

### 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

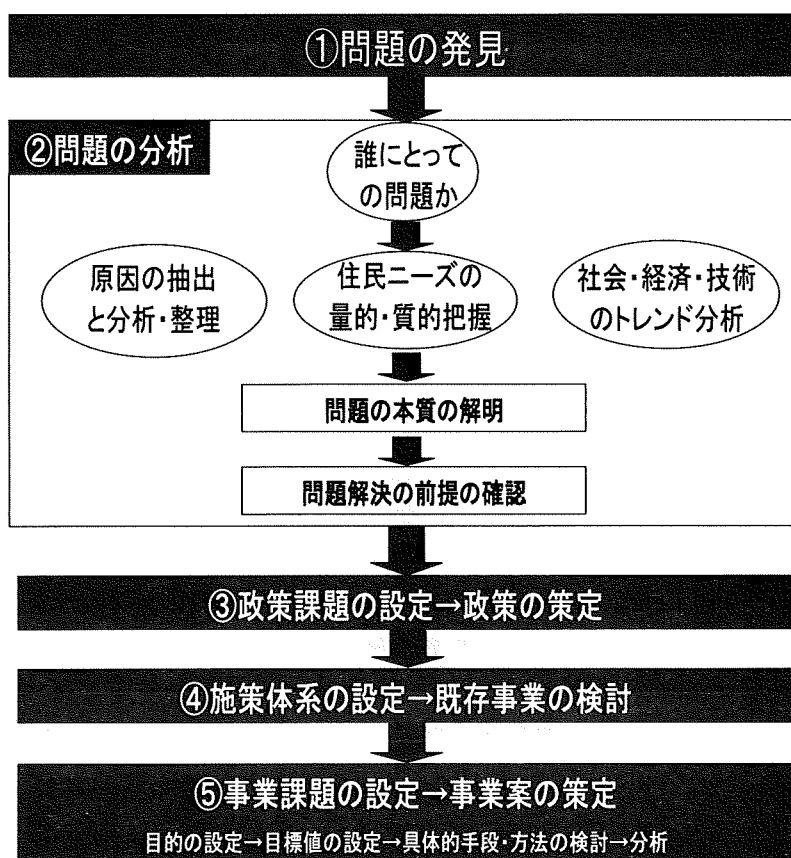
- ・地域協力体制の充実、医療機関と在宅とをつなぐ連携のあり方の明確化・強化
- ・24時間対応のための診療所、訪問看護ステーションの機能強化と拡充
- ・在宅医療に取り組むための医療機関および職員の更なる育成（質と量共に）
- ・終末期医療および在宅医療情報の集約・整理、県民への情報提供
- ・NPO、民間業者、行政等による地域・家族単位へのサポート体制の整備

#### 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V-1-1の政策型問題解決に当てはめて整理してみた(図表V-1-2)。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V-1-1 政策型問題解決

出典:政策形成の本質, 真山 達志(2001)



図表 V-1-2 福岡県在宅医療推進のための政策型問題解決過程

<b>① 問題の発見</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
<b>② 問題の分析</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>
<b>③ 政策課題の設定</b>
<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>
<b>④ 施策体系の設定</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 具体的には、下記を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域のニーズや資源の把握、取り組む課題の明確化</li> <li>・ 在宅医療のネットワーク構築（ケアシステム構築）</li> <li>・ 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</li> <li>・ 住民の知識・技術の向上</li> <li>・ 訪問看護ステーションの 24 時間体制の構築</li> </ul> </li> <li>○ 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。</li> </ul>
<b>⑤ 事業課題の設定</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>

## 2. 保健所が中心となって推進する在宅医療推進事業 ～24時間訪問看護の整備に向けて～

### 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V-2-2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（宗像・遠賀、嘉穂・鞍手、南筑後（旧山門）、京築）に設置する。

#### ① 事業内容

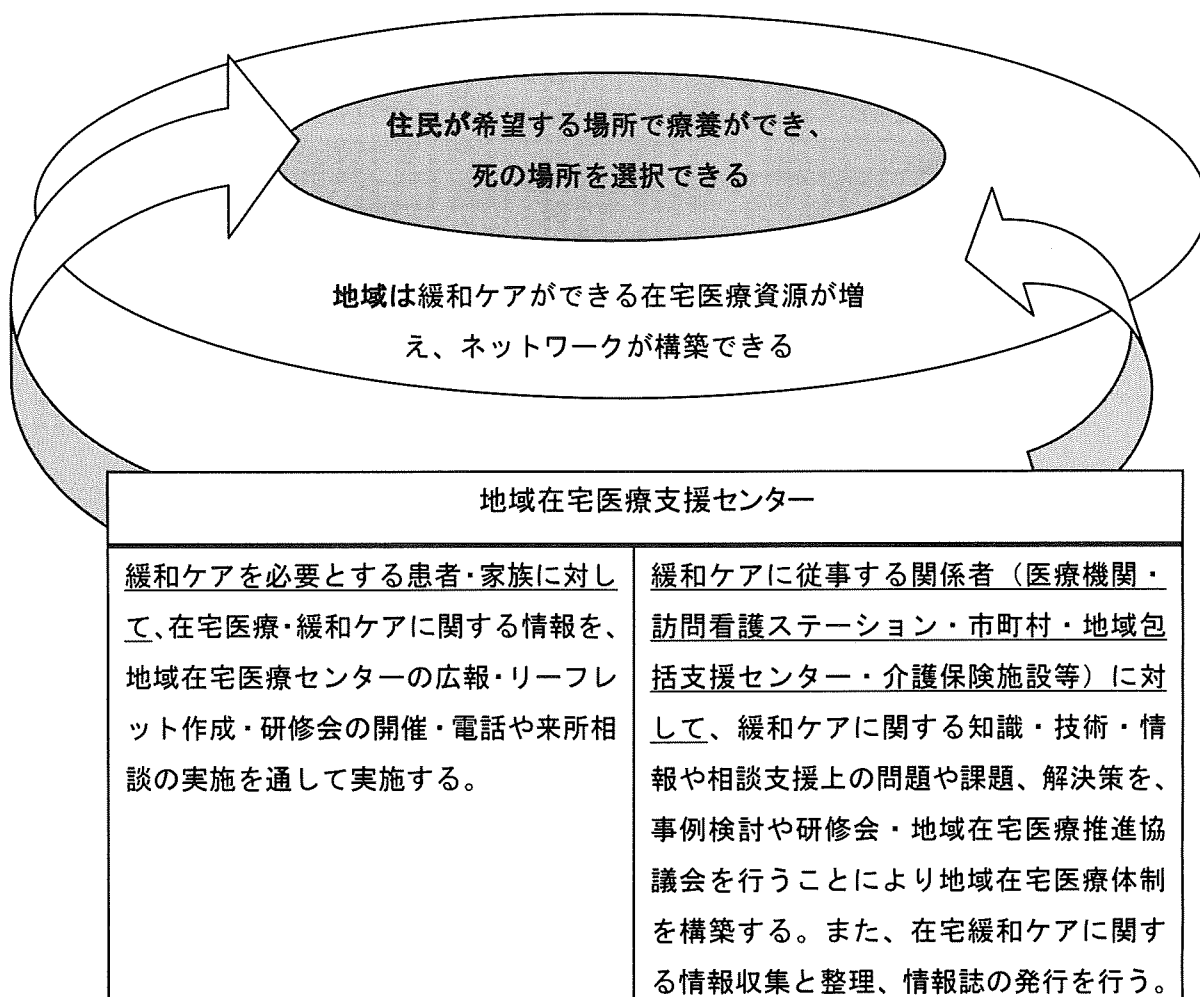
「誰もが望む場所で療養できる地域医療体制の整備」を目指し、地域在宅医療体制の整備を行う。特に、24時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充、および在宅緩和ケアを希望する方の窓口として「地域在宅医療支援センター」の設置に取り組む。

「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	<p>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。</p> <p>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	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
中期目標 2010年(2年後):	
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	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
中期目標 2011年(3年後):	
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	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
長期目標 2012年(4年後):	
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	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

図表V-2-1 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**

#### 5) 訪問看護ステーションのモデル事業

24時間訪問看護、訪問看護と介護の一体型訪問、医療型多機能の3つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みる。

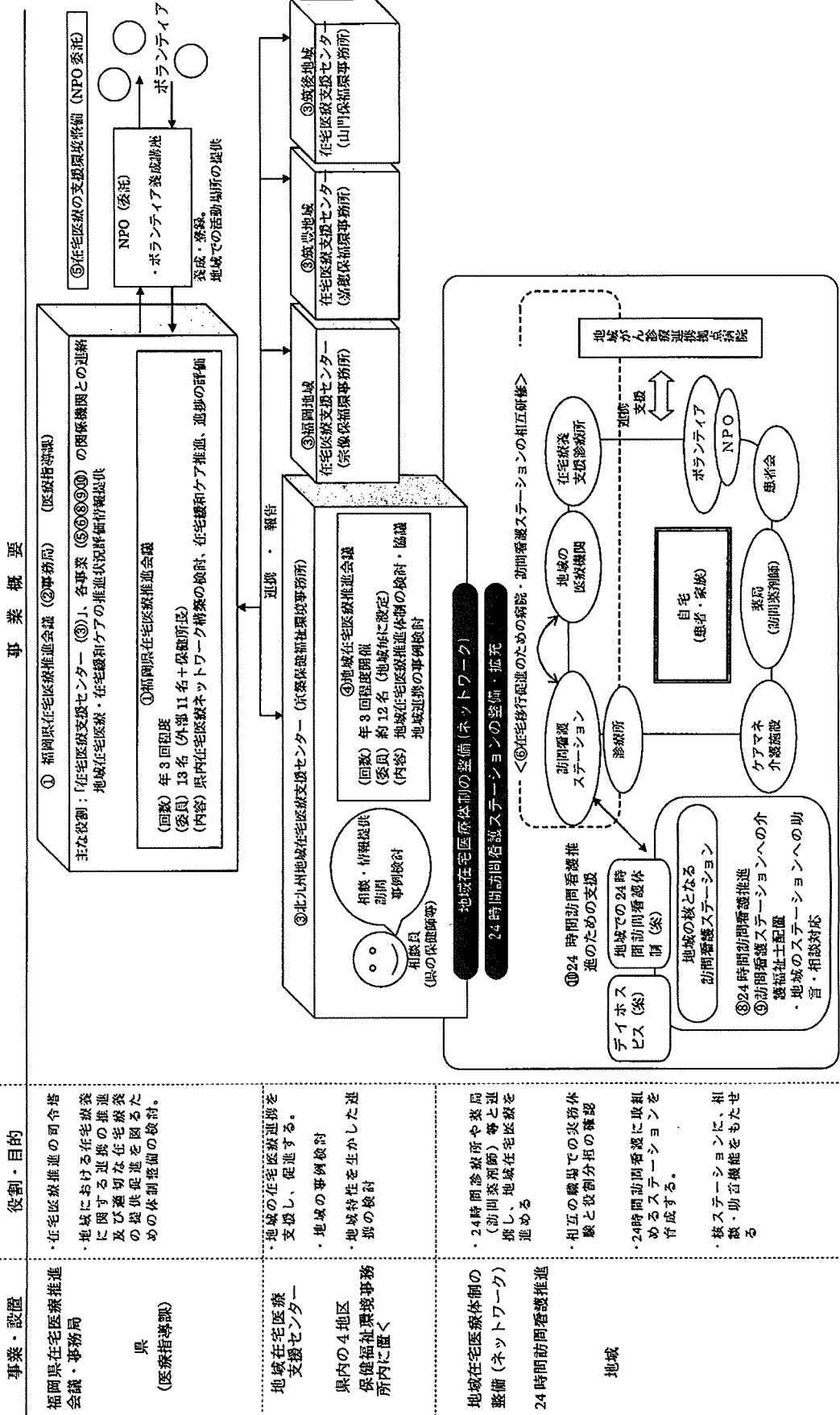
図表 V-2-2 在宅医療推進事業の全体像

H20年度からの事業

在宅医療推進事業費（医療指導課）

目的・24時間訪問看護ステーションの整備・拡充

地域在宅医療体制の整備





## 2.3 医療指導課の取り組み

### 1) 福岡県在宅医療推進協議会の設置・運営

福岡県在宅医療推進協議会を設置した。医療指導課に事務局を置き、地域在宅医療ネットワーク構築のための課題を抽出し、事業の方向性の決定を行った。

- ① 開催回数：年1回（12月）
- ② 委員構成：12名（医師会・がん診療拠点病院・看護協会・在宅ホスピス医・NPO団体・訪問看護ステーション・介護支援専門員協会・薬剤師会・九州大学・県立大学・保健所長会）
- ③ 検討内容：
  - ◇ 病院とがん拠点病院や地域医療機関との十分な連携を図る必要がある。
  - ◇ 末期がん患者の実態に応じた独自の介護認定システムが必要。
  - ◇ 地域連携室やケアマネが活用できる情報を把握する必要がある。
  - ◇ 終末期医療に積極的にケアマネを活用していただきたい。また、福祉系のケアマネへの研修や医療系との連携が重要。
  - ◇ 保健所が地域でコーディネートする役割は大きく期待される。スキルアップについて連携、協力していきたい。
  - ◇ 終末期や緩和ケアをがん中心にとらえやすいが、将来的にはがんにとどまらず、小児や認知症状も含めた「在宅医療」になっていくことが目標。
  - ◇ 圏域を越えて、患者や市民の立場になって検討する必要がある。

### 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

4保健福祉環境事務所（嘉穂、京築、宗像、山門）に設置。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とし、4保健所の後方支援を行った。PRとして平成20年11月に記者発表を行った。

### 3) 在宅医療の支援環境の整備（NPO協働）

在宅ホスピスボランティア養成講座を各地域で開催した。

NPO協働事業として、在宅ホスピスボランティア養成講座を実施した。平成20年度の受講者は104名であった。

### 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

互いの職場で実務研修を行うことで、互いの関わりを学び、病院から在宅へのスムーズな移行を促進し、退院時調整、地域連携の方法を学んだ。

- ① 「地域在宅医療支援センター研修会」

開催回数：4回

対 象：地域在宅医療支援センター職員

参 加 者：40名

②「地域在宅医療推進研修会」

開催回数：2回

対 象：保健所・政令市・市町村・訪問看護ステーション職員

参 加 者：191名

③病院・訪問看護ステーション相互研修事業

対 象：病院と訪問看護ステーション職員

参 加 者：12名

5) 訪問看護ステーションのモデル事業

平成 20 年度は 4 箇所、平成 21 年度は 6 箇所が、下記の 3 つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みた。

① 24 時間訪問看護事業

② 訪問介護一体型事業

③ 医療型多機能 — デイホスピス事業、スーパーバイズ事業

次ページより、上記のうち、2) 地域在宅医療支援センター（保健所）モデル事業、および 5) 訪問看護ステーションのモデル事業について詳細を述べる。

## 2.4 4箇所のモデル保健所の取り組み

### 1) 背景および目的

在宅医療体制整備にむけた地域ネットワークの構築、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、平成20年度から宗像・遠賀、嘉穂・鞍手、京築、南筑後の4保健福祉環境事務所に地域在宅医療支援センターを設置し、「在宅医療推進事業」を開始した。平成22年度には県下全保健所9箇所で在宅医療推進事業に取り組む予定である。

#### ○モデル対象地域の特性（図表V-2-3、V-2-4参照）

モデル事業に取り組む4保健所の管轄地域の基本統計は図表V-3-1、3-2の通りである。人口は、嘉穂地域が最も多く約19万人、続いて京築地域、宗像地域、山門地域である。人口密度は、宗像地域が869人/km<sup>2</sup>強と最も高かった。老年人口が最も高いのは、山門地域の25.5%であり、最も低いのは宗像地域の20.4%である。

産業構造を見ると、第1次産業割合が最も高いのは山門地域（16.2%）であり、最も低い宗像地域と比較すると約4倍である。これは有明海に面しているため、のりの養殖等の漁業が盛んであるためと考えられる。第2次産業割合が最も高いのは、自動車工場等がある京築地域（35.0%）である。第3次人口割合が最も高いのは、都市部へのアクセスがよい宗像地域（72.3%）である。

### 2) 実施方法

#### (1) 共通した実施内容

実施内容は、①住民・療養者の啓発、②必要なサービス提供体制の整備（質・量）、③ネットワークの推進であった。

具体的には、①住民・療養者の啓発では、民生委員や一般住民を対象とした講演会の開催、地域在宅医療支援センターの周知（町内回覧・ポスター等）、地域資源の情報提供（資源ブック）を行っていた。

②必要なサービス提供体制の整備では、在宅医療支援センターの立ち上げ・相談、関係機関のサービス提供状況の把握（医療依存度の高い患者の受け入れ状況、看取り件数、熱意、等）、関係機関を対象としたスキルアップ研修の開催等を行っていた。

③ネットワークの推進では、関係機関をメンバーとした協議会の開催、関係機関の情報交換会の開催、関係機関と協働しての研修会の開催・情報ブックの作成を行っていた。

図表V-2-3 モデル事業地域の基本統計

	面積(km <sup>2</sup> )	人口密度	人口	年少人口 15歳未満	生産人口 15-64歳	老年人口 65歳以上	居宅介護支援				
							居宅介護 支援事業所	訪問介護 事業所	訪問看護事業所 (医療クニック ステーション)		
合計	653078	87635 (13.4)	413031 (63.3)	152170 (23.3)	22412 (7.5)	88133 (29.4)	189656 (63.2)	205	249	774 (736/38)	
小計	172.36	869.25	149825	20249 (13.5)	99019 (66.1)	30512 (20.4)	3343 (5.1)	14851 (22.6)	30	30	163 (158/4)
宗像市	119.66	786.79	94148	13021 (13.8)	62833 (66.7)	18281 (19.4)	2120 (5.2)	8894 (22.0)	17	21	108 (104/4)
宗像 福津市	52.7	1056.48	56677	7228 (13.0)	36186 (65.0)	12231 (22.0)	1223 (4.8)	5957 (23.5)	13	9	55 (54/1)
小計	369.38	524.71	193821	24992 (12.9)	122153 (63.1)	46531 (24.0)	3206 (3.7)	24656 (28.4)	74	126	261 (251/10)
飯塚市	214.13	622.78	133357	17335 (13.0)	85759 (64.3)	30213 (22.7)	1723 (2.9)	16267 (27.0)	49	91	207 (201/6)
嘉穂 嘉麻市	135.18	339.76	45929	5777 (12.6)	27177 (59.3)	12880 (28.1)	1254 (6.2)	6288 (31.3)	17	27	40 (37/3)
桂川町	20.07	724.21	14535	1880 (12.9)	9217 (63.4)	3438 (23.7)	229 (3.6)	2101 (32.9)	8	8	14 (13/1)
小計	182.02	647.79	117911	15665 (13.3)	72185 (61.2)	30061 (25.5)	9546 (16.2)	17621 (29.8)	35	30	120 (114/6)
柳川市	76.9	969.29	74539	10320 (13.8)	46234 (62.0)	17985 (24.1)	4865 (13.3)	11127 (30.5)	19	19	109 (105/4)
山門 みやま市	105.12	412.59	43372	5345 (12.3)	25951 (59.8)	12076 (27.8)	4681 (20.7)	6494 (28.7)	16	11	11 (9/2)
小計	566.3	338.19	191521	26729 (14.0)	119674 (62.5)	45066 (23.5)	6317 (7.1)	31005 (35.0)	66	63	230 (213/15)
苅田町	46.6	737.91	34387	5005 (14.6)	22865 (66.5)	6492 (18.9)	379 (2.4)	5998 (38.6)	8	9	50 (48/2)
行橋市	69.83	1003.43	70070	10321 (14.7)	45243 (64.6)	14505 (20.7)	1439 (4.5)	11293 (35.3)	22	29	90 (81/9)
みやこ町	151.28	151.36	22898	2873 (12.6)	13564 (59.3)	6452 (28.2)	1185 (11.2)	3778 (35.8)	9	7	2 (0/2)
京葉 築上町	119.34	174.6	20837	2654 (12.7)	12534 (60.2)	5642 (27.1)	1135 (11.4)	2867 (28.7)	7	5	20 (19/1)
豊前市	111.17	252.8	28104	3686 (13.1)	16481 (58.6)	7936 (28.2)	1353 (10.2)	4424 (33.4)	14	9	51 (49/2)
吉富町	5.68	1241.72	7053	1127 (16.0)	4237 (60.2)	1680 (23.9)	187 (5.7)	1351 (40.9)	4	2	11 (10/1)
上毛町	62.4	130.96	8172	1063 (13.0)	4750 (58.1)	2359 (28.9)	639 (16.2)	1294 (32.8)	2	2	6 (6/0)
福岡県全体	4,844.56	1043.23	5054000								

\* 1 人口(2005)、産業別就業者数(2000)に関しては総務省統計局による「統計でみる市区町村のすがた2007」(最新)データによる<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001008799&cycode=>

\* 2 みやま市は平成19年瀬高町山川町高田町の合併により誕生。よって、この三町の合計を記載

\* 3 医療(介護・看護)サービズ、医療機関についてはwam netによる

\* 4 事業所・医療機関数については、WAMNETから検索(2008年6月現在)

\* 5 数値の単位は、人口については「人(%)」、他事業所等に関しては「箇所」である

\* 6 面積については、国土院HP<http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/200804/opening.htm> 2008年4月の速報による

図表V-2-4 モデル事業地域の在宅療養支援診療所の概況

二次医療圏	在宅療養支援診療所の数		医師数 (常勤換算)	訪問診療の対象者数		看取り数 12月	
	在宅療養 支援診療所 の数	面積あたりの 在支診数	県内 65歳以上 人口比 (※1万人)	対象 患者数	県内 65歳以上 人口比 (※1万人)	患者数	県内 65歳以上 人口比 (※1万人)
宗像	12	17.6	4.4	125	39.1	29	9.0
嘉穂	7	6.1	1.5	173	36.3	21	4.4
山門*	47	45.1	10.0	652	95.9	49	7.2
京築	23	18.0	6.1	292	63.0	22	4.8
県内総計	654	40.0	8.6	8,452	81.8	824	8.0

\*山門：現在の南筑後保健所管轄地域（柳川市・みやま市）に加え、大牟田市も含むデータ

出典：厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」  
平成19年度総括研究報告書 p50（主任研究者 尾形裕也）

## （2）地域特性に応じた実施内容

各モデル事業地域では、地域の強みを活かして事業を展開していた（図表V-2-5）。

### ①宗像・遠賀保健福祉環境事務所

#### －住民のニーズを引き出し、提供体制を構築・強化－

ボランティアや家族会等、住民組織活動が活発な地域である。そのため、事業担当者は、住民から在宅看取りや在宅医療ニーズを高めることで、さらに地域の関係機関の志気を高めていく戦略を描いていた。回覧板を利用した全戸周知や、在宅で看取った経験のある家族や関係機関をシンポジストにした市民講座の開講等を行った。また、薬剤師会が在宅医療に積極的であったため、STや診療所とどう連携体制を構築すべきかを話し合った。

### ②嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所の取り組み

#### －がん拠点病院をキーに病院と在宅をつなぐ－

管内にがん拠点病院があることや、多くの管内住民はその病院に通院することから、保健所はがん拠点病院をキーと考えた。事業の趣旨説明を行い、院内の緩和ケアチームのラウンドやカンファレンスへの参加を積極的に行うことで、徐々に関係をつくり、病院の医師と「受け入れてくれる診療所が分からない」という課題を共有した。その課題を医師会にも持ちかけ、医師会と協働で管内の資源を閲覧できる冊子を作成することを試みた。その冊子を作成するプロセスを、地域の課題共有やネットワーク構築

のステップと捉え、在宅医療に熱心な関係機関や現状を把握した。

### ③南筑後保健福祉環境事務所の取り組み

#### －退院支援部署をキーに病院と在宅をつなぐ－

管内に退院支援を積極的に行う病院があった。住民が在宅を希望しているのか、この地域でどのようにすれば在宅療養が可能になるのか等を検討するには、退院支援部署の実態把握が必要と考え、ヒアリングや事例提供を依頼し、課題を共有することから始めている。医師会との協働にも力を入れ、研修会に医師会の生涯学習ポイントをつけてもらう等の連携を図った。

### ④京築保健福祉環境事務所の取り組み

#### －既存のネットワークを活かし事例をきっかけに推進－

管内では、保健所がこれまで構築してきた難病のネットワークが有機的に機能していた。そのため、難病のネットワークを活かすことが効果的・効率的と考え、協議会メンバーも難病のネットワークをベースに構成を考えた。事業を周知した結果、そのネットワークを通じて住民だけでなく関係職種からも、緩和ケアに関する相談が増えた。住民ニーズや地域の課題を具体的に把握することにつながると考え、ひとつひとつの事例に丁寧にかかわった。関係職種との連携体制も、事例を通じて課題を共有し、手探りで協働する過程を経ることによって構築していった。

図表V-2-5 各地域の強みを中心とした地域特性

	①住民・療養者	②サービス提供機関	③ネットワーク
宗像・遠賀	・住民組織活動が活発	・在宅の看取りに熱心なSTがある	・薬剤師会が在宅医療に積極的
嘉穂・鞍手		・緩和ケアチームを持つ病院がある	
南筑後		・相談件数が多い病院退院支援部署がある ・在宅の看取りに熱心なSTがある	
京築		・在宅の看取りに熱心な診療所・STがある	・難病ネットワークがある

### (3) モデル事業の実施プロセスを基にしたてびきの作成 (付録参照)

4 箇所の保健所の実施プロセスを基に、在宅医療推進マニュアル（福岡県在宅医療推進事業てびき）を作成した。てびき作成の基になったデータは、2年間の担当者会議の資料や議事録、年に2回のヒアリングの逐語録であった。それを基に共通となる実施内容を抜き出し、体系的に整理した。実施内容の相違性については、地域の活動特性として、まとめた。

体系的に整理したたたき台を基に、事業担当者および研究者で集まって話し合い、過不足を補い、洗練を重ね完成させた（全2回、1回につき3-4時間程度、人数1回目：6名、2回目：7名）。

このてびきを基に、平成22年度より、まだ本事業を実施していない福岡県の他の全保健所5箇所でも事業を開始する。

### 3. 訪問看護ステーションのモデル事業

#### 3.1 医療依存度の高い在宅療養者に対する訪問看護・訪問介護の 一体型サービス提供事業（訪問看護と訪問介護の一体型サービス事業）

##### 1) 事業の背景・目的

医療依存度の高い在宅療養者へのケアは、看護師 1 名ではケアの効率が悪い場合や看護師の負担が大きいことがある。家族介護者の手を借りてケアを行うことも多いが、その場合、介護者の休養を確保できないという問題が生じる。一方で、現在、訪問看護師は全国的に不足し、さらに小規模な事業所が多い。そのため、必要を感じても訪問看護師 2 名が日常的に訪問することは難しい。訪問場面で看護師以外の人手を補う方法として、訪問看護と訪問介護サービスを同じ時間に併用することが制度上可能であるが、事前の情報、手技の共有や緊急訪問への対応が難しく、その連携の仕組みは十分整備されていないのが実情である。

このため、本研究では介護福祉士もしくはヘルパー（以後、介護職員）を訪問看護ステーションが直接雇用し、同行して訪問を行うこと（以後、同行訪問）により、訪問看護師 1 名ではケアの効率が悪い利用者への訪問看護の負担を軽減し、さらにケアの効率化を進めていくためのサービス提供のあり方について、モデル事業を通して実証的に研究することを目的とした。

##### 2) 事業の概要

###### (1) 実施主体

福岡県 保健医療介護部 医療指導課

###### (2) モデル事業参加事業所

図表V-3-1 モデル事業参加ステーション

福岡市	株式会社マイケア アムナス訪問看護ステーション
みやま市	訪問看護ステーションすいせん
宗像市	宗像医師会訪問看護ステーション
行橋市	ひと息の村訪問看護ステーション
久留米市	訪問看護ステーションくるめ
北九州市	北九州小倉医師会 小倉医師会訪問看護ステーション（9月より参加）



### (3) モデル事業担当者会議

平成 21 年 6 月 17 日 第一回担当者会議

平成 21 年 11 月 29 日 第二回担当者会議

平成 22 年 2 月 17 日 第三回担当者会議

## 3) モデル事業の実施方法

### (1) モデル事業の内容

対象事例への訪問看護に、ステーション管理者の判断に応じて介護職員が同行し、訪問看護業務の補助を行う。訪問看護業務の補助とは、訪問看護ケアの補助および周辺業務とし、単独の家事援助等は含まない。

### (2) モデル事業の実施期間

平成 21 年 8 月 1 日～平成 22 年 2 月 28 日とした。

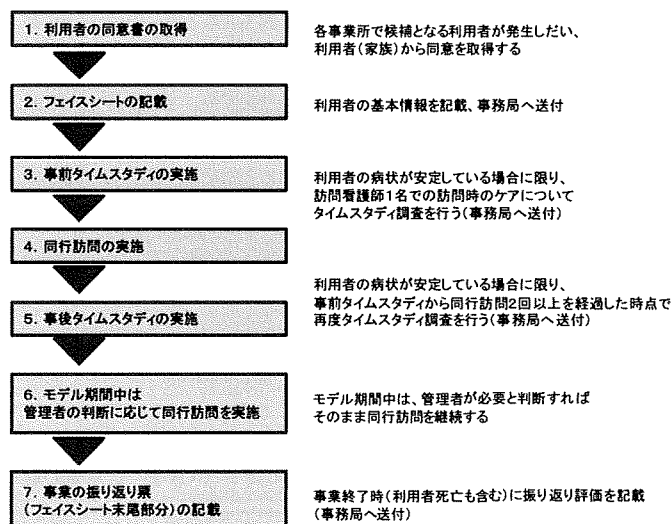
### (3) モデル事業参加介護職員の事前研修会

モデル事業開始前に、同行する介護職員に対して訪問看護の内容やケアに関する事前研修会を行った。「訪問看護に同行する際に介護職員に知っていて欲しいこと、技術」をテーマに担当者会議で内容を決定し、研修会ではステーション管理者による講義、および実習を行った。

平成 21 年 7 月 16 日に、九州大学 医学部保健学科看護学専攻地域看護学実習室にて行った。

### (4) モデル事業の実施方法

モデル事業の実施フローは次の通りである。



図表V-3-2 モデル事業の実施フロー

#### 4) モデル事業の実施結果

##### (1) 対象ステーションの概要

6ステーションの概要は下表の通りである。訪問介護を併設している事業所が2か所あった。

図表V-3-3 モデル事業対象ステーションの概要

	開設主体	訪問看護師数 (常勤換算)	実利用者数 (9月実績)	訪問介護 ステーションの併設
事業所 A	医療法人	11.1名	95名	あり(同一敷地内)
事業所 B	医師会	9.2名	104名	なし
事業所 C	医療法人	7.0名	79名	なし
事業所 D	看護協会	9.5名	93名	なし
事業所 E	営利法人	6.0名	18名	なし
事業所 F	医師会	11.5名	158名	あり(同一敷地内)

##### (2) 対象利用者

本モデルでは、以下の条件にあてはまるとステーション管理者が判断した者をモデル事業対象者として選定した。条件1、2は「複数名訪問加算(介護保険制度)」をそのまま転用した。条件3、4はより具体的な条件として、担当者会議において決定した。

条件1：利用者の身体的理由により1人での訪問看護が困難と認められる場合

条件2：暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

条件3：利用者が、処置時の適切な体位が自力で保持できない場合

条件4：日常的に介護者の協力を得て訪問看護を行っており、補助者が別途必要と認められる場合

モデル事業終了時までの全利用者は72名であった。このうち、タイムスタディ調査を行ったものは48名、ターミナルで病状が不安定なために行わなかったものは24名であった。

##### (3) 対象者(72名)、および主介護者の基本属性

###### ①対象者の基本属性

対象者の平均年齢は67.6歳で、小児(20歳未満)が5名(6.9%)、成人が16名(22.2%)、高齢者(65歳以上)が67名(60.9%)だった。

男性が41名(56.9%)とやや多く、訪問看護は医療保険で利用している者が41名(56.9%)と多かった。独居者は8名(11.1%)だった。

本人の ADL を Katz index で判定したところ、入浴、更衣、トイレ動作、移乗についてはほぼ全ての対象者で介助が必要であり、身体介助の必要性の高い対象者がほとんどであった。

## ②主介護者の基本属性

主介護者が不在の者は 3 名のみであった。主介護者は配偶者が 38 名 (52.8%) と最も多く、次いで息子・娘が 19 名 (26.4%)、母親が 9 名 (12.5%) であった。対象者の 63 名 (87.5%) が、主介護者と同居していた。

n=72		n=72	
年齢	67.6±22.5	年代	
20歳未満	5 (6.9)	50歳未満	13 (18.1)
21～64歳	16 (22.2)	50～64歳	26 (36.1)
65～84歳	39 (54.2)	65～74歳	12 (16.7)
85歳以上	12 (16.7)	75歳以上	17 (23.6)
性別		続柄	
男性	41 (56.9)	配偶者	38 (52.8)
女性	31 (43.1)	息子・娘	19 (26.4)
訪問看護の利用制度		息子の妻	2 (2.8)
医療保険のみ	41 (56.9)	母親	9 (12.5)
介護保険のみ	23 (31.9)	不在	3 (4.2)
その他	8 (11.1)	本人との同居	
同居者		同居	63 (87.5)
なし(独居)	8 (11.1)		
ADL (Katz indexによる)			表中の値は n(%)
入浴 要介助	70 (97.2)		
更衣 要介助	70 (97.2)		
トイレ動作 要介助	69 (95.8)		
移乗 要介助	68 (94.4)		
排便コントロール 要介助	63 (87.5)		
食事 要介助	51 (70.8)		

図表 V-3-4 対象者および主介護者の基本属性

## ③対象者の年代・疾患による分類

小児では 5 名中先天性神経難病が 4 名と多かった。

成人・高齢者では、67 名中ターミナル期にあるものが 24 名 (35.8%)、ターミナル期でないものが 43 名 (64.2%) いた。

ターミナル期でないもののうち、主疾患にがんを含むものが 7 名 (10.4%) いた。がんではなく、神経難病が主疾患の者が 11 名 (16.4%)、がん、神経難病のどちらも含まず、脳梗塞後遺症のものが 11 名 (16.4%) いた。

ターミナル期にあるものでは、主疾患にがんを含むものが 17 名 (25.4%) いた。がんではなく、神経難病が主疾患の者が 2 名 (3.0%)、がん、神経難病のどちらも含まず、脳梗塞後遺症のものが 3 名 (4.5%) いた。

以上より、今回の対象者は、小児では神経難病が、ターミナル期にある成人ではがん患者が、ターミナル期にないものでは神経難病、および脳梗塞後遺症の者が多かったと言える。

n=5	
小児	
先天性神経難病	4 (80.0)
n=67	
成人・高齢者	
ターミナル期でない	43 (64.2)
がん	7(10.4)
神経難病	11(16.4)
脳梗塞・脳出血後遺症	11(16.4)
その他	14(20.9)
ターミナル期	24 (35.8)
がん	17(25.4)
神経難病	2(3.0)
脳梗塞・脳出血後遺症	3(4.5)
その他	2(3.0)

表中の値は n(%)

図表V-3-5 対象者の疾患

#### ④年代・疾患による分類と、同行訪問の目的

訪問看護師が同行訪問を導入する目的を、各対象者について複数回答で求めた。その結果、小児の対象者ではその全員に「介護者の休養、休息」が目的とされていた。

成人・高齢者では、ほぼ全ての対象者（84.6～95.7%）に「安全・安楽の確保」が導入目的として挙げられた。さらに疾患による分類では、脳梗塞等の者で「看護師の負担軽減」が12名（92.9%）と多かった。また、「介護者の休養、休息」が神経難病の者では69.2%であった。「滞在時間の短縮」を目的としたものはがん（70.7%）、および脳梗塞等（78.6%）の者が多かった。

成人・高齢者では、ほぼ全ての対象者（84.6～95.7%）に「安全・安楽の確保」が目的として該当した。さらに疾患による分類では、脳梗塞等の者で「看護師の負担軽減」が12名（92.9%）と多かった。また、神経難病の者では「介護者の休養、休息」が（69.2%）、がん（70.7%）、および脳梗塞等（78.6%）の者では「滞在時間の短縮」を目的としたものが多かった。

	n=72				
	小児	成人・高齢者			
		がん <sup>注2)</sup>	神経難病	脳梗塞等	その他
	5 (100.0)	24 (100.0)	13 (100.0)	14 (100.0)	16 (100.0)
安全・安楽の確保	3 (60.0)	23 (95.8)	11 (84.6)	13 (93.0)	15 (93.8)
ケアの充実、追加	2 (40.0)	4 (16.7)	7 (53.8)	7 (50.0)	4 (25.0)
介護者の休養、休息	5 (100.0)	10 (41.7)	9 (69.2)	6 (42.9)	5 (31.3)
看護師の負担軽減	0 (0.0)	8 (33.3)	7 (53.8)	13 (92.9)	12 (75.0)
滞在時間の短縮	2 (40.0)	17 (70.8)	5 (38.5)	11 (78.6)	13 (81.3)

表中の値は n(%)

図表V-3-6 年代・疾患による分類別、同行訪問の目的