

割以上が要介護者と同居しており、約半数が半日以上介護していた。

図表Ⅱ-4 要介護者の概要

	n=280	
	n	%
年齢	80.1±9.4 (53-99)	
64歳以下	18 (6.4)	
65～84歳	167 (59.6)	
85歳以上	95 (33.9)	
性別		
女性	153 (54.6)	
要介護度		
要介護2	81 (28.9)	
要介護3	76 (27.1)	
要介護4	68 (24.3)	
要介護5	55 (19.6)	
日常生活自立度		
自立・J・A	113 (40.4)	
B	104 (37.1)	
C	63 (22.5)	
認知症自立度		
自立・I・II	147 (52.5)	
III・IV・M	133 (47.5)	
ADL (Katz index)		
入浴に介助を要する	236 (84.3)	
更衣に介助を要する	229 (81.8)	
トイレに介助を要する	226 (80.7)	
移動に介助を要する	176 (62.9)	
排尿・排泄自制に介助を要する	220 (78.6)	
食事に介助を要する	80 (28.6)	
ターミナル期	4 (1.4)	
医療依存度		
病状は安定している	227 (81.1)	
病状が不安定で定期的観察が必要	53 (18.9)	
同居家族数		
不在	8 (2.9)	
1名	69 (24.6)	
2名以上	201 (71.8)	
ケアプラン上優先する疾患(2つまで回答) ^{注2)}		
認知症	117 (41.8)	
脳血管疾患	99 (35.4)	
糖尿病	36 (12.9)	
心疾患	32 (11.4)	
神経難病	28 (10.0)	
骨折などの後遺症	27 (9.6)	

注1) 表中の数字はMean±SD (Range)、もしくは人数 (%)

注2) 人数が25名より多いものを記載

図表Ⅱ-5 介護者の概要

	n=280	
	n	%
主介護者の年齢	64.0±13.0 (22-97)	
64歳以下	137 (48.9)	
65～74歳	76 (27.1)	
75歳以上	67 (23.9)	
主介護者の性別		
女性	216 (77.1)	
要介護者からみた主介護者の続柄		
妻	92 (32.9)	
夫	37 (13.2)	
娘・義理の娘	116 (41.4)	
息子・義理の息子	23 (8.2)	
その他	12 (4.3)	
主介護者の介護歴		
1年未満	39 (13.9)	
1～5年	109 (38.9)	
5年以上	127 (45.4)	
主介護者の居住地		
要介護者と同居	266 (95.0)	
別居	14 (5.0)	
主介護者の一日の介護時間		
終日	71 (25.4)	
半日	72 (25.7)	
2～3時間程度	65 (23.2)	
必要時のみ	59 (21.1)	
主介護者の睡眠の充足度		
足りている	129 (46.1)	
不足・かなり不足	147 (52.5)	
副介護者の介護頻度(最も介護頻度の高い者)		
副介護者なし	63 (22.5)	
週5日以上	66 (23.6)	
週3～4日程度	40 (14.3)	
週1～2日程度	106 (37.9)	
必要時のみ	3 (1.1)	

注) 表中の数字はMean±SD (Range)、もしくは人数 (%)

4) 時間帯別にみた、医療処置、サービス（訪問介護・看護以外）利用の実態

各時間帯において何らかの医療処置が1度でも実施されている者の実人数は、日中で61名(21.8%)、夜間・早朝では43名(15.4%)であった。経管栄養、血糖測定・インスリン注射の処置は、それぞれ日中、早朝、準夜には全対象者の5～7%で、深夜は1名のみ(0.4%)に実施されていた。一方、吸引は日中、早朝、準夜に加えて深夜でも9名(3.2%)に実施されていた。褥瘡処置は日中に実施さ

れる者が 31 名 (11.1%) で最も多かった。

また、日中は通所サービス利用者が約半数を占めていた。

図表Ⅱ-6 医療処置、サービス（訪問介護・看護以外）利用の実態

	日中		日中以外 ^{注1)}		早朝		夜間		深夜	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
医療処置の有無										
何らかの処置あり ^{注2)}	61	(21.8)	43	(15.4)	37	(13.2)	34	(12.1)	10	(3.6)
経管栄養	21	(7.5)	22	(7.9)	16	(5.7)	15	(5.4)	1	(0.4)
吸引	20	(7.1)	20	(7.1)	15	(5.4)	15	(5.4)	9	(3.2)
血糖測定・インスリン注射	15	(5.4)	22	(7.9)	12	(4.3)	7	(2.5)	1	(0.4)
点滴処置	0	(0.0)	1	(0.4)	1	(0.4)	1	(0.4)	0	(0.0)
褥そう処置	31	(11.1)	32	(11.4)	6	(2.1)	8	(2.9)	0	(0.0)
サービス利用の有無										
訪問リハビリ	10	(3.6)	-	-	-	-	-	-	-	-
訪問入浴	17	(6.1)	-	-	-	-	-	-	-	-
通所サービス ^{注3)}	128	(45.7)	-	-	-	-	-	-	-	-

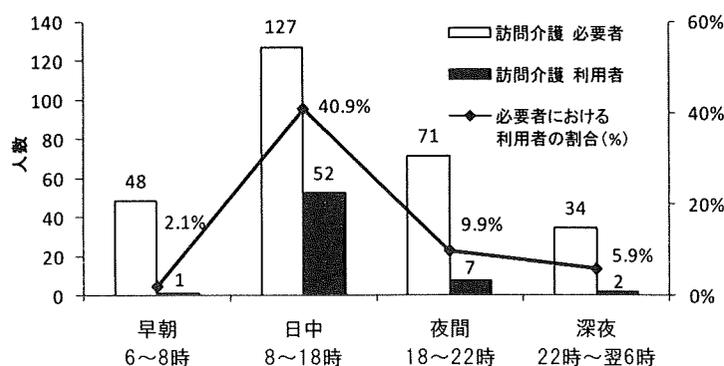
注1) 早朝・夜間・深夜の間に処置がある者の実人数とする

注2) 各時間帯において、経管栄養、吸引、血糖測定・インスリン注射、点滴処置のうち1つ以上の処置がある者の実人数とする

注3) 通所介護、通所リハビリテーションを含む

5) 訪問介護必要者の人数、および利用実態

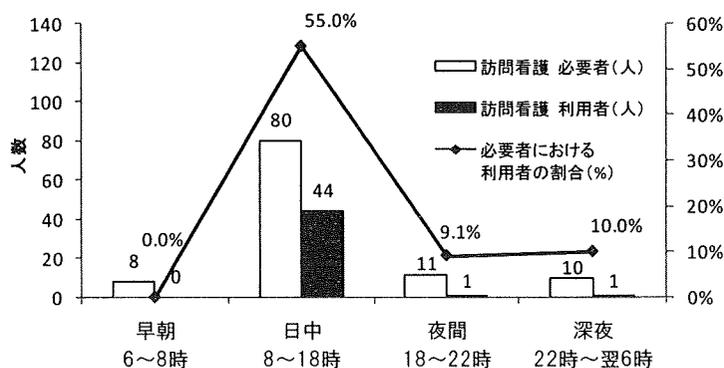
訪問介護必要者の人数、および実際の利用者の人数は以下の図の通りである。訪問介護必要者は日中の時間帯が最も多く 127 名 (45.4%)、次いで夜間 71 名 (25.4%)、早朝 48 名 (17.1%) であった。日中以外の時間帯の訪問介護利用者は 10 名未満と少なかった。必要者における利用者の割合は、日中でも 4 割程度、その他の時間帯では 1 割未満であった。



図表Ⅱ-7 訪問介護必要者数、および利用実態

6) 訪問看護必要者の人数、および利用実態

訪問看護必要者の人数、および実際の利用者の人数は以下の図の通りである。訪問看護必要者も日中の時間帯が最も多く 80 名 (28.6%)、次いで夜間 11 名 (3.9%)、深夜 10 名 (3.6%) であった。日中以外の時間帯の訪問看護利用者は夜間と深夜の各 1 名のみであった。必要者における利用者の割合は、日中で 5 割程度、その他の時間帯では 1 割以下にとどまっていた。



図表 II-8 訪問看護必要者数、および利用実態

7) 日中の訪問介護必要者の対象像 (図表 II-9)

日中の訪問介護必要者は、同居家族が不在もしくは 1 名の群 (ノード 1) で割合が高く、加えて主介護者が妻以外の群 (ノード 4) でその割合が高かった (ノード内における訪問介護必要者の割合が 83.7%)。次いで、同居家族が 2 名以上の群でも食事介助が必要な群 (ノード 6) では必要者の割合が高かった (55.6%)。モデルの正分類率は 67.1% であった。

8) 夜間・早朝の訪問介護必要者の対象像 (図表 II-10)

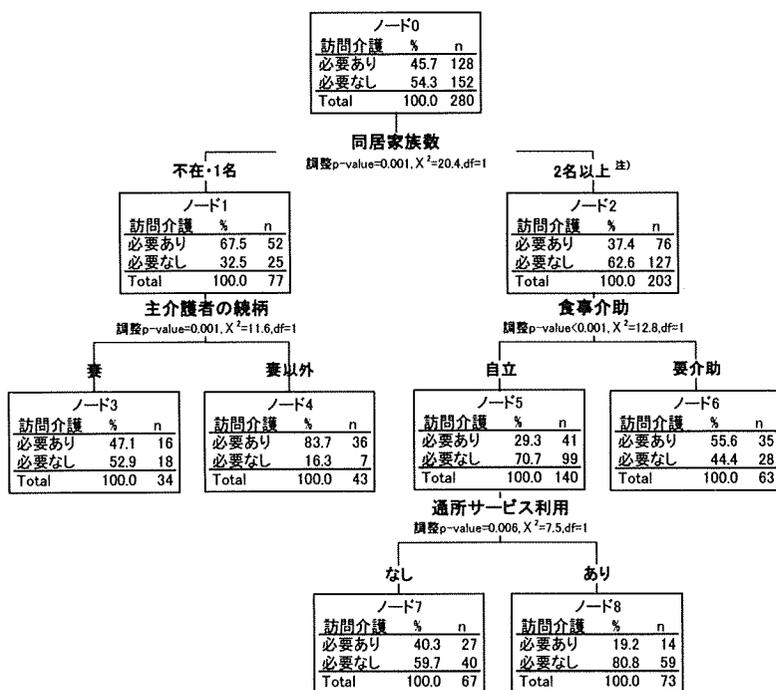
夜間・早朝の訪問介護必要者は、食事介助を要し、主介護者が男性の群 (ノード 6) でその割合が高かった (75.0%)。食事介助を要さない群でも、同居家族が不在もしくは 1 名で、主介護者が妻以外の群 (ノード 8) では必要者が多かった (52.9%)。モデルの正分類率は 70.4% であった。

9) 日中の訪問看護必要者の対象像 (図表 II-11)

日中の訪問看護必要者は、日中に通所サービスを利用していない群 (ノード 1) で割合が高く、加えて日中に医療処置が必要な群 (ノード 4) ではその割合が高かった (75.0%)。通所サービス利用がなく、日中の医療処置が不要でも、食事介助を要する群 (ノード 8) では必要者が多かった (75.0%)。モデルの正分類率は 82.5% であった。

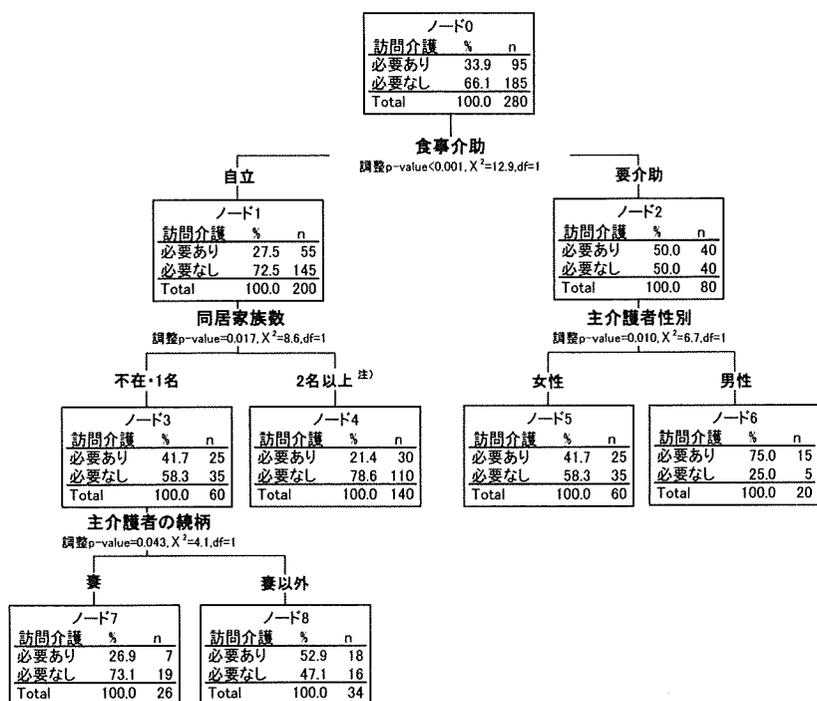
1 0) 夜間・早朝の訪問看護必要者の対象像 (図表 II-12)

夜間・早朝の訪問看護必要者は、夜間・早朝に医療処置が必要な群 (ノード 2) で割合が高く、加えて医療依存度が最重度/重度の群 (ノード 6) ではその割合が高かった (47.6%)。夜間・早朝の医療処置が必要で医療依存度が中度/低度の群 (ノード 5) では、分類前の群 (ノード 0) に比べて必要者の割合が高かった (18.2%)。モデルの正分類率は 93.6%であった。



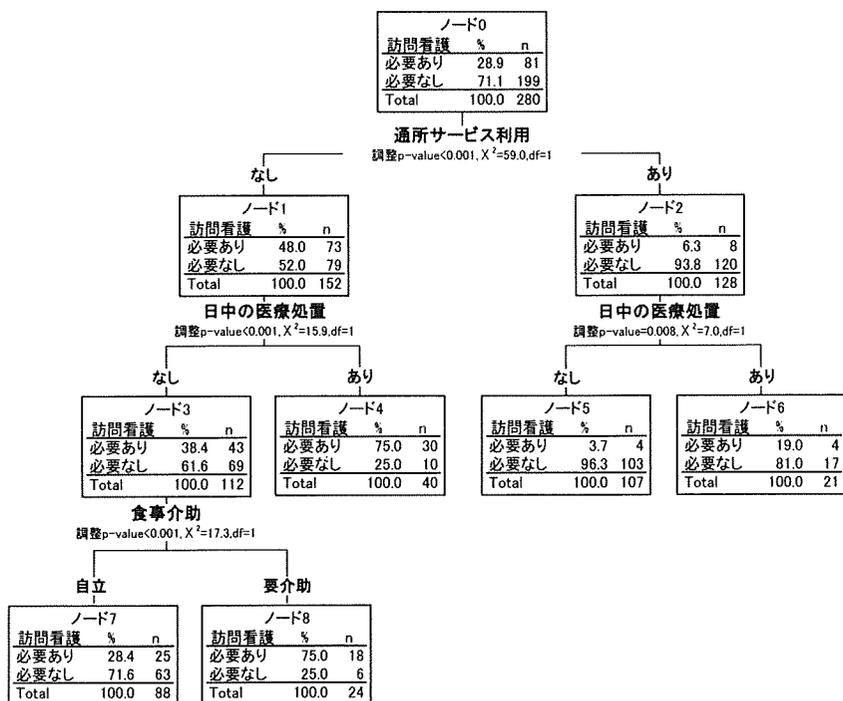
図表 II-9 日中の訪問看護必要者の特徴

注) 同居家族が不明の 2 名を含む

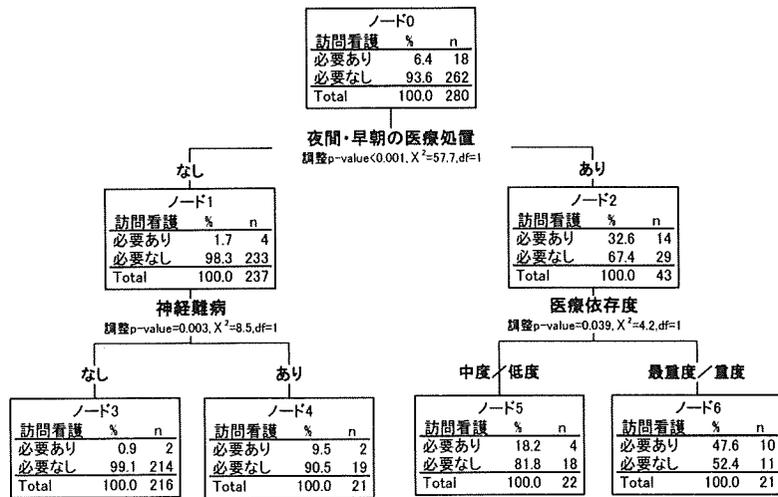


図表 II-10 夜間・早朝の訪問介護必要者の特徴

注)同居家族が不明の2名を含む



図表 II-11 日中の訪問看護必要者の特徴



図表Ⅱ-12 夜間・早朝の訪問看護必要者の特徴

2.4 考察

1) 訪問介護必要者の対象像

訪問介護必要者の対象像を特定する条件としては、本人の ADL（食事介助の必要の有無）と介護者の特性（性別、続柄、同居家族の人数）が他の変数に優先していた。

夫が妻を介護する高齢者世帯では、高齢男性の家事経験の少なさや古典的性役割感から、主介護者が家事や介護に不慣れであると推察される。また、娘介護者は配偶者に比べ、親の介護に葛藤を感じ、介護に専念することが難しいと推測される。そのため、独居の要介護者や、主介護者が妻以外で 2 人暮らしの場合には訪問介護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

2) 訪問看護必要者の対象像

訪問看護必要者の対象像を特定する条件としては、医療依存度（医療的観察の必要性、医療処置の有無）が他の変数に優先していた。

医療処置の中でも、経管栄養、血糖測定・インスリン注射は早朝、準夜の食事時間に必要な処置である。吸引は、本人の生命にかかわる医療処置であり、深夜を含めた夜間・早朝の時間帯にも対応を要する。こうした、日中の間にまとめて行うことが難しい医療処置がある場合には、夜間・早朝に訪問看護が必要と判断された者が多かったと考えられる。

一方で、日中の訪問看護必要者像には、医療処置がある者の他に、処置がない場合でも食事介助を要する者が含まれていた。これは、医療的観察の必要性が発生しているためと考えられるが、本研究からその詳細は明らかではない。訪問看護を効率的に提供するため、医療処置以外の訪問看護が果たすべき役割についても、さらに検証していく必要がある。

3) 本研究の限界と意義

本研究では、対象事例が少なかったため、日中以外の時間帯を夜間・早朝という形で 1 つの時間帯とみなして解析を行った。早朝、準夜、深夜では実施されている医療処置内容が異なっており、細かい時間帯ごとにサービス必要者像が異なることが推測されるが、その解析を行うためには対象事例がより多く必要である。さらに、各サービス必要性の判断は各ケアマネジャーの主観的判断に従っており、その妥当性を精査していく必要がある。

しかし本研究は、24 時間に限定して精密に調査したデータに CHAID を用い、サービス必要者像を明確にした点に意義がある。結果、今後増加していく高齢者のみ世帯や医療依存度の高い在宅療養者は、夜間・早朝の訪問介護・訪問看護を必要とする可能性が高く、夜間・早朝の訪問介護・看護提供体制をより充実させ

ていくことの重要性が検証された。

4) 今後の課題

CHAID を用いた対象者像を決定するには、学習用データから決定木モデルを作成した後、別のデータでモデル検証を行い、さらに作成したモデルの妥当性を検証するという段階が必要である。今後は、大規模調査によってモデル検証を行い、その結果を地域の訪問介護・訪問看護必要者数の推計に用いるために、さらに妥当性の検証を進める必要がある。

Ⅲ. 行政が取り組む 24 時間体制の訪問看護
ステーションの整備・拡充（福岡県）
－在宅医療推進事業を通して－

1. モデル事業の背景とこれまでの経緯

本事業は、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、福岡県保健医療介護部医療指導課が在宅医療推進事業と名を打って施策化・事業化された。今年度は4か所の保健所が医療指導課と協働しモデル的に事業を実施した。いずれは、他の県下全保健所も同様に事業を行う予定になっている。

その発端は、以前より在宅療養者が安心して生活するための受け皿が整っていないことを地域の課題と感じていた保健師が、医療制度改革という大きな国の流れをきっかけに、その整備に取り組むことを考案したことから始まっている。特に訪問看護ステーションは経営が厳しく、近年、閉鎖するステーションが後を絶たない。訪問看護ステーションの質も様々である。在宅療養者の生活を支える訪問看護が十分に提供されない状況は、さらなる在宅医療の脆弱化を招く。そこで、訪問看護ステーションの整備・拡充には行政支援が必要不可欠であるという考えの基、本モデル事業は企画・立案された。

1.1 福岡県の基本統計

1) 人口

福岡県の面積は4676.12Km²、人口は5,049,908人（平成17年国勢調査）で、全国第9位である。平成12年から平成17年の5年間の人口増加率は0.7%（34,209人）となっており、平成7年から平成12年の5年間の増加率1.7%を下まわった。年齢別人口構成比は、老年人口は19.8%（平成17年国勢調査）、年少人口は13.9%である。

2) 死亡

平成17年の死亡数は42,675人であり、前年より1,531人増加している。死亡率（人口千対）は8.5と前年より0.3あがり、全国平均（8.6）とほぼ同率で推移している。主要死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に高く、平成11年以降同じ順位である。悪性新生物の死亡数は、前年から285人増加して13,700人で、死亡率（人口10万対）も全国平均の258.3を上回る273.4である。

3) 受療率および在院日数

平成17年の患者調査によると、入院受療率は人口10万対で1,627人（全国平均1,145人）、外来受療率は6,129人（全国平均5,551人）であった。疾病別の入院受療率は、ほぼ全ての疾患において全国平均を上回っている。

平均在院日数は、全病床42.9日（全国平均34.7）、一般病床は20.6日（全国平均19.2日）、療養病床178.4日（全国平均171.4日）、精神病床360.9日（全国平均

均 320.3 日) である (平成 18 年 病院報告)。

4) 医療提供施設

病院数は 471 施設であり全国 4 位である。病床数は、一般病床 43,348 床、療養病床 22,532 床、精神病床 21,823 床である (平成 19 年 3 月現在)。人口 10 万人当たりの病床数は 1749.3 床 (全国平均 1273.1 床)、病床種別ごとにみると、一般病床 845.8 床 (全国平均 713.0 床)、療養病床 459.8 床 (全国平均 274.1 床)、精神病床 432.1 床 (全国平均 275.8 床) となっている (平成 18 年 医療施設調査)。

一般診療所は、4,483 施設 (有床 817 施設、無床 3666 施設) であり、人口 10 万人当たりの病床数は全国平均値を上回っている。

5) 死亡場所別死亡率

自宅における死亡割合は現在約 1 割 (厚生労働省「人口動態調査平成 14 年～18 年」) であり、全国平均値と比較すると (約 15%) 低位である。

6) 在宅医療に関するサービス提供状況

i. 医療機関

病院・診療所において、往診や訪問診療を行っているのは、病院 127 施設 (26.6%)、診療所 771 施設 (17.6%) である。全国値と比較すると、病院は下回っているが (全国値 31.6%)、診療所はほぼ全国値と同等である (全国値: 17.4%)。

ii. 訪問看護ステーション

222 か所が存在する (厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 (平成 17 年 10 月)。

iii. 薬局

薬局数は 2,590 か所であり、増加傾向にある。人口 10 万対では 51.5 か所 (全国平均 40.7 か所) である (県薬務課調べ 平成 19 年 3 月末)。

1.2 在宅医療に関する医療計画 (福岡参考資料 1)

平成 20 年度の医療計画の重点項目として、下記の 6 項目を挙げている。

- ① 在宅医療に関する情報提供の推進
- ② 在宅医療の利用者の負担軽減
- ③ 在宅医療の提供に関わる医療機関等の活動促進
- ④ 在宅医療に関する総合的な連携体制の構築
- ⑤ 在宅緩和ケア・終末医療の推進
- ⑥ 訪問看護の推進

できるよう、在宅における薬局・薬剤師の適切な関与を促すとともに、訪問薬剤指導や麻薬取扱に関する弾力化といった新制度についての関係者への周知を図り、適切な運用を推進します。

- 在宅寝たきりの高齢者等に対し、地域における在宅での歯科医療を推進します。
- 4 在宅医療に関する総合的な連携体制の構築
 - 在宅医療を推進する上での具体的課題を明らかにし関係機関間の連携を促すための協議の場を設け、病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護事業所及びボランティア等から成る地域在宅医療ネットワークの構築について検討し、地域の特性に応じた連携促進を図ります。また、訪問診療の提供が少ない地域については、医療機関の抱える課題等の把握に努め、活動の促進について検討します。

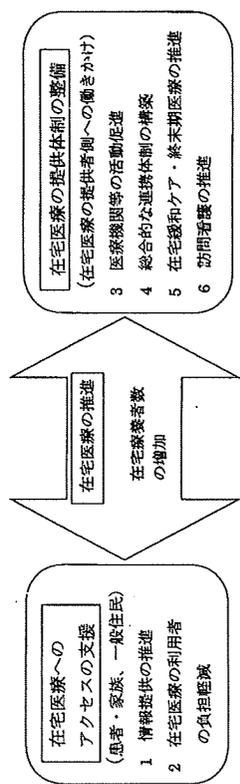
- 5 在宅緩和ケア・終末期医療の推進
 - 医療機関や訪問看護ステーション等の医療従事者の資質向上対策として、次の取り組みを行います。
 - ・在宅緩和ケア、がん性疼痛看護に関する資質向上のための研修の実施
 - ・患者や家族、遺族への精神的ケアに関する研修の実施
 - がん末期患者が希望に応じ自宅での療養を選択できるよう、在宅へスムーズに移行するための連携のあり方や退院調整支援について検討を行うとともに、在宅医療に必要な専門的な知識や技術を提供するため、アドバイザーを訪問看護ステーションに派遣する事業に取り組みます。
 - 在宅医療をサポートするための在宅ホスピスボランティアの育成を行います。

- 6 訪問看護の推進
 - 訪問看護に関する普及・啓発として次の取組みを行います。
 - ・訪問看護に関する従事者等を対象とした研修会の実施
 - ・県民や関係者向けの在宅療養に関するパンフレットの作成
 - 訪問看護ステーションの機能強化として、24時間対応可能な訪問看護ステーションの育成を支援します。
 - ・患者の状態に応じた訪問看護の実施、特に緊急時の対応を含めた訪問看護サービスの充実と機能強化のための研修会、検討会の開催
 - ・訪問看護師の確保及び質の向上のための研修
 - ・在宅緩和ケアや看取りが実施できる看護師の養成のための研修
 - ・提供施設の地理的偏在や提供内容の不足等に関する課題の検討

【目標の設定】

指標	現 状	目標値 (平成 24 年度)
在宅医療を受ける患者数	福岡県 2,100 人 / 1 日 (厚生労働省「平成 17 年患者調査」)	30%増

【今後の方向】

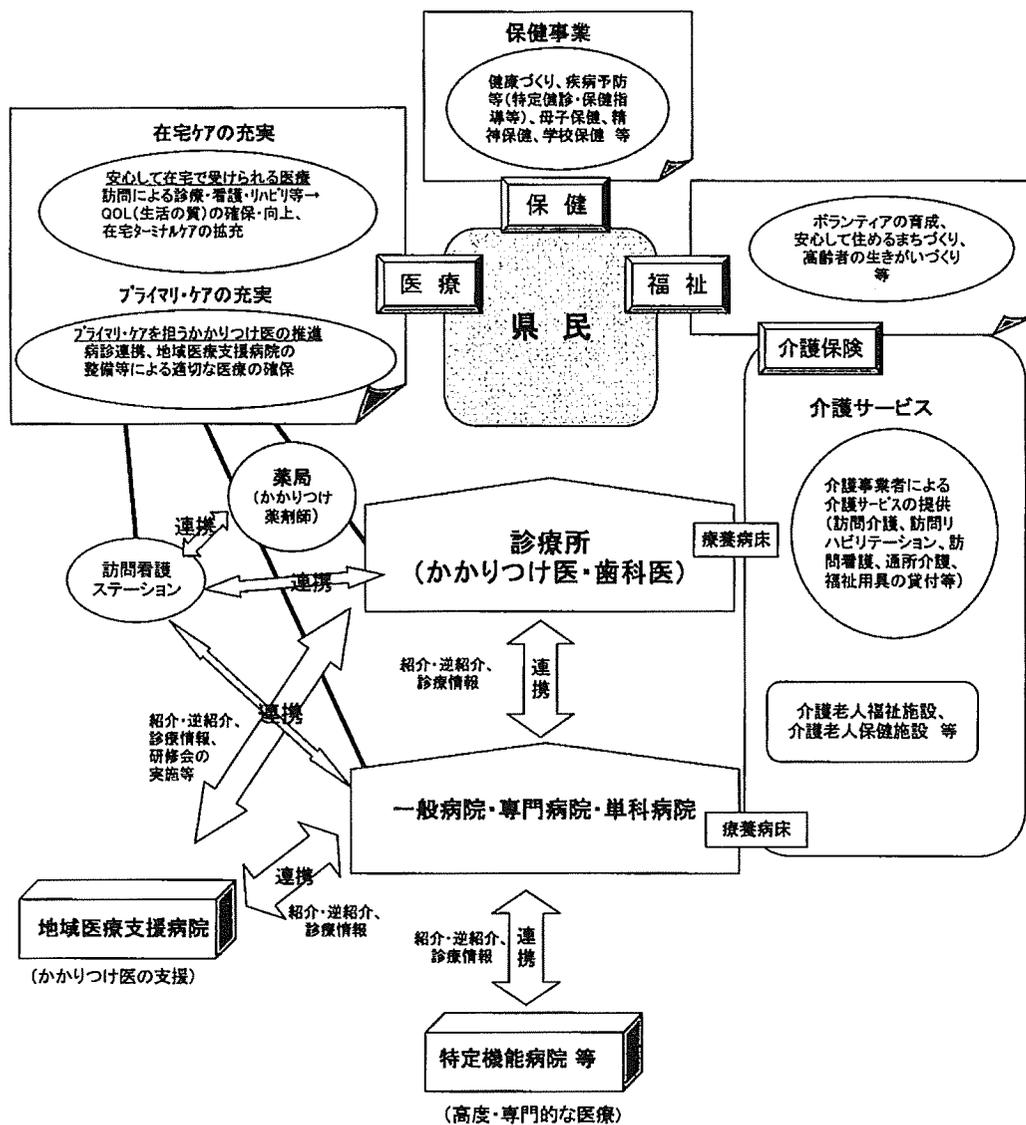


- 1 在宅医療に関する情報提供の推進
 - 在宅医療サービスを希望する県民が必要な情報を得るために次の取組みを推進します。
 - ・在宅医療に関する相談窓口の設置 (若しくは明示)
 - ・積極的な県民への情報提供 (医療機関の所在地・提供医療内容・費用に関する参考情報) の推進

- 2 在宅医療の利用者の負担軽減
 - 在宅医療を受けながら生活する上で必要となる各種制度や有料サービス等の情報を患者、家族に対して提供を行ったり、相談窓口を設置して、在宅医療利用者の負担軽減につなげます。
 - 広く関係者から意見を募り、在宅医療の利用者の精神的・身体的負担を軽減するための方策を検討します。
 - 在宅医療をサポートするための在宅ホスピスボランティアの育成を行います。

- 3 在宅医療の提供に関わる医療機関等の活動促進
 - 医療機関、関係団体、市町村への情報の提供を行います。
 - 在宅で療養する患者が飲み薬や貼り薬、医療用麻薬など複数の薬を適切に管理・使用

◆ 保健・医療・介護(福祉)の連携のイメージ図



1.3 これまでの県庁医療指導課の取り組み(これまでの経緯)

1) 新規事業の予算の確保および新規事業の立ち上げ

平成17年に医療構造改革が示され、当時、当該課の医師・看護師の養成や質の向上に関わる業務に携わっていた保健師は、「看護の質の向上」が目標に掲げられていることに着目し、このような大きな医療構造改革の中に、看護が位置づくべきと考えた。日頃仕事の中で課題と感じていることを解決するチャンスと捉え、福岡県では何が必要かを考えた。

また、同時に、在宅医療の推進も掲げられていた。保健師は、以前に在宅を希望する住民を病院から在宅に帰すための支援をした際に、受けてくれるステーションがないという経験をしていた。その理由は、訪問看護ステーションに、人工呼吸器を装着している患者等、医療依存度が高い患者を引き受けた経験がない、つまり、重症化した住民を受け入れるスキルがないためである。訪問看護に指示書を出す診療所も同様で、24時間往診可能な診療所は殆どなかった。訪問看護や診療所のスキルや体制、そして急変した際のバックベッドの確保等、多くの課題が山積しており、在宅療養や在宅での看取りを望む住民を受け入れる地域の受け皿が少ないことを保健師は実感していた。

そこで保健師は、今がこれらの課題を解決するチャンスだと考え、福岡県ではどのように訪問看護や診療所のスキルアップを図り、医療機関同士の連携を強化し、在宅医療を推進していくべきかを考え、現状と課題、今後の構想を整理し具体化した。資料作成の際には住民の目線でも考えるようにした。

一方で、保健師は事業を立ち上げるには、当該課の課長の理解を得る必要があった。課長に在宅医療の整備が急務であることを説明し、まずは現状を知ってもらうために訪問看護ステーションの視察を提案した。課長も在宅医療に関しては問題意識を持っていた。そして、課長と保健師は訪問看護ステーションの管理者を訪ね実情を聞き、訪問看護ステーションが、難病患者やがん患者が在宅で亡くなることのできるためには必要不可欠なサービス提供機関であることを改めて実感した。

その後、当該課では、在宅医療の推進に向けて、まずは訪問看護ステーションを強化する方針を決め、そのための新規事業を立ち上げるため、財政課や主幹課との調整を図った。幸い、財政課に所属経験のあった課長の采配の下、以前より準備していた資料を提出し予算を確保することができた。

2) 平成17年度～平成19年度のモデル事業

上記の経緯で立ち上がったモデル事業の実施内容は下記の通りであった。

① 事業の目的

患者・家族の療養の質の向上等を図るため、県民が望む場所で死を迎えられるよう、最も整備が遅れている在宅医療体制の充実を図る。なお、死亡数に占める割合が約3割であるがん対象として、終末期在宅緩和ケアの体制整備を行い、在宅医療体制整備の課題の検証も行った。

② 実施方法

平成17年度に福岡県終末医療対策協議会を立ち上げた。また、専門職種の育成研修については県医師会及び県看護協会へ、24時間訪問看護推進のモデル事業は県看護協会へ委託した。

③ 実施内容・結果

- 福岡県終末期医療推進協議会では、在宅と医療機関の連携、緩和ケア病棟の量と質の問題、患者、家族への相談体制、医療従事者に対する研修について検討し、協議・評価した。
- 医療従事者の研修は、医師研修、ホスピスケア研修、ホスピスアドバイザー派遣研修等が行われた。
- 訪問看護推進モデル事業では、終末期在宅療養中の患者を対象に、在宅での施設と同等に24時間の医療および看護サービスが提供できるような訪問看護体制をモデル的に実施した。その結果、3年間で53例を在宅で看取ることができた。この数はモデル事業を実施した訪問看護ステーションの利用者数の64.3%に当たる。

<実施後の課題>

- ・在宅療養の継続には、24時間の訪問看護の提供が必要。
- ・24時間の訪問看護の提供を行うためには、訪問看護ステーションの機能強化・拡充と、麻薬管理できる医師や他職種との連携強化が必要
- ・在宅療養への移行を促進するためには、病院側への働きかけや地域の社会資源情報の提供が必要

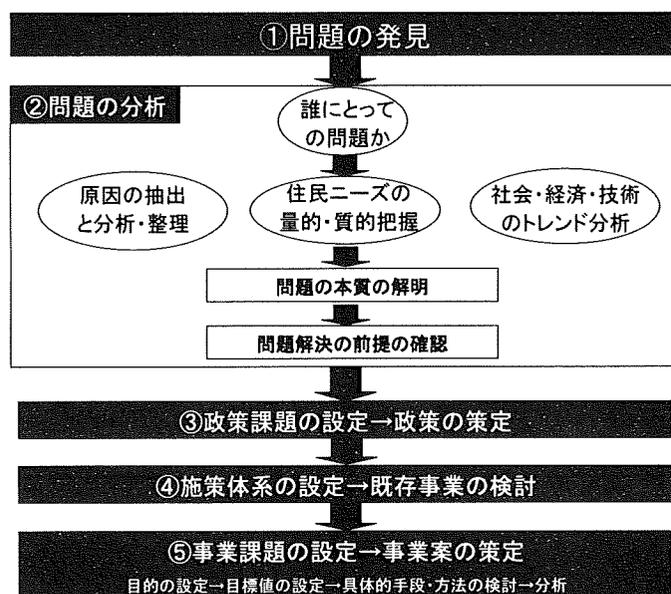
以上の実施内容および課題を基に、平成20年度以降の実施方針を明確にした。

平成17年度～19年度のモデル事業実施から得た平成20年度以降の実施方針

- ・地域協力体制の充実、医療機関と在宅とをつなぐ連携のあり方の明確化・強化
- ・24時間対応のための診療所、訪問看護ステーションの機能強化と拡充
- ・在宅医療に取り組むための医療機関および職員の更なる育成（質と量共に）
- ・終末期医療および在宅医療情報の集約・整理、県民への情報提供
- ・NPO、民間業者、行政等による地域・家族単位へのサポート体制の整備

1.4 問題の発見から事業課題の設定まで(まとめ)

1)～2)の背景を踏まえ、本モデル事業の施策化、事業化に至る過程を図表Ⅲ-1の政策型問題解決に当てはめて整理してみた(図表Ⅲ-2)。問題の分析とそれに基づいて政策課題を決めていくことが、地域の課題を解決する上では重要である(真山, 2001)。この政策型問題解決は、行政が本来の役割を果たす上で必要なことを図示したものである。行政保健師らは、当面の事業的対応で満足するのではなく、本質的な問題の発見や将来の問題を予測し、本事業の実施に至ったことが分かる。



図表Ⅲ-1 政策型問題解決

出典:政策形成の本質, 真山 達志(2001)

図表Ⅲ-2 福岡県在宅医療推進のための政策型問題解決過程

① 問題の発見
<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成 18 年に日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団がまとめた調査によると、末期がんになった場合に、「自宅で最期を過ごしたい」と思っている者は約 8 割であった。そのうち、約 7 割が「実現は難しい」と考えており、その理由として「病状が悪化した時に受けられる医療への不安」があげられていた。 ○ 住民は希望する場所で療養ができ、亡くなる場所を選択できることが望ましいが、難しい現状がある。その一因として、地域の受け入れ体制が十分でないことがある。
② 問題の分析
<ul style="list-style-type: none"> ○ 福岡県の「在宅で死を迎える割合」は 11.5%であり、全国の 13.0%に比べて低い。このことから、福岡県において「自宅で最期を過ごしたい」と思う人が、自宅で安心して過ごせるよう、在宅医療を整備することは急務である。 ○ また、平成 17 年～19 年の在宅医療推進のためのモデル事業の取り組みから、在宅医療において、24 時間 365 日、計画的な訪問看護を提供できる体制構築が必要であることが示されたが、訪問看護ステーションが単独で担うには負担が大きい。 ○ 診療所においても同様に夜間の訪問を提供するところが少ない。
③ 政策課題の設定
<p>病院、在宅支援診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、薬局、ボランティア等の連携、または訪問看護ステーションそれぞれが力量を上げ、一体となり、在宅医療を提供していく。</p>
④ 施策体系の設定
<ul style="list-style-type: none"> ○ より住民ニーズに即した情報提供や地域ケアシステムを構築するために、保健所が当面、相談機能およびシステム構築を担う。 ○ 具体的には、下記を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のニーズや資源の把握、取り組む課題の明確化 ・ 在宅医療のネットワーク構築（ケアシステム構築） ・ 在宅医療にかかわる医療機関等の知識・技術の向上、緩和ケアの提供 ・ 住民の知識・技術の向上 ・ 訪問看護ステーションの 24 時間体制の構築 ○ なお、訪問看護ステーションの 24 時間体制の構築については、モデル事業を実施し、訪問看護が緩和ケアを提供できるための知識・技術の向上と、そのための体制構築を図る。
⑤ 事業課題の設定
<ul style="list-style-type: none"> ○ 県医療指導課は、保健所や訪問看護ステーションがモデル事業を実施できるよう予算の確保、効率よくモデル事業を進めるための情報提供や研修の実施、情報交換の場の設定等を行う。 ○ 保健所は地域のニーズや既存の資源に応じたモデル事業の展開方法を考え、遂行する。

2. モデル事業の実施

2.1 モデル事業の目的

本モデル事業は、下記の3点を目的として実施する。

- ① 住民は希望する場所で療養ができ、死の場所を選択できる。
- ② 地域は緩和ケアができる在宅医療資源が増え、ネットワークが構築できる。
- ③ 保健所は在宅医療推進に関するネットワークの統合調整機能を果たし、評価することができる。

2.2 モデル事業の実施方法

全体像については、図表Ⅲ-4を参照のこと。

1) 福岡県在宅医療推進協議会の設置・運営

地域在宅医療ネットワーク構築のための課題を抽出し、事業の方向性を検討することを目的に、医療指導課に事務局を置き、福岡県在宅医療推進協議会を設置する。

2) 地域在宅医療支援センター（地域在宅医療推進協議会）の立ち上げ

地域特性に合わせた在宅医療支援やネットワーク構築を行うこと、緩和ケアに関する相談機能を持つことを目的に、4保健福祉環境事務所（嘉穂、京築、宗像、山門）に設置する。

① 事業内容

「誰もが望む場所で療養できる地域医療体制の整備」を目指し、地域在宅医療体制の整備を行う。特に、24時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充、および在宅緩和ケアを希望する方の窓口として「地域在宅医療支援センター」の設置に取り組む。

「地域在宅医療支援センター」では、地域においてがん等で緩和ケアを希望する患者およびその家族等の相談・支援を行い、療養上の悩みや不安軽減を図るとともに、在宅緩和ケアの普及啓発ならびに医療機関等、関係機関の相互の連携の推進を図る。

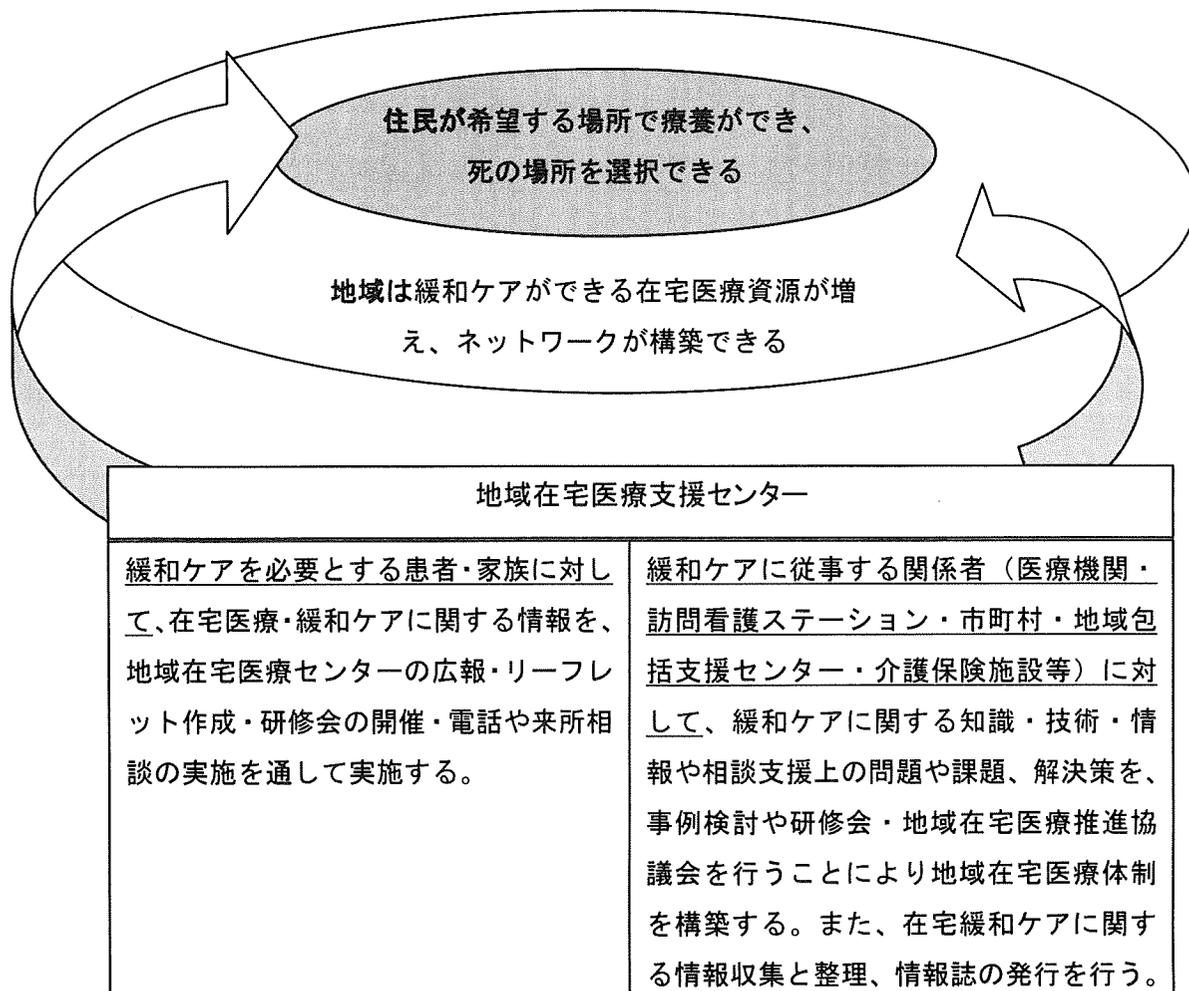
② 目標および評価指標

短期目標 2009年（1年後）：

目標	住 民：在宅緩和ケアについての相談窓口があることを知る。 地 域：事例検討会や研修会を通して在宅緩和ケアについての知識と情報を持つ。顔
----	--

	<p>の見える連携づくりを行う。</p> <p>保健所：地域在宅医療支援センターを立ち上げ、地域の情報や課題が分かる。</p>
評価 指標	<p>協議会や事例検討会の開催で地域の課題の明確化／管内の社会資源情報の整理／リーフレットの作成／相談支援のスキルの習得／24 時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
<p>中期目標 2010 年（2 年後）：</p>	
目標	<p>住 民：住民組織の代表者に在宅ターミナルを過ごすことの意識が浸透する。</p> <p>地 域：関係機関が地域の課題を共有し、在宅緩和ケアにかかわる地域の社会資源、相談支援における連携方法が分かる。</p> <p>保健所：管内の在宅緩和ケアに関する相談支援を行う。管内の関係機関連携推進とサービスの質の向上を図る。（手引きの作成）</p>
評価 指標	<p>相談件数の増加／事例検討、協議会の回数と参加機関の広がり／事例の集積による地域課題の整理と対策の検討／研修会参加数（住民・関係職種）の増加と意識の向上／24 時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
<p>中期目標 2011 年（3 年後）：</p>	
目標	<p>住 民：在宅でターミナルを過ごすことの意識が住民に浸透し、適切な機関に相談できる。</p> <p>地 域：在宅緩和ケアに関する相談、支援システムが構築され、利用できる社会資源が増える。</p> <p>保健所：在宅緩和ケア支援にかかわる関係機関の連携がスムーズになり、課題解決のためのシステム構築がほぼ完成に近づく。</p>
評価 指標	<p>支援上の課題解決に向けたシステム（介護保険運用上の課題解決／地域連携パスの活用、市町村メニュー、レスパイト施設等）／住民の周知度及び意識の向上／在宅ケアボランティア数の増加／相談件数の増加／手引きの作成／24 時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
<p>長期目標 2012 年（4 年後）：</p>	
目標	<p>住 民：自分が希望する場所で療養ができ、死の場所を選択できる。</p> <p>地 域：在宅緩和ケアに関しての支援がどの機関でも受けられるようになっている。</p> <p>保健所：在宅緩和ケアのシステム評価ができる。</p>
評価 指標	<p>在宅療養患者の増加と満足度の向上／在宅での看取り数の増加／在宅ケアボランティア数の増加／相談・連携会議の拠点となるうる保健所以外の機関及び団体の増加／在宅緩和ケアに関して利用できるサービス機関数と制度の数の増加／24 時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>

図表Ⅲ-3 地域在宅医療支援センターのコンセプト



WHO(世界保健機関)による緩和ケアの定義 (2002年)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチである。

3) 在宅医療の支援環境の整備

NPO と協働し、在宅ボランティアを育成する。

4) 在宅移行促進のための病院・訪問看護ステーションの研修