

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られる。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。

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、訪問介護事業所の効率性を測定することを試みた。今後は、訪問サービスだけではなく、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。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。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	<p>【住民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・本人・家族の不安が軽減でき、満足できる <p>【保健所】 (検討中)</p>
B. 住民への普及・啓発	<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）
C. サービス提供者のスキルアップ	<p>【1年目】</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 ・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 <p>【2年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

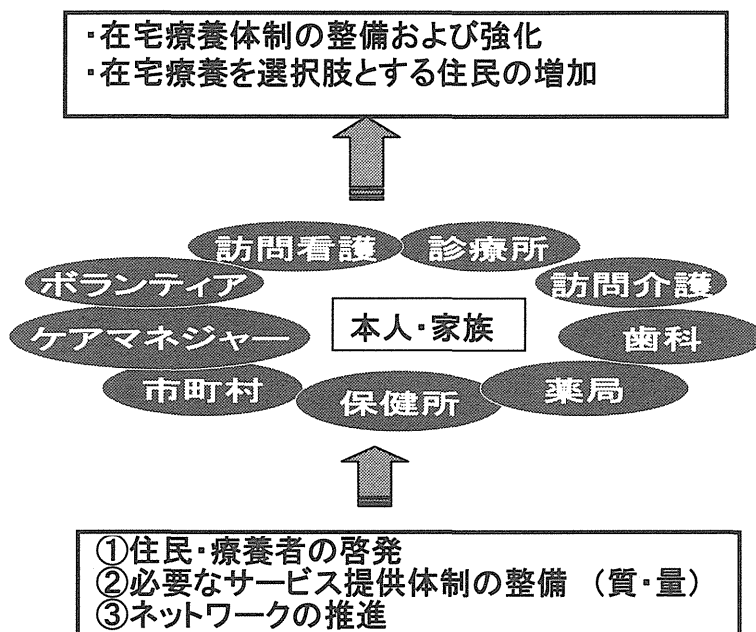
	<p>われる</p> <p>【3年目・4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅に関わる医師・看取り経験の多い訪問看護事業所が増える ・ 施設内の看取り経験がある職員が増える <p>アンケートの変更→自分ができるか?など、スキルについて尋ねる項目を入れる。</p>
D. サービス提供機関のネットワーク構築・システム化	<p>【在宅医療に関する地域の課題が挙がり解決できる場をつくる】</p> <p>●協議会を通して課題が共有され、解決に向けて行動できる、波及効果が起こる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <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"> ・ 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
E. 必要な提供体制の整備(質・量)【訪問看護・診療所の調査】	<p>【診療所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）（目標値は検討中） ・ 診療所医師数 ・ 薬剤師への「要訪問」の指示 <p>【訪問看護事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看取り、レスピレータが可能なステーション数の増加 ・ 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、精神に対応できるステーション数の増加 ・ 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 <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>【歯科】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士の派遣が可能な歯科 <p>【病院・がん拠点病院】（要再考）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がんの相談件数の増加 <p>【居宅介護支援事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の利用率の増加
<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"> ・ 選択する人の増加
<p>G. 在宅療養者のサービス満足度の向上 在宅での看取り数の増加</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 満足度の向上 ・ 在宅看取り率の増加 ・ 施設看取り率の増加

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。

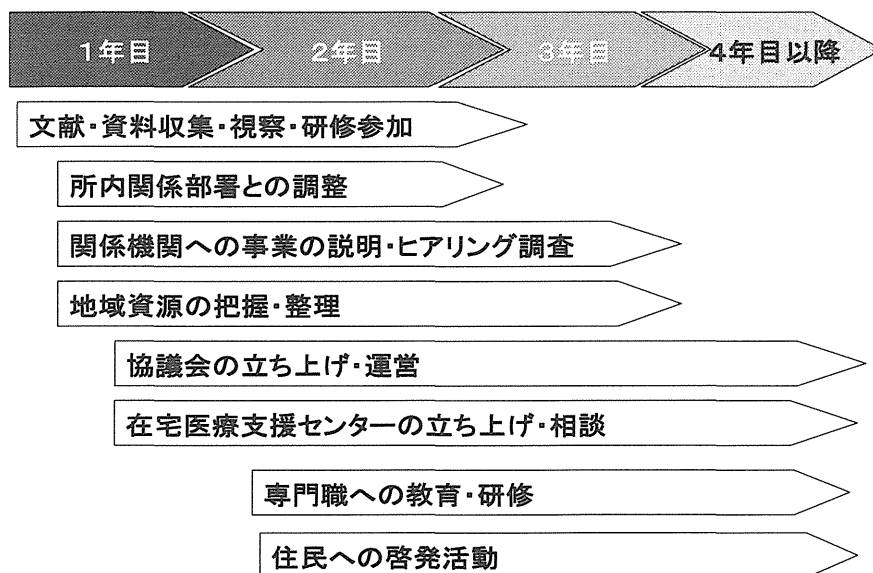
【図表2】



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を整えば、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

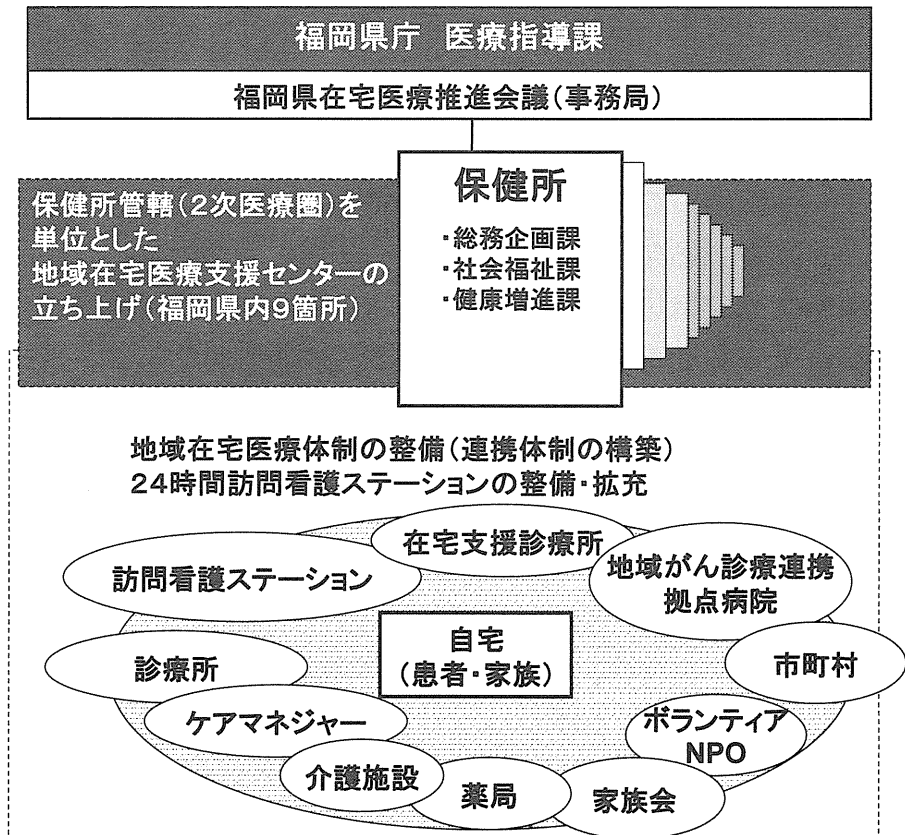
○病院では・・・

- ・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

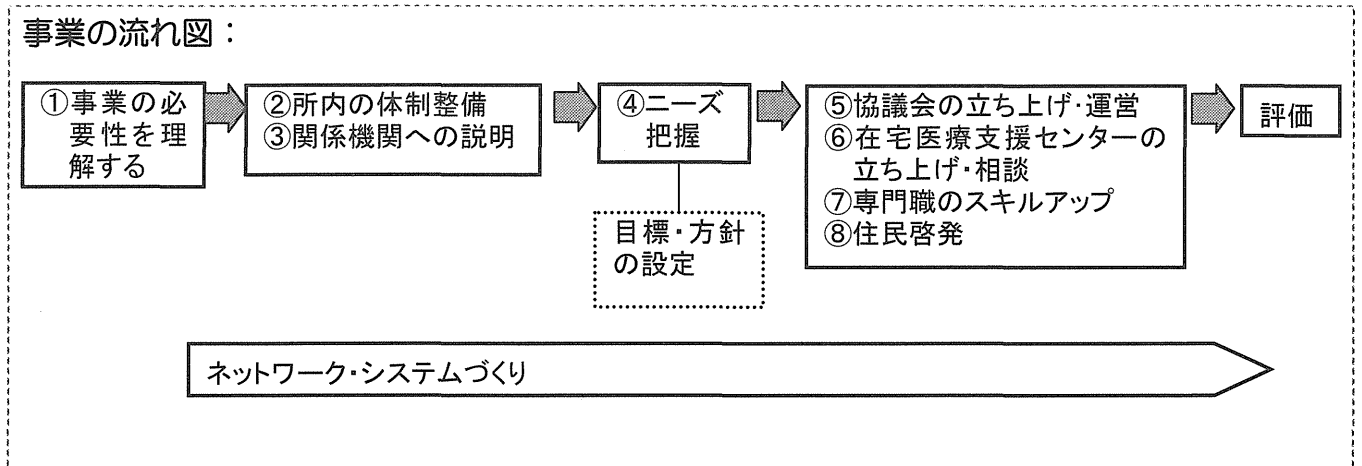
これから示す実施方法は、おおよその目安です。地域に応じてアレンジして実施して下さい。ここに記載されていること以外に、実施してみてよかったこと等があれば随時更新したいと思しますので、実施プロセスは記述し、県の担当者会議等でご提案下さい。

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」「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】



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 ～対象となる患者のイメージ化～

この事業では、これまで保健所が直接的に関わることの少なかった者を対象としているため、対象像がイメージしにくく、事業の必要性を理解し難いという難点があります。そのため、まずは前述したこの事業の必要性や保健所が取り組む意義を、事業担当者が理解し実感することが、この事業のスタートラインです。この事業で取り上げる課題は、他課、他機関を動かしながら解決を図る必要があるため、担当者がいかに事業の必要性を実感込めて所内外で説明することができ、他者に納得してもらえるかということが事業展開の鍵となります。また、保健所間で情報交換や相談し合うことも重要です。特に先進地域から情報を得ることは事業を進める上で大変有益です。

○実例

実例1) 訪問看護師から在宅療養や在宅での看取りを希望されている事例を伺い、看取り経験のあるご家族に直接お話を伺うことで、在宅での看取りは可能であることや、この事業を必要とする人がいることを実感した。

(宗像・遠賀地区、南筑後地区)

実例2) 担当者会議やSWOT分析*で、保健所や地域の強み・弱みを明らかにし、保健所がこの事業に取り組む意義を再確認した。

*SWOT分析：目標を達成するために意思決定を必要としている組織や個人の、プロジェクトやベンチャービジネスなどにおける、強み (Strengths)、弱み (Weaknesses)、機会 (Opportunities)、脅威 (Threats) を評価するのに用いられる戦略計画ツールの一つ。

○参考・参照資料

《県からの配布分》

- ・「終末期医療モデル事業報告書」平成17年度～19年度（県庁医療指導課）
- ・在宅ホスピスガイドブック（福岡県在宅ホスピスをすすめる会）
- ・退院後のがん患者と家族の支援ガイド（日本ホスピス・在宅ケア研究会）
- ・訪問看護のための事例と解説から学ぶ在宅終末期ケア（財団法人 日本訪問看護振興財団）
- ・在宅でその人らしく「家族支援」（ホスピスケア講義録2）
- ・在宅でその人らしく「疼痛コントロール」（ホスピスケア講義録1）
- ・余命6ヶ月から読む本（ファイナルステージを考える会＝編）

- ・退院後のがん患者と家族の支援ガイド（日本ホスピス・在宅ケア研究会編）
- ・福島県東北地域在宅緩和ケア推進の手引き

《リーフレット》

- ・病院から「家に帰りたい」という人のために（財団法人在宅医療助成 勇美記念財団事務局）
- ・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）

《その他》

- ・病院で死ぬということ 山崎章郎
- ・平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「医療計画における PDCA サイクルによるマネジメントに関する研究」
主任研究者 尾形裕也
- ・「自宅で迎える幸せな最期」 文春文庫 押川真喜子著
（訪問看護がなぜ必要なのか、求められているのか、また、訪問看護師の役割もわかり、お勧めです。ハンカチを準備して読んでください。・・・）

NOTE：対象者のイメージづくり

- ・モデル事業の1年目は、困っている方のイメージが湧かないということが、担当者から挙がりました。私達がどんな方たちのためにシステムを創り上げるのか、実感がないと、関係者に説明するにも、戦略を立てるのにも、自信（根拠）を持って動くことが持てません。
- ・私達が関わる対象像を掴む早道は、対象となりそうな事例に当たり、当事者やサービス提供者の疑似体験をすることです。訪問看護ステーション、当事者の方、看取り経験のある家族、身近にアプローチしやすいところに出向き、お話を伺ってみましょう。そうすることで、在宅でターミナル期を家族と過ごし、とてもよい表情で満足いく死を迎えられる方が身近にいらっしゃるなどの事例を知り、ニーズがあることを確信できるでしょう。

NOTE ○死生観を話し合ってみましょう

- ・この事業では、死に直面しているご本人、大切な方をがん等で失ったご家族とお会いすることがあります。その方たちに寄り添いながら何が必要かを考える際には、担当者自身の死生観を問われるため、戸惑ったり、対応に自信がもてないことがあります。そのため、どこで亡くなりたいか、がんにかかったら告知されたいか、死が近づいた時残りの時間をどう過ごした

いか、などについて、まずは担当者同士で話してみるのもよいかもしれません。死生観をこれまで明確にもっていなかった人も、焦る必要はありません。徐々に育んでいけばよいことですし、何よりもご本人やご家族の相談によって戸惑いや辛さを感じた時に、話ができる相手（同僚、上司など）をしておくことが重要です。

Step 2 : 所内の関係課と事業の進め方を考えよう

この事業は所内で共通理解を持っておくことが必要です。まずは、保健監、課長、担当者等が、これが公衆衛生の課題であることを理解し、①なぜ、今この事業に取り組む必要があるのか、②なぜ、保健所が行う必要があるのか、③役割や協働できる内容を、課内・他関係課と共有する必要があります。担当者は上記について説明できる資料を用意し、端的に説明できるように準備しておきます。

また、この事業は相談者の発生や、関係機関の志気が高まった時に担当者がタイムリーに動くことが必要ですが、その際に周囲から理解が得られるように、最初の説明だけでなく、事業の進捗状況を適宜報告しておくことも大切です。

○ポイント

協働が必要な所内関係者（例）

- ・ **所内**：新規事業であり多くの関係機関との調整が必要な事業であるため、複数名で担当する。課内の職員は担当者の身近な理解者・相談者である。担当者はタイムリーな動きが必要な際の理解や協力が課内の職員から得られるように、事業の進捗状況を日頃から報告しておく。
- ・ **保健監**：保健医療の専門分野にかかる専門職のトップとして所内体制のリーダー。事業全体の戦略立案、方針、所内・所外の対外的な調整、協議会の持ち方等、助言を得る。最初の所内・外への説明のリーダーシップを担う。
- ・ **総務企画課**：保健医療情報集約や医療計画、複数課にまたがる事業の調整を行っている。そのため、病院・診療所・薬局等の課題や最新情報が入ってくる。複数課の調整が必要となる関係機関のニーズ調査や、研修・会議等の調整を担う。企画指導係においては、管内全体の情報が入る部署であるため、協働して事業を進めることが望ましい。
- ・ **社会福祉課**：介護保険、高齢者施策に関する担当課として管内市町村やサービス制度にかかる情報集約、調整を行っている。この事業では介護保険事業所・施設と協働する必要性が生じるため協力が必要。
- ・ **課内/係内（健康増進課）**：難病支援対策、在宅医療推進に関する相談、調整を企画指導係と共に中心的に担っている。在宅緩和ケアの主な対象者はがん患者であるが、難病、未熟児、障害児、等の対象者も同様の課題を抱えている。協働することで事業をリンクさせ、効率的に動くことが可能になる。

説明内容：

- ・ この事業の必要性

- ・なぜこの事業を保健所が行う必要があるのか
- ・事業での役割や協働できる内容
- ・担当者が不在時も、在宅医療に関する相談が切れることのないよう、協力体制をつくっておく

○参考・参照資料

《既存アンケート》

- ・日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査
- ・終末期医療に関する調査（厚生労働省）

《人口動態》

- ・管内の在宅死亡数

NOTE

※まずは所内勉強会から（宗像・遠賀地区）

初年度に企画指導係主催で「在宅医療勉強会」実施

第1回目 在宅とは？ ホスピスとは？ 緩和ケアとは？ 死亡率は？

第2回目 相談対応の体制づくりについて

第3回目 相談対応（電話・来所相談対応・記録用紙・社会資源等）

担当者まかせにせず、誰が相談にきても対応できるよう、所で取り組もうという雰囲気づくりに役立った。