

在宅医療推進事業の展開事例を通じた事業評価の  
あり方に関する研究

全国保健師長会調査研究事業

平成 27 年 3 月

# 在宅医療推進事業の展開事例を通じた事業評価のあり方に関する研究

## —目次—

背景	1
1. 本研究の必要性	1
2. 目的および実施内容	1
3. 福岡県在宅医療推進事業	2
I 在宅医療推進事業の評価指標の開発	8
1. 行政の事業評価は必要不可欠	8
2. 事業開始時の評価の検討	8
3. 平成26年度の事業評価の見直し・改定	10
II 在宅医療推進事業評価指標を用いた評価（10項目）	16
1. 目的	16
2. 方法	16
3. 結果	16
4. 考察	25
III 在宅医療推進事業評価指標を用いた評価（62項目）	27
1. 目的	27
2. 方法	27
3. 結果	27
4. 考察	41
IV 在宅医療推進事業評価指標の活用可能性	43
V 保健所所長（医師）からみた事業及び保健師特性	44
1. 目的	44
2. 方法	44
3. 結果	44
4. 考察	46
付録	49

## 《要旨》

福岡県では、「誰もが望む場所で安心して療養できる医療体制の整備」を目指し、平成20年度からモデル保健所において、平成22年度からは全保健所で地域の特性や課題に応じた在宅医療推進事業を展開している。今後は、地域包括ケアシステムの構築を目指す市町村を支援するうえでも、これまで保健所が先行して取組んだ在宅医療推進のノウハウを伝える役割は大きいと思われる。本事業の推進にあたっては、事業の質を担保するために、在宅医療推進マニュアル（以下、てびき）を作成し、事業評価指標を設定した。そこで、本研究では、今後、市町村でも活用できる有効な評価方法を開発することを目的として、本事業におけるてびきや評価指標を見直し、活用性の高いものを作成することとした。作成にあたっては、福岡県の県庁担当係、保健福祉（環境）事務所への郵送調査やヒヤリング調査の結果を参考に、平成22年に策定した「在宅医療推進事業の手引き」「事業評価計画」を基盤として検討した。今後、本報告書が活用されることで、効果的な事業評価と事業実践に繋がり、在宅医療推進の一助になるよう願っている。

## 《研究分担者》

代表者 森松 薫 福岡県糸島保健福祉事務所

分担者 田口 敦子 東北大学医学系研究科 公衆衛生看護学分野  
鎌田 久美子 福岡県糸島保健福祉事務所  
王丸 才恵子 福岡県糸島保健福祉事務所  
野田 容美 福岡県糸島保健福祉事務所  
山下 眞由美 福岡県筑紫保健福祉環境事務所  
塚本 忍 福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所  
千葉 可南子 東京大学医学部保健学科 看護学専攻

事業協力 福岡県保健医療介護部医療指導課  
福岡県筑紫保健福祉環境事務所  
福岡県粕屋保健福祉事務所  
福岡県糸島保健福祉事務所  
福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所  
福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所  
福岡県田川保健福祉事務所  
福岡県北筑後保健福祉環境事務所  
福岡県南筑後保健福祉環境事務所  
福岡県京築保健福祉環境事務所



## 背景

### 1. 本研究の必要性

#### 60%以上の国民は自宅で療養したいと望んでいる

我が国は急速な少子高齢化を迎えており、特に高齢者の増加に対応できるような医療・介護提供体制を構築することは喫緊の課題である<sup>1)</sup>とされている。厚生労働省の調査によると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答している<sup>2)</sup>が、在宅療養移行や継続の阻害要因としては「家族への負担」や「急変した時の対応への不安」等が挙げられている<sup>2)</sup>。また、実際のところ在宅で亡くなる割合は全体の15%程度であり<sup>3)</sup>、在宅医療のニーズに対応しきれていないということが分かる。このようなことを踏まえると、望む人が住み慣れた環境で出来るだけ長く過ごせるように在宅医療を推進していくことは重要なことである。

#### 効果的な在宅医療推進のために評価指標の明確化は必要不可欠

厚生労働省の在宅医療の体制構築に係る指針には、医療計画の実効性を高めるには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことの重要性が示されている<sup>1)</sup>。在宅医療においても評価の必要性が指摘され、その一つとして在宅サービス提供事業者の質を評価する様々な取り組みが進められている<sup>4)</sup>。在宅医療に拘らず、行政評価は、「行政機関の活動を何らかの統一的な視点と手段によって客観的に評価し、その評価結果を行政運営に反映させること」と定義されており<sup>5)</sup>、今や、多くの自治体、官公庁で導入されている。行政評価の結果・プロセスを公開・公表することでアカウンタビリティの遂行もできる<sup>5)</sup>とされている。このことから、行政を核として実施されている在宅医療を適切に評価していくことは、事業の見直し、住民や他部署・他職種への事業成果の説明につながるため、必要不可欠であると考えられる。更に、在宅サービスの質評価を推進するためには、評価基準の統一化が必要である<sup>4)</sup>とも言われている。しかし、現在日本では、在宅医療の評価指標のモニタリング<sup>7)</sup>等も行われているものの、在宅医療の評価指標を明確化しているものは少ない。このことから、在宅医療の評価が適切に行われるためには、有用な評価指標の検討を行い、評価指標を明確化していくことは重要なことである。

### 2. 目的および実施内容

本研究は、在宅医療推進事業の事業評価のあり方を検討することである。その目的を達成するために、以下について実施した。

#### I 在宅医療推進事業の評価指標の作成

行政を核とした在宅医療推進に関する評価指標を明確化した。

## II・III 在宅医療推進事業評価指標を用いた評価

作成した評価指標を用いて、評価してみることで、評価指標の妥当性を検討した。

## IV 在宅医療推進事業評価指標の活用可能性

本研究で作成した評価指標の活用可能性と課題を検討した。

## V 保健所長（医師）からみた事業及び保健師特性

所内体制のリーダーとして事業全体の戦略立案、方針決定、所内外の調整を担ってきた立場から、事業の進捗に影響を与える要因や担当者の変化について考察を得ることで活動評価の一助とした。

## 言葉の定義

「在宅医療推進」とは、医療ニーズが高くても地域住民が希望する場所で療養でき、亡くなる場所を選択できることを推し進める働きかけと定義する。また、在宅医療推進が対象とする疾患はがん等に限定せず、全ての疾患を対象にすることとする。

## 対象地域

対象地域は福岡県域であった。福岡県の人口は約 507 万人であり<sup>8)</sup>、高齢者人口の割合は増加しているが、在宅での死亡割合が全国平均に比べて低位である<sup>9)</sup>。そのため、在宅で看取りまで行える体制整備が急がれている<sup>9)</sup>。福岡県では、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションといった在宅医療関連の人口当たりの医療資源数は全国平均を上回っており、比較的医療資源に恵まれている。一方で、人口 10 万対の医療資源数が全国平均を下回っている地域もあり、地域差が生じている<sup>9)</sup>。

## 3. 福岡県在宅医療推進事業

### 1) 事業の概要

在宅医療推進事業は、平成 20 年度には 4 保健所管内が先行して実施されたが、平成 22 年度からは 5 保健所が加わり福岡県全域で実施された。県庁の医療指導課では、平成 17 年に示された医療構造改革の方針を受けて、課内で在宅医療の推進を重点項目にすることを決定し、予算化した。

#### (1) 事業の立ち上げは、保健師が地域の課題を認識したことから始まった

本事業の発端は、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。また、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。

## (2) なぜ保健所が在宅医療を推進するのか？

この事業の実施が決まった当初は、なぜ保健所が在宅医療を進める必要があるのか？という声が、他部署、他機関だけでなく、保健所からも挙がった。高齢社会は、多死社会でもあり、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る。急速に増加する高齢者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ある。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あり、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や、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ると考えた。

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ある。

## (3) 在宅医療推進事業が目指すこと

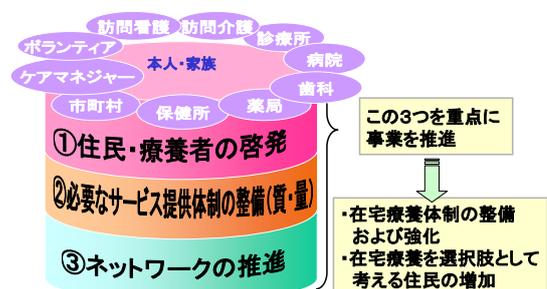
本事業は、①住民は希望する場所で療養ができ、亡くなる場所を選択できること、②地域は緩和ケアができる在宅医療資源が増え、ネットワークが構築できること、③保健所は在宅医療推進に関するネットワークの統合調整機能を果たし、評価することができることを目的とした。

また、在宅療養が可能であることを県民に周知するとともに、必要なサービス提供体制の整備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、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、の3つの重点項目を定めた(図表1-1)。

この推進主体を「地域在宅医療支援センター」(以下、センターとする)と看板を掲げ、保健所に設置した。センターの機能は、在宅緩和ケア等についての相談、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強化すること等である(図表1-1)。

平成20年度には、推進事業を推進する主体として保健所がセンターの看板を掲げて、

### 重点項目



図表 1-1 福岡県在宅医療推進事業の重点項目

在宅医療の推進機関で組織される在宅医療推進協議会を設置し、スタートさせた。実施内容は検討を重ね、(1) 在宅医療に関わるニーズ把握、(2) 住民や専門職からの相談窓口、(3) 住民への啓発、(4) 専門職のスキルアップ、(5) 専門職の連携促進を主な内容とした。県庁の医療指導課は、保健所が事業推進に必要な情報収集・情報提供、保健所担当者の会議や研修会の開催、県レベルの関係団体との調整、成果のまとめや周囲へのアピール等を行った。保健所では、2～3人体制が推進事業を担当し、事務職、医師、栄養士、助産師等も担当したが、最も多い担当者は保健師であった。

## 2) 事業の実施内容

### (1) 在宅医療に関わるニーズ把握

---

保健所は、これまで難病患者以外の在宅医療への取り組みが少なかったため、まずは地域の実態を把握することから始める必要があった。管轄内の診療所、訪問看護ステーション等を対象に、どの程度のサービスが提供可能なのか、どの程度の在宅医療への知識や技術を持っているのか、今後医療ニーズの高い患者や終末期を在宅で療養することを望む患者をどの程度受け入れる可能性があるか等を、アンケートやヒアリングによって把握した。

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、調査で得た内容を在宅医療に関する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。保健所は、資源名簿を多機関と協働して作成することを通じて、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

---

この事業を推進する主体として、センターを保健所に設置した。センターは住民の相談、関係機関を集めた協議会の開催等の役割を担った。リーフレットの配布や町内の回覧板を用いて、在宅療養を希望する住民の相談場所として住民や専門職にアピールした。電話や面談、場合によっては訪問を行うことにより、住民の相談に乗った。

相談件数は、年々増加傾向である。電話相談の実数を見ると、患者本人は、平成 23 年度は 23 件、平成 25 年は 147 件であった。同様に、家族は、平成 23 年度 96 人、平成 25 年度 138 件、関係機関は、平成 23 年度 184 件、平成 25 年度 248 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。センターへの相談ケースは多くはないが、これらのケースの相談内容は、相談窓口が存在しないニーズである可能性が高いため、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**

---

現在、病院で亡くなる人が 8 割以上を占める中、多くの住民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があることを知らない。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住民が大半である。よって、一般市民を対象に、フォーラムの開催や、民生委員等の地域のキーパーソンを対象とした研修会によって住民啓発を行った。

住民啓発の主な目的は、①住民に在宅医療推進事業に保健所が取り組んでいることについて広く周知すること、②医療ニーズが高くても在宅で療養や看取りが可能であることを知ってもらうこと、③在宅医や訪問看護ステーション等の地域のサービスについて情報提供することであった。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。特に、民生委員等を対象とした研修プログラムには力を入れた。研修会の前後にアンケートを実施したところ（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参加者の意識が変化していた。

### **(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、在宅で受け入れる体制を整備するためには、地域の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。

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、平成 22 年度は研修会を延べ 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、ケアマネジャー、行政職等が対象であり、9 カ所の保健所で実施された。住民と同様に専門職も、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」と考える者が多かったため、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よう、事例紹介等に重きを置く研修を開催した。研修会前後に行ったアンケートによると（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、専門職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、在宅だけでなく施設での看取りもターゲットとしており、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）。介護施設での看取りのニーズは高まっているため、介護職員の不安は強いことが課題であったが、研修を受けることでその不安は軽減される効果が見られた。

### **（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。保健所は、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。

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。

#### **【引用文献】**

1) 厚生労働省：医療計画の推進について、

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/d1/tp0215-01-02d.pdf#search=%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E5%8C%BB%E7%99%82%E8%A8%88%E7%94%BB%E3%81%AE%E6%8E%A8%E9%80%B2>（アクセス日：2015 年 3 月 23 日）

2) 厚生労働省：在宅医療の最近の動向、

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf#search=%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E5%9C%A8%E5%AE%85%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AE%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E5%8B%95%E5%90%91](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf#search=%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E5%9C%A8%E5%AE%85%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AE%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E5%8B%95%E5%90%91)（アクセス日：

2015年3月23日)

3) 厚生労働省：医療介護の連携について（その2），

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vx-att/2r9852000001012k.pdf#search='%E5%9C%A8%E5%AE%85%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E7%8E%87'>（アクセス日：2015年3月23日）

4) 柏木聖代：在宅サービスのアウトカム評価と質改善，季刊・社会保障研究，vol148，152-163

5) 小野達也/田淵雪子：行政評価ハンドブック，東洋経済新報社，東京，2001，4-6

## I 在宅医療推進事業の評価指標の開発

全保健所で本事業の取り組みを開始した平成 22 年度は、まだ他県での取り組みが少なく、評価指標の設定が難しい状況であった。そのため、事業の立ち上げから関わっていた事業担当者が意見を出し合い、評価指標を作成するところから始まった。その後 4 年が経過し、平成 26 年度には評価指標の見直しを行った。本章では、その評価指標の作成過程と評価指標を報告する。

### 1. 行政の事業評価は必要不可欠

行政が事業評価を行う目的には大きく 2 つある。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ある。2 つ目に、納税者への説明責任の向上である。税金に見合うだけの価値あるサービスを提供し、住民にとって最善の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ある。

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つ。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必要不可欠である。

### 2. 事業開始時の評価の検討

#### ～平成 22 年度から平成 25 年度までの事業評価の取組み～

本事業の実施にあたっては、事業の質を担保するために、平成 22 年に在宅医療推進マニュアル（以下、てびき）を作成し、それを指針に事業担当者は事業を進めた。事業評価の実施方法は、そのてびきに記し、事業推進の Plan-Do-Check-Act の一部に位置づけられている。

評価指標は、事業目的と連動するものである。そのため、福岡県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」（Rossi, 2005）を使って整理した。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」を評価する。「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?」を評価する。「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?」を評価する。

評価の時期と評価内容は下記の通りである。

■ 毎年実施する評価

- ・ 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

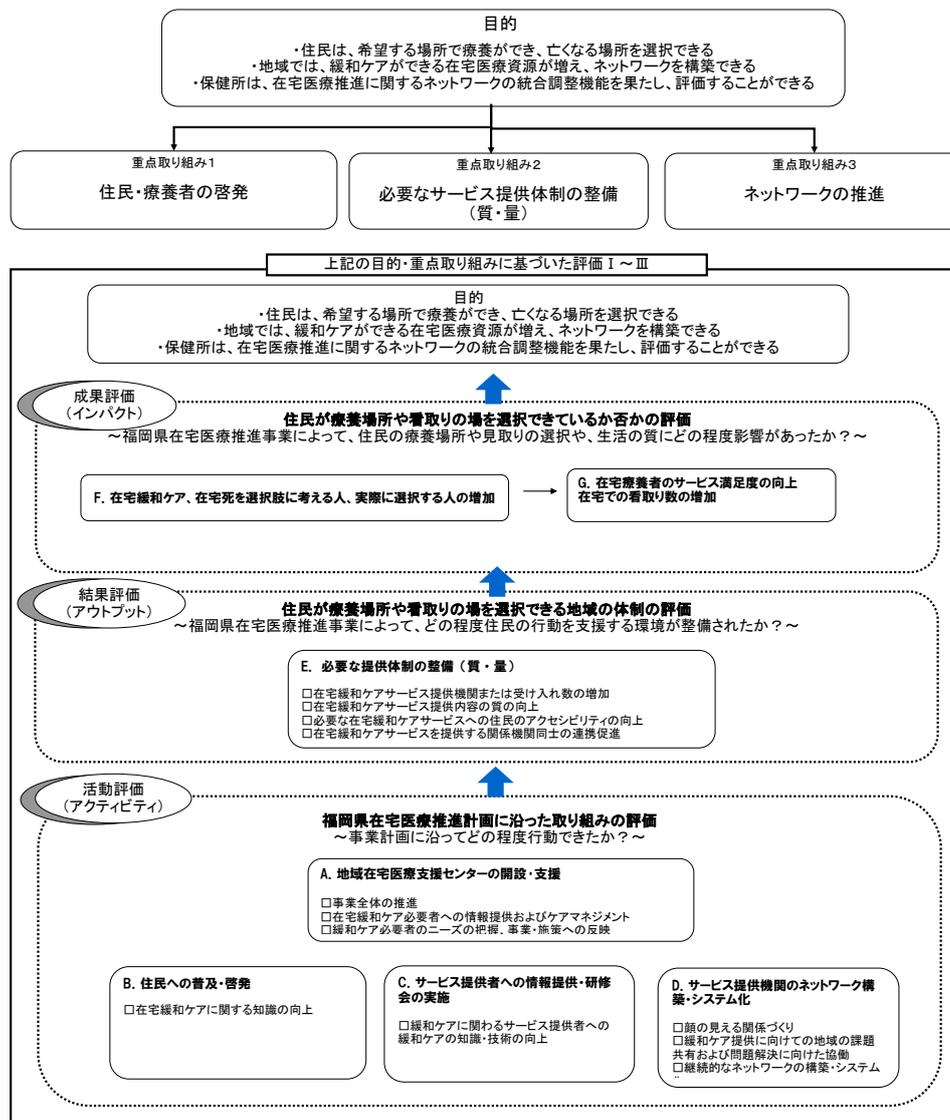
■ 2年ごとに実施する評価

- ・ 訪問看護ステーション調査による評価
- ・ 診療所、薬局、歯科調査（資源把握）による評価
- ・ 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

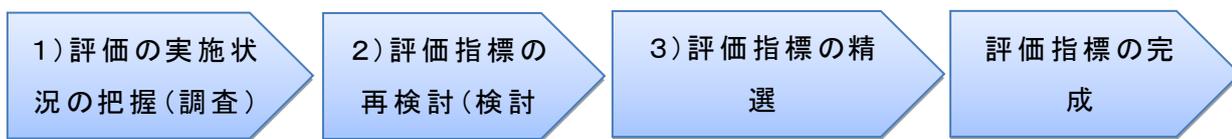
図表Ⅱ-1 福岡県在宅医療推進事業 評価の枠組み(平成22年度作成)



### 3. 平成26年度の事業評価の見直し・改定

平成24年度の医療保険、介護保険の同時改定を期に、大きく在宅医療・介護が評価され、福岡県在宅医療推進事業にも拍車がかかった。さらに、平成26年度の医療保険の報酬改定では「地域包括ケア」の概念を基に、市町村の取り組みも強調されるようになった。このように、本事業に関わる情勢も変化し、在宅医療推進における県の役割は再検討を求められている。それに伴い、評価指標や評価方法も見直しを行った。

#### 平成26年度 評価指標作成手順



#### 1) 評価の実施状況の把握（調査）

平成26年7月に、全保健所の事業担当者9名を対象に「福岡県在宅医療推進事業評価の実施状況調査」を実施した。評価の実施状況、および評価について記されているてびきの活用状況、内容の妥当性について質問紙を用いて尋ねた。

#### 調査結果 評価指標があまり活用されていない現状が明らかに・・・

##### ■ 事業評価の実施状況、評価指標の妥当性、活用するうえでの課題

- 評価のための十分な時間が確保できない。
- 事業がすすみ、県共通の評価指標の内容があわなくなった。
- 県全体で集計し活用する目的が不明確。
- 評価指標を広域で評価するしくみがない。

##### ■ てびきの活用状況、内容の妥当性

- 事業を担当した当初は、事業推進の参考となった。
- 迷った時に立ち戻る指針となった。
- 事業の対象が（がん等の緩和ケアが必要な療養者等から在宅療養者全般に）拡大されたため、参考にしていない。
- 事業が進んできたため、内容がすぐわなくなってきた。
- 十分に活用ができていない。

図表Ⅱ-2. 9保健所の評価の実施状況

事業評価のために作成した 共通様式の種類	保健所の活用状況とその理由									使用しない理由
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
相談記録	○	○	○	×	×	△	○	○	○	・がん以外に使用しにくい ・情報の量が大きく負担
協議会ネットワークの チェックリスト	×	×	△	×	×	×	×	×	×	・必要時、個別にヒヤリング ・短期間で評価できないため意義が見出せない。
訪問看護ステーション（以 下、St）調査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・1回/2年県全体で各保健所を 通して実施
サービス提供者（St） への研修会アンケート	○	×	×	×	×	×	×	×	×	・研修内容と項目が合致しない ・独自に聞きたい項目があった ため
サービス提供者（St以外） への研修会アンケート	○	×	○	×	×	×	×	×	×	・研修内容と項目が合致しない ・独自に聞きたい項目があった ため
病院退院調整部署の調査	×	×	△	×	×	×	×	×	×	・独自に調査をしたため ・数回、任意様式で実施
住民への普及啓発アンケ ート	×	△	○	×	×	×	△	×	△	・調査量が大きく負担がかかる ・啓発内容に応じて改良し実施

「○」：共通様式で  
実施。  
「△」：保健所独自  
で改良し、  
任意様式で  
実施。  
「×」：共通様式  
で実施し  
ていない。

### 調査結果を基にした評価指標の改善方針

評価指標の共有が困難で活用できていなかった面もあることから、評価の枠組みをシンプルにし、目的を共有しやすくした。また、評価の負担感を軽減するために、業務上作成を求められる所定の報告書に活用できる枠組みとした。さらに、保健所の視点だけでなく、市町村や地域包括支援センター、関係団体が主体となり事業を実施する際の指標となるよう項目を追加した。

## 2) 評価指標の再検討（検討会）

評価指標の検討委員会を設置し、上記の評価指標について、不足項目等を追加、整理した。その結果、100項目の評価指標候補項目が挙げられた。評価指標の構成は、まずストラクチャー（構造要件）、プロセス（過程要件）、アウトカム（成果）の3つの大項目に分けられた（Donabedian, 2003）。さらに、それらは中項目である、職員組織、予算、ニーズ把握・事業計画の立案、相談支援、住民への普及啓発、関係職員のスキルアップ、関係機関のネットワークづくり、必要な提供体制の整備（在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所、薬局、歯科診療所、病院、高齢者施設、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、地域包括支援センター）評価の実施、事業全体の成果（在宅看取り数、在宅看取りへの住民の満足度）、に分けられた。（図表Ⅱ-3）

## 3) 評価指標の精選：デルファイ調査の実施

県保健所及び県庁担当者（41人）を対象に、検討会で精選した100項目について、その重要性や指標としての妥当性について、自記式質問紙調査を実施した。調査方法は、デルファイ法を用いた。デルファイ法は、集団の意見や知見を集約し、ある程度収束した組織的な見解を得ることを目指す方式である。

1回目の調査では、予め検討した評価指標が在宅医療推進の評価指標として重要であるかを4段階のリッカートスケールで尋ねた（1.不要である，2.それほど重要ではない，3.重要である，4.非常に重要である）。なお、「1.不要である」と回答した場合は、その理由についても尋ねた。2回目の調査では、大項目ごとに、重要な項目を2項目ずつ選んでもらった。

## ■回答者の属性（41人）

職種は、保健師が36人（87.8%）と最も多く、次いで放射線技師2人（4.9%）、助産師、管理栄養士、事務が同数でそれぞれ1人（2.4%）であり、現在、管理職（係長以上）である者は20人（48.8%）であった。実務年数は平均26.4年（標準偏差10.0）であり、平成26年8月末時点の在宅医療担当年数は平均2.9年（標準偏差1.9）であった。

### 調査結果 10項目を評価指標として選定

#### ■1回目の調査：100項目→62項目

全100項目の平均値は、2.89～3.71の間であった。まず、「非常に重要である」「重要である」の合計が、95%以上であった53項目を、『より重要である』と合意が得られた項目とした。共同研究者間で話し合い、95%未満であったが重要と考えられる「住民または関係機関からの相談件数が増える」「訪問可能な薬局が増える」の2項目を追加した。さらに、自由回答に「地域包括ケアの実現に向けて、市町村の役割を加える必要がある」という意見があったため、市町村に関する候補項目に、「地域の医療・介護サービス資源の把握ができる」「在宅医療・介護連携の課題抽出と対応について協議の場がある」等の7項目を加え、62項目とした。これらを2回目のデルファイ調査項目とした。

#### ■2回目の調査：62項目→11項目（図表Ⅱ-4）

62項目について、保健所共通の評価指標として重要度の高い項目を選んでもらった。中項目ごとにより重要性が高いと選択された割合が高かった11項目を残した。

11項目のうち、必要な提供体制の整備にある「施設看取りに積極的な施設が増える」は、事業全体の成果に含まれるため、最終的に10項目とした。

### 調査結果を基にした評価指標の改善方針

最終的に残った11項目は、統計的な手法により選ばれた項目である。今後は、これらを実際に用いて評価を行い、その有効性について検討する必要がある。しかし、今回、全保健所を対象に、調査を基に評価指標を見直したことは、これまで十分に実施できていなかった評価の実現可能性を高め、今後の福岡県の在宅医療推進を効果的に進めるのに有益であったと考える。近年、在宅医療に関する政策が目まぐるしく変化しているため、当面は、評価指標の定期的な見直しが必要であろう。

図表Ⅱ-3 評価指標候補項目の構成（100項目）

**【目的】**

- ・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、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

大項目	中項目	小項目		
構造要件 (ストラクチャー)	職員組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業に必要な担当人数の確保ができる</li> <li>・在宅医療に関連する事業経験のある職員の配置等、事業に効果的・効率的な事業体制を構築できる</li> <li>・担当者変更時の引継ぎが的確にできる</li> </ul>		
	予算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な予算を確保できる</li> </ul>		
過程要件 (プロセス)	ニーズ把握・事業計画の立案	計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療に関わる地域の実態を把握し、課題を抽出できる(適宜、見直すことができる)</li> <li>・在宅医療に関わる地域の課題に基づいた事業計画を立案できる</li> </ul>	
		実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画立案の際に、相談支援における、保健所の地域での役割を明確化できる</li> </ul>	
	相談支援	評価	計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別相談支援に必要な在宅療養についての情報がどこにあるか分かる</li> <li>・必要な社会資源にタイムリーにつなぐことができる</li> <li>・必要に応じて、電話相談から面接または訪問の約束ができる</li> <li>・個別の相談支援から、共通するニーズや課題の抽出ができる</li> <li>・関係職員からの相談が増える</li> <li>・相談者(住民・関係機関)の不安が軽減できる</li> </ul>
			実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養/在宅看取りに関する住民の認識を把握し、課題の抽出ができる</li> <li>・地域の課題に応じた在宅療養/在宅看取りに関する住民啓発の効果的な対象集団・内容・人数を決定できる</li> </ul>
			評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養/在宅看取りに関する効果的な住民啓発ができる</li> <li>・在宅療養/在宅看取りに関する住民啓発の実施回数・参加人数(対象としたポピュレーションに対する割合)が増える</li> <li>・かかりつけ医をもつ住民が増える</li> <li>・住民は、終末期の医療や療養場所を考える機会を持つことができる</li> <li>・住民は、在宅(自宅・施設)が看取り場所(療養場所)の選択肢であることを理解できる</li> <li>・住民は、地域包括支援センター、保健所などの在宅医療について相談できる場所がわかる</li> <li>・住民は、利用できるサービス(コストも含む)を知ることができる</li> <li>・住民は、在宅サービスを利用するタイミングがわかる</li> <li>・在宅看取りに関する知識や経験を、周囲の住民や関係職員に伝えられる住民が増える</li> </ul>
			計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルの実態把握・課題の抽出ができる</li> <li>・地域の課題に応じた、関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルアップの方法・内容・人数を決定できる</li> </ul>
	関係職員のスキルアップ	評価	実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の課題に応じた、関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルアップが効果的に実施出来る</li> <li>・関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルアップのための、研修会や事例検討会の実施回数・参加人数(対象としたポピュレーションに対する割合)が増える</li> <li>・「地域在宅医療支援センター」の名称や役割について理解する関係職員が増える</li> <li>・関係職員は、在宅療養/在宅看取り推進の必要性や方向性が理解できる</li> <li>・関係職員は、在宅療養/在宅看取りに取り組むモチベーションが高まる</li> <li>・関係職員は、地域の医療機関や施設等の在宅医療に関する社会資源がわかる</li> <li>・関係職員は、在宅医療に必要とされているスキル(麻薬・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレーター管理等)を高めることができる</li> <li>・関係職員は、医療ニーズの高い患者を適切な関係機関につなぐことができる</li> <li>・各関係機関が、在宅療養/在宅看取りに関する研修会や事例検討を企画する機会が増える</li> <li>・在宅看取り支援の経験がある職員が増える</li> <li>・在宅医療推進に向けた、地域のキーパーソンを発掘し育成できる</li> </ul>
			計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関の在宅療養/在宅看取りに関する連携状況の実態把握・課題の抽出ができる</li> <li>・地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり(会議)の方法を決定できる</li> </ul>
			実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり(会議)が効果的に実施できる</li> </ul>
			評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関のネットワークづくり(会議)の実施回数・参加人数(対象としたポピュレーションに対する割合)が増える</li> <li>・関係機関同士が、お互いの役割や取り組み内容を理解できる</li> <li>・関係機関同士が、担当ケースをとおして連携体制をつくることができる</li> <li>・関係機関同士が、地域の課題を話し合う場(会議や勉強会など)が地域にできる</li> <li>・関係機関が協働して、地域の在宅医療に関わる課題に取り組むことができる</li> <li>・担当職員が変わっても、継続的に関係職員間の連携体制が構築できる</li> <li>・地域の特性に応じたネットワーク組織ができる&lt;ネットワークの例&gt;診療所・訪問看護・薬局の衛生材料や薬品管理等のネットワーク、病院と地域の入退院体制(主治医・病棟看護師・病院・訪問看護師等)のネットワーク、等</li> </ul>
	関係職種ネットワークづくり	評価	計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関の在宅療養/在宅看取りに関する連携状況の実態把握・課題の抽出ができる</li> <li>・地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり(会議)の方法を決定できる</li> </ul>
			実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり(会議)が効果的に実施できる</li> </ul>
評価			<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関のネットワークづくり(会議)の実施回数・参加人数(対象としたポピュレーションに対する割合)が増える</li> <li>・関係機関同士が、お互いの役割や取り組み内容を理解できる</li> <li>・関係機関同士が、担当ケースをとおして連携体制をつくることができる</li> <li>・関係機関同士が、地域の課題を話し合う場(会議や勉強会など)が地域にできる</li> <li>・関係機関が協働して、地域の在宅医療に関わる課題に取り組むことができる</li> <li>・担当職員が変わっても、継続的に関係職員間の連携体制が構築できる</li> <li>・地域の特性に応じたネットワーク組織ができる&lt;ネットワークの例&gt;診療所・訪問看護・薬局の衛生材料や薬品管理等のネットワーク、病院と地域の入退院体制(主治医・病棟看護師・病院・訪問看護師等)のネットワーク、等</li> </ul>	

(図表Ⅱ-3 続き)

大項目	中項目	小項目		
過程要件 (プロセス)	必要な提供体制の整備	評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存の社会資源の役割・機能等を把握し、評価できる</li> <li>地域において提供されるサービスの質と量、住民ニーズの供給バランスについて評価できる</li> </ul>	
		在宅療養支援診療所・病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所・病院が増える</li> <li>訪問診療患者数が増える</li> <li>診療所同士が連携し、訪問診療可能な診療所が増える</li> <li>24時間対応可能な診療所・病院が増える</li> <li>在宅療養/在宅看取りの患者数が増える</li> </ul>	
		訪問看護事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護事業所数・訪問看護師の数が増える</li> <li>在宅看取りが可能な訪問看護事業所数が増える</li> <li>医療ニーズの高い利用者を複数の訪問看護事業所で担当する事業所が増える</li> <li>がん末期、神経難病、小児、精神疾患、認知症に対応できる訪問看護事業所が増える</li> <li>24時間対応可能な訪問看護事業所が増える</li> <li>訪問看護利用者数(率)が増える(必要な人にタイムリーに訪問看護が利用される)</li> </ul>	
		薬局	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問可能な薬局が増える</li> <li>麻薬の取り扱い、一化調剤が可能な薬局が増える</li> <li>24時間対応可能な薬局が増える</li> <li>複数の薬局が連携して、薬剤や衛生材料の提供ができる</li> <li>薬剤師会の在宅医療推進に向けた活動がある</li> <li>在宅患者訪問薬剤管理指導の利用者(率)が増える(必要な人に、タイムリーに在宅患者訪問薬剤管理指導が利用される)</li> </ul>	
		歯科診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問できる歯科診療所(訪問歯科診療)が増える</li> <li>訪問できる歯科衛生士が増える</li> <li>医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える</li> <li>歯科医師会の在宅医療推進に向けた活動がある</li> <li>訪問歯科診療の利用者数(率)が増える(必要な人に、タイムリーに訪問歯科診療が利用される)</li> </ul>	
		病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援部署を設置する病院が増える</li> <li>退院前カンファレンス(地域のサービス提供者も参加する)を行う病院が増える</li> <li>病院内の退院支援の意識が高まる(実施方法:院内研修会、看看連携研修、等)</li> <li>バックベッド体制を担う病院が増える</li> <li>レスパイト入院ができる病院が増える</li> <li>バックベッドの利用者数(率)が増える(必要な人に、タイムリーにバックベッドが利用される)</li> <li>レスパイト入院の利用者数(率)が増える(必要な人に、タイムリーにレスパイト入院が利用される)</li> </ul>	
		高齢者施設等	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員に看取りに関する研修を実施する施設が増える(職員の知識・自信を高める)</li> <li>訪問看護を利用する施設が増える</li> <li>施設看取りに積極的な施設が増える</li> <li>施設看取り経験のある施設職員が増える</li> <li>施設看取り数(率)が増える</li> </ul>	
		居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、医療ニーズが高い利用者数が増える</li> <li>居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、医療系サービス(訪問看護、訪問診療、等)の利用者数が増える</li> <li>必要時、タイムリーに居宅介護支援事業所が関わる利用者に、医療系サービスの導入を検討し、ケアプランを立案できる</li> <li>医療系のサービス提供機関との連携が促進する</li> <li>居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、在宅看取りを希望する利用者数が増える</li> </ul>	
		訪問介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定行為(たん吸引や経管栄養等)の登録事業所数が増える</li> <li>特定行為(たん吸引や経管栄養等)ができる介護職員数が増える</li> <li>医療ニーズの高い利用者を複数の訪問介護事業所で担当する事業所が増える</li> <li>24時間対応できる事業所が増える</li> <li>訪問介護事業所が関わる利用者のうち、在宅看取りを希望する利用者数が増える</li> </ul>	
		地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の社会資源情報の把握や住民や行政機関に情報提供ができる</li> <li>地域包括支援センターが関わる利用者のうち、医療ニーズが高い利用者への支援数が増える</li> <li>医療系のサービス提供機関との連携が促進する</li> <li>地域包括支援センターが関わる利用者のうち、在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える</li> </ul>	
		成果 (アウトカム)	在宅看取り数(率)	在宅(自宅・施設)看取り数(率)が増える
			在宅看取りへの住民の満足度	在宅看取りに満足できた住民が増える

図表Ⅱ-4 最終的に調査によって選定された評価指標項目(10項目)

大項目・中項目		小項目
住民への普及啓発		(1) 住民は、在宅(自宅・施設)が看取り場所(療養場所)の選択肢であることを理解できる
必要な提供体制の整備	在宅療養支援診療所・病院	(2) 24時間対応可能な診療所・病院が増える
	訪問看護事業所	(3) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
	薬局	(4) 訪問可能な薬局が増える
	歯科診療所	(5) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
	病院	(6) 退院前カンファレンス(地域のサービス提供者参加)を行う病院が増える
	高齢者施設	(※) 施設看取りに積極的な施設が増える ※(10)に含む
	訪問介護事業所	(7) 特定行為(たん吸引や経管栄養等)ができる介護職員数が増える
	地域包括支援センター	(8) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
市町村	(9) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある	
事業全体の成果 (アウトカム)		(10) 在宅(自宅・施設)看取り数(率)が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数(入院後、2週間以内死亡を含む)が増える

## Ⅱ 在宅医療推進事業評価指標を用いた評価（10項目）

### 1. 目的

今回作成した評価指標を用いて、3ヶ所の保健所が10項目の評価指標を行い、その活用性と有用性を検討することを目的とした。

### 2. 方法

最終的に精選した10項目と、その前段階で精選された62項目の指標を用いて評価を実施した。62項目は、より詳細なプロセス評価を行うことが可能であると考えたため、同時に実施した。デルファイ調査（2回目）により精選した評価指標10項目の達成基準を設定し、その基準を用いて筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所の達成度を事業担当者が記述した。

### 3. 結果

#### 1) 評価指標10項目の評価指標を用いた評価（筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所）

評価指標を10項目に絞り、3事務所（筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所）の達成度をみた。

※達成度の測定には、5段階のリッカートスケールを用いた。

【表1】評価指標（10項目）

大項目・中項目		小項目
住民への普及啓発		(1) 住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる
必要な提供体制の整備	在宅療養支援診療所・病院	(2) 24時間対応可能な診療所・病院が増える
	訪問看護事業所	(3) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
	薬局	(4) 訪問可能な薬局が増える
	歯科診療所	(5) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
	病院	(6) 退院前カンファレンス（地域のサービス提供者参加）を行う病院が増える
	高齢者施設	(※) 施設看取りに積極的な施設が増える ※(10)に含む
	訪問介護事業所	(7) 特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える
	地域包括支援センター	(8) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
	市町村	(9) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある
事業全体の成果 (アウトカム)		(10) 在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡を含む）が増える

(1) 評価指標：住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる。  
(住民啓発)

内容	「自宅や施設で最期を迎えることを希望する人」の割合の前回調査との増減 (例：日常生活圏域ニーズ調査に意識調査を追加して実施)	
達成度		
① 達成できた	5割以上増加	
② 概ね達成できた	3～4割割	
③ 少し達成できた	1～2割増加	
④ あまり達成できなかった	増加していない	
⑤ 達成できなかった	減少している	
－ 調査していないため不明		

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

- 住民全体の理解度については、住民意識調査の増減を指標とした。
- 「看取り場所の希望」「在宅看取りの実現可能性」等について、国、県、他の地域との比較や経年的な変化が確認できるよう住民調査により意識やニーズを把握する。市町村等で定期的実施する住民調査への追加が可能かの協議が必要。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	◆研修会受講者へのアンケート調査によると、「在宅看取りが可能」と考える割合は受講後に増加しており、研修による啓発効果は確認できたが、住民全体の意識については把握できていない。	・H24、H25年度と、民生・児童委員会を中心とした地域住民に啓発のための出前講座を行いアンケート実施。評価はできていない。
嘉徳・鞍手		・平成24年度に民生委員を対象に研修会を実施。H25、26年度は地域から要望があった際に出前方式で実施しているが、評価はできていない。
糸島		・研修により「自宅で最期まで療養できることが可能」と思う住民の割合が増加。地域の在宅医の経験を踏まえた講義は、「最期まで在宅療養が可能と思う」が増加した割合が高かった。 ・「わからない」と回答する受講者も多く、研修内容の再検討や継続的に研修していくことが重要。
	◆継続的、全体的な住民意識の把握にむけたしくみづくりが必要。	

(2) 評価指標：24時間対応可能な診療所・病院が増える (診療所・病院)

内容	(現在の管内死亡数×14.5%) ÷ □ (年間看取り□人/診療所とした場合) = 看取り対応可能な在宅療養支援診療所または、診療所の必要数 ※県保健医療計画「在宅看取り率」目標値 14.5% (H29年) ※□は、地域の関係機関との協議等で決定	
達成度		
① 達成できた	目標値の10割達成	
② 概ね達成できた	目標値の6～9割達成	
③ 少し達成できた	目標値の3～5割達成	
④ あまり達成できなかった	目標値の3割未満	
⑤ 達成できなかった	減少している	
－ 調査していないため不明		

【達成指標の考え方と達成度の測定】

- 「在宅療養支援診療所=24時間対応や在宅看取り対応可能な診療所」となっていないことから、整備目標については、「看取り対応可能な在宅療養支援診療所または、診療所」とした。
- 診療所・病院の整備目標数は、県保健医療計画の在宅看取率の目標値(平成29年)から年間看取数を算出し、対応に必要な診療所数を設定。
- 1診療所あたりの看取数は、地域の実情に応じて、関係機関と協議して設定することが望ましい。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	④ ◆積極的に取り組んでいる診療所は数か所あるが、現在の在支診数で在宅看取りの目標を達成するためには、1診療所が13人を看取る必要がある。「看取り5人/1か所/年」を目標とすると87か所必要となる。	・2年毎に社会資源情報ブックを作成する際に、医師会を通して調査を実施している。 《在支診数》 H22年度：34 H24年度：34 H26年度：38
嘉徳・鞍手	③ ◆A医療圏では、積極的に取り組んでいる病院、診療所があるが、現在の在支診数で目標を達成するには、1診療所が13人を看取る必要がある。「看取り5人/1か所/年」を目標とすると66か所必要となる。 ◆B医療圏では現在の在支診数で目標を達成するには1診療所が13人看取る必要がある。「看取り5人/1か所/年」を目標とすると43か所必要となる。	・2年毎に社会資源情報ブックを作成する際に、医師会を通して調査を実施している。 A医療圏 在支診数：H26年度：20 病院数：H26年度：4 B医療圏 在支診数：H26年度：17
糸島	④ ◆地域で積極的に訪問診療や看取りに取り組む診療所は少ないため、かかりつけ医が通院中の患者の看取りを実施する、または看取りができる診療所に紹介する体制づくりを目指し、「看取り約3人/1診療所/年」を目標に設定すると、45か所必要となる。 ◆在宅療養支援診療所数は増加しているが、看取りに対応する診療所数はあまり増加しておらず、達成していない。	・H22年度は保健所単独で医療機関調査を実施したが、その後は、県の医療機関調査のうち、糸島分のデータを抽出。調査項目をH22年度とあわせることができなかった。

(3) 評価指標：24時間対応可能な訪問看護事業所が増える（訪問看護事業所）

内容	(現在の管内死亡数×14.5%) ÷ □ (年間看取り□人/事業所とした場合) = 訪問看護事業所の必要数 ※県保健医療計画「在宅看取り率」目標値14.5% (H29年) ※□は、地域の関係機関との協議等で決定	
① 達成できた	目標値の10割達成	
② 概ね達成できた	目標値の6～9割達成	
③ 少し達成できた	目標値の3～5割達成	
④ あまり達成できなかった	目標値の3割未満	
⑤ 達成できなかった	減少している	
—	調査していないため不明	

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

- 「夜間訪問利用者数が安定的に確保できない」「事業所のマンパワーがない」等の理由から、夜間訪問体制の整備が進まない現状がある。看取り等の限られた期間であっても夜間対応可能な事業所の整備が急がれるため、「24時間対応可能な事業所」については、看取りの対応が可能な事業所の数を指標とした。
- 目標数は、県保健医療計画の在宅看取り率の目標値から年間看取数を算出し、対応に必要な事業所数を設定。
- 1事業所あたりの看取数は、地域の实情に応じて、関係機関と協議して設定することが望ましい。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	② ◆訪問看護事業所調査により把握。 ◆H22年度から訪問看護連絡会で意見交換を実施	・社会資源情報ブック更新時に、医師会を通して調査を実施している。 (回答があり承諾を得た診療所・病院を掲載)・
嘉穂・鞍手	③ ◆A医療圏 看取り数には偏りがあるが、1か所27人を看ると目標が達成できる。 「看取り20人/1か所/年」を目標とすると17か所必要となる。 ◆B医療圏 目標を達成するには、54人看る必要がある。看取り20人/1か所/年」を目標とすると17か所必要となる。	・社会資源情報ブック更新時の調査及び医療指導課の訪問看護ステーション調査で把握。 ・H25年10月調査：24時間対応可能事業所 A医療圏：14か所中12か所 B医療圏：6か所中5か所 ・訪問看護ステーション連絡会議を両地域共に立ち上げに関わり、現在も定例的開催に出席。 ・ステーション間の連携も強化されてきた。
糸島	④ ◆1事業所の年間看取り数20人とすると看取り対応可能な事業所が7か所必要となる。事業所数は増加しているものの、訪問看護事業所調査では、看取りに関わった訪問事業所は少なく、あまり達成できなかった。	・全事業所(8か所)が24時間電話対応可能であったが、夜間帯の計画訪問をしている事業所はなく、一部、終末期の期間に限定的に対応していた。 ・目標数については、管内事業所が少なく(2か所)、訪問可能な管外地域の事業所も含めて

(4) 評価指標：訪問可能な薬局が増える(薬局)

内容	(現在の管内死亡数×14.5%) ÷ □ (年間訪問指導□人/事業所とした場合) = 訪問薬局の必要数 ※県保健医療計画「在宅看取り率」目標値14.5%(H29年) ※□は、地域の関係機関との協議等で決定	
① 達成できた		目標値の10割達成
② 概ね達成できた		目標値の6～9割達成
③ 少し達成できた		目標値の3～5割達成
④ あまり達成できなかった		目標値の3割未満
⑤ 達成できなかった		減少している
— 調査していないため不明		

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

- 年間看取りの目標数に対応できる訪問薬局数を目標値とした。
- 県保健医療計画の在宅看取り率の目標値(平成29年)から年間看取り数を算出し、対応に必要な薬局数を設定。
- 1事業所あたりの訪問数は、地域の実情に応じて、関係機関と協議して設定する。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	② ◆社会資源マップ更新時の情報により把握	・社会資源情報ブック更新時の調査より把握併せて、各市町のネットワーク会議により、関係機関との情報交換ができています
嘉徳・鞍手	③ ◆2年に1回の情報ブック作成時の調査し、在宅医療推進協議会時に報告	・訪問可能な薬局は増加している。連携シートを作成するなど医師・訪問看護師・ケアマネ等との情報共有を実施されている。
糸島	④ ◆1事業所あたり、5名の訪問が可能と設定すると、27か所が必要となり、目標とする訪問薬局数には達していない。	・薬剤師会が訪問薬局の情報を公開、無料相談シートを作成する等の取組みを実施。これらのシステムを地域で十分に活用できていない面もあり、周知やニーズ把握等、活用に向けた取組が必要。

(5) 評価指標：医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える（歯科診療所）

内容	「周術期口腔機能管理料」を請求している 歯科診療所/全歯科診療所	
① 達成できた	3割達成	
② 概ね達成できた	2割達成	
③ 少し達成できた	1割達成	
④ あまり達成できなかった	1割未満	
⑤ 達成できなかった	減少している	
— 調査していないため不明		

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

○2人に1人ががんに罹患するといわれていることから「医療ニーズが高い在宅療養者」の指標として「周術期口腔機能管理料」を請求している歯科診療所数とした。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・社会資源情報ブック更新時の調査より把握併せて、各市町のネットワーク会議により、関係機関との情報交換ができています。
嘉徳・鞍手	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・歯科医師会に相談し対応できる体制である。 ・在宅医療推進協議会や多職種連携研修で情報提供をしていただいている。県の地域保健担当歯科医がいる。
糸島	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・医科歯科連携や多職種連携の必要性は研修等で必要性は広まってきているが、医療ニーズの高い患者への対応実態は不明。 ・在宅歯科の相談調整窓口があるが十分に活用されていない。

(6) 評価指標：退院前カンファレンス（地域のサービス提供者参加）を行う病院が増える（病院）

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

内容	在宅のサービス事業所を含む退院前カンファレンスを実施している病院/管内全病院	
①	達成できた	10割達成
②	概ね達成できた	6～9割達成
③	少し達成できた	3～5割達成
④	あまり達成できなかった	3割未満
⑤	達成できなかった	減少している
—	調査していないため不明	

○退院後の在宅生活の維持のためにも、退院前から在宅療養環境を整え、在宅サービス担当者と患者、家族、ケアマネ等との顔の見える関係を作っておくことが重要であることから、院内の関係者だけではなく、在宅のサービス事業所が参加する退院前カンファレンスを全ての病院が実施することを目標とした。

【達成状況】

保健所	達成度（H22.4月～H26.12月）	実施内容・考察
筑紫	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・実態把握が必要。
嘉徳・鞍手	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・看護職（訪問看護師・病院・診療所看護師）の合同研修会を開催しており、今後も実態把握を行い情報交換の必要がある。
糸島	— ◆指標の該当項目については、調査していない	・実態把握が必要。

(7) 評価指標：特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員が増える（介護事業所）

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

内容	特定行為（たん吸引及び経管栄養等）登録事業所数/地域の訪問・通所介護事業所及び介護入所施設	
①	達成できた	10割達成
②	概ね達成できた	6～9割達成
③	少し達成できた	3～5割達成
④	あまり達成できなかった	3割未満
⑤	達成できなかった	減少している
—	調査していないため不明	

○医療ニーズが高い在宅療養者や施設入所者が増えることから、特定行為ができる介護事業所数を指標とした。

○特定行為を実施するためには、事業所が登録する必要があることから、全ての介護事業所が登録することを目標とした。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	— ◆指標の該当項目については、調査していない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズ把握や制度周知も課題である。実態把握が必要。</li> <li>・研修体制については、指導者や指導施設も数が少ないため、指導者となる医師や看護職員への呼びかけをおこない、在宅医療にかかる講座を実施し、介護職員間で意見交換の場を設けた。</li> <li>・受講しない理由については、「対象者がいない」8か所、「要望はあるが人員不足で対応できない」1か所であった。</li> <li>・ニーズ把握や制度周知も課題である。実態把握と受講しやすい体制づくりが必要。</li> </ul>
嘉徳・鞍手	— ◆指標の該当項目については、調査していない	
糸島	④ ◆H26年度実態調査によると4か所(17か所中)と少なく、達成できていない。	

(8) 評価指標：地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える (地域包括支援センター)

内容	(現在の管内死亡数×14.5%) ÷ ○か所 (地域包括支援センター) = 1地域包括支援センターが看取りに関わる数 ※県保健医療計画「在宅看取り率」 目標値14.5% (H29年)	
① 達成できた		10割達成
② 概ね達成できた		6～9割達成
③ 少し達成できた		3～5割達成
④ あまり達成できなかった		3割未満
⑤ 達成できなかった		減少している
—	調査していないため不明	

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

○在宅看取りを希望する在宅療養者の支援を地域包括支援センターが実施できることを目標にして、地域包括支援センターが看取りに関わる数を指標とした。

○県保健医療計画の在宅看取率の目標値(平成29年)から年間看取数を算出し、1地域包括支援センターの対応目標数を設定。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	— ◆指標の該当項目については、調査していない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H27年度から開始する地域包括ケアにおける地域包括支援センターの役割は大きく、実態把握が必要。</li> </ul>
嘉徳・鞍手		
糸島		

(9) 評価指標：在宅医療・介護連携の課題抽出と対応について協議の場がある（市町村）

内容	協議の場を持っている市町村/管内全市町村	
①	達成できた	10割達成
②	概ね達成できた	6～9割達成
③	少し達成できた	3～5割達成
④	あまり達成できなかった	3割未満
⑤	達成できなかった	減少している
—	調査していないため不明	

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

○介護保険法では、在宅医療と介護の連携を推進する主体が市町村に位置づけられたことから、全ての市町村が在宅医療・介護の課題抽出と対応について協議の場を持つことを目標とした。

【達成状況】

保健所	達成度（H22.4月～H26.12月）	実施内容・考察
筑紫	②	◆地域包括ケアシステムの構築に向けほぼ全ての市町村が協議の場を設けている。
嘉穂・鞍手	②	
糸島	①	

・医師会と連携し、医師会事業「在宅医療推進事業」において、管内各市町ごとの多職種による「在宅医療・介護連携ネットワーク会議」が設置され、保健所はすべての会議にオブザーバーとして参加している。

・H24年度は、「在宅医療拠点事業」をK病院が実施し、H25年度から、I市の会議や医師会主催の「在宅医療推進」による多職種代表者会議や研修により、色々な場において関係機関と協議をしている。

・H26年度から高齢者の在宅医療と介護の連携のための検討委員会を設置し、関係機関と協議をしている。

(10) 評価指標：在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える

内容	※県保健医療計画「在宅看取り率」目標値 14.5%（H29年）	
①	達成できた	10割達成
②	概ね達成できた	9割達成
③	少し達成できた	8割達成
④	あまり達成できなかった	8割未満
⑤	達成できなかった	減少している
—	調査していないため不明	

【達成指標の考え方と達成度の測定方法】

○県保健医療計画の在宅看取り率の目標値（平成29年）から目標とする年間看取り数を算出し、在宅看取り率の達成割合を指標とした。

※「看取り率」については、事業の成果が数値に反映されるまでに期間がかかると予想されることから、『在宅療養支援診療所』『訪問看護事業所』の看取り数（入院後2週間以内の死亡含む）が増える』をサブ指標とした。

【達成状況】

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	③ ◆総死亡数は増加しているが在宅看取り数は減少しており、看取り率は、国・県より低い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国、県と比べても在宅看取り率は低く、取り組みの成果については、経年的に評価する必要がある。</li> <li>・在宅看取り数が減少しているにもかかわらず、今回目標とした値を基準にすると③となった。</li> </ul>
嘉穂・鞍手	A ② B ④ ◆2医療圏共に総死亡数は増加しているが在宅看取り数と看取り率においてはA医療圏では県より高くなっている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A医療圏では、在宅医療を積極的に取り組んでいる病院と診療所があるので県平均より高くなっている。</li> <li>・診診連携や病診連携が今後の課題であり、医師会では検討されている。</li> </ul>
糸島	⑤ ◆総死亡数は増加しているが在宅看取り数は減少しており、看取り率は、国・県より低い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国、県と比べても在宅看取り率は低く、取り組みの成果については、さらに経年的にみていきたい。</li> </ul>

(10) - 2 「在宅療養支援診療所」「訪問看護事業所」の看取り数（入院後、2週間以内の死亡含む）が増える

【達成状況】※「在宅支援診療所調査」「訪問看護事業所調査」の経年比較  
 (診療所は、「2週間以内死亡」のデータはなし)

《在宅療養支援診療所》※4月～7月の4ヶ月間の実績

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	H24 : 21人 (回収数 29/39 事業所) H26 : 36人 (回収数 39/45 事業所)	診療所数、在宅看取り数ともに増加している。
嘉穂・鞍手	H24 : 18人 (回収数 28/33 事業所) H26 : 25人 (回収数 33/37 事業所)	診療所数、在宅看取り数ともに増加している。
糸島	H24 : 0人 (回収数 12/19 診療所) H26 : 15人 (回収数 20/20 事業所)	事業所数、在宅看取り数ともに増加している。

《訪問看護事業所》

保健所	達成度 (H22.4月～H26.12月)	実施内容・考察
筑紫	H23 : 72人 (18事業所) H25 : 94人 (25事業所)	在宅看取り、入院2週間以内死亡ともに1.3倍程度に増加している。
嘉穂・鞍手	H23 : 160人 (18事業所) H25 : 371人 (20事業所)	在宅看取りは2.7倍、入院2週間以内死亡は、1.8倍に増加している。
糸島	H23 : 114人 (18事業所) H25 : 107人 (20事業所)	事業所数は増加しているが、看取り数はわずかに減少している。

#### 4. 考察

ここでは、評価指標10項目の評価指標を用いた評価（筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所）の概要と考察を行う。今回、作成した評価指標を用いて、3ヶ所の保健所が評価を行い、その活用性と有用性を検討することを目的とした。最終的に精選した10項目についてその指標の達成指標を設定し、その測定には、5段階のリッカートスケールを用いて、筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所の達成度を事業担当者が記述した。

##### <保健所の概要>

保健所名	市町村数（医療圏数）	人口 (H26)	高齢化率 (H26)	在宅看取率 (H24)	事業開始年
筑紫	4市1町（1）	433,243人	20.2%	11.6%	平成22年度
嘉穂・ 鞍手	4市3町（2）	A 182,911 B 109,657	A28.5% B30.2%	A 13.3% B 10.3%	平成20年度 平成22年度
糸島	1市（1）	99,885人	25.2%	8.7%	平成22年度

##### <結果のまとめ>

- ①：達成できた                      ②：概ね達成した                      ③：少し達成した  
 ④：あまり達成できなかった      ⑤：達成できなかった      「－」：把握していないため不明

大項目・中項目	小項目	筑紫	嘉穂・鞍手	糸島	
住民への普及啓発	（1）住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる	-	-	-	
必要な提供体制の整備	在宅療養支援診療所・病院	（2）24時間対応可能な診療所・病院が増える	④	③	④
	訪問看護事業所	（3）24時間対応可能な訪問看護事業所が増える	②	③	④
	薬局	（4）訪問可能な薬局が増える	②	③	④
	歯科診療所	（5）医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える	-	-	-
	病院	（6）退院前カンファレンス（地域のサービス提供者参加）を行う病院が増える	-	-	-
	高齢者施設	（※）施設看取りに積極的な施設が増える ※（10）に含む	※	※	※
	訪問介護事業所	（7）特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える	-	-	④
地域包括支援センター	（8）地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える	-	-	-	
市町村	（9）在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある	②	②	①	
事業全体の成果（アウトカム）	（10）在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える	③	A② B④	⑤	
	※在宅療養支援診療所の看取り数（入院後、2週間以内死亡含む）が増える	・事業所数、在宅看取り数共に増加			
	※訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡含む）が増える	・在宅看取り数、入院2週間後死亡は共に増加	・在宅看取り数は減少		

## 1) 組織体制・事業展開及び評価の方法について

今回、評価を試みた3保健所の事業開始後の経過年数は、5年から7年と異なるが、この間、社会資源の把握、地域の課題とニーズ把握のための会議や調査、関係職員のスキルアップ研修や住民啓発については、県共通の事業構成で実施してきた。また、各事業の進め方やノウハウについては、平成22年に「事業の手引き」を作成するほか、担当者会議で情報交換を行いながら事業を進めてきている。

保健所毎の事業展開は、社会資源や既存のネットワーク等、地域の強みに着目し、事業推進の核となる関係機関や団体、住民の力を活用しながら、各保健所で様々な工夫をしている。一方、事業ノウハウの共有や引継ぎ、保健所間での情報交換などはできていたものの、地域の状況も違うことから、事業評価の考え方や達成度については、保健所間で共有することが困難になっていたため、今回、共通の評価項目を精選し、評価指標とその達成度の測定方法を設定している。

## 2) 達成できた項目

10項目の評価指標で「達成できた」「概ね達成できた」は、「市町村で在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある」のほかは、筑紫の「24時間対応可能な訪問看護事業所が増える」「訪問可能な薬局が増える」、嘉穂・鞍手の「在宅看取り率（A医療圏）」であった。

事業実施する中で研修会受講者への啓発効果やスキルアップの研修効果、関係機関との「顔の見える関係」から「協働で事業実施ができる・困った時に相談できる関係」へと連携が深まるなどの手ごたえは感じることができている。

## 3) 達成できなかった項目

急速に進む高齢多死社会に対応できる医療介護サービスの質と量の確保にはまだ遠く、これまで事業評価の指標として資源整備の目標値についても、具体的な値を定めることができていなかった。「在宅看取り率」は事業開始時から評価指標としてあげていたものの、事業効果としてみると、長期指標であり、より短期、中期的な指標が必要である。

また、在宅看取り数は減少しているにもかかわらず、今回の目標値とした在宅看取り率14.5%を基準に達成度をみると、「③少し達成できた」となる項目も出てくるため、目標値の検討や達成度の考え方を今後、さらに検討する必要がある。

今回、サブ指標としてあげた「在宅療養支援診療所・訪問看護事業所」の看取り数（入院後、2週間以内の死亡含む）が増えるについては、糸島の「訪問看護事業所の看取り数」を除くと、いずれも増加している。在宅医療を担う診療所や訪問看護事業所の「看取り数」の増加は、地域全体の「在宅看取り数」の増加に繋がるものと考えられる。また、「入院後、2週間以内の死亡数」は、終末期という医療ニーズが高い在宅療養者に対応できている状況を反映している数と推測できる。在宅看取りを希望する人が最期まで在宅療養できる体制が整うまでの過渡期のサブ指標となると考えている。

## 4) 今後の方針と保健所の役割

平成27年度からは、市町村が主体的に在宅医療・介護連携の推進を担うこととされ、在宅医療推進に積極的に関わる関係団体も多くなってきた。多機関が連携し協働しながら在宅医療をすすめていく今こそ、地域の医療介護資源の充足状況等を評価する視点を持ち、広域的な調整が可能で公平な立場で関わる事ができる保健所の役割が重要になってくると思われる。

今回の評価指標とその達成指標の測定方法についての検討が、所内及び関係機関と共に事業の目指す方向性や具体的な目標値を協議、検討する材料になればと考えている。

### Ⅲ 在宅医療推進事業評価指標を用いた評価（62項目）

—糸島保健所の取り組みと達成度—

#### 1. 目的

デルファイ法により95%以上が「非常に重要」「重要」と回答した項目を中心に精選した評価指標62項目について、糸島保健所をモデルに評価を試みることを目的とした。

62項目の中には、結果が数字で評価できない項目や主観的な記述による質的評価となる項目もあることから、活用例を示すこととした。評価項目数が多いと、負担感が大きくなる面もあるが、今回精選した62項目は、事業を進める際に押さえるべきポイントを確認する手順書としても活用できる面があると考えられる。また、地域の状況等によって、重点的に取り組む必要がある事業について、関連する評価項目を選んで活用することも有用と思われる。

#### 2. 方法

デルファイ調査（1回目）を中心に精選した評価指標62項目について、糸島保健所の取組と達成度を事業担当者が記述した。

#### 3. 結果

##### （1）糸島地域の概要

福岡県の北西部に位置し、東は福岡市（政令市）、西は佐賀県唐津市と隣接している。

温暖な気候を生かした畜産・園芸や漁業が盛んな地域であったが、近年、地下鉄とJR線の相互乗り入れや主要道路の整備により、福岡都市圏のベッドタウンとして発展している。

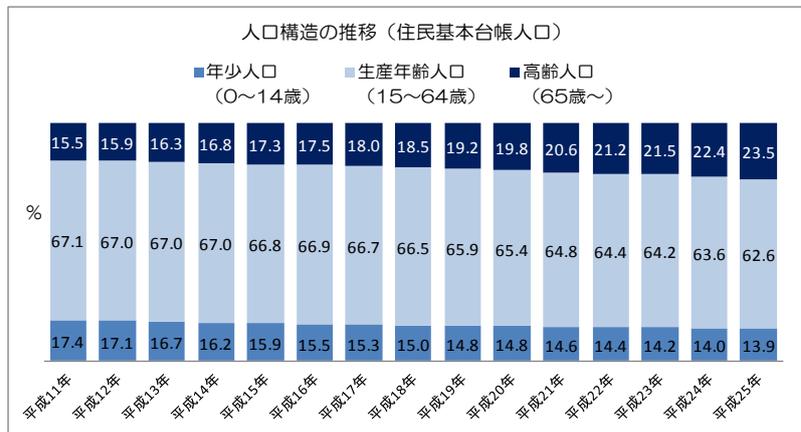
平成22年1月に旧前原市と旧二丈町、旧志摩町が合併し、人口約10万人の糸島市となった。

##### （2）基本情報

###### ア. 総人口と推移

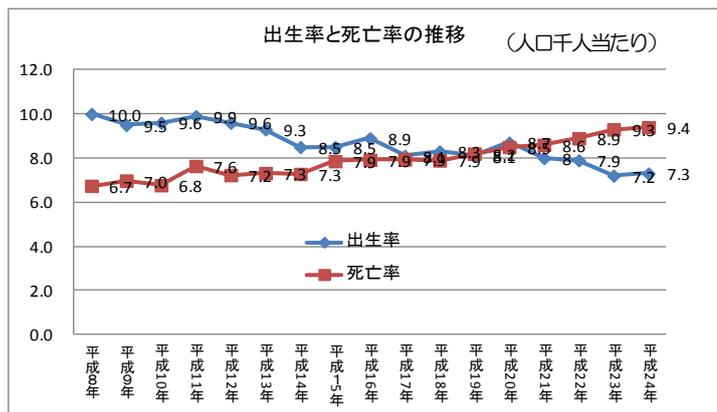
総人口は、わずかに減少傾向。15歳未満の年少人口は、減少し、65歳以上の老年人口は、増加している。

自然増加率は、平成20年から、人口増加率と社会増加率は、平成22年からマイナスに転じている。



###### イ. 出生率と死亡率

出生数は、平成13年以降減少傾向にあり、死亡数は、増加傾向にある。平成23年の福岡県の出生率9.28人、死亡率9.57と比べるといずれも糸島市が少ない。



ウ. 世帯構造

高齢者のいる世帯の割合、  
高齢者単身世帯、高齢者夫婦  
世帯ともに増加している。

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
総世帯数	36,432	37,202	37,716	38,151	38,633
高齢者のいる世帯数	15,095	15,301	15,888	16,549	17,313
高齢者単身世帯	3,622	3,842	4,174	4,431	4,830
高齢者夫婦世帯	3,978	4,163	4,393	4,724	5,050
高齢者のいるその他世帯	7,495	7,296	7,321	7,394	7,433
高齢者のいる世帯割合	41.4%	41.1%	42.1%	43.4%	44.8%

(3) 評価指標 (62項目)

大項目	中項目	小項目	
構造要件 (ストラクチャー)	職員組織	1) 担当者変更時の引継ぎが的確にできる	
	予算	2) 事業に必要な予算の確保ができる	
過程要件 (プロセス)	ニーズ把握・事業計画の立案	3) 在宅医療に関わる地域の実態を把握し、課題を抽出できる (適宜、見直すことができる)	
		4) 在宅医療に関わる地域の課題に基づいた事業計画を立案できる	
	相談支援	評価	5) 個別相談支援に必要な在宅療養についての情報がどこにあるか分かる
			6) 必要な社会資源にタイムリーにつなぐことができる
			7) 個別の相談支援から、共通するニーズや課題の抽出ができる
			8) 住民または、関係職員からの相談件数が増える
	住民への普及啓発	評価	9) かかりつけ医をもつ住民が増える
			10) 住民は、在宅 (自宅・施設) が看取り場所 (療養場所) の選択肢であることを理解できる
			11) 住民は、地域包括支援センター、保健所等の在宅医療について相談できる場所がわかる
			12) 住民は、利用できるサービス (コストも含む) を知ることができる
	関係職員のスキルアップ	計画	13) 関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルの実態把握・課題の抽出ができる
			14) 関係職員は、在宅療養/在宅看取り推進の必要性や方向性が理解できる
		評価	15) 関係職員は、地域の医療機関や施設等の在宅医療に関する社会資源がわかる
			16) 関係職員は、在宅医療に必要とされているスキル (麻薬・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレーター管理等) を高めることができる
			17) 関係職員は、医療ニーズの高い患者を適切な関係機関につなぐことができる
			18) 在宅医療推進に向けた、地域のキーパーソンを発掘し育成できる
	関係職種 のネットワークづくり	計画	19) 関係機関の在宅療養/在宅看取りに関する連携状況の実態把握および課題の抽出ができる
		実施	20) 地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり (会議) が効果的に実施できる
		評価	21) 関係機関同士が、お互いの役割や取り組み内容を理解できる
			22) 関係機関同士が、担当ケースを通して連携体制をつくることができる
			23) 関係機関同士が地域の課題を話し合う場 (会議や勉強会など) が、地域にできる
			24) 関係機関が協働して、地域の在宅医療に関わる課題に取り組むことができる
			25) 担当職員が変わっても、継続的に関係職員間の連携体制が構築できる
			26) 地域の特性に応じたネットワーク組織ができる<例>診療所・訪問看護・薬局の衛生材料や薬品管理等のネットワーク、病院と地域の入退院体制のネットワーク等

評価指標（62項目）つづき

大項目	中項目	小項目	
過程要件 (プロセス)	必要な提供体制の整備	27) 地域において提供されるサービスの質と量、住民ニーズの供給バランスについて評価できる	
		28) 診療所同士が連携し、訪問診療可能な診療所が増える	
		29) 24時間対応可能な診療所・病院が増える	
		在宅療養支援診療所・病院	30) 在宅療養/在宅看取りの患者数が増える
			31) 在宅看取りが可能な訪問看護事業所数が増える
			32) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問看護事業所で担当する事業所が増える
		訪問看護事業所	33) がん末期、神経難病、小児、精神疾患、認知症に対応できる訪問看護事業所が増える
			34) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
			35) 訪問可能な薬局が増える
		薬局	36) 麻薬の取り扱い、一包化調剤が可能な薬局が増える
			37) 複数の薬局が連携して、薬剤や衛生材料の提供ができる
			38) 訪問できる歯科診療所（訪問歯科診療）が増える
		歯科診療所	39) 訪問できる歯科衛生士が増える
			40) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
			41) 退院支援部署を設置する病院が増える
		病院	42) 退院前カンファレンス（地域のサービス提供者も参加する）を行う病院が増える
			43) バックベッド体制を担う病院が増える
			44) レスパイト入院を受け入れる病院が増える
			45) 訪問看護を利用する施設が増える
		高齢者施設等	46) 施設看取りに積極的な施設が増える
			47) 施設看取り経験のある施設職員が増える
			※施設看取り数（率）が増える：（62）に含む
		居宅介護支援事業所	48) 居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、在宅看取りを希望する利用者数が増える
		訪問介護事業所	49) 特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える
			50) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問介護事業所で担当する事業所が増える
		地域包括支援センター	51) 地域の社会資源情報の把握や住民や行政機関に情報提供ができる
			52) 医療系のサービス提供機関との連携が促進する
			53) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
		市町村	54) 地域の医療・介護サービス資源の把握ができる
			55) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応について協議の場がある
			56) 在宅医療・介護連携支援に関する相談の場がある
			57) 在宅医療・介護サービス等の情報が関係機関で共有できている
			58) 在宅医療・介護関係者に対する研修を実施している
			59) 在宅医療・介護にかかる住民への普及啓発をしている
			60) 関係市町村と連携して地域で不足するサービスを提供できる仕組みがある・協議の場がある
		成果 (アウトカム)	在宅（自宅・施設）看取り数(率)
在宅看取りへの住民の満足度	62) 在宅看取りに満足できた住民が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡を含む）が増える		

(4) 在宅医療推進事業の内容

ア. 目的及び地域のあるべき姿

住 民：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：質の高い在宅ケアができる資源が増えネットワークが構築される。  
 保健所：在宅医療を推進するために、ネットワークの調整的役割を果たす。

イ. 取組の経過

管内にがん診療拠点病院等はなく、在宅医療に取り組んでいる医療機関や薬局は少ない。  
 訪問看護ステーションも2か所のみである。緩和ケア病棟を持つ医療機関は2か所あり、がん終末期患者のレスパイトや緊急時の受け入れ態勢は整っている。  
 事業開始に当たっては、住民や関係機関への調査、相談支援等をおしてニーズ把握や課題の抽出を行った。在宅医療に関する情報が住民に浸透しておらず、ニーズが顕在化していない。  
 住民啓発と平行して、医療資源が限られていることから、在宅医の負担軽減ができるような支援体制づくりや多職種連携のための研修会、介護職員の質の向上にも取り組んできている。

業務区分		平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
住民啓発		あらゆる機会を捉えた事業の周知				
			医療機関・退院調整部門との連携強化			
				市民啓発シンポジウム（NPOとの協働） 『在宅ホスピスを語る会』		
各種調査		市民の意識調査	災害対策の調査	高齢者施設の 看取りに関する調査		介護職員の特 定行為研修受 講状況調査
		関係機関アンケート・ヒアリング調査			訪問看護ステーション調査	
		訪問看護ステーション調査				
ネットワーク 業務	在宅医療推進 協議会	協議会立ち上げ	各委員らを中心に地域における在宅医療推進のためのネットワーク づくり（協議会：年1回）			
	実務担当者 会議	実務担当者会議の開催				（平成25年度から 介護保険事業者連絡会と共同）
研修会	在宅医療市民 啓発研修会	在宅医療啓発研修会				（平成26年度 市と共同）
	スキルアップ 研修会		在宅医療シンポジウム			
		スキルアップ研修				
	ボランティア 養成講座			在宅ホスピスボランティア 養成講座（NPO協働）		

(5) 在宅医療推進事業の評価（平成 22 年度～26 年 12 月）

ア. 職員組織・予算や地域のニーズ把握・事業計画の立案

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
職員組織・予算 地域のニーズ把握・ 事業計画の立案	1) 担当者変更時の引継ぎができる	概ねできた。
	2) 事業に必要な予算の確保ができる	
	3) 在宅医療に関わる地域の実態を把握し、課題を抽出できる	
	4) 在宅医療に関わる地域の課題に基づいた事業計画を立案できる	

【評価の根拠と改善策】

事業立ち上げ時期から主担当の交代がなく、抽出した課題に応じた事業を計画的に実施し、関係機関とのネットワークを深めることができた。地域課題を把握するために、調査や会議開催など、行政という立場から協力が得られやすかった。

課題が多岐にわたるため、実践しやすいもの、在宅医療推進に大きく影響し、アプローチがしやすい機関や団体への働きかけから実施していった。啓発など、長期的、継続的に実施することが必要なものについては、地域全体の実態把握や効果を評価できるよう指標とその測定方法について長期的に定めておくことで、担当者の円滑な引継ぎや事業の継続的な評価が可能になるとと思われる。

イ. 相談支援

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
相談支援	5) 個別相談支援について必要な在宅療養についての情報がどこにあるか分かる	概ね達成できた。
	6) 必要な社会資源にタイムリーにつなぐことができる	
	7) 個別の相談支援から共通するニーズや課題の抽出ができる	
	8) 住民または関係機関からの相談件数が増える	

【評価の根拠と改善策】

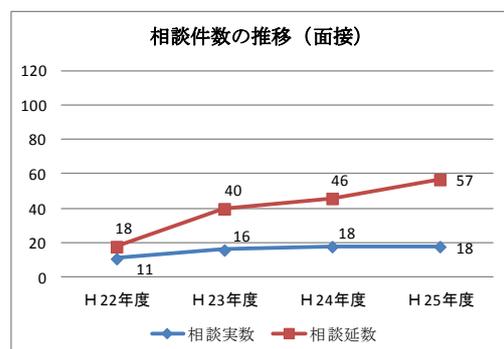
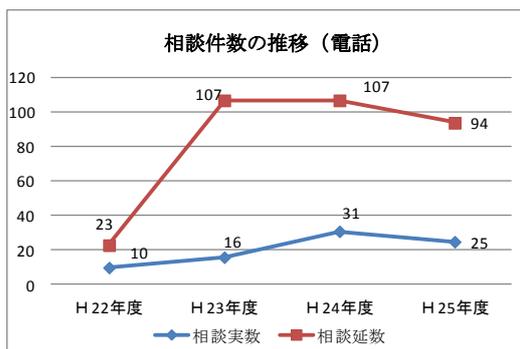
個別支援を通して関係機関連携や地域課題も抽出できてきている。情報提供等、関係機関を支援する機会は増えたが、末期がんについては、保健所が直接相談対応をする件数は、横ばいとなっている。

がん地域拠点病院の相談窓口等も充実してきたことから直接的な支援よりも、関係機関支援や地域の課題を会議にて提起したり、不足しているスキルやサービスについての研修や人材育成等の間接的な役割が大きくなっていると考えられる。

難病については医療証交付事務を通して対象把握が容易であり、疾患の特殊性から保健所が個別支援を担う役割が引き続きあると考えられる。今後は、これまでの支援ノウハウや情報を提供し、地域包括支援センター等の関係機関に支援をしていきたい。

◆相談件数の推移

【相談件数の推移】



## ウ. 住民への普及啓発

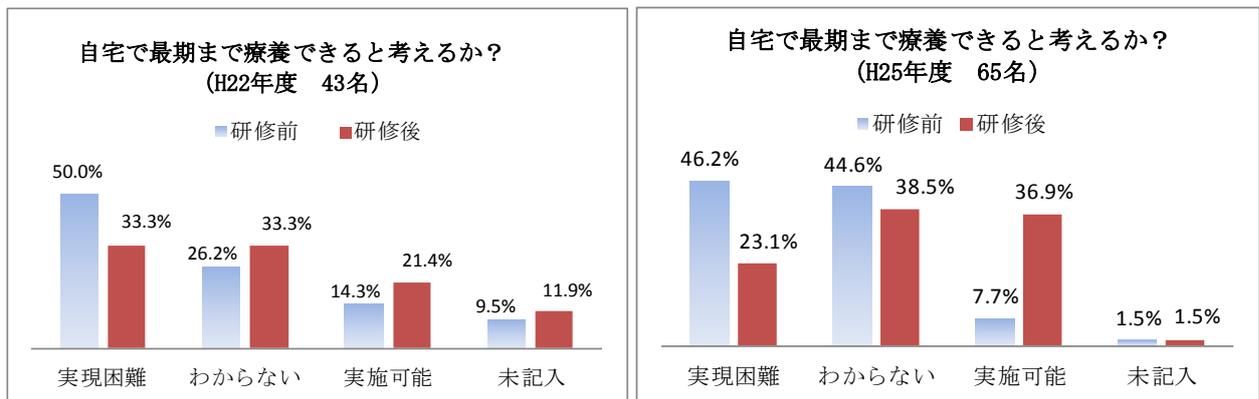
評価項目		評価 (H22. 4月～H26. 12月現在)
住民への普及啓発	9) かかりつけ医をもつ住民が増える。	あまり達成できていない
	10) 住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる。	
	11) 住民は、地域包括支援センター、保健所等の在宅医療について相談できる場所がわかる。	
	12) 住民は、利用できるサービス（コストも含む）を知ることができる。	

### 【評価の根拠と改善策】

在宅看取りの知識や体験談等の情報を住民が得ることで在宅医療への理解が深まり、「希望する療養場所」が在宅に変化する割合が高くなることは、明らかになった。特に地域の経験豊富な在宅医を講師にした研修会では、研修後に「在宅看取りは実施可能」と考える人が増える等、「自分の住む地域の取組み」を知る研修は有効であった。一方、研修により知識を得た後も「わからない」とする住民も多く、継続的な啓発活動が必要である。

また、研修受講者だけでなく、住民全体への意識調査など、広く実態把握ができる調査を実施する等、普及効果を把握するためには、定期的に観察するための仕組みが必要と考える。

### ◆研修会受講生アンケート：受講前後の変化



## エ. 関係職員に関するスキルアップ

評価項目		評価 (H22. 4月～H26. 12月現在)
関係職員に関するスキルアップ	13) 関係職員の在宅療養/在宅看取りに関するスキルの実態把握・課題の抽出ができる。	少し達成できた
	14) 関係職員は、在宅療養/在宅看取り推進の必要性や方向性が理解できる。	
	15) 関係職員は、地域の医療機関や施設等の在宅医療に関する社会資源がわかる。	
	16) 関係職員は、在宅医療に必要とされているスキルを高めることができる。	
	17) 関係職員は、医療ニーズの高い患者を適切な関係機関につなぐことができる。	
	18) 在宅医療推進に向けた地域のキーパーソンを発掘し、育成できる。	

【評価の根拠と改善策】

関係機関は多岐にわたるが在宅医療の核となる「診療所」については、毎年、「訪問看護事業所」については、2年に1回調査することで、そのスキルやニーズ等を把握しており、経年的に調査することで、評価が容易になる。しかし、これまで年によって調査項目が変わり経年変化が確認できない項目もあった。長期的に観察する指標を定めて調査項目を精査する必要があったと痛感している。

平成25年度からは、在宅看取りにおいて介護施設や介護職員の役割が大きくなっていること、地域の施設看取り数が少ないこと、診療所等の医療従事者については医師会事業で研修会が実施されていること、管内訪問看護事業所が管内1か所（H26年度から2事業所）であることから、介護事業所、介護施設のスキルアップ研修を実施した。

オ. 関係機関のネットワークづくり

	評価項目	評価（H22.4月～H26.12月現在）
関係機関のネットワークづくり	19) 関係機関の在宅療養/在宅看取りに関する連携状況の実態把握および課題の抽出ができる。	少し達成できた
	20) 地域特性に応じた関係機関のネットワークづくり（会議）が効果的に実施できる。	
	21) 関係機関同士が、お互いの役割や取り組みの内容を理解できる。	
	22) 関係機関同士が、担当ケースを通して連携体制をつくることができる。	
	23) 関係機関同士が地域の課題を出し合う場（会議や勉強会など）が、地域にできる。	
	24) 関係機関が協働して、地域の在宅医療に関わる課題に取り組むことができる。	
	25) 担当職員が変わっても、継続的に関係機関職員間の連携体制が構築できる。	
	26) 地域の特性に応じたネットワーク組織ができる。	

【評価の根拠と改善策】

管内の訪問看護事業所が少ないため、近隣市の事業所とも連携を図ってきた。

個別支援や会議、研修の合同開催など、協働して活動する機会がふえ、「顔の見える関係」から「協働できる関係」にネットワークが深まってきている。衛生材料の供給や主治医ネットワークなど具体的な地域規模でのサービス提供システムの構築には至っておらず、今後は、その必要性、実現性も含めて検討が必要と考えている。

◆関係機関とのネットワークの深さ

表1 協働状況の段階

※ 在宅医療推進に関する関係職種による在宅医療推進に向けた協働状況（4段階）	
1	関係機関として認識がある程度（あまり連携がない）
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一方的な情報収集に留まる）
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
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

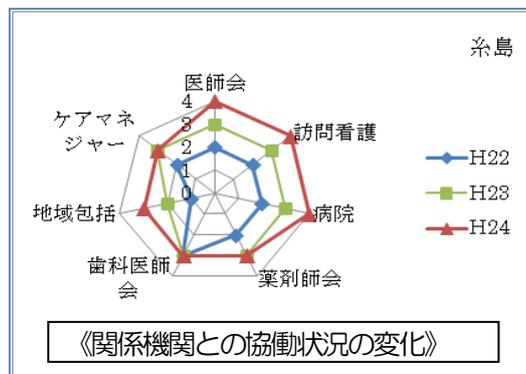


表2 平成22年度から24年度の連携レベルの平均値の推移

	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

カ. 必要な提供体制の整備

評価項目		評価 (H22.4月～H26.12月現在)
必要な提供体制の整備	27) 地域において提供されるサービスの質と量、住民ニーズの供給バランスについて評価できる	少し達成できた

【評価の根拠と改善策】

訪問看護事業所調査で「1時間程度の訪問看護は何回増やせるか」という質問に対し、8割の訪問看護事業所は回数を増やせる状況であったが、夜間対応可能な事業所は少ない。

個別支援等を通して在宅医からは、「今後、ニーズが高くなっていけば取組む医師が増えないと対応できない」等の声がある。

個別支援や関係機関から出される課題から、医療ニーズが高い在宅療養者が利用できるサービス提供事業所は、まだ少ないと考える。

◆訪問看護事業所調査

H23年9月の実績	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
夜間帯の電話対応あり	7	9	10	20	6	31	2	3	—	2
夜間帯の電話対応者のうち、臨時訪問	0	2	1	0	5	25	2	3	—	0
さらに増やせる回数	0	14	20	2	10	50	20	0	10	—

①在宅療養支援診療所・病院

評価項目		評価 (H22.4月～H26.12月現在)
在宅療養支援診療所・病院	28) 診療所同士が連携し、訪問診療可能な診療所が増える。	達成できていない
	29) 24時間対応可能な診療所・病院が増える。	
	30) 在宅療養/在宅看取りの患者数が増える。	

【評価の根拠と改善策】

平成22年度調査時に在宅看取りに積極的に取組んでいた診療所が現在、取組んでいないことから在宅看取り数は、減少していた。

在宅医療に積極的な病院1か所・診療所2か所から、なかなか拡大しないが、「現在、通院している患者への対応」については、意欲的な医師も多い。平成26年度は、新たに診療所で在宅医療に取組む際により円滑にできるよう、情報提供(市と医師会協働で社会資源簿作成)、平成27年度からは、医師が相談できる窓口(「在宅医療連携拠点センター」)との協働や連携を図る等、支援体制の整備をさらにすすめていきたい。

◆医療施設調査

《医療施設調査結果》	H22	H24	H26
調査回答数 (看取実績有り数)	67 (8)	12	21
在宅療養支援診療所	15	19	20
(強化型在宅療養支援診療所)	—	—	(4)
在宅療養支援病院(強化型)	0	1	1
往診可能医療機関	10		
診療時間外対応可能	7		
病院連携あり	25		
診療所連携あり	10		
訪問診療患者数/医師1人(7月)	—	5.3	10.6
在宅看取り数(実績×○)/年	92		45

## ②訪問看護事業所

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
訪問看護事業所	31) 在宅看取りが可能な訪問看護事業所が増える	あまり達成できていない
	32) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問看護事業所で担当する事業所が増える	
	33) がん末期、神経難病、小児、精神疾患、認知症に対応できる訪問看護事業所が増える	
	34) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える	

### 【評価の根拠と改善策】

管内の訪問看護事業所は2か所と開設数は、あまり増えていないが、福岡市の事業所を利用することが可能で、事業所の看取り数は増加している。しかし、夜間対応等は、事業所からの距離が遠いことで対応できない地域もあることから、夜間対応が困難な地区をカバーできる体制（サテライト等）についても地域の事業所の機能強化とあわせて検討が必要。

機能評価については、重要な項目について経年的に評価できるよう調査を実施していく予定。

### ◆訪問看護事業所調査

〔対応可能な疾患〕

	H22 (10か所)	H23 (10か所)	H25 (11か所)
看取り支援	7か所	8か所	8か所
看取り数（4か月間）	23人	72人	69人
他訪看事業所連携	—	—	5か所
がん末期への対応 (疼痛看護)	7か所	8か所	8か所
神経難病への対応	7か所	8か所	8か所
小児疾患への対応	5か所	7か所	5か所
精神疾患への対応	—	—	7か所

〔夜間対応の実績及び今後の訪問対応が可能な回数〕

H23年9月の実績	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
夜間帯の電話対応あり	7	9	10	20	6	31	2	3	—	2
夜間帯の電話対応者 のうち、臨時訪問	0	2	1	0	5	25	2	3	—	0
さらに増やせる回数	0	14	20	2	10	50	20	0	10	—

## ③薬局

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
薬局	35) 訪問可能な薬局が増える	少し達成できた
	36) 麻薬の取り扱い、一包化調剤が可能な薬局が増える	
	37) 複数の薬局が連携して、薬剤や衛生材料の提供ができる	

**【評価の根拠と改善策】**

訪問薬局情報については、既に情報公開のシステムなどが全県的に整備されているので、地域的な課題や衛生材料提供等の仕組みづくりについては、今後検討していく必要がある。また、ケアマネ等が訪問指導等薬剤師会に相談できる相談シートが十分活用されていないため、周知を行っていく必要がある。

**④歯科診療所**

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
歯科診療所	38) 訪問できる歯科診療所が増える	少し達成できた
	39) 訪問できる歯科衛生師が増える	
	40) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える	

**【評価の根拠と改善策】**

歯科医師会では、既に在宅歯科医療連携室などの相談窓口を設置していたが、多職種連携が十分に進んでおらず、活用ができていない。窓口の存在は知っているものの具体的に活用できるタイミングやその効果が十分に浸透していない面もあり、具体的なサービス内容について、周知を進めていきたい。

**⑤病院**

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
病院	41) 退院支援部署を設置する病院が増える	少し達成できた
	42) 退院前カンファレンス（地域のサービス提供者参加）を行う病院が増える	
	43) バックベッド体制を担う病院が増える	
	44) レスパイト入院を受け入れる病院が増える	

**【評価の根拠と改善策】**

在宅生活の維持のためにも、退院前から在宅療養環境を整え、在宅サービス担当者と患者、家族、ケアマネとの顔の見える関係を作っておくことが重要。特に医科歯科連携、訪問看護師や薬剤師の活用について、情報提供することでニーズが明確になるため、実態把握にむけた取組みが必要。

**⑥高齢者施設等**

評価項目		評価（H22.4月～H26.12月現在）
高齢者施設等	45) 訪問看護を利用する施設が増える	あまり達成できていない
	46) 施設看取りに積極的な施設が増える	
	47) 施設看取り経験のある施設職員が増える	

【評価の根拠と改善策】

平成 24 年度に高齢者施設調査をとおして実態把握を実施。

「看取り対応可能」という施設はあるものの、看取りが困難な理由として「知識・経験不足」「マンパワー不足」等をあげる施設も多く、体制整備に向けた支援が必要な状況であった。

平成 25 年度から介護施設を対象にした研修会を介護保険事業者連絡会などと協働でスキルアップに向けた研修を実施している。看取りに必要なスキルの向上や訪問看護事業所との連携をすすめるとともに、住民にも「施設看取り」の情報を提供する等の周知が必要と考える。

◆平成 24 年度高齢者施設調査

[看取り対応の可否]

《H24年度調査》 (回答数21/24)	施設数	看取り 対応可能
特別養護老人ホーム	4 か所	4 か所
介護老人保健施設	5 か所	2 か所
グループホーム	5 か所	1 か所
その他老人ホーム	7 か所	2 か所
合計	21 か所	9 か所

[対応可能な医療処置]

[看取りが困難な理由]

対応可能な医療処置	施設数 (全21 施設中)	看取りが困難な理由	施設数 (全21 施設中)
たん吸引	14 か所	知識・経験不足	13 か所
経管栄養	11 か所	マンパワー不足	9 か所
インスリン注射	10 か所	往診医の確保	8 か所
人工肛門管理	10 か所	家族との意向調整	6 か所
酸素療法	9 か所	希望者が少ない	5 か所
点滴	7 か所	本人意思確認の不安	4 か所
中心静脈栄養	2 か所	訪問看護事業所の確保	4 か所
麻薬疼痛管理	2 か所	体制について相談者不在	3 か所
人工呼吸器	1 か所		

⑦居宅介護支援事業所

評価項目		評価 (H22.4月～H26.12月現在)
居宅介護支援事業所	48) 居宅介護支援事業所が関わる利用者のうち、在宅看取りを希望する利用者数が増える	把握できていない

【評価の根拠と改善策】

医療依存度の高い患者や在宅看取りを希望する患者への対応に不安を持つケアマネジャーが多く、実務担当者会議や多職種連携研修会等を実施してきた。個別支援において、末期がんなど医療ニーズの高いケース支援ができ連携できる居宅介護支援事業所はあるが、全体的な実態が把握できていない。

## ⑧訪問介護事業所

評価項目		評価 (H22.4月～H26.12月現在)
訪問介護事業所	49) 特定行為 (たん吸引や経管栄養等) ができる介護職員が増える	あまり達成できていない
	50) 医療ニーズの高い利用者を複数の訪問介護事業所で担当する事業所が増える	

### 【評価の根拠と改善策】

在宅看取りにおいて介護施設や介護職員の役割が大きくなっていること、地域の施設看取り数が少ないことから、平成25年度から介護事業所、介護施設のスキルアップ研修を実施。

特定行為研修の受講体制については、指導者や指導施設も数が少ないため、指導者となる医師や看護職員への呼びかけをおこない、在宅医療にかかる講座を実施し、介護職員間の意見交換の場を設けた。

受講しない理由については、「対象者がいない」8か所、「要望はあるが人員不足で対応できない」1か所であった。

特定行為研修受講者を増やす取組と同時に、医師や在宅療養者にも制度が知られていない面もあるため、ニーズ把握や制度の周知が課題である。

### ◆訪問介護事業所の特定行為研修にかかる調査 (平成26年度)

《H26年度調査》 (回答数16/17)	施設数 (全16施設中)
介護職員数	234人
喀痰吸引研修受講者あり	5か所
喀痰吸引研修受講者数	10人 (うち、3号研修8人)
登録特定事業所	4か所
たん吸引対応患者数	2人
経管栄養対応患者数	2人
H26年度研修受講予定あり	3施設

## ⑨地域包括支援センター

評価項目		評価 (H22.4月～H26.12月現在)
地域包括支援センター	51) 地域の社会資源情報の把握や住民・関係機関に情報提供ができる	把握できていない
	52) 医療系のサービス提供機関との連携が促進する	
	53) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りをする利用者数が増える	

### 【評価の根拠と改善策】

これまで、個別支援をとおして連携をしてきたが、看取り支援の実態については、把握していなかった。H27年度から開始する地域包括ケアシステムにおいて市町村が主体的に在宅医療推進に取り組む予定であり、地域包括支援センターにおいても医療ニーズが高い利用者への支援も増えてくると思われる。

今後、地域包括支援センターの相談機能の充実にむけた支援や事業評価についても連携しながらすすめていく予定。

## ⑩市町村

評価項目		評価 (H22. 4月～H26. 12月現在)
市町村	54) 地域の医療・介護サービス資源の把握ができる	少し達成できた
	55) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応について協議の場がある	
	56) 在宅医療・介護連携支援に関する相談の場がある	
	57) 在宅医療・介護サービス等の情報が関係機関で共有できている	
	58) 在宅医療・介護関係者に対する研修を実施している	
	59) 在宅医療・介護にかかる住民への普及啓発をしている	
	60) 関係市町村と連携して地域で不足するサービスを提供できる仕組みがある・協議の場がある	

### 【評価の根拠と改善策】

H27 年度から開始する地域包括ケアシステムにおいて市町村が主体的に在宅医療推進に取り組む予定。H26 年度は、その準備にむけて、保健所や医師会と協働で課題と情報の共有を進め、積極的に実施することができた。

事業実施については、今後、共同開催や役割分担をしながら実施し、地域包括支援センターの相談機能充実支援や事業評価についても連携しながらすすめていく予定。

## キ. 事業全体の成果

評価項目		評価 (H22. 4月～H26. 12月現在)
事業全体の成果	61) 在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える	達成できていない
	62) 在宅看取りに満足できた住民が増える	

### 【評価の根拠と改善策】

「在宅看取り率」については、県、全国の在宅看取り率が増加傾向にあるが、糸島市では減少している。

(H22 年に数多く在宅看取りをしていた 1 診療所が現在、取組みなし) 「在宅看取り率」について、H24 年時点では、成果が確認できなかった。事業の影響と言う点では、より長期的な視点で経年的に見ていく必要がある。

個別支援や会議、研修の合同開催等、関係機関が協働して活動する機会がふえ、「顔の見える関係」から「困った時に相談できる関係」にネットワークが深まってきている。

ネットワークの深まりや事業成果が「在宅看取り率」に影響するまでには、より長期的な視点で見えていく必要があるが、「施設看取り」への支援、かかりつけ医が在宅医療に取り組みやすい体制支援は重要な課題と考える。

「在宅看取りの満足度」については、個別支援等の反応で確認することはできたが、集団の意識を把握する手段がなく、評価できておらず、今後、検討が必要。

◆在宅看取り率

	年次	死亡総数	在宅死亡数				在宅看取り率
			小計	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	
福岡県	H20年	45,134	5,142	307	798	4,037	11.4%
	H21年	44,879	5,011	348	869	3,794	11.2%
	H22年	46,996	5,499	451	981	4,067	11.7%
	H23年	48,112	5,783	464	1,115	4,204	12.0%
	H24年	48,957	6,133	485	1,278	4,370	12.5%
糸島市	H20年	843	79	4	8	67	9.4%
	H21年	-	-	-	-	-	-
	H22年	870	100	6	20	74	11.5%
	H23年	906	81	8	10	63	8.9%
	H24年	921	80	9	7	64	8.7%

ク. 評価の概要

◇これまでの取り組みの成果

- ・関係機関間の「顔の見える関係」や事業について協働実施するネットワークはできつつある。
- ・医師会や歯科医師会、薬剤師会の在宅医療のための窓口や連携ツールは、整備されつつある。
- ・市や地域包括支援センターなど住民に身近な場所が在宅医療を主体的に推進することが法的に位置づけられ、その体制整備を支援することができた。
- ・住民が「在宅医療」についての情報を得る場として、市民講座や各関係団体が在宅医療をテーマに研修会を開催する機会が増えてきている。

◇残された課題

- ・整備された社会資源情報や各関係団体が設置する相談窓口が活用されるような周知及び連携体制の充実（地域在宅医療連携拠点センター・地域包括支援センター・在宅歯科医療連携室・薬剤師会「無料相談シート」・急変時入院受入れ事前連絡票等）
- ・医科歯科連携や訪問薬剤師、訪問看護師、訪問介護職員等、多職種連携を円滑するしくみの強化（具体的に連携できる個別支援事例を1例ずつふやす）
- ・施設看取りや自宅看取りができる介護職員の育成
- ・夜間・休日対応ができる訪問看護事業所・訪問介護事業所の充実
- ・住民意識やニーズを把握（定期的、広域的）するしくみづくり
- ・医療ニーズが高い小児や難病患者のリハビリやレスパイト施設が少ない

## 4. 考察

### 1) 筑紫、嘉穂・鞍手、糸島保健所の達成度（10項目評価）について

今回、達成度の測定方法をあわせた10項目の評価について3保健所で情報交換することで、あらためて、当該地域の特徴やこれまでの取り組みについて振り返ることができた。

事業開始からこの間、医療介護制度の変化もあり、保健所の役割も事業実施者から事業のノウハウを他の関係機関に伝え、地域サービスの充足状況やサービスの質を評価すること等に役割がシフトしていくことが考えられる。

事業開始当初から、評価方法が示されていたものの、地域特性に応じて保健所毎に事業内容が異なってきたため、当初の評価方法が合わなくなってきたこと、評価項目の多さから来る負担感もあいまって、県共通の評価指標を活用することができなくなってきた。

また、これまでの評価指標の達成度については、担当者の主観によることが多く、保健所間で比較、共有することも困難であった。

さらに、実態把握や評価のために様々な調査等を実施してきたが、調査項目が年度や保健所毎に違うため、比較ができない部分も多かった。

長期にわたり、広域で共通の指標を定期的に把握することが、事業の効果や成果の指標となるため、長期的かつ県単位の評価指標の統一化が重要となる。

そこで、今回、保健所毎の地域の状況を考慮したうえで、県共通の評価指標10項目について、達成度の基準を示し、3保健所で活用してみた。

新たに設定した項目もあるため、これまでの取組では、把握できなかったものや今後の調査が必要なものもあった。

事業開始後、5年～7年経過しているが、新たな評価指標を用いると「達成できた」「概ね達成できた」という項目は、少なく、「必要な提供体制の整備」「在宅看取り率の増加」には至らなかった。

新たな達成指標については、地域の関係機関にも掲げながら、保健所のみならず、地域の関係機関を交えて全体で共通の目標を示しながら、検討する場が必要であると考えます。

### 2) 糸島保健所の取組（62項目評価）について

デルファイ調査（1回目）により「重要」「かなり重要」と回答した率が95%以上となる評価指標を中心に、糸島保健所のこれまでの取組みを評価した。評価項目が多いため、一律に全項目を評価するのは、事業担当者の負担感も大きく活用が困難と思えるが、地域での重点事項に特化した評価や事業点検などを行う際には、これらの指標が参考になると考える。

評価指標の項目ごとの達成度は、県共通の10項目以外は、主観的な評価となった。事業開始時とその後の変化が数値で出すことができる項目があったものの、数年にわたる調査項目が異なっているため、増減を確認することができないものも多かった。

糸島保健所の特徴として、管内1市であるため、広域的な調整の場面は少なかったが、事業を先進的に実施したことで、地域関係機関のネットワークづくりや市町村等の関係機関が事業実施する際の支援という役割は果たしてきた。

管内の医療社会資源が限られていることから、介護職の人材育成やかかりつけ医を中心とした在宅医療の取組みなど、地域の関係団体との協議のもと、地域の強みと弱み、目標を共有しながら、さらなる事業推進を図っていきたい。



## IV 在宅医療推進事業評価指標の活用可能性

今回作成した 10 項目の評価指標について活用可能性と課題について述べる。

### 1) 評価実施の課題

作成した 10 項目の評価指標を使って、これまでの在宅医療推進事業の評価を行って見たところ、いくつかの課題が明らかになった。まず、項目によっては評価指標の達成度を 5 段階で評価することにしたが、その判断は主観的になってしまうことである。これは、在宅医療推進協議会のメンバー間で話し合っただけで判断する等、事業に関わる複数のメンバーで評価を実施することが必要である。今後は、評価する人の間で差が生じないように、具体的な段階ごとの基準を明確にしていく必要がある。

また、指標は事業当初から明確にし、評価するための調査項目は、なるべく変更せずに調査を継続的に実施することが必要である。事業開始当初に評価を意識して作成した調査票は、変更された項目が多く、継続的にその変化を見ることができないものがあった。担当者一人一人が、評価方法を理解し、取り組むことが重要である。一方で、事業の推進や、社会情勢の変化によって、評価指標が相応しくなくなることも有り得る。そのため、定期的に評価指標の見直しを行うことも重要である。

最後に、今回、プロセス評価の指標が、アウトカム指標に影響するかは、明らかにできていない。そのため、今後検討が必要である。

### 2) 評価指標の活用可能性と活用方法

上記のような課題があるものの、今回作成した評価指標は、最在宅医療推進事業の担当経験のある者から合意が得られたものである。また、より負担を少なく評価できるよう 10 項目に絞った。今後、福岡県では、この 10 項目を使って評価することにより、全保健所がプロセス評価とアウトカム評価の両者に着目し、評価することが可能になることが期待できる。また、上記に課題として述べたように達成度の基準や社会情勢の変化に応じた変更、絞った 10 項目についても 2~3 年毎に見直しと検証をしながら、必要に応じて修正を加えていきたい。

## V 保健所所長（医師）からみた事業及び保健師特性

### 1. 目的

保健医療分野の専門職のトップであり、所内体制のリーダーとして事業全体の戦略立案、方針決定、所内外の調整を担ってきた立場から、事業の進捗に影響を与える要因や担当者の変化について、客観的な視点から考察を得ることで活動評価の一助とする。

### 2. 方法

○調査方法：健康増進課長（保健師）が、所属の保健監に面接調査。

○対象：

県内9か所の保健福祉（環境）事務所のうち、3か所の保健監（医師）

保健所名	市町村数（医療圏数）	人口	高齢化率（H26）	在宅看取率（H24）	事業開始年
A	4市1町（1）	433,243人	20.2%	11.6%	平成22年度
B	4市3町（2）	A 182,911	A 28.5%	A 13.3%	平成20年度
		B 109,657	B 30.2%	B 10.3%	平成22年度
C	1市（1）	99,885人	25.2%	8.7%	平成22年度

### 3. 結果

#### 1) 事業推進の要因

##### ①事業が進んだと思われたときは、いつですか。

保健所名	内 容
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援センター事業はまだまだ進んでいない。</li> <li>支援センター事業が、どこまで住民に周知されているのか。支援センターへの来所相談はあるか。少なくとも一般住民1000人以上の人に周知ができたと自信を持って言えるようでないに進んできたとは言えないのではないか。</li> <li>支援センターへの電話相談時等に「どこで、この相談先を知ったか？」を聞き取ると良いのではないか。</li> <li>管内は、1市をモデル市として事業を行ってきたので、他の市町へは周知ができていない。また、そのモデル市も関係機関への周知がほとんどであり、住民周知の方法を工夫する必要がある。そろそろ公開講座等も考えると良いのではないか。</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種連携が深まった。</li> <li>訪問看護が自主的に会議を開催するようになった。</li> <li>D病院が在宅医療拠点事業を受託した際に当所に相談があった。</li> <li>一部の市より、在宅医療のモデル事業を受託した際に「保健所の在宅医療推進事業を参考にした」と言われた。</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療連携事業等（基金）で医師会から事業内容について相談を受けたとき。</li> <li>地域包括ケアシステム構築をするうえで、市から在宅医療を中心に「一緒に考えてほしい」と依頼があったとき。</li> <li>市町村や医師会等の関係団体が「在宅医療に取り組む」という姿勢になったとき。</li> <li>医師会や市から「在宅医療について保健所が情報や実績を持っている」「保健所は必ず一緒にやってくれる」と認知され、信頼された。</li> </ul>

②進んだ際の要因は何でしたか？何が要因で促進したのでしょうか。

保健所名	内 容
A	—
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・D病院や市、医師会主体の会議や研修にも必ず出席することが関係づくりに繋がった。</li> <li>・モデル事業開始時より、細目に訪問看護ステーションや多機関にヒアリングにまわり地域の社会資源を把握してきた。（足で稼いだ）</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・土日の研修会にも参加し、日頃から頻回に顔を合わせて相互理解を深めたこと、今まで手付かずだった在宅医療の分野について勉強して関わるなどの保健師の頑張り。</li> <li>・協議会や部会等を通して保健所の事業を発信してきた。</li> <li>・医師等の専門職がいる保健所が医師会等の関係団体にアプローチするノウハウがあったこと。</li> <li>・介護保険法の中に「在宅医療の推進」が位置づけられ、市町村や関係機関の役割が明記されたこと。</li> <li>・診療報酬や介護報酬が在宅医療にプラス改定されていったこと。</li> </ul>

2) 事業の阻害要因

①事業を進めるうえで困難と感じられたことは何ですか。それは、どんな場面ですか。

最も印象に残ったことを教えてください。

保健所名	内 容
A	「事業を進めて困難と感じる」まで至っていないと思う。
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2つの医療圏があり、広域調整の困難さ</li> <li>②医療介護確保推進法の成立や介護保険法の改正により医師会や市町が在宅医療の事業を進めてきた。保健所の立ち位置が難しくなった。</li> <li>③多機関の意気は高まっているが、住民の認知度、理解が把握できていない。看取り率はあまり増えていない。</li> <li>④在宅医療となる方は幅広いが、現在市町と小児やがん、難病担当部署との話し合いができていない。</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「在宅医療の必要性」は理解されても、取組む診療所や施設が増えていかない。（地域の社会資源の限界）</li> <li>②住民のニーズが顕在化しない。</li> </ul>

②それは、何故困難だったのでしょうか。何が要因で困難となったのでしょうか。

保健所名	内 容
A	今後、一般住民に事業の周知をひろげる必要があるが、困難さを感じている。周知方法が難しい。 市町へのアプローチも不足している。
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>①関係団体の取組にも格差があり、保健所が調整しても限界を感じている。</li> <li>②地域包括ケアの切り口から一部の市は積極的に動き始めた。高齢者対策の一環として取組みが今後進んでいくと思うが、保健所がやるべき「在宅医療」について再考が必要。</li> <li>③「在宅医療」が住民に対してどこまで浸透しているのか把握ができていない。何を評価指標にすべきか難しく、看取り率で判断することの限界を感じている。</li> <li>④「在宅医療」というと、現在市町の担当部局は高齢者担当部局になっており、「地域包括システム」になっていない。</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>①在宅医療に取り組むのに十分な診療報酬改定となっていないこと。（一部、マイナス改訂）</li> <li>②高齢者世帯が増え、家族機能が低下し介護力がないことから、「在宅医療は困難」という思いが強いこと。介護関係職員の人材育成が遅れていたこと。</li> </ul>

### 3) 在宅医療推進事業を担当職員と職種の特徴

#### ①保健師の特性（強み）を活かしていると思われた点がありますか。

保健所名	内 容
A	・保健師は本来“保健指導”を業としているため、職種として相談業務や、関係機関間の調整などの“つなぐ”特性を持っている。これが、強み。
B	・保健所保健師は、難病を中心に相談から訪問と事例を通して関係機関との調整や地域の課題に取り組んできた。個別支援から入れる強み。 ・研修企画や会議の調整（根回し）は経験的に培われている。
C	・保健師の勤勉性とやり遂げる力が在宅医療推進事業とマッチしていた。保健師が本来持っている力が引出され、個別支援を通して、事業を組み立て組織化していった。 ・住民に直接支援する機会が少なくなっていた県保健師が、終末期患者等との個と個のかかわりを通して、支援者として必要とされること、自分の存在意義を再確認し、保健師自身のエネルギーがさらに引出され、個別支援の対応能力が呼び戻された。 ・従来、難病や精神障害者支援などのベースがあり、啓発研修やスキルアップ研修、連携会議等の事業ノウハウ、経験知があった。

#### ② 保健師の特性（弱み）が課題になっていると思われた点がありますか。

保健所名	内 容
A	・本事業において保健師としての課題を感じたことはない。
B	・個別支援や相談業務はできるが、統計的な視点やデータの分析等の地域診断により地域の広域的な課題を抽出する能力がやや弱みなのは。
C	・目の前の個別支援や事業実施に熱心に取り組む反面、一步引いて広域的、経年的に評価して示すなど、客観的な視点、俯瞰してみる視点が弱い。

#### ③ 事業を担当することで担当者が成長したと思われる点がありますか。

保健所名	内 容
A	・担当者が1年で交代するため、変化はわからない。
B	・回答が難しい。
C	・保健師本来の強みを活かした事業ができた成果により、自分に自信がつき、消極的だった他の分野についてもイキイキと関係機関と協働して事業展開している。 ・地域包括ケアシステムにおいても、これまでの事業のノウハウや蓄積した情報を提供するなど、市町村や関係機関を支援する視点が強くなっていった。

## 4. 考察

### 1) 事業の進捗について

管内の市町村数や医療圏数などの管内の状況の違いもあり、事業の進捗についての捉え方にも差があった。

「事業が進んだ」と感じたタイミングは、「関係機関との連携が深まったこと」「先行して保健所が中核となり、在宅医療推進事業を実施したことで事業のノウハウが他機関から活用されたこと」とその要因として「事業に取り組む熱意が伝わったこと」があげられる。

促進要因としては、法整備や診療報酬などのインセンティブもあるが、日常的な業務のかかわりをとおして関係機関との信頼関係ができてきたことがあげられた。

阻害要因としては、「広域的な調整の困難さ」「対象ニーズの多様さ」「住民に“在宅療養が可能である”との理解を得るための周知の困難さ（ニーズの潜在化）」「家族機能の低下」「診療報酬」等があげられた。

また、市町村や医師会等、積極的に在宅医療推進に取り組む機関が増えていることから、関係機関の連携強化と、保健所や関係機関の役割と機能を整理する必要がある。

## 2) 事業と保健師特性との関係

保健師の強みとしては、「相談」「家庭訪問」等の「個別支援」の力や関係機関連携・調整等の「つながり」力といった保健師活動のノウハウと経験知を活かした取組みが事業を推進するうえでプラスとなったとあげられている。

また、熱意を持って支援に取り組む姿が関係機関等との信頼関係につながる一方で、「データを分析する力」「客観的に捉える力、地域課題を俯瞰してみる力」が弱いという面があげられている。

地域課題の抽出、地域資源の過不足や事業の評価等、今後、在宅医療推進において保健所に求められてくる部分が保健師の弱みとしてあげられており、課題である。



## 付 録

### 福岡県在宅医療推進事業評価のガイドラインの作成

事業推進の質を担保するため、平成 22 年 3 月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））を作成した。てびき作成の基になったのは、平成 20～21 年の 2 年間の担当者会議の資料や議事録、4 カ所の保健所の実施プロセス（年に 2 回分のヒアリングの逐語録）であった。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。整理したてびきのたたき台を基に、推進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）。このてびきの一部に事業評価のガイドラインが含まれている。さらに、平成 27 年 3 月に、在宅医療推進事業担当者 4 名および研究者で、てびきの見直しを行った。以下、事業評価のガイドラインを示す。

### 福岡県在宅医療推進事業評価のガイドライン

#### 事業の振り返りや評価をしよう

##### ○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。

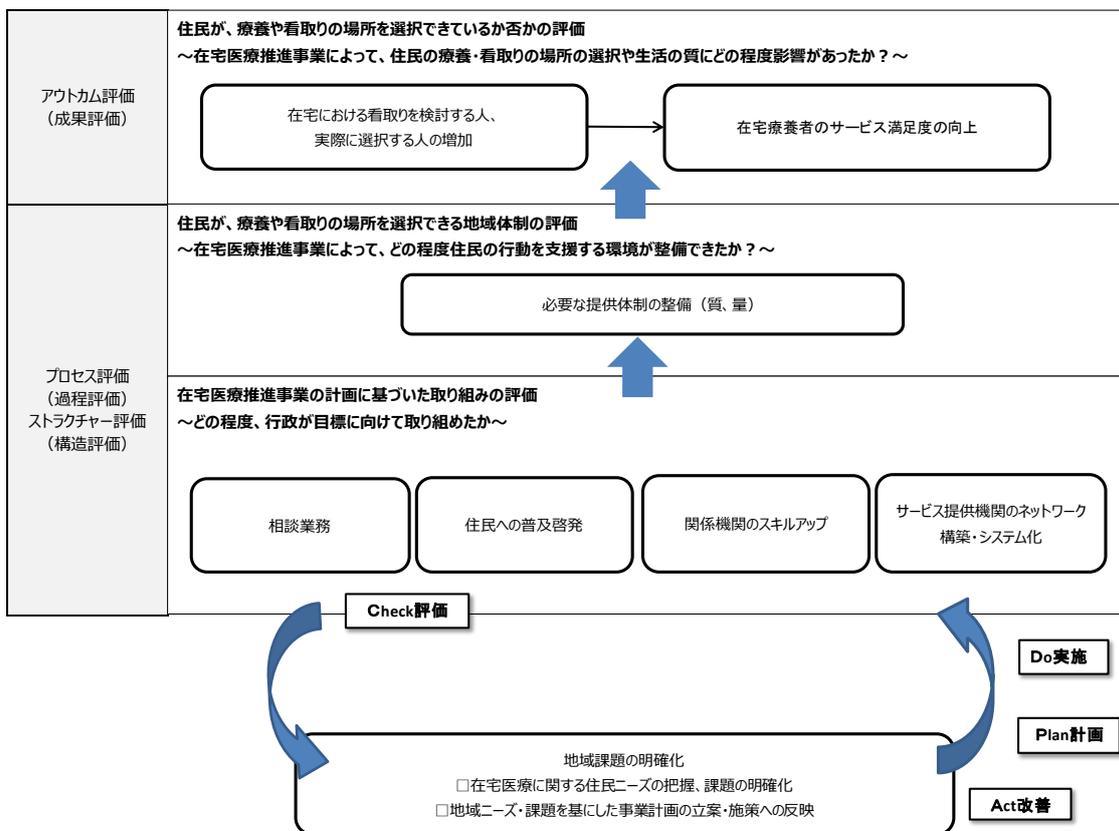
事業評価は事業の意義を可視化することであるため、日々業務に追われがちな担当者が、次の事業の展開方法を知ることや、住民に限らず担当者以外の職員の理解を得ることに役立ちます。事業の継続やより効果的・効率的なサービスを提供するために事業評価は欠かせません。

##### ○在宅医療推進事業の評価枠組み

評価指標の構成は、ストラクチャー（構造要件）、プロセス（過程要件）、アウトカム（成果）（Donabedian, 2003）を枠組みとして整理しました。プロセス評価では、「どの程度、行政が目標に向けて取り組めたか」、「在宅医療推進事業によって、どの程度住民の行動を支援する環境が整備できたか？」を評価します。「成果評価」は、「住民の療養・看取りの場所の選択や生活の質にどの程度影響があったか？」を評価します。

（図 1）

図表 1 在宅医療推進事業の評価枠組み



## ○在宅医療推進事業の評価指標

図表 2 在宅医療推進事業の評価指標

大項目・中項目		小項目
住民への普及啓発		(1) 住民は、在宅（自宅・施設）が看取り場所（療養場所）の選択肢であることを理解できる
必要な提供体制の整備	在宅療養支援診療所・病院	(2) 24時間対応可能な診療所・病院が増える
	訪問看護事業所	(3) 24時間対応可能な訪問看護事業所が増える
	薬局	(4) 訪問可能な薬局が増える
	歯科診療所	(5) 医療ニーズの高い在宅療養者の口腔ケアを行う歯科診療所が増える
	病院	(6) 退院前カンファレンス（地域のサービス提供者参加）を行う病院が増える
	高齢者施設	(※) 施設看取りに積極的な施設が増える ※(10)に含む
	訪問介護事業所	(7) 特定行為（たん吸引や経管栄養等）ができる介護職員数が増える
	地域包括支援センター	(8) 地域包括支援センターが関わる利用者のうち在宅医療/在宅看取りを希望する利用者数が増える
市町村	(9) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応についての協議の場がある	
事業全体の成果（アウトカム）		(10) 在宅（自宅・施設）看取り数（率）が増える ※在宅療養支援診療所や訪問看護事業所の看取り数（入院後、2週間以内死亡を含む）が増える

在宅医療推進事業の評価指標は図表2の10項目です。これらはデルファイ調査によって、在宅医療推進事業経験者の意見を基に、100項目の中からより指標にふさわしいとされるものを精選しました。

## ○評価の時期

評価の時期は項目ごとに、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。改めて、調査を実施するのは費用と労力がかかるため、定点調査をなるべく活用することが必要です。

### <福岡県の例>

評価指標	活用できそうな調査	頻度
住民への普及啓発の評価	日常生活圏域ニーズ調査	3年に1回
在宅療養支援診療所の評価	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院調査	毎年
訪問看護事業所の評価	訪問看護事業所調査	2年に1回
薬局、歯科診療所、等	資源名簿の更新	毎年～2年に1回

## 《結語》

事業を推進する間には、社会情勢等、様々な状況が変化している。てびきの活用や事業評価については、担当者の共通理解や評価指標の見直し、さらに日常業務と評価が連動する仕組みを作るなど効率的に事業評価を行う工夫が必要であることが明らかになった。市町村が主体的に在宅医療を推進することが求められている今、今後は、見直し後のてびきや評価指標が地域包括ケアを担う関係機関でも活用され、在宅医療推進の一助となるようさらなる検討が必要と考える。

## 《謝辞》

本研究に当たりましては、福岡県保健医療介護部医療指導課在宅医療係、保健所の保健監や在宅医療推進事業を担当された皆様に多大なるご協力をいただきました。深く感謝いたします。

---

平成26年度全国保健師長会調査研究  
在宅医療推進事業の展開事例を通じた事業評価のあり方に関する研究  
報告書  
平成 27 年 3 月

分担事業者 森松 薫  
(福岡県糸島保健福祉事務所健康増進課)  
〒819-1112 福岡県糸島市浦志 2 丁目 3-1  
TEL 092 (322) 1439  
FAX 092 (322) 9252

---