

御船町高齢者保健福祉計画 第9期介護保険事業計画

Elderly Health and Welfare Plan
9th Long-Term Care Service Plans in Mifune

令和6(2024)年度 ➤ 令和8(2026)年度

『効果的な施策を展開するための考え方の点検ツール』
の活用について

Vision

誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるよう支え合うまち 御船

01 なぜ活用したか

導入の背景

従来の計画は、取るべき行動や目的が**不明瞭**

8期計画までの計画書に多い表現

- ・ ●●活動への支援を強化します。
- ・ ●●体制の充実を図ります。
- ・ 環境づくりに努めます。
- ・ 関係者との連携を密にします。
- ・ 支援方法を検討していきます。

疑問点

- ・ 具体的に何をするのか。
- ・ 充実した体制とはどのようなものか。
- ・ 環境づくりとは具体的にどんなことか。
- ・ 関係者はそれぞれ何をするのか。
- ・ どのように検討をすすめるのか。

より根本的な疑問

何のためにするのか？ いつまでにどのような状態を目指すのか？ 達成された具体的な状態とは？
実施するのに何が必要か？ 誰のためにするのか？ 生活にどう影響するのか？ etc….

?? 果たして計画は上手くいっているのか ??

検証不能な政策形成の原因は、 **E B P M**が充分に実践されていないから

E B P Mとは

政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、**政策目的を明確化したうえで**合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする



= 目的達成のために適切な行動であることの合理的根拠（エビデンス）

政策目標を明確にしたうえで、 有効な施策を再整理

そもそも、政策目標が不明瞭 . . . 。

セオリーオブチェンジ

目的
Outcome
【結果】

まず、目的(政策目標)を明確化したうえで、
その達成に効果的な取組みは何かを考える。
＝もたらしたい社会的インパクト

02 どのように活用したか

実際の活用手順

主体 \ 時期	9月	10月	11月	12月
	担当者	関係機関	諮問機関	
担当者	点検ツールを活用 依頼・説明	WS実施	点検結果の 整理・共有	施策検討 ロジックモデルによる整理
関係機関	点検ツール活用の イメージをつかむ		共有された点検結果を所管計画等へ反映	
諮問機関				答申

セオリーオブチェンジとロジックモデル 両方の強みを活かした段階的な活用

段階 ①

セオリーオブチェンジによって施策体系を再構築

段階 ②

段階①で再構築された個々の施策をロジックモデルで整理

ロジックモデルへの繋げ方

手順 1

「5. (2) 関係者と共に「知りたいこと」を確認する。」等の内容を基に成果指標（アウトカム指標）となり得るものを洗い出す。

手順 2

「（もしあれば）先の取組を評価する指標として定めたもの」に本来どんな成果指標が設定されていたら望ましかったかを考える。

手順 3

それぞれの成果指標に原因と結果の関係がある取り組みを、基本目標毎に整理していく。

03 活用してどうだったか

政策目標を明確にしたうえで、 有効な施策を再整理

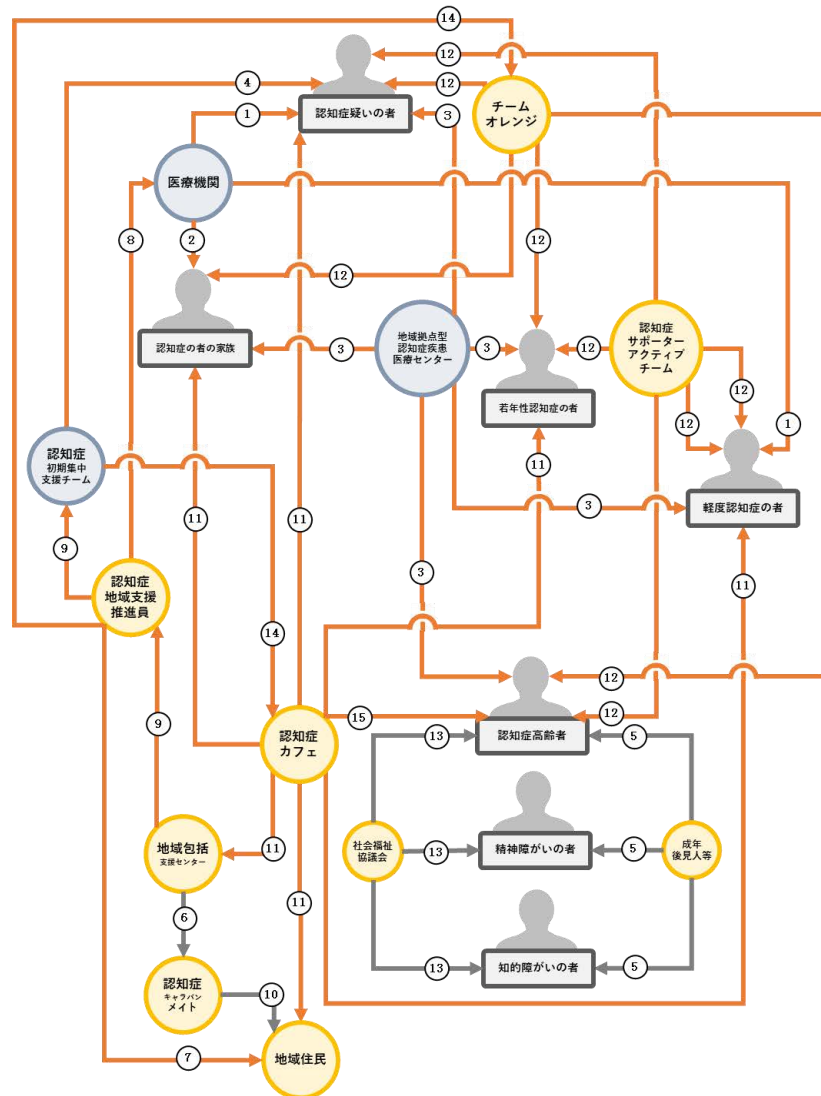
基本理念	基本目標	主要施策
誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるよう支え合うまち 御船	1	生涯にわたって健康を保ち、地域で活躍できるまち 評価指標： ① 介護(予防)給付・総合事業総額 ② 笑いの頻度 ③ 閉じこもり割合 ④ 主観的健康感 ⑤ 主観的幸福感 ⑥ 要介護認定率 ⑦ 週1回以上の社会参加の状況 ⑧ 生きがいのある人の割合 1-1 介護予防 1-2 生活習慣病等の発症予防と重症化予防 1-3 ボランティア活動による社会参加 1-4 栄養状態のコントロール 1-5 介護予防へのアウトリーチ
	2	認知症を予防し、認知症になっても幸せに暮らせるまち 評価指標： ① 「認知症状態への対応」に係る介護不安の割合 ② 要支援・要介護認定者に占める認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の割合 ③ 認知症病棟長期入院者数 2-1 認知症への理解を広げる 2-2 認知症予防 2-3 権利擁護
	3	医療と介護が連携し、住み慣れた地域ですっと安心して暮らせるまち 評価指標： ① 施設での死亡率(老健施設を除く) ② 自宅で死亡する割合(自死を除く) ③ 退院後のADL低下者割合 3-1 日常療養と退院後の介護予防強化 3-2 急変時及び看取り体制の構築
	4	どの地域に住んでいても、安心できるまち 評価指標： ① 「外出の付き添い・送迎」に係る介護不安の割合 ② 週1回以上外出する人の割合 ③ 情緒的サポートをくれる相手がいる人の割合 ④ 手段的サポートをくれる相手がいる人の割合 ⑤ 十分な食事、住む場所、生活の安全について、不安に思う割合 4-1 移動手段の確保 4-2 高齢者の見守り
	5	安定した質の高い介護サービスで、自宅で安心して暮らせるまち 評価指標： ① 在宅サービス受給者1人あたりの給付月額 ② 訪問介護利用者1人あたりの訪問介護提供時間 ③ 「排泄」に係る介護不安の割合 5-1 介護給付の適正化 5-2 在宅介護負担の軽減

基本目標概要
介護予防や健康増進、社会参加の促進をベースに、身体的・精神的・社会的健康が網羅された健康寿命の延伸を目指すもの。 評価指標の設定にあたっては、それらをバランスよく評価し、かつ本人の生活実感に重きを置くことを目指している。 また、社会参加について、地域住民が自らの役割をもつことによる生きがいづくりを促進する。
共生社会の実現を推進するための認知症基本法(令和5年法律第65号)の基本理念に沿いつつ、全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる社会の実現を目指すもの。 加えて、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という2つの認知症予防の観点で目標設定を行うもの。
医療と介護の連携に関する目標。 入退院を繰り返しても、身体機能を著しく低下させることがないよう、医療と介護が連携した切れ目のないケアによる自立支援の充実を図るもの。 また、「人生の最期をどこで、どのように迎えるか」という選択に際し、本人の意思が十分に反映された看取り体制の構築を図る。
地理条件や、社会資源の地域差等を考慮し、中山間地域でも介護予防に資するサービスにアクセスが可能となり安心して日常生活を送ることができると目指すもの。 特に、地域での支え合いによるソーシャルサポートの充実を目指す。 また、住んでいる地域による健康格差の縮小のために介護予防等への取組を充実させる。 生活に伴う不安の解消等、個々の人の生活実感に寄り添う体制に関して目標を設定する。 ※ ソーシャルサポートとは、周囲の人々から与えられる物理的・心理的支援の総称。
自宅での生活を基本とする住み慣れた地域での自立した生活の継続を目指すもの。 家族介護支援や、生活支援サービスの拡充を基軸とするインフォーマルサービスの拡充を図ることで、介護負担の軽減はもとより、訪問介護現場の負担軽減により人材不足を緩和する。 加えて、リハビリテーション専門職等をはじめとする専門的知見を活用した介護給付費の適正化を継続して実施することで、自宅における介護サービスの質の向上を図る。

ロジックモデルによる個別施策の整理

1-1		介護予防				指 標		参 考																																																																																																			
課題仮説	【現状】 骨関節疾患が、要介護認定申請に至った原因疾患の上位を占めている。		【課題】 転倒による骨折等が原因で、骨関節疾患を負う人が多く、要介護状態となるケースが多い。		【真因】 外出の機会を無くすフレイル ^{※1} 状態となる者が多く、それにより、運動が低下し、転倒しやすくなっている。		閉じこもり者割合 4.7%（全国平均 4.9%） 要介護認定新規申請に至った原因疾患のうち、関節疾患が占める割合 14%（令和 4 年度）		本ロジックモデルにおける評価指標等の設定には、以下の資料における視点を活かしつつ、地域性を踏まえて選定しています。 （参考： 地域支援事業実施要綱（老発 0328 第 1 号令和 4 年 28 日最終改正）別添 4 総合事業の事業評価） ※1 フレイル 要介護状態に至る前段階として位置づけられ、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの様々な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康リスクを招きやすいハイリスク状態を意味します。 （引用元： 高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン 平成 30 年 4 月厚生労働省保健局高齢者医療課）																																																																																																		
	投入	【Input①】 地域包括支援センター		【Input②】 介護予防拠点整備事業における補助金 ^{※2}		【Input③】 リハビリテーション専門職		【Input④】 介護予防・生活支援サポーター ^{※4}		Ipt① 保健師：1 名 Ipt② 補助上限額（本計画策定時点） 8,910 千円 Ipt③ 2 名 Ipt④ 450 名 Ipt⑤ 2 名 Ipt⑥ 2 名（内、1 名は管理栄養士）																																																																																																	
取組		【Activity①】 地域が介護予防拠点を整備する際、その費用を補助することで、歩いて通える介護予防拠点の拡充を図る。 （指標：整備箇所数）		【Activity②】 住民主体の介護予防教室に、リハビリテーション専門職等を派遣し、運動、口腔機能向上、栄養改善、認知症予防等を実施する。 （指標：一般介護予防の介護予防教室 ^{※3} 実施箇所数）		【Activity③】 週に 1 度、体力低下者に対し、介護予防・生活支援サポーターを中心とした運動・口腔機能向上及び栄養改善プログラムを提供する。 （指標：通所型サービス A 実施回数）		【Activity④】 地域の通いの場において、専門職による運動や口腔機能の栄養改善のための指導を実施することで、短期間の自己改善を図る。 （指標：通所型サービス C 実施回数）			<table><thead><tr><th>No.</th><th colspan="3">第 8 期計画の実績値</th><th colspan="3">第 9 期計画の計画値</th></tr><tr><th></th><th>R3</th><th>R4</th><th>R5</th><th>R6</th><th>R7</th><th>R8</th></tr></thead><tbody><tr><td>Act① (箇所)</td><td>4</td><td>9</td><td>0</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>Act② (箇所)</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td><td>13</td><td>10</td><td>10</td></tr><tr><td>Act③ (回)</td><td>81</td><td>119</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td><td>120</td></tr><tr><td>Act④ (回)</td><td>48</td><td>47</td><td>48</td><td>48</td><td>48</td><td>48</td></tr><tr><td>Opt① (人)</td><td>850</td><td>874</td><td>850</td><td>860</td><td>870</td><td>880</td></tr><tr><td>Opt② (人)</td><td>170</td><td>148</td><td>140</td><td>150</td><td>150</td><td>150</td></tr><tr><td>Opt③ (人)</td><td>42</td><td>33</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td></tr><tr><td>Opt④ (人)</td><td>42</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td></tr><tr><td>S_O① (%)</td><td>5</td><td>4</td><td>5</td><td>5.5</td><td>6</td><td>6.5</td></tr><tr><td>S_O② (%)</td><td>35.05</td><td>37.35</td><td>37.35</td><td>36.00</td><td>35.50</td><td>35.00</td></tr><tr><td>S_O③ (%)</td><td>70</td><td>86</td><td>86</td><td>90</td><td>92</td><td>95</td></tr><tr><td>I_O① (%)</td><td>9.02</td><td>8.82</td><td>9.52</td><td>9</td><td>8.5</td><td>8</td></tr></tbody></table> ※2 介護予防拠点整備事業における補助金 地域医療介護総合確保基金管理運営要領に基づく介護予防拠点整備を実施する地域の運営主体に交付する。 ※3 一般介護予防事業の介護予防教室 現在、次の内容で実施しています。 ① 元氣クラブ 町の 10 箇所で月 2 回の活動を実施。住民主体の介護予防教室で、介護予防・生活支援サポーターが主体となり、運動や口腔機能向上、栄養改善、認知症予防を行っています。 ② 介護予防に資する社会資源へのアクセスが困難な山間地域においては、地域特性に応じた新たな介護教室が創設されています。 1. 水越ホテルの学校（水越地区） 2. 人生百歳クラブ（田代西部地区） 3. nana 色クラブ（七滝地区） 4. nana ヨガ教室（七滝地区） ※4 介護予防・生活支援サポーター 地域における介護予防の担い手ボランティアで、通いの場の運営等に携わり、介護予防教室や生活提供しています。 ※5 MMSE 認知症の疑いがあるときに行う神経心理検査の一つ。認知機能の低下を点数で客観的に計測することによって、見当識や記憶力・注意機能以外にも言語能力・空間認知能力なども評価できる点が特徴です。 ※6 主観的健康観の維持・改善者割合 一般介護予防事業等を活用し、年に 1 度利用しているアンケート調査より収集する。	No.	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値				R3	R4	R5	R6	R7	R8	Act① (箇所)	4	9	0	3	3	3	Act② (箇所)	12	12	12	13	10	10	Act③ (回)	81	119	120	120	120	120	Act④ (回)	48	47	48	48	48	48	Opt① (人)	850	874	850	860	870	880	Opt② (人)	170	148	140	150	150	150	Opt③ (人)	42	33	30	30	30	30	Opt④ (人)	42	30	30	30	30	30	S_O① (%)	5	4	5	5.5	6	6.5	S_O② (%)	35.05	37.35	37.35	36.00	35.50	35.00	S_O③ (%)	70	86	86	90	92	95	I_O① (%)	9.02	8.82	9.52	9
	No.	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値																																																																																																						
	R3	R4	R5	R6	R7	R8																																																																																																					
Act① (箇所)	4	9	0	3	3	3																																																																																																					
Act② (箇所)	12	12	12	13	10	10																																																																																																					
Act③ (回)	81	119	120	120	120	120																																																																																																					
Act④ (回)	48	47	48	48	48	48																																																																																																					
Opt① (人)	850	874	850	860	870	880																																																																																																					
Opt② (人)	170	148	140	150	150	150																																																																																																					
Opt③ (人)	42	33	30	30	30	30																																																																																																					
Opt④ (人)	42	30	30	30	30	30																																																																																																					
S_O① (%)	5	4	5	5.5	6	6.5																																																																																																					
S_O② (%)	35.05	37.35	37.35	36.00	35.50	35.00																																																																																																					
S_O③ (%)	70	86	86	90	92	95																																																																																																					
I_O① (%)	9.02	8.82	9.52	9	8.5	8																																																																																																					
取組結果	【Output①】 身近な介護予防拠点の充実により、地域サロンの参加者が増加する。 （指標：地域サロン参加者実人数）		【Output②】 住民主体の介護予防教室において、専門職による継続的な介護予防活動が実施される。 （指標：一般介護予防教室の参加者数）		【Output③】 地域の介護予防の担い手により、定期的に体力や筋力、栄養改善が図られる。 （指標：通所型サービス A 利用者数）		【Output④】 特に健康状態維持・改善が求められている状態の者に対する中立的な自立支援される。 （指標：通所型サービス C 利用者数）																																																																																																				
	結果がもたらす変化	【S_Outcome②】 通所型サービス A 及び一般介護予防事業の参加者における認知機能リスク保有者割合が減少する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		【S_Outcome③】 通所型サービス A 及び一般介護予防事業の参加者における認知機能リスク保有者割合が減少する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		【S_Outcome④】 通所型サービス A 及び一般介護予防事業の参加者における認知機能リスク保有者割合が減少する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		【I_Outcome①】 適切な予防プログラムや自立支援が提供されることで、軽度の要支援・要介護者の重度化を防げる。指標：要介護 2 以上認定率																																																																																																			
初期		介護予防事業に参加した人のうち、健康を実感する人の割合が増加する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		介護予防事業に参加した人のうち、健康を実感する人の割合が増加する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		介護予防事業に参加した人のうち、健康を実感する人の割合が増加する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）		介護予防事業に参加した人のうち、健康を実感する人の割合が増加する。 （指標：主観的健康観の維持・改善者割合 ^{※6} ）																																																																																																			
中間	生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる																																																																																																				
社会変化	生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる		生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる																																																																																																				

相関図による連携体制の整理



No.	連携先対象に対して何を行うか
①	認知症の相談を受け、診察・治療等を行う。
②	認知症の相談を受ける。
③	相談員が月1回来庁し、もの忘れ相談を受ける。
④	初期の支援を包括的、集中的に行う。
⑤	認知症や知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力が不十分な人の財産や権利を保護していく。
⑥	養成研修及びスキルアップを図る。
⑦	認知症ケアパスの普及・啓発。
⑧	住み慣れた地域で生活を継続するために、医療機関へ相談・情報提供を行う。
⑨	チームオレンジや認知症カフェ等の活動支援に必要な認知症施策の情報を伝える。
⑩	認知症サポーター養成講座の講師を務める。
⑪	認知症の人とその家族が、お茶を飲みながら、介護の悩みなどを話し、リフレッシュできる場を提供を行う。
⑫	見守り活動を行う。
⑬	地域福祉権利擁護事業等を行う。
⑭	チームオレンジや認知症カフェ等の活動支援を行う。

活用して感じたこと

- 規範的統合が進んだ。

（事例：個々の施策が「何のためにしているのか」という視点で打ち合わせが進むようになった。）

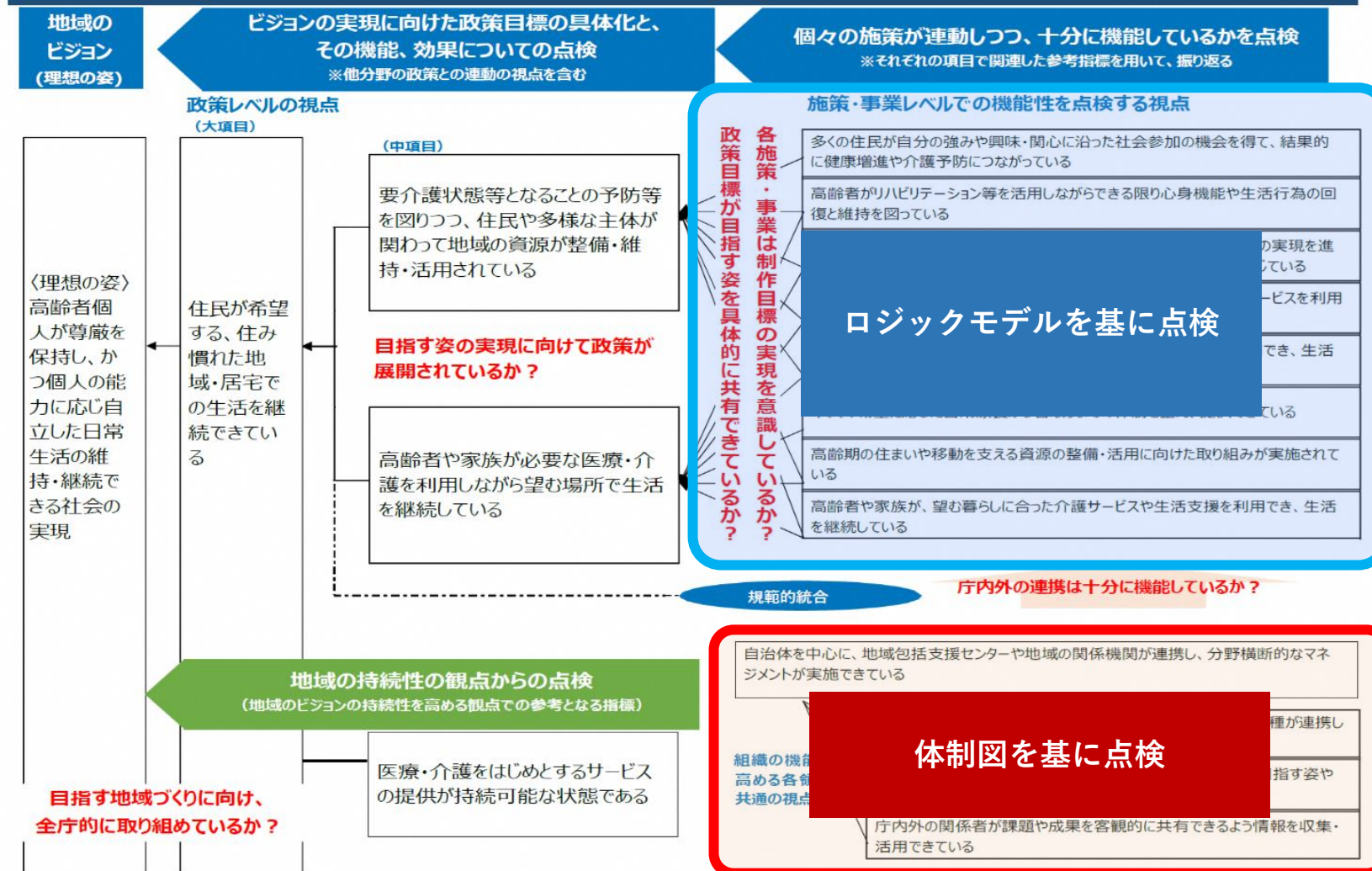
- 施策検討のプロセスを内外で共有できるようになった。

（事例：在宅介護医療連携について、委託先の医師会へ点検ツールを提供し、それを基軸に打ち合わせを行う。）

04 今後の活用方針

点検ツールの活用

効果的な施策を展開するための考え方の点検ツール 総括表



P D C A サイクル

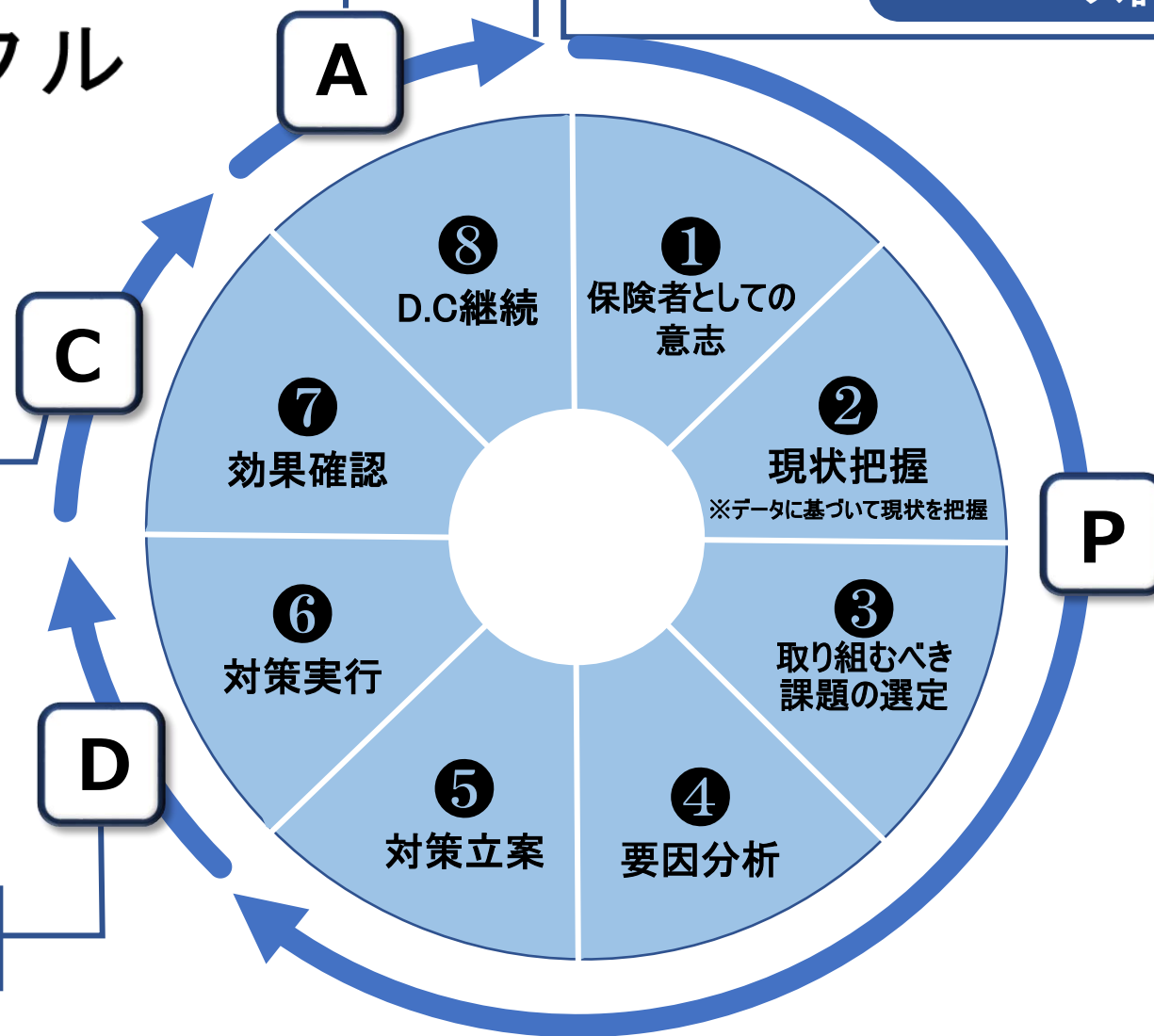
セオリー評価

ニーズ評価

コストと効率性の評価

アウトカム／インパクト評価

プロセス評価



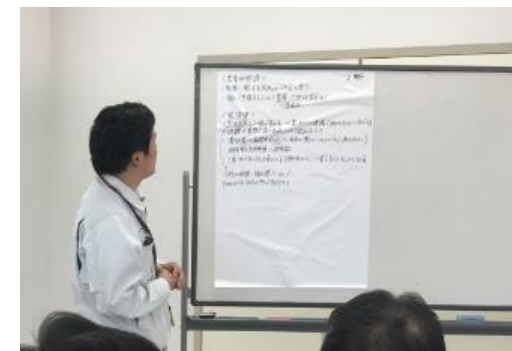
地域包括ケア推進会議の強みを活かし、定期的にセオリーオブチェンジを図る。

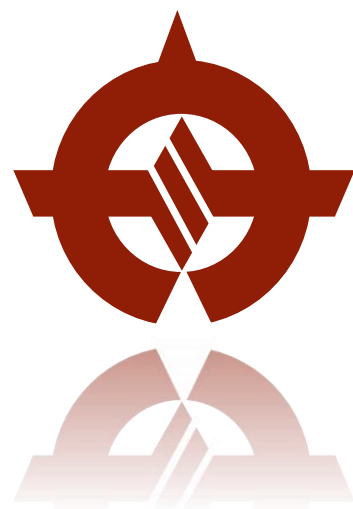


様々な部署が参加

＜議題例＞

- ・ 地域診断データワークショップ+
- ・ 仮設住宅の現状と課題
- ・ 避難行動要支援者名簿の運用と課題
- ・ 生活困窮者自立支援制度での高齢者への関わり
- ・ 健康づくりと持続可能な社会保障に向けて
- ・ 家庭から出る一般廃棄物
- ・ 田代西部地区への支援について





みんながわくわくする御船町

TOWN MIFUNE