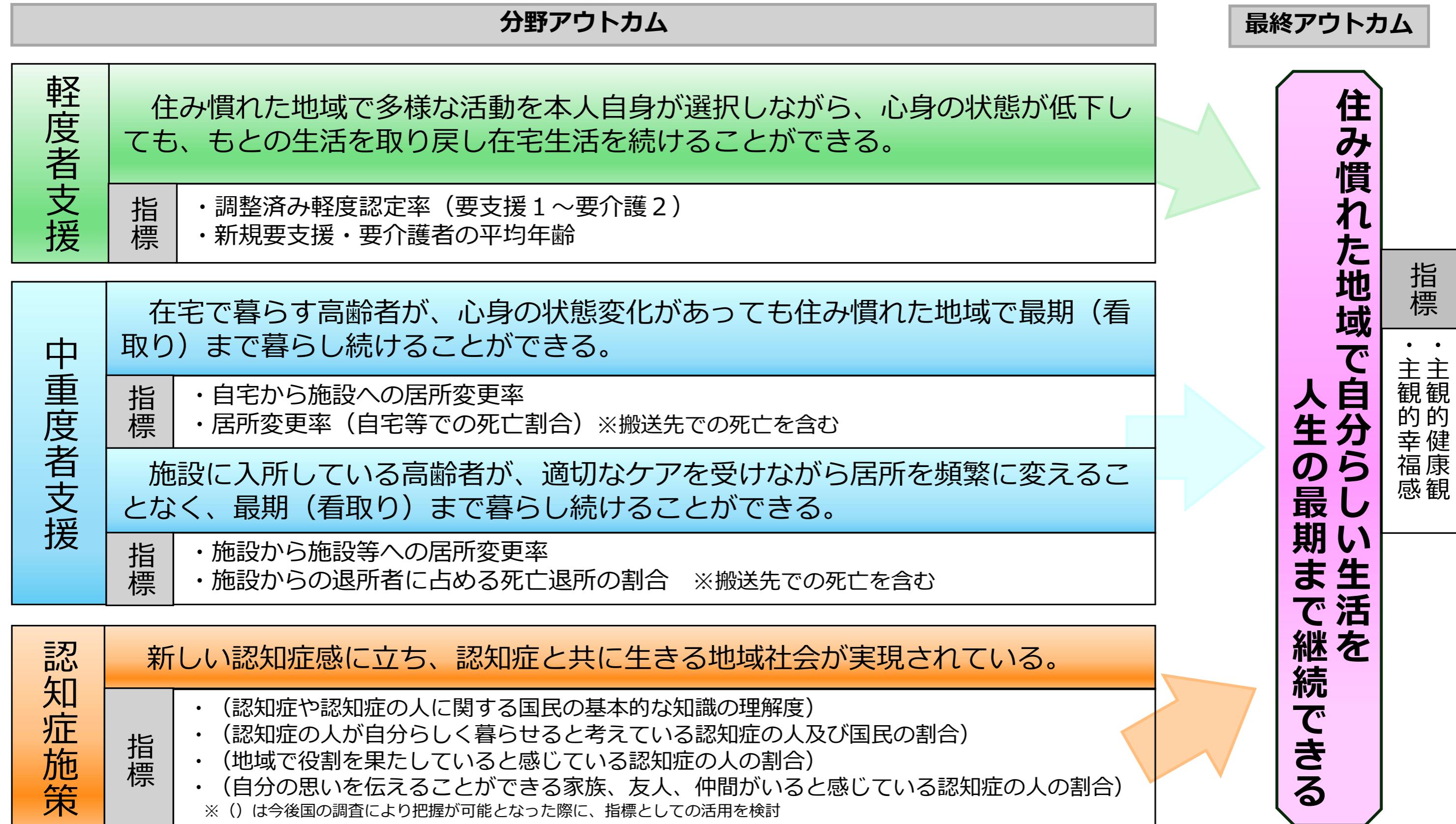


地域包括ケアシステムの深化に向けた沖縄県版ロジックモデル

地域包括ケアシステムの最終アウトカムとなる「住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最期まで継続できる」の実現に向けて3つの分野でロジックモデルを整理しました。沖縄県版ロジックモデルは、各分野で設定したアウトカムや指標について、進捗評価を行うとともに、より効果的な施策について関係者間で検討し、第10期介護保険事業計画へ施策反映する際等に活用いただくことを目的としています。



※ロジックモデルで示したアウトカムや指標については、沖縄県の現状や課題を踏まえ、優先するべき取組や効果的な施策を中心に組み立てているものであり、地域包括ケアシステムに関するすべての取組を網羅的に記載したものではないことにご留意ください。

軽度者支援（介護予防・日常生活支援等）

個別施策の例		初期アウトカム		中間アウトカム		分野アウトカム	
リエイブルメントの考え方を取り入れたサービス活動Cを増やす。 (リハ職派遣による直営実施／事業所へ委託により実施) ※県内にモデル自治体複数あり。		身体的ハイリスク 1	高齢者が虚弱状態から回復し、再びもとの生活に戻る契機を得ることができている。 指標 "リエイブルメント"の考え方を取り入れたサービス活動Cの利用割合（利用者／全主要支援者） (※ここでのリエイブルメントの考え方とは「継続利用なし」、「3か月程度限定」、「随時開始可能なプログラム」、「マシンなし」、「動機づけ支援」を前提とする)	1 指標 要支援者や孤独・孤立高齢者等がセルフマネジメント力の獲得により、もとの生活を取り戻し、自立した日常生活を続けることができる 指標 サービス活動Cや個別支援を受けた高齢者が、一定期間後も従前相当サービス/指定によるA型サービスを利用せず、セルフマネジメントを継続し、自立した生活を維持している割合。 ※一定期間とはサービス終了から半年後or 1年後を想定	指標 要支援者の1年後の改善・維持・悪化率	1 指標 住み慣れた地域で多様な活動を本人自身が選択しながら、心身の状態が低下しても、もとの生活を取り戻し在宅生活を続けることができる。 指標 調整済み軽度認定率（要支援1～要介護2）	指標 新規要支援・要介護者の平均年齢
地域リハビリテーション活動支援事業によりケアマネとリハ職の同行訪問や、ケア会議への助言者として派遣。（一般介護予防事業のため、要介護度関係なく利用可能）		社会的ハイリスク 2	関係部署と連携した包括的な支援体制により身寄りのない高齢者や、地域で複雑化・複合化した課題を抱える高齢者等が必要な支援を受けることができている。（身元保証、日常生活支援、金銭管理、住まい、死後事務等） 指標 アウトリーチ対象者（孤独・孤立高齢者、複雑化・複合化した課題を有する者、健康状態不明者等）への支援件数（個別訪問件数等） 指標 今後拡充が予定されている日常生活自立支援事業において実施される、身寄りのない高齢者等に対する包括的な支援の実施件数。（国の検討会等を注視しつつ取組等を検討） 指標 住まいの確保支援者件数	2 指標 身寄りのない高齢者や複雑化・複合化した課題を持つケースのQOLが向上し、安心・安全な生活を継続できる。 指標 専門職または地域住民が継続的に伴走している複雑化・複合化したケースの数（各自治体における包括的な支援体制の取組の中で把握）			
保険事業と介護予防の一体的実施や介護予防把握事業（一般介護予防事業）などにより、対象者へアウトリーチ（個別訪問等）を行う。		ボピュレーションアプローチ 3	より多くの高齢者が高齢者自身の主体的な取り組みによって社会参加を通じた介護予防活動に参加する機会を得ることができている。 指標 住民主体の通いの場の数 (常時講師・職員・専門職を派遣するものは住民主体の通いの場と考えない) 指標 「就労」や「多世代交流」など従来の「高齢者の通いの場」のコンセプトを超える「場づくり」への就労的活動支援コーディネーターや地域福祉コーディネーター等による支援件数／場の数／参加者数	3 指標 地域の多様な活動場所へ心身の状態が変化しても参加し続けることができる。 指標 社会参加率（介護予防の場への参加率／活動別ではなく「なんらかの活動への週1回以上の参加率」で算出し、男女別・年齢区分別で評価） 指標 (行政が支援する) 通いの場の75歳以上の年代別参加率・継続参加率 指標 ニーズ調査の調査項目によるリスク者（運動、栄養、口腔、認知機能）の割合			
居住支援協議会の設立や地域の居住支援法人と連携し、住宅を要配慮者に対し、住まいの確保に資する情報提供等を行い支援する。		4	より多くの高齢者が、多様な活動や場に積極的に参加するようになっている。 指標 ニーズ調査（問5①～⑧）の項目別参加率 ※①ボランティアグループ、②スポーツ関係、③趣味関係、④学習・教養サークル、⑤介護予防の通いの場、⑥老人クラブ、⑦町内会、自治会、⑧収入のある仕事				
地域介護予防活動支援事業として住民主体の通いの場のスタートアップ支援（体操DVDやおもり等の提供、期間限定の専門職派遣など）		5	専門職による地域の多様な活動への側面的支援が行われている。 指標 専門職による技術的助言を受けた多様な主体の活動場所の数（介護事業所への助言は在宅側へ）				
生活支援コーディネーターによる地域関係者への出前講座や働きかけ。		6	生活支援体制整備（住民参画・官民連携推進事業）により地域の民間企業を含む多様な主体と連携した取組が行われ、介護専門職以外によるサービス活動（ABD）などが増える。 指標 介護専門職以外によるサービス・活動A/B/Dの数	4 指標 要支援者等が地域の多様なサービス・活動を選択できる 指標 ケアマネジメントB/Cの数 指標 総合事業の「原則の上限額」に対する対象事業費の総額の割合			
出前講座により地域住民へ社会参加の重要性を伝える。あわせて介護保険制度を説明し「年をとる=デイサービスに行く」の意識をかえる（出前講座開催数／参加者数）		7	ケアマネジメントB/Cを運用するための要綱が作成され、地域包括支援センターで運用されている 指標 ケアマネジメントB/Cの要綱の運用の有無				
介護予防普及啓発リーフレット等の配布 ※リーフレットの多くは、冒頭に介護保険制度（要介護認定の申請や介護サービスの紹介など）の説明がされているが、それは最後の手段であり、本来は、高齢者の状態像の変化に応じた流れ（地域の多様な資源を紹介→総合事業→介護保険制度の順）で作成するべき。※認知症ケアパスに近い							
地域の通いの場など住民主体による活動場所への専門職派遣数（専門職による側面的な支援を指し、毎回の講師派遣や日常的な運営関与は含まない） 住民参画官民連携推進事業により多様な主体と連携し試験的な運用をしながら新規サービス活動の創出を図る。 地域資源マップへの資源掲載数、協議体の参加主体数（各市町村の取組の方法に基づき定義） ケアマネジメントBCの方針を策定し、連絡会・説明会等により地域包括支援センターに示している。（説明会の開催数）	選択肢の拡大						

【調査の凡例】

ニーズ調査
在宅介護実態調査
在宅生活改善調査【新】
居所変更実態調査
総合事業ワークシート（自治体記入個所あり）
見える化システム
KDB/保険者データヘルス支援システム

中重度者支援（在宅医療介護連携等）

個別施策の例	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム
地域の事業所等との対話の機会の創出（運営協議会等）意見交換（聞き取り等）の実施 在宅医療介護連携推進事業と在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携 住民→地域密着3サービスの利用による在宅生活の継続や#7119の周知、ACPの普及啓発等 専門職→医療側・介護側との相互理解を深める啓発活動 関係者間で救急搬送時に必要な情報が何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 急変時の家族や支援者の対応スキームの作成・共有等 リハビリ専門職とケアマネとの同行訪問アセスメント、地域ケア会議へ専門職の派遣等 関係者間で救急搬送時に必要な情報が何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 専門職による技術的助言を受けた介護事業所数（介護事業所への助言は在宅側へ） 居所変更実態調査で把握した医療ニーズの対応状況について施設ごとに確認し、低い施設の強化を図る。 有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ施策等検討 高齢者施設への出前講座の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。	<p>1 在宅生活を支える地域密着型3サービスが整備されている（基盤整備）</p> <p>指標 地域密着型サービス（小多機、看多機、定期巡回等）の事業所数</p> <p>2 在宅生活を支える在宅療養支援診療所・病院が整備されている（基盤整備）</p> <p>指標 在宅療養支援診療所・病院の数</p> <p>指標 往診可能な診療所の数</p> <p>3 地域住民や専門職が在宅医療について理解し、必要なサービス等を選択できることできる（住民や専門職への普及啓発）</p> <p>指標 共通のアンケート項目を設定し、普及啓発イベントや研修等において参加者の理解度等を評価（別途標準質問などを設定）</p> <p>4 本人や家族の不安が軽減され、円滑に在宅生活に移行することができる。（入退院支援）</p> <p>指標 退院者に占めるもとの居所（入院前にいた居所）に退院した人の割合（医療機関の協力が必要）</p> <p>5 救急搬送時に関係者間で円滑な情報連携がなされる ※関係者間・・・救急隊員、ケアマネ、包括、家族等</p> <p>指標 関係者の評価（アンケート）により情報連携がうまくいっているかを評価</p> <p>指標 #7119発報件数（消防本部、自治体の総務課へ毎月提供される）</p> <p>6 多職種が一体となってサービス提供するための連携体制を構築することにより、本人の重度化防止が進む（日常の療養支援）</p> <p>指標</p> <p>7 生活支援体制整備（住民参画・官民連携推進事業）により地域の民間企業を含む多様な主体と連携した取組が行われ、介護専門職以外によるサービス活動（ABD）などが増える。（再掲）</p> <p>指標 介護専門職以外によるサービス・活動A/B/Dの数（再掲）</p>	<p>1 在宅医療や地域密着型サービス（定期巡回・小多機・看多機）を利用しながら適切な医療介護連携ののもとで在宅生活を継続できる</p> <p>指標 地域密着型サービスの給付月額（被保険者一人当たり）</p> <p>指標 訪問診療実施件数（※被保険者10,000人あたり）</p> <p>指標 往診実施件数（※被保険者10,000人あたり）</p> <p>2 本人の状態に応じた日常的な療養支援が充実し、家族等介護者の負担が軽減され、在宅生活及び家族の就労が継続できている。</p> <p>指標 自宅で生活する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている割合</p> <p>指標 自宅で利用者のうち、家族等介護者の就労継続が難しくなっている割合</p>	<p>1 在宅で暮らす高齢者が、心身の状態変化があっても住み慣れた地域で最期（看取り）まで暮らし続けることができる。</p> <p>指標 自宅から施設への居所変更率</p> <p>指標 居所変更率（自宅等での死亡の割合） ※搬送先での死亡を含む</p>
	<p>【調査の凡例】</p> <p>在宅生活改善調査【新】</p> <p>居所変更実態調査</p> <p>KDB保険者データヘルス支援システム</p> <p>見える化システム</p>		
施設の医療対応力・質の向上 施設の医療対応力・質の向上	<p>8 救急搬送時に関係者間で円滑な情報連携がなされる（再掲） ※関係者間・・・救急隊員、ケアマネ、介護施設・高齢者住まい等、包括、家族等</p> <p>指標 関係者の評価（アンケート）により情報連携がうまくいっているかを評価</p> <p>9 高齢者施設の医療ニーズへの対応が進み、重度化防止が進む</p> <p>指標 相談・受診・入院体制のある協力医療機関と適切に連携できている介護施設の割合</p> <p>指標 喘痰吸引に常時対応可能な施設数</p> <p>10 高齢者への虐待が防止されている</p> <p>指標 高齢者虐待防止に関する職員研修を実施している施設の数・割合</p>	<p>3 施設の医療対応力が向上し、医療ニーズに対応可能な施設が増え、利用者が適切なケアを受けながら安心して生活を続けることができる</p> <p>指標 7項目以上の医療処置に常時対応可能な施設数 ※訪問看護等との連携も含む</p> <p>指標 施設からの軽症者の救急搬送件数</p> <p>指標 高齢者虐待発生件数</p>	<p>2 施設に入所している高齢者が、適切なケアを受けながら居所を頻繁に変えることなく、最期（看取り）まで暮らし続けることができる。</p> <p>指標 施設から施設等への居所変更率</p> <p>指標 施設からの退所者に占める死亡退所の割合 ※搬送先での死亡を含む</p>

認知症施策

個別施策の例	初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム
通所サービス事業所で認知症利用者に対する就労的活動の機会の提供			
認知症カフェの開催			
民間施設等向けの啓発活動（出前講座）等の実施			
認知症サポーター養成講座（対象者を毎年変えるなど幅広い層へ実施）			
共生社会の実現に向けた地域づくり	<p>認知症の人が自らの意思で社会参加できる機会が提供され、その実現のために寄り添う人や場所がある。</p> <p>1 指標 若年性認知症の従業員を雇用している事業所数</p> <p>指標 希望する社会参加の場（就労的活動、通いの場等）に参加している認知症の人数</p> <p>指標 ピアサポート支援件数</p> <p>2 地域の商店・スーパー・民間施設等に従事する職員が認知症について理解し、認知症の人が利用しやすいサービス提供が行われている。</p> <p>指標 認知症の人に配慮した施設やサービスを提供している事業所数（例：認知症バリアフリー宣言をしている事業所の数、または各市町村で独自に展開する事業者向け啓発活動の実績評価など）</p> <p>3 無関心層を含む地域住民へ認知症に関する正しい知識（新しい認知症観）が定着している</p> <p>指標 認知症サポーター養成数</p> <p>指標 チームオレンジの数</p>	<p>認知症になっても、住み慣れた地域で仲間や社会とつながり、希望を持って自分らしい生活を続けることができる</p> <p>1 指標 日常生活自立度Ⅱ以上の方の在宅生活率</p> <p>指標 調査対象者に占める在宅生活の継続が困難な理由（本人の状態）に「認知症の症状の悪化」と回答した割合</p> <p>指標 介護者が不安に感じる介護に認知症への対応と回答した割合</p>	<p>新しい認知症感に立ち、認知症と共に生きる地域社会が実現されている。</p> <p>1 指標 （認知症や認知症の人に関する国民の基本的な知識の理解度）</p> <p>指標 （認知症の人が自分らしく暮らせると考えている認知症の人及び国民の割合）</p> <p>指標 （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）</p> <p>指標 （自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合）</p>
受け専門職にができるき適切な制ケづアくをり	<p>認知症の人の権利権益が守られている</p> <p>4 指標 中核機関等による相談支援により成年後見制度を利用している認知症の人の数</p> <p>指標 市町村申立により成年後見制度の利用を開始した認知症の人の数</p> <p>認知症について専門職等の相談支援を受けることができる</p> <p>指標 認知症初期集中支援チームによる認知症の人、家族への支援実施件数</p> <p>指標 認知症支援推進員による認知症の人、家族への支援実施件数</p> <p>指標 認知症ケアパス発行数</p> <p>指標 認知症相談窓口の認知度（包括、疾患医療センター、若年性認知症相談支援センター等）</p> <p>指標 認知症自立度Ⅱ以上の方の在宅生活率</p>		<p>【調査の凡例】</p> <p>二ーズ調査</p> <p>在宅介護実態調査</p> <p>在宅生活改善調査【新】</p> <p>地域分析ツール</p>