともによりよい暮らしと地域をつくっていくパートナーを育てていきます。

本人とパートナーがつながり、ともに活動をしていくチーム(オレンジチーム)をつくっていきます。

② 地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

区が進めているさまざま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ような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、地域づくり推進プロジェクトチーム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(世田谷版チームオレンジ)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。

【具体的な方策】

ア 世田谷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条例の考え方を踏まえて検討・補強し、本人とともによりよい暮らしと地域をつくっていくパートナーが区内で増えていくための基礎となる「世田谷区版サポーター講座」を区内で開催していきます。

「世田谷区版認知症サポーター養成講座」の内容には本人の体験等を入れる、参加者は本人の声を聴くこととします。

話を聴いて終了ではなく、受講した人が地域の中での活動につながり、本人や地域のさまざまな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(世田谷版チームオレンジ)に参加しともに活動
- 地域のなかで本人と家族の思いの傾聴活動
- 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、互いに支え合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。

イ 地域福祉活動を担う地域人材の理解と協働の推進 は削除。

イ 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、条例の実現にむけて強化をはかっていきます。

それぞれのネットワークの取り組みが地域のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）ともつながることを推進し、本人が地域でよりよく暮らしていくことを、多様な人々がつながりあって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

- a. 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」
- b. 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」
- c. 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」
- d. 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

年間を通じて、定期的に在宅生活をする人への安否確認

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

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活動

(イ) 家族会のネットワークづくり

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）

家族介護者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。

エ 社会福祉協議会職員（生活支援コーディネーター）等との連携と協働 削除。**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。

カ 第1層協議体の取組みの強化 削除。**エ 安心・安全な外出を守る地域づくり**

さまざま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いる事業等を、本人の声と視点をもとに見直しと強化をはかりながら、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】

- 地域で行っている「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

(5) 暮らしと支えあいの継続の推進

世田谷区では、4つの重点項目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～を推進していきます。

区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、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」の区内での普及を図り、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

認知症による変化への気づきや不安がおきはじめたら気軽に相談ができ、相談を入り口に、本人そして家族が自分なりの暮らしを続けていくために必要な地域の支援と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。

③ 専門職の認知症ケアについての質の確保・向上推進

世田谷区内の保健・医療、介護、福祉、法律関係者等多様な専門職が、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、日常の中で実践していくことを推進していきます。

【具体的方策】

ア 意思決定支援・権利擁護に関する取組みを本人視点にたって強化・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。

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。(5)直下へ移動。

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

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。

「成年後見セミナー」や「おい支度講座」～ 消費者被害防止施策の推進 削除。

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。（５）直下へ移動。

オ 身近な総合相談体制づくり

世田谷区が独自に区内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。

カ 本人及び家族介護者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、区民等への周知方法の充実や相談医との連携を深めます。

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

認知症初期集中支援チーム事業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と事業の評価に取り組みます。

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に取り組みます。

(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家族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) 生活継続のための家族介護者向け支援とサービスの充実

介護における心理的・身体的負担の軽減の取組みとして、家族介護者等（若

年層介護者（ヤングケアラー¹、ダブルケアラー²）家族介護者等を含む）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。

さらに、経済的支援として、要介護認定を受けた方（一定の要件あり）が1年間、介護保険サービス（福祉用具の貸与、住宅改修など一部サービスは除く。）を利用せず、在宅で生活した場合に、慰労金を支給しています。

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。

家族介護者等の就労継続支援 削除。

（オ）家族介護者等向けの情報発信

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。また、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、家族介護者の視点に立った情報提供に努めます。

（カ）認知症カフェの全地区における整備

認知症カフェとは、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場のことをいいます。

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ますが、未整備地区での立ち上げに向けた情報収集を行い、区内全ての地区に認知症カフェを整備するこ

¹ 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～概ね30歳代までのケアラーを若者ケアラーという。

² 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。

とで、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実現します。

(キ) 生活継続のための医療・介護、多様な地域活動等の連携強化)

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。(5) 直下へ移動。

様々な生活支援ニーズに対応していくため、行政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等により創出・拡充される地域資源を活用しながら、住民や関係機関等の協力による支えあいの地域づくりを推進していきます。

キ 災害時の支援体制の強化

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みます。

避難行動要支援者支援の推進～ 在宅避難者への見守り 削除。

ク 専門職の認知症ケアについての質の確保・向上推進

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。(5) 直下へ移動。

(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³を行うことで、もの忘れ相談窓口の質の向上に取り組みます。

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。

(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。

³ スーパービジョン：対象者への助言、指導、援助を行うこと。

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。

ケ 医療・介護・福祉サービス事業所職員の質の向上の推進

認知症のケアに携わる医療・福祉サービス事業所の職員へ、認知症及び認知症に関する制度の理解、ケアの支援力向上、実践力向上などの認知症ケアに関する専門研修を福祉人材育成・研修センターに委託し、研修の充実を図ります。

また、認知症の緩和ケア研修として、認知症ケアプログラムを学ぶ研修を福祉人材育成・研修センターに委託し推進しています。この研修は、認知症の人の問題行動として受けとられやすい行動・心理症状の背景に本人の満たされないニーズがあることを理解し、それに対するケアをチームで統一して提供することを学びます。本人のニーズを読み解く専用の指標をオンラインシステムで入力し、ケア計画、実践、モニタリングを行うもので、認知症ケアプログラムの普及啓発とともに実践の継続支援を行いながら、認知症ケアの質を高めていきます。

併せて、認知症在宅生活サポートセンターがケアマネジャー等からの認知症ケアの相談を応需し、スーパービジョン等を行い人材育成を推進していきます。

3. 3年間のロードマップ

(1) 計画目標

- ① 認知症観の転換を図る
- ② 本人の発信・参加を推進する
- 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
- ④ 安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する

(2) 3年後の評価指標及び3年間の取組み

計画目標	認知症観の転換を図る		
3年間の取組み	「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」にて条例の認知度の現状値を図る調査を実施します。本人の声を積極的に活かしながら、多様な媒体及びイベントを含む各事業等を通して条例の普及を行います。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 本人の声を活かした条例の普及	講演会、講座、イベント等の実施	年間3回	前年度実績を上回る
【成果指標】 条例の認知度	実態調査内で条例の認知度を問う	令和4年度に調査する	

計画目標	本人の発信・参加を推進する		
3年間の取組み	令和3年度は、本人交流会メンバーの充実に取り組みます。本人が自らの意思で体験や思いを発信し、社会参加する仕組みづくりを令和3年度から3年間かけて、本人との意見交換を重ねながら体制を構築していきます。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 本人交流会の実施	本人交流会の参加実人数	4人	現状値を上回る
【成果指標】 本人の発信・社会参加を推進する体制の構築	本人交流会において、仕組みづくりを検討	本人が自らの意思で体験や思いを発信し、社会参加を推進する体制の構築	

計画目標	<p>「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</p> <p>安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する</p>		
3年間の取組み	<p>本人とともに話し合う場の拡充に取り組みながら、本人を含む区民等と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。</p>		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	内容 (令和5年度)
○【行動量】 本人とともに話し合いを実施	条例、「私の希望ファイル」について の話し合いを実施した回数		前年度実績を上回る
○【行動量】 世田谷版認知症サポーター養成講座の実施	世田谷版認知症サポーター養成講座の実施回数	(予測値) 63回/年	120回/年
【成果指標】 認知症を理解し、認知症に備える人が増える	本人とともに話し合う場に参加した人の累計数		前年度実績を上回る
【成果指標】 世田谷版認知症サポーター数	認知症サポーター数(H18年度からの累計数)	(予測値) 36,000人	53,040人
【成果指標】 アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)の活動団体数	アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)として活動した団体数		前年度実績を上回る

第5章 計画の推進体制

1. 計画の推進体制

(1) 区の組織

認知症計画に基づく主な施策は、世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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。

世田谷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・協力して計画の推進に取り組みます。

また、区民、地域団体、関係機関及び事業者の多様な資源と連携し、共に推進していきます。

(2) 区長の附属機関・各種委員会等

世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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。

2. 計画の進行管理

(1) 施策の評価・検証

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、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年間で目標数値を掲げている施策については、目標数値と実績数値の差や達成割合等により評価・検証を行います。
- ② 施策が各法令や世田谷区認知症とともに生きる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 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 ）

(案)

令和3年1月12日
第3回部会 資料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

別冊
(資料編)

世田谷区

目次

第1章 計画策定の背景	1
1. 国、都の動向	3
2. 区の現状と課題	5
第2章 計画の策定過程	15
1. 計画の策定過程	17
2. 世田谷区認知症施策評価委員会名簿	18
3. 世田谷区認知症施策評価委員会部会名簿	19
4. (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会名簿	20
5. (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会作業部会名簿	21
第3章 資料編	23
1. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例制定過程	25
2. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例	29
3. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例施行規則	35
4. 認知症の人の日常生活自立度	37
5. 用語集	38

第1章 計画策定の背景

1. 国、都の動向

(1) 国の動向

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

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

このような状況の中、厚生労働省は「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)(平成24年9月公表)を改め、平成27年1月、団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025年)を見据え、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指し、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)策定しました。

新オレンジプランでは、以下を7つの柱に沿って施策を総合的に推進していくとしています。

「普及・啓発」、「医療・介護等」、「若年性認知症」、「介護者支援」、「認知症など高齢者にやさしい地域づくり」、「研究開発」、「認知症の人やご家族の視点の重視」

「認知症の人やご家族の視点の重視」は他6つの柱に共通するプラン全体の理念です。

さらに、令和元年6月、認知症施策推進大綱をとりまとめ、大綱に沿って関係省庁が認知症施策を着実に実施していくこととしています。

(2) 都の動向

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

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

2. 区の現状と課題

(1) 世田谷区のこれまでの認知症施策の取組み

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

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

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

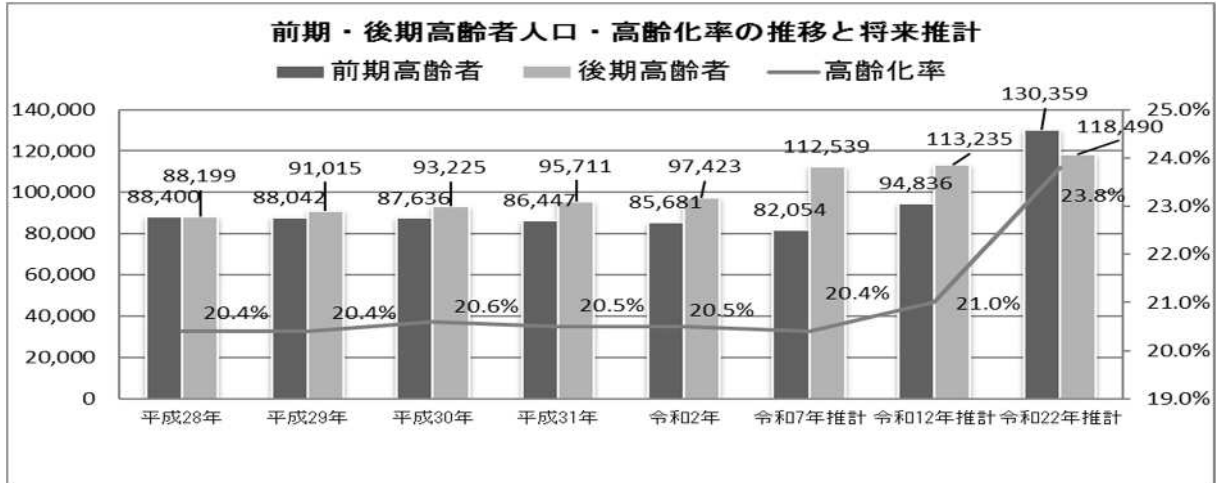
年	世田谷区の取組	参考（国の施策）
H18	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターを統括し介護予防事業を所管する介護予防課を新設 ・認知症サポーター養成講座開始 ・認知症講演会開始 	介護保険制度における地域支援事業開始
H21	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・地域支援課を新設し、認知症対策担当係を設置 ・地域包括支援センターに「もの忘れ相談窓口」を開設し、「認知症専門相談員」配置 ・認知症家族会、認知症高齢者の家族のための心理相談開始 	
H22	<ul style="list-style-type: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

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

(2) 区の現状

① 前期・後期高齢者の人口・高齢化率の推移と将来推計

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



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

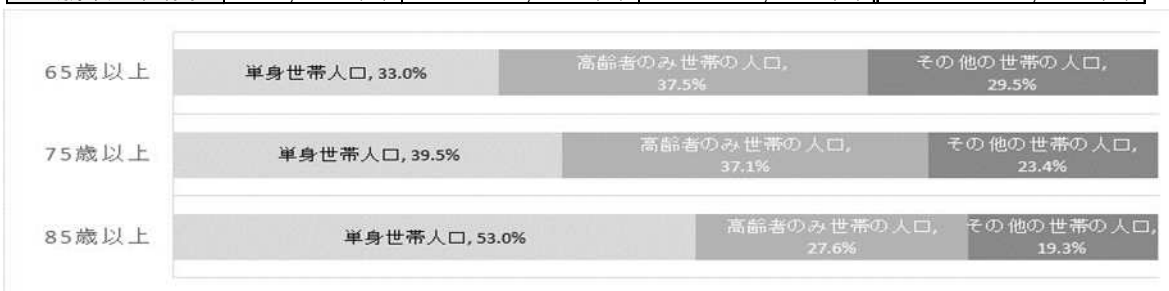
住民基本台帳(外国人除く)各年1月。推計は平成29年7月推計を使用。

② 高齢者の世帯状況

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

その他世帯 65歳未満の家族と同居する高齢者

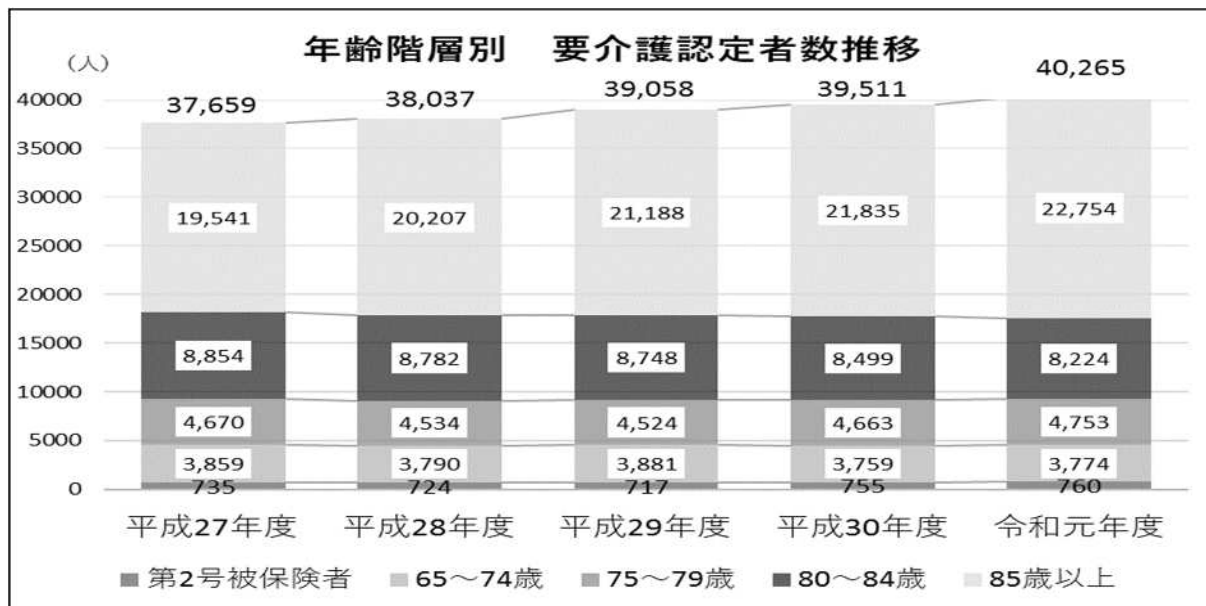
	単身世帯	高齢者のみ世帯の人口	その他の世帯の人口	高齢者人口計
65歳以上人口	60,911人	69,337人	54,446人	184,694人
75歳以上人口	38,785人	36,446人	22,976人	98,207人
85歳以上人口	18,357人	9,566人	6,686人	34,609人



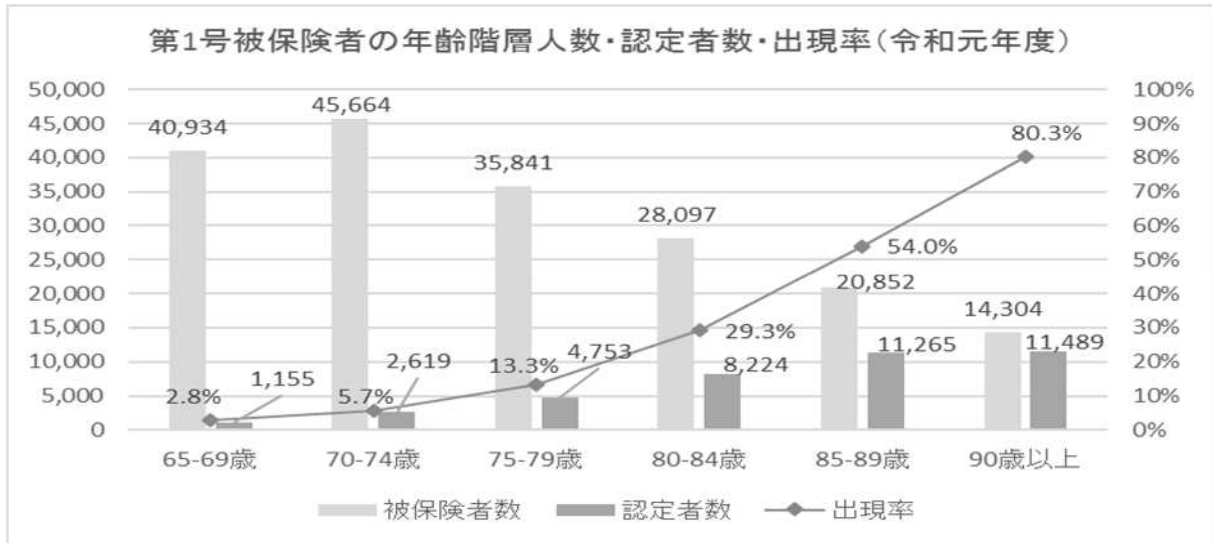
令和2年4月保健福祉総合情報システム

③ 介護保険の要介護（要支援）認定者数の推移

介護保険の要介護（要支援）認定者は、4年間で約2,600人増加しています。

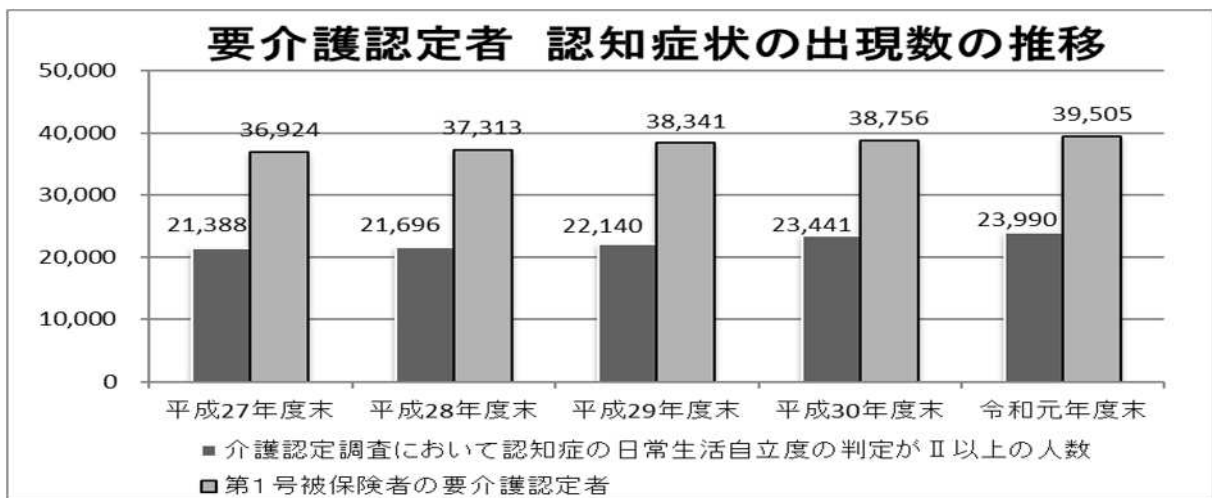


80歳を超えると要介護認定者数が増加、出現率（要介護認定率）も高くなります。



④ 要介護認定者のうち、認知症状の出現数の推移

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



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

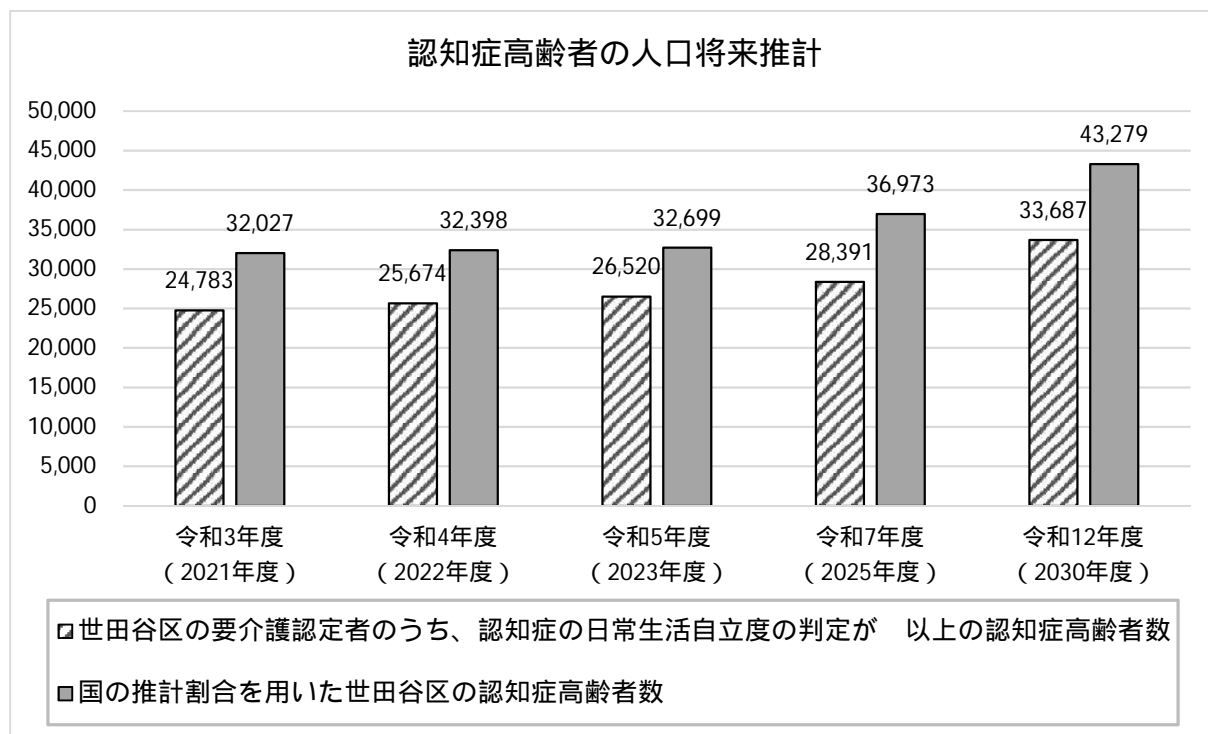
⑤ 認知症高齢者の将来人口推計

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

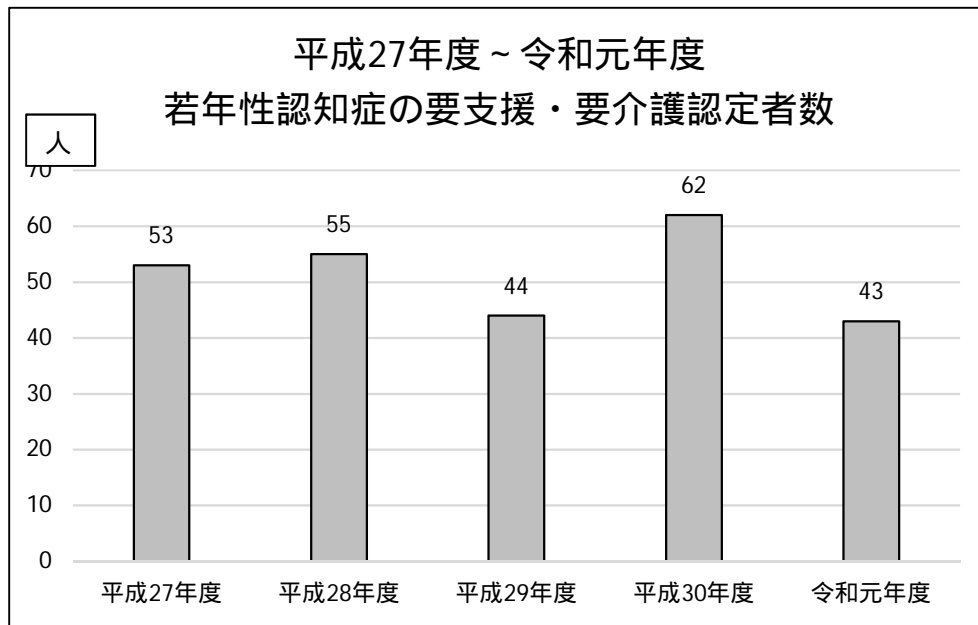
1 平成29年7月「世田谷区将来人口推計」より。

2 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

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



⑥ 若年性認知症の要支援・要介護認定者数



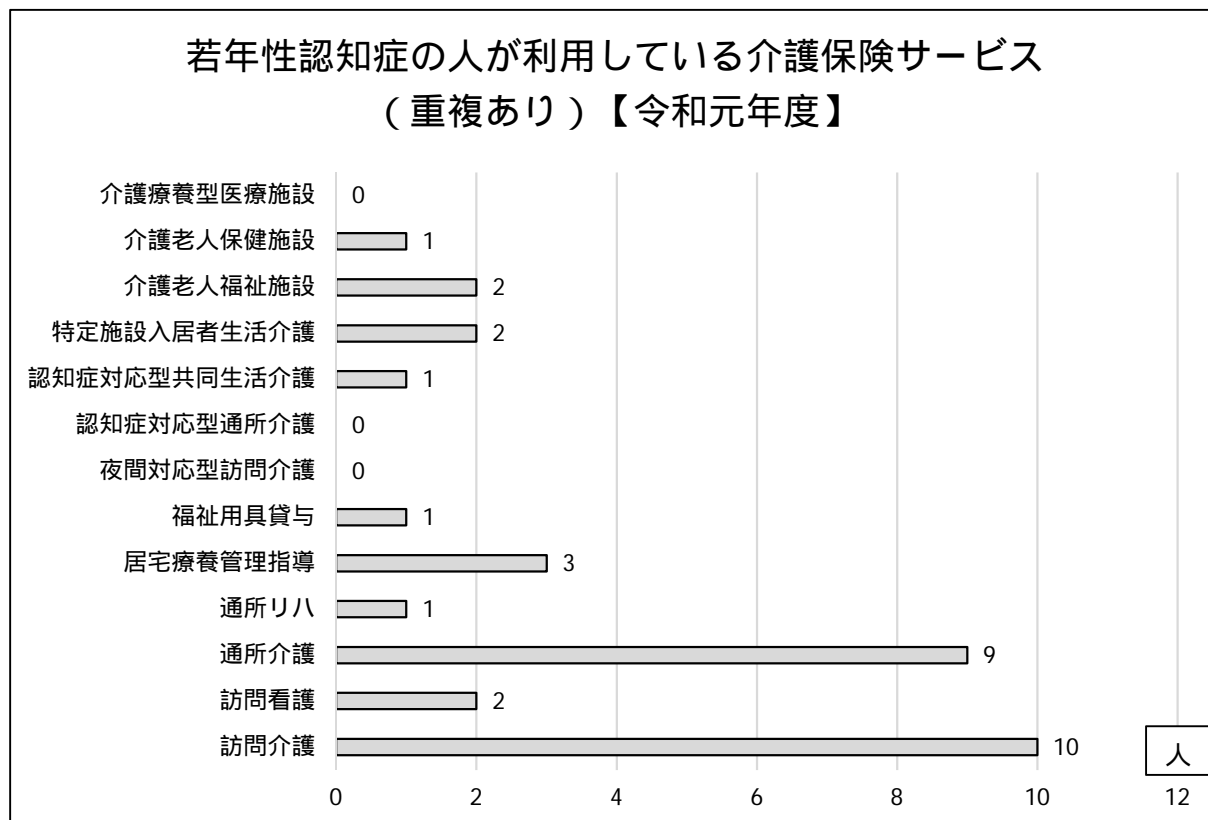
⑦ 要支援・要介護度別の若年性認知症の認定者数

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

要支援・要介護度別の若年性認知症の認定者数

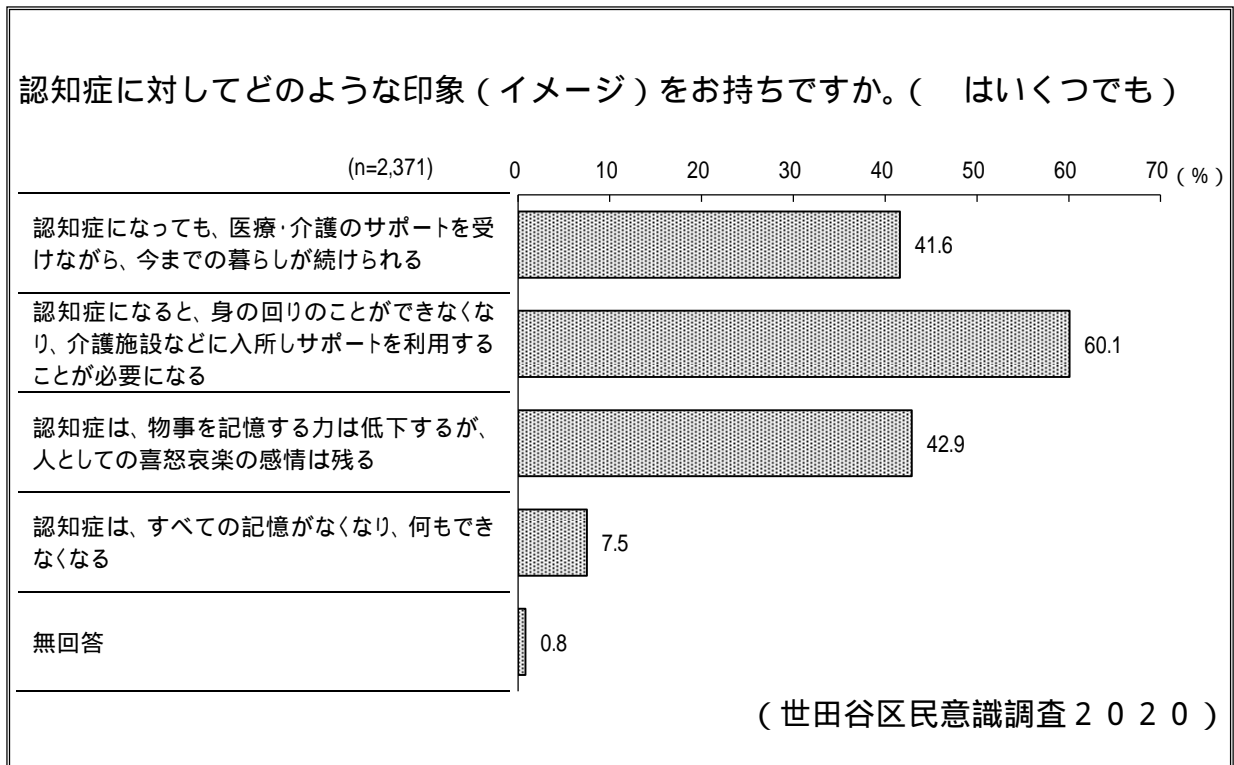
区分	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
要支援 1	0	0	0	0	0
要支援 2	2	0	1	1	1
要介護 1	13	11	11	18	12
要介護 2	8	12	8	10	5
要介護 3	12	13	10	10	14
要介護 4	6	6	6	11	5
要介護 5	12	13	8	12	6
計	53	55	44	62	43

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



⑨ 認知症のイメージ

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



(3) 課題

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

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

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

第2章 計画の策定過程

1. 計画の策定過程

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

2. 世田谷区認知症施策評価委員会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員	本人	長谷部 泰司	認知症とともに生きる人
2	委員	本人	S・さきこ	認知症とともに生きる人
3	委員長	学経	大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
4	委員	学経	村中 峯子	(公社)地域医療振興協会地域医療研究所ヘルスプロモーション研究センター参事
5	委員	学経	田中 富美子	弁護士、世田谷区社会福祉協議会成年後見センター事例検討委員会副委員長
6	副委員長	学経	永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部長
7	委員	学経	西田 淳志	(公財) 東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
8	委員	専門医	新里 和弘	都立松沢病院認知症疾患医療センター長
9	委員	専門医	長谷川 幹	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック院長
10	委員	地区医師会	山形 邦嘉	(社)世田谷区医師会理事
11	委員	地区医師会	山口 潔	(社)玉川医師会理事
12	委員	地区歯科医師会	日吉 俊仁	(公社)世田谷区歯科医師会理事
13	委員	地区歯科医師会	島 貫博	(公社)玉川歯科医師会副会長
14	委員	地区薬剤師会	佐伯 孝英	(社)世田谷薬剤師会監事
15	委員	地区薬剤師会	佐藤 ひとみ	(社)玉川砧薬剤師会専務理事
16	委員	区民	黒木 勉	世田谷区民生委員児童委員協議会副会長
17	委員	区民	水野 貞	世田谷区町会総連合会副会長
18	委員	区民	柏 雅康	世田谷区商店街連合会常任理事
19	委員	家族会	高橋 聰子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
20	委員	地域団体	中澤 まゆみ	認知症カフェ多職種ケアネットワーク「せたカフェ」代表、福祉ジャーナリスト

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

3. 世田谷区認知症施策評価委員会部会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員	本人	長谷部 泰司	認知症とともに生きる人
2	委員	本人	S・さきこ	認知症とともに生きる人
3	委員	学経	大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
4	委員	学経	永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部長
5	委員	学経	西田 淳志	(公財) 東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
6	委員	専門医	長谷川 幹	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック院長
7	委員	地域団体	中澤 まゆみ	認知症カフェ多職種ケアネットワーク「せたカフェ」代表、福祉ジャーナリスト
8	委員	介護保険事業者等	遠矢 純一郎	認知症在宅生活サポートセンター代表

4. (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	委員長	学経	大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
2	委員	学経	村中峯子	(公社)地域医療振興協会地域医療研究所ヘルスプロモーション研究センター参事
3	委員	学経	和気純子	東京都立大学人文社会学部教授
4	副委員長	学経	田中富美子	弁護士、世田谷区社会福祉協議会成年後見センター事例検討委員会副委員長
5	委員	学経	永田久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部长
6	委員	学経	西田淳志	(公財)東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター長
7	委員	専門医	新里和弘	都立松沢病院認知症疾患医療センター長
8	委員	専門医	長谷川幹	三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック院長
9	委員	専門医	遠矢純一郎	医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック院長
10	委員	地区医師会	太田雅也	(社)世田谷区医師会副会長
11	委員	地区医師会	山口潔	(社)玉川医師会理事
12	委員	介護保険事業者	徳永宣行	世田谷区介護サービスネットワーク代表
13	委員	家族会	高橋聡子	在宅介護家族の会「フェロー会」代表
14	委員	地域活動団体	中澤まゆみ	認知症カフェ多職種ケアネットワーク「せたカフェ」代表、福祉ジャーナリスト
15	委員	地域活動団体	金安博明	世田谷区社会福祉協議会地域社協課長
16	委員	行政	長岡光春	世田谷区高齢福祉部長

5. (仮称)世田谷区認知症施策推進条例検討委員会作業部会名簿

	区分		氏名	職(所属)等
1	部会員	学経	大熊由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
2	部会員	学経	永田久美子	認知症介護研究・研修東京センター研究部部長
3	部会員	学経	西田淳志	(公財)東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター長
4	部会員	専門医	長谷川幹	三軒茶屋内科リハビリテーション クリニック院長
5	部会員	専門医	遠矢純一郎	医療法人社団プラタナス 桜新町ア ーバンクリニック院長
6	部会員	地域活動団体	中澤まゆみ	認知症カフェ多職種ケアネットワーク「せ たカフェ」代表、福祉ジャーナリスト

第 3 章 資料編

1. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例制定過程

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

第1回ワークショップの様子（令和元年6月23日開催）



各グループで話し合う前に、区の職員が認知症についてミニ講話を行いました。

第2回ワークショップの様子（令和元年11月30日開催）

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



条例制定に至るまでの過程

以下の表記については、次のとおり略称を使用しています。

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

開催日	内容
平成 31 年 3 月 4 日	平成 30 年度第 2 回認知症施策評価委員会 (1) 条例制定の検討について
4 月 22 日	第 1 回条例検討委員会 (1) 世田谷区の認知症施策について (2) 条例制定の検討について (3) 認知症施策における区・区民・事業者の主な役割について
令和元年 5 月 29 日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けた検討について(ワークショップの開催、 検討体制)
6 月 18 日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けたワークショップの開催について
6 月 23 日	第 1 回ワークショップ テーマ：認知症の方の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して住み続けられる社会の実現に向けた課題や必要なこと
6 月 28 日	第 2 回条例検討委員会(委員 2 名追加) (1) 条例検討委員会の体制について (2) 区・区民・事業者の主な役割の検討素材(案)について
7 月 17 日	第 7 4 回地域保健福祉審議会 報告 (1) 条例の制定に向けた検討について
7 月 31 日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けたワークショップについて(第 1 回ワークショップの実施概要)
8 月 26 日	令和元年度第 1 回認知症施策評価委員会 報告 (1) 条例制定の検討について (検討体制、第 1 回ワークショップの実施概要)
9 月 3 日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例の制定に向けた第 2 回ワークショップの開催について
11 月 12 日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例について(基本的な理念(案)、基本的な考え方、検討体制等)

11月14日	第3回条例検討委員会（委員6名追加） （1）条例の理念及び基本的な考え方について （2）条例骨子案の検討について
11月30日	第2回ワークショップ テーマ：条例の名称 区・区民・地域団体・関係機関・事業者の立場から地域でできること
12月16日	第4回条例検討委員会（認知症の本人3名参加） （1）第2回条例検討ワークショップの実施結果について （2）条例骨子案の検討について
令和2年 2月4日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例の検討状況について（条例の骨子、第2回ワークショップ実施概要等）
2月26日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例（骨子案）について
3月1日～ 3月23日	条例（骨子案）に対するパブリックコメントの実施
3月6日	令和元年度第2回認知症施策評価委員会 （新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、延期。資料のみ送付した。） （1）条例の制定に向けた検討について（条例検討委員会の開催状況、第2回ワークショップ実施概要、条例（骨子案）等）
5月27日	第5回条例検討委員会（新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、書面開催。） （1）条例（素案）の検討について （2）条例検討委員会作業部会の設置について
7月15日	第6回条例検討委員会（認知症の本人3名参加） （1）条例（素案）の検討について （2）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画（案）の検討について 第1回条例検討委員会作業部会（本人2名参加） （1）（仮称）世田谷区認知症とともに生きる希望計画について （2）「私の希望ファイル」について
7月31日	福祉保健常任委員会 報告 （1）条例の検討状況について（条例（素案）パブリックコメントの実施結果等）

9月2日	福祉保健常任委員会 報告 (1) 条例(案) (2) (仮称)世田谷区認知症とともに生きる希望計画の骨子(案)について
9月4日	認知症施策評価委員会 報告 (1) 条例(案)の制定に向けた状況について(これまでの経過、条例(案)、パブリックコメントの実施結果等)
9月28日	令和2年第3回区議会定例会 可決
9月30日	条例公布
10月1日	条例施行

2. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例

目次

前文

第1章 総則（第1条 - 第8条）

第2章 基本的施策（第9条 - 第15条）

第3章 認知症施策の推進に関する体制（第16条 - 第18条）

第4章 雑則（第19条・第20条）

附則

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

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

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

第1章 総則

（目的）

第1条 この条例は、認知症とともに生きる人（以下「本人」という。）の権利が尊重され、本人を含む全ての区民が認知症とともに生きる希望を持って暮らすことができるように推進する認知症に係る施策（以下「認知症施策」という。）について、基本となる理念を定め、区の責務、本人を含む区民の参加並びに地域団体、関係機関及び事業者の役割に関する事項を明らかにすることにより、全ての区民が認知症とともに生きる意識を高め、その備えをし、もって一人ひとりがともに安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

認知症 アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態をいう。

区民 区内に居所、勤務先又は通学先がある者をいう。

地域団体 主に区民で構成される営利を目的としない団体で、区内において活動を行うものをいう。

関係機関 医療、介護その他の福祉サービス若しくは生活関連サービスを提供する事業所、教育若しくは法律に関する事業を行う事業所、図書館等の公共の施設又は研究機関その他の認知症に関する事業を行う機関で、区内において活動を行うものをいう。

事業者 区内において事業活動を行う個人、法人又は団体（関係機関として活動を行うものを含む。）をいう。

私の希望ファイル 区民が、認知症になってからも自分らしく暮らし続けるための備えとして、認知症になる前及びなった後における生活に係る自らの思い、希望又は意思を繰り返し書き記す過程及びその文書又は記録をいう。

軽度認知障害 正常と認知症との中間の状態をいう。

あんしんすこやかセンター 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の4第1項に規定する地域包括支援センターであり、区内に存するものをいう。

(基本理念)

第3条 認知症施策を推進するための基本理念（以下「基本理念」という。）は、次のとおりとする。

本人一人ひとりが自分らしく生きる希望を持ち、どの場所で暮らしていてもその意思と権利が尊重され、本人が自らの力を発揮しながら、安心して暮らし続けることができる地域を作る。

区民、地域団体、関係機関及び事業者（以下「区民等」という。）が認知症に対し深い関心を持ち、自らのことと捉え、自主的かつ自発的な参加及び協働により地域との関わりを持つことで、認知症とともにより良く生きていくことができる地域共生社会の実現を図る。

(区の責務)

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

2 区は、認知症施策の実施に当たり、常に本人の視点に立ち、本人及びその家族の意見を聴かなければならない。

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

とする。

(区民の参加)

第5条 区民は、認知症とともに生きることには希望を持ちながら、より良く暮らしていくための備えとして、認知症に関する知識を深め、自らの健康づくりに役立てるため、区、地域団体等の取組に積極的に参加するよう努めるものとする。

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

3 区民は、パートナー（本人を理解し、本人とともに歩み、支え合う者をいう。以下同じ。）であるという意識を持つよう努めるものとする。

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

(地域団体の役割)

第6条 地域団体は、本人及び家族等が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、住民相互の支え合い及び見守り活動に積極的に取り組むよう努めるものとする。

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

(関係機関の役割)

第7条 関係機関は、本人が自宅、病院、施設などの場所で暮らしていても、その希望及び権利が尊重され、その状態に応じて適時に、かつ、適切なサービスを受けることができるよう、相互間の連携に努めるものとする。

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

(事業者の役割)

第8条 事業者は、その従業者が認知症とともに生きていくことができる地域共生社会に関する正しい知識及び理解を深めるために必要な教育、研修等を受ける機会を設けるよう努めるとともに、本人に配慮したサービスの提供及び地域との協働に努めるものとする。

第2章 基本的施策

(区民等の理解の推進)

第9条 区は、区民等が認知症及び地域共生社会に関する正しい知識及び理解を深めることができるよう、学習の機会の提供を積極的に推進するものとする。

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

(認知症への備え等の推進)

第 10 条 区は、区民が認知症になってからも孤立せず、社会参加並びに健康の保持及び増進の機会及び権利が守られるよう、必要な施策を実施するものとする。

(意思決定の支援等)

第 11 条 区は、本人の意思決定を支援するための方法について継続的に検討するとともに、私の希望ファイルに係る取組等を積極的に支援する。

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

(権利擁護)

第 12 条 区は、本人の権利利益を保護するため、本人に係る権利の擁護に関する区民等の意識の向上及び行動の啓発を図るとともに、成年後見制度の利用の促進その他の必要な施策を実施するものとする。

(相談体制の充実及びその支援)

第 13 条 区は、本人及び家族等からの相談に適時に、かつ、適切に対応することができるよう、関係機関と連携し、必要な相談体制の充実を図るものとする。

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

(医療及び介護等の支援)

第 14 条 区は、本人及び家族等が住み慣れた地域で適時に、かつ、適切な生活の支援、医療及び介護その他必要な支援を受けることができるよう、次に掲げる事項に係る施策を実施するものとする。

認知症（軽度認知障害を含む。）の早期対応及び早期支援

本人同士の支え合い及び社会参加活動の推進並びに容態に応じた支援

家族等への支援

生活の支援と医療及び介護との連携並びに協働体制の充実

認知症に関する医療及び介護その他の福祉サービスの提供に携わる専門的知識を有する人材及び支援団体の育成及び資質の向上のための研修

(地域づくりの推進)

第 15 条 区は、本人及び家族等が住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、見守り活動及び緊急時における支援を行うための体制の整備を推進するものとする。

2 区は、多世代の区民が地域の中で協働しながら自主的かつ自発的に行う認知症に対する理解を深めるための活動を支援するものとする。

3 区は、本人がより良く暮らしていくための地域づくりに向けた取組が推進されるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、本人及び家族等が体験したこと等についての情報を自ら発信する機会の確保その他必要な施策を実施するものとする。

4 区は、本人及び家族等が地域での活動に参加しやすくなり、安心して暮らすこと

ができるよう、地域団体、関係機関及び事業者と連携し、パートナー並びに本人及び家族等に関わるボランティア活動を行う者を育成すること、地域との交流の場を設けることその他必要な施策を実施するものとする。

第3章 認知症施策の推進に関する体制

(認知症施策の総合的推進)

第16条 区長は、認知症施策を総合的に推進するために、世田谷区認知症とともに生きる希望計画(以下「認知症計画」という。)を定めるものとする。

2 区長は、認知症計画を定めるに当たっては、あらかじめ第18条に規定する評価委員会の意見並びに本人及びその家族の意見を聴かなければならない。

(世田谷区認知症在宅生活サポートセンター)

第17条 認知症計画に基づく主な施策は、世田谷区立保健医療福祉総合プラザ条例(平成30年10月世田谷区条例第61号)第1条の規定に基づき設置する世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内の世田谷区認知症在宅生活サポートセンター(以下「サポートセンター」という。)を拠点として行う。

2 区長は、サポートセンターにおいて認知症施策に係る事業を行うに当たっては、福祉の相談窓口であるあんしんすこやかセンター、まちづくりセンター及び社会福祉協議会と連携して、これを行うものとする。

3 サポートセンターで行う事業に関し必要な事項は、規則で定める。

(世田谷区認知症施策評価委員会)

第18条 認知症施策を総合的かつ計画的に推進する上で必要な事項を調査審議するため、区長の附属機関として、世田谷区認知症施策評価委員会(以下「評価委員会」という。)を置く。

2 評価委員会は、第16条第2項の規定による区長の諮問に応じ、認知症計画について調査審議し、区長に対して意見を述べるものとする。

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

4 前項の委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 評価委員会は、審議のため必要があると認めるときは、関係職員その他の関係人の出席を求めて意見若しくは説明を聴き、又はこれらの者から必要な資料の提出を求めることができる。

6 評価委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、規則で定める。

第4章 雑則

(財政上の措置)

第19条 区は、認知症施策を推進するため、必要な財政上の措置を講じるよう努めるものとする。

(委任)

第20条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、令和2年10月1日から施行する。

3. 世田谷区認知症とともに生きる希望条例施行規則

(趣旨)

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

(定義)

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

(私の希望ファイル)

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

(サポートセンターで行う事業の内容)

第4条 サポートセンターで行う事業の内容は、次のとおりとする。

認知症に関する医療及び介護その他の福祉サービスの提供に携わる専門職（以下「専門職」という。）が本人の居宅を訪問し、本人の在宅生活の支援を行うこと。

家族等への支援を行うこと。

認知症に関する知識の普及及び啓発並びに情報発信を行うこと。

専門職の技術の向上を図るための指導及び助言並びに地域団体、関係機関及び事業者間の連携の強化を図ること。

専門職並びに本人及び家族等に関わるボランティア活動を行う者を育成すること。

前各号に掲げるもののほか、区長がサポートセンターで行うことが適当であると認めること。

(サポートセンターで行う事業の実施日時)

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

日曜日及び土曜日

国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日

12月29日から翌年の1月3日までの日（前号に掲げる日を除く。）

(評価委員会の委員)

第6条 評価委員会の委員は、次に掲げる者のうちから、区長が委嘱する。

本人 4名以内

認知症施策に関し深い理解、識見等を有する者 26名以内

(評価委員会の委員長及び副委員長)

第 7 条 評価委員会に委員長及び副委員長を置く。

2 委員長は、委員の互選によりこれを定める。

3 副委員長は、委員のうちから委員長がこれを指名する。

4 委員長は、評価委員会を代表し、会務を総理する。

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

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

(評価委員会の会議)

第 8 条 評価委員会は、委員長がこれを招集する。

2 評価委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。

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

(評価委員会の部会)

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

2 部会は、委員長が指名する委員をもって組織する。

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

(委員の守秘義務)

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

(評価委員会の庶務)

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

(委任)

第 12 条 この規則の施行について必要な事項は、区長が別に定める。

附 則

この規則は、令和 2 年 10 月 1 日から施行する。

4. 認知症の人の日常生活自立度

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

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

5. 用語集

用語解説（五十音順）

あ 行

【アセスメント】

利用者の有する能力、利用者の置かれている生活状況等の把握・評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するための解決すべき課題（ニーズ）を把握すること。

【あんしんすこやかセンター】

世田谷区における地域包括支援センターの名称。地域包括支援センターの4つの機能は、高齢者に関する様々な相談を受ける「総合相談・支援」、介護事業を推進する「介護予防ケアマネジメント」、ケアマネジャーや医療機関等と連携し支援する「包括的・継続的ケアマネジメント」、高齢者虐待や消費者被害の防止、成年後見制度の利用支援を行う「権利擁護」。

【一般介護予防事業】

総合事業として行う事業の一つ。閉じこもりや支援が必要な高齢者を把握し介護予防活動へつなげるとともに、介護予防の普及啓発、介護予防の人材育成研修や地域活動組織の育成・支援、住民主体の通いの場へのリハビリ専門職の関与など、効果的・効率的な介護予防に資する事業を実施。

【NPO (Nonprofit Organization)】

ボランティア活動等の社会貢献活動を行う、営利を目的としない団体の総称。このうち「NPO法人」とは、特定非営利活動促進法（NPO法）に基づき法人格を取得した「特定非営利活動法人」の一般的な総称。

【老い支度講座】

成年後見センターの普及啓発事業。弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職が、成年後見制度や遺言、相続などをわかりやすく説明するとともに、エンディングノートを紹介などを行い、自分の将来を自ら考え、準備しておくことの必要性について解説する。あんしんすこやかセンター、金融機関、有料老人ホームなどの機関と共催事業として各地域で開催している。

か 行

【介護予防】

高齢者が要支援・要介護状態になることをできる限り防ぐこと、あるいは要支援・要介護状態であっても、状態がそれ以上悪化しないようにすること。

【協議体】

高齢者が地域で生きがいや役割を持って自立した生活を継続できるよう、地域における一体的な生活支援・介護予防サービス等の提供体制の整備を目的とする。行政機関や生活支援コーディネーター、地域の生活支援等サービスを提供する様々な地域の関係者で構成され、生活支援・介護予防サービス等の提供体制整備に関わる定期的な情報共有及び連携強化を行う中核となるネットワークをいう。生活支援コーディネーターの取組みを組織的に補完する機能を持つ。区市町村単位の第1層、日常生活圏域単位の第2層がある。

【ケアマネジャー（介護支援専門員）】

援助のすべての過程において、要介護者・要支援者と社会資源の結び付けや関係機関・施設との連携など、利用者が必要とする保健・医療・福祉サービスの調整を図る役割を持つ援助者。主な援助内容は、利用者の相談からニーズ把握、ケアプランの作成、サービス調整、サービスの自己決定支援、主体性や自立促進、ケアプラン見直し、権利擁護などがある。

【高齢者虐待】

高齢者に対して、家族や介護従事者など、高齢者を養護する者から行われる虐待の行為。類型としては、身体的虐待、介護、世話の放棄、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待がある。

【高齢者クラブ】

生きがいと健康づくりのための多様な社会活動など、心身の健康増進と、高齢期の生活を豊かなものとすることを目的とした自主的な高齢者の集まり。老人福祉法上の老人クラブ。

さ 行

【支えあいミニデイ】

虚弱・一人暮らし等により閉じこもりがちな高齢者を主な対象とした、会食・健康体操・レクリエーション等を行う区民どうしの支えあい活動。世田谷区社会福祉協議会の事業（区補助あり）。

【生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）】

高齢者が地域で生きがいや役割を持って自立した生活を継続できるよう、地域における一体的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備を進める役割を担う。社会資源の把握、不足する資源の開発、関係者間のネットワークづくり、支援を必要とする人と支援の取組みのマッチングなどを行う。区における協議体の運営担当者であり、連携しながら取組みを進める。

【成年後見制度】

認知症や知的障害、精神障害等により、判断能力が不十分になった方の権利を守るため、家庭裁判所が選任した成年後見人等が、本人の財産管理や身上監護（介護保険サービスの契約や入院手続き等の生活や健康管理）を行う制度。本人の判断能力に応じて、補助、保佐、後見の3つの類型があり、業務の範囲が定められている。4親等以内の親族等により家庭裁判所へ申立ての手続きを行って利用する。

た 行

【団塊の世代】

戦後復興期の1947（昭和22）年から1949（昭和24）年の第一次ベビーブームないしその前後に生まれた世代を指す言葉。

【地域行政制度】

地域住民に密着した地域行政を展開するため、全国に先駆けた都市内分権として平成3年（1991年）にスタートした制度。地区（まちづくりセンター）、地域（総合支所）、全区（本庁）の三層分権型を確立した世田谷区独自の行政制度。

【地域ケア会議】

支援が必要な方に地域で包括的・継続的支援を効果的に実施していくために、ケアマネジャーや保健・医療・福祉の関係者、民生委員、関係機関、関係団体等により構成される会議。第6期の介護保険制度改正で位置づけられ、日常生活圏域及び全区で実施することとされた。地域ケア会議は、個別課題の解決やケアマネジメントの支援、課題解決を図るための地域づくりの支援等とともに、全区的な課題を検討・分析して政策形成にも結びつける目的で開催される。区では地域行政制度と整合を図り、地区、地域、全区の3層で実施。

【地域福祉権利擁護事業】

判断能力の低下等により金銭管理や福祉サービスの契約等に不安のある方を対象に、社会福祉協議会の職員（専門員・生活支援員）が金銭管理や福祉サービスの利用手続き等を支援する事業。

【地域包括ケアシステム】

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、医療、介護、予防、住まい、生活支援の5つのサービスが一体的に提供し、支援が必要な高齢者を支える仕組み。住み慣れた地域（日常生活圏域）を目安に提供されることを目指す。

世田谷区では、対象を高齢者だけではなく、障害者（児）や子育て家庭など広く捉えて推進している。

【地域密着型サービス】

認知症等で介護を必要とする高齢者が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続で

きるよう、日常生活圏域の中で提供される多様で柔軟な介護サービス。区市町村が事業者指定の権限をもち、原則としてその区市町村の住民のみが利用できる。

な 行

【日常生活圏域】

介護保険制度において、市区町村が、小学校区、中学校区、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの単位など、地域の特性を踏まえて設定し、支援が必要な方を地域で支える地域包括ケアシステムの区域。基本的には日常生活圏域に1か所、地域包括支援センターを設置するとともに、圏域に必要な介護サービス施設等の適正かつ計画的な整備を図ることとされている。区では27のまちづくりセンターの所管区域を日常生活圏域としている。平成31年度中に用賀地区を2地区に分割して28の日常生活圏域とする。

【認知症カフェ】

認知症の方や家族、支援をする人達等が参加して話し合い、情報交換等を行う場。

【認知症サポーター】

認知症サポーター養成講座を受講し、認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を暖かく見守り、支援する人（サポーター）。

は 行

【パブリックコメント】

区民意見提出手続。区民生活に広く影響を及ぼす区の基本的な施策等を策定する過程において区民が意見を述べる機会を設け、区政への区民参加の促進を図るための制度。

【ふれあい・いきいきサロン】

高齢者等の孤立防止や身近な仲間づくりを目的とした区民同士の支えあい活動。公共施設や個人宅等で茶話会や歌、手工芸等を行う。社会福祉協議会の事業として全国的な取り組み。

わ 行

【ワーク・ライフ・バランス】

仕事と生活の調和。平成19年に、就労による経済的自立が可能な社会、健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会及び多様な働き方・生き方が選択できる社会を目指し、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）

世田谷区認知症とともに生きる希望計画 別冊（資料編）
令和3年度～令和5年度（案）

令和3年 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 ）

希望計画の策定に関する論点

	論点	委員の意見	区の考え
1	<p>第1章 主旨 (委員案資料 P1、本編 P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務局案は区民にわかりにくい ・委員案には、策定理由が記載されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・事務局案は区民に主旨が伝わらない。 ・計画は、条例の考え方をひろめ、多くの区民に実現のために参加していただくためのものであり、区民が、条例の考え方に共感することが大事である。このため、条例を引用しつつ、条例の思想性を感じる内容としている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1章 主旨 委員案の主旨原稿に差替えるとともに策定理由を追記(事務局の原稿を一部抜粋) (本編 P3、4)
2	<p>第2章 (委員案資料 P2、3、本編 P5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見出しが事務局案と委員案が異なっている ・委員案には、「目的」の文言があるが内容には記載されていない ・計画期間を令和3年度～令和5年度を第1期として位置付けている (委員案資料 P3、本編 P8) 	<ul style="list-style-type: none"> ・計画はランニングチェンジしていくことが必要である 	<ul style="list-style-type: none"> ・見出しと内容との整合性を図り、見出しを事務局案のとおりとする (本編 P5) ・高齢介護計画との調整を図る観点から、令和3年度～令和5年度を第1期とする(本編 P8)
3	<p>第3章 (委員案資料 P4、本編 P9・11)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見出しが事務局案と委員案が異なっている ・事務局案は「基本的な考え方」を明記し、委員案は「基本方針と計画の進め方」を明記している 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本方針と進め方は計画の重要な点である 	<ul style="list-style-type: none"> ・内容との整合性を図り、見出しを委員案のとおり「希望計画の基本方針と計画の進め方」とする (本編 P9)

	<ul style="list-style-type: none"> ・計画期間を令和3年度～令和5年度を第1期とし、3年ごと第2期・3期と位置付けている ・区における地域行政の三層構造図について（委員案資料 P7） ・認知症在宅生活サポートセンターの説明について（委員案資料 P7、本編 P15） 	<ul style="list-style-type: none"> ・三層構造図は縦割り、上から目線で連携のイメージがもてないため、掲載は不要ではないか。 ・資料編に認知症在宅生活サポートセンター構想資料が掲載されるため、詳細の説明文は不要 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢介護計画との調整を図る観点から、令和3年度～令和5年度を第1期とし、以降3年ごとに第2期、第3期とする（本編 P11） ・地域包括的支援システムとしての三層の取組みは、三層構造図を掲載せずに文章による説明のみとする（本編 P14） ・資料編に認知症在宅生活サポートセンター構想の資料は掲載しないため、事務局案の説明と、委員案の説明文の双方を掲載する（本編 P15）
4	<ul style="list-style-type: none"> 第3章ほか ・アクションチームの表記について（委員案資料 P8 他、本編 P16 他） ・日常生活圏域ごとのアクションチームの説明について（委員案資料 P8、本編 P16） ・推進のイメージ図のタイトル表記について（委員案資料 P10、本編 P19） 	<ul style="list-style-type: none"> ・条例を実現していく新たな「アクションチーム」を明記しなければ、実際の活動に結びつかない。「地域づくり」の表記では弱い。 ・本図はイメージではなく、条例を実現していく推進体制（フォーメーション）であるため、タイトルを推進体制修正すべきである 	<ul style="list-style-type: none"> ・アクションチーム（世田谷版チームオレンジ）として表記としていく。（本編 P16 他） （国が推進している講座受講者の認知症サポーターとは異なるチームである事がわかるよう、世田谷版チームオレンジを追記する） ・日常生活圏域ごとのアクションチームの説明に以下の内容を追記する。（本編 P16） これまでも地域の中での活動されていることに加え、認知症に特化したチーム活動について追記する。 ・図のタイトル表記を「認知症施策の総合的な推進体制（イメージ図）」と修正し、図の説明文を追記（本編 P19）

5	<p>第4章</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施策体系の項目の見出しが事務局案と委員案が異なっている ・ 委員案資料 P12 の 1、2 本編 P24 (1) ・ ・ 本編 P24 (1) 、P25 イに「思想」の文言が明記されている ・ 委員案資料 P15 の 1、 (追加) 本編 P27 (2) と ・ 委員案資料 P25 の 10、 本編 P35 (5) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 見出しと施策の内容との整合を図りながら、修正する ・ 本編資料 P24 (1) ・ は委員案へ修正 ・ 本編資料 P24、P25 の「思想」の文言を「理念」へ修正 ・ 本編 P27 (2) は事務局案とする 委員案の「日常のあたりまえに」の見出しは、説明文に記載されているため ・ 本編 P27 (2) を新たに追記するが、委員案は口語体のため、体言止めに修正する ・ 本編 P35 (5) は見出しと内容の整合性を図り、事務局案とする
6	<p>第4章 (委員案資料 P24、本編 P32)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 世田谷版認知症サポーター養成講座での本人の参加を「必須」とする表現 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 年間 100 回以上の講座全てに本人が参加することは非現実的であるため、一部、文言を整理 「講座の内容には本人の体験等を入れ、参加者は本人の声を聴くこととします」に修正 (本編 P32)
7	<p>第4章</p> <p>3年間のロードマップ (本編 P41)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーターとパートナーが同一標記になっているは区別すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従来の認知症サポーターとパートナーは同一ではないため、区別することが望ましい 	<p>(本編 P41)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ パートナーの表記は削除し、サポーター養成講座については講座の回数 (行動量) と累計数 (成果指標) を表記する。なお、累計数には「従来の」を追記併せて、パートナー育成のステップアップ講座に関する成果指標を削除する ・ パートナーに関する目標値は、世田谷版チームオレンジの活動団体数とする

令和3年1月12日
大熊委員長提供資料

(案)

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

【論点1に関して】

- ・計画の策定主旨や理由と、計画の目的は別もの。
- ・あいまいにせず、計画を世に出す上では第1章で目的の明記を。タイトルも目的を追記を。あるいは1月8日に提出した資料のように、第2章のタイトルを変え、第2章冒頭に目的の明記を。

全体として「及び」等の固い表現は使わない

目次

第1章 計画の主旨と目的 2

1. 計画の策定主旨..... 2

2. 計画の目的..... 3

第2章 希望計画の位置づけと計画期間 4

今後の展開のために、希望計画という呼称を用いることを計画で示す。

【論点2に関して】

- ・他の計画との関係は、行政内の整理の意義性が強く、区民に向けた計画としては、「位置づけ」の中に入れて、計画が区全体に関係していることを、本文でしっかりと説明すべき。
- ・計画として重要な計画期間を、章のタイトルに。

1. 希望計画の位置づけ 4

2. 計画期間..... 4

第3章 希望計画の基本方針と進め方 11

1. 5つの基本方針 11

2. 重点テーマ..... 11

3. 条例実現に向けた希望計画の推進方策 11

【論点3に関して】

- 第3章は、この計画の心臓部。
- ・「5つの基本方針」「重点」は、「考え方」にとどまらず、推進上の実践指針であり、実践の焦点である。
- ・「考え方」は削除し、「基本方針」「重点」を、第3章の柱として、ストレートに表記を。

- ・「重点項目」という表現は、施策メニューの発想。
- ・「計画の進め方」として示すべきは、何に重点/焦点を置いて取組みを進めていくのか、区民等がともに取組みを進めていくために必要なテーマ（主題）である。
- * 「焦点テーマ」という表現が馴染みないので、「重点テーマ」という語で統一を。

(1) 区の仕組みを十分に活かす
 全世代のための「地域包括ケアの
 地区展開」を活か地域に根差した展開を
 認知症在宅サポートセンターを推進拠点として
 世田谷区の行政全体が庁内横断で

(2) 条例実現のための新たな推進プロジェクト

4つの推進プロジェクト
 日常生活圏域ごとのアクションチーム

【論点3に関して】

- ・区案のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）という表記は、絶対の間違い！
- ・アクションチームは、あくまでも地域づくりが主目的。そのプロセスで本人中心の個別支援目的のチームが派生していくことが想定され、それをいわゆる「世田谷版チームオレンジ」と位置付けるべき(本文でも説明)。

(3) 条例実現のための推進体制（世田谷フォーメーション）

第4章 認知症施策の主な取組み項目	23
1. 認知症施策の体系	25
2. 認知症施策の主な取組み	26
(1) 条例の考え方・理解を深める取組み	26
(2) 本人発信・社会参加の推進	29
(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」	32
(4) 地域づくりの推進	
(5) 暮らしと支えあいの継続の推進	
3. 3年間の マイルストーン （ 第1期で達成したいこと ）	44
(1) 計画目標	44
(2) 3年後の評価指標及び3年間の取組み	45
第5章 計画の推進体制	49
1. 計画の推進体制	51
(1) 区の組織	51
(2) 区長の附属機関・各種委員会等	51
2. 計画の進行管理	52
(1) 施策の評価・検証	52
(2) 評価・検証の視点	52
(3) 評価・検証の結果等の公表	52

ここで書かれているのは、ロードマップというより、第1期の終わりの達成状況の評価に関して。

計画でいうとマイルストーンの方が適切。

プロジェクトチーム、アクションチームも明記を。

1 . 計画の策定主旨と目的

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

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

これは、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の前文の一部です。ですます調で呼びかける文章なのに気づかれませんか？

この条例は、認知症についての最新の知識と文化に基づいてつくられました。認知症を経験している本人たちとともに条文をつくるのは、国内外で主流となりつつある新しい文化です。条例の名前に「希望」という文字が入ったのは、世田谷区の本人たちの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。「かわいそうだから」と助けてあげる「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、自分らしく生きていくことに備えるための手段の1つです。

だれもが認知症になる時代です。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、条例を具体化していく計画を策定しました。まだ生まれたばかりです。計画を進めていく中で、多くのみなさんの智恵をあつめる必要があります。

子どもから、大人まで、認知症をこれから経験する人も、すでに経験している人も、みんな、計画を知り、育て、実現していきたい。そういう思いから、この「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」も、ですます調で書きました。

認知症に関する取組みを地域の文化として見直し改革していくことが必須でありそれが国や医療界も含めて必須になってきています。区の計画で文化を明記することで、この計画の価値が格段に上がります。

2 . 計画の目的

「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」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、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を着実に実現していくために、世田谷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。

文が長いとわかりにくく、要点がわからない文頭につけ、短文に(厚労省はすでにそうしている)。

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。

次の3章にもでてくるので割愛を。

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

- ・計画の中で、今後のこの計画の呼称の示しておく。
- ・条例では、施策上の略称として「認知症計画」となっている。
- ・しかし、この計画の存在や考え方を今後区民等に適切に伝え広げていくためには、呼称として、「希望計画」とするいいことを計画的に示した方がいい。

第2章 . 計画の位置づけと計画期間

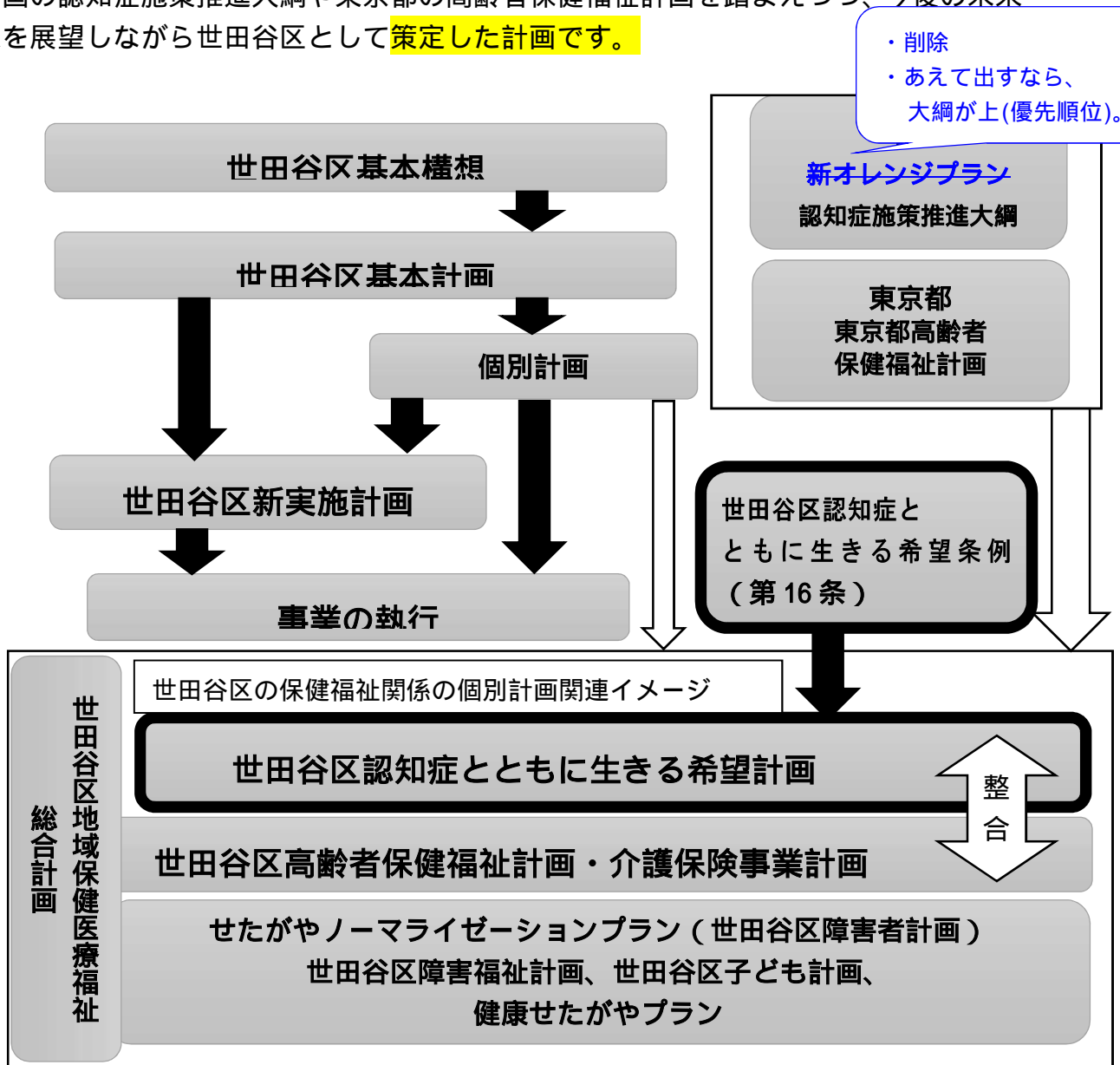
1. 希望計画の位置づけ

世田谷区全体のさまざまな分野とつながり、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、世田谷区子ども計画、健康せたがやプランと関連をもちながら、世田谷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世田谷区として策定した計画です。

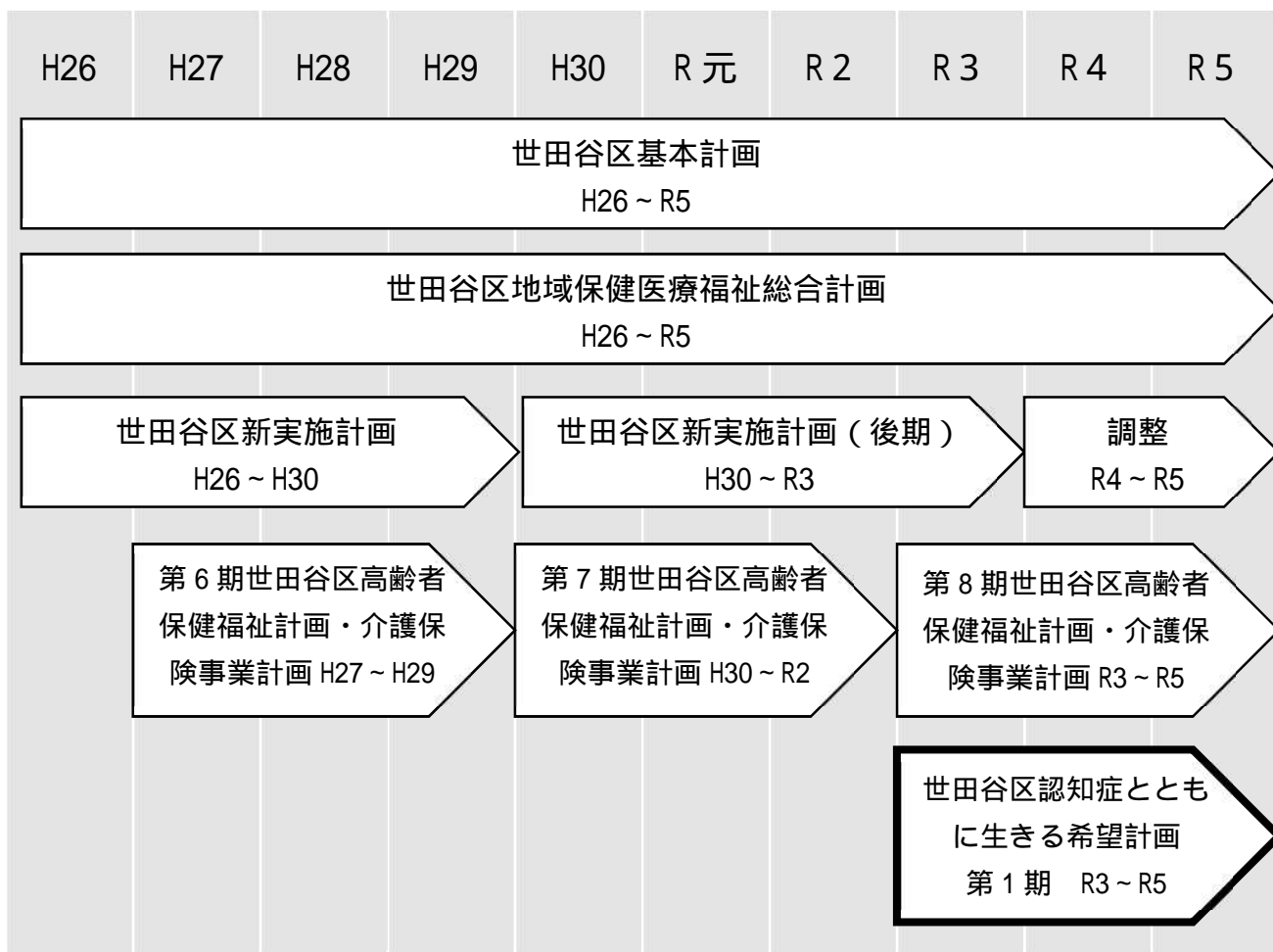


2. 計画期間

令和5年度まで3年間を第1期としてスタート

「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」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。

中長期的に計画を持続発展させていく
条例の実現に向けて、進捗状況を確認・検証しながら、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

施策展開の考え方

計画の具体を記す章なので、理念は割愛。
端的に、ポイントの明記を。

1. 5つの基本方針

常に以下の5点を基本方針として進めていきます。

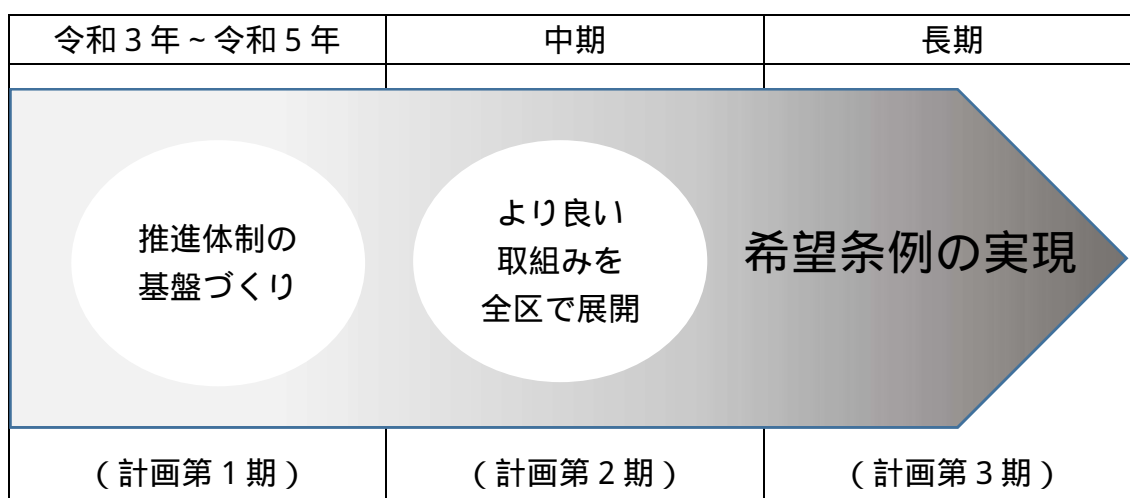
基本方針が重要なので
見やすく、伝わりやすく。
・文章のみではなく
見出しをつけました。
・後の普及もしやすくなる
と思います。

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

資源、
活かす
という
表現を
修正。

* 中・長期的な進め方

- ・初めの計画第1期で、取り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。
- ・次の計画第2期で、より良い取り組みを全区へ広げていきます。
- ・計画第3期では長期的に、区内のどこであっても、取り組みが浸透・発展し、「世田谷区認知症とともに希望条例」がめざす、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つの重点テーマ掲げて、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）

評価指標につながる内容を、明確に表記。

重点テーマ1. 認知症観の転換

重点の表記が1、と二種になってしまうと、わかりにくく後の表記でも混乱する。重点テーマ1の脇に表記した方がいい。

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。本人の声を大切に活かし、区民等に伝えていきます。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ふやしていきます。

・情報量が多すぎる。
・ここでは、4テーマをシンプルに印象づけることが重要。
・重点テーマと施策項目の関係は、第4章の体系図で整理してわかりやすく示した方がいい。

1月8日で意見の出た、参加してもらえばいいのではなく、(発信のあり方も含めて)本人とともにつくっていくことを明示。

重点テーマ2：本人が発信・参加、ともにつくる

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。

本人が社会参加できる機会を増やし、意見や力を出しやすい配慮や環境を本人といっしょにつくっていきます。

— 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」

世田谷区独自の「私の希望ファイル」の取り組みをおこない、認知症になる前、そしてなってからも、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。

「私の希望ファイル」は、改良をしながら取り組みを広げていきます。

区内の様々な取り組みを、「備え」の機会として活かしていきます。

施策(3)「備え」の推進:「私の希望ファイル」

(3)「私の希望ファイル」の推進

社会参加や健康の保持増進の機会の拡充

・表現をわかりやすく修正。

・第4章の施策項目にある、区内の多様な事業を活かすことを追加。

重点4の表記が長すぎたので、少しだけですがシンプルにしました。

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

さまざま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。

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)の輪をひろげていきます。

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。

追記

区の認知症施策のイメージ

3. 条例実現に向けた計画の推進方策

(1) 区が育ててきた仕組みを十分に活かす

「地域包括ケアシステム」を活かし、地域に根差して多様な人とともに

- ・区が進めてきている「地域包括ケアシステム」(下)を、希望計画を進める上で、フルに活かしていきます。
- ・特に、区が包括的な支援体制を構築するために進めている、「全区、地域、地区の三層の取り組み」を希望計画の推進のために活かしていきます。
- ・世田谷区で暮らす一人ひとりに情報や必要な支援が行き届き、また多世代・多分野の人たちが身近な地区でつながり、活動に参加しながら暮らしやすい地域をともにつくる取組みを着実に進めていきます。

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に

- ・区が認知症在宅支援の中核的な拠点として設置しているこのセンターを、希望計画を地域で展開していくための推進拠点とこれまで以上に機能強化をはかっていきます(センターの詳細は、別冊「資料編」を参照)。
- ・このセンターは、世田谷区の所管課と地域をつなぐパイプ役、そして計画の具体的な企画・推進役を果たしていきます。

世田谷区の行政全体が、庁内横断で取り組みます

以下は、別冊資料編に

< 世田谷区の地域包括ケアシステム >

- ・2040年に向かって高齢化率が進みます。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。
- ・世田谷区は国に先駆け、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、住み慣れた地域でお互いが支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の実現を目指して、包括的な支援に取り組んでいます。
- ・地区まちづくりの拠点である「まちづくりセンター」、地域包括支援センターをつとめる「あんしんすこやかセンター」、地域福祉を推進する「社会福祉協議会」を一体整備し、連携できるようにするのが世田谷方式です。
- ・そして、区民のさまざま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。
- ・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。世田谷区では、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、地区の三層の取り組みを進め、包括的な支援体制の構築を目指しています。

・ここでは計画の推進方策の要点を明確に記した方がいい。

・行政上の細かい情報は、論旨をわかりにくくしてしまうので、下の方に枠で囲って示しました。

以下は、別冊「資料編」に

認知症在宅生活サポートセンター

世田谷区の地域行政制度に基づく、全区・5地域・28地区の日常生活圏域の三層体制のなかで「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」が、5地域の総合支所と連携し重層的に支援が必要な認知症高齢者等へ包括的に支援を行っています。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」とは、平成25年11月、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることができる地域社会の実現に向け、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」を策定し、この構想の中で、認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症在宅支援施策の構築を推進するための専門的かつ中核的な役割を果たす拠点として位置付けているものです。平成30年度からの2か年の認知症在宅生活サポート室を経て、令和2年4月に世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内に開設しました。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」は、訪問サービスによる在宅支援のサポート機能 家族支援のサポート機能 普及啓発・情報発信機能 技術支援・連携強化機能 人材育成機能の5つの機能を持ち、認知症の人や家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護等の専門職が、あんしんすこやかセンターやケアマネジャー等をはじめとする様々な関係機関を後方支援（バックアップ）する役割を担っています。

具体的な事業内容としては、5つの機能に基づき 専門医や保健師等で構成する認知症初期集中支援チームのアウトリーチによる在宅生活における早期対応や早期支援、 家族介護者のための勉強会の実施や家族会同士の情報交換等の支援、 区民及び関係団体への講演会等による認知症に関する情報の発信、認知症カフェの立ち上げ及び継続の支援、 あんしんすこやかセンターやケアマネジャーからの相談や事例検討を通じた対応の助言の実施、 認知症に関する専門研修の企画立案、認知症サポーター等の区民人材の育成及び活動の支援などを実施しています。

(2) 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 本人が発信・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。

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もつ人たち、認知症在宅生活サポートセンターのメンバーが参画します。

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つのプロジェクトは、つながりを十分に持ちながら、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

世田谷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、さまざま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、同じ地域のなかには、豊かなキャリアや個性をもった多世代・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、世田谷区では28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、各地域の安心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、各地域の状況に応じて順次結成していきます。3年間かけて区内全体に広がっていきます。

各地域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推進プロジェクトチームと密接につながりながら、重要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。

追記

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、本人一人ひとり本人の望みを共に叶える「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。

<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>

ア 希望条例を知る：情報等を発信・共有

- ・ 条例について一緒に学びます。
- ・ 身近なところで、条例の情報を発信し、地域で暮らす本人やさまざまな人に条例の存在やねらいを少しずつ伝えていきます
- ・ 条例について話合う機会をつくり、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。

追記

ウ 「私の希望ファイル」を創る・備える

- ・ 推進プロジェクトチームが試作する「私の希望ファイル」をもとに、地域の本人やさまざまな人が「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、よりよ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、実際にはかなえるために、お互いができることを話合います。
- ・ (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かなえられないことをやりすごさず、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合い(世田谷版チームオレンジ)も育てていきます。

追記

(4) 条例実現のための推進体制（世田谷フォーメーション） 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、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（世田谷フォーメーション）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し、循環型推進体制も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

- ・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、組織等ともつながりを育てながら、地域に根差した役立つ活動を展開していきます。

アクションチームや地域の動きを、あんしんすこやかセンター等が支え促進

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

あんしんすこやかセンター等の取組みを、総合支所がバックアップ

- ・区内5か所にある総合支所が、管轄地域にある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。

認知症在宅サポートセンターが拠点となって推進

- ・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（認知症評価委員会の中に設置）

- ・各地域のアクションチーム等と話し合う機会をもちながら、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。

区の所管課が区内全体、庁内全体の連携と推進役・事務局機能

基本方針をつねに大切にしながら、希望条例実現ための推進を、関係機関とともに計画的・経年的に進めていきます。

第4章 認知症施策の主な取組み項目

いきなり施策項目ではなく、計画のここまです活かして、重点テーマを左に入れ、何のための項目であることを明確に。

体系図を少々小さくして、重点テーマとバランスよく作図を。

「希望条例」と記載し、印象づけを。

認知症施策の体系

重点テーマ1
認知症観の
転換

(1) 希望条例の考え方・
理解を深める取組み

希望条例の普及、及び理解の推進

認知症とともに生きることへの理解の推進

重点テーマ2
本人の
発信・参加、
ともにつくる

(2) 本人発信・社会参加
の推進

本人が自ら発信・社会参加し、活躍する
機会の充実

本人同士の出会い、つながり、活動の推進

本人との協働による認知症バリアフリーの
推進

本人が施策の企画・実施・評価に参画
できる機会の充実

重点テーマ3
みんなが
「備える」
「私の希望ファイル」

(3) 「備え」の推進：
「私の希望ファイル」

「私の希望ファイル」の推進

社会参加や健康の保持増進の機会の拡充

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

(4) 地域づくりの推進

パートナーの育成・チームづくり

地域包括ケアの地区展開を活用した
地域づくりの推進

意思決定支援・権利擁護推進

(5) 暮らしと支えあいの
継続の推進

相談と継続的支援体制づくり

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

本人の声、本人の参画のもと、連動を図りながら一体的に推進

認知症施策の主な取組み

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、条例の理念を広めていく取組みを展開します。

* 条例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、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

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もって生きること、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・共有プロジェクトチーム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、誰にでもわかりやすく、認知症とともに生きること、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) 条例の解説書、パンフレット、リーフレットによる普及

条例の内容をわかりやすく示した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。

世田谷区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

世田谷区ホームページや、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「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、多様なメディアと通して情報発信をしていきます（メディアによる情報発信については資料編の第2章〇ページ参照）。
- 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
- ・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、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、認知症にかか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、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、さまざま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えられる冊子に改良します。
 - ・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。

認知症ケアパスとは；

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。

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さまざま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条例の発信機会の様々な話し合いを通じて、日常生活圏域ごとのアクションチームに参加したい人同士がつながり、チームの結成や活動が生まれることを推進していきます。
- ・アクションチームのメンバーとしては、これまですでに高齢者等の地域福祉活動を続けてきている人たちをはじめとして、以下のような多様な人々の参画が期待されます。

* 世田谷ならではの様々な分野の地域活動団体、銀行、郵便局、商店街、スーパー、新聞配達や外交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、本人や家族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場の関係者等、

(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合い、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、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。

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、住民や関係者、特に医師などの医療機関に伝え、身近な本人や家族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。

1月8日の
意見より。

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上での暮らしにくさを引き起こす障壁（認知症バリア）に気づき、地域に発信していくことです。
- ・認知症バリアは、本人以外には見えにくく気づかれないため、地域の中では無数の認知症バリアが放置され、本人の外出や日々の暮らしの大きな妨げになっています。
- ・世田谷区は本人と一緒に、この認知症バリアをひと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。

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めざし、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・参加、とものつくるプロジェクトチーム」が中心になって、以上の取り組みについて検討・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。
 - ・世田谷区では若年性認知症の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啓発と活用支援に取り組んでいきます。
- (カ) 本人が社会参加活動の一環として有償ボランティア等として活躍し、謝礼が入る取組みも今後の大事な課題です。そのための内容や進め方を、本人といっしょに考えながら、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はかっていきます。

1月8日の
意見より。

- ・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世田谷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、区のさまざま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認知症の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、認知症に関するさまざまな施策や事業、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、一緒によりよ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

- ・認知症がなくてもあっても、これからの日々を自分らしく、認知症とともによりよ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しくみをつくっていきます。
- ・そのしくみの中核となる「私の希望ファイル」は、プロジェクトチームを中心に実施を重ねることで、より良いものに作り変えていくなど、各日常生活圏域のアクションチームと一緒に利活用を重ねながら、「私の希望ファイル」を活かした「備え」を区内全体に広げていきます。

④ 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。
 - * 「私の希望ファイル」の推進と(4)「地域づくりの推進」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は備える

- ・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、そして日常生活圏域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、さまざまな区民等が話し合う機会をつくります。
- ・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

- ・話し合いからつくられた「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、本人等の意見をプロジェクトチーム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しくみにしていきます。

ウ 本人の希望をいっしょに叶える体験の積み上げ

- ・「私の希望ファイル」をつく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、地域団体、関係機関、事業者等がいっしょに話し合い、希望をかな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。
- ・本人の希望をいっしょに叶える取組みを、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））。

エ 本人の声や視点にた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、区内でこれまですでに取組まれてきた、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作りながら、より役立つものになっていくよう改善をはかっていきます。
- ・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も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。

1 地域の中のこれまでの社会参加のための集いの場や機会の拡充～
7 フレイルの早期発見とフレイル状態の改善に向けた取組みを推進
まで削除。

(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

こちらを先
にして、次に
を。

- ・区が進めているさまざま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ような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、地域づくり推進プロジェクトチーム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

- ・ の地域づくりの活動をと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事して考え、本人とともによりよ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、ともに活動をしていくチームを、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、条例の実現にむけて強化をはかっていきます。
- ・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、本人が地域でよりよく暮らしていくことを、多様な人々がつながりあって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

年間を通じて、定期的に在宅生活をする人への安否確認

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

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活動

(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)
- ・家族介護者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。

エ 社会福祉協議会職員（生活支援コーディネーター）等との連携と協働 削除。

(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。

カ 第1層協議体の取組みの強化 削除。

(エ) 安心・安全な外出を守る地域づくり

- ・さまざま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。
- ・これまで区が取組んでいる事業等を、本人の声と視点をもとに見直しと強化をはかりながら、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】

- 地域で行っている「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

エ 世田谷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条例の考え方を踏まえて検討・補強し、本人とともによりよい暮らしと地域をつくっていくパートナーが区内で増えていくための基礎となる「世田谷区版サポーター講座」を区内で開催していきます。
- ・「世田谷区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、動画等を見るなど、本人の声や姿にリアルに触れる機会をもてるようにします。
- ・話を聴いただけで終了するのではなく、受講した人の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
- 地域のなかで本人と家族の思いの傾聴活動
- 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、互いに支え合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

世田谷区では、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の地域の支えあいが継続的に発展していくために、以下～を推進していきます。

区内ですでに取組まれている以下のさまざまな取組みを、本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、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。

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、気軽に相談できるための情報やつながりを強化していきます。
- ・相談を入り口に、本人と家族が安心して、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、そして本人や家族に合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の過ごすことは少なくありません。本人がこころとからだ、生活状態の悪化に陥らないよう、世田谷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。
- ・各地域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。

1月8日の
意見をもとに
追記。

認知症ケアと
いう語だと、
タイトルや目
次だけ見て医
療職や権利擁
護関係者が入
らないと誤解
されがちなた
めに修正。

本人の生活継続を支え合うための専門職の質の確保・向上推進

- ・世田谷区内の保健・医療、介護、福祉、法律関係者等多様な専門職が、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

合いを日常の中であたりまえにおこなっていく実践力を具体的に高めていきます。

【具体的方策】

- ア 意思決定支援・権利擁護に関する取組みを本人視点にたって強化・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
 - ・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」）を本人の声や視点をもとに見直し、強化を図りながら実施していきます。
 - ・成年後見制度の利用促進を、本人の声や視点をもとに見直し、本人にとって利用しやすく有益なものになりよう充実を図りながら、実施していきます。

- 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。

「成年後見セミナー」や「おい支度講座」～ 消費者被害防止施策の推進 削除。

オ 身近な総合相談体制づくり

- ・世田谷区が独自に区内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

- ・診断直後に本人が世田谷区区内の本人交流会や近隣の本人同士の集い場などを知って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、医療機関での本人に役立つ本情報提供のあり方を検討し、強化をしていきます。
- ・世田谷区内の医療機関等で、診断直後に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、仕組作りや取組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を医療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 本人及び家族介護者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性が

あると判断された場合は、かかりつけ医への連絡票により相談内容の報告を行うほか、必要に応じて専門外来等の受診につなげています。

- ・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、本人の視点をい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いかしながら、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。

この説明は、初期集中の冒頭ではなく、取り組む計画の後に、参考説明として入れた方がいい。

※認知症初期集中支援チーム事業とは

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

- ・家族が、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けるよう家族介護者向け支援とサービスを、家族の声等をよく聴きながら見直し・強化を図っていきます。
- ・この支援を通じて接点を持ってた家族と本人が、地域のアクションチームとつながり、多様な人と出会いを通じて、よりよ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、家族介護者等(若年層介護者(ヤングケアラー¹、ダブルケアラー²) 家族介護者等を含む)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。

さらに、経済的支援として、要介護認定を受けた方(一定の要件あり)が1年間、介護保険サービス(福祉用具の貸与、住宅改修など一部サービスは除く。)を利用せず、在宅で生活した場合に、慰労金を支給しています。

これは実際に利用する人はほとんどいないので、省いたほうがいい。

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。

家族介護者等の就労継続支援 削除。

(オ) 家族介護者等向けの情報発信

- ・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、家族介護者の視点に立った情報提供に努めます。

¹ 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～概ね30歳代までのケアラーを若者ケアラーという。

² 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。

ク 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。実現します。

* 認知症カフェとは

認知症の人やその家族が、身近な地域の中で気軽にたちよることができ、地域の人や専門家と出会え、相互に情報を共有したり、お互いを理解し合う関わりをもてる場のことをいいます。

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ます。

ケ 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

- ・本人の生活の継続に必要な、多様な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等を創りだし、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・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・介護、多様な地域活動が、その地域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。

コ 災害時の支援体制の強化

- ・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。
- ・それらの計画が、本人にとって実際にわかり、有効かを本人の声や視点をもとに見直し、関係機関や関係者ととも改善・強化をはかっていきます。

サ 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、スーパーバイズ³を行うことで、もの忘れ相談窓口の質の向上に取り組みます。

- ・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。

(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。

シ 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きた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はかれる研修の強化をはかっていきます。
- ・医療・介護・福祉サービス事業所と地域のアクションチームとのつながりをつくり、専門職が本人や多様な人たちと地域の中で出会い、話し合い、ともに活動をしながら、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。

併せて、認知症在宅生活サポートセンターがケアマネジャー等からの認知症ケアの相談を応需し、スーパーバイズ等を行い人材育成を推進していきます。
これは削除、あるいは相談のあたりへ移動

³ スーパーバイズ：対象者への助言、指導、援助を行うこと。

ここで書かれている内容は、ロードマップというより第1期計画3年間の目標なのでベンチマークの方がふさわしい。

3. 3年間のマイルストーン(希望計画第1期の到達目標)

(1) 希望計画第1期の到達目標

推進体制の基盤ができる

* p.11 の第1期の目標に照らして

「これをやりました」ではなく「本人や地域がどうなったか」希望条例の実現にどの程度近づいているのか、目標とする達成状況を示す。

- ① 認知症観の転換を区民等ができる：希望条例を知り、認知症観の転換をした区民が区全体で一定程度増える
- ② ②本人が地域の中で発信・参加している
- ③ ③アクションチームが結成される
- ④ ④「私の希望ファイル」をもとに地域の人たちが認知症とともに生きていく備えを推進している
- ⑤ 地域でともに生きる地域共生が具体的にうまれる
- ⑥ 区民等や地域で参考になる活動の好事例が生まれ、活動事例集ができる。

注) 上記に沿って、下記の見直しが必要

1月12日に討議を

(2) 3年間の主な取組みと3年後の評価指標

到達目標	認知症観の転換を図る区民等ができる		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・情報発信・共有プロジェクトを中心とした条例を区民等わかりやすくに行き届ける ・本人が発信・社会参加する場面を、多様な機会を通じてつくる ・多様な人たちが条例をもとに話し合う機会をつくる ・「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」にて条例の認知度の現状値を図る調査を実施 		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 希望条例について区民が自分事として話し合うための資料の開発	本人の声と視点にたったわかりやすい資料の作成	なし	資料が作成され区内で活用されている
○【行動量】 本人の声を活かした条例の普及	本人の声を活かした講演会、講座、イベント等の実施	年間3回	前年度実績を上回る
【成果指標】 条例の認知度等	実態調査内で条例の認知度等を問う	令和4年度に調査する	

到達目標	② 本人が地域の中で発信・参加している		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・本人発信・参加、共につくるプロジェクトを中心に、活動を展開します。 ・本人交流会等を拡充していきます。 ・医療機関等での診断直後のピアサポートを推進。 		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 本人交流会等の実施	本人交流会等の参加実人数	4人	現状値を上回る

【成果指標】 本人が発信・社会参加するための話合いが重ねられ、 そのための配慮や環境、機会が増える	推進プロジェクト、 本人交流会、地域の アクションチーム 等において、検討	本人が自らの意思で体験や思いを発信し、 社会参加が可能になるための配慮・ 環境、機会等ができる	
到達目標	③ 地域の中でアクションチームが結成される		
3年間の取組み	・地域づくりプロジェクトチームを中心に、活動を展開。 ・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、活動していくことを推進。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 アクションミーティングに関する話合い	関係者が地域にあったアクションミーティングの結成や活動について討議を重ねる	なし	地域の状況に応じて設定
【成果指標】 アクションチームが結成され、自発的な活動を続ける	地域に応じて	区内のいくつかの地域でアクションチームが結成される	
計画目標	④「私の希望ファイル」をもとに地域の人たちが認知症とともに生きていく備えをしている ⑤地域でともに生きる地域共生が具体的にうまれる		
3年間の取組み	「私の希望ファイル」プロジェクトチームを中心に、本人とともに話し合う場の拡充に取り組みながら、本人を含む区民等と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。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	内容 (令和5年度)
○【行動量】	条例、「私の希望フ		前年度実績を上回

本人とともに話し合いを実施	「マイル」についての話し合いを実施した回数		る
○【行動量】 世田谷版認知症サポーター養成講座の実施	世田谷版認知症サポーター養成講座の実施回数	(予測値) 63回/年	120回/年
【成果指標】 認知症を理解し、 とともに生きることを自分事として考え、 認知症に備える人が増える	本人とともに話し合う場に参加した人の累計数		前年度実績を上回る
【成果指標】 世田谷版認知症サポーター数)	認知症サポーター数(H18年度からの累計数)	(予測値) 36,000人	53,040人
【成果指標】	アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)として活動した団体数		前年度実績を上回る
【成果指標】 アクションチームの活動を通じて結成された世田谷版チームオレンジの数	世田谷版チームオレンジとして活動しているチーム数		前年度実績を上回る

計画到達目標	⑥区民等や地域で参考になる活動の好事例が生まれ、活動事例集ができる。
3年間の取組み	・各プロジェクトを中心に、条例実現に向けた重点テーマに関する活動を、区内の本人、多様な人々、そしてアクションチーム等とともに継続的に展開し、その過程で好事例を収集していく。

評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 収集した事例の数	条例の実現に関する本人、地域の活動事例を収集	なし	本人に関する事例、地域共生に関する事例がそれぞれ複数集まる
【成果指標】 好事例集	収集された事例をもとに好事例集を作成	なし	好事例集が作成され、地域で活用される。

第5章 計画の推進体制

1・計画の推進体制

ア 区の組織

認知症計画に基づく主な施策は、世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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。

世田谷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・協力して計画の推進に取り組みます。

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

イ 区長の附属機関・各種委員会等

世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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なかに作業部会、そしてそれに付属した推進プロジェクトチームを設置し、希望計画を効果的・継続的に推進していきます。

2 . 計画の推進体制

施策の評価・検証

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、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。

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。

ウ 計画期間の3年間で目標数値を掲げている施策については、目標数値と実績数値の差や達成割合等により評価・検証を行います。

エ 施策が各法令や世田谷区認知症とともに生きる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。

オ 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 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：03-5432-308

5

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

(案)

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

全体として「及び」等の固い表

【論点1に関して】

- ・計画の策定主旨や理由と、計画の目的は別もの。
- ・あいまいにせず、計画を世に出す上では第1章で目的の明記を。タイトルも目的を追記するあるいは1月8日に提出した資料のように、第2章のタイトルを変え、第2章冒頭に目的の明記を。

目次

第1章 計画の策定の主旨と目的

1. 計画の策定の主旨

2. 計画の目的

第2章 希望計画の位置づけ及び他の計画との関係と計画期間

1. 希望計画の位置づけ

2. 計画期間

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

1. 5つの基本方針

2. 重点項目重点テーマ(焦点テーマ)

2. 区の認知症施策のイメージ

3. 条例実現に向けた希望計画の推進方策

(1) 地域包括ケアシステム

(2) 認知症在宅生活サポートセン

(1) 区の仕組みを十分に活かす

全世代のための「地域包括ケアの

地区展開」を活か地域に根差した展開を

認知症在宅サポートセンターを推進拠点とし

世田谷区の行政全体が庁内横断で

(2) 条例実現のための新たな推進プロジェクト

【論点2に関して】

- ・他の計画との関係は、行政内の整理の意図性が強く、区民に向けた計画としては、「位置づけ」の中に含めて、計画が区全体に関係していることを、本文でしっかりと説明すべき。
- ・計画として重要な計画期間を、章のタイトルに。

【論点3に関して】

- 第3章は、この計画の心臓部。
- ・「5つの基本方針」「重点」は、「考え方」にとどまらず、推進上の実践指針であり、実践の焦点である。
- ・「考え方」は削除し、「基本方針」「重点」を、第3章の柱として、ストレートに表記を。

- ・「重点項目」という表現は、施策メニューの発想。
- ・「計画の進め方」として示すべきは、何に重点/焦点を置いて取組みを進めていくのか、区民等がともに取組みを進めていくために必要なテーマ(主題)である。
- *「焦点テーマ」という表現が馴染みないので、「重点テーマ」という語で統一を。

- ・イメージは大切だが、計画としてより重要なのは、条例実現のための推進方策が明確に書かれていること。

【論点3に関して】

- ・区案では、今回の計画というより、従来の事業説明が細かに書かれてしまっていて、「計画をどう推進していくか」が不明確。
- ・ここでは、計画推進のために既存の区の組織をどう活かしていくのか、という角度で明記することが、今後の実際の計画推進で重要。
- ・サポセンの事業内容に関しては資料編へ。

この章で示す(1)(2)を、全体としてどのように機能させていくか、その推進体制について、図のみでなく、一項目(3)を立てて、明確に説明することが重要。

今後の展開のために、希望計画という呼称を用いることを計画で示す。

4つの推進プロジェクト
日常生活圏域ごとのアクションチーム

【論点3に関して】

- ・区案のアクションチーム（世田谷版チームオレンジ）という表記は、絶対の間違い！
- ・アクションチームは、あくまでも地域づくりが主目的。そのプロセスで本人中心の個別支援目的のチームが派生していくことが想定され、それをいわゆる「世田谷版チームオレンジ」と位置付けるべき(本文でも説明)。

(3) 条例実現のための推進体制（世田谷フォーメーション）

第4章 認知症施策の主な取組み項目	24
1. 認知症施策の体系	26
2. 認知症施策の主な取組み	27
(1) 条例の考え方・理解を深める取組み	27
(2) 本人発信・社会参加の推進	30
(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」	33
(4) 地域づくりの推進	
(5) 暮らしと支えあいの継続の推進	
3. 3年間のロードマップ マイルストーン（第1期で達成したいこと）	46
(1) 計画目標	46
(2) 3年後の評価指標及び3年間の取組み	47
第5章 計画の推進体制	52
1. 計画の推進体制	54
(1) 区の組織	54
(2) 区長の附属機関・各種委員会等	54
2. 計画の進行管理	55
(1) 施策の評価・検証	55

ここで書かれているのは、ロードマップというより、第1期の終わりの達成状況の評価に関して。

計画でいうとマイルストーンの方が適切。

プロジェクトチーム、アクションチームも明記を。

(2) 評価・検証の視点	55
(3) 評価・検証の結果等の公表.....	55

計画の策定主旨と目的

認知症に関する取組みを地域の文化として見直し改革していくことが必須でありそれが国や医療界も含めて必須になってきています。区の計画で文化を明記することで、この計画の価値が格段に上がると思います。

4. 計画策定の主旨 1. 計画の主旨

はじめに

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

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

これは、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の前文の一部です。ですます調で呼びかける文章なのに気づかれませんか？

この条例は、認知症についての最新の知識と文化に基づいてつくられました。認知症を経験している方々本人たちとともに条文をつくるのは、国内外で主流となりつつある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、世田谷区の本人たちの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。「かわいそうだから」と助けてあげる「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人の本人委員の方々の判断でした。

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、この先を自分らしく生きていくことに備えるための手段の1つです。

だれもが認知症になる時代です。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、条例を具体化していく計画を策定しました。まだ生まれたばかりです。計画を進めていく中で、多くのみなさんの智恵をあつめる必要があります。

子どもから、大人まで、認知症をこれから経験する人も、すでに経験している人も、みんなで、計画を知り、育て、実現していきたい。そういう思いから、この「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」も、ですます調で書きました。

2 . 計画の目的

「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」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、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を着実に実現していくために、世田谷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。

次の3章にもでてくるので割愛を。

本計画は、世田谷区の新実施計画や高齢者保健福祉・介護保険事業計画との整合を図りながら、認知症になってからも安心して暮らし続けることのできる地域共生社会を目指して取り組む区の認知症施策を示すものとして策定しています。

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

文が長いとわかりにくく、要点がわからない文頭をつけ、短文に(厚労省はすでにそうしている)。

- ・ 計画の中で、今後のこの計画の呼称の示しておく。
- ・ 条例では、施策上の略称として「認知症計画」となっている。
- ・ しかし、この計画の存在や考え方を今後区民等に適切に伝え広げていくためには、呼称として、「希望計画」とするいいことを計画的に示した方がいい。

計画の位置づけと計画期間

1. 希望計画の位置づけ

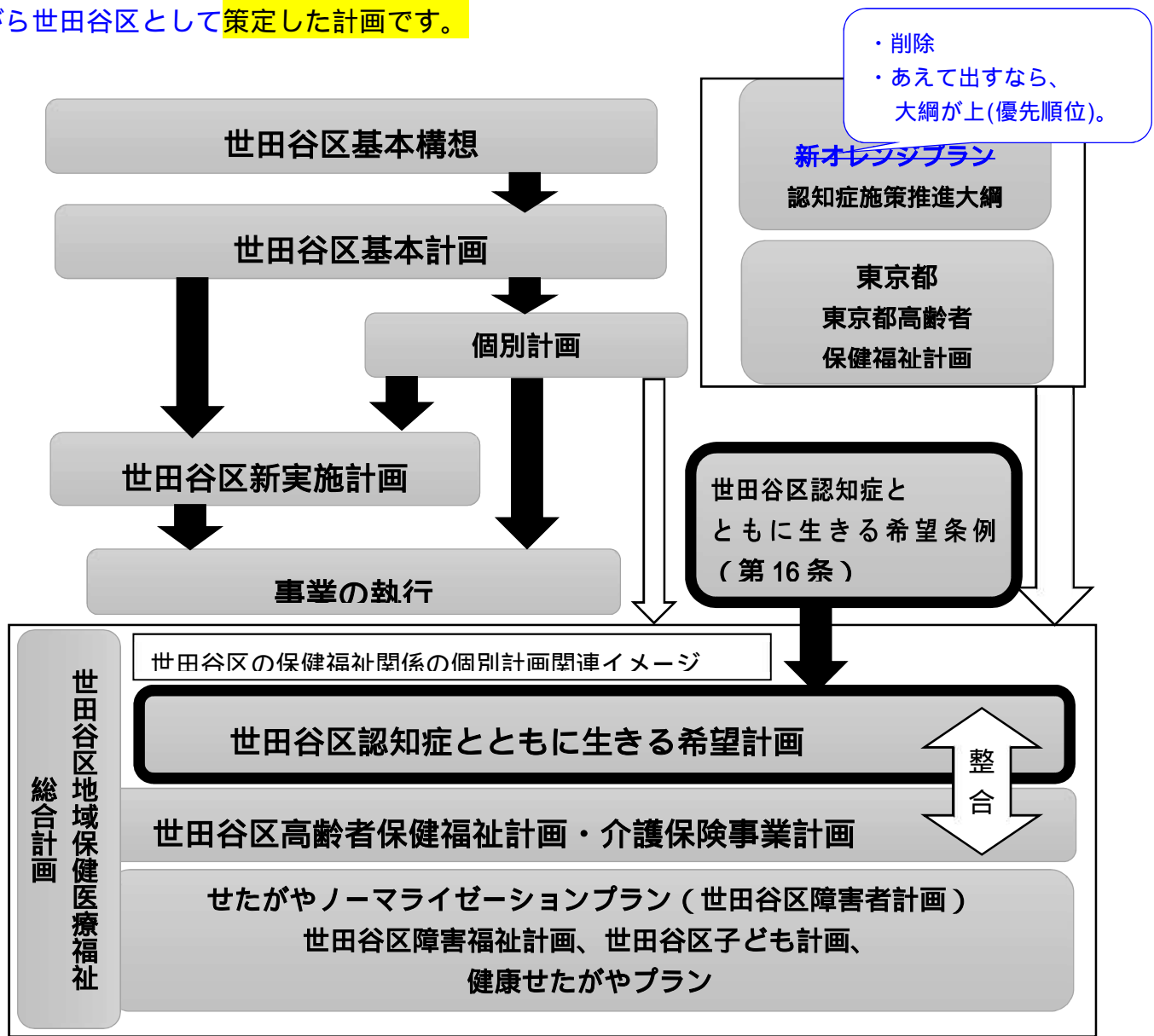
世田谷区認知症とともに生きる希望条例第16条の規定に基づく計画として位置づけます。(注)前章ですでにあるので、削除

世田谷区全体のさまざまな分野とつながり、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、世田谷区子ども計画、健康せたがやプランと関連をもちながら、世田谷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世田谷区として策定した計画です。



2. 計画期間 2. 計画期間

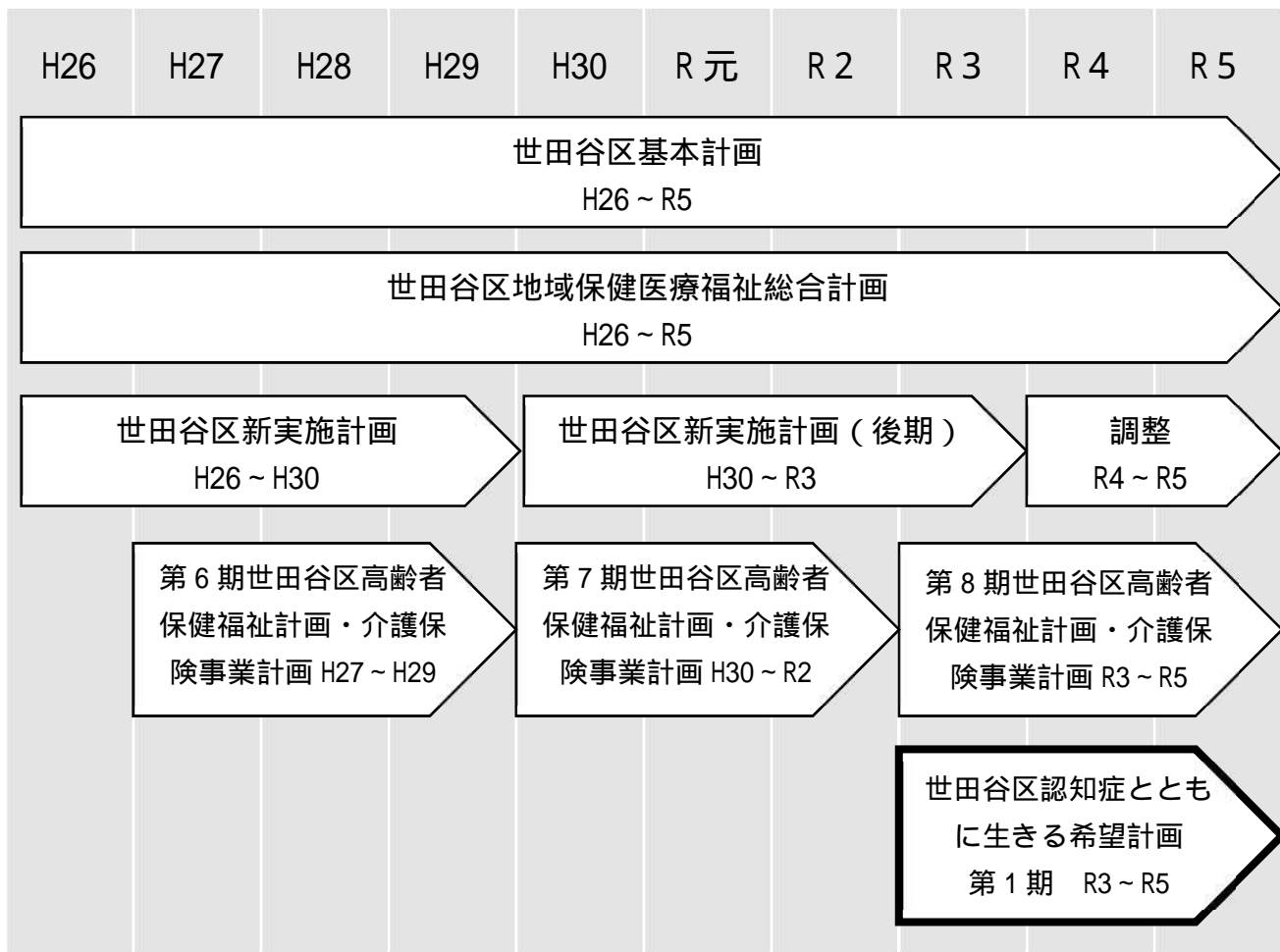
令和5年度まで3年間を第1期としてスタート

「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」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。

中長期的に計画を持続発展させていく

条例の実現に向けて、進捗状況を確認・検証しながら、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。



希望計画の基本方針と進め方

計画の具体を記す章なので、理念は割愛。
端的に、ポイントの明記を。

1. 施策展開の考え方

本人一人ひとりが、自分らしく生きる希望を持ち、その意思と権利が尊重され、安心して暮らし続けることができる地域をつくれます。

区民、地域団体、関係機関及び事業者が認知症に対し深い関心を持ち、自らのことと捉え、参加と協働により、認知症とともにより良く生きていくことができる地域共生社会の実現を目指します。

1. 5つの基本方針

常に以下の5点を基本方針として進めていきます。

基本方針が重要なので
見やすく、伝わりやすく。
・文章のみではなく
見出しをつけました。
・後の普及もしやすくなる
と思います。

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て、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。
実施してみたの、より良い取組みを全区に広げ、ながら進めていきます。

④ 多世代・多分野の人たちが参加し、つながりながらとものつくる

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とともに思い描きながら

中・長期を見据え*、計画を段階的・持続発展的に進めていきます。

資源、
活かす
という
表現を
修正。

* 中・長期的な進め方

- ・ 初めの**計画第1期**で、取り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。
- ・ 次の**計画第2期**で、より良い取り組みを全区へ広げていきます。
- ・ **計画第3期**では**長期的**に、区内のどこであっても、取り組みが浸透・発展し、「世田谷区認知症とともに希望条例」がめざす、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. 重点テーマ項目（焦点テーマ）

区が取り組む認知症施策のうち、重点的に取り組む項目は以下のとおりです。
各地域（日常生活圏域）で、4つのテーマのつながりを一体的に進めながら、それぞれの地域ならではの地域共生を具体化していきます。

4つの重点テーマを掲げ、区全体で集中的・継続的に
認知症施策全体を進めるための根幹として、4つの重点テーマ掲げて、
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）

評価指標につながる内容を、明確に表記。

重点テーマ1. 認知症観の転換

重点の表記が

1、と二種になってしまうと、わかりにくく後の表記でも混乱する。
重点テーマ1の脇に表記した方がいい。

— 認知症観の転換

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。
本人の声を大切に活かし、区民等に伝えていきます。
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への理解を推進していきますを自分事として考える人をふやしていきます。

施策（1）条例の考え方・理解を深める取組み

- 条例の普及、及び理解の推進
- 認知症とともに生きることへの理解の推進

- ・情報が多すぎる。
- ・ここでは、4テーマをシンプルに印象づけることが重要。
- ・重点テーマと施策項目の関係は、第4章の体系図で整理してわかりやすく示した方がいい。

1月8日で意見の出た、参加してもらえばいいのではなく、(発信のあり方も含めて)本人とともにつくっていくことを明示。

重点テーマ2：本人が発信・参加、ともにつくる

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

施策(2) 本人発信・社会参加の推進
 (2) 本人が自ら発信・社会参加し、活躍する機会の充実
 本人同士の出会い、つながり、活動の推進
 本人との協働による認知症バリアフリーの推進

・表現をわかりやすく修正

重点テーマ3. みんなが「備える」「私の希望ファイル」

世田谷区独自の「私の希望ファイル」の取り組みをおこない、認知症になる前、そしてなってからも、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。
 「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。
 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。

施策(3) 「備え」の推進：「私の希望ファイル」
 「私の希望ファイル」の推進
 参加や健康の保持増進の機会の拡充

・第4章の施策項目にある、区内の多様な事業を活かすことを追加。

重点4の表記が長すぎたので、少しだけですがシンプルにしました。

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 希望と権利・人権が大切にされ、支えあい暮らしやすい地域をともにつくる
 区民、地域団体、関係機関、事業者のさまざま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。
 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)の輪をひろげていきます。
 認知症になってからも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、各地域固有ならではの自由で自発的な活動(アクション)を推進していきます。広げていきます。

施策(4) 地域づくりの推進
 (4) パートナーの育成・チームづくり
 地域包括ケアの地区展開を活用した地域づくりの推進

施策(5) 暮らしと支えあいの継続の推進
 (5) 意思決定支援・権利擁護推進
 相談と継続的支援体制づくり
 専門職の認知症ケアについての質の確保・向上推進

追記

2. 区の認知症施策のイメージ

3. 条例実現に向けた計画の推進方策

(1) 区が育ててきた仕組みを十分に活かす

「地域包括ケアシステム」を活かし、地域に根差して多様な人とともに

- ・区が進めてきている「地域包括ケアシステム」(下)を、希望計画を進める上で、フルに活かしていきます。
- ・特に、区が包括的な支援体制を構築するために進めている、「全区、地域、地区の三層の取り組み」を希望計画の推進のために活かしていきます。
- ・世田谷区で暮らす一人ひとりに情報や必要な支援が行き届き、また多世代・多分野の人たちが身近な地区でつながり、活動に参加しながら暮らしやすい地域をともにつくる取り組みを着実に進めていきます。

・ここでは
計画の推進方策の要点を明確に記した方がいい。
・行政上の細かい情報は、論旨をわかりにくくしてしまうので、下の方に枠で囲って示しました。

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に

- ・区が認知症在宅支援の中核的な拠点として設置しているこのセンターを、希望計画を地域で展開していくための推進拠点とこれまで以上に機能強化をはかっていきます(センターの詳細は、別冊「資料編」を参照)。
- ・このセンターは、世田谷区の所管課と地域をつなぐパイプ役、そして計画の具体的な企画・推進役を果たしていきます。

世田谷区の行政全体が、庁内横断で取り組みます

以下は資料編に？

< 世田谷区の地域包括ケアシステム >

- ・2040年に向かって高齢化率が進みます。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。
- ・世田谷区は国に先駆け、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、住み慣れた地域でお互いが支えあい、自立し安心して暮らしていくことができる地域社会の実現を目指して、包括的な支援に取り組んでいます。
- ・地区まちづくりの拠点である「まちづくりセンター」、地域包括支援センターをつとめる「あんしんすこやかセンター」、地域福祉を推進する「社会福祉協議会」を一体整備し、連携できるようにするのが世田谷方式です。
- ・そして、区民のさまざま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。
- ・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。世田谷区では、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、地区の三層の取り組みを進め、包括的な支援体制の構築を目指しています。

以下は、別冊「資料編」に

認知症在宅生活サポートセンター

世田谷区の地域行政制度に基づく、全区・5地域・28地区の日常生活圏域の三層体制のなかで「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」が、5地域の総合支所と連携し重層的に支援が必要な認知症高齢者等へ包括的に支援を行っています。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」とは、平成25年11月、認知症になってからも住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることができる地域社会の実現に向け、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」を策定し、この構想の中で、認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症在宅支援施策の構築を推進するための専門的かつ中核的な役割を果たす拠点として位置付けているものです。平成30年度からの2か年の認知症在宅生活サポート室を経て、令和2年4月に世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内に開設しました。

「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」は、訪問サービスによる在宅支援のサポート機能 家族支援のサポート機能 普及啓発・情報発信機能 技術支援・連携強化機能 人材育成機能の5つの機能を持ち、認知症の人や家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護等の専門職が、あんしんすこやかセンターやケアマネジャー等をはじめとする様々関係機関を後方支援（バックアップ）する役割を担っています。

具体的な事業内容としては、5つの機能に基づき 専門医や保健師等で構成する認知症初期集中支援チームのアウトリーチによる在宅生活における早期対応や早期支援、 家族介護者のための勉強会の実施や家族会同士の情報交換等の支援、 区民及び関係団体への講演会等による認知症に関する情報の発信、認知症カフェの立ち上げ及び継続の支援、 あんしんすこやかセンターやケアマネジャーからの相談や事例検討を通じた対応の助言の実施、 認知症に関する専門研修の企画立案、認知症サポーター等の区民人材の育成及び活動の支援などを実施しています。

（2）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 本人が発信・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。

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もつ人たち、認知症在宅生活サポートセンターのメンバーが参画します。

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つのプロジェクトは、つながりを十分に持ちながら、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 ~~(世田谷版チームオレンジ)~~

世田谷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、さまざま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、同じ地域のなかには、豊かなキャリアや個性をもった多世代・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、世田谷区では28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、各地域の安心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、各地域の状況に応じて順次結成していきます。、3年間かけて区内全体に広げていきます。

各地域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推進プロジェクトチームと密接につながりながら、重要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につながり、本人一人ひとり本人の望みを共に叶える「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。

追記

<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>

ア 希望条例を知る：情報等を発信・共有

- ・ 条例について一緒に学びます。
- ・ 身近なところで、条例の情報を発信し、地域で暮らす本人やささまざまな人に条例の存在やねらいを少しずつ伝えていきます
- ・ 条例について話合う機会をつくり、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

追記

ウ 「私の希望ファイル」を創る・備える

- ・ 推進プロジェクトチームが試作する「私の希望ファイル」をもとに、地域の本人やささまざまな人が「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、よりよ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」に取組む中で本人が表した望みなどを、実際にはかなえるために、お互いができることを話合います。
- ・ (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かな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合い(世田谷版チームオレンジ)も育てていきます。

追記

(4) 条例実現のための推進体制（世田谷フォーメーション） 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、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（世田谷フォーメーション）をつくります。一方方向ではなく、双方向の関係性や情報の流れを大切に、循環型推進体制も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

- ・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、組織等ともつながりを育てながら、地域に根差した役立つ活動を展開していきます。

アクションチームや地域の動きを、あんしんすこやかセンター等が支え促進

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

あんしんすこやかセンター等の取組みを、総合支所がバックアップ

- ・区内5か所にある総合支所が、管轄地域にある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。

認知症在宅サポートセンターが拠点となって推進

- ・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。

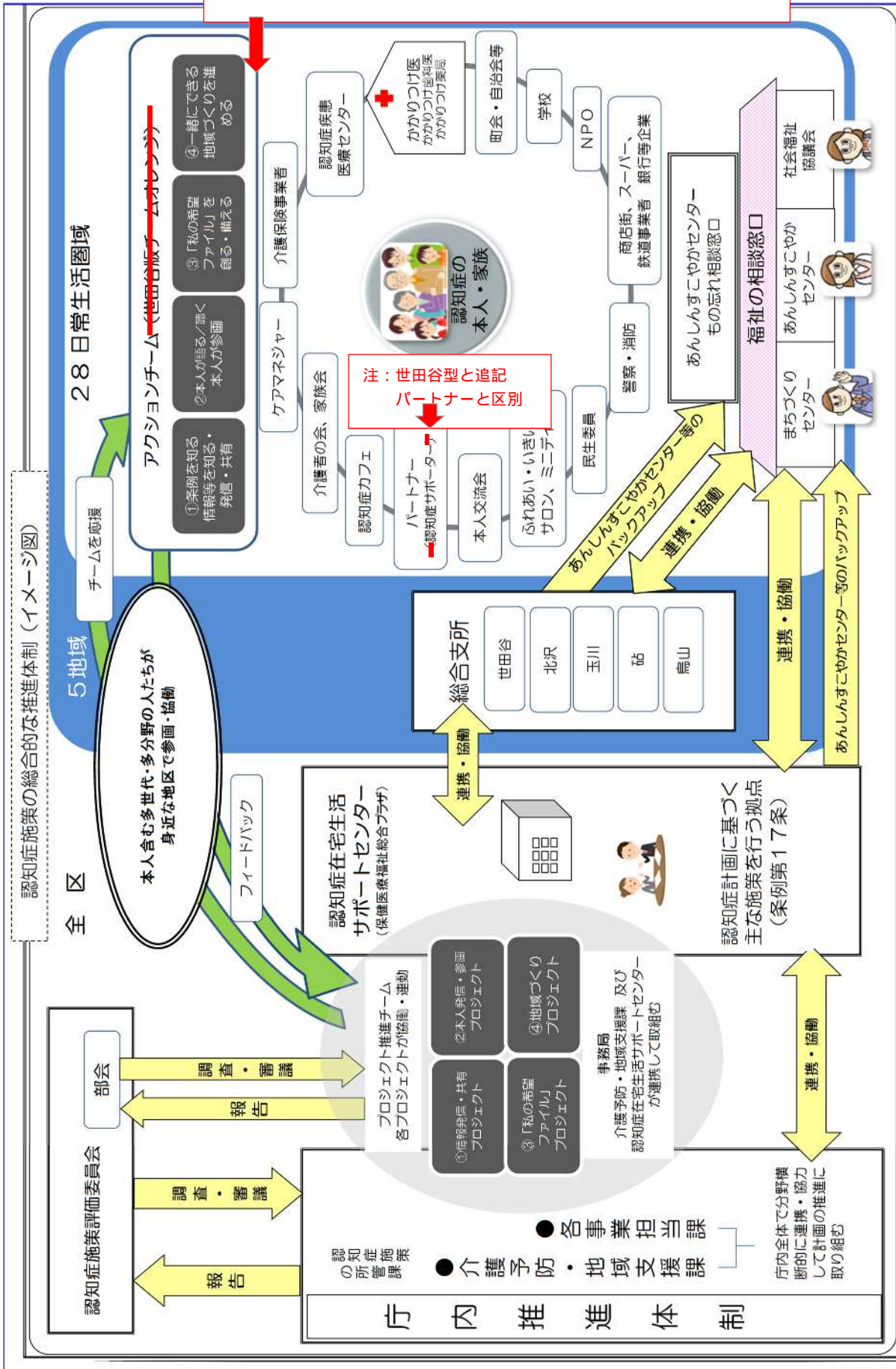
プロジェクト推進チーム（認知症評価委員会の中に設置）

- ・各地域のアクションチーム等と話し合う機会をもちながら、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。

区の所管課が区内全体、庁内全体の連携と推進役・事務局機能

基本方針をつねに大切にしながら、希望条例実現ための推進を、関係機関とともに計画的・経年的に進めていきます。

注：4つのクロ の下のスペースを空けて
そこに横長く <世田谷版チームオレンジの誕生・拡充>と記入を



地域で暮らす人たちの実際の活動に根ざし、さまざまな人たちが力をあわせ、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り組みを発展させていきます。

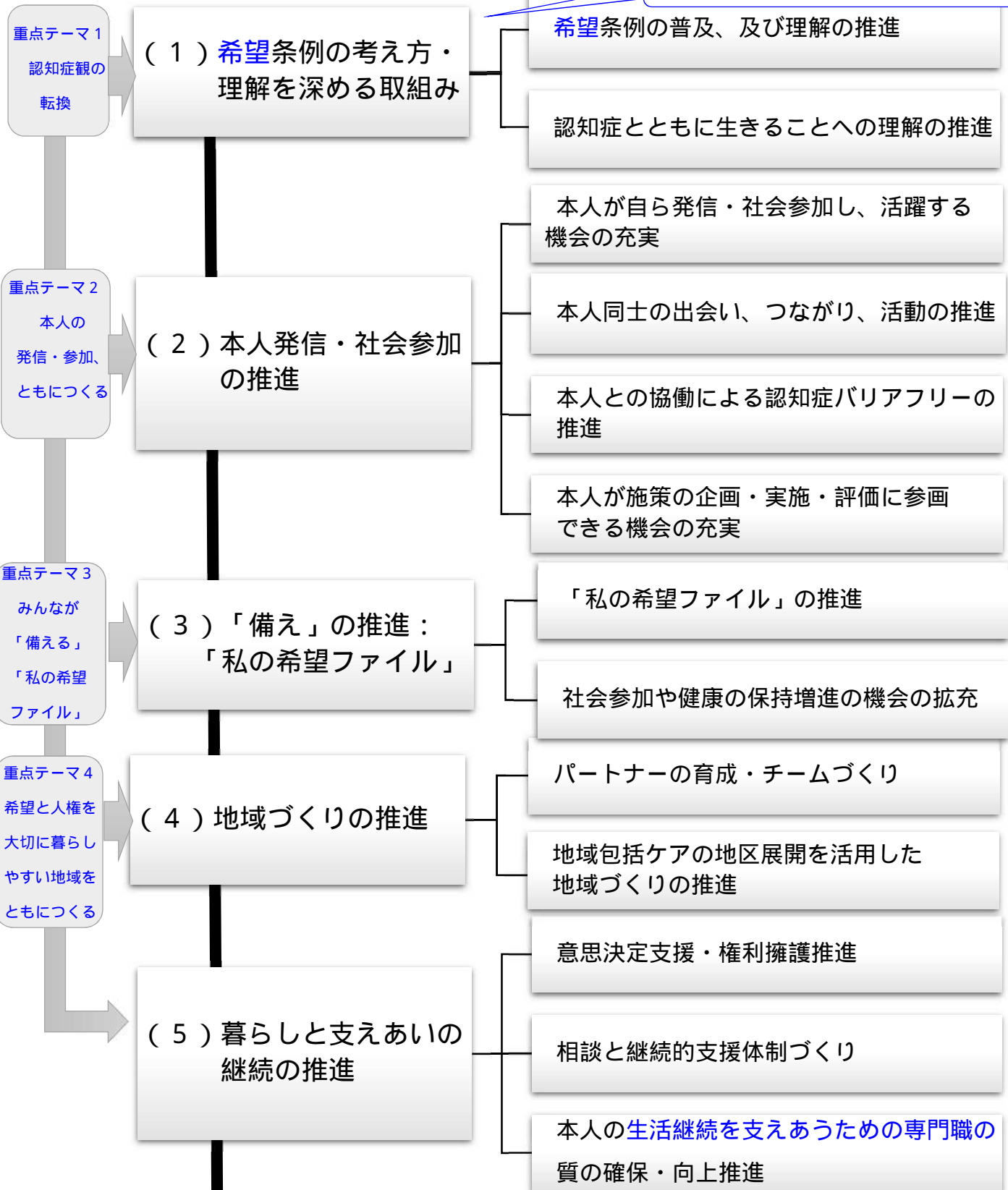
認知症施策の主な取組み項目

いきなり施策項目ではなく、計画のここまでを活かして、重点テーマを左に入れ、何のための項目であるかを明確に。

体系図を少々小さくして、重点テーマとバランスよく作図を。

1. 認知症施策の体系

「希望条例」と記載し、印象づけを。



本人の声、本人の参画のもと、連動を図りながら一体的に推進

2. 認知症施策の主な取組み

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、及び理解の推進

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、条例の理念を広めていく取組みを展開します。

* 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、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

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もって生きることを、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。

* 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・共有プロジェクトチーム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(世田谷版チームオレンジ)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) 条例の解説書、パンフレット、リーフレットによる普及

条例の内容をわかりやすく示した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。

世田谷区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

世田谷区ホームページや、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。

文章が続き、改行しての1文字下げたりがあると、非常に読みにくく、内容が伝わらない。(特に初見の人)

文章が続き、改行しての1文字下げたりがあると、非常に読みにくく、
内容が伝わらない。(特に初見の人)
・をつけて、読みやすく!

- (ウ) エフエムラジオ番組など、多様なメディアを活かした普及
- ・エフエムラジオ番組「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、多様なメディアと通して情報発信をしていきます(メディアによる情報発信については資料編の第2章〇ページ参照)。
- 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
- ・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、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、認知症にかか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、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、さまざま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えられる冊子に改良します。

- ・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。

認知症ケアパスとは；

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。

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(世田谷版チームオレンジ)に参加したい人同士がつながり、チームの結成や活動が生まれることを推進していきます。
- ・アクションチームのメンバーとしては、これまですでに高齢者等の地域福祉活動を続けてきている人たちをはじめとして、以下のような多様な人々の参画が期待されます。

* 世田谷ならではの様々な分野の地域活動団体、銀行、郵便局、商店街、スーパー、新聞配達や外交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、本人や家族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場の関係者等、

(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合い、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、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。

本人同士の出会い、つながり、活動の推進

1月8日
の意見よ
り。

- ・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、住民や関係者、特に医師などの医療機関に伝え、身近な本人や家族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。

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上での暮らしにくさを引き起こす障壁（認知症バリア）に気づき、地域に発信していくことです。
- ・認知症バリアは、本人以外には見えにくく気づかれないため、地域の中では無数の認知症バリアが放置され、本人の外出や日々の暮らしの大きな妨げになっています。
- ・世田谷区は本人と一緒に、この認知症バリアをひと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。

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めざし、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・参加、**ともにつくるプロジェクトチーム**」が中心になって、以上の取り組みについて検討・企画し、各日常生活圏域の**アクションチーム（世田谷版チームオレン**

~~ジ~~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（~~世田谷版チームオレンジ~~）の集まりで、本人が伝える自らの思いや意向、提案を伝え、人々がそれに耳を澄ます（~~聴く~~）を聞き、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（~~世田谷版チームオレンジ~~）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、楽しく参加できる社会参加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。
- ・世田谷区では若年性認知症の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啓発と活用支援に取り組んでいきます。
- (カ) 本人が社会参加活動の一環として有償ボランティア等として活躍し、謝礼が入る取組みも今後の大事な課題です。そのための内容や進め方を、本人といっしょに考えながら、楽しくつくっていきます。
- (キ) 若い本人はもちろん、高齢であっても年長の本人も、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地域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、本人が社会活動を働き続けるための支援や企業等との協働（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、それをバリア

1月8日
の意見よ
り。

アがあること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はかっていきます。

・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によく聴き、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世田谷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、区のさまざま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認知症の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、認知症に関するさまざまな施策や事業、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、一緒によりよ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

- ・認知症がなくてもあっても、これからの日々を自分らしく、認知症とともによりよ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しくみをつくっていきます。
- ・そのしくみの中核となる「私の希望ファイル」は、プロジェクトチームを中心に実施を重ねることで、より良いものに作り変えていくなど、各日常生活圏域のアクションチーム(世田谷版チームオレンジ)の人たちと一緒に利活用を重ねながら、「私の希望ファイル」を活かした「備え」を区内全体に広げていきます。

④ 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でき、自分なりの役割を通じて活躍することができ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。
 - * 「私の希望ファイル」の推進と(4)「地域づくりの推進」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は備える

- ・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、そして日常生活圏域ごとのアクションチーム(世田谷版チームオレンジ)で、「私の希望ファイル」について本人と、さまざまな区民等が話し合う機会をつくります。
- ・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。
- ・ケアマネジャーや認知症対応型通所介護等、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

- ・話し合いからつくられた「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、本人等の意見をプロジェクトチーム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しきみにしていきます。

ウ 本人の希望をいっしょに叶える体験の積み上げ

- ・「私の希望ファイル」をつくりあげる使いながら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、地域団体、関係機関、事業者等がいっしょに話し合い、希望をかな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。
- ・本人の希望をいっしょに叶える取組みを、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))。

エ 本人の声や視点にた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、区内でこれまですでに取組まれてきた、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作りながら、より役立つものになっていくよう改善をはかっていきます。
- ・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もつことのできた本人と地域のアクションチーム(世田谷版チームオレンジ)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。

1 地域の中のこれまでの社会参加のための集いの場や機会の拡充～ 7 フレイルの早期発見とフレイル状態の改善に向けた取組みを推進まで削除。

(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

こちらを
先にし
て、次に
を。

・区が進めているさまざま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ような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、地域づくり推進プロジェクトチーム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(世田谷版チームオレンジ)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

- ・ 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事として考え、本人とともによりよ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、ともに活動をしていくチームを、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、条例の実現にむけて強化をはかっていきます。
- ・ 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(世田谷版チームオレンジ)ともつながることを推進し、本人が地域でよりよく暮らしていくことを、多様な人々がつながりあって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

年間を通じて、定期的に在宅生活をする人への安否確認

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

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活動

(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)
- ・家族介護者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。

エ 社会福祉協議会職員(生活支援コーディネーター)等との連携と協働 削除。

(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。

カ 第1層協議体の取組みの強化 削除。

(エ) 安心・安全な外出を守る地域づくり

- ・さまざま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。
- ・これまで区が取組んでいる事業等を、本人の声と視点をもとに見直しと強化をはかりながら、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】

- 地域で行っている「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

エ 世田谷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条例の考え方を踏まえて検討・補強し、本人とともによりよい暮らしと地域をつくっていくパートナーが区内で増えていくための基礎となる「世田谷区版サポーター講座」を区内で開催していきます。
- ・「世田谷区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直に聴いたり、動画等を見るなど、本人の声や姿にリアルに触れる機会をもてるようにします。
- ・話を聴いただけで終了するのではなく、受講した人のが地域の中での活動につながり、本人や地域のさまざまな人と一緒に活動しながら、パートナーとして育て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（世田谷版チームオレンジ）に参加しともに活動
- 地域のなかで本人と家族の思いの傾聴活動
- 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、互いに支え合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

世田谷区では、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の地域の支えあいが継続的に発展していくために、以下～を推進していきます。

区内ですでに取組まれている以下のさまざまな取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、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。

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おきはじめたら、迷わずに気軽に相談ができるための情報やつながりを強化していきます。
- ・相談を入り口に、本人そして家族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、そして本人や家族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の過ごすことで、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するために、世田谷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。
- ・各地域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。

1月8日の
意見をもと
に追記。

専門職の、認知症ケア本人の生活継続を支え合うための専門職の質の確保・向上推進

- ・世田谷区内の保健・医療、介護、福祉、法律関係者等多様な専門職が、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合いを日常の中であたりまえにおこなっていく実践力を具体的に高めていきます。

認知症ケアという語だと、タイトルや目次だけ見て医療職や権利擁護関係者が入らないと誤解されがちなために修正。

【具体的方策】

ア 意思決定支援・権利擁護に関する取組みを本人視点にたって強化・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。

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。(5)直下へ移動。

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

- ・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」)を本人の声や視点をもとに見直し、強化を図りながら実施していきます。
- ・成年後見制度の利用促進を、本人の声や視点をもとに見直し、本人にとって利用しやすく有益なものになりよう充実を図りながら、実施していきます。

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。

「成年後見セミナー」や「老い支度講座」～ 消費者被害防止施策の推進 削除。

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたって強化をはかり、一体的に推進していきます。(5)直下へ移動。

オ 身近な総合相談体制づくり

- ・世田谷区が独自に区内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うための仕組みづくり:初期の空白の期間の解消

- ・診断直後に本人が世田谷区区内の本人交流会や近隣の本人同士の集い場などを知って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、医療機関での本人に役立つ本情報提供のあり方を検討し、強化をしていきます。
- ・世田谷区内の医療機関等で、診断直後に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、仕組作りや取組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を医療機関に行き届け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 本人及び家族介護者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、本人の視点をい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いかしながら、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。

* 認知症初期集中支援チーム事業とは

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

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ます。

この説明は、初期集中の冒頭ではなく、取組む計画の後に、参考説明として入れた方がいい。

(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家族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) 生活継続のための家族介護者向け支援とサービスの充実

- ・家族が、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けるよう家族介護者向け支援とサービスを、家族の声等をよく聴きながら見直し・強化を図っていきます。
- ・この支援を通じて接点を持っていた家族と本人が、地域のアクションチームとつながり、多様な人と出会いを通じて、よりよ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、家族介護者等（若年層介護者

(ヤングケアラー¹、ダブルケアラー²) 家族介護者等を含む) 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。

さらに、経済的支援として、要介護認定を受けた方(一定の要件あり)が1年間、介護保険サービス(福祉用具の貸与、住宅改修など一部サービスは除く。)を利用せず、在宅で生活した場合に、慰労金を支給しています。

これは実際に利用する人はほとんどいないので、省いたほうがいい。

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。

家族介護者等の就労継続支援 削除。

(オ) 家族介護者等向けの情報発信

- ・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、家族介護者の視点に立った情報提供に努めます。

ク 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。実現します。

* 認知症カフェとは

認知症の人やその家族が、身近な地域の中で気軽に立ちよることができ、地域の人

¹ 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～概ね30歳代までのケアラーを若者ケアラーという。

² 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。

や専門家と**出会え**、相互に情報を共有したり、**お互いを理解し合う関わり**をもてる場のことをいいます。

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ます。

項目は大切なので、書き方の工夫を

ケ 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

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたつて強化をはかり、一体的に推進していきます。(5)直下へ移動。

・様々な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等により創出・拡充される地域資源を活用しながら、**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とりくんでいきます。**

・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・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・介護、多様な地域活動が、その地域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。

住民や関係機関等の協力による支えあいの地域づくりを推進していきます。

コ 災害時の支援体制の強化

・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みます。

・それらの計画が、本人にとって実際にわかり、有効かを本人の声や視点をもとに見直し、関係機関や関係者ととも改善・強化をはかっていきます。

避難行動要支援者支援の推進 ~ 在宅避難者への見守り 削除。

サ 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

・区内ですでに取組まれている以下の様々な取組みを、区内の本人の声をもとに、本人視点にたつて強化をはかり、一体的に推進していきます。(5)直下へ移動。

(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³を行うことで、もの忘れ相談窓口の質の向上に取り組みます。

- ・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。

(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。

シ 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

- ・医療・福祉サービス事業所の職員へ、認知症及び認知症に関する制度の理解、ケアの支援力向上、実践力向上などの認知症ケアに関する専門研修を福祉人材育成・研修センターに委託し、研修の充実に取り組みます。

—また、認知症の緩和ケア研修として、認知症ケアプログラムを学ぶ研修を福祉人材育成・研修センターに委託し推進しています。この研修は、認知症の人の問題行動として受けとられやすい行動・心理症状の背景に本人の満たされないニーズがあることを理解し、それに対するケアをチームで統一して提供することを学びます。本人のニーズを読み解く専用の指標をオンラインシステムで入力し、ケア計画、実践、モニタリングを行うもので、認知症ケアプログラムの普及啓発とともに実践の継続支援を行いながら、認知症ケアの質を高めていきます。

- ・これまで福祉人材育成・研修センターに委託して行ってきた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はかれる研修の強化をはかっていきます。
- ・医療・介護・福祉サービス事業所と地域のアクションチームとのつながりをつくり、専門職が本人や多様な人たちと地域の中で出会い、話し合い、ともに活動をしながら、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 スーパービジョン：対象者への助言、指導、援助を行うこと。

併せて、認知症在宅生活サポートセンターがケアマネジャー等からの認知症ケアの相談を応需し、スーパーバイズビジョン等を行い人材育成を推進していきます。 [これは削除、あるいは相談のあたりへ移動](#)

ここで書かれている内容は、ロードマップというより第1期計画3年間の目標なのでベンチマークの方がふさわしい。

3. 3年間のロードマップ—マイルストーン(希望計画第1期の到達目標)

(1) 計画目標希望計画第1期の到達目標

- ① 認知症観の転換を図る
- ② 本人の発信・参加を推進する
- 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
- ④ 安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する

「これをやりました」ではなく「本人や地域がどうなったか」希望条例の実現にどの程度近づいているのか、達成状況を目標に。

推進体制の基盤ができる *p.11の第1期の目標に照らして

- ① 認知症観の転換を区民等ができる：希望条例を知り、認知症観の転換をした区民が区全体で一定程度増える
- ② ②本人が地域の中で発信・参加している
- ③ ③アクションチームが結成される
- ④ ④「私の希望ファイル」をもとに地域の人たちが認知症とともに生きていく備えを推進している
- ⑤ 地域でともに生きる地域共生が具体的にうまれる
- ⑥ 区民等や地域で参考になる活動の好事例が生まれ、活動事例集ができる。

注) 上記に沿って、下記の見直しが必要 1月12日に討議を。

(2) 3年間の主な取組みと3年後の評価指標及び3年間の取組み

計画到達目標	認知症観の転換を図る区民等ができる		
3年間の取組み	<p>「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」にて条例の認知度の現状値を図る調査を実施します。本人の声を積極的に活かしながら、多様な媒体及びイベントを含む各事業等を通して条例の普及を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報発信・共有プロジェクトを中心とした条例を区民等わかりやすくに行き届ける ・本人が発信・社会参加する場面を、多様な機会を通じてつくる ・多様な人たちが条例をもとに話し合う機会をつくる ・「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」にて条例の認知度の現状値を図る調査を実施 		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 希望条例について区民が自分事として話し合うための資料の開発	本人の声と視点にたったわかりやすい資料の作成	なし	資料が作成され区内で活用されている
○【行動量】 本人の声を活かした条例の普及	本人の声を活かした講演会、講座、イベント等の実施	年間3回	前年度実績を上回る
【成果指標】 条例の認知度等	実態調査内で条例の認知度等を問う	令和4年度に調査する	

計画到達目標	② 本人が地域の中で発信・参加している
3年間の取組み	令和3年度は、本人交流会メンバーの充実に取り組みます。本人が自らの意思で体験や思いを発信し、社会参加する仕組みづくりを令和3年度から3年間かけて、本人との意見交換を重ねながら体制を構築していきます。

	<ul style="list-style-type: none"> ・本人発信・参加、共につくるプロジェクトを中心に、活動を展開します。 ・本人交流会等を拡充していきます。 ・医療機関等での診断直後のピアサポートを進めていきます。 		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 本人交流会等の実施	本人交流会等の参加実人数	4人	現状値を上回る
【成果指標】 本人が発信・社会参加を推進する体制の構築するための話合いが重ねられ、そのための配慮や環境、機会が増える	推進プロジェクト、本人交流会、地域のアクションチーム等において、検討	本人が自らの意思で体験や思いを発信し、社会参加を推進する体制の構築が可能になるための配慮・環境、機会等ができる	
計画到達目標	③ 地域の中でアクションチームが結成される		
3年間の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・地域づくりプロジェクトチームを中心に、活動を展開します。 ・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、活動していくことを推進します。 		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 アクションミーティングに関する話合い	関係者が地域にあったアクションミーティングの結成や活動について討議を重ねる	なし	地域の状況に応じて設定
【成果指標】 アクションチームが結成され、自発的な活動を続ける	地域に応じて	区内のいくつかの地域でアクションチームが結成される	
計画目標	—「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		

	<p>安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する</p> <p>④「私の希望ファイル」をもとに地域の人たちが認知症とともに生きていく備えをしている</p> <p>⑤地域でともに生きる地域共生が具体的に生まれる</p>		
3年間の取組み	<p>「私の希望ファイル」プロジェクトチームを中心に、本人とともに話し合う場の拡充に取り組みながら、本人を含む区民等と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。</p>		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	内容 (令和5年度)
○【行動量】 本人とともに話し合いを実施	条例、「私の希望ファイル」について の話し合いを実施した回数		前年度実績を上回る
○【行動量】 世田谷版認知症サポーター養成講座の実施	世田谷版認知症サポーター養成講座の実施回数	(予測値) 63回/年	120回/年
【成果指標】 認知症を理解し、認知症に備える人が増える	本人とともに話し合う場に参加した人の累計数		前年度実績を上回る
【成果指標】 世田谷版認知症サポーター数	認知症サポーター数(H18年度からの累計数)	(予測値) 36,000人	53,040人
【成果指標】 アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)の活動団体数	アクションチーム(世田谷版チームオレンジ)として活動した団体数		前年度実績を上回る

計画目標			
3年間の取組み	本人とともに話し合う場の拡充に取り組みながら、本人を含む区民等と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。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	内容 (令和5年度)
○【行動量】 本人とともに話し合いを実施	条例、「私の希望ファイル」について の話し合いを実施 した回数		前年度実績を上回 る
○【行動量】 世田谷版認知症サ ポーター養成講座 の実施	世田谷版認知症サ ポーター養成講座 の実施回数	(予測値) 63回/年	120回/年
【成果指標】 認知症を理解し、 認知症に備える人 が増える	本人とともに話し 合う場に参加した 人の累計数		前年度実績を上回 る
【成果指標】 世田谷版認知症サ ポーター数)	認知症サポーター 数(H18年度から の累計数)	(予測値) 36,000人	53,040人
【成果指標】 アクションチーム (世田谷版チーム オレンジ)の活動団 体数	アクションチーム (世田谷版チーム オレンジ)として活 動した団体数		前年度実績を上回 る
【成果指標】 アクションチーム の活動を通じて結 成された 世田谷版チームオ レンジの数	世田谷版チームオ レンジとして活動 しているチーム数		前年度実績を上回 る

計画到達目標	⑥区民等や地域で参考になる活動の好事例が生まれ、活動事例集ができる。		
3年間の取組み	・各プロジェクトを中心に、条例実現に向けた重点テーマに関する活動を、区内の本人、多様な人々、そしてアクションチーム等とともに継続的に展開し、その過程で好事例を収集していく。		
評価指標	内容	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和5年度)
○【行動量】 収集した事例の数	条例の実現に関する本人、地域の活動事例を収集	なし	本人に関する事例、地域共生に関する事例がそれぞれ複数集まる
【成果指標】 好事例集	収集された事例をもとに好事例集を作成	なし	好事例集が作成され、地域で活用される。

計画の推進体制

第5章?

1. 計画の推進体制—1・計画の推進体制

ア 区の組織

認知症計画に基づく主な施策は、世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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。

世田谷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・協力して計画の推進に取り組みます。

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

イ 区長の附属機関・各種委員会等

世田谷区認知症とともに生きる希望条例第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なかに作業部会、そしてそれに付属した推進プロジェクトチームを設置し、希望計画を効果的・継続的に推進していきます。

計画の進行管理— 2 . 計画の推進体制

施策の評価・検証

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、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。

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。

ウ 計画期間の3年間で目標数値を掲げている施策については、目標数値と実績数値の差や達成割合等により評価・検証を行います。

エ 施策が各法令や世田谷区認知症とともに生きる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。

オ 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 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)