

厚生労働科学研究費（政策科学推進研究事業）
「医療及び介護の総合的な確保に資する基金の効果的活用のための
持続的な評価と計画への反映のあり方に関する研究」（研究代表者：泉田信行）
平成 28 年度分担研究報告書

都道府県の基金事業評価におけるアウトカム指標の活用に向けた
市町村における基金関連事業等の運用の在り方に関する考察

研究分担者 小野太一 政策研究大学院大学 教授

研究要旨

都道府県の基金事業評価におけるアウトカム指標の活用に向け、ヒアリングの結果等に基つき、都道府県が関係する事業を推進する際に直面している運営上の課題等について、特に、市町村等との関係等に関するコメントを整理し、考察を加えた。

都道府県と市町村との関係に関しては、医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではないこと、市町村と都道府県との関わりのチャンネルは地域事務所等を通じる場合も本庁が直接やり取りをする場合もあること、責任や費用負担の問題もあり過剰に介入できないこと、市町村への支援に関し、財政当局や議会から市町村事業と県全体の事業との整合性等について問われること等の指摘が確認された。

また市町村においては、業務上の連携体制が構築途上であり、またその進捗の度合いには差があることを示唆する意見もあったこと、地域医療構想に係る会議等への市町村の参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての意見があったこと、市町村職員については二極化している旨の状況を指摘する声や、企画的仕事を担える人材が張り付いていないところもあるという感触を得ていること等が確認された。

市町村の側には市町村における地域包括ケアの実現の方向性と県行政の方向性の軌道を揃えていくことが求められること、都道府県の側には情報提供の内容・ルートを工夫すること、また都道府県、市町村ともに的確な量・質の人材の配置が求められること等が抽出された。地域医療構想の実現等を担う都道府県と在宅医療と介護の連携の下での提供体制の整備等を担う市町村が相互に担う責任を達成するためには、相手方がその責任を全うすることが前提となっている。市町村における適切な在宅医療・介護連携の構築・推進が、都道府県が行う事業についての指標を用いてのアウトカム評価を的確なものとするための前提となるものと考えられる。在宅医療・介護連携の進捗や姿勢・人材配置等様々な市町村の状況を踏まえながらの事業実施という難題への説明責任を果たすためにも、都道府県連携指標等を用い、医療・介護連携の各フェーズ間の流れを評価する必要がある。さらに 2018 年度に向けて両者は財政面においても厳しい説明責任を負うタイミングとなるからこそ、情報の共有と連携は緊密かつ注意深く行われる必要がある。

A. 研究目的

「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（総合確保方針）」において、都道府県は「地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画」（「都道府県計画」）を、医療計画、介護保険事業支援計画と整合的、一体的に作成し、基金事業の運営等により、市町村とともに「効率的かつ質の高い医療提供体制」及び「地域包括ケアシステム」の構築を進めていくこととされている。

当研究班では、都道府県による基金事業の効果的な運営に資するべく、事業評価のための指標例や評価の枠組みの在り方に関する検討を行ってきたところである。医療介護総合確保法において、地域包括ケアの構築が目指されており、医療・介護連携の促進は極めて重要な課題となる。連携を含めた評価指標や評価の枠組みが有効に機能するためには、その前提として医療の担当部局と介護の担当部局の間の連携や、都道府県と市町村の連携など、行政における適切な体制構築が不可欠である。医療計画を策定する都道府県と介護保険事業計画を策定する市町村の連携の具体的なあり方に関する議論の必要性は、医療介護総合確保促進会議においても指摘されている¹。

本研究では、こうした点を踏まえ、評価指標を用いた基金事業の効果的な運営に資するための市町村との関係の在り方について、都道府県へのヒアリングに基づいて検討・考察を行った。都道府県へのヒアリン

¹ 2016年7月4日第7回医療介護総合確保促進会議における今村聡構成員（日本医師会副会長）の発言。

グを踏まえた事業運営の在り方の検討については、既に小野（太）他（2016）において、都道府県レベルでの課題やあるべき姿についての考察を取りまとめたところである。本研究はここで十分に触れることのできなかった市町村との関係性の在り方について、掘り下げて考察を行ったものである。

B. 研究方法

都道府県庁の基金事業担当者に調査の依頼を行い、承諾の得られた都道府県に訪問し、半構造化面接の手法によりインタビューを実施した²。北海道・東北地区の2、関東地方から1、中部地方から2、近畿地方から4、中国・四国地方から1、九州地方から3の都道府県である³。

本研究では、このインタビューで得られた内容のうち市町村等との関係等に関するコメントを整理し、指標を用いたアウトカ

² 本稿で整理するヒアリング結果は、本来目的としての評価指標に関する事項の聞き取りを半構造化面接の手法により行った、先方とのやり取りの流れの中で先方から発言されたことを掬い上げてまとめたものであり、以下で指摘するすべての事項についてすべてのヒアリング対象に対して均等に網羅的に尋ねてはいないことに留意いただきたい。また本稿は都道府県からのヒアリングのみを踏まえて整理したものであり、市町村をはじめ他の当事者の意見等は聴取していない。そのためいわば都道府県側からの一方的な主張となっている部分もあり、対抗する意見もあることが想定される性質のまとめとなっていることを承知いただきたい。

³ なお研究班で訪問した都道府県は計15か所であるが、2箇所については今回の整理に関係したご発言がなかったため、ここでは数に入れていない。

ム評価を効果的に機能させるための条件を明らかにする観点から、若干の考察を加えた。

C. 研究結果

上記関心部分に関して、ヒアリングから以下が抽出された。

(1) 都道府県と市町村との関係

1-1) 全般的状況

2018年度（平成30年度）から市町村における在宅医療・介護連携の実施が本格化するが、現時点での各市町村の実施状況については実態としてもばらつきがあることが報告されている⁴。ヒアリングでも市町村は変わってきているとの指摘もあったが、多くの県では、医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではない旨の指摘が出されている。県に対して医師会との調整の仲介を頼むも、仲介後何をしたいかが明確でない例や、市町村は在宅医療・介護連携推進事業で掲げられている（ア）～（ク）の事業⁵をこなす

⁴ 社会保障審議会介護保険部会資料（2016.11.16）

⁵ 在宅医療・介護連携推進事業は2014年の介護保険法の改正により、2015年度から介護保険法の地域支援事業として市町村の事業とされ、2018年度からすべての市町村で実施することとされているものである。その事業項目として、介護保険法施行規則第140条の62の8に8つの項目（地域の医療・介護の資源の把握、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、医療・介護関係者の情報共有の支援、在宅

ので精一杯であるとの指摘もある。

そうした市町村と都道府県との関わりのチャンネルであるが、県の規模や行政組織により様々ではあるが、地域事務所ないし保健所で管轄の市町村の事情を把握し、支援を進めている例も複数あった。ただし県本庁が直接かかわって支援をしている例も存在した。

1-2) ア～クの事業

市町村支援の基本的な姿勢としては、2018年度から市町村が適切にして事業を展

医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修、地域住民への普及啓発、在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携）が掲げられている。これら8項目の事業について、厚生労働省作成資料においては（ア）～（ク）と付番されているため、関係者の間では一般的に「（ア）～（ク）の事業」と呼ばれている。なおこれらの事業については市町村にある地域支援事業の財源により行われるものであるため地域医療介護総合確保基金の対象とは基本的にならないが、厚生労働省より、「市区町村との役割分担を明確にしたうえで、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、平成27年度以降も地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。」とされている。さらに「在宅医療の充実のための事業」については、「平成27年度以降も引き続き、地域医療介護総合確保基金を活用して実施していくこととなる。」とされている。（平成27年3月6日第4回医療介護総合確保促進会議参考資料6）

開していけるようにするため、地区医師会との連携体制の構築に支援を行っている例も存在したが、上記の（ア）～（ク）の事業をこなすのに精いっぱいな市町村に対して支援の方法を思案しているという率直な指摘や、しゃくし定規に『市町村の仕事』と思わないようにしつつも責任関係も費用負担の問題もあるので過剰に介入できないとの指摘もあった。ただし退院支援に関連するようなものに関しては病院との連携が問われることから、県が主体となって市町村についてはむしろ客体的に捉えて進める方向性も示されていた。他方在宅医療・介護連携に関する市町村支援に関し、研修だけではなくモデル事業で市町村に実際事業を体験させることで、特にある程度の規模の市町村が力をつけているとの実感があり、県のイニシアチブでの進捗を述べた例もあった。

1-3) 基金事業等における関係性

なお医療と介護の連携に関する事業については、市町村の医療・介護どちらの部局からも要望等があり、県側でもどちら側でも受けるとする旨の発言があった。また総合確保法で任意ではあるものの市町村が策定することとされている市町村計画に位置付けられる、各市町村が主体となって行う事業への支援に関しては、県内の調整において、財政当局から市町村事業と県全体の事業との整合性について問われることや、また議会から、特定の市町村での事業だけでなく他の地域への展開もするべきではないかといった旨の指摘が予想されるなどの指摘があった。特に後者との関係については、施設整備などで将来にわたっての（県

内の地域間の）順番の整理などをしないと組み立てられないという指摘がなされた。議会との関連では、指標を示してPDCAサイクルを回すことについて、適切な目標設定が困難なため数字が明らかなことになっていることに伴うプレッシャーを気にする発言もあった。

（２）市町村の仕事の仕方

2-1) 業務運営上の課題

まず市町村における医療介護連携の担当者について、県からの依頼で在宅医療の担当と窓口を決めてもらったとする県があった一方で、特定の医療の担当者はいない、あるいは事業単位で分かれているとする場合もあった。前者、後者の自治体ともしかしながら介護系と医療系の部局の意思疎通については、市町村の対応は様々である旨の指摘があった。また別の県では、医療介護連携に係る市町村の窓口については介護側が多いが、健康づくり関連部局もかかわるべきであるものの、県から市町村への伝達が介護サイドで行われると、市町村内でそれは介護の仕事であるという意識が働く傾向にあるとの説明もあった。市町村の中のそうした状況に関し、それぞれの自治体の担当の中で、業務上の連携の度合いに差がある状況を示唆する意見もあった。また地域医療構想に係る会議等に市町村の担当者は出席しているものの、構想区域ごとの調整会議については市町村は参加しているが、参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての意見や、県が行うモデル事業の担当課と地域単位の会議で情報共有しているが、医療介護の連携、という明確な位置づけが組織的にはできて

いない旨の指摘もあった。ただし、都道府県においては、市町村事務において普段の連携体制までは確認できていない旨の発言もあった。調整や連携に関し、形にはなりにくい人同士のネットワークでやり繰りするスタイルで進めている旨の指摘もあった。さらには仕事の仕方として、都道府県が踏み込みすぎることにより市町村の主体性が損なわれないかを懸念するような指摘もあった。

2-2) 市町村職員の意識・能力の2極分化

また市町村職員については、全く分からないか、大変意識が高いか二極化している旨の状況を指摘する声があり、研修の機会などで市町村の担当者が仕切り切れておらず、実際県に依存している状況も指摘された。また人材の配置に関しては、介護保険制度が制度創設から20年近く経っており多くの業務がルーティーン化しているが、総合事業や医療介護連携はそうしたルーティーンではなく企画的工作である。現状、そうした企画的工作を担える人材が張り付いていないところもあるという感触であるといった、人事の体制に係る指摘も見られた。

2-3) 職員の能力や負担への依拠

また個々人の能力に関しては、特に介護について中心人物の個性に依存している旨の指摘もあった。計画策定や地域包括支援センターの運営に関して委託している市町村などでは、市町村の方で実態の把握ができなくなってしまうという、仕事の進め方に関わる指摘もあった。特に医師との関係について、付き合いの浅薄や相談しづらい雰囲気存在や、医師会をグリップ

しないとコメディカルだけの集まりになってしまうにもかかわらず、医師会で進められている連携に係る事業などを把握しきれしていないなどの指摘があった。一方で、市町村において目の前の仕事が精いっぱい将来に向けての検討を行えているかは疑問視しつつも、地域包括支援センターの職員の中には医師にはアプローチできなくても何とかなるといような気概で連携事業にあたる姿勢を見せる例や、市立病院が在宅医療に積極的に取り組んでいるケースの指摘もあった。またそもそもの市町村の体制について、1人で複数(の業務を)やっているようなところがほとんどという現状があり、そういった中で新たな負荷をかけることへの懸念もあった。

D. 考察及び E. 結論

1) 小括

以上より、都道府県と市町村との関係に関しては、多くの県では医療は基本的に県の仕事であるという見方であり、市町村の自覚がまだ十分ではないこと、責任関係も費用負担の問題もあるので過剰に介入できないとの意識も見られたこと、一方で県の主体的な事業実施や、モデル事業による市町村の事業体験など、県のイニシアチブの下での進捗もあること、各市町村が主体となって行う事業への支援に関し、財政当局や議会から市町村事業と県全体の事業との整合性等について問われること等の指摘が確認された。また市町村の仕事の仕方としては、総じて縦割りであること、また地域医療構想に係る会議等への市町村の参加の趣旨の理解や、介護と関連することである旨の認識についての問題意識が提示され

たこと、市町村職員については二極化している、あるいは企画的工作を担える人材が張り付いていないところもあるという意識等が確認された。

2) 自治体業務のパラダイムシフト

2016年度末の現在、各市町村においては2018年度からの第7期介護保険事業計画の策定に向けた準備作業が進められているが、介護サイドにおいて今後本格化する各市町村での計画のサービス需要等に関する「積み上げ」と、医療サイドにおいて行われる地域医療構想を踏まえた都道府県医療計画上のサービス需要等は、積算の方法からして異なるものであり、必然的に当初は異なるものとなると想定される。この両者の差に関しては、2017年度において、各都道府県と市町村の間で協議を行い調整されることとされているが、調整は容易ではないことが予想される。介護保険事業計画は各市町村において、第一号被保険者の保険料水準と直結して検討されるものであり、そこで見込むサービス利用量や供給量の前提についても、保険料水準との見合いで適正なものとして見込まれることとなる。医療計画サイドで回復期病棟の整備、その受け皿となる在宅医療体制の整備を盛り込んだ場合、「川下」において特に在宅療養者の生活を支えるための介護サービスニーズは当然増えることとなる。そのようにして医療側が見込む在宅サービスの量を圏域ごとに落とした場合、保険料水準の問題を抱える圏域内市町村との調整はシビアなものになる可能性もある。

一方で、現在進められている在宅医療・介護の連携については、これまで厚生労働

省医政局の予算事業（在宅医療連携拠点事業、在宅医療推進事業）により一定の成果が得られたことを踏まえ、介護保険法の中で市町村の事業として制度化されたものである。事業を主体的に進める立場となった市町村に対して、関係団体等との協議の支援や研修等による支援が都道府県の役割となった。他方国の支援は関連資料や事例集の整備等、従来に比べ、地方への権限と責任の移譲が進んでいる。市町村と都道府県が自律的に、かつ相互に連携して進める度合いが強まったという意味において、事業の実施（仕事の仕方）に関するパラダイムシフトが生じていると評せる。既に介護保険給付に関わる分野については同様のパラダイムシフトが促され、また前記の国の予算事業を積極的に利用する等により先駆的に取り組んだ自治体においても、仕事の仕方に関する捉え方の変革が進んでいるところであるが、その流れが本格化した状況にある。

3) 県と市町村の業務の進め方

ヒアリングではそうしたパラダイムシフトに関し、都道府県ごとに現在進行形で様々な進捗状況にあることが確認されたが、今後、まず市町村の側には、地域医療構想の策定から次期医療計画の策定へと進めている県の医療政策の流れを的確に理解した上で、介護保険事業計画に反映するとともに、圏域ごとの「協議の場」や、県の介護保険事業支援計画の策定に際しての機会などに、市町村側の事情等の情報を直接、ないし地域事務所や保健所など都道府県ごとの事情に応じ的確なチャンネルで伝え、市町村における地域包括ケアの実現の方向性

と県行政の方向性の軌道を揃えていくことが求められる。市町村単独、あるいは連携して市町村の事業に医療介護総合確保基金財源を用いる際の前提となる総合確保法に基づく市町村計画の策定に係る調整に際しても同様である。

そのためには、市町村における的確な量・質の人材の配置が望まれる。特にヒアリング中の発言にもあるように、医療介護連携は「企画の仕事」であり、それには、在宅医療・介護連携推進事業を市町村の業務として位置づけることに至った背景も含めた医療政策の大きな方向性、またそれと重層して進められる、介護予防・日常生活支援総合事業を活用した地域包括ケア体制の確立といった介護政策の大きな方向性に関する的確な知見と、関係者と同等の立場で議論できる見識が求められる。そうした知見・見識は、単なる現在の制度・政策に係る知識のみならず、医療政策・介護政策の発展過程等を踏まえた洞察に基づくものである必要がある。また今般の介護保険制度改正で提唱されている地域共生社会の実現に向けては、現状では「まれ」⁶ではあるが、本来は障害や生活困窮者支援等他分野の政策展開とともに、人口減少・少子高齢化社会における地域づくり・まちづくりま

⁶ 沼尾(2016)は、「保健福祉部門が、住宅政策、商業政策、農業政策等の部門や教育委員会等と連携して、高齢者等の暮らしをトータルに考える取り組みを行っているところはまれ」とし、その理由として、職員が既定事務等で手いっぱい追加的業務を担うだけの余裕がないことと、事業や予算が部課単位であり、補助金がぶら下がる場合もあるため、ほかの部局と連携して事業や予算を組み立てる仕組みがないことが指摘されている。

で視野に入れた幅広い視点が求められる⁷。

また都道府県の側でも、同様の政策の方向性を理解した人材の確保は勿論のこと、例えば医療と介護で縦割りで担当していたとしても、国の政策の流れ等に関し県庁内で情報を共有し、医療介護連携を推進する立場で情報を再構成した上で、市町村の状況に応じ、それぞれが日頃の相手方としていた介護担当と医療（健康）担当に対して同じ情報を同時に提供し、さらに市町村内のどこに提供しているかも同時に知らせるなど、情報提供ルートの工夫を行うことなどが求められる。市町村行政は程度の差こそあれ、脚注5で述べたような状況もありある程度制度縦割りで管理せざるを得ない部分もある。そのため情報を提供する側で情報を統合して、一体的に提供していくという発想である⁸。その際には、事業サイクルが基本的に国、都道府県、市町村とも年度単位となっている一方で、基金を用いて実施する都道府県の事業は、国の予算が成

⁷ 市町村職員のスキルアップのための研修の必要性については、2016年7月4日第7回医療介護総合確保促進会議において菊池令子構成員（日本看護協会副会長）より提案がなされた。

⁸ 敷衍すれば、縦割りとなっている予算事業と、地域住民の内発的な課題とのマッチングに際して、類似事業を一体化した上で事業単位という「点」ではなく地域共同体を主体に「面」としてとらえての行政支援の仕組みが山浦(2016)において提唱されている。地域共同体を市町村に置き換え、予算事業のみならず関連の情報も含めたものとして理解した場合、資源も限られ、縦割り管理がある程度やむを得ない現場（の市町村）に対して支援する（都道府県の）側での横割り化の工夫の提唱という意味で、共通の問題意識のものであるとの指摘が可能と考える。

立し、各県ごとの配分が決定する前に PDCA サイクルの下で指標に基づく事業評価を行った上で当該年度の予算を計上し、議会での審議を経て、その後必要に応じて補正等を行うといった流れになっている⁹というタイミングを十分踏まえることが必要と考えられる。

4) 市町村の取組と連携の評価

2017 年度には都道府県、市町村において医療計画、介護保険事業（支援）計画を策定し、その中で、都道府県は基金の活用等により、地域医療構想に基づく病床機能の分化や ICT 活用等による地域における連携体制の整備と、それに伴い患者の受け皿となる在宅医療・介護体制の構築やその担い手の確保・養成を同時に行わなければならない。その在宅医療と介護の連携の下での提供体制の構築は、前述の通り市町村の責任である介護保険法の地域支援事業に位置付けられた。都道府県と連携しつつ、市町村が自らの事業として、地域医師会等との連携の下で進めなければならない。一方で都道府県からすれば自ら行うものではないからこそなおのこと、市町村が適切に連携体制を構築できるようなソフト・ハードのインフラ整備に努めなければならない。都道府県、市町村ともに、相互に担う責任を達成するためには、相手方がその責任を全うすることが前提となっている、という構図である。

この構図を基金事業の評価に即して述べれば、市町村における主体的な在宅医療・介護連携の構築・推進が、都道府県が行う事業について、指標を用いてのアウトカム

評価を効果的なものとするための前提となるということである。つまり、組織体制や人員の配置・意識も様々で、かつそれ自身独自のステークホルダーを有する独立して意思決定をする主体である市町村は都道府県が実施する基金事業のアウトカム評価に際しての「外部要因」¹⁰となりうるが、逆にそうした市町村が役割を適切に果たすという前提が満たされることで、基金事業本体のアウトプットがもたらすアウトカムへの影響がよりの確に反映され、評価の実が上がることとなると考えられる¹¹。

また予防から急性期、回復期、退院調整、在宅療養、長期ケア、看取りと続く一連の流れを円滑なものとしていくことは医療計画や介護保険事業（支援）計画の主要な目的であり、その中で医療・介護連携は退院調整や在宅療養の部分を主に受け持つものであるが、その際には、例えば、都道府県は病院に対する退院調整機能の強化を行う一方で、その次のフェーズである在宅療養、看取りなどをそれに見合う形で強化することが、連携の一体的な強化につながる。とはいえヒアリングから明らかになったように、連携事業を実施する市町村においては組織体制や人員の配置・意識も様々である。そうした市町村に対し都道府県は、在宅医療・介護連携は市町村の責任であるとして完全に委ねてしまうのではなく、3) で指摘したような市町村からの意思表示による双方向でのコミュニケーションにより個々の市町村の事情を把握した上で、県が目

¹⁰ 龍・佐々木(2004), pp. 32-4

¹¹ 小野（達）(2016)は、「アウトカム指標値の変化に外部要因（略）が及ぼす効果を定量的に把握することはない（基本的に不可能）が、定性的に把握することの意味は大きい。」と指摘している。

⁹ 小野（太）他(2016), pp.38-9

指す理想の「ご当地医療」の構築に向け、最も効果的な形で県の政策の方向性が伝えられ、その方向性が県からのお仕着せではなく市町村自ら主体的に考えた結果として共有され、計画や施策に反映されるような真に緊密な意思疎通の下での実施が必要となる。そうした緊密な意思疎通の下での実施は、同じくヒアリングから明らかとなった市町村毎のばらつきに対応しつつ、他方議会等からの特定の市町村への支援と県全体のバランスも視野に入れる等の相当な難題である。そうした難題に対して求められる説明責任を果たすためにも、当研究班で提案する場面・傷病別の連携指標等を用い、各フェーズ間の流れを評価する必要がある。また都道府県と市区町村の連携については、同じく当研究班で提案するチェックシートの活用等により確認していくことが求められよう。

さらに 2018 年度からは、前述のとおり第 7 期介護保険事業計画期となり市町村は介護保険料の水準も一方で睨む必要があり、他方国保については都道府県は市町村とともに保険者の役割を担うこととなる。このように財政面においても厳しい説明責任を負うタイミングとなるからこそ、両者の情報の共有と連携は緊密かつ注意深く行われる必要がある。

ヒアリングにおいては、厚生労働省が保険局医療介護連携政策課を設け、医政局、老健局の両者の整合性の確保に努めていることについて、厚労省による会議の開催方法を評価する発言もあった¹²。こうした取

¹² ヒアリング対象都道府県の担当者より、「自分たちの業務だけでも必死。医療側と合わせる前に自分たちの目の前の仕事の整理に追われているのが実際の状況。最近の担当者会議で医療側の厚労省の都道府県に

り組みをも踏まえつつ、今後ともまずは情報の伝達等に際し留意することが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

現時点でなし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

【参考文献】

・沼尾波子(2016) 「社会保障制度改革と自治体行財政の課題」、『社会政策』(Vol. 7, No. 3 (22))pp. 12-26

・小野太一、川越雅弘、野口晴子、石川ベンジャミン光一、森田朗、大津唯(2016) 「都道府県ヒアリングによる基金事業サイクルの実態把握及び基金事業評価指標の必要な性能の検討」、平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))「医療及び介護の総

対する計画が見えたので助かった。ここでも、介護側としては、在宅医療としてのお金は医療側でやってもらわないかと思っ

合的な確保に資する基金の効果的な活用のための持続的な評価と計画への反映の在り方に関する研究」(H27-一般-002)分担研究報告書

・小野達也(2016) 「自治体における業績測定型評価の現状と課題 —20年を経過した都道府県の取り組みの点検結果から—」、

『日本評価研究 第16巻 第1号 2016年8月』(Vol. 16, No. 1)pp. 3-16

・龍慶昭、佐々木亮(2004)「増補改訂版 『政策評価』の理論と技法」

・山浦晴男(2016) 「住民主体の実行と自治体の役割」、『Governance』(180)pp. 32-4