

目 次

第1章	計画の策定にあたって	5
1.	計画策定の趣旨	5
2.	計画の位置づけと根拠となる法令	6
2-1.	法令の根拠	6
2-1.	関連計画との関係	6
3.	計画の策定方法	7
4.	計画の期間	7
5.	日常生活圏域の設定	7
6.	本計画策定の視点	8
6-1.	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律	8
6-2.	本計画策定に向けて	10
第2章	高齢者を取り巻く状況	11
1.	総人口の推移と将来推計	11
2.	高齢者のいる世帯の状況	12
3.	要支援・要介護認定者の推移と将来推計	12
4.	認知症高齢者数の推計	13
5.	アンケート調査からみる現状	13
5-1.	アンケート調査の実施状況	13
5-2.	介護予防・日常生活圏域二一ズ調査結果	13
5-3.	在宅介護実態調査結果	17
6.	介護保険の現状と評価	20
6-1.	サービス別の現状	20
6-2.	第6期計画における施策の振り返り	22
第3章	計画の基本理念	23
1.	基本理念	23
2.	重点事項	24
第4章	施策の展開	26
1.	地域の力を活かして支えあう仕組みの構築	26
1-1.	地域包括ケアシステムの推進	26

(1) 地域包括支援センターの機能強化と適切な運営	26
(2) 地域ケア会議の開催と充実	27
(3) 生活支援コーディネーターを中心とした生活支援体制整備	27
2. 高齢者が安心して暮らせるための環境整備	28
2-1. 高齢者虐待の防止	28
(1) 虐待防止と早期発見・早期対応	28
(2) 相談支援体制の充実	28
2-2. 高齢者の孤立防止	28
2-3. 高齢者の権利擁護の推進	29
2-4. 高齢者の外出・生活支援サービス	29
3. 健康づくりと介護予防推進による健康寿命の延伸	30
3-1. 健康寿命の延伸につながる生活習慣病予防	30
3-2. 『食』の実態把握と支援	30
3-3. 「歩ける体づくり」と「自立した生活の維持」のための運動推進	31
3-4. 介護予防・生活支援総合事業の推進	32
(1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進	32
(2) 一般介護予防事業の推進	33
4. 認知症高齢者と介護者への支援体制の充実	35
4-1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	35
(1) 認知症サポーター養成の推進	35
(2) すべての年代の人が認知症を正しく学ぶための教育や啓発のあり方の検討	35
4-2. 認知症への早期の気づき・早期対応のための体制整備	36
(1) 「認知症初期集中支援チーム」の設置	36
(2) 早期の気づき・早期対応のしくみづくりの検討	36
4-3. 江府町版「認知症ケアパス」の整備、医療・介護等の連携	36
(1) 江府町版「認知症ケアパス」の確立	36
(2) 認知症地域支援推進員の配置	37
(3) 「もの忘れ外来」の効果的な活用	37
4-4. 認知症の発症予防、重症化予防のための居場所づくり	37
4-5. 認知症の人の家族・介護者への支援	37
4-6. 認知症高齢者等のSOSネットワーク・見守り体制づくり	38
4-7. 認知症対応型サービスの検討	38
5. 介護サービス等の充実	39
5-1. 介護保険制度の周知・充実	39
5-2. 介護保険制度の適正・円滑な運営	39

(1) 介護保険給付適正化の基本的な考え方	39
(2) 適正化事業の実施	39
(3) 低所得者への対策	40
5-3. 介護に取り組む家族への支援の充実	41
第5章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計	42
1. 介護保険事業の見込み	42
1-1. 公費負担の考え方	42
1-2. 給付と負担の関係	42
2. 介護保険料の見込み	43
2-1. 介護保険料基準額	43
(1) 基準月額の算出方法	43
(2) 基準月額の内訳	44
(3) 保険料段階	45
第6章 計画の推進体制	46
1. 計画の周知・啓発の推進	46
2. 計画の推進体制	46
2-1. 庁内及び関係機関等との連携強化	46
2-2. 地域における協働の推進	46
3. 計画の進捗管理	46
3-1. 進捗管理体制	47
3-2. 進捗状況の公表	47

***年代表記について**

計画内の年度表記について、平成29年度までは「平成」とし、本計画期間の平成30年度以降は、西暦としています。

ただし、すでに公表された上位計画の年度表記は現行どおりとしています。

第1章 計画の策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

我が国の人口は、国勢調査によれば減少傾向にありますが、平均寿命の延伸等により高齢者人口は増加を続けており、平成27年調査では、65歳以上の高齢者人口は3,346万人、高齢化率は26.6%となっています。

高齢化は今後もさらに進行することが予想され、75歳以上の後期高齢者もより一層増加していくことが想定されます。また、一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加、高齢者が高齢者を介護する老老介護、地域で支えあう人と人のつながりの希薄化等、様々な課題がより顕在化していくことも懸念されます。

高齢者の抱える多様なニーズや課題に対応していくためには、若い世代による支えだけでなく、高齢者ができるだけ健康を維持し、その活力を地域の中で生かしていくことも重要と考えられます。そのため、高齢者の健康管理の取り組みや生きがいがづくり、互いに支え合う「自助・共助・公助」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりを推進していくことが、より一層重要性を増していくものと思われます。

本町では、平成27年3月に「江府町老人福祉計画・第6期介護保険事業計画」(以下、「第6期計画」という。)を策定し、「心身共に健康で生きがいを持ち、住み慣れた地域の中で社会の一員として暮らすことができるまちづくり」という基本理念に基づき、「1. 在宅医療・介護連携の推進」「2. 認知症施策の推進」「3. 生活支援・介護予防サービスの基盤整備」「4. 高齢者の生活を支える住まいとサービスの確保」を重点項目に掲げて、「地域包括ケア」の考え方を取り入れ介護保険の円滑な運営に努めてきました。

今回、第6期計画の計画期間が終了することから、新たに名称を「江府町高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画」(以下「本計画」という。)とし、策定することとしました。

本計画は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えた計画として、本町の高齢者保健福祉施策及び介護保険事業の基本的な考え方や具体的な取り組み等について示すとともに、第6期計画の取り組みを踏まえ、地域包括ケアシステムの推進及び介護保険制度の持続可能性の確保を目的として策定するものです。

2. 計画の位置づけと根拠となる法令

2-1. 法令の根拠

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法（平成9年法律第123号）第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定したものです。

老人福祉法 第20条の8

市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。

介護保険法 第117条

市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

2-2. 関連計画との関係

本計画は「江府町未来計画」「江府町まち・ひと・しごと創生総合戦略」を上位計画として、本町の高齢者保健福祉施策及び介護保険事業を一体的に推進するための個別計画と位置づけられるものです。

また、高齢者保健福祉施策や介護保険事業に関する様々な施策を円滑に実施できるよう、国や県の関連計画や本町の他の福祉関連計画との整合性を図り策定したものです。

江府町未来計画（第1期 平成28年度～平成32年度）

「思いを形に未来につなぐまちづくり」～3000人の楽しい町～
第5章 高齢者の保健及び福祉の向上及び推進

江府町まち・ひと・しごと創生総合戦略（平成27年度～平成31年度）

基本目標Ⅱ すこやかでいきいき暮らせる町づくり



江府町老人保健福祉計画

第7期江府町介護保険事業計画



第5期江府町障害福祉計画

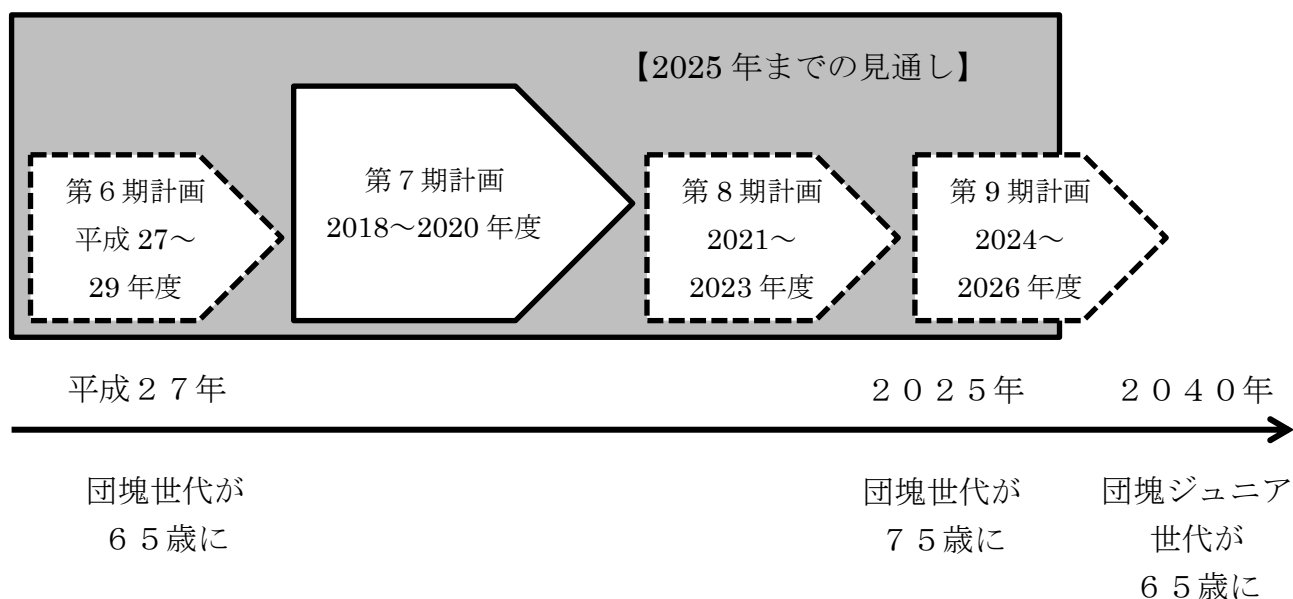
3. 計画の策定方法

本計画の策定に際しては、アンケート調査（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査）や第6期計画の高齢者福祉施策及び介護保険事業の実績等に基づいた評価を実施し、庁内においては介護保険担当、福祉担当、保健担当等の関係部局の事務レベルにおける協議・検討を行い、計画案を策定しました。

また、作成した計画案等については、保健・医療・福祉の各分野の関係者、住民代表等、関係者が参画した「江府町介護保険事業計画策定委員会」において、意見交換及び審議を行いました。

4. 計画の期間

本計画は、2018年度から2020年度までの3年間を計画期間とし、2025年度を見据えた計画として施策の展開を図ります。



5. 日常生活圏域の設定

町民が地域で安心して暮らしていくために、日常生活を営む地域において様々なサービス提供するための日常生活圏域を設定します。

本町においては、人口、地理的条件、交通事情その他の社会的条件などを総合的に判断し、第6期計画に引き続き町内全域を一つとして設定しました。

6. 本計画策定の視点

6-1. 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の

一部を改正する法律

2018年4月（一部は2018年8月）に施行される「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の目的は、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。」とされています。

I. 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組む仕組みの制度化

- ①データに基づく課題分析と対応（取組内容・目標の介護保険事業（支援）計画への記載）
- ②適切な指標による実績評価
- ③インセンティブの付与

【その他の取組】

- ・地域包括支援センターの機能強化（評価の義務付け等）
- ・認知症施策の推進
- ・居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化

2. 医療・介護の連携の推進等

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設 * 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等

「我が事・丸ごと」の地域づくり・包括的な支援体制の整備

- ①「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定
- ②この理念を実現するため市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨を規定
- ③地域福祉計画の充実

また、高齢者と障がい児等が同一の事業所でサービスを受けやすくするため介護保険と障がい福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づける

【その他の取組】

- ・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・介護保険適用の除外施設の住所地特例の見直し（入所前の市町村を保険者とする）

Ⅱ. 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 2割負担者のうち特に所得の高い層の割合を3割とする

《2018年8月施行》

世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする（月額44,400円の負担の上限あり）

2. 介護納付金への総報酬割の導入

《平成29年8月の介護納付金から適用》

各医療保険者は、介護納付金を2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする（激変緩和の観点から段階的に導入）

出典：全国介護保険担当課長会議（平成29年7月3日）資料より

6-2. 本計画策定に向けて

本計画では、上記の介護保険法等の改正及び国の基本指針を踏まえ、以下の事項に取り組んでいきます。

■ 2025年度を見据えた計画の策定

- ・ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、地域包括ケアシステムを段階的に構築していき、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向け、町の実情に合わせて地域包括ケアを推進していく計画とする
- ・ 第7期計画中の取組を基本として、2025年度の介護需要、サービス種類ごとの量の見込みや保険料水準を推計
- ・ 2025年度の量の見込みや保険料水準を踏まえ、第7期計画から第9期計画における段階的な充実の方針とそこでの第7期計画の位置づけを明らかにし、第7期計画の具体的な取組内容やその目標を計画に位置づける

■ 保険者機能の強化と地域マネジメントの推進

- ・ P D C Aサイクルに基づいて、下記の繰り返しにより目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していく
 - ① 町の実態把握及び課題分析を実施
 - ② 実態把握及び課題分析を踏まえ、目標を設定・共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成
 - ③ 計画に基づき、多職種連携の推進、効率的なサービス提供等、自立支援や介護予防に向けた様々な取組を推進
 - ④ 取組の実績を評価し、計画について必要な見直しを実施

第2章 高齢者を取り巻く状況

1. 総人口の推移と将来推計

本町の人口の推移をみると、総人口は昭和60年国勢調査では4,757人でしたが、以来減少を続け、平成27年で3,004人と昭和60年対比63.15%と大幅に減少しています。

○人口・世帯数の推移

		昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
人口		4,757	4,528	4,316	3,921	3,643	3,379	3,004
世帯数		1,289	1,220	1,213	1,138	1,098	1,074	1,007
男女別 人口	男性	2,297	2,174	2,057	1,843	1,700	1,558	1,402
	女性	2,460	2,354	2,259	2,078	1,943	1,821	1,603
年齢別 人口	0～14歳	790	733	662	529	453	316	247
	構成比	16.6	16.2	15.3	13.5	12.4	9.4	8.2
	15～64歳	3,069	2,755	2,434	2,100	1,843	1,693	1,415
	構成比	64.5	60.8	56.4	53.6	50.6	50.1	47.1
	65歳以上	898	1,040	1,220	1,292	1,347	1,370	1,342
	構成比	18.9	23.0	28.3	32.9	37.0	40.5	44.7

(資料：国勢調査)

高齢化率を見ると、こちらは年々上昇しており、平成29年12月末現在で44.28%となっています。今後は、2020年に44.95%、2025年には46.51%となり、高齢化がますます深刻な問題となっています

人口及び高齢者人口の推計(人)

区分	平成29年度 12月末 (実績)	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
65～74歳	477	465	470	475	446
75歳以上	856	803	787	772	717
合計	1333	1,268	1,257	1,247	1,167
高齢化率 (%)	44.28	43.86	44.37	44.95	46.51
総人口	3,010	2,891	2,833	2,774	2,509

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計」

2. 高齢者のいる世帯の状況

本町の高齢者のいる世帯の状況をみると、「高齢者一人暮らし世帯」と「高齢者夫婦のみ世帯（夫婦ともに65歳以上）」の増加が目立っています。

	平成12年		平成17年		平成22年		平成27年	
	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比	世帯数	構成比
一般世帯	1,131		1,098		1,070		1,007	
高齢者のいる世帯	653	58%	649	59%	607	57%	565	56%
高齢者一人暮らし世帯	110	17%	137	21%	156	26%	163	29%
高齢者夫婦のみ世帯	157	24%	171	26%	167	28%	176	31%
その他世帯	386	59%	341	53%	284	47%	226	40%

(資料：国勢調査)

3. 要支援・要介護認定者の推移と将来推計

本町の要支援・要介護認定者の推移をみると、認定者の総数は年によってばらつきはありますが20～22%で推移しています。

今後、2025年に向け、介護度別にみると若干の上下はあるものの、全体数はゆるやかに減少していくものと想定されます。

	9月現在の実績			見える化システムによる推計			
	平成27年度	平成28年度	平成29年度	2018年度	2019年度	2020年度	2025年度
要支援1	22	27	29	27	29	27	28
要支援2	34	39	33	31	32	31	31
要介護1	60	75	77	77	76	74	78
要介護2	57	51	52	50	47	46	48
要介護3	34	40	33	29	30	29	31
要介護4	53	43	41	39	37	36	38
要介護5	32	27	27	23	23	22	23
合計	292	302	292	276	274	265	277

見える化システム 第7期介護保険事業（支援）計画策定に向けたワークシート

4. 認知症高齢者数の推計

本町の認知症高齢者数は、平成29年7月末時点で、要介護認定者296人のうち「認知症日常生活自立度Ⅱ」以上の方が242人（81.8%）で65歳以上人口の18.1%を占めており、厚生労働省の平成27年全国将来推計値10.2%（平成24年公表）よりも高い状況です。また、江府町地域包括支援センターと江尾診療所が共同で運営する「もの忘れ外来」では、受診者のうち認知症による症状があっても要介護認定を受けずに地域で暮らしている高齢者も多くあることから、実態としてはさらに数が多いと考えられ、厚生労働省が示す65歳以上人口のうちの認知症有病率（要介護認定の有無問わず）推定値15%よりもはるかにその割合が高いことが想定されます。具体的な参考値として、本町が平成24年度にモデル3集落で実施したもの忘れ健診（60歳以上を対象：受診率97.4%）では、9.6%が認知症（疑含む）、30.7%が軽度認知障がい（MCI）と判定されたことから、地域高齢者の約4割に何らかの認知機能の障がいがあると考えられます。高齢化率44%を超える本町では、これらの数が今後ますます増加することが想定されます。

5. アンケート調査結果からみる現状

5-1. アンケート調査の実施状況

調査名称	介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	在宅介護実態調査
調査対象	町内在住の65歳以上の高齢者のうち（要介護1～5に該当する者を除く）	H29年4月1日現在で、要介護認定を受けており、在宅で生活している方
調査方法	健康推進委員による配付・回収	窓口等での聞き取り調査
調査期間	平成29年4月～5月	平成29年8月～9月
配付数	1,094	114
回収数	934	81
回収率	85.3%	71.1%

5-2. 介護予防日常生活圏ニーズ調査結果

（1）回答者のプロフィール

- ・性別は、「男性」が 43.8%、「女性」が 56.2%

- ・家族構成は、「一人暮らし」が12.5%、「夫婦二人暮らし（配偶者65歳以上）」が26.4%、「息子・娘と同居」が25.9%
- ・日常生活での介護・介助の必要性は、「介護・介助は必要ない」が82.2%
- ・経済状況は「ふつう」が69.1%である一方、『苦しい』（「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計）が22.7%

（2）からだを動かすことについて

- ・運動機能については、概ね良好な回答が6割程度。15分くらい続けて歩いている（「できるし、している」）が63.1%
- ・過去1年間の転倒経験は、「ない」が61.4%、『転倒経験がある』（「何度もある」と「1度ある」の合計）は36.0%。『転倒に対する不安』（「とても不安」「やや不安」）は51.7%
- ・外出に関しては、外出回数は『週2回以上』（「週2～4回」と「週5回以上」の合計）が64.7%、外出回数の昨年との比較は、『外出回数は減っていない』（「減っていない」と「あまり減っていない」の合計）が74.6%。

運動機能が低下していると考えられる人は多くないものの、過去1年間に『転倒経験がある』人が3人に1人、2人に1人が『転倒に対する不安』を持っていることから、運動機能の低下や転倒に対する注意喚起が必要です。

外出については、積極的に外出している人の状況を維持しつつ、外出回数の少ない閉じこもりがちな人への対策が課題です。

移動手段として、自ら自動車を運転している人が多く見られることから、免許返納などで運転できなくなった場合の外出支援の検討が重要です。

（3）食べることについて

- ・BMI判定「18.5未満（やせ）」が6.4%
- ・「固いものが食べにくくなった」が24.3%
- ・歯の本数と入れ歯の状況では、『自分の歯は19本以下』（「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と「自分の歯は19本以下、入れ歯なし」の合計）は55.9%、『入れ歯を利用』（「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」と「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」の合計）は62.1%
- ・誰かと食事を共にする機会は「毎日ある」が57.8%、「年に何度かある」「ほとんどない」の合計が18.1%

口腔機能は、4人に1人が良好でないと考えられること、『自分の歯は19本以下』の人が半数以上、入れ歯を利用している人が6割を超えることから、高齢になっても健康的な生活を送るために口腔ケアが大切であることの啓発を推進することが重要です。

6割弱の人は、毎日の食事を誰かと一緒に取っている反面、ほとんどの食事を一人で取っている人が2割あります。低栄養や閉じこもりの防止につながる共食機会、場所の検討が必要です。

(4) 毎日の生活について

- ・認知機能に関しては、もの忘れが多いと感じているかの問いで「はい」が48.4%
- ・複雑な日常生活動作に関しては、自分で食事を用意しているかで「できるし、している」が61.2%の他は、外出、買物請求書の支払いや預貯金の出し入れなどは概ね80%が自分で「できるし、している」

日常生活に必要なことは概ね自分でできているものの、もの忘れが多いと感じるかで「はい」が半数近くであることから、生活習慣や日頃のトレーニング等で認知症を予防していくこと、高齢者の家族や介護者に向けた認知症の啓発に努め、早期発見・治療につなげていくことが重要になると考えられます。

(5) 地域での活動について

- ・地域での様々な活動（ボランティア活動や趣味・スポーツのサークル）へ『参加している』（「週4回以上」～「年に数回」の合計）はいずれも2割程度。『参加していない』が5割、未記入が3割
- ・住民有志での地域づくりの活動に関しては『参加者として参加意向がある』（「ぜひ参加したい」と「参加してもよい」の合計）が、56.7%、『企画・運営（お世話役）として参加意向がある』（「ぜひ参加したい」と「参加してもよい」の合計）は35.2%

地域での様々な活動は、いずれも2割程度とそれほど多くありません。しかし、地域づくり活動への参加意向は6割弱、お世話役でも3割強となっています。今後、地域の力を活かしていくため、活動の周知や参加しやすい環境づくり等、参加したい気持ちを活動に結びつけるための取り組みが重要なポイントになると考えられます。

(6) 助け合いについて

- ・助け合いの相手に関しては、心配ごと等を聞いてくれる人、聞いてあげる人ともに「配偶者」が最も多く、いずれも5割に近い。「同居の子ども」「別居の子ども」「兄弟姉妹・親戚・親・孫」「友人」が多く上げられている。反面、「そのようなひとがいない」の回答も5%
- ・病気の時に看病や世話をしてくれる人、してあげる人では、心配ごとの相談と同じく「配偶者」が最も多く5割を超え、「同居又は別居の子ども」「兄弟姉妹」などの親族が多数。

助け合いの相手は「配偶者」が最も多く上げられており、病気の時の看病では、親族以外はほとんどないことから、こうした時の1人暮らし高齢者への支援が必要です。また、相談相手や病気のとき看病してくれる人がいないという人も少なくないため、相談窓口の整備、周知も重要です。

(7) 健康状態について

- ・『健康状態はよい』（「とてもよい」と「まあよい」の合計）が71.9%
- ・幸せ感（10点満点）は、5点が最も多く21.6%、未記入者をのぞく平均点は7.06点
- ・うつ傾向に関しては、「ゆううつな気持ち」29.4%、「物事に興味がわからない、心から楽しめない感じ」が19.8%
- ・喫煙状況は、現在『喫煙している』（「ほぼ毎日吸っている」と「時々吸っている」の合計）が6.5%、『喫煙していない』（「吸っていたがやめた」と「もともと吸っていない」の合計）が85.0%
- ・現在治療中、後遺症のある病気については、「ある」が89.1%、具体的な病気としては「高血圧」が50.3%

健康状態はよいと感じている人が多く、幸福感も高い人が多い一方で、ゆううつな気持ちや、心から楽しめないなどうつ傾向の人が3割弱見られるため、うつ予防の取り組みが重要と考えられます。

現在治療中、後遺症のある病気を持っている人の半数以上が「高血圧」をあげています。また、介護原因となる「骨粗しょう症」や「転倒による骨折」があり、引き続き、食事や運動など望ましい生活習慣の啓発に努めていく必要があります。

5-3. 在宅介護実態調査結果

(1) 本人のプロフィール

- ・性別は「男性」が28.8%、「女性」が71.3%
- ・年齢は「80代」が58.8%、「90代」が32.5%、「80代未満」が8.8%、
- ・家族等による介護の頻度は、「ほぼ毎日」が84.0%、「ない」は2.5%

(2) 主な介護者のプロフィール

- ・本人との関係をみると、「子」が45.7%、「子の配偶者」が29.6%、「配偶者」が18.5%
- ・性別は「女性」が82.7%、「男性」は17.3%
- ・年齢は「60代」が46.9%、「50代」が18.5%、「70代」、「80代」がそれぞれ14.8%

(3) 各種サービス等の利用状況

- ・介護保険サービスを「利用している」が88.9%、「利用していない」が3.7%
- ・介護保険以外の支援・サービスの利用状況は、配食、買物、移送など、どのサービスも1割を下回っており、「利用していない」が8割強。
- ・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービスは、「外出同行」が42.0%、「移送サービス」が33.3%、「見守り・声かけ」が29.6%
- ・施設等への入所は「検討していない」が75.3%、「検討中」が12.8%、「申請中」が4.9%
- ・訪問診療を「利用している」は28.4%、「利用していない」が64.2%

要介護認定を受け、在宅で生活している人の9割が、介護保険サービスを利用しており、今後も、ニーズに沿った適切なサービスを提供していくことが求められます。

介護保険以外の支援・サービスは、現状ではそれほど利用がありませんが、今後、在宅生活を続けるために必要と感じられる支援・サービスとして、外出同行、移送サービス、見守り・声かけといったニーズがみられました。

(4) 主な介護者の就労に関する意識

- ・就労形態をみると、「フルタイム勤務」が27.2%、「パートタイム勤務」が16.0%、「働いていない」が54.3%

- ・介護のための離職の有無は、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が88.9%。辞職・転職をした人は5%に満たない
- ・主な介護者の働き方の調整状況は「介護のために『労働時間を調整』している」と「介護のために『休暇等』をとりながら働いている」の合計が32.1%。「特に行っていない」が43.2%
- ・就労継続に効果的と考えられる勤め先からの支援は「労働時間の柔軟な選択（フレックスタイム制など）」が21.6%。「特にない」は40.4%
- ・就労継続への意識は、「問題があるが何とか続けていける」が75.6%。『続けていける』（「問題なく続けていける」と「問題はあるが何とか続けていける」の合計）は89.4%、「続けていくのはかなり難しい」が2.4%

主な介護者のうち、就労している人が5割近くとなっており、現状では、介護のために離職・転職をすることなく生活できている人が多くなっています。しかし、その一方で、続けていけるものの問題を感じている人が7割を占めているため、介護離職ゼロを目指すためには、就労している介護者が感じている様々な問題への支援を行っていくことが重要と考えられます。

(5) 主な介護者が行っている介護、不安に感じる介護

- ・行っている介護は、「金銭管理や生活面に必要な手続き」が88.8%、「食事の準備」が86.3%、「服薬」64.3%、「認知症の対応」「外出の付き添い、送迎等」がそれぞれ51.9%
- ・不安に感じる介護は、「認知症の対応」が30.8%、「夜中の排泄」が24.6%

行っている介護と不安に感じる介護で、上位に上げられている介護を支援するサービス等のニーズは高いと考えられます。「認知症の対応」は、今後に向けて特に重要なことと考えられるため、介護の対象者と介護者が適切に認知症へ対応できるよう、啓発に努めることが大切です。

(6) 医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービス体制の検討

- ・サービス等の利用状況で、訪問診療の利用は、要介護度別で、おおむね要介護度に比例して「利用している」の割合が増える傾向

要介護度が高い人を在宅介護している人は、身体介護、生活支援とも多岐に渡って行っていることがみてとれます。介護対象者の状況に合わせた支援・サ

サービスの提供体制の整備や利用できる支援・サービスの周知を行うことが重要
と思われます。

6. 介護保険の現状と評価

6-1. サービス別の現状

(1) 総括

		H27	H28	H29
第1号被保険者数	計 画	1,299	1,290	1,277
	実 績	1,336	1,337	1,327
	対計画比	102.8%	103.6%	103.9%
要介護認定者数	計 画	279	268	279
	実 績	289	298	289
	対計画比	103.6%	111.2%	103.6%
要介護認定率	計 画	21.5	20.8	21.8
	実 績	21.6	22.3	21.8
	対計画比	100.7%	107.3%	100.0%

(2) 施設サービス（利用者数）

		H27	H28	H29
介護老人福祉施設	計 画	540	540	540
	実 績	473	419	468
	対計画比	87.6%	77.6%	86.7%
介護老人保健施設	計 画	564	564	564
	実 績	421	525	576
	対計画比	74.6%	93.1%	102.1%

(3) 居住系サービス（利用者数）

		H27	H28	H29
特定施設入居者生活介護	計 画	24	24	24
	実 績	23	16	12
	対計画比	95.8%	66.7%	50.0%
認知症対応型共同生活介護	計 画	108	108	108
	実 績	107	109	108
	対計画比	99.1%	100.9%	100.0%

(4) 在宅サービス（利用者数）

		H27	H28	H29
訪問介護	計 画	444	420	408
	実 績	345	286	300
	対計画比	77.7%	68.1%	73.5%
訪問入浴介護	計 画	12	12	12
	実 績	14	1	0
	対計画比	116.7%	8.3%	0.0%
訪問看護	計 画	396	396	420
	実 績	293	240	240
	対計画比	74.0%	60.6%	57.1%
訪問リハビリテーション	計 画	12	12	12
	実 績	2	2	0
	対計画比	16.7%	16.7%	0.0%
居宅療養管理指導	計 画	96	96	96
	実 績	154	120	180
	対計画比	160.4%	125.0%	187.5%
通所介護	計 画	912	708	612
	実 績	887	602	624
	対計画比	97.3%	85.0%	102.0%
地域密着型通所介護	計 画	0	156	156
	実 績	0	211	204
	対計画比	0.0%	135.3%	130.8%
通所リハビリテーション	計 画	900	912	924
	実 績	853	861	852
	対計画比	94.8%	94.4%	92.2%
短期入所生活介護	計 画	228	228	228
	実 績	230	232	252
	対計画比	100.9%	101.8%	110.5%
短期入所生活介護(老健)	計 画	108	132	144
	実 績	98	75	72
	対計画比	90.7%	56.8%	50.0%
福祉用具貸与	計 画	912	924	972
	実 績	914	855	936
	対計画比	100.2%	92.5%	96.3%
特定福祉用具販売	計 画	36	36	24
	実 績	28	15	24
	対計画比	77.8%	41.7%	100.0%
住宅改修	計 画	36	36	36
	実 績	31	28	36
	対計画比	86.1%	77.8%	100.0%
認知症対応型通所介護	計 画	108	120	120
	実 績	148	158	144
	対計画比	137.0%	131.7%	120.0%
介護予防支援・居宅介護支援	計 画	1,980	1,908	1,920
	実 績	1,996	1,895	1,764
	対計画比	100.8%	99.3%	91.9%

6-2. 第6期計画における施策の振り返り

第6期計画では、国が定める「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に沿い、重点項目として次の4つの施策を掲げて取り組みました。

(1) 在宅医療・介護連携の推進

【実施状況】

多様な専門職が参加し、地域ケア会議（月1回）の開催
病院の地域連携室との連携（退院前カンファレンス参加 等）
介護・医療の専門職を対象とした学習会やケース検討会の開催

(2) 認知症施策の推進

【実施状況】

認知症地域支援推進員の設置（「もの忘れ外来」や「家族の会」の運営、来所による相談・訪問 など）
早期発見・早期支援のための関係機関との連携

(3) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備

【実施状況】

生活支援コーディネーターの配置（社会福祉協議会へ委託。独居高齢者等の訪問や、地域課題の掘り起し。月2回の定例会で情報共有）
高齢者の社会参加推進、仲間づくり・サロン活動支援

(4) 高齢者の生活を支える住まいとサービスの確保

【実施状況】

持ち家率90%以上、自宅で安全に生活するため、住宅改修などの相談支援

第3章 計画の基本理念

1. 基本理念

本町の最上位計画である「江府町未来計画」では、医療・福祉・健康分野の基本目標を「楽しく年をとれるまち」とし、誰もが住み慣れた地域でいきいきと健やかに暮らせるように、健康増進の充実、地域福祉の推進、高齢者福祉の充実、障がい者福祉の充実、地域医療の充実を掲げています。

本計画では、第6期計画で構築に取り組んできた地域包括ケアシステムを、一層推進していくことを目指します。また、団塊の世代が75歳以上となる、2025年に向け、中長期的な視野に立ち、介護保険制度が持続していくようにサービス基盤の整備等に努めるという観点から「江府町未来計画」の基本理念『思いを形に未来につなぐまちづくり～3000人の楽しいまち～』を踏まえ「人が生きることの全体を支えあう～誰もが、住み慣れた地域の中で安心して暮らしていくことができる」を基本理念、目指すべき町の姿を「100歳まで笑顔で『長生きしてよかった』と言えるまち」と設定します。

基本理念

人が生きることの全体を支えあう

～誰もが、住み慣れた地域の中で
安心して暮らしていくことができる～

《めざしていく町のすがた》

100歳まで笑顔で
『長生きしてよかった』と言えるまち

2. 重点事項

本計画の対象機関である2018年度から2020年度の3年間は、

- 1) 地域の力を活かして高齢者を支える仕組みの構築
- 2) 健康づくりと介護予防推進による健康寿命の延伸
- 3) 認知症高齢者と介護者への支援体制の充実

を目標として、以下の事項について重点的に取り組みます。

■健康づくり・介護予防

【課題】 高齢者ニーズ調査結果等から、外出回数の少ない、閉じこもりがちな人への対策が課題として出てきました。交流の場ともなる運動等の機会を設定する必要があります。

【重点項目】

- ・健康寿命の延伸につながる生活習慣病予防
- ・町をあげての『食』の実態把握
- ・運動機会の提供

■地域力の発掘・醸成

【課題】 人口減少、超高齢化が加速する中、住んでいる地域のことは自分たちで考えて行動できる『地域力』が求められています。平常時・災害時を問わず、地域で高齢者を見守り、支援する体制のネットワークの構築を推進する必要があります。

【重点項目】

- ・高齢者自らが、主体的に地域活動に参加できる場の設定
- ・生活支援コーディネーターを中心とした世代を超えた住民同士の支えあいを、行政が支援する仕組みづくり

■認知症対策

【課題】 『もの忘れ外来』等の現状から、高齢化率44%の本町では、要介護認定に関わらず認知機能に何らかの障がいがある高齢者の割合が高く、今後ますます増加することが想定されます。また、近年、認知症による症状がある方が外出したまま行方不明となられる事例も複数あったことから、行方不明者を早期発見するための地域ぐるみの対応など、認知症になっても地域で安心して暮らすためのネットワークづくりが求められています。“誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は皆にとって身近な病気であること”を前提に、社会全体で認知症の人を支える基盤づくりを進めていきます。

【重点項目】

- ・認知症への理解を深めるための普及・啓発
- ・認知症への早期の気づき、早期対応のための体制整備
- ・江府町版「認知症ケアパス」の整備、医療・介護等の連携推進
- ・認知症の発症予防、重症化予防のための居場所づくり
- ・認知症の人の家族、介護者への支援
- ・SOSネットワーク、地域での見守り体制づくり

■介護者への支援

【課題】 本町の、「高齢者のいる世帯」の割合は78.2%と高く、全国平均の2倍となっています。高齢者の病気や看病、介護が必要となった場合、同居の配偶者や子が介護者となっており、要介護度と比例してその負担が大きくなっています。実態調査で見られた、「必要とする介護」「不安に感じる介護」についての支援はもとより、これらの不安を相談する場や、問題の解決に向けた助言を受ける場が必要と考えられます。

【重点項目】

- ・介護者の意見交換、交流機会の提供
- ・介護保険制度の周知・啓発

■関係機関との連携強化

【課題】 「必要な支援を包括的に提供する」という地域包括ケアシステムの考え方を推進するため、関係機関が連携して地域の課題を共有する、地域包括ケア会議が重要な位置づけとなっています。全体会議、地域ケア会議、個別ケース会議を通して関係者が必要な情報を共有し、速やかで最適な支援が求められています。

【重点項目】

- ・各種会議の見直し、再検討
- ・「人が生きることの全体を支える」連携体制の構築
- ・地域包括ケアシステムへの住民参画

第4章 施策の展開

*施策ごとに取組内容や方向性を示すとともに、定量的な見込みを示すことができる施策については、計画期間の見込み量を数表で記載しています。

計画期間内において見込み量が同じ値となっている施策もありますが、定量的な回数や人数等については維持しつつ、内容面等で充実を図ることとしています。見込みのみでなく、施策ごとの取組内容や方向性と合わせてご覧ください。

1. 地域の力を活かして支えあうしくみの構築

1-1. 地域包括ケアシステムの推進

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係性を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人一人のくらしと生きがい、地域を共に創っていく社会を目指すものです。地域共生社会の実現に向けた「我が事・丸ごと」の考え方は地域包括ケアシステムの「必要な支援を包括的に提供する」という考え方を、障がい者や子供等への支援、介護と育児を同時に行う等の課題が複合化している人への支援等、生活上の困難を抱える人々の支援に対応できるように拡大していくことであることから、これを推進していくことは地域包括ケアシステム自体の強化にもつながると考えられます。

また、「地域における支えあい」の考え方についても、これまでのサービス提供者と利用者が「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性にとらわれずに、世代を超えて地域住民がともに「支えあう」という考え方の、より一層の浸透が求められます。

江府町では、こうしたことを踏まえ、地域の日常的な課題等を「我が事」と受け止められるような地域づくりの推進や様々な課題や相談に対して「丸ごと」対応していけるような環境や体制の整備を通じて、包括的な支援体制の整備に努めます。

(1) 地域包括支援センターの機能強化と適切な運営

今後、超高齢化が進行する中で、地域包括支援センターを中心として、地域における高齢者の実態把握に努めつつ、地域の役割分担を明らかにし、高齢者の「自助」を支える「互助」「共助」「公助」を軸とした安心して暮らせる地域社会づくりを進めます。

また、地域包括支援センターの事業方針や運営計画、実施事業について「介護保険・地域包括支援センター運営協議会」で報告・評価を行うことで、内容

等の改善及び質の向上に努めるとともに、主任ケアマネージャー、保健師、社会福祉士等の専門職への研修実施等による資質向上、雇用形態の充実等を含めた人員確保に努め、サービス提供体制の充実を図ります。

目 標 値	平成29年度	2020年度
主任ケアマネージャー	—	1人
保健師	(兼) 1人	1人
社会福祉士	1人	1人

(2) 地域ケア会議の開催と充実

高齢者の多様なニーズに対応した適切なサービスを提供できるようにするため、保健・医療・福祉・介護等の様々な分野に関わる専門職が参加する地域ケア会議を開催し、包括的な調整を行います。

また、庁内各課との連携や必要に応じた地域住民との情報共有など、関係機関の参画の場を設置し、幅広い連携が図られるような体制整備に努めます。

目 標 値	平成29年度	2020年度
地域ケア会議（全体・個別・地区単位）	10回	10回
〃（個別ケース検討）	12回	12回
サービス担当者会議	6回	6回
庁内連携会議	—	12回

(3) 生活支援コーディネーターを中心とした日常生活支援体制の整備

地域において日常生活支援体制を充実させていくためには、地域の状況の把握や地域全体で様々な生活支援サービスの提供を推進していくことが重要となります。町では、この体制を構築するための「協議体」を設置し、互助を基本とした取り組みを進めます。

目 標 値	平成29年度	2020年度
生活支援コーディネーター	1人	1人

2. 高齢者が安心して暮らせるための環境整備

2-1. 高齢者虐待の防止

(1) 虐待防止と早期発見・早期対応

高齢者虐待を未然に防ぐため、町民や介護施設従事者等に対して高齢者虐待及びその防止について広く理解してもらえるよう、周知・啓発を図ります。

また、虐待を受けている高齢者や虐待が疑われる高齢者に対する早期発見・早期対応ができる体制の整備に努めるとともに、地域ケア会議において実態把握を行うなど、引き続き、関係機関と協力して適切な対応を行っていきます。

(2) 相談・支援体制の充実

地域包括支援センターをはじめとした相談窓口の周知を図るとともに、相談しやすい環境の整備に努めます。また、虐待は介護者の介護疲れやストレス等によるものも多くあるため、在宅で高齢者の介護をしている人等を対象とした相談体制等の整備を図り、介護者の不安や悩みの解消に努めます。

2-2. 高齢者の孤立防止

孤独死などにつながる高齢者の孤立を防止するため、社会福祉協議会や民生児童委員、「愛の輪協力員」等と連携し、訪問や声かけなどの見守りを通じて高齢者の日ごろの状況を把握しています。

○地域の見守り体制

担当機関	実施事業
老人クラブ	友愛訪問
民生児童委員	高齢者の見守り、訪問、相談
江府町社会福祉協議会	愛の輪推進員による見守り（独居高齢者） 配食サービス提供時の安否確認 見守り訪問
福祉保健課 地域包括支援センター	総合相談窓口 保健事業における保健師訪問・指導
協力事業所	中山間見守り活動支援事業
(有) 安達商事	独居高齢者宅訪問、買い物に来た高齢者の見守り
A L S O K あんしんケアサポート(株)	江府町安心ホットライン事業（緊急通報設置者へ、月1回の伺い電話、健康相談・緊急時の通報）

今後、1人暮らし世帯、高齢者のみの世帯などがますます増加していく中で、安否確認や緊急連絡先の再確認などを行い、緊急時の対応強化を図るとともに必要なサービスの提供を行います。

目 標 値	平成29年度	2020年度
見守り連絡会（社協）	12回	12回
見守り連絡会（社協・あいきょう）	12回	12回

2-3. 高齢者の権利擁護の推進

高齢者の財産や権利を守るために、成年後見制度の利用拡充に努めます。認知症や知的障がい、精神障がい等により判断能力が不十分な人に対し、福祉サービス利用手続きの援助や代行、日常的な金銭管理等の支援を行うため、社会福祉協議会と十分な連携を図ります。

また、本町においても増加している高齢者の消費者トラブル、消費者被害を防止するための注意喚起、相談体制の整備を行います。

2-4. 高齢者の外出・生活支援サービス

高齢者が地域で自立した生活を営むために必要な、外出や買い物、食事などの支援を行っています。移動販売車での買い物や、配食サービスは、健康状態を確認できる場としても重要な位置づけとなっています。

また、町営バスやタクシーの利用助成は、免許証返納などで運転できなくなった場合の交通手段として制度の拡大を検討していきます。

○高齢者の生活支援対策・サービス等（平成29年度現在）

項目	施策	内容
交通手段の確保	町営バス運行	町内7路線運行 大人200円、中学生以下100円
	江府町タクシー利用者補助金制度	対象者： 75歳以上で自動車の運転ができない方 65～74歳で町営バスの利用が困難な上、自動車運転ができない方 介護認定を受けられている方 障害者手帳をお持ちの方（一部対象外） 精神障害者福祉手帳をお持ちの方（1級のみ）

買い物支援	移送販売業者の支援	移動販売車維持のための費用助成
	(有) 安達商事	移動販売、大型車による定期巡回・小型車で の家庭訪問
食事の確保	社協・配食サービス	高齢者の見守り活動と、食事の支援を目的と した配食
	民間弁当配達・宅配サー ビス	昼食の配食
	生協・夕食宅配	夕食の宅配
	ヘルパー	介護保険利用者への生活援助
家事支援	シルバー人材センター	障子・ふすまの張り替え、道路の除雪(機械) など

3. 健康づくりと介護予防推進による健康寿命の延伸

3-1. 健康寿命の延伸につながる生活習慣病予防

「健康寿命」、すなわち「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」を延伸し、「平均寿命」に対して介護が必要な期間を短くするためには、基本的な生活習慣病等を予防し管理することが極めて重要になります。

「健康寿命」を延伸するために、おもに、次の3つの健康課題に対して、重点的に取り組みます。

(1) 動脈硬化対策

認知症や脳血管疾患などの要介護状態を防ぐためには、その危険因子となる高血圧、糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病を予防したり管理したりすることが極めて重要で、このことが健康寿命を延伸することにつながります。

本町では、これまでのモデル集落での調査等から、高齢者の半分以上が高血圧と考えられます。また、江府町と鳥取大学医学部による共同研究「鳥取－江府スタディ」（平成17年度～平成29年度）では、高血圧の方の中に糖尿病あるいはその予備軍を合併していることが多く存在すること、血圧や血糖値などが「やや高い」状態が複数重なっている方あるいは中等度の腎機能低下の方に脳血管疾患や心疾患の発症が多いこと、腎機能低下と歯周病に相関関係があることなどが明らかになっています。また、全国健康保険協会（協会けんぽ）との協定によるデータ分析では、若い世代の方に、高血圧や糖尿病、メタボリック症候群やそれらの予備軍が多いことが指摘されています。

これらの生活習慣病の根源にある動脈硬化関連疾患の予防について、今後もさらに健康増進担当と連携して取り組んでいきます。具体的には、住民健診受

診率の向上、高血圧治療の基本となる「家庭血圧記録」の普及、糖尿病予備軍の早期発見のための糖尿病二次検診の実施などに、ひきつづき取り組みます。

(2) がん対策

本町の死因で最も多いのは「がん」で、その中でも、本町では肺がんの発症が多い傾向があります。本町は、集落ごとの健康推進委員が、集落住民にかかる住民健診およびがん検診の希望とりまとめや関係書類の配布などの協力により、県下でも高い受診率を維持しています。

今後も、早期発見、早期治療のために、がん検診受診率の向上に向けて、ひきつづき取り組みます。また、がんの危険因子となる不適切な食習慣や運動習慣について、実態をふまえた上で、対策に取り組みます。

(3) 肺炎対策

高齢者に多い「肺炎」は、本町の死因の中でも上位を占めています。本町では、全国に先駆けて、平成15年度から高齢者肺炎球菌予防接種の助成を実施しており、75歳以上高齢者の約7割の高齢者が1回目接種を完了、さらに、約4割が2回目接種を完了しています。今後も、予防接種による予防に、取り組みます。また、誤嚥性肺炎の原因となる嚥下機能の低下や口腔衛生の課題についても、現状と課題を把握した上で、対策に取り組んでいきます。

3-2. 『食』の充実に向けた取り組み

栄養・食生活の充実は、高齢になっても健康に過ごすために、運動習慣と並び重要な課題の一つです。本町では、食生活改善推進員協議会と連携し『介護予防教室』『低栄養予防教室』などで栄養や食生活の改善に取り組んでいます。

しかし、本計画策定にあたり実施した「日常生活圏域ニーズ調査」の結果に見られるように、ほとんどの食事を一人で取っている高齢者が多く、社会福祉協議会の見守り活動でも、低栄養が心配される高齢者が増加傾向にあることが分かっています。

食事は、高齢者のみでなくそれぞれの世代において健康な生活の基礎となるものであることから、町民の食の実態把握のための調査を実施します。

3-3. 「歩ける体づくり」と「自立した生活の維持」のための運動

推進

本町では、高齢化とともに、膝や腰が痛い、長時間歩けない高齢者が増えています。本町の住民の生活活動の特徴として、農繁期は農作業が重労働である一方で、冬場は積雪があるため、雪かきによる関節への負担や活動不足による

筋力低下が考えられます。

いつまでも自分で行きたいところに行くことができるための「歩ける体づくり」と、自分の身の回りのことや自分がやりたいことをやれる「自立した生活の維持」のために、生活の中で運動習慣を取り入れる住民が増えるように取り組みます。

本町では、高齢者の自立した生活機能の維持のためには生活の中に「柔軟運動」「筋力運動」「バランス運動」「有酸素運動」をまんべんなく取り入れることが有効であるという運動理論「ウエルビクス」（竹島伸生教授（現朝日大学）考案による）の普及に、平成18年度から取り組んでいます。現在では、集落などを単位とした地域のコミュニティの中で自主的にウエルビクスに取り組むグループが15グループあります。今後も地域のコミュニティを基盤とした住民主体の運動グループの立ち上げ支援にひきつづき取り組みます。

また、運動機能がやや低下した虚弱な高齢者に対する運動機能の向上のための事業のあり方についても、民間法人等と連携して検討します。

また、若い世代の方の中には民間の運動施設に通っている方もある現状もふまえ、若い世代の運動機会の確保についても、検討していきます。

3-4. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

江府町では、平成28年度から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」）を開始しています。総合事業は介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業の二つから構成されており、介護予防・生活支援サービス事業は要支援認定を受けた高齢者と、基本チェックリストによる該当者を対象としており、一般介護予防事業は、すべての高齢者が対象となっています。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

○：実施 △：実施に向けて検討 —：実施しない

*通所型サービス

サービス種別	実施主体	実施状況		目標
		H28	H29	第7期
通所型サービス	指定介護保険事業者	○	○	○
A（緩和した基準）	指定介護保険事業者	△	△	○
B（住民主体）	指定介護予防事業者以外	—	—	○
C（短期集中型介護予防教室）	指定介護予防事業者	○	×	△

通所型サービスC型は、期間を決めず通所型サービスの中で運動機能、口腔機能などの機能向上に取り組むことに変更したため、平成29年度以降は実施していません。

*訪問型サービス

サービス類型	実施主体	実施状況		目標
		H28	H29	第7期
訪問型サービス	指定介護保険事業者	○	○	○
A (緩和した基準) 生活補助	指定介護保険事業者 社会福祉協議会	△	×	—
B (住民主体) 生活補助	シルバー人材センター ボランティアセンター	△	○	○
C (短期集中予防サー ビス)	江府町	○	×	△
D (移動支援)	社会福祉協議会	—	—	○

生活補助の部分については、地域の力を活かしたシルバー人材センターや社会福祉協議会のボランティアセンターを利用します。

*その他の生活支援サービス

サービス類型	実施主体	実施状況		目標
		H28	H29	第7期
配食サービス (栄養改善を目的とし た配食や、一人暮らし 高齢者に対する見守り に伴う配食)	見守り：社協 栄養改善：市場サー ビスの利用	○	○	○

社会福祉協議会や民間事業者が行う配食サービスは、食の支援と見守りの充実を図っておりその他のサービスに位置づけます。

*介護予防支援事業

サービス類型	実施主体	実施状況		目標
		H28	H29	第7期
ケアマネジメント	地域包括支援センター	○	○	○

高齢者が、要介護状態になることを予防し、介護予防事業等が実施されるよう高齢者の心身の状態等に応じて必要な援助を行います。

(2) 一般介護予防事業の推進

高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生き生きと安心して過ごせるよう、人と人とのつながりや自立支援介護予防を実施しています。引き続き、参加者や集いの場が継続、拡大していくよう地域づくりを推進します。

また、こうした地域づくりや介護予防を推進していくためのリーダーを養成し、地域で支え合う仕組みづくりを支援します。

①介護予防把握事業

第8期計画に向けたニーズ調査、在宅介護実態調査の実施

②介護予防普及啓発事業

江美の会：認知症予防教室として診療所のもの忘れ外来等からの紹介により実施

介護予防教室：高齢者グループを対象に介護予防の普及啓発を図る

個別評価指導：口腔機能、在宅での生活状況、栄養状態等の評価を専門職が評価・指導

歯科指導：住民健診で歯科医師、歯科衛生士の指導

③地域介護予防活動支援事業（費用の一部を補助）

いどばたグループ支援事業

高齢者グループ立ち上げの補助

小さなグループ作り事業

65歳以上の方を含む5名以上のグループの年間4回以上の活動に対して補助

いどばたステップアップ事業

いどばたグループ支援事業を終了し、介護予防の取り組みメニューを実施する団体に補助

④地域リハビリテーション活動支援事業：専門職派遣

嚥下評価事業：言語聴覚士を個人評価で派遣し機能評価指導

生活評価事業：作業療法士を個人評価で派遣し日常生活での動作の評価指導

まちなかサロン認知症予防指導：臨床美術指導者による認知症予防指導

4. 認知症高齢者と介護者への支援体制の充実

厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年に、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を関係府省庁と共同で策定されました。

江府町では、「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり」を進めるために、次のことに取り組みます。

4-1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は皆にとって身近な病気であることの普及・啓発等を推進します。

(1) 認知症サポーター養成の推進

認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めます。

地域での活動の中心となるリーダー、いどばたグループなどの自主グループでの養成講座など、地域住民のサポーターの養成を目指します。

また、地域住民と接する機会の多い行政職員や高齢者を見守る町内事業所に対して、認知症に対する正しい理解と早期の気づきと対応のしかたを普及させるために、サポーター養成を推進していきます。

目標値	平成29年度	2020年度
養成・登録者数	228名	300名
サポーター スキルアップ研修	—	年1回

(2) すべての年代の人が認知症を正しく学ぶための教育や啓発のあり方の検討

児童・生徒や保護者など若い世代から高齢者まで、すべての年代の人が高齢社会の現状や認知症の人を含む高齢者に対する理解を深めるような教育や啓発のあり方について、検討します。

目標値	平成29年度	2020年度
認知症フォーラム	—	年1回

4-2. 認知症への早期の気づき・早期対応のための体制整備

(1) 「認知症初期集中支援チーム」の設置

早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、江府町地域包括支援センター内に「認知症初期集中支援チーム」を設置します。

認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人または認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療につなげ、自立生活のサポートを行います。

目標値	平成29年度	2020年度
「認知症初期集中支援チーム」の設置	—	1か所

(2) 早期の気づき・早期対応のためのしくみづくりの検討

本町が平成24年度にモデル集落で実施した「もの忘れ健診」結果から、地域高齢者の約4割に何らかの認知機能の障がいがあると想定されます。もの忘れ健診の結果、軽度の認知障がいあるいは認知症（疑含む）と判定された方には、その後も認知症地域支援推進員等が継続的に当事者や家族から状況把握をしており、早期の気づきや早期対応につながっている例も多く見られます。

今後も、早期の気づきや早期対応のために必要な、効果的な相談機能や健診のあり方について検討していきます。

4-3. 江府町版「認知症ケアパス」の整備、医療・介護等の連携

の推進

(1) 江府町版「認知症ケアパス」の確立

地域の医療・介護等が適切に連携することを推進するために、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れを示した江府町版「認知症ケアパス」を確立します。

さらに、認知症の人一人ひとりの支援にあたり、このケアパスに沿って、支援の目標を設定し、これが認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるように、その活用を推進していきます。

(2) 認知症地域支援推進員の配置

認知症の容態の変化に応じすべての期間を通じて必要な医療介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要です。このため、認知症地域支援推進員をひきつづき配置し、認知症疾患医療センター等の医療機関や介護サービス及び地域包括支援センター等の地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行います。

目標値	平成29年度	2020年度
「認知症地域支援推進員」の配置	1名	1名

(3) 「もの忘れ外来」の効果的な活用

町内の身近な専門相談機関として、地域包括支援センターと江尾診療所が共同運営する「もの忘れ外来」では、認知症地域支援推進員がコーディネーターとなることで、当事者と家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるために、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて当事者と家族の相談に応じ、ケアマネ、医療、介護と連携した個別支援を行っています。今後は、さらに、その機能を効果的に活用できるように、認知症初期集中支援チームの動きと連動させながら、運用していきます。

4-4. 認知症の発症予防、重症化予防のための居場所づくり

認知症の対策にあたっては、発症を遅らせるための予防、軽度の認知障がいがあっても生活障がいがないための予防、認知症が進行しても安心して外出できるための予防、生活障がいがない進行しても自宅で生活できるための予防などがあります。できる限り認知症の発症や進行を遅らせるために、地域での社会活動や、困っている人がいれば、その人の尊厳を尊重しつつ手助けをするというコミュニティのつながりを基盤とした居場所づくりを推進する必要があります。町内のいどばたグループや運動グループ、社協によるほっとサロンや地区サロン、老人クラブ、明德学園、公民館活動など、社会活動と居場所づくりを推進していきます。

4-5. 認知症の人の家族・介護者への支援

家族同士が集い、身近に相談し合える体制を確保するため、当事者の集い、

意見交換会「家族の会」をひきつづき実施するなど、認知症の人の家族の負担軽減に向けた取り組みを推進します。また、地域包括支援センターは、当事者や家族、介護者の声を聴き、より認知症の人と家族の視点に立った認知症施策や医療や介護サービスの提供につながるよう取り組みます。

4-6. 認知症高齢者等のSOSネットワーク・地域での見守り体制づくり

認知症の人が外出したまま行方不明となる事例が、町内でも発生しています。行方不明者をなるべく早く発見するには地域ぐるみの対応が不可欠であり、地域における体制整備が必要です。

「認知症高齢者等の事前登録制度」を整備するとともに、行方不明者発生時における家族、ケアマネ、集落、町対策本部および地域包括支援センターの連携・連絡体制、警察、消防、その他の関係機関との速やかな情報共有や捜索体制の構築について、認知症高齢者等のSOSネットワークづくりと日ごころからの地域での見守り体制づくりを推進していきます。

目標値	平成29年度	2020年度
「認知症高齢者等の事前登録制度」登録者数	—	20名

4-7. 認知症対応型介護サービスの検討

認知症高齢者が尊厳を保ちながら身近な場所で切れ目のないサービスを継続的に利用できるよう、認知症対応型介護サービスのあり方について、関係機関と情報共有しながら検討します。

5. 介護サービス等の充実

5-1. 介護保険制度の周知・充実

介護保険サービスについては、各種サービスを希望する人が適切にサービスを選択できるよう、制度案内冊子の配布、広報紙やホームページを通じて情報提供を行ってきました。今後も引き続き、適切なタイミングで適切なサービスの情報を得られるよう、積極的な情報提供による周知・啓発を図ります。

(1) 相談支援体制の充実

各種サービスの利用を希望する人が適切にサービスを選択し、安心して必要なサービスを利用できるように、町内医療機関、介護サービス事業所、社会福祉協議会、民生児童委員等との連携を図り、高齢者が身近な地域で気軽に相談できる体制の構築に取り組みます。

5-2. 介護保険制度の適正・円滑な運営

(1) 介護保険給付適正化の基本的な考え方

介護給付適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足ないサービスを事業者が適切に提供することを促すことであり、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を進めていくことが重要です。

適正化事業で、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、保険者機能の一環として積極的に取り組み課題を認識し取り組みを進める必要があります。

(2) 適正化事業の実施

第4期鳥取県介護給付適正化事業計画に基づき、介護給付の適正化に取り組みます。

①要介護認定の適正化	調査員の研修参加による調査技術のレベルアップ
②ケアプランの点検	居宅介護サービス計画、介護予防サービスについて、事業所から提出により内容の確認、結果に基づく指導を行う。 ブロック研修会に参加し適正化事業について理解を深める
③住宅改修等の点検	住宅改修に向けて利用者や利用者宅の状況確認施行予定状況を確認 福祉用具購入費・福祉用具貸与に関する利用者に対する必要性の確認等

④医療情報との突合	国保連合会に委託 給付適正化システムの介護情報と医療情報との突合帳簿により請求内容をチェック 給付適正化システムの縦覧点検帳簿による請求内容のチェック 国保連合会の適正化システムによる給付実績のデーターを活用し事業評価を行う
⑤介護給付費通知	介護サービス利用者（又は家族）に対してサービス内容と費用総額についての通知を行う

（3）低所得者への対策

1）施設サービス及び短期入所サービスの負担額の軽減

施設サービスや短期入所サービスを利用する際の居住費・食費について所得等に応じた自己負担限度額を設け、低所得者の負担軽減を図ります。

2）高額介護（予防）給付

1か月に受けた介護保険サービスの世帯の利用者負担の合計額が所得に応じた上限額を超えた場合、その超え費用を高額介護（予防）サービス費として支給します。

3）高額医療合算介護（予防）サービス費

医療保険及び介護保険の世帯の利用者負担の合計額が著しく高額になる場合に、1年間の限度額を設け、その限度額を超える差額を高額医療合算介護（予防）サービス費として支給します。

4）社会福祉法人、介護保険サービス提供事業者による利用者負担軽減

生計が困難な方を対象に社会福祉法人等の提供する介護保険サービスの利用者負担額の減額を行います。

5）高齢者夫婦世帯等の居住費・食事費用助成（介護保険負担限度額）

高齢の夫婦二人暮らしの世帯などで、一方又は双方が介護保険施設に入った場合に世帯員及び配偶者の合計所得金額と課税年金収入額の合計から、施設入所にかかる費用を控除した額が80万円以下であるなどの条件に該当する場合には減額を行います。

6）旧措置入所者への対応

介護保険制度の施行以前から介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所していた方（旧措置入所者）に平成12年4月1日から所得に応じて軽減措置を設けており、と分の間延長することとされています。また、

平成17年10月から居住費・食費の自己負担限度額が導入されましたが、従前の費用徴収額を上回ることが無いよう負担軽減措置を設けています。

7) 境界層該当者への対応

介護保険制度においては、介護保険料や施設サービス費の居住費・食費の自己負担限度額、高額介護（予防）サービス費の利用者負担上限額について、本来適用されるべき基準を適用すれば生活保護を必要とするが、それよりも低い基準を適用すれば「生活保護を必要としない状態となる方（これを「境界層該当者」という）」については、その低い基準を適用します。

5-3. 介護に取り組む家族等への支援の充実

高齢者等を介護している家族の負担軽減を図るため、必要とされる介護保険サービス等を確保するとともに、介護が必要となった時の窓口として地域包括支援センターに気軽に相談できる体制を構築し、その存在を周知します。

第5章 介護保険サービスの事業量・事業費の推計

1. 介護保険事業の見込み

1-1. 公費負担の考え方

介護給付・予防給付に必要な費用は、50%が公費（居宅給付費：国25%、県12.5%、町12.5% 施設給付費：国20%、県17.5%、町12.5%）、残りの50%を1号被保険者、2号被保険者で負担します。

地域支援事業費では介護給付費抑制効果を考慮し居宅給付費と同じ財源構成、包括的支援事業については2号被保険者保険料があてられず、その分は公費が負担します。

		国	都道府県	市町村	第1号 保険料	第2号保険料+ 交付金
給 付 費	居宅給付費	25%	12.5%	12.5%	23%	27%
	施設給付費	20%	17.5%	12.5%		
地 域 支 援 事 業 費	総合事業	20%	12.5%	12.5%	23%	27%
	その他 (包括的支援 事業)	39%	19.5%	19.5%	23%	

*第1号被保険者の年齢段階別分布状況（第1号被保険者のうち75歳以上の高齢者の割合）と、第1号被保険者の所得の分布状況に応じて支給されます。

1-2. 給付と負担の関係

65歳以上の介護保険料は市町村ごとに決められ、額は市町村の被保険者が利用する介護保険サービスの水準を反映した金額になります。

江府町の介護保険料は3年に1期の介護保険事業計画中のサービス（給付費）の利用見込み量に応じて決定します。

そのため、サービス利用量が増加すれば保険料は上がり、利用量が減少すれば下がることになります。

江府町の第7期の介護保険料基準額は6,800円で全国平均額の5,514円を大きく上回っており、高齢化率が高く、介護保険の認定、利用が必要な高齢者が多い地域性が反映された結果となっています。

2. 介護保険料の見込み

2-1. 介護保険料基準額

(1) 基準月額の算出方法

A	標準給付見込額	円	1,550,578,074
	地域支援事業費見込額	円	102,000,000
	合計	円	1,652,578,074

B	第1号被保険者負担割合	%	23
C	第1号被保険者数負担分(A×B)	円	380,092,957

D	財政調整交付金(後期高齢者の割合、低所得者が多い市町村に対して交付されるお金)相当額	円	78,833,904
E	財政調整交付金(後期高齢者の割合、低所得者が多い市町村に対して交付されるお金)見込額	円	161,081,000
F	準備基金取り崩し額(介護保険料積立金)	円	0
G	財政安定化基金取り崩しによる交付金額(県から借りているお金の償還)	円	0
H	財政安定化基金償還金(県から借りているお金の償還)	円	0
I	保険料収納必要額(C+D-E-F-G+H)	円	297,845,861

J	予定保険料収納率	%	99.6
K	所得段階別加入割合補正後被保険者数	人	3,687

L	保険料年額(I×J÷K)	円	81,600
M	月額(L÷12)	円	6,800

	第 6 期	第 7 期	2025 年度
月額保険料基準額 (円)	6,800	6,800	8,147
保険料基準額の伸び率 (%) (※当該保険料基準額/第 6 期保険料*100)		-	19.8

(2) 介護保険料基準額(月額)の内訳

	第 6 期		第 7 期		2025 年度	
	金額	構成比(%)	金額	構成比(%)	金額	構成比(%)
総給付費	5,629	81.8%	5,730	83.5%	6,786	83.1%
在宅サービス	2,462	35.8%	2,397	34.9%	2,842	34.9%
居住系サービス	306	4.4%	358	5.2%	426	5.2%
施設サービス	2,861	41.6%	2,974	43.3%	3,518	43.2%
その他給付費	865	12.6%	593	8.6%	714	8.8%
地域支援事業費	342	5.0%	541	7.9%	647	7.9%
財政安定化基金 (拠出金見込額 +償還金)	47	0.7%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付 費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要 額 (月額)	6,883	100.0%	6,863	100.0%	8,147	100.0%
準備基金取崩額	83	1.2%	0	0.0%	0	0.0%
保険料基準額 (月額)	6,800	98.8%	6,800	100.0%	8,147	100.0%

3) 第7期の保険料段階

第6期(平成27年度～29年度)									
区分	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階	第6段階	第7段階	第8段階	第9段階
対象要件	生活保護受給者、世帯全員が町民税非課税で老齢福祉年金受給者、世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が120万円超	本人が町民税非課税(世帯に課税者がいる)で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	本人が町民税非課税(世帯に課税者がいる)で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円超	本人が町民税課税で合計所得金額120万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額120万円以上190万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額190万円以上290万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額290万円以上
費用負担割合	基準額×0.45	基準額×0.75	基準額×0.75	基準額×0.9	基準額	基準額×1.2	基準額×1.3	基準額×1.5	基準額×1.7
保険料年額(円)	36,720	61,200	61,200	73,500	81,600	98,000	106,100	122,400	138,800
保険料月額(円)	3,060	5,100	5,100	6,130	6,800	8,170	8,840	10,200	11,570
平均人数(人)	13	129	141	208	324	170	65	40	12
第7期(2018年度～2020年度)									
区分	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階	第6段階	第7段階	第8段階	第9段階
対象要件	生活保護受給者、世帯全員が町民税非課税で老齢福祉年金受給者、世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	世帯全員が町民税非課税で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が120万円超	本人が町民税非課税(世帯に課税者がいる)で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円以下	本人が町民税非課税(世帯に課税者がいる)で本人の前年の合計所得金額+課税年金収入が80万円超	本人が町民税課税で合計所得金額120万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額120万円以上200万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額200万円以上300万円未満	本人が町民税課税で合計所得金額300万円以上
	町民税 世帯全員が非課税			町民税 本人が非課税 世帯に課税者がいる		町民税 本人が課税			
	本人が町民税非課税								
費用負担割合	基準額×0.45	基準額×0.75	基準額×0.75	基準額×0.9	基準額	基準額×1.2	基準額×1.3	基準額×1.5	基準額×1.7
保険料年額(円)	36,720	61,200	61,200	73,500	81,600	98,000	106,100	122,400	138,800
保険料月額(円)	3,060	5,100	5,100	6,130	6,800	8,170	8,840	10,200	11,570
平均人数(人)	115	141	149	169	333	172	102	34	23

保険料の算出方法：基準額（月額）×12ヶ月×費用負担割合（100円未満は切り上げ）

保険料月額＝保険料年額÷12ヶ月（1円未満は四捨五入）

第6章 計画の推進体制

1. 計画の周知・啓発の推進

本計画が実効性をもって高齢者の生活を支えていくものとなるためには、その趣旨や仕組みを広く町民に理解してもらい、積極的に活用してもらうことが重要です。

そのため、本計画について、町の広報紙『町報こうふ』やホームページへの掲載、町の行事、関係団体・組織等の会合等での紹介等の多様な機会を通じて、高齢者はもとより、幅広い町民への周知・啓発を図っていきます。

2. 計画の推進体制

2-1. 庁内及び関係機関等との連携強化

本計画における幅広い施策を円滑かつ効果的に進めていくためには、福祉分野に限らず様々な分野において適切な取り組みを実施することが求められることから、地域包括ケアシステム検討会議を開催し、庁内の関係各課との横断的な連携強化と組織の充実を進めるとともに、関係機関との連携強化に努めます。

2-2. 地域における協働の推進

地域包括ケアシステムを推進していくには、地域住民と行政等が協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決して行く「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備が重要とされています。

これを踏まえ、社会福祉協議会と協働して、世代を超えて地域住民がともに支えあう地域づくりに取り組んでいくため、地域福祉の重要な担い手となる民生委員・児童委員やボランティア、地域住民の自主活動組織等の参画を促進し、行政・事業所や医療機関等の専門職種・地域住民の協働と連帯に基づくパートナーシップの強化に努めます。

3. 計画の進捗管理

3-1. 計画の進捗管理体制

本計画の目標実現に向けて、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、PDCAサイクルに基づき、定期的に計画の進捗状況の点検・評価を江府町介護保険計画策定委員会において実施していきます。

また、庁内の推進体制として、引き続き高齢者保健、福祉及び介護保険を所管する部署が中心となり、関係各課や関係機関との緊密な連携のもと、計画を推進していきます。

3-2. 計画の進捗状況の公表

本計画の進捗状況やその評価、介護保険の運営状況等の点検・評価について、定期的に公表し、本計画に対する住民の理解を深められるように努めるとともに、進捗に問題や課題がある点については、改善に向けた対応策の検討につなげていきます。