

平成29年度 在宅医療・介護連携推進支援事業
在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー

ミニレクチャー1

在宅医療・介護連携推進事業 における評価とPDCA

吉江悟^{1,2}, 松本佳子³

1：東京大学高齢社会総合研究機構

2：慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

3：東京大学医学部在宅医療学拠点

2017年7～8月

本日お話しすること

- ミニレクチャー1：在宅医療・介護連携推進事業における評価とPDCA
 - 地域マネジメント
 - 事業評価（プログラム評価）
 - 医療計画・地域医療構想と介護保険事業（支援）計画
- ミニレクチャー2：在宅医療・介護連携推進事業と他の地域支援事業の連動

導入

- 行政職員、専門職／事務職等の立場や職種からではなく、一人称の地域住民（あるいはその家族）として、みなさんはどのような在宅医療・介護（あるいはそれを含む暮らし）を「良い在宅医療・介護」だと思いますか？

医療・介護の受け手（受益者）の視点で考えると、在宅医療・介護連携推進事業（だけでなく地域包括ケアに関わる施策）の評価の本質が見えてくる

地域マネジメント

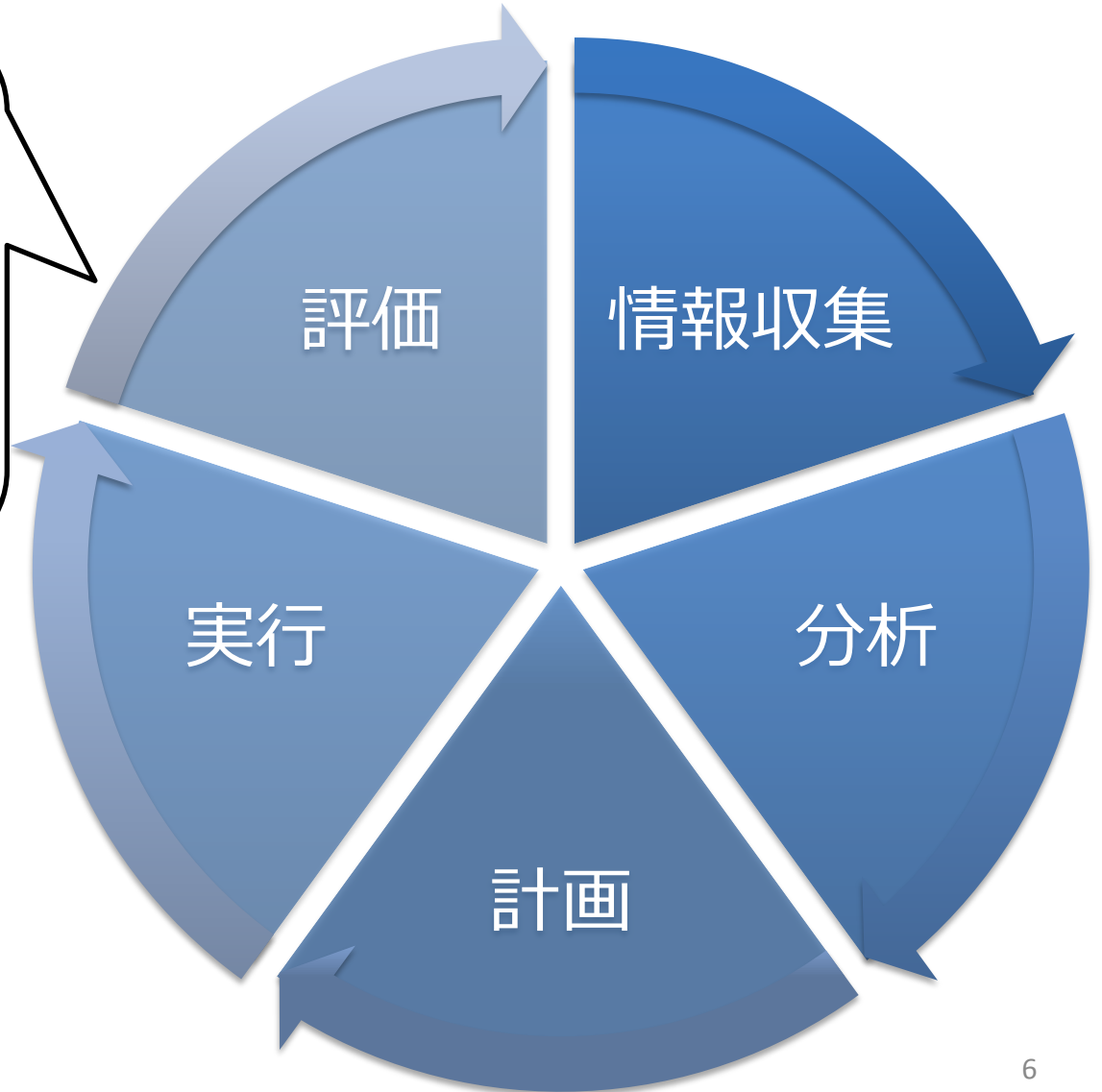
市町村の役割：地域マネジメント

- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における工程管理」

マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケアマネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

いずれにも共通



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）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

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（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



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、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

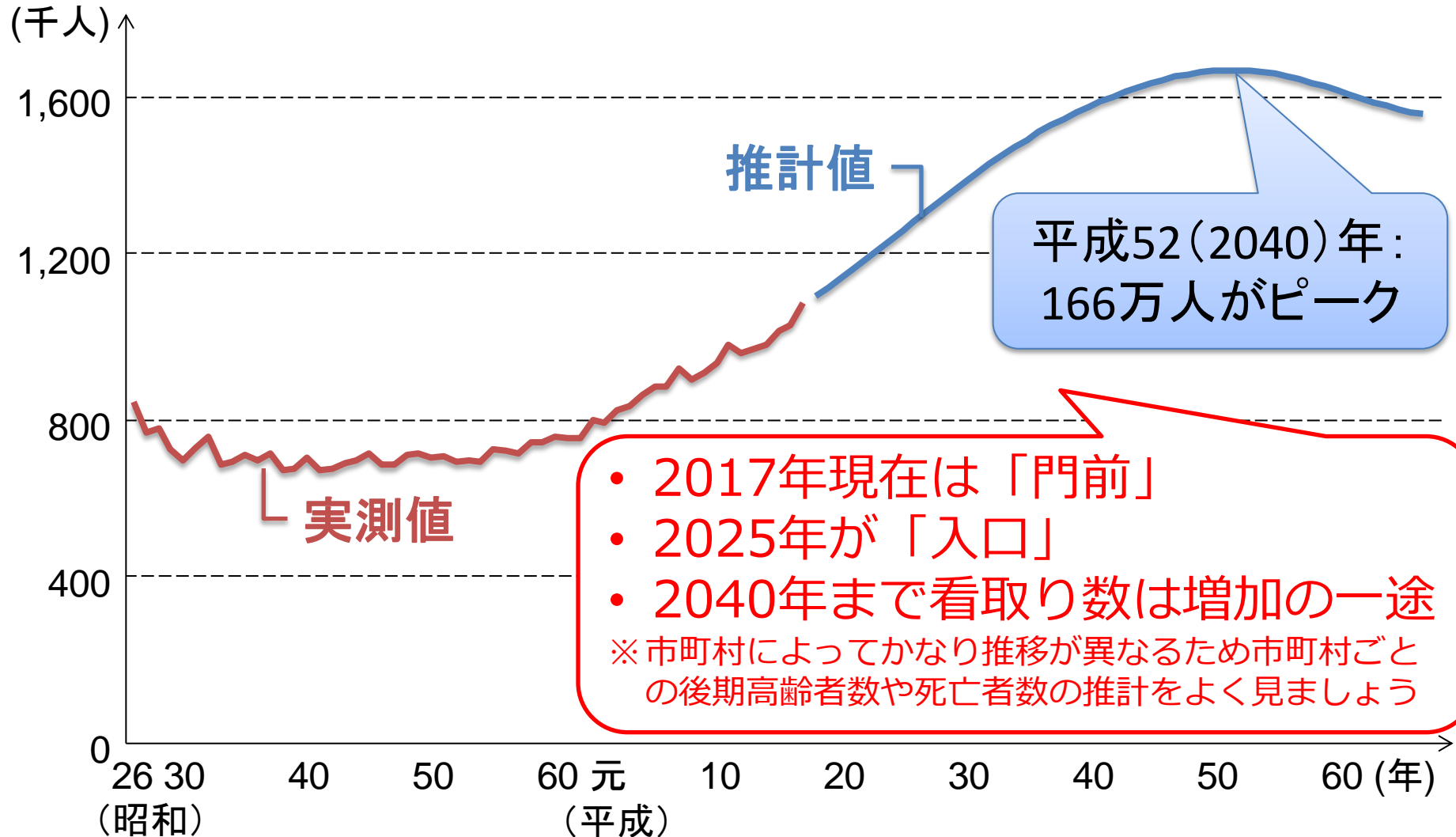
- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の

- ◆ 地域の医療・介護関係者を通じ、多職種連携
- ◆ 介護職を対象とした等

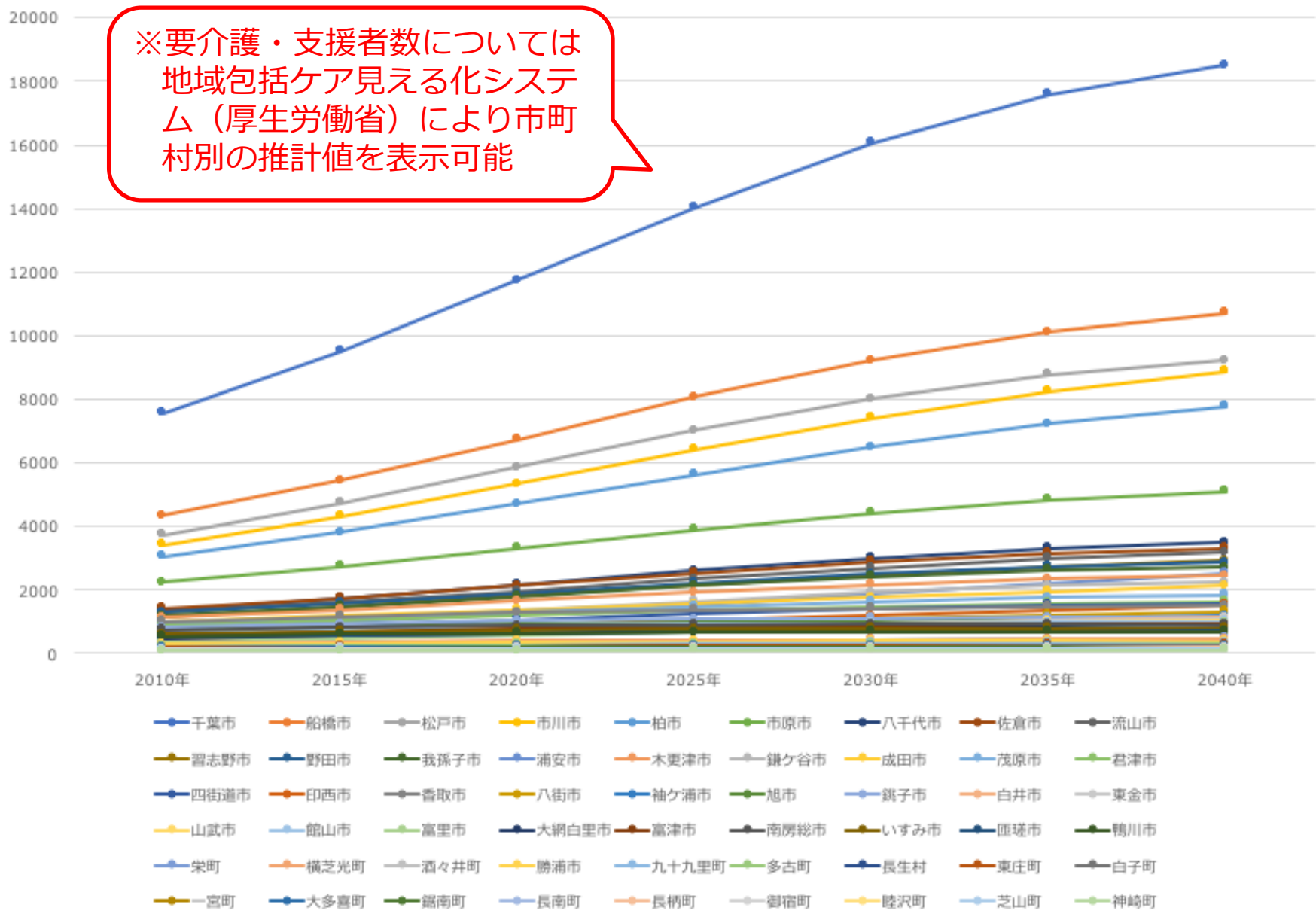
- ※ 評価の枠組みを考える際には、（ア）と（イ）を除きいったんこの事業項目は忘れる（この項目は「実行」段階の分類のため）
- ※ 各地の事例発表においても、事業項目は「後付け」されていることが多い

前提：在宅医療・介護連携推進事業のピークは（ある意味では）2040年



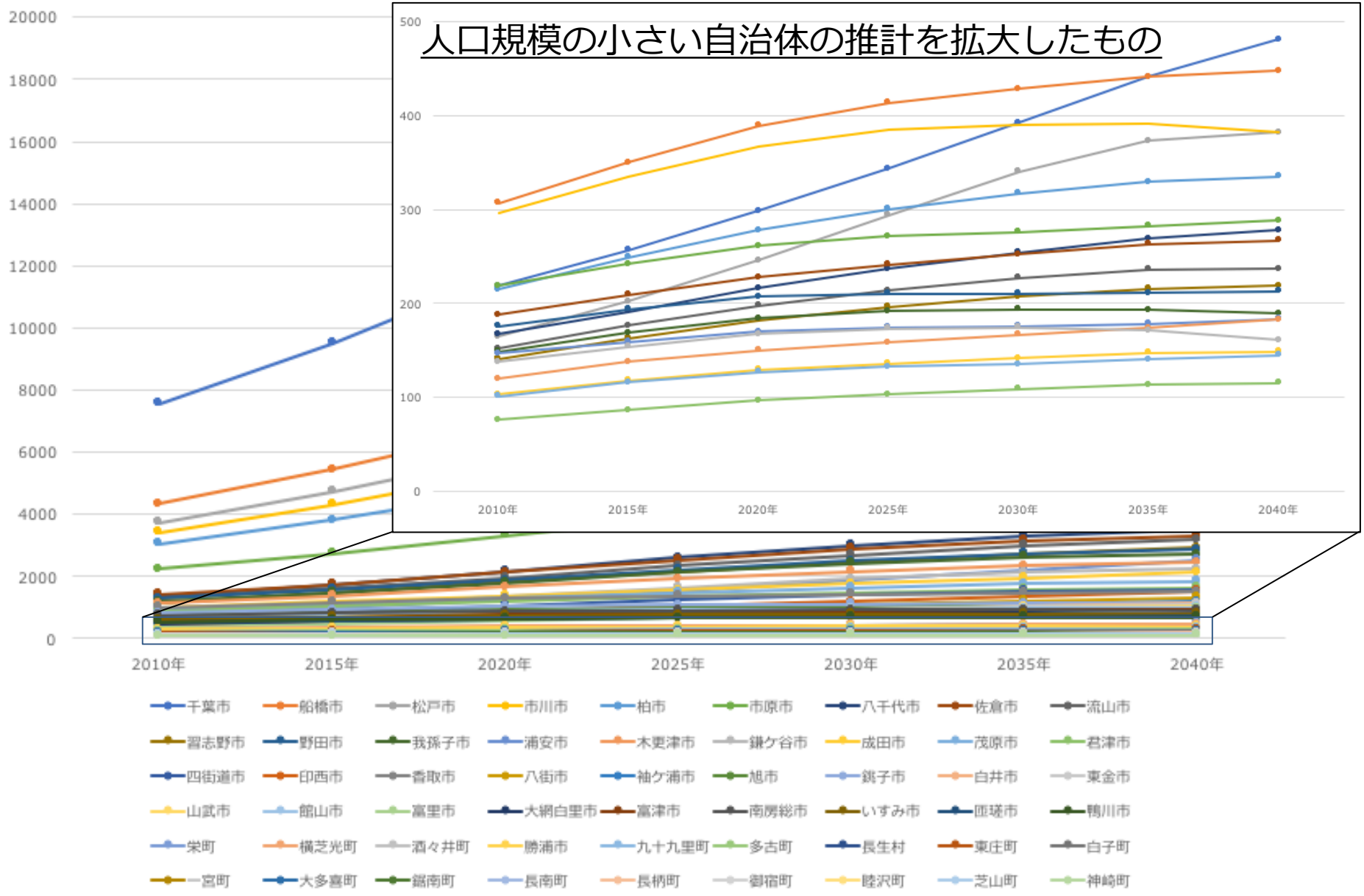
参考：千葉県における死亡者数の市町村別推計参考値（簡易的な手法による）

※要介護・支援者数については地域包括ケア見える化システム（厚生労働省）により市町村別の推計値を表示可能



資料：人口動態調査（2010年）の性・年齢階級別死亡率に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」における封鎖人口を仮定した男女・年齢階級別の推計結果（出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した人口移動の影響を含まない参考値）を乗じたもの

参考：千葉県における死亡者数の市町村別推計参考値（簡易的な手法による）



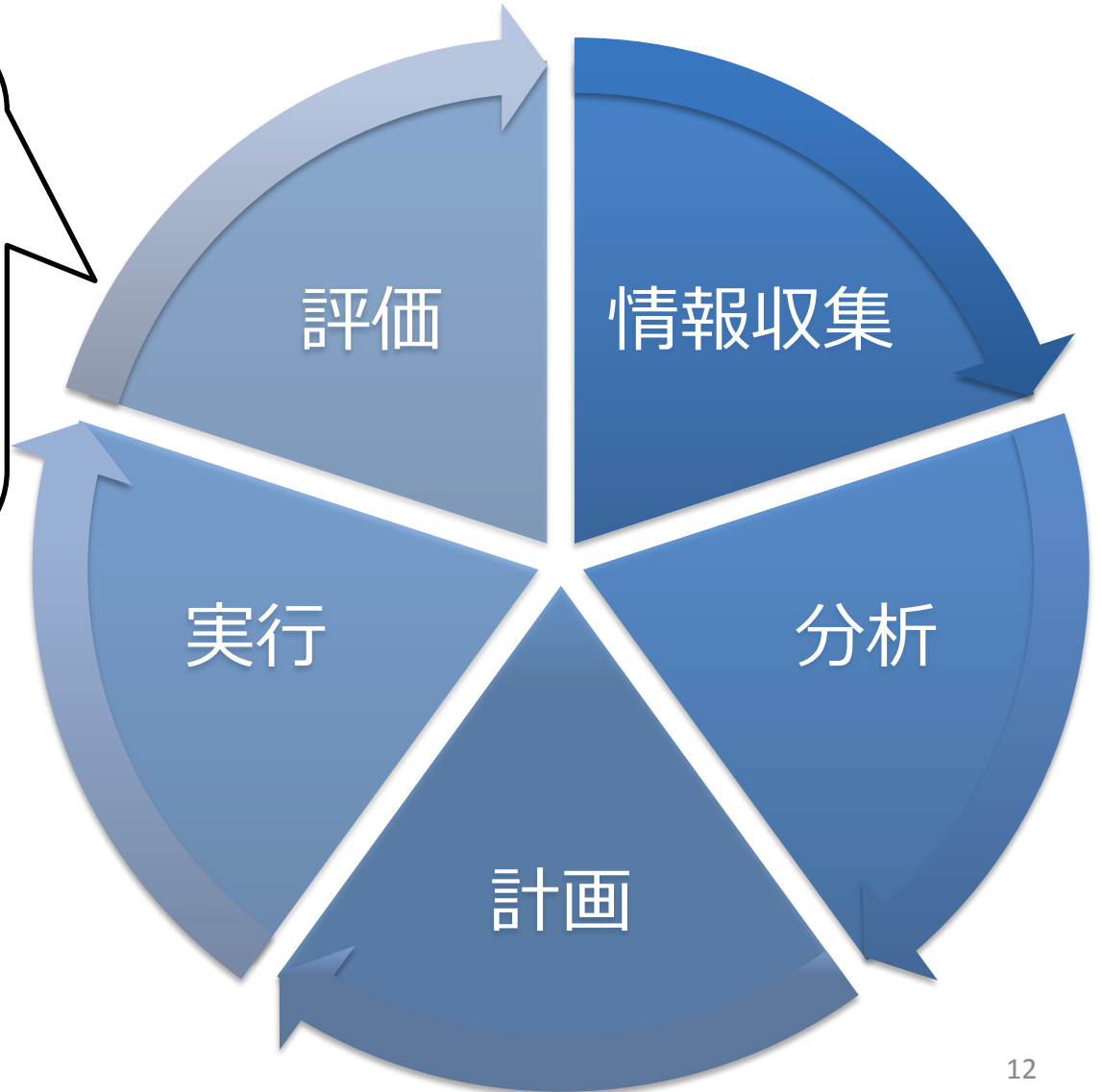
資料：人口動態調査（2010年）の性・年齢階級別死亡率に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」における封鎖人口を仮定した男女・年齢階級別の推計結果（出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した人口移動の影響を含まない参考値）を乗じたもの

事業評価 (プログラム評価)

再掲：大事なのはきちんと PDCAサイクルを回すこと

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケア
マネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

いずれにも共通



評価のための枠組みの例 1 : ドナベディアン・モデル (Donabedian, 1988)

| レベル | 指標例 | 出典例 | 限界点 |
|------------|---|--|---|
| ストラクチャー(S) | <ul style="list-style-type: none"> 施設・事業所数 各職種の数 | <ul style="list-style-type: none"> 医療機能情報提供制度 介護サービス情報公表制度 病床機能報告 など | <ul style="list-style-type: none"> <u>ハコがあっても稼働していないかもしれない</u> |
| プロセス(P) | <ul style="list-style-type: none"> 各職種により提供されるサービスの量や内容 | <ul style="list-style-type: none"> 医療レセプト 介護レセプト 病床機能報告 など | <ul style="list-style-type: none"> <u>質は問わず量しか確保されていないかもしれない</u> |
| アウトカム(O) | <ul style="list-style-type: none"> 住民の幸福感等 医療・介護従事者のやりがい等 住民1人あたり医療・介護費 <p>※詳しくは後掲のサービス・プロフィット・チェーンや三方よしのスライドを参照</p> | <ul style="list-style-type: none"> 住民アンケート 従事者アンケート 医療レセプト 介護レセプト など | <ul style="list-style-type: none"> 住民や提供者の主観的側面を調査した系統的なアンケートがまだ多くない |

測定指標の一例：「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度II以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」(MURC. 地域包括ケア研究会: 地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016)

※不安の有無はアンケートにより聴取するしか把握の方法がない

参考：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 |
|---------|---|
| アウトカム | 住民の健康状態や患者の状態を測る指標 |
| プロセス | 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 |
| ストラクチャー | 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 |

医療・介護の目的（≡アウトカム）とは？

- 医療介護総合確保促進法第一条
 - （前略）もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。
- 介護保険法第一条
 - （前略）この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう（後略）
- 医療法第一条の二
 - 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし（後略）

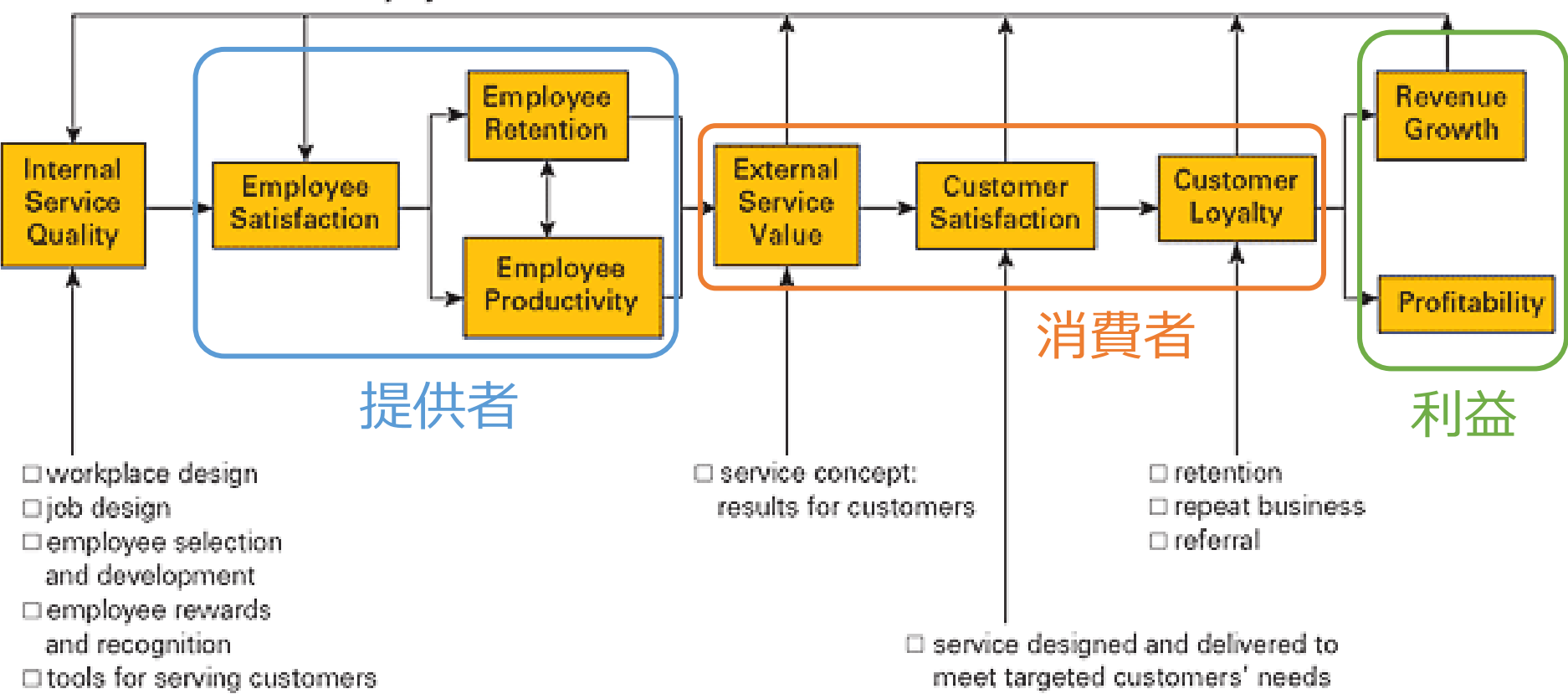
これらの要素を総合的に測るためには、生存率の延伸や身体機能の改善といった客観的側面を評価するだけでなく **主観的側面（幸せ・安楽・生きがいなど）** にも目を向ける必要がないだろうか？（在宅医療・介護の領域においては特に）

評価のための枠組みの例 2 :

サービス・プロフィット・チェーン (Heskett, et al., 1994)

対人サービス領域では提供者・消費者の双方の要素がアウトカムに影響する

Operating Strategy and Service Delivery System



サービス・プロフィット・チェーンと似た考え方： 「三方よし」（売り手よし・買い手よし・世間よし）

- 医療・介護職等
へのアンケート

売り手（従事者）
高い職務満足
低い離職／病欠

買い手（利用者）
高い利用者満足
ケアの質担保

- かつそれらが接合可能
で相互の関連や時系列
の変化を深掘すること
ができるデータ構造が
ベター

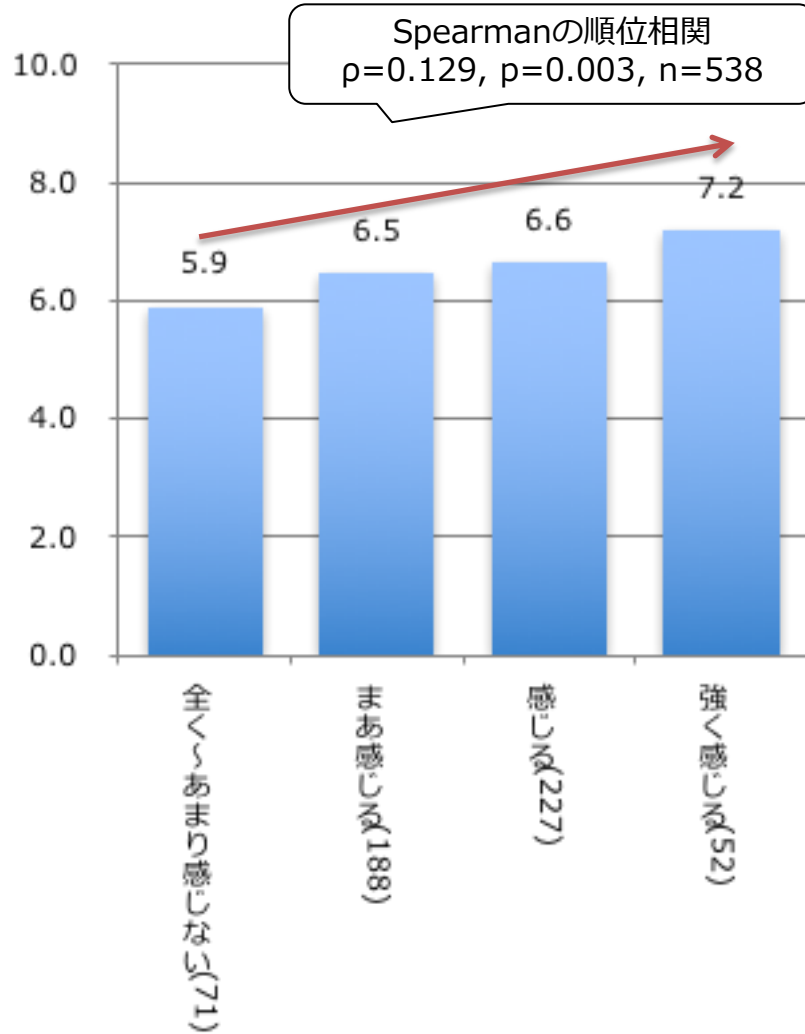
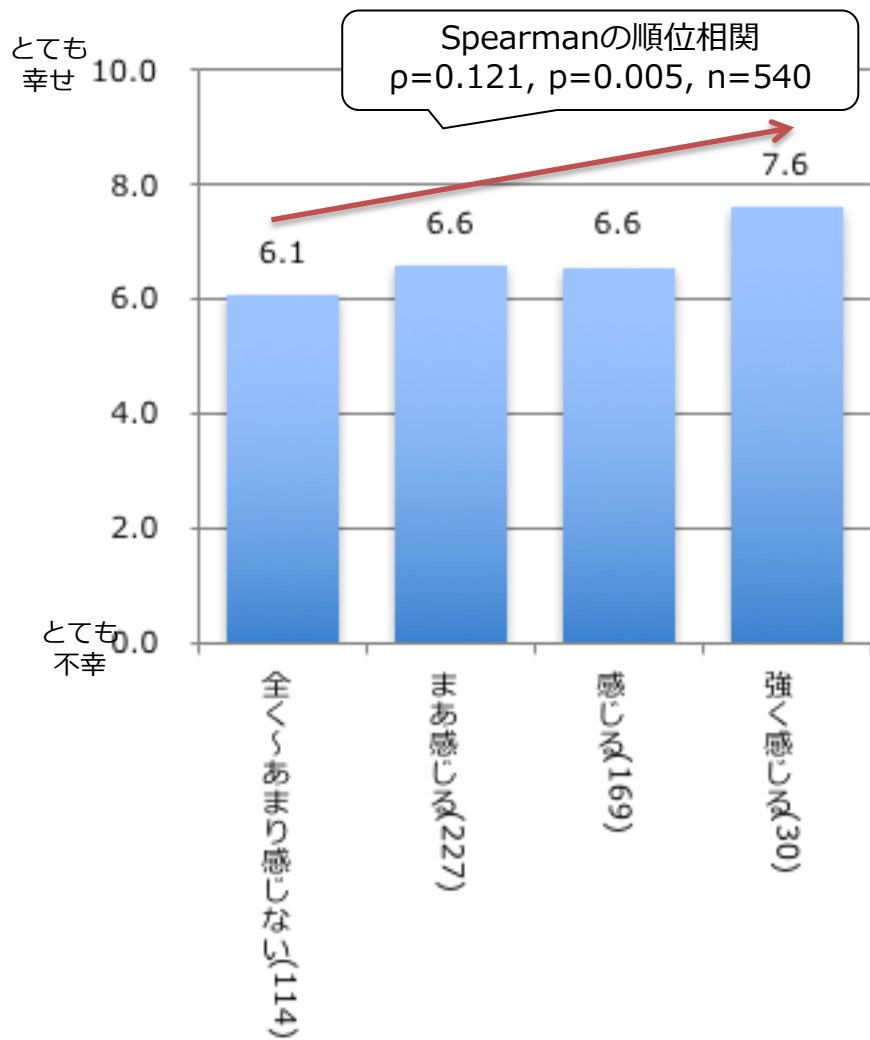
- 住民へのアンケート
- ケアプロセスの可視化（アセスメント／ケア介入など）
- 状態像データの解析（要介護認定調査等）

世間（社会）
低いコスト

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

参考：介護サービス利用者の主観的幸福感と介護支援専門員の職務満足感・仕事のやりがい感との関連

利用者の幸福感



職務満足感

仕事のやりがい感

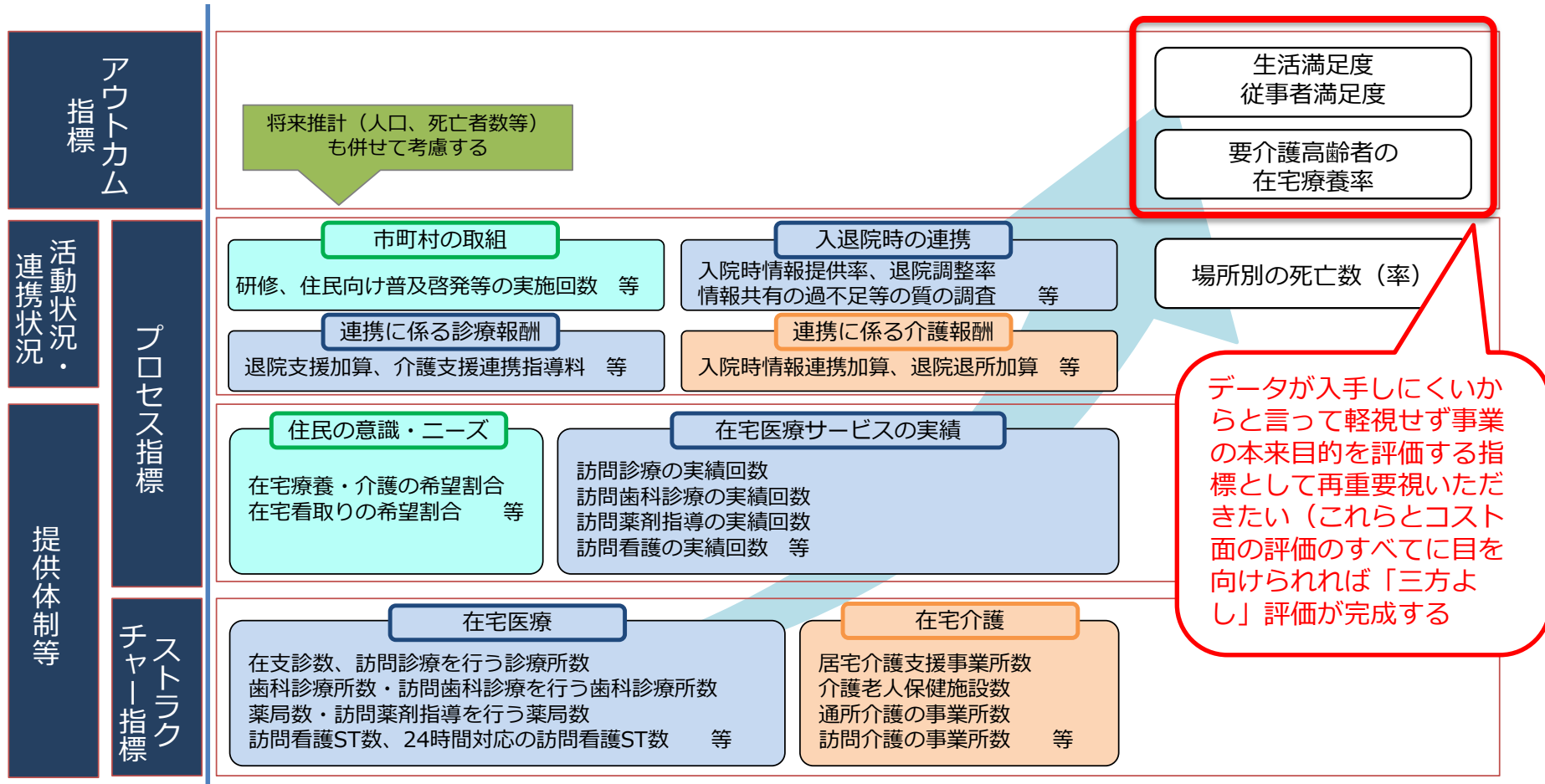
重要と思われる評価軸のまとめ

- ストラクチャー・プロセス・**アウトカム**
- 住民側・従事者側・コスト面
- 以上の定点観測（時系列評価）

定期的に測定して初めて変化が見える
（1回測っただけでは見えない）
+
担当者が異動しても視点が維持される

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

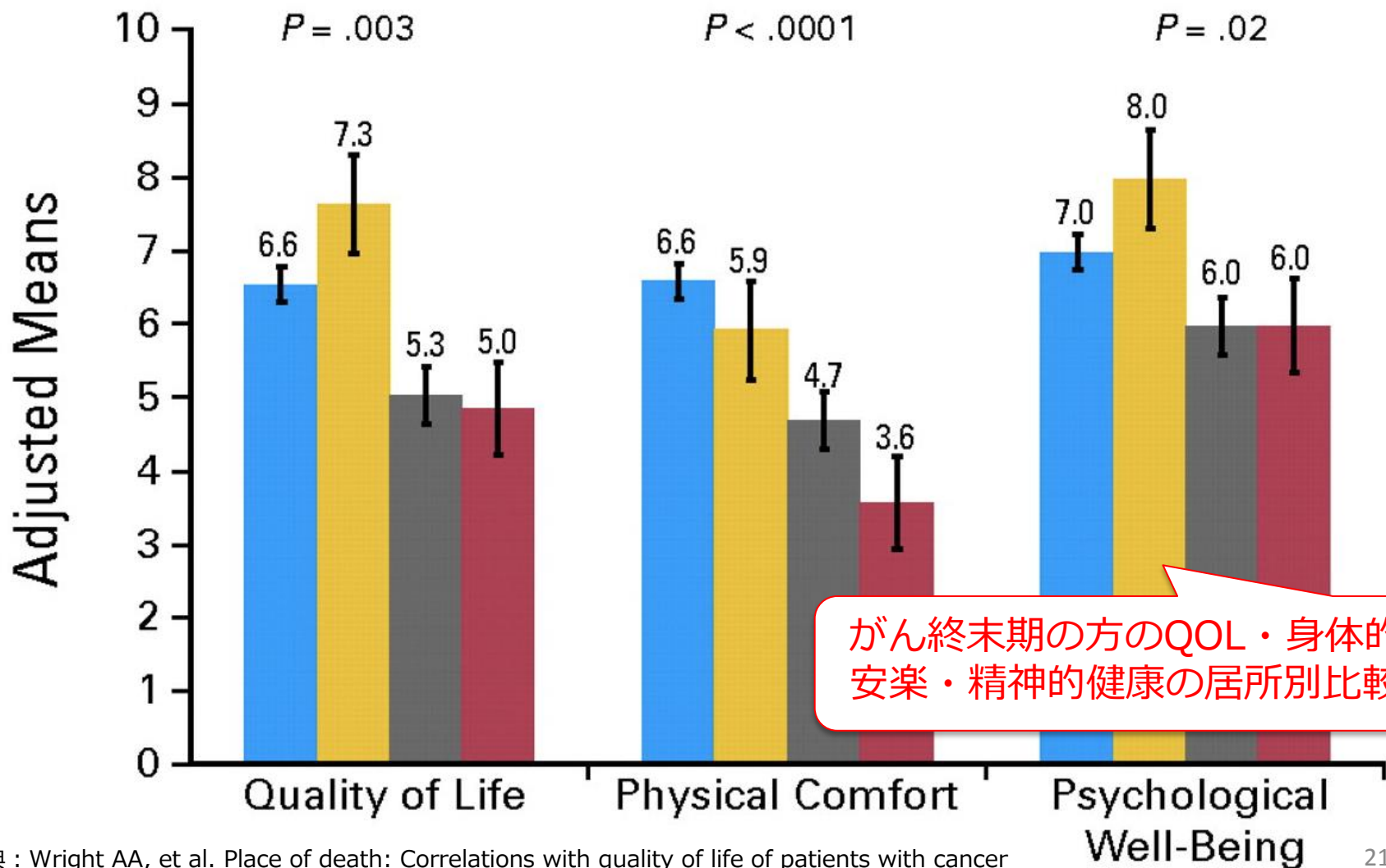
参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業（平成28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 野村総合研究所）

Q : どこで終末期を過ごすのが幸せか？

→A : 調べなければ分からない

■ Home with Hospice ■ Home ■ Hospital ■ Intensive Care Unit



介護予防領域の調査項目もぜひ流用ください

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査票（必須項目）「健康について」抜粋

| 問7 健康について | |
|---|-------|
| (1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか | |
| 1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない | |
| (2) あなたは、現在どの程度幸せですか （「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください） | |
| とても不幸 | とても幸せ |
| 0点 | 10点 |
| 1点 | 9点 |
| 2点 | 8点 |
| 3点 | 7点 |
| 4点 | 6点 |
| 5点 | 5点 |
| 6点 | 4点 |
| 7点 | 3点 |
| 8点 | 2点 |
| 9点 | 1点 |
| (3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか | |
| 1. はい 2. いいえ | |
| (4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか | |
| 1. はい 2. いいえ | |

主観的
健康感

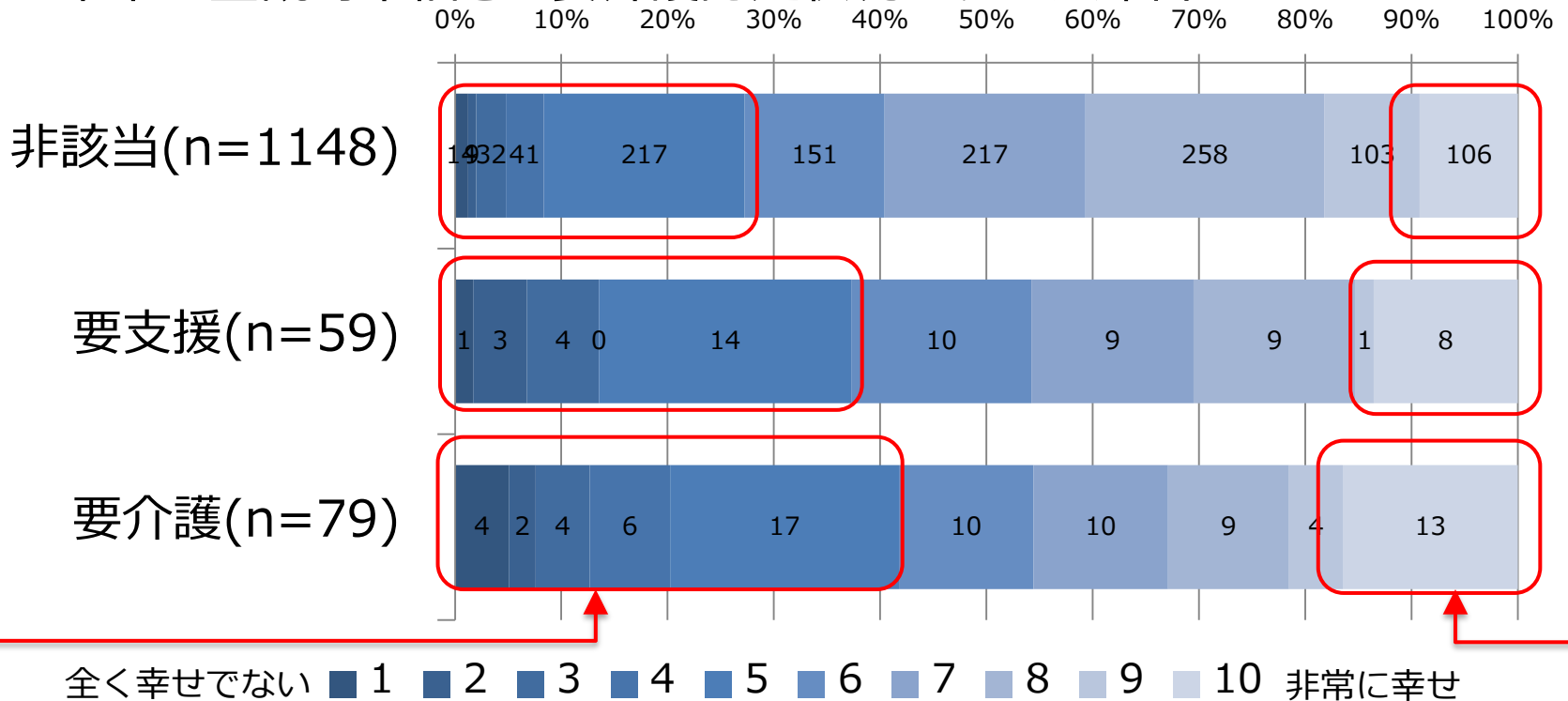
主観的
幸福感

抑うつ

これらの項目を要介護者（訪問診療利用群・入院群・入所群）に対して実施するだけで、自立高齢者群との比較が可能となる

主観的幸福感の測定例（JAGESデータより）

- 某市の主観的幸福感×要介護認定状況のクロス集計



全く幸せでない ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10 非常に幸せ

（資料：千葉大学近藤克則教授）

非該当・要支援・要介護の3群を比較すると…

- 要介護・支援群において相対的に「幸せではない」と感じている人の割合が高いという見方もできる
- 一方で、要介護・支援群において「非常に幸せ」と感じている人の割合が高いという見方もできる

→市町村が要介護者も含めて幸福感等の主観的指標を定点観測し、ADLなどの客観的指標とあわせて在宅医療（・介護連携）あるいは地域包括ケアの複合的評価指標として活用できるのではないかと？

アンケートを行う上での課題と対応の方向性（案）

- 課題 1：他市町村との比較ができない
 - 既存の国実施調査と同じ設問を用いる（参考：厚生労働省人生の最終段階における医療に関する意識調査・内閣府国民生活に関する世論調査など）
 - 都道府県単位で統一的な調査を実施する（参考：長野県高齢者実態調査）
 - 日常生活圏域二エーズ調査・JAGESプロジェクト（代表：千葉大学近藤克則教授）等の活用
- 課題 2：每期費用がかかる
 - 他の計画と協調して効率的な調査実施に努める（参考：市川市eモニタ制度）
 - 都道府県単位で統一的な調査を実施する（参考：長野県高齢者実態調査・広島県ケアバランス指標）

都道府県にお願いしたいこと：ぜひ広域での指標調整・データ化の支援を！

在宅医療・介護連携推進事業関連で 想定し得るアンケート項目の例

※いずれも制度上位置付けられたものではないため独自の調査が必要

- **非認定高齢者**（日常生活圏域二一ズ調査の対象者）
 - 要介護状態になったとき／人生の最終段階における療養場所
- **要介護（要支援）認定者**
 - 主観的幸福感・生活満足感・QOLなど
 - 人生の最終段階における療養場所
- **医療機関・介護サービス事業者**
 - 将来に向けてのサービス提供能力
 - 仕事のやりがい・職務満足感など

参考：厚生労働省「地域支援事業実施要綱」

- 別添5 総合事業の事業評価

総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動と有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60歳代、70歳代を始めとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていないことから、こうした高齢者が地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながることとなる。併せて、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる事となる。このため、地域づくりの視点から、事業全体を評価した上で、要支援者等に対する介護予防・生活支援サービス事業について事業評価を行うこととする。事業評価をする際には、以下の3段階の評価指標を活用することとする。

①ストラクチャー指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制等に関する指標

②プロセス指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等に関する指標

③アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

なお、評価の実施に当たっては、関係者間での議論が重要であることから、各市町村で開催している介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等において議論することが重要である。また、地域の特性を活かしながら事業を運営することが重要であることから、以下の評価指標の視点を活かしながら、それぞれの地域の実情を踏まえたふさわしい評価指標へと内容を修正した上で、事業評価を実施することが重要である。

参考：厚生労働省「地域支援事業実施要綱」

- 別添5 総合事業の事業評価 1 総合事業に示された定量的指標

プロセス指標

- 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上参加者数及び割合
- 介護予防に資する住民主体の通いの場の状況
- その他の定量的指標の例
 - ①介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
 - ②介護予防に関するイベント等の開催回数
 - ③介護予防に関するボランティア育成のための研修会の開催回数・育成数

アウトカム指標

- 65歳以上新規認定申請者数及び割合
- 65歳以上新規認定者数及び割合（要支援・要介護度別）
- 65歳以上要支援・要介護認定率（要支援・要介護度別）
- 日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況（健康関連指標の例：主観的健康観、社会参加の状況、運動機能、口腔機能、栄養状態、認知機能、閉じこもり、うつ、健康寿命等）
- 介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
- 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

参考（再掲）：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 |
|---------|---|
| アウトカム | 住民の健康状態や患者の状態を測る指標 |
| プロセス | 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 |
| ストラクチャー | 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 |

参考：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」

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

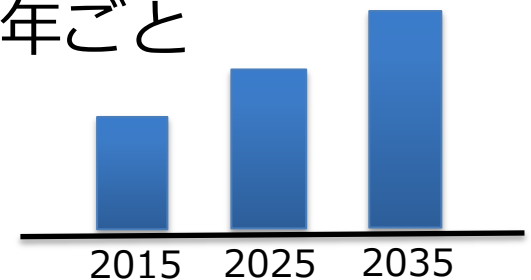
| | 退院支援 | 日常の療養支援 | 急変時の対応 | 看取り |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ストラクチャー | ● 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 | ● 訪問診療を実施している診療所・病院数 | ● 往診を実施している診療所・病院数 | ● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数 |
| | ● 退院支援を実施している診療所・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(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

指標の活用の仕方

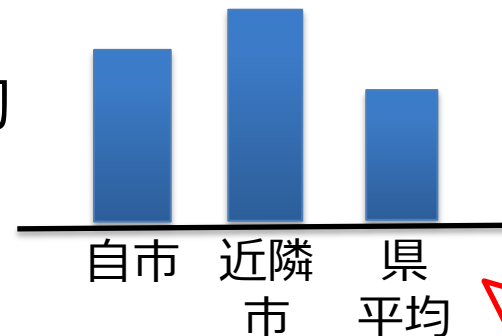
- 兎にも角にも「定点観測」を続ける

- 介護保険事業計画や医療計画の策定年ごと
- 2025年：団塊世代が後期高齢期に
- 2040年：日本人の死亡数ピーク



- 他地域と比較する

- 対全国平均・都道府県平均
- 近隣市町村との比較
- 日常生活圏域間の比較



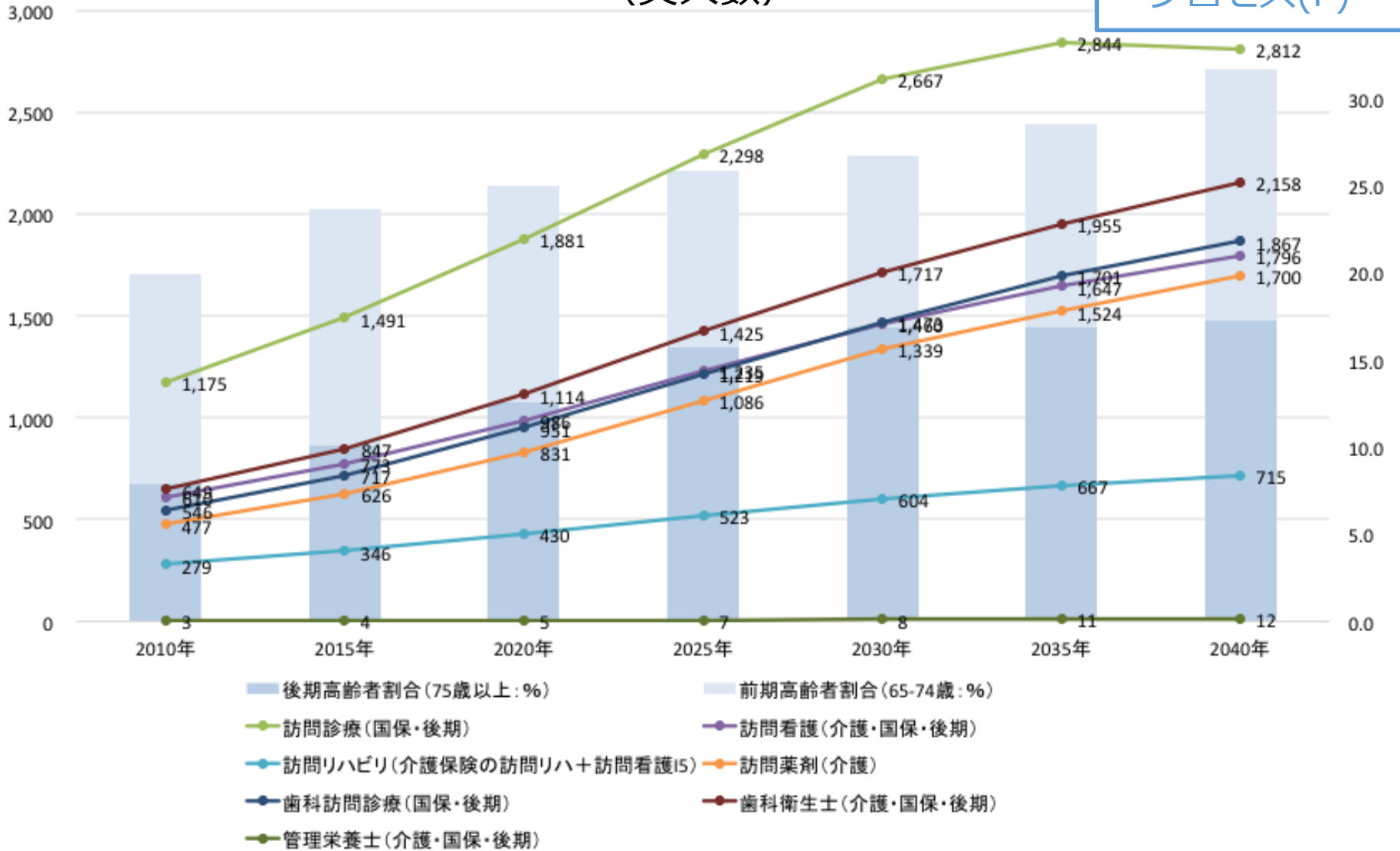
単純な度数比較か、需要（例：75歳以上人口）を母数にした割合比較か、よく確認

- 領域・階層別に見る

- S・P・Oを一連で見る（例：Sは充足・Oは不変）
- 疾患別の比較
- 時期別で見る（例：平常時は充足／臨時は不足）

指標提示例：柏市の在宅医療の需要推計 (実人数)

プロセス(P)

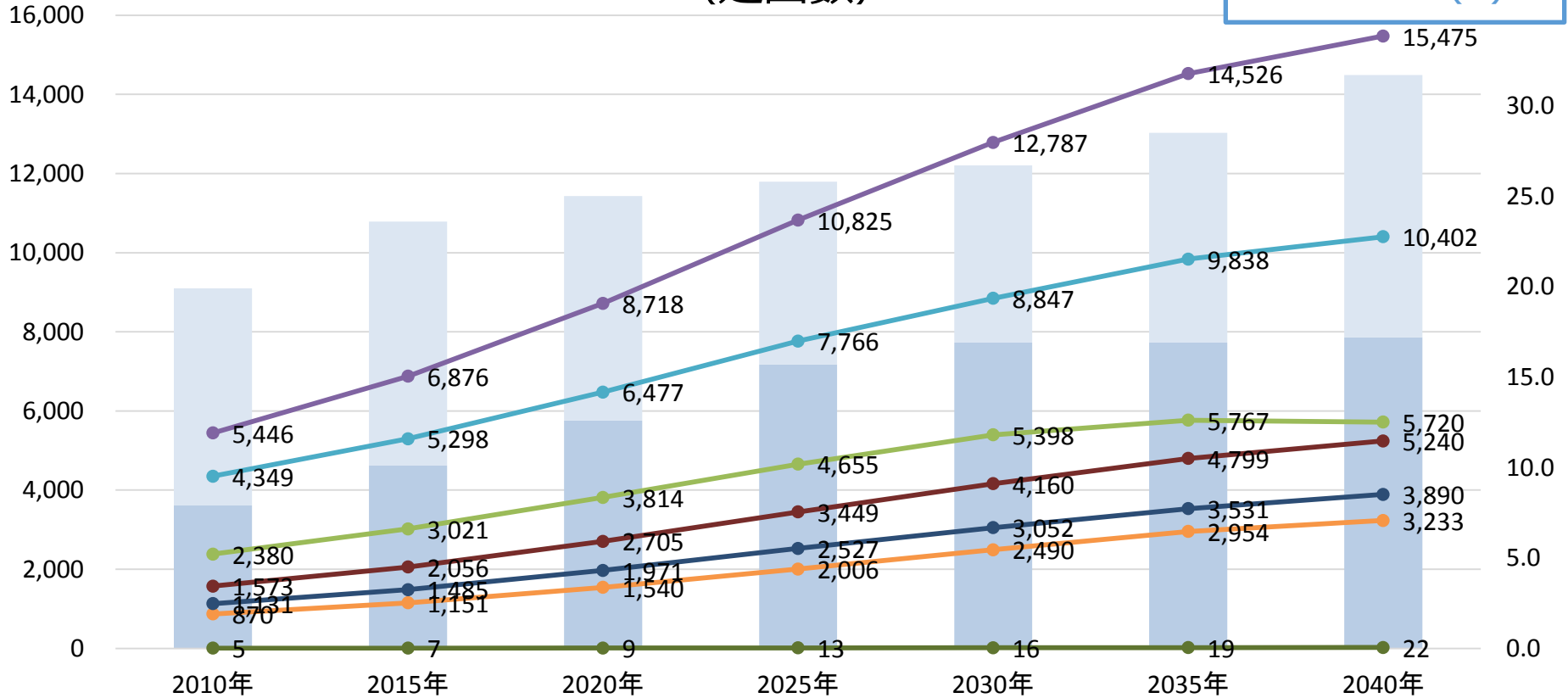


※ 薬剤師については、一部データの入手範囲に限界があり、今回の推計では介護保険レセプトしか用いていない。
 ※ 訪問看護の推計値には、リハビリテーション職種が実施する介護保険の訪問看護15や訪問看護療養費が含まれる。

指標提示例：柏市の在宅医療の需要推計

(延回数)

プロセス(P)



■ 後期高齢者割合 (75歳以上 : %)

■ 前期高齢者割合 (65-74歳 : %)

● 訪問診療 (国保・後期)

● 訪問看護 (介護・国保・後期)

● 訪問リハビリ (介護保険の訪問リハ+訪問看護15)

● 訪問薬剤 (介護)

● 歯科訪問診療 (国保・後期)

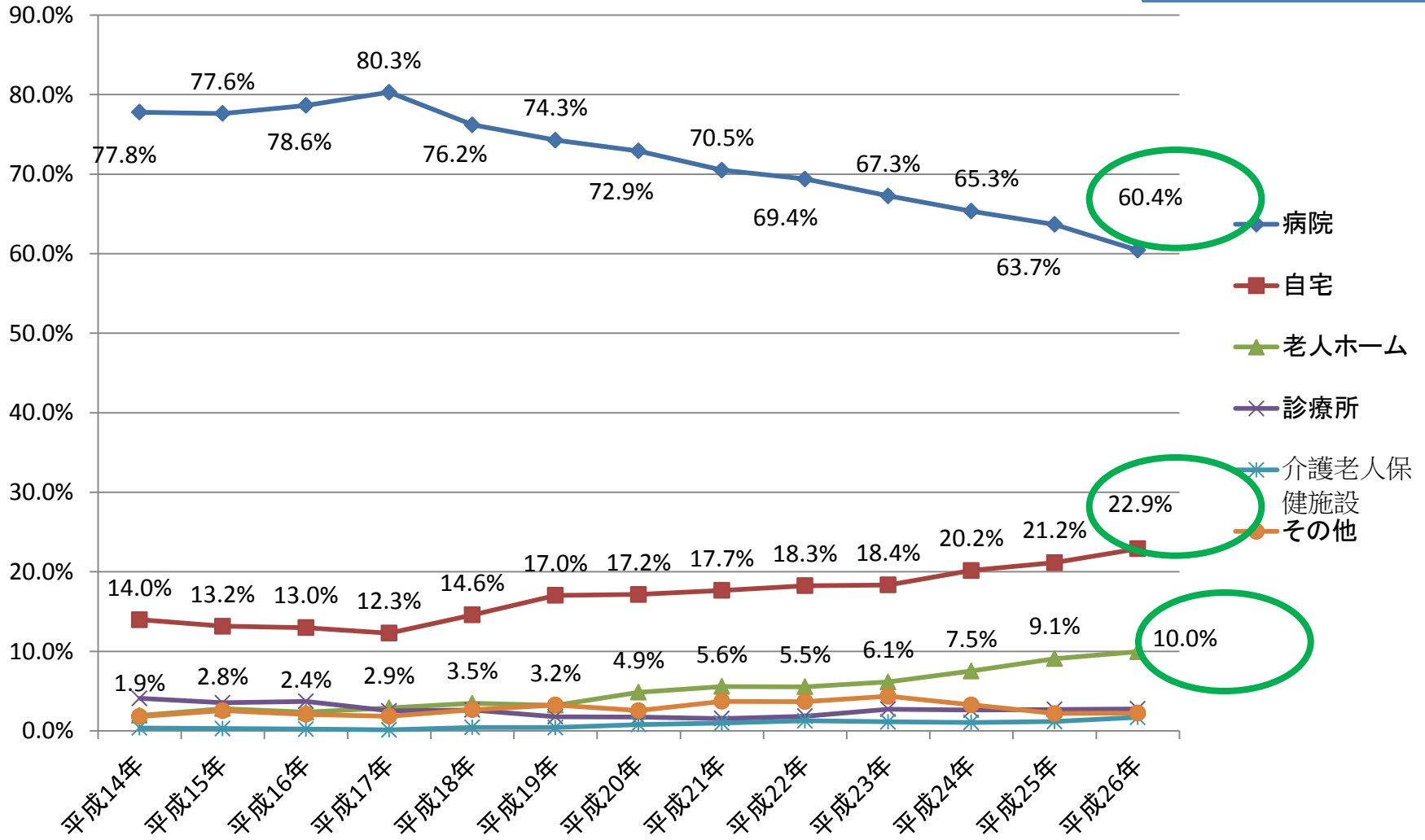
● 歯科衛生士 (介護・国保・後期)

● 管理栄養士 (介護・国保・後期)

※ 薬剤師については、一部データの入手範囲に限界があり、今回の推計では介護保険レセプトしか用いていない。
 ※ 訪問看護の推計値には、リハビリテーション職種が実施する介護保険の訪問看護15や訪問看護療養費が含まれる。

指標提示例：横須賀市の死亡場所構成比推移

プロセス(P)



次期医療計画及び介護保険事業計画における整備量の設定について

A構想区域

C3未満

120人・日

医療区分1の70%
地域差解消分

180人・日

訪問診療

100人・日

市町村ごとに推計

| 市町村名 | C3未満 | 医療区分1の70% 地域差解消分 | 訪問診療 |
|------|------|---------------------|------|
| B市 | 30 | 35 | 20 |
| C市 | 30 | 45 | 25 |
| D町 | 20 | 25 | 10 |
| E町 | 20 | 30 | 20 |
| F町 | 10 | 20 | 5 |

- 厚生労働省（医政局）より市町村別集計が提供される予定
- 病院・病床の状況（S・P）については「病床機能報告」のデータも活用可能

A構想区域

B市

D町

E町

C市

H村

F町

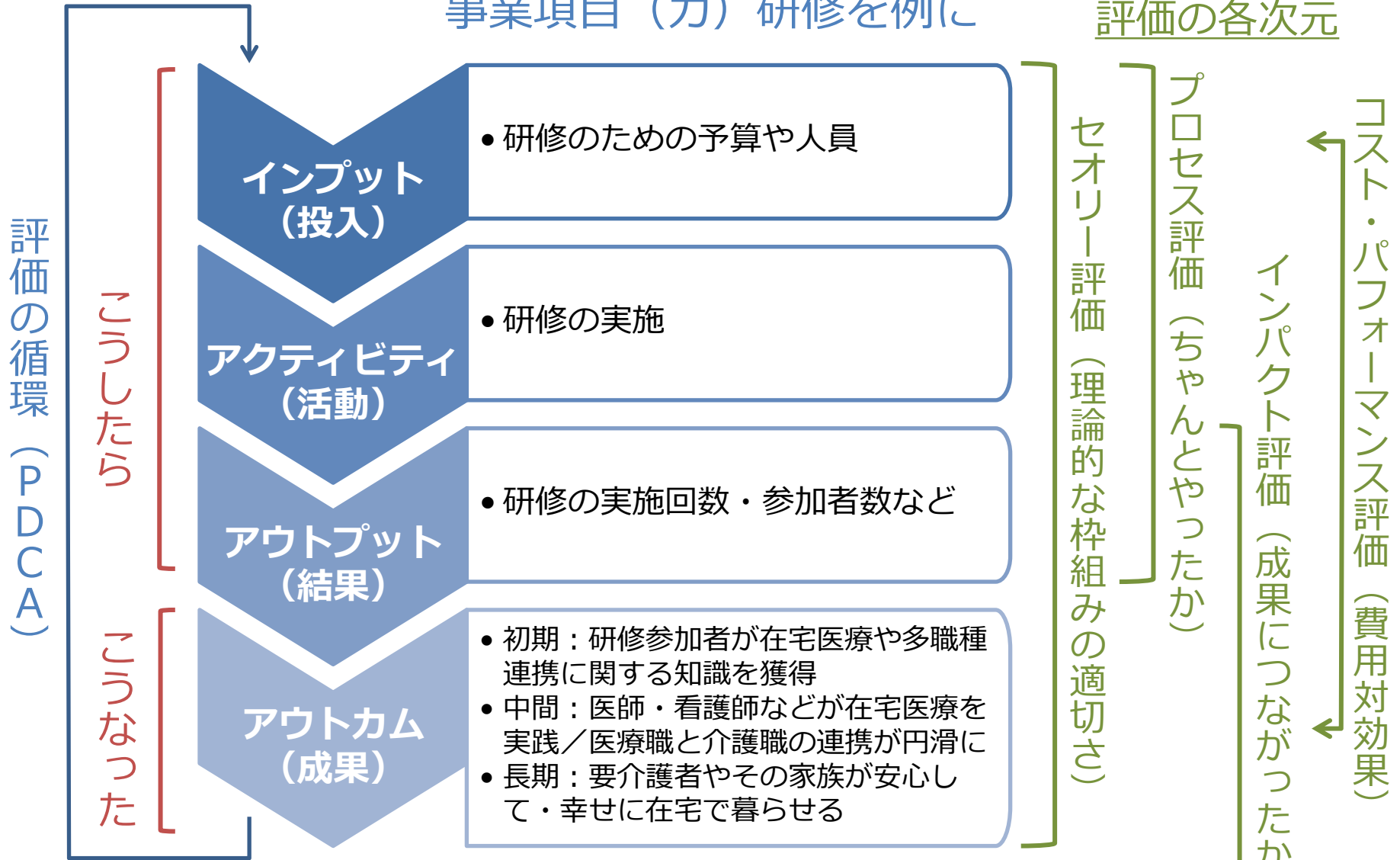
G村

参考：関連して知っておいていただきたい枠組み（今回詳細は割愛）

ロジックモデル（事業評価の基本枠組み）

事業項目（カ）研修を例に

評価の各次元



図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003. Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法, 2005. 国際医療福祉大学教授埴岡健一氏講演資料をもとに演者作成

医療計画・地域医療構想と 介護保険事業（支援）計画

在宅医療・介護連携推進事業の特殊性 (とおもしろさ)

都道府県

介護保険
事業支援計画

医療計画

地域医療介護総合
確保促進法に基づ
く都道府県計画

地域医療構想

二次医療圏
地域医療構想圏域等

圏域別計画

5疾病・5事業
+ 在宅医療

地域医療構想

医療・介護
に関する計
画間の整合
をはかる

高度急性期～
在宅医療等

市町村

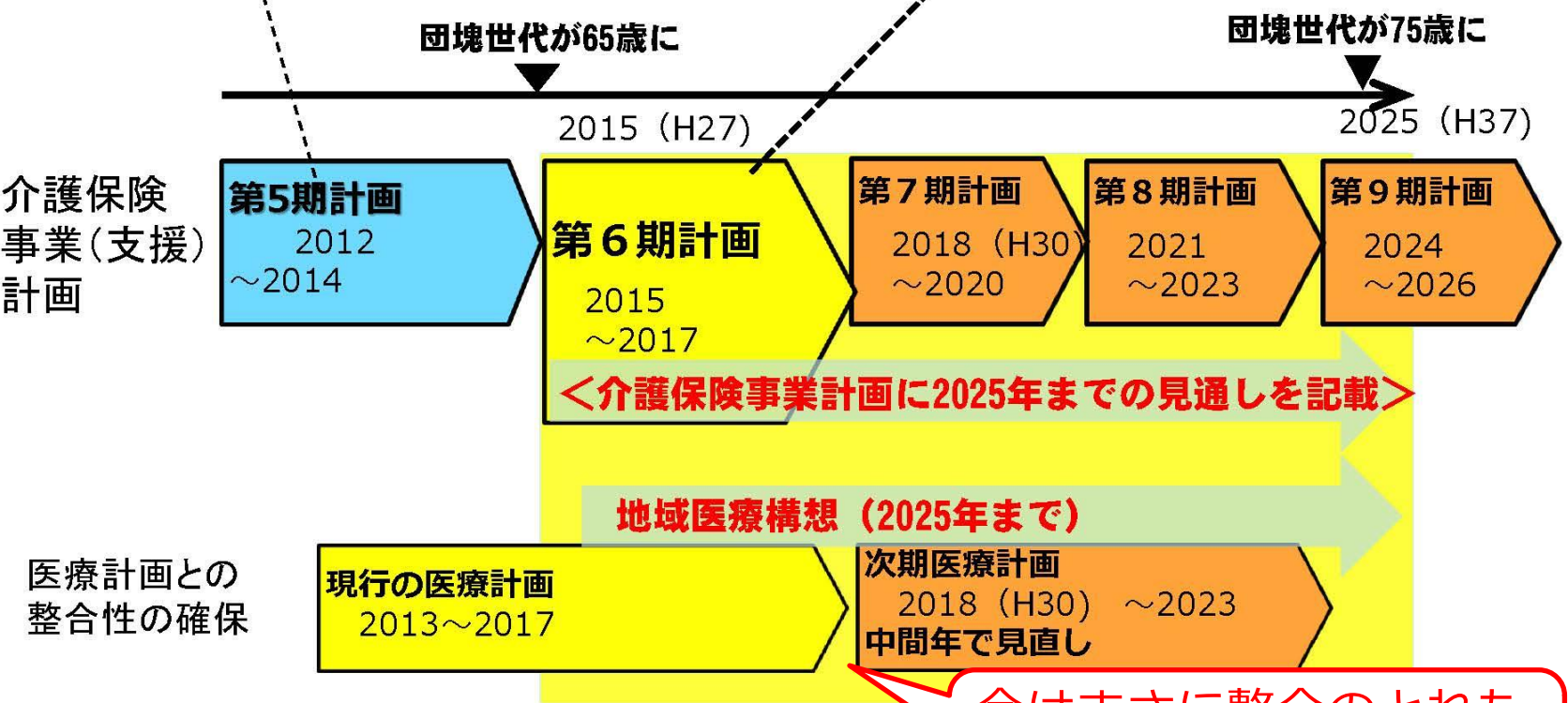
介護保険
事業計画

地域医療介護総合
確保促進法に基づ
く市町村計画

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

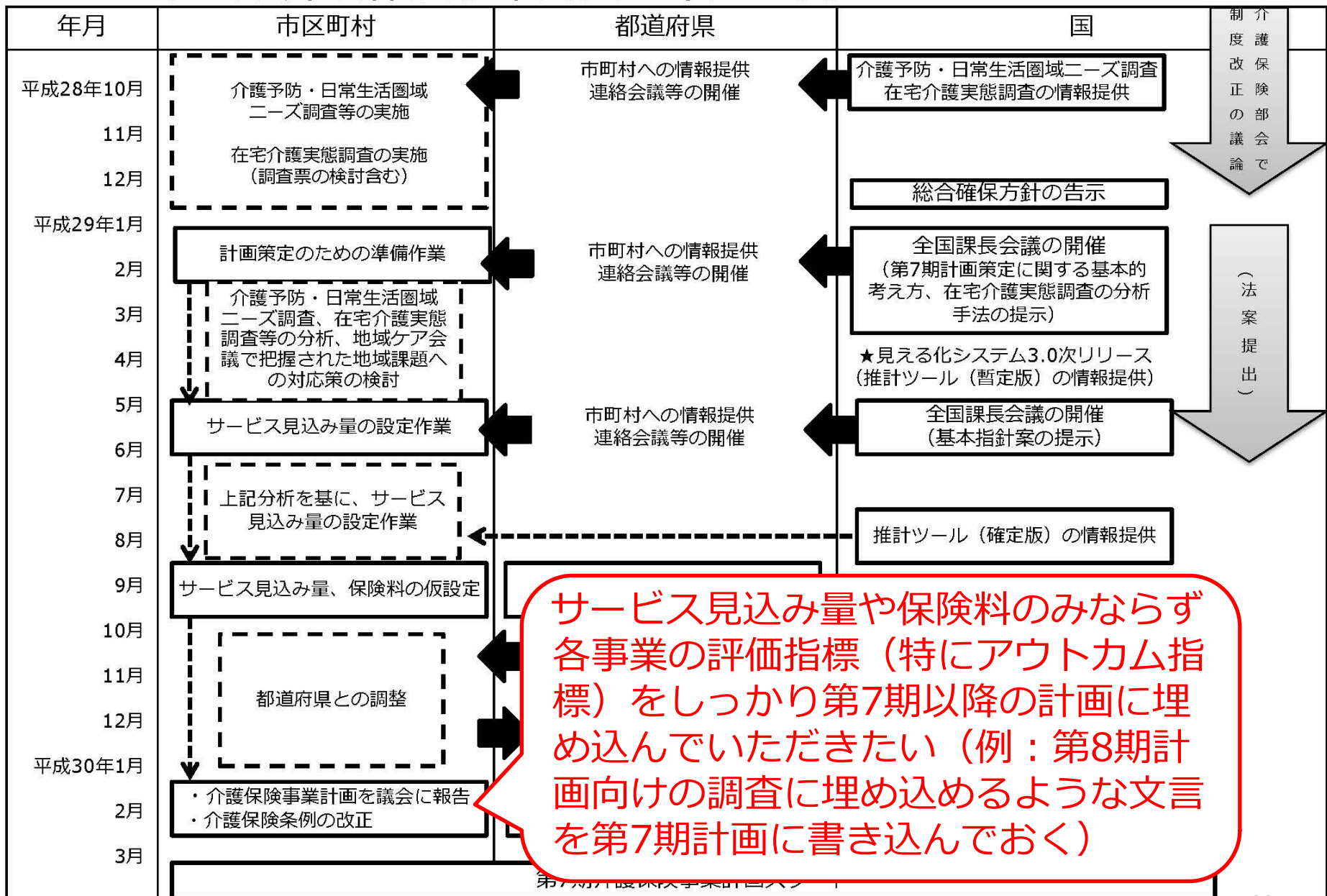
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



今はまさに整合のとれた評価枠組みを作る好機

第7期介護保険事業計画の策定に向けたスケジュール



参考資料

※事業評価・PDCAについてさらに具体的・実践的に学びたい方へ

- 野村総合研究所：地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する調査研究報告書（厚生労働省平成28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分））
https://www.nri.com/~media/PDF/jp/opinion/r_report/syakaifukushi/20170410-2_report_1.pdf
- 地域医療政策実践コミュニティ（Regional Health Plan Action Community = RH-PAC）：地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン 実践編～第1部プロセス編～
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2_GL_Process_all.pdf
- 特定非営利活動法人がん政策サミット：誰にでもできる！第3次がん計画策定ガイドブック
http://cpsum.org/pdf/summit/14/cplanguide_1705.pdf
- JAGES：介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド
<https://www.jages.net/renkei/chiikirenkei/>

東京大学：在宅医療・介護連携推進事業関連の問合せ先
メール：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp
多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>

※ 本レクチャー資料作成にあたり、近藤克則先生（千葉大学／国立長寿医療研究センター）、埴岡健一先生（国際医療福祉大学）より貴重な資料提供やご助言をいただきました。厚く御礼申し上げます。