理想を実現するための施策（その1）【 年齢や障害に関わらず、みんなで地域を創っていくことができる仕組みづくり 】

資料3-1

町のビジョン（理想）

大目標

年齢や障害の有無に関わらず、みんなで地域を創っていくことができている

中目標

<本人>

介護が必要でも、障害があっても、社会参加ができている

<地域>

地域住民が地域の困り事を我が事として捉えることができている

理想の実現に向けて

介護や障害があっても、社会参加できるようにするために、必要な支援とは何か？

地域住民が地域の困り事を我が事として捉えるようになるために必要な取組は何か？

具体的な施策

目的

施策の内容

その人が関わる問題を丸ごと受け止め、切れ目のない支援を届ける体制をつくる

・・・

包括的な支援体制の構築

介護分野、障害分野等の縦割り支援ではなく、その人が抱える問題を丸ごと受け止め、行政だけではなく、関係機関とも連携した切れ目のない支援を届けることができる

人と人が繋がる仕組みをつくる

・・・

人と人が繋がる仕組みづくり

地域の困り事を我が事として捉えるためには、まずは、その人が抱える問題に気づくことが重要。
人と人が繋がることで、その人が抱える問題に気づく機会が増大する。
各地域に人と人が繋がる場所（通いの場等）の整備を図る。
→まずは、介護予防（施策その3）を目的とした通いの場の充実を図る。

このビジョン（理想）は、他の施策の実現が土台となるため、「その2」～「その4」までのすべての施策が重要

施策（その2） 【 介護が必要になっても地域で安心して暮らすことができるようにするための取組み 】
施策（その3） 【 要介護状態とならないよう、自ら予防するようになるための取組み 】
施策（その4） 【 認知症になっても変わらずに地域で過ごすことができるようにするための取組み 】

理想を実現するための施策（その2）【 介護が必要になっても地域で安心して暮らすことができるようにするための取組み 】

資料3-2

町のビジョン（理想）

大目標

介護が必要になっても地域で安心して暮らすことができている

中目標

＜本人＞

要介護者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができている

＜家族介護者＞

家族介護者が今後も介護を継続することについて、安心感をもつことができている

＜地域＞

要介護者を地域で支えることができている

＜専門職＞

専門職が質の高いサービスを提供することができている

理想の実現に向けて

在宅生活が困難になっている人の生活改善に必要な介護保険サービス等は何か？

家族介護者が今後も介護を継続していくために必要な支援やサービスは何か？

要介護者を地域で支えるために地域住民が行う理想の支援とは何か？

要介護者の在宅での暮らしを支えるために専門職に対する必要な支援は何か？

具体的な施策

目的

施策の内容

在宅生活の限界点をあげるためのサービス整備を目指す

事業者との協議の場をつくる

在宅生活を続ける上で必要なサービスや地域に不足するサービス、または介護人材の確保等の町の課題を共有し、その解決策を考えていくため、事業者間での協議を行う場を設け、将来的なサービスの在り方を考える機会をつくる。

家族介護者が不安に感じていることを把握し、支援に繋ぐ

家族介護者のニーズ把握

家族介護者の属性は、配偶者、子、兄弟又は就労者等、さまざまである。家族が抱える課題を正確に把握し、予測を踏まえた必要な支援を行うことができる仕組みをつくる。
（例）地域包括支援センターでの相談受付時に、家族が不安に感じていること等を聞き取ったうえで、家族支援の視点を踏まえて支援の実施を図る。

地域で支えるサポート体制をつくる

生活支援体制整備事業(支え合いのまちづくり)
総合事業(住民主体による事業)

地域住民が助け合いの精神でお互いの困りごとを支援し合う状況を広めるには、仕掛けが必要である。
気軽に集える居場所があり、参加者がゴミ出しや買い物等の生活の困り事を共有し合い、それぞれが無理せず、できることをしていく仕組みを作るため、通いの場の取組を推進する。
※資料3-3「通いの場の立ち上げ・運営支援」と連動して行う。

専門職同士の顔の見える関係をつくる

在宅医療・介護連携推進事業
地域ケア会議 等

医療や介護の専門職同士が顔の見える関係をつくることは、質の高いサービスを提供する上で重要となる。
専門職同士の顔の見える関係の構築を図るため、多職種が集まり気兼ねなく相談し合える機会をつくるなどの支援を行う。

理想を実現するための施策（その3）【 要介護状態とならないよう、自ら予防するようになるための取組み 】

資料3-3

町のビジョン（理想）

大目標

要介護状態とならないよう、自ら予防することができている

中目標

＜本人＞

高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができている

＜地域＞

地域ぐるみで介護予防の活動ができている

＜専門職＞

リハビリ専門職が住民主体の介護予防の取組を支援することができている

理想の実現に向けて

高齢者が介護予防に意欲を持つにはどのような支援が必要か？

意欲を持った高齢者が行動に移す（行動変容）ために必要な支援は何か？

地域住民が集える通いの場を増やすために必要な支援は何か？

住民主体の介護予防の取組において、リハビリ専門職に期待される役割とは何か？

具体的な施策

目的	施策の内容
高齢者の介護予防に対する意欲を引き上げる	**介護予防の効果的な啓発** 人は、行動を変えるまでに5つのステージ（無関心期→関心期→準備期→実行期→維持期）を通ると言われている。限られた資源で最大限の効果を得るため、ステージごとの特性に合わせて効果的な啓発を行う。 (例)無関心期に向けては、介護予防をすることの効果を認識してもらうための啓発
高齢者が自らしたいと思える介護予防の実現	**介護予防の手段の充実** 高齢者の性格や状況は多種多様。画一的なものだけではなく、自己選択ができるよう介護予防の充実を図る。 ・自分でしたい人向けガイドブック作成 ・集まってしたい人向けの通いの場マップ作成　等
町内の各地域に通いの場を整備し、高齢者人口の8%の参加を目指す	**通いの場の立ち上げ・運営支援** 通いの場は、介護予防を効果的に進める上で中核となる。全ての高齢者が通うことができるよう、各地域に住民主体による通いの場の整備を図る。 ・通いの場未整備地区への重点したアプローチの実施 ・通いの場の立ち上げ・運営へのバックアップ体制の構築 ※個人で行う場合と通いの場との違い ・参加者同士の繋がり（見守り機能等） ・医療専門職と連携が容易（定期的に訪問し、健康相談や健康状態を確認）　等
高齢者の状態に応じた介護予防の取組を支援する	**那智勝浦町版介護予防システムの構築** 高齢者の健康状態（良好、虚弱、入院中など）によって、必要な介護予防（自立支援）の内容は変化する。 高齢者の状態をストーリー立てて切れ目のない支援が図られるよう、町内のリハビリ資源を整理し、関係機関と協議等を通して支援体制を構築する。

理想を実現するための施策（その4）【 認知症になっても変わらずに地域で過ごすことができるようにするための取組み 】

資料3-4

町のビジョン（理想）

大目標

認知症になっても変わらずに地域で過ごすことができている

中目標

＜本人＞

認知症になっても尊厳をもって暮らし続けることができている

＜家族介護者＞

認知症になっても家族が安心して介護を続けることができている

＜地域＞

認知症になっても地域で役割を持って暮らすことができている

＜専門職＞

認知症の人を早期に発見し、必要な支援に繋げることができている

理想の実現に向けて

認知症になっても本人の意思を尊重していくために必要な支援は何か？

家族が不安を感じることなく安心して介護をするために必要な支援は何か？

認知症になっても社会参加可能な地域を作っていくために地域住民に必要な支援は何か？

認知症の人を早期に発見するために必要な取組は何か？

早期に発見した人を適切な支援に繋げるために必要な取組は何か？

具体的な施策

目的

認知症の人が自分の意思を遠慮することなく発信できる環境をつくる

家族が認知症に関して正しいケアを習得し、悩みや不安を一人で抱え込まない

地域住民が認知症について正しい知識を持って、見守りや支援を行う

家族、地域住民、関係機関、民間事業者等のさまざまな人が身近な人の異変に気づく

異変に気づいた人が支援に繋ぐ

施策の内容

認知症本人の視点に立ったケアの実現

認知症本人が自身の希望や必要としていることを本人同士で語り合う「本人ミーティング」を実現。
町は、それらを通じて、本人の意見を把握し、本人の視点を認知症施策の企画・立案等に反映させる。

認知症地域支援推進員の活動促進

認知症地域支援推進員が活躍できる体制を整え、協働して、地域における認知症ケアの底上げを図る。
・認知症ケアにおける町の課題を把握し、解決に向けて関係機関と協議等を行う
・家族や地域住民にむけて認知症ケアの支援を行う

チームオレンジの立ち上げ支援

認知症に関する正しい知識を持った人を地域で増やす（認知症サポーター養成講座）。そこから一歩進んで、認知症サポーターが実際に地域の認知症の人やその家族の困りごとに対する具体的な支援に繋げる仕組みを構築する。（チームオレンジ）

認知症相談窓口等に関する啓発

認知症の容態や段階に応じた適切な医療や介護サービスの流れ、相談先等を示した「認知症ケアパス」を中心としたガイドブックを作成し、広報誌、ホームページ、各種団体への講座等により普及啓発を図る。

専門職による支援の機能強化

認知症が疑われる人を早期に必要な支援に繋げることを目的に地域包括支援センターに設置している「認知症初期集中支援チーム」の運用を実務に即したものに見直し、ケースの積み重ねを通して、その機能強化を図る。
また、成年後見制度等の公的制度を円滑に利用できるような体制の整備を図る。