

第8次新潟県地域保健医療計画「がん」ロジックモデル

番号	E 圏域の取組	番号	D 個別施策	番号	C 初期アウトカム	番号	B 中間アウトカム	番号	A 最終アウトカム
【予防・検診・教育】									
	圏域の取組	がん記載例①		個別施策			中間アウトカム	指標	
1	〈例〉 小中学校への禁煙教育の出前講座 保健指導場面での禁煙外来の情報提供 施設・敷地内禁煙の推進	1	たばこ対策	受動喫煙防止対策、未成年の喫煙防止、喫煙者への啓発、たばこをやめたい人への禁煙支援		1	がんを予防するための生活習慣等を県民が理解し、行動できている	成人喫煙率 20代の喫煙率 受動喫煙の機会を有する者の割合	1
2	〈例〉 各種健診会場での啓発普及資料の配置 事業所の健康管理担当者と連携した普及啓発 健康づくりに関する協議体での対策の協議と進捗管理 ウォーキングマップやイベントなど運動習慣が定着しやすい環境整備 ヘルスメイトと連携した健康的な食生活の普及啓発	2	適切な普及・生活習慣	食塩の適正な摂取など望ましい食生活の普及啓発、よく噛んで食べる等の歯科保健指導、運動習慣の定着、飲酒の健康リスクに関する普及啓発		1		野菜摂取量 果物摂取量 食塩摂取量 肥満者の割合 1日の平均歩数 運動習慣者の割合 ハイスルク飲酒者の割合	
3	〈例〉 人間ドック等の会場での普及啓発 学校と連携したがん予防の健康教育 乳がん啓発月間、子宮がん予防啓発月間を活用した広報 医師会と協力したHPVワクチンの普及（市町村） 普及啓発としてチラシ・リーフレット・ポスターを作成し、関係機関（学校、医療機関等）やイベント等で配布したり、ラジオ・テレビ、SNS、ホームページで広報・周知した。	3	その他のがん対策	日常の健康管理としてのプレスト・アウェアネスの普及、ヒトパピローマウイルス（HPV）と子宮頸がんとの関係、HPVワクチン接種の有効性及び安全性、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであること等正しい知識の普及啓発		2	日常的な健康管理としてのプレスト・アウェアネスに関する普及啓発が実施されている	プレスト・アウェアネスの普及啓発を実施する市町村数	
						3	子宮頸がんとHPV感染との関連について若年者及びその保護者への普及啓発が実施されている	HPVワクチンの実施率	
4	〈例〉 がん制圧月間と連動した広報 検診未受診者への受診勧奨	4	受診率検向上の	がん検診に関する普及啓発、職場と連携した受診勧奨、個別受診勧奨・再勧奨		4	がんを早期に発見し、早期に治療が受けられるよう、科学的根拠に基づくがん検診の受診が促進されている	がん検診受診率 科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数	2
5		5	がん検診の精度管理の	精密検査機器の整備、生活習慣病検診等管理指導協議会の開催、職場におけるがん検診データの把握		5	要精密検査の対象者を確実に医療機関受診につなげられている	要精検者の精検受診率 要精検率 がん発見率 陽性反応適中度	
6		6	がん登録	がんの罹患状況を把握するためのがん登録の推進、得られた結果を活用した広報及び情報提供の充実		6	がん登録が普及・充実し、登録精度の向上が図られている	院内がん登録を実施している医療機関 DCO率	
7	〈例〉 地域産業保健推進センターと連携した職場での健康教育	7	がん教育	がん教育における外部講師活用に向けた体制の整備 企業や医療保険者との連携による職場での普及啓発		7	学校におけるがん教育の推進、企業等と連携した普及啓発等による社会教育の推進により、社会全体のがんに対する理解が深まっている	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合 にいがた健康経営推進企業登録数	
（再掲）									
						1	がんを予防するための生活習慣等の実践により、がんに罹る県民が減少している	年齢調整罹患率	
						2	がん検診をより多くの住民に実施することにより、早期がんの診断割合が増加している	早期がん割合	

番号	E 圏域の取組	番号	D 個別施策	番号	C 初期アウトカム	番号	B 中間アウトカム	番号	A 最終アウトカム
----	---------	----	--------	----	-----------	----	-----------	----	-----------

	圏域の取組
12	がん記載例②
13	
14	〈例〉 入退院連携ガイドを活用した病院と地域の患者情報の共有によるシームレスな療養支援

【療養支援】

		個別施策		初期アウトカム	指標
12	相談支援体制の整備	がん診療連携拠点病院等におけるがん相談支援センターの整備、相談員に必要な研修の受講促進 がん患者の就労に関する支援の整備	12	がん診療連携拠点病院等を中心とした相談支援体制の整備、情報収集・発信を含めた患者や患者家族等への支援	がん相談支援センターにおける相談件数 相談員研修を受講した相談員の人数 就労に関する相談件数 長期療養者就職支援事業を活用した就職者数
13	在宅医療の整備	がんにおける在宅医療の体制整備	13	がんの治療後における、多職種の連携による支援可能な体制の構築や在宅医療を提供する医療機関の整備	在宅がん総合診療料の算定件数 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数
14	高齢者支援の強化	がん医療における、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備推進	14	高齢のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるように支援が受けられる	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数 地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数 訪問看護利用者数

	中間アウトカム	指標		最終アウトカム	指標
4	がん患者とその家族が在宅等での療養場所を選択でき、継続して支援を受けている	在宅がん総合診療料の算定件数(再掲) 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数(再掲)	3	全てのがん患者及びその家族の療養生活の質を維持・向上させる	

資料 2 - 2 ①

D 圏域の取組		個別施策
【予防・普及啓発】		【循環器病対策推進計画より】 【予防・普及啓発】
1	心血管疾患記載例①	若年層からの生活習慣病予防に関する正しい知識の啓発や、食生活改善、運動習慣の定着、禁煙など生活習慣改善の継続的な実施に向け、市町村や関係団体と連携し取組を推進する
2		生活習慣病予防の普及啓発について、市町村や関係団体と連携し様々な場面を捉えて取組を推進する
3		（例）健康づくりに関する市町村・健診機関・職域団体との協議体による対策検討・進捗管理 全国生活習慣病予防月間や健康増進普及月間と連動した広報活動
4		（例）行政保健師、行政栄養士の人育成研修への参加 県・国保連等が実施する研修への職員派遣
5		（例） ・地域支援事業による要支援者を対象とした栄養・運動・歯科保健指導の一体的実施による介護予防
6		（例） ・生活習慣病に関する情報提供書を介した医療機関・保健指導機関と連携した保健指導の実施 ・特定健診情報提供事業における主治医から保険者への保健指導対象者の情報提供
7		・糖尿病・CKD専門医とかかりつけ医の連携による糖尿病性腎症への進展予防 ・かかりつけ医と市町村が連携した糖尿病治療中断者の早期発見の取り組み
8		（例）国保ヘルスアップ事業等を活用した受診勧奨等普及啓発の実施
9	同上	（例）国保ヘルスアップ事業等を活用した受診勧奨等普及啓発の実施
10		（例）国保ヘルスアップ事業等を活用した受診勧奨等普及啓発の実施
11		（例）国保ヘルスアップ事業等を活用した受診勧奨等普及啓発の実施
12		（例）市町村・健診機関・医師会・国保連等の共同による健診データやレセプトの分析及び予防対策の検討及び進捗管理

C 初期アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①県民の健康意識が向上している。	禁煙外来を行っている医療機関数★	10.6	12.8	増加
	喫煙率（男）	27.9%	25.4%	減少
	喫煙率（女）	7.4%	7.7%	減少
	健診受診率（男）	80.1%	76.7%	増加
	健診受診率（女）	75.4%	69.7%	増加
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率★	227.8	215.3	減少
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率★	75.5	67.7	減少
	糖尿病患者の年齢調整外来受療★	80.4	92.0	減少
	特定健診受診者のうち「リッカン」ドM該当者割合	15.7%	16.6%	減少
	特定健康診査受診率	61.5%	56.5%	増加
②循環器病対策について県民が理解をしている。	特定保健指導実施率	27.2%	24.6%	増加
	教育機関（小学校等）における循環器病の初期症状と適切な予防等についての普及実施件数	-	-	増加
③急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている。	救急隊の救急救命士常時運用率	94.7%	93.2%	増加
	ドクターヘリ応需率	81.1	-	維持
	ドクターヘリランデブーポイント数	956	-	増加
④虚血性心疾患の急性期医療に対応できる体制が整備されている。	循環器内科医師数★	6.4	10.3	
	心臓血管外科医師数★	2.0	2.6	
⑤リハビリテーション実施体制が整備されている。	24時間体制で経皮的冠動脈インターベンションが実施可能な病院がある圏域数	6	-	維持
	回復期リハビリテーション病床数★	56.2	68.2	増加
	地域包括ケア病床数★	100.1	73.9	増加
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数★	0.92	1.11	増加
	理学療法士数★	50.0	79.4	
	作業療法士数★	35.2	40.2	

B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①心筋梗塞等の心血管疾患の発症者が減少している。	虚血性心疾患受療率（入院）★	9.0	9.0	減少
	虚血性心疾患受療率（外来）★	29.0	42.0	減少
B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
②患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される。	心筋梗塞疑いの1回目での救急応需率	70.5%	－	増加
	覚知から医療機関への収容までに要した平均時間（心筋梗塞疑い）（分）	52	－	減少
	ドクターヘリでの心大血管心疾患患者の搬送件数	117	－	維持
B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
③【急性期】発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる。	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	19.2%	15.2%	維持
	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）★	17.5	28.9	増加
	経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（SCR）	54.7	100	増加
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数★	6.8	11.5	増加
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）★	2,345	6,110	増加
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	78.8	100	増加
	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	24.2	12.7	減少
B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数			

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
-----------	----	----	----	----

資料 2－2 ②

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
①心疾患による死亡者数が減少するとともに健康寿命が延伸している	心疾患の年齢調整死亡率（男）★	170.1	190.1	減少
	心疾患の年齢調整死亡率（女）★	99.2	109.2	減少
	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（男）★	26.1	32.5	減少
	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（女）★	12.2	14.0	減少
	健康寿命（男）	72.61	72.68	延伸
	健康寿命（女）	75.68	75.38	延伸

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
-----------	----	----	----	----

資料 2 - 2 ②

D 圏域の取組		個別施策 【循環器病対策推進計画より】	
【救急搬送体制】		【救急搬送体制】	
13	心臓血管疾患記載例②	13	救急隊員が、循環器病の疑いがある患者を、適切な医療機関に搬送できる体制づくりを促進する
14	(医師会、病院等の団体) ・県央地域救急懇談会等において、救急搬送状況等の情報を関係機関間で共有 ・県央地域メディカルコントロール協議会での二次検証の実施	14	ドクターヘリの適正運用を含めて、新潟県メディカルコントロール協議会と循環器病専門医（循環器科、脳卒中、脳外科、脳神経内科専門医）が連携し、救急医療における連携の充実や事後検証を促進する また、検証結果に基づく搬送プロトコルの改訂等を行うことで、質の高い救急業務を提供する
15		15	新潟県メディカルコントロール協議会と連携し、県内全ての救急隊に対し、効果的な教育の機会を確保する
16		16	将来の医療需要の変化や医師の働き方改革を見据え、県全体を俯瞰して、高度・専門的な急性期循環器病治療を24時間体制で行える循環器病治療拠点の整備を検討する
17		17	各圏域に必要な医療を持続的に提供していくため、新潟県地域医療構想（グランドデザイン）を踏まえ、休日・夜間を含めた救急患者の受入れなどの役割分担による体制づくりを検討する
18		18	県内の中核病院等へ医師や症例を集約することで、都市部の大病院と比較しても遜色のない、指導体制等が整った、若手医師にとって魅力的な病院を残していく
19		19	医療機関間での情報共有システム等の整備について検討する
20		20	急性期医療機関からの、速やかな回復期病院への転送連携体制の強化を促進する
21		21	円滑な転院も含め、身近な地域において医療、福祉、介護サービス等の関係機関の連携ができるよう、地域連携クリティカルパスの有効性の理解を深めるとともに、地域医師会の協力を得ながら運用促進する
22		22	心臓血管疾患の内科的、外科的治療を24時間365日行える医療機関に、必要に応じていつでも搬送できる医療機関間の連携体制の強化を促進する
23		23	圏域内において経皮的冠動脈インターベンションを、原則、常時、実施できる体制整備を促進する
24		24	将来的に患者の増加が予測される心不全に対応するため、心不全患者の救急搬送のあり方や医療機関間連携等について検討する。
【急性期】		【急性期】	
25	心臓血管疾患記載例③	25	新潟県地域医療構想のグランドデザインを踏まえ、医療機関の機能分化と連携強化をすることで、地域全体のリハビリテーション体制強化を促進する
26		26	入院時心臓血管疾患リハビリテーションが全国と比較しても実施件数が少ない原因を分析し、必要なリハビリテーションが提供されるよう検討する
27		27	高度化・多様化するリハビリテーションのニーズに対応するため、関係団体による研修の充実を促進する
28		28	増悪を繰り返す心不全の患者に対して、病院、開業医、介護サービス提供施設が連携して対応いくことを支援する
29		29	再発予防や基礎疾患・危険因子の管理、適切なリハビリテーション等を実施するため、患者やその家族への教育及び啓発のほか、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員等の多職種による連携体制を構築する

C 初期アウトカム	指標	新潟	全国	目標
⑥医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が整備されている。	心臓血管疾患地域連携クリティカルパス導入医療機関数	34	-	増加
	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に関する窓口のある医療機関数	182	-	増加
	医療ソーシャルワーカー数★	5.3	2.7357	
⑦生活機能の維持・向上のための体制が整備されている。	訪問リハビリを提供している事業所数★	2.1	3.9	
	通所リハビリを提供している事業所数★	5.4	6.3	
	訪問看護を提供している事業所数★	7.8	11.9	
⑧心臓血管疾患患者やその家族の生活をサポートできる環境が整備されている。	治療と仕事の両立に関する相談窓口を設置している病院数	31	-	増加

B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
④【回復期・維持期・生活期】治療・リハビリテーションを受けることができる。	心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（算定回数）★	1,385	1,445	維持
	外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	102.8	100	維持
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療）★	110.9	212.5	
	訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（介護）★	882	1134	
	通所リハビリを受ける利用者数★	4,938	5,457	
	訪問看護を受ける患者数（医療）★	300	374	
⑤心臓血管疾患患者の治療と仕事の両立ができている。	訪問看護を受ける患者数（介護）★	4,522	5,619	
	治療と仕事の両立支援相談件数	57	-	増加
	民間企業の障害者雇用率	2.23	2.25	増加

目標について・・・事業主体が市町村である等、目標の設定が困難なものは空白
受療率について・・・例えば、健診受診を増加させることによって、受診勧奨が進み、受療率が一時的に増加するといったことが考えられる。予防施策等を推進し、長期的に減少を目指す。
★・・・人口10万人当たり
SCR・・・全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられ、SCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
②心臓血管疾患患者及びその家族が希望に沿った生活を送ることができる。	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	93.5%	93.4%	増加
	ADL改善率	57.3%	-	増加
	介護が必要な高齢者の割合	19.0%	18.5%	維持

資料 2 - 2 ②

D 圏域の取組	
30	〈例〉 ・入退院連携ガイドの活用による 介護支援専門員のケアプランの向上 ・ICTツールを活用した多職種連携による 利用者支援の促進
31	

【回復期・維持期・生活期】	
心血管疾患記載例④	
32	〈例〉 ・市町村の地域包括支援センターや支援 サービスの一般住民向けガイドブックの 作成
33	〈例〉 ・ハローワーク等の障がい者の就業相談 窓口と連携した支援相談の実施
34	
35	
36	
37	

個別施策 【循環器病対策推進計画より】	
30	地域の実情に応じた切れ目のない継続 的なリハビリテーション提供体制 の構築のため、市町村が行う在宅医 療・介護連携取組を支援する
31	施設間連携を向上させること目的し た、施設間での情報共有に関する取 組を支援する

【回復期・維持期・生活期】	
32	【適切な情報の獲得】 患者やその家族が個別のニーズに対 応した必要な情報にアクセスできる よう、医療機関のほか、地域におけ る高齢者等の生活を支え地域包括支 援センターをはじめとした市町村の 取組との連携・協力も見据えなが ら、適切な相談支援体制づくりに努 める
33	【治療と仕事の両立支援】 脳卒中や心筋梗塞だけでなく、成人 先天性心疾患等、幅広い病状を呈す る循環器病患者が社会に受け入れら れ、自身の病状に応じて治療の継続 を含めて自らの疾患と付き合いなが ら就業できるよう、循環器病患者の 状況に応じた治療と仕事の両立支援 相談、障害特性に応じた職業訓練や 事業主への助成金を活用した就労支 援等に取り組む
34	【小児期からの切れ目のない支援】 学校健診等の機会における小児の循 環器病患者の早期発見を引き続き推 進するとともに、循環器病の患者に 対して、成育過程を通じて必要な医 療を切れ目なく行うことができる移 行医療支援の体制整備、療養生活に 係る相談支援及び疾病にかかっている 児童の自立支援を推進する
35	【緩和ケア】 専門的な緩和ケアの質を向上させ、 患者と家族のQOLの向上を図るた め、関係学会等と連携して、医師等 に対する循環器病の緩和ケアに関す る研修会等を通じて、緩和ケアの提 供体制及び人材の充実に努める
36	予防・健（検）診から医療、リハビ リテーションと切れ目のない循環器 病対策を進めるため、関係者が現状 や課題を共有し、連携した取組の構 築が出来るよう取り組む
37	より効果のある循環器病対策を講じ ることが出来るよう、具体的な疾病 別での統計データを把握するととも に、新潟県循環器病対策推進協議 会等において評価、意見をいただ き、対策につなげる

C 初期アウトカム	指標	新潟	全国	目標
-----------	----	----	----	----

B 中間アウトカム	指標	新潟	全国	目標
-----------	----	----	----	----

A 最終アウトカム	指標	新潟	全国	目標
-----------	----	----	----	----

第 8 次新潟県地域保健医療計画「糖尿病」ロジックモデル

**	E 圏域の取組
----	---------

**	D 個別施策
----	--------

**	C 初期アウトカム
----	-----------

**	B 中間アウトカム
----	-----------

**	A 最終アウトカム
----	-----------

【発症予防】

圏域の取組	糖尿病記載例①
1	<例> ・特定健診および特定保健指導に関する対象者への個別案内、広報による周知 ・特定健診および特定保健指導の受診者に対するインセンティブの付与 ・かかりつけ医と連携した保健指導の実施 ・CKD・糖尿病の療養資源に関する社会資源の情報プラットフォームをを活用した保健指導
2	<例> ・特定保健指導の従事者を対象とした研修の実施
3	<例> ・世界糖尿病デー、世界腎臓デーと連動した広報の実施 ・

	個別施策
1	健康診査の受診勧奨及び望ましい生活習慣の定着を図るための保健指導の促進
2	市町村国保等保険者における糖尿病・CKD対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進
3	糖尿病合併症等についての普及啓発

	初期アウトカム	指標
1	特定健診・特定保健指導の実施により、糖尿病の予防が可能な体制が整備されている	特定健診実施率
		特定保健指導実施率
2	糖尿病や合併症の正しい知識が得られている	糖尿病合併症の認知度

中間アウトカム		指標
1	生活習慣の改善により、糖尿病の発症を予防できている	HbA1c6.5%未満の者の割合
		メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数

最終アウトカム	指標
予防により糖尿病にならないこと、また、糖尿病を早期に発見し適切な時期に保健指導や医療を受けることで、できれば寛解を目指すとともに、糖尿病の重症化及び合併症の発症と進展を防ぐことにより、県民の健康寿命が延伸し、糖尿病の有無に関わらず、生き生きと暮らすことができている	HbA1c8.0%以上の者の割合
	糖尿病性腎症による新規人工透析患者数
	糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合

第8次新潟県地域保健医療計画「糖尿病」ロジックモデル

**	E 圏域の取組
----	---------

	圏域の取組	糖尿病記載例②
4		<例> ・健診未受診者を対象とした受診勧奨や個別通知による未受診者健診の実施
5		
6		<例> ・各種計画の推進協議会を活用した医療連携体制の検討及び協議
7		<例> ・事業従事者を対象とした研修の実施

	圏域の取組み	糖尿病記載例③
8		<例> ・特定健診の結果、腎機能低下がある糖尿病有所見者については保健指導を強化する。
9		
10		<例> ・保険者・医療機関間で要受診者の紹介基準や受診結果の共有方法について検討する。
11		

**	D 個別施策
----	--------

	個別施策
4	糖尿病の重症化予防に向けた、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進
5	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等の養成
6	地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進
7	市町村国保等保険者における糖尿病・CKD対策従事者の人材育成及び資質向上を目指した取組の促進

	個別施策
8	「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策の促進
9	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等の養成
10	地域における市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制の整備促進
11	糖尿病性腎症において、透析医療が必要となった患者に対し、常時受けられる体制の整備促進

**	C 初期アウトカム
----	-----------

	初期アウトカム	指標
3	市町村国保等保険者において、糖尿病の重症化予防のため、健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数 糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数
4	医療機関で糖尿病の治療や療養指導が受けられる体制が整備されている	新潟県地域糖尿病・CKD協力医等（以下、協力医）数 保健指導・受診勧奨従事者の資質向上を目指した取組を実施する市町村国保等保険者数
5	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	医療連携体制構築に取り組む地域機関数 多職種と連携する協力医数 地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数
6		「特定健診等で医療機関を勧められた方へ適切な介入を行う」協力医数 糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合

	初期アウトカム	指標
6	市町村国保等保険者において「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえた健診・医療機関未受診者対策及び医療中断者・放置者対策が実施されている	健診未受診者のうち、糖尿病・CKDハイリスク者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数（再掲） 糖尿病・CKD治療中断者・放置者への受診勧奨を実施する市町村国保等保険者数（再掲）
7	医療機関で合併症に関する検査・治療が受けられる体制が整備されている	新潟県糖尿病・CKD協力医等数（再掲） 尿中アルブミン検査実施を心がける協力医数
8	市町村国保等保険者、医療機関等の連携体制が整備されている	医療連携体制構築に取り組む地域機関数（再掲） 多職種と連携する協力医数（再掲） 地域の糖尿病・CKD対策に携わる協力医数（再掲） 糖尿病患者の歯科治療に対応できる歯科診療所の割合（再掲）
9	糖尿病性腎症による透析医療を県内どこでも受けられる体制が整備されている	県（圏域）内居住患者数あたりの医療機関受入可能患者数

**	B 中間アウトカム
----	-----------

	中間アウトカム	指標
2	糖尿病の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができる	健診未受診者のうち、通院中断者の割合 健診受診者で糖尿病基準該当者のうち、医療機関未受診者の割合 HbA1c6.5%以上の者の割合

	中間アウトカム	指標
3	糖尿病性腎症の早期発見・早期受診により、早い段階で治療及び療養指導を受けることができる	新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のうち、医療機関未受診者の割合 尿中アルブミン検査実施率 糖尿病患者に対する尿中アルブミン検査実施率

4	糖尿病の合併症に対しても該当した住民が安心して専門治療を受けることができる	
---	---------------------------------------	--

**	A 最終アウトカム
	糖尿病の年齢年齢調整死亡率

資料 2 - 2 ③

	最終アウトカム	指標
1	予防により糖尿病にならないこと、また、糖尿病を早期に発見し適切な時期に保健指導や医療を受けることで、できれば寛解を目指すとともに、糖尿病の重症化及び合併症の発症と進展を防ぐことにより、県民の健康寿命が延伸し、糖尿病の有無に関わらず、生き生きと暮らすことができる【再掲】	HbA1c8.0%以上の者の割合 糖尿病性腎症による新規人工透析患者数 糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の割合 糖尿病の年齢年齢調整死亡率

番号 E 圏域の取組

	圏域の取組
1	精神疾患記載例①
2	〈例〉 ・ ころの不調を自覚した際の上手な受診のしかたを普及啓発する
3	〈例〉 ・ 個別支援を通じて精神科単科病院と県央基幹病院、地域の支援関係者と の連携強化を図る
4	
5	
6	

番号 D 個別施策

【診療・拠点機能】

	個別施策
1	多様な精神疾患ごとに、対応できる医療機関の整備を促進する。
2	圏域ごとに医療機関の機能を明確化し、相互の連携を促進する。
3	身体科と精神科の連携を促進する。
4	精神科救急患者の円滑な受け入れ体制を整備する。
5	精神医療相談窓口において、緊急な医療を必要とする方の相談を受ける。
6	災害発生時に被災地における精神科医療の支援を行う体制を整備する。

番号 C 初期アウトカム

	初期アウトカム	指標
1	各医療機関の機能が整理され、相互に連携して医療が提供される。	多様な精神疾患等ごとの県連携拠点または地域連携拠点機能を整備する圏域数
2	身体合併症を有する精神疾患患者が適切な医療を受けられる。	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数
3	緊急時や非常時において、精神科医療を必要とする患者が適切な医療を受けられる。	精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）
		DPAT隊員登録数

番号 B 中間アウトカム

	中間アウトカム	指標
1	多様な精神疾患や状況に応じた適切な医療を受けることができる。	

番号 A 最終アウトカム

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。	精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
		ころの健康が保たれている人の割合

番号 E 圏域の取組

番号 D 個別施策

番号 C 初期アウトカム

番号 B 中間アウトカム

番号 A 最終アウトカム

【診療・拠点機能】

精神疾患記載例②

7	〈例〉 ・オープンホスピタルによる地域との交流支援 ・長期入院者への訪問支援員の面会促進
8	〈例〉 ・精神保健福祉法に基づく入院の取扱いについて職員研修にとりいれる 他、利用者にも周知
9	

7	入院患者の孤立を防ぎ、権利を守るための取組を推進する。
8	精神科病院において、精神保健福祉法の適切な運用による精神疾患患者の人権擁護の取組を促進する。
9	精神科訪問看護事業者の体制整備を促進する。

4	精神疾患患者の人権に配慮した医療が提供される。	人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数
5	在宅で医療的な支援を必要とする精神疾患患者が精神科訪問看護を受けられる。	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届け出を行っている施設数

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。【再掲】	精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数） こころの健康が保たれている人の割合

第 8 次新潟県地域保健医療計画 「精神疾患」 ロジックモデル

番号	E 圏域の取組
----	---------

番号	D 個別施策
----	--------

番号	C 初期アウトカム
----	-----------

番号	B 中間アウトカム
----	-----------

番号	A 最終アウトカム
----	-----------

精神疾患記載例③	
	圏域の取組
10	〈例〉 ・生活困窮など複数の問題をワンストップで多職種により相談対応する相談会を開催
11	
12	

【地域における支援体制】			
	個別施策		初期アウトカム 指標
10	精神障害者だけでなく、精神保健に課題を有する者の相談に対応できる体制整備を促進する。	➡ 6	身近な市町村で精神保健福祉に関する相談が受けられる。 市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数
11	精神保健医療福祉に関する専門研修を実施する。	➡ 7	保健・医療・福祉専門職が精神医療保健福祉に関する知識を身につけ、支援技術が向上する。 精神保健医療福祉に関する専門研修の開催回数
12	市町村や圏域ごとに、保健・医療・福祉関係者等による協議の場を開催する。	➡ 8	市町村や圏域ごとに、多機関・多職種の連携による支援体制が構築される。 保健・医療・福祉関係者等の協議の場を開催している市町村及び圏域の数

	中間アウトカム	指標
2	多機関・多職種の重層的な連携による支援を受けることができる。	精神病床における新規入院患者の平均在院日数
		精神病床における入院後 3, 6, 12ヶ月時点の退院率
		精神病床における慢性期入院患者数（65歳以上、65歳未満患者数）

第 8 次新潟県地域保健医療計画 「精神疾患」 ロジックモデル

番号 E 圏域の取組

番号 D 個別施策

番号 C 初期アウトカム

番号 B 中間アウトカム

番号 A 最終アウトカム

【普及啓発】

	圏域の取組
13	〈例〉 ・ ゲートキーパー養成研修の実施 精神疾患記載例④
14	〈例〉 ・ 相談窓口一覧の配布

	個別施策
13	地域住民を対象に精神疾患・精神障害の正しい知識や情報について普及啓発を促進する。
14	多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関や、精神保健福祉に関する相談窓口の周知を促進する。

	初期アウトカム	指標
9	地域住民が精神疾患・精神障害に対し理解を深め、自らの心の健康に関心を持つとともにストレス対処法を知る。	住民を対象とした普及啓発事業の開催回数
10	医療機関や相談窓口に関する情報にアクセスしやすい。	

	中間アウトカム	指標
3	地域住民が心の健康を維持するために予防行動がとれるとともに、必要時に適切に相談・受診を行うことができる。	悩みを抱えたときやストレスを感じたとき、誰かに相談をしたり、助けを求めたりすることに対するためらいを感じる人の割合

	最終アウトカム	指標
1	精神疾患の有無や程度にかかわらず、誰もが希望する地域で安心して日常生活を継続することができる。【再掲】	精神障害者の精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
		こころの健康が保たれている人の割合

第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

番号	E 圏域の取組
認知症記載例①	
	圏域の取組
1	〈例〉 ・生活習慣病予防に関する啓発普及、特定健診・特定保健指導の受診勧奨 ・認知症予防デーや認知症月間を活用した広報
2	〈例〉 ・地域の茶の間など地域サロンの開催支援

認知症記載例②-1	
	圏域の取組
3	〈例〉 ・認知症サポーター養成の促進
4	〈例〉 ・認知症疾患医療センター等の啓発資料の窓口配置 ・MCIの症状や相談窓口を普及啓発する。
5	

番号	D 個別施策	番号	C 初期アウトカム
【 予 防 】			
	個別施策		初期アウトカム
1	認知症のリスク因子（高血圧、肥満、難聴、喫煙、運動不足、糖尿病等）についての普及啓発を実施する。	1	身近な地域に、健康づくりや介護予防、フレイル予防などを通じ、健診や社会参加、交流に繋がる活動を行う場が整備されている。
2	市町村が実施する介護予防や通いの場に関する事業の充実に向けた支援を行う。		特定健診実施率
			通所型サービスCを実施している市町村の数
			介護予防や運動を実施している通いの場の数

【 早期診断・早期対応 】			
	個別施策		初期アウトカム
3	医療・介護従事者の認知症対応力向上を促進する。	2	医療・介護従事者に正しい認知症の知識が普及している。
4	鑑別診断や専門的治療を行う認知症疾患医療センターの周知を行い、早期受診・早期診断を促進する。		かかりつけ医・サポート医フォローアップ研修受講者数
5	認知症サポート医の養成、にいがたオレンジドクターの認定及び活動支援を行う。	3	高齢者等と関わる人が、認知症の徴候のある人に気づき、適切な関係者・窓口（家族・かかりつけ医・専門医療機関・地域包括支援センター・介護支援専門員・若年性認知症支援コーディネーター等）へ繋ぐことができる。
			認知症疾患医療センターにおける鑑別診断件数
			認知症サポート医・オレンジドクターの実施する鑑別診断件数 _{1 / 3 ページ}

番号	B 中間アウトカム	番号	A 最終アウトカム
	中間アウトカム		最終アウトカム
1	認知症のリスク因子とその対策が理解されている。【再掲】	1	適時に受診・相談できる体制が整っていて、適切な診断・治療・ケアが受けられることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。【再掲】
			※最終アウトカムの達成状況は、ヒアリングとモニタリング指標を併せて、総合的に評価する。

	中間アウトカム	指標
2	早期に受診・診断が行われ、相談窓口や必要な支援に繋ぐことができている。【再掲】	認知症疾患医療センターにおける鑑別診断に占めるMCIの割合
		認知症サポート医・オレンジドクターの実施する鑑別診断に占めるMCIの割合
		認知症疾患医療センターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数
		認知症サポート医・オレンジドクターにおける、地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数

第 8 次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

※	E 圏域の取組
---	---------

※	D 個別施策	※	C 初期アウトカム
			他機関からの認知症疾患医療センターへの紹介数
			認知症サポート医数
			オレンジドクター認定医療機関数
			認知症サポート医・オレンジドクターと地域包括支援センター等との情報共有実績

※	B 中間アウトカム
---	-----------

※	A 最終アウトカム
---	-----------

【 早期診断・早期対応 】

6	認知症記載例②-2
7	〈例〉 ・認知症に関する相談窓口の周知
8	
9	〈例〉 ・認知症サポーター養成講座による普及啓発

6	地域の実情に即した認知症施策の展開のため、市町村の実施する事業や取組の支援・強化を行う。	4	身近な地域において認知症に関する様々な相談ができる場や支援の仕組みがあり、その窓口や取組が広く知られている。	初期集中支援チームの訪問実人数
7	認知症に関する相談窓口を周知し、活用を促進する。			認知症コールセンターへの相談実人数
8	若年性認知症に特有の課題を個別に支援するための体制を整備する。			地域包括支援センターにおける認知症に関する相談数
				認知症疾患医療センターへの相談数
				若年性認知症支援コーディネーターへの相談数
9	広く県民に対して認知症やその支援についての正しい知識を普及するため、認知症に関する普及啓発を行う。	5	認知症についての正しい知識が県民に浸透し、認知症に対する偏見がなくなる。	認知症に関する正しい知識や相談窓口を知っている人の数
				認知症サポーター養成数

	認知症記載例③
10	圏域の取組
11	〈例〉 ・要介護施設従事者に対する研修会の実施

【 容態に応じた治療・ケア 】

	D 個別施策		C 初期アウトカム	指標
10	医療・介護従事者に対し、身体合併症やBPSD対応に関する知識や適切なケアの方法の普及を図る。	6	医療・介護従事者に身体合併症やBPSD対応に関する正しい知識が普及し、適切な治療やリハビリ、ケアが提供されている。	認知症ケア加算算定医療機関数
				認知症専門ケア加算を算定している施設数
11	養介護施設従事者による虐待を防ぐための研修や普及啓発を実施する。	7	介護従事者の対応力向上により、養介護施設における虐待を防ぐことができる。	BPSD研修の受講者数
				養介護施設における虐待に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の人数

	B 中間アウトカム	指標
3	認知症の人のその時の容態に最もふさわしい場所で、適切な治療・ケアが提供されている。	認知症ケア加算算定回数
		認知症専門診断管理料算定回数
		認知症療養指導料算定回数
		認知症介護実践者研修・リーダー研修の研修終了時評価において、研修前評価よりケアの知識技術の習得状況の自己評価が向上した人の割合

	A 最終アウトカム	指標
1	適時に受診・相談できる体制が整っていることにより、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができる。【再掲】	※最終アウトカムの達成状況は、ヒアリングとモニタリング指標を併せて、総合的に評価する。

第8次新潟県地域保健医療計画「精神疾患（認知症）」ロジックモデル

あり	E 圏域の取組
12	
13	
14	
15	〈例〉 ・意思決定支援に関する研修会の実施

あり	D 個別施策	あり	C 初期アウトカム
12	養護者による虐待を防ぐため、養護者に対する相談・支援体制の充実を図る。	8	養護者が認知症の人についての相談ができる窓口があり、適切な支援に繋ぐことができている。 【再掲】地域包括支援センターにおける認知症に関する相談数 認知症コールセンターに相談した家族等の実人数 認知症コールセンターにおける他機関への紹介等の件数 認知症疾患医療センターにおける家族等からの相談件数 認知症カフェの設置数 養護者よる虐待に占める認知症日常生活自立度Ⅱ以上の人数
13	認知症疾患医療センターの地域連携拠点機能の強化を図る。	9	かかりつけ医・専門医療機関・介護関係者のネットワークが構築され、適切なサービスが切れ目なく提供されている。 認知症専門診断管理料の算定医療機関数
14	切れ目のないサービス提供を実現するため、病診連携や医療・介護の連携促進を支援する。		認知症サポート医・オレンジドクターにおける、認知症療養指導料の算定医療機関数 認知症疾患医療センターから他機関への逆紹介・情報提供数
15	認知症の人の意思が尊重された日常・社会生活が実現されるよう、意思決定支援の取組を推進する。	10	認知症の人の意思が反映されたサービス提供や日常生活支援が行われている。 認知症の方向けの意志決定支援に関する普及啓発や専門職向け研修を実施数する市町村数

あり	B 中間アウトカム
----	-----------

あり	A 最終アウトカム
----	-----------