

沖縄県がん診療連携協議会

第8次保健医療計画策定における ロジックモデルの活用状況

2023年11月10日

国際医療福祉大学大学院

埴岡健一

はじめに

趣旨と方法など

趣旨

- 2024年4月から都道府県の新・がん対策推進計画、新・保健医療計画がスタートする
- PDCAサイクルを実行し、患者・住民アウトカムを高めるため、厚労省課長通知において、「ロジックモデルを活用」と記載された。
- 都道府県による、ロジックモデルの質の差が懸念される。
- 現在、都道府県で策定・審議過程にある。
- ウェブ検索によって読める素案を検討した。
- ロジックモデル策定の際の留意点について、再確認する。

方法

- 2024年10月下旬、47都道府県についてウェブ検索。
- ロジックモデルが見つかった7府県を閲覧。
- 対象は、青森県、群馬県、栃木県、長野県、神奈川県、京都府、大阪府。
- 今回は、がん対策にも関連が深い、在宅医療分野を確認する。

限界

- 審議進行中でも、ウェブ掲載されていないことがある。
- ウェブ掲載されていても見つけられなかった可能性がある。
- 府県によって、策定プロセスの進行度合いが異なる。
- 今後、内容が変化する可能性がある。
- 今回、ロジックモデルの構成を中心に確認するが、図にない指標などが本文に掲載されている可能性がある。
- ロジックモデルの掲載がなくても、指標や施策が充実している場合もありえる（ただし、P D C Aサイクル管理には不安が残る）。

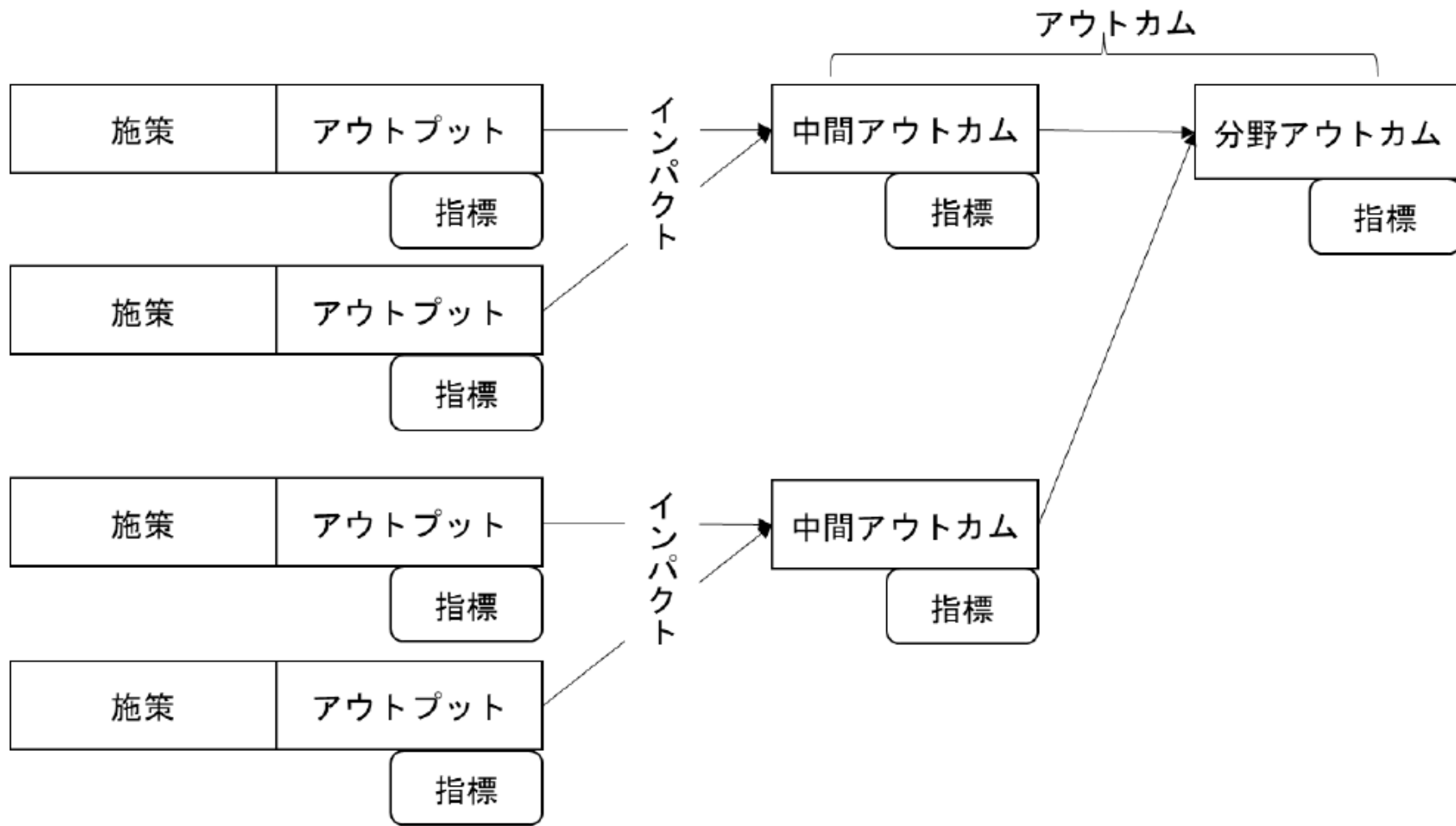
観点

確認するときのポイント

厚労省指針における、ロジックモデル

(別添)

ロジックモデルの構成要素の例示



厚労省指針における、用語の定義

(用語の定義)

- 成果（アウトカム）

施策や事業が対象にもたらした変化

- 結果（アウトプット）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

- 影響（インパクト）

施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

- ロジックモデル

施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの（別添）

厚労省指針における、用語の定義（指標）

2 指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、ロジックモデル等のツールも活用し、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。

（用語の定義）

・アウトカム指標

住民の健康状態や患者の状態を測る指標

・プロセス指標

実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

・ストラクチャー指標

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

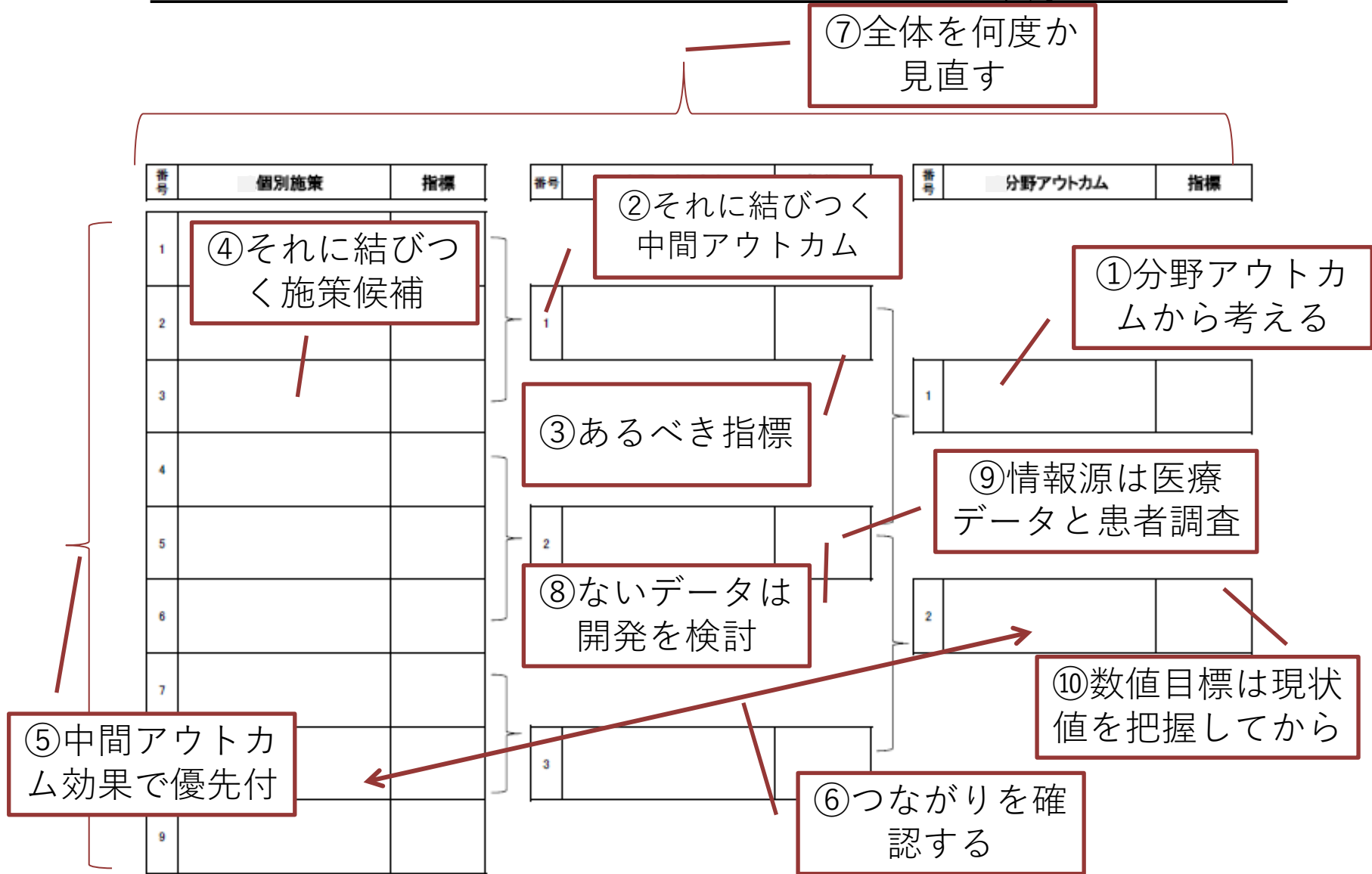
厚労省指針における、ロジックモデルと指標の関係

注：

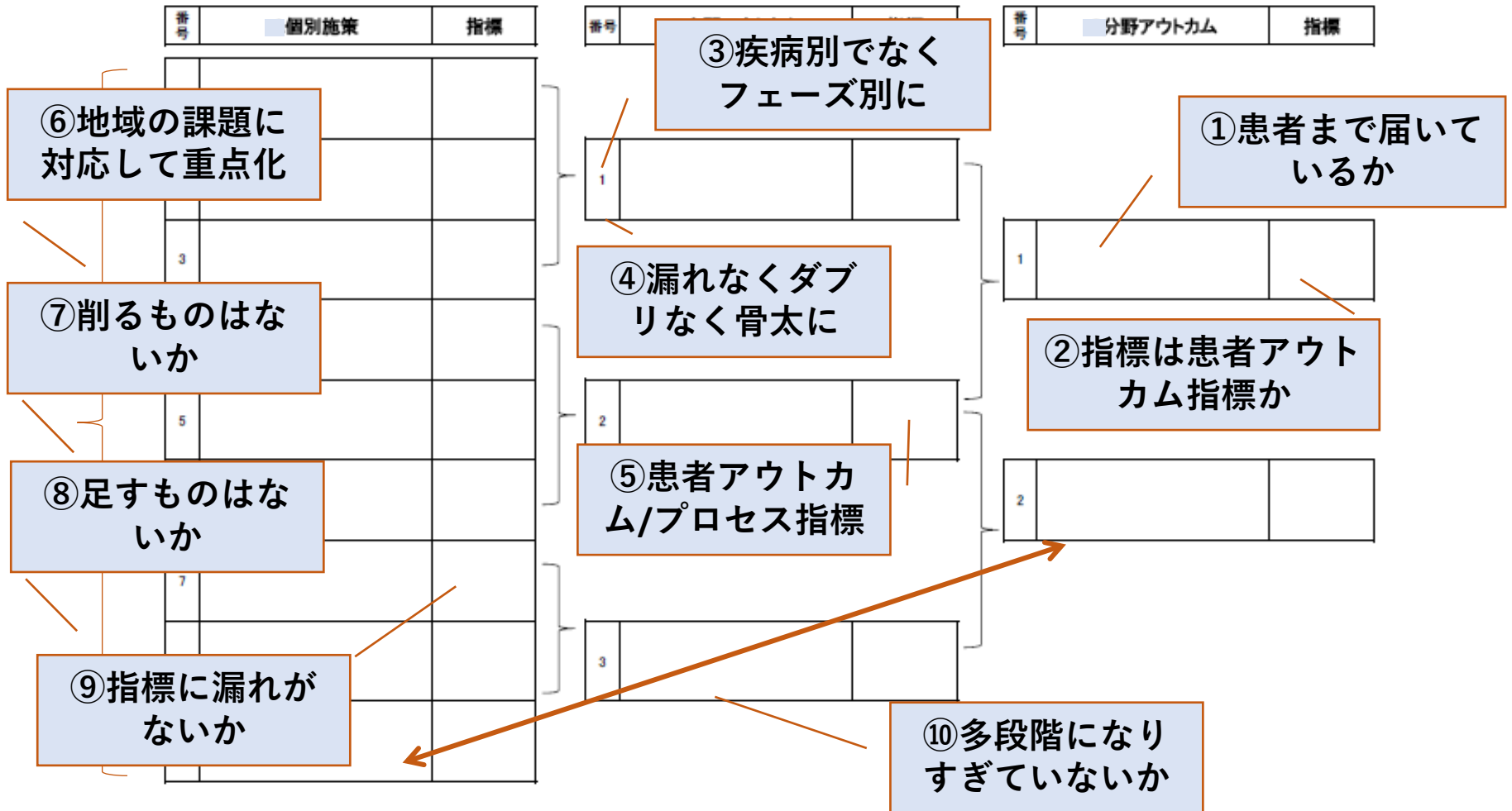
・アウトカムは、「分野アウトカム」「中間アウトカム」など、段階に分けて記載する。例えば、政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる中間成果（中間アウトカム）を設定し、当該中間成果（中間アウトカム）を達成するために必要な個別施策を設定する。

・この図において、分野アウトカムに関する指標は、アウトカム指標又はプロセス指標を、中間アウトカムに関する指標はプロセス指標又はストラクチャー指標を使用することが想定される。アウトプットに関する指標は、その施策の実施状況を示すものを使用する。

ロジックモデル活用 10のポイント(順番に注意)



ロジックモデル確認10のポイント



ロジックモデル・チェックリスト（ハーフ版）

連番	項目番号	項目	概念/指標	チェック質問
2	1	最終アウトカム	概念	当事者（対象者、住民、患者等）に届いていますか
4	1	最終アウトカム	概念	語尾がアウトカムを描く「◎◎できている（実現している）」などになっていますか
5	2	最終アウトカム	指標	最終アウトカム概念の的を得ていますか（妥当性が高いですか）
6	2	最終アウトカム	指標	妥当性が高い指標が既存になくても記載し、要開発としましょう
7	2	最終アウトカム	指標	アウトカム指標（住民、患者などの状態を示す）になっていますか
9	2	最終アウトカム	指標	既存統計等以外の空白指標の情報源は①住民アンケート②当事者・関係者アンケート③従事者・関係者アンケートによって一網打尽に確保することが見込まれます
11	3	中間アウトカム	概念	概念が書かれていますか（概念がなく指標だけになることがよくあります）
12	3	中間アウトカム	概念	当事者（対象者、住民、患者等）あるいは当事者が受けるサービス等に届いていますか
14	3	中間アウトカム	概念	切り方は、カテゴリー（疾病別等）ですか、フェーズ（ライフコース等）ですか、ミックスですか
18	3	中間アウトカム	概念	中間アウトカムを並べる順番の意図が明確ですか
19	4	中間アウトカム	指標	すべての中間アウトカムに対し1つ以上の指標が設定されていますか
20	4	中間アウトカム	指標	中間アウトカム概念の的を得ていますか（妥当性が高いですか）
22	4	中間アウトカム	指標	アウトカム指標かプロセス指標（提供されているサービスや支援の状態を示す）になっていますか
26	5	初期アウトカム	概念	概念が書かれていますか（概念がなく指標だけになることがよくあります）
28	5	初期アウトカム	概念	無理に初期アウトカムを足していませんか。中間アウトカムの再掲になる方がベターです
29	5	初期アウトカム	概念	施策と1対1対応していますか
30	5	初期アウトカム	概念	多すぎる場合は統合できませんか
31	6	初期アウトカム	指標	すべての初期アウトカムに対し1つ以上の指標が設定されていますか
37	7	アウトカムのつながり	概念	最終アウトカムと分野アウトカム、分野アウトカムと中間アウトカム、中間アウトカムと初期アウトカムが線で結べますか
38	7	アウトカムのつながり	概念	左から見て線が1対1か、多対1になっていますか。1対多の場合は修正できませんか。線が交錯しないようにできませんか
39	7	アウトカムのつながり	概念	結んだ線を想定インパクト度合いで、太線、細線、破線に3分類してみましょう。その上で、各段階の線に順位を付けてみましょう
41	8	施策	施策	語尾は「◎◎する」「◎まるを実施する」としましょう
43	8	施策	施策	施策とは何か、レベル感を合わせましょう。予算/事業単位なのか、どの役割が何をするという単位なのか、など
44	8	施策	施策	既存施策と新規施策の区分、単独施策と包括施策（既存センターの役割の一部である等）の区分など、マーキングしておきましょう
50	9	施策	指標	足元の活動を示す指標ですので、「◎◎する」を示すことをカウントできていればOKです

番号	コード	A 分野アウトカム
1	在A-0101	高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活続けることができる

番号	コード	C 初期アウトカム
----	-----	-----------

退院支援】

1	在C-0101	入院医療機関が退院支援担当者・窓口が配置できている
2	在C-0102	入院医療機関の退院支援担当者が、入院初期から支援を開始し、患者の住み慣れた地域に応じたサービスの調整ができている
3	在C-0103	入院機関と在宅医療・介護機関が、退院後に患者に起こりうる病状やその対応について、情報共有できている
4	在C-0104	在宅医療・介護・障害福祉の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携できている
5	在C-0105	在宅医療に関わる機関が、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整できている
6	在C-0106	在宅医療機関が、退院（退所）支援担当者に対し、地域のサービスに関する情報提供や助言を行っている

番号	コード	B 中間アウトカム
----	-----	-----------

1	在B-0101	患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられている
---	---------	------------------------------

番号	コード	C 初期アウトカム
----	-----	-----------

番号	コード	B 中間アウトカム
----	-----	-----------

【日常の療養支援】

7	在C-0201	訪問診療の提供体制が整備されている
8	在C-0202	訪問看護の提供体制が整っている
9	在C-0203	訪問歯科診療の提供体制が整っている
10	在C-0204	訪問薬剤指導の提供体制が整っている
11	在C-0205	身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理、リハビリ、栄養管理が提供されている
12	在C-0206	医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制が整備されている
13	在C-0207	栄養ケア・ステーションと連携し、患者の状態に応じた栄養管理や適切な食事提供に資する情報が提供されている
14	在C-0208	小児患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
15	在C-0209	がん患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
16	在C-0210	認知症患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
17	在C-0211	在宅医療に関わる医療機関と介護事業所・施設、地域包括支援センターで、情報共有ツールや連携のルールが運用できている
18	在C-0212	在宅医療関係者が、地域ケア会議で患者に関して検討する際に積極的に参加している
19	在C-0213	在宅医療機関が、地域包括支援センターと協働し、必要なサービスや家族負担軽減につながるサービスを適切に紹介できている
20	在C-0214	住民の在宅医療や在宅療養生活への関心と理解が深まっている

2	在B-0201	住み慣れた地域で、疾患、重症度に応じた多職種協働による医療・ケアを受けられている
---	---------	--

番号	コード	C 初期アウトカム
----	-----	-----------

【急変時の対応】

21	在C-0301	24 時間対応できる体制が整っている
22	在C-0302	搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床が確保できている
23	在C-0303	搬送について地域の消防関係者と連携できている
24	在C-0304	急変時対応におけるルールやツールが消防関係者も含めて共有され地域の連携体制が構築されている
25	在C-0305	患者や家族が病状急変時における連絡先をあらかじめ知っている

番号	コード	B 中間アウトカム
----	-----	-----------

3	在B-0301	病状急変時に診療を受けることができている
---	---------	----------------------

番号	コード	C 初期アウトカム
----	-----	-----------

番号	コード	B 中間アウトカム
----	-----	-----------

【看取り】

26	在C-0401	患者の望む場所での看取りの医療・ケアが提供できる診療体制が整備されている
27	在C-0402	医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制が整備されている
28	在C-0403	ターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等が提供できる体制が整備されている
29	在C-0404	在宅医療機関の支援により介護施設等による看取りの体制が整備されている
30	在C-0405	在宅医療機関で看取りに対応できない場合、入院機能を有する医療機関が必要に応じて受け入れる体制が整備されている
31	在C-0405	人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消できる人材、ACPが進められる人材が育成されている
32	在C-0406	看取りに関わるルールやツールが運用され地域の連携体制が構築されている
33	在C-0407	患者・家族が人生の最終段階における意思決定について知り、医療やケアの在り方について周囲と共有できている

4	在B-0401	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所で看取りの医療・ケアを受けることができている
---	---------	---

番号	コード	C 初期アウトカム
----	-----	-----------

番号	コード	B 中間アウトカム
----	-----	-----------

【災害・新興感染症発生時】

34	在C-0501	災害発生時・新興感染症発生時にも適切な医療を提供するための計画が策定されている
35	在C-0502	災害時対応について連携上の課題抽出及び対応策の検討が行われている
36	在C-0503	医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、都道府県や市町村との連携体制が構築されている

5	在B-0501	災害時・新興感染症発生時にも必要な医療・ケアが受けられる
---	---------	------------------------------



番号	コード	C 初期アウトカム	指標	番号	コード	B 中間アウトカム	指標	番号	コード	A 分野アウトカム	指標			
1	在C-0101	入院医療機関が退院支援担当者・窓口が配置できている	在S-0301	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（診療所数） 退院患者あたりの退院調整部門に配置されている看護師数・MSW（社会福祉士を含む）数 退院支援を実施している診療所・病院数 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 入退院時の入院医療機関と介護支援専門員との情報連携率 退院時共同指導を実施している診療所・病院数 退院後訪問指導を実施している診療所・病院数 退院後の在宅療養に関わる担当者間での連携 退院後のサービスが円滑に調整できた割合 地域資源に関する情報が十分に得られている診療所・病院の退院支援担当窓口数	1	在B-0101	患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられている	在P-0201	退院支援（退院調整）を受けた患者数 介護支援連携指導を受けた患者数 退院時共同指導を受けた患者数 退院後訪問指導を受けた患者数 退院・退所加算の件数 入院時情報連携加算の件数	1	在A-0101	高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活続けることができる	在O-0101	在宅療養者のQOL（生活の質）
			在S-0302					在O-0102					死亡前一定期間における療養場所	
	在S-0303	在O-0103	在宅で療養する者の割合											
	在S-0304	在O-0104	在宅死亡者数（自宅死・老人ホーム死・老人保健施設死の割合）											
	在P-0301													
	在S-0305													
2	在C-0102	入院医療機関の退院支援担当者が、入院初期から支援を開始し、患者の住み慣れた地域に応じたサービスの調整ができている	在S-0304											
3	在C-0103	入院機関と在宅医療・介護機関が、退院後に患者に起こりうる病状やその対応について、情報共有できている	在S-0306											
4	在C-0104	在宅医療・介護・障害福祉の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携できている	在P-0302											
5	在C-0105	在宅医療に関わる機関が、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整できている	在P-0303											
6	在C-0106	在宅医療機関が、退院（退所）支援担当者に対し、地域のサービスに関する情報提供や助言を行っている	在S-0307											

確認点

- 分野アウトカムの概念
 - 分野アウトカムの指標。
 - 中間アウトカムの柱立て。
 - 中間アウトカムの指標。
 - 施策と指標。
 - その他。
- ⇒ロジックモデルと本文が対応しているか。

7 府県の検討

第2回協議会8月30日

在宅医療対策②

ロジックモデル

アウトプット（施策）（A）

番号	項目	現状値	目標値
1	退院支援に関する研修の参加者数	10 人/年	20 人/年

番号	項目	現状値	目標値
2	在宅医療専門研修の参加者数	291 人/年	312 人/年

番号	項目	現状値	目標値
3	訪問看護研修会の参加者数	45 人/年	51 人/年

番号	項目	現状値	目標値
4	在宅医療施設設備整備支援件数	6 件/年	8 件/年

番号	項目	現状値	目標値
5	看取りに関する研修会の参加者数	100 人/年	112 人/年

初期アウトカム（B）

番号	項目	現状値	目標値
1	退院支援担当者を配置している医療機関数	44 か所	60 か所

番号	項目	現状値	目標値
2	訪問診療を実施している診療所・病院数	173 か所	185 か所

番号	項目	現状値	目標値
3	訪問看護ステーション従事者数	864 人	967 人

番号	項目	現状値	目標値
4	往診を実施している診療所・病院数	201 か所	215 か所

番号	項目	現状値	目標値
5	在宅療養後方支援病院が設置されている圏域の数	4 圏域	6 圏域

番号	項目	現状値	目標値
6	24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数	805 人	901 人

番号	項目	現状値	目標値
7-1	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	45 か所	50 か所

番号	項目	現状値	目標値
7-2	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	120 か所	134 か所

分野アウトカム（C）

番号	項目	現状値	目標値
1	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）	59,559 件	63,817 件
2	訪問看護利用者数（レセプト件数）	32,525 件	36,295 件

番号	項目	現状値	目標値
3	在宅ターミナルケアを受けた患者数（レセプト件数）	1,019 件	1,140 件
4	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（レセプト件数）	2,230 件	2,495 件

出典： https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryu/files/11_sankou.pdf

在宅医療対策①

現状と課題

- 今後、急激に進行されると予想される高齢化に伴い地域医療構想では在宅医療等の必要量の増加が見込まれている。
- 退院支援担当者を配置している医療機関数について、令和2年度時点で44か所であり、さらなる退院支援担当者の配置が必要である。
- 訪問診療を実施している医療機関数は、令和2年度時点で173か所であり、今後、訪問診療のニーズの増加が見込まれることから、ニーズに対応する医療提供体制の整備が必要となる。
- 訪問看護ステーション従事者数は、令和3年度時点で864人であり、今後、訪問看護のニーズの増加が見込まれることから、ニーズに対応する従事者の確保が必要となる。
- 看取り数は、令和3年度時点で2,230件である。今後、看取り数の増加が見込まれることから、ニーズに対応する体制整備が必要となる。

施策の方向性

【目的】

- 在宅医療の需要に応じたサービス量の確保
- 患者や家族が希望する場所で最期を迎えることを可能とする体制の構築

1 在宅医療の需要に応じたサービス量の確保

- (1) 退院支援担当者を配置している医療機関数の増加
- (2) 訪問診療を実施している診療所・病院数及び往診を実施している診療所・病院数の増加。
- (3) 訪問看護ステーション従事者数及び24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数の増加

2 患者や家族が希望する場所で最期を迎えることを可能にする体制の構築

- (1) 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数及びターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数の増加

青森県の所見

- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 構成概念なし。指標のみ。指標構成図に過ぎず。
- 患者アウトカム指標なし。
- 中間アウトカムに、シーン3なし。
- 指標に対して、現状値と目標値あり。
* ロジックモデルと本文との対応度合いは、まだ不明（策定方針から、対応していると推測）。

在宅医療における医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
1	・病院の看護課やケアマネ等へ在宅医療を啓発 ・入退院の支援を担う人材の養成	退院支援担当者配置している診療所・病院数
2	・医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備	退院支援を実施している診療所・病院数
3	・在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
4		退院時共同指導を実施している診療所・病院数

	個別施策	指標
5	・在宅療養支援体制強化研修開催事業 ・在宅医療機能強化支援事業	訪問診療を実施している診療所・病院数
6	・小児在宅医療体制構築事業	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
7-8	・在宅医療設備整備支援事業	在宅療養支援診療所・病院数
9	・訪問看護ステーション設備整備支援事業	訪問看護事業所数
10	・訪問看護教育ステーション事業	訪問看護事業所に従事する看護職員数
11	・訪問看護サポート事業 ・ハラスメント対策	機能強化型の訪問看護ステーション数
12	・小児在宅医療体制構築事業	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数
13	・在宅医療設備整備支援事業	歯科訪問診療を実施している診療所数
14	・在宅歯科医療連携推進事業【増】	在宅療養支援歯科診療所数
15	・在宅歯科医療従事者研修事業【増】 ・在宅歯科・障害者歯科医療協力医等人材育成事業【増】	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数
16		在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数
17	・在宅医療設備整備支援事業 ・薬剤師の在宅業務推進事業【薬】	訪問薬剤指導を実施している薬局数
18	・在宅医療における多職種連携オールラウンド予防推進事業【薬】	在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
19	・認定薬局推進事業【薬】	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
20		無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
21	（訪問リハに係る施策）	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数
22	（訪問栄養に係る施策）	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数

	個別施策	指標
23	・在宅医療連携体制強化研修開催事業 ・在宅医療機能強化支援事業	往診を実施している診療所・病院数
24	・グループ診療体制や後方支援体制の強化	在宅療養後方支援病院数
25		緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合
26	・訪問STの大規模化	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数
27		
28	（訪問薬剤に係る施策）	24時間対応可能な薬局数

	個別施策	指標
29	・在宅医療や人生会議に関する啓発（県民向け）	人生会議に係る認知度
30	・人生会議に関する啓発（医療・介護従事者向け）	在宅養取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
31		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数

(B) 中間アウトカム

	指標
1	退院する患者が、退院後も継続した在宅医療及び介護サービス等が受けられる
2	退院支援（退院調整）を受けた患者数
3	介護支援連携指導を受けた患者数
4	退院時共同指導を受けた患者数
5	退院後訪問指導を受けた患者数

	在宅療養者が、住み慣れた地域で疾患や重症度等に応じた医療が受けられる
1	訪問診療を受けた患者数
2	小児の訪問診療を受けた患者数
3	訪問看護利用者数
4	小児の訪問看護利用者数
5	訪問歯科診療を受けた患者数
6	歯科衛生士を等間した訪問歯科診療を受けた患者数
7	訪問口腔衛生指導を受けた患者数
8	訪問薬剤管理指導を受けた患者数
9	小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
10	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
11	無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
12	訪問リハビリテーションを受けた患者数
13	訪問栄養食事指導を受けた患者数

(A) 分野アウトカム

1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で暮らし続けることができる
---	----------------------------------

	在宅療養者が、急病時にも往診や訪問看護を受けられるほか、必要に応じ、円滑に入院できる
1	往診を受けた患者数

	県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる
1	在宅ターミナルケアを受けた患者数
2	訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数、利用者数
3	養取り数（死亡診断のみの場合を含む）
4	在宅死亡者数

3 分野アウトカム（目指す姿）-(A)

(1)在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

4 中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制の確保

・退院患者が、在宅医療及び介護サービス等を継続して受けられるよう、切れ目のない医療体制の確保を目指します。

施策-(C)

①	病院看護師・ケアマネジャー等への在宅医療の普及啓発
②	入退院の支援を担う人材育成
③	医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備
④	在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町の支援

(2) 日常の療養支援が可能な体制の確保

・在宅療養者が、住み慣れた地域で疾患や重症度等に応じた医療が受けられるよう、必要な資源の確保、多職種による医療、介護、障害福祉サービスの包括的な提供などの体制の確保を目指します。

施策-(C)

①	在宅医療を実施する医師・看護師等の人材養成
②	在宅医療を実施する医療機関等への設備整備支援
③	訪問看護事業所の新規開設に向けた支援
④	訪問看護事業所の経営支援
⑤	小児在宅医療に係る人材育成

(3) 急変時の対応が可能な体制の確保

・在宅療養者が、急変時にも往診や訪問看護等を受けられるほか、円滑に入院できるよう、在宅医療を担う医療機関等と入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保を目指します。

施策-(C)

①	グループ診療体制や後方支援体制の強化
②	訪問看護事業所の大規模化に向けた支援

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保

・県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる体制の確保を目指します。

施策-(C)

①	在宅医療や人生会議に関する県民向けの普及啓発
②	人生会議に関する医療・介護従事者向けの普及啓発

6 指標と数値目標

分野アウトカム（目指す姿）-(A)

No.	項目
1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)

No.	項目	指標	直近値	目標値
1	退院支援	介護支援連携指導を受けた患者数	324 人/月	608 人/月
2	日常の療養支援	訪問診療を受けた患者数	7,900 人/月	(医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討)
3	看取り	在宅ターミナルケアを受けた患者数	173 人/月	263 人/月

施策-(C)

No.	施策	指標	直近値	目標値
1	医師向けの在宅医療に係る研修開催 ほか	訪問診療を実施している診療所・病院数	280 箇所	(医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討)
2	訪問看護師による同行研修 ほか	訪問看護事業所の従事者数	947.9 人	(はつらつプランにおける訪問看護サービスの推計に基づき算出)
3	在宅医療に係る設備整備 ほか	歯科訪問診療を実施している診療所数	236 箇所	255 箇所
4		訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	290 箇所	390 箇所

栃木県の所見

- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは、患者の状態に達している。
- 分野アウトカムの指標は、記載なし。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標（一部アウトカム指標）。
- 施策に指標を設定（ただし、アウトプット指標ではなく初期アウトカムの指標）（施策アウトプット指標欄と初期アウトカム欄を非表示にしていると考えられる）
- 施策の指標は、ストラクチャー指標。
- 指標の一部を、目標としている。

* ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応しているが、ロジックモデルの方が大きい。

ロジックモデル

	現状と課題	番号 A 個別施策	番号 B 目標	番号 C 最終目標
退院支援	在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。 ①退院調整支援担当者を配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。 ⇒退院調整支援担当者を配置している病院の更なる確保が必要となっている。 ②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くになっている。 ⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。	1 (1) 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 (2) 退院調整ルールの進行管理 (3) 在宅療養への円滑な移行支援	1 目 標 値 住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実 退院支援を実施(退院支援加算を算定)している病院・診療所数 退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	1 目 標 値 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。 退院支援(退院調整)を受けた患者数 訪問診療を受けた患者数
日常の療養支援	高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要。 ①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所(全国平均11.5か所)、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所(全国平均11.0か所)で、在宅療養支援診療所数と訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。 ⇒現在在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。 ②医療保険等による在宅サービスを実施している歯科診療所数は341か所(R2)、医療の在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は826か所(R4)、令和5年3月31日時点での健康サポート薬局届出件数は46件(中核市設置薬局を含む)、訪問リハビリテーション事業所数は70か所(R3)、栄養ケア・ステーション数は7か所(R5)となっている。 ⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。	2 (1) 在宅医療の充実 (2) 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実	2 目 標 値 日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実 訪問診療を実施している病院・診療所数 訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数 訪問歯科診療(居宅又は施設)を実施している診療所数 健康サポート薬局数 訪問看護事業所数 地域連携薬局数	1 目 標 値 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。 退院支援(退院調整)を受けた患者数 訪問診療を受けた患者数
急変時の対応	「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることから、急変時の対応についての体制整備が必要。 ①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所(全国平均16.5か所)、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件(全国平均169.4件)となっている。 ⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。 ②24時間対応を行う医療機関等は555施設、220診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。 ⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。	3 (1) 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保	3 目 標 値 在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保 往診を実施している病院・診療所数 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	2 目 標 値 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。 在宅死亡者数(老人ホーム及び自宅)
看取り	「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療を受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要。 在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡率は27.6%(全国平均27.2%)となっている。 ⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。	4 (1) 看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 (2) 人生の最終段階における患者(本人)の意思決定支援の促進	4 目 標 値 在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保 在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数	2 目 標 値 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。 在宅死亡者数(老人ホーム及び自宅)
医療と介護の連携	市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。 ⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。 災害時においても、医療機関や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関、さらに市町村や県との連携が重要になる。 ⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画(BCP)の策定を推進する必要がある。	5 (1) 在宅医療推進部会の設置・運営 (2) 市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 (3) 災害時における医療・介護連携の取組支援 (4) 多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり	5 目 標 値 医療・介護の連携に向けた体制整備の確保 1~4と同様	

求められる医療機能

(1) 目標

- 入院医療機関が入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行い、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

具体的施策

(1) 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進

- 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携を推進するための研修等を支援します。

(2) 退院調整ルールの進行管理

- 退院調整ルール運用とその運用状況の確認を定期的に行い、地域における病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

(3) 在宅療養への円滑な移行支援

- 在宅療養に移行する患者・家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、啓発パンフレットの作成・周知や講演会の開催など、在宅医療・介護に係る普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修）、在宅医療・介護支援パンフレットの作成・配布、退院調整ルールの進行管理 等

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	1	②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率		2023		2029
B	2	①	訪問診療を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2	②	訪問診療を実施している病院・診療所1か所当たりの患者数（1か月あたりレセプト数）		2023		2029
B	2	③	訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数		2023		2029
B	2	④	訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2	⑤	健康サポート薬局数		2023		2029
B	2	⑥	訪問看護事業所数		2023		2029
B	2	⑦	地域連携薬局数		2023		2029
B	3	①	往診を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	3	②	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数		2023		2029
B	4	①	在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	5	①	在宅療養支援診療所数		2023		2029
C	1	①	退院支援（退院調整）を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	2	①	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	4	①	在宅死亡者数（老人ホーム及び自宅）		2023		2029

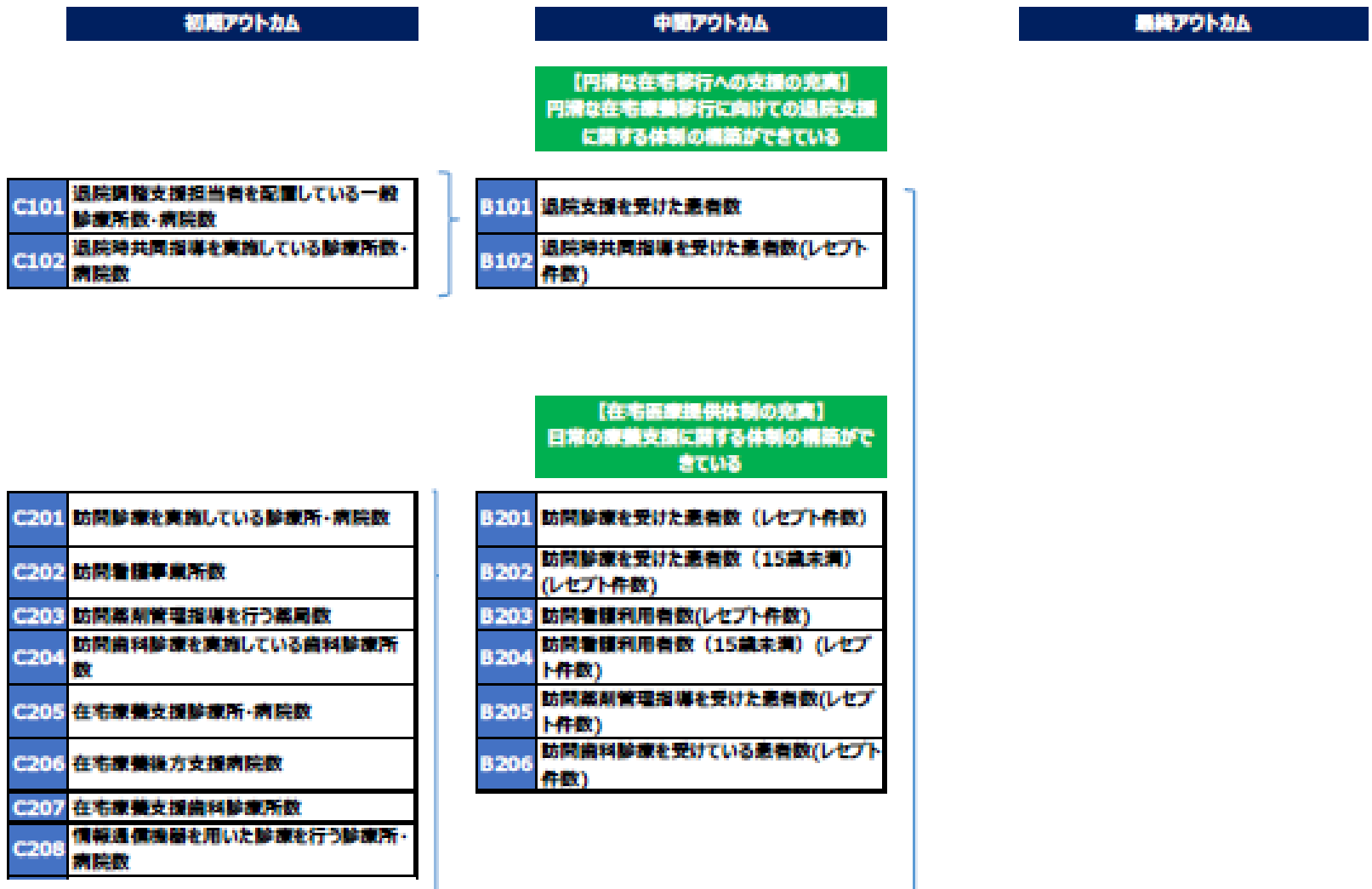
群馬県の所見

- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは患者の状態。
- 分野アウトカムの指標は、主にプロセス指標（一部、アウトカム指標）。
- 中間アウトカムは、5つのシーン。
- 指標名を目標値と呼んでいる。
- ロジックモデルの施策の横に「現状と課題」を添えている。

* ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

3 ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



C301	訪問診療を実施している診療所・病院数 (再掲)
C302	訪問看護事業所数 (再掲)
C303	機能強化型訪問看護ステーション数 (=訪問看護事業所数(大規模))
C304	訪問看護従事者数
C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数 (再掲)
C306	訪問歯科診療を実施している歯科診療所数 (再掲)
C401	在宅療養支援診療所・病院数 (再掲)
C402	在宅療養後方支援病院数 (再掲)
C403	在宅療養支援歯科診療所数 (再掲)

C501	住診を実施している診療所・病院数
C502	24時間住診を実施している診療所・病院数
C503	在宅療養支援診療所・病院数 (再掲)
C504	訪問看護事業所数 (再掲)
C505	24時間対応体制を実施している訪問看護事業所数

C601	在宅療養支援診療所・病院数 (再掲)
C602	在宅療養後方支援病院数 (再掲)

C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数
------	---------------------

【急変時の対応体制の充実】
急変時の対応可能な体制が構築できている

B301	住診を受けた患者数(レセプト件数)
------	-------------------

【患者が留む場所での看取りに関する体制の充実】
患者が留む場所での看取りに関する体制の構築ができている

B401	在宅での看取り件数
B402	施設での看取り件数
B403	地域看取り率

A101	各地域における在宅医療の自己完結率
------	-------------------

2 施策の方向性（県、市町村、医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

(1) 在宅医療の拠点、積極的な役割を担う医療機関の位置づけ・公表

- 体制の強化及び多職種連携の強化のため、__における協議の結果、在宅拠点の拠点は、__に、積極的な役割を担う医療機関は、__から推薦を受けたもしくは県から指定を受けた、県内の__箇所の病院・診療所に担っていただき、県及び市町村はこれを支援する体制を整備していきます。（令和6年2月把握予定）

（図表作成予定）

(2) 円滑な在宅移行への支援の充実

- 県及び市町村は、退院元の医療機関と地域の在宅医療を担う関係者間の連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。

→ 上記取組により、退院調整支援担当者等の増 ⇒ 退院支援を受けた患者数の増
を目指します。

(3) 在宅医療提供体制の充実

- 県や各保健福祉事務所、各市町村、各郡市医師会等は、互いに連携し、地域における在宅医療に係る課題の抽出や施策検討を行うための取組を推進します。

4 指標一覧

種別	コード	指標名	出典	現状 (年度)	目標値 (令和11年度)	
初期	C101	退院調整支援担当者を配置している一般診療所・病院数	厚生労働省,医療施設調査	201(R2)		
	C102	退院時共同指導を実施している診療所数・病院数	厚生労働省,NDB	117(R3)		
	C201	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,452(R3)		
	C202	訪問看護事業所数	(調整中)			
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	825(R2)		
	C204	訪問歯科診療を実施している歯科診療所	厚生労働省,NDB	1,420(R3)		
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	(調整中)			
	C206	在宅療養後方支援病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)		
	C207	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)		
	C208	情報通信機器を用いた診療を行う診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	826(R4.8)		
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数(C201再掲)	厚生労働省,NDB	1,452(R3)		
	C302	訪問看護事業所数(C202再掲)	(調整中)			
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数(=訪問看護事業者数(大規模))	(調整中)			
	C304	訪問看護従事者数	(調整中)			
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数(C203再掲)	厚生労働省,NDB	825(R2)		
	C306	訪問歯科診療を実施している歯科診療所(C204再掲)	厚生労働省,NDB	1,420(R3)		
	C401	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)			
	C402	在宅療養後方支援病院数(C206再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)		
	C403	在宅療養支援歯科診療所数(C207再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)		
	C501	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	3,160(R3)		
	C502	24時間往診を実施している診療所・病院数	(調整中)			
	C503	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)			
	C504	訪問看護事業所数(C202再掲)	(調整中)			
	C505	24時間対応体制を実施している訪問看護事業所	厚生労働省,医療施設調査	757(R3)		
	C601	在宅療養支援診療所・病院数(C205再掲)	(調整中)			
	C602	在宅療養後方支援病院数(C206再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)		
	C701	在宅着取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	782(R3)		
	中間	B101	退院支援を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	27,571(R3)	

種別	コード	指標名	出典	現状 (年度)	目標値 (令和11年度)
	B102	退院時共同指導を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	2,900(R3)	
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,014,627(R3)	
	B202	訪問診療を受けた患者数(15歳未満)(レセプト件数)	(調整中)		
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	(調整中)		
	B204	訪問看護利用者数(15歳未満)(レセプト件数)	(調整中)		
	B205	訪問薬剤管理指導を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	21,950(R2)	
	B206	訪問歯科診療を受けている患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	175,08(R3)	
	B401	在宅での看取り件数	(調整中)		
	B402	施設での看取り件数	(調整中)		
	B403	地域看取り率(県全体)	「令和2年神奈川県衛生統計年報統計表」 「令和2年神奈川県警察死体取扱数」	20.82%(R2)	
	B403	地域看取り率(横浜)	同上	21.33%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32%(R2)	
	B403	地域看取り率(相模原)	同上	17.09%(R2)	
	B403	地域看取り率(横浜質・三浦)	同上	28.49%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20%(R2)	
	B403	地域看取り率(県央)	同上	14.90%(R2)	
	B403	地域看取り率(県西)	同上	21.59%(R2)	
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完結率	(調整中)		

神奈川県の見

- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 最終アウトカム、初期アウトカムに構成概念がなく、指標のみ。
- 分野アウトカムの指標は、プロセス指標であり、アウトカム指標でない。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標。
- 初期アウトカムの指標は、ストラクチャー指標。
- * ロジックモデルと計画が不一致。

番号		個別施策（アウトプット）	番号	中間成果（中間アウトカム）	番号	目指す姿（分野アウトカム）
退院支援	1	多職種で在宅医療の提供を図るための取組支援 指標 (県アウトプット指標しかないので記載しない)	1	入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる 指標 医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数	1	希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができています 指標 (適切な指標が無いので記載しない)
	2	地域の実情に応じた退院調整ルール of 適切な運用促進 指標 退院支援職員を配置している診療所・病院数				
	3	地域連携クリティカルパス等の利用促進 指標 (適切な指標が無いので記載しない)				
	4	市町村、医療・介護関係機関等が連携した、県民が必要とする情報の発信 指標 (県アウトプット指標しかないので記載しない)				
	5	多職種による在宅チーム医療体制を構築 指標 (適切な指標が無いので記載しない)				
	6	在宅医療を行う医療機関等の体制整備 指標 訪問診療を実施している診療所・病院数				
	7	在宅医療において積極的役割を担う医療機関の設置促進 指標 積極的な役割を担う医療機関数				
	8	ICTを用いた患者情報の共有や診療体制の整備促進 指標 (適切な指標が無いので記載しない)				

日常の療養支援	在宅療養に携わる薬剤師や薬局の体制整備	
	9	指標 訪問薬剤管理指導実施薬局数
		指標 無菌調剤処理を実施できる薬局数
	訪問栄養食事指導を実施する施設等の体制整備促進	
	10	指標 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数
	訪問看護師の確保及び研修環境の整備	
	11	指標 訪問看護ステーション看護師数
	在宅や介護施設等における歯科口腔管理に関わる歯科医療機関の整備	
	12	指標 県内歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合
		指標 歯科訪問診療を実施した件数(人口10万対)
災害時の支援体制構築に向けた、BCP策定や関係機関連携促進		
13	指標 (適切な指標が無いため記載しない)	

急変時の対応	24時間体制で往診や訪問看護を実施する医療機関や訪問看護ステーションの整備	
	14	指標 在宅療養後方支援病院数
		指標 在宅療養支援診療所・病院数
		指標 24時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数
	急変時の対応における関係機関(医師・訪問看護師・介護事業者・薬局・消防等)の連携体制構築	
15	指標 (適切な指標が無いため記載しない)	

看取り	看取り、ACPや事前指示書の普及啓発等による在宅看取りへの理解促進	
	16	指標 (適切な指標が無いため記載しない)
	在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の体制整備	
	17	指標 ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	指標 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	

在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる	
1	指標 訪問診療を実施した件数
	指標 訪問薬剤管理指導を受けた患者数(診療所・病院)
2	指標 訪問栄養食事指導を受けた患者数
	指標 訪問看護利用者数
	指標 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数(人口10万対)

在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる	
3	指標 往診を実施した件数

患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている	
4	指標 在宅での看取り(死亡)の割合
	指標 人生の最終段階について、家族と話し合ったことがある割合

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができる

中間成果（中間アウトカム）

- (1) 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる
- (2) 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる
- (3) 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる
- (4) 患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

2 在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

希望する人が、自宅や介護施設等の住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

第3 施策の展開

1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる体制整備

- 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。
- 退院後、適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者との間で円滑に患者の情報共有される、地域の实情に応じた退院調整ルールの適切な運用を促進します。
- 地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用等を促進します。
- 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県が開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。また、市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる体制整備

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。
- 継続的な日常の療養支援体制を構築するため、在宅医療の提供を行う医療機関や、新たに在宅医療に取組む医療機関の体制整備を支援します。
- 入院医療機関と、在宅医療にかかわる関係機関の円滑な連携により、切れ目ない継続的な医療体制の確保を図るため、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の位置づけを促進します。
- 医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ICTを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制の整備に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。
また、在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料・衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。
- 訪問栄養食事指導を充実させるため、県栄養士会による栄養ケア・ステーション事業の周知及び管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の施設の体制整備を促進

第4 数値目標

1 入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	退院支援員を配置している診療所・病院数	長野県 ●●人 全国 ●●人 (2023)	検討中	検討中	厚生労働省「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数				

2 在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	訪問診療を実施している診療所・病院数	長野県 ●●人 全国 ●●人 (2023)	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅医療における積極的役割を担う医療機関数				
S	訪問薬剤管理指導実施薬局数				
S	無菌調剤処理を実施できる薬局数				
S	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数				
S	訪問看護ステーション看護師数				
S	県内歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合				
S	歯科訪問診療を実施した件数(人口10万対)				
P	訪問診療を実施した件数				
P	訪問薬剤管理指導を受けた患者数(診療所・病院)				

P	訪問栄養食事指導を受けた患者数				
P	訪問看護利用者数				
P	歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数(人口10万対)				

3 在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	在宅療養後方支援病院数	長野県 ●●人 全国 ●●人 (2023)	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅療養支援診療所・病院数				
S	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数				
P	往診を実施した件数				

4 患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

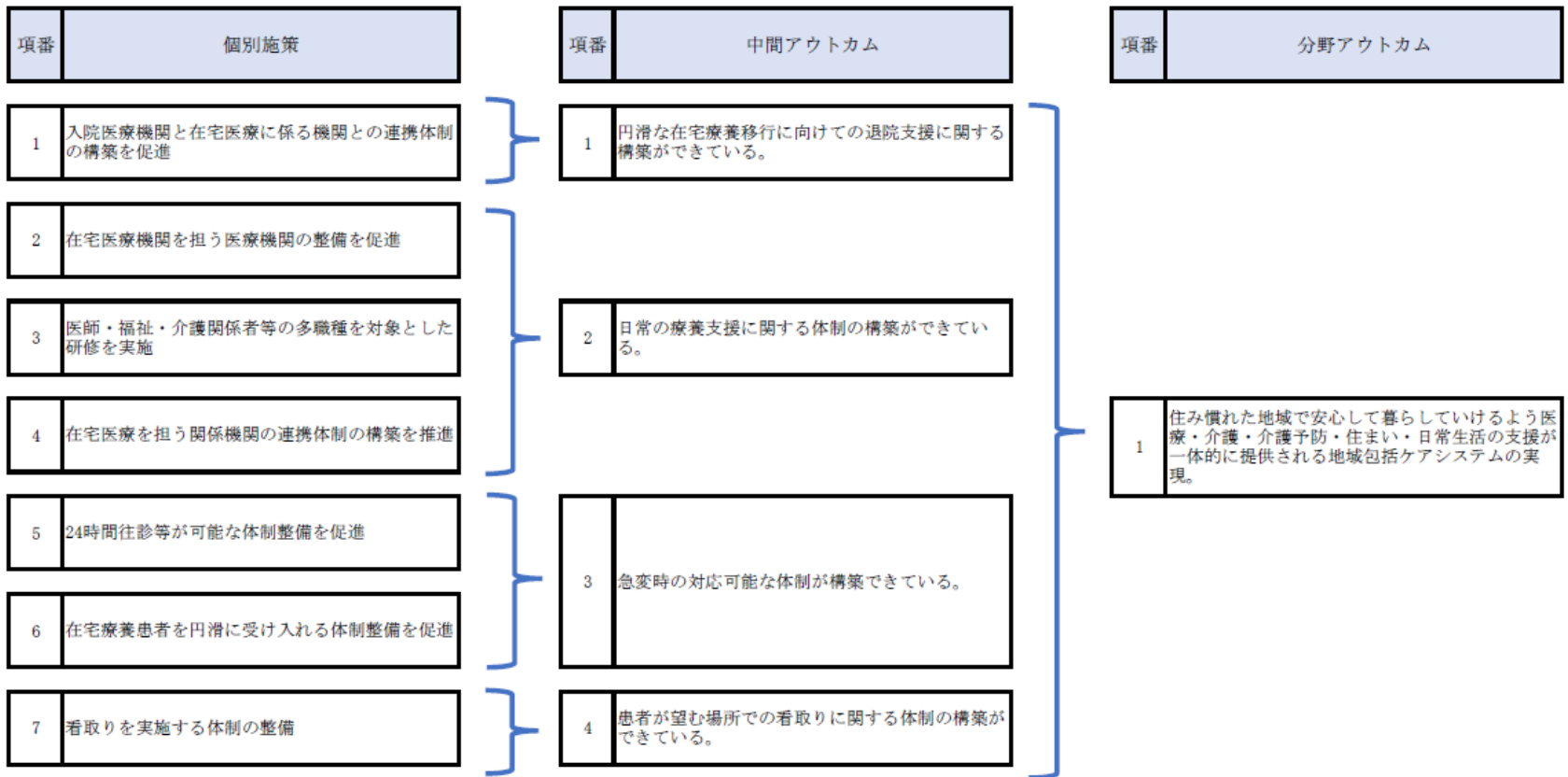
区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	長野県 ●●人 全国 ●●人 (2023)	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数				
P	在宅での看取り(死亡)の割合				
P	人生の最終段階について、家族と話し合ったことがある割合				

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標):医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

長野県の所見

- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは、患者の状態に達している。
- 分野アウトカムの指標は、記載なし。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標（一部アウトカム指標）。
- 施策に指標を設定（ただし、アウトプット指標ではなく初期アウトカムの指標）（施策アウトプット指標欄と初期アウトカム欄を非表示にしていると考えられる）
- 施策の指標は、ストラクチャー指標（一部プロセス指標）。
- ★ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

ロジックモデル（第2章8：在宅医療）



保健医療計画の見直しに関する調査

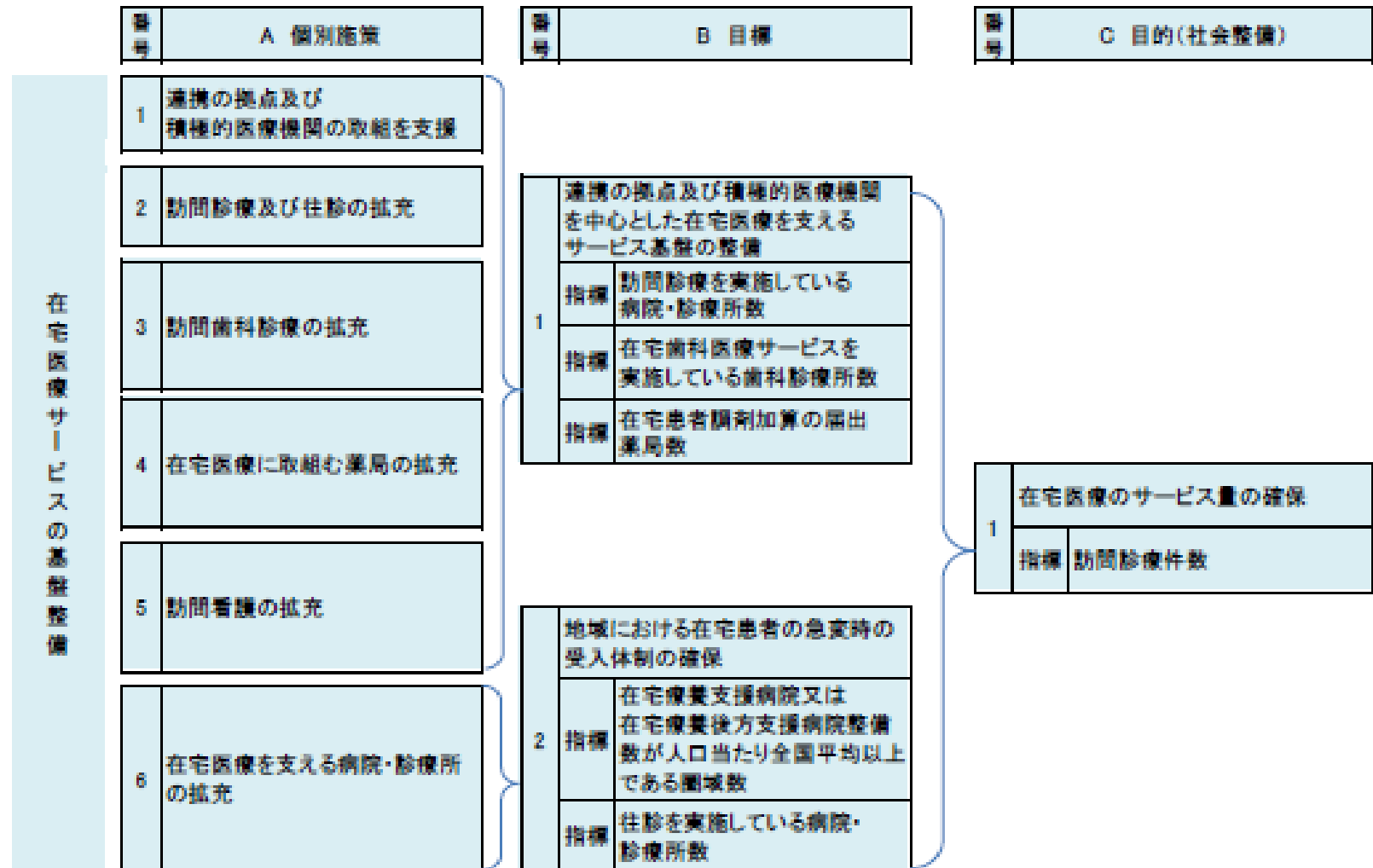
項目	第2章 府民・患者本位の安心・安全な医療体制の確立
	8 在宅医療
現計画における施策の効果	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療支援病院を全医療圏に設置 ○ 全病院に対する退院支援担当者を配置している病院は54.0%（基準値43.1%） ○ 訪問看護ステーション数：331施設（基準値266施設） ○ 訪問看護ステーション1箇所当たりの訪問看護師数：5.6人（基準値は5.0人） ○ 地域で在宅チームの連携の要となる人材の養成数：870人（基準値は722人） ○ 居宅療養管理指導を実施する薬局数：650（基準値404）
課題	<p>【退院支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院支援や日常の療養支援の基盤となる市町村の「在宅医療・介護連携推進事業」が効果的に実施されることが必要。 <p>【日常の療養支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2040年以降に訪問診療や訪問看護の必要量がピークを迎える見込みや疾病構造の変化、高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズ増加への対応が必要。 ○ 在宅療養者が安心して自宅や地域で生活できるよう急変時に対応できる訪問診療や訪問看護が整備されていることが必要。 ○ 高齢化が進む中、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれることから、「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及が必要。 ○ 在宅療養者の要介護者は口腔ケアが不十分になりやすいため、これらの者に対する在宅歯科診療、口腔ケア等を行う体制の整備が必要。 ○ 高度の調剤機能を有するかかりつけ薬局・薬剤師や在宅医療に必要な医薬品、医療材料・衛生材料を適時適切に入手できる体制の整備が必要。 <p>【緊急時の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者をはじめ障害児・者の在宅療養のため、病院・かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・介護支援専門員・訪問看護・訪問サービス・通所サービス等の体制を整備するとともに、入退院時・日常の療養生活・病状の急変時などそれぞれの場面で多職種連携が不可欠。 <p>【看取り】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多職種協働による在宅看取りの推進及び施設における看取りの推進が必要。 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者健康福祉計画における目標・見込み量との整合性が必要。
対策の方向性	<p>目指す方向（府民の状況）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 京都府地域包括ケア構想の実現 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療において多職種連携を強化し、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、災害等の対応の充実を図る。 <p>目標（必要となる体制整備・医療サービス等、取組の方向性）</p> <p>【全体事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療を地域において在宅医療を広く担う医療機関（国指針の積極的に担う医療機関）について、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援歯科診療所を位置付ける。

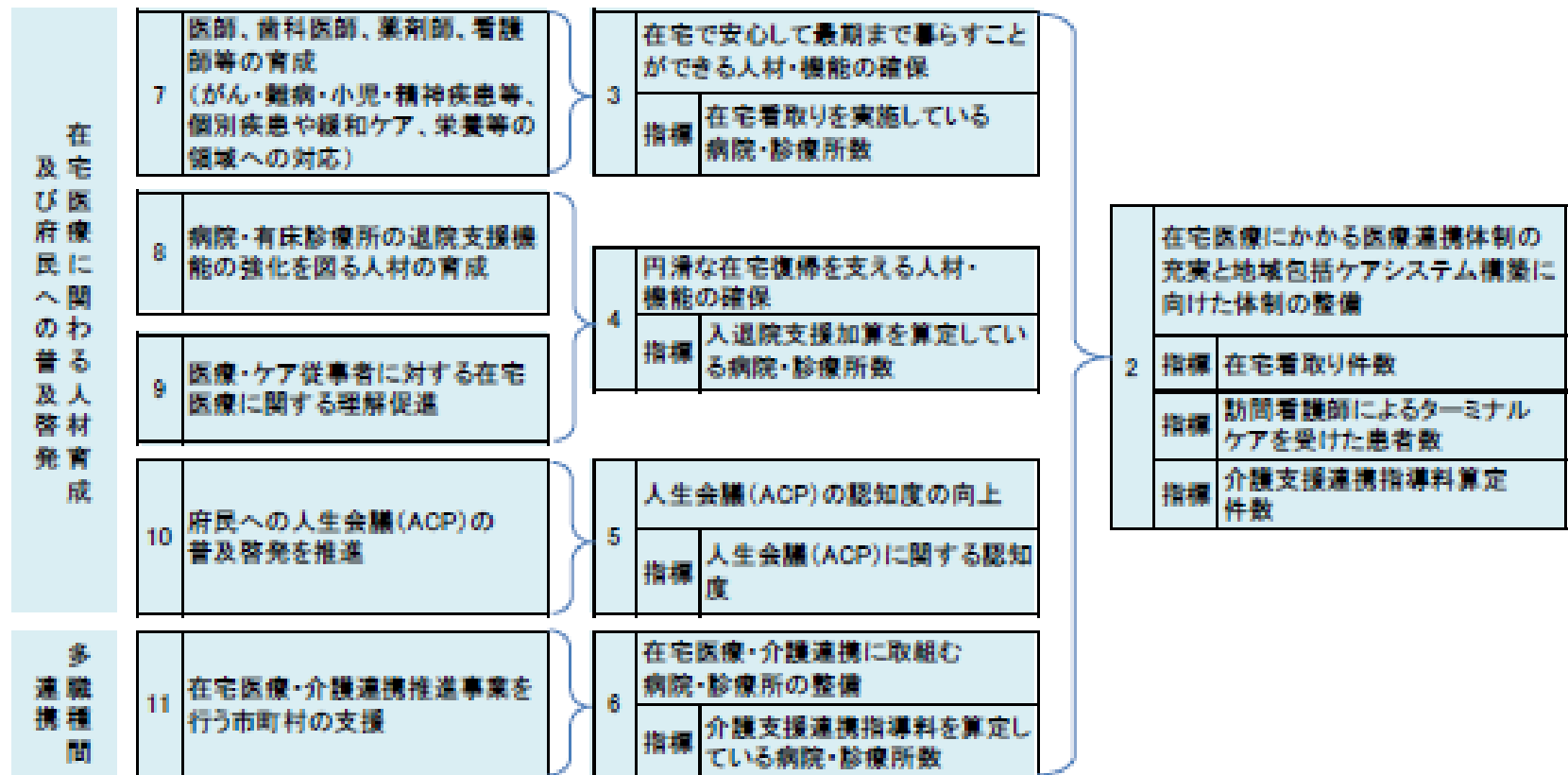
<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療に必要な連携を担う拠点について、府医師会・地区医師会（京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター）、府歯科医師会（口腔ケアサポートセンター）、各保健所へ設置する地域包括ケア推進ネット、市町村（在宅医療・介護連携推進事業）を位置付ける。 <p>【退院支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携の強化。 <p>【日常の療養支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療に必要な連携を担う拠点と連携し、在宅医療を担う在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の充実。 ● 周術期から在宅等に至るまで歯科診療・口腔ケアが途切れないよう、歯科診療所同士及び病院・一般診療所や薬局との情報共有を図る体制整備。 ● 訪問看護師による在宅医療の提供体制の確保、質の向上を図るため、養成、確保・定着、再就業促進の各対策の継続した実施。 ● 在宅における高度化する医療への対応や患者のQOL向上のために、在宅現場で対応できる臨床工学技士、歯科衛生士及び歯科技工士等に対する人材育成を支援。 ● 多職種を対象とした研修会等の実施による地域での多職種連携に関わる人材の育成。 ● 在宅等に必要知識、技術を有するかかりつけ薬局・薬剤師の在宅医療への参画促進や薬局間の相互共有を通じ、医薬品、医療材料、衛生材料等の効率的な供給体制の構築。 ● 在宅療養患者等の栄養改善のため、管理栄養士による指導を促進。 <p>【急変時の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 往診を実施する医療機関や在宅療養患者を円滑に受け入れる体制の整備。 <p>【看取り】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 看取りを実施する医療機関や専門人材の養成等の体制の整備。 <p>具体的な施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養あんしん病院登録制度の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、安心して入院できる病院を事前に登録しておくことで、スムーズな受診や必要に応じて入院に繋げるシステムにより、早めの対応により病状の悪化や身体の働きの低下をできるだけ防ぎ、在宅療養生活を続けることを支援する。（登録：134病院（2023年6月時点）） ● 多職種連携のための拠点整備や人材育成の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・「京あんしんネット」連携体制構築 ・在宅医療・地域包括ケア拠点事業 ・在宅療養コーディネーター養成（870名（2023年3月時点）） ・看取りプロジェクト推進事業（看取りサポート専門人材養成：看護師403名、介護支援専門員753名、施設介護職員923名（2023年3月時点）） ● 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の支援 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村が地区医師会等と連携して実施する在宅医療・介護連携の取組の支援、地域包括ケア推進ネット等により広域連携の調整を実施。

京都府の所見

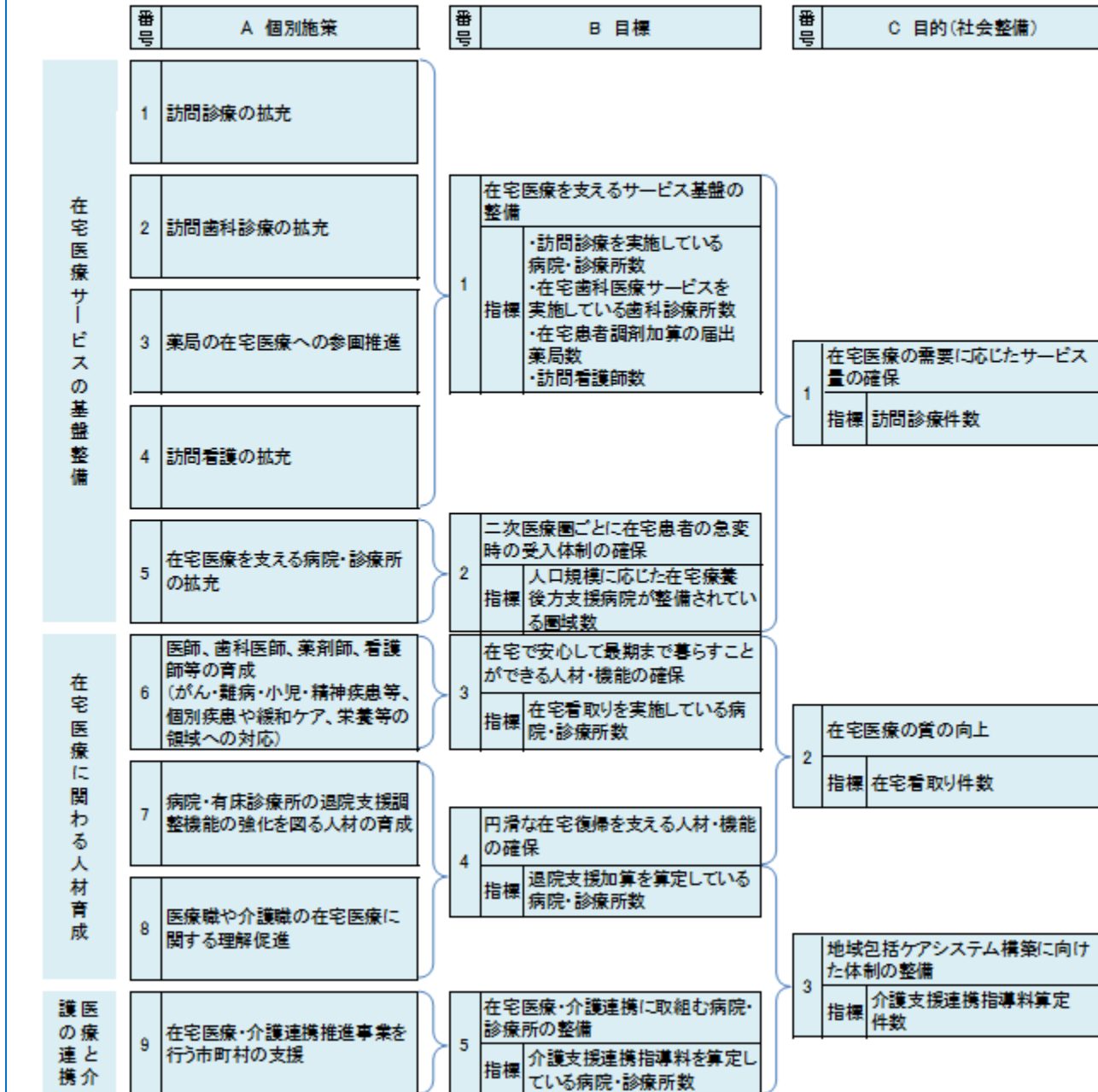
- * 現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- アウトカムの構成概念と施策のみで構成。指標なし。
- 分野アウトカムは、患者アウトカムに達している。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- * 5疾病、6事業、在宅以外の医療従事者確保や外来医療など約50領域のロジックモデルを掲載。
- 素案はまだ発見できないので、指標の状況や本文との関係は不明。

施策・指標マップ





施策・指標マップ



第3節 在宅医療の施策の方向

【目的（めざす方向）】

- ◆在宅医療のサービス量の確保
- ◆在宅医療にかかる医療連携体制の充実と地域包括ケアシステム構築に向けた体制整備

【目標】

- ◆連携の拠点及び積極的医療機関を中心とした在宅医療を支える地域のサービス基盤の整備
- ◆地域における在宅患者の急変時の受入体制の確保
- ◆在宅で安心して最期まで暮らすことができる人材・機能の確保
- ◆円滑な在宅復帰を支える人材・機能の確保
- ◆人生会議（ACP）の認知度の向上
- ◆在宅医療・介護連携に取り組む病院・診療所の整備

（1）在宅医療サービスの基盤整備

○在宅医療の圏域毎に設定する連携の拠点及び積極的医療機関の取組を推進します。

【具体的な取組】

- ・地域の実情に応じて、地域の関係者による協議の場の開催、関係機関の調整や連携体制の構築等を行う連携の拠点の取組を支援します。
- ・24時間対応体制の在宅医療の提供、他の医療機関や多職種間連携の支援を行う積極的医療機関の取組を支援します。

○訪問診療及び往診の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】

- ・訪問診療及び往診を行う医師の確保に向け、在宅医療に関心のある医師等に対する同行訪問等の取組を支援します。
- ・急変時や看取り等の医療ニーズを踏まえた在宅医療にかかる人材の育成と確保を図ります。
- ・新興感染症や災害時等の有事の際にも医療機関間の連携のもと対応できるよう、往診を実施する医療機関の増加や積極的医療機関等による休日・夜間のバックアップ体制、グループ診療等の地域の体制づくり、在宅医療を行う医療機関のBCP策定支援など、急変時等における連携強化に向けた取組を支援します。

○訪問歯科診療の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】

- ・訪問歯科診療に関わる関係機関（病院や歯科診療所、他職種等）の連携強化を図るため、連絡調整を円滑に行うよう支援します。
- ・歯科衛生士をはじめとする訪問歯科診療を支える歯科医療従事者の育成支援等を行い、歯科医師との連携体制を強化します。
- ・府内全域において需要に応じた訪問歯科診療が提供されるよう、支援の充実・強化を図ります。

○在宅医療に取組む薬局の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】

- ・薬局のかかりつけ機能（24時間対応・在宅対応、医療機関との連携等）の充実を図るため、在宅医療に取り組む薬剤師と医療介護関係者との連携を推進するための研修等の実施を支援します。
- ・入退院時における医療機関と薬局間での情報共有等、円滑な在宅医療への移行のための取組を支援します。

○訪問看護の拡充に向けて取組みます。

【具体的な取組】

- ・訪問看護サービスの需要に応じた訪問看護師を確保するため、訪問看護の職場体験等による理解促進、新任看護師の育成、離職防止等の取組を支援します。
- ・休日、緊急時等の患者ニーズに応じた安定したサービスが提供できるよう、ICT等の活用による事業所（訪問看護ステーション）間の効率的な情報共有等、事業所の規模拡大・機能強化を支援します。

○在宅医療を支える病院・診療所の拡充に向けて取組みます。

【具体的な取組】

- ・看取りに対応する医療機関や機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等の整備を支援します。
- ・後方支援を行う医療機関における急変時受入体制の構築と強化を支援します。
- ・入退院支援の体制整備をめざす病院に対し、体制の構築までの間、退院調整を行う専門人員の配置等を支援します。
- ・病院や診療所等のネットワーク参加施設が保有する医療情報を共有する地域医療連携システムについて、国の仕組み等も勘案しつつ、二次医療圏単位で構築する取組を支援します。

目標値一覧

分類 B:目標 C:目的	指標	対象 年齢	現 状		目標値	
			値	出典	2026 年度 (中間年)	2029 年度 (最終年)
B	訪問診療を実施している 病院・診療所数	—	2,261 か所 (令和2年)	厚生労働省 「医療施設調査」	2,300 か所	2,330 か所
B	在宅歯科医療サービスを実施している 歯科診療所数	—	1,848 か所 (令和2年)	厚生労働省 「医療施設調査」	2,000 か所	2,150 か所
B	在宅患者調剤加算の 届出薬局数	—	2,289 か所 (令和5年)	近畿厚生局 「施設基準届出」	2,470 か所	2,650 か所
B	在宅療養支援病院又は 在宅療養後方支援病院整備 数が人口当たり全国平均以上 である圏域数	—	7 圏域 (令和5年)	近畿厚生局 「施設基準届出」	7圏域	8圏域
B	往診を実施している 病院・診療所数	—	3,391 か所 (令和3年)	厚生労働省 「データブック」	3,620 か所	3,850 か所
B	在宅看取りを実施している 病院・診療所数	—	470 か所 (令和2年)	厚生労働省 「医療施設調査」	540 か所	610 か所
B	入退院支援加算を算定して いる病院・診療所数	—	280 か所 (令和5年)	近畿厚生局 「施設基準届出」	280 か所	290 か所
B	人生会議(ACP)に関する 認知度	—	11.1% (令和5年)	大阪府 「人生会議の 認知度調査」	16%	20%
B	介護支援連携指導料を 算定している病院・診療所数	—	271 か所 (令和3年)	厚生労働省 「データブック」	310 か所	340 か所
C	訪問診療件数	—	144,448 件 (令和2年)	厚生労働省 「医療施設調査」	167,480 件	190,510 件
C	在宅看取り件数	—	12,492 件 (令和2年)	厚生労働省 「医療施設調査」	14,370 件	16,240 件
C	訪問看護師によるターミナル ケアを受けた患者数	—	225 人 (令和3年)	厚生労働省 「データブック」	250 人	280 人
C	介護支援連携指導料 算定件数	—	26,112 件 (令和3年)	大阪府 「地域保健課調べ」	29,380 件	32,640 件

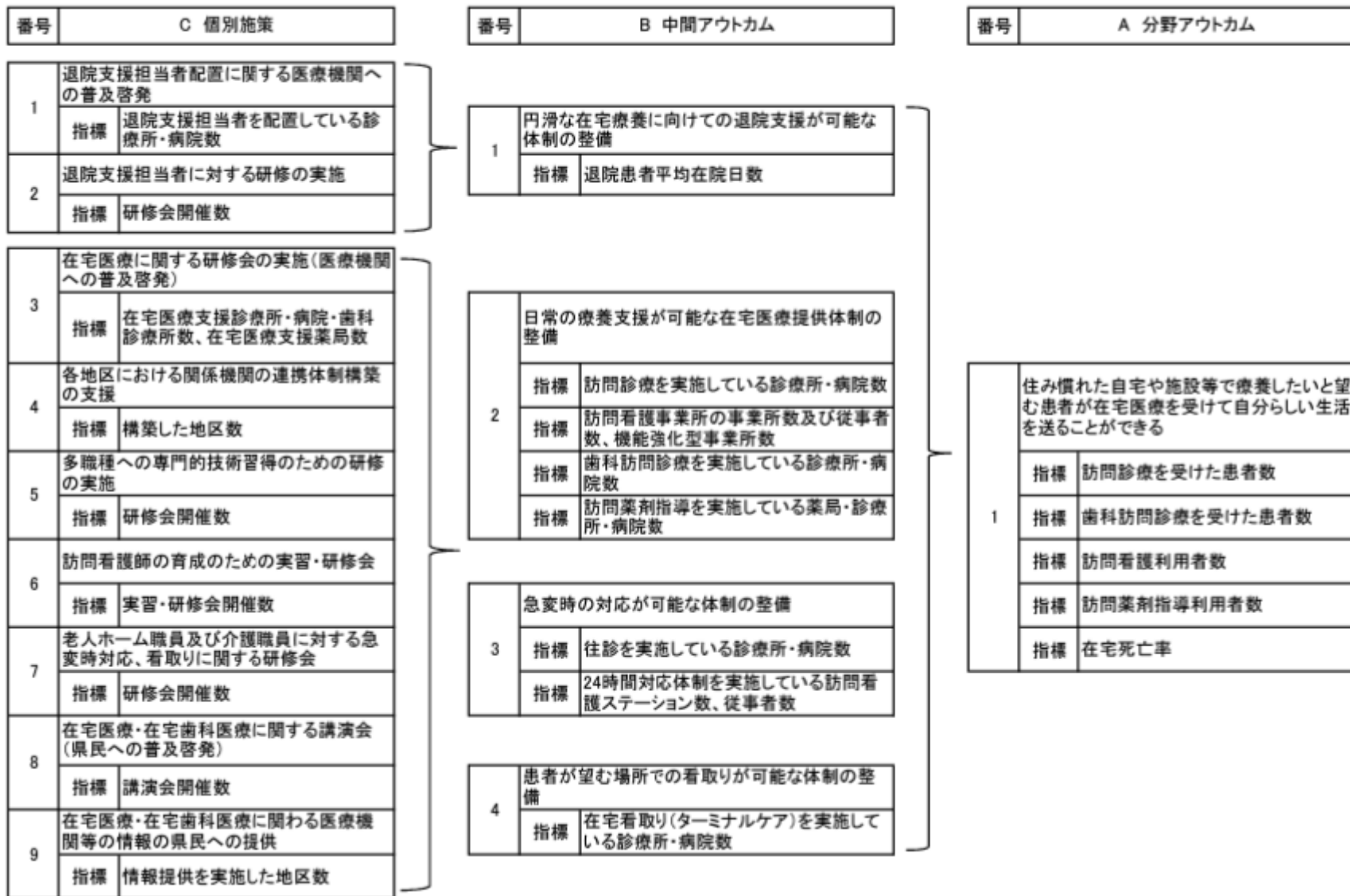
目標値は介護保険計画との整合性を図り更新予定

大阪府の所見

- * 現行計画に掲載があったため、次期計画では2度目の掲載となる。
 - 分野アウトカムは、医療体制であり、患者の状態に達していない。
 - 分野アウトカムの指標は、プロセス指標。
 - 中間アウトカムはシーン別でなく、個別施策につながった初期アウトカムの構成。
 - 中間アウトカムの指標は、ストラクチャー指標が主体。独自指標あり。
 - 施策には指標なし。
- * ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

まとめ

在宅医療分野 施策・指標体系図



沖縄県の所見

- 分野アウトカムは、従来から患者状態となっている。
- 分野アウトカムの指標は、アウトカム指標が含まれる。
- 中間アウトカムは、シーン別となっている。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標が中心。
- 施策には指標あり。
- 施策の指標は、ストラクチャー指標が含まれている。
- ロジックモデル先進県。8次でのさらなる充実が期待される。

緩和・支持療法

番号	C 個別施策
----	--------

番号	B 中間アウトカム
----	-----------

番号	A 分野アウトカム
----	-----------

①緩和ケア

1	個別施策	指標
2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医(主治医チーム)が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合

1	中間アウトカム	指標
1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合

1	分野アウトカム	指標
1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができています	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合

医療者調査
精神的痛みを含む痛みの評価を何%ぐらいの患者に実施しているか？

NDB-SCR/NDB
緩和ケア診療加算の算定回数

医療者調査
在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何%ぐらいか？

医療者調査
緩和ケアのレベルが3年前と比較して向上したと思うか？

②在宅医療

2	個別施策	指標
3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター

2	中間アウトカム	指標
1	希望する患者の在宅医療への移行が十分にできている	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度

NDB-SCR/NDB
在宅ターミナルケア加算

③リハビリテーション

3	個別施策	指標
1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制を整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合

3	中間アウトカム	指標
1	【施設】では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができています	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合

NDB-SCR/NDB
がん患者リハビリテーション料

まとめ

- ロジックモデルの基本構成が必ずしも守られていない。
- ロジックモデルの基本が押さえられていないと毎年の進捗管理や中間評価など、PDCAサイクルを回すことは困難。
- ロジックモデルの基本に対する理解を高める必要がある。
- 沖縄県はロジックモデル先進県。今後は、ロジックモデルの定着を進めると同時に、ロジックモデルの運用に力点をおく必要がある。PDCAサイクルの効果を生み、県民に貢献し、全国の模範になっていくことが期待される。