

第5章 地域包括ケアシステムの推進

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、さまざま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。

また、今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域で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基盤となります。

センターは地域包括ケアシステムを推進する中核機関として、高齢者に係るさまざま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（以下「圏域」という。）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圏域に1か所ずつ計5か所設置しています。また、令和2（2020）年度に基幹型センターを新たに設置し、センターの職員に対する専門的な実務指導の強化等を図り、センターの機能強化を推進しています。



■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	7,890人(27.7%)
前原西	前原・南風・加布里	前原西地域包括支援センター	7,294人(26.1%)
前原	前原南・長糸・雷山	前原地域包括支援センター	4,474人(27.4%)
二丈	一貴山・深江・福吉	二丈地域包括支援センター	4,649人(36.8%)
志摩	可也・桜野・引津(姫島含む)	志摩地域包括支援センター	5,678人(34.1%)
—	—	基幹型地域包括支援センター	—

資料：住民基本台帳（令和2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 基幹型地域包括支援センターを中心とした運営体制の確立

基幹型センターは、センター業務の質の維持・向上を図ること等を目的に設置しました。基幹型センターが各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、在宅医療・介護連携や生活支援体制整備事業等、新たな業務への対応については、基幹型センターが関係機関とセンターのつなぎ役を担い、各センターをけん引します。

② 地域課題の解決に向けた地域との連携強化

センターは、これまで支援が必要な高齢者の個別支援を中心に担ってきました。今後は、個別支援だけでなく、支援している個々の高齢者の課題から、地域に共通する課題を洗い出し、地域住民と共有を図るとともに、地域課題の解決に向けた取組を推進する体制を強化します。このような取組を通じ、地域特性に応じた住民主体の通いの場の設置やボランティア活動等の実施をさらに促進します。

③ 事業評価体制の確立

センターの事業を適正に評価することは、センターの機能強化につながることから、適宜、評価項目や評価方法を見直す必要があります。これまで、センターの事業評価は、まずセンター職員による自己評価を行い、その後、本市による評価をフィードバックする形式で行ってきました。この取組は、本市及び事業を受託す

る法人が個々のセンターの課題等について共通認識を持ち、改善に向けた取組を進めることで、一定の成果を挙げてきました。

しかし、センターが果たさなければならない役割は増大しており、センター間における取組の格差等の課題を解決するためには、第三者による評価を取り入れる等、評価方法の見直しが必要になっています。令和3(2021)年度以降、評価方法を見直すとともに、評価結果をセンター事業の検証に活用する等、事業評価体制を確立します。

(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な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、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の強化

地域ケア会議の取組を強化することにより、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。また、通所型サービスや訪問型サービス等を提供する事業者が利用者に作成している個別サービス計画等を、ケアプランと併せて検討することにより、サービス提供事業者に対して、重度化防止に向けたサービスの提供を促します。

本市は、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リハビリテーション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に対応した取組の推進

センターは、個々の高齢者への支援や地域ケア会議で検討した事例を通じ、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。

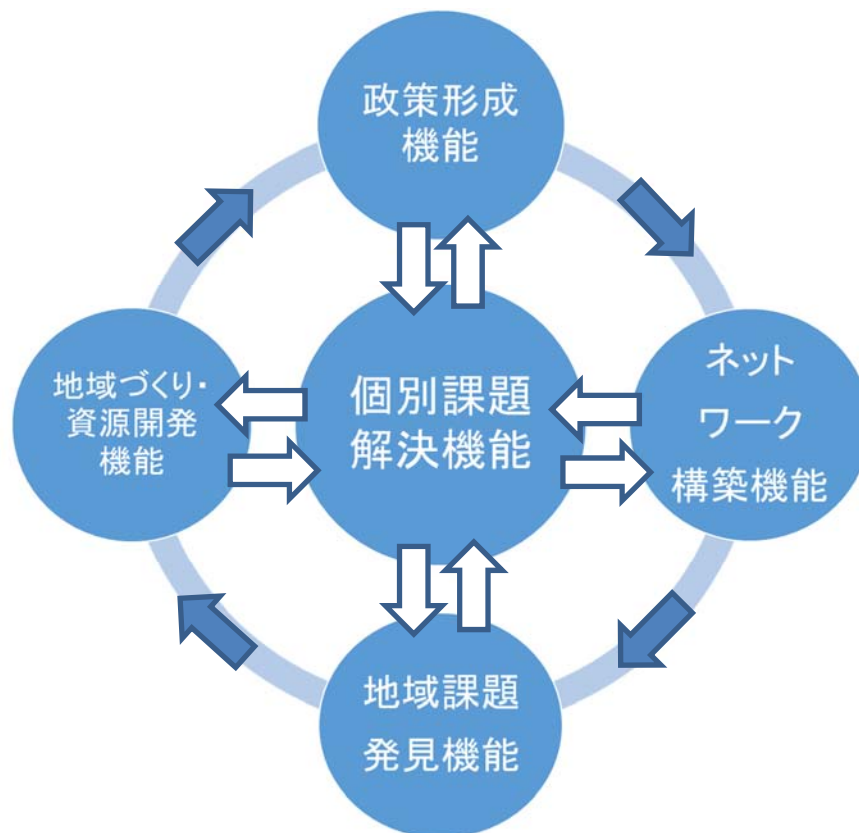
また、本市は事例の検討を積み重ねることにより得られた行政課題を把握し、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の構築や生活支援体制整備事業等、他の事業へ生かすとともに、介護保険事業計画策定等の基礎資料として活用します。

③ 質の高いケアマネジメントの実施に向けた体制整備

センターは、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。

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。

■地域ケア会議の主な機能



出典：『地域ケア会議運営マニュアル』

（３）包括的支援体制の構築に向けた多職種・多機関連携の強化

これまでセンターでは、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業を通じ、圏域ごとに「地域包括支援ネットワーク」を構築してきました。

今後はさらにそれを発展させ、多職種・多機関連携を強化し、包括的支援体制の整備を図る必要があります。

① 医療・介護連携の推進

入退院時や看取りへの支援、日常的な療養生活において、医療と介護が切れ目なく安心してサービスが受けられる環境を整備するためには、医療・介護連携の推進を図る必要があります。

センターは、個々の高齢者の支援を通じ、医療・介護連携を推進します。また、基幹型センターは、センターの業務が円滑に進むよう、本市と連携し、糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会等の医療関係団体や糸島地区介護事業者連絡会等と調整を図り、医療・介護連携の基盤整備を支援します。

② 障がい、子ども、生活困窮等の各種相談機関との連携推進

高齢者を取り巻く環境や世帯構成は多種多様であり、生活困窮や障がい者支援等、複合的な課題を抱える事例も多く、センターは各種相談機関との連携による支援が必要不可欠になっています。

本市は、令和3（2021）年度以降、多機関連携の中核となる福祉総合相談窓口を新たに設置します。福祉総合相談窓口は、介護、障がい、子ども、生活困窮等を一体として受け止め、多機関連携で対応する包括的支援体制の構築に向け、調整役を担います。

センターは、相談業務を行うなかで、一機関で対応することが困難な複合・複雑化した課題を有する家庭を把握した場合、福祉総合相談窓口へ相談します。福祉総合相談窓口は、課題を整理した上で、各相談機関が参加する調整会議を開催し、支援方針や役割分担を決定します。センターは、他の相談機関とともに、福祉総合相談窓口を中心とした多機関協働による支援の一翼を担います。

（４）地域包括支援センターの検証と見直し

第7期計画においては、高齢者保健・福祉事業運営協議会委員のセンターへの現地視察やセンターの職員へのヒアリング等を通じ、センターの機能強化に向けた課題を抽出した上で、基幹型センターによる人材育成を中心とした取組を開始しました。

第8期計画以降においては、センターの更なる機能強化を図るため、事業評価体制を確立し、評価結果に基づき、センターの検証と見直しを行います。

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

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、健康診断等の情報から、心身の機能低下により要介護状態に陥る危険性が高い高齢者を抽出します。そのデータを基に、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、フレイル予防対象者等の早期把握、対応を推進します。

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簡易フレイルチェックを行います。簡易フレイルチェック結果等に基づき、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、小学校区単位の健康づくり推進事業や地域に根付いた活動と連動し、地域の特性に応じた取組を強化します。

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。現在、市内 122 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。

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。事業の実施にあたっては、本市オリジナルの転倒予防体操「^{ころ}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組を進めます。

⑤ 一般介護予防事業評価事業

本市は、平成28(2016)年度から令和2(2020)年度まで九州大学とフレイル予防事業の確立に向けた共同研究事業を行いました。その成果として、わずか6項目の問診で身体的フレイルをスクリーニングできる簡易フレイルチェックシート「おてフレ」を開発し、各事業で活用しています。

第8期計画においては、本市におけるフレイル予防事業等の評価を九州大学と共同で行い、今後の事業の見直しにつなげます。

(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、または事業対象者を対象とし、実施してきました。令和3(2021)年度から地域とのつながりを継続することを可能にする観点から、要介護者も対象者に加え、利用できることとします。

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、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮することが必要です。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）

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。

・緩和した基準によるサービス（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。

・住民主体によるサービス（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、必要に応じ、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。

- ・ **短期集中予防サービス（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、糸島歯科医師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、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

- ・ **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）**

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。

- ・ **緩和した基準によるサービス（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。

- ・ **住民主体によるサービス（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（行政区公民館やコミュニティセンター等）で実施します。

- ・ **短期集中予防サービス（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ものと認められた実施機関に委託します。

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」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。しかし、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、サービス事業者を指定し、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、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。

また、九州大学と共同で行う一般介護予防事業評価事業の結果をサービス事業の評価に活用します。

3. 在宅医療・介護連携の推進

(1) 現状分析及び関係者間の課題の共有

① 地域の社会資源や市民ニーズの把握

地域の社会資源については、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、センターの相談実績や地域ケア会議結果より抽出するとともに、本市が実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査により把握に努めます。

② 関係者への情報共有

前述の「糸島市在宅医療・介護のマップとガイド」は、関係者間の情報共有ツールとしても活用されています。令和元(2019)年度から市内医療機関及び訪問看護ステーションの詳細な情報をまとめた「ケアマネジャーのための糸島在宅医療ガイドブック」を作成し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等に配布しています。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。

また、新たな課題である病院や介護施設等の感染症や災害時の対応について、関係機関で情報の共有を図ります。

③ 関係機関が課題を共有し、話し合う場の設置

在宅医療に係る実務担当者会議を定期的に行っています。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組を共同で実施しています。

今後は、実務担当者会議等において、地域の目指すべき姿を共有し、在宅医療・介護連携に関する課題抽出、見える化をより充実します。

(2) 課題に応じた事業の推進

① 市民への普及啓発

在宅医療・介護連携の拠点となる「糸島メディカルカフェ」（糸島医師会内）、「地域歯科医療連携室」（糸島歯科医師会内）について、市民に広く周知します。

また、市民を対象とした在宅医療や終末期医療に関する講演会や出前講座等を、関係者と連携し実施します。

② 関係者に対する相談支援

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、家族からの相談対応を行っています。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組も行っています。

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、看取りに対する取組や地域における認知症の方への対応力強化に向けた取組等、今後増大するニーズに対応します。

③ 多職種協働研修

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組が重要です。これまで医療、介護に係る関係機関と連携し、医師や歯科医師、薬剤師等の医療職とケアマネジャーやヘルパー等の介護職が、圏域別に多職種協働による研修を行ってきました。

今後も引き続きこの取組を継続し、職種ごとのリーダーとなる人材の育成や組織力の向上を図り、新規参加者を増やす取組を推進します。

（３）事業評価及び評価結果の活用

これまでの取組を通じ、関係者間の顔が見える関係づくりが進んできましたが、在宅医療と介護の連携における課題は多くあります。介護が必要になったときに希望する生活形態に係る市民ニーズの変化等からこれまでの取組を評価し、関係者間で共有した上で、新たな事業を検討します。

4. 認知症施策の推進

令和元(2019)年6月に認知症施策推進関係閣僚会議においてとりまとめられた「認知症施策推進大綱」に基づき、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生^{※1}」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大等「予防^{※2}」の取組を進めます。

※1「共生」:「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる」「認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」という意味です。

※2「予防」:「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」という意味です。

(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

早期の気づきを促す機会を提供するため、本市のホームページに「認知症チェックサイト」を開設しています。また、センターは、コミュニティセンター等に出向き、タッチパネル式の認知症簡易スクリーニングの機器による認知機能チェックの機会を提供しています。このような取組を通じ、受診の必要がある人には、かかりつけ医への相談や認知症サポート医への受診等を促し、早期対応につなげています。

また、世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（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。

③ 認知症サポーター養成講座

認知症サポーターの養成は、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、認知症の人との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従業員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復習を兼ねて学習する取組を進めます。

(2) 認知症の容態に応じた医療・介護サービスの提供に係る支援

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、認知症に係るさまざまな情報と合わせ、認知症ケアパスを掲載しています。今後も毎年度情報の更新を図り、市民への周知を進めます。

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。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になります。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と維持し、生活の保持を目指す必要があります。

認知症初期集中支援事業においては、認知症の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図ります。

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、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5人に増員されており、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。

④ 認知症地域支援推進員の配置

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。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 地域が主体的に行う取組への支援

校区社会福祉協議会を実施主体とした高齢者等声かけ訓練や、認知症サポーター養成講座の開催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一般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周知します。

② 認知症カフェ助成事業

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、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か所数は7か所となっています。(令和2(2020)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。

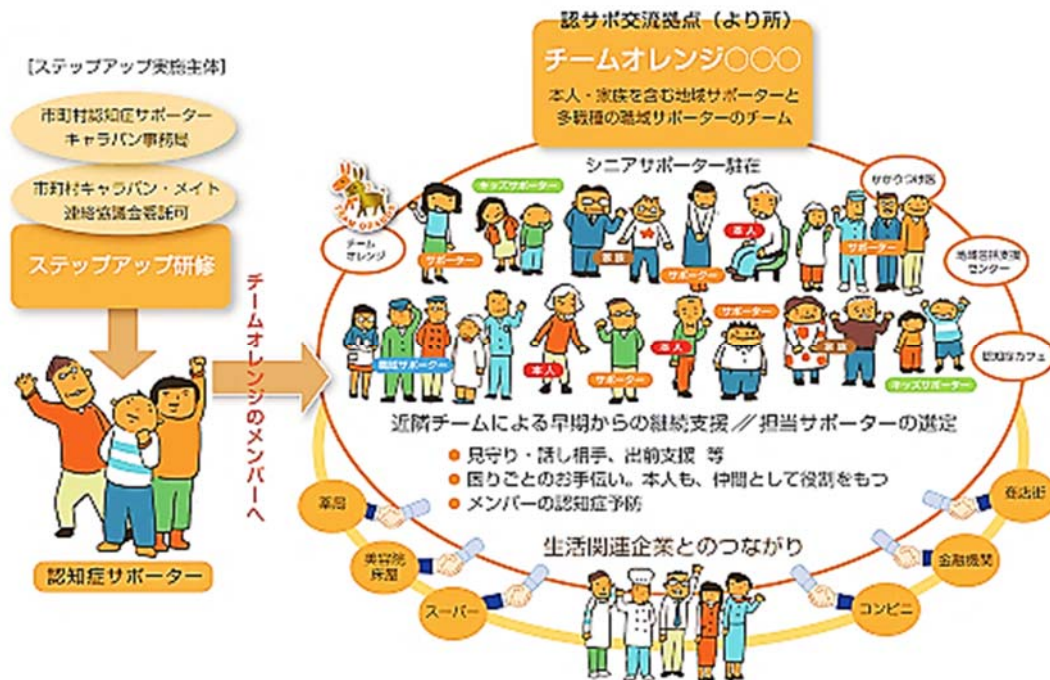
今後も助成事業を継続し、認知症カフェの設置を進めるとともに、活動に係る情報を本市やセンター等から発信します。

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、地域住民や多職種の職域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に、チームオレンジの設置に向けたステップアップ研修を実施し、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ケア政策ネットワークホームページ

（４）認知症の人への社会参加支援の促進

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係る不安を抱えています。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。本市の職員や認知症の人の支援に関わる人は、本人ミーティングに参加し、本人だからこそその気づきや意見を聴き、本人の視点に立った施策や支援につなげます。

この取組は、認知症の人の視点を重視した地域づくりを具体的に進めていくための方法として、今後推進していく必要があるため、センターの職員や通いの場運営を担うリーダー等を対象に、「本人ミーティング」の実践に向けた研修会の企画、検討を行います。

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

本市においては、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（以下「市社会福祉協議会」という。）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、行政区長や民生委員・児童委員、福祉委員等で構成される地域ささえあい会議は、第7期計画期間内に小学校区ごとに設置しました。今後は、この会議が、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。

第8期計画においては、市社会福祉協議会と地域包括支援センターが一体となり、地域ささえあい会議の運営を支援し、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。これまで、本市においては、市社会福祉協議会に市全域を担当する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きました。

第8期計画においては、前述の地域ささえあい会議の取組が重要となることから、市全域を担当する生活支援コーディネーターに加え、センターに1人ずつ日常生活圏域を担当する生活支援コーディネーターを配置し、住民同士の支え合いの取組を生み出すコーディネート機能の強化を図ります。

(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、176人のサポーターが登録しています。（令和2（2020）年3月末現在）

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養成講座を実施し、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 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、地域のさまざま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。