



# 1. 本計画の進捗評価指標

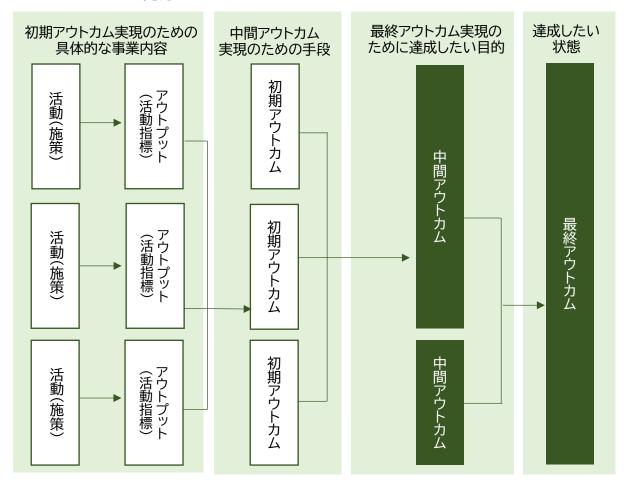
## (1)本計画におけるロジックモデル

ロジックモデルとは、事業の立案や評価を行う際に用いられる枠組み・考え方の一つで、「こうしたら(活動の結果=アウトプット)」「こうなった(結果から得た成果=アウトカム)」という因果関係を順番に考えていき、最終的な成果までを段階的に発展させて示した論理構成図を指します。

本計画よりロジックモデルを設定し、各施策の目的や目標、効果を明確にすることで、進捗管理の仕組みを強化し、実効性のある計画を目指しています。

本計画のロジックモデルは、本市が目指す高齢社会像「『望む生活を実現している』と感じている人が多い」を最終アウトカムとし、これを達成するために、「重点施策」に基づく「施策」をロジックモデルにおける"活動"、各活動に設定した指標を"アウトプット"とし、「重点施策」の実施により得られる"成果"を「初期アウトカム」「中間アウトカム」「最終アウトカム」として示すようにしています。

### □■ロジックモデルの見方



「望む生活を実現している」と感じている人が多い「^
多い
> 【介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より】

施策体系								
目指す高齢社会像	基本理念	基本指針	基本目標	重点施策	施策			
			目 地域で支え合うしくみづくり 生きがいづくりと介護予防標		施策 施策 ※各施策と活動指標 の一覧はP122			
	のまちづくり	継続できる (3) 虐待防止・権利擁護の促進 (4) 災害・感染症対策に係る体 (1) 介護保険サービスの基盤型	(1)地域での居場所づくり (2)在宅生活を支援するサービスの充実 (3)虐待防止・権利擁護の促進 (4)災害・感染症対策に係る体制整備 (1)介護保険サービスの基盤整備 (2)介護保険サービス見込み量と提供体制	から掲載しています。				
			塚境づくり でしてるを	(4)人材の確保及び業務の効率化と質の向上 (5)介護保険制度を円滑に運営する仕組み				

120

## ロジックモデル

### 初期アウトカム

中間アウトカム

最終 アウトカム

困ったときに相談できる体制がある

在宅医療と介護が一体的に提供されている

認知症の予防と共生に向けた支援が行われている

多様な職種や機関との連携協働による 地域包括支援ネットワークが構築されている

住まいが、ニーズに合わせて適切に提供されている

多様な生活支援ニーズに対応する支援が 多様な主体から提供されている

セルフマネジメントにより自立した生活が継続できる

ニーズに対応する多様なサービスが提供されている

介護予防・健康づくりに向けたサービス・支援があり、 住民がそれらに取り組んでいる

自主的な介護予防の取組により、心身機能の改善が見られる 適切なタイミングで医療・介護を受けることができる

住民が社会参加する多様な場がある

多様な主体が関わる支え合いの仕組みが構築されている

介護に取り組む家族の負担が軽減されている

高齢者の権利利益が擁護されている

災害・感染症発生時に備えられている

地域において、高齢者に必要な介護サービスが 提供されている

介護の仕事に興味を持つ人が増える

自立を阻害せず、効果的・効率的に介護給付が 行われている 高齢になっても住み慣れた地域で 自分らしく生活することができる

〇在宅での生活の維持が難しく なっている利用者の割合 【在宅生活改善調査より】

高齢者が社会とのかかわりを 持ち、楽しく生きがいをもって 生活できる

O75 歳以上・85 歳以上の 認定率

【地域包括ケア「見える化」システムより】 〇社会参加率

【介護予防・日常生活圏域・ニーズ調査より】

高齢者の安全・安心な生活が 確保されている

〇在宅サービス利用率 〇在宅・居住系サービス 利用者割合 【地域包括ケア「見える化」システムより】

必要な介護サービスが 充実しており、介護保険事業の

継続性も確保されている

〇要支援·要介護者 I 人あたり 定員(サービス別)

【地域包括ケア「見える化」システムより】

## 基本目標 | 地域で支え合うしくみづくり

重点施策	施策          活動指標		初期アウトカム				
(I)地域包括支援 センター運営の 充実	<ul><li>①地域包括支援センターの機能強化</li><li>②総合相談の充実</li></ul>	保健師等(人) 社会福祉士(人) 主任介護支援専門員(人) 介護支援専門員(人) リハビリテーション専門職(人) 総合相談対応件数(件)	困ったときに相談できる体制がある	・地域包括支援センターの認知度			
	<ul><li>③介護支援専門員への支援</li><li>④介護支援専門員への個別支援</li><li>⑤ケアプランチェック</li></ul>	介護支援専門員連絡会実施回数(回) 主任介護支援専門員連絡会実施回数(回) ケアプランチェック数(件)					
(2)在宅医療・ 介護連携の 推進	<ul><li>①日常の療養支援</li><li>②入退院支援</li><li>③急変時の対応</li><li>④看取り</li></ul>	コーディネーター配置数(人) 地域リハビリテーション連絡会参加回数(回) ケアマネ連絡会参加回数(回) 地域ケア会議参加回数(回) 3市包括情報交換会開催回数(回) 研修会・事例検討会開催回数(回) 地域資源情報収集提供システム提供アカウント件数(件) 地域活動での出前講座実施回数(回) 救急救命講習の受講者数(人) 地域活動での出前講座実施回数(回) 事例検討会・講演会開催回数(回)	在宅医療と介護が一体的に提供されている	<ul><li>○在宅医療と介護の連携ツールとしての地域資源情報収集 提供システム提供アカウント数</li><li>○研修会および事例検討会への参加により、連携しやすく なると思った医療介護職の割合</li></ul>			
(3)認知症施策 の推進	<ul> <li>①認知症の方及び介護者への支援</li> <li>②認知症に関する正しい知識の普及啓発</li> <li>認知症サポーター養成講座</li> <li>認知症ケアパスの配布</li> <li>認知症予防の推進</li> <li>③認知症初期集中支援チームによる支援の充実</li> </ul>	認知症家族の会開催数(回) 認知症家族の会会員数(人) 認知症カフェ開催か所数(か所) 認知症サポーター養成人数(人) 認知症サポーター養成講座(回)  チーム員会開催数(回) 当該年度に支援を開始した認知症支援対象者数(人) 前年度より支援を継続中の認知症支援対象者数(人) 医療または介護サービスにつなげた人数(人) 普及啓発発信事業(回)	認知症の予防と共生に向けた 支援が行われている	<ul> <li>○認知症日常生活自立度ⅡA以上のうち、在宅での生活を継続している者の割合</li> <li>○認知症初期集中支援チームの活動状況(相談事例数や支援対象者数)</li> <li>○認知症高齢者等見守りシール交付登録者数</li> </ul>			
	研修受講実績(回)  ④認知症地域支援推進員による支援の充実						

※各アウトカム指標の考え方(数値抽出先詳細等)は資料編に掲載します。

## 基本目標 | 地域で支え合うしくみづくり

重点施策	施策        活動指標		初期アウトカム					
(4)地域ケア会議 の推進	①地域ケア会議の推進	地域ケア推進会議開催回数(回) 地域ケア個別会議開催回数(回)	多様な職種や機関との連携協働による 地域包括支援ネットワークが構築されている	<b>)</b>	〇地域ケア会議で出された地域課題を施策・事業として 検討した件数			
(5)高齢者の 住まいの安定 的な確保	①住宅のバリアフリー化 高齢者住宅等改造支援事業 居宅介護住宅改修 ②高齢者のニーズに応じた住宅の提供 養護老人ホーム 軽費老人ホーム (ケアハウス、軽費老人ホームB型) 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅	住宅改造支援件数(人) 住宅改修支給件数(人) 住宅改修支給総額(千円)	住まいが、ニーズに合わせて適切に 提供されている	<b>&gt;</b>	〇施設の定員・入所者数			
(6)生活支援体制 の整備	<ul><li>①生活支援コーディネーター による支援</li><li>②生活支援を提供する人材の育成と 確保</li><li>③民間企業との協働による生活支援 提供体制の構築</li><li>④地域資源の見える化</li></ul>	生活支援コーディネーターの配置(人) 情報収集のための地域訪問(件) 地域資源提供数(件) コーディネーター連絡会の開催(回) 各種協議体への参加回数(回) くらしのサポーター養成講座の開催(回) くらしのサポーター登録者(人) 民間企業との協働による生活支援の取組(件) システムアクセス件数(件) 地域資源情報登録件数(件)	多様な生活支援ニーズに対応する 支援が多様な主体から提供されている	<b>&gt;</b>	OAyamu の利用者数 Oくらしのサポーター登録者の活用件数 O就労的支援による社会参加の実現			

## 基本目標2 生きがいづくりと介護予防の推進

重点施策	施策	活動指標		初期アウトカム					
(1)セルフマネジ	①リハビリテーション専門職による 訪問アセスメント	訪問アセスメント実施人数(人)		セルフマネジメントにより					
メントの推進	②高齢者のセルフマネジメントの	のぞポ累計登録者数(人)		自立した生活が継続できる		〇新規要支援・要介護認定者の平均年齢 			
	習慣化	のぞポ付与ポイント数(1人あたり)(ポイント)							
		訪問介護相当サービス事業所数(事業所)	1						
(2)介護予防・	①訪問型サービス	訪問型サービスA事業所数(事業所)	1	ニーズに対応する多様なサービスが					
日常生活支援		通所介護相当サービス事業所数(事業所)	1	提供されている		O指定事業所数			
総合事業の	②通所型サービス	通所型サービスA事業所数(事業所)	1	症状で化してる					
充実		通所型サービスC事業所数(事業所)							
	①介護予防把握事業		1						
	②介護予防普及啓発事業		1						
	<b>-</b>	貯筋運動参加延人数(人)							
	みんなでごむの木	みんなでごむの木参加延人数(人)	1						
	③地域リハビリテーション活動	リハビリテーション専門職派遣件数(件)		介護予防・健康づくりに向けたサービス・					
(3)一般介護予防	支援事業	地域リハビリテーション連絡会開催数(回)	1	支援があり、住民がそれらに	>	〇健康寿命			
事業の充実	④地域介護予防活動支援事業		]	取り組んでいる					
	「いきいきサークル」への活動支援	いきいきサークル開催か所数(か所)	[						
		いきいきサークル開催回数(回)							
		いきいきサークル参加延人数(人)							
		健康運動指導士派遣件数(件)							
		フレイルチェックサポーター養成数(人)		自主的な介護予防の取組により、		Oフレイルチェック結果青赤シール数			
(4)高齢者の保健	①フレイル予防事業	フレイルチェック実施か所数(か所)		心身機能の改善が見られる					
事業と介護 予防の一体的 実施	②在宅アウトリーチ訪問	健康状態不明者対応件数(件)		適切なタイミングで医療・介護を 受けることができる	<b>)</b>	Oアウトリーチ実施者のうち、医療・介護サービスを受ける 必要があると専門職により判断された方のうち、適切な 医療介護サービスにつながった割合			
	①老人クラブ活動の充実								
(5)社会参加の 促進	②シルバー人材センターの充実	シルバー人材センター会員数(人)							
	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 1	高齢者教室登録者数(人)		付足が社会を加せて夕送が担ぶさて	1	Oシルバー人材センター会員数			
	③生きがいづくりへの支援	高齢者教室開催数(回)		住民が社会参加する多様な場がある		〇高齢者教室登録者数、教室開催数、参加延人数			
		高齢者教室参加延人数(人)							
	④移動手段の確保								

基本目標3 自立と安心につながる支援の充実								
重点施策	施策	活動指標						
(1)地域での居場所づくり	①あったかふれあいセンター事業	あったかふれあいセンター延利用者数(人)						
(2)在宅生活を	①在宅高齢者福祉サービス							
支援する	食の自立支援事業(配食サービス)	食の自立支援事業利用者数(人)						
	介護用品支給事業	介護用品支給事業利用者数(人)						
サービスの	通院支援サービス事業	通院支援サービス事業利用者数(人)						
充実	緊急通報装置利用助成事業	緊急通報装置利用助成事業利用者数(人)						
(3)虐待防止・	①高齢者虐待の防止 ②権利擁護業務の推進							
権利擁護の促進	<b>と作刊雑設未分の世</b>							
(4)災害・感染症	①災害に対する備えの検討							
	介護サービス事業所との連携							
対策に係る	避難行動要支援者への対応							
体制整備	②感染症に対する備えの検討							
基本目標4 安心して介護保険サービスを利用できる環境づくり								
重点施策	施策	活動指標						
(1)介護保険サービス	の基盤整備							
	①居宅サービス							
(2)介護保険サービス	②権利擁護業務の推進							

128

### 初期アウトカム

多様な主体が関わる支え合いの仕組みが 構築されている

Oあったかふれあいセンターの利用者数

介護に取り組む家族の負担が 軽減されている

〇各事業の利用者数

(食の自立支援事業/介護用品支給事業/ 通院支援サービス事業/緊急通報装置利用助成事業)

高齢者の権利利益が擁護されている

〇市長申立件数と助成金支給決定件数

災害・感染症発生時に備えられている

〇事業所における避難訓練実施率 〇避難行動要支援者への個別計画作成割合 〇福祉避難所の指定(協定)施設数(市内の施設)

重点施策	施策	活動指標		初	]期アウトカム
(1)介護保険サービス	スの基盤整備				
(2)介護保険サービス 見込み量と 提供体制 (3)介護保険料算定	①居宅サービス ②権利擁護業務の推進 ③施設サービス ④居宅介護支援/介護予防支援		地域において、高齢者に 必要な介護サービスが 提供されている	>	〇給付費の計画対比
(4) 人材の確保 及び業務の 効率化と 質の向上	①介護人材の確保・育成協議会・連絡会の開催 介護予防としてのボランティア活動 くらしのサポーター登録者の活躍の場の確保 ②介護サービスの質の向上・ 業務効率化に対する支援 事業所の指定・指導監督 介護分野の文書負担軽減	事業所連絡会(回) のぞポボランティア活動者数(人) 登録者の訪問型サービス A への従事者数(人) 事業所一般指導実施数(回) 事業所集団指導実施数(回)	介護の仕事に興味を持つ人が増える	>	〇のぞポボランティア活動者 〇くらしのサポーター登録者 〇事業所における介護職員の
(5) 介護保険制度 を円滑に運営 する仕組み	①要介護 (要支援) 認定の適切な実施 ②介護給付適正化の推進	認定調査の事後点検(%) 介護認定二次判定変更率の比較(回) ケアプラン点検(事業所) 縦覧点検及び医療情報突合点検(回)	自立を阻害せず、効果的・効率的に 介護給付が行われている		〇要介護度の維持・改善率
	③保険料の適切な賦課・徴収			)	

|者数 者の活用件数【再掲】 員の採用者数・離職者数

## 2. 情報提供体制の整備

市広報紙や市ホームページ、パンフレット等による制度の周知や情報提供等を行っています。今後も引き続き、多様な媒体・機会を活用しながら、情報提供に努めていきます。

# 3. 連携体制の整備

## (1)庁内連携の強化

高齢者福祉施策は、市の保健・福祉に関わる担当課、関係機関のみならず、住まい・防災などの様々な分野とも深く関係することから、庁内連携を図りながら計画の推進を目指します。

## (2)地域との連携

地域福祉を推進するうえで重要な担い手となる、民生委員・児童委員やボランティア団体、地域住民の自主活動組織、老人クラブ等と連携を図り、地域のニーズや課題の共有化を進め、地域共生社会が実現できるように努めます。

## (3)県及び近隣市町村との連携

介護保険制度の円滑な運営においては、介護サービスの広域的利用など周辺地域との関わりも大きいため、県や近隣市町村との情報交換や連絡体制の強化を図り、近隣地域と一体となった介護保険事業及び高齢者福祉事業の取組を進めます。

# 4. 進捗状況の把握と評価の実施

本計画 (Plan) を実効あるものにするためには、計画に基づく取り組み (Do) の達成状況を継続的に把握・評価 (Check) し、その結果を踏まえた計画の改善 (Action) を図るといった、PDCA サイクルによる適切な進行管理が重要となります。

計画内容を着実に実現するため、定期的にロジックモデルで示した各活動指標並びにアウトカム指標を関係各課において評価し、その進捗状況を把握するとともに、地域包括ケア「見える化」システムを活用して認定率、受給率及び給付費等の分析を行います。

また、地域包括支援センターにおける事業の実施状況について評価を行っていきます。 さらに南国市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定推進運営協議会において、年1回 計画の進行管理・進捗状況の点検及び評価を行います。