

令和8年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る研修会議Ⅰ

令和8年9月24日

指標の考え方手引き及び事業評価について

地域の目指すべき姿から逆算するPDCAの実践に向けて

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大野賀政昭



本日お話しする内容

①

事業の推進と
目指すべき姿の設定

PDCAはどこでつまずくのか

②

アウトカムを
意識した事業整理と
在宅医療の4場面

手引きの中核をどう使うか

③

よくある課題と
小さなPDCAの
すすめ

90日で動かす単位をつくる

今日、持ち帰っていただきたい3つのこと

① 「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」から始める

② 4場面は別々の箱ではない。共通する根っこを狙うと、少ない取組で複数場面に効く

③ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、初期アウトカムを置いて短い間隔で回す

本日お話しする内容

①

事業の推進と
目指すべき姿の設定

PDCAはどこでつまづくのか

②

アウトカムを
意識した事業整理と
在宅医療の4場面

手引きの中核をどう使うか

③

よくある課題と
小さなPDCAの
すすめ

90日で動かす単位をつくる

今日、持ち帰っていただきたい3つのこと

① 「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」から始める

② 4場面は別々の箱ではない。共通する根っこを狙うと、少ない取組で複数場面に効く

③ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、初期アウトカムを置いて短い間隔で回す

在宅医療・介護連携推進事業の2020年における見直し

在宅医療・介護連携推進事業の見直しについて

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料(抜粋)

令和2年7月31日

- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度から全ての市町村で実施されており、約6割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。
一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。
- このような状況を踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、以下の通り見直しを予定している。

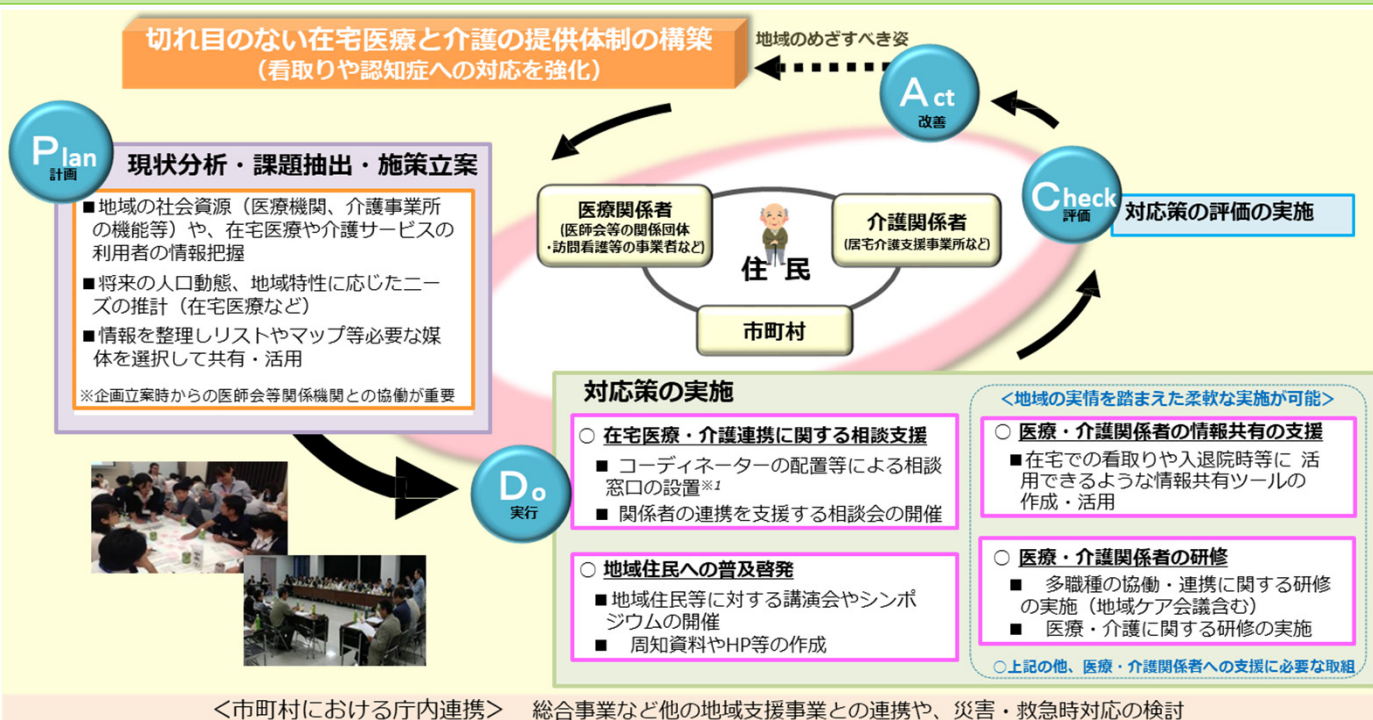
在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

- ① 現状規定する8つの事業について、PDCAサイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。
 - ー 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化する
 - ー 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
 - ー 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化
- ② 手引き等の中で、以下の内容を明確化する。
 - ー 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
 - ー 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ③ PDCAサイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目例をお示しする予定。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。



手引きver.3が2020年9月に公表され、事業の体系図が更新されるとともに、在宅医療4場面ごとの評価の具体例とデータ項目例が示されることとなった。

在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCA（手引き ver.3～）



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部署の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

※ 8つの事業項目は「目的」ではない。2020年にPDCAサイクルを意識し、整理された。

厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver4」<https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf> P14

ver.1 2015年 3月～
ver.2 2017年10月～
ver.3 2020年 9月～
ver.4 2025年 3月～

PDCAサイクルに沿った取り組みにおけるよくある課題

手引きが「はじめに」で挙げた5つの声は、いまま現場の課題としてよく聞く言葉。



2024年度の実態調査（市町村票）での、「在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題」で、「現状把握と問題点の抽出（データ活用を含む）」が20.0%で最も高い（15項目中）※

＝現状においてもなお、事業評価やPDCAサイクルの沿った取り組みは課題。

【指標の考え方手引き】手引きの位置づけ

手引きは、「目的」となりがちな評価を**関係者が同じ方向を向くためのコミュニケーション**としてとらえなおすことを説いている

指標の設定や指標の正確さに終始するのではなく、
事業を共に進める関係者が、同じ方向に向かって取組を推進していくことが重要
＝その取り組みの成果が施策体系図（ロジックモデル）



従来の誤解

- ・ 目的: 過去の実績を採点し、成績をつける（査定）
- ・ 指標の性質: 誰が見ても一意で、極めて精緻・正確な数値
- ・ 結果: 評価すること自体が目的化し、現場の疲弊を招く



手引きが示す本質

- ・ 目的: 課題解決のヒントを得るためのプロセス
- ・ 指標の性質: 関係者が同じ方向を向くためのコミュニケーションツール
- ・ 結果: 共通の目標（めざすべき姿）に向けた対話と協働が生まれる

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

在宅医療・介護連携の 推進に向けた 指標の考え方手引き

在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討事業

令和7年（2025年）3月

【指標の考え方手引き】アウトカムと既存事業のつながりの整理テンプレート

目指すべき姿

最終アウトカム

介護保険事業計画から
設定した在宅医療介護
連携推進事業の目標

在宅医療に関する地域住民のベネフィット

例：医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、望む場所で最期まで過ごせる

中間アウトカム

定性

定量

レセプト

より具体的な場面（在宅医療の4場面など）
を想定した地域住民のベネフィット

日常の療養支援

急変時の対応

入退院支援

看取り

その他
（認知症、感染症、
災害時等）

初期アウトカム

定性

定量

レセプト

事業や施策によって得られる地域住民等のベネフィット

多職種の
連携

機関間の
連携

情報連携

スキルアップ・
人材育成

住民の
理解醸成

体制・環境の
充実

事業の実施 （アウトプット）

在宅医療介護連携推
進事業の取組状況

事業実績

会議

研修

普及啓発、広報

ツール運用

ルール、
仕組みづくり

4 場面全てで整理するか、注力したい 1 場面から整理するなど、
どこまでをロジックモデルで整理するかは、市町村のこれまでの進捗や容易さによって異なる

最終アウトカムと事業実施のレベル感（近き・階層の数）
の捉え方は、市町村のこれまでの進捗によって異なる

これまで可視化されにくかった部分

間をうめていく、
発想と取組が求め
られる。
（アウトカム志向）

事業の取組

目指すべき姿は、2種類の情報を重ねてつくる

手引きでは、定性の気づきと定量データを往復しながら具体化する手順を示している。

定性 — 聞いてわかること

- 「看取りに対する専門職の意識に差がある」
- 「〇〇地区では住民同士の助け合いができています」
- 「〇〇先生は、昔から診ている患者なら訪問する」
- 「ヘルパーが対応できないことがある」

定量 — 数えてわかること

- 高齢者人口の推移、将来推計(2040年)
- 死亡者数・死亡場所の推移
- 住民が希望する最期の場所(ニーズ調査)
- 医療・介護サービスの提供事業所数(JMAP)
- レセプトによる提供量(介護・医療SCRなど)

定性だけでは、他の地域との比較が難しく、経時的な変化もわかりづらい、
定量だけでは、「なぜそうになっているか」が分かりづらいという課題がある

数字を出発点にして現場に確かめる、という順番が多くの関係者がかかわり、
推進していく本事業において有効。

いま、どこに向かっていくか

（医療・介護連携の推進）

○ 2040 年にかけて、介護と医療の複合ニーズを有する 85 歳以上の高齢者が一貫して増加する。適切な医療・介護サービスの受け皿を確保するため、2040 年に向けた医療・介護連携に係る提供体制等について、各地域において新たな地域医療構想とも議論を接続させて検討を行うことや、そのために地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（以下「総合確保方針」という。）に基づく医療と介護の協議の場を実効性の伴う形に再編成した上で、2040 年に向けた介護の提供体制等についても本格的に議論するための体制を構築することが重要である。

介護保険制度の見直しに関する意見 令和 7 年 12 月 25 日 社会保障審議会介護保険部会 P14
在宅医療・介護連携は、介護保険の事業でありながら、医療提供体制の政策とつながりつつある。

2024年度～

第9期介護保険事業計画と第8次医療計画が同時開始。医療計画に「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が位置づけられた

2025年3月

手引きVer.4公表。あわせて「指標の考え方手引き」が示された

これから

新たな地域医療構想。2040年に向け、医療と介護の協議の場を実効性の伴う形に再編成することが求められている

押さえておきたい2つの「ずれ」

圏域のずれ

事業の単位は市町村、医療提供体制の単位は二次医療圏

集計基準のずれ

介護SCRは利用者住所地ベース、医療SCRは医療機関所在地ベース

2040年を見据えると、何が変わるのか

いまの体制を前提にした計画では足りない、という前提を共有する。

医療・介護の需要

後期高齢者の増加により、訪問診療・訪問看護・看取りの需要は今後も増える見込み

増える

生産年齢人口

支え手となる世代が減少し、医療・介護の担い手確保が難しくなる

減る

医療資源

診療所医師の高齢化と後継者問題により、在宅医療を担う医療機関が減る地域がある

減る地域あり

介護資源

訪問介護事業所の休止・閉鎖が各地で生じている

減る地域あり

「需要は増え、担い手は減る」。

だからこそ、いまある資源をどう組み合わせるかを設計する必要がある

※ 個別の推計値は、各県・各市町村の将来人口推計および介護保険事業計画の値を確認する必要がある。

新しい共通の物差し 介護SCR（需要の将来推計） / 医療SCR

介護SCR活用 の ユースケース : <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001723292.pdf> 127～131枚目

介護SCR（Standardized Claim-data Ratio）

性別・年齢構成の違いを調整した、介護サービスのレセプト出現比。全国基準（1.0）に対する地域の提供量の多寡を示す。

システムがもたらす3つの利点:

- ・現状把握: 医療・介護の提供状況の地域差を客観的データで比較可能。
- ・将来推計: 2030年、2040年に向けた介護需要の増減をシミュレーション。
- ・一元化: 誰もが同じデータ基盤にアクセスでき、関係者間の課題共有が容易になる。

介護SCR: 地域包括ケア「見える化」システムにログイン
→ [情報共有]
→ 「1-4. 介護SCR、介護需要の将来推計」

医療SCR: 内閣府「医療提供状況の地域差」
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/chiikisa/index.html>

A) 人口動態、地理的特徴、社会資源

○人口推計

	2023年	2030年	2035年	2040年
総人口	3.7千人	2.7千人	2.4千人	2.2千人
生産年齢人口	1.6千人	1.0千人	0.8千人	0.7千人
65歳以上人口	1.8千人	1.4千人	1.3千人	1.2千人
75歳以上人口	1.2千人	1.0千人	0.7千人	0.6千人
85歳以上人口	0.5千人	0.4千人	0.3千人	0.3千人

- ・町内の地形は山間部であり、車移動は必須。
- ・住宅は点在しており、訪問系サービスの移動時間は長い。
- ・近年、独居の高齢者が増加傾向。

B) 介護SCR・医療SCRに基づく提供量

○介護SCR（2023年）

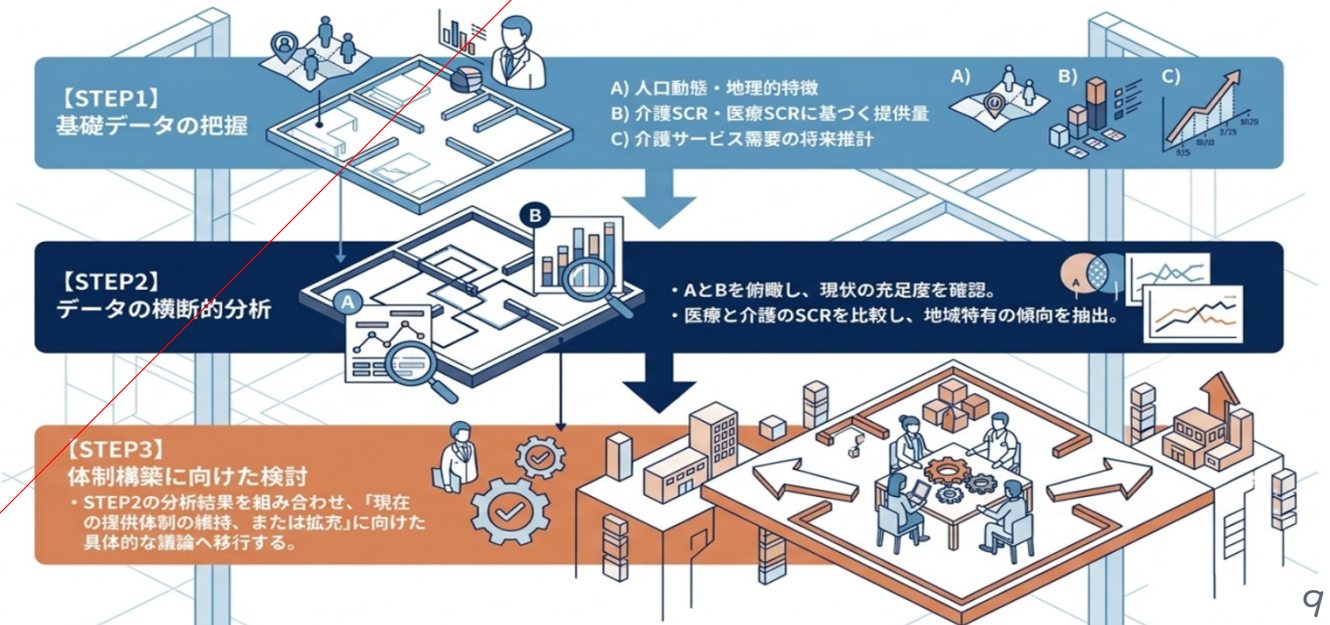
訪問系サービス	90.5
通所系サービス	84.5
居住系サービス	51.3
介護老人福祉施設	178.2
介護老人保健施設	182.6
介護医療院	212.3

○医療SCR（2022年）

急性期一般入院料全体	22.6
入院 地域包括ケア全体	0
療養病床入院料全体	14.9
外来 外来受診全体	0.7
在宅 在宅時医学総合管理料等	47.2
在宅 施設入居時等医学総合管理料等	6.9
訪問看護指示料等	39.7

C) 介護サービス需要の将来推計

	2025年	2030年	2035年	2040年
訪問系サービス	1倍	0.92倍	0.87倍	0.86倍
通所系サービス	1倍	0.98倍	0.92倍	0.85倍
居住系サービス	1倍	0.88倍	0.86倍	0.84倍
介護老人福祉施設	1倍	0.94倍	0.86倍	0.80倍
介護老人保健施設	1倍	0.95倍	0.86倍	0.81倍
介護医療院	1倍	0.94倍	0.88倍	0.82倍



参考: 厚生労働省老健局介護保険計画課・老人保健課 事務連絡 (令和8年6月22日) / 「介護SCRの概説と利用上の留意点」令和8年6月

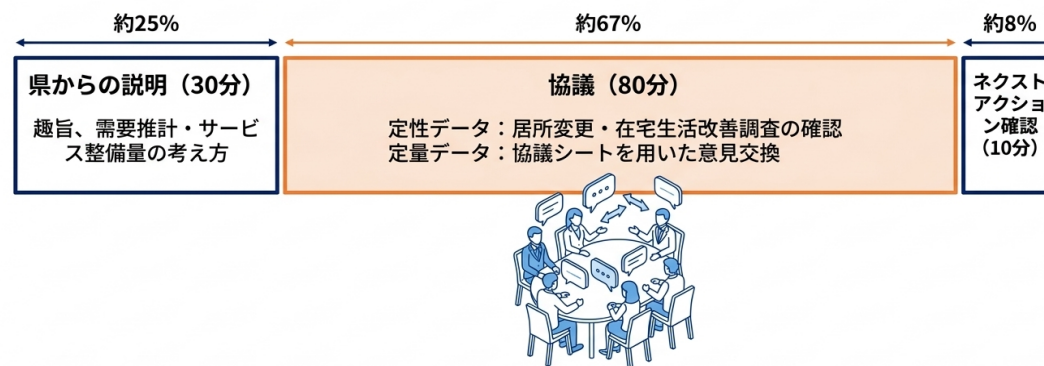
A県事例 ― 介護SCR・医療SCRのデータを「協議の場」で共有

手引きでは、評価を協議の場で共有し、改善と次の対応策につなげるよう求めているが、介護SCR・医療SCRのデータを「協議の場」で共有するというA県の取り組みは示唆的。



新たな会議体を新設するのではなく、手引きが推奨する通り「在宅医療に必要な連携を担う拠の会議」を活用し、実効性のある協議体をデザインしている。

データドリブンな対話：120分の会議プロセス



説明を最小限に留め、「協議」に時間の約7割を割く。
定性（限界点の把握）と定量（SCR等の俯瞰）を往復する対話構造である。

A県の協議シートは、前スライドの「介護SCR活用 of ユースケース」の表を基本としながら、以下の4つの内容を問うようなワークシートを作成していた。

① 整備可能性はあるか

② 在宅3サービスで受け止められないか

③ 空き定員を活用できないか

④ 医療対応力の向上で既存サービスを活かせないか

①～③は整備量の話（介護保険部局）。④だけが連携と医療対応力の話 = この事業の守備範囲。16

提供体制と住民の希望のギャップを見る

「提供体制はどうか」×「住民は何を望んでいるか」の2軸で、地域の型を確かめる。

医療機関ベース地域

医療資源は多いが介護資源が少ない

在宅サービスと医療機関の連携で、医療機関での看取りも加味して最期を迎える

在宅医療・在宅介護地域

医療も介護も資源に限られる

在宅医療・介護サービスの連携で、安心して地域で亡くなることを目指す

介護施設ベース地域

介護資源は多いが医療資源が少ない

在宅サービスと介護施設の連携で、施設での看取りも加味して最期を迎える

医療機関・介護施設・在宅混合

医療も介護も比較的そろっている

選択肢が多い分、どこにつなぐかの調整機能が重要になる



住民がどこでサービスを受けたいかという希望



目指すべき姿の具体化

※ 自地域がどの型かを決めることが、目指すべき姿を「住み慣れた地域で」を具体的にする

出所) 大野賀政昭「データを活用した在宅医療介護連携推進事業における評価を考える」令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 研修会(令和7年3月7日)を一部改変。

本日お話しする内容

①
事業の推進と
目指すべき姿の設定

PDCAはどこでつまずくのか

②
アウトカムを
意識した事業整理と
在宅医療の4場面

手引きの中核をどう使うか

③
よくある課題と
小さなPDCAの
すすめ

90日で動かす単位をつくる

今日、持ち帰っていただきたい3つのこと

① 「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」から始める

② 4場面は別々の箱ではない。共通する根っこを狙うと、少ない取組で複数場面に効く

③ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、初期アウトカムを置いて短い間隔で回す

【指標の考え方手引き】アウトカムと既存事業のつながりの整理テンプレート

目指すべき姿

最終アウトカム
介護保険事業計画から
設定した在宅医療介護
連携推進事業の目標

在宅医療に関する地域住民のベネフィット

例：医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、望む場所で最期まで過ごせる

中間アウトカム

定性
定量
レセプト

より具体的な場面（在宅医療の4場面など）
を想定した地域住民のベネフィット

日常の療養支援

急変時の対応

入退院支援

看取り

その他
（認知症、感染症、
災害時等）

初期アウトカム

定性
定量
レセプト

事業や施策によって得られる地域住民等のベネフィット

多職種の
連携

機関間の
連携

情報連携

スキルアップ・
人材育成

住民の
理解醸成

体制・環境の
充実

4 場面全てで整理するか、注力したい 1 場面から整理するなど、
どこまでをロジックモデルで整理するかは、市町村のこれまでの進捗や容易さによって異なる

事業の実施
（アウトプット）

在宅医療介護連携推
進事業の取組状況

事業実績

会議

研修

普及啓発、広報

ツール運用

ルール、
仕組みづくり

最終アウトカムと事業実施のレベル感（近き・階層の数）
の捉え方は、市町村のこれまでの進捗によって異なる

間をうめていく、
発想と取組が求め
られる。
（アウトカム志向）

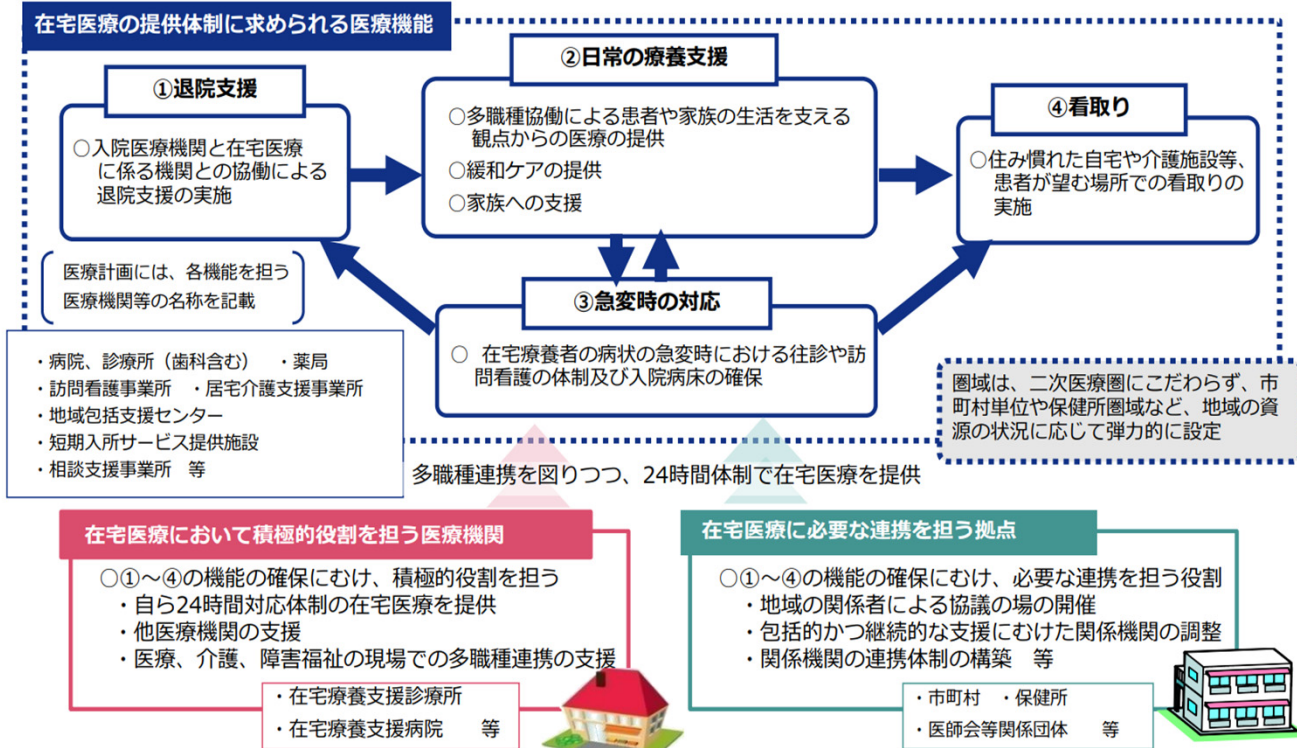
事業の取組

在宅医療の4つの場面について

「在宅医療の体制構築に係る指針」2012年3月～

第8次医療計画の策定に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」（2023年5月）でも
在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、4つの場面が示されている。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

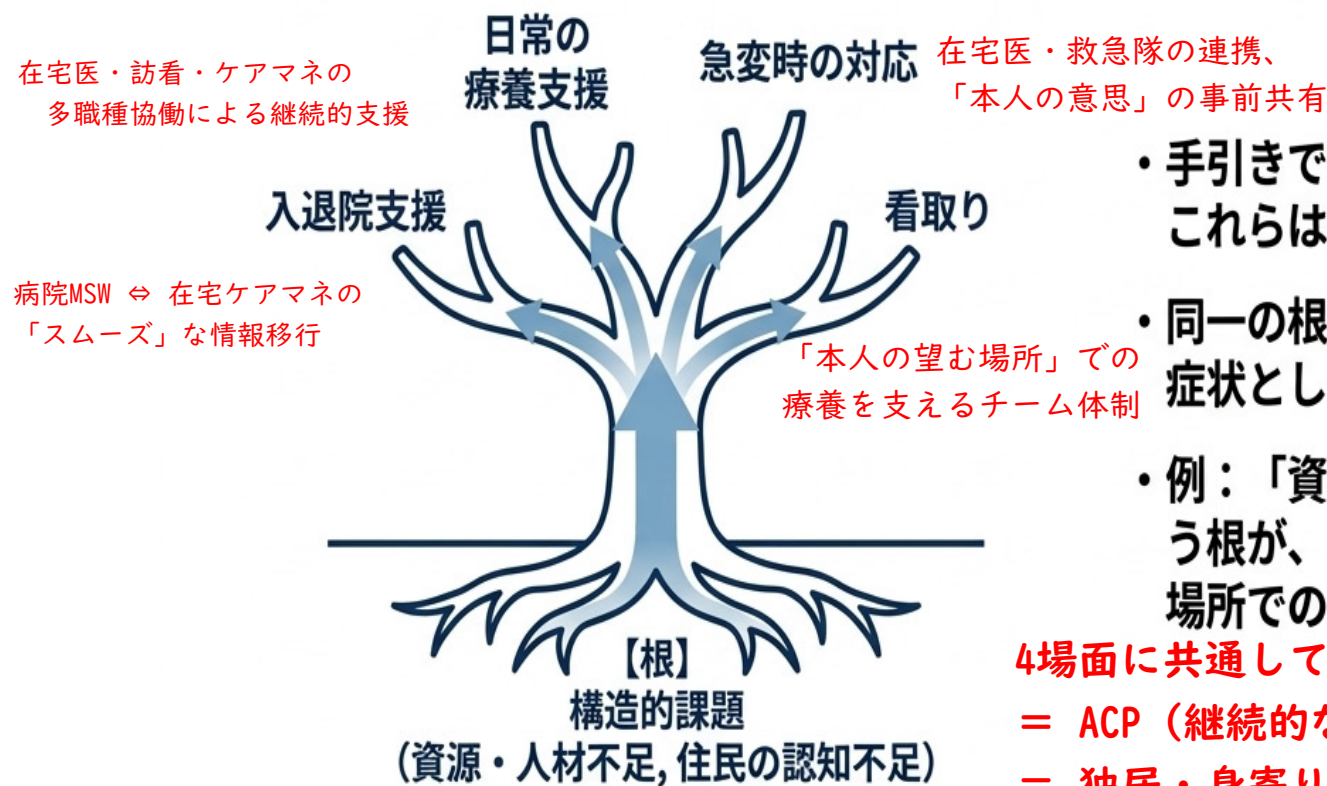


4つの場面は「分断された事業」ではなく「連続する生活」である
行政上の「箱」として事業を分けるのではなく、一人の住民の連続した生活として捉え直すことで、切れ目のない支援が見えてくる。



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

4つの場面の捉え方（共通する課題の意識）



- ・手引きでは4つの場面が設定されているが、これらは独立した別々の課題ではない。
- ・同一の根（根本課題）が、場面ごとに異なる症状として表出しているに過ぎない。
- ・例：「資源不足」や「住民の認知不足」という根が、日常療養での連携不足や、望まない場所での最期という症状（枝）を生んでいる。

4場面に共通して必要な基盤

= ACP（継続的な対話）と ICT（情報共有の仕組み）

= 独居・身寄りなしへの対応、資源の多寡・協働の仕組み

個別の場面ごとのパッチワーク的な対策ではなく、根本原因（根）を対象とした全体最適の視点が、事業評価には不可欠である。

課題と取組の「ミスマッチ」を探す

A県の4つの場面ごとの取組内容からは、課題と取組にミスマッチが起こっていることがわかった。
→課題に応じた取り組みの改善が重要。

場面	主な課題	主な取組	ミスマッチ
日常の療養支援	資源の不足（13件） 支援スキル（12件）	手引き等の作成（18件） 研修・講座開催（16件）	最も深刻なミスマッチ。 現場は「人・リソース」が枯渇しているのに、 取組は「人・時間」を消費する学習と参加に集中している
入退院支援	情報共有（15件） 連携ルール・情報が不十分	手引き等の作成（18件） ツールの作成・活用（12件）	ルール（手引き）は作られたが、ツールの普及・活用や専門職間の連携そのものが課題として残っている
急変時の対応	情報（知識）の普及（10件） ACPの認知度不足	ツールの作成・活用（13件） 救急医療情報キット等	「モノ（キット）」は配るが、その中身となる「本人の意思決定（ACP）」が課題として残る
看取り	情報（知識）の普及（15件） 住民のACP認知度不足	研修・講座開催（22件） 市民公開講座・終活支援講座	方向性は一致しているが、「興味がある人しか参加しない」可能性。無関心層に届いていない

地域の目指すべき姿から逆算するPDCAにおける問いの立て方

× よくある問いの立て方

「今年は何をやろうか」

- ・昨年と同じ研修会を開く
- ・国が示す8事業項目を埋める
- ・4場面の表を埋める

○ 本日おすすめする問いの立て方

「この地域は、どうなりたいのか」

- ・住民は、どこで最期を迎えたいのか
- ・その希望と、いまの実態はどれだけ離れているか
- ・その差を埋めるには、何が足りないのか

4場面の表を「埋めること」が目的ではない

- ・ 地域の課題は何か
- ・ 現場は、何に困っているのか
- ・ いま出している解決策は、その課題に本当に効くのか

例) 「訪問看護が少ない」「在宅医が少ない」という課題に対して、解決策が「研修会の開催」になっていないか。



【指標考え方手引き】確認しておくべきデータ項目一覧

事業評価に活用できるように、手引きver.3で掲載されていたデータ項目を整理・更新して参考資料として掲載されている。

■提供体制として整理しておくことと良い基礎的な情報：機関数・従事者数

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に掲載されている項目	・居宅介護支援事業所数 ・通所介護の事業所数 ・訪問介護の事業所数 ・通所リハビリテーション事業所数 ・訪問リハビリテーション事業所数 ・訪問看護事業所数 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所数 ・介護老人保健施設数 ・指定介護老人福祉施設数 ・地域密着型介護老人福祉施設数 ・介護療養型医療施設数 ・介護医療院数 ・訪問診療を実施している診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・在宅療養支援診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・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（急変時も同様） ・薬局数 ・訪問薬剤管理指導を実施する薬局数 ・医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症サポート医等） ・認知症地域支援推進員数	・退院支援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 ・在宅療養後方支援病院数	・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
上記以外	・訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数 ・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 ・認知症疾患医療センター数 ・認知症初期集中支援チーム数 ・介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症介護実践リーダー等） 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・訪問看護従事者数 ・機能強化型在宅療養支援診療所・病院数（急変時、看取りも同様） ・機能強化型の訪問看護ステーション数（急変時、看取りも同様） ・訪問薬剤管理指導を実施する診療所・病院数 ・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、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（急変時、看取りも同様） ・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 ・訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	・退院支援担当者配置している診療所・病院数 ・介護支援連携指導を実施している診療所・病院数 ・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	・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・24時間体制を取っている訪問看護従事者数 ・24時間対応可能な薬局数	《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・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

■提供体制として整理しておくことと良い基礎的な情報：利用者数、算定回数等

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に掲載されている項目	・認知症短期集中リハビリテーション加算 ・訪問診療の実績回数 ・訪問歯科診療の実績回数 ・訪問薬剤指導の実績回数 ・訪問看護（医療・介護）の実績回数 ・通所介護の実績数 ・訪問介護の実績数 ・通所リハビリテーションの実績数 ・訪問リハビリテーションの実績数	・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	—	・在宅ターミナルケアを受けた患者数 ・看取り数（死亡診断のみの場合を含む） ・在宅死亡者数
上記以外	・要介護高齢者の在宅療養率 《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数 ・訪問口腔衛生指導を受けた患者数 ・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、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 ・訪問リハビリテーションを受けた患者数 ・訪問栄養食事指導を受けた患者数	・退院後訪問指導を受けた患者数	・往診を受けた患者数	《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》 ・訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

■連携を測る項目

	日常の療養支援	入退院支援	急変時対応	看取り
見える化システム等に掲載されている項目	・特定事業所加算 ・看護体制強化加算 ・緊急時訪問看護加算 ・医療連携強化加算 ・医療連携体制加算 ・看護・介護職員連携強化加算	・介護支援連携指導料 ・退院時共同指導料 ・入院時情報連携加算 ・退院・退所加算 ・退院・退所時連携加算	・看護体制強化加算 ・緊急時訪問看護加算 ・配置医師緊急時対応加算 ・緊急時訪問介護加算 ・緊急時等居宅カンファレンス加算	・配置医師緊急時対応加算 ・看取り介護加算 ・ターミナルケア加算
上記以外	・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 ・居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等） ・かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合 ・認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合 ・初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合	・入退院支援加算 ・退院前訪問指導料 ・診療情報提供料 ・入院時情報提供率 ・退院調整率	・機能強化型訪問看護管理療養費 ・緊急訪問看護加算 ・往診料（夜間、日祝）／全体	—

※赤枠は、レーダーチャート（地域分析→指標を選ぶ→レーダーチャート→在宅医療・介護連携推進事業）で表示できる項目（出力は偏差値であることに注意）。掲載されていない指標として、認知症（専門ケア）加算算定率（通所系、多機能系、施設・居住系）、協力医療機関連携加算算定率（施設・居住系）

出所）「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社日本能率協会総合研究所）P32～34を参考に作成。

本日お話しする内容

①
事業の推進と
目指すべき姿の設定

PDCAはどこでつまずくのか

②
アウトカムを
意識した事業整理と
在宅医療の4場面

手引きの中核をどう使うか

③
よくある課題と
小さなPDCAの
すすめ

90日で動かす単位をつくる

今日、持ち帰っていただきたい3つのこと

① 「何をやるか」ではなく「この地域はどうなりたいのか」から始める

② 4場面は別々の箱ではない。共通する根っこを狙うと、少ない取組で複数場面に効く

③ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、初期アウトカムを置いて短い間隔で回す

【指標の考え方手引き】アウトカムと既存事業のつながりの整理テンプレート

目指すべき姿

最終アウトカム
介護保険事業計画から
設定した在宅医療介護
連携推進事業の目標

在宅医療に関する地域住民のベネフィット

例：医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、望む場所で最期まで過ごせる

中間アウトカム

定性

定量

レセプト

より具体的な場面（在宅医療の4場面など）
を想定した地域住民のベネフィット

日常の療養支援

急変時の対応

入退院支援

看取り

その他
（認知症、感染症、
災害時等）

初期アウトカム

定性

定量

レセプト

事業や施策によって得られる地域住民等のベネフィット

多職種の
連携

機関間の
連携

情報連携

スキルアップ・
人材育成

住民の
理解醸成

体制・環境の
充実

4 場面全てで整理するか、注力したい 1 場面から整理するなど、
どこまでをロジックモデルで整理するかは、市町村のこれまでの進捗や容易さによって異なる

事業の実施
（アウトプット）

在宅医療介護連携推
進事業の取組状況

事業実績

会議

研修

普及啓発、広報

ツール運用

ルール、
仕組みづくり

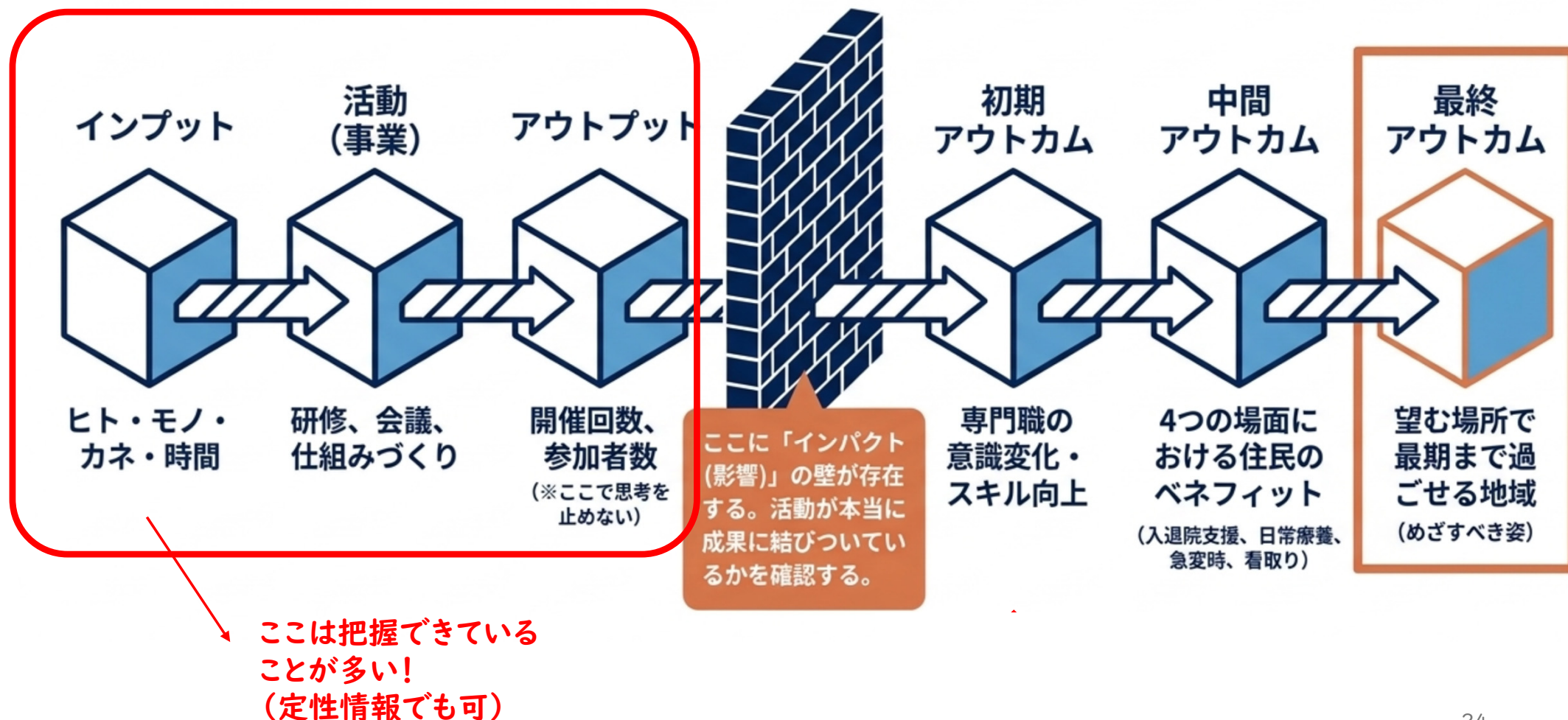
最終アウトカムと事業実施のレベル感（近さ・階層の数）
の捉え方は、市町村のこれまでの進捗によって異なる

これまで可視化されにくかった部分

間をうめていく、
発想と取組が求め
られる。
（アウトカム志向）

事業の取組

【指標の考え方手引き】 整理テンプレート導入における壁



アウトプットとアウトカム

「やったこと」と「変わったこと」は異なることに注意が必要。

アウトプット（やったこと・活動量）

- 研修会を2回開催した
- 参加者が100人だった
- エンディングノートを300冊配った
- 救急医療情報キットを全戸に配布した
- 会議を4回開催した

アウトカム（変わったこと）

- 退院の連絡が3日前までに来るようになった
- 「誰に相談すればよいか」が分かる人が増えた
- 家族と話したことがある人が増えた
- 救急隊が本人情報を見つけられるようになった
- 会議で出た課題が1つ、事業に変わった

ロジックモデルの考え方については、研修会議Ⅱで展開予定です。



大きなPDCAでは回らない

理想的な大きなPDCAを回そうとすると、始まらないまま年度が終わる可能性が高まる。

× 大きなPDCA

目標：在宅看取り率の向上

指標：在宅死亡割合

評価：3年後の介護保険事業計画で

→ 誰が、いつ、何をすれば動くのかが
決まらないまま時間が過ぎる

○ 小さなPDCA

目標：退院の連絡が早く来るようになる

指標：対象10件の「連絡が来た日」

評価：3か月後に病院・包括・市で30分

→ 誰が、いつ、何を見るかが決まっている
だから動く

初期アウトカムの例

× 悪い例 「研修会を開催した」（単なる実績・アウトプット）

○ 良い初期アウトカムの例

- ・ 退院支援において、病院とケアマネの間の情報共有が退院○日前に行われるようになった
- ・ 急変時の連絡ルールが関係者に周知され、迷わず連絡できるようになった
- ・ 顔の見える関係ができ、相談件数が増加した

小さな市町村のデータの集め方、うまく結果が出なかったときの見直し方

小さな市町村のデータの集め方

定量データの限界



小規模市町村では、サンプル数が少なく統計的な有意性が出ない、あるいはデータ取得自体が困難なケースがある。

定性情報の活用



- ・地域ケア会議や専門職へのヒアリングからの「気づき」を指標化する。
- ・「看取りに対する専門職の意識差」「ヘルパーが対応できない特定ケースの存在」などを課題として抽出。

情報整理



“「3か月後に30分だけ振り返るとしたら、何の数字／事例を持ち寄りますか？」
(スモールステップでの定性評価の仕組み化)”

うまく結果が出なかったときの見直し方

症状	原因	処方箋
活動はしているが進捗が測れない	定量化・定性化できない 曖昧な指標	指標の再定義、 代替指標の設定
指標は達成したが課題が解決しない	上位目標（めざすべき姿）と 事業が連動していない	ロジックモデルの再構築 (整合性の確認)
成果が全く表れない	目標値が高すぎる、または 資源（ヒト・モノ）不足	中長期目標の現実的修正、 アクションプランの徹底
現場が動かない	関係者の「納得感」が 得られていない	協議の場への回帰、 目的意識の再統一

在宅医療・介護連携推進事業のあるあるカード

「研修会は毎年やっている。
参加者数も達成している。
でも何が変わったか分からない」

参加した人の「行動」で、3か月後に1つ変わってほしいことは何か。

「コーディネーターに委託しているが、市は報告を受けることが中心」

市が決めるべきこと、コーディネーターが観察・つなぐこと、共同で判断することを分けられるか。

「課題が多すぎて、何から手をつければよいか分からない」

最も困っている「主語」を1人に絞ると何が残るか。影響が大きく、今動かせる箇所はどこか。

「ACPは看取りの場面の普及啓発」

急変時の意思確認や日常療養の選択にも同じ課題がある。ACPを“場面”ではなく“継続する対話プロセス”にできないか。

※グレーの字はマネジメント上の問い

「協議の場はあるが、取組状況の報告が中心で、課題の共有までいかない。」

具体的な課題解決の協議をできる小さなチームをつくることができるか。

「救急情報キットを配布した」だけで終わった

更新され、必要な時に見付き、救急隊・医療機関が意思決定に使えるところまで設計されているか。



90日で試す一步の考え方（入退院支援を例に）

大きな計画はできない可能性を高める。既存の仕組みを1つだけ変えて試せることを書く。

誰が困っているか	退院調整を担うケアマネジャーと、病院の連携担当者
90日後の小さな変化	退院の3日前までに、ケアマネジャーに連絡が来ているケースが増える
まず試す一步	2つの病院と地域包括支援センターの間で、「連絡のタイミング」を1項目だけ標準化する （新しいシートは作らない。既存の手順書に1行足すだけ）
3か月後に見るもの	対象ケース10件の「連絡が来た日」と「退院日」の差
いつ・誰と振り返るか	3か月後に、病院・包括・市の3者で30分

ここでは、新しい事業から考えないことがポイント！

「既存の会議・ツール・相談・役割分担を1つだけ変える」ことを意識する。

（90日で試せる、やり方のポイント）

本日お伝えしたかったこと（まとめ）

- ① 「この地域はどうなりたいのか」から始めるPDCAは
「事業をたくさん行うこと」ではなく
「目指す姿と現状のギャップを小さくすること」。
- ② 4場面は別々の箱ではなく、同じ本人・家族の生活を異なる局面から見たもの。
共通要素を重ねると、効果的に課題を改善できる可能性が見える。
- ③ PDCAは年1回の大きな評価ではなく、初期アウトカムを置き、
短い間隔で小さく確認・修正する。

