

実例7) 話題提供を大学や関係機関に依頼した

例)「福岡県における在宅医療推進に必要性(大学教授)」、「地域がん診療連携拠点病院の取り組み紹介(病院地域医療連携室 PSW)」、「〇〇地域在宅医療推進協議会委員をして(訪問看護ステーション所長)」(宗像・遠賀)

実例8) 事例を紹介しながら経過に沿って各関係機関の役割を確認していき、病院と地域との連携、在宅医療支援において関係機関の役割に対する理解と課題について検討した。保健所の役割(啓発や関係機関との調整等)が明確になり、各関係機関が主体性や士気が高まった。(宗像・遠賀)

○参考資料

NOTE 協議会の行方は?

- ・ 協議会の目的や方針は委員が主体となって決定をしていくものですが、運営する側が意図を持っていなければ協議会は路頭に迷ってしまいます。保健所は事業を推進する事務局として、事業全体を見渡しながら協議会の位置づけを明確にし、進捗状況に応じて協議会を導く役割があります。
- ・ しかし協議会は水物であり、始めから協議会のゴールをどうしたいか明確なイメージを持つのは難しいことです。モデル事業担当者同士で話し合いをしても、なかなか結論が出ませんでした。メンバー構成、組織間の利害関係等に左右され、こちらが思ったようには進まない場合が多々あります。
- ・ 協議会のゴールとして想定されるイメージは、①どこかの関係機関が事務局を引き受けて下さり協議会を継続する、②地域で発生した課題を共有・解決する場が他に存在するため、協議会自体は目的達成ということで終了する等が考えられます。
- ・ この事業の目的は地域の在宅医療体制が整い、在宅で亡くなりたいと希望する人の望みを、少しでも叶えることです。どの時代にも在宅医療に関する課題はなくならないため、課題解決する協議体が地域に存在するか、協議体はなくても課題が拳がって来たときにすぐにその課題を共有して対応できるしくみができていればよいのです。
- ・ つまり、現在運営している協議会が必ずしも発展や継続しなくてはならない訳ではありません。また、協議会の事務局を保健所が担い続けることは難しいことです。その時の状況に応じて、徐々に主体を移行させていくことを考えながら運営することが大切です。

協議会のステップ：今はどの段階？

モデル事業担当者同士がイメージする協議会のステップを示してみました。協議会が進んでいるか、どこに向かっているのか見えにくく、自信がなくなってしまうときもあるでしょう。現在のステップやこれから向かう先を確認してみましょう。しかし、組織がうまく動くかは色々な要因が影響しているため、動くところから動かすなど、柔軟な運営が必要です。

ステップ①関係づくりができる

- －お互いの顔が見える
- －お互いが所属する組織の役割を知っている
- －お互いの立場でできること・できないことを知っている

ステップ②事業推進（システム構築）への認識が高まり・行動できる

- －事業（システム）を必要とする人がいることを共有・確信している
- －地域の課題を自分たちの課題であると認識している
- －これから構築する事業（システム）のイメージや具体を共有することができる
- －事業推進（システム構築）に向けて自分たちの役割や実施すべきことを理解している・それに向けて行動する

ステップ③事業で解決したしくみ（システム）を継続できる

- －担当者が変わってもシステムがスムーズに動くような工夫がなされている
- －システムをメンテナンスしていくしくみがある

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

地域在宅医療支援センターはこの事業を推進する主体として保健所に設置されます。地域で緩和ケアを希望する患者およびその家族や関係機関の相談にのること、協議会の運営、ネットワークの構築等も地域在宅医療支援センターの業務内容です。ここでは主に、患者・家族、関係機関への相談業務について記します。

モデル事業の担当者は相談を受けるまでは、これまで相談にのった経験が少ない対象者であるため、どのような相談が来るか、相談内容に答えられるか等不安に思っていました。実際に相談を受けてみるとこれまでの難病等のスキルで対応できることが分かりました。それは、例えば疾患が変わっても保健所の主要な機能である「住民の生活を支える」支援「公衆衛生の課題に立ち向かう姿勢」には変わりがないためです。

1) センターの立ち上げ～評価

○目標

- ・ 既存のサービスで対応しきれない人をキャッチできる
- ・ 相談内容から、地域のニーズや課題を把握する

○ポイント

☑ 準備

- ・ 相談対応マニュアルの作成
- ・ 担当者不在時の対応体制についての検討
- ・ 緩和ケアや相談業務に関する所内研修の実施
- ・ 相談記録票（カルテ）の作成
- ・ 担当者が困った時にタイムリーに相談にのってくれる人を見つけておく（緩和ケアの経験の多い医師・看護師等）

☑ 広報

- ・ 地域在宅医療支援センターについて、ポスター、リーフレットを作成し、住民や関係機関に配布・周知
- ・ 町内回覧で管轄地域全町内会に周知

☑ 相談内容から住民ニーズを分析してまとめる

- ・ 協議会、事例検討会等、次の事業の展開に役立てる
- ・ 相談件数の集計

2) 個別相談

○目標

- ・ ご本人・ご家族が安心して病院から在宅に移行できる
- ・ ご本人・ご家族が在宅サービスに満足する

○実施内容

～最初の数例は丁寧にかかわろう！～

多くの家族にとって“終末期の経過”や“在宅や終末期医療・介護サービスの利用”は、非日常で不慣れであるため、サービス提供者への相談の場面でうまく気持ちを伝えたり、家族で話し合うのは難しいことです（「本人の気持ちをどうやって確認したらよいかかわからない。言葉が見つからない」等）。一方で、担当者もどこまで「看取り」にかかわる質問に踏み込めばよいのか、相談者の反応を見ながら丁寧に対応する必要があります。また、事業推進の過渡期である現在、紹介する関係機関の具体的な看取りや緩和ケアに係るスキルが把握できていない場合もあります。

このように初回相談だけでは対応しきれない要因が多々あるため、最初の数例は丁寧に、相談終了時に「今日は、ご相談されてどうでしたか？お聞きになりたいことは、解決しましたか？実行されるときに不安な点がありますか？」など確認することが重要です。さらに、その後紹介したサービスや機関につながったのか、家族の合意が得られれば、直接、関係機関へ連絡調整をします。このように対応することで、担当者は地域の関係機関のサービスの成熟度も分かり、必要に応じて情報提供や研修・事例検討を通じた機関育成につなげることも可能になります。

【相談～終了までのプロセス】

- ☑ 初回相談は主訴だけでなく、困りごとの本質を探りながら傾聴する
 - ・主訴と本当の困り事は異なることがあるため、丹念に話を聞き、必要時は面接や訪問を行う（担当して最初の数例はなるべく面接・訪問につなげ、相談にのってみる）
 - ・電話では一つのことを相談していても、他のニーズを抱えていることが多い。生活実態を踏まえて相談にのる。相談がよかったかどうかを相談者になるべく聞き取る

- ☑ 一度は面接する
 - ・最初の段階で訪問する（サービス導入する訪問看護師や医師と同行することも有効）。

- ☑ サービスの提供状況の確認
 - ・どんなサービスが入っているか、それに対してご本人・ご家族がどう感じているかを確認する。

- ☑ 終了時
 - ・亡くなられて数日後に訪問し、受けたサービスや看取りに対する満足・不満足に

ついて尋ね、支援不足等については次の支援に活かす。

○活用できるツール

- ・ 想定される相談内容のQ & A作成（資料）
- ・ 相談記録票（カルテ）（資料）
- ・ 地域資源の一覧（ニーズ把握で作成したものや既存資料）
- ・ 介護保険や医療保険制度（訪問看護・介護の料金等）
- ・ OPTIM の相談マニュアル（<http://gankanwa.jp/index.html>）

○実例

- ・ 地域在宅医療支援センターのPR は各保健所が工夫し、広報への掲載、病院・薬局等の協議会委員にポスターを貼付してもらい、リーフレットの配布、町内回覧した。また、特にターゲットとなりそうな住民が利用しそうな場所（調剤薬局で麻薬を使っているところ等）には、ちらしを多めに配布した（4 保健所）
- ・ 支援センターへの相談事例（資料）

NOTE 先行して立ち上げた地域在宅医療支援センターの実績から

地域在宅医療支援センターの広報を行うに際して担当者が心配するのは、周知すれば相談が殺到するのではないかということです。モデル事業の経験から、その心配はあまりないと考えてよいでしょう。

○どのくらい相談が来たの？

- ・ リーフレット、ポスター（24ヶ所の関係機関への配布）
→12件の相談（南筑後）
- ・ 市報に掲載（12月号）→翌月に3-4件の相談（南筑後）
- ・ 3000枚のちらし配布→直後に2件の相談（嘉穂・鞍手）
- ・ 全町内回覧（約58,500戸、6000枚）→10件程度の相談（宗像・遠賀地区）

○どういう相談が予想されるか・病院、資源リスト

- ・ 利用できる介護保険、医療保険制度
- ・ 先の不安
- ・ 地域連携室やケアマネジャー等の関係機関からの相談も入る
- ・ 在宅療養導入の相談

○センター便りを定期的に発行し、アピールする（北筑後）

Step 7 : 緩和ケアに関わる専門職をスキルアップしよう

在宅緩和ケアを必要とするような患者を受け入れる体制を整備するためには、関係機関のスキルアップが必要です。この事業では各関係機関が同じ目的・目標に向かってスキルアップすることが重要です。そのため研修会を単に開催するのではなく、事業の中での位置づけを明確にした上で実施しましょう。いずれは、在宅医療を推進する上でどのようなスキルアップが必要かを、それぞれの立場で考えて研修会等を開催してもらえよう、各関係機関と協働関係を構築しながら進めていくことが重要です。

○目標

【1年目】

- ・保健所が行っている在宅医療推進事業の目的・内容が理解できる
- ・在宅医療に関する相談場所が分かる
- ・在宅医療に取り組むモチベーションが上がる
- ・在宅で麻薬・IVH・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレータの管理が可能であるイメージができる
- ・自主的な研修会に保健所が話す機会を依頼される
- ・各組織が行う研修会に在宅医療推進に関わる内容を取り入れてもらえる

【2年目】

- ・在宅医療に不足するスキルを高められる
- ・医療依存度の高い利用者に対する不安が解消でき、自信をもって関われる

【3年目・4年目】

- ・在宅に関わる医師・看取り経験の多い訪問看護事業所が増える
- ・施設内の看取り経験がある職員が増える

○機関ごとの目標

【診療所】

- ・在宅療養支援診療所が機能する（24時間往診が受けられる、）
- ・麻薬等による痛みの管理・IVH・在宅での看取り・胃ろうの管理・人工肛門の管理・レスピレータの管理・在宅酸素、が可能な診療所数の増加
- ・在宅の患者を●人増やせる（全県下）
- ・診療所医師数
- ・薬剤師への「要訪問」の指示

【訪問看護事業所】

- ・看取り、レスピレータが可能なステーションの数↑
- ・24時間連絡体制加算増加、24時間対応体制加算有の増加
- ・がん末期、神経難病、小児、精神

- ・訪問看護利用率の増加
- ・訪問看護師数
- ・病院（がん拠点病院）から紹介を受けた件数

【薬局】

- ・訪問できる薬局の増加
- ・麻薬が扱える薬局の増加（割合）
- ・衛生材料が扱える薬局の増加
- ・一包化調剤の可否
- ・居宅管理指導、残薬の整理・処分を実施する薬局
- ・退院調整会議への参加の可否

【歯科】

- ・訪問できる歯科（訪問診療歯科）の増加
- ・訪問治療が可能な歯科
- ・歯科衛生士の派遣が可能な歯科

【病院・がん拠点病院】（要再考）

- ・がん拠点病院の相談室の相談件数
- ・退院指導加算の数、退院調整加算の件数
- ・訪問看護の指示書件数？
- ・医療連携室が直接家族・本人からの相談した人数の増加（病院の窓口によって異なるのでは？）

【地域包括支援センター】

- ・がんの相談件数の増加

【居宅介護支援事業所】

- ・訪問看護の利用率の増加

○実施内容

【1年目】在宅医療に関する普及啓発を行う。地域の専門職に不足するスキルに関する課題を明らかにする

【2年目】1年目で明らかになったスキルアップが必要な内容について研修を実施する。

【3・4年目】研修を繰り返し行う。事例検討会を増やす。

○専門職のスキルアップを目的にした研修開催のポイント

☑ 対象

医師、看護師、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー、施設職員、等

☑ ポイント

- ・入り込みやすいところと共催・連携する
 - －関係機関・関係団体も研修を定例行事として実施することになっている場合もあるため、その研修とリンクして実施する。
- ・相手にメリットがある関係機関と共催・連携する
 - －認定看護師への講師の依頼：認定看護師講師は5年ごとに更新する必要があるため、自己研鑽の実績が規定の内容で一定の得点以上に達していることが条件となっている。研修会等の講師をすることはそのポイントになり得る
 - －医師会との共催：医師には「医師会生涯教育制度」というのがあるため、医師会に単位をつけてもらおうと医師の参加が促される可能性がある
- ・関わった事例の活用、次への事業展開につなげる
 - －事例を関係機関で共有するような研修会を行うことで、より具体的な課題や取り組みへのイメージが共有でき、参加者のモチベーションが上がる
 - －保健所が窓口で相談を受けた事例を研修で紹介したり、検討事例として取り上げる
 - －研修会に参加した関係機関や専門職が困っていることをキャッチし、次への展開につなげる

☑ 必要になりそうな研修例

- ・ケアマネジャーや居宅支援事業所を対象とした終末期がん患者のケアプラン作成
- ・地域での受け入れが初めての事例への技術研修
- ・医師、訪問看護師を対象とした麻薬の取り扱い
- ・ヘルパーを対象とした吸引研修

○活用できるツール

- ・これまで実施された研修内容と講師の一覧
- ・研修案内のちらし（資料）

○実例

- ・ケアマネジャーから「医療依存度の高い療養者のプラン作成が難しい」という声が挙がり、ケアプランの研修を企画段階からケアマネジャーと共催で開催した（京築地区）
- ・緩和ケア研修会：
 - 実例1）医療・保健・介護等の関係者を対象に広く実施。初回研修は、在宅緩和ケアについて、地域での在宅緩和ケアへの意識を高めることを目的に、総論的な話から入った。参加人数78名。また、医師会との共催研修では、生涯学習

ポイント、介護保険主治医研修を兼ねてもらった。いずれも実践している医師を講師に選定。参加人数 89 名。(南筑後地区)

実例 2) 協議会で取り上げられた「病院側が在宅サービスについての理解がない」「退院カンファレンスもないままに退院させる」課題から病院、地域の従事者対象で「病院から始める退院支援・退院調整」の研修会を開催した。(宗像・遠賀地区)

○参考資料

- ・ 社団法人日本看護協会ホームページ：認定看護師，更新審査
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
- ・ 日本医師会ホームページ：日本医師会生涯教 on-line，生涯教育制度のご案内
http://www.med.or.jp/cme/cme_info.html
- ・ がんの痛みよ、さようなら！こうすればとれる「がんの痛み」 武田文和・高橋美賀子・石田有紀編集 金原出版株式会社 2008
- ・ 病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例 宇都宮宏子編集 日本看護協会出版会 2009
- ・ あなたの家にかえろう 「おかえりなさい」プロジェクト事務局

Step 8 : 住民を啓発しよう

モデル事業の中で聞かれた住民の声から、多くの人は家で在宅療養生活を送り、在宅で亡くなるという選択肢を持たないことが分かりました。病院から出されることは「見捨てられた」と受け止め、家でも医療が提供されることを知らない人が大半です。まずは、入院中であっても既に積極的治療が難しい人は、在宅へ帰る選択肢があることを伝えることが必要です。さらに重要なことは、元気なうちに自分はどのように亡くなっていきたいかを考える機会を持ってもらい、住民に在宅でも医療が受けられ、よい表情で看取られる方がいることを知ってもらうことです。

○目標

- ・保健所が行っている在宅医療推進事業の目的・内容が理解できる
- ・地域在宅医療支援センターという相談できる場所を知る
- ・在宅が療養場所の選択肢にあることを理解できる
- ・自分のこととして「死」について考えられる
- ・かかりつけ医を持つことの重要性が分かる
- ・利用できるサービスと内容（コストも含む）を知る
- ・（施設での看取りも進んでいることを示す）

○実施内容

【1年目】

民生委員の代表に啓発に行く（どれだけ広く伝えられたか、要所が押さえられたか）

【2年目】

市民公開講座を開催する（当事者を含めた話が入るとよい）

ボランティアの育成・支援を行う

【3年目】

医療・福祉部署以外（教育・商工等）への啓発を行い、そこを通しての住民啓発を推進する

【4年目】

様々な場で繰り返し住民啓発を実施する

○ポイント

☑ 対象

- ・一般住民：市民講座として開催
- ・民生委員：年1回の総会、研修会等で話をさせてもらう。年度始めに声をかけると年間計画に入りやすい。定例会が毎月行われており、社会福祉

課が研修会等企画をしている。その機会を活用させてもらおうとよい。

☑ プログラム立案・実施のポイント

- ・前述した目標に基づきプログラムを作成する。
- ・住民はあまり在宅医療に関する知識や経験がないので、具体的なイメージを持ってもらいながら進めることがポイント。身近なこととして考えてもらえるようにプログラムを組み立てる。

例えば、「在宅での医療を希望した場合の在宅医の探し方、相談出来る所」

「在宅で、どの程度の医療が受けられるのか？」

「胃ろうをしていますが、在宅での療養は可能か？」等

- ・実際に在宅療養や看取りを経験した家族等の話を盛り込むのが効果的である。「在宅療養を希望したいが家族に負担をかけたくない」という住民も多いため、「看取りの経験が遺族のその後の生きる力、グリーフワークにつながる。家族が“いのち”を学ぶ機会になる」という意味にもなることを伝える。

【プログラム例①】：社会背景および保健所が取り組んでいる事業について具体的な説明とグループワークの実施

- ・住民にも自身がどう最期を過ごしたいかを考え、準備する必要があることを伝える。地域で継続して医療が受けられるようにかかりつけ医を持つこともその一つであることを伝える。

《ポイント》現在でも在宅医療が受けられ看取りも可能であることについて、実例等を挙げながら説明することが必要。住民はイメージがつかない。グループワークでは、「在宅療養は難しい」という話に終わってしまう危険性もあるので要注意。

【プログラム例②】：在宅医療に熱心な医師を講師とした市民講座：

メリット：在宅医療の知識が深まる

デメリット：自分の地域ではどうなのか？という疑問が残る。

【プログラム例③】：在宅療養の関係者によるシンポジウム（サービスの役割と利用方法）

- ・実際に在宅ホスピスを経験された方のお話しを入れると、内容が深まる。

☑ 啓発に利用できる媒体

- ・講義でのパワーポイントの使用（実例など写真を使って説明）
- ・地域の新聞への掲載
- ・地域のラジオ

- ・地域のケーブルテレビ
- ・県の広報番組
- ・小冊子

○活用できるツール

- ・研修プログラムの具体例
- ・研修案内のちらし
- ・使用した資料やPPT
- ・小冊子
- ・地域医療支援センターのリーフレット（資料）

○実例

・住民を対象に実施

実例1) シンポジウム形式（宗像・遠賀地区）

テーマ：「あなたにとって幸せな最期とは？」～在宅療養で豊かな時間を過ごす～
シンポジスト：保健所、在宅医、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、
看取りを経験した家族

周知方法：広報、ポスター（40部）、ちらし（400部）を関係機関、民生委員、
公共施設に掲示または、配置

参加人数：82名

実施した感想：当日は悪天候であったが、申し込み以上の参加があった。時間が延長したにもかかわらず、ほとんどの方が最後まで参加し（むしろ、「時間が短い」との意見もあった）、住民の関心の高さを感じた。アンケート結果では、80%の住民が「自宅への療養」を希望しており、また参加した住民の1/3は「在宅医療の体制を知らない」と答えていた。関心が高い住民でさえ在宅医療体制を知らない現状が分かり、この事業及び啓発の必要性が実感出来た。

シンポジウム形式の研修会は、事前準備、打ち合わせが大切で大変であったが、それらをとおして関係機関とさらに協力関係が深まり、住民が在宅医療を望んでいる事が伝わって来て、担当者としてもモチベーションが上がる事業であった。

実例2) 研修形式（南筑後）

- ・市女性クラブ（婦人会）主催の「がん征圧講演会」を共催で開催してもらい、在宅緩和ケアのテーマで研修を実施。訪問看護ステーションからも話をしても

らう。参加者 65 名。

実例3) グループワーク形式 (南筑後)

テーマ：在宅緩和ケア

グループワーク内容：あなたが末期がんで、死期が迫っていると告げられたら(6ヶ月程度)、どこで療養したいですか。

周知方法：在宅医療推進協議会委員を依頼している民生委員をとおして民生委員地区長会に研修会開催を依頼。2地区から研修会開催の希望を受けた。

参加人数：1回目 10人 2回目 7人

実施してみた感想：住民には、在宅療養を支えるサービスについてはほとんど知られておらず、在宅医療をイメージするためには、医療費や各種サービスなど具体的な情報の提供が重要であると思われた。今後は、「在宅療養が可能かもしれない?」というイメージづくりのため、在宅療養の実際や事例紹介などの具体的な情報提供を組み込みたい。

○参考資料

- ・あなたの家にかえろう(「おかえりなさい」プロジェクト事務局)
- ・在宅サービスの料金等が分かる資料
- ・宮崎のホスピスガイドブック(「宮崎をホスピスに」プロジェクト 木星舎)
- ・終末期ガイドブック「家に帰りたい」と言われたら・・・(著者：幸田稲子)

NOTE 住民の声

○研修会等では下記のような声が住民からあがりました

<意見・感想>

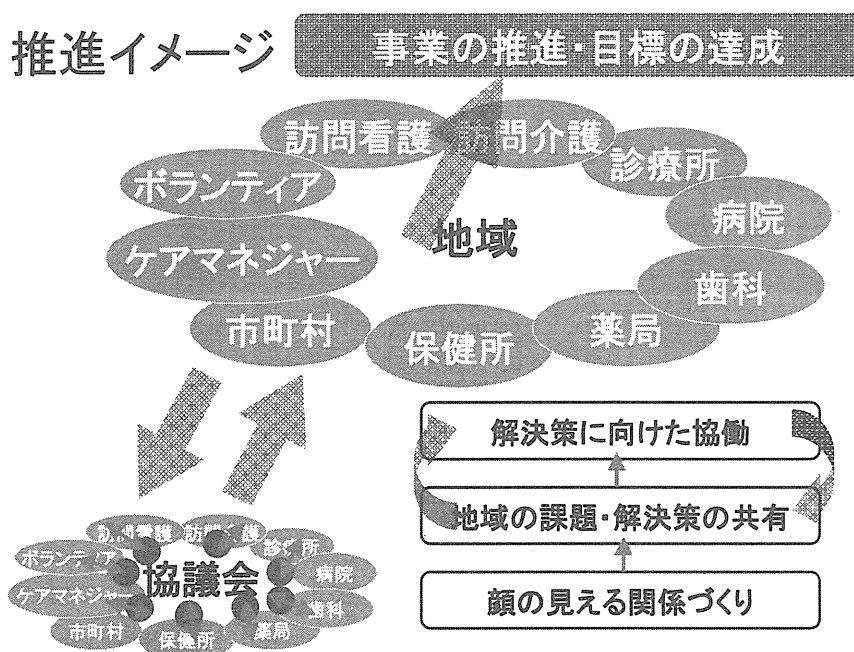
- ・在宅療養は家族に負担や迷惑がかかるため難しい
- ・在宅療養は近くに訪問してくれる医師がいないので難しい
- ・地域在宅医療支援センターが設置されたことを知らなかった

<質問>

- ・訪問診療をしてもらえるところを教えて欲しい
- ・ホスピス病棟を紹介して欲しい
- ・胃ろうを造設しているが在宅で看取することは可能か
- ・家族が今入院中だが、在宅医療を受けたいときは、地域在宅医療支援センターにどの段階で相談したらよいか?主治医にも相談した方がよいか?
- ・家族がいても薬剤師が薬を届けてくれるよう依頼するのは可能か?

3. ネットワークづくり、在宅緩和ケアシステムづくり—実施方法全体を通して必要な視点

関係機関への事業説明、地域資源の現状把握、研修会等、全ての場面においてネットワークづくりや、在宅緩和ケアシステムの構築を意図して行動します。この事業の最終目標は、在宅緩和ケアに関する課題を解決できる仕組みが整い、在宅緩和ケアを必要とする住民が、安心して在宅療養を選択できることです。在宅緩和ケアシステムは多くの関係機関が関って成り立つため、多機関が問題を持ち込み解決できるネットワークが地域に存在することが重要です。また、社会背景が変化するにつれて課題も変化していくため、ネットワークは継続的に存在する必要があります。その最終目標をイメージしながら本事業を展開していきましょう。



○目標

在宅医療に関する地域の課題があがってくる場・自主的な研修会をつくる

○ネットワークメンバーの望ましい姿（目標や評価項目になるように検討中）：

- ・顔の見える関係ができる
- ・在宅医療で分からないことがあった時に尋ねる相手がいる
- ・困った時に手を貸してくれる人がある
- ・お互いの役割（できること・できないこと）が分かる、等

○ネットワークの種類

- ・診療所・訪問看護・薬局の物品のネットワーク
- ・入退院（主治医・病棟看護師・訪問看護師）のネットワーク

- ・ケアマネと訪問看護の連携

○実施内容

- 【1年目】協議会の立ち上げ、事業の必要性の共有
 - ・小さな事例検討会から始める（一つの職種→多職種へ）
- 【2年目】協議会主体で企画できる、組織に持ち帰り、取り組んでみる
- 【3年目】課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動
- 【4年目】課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動

○ポイント

以下、ネットワークやシステム構築の段階別にポイントをまとめてみました。

☑ キーパーソンを見極め、協働の糸口を探る

- ・日頃から会う人について、この人は本事業のネットワークやシステム構築のキーパーソンになり得るかを考える
- ・キーパーソンと協働関係を構築するには、お互いにとってメリットがあることが重要。キーパーソンに困りごとがあった場合はそれを糸口に関わるとうまくいくことがある。事業の推進によってキーパーソンに、困りごとが解決されると感じてもらえることが望ましい
- ・地域の中にはあらゆるネットワークがあるが、核となるような強いネットワークをエンパワメントし、他の職種やネットワークを引っ張っていくことで、システム構築を進める戦略も効率的になる。

☑ 関係機関同士で課題や解決方法を共有する

- ・各々が担っている役割や考え方についてお互いに理解を深めつつ、課題を明らかにすることが大切。基盤は、顔の見える関係になり信頼関係を構築することである
- ・事例を関係機関同士で共有することで、それぞれの関わる範囲が分かり、どこにシステムの穴（課題）があるかが浮き彫りになる。事例検討を繰り返すことによって、その地域の強みや関係者の調整の必要性や力量不足などが明確になってくる。
- ・課題を共有したら、どのように対処できるかを話し合いえるように発展させる

☑ 関係機関が共に行動する

- ・関係機関同士の志気が高まるタイミングをつかみ、共に行動して試みるのが重要
- ・何か一つやり遂げることでさらに連帯感が強まり、次の行動につながる

☑ 在宅緩和ケアシステムを保持・評価していく方法を見つける

- ・担当者が変わっても組織の課題としてつなげていけるようなネットワークをつくることを目指す
- ・保健所はネットワークや構築したシステムを維持するために、評価する役割は担い続ける。最初から、そこまで視野に入れたシステム構築を行う

○参考資料

- ・滋賀県草津保健所の在宅医療推進の取り組み資料
(H21年度第1回在宅医療推進研修会資料)

3. 事業の振り返り・評価

1) なぜ事業の振り返り、評価が必要なの？

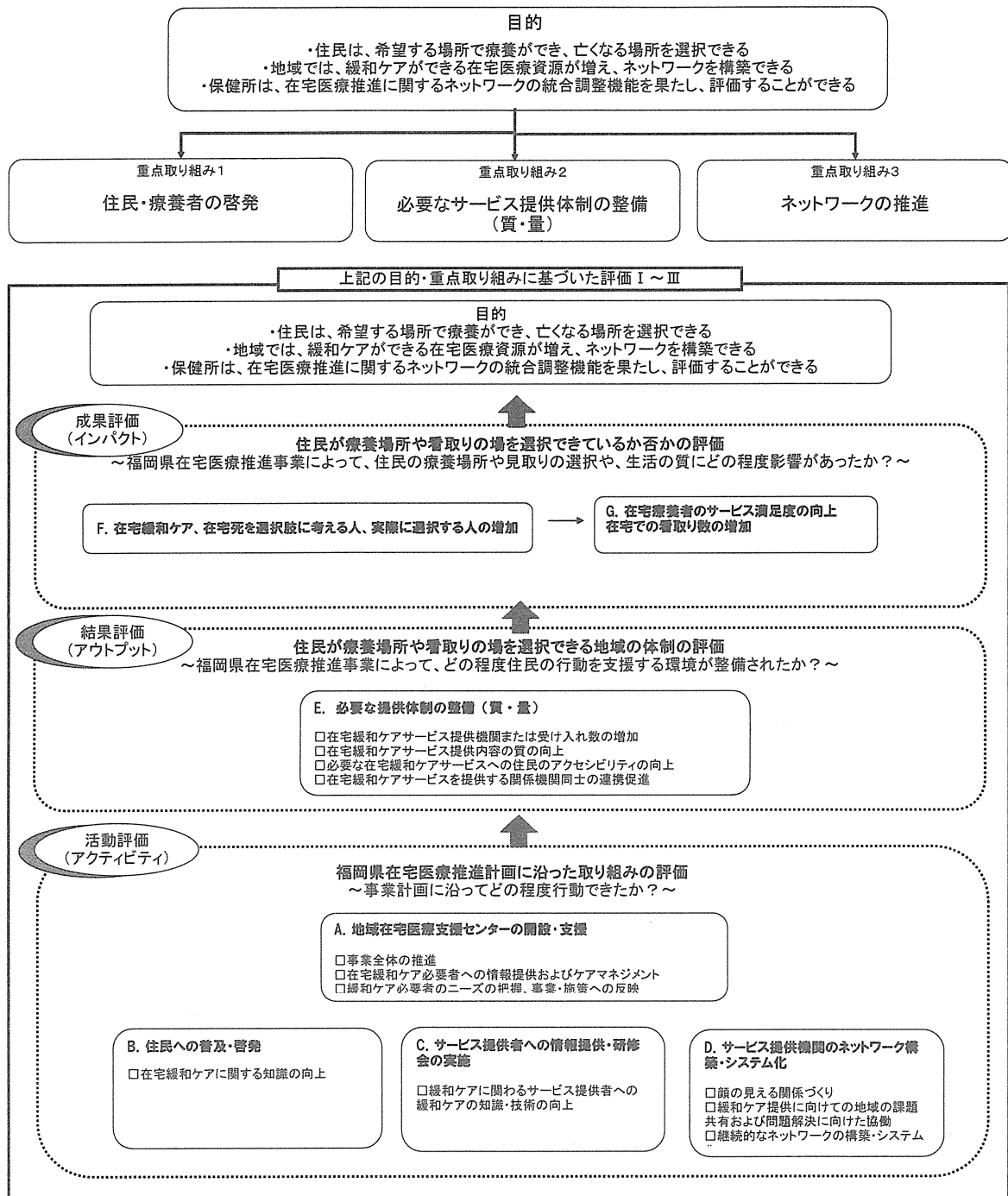
事業評価の目的には大きく2つあります。1つ目に「事業の人やお金の投入によって、どんな成果があったか？」「事業実施上の課題は何か？」を見直し、戦略的に実施していくためです。2つ目に、納税者への説明責任の向上です。税金に見合うだけの価値あるサービスを提供し、住民にとってベストな方法で事業を実施していることを納税者、すなわち住民に分かりやすく説明するためでもあります。

事業評価は事業の意義を可視化することであるため、日々業務に追われがちな担当者が、次の事業の展開方法を知ることや、住民に限らず担当者以外の職員の理解を得ることにも役立ちます。事業の継続やより効果的・効率的なサービスを提供するために事業評価は欠かせません。

2) 福岡県在宅医療推進事業の評価枠組み

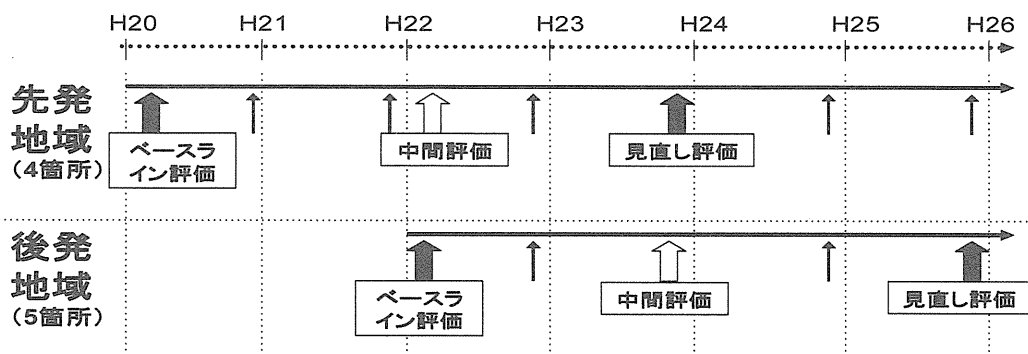
福岡県の在宅医療推進事業の目的と3つの重点取り組みに基づき、プログラム評価の枠組みである「活動評価」「結果評価」「成果評価」を使って整理しました。活動評価は、「事業がどの程度当初の計画通り実施されているか」を評価します。「結果評価」は、「どの程度、事業目的に向けた住民の行動を支援する環境が整備されたか？」を評価します。「成果評価」は、「住民の療養場所や看取りの選択にどの程度影響があったか？」を評価します。

福岡県在宅医療推進事業の評価枠組み



3) 評価の時期

評価の時期は、変化を追うのに適切な時期と、実施可能性を考慮して決めました。



○毎年実施する評価

- ・ 訪問看護ステーション調査による評価
- ・ 事業実施のまとめ（事業全体の経過、住民啓発・研修効果の評価）
- ・ 在宅看取り率、施設看取り率

○2年ごとに実施する評価

- ・ 診療所、薬局、歯科調査（資源把握）による評価（資源調査の更新と同時に実施）
- ・ 地域資源や従業員数の増加、事業所のスキルアップの向上

○4年ごとに実施する評価

- ・ 事業継続の見直し、全体評価

図表 「評価の枠組み（A～G）」に沿った指標および実施内容（案）：

評価枠組み	目標	具体的な達成指標	指標に向けた実施内容
A. 地域在宅医療支援センターの開設・支援	<input type="checkbox"/> 事業全体の推進 <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケア必要者への情報提供およびケアマネジメント <input type="checkbox"/> 緩和ケア必要者のニーズの把握、事業・施策への反映		
B. 住民への普及・啓発	<input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアに関する知識の向上	<p>【住民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所が在宅医療推進事業を行っている目的・内容が理解できる ・支援センターという相談できる場所を知る ・在宅が療養場所の選択肢にあることを理解できる ・自分のこととして「死」について考えられる ・かかりつけ医を持つことの重要性が分かる ・利用できるサービスと内容（コストも含む）を知る ・（施設での看取りも進んでいることを示す） 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のリーダを対象に普及啓発を行う ・市民講演会の実施 ・ちらしやリーフレットの配布 ・既存の配布物に掲載する <p>【1年目】</p> <p>民生委員の代表に啓発に行く（どれだけ広く伝えられたか、要所が押さえられたか）</p> <p>【2年目】</p> <p>市民公開講座を開催する（当事者を含めた話が入るとよい） ボランティアの育成・支援を行う</p> <p>【3年目】</p> <p>医療・福祉部署以外（教育・商工等）への啓発を行い、そこを通しての住民啓発を推進する</p>