

令和5年3月15日

午後7時～オンライン

令和4年度第3回世田谷区認知症施策評価委員会 次第

1 開 会

2 挨拶

3 議 事

(1) 「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」の取組み状況と評価について

・・・資料1～4

(2) 次期「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」の策定に伴う部会の設置について

・・・資料5

(3) 認知症初期集中支援チーム事業について

・・・資料6-①～③

(4) その他

4 報 告

(1) 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの運営事業者の選定結果について

・・・資料7・8

(2) その他

配付資料

資料1 世田谷区の認知症施策の全体像

資料2 希望計画（第1期）の取組みスケジュール

資料3 希望計画の取組み状況について

資料4 ～令和4年度 地域づくりプロジェクト～地区のアクション報告 ※一部抜粋

資料5 次期「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」の策定に伴う部会の設置について

資料6-① 認知症初期集中支援チーム事業 令和3年度および令和4年度実績の考察

資料6-② 令和3年度認知症初期集中支援チーム事業報告書

資料6-③ 令和4年度認知症初期集中支援チーム事業報告書

資料7 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター運営事業者の選定結果について

資料8 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの主な事業実績（平成30～令和4年度）

参考資料 認知症在宅生活サポートセンター機関誌「にんさぼだより」バックナンバー一式（第4号以外）

参考資料 軽度認知障害（MCI）講演会・勉強会動画チラシ

参考資料 駒澤大学小野瀬拡ゼミナール制作ポスター（3種類）

希望条例

希望計画プロジェクト

★「4つの重点テーマ」★
【4つのプロジェクト】

①認知症観の転換
【情報発信・共有PJ】

②本人の発信・参加ともにつくる
【本人発信・参画PJ】

認知症になってからも
安心して自分らしく暮らせる

③みんなが『備える』
「私の希望ファイル」
【「私の希望ファイル」PJ】

④希望と人権を大切に、
暮らしやすい地域をとともにつくる
【地域づくりPJ】

連動

認知症本人家族支援・人材育成（認サポ事業）

認知症初期集中支援事業
医師による訪問事業
もの忘れチェック相談会（地区型・啓発型）
認知症カフェ交流会
家族介護者のストレスケア講座 他

備え（予防）

MCI啓発（R2～提案型協働事業として実施）

セーフティネットワーク

（高齢者安全安心・防犯とも連動）

認知症等高齢者に配慮した環境づくり
スローレジなどバリアフリーのまちづくり

共生

共生と備え（予防）は両輪
【R1～認知症施策推進大綱】

備え
（予防）

ここでいう「予防」とは、
「認知症にならない」という意味ではなく、「認
知症になるのを遅らせる」「認知症になっても
進行を緩やかにする」という意味。

希望計画（第1期）の取組みスケジュール（令和3年度～5年度）

プロジェクト名	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度以降
情報発信・共有プロジェクト	アクションガイド作成	ケアパス改訂作業	ノベルティ作成 子ども向け資材作成	
本人発信・参画プロジェクト	講演会・条例啓発イベント・アクション講座等における本人の登壇・発信			
		診断後支援・本人参画に向けた本人同士をつなぐ仕組みづくり		
		↑ 一体的に検討	↓ 連動	
「私の希望ファイル」プロジェクト	希望ファイル検討会議（月1回）	希望のリーフ（希望の表出）・「備え」の推進		
		希望ファイルの取組みの普及		
地域づくりプロジェクト	アクション講座（世田谷版認知症サポーター養成講座）開催			
	アクションチームの始動・地域づくりの展開（四者連携等）			

希望計画の取組み状況について

1. 情報発信・共有プロジェクト

目標	①認知症観の転換を図る		
	内容	現状値 (令和5年2月現在)	目標値 (令和5年度)
3年間の取組み	認知症になってからも自分らしく希望を持って暮らすことができると思う人の割合	令和4年5月 区民意識調査より 2割	6割
評価方法	令和4年度区民意識調査のほか、「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「世田谷区高齢者ニーズ調査・介護保険実態調査」やイベント、講演会参加者に対するアンケートにて現状値を図る調査を実施していく。		
令和4年度目標	<ul style="list-style-type: none"> ●アクション講座テキスト（子ども向けアクション講座テキスト含む）、「認知症あんしんガイドブック」（認知症ケアパス）など、啓発資材について、対象やねらいに応じ優先順位をつけながら検討及び作成する。作成には本人参画を基本としていく。 ●本人発信動画の作成及び上映 		

令和4年度実績

- ① 現：「認知症あんしんガイドブック」（認知症ケアパス）を希望条例の理念を盛り込んだ内容に改訂するため作業部会を3回実施。メンバーには認知症のご本人やそのパートナーも交えて検討を重ねた。
- ② 希望条例2周年記念イベントを開催。認知症のご本人でもある漫画家の蛭子能収氏を招いたトークセッションと各地区のアクションを紹介。企画には貫田委員が参画し、イベント当日にメッセージを寄せていただいた。参加者は171人。イベントの様子は後日動画配信を予定。
- ③ 澤田委員のイラストを掲載した希望条例普及用チラシ・ポスターを作成し、区内掲示板や東急世田谷線駅構内等、様々な場面で希望条例の普及を図った。
- ④ 区のおしらせ「せたがや」10月15日号に澤田委員や貫田委員等、認知症のご本人の声を掲載し、希望条例の普及を図った。（区のおしらせは約202,600部配付）
- ⑤ アクション講座普及啓発用資材として、ノベルティ（クリアファイル）の作成に着手。
- ⑥ エフエムせたがや「認知症あんしんすこやかライフ」で希望条例についてラジオ配信。
- ⑦ 希望条例の普及啓発用資材として車両貼付用マグネットシートを作成し、区内介護事業所等の区内を走る車両に貼付いただくよう配付。※今後、「認知症になってからも安心して暮らせるまち せたがや」と掲載したマグネットシートを増刷予定。
- ⑧ その他、多世代が集う機会や場（図書館の「テーマ本コーナー」や三軒茶屋駅等）を活用し、チラシやポスター、パンフレット類を用いて展示したり、紙媒体にとどまらず区公式SNSや「ねつせた！」SNS（若者によるまちの魅力発信メディア）も活用しながら多世代に向けて希望条例の普及を図った。

令和5年度に向けて

- ・令和5年度内に認知症ケアパスの納品を目指し、活用・普及を図る。
- ・子ども向けアクション講座用資材として、教育領域と連携してA3版リーフレットを作成し、小学生向けアクション講座等で活用する。
- ・様々な場面や手法を活用し、広報戦略を立てながら条例啓発を一層進めていく。

2. 本人発信・参画プロジェクト

目標	②本人の発信・参加を推進する		
	内容	現状値 (令和5年2月現在)	目標値 (令和5年度)
3年間の取組み	認知症に関わる会議、検討会及び講演会、イベント、シンポジウム、交流会等に本人が参画している割合	本人交流会・講演会・研修会、認知症にかかわる検討会等への参画 ほぼ10割	9割
評価方法	目標値に対する評価は、当該年度に認知症の本人が参画できる機会の計画に対しての参画率としている。		
令和4年度目標	<ul style="list-style-type: none"> ●本人発信・社会参加の仕組みづくりに向けての検討 <ul style="list-style-type: none"> ・診断後支援の仕組み ・社会参加、役割の創出の仕組み(有償ボランティア、ピア活動ほか) ・本人交流会等、つながる機会や場づくり ・若年性認知症の方への支援の仕組み ●本人発信動画や講演会等、本人参画の継続 		

令和4年度実績
① 診断後支援の仕組みづくりに向けて、地区医師会の医師や松沢病院とともに診断後支援の重要性やその具体的取り組み方について意見交換を行った。
② 「希望をかなえるヘルプカード」について、一部のあんしんすこやかセンターへの送付に加え、認知症本人交流会にて、活用方法について永田副委員長からの説明の機会を設けた。参加した認知症の本人2名からは、「こういったツールがあるととても良い。」との言葉があり、カードを自作したり、友人に広めたりしていきたいという肯定的な反応が得られた。(パートナー2名からも同様の反応あり。)
③ その他、各種講演会等において、認知症の本人に登壇いただき、多世代に向けて本人の思いや今の生活等についてお話いただいた。
④ 砧地域のケアマネジャーが希望条例の理念を各自のケアマネジメントにどう活かすかをテーマに自主的に研修を実施。
⑤ 若年性認知症の方への支援の仕組みづくりに向けて、若年性認知症総合支援センターや若年性認知症支援地域連絡会での意見交換に加え、自立支援・介護保険データをもとに現状把握を実施。

令和5年度に向けて
<ul style="list-style-type: none"> ・本人の活動拠点をつくるために必要な本人同士をつなぐ仕組みづくりを検討していく。 ・診断後支援について、区内クリニックで試行開始できるよう、引き続き意見交換を行う。 ・ヘルプカードについて試行方法を検討する。 ・砧地域のケアマネジャー研修をもとに他地域にも広げていくことを検討する。(調整中) ・若年性認知症の方への支援の仕組みづくりに向けて障害分野との連携を図る。

3. 私の希望ファイルプロジェクト

目標	③「私の希望ファイル」の取組みを通して、認知症への備えを推進する		
3年間の取組み	内容	現状値 (令和5年2月現在)	目標値 (令和5年度)
	「私の希望ファイル」について話し合うアクションチームの実施、「私の希望ファイル」の更新、充実	希望のリーフ等様々なツールを活用した「私の希望」を考える機会づくり 調査中	区内28地区で始動
評価方法	アクションチーム等（本人交流会、ケアマネジャー、家族会、認知症カフェ等の地域での活動を含む）において、「私の希望ファイル」や「希望のリーフ」等を活用し、本人の希望についての話し合いを始めた時点で「始動」とする。		
令和4年度目標	<ul style="list-style-type: none"> ●私の希望ファイルの在り方についての検討。 ●本人の声を聴きながら、希望につながるファイルの在り方について検討し方向性を整理する。令和5年度までに方向性を確定することを目標とする。 ●希望のリーフ等を活用し、「私の希望」を考え、発信する機会や場づくり。 		

令和4年度実績	
①	「私の希望ファイル」の在り方について、西田委員をはじめ東京都医学総合研究所スタッフや区内認知症対応型通所介護事業所の方、川崎市若年性認知症支援コーディネーターとともに、事務局の認知症在宅生活サポートセンターや区も一緒に検討を重ねてきた。（4回実施）主な検討内容は、「私の希望ファイル」という書式を作ることを目的とするのではなく、当事者同士が出会いつながる仕組みをつくるために必要なことについて。
②	認知症になってからも「続けたいこと」「大切にしたい暮らし方」等について話し合うためのツールとして、「希望のリーフ」をアクション講座の中でワークを交えて作成。この「希望のリーフ」を認知症のご本人方が紙や絵で作成した木の幹に葉っぱとして飾り付け、各地区で様々な特色のある「希望の木」が続々と出来上がっている。

令和5年度に向けて	
<ul style="list-style-type: none"> ・【再掲】本人の活動拠点をつくるために必要な本人同士をつなぐ仕組みづくりを検討していく。 ・あんすこが相談を受けた際に本人の希望を丁寧に聞きケアマネへ引き継いで行ける仕組みづくりと、ケアプラン作成時にも本人の希望をケアプランにしっかりと落とし込める仕組みづくりの検討を進めていく。 ・高齢者クラブ等の地域のグループと協力して「自分が認知症になった場合の希望」について話し合い、「私の希望ファイル」を作っていく取組みを進める。 ・「本人発信・参画プロジェクト」と連携しながら、あんしんすこやかセンターやケアマネジャー等にも検討メンバーとして協力いただきながら検討を進めていく。 ・アクション講座にて「希望のリーフ」を活用して希望について話し合う機会を設けながら、集積した希望の生かし方についても検討していく。 	

4. 地域づくりプロジェクト

目標	④安心して暮らし続けられる地域づくりを推進する		
3年間の取組み	内容	現状値 (令和5年2月現在)	目標値 (令和5年度)
	地域づくりについて話し合うアクションチームの実施	区内28地区 で着手	区内28地区 で始動
	世田谷版認知症サポーターの累計数(従来のサポーターを含む)	39,140人 ※令和5年1月末現在	53,040人
評価方法	<p>●四者(まちづくりセンター・あんしんすこやかセンター・社会福祉協議会・児童館)が地区内での企画や取組みの概要(案)等について話し合いを始めた時点で「着手」とする。</p> <p>●アクション講座(世田谷版認知症サポーター養成講座)の受講者のほか、従来の認知症サポーターを含めた累計数とする。</p>		
令和4年度目標	引き続き、認知症に関心のある地区、地域団体等へ主体的・自主的なアクションチームの結成に向けた話し合いの推進		

令和4年度実績	
①	各地区でアクション講座を80回開催し、2,159人が参加。(令和5年1月末現在)対象者は小中学校や高校、大学等の若者世代や金融機関等の民間企業にも広がっており、地区によっては認知症のご本人にもお話いただく機会を設けながら開催する等、各地区で工夫をこらして開催。
②	認知症に関心のある地域団体等がアクションを起こすきっかけづくりとして、懇話会やアクション講座を開催し、各地区の状況に応じた特色あるアクションが次々に生まれている。中には四者連携に止まらないものや、既存の取組みが拡充したアクションもあり、地区ごとの状況に応じて柔軟に展開している。【資料4】～令和4年度 地域づくりプロジェクト～地区のアクション報告」参照)
③	アクションチーム同士の情報交換としてアクションチーム交流会を実施。

令和5年度に向けて	
	<ul style="list-style-type: none"> ・四者連携に止まらず既存の取組みを拡充したアクションを含め、各地区のアクションが引き続き展開していけるよう進めていく。 ・各地区で生まれたアクションが単発に終わることなく継続し、その地区の地域資源として根付いていくために必要な方策を検討する必要がある。 ・アクションチームの取組みは地域包括ケアの地区展開に共通する取組みであり、四者連携しながら進めていくことを繰り返し伝えていく。

5. 庁内推進体制づくり

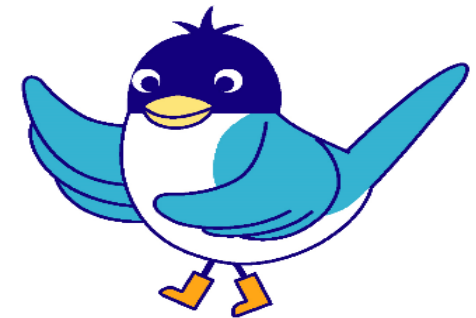
令和4年度実績および令和5年度に向けて
① 各地区のアクションチーム立ち上げに向けて各関係者の理解を深めるために、アクションチームの取組みについて、まちづくりセンター、児童館、社会福祉協議会等の各関係者会議において説明を重ねた。
② 「認知症地域支援推進員研修」の受講対象を各あんしんすこやかセンターにも広げ、あんしんすこやかセンター職員16名が修了。認知症地域支援推進員の役割の明確化とともに、来年度も引き続きあんしんすこやかセンター職員が受講できるよう調整していく。
③ 都市整備領域との連携を見据え、「世田谷区移動等円滑化促進方針」に認知症バリアフリーをテーマに認知症の人が暮らしやすいデザインの手法について、福岡市の事例をもとにコラム掲載を予定。
④ 教育領域との意見交換を行い、連携を図った。令和5年度は小学校校長会にて社会福祉協議会の福祉学習のメニューの一つにアクション講座を位置づけ、普及を図っていく。
⑤ 経営改革・官民連携担当課が発行する「マッチングレポート 第7号」に砧地区アクションチームの取組みについて掲載。

6. その他

令和4年度実績
<p>① 「MC I（軽度認知障害）」についての普及啓発事業</p> <p>令和2年度より、「提案型協働事業」として「MC I（軽度認知障害）」についての普及啓発事業をNPO法人語らいの家との協働で実施。</p> <p>令和4年度は朝田隆医師（筑波大学名誉教授）講演会に加え、浅見大紀公認心理士による勉強会を開催し、「予防」よりも「備え」という観点から、認知症になってもならなくても安心して暮らせる秘訣について、MC Iの基礎知識とともに区民向けに普及啓発を実施し、その内容を動画配信。また、もの忘れが不安な方を対象に相談会も実施。</p>
<p>② 駒澤大学との連携による希望条例普及事業</p> <p>駒澤大学経営学部小野瀬拓ゼミナールと連携し、学生がアクション講座を受講したうえで、希望条例普及のためのポスターを作成。ポスターの選定には、貫田委員や澤田委員など認知症のご本人3名とパートナーにもご協力いただき、駒澤大学駅構内や下北沢駅前、青少年交流センター等、若者など多世代が行き交う場所等に掲示中。</p>
<p>③ 認知症の人の行方不明時の連携強化</p> <p>認知症の人の行方不明時の連携強化に向けて、「セーフティーネットについて検討する部会」を開催。庁内関係各課はもとより、世田谷区社会福祉協議会や区内4警察署とも意見交換を重ね、行方不明時に早期解決できる体制の強化に向けて検討を行っている。</p> <p>なお、解決した場合にも行方不明を繰り返さないためのフォローを検討するため、あんしんすこやかセンターや保健福祉課にも情報共有している。</p>
<p>④ 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の普及強化</p> <p>区公式LINEにてチェックできる仕組みを構築しリリース。また、令和5年度より75歳到達時に送付する後期高齢者医療被保険者証にチェックリストを同封し発送する予定。</p>
<p>⑤ 世田谷区認知症ネットワーク研究会</p> <p>区がオブザーバーとして出席することになり、希望条例の周知とともに認知症サポート医の役割についての課題等についての話し合いを行った。</p>

～令和4年度 地域づくりプロジェクト～
地区のアクション報告

※一部抜粋



地区の取組み状況

※一部抜粋

(1) 池尻地区



- 認知症があっても、なくても、人と人、人と地域をつなげるアクションチーム「人認会（にんにん会）」。
認知症の本人と一緒にガーランド（ハンカチ屋さん提供の布で作った装飾）を作成。商店街の協力もありイベントでお披露目。
- 住民の「つながりの場があると良いね」の声から、話し合いを重ね、「まちなか作品展」を開催。108点！も作品応募あり。会場では作品を見ながら初対面でも会話が生まれ、和やかで楽しい作品展に。

(2) 太子堂地区



- 毎週水曜日に実施している「青空ラジオ体操」のメンバーでアクションチームを始動。
- 「地域で何かしたい！」という思いのある人が集まってアクションミーティングを開始。
- 認知症カフェ「さんこみゅ」でのアクション講座に若年性認知症の本人が参加。
- オレンジの日（拡大版青空カフェ）を開催。



地区の取組み状況

※一部抜粋



(3) 経堂地区



絵本読み聞かせの会
～認知症の私から、あなたたちへ～
読み聞かせ: 認知症体験者/藤原郁子氏

参加費無料
先着50名様
(事前予約制)

[日時] ▶▶▶ 2023年3月6日(月)
15:30～16:30(開催15時)

[会場] ▶▶▶ 桜丘区民センター集会所兼体育室
(世田谷区桜丘5-14-1)

第一部 絵本の紹介、読み聞かせの大切さなどのお話
第二部 絵本の読み聞かせ『赤ちゃんキューちゃん』他
第三部 対談「認知症を体験して」
読み手: 永野美奈子氏(世田谷区認知症在宅生活サポートセンター)

「申し込み・問い合わせ」
(申し込みは2月28日(火)までに、お電話又はFAXにてお願いいたします)

桜丘図書館 ☎03-3439-0741 FAX 03-3439-2923
桜丘児童館 ☎03-3439-0641 FAX 03-3439-5624

申込書(FAX)
お名前・連絡先・参加人数をご記入の上、この用紙をそのままFAXしてください。

お名前(代表の方) _____
ご連絡先 _____
参加人数 大人 名 子供(年齢) 名

主催: 世田谷区立図書館
協力: 経堂地区認知症アクションチーム、経堂まちづのセンター、経堂あんしんすこやかセンター、
社会福祉協議会経堂地区事務所、桜丘児童館

- 総勢60名で条例懇話会を開催し、区民（認知症カフェ運営者の呼びかけでアクションチームを設立。
- 認知症の本人による、絵本の読み聞かせ会、桜丘中学校2年生を対象としたアクション講座、児童館の子ども達とのボッチャ大会を実施。
- 来年度から認知症の本人と行うオレンジテニスを企画中。
- まちセンで「認知症」をテーマに健康教室を実施。

(4) 松沢地区



- 青少年地区委員からの依頼で、緑ヶ丘中学校、松沢中学校の老人ホームボランティアを対象にアクション講座を実施。認知症の本人も、インタビューやグループワークに参加。
- 日本大学文理学部社会福祉学科の学生向けに、アクション講座を実施。認知症の本人が登壇し、家族への変わらぬ愛を語る姿に涙する学生も。
- 四者連携会議で認知症の取組みについて随時情報共有。

地区の取組み状況 ※一部抜粋

(5) 上野毛地区



- 三者連携事業として、玉川野毛町公園でラジオ体操会を開催。毎週木曜9時に顔を合わせ、顔なじみができたり、誘い合うなど交流の場にもなっています。
- 買い物や犬の散歩などを通して、やさしく見守りあうまちをつくる「かみのげ やさしくみまもり隊」を結成。オレンジ色のバンダナや、自転車にプレートをつけて「ながら見守り活動」に取り組んでいます。



(6) 二子玉川地区



令和5年 スケジュール

↓

開催日:
3月18日(水)
※お天気の状況によっては変更いたします。

時間: 15:00 ~ 16:30

場所: 無印良品 二子玉川3階 Café MUJI 二子玉川
Café MUJI 二子玉川
玉川 2-27-5 3階

参加費: ワンドリンク注文
飲みメニュー 記載
申し込み: 不要

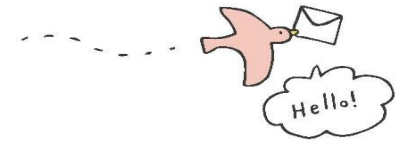
お問い合わせ:
■二子玉川あんしんすてじやセンター
TEL: 03-5797-5516
担当: 大塚花音
■SOMPOケア株式会社
TEL: 090-7770-0664
担当: 黒田
■無印良品 二子玉川
TEL: 03-5797-0230
担当: 黒田

主催: SOMPOケア株式会社
二子玉川あんしんすてじやセンター

- 「認知症」をテーマに地区版地域ケア会議を実施。
- RUN伴プラス（玉川コース）で商店街等、地域を挙げて参加。
- 認知症本人の声から認知症カフェを再開（ほっとカフェ1号店。会場はデイサービス施設「タカシマユアテラス」。）
- その後、思いがけない人と人のつながりから、ほっとカフェ2号店がオープン。力強い地域のパワーが追い風になっています。

地区の取組み状況

※一部抜粋



(7) 深沢地区



一緒にお茶を飲みながら
楽しい時間を過ごしませんか？

オレンジカフェ

聴かせて

お気軽に
申し込み不要！
お気軽に
お越しください！

開催日
2022年 12月1日(木)
2023年 1月12日(木)
2023年 2月2日(木)
2023年 3月2日(木)

オレンジカフェは、認知症の人と家族が、地域の身近な
場所で、食事・介護・福祉の専門職に相談したり、身近
な地域の方とつながることでできる居場所です。
認知症について知りたい、話してみたい、という方も、
どうぞお気軽にご参加ください。
※詳細はシルバーピアの認知症相談窓口よりお問い合わせください。

【開催】10時～11時30分
【会場】深沢シルバーピア 1階 2号 団らん室
(深沢4-17-1)
【参加費】200円

【お問い合わせ】
深沢あんしんすこやかセンター
電話：03-5779-6670 Fax：03-3418-5271
月曜口～土曜口 午前9時30分～午後5時(日曜・祝日・年末年始は休みです。)

- 安心して暮らせるまちづくりを目指して、声かけ模擬訓練を商店街の「見守りステッカー」発見ツアーと合わせて実施。
- 社協・あんすこ通信で「希望条例」特集記事を掲載。
- 社協の困りごと解決プロジェクト認知症グループ：サロン「かめ」でアクション講座を開催。
- 深沢シルバーピア団らん室を活用し、認知症カフェ「聴かせて」をオープン。

(8) 祖師谷地区

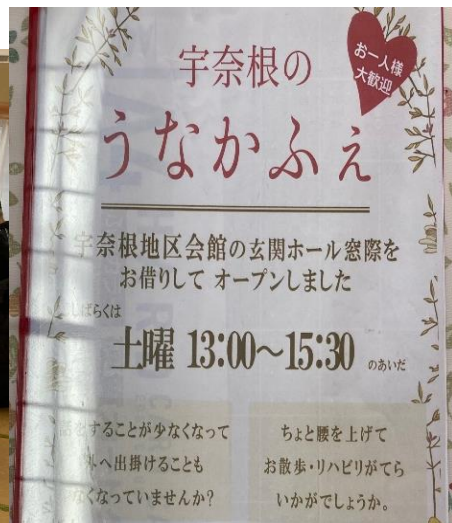


- 85歳を過ぎてから絵画の趣味を持ち、イキイキ暮らす認知症の本人の絵画展開催に向けて、民生委員や関係者と四者連携で準備中。“高齢になっても認知症になっても生きがいを持って楽しく暮らせる”と、見た人に感じてもらえる絵画展をめざしています。

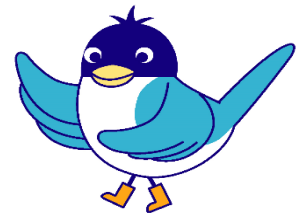
地区の取組み状況

※一部抜粋

(9) 喜多見地区



- コミュニティカフェ「うなかふえ」は、認知症のある・なしに関わらず、時には、近隣のクループホーム入居者も参加するなど孤立せず集う、あたたかな居場所となっています。



(10) 砧地区



- 家族会・地域住民・関係者が、認知症の本人の意見も聞きながら、タリーズの協力のもと、認知症カフェ「キヌタdeカフェ」を立ち上げ。
- カフェビシュロンでも「語りあう会」を開催。
- カフェ参加の認知症本人の声から、目黒星美学園中学生と歌の交流「Xmasイベント音楽を楽しむつどい」を実施。

地区の取組み状況 ※一部抜粋

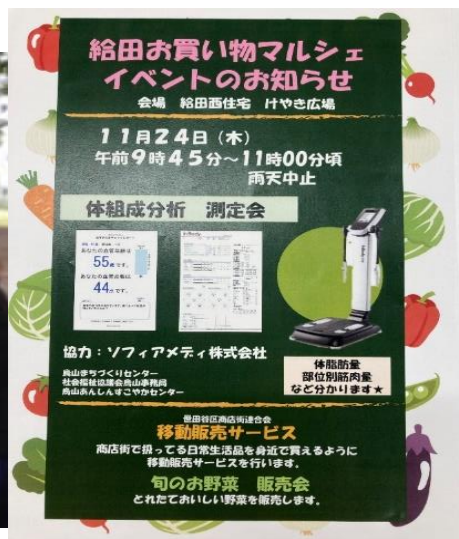


(11) 上北沢地区



- 上北沢地区アクションチームを発足。
希望条例の理解促進策として、条例パンフレットを町会・自治会、サロン、ミニデイ、商店や金融機関へ700部配布。区のおしらせ（7月25日号）一面で、希望条例に関する取組みを掲載。
- サロン、事業者、小学校など11回アクション講座を実施（共同開催含む）。四者連携で、松沢病院、地域共生の家などとも連携し、チームの拠点づくりを始めている。

(12) 烏山地区



- 地域住民の「近所にスーパーがなく買い物に困っている」の声をきっかけに、民生委員等による「給田お買い物マルシェ」を定期開催。
- マルシェ3周年イベントでは、移動販売のほか、ベジタブルチェックコーナー、栄養相談等も開催。
- 存明寺でアクション講座を開催。

地区の取組み状況

※一部抜粋

(13) 若林地区

- オレンジハート（チームオレンジ）が開催する「オレンジカフェせたOHA」を有志が見学。
地区の居場所づくりに向けて、民生委員やオレンジハート等と「認知症カフェ立ち上げミーティング」を重ねて三者連携で準備中を進めています。

(14) 新代田地区

- まちづくりセンター所長が仲介して、代田小学校でアクション講座実施がスタート。
認知症の本人も登壇し、終了後も児童が認知症の方とともにできることを考え、オンラインで昔遊びやクイズなどを通して交流あり。
その後も2年続けて、アクション講座を実施。

(15) 北沢地区

- 認知症カフェ「虹からカフェ」を、あんすこで立ち上げ、三者連携会議で進捗を共有。
より地域に開かれた場所での開催をめざし、まちづくりセンター所長が会場調整。今後、三者連携事業としてスターバックスに会場を移転した取組みに向け準備中。

(16) 松原地区

- 社会福祉協議会のふれあいいいきいきサロン「サロンドオハナ」と、「サロンドモナミ」の参加者である認知症の本人の、日々の暮らしから感じる声を丁寧に聞きながら、今後の地域づくりを思案しています。



次期「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」の策定に伴う部会の設置について

1. 主旨

区は、「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ことを目的とし、認知症施策を総合的に推進していくため、区としての中長期の構想のもと、「世田谷区認知症とともに生きる希望計画」を令和3年度～5年度の3年間の計画として令和3年3月に策定した。

本計画が令和5年度末をもって第一期を終えることに伴い、令和6年度から8年度までの次期計画を策定するため、世田谷区認知症施策評価委員会のもとに部会を設置し検討する。

なお、次期計画は第一期計画の内容を引き継ぎながら、希望条例の理念を踏まえた計画とする。

また、区では「世田谷区基本計画」および「世田谷区地域保健医療福祉総合計画」、「第9期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」等といった、区の様々な計画が開始期を令和6年度に見据え検討している。

次期計画についても、これらの計画との整合を図りながら検討していく。

2. 検討体制

「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」施行規則第9条2項に基づき、委員長が指名する委員をもって組織する。

(参考) 第一期希望計画策定時(令和2年度)の検討体制は別紙(裏面)参照。

3. スケジュール(予定)

令和5年度以降 部会(2回程度)

令和6年 2月 常任委員会報告

3月 計画策定

裏面あり

別紙

世田谷区認知症施策評価委員会部会 委員名簿

※1 職（所属）等は令和2年時点の表記

	区分	氏名	職（所属）等 ※1
1	本人	長谷部 泰司	認知症とともに生きる人
2	本人	澤田 佐紀子	認知症とともに生きる人
3	学経	大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
4	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
5	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	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	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	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

世田谷区認知症施策評価委員会部会 パートナー・アドバイザー名簿

① パートナー

	氏名	職（所属）等 ※1
1	工藤 幸子	長谷部泰司委員パートナー
2	鈴井 章子	長谷部泰司委員パートナー
3	小林 真理子	澤田佐紀子委員パートナー
4	蓮見 早苗	澤田佐紀子委員パートナー ※2

② アドバイザー

	氏名	職（所属）等 ※1
1	岩瀬 はるみ	市民活動団体「ZUTTO-KOKO」代表
2	和田 敏子	(福) 世田谷ボランティア協会理事
3	蓮見 早苗	用賀あんしんすこやかセンター管理者 (澤田佐紀子委員パートナー) ※2

※2 パートナーとアドバイザーを兼ねる。

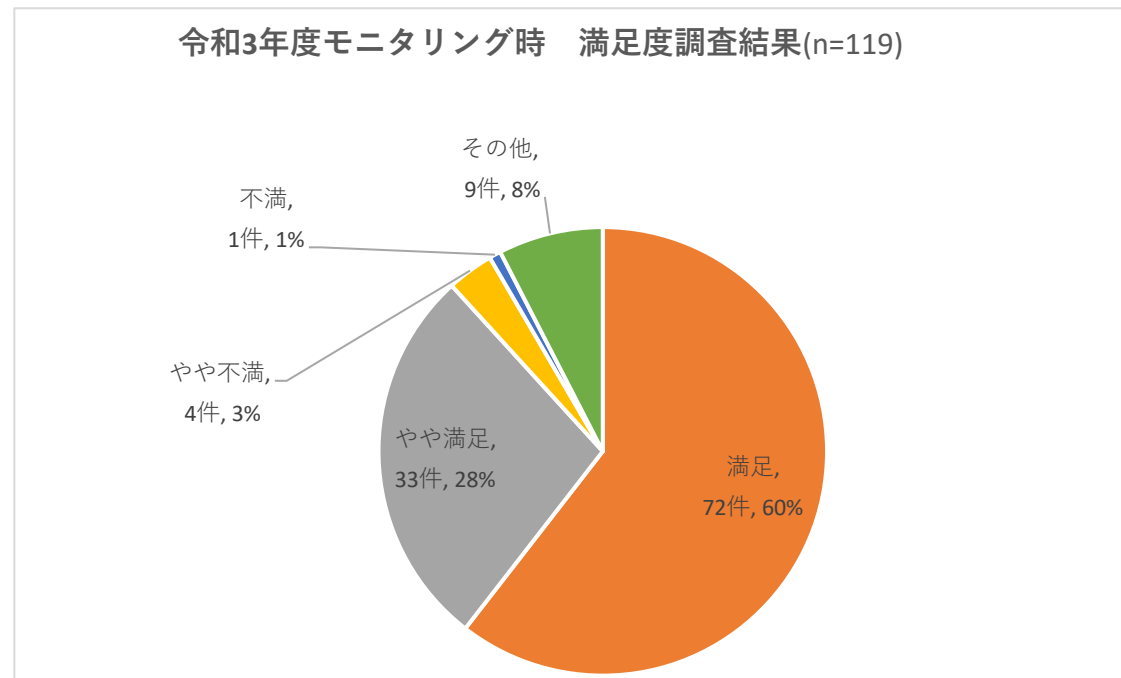
認知症初期集中支援チーム事業 令和3年度および令和4年度実績の考察

令和5年3月15日 令和4年度第3回
世田谷区認知症施策評価委員会

資料6-①

1. 令和3年度事業実績

- ・令和3年度事業実績では、訪問対象者数は119件。9割が認知症軽度者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ・Ⅱ）であった。
平均訪問回数は4.3回（訪問延べ回数516回）で、初期集中支援チーム員22人体制（令和3年4月1日時点）のもと、チーム員会議を348回実施した。
原則6か月の支援事業終了時点で9割の方が在宅生活を継続していた。
訪問対象者の年齢構成は、80歳以上が8割を占め、世帯構成では単身世帯および高齢者のみ世帯が7割であった。
- ・支援終了概ね2か月後に実施するモニタリングにおいて、令和3年度から、調査票に「事業利用満足度」の項目を追加した。
モニタリング調査結果、全体の9割が「満足・やや満足」との回答だった。
「満足」と回答した6割（72件）の方のコメントを、以下に抜粋する。



■「満足」と回答した6割（72件）の方のコメント。 *一部抜粋。

- ・医療やサービスにつながり安心感があった。
- ・笑顔で談笑する様子を見れて良かった。
- ・認知症の症状や薬とともに、今後の生活についても相談できた。
- ・事業を使うまでは分からないことも多く不安だったが、利用して心強かった。
- ・最初は人が来るのも拒んでいたが、最終的には訪問看護につながった。
- ・本人が診断を受けたことで、親の状態を納得でき、気持ちが落ち着いた。
- ・入所に至るまでの家族の揺れ動く気持ちにも寄り添ってもらえた。

「やや不満」との回答は0.3割（4件）で、コメントの詳細は、「介入前後で大きな変化が感じられなかった」「家族の負担感が変わらない」との内容だった。
「不満」の回答は1件で、満足感につながらなかった理由は、サービス導入で定期的に他者が介入した結果、自由にできないと本人が家族に漏らすことで家族の負担感軽減に至らずとの状況であった。

2. 令和4年度事業実績（令和5年1月末時点）

- ・令和4年度事業実績では、訪問対象者数は118件。訪問を実施した108件について、9割が認知症軽度者であった。
また、6割の方が介護保険認定を受けているものの、介護保険サービス利用は1割を切り、2割の方は主治医もいない状況であった。

裏面あり

認知症初期集中支援チーム事業 実績の経過（平成25年度～令和4年度）

		認知症初期集中支援チーム事業（＊1）													
		事例利用 目標値	事例提出数	訪問 対象者数	在宅 継続率	社会的困難 事例（＊2）		主たる支援目標と達成度（チーム員支援終了時）							
								意思決定支援 （＊3）		医療の導入 （＊4）		各種サービス （＊5）		家族支援	
件数	%	達成 件数	達成率 （%）	達成 件数	達成率 （%）	達成 件数	達成率 （%）	達成 件数	達成率 （%）	達成 件数	達成率 （%）				
2013年度	平成25年度	56 （@2）	51	49					7	100%	16	84%	6	60%	
2014年度	平成26年度	56 （@2）	53	52	94.2%				16	80%	12	92%	7	58%	
2015年度	平成27年度	84 （@3）	76	74	86.5%				15	100%	25	93%	8	62%	
2016年度	平成28年度	84 （@3）	73	68	88.2%			2	100%	12	67%	18	78%	11	85%
2017年度	平成29年度	84 （@3）	70	66	93.9%			1	100%	9	92%	26	90%	7	64%
2018年度	平成30年度	84 （@3）	84	80	91.3%	20	25%	5	83%	17	100%	6	67%	34	97%
2019年度	令和元年度	112 （@4）	108	101	85.1%	17	18%	25	96%	20	95%	17	100%	21	100%
2020年度	令和2年度	140 （@5）	112	110	91.7%	15	14%	40	100%	14	88%	12	92%	28	97%
2021年度	令和3年度	140 （@5）	128	119	85.7%	9	8%	72	97%	13	87%	5	100%	19	100%
2022年度	令和4年度	140 （@5）	128	118	—	8	7%	—	—	—	—	—	—	—	—
2023年度	令和5年度	168 （@6）													

（＊1）平成22～24年度「認知症高齢者見守り訪問看護事業」（都・補助金を活用）の実績をベースに、平成25年度から認知症の早期対応・早期支援の充実を図るため「認知症初期集中支援チーム事業」を開始した。なお、平成25年度は国「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」として、平成26年度は介護保険法・地域支援事業（任意事業）の「認知症初期集中支援推進事業」として実施した。

（＊2）社会的困難事例とは、独居、高齢者世帯、キーパーソン不在、近隣からの苦情、消費者被害等に複数該当したケースをいう。

（＊3）意思決定支援の項目は28年度に追加。認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。

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

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

令和3年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書

○事例提出数	128 件
うちエントリーのみ:	9 件 (理由: 初回訪問前に受診・サービス導入2件、訪問拒否4件、その他3件)
○訪問対象者数	119 件
○実訪問数	119 件

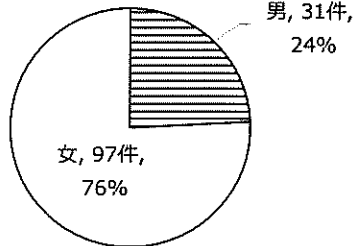
【令和5年2月作成】

1. 事例提出の内訳 (n=128)

(1) 性別

男	女	総計(件数)
31	97	128

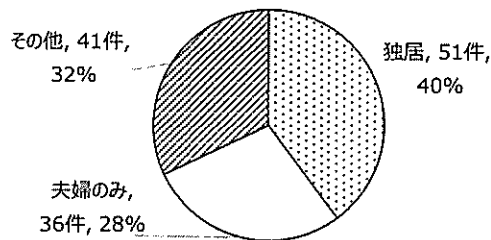
性別 (n=128)



(2) 世帯構成

独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
51	36	41	128

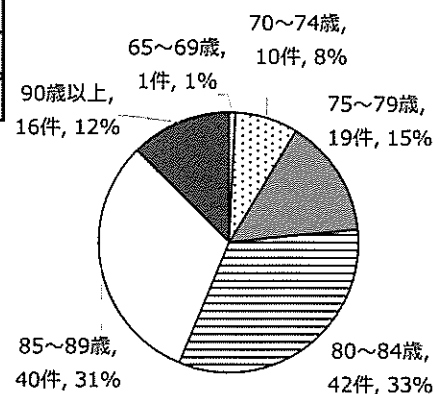
世帯構成 (n=128)



(3) 年齢

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳以上	合計
男	1	3	3	9	10	5	31
女	0	7	16	33	30	11	97
合計	1	10	19	42	40	16	128

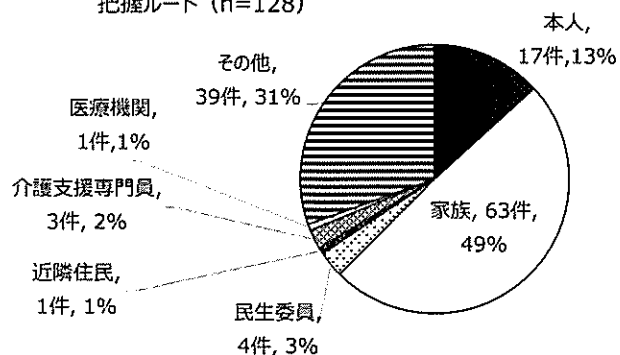
年齢 (n=128)



(4) 把握ルート

本人	17
家族	63
民生委員	4
近隣住民	1
介護支援専門員	3
医療機関	1
その他	39
総計(件数)	128

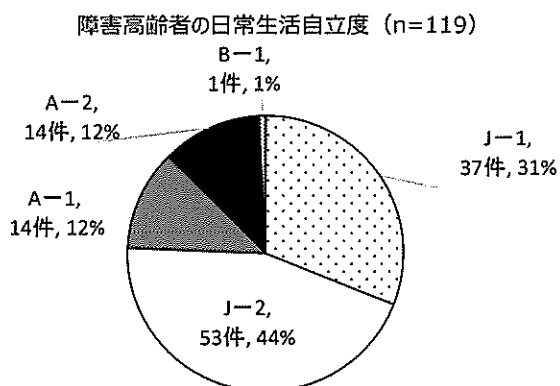
把握ルート (n=128)



2. 実訪問数の内訳 (n=119)

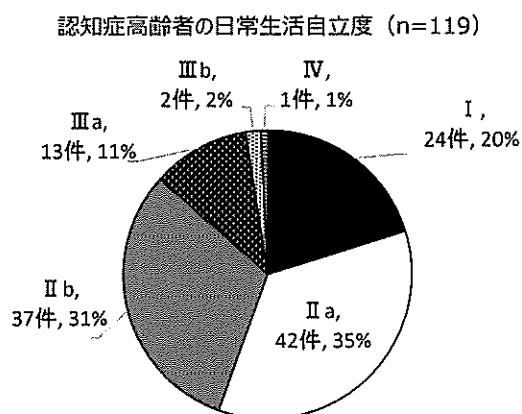
(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	37
J-2	53
A-1	14
A-2	14
B-1	1
総計(件数)	119



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	24
II a	42
II b	37
III a	13
III b	2
IV	1
総計(件数)	119

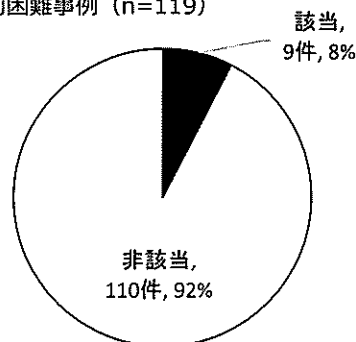


(3) 社会的困難事例

該当	9
非該当	110
総数(件数)	119

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

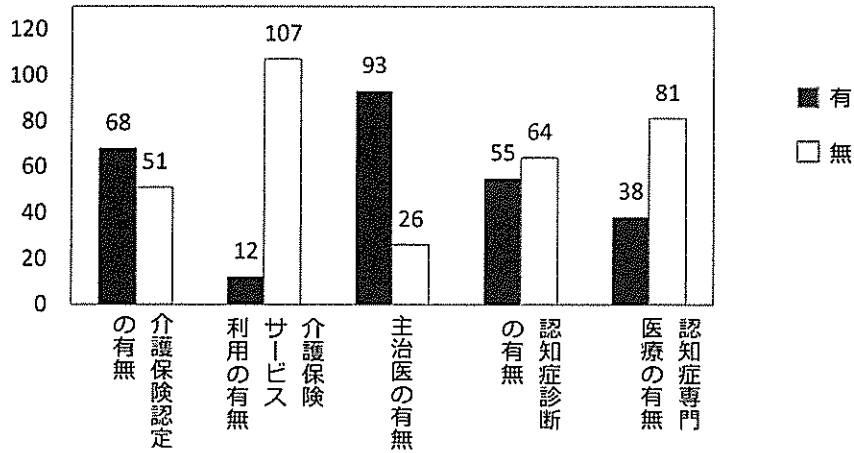
社会的困難事例 (n=119)



(4) 医療・介護サービス介入状況

	介入前 (事例提出時)		合計
	有	無	
介護保険認定の有無	68	51	119
介護保険サービス利用の有無	12	107	119
主治医の有無	93	26	119
認知症診断の有無	55	64	119
認知症専門医療の有無	38	81	119

(件数) 医療・介護サービス介入状況 (n=119)

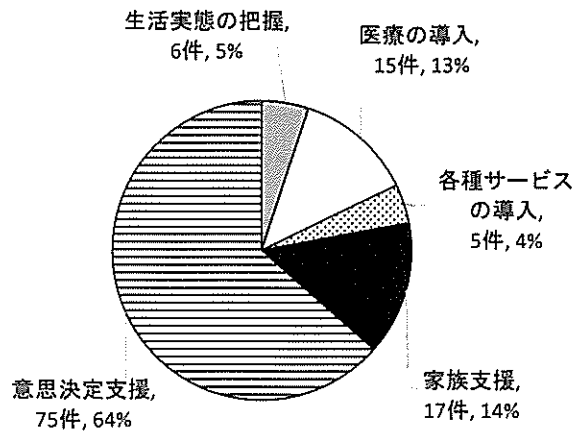


(5) 支援目標について (初回チーム会議時)

目標	主目標	副目標
生活実態の把握	6	73
医療の導入	15	73
各種サービスの導入	5	93
家族支援	17	88
意思決定支援 (※1)	75	36
総計 (件数) (※2)	118	363

(※1) 事例選定の段階で、認知症初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。
 (※2) 対象119名のうち、1件初回会議にて目標が決定しなかったため、総計が118件である。

主たる目標 (n=118)



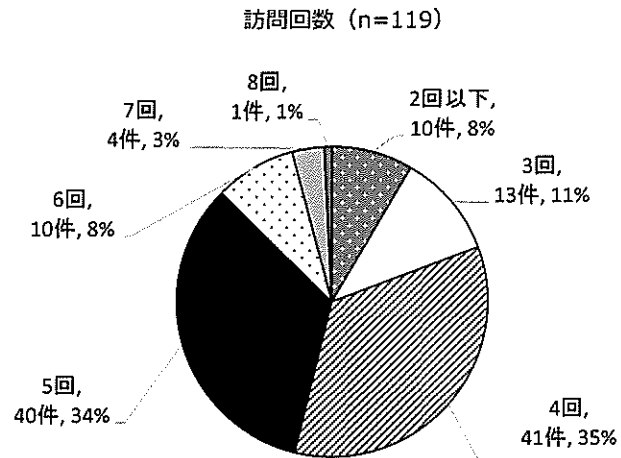
3. 訪問対象者の内訳（モニタリング終了者）（n=119）

※チーム員支援終了の概ね2ヶ月後、モニタリングを実施する。

（1）訪問回数

2回以下	10
3回	13
4回	41
5回	40
6回	10
7回	4
8回	1
総計(件数)	119

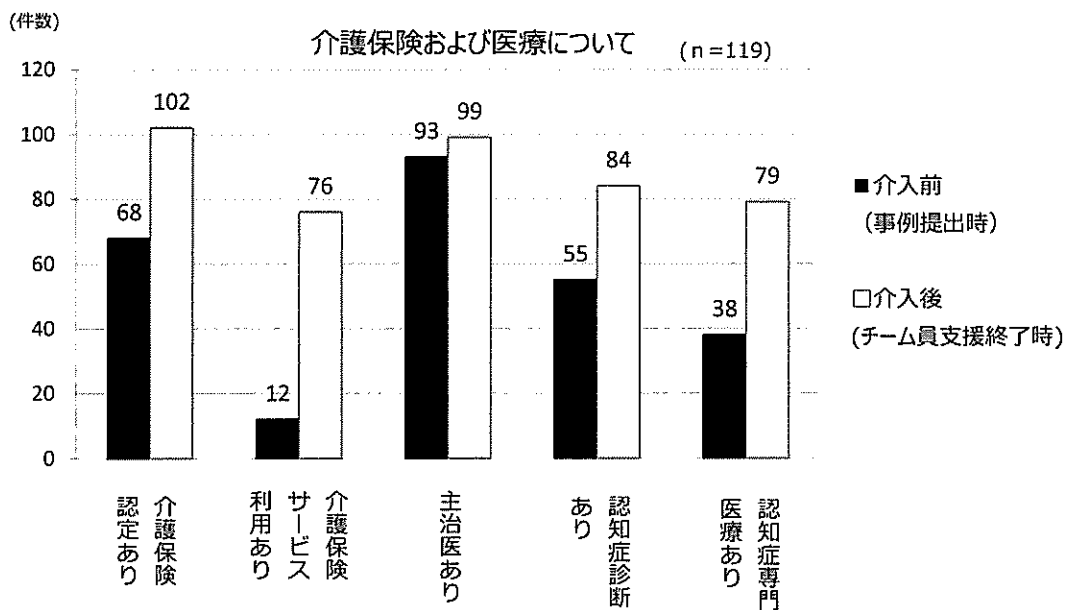
・訪問延べ回数 516 回
 ・平均訪問回数 4.34 回



（2）介護保険および医療について

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		総計(件数)
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	68	51	102	17	119
介護保険サービス利用の有無	12	107	76	43	119
主治医の有無	93	26	99	20	119
認知症診断の有無 (※1)	55	64	84	35	119
認知症専門医療の有無	38	81	79	40	119

※1 「認知症以外の診断に至った」場合も、診断ありとする。



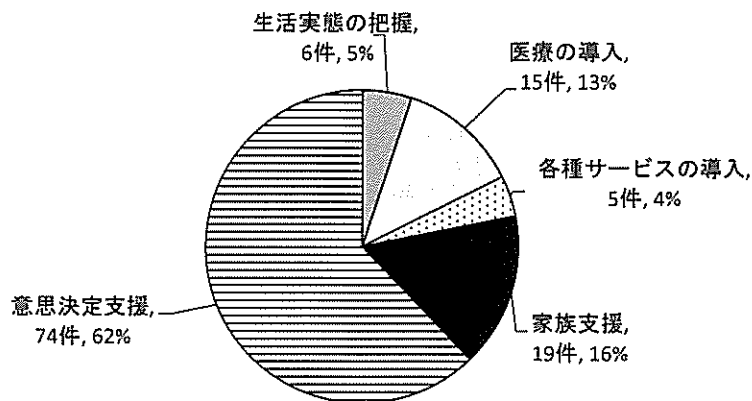
(3) 支援目標と達成度について (チーム員支援終了時)

主たる目標	件数(実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	6	6	100%
医療の導入(※1)	15	13	87%
各種サービスの導入(※2)	5	5	100%
家族支援	19	19	100%
意思決定支援(※3)	74	72	97%
総計(件数)	119	115	97%

(※1) 医療の導入は内科系・認知症専門のいずれかの導入ができた場合を達成としている。
 (※2) 各種サービスは、介護保険サービス、あんしんすこやかセンター事業、地域のサービスなどインフォーマルサービスなどのいずれかの導入ができた場合を達成としている。
 (※3) 意思決定支援は、認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。
 事例選定の段階で、認知症の初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。
 (※4) 副目標を含む全ての目標についての達成状況を示している。

全体の目標達成(※4)	487	472	97%
-------------	-----	-----	-----

主たる目標 (n=119)



全体の目標達成(※4)のうち、医療の導入・各種サービスの導入目標と達成状況について

目標	件数(延)	目標達成件数	達成率
医療の導入	90	85	94%
(再掲) 認知症専門医療の導入	35	30	86%
各種サービスの導入	98	94	96%
総数(件数)	223	209	94%

4. モニタリングの結果について (n=119)

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		モニタリング終了時 (チーム員支援終了2ヶ月後)			総数 (件数)
	有	無	有	無	有	無	達成率	
介護保険認定の有無	68	51	102	17	107	12	90%	119
介護保険サービス利用の有無	12	107	76	43	80	39	67%	119
主治医の有無	93	26	99	20	109	10	92%	119
認知症診断の有無	55	64	84	35	86	33	72%	119
認知症専門医療の有無	38	81	79	40	79	40	66%	119

(1) 介護保険および医療について

①介護保険の認定の有無

- ・介入後の時点で認定を受けていなかった17件のうち、モニタリング時点で5件が認定を受けた。
- ・介護保険認定に至らなかった12件の内訳は、家族が対応できているのが6件、インフォーマル・サービスや互助を活用しているのが2件、本人が必要性感じていないのが2件、施設入所1件、死亡1件であった。

②介護保険サービスの利用有無

- ・介入後にサービス未利用であった43件のうち、4件がサービス導入に至った。
- ・モニタリング時点で未利用39件のうち、1)介入後からモニタリングまで利用に至らなかったのが34件、2)介入後の時点ではサービスを利用していたがモニタリング時点でサービス未利用・中断となったのが5件であった。
 - 1)34件の内訳は、本人または家族が必要性感じていないのが20件、インフォーマル・サービス利用中9件、入院・入所4件、死亡1件であった。
 - 2)5件の内訳は、拒否4件、入院1件であった。

③主治医の有無

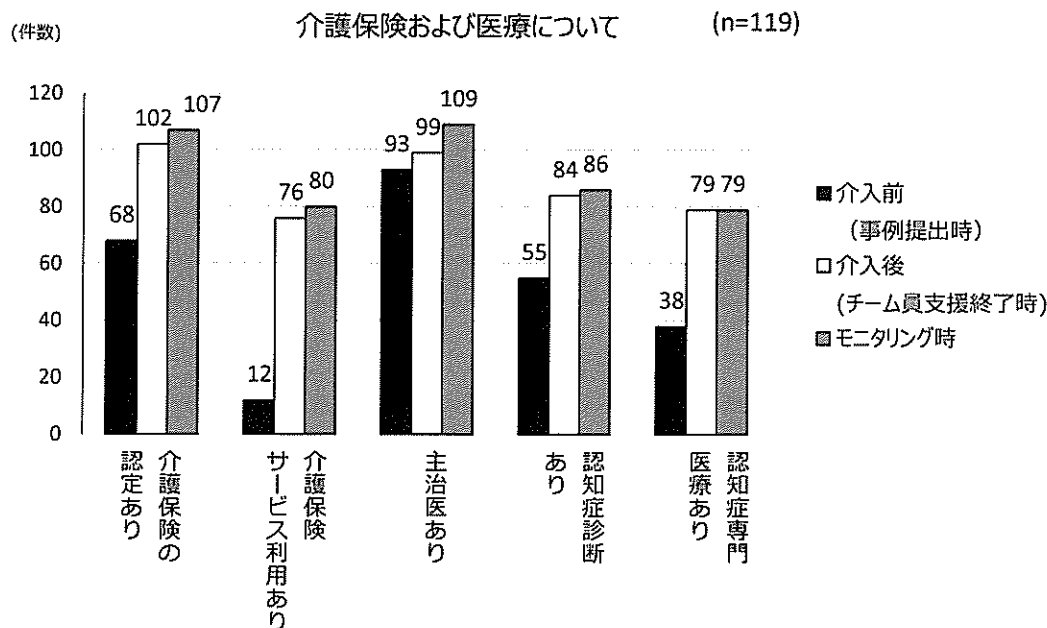
- ・介入後に主治医不在が20件だったが、モニタリング時の主治医不在は10件であった。介入後、主治医不在20件のうち、13件はモニタリング時に主治医につながったが、7件は主治医が不在のままであった。一方、介入後時点で主治医がいた99件のうち、96件はモニタリング時点でも主治医につながっていたが、3件は主治医が不在となった。
- ・モニタリング時、主治医不在10件の理由は、本人希望なし6件、死亡2件、入所1件、一旦導入に至ったが中断したのが1件であった。

④認知症診断の有無

- ・介入後に認知症の診断がなかったのは35件だったが、モニタリング時点で診断がなかったのは33件であった。介入後に診断がなかった35件のうち、5件はモニタリング時点で認知症の診断がされたが、30件は未診断のままであった。一方、介入後時点で診断ありとしていた84件のうち、81件はモニタリング時点でも認知症と診断され、3件は未診断となった。
- ・モニタリング時、診断に至っていない33件の理由は、受信拒否13件、主治医でフォローしているのが8件、家族希望なし5件、状態が安定したのが2件、認知症の所見なく年相応だったのが2件、他の疾患の診断1件、今後受診予定1件、死亡1件であった。

⑤認知症専門医療の有無

- ・モニタリング時点で認知症専門医療につながっていなかった40件の理由は、1)介入後からモニタリングまでつながっていなかったのが30件、2)介入後の時点では認知症専門医療につながっていたがモニタリング時点でつながっていないのが10件であった。
 - 1) 30件の内訳は、主治医がフォローしている24件、受診拒否4件、死亡2件であった。
 - 2) 10件の内訳は、すべて主治医でフォローしていた。



(2) 支援目標と達成度について

主たる目標	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時の状況 (チーム員支援終了2か月後)		
	件数 (実)	目標達成件数	達成率	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	6	6	100%	6	6	100%
医療の導入 (※1)	15	13	87%	15	13	87%
各種サービスの導入 (※2)	5	5	100%	5	5	100%
家族支援	19	19	100%	19	19	100%
意思決定支援 (※3)	74	72	97%	74	72	97%
総計 (件数)	119	115	97%	119	115	97%

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

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

(※3) 意思決定支援は、認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。事例選定の段階で、認知症の初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。

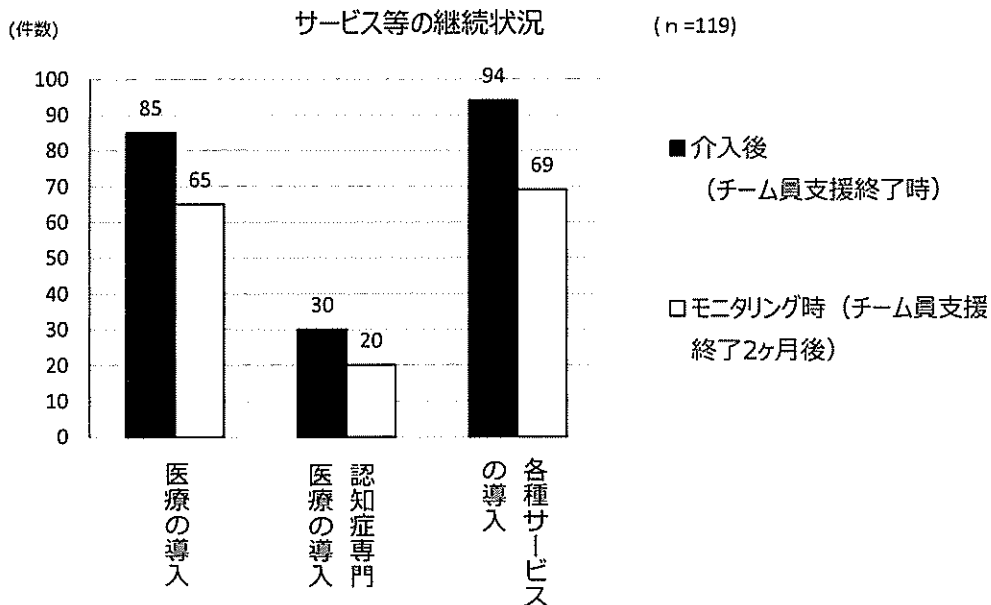
●モニタリング時の目標達成状況

・主たる目標として掲げていた各項目は、介入後の時点で目標達成しており、モニタリング時も継続できている。

(3) 医療の導入・各サービスの導入目標と達成状況について

目標	介入後 (チーム員支援終了時)			モニタリング時 (チーム員支援終了2ヶ月後)					
	件数(延)	目標達成件数	達成率	介入後の継続状況			目標達成状況		
				目標達成件数	継続数	継続率	件数(延)	目標達成件数	新達成率
医療の導入	90	85	94%	85	65	76%	68	68	100%
(再掲)認知症専門医療の導入	35	30	86%	30	20	67%	23	23	100%
各種サービスの導入	98	94	96%	94	69	73%	74	73	99%
総計 (件数)	223	209	94%	209	154	74%	165	164	99%

- ・ 医療の導入において、介入後の時点で目標を達成した85件のうち、モニタリング時点で医療が継続されていたのは65件であった。
目標達成状況としては、主目標、副目標に医療の導入をあげた68件全てが目標達成した。
モニタリング時点で新たに医療につながったのは、3件であった。
- ・ 認知症専門医療の導入について、介入後の時点で目標を達成していた30件のうち、実際に認知症専門医療が継続されていたのは20件であった。
非継続の10件のうち、モニタリング時点で新たに認知症専門機関に定期通院したのは3件であった。
目標達成状況としては、主目標、副目標に医療の導入をあげ、(再掲)認知症専門医療の目標を達成したのは23件であった。
- ・ 各種サービスの導入について、介入後の時点で目標達成した94件であった。
目標達成状況としては、フォーマル、インフォーマルのサービスの導入をあげた74件のうち、死亡が1件あったため目標達成件数は73件であった。



令和4年度 認知症初期集中支援チーム事業報告書

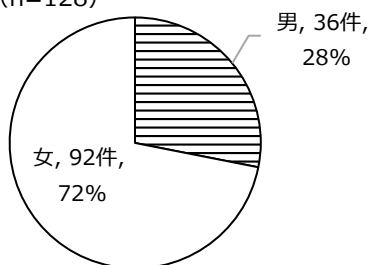
○事例提出数	128 件	
うちエントリーのみ：	10 件	(理由：訪問拒否2件、初回訪問前に受診・サービス導入1件、入院1件、)
○訪問対象者数	118 件	施設入所1件、精神疾患疑い1件、多問題困難ケース2件、その他2件)
○実訪問数	108 件	(訪問未実施10件) 【令和5年1月末時点】

1. 事例提出の内訳 (n=128)

(1) 性別

男	女	総計(件数)
36	92	128

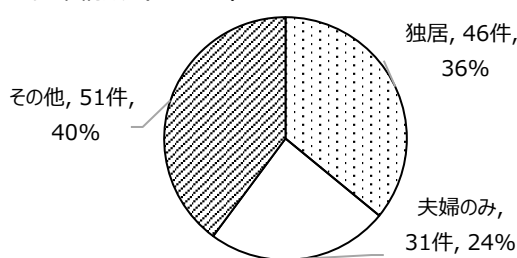
性別 (n=128)



(2) 世帯構成

独居	夫婦のみ	その他	総計(件数)
46	31	51	128

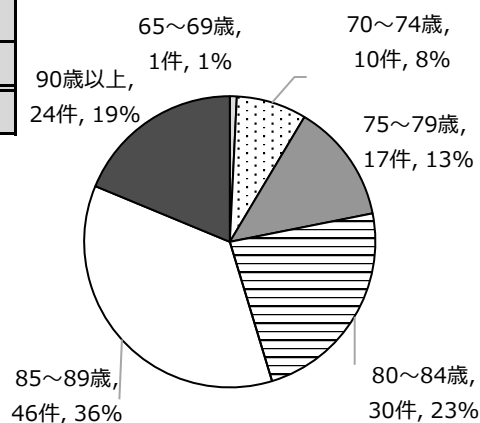
世帯構成 (n=128)



(3) 年齢

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳以上	合計
男	0	4	5	8	14	5	36
女	1	6	12	22	32	19	92
合計	1	10	17	30	46	24	128

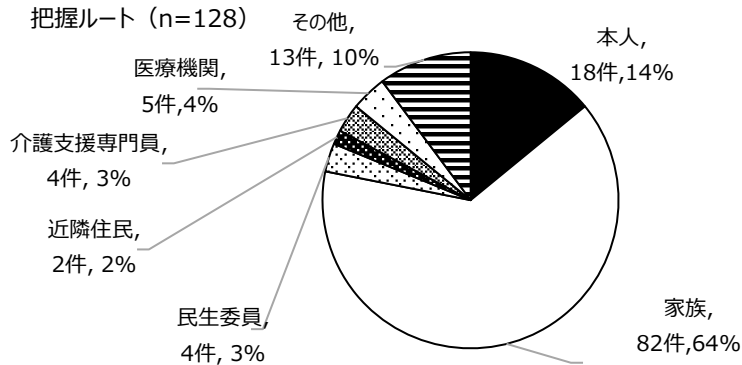
年齢 (n=128)



(4) 把握ルート

本人	18
家族	82
民生委員	4
近隣住民	2
介護支援専門員	4
医療機関	5
その他	13
総計(件数)	128

把握ルート (n=128)



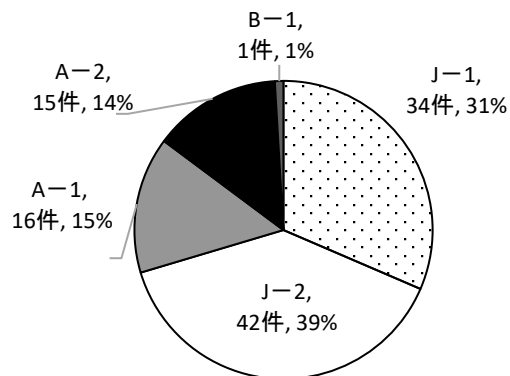
2. 実訪問数の内訳 (n=108)

【令和5年1月末時点】

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	34
J-2	42
A-1	16
A-2	15
B-1	1
総計(件数)	108

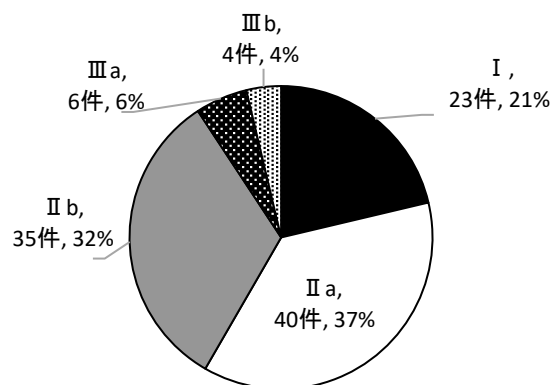
障害高齢者の日常生活自立度 (n=108)



(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	23
II a	40
II b	35
III a	6
III b	4
総計(件数)	108

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=108)

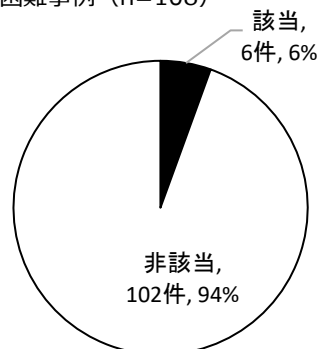


(3) 社会的困難事例

該当	6
非該当	102
総数(件数)	108

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

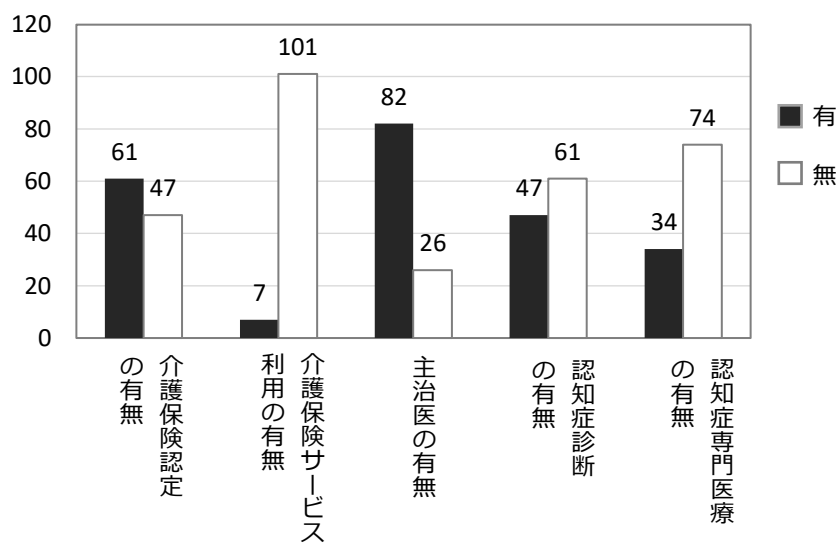
社会的困難事例 (n=108)



(4) 医療・介護サービス介入状況

	介入前 (事例提出時)		合計
	有	無	
介護保険認定の有無	61	47	108
介護保険サービス利用の有無	7	101	108
主治医の有無	82	26	108
認知症診断の有無	47	61	108
認知症専門医療の有無	34	74	108

(件数) 医療・介護サービス介入状況 (n=108)



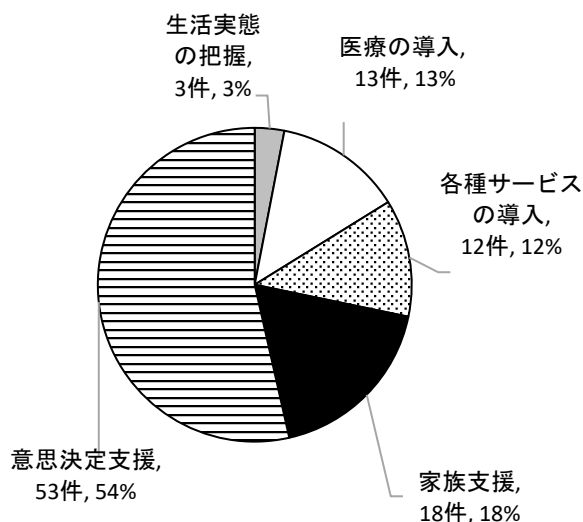
(5) 支援目標について (初回チーム員会議時)

目標	主目標	副目標
生活実態の把握	3	51
医療の導入	13	66
各種サービスの導入	12	70
家族支援	18	80
意思決定支援 (※1)	53	45
総計 (件数) (※2)	99	312

(※1) 事例選定の段階で、認知症初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。

(※2) 実訪問数108件のうち、初回チーム員会議実施済の件数について集計。

主たる目標 (n=99)



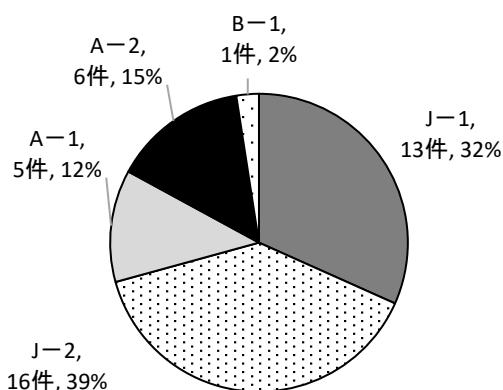
3. 訪問終了者の内訳 (n=41)

【令和5年1月末時点】

(1) 障害高齢者の日常生活自立度

J-1	13
J-2	16
A-1	5
A-2	6
B-1	1
総計(件数)	41

障害高齢者の日常生活自立度 (n=41)

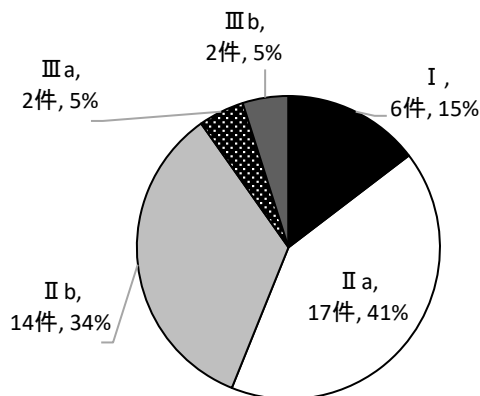


把握ルート×障害度	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	C-1	合計
本人	2	1	1	0	0	0	4
家族	10	11	3	6	1	0	31
民生委員	0	1	0	0	0	0	1
近隣住民	0	0	0	0	0	0	0
介護支援専門員	1	0	0	0	0	0	1
医療機関	0	1	0	0	0	0	1
その他	0	2	1	0	0	0	3
合計	13	16	5	6	1	0	41

(2) 認知症高齢者の日常生活自立度

I	6
II a	17
II b	14
III a	2
III b	2
IV	0
総計(件数)	41

認知症高齢者の日常生活自立度 (n=41)



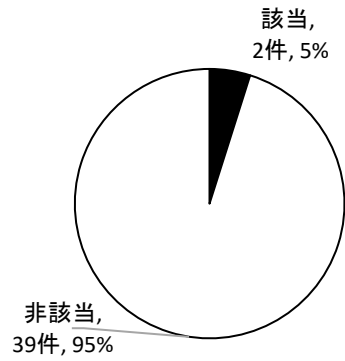
把握ルート×重症度	I	II a	II b	III a	III b	IV	合計
本人	4	0	0	0	0	0	4
家族	2	14	12	1	2	0	31
民生委員	0	1	0	0	0	0	1
近隣住民	0	0	0	0	0	0	0
介護支援専門員	0	1	0	0	0	0	1
医療機関	0	0	1	0	0	0	1
その他	0	1	1	1	0	0	3
合計	6	17	14	2	2	0	41

(3) 社会的困難事例

該当	2
非該当	39
総数(件数)	41

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

社会的困難事例 (n=41)

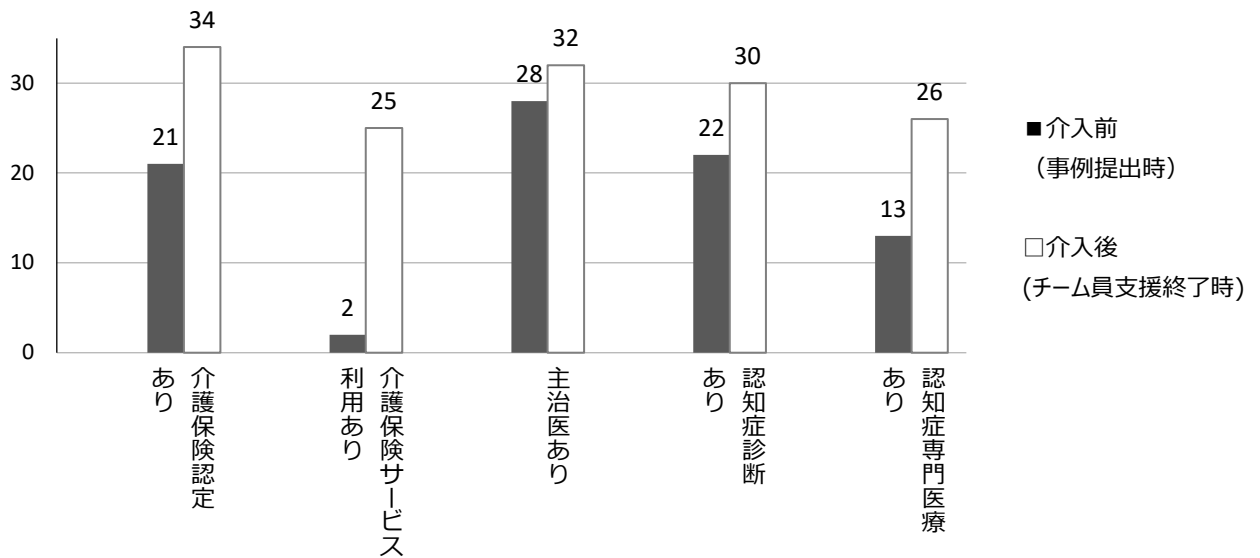


(4) 介護保険および医療について

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		合計
	有	無	有	無	
介護保険認定の有無	21	20	34	7	41
介護保険サービス利用の有無	2	39	25	16	41
主治医の有無	28	13	32	9	41
認知症診断の有無	22	19	30	11	41
認知症専門医療の有無	13	28	26	15	41

(件数)

医療・介護サービス介入状況 (n=41)

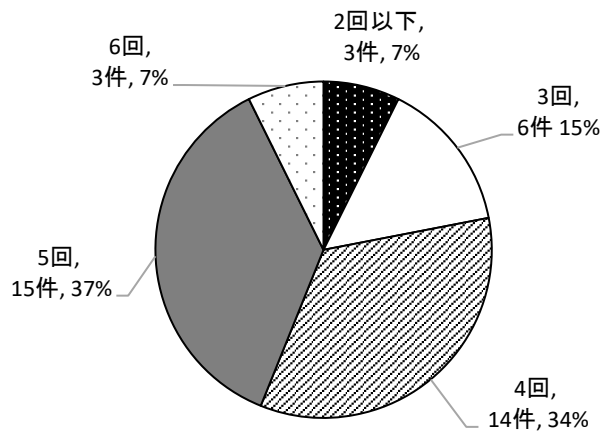


(5) 訪問回数

2回以下	3
3回	6
4回	14
5回	15
6回	3
総計(件数)	41

・訪問延べ回数 173 回
 ・平均訪問回数 4.22 回

訪問回数 (n=41)

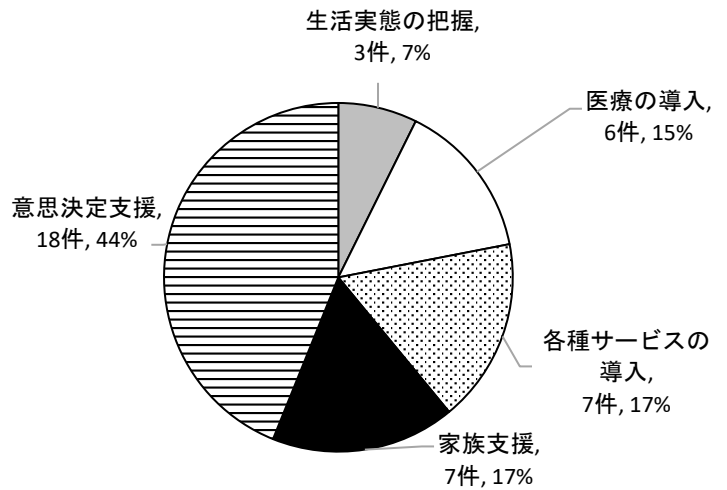


(6) 支援目標と達成度について (チーム員支援終了時)

主たる目標	件数 (実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	3	3	100%
医療の導入 (※1)	6	6	100%
各種サービスの導入 (※2)	7	7	100%
家族支援	7	7	100%
意思決定支援 (※3)	18	18	100%
総計 (件数)	41	41	100%

全体の目標達成 (※4)	172	167	97%
--------------	-----	-----	-----

主たる目標 (n=41)



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

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

(※3) 意思決定支援は、認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。事例選定の段階で、認知症の初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。

(※4) 副目標を含む全ての目標における達成状況を示している。

4. モニタリング終了者の内訳 (n=18)

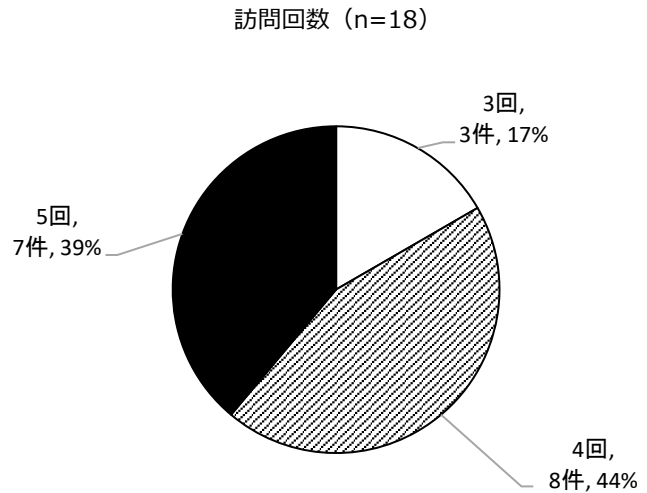
【令和5年1月末時点】

※チーム員支援終了の概ね2ヶ月後、モニタリングを実施する。

(1) 訪問回数

2回以下	0
3回	3
4回	8
5回	7
6回	0
総計(件数)	18

- ・訪問延べ回数 76 回
- ・平均訪問回数 4.22 回

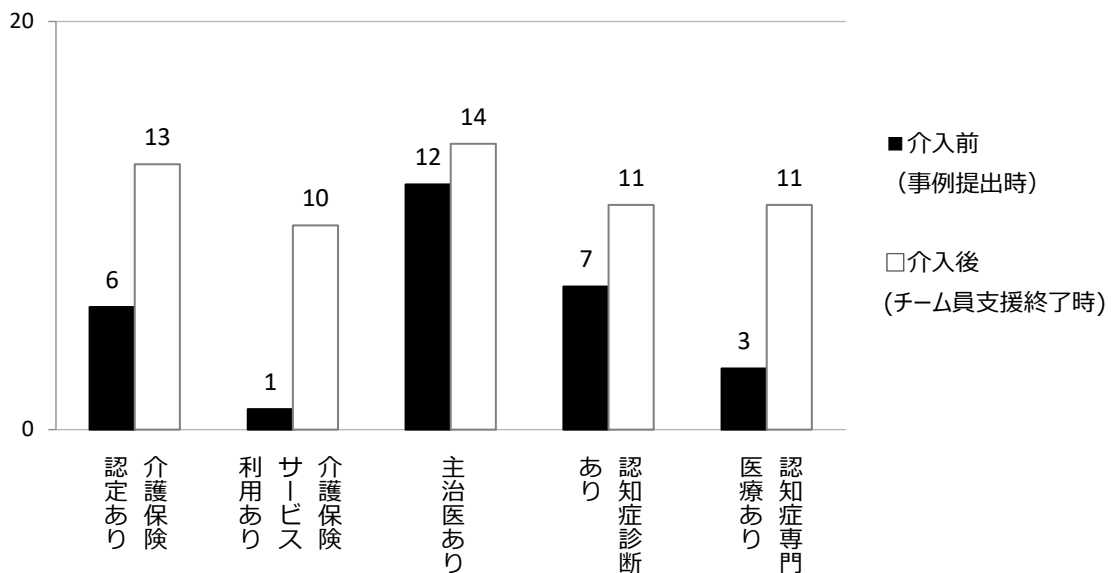


(2) 介護保険および医療について

	介入前 (事例提出時)		介入後 (チーム員支援終了時)		総計(件数)
	有	無	有	無	
介護保険の認定有無	6	12	13	5	18
介護保険サービス利用の有無	1	17	10	8	18
主治医の有無	12	6	14	4	18
認知症診断の有無	7	11	11	7	18
認知症専門医療の有無	3	15	11	7	18

(件数)

介護保険および医療について (n=18)



(3) 支援目標と達成度について (チーム員支援終了時)

主たる目標	件数(実)	目標達成件数	達成率
生活実態の把握	3	3	100%
医療の導入(※1)	1	1	100%
各種サービスの導入(※2)	2	2	100%
家族支援	4	4	100%
意思決定支援(※3)	8	8	100%
総計(件数)	18	18	100%

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

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

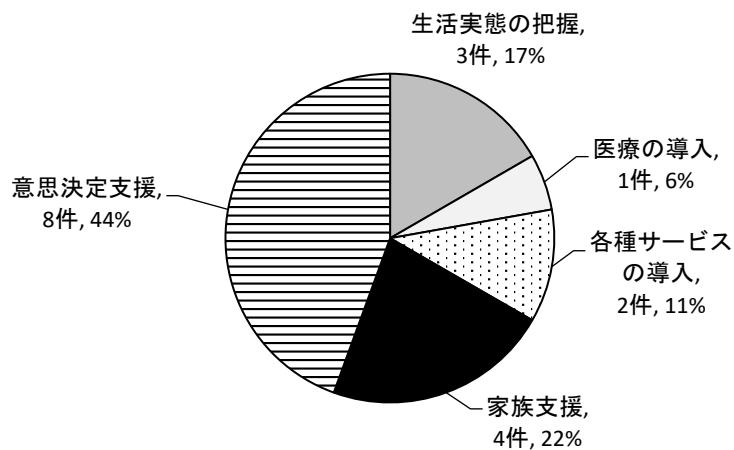
(※3) 意思決定支援は、認知症の症状がある人が今後どのように暮らしていきたいかの希望を確認できた場合を達成としている。

事例選定の段階で、認知症の初期の事例が選定されることが多くなってきているため、主目標を意思決定支援とする事例が増加している。

(※4) 副目標を含む全ての目標についての達成状況を示している。

全体の目標達成(※4)	78	76	97%
-------------	----	----	-----

主たる目標 (n=18)



全体の目標達成(※4)のうち、医療の導入・各種サービスの導入目標と達成状況について

目標	件数(延)	目標達成件数	達成率
医療の導入	16	15	94%
(再掲) 認知症専門医療の導入	13	12	92%
各種サービスの導入	16	15	94%
総数(件数)	45	42	93%

令和4年12月2日
高齢福祉部
介護予防・地域支援課

世田谷区認知症在宅生活サポートセンター運営事業者の選定結果について

1 主旨

世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの運営事業者について、プロポーザル方式による公募を行い、令和5年度以降に委託する事業者を選定したので報告する。

2 選定事業者

- (1) 事業者名 医療法人社団プラタナス
- (2) 所在地 世田谷区用賀2丁目41番17号 用賀二丁目ビル1・2階
- (3) 代表者 理事長 野間口 聡

3 選定経過

- 令和4年 7月27日 第1回選定委員会（選定基準等の審議）
- 8月 4日 事業者公募開始
- 9月30日 提案書提出期限（1事業者が応募）
- 11月11日 第2回選定委員会（書類審査、ヒアリング審査）

4 契約期間（予定）

令和5年4月1日～令和10年3月31日（5年間）

5 選定方法等

(1) 選定方法

選定委員会を設置し、選定基準に基づき、提案書の書類審査、ヒアリング審査及び公認会計士による財務審査を行い、総合的に評価した。

(2) 選定委員会の構成（◎は委員長）

氏名	職（所属）等
和気 純子◎	東京都立大学人文社会学部 教授（学識経験者）
小原 正幸	一般社団法人 世田谷区医師会 理事（医療関係者）
山口 潔	一般社団法人 玉川医師会 理事（医療関係者）
坪井 伸子	特定非営利活動法人 語らいの家 代表理事（家族会関係者）
重田 朗子	世田谷区民生委員児童委員協議会 副会長（民生委員・児童委員）
山戸 茂子	世田谷区高齢福祉部長（区職員）
澁田 景子	世田谷区世田谷総合支所保健福祉センター保健福祉課長（区職員）

6 選定結果

応募があった1事業者について、選定基準に基づき、項目ごとに5段階評価で採点を行い、総合計得点のうち合格基準である70%以上を獲得したため、本事業の運営事業者として選定した。

	審査項目	満点	委員得点合計
1	書類審査	665点	525点
2	財務審査	175点	105点
3	ヒアリング審査	350点	280点
	総合計得点	1190点	910点
	得点率 (合格基準：70% (833点) 以上)	—	76.5%

7 総合評価

現在の認知症在宅生活サポートセンターを運営しており、区政を取り巻く状況や課題を的確に捉えているほか、法人としても、認知症ケア経験のある医師・看護師・作業療法士等の専門職が多く在籍し、認知症初期集中支援チーム事業（区委託事業）や在宅医療、訪問看護等、認知症分野における実績も豊富であると評価された。また、「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の理念や地区の取組みを把握しており、区と協力しながら、同条例に基づく事業を通じて、地域福祉の向上に寄与する熱意が感じられた。

本業務の実施にあたり、医師会や認知症サポート医、世田谷認知症ネットワーク研究会等の既存組織のほか、地域の関係団体等との連携・協働を重視すること等を付帯条件としたうえで、当該事業者の提案を採択するとの評価に至った。

以上

1. 世田谷区認知症在宅生活サポートセンターについて

平成25年度に策定した「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想」に基づく5つの機能の実現に向けて、平成30年度に「認知症在宅生活サポート室」を委託運営で設置し、区と並行運営で進めてきた。令和2年4月には、認知症ケアの専門的かつ中核的な拠点として、「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター」を開設、同年10月には「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」を施行し、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせる地域共生社会の実現に向けて、あんしんすこやかセンターをはじめとする様々な関係機関に対する後方支援を行うほか、認知症に関する講演会やイベント、認知症の本人の居場所・活躍の場づくり、家族への支援等を行っている。

2. 主な事業実績

センター機能	機能目的	事業内容	認知症在宅生活サポート室 (一部委託)		認知症在宅生活サポートセンター (全面委託)		
			H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度 (R05.1月末時点)
機能1 訪問サービスによる サポート業務	認知症や認知症が疑われる人の本人の居宅を訪問し、認知症に関する情報提供や医療・介護サービスの円滑な導入等の支援をアウトリーチで実施することにより、早期対応による認知症症状の進行遅延、徘徊等の行動心理症状の予防、本人の自立生活の支援及び家族の介護負担の軽減等を図る。	認知症初期集中支援チーム事業 ※あんしんすこやかセンター等と共同実施 (実訪問人数、チーム員会議実施回数)	80人 27回	101人 40回	109人 39回	119人 45回	108人 37回
機能2 家族支援のサポート 業務	全区的な家族向け講座の実施や家族会の運営支援、家族会同士のインフォーマルなネットワークづくりを推進することにより、家族介護者の孤立の解消、心理的負担の軽減を図る。	家族介護者のためのストレスケア講座	2講座(6回制) 延160人	2講座(6回制) 延102人	2講座(6回制) 延136人	2講座(6回制) 延72人	2講座(6回制) 延134人
		認知症家族会(区主催) ※支所・あんすこと共同実施	31回 延175人	26回 延153人	12回 延67人	17回 延55人	21回 延66人
		家族のための心理相談	10回 計18件	10回 計16件	10回 計17件	10回 計20件	8回 計16件
		【地区型】もの忘れチェック相談会 ※あんすこと共同実施	12回 計33人	28回 計74人	28回 計70人	28回 計73人	24回 計63人
		【啓発型】もの忘れチェック相談会 ※あんすこと共同実施	5回 計184人	5回 計190人	5回 計118人	5回 計136人	5回 計149人
		家族会(区以外の主催)の支援	28件	32件	25件	24件	31件
機能3 普及啓発・情報発信 業務	区内の認知症に関する実態把握、対応困難事例の支援方法等のノウハウの蓄積、認知症の本人や家族等が交流し支えあう居場所づくり等に取り組むとともに、これらの情報について区民や関係機関等に対して普及啓発や広く情報発信を行う。	認知症の在宅支援に係る実態把握調査	—	48ヶ所	45ヶ所	47ヶ所	236ヶ所(郵送) うち、回答46ヶ所
		認知症カフェの支援	38件	36件	10件	19件	23件
		認知症カフェ交流会	1回 21団体	1回 18団体	3回 計84団体	1回 28団体	1回 15団体
		総合相談業務	—	—	63件	65件	81件
		認知症に特化したインフォーマルサービス情報等の発信(お役立ち電話帳)	R1.3作成(①)	R1.7~11作成(②~④)	R2.4更新(①~④まとめ版)	R3.10更新	R4.11更新
		認知症に特化したインフォーマルサービス情報等の発信(認知症ケアプログラムパンフの作成)	—	—	R2.7作成	R3.5更新	R4.10更新(増刷)
		HPの開設・維持管理	—	—	HP開設	HP更新(条例ページ追加改修)	HP更新
		機関誌の作成・発行	—	—	第1~4号発行	第5~8号発行	第9~12号発行
		認知症ケアパスの作成	H30.9更新	—	R2.4更新	R3.4更新	R4.8更新・改訂検討
		介護者の会・家族会パンフレットの作成	H30.10更新	R1.9更新	R2.4更新	R3.12更新	R4.12更新
		認知症カフェハンドブックの作成	H30.10作成	R1.9更新	R2.4更新	R3.9チラシ作成	R4年度内ハンドブック更新予定
		若年性認知症パンフレット作成	H30.7作成	R1.8更新	R2.4更新	R3.11更新(シール対応)	R4.10更新
		認知症本人交流会 ※人数は参加した本人の数	—	3回 延11人	1回 2人	5回 延11人	5回(企画会議1回含む) 延21人
		認知症講演会	2回 計97人	2回 計93人	2回 計76人	3回 計146人	2回 計86人
		若年性認知症講演会	1回 18人	1回 24人	1回 18人	1回 26人	1回 61人
うつ予防講演会	1回 37人	1回 23人	1回 33人	1回 33人	1回 34人		
学会発表(日本認知症学会・日本認知症ケア学会等)	—	—	2回	1回	2回		
機能4 技術支援・連携強化 業務	カンファレンスや事例検討でのスーパーバイズの提供、医療や介護の連携推進や地域の関係機関との協力関係づくりのための連絡会議等の開催により、認知症に関する相談・支援の質の向上及び医療と福祉の連携推進を図る。	医師による認知症専門相談事業	7件	10件	18件	13件	11件
		認知症専門相談員連絡会・研修会	連絡会3回 計112人 研修会1回 46人	連絡会3回 計116人 研修会1回 42人	連絡会3回 計72人 研修会6回 64人	連絡会3回 計106人 研修会1回 38人	連絡会2回 計74人 研修会1回 33人
		地域ケア会議等(出席回数)	19回	18回	13回	29回	11回
		ケアマネジャー等からの相談受付(関係機関への連絡調整も含む)	通年	通年	通年	通年	通年
		若年性認知症を含む、認知症当事者のための活動拠点づくり支援(社会参加型プログラム)	—	説明会1回 16ヶ所	説明会1回 12ヶ所 連絡会1回 3ヶ所	説明会1回 4ヶ所 連絡会1回 14ヶ所 折り鶴PJ、ギャラリー展示等	説明会1回 13ヶ所 ギャラリー展示
機能5 人材育成業務	福祉人材育成・研修センターの認知症関連の研修支援及び認知症サポーターの養成や区民人材の活動支援を行うことにより、認知症に関する医療・介護の専門職の実務的なケア能力の向上や、地域で認知症の人と家族を支援する人材を増やす。	認知症ケアプログラム 交流会、評価・調査分析	—	—	交流会1回 11人	交流会1回 9人	交流会1回 10人
		認知症サポーター養成講座(アクション講座)の事務局	115回 計3,539人	108回 計3,191人	70回 計1,395人	17回 計737人	80回 計2,159人
		全区的な認知症サポーター養成講座	2回 計97人 (兼認知症講演会)	6回 計225人 (うち1回は兼認知症講演会)	14回 計201人	1回 15人 アクションガイド・本人動画作成	2回 計86人 (兼認知症講演会)
		認知症サポーターステップアップ講座	1回(2日制) 延22人	1回(2日制) 延111人	2回(2日制) 延69人	1回(2日制) 延10人	2回(1日制) 延5人
		ステップアップ講座修了生のフォローアップ研修	1回 5人	1回 31人	8回 延81人	11回 延69人	10回 延59人
		キャラバン・メイト養成研修	1回 30人	1回 37人	2回 計30人	2回 計58人	2回 計52人
		アクションチーム結成支援	—	—	—	通年	通年
		チームオレンジ運営支援(オレンジカフェ開催等)	—	—	—	13回 延63人	12回 延65人
梅ヶ丘拠点機能業務	保健医療福祉に関する施設機能が整備・集積される利点を生かし、個々の施設機能の相乗効果により梅ヶ丘拠点全体としての機能を発揮する。	拠点外の施設や団体等との交流・連携、拠点内施設の相互連携・調整等	—	—	RUN伴企画 (コロナで中止)	RUN伴開催 (1コース)	RUN伴開催 (2コース)