

厚生労働行政推進調査事業費（地域医療基盤開発推進研究事業）
「在宅医療の提供体制の評価指標開発のための研究」
分担研究報告書

滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と指標設定の経過

研究協力者：松本 佳子（埼玉県立大学研究開発センター 研究員
東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員）
吉田 真季（埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
奥山 光一（（前）滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
中村 恭子（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 参事）
角野 文彦（滋賀県健康医療福祉部 理事）
研究代表者：川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）

研究要旨

【目的】

在宅医療分野の計画の指標が、策定過程の中でどのような方針のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とした。

【方法】

第7次滋賀県保健医療計画「在宅医療」分野の計画策定過程を、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

【結果】

在宅医療分野のアウトカムは、健康医療福祉部で明示された基本理念と方向性と、担当者同士の議論で出された保健医療計画の課題に照らし、全体に配布された施策・指標マップシートを活用して設定されていた。さらに、在宅医療分野の計画は各専門職団体の代表に加え、患者・住民団体の代表が参加する在宅医療等推進協議会によって、指標が設定され、PDCAを展開する基盤が出来ていた。これらの影響により、患者・住民アウトカムが在宅医療分野の全体目標として設定してあるが、そのアウトカム指標の設定には今期ではいかなかった。

【考察】

指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みを活用すること、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要となる。患者・住民アウトカム志向の政策循環に向けて、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要があるだろう。

A. 目的

医療体制を構築するにあたって、施策や事業を実施したことにより生じた結果（ア

ウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたのかという関連性を念頭に置きつつ、施

策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと¹⁾が、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針に明記されている。つまり、インパクト評価²⁾を想定し、アウトカムとその指標の設定が期待されている。在宅医療分野の指標が、計画策定過程の中でどのような方針や考え方のもと設定されるのか、滋賀県第7次保健医療計画「在宅医療」分野の策定過程と状況を振り返り、指標設定に関わる要因と今後の方向性を検討することを目的とする。

B. 方法

第7次滋賀県保健医療計画³⁾の「在宅医療」分野の計画策定について、策定体制や方針、指標設定に至ったプロセスを、策定に関わった担当者へのヒアリング、資料収集を通じて整理した。

C. 結果

1. 保健医療計画策定体制

1) 保健医療計画の県庁内の策定体制

(図1)

健康医療福祉部内の医療政策課が医療計画の全体企画と調整、地域医療構想、医療審議会に関する事項を所管している。医療政策課に加えて、主には健康寿命推進課、医療福祉推進課、障害福祉課の4課がそれぞれ所管する疾病・事業を策定している。在宅医療分野は医療福祉推進課の中でも在宅医療福祉係が策定する。医療福祉推進課は、介護保険や高齢者福祉に関わる事項も所管し、介護保険事業支援計画も立案する。よって、医療福祉推進課在宅医療福祉係は、医療計画の在宅医療分野の策定と介護保険事業支援計画の在宅医療・介護連携推進事業、両方の策定を担っており、在宅医療に関わる医療計画と介護保険事業計画は1課1係で整

合性が担保できる組織体制となっている。

2) 医療計画の策定・議論の場(図2:滋賀県保健医療計画 検討体制)

滋賀県医療審議会の下部組織として保健医療計画部会で検討が行われる。各疾病・事業・分野ごとに県の任意で設定されている検討組織、および、二次医療圏(地域医療構想区域)ごとの地域医療構想調整会議の意見を反映し、計画策定スケジュール(図3)で、保健医療計画部会および滋賀県医療審議会で策定が進められた。

3) 在宅医療分野の計画策定・検討

平成18年から、県内の在宅医療推進に向け、専門職団体・組織および行政機関が協力して検討・協議を行い、具体的な取り組みを推進することを目的として、在宅医療等推進協議会が設置され、年3回開催されている(図3)。この協議会での議論の内容は「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」にまとめられ、3年に1度見直しと改訂が行われてきた。この「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の内容を軸に、要点をまとめたものを保健医療計画の在宅医療分野の計画案としている。よって、この協議会が保健医療計画の策定と進捗管理と評価の機能を実質的に担っていることになる。この協議会のメンバーには、医療・介護の各専門職団体の代表者、県庁内の関係各課に加え、市町行政担当者の代表が入っている。さらに、女性団体の代表、難病患者団体の代表も入っており、患者・住民の意見が反映されている。

2. 「在宅医療」分野の策定過程

1) 計画全体の策定方針と策定過程

健康医療福祉部で平成 29 年度に策定される全ての計画に共通する基本理念として「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」とそれに対する基本目標、基本目標を達成するための 5 つの基盤と関連する計画がまとめられ、平成 29 年度第 1 回滋賀県医療審議会でも検討されている(図 4)。この基本理念、基本目標に合わせて、保健医療計画の基本理念も同様に設定された。

また、医療政策課の主導で、保健医療計画策定に関わる各課の担当による次期滋賀県保健医療計画の基本理念にかかる意見交換会が持たれた。各担当の分野について、第 6 次保健医療計画策定から 5 年間の変化、新たな課題、新たな概念・方向性・キーワードについて意見交換された。この結果をまとめ、第 7 期保健医療計画に盛り込むべき事項を全体で共有し、第 7 期保健医療計画の基本理念と目指す 5 つの姿が明確化された。この意見交換会によって、関係各課や担当者の規範的統合にもつながった。

さらに、各分野を策定する課・係にロジックモデルによる施策・指標マップのフォーマット(図 5)が配布され、作成が試みられている。分野アウトカム、中間アウトカム、施策アウトプットそれらに対応する指標を設定し、セオリー評価を試みることが促されている。

以上の保健医療計画策定の方針に沿い、全体との整合性を取る形で、「在宅医療推進のための基本方針」も患者・住民に関する全体目標(目指す姿)、方針、指標が設定された。

2)「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の策定過程

(1) 各委員へのヒアリング

在宅医療等推進協議会での議論をまとめ、医療計画のもととなっている「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」の改訂にあたり、事務局を務める医療福祉推進課在宅医療福祉係の担当者が、在宅医療等推進協議会の各委員を訪問し、前回計画からの各専門職団体の活動内容、計画の進捗状況、目標値の達成状況、次期計画期間中に予定している活動について聞きとった。その結果をまとめ、在宅医療等推進協議会で共有し、次期計画について議論をしている。

(2) 評価指標の検討とデータ収集

評価指標について、在宅医療等推進協議会で検討し、データ収集を行い、現状を確認すると共に、目標値を設定している。評価指標のほとんどは、委員から各専門職団体の取組みの評価として提案される指標で構成されている。厚生労働省医政局医療計画課長通知による指標例は参考にする程度だった。(図 6)

データ収集は、課独自の病院向け調査や介護支援専門医向け調査、他課が保有する登録施設データ、近畿厚生局から提供される診療報酬施設基準届出、国保連合会から提供を受けたデータ、国の既存統計などを用いている。

ストラクチャー指標は、専門職団体が独自に調査しているデータの提供を受けて用いられている指標もある。訪問看護師数や在宅リハビリテーションを提供する事業所数、訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数など、県では把握しにくいデータは、各専門職団体による調査で把握できている。また、滋賀県薬剤師会が独自に育成した在宅ホスピス薬剤師数など、取組みを評価するストラクチャー指標として有効

なものも、滋賀県薬剤師会からデータ提供を受けることで把握している。

プロセス指標は、国保連合会から、在宅医療・介護に関わる国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険のレセプトデータの集計表を、平成 25 年から毎年入手している。医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリテーション、歯科衛生士、栄養士から提供された訪問サービスを受けた実人数が把握できている。厚生労働省から提供される医療計画作成支援データブックでもプロセス指標が把握できるが、指標として項目がどのように加工されたかその過程が不明で、委員会でデータについて十分に説明できないなどの理由から、全国の値との比較や、国保連合会からのデータ集計の傾向と大きく違わないか、などの確認のために用いられていた。

3. 在宅医療等推進協議会での議論を経て策定された計画の全体像と考え方（図：7）

1) 目指す姿（全体目標）の設定

「県内のどこに住んでいても、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家庭や環境で生活を送ることができる」という QOL（Quality of Life）の維持・向上と、「馴染みの人に囲まれて最期を迎えることができる」という QOD（Quality of Death）の実現の 2 側面を目指す姿（全体目標）としてあげている。健康医療福祉部の基本理念「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」の下位目標として整合性を図ると同時に、在宅医療等推進協議会で平成 18 年当初から設定されている QOL の維持・向上を踏襲し、前回策定時から盛り込まれている QOD の実現が設定された。

2) 目指す姿（全体目標）を評価する指標

目指す姿（全体目標）を評価する指標に、「在宅看取り率」を置く考え方もあるが、「本人が希望する最期の迎え方が実現できたかどうか」が重要という議論があり、「在宅看取り率」では評価はしきれない。似た考え方として、県民意識調査による「人生の最期を迎えたい場所」「自宅で最期まで療養できるか」などの調査項目を全体目標の評価指標を考える上での視点として置いているが、これらは在宅で療養する者ではなく一般の県民調査であり、実際の指標設定についてはデータ入手方法も含めて検討されている。

3) 在宅医療体制整備に関する目標設定

目指す姿を実現するための体制の目標として、7 項目の目標を設定し、施策とそれに取り組む機関が明記された。

そのうち、在宅医療の提供体制は 4 項目で、①入院医療と在宅医療の切れ目のない円滑な連携の促進、②在宅療養を支援する医療資源整備・充実とネットワーク活動の促進、③病院の在宅医療バックアップ機能の促進、④本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階ケア、看取りが可能な体制の整備、をあげている。③は前回の基本方針では②に包含されていたが、急変・災害時や 24 時間対応可能な体制、在宅医療後方支援体制において病院の役割が高まっており、病院と共に在宅医療を推進する重要性を強調するために、第 7 次医療計画から 1 項目として目標と施策を立てた。

在宅医療を推進する上での基盤となる目標として 3 項目をあげている。各専門職団体が取り組む職種の専門性と職種間の連携を向上するための人材育成や連携して取り組む OJT 機能を含む⑤新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とス

キルアップの仕組みの構築、市町と共に進めていくための県庁や保健所の役割を含めた⑥在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実、県民啓発を含む⑦本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進、を設定している。⑦は、本人の暮らしを中心にして在宅医療を推進するという理念を各専門職団体、関係団体と進める中で見失うことがないよう、確認するため、あえて1項目として目標をあげられている。

4) 医療体制の方針を評価する指標(図6)

在宅医療等推進協議会の委員からあげられた評価指標は、①～④の在宅医療の提供体制の目標に分類され、指標と目標値を設定している。第6次医療計画までは、ストラクチャー指標のみで「整備目標」としての意義が大きかったが、今回からは「サービスを利用している患者数」などプロセス指標が設定された。

各目標値の基本的な考え方は、平成28年の実績値に、地域医療構想による訪問診療を受ける患者数の需要推計からの伸び率を掛け合わせて設定している。

⑤⑥⑦について対応する指標は設定されていない。

4. 在宅医療等推進協議会委員以外からの意見の反映

1) 県民の意見の反映

パブリックコメントで在宅医療に関するコメントはなかったが、在宅医療推進協議会の委員に、住民代表として難病連絡協議会の代表と、女性団体の代表が入っており、検討段階から県民の意見が反映されている。

2) 県内市町の意見の反映

在宅医療推進のための基本方針の案が完成した段階で、県内市町の在宅医療・介護連携推進事業の担当者に送付し、意見をもとめ、その内容を本文内に反映させた。

5. 中間見直し、次期計画策定に向けて重要と考えている点

1) 目指す姿を評価するアウトカム指標の設定

目指す姿(全体目標)はQOLとQODの観点から設定しているが、それを測定するアウトカム指標の設定は検討段階にある。県民意識調査で、「在宅療養が実現困難な理由」として、約7割が「介護者に負担をかける」を回答している。具体的にどのような場面で介護者に負担をかけると捉えているのかその不安の具体的内容、もしくは、ただ漠然とした不安なのか明らかにしつつ、アウトカム指標の設定が検討されている。

また、市町が行う日常生活圏域ニーズ調査に必須項目として含まれる主観的幸福感など主観的項目との調整や市町とのデータの共有なども方法として検討できる。

2) 専門職団体、関係団体の取組みとその評価指標の調整

各専門職団体、関係団体の独自の取組みが活発になるに伴い、その実態把握や取組みを評価するための調査も合わせて行っている実態が在宅医療等推進協議会で報告されるようになった。これらの調査で使われている指標や結果も、評価指標として活用できる可能性もある。これら各団体が独自に把握している評価指標と県の評価指標の調整を図り、より効率的に評価を行っていく必要がある。

3) 市町での PDCA との連動

在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町行政でも、在宅医療推進の動きが進む一方、その事業評価指標の設定には難しさを覚える市町も存在する。アウトカムと共に評価指標についても県と市町で整合性をはかっていくことが必要だろう。

D. 考察

1. 部全体での基本理念と目標の共有と企画管理

在宅医療分野の計画策定と指標設定には、計画の基本理念と目標が、部全体の計画策定に向けたものとしてトップダウンで明確に示されたと同時に、担当者らの議論によってボトムアップにも検討され共有されたことが関わっていた。担当者は、部全体や保健医療計画の基本理念「県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現」や目標と整合性を意識しながら、患者・住民が主体の QOL や QOD に関する目標と文言が在宅医療分野でも設定している。さらに、ロジックモデルを活用した施策・指標マップを策定に用いるツールとして全ての課・係で使い、それに合わせて本文記載フォーマットを設定することで、全体目標（患者・住民アウトカム）の設定と論理的整合性のとれた指標と施策の設定が促されている。ロジックモデルを活用したツールを用いることで政策評価の基礎段階であるセオリー評価がある程度達成されている。基本理念と目標を全体で共有することに加えて、それを実現する適切なツールを全体で使用することが、各分野で担当者がアウトカムおよび指標設定することのガイドとなり、計画全体としての質の向上にも影響する。

2. 患者・住民代表も含めた県レベルの協議の場

滋賀県保健医療計画の在宅医療分野計画の策定と進捗管理、評価は、実質的には専門職団体の代表が集まる滋賀県在宅医療推進協議会がその機能を担っていた。評価指標についても、委員の意見によって設定され、専門職団体としての在宅医療の推進に向けた取り組みが評価できる具体的な指標が設定されている。指標数は多くなる傾向にあるが、ストラクチャー指標、プロセス指標とも、医療・介護現場の声が反映され合意が得られた指標であり、多くのステイクホルダーが参画した政策循環が実現されている。また、滋賀県では、計画の全体目標（最終アウトカム）に患者・住民アウトカムが明確に定義してあり、協議会設立時から患者・住民団体の代表の意見が反映されてきたためと推測される。

この県行政以外の多様なステイクホルダーによる政策循環の仕組みによって、計画の実行性が高く、県庁担当者が異動しても PDCA の継続性が担保される。

3. 患者・住民アウトカムとアウトカム指標の設定

患者・住民アウトカムを全体目標として明確に設定している点は滋賀県の大きな特徴であると言えるが、その一方で、これを測定するアウトカム指標は、県レベルでのデータ入手の実現可能性から設定が難しい。特に患者・住民の主観的側面を含む指標の場合は、患者・住民調査が必要となる。患者・住民調査については、患者・住民により近い現場にあり、介護保険事業計画のための日常生活圏域ニーズ調査を行っている市町村行政と県行政が、データ共有について協働の方向性を見出すなどの

方法を考えて行く必要がある。

E. 結論

在宅医療分野の指標設定には、庁内全体の基本理念が明示される体制整備と、ロジックモデルなど政策評価に適切な枠組みの活用、専門職団体と患者・住民団体を含めた協議の場によってPDCAが実行される基盤が重要な位置を占めていた。患者・住民アウトカム志向の政策循環には、アウトカム指標の設定について市町村行政との協働などを進めていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局地域医療計画課. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について. (医政地発0331第3号 平成29年3月31日) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf> (最終アクセス日: 令和元年5月24日)
- 2) 龍慶昭, 佐々木亮. 「政策評価」の理論と技法. 多賀出版 (東京).
- 3) 滋賀県保健医療計画. <https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouryohukushi/iryo/300043.html> (最終アクセス日: 令和元年5月24日)

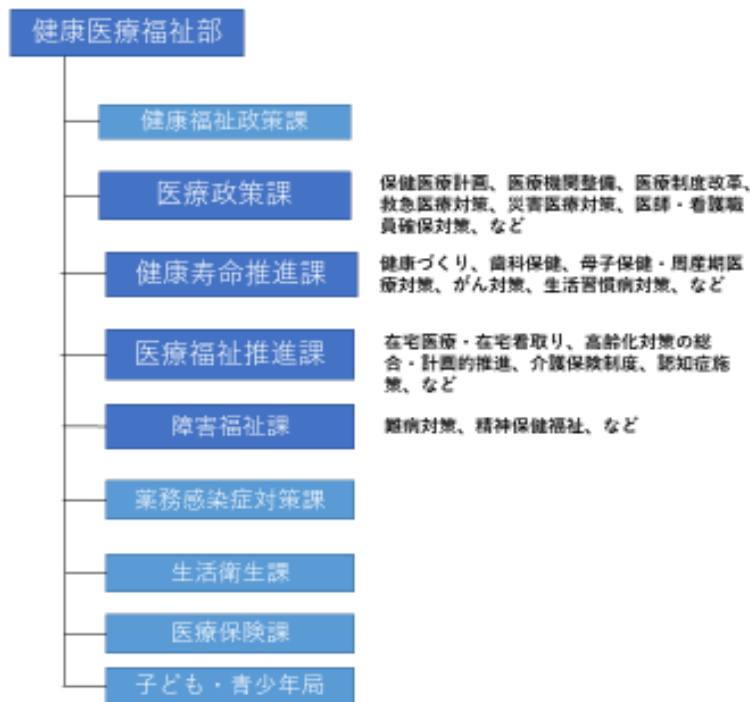


図 1 : 平成 29 年度滋賀県健康医療福祉部組織と業務 (滋賀県資料をもとに作成)

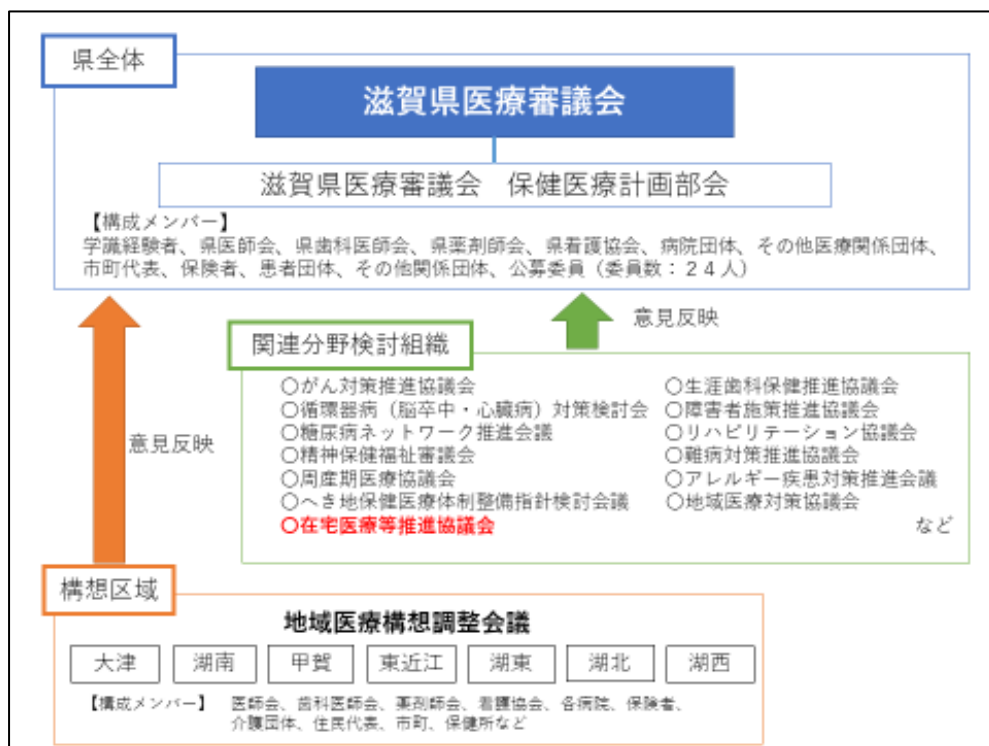


図 2 : 滋賀県保健医療計画 検討体制 (滋賀県資料をもとに作成)

滋賀県在宅医療等推進協議会委員

滋賀県医師会	滋賀県理学療法士会
滋賀県歯科医師会	滋賀県栄養士会
滋賀県薬剤師会	滋賀県市長会
滋賀県病院協会	滋賀県町村会
滋賀県看護協会	滋賀県保健所長会
滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	滋賀県健康医療福祉部
滋賀県介護支援専門員連絡協議会	滋賀県医療政策課
ヴォーリス記念病院	滋賀県健康寿命推進課
滋賀県医療ソーシャルワーカー協会	滋賀県障害福祉課
NPO法人滋賀県難病連絡協議会 日本難病・疾病団体協議会	滋賀県業務感染症対策課
滋賀県地域女性団体連合会	滋賀県医療福祉推進課
滋賀県介護サービス事業者協議会連合会	

図3：滋賀県在宅医療等推進協議会委員所属（滋賀県資料をもとに作成）

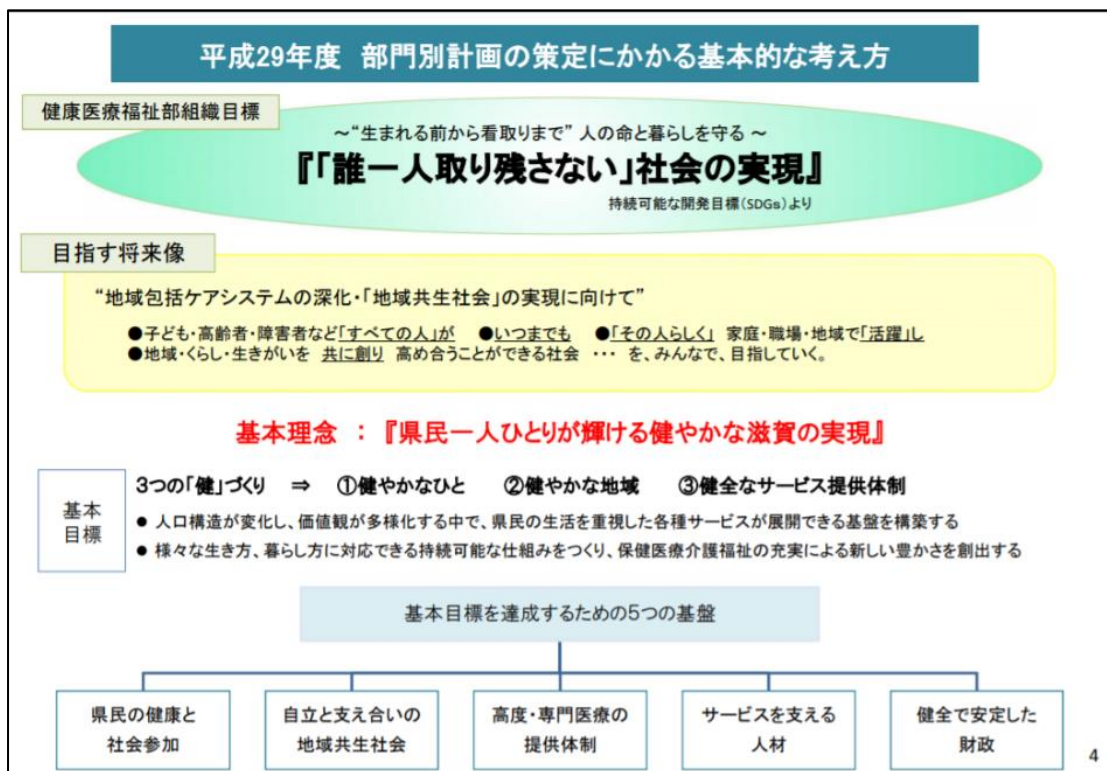


図4 平成29年度部門別計画の策定にかかる基本的考え方

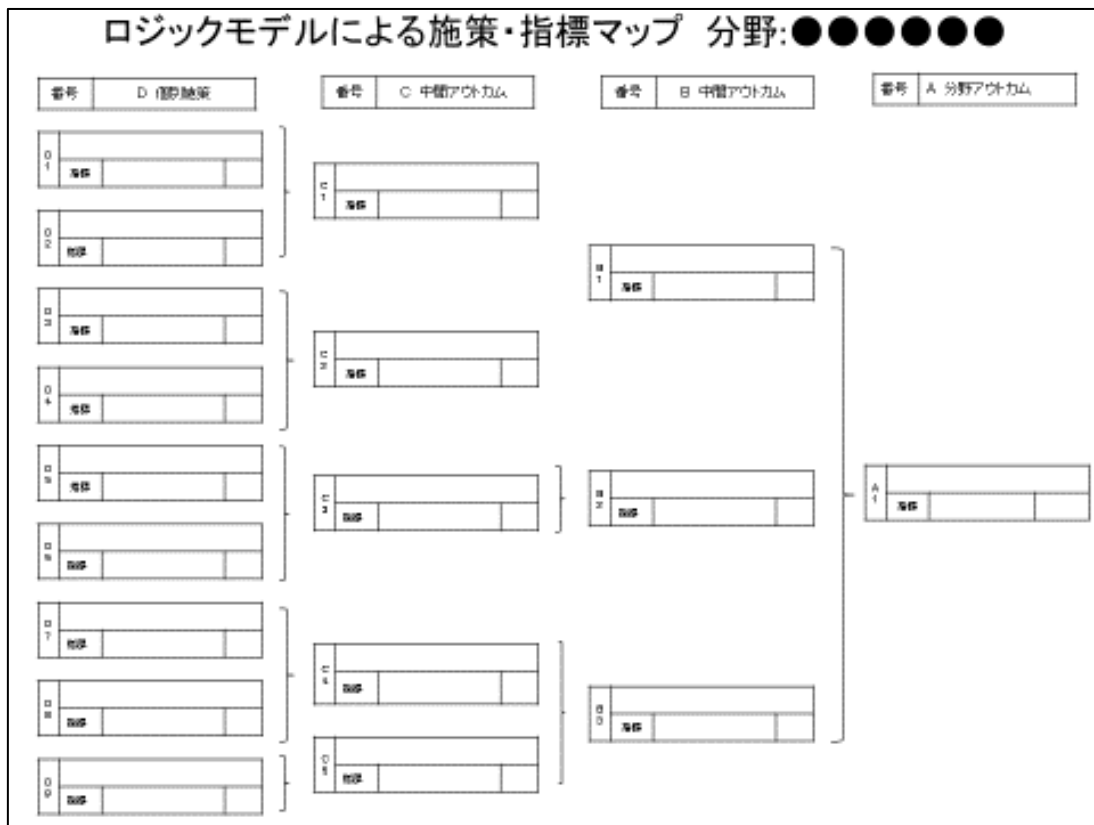


図5 各課に配布された施策・指標マップのフォーマット

項目(指標)	現状値			目標値		
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	単位	目標数値の考え方	
退院調整体制が整備されている病院	96.5% (55/57)	100.0%	100.0%	全病院に占める割合	全ての病院に整備	
退院支援・調整担当者の配置されている病院	61.4% (35/57)	100.0%	100.0%	全病院に占める割合	全ての病院に配置	
地域連携クリティカルパス実施病院	67.0% (63/94)	70.0%	80.0%	バス対象病院に占める割合	バス対象のべ病院数/4疾患各バス運用体制あり病院数	
入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率	入院時 83.9%	90.0%	95.0%	入退院した利用者 に占める割合	入退院支援ルールに該当するほ ぼ全ての患者で連携	
	退院時 85.1%	95.0%	100.0%			

項目(指標)	直近値			目標値		
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)	単位	目標数値の考え方	
在宅療養支援病院数	9 (10月)	10	12	病院数	65歳以上10万人あたり2.6病院を 全国並みの3.2病院へ	
訪問診療を行う病院数	23 (H28)	26	29	病院数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
在宅療養後方支援病院数	5 (12月)	7	7	病院数	各二次医療圏域に1か所設置	
在宅療養支援診療所数	137 (10月)	170	170	診療所数	日常生活圏域あたり概ね2か所	
訪問診療を行う診療所数	322 (H28)	373	414	診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	8,952 (H28)	10,380	11,522	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
在宅療養支援歯科診療所数	69 (10月)	72	80	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問歯科診療所数	125 (2月)	144	160	歯科診療所数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問歯科診療を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	6,089 (H28)	7,060	7,837	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問歯科衛生指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	3,547 (H28)	4,112	4,565	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問看護ステーション数	101	110	122	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	90 (H29)	92	102	ステーション数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
機能強化型訪問看護ステーション数	4	7	7	ステーション数	各二次医療圏域に1か所設置	
乳幼児訪問の受入可能な訪問看護ステーション数	58 (H28)	62	66	ステーション数	H28実績値×H23-H29の在宅重症 心身障害児の伸び率	
訪問看護師等数(常勤換算)	607.6	662	735	人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問看護利用者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	10,895 (H28)	12,633	14,023	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
麻薬管理可能薬局数	86.4% (494/572)	87.5%	90.0%	全薬局に占める割合	全薬局のうちの90% (H29は2月末薬局数に占める割合)	
在宅医療支援薬局数	28.5% (163/572)	40.0%	50.0%	全薬局に占める割合	全薬局のうちの50% (H29は2月末薬局数に占める割合)	
在宅ホスピス薬剤師数	3.7% (45/1223)	8.0%	10.0%	薬剤師会員に占める割合	会員のうちの10% (H29は2月末会員数に占める割合)	
訪問薬剤管理指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,757 (H28)	3,196	3,548	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問リハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	2,085 (H28)	2,417	2,683	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問看護ステーションからリハビリを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	822 (H28)	1,022	1,135	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
在宅リハビリテーションを提供する事業所数	99 (H28)	115	127	事業所数	H28実績値(訪問リハ事業所+リハ職 のいる訪問看護ステーション数)×訪問 診療患者数の推計値の伸び率	
訪問栄養指導を受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数+介護保険の年・実人数)	47 (H28)	54	60	年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率	
訪問栄養指導に関わっている管理栄養士数 (滋賀県栄養士会に所属する管理栄養士)	21	29	35	訪問管理栄養 士数	7圏域×2名(病院+地域)の増	
痰吸引・経管栄養登録特定行為事業者数	137	164	191	登録事業者数	H28実績値×H25-H29の増加率× 10%増し	
介護保険サービスの自己評価を実施している居宅介護支援事業所	95.4%	100.0%	100.0%	全事業所に占める割合	全ての事業所で実施	
介護予防に資する住民運営の通いの場の箇所数	1,105 (H28)	1,250	1,280	箇所数	H27実績値×高齢者人口の伸び 率	

表7-3 目標:本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり

項目(指標)	直近値		目標値		単位	目標数値の考え方
	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成35年 (2023年)			
在宅(自宅・老人ホーム)死亡数・率	2,474 19.8% (H28)	23.5%	28.2%		全死亡に 占める割合	H28県民調査の自宅・特養希望 47.0%の5割、6割
在宅ターミナルケアを受けた患者数 (国保連データの医療保険の年・実人数)	694 (H28)	804	893		年間実人数	H28実績値×訪問診療患者数の 推計値の伸び率

図6 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針で設定された評価指標

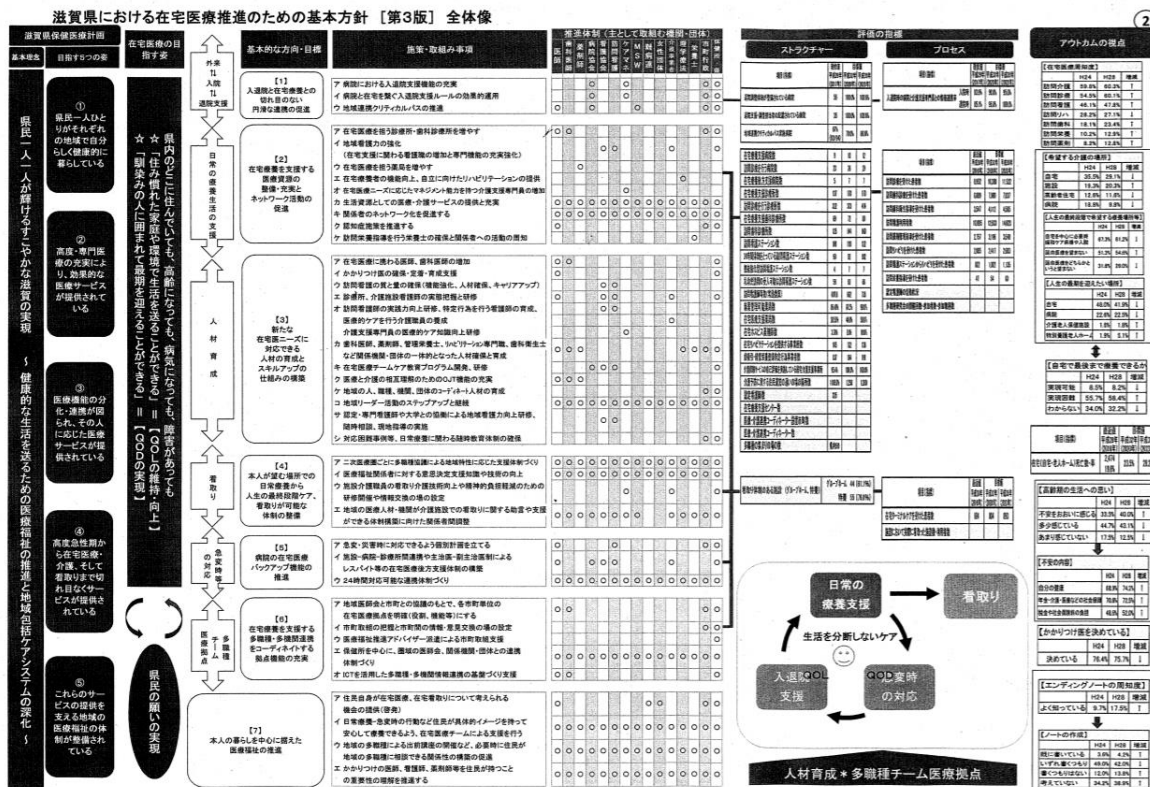


図7: 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針 全体像