

令和7年度 都道府県・市町村担当者等研修会議
令和7年10月22日（水）

「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」 の作成にあたって

国立保健医療科学院
医療・福祉サービス研究部
大賀政昭

介護保険制度の流れと在宅医療・介護連携推進事業

2000年
(H11)

- ・介護保険制度が創設され、高齢者介護が社会全体で支える仕組みとして制度化される。

2008年
(H20)

- ・厚生労働省が「地域包括ケア研究会」を設置し、「医療、介護、予防、住まい、生活支援」を一体的に提供する地域包括ケアシステムのコンセプトが明確化される。

2011年
(H23)

- ・「在宅医療・介護連携推進事業」の前身となる厚生労働省医政局のモデル事業「在宅医療連携拠点事業」が開始される（2012年まで）。

2014年
(H26)

- ・医療介護総合確保推進法が成立。同年の介護保険法改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が市町村の地域支援事業として法的に位置づけられる。

2015年
(H27)

- ・改正介護保険法が施行され、各市町村で「在宅医療・介護連携推進事業」が順次開始される。

2018年
(H30)

- ・全ての市町村で「在宅医療・介護連携推進事業」の実施が義務化される。

2020年
(R2)

- ・「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」が公表され、PDCAサイクルの運用や「日常療養支援」「入退院支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの場面を意識した考え方が明確化される。

2024年
(R6)

- ・第9期介護保険事業計画と第8次医療計画が開始。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。（在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携についても記載がなされた。）

医療の提供体制と地域包括システムの関係の説明図（2015）

医療

介護

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

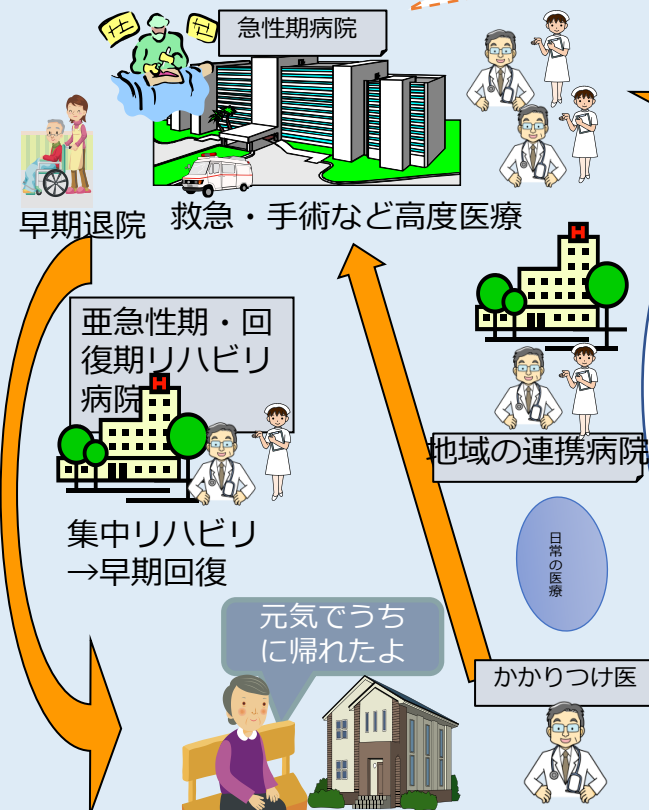
どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

市町村
日常生活圏域

改革のイメージ

病気になったら

(人員 1.6倍～2倍)



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院したら

<地域包括ケアシステム>
(人口1万人の場合)

医療



通院

在宅医療
・訪問看護

- ・在宅医療等
(1日当たり
17→29人分)
- ・訪問看護
(1日当たり
31→51人分)

住まい



自宅・ケア付き高齢者住宅

介護

- ・グループホーム
(17→37人分)
- ・小規模多機能
(0.22か所→2か所)
- ・デイサービス など

通所

訪問介護
・看護

- ・介護人材
(219→364～
383人)
- ・24時間対応の定期
巡回・随時対応サー
ビス (15人分)

※地域包括ケアは、
人口1万人程度の
中学校区を単位と
して想定



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

生活支援・介護予防

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、2015～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能
- ◆ **現状把握**
（対面が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

**医療と介護の連携/
ネットワーク構築**

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

**課題抽出
改善検討**

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

相談窓口の設置

取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

**医療と介護の連携/
ネットワーク構築**

（カ）医療・介護関係者の研修

**関係者の連携を
促進する研修実施**

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

変更

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。

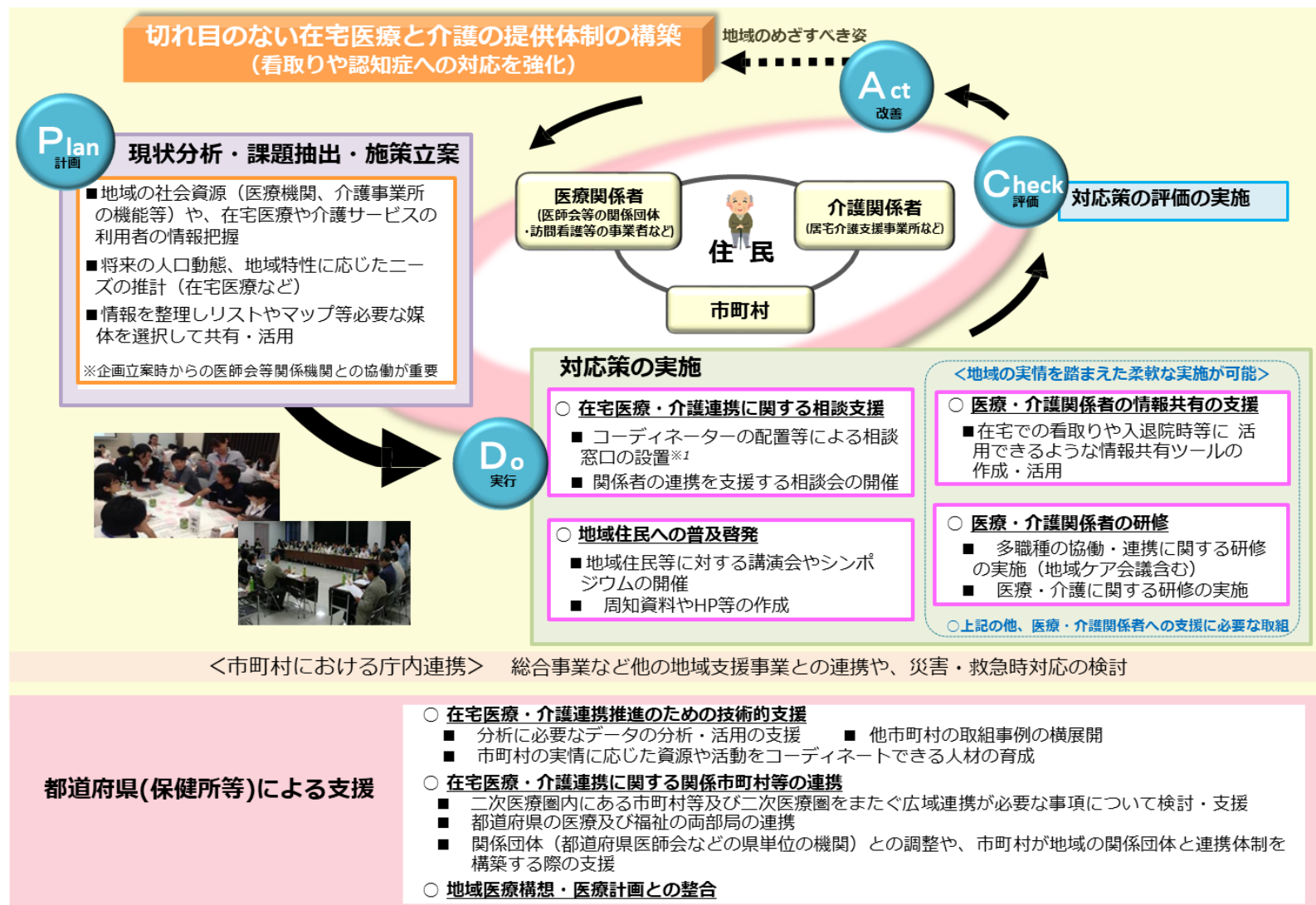
在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

- 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。
 - 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
 - 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
 - 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。
 - 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
 - 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～）



※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



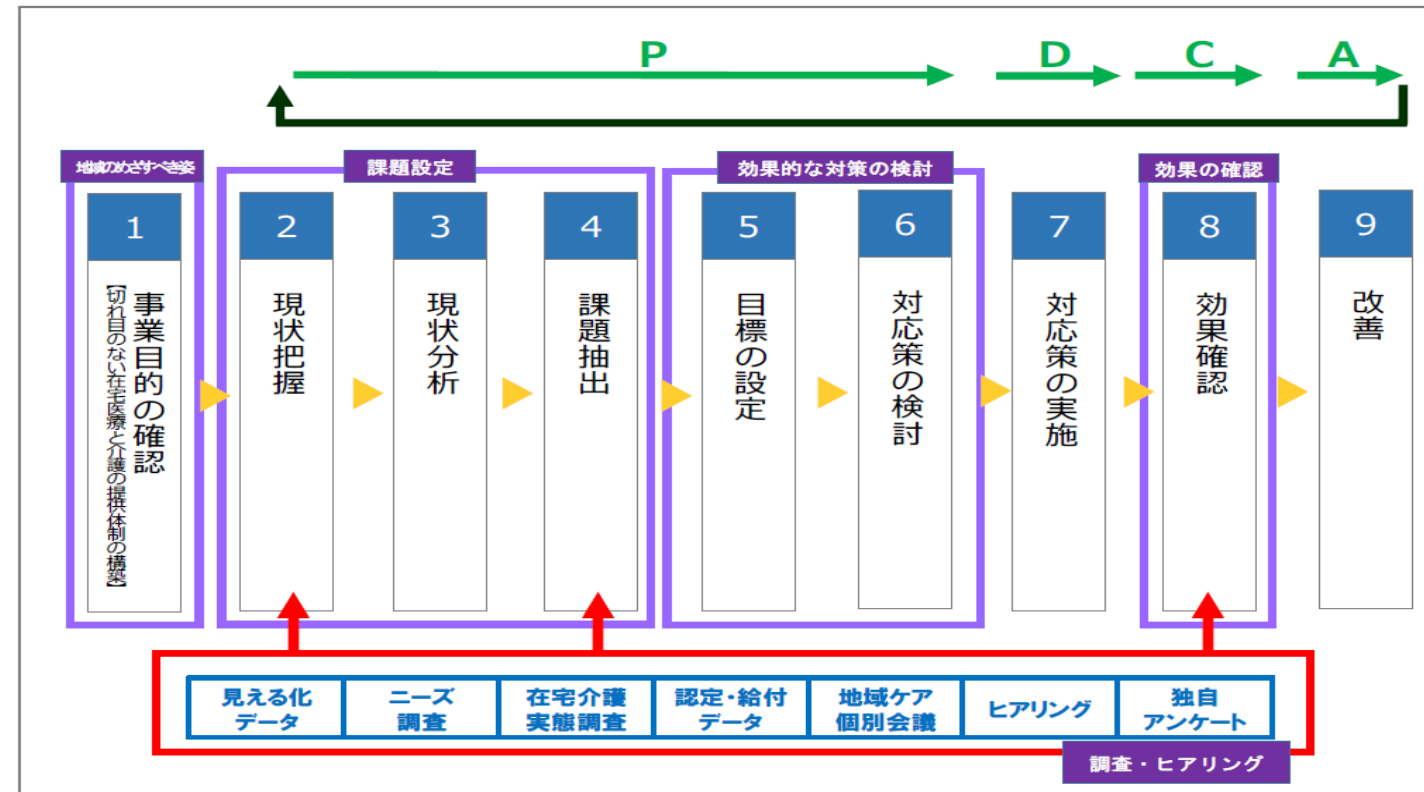
ver.1 2015年 3月～
ver.2 2017年10月～
ver.3 2020年 9月～
ver.4 2025年 3月～

PDCAサイクルに沿った取り組み（手引きver.3～）

2. PDCA サイクルに沿った取組

- 地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）はどのようなものかを考えた上で、現状分析、課題抽出、施策立案を行ったうえで、対応策を実施し、評価を行い、理想とする姿へ向かって改善を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進が求められる。
- PDCAサイクルとは、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)を繰り返すことで、業務を継続的に実施・改善していく手法である。
- 具体的には、まずは地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を検討し、関係者等に共有を実施する。入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において検討することが重要である。
- その上で、地域における現状分析、課題抽出を実施し、対応策を検討・実施する。その際、具体的な実施時期や評価指標等を定め実施する。
- 評価指標等に基づき、実施事項の効果検証し、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等の改善のための検討を実施する。
- 実施にあたっては各局面における、必要な関係者と連携を図ることが重要である。

図 6 PDCA サイクルのイメージ



PDCAサイクルに沿った取り組みにおけるよくある課題

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。



- ・目指すべき姿や目標と事業の目的が対応していない。
- ・現時点行われている事業も実績は記録しているが効果はわからない。



- ・明らかになった課題をどのように新規の施策につなげればいいのかわからない。
- ・課題は感じるが、現時点の事業も思うように実施できていない。

評価改善

現状把握



- ・指標（例）が多すぎる。
- ・どのようにデータを扱ったらいいかわからない。
- ・ヒアリングだけでは、他市との比較が難しい。

事業実施

課題抽出



- ・事業につながる課題分析の軸がわからない。
- ・データが提示されてもどのように課題抽出したらいいかわからない。

手引き ver.3 に例示されるデータ把握のための項目例

在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目例(4つの場面)

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
P D C A サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ例【体制整備】	● 居宅介護支援事業所数	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数
	● 介護老人保健施設数	退院支援を実施している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数
	● 指定介護老人福祉施設数	介護支援連携指導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
	● 地域密着型介護老人福祉施設数	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	在宅ターミナルケアを受けた患者数
	● 介護療養型医療施設数	退院時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	● 看取り数(死亡診断のみの場合を含む)
	● 介護医療院数	● 退院支援(退院調整)を受けた患者数	在宅療養支援歯科診療所数	● 在宅死亡者数
	● 通所介護の事業所数	● 介護支援連携指導を受けた患者数		
	● 訪問介護の事業所数	● 退院時共同指導を受けた患者数		
	● 通所リハビリテーション事業所数	退院時訪問指導を受けた患者数		
	● 訪問リハビリテーション事業所数			
	在宅療養支援診療所・病院数			
	● 訪問診療を実施している診療所・病院数			
	● 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			
	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			
	薬局数			
	● 訪問薬剤指導を実施する薬局数			
	認知症患者医療センター数			
	認知症初期集中支援チーム数			
	● 認知症短期集中リハビリテーション加算			
	● 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)			
	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)			
	認知症地域支援推進員数			
	● 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			
	要介護高齢者の在宅療養率			

(「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」の表2～表9を簡単にまとめたものであり、●印は地域包括ケア「見える化」システムで検索可能(令和2年8月時点))
(介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。また、在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。)

在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目例(4つの場面)

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
P D C A サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目例【連携】	機能強化型訪問看護管理療養費	入退院支援加算	● 往診料(夜間、日祝)／全体	配置医師緊急時対応加算
	緊急訪問看護加算	● 介護支援連携指導料	機能強化型訪問看護管理療養費	看取り介護加算
	● 居宅療養管理指導料	● 退院時共同指導料	緊急訪問看護加算	ターミナルケア加算
	特定事業所加算	退院前訪問指導料	配置医師緊急時対応加算	ターミナルケアマネジメント加算
	看護体制強化加算	診療情報提供料	緊急時訪問介護加算	
	緊急時訪問看護加算	● 入院時情報連携加算	看護体制強化加算	
	医療連携強化加算	● 退院・退所加算	緊急時訪問看護加算	
	医療連携体制加算	退院・退所時連携加算	緊急時等居宅カンファレンス加算	
	看護・介護職員連携強化加算	入院時情報提供率		
	● リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ以上)	退院調整率		
	かかりつけ医が認知症患者医療センターを紹介した割合			
	認知症患者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			

(「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」の表2～表9を簡単にまとめたものであり、●印は地域包括ケア「見える化」システムで検索可能(令和2年8月時点))
(介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。また、在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。)

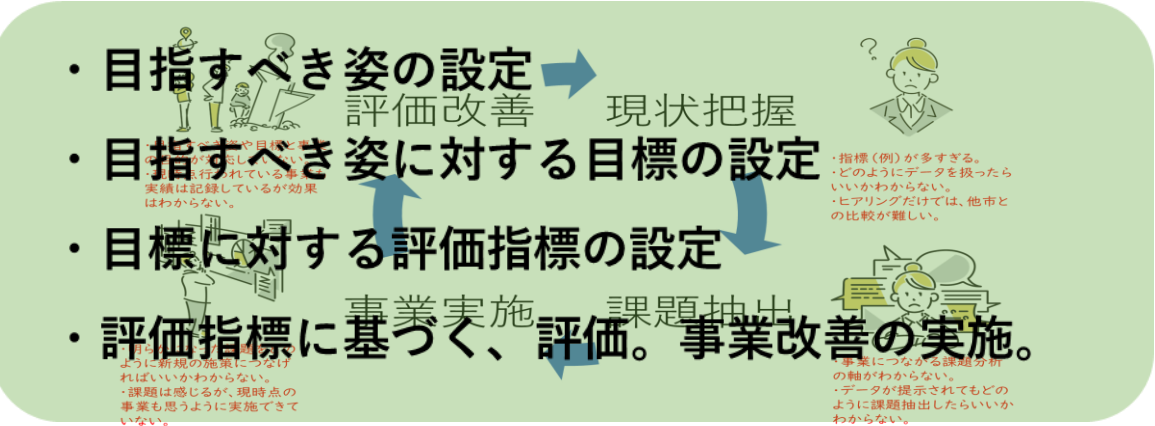
●は医療計画でもあげられている項目。

項目数が多く、定義や解説などが十分に示されていないため、その項目が何をしめしているかわかりづらい。

事業PCDAを支援するための指標の活用方法の検討（2022, 2023）

医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究
厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 長寿科学政策研究 2022年 - 2023年（研究代表者：赤羽学）

在宅医療・介護連携推進事業のPDCA



PDCAサイクルに沿った取組において活用できる指標（例）

どこにあてはまるか		人口規模					項目についての状況はどうか			
高齢化率	1	2	3	4	5		1	2	3	4
	1					日常の療養支援				
	2					入退院支援				

内容	項目
訪問看護との連携体制	機能強化型訪問看護管理療養費
専門職との連携実績	緊急訪問看護加算
医療・訪問看護との連携体制	在宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）
	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
リハビリにかかわる連携	リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ 以上）
	認知症短期集中リハビリテーション
認知症にかかわる連携	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 ※

指標のデータ

たとえば・・・

在宅ターミナルケアを受けた人（2019） （人口10万人あたり）			
算定回数	人口	人口密度	
348 group 1	9.1	8.8	
348 group 2	19.2	25	
349 group 3	44.5	41.2	
348 group 4	59.2	56.9	
348 group 5	82	82.2	
レセプト件数	人口	人口密度	
348 group 1	9.1	8	
348 group 2	18	24.8	
349 group 3	43.5	40.2	
348 group 4	58	55.4	
348 group 5	79.9	80	

グループの中で、何位にあたるか
1位 350位
位置を確認することで、進捗状況を把握



評価指標の標準的視点を提示することで
PDCAサイクルを実施できるよう支援

研究結果－指標を考える上で前提となる考え方【専門職】

参考

在宅医療 4 場面ごとに、指標を考えるうえで、重要と考える要素について、グループインタビューを行いまとめた。

看取り

●活動が可視化できるような指標が必要

- ・看護のプロセスが見える化されない。
- ・医療保険での保険請求はデータ把握できない
- ・多機能化している訪問看護の質的評価がない。
- ・グリーンケアや症状緩和の加算がない。ACPは訪問看護が中心にマネジメントしているが、評価されない

注！数値とサービスの質は必ずしも一致しない

急変時の対応

●サービス提供実態の質的評価がされない

- ・緊急時対応をしても反映できない算定上のルール。
- ・体制加算は提供実態と必ずしも一致しない
- ・時間外の急変、状態悪化を防ぐための良質のケアが報酬評価されない

注！体制加算だけでは実態把握できない

入退院支援

・病院に情報提供しても算定できない、介護報酬の要件

・退院当日や退院後の数日の丁寧なかかわりによって在宅の限界点が引き上げられ、再入院が回避される。

・入院しても望む場所に帰るためには、ACPの共有が大切。在宅でのACPを病院に伝えても**介護では加算評価がない。**

・連携実践と市の方針と合致していることの確認

日常の療養支援

・加算評価につながらない療養支援

・医療ニーズの高い介護保険対応者への日常の支援は医療保険での算定のためデータで見れない

・認知症の方への早期対応やデイサービスにつなぐことで在宅の限界点が引き上げられる。

地域性や社会資源不足への柔軟な訪問看護の対応で療養生活が支えられる。
質の高い看護で、療養生活が継続できる。

研究結果－指標を考える上で前提となる考え方【自治体】

参考

在宅医療 4 場面ごとに、指標を考えるうえで、重要と考える要素について、グループインタビューを行いまとめた。

看取り	急変時の対応	入退院支援	日常の療養支援
<ul style="list-style-type: none">・どのような姿を目指す？＝住民の声を反映「どこで亡くなりたいか」「最期まで自宅で」・看取りに必要な社会資源・本人の生活がどうだったかアウトカムを出すには目指す姿を基に指標を取り扱うことが大事注！データと実態の乖離在宅死は自宅だけではない	<ul style="list-style-type: none">・ 市民の考えを把握したうえで、目指す姿をどう考えるか。・ 市民の意識をどのように把握し指標にするか、やりとりの仕方も大事・ 急変の捉え方の確認、対話の必要性・ 24時間体制による安心・ 支え手は医療サービスだけでない。体調不良時に、専門職がいることで体調変化に対応可能注！届け出と実態の乖離	<ul style="list-style-type: none">・ 入院しても、本人が望む場所に戻れることが大事・ 保険者が地域の事業所を評価。保険者の考え方と合致するか・ 保険者も評価される側・ 関係者間でイメージの共有・ 病院と在宅の双方向の連携効果。連携加算は必要・ 退院支援担当者の専任・専従・ 活動実績の算定を推進	<ul style="list-style-type: none">・ 日常の排泄ケアや認知症の人を支えることで在宅の限界点が上がる・ 認知症対応のサービス、訪問系の介護サービス指標として認知症初期集中支援チームが重要・ 地域資源の充足状況、地域性を踏まえた指標・ 地域のサービス事業所不足に対し、所在地ではなく市内住民に対するサービス提供を市単業で評価

在宅医療 4 場面ごとに特に重要と考えられるデータ項目の提案

参考

専門職や自治体職員等の有識者インタビューと他施策との関連状況等を勘案し、見える化システムに収載されるデータ項目から、在宅医療 4 場面ごとに特に重要と考えられるデータ項目を提示し、人口 5 区分ごとに関連分析を実施した。

在宅医療 4 場面	項目
看取り	<ul style="list-style-type: none">・ 在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）・ 看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）（算定回数）
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none">・ 緊急時訪問看護加算算定者数・ 緊急時等居宅カンファレンス加算算定者数
入退院支援	<ul style="list-style-type: none">・ 介護支援連携指導を受けた患者者数（算定回数）・ 退院時共同指導を受けた患者者数（算定回数）・ 退院退所加算の算定回数・ 入院時情報連携加算の算定回数・ 退院・退所時連携加算算定者数・ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上算定者数
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none">・ 訪問診療を受けた患者数（算定回数）・ 訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）・ 訪問薬剤管理指導を受けた者の数・ 看護体制強化加算算定者数

ヒアリング結果－指標活用に向けた自治体関係者の意見

研究で特定された重要指標と共に関連指標を示し、どのように活用できるか意見をもとめたところ、データを読み解くための研修や指標の解説の充実、データへのアクセス容易性等が活用には必要であることが指摘された。

⇒ 指標の全国的な設定には課題が大きく、まずは、市町村が指標を設定できる前提を整えていく必要性が示唆された。



①指標の活用における利点と課題	<ul style="list-style-type: none">・市の方針を説明するときに、蓄積したデータに加え、担当者と話した定性情報も、裏づけとしてあると説得力があるのではないかと考える・定義が分からない。加算をとれないケースがあるのかもよく分からない・入退院や急変時に連携をとる病院は市外の大病院が多い。市町村単位ではなく、2次医療圏単位で比較する方が有効な場合もある
②指標を活用するために自治体に求められること	<ul style="list-style-type: none">・住民からの相談や普及啓発を担う包括の意見に偏っているのが現状のため、今後は、医師等の意見も踏まえて優先課題を決めることなどが課題。意識を変えていくには、医療と介護の相互の立場とメリットを明確に表すことが必要・医療・介護の各専門職がお互いの立場を理解しあった上で4場面を考える必要がある（医師会・市・包括の担当者同士で、現状を共有した段階で、場面ごとの課題となぜそれが生じるのかということの整理が必要。）・アンケートで把握したストレスが解消に向かっているかを検証する必要がある。
③指標の活用可能性について	<ul style="list-style-type: none">・既存のアンケート調査、データでの裏付け、現場の肌感覚を基に課題を説明し、課題に対するルール作りや関係をよくするために何に取り組むべきか話し合いができると良い

【指標の考え方手引き】手引きの位置づけ

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

市町村において指標を設定する際のポイントを整理し、指標の選択方法等の考え方を示しています。

各地域の実情に応じて選択される指標は異なるため、関係者との協議を通じて設定しましょう※。

このとき、指標の設定や指標の正確さに終始するのではなく、在宅医療・介護連携推進事業をともに進める関係者が、同じ方向に向かって取組を推進していくことが重要です。既に指標を設定されている場合には、その指標の適正さを再点検するために活用しましょう。

また、まだ指標を設定されていない場合には、政策目標の実現に向けた取組の一環として活用してください。

※まずは、手引きの考え方に沿って、事業評価に取り組んでみる事が重要。
まだ事業評価に着手できていない場合、介護保険事業計画策定をきっかけとするなどして、まずは市町村関係者を中心に検討を進めてみることも重要。



【指標の考え方手引き】 目指すべき姿の検討にあたっての情報整理

地域の目指す姿

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

※既存の検討・協議の体制を活用

庁内、庁外で、どのような強みや弱みがあるか意見を出し合う場を設定

情報の整理

※住民意識や提供体制、連携の程度も踏まえて、目指す姿を検討・確認できているか、地域の実情に沿ったロジックモデルの検討に向けた前提整理

■地域ケア会議や専門職へのヒアリングからの気づき

- ・ “看取り”に対する専門職の意識に差がみられる
- ・ ●●地区では、見守り支援など、住民同士の助け合いができています
- ・ ●●先生は、昔から診ている患者の場合、訪問診療をしてもらっているらしい
- ・ ●●地区や●●のようなケースでは、ヘルパーが対応できないことがある
- ・ 看取り時の情報連携が図れていないケースがある

■対象となる住民はどのくらいか？住民の意識は？

- ・ 高齢者人口の推移、将来推計
- ・ 死亡者数・死亡場所の推移
- ・ 住民が希望する最期の場所

■サービスの提供体制・提供量・連携の程度はどうか？

- ・ 医療・介護サービスの提供事業所数（訪問診療、訪問看護、訪問介護など）
- ・ 医療・介護サービスの提供量、今後の見込み（算定回数など）

■過去に、関連する調査を実施しているか？

- ・ 計画策定にあわせて実施する調査
- ・ 市民意識調査など、他部署が実施する調査

定性

- ・ 地域住民（患者や家族）
- ・ 地域の関係職種
- ・ 病院・診療所
- ・ 介護施設

問題点の整理

※住民目線で一度考える

さらなる情報の整理

課題抽出に向けた検討

目指す姿の具体化

- 現在は、在宅看取り数ものびており、対応できているが、住民の意向は確認したことがない
- 今後10年で、対象となるような住民が●倍に増える見込みだが、提供側である在宅医の新規参入は多くは見込めそうにない

- 在宅看取り数は伸びているが、どの事業所がどのくらい対応しているのか（偏りはないか）？
- 在宅医の負担を減らすには、病診・診療連携や、訪問看護等との連携強化などが考えられないか？
- 自宅に限らず、施設看取りも視野に入れて考える必要はないか？
⇒施設における看取り対応を把握して、対応を検討できないか

必要に応じて

- 住民ニーズ・心配ごとの把握や意識啓発、多職種の看取りにおける役割の相互理解を進める必要があるのでは？

定量

- ・ アンケート
- ・ 見える化システム
- ・ KDB
- ・ その他データなど

目指すべき姿の検討にあたっての情報整理ーわかりやすく地域情報を捉える（私案）

（医療）
提供体制



医療機関

多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）



在宅医療機関
（在宅歯科機関）

多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）



介護施設／
居住施設

多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）

（介護）
提供体制



居宅介護
（訪問介護／通所介
護／訪問看護,etc）

多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）

（連携）
プロセス



専門職間の連携
（病病／病診／病介／診
介,etc）

多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）

住民意識

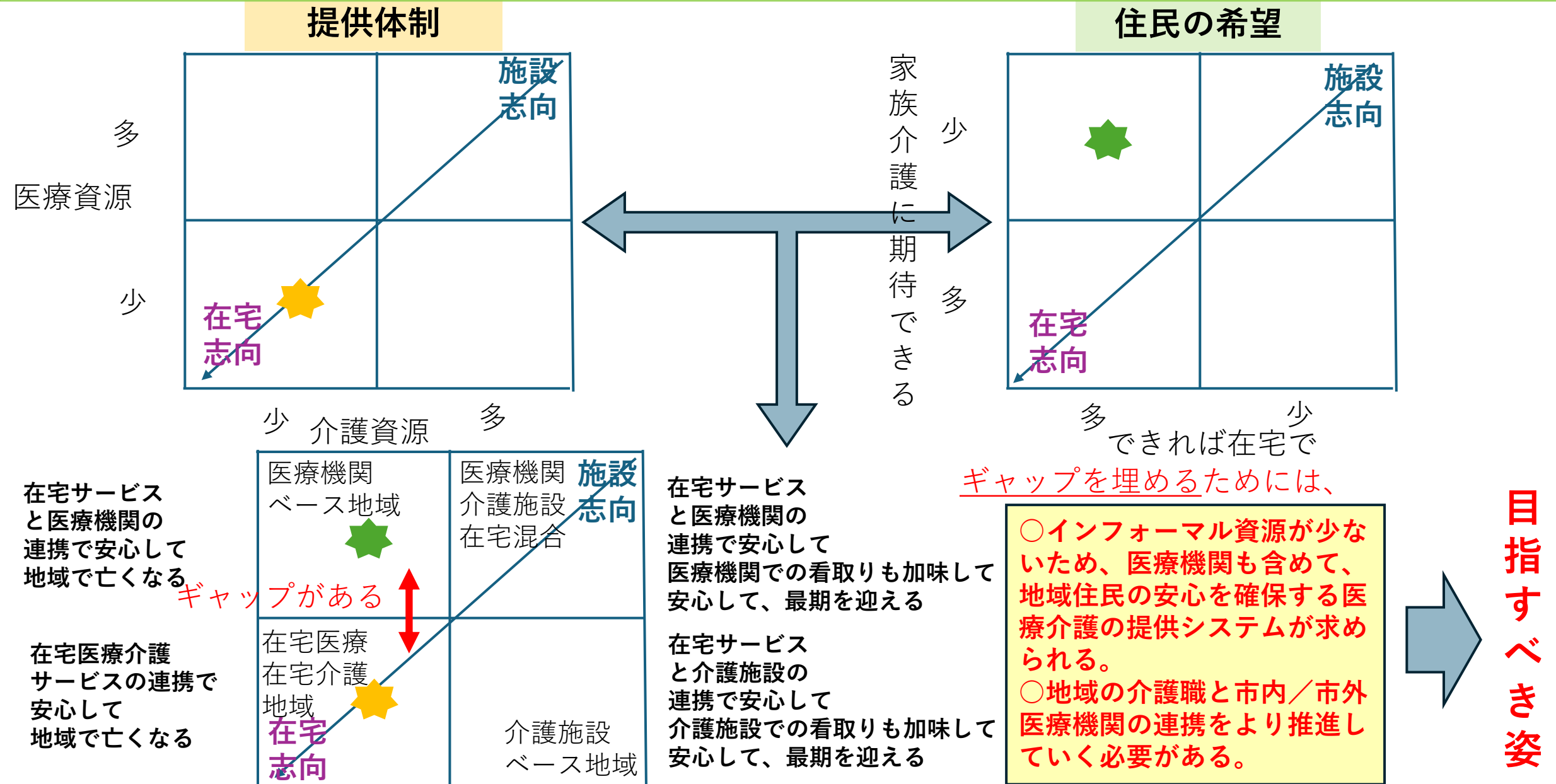


住民の意識
（地域or在宅志向）

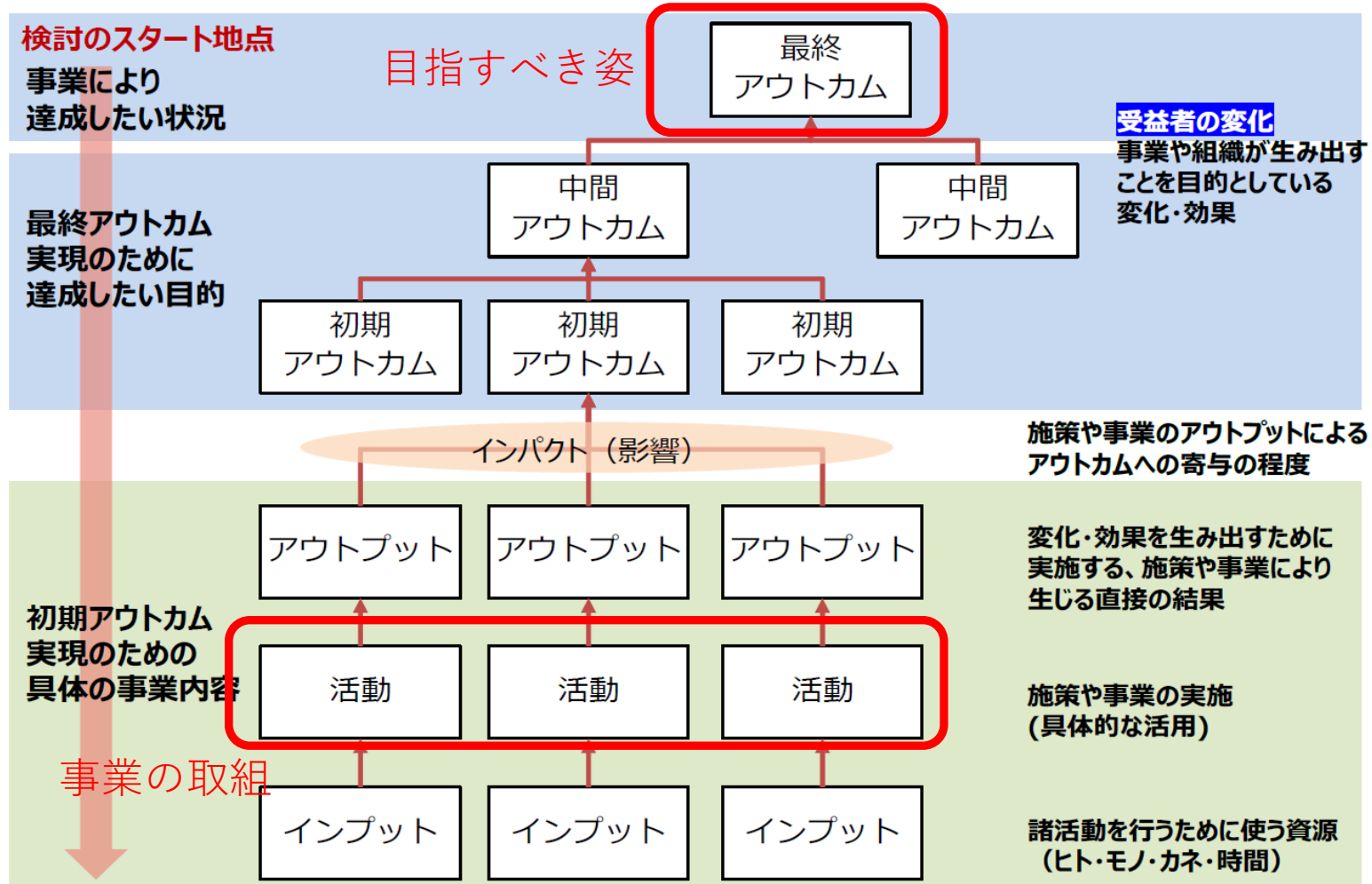
多・中・少／不明

主観／両方／客観
（ソース）

目指すべき姿の検討にあたっての情報整理ーわかりやすく地域情報を捉える（私案）



【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 (考え方)



目標に対応した適切な指標の設定にあたっては、事業によって生じる結果と、得られる成果の関係が整理されていると検討しやすくなります。

現状分析で整理した内容を基に、アウトカムと既存事業のつながりをロジックモデルで整理します。

既存事業の場合、これまでに実施してきた内容が、上位の目的と照らして適切かを検討しながら、整理を図ります。

最終アウトカムから逆算して考えた際、事業との間にギャップがみられるようであれば、今後の改善事項として検討します。



【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 場面から整理するかなど、
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

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

先行自治体のロジックモデル(Ⅰ) 国立市の例

アンケートを取るなどして、
4場面ごとの地域医療の目
指す姿を明示

- ・市の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト分析
- ・市の救急医療
- ・市内の医療機関の状況
- ・地域における在宅医療等の現状と課題

→市の医療施策の推進



看取り ロジックモデル



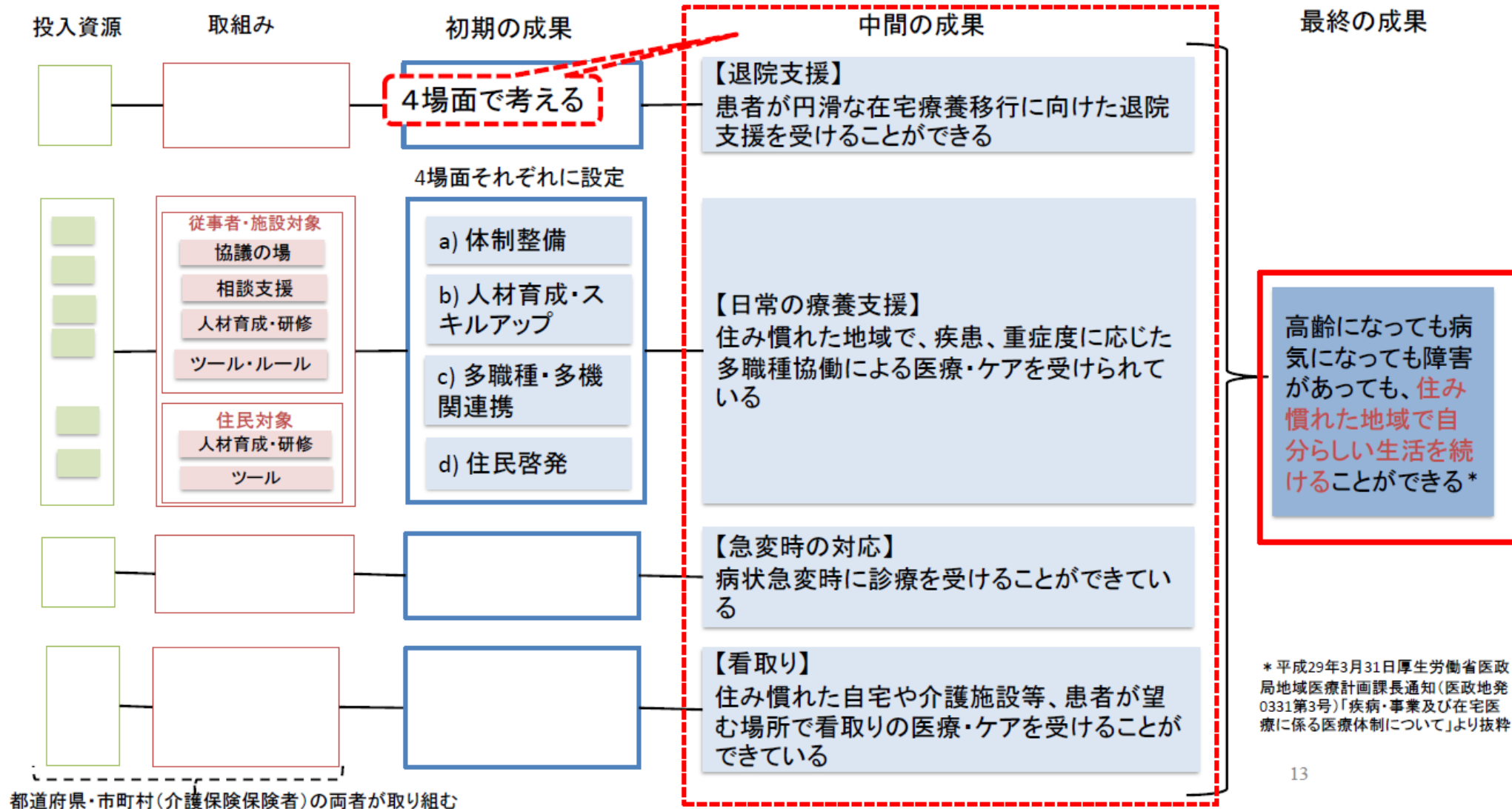
※ グリーフケア：身近な人を亡くし悲嘆にくれる人を癒すため、心を開放し気持ちを整理する場を作る試み。
※ 死後カンファレンス：看取り終了後（本人の死後）、本人や家族へ提供した緩和ケアの評価等を行う会議。

○先進自治体では、市町村で医療計画を策定したり、ロジックモデルをもとに事業評価を行っている。

第9回 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG令和元年9月6日 厚労科研「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」
中間報告 第7次医療計画の現状・課題と改善策についてーPDCAサイクルの適切な展開に焦点を当ててー

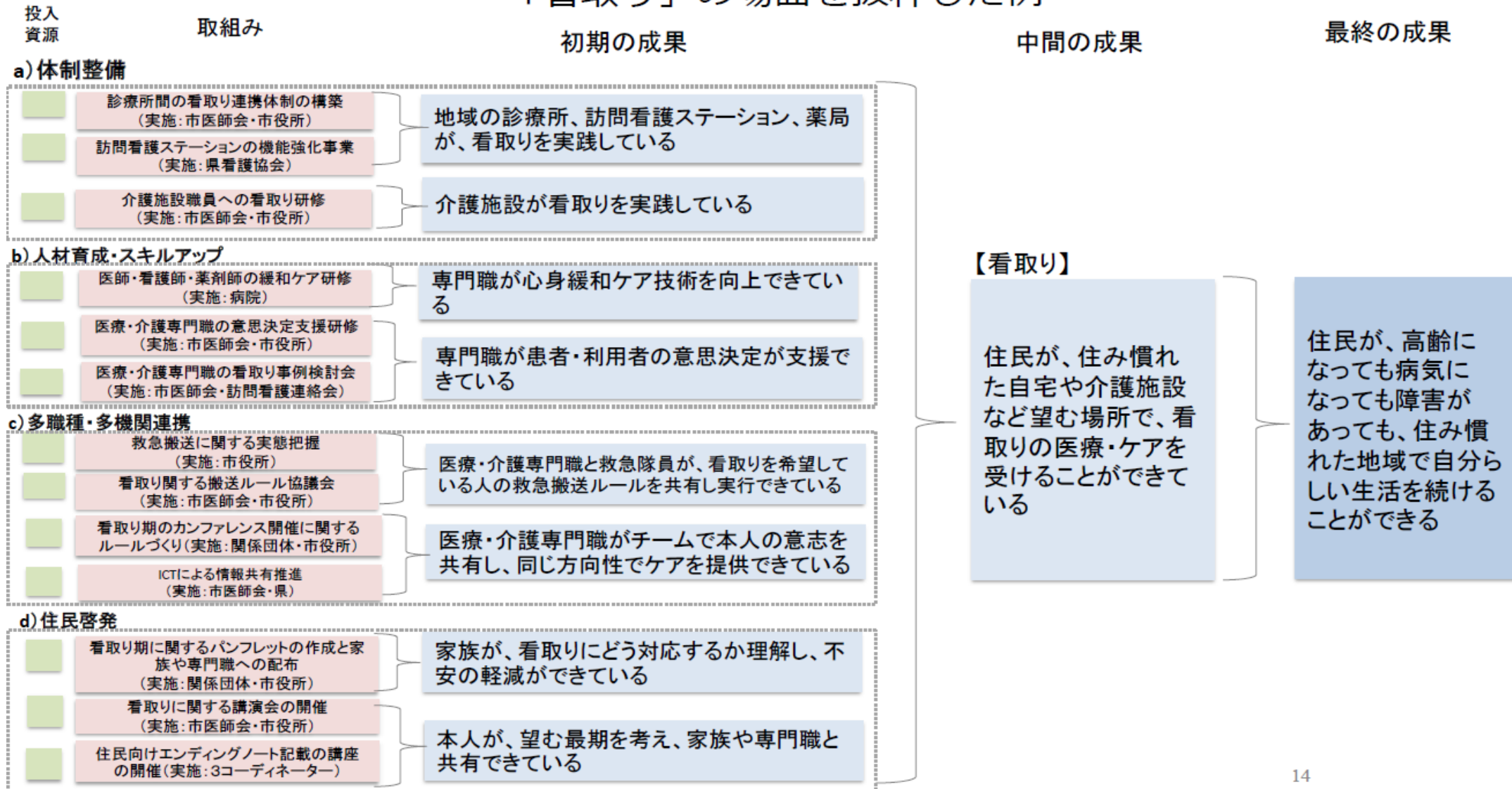
先行自治体のロジックモデル(2) 生駒市の例

在宅医療・介護の設計図 (例)



先行自治体のロジックモデル(2) 生駒市の例

「看取り」の場面を抜粋した例



先行自治体のロジックモデル(2) 生駒市の例

在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図(2024.10.24版)

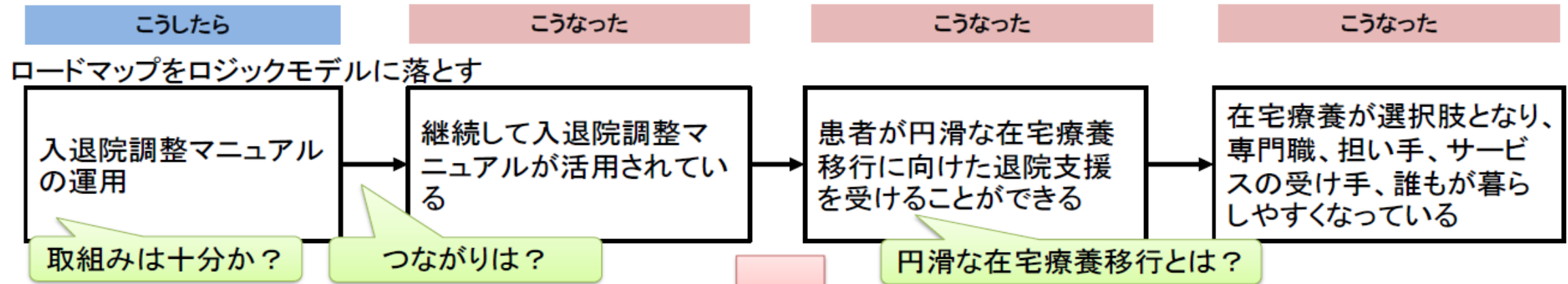
4つの 場面				番号	令和9年の状態(初期アウトカム)	指標	番号	令和12年の状態 (中間アウトカム)	指標	番号	最終的に達成したい状況 (最終アウトカム)	指標
				資料2								
入退院 支援	(A) 入退院調整 マニュアルの 運用	事例検討会	事例検討開催回数/参加者数	1	b)人材育成・スキルアップ ケアマネ等と病院担当者が連携によりスムーズな退院調整につながった事例を共有し、入退院支援のスキルが向上している	ケアマネ等と病院担当者の関係が構築できている(心理的安全性が保たれている)	1	市民が安心して地域から病院、病院から地域へと療養の場を移行することができる	退院支援(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 退院後訪問指導を受けた患者数 退院後追加療養の件数 入退院情報連携加算の内訳	1	本人が望む場所での生活が可能であり、受け皿、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている	在宅療養者のQOL(生活の質) 事前に一定範囲における療養場所の指定であった者の割合 在宅療養に希望(希望者の割合) 在宅死と看取(在宅死・在宅死の割合) 在宅死に看取(介護老人保健施設での割合)
		入退院調整マニュアルの運用	運用状況調査の実施	2	c)多職種・多機関連携 ケアマネ等と病院担当者が入院時に患者の情報を共有できている	入院時連携室(TELのみ含む)入院時情報提供書提出率						
日常の 療養 支援	(B) 多職種連携 研修会	市内で研修や会議の開催について情報共有(事業者の参加負担を軽減する)	多職種連携研修会参加数(個人、事業所)	1	a)体制整備・b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 医療・介護従事者が多職種のサービスや特徴を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制ができてきている	ケアチームの関係が構築できている・他職種となんでも聞ける関係を築いた数・他職種に対してねがいの言葉や肯定的評価を伝えた数	2	市民が住み慣れた地域で、医療・介護にふさわしい必要な多職種協働による医療・ケアを受けることができる	訪問支援を受けた患者数 訪問支援が希望者数(訪問希望)訪問希望者 訪問支援が希望者数(訪問希望)訪問希望者 訪問支援が希望者数(訪問希望)訪問希望者 訪問支援が希望者数(訪問希望)訪問希望者			
		事業所PRシート作成	事業所PRシート作成数	2	a)体制整備 c)多職種・多機関連携 医療・介護従事者が職種ごとの課題と対応策を検討できている	ケアチームの関係が構築できている・他職種となんでも聞ける関係を築いた数・他職種に対してねがいの言葉や肯定的評価を伝えた数						
急変時 の 対応	(D) 急変時の 療養支援の 体制構築	同業種連絡会の開催	同業種連絡会の開催数 同業種連絡会の参加率	1	a)体制整備 医療・介護・介護予防情報ナビによる調査 事業所情報更新調査の実施	在宅療養後方支援病院在宅療養支援診療所数	3	市民が在宅療養中に病状の悪化があった時に、日時を問わず診療を受けることができる	夜間・休日・緊急の相談を受けた患者数 夜間・休日・緊急の相談を受けた患者数 夜間・休日・緊急の相談を受けた患者数 夜間・休日・緊急の相談を受けた患者数			
		在宅部会の開催	在宅部会の開催回数	2	c)多職種・多機関連携 訪問介護事業所が訪問看護師や医師などの医療従事者と連携体制ができています 訪問看護事業所が医療機関との連携体制ができています 在宅療養者が受診を必要としたときに、医療機関へ受診ができるバックアップ体制ができています	利用者の生活状況の変化について、予測し伝えた回数 利用者の病状の変化について、予測し伝えた回数 ケアチーム内で連絡網や情報交換ツールを用いて情報共有を行った回数						
看 取 り	(E) 看取りの 体制整備	看取りを実施している事業所の把握	事業所情報更新調査の実施	1	a)体制整備 医療機関、介護事業所(施設含)が、看取りに取り組むことができる	看取り対応可能な医療事業者数 看取り対応可能な介護事業者数	4	市民が住み慣れた自宅や介護施設など利用者が望む医療・ケアを受けることができる	在宅ケアチームが受け付けた患者数 在宅ケアチームが受け付けた患者数 在宅ケアチームが受け付けた患者数 在宅ケアチームが受け付けた患者数			
		ファシリテーター養成	ファシリテーター数	2	b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発 医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる	看取りに対するサービス担当者会議開催件数 利用者・家族が病状・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数 ※アンケート調査にて認知・理解度を確認						
災害時・ 発生 時	(F) 専門職への 普及啓発	ワーキンググループの開催	ワーキンググループの開催数	3	d)普及啓発 医療・介護従事者がグリーフケアを実施できている	カンファレンス等実施件数	5	市民が災害・非常事態発生時にも継続してケアを受けることができる	災害・非常事態発生時に必要な医療・ケアが安心して受けられる事業者数			
		研修会の実施	研修会の開催回数、参加者数	4	a)体制整備 d)普及啓発 医療・介護従事者が連携型BCP・地域BCPについて理解できている	研修、協議会(連絡会)、シミュレーション訓練など参加者アンケート						
災害時・ 発生 時	(G) 看取りの 市民意識 調査	看取りの市民意識調査	どこでも講座/市民実感度調査アンケート結果	1	a)体制整備 医療・介護従事者が災害時対応について本人・家族と共有できている	無いを伝える「私ノート」の活用数 ※CMから、本人・家族へアンケート	5	市民が災害・非常事態発生時にも継続してケアを受けることができる	災害・非常事態発生時に必要な医療・ケアが安心して受けられる事業者数			
		どこでも講座の開催	どこでも講座の開催/参加	2	b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発 医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる	看取りに対するサービス担当者会議開催件数 利用者・家族が病状・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数 ※アンケート調査にて認知・理解度を確認						
災害時・ 発生 時	(H) 無いを 伝える 「私ノート」 等の 普及啓発	市民フォーラムの開催	市民フォーラムの開催/参加者数	3	d)普及啓発 医療・介護従事者がグリーフケアを実施できている	カンファレンス等実施件数	5	市民が災害・非常事態発生時にも継続してケアを受けることができる	災害・非常事態発生時に必要な医療・ケアが安心して受けられる事業者数			
		無いを伝える「私ノート」等の普及啓発	無いを伝える「私ノート」等の普及啓発	4	a)体制整備 d)普及啓発 医療・介護従事者が災害時対応について本人・家族と共有できている	無いを伝える「私ノート」の活用数 ※CMから、本人・家族へアンケート						
災害時・ 発生 時	(I) 学校に おける 福祉教育	小・中学生を対象とした出前授業	小・中学生を対象とした出前授業開催数	1	a)体制整備 医療・介護従事者が災害時対応について本人・家族と共有できている	無いを伝える「私ノート」の活用数 ※CMから、本人・家族へアンケート	5	市民が災害・非常事態発生時にも継続してケアを受けることができる	災害・非常事態発生時に必要な医療・ケアが安心して受けられる事業者数			
		小・中学校以外の教育機関における普及啓発	出前授業・どこでも講座開催数	2	b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発 医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる	看取りに対するサービス担当者会議開催件数 利用者・家族が病状・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数 ※アンケート調査にて認知・理解度を確認						
災害時・ 発生 時	(J) 連携型 BCP・ 地域BCP の策定	研修・グループワークの実施	研修、協議会(連絡会)の開催回数	1	a)体制整備 医療・介護従事者が災害時対応について本人・家族と共有できている	無いを伝える「私ノート」の活用数 ※CMから、本人・家族へアンケート	5	市民が災害・非常事態発生時にも継続してケアを受けることができる	災害・非常事態発生時に必要な医療・ケアが安心して受けられる事業者数			
		シミュレーション訓練の実施(自機関、業種別、地域など)	シミュレーション訓練の実施回数	2	b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発 医療・介護従事者が災害時対応について本人・家族と共有できている	看取りに対するサービス担当者会議開催件数 利用者・家族が病状・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数 ※アンケート調査にて認知・理解度を確認						

・在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図(2024. 10. 24版)
生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 令和5年度第3回在宅医療介護推進部会(資料2)(2024年10月24日)

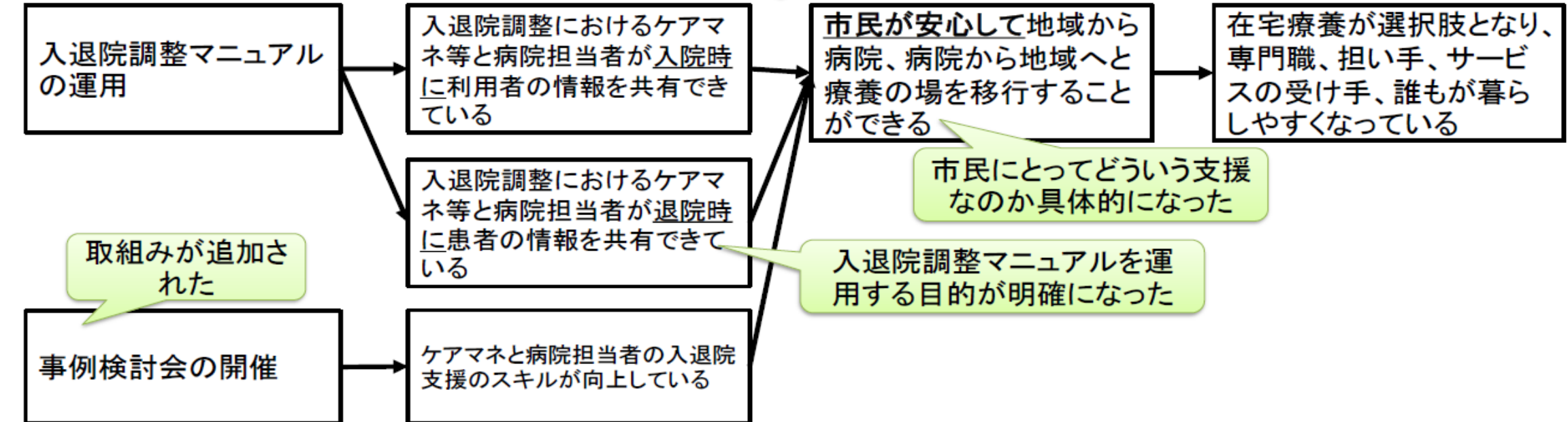
ロジックモデルの確認の視点

参考

●入退院支援の部分を抜粋 「こうなった＝目指す姿」と「こうしたら＝取組み」のつながりは妥当か？



修正後



【指標考え方手引き】確認しておくべきデータ項目一覧

参考

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し、更新して参考資料として掲載している。

■提供体制として整理しておくの良い基礎的な情報：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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援を実施している診療所・病院数 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援担当者を取っている訪問看護ステーション数 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数 <p>《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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の良い基礎的な情報：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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者の在宅療養率 <p>《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後訪問指導を受けた患者数 	<ul style="list-style-type: none"> ・往診を受けた患者数 	<p>《手引き Ver.3 に掲載されていない項目》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

※網掛けは、見える化システムで収集できる項目。

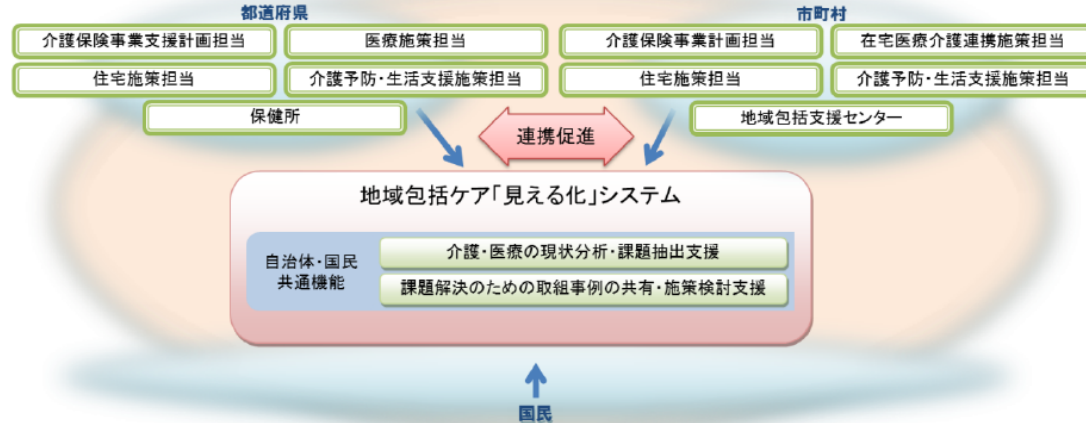
■連携を測る項目

	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・ターミナルケアマネジメント加算
上記以外	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	—

地域包括ケア「見える化」システムについて


地域包括ケア「見える化」システムとは

- 地域間比較等による現状分析から、自治体の課題抽出をより容易に実施可能とする
- 同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参照することで、各自治体が自らに適した施策を検討しやすくする
- 都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を閲覧可能となることで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携が容易になる



新規ユーザ登録

本サイトのご利用にあたって

性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
出生年	1980 ▼	年
居住市区町村	北海道 ▼	札幌市 ▼
ご所属・ご職業	医療職従事者 ▼	
文字認証	不正な登録を防ぐため、認証を行います。画像に表示された文字を半角で入力してください。  文字の入力	

[illegible]

事業評価に取り組む際のポイント

○前提（実行する前の体制づくり）

- ・ データ分析に係る定性情報をあつめたり、分析した結果を確認したり、結果をもとに検討を進めるため、庁内各課の連携体制や外部機関（委託先機関）、在宅医療コーディネーターや、協議会、関係する地域の専門職のネットワークと関係性ができているか

○現状分析において必要なこと

- ・ 地域の在宅医療介護連携の前提となる資源の多寡について把握しているか
- ・ 地域医療介護の資源および今後の状況、住民の意識を踏まえ、地域の在宅医療の姿を描き、どのような連携が求められるかについて共有しているか

○ロジックモデル作成における留意点

- ・ 最初にどこまでを範疇とするロジックモデルづくりを行うのかの領域をしっかりと協議をして設定したか※

※目指すべき姿と取組の体系図（ロジックモデル）作成には、目指すべき姿から作成するバックキャスト型が推奨されるが、その場合、体系図が抽象（理念的）的になってしまう恐れがある。

最終アウトカムがすごい理念的なものになったとしても、その下に位置づく中間アウトカムは、その「事業」が最終アウトカムに寄与するために何をを目指すのかを関係者間でしっかり協議することが重要。

まとめ

- 在宅医療・介護連携推進事業を構成する<取組>は、地域の実情に応じて実施されている。
- 介護保険の取り組みの範囲の広がり、複雑化による分業が進んでいる中で、事業のみ、取り組みに目が行きがちなか中、そもそも何を目的に事業を実施し、その結果、地域でどのようなことを達成したいか<目指すべき姿>を定め、それを絶えず共有していく必要がある。
- <目指すべき姿>と<取組>だけでは、と<取組>をした結果、どのようなことが達成されたかがわかりづらいため、これらを結びつける事業の<体系図>（≡ロジックモデル）が必要となる。
- この<体系図>を共有しつつ、図に落とし込まれた<取組>の実施状況やその成果を毎年確認していくことが事業での実施が想定される<事業評価>。
- 「指標の考え方手引き」は、この一連の手順と手順にそって実施した例示が掲載されている。
- 事業をすすめる市町村は、この手引きを読んでもいただき、<事業評価>ができているか確認し、もし<事業評価>に着手できていない場合は、できるところから取り組みをすすめることが重要（スモールステップを意識!、初めの一步を踏みだす）。
- 都道府県（保健所）には、<事業評価>は市町村にとってハードルが高いことを認識し、一步を踏み出すきっかけとなる研修会やデータ提供などでの技術的支援を提供を期待したい。

取組みを進めていくための仲間づくりを！



評価（指標）は“コミュニケーションツール”

参考

「事業評価」は、単なる1時点の成績付けではなく、
関係者で体系図をもとに進捗状況を確認し、その結果を共有し、改善につなげていくことである
という一連の流れを意識する



市町村内の事業に係る関係者
在宅医療コーディネーター
その他事業にかかわる関係者

「目標を定める・確認する」
「業務理解、進捗確認」といった
関係者間のコミュニケーション
を図るためのツール



都道府県、保健所等



実施すべき内容の
可視化

全国統一基準での
実施状況の把握

自治体内での進捗
確認

体系図（ロジックモデル）
データ項目など



地方厚生局、国など