

● 第 5 章 ● 施策の推進

1 住み慣れた地域で安心して暮らすための体制整備

(1) 共生社会の実現に向けた包括的支援体制の充実

1. 地域包括支援センターの機能強化

共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの深化・推進が求められています。

地域包括支援センターは、主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士等を配置して、高齢者に関する多様なニーズに対してワンストップの支援を行う機関として、高齢者の総合相談支援を行うとともに、地域ケア会議をはじめ、地域のさまざまな立場にいる関係者間のネットワークづくりを推進しています。

今後は、重層的支援体制整備事業による総合相談事業の構築を見据え、総合相談支援体制の強化を図るとともに、障がいや子育て支援など他分野と連携して、地域にある社会資源の活用した包括的支援体制の充実に取り組む必要があります。

地域包括支援センターの業務負担の軽減および業務効率化の視点を踏まえつつ、その機能強化に取り組めます。

また、地域包括支援センターについての周知を図ります。

◆ 相談体制の機能強化

地域に住む高齢者や、介護する家族等から寄せられる相談から、状況把握、緊急度の判断を行い、高齢者の心身の状況や家庭環境に応じて、地域における適切な保健・医療・福祉サービス等の利用につなげることができるよう専門的・継続的な支援を行います。

重層的支援体制整備事業の推進に向けて、関係機関と連携し、包括的な相談支援体制のあり方について検討していきます。

【計画】

地域包括支援センター運営事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
総合相談支援業務 相談件数 (件)	650	650	650

◆ 包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築

高齢者等が住みなれた地域で暮らしていくために、個々の高齢者等の状況や変化に応じて包括的かつ継続的に支援していくため、地域におけるネットワークと多職種による連携・協働の体制構築や、個々の介護支援専門員に対する支援を行います。

◆ 業務体制の確保と人材育成

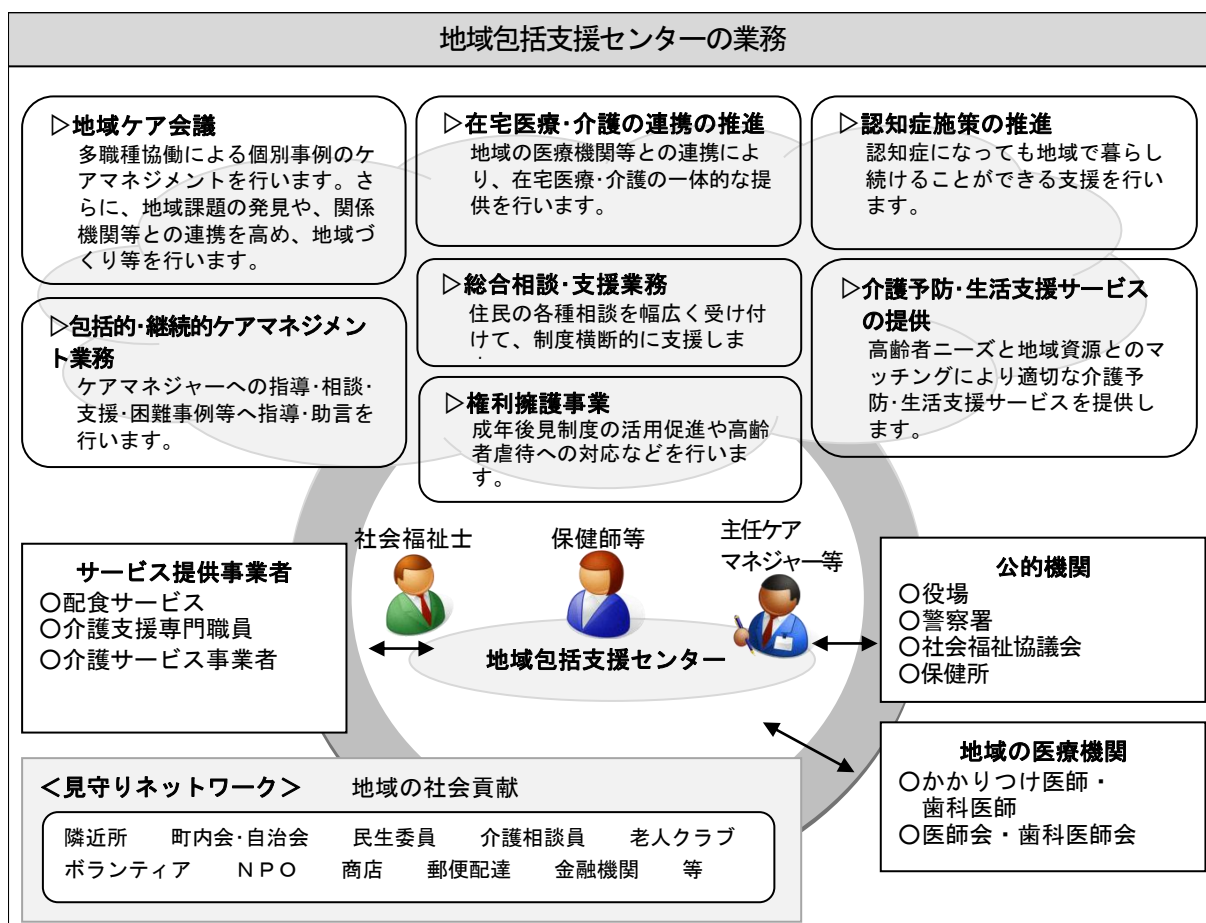
地域包括支援センターは、高齢者に関する総合相談支援をはじめ、地域包括ケアシステムの推進において重要な業務を担っていることから、高齢者人口の増加に対応できるよう、業務体制の確保と職員の資質向上に努めます。

◆ 関係機関との連携促進による複合化した課題のある世帯への取り組み

高齢者や介護といった課題だけではなく、障がいや引きこもり、依存症、生活困窮といった、複合化した課題があり、重層的な支援が必要な世帯の相談に包括的に対応するために、民生児童委員やケアマネジャー、生活支援コーディネーター等の地域の関係者・関係機関との連携を強化します。

◆ 事業評価を通じた機能強化

地域包括支援センターの運営および職員体制については、効果的・安定的に実施されるよう、地域包括支援センターの事業評価を定期的に行い、事業の質の向上のための必要な改善について検討します。

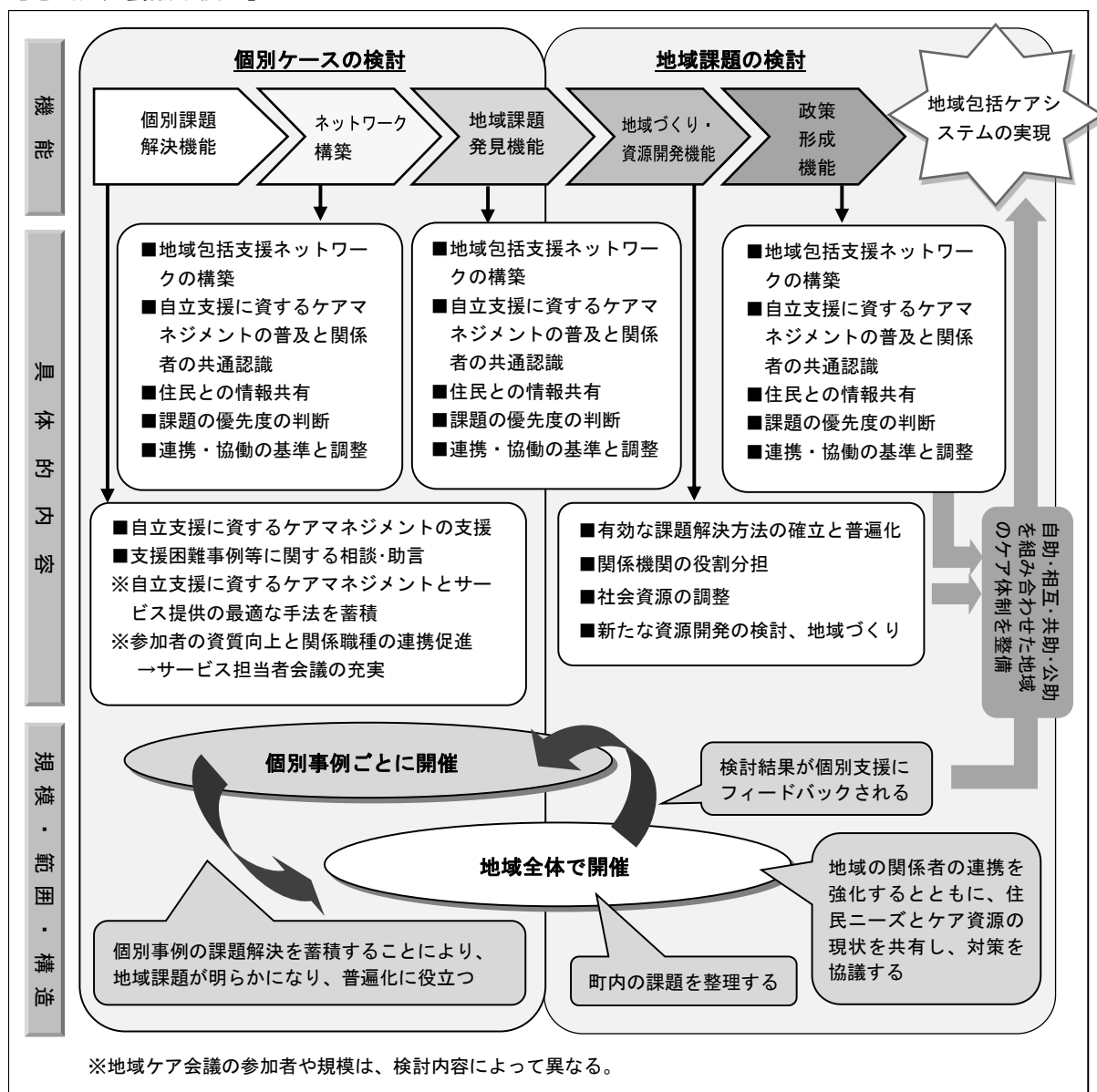


2. 地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、支援困難事例など個別ケースの支援内容について、介護や医療の関係者などの多職種による専門的視点を交えて検討する会議です。個別ケースの課題解決を出発点として、ケアマネジャーによる自立支援に資するケアマネジメントの支援や地域包括支援ネットワークの構築などを行うことによって、高齢者個人に対する支援の充実を目指します。

また、地域課題を抽出し、その地域課題を地域づくり・社会資源の開発や施策等の充実によって解決していくことで、高齢者への支援の土台となる社会基盤の整備を図ります。

【地域ケア会議の機能】



【計画】

地域ケア会議の推進	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
地域ケア会議 開催回数（件）	2	2	2

3. 重層的支援体制整備事業

複雑化・複合化する課題を抱えた世帯の支援ニーズに対応するため、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する重層的支援体制整備事業のあり方について検討を進めます。

(2) 生活支援体制の充実

1. 生活支援体制整備事業

誰もが安心して暮らすことができるよう、地域で支え合う仕組みづくりに取り組むことで、「居場所づくり」「生活支援」等の支え合いを創出することを目指します。また、そのような助け合いや他者との交流の中で、高齢者自身がそれぞれの能力を生かし、生きがいや、楽しみを見つけ、健康的な生活を送ることができることを目的とします。

多様な生活上の支援体制の充実・強化を図れるように、地域福祉を担う田上町社会福祉協議会へ業務を委託します。すでに地域に存在する住民主体の通いの場や、ボランティア活動、インフォーマルサービスなどの地域資源を把握するとともに、地域ごとの課題やその解決策を検討することを目的に協議体を設置するとともに、生活支援コーディネーターを配置し、資源開発、関係者のネットワーク化、地域の支援ニーズとサービスのマッチング等のコーディネート業務を実施します。

【計画】

生活支援体制整備事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
生活支援コーディネーター 配置数（人）	1	1	1

◆ 住民主体の支え合いの仕組みづくり

高齢者の増加により介護保険サービスの需要が増えるなか、働き手の減少による人材不足もあり、需要と供給のバランスが崩れることが予想されています。

生活支援コーディネーターを中心としながら、住民同士が支え合う仕組みづくりに取り組みます。

また、高齢者自身がそれぞれの能力を生かして、介護予防、見守りなど地域の支え合い活動等に支える側として参加し、地域で役割を担うことができる仕組みづくりを推進します。

◆ 地域の見守り体制の構築

1 人暮らし高齢者や認知症のある方の増加が見込まれていることから、日常の生活支援や見守りなどについて、ボランティア、民間企業等、地域の多様な主体によるサポート体制の構築が求められます。

日常的に見守りが必要な高齢者等を、地域住民全体で支えるという町民一人ひとりの意識の醸成を促進します。

2. 地域たすけあい事業

1 人暮らし高齢者等、支援を必要とする高齢者が増加するなか、生活支援の必要性が高まっています。住み慣れた地域で自分らしい暮らしをできるだけ長く続けることができるよう、ゴミ出し、除雪、除草、清掃等の日常生活上の支援を地区ボランティアが行う「地域たすけあい事業」を推進します。

【計画】

地域たすけあい事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
委託先 ボランティア団体数（団体）	5	7	10
延べ利用者数（人）	80	85	90

3. 生活支援サービスの充実

介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で生活するための基盤となるために必要なサービスを提供できるよう、ニーズに応じたサービス基盤整備を推進します。

◆ 配食サービス

1 人暮らしの高齢者等を対象者に、居宅を訪問して食事を提供します。配達員による見守りで生活不安の解消を図るとともに、栄養管理面において在宅生活を支援します。

【計画】

生活支援サービス		令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
配食サービス	利用者数（人）	77	79	81
	総配食数（食）	7,700	7,800	7,900

◆ 紙おむつ購入費助成事業

要介護認定を受けていて、在宅において常時おむつの使用が必要と認められる方等を対象に、経済的負担を軽減するために紙おむつ購入費の助成を行います。

【計画】

生活支援サービス	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
紙おむつ購入費助成事業 利用者数（人）	125	127	129

第5章 施策の推進

◆ 介護手当の支給事業

寝たきり高齢者、認知症高齢者等の介護を行っている方に対し、介護手当を支給します。介護で心身ともに負担がかかる介護者に対し、経済的負担の軽減と慰労を図るために実施します。

【計画】

生活支援サービス	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
介護手当の支給事業 利用者数（人）	111	112	113

◆ 緊急通報装置貸与事業

おおむね65歳以上の1人暮らし高齢者等を対象に、日常生活における不安を解消し、安心して在宅生活を継続してもらうことを目的として、緊急連絡先の登録と緊急通報装置の貸与・設置をします。

【計画】

生活支援サービス	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
緊急通報装置貸与事業 利用者数（人）	63	69	76

◆ 高齢者外出支援サービス

コミュニティデイホームの利用者で交通手段のない方を対象に、自宅と施設間の送迎をタクシー会社に委託し、高齢者の通所手段の確保を図ります。

今後は、免許返納などにより外出手段のない高齢者の社会参加を支援するため、コミュニティデイホーム以外の外出のための移動手段の確保について、検討していく必要があります。

【計画】

生活支援サービス		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
高齢者 外出支援サービス	利用者数（人）	36	36	36
	延べ人数（人）	3,231	3,231	3,231

◆ 住宅改修費助成事業

要介護高齢者や家族の負担を軽減するために、要介護認定で要支援以上となった方を対象に、トイレや浴室等を利用しやすく改修する費用の一部を助成します。

住宅改修は要援護者の在宅生活を支える重要な要素となるため、要援護者の健康状態や、居住環境に応じた適切なサービス提供が受けられるよう、広報等を通じて周知を図ります。

【計画】

生活支援サービス	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
住宅改修費助成事業 助成件数（件）	3	3	3

◆ 軽度生活援助サービス事業

要介護認定で自立と判断されたために認定を受けていない方で、日常生活において何らかの支援が必要と認められる高齢者に対し、訪問介護、通所介護、訪問看護、短期入所の在宅福祉サービスを提供します。

【計画】

生活支援サービス	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
軽度生活援助サービス事業 助成件数（件）	0	0	0

◆ 訪問理美容サービス事業

要介護 3 以上で、理美容店へ行くことが困難な方を対象に、理容師が自宅を訪問して理美容サービスを提供します。

【計画】

生活支援サービス	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
訪問理美容サービス事業 助成件数（件）	6	6	6

◆ 日常生活用具の給付

おおむね 65 歳以上の、1 人暮らしや高齢者のみの世帯の方などを対象に、家庭での日常生活を助けるために、火災報知器、自動消火器、電磁調理器等を給付、または貸し出ししています。

(3) 認知症施策の推進

1. 認知症への理解の促進 – 共生と予防

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な方が認知症になること等を含め、多くの方にとって身近なものとなっています。一方で、認知症に対して漠然とした不安を抱いているものの、早期の症状や相談先、基本的な対応方法などについての理解が進んでいるとはいえない状況です。

認知症の方やその家族を含めたすべての町民が共生する社会の実現に向けて、認知症への理解の促進に取り組みます。

認知症施策推進大綱における「共生」と「予防」

「共生」とは、認知症の方が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、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。

「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”という意味です。

◆ 認知症ケアパスの普及

認知症ケアパスとは、認知症を発症したときから、その進行状況に合わせて「いつ、どこで、どのようなサービス」を受ければよいかを標準的に示したもので、本町においても「知って安心 認知症ガイドブック」として、ホームページ上で公開しているほか、相談に来た方等に配布しています。

町民の認知症への理解を促進するためのツールとして認知症ケアパスの普及を図ります。

◆ 認知症サポーターの養成

地域における認知症高齢者の見守り体制を構築するため、企業や学校等を対象に「認知症サポーター養成講座」を実施し、認知症高齢者とその家族の応援者である認知症サポーターの養成を推進します。

また、養成講座を受講した認知症サポーターが地域のさまざまな場面で活躍できる取り組みや上級講座の実施についてなど、フォローアップを検討していきます。

【計画】

認知症への理解の促進		令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
認知症サポーター 養成講座	実施回数（回）	5	5	5
	受講者数（人）	120	120	120

◆ 予防の取り組み

認知症予防教室（元気はつらつ教室）を実施し、人との交流や運動、制作活動等を通して発症や進行を予防します。

認知症予防講演会を開催し、認知症予防知識の普及啓発を行います。

2. 認知症の早期発見と適切な医療・介護の提供

認知症は、早期発見から受診につなげ、適切な診断や治療を受けることにより、進行を緩やかにすることができて、その方らしい充実した暮らしを続けることができます。

そのため、早期診断、早期対応が受けられる相談体制の確保とその周知を図ります。

認知症の方に対する在宅・施設サービスの整備にあたっては、生涯にわたる切れ目のないケアを確保することが必要です。通所介護、短期入所、施設入所などの介護施設や、相談窓口としての地域包括支援センター等の関係機関の連携が十分に図られた体制の確立に努めます。

◆ 認知症に関する相談窓口の周知

専門医などに相談するべきなのかわからない場合や、本人が受診に対して否定的な場合など、地域の高齢者についての総合相談窓口である「地域包括支援センター」に相談できるということについて、広く周知を図ります。

◆ 認知症初期集中支援チーム

専門職および専門医によって構成する田上町認知症初期集中支援チームが、認知症により支援が必要な方やその家族に対して、包括的かつ集中的に支援し、適切な医療サービスや介護サービスにつなげます。

【計画】

適切な医療・介護の提供	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
認知症初期集中支援チーム 支援数（件）	4	4	4

3. 認知症の方と家族への支援

認知症の方の介護者への支援を行うことは、認知症の本人の生活の質の改善にもつながります。認知症の方と家族を一体的に支援することにより、本人と家族の関係性の安定を図ります。

認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、1 人暮らし高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見などを目的に、民生委員や警察と連携し、地域の住民や企業等も含めた、社会全体で見守る体制の構築を強化します。

認知症の方や高齢者の権利擁護のため、成年後見制度等の周知を図ります。

第 5 章 施策の推進

若年性認知症については、ケースは少ないものの発症すると社会生活に与える影響が大きいことから、広報紙等により相談体制の周知を図り、早期支援につなげます。

◆ 認知症カフェ

認知症の方やその家族が、地域の方や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う機会としての認知症カフェを介護保険事業所等専門職の協力を得ながら開催し、認知症の方の本人発信と介護者の精神的負担軽減を促進します。

【計画】

認知症の方と家族への支援	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
認知症カフェ 開催回数 (回)	10	10	10

(4) 在宅医療・介護連携の推進

1. 在宅医療・介護連携の推進

町民が住み慣れた田上町で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅での療養生活を「入退院支援」「日常療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4場面に分け、それぞれ目標を定め、それに沿って事業を実施します。

サービスの質の向上を目指して研修会、地域住民への啓発のための講演会を実施します。また、消防や病院との連携をスムーズに行うための支援を行います。

在宅での療養生活の目標と事業

最終目標	中間目標	初期目標	事業
望む場所で療養することができる	【入退院支援】 入退院の際に、医療と介護の切れ目のない支援体制が整っている。	病院⇄在宅との入退院時の情報提供ができる。	・加茂・田上在宅医療介護連携推進協議会の実施 ・アンケートの実施 ・病院との情報交換会、連携会議の実施 ・連携ノートに関する検討 ・消防署との連携研修会 ・介護職員等研修会の実施 ・多職種研修会の実施 ・講演会の実施
		在宅生活をイメージした支援ができる。	
		介護支援専門員、訪問看護と病院看護師がお互いの支援（立場）を理解する。	
	【日常生活療養支援】 毎日の生活を送る上で必要な療養支援体制が整う。	支援者、家族と健康状態を把握し情報共有ができる。	
		体調の変化に気が付き、状況を正確に伝えることができる。	
		地域の看護、介護の質の向上に向けた役割を知り連携ができる。	
		多分野、多施設の看護師、介護者がお互いに役割を知り連携ができる。	
	【急変時の対応】 急変時に取り組むべき対応が本人、家族支援者で共有されている。	急変時の対応が家族、支援者共に目で見てわかる。	
		急変時にどのような情報を共有すべきか、家族と支援者で考えられている。	
		受診のタイミングを家族、支援者で共有でき慌てることなく受診でき急変時に困らない。	
	【看取り】 在宅でも施設でも、本人の望む看取りの体制が整っている。	本人の意向が表出でき、家族、支援者が本人の意向を理解している。	
		住民のACPについての意識が深まり、これからの治療ケアに関する理解が進む。	
		本人、家族の意向を支援するために何が必要かわかる。	

2. 在宅医療の理解促進に向けた普及啓発

町民一人ひとりが、自らの意思で自身の生き方を選択し、医療や介護が必要になっても、人生の最終段階まで安心して生活することができることを目指して、在宅医療や介護・生活支援サービスの普及啓発を行い、「老い」やその先にある「終末期」をどのように迎えるか考える機会を設けます。また、医療や介護サービスの導入が必要になった場合の相談先の認知度を高めます。

人生会議（ACP：Advance Care Planning アドバンス・ケア・プランニング）やエンディングノートについて、普及啓発を図ります。

(5) 高齢者の人権尊重と権利擁護の推進

1. 高齢者の虐待防止

介護を必要とする状態になっても高齢者の尊厳が守られるよう、虐待防止の啓発を進めるとともに、早期発見・早期対応に向けて、地域や関係機関等との連携強化を図ります。

介護者への適切な情報提供や支援をすることが虐待の未然防止につながるため、介護者が相談しやすい環境を整えるとともに、認知症に関する知識や適切な介護サービス情報の提供など、介護者の負担軽減を図る取り組みを推進します。

【実績】

高齢者の虐待防止	令和 3 年度 (2021 年度)	令和 4 年度 (2022 年度)	令和 5 年度 (2023 年度)
高齢者虐待 対応件数 (件)	3	2	2

※令和 5 年度は見込み

2. 成年後見制度の周知と利用促進

高齢者人口の増加により、認知症高齢者の増加が見込まれています。また、家族や親族間の関係希薄化により、支援が必要でありながら社会的に孤立する高齢者の増加が懸念されます。

高齢になり、判断能力が不十分になっても安心して暮らすことができるよう、成年後見制度について周知を図るとともに、その利用を支援します。

【計画】

地域包括支援センター運営事業		令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
成年後見制度 利用支援事業	申立件数 (件)	1	1	1
	利用者数 (人)	3	4	5

3. 日常生活自立支援事業

住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、権利擁護の施策として、高齢者や障がい者などの判断能力不十分な方を対象に、田上町社会福祉協議会の生活支援員が、安心して福祉サービスを利用するための支援や日常的な金銭管理などを行います。

(6) 災害対策および感染症対策

1. 避難行動要支援者名簿の整備

近年、多くの自然災害が発生し、各地に甚大な被害をもたらしており、高齢者等の災害時要援護者の避難支援体制の整備・充実が喫緊の課題となっています。

災害時に避難の手助けを迅速かつ的確に受けることができるよう、避難行動要支援者名簿等の整備を進めます。

2. 事業者への指導

災害や感染症への対応力を強化する観点から、すべての介護サービス事業者に対して、感染症や災害対策の強化および業務継続に向けた計画（BCP：Business Continuity Plan）の策定等、各種取り組みが義務づけられています。

自然災害時に「サービスの継続」「利用者の安全確保」「職員の安全確保」「地域への貢献」が図られるよう、関係機関と連携するとともに、BCPの作成や訓練等の実施を支援します。

また、感染症が拡大した場合でも、継続的なサービスの提供が図られるよう、資材の確保など必要な支援体制を構築し、正確な情報を迅速に提供するよう努めます。

(7) 高齢者の住まいの確保

1. 施設サービス等の基盤整備

今後の高齢者人口の推移や世帯構成の変化などを踏まえて需要を推測するとともに、サービス提供事業者を含む地域の関係者との情報交換・意見交換を行い、地域における方向性を共有します。

◆ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設です。入所により、入浴・排せつ・食事などの介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話などが受けられます。原則として要介護3以上の方が対象となります。

特別養護老人ホームの整備状況

特別養護老人ホーム	定員（人）	運営主体
あじさいの里	100	社会福祉法人 ごまどう福祉会

◆ 介護老人保健施設（老人保健施設）

入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設です。利用者の状態に合わせた施設サービス計画（ケアプラン）に基づき、医学的管理のもとで看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを合わせて受けることができます。

介護老人保健施設の整備状況

介護老人保健施設	定員（人）	運営主体
晴和会田上園	100	医療法人社団 晴和会

◆ 介護医療院

要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要な方に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護および機能訓練、その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行うことを目的とした施設です。

町内にはありません。

2. 地域密着型居住等サービスの基盤整備

地域密着型サービスは、要介護者等が住みなれた地域で生活することを支えるため、市町村内の支援ニーズに応じて提供されるサービスであり、市町村が事業所を指定するものです。

◆ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。少人数の家庭的な雰囲気の中で、症状の進行を遅らせること、できる限り自立した生活が送れるようになることを目指します。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の整備状況

認知症対応型共同生活介護	定員（人）	運営主体
陽だまりの家	18	株式会社 虹祐

◆ 小規模多機能型居宅介護

通いによるサービスを中心にして、利用者の希望などに応じて、訪問や宿泊を組み合わせ、入浴、排せつ、食事等に介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練（リハビリテーション）を行います。

小規模多機能型居宅介護の整備状況

認知症対応型共同生活介護	定員（人）	運営主体
小規模多機能ホーム うめこの郷	29	一般社団法人 田上福祉会

◆ 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護のサービスに訪問看護が追加されているため、医療的なニーズのある高齢者も利用しやすくなっています。

本町にはありません。

3. 高齢者の住まい等の整備

高齢者人口が増加していること、1人暮らしや夫婦のみ世帯など高齢者のみの世帯が増加していることから、住宅改修や在宅サービスを利用しても、自宅での生活が困難になる高齢者が増加していくことが見込まれます。

生活に困難を抱えて住まいを必要とする高齢者が、それぞれの状況に応じた選択ができるよう、住まいに関するさまざまな情報提供に努めます。

◆ 養護老人ホーム

環境上の理由および経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な方を対象に、養護老人ホームへの入所措置を実施します。

町内にはありません。本町の要援護高齢者6人が、三条市にある広域養護老人ホーム県央寮に入所しています。

◆ 軽費老人ホーム

身体障がいや住宅、家庭などの事情により自宅で生活するのが困難な60歳以上の高齢者が入居できる施設です。提供するサービスによりA型・B型・ケアハウスという種別があります。

町内にはありません。

◆ 有料老人ホーム

介護保険の居宅サービスである特定施設入居者生活介護の適用を受けて介護保険サービスを提供することを前提とした「介護付き有料老人ホーム」と、入居者が介護を必要とする状態となった場合には外部の介護サービス事業所を利用する「住宅型有料老人ホーム」があります。

住宅型有料老人ホームは町内にはありません。

介護付き有料老人ホームの整備状況

認知症対応型共同生活介護	定員（人）	運営主体
介護付有料老人ホーム ゆとり	50	株式会社 大協薬品

◆ サービス付き高齢者向け住宅

高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）に基づく居室の広さや設備、バリアフリーなどの条件を満たし、安否確認、生活相談等のサービスを受けることができる賃貸住宅です。入居者が介護を必要とする状態となった場合には外部の介護サービス事業所の居宅サービスを利用することができます。

町内にはありません。

2 いつまでも健やかに暮らすための健康づくり

(1) 高齢者の健康づくりと介護予防の推進

1. 健康づくりの普及啓発

高齢期を迎えても元気で豊かな生活が続けるためには、元気なうちから健康に関心を持ち、健康づくりに取り組むことが大切です。

生活習慣病を防ぐには、その基礎病態であるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した生活習慣病対策として、身体活動や食生活の見直しなどが重要です。なるべく早くから望ましい生活習慣を実践することができるよう、健康づくりの意識の醸成と高齢期の特性を踏まえた知識の普及に努めます。

◆ 護摩堂山ハイキングコース

小学生も登れる健康づくりハイキングコースを整備し、新潟県健康ウォーキングロードにも登録しています。

2. 介護予防・生活支援サービス事業

総合事業における介護予防は「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取り組み」として、地域における人と人のつながりがポイントになります。

また、高齢者のみの世帯の増加に伴い、見守りや外出支援、除雪や買い物といった生活支援の必要性が増加しています。

多様な主体による介護予防・生活支援サービス提供体制の構築に取り組みます。

◆ 訪問介護（介護予防訪問介護相当のサービス）

要支援者等で、専門的な身体介護・生活援助が必要な方に対して、専門の訪問介護員が自宅を訪問し、従来の介護予防訪問介護の基準により身体介護を含むサービスを提供します。

【計画】

介護予防・生活支援サービス事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
訪問介護 延べ利用件数（件）	254	260	266

◆ 訪問介護 A（緩和型訪問サービス）

要支援者等に対し、身体介護を伴わないサービスについては緩和型サービスを提供し、調理や掃除など自分で行うことができるよう、自立に向けた生活支援を提供します。

【計画】

介護予防・生活支援サービス事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
訪問介護 A 延べ利用件数（件）	49	54	59

◆ 訪問介護 B（住民主体による訪問サービス）

住民ボランティア等を主体とし、ゴミ出しや安否確認などの軽易な生活支援サービスを安価に提供するものです。

現在は実施していませんが、地域の住民同士で支え合う「互助」を基本とするもので、担い手となる高齢者の介護予防にもつながるため、事例収集と検討を進めていきます。

◆ 通所介護（介護予防通所介護相当のサービス）

要支援者等の生活機能が向上するよう、従来の介護予防通所介護の基準による通所サービスとして、入浴、排泄、食事その他の介護などの日常生活上の支援や機能訓練を行います。

【計画】

介護予防・生活支援サービス事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
通所介護 延べ利用件数（件）	375	380	385

◆ 通所介護 A（緩和型通所サービス）

サービス内容や従事者の要件を通所介護（介護予防通所介護相当のサービス）の水準より緩和し、介護予防に資する体操、レクリエーションのほか、身体介護を伴わないサービスを提供します。

第8期計画期間中は利用者はいませんでした。

事業の周知を図ります。

【計画】

介護予防・生活支援サービス事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
通所介護 A 延べ利用件数（件）	3	3	3

◆ 通所介護 B（住民主体による通所サービス）

高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して生活できるように、昼間自宅において 1 人で過ごしている高齢者等を対象として、レクリエーション・軽作業・創作活動等を行い、孤独感の解消、認知症の予防、身体機能の維持・向上を図り、自立した生活の手助けをします。

町内には「ふれあいの家」「くつろぎの家」の 2 つのコミュニティデイホームがあります。

◆ 通所介護 C（短期集中予防サービス）

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のプログラムを専門職の指導のもと、短期間に集中的に実施し生活機能を改善することを目的にしたサービスです。

地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、専門職からの助言をケアプランに反映し、利用者、介護支援専門員、サービス事業所が常に自立することを目的にサービス利用を利用、提供し PDCA サイクルを回すことで介護保険サービスを活用し自立支援を行います。

◆ 介護予防ケアマネジメント

要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう支援します。必要に応じたモニタリングにより、サービス利用者の状態を把握し、ケアプラン期間終了後に評価を行います。

【計画】

介護予防・生活支援サービス事業	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
介護予防ケアマネジメント 実施件数（件）	300	300	300

3. 一般介護予防事業

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、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても生きがい・役割を持って生活できる地域を構築することにより、要介護状態等となることの予防など、介護予防を推進することを目的としています。

◆ けんこつ体操教室（転倒予防）

転倒による骨折・寝たきりの予防のために、骨と筋肉を鍛え、脳を活性化する「レインボーけんこつ体操」を行い、高齢になっても元気でいきいきと生活できることを目指します。

全町民を対象とした教室のほか、自主サークルとして町内 8 地区で実施しています。

【計画】

一般介護予防事業		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
けんこつ体操教室	実施回数(回)	96	96	96
	延べ人数(人)	715	715	715

◆ 元気はつらつ教室（認知症予防教室）

軽体操・ゲーム・レクリエーション・作品づくりを行うことにより脳を活性化させ、認知症予防と認知症の進行を遅らせることを目指します。高齢者の交流の場、認知症予防についての普及啓発の場として、また、介護予防ボランティアの育成の場として教室を開催します。

【計画】

一般介護予防事業		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
元気はつらつ教室	実施回数(回)	18	18	18
	実人数(人)	540	540	540

◆ アクティブシニア教室（運動教室）

筋力トレーニング・ストレッチ体操を行い、筋力を維持・向上させます。

自分で自分の健康は守るという意識づけの一環として、参加費を設定しています。また、短期間ではなく継続することで、運動機能の維持と、参加者同士の交流が図れることから、初心者クラスのほかにステップアップクラスを実施します。

【計画】

一般介護予防事業		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
アクティブシニア教室	実施回数(回)	144	144	144
	実人数(人)	45	47	50

◆ 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防や健康寿命の延伸に向けて、リハビリテーション専門職との連携を図り、要支援・要介護者に対するリハビリテーションの目標を定めるとともに、地域リハビリテーション支援体制を構築していきます。

4. 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施

介護保険では、65歳以上の高齢者を主な対象者として介護保険者（主に市町村）が介護予防の取り組みを、医療保険では国民健康保険において各市町村が生活習慣病対策を中心に74歳までの被保険者に対して保険事業を展開、後期高齢者医療制度では75歳上の高齢者へのフレイル予防の取り組みを広域連合が実施するなど、異なる実施主体が近接的な取り組みを実施してきました。一体的実施は、地域の高齢者へのアプローチとして、それぞれの実施主体と関係者が連携して一体的な取り組みを進めるものです。

◆ フレイル予防指導（口腔、栄養、運動）

フレイルとは、加齢に伴い筋力が衰えて疲れやすくなる、家に閉じこもりがちになるなど、年齢を重ねたことで生じやすい衰え全般を指します。フレイルは、身体問題のみならず、認知機能障がいやうつなどの精神的、心理的問題等も含んでいます。高齢者の多くはフレイルの時期を経て要介護状態に陥ると考えられています。しかし、適切に支援を受けることで健常な状態に戻ることができる時期ともされています。

町では高齢者がフレイル状態にならないように、また、一度なったとしても健常な状態に戻ることができるように「日常に運動を」「バランスのよい食事を」「お口と歯を健康に保つことを」「社会とのつながりを」の4つを目標に、地域の通いの場や介護予防事業において、多様な専門職（リハビリテーション専門職、栄養士、歯科衛生士等）の参画によりフレイル予防について広く周知し、健診結果などを活用しながら取り組みを広めます。

【計画】

高齢者の保健事業と 介護予防等の一体的実施	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
フレイル予防集団指導 実施回数（回）	4	18	18

5. 自立支援型個別ケア会議

自立支援型個別ケア会議とは、高齢者のQOL（生活の質）の向上に資することを目的に地域の多様な専門職（歯科衛生士、管理栄養士、リハビリテーション専門職等）の助言を踏まえ、高齢者の支援の方法についての検討を通して、地域に不足する資源など行政課題の発見、解決策の議論につなぐ会議です。

1人でも多くの高齢者が要支援・要介護状態とならず、その方らしい生活ができるよう支援方法を考え、一緒にフレイル状態からの回復に取り組みます。

【計画】

自立支援型個別ケア会議	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
自立支援型個別ケア会議 実施回数（回）	2	2	2

(2) 生きがい活動と社会参加の促進

1. 高齢者の社会参加の促進

高齢になっても、地域社会と関わりながら役割や生きがいを持ち、いきいきとした暮らしができるよう、健康づくり、就労、ボランティア活動、生涯学習等の社会活動を通じた、生涯にわたる自己実現、生きがいづくりを支援します。

また、社会活動に参加するための外出手段について、総合事業を活用した移動支援の充実や既存の社会資源の活用、新たな地域の支え合いの仕組みづくりなどの整備に取り組みます。

◆ ボランティアの育成

高齢者の増加により介護保険サービスの需要が増える中で、働き手の減少による人手不足もあり、需要と供給のバランスが崩れることが予想されています。そのため生活支援コーディネーターの活動の強化やサポーターの養成、ボランティア育成等が重要です。

田上町にはシルバー人材センターはありませんが、令和6年4月から、加茂市のシルバー人材センターに参加できることとなりました。有償ボランティア制度やボランティアポイントなど、元気な高齢者の経験や技術を地域資源として活用できるような仕組みづくりについて検討していきます。

2. 高齢者の生きがいと健康づくりの推進

内閣府が発表した令和5（2023）年版「高齢社会白書」によると、「生きがい」を感じる程度について、現在の健康状態別に比べると、健康状態が「よい」と回答した高齢者は93.3%が「生きがい」を感じているが、健康状態が「よくない」という高齢者では33.7%にとどまっており、健康状態がよい高齢者ほど、「生きがい」を感じている傾向が示されました。

高齢者の活動意欲を高め、人との交流や地域活動への参加を促進し、生きがいを持って生活していくことができるよう、健康づくりに資する取り組みを推進します。

◆ 通いの場

地域住民等が主体となって行う体操、運動等の活動、趣味活動、定期的な交流会、サロン、会食などの自主的な通いの場づくりを支援し、介護予防を図るものです。

現在は実施していませんが、地域の住民同士で支え合う「互助」を基本とするもので、住民主体の地域づくりにもつながるため、事例収集と検討を進めて通いの場を立ち上げる予定です。

第5章 施策の推進

【計画】

高齢者の生きがいと健康づくりの推進		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
コミュニティデイホーム ふれあいの家	実施数(回)	145	145	145
	利用者数(人)	17	18	19
	延べ人数(人)	1,020	1,033	1,046
コミュニティデイホーム くつろぎの家	実施数(回)	242	242	242
	利用者数(人)	29	30	31
	延べ人数(人)	1,830	1,850	1,870

◆ 老人福祉センター

大広間で親しい友人たちと会話や舞台でのカラオケ、踊りなどを楽しめます。館内には、大小の部屋や浴室があります。

いきいきとした老後を送るために、各種の活動を支援する場として、より利用者が利用しやすくなるように取り組みます。

【計画】

高齢者の生きがいと健康づくりの推進	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
老人福祉センター 延べ利用者数(人)	17,000	13,000	14,000

※令和7年度から利用料金の改正を予定しています。

◆ 老人憩いの家「心起園」

館内には、温泉が引かれています。泉質はナトリウム-塩化物泉で効能は、神経痛、筋肉痛、関節痛、五十肩、うちみ、くじき、冷え性等に効果的です。

【計画】

高齢者の生きがいと健康づくりの推進	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
老人憩いの家「心起園」 延べ利用者数(人)	18,000	14,000	15,000

※令和7年度から利用料金の改正を予定しています。

3. 孤立化の防止

令和5(2023)年に行った介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、要支援認定を受けていない一般高齢者の閉じこもり傾向のリスク該当割合は13.3%となっています。

内閣府が発表した令和5(2023)年版「高齢社会白書」では、高齢者の社会参加活動が、健康や生きがいを生み出し、それがさらなる活動につながり、コミュニティづくりにも貢献するという、健康の好循環を期待できるとしています。

高齢者の単身世帯が増加し、また65歳を過ぎても就労していて地域活動にあまり参加し

ていない高齢者が増加するなか、高齢者がその好循環から外れて孤立することがないように、アウトリーチによるアプローチや、地域における相互の見守りなどを強化していく必要があります。

3 介護保険事業の充実と適正化

(1) 介護サービスの充実

1. 介護サービスの基盤整備

令和 27（2045）年までの高齢者人口の推計（37 ページ）と要支援・要介護認定者数の推計（38 ページ）をみると高齢化率、認定率ともに増加傾向にあります。

本計画期間中においては、近隣市の事業者からのサービス提供もあり必要量は確保できる見込みであるため新たに整備計画はありませんが、令和 22（2040）年度頃に要支援・要介護認定者数がピークを迎えることを考慮しつつ、状況に応じて基盤整備を検討します。

介護サービス事業所数（令和 6 年 3 月現在）

区分	事業所数（か所）	定員（人）
居宅サービス	17	258
訪問介護	1	-
訪問看護	2	-
通所介護	3	63
通所リハビリテーション	1	30
短期入所生活介護	4	115
特定施設入居者生活介護	1	50
居宅介護支援	4	-
介護予防支援	1	-
地域密着型サービス	2	47
小規模多機能型居宅介護	1	29
認知症対応型共同生活介護	1	18
施設サービス	2	200
介護老人福祉施設	1	100
介護老人保健施設	1	100

2. 介護現場における業務の効率化

介護人材不足が課題となるなかで、増加かつ多様化する高齢者の介護ニーズに対応できるよう、介護現場における業務の効率化を推進することにより、介護の生産性と質の向上を図るとともに、介護人材の定着を促進します。

◆ 介護分野の文書に係る負担軽減

介護保険サービスに係る指定申請等に関する文書等の削減に取り組みます。

実地指導は、実地指導の標準化・効率化等の運用指針に基づき、「標準確認項目」以外の項目は、特段の事情がない限り行わないものとし、「標準確認文書」以外の文書は原則求めないよう実施します。

◆ ICT 導入や介護ロボット導入に係る助成の周知

新潟県が行っている ICT 導入や介護ロボット導入に係る助成について周知を図ります。

(2) 介護人材の確保

1. 介護人材のすそ野を拡げる取り組み

介護人材の安定的な参入を促進するため、中学生とその PTA を対象とした認知症サポーター養成講座の際に、介護職の紹介や介護士養成校等の情報提供を行い、介護職に興味を持てるよう取り組みます。

また、子育てが一段落した方や、現在の職場からの転職を検討している方など、介護未経験者の参入を促進するため、「広報 たがみまち きずな」等で介護の仕事についての周知を行います。

2. 介護人材の資質の向上および職場定着支援

今後見込まれる利用者のニーズの複雑化、多様化、高度化に対応するには、介護職がお互いの知識・技術を生かしながらチームでケアを行うことが重要です。チームケアでは、介護未経験者から介護福祉士まで、さまざまなキャリアを持つ人材が、それぞれの知識・能力に応じた役割分担と協同が求められます。

◆ キャリアアップに向けた研修の実施

介護職を対象にした研修会を実施し、スキルアップとともにモチベーションの向上と定着支援を図ります。また、国や県が実施する介護従事者向けの研修や実習の開催についての情報提供を行います。

(3) 安定した介護保険サービスの運営

1. 適正な介護認定の実施

要介護認定の適正な実施のために、一次判定への影響が大きい調査項目に重点を置いた認定調査員研修を実施することにより、審査会の高い質を維持するとともに、認定調査員の平準化を図ります。

また、審査会委員に対し現任研修等の内容を伝達することで、重度変更率の地域格差の改善を図ります。

2. 介護給付の適正化

高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、介護給付を必要とする方を適切に認定し、介護給付を必要とする方が真に必要な過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に役立てるものです。

◆ 要介護認定の適正化

認定調査の内容について、書面等で事後点検を実施することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

【計画】

介護給付の適正化	令和 6 年度 (2024 年度)	令和 7 年度 (2025 年度)	令和 8 年度 (2026 年度)
要介護認定の適正化 点検割合 (%)	100.0	100.0	100.0

◆ ケアプランの点検、住宅改修の点検、福祉用具購入・貸与調査

介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成したケアプランについて、自立支援に資する適正なものになっているか、介護支援専門員とともに検証確認します。国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムにより出力される給付実績等の帳票を活用し、費用対効果が期待される帳票に重点化して取り組みます。

介護保険サービスとして実施する住宅の改修および福祉用具の購入については、利用者の身体状況や生活環境を踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止に寄与しているかの視点で点検し、より適正な工事・利用方法のアドバイス等を行います。利用者の自立支援となるよう、申請書類の審査を全数実施することを目標とし、その中で現地調査が必要と思われるケースについて訪問し、点検を実施します。

第5章 施策の推進

【計画】

介護給付の適正化	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
ケアプランの点検 点検件数（件）	33	33	33

◆ 医療情報との突合・縦覧点検

国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムを活用し、医療情報との突合・縦覧点検リストについて1か月に1回、全件点検を行います。疑義が生じたものは事業所へ確認を行い、請求内容に誤り等が判明したものは請求取り下げ等の適切な処理を行うよう指導します。

【計画】

介護給付の適正化		令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
医療情報との突合・ 縦覧点検	実施回数（回）	12	12	12
	点検割合（%）	100.0	100.0	100.0

3. 介護サービス事業者との連携や指導による業務の質の向上

地域密着型サービス事業者および居宅介護支援事業者に対しては、本町が指導監督を行い、それ以外の介護保険サービス提供の事業者には県の計画的な指導監督が行われています。

今後も県と連携を図りながら指導監督を行い、介護保険制度の適正な運営および介護サービス事業者が提供する介護サービスの質を確保するとともに、保険給付の適正化を図ります。