

第5章 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 地域共生社会の実現に向けた基盤整備

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。

今後、高齢化が一層進む中で、地域での高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となります。

本市では、30分圏内で必要なサービスが提供される範囲の圏域をおおむね中学校区と定め、5つの圏域を設定しています。

また、各圏域に1か所ずつ包括センターを設置し、包括センターの総合調整、後方支援を行う基幹型包括センターを1か所設置しています。包括センターは、地域の高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するとともに、重層的支援体制整備事業において、属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことが期待されています。

今後、保険者として、医療・保健・福祉等の関係機関の情報連携基盤の整備や包括センターの体制強化、地域の高齢者の自立支援・重症化予防等の取組を進め、地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

■日常生活圏域と地域包括支援センター



日常生活圏域	担当小学校区	センター名
		基幹型地域包括支援センター
前原東	波多江・東風・怡土	前原東地域包括支援センター
前原西	前原・南風・加布里	前原西地域包括支援センター
前原	前原南・長糸・雷山	前原地域包括支援センター
二丈	一貴山・深江・福吉	二丈地域包括支援センター
志摩	可也・桜野・引津	志摩地域包括支援センター

(1) 地域包括支援センターの適正な運営

① 地域包括支援センターの役割

包括センターは、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、ケアマネジメント*支援及び地域ケア会議等を通じた介護予防プラン作成支援を行う等の多様な業務を担っています。近年の社会背景により、複合化・複雑化した相談が増加しており、必要な相談技術や連携機関が多様化しています。その状況に対応すべく、業務の効率化を図りながら、学習機会を確保し対応技術の向上を図ります。

② 基幹型地域包括支援センターの役割

基幹型包括センターは、包括センター業務の質の維持・向上、包括センター間の総合調整を図ること等を目的に設置しています。基幹型包括センターが各包括センターを統括することにより、専門的な実務指導や計画的な人材育成を図ります。

また、包括センターの評価、事業計画の進捗確認、アウトリーチ支援*等を通じ、PDCAサイクルに基づいた事業運営を支援します。

③ 地域包括支援センターが総合相談支援機能を果たすための環境整備

包括センターについては、高齢化に伴う介護ニーズの増加や高齢者を取り巻く環境の変化から、相談件数が増加しています。その状況に対応し、役割を果たすために、事業実績からの把握に加え、包括センターの聞き取りを実施し、人員体制の見直しや指定介護予防支援事業者の新規指定を含めた対応策の検討を行います。

また、利用者情報、申請、相談記録等、情報の一元化、文書負担の軽減に向けた取組として包括センター管理システムの導入を検討します。

④ 事業評価を通じた検証・機能強化

基幹型包括センター及び包括センターの評価を適切に行うことにより、包括センター事業の一定の運営水準を確保し、取組の改善・充実を図ることが機能強化につながります。

本市では、基幹型包括センター及び包括センターによる自己評価、それに基づくヒアリングに加え、第三者に対するアンケート調査による評価を取り入れることで、利用者の評価・意向を把握し、客観的視点で評価を実施します。

評価結果については、基幹型包括センター及び包括センターにフィードバックし、改善につなげるとともに、評価結果を市HPで公表します。

(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。

課題分析のプロセスでは、生活環境や本人・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。そのため、包括センターが中心となり、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 地域ケア会議の取組

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを推進するための重要な手法です。包括センターにおいて、多職種協働による個別ケース（困難事例等）の課題解決等状態の改善に導くケアプランの検討を通じ、自立型支援に資するケアマネジメント技術を高める支援を行います。また、地域ケア会議において、リハビリテーション専門職等から助言を受けることで、アセスメント※技術の向上を図ります。

併せて、通所型サービスや訪問型サービス等を提供する事業者の参加を促し、事業者が作成する個別サービス計画等についても、自立支援、重症化防止の視点を持った提供ができるよう支援します。

② 地域ケア会議で把握した課題に対応した取組

包括センターは、地域ケア会議で検討した事例等を通じ、圏域内で行われている住民主体の活動や、民間事業者の生活支援サービス等の地域の社会資源を把握します。圏域内に不足している社会資源については、生活支援コーディネーター※と連携し、新たな社会資源の開発等を検討します。

また、事例の検討を積み重ねることにより得られた課題を把握し、総合事業や生活支援体制整備事業等、事業の改善・検討に活かしていきます。

③ ケアマネジメントの実施に向けた体制整備

包括センターは、地域ケア会議で検討した事例について、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。

また、ケアマネジャー※への支援にあたって、住民主体の活動への参加や支援の対象となる高齢者自身が行うセルフケアをケアプランに取り入れる等の助言を行い、自立支援型マネジメントの定着やケアマネジメントの質の向上を図ります。

(3) 重層的支援体制整備事業による他分野との連携促進

重層的支援体制整備事業とは、介護・障がい、子育て、生活困窮といった分野別の相談体制では解決が困難な「困りごと」に対応するため、包括的な支援体制を整備する事業です。「地域包括支援センター事業」「生活支援体制整備事業」は、重層的支援体制整備事業に位置付けられ、属性や世代を問わない相談支援と地域づくりに向けた体制の構築が求められています。

① 他分野との連携促進

福祉に対する問題や要望が、多様化・複雑化する中、各相談支援機関が分野を超えて相談に応じ、支援を行うためには、相談支援機関の相互理解を促進し、連携体制を強化する必要があります。

本市では、各相談支援機関が制度に応じた対応を行っていますが、さらに包括的に対応するため、福祉の総合相談窓口や各種支援機関等と協働し複雑化した課題を有する家庭等への支援体制を強化します。

② 包括的な相談支援を行う人材育成

包括センターは、相談者の属性や世代に関わらず包括的に相談を受け止め、相談者の課題を整理し、利用可能な福祉サービスの提供を行うことが求められています。多様なニーズに対応するため、必要な情報提供や学習機会を提供し人材育成に努めます。

(4) 保険者機能の強化

① 保険者の役割

地域包括ケアシステムの構築に向け、効果的な取組がなされているか、適切なサービスの提供ができているか等、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標等に基づき、保険者としての取組を評価します。また、その結果を公表し、より効果的な支援策等の検討、実施を行います。

② 連携促進のための基盤整備

国・県では、デジタル技術を活用し、介護事業者間、医療・介護間の連携を円滑に進めるために情報基盤の整備が進められています。ケアプラン情報（予定・実績）のデータ連携「ケアプランデータ連携システム」や福岡県診療情報ネットワーク「とびうめネット」等の利活用を検討し、業務の効率化を図るとともに、正確な情報に基づく最適なサービスの提供につなげます。

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

(1) 効果的・効率的な介護予防事業の推進

高齢者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、住民や事業者等と協働して一般介護予防事業を推進します。また、要介護状態又は要支援状態になることの予防のために保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等が連携し、フレイル予防や心身の状態の重度化防止に向けた事業を展開します。

① 介護予防把握事業

介護予防事業の対象者を把握するため、医療や介護サービスの利用状況等を定量的に把握し、分析を行います。健康診断結果、医療レセプト、介護情報がない等の健康状態が把握できない高齢者、また、健康診断の結果から、要介護状態に陥る危険性が高い高齢者を対象に、保健師等が自宅を訪問し、健康状態の確認や保健指導を行い、介護予防が必要な対象者等の早期把握、包括センターとの情報共有を行います。

② 介護予防普及啓発事業

コミュニティセンターやシニアクラブ等の事業と連携し、保健師や管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が地域に出向き、フレイル予防に関する知識の普及やフレイル等に関するスクリーニングを行います。それらの結果に基づき、日常生活における予防的活動が継続できるよう専門職が助言、支援します。また、実施にあたっては、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施事業の個別支援や地域に根付いた活動と連動し、個人の状態や地域資源を生かした取組を強化します。

また、本市は、令和3年度から令和5年度まで九州大学と「フレイル予防評価事業」を実施し、フレイル予防の普及・啓発、運動機能評価等のスクリーニングとその結果に基づく健康づくりの指導等を行いました。その結果、「フレイル予防運動サークル」の活動が開始し、11団体、175人（令和5年8月末現在）が登録しています。本計画においては、「フレイル予防運動サークル」の活動支援や未実施地区への拡大、アプリ等を活用した社会交流の活性化を図り、介護予防の取組を推進します。

③ 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。令和4年度からは、重層的支援体制整備事業の一つとして位置づけられました。今後は、高齢者だけでなく、地域に暮らす子どもや障がい者等も利用できるサロンになるよう、地域や関係機関と協働しながら事業を推進します。

④ 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組を強化するために、リハビリテーション専門職等による「地域リハビリテーション活動支援事業」を実施します。

住民主体の通いの場や地域ケア会議へのリハビリテーション専門職等の関与を福岡県理学療法士会等の協力を得て実施します。地域ケア会議での専門性を活かしたアドバイスや「運動機能向上プログラム」を実施することで、高齢者の運動機能の改善を図るとともに、関係者の知識・技術の向上を図ります。

(2) 地域資源を活用した多様な介護予防・生活支援サービス事業の提供

本市の介護予防・生活支援サービス事業は、下記の訪問型サービスと通所型サービスを実施しています。令和3年度から、要介護者も対象者に加え、地域とのつながりを継続した支援を行っています。今後もその方針を継続し、利用可能なサービスの検討を行います。

サービスの提供にあたっては、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者の能力に応じた多様なサービスや住民同士のつながりを重視する地域ささえあい通いの場事業等を利用することで、生活機能の向上を図ります。また、サービス提供事業者等が、利用者本位の目標の設定を促し、徐々に住民主体の活動へ移行していくよう、適切な働きかけを行うことを推進します。

① 訪問型サービス

・従前の介護予防訪問介護に相当するサービス

旧介護予防訪問介護相当サービスは、総合事業への移行以前に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本市が指定し、実施します。

・訪問型サービスA（通称：シルバー生活援助事業）

シルバー生活援助事業は、事業者への委託により実施します。受託者から要支援者等に派遣する支援者は、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てします。

・訪問型サービスB（通称：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、ゴミ出し等の生活支援を行います。

・訪問型サービスC（通称：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等に派遣する会員は、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がります。

② 通所型サービスの実施

・従前の介護予防通所介護に相当するサービス

旧介護予防通所介護相当サービスは、総合事業への移行以前に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、事業者を本市が指定し、実施します。

・通所型サービスA（通称：生きがいデイ教室）

生きがいデイ教室は、人員や設備の基準を緩和した基準により、事業者を本市が指定し、実施します。

・通所型サービスB（通称：地域ささえあい通いの場事業）

地域ささえあい通いの場事業は、リハビリテーション専門職等の指導を受けた住民ボランティアによる支援により、要支援者等が歩いて通うことができる場（行政区集会場やコミュニティセンター等）で実施します。

・通所型サービスC（通称：運動チャレンジ教室）

運動チャレンジ教室は、リハビリテーション専門職等を中心としたサービスを提供します。事業の実施方法は、本市が示した基準に準じ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で実施します。

③ 事業者の指定及び指導・監督

サービス事業の事業者指定にあたっては、糸島市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者の指定等に関する規程（平成30年糸島市告示第53号）に基づき、本市が行います。

また、指定事業者の指導・監督については、本市が主体的に行います。

なお、既存のサービス事業者は、要介護者、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

サービス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、包括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。

地域ケア会議への介護事業者の参加を促進し、ケアプランだけでなく事業者が作成する個別サービス計画を含めた検討を進めることにより、効果的、かつ、効率的なサービス事業の実施を目指します。

3 在宅医療・介護連携の推進

(1) 現状分析・課題抽出及び対応策の検討

① 地域の医療・介護資源や市民ニーズの把握

地域の医療・介護資源については、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」を公開しています。情報の更新については、糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会が年1回調査を行い、共同で行っています。

また、市民ニーズについては、包括センターの相談実績や地域ケア会議の結果から抽出するとともに、本市が実施している「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」により把握します。

② 課題の抽出

糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所、包括センター、市からなる「在宅医療・介護連携推進に係る実務者会議」を定期的で開催しています。本市が実施している「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」や「在宅介護実態調査」、福岡県の在宅医療の現状、市民ニーズ等を基に、関係者で在宅医療・介護連携の課題の抽出を図っています。

③ 関係者間の課題の共有・対応策の検討

本市では、圏域単位で多職種（医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、主任介護支援専門員、訪問介護員、訪問看護師、包括センターの職員、市の職員等）からなる地域リーダー・圏域リーダーが、事例検討会や研修会等を企画・運営し、課題共有・対応策の検討を行っています。

課題に対し、日頃から情報交換や相談ができる関係づくりを進めており、問題解決につながっています。解決が難しい課題や共通して取り組むべき課題に対しては、関係者間で話し合いながら事業等の検討を行います。

④ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

生活の場において、在宅医療と介護の連携した対応が求められる場面として、「日常の療養支援」「退院支援」「急変時」「看取り」の4つについて目指すサービスの状態を関係者間で共有することが重要とされています。

上記の事業を通じて、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには何を目指していけばよいのか等の目標を明確化し、近づけていくことで在宅医療・介護提供体制の構築を図ります。

(2) 課題に応じた対応策の実施

① 市民への普及啓発

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」を、糸島歯科医師会内に「地域歯科医療連携室」を設置し、それぞれ相談員を配置しています。

相談員は、在宅医療、介護に関する情報提供、入退院支援、在宅移行支援等の相談窓口の周知を行います。

また、市民を対象とした在宅医療や看取り、認知症に関する講演会や在宅ホスピスボランティアの育成等の普及啓発を行います。

② 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

前述の「糸島メディカルカフェ」「地域歯科医療連携室」は、在宅医療・介護関係者からの相談対応も行っています。

また、在宅医療や訪問看護、入退院支援等に必要情報をまとめた『ケアマネジャーのための糸島在宅医療ガイドブック』『糸島入退院支援ハンドブック』『訪問診療、各疾患対応等歯科医療機関一覧』を作成、関係者間の情報共有を図るとともに、在宅事例検討会等を開催し、関係者の対応力向上に取り組みます。

③ 医療・介護関係者の研修

「糸島メディカルカフェ」を中心に、地域リーダー・圏域リーダーと協働して、医療・介護連携に関する研修、専門職向けの研修等を企画・実施しています。

また、糸島保健福祉事務所が開催する「在宅医療推進スキルアップ研修」や包括センターが開催する「介護予防ケアマネジメント研修」等を通じて、関係職種在宅医療・介護の知識・技術の向上を図ります。

(3) 事業評価及び評価結果の活用

糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島保健福祉事務所及び市の5者による「地域包括ケアの推進に関する協定」を締結し、在宅医療・介護連携の事業を実施しています。「連携協定会議」「在宅医療・介護連携推進に係る実務者会議」等で各機関の実績報告を行い、関係者の意見、評価に基づき事業の改善等を行います。

4 認知症施策の推進

認知症は、誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

令和5年6月に成立した認知症基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的、かつ、計画的に推進することを目的としています。市は、認知症基本法に定められた基本理念に則り、認知症施策を計画的に実施します。

具体的には、認知症の人を含めた市民一人ひとりがその個性と能力を十分発揮し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生社会」を目指し、認知症に関する普及啓発、相談体制・サービス提供の体制整備、社会参加支援等の取組を進めます。

(1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

① 認知症に関する普及啓発活動

市が行う出前講座[※]や「糸島メディカルカフェ」と合同で開催する「認知症公開講座」等の機会を通じて、正しい知識や認知症介護に関する情報などの学びの機会を提供します。

また、世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び世界アルツハイマー月間（毎年9月）等の機会を捉えた認知症に関する普及啓発の取組を実施します。

② 認知症ケアパスの普及

認知症ケアパス[※]とは、認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の容態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめたものです。本市においては、『認知症あんしん便利帳』を作成し、認知症に関する様々な情報と合わせ、認知症ケアパスを掲載しています。今後も情報の更新を図り、市民への周知を進めます。

③ 認知症サポーター養成講座

本市の認知症サポーター[※]の養成者数は、延べ一人に到達しています。これまで強化してきた小・中学生を対象とした講座に加え、認知症の人と関わる可能性が高いスーパーやコンビニエンスストア等の事業所等を対象とした講座の拡大を図ります。

また、認知症サポーター養成講座受講者が、認知症カフェ[※]への参加等地域の活動につながるよう支援します。

④ 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。本市は、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等を行います。

(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 相談・支援体制の整備

本市では、市役所に認知症地域支援推進員を配置し、認知症の人やそのご家族への相談・支援や医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ活動で支援体制の整備を図っています。

令和6年度からは、各包括センターの第2層生活支援コーディネーターが認知症地域支援推進員の役割を担います。より幅広く、相談しやすい環境づくりに努め、地域に出向き、早期支援につなげていきます。

また、包括センターは、通常の相談に加え、出張相談会を開催しています。相談会では認知症簡易スクリーニングの機器を活用する等、相談しやすい環境づくりに努め、地域に出向き早期の支援につなげています。

② 認知症初期集中支援事業の体制強化

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。

本市では、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を設置し、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、早期診断、早期対応に向けた支援を行っています。

認知症初期集中支援チームの活動については、「活動マニュアル」を作成し、チーム員のアセスメントの視点の統一・向上を図り、医療・介護の専門職がそれぞれの専門性を生かし、協働で支援にあたる体制の強化を目指します。

③ 認知症サポート医を中心とした医療連携の体制整備

認知症初期集中支援事業においては、認知症サポート医[※]を中心とした医療と介護の連携を進めています。また、かかりつけ医との情報共有が必要な場合において、「糸島市認知症初期集中支援主治医連絡票」を活用し、認知症サポート医を通じた連携を図っています。

糸島医師会の協力により、市内の認知症サポート医は6人（令和5年9月現在）になり、認知症サポート医を中心とした医療連携を今後も推進します。

(3) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの提供推進

① 地域が主体的に行う取組の推進

校区社会福祉協議会を実施主体とした「行方不明高齢者等声かけ訓練」や、「認知症サポーター養成講座」に対する支援を行っています。訓練等の実施を通じ、認知症の人への関わり方や、見守りの必要性等を広く市民が理解する機会となっています。今後も引き続き、地域の取組が広がるよう支援するとともに周知を図ります。

② 認知症カフェ事業の周知・推進

認知症カフェは、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、認知症カフェ助成事業において、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数は8か所となっています（令和5年9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。

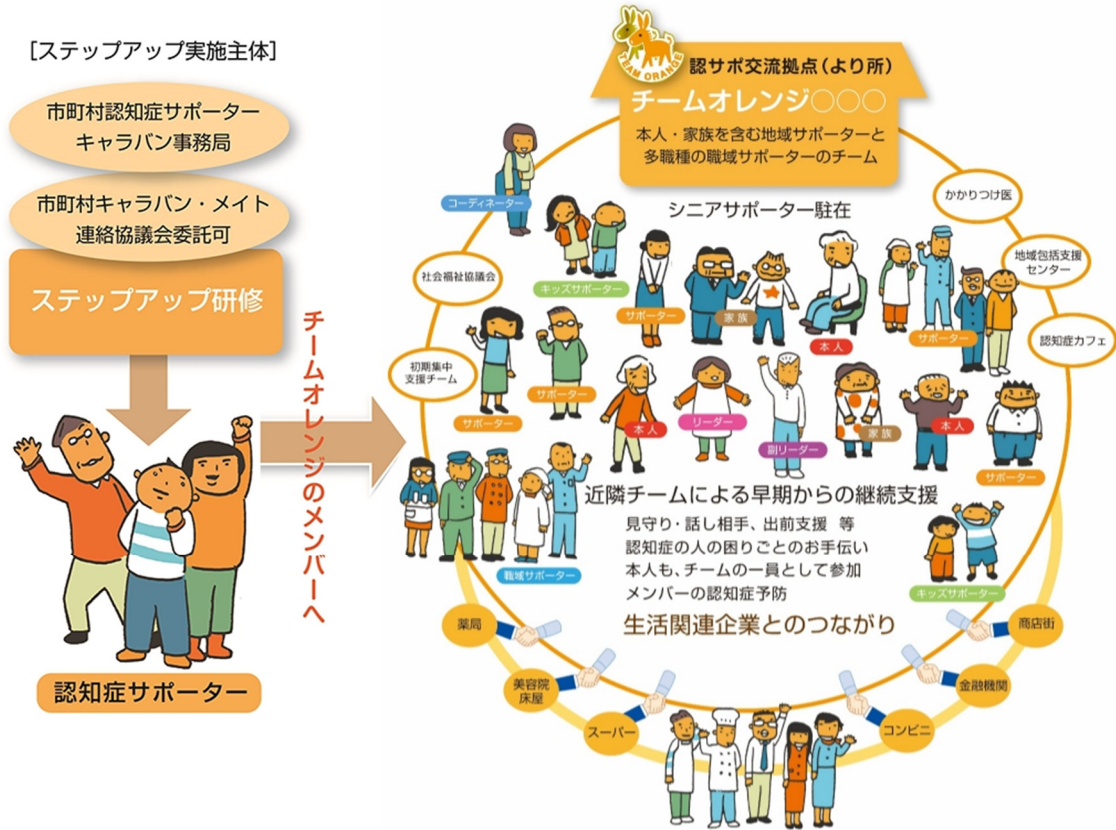
今後も助成事業を継続し、認知症カフェの設置を進めるとともに、活動に関する情報を市や包括センター等から発信します。

③ チームオレンジ設置に向けた支援

チームオレンジは、認知症サポーターが認知症の人や家族の話し相手となり、困りごとのお手伝いをする等の支援を行う取組です。認知症の人とその家族、地域住民や多職種からなるサポーター等で構成し、認知症の人にも役割を持って参加します。サポーターが駐在する拠点を設け、気楽に立ち寄り、憩える場として活動します。

本市においては、これまで認知症サポーター養成講座を推進してきましたが、チームオレンジの設置に至っていないため、認知症サポーター養成講座受講者を対象として、チームオレンジの設置に向けたステップアップ研修を推進し、チームの一員として役割を担ってもらうよう支援します

■チームオレンジのイメージ図



出典：特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構ホームページ

(4) 認知症の人やその家族の視点を重視した支援

① 交流の場への参加支援

認知症の人とその家族は、今後の病状の変化や生活に対して不安を抱えています。包括センターの職員やケアマネジャーは、本人や家族等からの相談に応じ、認知症カフェや地域での通いの場等の情報提供を行い、不安の軽減を図ります。

また、認知症の容態に応じ、通所サービス事業等につなぎます。

② 認知症の人同士が話し合う場の設置

「本人ミーティング」とは、認知症の人が集い、自らの体験や希望等、自分らしく暮らし続けるために必要と感じていることを率直に語り合う場です。認知症の人の支援に関わる人が、本人の体験や気持ちの理解を深めることで、本人の視点に立った施策や支援につなげます。

今後、市・包括センター職員がどんな集まりが良いか、本人の意見を伺いながら、本人発信の機会が増えるよう取組を進めていきます。

5 生活支援体制整備事業の推進

(1) 地域課題を共有する地域ささえあい会議への支援

本市では、「生活支援体制整備事業」を地域福祉推進の要である糸島市社会福祉協議会と協働で進めています。

「生活支援体制整備推進協議会」は、社会福祉法人代表者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し、市全域の生活支援に係る課題について検討を行っています。

また、「地域ささえあい会議」は、行政区長や民生委員・児童委員、福祉委員等をメンバーとし、すべての小学校区に設置しています。

今後は、地域ささえあい会議が住民の「やりたい」という思いを軸とした新たな事業や社会資源の創出の場となるよう、会議運営の支援を強化する必要があります。

本計画においては、糸島市社会福祉協議会と生活支援コーディネーターが中心となり、地域ささえあい会議の運営を支援し、世代や属性を超えて地域を活性化できる体制を整備します。

(2) 地域を支援する生活支援コーディネーターの活動強化

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。本市においては、糸島市社会福祉協議会に市全域の取りまとめを行う第1層生活支援コーディネーターを、各包括センターに1人ずつ、圏域を担当する第2層生活支援コーディネーターを配置しています。

第2層コーディネーターは、圏域を対象に生活支援の担い手や資源開発、地域のニーズとサービス提供主体のマッチングを主たる役割とし、第1層生活支援コーディネーターは第2層の生活支援コーディネーターの活動を支援し、課題を共有しながら体制の構築を図ります。

(3) 地域課題に応じた取組に対する支援

① 地域ささえあいサポーター養成講座

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、236人（令和4年度末現在）のサポーター登録があります。

今後は、「地域ささえあい会議」を中心に地域の課題に応じた取組を進めるため、必要に応じ地域ささえあいサポーターの活動内容を検討し、地域のニーズに合った生活支援の担い手の確保につなげます。

② シニアマッチングサービス事業との連携

「シニアマッチングサービス事業」は、元気な高齢者の活躍の場を提供できる団体・組織と高齢者のマッチングを進め、健康づくりや生きがいづくり活動の活性化を図ることを目的に令和4年度から開始しました。

シニアマッチングサービス事業を通じて把握したニーズや事業の進捗状況等については、生活支援体制整備事業推進協議会で定期的に報告し、生活支援コーディネーター等の活動と連携を図り、推進しています。

③ コミュニティセンター等との連携による事業の推進

地域ささえあい会議では、地域の様々な生活支援に係る課題と対応策の検討が行われています。

今後、地域ささえあい会議で発案された高齢者の通いの場や地域における交流を進めていくためには、地域活動の核となるコミュニティセンターやシニアクラブ等との連携が重要となります。生活支援コーディネーターが中心となり、コミュニティセンター等との連携を推進し、地域が主体的に取り組む事業の実施を進めます。

(4) 生活支援体制整備推進協議会による事業評価

生活支援体制整備事業については、評価指標を定め、生活支援体制整備推進協議会において事業評価を行い、新たな取組の検討につなげます。

また、シニアマッチングサービス事業については、一般会計の通常事業として実施していますが、国の動向を把握し、生活支援体制整備事業で推進されている「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」への移行を検討します。