

佐用町高齢者福祉計画及び 第10期介護保険事業計画（素案）

計画期間：2027（令和9）年度～2029（令和11）年度

「ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち」

佐用の健康と福祉を創造する

2027（令和9）年3月

佐 用 町

は じ め に

調整中のため未定稿

【目次】

第1編 計画の概要

第1章 計画策定の概要	1
1 計画策定の背景	1
2 計画の位置づけ及び法的根拠	1
3 計画の期間	3
第2章 計画の策定体制	4
第3章 計画の推進に当たって	7
1 計画の推進主体と役割	7
2 住民等の役割	7
3 計画の推進体制	8
4 策定後の見直しと評価	8

第2編 佐用町の現状

第1章 佐用町の概況	10
1 位置と地勢	10
2 気象	10
3 交通	10
4 訪問・通所が困難な地域へのアクセスや社会資源の状況	11
第2章 佐用町の人口推移と将来推計	12
1 総人口の推移	12
2 高齢者人口の推移	13
3 死亡場所別死亡数の過去5年間の推移	14
4 総人口及び高齢者人口の推計	14
5 前期高齢者と後期高齢者の推計	15
第3章 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査	17
1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の概要	17

第3編 基本構想

第1章 佐用町の目指す将来像	20
1 佐用町の将来像と5つの基本的な方向性	20
第2章 計画の基本的な考え方	21
1 計画の基本理念	21
2 計画の基本目標	21
3 計画全体の重点目標	22
4 第10期介護保険事業計画期間中の検討課題	24

5	計画の基本方針	25
6	施策の体系	27

第4編 高齢者福祉施策の展開

第1章	いきいきと元気に暮らす【自助の推進】	29
1	自らの健康管理（セルフケア）	29
2	生活環境の整備	30
3	元気な高齢者の活動支援と社会参加の促進	32
4	介護予防事業への参加	36
5	各種事業への参加	36
第2章	共に支え合う地域づくり【互助の推進】	37
1	向こう三軒両隣の精神の推進	37
2	自治会活動等の推進	37
3	地域づくり協議会の充実	37
4	高齢者への支援体制の強化	38
5	防災・減災のまちづくりの推進	38
6	新型インフルエンザ等の感染症対策の推進	41
第3章	住み慣れた地域で暮らす【共助の推進】	44
1	社会保障制度における介護保険サービスの推進	44
2	医療保険制度（厚生労働省資料を参考）	44
3	年金制度（日本年金機構資料を参考）	45
4	地域支援事業の推進	45
5	地域包括ケアシステムの深化・推進	62
6	認知症施策推進計画（市町村計画）	69
7	高齢者の権利擁護の推進	77
8	成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）	78
第4章	高齢者支援サービスの充実【公助の推進】	83
1	地域福祉活動の推進	83
2	高齢者への支援体制の強化	85
3	生活支援サービスの充実	86
4	福祉のまちづくりの推進	88
5	健康づくりの推進（公助）	89
6	生活保護制度（厚生労働省資料を参考）	91
7	障がい者福祉	91
8	防災・減災のまちづくりの推進（再掲）	92
9	新型インフルエンザ等の感染症対策の推進（再掲）	92
10	高齢者の権利擁護の推進（再掲）	92
11	成年後見制度の利用促進（再掲）	92

第5編 介護保険事業計画【共助の推進】

第1章 第10期介護保険事業計画の重点事項	93
1 2040（令和22）年を見据えて	93
2 第10期介護保険事業計画の重点事項一覧	93
3 特別地域加算等、特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業	97
第2章 介護保険サービス利用者等の状況	98
1 被保険者数の推計	98
2 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数及び認定率の推移	99
3 要介護・要支援認定者数の推計	99
4 認知症高齢者の日常生活自立度集計	101
5 介護サービスの給付費の状況	102
6 施設・居住系サービス利用者の推移及び推計	103
7 県内における本町の状況	104
第3章 日常生活圏域の設定	107
第4章 日常生活圏域と施設等の整備状況	108
第5章 第9期介護保険サービス量の計画値と実績値	111
1 居宅サービス等	111
2 介護予防サービス等	112
3 地域密着型サービス	113
4 地域密着型介護予防サービス	114
5 施設サービス	114
6 その他の給付	114
7 第9期介護給付費及び介護予防給付費	116
第6章 第10期介護保険サービス量の見込み	119
1 介護サービス等	119
2 介護予防サービス等	119
3 地域密着型サービス	120
4 地域密着型介護予防サービス	121
5 施設サービス	121
6 その他の給付	121
7 2025（令和7）年度を100とした介護サービス利用状況の将来推計	122
第7章 第10期介護保険料の算定について	124
1 第10期介護保険料設定の基本的な考え方	124
2 介護保険料の設定	125
3 介護給付費等の見込額	126
4 所得段階別の第1号被保険者保険料額（試算）	130

第8章 制度運営の適正化	130
1 事業運営の適正化の推進	131
2 介護給付等の適正化の推進	132
3 介護認定審査会の適正化の推進	134

第6編 資料編

1 佐用町介護保険運営協議会設置要綱	136
2 佐用町介護保険運営協議会委員名簿	139
3 佐用町内介護サービス・高齢者向け住まい等一覧	140
4 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目	149

【凡例】本計画における図表の取扱いについて

本計画では、人口推計や介護サービス量の見込みなど、経年的な比較や相互参照を要する統計・推計データを掲載した図表について、第2編及び第5編では、編ごとに「図〇－〇」「表〇－〇」の通し番号を付しています。

一方、第4編「高齢者福祉施策の展開」及び第6編「資料編」に掲載する各種事業の実施状況、事業者一覧等の図表については、本文の該当箇所において個別に内容を示すものであり、図表番号は付していません。

なお、図と表は、それぞれ独立した通し番号を付しています。したがって、「図2－1」と「表2－1」は別のものを指します。図表を相互に参照する際は、「図」「表」の別を含めて確認してください。

本計画における「在宅サービス」とは、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援その他の在宅生活を支える介護保険サービスを総称する政策上の用語です。介護保険法上のサービス類型を示す場合は、「居宅サービス」又は「居宅サービス等」と表記します。

本計画における費用に関する用語について、「給付費」は、原則として介護保険による保険給付の額をいいます。ただし、「総給付費」「標準給付費」その他の集計上の用語は、それぞれ当該表及び算定式に示す範囲をいいます。また、「事業費」は、介護予防・日常生活支援総合事業その他の地域支援事業に要する費用をいいます。

本文及び図表中の「(※)」印の項目は、専門人材の確保、実施体制の整備又は調査・測定方法の確立等を進めながら、段階的な実施を検討する事項です。実施を見送るものではなく、段階的な取組を想定しています（(※)印の定義及び該当項目は、第4編 第3章 6（1）⑥冒頭及び⑦末尾の注記に記載）。

本計画に掲載する現状値は、指標の性質及びデータの確定時期に応じ、2025（令和7）年度実績、2026（令和8）年度実績見込み又は2026（令和8）年中の直近値を使用しています。このため、同一又は関連する人口、認定率その他の指標であっても、基準日、対象期間、対象者、対象範囲又は集計方法の違いにより、数値が異なる場合があります。数値を比較する際は、各表及び図に記載する基準日又は対象期間、対象範囲、集計方法及び出典をご確認ください。

第1編 計画の概要

第1章 計画策定の概要

1 計画策定の背景

総務省統計局の公表資料によると、我が国の65歳以上人口は、2025（令和7）年9月15日現在で3,619万人、総人口に占める割合は29.4%となっています。また、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、2040（令和22）年には65歳以上人口が3,928万人、高齢化率が34.8%に達し、75歳以上人口の割合も増加すると見込まれています。

本町の高齢化率は、2026（令和8）年8月末現在で45.8%と、兵庫県平均の29.9%（「兵庫県高齢者保健福祉関係資料」、2026（令和8）年2月1日現在）を大きく上回っています。地域包括ケア「見える化」システムに基づく推計では、2029（令和11）年度に総人口12,796人、65歳以上人口6,321人、高齢化率49.4%、2040（令和22）年度には、それぞれ9,746人、5,351人、54.9%となる見込みです。

高齢者福祉計画及び介護保険事業計画は、3年ごとに高齢者を支える施策を見直してきました。2000（平成12）年4月に施行された介護保険制度は、介護が必要な人を社会全体で支える仕組みとして定着しています。一方、要介護高齢者や認知症高齢者の増加に伴い、介護給付費の増大が見込まれ、制度の持続可能性が課題となっています。

本町では、2009（平成21）年の台風第9号災害の経験を踏まえ、「絆からはじまるふるさとの復興」をスローガンに、減災・防災の強化に取り組んでいます。避難行動要支援者の個別計画や支え合いマップづくりなど、平常時から地域で支え合う仕組みの構築を進めており、これらは地域包括ケアシステムの基盤となるものです。また、東日本大震災等の経験からも、高齢者の安否確認や避難支援、人と人とのつながりの重要性が改めて認識されています。

第10期計画では、第9期計画の基本的な考え方を継承し、地域包括ケアシステムの深化・推進、医療・介護連携の強化、介護人材の確保及び介護現場の生産性向上に取り組めます。

2040（令和22）年に向けて、高齢者の年齢構成や世帯構成、認知症高齢者の状況、医療・介護ニーズが変化する一方、生産年齢人口の減少が見込まれます。このため、本町の実情に応じて、限られた社会資源を効率的かつ効果的に活用する必要があります。

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、生きがいや役割を持って自立した生活を続けられるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援を包括的に確保します。また、医療・介護関係者や地域住民等との連携を進め、地域共生社会の実現を目指します。

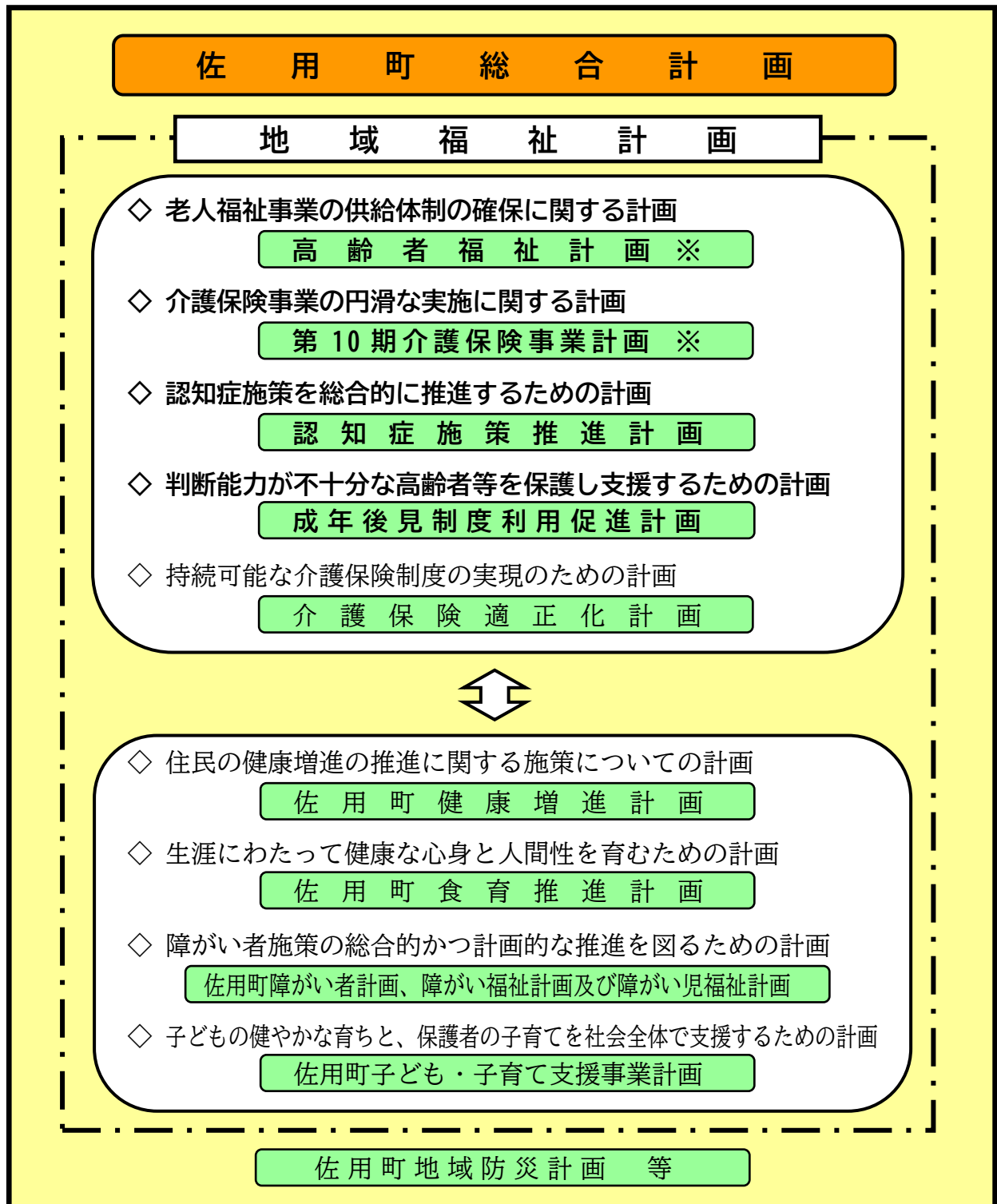
2 計画の位置づけ及び法的根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく「市町村老人福祉計画」と、介護保険法第117条に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。

市町村老人福祉計画は、老人福祉事業の量の目標を定めるとともに、その確保方策、人材の確保・資質向上、業務の効率化及び質の向上並びに関係機関との連携に関する事項を定めるよう努めるものです。

老人福祉事業の量の目標及びその確保方策は、第4編及び第5編に定めます。

市町村介護保険事業計画は、3年を1期とし、介護サービス及び地域支援事業の見込量、自立支援、介護予防・重度化防止並びに介護給付等の適正化に関する施策と目標を定め、見込量の確保方策等を定めるよう努めるものです。



また、本計画の認知症施策に関する部分を、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「認知症基本法」という。）第13条に基づく「市町村認知症施策推進計画」として位置づけます。

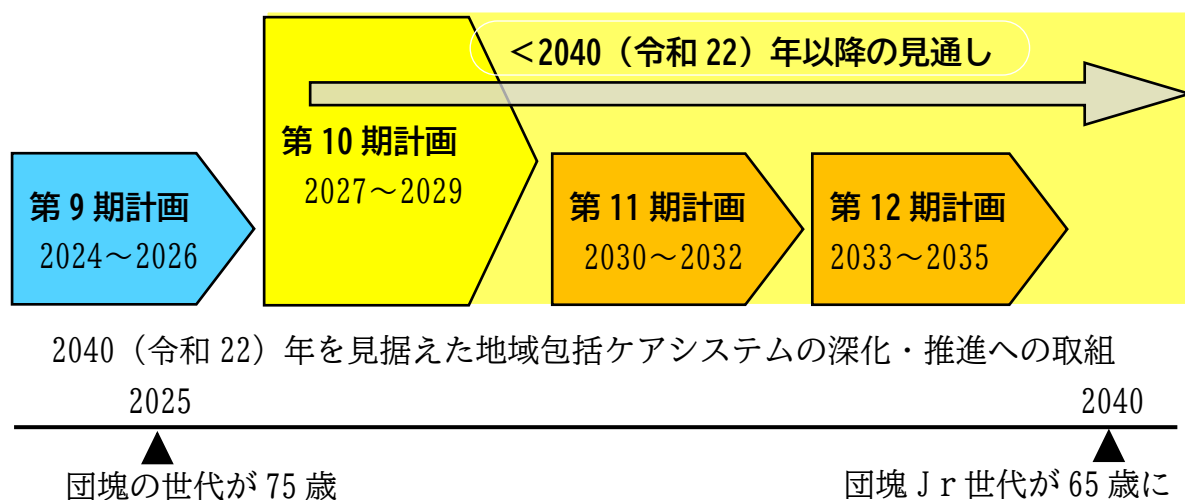
あわせて、本計画の成年後見制度の利用促進に関する部分を、成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第1項に基づく基本計画として位置づけます。

本計画は、「佐用町総合計画」及び「佐用町地域福祉計画」を踏まえるとともに、医療と介護の連携を推進する観点から、兵庫県保健医療計画及び同計画に定める地域医療構想との整合を図ります。

また、健康、食育、障がい福祉、防災、住まい、交通等の関連計画とも整合を図り、地域の実情に応じた施策を総合的に推進します。

3 計画の期間

本計画の期間は、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度までの3年間とし、2029（令和11）年度を最終年度とします。



第2章 計画の策定体制

計画の策定に当たっては、保健・医療・介護・福祉の関係者、各種関係団体の代表、被保険者代表、介護サービス事業者代表及び行政関係者等で構成する「介護保険運営協議会」を開催し、現状及び課題を把握するとともに、サービス利用者や住民等の意見を踏まえ、今後の方向性について協議・検討を行いました。

また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査、県ヒアリング、住民等の意見募集等を通じて、幅広い意見の反映に努めました。

さらに、認知症施策に関する部分の策定、評価及び見直しに当たっては、認知症カフェ（オレンジカフェ）、家族会、本人ミーティング等を活用し、認知症の人及び家族等から意見を聴くよう努めます。

開催日等	内 容
各種調査実施 (令和7年12月～ 令和8年5月)	◇ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施 (令和7年12月～令和8年2月) ◇ 在宅介護実態調査を実施 (令和7年12月～令和8年5月)
第1回 介護保険運営協議会 (令和8年6月5日)	◇ 高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画の策定 ・計画策定の諮問 ・介護保険運営協議会等の目的及び主な業務 ・令和7年度介護保険事業報告等 ・令和7年度佐用町地域包括支援センター運営状況報告 ・地域密着型サービス事業者の運営報告 ・地域ケア会議（地域包括ケアシステム推進会議等） ・認知症施策（認知症初期集中支援チーム検討委員会等） ・高齢者虐待（高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会等） ・西播磨成年後見支援センターの状況報告 ・在宅医療・介護連携推進事業 ・計画策定スケジュール ・今後の介護保険運営協議会での協議事項 等
県ヒアリング・意見聴取 (令和8年7月10日)	◇ 第10期介護保険事業計画ヒアリング ・老人福祉法及び介護保険法に基づく県との事前意見聴取・調整
第2回 介護保険運営協議会 (令和8年8月3日)	◇ 高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画の策定 (前回会議の協議事項に係る意見集約) ・令和7年度決算に占める高齢者施策等の状況 ・佐用町を取り巻く現状と将来推計 ・本町の重点目標及び第10期計画期間中の検討課題等 ・地域包括ケアシステムの深化・推進 ・地域支援事業 ・認知症の人等の支援の推進 ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（参考資料） ・成果指標一覧（参考資料）等

開催日等	内 容
計画素案の作成 (令和8年8月)	◇ 第1回及び第2回介護保険運営協議会の意見、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査結果等を踏まえ計画素案を作成
計画素案に係る意見照会 (令和8年8月～9月)	◇ 介護保険運営協議会委員に対し、計画素案に関する意見照会を実施
県説明会 (令和8年9月4日)	◇ 第10期介護保険事業計画策定に向けた情報共有
第3回 介護保険運営協議会 (令和8年10月5日)	◇ 高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画の策定 ・意見調書に基づく計画素案の見直し ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の結果を踏まえた計画素案の修正について ・第10期介護保険料額の算定について等
住民等の意見募集 (令和8年10月中)	◇ 計画素案に対する意見を募集し、被保険者を含む住民等の意見を反映する機会を確保
計画案の作成 (令和8年11月)	◇ 第3回運営協議会の意見及び住民等の意見募集の結果を踏まえ、計画素案を修正し、計画案を作成
第4回 介護保険運営協議会 (令和8年12月7日)	◇ 高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画の策定 ・住民等の意見募集の結果 ・計画案の審議 第1編 計画の概要 第2編 佐用町の現状 第3編 基本構想 第4編 高齢者福祉施策の展開 第5編 介護保険事業計画 第6編 資料編 ・答申案の取りまとめ及び町長への答申
全員協議会報告 (令和9年1月)	◇ 計画案の議会全員協議会への報告 ◇ 議会からの意見の整理及び計画への反映
計画の印刷 (令和9年2月～3月)	◇ 計画書の印刷
介護保険条例改正案の議決 (令和9年3月)	◇ 介護保険条例のうち、保険料に関する規定の改正
計画の公表及び提出 (令和9年3月以降)	◇ 計画策定後、町ホームページに計画を公表 ◇ 計画策定後、遅滞なく本計画を兵庫県知事に提出

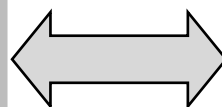
※ 計画策定後は、老人福祉法第20条の8第10項及び介護保険法第117条第14項に基づき、遅滞なく本計画を兵庫県知事に提出します。また、市町村認知症施策推進計画として位置づける本計画は、認知症基本法に基づき、策定後、遅滞なく、インターネットの利用その他適切な方法により公表するよう努めます。あわせて、国及び県の手続に従い、地域包括ケア「見える化」システムへの計画値等の登録その他必要な手続を行います。

事務局（高年介護課）の策定作業

- ◇ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
- ◇ 在宅介護実態調査
- ◇ 住民等の意見募集 等

- ・ 現状把握
- ・ 人口、被保険者、要介護（支援）認定者数の推計
- ・ 高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の検証
- ・ 国及び県基本指針等を踏まえた検討
- ・ 高齢者福祉施策の検討
- ・ 地域支援事業の検討
- ・ 地域包括ケアシステムの検討
- ・ 認知症施策の検討
- ・ 介護保険サービス事業所整備計画の検討
- ・ サービス見込量の設定
- ・ 介護保険料の設定 等

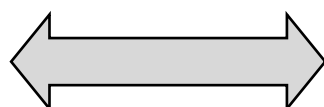
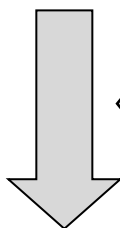
意見の反映



内容の検討
答 申

介護保険運営協議会

策 定



内容の報告・意見

佐用町議会

高 齢 者 福 祉 計 画
第10期介護保険事業計画
認知症施策推進計画
成年後見制度利用促進

第3章 計画の推進に当たって

1 計画の推進主体と役割

(1) 町の役割

本町は、高齢者福祉計画及び介護保険事業計画に基づき、高齢者の保健・医療・介護・福祉等に関する施策を総合的に推進します。

また、サービス基盤の整備・充実、人材の確保及び資質向上、介護現場の生産性向上等に取り組みます。

さらに、保健・福祉や介護保険制度に関する相談体制、情報提供体制の整備、地域ボランティア活動の促進にも取り組み、住民が必要な支援につながるができる環境づくりを進めます。

(2) 地域・団体の役割

高齢者が地域で自立した生活をしていくためには、地域づくり協議会、自治会、自主防災組織、消防団、高年クラブ等の地域団体をはじめとする地域の連帯による助け合いが重要です。ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯等への見守りを地域で促進するなど、地域社会における支え合いの仕組みづくりを進めることが求められています。

このため、身近な相談窓口、民生委員・児童委員による支援及び地域ボランティアの活動等を通じ、関係者が連携して高齢者を支える役割が期待されます。

(3) 事業者の役割

保健・医療・介護・福祉等に関わる事業者は、高齢者のニーズに応じた適切なサービスを提供する役割を担っています。

また、事業者の活動が地域の高齢者や社会に貢献するものであるという認識に立ち、事業を展開することが重要です。

地域と事業者との連携及び事業者相互の連携を進め、サービス提供上の課題解決と質の向上を目指します。

2 住民等の役割

住民には、加齢に伴う心身の変化に関心を持ち、それぞれの状態や生活環境に応じて、無理のない範囲で健康の保持・増進及び介護予防に取り組むことが期待されます。また、要介護状態等となった場合も、適切な保健・医療・福祉サービスを利用し、能力の維持向上に努めることが求められます。

個々の自助と自立を社会全体で支えるため、社会保険制度が構築されています。介護保険は社会保険の一つであり、介護の負担を社会全体で分かち合う仕組みです。住民には、社会を構成する一員として、制度を共に支える相互扶助の精神が求められます。

また、超高齢社会においては、「公助」及び「共助」による必要な支援を確保するとともに、「自助」及び「互助」の取組を組み合わせ、地域全体で高齢者の暮らしを支えることが重要です。

3 計画の推進体制

(1) 庁内の連携

高齢者福祉計画及び介護保険事業計画に係る事業は、高齢者福祉サービス、介護保険サービス、介護予防等の福祉・介護関連分野だけでなく、就労・生涯学習・まちづくり、交通、防災、住まい等、多岐にわたります。このため、高年介護課を中心に関係部署が連携し、計画の円滑な推進を図ります。

(2) 関係団体、地域、事業者との連携

計画を推進し、高齢者の福祉の向上を図るためには、行政だけでなく、関係機関、関係団体、地域及び事業者との密接な連携が必要です。

このため、佐用町地域包括支援センター、佐用郡医師会（以下「郡医師会」という。）、郡歯科医師会、佐用町薬剤師連絡会、佐用町社会福祉協議会（以下「町社会福祉協議会」という。）、民生委員・児童委員、介護サービス事業者、ボランティアグループ、自治会、地域づくり協議会、自主防災組織、消防団等との相互連携を深め、計画を円滑かつ効果的に推進できる体制の整備に努めます。

4 策定後の見直しと評価

(1) 介護保険運営協議会

介護保険制度は、各市町村が設定する保険料やサービス供給量、施設整備目標等が住民に直接的に関わる制度です。このため、計画策定後においても、計画の進行管理、評価、点検に住民参加や情報公開の視点を取り入れ、住民が継続的に計画運営に参加できることが重要です。

本町では、住民及び被保険者の代表等が参画する介護保険運営協議会、住民等の意見募集、サービス利用者の意見等を通じて、今後も情報公開を進めるとともに、住民の意向を広く反映し、保険運営や各施策の実施状況について点検・評価を行います。

また、計画に定める高齢者福祉施策及び介護保険サービスの推進状況等を定期的に把握し、計画達成に向けた進行管理を行います。

さらに、介護保険運営協議会は、地域包括支援センター運営協議会、地域密着型サービス運営委員会、地域包括ケアシステム推進会議、認知症初期集中支援チーム検討委員会及び在宅医療・介護連携推進会議を兼ねているため、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、新たな施策の展開や現行施策の方向性を検討します。

(2) 評価の時期

計画の進捗状況及び成果指標は毎年度評価し、計画期間の最終年度には、次期計画に向けた全体的な見直しを行います。ただし、制度改正、介護需要又はサービス提供体制に大きな変化が生じた場合は、計画期間中であっても必要な見直しを行います。

介護保険法第117条第2項第3号に掲げる施策の実施状況及び同項第4号に掲げる目標の達成状況については、同条第8項に基づき調査・分析を行い、本計画の実績を

評価します。評価結果は、同条第9項に基づき、町ホームページその他適切な方法により公表するよう努め、兵庫県知事に報告します。

介護保険運営協議会には、住民及び被保険者の代表並びに関係機関及び各種団体の代表に参画していただき、認定者数及びサービス量の推移・推計、高齢者福祉全般に関する住民アンケート、サービス利用者の意見、サービス事業者の意見、住民等の意見募集の結果等を踏まえて、計画の達成状況を評価します。その結果に基づき必要に応じて計画の方向性を見直し、次期計画の策定に反映します。

(3) 進行管理・評価（PDCA）

本計画の実効性を確保するため、以下のとおり進行管理・評価を実施します。

成果指標、活動指標及び保険者機能強化推進交付金・努力支援交付金等の評価指標を踏まえ、PDCAサイクルにより施策・事業を推進します。

① 基本的な考え方

計画の目標達成に向け、毎年度、進捗状況の把握、評価及び改善を行います。

② 進行管理体制

介護保険運営協議会を中心に、関係部署、関係機関及び事業者と連携し、計画全体の進捗管理を行います。

③ 評価指標

第6編「資料編」4「主な成果指標（KPI）・活動指標・体制指標及び取組項目」に掲げる指標等に基づき、毎年度の達成状況を評価します。

④ 評価結果の活用

評価結果を踏まえ、必要に応じて施策の見直し・改善を行い、次年度以降の施策・事業の実施内容に反映させます。

なお、認知症施策の評価及び次期計画の策定に当たっては、認知症の人及び家族等の意見を直接把握する機会の確保に努めます。

第2編 佐用町の現状

第1章 佐用町の概況

1 位置と地勢

本町は兵庫県の最西端に位置し、西は岡山県、北は宍粟市、東はたつの市、南は上郡町と接しており、その面積は307.44km²で、兵庫県の約3.7%を占めています。

本町から姫路市までは約40km、神戸市までは約80kmで、姫路市へはJR姫新線等により約1時間です。

北部には、日名倉山(1,047.4m)をはじめ、郷鳴山、高鉢山、壇の平など600m以上の山々がそびえています。日名倉山の南約5kmには、活断層である山崎断層帯が北西から南東方向に延び、顕著な地形境界をなしています。中部には、河川の流域に沿って標高200mから400mのなだらかな丘陵地がみられ、谷底平野には、集落や農地等が立地しています。中・南部では、河川の蛇行により形成された平地が特徴的であり、南部は河川沿いに平野が広がっています。

町の南部には、本町とたつの市、上郡町にまたがって播磨科学公園都市があります。豊かな自然環境の中、世界最高性能の大型放射光施設Spring-8、兵庫県立大学、附属高等学校、附属中学校など、学校や学術研究機関が集積しており、保健・福祉・医療・教育の分野では、県立西はりま特別支援学校、西播磨総合リハビリテーションセンターが整備されています。学術研究機能と先端技術産業の集積、快適な住環境を備えた科学技術都市として、今後も本町の発展に重要な役割を果たすことが期待されます。

2 気象

本町の気候は、瀬戸内海式気候の影響を受ける一方、内陸部に位置するため、気温の日較差及び年較差が大きいという特徴があります。冬季は朝晩の冷え込みと日較差が大きく、濃霧が発生することがあります。一方、夏季の気温及び日較差は県内の平均的な傾向にあります。

降水量は、冬季に少なく、7月から9月に年間の4割が集中しています。また、中部から南部では積雪はまれですが、北部では積雪する地域もあります。

3 交通

(1) 一般道

本町の道路網は、町中央を東西に通る国道179号と、千種川・佐用川沿いを南北に通る国道373号が幹線となっています。国道179号は旧出雲街道を、国道373号は旧因幡街道をたどり、その交差部に町の中心部があります。

国道179号は、佐用町内では、角亀川、志文川、佐用川、大日山川などに沿って通過しており、JR姫新線ともほぼ併走しています。

国道373号は、第三セクター智頭急行株式会社智頭急行線(以下「智頭線」という。)とほぼ併走しています。

(2) 高速自動車道

① 中国自動車道

本町のほぼ中央を、中国自動車道が東西に横断しています。中国自動車道の最寄りのインターチェンジは佐用インターチェンジ（佐用 I C）で、町中央（町役場）から 3 km の便利な位置にあります。

② 播磨自動車道

播磨自動車道は、たつの市から宍粟市に至る高速自動車道で、「播磨道」と略されます。山陽自動車道から分岐し、西播磨地域を通ります。2022（令和 4）年 3 月 12 日に、播磨新宮 I C から宍粟 J C T までの区間（11.5 km）が開通し、播磨自動車道が全線開通しました。

③ 鳥取自動車道（中国横断自動車道姫路鳥取線）

鳥取自動車道は、本町から岡山県を経て鳥取市へ至る高速道路で、中国自動車道の佐用ジャンクションに接続しています。町内には、佐用平福インターチェンジがあります。

(3) 鉄 道

本町には、J R 姫新線と智頭線が通っています。

① J R 姫新線

姫路駅から津山駅を経て岡山県新見市の新見駅に至る J R 西日本の鉄道路線で、路線距離 158.1 km、全線非電化単線です。佐用町内では国道 179 号とほぼ併走しています。佐用町内の駅は、東から西へ向かって三日月駅、播磨徳久駅、佐用駅、上月駅があります。

② 智頭線

1994（平成 6）年 12 月に開通した智頭線は、上郡駅から智頭駅に至る路線距離 56.1 km の非電化単線です。J R 佐用駅で J R 姫新線に接続します。佐用町内の駅は、南から北へ向かって久崎駅、佐用駅、平福駅、石井駅があります。

4 訪問・通所が困難な地域へのアクセスや社会資源の状況

北部山間地域では、冬季の積雪により訪問介護の提供や通所介護等の利用が困難となる場合があります。また、公共交通が限られる地域では、高齢者の移動手段の確保が課題となっています。主要な介護保険事業所まで車で片道 30 分以上を要する地域や、介護保険事業所がない地域もあり、サービス提供体制の維持が課題です。日常生活圏域（佐用・上月・南光・三日月の 4 圏域）の設定においては、こうした地理的条件・交通事情を踏まえています。

第2章 佐用町の人口推移と将来推計

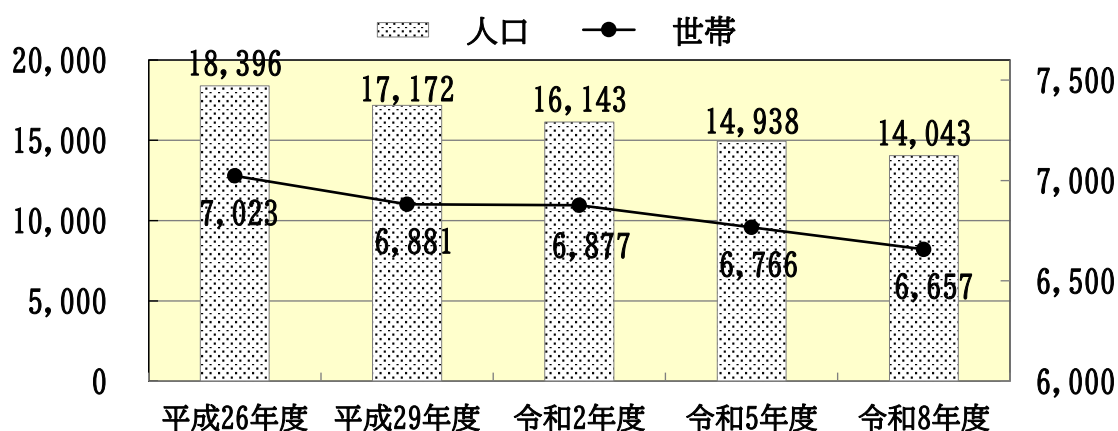
1 総人口の推移

2026（令和8）年8月末現在、住民基本台帳における本町の人口は14,043人、世帯数は6,657世帯です。本町の総人口及び世帯数は、いずれも減少傾向にあります。年齢別では75歳から79歳までが最も多く、後期高齢者の割合が高いことが本町の特徴です。

詳細な被保険者・認定者分析は第5編 第2章に記載しています。

なお、本計画の人口、認定者数及び各種割合等は、住民基本台帳、介護保険システム、地域包括ケア「見える化」システム等の集計元及び集計時点に基づく数値です。そのため、資料により基準日や集計方法が異なる場合があります。また、住民基本台帳上の65歳以上人口と第1号被保険者数は、住所地特例等により一致しない場合があります。

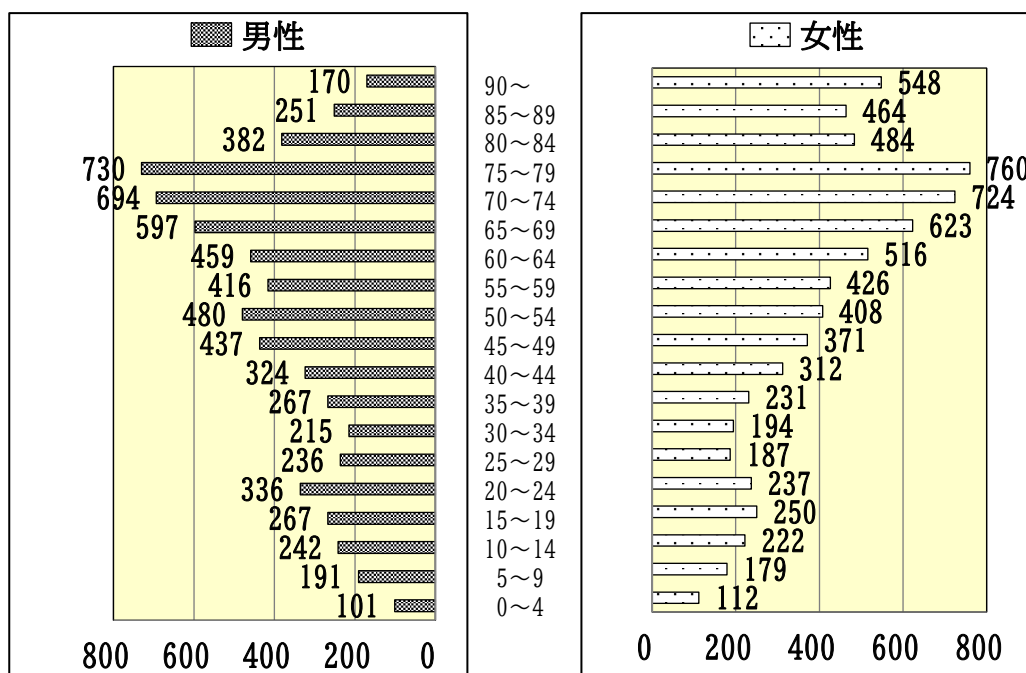
◇ 総人口の推移（図2-1）



※ 住民基本台帳、各年度3月末現在。ただし2026（令和8）年度は2026（令和8）年8月末現在。

◇ 人口構造（単位：人）（図2-2）

総人口 14,043 人
(男性 6,795 人・女性 7,248 人)



※ 住民基本台帳、2026（令和8）年8月末現在

2 高齢者人口の推移

本町の65歳以上人口は、2014（平成26）年度から2020（令和2）年度にかけて増加し、その後は減少傾向にあります。一方、高齢化率は2020（令和2）年度以降40%を超え、2026（令和8）年8月末現在では45.8%となっています。

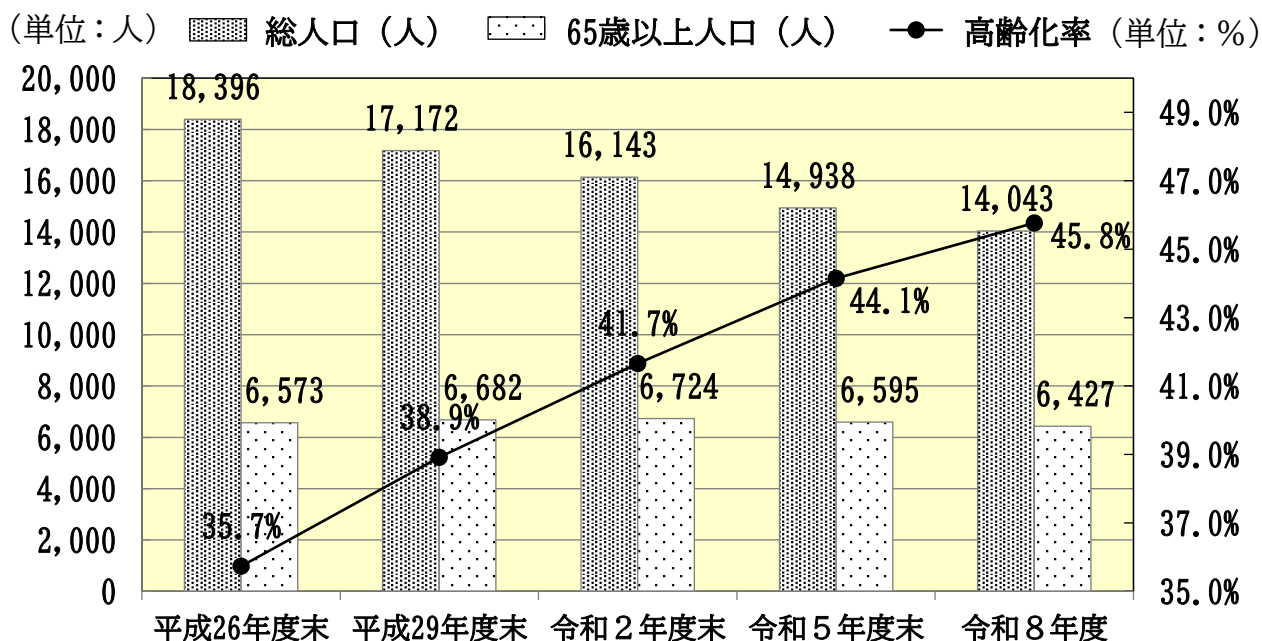
高齢者人口の内訳では、65歳から74歳までの前期高齢者が、2020（令和2）年度以降減少しています。75歳以上人口は、2014（平成26）年度から2020（令和2）年度にかけて減少しましたが、その後増加し、2026（令和8）年8月末現在で3,789人となっています。今後も、団塊の世代が後期高齢者となったこと等により、当面は後期高齢者の割合が高い状況が続くことが見込まれます。

◇ 高齢者人口の推移（表2-1）

区 分	平成26年度	平成29年度	令和2年度	令和5年度	令和8年度
総人口（人）	18,396	17,172	16,143	14,938	14,043
65歳以上人口（人）	6,573	6,682	6,724	6,595	6,427
前期高齢者（65～74歳）人口	2,762	2,928	3,085	2,893	2,638
前期高齢者比率	15.0%	17.1%	19.1%	19.4%	18.8%
後期高齢者（75歳以上）人口	3,811	3,754	3,639	3,702	3,789
後期高齢者比率	20.7%	21.9%	22.5%	24.8%	27.0%
高齢化率	35.7%	38.9%	41.7%	44.1%	45.8%

※ 住民基本台帳、各年度3月末現在。ただし2026（令和8）年度は2026（令和8）年8月末現在。

◇ 高齢者人口及び高齢化率の推移（図2-3）



※ 住民基本台帳、各年度3月末現在。ただし2026（令和8）年度は2026（令和8）年8月末現在。

3 死亡場所別死亡数の過去5年間の推移（表2－2）

死亡総数は年により増減があるものの、掲載した過去5年間では2022（令和4）年の360人が最も多く、その後、2023（令和5）年は286人に減少し、2024（令和6）年は344人となっています。死亡場所別では、医療機関・介護施設等での死亡が大部分を占め、2024（令和6）年は314人で、全体の約91.3%です。特に病院・診療所での死亡が最も多く、自宅・その他での死亡は、2024（令和6）年に30人となり、このうち自宅での死亡は前年度の38人から27人へ減少しています。

内 訳	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年
死亡総数	279	290	360	286	344
医療機関・介護施設等における死亡	238	249	320	246	314
病院・診療所	206	202	251	210	255
介護老人保健施設	5	2	6	3	6
介護医療院	10	18	14	12	15
老人ホーム	17	27	49	21	38
自宅・その他における死亡	41	41	40	40	30
自宅	38	35	39	38	27
その他	3	6	1	2	3

※ 政府統計の総合窓口（e-Stat）「人口動態統計・確定数・保管統計表」より作成

4 総人口及び高齢者人口の推計

総人口及び高齢者人口の推計をみると、総人口は2027（令和9）年度以降も減少を続けることが見込まれます。65歳以上人口は、2027（令和9）年度以降、緩やかに減少する見込みです。一方で、高齢化率は、年少人口及び生産年齢人口の減少に伴い上昇することが見込まれます。推計上、2027（令和9）年度には48.3%、2029（令和11）年度には49.4%、2040（令和22）年度には54.9%となる見込みです。なお、2026（令和8）年8月末の実績値とは基準時点及び推計方法が異なります。

このように、本町では人口減少が進む中で、高齢者人口は減少していくものの、総人口に占める高齢者の割合は引き続き上昇することが見込まれます。そのため、高齢者福祉施策及び介護保険サービスの提供体制については、人口規模の縮小と高齢化の進行の双方を踏まえた対応が必要です。

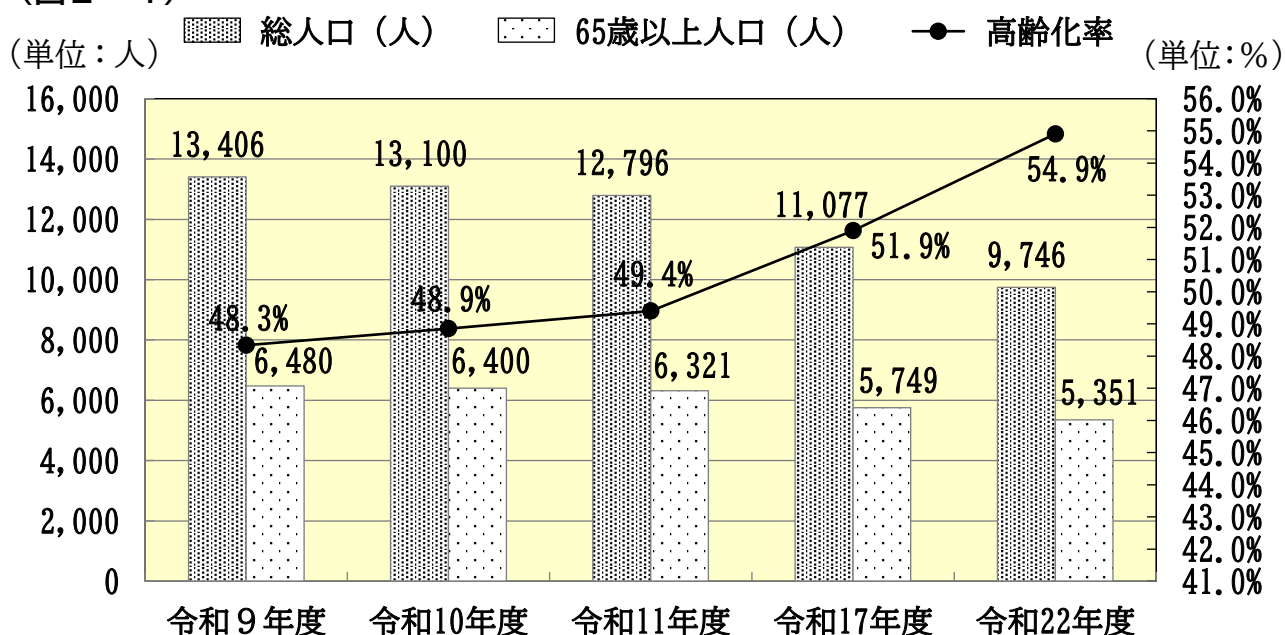
※ 2027（令和9）年度以降は、地域包括ケア「見える化」システムによる推計値です。

2026（令和8）年8月末実績とは基準時点及び推計方法が異なるため、単純比較できません。

◇ 総人口と高齢者人口の推計（表2－3）

区 分	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和17年度	令和22年度
総人口（人）	13,406	13,100	12,796	11,077	9,746
65歳以上人口（人）	6,480	6,400	6,321	5,749	5,351
高齢化率	48.3%	48.9%	49.4%	51.9%	54.9%

(図2-4)



5 前期高齢者と後期高齢者の推計

前期高齢者人口は、2027（令和9）年度の2,526人から、2029（令和11）年度に2,330人、2040（令和22）年度に1,674人へ減少する見込みです。一方、後期高齢者人口は、2029（令和11）年度に3,991人まで増加した後、減少に転じ、2035（令和17）年度には3,938人、2040（令和22）年度には3,677人となる見込みです。また、総人口に占める前期高齢者の割合は、2027（令和9）年度の18.8%から2035（令和17）年度の16.3%に低下した後、2040（令和22）年度には17.2%となる見込みです。一方、後期高齢者比率は上昇を続け、2040（令和22）年度には37.7%となる見込みです。

本町では、前期高齢者が減少する一方、介護や医療のニーズが高まりやすい後期高齢者の割合は上昇する見込みです。今後は、要介護認定者数の動向や、認知症高齢者、医療と介護の両方の支援を必要とする高齢者の増加を見据え、介護予防、重度化防止、在宅医療・介護連携、認知症施策等を一体的に推進していく必要があります。

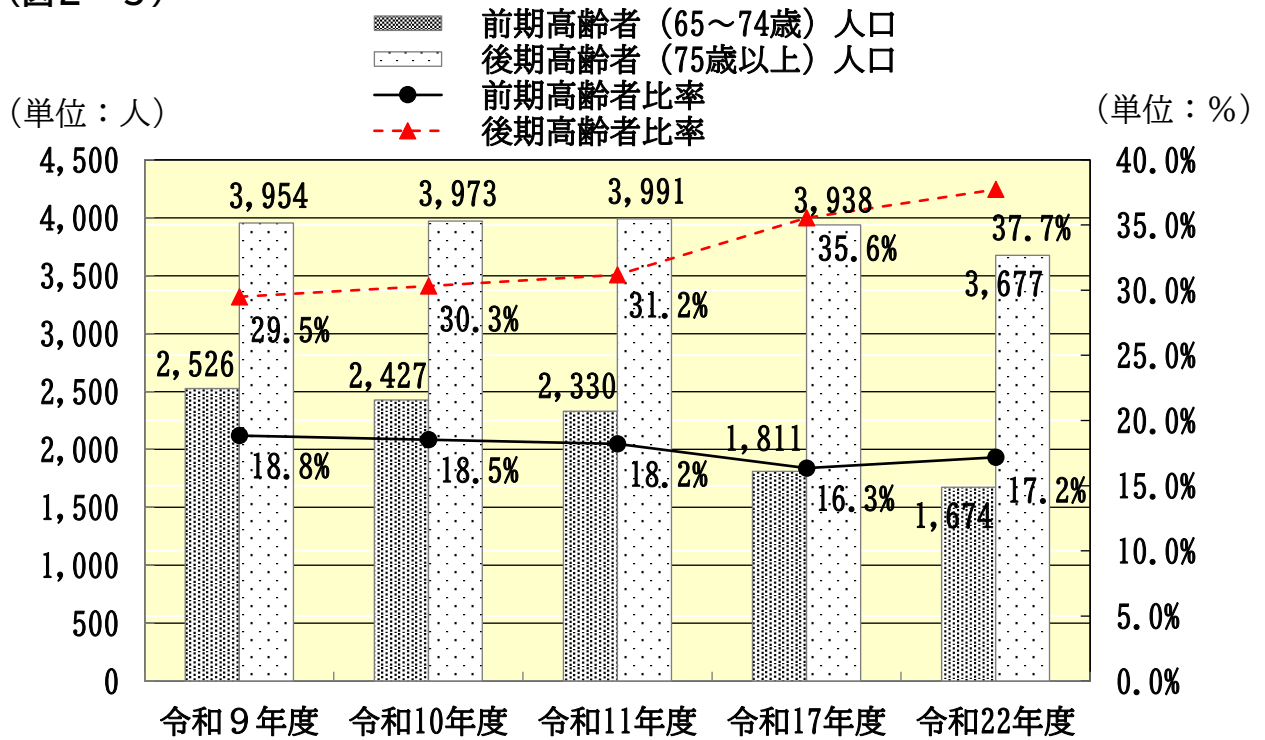
◇ 前期高齢者と後期高齢者の推計（表2-4）

区 分	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和17年度	令和22年度
65歳以上人口（人）	6,480	6,400	6,321	5,749	5,351
前期高齢者（65～74歳）人口	2,526	2,427	2,330	1,811	1,674
総人口に占める割合	18.8%	18.5%	18.2%	16.3%	17.2%
後期高齢者（75歳以上）人口	3,954	3,973	3,991	3,938	3,677
総人口に占める割合	29.5%	30.3%	31.2%	35.6%	37.7%

※ 2026（令和8）年8月末から2027（令和9）年度にかけた増加は、地域包括ケア「見える化」システムの推計起点と実績値の差によるものです。

※ 前期高齢者比率及び後期高齢者比率は、総人口に占める割合です。

(図2-5)



【推計の方法】

被保険者数の推計値は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」資料と佐用町の被保険者割合を加味し求めています。

第3章 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査

1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査の概要

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査は、要介護1～5の認定を受けていない65歳以上の人のうち、抽出した650人を対象に、2025（令和7）年12月から2026（令和8）年2月まで実施し、426人から回答を得ました。回答率は65.5%でした。

在宅介護実態調査は、2025（令和7）年12月から2026（令和8）年5月まで、更新申請又は区分変更申請に伴う認定調査等の機会を活用し、在宅の要支援・要介護認定者237人を対象に実施し、237人から回答を得ました。在宅介護実態調査により、本人及び家族介護者の生活状況、介護上の課題、サービスの利用状況等を把握しました。両調査の結果は、介護予防、生活支援、認知症施策、在宅生活の支援及び計画の評価に活用します。

(1) 調査結果から見た主な課題

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、転倒への不安、外出機会の減少、口腔機能、認知機能、生きがい及び認知症相談窓口の認知度等に課題がみられました。また、地域の健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向がある人もみられ、その意向を社会参加につなげることが求められます。

在宅介護実態調査では、施設等を「検討していない」人の割合が、要支援1・2では93.3%、要介護1・2では84.0%、要介護3以上では51.2%となっており、要介護度が高い区分ほど、施設等を検討する割合が高い傾向がみられました。

また、要介護度や認知症の程度が高い区分ほど、訪問系を含むサービスの利用割合が高い傾向がみられました。

主な介護者が不安に感じる介護は、要介護1・2では「認知症状への対応」、要介護3以上では「夜間の排泄」の割合が最も高くなりました。このほか、介護者の高齢化、働きながら介護する人への相談・情報提供、単身世帯への生活支援、夫婦のみ世帯への移動支援、在宅医療・介護連携の強化が課題として把握されました。

(2) 主な調査結果

主な調査結果を、調査別に掲載します。

① 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

分野	主な調査結果
転倒	過去1年間に1回以上転倒した人は174人（40.8%）、転倒に不安を感じる人は257人（60.3%）でした。
外出	外出頻度が週1回以下である人は133人（31.2%）、前年と比べて外出回数が減少した人は112人（26.3%）、外出を控えている人は110人（25.8%）でした。
口腔・栄養	固いものが食べにくくなった人は158人（37.1%）、お茶や汁物等でむせることがある人は93人（21.8%）、過去6か月間に2～3kg以上の体重減少があった人は52人（12.2%）でした。

分 野	主な調査結果
認知機能	物忘れが多いと感じる人は 187 人 (43.9%)、今日が何月何日か分からない時がある人は 126 人 (29.6%) でした。
社会参加	地域の健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向がある人は 229 人 (53.8%)、その企画・運営への参加意向がある人は 118 人 (27.7%) でした。
生きがい	生きがいがあると回答した人は 213 人 (50.0%)、生きがいがないと回答した人は 155 人 (36.4%) でした。
心の健康	過去 1 か月に気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになった人は 136 人 (31.9%)、物事に興味がわかず、心から楽しめない感じがあった人は 95 人 (22.3%) でした。
認知症相談	本人又は家族に認知症の症状があると回答した人は 47 人 (11.0%)、認知症に関する相談窓口を知らない人は 215 人で、有効回答者 414 人の 51.9% でした。
世帯・生活支援	ひとり暮らしの人は 92 人 (21.6%)、介護・介助が必要であるものの受けていない人は 45 人 (10.6%) でした。

(注) 人数は各設問への回答結果を示しています。割合は、原則として各人数を全回答者 426 人で除し、小数第 2 位を四捨五入して算出しています。

ただし、認知症に関する相談窓口の認知度については、当該設問の有効回答者 414 人を分母として算出しています。設問ごとに無回答があるため、調査報告書において有効回答数を分母として算出した割合とは一致しない場合があります。

② 在宅介護実態調査

分 野	主な調査結果
在宅生活と施設等の検討状況	施設等を「検討していない」人は、要支援 1・2 では 93.3%、要介護 1・2 では 84.0%、要介護 3 以上では 51.2% でした。要介護度が高い区分ほど、施設等を検討する割合が高い傾向がみられました。
中重度者のサービス利用	訪問系を含むサービス利用は、要介護 1・2 では 34.7%、要介護 3 以上では 53.5% であり、要介護度が高い区分で利用割合が高くなっていました。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上では 57.6% でした。
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護の利用は、要介護 3 以上では 25.6%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上では 30.3% でした。中重度者や認知症高齢者の在宅生活において利用されている状況がうかがえました。
家族介護	主な介護者が不安に感じる介護は、全体では「認知症状への対応」が 25.7% で最も高くなりました。また、要介護 1・2 では「認知症状へ

分 野	主な調査結果
	の対応」が36.7%、要介護3以上では「夜間の排泄」が29.6%で最も高くなりました。
認知症状への対応	「認知症状への対応」に不安を感じる主な介護者は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱでは38.9%、Ⅲ以上では40.0%でした。認知症の状態に応じた本人及び家族への相談支援が必要です。
主な介護者の高齢化	主な介護者では60代が36.2%で最も多く、80歳以上も18.4%を占めており、介護者の高齢化がみられました。
仕事と介護の両立	就労継続について「問題はあるが、何とか続けていける」と回答した人は41.0%でした。また、就労継続が難しい人では、入浴、夜間の排泄、外出・送迎等への不安が多くみられました。
単身世帯の生活支援	単身世帯では、配食が31.9%、ごみ出しが18.8%などの生活支援ニーズがみられました。また、要介護3以上の単身世帯では、訪問系を含むサービス利用が85.7%でした。
移動支援	移送サービスの利用者は7.2%、その充実が必要と回答した人は13.9%でした。特に要介護3以上の夫婦のみ世帯では、移送サービスの充実を必要とする回答が多くみられました。
医療・介護連携	訪問診療の利用割合は、全体では7.6%、要介護4では13.3%、要介護5では60.0%でした。ただし、要介護5は該当者数が少ないため、この割合のみをもって全体的な傾向を判断することはできません。要介護3以上で訪問診療を利用している7人は、いずれも訪問系介護サービスを利用していました。
サービス未利用者	介護保険サービス未利用者は51人（全回答者237人の21.5%）でした。未利用理由は、「本人にサービス利用の希望がない」が47.1%、「現状ではサービスを利用するほどの状態ではない」が31.4%でした。

（注）在宅介護実態調査は、設問によって回答対象者及び有効回答数が異なり、設問ごとに無回答があります。また、要介護度、世帯類型、認知症高齢者の日常生活自立度等に関する分析は、該当する回答者を対象としたクロス集計に基づいており、該当者が少ない区分もあります。調査結果は、本人及び家族の意向、心身の状態、世帯状況等により異なるため、割合のみで傾向や支援ニーズを判断するものではありません。

（注）本計画では、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を総称して「両調査」といいます。

第3編 基本構想

第1章 佐用町の目指す将来像

1 佐用町の将来像と5つの基本的な方向性

2040（令和22）年度には総人口の2人に1人以上が65歳以上となることが見込まれる中、高齢者を「支えられる側」としてのみ捉えるのではなく、これまで培ってきた経験、知識、技術、地域とのつながりを持つ、地域の大切な担い手として捉えることが重要です。

高齢者の知恵や経験は、世代を超えて共有されることで、地域づくりや支え合いの力となります。本町では、こうした高齢者の力を地域の財産として生かし、生きがいや役割を持ちながら暮らせる地域づくりを進めます。

また、2009（平成21）年8月9日の台風第9号災害により、本町は大きな被害を受けました。この経験を通じて、人が地域で安心して暮らしていくためには、人と人との温かな「絆」が何よりも大切であることを改めて認識しました。

本町は、「ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち」を基本理念として、「佐用の健康と福祉を創造する」という将来像の実現を目指します。そのため、将来像の実現に向け、次の5つの基本的な方向性を定め、「自助」「互助」「共助」「公助」の視点による取組を推進します。これらは、次章の基本目標及び重点目標に共通する考え方とします。

1 住み慣れた地域で暮らし続けられる支援

医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを深化・推進し、高齢者が安心して暮らせる環境を整えます。

2 本人の意思と尊厳を大切にした支援

本人の意思を尊重し、人生の最終段階における医療・ケアや看取りを含め、その人らしい生活を支えます。また、認知症の人が希望を持って暮らせる地域づくりに取り組みます。

3 介護予防・健康づくりと生きがいづくりの推進

フレイル予防、介護予防、健康づくりを推進し、要介護状態の予防や重度化防止に取り組めます。また、通いの場や地域活動等を通じて、生きがいや役割を持てる環境づくりを進めます。

4 分野を超えた包括的な支援体制の構築

障がい福祉、子育て支援、生活困窮者支援、孤独・孤立対策等と連携し、複雑化・複合化する課題に対応する支援体制の構築に努めます。

5 持続可能な介護サービス提供体制の確保

介護人材の確保、職場環境の改善、業務の効率化及びICT活用を進め、町と介護サービス事業者が連携して、限られた地域資源を有効に活用できる体制づくりに努めます。

本町は、これら5つの方向性に基づき、高齢者が尊厳を保ち、健やかに自分らしく暮らし続けられる地域社会の実現を目指します。

第2章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

本町は、総人口が減少し、近年は高齢者人口も減少する一方、高齢化率は高い水準にあり、2026（令和8）年8月末現在で45.8%となっています。これは、2026（令和8）年2月1日現在の兵庫県平均29.9%を大きく上回る水準です。

今後も高齢化が進む中、誰もが地域とのつながりを大切にし、いきいきと暮らせる社会が求められています。

活力ある社会をつくるためには、高齢者自身が生きがいを持ち、健康であり続けることはもとより、住民が主体的かつ積極的に地域活動やまちづくりに参加できる仕組みや環境を整えることが重要です。

社会情勢の変化により、地域のつながりや家族のあり方が変化しつつある中でも、誰もが安心して暮らせるまちであり続けるため、本計画では、次の基本理念を掲げます。

◇ 基本理念「ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち」

この基本理念のもと、住民、地域、関係機関、事業者及び行政が協働し、「佐用の健康と福祉を創造する」ことを目指します。

2 計画の基本目標

本計画では、前章に掲げる5つの基本的な方向性を踏まえ、高齢者が尊厳を保ち、住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができる地域社会の実現を基本目標とします。

高齢者や子どもをはじめ、すべての住民が安心して健やかに暮らせる福祉と健康のまちは、住民共通の願いです。

そのため、ノーマライゼーション及びユニバーサルデザインの理念に基づく福祉のまちづくりを進め、誰もが必要なときに適切な支援を受けられる地域社会を目指します。

また、住民活動及び事業者の参画と連携に基づき、質・量ともに充実した介護サービス、生活支援サービス、地域福祉活動を推進し、高齢者の介護予防、生活支援及び社会参加の充実を図ります。

健康の保持・増進については、住民の誰もが良質かつ適切な保健・医療・介護サービスを受けられることを基本とします。保健、医療、介護、福祉分野の連携にとどまらず、地域づくり協議会、自治会、消防団、自主防災組織、商工会等との連携により、地域コミュニティの充実を図ります。

さらに、住民一人ひとりの生活様式や地域の実情に応じた健康づくりを推進し、住民、関係機関及び行政が一体となって、高齢者が安心して暮らせる環境づくりを進めます。

本計画では、介護保険事業、介護予防事業、地域支援事業、地域包括ケアシステムの深化・推進、地域密着型サービスの活用、日常生活支援、認知症施策、権利擁護、災害・感染症対策等を総合的に推進します。

3 計画全体の重点目標

次の10の重点目標は、5つの基本的な方向性を具体化する横断的な目標として位置づけられます。各重点目標は、複数の方向性及び施策に関連します。

1 2040（令和22）年を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

2040（令和22）年に向け、85歳以上人口、認知症高齢者及びひとり暮らし高齢者の動向や、担い手不足に対応し、医療・介護・予防・住まい・生活支援を包括的に確保する体制の維持・充実に取り組みます。

地域の規模や高齢化の進展状況に応じて、限られた地域資源を効果的に活用し、住民や関係機関との協働により、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・推進を継続します。

2 人口動態と介護ニーズの中長期的な把握

2040（令和22）年を見据え、地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省が提供する介護保険事業計画策定支援システム）を活用し、日常生活圏域ごとの人口動態を分析します。

また、人口減少と高齢化の状況を把握し、その分析結果に基づき、介護ニーズの把握と中長期的なサービス需要の予測に取り組みます。

3 在宅・施設・居住系サービスのバランスの取れた提供体制の確保

高齢者の状態や生活環境に応じて、在宅サービス、施設サービス及び居住系サービスが適切に利用できるよう、サービス利用状況や整備状況を確認します。

なお、新設を前提とせず、既存資源の活用・機能転換、在宅サービスの維持及び広域連携により、本町に適した提供体制を検討します。

4 介護予防・日常生活支援総合事業を通じた住民主体の地域づくり

介護予防・日常生活支援総合事業をまちづくりの手段と捉え、住民主体の「通いの場づくり」等を中心に、保健・医療・介護・福祉の専門職等と連携しながら、地域全体で介護予防・生活支援体制の継続に取り組みます。

支援者の減少に対応するため、既存の地域資源を活用し、創意工夫を生かしながら、持続可能なサービス提供を図ります。

5 在宅医療・介護連携の強化と多職種連携体制の構築

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるよう、在宅医療・介護連携を推進します。

町内の医療機関や介護サービス事業者の状況を踏まえ、既存の医療・介護資源を有効活用するとともに、必要に応じて広域的な連携を図ります。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進し、保健・医療・介護・福祉の多職種連携とICTによる情報共有を推進します。

6 高齢者施設と協力医療機関との連携体制の構築

対象となる介護保険施設等において、協力医療機関との連携に必要な3要件（①入所者の病状が急変した場合等の相談体制、②診療の求めがあった場合の診療体制、③入院を要すると認められた入所者の入院受入体制）に対応できるよう、情報共有と連携体制の確保に努めます。

7 認知症基本法を踏まえた認知症施策の推進

認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえ、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共生社会の実現を目指します。

認知症への理解、本人の意思決定と社会参加、相談・家族支援及び科学的知見に基づく取組を総合的に推進します。

また、認知症高齢者の増加に対応し、本人や家族の視点を重視した具体的な取組を継続します。限られた資源の中で創意工夫を重ねながら、住民や関係機関との協働により、認知症にやさしい地域づくりに取り組みます。

8 介護人材の確保・定着と介護サービス提供体制の維持

生産年齢人口の減少に伴い、介護人材の確保が一層困難になることが見込まれます。本町では、新規人材の確保に過度に依存するのではなく、現職人材の定着と職員の負担軽減を基本に、サービスの質を確保しながら、持続可能なサービス提供体制の維持を目指します。県の人材・生産性向上支援を活用し、人材の確保・定着、ICT・AI・介護ロボットの活用及び広域連携を進めます。

9 複雑化・複合化する生活課題への対応と地域共生社会の実現

介護と医療の複合的なニーズ、貧困、孤立、ひきこもり等、複雑化・複合化した生活課題に対応するため、関係機関の連携を継続します。

限られた資源の中で、既存の福祉・医療・地域資源を有効活用し、分野を超えた包括的な支援体制の構築に努めます。また、住民や関係機関との協働による地域づくりを進め、地域共生社会の実現に向けて取り組みます。

10 災害・感染症対策の推進とPDCAサイクルによる計画評価

災害・感染症対策に係る体制整備を継続し、有事の際にも介護サービス提供体制を確保できるよう取り組みます。また、第9期計画における進捗管理の結果を踏まえ、改善が可能な地域課題から段階的に対応し、PDCAサイクルにより計画の実効性を高め、第10期計画の着実な推進につなげます。

4 第10期介護保険事業計画期間中の検討課題

2040（令和22）年に向け、「時間軸」と「地域軸」の視点から、人口減少やサービス需要の変化に応じた提供・支援体制を構築することが重要です。

本町においても、国・県の制度動向を踏まえ、介護保険法、社会福祉法等の改正への対応を含め、次の事項を第10期計画期間中の検討課題とします。

(1) 中山間・人口減少地域におけるサービス確保

本町では、人口減少や担い手不足により、将来的に一部地域でサービス提供が難しくなる可能性があります。このため、訪問介護、通所介護等の提供状況や事業所の動向等を把握して課題のある地域を整理し、必要に応じて県、近隣市町、事業者と連携して広域対応等を検討します。

(2) 特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業の検討

国において検討されている、中山間・人口減少地域のサービス確保策である特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業について、制度の内容や施行時期を確認し、必要な対応を検討します。ただし、対象地域の要件、人員配置基準、報酬設定等の詳細は、今後、国において定められる予定であるため、国・県から具体的な内容が示され次第、該当し得る地域や対象サービスを把握し、県及び近隣市町と情報共有を図りつつ、活用の必要性に応じて導入の可否を検討します。具体的な取組は、第5編第1章 3「特別地域加算等、特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業」に記載します。

(3) 基準該当サービス等の取扱い整理

基準該当サービス等は、都道府県の条例で定める基準を満たす事業所のサービスについて、市町村が必要と認める場合に、特例サービス費等の支給対象として取り扱うことができる仕組みです。

本町では現在利用実績がなく、対象となる地域やサービスも未確定です。今後、必要が生じた場合には、県と協議し、条例で定める基準への適合状況等を確認した上で、その取扱いを検討します。

(4) 医療計画との整合性の確保

第10期計画では、医療計画との整合性を確保し、慢性期医療需要や在宅医療の状況を踏まえた介護サービス見込み量の設定が求められています。

このため、県の医療計画や地域医療構想の動向を確認し、在宅医療、入退院支援、施設の協力医療機関確保等について、関係機関と情報共有を行います。

(5) 給付と負担、制度改正への対応

国において、利用者負担、第1号保険料、補足給付、高額医療合算介護サービス費の手続簡素化等について見直しが進められています。

これらは保険料や利用者負担等に影響することから、国・県からの情報を踏まえ、保険料設定、制度周知、相談対応、システム対応等を適切に進めます。

5 計画の基本方針

本計画では、各施策の主たる性格に基づき、自助、互助、共助及び公助の4つの視点に整理します。ただし、一つの施策が複数の視点にまたがる場合があります。

これまでの基本的な考え方を継承しつつ、第1章の5つの方向性、国の考え方及び本町の社会情勢を踏まえ、安心して暮らせるまちづくりを進めます。

本計画では、「自助」「互助」「共助」「公助」の視点に基づき、高齢者一人ひとりのニーズを大切にしながら、住み慣れた地域で支え合い、いきいきと暮らすことができる体制づくりを推進します。また、限られた地域資源を有効に活用し、関係機関との情報共有及び連携を強化します。

特に、少子高齢化の進行や生産年齢人口の減少に伴い、「公助」及び「共助」だけで大幅なサービス拡充を図ることは難しくなっています。このため、住民一人ひとりが健康づくりや介護予防に取り組む「自助」と、地域で支え合う「互助」の役割が一層重要となっています。

なお、第4編の各章に付した「自助の推進」「互助の推進」「共助の推進」「公助の推進」は、各章の主たる視点を示すものであり、掲載する全ての施策が一つの視点のみに属することを意味するものではありません。

(1) いきいきと元気に暮らす 【自助の視点】

自助とは、高齢者が生きがいを持って暮らせるよう、心身の状態や生活環境に応じ、無理のない範囲で健康管理や介護予防に取り組むことです。

これは、第1章で示した第三の方向性である「介護予防・健康づくりと生きがいづくりの推進」に対応します。

高齢者は、自らの健康状態に関心を持ち、健診や相談、介護予防教室、通いの場等に積極的に参加することが大切です。また、就労、地域活動、ボランティア活動、生涯学習、スポーツ、レクリエーション等を通じて、社会参加を続けることは、生きがいづくりや介護予防にもつながります。

本町では、高齢者が自らの健康づくりに取り組み、地域で役割を持ちながら暮らすことができるよう、健康管理、介護予防、社会参加、生涯学習等に関する取組を推進します。

(2) 共に支え合う地域づくり 【互助の視点】

互助とは、家族、近隣住民、自治会、地域づくり協議会、ボランティア等による、制度に基づかない自発的な支え合いです。防災における「共助」と共通する面がありますが、介護保険制度等の社会保険によるサービスとは異なり、住民同士のつながりや助け合いを基盤とするインフォーマルな相互扶助です。

なお、防災分野で一般に「共助」と呼ばれる住民同士の支え合いは、本計画では「互助」と表記します。

これは、第1章で示した第一の方向性である「住み慣れた地域で暮らし続けられる支援」及び第四の方向性である「分野を超えた包括的な支援体制の構築」に関連します。

地域において、ひとり暮らし高齢者の見守り、声かけ、近所づきあい、ちょっとした困りごとの支援等を進めることは、人と人との絆を深め、地域コミュニティを強化することにつながります。

本町では、ちょっとした困りごとに対して、協力員、有償ボランティア等が支援を行う「まごころサービス」や、緊急時に近隣の協力員等による対応を含む「緊急通報システム」等を通じ、地域の支え合いを推進しています。今後も、自治会、地域づくり協議会、民生委員・児童委員、高年クラブ、町社会福祉協議会、ボランティア団体等と連携し、地域で高齢者を支え合う環境づくりを推進します。

(3) 住み慣れた地域で暮らす 【共助の視点】

共助とは、介護保険等の社会保険制度により、被保険者が保険料を負担し、必要な人がサービスを利用する、社会全体でリスクを分かち合うフォーマルな支援です。介護保険サービス、医療保険、年金等が該当します。

これは、第1章で示した第一の方向性「住み慣れた地域で暮らし続けられる支援」及び第二の方向性「本人の意思と尊厳を大切にした支援」に対応します。

高齢者が安心して介護・福祉サービス等を利用し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるため、介護保険制度の円滑な運営、地域支援事業、在宅医療・介護連携及び認知症施策を一体的に推進し、公助による権利擁護施策と連携します。

本町では、佐用町地域包括支援センターを中心に、医療、介護、福祉、地域の関係機関が連携し、高齢者一人ひとりの状況に応じて支援します。また、社会資源の有効活用と情報共有を進め、地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

※ 地域包括ケアシステムには、「自助」及び「互助」によるインフォーマルな支援と、「共助」及び「公助」によるフォーマルな支援が存在します。これらが相互に連携することで、高齢者の地域生活を支える仕組みが構築されます。

(4) 高齢者支援サービスの充実 【公助の視点】

公助とは、自助、互助、共助では対応が難しい生活課題や困窮状態等に対し、主に公費を財源として公的に支援する仕組みです。社会福祉、生活保護、権利擁護、虐待防止、災害時支援等は、公助に含まれます。

これは、第1章で示した第二の方向性である「本人の意思と尊厳を大切にした支援」、第四の方向性である「分野を超えた包括的な支援体制の構築」及び第五の方向性である「持続可能な介護サービス提供体制の確保」に関連します。

介護や生活支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、利用者が身近な場所で相談でき、必要な公的支援につながる体制づくりを進めることが重要です。

本町では、介護保険制度等を補完し、高齢者の自立した生活を支える各種サービスの充実に努めます。また、生活困窮、虐待、権利擁護、成年後見制度の利用、災害時の避難支援、感染症対策等について、関係機関と連携しながら、高齢者の生活の質の向上と安心の確保を図ります。

6 施策の体系

本計画では、「ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち」を基本理念とし、「佐用の健康と福祉を創造する」という将来像の実現に向け、5つの基本的な方向性に基づき施策を推進します。10の重点目標は方向性を具体化する横断的な目標、第5編 第1章に掲げる重点事項は、介護保険事業との関係が深い事項として位置づけます。

「自助」「互助」「共助」「公助」は、計画全体に共通する視点です。「自助」は一人ひとりが健康づくりや介護予防に取り組むこと、「互助」は家族、近隣住民、自治会、ボランティア等が地域で支え合うことをいいます。「共助」は介護保険等の社会保険制度を通じて社会全体で支え合うこと、「公助」は自助、互助及び共助では対応が難しい課題を公的な福祉サービス等で支援することをいいます。

これら4つの視点は相互に補完し合うものであり、本人の力や地域のつながり、介護保険サービス及び公的支援を組み合わせ、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる体制づくりを進めます。

【基本理念】

ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち

【将来像】

佐用の健康と福祉を創造する

【基本的な視点】

◇ 施策体系の主な対応関係

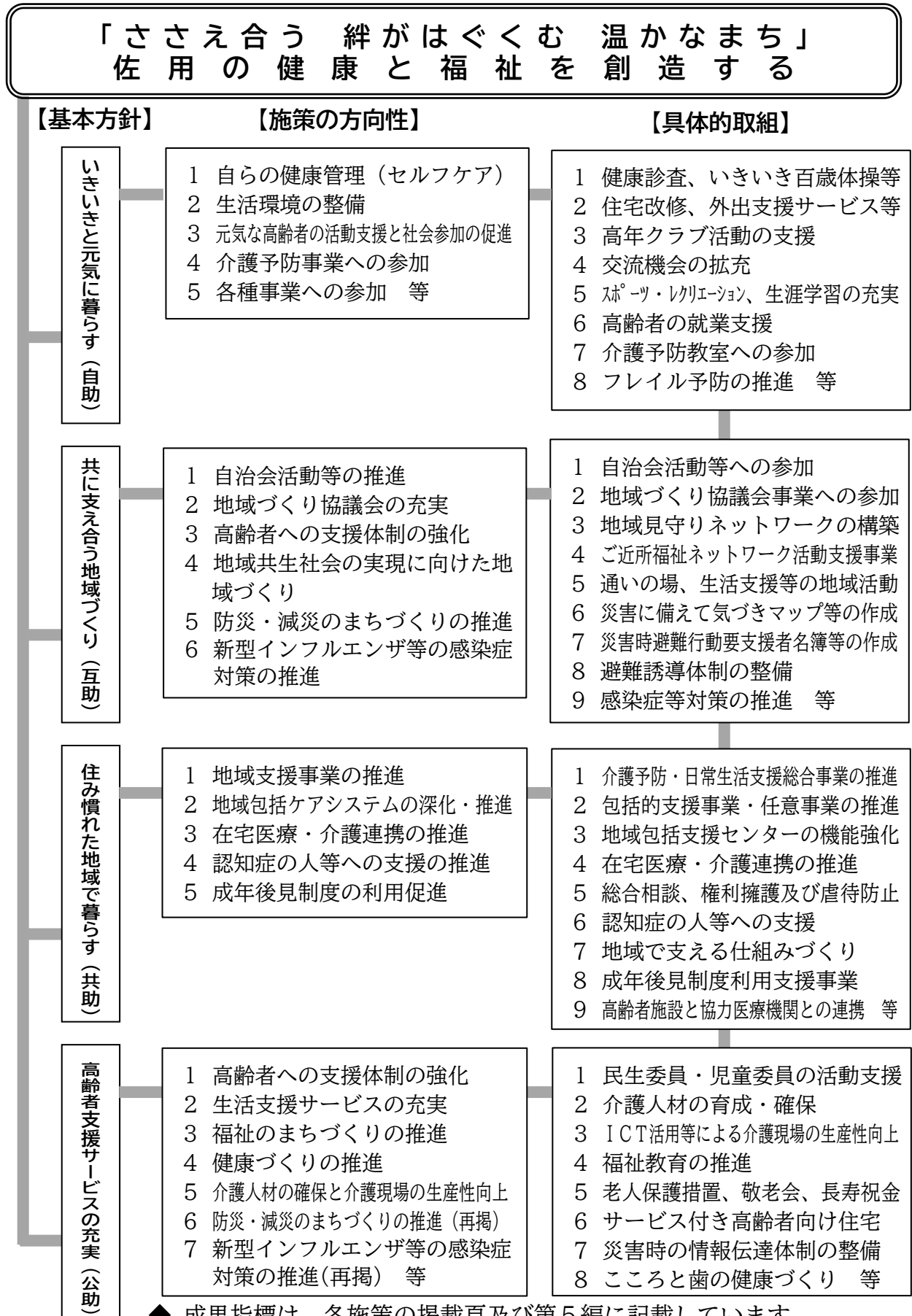
5つの基本的な方向性	10の重点目標	主な視点	第5編の重点事項
1 住み慣れた地域で暮らし続けられる支援	1・2・3・4・5・6・10	互助・共助・公助	1・2・4・6
2 本人の意思と尊厳を大切にした支援	1・5・7・9	共助・公助	1・2・3
3 介護予防・健康づくりと生きがいづくりの推進	1・4・5・7	自助・互助・共助	1・3・4
4 分野を超えた包括的な支援体制の構築	1・4・5・7・9・10	互助・共助・公助	1・2・3・4・6
5 持続可能な介護サービス提供体制の確保	1・2・3・5・6・8・10	共助・公助	1・2・5・6

◇ 4つの視点

視 点	施策の方向	主な内容
自 助	いきいきと元気に暮らす	健康づくり、介護予防、社会参加等
互 助	共に支え合う地域づくり	見守り、地域活動、通いの場、生活支援等
共 助	住み慣れた地域で暮らす	介護保険、地域支援事業、認知症施策等
公 助	高齢者支援サービスの充実	相談支援、権利擁護、防災・感染症対策等

【施策体系図】

※「自助」「互助」「共助」「公助」は相互に補完し合うものであり、各施策が一つの視点のみに属するものではありません。
 ※ 5つの基本的な方向性・10の重点目標を踏まえます。



◆ 成果指標は、各施策の掲載頁及び第5編に記載しています。

第4編 高齢者福祉施策の展開

第1章 いきいきと元気に暮らす【自助の推進】

1 自らの健康管理（セルフケア）

高齢者一人ひとりが、健康管理に関する正しい知識を身につけ、日頃から自らの健康状態に関心を持つことが重要です。健康を維持するためには、バランスのとれた食事、適度な運動、十分な休養、規則正しい生活を心掛けるとともに、ストレスに適切に対処する知識や方法を身につけることが必要です。

本町では、高齢者が自ら健康づくりや介護予防に取り組み、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けることができるよう、健康診査、保健指導、フレイル予防、通いの場づくり、認知症予防等の取組を推進します。

なお、これらの健康づくりを支える町の保健事業（特定健康診査、保健指導、各種相談等）については、第4編 第4章 5「健康づくりの推進（公助）」に記載しています。

(1) 健康診査及びがん検診

体の不調に早く気づき、疾病の早期発見・早期治療につなげるためには、町や医療機関等が実施する健康診査及びがん検診を定期的に受診することが大切です。

本町では、住民が自らの健康状態を把握し、生活習慣病の予防や重症化予防に取り組むことができるよう、健康診査及びがん検診の受診を促進します。

(2) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

主に75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度の被保険者となった後も、生活習慣病の重症化予防や合併症の予防、フレイル予防等を継続的に進めることが重要です。

本町では、高齢者の健康状態や生活機能の状況を踏まえ、保健事業と介護予防事業を一体的に実施し、高齢者の健康の保持増進と自立した生活の継続を支援します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、固いものが食べにくくなった人が158人（37.1%）、お茶や汁物等でむせることがある人が93人（21.8%）、過去6か月間に2～3kg以上の体重減少があった人が52人（12.2%）みられました。介護予防事業と高齢者の保健事業を一体的に実施する中で、口腔機能及び栄養状態に関する普及啓発、健康教育、相談支援等を進めます。

(3) フレイルの予防

加齢に伴って心身の活力や社会とのつながりが低下し、要介護状態となるリスクが高まった状態を「フレイル」といいます。

フレイル予防のため、運動、栄養、口腔機能及び社会参加を一体的に推進します。本町では、栄養指導や口腔ケアに関する相談を実施するとともに、必要に応じて高年クラブ等を対象とした栄養教室を開催します。また、食の自立支援事業として、見守りが必要な高齢者を対象に配食サービスを実施し、栄養改善と安否確認を通じた在宅生活の支援を行っています。

(4) 通いの場

年齢にかかわらず、週2回程度、無理のない運動を継続することで、運動機能の維持・向上が期待できます。

本町では、「いきいき百歳体操」を通いの場として位置づけ、住民同士が身近な場所で気軽に集い、地域の介護予防の拠点となるよう推進しています。半年ごとに体力測定を行うとともに、理学療法士による体操指導を実施しています。また、必要に応じて、栄養指導や口腔ケアに関する指導も行います。「いきいき百歳体操」以外にも、民間団体や地域団体等が実施する通いの場があり、高齢者が無理なく楽しみながら参加できる機会となっています。今後も、さまざまな通いの場において介護予防の取組が展開されるよう、活動の支援や広報に取り組みます。

(5) 認知症施策

早期に変化に気づき、適切な診断、治療、介護及び生活支援につなげることで、原因疾患に応じた対応や生活上の負担の軽減が図られ、住み慣れた地域での生活を継続しやすくなる場合があります。

本町では、もの忘れ健康相談や認知症予防教室（「認知症予防」の考え方は P74 参照）等を通じ、早期発見、相談支援及び科学的知見に基づく予防の取組を進めます。また、認知症になっても尊厳を保持し、希望を持って自分らしく暮らせるよう、本人及び家族の視点を重視した支援を推進します。なお、認知症施策の詳細は、第4編 第3章 6 「認知症施策推進計画（市町村計画）」に記載しています。

2 生活環境の整備

本格的な超高齢社会を迎え、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活し、社会との関わりを持ち続けるためには、その基盤となる住まい及び生活環境を、高齢者にとって暮らしやすいものにしていくことが重要です。

高齢者に適した住宅については、加齢に伴う身体機能の低下に対応した手すりの設置、段差解消等の住宅改修を進めるとともに、住み慣れた地域において、安心して外出や買い物等ができる環境を整備することが必要です。

本町では、住宅改修、外出支援、買い物支援、減災対策等の施策を実施しています。高齢者自身も、これらの制度やサービスを活用しながら、自らの生活環境の改善や災害への備えに主体的に取り組むことが大切です。

(1) 人生いきいき住宅助成事業（高齢者等住宅改造費助成事業）

高齢者等が在宅で安心して生活できるよう、身体機能の低下に応じた手すりの設置、段差解消等の住宅改造が必要と認められる世帯に対し、トイレ、浴室、廊下、台所、居室等のバリアフリー化に要する費用の一部を助成しています。なお、助成に当たっては所得制限があります。

◇ 人生いきいき住宅助成事業（高齢者等住宅改造費助成事業）の実施状況

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
助成件数（件）	15	22	20	11	11

※ 2022（令和4）年度から、住宅改造及び増改築一般型について県補助は廃止されました。

(2) 外出支援サービス事業

高齢者等が住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるよう、外出支援サービス事業を実施し、日常生活を支援しています。

一般交通機関の利用が困難な高齢者に対しては、タクシー運賃助成事業を実施しています。また、町社会福祉協議会が実施する交通空白地有償運送事業（さよさよサービス及び江川ふれあい号）を補助しています。

さらに、要介護者等の自宅と医療機関等の間を移送する移送サービス事業を町社会福祉協議会へ委託し、通院等の外出を支援しています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、前年と比べて外出回数が減少した人が112人（26.3%）、外出を控えている人が110人（25.8%）みられました。在宅介護実態調査では、移送サービスを利用している人が7.2%である一方、その充実が必要と回答した人は13.9%でした。また、要介護3以上の夫婦のみ世帯では、移送サービスの充実を必要とする回答が多くみられました。

町は、地域ごとの移動上の課題を把握し、さよさよサービス、タクシー運賃助成事業その他の利用可能な移動手段を周知します。要支援・要介護認定者については、本人及び家族が地域包括支援センターやケアマネジャー等と相談し、状態や意向に応じた移動手段を検討できるよう情報提供を行います。

① 交通空白地有償運送事業（さよさよサービス、江川ふれあい号）

さよさよサービスは、江川地域以外の在宅の高齢者等で、一般公共交通を利用することが困難な人を対象に、利用者の居宅と医療機関、公共施設等との間を送迎するサービスです。江川ふれあい号は、江川地域の在宅の高齢者等を対象に、同様の移動支援を行っています。

◇ 交通空白地有償運送事業（さよさよサービス）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用延べ人数（人）	9,730	9,658	9,837	10,184	12,014

◇ 交通空白地有償運送事業（江川ふれあい号）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用延べ人数（人）	1,768	2,046	1,692	1,422	1,485

② 移送サービス事業

移送サービス事業は、自力で外出することが困難な人を、病院等へ移送するサービスです。

◇ 移送サービス事業

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用延べ人数（人）	157	135	107	110	90

③ タクシー運賃助成事業

在宅の高齢者等で、一般公共交通を利用することが困難な人を対象に、タクシー

運賃の助成を行っています。今後も、外出機会の確保と日常生活の支援を目的として、引き続き事業を実施します。

◇ タクシー運賃助成事業

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用延べ人数（人）	12,291	13,109	10,579	9,483	8,627

(3) 買い物支援

本町は、買い物不便地域における生活支援と地域商業の維持を図るため、移動販売事業を支援しています。近年は商店の廃業等により買い物不便地域が拡大していることから、移動販売車の導入や運行に係る経費への支援を行い、事業の継続・拡充を図っています。

買い物支援は、高齢者をはじめとする住民の日常生活を支える重要な取組です。今後も、移動販売事業者や地域商店、地域住民が連携しながら、買い物環境の維持・確保に努め、誰もが安心して暮らし続けられる地域づくりを推進します。

(4) 減災対策

2009（平成21）年8月9日の台風第9号災害及び2011（平成23）年の東日本大震災の教訓を踏まえ、近年の予測が困難な災害に対しては、「自らの命は自ら守る」という自助と、「自分たちの地域は自分たちで守る」という互助（防災でいう共助）の考え方が重要です。

本町では、家具等の転倒防止、食料・飲料水・生活必需品等の備蓄、災害時避難行動要支援者避難支援プランの個別計画に基づく避難支援等、平常時からの備えを促進し、災害による被害を最小限に抑える減災対策に取り組んでいます。

3 元気な高齢者の活動支援と社会参加の促進

豊富な経験を持つ高齢者の社会参加は、地域社会を支えるうえで重要であり、高齢者自身の生きがいづくりや介護予防にもつながります。

高齢者が生きがいのある生活を送ることができるよう、就労機会の創出、ボランティア活動への参加促進、社会参加及び生涯学習の充実、高齢者同士や世代間交流の促進を図ります。また、高齢者がこれまで培ってきた豊かな経験、知識、技能を生かし、自分のライフスタイルに合った生きがいを見つけることができるよう、「元気な高齢者」づくりを推進します。

意欲ある高齢者が地域社会の中で役割を持って活躍できる環境を整備するため、関係機関と連携しながら積極的に支援を行います。

(1) 高年クラブ活動の支援

高年クラブは、地域を基盤とする高齢者の自主的な組織として、仲間づくり、生きがいづくり、健康づくり等、生活を豊かにする活動を行っています。また、個々の知識や経験を生かし、地域の関係団体と協力しながら、地域を豊かにする社会活動にも取り組んでいます。

本町の高年クラブでは、健康づくり活動、在宅福祉を支える友愛活動、奉仕活動等を通じて、高齢者の生きがいづくりと健康づくりに努め、明るい長寿社会づくりを目指して活動しています。一方で、新規加入者の減少や会員数の減少により、活動目的や魅力が新たな世代に伝わりにくいこと、役員の担い手不足等が課題となっており、クラブ数及び会員数も減少しています。今後は、高齢者の参加意欲を高める魅力ある活動づくりや、役員の負担軽減につながる体制づくりを支援し、新規会員の加入促進を図ります。また、明るい長寿社会につながる魅力ある活動を、会員自らが主体的に企画・運営できるよう、引き続き支援します。

◇ 単位高年クラブ数と会員数

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
クラブ数（クラブ）	37	35	26	23	20
会 員 数（人）	1,966	1,797	1,404	1,159	1,002

◇ 活動内容

活 動 名	活 動 内 容
健康づくり活動	高齢者の生きがい健康づくり推進事業、健康体操、ウォーキング等
在宅福祉を支える友愛活動	見守り活動、在宅・施設の友愛活動、地域のボランティア活動、敬老の日の行事等
研修活動	リーダー研修の開催、交通安全講習会、各種学習講座の開催等
奉仕活動	公共施設等の清掃、社会奉仕の日の活動、公園等の美化活動等
伝承活動・世代交流	地域の文化の伝承活動、子どもや青少年等との交流活動等

(2) 交流機会の拡充

① 世代間交流の促進

現在、子どもと高年クラブ会員、養護老人ホームの入所者、地域の高齢者等との年間行事を通じた交流活動や、各地域づくり協議会が実施する世代間交流事業を促進しています。

子どもと高齢者の交流によって生まれるふれあい、喜び、生きがいを大切にし、高齢者が地域の中で役割を感じながら生活できるよう、さまざまな交流事業を推進します。

また、高齢者の社会参加のきっかけとなるよう、多くの住民が参加する祭りやイベント等への参加を呼びかけ、若い世代との交流機会の拡充を図ります。

② 小地域福祉活動の推進

町社会福祉協議会では、小地域を、住民が福祉活動に参加し、地域の福祉課題に気づく日常生活の場として位置づけています。また、住民自らが福祉コミュニティ

を形成する場として、「住民主体」の理念を具体化した小地域福祉活動を展開しています。

小地域の範囲は各集落単位を基本とし、幅広い地域住民が参加できる体制に基づき、高齢者を地域で温かく見守る基盤づくりに努めています。

今後も、介護保険サービスや公的な保健・福祉サービスを補う地域福祉活動を展開するため、町社会福祉協議会及び自治会と連携し、ご近所福祉ネットワーク活動支援事業等を通じて、介護予防や閉じこもり予防、高齢者相互の交流による生きがいと健康づくりを推進します。

◇ ご近所福祉ネットワーク活動支援事業の実施状況

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
ご近所福祉ネットワーク活動支援事業 実施集落数	79	76	79	83	84
うち ふれあい・いきいきサロン事業 実施集落数	69	67	78	77	78

※ 集落については、複数集落が合同で実施している場合があります。

③ ボランティア活動等への参加促進

ボランティア活動及び地域活動への参加意識が高まるよう、啓発活動を推進するとともに、高年クラブによる地域福祉活動を支援します。

また、町社会福祉協議会が運営するボランティアセンターを通じて、高齢者のボランティア活動への参加を促進します。

④ 伝統行事・地域イベントへの参加促進

伝統文化や芸能の継承、地域行事における後継者育成において、高齢者は中心的な役割を担うことができます。

高齢者が、伝統行事や地域イベント等で積極的な役割を持つ機会をつくり、地域の担い手として社会参加できるよう支援します。

⑤ 地域活動の促進

地域における通いの場として、「いきいき百歳体操」への参加は、住民同士の交流の場となっています。

高齢者の生活を支えるとともに、高齢者自身の生きがいや仲間づくり、住民との交流を促進するため、高年クラブのほか、地域づくり協議会、自治会、いずみ会、各種サークル等、地域における多様な活動への参加を促進します。

⑥ 敬老会

本町では、長年にわたり社会に貢献されてきた高齢者に敬意と感謝の意を表するため、2年ごとに町主催の敬老会を開催しています。

また、町主催の敬老会が開催されない年には、地域の絆を育むため、各自治会に助成金を支給し、地域の皆さんの手による敬老事業に取り組んでいます。

敬老会や敬老事業は、地域の人々との交流を深め、地域の絆を育む機会となっています。

(3) 生涯学習の充実

一般教養講座として、健康、教養、人権等に関する多彩な講座を開催し、学ぶ喜びを感じられる機会を提供しています。また、専門講座やクラブ活動は、交流を通じた仲間づくりの場にもなっています。今後も、高齢者の学習意欲を高めるため、幅広い支援を行います。

高年大学のほかにも、各種講座の開催、身体的理由等で図書館への来館が困難な方を対象とした「本の宅配サービス」の実施、文字が読みやすい大活字本や聞いて楽しめる朗読CDの充実を図る等、学びの場を支援します。

◇ 高年大学在籍者数

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
在籍者数（人）	359	305	303	310	308

(4) スポーツ・レクリエーションの充実

高齢者のスポーツとしてグラウンドゴルフ、ゲートボール等が普及しています。このような生涯スポーツやレクリエーションスポーツ等を通じて、自治会、高年クラブ及び地域づくり協議会等との連携を深め、生きがいづくりや健康づくりとしてより多くの高齢者がスポーツに親しみ、心身ともに豊かな生活が送れるよう努めます。

また、ふれあい町民プールにおいても、高齢者が参加しやすい水中ウォーキングのコースを設ける等、健康寿命の延伸に向けた取組を行っています。

本町では、各地域で高齢者が健康づくりや生きがいづくりを推進できるように、グラウンドゴルフやゲートボール等で使用できる施設を整備しています。各地域では、各種大会を自主的に開催し、スポーツを通じて、健康づくりや生きがいづくり、仲間づくりを行い、世代や地域を超えたコミュニケーションを図り、交流を深めています。

(5) 高齢者の就業支援

高齢者の中には、健康で働く意欲のある人も増えています。働くことは、収入を得るだけでなく、生きがいづくりや社会参加にもつながる重要な活動です。

高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を生かし、地域や社会で役割を持って活躍できるよう、就労、社会貢献活動及び地域活動の場や機会の充実を図ります。また、情報提供、相談支援体制の強化に努めます。前向きに意欲を持って生活していくための選択肢として、就労や社会貢献活動を選択できる仕組みづくりが必要です。

シルバー人材センターでは、高齢者の希望に応じた臨時的かつ短期的な就業や、その他の軽易な業務に係る就業機会を確保・提供することにより、高齢者の生きがいの充実と社会参加の促進を図っています。

本町では、シルバー人材センターが行う会員募集等のPR活動、就業機会の確保・提供等を支援し、高齢者が地域の中で「福祉の受け手から社会の担い手へ」となることができるよう、関係機関と連携しながら活動を支援します。

◇ シルバー人材センター登録者数の状況

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
登録者数（人）	200	200	205	196	202
60～69歳（人）	57	55	50	44	43
70歳以上（人）	143	145	155	152	159

4 介護予防事業への参加

介護予防事業は、主に65歳以上の人を対象に、要介護状態等となることを予防し、地域で自立した生活を続けられるよう支援する事業です。

介護が必要になる前から、介護予防に対する意識を高め、日常生活の中で健康づくりや社会参加に取り組むことが重要です。介護予防事業には、主に65歳以上の人を対象とする一般介護予防事業と、要支援者及び基本チェックリスト等により事業対象者に該当した人を対象とする介護予防・生活支援サービス事業があります。

本町では、健康診査や生活機能の状態を確認できる基本チェックリスト等を活用し、生活機能の低下が疑われる人を早期に把握し、適切な介護予防につなげるよう取り組んでいます。高齢者は、「自分の健康は自分で守る」という意識を持ち、自ら健康管理に努めるとともに、要介護状態となることを予防するため、介護予防事業等へ積極的に参加することが大切です。

介護予防事業の詳細は、第4編 第3章 4「地域支援事業の推進」に記載しています。

5 各種事業への参加

高齢者が健康でいきいきと暮らし続けるためには、健康管理、介護予防、地域活動、学習活動、スポーツ・レクリエーション活動等に継続して参加することが重要です。

本町では、高齢者が自らの状況や関心に応じてさまざまな事業に参加できるよう、関係機関と連携しながら情報提供と参加促進に努めます。

(1) 健康管理（再掲）

詳細は、第4編 第1章 1「自らの健康管理（セルフケア）」に記載しています。

(2) 高年クラブ活動（再掲）

詳細は、第4編 第1章 3（1）「高年クラブ活動の支援」に記載しています。

(3) 敬老会（再掲）

詳細は、第4編 第1章 3（2）⑥「敬老会」に記載しています。

(4) 生涯学習（再掲）

詳細は、第4編 第1章 3（3）「生涯学習の充実」に記載しています。

(5) 地域のゲートボール活動等（再掲）

詳細は、第4編 第1章 3（4）「スポーツ・レクリエーションの充実」に記載しています。

第2章 共に支え合う地域づくり【互助の推進】

1 向こう三軒両隣の精神の推進

阪神・淡路大震災では、倒壊した建物から救出された人の多くが、家族や近隣住民によって助け出されたと報告されており（内閣府「防災白書」等）、「向こう三軒両隣」の精神に基づく地域の支え合いの重要性が改めて認識されました。

高齢者に関するさまざまな課題の解決においても、防災と同様に、地域で互いに支え合うまちづくりが重要です。その根底にあるのは、日頃から顔の見える関係を築き、困ったときに助け合うことができる「向こう三軒両隣」の精神です。

本町では、家族や親族、友人、自治会、地域団体等の助け合いにより、避難行動要支援者に係る個別避難計画の作成や、地域版防災マップ、気づきマップづくり等を進めています。これらの取組を通じて、日頃から高齢者の見守りや助け合いを推進し、地域の絆を深めます。

2 自治会活動等の推進

各自治会では、親睦を深めるための夏祭り、スポーツ大会、世代間交流、福祉施設と地域の合同夏まつりのほか、集落を守るための清掃作業、防災訓練、災害時の避難訓練等、それぞれの地域の特性を生かした行事や活動が行われています。

地域住民が自治会のさまざまな行事に参加することにより、住民同士のふれあいや交流が促進され、身近な支え合い、助け合いができる地域コミュニティの形成につながっています。今後も、自治会活動を地域における互助の基盤として位置づけ、高齢者を含む住民が参加しやすい活動の推進を支援します。

3 地域づくり協議会の充実

本町では、地域と行政が協力し合い、持続可能なまちづくりを推進するため、おおむね旧小学校区単位に地域づくり協議会を設置し、「協働のまちづくり」を進めています。

地域づくり協議会は、維持が困難になりつつある集落の機能を補完するとともに、広域的に実施することが効果的な事業や、地域課題への取組を行っています。

地域づくり協議会では、ふれあい・交流事業の実施を通じて地域の絆を深め、日頃からの支え合いはもちろん、災害時など、いざというときに助け合える関係づくりを目指しています。また、人口減少及び少子高齢化が進む中、地域活動の担い手不足は大きな課題となっています。多様化・複雑化する地域課題に対して、地域全体で取り組むことがますます重要になっています。

各地域づくり協議会では、生活支援、地域デイサービス、移動支援、世代間交流、地域の居場所づくり等を組み合わせ、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域住民が支え合う取組を進めています。

特に高齢者にとって、これらの取組に可能な範囲で参加し、一定の役割を担うことは、生きがいづくりにつながるとともに、孤独・孤立の防止や健康増進にも効果が期待されます。今後も、地域づくり協議会の事業への高齢者の参加を促進します。

4 高齢者への支援体制の強化

要介護者、認知症高齢者、ひとり暮らし高齢者、孤立しがちな高齢者等、支援を必要とする高齢者を把握し、各種サービスの利用等、適切な支援につなげることが重要です。

また、災害時の対応や孤立死の防止も視野に入れ、継続的な見守りを行うため、地域における見守りネットワークの構築を推進します。

(1) 地域見守りネットワークの構築

今後、見守りが必要な高齢者はますます増加することが見込まれます。ひとり暮らし高齢者や認知症の人等に対し、佐用町地域包括支援センターを中心に、民生委員・児童委員、郡医師会、商工会等の協力団体、郵便局、新聞販売店等の協力事業者と連携し、日常生活や業務の中で声かけや見守りを行う仕組みを継続します。

地域見守りネットワークは、地域包括ケアシステムにおける総合相談支援業務や認知症施策等の支援策の一つとして重要です。関係機関、介護サービス事業者連絡会、個別ケア会議、地域ケア会議等で把握した情報を活用し、地域における見守り体制の強化を図ります。また、地域での暮らしを支えていくためには、本人と地域との関係性を途切れさせない支援や、心身機能の低下、生活課題の重度化を防ぐための支援が必要です。佐用町地域包括支援センターと地域のネットワークが円滑に連携できるよう、情報共有と協力体制の充実に取り組みます。

◇ 協力事業所・協力団体の登録数

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
協力機関（団体・事業所）	97	93	94	91	92

(2) 高齢者のための福祉事業の充実

食の自立支援事業（配食サービス）、緊急通報システム事業等、既存の見守り事業について、現在の体制を維持しながら適切に推進します。

また、小地域福祉活動であるご近所福祉ネットワーク活動支援事業等、住民主体により高齢者を地域で温かく見守る仕組みづくりを、活動の主体となる町社会福祉協議会及び自治会と連携し、継続的に推進します。

食の自立支援事業（配食サービス）の詳細は、第4編 第3章 4（4）③ エ「食の自立支援事業」に記載しています。

緊急通報システム事業の詳細は、第4編 第4章 3（6）「緊急通報システム事業」に記載しています。

ご近所福祉ネットワーク活動支援事業の詳細は、第4編 第1章 3（2）②「小地域福祉活動の推進」に記載しています。

5 防災・減災のまちづくりの推進

本町は自然環境に恵まれている一方で、台風や集中豪雨、土砂災害等の自然災害が発生する危険性もあります。災害に強いまちづくりを進めるためには、日頃から過去の災害経験を生かし、十分な備えを行うことが大切です。

災害に強いまちとは、災害の発生を防ぐ取組に加え、被害を最小限に抑える「減災」の対応力を備えたまちです。

2009（平成 21）年 8 月 9 日の台風第 9 号災害から得た教訓を生かし、あらゆる災害への対応を想定しながら、災害時避難行動要支援者避難支援プラン等に基づく一人ひとりの個別避難計画の作成、避難訓練、地域防災力の向上に取り組む必要があります。

高齢者等の要配慮者が、災害時に安全かつ円滑に避難できるよう、地域、関係機関、行政が連携し、安全・安心の確保に努めます。

本章は「互助の推進」を基本方針としており、以下に記載する防災・減災の取組のうち、地域住民が互いに助け合う取組（防災でいう共助。本計画では互助）を中心に位置づけます。

(1) 災害に備えた気づきマップ等の作成

災害の発生や被害の拡大を防止するためには、住民自らが暮らす地域について、災害時にどのような危険性や弱点があるのかを事前に把握しておくことが重要です。

① 町の役割

町は、地域住民に対し、地域の危険箇所や避難経路を把握することの重要性を周知します。また、住民が自らの足で地域を歩き、危険箇所の確認や避難行動時のルートの確認を行うことができるよう支援します。

② 住民の役割

住民は、災害に備えて、薬、食料、飲料水、生活必需品等を確認するとともに、集落や隣保単位で子どもや高齢者等を含めた多くの住民が参加し、自分たちの地域の状況を確認します。また、災害の発生を想定し、安全に避難できるよう、避難場所、避難経路、危険箇所等を日頃から把握しておくことが必要です。

③ 住民によるマップの作成

住民が実際に地域を歩いて把握した避難場所、避難経路、危険箇所等を記載した地域版防災マップ、気づきマップを作成することにより、地域で災害に備えることを話し合う機会が生まれます。

こうした取組は、地域コミュニティの強化につながるとともに、地域における防災力の向上にもつながります。

④ 社会福祉施設等の役割

避難確保計画の作成等が必要な社会福祉施設等は、利用者の生命を守るため、避難場所や避難誘導體制を定めた避難確保計画を作成し、避難訓練を実施します。

また、災害に備えて、防災啓発活動を行うとともに、施設における薬、食料、飲料水、生活必需品、燃料等の物資の備蓄・調達状況を確認し、災害時にも必要な支援を継続できる体制づくりに努めます。

(2) 災害時避難行動要支援者名簿等の作成

災害時避難行動要支援者避難支援プランに基づき、災害時に支援を必要とする要配慮者の把握に努めます。

町は、民生委員・児童委員、自治会、町社会福祉協議会、自主防災組織、消防団等の協力を得ながら、平常時から地域において高齢者、障がいのある人、子ども等との交流を図り、要配慮者の情報把握や事前準備、支援体制づくりを推進します。

これにより、災害時における避難誘導、安否確認、情報提供等が迅速かつ的確に行われるよう支援します。

① 災害時避難行動要支援者名簿の作成

町は、災害時避難行動要支援者避難支援プランに基づき、災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難で、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るために特に支援を必要とする在宅の人を災害時避難行動要支援者として把握し、災害時避難行動要支援者名簿を作成します。

② 個別避難計画の作成

自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員等の協力を得ながら、災害時避難行動要支援者一人ひとりについて、避難支援の方法、避難支援等実施者、避難場所、避難経路、支援に必要な事項等を定めた個別避難計画の作成を進めます。

特に、個別避難計画が未作成の災害時避難行動要支援者については、本人や家族の意向を確認しながら、関係者と連携して計画作成を推進します。

(3) 迅速・的確な情報伝達のための整備

町は、佐用町地域防災計画及び佐用町避難指示等の判断・伝達マニュアルに基づき、災害時における避難情報等を、防災行政無線、さよう安全安心ネット、佐用チャンネル等により、迅速かつ的確に伝達します。

自主防災組織及び消防団等は、町から発信される情報を踏まえ、避難誘導や救助等に努めます。また、町は、自治会、自主防災組織、消防団、西はりま消防組合佐用消防署等と連携し、地域が一体となった防災体制の推進に努めます。

さらに、デジタル機器の利用に不安を抱える高齢者等を支援するため、スマートフォン教室を開催しています。スマートフォンを購入して間もない人や使い方が分からない人等を対象に、普段使用しているスマートフォンを使いながら基本的な操作方法を説明し、デジタルによる情報伝達の充実を図ります。

① 情報伝達及び速やかな避難

要配慮者を支援する地域支援者、消防団、自主防災組織、施設管理者等は、町が発令する警戒レベル3「高齢者等避難」等の情報を入手したときは、要配慮者本人又は家族への連絡に努め、災害の状況を説明し、避難準備や早めの避難を促します。

② 情報伝達手段

警戒レベル3「高齢者等避難」等の情報伝達手段として、防災行政無線、さよう安全安心ネット、佐用チャンネル、データ放送、L字放送、町ホームページ、エリアメール等を活用します。

③ 社会福祉施設への情報伝達

町は、社会福祉施設との連絡網等を整備し、災害時等には、電話、FAXなどに

より、警戒レベル3「高齢者等避難」、避難所の開設、通行止め等の情報、警戒レベル4「避難指示」等の重要な情報を伝達します。

④ 聴覚障がい者への情報伝達

聴覚障がい者に対しては、さよう安全安心ネットのメール、FAX、防災行政無線の放送内容を文字で配信する仕組み、佐用チャンネルのデータ放送及びL字放送等を活用し、視覚による防災情報を発信します。

⑤ 避難行動要支援者への情報伝達

災害時避難行動要支援者の支援者は、個別避難計画に基づき、自らが得た災害情報を対象者へ伝える仕組みとします。地域の支援者、関係機関、行政が連携し、必要な情報が確実に届く体制づくりに努めます。

(4) 避難誘導体制の整備

① 避難誘導体制

町は、高齢者等避難、避難指示等の避難情報の発令状況や避難所の開設状況を把握し、自治会、民生委員・児童委員、地域支援者、関係団体等からの問い合わせに迅速に対応します。また、避難所との連絡、支援を要請する関係機関との連絡を密にします。

避難誘導を行う地域支援者は、町が提供する避難情報や災害関連情報を入手した場合、あらかじめ定めた手順により、要配慮者の避難を支援します。

特に、災害時避難行動要支援者については、個別避難計画に基づき、状況に応じて付き添いや補助を行い、最寄りの指定避難所、一時避難所等、安全な場所への避難誘導を行います。

② 避難誘導における留意事項

平常時から、自治会、民生委員・児童委員等の地域支援者は、災害時避難行動要支援者の避難・搬送形態を考慮し、安全な避難経路の確認に努めます。

避難誘導を行う際に、風雨が強い場合や浸水が始まっている場合など、地域支援者自身の安全が確保できない状況では、無理な屋外移動を控えます。その場合は、自治会、消防団、西はりま消防組合佐用消防署等に状況を連絡し、応援を要請します。災害時の支援は、支援する側の安全確保を前提としながら、地域全体で協力して行うことが重要です。

6 新型インフルエンザ等の感染症対策の推進

本節では、住民、地域及び事業者による感染予防と相互協力を、互助の取組として位置づけます。新型インフルエンザ等は、多くの国民が免疫を持たない感染症が全国的かつ急速にまん延し、生命や健康、社会経済活動に重大な影響を及ぼすおそれがあるものです。世界的に大流行した場合には、多数の患者や重症者が発生し、医療提供体制に大きな負荷がかかるとともに、住民生活や地域経済にも広範な影響が生じる可能性があります。このため、平時から関係機関が連携し、感染拡大の防止、医療提供体制の確保並びに住民生活及び地域経済への影響の軽減に向けた備えを進めることが重要です。

新型インフルエンザ等が発生した場合には、国家の危機管理として対応する必要があります。新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「特措法」という。）は、新型インフルエンザ等対策の実施に関する計画、発生時における措置、新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置、新型インフルエンザ等緊急事態措置その他の特別の措置を定めています。同法は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）その他の関係法令と相まって、新型インフルエンザ等対策を強化し、国民の生命及び健康を保護するとともに、国民生活及び国民経済に及ぼす影響を最小限にすることを目的としています。

本町では、平時及び感染症発生時を通じて、兵庫県龍野健康福祉事務所（以下「県健康福祉事務所」という。）、郡医師会及び関係医療機関等と連携した支援体制を整備し、新型インフルエンザ等の感染症対策の強化を図ります。

(1) 感染症対策の基本方針

新型インフルエンザ等については、長期的には住民の多くが罹患するおそれがあります。患者の発生が一定期間に集中した場合には、医療提供体制の対応能力を超えるおそれがあることを踏まえ、新型インフルエンザ等対策を危機管理に関わる重要な課題と位置づけ、次の 2 点を主たる目的として対策を講じます。

① 感染拡大を可能な限り抑制し、住民の生命及び健康を保護します。

- ・ 感染拡大を抑えて流行のピークを遅らせ、医療提供体制の整備やワクチン製造等のための時間を確保します。
- ・ 流行のピーク時の患者数等をできる限り少なくして医療提供体制への負荷を軽減するとともに、医療提供体制の強化を図ることで、患者数等が医療提供体制の対応能力を超えないようにし、治療が必要な患者が適切な医療を受けられるようにします。
- ・ 適切な医療の提供により、重症者数や死亡者数を減らします。

② 住民の生活及び地域経済に及ぼす影響を最小限に抑えます。

- ・ 感染拡大防止と地域経済活動のバランスを踏まえた対策の切替えを円滑に行うことにより、住民の生活及び地域経済活動への影響を軽減します。
- ・ 住民の生活及び地域経済の安定を確保します。
- ・ 地域や事業者での感染対策等により、欠勤者等の数を減らします。
- ・ 事業継続計画の作成や実施等により、医療の提供の業務又は住民の生活及び地域経済の安定に寄与する業務の維持に努めます。

(2) 対策推進のための役割分担

① 町の役割

町は、住民に最も近い行政単位であり、住民に対するワクチンの接種や、住民の生活支援、新型インフルエンザ等の発生時の要配慮者への支援に関し、基本的対処方針に基づき、的確に対策を実施することが求められます。対策の実施に当たっては、県や近隣の市町、郡医師会等と緊密な連携を図ります。

② 医療機関の役割

新型インフルエンザ等による健康被害を最小限にとどめる観点から、医療機関は、平時から、地域における医療提供体制の確保のため、県と医療措置協定を締結し、院内感染対策等の研修・訓練や、個人防護具をはじめとする必要な感染症対策物資等の確保を推進します。

また、新型インフルエンザ等の患者の診療体制を含めた業務継続計画の策定及び平時から町や地域の関係機関との連携を進めることが重要です。

新型インフルエンザ等の発生時には、感染症医療及び通常医療の提供体制を確保するため、医療機関は、医療措置協定に基づき、県からの要請に応じて、病床確保、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を行います。

③ 指定地方公共機関の役割

指定地方公共機関は、新型インフルエンザ等が発生した場合は、特措法に基づき、新型インフルエンザ等対策を実施する責務を有します。

④ 登録事業者の役割

特措法第 28 条に規定する特定接種の対象となる医療の提供の業務又は国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者については、新型インフルエンザ等の発生時においても最低限の国民生活を維持する観点から、それぞれの社会的使命を果たすことができるよう、平時から、職場における感染対策の実施や重要業務の事業継続等の準備を積極的に行うことが重要です。

新型インフルエンザ等の発生時には、その業務を継続的に実施するよう努めます。

⑤ 一般の事業者の役割

事業者については、新型インフルエンザ等の発生時に備えて、職場における感染対策を行うことが求められます。国民の生命及び健康に著しく重大な被害を与えるおそれのある新型インフルエンザ等の発生時には、感染防止の観点から、一部の事業を縮小することが必要な場合も想定されます。特に多数の人が集まる事業を行う事業者については、感染防止のための措置の徹底が求められるため、平時からマスクや消毒薬等の衛生用品を備蓄するなど、必要な対策を講じることが求められます。

⑥ 住民の役割

平時から、新型インフルエンザ等に関する情報や発生時にとるべき行動等、その対策に関する知識を得るとともに、平素からの健康管理に加え、基本的な感染対策（換気、マスク着用等の咳エチケット、手洗い、人混みを避ける等）等の個人レベルでの感染対策を実践するよう努めます。また、新型インフルエンザ等の発生時に備えて、個人レベルにおいてもマスクや消毒薬等の衛生用品、食料品や生活必需品等の備蓄を行うよう努めます。新型インフルエンザ等の発生時には、発生の状況や予防接種等の実施されている対策等についての情報を得て、感染拡大を抑えるための個人レベルでの対策を実施するよう努めます。

第3章 住み慣れた地域で暮らす【共助の推進】

1 社会保障制度における介護保険サービスの推進

本章では、「共助の推進」を基本方針とします。

はじめに、介護保険制度の位置づけを明確にするため、社会保障制度の全体像を概観します。本計画では、社会保障制度を、その財源や仕組みに着目して、主に次の2つに整理します。

一つは、保険料を基礎とし、公費も組み合わせて運営される社会保険です。これは、あらかじめ保険料を出し合い、病気、加齢、失業等の生活上のリスクに、社会全体で相互に連帯して備える仕組みであり、本計画における「共助」に当たります。現在、日本の社会保険には、病気やけがに備える「医療保険」、高齢期や障がい、遺族となった場合等に給付を行う「公的年金」、失業に備える「雇用保険」、業務上の病気やけがに備える「労災保険」、加齢に伴い介護が必要となった場合に支援する「介護保険」があります。

介護保険制度は、介護が必要となった人を社会全体で支える社会保険制度であり、共助を代表する制度の一つです。

もう一つは、主に公費により実施される「公的扶助」「社会福祉」「公衆衛生」等です。これらは、自助・互助・共助では対応が困難な生活課題に対し、公的責任において支援を行う仕組みであり、本計画における「公助」に当たります。公的扶助としての生活保護や、児童福祉、障がい者福祉、高齢者福祉等の社会福祉制度がこれに含まれます。

なお、税を財源とする公的扶助・社会福祉等の各制度（公助）の詳細は、第4章「高齢者支援サービスの充実【公助の推進】」に記載しています。

本章（共助）では、こうした社会保障制度の全体像を踏まえ、社会保険制度の一つである介護保険サービスを中心に、医療保険、年金等の各制度との連携を図りながら、住民のニーズを大切にした介護保険サービス及び地域支援事業を推進し、高齢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る体制づくりに取り組みます。

なお、この区分は、本計画における施策整理上のものです。介護保険、医療保険等の各制度は、保険料、公費及び利用者負担等を組み合わせて運営されています。

2 医療保険制度（厚生労働省資料を参考）

医療保険制度は、国民皆保険制度の下、誰もが必要な医療を安心して受けることができるよう、その費用を社会全体で支える仕組みです。

医療保険制度には、主に国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合等があります。本町には、国民健康保険及び後期高齢者医療制度に関する窓口があります。

高齢化に伴い医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と現役世代の負担の明確化を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度が2008（平成20）年4月から施行されています。また、65歳から74歳までの前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みが導入されています。

本町では、国民健康保険及び後期高齢者医療制度の適正な運営に努めるとともに、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進し、高齢者の疾病予防、重症化予防及びフレイル予防に取り組みます。

3 年金制度（日本年金機構資料を参考）

(1) 年金の種類

公的年金には国民年金、厚生年金等があり、加入する制度は年齢や働き方等により異なります。なお、共済年金は、2015（平成 27）年 10 月から厚生年金に統一されています。

本町には、国民年金に関する窓口があります。

(2) 公的年金が果たす役割

誰でも年齢を重ねると、個人差はあるものの、若い頃と同じように働くことが難しくなり、収入を得る能力が低下するリスクがあります。また、長寿化による老後期間の長期化、産業構造の変化、都市化、核家族化、家族や世帯のあり方の変化等により、子どもからの仕送り等の私的扶養だけに頼って老後生活を送ることは困難になっています。こうした中で、公的年金は、長生きした場合や家族の状況にかかわらず、安心して自立した老後生活を送るための社会的な仕組みとして重要な役割を担っています。

公的年金は、高齢者世帯の所得の大きな割合を占めており、多くの高齢者にとって老後生活の柱となっています。

(3) 公的年金の基本的考え方

公的年金は、個人が納めた保険料を積み立てて、その運用益とともに個人へ返す仕組みではなく、現在の現役世代が納める保険料によって現在の高齢者等の年金給付を支える「世代と世代の支え合い」、すなわち世代間扶養の仕組みによって成り立っています。本町では、国民年金制度に関する相談や届出等の窓口業務を通じて、制度の周知と適切な利用を支援します。

4 地域支援事業の推進

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする事業です。

地域支援事業では、地域における包括的な相談支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制、認知症の人等への支援体制の構築等を一体的に推進します。地域支援事業には、住民主体の互助及び行政による公助の要素も含まれます。本計画では、地域支援事業を、必須事業である介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業並びに任意事業に区分して記載します。

【標準的な財源構成】

① 介護予防・日常生活支援総合事業

保険料：第 1 号被保険者 23%、第 2 号被保険者 27%

公 費：国 25%、県 12.5%、町 12.5%

② 包括的支援事業及び ③ 任意事業

保険料：第 1 号被保険者 23%

公 費：国 38.5%、県 19.25%、町 19.25%

※ 財源構成は、計画策定時点の制度に基づく標準的な割合です。第 10 期計画期間中の財源構成については、制度改正等により変更される場合があります。

ア) 包括的支援事業の基本事業分

総合相談支援、権利擁護及び包括的・継続的ケアマネジメント支援を実施します。

イ) 包括的支援事業の社会保障充実分

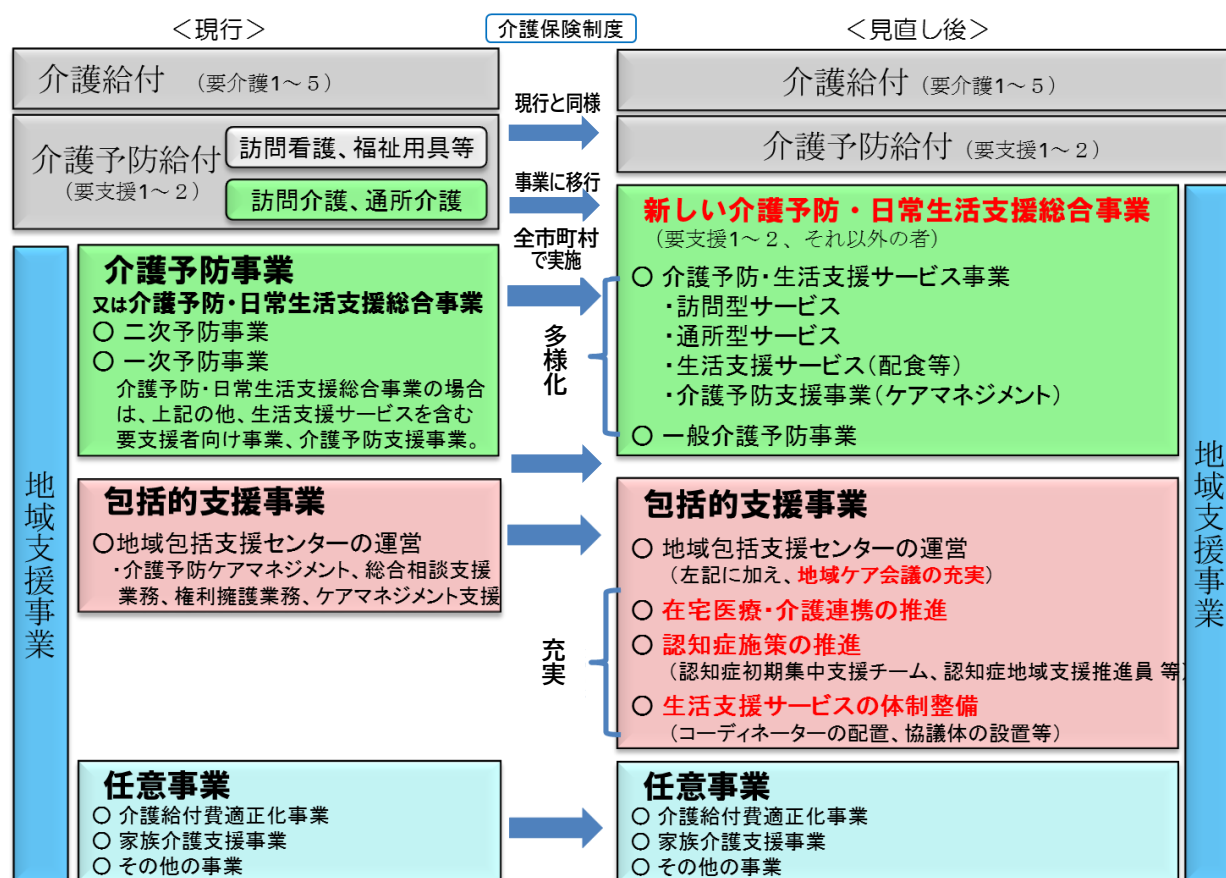
在宅医療・介護連携推進、認知症総合支援、地域ケア会議推進及び生活支援体制整備を実施します。

ウ) 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業等を実施します。

◇ 地域支援事業の全体像

(厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより)



◇ インセンティブ交付金

(保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金)

保険者機能強化推進交付金は、介護保険者としての総合的な取組を評価・支援する交付金です。介護保険保険者努力支援交付金は、特に介護予防・健康づくり、自立支援・重度化防止に重点を置いて評価・支援する交付金です。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
保険者機能強化推進交付金	2,360,000円	2,130,000円	2,150,000円
介護保険保険者努力支援交付金	2,910,000円	2,560,000円	2,580,000円
合 計	5,270,000円	4,690,000円	4,730,000円
全国の保険者1団体当たり平均交付額	5,160,000円	4,350,000円	4,550,000円

(1) 地域支援事業費の見込み

第9期計画では、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業及び任意事業の充実に努めてきました。なお、2026（令和8）年度の数値は実績見込み値です。

第10期計画では、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業及び任意事業について、地域のニーズや資源等を踏まえ、事業ごとの量及び事業費を見込みます。各年度の事業量は本文及び第6編に、事業費の見込みは次表に示します。

◇ 第9期計画の実績値及び実績見込み値

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域支援事業費	93,336,915 円	87,932,860 円	89,000,000 円
介護予防・日常生活支援総合事業費	48,560,072 円	44,271,311 円	45,280,000 円
包括的支援事業費	33,201,136 円	33,248,820 円	33,300,000 円
任意事業費	11,575,707 円	10,412,729 円	10,420,000 円

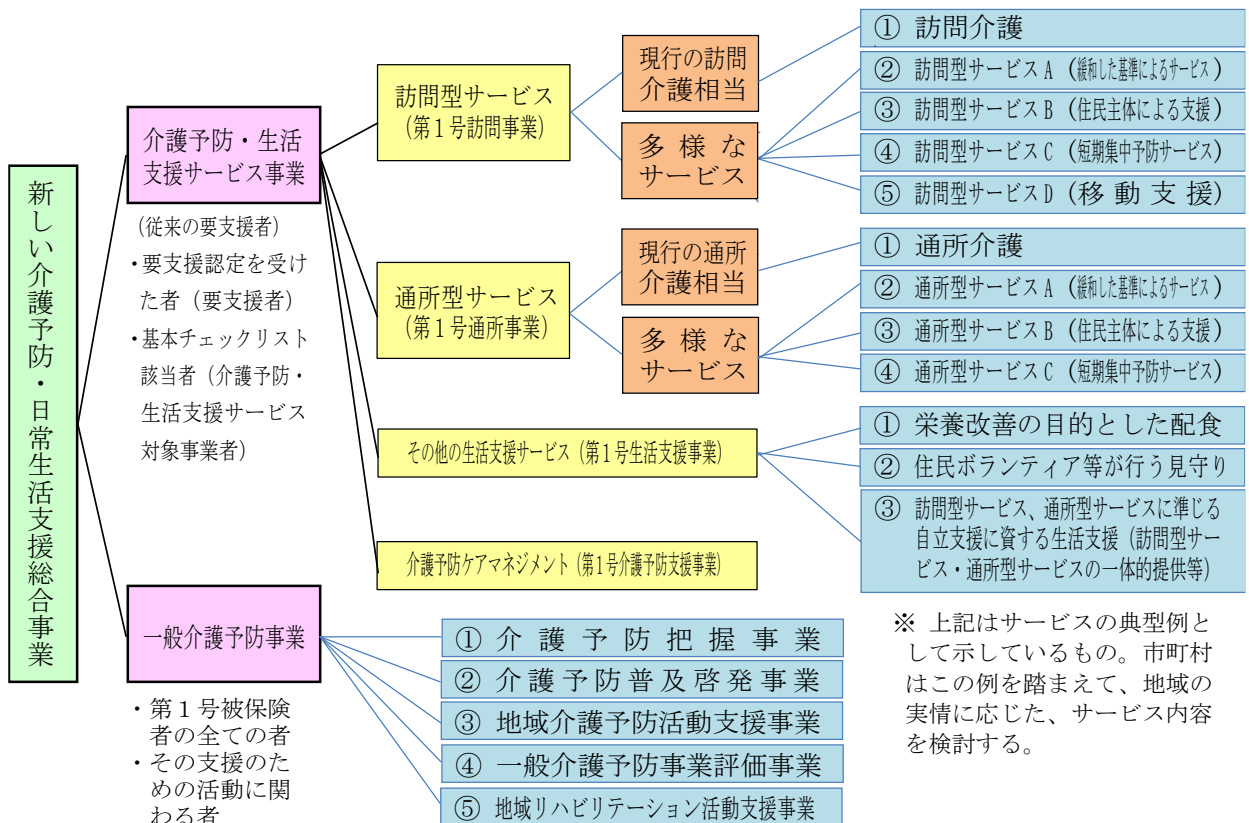
◇ 第10期計画の見込み値（各年度同額）

	令和9年度	令和10年度	令和11年度
地域支援事業費	調整中のため未定稿		
介護予防・日常生活支援総合事業費			
包括的支援事業費			
任意事業費			

※ 総合事業費には、個別掲載事業のほか一般介護予防事業等を含みます。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

◇ 介護予防・日常生活支援総合事業の構成（厚生労働省資料を参考）



※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

本町では、2017（平成 29）年 4 月 1 日から介護予防・日常生活支援総合事業を開始しています。ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯、認知症の人等の増加が見込まれる中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、多様な生活支援ニーズを地域全体で支えることが重要です。

介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業は、同項第 1 号に規定する第一号事業（介護予防・生活支援サービス事業）及び同項第 2 号に規定する一般介護予防事業により構成されます。これらは、高齢者が要介護状態等となることを予防し、要介護状態等の軽減又は悪化の防止を図るとともに、地域における自立した日常生活を支援するための施策を総合的かつ一体的に行うものです。

① 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等に対し、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減又は悪化の防止、地域における自立した日常生活の支援を行う事業です。

一人ひとりの生きがいや自己実現を支え、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう支援します。また、要支援者等の多様な生活支援ニーズに対応するため、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを充実させることにより、効果的かつ効率的な支援と地域の支え合いの体制づくりを推進します。

2024（令和 6）年度からは、通所型サービス B（住民主体型通所サービス）の運用を開始し、2026（令和 8）年 4 月 1 日現在、町内 5 か所で実施しています。第 10 期計画では、通所型サービス B の組織づくりと継続的な運営支援に重点を置きます。

介護予防・生活支援サービス事業の内容は、次のとおりです。

◇ 介護予防・生活支援サービス事業（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号）

事 業	内 容
訪問型サービス （第一号訪問事業）	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス （第一号通所事業）	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場等の日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス （第一号生活支援事業）	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食やひとり暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント （第一号介護予防支援事業）	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを実施

ア) 訪問型サービス

訪問型サービスは、要介護状態となることを予防することを目的として、要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するサービスです。

◇ 第 9 期計画の達成状況等

訪問型サービスの実績値は、計画値を下回るものの、年度による変動は小さく、安定的に推移しています。これは、要支援者及び事業対象者の人数に大きな変動がなかったことが要因の一つと考えられます。

	令和6年度 事業費（円）	令和7年度 事業費（円）	令和8年度 事業費（円）
訪問型サービス計画値	19,000,000	19,500,000	20,000,000
訪問型サービス実績値	14,464,408	14,805,234	15,000,000
計画比（％）	76.1	75.9	75.0

※ 2026（令和8）年度は実績見込み値

◇ 第10期計画の見込み量

訪問型サービスの見込み量は、これまでの実績を踏まえ、実績値と同程度の事業費を見込んでいます。

	令和9年度 事業費（円）	令和10年度 事業費（円）	令和11年度 事業費（円）
訪問型サービス	調整中のため未定稿		

イ) 通所型サービス

通所型サービスは、介護予防を目的として、要支援者等に対し、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供するサービスです。

◇ 第9期計画の達成状況

通所型サービスも、訪問型サービスと同様に、実績値は計画値を下回っていますが、利用はおおむね横ばいで推移しています。その要因の一つとして、要支援者及び事業対象者の人数に大きな変動がなかったことが考えられます。

	令和6年度 事業費（円）	令和7年度 事業費（円）	令和8年度 事業費（円）
通所型サービス計画値	31,000,000	31,500,000	32,000,000
通所型サービス実績値	24,697,385	21,421,069	23,000,000
計画比（％）	79.7	68.0	71.9

※ 2026（令和8）年度は実績見込み値

◇ 第10期計画の見込み量

通所型サービスの見込み量は、2026（令和8）年度の実績見込み値及び今後の制度改正やサービス単価の動向を踏まえて見込んでいます。

	令和9年度 事業費（円）	令和10年度 事業費（円）	令和11年度 事業費（円）
通所型サービス	調整中のため未定稿		

ウ) 通所型サービスB（住民主体による支援）

通所型サービスBは、地域づくり協議会や自治会等が、地域の実情に応じて実施する住民主体の通所型支援です。元気な高齢者を地域の担い手として位置づけ、活動への参加を通じて、生きがいづくりや介護予防につなげます。また、利用者の自立した在宅生活を支え、社会的孤立の解消、心身機能の維持、家族の介護負担の軽減を図ります。

2024（令和6）年度に事業を開始し、2026（令和8）年4月1日現在、町内5か所で実施しています。

本町では、通所型サービスBを「地域デイサービス」として実施しています。

◇ 地域デイサービス利用実績一覧表

・令和6年度実績（登録人数の（ ）は要支援者及び事業対象者数）

団 体 名 (実施主体)	登録人数	参加者数 (延べ)	1回あたり 平均参加者数	要支援等の1回当 たり平均参加者数
えがお（江川地域づくり協議会）	73（3）	1,620	34.5	2.5
わかば（奥金近自治会）	21（4）	765	16.3	1.7
ファイト!!大垣内（大垣内自治会）	16（7）	453	9.6	5.6
にこにこ会下徳久自治会（太田井地域）	11（1）	407	8.7	0.8

・令和7年度実績（登録人数の（ ）は要支援者及び事業対象者数）

団 体 名 (実施主体)	登録人数	参加者数 (延べ)	1回あたり 平均参加者数	要支援等の1回当 たり平均参加者数
えがお（江川地域づくり協議会）	73（3）	1,747	34.9	1.8
わかば（奥金近自治会）	21（4）	746	15.5	2.1
ファイト!!大垣内（大垣内自治会）	16（7）	369	9.9	4.1
にこにこ会下徳久自治会（太田井地域）	11（1）	378	8.2	0.9
上津頑張ろう会（下徳久下自治会）	12（2）	311	8.2	1.8

◇ 第9期計画の達成状況

計画比は、2024（令和6）年度が84.1%、2025（令和7）年度が100.0%となりました。2025（令和7）年度の事業費が前年度を下回ったのは、立ち上げ時の補助額が継続時の補助額より高く、2024（令和6）年度は4か所、2025（令和7）年度は1か所が新たに事業を開始したためです。実施箇所数は4か所から5か所に増加しました。

	令和6年度 事業費（円）	令和7年度 事業費（円）	令和8年度 事業費（円）
通所型サービスB計画値	1,092,000	768,000	1,092,000
通所型サービスB実績値	918,400	768,000	800,000
計画比（%）	84.1	100.0	73.3

※ 2026（令和8）年度は実績見込み値

◇ 第10期計画の見込み量

これまでの実績と地域の担い手確保の課題を踏まえ、第10期計画期間中は5か所以上での継続実施を見込みます。

	令和9年度 事業費（円）	令和10年度 事業費（円）	令和11年度 事業費（円）
通所型サービスB	調整中のため未定稿		

エ) その他の生活支援サービス

要支援者等の自立した地域生活を支えるため、訪問型・通所型サービスと一体的に生活支援を行います。

本町では、要支援認定者及び事業対象者の自立した生活を支援するため、草取り、障子の張り替え、窓拭き等の「ちょっとした困りごと」に、募集した協力員や有償ボランティアとともに対応する「まごころサービス」を実施しています。

◇ まごころサービスの実施状況（活動指標）

項 目	令和 5 年度	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 11 年度 (目標)
利用者会員数 (人)	12	16	12	20
協力員会員数 (人)	12	13	10	20
延べ利用回数 (回)	30	36	37	50

オ) 介護予防ケアマネジメント

要支援者等の心身の状況や生活環境に応じ、本人の選択に基づいて適切なサービス等が提供されるよう、介護予防ケアマネジメントを実施します。

◇ 第 9 期計画の達成状況等

実績値は計画値をおおむね達成し、安定した利用が続いています。

	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度
	事業費 (円)	事業費 (円)	事業費 (円)
介護予防ケアマネジメント計画値	3,500,000	3,500,000	3,500,000
介護予防ケアマネジメント実績値	3,314,280	3,315,000	3,400,000
計画比 (%)	94.7	94.7	97.1

※ 2026 (令和 8) 年度は実績見込み値

◇ 第 10 期計画の見込み量

これまでの実績と同程度の水準を見込んでいます。

	令和 9 年度	令和 10 年度	令和 11 年度
	事業費 (円)	事業費 (円)	事業費 (円)
介護予防ケアマネジメント	調整中のため未定稿		

② 一般介護予防事業

要介護状態等の予防、軽減又は悪化防止に向け、通いの場等で運動、栄養、口腔及び社会参加を組み合わせたフレイル予防と自立支援を進めます。また、要介護状態等になっても、生きがいや役割を持って暮らせる地域づくりを推進します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、過去 1 年間に転倒した人が 174 人 (40.8%)、転倒に不安を感じる人が 257 人 (60.3%) でした。このため、通いの場や介護予防事業等において、運動器機能の維持・向上及び転倒予防を推進します。

また、外出頻度が週 1 回以下の人が 133 人 (31.2%)、前年と比べて外出回数が減少した人が 112 人 (26.3%)、外出を控えている人が 110 人 (25.8%) でした。通いの場や地域活動等の情報を広く周知し、介護予防や社会参加につながる機会の確保及び参加の促進を図ります。

これらの取組については、通いの場の箇所数、参加者数、新規参加者数等を把握するとともに、次回の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等により、転倒、外出、社会参加等の状況を確認し、事業の評価及び改善に活用します。

◇ 医療・保健専門職等の活動支援事業の実施状況（活動指標）

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和11年度（目標）
リハビリテーション専門職の地域活動（回）	79	87	77	80
保健師の地域活動（回）	58	89	76	80
管理栄養士の地域活動（回）	1	5	5	5
歯科衛生士の地域活動（回）	1	5	5	5

※ 上表の「リハビリテーション専門職の地域活動」は一般介護予防事業の活動回数で、後掲の地域リハビリテーション活動支援事業と集計対象が違います。

ア) 介護予防把握事業

介護予防把握事業は、地域の実情に応じて収集した情報等を活用し、閉じこもり等、何らかの支援を必要とする高齢者を把握し、介護予防の取組につなげる事業です。本町では、佐用町地域包括支援センター、ランチ、民生委員・児童委員、医療・介護関係者等から得られる情報を活用し、支援を必要とする高齢者の把握と介護予防へのつなぎに努めています。

※ ランチとは、佐用町地域包括支援センターの分室・出張所として機能し、地域の身近な場所で相談対応を行う機関です。

イ) 介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業は、講演会、相談会、介護予防教室等の開催を通じて、介護予防に関する知識や取組の普及啓発を行う事業です。

本町では、65歳以上の人を対象に、認知症予防教室として「頭と体の健康教室」及び「元気アップスクール」を開催してきました。2026（令和8）年度からは、「頭と体の健康教室」を「わくいき健幸教室」に改め、認知症に関する正しい知識の普及と介護予防の推進に取り組んでいます。

◇ 介護予防普及啓発事業の実施状況（活動指標）

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和11年度（目標）
認知症 予防教室	開催回数（回）	45	91	95	継続実施
	登録人数（人）	56	102	80	継続実施
	参加延べ人数（人）	1,056	1,344	1,561	継続実施

※ 2023（令和5）年度は「頭と体の健康教室」、2024（令和6）年度及び2025（令和7）年度は「頭と体の健康教室」と「元気アップスクール」の実績。

ウ) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業は、地域における住民主体の介護予防活動を支える人材の育成や、地域活動組織の育成・支援を行う事業です。

佐用町地域包括支援センター及び町社会福祉協議会では、介護予防に関するボランティア等の人材養成のための研修等を行うとともに、介護予防に関するボラ

ンティア、地域活動組織の育成・支援に努めています。

また、高齢者が年齢や心身の状況等によって分け隔てられることなく参加できる通いの場として、「いきいき百歳体操」を実施しています。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と連携し、人と人とのつながりが広がる地域づくりを推進します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、地域の健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向がある人が229人(53.8%)みられました。また、これらの活動の企画・運営に参加したいと考える人が118人(27.7%)みられました。これらの結果を踏まえ、住民主体の通いの場、ボランティア活動、趣味活動等の情報提供を行うとともに、生活支援コーディネーター等と連携し、参加希望者と活動団体とのつながりづくりや、活動の担い手の育成を進めます。

◇ 地域介護予防活動支援事業の実施状況（活動指標）

		令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和11年度（目標）
いきいき 百歳体操	教室数（教室）	41	42	40	継続実施
	実施自治会数（自治会）	64	64	64	継続実施
	参加人数（人）	769	815	775	継続実施

エ）一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業評価事業は、本計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業を含めた総合事業全体を、地域づくりの観点から評価する事業です。厚生労働省が定める事業評価の考え方等を踏まえ、事業の実施状況や成果を把握し、必要に応じて事業内容の改善につなげます。

オ）地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域における介護予防の取組を機能強化するため、リハビリテーション専門職等の知見を活用する事業です。

住民や介護職員等への介護予防の技術的助言、地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援等、町が効果的と判断する取組を実施します。

各年度の実績には、研修会の開催回数を含みます。

◇ 地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況（活動指標）

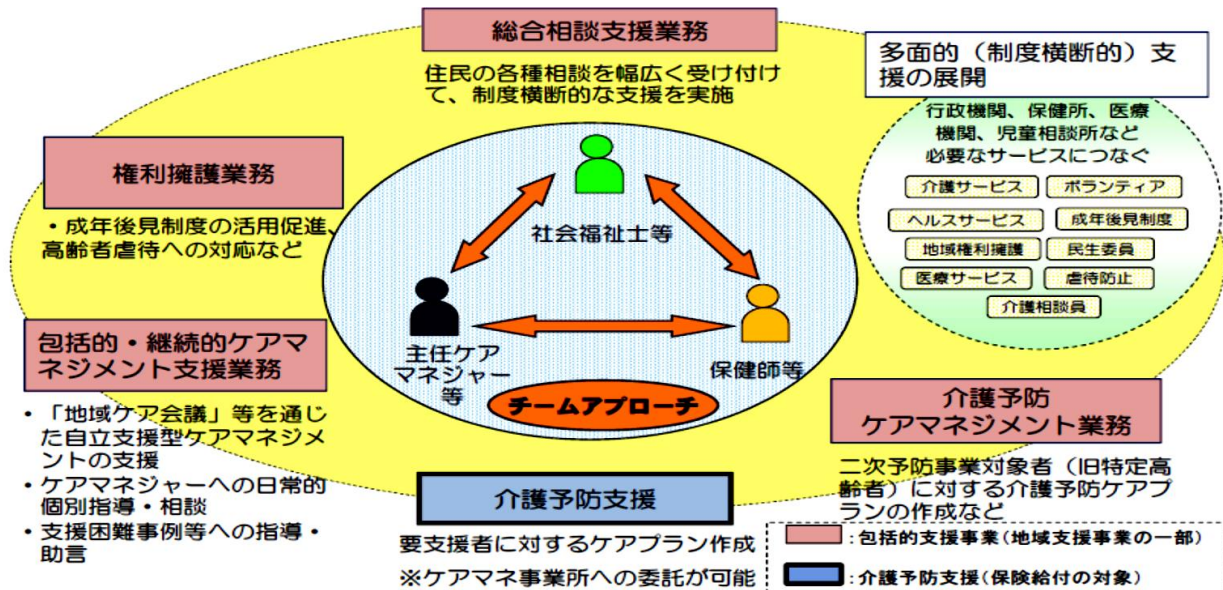
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和11年度（目標）
地域リハビリテーション 活動支援事業の活動回数（回）	87	93	79	90

(3) 包括的支援事業

包括的支援事業は、高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合でも、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために実施します。

本町では、佐用町地域包括支援センターを、地域において包括的支援事業を一体的に実施する中核機関として設置しています。

地域包括支援センターの業務



① 基本事業分（制度の通常運営の財源）

ア) 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、高齢者の心身の状況、居宅における生活の実態等を把握し、保健、医療、福祉、介護等の施策に関する総合的な情報提供、関係機関との連絡調整等を行う業務です。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、佐用町地域包括支援センターを中心に、相談支援体制の充実を図ります。

イ) 権利擁護業務

権利擁護業務では、成年後見制度の活用促進、高齢者虐待の防止及び早期発見・対応、消費者被害の防止等、高齢者の権利を守るために必要な支援を行います。

◇ 総合相談支援業務・権利擁護業務の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
介護保険その他の保健・福祉サービスに関すること（件）	7,996	7,931	6,674 ※
権利擁護（成年後見制度等）に関すること（件）	178	175	150 ※
高齢者虐待に関すること（件）	19	9	8 ※

※ 全年度に地域包括ブランチ実態把握数を含みます。

※ 2025（令和7）年度は、佐用町地域包括支援センター及び地域包括ブランチで把握した件数のみを計上しており、高年介護課の他の担当で対応した件数は含みません。

ウ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者が地域で自立した日常生活を営むことができるよう、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）、医療機関、地域の関係機関等との連携により、個々の高齢者の状況に応じた包括的かつ継続的な支援を行う業務です。

地域における連携・協働の体制づくりや、ケアマネジャーへの支援、事例検討、研修等を通じて、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

◇ ケアマネジャーの資質向上のための研修会等実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
ケアマネ研修会（回）	3	3	3
ケアマネ連絡会（回）	6	5	5
主任ケアマネ連絡会（回）	6	5	5
ケアマネ支援会議（事例検討）（回）	4	4	4
気づきの事例検討会（回）	14	10	18

② 社会保障充実分（社会保障の充実に対応して追加された包括的支援事業）

ア）在宅医療・介護連携の推進

兵庫県保健医療計画及び地域医療構想との整合を図り、医療と介護を必要とする高齢者に、入退院支援、療養、急変時対応及び看取りを切れ目なく提供できる連携体制を推進します。

佐用町地域包括支援センターが中心となって、在宅医療・介護連絡会を開催するとともに、必要に応じて分科会を開催し、医療・介護関係者の連携強化を図ります。また、医療機関等と連携し、退院後に必要な介護サービス等へ円滑につながることができるよう、退院支援に関する手順、役割分担及び情報共有の仕組みづくりを推進します。

推進に当たっては、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及啓発及び支援を行うとともに、看取りに対応できる連携体制の充実を図ります。さらに、感染症や災害時等においても必要な医療・介護サービスを継続して提供できるよう、地域の医療・介護関係者間の連携体制の整備を進めるとともに、関係機関・事業所における業務継続計画（BCP）の策定及び運用を推進します。

在宅医療・介護連携支援センター（地域包括支援センター）は、県、郡医師会、近隣市町及び関係機関と連携し、町域を超える利用実態も踏まえて、西播磨圏域における医療・介護連携を推進します。

- 地域の医療・介護に関する情報の収集、整理及び活用
- 在宅医療・介護連携に関する課題の把握並びに対応策の企画及び立案
- 在宅医療及び介護が切れ目なく円滑に提供される体制の構築
- 医療・介護関係者に対する相談支援、情報提供及び助言
- 在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発
- ICT・介護情報基盤を活用した医療・介護関係者間の情報共有支援
- 医療・介護関係者に対する研修その他の連携支援

在宅介護実態調査では、訪問診療の利用割合が全体で 7.6%、要介護4では 13.3%、要介護5では 60.0%でした。ただし、要介護5は該当者数が少ないため、この割合のみをもって全体的な傾向を判断することはできません。

また、要介護3以上で訪問診療を利用している7人は、いずれも訪問系介護

サービスを利用していました。

町は、在宅療養に関する相談や地域ケア会議等を通じて、医療・介護の連携上の課題を把握します。また、本人及び家族の意向を尊重し、個人情報適切な取扱いに配慮しながら、医療・介護関係者の情報共有及び連携体制の充実に努めます。

※ ACPとは、将来の医療やケアについて、本人を主体に、家族、医療・介護関係者等が繰り返し話し合う取組です。

◇ 多職種連携による会議の開催状況 ※ 地域包括関係分のみ

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
在宅医療・介護連絡会代表者会（回）	2	2	2
在宅医療・介護連絡会専門職会議（回）	17	17	16
在宅医療・介護連絡会研修会（回）	1	1	1

イ) 認知症総合支援事業

2023（令和5）年に成立した「認知症基本法」に基づき、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、認知症の人を含む町民一人ひとりが相互に人格と個性を尊重し、支え合う共生社会の実現に向けて、認知症施策を総合的かつ計画的に推進します。

同法では、認知症及び軽度の認知機能の障害の予防が、共生社会の実現に向けた認知症施策の一つとして位置づけられています。本町では、認知症の人及び家族等の意向を尊重し、その視点を施策に反映するとともに、希望する人が科学的知見に基づく適切な予防に取り組むことができるよう支援します。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、物忘れが多いと感じる人が187人（43.9%）、本人又は家族に認知症の症状がある人が47人（11.0%）でした。

また、認知症相談窓口を知らない人は215人で、有効回答者の51.9%を占めました。

在宅介護実態調査では、主な介護者が不安を感じる介護のうち、「認知症状への対応」の割合が25.7%で最も高くなりました。また、「認知症状への対応」に不安を感じる主な介護者は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱでは38.9%、Ⅲ以上では40.0%でした。訪問系を含むサービス利用は、同自立度Ⅱでは33.7%、Ⅲ以上では57.6%でした。

このため、相談窓口及び認知症地域支援推進員の役割を周知し、サービスにつながりにくい人を含め、本人及び家族の早期相談・対応から診断後まで、医療・介護サービスや地域活動につなぐ継続支援を進めます。

本町が重点的に取り組む主な認知症施策は、次のとおりです。

- ・ 認知症の人に関する理解の増進等
- ・ 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
- ・ 認知症の人の社会参加の機会の確保等
- ・ 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

- ・保健、医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
- ・認知症の人及び家族等に対する相談体制の整備等
- ・認知症及び軽度の認知機能の障害の予防等

◇ 認知症の人等の早期発見・相談、予防の推進

認知症の早期発見と適切な治療・支援へのつながりにより、本人の状態に応じた対応と生活の継続を支援し、住み慣れた地域で日常生活を続けられる環境づくりを推進します。

a) 認知症初期集中支援チームの運営・活動の推進

認知症初期集中支援チームは、医療・福祉の専門職が、認知症の人等及びその家族に対し、アセスメントや家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立した生活を支援するものです。支援方針等については、チーム員会議で検討します。

本町では、地域ケア会議や個別ケア会議を活用し、関係機関と連携しながら支援体制の充実を図ります。

b) 認知症地域支援推進員の活動の推進

認知症地域支援推進員は、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療機関、介護サービス事業所、地域の支援機関等をつなぐ連携支援や相談業務を行います。

本町では、認知症地域支援推進員を配置し、関係機関と連携しながら、認知症の人及び家族等を支援する相談業務等に取り組んでいます。

c) 認知症相談体制の充実

もの忘れ健康相談を実施し、専門医に相談できる体制を整備します。また、必要に応じて専門医療機関への受診を支援します。

さらに、健康診査等を活用した生活習慣病予防と相談支援、兵庫県版認知症チェックシート等を活用した早期相談、認知症の症状、予防の必要性、早期受診・早期対応の重要性についての普及啓発を行います。

◇ もの忘れ健康相談事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数（回）	9	9	9
延べ人数（人）	33	30	31

d) 認知症ケア向上の推進

認知症の人及びその家族等を対象に、家庭訪問、本人及び家族等への指導・支援を行います。また、認知症介護教室、家族介護者交流事業、介護教室、認知症サポーター養成講座等を開催します。

認知症カフェ（オレンジカフェ）等の活動についても、地域における交流と相談の場として積極的に支援します。

◇ 認知症カフェ（オレンジカフェ）の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
開催箇所数（か所）	5	5	5
実施回数（回）	14	14	15

◇ 認知症家族の会の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数（回）	12	12	12
延べ人数（人）	121	74	92

e) チームオレンジの推進

チームオレンジは、認知症サポーター等が、地域で暮らす認知症の人及び家族等の困りごとを支援する仕組みです。チームメンバーはステップアップ研修等を受講し、認知症カフェ（オレンジカフェ）等での活動にも参加します。認知症の人及び家族等のニーズと、認知症サポーター等の地域の支援者をつなぐことで、早期からの生活支援を推進します。

◇ チームオレンジの推進連絡会

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数（回）	2	2	2

f) 見守り・SOSネットワークの構築

行方不明者（高齢者及び若年性認知症の人を含む）に対する早期発見・保護につなげるため、町、町消防団、西はりま消防組合佐用消防署、たつの警察署、民生委員・児童委員、地域住民等が連携する体制を構築しています。

家族や警察署から捜索依頼を受けた場合、防災行政無線やさよう安全安心ネット等を活用して情報を発信し、関係機関がそれぞれの役割に応じて協力し、早期発見・保護に努めます。今後も、見守りが必要な高齢者等の増加に対応するため、研修会等を充実させ、地域住民が支え合う仕組みの構築を目指します。

ウ) 生活支援体制整備事業

生活支援体制整備事業は、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を続けることができるよう、住民、地域団体、社会福祉法人、民間事業者等の多様な主体が連携・共創し、生活支援・介護予防サービスの充実と提供体制の整備を進める事業です。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、地域活動の企画・運営に参加する意向がある人が118人（27.7%）、ひとり暮らしの人が92人（21.6%）みられました。在宅介護実態調査では、単身世帯において、配食31.9%、ごみ出し18.8%などの生活支援ニーズがみられました。

町は、生活支援コーディネーター等と連携し、地域活動の担い手となる人と活動団体とのつながりづくりを進めます。また、地域の生活支援サービスや住民主

体の活動について継続的な把握に努め、提供主体、対象者、利用条件及び提供地域等の情報を整理し、本人及び家族が必要な支援を検討できるよう情報提供を行います。

本町では、地域における課題や資源を把握した上で、生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加の促進に向け、次の取組を行っています。

a) 生活支援コーディネーターの配置

町社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置し、ボランティア等の生活支援、介護予防の担い手の養成及び発掘、地域資源の開発、地域のニーズと地域資源のマッチング、地域の関係者との情報共有と連携促進等を進めます。

b) 協議体の設置・運営

生活支援体制の整備を推進するため、第1層の協議体を介護保険運営協議会と兼ねて設置し、第2層の協議体については既存組織を活用して設置します。地域との連携を図りながら、介護予防・生活支援の推進に取り組みます。

工) 地域ケア会議推進事業（包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実）

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、次の5つの機能を有しています。

- a) 個別課題解決機能（個別ケア会議）
- b) 地域包括支援ネットワークの構築機能
- c) 地域課題発見機能
- d) 地域づくり・資源開発機能
- e) 政策形成機能（地域の社会基盤の整備）

本町では、佐用町地域包括支援センターを中心として、個別ケア会議を随時開催しています。医療、介護、福祉等の多職種及び地域関係者が協働して高齢者の個別課題の解決を図ることにより、地域のネットワーク構築につなげています。

また、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ため、個別ケースの課題分析等を積み重ね、地域に共通する課題を明確にします。

自立支援型個別ケア会議では、専門多職種の助言を踏まえ、高齢者一人ひとりの支援方法を検討します。高齢者の自立支援・重度化防止の視点を踏まえた支援内容を検討するとともに、その過程を通じて、自立支援に資するケアマネジメントの普及と関係者間の共通認識の形成を図り、地域課題の発見につなげます。

両調査、総合相談支援及び個別ケア会議等を通じて把握した地域課題を、地域ケア会議等で共有します。特に、中重度者や認知症高齢者の在宅生活、単身世帯・高齢者夫婦世帯の生活支援、移動支援、家族介護者支援及び在宅医療・介護連携について、関係者間で検討し、施策や地域資源の充実に向けた取組に活用します。

個別のサービス内容は、本人及び家族がケアマネジャー等と相談の上、検討するものであり、地域ケア会議では、個別事例から把握された共通課題を地域課題として整理します。

(4) 任意事業

任意事業は、介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため、市町村が地域の実情に応じて実施する事業です。

① 介護給付等費用適正化事業

介護保険制度の趣旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供、介護サービス事業者間の連絡協議会の開催等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図ります。また、介護給付費等の適正化を図るため、要介護認定の適正化、ケアプラン等の点検、医療情報等との突合、給付実績の分析・検証、介護サービス事業者等への適正化支援事業を実施します。

② 家族介護支援事業

要介護高齢者を介護する家族等に対し、介護に関する知識・技術を習得するための教室の開催、相談支援、介護用品の支給等を行い、介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ります。

在宅介護実態調査では、主な介護者は、60代が36.2%、80歳以上が18.4%でした。また、介護者が不安に感じる介護は、「認知症状への対応」が25.7%、「夜間の排泄」が22.3%、「入浴・洗身」及び「外出の付き添い・送迎等」がそれぞれ21.8%でした。要介護3以上では、「夜間の排泄」に不安を感じる割合が29.6%で最も高くなりました。このため、家族介護者が早期に相談できるよう、地域包括支援センター等の相談窓口、介護方法、家族介護支援事業及び地域で利用可能な支援に関する情報を周知します。個別の介護サービスについては、本人及び家族がケアマネジャー等と相談し、心身の状態、生活状況及び意向に応じて検討できるよう、関係者間の連携を図ります。

また、就労継続について「問題はあるが、何とか続けていける」と回答した人が41.0%みられました。就労している家族介護者に対しては、地域包括支援センター等の相談窓口、介護保険制度及び国・県等による仕事と介護の両立支援に関する情報を周知します。

ア) 家族介護者交流事業

要介護者を介護する家族等が、一時的に介護から離れ、日帰り旅行、施設見学、趣味活動等を通じて心身のリフレッシュを図るとともに、介護者相互の交流を促進します。

◇ 家族介護者交流事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数(回)	6	6	5
延べ参加者数(人)	33	41	24

イ) 家族介護教室事業

高齢者等を介護している家族や近隣の援助者等に対し、介護に関する情報や技術等を提供し、要介護高齢者等の在宅生活の継続と質の向上を図ります。

◇ 家族介護教室事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
実施回数（回）	4	3	4
延べ参加者数（人）	35	28	48

ウ) 家族介護慰労金支給事業

在宅の要介護者を介護している家族に対し、家族介護慰労金を支給することにより、当該要介護者及びその家族を支援し、在宅福祉の向上を図ります。

エ) 家族介護用品支給事業

介護保険法による要介護認定を受けた在宅要介護者を介護している世帯に対し、家族介護用品を支給し、当該要介護者及びその家族の在宅生活を支援します。

◇ 家族介護用品支給事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
延べ利用回数（回）	290	226	216
延べ利用者数（人）	248	206	196

③ その他の事業

ア) 成年後見制度利用支援事業

判断能力が不十分な高齢者等に対し、成年後見制度の利用に関する相談及び支援、町長による審判の申立て、申立てに必要な費用の負担並びに成年後見人等の報酬に対する助成を行います。

なお、成年後見制度の利用の促進に関する施策は、第4編 第3章 8「成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）」に記載しています。

イ) 福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具及び住宅改修の効果的な活用を図るため、福祉用具・住宅改修に関する相談、情報提供及び住宅改修に関する助言を行います。

ウ) 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃助成事業

2021（令和3）年度から、低所得の利用者の家賃負担を軽減する認知症対応型共同生活介護事業者に対し、助成を行っています。

◇ 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃助成事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
延べ利用者（人）	169	155	177
助成額（円）	1,511,531	1,405,610	1,690,379

エ) 食の自立支援事業

食の自立支援事業は、見守りが必要な高齢者に定期的に配食サービスを提供し、栄養改善及び安否確認を目的として実施する事業です。

食を通じて高齢者の在宅生活を支えるとともに、配食時の見守りにより異変の早期発見につなげます。

◇ 食の自立支援事業（配食サービス）の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
年間延べ利用者数（人）	1,703	1,611	1,387
年間総配食数（食）	12,297	12,037	10,127

(5) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

後期高齢者医療制度の被保険者に対する保健事業を、介護保険の地域支援事業と一体的に実施することにより、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を行います。主な取組は次のとおりです。

- ・ 健診データ、医療情報、介護情報に基づき一人ひとりの健康状態を把握
- ・ 多様な課題を抱える高齢者を適切な医療サービスにつなげることで、疾病予防、重症化予防を促進
- ・ 介護、医療、健診情報等の活用を含め、関係課と連携して取組を実施

5 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムは、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」という5つの要素で構成されています。これをより具体的に表すと、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まいと住まい方」となります。

これらの要素は、実際には個別に提供されるものではなく、互いの役割を踏まえて連携することにより、高齢者の地域における生活を支えています。

「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤となる「植木鉢」に例えると、それぞれの住まいで生活を構築するための「介護予防・生活支援」は、植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができます。この「土」となる生活支援や介護予防が整っていなければ、専門職が提供する「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」も十分に機能を発揮することが困難になります。

従来、5つの要素は並列的に捉えられてきましたが、植木鉢の考え方では、「住まいと住まい方」及び「介護予防・生活支援」を基盤として、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」が一体的に提供されることが重要となります。



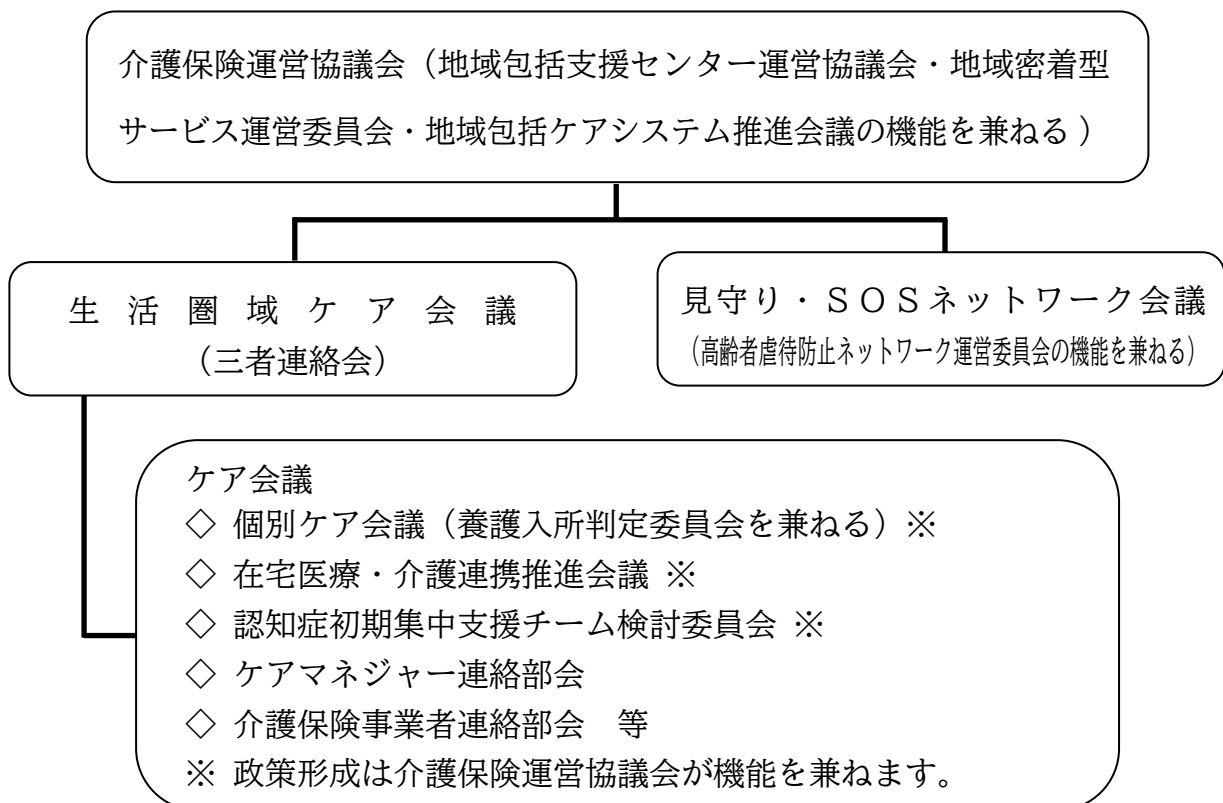
本町では、この考え方に基づき、地域包括ケアシステムを構築してきました。今後は、2040（令和22）年を見据え、地域によって高齢化や人口減少の進行状況が異なることを踏まえながら、限られた人材やサービス等の地域資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムをさらに深化・推進します。高齢者が、できる限り住み慣れた地域で、その能力や希望に応じた

日常生活及び社会生活を送ることができるよう、介護サービスの確保にとどまらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制づくりに取り組めます。

町は、両調査の結果を踏まえ、中重度者や認知症高齢者の在宅生活、単身世帯の生活支援、高齢者夫婦世帯の移動支援及び家族介護者の負担等を、今後検討すべき地域課題として整理しました。

今後も、調査結果、地域包括支援センターの総合相談及び実態把握等を通じて地域課題を把握し、庁内関係課、地域包括支援センター、ケアマネジャー、医療・介護関係者等の連携を進めます。また、相談窓口、制度及び地域資源に関する情報提供を行うとともに、可能な範囲で、事業者、ケアマネジャー等から情報や意見を収集し、地域の支援・サービス提供上の課題の把握に努めます。

◇ 協議会・連絡会等の構成



(1) 地域包括支援センターの機能強化に向けた取組

地域包括支援センターは、地域の社会資源を総合的に活用し、介護予防を含めたさまざまな生活課題を抱える高齢者を包括的・継続的に支援する、地域包括ケアシステムの中核機関です。本町では、「佐用町地域包括支援センター」を設置し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう支援を行っています。

① 佐用町地域包括支援センターの目的

佐用町地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行い、保健・医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としています。

高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある生活を続けられるよう、次の機能を備えた総合相談・支援の拠点となることを目指します。

◇ 主な業務は次のとおりです。

業務区分	主な実施内容
ア) 総合相談支援業務	高齢者の実態把握、高齢者や家族に対する総合的な相談・支援、個別ケア会議の開催 等
イ) 権利擁護業務	高齢者虐待の早期発見と防止、消費者被害の防止、成年後見制度の活用支援、高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会の開催、西播磨成年後見支援センターとの連携 等
ウ) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務	予防給付の管理、委託先居宅介護支援事業所の予防プランの確認、給付管理及び介護報酬請求事務、地域支援事業 等
エ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	支援困難事例への対応、ケアマネジャーへの支援、資質向上のための研修会・連絡会・勉強会の開催、支援会議の開催 等
オ) 認知症施策の推進	もの忘れ健康相談、認知症初期集中支援チームの運営、認知症カフェ（オレンジカフェ）の支援、わくいき健幸教室及び元気アップスクールの開催、認知症サポーター養成講座の実施、認知症高齢者等の見守り・SOSネットワーク事業、介護マーク配付事業、認知症家族の会の支援 等

② 佐用町地域包括支援センターの位置づけ

本町の日常生活圏域は4圏域ですが、人口規模及び地域の実情を踏まえ、佐用町地域包括支援センターを1か所設置しています。

住民の利便性を考慮し、夜間や土日・祝日等、佐用町地域包括支援センターの休業日における相談対応や、要援護者等の心身の状態及び家族の状況等の実態把握、相談対応の充実を目的として、相談窓口であるランチを介護保険施設等に委託し、体制の拡充を図ります。

国の基準、県の指針及び町条例等に基づき人員配置を計画的に行い、今後の高齢化の進展に伴って増加するニーズに対応するため、機能及び体制の強化に努めます。

◇ 佐用町地域包括支援センター

生活圏域	名 称	所在地
全 域	佐用町地域包括支援センター	佐用町佐用 2611-1（佐用町役場内）

◇ 佐用町地域包括支援センターの運営方式等

区 分	内 容
運営方式	直営方式（2006（平成18）年4月1日開設）
配置職種及び人員	所長1名、保健師3名、社会福祉士1名、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）1名（計6名）
業務の概要	介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、包括的支援事業等

◇ 佐用町地域包括支援センター・ランチ

生活圏域	名 称	所在地
佐 用	佐用共立病院 居宅介護支援事業所	佐用町佐用 1111
	佐用中央病院 居宅介護支援事業所	佐用町佐用 3529-3
上 月	祐あいホーム上月 居宅介護支援事業所	佐用町福吉 705
南 光	佐用町社会福祉協議会 本 所 (南光地域福祉センター内)	佐用町東徳久 1946
	ハイム・ゾンネ	佐用町林崎 662-3
	はなみずき	佐用町安川 401
	居宅介護支援事業所 ほほえみ	佐用町米田 410-3
三日月	サンホームみかづき	佐用町志文 515

◇ 佐用町地域包括支援センター・ランチによる総合相談支援業務（活動指標）

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和11年度（目標）
委託分（ランチ）による相談（件）	91	100	39	継続実施

※ 2025（令和7）年度に相談件数が減少した主な要因は、住民の相談が直営の本所に直接寄せられるようになったこと、町がランチに依頼した実態把握件数が減少したことです。なお、ランチは夜間・休日の相談対応や、地域での見守り・実態把握といった役割も担っています。

③ 佐用町地域包括支援センターの運営

佐用町地域包括支援センターは、地域全体の継続的な介護予防支援や総合的な相談業務、保健・医療・介護・福祉とのネットワークづくりを担う機関であることから、その運営は公正かつ中立である必要があります。

そのため、本町では、介護保険運営協議会において、佐用町地域包括支援センターの運営及び評価について確認を行っています。

④ 佐用町地域包括支援センターの人員の確保

佐用町地域包括支援センターの業務は、総合相談支援、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント等の既存業務に加え、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの体制整備等、包括的支援事業の中心的役割を担っています。

町が設置し、行政機能の一部として活動している佐用町地域包括支援センターの運営に当たっては、高齢化の進行に伴う要介護・要支援者の増加、相談件数の増加、困難事例への対応等を踏まえ、専門職が地域への訪問や実態把握等の活動を十分に行えるよう、適切な人員体制を確保することが重要です。

本町では、佐用町地域包括支援センターの業務量と役割に応じた適切な人員体制が確保できるよう、国の基準、県の指針及び町条例等に基づき、所長、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の合計6名を配置し、職員の育成に努めています。

業務量と年齢構成を把握し、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の確保・育成、ICT活用及び増員を検討します。

⑤ ケアマネジャーのスキルアップ

ケアマネジャーの資質向上と負担軽減を図るため、相談支援、研修及び情報共有を進め、利用者への支援に専念できる環境づくりを支援します。

本町では、次の取組に努めます。

- ・ ケアマネジャーが医療的な知識を身につけられるよう、郡医師会等と連携し、定期的な研修を開催（医療知識向上研修）
- ・ 地域ケア会議への参加によるケアプラン等の検討及び助言
- ・ 利用者等に関する相談がしやすい環境づくり
- ・ 主任介護支援専門員による役割の実践を支援（新任等への指導、地域ケア会議へのアドバイザー出席）
- ・ ケアマネ支援会議の開催
- ・ ケアマネ連絡会、主任ケアマネ連絡会の開催
- ・ 自立支援型個別ケア会議の開催

⑥ 住民への地域にあるサービス等の周知

地域包括ケアシステムを構築するためには、本人及び家族が「在宅生活を継続する」という意識を持ち、必要な支援やサービスを適切に選択できることが重要です。

本町では、在宅生活を継続するための判断ができるよう、各地域にある支援体制、医療、介護、生活支援等の情報を収集・整理し、「介護保険利用のしおり」「きょう生活べんり帳」等の冊子を作成して、町内のサービスを周知しています。

(2) 総合相談支援体制の推進

佐用町地域包括支援センターが中心となり、高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、地域の関係者とのネットワークを構築します。

高齢者の心身や生活状況を把握し、適切な保健・医療・介護・福祉サービスにつなげます。身寄りのない高齢者等には、入退院、住まい、金銭管理、意思決定等の課題に応じて関係機関と連携します。さらに、ヤングケアラーの把握にも努め、必要に応じて適切なサービスや支援につなげます。

※ 本計画におけるヤングケアラーとは、家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子どもをいいます。

① 地域におけるネットワークの構築

支援を必要とする高齢者を把握し、保健・医療・介護・福祉サービスをはじめとする適切な支援につなげ、継続的な見守りを行います。

また、新たな課題の発生を防止するため、地域におけるさまざまな関係者のネットワーク構築を図ります。

② 実態把握の推進

総合相談支援を適切に行うためには、高齢者の状況をさまざまな手段によりの確に把握することが必要です。

佐用町地域包括支援センターは、町社会福祉協議会をはじめ、介護保険施設等に

委託しているランチと連携し、個別訪問、地域のネットワークの活用、関係機関や近隣住民等からの情報収集を通じて、支援を必要とする高齢者の実態把握に努めています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、介護・介助が必要であるものの受けていない人が45人（10.6%）みられました。また、在宅介護実態調査では、介護保険サービスを利用していない人が51人（全回答者237人の21.5%）みられ、その理由は、「本人にサービス利用の希望がない」が47.1%、「現状ではサービスを利用するほどの状態ではない」が31.4%でした。

サービスを利用していないことのみをもって支援が必要と判断せず、本人及び家族の意向を尊重します。その上で、相談や実態把握を通じて生活上の課題や相談ニーズが把握された場合は、本人及び家族が必要な制度や地域資源について関係者と相談・検討できるよう、相談窓口等の情報を提供します。

③ 総合相談支援の充実

ア) 初期段階での相談対応

高齢者や家族、近隣住民、地域ネットワーク等を通じて受けた相談について、専門的・継続的な関与が必要かどうかを判断します。

相談者自身が課題を解決できる場合には、相談内容に応じたサービスや制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

イ) 専門的・継続的な相談支援

初期段階の相談対応において、専門的・継続的な関与が必要と判断した場合には、佐用町地域包括支援センターを中心に、地域ケア会議等を活用して個別ケースの検討を行います。必要なサービスや制度につなぐとともに、当事者や関係機関から定期的に情報を収集し、支援の効果や課題を確認します。

(3) 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、生きがいを持って日常生活を送ることが重要です。

また、高齢者が要介護状態等となった場合でも、住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、その人の尊厳を保持し、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、適切な支援を行うことが必要です。

リハビリテーションについては、単に心身機能の回復を目指す機能回復訓練にとどまらず、本人が持つ能力を最大限に発揮し、日常生活の活動能力を高め、家庭や社会への参加を可能にする支援として位置づけることが重要です。

このため、心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけに加え、地域や家庭における社会参加の実現も含め、生活の質の向上を目指すリハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制の構築に努めます。

(4) 地域共生社会の実現に向けた地域包括支援センター等の取組の推進

今後、高齢化が一層進む中で、高齢者の地域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得るものです。

地域共生社会とは、高齢者介護、障がい福祉、児童福祉、生活困窮者支援等の制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができる包括的な社会をいいます。



(出典：厚生労働省地域共生社会のポータルサイト)

高齢者の社会参加等を進め、世代を超えて地域住民が共に支え合う地域づくりをさらに発展させ、障がいのある人、子ども、生活困窮者等を含む地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できる地域社会を目指します。

高齢、障がい、生活困窮、孤立等の複合的なニーズへの対応を強化するため、縦割りの福祉サービスから分野横断的な支援へと転換し、誰もが必要な支援を受けることができる包括的な支援体制を整備することが必要です。

佐用町地域包括支援センターでは、これまで総合相談支援業務として各種相談・支援を行ってきました。地域共生社会の実現に向け、重層的支援体制整備事業を含む包括的な支援の考え方を踏まえ、関係部署・機関が分野を超えて相談を受け止め、参加支援や地域づくりにつなぐ体制の構築に努めます。

(5) 地域包括ケアシステムを支える人材の確保、質の向上及び介護現場の生産性向上

介護職員、訪問介護員、看護職員、介護支援専門員等の不足、高齢化と確保状況を把握します。県等と連携し、処遇・職場環境改善、魅力発信、若年層、元気高齢者、潜在有資格者、外国人材等の参入・定着を支援します。

また、介護人材の資質向上に資するよう、介護の分野で働き続けることができるキャリアパスの支援や、事業主によるキャリアアップへの支援等の方策を検討します。

本町では、限られた人材資源を有効活用するため、介護職員初任者研修の開催や、資質向上・スキルアップを図るための資格取得に係る受講料の一部助成を行う福祉資格取得助成事業を実施しています。

さらに、生産年齢人口が減少する中で、介護需要の増大に伴う人材不足に対応するため、県と連携し、介護業務の効率化や介護現場の生産性向上を支援します。ICT、AI、介護ロボット、介護情報基盤等の活用と、小規模事業所の業務改善、ハラスメント対策、協働化及び経営基盤強化に関する県の支援情報を周知します。

6 認知症施策推進計画（市町村計画）

認知症は誰もがなり得る身近なものであり、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる地域づくりが求められています。

本町では、認知症基本法並びに国及び県の認知症施策推進計画を踏まえ、理解促進、早期対応、相談・社会参加・家族支援、見守り体制の充実に取り組みます。

なお、ピアサポート活動及び本人ミーティング等については、認知症カフェ（オレンジカフェ）、家族会等の既存事業の活用を含め、その実施方法を検討します。検討の間も、これらの既存事業や個別の聞き取り等を通じて認知症の人及び家族等の意見を把握し、計画の策定・評価・見直しに反映するよう努めます。

※ ピアサポートとは、認知症の本人やその家族等、同じ立場や似た経験を持つ人同士が、体験を分かち合いながら支え合う取組のことです。

※ 本人ミーティングとは、認知症の本人が集い、本人同士が主になって体験や希望、必要としていることを話し合う場のことです。

(1) 認知症施策推進計画

① 計画の位置づけ

本計画に定める認知症施策に関する部分を、認知症基本法第13条に基づく市町村認知症施策推進計画として位置づけます。

認知症の人を含む一人ひとりが、地域の一員として尊厳を持ち、自分らしく暮らせる共生社会の実現を推進するための計画です。

② 計画の基本的な考え方（国の方針に基づく施策推進）

認知症施策は、認知症基本法第13条及び2024（令和6）年12月3日閣議決定の「認知症施策推進基本計画」を踏まえ、認知症の人と家族等が安心して暮らせる地域社会の実現を目指して推進します。認知症は誰もがなり得るものであり、認知症の人及び家族等とともに施策を推進することで、地域の一員として尊厳を持ち、自分らしく暮らし続けることができる社会を実現することが重要です。

③ 推進の基本姿勢

「新しい認知症観」に基づき、次の考え方で施策を推進します。

・認知症の人の意思を尊重する

- ・医療・介護、地域住民、企業等多様な主体が連携・協働する
- ・包括的で総合的な施策を展開する

※ 新しい認知症観とは、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできることや希望を持ち、周囲や地域と支え合いながら自分らしく暮らし続けることができるという考え方です。

④ 目指す社会像

町民一人ひとりが、「新しい認知症観」を自分に関わることとして捉え、理解し、実践することで、誰もが安心して暮らし続けられるまちづくりを進めます。

本計画では、「新しい認知症観」を踏まえ、次の事項を重視します。

- ・認知症に関する正しい知識を持つこと
- ・認知症の人は基本的人権を有する個人であること
- ・認知症の人が、認知症とともに希望を持って生きることができること

⑤ 実現のための視点

この考え方を自分自身に関わることとして理解することで、次のような地域社会の実現を目指します。

- ・認知症の人への偏見や差別がない社会
- ・認知症の人が地域で役割を持ち、活躍できる社会
- ・認知症の人と家族等が、地域に支えられながら安心して暮らせる社会

⑥ 認知症施策の重点目標と町の取組

以下の（※）印の項目は、専門人材の確保、実施体制の整備又は調査・測定方法の確立等を進めながら、段階的な実施を検討する事項です。実施を見送るものではなく、段階的な取組を想定しています。

なお、「新しい認知症観の理解度」「意思が尊重されていると感じる認知症の人の割合」「自分らしく暮らせると感じる割合」及び「地域で役割を果たしていると感じる割合」については、第10期計画期間中に測定方法を検討し、基準値を把握します。

ア) 重点目標Ⅰ：町民が「新しい認知症観」を理解する

項 目	内 容
目 的	・認知症に関する正しい知識と理解を町民に浸透させ、偏見や差別の解消を図ります。
主な取組	・学校教育、社会教育における「新しい認知症観」に基づく実感的理解の推進 ・認知症の本人による発信を含めた理解促進運動の展開（※） ・認知症の人の参画を取り入れた認知症サポーター養成講座の実施（※）
評価指標	・認知症サポーターの養成者数 ・本人発信等の取組実施状況（※） ・町民における「新しい認知症観」の理解度

イ) 重点目標Ⅱ：認知症の人の意思が尊重される

項 目	内 容
目 的	・ 認知症の人の自己決定権を尊重し、本人の意思が反映された生活支援体制を構築します。
主な取組	・ 認知症の人の意思決定支援に関するガイドラインの周知・活用 ・ ピアサポート活動の推進と相談や交流機会の確保（※） ・ 本人ミーティングの開催と行政職員の参画（※） ・ 医療、介護従事者に対する意思決定支援研修の実施 ・ 認知症バリアフリーの推進
評価指標	・ ピアサポート活動への参加者数（※） ・ 本人ミーティング実施回数（※） ・ 意思決定支援研修の参加者数 ・ 意思が尊重されていると感じる認知症の人の割合（※）

※ 認知症バリアフリーとは、認知症の人が住み慣れた地域で、できるだけ普通の生活が続けられるように、日常生活の中のさまざまな「障壁」を取り除いていこうとする考え方と取組全体をいいます。ここでいう「バリア」は、段差などの物理的な障壁だけでなく、周囲の理解不足や偏見、不安を感じる接客や手続きのわかりにくさなど、心理的・社会的な障壁も含みます。

ウ) 重点目標Ⅲ：認知症の人・家族等が地域で安心して暮らせる

項 目	内 容
目 的	・ 認知症の人と家族等が、地域社会の一員として役割を果たし、支え合いながら安心して暮らせる環境を整備します。
主な取組	・ 理解と共生の推進 認知症の人が自立し安心して暮らすための生活支援体制の整備 地域の企業や公共機関等での認知症バリアフリーの推進 認知症カフェ（オレンジカフェ）の開催と交流の場の提供 認知症の人の社会参加機会の確保（本人ミーティング、介護事業所における社会参加活動等）（※） 若年性認知症の人等の就労支援と事業主への啓発、普及（※） ・ 保健、医療、福祉サービスの提供体制整備 認知症疾患医療センターとの連携による相談機能の充実 認知症初期集中支援チームの活動支援と機能強化 認知症地域支援推進員の適切な配置と相談支援体制の充実 ひょうご若年性認知症支援センターとの連携 佐用町地域包括支援センターの機能強化 医療・介護従事者に対する認知症対応力向上研修の実施

項 目	内 容
	・多職種連携と分野横断的取組 かかりつけ医、佐用町地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所、認知症疾患医療センター等との連携強化 地域住民、民間団体、企業を含む多様な主体との協働 庁内の部署横断的な認知症施策の検討・推進体制の構築 認知症の人と家族等が参画した認知症施策推進計画の策定・見直し（※）
評価指標	・庁内横断的検討の実施状況 ・認知症地域支援推進員等との連携状況 ・認知症初期集中支援チームの支援件数 ・自分らしく暮らせると感じている認知症の人の割合（※） ・地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合（※）

工）重点目標Ⅳ：認知症に関する新たな知見や技術が活用される

項 目	内 容
目 的	・認知症の予防・診断・治療及び介護に関する研究成果を町の施策に活用します。
主な取組	・予防、診断、治療、リハビリテーション、介護方法等の研究成果の普及啓発 ・国、県、研究機関等が行う調査研究への協力及び成果の活用 ・介護ロボット、ＩＣＴ等の普及に関する情報提供と活用促進 ※ 主な技術の例 認知症の人の見守りセンサー、離床・ひとり歩き検知システム、介護記録・情報共有ソフトとタブレット端末、ナースコール連携、バイタル自動記録、オンライン会議・家族連絡ツール等 ・認知症の人と家族等の意見を反映した施策の実施（※） ・若年性認知症の人を含む生活実態調査の実施（※） ・社会参加、就労支援体制の構築（※）
評価指標	・研究成果の活用状況（※） ・介護ロボット、ＩＣＴ等の導入状況（※） ・認知症の人と家族等の意見反映状況（※）

⑦ 認知症基本法等を踏まえた町の施策体系

基本施策	内 容
1. 理解の増進等	・ 学校・地域での「新しい認知症観」の推進 ・ 認知症サポーター養成講座の実施 ・ 本人発信による理解促進運動の支援（※）
2. バリアフリー化の推進	・ 町内企業・公共機関等との連携による認知症バリアフリーの推進 ・ 事業者向け指針の周知
3. 社会参加の機会確保	・ 認知症カフェ（オレンジカフェ） ・ ピアサポート活動（※） ・ 本人ミーティングの開催（※） ・ 若年性認知症の人等の就労支援（※）
4. 意思決定支援と権利保護	・ 認知症の人の意思決定支援に関するガイドラインの周知、活用 ・ 分かりやすい情報提供 ・ 権利擁護支援
5. 保健・医療・福祉サービスの提供体制整備	・ 認知症疾患医療センター、初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員との連携強化
6. 相談体制の整備	・ 佐用町地域包括支援センター相談体制の充実 ・ 認知症カフェ（オレンジカフェ）の開催 ・ ピアサポート活動の支援（※）
7. 研究等の推進	・ 普及啓発 ・ 介護ロボット、ICT等の活用促進（※）
8. 予防等	・ 科学的知見に基づく知識の普及 ・ 地域活動の推進 ・ 早期発見 ・ 早期対応 ・ 診断後支援の体制整備
9. 調査研究の実施	・ 認知症の人及び家族等の生活実態・ニーズの把握（※） ・ 社会参加、就労支援体制に関する調査（※）
10. 多様な主体の連携	・ 医療・介護関係職種、地域住民、民間団体、企業との協働体制の構築
11. 庁内推進体制	・ 部署横断的な認知症施策の検討、推進 ・ 認知症の人と家族等の参画促進（※）

※（※）印の項目は、専門人材の確保、実施体制の整備又は調査・測定方法の確立等を進めながら、段階的な実施を検討する事項です。

⑧ 計画の推進体制

本計画の認知症施策に関する部分の推進に当たっては、次の体制を整備します。

体 制	内 容
庁内推進体制	福祉部門を中心に、関係部署が連携し、部署横断的な検討体制を構築します。
地域推進体制	佐用町地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、医療機関、介護事業所等による多職種連携体制を構築します。
住民参画体制	認知症の人と家族等を含む多様な主体の参画を促進し、本人や家族等の意見を施策に反映できる体制づくりに努めます。
評価・改善体制	設定した評価指標に基づき、施策の達成状況を定期的に把握し、必要に応じて施策の見直しを行います。

⑨ 計画期間及び進行管理、評価

計画期間は、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度までの3年間とします。

本計画のうち認知症施策に関する部分は、市町村認知症施策推進計画として位置づけています。毎年度、設定した評価指標の達成状況を把握し、施策の効果を検証するとともに、必要に応じて施策内容の見直しを行います。

認知症施策の進捗管理・評価は、第1編 第3章 4（3）「進行管理・評価（PDCA）」に掲げる全体の進行管理に準じます。

認知症に関する指標等については、第6編「資料編」4「主な成果指標（KPI）・活動指標・体制指標及び取組項目」に一括掲載し、毎年度の達成状況を検証します。

また、第10期計画の評価及び次期計画の改定に当たっては、本人ミーティングを実施している場合はこれを活用し、未実施の場合は認知症カフェ（オレンジカフェ）、認知症家族の会、個別の聞き取り等により、認知症の人及び家族等の意見を直接把握する機会を確保します。把握した意見は、認知症施策の評価及び次期計画の策定に反映するよう努めます。

認知症施策の実施状況及び評価結果については、町ホームページその他適切な方法により公表するよう努めます。また、評価結果の取りまとめ及び計画の変更に当たっては、認知症の人及び家族等の意見を聴く機会の確保に努めます。なお、本計画は介護保険事業計画に合わせ、3年ごとに検討を行い、必要に応じて見直します。これにより、認知症基本法に基づく少なくとも5年ごとの検討にも対応します。

（2）認知症施策の具体的な展開

認知症基本法、認知症施策推進基本計画及び県の施策を踏まえ、認知症の人ができる限り地域のより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ます。また、認知症の本人や家族等の視点を重視した施策を推進します。

① 認知症予防・早期発見の推進

認知症基本法第21条は、希望する人が科学的知見に基づく適切な認知症及び軽度の認知機能の障害の予防に取り組めるよう、予防に関する啓発、知識の普及及び地域活動の推進等を行うとともに、早期発見、早期診断及び早期対応を推進すること

を定めています。本町では、この規定を踏まえ、認知症予防に取り組めます。

本計画における認知症予防とは、「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、認知症になっても進行を緩やかにすることをいいます。

- ・生活習慣病、社会的孤立等の認知症の危険因子とされる要因への対応
- ・「新しい認知症観」に関する普及啓発
- ・認知症が疑われる場合の早期受診・相談及び診断後の本人等への支援体制の周知
- ・軽度認知障害（MCI）の診断を受けた人が、本人の状態に応じた切れ目のない支援を受けられる体制の整備
- ・認知症初期集中支援チームのあり方の検討と、より効果的な支援の実施
- ・認知症の正しい理解を促進するための各種教室の開催及び認知症カフェ（オレンジカフェ）等への支援

② 認知症医療体制の充実

認知症の早期発見・早期対応を図るため、郡医師会、認知症疾患医療センター等と連携します。

西播磨圏域では、県立リハビリテーション西播磨病院及び揖保川病院に認知症疾患医療センターが開設されています。認知症疾患医療センターは、県が指定する専門医療機関であり、認知症に関する鑑別診断、地域の医療機関との連携、行動・心理症状に関する相談対応等を行います。

また、保健医療水準の向上を目的として、西播磨圏域認知症疾患医療連携協議会が設置されています。

③ 認知症地域支援ネットワークの強化

認知症の人の能力を生かし、社会参加を支援することで、地域共生社会の実現を目指します。本町では、次の取組を推進します。

- ・認知症に係る保健・医療・介護・福祉等の連携体制や地域支援ネットワークの方向性と目標、現状と課題を明確化し、施策を推進
- ・本人ミーティング（※）等により、認知症の人の希望やニーズを把握し、施策に反映する仕組みを検討
- ・認知症に関する普及啓発の実施
- ・認知症サポーター養成の促進と、活躍の仕組みづくり
- ・チームオレンジの推進による、認知症の人が住み慣れた地域で安心して社会生活を続けるための支援
- ・認知症ケアネットにおける地域資源情報の更新と周知
- ・認知症高齢者等の「見守り・SOSネットワーク」の周知と、認知症の本人が安心して安全に社会参加できる環境づくり

④ 認知症支援・ケア人材の養成

認知症の人の状態に応じて、意思を尊重したケアが提供されるよう、医療・介護・福祉関係者等の資質向上を支援します。また、権利擁護についても相談支援を行い、認知症の人が安心して生活できる体制づくりに努めます。

⑤ 若年性認知症対策の推進

若年性認知症の人とその家族等が、早期から身近な地域で適切な支援を受けられるよう、支援関係機関等と連携します。また、若年性認知症への理解促進を図り、受診や相談の必要性に気づき、早期支援につながるよう普及啓発に努めます。

(3) 地域で支える仕組みづくり

認知症の人等が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症に対する家族や地域住民の偏見の解消を図り、地域での見守りや支援体制の構築を目指します。

本町では、町社会福祉協議会、キャラバン・メイト等と連携し、認知症に関する普及啓発を推進します。

① 認知症サポーター養成講座の実施

認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、地域で認知症の人やその家族等を温かく見守る応援者です。特別な資格や専門的な対応を必要とするものではなく、声かけや手助けなど、それぞれが自分にできる範囲で支援し、認知症の人やその家族等が安心して暮らせる地域づくりを支える存在です。

認知症サポーター養成講座の講師役を担うのがキャラバン・メイトです。地域住民、職域、学校等に出向き、認知症サポーター養成講座を開催することで、認知症に対する理解促進や地域での見守り意識の向上を図ります。

また、地域住民等を中心に認知症サポーター養成をさらに促進し、活躍の仕組みを構築します。地域に点在する認知症サポーターをはじめとした支え合いの担い手と、認知症の人及び家族等の支援ニーズをつなげる仕組み、チームオレンジの整備に努めます。

◇ 認知症サポーター養成講座受講者別実施状況（活動指標）

	令和5年度		令和6年度		令和7年度		令和11年度（目標）	
	回数	人数	回数	人数	回数	人数	回数	人数
地域住民（自治会・地域づくり協議会）	1	58	3	81	1	20	3	100
小学校・中学校	6	161	6	138	6	158	8	180

※ 町から自治会及び地域づくり協議会に講座の開催を働きかけていますが、開催依頼の状況が年度により異なるため、実施回数に差があります。

② キャラバン・メイトの養成

キャラバン・メイトは、認知症に関する正しい知識と具体的な対応方法を住民に伝える講師役です。

町社会福祉協議会職員、佐用町地域包括支援センター職員、行政職員、家族会、ボランティア、介護相談員、認知症介護研修修了者等を対象に研修を周知し、認知症サポーターの育成に当たる人材の増加を図ります。

◇ キャラバン・メイト数及び認知症サポーター養成講座の実績 ※ 各年度3月末現在

	キャラバン・メイト数（実数）	サポーター養成講座開催数（累計回数）	認知症サポーター数（累計人数）
令和5年度	142	202	5,583
令和6年度	145	211	5,774
令和7年度	148	217	5,954
令和11年度（目標）	160	225	6,100

③ キャラバン・メイト・認知症サポーター・フォローアップ研修会の実施

認知症の人と家族等の理解者、応援者である認知症サポーターをさらに増やし、支援の輪を広げるため、認知症サポーター養成の推進役であるキャラバン・メイトの活動を支援します。

また、キャラバン・メイト及び認知症サポーターを対象としたフォローアップ研修会を実施し、地域での実践的な活動につなげます。

④ 認知症カフェ（オレンジカフェ）の推進（再掲）

詳細は、第4編 第3章 4（3）② イ）d）「認知症ケア向上の推進」に記載しています。

⑤ 地域見守りネットワークの構築（再掲）

詳細は、第4編 第2章 4（1）「地域見守りネットワークの構築」に記載しています。

⑥ 見守り・SOSネットワークの構築（再掲）

詳細は、第4編 第3章 4（3）② イ）f）「見守り・SOSネットワークの構築」に記載しています。

7 高齢者の権利擁護の推進

医療や介護等、何らかの支援が必要になっても、高齢者の安全・安心が守られ、その人格と尊厳が尊重されるよう、権利擁護を推進します。また、悪質商法による被害の防止、高齢者虐待の防止及び早期対応等に関する取組を進めます。権利擁護業務の実施状況は、第4編 第3章 4（3）① イ）「権利擁護業務」に記載しています。

（1）日常生活自立支援事業の相談体制づくり

日常生活自立支援事業は、町社会福祉協議会が実施している事業であり、認知症等により判断能力が不十分な高齢者に対し、福祉サービスの利用に関する情報提供や助言、手続きの援助、利用料の支払い、日常的な金銭管理等を行います。

今後も、事業の利用促進を図るため、関係機関との連携に基づき、佐用町地域包括支援センターにおいても制度に関する情報提供や相談体制の充実を図ります。

（2）成年後見制度利用支援事業

判断能力が不十分な高齢者等の権利を守り、地域で安心して生活できるよう、成年

後見制度の利用に関する相談及び支援、町長による審判の申立て等を行います。

詳細は、第4編 第3章 8「成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）」に記載しています。

(3) 西播磨成年後見支援センターとの連携

成年後見制度の利用に関する相談及び支援、制度の普及啓発、市民後見人の養成及び活動支援等について、西播磨成年後見支援センター及び関係機関と連携して取り組みます。

西播磨成年後見支援センターの役割及び詳細は、第4編 第3章 8「成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）」に記載しています。

(4) 高齢者の虐待防止

高齢者の尊厳ある暮らしを守るため、高齢者虐待の早期発見・早期対応及び虐待防止に取り組みます。

① 高齢者虐待の早期発見・対応マニュアルの整備

本町では、高齢者虐待を早期に発見し、適切に対応するため、高齢者虐待対応マニュアルを整備しています。養護者による虐待のほか、要介護施設従事者等による虐待への対応を行います。

また、住民をはじめ関係機関・団体等に対し、人権意識の啓発や、虐待を発見した場合の速やかな通報について周知します。相談体制を整備し、高齢者虐待の防止と早期発見・早期対応に地域とともに取り組みます。

② 高齢者虐待防止ネットワークの強化

本町では、地域における保健・医療・介護・福祉等の関係機関のネットワークを構築するため、地域ケア会議において個別事例の検討を随時行っています。

また、代表者組織として高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会を設置し、年1～2回程度、情報交換の場を設けています。

③ 相談機能の強化・支援体制の充実

養護者による高齢者虐待の背景には、介護疲れ、介護ストレス、養護者自身の障がいや疾病等がある場合があります。このため、主たる養護者である家族の不安や悩みを受け止め、助言や支援を行う相談機能の強化が求められています。

地域の実情を踏まえ、関係機関と連携しながら、虐待の予防と支援体制の充実に取り組みます。

8 成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）

(1) 計画の位置づけ及び基本方針

認知症等により判断能力が不十分な高齢者が、住み慣れた地域で尊厳を保ち、安心して生活できるよう、本人の意思を尊重し、権利と生活を支援します。

本計画は、高齢者福祉計画の一部として主に高齢者に係る取組を記載しますが、成年後見制度利用促進施策は、知的障がい、精神障がいその他の理由により判断能力が

不十分な人も対象とします。このため、障がい福祉計画等の関連計画及び担当部署と連携して推進し、成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）第 14 条第 1 項に規定する本町の基本的な計画として位置づけます。また、国の成年後見制度利用促進基本計画を勘案して施策を推進します。

佐用町地域包括支援センター及び西播磨成年後見支援センターを中心に、関係部署、町社会福祉協議会、法律・福祉等の専門職、医療・介護・福祉関係者等との連携を強化します。また、本人の意思決定支援と身上保護を重視し、日常生活自立支援事業等を含む権利擁護支援の中から、本人の状況に応じた支援につなげます。

さらに、支援を必要とする人が地域で孤立しないよう、相談窓口の周知と支援ニーズの早期把握に取り組み、相談から制度利用後まで切れ目なく支援します。本人や家族が制度を理解して選択できるよう、分かりやすい情報提供にも努めます。

民法等の改正による成年後見制度の見直しを踏まえ、本人の自己決定を尊重し、必要な範囲及び期間に限り制度を利用できるよう、施行時期、関係政省令及び国の運用方針等を確認しながら、相談・支援体制や町長による審判の申立て等について必要な対応を進めます。

(2) 成年後見制度利用支援事業

福祉サービスの利用契約、財産管理その他の法律行為に支援が必要な高齢者について、本人の判断能力、生活状況、親族関係、経済状況等を把握し、成年後見制度の適切な利用に向けた相談及び支援を行います。

65 歳以上の人について、その福祉を図るため特に必要があると認める場合は、老人福祉法第 32 条の規定に基づき、町長による審判の申立てを行います。

また、町長による審判の申立てに必要な費用を負担するとともに、成年後見人等の報酬について、必要に応じて助成を行います。

町長による審判の申立てに当たっては、本人の意思及び生活状況を可能な限り確認するとともに、関係機関と必要な情報を共有し、申立て後も本人の生活を継続的に支援します。

(3) 地域連携ネットワークづくり

成年後見制度を必要とする高齢者を早期に把握し、適切な支援につなげるため、弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職、医療・介護・福祉関係者、町社会福祉協議会、佐用町地域包括支援センターその他の関係機関との連携を進めるとともに、家庭裁判所との適切な連携を図り、次の取組を推進します。

- ・ 成年後見制度及び相談窓口の広報・周知
- ・ 権利擁護に関する総合相談及び早期支援
- ・ 成年後見人等の候補者に関する検討及び調整
- ・ 市民後見人の養成及び活動支援
- ・ 成年後見人等に対する相談及び活動支援
- ・ 本人の意思決定支援と身上保護を重視した後見活動の支援
- ・ 他の支援制度及び関係機関へのつなぎ

・ 成年後見制度の利用開始後を含む継続的な支援

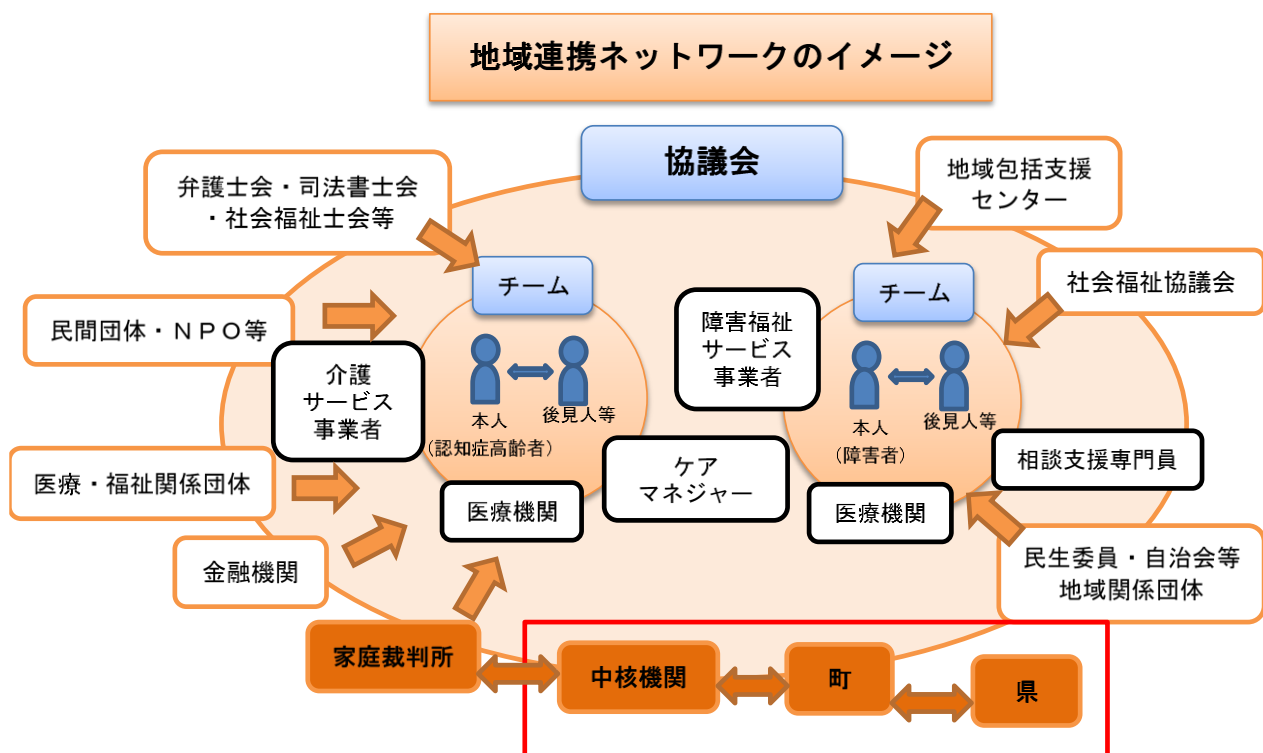
親族、成年後見人等、医療・介護・福祉関係者等が「チーム」となり、本人の意思や生活状況を継続的に把握し、必要な支援を行います。また、法律・福祉等の専門的な判断又は助言が必要な場合は、地域連携ネットワークの「協議会」を通じて、専門職団体や関係機関から支援を受けられる体制の充実を図ります。

支援方針の検討に当たっては、本人の意向や生活上の希望を可能な限り確認し、関係者間で共有します。また、本人の心身及び生活状況の変化に応じて、支援内容を見直します。成年後見制度の利用以外にも必要な支援がある場合は、関係機関につなぎ、早期の対応を図ります。

成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第2項は、市町村が、その区域における成年後見制度の利用の促進に関して、基本的な事項を調査審議させる等のため、当該市町村の条例で定めるところにより、審議会その他の合議制の機関を置くよう努めるものとしています。本町では、介護保険運営協議会その他の関係会議において、本計画の取組状況を確認します。また、同項に規定する合議制機関については、条例上の位置づけを含め、必要な体制を検討します。

※ チームとは、成年後見人等、親族、医療・介護・福祉関係者、地域住民等が協力し、本人の意思や状況を継続的に把握しながら、必要な支援を行う仕組みです。

※ 地域連携ネットワークの「協議会」は、西播磨成年後見支援センターが運営し、専門職団体や関係機関が本人を支えるチームに助言等を行う会議です。成年後見制度の利用の促進に関する法律第14条第2項に規定する合議制の機関とは異なります。



(4) 西播磨成年後見支援センターの役割

成年後見制度は、判断能力が不十分な高齢者の地域生活を支える制度として、重要な役割を担っています。今後、認知症高齢者や高齢者単独世帯の増加が見込まれる中、その役割は一層重要になると考えられます。

一方、認知症、知的障がい、精神障がい等により支援を必要としているものの、頼ることのできる家族がおらず、家族による支援を受けることが困難な人もいます。このため、親族以外の第三者が成年後見人等に選任される事例もあります。

成年後見制度の利用を支援するため、西播磨3市3町（相生市、赤穂市、たつの市、太子町、上郡町及び佐用町）は、共同でたつの市社会福祉協議会に事業を委託し、法律・福祉等の関係機関との連携の下、西播磨成年後見支援センターを設置しています。

同センターは、成年後見制度の利用に関する相談・支援、制度の普及啓発、市民後見人の養成・活動支援等を行うとともに、地域連携ネットワークの中核機関として、次の役割を担います。

① 中核機関

西播磨成年後見支援センターは、高年介護課をはじめとする町の関係部署及び関係機関と連携し、地域連携ネットワークのコーディネートを担います。

関係機関の連絡調整、専門職による助言の確保、相談対応、成年後見人等の候補者に関する検討・調整、担い手の育成、成年後見人等への支援等を行います。複合的な課題を抱える事案については、関係機関と支援方針を共有し、本人を中心に据えた支援体制を調整します。また、関係機関がそれぞれの役割を理解して円滑に連携できるよう、情報共有及び支援体制の充実を図ります。

※ 中核機関とは、地域連携ネットワークのコーディネートを担い、広報・啓発、相談、制度利用の促進、成年後見人等の候補者に関する調整、担い手の育成及び活動支援、成年後見人等への支援、不正防止その他の権利擁護に関する機能を担う機関です。

② 市民後見人の養成及び活動支援

成年後見制度の利用者の生活を身近な立場から支援する市民後見人を研修により養成するとともに、候補者の推薦や選任後の相談対応等を通じて、その後見活動を継続的に支援します。

研修では、成年後見制度に関する知識に加え、本人の意思の尊重及び適正な後見活動に必要な倫理の習得を図ります。

※ 本計画における市民後見人とは、成年後見制度に関する所定の研修を修了し、家庭裁判所から成年後見人等として選任された地域住民をいいます。身近な住民の立場から、本人に対してきめ細かな支援を行う権利擁護の担い手です。

③ 相談、広報及び普及啓発

西播磨成年後見支援センター職員による成年後見制度や生活上の困りごとに関する一般相談から、弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職による専門相談まで、相談内容に応じた相談体制を整備します。また、広報紙、町ホームページ、チラシ、

パンフレット等を活用し、成年後見制度、西播磨成年後見支援センターの役割、市民後見人及び相談窓口について周知します。

地域住民、福祉施設職員、学校等を対象とした出前講座のほか、成年後見制度に関する講演会やセミナー等を実施し、制度の普及啓発に取り組みます。

相談者の状況に応じ、日常生活自立支援事業、福祉サービス、医療・介護、生活困窮者支援等につなぎ、支援を調整します。本人や家族だけでなく、地域住民及び支援関係者からの相談にも対応し、支援を必要とする高齢者の早期把握に努めます。

④ 成年後見人等への支援及び不正防止

成年後見人等に対する相談、研修及び専門職による助言を充実し、関係機関と連携して適正な後見活動を支援するとともに、不正行為や権利侵害の早期把握に努め、必要に応じて家庭裁判所その他の関係機関と連携し、適切な対応につなげます。

成年後見人等が支援上の課題を抱えた場合は、チームで情報を共有し、本人の生活状況の変化に応じた支援内容を検討します。また、相談しやすい環境を整え、成年後見人等の孤立防止に努めます。

⑤ 権利擁護施策の総合的な推進

成年後見制度の利用の促進と併せて、日常生活自立支援事業、権利擁護相談その他の関係施策との連携を図り、本人の状況に応じた権利擁護支援を総合的に推進します。また、消費者被害や虐待等の権利侵害が疑われる場合は、関係部署及び関係機関と連携し、迅速かつ適切な支援につなげます。

(5) 計画の推進及び評価

本基本計画の期間は、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度までとし、本計画全体の見直しに合わせて取組状況を評価し、必要な見直しを行います。

本計画は、佐用町地域包括支援センター及び西播磨成年後見支援センターを中心に、関係部署及び関係機関が役割を分担し、連携して推進します。

計画の進捗状況については、次の項目等を継続的に把握します。

- ・成年後見制度及び権利擁護に関する相談件数
- ・成年後見制度の利用支援件数
- ・町長による審判の申立て件数
- ・町長による審判の申立てに必要な費用の負担件数及び成年後見人等の報酬助成件数
- ・市民後見人養成研修の修了者数、登録者数及び活動状況
- ・成年後見人等に対する相談・支援件数
- ・出前講座、研修会、講演会等の実施状況
- ・地域連携ネットワーク及び関係機関の連携状況

これらの実績及び課題について、介護保険運営協議会その他の関係会議において確認し、関係機関からの意見を踏まえながら、相談体制、地域連携ネットワーク及び事業内容の改善を図ります。また、評価結果を次年度以降の取組に反映し、広報、相談、成年後見制度利用促進及び成年後見人等支援の各機能について、相談・早期支援を優先しつつ、段階的かつ計画的な充実を図ります。

第4章 高齢者支援サービスの充実【公助の推進】

1 地域福祉活動の推進

高齢者を地域で支えていくためには、地域の人々による支え合いや助け合いを基盤とした地域福祉活動の充実が重要です。

本町では、地域福祉活動を活性化させるため、地域住民、民生委員・児童委員、福祉委員、高年クラブ、ボランティア団体、町社会福祉協議会等との連携を深め、住民主体の支え合いの仕組みづくりを推進します。

また、地域福祉活動に参加しやすい環境づくりや、人材の育成・確保、福祉教育の推進を通じて、誰もが地域の中で支え合う意識の醸成に努めます。

本章では、こうした住民主体の活動を支える町の基盤整備、人材育成及び関係機関との調整を、公助の取組として位置づけます。

(1) 民生委員・児童委員等の活動支援

これまで地域の福祉活動において重要な役割を果たしてきた民生委員・児童委員、民生児童協力委員、福祉委員、高年クラブ等は、高齢者の日常生活、生きがいづくり、健康づくり、社会参加を支えるうえで、今後も一層重要な役割を担います。このため、会議、研修、交流会、情報交換等の活動支援を行うとともに、各委員相互の連携やボランティアグループとの連携を深めます。また、それぞれの役割に基づき、地域に密着したきめ細かな活動が行えるよう支援します。

(2) 人材の育成・確保

① ボランティア活動の支援

ボランティア活動への住民の参加促進については第4編 第1章 3(2)③「ボランティア活動等への参加促進」に記載していますが、本項では、その活動基盤を支える町及び町社会福祉協議会の取組（公助）について記載します。

本町では、町社会福祉協議会内にボランティアセンターが設置されています。2026（令和8）年4月1日現在、登録ボランティアグループは26グループ（209人）、個人ボランティアは248人です。

ボランティアセンターでは、ボランティア活動に関する相談、情報提供、養成講座、研修会等を実施しています。

今後も、既存のボランティア連絡会の機能を強化するとともに、ボランティアグループの組織化、個人ボランティアの活動支援、新たな活動の場の開拓、総合的なコーディネート及びボランティア・福祉活動に関する情報収集等を行います。

また、福祉ボランティア活動の総合的な拠点として、ボランティアセンターの活動を支援します。

担い手の確保・育成については、就労的活動の普及促進に向けた支援を強化し、元気な高齢者をはじめとする意欲ある住民が、社会の中で役割を持って活躍できる環境整備に努めます。

② 高年クラブとの連携（再掲）

第4編 第1章 3（1）「高年クラブ活動の支援」に記載しています。

高齢者の生きがいと健康づくり事業を通じて、単位高年クラブの活動を支援します。また、地域住民が相互に交流し、住み慣れた身近な地域で生きがいづくりや健康づくりを図るため、研修及び体験活動の機会と場の提供を積極的に推進します。

③ 企業等の社会貢献活動の促進

本町では、企業数は多くないものの、中学校におけるトライやる・ウィークの受入れなど、福祉教育の面で企業等から協力を得ています。

今後も、企業等が地域の一員としての意識を持ち、各種ボランティア活動や地域イベント等へ参加・協力しやすい環境づくりに努めます。また、就労している人もボランティア活動に参加しやすいよう、啓発や情報提供を進めます。

④ 人材の確保に向けた取組の推進

人口減少に伴う労働力人口の減少により、福祉・介護人材の不足が深刻化しています。こうした中、増大する福祉・介護ニーズに対応するため、元気な高齢者や子育てが一段落した人など、多様な人材の参入を促進し、人材の確保に努めます。

また、介護職員のスキルアップや職場定着に関する研修・相談等を支援し、離職防止と職場定着の促進に努めます。さらに、県と連携し、医療・介護の仕事の魅力発信、介護サービス従事者に対する相談体制の充実、介護サービス事業所や医療・介護関係団体等との連携・協力体制の構築に努めます。

介護人材の確保は、第4編 第3章 5（5）に記載しています。

（3）福祉教育の推進

① 学校教育における福祉教育の推進

子どもたちが、高齢者や障がいのある人に対する正しい理解と思いやりの心を育み、福祉活動を特別なものとしてではなく、自然に参加し、自発的に活動することができるよう、学校教育における福祉教育を推進します。

町内の小・中学校を対象に、町社会福祉協議会や福祉施設等との連携を強化し、実践的な体験学習、交流活動、年間行事やイベントへの相互参加、共同開催、自主的な運動や活動等を通じて、福祉への理解を深める機会を充実させます。

また、一部の児童・生徒の参加にとどまることなく、すべての児童・生徒が参加・体験できるよう、ボランティア団体等、より多くの関係機関と連携し、実践教育や交流機会の拡大を図ります。

② 家庭内における福祉意識の啓発

少子化や核家族化が進み、3世代同居等の世帯は減少しています。また、生活様式の多様化等により、家庭で家族が触れ合い、会話する機会を意識して確保することが重要となっています。

このため、PTA等を通じて、家族や親子で参加できる行事やイベントを開催し、家族や親子がふれあい、会話できる環境づくりを進めます。

家庭における家族や親子の会話、団らんを通じて、家族の絆を深めるとともに、高齢者や障がいのある人に対する思いやりの心を育み、子どもの自然な意識として福祉の心が醸成されるよう努めます。

2 高齢者への支援体制の強化

要介護者、認知症高齢者、ひとり暮らし高齢者、孤立しがちな高齢者等、支援を必要とする高齢者を把握し、各種サービスの利用等、適切な支援につなげることが重要です。

また、災害時の対応や孤立死の防止も視野に入れ、継続的な見守りを行うため、地域における見守りネットワークの構築を推進します。

(1) 地域見守りネットワークの構築（再掲）

第4編 第2章 4（1）「地域見守りネットワークの構築」に記載しています。

(2) 高齢者のための福祉事業の充実（再掲）

第4編 第2章 4（2）「高齢者のための福祉事業の充実」に記載しています。

(3) 老人保護措置制度

老人保護措置制度は、原則として65歳以上で、環境上の理由及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人について、市町村がその必要性を判定し、養護老人ホームへの入所措置等を行う制度です。

本町には、町が設置し、町社会福祉協議会を指定管理者とする養護老人ホーム佐用朝霧園があり、本町の措置者の多くは、佐用朝霧園に入所しています。

◇ 施設入所者数

施設名等	入所者数		
	令和6年3月末	令和7年3月末	令和8年3月末
養護老人ホーム佐用朝霧園（人）	26	30	34
町外の養護老人ホーム（人）	5	4	4

(4) 敬老会（再掲）

第4編 第1章 3（2）⑥「敬老会」に記載しています。

(5) 長寿祝金

高齢者に対して長寿を祝福し、社会に貢献されてきた功績をたたえ、その労をねぎらうことを目的として、年齢に応じて長寿祝金を贈呈しています。本町では、80歳に1万円、88歳に2万円、100歳に3万円及び花束を贈呈しています。

(6) 在宅老人介護手当

在宅で生活し、6か月以上寝たきりの状態にある人又は認知症の人のうち、日常生活において常時介護を必要とする人を介護している介護者に対し、精神的・経済的負担の軽減を目的として、介護手当を支給しています。

介護手当は月額1万円とし、在宅介護を支える家族等への支援を行います。

3 生活支援サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して自立した生活を送ることができるよう、安全性や利便性の確保に重点を置きながら、支援を必要とする人の生活の質を高めるためのサービスの充実を図ります。

生活支援サービスについては、介護保険サービスでは対応しきれない日常生活上の困りごとに対応し、高齢者の在宅生活を支える重要な役割を担っています。

(1) 外出支援サービス事業（再掲）

第4編 第1章 2（2）「外出支援サービス事業」に記載しています。

(2) 訪問理美容サービス事業

理髪店や美容院に行くことが困難な人の自宅に、町が委託した理容師や美容師が訪問し、調髪等のサービスを行っています。

◇ 訪問理美容サービス事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用者数（人）	4	6	3

(3) 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業

要援護者等が衛生的で快適な在宅生活を送ることができるよう支援することを目的として、寝具の洗濯及び乾燥消毒を行うサービスを提供しています。

◇ 寝具洗濯乾燥消毒サービス事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
利用件数（件）	14	8	7

(4) 人生いきいき住宅助成事業（再掲）

第4編 第1章 2（1）「人生いきいき住宅助成事業（高齢者等住宅改造費助成事業）」に記載しています。

(5) 高齢者向け住まいの状況把握

高齢者向け住まいの整備・入居・サービス状況を把握し、身寄りのない高齢者等の居住支援について関係機関と連携します。

サービス付き高齢者向け住宅は、住宅の規模、構造及び設備等の基準を満たし、状況把握・生活相談サービスを提供する住宅で、町内各圏域に1か所ずつあります。

今後も、入居者の介護ニーズや介護サービスの利用状況を把握し、住宅部門や介護事業者等との情報共有及び連携に努めます。

※ 有料老人ホーム等を含む高齢者向け住まいの状況把握に努めます。

◇ サービス付き高齢者向け住宅の各圏域比較（令和8年4月現在）

	佐用地域	上月地域	南光地域	三日月地域	計
定員数（人）	35	10	40	30	115
戸数（戸）	30	10	30	28	98

(6) 緊急通報システム事業

65歳以上のひとり暮らし高齢者や高齢者世帯等に対して、日常生活の安心を確保し、緊急時に迅速に対応できるよう、緊急通報装置を設置・貸与しています。

急病、事故、災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応ができる体制を整えることで、高齢者の在宅生活を支援します。

◇ 緊急通報システム事業の実施状況

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
設置件数（件）	269	245	230

(7) 老人日常生活用具給付等事業

要介護高齢者及びひとり暮らし高齢者に対し、日常生活の自立を支援するため、自動消火器、電磁調理器等の日常生活用具の給付を実施しています。

なお、世帯の所得税課税状況により、費用負担が必要となる場合があります。

(8) 買い物支援（再掲）

第4編 第1章 2（3）「買い物支援」に記載しています。

(9) 老人生活管理指導短期宿泊事業

老人生活管理指導短期宿泊事業は、社会への適応が困難で支援が必要な高齢者等を、養護老人ホーム等に一時的に宿泊させる事業です。

日常生活に対する指導及び支援を行い、要介護状態等への進行を予防するとともに、要介護者及びその家族の在宅生活を支援します。

(10) 高齢者生活福祉センター運営事業

高齢者生活福祉センター運営事業は、高齢者に対して介護支援機能を提供するとともに、各種相談及び助言を行い、居住機能を提供する事業です。

高齢者が安心して健康で明るい生活を送ることができるよう、生活支援と相談支援を一体的に行います。

(11) 高齢者福祉相談事業

町社会福祉協議会に委託し、弁護士による法律相談等を開催しています。

高齢者やその家族が抱える生活上の不安や法的課題について、専門的な助言を受けることができる機会を確保し、安心して生活できる環境づくりに努めます。

(12) 地域の支え合いの体制づくりの推進（再掲）

詳細は、第4編 第3章 4（2）① ウ）「通所型サービスB（住民主体による支援）」及び同 エ）「その他の生活支援サービス」に記載しています。

なお、地域の支え合いの体制づくりは、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業で実施しています。

4 福祉のまちづくりの推進

高齢者が自立し、社会活動に参加しながら、主体性を持って生活できるよう、安全で快適な環境整備を進める必要があります。そのため、道路の安全確保、段差解消、公共施設のバリアフリー化等、安心して生活できる住環境の整備に努めます。

また、災害時における高齢者の安全確保等、日頃から緊急時に備えて高齢者を支える体制づくりを推進します。

(1) 暮らしやすい環境の整備

① 住環境の整備（再掲）

高齢者等が住み慣れた地域で安全に暮らせるよう、住宅改造を促進し、住まいに課題を抱える高齢者への相談支援について関係機関との連携を検討します。

詳細は、第4編 第1章 2（1）「人生いきいき住宅助成事業（高齢者等住宅改造費助成事業）」に記載しています。

② 公共施設等の整備

町役場をはじめ、学校施設等の公共施設については、高齢者に配慮した利用しやすい施設となるよう、可能な限りバリアフリー化を推進します。

また、歩道未設置道路における歩道の設置や、既存歩道の幅員確保等、誰もが安心して利用しやすい環境整備に努めます。

③ 交通・移動対策の充実（再掲）

高齢者が地域で自立した生活を送るためには、外出を安全かつ快適に行えることが重要です。

詳細は、第4編 第1章 2（2）「外出支援サービス事業」に記載しています。

④ 防犯体制の整備

特殊詐欺や悪質商法等、高齢者を狙う犯罪が発生しているため、佐用防犯協会や町消費生活センターと連携し、認知症高齢者を含む高齢者の生命・財産を守り、安心して地域生活を送れるよう、広報紙、パンフレット、町ホームページ、防災行政無線等を活用して、防犯対策の推進に努めています。

⑤ 買い物弱者への支援（再掲）

身近なところに商店がない人、買い物に出かけることが困難な人等、買い物に不便を感じる高齢者への支援として、本町では、「買物不便地域移動販売促進事業」により、町内の小売店が行う移動販売事業を支援しています。

本町では、在宅高齢者の自立と生活の安定を支えるため、今後もこうした取組を推進します。

詳細は、第4編 第1章 2（3）「買い物支援」に記載しています。

(2) 安心拠点の整備と活用

① コミュニティ安心拠点の整備

地域福祉コミュニティの活動範囲の基盤は、高齢者の身近な生活圏である各集落単位です。

各自治会の集会所等をコミュニティ安心拠点と位置づけ、ご近所福祉ネットワーク活動支援事業を日常的・継続的に実施することにより、地域住民自らが健康づくりや高齢者等への支援活動に取り組むとともに、それぞれの自治会独自の福祉活動へと展開させていきます。

現在、安心拠点の整備はおおむね完了していますが、今後の需要に応じ、集会所や空き家等を、交流、介護予防、相談、見守り等を行う身近な多機能拠点として活用することを検討します。

② 総合的な拠点の位置づけ

コミュニティ安心拠点の活動等を支援する総合的な拠点を位置づけ、地域コミュニティづくりや保健・医療・介護・福祉サービスの総合的な支援・調整を行います。

また、介護保険制度における要支援・要介護認定業務、ケアプラン作成等と連携し、総合的なケアサービスが提供できる体制づくりに努めます。

5 健康づくりの推進（公助）

健康づくりは、住民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という意識で取り組む「自助」の取組（第4編 第1章 1「自らの健康管理（セルフケア）」に記載）と、その取組を支える町の健診、保健指導、相談、各種制度等の「公助」の取組が、相互に補い合うことで成り立ちます。本項では、このうち町が提供する保健事業（公助としての健康支援基盤）について記載します。

要介護高齢者や生活習慣病の増加が課題となっています。このため、疾病の一次予防及び重症化予防を推進し、健康寿命の延伸と生活の質の向上を図ることが重要です。本町では、国の「健康日本21」やヘルスプロモーションの考え方等を踏まえ、「佐用町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」を策定し、健康づくりに取り組んでいます。

なお、保健事業の詳細は、「佐用町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」のとおりです。

◇ 佐用町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画

「佐用町健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画」は、佐用町保健対策推進協議会の調整及び審議により策定しています。計画では、「世代を超えて、地域みんなで健康づくり」を基本理念としています。

佐用町健康増進計画は、5つの指針「① 一次予防と重症化予防」「② 健康づくり支援のための環境整備」「③ 目標等の設定と評価」「④ 多様な実施主体による連携のとれた効果的な計画の推進」「⑤ 町の健康施策・地域の特色を生かしたまちづくり」に関する事項について示しています。

また、佐用町食育推進計画においては、「健康な（こころ）と（からだ）をつくり、生きる力と豊かな人間性を育む」を理念に掲げています。

さらに、佐用町自殺対策計画においては、「一人ひとりがかけがえのない個人として尊重され生きがいや希望をもって暮らすことができる（誰も自殺に迫り込まれることのない社会）づくり」を理念としています。

この基本理念の実現に向け、8つの分野別に目標を設定します。

(1) 食育・栄養・食生活

食事は生命と健康の源です。食事を通じ、食べることの楽しさ、作ってくれた家族への感謝、食材を提供してくれた周りの人への感謝の気持ちを醸成するとともに、栄養情報を適切に選択・活用する力を身につけ、正しい情報を生活に取り入れることが必要です。「① 食によって生かされている命を知ろう」「② 持続可能な食と環境を守ろう」を目標に取組を設定しています。

(2) 身体活動・運動

日々の運動の継続により、高血圧・糖尿病・脳梗塞・虚血性心疾患等の生活習慣病の発症リスクの低減や健康の維持に役立ちます。また、介護が必要となることを予防する効果もあります。年齢や身体の状態に応じた適度な運動を取り入れるため、「生活に+10分（プラス・テン）体を動かそう」を目標に取組を設定しています。

(3) 睡眠・休養・こころの健康づくり

近年、どのライフステージにおいてもこころの病気が増加しています。こころの健康づくりとこころの病気についての知識の普及啓発を図り、家庭・職場・地域において見守り、助け合う環境をつくり、それぞれがストレスと上手に付き合うことが必要です。「ストレスと上手に付き合おう」を目標に取組を設定しています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、過去1か月に気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになった人は136人（31.9%）、物事に興味がわかず、心から楽しめない感じがあった人は95人（22.3%）でした。このため、こころの不調を抱える人が早期に相談できるよう、相談窓口の周知を図るとともに、相談者の状況や意向に応じて、庁内関係課、保健・医療・福祉等の関係機関と連携し、必要な支援につなぎます。

(4) 喫煙

たばこには、発がん物質を含む多くの有害物質が含まれており、喫煙者本人だけでなく、周囲の人も副流煙による受動喫煙によって、がん、心臓病、脳卒中等にかかるリスクが高まります。また、長期の喫煙習慣は、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の主な原因となります。喫煙の身体への影響について正しく知り、たばこの害から健康を守ること及び受動喫煙の防止のための環境整備が必要です。「分煙・禁煙を心掛けて、受動喫煙を防ごう」を目標に取組を設定しています。

(5) 飲酒

飲酒は生活習慣の一つですが、飲酒量が多い場合や連日の飲酒は、心身の健康に悪影響を及ぼすおそれがあります。身体面だけでなく、アルコール依存症の要因にもなり、さまざまな問題が起こります。アルコールの影響について正しい知識を持ち、適正な飲酒を心掛けることが重要です。「お酒に関する知識を身につけよう」を目標に取組を設定しています。

(6) 歯と口腔の健康

歯と口腔の健康は、食べ物の咀嚼だけでなく、食事や会話を楽しむという生活の質の確保として重要です。適切な口腔ケアを身につけ、咀嚼や嚥下機能の維持の重要性を認識し、生涯にわたる一貫した口腔の健康管理に取り組むことが大切です。「定期健診を受けて、8020 を目指そう」を目標に取組を設定しています。

(7) 生活習慣病予防

生活習慣病予防については、(1) から (6) までの各分野において取組を設定しています。

(8) 自殺対策

住民が安心して生活を送ることができる町の実現のためには、あらゆる分野が相互に連携した包括的な取組が必要です。そのため、地域のネットワークの強化に取り組みます。また、ネットワークを担う人材を育成するとともに、危機的な状況にある人への理解や、周囲に援助を求めることの大切さについて普及啓発を行います。「誰も自殺に追い込まれることのない さよう町」を目標に、生きることへの包括的支援の実施や自殺防止に向けた取組を設定しています。

◇ 平均寿命・健康寿命の参考値（算定方法等が異なり比較不可）

	佐用町				兵庫県			
	平均寿命（歳）		健康寿命（歳）		平均寿命（歳）		健康寿命（歳）	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
令和7年	81.80	88.10	77.90	80.80	81.70	87.90	78.50	80.90
令和2年	82.10	88.14	80.64	84.54	81.85	88.09	80.41	84.93
平成27年	79.59	86.96	77.92	83.31	81.06	87.15	79.62	83.96

※ 2025（令和7）年の値は国民健康保険加入者のみを対象に算定したものであり、算定対象・方法が異なるため、2020（令和2）年及び2015（平成27）年の値（兵庫県健康寿命算定結果総括表）との単純比較はできません。算定対象や方法が異なるため、数値の差だけで健康寿命が短縮したとは判断できません。

6 生活保護制度（厚生労働省資料を参考）

生活保護制度は、資産や能力等を活用してもなお生活に困窮する人に対し、困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長する制度です。

なお、支給される保護費は、地域や世帯の状況によって異なります。

本町では、生活に困難を抱える高齢者等が必要な支援につなげることができるよう、関係機関と連携し、相談支援や制度の周知に努めます。

7 障がい者福祉

障がいのある人も、地域の一員として、住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができる社会づくりを目指し、障がい福祉サービスをはじめとする障がい保健福祉施策を推進しています。

本町では、「佐用町障がい者計画、障がい福祉計画及び障がい児福祉計画」を策定し、障がい福祉の推進に取り組んでいます。

同計画は、障がいの有無にかかわらず、すべての人が等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるよう、障がいのある人等の自立と社会参加を基本とする「障害者基本法」の理念を踏まえて策定されています。また、障がいのある人が、地域全体の理解と協力の下で暮らせるよう、「すべての人が安心し、尊重し合いながら暮らせるまち」を基本理念としています。

同計画の推進に当たっては、① 障がいのある人への理解の促進、② 地域での生活支援、③ 障がいのある児童・生徒への支援、④ 生きがいをもって生活できる社会づくり、⑤ 安全・安心な環境づくりを基本方針としています。

8 防災・減災のまちづくりの推進（再掲）

防災・減災のまちづくりの取組は、第4編 第2章 5「防災・減災のまちづくりの推進」において、地域住民が互いに助け合う「互助」の取組を中心に記載しています。一方で、要配慮者の安全確保は、行政が公的責任において体制を整備すべき「公助」の取組でもあります。本町では、災害時避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成、避難情報の的確な伝達、社会福祉施設等との連携体制の整備など、行政が担うべき支援を計画的に推進します。

9 新型インフルエンザ等の感染症対策の推進（再掲）

感染症対策の取組は、第4編 第2章 6「新型インフルエンザ等の感染症対策の推進」に記載しています。感染症の発生時における高齢者等の健康被害を最小限に抑えるためには、行政による医療提供体制の確保、ワクチン接種、要援護者への支援、社会福祉施設等との連携といった「公助」の役割が不可欠です。本町では、県健康福祉事務所、郡医師会、関係医療機関等と連携し、平常時からの備えと発生時の支援体制の整備を推進します。

10 高齢者の権利擁護の推進（再掲）

高齢者の権利擁護の取組は、第4編 第3章 7「高齢者の権利擁護の推進」に記載しています。高齢者虐待の防止や消費者被害の防止、判断能力が不十分な高齢者の保護は、自助・互助・共助では対応が困難な課題であり、行政が公的責任において取り組むべき「公助」の中核をなすものです。本町では、佐用町地域包括支援センターを中心に、関係機関と連携しながら、高齢者の人格と尊厳が守られる体制づくりを進めます。

11 成年後見制度の利用促進（再掲）

判断能力が不十分な高齢者等の権利を守るため、関係機関と連携し、成年後見制度の利用に関する支援及び相談体制の充実を図ります。詳細は、第4編 第3章 8「成年後見制度利用促進基本計画（市町村計画）」に記載しています。

第5編 介護保険事業計画【共助の推進】

- ※ 本編は、介護保険法第117条に基づく市町村介護保険事業計画として、日常生活圏域ごとの必要利用定員総数その他の介護給付等対象サービスの種類ごとの量、地域支援事業の量並びに、自立支援、介護予防、重度化防止及び給付適正化に関する施策と目標を定めます。また、サービス量等の確保方策、中長期的な推計並びに、都道府県と連携した介護人材の確保・資質向上及び生産性向上等について定めます。
- ※ 本編は、社会保険制度である介護保険事業（共助）を中心に記載します。あわせて、介護サービスの提供体制を支えるために必要な、介護人材の確保や災害・感染症対策（公助）、住民主体の通いの場づくり等を含む地域支援事業（互助・公助の視点を含む）など、関連する公助・互助の取組についても記載します。
- ※ 千円単位の表は表示単位未満を四捨五入しているため、円単位の表と一致しない場合があります。
- ※ 第5章及び第6章の「0」は計画値又は実績値が0であることを、「－」は計画・実績の対象としていないこと又はサービス提供実績がないことを示します。
- ※ 介護給付等対象サービスの量の見込みは第5編 第6章に、地域支援事業の各年度の量の見込み及び確保方策は第4編 第3章 4「地域支援事業の推進」に定めます。第5編 第7章には、保険料算定との関係から地域支援事業費の見込額を掲載します。これらの見込量を確保するため、既存の事業所・施設、関係機関及び地域の活動主体との連携を基本に、利用状況、事業所の休廃止、人材確保、待機状況等を継続的に把握します。提供体制に変化が生じた場合は、県、近隣市町、関係事業者等と連携し、既存資源の活用、広域利用等を検討します。

第1章 第10期介護保険事業計画の重点事項

1 2040（令和22）年を見据えて

第10期計画では、第9期計画の基本的な考え方を継承しつつ、地域包括ケアシステムの深化・推進、医療・介護の連携強化、認知症の人等の支援、地域支援事業の推進等に重点的に取り組みます。

2040（令和22）年に向けて、介護と医療の複合的なニーズを持つ高齢者、特に85歳以上の高齢者、認知症高齢者、ひとり暮らし高齢者の増加が予想されます。一方で、生産年齢人口の減少により、介護人材をはじめとする支援の担い手の確保が一層困難になることが見込まれます。本町は、県の地域類型では中山間・人口減少地域に該当し、利用者の点在、移動負担、人材確保等に課題があります。地域ごとの人口動態、介護需要及び既存資源を把握し、将来変化も見据えた持続可能なサービス提供体制を構築します。

高齢者が住み慣れた地域で生きがいや役割を持ち、自立した日常生活を人生の最期まで続けることができるよう、限られた社会資源を効率的かつ効果的に活用します。

また、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制を構築し、医療・介護・福祉の多職種との連携を図りながら、地域で支え合う「地域共生社会」の実現を目指します。

- ・第9期：2024（令和6）年度～2026（令和8）年度
- ・**第10期：2027（令和9）年度～2029（令和11）年度**
- ・第11期：2030（令和12）年度～2032（令和14）年度
- ・第12期：2033（令和15）年度～2035（令和17）年度
- ・第13期：2036（令和18）年度～2038（令和20）年度
- ・第14期：2039（令和21）年度～2041（令和23）年度

2 第10期介護保険事業計画の重点事項一覧

第5編では、計画全体の10の重点目標のうち、介護保険事業との関係が深い事項を6つの重点事項として整理しています。各事項の詳細は、参照先に記載しています。

(1) 重点事項1

2040（令和22）年を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進と共生社会の実現

方 向 性	医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に確保される体制を推進し、地域共生社会の実現を目指します。
主な取組	「時間軸」と「地域軸」の両面から、人口減少やサービス需要の変化に応じた提供体制を構築していくことが重要です。中山間地域では介護需要が変化することを見据え、限りある社会資源を効率的に活用する必要があります。総合事業を地域づくりの手段と捉え、住民主体をはじめとする多様な主体による取組の普及・充実と、ICTの活用による生産性向上に資する取組を推進します。〔地域包括支援センターの機能強化、地域ケア会議、多職種連携等〕
参 照 先	第4編 第3章 5「地域包括ケアシステムの深化・推進」

◇ 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目

指標名	現状値（R7）	目標値（R11）	出典（本文参照先）
医療・保健専門職等の活動支援（保健師の地域活動）	76 回	80 回	P52 第4編 第3章 4（2）②
地域リハビリテーション専門職の地域活動回数	79 回	90 回	P53 第4編 第3章 4（2）②オ）
委託分（ランチ）による総合相談支援件数	39 件	継続実施	P65 第4編 第3章 5（1）②

(2) 重点事項2

在宅医療・介護連携の推進

方 向 性	医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で生活を継続できる体制を整備します。
主な取組	75 歳以上の増加に伴い、介護と医療の双方のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれます。入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症対応、感染症・災害時対応等の継続的な提供体制を維持することが重要です。医療・介護・福祉の多職種の緊密な連携が図れるよう取り組みます。〔入退院支援、日常療養支援、看取り、ACPの普及等〕
参 照 先	第4編 第3章 4（3）② ア）「在宅医療・介護連携の推進」

◇ 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目

指標名	現状値（R7）	目標値（R11）	出典（本文参照先）
在宅医療・介護連絡会代表者会の開催	2 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4（3）②ア）
在宅医療・介護連絡会専門職会議の開催	16 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4（3）②ア）
在宅医療・介護連絡会研修会の開催	1 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4（3）②ア）

(3) 重点事項3

認知症の人等の支援の推進

方 向 性	認知症の人が尊厳と希望を持ち、自分らしく暮らせる地域づくりを進めます。
主な取組	認知症基本法に基づき、共生社会の実現を基本とし、希望者が科学的知見に基づく適切な予防に取り組めるよう施策を推進することが重要です。認知症の人や家族の意見を踏まえ、若年性認知症を含めた支援及び社会参加支援に重点的に取り組みます。〔相談体制、認知症カフェ（オレンジカフェ）、チームオレンジ、認知症サポーター養成等〕
参 照 先	第4編 第3章 6「認知症施策推進計画（市町村計画）」

◇ 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目

指標名	現状値（R7）	目標値（R11）	出典（本文参照先）
認知症予防教室 開催回数	95 回	継続実施	P52 第4編 第3章 4（2）②イ）
認知症予防教室 参加延べ人数	1,561 人	継続実施	P52 第4編 第3章 4（2）②イ）
認知症サポーター養成講座（小・中学校）	6 回・158 人	8 回・180 人	P76 第4編 第3章 6（3）①
認知症サポーター養成講座（地域住民）	1 回・20 人	3 回・100 人	P76 第4編 第3章 6（3）①
認知症サポーター数（延べ人数）	5,954 人	6,100 人	P77 第4編 第3章 6（3）②
キャラバン・メイト数（実数）	148 人	160 人	P77 第4編 第3章 6（3）②
サポーター養成講座開催数（延べ回数）	217 回	225 回	P77 第4編 第3章 6（3）②

(4) 重点事項4

地域支援事業の推進

方 向 性	自立支援、介護予防、重度化防止及び生活支援を一体的に進めます。
主な取組	通いの場（いきいき百歳体操）を中心に、生活習慣の改善や介護予防への意識づけを進めます。また、認知症予防事業（わくいき健幸教室・元気アップスクール）の町内全域への展開に取り組みます。住民主体を基本に、医療関係職種と連携した介護予防・生活支援体制の構築に努めます。高齢者のフレイル予防、重度化予防、介護予防に重点を置いた保健事業と介護予防の一体的な実施について、関係部署と連携しながら取り組みます。〔総合事業、通いの場、通所型サービスB、生活支援体制整備等〕
参 照 先	第4編 第3章 4「地域支援事業の推進」

◇ 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目

指標名	現状値（R7）	目標値（R11）	出典（本文参照先）
まごころサービス利用者会員数	12 人	20 人	P51 第4編 第3章 4（2）①エ）
まごころサービス協力員会員数	10 人	20 人	P51 第4編 第3章 4（2）①エ）
まごころサービス延べ利用回数	37 回	50 回	P51 第4編 第3章 4（2）①エ）

指標名	現状値 (R7)	目標値 (R11)	出典 (本文参照先)
通所型サービス B 実施箇所数	5 か所	5 か所以上	P50 第4編 第3章 4 (2) ① ウ)
いきいき百歳体操 教室数・自治会数	40 教室 64 自治会	継続実施	P53 第4編 第3章 4 (2) ② ウ)
いきいき百歳体操 参加人数	775 人	継続実施	P53 第4編 第3章 4 (2) ② ウ)

(5) 重点事項5

介護人材の確保と介護現場の生産性向上

方 向 性	限られた人材で必要なサービスを維持できるよう、事業者と連携して取り組みます。
主な取組	生産年齢人口の減少に伴い、介護人材の確保が一層困難になることが見込まれます。本町は、新規確保に過度に依存するのではなく、現職人材の定着と有効活用を基本に、限られた人材で持続可能なサービス提供体制を維持することを目指します。県の人材確保・介護現場革新・テクノロジー導入支援を活用し、職場改善、人材参入、ICT活用及び業務・経営改善を支援します。また、県及び関係団体による人材確保・生産性向上支援を活用し、介護人材の確保・定着を進めます。〔人材確保、職場環境改善、ICT活用、業務効率化等〕
参 照 先	第4編 第3章 5 (5) 「地域包括ケアシステムを支える人材の確保、質の向上及び介護現場の生産性向上」

◇ 主な成果指標 (K P I) ・ 活動指標 ・ 体制指標及び取組項目

指標名	現状値 (R7)	目標値 (R11)	出典 (本文参照先)
福祉資格取得助成事業の活用	継続実施	継続実施	P69 第4編 第3章 5 (5)
介護職員初任者研修の開催	継続実施	継続実施	P69 第4編 第3章 5 (5)

(6) 重点事項6

災害・感染症対策の推進

方 向 性	有事においても必要な介護サービスを継続できる体制を整備します。
主な取組	平常時からの備えと業務継続体制を整備し、災害・感染症発生時にも介護サービス提供体制を確保します。第9期計画の進捗管理結果を踏まえ、PDCAサイクルにより計画の実効性を高めます。〔BCP、避難支援、感染症対策、関係機関連携等〕
参 照 先	第4編 第2章 5 「防災・減災のまちづくりの推進」及び 6 「新型インフルエンザ等の感染症対策の推進」

◇ 主な成果指標（KPI）・活動指標・体制指標及び取組項目

指標名	現状値（R7）	目標値（R11）	出典（本文参照先）
高齢者施設の協力医療機関確保（3要件）	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3 （重点目標6）
協力事業所・協力団体の登録数	92 団体・事業所	100 団体・事業所	P38 第4編 第2章 4（1）
災害時避難行動要支援者名簿の作成	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（2） ①
個別避難計画の作成（災害時避難行動要支援者）	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（2） ②

※ 8つの高齢者施設は5つの医療機関と協力医療機関として連携しています。

3 特別地域加算等、特定地域サービス及び特定地域居宅サービス等事業

本町は中山間地域を多く有し、介護サービスの提供には、利用者宅への移動、介護人材の確保、利用者の点在による事業運営の非効率性など、地域特有の課題があります。今後、人口減少や高齢化に伴う需要や提供体制の変化も見込まれるため、地域の実情に応じて必要なサービスを持続的に確保する必要があります。

特別地域加算は、離島や中山間地域など、サービスの提供に一定の困難を伴う地域に所在する事業所等について、介護報酬を加算する仕組みです。移動距離や移動時間の増加、介護人材の確保の困難さなどを介護報酬上評価することにより、事業者によるサービス提供の継続を支援し、地域における介護サービス提供体制の維持を図るものです。

本町における特別地域加算の対象地域は、佐用、平福、江川、力万、須安、宇根、西大畠、小日山、目高、寄延、上月、仁位、早瀬、多賀、中島、米田、小山、安川、土井、宝蔵寺、下徳久、林崎、東徳久、西徳久及び平松の25地域です。一方、対象地域以外にも、山間部における移動、冬季の道路状況、利用者宅の点在などにより、サービスの提供に一定の困難を伴う地域があります。

山村振興法に基づく振興山村として、旧佐用町のうち旧長谷村及び旧石井村、旧上月町のうち旧久崎町及び旧幕山村、旧南光町のうち三河村並びに旧三日月町のうち旧三日月町及び旧大広村の区域が指定されています。ただし、特別地域加算の対象地域は、関係法令や国の基準等に基づいて定まるため、町が地域の実情のみをもって独自に追加することはできません。

第10期介護保険事業計画期間においては、サービス種別ごとの事業所及び施設の数、その推移並びにサービスの利用状況等を把握するとともに、事業者の意見を聴き、サービス提供上の課題を地域ごとに整理します。

また、また、国で制度化が検討されている「特定地域サービス」等について、関係法令の成立・施行状況、人員・設備・運営基準及び介護報酬等を確認します。併せて、国・県が示す対象地域や基準等を確認し、本町の地域特性に応じたサービスの確保方策を検討します。さらに、必要なサービスの量、質及び安全性の確保、実施状況の把握並びに介護保険外サービスとの適切な連携についても検討します。

第2章 介護保険サービス利用者等の状況

1 被保険者数の推計

第2編 第2章 4「総人口及び高齢者人口の推計」及び5「前期高齢者と後期高齢者の推計」のとおり、第1号被保険者数は、2027（令和9）年度から減少する見込みです。また、40歳から64歳までの第2号被保険者数も、減少すると見込まれます。

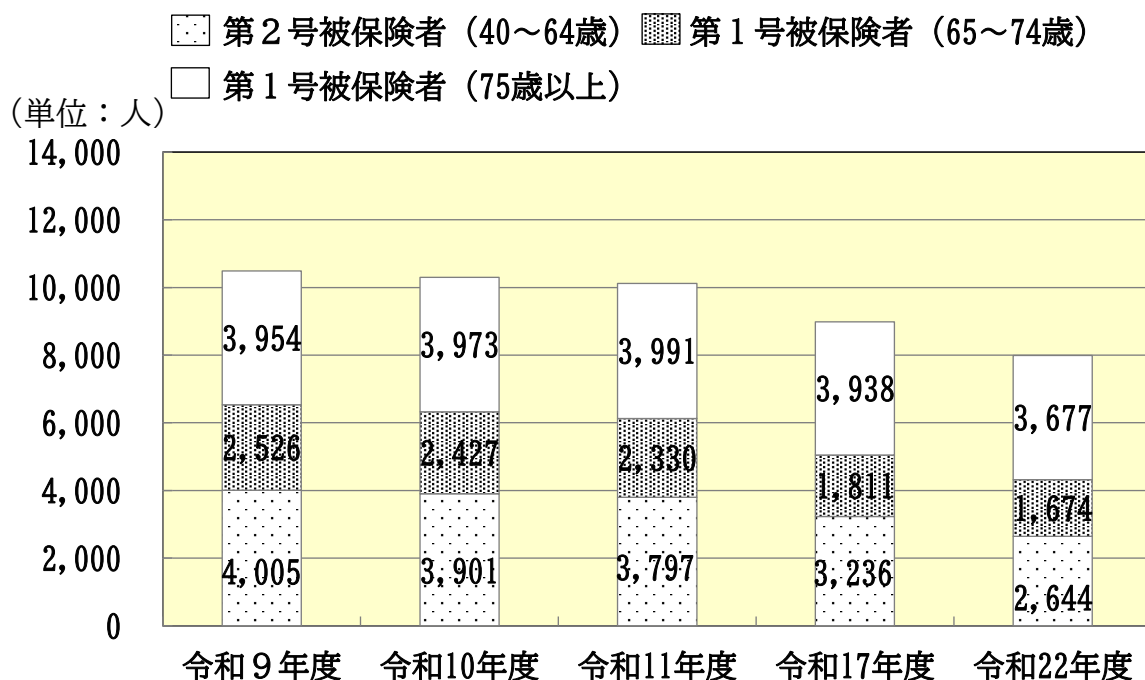
一方で、第1号被保険者のうち75歳以上の人は、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度にかけて増加すると見込まれます。75歳以上の高齢者は、介護や医療のニーズが高まりやすいことから、今後の介護保険サービス及び地域支援事業の見込みにおいて重要な要素となります。被保険者数は、年齢別人口を基礎に推計しています。

◇ 被保険者の推計（単位：人）（表5－1）

区 分	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和17年度	令和22年度
第1号被保険者(人)	6,480	6,400	6,321	5,749	5,351
65～74歳人口	2,526	2,427	2,330	1,811	1,674
75歳以上人口	3,954	3,973	3,991	3,938	3,677
第2号被保険者(人) (40～64歳)	4,005	3,901	3,797	3,236	2,644
合 計 (人)	10,485	10,301	10,118	8,985	7,995

※ 第1号被保険者数は、地域包括ケア「見える化」システムに登録した65歳以上人口の推計値を基礎としているため、表2－3と同数です。実績値は、住所地特例等により、住民基本台帳上の65歳以上人口と一致しない場合があります。

（図5－1）



【推計の方法】

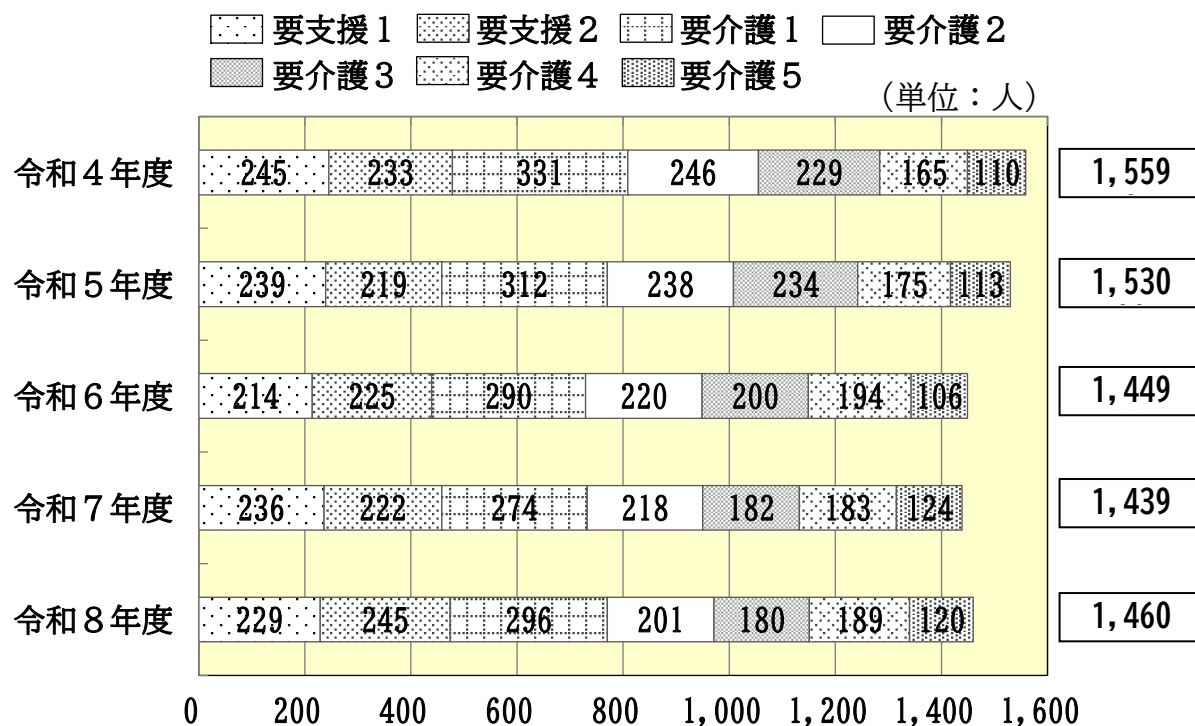
被保険者数の推計値は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」資料と佐用町の被保険者割合を加味し求めています。

2 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数及び認定率の推移

要介護・要支援認定者数は、2022（令和4）年度以降、減少傾向で推移していましたが、2026（令和8）年度には微増となっています。介護度別では、要支援1及び要介護1の認定者数が全体の大きな割合を占めています。

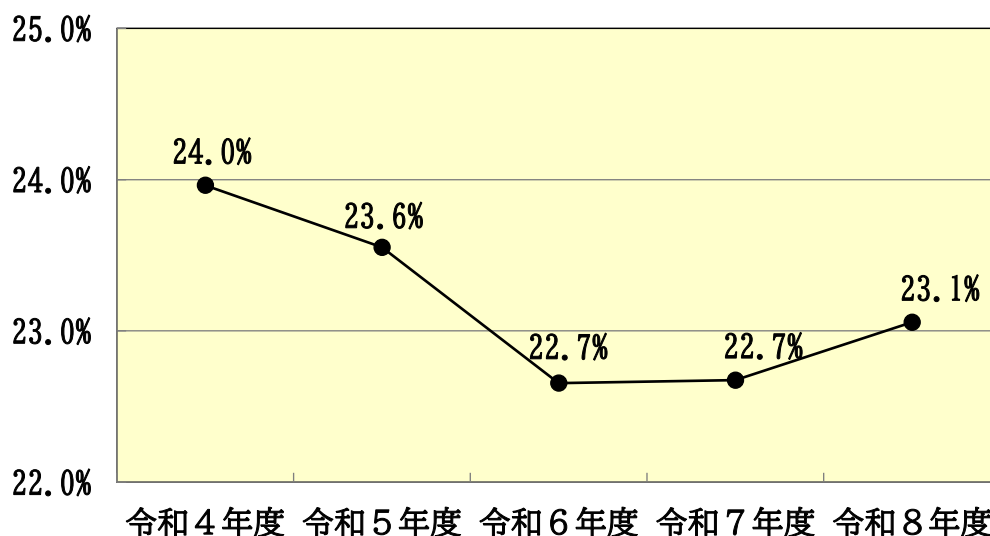
また、第1号被保険者の要介護・要支援認定率は23.0%前後で推移しており、2026（令和8）年8月末現在では、第1号被保険者6,332人のうち1,460人が要介護・要支援認定を受け、認定率は23.1%となっています。

◇ 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数の推移（単位：人）（図5-2）



※ 地域包括ケア「見える化」システム、各年度3月末現在。ただし、2026（令和8）年度は介護保険事業状況報告、8月末現在。

◇ 第1号被保険者の要介護・要支援認定率の推移（図5-3）



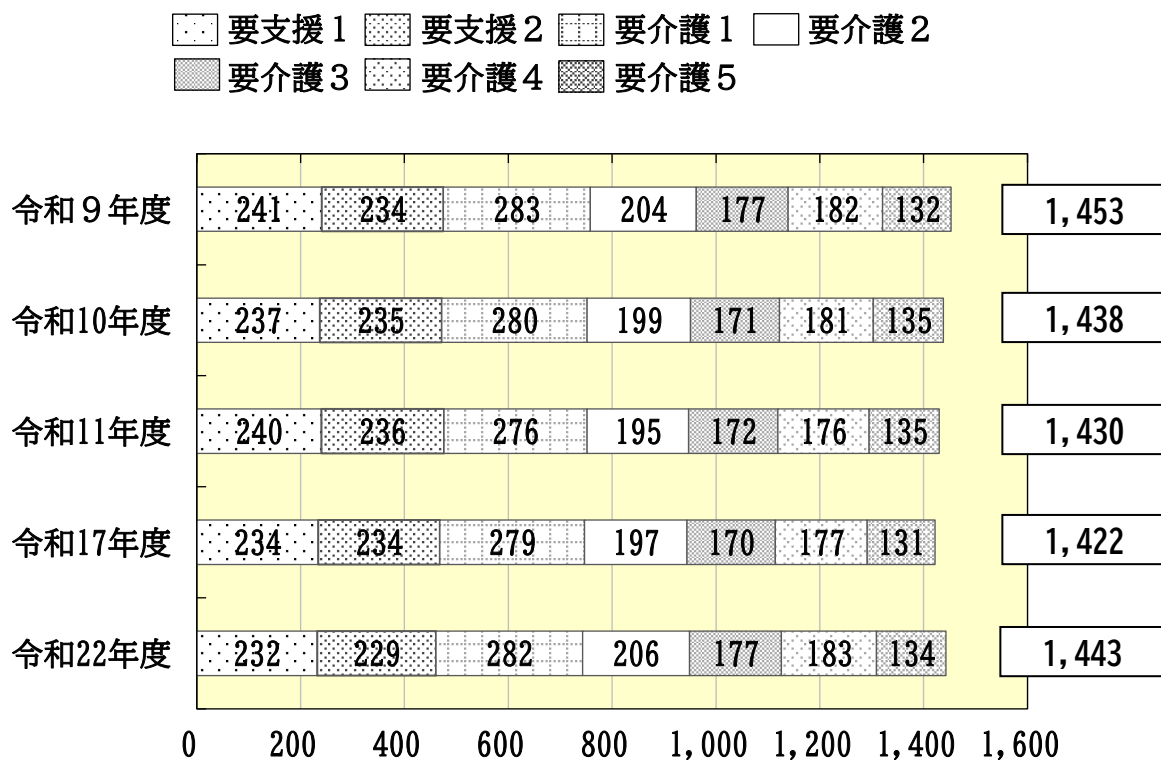
※ 地域包括ケア「見える化」システム、各年度3月末現在。ただし、2026（令和8）年度は介護保険事業状況報告、8月末現在。

3 要介護・要支援認定者数の推計

要介護度別の要介護・要支援認定者数の推計では、認定者全体が2027（令和9）年度に1,453人、2040（令和22）年度に1,443人と、ほぼ横ばいで推移する見込みです。

介護度別では、要介護1の全体に占める割合が比較的大きくなっています。今後も、介護予防、重度化防止、自立支援の取組を進め、必要な介護サービスを適切に提供する体制を確保することが重要です。

◇ 要介護度別の要介護・要支援認定者数の推計（単位：人）（図5－4）



（表5－2）

区 分	令和9年度		令和10年度		令和11年度		令和17年度		令和22年度	
要支援1	241	16.6%	237	16.5%	240	16.8%	234	16.5%	232	16.1%
要支援2	234	16.1%	235	16.3%	236	16.5%	234	16.5%	229	15.8%
要介護1	283	19.5%	280	19.5%	276	19.3%	279	19.6%	282	19.5%
要介護2	204	14.0%	199	13.8%	195	13.7%	197	13.8%	206	14.3%
要介護3	177	12.2%	171	11.9%	172	12.0%	170	12.0%	177	12.3%
要介護4	182	12.5%	181	12.6%	176	12.3%	177	12.4%	183	12.7%
要介護5	132	9.1%	135	9.4%	135	9.4%	131	9.2%	134	9.3%
合 計	1,453	100.0%	1,438	100.0%	1,430	100.0%	1,422	100.0%	1,443	100.0%

※ 地域包括ケア「見える化」システム将来推計

【推計の方法】

被保険者数の推計値は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」資料と佐用町の被保険者割合を加味し求めています。

4 認知症高齢者の日常生活自立度集計

認知症高齢者の日常生活自立度とは、認知症の高齢者について、日常生活における自立の程度を段階的に示す指標です。本計画では、その区分ごとの状態像を、見守り、介護又は専門医療の必要性を含めて説明します。

なお、これは認知症の医学的診断名ではなく、生活上の支障の程度を表す区分です。

◇ 佐用町及び兵庫県認知症高齢者の日常生活自立度集計

佐用町の認知症高齢者の日常生活自立度の延べ集計数は、2020（令和2）年度の1,790件から2023（令和5）年度には1,945件まで増加しましたが、2024（令和6）年度には1,890件に減少しました。ただし、二時点の延べ集計では2020（令和2）年度を100件上回ります。区分別では、「自立」は20%前後で推移しています。

2020（令和2）年度と2024（令和6）年度を比較すると、「Ⅱa」は増加している一方、「Ⅱb」は2023（令和5）年度まで増加した後、2024（令和6）年度に減少しています。

一方、「Ⅲa」は2021（令和3）年度以降減少しているものの、佐用町の割合は県割合を上回っています。「Ⅲb」も県割合を上回っています。「Ⅳ」は2020（令和2）年度から2023（令和5）年度までは県割合を下回っていましたが、2024（令和6）年度には県割合を上回っています。特に「Ⅳ」は2020（令和2）年度の64件から2024（令和6）年度には108件へ増加しており、常時介護を必要とする区分の延べ件数が増加していることから、重度者への支援体制を確保する必要があります。

区分	R 2年度			R 3年度			R 4年度			R 5年度			R 6年度		
	佐用町		県	佐用町		県	佐用町		県	佐用町		県	佐用町		県
	延べ件数	割合	割合	延べ件数	割合	割合	延べ件数	割合	割合	延べ件数	割合	割合	延べ件数	割合	割合
自立	365	20.4	22.8	369	19.4	22.5	400	20.8	22.5	417	21.4	22.4	373	19.7	22.2
I	274	15.3	22.3	296	15.5	21.5	269	14.0	21.5	277	14.2	21.8	296	15.7	22.0
Ⅱ a	199	11.1	10.1	235	12.3	10.1	237	12.3	9.7	233	12.0	9.5	240	12.7	9.9
Ⅱ b	352	19.7	22.2	359	18.8	22.4	395	20.5	23.0	402	20.7	23.6	379	20.1	23.6
Ⅲ a	419	23.4	14.3	459	24.1	14.9	440	22.9	15.1	424	21.8	14.9	385	20.4	14.8
Ⅲ b	116	6.5	3.0	114	6.0	3.1	101	5.3	3.0	99	5.1	2.8	104	5.5	2.7
Ⅳ	64	3.6	4.8	72	3.8	5.1	79	4.1	5.0	88	4.5	4.7	108	5.7	4.7
M	1	0.1	0.4	1	0.1	0.4	2	0.1	0.4	5	0.3	0.3	5	0.3	0.3
合計	1,790	100.0	100.0	1,905	100.0	100.0	1,923	100.0	100.0	1,945	100.0	100.0	1,890	100.0	100.0

※ 出典は、厚生労働省「介護保険総合データベース」（2025（令和7）年9月10日現在）です。各年4月末日及び10月末日の二時点において要支援・要介護認定を受けていた者を集計対象としているため、同一人の重複を含みます。また、認定者ごとに直近の要介護認定時点が異なることに留意が必要です。

◇ 区分の概要

区分	状態のイメージ
自立	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準上、自立と判定された状態
I	何らかの認知症の症状はあるが、日常生活は家庭内・社会的におおむね自立している
II	日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難が多少みられるが、誰かが注意していれば自立できる
II a	IIの状態が、主に家庭外でみられる
II b	IIの状態が、家庭内でもみられる
III	日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難がみられ、介護を必要とする
III a	IIIの状態が、主に日中を中心にみられる
III b	IIIの状態が、主に夜間を中心にみられる
IV	日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難が頻繁にみられ、常に介護が必要
M	著しい精神症状や行動上の課題、重篤な身体疾患等がみられ、専門医療を必要とする

※ 「II」及び「III」は、それぞれ「II a・II b」及び「III a・III b」をまとめた上位区分であり、上表の独立した集計区分ではありません。

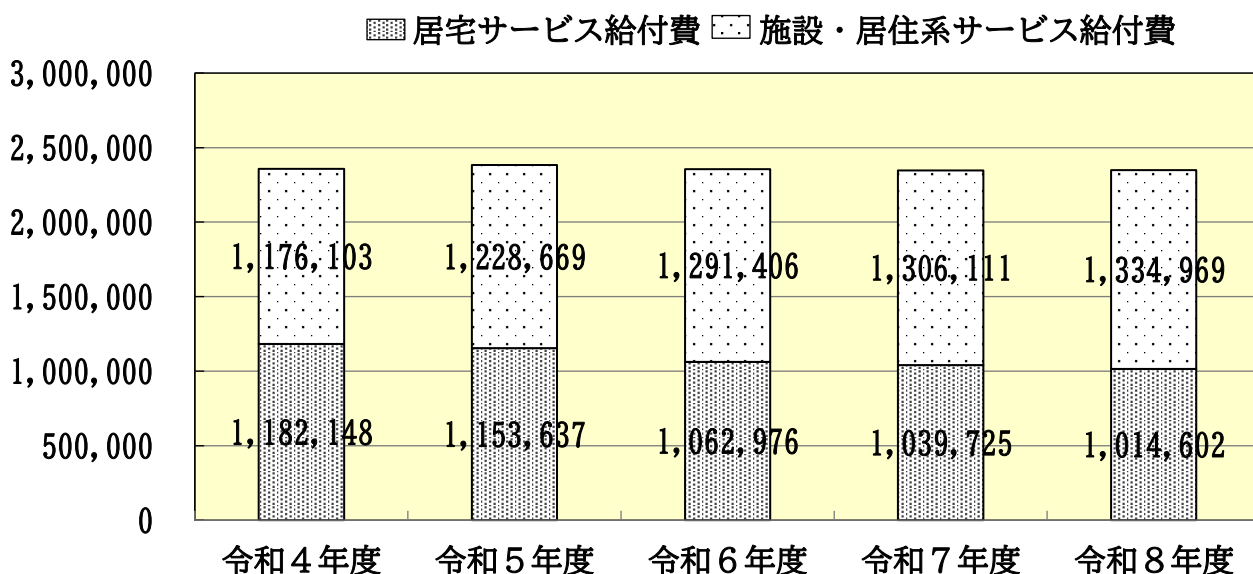
5 介護サービスの給付費の状況

介護サービスの給付費について、居宅サービス等と施設・居住系サービスを合わせた額は、全体としてほぼ横ばいで推移しています。

居宅サービス等の給付費は減少傾向にある一方、施設・居住系サービス給付費は増加傾向にあります。なお、2026（令和8）年度は介護保険事業状況報告によるため、実績見込み値です。

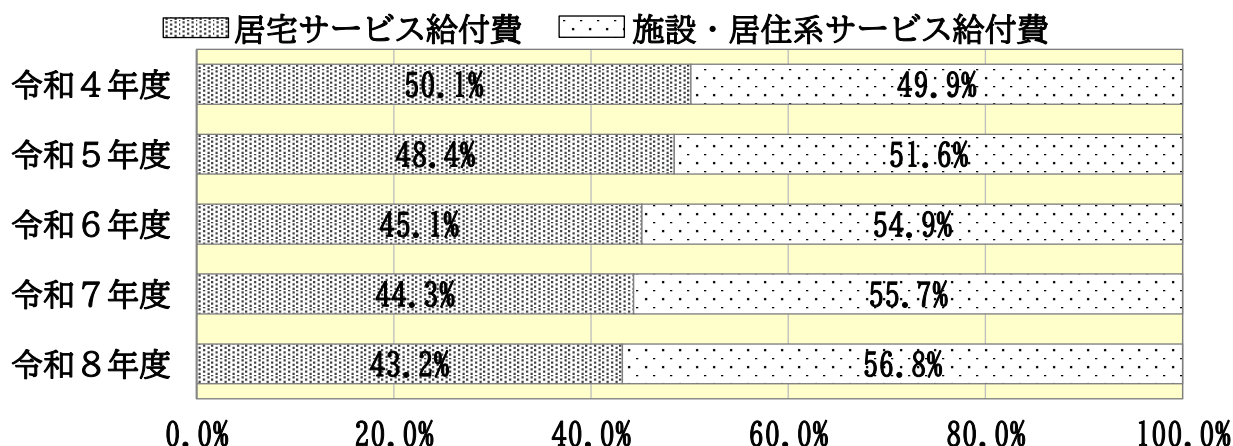
給付費の割合に着目すると、介護サービス全体に占める施設・居住系サービス給付費の割合が増加傾向にあります。

◇ 居宅サービス等、施設・居住系サービス別給付費の推移（単位：千円）（図5－5）



※ 2022（令和4）年度から2025（令和7）年度までは地域包括ケア「見える化」システム、2026（令和8）年度は8月実績に基づく年度見込み値

◇ 介護サービスの給付費の構成割合の推移（図5－6）



※ 2022（令和4）年度から2025（令和7）年度までは地域包括ケア「見える化」システム、2026（令和8）年度は8月実績に基づく年度見込み値

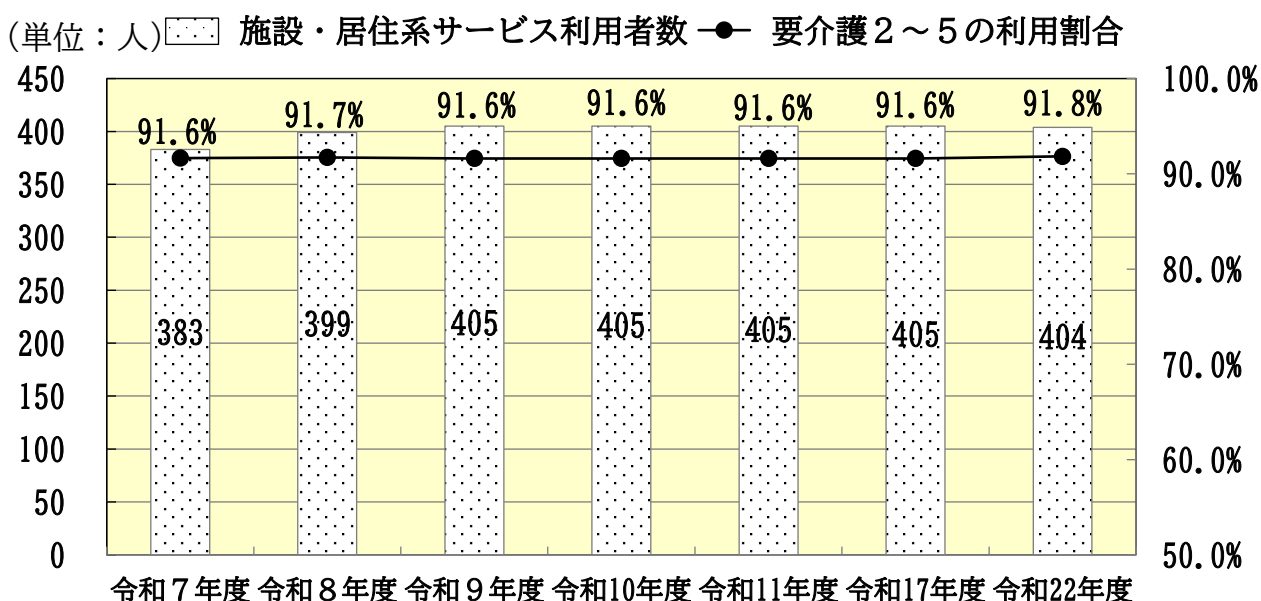
6 施設・居住系サービス利用者の推移及び推計

施設・居住系サービス利用者とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護の利用者です。

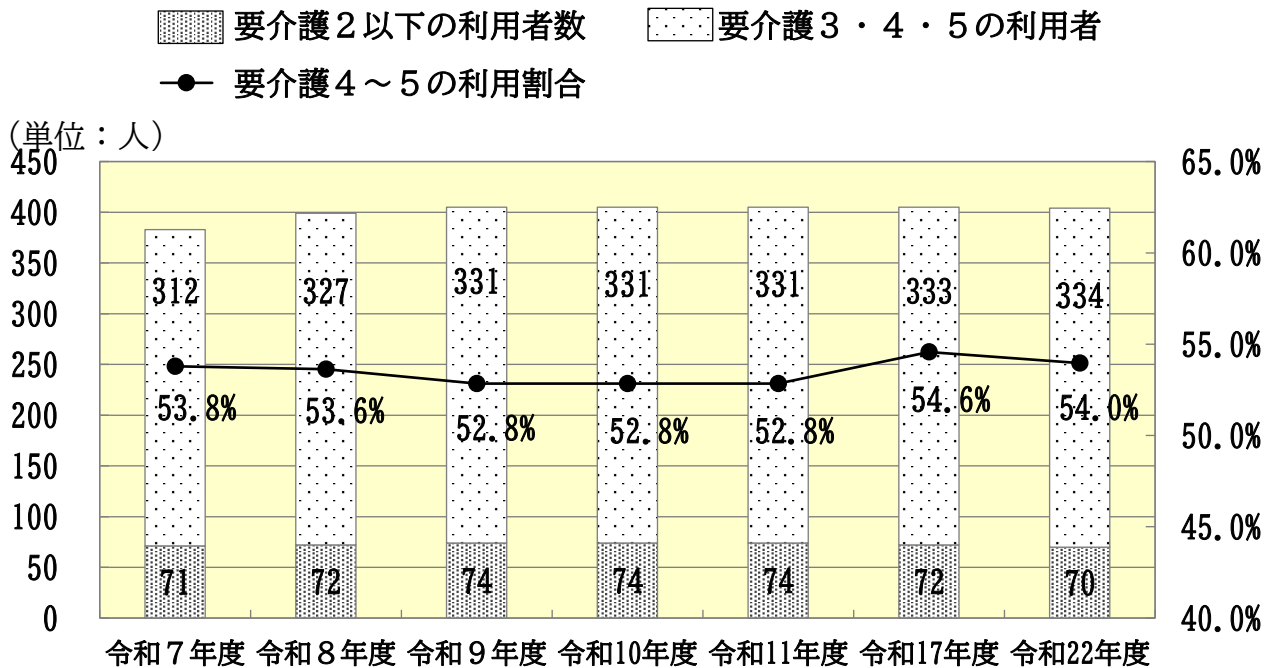
施設・居住系サービス利用者の推計は、2027（令和9）年度以降、おおむね横ばいで推移すると見込まれます。要介護2～5の認定者に占める施設・居住系サービス利用者の割合は、2026（令和8）年度以降、おおむね横ばいで推移する見込みです。また、施設・居住系サービス利用者を介護度別にみても、ほぼ横ばいで推移すると見込まれます。

2025（令和7）年度は実績値、2026（令和8）年度は地域包括ケア「見える化」システムによる実績見込み値、2027（令和9）年度以降は同システムによる推計値です。

◇ 施設・居住系サービス利用者数等と要介護2～5の利用割合の推移及び推計（図5－7）



◇ 中重度認定者の施設・居住系サービス利用者数と利用割合の推移及び推計（図５－８）



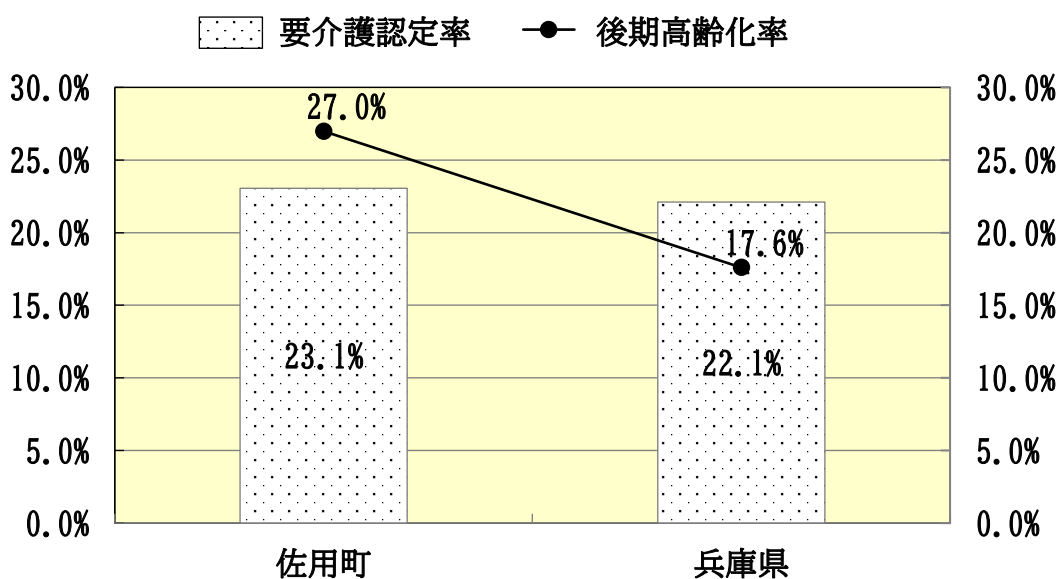
7 県内における本町の状況

（１）後期高齢化率（総人口に占める 75 歳以上人口の割合）と要介護認定率の比較

本町の 2026（令和 8）年 8 月末現在（介護保険事業状況報告）の後期高齢化率は 27.0%であり、2026（令和 8）年 1 月 1 日現在（総務省の住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数）の兵庫県平均 17.6%を大きく上回っています。

また、2026（令和 8）年 8 月末現在（介護保険事業状況報告）の要介護認定率は 23.1%であり、2026（令和 8）年 3 月末現在（介護保険事業状況報告）の兵庫県平均 22.1%を上回っています。

◇ 後期高齢化率と要介護認定率の比較（図５－９）



※ 佐用町と兵庫県平均では基準日が異なるため、比較に当たっては留意が必要です。

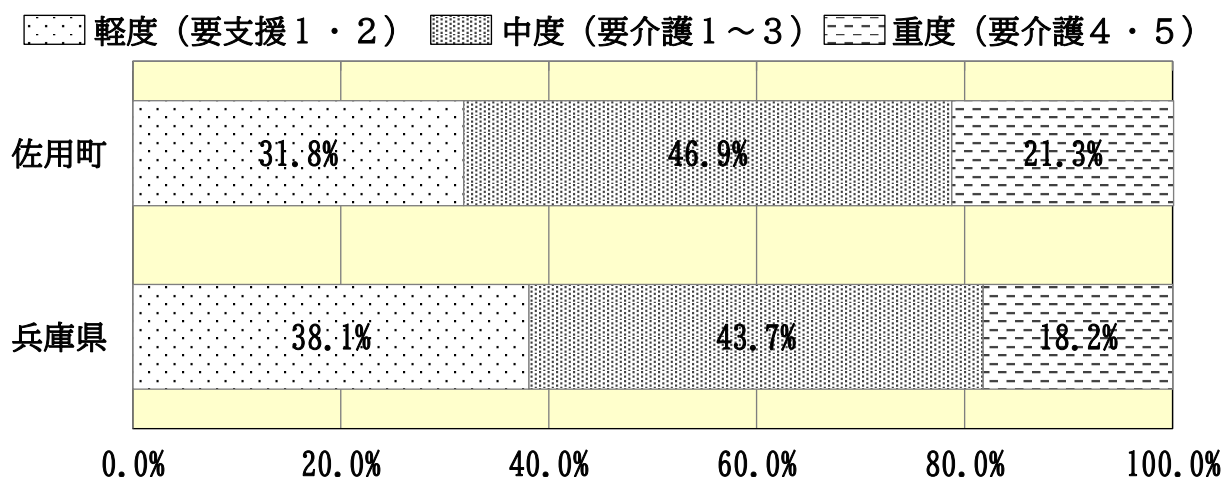
※ 後期高齢化率とは、総人口に占める 75 歳以上人口の割合です。

(2) 介護度別認定者割合の比較

ここでは、要支援１・２を軽度、要介護１～３を中度、要介護４・５を重度として整理しています。

介護度別認定者割合では、本町は兵庫県と同様に、軽度者及び重度者の割合が比較的少なく、中度者の割合が高い傾向にあります。

◇ 介護度別認定者割合の比較（図５－１０）



※ 地域包括ケア「見える化」システム 2025（令和７）年度実績値

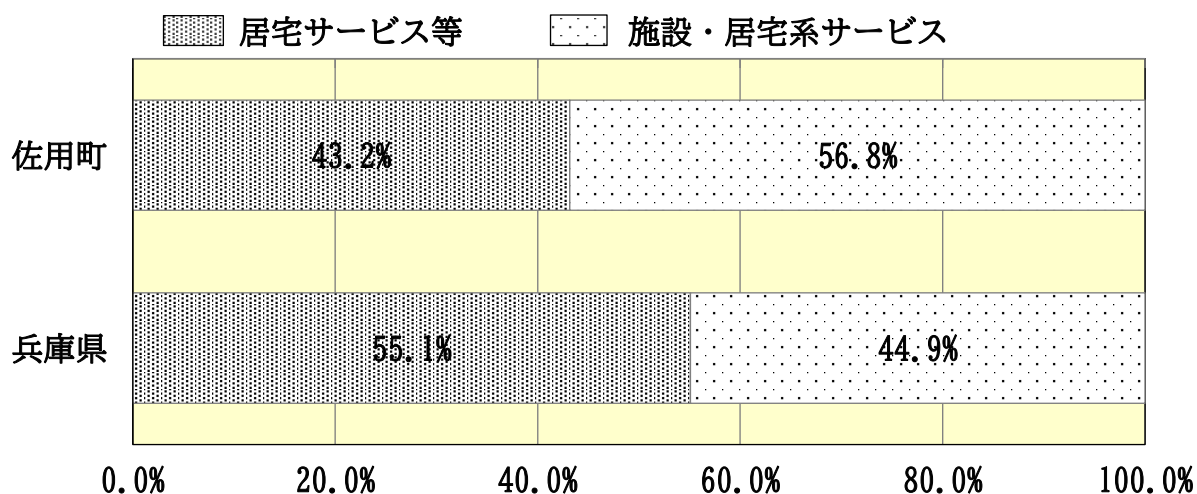
※ 「軽度」「中度」「重度」は、本計画における比較のための区分であり、介護保険法上の区分ではありません。

(3) 居宅サービス等及び施設・居住系サービス別の給付費構成割合の比較

居宅サービス等及び施設・居住系サービス別の給付費の構成割合について、本町は居宅サービス等 43.2%、施設・居住系サービス 56.8%となっています。

兵庫県と比較すると、本町では介護サービス給付費全体に占める施設・居住系サービスの割合が高くなっています。

◇ 居宅サービス等、施設・居住系サービス別の給付費構成割合の比較（図５－１１）

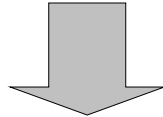


※ 佐用町は、介護保険事業状況報告による 2026（令和８）年度実績見込み値

※ 兵庫県は、地域包括ケア「見える化」システム 2025（令和７）年度実績値

県内平均との比較で見えてくる本町の状況

- 後期高齢化率及び要介護認定率は、兵庫県平均を上回っています。
- 要介護度別認定者割合は、県と同様に軽度者・重度者が少なく、中度者の割合が高い傾向にあります。
- 施設・居住系サービスの利用割合は、兵庫県平均を上回っています。



本町では、後期高齢化率が高く、中度の認定者の割合が高いこと、また施設・居住系サービスの利用割合も高いことから、地域や家庭での介護だけでは支えきれないケースが少なくないことがうかがえます。

今後は、高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、介護予防や重度化防止、自立した日常生活への支援を進めるとともに、地域包括ケアシステムの深化・推進を図り、住民や関係機関と協働して地域の実情に応じた取組を進めます。

第3章 日常生活圏域の設定

第3期計画以来、高齢者への支援を身近な地域で提供するという考え方にに基づき、日常生活圏域を設定しています。

日常生活圏域の設定に当たっては、地理的条件、人口、旧行政区、住民の生活形態、地域づくりの活動単位、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況等、地域的特性を踏まえています。

これらの要素に基づき、旧行政区である佐用地域、上月地域、南光地域、三日月地域の4つの圏域に区分し、日常生活圏域を設定しています。

第10期計画においても同じ4圏域を継続し、圏域ごとの人口、認定者数、事業所、サービス利用及び人材の状況を把握します。また、訪問系サービス等の提供状況、事業所・人材の偏在を確認し、広域利用を含む課題を整理します。

◇ 各圏域の人口等（2026（令和8）年3月末現在）（表5－3）

	人口（人）	高齢者人口（人）	高齢化率（％）	面積（km ² ）
佐用地域	5,892	2,494	42.3	115.85
上月地域	3,285	1,560	47.5	91.54
南光地域	2,832	1,396	49.3	49.86
三日月地域	2,118	982	46.4	50.19
合 計	14,127	6,432	45.5	307.44

※ 人口及び高齢者人口は、2026（令和8）年3月末現在の住民基本台帳によります。

※ 本表の高齢者人口（6,432人）及び高齢化率（45.5％）は、2026（令和8）年3月末現在の数値です。「はじめに」及び第2編に掲げる全町集計値（高齢者人口6,427人、高齢化率45.8％）は、2026（令和8）年8月末現在の数値であり、基準日が異なるため、数値に差があります。

◇ 各圏域の認定者数（第1号＋第2号）（表5－4）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
佐用地域	98	63	120	94	71	73	58	577
上月地域	57	60	67	49	51	50	41	375
南光地域	59	68	55	46	38	39	17	322
三日月地域	41	40	44	27	18	23	18	211
合 計	255	231	286	216	178	185	134	1,485

※ 2026（令和8）年3月末現在、介護保険システムから抽出。

※ 本表は、第1号被保険者及び第2号被保険者の認定者を合計した数値であるため、第5編 第2章 2に掲載する第1号被保険者のみの認定者数とは対象範囲が異なります。

第4章 日常生活圏域と施設等の整備状況

本町では、増加傾向にある認知症の人等に対して適切なサービスを提供するための認知症対応型共同生活介護、高齢者が住み慣れた地域で可能な限り生活が継続できるようにするための小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、施設サービス（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）等の施設整備に取り組んできました。

以下は、これらの整備状況と日常生活圏域ごとの高齢者人口及び認定者数との比較です。

◇ 地域密着型サービスと各圏域との比較（2026（令和8）年4月現在）（表5－5）

	佐用地域	上月地域	南光地域	三日月地域	計（全圏域）
小規模多機能型居宅介護 登録定員	定員 29 人	定員 29 人	定員 47 人 (本体29人・サテライト18人)	定員 29 人	定員 134 人
登録定員の圏域別高齢者 人口に対する割合	1.16%	1.86%	3.37%	2.95%	2.08%
登録定員と圏域別 認定者との比較	5.03%	7.73%	14.60%	13.74%	9.02%
認知症対応型共同生活介護 利用定員	—	—	—	定員 18 人	定員 18 人
利用定員と圏域別高齢者 人口との比較	—	—	—	1.83%	0.28%
利用定員と圏域別 認定者との比較	—	—	—	8.53%	1.21%
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護利用定員	—	定員 17 人	—	—	定員 17 人
利用定員と圏域別高齢者 人口との比較	—	1.10%	—	—	0.26%
利用定員と圏域別 認定者との比較	—	4.53%	—	—	1.14%

※ 高齢者人口及び認定者数は、第5編 第3章「日常生活圏域の設定」に掲載した数値によります。

◇ 施設サービスと各圏域との比較（2026（令和8）年4月現在）（表5－6）

	佐用地域	上月地域	南光地域	三日月地域	計（全圏域）
介護老人福祉施設 利用定員	定員 100 人	定員 56 人	定員 40 人	定員 60 人	定員 256 人
利用定員と圏域別高齢者 人口との比較	4.01%	3.59%	2.87%	6.11%	3.98%
利用定員と圏域別 認定者との比較	17.33%	14.93%	12.42%	28.44%	17.24%

	佐用地域	上月地域	南光地域	三日月地域	計（全圏域）
介護老人保健施設 利 用 定 員	定員 52 人	—	定員 84 人	—	定員 136 人
利用定員と圏域別高齢者 人 口 と の 比 較	2.09%	—	6.02%	—	2.11%
利用定員と圏域別 認 定 者 と の 比 較	9.01%	—	26.09%	—	9.16%
介 護 医 療 院 利 用 定 員	定員 50 人	—	—	—	定員 50 人
利用定員と圏域別高齢者 人 口 と の 比 較	2.00%	—	—	—	0.78%
利用定員と圏域別 認 定 者 と の 比 較	8.67%	—	—	—	3.37%

※ 高齢者人口及び認定者数は、第5編 第3章「日常生活圏域の設定」の数値によります。

◇ 町内の施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び認知症対応型
共同生活介護の利用定員と各圏域人口等との参考比較（2026（令和8）年4月現在）
（表5－7）

	佐用地域	上月地域	南光地域	三日月地域	計（全圏域）
対象施設等の利用定員計	定員 202 人	定員 73 人	定員 124 人	定員 78 人	定員 477 人
圏域別高齢者人口との比較	8.1%	4.7%	8.9%	7.9%	7.4%
圏域別認定者（要介護 3～5）との比較	100.0%	51.4%	131.9%	132.2%	96.0%
圏域別認定者（要介護 1～5）との比較	48.6%	28.3%	63.6%	60.0%	47.7%
圏域別認定者との比較	35.0%	19.5%	38.5%	37.0%	32.1%

※ 高齢者人口及び認定者数は、第5編 第3章「日常生活圏域の設定」の数値によります。

※ 対象施設等の利用定員計は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び認知症対応型共同生活介護の定員の合計です。小規模多機能型居宅介護及び、定員ではなく利用見込みで把握している特定施設入居者生活介護は含みません。

※ 圏域別認定者（要介護3～5）との比較が100%を超える圏域は、その圏域内の重度（要介護3～5）認定者数を、表5－7に掲げる施設サービス等の利用定員が上回っていることを示します。これは、これらの施設サービス等が当該圏域の住民のみを対象とするものではなく、他の圏域や町外からの利用者也受け入れているためであり、必ずしも当該圏域内で定員が過剰であることを意味するものではありません。

※ 本表は、町内に所在する施設等の利用定員を、圏域別人口及び認定者数と参考比較したものです。実際の利用者には町外居住者が含まれる一方、町民が町外施設を利用する場合もあるため、圏域内の需給状況を直接示すものではありません。また、本章の利用定員は町内に所在する施設・事業所の定員を示し、第6章の利用見込量は本町の被保険者による町内外のサービス利用量を示すため、両者は一致しません。

※ サービス付き高齢者向け住宅は、住宅としての登録制度であり、本表の施設・居住系サービス等の利用定員には含めていません。なお、特定施設入居者生活介護の指定を受ける住宅については、介護保険上の居住系サービスに該当します。

※ 居住系サービスである特定施設入居者生活介護は、2026（令和8）年度に月平均13人の利用を見込んでいます。

本町では、日常生活圏域ごとの高齢化の状況や介護サービス基盤の状況等を勘案し、重点的に整備が必要な圏域について、地域密着型サービスの基盤整備を進めてきました。その結果、全圏域で小規模多機能型居宅介護事業所が整備されています。

また、従前より整備されている施設系サービスに加え、サービス付き高齢者向け住宅も各圏域に整備されています。

表5-7の割合は、町内施設等の利用定員と認定者数を単純に比較した参考値であり、実際の需給状況を直接示すものではありません。町内外の施設利用状況、施設の稼働状況、待機状況、本人及び家族の意向、在宅生活の継続に関する意向並びに今後の介護需要を総合的に勘案し、第10期計画期間中は、新たな定員増を伴う施設整備を見込まないこととします。

このため、第10期計画期間の各年度における必要利用定員総数は、認知症対応型共同生活介護については三日月圏域18人、その他の圏域0人、地域密着型特定施設入居者生活介護については全圏域0人、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については上月圏域17人、その他の圏域0人とします。第10期計画期間中は、新たな定員増を伴う整備を見込まないため、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度まで各年度同数とします。

第10期は新設を予定せず、既存資源の活用・機能転換、訪問系・多機能型サービスの必要性及び広域利用を含め、提供動向を把握します。ただし、計画期間中に介護需要や事業所の動向に大きな変化が生じた場合は、介護保険運営協議会において改めて検討します。一方で、既存事業所と連携し、利用促進と利用の適正化を図るとともに、事業所の意向及び地域の介護ニーズを把握し、必要に応じて県その他の関係機関と情報共有・調整を行います。

第5章 第9期介護保険サービス量の計画値と実績値

介護給付及び介護予防給付について、第9期計画の達成状況を、次のとおり整理しました。なお、算出に当たっては、介護保険事業状況報告を利用しています。

2026（令和8）年度の実績値欄には、実績見込み値を掲載しています。なお、第9期計画期間は2024（令和6）年度から2026（令和8）年度までですが、参考として2023（令和5）年度（第8期参考）の計画値・実績値も併せて掲載しています。第1節から第5節までのサービス量表における括弧内の数値は、年間延べ利用者数を12で除して算出した月平均利用者数です。算出結果は四捨五入し、利用実績がある場合は最低人数を1人としているため、括弧内の人数を12倍した数値と年間利用者数が一致しない場合があります。

1 居宅サービス等

2025（令和7）年度に2事業所が通所介護から地域密着型通所介護に移行しました。

調整中のため未定稿

居宅サービス等	単位	年度	2023 (令和5年度)	2024 (令和6年度)	2025 (令和7年度)	2026 (令和8年度)
訪問介護	人／年 (人／月)	計画値	1,272(106)	1,368(114)	1,368(114)	1,368(114)
		実績値	1,391(116)	1,254(105)	1,186(99)	910(76)
訪問入浴介護	人／年 (人／月)	計画値	108(9)	84(7)	84(7)	84(7)
		実績値	40(3)	54(5)	61(5)	34(3)
訪問看護	人／年 (人／月)	計画値	1,392(116)	1,872(156)	1,872(156)	1,872(156)
		実績値	1,582(132)	1,242(104)	1,232(103)	1,145(95)
訪問リハビリテーション	人／年 (人／月)	計画値	432(36)	456(38)	456(38)	456(38)
		実績値	438(37)	432(36)	481(40)	516(43)
居宅療養管理指導	人／年 (人／月)	計画値	1,032(86)	1,092(91)	1,104(92)	1,104(92)
		実績値	1,174(98)	1,094(91)	1,098(92)	893(74)
通所介護	人／年 (人／月)	計画値	2,268(189)	1,728(144)	1,728(144)	1,728(144)
		実績値	1,717(143)	1,584(132)	737(61)	658(55)
通所リハビリテーション	人／年 (人／月)	計画値	1,968(164)	1,980(165)	1,980(165)	1,980(165)
		実績値	1,829(153)	1,721(143)	1,728(144)	1,654(138)
短期入所生活介護	人／年 (人／月)	計画値	720(60)	840(70)	864(72)	864(72)
		実績値	888(74)	877(73)	824(69)	722(60)
短期入所療養介護	人／年 (人／月)	計画値	36(3)	120(10)	120(10)	120(10)
		実績値	103(9)	50(4)	47(4)	36(3)
特定施設入居者生活介護	人／年 (人／月)	計画値	168(14)	228(19)	228(19)	228(19)
		実績値	189(16)	151(13)	149(12)	151(13)
福祉用具貸与	人／年 (人／月)	計画値	4,452(371)	4,164(347)	4,212(351)	4,212(351)
		実績値	4,445(371)	4,117(343)	3,845(320)	3,713(309)
特定福祉用具販売	人／年 (人／月)	計画値	60(5)	96(8)	96(8)	96(8)
		実績値	65(5)	61(5)	58(5)	67(6)

居宅サービス等	単位	年度	2023 (令和5年度)	2024 (令和6年度)	2025 (令和7年度)	2026 (令和8年度)
住 宅 改 修	人／年 (人／月)	計画値	48(4)	72(6)	72(6)	72(6)
		実績値	42(4)	39(3)	25(2)	26(2)
居 宅 介 護 支 援	人／年 (人／月)	計画値	6,468(539)	6,072(506)	6,132(511)	6,132(511)
		実績値	6,017(501)	5,344(445)	4,959(413)	4,718(393)

2 介護予防サービス等

調整中のため未定稿

介護予防サービス等	単位	年度	2023 (令和5年度)	2024 (令和6年度)	2025 (令和7年度)	2026 (令和8年度)
介 護 予 防 訪 問 入 浴 介 護	人／年 (人／月)	計画値	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
		実績値	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
介 護 予 防 訪 問 看 護	人／年 (人／月)	計画値	648(54)	648(54)	636(53)	624(52)
		実績値	590(49)	586(49)	539(45)	655(55)
介 護 予 防 訪 問 リハビリテーション	人／年 (人／月)	計画値	372(31)	240(20)	240(20)	240(20)
		実績値	218(18)	299(25)	266(22)	271(23)
介 護 予 防 居宅療養管理指導	人／年 (人／月)	計画値	120(10)	180(15)	180(15)	180(15)
		実績値	125(10)	168(14)	174(15)	247(21)
介 護 予 防 通 所 リハビリテーション	人／年 (人／月)	計画値	1,452(121)	1,656(138)	1,704(142)	1,704(142)
		実績値	1,693(141)	1,649(137)	1,604(134)	1,570(131)
介 護 予 防 短期入所生活介護	人／年 (人／月)	計画値	72(6)	48(4)	48(4)	48(4)
		実績値	39(3)	34(3)	23(2)	7(1)
介 護 予 防 短期入所療養介護	人／年 (人／月)	計画値	48(4)	12(1)	12(1)	12(1)
		実績値	17(1)	19(2)	2(1)	12(1)
介護予防特定施設 入居者生活介護	人／年 (人／月)	計画値	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
		実績値	0(0)	20(2)	22(2)	14(1)
介 護 予 防 福祉用具貸与	人／年 (人／月)	計画値	2,256(188)	2,640(220)	2,664(222)	2,712(226)
		実績値	2,586(216)	2,528(211)	2,450(204)	2,520(210)
特定介護予防 福祉用具販売	人／年 (人／月)	計画値	36(3)	36(3)	36(3)	36(3)
		実績値	24(2)	31(3)	37(3)	41(3)
介護予防住宅改修	人／年 (人／月)	計画値	48(4)	60(5)	60(5)	60(5)
		実績値	35(3)	23(2)	27(3)	29(2)
介護予防支援	人／年 (人／月)	計画値	3,360(280)	3,612(301)	3,684(307)	3,756(313)
		実績値	3,556(296)	3,456(288)	3,444(287)	3,554(296)

※ 介護予防特定施設入居者生活介護は計画で見込んでいませんでしたが、町外施設の
利用実績を計上しています。

3 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、高齢者が要介護状態等になっても、住み慣れた地域で生活を続けられるよう整備するサービスで、原則として、その事業所を指定した市町村の被保険者が利用するサービスです。ただし、市町村間の同意等により、他市町村の被保険者が利用できる場合があります。

2026（令和8）年4月1日現在、休止中の事業所を除き、町内には地域密着型サービスを提供する事業所及びサテライト型事業所が合わせて13か所あります。

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）があります。

本町では、夜間対応型訪問介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護は実施しておらず、看護小規模多機能型居宅介護も現在サービスを提供する事業所はありません。南光園域の同事業所は、2024（令和6）年9月末にサービスを休止し、同年10月から小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所として運営されています。

2025（令和7）年度に2事業所が通所介護から地域密着型通所介護へ移行しましたが、年度末に1事業所が廃止されました。

地域密着型サービス	年度 単位		2023 (令和5年度)	2024 (令和6年度)	2025 (令和7年度)	2026 (令和8年度)
夜間対応型 訪問介護	人／年	計画値	—	—	—	—
	(人／月)	実績値	—	—	—	—
認知症対応型 通所介護	人／年	計画値	360(30)	348(29)	348(29)	348(29)
	(人／月)	実績値	355(30)	353(29)	321(27)	319(27)
小規模多機能型 居宅介護	人／年	計画値	1,080(90)	1,104(92)	1,104(92)	1,104(92)
	(人／月)	実績値	1,109(92)	1,058(88)	1,154(96)	1,099(92)
認知症対応型 共同生活介護	人／年	計画値	228(19)	228(19)	228(19)	228(19)
	(人／月)	実績値	221(18)	226(19)	222(19)	218(18)
地域密着型特定 施設入居者生活介護	人／年	計画値	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	(人／月)	実績値	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	人／年	計画値	204(17)	216(18)	216(18)	216(18)
	(人／月)	実績値	193(16)	187(16)	191(16)	190(16)
定期巡回・随時 対応型訪問介護看護	人／年	計画値	288(24)	264(22)	264(22)	264(22)
	(人／月)	実績値	270(23)	272(23)	319(27)	322(27)
看護小規模 多機能型居宅介護	人／年	計画値	240(20)	240(20)	240(20)	240(20)
	(人／月)	実績値	147(12)	89(7)	0(0)	0(0)
地域密着型 通所介護	人／年	計画値	1,140(95)	1,440(120)	1,440(120)	1,440(120)
	(人／月)	実績値	1,162(97)	886(74)	1,432(119)	1,334(111)

※ 通所リハビリテーション廃止に伴う利用移行が見込まれます。

4 地域密着型介護予防サービス

地域密着型介護 予防サービス	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
介護予防認知症 対応型通所介護	人／年 (人／月)	計画値	—	—	—	—
		実績値	—	—	—	—
介護予防小規模 多機能型居宅介護	人／年 (人／月)	計画値	144(12)	144(12)	144(12)	144(12)
		実績値	121(10)	144(12)	196(16)	247(20)
介護予防認知症 対応型共同生活介護	人／年 (人／月)	計画値	—	—	—	—
		実績値	—	—	—	—

※ 町内の介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業所は指定を受けていないため、利用を見込んでいません。

※ 績値は、本町被保険者の町内外における利用実績です。

5 施設サービス

2026（令和8）年度の実績値は、実績見込み値です。

施設サービス	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
介護老人福祉施設	人／年 (人／月)	計画値	2,532(211)	2,532(211)	2,532(211)	2,532(211)
		実績値	2,444(204)	2,576(215)	2,531(211)	2,558(213)
介護老人保健施設	人／年 (人／月)	計画値	1,152(96)	1,128(94)	1,128(94)	1,128(94)
		実績値	1,082(90)	1,130(94)	1,137(95)	1,193(99)
介護医療院	人／年 (人／月)	計画値	516(43)	600(50)	600(50)	600(50)
		実績値	546(46)	525(44)	534(45)	470(39)

6 その他の給付

(1) 高額介護サービス費／高額介護予防サービス費

介護保険サービスの1か月の利用者負担額について、個人又は世帯の合計額が所得区分に応じた上限額を超えた場合、その超えた額を高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費として支給します。

2026（令和8）年度の実績額は、実績見込み額です。

その他の給付	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
高額介護 サービス費	(千円)	計画額	42,193	51,605	51,520	51,422
		実績額	50,891	55,575	57,811	51,747
高額介護予防 サービス費	(千円)	計画額	156	100	100	100
		実績額	78	42	34	40

(2) 高額医療合算介護サービス費／高額医療合算介護予防サービス費

世帯内で、計算期間における医療保険と介護保険の自己負担額を合算した額が、所得区分に応じた限度額を超えた場合、その超えた額を両制度で按分し、介護保険分を高額医療合算介護サービス費又は高額医療合算介護予防サービス費として支給します。

2026（令和8）年度の実績額は、実績見込み額です。

その他の給付	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
高額医療合算介護サービス費	(千円)	計画額	7,857	8,262	8,280	8,300
		実績額	8,141	8,574	8,480	8,540
高額医療合算介護予防サービス費	(千円)	計画額	150	100	100	100
		実績額	45	122	43	60

(3) 特定入所者介護サービス費／特定入所者介護予防サービス費

介護保険施設、短期入所生活介護及び短期入所療養介護における食費並びに居住費（滞在費）は、原則として利用者負担です。ただし、所得・資産等の要件を満たす低所得者等については、所得区分等に応じた負担限度額を設定し、食費及び居住費（滞在費）について、基準費用額等と負担限度額との差額を特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費として支給します。

特定入所者介護サービス費は、2021（令和3）年度の制度改正後、2022（令和4）年度から実績額が減少しています。

2026（令和8）年度の実績額は、実績見込み額です。

その他の給付	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
特定入所者介護サービス費	(千円)	計画額	79,043	91,050	90,880	90,708
		実績額	72,606	70,812	65,343	63,136
特定入所者介護予防サービス費	(千円)	計画額	85	85	85	85
		実績額	0	113	67	0

(4) 審査支払手数料

介護保険サービスに係る費用の請求に対する審査及び支払を国民健康保険団体連合会へ委託し、これに要する手数料を支払うものです。

2026（令和8）年度の実績額は、実績見込み額です。

その他の給付	年度		2023	2024	2025	2026
	単位		(令和5年度)	(令和6年度)	(令和7年度)	(令和8年度)
審査支払手数料	(千円)	計画額	1,814	1,800	1,800	1,800
		実績額	1,865	1,758	1,697	1,640

7 第9期介護給付費及び介護予防給付費

第9期における介護給付費及び介護予防給付費は、介護保険事業状況報告等により算出した結果、次のとおりです。2024（令和6）年度から2025（令和7）年度までは実績額、2026（令和8）年度は実績見込み額です。

◇ 介護給付費

（単位：円）

介護給付		令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス	訪問介護	67,031,142	66,940,840	58,862,338
	訪問入浴介護	2,804,679	2,923,301	1,873,445
	訪問看護	35,870,305	39,367,661	38,579,722
	訪問リハビリテーション	12,176,957	13,432,567	16,294,099
	居宅療養管理指導	7,702,258	7,820,068	5,969,479
	通所介護	111,445,902	56,070,081	52,184,645
	通所リハビリテーション	78,715,827	83,057,187	87,278,731
	短期入所生活介護	97,899,175	88,049,314	82,984,330
	短期入所療養介護	5,946,912	5,065,150	5,980,241
	特定施設入居者生活介護	31,481,452	32,292,580	34,316,158
	福祉用具貸与	48,363,897	47,372,482	45,485,330
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護	0	0	0
	認知症対応型通所介護	29,349,303	27,921,760	27,121,930
	小規模多機能型居宅介護	232,405,882	249,157,542	239,761,562
	認知症対応型共同生活介護	57,374,271	59,124,730	58,400,287
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	55,626,471	56,861,658	58,552,826
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	35,408,076	39,813,025	36,332,438
	看護小規模多機能型居宅介護	20,253,049	0	0
	地域密着型通所介護	64,456,136	103,211,937	105,280,766
居宅介護福祉用具購入費		1,956,666	2,224,363	2,051,556
居宅介護住宅改修費		5,082,210	3,093,931	3,172,862
居宅介護サービス計画給付費		85,326,789	80,154,869	75,771,122
施設サービス	介護老人福祉施設	681,621,974	680,769,520	702,517,466
	介護老人保健施設	293,425,217	295,874,022	318,123,281
	介護医療院	170,285,928	179,877,395	163,058,698
介護給付費計		2,232,010,478	2,220,475,983	2,219,953,312

◇ 介護予防給付費

(単位：円)

介護予防給付		令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護	0	0	0
	介護予防訪問看護	13,416,632	13,836,777	14,309,174
	介護予防訪問リハビリテーション	7,308,247	6,591,298	6,502,598
	介護予防居宅療養管理指導	1,427,700	1,391,845	1,895,273
	介護予防通所リハビリテーション	48,969,377	47,113,016	46,485,401
	介護予防短期入所生活介護	1,094,652	591,300	194,357
	介護予防短期入所療養介護	562,530	31,905	467,402
	介護予防特定施設入居者生活介護	1,590,373	1,310,992	819,312
	介護予防福祉用具貸与	16,160,148	16,980,170	17,770,630
地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
	介護予防小規模多機能型居宅介護	12,116,029	15,531,731	18,469,346
	介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防福祉用具購入費		791,805	1,206,014	1,172,520
介護予防住宅改修費		2,882,014	4,057,794	4,232,659
介護予防サービス計画給付費		16,069,998	16,712,942	17,298,334
介護予防給付費計		122,389,505	125,355,784	129,617,006

◇ 介護サービス給付費

(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付費	2,232,010,478	2,220,475,983	2,219,953,312
介護予防給付費	122,389,505	125,355,784	129,617,006
総給付費	2,354,399,983	2,345,831,767	2,349,570,318

◇ 標準給付費及び地域支援事業費

(単位：円)

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	合 計
標準給付費	① 総 給 付 費	2,354,399,983	2,345,831,767	2,349,570,318	7,049,802,068
	② 特定入所者 介護サービス 費等給付費	70,924,203	65,408,681	63,136,438	199,469,322
	③ 高 額 介 護 サービス費 等 給 付 費	55,616,488	57,843,810	51,763,606	165,223,904
	④ 高額医療合算 介護サービス費 等 給 付 費	8,694,567	8,521,838	8,600,000	25,816,405
	⑤ 審 査 支 払 手 数 料	1,757,324	1,696,576	1,640,206	5,094,106
標準給付費計 (①～⑤)		2,491,392,565	2,479,302,672	2,474,710,568	7,445,405,805
地域支援事業費		93,336,915	87,932,860	89,000,000	270,269,775
総 額		2,584,729,480	2,567,235,532	2,563,710,568	7,715,675,580

※ 標準給付費計 = ① 総給付費 + ② 特定入所者介護サービス費等給付費 +
 ③ 高額介護サービス費等給付費 + ④ 高額医療合算介護サービス費等給付費 +
 ⑤ 審査支払手数料

第6章 第10期介護保険サービス量の見込み

介護給付及び介護予防給付について、第10期計画の見込み量を示します。なお、算出に当たっては、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを利用しています。第1節から第5節までの括弧外は年間延べ利用者数、括弧内は年間延べ利用者数を12で除し、四捨五入して算出した月平均利用者数です。このため、括弧内の月平均利用者数を12倍した数値と、括弧外の年間延べ利用者数が一致しない場合があります。

サービス量の見込みに当たっては、過年度及び直近のサービス利用実績、被保険者数及び高齢者人口の将来推計、要介護・要支援認定者数及び認定率の推移、日常生活圏域ごとの人口・高齢化率・認定者数、施設・居住系サービスの整備状況、認知症高齢者の日常生活自立度の状況、在宅生活の継続に関する意向及び潜在ニーズ等を総合的に勘案しました。※ 第10期の利用量は、直近実績と提供体制を踏まえて見込みます。「0」は利用量を0と見込む場合、「－」は提供又は利用を見込まない場合を示します。

1 介護サービス等

2025（令和7）年度に2事業所が通所介護から地域密着型通所介護に移行しました。

調整中のため未定稿

介護サービス	年度 単位	2027 (R9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
訪問介護	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
訪問入浴介護	人/年(人/月)					
訪問看護	人/年(人/月)					
訪問リハビリテーション	人/年(人/月)					
居宅療養管理指導	人/年(人/月)					
通所介護	人/年(人/月)					
通所リハビリテーション	人/年(人/月)					
短期入所生活介護	人/年(人/月)					
短期入所療養介護	人/年(人/月)					
特定施設入居者生活介護	人/年(人/月)					
福祉用具貸与	人/年(人/月)					
福祉用具購入	人/年(人/月)					
住宅改修	人/年(人/月)					
居宅介護支援	人/年(人/月)					

2 介護予防サービス等

調整中のため未定稿

介護予防 サービス	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R 10)	2029 (R 11)	2035 (R 17)	2040 (R 22)
介護予防 訪問入浴介護	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
介護予防 訪問看護	人/年(人/月)					
介護予防訪問 リハビリテーション	人/年(人/月)					
介護予防居宅 療養管理指導	人/年(人/月)					
介護予防通所 リハビリテーション	人/年(人/月)					
介護予防短期 入所生活介護	人/年(人/月)					
介護予防短期 入所療養介護	人/年(人/月)					
介護予防特定施設 入居者生活介護	人/年(人/月)					
介護予防 福祉用具貸与	人/年(人/月)					
介護予防 福祉用具購入	人/年(人/月)					
介護予防 住宅改修	人/年(人/月)					
介護予防支援	人/年(人/月)					

3 地域密着型サービス

地域密着型 サービス	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R 10)	2029 (R 11)	2035 (R 17)	2040 (R 22)
夜間対応型 訪問介護	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
認知症対応型 通所介護	人/年(人/月)					
小規模多機能型 居宅介護	人/年(人/月)					
認知症対応型 共同生活介護	人/年(人/月)					
地域密着型特定施設 入居者生活介護	人/年(人/月)					
地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	人/年(人/月)					

地域密着型サービス	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
看護小規模多機能型居宅介護	人/年(人/月)					
地域密着型通所介護	人/年(人/月)					

4 地域密着型介護予防サービス

地域密着型介護予防サービス	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護予防認知症対応型通所介護	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
介護予防小規模多機能型居宅介護	人/年(人/月)					
介護予防認知症対応型共同生活介護	人/年(人/月)					

5 施設サービス

施設サービス	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護老人福祉施設	人/年(人/月)	調整中のため未定稿				
介護老人保健施設	人/年(人/月)					
介護医療院	人/年(人/月)					

6 その他の給付

(1) 特定入所者介護サービス費／特定入所者介護予防サービス費

その他の給付	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
特定入所者介護サービス費	(円)	保険料に関する部分は調整中のため未定稿				
特定入所者介護予防サービス費	(円)					

(2) 高額介護サービス費／高額介護予防サービス費

その他の給付	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
高額介護サービス費	(円)	保険料に関する部分は調整中のため未定稿				
高額介護予防サービス費	(円)					

(3) 高額医療合算介護サービス費／高額医療合算介護予防サービス費

その他の給付	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
高額医療合算 介護サービス費	(円)	保険料に関する部分は調整中のため未定稿				
高額医療合算介護 予防サービス費	(円)					

(4) 審査支払手数料

その他の給付	年度 単位	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
審査支払手数料	(円)	保険料に関する部分は調整中のため未定稿				

7 2025（令和7）年度を100とした介護サービス利用状況の将来推計

地域包括ケア「見える化」システムに掲載された将来推計です。2023（令和5）年度の本町における性・年齢階級別のサービス利用状況が将来も継続すると仮定し、将来推計人口等を反映して、2025（令和7）年度の推計値を100とした場合のサービス需要の変化を示しています。全国平均を100とする介護SCRとは異なり、全国や他市町村とのサービス量の比較には使用できません。

また、制度改正、サービス提供体制、政策的な取組及び潜在的ニーズは反映しておらず、人口規模やサービス区分によっては数値が大きく変動する場合があります。

(1) 在宅サービス（居宅サービス等）「2025（令和7）年度＝100」

介護サービス	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
訪問介護	96.6	98.5	104.2
訪問入浴介護	94.6	86.3	81.2
訪問看護	97.3	97.3	100.0
訪問リハビリテーション	96.8	94.1	95.7
居宅療養管理指導	98.8	99.4	103.9
通所介護	98.7	98.8	101.8
通所リハビリテーション	97.1	100.3	101.2
短期入所生活介護	99.3	103.3	106.6
短期入所療養介護	95.6	94.0	95.8
福祉用具貸与	96.6	95.4	97.6
特定施設入居者生活介護	113.0	106.6	92.0
居宅介護支援	97.7	99.2	101.1

(2) 在宅サービス（予防サービス）「2025（令和7）年度＝100」

介護予防サービス	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護予防訪問入浴介護	0.0	0.0	0.0
介護予防訪問看護	98.9	98.4	93.9
介護予防訪問リハビリテーション	99.5	99.9	103.7
介護予防居宅療養管理指導	95.7	97.5	102.6
介護予防通所リハビリテーション	99.0	100.7	96.3
介護予防短期入所生活介護	101.7	113.5	118.5
介護予防短期入所療養介護	91.0	103.5	111.8
介護予防福祉用具貸与	96.6	97.5	94.9
介護予防特定施設入居者生活介護	87.2	130.0	123.2
介護予防支援	98.3	99.6	97.5

(3) 地域密着型サービス「2025（令和7）年度＝100」

地域密着型サービス	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	92.4	95.2	100.0
地域密着型通所介護	98.6	99.8	102.6
認知症対応型通所介護	96.6	101.9	101.1
小規模多機能型居宅介護	98.5	99.7	103.1
認知症対応型共同生活介護	96.8	97.5	104.8
地域密着型特定施設入居者生活介護	0.0	0.0	0.0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	97.6	93.3	101.1
夜間対応型訪問介護	—	—	—
看護小規模多機能型居宅介護	—	—	—

(4) 地域密着型介護予防サービス「2025（令和7）年度＝100」

地域密着型介護予防サービス	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護予防小規模多機能型居宅介護	93.2	104.7	105.7

(5) 施設サービス「2025（令和7）年度＝100」

施設サービス	2030 (R12)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護老人福祉施設	99.1	98.3	100.6
介護老人保健施設	97.4	95.2	97.1
介護医療院	98.8	100.2	100.2

保険料に関する部分は調整中のため未定稿

保険料に関する部分は調整中のため未定稿

3 介護給付費等の見込額

第 10 期における介護保険サービスの給付費等について、厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムを用いて算出した見込額は、次のとおりです。

◇ 介護給付費の見込額

(単位：千円)

給付区分		2027 (R 9)	2028 (R 10)	2029 (R 11)	2035 (R 17)	2040 (R 22)
居宅サービス	訪問介護	保険料に関する部分は調整中のため未定稿				
	訪問入浴介護					
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導					
	通所介護					
	通所リハビリテーション					
	短期入所生活介護					
	短期入所療養介護					
	特定施設入居者生活介護					
	福祉用具貸与					
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					
	認知症対応型通所介護					
	小規模多機能型居宅介護					
	認知症対応型共同生活介護					
	地域密着型特定施設入居者生活介護					
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	看護小規模多機能型居宅介護					
	地域密着型通所介護					
	居宅介護福祉用具購入費					
	居宅介護住宅改修費					
	居宅介護サービス計画給付費					
施設サービス	介護老人福祉施設					
	介護老人保健施設					
	介護医療院					
介護給付費計						

保険料に関する部分は調整中のため未定稿

◇ 介護予防給付費の見込額

(単位：千円)

給付区分		2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護	保険料に関する部分は調整中 のため未定稿				
	介護予防訪問看護					
	介護予防訪問リハビリテーション					
	介護予防居宅療養管理指導					
	介護予防通所リハビリテーション					
	介護予防短期入所生活介護					
	介護予防短期入所療養介護					
	介護予防特定施設入居者生活介護					
	介護予防福祉用具貸与					
介護予防サービス 地域密着型	介護予防認知症対応型通所介護					
	介護予防小規模多機能型居宅介護					
	介護予防認知症対応型共同生活介護					
介護予防福祉用具購入費						
介護予防住宅改修費						
介護予防サービス計画給付費						
介護予防給付費計						

◇ 総給付費の見込額

(単位：千円)

介護サービス給付	2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	2035 (R17)	2040 (R22)
介護給付費	保険料に関する部分は調整中 のため未定稿				
介護予防給付費					
総給付費					

※ 「0」は、サービス利用量を0と推計したことを示します。「－」は、サービスの提供又は利用を見込まず、給付費を計上していないことを示します。

※ 2027（令和9）年度の介護報酬改定を一定の前提として反映した上で、第10期計画期間中のサービス利用量等を2027（令和9）年度と同一と仮定しているため、2027（令和9）年度から2029（令和11）年度までの給付費は同額となっています。

◇ 第10期における標準給付費及び地域支援事業費の見込額

(単位：円)

		2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	合 計
標準給付費	① 総 給 付 費	保険料に関する部分は調整中 のため未定稿			
	② 特定入所者介護サービス費等給付費				
	③ 高額介護サービス費等給付費				
	④ 高額医療合算介護サービス費等給付費				
	⑤ 審査支払手数料				
標準給付費計 (①～⑤)					
地域支援事業費					
総 額					

※ 総 給 付 費 = 介護給付費 + 介護予防給付費

※ 標準給付費計 = ① 総給付費 + ② 特定入所者介護サービス費等給付費
+ ③ 高額介護サービス費等給付費
+ ④ 高額医療合算介護サービス費等給付費
+ ⑤ 審査支払手数料

※ 地域支援事業の各年度の量の見込み及び確保方策は、第4編 第3章 4「地域支援事業の推進」に定めています。本表の地域支援事業費は、当該事業量を実施するための費用の見込額です。

◇ 中長期における標準給付費及び地域支援事業費の見込額

(単位：円)

		2027 (R 9)	2028 (R10)	2029 (R11)	合 計
標準給付費	① 総 給 付 費	保険料に関する部分は調整中 のため未定稿			
	② 特定入所者介護サービス費等給付費				
	③ 高額介護サービス費等給付費				
	④ 高額医療合算介護サービス費等給付費				
	⑤ 審査支払手数料				
標準給付費計 (①～⑤)					
地域支援事業費					
総 額					

※ 厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムによる見込額です。

保険料に関する部分は調整中のため未定稿

保険料に関する部分は調整中のため未定稿

第8章 制度運営の適正化

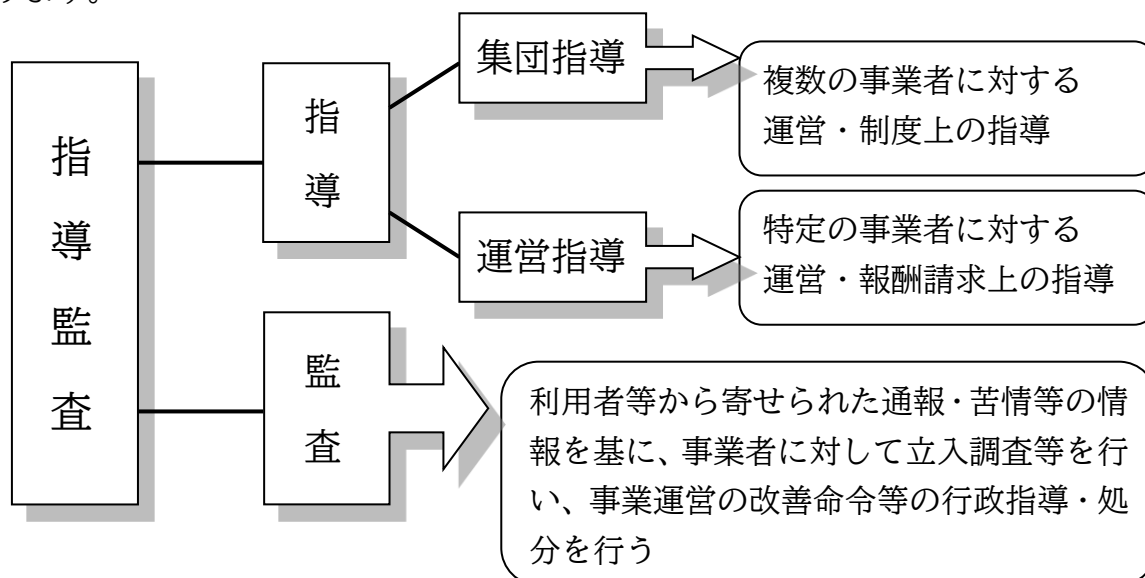
1 事業運営の適正化の推進

(1) 運営指導及び監査の実施

介護保険事業を適正に運営していくためには、保険者が事業者に対し、必要な指導を行うことが求められます。そのため、事業者に対する指導及び監査に積極的に取り組む必要があります。

地域密着型サービス事業者及び居宅介護支援事業者等に対しては、町が指定権者として運営指導を行います。職員数が限られる中、町単独での実施は困難になりつつあります。特に介護保険事業計画を策定する年度は、より一層対応が困難な状況にあるため、近隣市町との共同委託や広域連携の可能性を検討します。また、不正又は著しい基準違反が疑われる場合には、関係法令に基づき監査を実施します。必要に応じて、兵庫県と情報共有し、合同実施その他の連携を図ります。

今後も、より効果的かつ効率的な指導及び監査が実施できるよう、体制の強化を図ります。



◇ 地域密着型サービス事業者及び居宅介護支援事業者に対する運営指導の目標

	令和9年度	令和10年度	令和11年度
運営指導（件）	年3事業所以上の運営指導を実施し、近隣市町との共同委託を検討		

(2) 介護保険サービス事業者連絡協議会の運営

本町では、介護保険事業の円滑な運営のため、介護サービス事業者との意見交換・地域課題の協議の場として、介護保険サービス事業者連絡協議会を定期的で開催しています。今後も、運営に関する集団指導を実施し、内容のさらなる充実を目指します。

(3) 制度の周知と情報提供

介護保険制度の趣旨や内容、介護予防、介護保険サービス、地域支援事業、保健・福祉サービスの内容や利用手続等について、佐用町地域包括支援センターをはじめ、

町広報紙、町ホームページ、佐用チャンネル等を活用して情報提供を行います。

今後も、住民が適切なサービスを選択し利用できるよう、分かりやすい情報提供に努めます。

(4) 苦情処理・相談体制の充実

介護保険サービスに関する苦情や相談は、サービスの質の向上に資する重要な情報です。

佐用町地域包括支援センターを中心に、国民健康保険団体連合会等と連携し、介護保険サービスに関する苦情や相談に迅速かつ適切に対応できる体制を整備します。また、相談窓口や手続を分かりやすく周知し、苦情処理の経過及び結果を適切に説明することにより、手続の透明性を確保します。

民生委員・児童委員、保健師等については、身近な地域で相談を受け、相談内容に応じて適切な相談窓口につなぐことができるよう、関係機関との連携を図ります。

さらに、寄せられた苦情や相談をサービスの質の向上及び制度運営の改善に活用し、住民との信頼関係の確保に努めます。

(5) ケアマネジャーへの支援・指導

利用者のニーズに応じた適切なケアマネジメントが行われるよう、ケアマネジャーからの相談等にきめ細かく対応します。

また、佐用町地域包括支援センターを中心に、介護保険外サービスや地域の社会資源等に関する情報提供を行います。

さらに、ケアプラン点検を通じ、ケアマネジメントの質の向上に向けた支援・指導を行います。

(6) 公平かつ公正な要介護認定の推進

公平かつ公正な要介護認定事務を推進するため、介護認定審査会における客観的かつ適切な審査・判定ができるよう、介護認定審査会委員に対する情報提供や研修を引き続き実施します。また、より質の高い認定調査が行えるよう、認定調査員に対する情報提供や研修も継続して実施します。

2 介護給付等の適正化の推進

介護サービス利用者の増加等により、今後も介護給付費の増大が見込まれます。このような中、持続可能な介護保険制度を実現するためには、介護給付費の適正化を推進することが重要です。

国の基本指針の見直しにより、保険者の事務負担の軽減を図りつつ、効果的かつ効率的に事業を実施するため、これまでの給付適正化主要5事業は3事業に再編され、実施内容の充実が図られています。

費用対効果を見込みにくい介護給付費通知は任意事業として位置づけられ、また、住宅改修の点検及び福祉用具購入・貸与調査は、親和性の高いケアプラン点検に統合されています。

本町では、国・県が示す指針に沿って、佐用町介護給付適正化計画を策定し、介護給付適正化事業を実施してきました。今後も、基本的にこの方針を引き継ぎ、介護給付適正化主要3事業を中心に実施します。

介護給付適正化事業 主要3事業

(1) 要介護認定の適正化

認定調査については、町職員の雇用を進め、新規申請及び区分変更申請における認定調査を直接実施します。また、更新申請における認定調査についても、できる限り直接実施しています。

認定調査を委託した場合についても、すべての調査について町職員によるチェックを行い、疑義がある場合には問い合わせや指導等を行います。

今後も、調査員研修の開催等により、認定調査員の資質向上を図ります。

(2) ケアプラン等の点検

① ケアプランの点検

ケアマネジャーが作成したケアプランを点検し、助言・指導を行うことで、ケアマネジメントの質の向上に取り組みます。また、不適切な請求を発見・是正し、報酬請求の適正化を図ります。

特に、サービス付き高齢者向け住宅において提供される介護サービスやケアプランの質の向上を図るため、ケアプラン点検を行い、必要に応じて適切な指導を行います。

② 住宅改修の点検

住宅改修の点検では、着工前に工事箇所の写真及びケアマネジャー等の理由書に基づき、改修の目的が介護保険制度の趣旨に合ったものであるかを確認します。不適切な点がある場合には、町職員及び委託している町内の建築士等が現場確認を行います。また、工事完了後にも申請どおり工事が行われているかを点検します。

③ 福祉用具購入・貸与

福祉用具の購入・貸与については、福祉用具の必要性や利用状況等を点検し、不適切な購入・貸与を防止するとともに、受給者の身体状況に応じて必要な福祉用具の利用を進めます。

(3) 医療情報との突合・縦覧点検

国民健康保険団体連合会から、介護給付適正化システムを通じて、医療情報との突合や縦覧点検等、事業者の介護報酬請求に関する情報が提供されています。

これらの情報に基づき、不適正な介護報酬請求が行われていないかを点検し、不適正な請求が確認された場合は、過誤調整等の必要な是正を求めます。また、特異な傾向を示す事業者を把握し、事業運営を是正するための指導監査等の情報源として活用します。

◇ 介護給付適正化事業の実施状況「2026（令和8）年度は実績見込み値」

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
要介護認定の適正化・認定調査票点検件数	1,051	1,123	1,200
ケアプラン等の点検・点検対象事業所数	町内事業所 1 か所/年		
住宅改修・点検件数	11	11	12
福祉用具購入・貸与・点検件数	85	89	90
医療情報との突合・縦覧点検	帳票の点検を毎月実施（国保連に委託）		

◇ 介護給付適正化事業の目標

	令和9年度	令和10年度	令和11年度
要介護認定の適正化・認定調査票点検件数	認定調査票の全件点検		
ケアプラン等の点検・点検対象事業所数	町内事業所 2 か所以上/年		
住宅改修・点検件数	継続実施（10～15 件）/年		
福祉用具購入・貸与・点検件数	継続実施（80～90 件）/年		
医療情報との突合・縦覧点検	帳票の点検を毎月実施（国保連に委託）		

3 介護認定審査会の適正化の推進

要介護認定は、全国一律の基準で公平かつ公正に行われることが重要です。また、要介護認定は介護保険財政への影響も大きいことから、要介護・要支援認定者数や要介護度分布を検証するとともに、審査判定の平準化や認定業務従事者の資質向上に努めます。

(1) 要介護認定の適正化

介護認定審査会委員が、要介護認定等において公平・公正かつ適切な審査判定を実施するために必要な知識及び技能を修得し、向上させることができるよう、県主催の研修会に積極的に参加するなど、要介護認定の適正化を推進します。

(2) 介護認定審査会の概要と要介護認定の流れ

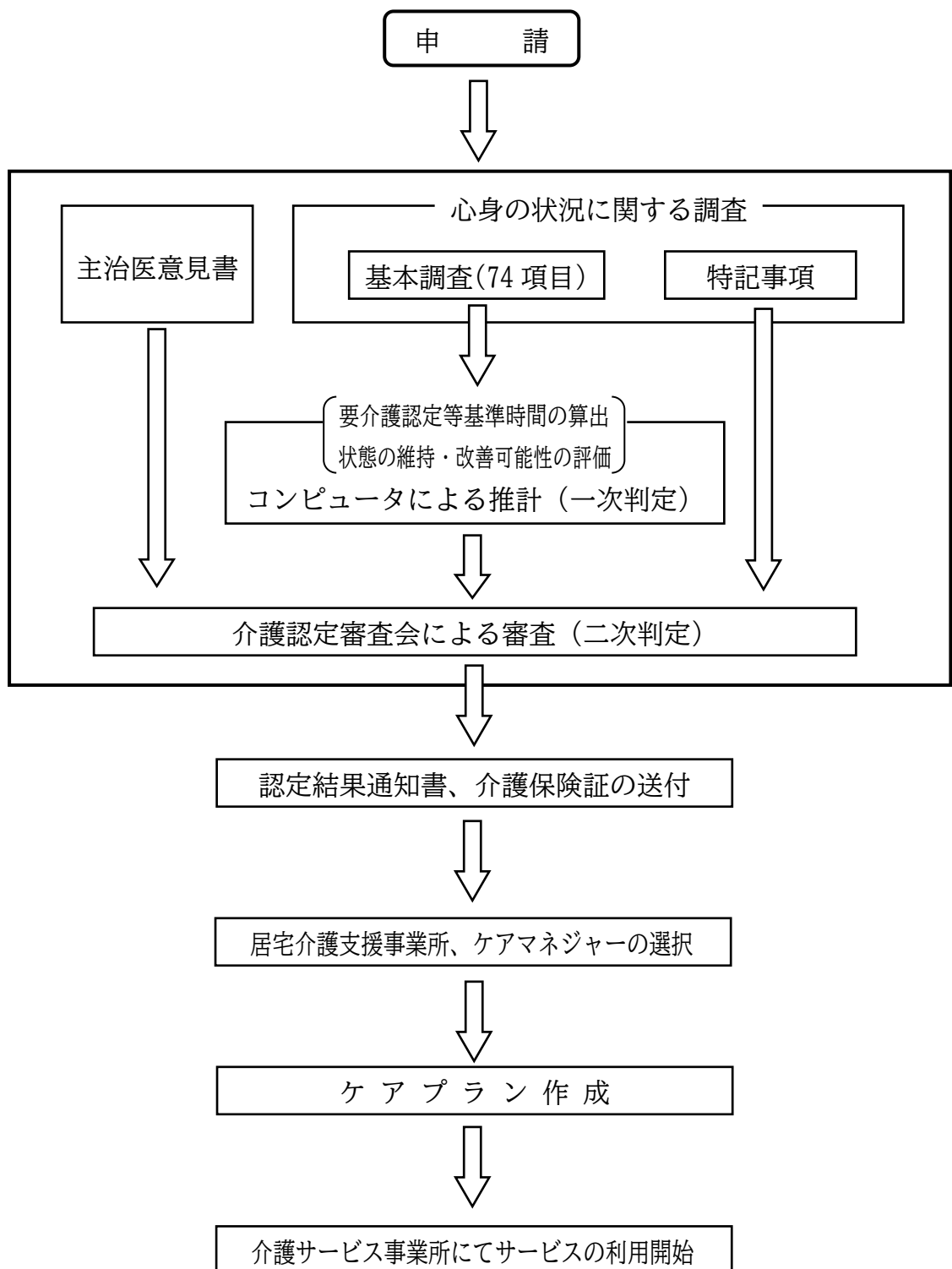
本町の介護認定審査会は、保健、医療、福祉の学識経験者からなる4つの合議体（各合議体5名）で構成しており、委員の任期は3年です。合議体を輪番で運営し、審査会全体として週1回開催しています。

介護保険要介護認定等の申請があった人については、認定調査票の基本調査及び主治医意見書に基づき、コンピュータによる一次判定が行われます。

介護認定審査会では、一次判定の結果、認定調査票の特記事項及び主治医意見書等を審査・判定し、二次判定を行います。

要介護認定の流れを図に示すと、下図のようになります。

◇ 要介護認定の流れ



第6編 資料編

1 佐用町介護保険運営協議会設置要綱

平成 17 年 10 月 1 日要綱第 66 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、高齢者福祉施策を計画的に進めることを目的に策定された佐用町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画（以下「事業計画」という。）の円滑な推進を図るため、介護保険運営協議会（以下「協議会」という。）の設置及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(業務)

第 2 条 協議会は、次に掲げる事項を審議し、必要がある場合はその結果を町長に報告する。

- (1) 介護保険事業の運営に関すること。
- (2) 事業計画の策定又は変更に関すること。
- (3) 事業計画の実施及び評価に関すること。
- (4) 事業計画のために必要な調査及び研究に関すること。
- (5) 地域包括支援センター（以下「センター」という。）に関する次に掲げる事項
 - ア センターの設置の選定及び変更に関すること。
 - イ センターの運営及び評価に関すること。
 - ウ センターの職員の確保に関すること。
 - エ その他の地域包括ケアに関すること。
- (6) 地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス（以下「サービス」という。）に関する次に掲げる事項
 - ア サービス事業者の指定に関すること。
 - イ サービスの指定基準及び介護報酬の設定に関すること。
 - ウ サービスの質の確保、運営評価その他町長がサービスの適正な運営を確保するため必要と認める事項に関すること。
- (7) 地域包括ケアシステム推進会議に関する次に掲げる事項
 - ア 町全体に係る地域課題の把握に関すること。
 - イ 関係機関のネットワークの構築に関すること。
 - ウ 地域づくりや必要な資源の開発に関すること。
 - エ 新たな施策の立案や実行（政策形成機能）に関すること。
- (8) 認知症初期集中支援チーム検討委員会に関する次に掲げる事項
 - ア 認知症初期集中支援チームの設置及び活動状況に関すること。
 - イ 認知症に関する関係機関との連携に関すること。
 - ウ その他支援チームの活動について必要な事項に関すること。
- (9) 在宅医療・介護連携推進会議に関する次に掲げる事項
 - ア 在宅医療・介護連携支援センターの設置及び運営に関すること。
 - イ 在宅医療及び在宅介護の提供体制の構築及び推進に関すること。
 - ウ 関係者の情報共有の支援に関すること。
- (10) 前各号に掲げるもののほか、協議会の目的達成に必要と認める事項に関すること。

(組織)

第3条 協議会の委員の定数は、25 人以内とし、次に掲げる中から町長が委嘱する。

- (1) 行政機関
- (2) 医療、保健及び福祉関係者
- (3) 地域福祉を担う関係団体を代表する者
- (4) 介護保険の被保険者
- (5) 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者代表
- (6) その他町長が必要と認める者

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、3 年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員が生じた場合の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

(役員)

第5条 協議会に、会長及び副会長を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選により選出する。
- 3 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会は、会長が招集する。

(情報収集)

第7条 協議会は、必要があると認めたときは、関係者の意見又は説明等資料の提出を求めることができるものとする。

(庶務)

第8条 協議会の庶務は、高年介護課で行うものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定めるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 17 年 10 月 1 日から施行する。

(任期の特例)

- 2 平成 17 年 10 月 1 日から平成 18 年 3 月 31 日までの間に選任を受けた委員の任期は、平成 20 年 3 月 31 日までとする。

附 則 (平成 18 年 3 月 31 日要綱第 19 号)

この要綱は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 22 年 3 月 30 日要綱第 11 号）
この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 26 年 5 月 15 日要綱第 14 号）
（施行期日）

1 この要綱は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の日前に、現に協議会の委員として委嘱されているものについては、この要綱の相当規定により委嘱されたものとみなし、その任期は、この要綱の規定にかかわらず、通算する。

附 則（平成 28 年 3 月 29 日要綱第 12 号）
この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 28 年 3 月 31 日要綱第 36 号）
この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 30 年 9 月 19 日要綱第 35 号）
この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

2 佐用町介護保険運営協議会委員名簿

(佐用町高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定時)

No	役 職	氏 名	所 属	選出範囲
1	会 長	森下 守	佐用町副町長	行 政
2	副会長	井上 洋文	佐用町社会福祉協議会	福 祉
3	委 員	大西 幹文	兵庫県龍野健康福祉事務所	保 健
4	//	尾崎 公彦	佐用郡医師会	医 療
5	//	小笹 昌彦	佐用郡歯科医師会	//
6	//	巴 時弘	佐用町薬剤師連絡会	//
7	//	藤本 正文	佐用町自治会連合会	住民代表（各種団体）
8	//	大江 秀謙	佐用町民生委員児童委員協議会	//
9	//	竹田 兼基	龍野人権擁護委員協議会佐用部会	//
10	//	中谷 文久	佐用町高年クラブ	//
11	//	前澤たつ子	第1号被保険者	被保険者代表
12	//	樫本明日香	第2号被保険者	//
13	//	大西 貴士	佐用共立病院居宅介護支援事業所	介護支援専門員連絡会代表
14	//	藤川 雄樹	特別養護老人ホームはなみずき	介護保険施設代表
15	//	林 弥生	老人保健施設ハイム・ゾンネ	//
16	//	野村智恵美	佐用訪問看護ステーション	訪問事業所代表
17	//	橋本 能享	小規模多機能型居宅介護事業所ほほえみ	通所事業所代表
18	//	反橋 浩二	佐用中央病院	地域ケア会議代表者
19	//	藤原 道信	たつの警察署生活安全課	行 政
20	//	中村 勉	西はりま消防組合佐用消防署	//

※ 任期は2029（令和11）年3月31日まで

3 佐用町内介護サービス・高齢者向け住まい等一覧（2026（令和8）年12月1日現在）

指定日は、地域密着型サービスのみ掲載しています。職員数、介護支援専門員数及びヘルパー人数は、同日現在に町が把握した実人数です。兼務者の取扱いその他の集計方法は事業所により異なる場合があるため、事業所間の単純比較には用いません。

(1) 居宅介護支援／介護予防支援

居宅介護支援（要介護者）及び介護予防支援（要支援者）は、居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況や利用者及び家族の意向を踏まえ、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するとともに、町やサービス事業者等との連絡調整を行うサービスです。

① 居宅介護支援事業所

名 称	運営主体	所在地	介護支援専門員数
佐用共立病院居宅介護支援事業所	医療法人社団一葉会	佐用 1111	6 人
佐用中央病院居宅介護支援事業所	医療法人聖医会	佐用 3529-3	4 人
朝陽ヶ丘荘居宅介護支援事業所	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	平福 138-1	2 人
祐あいホーム上月居宅介護支援事業所	社会福祉法人聖風会	福吉 705	2 人
佐用町社会福祉協議会きらめきケアセンター佐用	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	平福 138-8	5 人
居宅介護支援事業所ほほえみ	株式会社岡尾医院松寿会	米田 410-3	1 人
居宅介護支援事業所いこいの家	有限会社信翁会	上三河 105-2	2 人
サンホームみかづき居宅介護支援ステーション	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	3 人
居宅介護支援事業所はなみずき	社会福祉法人はなさきむら	安川 401	1 人

② 介護予防支援事業所

名 称	運営主体	所在地	職員数
佐用町地域包括支援センター	佐用町	佐用 2611-1	6 人
佐用共立病院介護予防支援事業所	医療法人社団一葉会	佐用 1111	6 人
佐用町社会福祉協議会きらめきケアセンター佐用	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	平福 138-8	5 人
サンホームみかづき介護予防居宅介護支援ステーション	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	3 人

※ 介護予防支援は、地域包括支援センターのほか、市町村から指定を受けた居宅介護支援事業者も実施できます。

(2) 居宅サービス

① 訪問介護／総合事業訪問型サービス

訪問介護は、利用者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や、掃除、洗濯、買い物等の生活援助を行うサービスです。

名 称	運営主体	所在地	ヘルパー人数
共立ヘルパーステーション	医療法人社団一葉会	佐用 1111	19 人
J A兵庫西 佐用介護センター	兵庫西農業協同組合	円応寺 450	7 人
佐用町社会福祉協議会 きらめきケアセンター	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	東徳久 1946	9 人
サンホームみかづき 訪問介護事業所	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	10 人

② 訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護

訪問入浴介護は、浴槽を備えた移動入浴車で居宅を訪問し、身体の清潔保持や心身のリフレッシュ、介護者の負担軽減を図るサービスです。介護予防訪問入浴介護は、疾病その他やむを得ない理由により入浴の介護が必要な場合に提供されます。

名 称	運営主体	所在地	職員数
佐用町社会福祉協議会 きらめきケアセンター	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	東徳久 1946	6 人

③ 訪問看護／介護予防訪問看護

訪問看護は、看護師等が主治医の指示に基づき、要介護者の居宅を訪問して、療養上の世話、診療の補助、機能訓練等を行うサービスです。介護予防訪問看護は、同様に介護予防を目的として提供されます。

名 称	運営主体	所在地	職員数
佐用共立病院 訪問看護室	医療法人社団一葉会	佐用 1111	6 人
佐用訪問看護ステーション	医療法人聖医会	佐用 3529-3	6 人
訪問看護ステーションふく	株式会社 T R E O	円光寺 86-1	14 人
尾崎病院	医療法人社団皓葵会	上三河 141-4	1 人

④ 訪問リハビリテーション／介護予防訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションは、理学療法士や作業療法士等が居宅を訪問し、身体機能の維持回復を図るためのリハビリテーションを行うサービスです。介護予防訪問リハビリテーションは、介護予防を目的として同様のサービスを行います。

名 称	運営主体	所在地	職員数
佐用共立病院	医療法人社団一葉会	佐用 1111	5 人
尾崎病院	医療法人社団皓葵会	上三河 141-4	2 人

⑤ 通所介護／総合事業通所型サービス

通所介護は、要介護者を対象として、デイサービスセンター等に通い、食事、入浴その他の日常生活上の支援や機能訓練等を受けるサービスです。要支援者及び事業対象者には、総合事業の通所型サービスを提供します。

名 称	運営主体	所在地	利用定員
ともいきの郷	センクアローズ(株)	佐用 3544-1	25 人
サンホームみかづきデイサービスセンター	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	35 人

⑥ 通所リハビリテーション／介護予防通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは、介護老人保健施設、病院、診療所等で、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。

名 称	運営主体	所在地	利用定員
佐用共立病院	医療法人社団一葉会	佐用 1111	15 人
きねん介護医療院 リハクラブふたば	医療法人社団一葉会	佐用 1132-25	30 人
佐用リハビリステーション	医療法人聖医会	佐用 3529-3	20 人
老人保健施設ハイム・ゾンネ	社会福祉法人平成福祉会	林崎 662-3	8 人
岡尾医院	株式会社岡尾医院松寿会	米田 410-2	10 人
尾崎病院	医療法人社団皓葵会	上三河 141-4	18 人

⑦ 居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導

居宅療養管理指導は、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行うサービスです。

名 称	運営主体	所在地
佐用共立病院	医療法人社団一葉会	佐用 1111
佐用中央病院	医療法人聖医会	佐用 3529-3
岡尾医院	株式会社岡尾医院松寿会	米田 410-2
尾崎病院	医療法人社団皓葵会	上三河 141-4

⑧ 福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与

福祉用具貸与は、車いすや特殊寝台等の福祉用具を貸与することにより、在宅生活における福祉環境の整備を支援するサービスです。

福祉用具貸与価格については、国が商品ごとの全国平均貸与価格を公表しており、自由価格を基本としつつ、一定の上限が設けられています。

要支援1・2及び要介護1の認定者については、原則として貸与が認められていない福祉用具がありますが、利用者の生活環境や心身の状態を考慮し、一定の要件に基づき、例外的に利用できる場合があります。

名 称	運営主体	所在地
スターラインオート	(株)小林モータース	佐用 232-1
福祉用具ショップフラワー	星の子合同会社	佐用 3015

⑨ 特定福祉用具販売・介護予防特定福祉用具販売

特定福祉用具販売は、腰掛便座、入浴補助用具等の対象用具を販売し、在宅生活における福祉環境の整備を支援するサービスです。特定介護予防福祉用具販売は、要支援者に対して、介護予防に資する対象福祉用具を販売するサービスです。購入費には、福祉用具購入費又は介護予防福祉用具購入費が支給されます。

利用者が福祉用具を購入するときは、いったん指定販売事業者へ全額を支払い、後に保険者である町へ申請することで、同一年度10万円を支給限度基準額とし、購入費の9割、8割又は7割が支給されます。

また、購入時に利用者が自己負担分のみを販売事業者を支払い、保険給付分を町が直接販売事業者を支払う「受領委任払い」の利用も可能です。

名 称	運営主体	所在地
福祉用具ショップフラワー	星の子合同会社	佐用 3015

⑩ 短期入所生活介護／介護予防短期入所生活介護

短期入所生活介護は、介護老人福祉施設等に短期間入所し、日常生活上の支援や機能訓練等を受けるサービスです。

名 称	運営主体	所在地	利用定員
朝陽ヶ丘荘 短期入所生活介護事業所	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	平福 138-1	10 人
特別養護老人ホーム祐あいホーム上月	社会福祉法人聖風会	福吉 721	12 人
特別養護老人ホームはなみずき	社会福祉法人はなさきむら	安川 401	10 人
サンホームみかづき 短期入所センター	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	10 人

⑪ 短期入所療養介護／介護予防短期入所療養介護

短期入所療養介護は、介護老人保健施設、病院等に短期間入所して、医学的管理のもとで介護や機能訓練を受けるサービスです。介護予防短期入所療養介護は、介護予防を目的として同様のサービスを行います。

名 称	運営主体	所在地	利用定員
老人保健施設浩陽園	医療法人聖医会	佐用 3529-3	1 人
老人保健施設ハイム・ゾンネ	社会福祉法人平成福祉会	林崎 662-3	4 人

⑫ 特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホーム、ケアハウス等に入居している要介護者等に対し所定の計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援を提供するサービスです。町内に施設はなく、町外の利用があります。

(3) 地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時対応を行うサービスです。1つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に行う一体型と、他の訪問看護ステーションと連携してサービスを提供する連携型があります。本町では、佐用圏域に連携型の事業所が開設されています。

名 称	所在地	運営主体	指定日
ラウンド・ケア・サービスあさひ	平福 138-1	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	H30.10.1

② 夜間対応型訪問介護（町内に指定事業所はありません。）

夜間対応型訪問介護は、在宅にいる場合でも夜間を含めて安心して生活できるよう、夜間において定期的な巡回訪問又は通報に応じて訪問介護を行うサービスです。

③ 地域密着型通所介護

地域密着型通所介護は、要介護者の心身機能の維持及び生活機能の向上、家族介護者の負担軽減等を目的として、デイサービスセンター等に通い、食事、入浴その他の日常生活上の支援や機能訓練等を受けるサービスです。利用定員 18 人以下の指定通所介護事業所は、地域密着型通所介護に位置づけられます。

名 称	所在地	運営主体	利用定員	指定日
祐あいホーム上月	福吉 705	社会福祉法人聖風会	18 人	H28.4.1
佐用町社会福祉協議会きらめきケアセンター	東徳久 1946	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	18 人	R7.4.1
佐用町社会福祉協議会きらめきケアセンター佐用	平福 138-8	社会福祉法人佐用町社会福祉協議会	18 人	R7.4.1
古民家デイひだまり	西下野 777	株式会社 ZAPPA	18 人	H23.11.1

④ 認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護は、認知症の利用者がデイサービスセンター等に通い、食事、入浴、排せつ等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練等を受けるサービスです。佐用圏域で 1 か所整備し、運営しています。

名 称	所在地	運営主体	利用定員	指定日
朝陽ヶ丘荘認知症対応型通所介護事業所	平福 138-1	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	12 人	H18.7.1

⑤ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症対応型共同生活介護は、認知症の状態にある要介護者に対し、1つの共同生活住居につき5人以上9人以下の少人数で共同生活を行い、食事、入浴等の日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。本町では、三日月圏域に1事業所、2ユニット18人を開設しています。

名 称	所在地	運営主体	ユニット	利用定員	指定日
サンホームみかづきグループホーム	志文 515	社会福祉法人博愛福祉会	2 ユニット	18 人	H20.3.1

※ 介護予防の指定を受けた事業所では要支援2の人も対象となりますが、町内事業所は介護予防認知症対応型共同生活介護の指定を受けていません。

⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所定員29人以下）に入所する要介護者に対し、食事、入浴、排せつ等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うサービスです。本町では、上月圏域に1施設を開設しています。

名 称	所在地	運営主体	利用定員	指定日
特別養護老人ホーム祐あいホーム上月（ユニット）	福吉 721	社会福祉法人聖風会	17 人	H26.4.1

⑦ 小規模多機能型居宅介護／介護予防小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護は、1つの事業所を利用し、身近な生活圏域内で「通い」を中心に、要介護者等の状態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ、食事、入浴、排せつ等の介護及び機能訓練等を実施するサービスです。

24時間365日切れ目なく、在宅での生活を支援します。本町では、各圏域に少なくとも1か所整備しており、南光圏域には本体事業所及びサテライト型事業所があります。

名 称	所在地	運営主体	登録定員	通い定員	宿泊定員	指定日
小規模多機能型居宅介護事業所 やすらぎの家さよう	佐用2838-2	医療法人社団一葉会	29 人	18 人	9 人	H20.2.1
小規模多機能ホームきずな	上月571-1	有限会社海風	29 人	18 人	9 人	H26.4.1
小規模多機能型居宅介護事業所 ほほえみ	米田410-3	㈱岡尾医院松寿会	29 人	18 人	9 人	H20.10.1
小規模多機能型サテライトほほえみ	米田103	㈱岡尾医院松寿会	18 人	12 人	6 人	R6.10.1
サンホームみかづき小規模多機能 志文の里	志文515	社会福祉法人博愛福祉会	29 人	18 人	9 人	H20.4.1

⑧ 地域密着型特定施設入居者生活介護（町内に指定事業所はありません。）

地域密着型特定施設入居者生活介護は、介護専用型特定施設、介護付有料老人ホーム、ケアハウス等のうち、入居定員が29人以下の施設に入居している要介護者に対し、食事、入浴、排せつ等の介護、日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うサービスです。

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護に訪問看護サービスを組み合わせて提供するサービスです。

2021（令和3）年度から南光圏域で1か所運営されていましたが、2024（令和6）年9月末で休止し、同年10月から小規模多機能型居宅介護のサテライト型事業所となっています。

(4) 施設サービス

① 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な要介護者に対し、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、健康管理及び療養上の世話を提供する施設です。

新規入所は原則として要介護3以上の人が対象ですが、要介護1又は2の人についても、やむを得ない事情により居宅での日常生活が困難である場合には、特例的に入所対象となる場合があります。

名 称	運営主体	所在地	定員
特別養護老人ホーム 朝陽ヶ丘荘	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	平福 138-1	100 人
特別養護老人ホーム 祐あいホーム上月	社会福祉法人聖風会	福吉 721	56 人
特別養護老人ホーム はなみずき	社会福祉法人はなさきむら	安川 401	40 人
特別養護老人ホーム サンホームみかづき	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	60 人

② 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、病状が安定期にあり、入院治療の必要性はないものの、機能訓練や看護を必要とする高齢者等に対し、在宅での生活を目指して、医学的管理に基づく日常生活の支援やリハビリテーション等のサービスを提供する施設です。

名 称	運営主体	所在地	定員
老人保健施設 浩陽園	医療法人聖医会	佐用 3529-3	52 人
老人保健施設 ハイム・ゾンネ	社会福祉法人平成福祉会	林崎 662-3	84 人

③ 介護医療院

介護医療院は、長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う施設です。日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の医療機能と、生活施設としての機能を併せ持つ施設です。

名 称	運営主体	所在地	定員
介護医療院 きねん介護医療院	医療法人社団一葉会	佐用 1132-25	50 人

(5) その他

① サービス付き高齢者向け住宅

名 称	運営主体	所在地	戸数	定員
ヒルハウスひとは	医療法人社団一葉会	佐用 1122	30 戸	35 人
きずな	有限会社 海風	上月 571-1	10 戸	10 人
リバーサイドなかやす	医療法人社団一葉会	米田 110	30 戸	40 人
サンホームみかづき八重の里	社会福祉法人博愛福祉会	志文 515	28 戸	30 人

② 養護老人ホーム

事業所名	所在地	開始日	戸数	定員
佐用朝霧園	林崎 662-8	R2.9.1 移転新築	50 戸	50 人

③ 高齢者生活福祉センター

事業所名	所在地	開始日	戸数	定員
佐用町高齢者生活福祉センター(サンホームみかづき内)	志文 515	H17.10.1	5 戸	5 人

④ 高齢者の総合相談窓口

佐用町地域包括支援センター ・ 佐用町役場第一庁舎西館 1 階高年介護課内
地域包括支援センター・ランチ ・ 佐用町社会福祉協議会 本所 ・ ハイム・ゾンネ ・ はなみずき ・ サンホームみかづき ・ 祐あいホーム上月居宅介護支援事業所 ・ 佐用共立病院居宅介護支援事業所 ・ 佐用中央病院居宅介護支援事業所 ・ 居宅介護支援事業所ほほえみ

4 主な成果指標（K P I）・活動指標・体制指標及び取組項目

本一覧は、成果指標をK P Iとして位置づけるとともに、計画の進捗管理に用いる活動指標、体制指標及び取組項目を掲載しています。

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
1	医療・保健専門職等の活動支援（保健師の地域活動）	活動指標	76 回	80 回	P52 第4編 第3章 4（2）②	健康福祉課
2	地域リハビリテーション活動支援事業の活動回数	活動指標	79 回	90 回	P53 第4編 第3章 4（2）② オ）	高年介護課
3	地域ケア会議推進事業	取組項目	継続実施	継続実施	P59 第4編 第3章 4（3）② エ）	高年介護課
4	委託分（ランチ）による総合相談支援件数	活動指標	39 件	継続実施	P65 第4編 第3章 5（1）②	高年介護課
5	ランチ相談体制	体制指標	8 ブランチ	8 ブランチを維持	P65 第4編 第3章 5（1）②	高年介護課
6	佐用町地域包括支援センターの人員の確保	体制指標	継続実施	継続実施 （増員の検討）	P65 第4編 第3章 5（1）④	高年介護課
7	ヤングケアラーの把握と支援につなぐ体制	体制指標	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（2）	高年介護課
8	ケアマネジャーのスキルアップ（自立支援型個別ケア会議等）	取組項目	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（1）⑤	高年介護課
9	医療知識向上研修（郡医師会等との共同）	取組項目	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（1）⑤	高年介護課
10	住民への地域にあるサービス等の周知	取組項目	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（1）⑥	高年介護課
11	地域におけるネットワークの構築	体制指標	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（2）①	高年介護課
12	実態把握の推進	取組項目	継続実施	継続実施	P66 第4編 第3章 5（2）②	高年介護課
13	総合相談支援の充実	取組項目	継続実施	継続実施	P67 第4編 第3章 5（2）③	高年介護課
14	自立支援・介護予防・重度化防止の推進	取組項目	継続実施	継続実施	P67 第4編 第3章 5（3）	高年介護課
15	地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の整備	体制指標	継続実施	継続実施	P67 第4編 第3章 5（4）	高年介護課

(2) 在宅医療・介護連携

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
16	アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・支援	取組項目	継続実施	継続実施	P55 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
17	入退院支援のためのルールづくりの推進	体制指標	継続実施	継続実施	P55 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
18	業務継続計画 (BCP) の作成・運用の推進	体制指標	継続実施	継続実施	P55 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
19	在宅医療・介護連携に関する相談支援・普及啓発	取組項目	継続実施	継続実施	P55 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
20	在宅医療・介護連絡会代表者会の開催	活動指標	2 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
21	在宅医療・介護連絡会専門職会議の開催	活動指標	16 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課
22	在宅医療・介護連絡会研修会の開催	活動指標	1 回	継続実施	P56 第4編 第3章 4 (3) ② ア)	高年介護課

(3) 認知症施策

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
23	認知症予防教室（開催回数・参加延べ人数）	活動指標	95 回 1,561 人	継続実施	P52 第4編 第3章 4 (2) ② イ)	高年介護課
24	認知症初期集中支援チームの運営	活動指標	継続実施	継続実施	P57 第4編 第3章 4 (3) ② イ) a)	高年介護課
25	認知症地域支援推進員の活動の推進	取組項目	継続実施	継続実施	P57 第4編 第3章 4 (3) ② イ) b)	高年介護課
26	もの忘れ健康相談事業（回数・延べ人数）	活動指標	9 回・31 人	継続実施	P57 第4編 第3章 4 (3) ② イ) c)	高年介護課
27	物忘れが多いと感じる	成果指標	43.9%	現状値以下	ニーズ調査・問4 (1)	高年介護課
28	認知症カフェ（オレンジカフェ）の箇所数・開催回数	体制指標	5 か所 15 回	5 か所以上 15 回以上	P58 第4編 第3章 4 (3) ② イ) d)	高年介護課
29	認知症家族の会の実施状況	活動指標	12 回・92 人	継続実施	P58 第4編 第3章 4 (3) ② イ) d)	高年介護課
30	チームオレンジの推進連絡会	活動指標	2 回	継続実施	P58 第4編 第3章 4 (3) ② イ) e)	高年介護課
31	見守り・SOSネットワークの構築	体制指標	継続実施	継続実施	P58 第4編 第3章 4 (3) ② イ) f)	高年介護課
32	認知症対応型共同生活介護事業所の家賃助成事業	活動指標	年間延べ 177 人 1,690,379 円	継続実施	P61 第4編 第3章 4 (4) ③ ウ)	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
33	介護マーク配付事業	取組項目	継続実施	継続実施	P64 第4編 第3章 5（1）① オ）	高年介護課
34	認知症バリアフリーの推進 （企業・公共機関等連携）	取組項目	新規	実施	P71 第4編 第3章 6（1）⑥ イ）	高年介護課
35	意思決定支援研修の実施	取組項目	新規	実施検討	P71 第4編 第3章 6（1）⑥ イ）	高年介護課
36	ピアサポート活動への参加 者数（※）	活動指標	未実施	実施可能性を検討	P71 第4編 第3章 6（1）⑥ イ）	高年介護課
37	本人ミーティングの実施回数（※）	活動指標	未実施	実施可能性を検討	P71 第4編 第3章 6（1）⑥ イ）	高年介護課
38	若年性認知症の人等の就労 支援・事業主啓発（※）	取組項目	未実施	実施可能性を検討	P72 第4編 第3章 6（1）⑥ エ）	高年介護課
39	介護ロボット・ICT等の 活用状況（※）	体制指標	未把握	導入・活用状況の把握方法を検討	P72 第4編 第3章 6（1）⑥ エ）	高年介護課
40	認知症の人及び家族等の生 活実態・ニーズ調査（若年 性含む）（※）	取組項目	未実施	実施可能性を検討	P72 第4編 第3章 6（1）⑥ エ）	高年介護課
41	西播磨圏域認知症疾患医療 センターとの連携	体制指標	継続実施	継続実施	P75 第4編 第3章 6（2）②	高年介護課
42	認知症ケアネットの地域資 源情報の更新・周知	取組項目	継続実施	継続実施	P75 第4編 第3章 6（2）③	高年介護課
43	認知症サポーター養成講座 （地域住民）	活動指標	1回・20人	3回・100人	P76 第4編 第3章 6（3）①	高年介護課
44	認知症サポーター養成講座 （小・中学校）	活動指標	6回・158人	8回・180人	P76 第4編 第3章 6（3）①	高年介護課
45	キャラバン・メイト数（実数）	体制指標	148人	160人	P77 第4編 第3章 6（3）②	高年介護課
46	サポーター養成講座開催数（延べ回数）	活動指標	217回	225回	P77 第4編 第3章 6（3）②	高年介護課
47	認知症サポーター数（延べ人数）	体制指標	5,954人	6,100人	P77 第4編 第3章 6（3）②	高年介護課
48	キャラバン・メイト等フォ ローアップ研修会の実施	取組項目	継続実施	継続実施	P77 第4編 第3章 6（3）③	高年介護課
49	認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴの割合	成果指標	R6年度 31.9%	現状値以下	P99 第5編 第2章 4	高年介護課

(4) 介護予防施策

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
50	フレイル予防	取組項目	継続実施	継続実施	P29 第4編 第1章 1 (3)	高年介護課 健康福祉課
51	運動機能の低下がみられる人の人数	成果指標	(1)101人、(2)66人、(3)43人	現状値以下	ニーズ調査・問2 (1)～(3)	高年介護課 健康福祉課
52	口腔機能の低下がみられる人の人数	成果指標	(2)158人、(3)93人、(4)105人	現状値以下	ニーズ調査・問3 (2)～(4)	高年介護課 健康福祉課
53	通いの場（体力測定・体操指導の実施）	取組項目	継続実施	継続実施	P29 第4編 第1章 1 (4) P53 第4編 第3章 4 (2)②ウ)	高年介護課
54	介護予防のための通いの場に月1回以上参加している人の割合	成果指標	24.1%	現状値以上	ニーズ調査・問5 ⑤	高年介護課
55	訪問型サービスの事業費・利用実人数	活動指標	14,805,234円 56人	15,000,000円・56人	P49 第4編 第3章 4 (2)①ア)	高年介護課
56	通所型サービスの事業費・利用実人数	活動指標	21,421,069円 66人	24,000,000円・70人	P49 第4編 第3章 4 (2)①イ)	高年介護課
57	通所型サービスB 実施箇所数	体制指標	5か所	5か所以上	P50 第4編 第3章 4 (2)①ウ)	高年介護課
58	まごころサービス(利用者・協力員・延べ利用回数)	活動指標	12人・10人・37回	20人・20人・50回	P51 第4編 第3章 4 (2)①エ)	高年介護課
59	介護予防ケアマネジメントの事業費・利用実人数	活動指標	3,315,000円・51人	3,500,000円・53人	P51 第4編 第3章 4 (2)①オ)	高年介護課
60	介護予防把握事業	取組項目	継続実施	継続実施	P52 第4編 第3章 4 (2)②ア)	高年介護課
61	いきいき百歳体操（教室数・自治会数・参加人数）	活動指標	40教室・64自治会・775人	継続実施	P53 第4編 第3章 4 (2)②ウ)	高年介護課
62	いきいき百歳体操参加者の継続参加率	成果指標	未把握	R8に算定方法及び基準値を設定し、基準値以上	P53 第4編 第3章 4 (2)②ウ)	高年介護課
63	いきいき百歳体操参加者の心身状態又は体力測定結果の維持・改善率	成果指標	未把握	R8に評価方法及び基準値を設定し、基準値以上	P53 第4編 第3章 4 (2)②ウ)	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
64	一般介護予防事業評価事業	取組項目	継続実施	継続実施	P53 第4編 第3章 4（2）② エ）	高年介護課
65	地域リハビリテーション専門職の地域活動回数（再掲）	活動指標	79 回	90 回	P53 第4編 第3章 4（2）② オ）	高年介護課
66	食の自立支援事業（配食サービス）年間延べ利用者数・年間総配食数	活動指標	延べ1,387 人 10,127 食	継続実施	P62 第4編 第3章 4（4）③ エ）	高年介護課
67	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	取組項目	継続実施	継続実施	P62 第4編 第3章 4（5）	高年介護課 健康福祉課
68	要介護・要支援認定率	成果指標	22.7% （2025（令和8） 年3月末現在）	人口構成の変化を 踏まえ、認定率の 上昇抑制を目指す	P99 第5編 第2章 2	高年介護課

（5）地域支援事業の推進

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
69	交付金評価指標を活用した取組	取組項目	継続実施	継続実施	P46 第4編 第3章 4	高年介護課
70	訪問型サービスの事業費・利用実人数（再掲）	活動指標	14,805,234 円・56 人	15,000,000 円・56 人	P49 第4編 第3章 4（2）① ア）	高年介護課
71	通所型サービスの事業費・利用実人数（再掲）	活動指標	21,421,069 円・66 人	24,000,000 円・70 人	P49 第4編 第3章 4（2）① イ）	高年介護課
72	通所型サービスB 実施箇所数（再掲）	体制指標	5 か所	5 か所以上	P50 第4編 第3章 4（2）① ウ）	高年介護課
73	まごころサービス（利用者・協力員・延べ利用回数）（再掲）	活動指標	12 人・10 人・37 回	20 人・20 人・50 回	P51 第4編 第3章 4（2）① エ）	高年介護課
74	介護予防ケアマネジメントの事業費・利用実人数（再掲）	活動指標	3,315,000 円・51 人	3,500,000 円・53 人	P51 第4編 第3章 4（2）① オ）	高年介護課
75	医療・保健専門職等の活動支援 （保健師の地域活動）（再掲）	活動指標	76 回	80 回	P52 第4編 第3章 4（2）②	健康福祉課
76	（管理栄養士の地域活動回数）	活動指標	5 回	5 回	P52 第4編 第3章 4（2）②	健康福祉課
77	（歯科衛生士の地域活動回数）	活動指標	5 回	5 回	P52 第4編 第3章 4（2）②	健康福祉課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
78	介護予防把握事業（再掲）（地域包括支援センター、ランチ及び地域関係者との連携による対象者把握）	取組項目	継続実施	継続実施	P52 第4編 第3章 4（2）② ア）	高年介護課
79	介護予防普及啓発事業（認知症予防教室）（再掲）	活動指標	95 回・1,561 人	継続実施	P52 第4編 第3章 4（2）② イ）	高年介護課
80	地域介護予防活動支援事業（いきいき百歳体操）（再掲）	活動指標	40 教室・64 自治会・775 人	継続実施	P53 第4編 第3章 4（2）② ウ）	高年介護課
81	一般介護予防事業評価事業（再掲）	取組項目	継続実施	継続実施	P53 第4編 第3章 4（2）② エ）	高年介護課
82	地域リハビリテーション専門職の地域活動回数（再掲）	活動指標	79 回	90 回	P53 第4編 第3章 4（2）② オ）	高年介護課
83	総合相談支援業務（介護保険その他の保健・福祉サービスに関すること）	活動指標	6,674 件	継続実施	P54 第4編 第3章 4（3）① ア）	高年介護課
84	権利擁護業務（成年後見制度等に関すること）	活動指標	150 件	継続実施	P54 第4編 第3章 4（3）① イ）	高年介護課
85	（高齢者虐待に関する相談及び対応）	活動指標	相談8件・必要な初期対応を全件実施	必要な初期対応を全件実施	P54 第4編 第3章 4（3）① イ）	高年介護課
86	包括的・継続的ケアマネジメント支援（研修会）	活動指標	3 回	継続実施	P55 第4編 第3章 4（3）① ウ）	高年介護課
87	（連絡会）	活動指標	5 回	継続実施	P55 第4編 第3章 4（3）① ウ）	高年介護課
88	事例検討会の開催回数（R8 から集計を統合）	活動指標	合計22回（事例検討4回、気づきの事例検討18回）	継続実施	P55 第4編 第3章 4（3）① ウ）	高年介護課
89	在宅医療・介護連携の推進（連絡会・専門職会議・研修会）（再掲）	活動指標	代表者会2回 専門職会議16回 研修会1回	継続実施	P56 第4編 第3章 4（3）② ア）	高年介護課
90	認知症総合支援事業（初期集中支援チーム・地域支援推進員等）（再掲）	取組項目	継続実施	継続実施	P56 第4編 第3章 4（3）② イ）	高年介護課
91	生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーターの配置）	体制指標	継続実施	継続実施	P59 第4編 第3章 4（3）② ウ）	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
92	生活支援体制整備事業 （協議体の設置・運営）	体制指標	継続実施	継続実施	P59 第4編 第3章 4（3）② ウ）	高年介護課
93	地域ケア会議推進事業（個別ケア会議等）（再掲）	取組項目	継続実施	継続実施	P59 第4編 第3章 4（3）② エ）	高年介護課
94	介護給付等費用適正化事業	取組項目	継続実施	継続実施	P60 第4編 第3章 4（4）①	高年介護課
95	家族介護者交流事業	活動指標	5回・24人	継続実施	P60 第4編 第3章 4（4）② ア）	高年介護課
96	家族介護教室事業	活動指標	4回・48人	継続実施	P60 第4編 第3章 4（4）② イ）	高年介護課
97	介護離職・転職があった世帯の割合	成果指標	2.9%	現状値以下	在宅介護実態調査A票（7）	高年介護課
98	主な介護者が就労を「続けていける」と回答した割合	成果指標	73.5%	現状値以上	在宅介護実態調査B票（4）	高年介護課
99	家族介護慰労金支給事業	取組項目	継続実施	継続実施	P61 第4編 第3章 4（4）② ウ）	高年介護課
100	家族介護用品支給事業	活動指標	216回・196人	継続実施	P61 第4編 第3章 4（4）② エ）	高年介護課
101	成年後見制度利用支援事業	取組項目	継続実施	継続実施	P61 第4編 第3章 4（4）③ ア）	高年介護課
102	福祉用具・住宅改修支援事業	取組項目	継続実施	継続実施	P61 第4編 第3章 4（4）③ イ）	高年介護課
103	認知症対応型共同生活介護事業所の家賃助成事業（再掲）	活動指標	年間延べ177人 1,690,379円	継続実施	P61 第4編 第3章 4（4）③ ウ）	高年介護課
104	食の自立支援事業（配食サービス）年間延べ利用者数・年間総配食数（再掲）	活動指標	延べ1,387人 10,127食	継続実施	P62 第4編 第3章 4（4）③ エ）	高年介護課
105	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	取組項目	継続実施	継続実施	P62 第4編 第3章 4（5）	高年介護課

(6) 介護人材の確保・定着と介護現場の生産性向上

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
106	人材の定着・負担軽減・県支援の活用	体制指標	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3（重点目標8）	高年介護課
107	処遇改善の推進（県との連携）	取組項目	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3（重点目標8）	高年介護課
108	I C T・A I・介護ロボット・介護情報基盤の活用	取組項目	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3（重点目標8）	高年介護課
109	多様な人材の参入促進	取組項目	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3（重点目標8）	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
110	介護職員初任者研修の開催	取組項目	継続実施	継続実施	P69 第4編 第3章 5（5）	高年介護課
111	福祉資格取得助成事業の活用	取組項目	継続実施	継続実施	P69 第4編 第3章 5（5）	高年介護課
112	暴力・ハラスメント対策を含む職場環境の改善	取組項目	継続実施	継続実施	P69 第4編 第3章 5（5）	高年介護課
113	人材の確保に向けた取組の推進（多様な人材参入）	取組項目	継続実施	継続実施	P84 第4編 第4章 1（2）④	高年介護課
114	介護職員のスキルアップ・職場定着に関する研修・相談	取組項目	継続実施	継続実施	P84 第4編 第4章 1（2）④	高年介護課

(7) 権利擁護・成年後見制度

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
115	権利擁護（成年後見制度等）に関すること（再掲）	活動指標	150 件	継続実施	P54 第4編 第3章 4（3）① イ）	高年介護課
116	（高齢者虐待に関する相談及び対応）（再掲）	活動指標	相談8件・必要な初期対応を全件実施	必要な初期対応を全件実施	P54 第4編 第3章 4（3）① イ）	高年介護課
117	日常生活自立支援事業の相談体制づくり	体制指標	継続実施	継続実施	P77 第4編 第3章 7（1）	高年介護課
118	高齢者虐待の早期発見・対応マニュアルの整備・運用	体制指標	継続実施	継続実施	P78 第4編 第3章 7（4）①	高年介護課
119	高齢者虐待防止ネットワークの強化	体制指標	継続実施	継続実施	P78 第4編 第3章 7（4）②	高年介護課
120	成年後見制度利用支援事業（町長申立て・費用助成）	取組項目	継続実施	継続実施	P79 第4編 第3章 8（2）	高年介護課
121	地域連携ネットワーク（チーム・協議会）づくり	体制指標	継続実施	継続実施	P79 第4編 第3章 8（3）	高年介護課
122	西播磨成年後見支援センターとの連携	体制指標	継続実施	継続実施	P81 第4編 第3章 8（4）①	高年介護課
123	市民後見人の養成・支援推進事業	取組項目	継続実施	継続実施	P81 第4編 第3章 8（4）②	高年介護課
124	相談、広報及び普及啓発	取組項目	継続実施	継続実施	P81 第4編 第3章 8（4）③	高年介護課
125	成年後見人等への支援及び不正防止	取組項目	継続実施	継続実施	P82 第4編 第3章 8（4）④	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
126	権利擁護施策の総合的な推進	取組項目	継続実施	継続実施	P82 第4編 第3章 8（4）⑤	高年介護課
127	計画の推進及び評価	取組項目	継続実施	継続実施	P82 第4編 第3章 8（5）	高年介護課

(8) 災害・感染症対策

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
128	高齢者施設と協力医療機関との連携体制の構築（3要件）	体制指標	継続実施	継続実施	P23 第3編 第2章 3（重点目標6）	高年介護課
129	地域見守りネットワークの構築・協力事業所・協力団体の登録数	体制指標	92 団体・事業所	100 団体・事業所	P38 第4編 第2章 4（1）	高年介護課
130	災害に備えて気づきマップ等の作成	取組項目	継続実施	継続実施	P39 第4編 第2章 5（1）	企画防災課
131	社会福祉施設等の避難確保計画の作成・避難訓練	体制指標	継続実施	継続実施	P39 第4編 第2章 5（1）④	企画防災課
132	災害時避難行動要支援者名簿等の作成	体制指標	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（2）①	健康福祉課
133	個別避難計画の作成	体制指標	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（2）②	健康福祉課
134	迅速・的確な情報伝達のための整備	体制指標	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（3）	企画防災課
135	スマートフォン教室の開催	取組項目	継続実施	継続実施	P40 第4編 第2章 5（3）	情報政策課
136	避難誘導体制の整備	体制指標	継続実施	継続実施	P41 第4編 第2章 5（4）	健康福祉課
137	新型インフルエンザ等の感染症対策の推進	取組項目	継続実施	継続実施	P41 第4編 第2章 6	健康福祉課
138	介護サービス事業者のBCP作成・運用	体制指標	継続実施	継続実施	P55 第4編 第3章 4（3）② ア）	高年介護課

(9) 高齢者支援サービス・社会参加（公助・自助）

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
139	健康診査及びがん検診	取組項目	継続実施	継続実施	P29 第4編 第1章 1（1）	健康福祉課
140	人生いきいき住宅助成事業	活動指標	11 件	継続実施	P30 第4編 第1章 2（1）	高年介護課
141	交通空白地有償運送事業（さよさよサービス）	活動指標	延べ 12,014 人	継続実施	P31 第4編 第1章 2（2）①	健康福祉課

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
142	交通空白地有償運送事業 (江川ふれあい号)	活動指標	延べ 1,485 人	継続実施	P31 第4編 第1章 2 (2) ①	企画防災課
143	移送サービス事業	活動指標	延べ 90 人	継続実施	P31 第4編 第1章 2 (2) ②	健康福祉課
144	タクシー運賃助成事業	活動指標	延べ 8,627 人	継続実施	P32 第4編 第1章 2 (2) ③	健康福祉課
145	買い物支援	取組項目	継続実施	継続実施	P32 第4編 第1章 2 (3)	商工観光課
146	高年クラブ活動の支援	体制指標	20 クラブ 1,002 人	継続実施	P32 第4編 第1章 3 (1)	高年介護課
147	世代間交流の促進	取組項目	継続実施	継続実施	P33 第4編 第1章 3 (2) ①	高年介護課
148	ご近所福祉ネットワーク活動支援事業	体制指標	84 集落	継続実施	P34 第4編 第1章 3 (2) ②	高年介護課
149	ふれあい・いきいきサロン 事業実施集落数	体制指標	78 集落	継続実施	P34 第4編 第1章 3 (2) ②	高年介護課
150	伝統行事・地域イベントへの 参加促進	取組項目	継続実施	継続実施	P34 第4編 第1章 3 (2) ④	高年介護課
151	地域活動に月 1 回以上参加 している人の人数	成果指標	①32 人, ②83 人, ③75 人, ④26 人, ⑤71 人, ⑥43 人, ⑦43 人	現状値以上	ニーズ調査・問 5 ①～⑦	高年介護課
152	地域活動の推進 (いきいき 百歳体操) (再掲)	取組項目	継続実施	継続実施	P34 第4編 第1章 3 (2) ⑤	高年介護課
153	敬老会及び敬老事業助成金	活動指標	2 年ごとに実施	継続実施	P34 第4編 第1章 3 (2) ⑥	高年介護課
154	生涯学習の充実 (高年大学在籍者数)	活動指標	308 人	継続実施	P35 第4編 第1章 3 (3)	生涯学習課
155	スポーツ・レクリエーションの充実	取組項目	継続実施	継続実施	P35 第4編 第1章 3 (4)	生涯学習課
156	高齢者の就業支援 (シルバー 人材センター登録者数)	体制指標	202 人	継続実施	P35 第4編 第1章 3 (5)	高年介護課
157	地域づくり協議会の充実	体制指標	継続実施	継続実施	P37 第4編 第2章 3	企画防災課
158	地域見守りネットワークの構築 (再掲)	体制指標	92 団体・事業所	100 団体・事業所	P38 第4編 第2章 4 (1)	高年介護課
159	民生委員・児童委員等の活動支援	取組項目	継続実施	継続実施	P83 第4編 第4章 1 (1)	健康福祉課
160	ボランティア活動の支援	体制指標	26 グループ・209 人、個人 248 人	継続実施	P83 第4編 第4章 1 (2) ①	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
161	福祉教育の推進（学校教育における体験学習・交流）	取組項目	継続実施	継続実施	P84 第4編 第4章 1（3）①	教 育 課
162	老人保護措置制度（養護老人ホーム佐用朝霧園）	活動指標	34 人	必要に応じ適切に措置	P85 第4編 第4章 2（3）	高年介護課
163	長寿祝金	取組項目	継続実施	継続実施	P85 第4編 第4章 2（5）	高年介護課
164	在宅老人介護手当	取組項目	継続実施	継続実施	P85 第4編 第4章 2（6）	高年介護課
165	施設等への入所・入居を検討していない人の割合	成果指標	75.9%	状況を確認	在宅介護実態調査A票（10）	高年介護課
166	訪問理美容サービス事業	活動指標	3 人	継続実施	P86 第4編 第4章 3（2）	高年介護課
167	寝具洗濯乾燥消毒サービス事業	活動指標	7 件	継続実施	P86 第4編 第4章 3（3）	高年介護課
168	高齢者向け住まいの状況	体制指標	サービス付き高齢者向け住宅 98 戸・定員 115 人	継続実施	P86 第4編 第4章 3（5）	高年介護課
169	緊急通報システム事業	活動指標	230 件	継続実施	P87 第4編 第4章 3（6）	高年介護課
170	老人日常生活用具給付等事業	取組項目	継続実施	継続実施	P87 第4編 第4章 3（7）	高年介護課
171	高齢者生活福祉センター運営事業	体制指標	継続実施	継続実施	P87 第4編 第4章 3（10）	高年介護課
172	高齢者福祉相談事業	取組項目	継続実施	継続実施	P87 第4編 第4章 3（11）	高年介護課
173	公共施設等のバリアフリー化の推進	取組項目	継続実施	継続実施	P88 第4編 第4章 4（1）②	全 課
174	防犯体制の整備（特殊詐欺・悪質商法対策）	体制指標	継続実施	継続実施	P88 第4編 第4章 4（1）④	商工観光課
175	コミュニティ安心拠点の整備・活用	体制指標	継続実施	継続実施	P88 第4編 第4章 4（2）①	高年介護課
176	健康づくりの推進	取組項目	継続実施	継続実施	P89 第4編 第4章 5	健康福祉課
177	主観的健康感が良好な人の割合	成果指標	80.9%	現状値以上	ニーズ調査・問8（1）	健康福祉課 高年介護課
178	うつ傾向がみられる人の割合	成果指標	(3)136 人, 31.9% (4)95 人, 22.3%	現状値以下	ニーズ調査・問8（3）・（4）	健康福祉課 高年介護課

(10) 制度運営の適正化

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
179	介護給付等費用適正化事業 (再掲)	取組項目	継続実施	継続実施	P60 第4編 第3章 4 (4) ①	高年介護課
180	地域密着型・居宅介護支援事業者への運営指導	活動指標	継続実施	年3事業所以上 共同委託を検討	P133 第5編 第8章 1 (1)	高年介護課
181	介護保険サービス事業者 連絡協議会の運営	体制指標	継続実施	継続実施	P133 第5編 第8章 1 (2)	高年介護課
182	苦情処理窓口の充実	体制指標	継続実施	継続実施	P134 第5編 第8章 1 (4)	高年介護課
183	要介護認定調査の適正化	活動指標	1,123件・点検率100%	点検率:100%	P135 第5編 第8章 2 (1)	高年介護課
184	ケアプランの点検等	活動指標	町内事業所 1か所/年	町内事業所 2か所以上/年	P135 第5編 第8章 2 (2)	高年介護課
185	住宅改修・福祉用具点検	活動指標	改修11件・用具89件	継続実施	P135 第5編 第8章 2 (2)	高年介護課
186	医療情報との突合・縦覧点検	取組項目	継続実施	継続実施	P135 第5編 第8章 2 (3)	高年介護課
187	介護認定審査会の適正化 (研修参加・平準化)	取組項目	継続実施	継続実施	P136 第5編 第8章 3 (1)	高年介護課

(11) 調査結果に基づく評価

No	指標名	指標区分	現状・実績 (R7)	目標・取組方針 (R11)	頁・関連編章節	担当課
188	過去1年間に転倒した人の割合	成果指標	40.8%	次回調査時に現状値以下	「何度もある」＋「1度ある」	高年介護課
189	転倒に不安を感じる人の割合	成果指標	60.3%	次回調査時に現状値以下	「とても不安」＋「やや不安」	高年介護課
190	外出頻度が週1回以下の人の割合	成果指標	31.2%	次回調査時に現状値以下	「ほとんど外出しない」＋「週1回」	高年介護課
191	地域の健康づくり活動や趣味等のグループ活動への参加意向がある人の割合	成果指標	53.8%	次回調査時に現状値以上	「是非参加したい」＋「参加してもよい」	高年介護課
192	認知症相談窓口を知っている人の割合	成果指標	48.1%	次回調査時に現状値以上	当該設問の有効回答者を分母として算出 (調査有効回答414人)	高年介護課
193	生きがいがある人の割合	成果指標	50.0%	次回調査時に現状値以上	「生きがいあり」と回答した人を全回答者数で除して算出 (全回答426人)	高年介護課
194	認知症状への対応に不安を感じる主な介護者の割合	成果指標	25.7%	次回調査時に状況を確認	回答対象者は主な介護者。当該設問の有効回答数を分母として算出	高年介護課

No	指標名	指標区分	現状・実績（R7）	目標・取組方針（R11）	頁・関連編章節	担当課
195	移送サービスの充実が必要と回答した人の割合	調査指標	13.9%	次回調査時に状況を確認	複数回答。当該設問の有効回答数を分母として算出	高年介護課

※ 分類上の考え方

指標区分	判定基準
成果指標	住民・利用者・地域の状態、行動又は意識の変化、制度運営上の達成状況を測るもの
活動指標	相談、研修、会議、サービス提供などの実施量を測るもの
体制指標	人員、拠点、組織、登録団体、ネットワーク等の整備・確保状況を測るもの
取組項目	数値目標を設定せず、実施、継続、検討、推進等の進捗を確認するもの

※ 分類上の留意点

現状値が数値でも、R11 欄が単に「継続実施」とされている項目は、厳密な意味での数値 K P I ではありません。ただし、開催回数、利用人数、相談件数等の実施量を実績として継続把握できる項目は「活動指標」としました。また、一つの欄に複数の性質の数値がある場合は、主たる評価対象により分類しています。

- (注) 各指標の評価に当たっては、回答者数、回答者の属性構成、設問ごとの有効回答数並びに設問及び算出方法の変更の有無を確認します。次回調査で設問、対象者、分母又は算出方法等が変わった場合は、現状値との単純な数値比較は行わず、国の地域包括ケア「見える化」システムに示されるクロス集計結果等を活用します。また、事業実績、相談状況、サービス利用状況及び関係者の意見等と併せて総合的に評価します。
- (注) No88 の 22 回は、R7 の事例検討 4 回と気づきの事例検討 18 回の合計です。R8 以降は統合して集計します。
- (注) No188～No195 の目標値又は取組方針は、第 11 期計画策定に向けて実施する次回調査により評価します。調査実施年度及び結果確定時期によっては、第 10 期計画の最終評価又は第 11 期計画の基準値として取り扱います。
- (注) No194「認知症状への対応に不安を感じる主な介護者の割合」は、相談支援が進むことにより、介護者が不安を認識し、回答として表れやすくなる可能性があります。
また、調査対象者の要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度の構成による影響も受けるため、数値の増減だけで評価せず、相談支援の実施状況等と併せて状況を確認します。
- (注) No195「移送サービスの充実が必要と回答した人の割合」は、移動支援に関する情報の周知等により、潜在的なニーズが回答として表れやすくなる可能性があります。このため、数値の増減だけで評価せず、移動支援の利用状況、相談状況及び関係者の意見等と併せて状況を確認します。

佐用町高齢者福祉計画及び第 10 期介護保険事業計画
「ささえ合う 絆がはぐくむ 温かなまち」
佐用の健康と福祉を創造する

発行年月／2027（令和 9）年 3 月

編 集／佐用町高年介護課

〒679-5380 兵庫県佐用郡佐用町佐用 2611 番地 1
佐用町役場西館 1 階

TEL／0790-82-2079 FAX／0790-82-0144

E-mail／kaigo@town.sayo.lg.jp