

第5章 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 地域包括支援センターの機能強化

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要です。

地域包括支援センター（以下、「センター」という。）は地域包括ケアシステムを推進する中核機関として、高齢者に係る様々な支援を包括的かつ継続的に行うことが求められています。

本市では、30分以内に必要なサービスを提供できる範囲であるおおむね中学校区を日常生活圏域と定め、高齢者の支援を行う中核機関として、センターを、下図のとおり各日常生活圏域（以下、「圏域」という。）に1箇所ずつ、計5か所設置しています。



【日常生活圏域と地域包括支援センター及び高齢者数等】

日常生活圏域	担当小学校区	センター名	高齢者数(高齢化率)
前原東	波多江・東風・怡土	前原東地域包括支援センター	7,311人(25.8%)
前原西	前原・南風・加布里	前原西地域包括支援センター	6,720人(24.2%)
前原	前原南・長糸・雷山	前原地域包括支援センター	4,232人(27.6%)
二丈	一貴山・深江・福吉	二丈地域包括支援センター	4,352人(34.7%)
志摩	可也・桜野・引津(姫島含む)	志摩地域包括支援センター	5,305人(32.0%)

資料：住民基本台帳（平成29年9月末日現在）

（1）地域包括支援センターの適正な運営

センターは地域にある高齢者の身近な総合相談窓口としての役割のほか、権利擁護、介護予防のケアマネジメント及び地域ケア会議等を通じたケアマネジメント支援等を行う等の多様な業務を担っています。現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ります。

①適切な人員体制の確保

センターの運営にあたっては、高齢化の進展（要支援・要介護認定者の増加）、相談件数の増加、困難事例及び休日・夜間の対応状況等を勘案し、糸島市包括的支援事業の実施に関する基準を定める条例に基づき、適切な人員体制を確保します。

また、センターの保健師（又は地域保健等に関する経験のある看護師）、社会福祉士、主任介護支援専門員について、資格要件だけでなく、在宅高齢者等への支援に関する経験要件を定め、都道府県が実施する介護予防支援に関する研修の受講を必須要件とする等、多様な業務に対応することができる知識及び能力を有する者を配置するよう努めます。

②市との役割分担及び連携の強化

センター業務は、公平・中立な立場から市の施策との一体性を保ちながら運営することが求められます。設置運営の主体である市は、センターの運営に関与し、委託先と協働して適正な運営を行います。

③地域包括支援センター運営方針の明確化

センターを取り巻く状況は、高齢者数の増加やニーズの多様化等により、大きく変化しています。市は介護保険法の規定に基づき、設置運営の目的や運営上の基本的な考え方及び理念、業務推進の方針等を地域包括支援センター運営方針に示し、効率的、効果的な事業の実施を推進します。

④継続的な評価・点検

介護保険法の改正によって、センターによる事業の自己評価及び市による評価が義務付けられました。評価指標については、国が定める予定となっています。

これらの評価の実施を通じ、市はセンターの業務の実施状況を把握し、糸島市高齢者保健・福祉事業運営協議会でセンターの運営方針の見直し等を検討します。

(2) 自立支援型ケアマネジメントの推進

自立支援型ケアマネジメントとは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善を図るため、本人の意欲を高めながら目的指向型の計画を作成し、自立を目指すものです。そのためには、生活機能にどのように問題があり、現状に至ったかその原因について、課題分析を行い、明らかにする必要があります。

課題分析のプロセスでは、生活環境やご本人や家族の状況を把握し、改善の見極めや予後予測を行うことが重要です。センターが中心となりケアマネジメント支援の観点から、リハビリテーション専門職等を含めた多職種協働によるケアマネジメントを推進します。

①介護予防のための地域ケア会議の推進

介護予防のための地域ケア会議とは、多職種からの専門的な助言を得て、介護予防に資するケアプランの作成及びケアの提供を行うことを目指すものです。地域ケア会議の活用によって、要支援者等の生活行為の課題解決等、状態の改善に導き、高齢者のQOL（生活の質）の向上を図ります。

地域ケア会議の運営は、センターが行います。センターは、地域ケア会議におけるケアプランの検討を通じ、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める支援を行います。

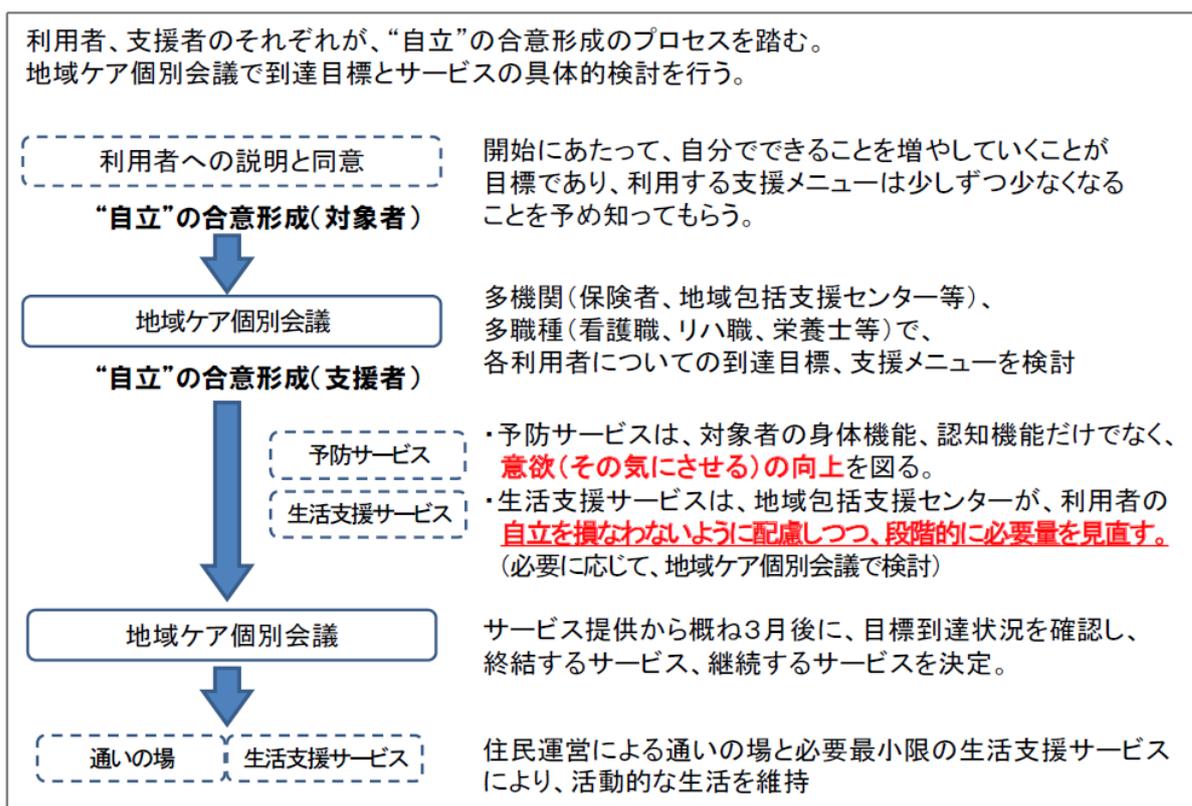
市は、センターが円滑に会議を進めることができるように、会議で検討する事例の選定及び会議資料の様式等に関する方針を定め、助言者として出席する専門職の調整等の役割を担います。また、市民向けの出前講座や関係者との会議等を通じ、地域ケア会議の周知を図ります。

②地域ケア会議で把握した課題への対応

センターの職員は、地域ケア会議で検討した事例について、会議での助言を受けた後、担当者がどのようにケアプランに反映したか等をモニタリングします。モニタリングを通じ、担当者へ助言等を行い、自立支援型ケアマネジメントの定着及びケアマネジメントの質の向上を図ります。

また、市は事例の検討を積み重ねることにより得られた行政課題を把握し、介護予防・生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）の構築や生活支援体制整備事業等、他の事業へ活かすとともに、介護保険事業計画策定等の基礎資料として活用します。

■自立支援を目標としたケアマネジメントの流れのイメージ



出典：平成 26 年 3 月 (株)日本総合研究所 平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業 要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集 より

(3) 地域包括支援ネットワークの構築

センターの業務を円滑に進めるためには、介護サービス事業者に限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービス等、様々な関係者とのつながりを築き、日常的に連携を図る体制を整えることが重要です。このため、こうした連携体制を支える基盤となる「地域包括支援ネットワーク」を圏域ごとに構築する必要があります。

地域ケア会議は、医療・介護等の専門職だけでなく、行政区長や民生委員・児童委員、福祉委員等、多様な関係者がその地域に暮らす高齢者の課題を共有し、地域全体で支援していくことを目的とした会議です。センターは、関係者への地域ケア会議への出席及び情報提供の依頼等を通じ、高齢者の支援に対する理解と協力を求め、ネットワークの構築につなげるよう努めます。

また、センターは地域住民の介護予防や生活支援、在宅医療に係る相談等、様々な相談に対応する必要があります。地域包括支援ネットワークを構築することにより、それぞれの関係者と連携し、複合的な課題に対しても対応できる体制を築きます。

(4) 地域包括支援センター設置等の検証と見直し

今後、後期高齢者や支援が必要な高齢者及び高齢者のみの世帯の増加などに伴い、センターの役割はより大きくなることが予想されます。第7期計画以降においてもセンターの円滑かつ適正な運営を維持するため、センターの担当する圏域の設定、委託先法人及び職員の配置等について検証し、必要に応じ見直しを行います。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

(1) 効果的・効率的な介護予防事業の推進

一般介護予防事業は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じ、住民主体で事業を進める地域づくりの推進を基本とします。また、自立支援に資する事業を提供するために、リハビリテーション専門職等を活用した取り組みを進めます。

①介護予防普及啓発事業

校区公民館やシニアクラブ等の事業と連携し、介護予防に係る普及・啓発事業として、健康教室等を実施します。また、実施にあたっては、小学校区単位の健康づくり事業と連動し、地域特性に応じた取り組みを強化します。

②地域介護予防活動支援事業

本市では、住民主体による一般介護予防事業として、ふれあい生きいきサロン活動事業を実施しています。現在市内125か所で実施している事業を、さらに拡充するために、サロンを支援する担い手の育成に努めます。

③地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取り組みを強化するために、リハビリテーション専門職等の関与を促進する地域リハビリテーション活動支援事業を実施します。事業の実施にあたっては、糸島市オリジナルの転倒予防体操「転ばん体操」の普及啓発を中心とし、ボランティアと協働で取り組みを進めます。

(2) 自立支援や重度化防止を目的とした介護予防・生活支援サービス事業の確立

介護予防・生活支援サービス事業（以下、「サービス事業」という。）は、要支援者又は基本チェックリスト等によりサービス事業の利用が必要と判断された介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という。）を対象とし、実施します。

なお、第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態となっていることが前提でサービス事業の利用を受けることになるため、従来どおり要介護認定等の申請が必要になります。

①訪問型サービスの実施

・ 現行の介護予防訪問介護に相当するサービス

このサービス事業については、国が示した介護予防訪問介護の基準と同様の基準により事業者を市が指定し、実施します。

・ 緩和した基準によるサービス（シルバー生活援助事業）

シルバー生活援助事業は、糸島市シルバー人材センターに委託し、実施します。受託者から要支援者等に派遣する会員は、接遇や守秘義務の遵守等、一定の研修を受講している者としします。

・ 住民主体によるサービス（あんしん生活サポート事業）

あんしんサポート事業は、市民がサービス提供者（以下、「地域ささえあいサポーター」という。）となり、要支援者等にサービスを提供します。地域ささえあいサポーターは生活支援体制整備事業の中で養成を行います。サービス提供内容は、見守りを中心とし、必要に応じゴミ捨て等の生活支援を行います。

・ 短期集中予防サービス（チャレンジ訪問）

チャレンジ訪問は、福岡県理学療法士会等の職能団体に委託し、実施します。受託者から要支援者に派遣する会員は、自立支援に資するサービスを提供する知識や技術を有する者としします。このサービス事業の実施により、地域ケア会議や他のサービス事業と連携を図り、自立に向けたアセスメントの強化につなげます。

②通所型サービスの実施

・ 現行の介護予防通所介護に相当するサービス

このサービス事業については、国が示した介護予防通所介護の基準と同様の基準により事業者を市が指定し、実施します。

・ 緩和した基準によるサービス（生きがいデイ教室）

生きがいデイ教室は、市が定めた基準により事業者を指定し実施します。また、事業所のサービス提供範囲を圏域とし、センターや住民主体によるサービス等と連携を図りやすい体制とします。

・ 住民主体による通所型サービス（通所型サービスB）

市民ボランティア等がサービスの担い手となるサービス事業について、平成30年度に試行し、平成31年度から開始します。要支援者等が歩いて通うことができる場（行政区公民館や校区公民館等）で実施する方向で、事業の構築を図ります。

・ 短期集中予防サービス（運動チャレンジ教室）

運動チャレンジ教室は、理学療法士等リハビリ専門職を中心としたサービスを提供します。事業の実施方法は、市が示した基準に準ずるサービスを提供することができるかと認められた実施機関への委託とします。

③事業者指定及び指導・監督

サービス事業の事業者指定にあたっては、「厚生労働省令で定める基準」に従って適正に事業を実施することができないと認められるときは指定してはならないとされています。また、国が示す基準のほか、地域の実情に応じ、市町村が当該基準と異なった基準を定めることができる旨が規定されているため、本市の指定基準を広く公表し、事業者指定は市が行います。指定の有効期間については、6年間とします。

また、指定事業者の指導・監督については、市が主体的に行います。しかし、既存のサービス事業者は要介護者及び要支援者双方にサービス提供を行うことが想定されることから、介護事業者を指定し、指導・監督を行う福岡県と連携を図ります。

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業の評価の実施

総合事業を効率的に実施するためには、個々の事業の参加者数や効果等の事業評価を行う必要があります。また、サービス事業については、センター等が行うケアマネジメントを受けて、利用が開始されることから、ケアマネジメントの質の向上や介護予防・自立支援の考え方の定着が不可欠です。

サービス事業及びケアマネジメントに係る評価指標を設定し、効果的かつ効率的な総合事業の実施を目指します。

3. 在宅医療・介護連携の推進

(1) 社会資源に係る関係者間の情報共有

平成 27 年度から糸島医師会ホームページ内に「糸島市在宅医療・介護のマップとガイド」を公開し、関係者間の情報共有のツールとして活用しています。また、掲載している情報の更新については、糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会と共同で行っています。

医療・介護関係者等の利用促進に向け、引き続き周知活動を行います。

(2) 課題を共有し、協議する場の設置

平成 27 年度から在宅医療に係る実務担当者会議を定期的で開催しています。市が実施している日常生活圏域ニーズ調査や福岡県糸島保健福祉事務所が行った関係者への聞き取り調査の結果等を基に、関係者で在宅医療・介護連携に係る課題の共有を図っています。また、在宅医療・介護連携に関する研修会の企画や市民向け啓発事業の検討等、課題解決に向けた取り組みを共同で実施しています。

今後は、関係者間で課題に関する目標を具体化し、取り組みを進めます。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療・介護連携の拠点として、糸島医師会内に「糸島メディカルカフェ」、糸島歯科医師会内に「地域歯科医療連携室」を設置し、相談員を配置しています。主に、センターの職員や介護支援専門員等又は家族からの相談対応や関係者との連携による研修の企画等を行っています。また、地域医療の拠点病院である糸島医師会病院や福岡市内の病院等との連携による入退院時の移行支援等の取り組みも行っています。

在宅医療・介護連携に関する相談支援拠点を引き続き設置することにより、今後増大するニーズに対応します。

(4) 在宅医療・介護連携に係る理解の促進

在宅医療・介護連携を進めるためには、医療・介護従事者の理解を深める取り組みは重要です。これまで関係者と連携し、医師や歯科医師、薬剤師などの多職種協働による在宅高齢者への支援に関する事例検討を通じた研修や介護職を対象とした医療に関する研修等を行ってきました。引き続き、このような取り組みを推進します。

また、市民を対象とした在宅医療や終末期医療に関する啓発事業も、関係者と連携し継続します。

4. 認知症施策の推進

認知症施策については、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に沿って進めてきました。介護保険法の改正によって、新オレンジプランの基本的な考え方が法律上にも位置づけられました。第7期計画では、この趣旨に沿って取り組みを進めます。

（1）認知症への理解を深めるための普及啓発

①認知症予防や早期発見・対応に係る啓発

市民が認知症のことを知り、理解を深める取り組みとして、講座等を開催します。また、早期の気づきを促すセルフチェックの機会を提供するため、市のホームページに「認知症チェックサイト」を開設し、講座等においてはタッチパネル式の認知症簡易スクリーニングの機器を活用した認知機能チェックの機会を提供します。

また、その結果に応じ、センターやかかりつけ医への相談等を案内します。

②認知症キャラバンメイトの育成と活動の支援

認知症キャラバンメイトは、認知症サポーター養成講座で講師を務め、認知症に関する普及啓発を担うボランティアです。糸島市認知症キャラバンメイト協議会を組織し、認知症に関する学習会や認知症サポーター養成講座で使用する資料の作成等を行っています。市は、このような認知症キャラバンメイトの主体的な活動を引き続き支援するとともに、会員の増加に向けたキャラバンメイト養成講座などを行います。

③認知症サポーター養成講座の実施

認知症サポーターの養成は、第6期計画から重点的に取り組んでいます。第6期計画から取り組みを強化した小・中学生を対象とした講座について、引き続き推進します。平成28年度末現在のサポーター養成の進捗状況は順調であることから、平成28年度末実績をもとに、目標を引き上げて設定します。

また、認知症サポーター養成講座受講者が復習を兼ねて学習する取り組みを進めます。

(2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

①認知症ケアパスの普及

認知症ケアパスとは、認知症の容態に応じた医療や介護等の標準的なケアの流れを示したものです。本市においては、「認知症あんしん便利帳」を作成し、認知症に係る様々な情報について、市民周知を図っています。

毎年度情報の更新を図り、引き続き市民への周知を進めます。

②認知症初期集中支援事業の実施

平成 29 年 2 月から認知症初期集中支援事業を開始し、認知症（疑いを含む）の人に対して初期段階から支援する体制の整備を進めています。

初期の認知症の人は日常生活動作については自立していますが、短期記憶障害や見当識障害により、生活のしづらさに直面していることがあります。それをそのままにすることで、抑うつや不安、睡眠障害等の精神的健康問題が出現し、妄想や暴言等による社会問題に発展していくこととなります。認知症の人やその家族に対して、早期に支援することにより、住み慣れた地域で穏やかに生活することができる状態を維持し、生活の保持を目指す必要があります。

引き続き認知症初期集中支援事業を実施することにより、認知症の初期段階で相談に対応するセンターの職員等のアセスメント力の向上を図り、医療・介護の専門職が協働で支援にあたる体制づくりを推進します。

③かかりつけ医、認知症サポート医及び認知症外来等を設置する後方支援病院の連携強化

第6期計画では、糸島医師会と連携し、かかりつけ医とセンターとの連絡ツールとして、「もの忘れ診断連絡票」を活用した取り組みを進めました。「もの忘れ診断連絡票」は、かかりつけ医の診療時間だけでは見極めることが難しい初期の認知症の人の日常生活状況を把握できるということで、医師から評価を得て、連絡ツールとして定着し始めています。

今後もこの取り組みを継続し、連携の強化に努めます。

④認知症地域支援推進員の配置

平成 28 年 4 月から認知症地域支援推進員を配置し、認知症の正しい知識の普及啓発や関係機関との連絡調整等を担当しています。平成 29 年 2 月に設置した認知症初期集中支援チームとも連携を図り、認知症に係る相談業務も担っています。

今後も関係機関と連携を図り、各事業を推進する役割を担います。

(3) 認知症の人とその家族を支える地域づくり

①徘徊高齢者等声かけ訓練の支援

平成 28 年度から校区社会福祉協議会を実施主体とした徘徊高齢者等声かけ訓練に対する支援を行っています。訓練の実施を通じ、認知症の人への関わり方や見守りの必要性等を広く一般市民が理解する機会となっています。

平成 29 年度は 2 校区が訓練を実施しましたが、今後はこの取り組みが広がるよう周知します。

②認知症カフェ助成事業の実施

認知症カフェとは、認知症の人とその家族や地域住民、専門職等が集い、介護の悩み等を相談でき、安心して過ごすことができる場です。本市においては、平成 27 年 10 月から認知症カフェ助成事業を開始し、認知症カフェを運営する個人や団体への助成を行っています。現在、認知症カフェ助成事業を活用したカフェの設置箇所数は 8 か所となっています。(平成 29 年 10 月末現在)

認知症カフェは、ボランティアや社会福祉法人、NPO 法人(※)等の多様な団体が運営しており、地域全体で認知症の人とその家族を支える事業として、広がってきています。

今後も助成事業を継続し、認知症カフェの設置を進めるとともに、活動に係る情報を市やセンター等から発信します。

※NPO 法人…NPO 法により、法人格を認証された民間非営利団体のこと

5. 生活支援体制整備事業の推進

(1) 多様な関係機関が参画する支え合い会議（協議体）の設置

本市では、平成 28 年度から生活支援体制整備事業を糸島市社会福祉協議会に委託し、実施しています。平成 28 年度は社会福祉法人や糸島市シルバー人材センター、民生委員・児童委員、糸島市シニアクラブ連合会の代表者等を委員とする生活支援体制整備研究会を設置し、市全域の生活支援に係る課題や住民主体のサービスについて、検討しました。

平成 29 年度は住民主体のサービスの構築に向けた協議を行う場の設置に向けた課題を把握するために、小学校区単位で住民ヒアリングを行っています。そのような場でも出された意見を参考に、平成 30 年度より多様な関係機関が参画する支え合い会議（協議体）を設置します。

(2) 調整役となる生活支援コーディネーターと地域ささえあい推進員の配置

生活支援体制整備事業は、事業の調整役となる生活支援コーディネーターの役割が重要になります。本市においても、平成 28 年度から糸島市社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置し、生活支援に係る社会資源調査や担い手となる地域ささえあいサポーターの養成講座等を行っています。

平成 29 年度からは、養成講座を受講した人から地域のまとめ役となる人材を選定し、圏域に 1 名の地域ささえあい推進員を配置しています。地域ささえあい推進員は、生活支援コーディネーターが行う住民ヒアリング等に同行し、地域ごとのニーズを把握するとともに、担当圏域の地域ささえあいサポーターとの連絡調整を担っています。

平成 30 年度以降、総合事業の住民主体による生活支援サービス等を拡充するため、地域ささえあい推進員を増員します。

(3) 生活支援の担い手となる地域ささえあいサポーターの養成

生活支援体制整備事業は、サービス事業の開発や発掘につながる事業として位置付けられています。本市においては、平成 28 年 3 月からサービス事業を開始していますが、住民主体によるサービスは今後充実を図る必要があります。

住民主体によるサービスを拡充するためには、市民の理解を得る取り組みを継続して行う必要があります。平成 28 年度から実施している地域ささえあいサポーター養成講座では、住民同士の支え合いの必要性や具体的な支援の方法等を講習しています。

地域ささえあいサポーター養成講座を継続することにより、事業に関する市民周知を図り、生活支援の担い手の確保につなげます。