

福岡県保健医療介護部医療指導課の協力を得て、2009年8月に福岡県訪問看護ステーション連絡協議会で調査の説明を行い、各 St に協力を依頼した。調査票は郵送により、配布・回収を行った。

#### 4) 調査項目

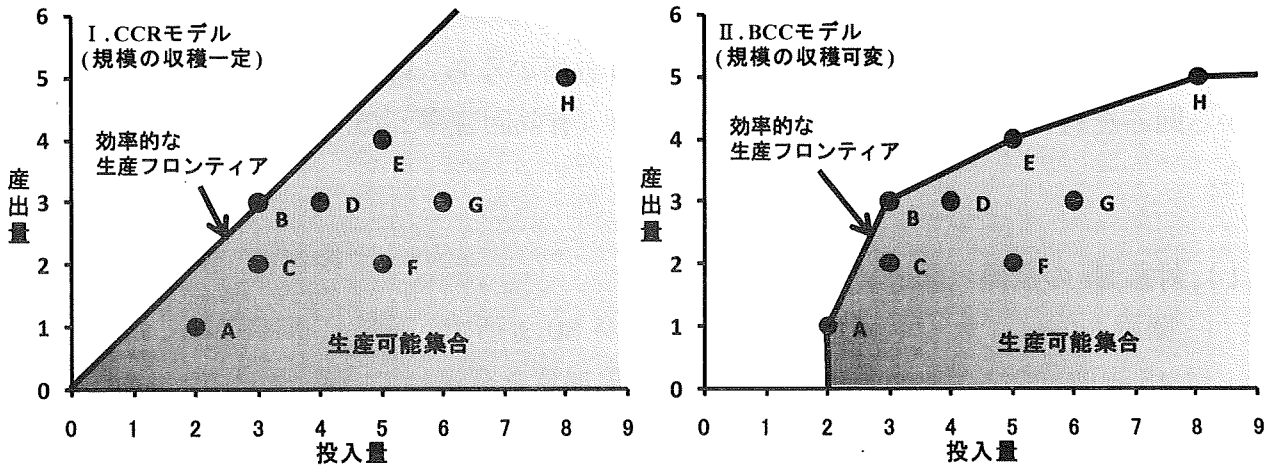
各 St の管理者に、2009年9月の業務実績に基づき調査票への回答を求めた。

- St 基本属性（開設主体、開設主体が経営している施設）
- St 特性（サービス提供体制強化加算算定の有無、利用者宅への平均移動時間）
- 利用者および訪問実績（利用者実人数、総訪問回数）
- 職員について（職種別職員数、職員給与）

#### 5) 分析方法

本研究における効率性とは、Farrell による技術的効率性 (Technical Efficiency) の定義にしたがう。技術的効率性は、「一定の投入量のもとで産出量の最大化をしているか」、又は「一定の産出量のもとで投入量の最小化をしているか」を表す。本研究では、効率性測定では一般的な手法である、Data Envelopment Analysis (以下 DEA) を用いて、St の技術的効率性を測定した。DEA では、測定されたデータから効率的な組織群を選別し、そのデータの各点を包絡することにより、効率的な生産フロンティアを推定する。この生産フロンティアからの乖離により相対的な効率性 (以下 D 効率性) を測定する。

DEA は目的によってさまざまな条件のモデルを指定することが必要であり、そのうちの一つは規模の収穫 (Return to Scale) に関する仮定である。規模の収穫を一定と仮定し、現存の生産活動およびその生産活動を定数倍した活動により生産可能集合を構成する CCR モデルと、規模の収穫を可変と仮定し、現存する生産活動のみで生産可能集合を構成する BCC モデルがある (図表VI-1)。例として、I では B のみが、II では A、B、E、H が効率的な組織となる。本研究では、St の規模の大小による収穫量について明確なエビデンスが存在しないため、CCR モデルと BCC モデルの両方を用いて、効率性を測定した。また、訪問看護必要者は、今後増加し続けることが予想されているため、産出量を増加させることにより、効率化を図る Output-Oriented のモデルを採用した。



注: 図中の各点は組織の生産活動を表す。横軸は各組織の投入量、縦軸は各組織の生産量を表す。

図表VI-1 CCRモデル、BCCモデル イメージ図

(1) 用いる変数について

投入量：St の総費用の大部分は人件費である。そのため、資源投入量は人的資源が基本と考え、3種類の職種別の常勤換算数を投入量とした。その内訳は、訪問可能な常勤職員、訪問可能な非常勤職員、訪問不可能な職員である。訪問可能な職員は保健師、看護師、准看護師、理学療法士（以下 PT）、作業療法士（以下 OT）、言語聴覚士（以下 ST）とし、訪問不可能な職員は事務職員、その他の職員とした。

産出量：病院等での先行研究を参考にし、利用者に必要な医療資源量を反映していると考えられる、訪問回数を産出量とした。St ごとの利用者の特徴を考慮するため、介護保険、医療保険、介護保険・医療保険以外の 3種類の訪問回数を設定した。

(2) 効率性の測定方法

DEA では、投入量が m 種類、産出量が s 種類ある場合、以下の式により仮想的投入量、仮想的産出量を設定することで D 効率値を算出する。

$$\text{仮想的投入量} = \sum_{i=1}^m v_{ij} x_{ij} \quad \text{仮想的産出量} = \sum_{r=1}^s u_{rj} y_{rj} \quad \text{D 効率値 } \theta_j = \frac{\text{仮想的産出量}}{\text{仮想的投入量}}$$

各変数は組織 j の投入変数 (x)、産出変数 (y)、D 効率値 (θ) を表す。u, v は θ が最大となるように線形計画法により算出されるウェイトである。θ は 0~1 の値をとり、θ = 1 となった組織は最も効率性が高く、それ以外の組織には非効率性が生じているとみなす。

さらに、D 効率値と St の特性を表す各変数との関連を見るために、D 効率値を目的変数、St の特性を説明変数として単変量解析を行った。

### 3. 結果

調査票を配布した指定訪問看護事業所 240 カ所のうち、111 カ所（回答率：46.3%）から回答を得た。有効回答であった 108 カ所（有効回答率：45.0%）を分析対象とした。

#### 1) 対象 St の概要（図表VI-2, 3）

開設主体は、全 108 カ所中非営利団体が 80 カ所で、病院に併設されている St は 45 カ所であった。サービス提供体制強化加算を算定している St は 67 カ所であった。レセプト請求業務をオンラインで行っている St、利用者基本情報を電子化している St はともに半数以上を占めていた。利用者宅への平均移動時間は 16.8 分、在宅療養支援診療所と連携している St は 67 カ所であった。St の利用者は平均 52.4 人であり、うち介護保険による利用者は 33.6 人、医療保険による利用者は 18.4 人であった。精神障害のケアが目的の訪問を行っていた St は 40 カ所、ターミナルの利用者への訪問を行っていた St は 61 カ所であった。

St の職員は常勤換算で平均 6.1 人であった。うち、訪問可能な職員は平均 5.6 人、訪問不可能な職員は平均 0.5 人であった。PT、OT、ST を配置している St は 56 カ所、管理者が他施設と兼務をしている St は 23 カ所であった。また、職員 1 人あたりの給与は月平均 309.9 千円であった。

n=108

ステーションの基本属性	
開設主体	
非営利団体	80 (74.1)
営利団体	28 (25.9)
病院併設	
なし	63 (58.3)
あり	45 (41.7)
ステーションの特性	
サービス提供体制強化加算	
算定なし	38 (35.2)
算定あり	67 (62.0)
レセプトオンライン請求	
なし	43 (39.8)
あり	61 (56.5)
利用者基本情報の電子化	
なし	28 (25.9)
あり	78 (72.2)
利用者宅への平均移動時間(分)	16.8 ±5.8
在宅療養支援診療所との連携	
なし	38 (35.2)
あり	67 (62.0)
利用者の属性	
区分別利用者数(人)	
介護保険	33.6 ±24.5
医療保険	18.4 ±19.9
介護保険・医療保険以外	0.4 ±2.0
合計	52.4 ±32.7
区分別訪問回数(回)	
介護保険	201.8 ±162.3
医療保険	152.6 ±138.3
介護保険・医療保険以外	4.7 ±16.9
合計	359.0 ±234.9
精神障害のケアが目的の訪問	
なし	68 (63.0)
あり	40 (37.0)
ターミナルの利用者への訪問	
なし	47 (43.5)
あり	61 (56.5)

表中の値はSt数(%)または平均±標準偏差 欠損値は分析から除いた

図表VI-2 対象 St の概要

n=108

職員に関する属性	
職員数(常勤換算数:人)	
訪問可能職員 <sup>注1</sup>	5.6 ±3.0
うち常勤職員	4.0 ±2.7
非常勤職員	1.6 ±1.8
訪問不可能職員 <sup>注2</sup>	0.5 ±0.6
うち常勤職員	0.3 ±0.5
非常勤職員	0.2 ±0.4
事業所規模	
総職員数10人以上	12 (11.1)
5人以上10人未満	37 (34.3)
3人以上5人未満	47 (43.5)
3人未満	12 (11.1)
PT、OT、STの配置	
なし	52 (48.1)
あり	56 (51.9)
管理者の他施設兼務	
なし	68 (63.0)
あり	23 (21.3)
職員1人1ヵ月あたり給与(千円) <sup>注4</sup>	309.9 ±89.4

表中の値はSt数(%)または平均±標準偏差 欠損値は分析から除いた

注1: 保健師、看護師、准看護師、PT、OT、ST

注2: 事務職員、その他

注3: 2009年9月の職員総給与/総職員数(常勤換算数)

図表VI-3 対象 St 職員の概要

2) DEAによる効率性測定 (図表VI-4～7)

DEAによるD効率値算出の結果、CCRモデルでは0.731 ± 0.196 (平均 ± 標準偏差)、最も効率的である $\theta=1$ のStは18カ所(16.7%)であった。一方、BCCモデルでは0.825 ± 0.191、 $\theta=1$ のStは38カ所(35.2%)であった。また、算出したD効率値の分布を以下の図に示す。CCRモデルにより算出したD効率値は、1～0.4までの間にほぼ均等に分布していた。BCCモデルにより算出したD効率値は、6割以上のStが1～0.8の間に分布していた。

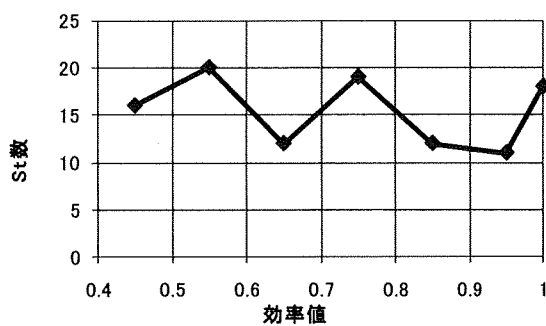
n=108				
DEAモデル	平均 ± 標準偏差	中央値	(25%- 75%)	$\theta=1$ のSt数(%)
CCR	0.731 ± 0.196	0.740	(0.565- 0.903)	18 (16.7)
BCC	0.825 ± 0.191	0.890	(0.642- 1.000)	38 (35.2)

投入量: 訪問可能な常勤職員、訪問可能な非常勤職員、訪問不可能な職員(常勤換算数:人)  
 産出量: 介護保険、医療保険、介護・医療保険以外(訪問回数:回)

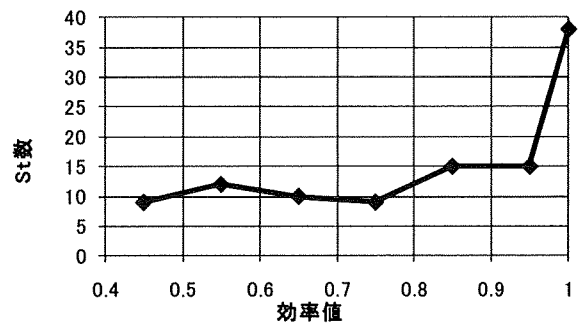
図表VI-4 効率性測定の結果

n=108		
D効率値	CCRモデル	BCCモデル
	n (%)	n (%)
1	18 (16.7)	38 (35.2)
0.9～1	11 (10.2)	15 (13.9)
0.8～0.9	12 (11.1)	15 (13.9)
0.7～0.8	19 (17.6)	9 (8.3)
0.6～0.7	12 (11.1)	10 (9.3)
0.5～0.6	20 (18.5)	12 (11.1)
0.4～0.5	16 (14.8)	9 (8.3)

図表VI-5 D効率値の分布



図表VI-6 D効率値の分布 (CCRモデル)



図表VI-7 D効率値の分布 (BCCモデル)

### 3) D 効率値と St の特性の関連 (図表VI-8)

DEA により算出した D 効率値と、St の特性を表す変数との関連を探索した結果を示す。CCR モデルでは、PT、OT、ST が配置されている St の方が D 効率値は高く、職員 1 人あたりの給与が高い St ほど D 効率値は高かった。また、サービス提供体制強化加算を算定している St の方が、D 効率値が高い傾向がみられた。事業所規模別の D 効率値は従業員数が 5 人以上 10 人未満の St と 3 人以上 5 人未満の St で高く、それぞれの中央値は 0.765 と 0.767 であった。BCC モデルでも職員 1 人あたりの給与が高い St ほど D 効率値は高く、PT、OT、ST が配置されている St の方が D 効率値は高い傾向が見られた。ただし、事業所規模間では D 効率値に統計的な有意差は見られなかった。

CCR モデル、BCC モデルともに D 効率値と併設病院の有無、利用者の属性の間に差は見られず、利用者宅への平均移動時間との間にも関連は見られなかった。

	CCRモデル		BCCモデル	
	中央値	(25%- 75%)	p値	中央値 (25%- 75%) p値
<b>ステーションの基本属性</b>				
開設主体 <sup>a)</sup>				
非営利団体	0.747	(0.557- 0.898)	0.911	0.870 (0.627- 1.000) 0.546
営利団体	0.718	(0.572- 0.957)		0.984 (0.694- 1.000)
病院併設 <sup>a)</sup>				
なし	0.740	(0.558- 0.956)	0.795	0.893 (0.628- 1.000) 0.854
あり	0.740	(0.560- 0.882)		0.855 (0.652- 1.000)
<b>その他ステーションの特性</b>				
サービス提供体制強化加算 <sup>a)</sup>				
算定なし	0.654	(0.540- 0.858)	0.055	0.769 (0.582- 1.000) 0.136
算定あり	0.767	(0.573- 0.958)		0.923 (0.677- 1.000)
レセプトオンライン請求 <sup>a)</sup>				
なし	0.670	(0.548- 0.841)	0.191	0.861 (0.677- 1.000) 0.984
あり	0.765	(0.558- 0.958)		0.903 (0.597- 1.000)
利用者基本情報の電子化 <sup>a)</sup>				
なし	0.727	(0.568- 0.891)	0.824	0.984 (0.679- 1.000) 0.159
あり	0.740	(0.555- 0.901)		0.850 (0.626- 1.000)
利用者宅への平均移動時間 <sup>c)</sup>	0.032		0.748	0.031 0.752
在宅療養支援診療所との連携 <sup>a)</sup>				
なし	0.657	(0.511- 0.972)	0.419	0.844 (0.589- 1.000) 0.672
あり	0.746	(0.569- 0.894)		0.903 (0.677- 1.000)
<b>利用者の属性</b>				
精神障害のケアが目的の訪問 <sup>a)</sup>				
なし	0.743	(0.557- 0.898)	0.740	0.860 (0.628- 1.000) 0.342
あり	0.726	(0.568- 0.981)		0.932 (0.662- 1.000)
ターミナルの利用者への訪問 <sup>a)</sup>				
なし	0.659	(0.511- 0.956)	0.182	0.935 (0.589- 1.000) 0.665
あり	0.748	(0.601- 0.901)		0.871 (0.713- 1.000)
<b>職員に関する属性</b>				
事業所規模ダミー <sup>b)</sup>				
従業員数10人以上	0.677	(0.573- 0.805)	0.083	0.985 (0.792- 1.000) 0.537
5人以上10人未満	0.765	(0.568- 0.989)		0.869 (0.597- 1.000)
3人以上5人未満	0.767	(0.637- 0.901)		0.861 (0.719- 1.000)
3人未満	0.558	(0.478- 0.682)		0.920 (0.733- 1.000)
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置 <sup>a)</sup>				
なし	0.599	(0.530- 0.815)	0.007	0.822 (0.593- 1.000) 0.069
あり	0.791	(0.636- 0.960)		0.976 (0.743- 1.000)
管理者の他施設兼務 <sup>a)</sup>				
なし	0.737	(0.557- 0.901)	0.122	0.874 (0.664- 1.000) 0.517
あり	0.842	(0.607- 0.989)		0.947 (0.691- 1.000)
職員1人1ヵ月あたり給与 <sup>注1)c)</sup>	0.350		0.000	0.273 0.006

欠損値は分析から除いた

注1: 2009年9月の職員総給与/総職員数(常勤換算数)

a) Wilcoxon の順位和検定 b) Kruskal-Wallis 検定 c) Spearman の順位相関係数

図表VI-8 D 効率値とSt 特性の関連

## 4. 考察

### 1) 対象 St の特徴について

全国の St の平均職員数は、常勤職員 3.6 人、非常勤職員 1.4 人であり、本調査の対象 St の職員数は全国の St よりもやや多かった。St の利用者数は全国の St の平均が 54.2 人であり、うち介護保険は 42.4 人、医療保険は 11.8 人であったのに対し、対象 St の利用者数は全国 St と同程度であり、介護保険の利用者は少なく、医療保険の利用者が多かった。

### 2) 効率性と St の特性の関連

#### (1) 効率性と事業所規模の関連

本研究の結果から、事業所規模により効率性が異なることがうかがえた。CCR モデルでの D 効率値と BCC モデルでの D 効率値の差が大きい場合は規模の非効率性があるとされている。今回の結果では、CCR モデルでは職員数が 3 人未満の St と 10 人以上の St の D 効率値が低かったが、BCC モデルでは事業所規模により、D 効率値に差は見られなかった。St の職員数を事業所の規模を表す変数として考えると、本研究の結果からは小規模および大規模な St では事業所規模による非効率性が生じていると考えられた。すなわち、職員数が 3 人以上 10 人未満の中規模の事業所が最も生産的な規模である可能性が示唆された。St には適切な事業所規模があり、大規模化は事業所規模が小さい場合は業務の効率化が期待できるが、事業所規模が一定以上になると、効率性を高めるわけではないことが示唆された。

この理由として、小規模な St では、看護師の全業務量に占める事務作業の割合が大きく、訪問回数が少なくなり、効率性が低くなったことが考えられる。一方、比較的大規模な St で効率性が低くなった理由の一つとして、統制範囲の原則が考えられた。この原則では、1 人の人が管理できる部下の人数には限界があるとされ、一般的には部下の人数は 7・8 人が適当とされている。大規模な St では、職員数が多すぎることで、適切な管理が行われなくなり、非効率性が生じている可能性がある。また、St ごとに指示系統が異なることが考えられ、組織図等を参考にさらなる検討が必要である。

さらに、利用者数の増加により訪問範囲が拡大し、利用者宅への移動時間が長くなり、非効率性が生じている可能性が考えられた。しかし、本研究では利用者宅への平均移動時間と効率性値の間には関連が見られなかった。その理由として、St ごとに移動時間のばらつきが異なることが考えられる。訪問ルートも含めた、利用者宅への移動時間をさらに詳細に調査し、検討する必要がある。

このように、規模の収穫に関する議論を行うことができるため、今後も St の効率性測定には CCR、BCC の 2 つのモデルを併用することが望ましいと考えら



れる。

## (2) 効率性と St 特性の関連

今回、D 効率値が高い St には、PT、OT、ST が配置されていることが明らかになった。今後、規模の拡大とともに、多様化する利用者ニーズに対応することも、重要であるため、St へのこれらの職種の配置も必要となってくる可能性がある。しかし、効率性へ影響を与えるプロセスについて明らかにできなかったため、今後さらなる調査が必要と考えられる。

また、D 効率値が高い St では、職員 1 人当たりの給与が高いことも明らかになった。今回、職員の給与と効率性との因果関係は明らかにできなかったが、St の収入は大部分を訪問による保険からの収入が占めており、訪問看護の報酬体系は、介護保険・医療保険ともに訪問 1 回あたりで報酬が設定されている。よって、効率性の高い St では多くの収入を得ることができ、職員の給与を高くすることができると考えられる。

さらに、D 効率値が高い St は、サービス提供体制強化加算を算定している傾向がみられた。サービス提供体制強化加算の算定要件は「研修等を実施し、かつ 3 年以上の勤続年数のある者が 30%以上配置されている」ものである。St の人員不足及び人材確保困難が問題とされている中、この算定要件を満たしている St では、一定の質が担保された訪問看護業務を行っていると考えられる。このような St は効率性向上のための工夫等も行っていると考えられる。

本研究で、D 効率値と関連が見られなかった St の特性について考察する。開設主体間では D 効率値の有意差が見られなかった理由として、本研究では、投入量と産出量に価格の要素を含まない、技術的効率性を測定したためと考えられた。よって、今後は価格の要素を考慮した、経済効率性も測定する必要があると考えられる。

また、St が病院に併設されているか否かは、D 効率値と関連が見られなかった。病院に併設されている St は、病院から利用者の紹介があり、利用者の獲得が安定してできるために効率性は高くなると考えられた。しかし、本研究では利用者どこから得ているかに関する情報が不足していたため、十分な検討が行えなかった可能性がある。

D 効率値と利用者特性との間にも有意差は見られなかった。この理由として、精神障害のケアを必要とする利用者の中にも様々な状態像の利用者が含まれており、その多様性を考慮できなかったことが考えられた。また、ターミナルの利用者への訪問時には、ターミナル特有のケアが必要になると考えられる。しかし、これらの業務は、利用者への訪問以外の業務に要する時間には影響を与えていないと考えられた。

### 3) 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象は、福岡県の St のみであり、今後、調査対象を拡大し、一般化可能性を高める必要がある。

また、効率性測定では、職員数を投入量とし、利用者への訪問回数を産出量としたが、St では訪問以外にレセプト請求等の事務業務が行われていることを十分に考慮できなかった。事務業務を行っているのは、St によっては事務職員だけではなく、看護職員の場合もある。また、事業所の外部に委託している場合も考えられる。すなわち、本研究で同程度の効率性とされた St でも、事務業務を誰がどのように行っているかにより、得られた D 効率値と St の実態が異なる可能性がある。

本研究では、在宅医療分野の効率性を測定した先行研究が存在しなかったため、算出した D 効率値を比較する適切な対象がなかった。そのため、本研究で用いたモデルの妥当性検証が十分に行えなかった点が課題として残った。St の効率性測定方法の確立のために、今後は St の経営・運営に携わる職員へのヒアリング調査等によって、本研究で算出した効率値と現場の感覚のすり合わせを行い、相違点を検討する必要がある。

しかし、本研究は医療分野の効率性測定において確立した手法である DEA を用いて St の効率性を初めて測定した点に意義がある。他の医療分野でも使われている、効率性という指標を用いることで、ステーションの業務をより客観的、科学的に記述できることが示された。今後、高齢化の進展、経済状況の悪化による医療費の抑制等により、ますます在宅療養（特に訪問・通所サービス）が求められるようになる。今回は訪問看護事業の効率性を測定したが、今後、在宅療養支援サービスの効率性を測定することにより、今回の手法が活用できるか否かを検討する必要がある。特に、訪問サービスと通所等の集約型サービスの効率性を測定し、各々の適用対象や効果的な組み合わせ方法を探索することなども、取り組んでいくことが可能になると期待される。

# 付 録

# 福岡県在宅医療推進事業のてびき (地域在宅医療支援センター)

—保健所と地域の協働による  
在宅緩和ケアシステムのつくり方—

平成 22 年 3 月

福 岡 県

## － 目次 －

I	はじめに	
1.	これまでの経緯	
	～誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域へ～	1
2.	保健所が主体となってこの事業を実施する必要性	2
3.	この手引きについて	2
4.	言葉の説明	3
II	この事業の目指すところ	
1.	事業の目的・目標	5
2.	この事業の対象者像	7
3.	事業実施体制	8
III	実施方法	
1.	流れ図	9
2.	具体的な実施方法	
	Step 1 : 事業担当者自身がこの事業の必要性や保健所が取り組む意義を 理解しよう	10
	Step 2 : 所内関係課と事業の進め方を考えよう	13
	Step 3 : 関係機関に事業概要を説明しよう	15
	Step 4 : 地域の資源を把握しよう	17
	Step 5 : 協議会を立ち上げて運営しよう	21
	Step 6 : 地域在宅医療支援センターを立ち上げて相談にのろう	25
	Step 7 : 緩和ケアに関わる専門職をスキルアップしよう	27
	Step 8 : 住民を啓発しよう	29
3.	ネットワーク・ケアシステム作り全体を通して必要な視点	32
IV	モデル事業担当者のコラム	34

# I はじめに

## 1. 事業の必要性とこれまでの経緯

～誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域へ～

福岡県は、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 年度から保健所に地域在宅医療支援センターを設置し（平成 20 年度はモデル保健所 4 箇所）、「在宅医療推進事業」を開始しました。

その背景には、平成 17 年度の医療制度改革を機に、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期在宅緩和ケアの体制整備」を目指して、24 時間の訪問看護サービスの提供や医師の研修等を一部の地域でモデル的に実施した経過がありました。そこでは在宅医療の課題として、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制や、病院と在宅との連携が十分でないことが明らかとなり、平成 20 年度福岡県医療計画に在宅医療整備が重点課題の一つに盛り込まれました。また、平成 19 年に施行されたがん対策基本法に基づき、福岡県がん対策推進計画でも「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加」が掲げられています。

全国の住民を対象とした調査によると、末期がんになった場合に「自宅で最期を過ごしたい」と思っている人は約 8 割ですが、そのうち約 6 割が「実現は難しい」と考えていました。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」があげられていました（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査，2008）。さらに、福岡県の「在宅で死を迎える割合」は 11.5%であり、全国の 15.1%に比べて著しく低く（全国 46 位）（平成 17 年国勢調査）、福岡県において在宅医療を整備することは急務の課題です。

在宅医療推進事業						
ここまでの経過 						
病院、緩和ケア病棟、自宅など、療養場所の選択ができる						
患者が望む場所で療養し、望む場所で死を迎えられる福岡県						
年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
	終末期医療対策推進事業			在宅医療推進事業		
方向性の会議	終末期医療対策推進協議会			在宅医療推進協議会		
従事者研修、従事者育成	・在宅ホスピス研修会 ・在宅ホスピスアドバイザー派遣			・ST管理者研修 ・高度在宅看護技術実務研修		
退院支援・連携	・病院とSTの相互研修			・病院とSTの相互研修		
訪問看護STの機能強化機能拡充	← 24時間訪問看護支援事業			→ ・医療型多機能(デイホスピス/スーパーバイズ) ・介護との一体型事業 ・コールセンター		
NPO協働				・在宅ホスピスボランティア養成		
情報提供体制	ふくおか医療情報ネット			ふくおか医療情報ネット(更新)		
地域ネットワーク				「地域在宅医療支援センター」設置・保健所		

## 2. 保健所が主体となってこの事業を実施する必要性

在院日数の短縮化や在宅医療の高度化等により、在宅療養が可能な者の対象像が変化しており、これまでの在宅ケアシステムでは対応しきれなくなる一方で高齢者世帯、単身者も増えています。また、高齢社会は、多死社会でもあります。平成17年に約100万人の死亡数は、2015年には、約140万人になると予想されています。この人々をどう看取っていくのかは、現代日本の公衆衛生の大きな課題です。そのため、医療・保健・福祉機関のケアシステムを再構築することが必要です。そこで、当該地域におけるがん等の緩和ケアの相談や対応する技術の向上、在宅ケアシステムが創られるまでの間、保健所が相談機能およびそのシステム構築を担う必要があります。がん患者については、がん拠点病院に相談支援センターが設置されてきてはいるものの、まだ設置されて間もないため、在宅療養を視野に入れた相談・支援が行われているところは多くはありません。

これまで、保健所は、難病等の地域課題に対応する支援システムを構築してきた実績があり、在宅医療推進事業においても地域の実態把握、各関係機関のネットワークの調整や推進、住民への啓発等を効率的に実施できるのは、公的かつ中立的な立場である保健所にしか担えない役割です。

確かに各々の相談機関が機能するためには、保健所がシステム整備をする必要があります。そこで福岡県では、4箇所の保健所でモデル事業を実施しました。

## 3. この手引きについて

この手引きは、これから新たに在宅医療推進事業に取り組まれる方が、安心して事業を進められるように、また、他の地域でもよりスムーズにシステム構築がなされ、ひいては多くの住民が安心して在宅療養ができるようになるために、医療指導課と平成20年度から先行して事業を行っている4箇所のモデル保健所の具体的なノウハウを記載したものです。4箇所のモデル保健所の実施プロセスや内容を基に、その共通点や相違点に着目しながら作成しました。事業の開始当初は何から手を付けてよいか、担当者同士が顔を突合せて途方に暮れた時期もありましたが、試行錯誤して分かったことは、この事業はこれまでの保健所が持つ技術で対応が可能であること、むしろ、保健所であるからこそ効率的に解決が可能であることです。事業を進めていくうちに手ごたえを感じられることを願っています。なお、4箇所の保健所も2年目が終わったところですので、今後情報を更新して行く予定です。

## 4. 言葉の説明

### 1) 緩和ケア

※1 緩和ケアとは、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、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、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、QOLを改善するためのアプローチである。

(WHO 2002年)

※2 緩和ケアとは、命を脅かすような病気になった患者とその家族に対して、早い段階から病気によってもたらされる痛みをはじめ、身体的問題、社会的問題、精神的な問題、スピリチュアルな問題に対してトータルに取り組むケアのことで、よりよいQOL（生活の質、いのちの質）を確保するためのアプローチ。

(「病院から家に帰るとき読む本」宮崎ホスピスガイドブックより引用 木星舎)

### 2) 地域在宅医療支援センターとは

福岡県では、「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、訪問看護を推進するための支援や地域医療体制の整備を検討しています。

平成17年度から3年間実施した終末期医療対策モデル事業において、「在宅での看取りを希望する人」がそれを実現するには、地域の医療機関や訪問看護ステーション等との連携が必要であることが分かりました。

一方で、自宅での療養を希望していても実際には難しいという認識が強く、「がん末期でも自宅で医療を受けながら過ごすことができる」ことが、十分に知られていない状況もあります。

このため、在宅療養が可能であることを県民に周知するとともに、相談窓口の開設や地域の関係機関とのネットワークづくりが緊急の課題であると考え、4箇所保健福祉環境所をモデルとして、「地域在宅医療支援センター」を平成20年11月4日から設置しました。

在宅緩和ケア等について相談できる窓口を新たに設置するとともに、支援センターとして訪問看護ステーションや医療機関等の連携を図り、地域全体での支援に向けて取り組みます。

これらのことにより、「在宅緩和ケア」「在宅看取り」に対する地域の意識が高まり、「誰もが望む場所で療養でき、看取りの場所を選択できる」地域づくりが可能になると考えます。

#### 《地域在宅医療支援センターの機能》

在宅においてがん等で緩和ケアを希望する患者及びその家族等の相談・支援を



行うところです。患者・家族から在宅療養上の悩みや不安等の相談を受け、訪問看護ステーションや医療機関の紹介などの情報提供を行うほか、医療・福祉関係者に対する研修会の開催等を行いながら在宅緩和ケアの普及啓発並びに医療機関等、関係機関相互の連携の促進を図ります。

### 3) 在宅緩和ケアのネットワークづくり・システム構築

この事業におけるシステムとは、在宅緩和ケアを希望する住民がもれることなく、サービスを受けられる仕組み全体を指します。また、ネットワークとは、地域の関係機関の連携状況（どこと連携しているか、どのように連携しているか、等）です。この事業は在宅緩和ケアのシステムの構築が目的です。在宅緩和ケアシステムは多くの関係機関によって成り立ちます。介護保険制度の施行後、福岡県においても様々なサービスができましたが、特にがん患者では、関係機関同士の連携がうまくいっていない等の理由から、必ずしも必要な人に必要なサービスが提供されていないことが明らかになってきました。本事業は保健所が核となり、積極的に関係機関同士を一つひとつつなげ、ネットワークをつくり、システムとしてスムーズに稼働し、そのシステムが継続するよう、事業を展開させます。また、ネットワークは新たなものをつくるだけでなく、既存のネットワークを活用したり、つなげることによって、効率よくシステムを構築していきます。

## Ⅱ この事業の目指すところ

### 1. 事業の目的・目標

#### 1) 目的

本事業は、以下の3点を目的にしています。

- ・ 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
- ・ 地域では、緩和ケアができる在宅医療資源が増え、ネットワークを構築できる
- ・ 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) 目標

地域によって推進する順序や速度は異なりますが、4年間の大よその目標の目安は下記の通りです。

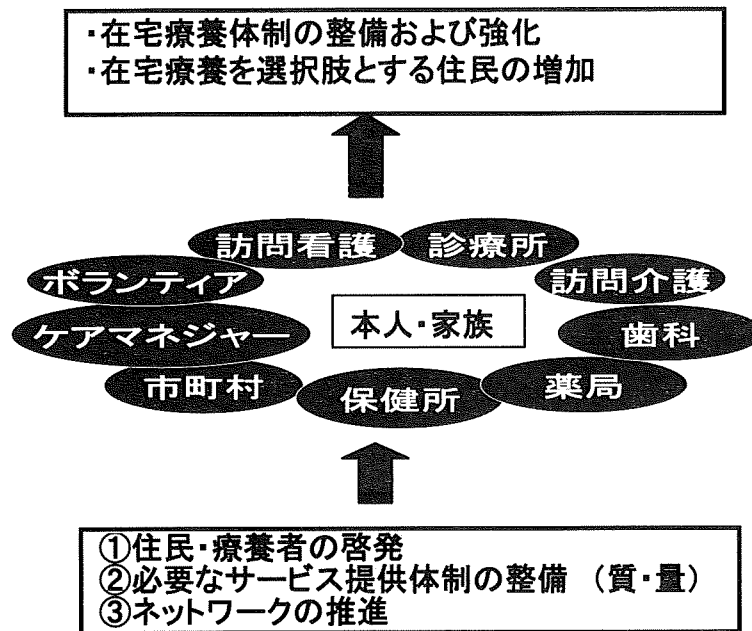
【表1】

	1年目	2年目	3年目	4年目以降
<b>住民 当事者</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業を知る</li> <li>・ 事業の必要性を理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅緩和ケアを知り考える機会を持つ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅緩和ケアを選択肢に持つ人が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅緩和ケアを受ける人が増える</li> </ul>
<b>サービス 提供機関</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業を知る</li> <li>・ 事業の必要性を理解する</li> <li>・ 地域の課題を認識し各サービス機関が取り組むべきことを考える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各サービス機関ができることから地域の課題に取り組んでみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各サービス機関が主体的に地域の課題に取り組める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各サービス機関が主体的に地域の課題に取り組み、工夫、改善できる。</li> </ul>
<b>ネットワ ーク</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 協議会の立ち上げ</li> <li>・ 事業の必要性を共有する</li> <li>・ 多機関同士が課題を共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多機関で共有した地域の課題に取り組んでみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多機関が共有した課題に協働関係で取り組める</li> <li>・ ネットワークを活用した緩和ケアの提供事例数が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ネットワークの定着・継続</li> <li>・ 継続的に地域の課題を共有し、改善していく体制が整う</li> </ul>

### 3) 実施内容

在宅療養体制の整備および強化、在宅療養を選択肢とする住民の増加に向けて、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により実現を目指します。

【図1】

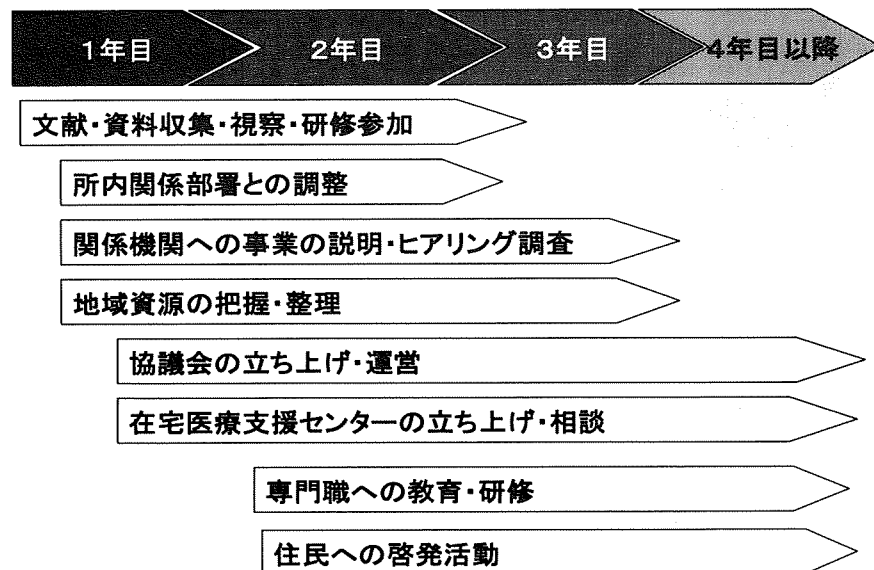


### 4) 実施の目安

モデル事業保健所の実績を基に具体的な実施内容の実施時期の目安を示しました。

モデル事業では、専門職への教育・研修、住民への啓発活動は主に2年目に実施しましたが、地域に状況に応じて進めて頂いても構いません。

【図2】



## 2. この事業の対象者像

在宅緩和ケアが必要な対象者は広範囲にわたりますが、この事業においては、麻薬のコントロールや呼吸管理等の高度な医療処置が必要となる在宅療養者である「末期がん」「重症神経難病」の方への保健医療サービス体制が整えば、そのほかの疾患の対象者のケアもカバーできる可能性が高いこと、「がんによる死亡数」の増加が見込まれることから、「在宅で緩和ケアを希望する末期がんおよび重症神経難病」を主な対象者としました。

### NOTE

－この事業を必要とする主な対象者のイメージ

(モデル事業の担当者の出会いから)－

#### ○在宅では・・・

- ・がんや進行性の病気の方は大きな不安を抱えています
- ・ターミナル期にあっても、年齢が若い人や、ADLが高い人は、介護保険が使えず、利用できるサービスが少なく、行き場所がありません
- ・最期までADLが維持されることが多く、亡くなる直前に急激に状態が悪化するという特徴があるため、タイムリーにサービスを整えることが困難です
- ・地域在宅医療支援センターへの相談は、「自宅に帰りたくて困っている」という主訴はほとんどありません。つまり、多くの方は在宅療養や在宅死は不可能だと思っています

#### ○病院では・・・

- ・とくに、ターミナル期にある人で積極的な治療が行われていないにも拘わらず、患者は在宅療養の情報提供が少ないため、在宅療養や在宅での看取りという選択肢を持つことができていません
- ・多くの患者は、点滴やカテーテル等の医療処置が必要な人は、自宅に帰れないと思っています。また、医療関係者の中にもそのような誤解があります。