

201115016A

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

地域特性に応じた効果的・効率的な24時間訪問看護介護体制の
継続的实施および構築方法に関する研究
(H22-長寿-一般-004)

平成23年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成24(2012)年3月

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

地域特性に応じた効果的・効率的な24時間訪問看護介護体制の
継続的实施および構築方法に関する研究
(H22-長寿-一般-004)

平成23年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成24(2012)年3月

目 次

I. 研究概要	1
II. 行政が地域特性に応じて取り組む 24 時間体制の訪問看護 ステーションの整備・拡充(滋賀県／福岡県)	
1. 訪問看護が 24 時間計画的に提供されるための地域の課題検討	5
2. 福岡県在宅医療推進事業の背景とこれまでの経緯	13
3. 保健所の事業実施のてびきの作成－事業の標準化に向けた取り組み－ 事業評価の検討（福岡県）.....	14
III. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の対象者像の明確化 (滋賀県)	23
IV. Data Envelopment Analysis(DEA)を用いた訪問看護ステーションの 効率性測定	31
付 録.....	47

I . 研究概要

1. 3 年間の計画

夜間・早朝にも訪問看護を必要とする在宅療養者は、日中の訪問看護利用者の約 1 割程度存在する。これまで我々は平成 6 年以降、厚生省（当時）のモデル事業等で、夜間・早朝の訪問介護・看護システムについて実践者とタイアップしながら開拓してきており、複数の訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連合して夜間・早朝の訪問看護を提供すれば効果的・効率的なケア提供が出来ること、介護との連携が効率的であること等が明らかとなっている。これまで、ステーションの 24 時間の訪問看護・介護の効果的・効率的な実施方法を実践者と協働しながら、開発・評価・推進してきた。その中で、体制構築には、地域の特性が大きな影響を及ぼすことがわかってきた。そこで、本研究は、全国において 24 時間の訪問看護・介護体制を推進することを目指し、地域特性に応じた 24 時間の効果的・効率的な訪問看護・介護体制の構築方法および効率性測定を含めた評価方法を明らかにすることを目的とする。

具体的には、以下を実施する。

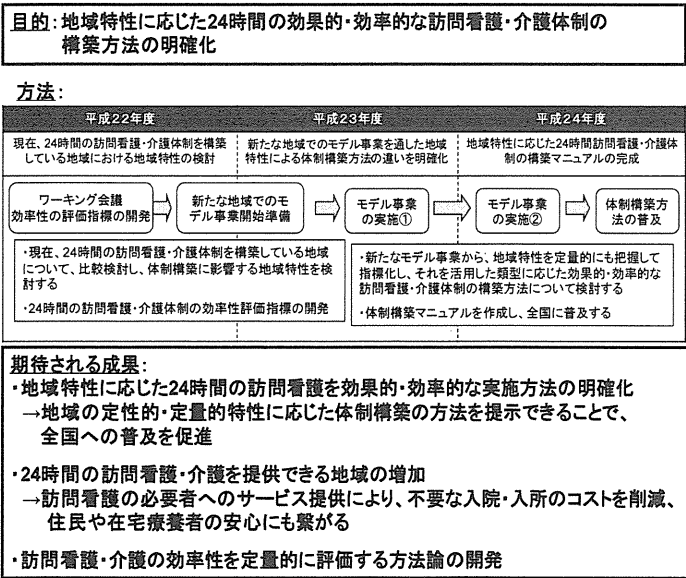
- ① 24 時間の訪問看護・介護体制の構築に影響する地域特性の定性的・定量的整理

② ステーションの効率性を測定する指標の開発（DEA: Data Envelopment Analysis、等）

③ 地域特性に応じた 24 時間訪問看護・介護体制の構築方法の明確化と効果検証

④ 地域特性に応じた、緊急時訪問も含めた効率的な実施方法の検討

⑤ 上記に必要な地域アセスメントや構築方法等のツール開発・指標化、およびサービス提供マニュアルの作成



図表 I・1・1.
3 年間の研究概要

2. 今年度の実施内容と成果

今年度は、以下の方法で実施し成果が得られた。

1) 訪問看護が 24 時間計画的に提供されるための地域の課題検討（滋賀県湖南地域）
方法：

平成 17 年より、滋賀県湖南地域（4 市）において、複数のステーションが連合して訪問看護・介護を提供するモデル事業を実施し、24 時間訪問看護体制の構築方法の明確化と効果評価等を行ってきた。今年度は、夜間・早朝の定期的な訪問看護を利用する者が増え、24 時間訪問看護体制が地域に根付いていくために必要な課題を整理した。夜間・早朝の定期的な訪問看護の潜在的な利用者として、『退院直後の療養者』に注目し、彼らを取り巻く退院部署、ケアマネジャー等との連携促進を目的とした研修会を実施した。

成果：

24 時間訪問看護体制が地域に根付いていくために必要な課題を整理した。最も大きな課題は、モデル事業終了後、夜間・早朝の定期的な訪問看護を利用する者の人数が徐々に少なくなっていることであった。現在は、夜間・早朝の定期的な訪問看護の利用者が神経難病等の長期間の利用者に偏っており、がん末期等の短期間の利用者が少ないことから、短期的に必要性が発生する者、つまり退院直後の在宅療養者等に対する利用促進策が必要であることが明らかになった。

地域のネットワークづくりについては、保健所、看護協会、訪問看護連絡協議会、4 市自治体と共済し、病院と連携を推進するための研修会を開催した。その企画や準備はワーキング委員会のメンバーや共催者で行った。この研修会は平成 17 年度から継続して実施しているが、今年度は、退院支援部署やケアマネジャーとの連携の成功事例が紹介され、他職種連携に広がりが見られた。また、ステーション看護師、病院看護師両者の連携の必要性の認識が高まった。

2) 地域特性に応じた 24 時間訪問看護・介護体制の構築方法の明確化（福岡県）

方法：

平成 20 年より、福岡県で保健所を核にした 24 時間在宅ケアシステムの構築を目指すモデル事業に関わり、その構築方法の明確化と効果評価を行ってきた。今年度は特に評価方法を主に検討した。

成果：

今年度は本事業の評価指標および評価方法について明確にすることができた。9 箇所保健所が共通認識を持ち、評価することにより、在宅医療のネットワーク構築という目に即座に見えにくい成果を可視化できると考える。それは、市民への説明責任

を果たすだけでなく、各担当者や在宅医療にかかわる地域のサービス提供者のモチベーションを高めることにもつながると考える。今後は、今年度決定した評価方法が各保健所で実施されていくよう、担当者会議での確認等を引き続き行っていく必要がある。

3) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の対象者像の明確化（滋賀県）

方法：

訪問看護と介護の協働体制の具体例として、平成 24 年度から介護保険制度で新設される『定期巡回・随時対応型訪問サービス』に注目し、その対象者像を記述した。2011 年 7 月に、滋賀県草津市の居宅介護支援専門員 116 名の協力を得て、要介護者 1448 名に対する調査を行い、『一日に 3 回以上の訪問（介護もしくは看護）が定期的に必要である』かどうかを尋ねた。Chi-squared Automatic Interaction Detection を用いて、『一日に 3 回以上の訪問が必要』な者の対象者像を樹形図で記述した。

成果：

その結果、「要介護 4 以上で、介護可能な同居家族が 1 人以下である者」、および「要介護 3 以下で、処方された薬を指示通りに服薬しない者」に『一日に 3 回以上の訪問が必要』であることが明らかになった。一般に、定期巡回事業の対象者は、重度者であるという認識・広報が多いが、要介護 3 以下の比較的軽度の者にもニーズがあることがわかった。定期巡回サービスを新設するにあたって、地域（市町村）の担当者は、上記の対象者像を参考に地域のニーズ、必要者数を想定し、事業計画を設計する必要がある。

4) Data Envelopment Analysis を用いた訪問看護ステーションの効率性測定

方法：

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より、平成 20 年、平成 21 年の日本全国の訪問看護ステーションのデータを入手し、DEA (Data Envelopment Analysis) によりステーションの効率性測定および Malmquist Index の算出を行った。

成果：

ステーションの職員数と、保険種類別の訪問回数を用いて効率性を測定した。平成 20 年から平成 21 年にかけて、ステーションの生産性は向上していることが明らかになった。

また、効率性に関連する要因を、Tobit モデルを用いた推定により明らかにした。開設主体が営利団体である、各種加算を算定している、職員常勤換算数が多い、PT、OT、ST が配置されている、ステーション立地市区町村の 65 歳以上人口密度が高いことが効率性の高いステーションの特徴であった。今後は、評価時点を増やし、より

詳細にステーションの評価が行えるようにすること、および、ステーションの効率性をどのように向上させていくか具体的な解決策を検討していくことが必要であると考えられた。

**Ⅱ．複数の訪問看護ステーションによる
地域単位の24時間訪問介護・看護の
効果的・効率的な実施方法の開発
（滋賀県・福岡県）**

1. 訪問看護が 24 時間計画的に提供されるためのネットワーク構築方法の検討

1.1 方法

平成 18 年度より行っている、滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会と保健所保健師、地域包括支援センター保健師、研究者から成るワーキング委員会を 2 か月に 1 回の頻度で開催した（年 6 回）。その中で、夜間・早朝の訪問看護の必要者について事例検討を行いながら、湖南地域のステーションが連携して夜間・早朝の訪問看護体制を構築・維持するにはどうしたらよいか、夜間・早朝の訪問看護の必要者に適切に訪問看護が提供されるための地域の課題は何か、等を検討した。

1.2 結果

1) 必要者に適切に夜間・早朝の訪問看護が提供されるための地域の課題

24 時間訪問看護体制が地域に根付いていくために必要な課題を整理したところ、最も大きな課題は、モデル事業終了後（平成 21 年度以降）、夜間・早朝の定期的な訪問看護を利用する者の人数が徐々に少なくなっていることであった。現在は、夜間・早朝の定期的な訪問看護の利用者が神経難病等の長期間の利用者に偏っており、がん末期等の短期間の利用者が少ないことから、短期的に必要性が発生する者、つまり退院直後の在宅療養者等に対する利用促進策が必要であることが明らかになった。

2) 地域の関係者間のネットワーク構築のための研修会（まとめ参照）

地域の関係者間のネットワーク構築を目的に、訪問看護ステーション、保健所、地域包括支援センター、病院の退院支援部署の看護師、ケアマネジャー、および医師を対象に研修会を行った。企画や準備はワーキング委員会のメンバーや共催者で行った。この研修会は平成 17 年度から継続して実施している。今年度は、訪問看護師、退院支援部署やケアマネジャーから、他機関との連携において成功した事例が紹介された。参加者によるグループワークを通して、地域の連携強化のために必要な対策と解決すべき課題を共有し、参加した職種間で連携強化の必要性の認識が強まった。

3) ワーキンググループを継続するための研究会の立ち上げ

平成 24 年 4 月から、訪問看護ステーション、保健所、地域包括支援センター、病院の退院支援部署の看護師等が、湖南地域の訪問看護・継続看護を発展させるための自主グループとして、「湖南地域看護研究会」を立ち上げることを決定した。これは、本事業で開催してきたワーキンググループは平成 23 年度末で終了し、運営主体を大学から前述の研究会参加機関全体に移行するものである。これまでより、さらに地域の職員が自主的に地域の課題に取り組みやすくなるための工夫を、メンバーで討議する。

1.3 考察および今後の課題

ワーキング委員会を立ち上げた当初は、夜間・早朝の訪問看護の必要性にも疑問を持つ発言が多かったが、徐々にメンバーが地域全体を面で支えるという視点を持ち、取り組むようになった。平成 20 年度からはメンバーから、難病患者を 24 時間・365 日支えるしくみを湖南地域に作りたいとの提案や病院との共通サマリーの作成等、主体的に地域の課題に取り組む動きが生じた。ワーキング委員会が終了し、自主運営の研究会となったことで、より具体的な地域課題の解決に向けた取り組みが積極的に行われると期待される。

図表Ⅱ-1-1 滋賀県湖南地域におけるワーキング委員会の実施経過

24 時間ケア体制の構築		ネットワーク構築
◆夜間・早朝の訪問看護体制の構築 ～同一法人内の体制構築モデルの検討～		
平成 17 年 2 月	・夜間・早朝の訪問看護必要者の選定・ステーション（以下 ST）の体制構築	
8 月		
平成 18 年 2 月	・第 1 回目モデル事業の開始 ・第 1 回目モデル事業終了	
◆夜間・早朝の訪問看護体制の構築 ～同一法人外のステーションとの連携構築モデルの検討～		
平成 18 年 4 月		・ワーキンググループの立ち上げ（訪問看護 ST 管理者のみ）
10 月	・第 2 回モデル事業開始	
平成 19 年 2 月	・第 2 回モデル事業終了	・在宅療養関係者を対象とした訪問看護の 24 時間ケアに関する報告・交流会を開催
↓		
平成 19 年 9 月	・第 3 回モデル事業開始	・ワーキンググループに保健所・地域包括支援センターが参加
平成 20 年 2 月	・第 3 回モデル事業終了	・在宅医療・介護関係者を対象とした訪問看護の 24 時間ケアに関する報告・交流会を開催
◆湖南地域のネットワークの構築・強化		
平成 20 年 4 月	・夜間・早朝事例のモニタリング	・湖南地域の訪問看護の課題検討
平成 20 年 10 月		・訪問看護師と病院看護師との交流会 →病院とケアマネジャー、訪問看護師が共通して使用する連絡様式の作成
↓		
平成 21 年 11 月		・訪問看護師と病院看護師との交流会 →訪問看護師から退院支援部署・病棟看護師にフィードバックできるしくみを検討
平成 22 年 12 月		・訪問看護師、病院との交流会 →病診連携、薬薬連携、介護支援専門員との連携について検討・交流
平成 23 年 12 月		・訪問看護師と退院支援部署、ケアマネジャーの交流会 →退院支援から訪問看護への継続看護のために必要な連携・情報伝達方法について検討・交流

(平成 23 年度実施)

平成 23 年度 湖南地域研修会 まとめ

日時：平成 23 年 12 月 10 日（土） 13:30～16:30

会場：草津総合病院 9 階大会議室 あおばなホール

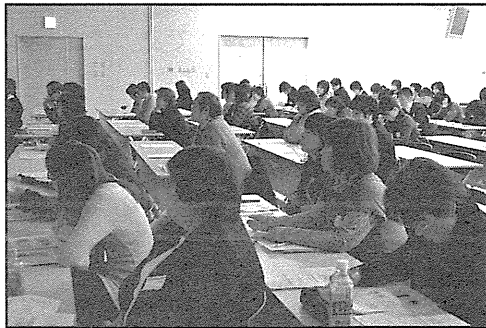
内容：

テーマ：私たちがつくる湖南地域の在宅ケアの未来～私たちが明日からできること～

・基調講演

「湖南地域の在宅ケアの未来 ～医療・福祉関係者へのエール～」

村嶋 幸代 （東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野 教授）



・シンポジウム

「私たちがつくる湖南地域の在宅ケアの未来 ～これまでの取り組みとこれから～」

シンポジスト 1 … 南千佳子氏（滋賀県済生会訪問看護ステーション）

シンポジスト 2 … 高田貞子氏（滋賀県訪問看護ステーション協議会第 2 地区支部長）

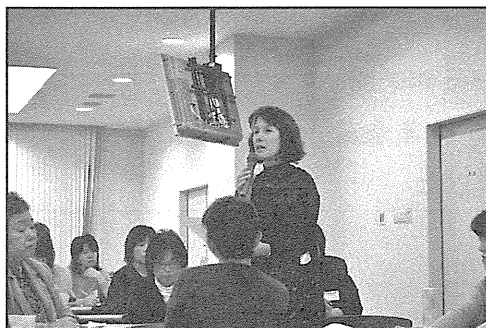
シンポジスト 3 … 荒木友子氏（滋賀県立成人病センター地域医療サービス室）

シンポジスト 4 … 三浦久美子氏（栗東市地域包括支援センター）

シンポジスト 5 … 西澤みち子氏（滋賀県南部健康福祉事務所保健福祉課）

・グループワーク

「私たちに明日からできることは何か？」



1. 出席者

出席者：計 80 名

参加者の所属を以下に示す（表中の数字は人数（％））

病院・診療所	18	(22.5)
訪問看護ステーション	30	(37.5)
居宅介護支援事業所	14	(17.5)
行政	12	(15.0)
大学	4	(5.0)
その他（NPO 法人、通所リハビリ）	2	(2.5)

2. 事後アンケート結果

回収数は 53 名（回収率 66.3％）であった。

1) 職種（表中の数字は人数（％））

看護部長	1	(1.9)
病棟看護師	4	(7.5)
外来看護師	1	(0.0)
継続看護室看護師	3	(1.9)
訪問看護ステーション看護師	23	(5.7)
保健師	4	(7.5)
地域の薬剤師	0	(0.0)
ケアマネジャー	12	(22.6)
診療所の医師	0	(0.0)
病院の医師	0	(0.0)
その他	5	(9.4)

その他内訳：（地域包括、通園・療育施設の看護師（院内）、SW、看護管理室、地域医療連携室）

2) 経験年数（表中の数字は人数（％））

1 年未満	6	(11.3)
1 年～3 年未満	8	(15.1)
3 年～5 年未満	11	(20.8)
5 年～10 年未満	12	(22.6)
10 年以上	15	(28.3)

3) 基調講演に対する評価 (表中の数字は人数 (%))

よかった	41	(77.4)
まあよかった	12	(22.6)
あまりよくなかった	0	(0.0)
よくなかった	0	(0.0)

4) 基調講演の感想 (自由記載)

- ✓ 湖南地域での活動(24時間体制等)を振り返ることが出来、今後の課題を明らかにすることが出来良かった。
- ✓ 今後に向けてのエールもいただき良かった。いままでの経緯を知り、なぜこのような事業が始まったのか、理解することが出来、今後への励みとなった。
- ✓ 地域の現状<潜在ニーズ>と課題が分かりやすかった。
- ✓ ここでの取り組みが全国に広がるかもしれないような研究をされていることが素晴らしいと思いました。
- ✓ 訪問看護、そして数か月でHPでの経験を活かして働きたいと意気込んで始めましたが、改めて、看護師として何が出来るか、本当に利用者様が満足をして生活をしてもらうためにどうしたらよいか迷うことが本当に多いです。しかし、顔の見える関わり、他職種との連携が本当に大切だし、HPからの情報、入院前からの情報など、もっと具体的に知りたいと思いました。
- ✓ ワーキングで出てきた課題やそれに伴い各分野に期待されていることが明確になっていた
- ✓ システム的なお話が私には難しかった。
- ✓ 先生ありがとうございました。PHNが看護協会を抜けている現状もあり、看護職としてどう訪看を支援するか考えないといけないと思います。
- ✓ 夜間・早朝の訪問看護の必要性は感じるが、それを継続していくことがいかに大変か、現場のものとしては思う。また、個々のNsの力量もあり、夜間・早朝必要な利用者は重症者が多いため、夜間Nsの精神的負担が大きい。利用者も難しい方が多く、Nsを受け入れることも困難である。その辺のフォローをどうしていくか。Nsも長続きせず、利用者にも負担がかかっているのが現状です。
- ✓ 24時間看護の必要性がデータを通して分かりやすかった。

5) シンポジウムに対する評価 (表中の数字は人数 (%))

よかった	33	(62.3)
まあよかった	16	(30.2)
あまりよくなかった	2	(3.8)
よくなかった	0	(0.0)

6) シンポジウムの感想（自由記載）

全体的な感想

- ✓ 各職種からの意見が、聞けて良かった。それぞれが、役割を自覚し、患者さんが幸せになれるよう、医療と介護の連携を図ることが必要と感じました。
- ✓ 基調講演と非常にマッチした内容で各分野での動きがよく分かった。互いに高齢者の生活のいろいろな場面をそれぞれの立場で一生懸命考えていることが伝わり、力を感じ、もっと頑張りたいと思えた。
- ✓ 当施設の利用者がお世話になっている在宅支援の姿が今までより理解できた。
- ✓ 多種職・多機関で顔の見える連携を意識していることがよく分かった。

サマリーについて

- ✓ 看護サマリーは、ケアマネさんのため？ 継続看護が必要であるから、看護師がいち早く情報を得、訪問看護時に役立てるものでは？訪問看護サマリーに加算をつけて欲しい。
- ✓ いろいろな立場からの発表だったので、それぞれの思いがわかり、皆同じ目標に向かっていることで、それぞれの課題も発表されていることで理解できた。（サマリー記入がとても大変と思っていましたが、これからも活用してもらえているのであれば、頑張って書こうと思います。）
- ✓ 森本さんの指定発言にあった、看護サマリーの活用について印象に残りました。カンファレンスが、なかなかできないので、サマリーの活用をどうしていくかが大事だと思いました。
- ✓ 在宅ケアに結び付けられるように看護情報の内容の見直しを行っていこうと思います。また、滋賀県で在宅事業の取り組みに力を入れていることを利用者さんにもっと情報を流す方法を拡大していく必要があるのではないかと思います。
- ✓ 退院サマリーで、他部署に出る場合は専門用語や略語は書かないように病棟スタッフや退院調整会議でも伝えていきたいと思う。医療者は、福祉のことを勉強しているので、専門用語等勉強してほしい。

その他

- ✓ 普段高齢者の生活のケアを担当しているデイサービス等の施設に勤務している看護師の参加を増やしてほしい。CMから情報をもらう形で、様々な医療依存度が高い人々のために頑張っています。CMからすると、訪問看護の単価は高く、1wを通してみってくれる施設の看護師の技量や情報交換には非常に期待がある。
- ✓ 一人一人の発表の時間が短く、残念。

7) グループワークに対する評価（表中の数字は人数（％））

よかった	36	(67.9)
まあよかった	11	(20.8)
あまりよくなかった	1	(1.9)
よくなかった	0	(0.0)

8) グループワークの感想（自由記載）

グループワーク全体について

- ✓ いろいろな人の意見が聞けてよかった。自分の意見を話すことも自分にとって良かった。やはり顔の見える関係っていいですね。
- ✓ 今後も顔が見える情報交換の場を設けていただきたいです。
- ✓ 各関係者間の議論が楽しかったです。看護サマリーの活用、在宅療養手帳の普及など、課題について議論しました。
- ✓ 6人という少人数で、自由に話が出来て素直な思いが聞けた。
- ✓ 医師を交えての意見もあり、様々な視点を得ることが出来ました。もう少し時間があればよかったのかなと思います。
- ✓ 訪看が多かったので、他の職種の方の意見も聞けると良かった。
- ✓ 想いを一人一人自由に忌憚なく話せた。限られた時間(仕事)の中で、忙しい中でも、本人のために出来ることは何か。何が足りないかを真剣に考え、話し合えたように思う。点や線で支えるのではなく、互いに層をなして面をなして、他機関とともに支えたいと感じられた！ありがとうございました。

報酬のあり方について

- ✓ 在宅ケアを進めていくには、誰もが同じように報酬を受けられるようになればいいと思った。
- ✓ 時間が少なかったのが残念。いろいろな立場の方からの意見が聞けて大変参考になりました。病棟Nsさんたちが、訪問Nsは責任が重い、大変、待遇面等で行きたくない、働きたくないという人が大半であるということを知りました。病院の体制、10対1→7対1にすると、4億の増収になり研修や休み等に回せると。訪問看護ステーションで働くNsとの職場環境との違いに改めて驚き、今後改善を訴えていかなければならないと思いました。
- ✓ 奉仕の精神がNsには根付いているという話もあったが、まずはステーションの時間外労働にもきちんと算定してほしいと思う。

その他の情報について

- ✓ ケアマネさんの病棟看護師から欲しい情報は多いと知りました。でも、病棟看護師が、知りえる情報はわずかです。三交代の中で、情報はなかなか得られない。トピックスになれば別ですが。
- ✓ 小児・老人・成人に関わらず、在宅ケアにおいて大切なのは、家族看護であると再認識できたグループワークでした。

9) 今後に活かしていきたいこと・研修に関する希望（自由記載）

- ✓ 訪問看護連絡票とケアマネジャーの情報と重複しているので、看護師は、もっと医療情報、病態、生命予後、本人、家人の想いに重点を置いた方が良いのではないのでしょうか。食事についても、もっと栄養を・嚥下といった専門的に情報を得て、ケアしていくべきだと思います。ADLをとっても、ケアマネジャーからと内容を整理してはいかがでしょうか。
- ✓ Dr、住民から指名される訪看 ST を目指したいです。
- ✓ 在宅での療養手帳、病院とケアマネジャーの在り方。
- ✓ 病棟勤務しており、在宅依頼する際にも、看護サマリーについて分かりやすい内容や言葉を使用していくようにしようと思います。
- ✓ 家と病院が並んで考えるのではなく、在宅のために病院が出来ることを考えていこうと思いました。家族の為ではなく、本人のために。現状では、各在宅では、経済的な面や家族の問題など厳しい現状です。出来ればコストが少なく、訪看が関わればと期待します。
- ✓ 必要な方に必要な看護が入ることはもちろん目指したいところだが、介護者や本人の理解、経済状況、医療面も含めた在宅生活というくくりでのケアプラン作りが必要なので、導入しやすい条件づくりや退院時に医療者側からの提案等考えていけるといいと思う。
- ✓ 在宅等に関する、診療報酬の点数などの仕組みや実際受けられている家族からの意見もあると良いと思います。

2. 福岡県在宅医療推進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「福岡県在宅医療推進事業」と名を打って平成 20 年度から事業化された。平成 20 年度は、先行して 4 箇所の保健所が医療指導課と協働しモデル的に事業を開始した。平成 22 年度からは、5 箇所で新たに開始し、県下全保健所で実施されることとなった。

事業化の発端は、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、本事業は企画・立案された。

今年度は事業開始後 4 年目を向かえ、3 年目同様、てびきの再検討および本事業の評価指標の再検討を行った。

3 保健所の事業実施のてびきの作成－事業の標準化に向けた取り組み－ 事業評価の検討

3.1 方法

1) 先行地域4箇所の実施プロセスを基にしたてびきの作成

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（以下、てびきとする））を作成した。てびき作成の基になったデータは、3 年間の担当者会議の資料や議事録、年に 1～2 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、新たに 5 箇所の保健所が加わり、県下全域で事業を開始した。平成 23 年度は、平成 22 年度と同様に、てびきの見直しを行った。

2) 事業評価の検討

担当者会議において、昨年度決定した評価方法について再度検討し、評価時期や、内容について明らかにした。

3.2 結果

昨年度、全保健所共通の評価枠組みや評価方法、調査票等を担当者会議で検討した。訪問看護ステーションの調査はどの保健所も共通して実施し、評価を行うことになっていたが、その他については、まだ明確でなかった。今年度は具体的にどの調査票で、何を共通して評価するかを検討した。

3.3 考察およびまとめ

今年度は、昨年度よりさらに具体的な評価指標および評価方法について明確にすることができた。業務の中で効率的に取り組める評価方法を検討するのに時間を要した。9 箇所の保健所が共通認識を持ち、評価することにより、在宅医療のネットワーク構築という目に即座に見えにくい成果を、可視化できることが期待される。平成 24 年度は、先行保健所が 5 年目、後発の保健所が 3 年目を迎える。今回の評価指標を用いて、見直しを行う予定である。

4 保健所の地域特性に応じた在宅ケアの推進

福岡県では地域特性に応じた在宅ケアシステムの構築を図っている。効果的・効率的に在宅ケアシステムを構築するためには、地域特性を的確に把握し、地域の強みに着目して進めることが重要である。ここでは、これまでの蓄積を踏まえ、在宅ケアシステムをどのようにつくり上げていけばよいか、そのポイントをまとめたので、以下に紹介する。

4.1 地域特性に応じた在宅ケアの進め方

1) 地域特性の見方：地域の強みと弱み

公衆衛生看護活動では、対象となる地域をアセスメントすることは必須である。地域アセスメントに基づき、地域特性に応じた計画を立案することが、効果的・効率的な活動につながる。我々は、福岡県で、在宅ケアを推進するにあたり、公衆衛生看護の方法論を用いて、既存統計や資料の収集、サービス機関へのインタビュー、アンケート等によって、地域アセスメントを実施した。地域アセスメントは、画一的な方法で実施できるものではなく、解決したい健康課題によって着目する集団、資源が異なっており、まずは、地域の何に着目するのかを探ることから始まる。

2) 必要な在宅ケアシステムに関わる課題を洗い出す

今回の在宅ケア推進の目標の一つは、「医療ニーズの高い人でも、住み慣れた自宅で療養でき、亡くなることできる在宅ケアシステムを構築すること」であった。まずは、その在宅ケアに関わる住民ニーズや資源を、サービス利用者とサービス提供者に分け、①住民ニーズ、②必要なサービスの整備状況、③ネットワークに着目して、それぞれの課題を考えることから始めた（図表Ⅱ-4-1）。

サービス利用者側では、病院で亡くなる人が多い中、住民自身が自宅で亡くなることを選択肢の一つに考えていない場合が多いと予測された。そこでまずは、病院や在宅での療養状況や、どのような人が何に困っているのかを把握した（①住民ニーズ）。

サービス提供者側では、医療ニーズが高い人や終末期の人をケアするのに、病院や在宅サービスの量は十分であるのか、サービスの質はどのようなものであるかを把握した（②必要なサービスの整備状況）。さらには、病院、在宅サービス提供者が、お互いの役割を認識し、連携することが必要であると考え、サービス提供者の認識や現在の連携状況を把握した（③ネットワーク）。