

厚生労働科学研究費補助金（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の開発のための研究」  
分担研究報告書

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況と課題

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）  
埴岡 健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授）  
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】

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況を、論理性と評価指標の設定状況から概観し、傾向と課題を整理することで、計画の中間見直しおよび次期計画策定に向けて望ましい在宅医療分野のロジックモデルと指標設定の在り方、改善策を検討する。

【方法】

47 都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野を、論理性と評価指標設定の観点からレビューを行った。また7府県の担当者に策定上の課題についてヒアリングを行った。

【結果】

計画本文にロジックモデルを掲載し、セオリー評価が行われていることが明らかだったのは4県であった。ロジックモデル活用することで策定段階から実行、進捗把握に至るまで円滑になったことが指摘された。指標の設定数は都道府県によって差がみられた。ストラクチャー指標での設定が主でプロセス指標、アウトカム指標での目標設定は少なかった。厚生労働省から配布される医療計画策定支援データブックをはじめデータソースの利用上の課題が指摘された。

【考察】

計画の中間見直しでのインパクト評価に向けて、ロジックモデルを活用し計画の論理性を見直しセオリー評価を実施すること、その上で在宅医療の4機能別のアウトカム設定と指標を設定することが必要と考えられる。指標のデータは、都道府県担当者の作業負担やノウハウを考慮した上で、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータの活用、患者・住民の主観的評価も含むデータの入手方法の検討、を進める必要がある。

## A. 研究目的

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>を行う必要があるが、インパクト評価には、計画の論理性の評価（セオリー評価）が前提となる。そこで、47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の策定状況を、論理性（セオリー評価）と評価指標の設定状況から概観し、傾向と課題を整理する。これによって、計画の中間見直しおよび次期計画策定に向けて望ましい在宅医療分野のロジックモデルと指標設定の在り方、改善策を検討し、PDCAによる在宅医療の提供体制構築に寄与することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1) 47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野のレビュー

各都道府県のWebページ上に公開されている47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野の計画本文をレビューした。計画の論理性（セオリー評価）については、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による指針<sup>1)</sup>の在宅医療部分で記載されている論理性を図1のように想定し、下記①～⑤の点でレビューを行った。

- ① ロジックモデルが活用され本文にも明確に掲載されているか
- ② 最終アウトカム(全体目標)が設定さ

れているか

- ③ 提供体制の目標が在宅医療の4機能別に設定されているか
- ④ アウトカムに対応して施策が設定されているか
- ⑤ アウトカムに指標が設定されているか

指標の設定状況は、計画本文中に中間見直しや計画最終年に向けた目標値が設定されている指標（「増加」など変化や推移を表す言葉での設定も含む）を抽出し、ドナベディアンモデル<sup>3)</sup>、および厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の策定指針<sup>1)</sup>に記載されている定義（図2）によって、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に分類した。その上で、各都道府県の指標数、利用されているデータソース、を検討した。

分析と検討は研究者2名で行い、結果の妥当性の確認を行った。

### 2) 在宅医療計画策定担当者へのヒアリング

2018年4月～10月、第7次医療計画「在宅医療」分野の計画策定、および医療計画全体企画管理を担当した7府県の都道府県担当者にヒアリングを行った。

7府県は47都道府県の計画本文をレビューし、論理性や指標設定状況から選定し、ヒアリングへの協力が得られた府県とした。

計画の策定体制、評価体制、アウトカム設定の考え方、指標設定の考え方、策定上の課題、等を尋ねた。

## C. 研究結果

### 1. 計画の論理性（セオリー評価）

#### 1) ロジックモデルの活用状況

47都道府県の中で計画本文中にロジックモデルを活用した施策・使用マップ等を掲載しているのは、大阪府、愛媛県、佐賀県、沖縄県であった。この他に、ロジックモデルを活用し論理性を持って計画策定されたことが読み取れる（計画本文中に最終アウトカム（全体目標）が明記され、中間アウトカム（体制整備の目標）、アウトカムの数値目標、施策が論理性をもって記載されている）、もしくは一部活用し本文中に掲載されている県が4県程度存在した。

#### 2) 論理性が読み取れる県のアウトカム（全体目標）の設定状況

全体目標の設定状況を内容別にみると、①患者・住民アウトカム（例：住み慣れた自宅や施設等で療養したいと望む患者が在宅医療を受けて自分らしい生活を送ることができる<沖縄県>）、②地域・社会の構築（例：在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境<佐賀県>）、③提供体制の構築（例：在宅医療の需要に応じたサービス量の確保<大阪府>）、の3種類が挙げられた。①②の場合、「住み慣れた地域」というキーワードと「自分らしい生活」「本人の意思」「安心して」と主観的なキーワードが含まれていた。その一方、①②の場合、指標が設定されていない、もしくは指標が設定されていても、提供体制などのプロセス指標が設定されており、アウトカム指標は設定されていなかった。

#### 3) ロジックモデル活用の利点

都道府県担当者へのヒアリングでは、ロジックモデルの活用について、「検討・協議の場で検討段階からロジックモデルを活用することで、目標、施策、評価指標まで専門職委員からのコンセンサスが得られやすく、議論がスムーズになった。」「計画は一度策定すると改訂まで見ることは少なかったが、ロジックモデルを作成してからは、その都度、事業の目的を確認するようになった。計画策定、実行、進捗把握が円滑になった」との利点が聞かれた。また、「ロジックモデルを検討する前に、医療施設向けに実態調査を実施したが、結局は指標として使える項目が含まれず、ロジックモデルを検討し評価指標を明確にしてから調査項目を検討し実施すべきだった」との声もあった。一方で、「全体目標として、患者・住民アウトカムの設定することが医療計画の全体の方針として庁内全体で進んだが、在宅医療分野は患者・住民アウトカムに相当する指標がなく、設定できなかった。議論の結果、プロセス指標で考えられる体制整備に相当する目標を全体目標に置かざるを得なかった」という実態もあった。

### 2. 指標の設定状況

#### 1) 47都道府県別の指標設定数（図3）

47都道府県で数値目標が設定されている指標数を、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標別にみたところ、最も多いのが沖縄県で28指標、最も少ないのが新潟県と香川県で2指標であった。

アウトカム指標で目標設定をする都道府県は見られなかった。ストラクチャー指標での目標設定が主で、プロセス指標で目標設定は比較的少なく、人口動態統計による

「在宅死亡率」をあげる都道府県が散見された。

## 2) ストラクチャー指標のデータソースと利用都道府県数(図4)

ストラクチャー指標のデータソースで最も利用されていたのは、都道府県による独自調査で、厚生局による施設基準届出、医療計画作成支援データブック、医療施設調査、を利用した都道府県が多かった。

都道府県担当者へのヒアリングでは、これらのデータソースについて、都道府県で独自調査を行うと全国や他都道府県との比較が難しいという課題が指摘された。また、ストラクチャーに関するデータはできるだけ最新のものを入手したいが、医療施設調査由来のデータは、調査年の1か月実績によるデータのため実態に合わない場合があること、3年に1度の調査で調査年が古い(策定時は平成26年調査のデータを使用)、などが指摘された。また、医療政策部局では、介護保険によってサービス提供をする事業所に関するデータが入手しにくく労力がかかった、などの課題があった。

## 2) プロセス指標のデータソースと利用都道府県数(図5)

プロセス指標のデータソースで最も利用されていたのは、医療計画策定支援データブックに記載されているNDBによるデータであった。続いて、都道府県の独自調査、人口動態統計であった。医療施設調査や、国保連後会からレセプトデータの独自入手する県もあった。

都道府県担当者へのヒアリングでは、医療計画作成支援データブックについて、提

供が策定年なので策定スケジュールに間に合わず医療施設調査を使わざるを得なかった、医療保険による訪問看護ステーションからの訪問看護提供量が把握できない、収載されている指標の加工過程が不明のため協議会等で説明できない、責任をもって示すことができない、などの課題が聞かれた。サービス提供量を都道府県独自踏査によって把握する場合は、回収率が低く信頼性の担保が難しくなる点、回答する医療従事者の負担が大きい、などが指摘された。

人口動態統計による在宅死亡率について、異状死も含まれており必ずしも地域の在宅医療や看取りの実態を表していないとして、地域の医療従事者や専門職団体から理解が得られない、老人ホームの死亡率も必ずしも老人ホームではない場合も含まれており使いにくい、などの課題も指摘された。

国保連合会から独自にレセプトデータを入手している県からは、医療保険によるサービス、介護保険によるサービス、両方の提供量を把握でき、比較的早くデータが入手できる、との利点があったが、データ入手・集計・分析に関わる担当者の負担が非常に大きいことが指摘された。また、入手に向けた調整が難しい都道府県もあった。

## D. 考察

47都道府県の第7次医療計画「在宅医療」分野をレビューしたところ、ロジックモデルを本文中に掲載しセオリー評価を行ったことが明確なのは4県であった。セオリー評価を行ったことがある程度読み取れる県を合わせてもセオリー評価を実施しているのは、47都道府県の中でも少数派と予想さ

れる。政策評価の階層（図6）<sup>4)</sup>の下層にあるセオリー評価は、インパクト評価によってPDCAサイクルを回していく前段階となる。中間見直しに向けて、ロジックモデルを活用して計画の論理性を見直し、その上で必要なアウトカムと指標を設定し、セオリー評価を実施することが必要と考えられる。ロジックモデルを活用した県担当者からは、PDCAサイクルが円滑になり、関係者の合意も得られやすい、など効果も指摘されている。この点からも、ロジックモデルの活用は有用だろう。

最終アウトカム（全体目標）は、患者・住民への成果、もしくは、その成果を期待できる地域・社会の構築、が設定されていた。患者・住民の主観的な要素を多分に含んでいるが、これらを測定するのに適切なアウトカム指標の設定には至っていなかった。実際に、アウトカム指標の設定が難しいため、患者・住民アウトカムを政策の全体目標として設定することを断念する県も存在した。患者・住民の主観的な状況を把握するには調査実施の方法が考えられるが、都道府県という広範なレベルになるほど調査実施が難しいことが予想される。在宅医療の最終目標（アウトカム）は患者・住民への成果であることと、在宅医療分野のアウトカム指標とその測定方法の提示は、方針として示していく必要がある。すでに評価準備段階の時期にある直近の中間見直しに向けては、論理性を考慮し、理念的にでも患者・住民アウトカムを設定しておくことが必要と考えられる。

最終アウトカム（全体目標）とその指標設定が現状すぐには難しいが、中間アウトカム（医療提供体制に関する成果）に、在宅医

療の4機能別にアウトカムを設定し、それに合わせた指標を厚生労働省医政局地域医療計画課長通知の別表11（図7）<sup>1)</sup>にそって設定すること可能である。中間見直しでのインパクト評価実施に向けて比較的容易に取り組めることと考えられる。

指標の設定状況を見ると、ストラクチャー指標での数値目標が中心であり、プロセス指標での数値目標の設定はまだ少数であった。医療施設や事業所が増えてもそこから在宅医療に関わるサービスが提供されていない場合もあり、ストラクチャー指標とプロセス指標、両方で地域の提供体制を評価していくことが求められる。

指標のデータソースは、様々な課題が担当者から聞かれた。特に、プロセス指標を把握するために最も用いられている、医療計画作成支援データブックについて、比較的簡易に利用できるものの、提供時期を早めて欲しいという要望や、診療項目をどのように加工して指標を作成しているのかその過程や構造が分かりにくく委員会などで説明しにくい、などの課題が指摘された。また、介護保険によるサービス提供事業所数や提供量が把握しにくい、などの課題もあった。これらの改善が求められる。その一方、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータや国保連合会からの集計データを活用する県も少数ではあるが存在した。しかしながら、担当者にかかる作業負担は大きかった。都道府県担当者の作業負担の軽減やノウハウ提供、大学など教育研究機関との協働を考慮した上で、医療保険と介護保険の両方のサービス提供量が把握できるKDBシステムによるデータ活用に向けた体制整備が望

まれる。

#### E. 結論

セオリー評価を実施して在宅医療分野の計画を立案する都道府県は少数であり、インパクト評価による中間見直しと次期計画策定に向けて、ロジックモデルを活用した計画の論理性を見直しと改善が求められる。在宅医療分野の最終目標に、患者・住民への成果とアウトカム指標が設定されること、それを実現する体制整備の目標と指標は在宅医療の4機能別に設定されることが期待される。データ収集に関わる都道府県担当者の作業負担軽減と、より信頼性の高いデータ入手、患者・住民の主観的評価の把握方法の検討を進める。

#### 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(2000). 「政策評価」の理論と技法. 東京: 多賀出版.
- 3) Avedis Donabedian (東尚弘訳). (1980). 医療の質の定義と評価方法. 京都: 認定NPO 法人健康医療評価研究

機構.

- 4) Rossi, PH, et al(大島巖他訳). (2005). プログラム評価の理論と方法. 東京: 日本評論社.

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
松本佳子, 吉田真季, 埴岡健一, 川越雅弘. 47 都道府県の第7次医療計画における在宅医療分野の評価指標の設定状況. 第1回日本在宅医療連合学会大会. (2019年7月14日・15日, 東京)

#### 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

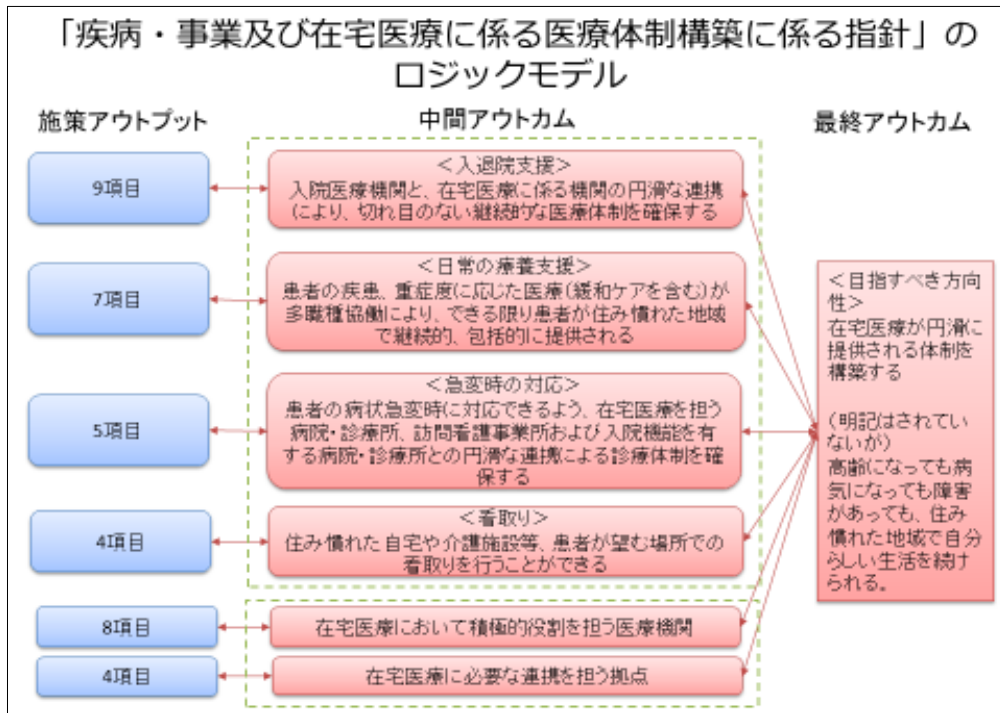


図 1：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」在宅医療分野のロジック

**厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療  
に係る医療体制構築に係る指針」**

- 第2の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、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。

| レベル       | 内容  |
|-----------|---|
| 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 |
| 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               |
| 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                              |

図 2：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」での指標の定義

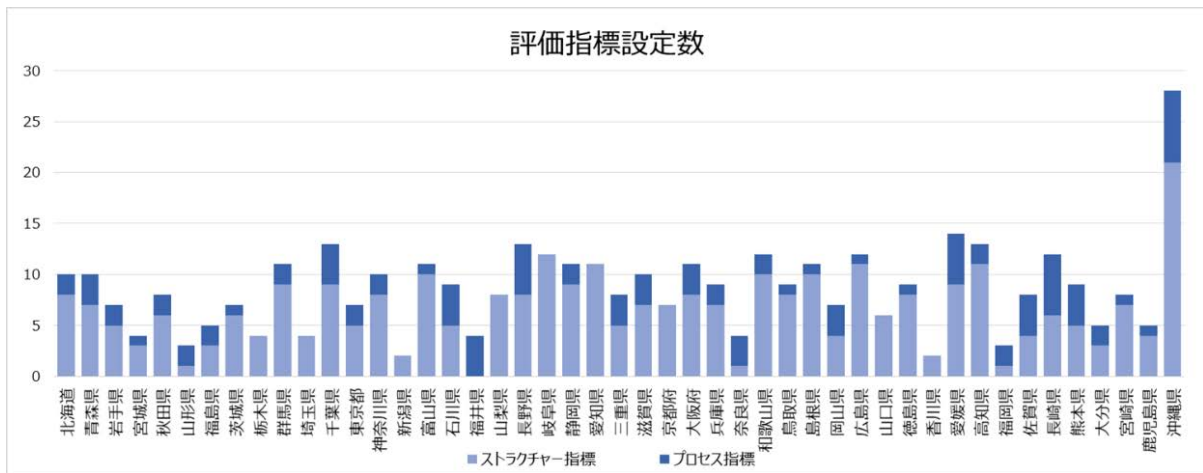


図 3 : 都道府県の評価指標設定数

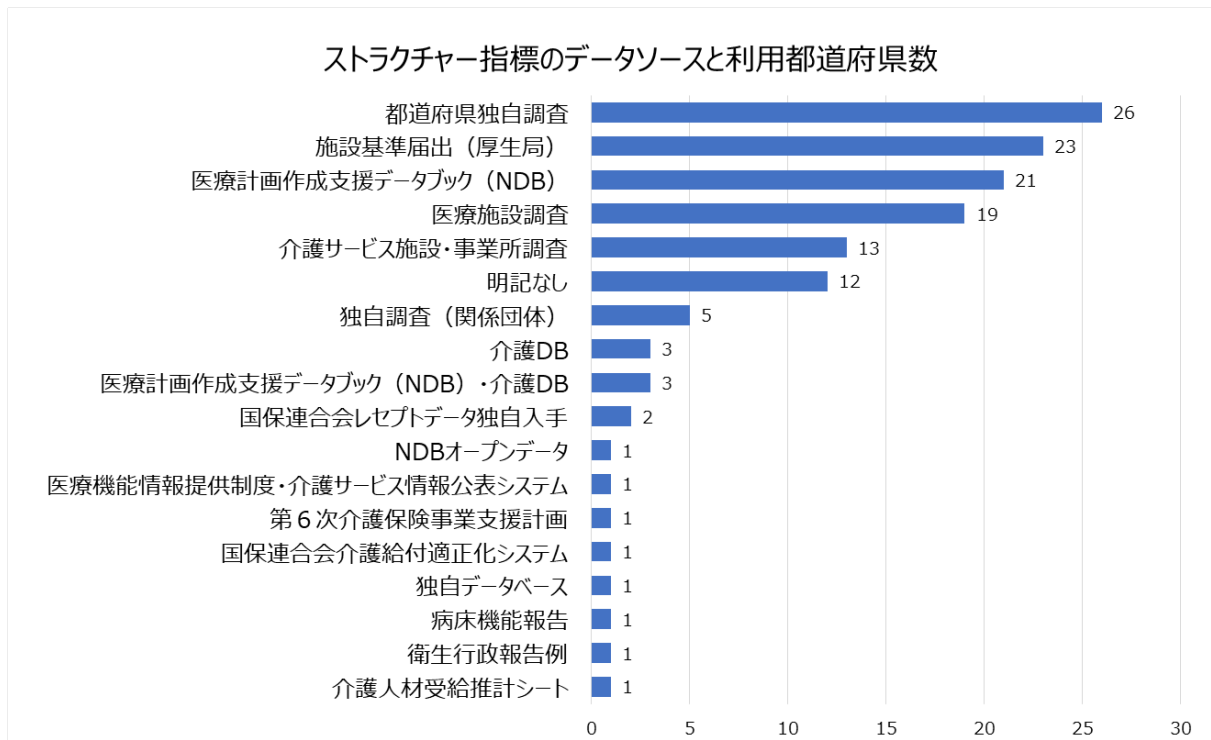


図 4 : ストラクチャー指標のデータソースと利用都道府県数



### プロセス指標のデータソースと利用都道府県数

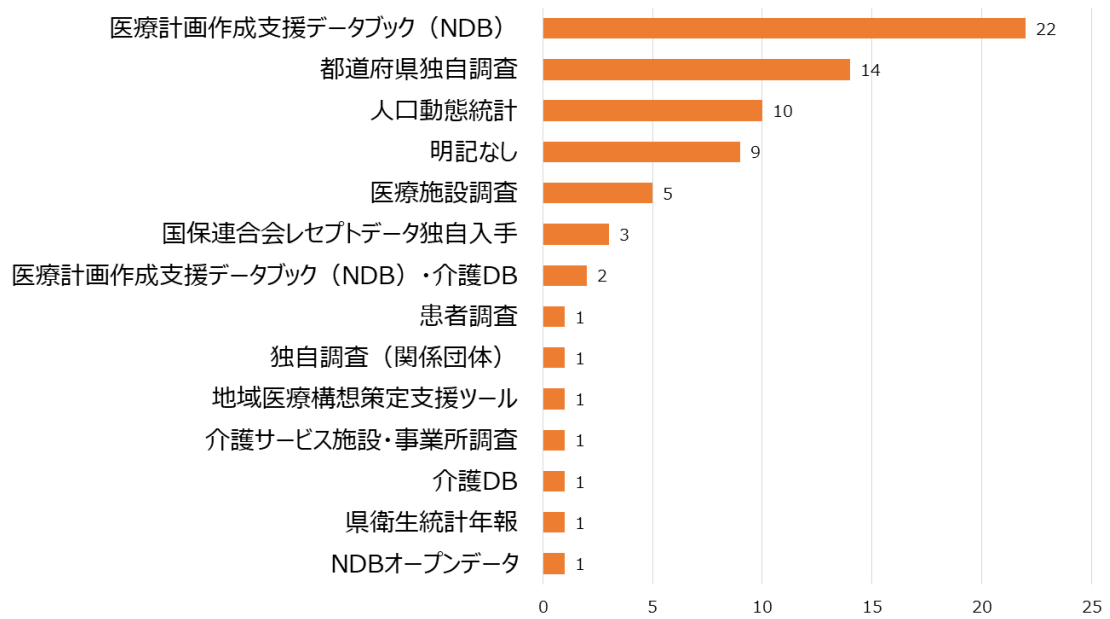


図5：プロセス指標のデータソースと利用都道府県数

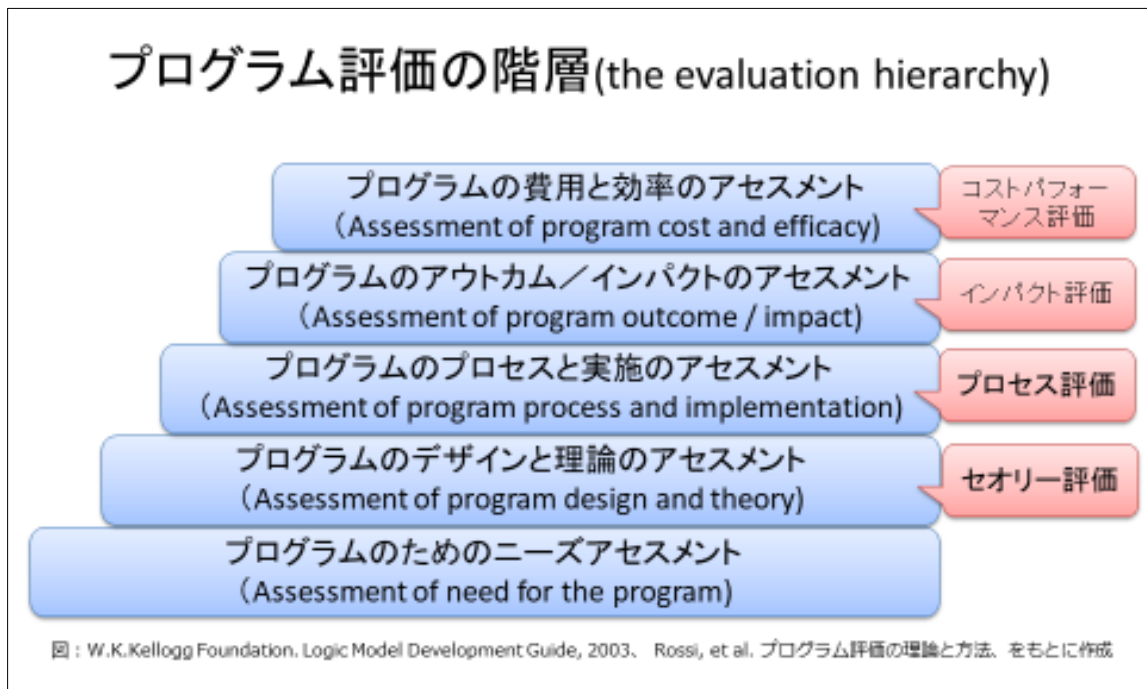


図6：プログラム評価の階層

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

|         | 退院支援                     | 日常の療養支援                | 急変時の対応                         | 看取り                            |
|---------|--------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ストラクチャー | 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 ●  | 訪問診療を実施している診療所・病院数 ●   | 往診を実施している診療所・病院数 ●             | 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 ● |
|         | ● 退院支援を実施している診療所・病院数     | 在宅療養支援診療所・病院数、医師数      |                                |                                |
|         | 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ● | 訪問看護事業所数、従事者数          | 在宅療養後方支援病院                     | 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      |
|         | 退院時共同指導を実施している診療所・病院数    | 小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数 | ● 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 |                                |
|         | 退院後訪問指導を実施している診療所・病院数    | 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数   |                                |                                |
|         |                          | 在宅療養支援歯科診療所数           |                                |                                |
|         |                          | 訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数  |                                |                                |
| プロセス    | 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            | 往診を受けた患者数 ●                    | 在宅ターミナルケアを受けた患者数 ●             |
|         | 介護支援連携指導を受けた患者数          | 訪問歯科診療を受けた患者数          |                                | ● 看取り数<br>(死亡診断のみの場合を含む)       |
|         | 退院時共同指導を受けた患者数 ●         | 訪問看護利用者数               |                                | 在宅死亡者数                         |
|         | 退院後訪問指導料を受けた患者数          | 訪問薬剤管理指導を受けた者の数        |                                |                                |
|         |                          | 小児の訪問看護利用者数            |                                |                                |
| アウトカム   |                          |                        |                                |                                |

平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

図7：厚生労働省医政局地域医療計画課課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例