

<知識編Ⅱ(マネジメント)>

3. PDCA サイクルに沿った
在宅医療・介護連携推進事業の進め方

令和4年11月24日

埼玉県立大学

<目次>

II-3 PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方

1. PDCA サイクルの展開手順	1
2. 在宅医療・介護連携推進事業を進めるに当たって一事業目的を再確認しよう！	3
3. PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方	5
1)【Step1】 目指す姿を関係者間で共有する	5
2)【Step2】 多様な手法で現状を把握する	7
① 厚生労働省の既存データを使って現状を把握する	7
② ヒアリングから現状を把握する	9
3)【Step3】 取り組むべき課題を具体化する	11
4)【Step4】 要因を分析し、解決すべき真の課題を明らかにする	13
5)【Step5・6】 具体化した課題に対して対策の対策を考え、実行する	15
4. 在宅医療・介護連携推進事業のあるべき展開方法とは	19

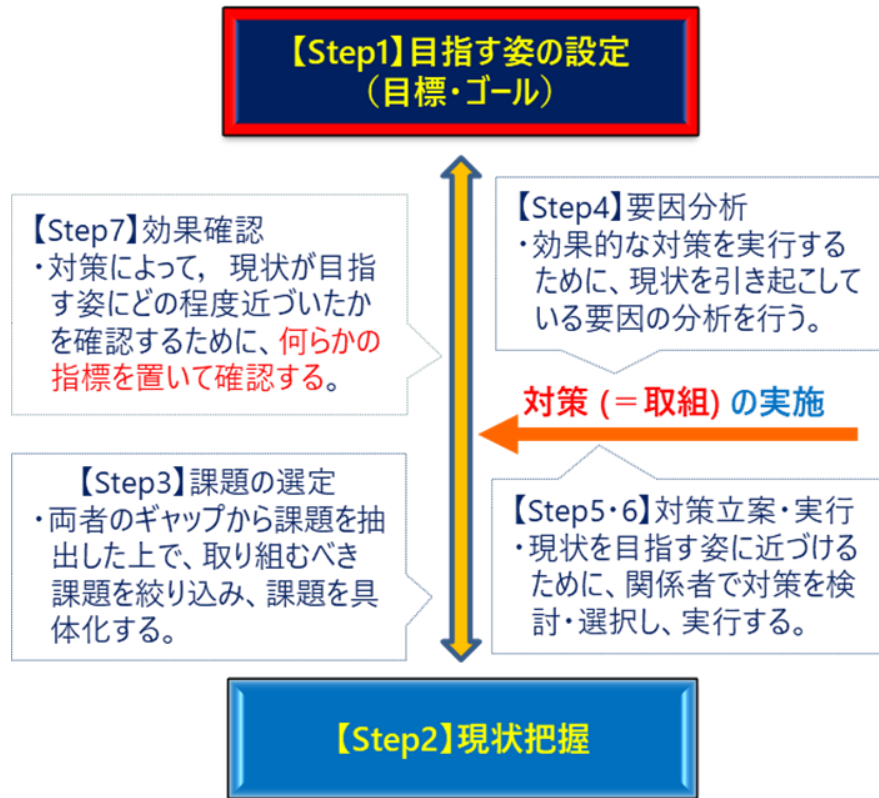
II-3 PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方

1. PDCA サイクルの展開手順

ポイント

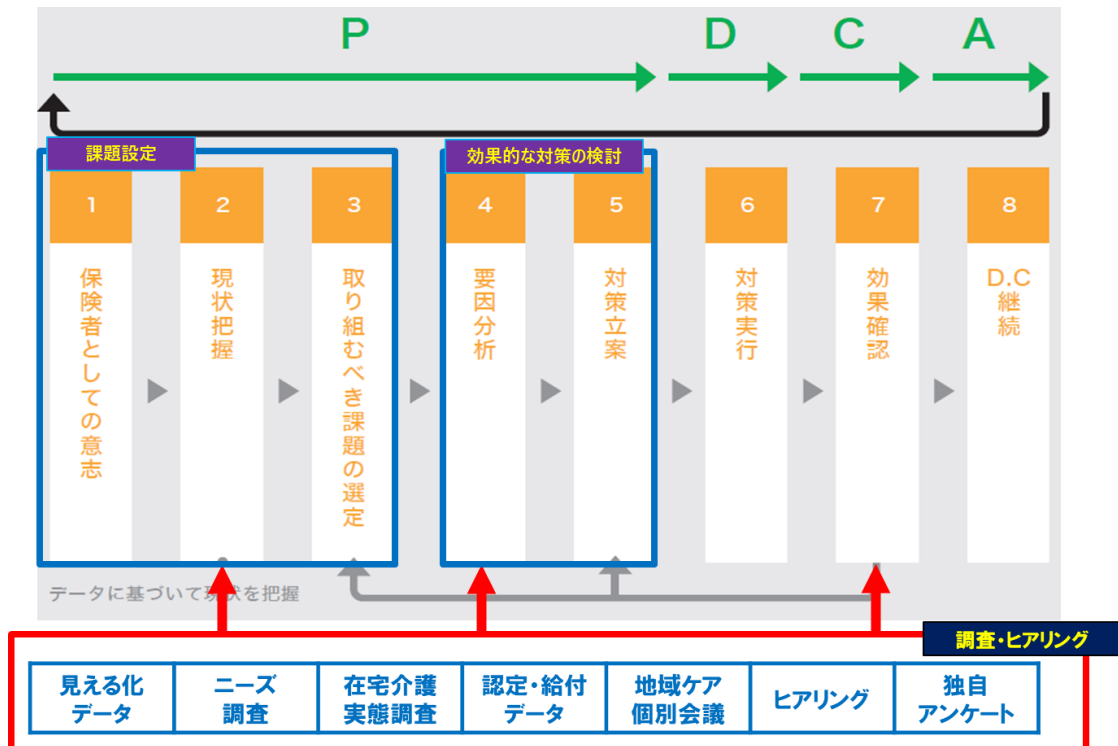
- マネジメントは、①「現状」と「目指す姿」のギャップから課題を抽出した上で、②課題を生じさせている要因や根本原因を追究し（要因分析）、③原因の解決につながる可能性の高い対策を検討・実践し、④指標を使って、現状が目指す姿に近づいたかどうかを確認し、⑤必要に応じて計画の見直しを図るといった一連の作業のことです（**図表 II-3-1**）。
- 厚生労働省の「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」に従うと、理想的な事業マネジメントは、一般的に、以下の手順で展開されることとなります（**図表 II-3-2**）。
 - 【Step1】 保険者としての意志を明らかにする（目指す姿・目標・事業に期待することを設定する）
 - 【Step2】 現状を把握する
 - 【Step3】 Step1 で示した「目指す姿」と、Step2 で把握した「現状」のギャップから、複数の課題を抽出する。その上で、取り組むべき課題を選定し、具体化する
 - 【Step4】 課題を生じさせている要因や原因を分析する
 - 【Step5】 Step4 の要因分析の結果をもとに、課題解決につながる可能性の高い対策を立案する
 - 【Step6】 対策を実行する
 - 【Step7】 事業の効果を確認する
 - 【Step8】 必要に応じて、計画の見直しを行いながら、新たな対策の実行と評価を繰り返す
- 厚生労働省の「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」で示されている方法に沿って、事業担当者は、在宅医療・介護連携推進事業を展開していく必要があります（**図表 II-3-2**）。

図表 II-3-1. マネジメントの基本構造（再掲）



出所) 筆者作成

図表 II-3-2. 事業展開のための PDCA サイクルとは（再掲）



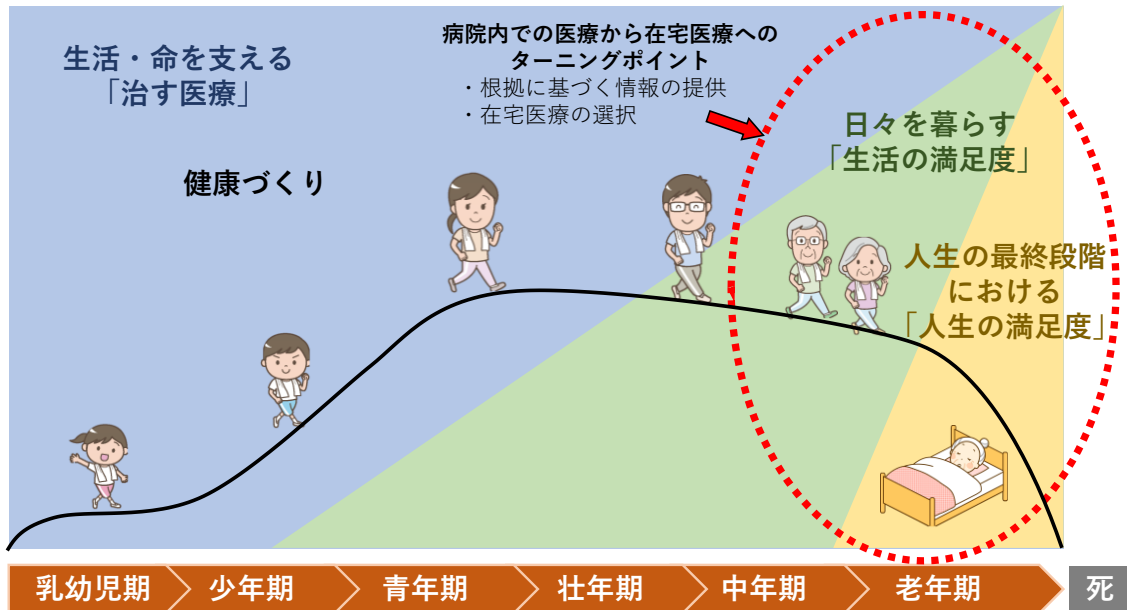
出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018年7月30日）を一部改変

2. 在宅医療・介護連携推進事業を進めるに当たって一事業目的を再確認しよう！

ポイント

- 人が生を受けて、その人生を全うするまでの間、医療に期待される役割も変化していきます。乳幼児期から老年期までは「治す医療」が中心となりますが、人生の最終段階に近づくにつれて、「治療を中心とする病院医療から生活を重視した在宅医療へ」の転換が求められることとなります（**図表 II-3-3**）。
- 要支援・要介護高齢者の場合、日常生活活動（Activities of daily living：ADL）の低下に加えて、複数の疾患や諸症状を有するといった特徴があります。こうしたニーズや特徴を有する要介護高齢者の日常生活を支えるためには、医療と介護の連携が必須となります。これら連携を強化するための手段として、在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられているのです。
- 地域包括ケアシステムの目的は、**図表 II-3-4** に示されているように、「重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後までつづけることができるようにすること」です。当然、地域包括ケアシステムを進めるための在宅医療・介護連携推進事業の目的も同様となります。同事業の担当者は、この事業の目的を意識しながら、事業を展開することになります。

図表 II-3-3. 時期に応じた医療の関わり方の変化のイメージ (再掲)



出所) 国立市：国立市地域医療計画～生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らし方を支える～ (2019年3月) より引用

図表 II-3-4. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の目的と位置づけ (再掲)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



事業が目指していること (事業目的)

重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる

出所) 厚生労働省：介護保険制度をめぐる最近の動向について、第92回介護保険部会(2022年3月24日)、資料1に加筆

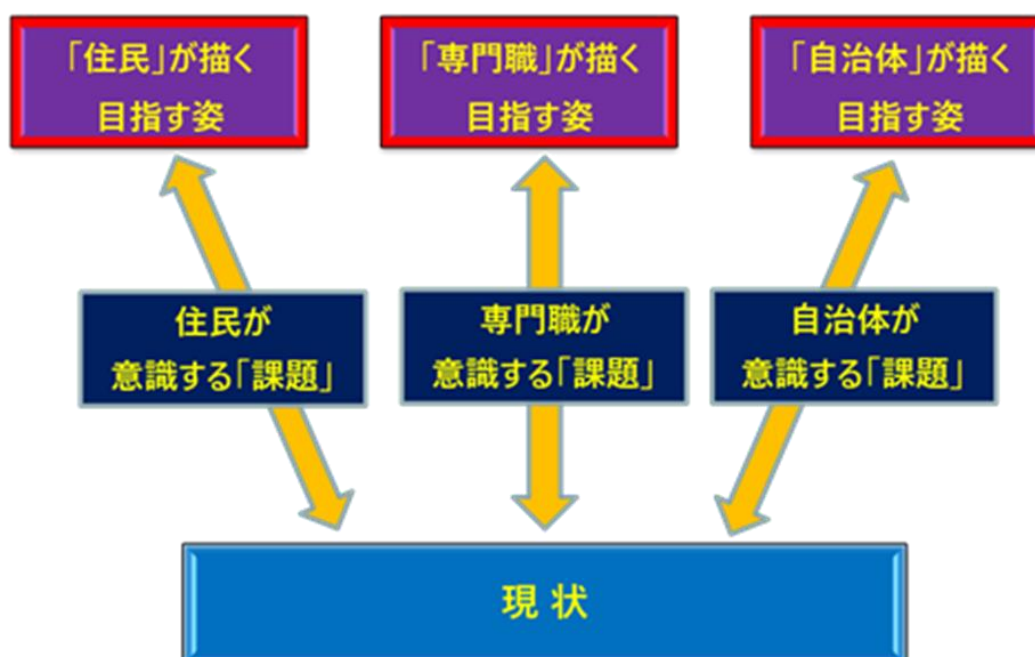
3. PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方

1) 【Step1】 目指す姿を関係者間で共有する

ポイント

- 在宅医療・介護連携推進事業では、住民・家族・専門職・行政等の関係者が、同じゴールを目指して協働することが求められていますが、各関係者の「目指す姿」のイメージも「現状認識」も違います。したがって、両者のギャップである課題認識も、当然異なることとなります（**図表 II-3-5**）。
- 課題を共有するため、まず、関係者と一緒に「どのような地域を目指すのか」を検討・共有しましょう。同事業の目的は、「**重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる**」でしたので、この文言を参考に検討するとよいでしょう。
- また、同事業では、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)ごとに提供体制の整備や連携方法を検討することになっています。入退院支援であれば、「何のために入退院時に連携するのか？」の視点から、目指す姿（どんな連携を目指すのか）を検討してみましょう。
- **図表 II-3-6** は、大阪府が作成した入退院支援の手引きの例です。大阪府では、入退院支援の目指すべき姿を、①その人らしい暮らしの場に帰れるようにすること、②退院後の早期の再発や重症化を予防し、安定的に在宅での生活が継続できるようにすることとされています。こうした他の自治体の手引きも参考にしながら、自地域の目指す姿（在宅医療・介護連携推進事業全体および4つの場面）を関係者で検討していきましょう。

図表 II-3-5. まずは、関係者間で「目指す姿」のイメージを揃えましょう！



出所) 筆者作成

図表 II-3-6. 入退院支援における目指す姿の設定イメージ

病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

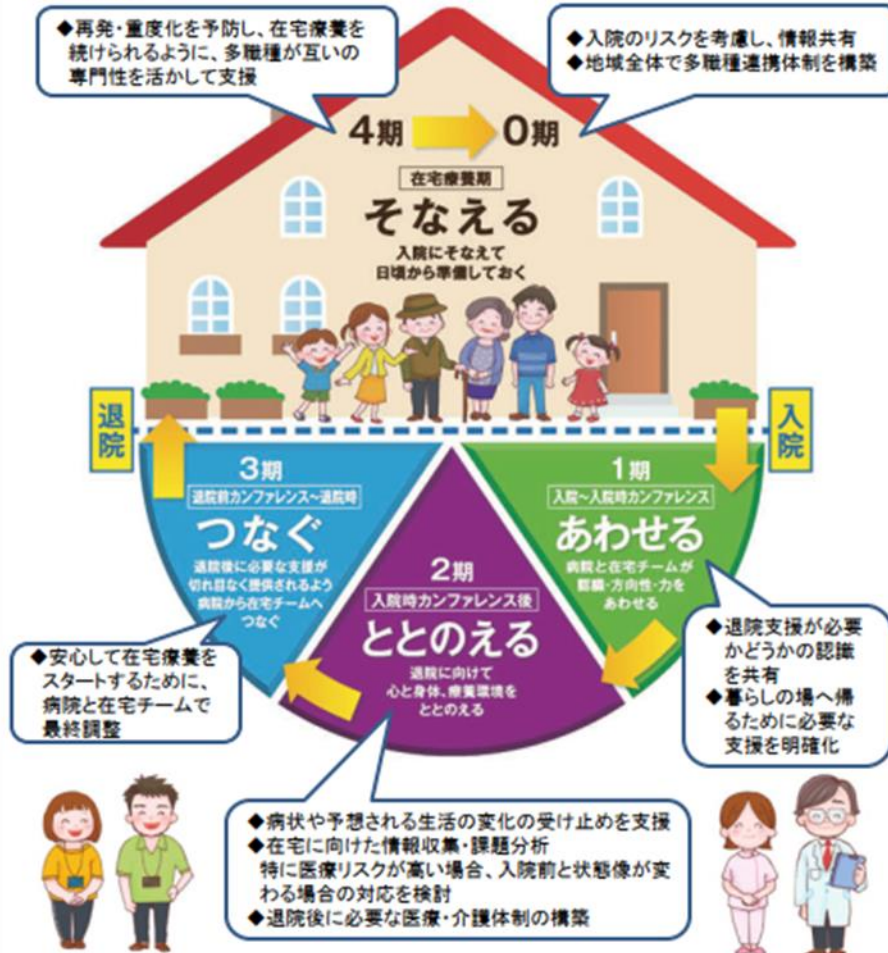
【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場へ帰れるようにするためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。

また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0～4期)に応じて適切に協働していく必要があります。



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年1月)を一部改変

2) 【Step2】多様な手法で現状を把握する

① 厚生労働省の既存データを使って現状を把握する

ポイント

- 厚生労働省は、在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 のなかで、4つの場面ごとに、「体制整備」や「連携」の現状把握および評価に活用できる項目例を挙げています。**図表 II-3-7** は、入退院支援に関する項目例です。
- なお、これらデータの一部は、厚生労働省が公表しているデータ集（①在宅医療にかかる地域別データ集、②地域包括ケア「見える化」システム）から把握することができます。また、厚生労働省の公表データをもとに、医療・介護関連データを、市町村単位で加工したものとして、日本医師会の「地域医療情報システム（JMAP）」があります（**図表 II-3-8**）。
- ただし、これらデータからは、「市内全体で、加算に係る行為がどの程度行われているか」は分かるが、**①どの医療機関が行っているか、②どのような連携が行われているかは把握できません（既存データの限界）**。したがって、これら実態を把握したい場合は、①独自にアンケートを行う、②入退院支援に関わる専門職にヒアリングする、③退院事例を検討する などの方法を用いる必要があります。

図表 II-3-7. 現状把握や評価に活用可能なデータの例

a) 体制整備に関する項目例

指標	項目	考え方
ストラクチャー指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 ・ 退院支援を実施している診療所・病院数 ・ 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 ・ 退院時訪問指導を実施している診療所・病院数 	退院支援のための体制を整備している医療機関数、退院支援を行っている医療機関数を把握する。
プロセス指標	<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 ・ 退院時訪問指導を受けた患者数 	退院支援や各種指導を受けた患者数を把握する。

b) 連携に関する項目例

報酬	項目	考え方
診療報酬	入退院支援加算	入院医療機関の入退院支援体制や連携状況を把握する。
	介護支援連携指導料	入院患者の退院後の介護サービスの導入に向けた取組状況や量を把握する。
	退院時共同指導料	
	退院前訪問指導料	入院患者の退院に向けた調整の実施状況や量を把握する。
介護報酬	診療情報提供料	入院患者に関する情報共有の状況や量を把握する。
	入院時情報連携加算	ケアマネジャーから病院等への利用者の情報提供状況や連携状況・量を把握する。
	退院・退所加算	
	退院・退所時連携加算	退院患者をグループホーム／特定施設で受け入れる際の両者の連携状況や量を把握する。

出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) を一部改変

図表 II-3-8. 在宅医療・介護にかかる主な地域別データ集の概要

名称	公表	主な公表データ
在宅医療にかかる地域別データ集 ¹⁾	毎年	<ul style="list-style-type: none"> 人口／高齢者人口 在宅療養支援病院数／診療所数 訪問看護ステーション数 介護保険施設の定員数（特養／老健／介護療養型） 小規模多機能／看護小規模多機能型居宅介護事業所数 自宅死／老人ホーム死の割合
	3年毎	<ul style="list-style-type: none"> 病院／診療所／歯科診療所数 訪問診療を実施している病院数／診療所数および件数 往診を実施している病院数／診療所数および件数 看取りを実施している病院数／診療所数および件数 訪問歯科診療を実施している診療所数及び件数 訪問看護を実施している病院／診療所数 など
地域包括ケア「見える化」システム ²⁾	毎年	<ul style="list-style-type: none"> 病院／一般診療所数 訪問診療を受けた患者数および算定回数 往診を受けた患者数および算定回数 退院支援を受けた患者数および算定回数 介護支援連携指導を受けた患者数および算定回数 退院時共同指導を受けた患者数および算定回数 訪問歯科診療を受けた患者数および算定回数 訪問薬剤管理指導を受けた患者数および算定回数 在宅ターミナルケアを受けた患者数および算定回数 看取り数 自宅／老健／老人ホームでの死亡者数 など
地域医療情報システム（JMAP） ³⁾	毎年	<ul style="list-style-type: none"> 人口／年齢階層別人口 医療介護需要予測 病院／一般診療所／歯科診療所／薬局数 在宅療養支援病院／診療所数及び人口 10 万対施設数 病院／有床診療所別病床数及び人口 10 万対病床数 医師／歯科医師／薬剤師数及び人口 10 万対人数 介護施設数／居宅介護支援事業所数 入所定員数 常勤換算介護職員数 など

注 1. 在宅医療にかかる地域別データ集の 3 年毎の公表データは、毎年の公表データに加えて公表されるものである。

注 2. 見える化システムの病院／一般診療所数以外は、2018 年のデータのみである。

注 3. 日本医師会の JMAP は、厚生労働省の各種調査がベースとなっているものである。

注 4. 各データ集の出所は以下の通り。

1) 厚生労働省 HP <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

2) 厚生労働省 HP <http://mieruka.mhlw.go.jp/>

3) 日本医師会 HP <https://jmap.jp/>

出所) 筆者作成

② ヒアリングから現状を把握する

ポイント

- 現状を把握する方法としては、①既存データ分析、②アンケート、③事例検討、④ヒアリングなどがあります。知りたいこと、知りたいレベルによって、最適な方法を選択／併用していきます。
- **図表 II-3-8** のデータを確認することで、連携の実施状況や量は把握できます。しかしながら、連携の現状、患者・家族への効果などはこれらデータからは把握できません。こうした場合は、住民や専門職へのヒアリングが有効な手法の1つになります。
- 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 では、目指す姿を「本人の望む場所に戻り、支援を受けながら、不安なく生活を再開することができる」とした上で、①医療・介護サービス提供体制、②サービス利用状況、③連携の実施状況、④患者や家族が期待していることや困っていること、連携や支援に対する評価のために、住民や専門職にヒアリングした結果の例を示しています（**図表 II-2-9**）。
- こうしたヒアリングを通じて、入退院支援のどこに課題があるのか、どんな課題がありそうかをイメージすることができます。

図表 II-3-9. ヒアリングから現状を把握する

【住民の声から】
<ul style="list-style-type: none">➤ 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安（体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど）を感じていた➤ 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった➤ 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた➤ 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、通院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた など
【専門職の声から】
<ul style="list-style-type: none">➤ 患者や家族の不安などの話をじっくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい（病院関係者）➤ 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しいと判断しがちである（在宅関係者）➤ 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある（在宅関係者） など

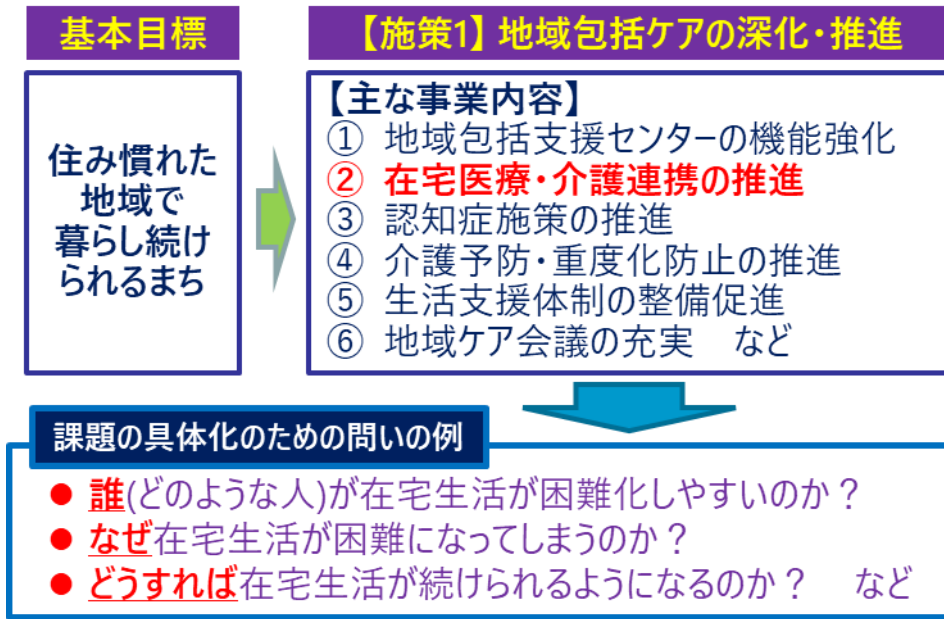
出所）厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（2020年2月）を一部改変

3) 【Step3】取り組むべき課題を具体化する

ポイント

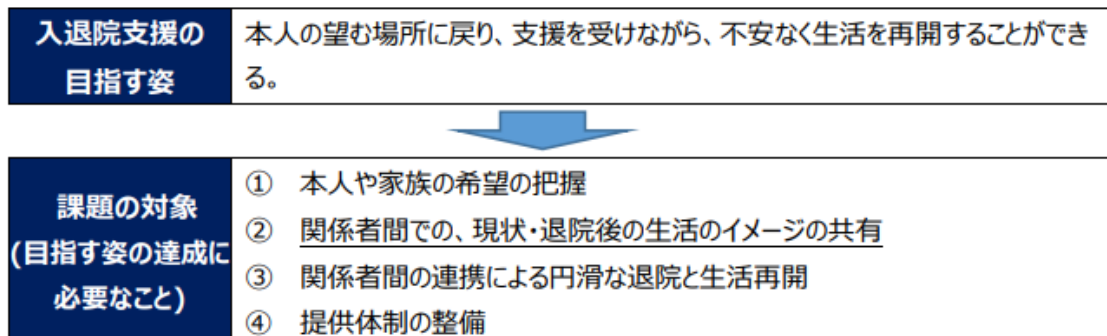
- 図表 II-3-10 に、A 市の介護保険事業計画の目標と施策の例を示します。A 市では、「住み慣れた地域で暮らし続けられるまち」を基本目標とした上で、【施策1】として「地域包括ケアの深化・推進」を掲げ、そのための主な事業として、在宅医療・介護連携の推進などを挙げ、さらに、在宅医療・介護連携推進事業の 8 つの事業を展開するとしています。
- この基本目標から考えると、在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿は、「たとえ重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で、本人が望む暮らしを続けられること」などとなります。
- これを実現するために、事業担当者は、①在宅生活が困難になる人はどのような人なのか、②なぜ在宅生活が困難になってしまうのか、③どうすれば在宅生活が継続できるようになるのかなどをおさえる必要があります。
- では、どのような場合に在宅生活の継続が困難になるのでしょうか。図表 II-3-9 の入退院支援に関する専門職へのヒアリングをみると、「自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と訪問看護師では異なる場合があります、訪問看護師から見ると自宅に帰れそうな人でも、病院側の判断で施設や居住系への入所になってしまう場合があります」ことがわかります。こうしたヒアリングなどを通して、「本人・家族が希望する場所に円滑に退院できる状況を作るためにはどうしたらよいか」の視点から、課題の対象を
 - ① 本人や家族の希望を病院側が把握できるようにすること
 - ② 病院と在宅関係者間での退院後の生活のイメージを揃えること
 - ③ 関係者間の連携を強化し、円滑な退院と生活再開を図ること
 - ④ サービス提供体制を整備することなどと設定するわけです（図表 II-3-11）。
- このように、課題の対象を具体化した上で、②であれば、「病院と在宅関係者間の生活イメージが揃わない理由は何か」を考察し、具体的な対策を検討していくわけです。

図表 II-3-10. 介護保険事業計画における目標と施策の例 (A市)



出所) A市の第7期介護保険事業計画書を参考に、筆者作成

図表 II-3-11. 目指す姿の実現に向けて、課題の対象を具体化する



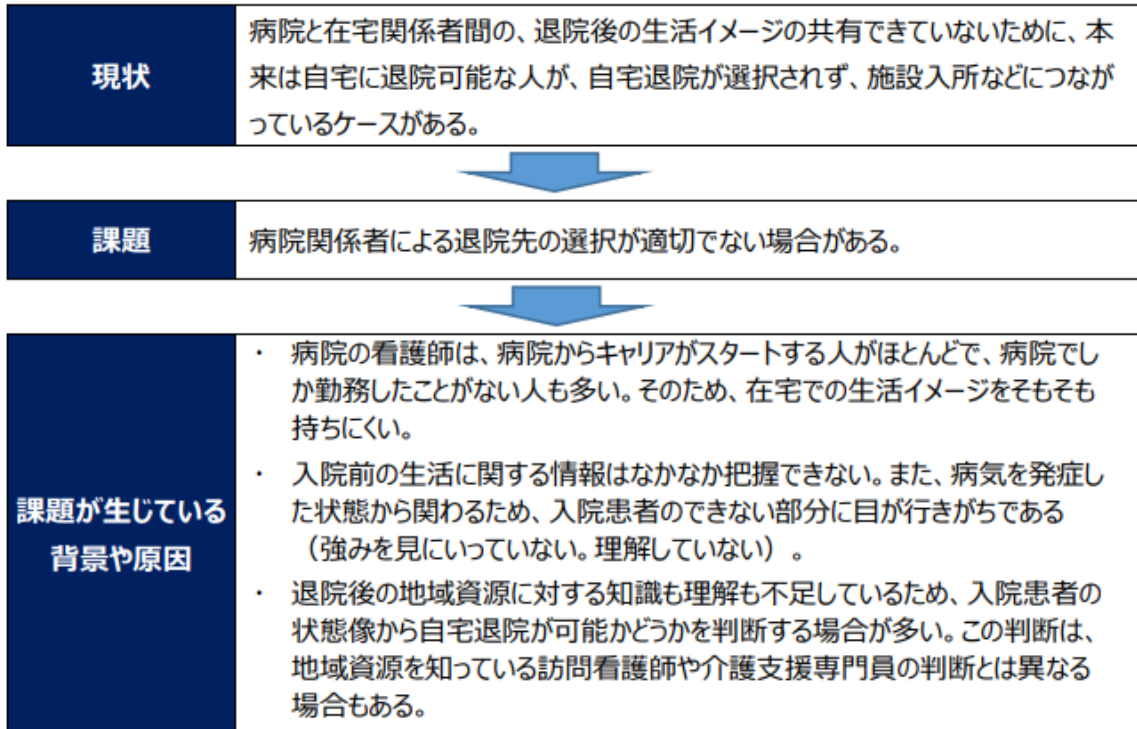
出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) を一部改変

4) 【Step4】 要因を分析し、解決すべき真の課題を明らかにする

ポイント

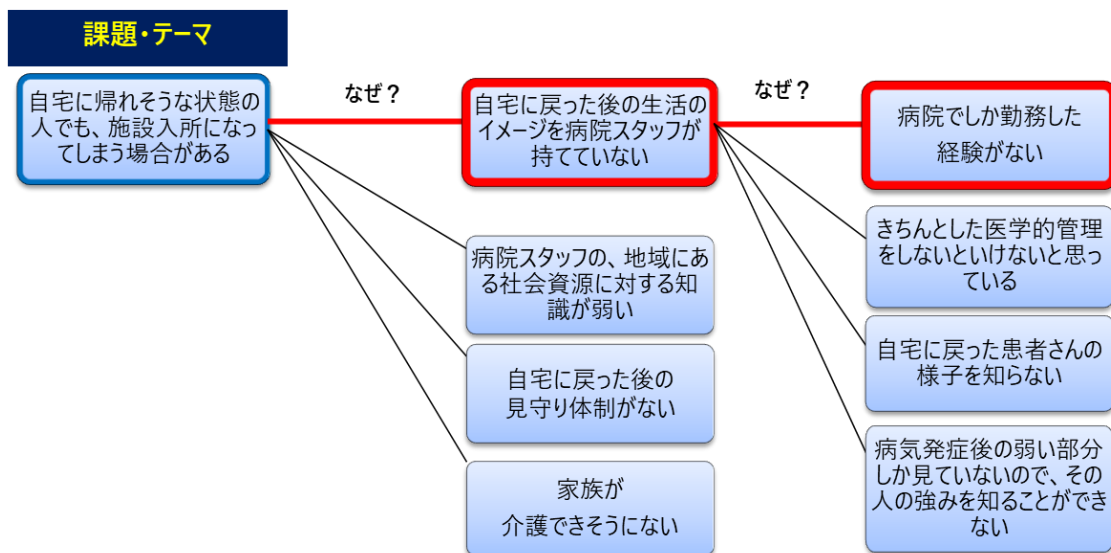
- 取り組むべき課題を決定した後、課題に関する現状の整理、課題の具体化、課題を生じさせている原因の整理を行います。図表 II-3-12 は、「病院と在宅関係者間での退院後の生活のイメージが揃っていない」という課題に対して、ヒアリングなどの情報をもとに、現状・課題・課題が生じている背景や原因を整理した例です。
- 原因としては複数考えられますが、原因と結果の因果関係を整理するために用いられるツールの1つがロジックツリーです（図表 II-3-13）。
- ここで、専門職へのヒアリングからわかった「自宅に帰れそうな状態の人でも、施設入所になってしまう場合がある」を例に考えてみましょう。前述した 5W1H の”Why”を使って、「なぜ施設入所になってしまうのか？」を考えるわけです。そうすると、①自宅に戻った後の生活のイメージを病院スタッフが持っていないから、②病院スタッフの、地域にある社会資源に対する知識が弱いから、③自宅に戻った後の見守り体制がないから、④家族が介護できそうにないから——などの理由が浮かんできます。このうち、どの要因の可能性が高いかを考え、「自宅に戻った後の生活のイメージを病院スタッフが持っていない」ことが原因であると判断するわけです。
- さらに、同様の手順で、「なぜ、病院スタッフは、自宅に戻った後の生活のイメージを持ちにくいのか？」を考えます。その結果、病院でしか勤務経験がないことが原因だと思えば、「生活場面での看護のイメージを獲得するためにはどうしたらよいか」の視点で対策を考えていくことになります。

図表 II-3-12. 取り組むべき課題に対し、現状整理・課題の具体化・原因の推察を行う



出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) を一部改変

図表 II-3-13. ロジックツリーを活用して、原因と結果の関係性を明らかにする



出所) 筆者作成

5) 【Step5・6】 具体化した課題に対して対策の対策を考え、実行する

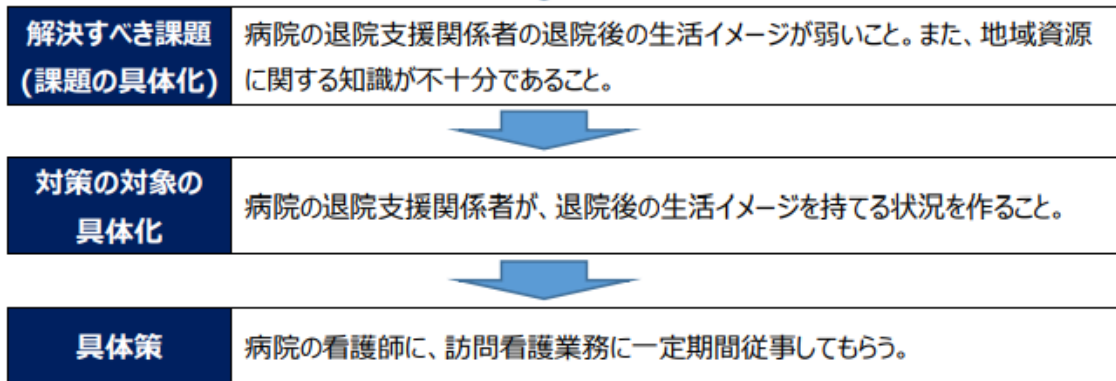
ポイント

- 具体的な対策を検討・実行するためには、**①課題そのものを具体化する、②課題を生じさせている原因をおさえることが重要**です。ただし、こうした課題の具体化や原因究明は、実際に連携に携わっている専門職にしかわからないので、専門職に確認するわけです。どんな対策をとったらよいかも、専門職の意見をもとに考えることが現実的であり、かつ、効果的な対策に繋がります。
- さて、これまでの検討から、解決すべき具体的課題が、①病院の退院支援に関わるスタッフが、退院後の生活イメージが弱いこと、②地域資源に関する知識が不十分であることであることがわかりました。そこで、これら課題に対する対策を考えていきます。

<展開例>

- 上記課題には、「生活イメージが弱い」「地域資源に対する知識が不十分である」の2つの要素が含まれていますが、前者がより解決を図るべき課題であるとの専門職の意見を受けて、主たる対策の目標を「退院後の生活イメージを持てる状況を作ること」としました。
- 関係者にこうした取組みがないか聞いたところ、公益社団法人日本看護協会の取組みを紹介されました。取組内容は、病院の看護師が地域の訪問看護ステーションに一定期間出向し、訪問看護に従事しながら退院支援・在宅療養支援のスキルアップを図っているというものです。出向者が訪問看護実践を通じて得た成果としては、
 - ① 在宅療養可能な患者像が広がった
 - ② 在宅で患者（利用者）を支えるサービスや他職種への理解が深まった
 - ③ 患者（利用者）本位のケアを行うための看護師の役割の理解が深まったなどが挙げられていました。また、事業参加者が感じた課題として、自院の退院支援体制の見直しが挙げられており、出向終了後に改善に取り組みたい意向などが示されていました。
- こうした先行研究から、
 - ① 病院の看護師が訪問看護を実体験することで、患者の退院後の生活のイメージが高まること
 - ② 実体験により、地域資源に関する知識や他の職種に対する理解が深まること
 - ③ 病院の入退院支援の課題も見えてきて、病院内のプロセス改善を図る動きが生じる可能性があることなどがわかりました。そこで、当市では、看護協会と相談しながら、同様の取組を始めることにしました（**図表 II-3-14**）。

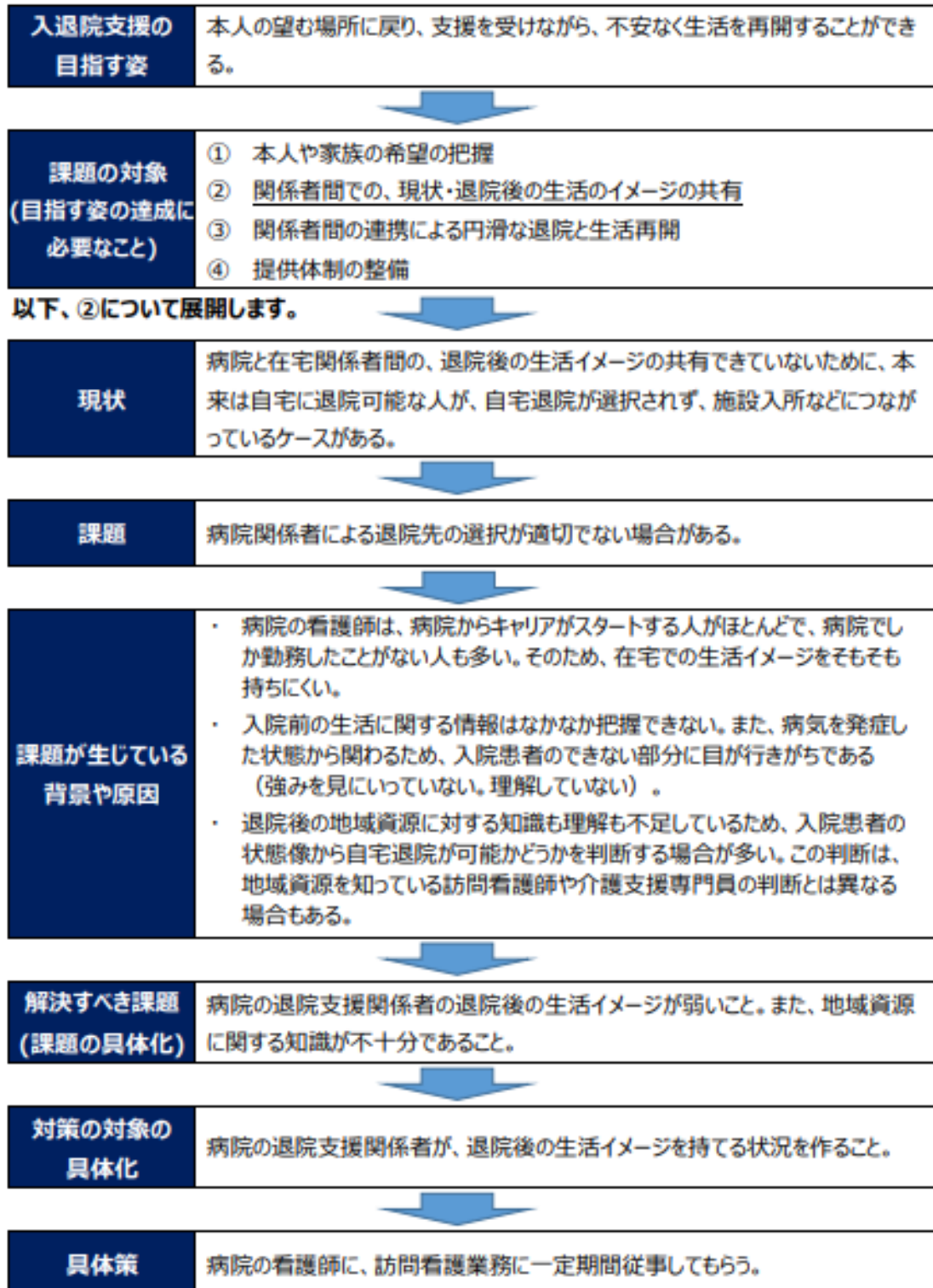
図表 II-3-14. 原因を意識しながら、取り組むべき課題に対する対策を検討する



出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) を一部改変

以上の展開プロセスの例を、**図表 II-3-15** にまとめます。

図表 II-3-15. 課題解決に向けた展開プロセスの例



出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) より引用

4. 在宅医療・介護連携推進事業のあるべき展開方法とは

ポイント

- 事業は、さまざまな関係者（住民・専門職・市町村など）が協働しながら進めていくものです。そのためには、まず、**関係者が目指す共通のゴールを決める**必要があります。それが、事業を通じて目指す地域の姿です。何のために在宅医療・介護連携推進事業を行うのか、ゴールやその目的を意識すると、効果的な対策もとりやすくなります。
- 次に、ゴールを達成するためには何が必要かを考えます。在宅医療・介護連携推進事業であれば、考えられる要素としては、①提供体制、②連携、③住民・専門職の意識、④情報共有——などが挙げられるかと思えます。
- 次に、**各要素に対する課題を設定**します。例えば、「連携」であれば、「どんな連携を目指すのか」と「現在の連携状況」のギャップが、連携上の課題となります。
- 次に、当面の目標である**短期目標を設定**しますが、そのためには、現状を知る必要があります。既存のデータやアンケートなどをもとに、現状を把握します。
- 次に、課題を生じさせている**要因の分析**を行います。これは、既存のデータやアンケートだけでは把握が困難です。そこで、関係者へのヒアリングや事例検討などを行うわけです。その上で、ヒアリングなどを通じて把握できた原因を解決する可能性の高い対策を、関係者と一緒に検討します。
- 現状を目指す姿に近づけるために**対策を講じる**わけですが、その対策は、関係者それぞれの得意分野を生かして、総合化していくことが重要です。そこで、目的や目標を共有しながら、互いの役割分担を検討し、実践していきます。
- そして、対策によって期待したことがどの程度達成できたかを、関係者で検討した**指標をもとに確認**していきます。
- これら一連の思考展開の流れを**図表 II-3-16**にまとめます。従来の事業マネジメントでは、目指す姿の設定と共有、課題の具体化、要因分析が十分に行われないうまま、抽象的な対策を講じていたかと思えます。事業で大事なことは、「効果的な対策をうつこと」です。そのために、目的を意識しながら、関係者の意見を参考に課題の具体化、原因の把握を行い、より具体的な対策を検討し、実行していくといった思考と方法論を身に付けていく必要があります。

図表 II-3-16. 本来あるべき事業展開を実現するための思考の流れ



出所) 筆者作成

令和4年度 老人保健健康増進等事業

PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業をさらに実効性のあるものとするために

「事業マネジメント力」を高めよう

オンライン研修会テキスト

知識編Ⅱ(マネジメント)-3 PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方

発行 公立学校法人 埼玉県立大学

発行日 令和4年11月24日