

支援を受けながら積極的に訪問看護ニーズを満たしていく取組みを検討していく必要がある。

組織要因では、開設主体が営利法人の事業所は D 効率値が高いという結果が得られた。日本では営利団体が開設している事業所であっても、訪問看護は医療・介護といった公的なサービスとしての役割も果たさなくてはならないため、ときには非効率とされる運営方針をとっている場合がある。しかし、非営利団体が開設している事業所では、地域での研修会を主催することや、より重症で長時間の訪問滞在を要する患者を受け入れやすいこと等の公的なサービスとしての役割が大きいことが、営利団体が開設している事業所よりも D 効率値が低かった理由の一つとして考えられた。

Rosenau は、開設主体が営利法人と非営利法人の在宅ケアサービス事業所を比較しており、費用、質、アクセスについては、非営利法人の事業所の方が優れているとする研究と、両者の間に差は見られないとする研究があることを報告している (Rosenau, Linder 2001)。本研究の結果は、先行研究の評価視点に加え、効率性という観点からの知見を示したと言える。しかし、訪問看護事業所の効率性を測定した先行研究 (Kuwahara, Nagata, Taguchi 2010) では、開設主体と効率性の間に関連性は見られず、本研究の結果とは一致していない。これは、ナーシングホームの先行研究でも同様で、営利法人の方が効率性は高いとする報告 (Chattopadhyay, Heffley 1994; Rosko, Chilingirian, Zinn 1995; Kontodimopoulos 2006; Zhang, Unruh, Wan 2008) と、開設主体と効率性の間に関連は見られないとする報告 (Ozcan, Wogen, Mau 1998) がある。今後、さらに研究を重ね、事業所の開設主体と効率性の関連を明らかにする必要がある。

さらに、本研究の結果から、事務職員が配置されている事業所は効率性が高いことが明らかになった。記録・事務作業のうち、看護職以外でも実施可能な業務を事務職員へ委譲することにより、看護師はより多くのサービスを提供でき、事業所全体として効率性が高くなる、とした本研究の想定と同様の結果が得られた。本研究の対象の内、約 7 割の事業所には事務職員が配置されていなかったため、事務職員の雇用は多くの事業所の効率性向上に寄与する可能性がある。しかし、事業所の収益に直接結びつかない事務職員を雇用することは、小規模な事業所では経営的な面から難しいことも予想される。今後は損益分岐点分析等を行い、事業所の収支の面から事務職員の追加雇用の実現可能性を検討する必要がある。

また、事務職員を雇用することが難しい場合には、いくつかの事業所が集ま

ることにより、コモン・システムを構築し、事務作業の集約化を図ることが、事務職員の雇用と同様の効果が得られる方策として考えられる。現在、事務業務の集約化はモデル事業(全国訪問看護事業協会 2009)が行われている程度で、実際には異なる法人間でのコモン・システム構築はほとんど進んでいない。今後、訪問看護業界全体の効率性向上のためにも、コモン・システムの構築方法を開発することは重要であると考えられるが、このシステムの実現には個々の事業所が努力するだけでは難しい。地域全体の資源をマネジメントする役割を担っている自治体を中心となって、事業所間の調整を行いながらシステムの構築を目指すことも必要かもしれない。

環境要因では、人口密度が高い市区町村に立地している事業所の効率性は高いことが明らかになった。また、単変量での解析の結果は、高齢化率の高い市区町村の事業所の方が効率性は低いという結果であったが、他の要因を調整した結果、高齢化率が低い地区町村に立地している事業所の効率性は低いことが明らかになった。人口密度、および高齢化率は訪問看護ニーズの発生頻度を表す変数であり、ニーズの発生頻度が高いことは、事業所における利用者の安定供給につながることから、効率性が高くなると考えられる。

一方、人口密度、高齢化率が低い地域では、利用者や潜在的な利用者の分布がまばらである、もしくは、利用者の絶対数が少ないことなどが考えられる。このような市区町村では、自治体等の支援の下でサテライト事業所開設をしたり、新しく訪問看護事業所を誘致するなどして、1つの事業所がカバーしなければならないエリアを狭くするよう働きかけることが有効かもしれない。また、これらの要因は事業所管理者や、自治体の政策決定者にとって直接介入することが難しい。しかし、訪問看護は、在宅医療を支える重要なサービスの一つであるため、非効率であってもサービス提供が求められることもあろう。そのような場合には、市町村や都道府県等の自治体が職員・利用者の確保を積極的に支援することで、効率性の向上だけではなく、事業所自体の存続を図ることが重要であると考えられる。その際には、効率性だけではなく、ケアの質等の他の指標を組み合わせることで地域全体の資源の配置を評価し、保健医療計画などの立案、実施をしていく必要があるだろう。

可住地面積割合が高い市区町村の事業所の効率性が高いことも明らかになった。本研究では、可住地面積割合が高い、すなわち平地の割合が高いと、利用者宅への訪問が容易になり、移動時間の短縮が図られ効率性が高くなると想定しており、仮説と同じ結果が得られた。本研究で用いた可住地面積割合で表現可能で、移動に時間がかかる地域とは、林野面積が広く山間部の面積の割合が高い地域である。一方、移動が困難な地域の例として宗像らは、離島型へき地、

豪雪型へき地、広大型へき地を示している（宗像 1979）。本研究のデータは、9月の実績を用いたため、雪による移動への影響はほぼないと考えられるが、離島地域や、北海道のような広大な地域に関しては十分考慮できていない可能性がある。したがって、タイムスタディによる移動時間の算出や、GPS を利用した訪問エリアの面積を把握するなど、事業所ごとのより詳細なデータを収集し、分析を行うことが今後の課題として考えられる。

### （3）訪問介護事業所の規模の効率性と適正規模について

本研究の結果、日本全国の訪問介護事業所の規模の効率性は、平均 0.90 であり、8 割以上の事業所は規模の効率性が 0.80 以上であった。これらの値は訪問看護事業所とほぼ同じ値であり、大部分の訪問介護事業所は、相対的に見てほぼ効率的な規模で運営されていることを示している。したがって、訪問看護事業所と同様に、訪問介護事業所には、事業所規模の拡大・縮小だけで効率性を改善できる余地は少ないと解釈できる。

しかし、規模の効率性を訪問介護員の常勤換算数別にみると、訪問介護員の常勤換算数が 10 人以上の大規模な事業所は、規模の効率性の平均値が 0.79 と最も低かった。さらに、規模の効率性が 0.80 未満の事業所の全てが、現在の生産規模を縮小することにより効率性の向上が見込める、規模の収穫減少型であった。また、常勤換算数が 3 人未満の事業所も、規模の効率性の平均値が 0.84 であり、中規模の事業所と比較して低かった。大規模の事業所と同様に、規模の効率性が 0.80 未満の事業所が 2 割以上を占めていたが、零細事業所ではほぼ全ての事業所が規模の収穫増加型であった。

これらの結果は、訪問看護事業所と同じ傾向を示しており、効率性向上のための方策も訪問看護事業所を参考にできると考えられる。現在、介護保険サービスのうち、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションの 3 サービスは、サテライト事業所を開設することが認められている。したがって、職員数の多い大規模な事業所に対しては、サテライト事業所を開設することにより、事業所 1 か所あたりの職員数、利用者数を減らし、サービス提供体制を再構成することで効率性が向上する可能性がある。

また、訪問介護員の常勤換算数が 3 人未満の事業所では、職員を追加雇用することで、職員の増加割合以上の訪問回数が増加が見込まれるという結果が得られた。また、訪問看護事業所の結果と異なり、訪問介護員に占める非常勤職員の割合が高い事業所ほど、その効率性は高いという結果が得られた。したがって、零細事業所が効率性を向上させる方策としては、非常勤職員を事業所の経営状況および必要とされる訪問回数に応じて増員していく方法が有効である

可能性が示唆された。

#### (4) 訪問介護事業所の効率性に関連する要因について

本研究では、訪問介護事業所の技術効率性に関連する要因を顧客、組織、環境の3つに分類し、Tobitモデルを用いて探索した。

顧客レベルの要因では、利用者一人あたりの訪問回数が多い事業所はD効率値が高いという結果が得られた。言い換えると、事業所の1か月間の訪問回数と同じ場合、実利用者数が少ない事業所の方が効率性は高いということである。訪問回数が少ない利用者は、総業務時間に占める直接ケアを提供している時間の割合が少なくなりやすく、職員の労働時間が同じであっても、提供できるサービスの量が少なくなると想定しており、想定した通りの結果が得られた。

組織要因では、その他の職員が配置されている事業所は効率性が高いことが明らかになった。国の既存のデータを活用したため、その他の職員の内訳は明らかではないが、その多くは事務職員であると考えられる。したがって、訪問看護事業所と同様に、記録・事務作業のうち、介護職員以外でも実施可能な業務を事務職員へ委譲することにより、訪問介護員はより多くのサービスを提供でき、事業所全体として効率性が高くなると考えられる。

また、開設主体が非営利法人の事業所はD効率値が高いという、訪問看護事業所とは逆の結果が得られた。開設主体が非営利法人の事業所の効率性が高くなった理由の一つに、営利法人には特別養護老人ホームなどの施設を開設する権限が与えられていないことが考えられる。これらの施設を併設している事業所では、施設と訪問介護事業所の間で職員を共有でき、効率的な訪問計画を組むことができる可能性がある。さらに、24時間訪問介護提供体制、および夜間の訪問介護提供体制を整えている事業所の効率性は高いことが明らかになった。本研究の結果から、併設施設・事業所の有無、運営の方針などにより、事業所の効率性に違いがあることが明らかになった。今後、事業所特性を含め、事業所を複合的に評価していくことや、似通った事業所特性を持つサブグループを作成し、効率性を評価していくことが必要になると考えられる。

環境要因では、訪問看護事業所と同様に、高齢化率が低い地区町村に立地している事業所の効率性は低いことが明らかになった。高齢化率は訪問介護ニーズの発生頻度を表す変数であり、ニーズの発生頻度が低いこれらの地域では、利用者や潜在的な利用者の分布がまばらであることが考えられる。したがって、これらの地域では、1つの事業所がカバーしなければならないエリアを狭くするような働きかけや、非効率的であってもサービス提供が続けられるよう、自治

体等が支援していくことが重要であると考え。また、病院数の多い市区町村に立地している事業所の効率性は高いことが明らかになった。本研究では、市区町村内の他のサービス資源量として用いることができたのは、病院数のみであった。医療・介護サービスは、様々な種類のサービスを組み合わせることによって、利用者の健康の維持・向上や、在宅療養生活の継続を目指している。したがって、今後は、病院以外のサービス資源量も考慮に入れた、効率性の関連要因の探索を行っていくことが重要であると考えられた。

## (5) 本研究の限界

本研究は、既存の調査に基づくデータベースの 2 次解析を行っており、いくつかの限界が生じている。1 点目は、用いた変数に限りがあることである。本研究で考慮することのできなかつた変数として、第一にケアの質を表す変数が挙げられる。現在、日本の訪問看護サービスの質を定量的に評価する指標の一例として、「訪問看護サービスの質評価のためのガイドライン」が挙げられる。しかし、①調査を行うことは事業所に対する負担が大きく、回収率が低くなってしまう可能性があり、DEA の解析に支障をきたす可能性が大きかったこと、②点数の信頼性・妥当性が十分検証されておらず、効率性測定 of 枠組みに組み込むことが難しい、という 2 点から、本研究では分析に組み込むことができなかった。今後は、データの収集が容易であり、事業所間で数値の比較が可能なケアの質を評価する指標を、効率性測定の変数として加え、より多面的な事業所評価を行っていくことが必要であろう。

また、本研究では、利用者宅への訪問回数を産出変数としており、その他の事業所内で行われている業務を考慮できなかった。例として、訪問看護事業所では、利用者や利用者家族からの電話対応も行っている。これは、利用者満足度へ寄与していると考えられ、また、他の業務として、利用者の獲得や訪問計画の作成などの管理的な業務も考えられるが、これらは定量化することが難しく、効率性測定に変数として加えることができなかった。

2 点目は、地域特性を表す変数が市区町村単位となっていることである。利用者の紹介元、訪問エリアの移動のしやすさ等、事業所の効率性に影響を与えると考えられる地域は必ずしも市区町村の境界と一致していない。また、本研究のデータは、一つの市区町村に複数の事業所が立地しているという階層的な構造である。したがって、本研究では、市区町村をランダム変数としたマルチレベル分析を行うことが適していると考えられる。しかし、本研究の対象には、事業所が 1 か所しか立地していない市区町村が含まれていたため、マルチレベル分析を適用することができなかった。今後は、事業所数が一定以上の市区町

村のみを対象としたサブグループを作成し、階層的なデータ構造を考慮した上での効率性の関連要因の検討を行う必要がある。

3点目は、本研究は1時点のデータのみを用いた横断研究であるため、事業所の効率性とその関連要因は、関連性を示すのみであり、因果関係の特定はできない点である。しかし、本研究の結果から、事業所の効率性に関連する要因に関して示唆が得られたため、今後はこれらの示唆をもとに事業所の効率性についてさらに検討していくことが今後の課題として考えられる。

## 6) まとめ

本研究では、昨年度までの結果に加え、新たに事業所の適切な規模に関する検討を行った。さらに、より詳細な地域特性に関する変数を加え、訪問看護事業所の効率性に関連する要因の検討を行った。その結果、訪問看護事業所零細規模の事業所、および大規模な事業所には、規模の拡大・縮小により効率性向上の余地があることが明らかになった。

また、訪問看護事業所の効率性に関連する地域特性として、事業所立地市区町村の高齢化率、人口密度、可住地面積の割合が関連していることが明らかになった。したがって、訪問看護事業所の効率性の評価を行う場合には、効率性の値そのものの高低のみによって判断することは危険であり、事業所が立地している地域の特性を勘案して評価することが必要であることが明らかになった。

さらに、本研究では、訪問看護事業所の効率性測定の手法を参考に、訪問看護事業所の効率性を測定することを試みた。その結果、効率的な事業所規模や、効率性に関連する要因が特定できた。今後は、訪問サービスだけでなく、特別養護老人ホームなどの施設サービスや、デイケアなどの他の在宅サービスの効率性を評価していくことが重要であると考えられる。さらに、平成24年度の診療報酬・介護報酬改定より、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス、および小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスが創設されたように、現在はサービスの複合化がすすめられている。本研究で用いたDEAは、複数の投入変数・産出変数を取り扱いやすいという長所を持っている。今後は、包括化・複合化が進む介護サービスの効率性を評価し、それぞれのサービスの効率性を単独で評価した場合と比較することで、今後のサービス提供体制の在り方に関する示唆が得られる可能性がある。

しかしながら、本研究で測定した効率性は、訪問看護事業所、および訪問介護事業所の一側面を評価したに過ぎない。この点は、注意する必要がある。効率性が高い事業所が必ずしも優れた事業所ではない可能性があり、効率性が高

い事業所では、訪問滞在時以外に業務が発生することの少ない利用者が多く含まれている可能性もある。したがって、今後、検討すべき点として、サービスの質評価と組み合わせて事業所を評価することや、サービス提供体制の継続可能性などを考慮する必要性が挙げられる。サービス提供体制の継続可能性の評価の視点の一つとして、職員の離職予防が考えられる。サービス提供体制の効率性や、事業所の利益を追求しすぎて、訪問計画を詰めすぎていないか、職員のメンタルヘルス対策は十分に取られているかなど、労働者の視点から見た職場環境の評価と合わせて、事業所の評価を行い、今後の訪問看護、訪問介護事業所の資源配置や、職場の改善を行っていくことが重要であると考えられる。

# 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23年3月

福 岡 県

## I はじめに

### 1. 事業の必要性和これまでの経緯

～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。また、自宅に限らず、介護保険施設等での看取り体制の整備も同時に進めなければ、サービスの供給量の不足は避けられません。

○本事業の根拠：

- ・ 福岡県保健医療計画
- ・ ふくおか新世紀計画 第三次実施計画（健やかに暮らせる社会づくり 安心を支える医療機能の充実 「終末期医療対策の推進」）
- ・ がん対策基本法、がん対策推進基本計画（国）、がん対策推進計画（県）

○行政が地域のケアサービスをつくる根拠：

- ・ 健康で文化的な生活の保障（憲法 25 条）
- ・ 健康および福祉の保持（地方自治法第 2 条）
- ・ 地域保健法

### 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、医療指導課と各保健所が具体的なノウハウを記したものです。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。この手引きを手にとられた皆様が、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。今後もてびきの情報は、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箇所の保健福祉（環境）事務所をモデルとして、「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。この成果を踏まえ、平成22年4月には、全県9箇所の保健福祉（環境）事務所に拡大し、設置となりました。

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、目標の目安は下記の通りです。

図表1

| 枠組み                   | 具体的な望ましい像   |
|-----------------------|---|
| A. 地域在宅医療支援センターの開設・支援 | 【住民】 <ul style="list-style-type: none"><li>・地域在宅医療支援センターの名称や相談にのれることを知る人が増加する</li><li>・本人・家族の不安が軽減でき、満足できる</li></ul> 【保健所】<br>(検討中)   |
| B. 住民への普及・啓発          | 【住民】 <ul style="list-style-type: none"><li>・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</li><li>・支援センターという相談できる場所を知る</li><li>・在宅が療養場所の選択肢にあることを理解できる</li><li>・自分のこととして「死」について考えられる</li><li>・かかりつけ医を持つことの重要性が分かる</li><li>・利用できるサービスと内容（コストも含む）を知る</li><li>・（施設での看取りも進んでいることを示す）</li></ul>  |
| C. サービス提供者のスキルアップ     | 【1年目】 <ul style="list-style-type: none"><li>・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</li><li>・在宅医療に関する相談場所が分かる</li><li>・在宅医療に取り組むモチベーションが上がる</li><li>・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</li><li>・自主的な研修会に保健所が話す機会を依頼される</li><li>・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</li></ul> 【2年目】 <ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療に不足するスキルを高められる</li><li>・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</li></ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>われる</p> <p>【3年目・4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・施設内の看取り経験がある職員が増える</li> </ul> <p>アンケートの変更→自分ができるか?など、スキルについて尋ねる項目を入れる。</p>  |
| <p>D. サービス提供機関のネットワーク構築・システム化</p>      | <p>【在宅医療に関する地域の課題が挙がり解決できる場をつくる】</p> <p>●協議会を通して課題が共有され、解決に向けて行動できる、波及効果が起こる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・顔の見える関係ができる</li> <li>・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</li> <li>・困った時に手を貸してくれる人がある</li> <li>・お互いの役割（できること・できないこと）が分かる、等</li> </ul> <p>→平易な言葉に変更</p> <p>●関係機関のネットワークが促進する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所・訪問看護・薬局の物品のネットワーク</li> <li>・入退院（主治医・病棟看護師・訪問看護師）のネットワーク</li> <li>・ケアマネと訪問看護の連携</li> </ul>  |
| <p>E. 必要な提供体制の整備（質・量）【訪問看護・診療所の調査】</p> | <p>【診療所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、）</li> <li>・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</li> <li>・在宅の患者を●人増やせる（全県下）（目標値は検討中）</li> <li>・診療所医師数</li> <li>・薬剤師への「要訪問」の指示</li> </ul> <p>【訪問看護事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り、レスピレータが可能なステーション数の増加</li> <li>・24時間連絡体制加算増加、24時間対応体制加算有の増加</li> <li>・がん末期、神経難病、小児、精神に対応できるステーション数の増加</li> <li>・訪問看護利用率の増加</li> <li>・訪問看護師数</li> <li>・病院（がん拠点病院）から紹介を受けた件数</li> </ul> <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問できる薬局の増加</li> <li>・麻薬が扱える薬局の増加（割合）</li> <li>・衛生材料が扱える薬局の増加</li> <li>・一包化調剤の可否</li> <li>・居宅管理指導、残薬の整理・処分を実施する薬局</li> <li>・退院調整会議への参加の可否</li> </ul> <p>【歯科】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問できる歯科（訪問診療歯科）の増加</li> <li>・訪問治療が可能な歯科</li> </ul> |

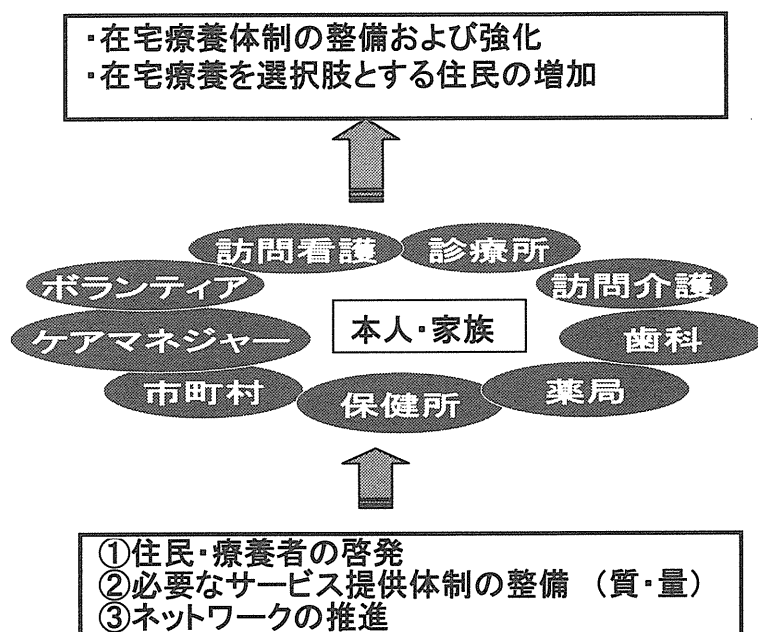
|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科衛生士の派遣が可能な歯科</li> </ul> <p>【病院・がん拠点病院】（要再考）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん拠点病院の相談室の相談件数</li> <li>・ 退院指導加算の数、退院調整加算の件数</li> <li>・ 訪問看護の指示書件数</li> <li>・ 医療連携室が直接家族・本人からの相談した人数の増加</li> </ul> <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がんの相談件数の増加</li> </ul> <p>【居宅介護支援事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護の利用率の増加</li> </ul> |
| <p>F. 在宅緩和ケア、在宅死を選択肢に考える人、実際に選択する人の増加</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 選択する人の増加</li> </ul>  |
| <p>G. 在宅療養者のサービス満足度の向上<br/>在宅での看取り数の増加</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 満足度の向上</li> <li>・ 在宅看取り率の増加</li> <li>・ 施設看取り率の増加</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。

【図表 2】

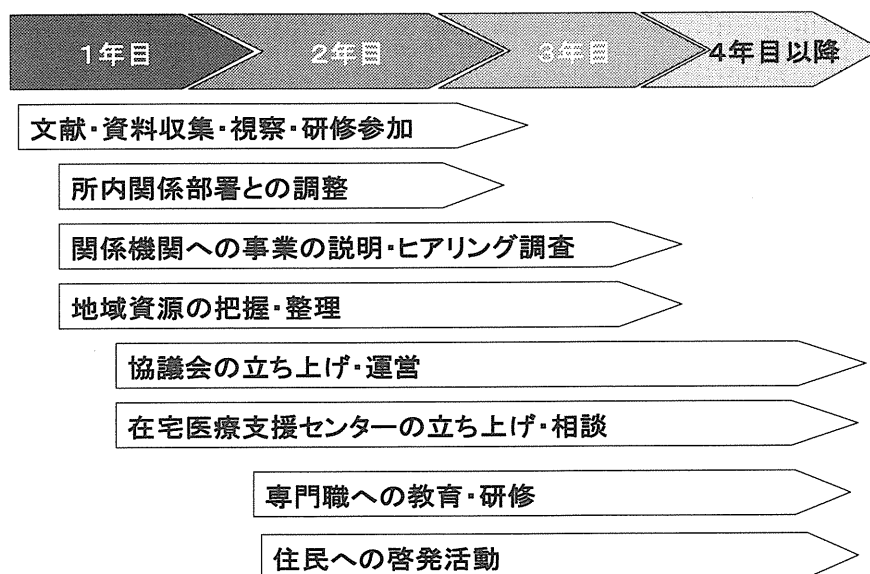


### 4) 実施の目安

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。

【図表 3】



## 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

ー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)ー

○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

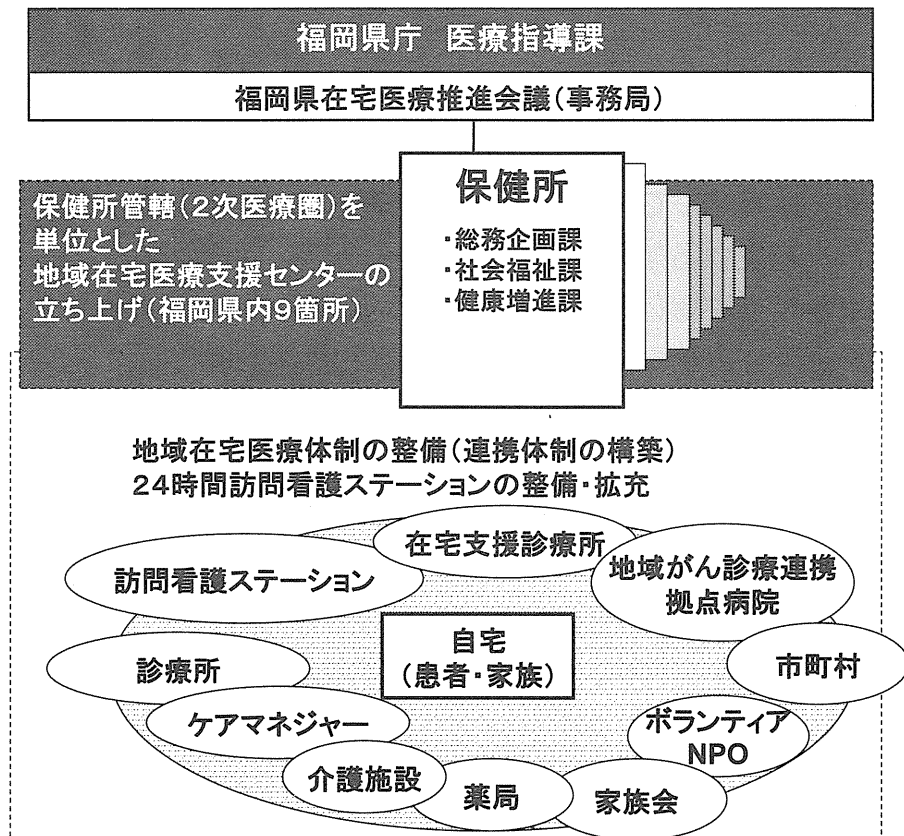
○病院では・・・

- ・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。

### 3. 事業実施体制

本事業の実施体制は以下の通りです。関係課が実施体制を理解し整えることが重要です。

【図表4】



### Ⅲ 実施方法

これから示す実施方法は、おおよその目安です。地域に応じてアレンジして実施して下さい。ここに記載されていること以外に、実施してみてよかったこと等があれば随時更新したいと思いますので、実施プロセスは記述し、県の担当者会議等でご提案下さい。

#### 1. 事業の流れ

担当者になってまず行うことは、自治体職員として管内の状況を思い浮かべ、職員としても、住民としても事業の必要性を理解することです。次に、この手引きや過去の資料、文献を見るなどして、「①事業の必要性を理解する」ことです。その必要性を担当者同士で共有します。その上で所内の関係課とも話し合い、「②事業の実施体制を整え」ます。その後、「③関係機関への説明」を行います。これは現状やニーズ把握、協議会委員就任のお願いなども同時に実施することがあります。

次に地域の現状や「④ニーズを具体的に把握」します。ニーズ把握は改めて調査をする場合もありますが、あらゆる場面で実施可能ですので合わせて行うようにします。ニーズ把握を行いながら目標・方針を見直したり具体的にしていきます。また、「⑤協議会の立ち上げ」や「⑥在宅医療支援センターの立ち上げ・相談」を行います。協議会委員の意向や志気の高まり、地域の優先される課題等に応じて、「⑦専門職のスキルアップ」や「⑧住民啓発」も順次行っていきます。この一連の実施においては、すべて「ネットワーク・システムづくり」を意図しましょう。

【図表5】

事業の流れ図：

