

#### **(4) 専門職のスキルアップ**

医療ニーズの高い患者や終末期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ある。保健所は関係機関から必要なスキルアップの内容を把握し、関係機関と協働するなどして研修会を実施した。

#### **(5) 専門職の連携促進**

医療ニーズの高い患者や終末期患者を受け入れる体制には、医療だけでなく、保健・福祉職との連携が必要不可欠である。関係機関への事業説明、地域資源の現状把握、研修会等、あらゆる場面において関係機関の連携を促進することを意図して行動した。

なお、研究者は、推進事業の立ち上げ当初から、事業推進に関わる情報提供、てびき作成支援、評価方法の検討、等に関わった。

### **3) 結果**

#### **(1) 在宅医療に関わるニーズ把握**

在宅医療に関わる関係機関は、保健所がこれまでの事業では関わることの少なかった関係機関であるため、まずは実態把握から取りかかっていた。質問紙調査やヒアリング調査でニーズ把握を行っていた（9 保健所で実施）。その対象機関は、訪問看護ステーションを始め、診療所、病院の地域連携室、介護施設等であった。調査は実態把握の目的だけで実施するのではなく、調査をきっかけに顔見知りになり、調査票だけでは分からない、在宅医療に対する熱意や考え方等を把握する機会にもしていた。調査結果は地域の実態としてまとめ、協議会の資料とすることで、地域の課題の共有に役立てていた。

また、調査で得た内容を資源名簿にも活用していた。訪問診療や往診が可能な診療所、訪問看護ステーション、病院の地域連携室、訪問歯科診療、訪問薬局等のリストを作成した。資源名簿は、住民にまで公開する地域と、関係機関が活用するのに留まる地域とがあった。資源名簿の作成を通じて、保健所の取り組みを理解してもらったり、在宅医療の重要性を関係機関に知ってもらう機会にもしていた。

#### **(2) 住民や専門職からの相談窓口**

住民からの相談件数は、センター当たり平成 22 年度は平均 115 件、平成 23 年度は平均 217 件であった。相談ケースを通じて他機関との課題の共有や、次

のケースに活かされる体制構築につながっていた。ケースが少ないながらも、どこにも相談できない現在の社会ニーズを凝縮していると考えられ、担当者は家庭訪問してゆっくり話を聞くことや、在宅で看取った家族のグリーフケアを行う等、丁寧に関わることを常に心がけていた。

### **(3)住民への啓発**

目的は、①住民に保健所の推進事業について広く周知すること、②在宅を選択肢の一つとして考えてもらえるよう、地域のサービス等について普及・啓発を行うことであった。方法は、リーフレットの作成・配布（9 保健所で実施）、民生委員等を対象とした研修会の実施（8 保健所で実施）、市民公開講座の開催（4 保健所で実施）、在宅ホスピスボランティア講座の実施（1 保健所で実施）であった。

民生委員等を対象とした研修プログラムの内容は、推進事業についての説明や、自宅や施設でも医療ニーズが高くても療養することができることを伝え、地域の在宅医療を提供する関係機関の紹介や、実際に自宅で療養し亡くなられた事例の紹介等を行った。

研修前後にアンケートを実施し、研修会の評価を行ったところ（平成 22 年度集計）、研修後は研修前に比べ、終末期に希望するようよう場所として「自宅で最期まで療養したい」と考える人の割合が増加し、「最期まで自宅で療養できると思うか」の問いに対し、「実現困難」と考える人が減る等、住民を対象とした研修会によって意識が変化していた。

### **(4)専門職のスキルアップ**

在宅医療に関わる専門職が、医療ニーズの高い患者や在宅での看取りを希望した患者をケアする際に必要となる知識や技術の向上を目的とし、研修会を延べ 12 回実施し、61 名（1 回あたりの平均）の参加があった。医師、訪問看護師、薬剤師、社会福祉士、ケアマネ、行政職等が対象であり、9 カ所の保健所で実施された。専門職も、住民と同様に医療ニーズの高い患者は「自宅で最期まで過ごすことは難しい」と考える者が多いため、まずは最期まで自宅で過ごすことが可能であることを実感してもらえるよう、事例紹介等に重きを置く保健所が多かった。研修会前後にアンケートから（平成 22 年度集計）、研修後は研修前に比べ、終末期に希望する療養場所として「自宅で最期まで療養したい」と考える人の割合が 32.9%増加し、「最期まで自宅で療養できると思うか」の問いに対し、「実現困難」と考える人が 40.1%減る等、住民を対象とした研修会によって意識が変化していた。在宅医療の課題として、「他機関との連携が十分でない」

「知識や技術が不足している」ことを挙げる人が多かった。

また、推進事業は「在宅」の定義を、自宅だけでなく施設も含めて考えており、介護施設職員に対する研修会を2保健所で実施した（平成23年度）。施設での看取りのニーズは高まっているものの、介護職員の不安は強かったが、研修を受けたことでその不安は軽減されていた（研修後のアンケートから）。

#### **(5) 専門職の連携促進**

医療ニーズの高い患者を支える地域のケアシステムを構築するためには、まずは顔の見える関係づくり、地域の課題共有が必要である。全保健所において、在宅医療に関わる関係機関をメンバーとする協議会を設置し、専門職の連携の促進が行われた。協議会のメンバーは、保健所によって多少異なるが、医師会、訪問看護ステーション、薬剤師会、歯科医師会、病院、市町村、地域包括支援センター、介護支援専門員協会、等であり、開催回数は、年1～3回であった。

協議会を重ねるごとに、各機関の課題や役割への理解が増し、在宅医療を地域で進めることの必要性を実感すると共に、協議会で行動する志気も高まった。自主的な勉強会の開催や、研修会の企画につながる地域も出てきた。

連携体制の構築方法には地域特性が見られ、難病事業で構築した連携体制を活かす地域、がん拠点病院の地域連携会議とリンクさせた地域や、医師会主催の緊急搬送システムのネットワークとリンクさせた地域もあった。

#### **4) まとめ**

保健所保健師が在宅医療推進事業を行う際の評価指標と評価方法を明確にし、マニュアルとしてまとめることができた。具体的には、保健所保健師は、以下の8段階に沿って24時間の訪問看護・介護体制の構築を進めていることが明確になった。即ち、①在宅ケアシステムを作る意義を確認し、②所内の関係者と手順を考え、③関係機関に意義と手順を説明し、④地域の強み・資源を把握し、⑤システム作りの核となる関係者の会（協議会等）を立ち上げると共に、⑥住民向け相談窓口を立ち上げ、⑦関係者・関係職種のスキルアップに取り組み、⑧住民啓発を行う、である。

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られる。今

後は、3年間で決定した評価方法が定着するよう、広く県内に普及すること、および、より使いやすく改良していくことが必要である。

トピック： 地域特性に応じた在宅医療推進事業の戦略の明確化に向けた分析  
－連携・ネットワークに着目した分析－

福岡県在宅医療推進事業における保健所と関係団体（機関）間の協働を  
促進する要因と阻害する要因

1) 目的

福岡県在宅医療推進事業における保健所と関係団体（機関）間の協働体制の構築の実態を明らかにすることを目的とする。

2) 方法

(1) 調査対象

ヒアリング調査の対象者は、福岡県の全 9 カ所の保健所の在宅医療推進事業の担当者であった。

(2) 調査方法

調査時期は平成 25 年 2 月～3 月であり、ヒアリング調査に要した時間は 1 カ所あたり約 2 時間であった。ヒアリング調査にあたっては、事前にヒアリング内容を伝え、事業概要が分かる資料の準備を依頼した。当日は、年度毎の保健所と関係機関との連携レベルと、その機関との協働を促進した要因と阻害した要因とを尋ねた。その際に、関係機関を一覧にしたヒアリングシートを用意し、漏れのないように順番に尋ねた。

関係機関は、医師会、訪問看護ステーション（以下、訪問看護 ST）、病院、薬剤師会、歯科医師会、地域包括支援センター（以下、地域包括）、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）とした。関係機関の追加があればその関係機関についても同様に尋ねるようにしたが、追加は挙がらなかった。また、年度毎に関係機関の状況を尋ねたため、担当している年数によって、回答できる年度が 2 年分であった保健所が 2 カ所、3 年分であった保健所が 7 カ所と差異が生じた。

在宅医療のケアシステムの地域の範囲は、保健所によって管轄地域全体を単位とする場合や医師会を単位とする場合があった。そのため、今回尋ねる地域の単位は、在宅医療のケアシステムを構築する最小単位とし、複数ある場合は、よりシステムの構築が進んだと感じた地域を選定してもらった。

連携レベル指標を作成し<sup>1-2)</sup>、範囲は1～4点とし、高いほど連携レベルが高いと判断される。連携レベルの得点の内容は以下の通りである

レベル1：関係機関として認識がある程度（あまり連携がない）

レベル2：情報交換等のコミュニケーションをとる程度（ケースのことについても一方的な情報収集に留まる）

レベル3：お互いの担当するケースについて情報を共有し（課題の共有も含む）、よりよいサービス提供のために連携している

レベル4：地域の在宅ケアシステムについてお互いにディスカッションし、よりよい提供に向けて協働している（行動している）

### (3)分析方法

ヒアリング内容の逐語録を作成し、促進要因と阻害要因をエクセル表に抽出した。明らかに同じことを異なる言葉で表現されているものは統一し、分かりにくい箇所は、文脈から意味が読み取れる範囲で補足した。次に、語られた意味を損なわない程度に抽象度を揃えた。

連携レベルについては、年度別にレーダーチャートに示した。

### (4)倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得た。

## 3)結果

### (1)調査協力者

全保健所の在宅医療推進事業担当者数は18人、1保健所あたりの担当者数は2.00人±2.00であった。経験年数は22.78±8.70年、在宅医療推進事業の担当年数は1.61±0.85年であった。職種は保健師17名、医師1名、放射線技師1名であった。

### (2)連携レベル得点

#### ①平成22年度と平成24年度の連携レベル（平均）

平成 22 年度に最も高かったのは、訪問看護 2.86 であり、続いて、地域包括支援センター 2.43、医師会と歯科医師会は同得点で 2.29 であった。平成 24 年度に最も高かったのは、訪問看護 3.78、医師会 3.56、続いて病院 3.11 であった。平成 22 年度、平成 24 年度に最も低かったのは、共にケアマネジャーであった。

## ②平成 22 年度から平成 24 年度の連携レベル（平均）の推移

医師会が最も伸び率が高く 1.56 であった。次に高かったのはケアマネジャーの 1.49、病院の 1.45 であった。

図表Ⅱ-2-2 平成22年度から24年度の保健所と各機関(団体)との連携レベルの平均値の推移

	H22 <sup>1)</sup>		H24 <sup>1)</sup>		伸び率 <sup>2)</sup>
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
医師会	2.29	0.76	3.56	0.53	1.56
訪問看護	2.86	0.69	3.78	0.44	1.32
病院	2.14	0.69	3.11	0.60	1.45
薬剤師会	2.14	0.69	2.67	0.71	1.24
歯科医師会	2.29	0.76	2.89	0.78	1.26
地域包括支援センター	2.43	0.79	3.00	0.71	1.24
ケアマネジャー	1.71	0.49	2.56	0.73	1.49

1): H22はデータが得られなかった2カ所を除いた7カ所で算出、H24は9カ所で算出

2): 伸び率は、H24の平均値をH22の平均値で除して算出

## ③協働の促進要因と阻害要因

医師会は、最も伸び率が高く、平成 24 年度では 9 カ所中 5 カ所の保健所が 4 点を付けていた。その促進要因を見ると、「在宅医療に熱心な医師がいる」等が挙げられていた。保健所の働きかけでは「協議会やケースを通じて在宅医療の目的や課題を共有したこと」や、「協議会の医師の人数を増やす」ことが促進要因となっていた。

阻害要因は、「在宅医療推進の目的や考え方を共有するのが難しい」等が挙げられた。

訪問看護は、平成 22 年度の得点が元々高かったため、伸び率は高くなかったが、9 カ所中 7 カ所が 4 点を付けていた。促進要因には、「訪問看護ステーショ

ンの連絡協議会が定期的開催されている」「リーダーシップをとる訪問看護ステーションがある」「在宅医療に熱心な訪問看護師がいる」等があった。保健所の働きかけでは、「訪問看護ステーションの連絡協議会がない場合は、立ち上げを支援する」「保健所が訪問看護ステーション連絡協議会に参加し、意見交換や情報提供を行っている」「在宅医療の課題を共有する」「研修会を協働で開催する」等が促進要因となっていた。

阻害要因は、「訪問看護ステーションが小中規模であるため、管理者やスタッフの入れ替わりが多いところもある」「訪問看護ステーションが住民に知られていないためアピールが必要」「訪問看護ステーション同士に競合関係がある」等であった。

病院は、比較的伸び率が高く、9カ所中2カ所で4点が付いていた。促進要因には、「がん拠点病院が管内にあり、病院が地域と連携していくべきという意識がある」「ホスピス病棟を持つ病院や、レスパイトケアを受け入れる病院が、在宅医療への意識が高い」「同一法人内に病院・訪問看護がある」「地域連携室の理解がある」等があった。また保健所の働きかけでは、「病院が主催する勉強会に積極的に参加した」「事例検討会を通じて課題を一緒に探った」「地域に在宅医療に熱心な医師がいることを伝えた」「研修会を開催する」であった。

阻害要因は、「管内にがん拠点病院がない」「在宅医療に保健所が取り組むことの意義を理解してもらうのが難しい」等であった。

薬剤師会と歯科医師会は、伸び率は1.24、1.26と他の関係機関と比べて低い結果であった。連携レベルのばらつきは大きかった。促進要因としては薬剤師会も歯科医師会も「在宅医療に積極的である」ことは共通しており、歯科医師会については「以前から他の事業などで連携がある」ことが挙げられていた。また、歯科医師会については県が実施している「特殊歯科健診事業（心身障害者（児）の歯科健診）」が促進要因となっていた。

阻害要因は、「ケースを通じての関わりが少ない」等が挙げられていた。

地域包括支援センターは、同職種である保健師が所属していることから平成22年度の連携レベルは訪問看護に次いで高かった。促進要因として「他の事業でも連携がある」「同職種であるため話がしやすい」「保健所に協力的である」



等が挙げられていた。また、保健所の働きかけでは、「研修会を協働する」「在宅医療の課題を共有した」等が促進要因であった。

阻害要因は、「在宅医療に関する知識や考え方について意見交換をする場がない」こと等が挙がっていた。

ケアマネジャーは、医師会の次に伸び率が高かったが、平成 24 年度の連携レベルの平均点は最も低かった。促進要因は、「在宅医療に積極的である」等であり、保健所の働きかけは「ケースや研修会を通じて在宅医療の課題共有を行った」、「協議会メンバーに加えた」等が促進要因であった。

阻害要因は、「ケアマネジャーの事業所や人数が多いため実態を把握することが難しい」、「スタッフの入れ替わりが激しいため、安定した連携が難しい」「個別ケースについては連絡を取り合うが、組織としてのつながりはあまりない」等があった。

上記の促進要因、阻害要因以外では、在宅医療連携拠点事業や、市のモデル事業、医師会主催の連携システム等、在宅医療推進事業と関連する多職種のネットワークがある地域があった。それは促進要因にも阻害要因にも挙がっていた。促進要因としては、「既存のネットワークの中で意見交換の場が持てる」こと、阻害要因としては、「既存のネットワークとの協働方法を見出すのに時間を要する」等があった。

また、住民に関する阻害要因として「経済的に厳しい家庭が多く、在宅サービスにお金を支払うことが難しい」ことが挙げられた地域もあった。

#### 4) 考察およびまとめ

3 年間の経過では、どの関係機関とも連携レベルは高くなっていた。これは、在宅医療推進事業の大きな成果といえる。その中でも、医師会との連携の促進は著しく、研修会や事例検討の開催、薬剤・衛生材料のシステム、バックベッド体制の構築等、ケアシステムの構築に向けて行動を起こしている保健所がほとんどであった。政策の後押しを考慮しても、保健所の役割は大きかったと言える。

訪問看護ステーションとは元々連携レベルが高かったが、連絡協議会がない

地域は保健所が立ち上げを支援し、ほとんどの地域に訪問看護ステーションが連絡を取り合える仕組みができたことは成果であった。関係機関の中でも訪問看護ステーションは、在宅医療推進事業の対象事例に多く関わっているため、他機関との連携の促進にも貢献している地域が多かった。そのことを意図して保健所は戦略的に訪問看護ステーションの連携を促していた。

病院との連携の伸びも大きかった。保健所は、病院が主催する勉強会に積極的に参加したり、事業の説明に何度も出向いていた。これまでの保健所のイメージであった「監査する立場」を払拭し、「協働する立場」であることへの理解を得る働きかけが功を奏したと考える。

薬剤師会や歯科医師会については、連携の伸び率は低かった。しかし、いずれも在宅医療への関心は高い地域が多かった。阻害要因として他の関係機関よりもニーズが見えにくいこと等が挙げられていたことから、今後は、事例を積み重ね、より役割を具体的に示していくことが連携の促進につながると考えられた。

ケアマネジャーとの連携レベルは他の関係機関と比べると低かった。阻害要因として、認知症高齢者等への個別対応に追われて在宅医療への優先順位が低いこと等が挙げられていた。しかし、ケアマネジャーの連携レベルの伸び率は大きく、保健所はケアマネジャーを重要なキーパーソンであると考えていることは明らかであった。地域包括ケアを進めていく上でも、医療関係者だけでなく、福祉との関係構築は大きな課題であるため、ケアプラン立案に携わるケアマネジャーとの連携をより強化していく必要がある。

また、医師会等が主催する、既存のネットワークやモデル事業は、促進要因にも阻害要因にもなっていた。ただ、ネットワークやモデル事業と目的の共有ができれば、大きな推進力になった地域もあったため、時間を要するが、検討を重ね連携することが効果的であると考ええる。また、政策的にも、地域包括ケアの推進が市町村にも求められているため、今後は市町村との連携や役割分担を具体的に議論していくことがさらに必要となるであろう。

1)高橋紘士編「地域包括ケアシステム」オーム社、2012. 筒井孝子執筆 「第3章 地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」 pp50-51.

2)Ye C, Browne C, Grdisa V, et.al. Measuring the degree of integration for an integrated service network. International Journal of Integrated Care, 12(18), pp1-15, 2012.

### 3. 福岡県:地域住民の在宅療養意向とその関連要因

#### 1) 研究背景と目的・対象地域の概要

国民の 66.3%が終末期を在宅で過ごすことを希望している。一方、そう希望した者の約 66%は自宅で最期まで療養することを実現困難だと認識している。地域住民の多くが終末期在宅療養をより実現可能なものと認識することは、そこに住む住民が実際に終末期在宅療養に臨むことを促進する可能性があると考えた。本研究は、高齢者の一般的な終末期療養について、住民の実現可能性の認識に着目し、その関連要因を明らかにすることを目的にした。これにより、地域住民の多くが終末期在宅療養をより実現可能なものと認識するための具体的な介入策を検討した。

#### 2) 調査方法

##### (1) 研究デザイン

自記式質問紙調査による横断研究とした。

##### (2) 対象地域の概要

調査は、以下の 2 地域（福岡県久留米市、および添田町）で行った。対象地域を含む福岡県平均の在宅死亡率は 8.7%である。

○久留米市:人口約 30 万人、総面積 229.8 km<sup>2</sup>、可住面積 193.4 km<sup>2</sup>、高齢化率 19.3%、在宅死亡率 11% (2012 年 10 月 1 日時点)。

○添田町:人口約 1 万 2 千人、総面積 132.1 km<sup>2</sup>、可住面積 22.2 km<sup>2</sup>、高齢化率 32.3%、在宅死亡率 5% (2012 年 10 月 1 日時点)。

##### (3) 調査対象者

2012 年 9 月 1 日時点で、久留米市および添田町に住民票がある 20~79 歳の住民を対象とした。

##### (4) 調査対象者の選定

各自治体で住民基本台帳を用いて 20~39 歳、40~59 歳、60~79 歳の 3 区分からそれぞれ住民 600 名を無作為に抽出し、計 1800 名 (2 地域で計 3600 名)を調査対象とした。除外基準は外国人国籍の者とした。

## (5)調査手順

2012年9月に無記名自記式質問紙、趣意書、返信用封筒を対象者宅に郵送した。対象者の抽出と宛先の転記を研究協力者である久留米市および添田町の自治体職員、質問紙の発送作業を研究者が行った。対象者は回答した質問紙を返信用封筒に厳封し、所属する自治体宛てに返送した。回収した質問紙は自治体職員が研究者に転送した後、研究者によって開封された。質問紙を郵送した6週間後に回収を打ち切った。

調査票の作成は研究者間で内容を検討し、2012年8月、福岡県内の一般住民20名を対象に予備調査を行った。さらに久留米市および添田町の保健師3名の意見を基に質問紙を修正した。

## (6)分析方法

地域ごとに、終末期在宅療養を実現可能と認識する人の特徴を明らかにするため、対象者の基本属性、終末期在宅療養の実現可能性の認識に関連すると考えられる各変数を独立変数、終末期在宅療養の実現可能群、実現不可能・不明群の2値変数を従属変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。

## 3)結果

### (1)調査票配布数および回収数・有効回答数

1800票ずつ配布した質問紙のうち、久留米市19票、添田町99票が住所不明であった。調査票回収数のうち、終末期在宅療養の実現可能性の認識、年齢、性別が欠損であった久留米市48票、添田町44票を除き、久留米市の620票、添田町の493票を分析対象とした。

図表Ⅱ-3-1 調査票配布数および回収数・有効回答数

	調査票配布数	住所不定の者を除いた配布数	調査票回収数(%)	有効回答数(%)
久留米市	1800	1781	668 (37.5%)	620 (34.8%)
添田町	1800	1701	537 (31.6%)	493 (29.0%)

## (2) 調査対象者の概要

対象者は 60～79 歳の者の割合が久留米市 39.8%、添田町 45.2%と多く、女性が約 6 割を占めていた。教育歴は大学以上の者が 15%程度、持ち家を持つ者が 80%程度であった。

図表 II-3-2 調査対象者の概要

		久留米市 (n= 620)	添田町 (n= 493)
年齢 (歳) (mean (SD))		54.7 (8.8)	55.3 (11.2)
年齢区分	20～39歳	160 (25.8)	102 (20.7)
	40～59歳	213 (34.4)	168 (34.1)
	60～79歳	247 (39.8)	223 (45.2)
性別	男性	249 (40.2)	182 (36.9)
	女性	371 (59.8)	311 (63.1)
教育歴	大学以上	102 (16.5)	66 (13.4)
	短大・高専・専門学校以下	512 (82.6)	425 (86.2)
居住環境	持ち家	468 (75.5)	409 (83.0)
	借家	148 (23.9)	76 (15.4)
経済状況	楽に生活できる・なんとか生活していける	499 (80.5)	383 (77.7)
	生活するのは難しい・生活するのは非常に困難	115 (18.5)	102 (20.7)

欠損は除く。表中の数字は、平均値±標準偏差(範囲) もしくは人数 (%)

## (3) 終末期在宅療養の実現可能性の認識

終末期在宅療養を実現可能と回答した者は、久留米市で 117 名 (18.9%)、添田町で 68 名 (13.8%) であった。一方、実現不可能と認識した者は、久留米市で 324 名 (52.3%)、添田町で 304 名 (61.7%) であった。久留米市の方が、添田町よりも終末期在宅療養を実現可能と認識している者が多かった。

図表 II-3-3 終末期在宅療養の実現可能性の認識

	久留米市 (n= 620)	添田町 (n= 493)	<i>p</i>
実現可能	117 (18.9)	68 (13.8)	
実現不可能	324 (52.3)	304 (61.7)	.005 <sup>a</sup>
わからない	179 (28.9)	121 (24.5)	

欠損は除く。χ<sup>2</sup>検定

表中の数字は、平均値±標準偏差(範囲) もしくは人数 (%)

#### (4)在宅療養支援サービスの認識

久留米市では、在宅療養支援サービスの全ての項目で、サービスがあると認識している者が、実現不可能・不明群に比べて実現可能群に多かった。

添田町では「自宅で療養する際に、気軽に相談できる所がある」、「自宅で療養することを支援する病院や診療所がある」、「自宅に往診してくれる医師がいる」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-3-4 在宅療養支援サービスの認識

		久留米市 (n= 620)			添田町 (n= 493)		
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)	p	実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	p
<b>在宅療養支援サービスの認識</b>							
自宅で療養する際に、気軽に相談できる所がある	そう思う	58 (49.6)	120 (23.9)	.000 <sup>a</sup>	24 (35.3)	75 (17.6)	.000 <sup>a</sup>
自宅で療養することを支援する病院や診療所がある	そう思う	64 (54.7)	112 (22.3)	.000 <sup>a</sup>	19 (27.9)	62 (14.6)	.006 <sup>a</sup>
自宅に往診してくれる医師がいる	そう思う	62 (53.0)	120 (23.9)	.000 <sup>a</sup>	26 (38.2)	90 (21.2)	.002 <sup>a</sup>
日中に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	78 (66.7)	245 (48.7)	.000 <sup>a</sup>	38 (55.9)	232 (54.6)	.875 <sup>a</sup>
夜間、早朝に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	40 (34.2)	85 (16.9)	.000 <sup>a</sup>	10 (14.7)	56 (13.2)	.750 <sup>a</sup>
24時間、電話一本で看護師が自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	20 (17.1)	46 (9.1)	.014 <sup>a</sup>	5 (7.4)	26 (6.1)	.722 <sup>a</sup>
介護が必要な人が、朝から夕方まで過ごせる施設がある	そう思う	63 (53.8)	224 (44.5)	.050 <sup>a</sup>	32 (47.1)	196 (46.1)	.961 <sup>a</sup>
介護者に急な用事ができた場合などに、介護が必要な人が一時的に過ごせる施設がある	そう思う	56 (47.9)	154 (30.6)	.000 <sup>a</sup>	27 (39.7)	151 (35.5)	.525 <sup>a</sup>

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a  $\chi^2$ 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

#### (5)終末期在宅療養に関する認識

久留米市では、「終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用がおおくかかる」と思う者が実現可能群に少なかった。添田町では、「自宅での看取りは、良いイメージがある」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-3-5 終末期在宅療養に関する認識

		久留米市 (n= 620)			添田町 (n= 493)		
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)	p	実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	p
<b>終末期在宅療養に関する認識</b>							
自宅で死を迎えさせることは、家族が十分な医療を与えていないことになる	そう思う	2 (1.7)	28 (5.6)	.083 <sup>a</sup>	1 (1.5)	24 (5.6)	.232 <sup>c</sup>
診療所より大きな病院の方が質の高い医療を受けられる	そう思う	37 (31.6)	184 (36.6)	.338 <sup>a</sup>	28 (41.2)	149 (35.1)	.508 <sup>a</sup>
自宅での看取りは、良いイメージがある	そう思う	39 (33.3)	146 (29.0)	.337 <sup>a</sup>	34 (50.0)	108 (25.4)	.000 <sup>a</sup>
終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用が多くなる	そう思う	19 (16.2)	152 (30.2)	.002 <sup>a</sup>	13 (19.1)	85 (20.0)	.782 <sup>a</sup>
医師は、終末期医療や死について患者や家族と話すことを快く思わない	そう思う	7 (6.0)	57 (11.3)	.086 <sup>a</sup>	8 (11.8)	34 (8.0)	.327 <sup>a</sup>

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a  $\chi^2$ 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

## (6)在宅療養に関する情報・経験

久留米市では、最近5年間、居住する地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている者、介護経験のある者、が実現可能群に多かった。最近5年間に、近親者の死を経験したことがある者が実現可能群に少なかった。

添田町では、最近5年間に、居住する地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている者が実現可能群に多く、最近5年間に、近親者の死を経験したことがある者が実現可能群に少なかった。

図表Ⅱ-3-6 在宅療養に関する情報・経験

		久留米市 (n= 620)		p	添田町 (n= 493)		p
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)		実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	
在宅療養に関する情報・経験							
最近5年間に、居住する地域の中で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている	知っている	30 (25.6)	80 (15.9)	.014 <sup>a</sup>	20 (29.4)	77 (18.1)	.029 <sup>a</sup>
介護経験	あり	72 (61.5)	257 (51.1)	.035 <sup>a</sup>	46 (67.6)	249 (58.6)	.164 <sup>a</sup>
最近5年間に、近親者の死を経験したことがある	あり	64 (54.7)	323 (64.2)	.045 <sup>a</sup>	37 (54.4)	283 (66.6)	.024 <sup>a</sup>

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a  $\chi^2$ 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

## (7)終末期の療養に関する地域の規範

久留米市では、地域の他者が「終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている」と思う者は実現可能群に少なく、「地域の人や家族の介護をする際に助けになってくれる」と思う者が実現可能群に多かった。添田町では、「地域の人や家族の介護をする際に助けになってくれる」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-3-7 終末期の療養に関する地域の規範

		久留米市 (n= 620)		p	添田町 (n= 493)		p
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)		実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	
終末期の療養に関する地域の規範							
終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている	そう思う	29 (24.8)	175 (34.8)	.032 <sup>a</sup>	21 (30.9)	159 (37.4)	.267 <sup>a</sup>
介護のために、看護師やヘルパーなど、家族以外の人を自宅に入れるのをわずらわしく考えている	そう思う	15 (12.8)	89 (17.7)	.185 <sup>a</sup>	7 (10.3)	79 (18.6)	.084 <sup>a</sup>
地域の人や、家族の介護をする際に助けになってくれる	そう思う	26 (22.2)	47 (9.3)	.000 <sup>a</sup>	26 (38.2)	66 (15.5)	.000 <sup>a</sup>

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a  $\chi^2$ 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

## (8) 終末期在宅療養の実現可能性の認識に関連する要因

ロジスティック回帰分析の結果、久留米市では、自宅で療養することを支援する病院や診療所があると思う者 (OR=3.28)、地域の人々が家族の介護をする際に助けになってくれると思う者 (OR=2.09) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識し、終末期の医療費は自宅の方が病院より高いと思う者 (OR=0.33)、近親者の死の経験がある者 (OR=0.55) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識する者が少なかった。

添田町では、在宅看取りに良いイメージがある者 (OR=2.88)、地域の人々は家族の介護をする際に助けになってくれると思う者 (OR=2.67) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識し、近親者の死の経験がある者 (OR=0.52) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識する者が少なかった。

図表Ⅱ-3-8 終末期在宅療養の実現可能性の認識を従属変数としたロジスティック回帰分析

	久留米市 (n= 561)		添田町 (n= 445)	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
<b>在宅療養支援サービスの認識</b>				
自宅で療養することを支援する病院や診療所がある <sup>a)</sup>	3.28 (1.94 - 5.53)	.000	1.44 (0.69 - 3.00)	.322
夜間、早朝に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある <sup>a)</sup>	1.29 (0.72 - 2.31)	.377	1.05 (0.45 - 2.45)	.904
介護者に急な用事ができた場合などに、介護が必要な人が一時的に過ごせる施設がある <sup>a)</sup>	1.44 (0.86 - 2.40)	.163	1.12 (0.60 - 2.10)	.709
<b>終末期在宅療養に関する認識</b>				
自宅での看取りは、良いイメージがある <sup>a)</sup>	0.95 (0.57 - 1.56)	.840	2.88 (1.58 - 5.23)	.001
終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用が多くかかる <sup>a)</sup>	0.33 (0.18 - 0.61)	.000	0.65 (0.30 - 1.38)	.264
<b>在宅療養に関する情報・経験</b>				
最近5年間に、住んでいる地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている <sup>b)</sup>	1.40 (0.80 - 2.47)	.235	1.45 (0.74 - 2.84)	.270
介護経験 <sup>c)</sup>	1.63 (0.98 - 2.70)	.057	1.63 (0.86 - 3.10)	.131
最近5年間に、近親者の死を経験したことがある <sup>c)</sup>	0.55 (0.34 - 0.89)	.015	0.52 (0.29 - 0.93)	.028
<b>終末期の療養に関する地域の規範</b>				
終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている <sup>a)</sup>	0.70 (0.42 - 1.19)	.193	0.74 (0.40 - 1.38)	.350
地域の人々は、家族の介護をする際に助けになってくれる <sup>c)</sup>	2.09 (1.11 - 3.90)	.021	2.67 (1.40 - 5.08)	.003
<b>基本属性</b>				
年齢 (歳)	1.01 (0.99 - 1.03)	.103	1.01 (0.99 - 1.03)	.164
性別：男性 <sup>d)</sup>	1.67 (1.01 - 2.78)	.045	1.25 (0.68 - 2.31)	.462
教育歴：大学生以上 <sup>e)</sup>	0.91 (0.49 - 1.69)	.783	1.46 (0.69 - 3.05)	.313
居住環境：持ち家 <sup>f)</sup>	1.67 (0.91 - 3.07)	.094	0.68 (0.30 - 1.54)	.360

ロジスティック回帰分析：「実現可能」=1、「実現不可能・不明」=0, OR: Odds ratio CI: Confidence interval

a) reference: そう思わない

b) reference: 知らない

c) reference: ない

d) reference: 女性

e) reference: 大学生未満

f) reference: 借家



## 4) 考察

### (1) 両地域で「終末期在宅療養は実現可能である」という認識に関連した要因

「地域の方は、家族の介護をする際に助けになってくれる」と思う者ほど、終末期在宅療養を実現可能と認識する傾向があった。終末期在宅療養で地域の方が助けてくれると思う者は、地域住民の終末期在宅療養に対する考え方を肯定的なものとして捉え、その結果、終末期在宅療養を実現可能と認識したと考えられる。ここから、在宅療養をテーマに住民同士が関わる機会を作り、地域住民同士で助けあうことができるという認識を高めることで、そこに住む住民の終末期在宅療養に対する実現可能性の認識を高めることができる可能性がある。

両地域とも、近親者を亡くした経験のある者ほど、終末期在宅療養を実現可能とは認識しない傾向があった。近親者を亡くした経験により、終末期療養を行う際の苦労や負担を見聞きすることで、終末期療養の難しさをより具体的に想定できていた可能性があり、これが実現可能性の認識を阻害した可能性がある。今後、療養場所や療養者の最期の状態を含め、詳細に調査する必要がある。

### (2) 久留米市でのみ「終末期在宅療養は実現可能である」という認識に関連した要因

在宅療養を支援する医療機関がある、と思う者は終末期在宅療養を実現可能と認識する傾向があった。在宅療養を支援する医療機関を知っている住民は、終末期在宅療養の障害（急変時対応の不安や再入院のベッド確保の不安）に対し、医療機関の支援を期待できている可能性がある。終末期在宅療養を支援する医療機関の存在、および機能・利用方法を普及することで、そこに住む住民の終末期在宅療養に対する実現可能性の認識を高めることができる可能性がある。

また、久留米市では、終末期の医療費は自宅の方が病院より高いと思う者ほど、終末期在宅療養を実現可能と認識しない傾向があった。療養者が自身の療養場所を選択する際、より費用がかからない方を選択する傾向がある。かかる費用が少ない方が在宅療養を実現しやすいという考え方は、療養者自身の選択に限らず、一般的な終末期在宅療養の認識に関しても同様の傾向を示すことが明らかになった。終末期の在宅療養にかかる医療費が病院療養に比べて少なかった事例もあることから、在宅療養にかかる費用負担の正しい情報を住民に伝えることで、終末期在宅療養を実現可能と考える住民が増える可能性がある。

### (3) 添田町でのみ「終末期在宅療養が実現可能である」という認識に関連した要因

添田町では、在宅看取りに対するイメージが良い者ほど、終末期在宅療養を

実現可能と認識する傾向があった。

療養者は自身の療養場所を選択する際、イメージが良い方を選択する傾向があると推察される。在宅療養を支援する医師やサービス提供者が療養者の生活をより良くするために取り組み、在宅療養を行うことが生活の質の向上につながった事例を紹介するなど、在宅看取りに対して良いイメージを抱けるようにすることで、地域住民が自身の居住する地域において終末期在宅療養を実現可能と認識する可能性がある。

郡部の住民は都市の住民に比べて伝統的な規範やイエ意識が高く、周りの人の眼をより強く気にすると推察されるため、在宅看取りに良いイメージを持つ者は、在宅で終末期療養を行うことは周りの人から肯定的な評価を得られることにつながると考え、より実現しやすいものと認識した可能性がある。

#### **(4)本研究の限界と意義**

本研究は福岡県の2自治体で行われたもので、回収率は29～35%であること、また、調査に協力した対象者は終末期在宅療養に関心の高い集団であった可能性があることから、結果の一般化には注意を要する。また、横断研究であるため、変数間の関連性しか説明できず因果関係は明らかでない。

しかし、本研究は地域住民の終末期在宅療養の実現可能性の認識に着目し、その関連要因を地域ごとに明らかにした初めての研究である。

#### **(5)今後の課題**

人には地域の他者が自分の行動を見ているという自己意識があり、自分の認識する社会規範に自分の行動を合わせようとする意識があることから、終末期在宅療養が実現可能であると認識する人が増えることで、終末期在宅療養を実現しやすい環境を整えることができると考えられる。今後は、地域住民の終末期在宅療養の実現可能性の認識の高さが、終末期在宅療養の実現につながることを確認する必要がある。

## 4. 福岡県・訪問看護・介護の一体型サービス提供モデル事業

### 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。

そこで研究者らは、2009 年度、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を検討する目的で、福岡県内の 6 か所の訪問看護ステーション（以後、St）でモデル事業を実施した。その結果、個別の事例では滞在時間の短縮、看護師の満足度の向上、負担の軽減につながる事が明らかとなった。また、ステーション全体でも、看護師の負担軽減ややる気の向上につながるという、管理者の印象もあった。

2010 年度は、一体型訪問体制を実践的に活用していくことを目標として、福岡県の 3St でモデル事業を実施し、以下の 5 点について実証研究を行った。さらに、ア)～オ)の結果から、一体型訪問体制が実践の場で活用されるのに適切な事業体制を検討した。

- 
- ア) 同行訪問のニーズ評価
  - イ) 訪問時のケア、看護師の感じる負担等に対する介護職員同行の効果
  - ウ) 看護師の仕事意識に対する一体型訪問事業導入の効果
  - エ) 介護保険で行う訪問介護との同時訪問と、同行訪問の違い
  - オ) 利用者の支払い意思調査
- 

### 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Ⅱ-4-1 モデル事業参加 St

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

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 22 年 8 月 1 日～平成 23 年 1 月 31 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、各 St 管理者が介護職員に対し、訪問看護の内容やケアに関する事前研修を行った。研修は、2009 年度モデル事業で行った事前研修「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」の資料に基づいて行った。

(4) モデル事業所内の訪問実績の記録内容

モデル実施 St では、以下の項目について保険種類・月ごとに記録した。

図表Ⅱ-4-2 モデル事業対象ステーションの訪問実績

---

その月の利用者（実数）（名）

その月の訪問件数（実数）（件）

うち、1人で十分なケアができる訪問（件）

うち、1人では十分なケアができない訪問（件）

うち、2人訪問が望ましい（あると良い）訪問（件）

うち、2人訪問が必須（ないと危険）な訪問（件）

うち、看護師2名が必須な訪問（件）

うち、看護師と介護職員で対応可能な訪問（件）

うち、介護保険の訪問介護と同行している訪問（件）

---