

公衆衛生活動報告

地域包括ケアシステムの構築に向けた福岡県在宅医療推進事業における 評価方法の見直し

タグチ アツコ モリマツ カオル
田口 敦子* 森松 薫^{2*}

目的 人々が望む住み慣れた自宅を最期の場所を選択できるように在宅医療を整備することは必要不可欠である。地域包括ケアシステムの構築の中でも、在宅医療の体制整備を目的とした福岡県在宅医療推進事業の評価に焦点を当て、事業開始後5年目に行った事業評価の見直しや評価指標の設定方法について報告することを目的とした。これにより、今後在宅医療や事業評価に取り組む自治体が中長期的な見通しを持つのに有益な資料になり得ることを目指した。

方法 事業開始5年目に当たる平成26年に事業評価の見直しを行った。見直しでは、まず、事業評価の実態を把握することを目的に9か所の全保健所の事業担当者を対象に自記式質問紙調査を実施した。実施時期は平成26年7月であった。事業評価の実施状況、評価内容の妥当性について尋ねた。その結果を基に、在宅医療推進事業を経験した保健師7人と筆頭著者が中心となって事業評価の見直しを行った。とくに評価の改善プロセスがうまくいった事例である福岡県糸島保健福祉事務所では、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、市職員等で構成される在宅医療推進協議会で評価指標の目標値や測定方法を検討の上、評価を実施した。

活動内容 事業開始5年目現在、全保健所で共通して活用されていた事業評価のための様式は、訪問看護事業所用のアンケートのみであった。活用されていない理由として、アンケートのボリュームの多さや評価の時間的確保の難しさ等が挙げられていた。これらの結果を受け、事業評価が①事業担当者やアンケートの回答者に負担がかかり過ぎずに実施できること、②在宅医療の推進状況や地域特性に応じて実施できること、③次期目標設定の方向性がより具体的に検討できることの3点に改善ポイントを置き検討を行った。改善後の事業評価方法は、地域の関係機関に保健所から目標値や測定方法を一方的に提示するのではなく、目標値や測定方法等を在宅医療推進協議会で話し合っ決定した。このような方法をとることによって、関係機関が主体的に課題や目標を捉えられるようになった。

結論 福岡県在宅医療推進事業の事業評価を事業開始5年目で見直すことにより、実効性や継続性の高い事業評価に改善することができた。在宅医療の推進は全国に共通する喫緊の課題であることから、本報告は、今後本事業に取り組む自治体が長期的な見通しを持つのに役立つと考えられる。

Key words : 地域包括ケアシステム, 在宅医療, 事業評価, 評価指標, PDCA サイクル

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(10): 649-657. doi:10.11236/jph.66.10_649

I はじめに

我が国では1952年以降、在宅死が減少傾向となり、

1976年に病院死が在宅死を超えるようになった¹⁾。2016年の在宅死は、高齢者施設を含めても全死亡の13.0%にしか過ぎないが¹⁾、「終末期医療に関する調査」によると、6割以上の国民が自宅で療養したいと考えており²⁾、患者は希望通りの最期を過ごせていない現状がある。終末期を自宅で過ごすことが患者のQOL (Quality of Life) を高めることに寄与すると言われていることから³⁾、最期の療養場所として自宅を選択できるように在宅医療を整備すること

* 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻公衆衛生看護分野

^{2*} 福岡県糸島保健福祉事務所
責任著者連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻公衆衛生看護分野 田口敦子

は必要不可欠である。その在宅医療の整備や定着のためには行政の力が大きい。地域の自主性や主体性にに基づき、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを、保険者である市町村や都道府県が作り上げていくことの必要性を、国は明示している⁴⁾。その具現として平成30年度より、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を目的とした在宅医療・介護連携推進事業を、全市区町村が地域の関係機関と協力して取り組むことになった⁵⁾。

福岡県は、在宅看取り率が全国の中でも低位であったことから、前述した在宅医療・介護連携推進事業とはほぼ同様の内容である「福岡県在宅医療推進事業」を平成22年度から先駆けて行っている。ここでは、適切な事業目標に基づき、PDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクル^{6,7)}を回すことで、効果的に事業運営ができるよう努めてきた。事業の質の担保や住民への説明責任の観点から、事業評価の必要性は以前から言われており、実効性を高めるために、平成25年度には総務省によって「目標管理型の政策評価の実施に関するガイドライン」が取りまとめられた⁸⁾。これには、事業評価の考え方や具体的な実施方法が示されている。そのガイドラインを用いた各府省の500施策の事後評価を分析した結果によると、達成手段が目標に対し有効に寄与しているかの分析や、次期目標に反映するための分析が十分でない政策評価が散見された⁹⁾。これは実効性のある事業評価の難しさを現わしている。一方で、平成29年度から保険者努力支援制度の評価項目に地域包括ケアの推進が加わり¹⁰⁾、より一層の事業評価の実施強化が図られている。

そこで本稿では、地域包括ケアシステムの構築の中でも、在宅医療の体制整備を目的とした福岡県在宅医療推進事業（以下、推進事業）の評価に焦点を当て、事業開始後5年目の平成26～29年に行った事業評価方法の見直しと、その後の評価の実施について報告することを目的とした（表1）。これにより、今後在宅医療や事業評価に取り組む自治体が中長期的な見通しを持つのに有益な資料になり得ることを目指した。

本稿での在宅は、自宅に限らず生活の場を提供する高齢者施設を含む。在宅看取りは、死亡場所が在宅である、または予後1か月から亡くなる数時間前まで在宅療養することと定義した。なお、筆頭著者は推進事業の学識的なアドバイザーとして情報提供、手引き作成支援、評価方法の検討等に関わった。

表1 福岡県在宅療養推進事業の経過

年度	実施内容
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> • 全国に比べて福岡県が在宅看取り率が低いことを問題視し、在宅医療推進事業の予算を獲得 • 4つの保健所でモデル事業として地域在宅医療センターを設置し、相談窓口の開設や実態把握を開始 • 在宅医療推進事業の実施方法を摸索
平成21年	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅医療推進事業実施マニュアルの作成、事業評価指標の作成
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> • 全保健所で地域在宅医療センターを設置し在宅医療推進事業を開始
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> • 実施マニュアル、事業評価の見直し
平成27年	<ul style="list-style-type: none"> • 改善した実施マニュアルと事業評価の活用
平成29年	

本稿での
主な報告内容

II 方 法

1. 事業評価が行われた自治体の地域特性と在宅医療の現状

福岡県の人口は511万338人、老年人口割合は26.7%（平成29年10月1日現在）である。28市、30町、2村があり、政令指定都市である北九州市と福岡市、加えて久留米市と大牟田市は、各市が保健所を設置しており、それ以外のエリアを9か所の保健福祉（環境）事務所（以下、保健所）と称して福岡県が管轄している。平成28年の在宅における死亡率は、16.0%（うち自宅10.0%、施設6.0%）で、全国平均である22.2%と比較して低い割合である。医療機関の約22%（1,112施設）が、患者の自宅等を計画的に訪れて行う「訪問診療」を行っており、実施割合は全国を上回っている。しかし、今後の人口の伸びを考慮すると、提供体制は十分とは言えない状況である¹¹⁾。

2. 事業評価見直し前の評価方法

まず、事業開始当初の事業概要について説明する。推進事業の対象地域は福岡県の9か所の管轄地域であった。平成20年度に4か所の保健所管内でモデル事業として先行した後、平成22年度から5か所の保健所が加わり福岡県全域で実施された（表1）。保健所が「地域在宅医療支援センター」の看板を掲げて、在宅医療の関係機関で組織される在宅医療推進協議会（以下、協議会）を設置し、事業を推進した。保健所では、2～3人が推進事業を担当した。

最も多い担当者の職種は保健師であったが、事務職員、医師、栄養士、助産師等の場合もあった。県庁の担当部署は、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等を行った。

全保健所で事業を開始する前の平成21年の年度末に、活動目的と活動内容を見直すとともに、事業評価指標を検討した。その概要を以下に述べる。検討材料となったのは、先行研究や保健所が実施した在宅医療の関係機関へのヒアリング内容、平成20～21年の担当者会議の資料や議事録等であった。

1) 事業目的と活動内容の再検討

事業評価は事業目的に対応するものである。ま

ず、事業目的とその目的を達成するための活動内容との整合性が取れることに留意し^{8,9)}、活動内容の見直しを行った。

事業目的は、抽象的にならないよう留意し、住民と在宅医療を提供する資源の2側面から考え、(1)住民の希望する場所での療養が可能になり、在宅を看取りの場の一つとして選択できる人が増える、(2)在宅看取りに対応できる在宅医療資源を増やし、多機関でネットワークを構築することとした(図1)。

事業目的を達成するための活動内容は、【①在宅医療に関するニーズ把握】、【②住民や専門職からの相談窓口の設置・支援】に加えて、【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

図1 平成22年(事業開始当初)および平成27年(事業開始6年目)以降の福岡県在宅医療推進事業の評価指標および測定方法

【事業目的】

- (1)住民の希望する場所での療養が可能になり、在宅を看取りの場の一つとして選択できる人が増える
- (2)在宅看取りに対応できる在宅医療資源を増やし、多機関でネットワークを構築する

平成22年(事業開始当初)の事業評価

成果評価 (impact)
<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取り率の増加 在宅看取りを希望する人の満足度の向上
<測定方法>
<ul style="list-style-type: none"> 死亡統計

平成27年(事業開始6年目)以降の事業評価

成果評価 (impact)
<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取り数(率)が増える 住民は、在宅が看取り場所の選択肢であることを理解できる
<測定方法>
<ul style="list-style-type: none"> 死亡統計 *行政の定点調査等を活用して把握

結果評価 (output)
<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取り患者の受け入れ機関の増加
<測定方法>
在宅看取り患者の受け入れ状況アンケート(2年ごと) (診療所、訪問看護事業所、等)

結果評価 (output)
<ul style="list-style-type: none"> *在宅療養支援診療所・病院 24時間対応可能(在宅看取り対応が可能)な診療所・病院が増える *訪問看護事業所 24時間対応可能(在宅看取り対応が可能)な訪問看護事業所が増える *薬局 訪問可能な薬局が増える *歯科診療所 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 地域のサービス提供者が参加する退院前カンファレンスが増える *高齢者施設 施設看取りに積極的な施設が増える *訪問介護事業所 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 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 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
<測定方法>
*各保健所の在宅医療推進協議会(多職種)で指標や方法を検討して決定

活動評価 (activity)
①～⑤の活動内容が、どの程度計画通り実施できているか ①在宅医療に関するニーズ把握 ②住民や専門職の相談窓口の設置・支援 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
<測定方法>
<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所等へのアンケートやヒアリングによるニーズ把握(2年ごと) 住民や専門職からの相談記録票(随時) 住民啓発に向けた研修時のアンケート(随時) 専門職のスキルアップ研修時のアンケート(随時) 専門職の連携度チェックリスト(随時)

活動評価 (activity)
①～⑤の活動内容が、どの程度計画通り実施できているか ①在宅医療に関するニーズ把握 ②住民や専門職の相談窓口の設置・支援 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
<測定方法>
<ul style="list-style-type: none"> *訪問看護事業所アンケートは2年に1回実施、その他は、各保健所が使用可能なアンケートを実施 *活動評価の項目に沿ってロードマップを作成し、活動成果を端的に記述 *平成27年度以降に変更した項目

表2 福岡県在宅医療推進事業の活動内容

① 在宅医療に関するニーズ把握	<ul style="list-style-type: none"> ・管轄内の診療所，訪問看護ステーション，病院の地域連携部署，介護施設等を対象に，アンケートやヒアリングによってニーズ把握した。 ・ニーズ把握の内容は，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であった。
② 住民や専門職の相談窓口の設置・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・本事業を推進する主体として，地域在宅医療支援センターを保健所に設置した。 ・地域在宅医療支援センターは住民や関係機関の支援を担った。
③ 住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・住民に在宅医療推進事業の取り組み内容，医療ニーズが高くて在宅で療養や看取りが可能であること，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を目的に，住民を対象に住民啓発を行った。 ・方法はリーフレットの作成・配布，民生委員等を対象とした研修会の実施，市民公開講座の開催，等であった。
④ 専門職のスキルアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・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できるよう，必要となる知識や技術の向上を目的とし，研修会を実施した。
⑤ 専門職の連携促進	<ul style="list-style-type: none"> ・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在宅医療推進協議会を設置し，専門職の連携の促進を行った。 ・協議会のメンバーは，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。

促進】の5つであった。その活動内容を表2に示した。これらの活動内容とした根拠は以下の通りである。

まず，実態に応じた活動内容を適宜検討することは重要であるため，【①在宅医療に関するニーズ把握】は継続的に必要であった。また，在宅医療の相談を受ける窓口がなかったため，【②住民や専門職の相談窓口の設置・支援】にあたった。この相談窓口はニーズ把握機能も兼ねた。その相談窓口に寄せられる終末期患者の相談内容によると，多くが「病院から早く退院するように言われており困っている」「自宅で過ごしていけるか不安」という内容であり，「病院から自宅に帰りたい」という相談は殆どなかった。このことから，終末期に在宅療養することが可能だと考える住民が少ないことが推測された。8割以上が在宅以外で亡くなっていることからやむを得ない実態であったが，ポピュレーションアプローチによる【③住民への啓発】が必要と考えられた。

次に【④専門職のスキルアップ】や，【⑤専門職の連携促進】が必要であると考えた理由を述べる。先行研究では，在宅看取り率は病床数と負の相関があるとされており¹²⁾，福岡県の人口10万対の病床数は全国上位であることから¹³⁾，病院が在宅看取りに与える影響は大きい。さらに，保健所が病院を対象に行ったヒアリング調査から在宅看取り率の低さ

に影響する病院の要因として，「病院の医師・看護師に在宅療養に関する知識・認識が少ない」「在宅療養に向けた，院内の支援体制が整っていない」等が挙げられた。一方，地域の受け皿である在宅医療福祉サービスの整備も重要である。診療所および訪問看護の課題として「医療ニーズの高い患者や，在宅の看取りを希望する患者を受け入れる診療所/訪問看護が少ない」，「病院との連携ルートが整っていない」，薬局では「24時間対応してくれる薬局が少ない」等がヒアリング調査によって挙げられた¹⁴⁾。加えて，各関係機関に共通して，在宅看取りに必要なスキルに自信がない専門職が多いことが挙げられた。以上により，【④専門職のスキルアップ】や，【⑤専門職の連携促進】が必要であると考えた。

2) 事業の評価指標と測定方法の検討

事業目的と活動内容を基に，評価指標と測定方法を検討した。図1にあるようにプログラム評価¹⁵⁾の枠組みである活動評価 (activity)，結果評価 (output)，成果評価 (impact) に当てはめて整理した。評価指標の精査の視点は，①事業目的を達成するのに立案した活動内容が妥当であるか，②目的が実現できたかを測定できる評価指標が設定されているか，③活動評価→結果評価→成果評価のロジックが妥当であるかの3点であった。学識経験者，医師，看護師，等の意見を得て修正を重ね，平成22年（事業開始当初）の事業評価（図1の左図）を完成させた。

(1) 活動評価

「事業目標を達成するための5つの活動内容が、どの程度計画通り実施できているか」を評価した。住民への啓発や専門職のスキルアップでは、研修会の実施回数や内容について検討した。さらに、研修会の実施前後で自記式のアンケートを行い、参加者の在宅看取りの知識や認識の変化を評価した。これらを基に、十分に実施できているかを総合的に評価した。

(2) 結果評価

「どの程度、事業目的に向けた住民の行動を支援する環境が整備されたか」を評価した。在宅看取りの受け入れ機関の増加を評価項目とし、この把握のために診療所と訪問看護事業所を対象としたアンケート票を作成した。

(3) 成果評価

「住民の療養場所や看取りの選択にどの程度影響があったか」を評価した。在宅看取り率の増加を評価項目とし、死亡統計を活用した。県全体の目標値は、当時（平成21年）の全国平均値であった14.5%とした。在宅看取り希望者の満足度の評価は項目として挙げたが、測定方法までは設定できなかった。

平成20～21年は事業の取り組み内容を遂行することが優先され、多くの保健所は事業評価まで至らなかった。その中、少しでも評価に取り組もうと全保健所の事業担当者が会する会議を年度末に持ち、評価し易かった活動評価を中心に、振り返りと次年度の活動方針を話し合った。また、目標値を設けることが望ましいと考えたが、どのようなロジックで設定するのが妥当であるかが見出せず、決定するまでには至らなかった。

3. 事業評価方法の見直しと改善した評価方法の実施

その後、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・介護が報酬上評価され、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、市町村が在宅医療の推進に取り組む必要性も強調されるようになった。推進事業の進展とともに国策にも変化があったことから、事業開始5年目に当たる平成26年に、推進事業を経験した保健師7人と筆頭著者が中心となって事業評価の見直しを行った。

1) 事業評価見直し前の全保健所の実態把握と改善策の検討

まず、事業評価の実態を把握することを目的に9か所の全保健所の事業担当者を対象に自記式質問紙調査を実施した¹⁶⁾。実施時期は平成26年7月であっ

た。事業評価の実施状況、評価内容の妥当性について尋ねた。その結果を基に、推進事業を経験した保健師7人と筆頭著者が、評価指標や評価方法を改善した(図1)。

なお、事業担当者を対象とした自記式質問紙調査は、福岡県と東北大学の共同研究事業として、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:2012-1-448,2012年12月17日承認)。調査の実施にあたっては、各保健所の推進事業担当者に、調査の趣旨や調査内容、拒否した場合でも不利益はないこと、学術誌への発表の可能性があること等を、書面および口頭にて説明を行い、その上で署名にて同意を得た。本稿の報告にあたっては、推進事業の統括部所や福岡県糸島保健福祉事務所の責任者等、報告内容の関係者に了承を得た。

2) 改善した事業評価方法の実施

以下の「Ⅲ活動内容」では、まず、平成26年に事業評価の実態を把握することを目的に全保健所を対象に行った調査結果と、その結果を踏まえて改善した事業評価方法を示した。次に、とくに改善プロセスがうまくいった事例として平成27～29年の福岡県糸島保健福祉事務所(以下、糸島保健所)の事例を取り上げ、目標値の定め方や指標の測定方法について報告した。糸島保健所の協議会に用いた資料や当時の事業担当者からの話を基に記述した。

Ⅲ 活動内容

1. 事業評価見直し前の全保健所の実態と改善した事業評価方法

1) 事業評価見直し前の全保健所の実態

事業開始5年目現在、全保健所で共通して活用されていた事業評価のための様式は、訪問看護事業所用のアンケートのみであった(表3)。活用されていない理由として、アンケートのボリュームの多さや評価の時間的確保の難しさ等が挙げられた。さらに、アンケート項目を事業担当者に変更してしまい、経年的な比較ができなくなったり、調査対象者に必要性を説明できずに調査を実施できない状況が生じていた。また、事業の進展により、アンケートの内容がそぐわなくなっていることを挙げた保健所もあった。

2) 改善した事業評価方法(図1の右図)

保健所の実態を受け、事業評価が①事業担当者やアンケートの回答者に負担がかかり過ぎずに実施できること、②在宅医療の推進状況や地域特性に応じて実施できること、③次期目標設定の方向性がより具体的に検討できることの3点に改善ポイントを置き検討を行った。

表3 事業評価のためのアンケートや記録様式の活用の有無

結果評価のためのアンケートや記録様式	保健所別使用状況とその理由									活用しない理由	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I		
結果評価のための様式											
・診療所用アンケート	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	・必要時、ヒアリングを実施している
・訪問看護事業所用アンケート	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
活動評価のための様式											
①在宅医療に関するニーズ把握											
・診療所用アンケート	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	・必要時、ヒアリングを実施している
・訪問看護事業所用アンケート	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
②住民や専門職からの相談支記録票	○	○	○	—	—	△	○	○	○		・記録量が多く負担 ・対象によっては使用しにくい
③住民への啓発：研修時のアンケート	—	△	○	—	—	△	—	△			・調査項目が多く負担 ・啓発内容に応じて改良して使用
④専門職のスキルアップ：研修時のアンケート	○	—	○	—	—	—	—	—			・事業が進み、研修内容と合致しない
⑤専門職の連携の評価：連携度チェックリスト	—	—	△	—	—	—	—	—			・評価する時間が確保できない

注1) A～Iは保健所を示す。糸島保健所はCであった。

注2) 「○」：共通様式で実施している、「△」：保健所独自で改良し任意様式で実施している、「—」：共通様式で実施していない。

事業担当者に負担がかり過ぎずに事業評価できるよう、活動評価は、5つの活動内容ごとに、実施内容や工夫点、課題や成果をロードマップ形式で端的に整理し、それを基に総合評価することに全保健所で統一した。この様式が所内の事業報告資料や担当者の引継ぎ資料、保健所間の情報共有資料としても活用されるように、書類作成の手間を最低限にとどめた。訪問看護事業所用のアンケートは隔年に全保健所で実施することにした。

また、次期目標設定の方向性がより具体的に検討できるように、結果評価にあった「在宅看取り患者の受け入れ機関の増加」に関わる関係機関を実績に基づき具体化した。この評価は、各保健所の在宅医療推進協議会で指標や方法を検討して決定することにした。目標値の設定では、福岡県保健医療計画にある県全体の目標値との整合性と、地域の実情を考慮した定め方を考案した(図2)。

2. 改善した事業評価の実施

1) 福岡県糸島保健所での取り組み

保健所管轄内には糸島市1市があり、人口は約10万人である。福岡県の北西部に位置し、東は福岡市、西は唐津市と隣接している。地域の強みとして、緩和ケア病棟を持つ医療機関が2か所(30床)あり、がん終末期在宅療養者のレスパイトケアや緊急時の受け入れ体制が整っていることが挙げられる。平成25年の在宅看取り率は9.9%であったが、

平成26年には14.4%と県平均並みに上昇した。自宅や施設での看取りに取り組む医師や施設が増加傾向にある。

(1) 評価指標の目標値の設定

糸島保健所では、改善した評価指標(図1の右図)を、平成27年に医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、市職員等で構成される協議会で、その実行可能性を話し合うことから始めた。関係団体の掲げる方針が推進事業の目標や評価指標と乖離していないかについて意見を出し合った。事業評価の重要性に合意が得られた後、評価指標の目標値と測定方法を検討した。

目標値の設定では、県全体の目標値との整合性と、地域の実情を考慮した定め方を考案し、以下の方法で定めた。「24時間対応可能な診療所・病院数」の目標値の決定を例にとると(図2)、「現在の保健所管内の年間死亡数」に県全体の保健医療計画の在宅看取り率の目標値を乗じて、糸島保健所管内での在宅看取り数の目標値を算出した(a)。次に、地域の関係機関と協議して決めた診療所・病院1か所当たりが看取れる患者数の「3人」で除して、在宅看取り対応が可能な診療所・病院数を算出し目標値とした(b)。平成27～29年度の目標値は44か所であった。

(2) 目標値の達成度の評価

目標値の達成率によって、A～Fで判定した。その評価の測定には、既存の調査を活用した。「24時間対応や在宅看取り可能な診療所」が「在宅療養支援診療所」と同等であるとは限らないため、毎年地域の医師会が実施している「糸島社会資源名簿調査」を基に、実際に看取り対応可能としている診療所・病院の施設数を評価した。

目標値の44か所に対し、平成27年度は14か所、平成28年度および平成29年度は12か所であった。現状が目標値の3割程度の達成率（達成度D）であることを年度末の協議会で示し、次年度に向けたさらなる取り組みの必要性を協議会メンバーで共有し、計画を見直した。

(3) 改善した事業評価方法の意義と課題

改善後の事業評価方法では、地域の関係者に保健所から目標値や測定方法を一方的に提示するのではなく、協議会で話し合っただけで決定するようにした。このような方法をとることによって、「地域特性に合った評価指標は何か」「実態に近い評価を行うのに、評価指標をもっと厳密に測定した方がよいのではないか」等の具体的な意見が交わされ、関係機関が主体的に課題や目標を捉えられるようになった。そのプロセスで関係機関の方針や役割が共有されるため、お互いに理解が深まったことも本評価方法の利点であった。また、評価指標の「住民は、在宅が看取り場所の選択肢であることを理解できる」を測定するのに、市が実施する前期高齢者を対象とした日常生活圏ニーズ調査に「自宅や施設で最期を迎えることを希望する」「在宅看取りが可能だと思うか」等の項目を追加して貰うことができた。新たな調査を行うことなく、効率的な評価のためのデータ収集方法を見出すことができた。その上、具体的な目標値や評価基準を設けたことで、より次期の目標設定がし易くなり、各関係機関の士気の向上にもつながった。

2) 全県での事業評価の課題

全県を見渡すと、主に結果評価については評価方法を各保健所に委ねたため、保健所の方針や関係団体の理解によって評価の実施状況に違いが生じた。そのため、全県的な評価が困難であることが課題として挙げられた。

Ⅳ 考 察

考察では、実効性および継続性の高い事業評価に向けた留意点について述べる。第一の留意点は、事業開始後の見直しの重要性である。福岡県では、事業開始後5年目には、開始時に取り決めた事業評価

の多くが実施されていなかった。このことから、実効性および継続性の高い事業評価を実施するには、事業評価自体の見直しを定期的に行うことの必要性が示唆された。事業評価では、目的を適切に設定し、その上で、達成手段がいかにも目的に寄与するかの事前の想定を明確に説明できることが重要である⁸⁾。福岡県が推進事業を開始した平成22年は、行政が在宅医療の推進に取り組む事例は少なく、活動方法の模索から始まった。このような場合は、事業開始後の見直しがより重要になる。今回、事業開始後5年目に事業評価の実施状況を調査し見直しを行った。これにより、事業評価の実態を俯瞰でき、改善策を講じることができたと考える。

第二に、今回、当初設定した事業評価を継続できなかった理由としてアンケートの実施者や対象者の負担の大きさが挙げられていたことから、負担がかかり過ぎない方法をとることが重要であると言える。糸島保健所の事例では、解決策として、各関係機関の実施する定点調査に調査項目を入れてもらうことで事業担当者等の負担を軽減し、データ収集の継続性を高めていた。関係機関と事業評価を協働する方法をとることでより実現し易くなるであろう。

第三に、実効性や継続性の高い事業評価には、事業担当者の評価の必要性や手法への理解が影響すると考えられた。今回、調査項目を事業担当者が独自に変更したことにより経年的な比較ができなくなったり、調査対象者に調査の必要性を説明できずに実施できない状況が生じていた。評価を効果的に行うためには、まずは各評価項目の意義や、事業遂行における評価の重要性について事業担当者が十分に理解することが重要であろう。加えて、現任教育等により、評価についての実践的な知識やスキルを習得することが必要と考える。

最後に、全保健所で共通して行う評価指標と、事業の進捗の違いや地域特性に応じて各保健所が設定する評価指標とを整理しておく必要性が挙げられた。近年、目標値を定めることが事業評価では推奨されるが、その定め方は定型化されたものがあるとは限らず、より適切な方法を見出していくことが必要とされている。福岡県では、事業開始当初は、トップダウンでPDCAサイクルの仕組みづくりをある程度行ったが、事業進捗の違いや地域特性によって、全保健所がすべての評価を共通した様式で行うのは難しい状況が生じた。改善した評価方法は、全県で共通する評価指標と、保健所単位で定める評価指標とを分けて考えた。今回、報告した改善後の評価方法は、地域特性を考慮した評価指標の設定を可能にするため、福岡県に限らず他地域でも活

図2 評価指標の活用例

評価指標例：24時間対応可能（在宅看取り対応が可能）な診療所・病院が増える	
1) 評価指標の算出方法と達成度の評価基準	
目標値の算出方法	
$\frac{\text{現在の保健所管内の年間死亡数} \times \text{県保健医療計画「在宅看取り率」目標値} \cdots (a)}{\text{管内の診療所・病院1か所あたりが年間に看取れる患者数} \cdots (b)}$ <p style="text-align: right;">*地域の関係機関との協議等で決定</p>	
達成度の評価基準	
A 達成できた	目標値の10割達成
B 概ね達成できた	目標値の6～9割達成
C 少し達成できた	目標値の3～5割達成
D あまり達成できなかった	目標値の3割未満
E 達成できなかった	減少している
F 調査していないため不明	
2) 糸島保健所管内での目標値	
①県保健医療計画の在宅看取り率の目標値（平成29年度現在14.5%）を基に、糸島保健所管内での在宅看取り数の目標値を算出。	
$\text{年間看取り数} : \text{糸島市死亡数 } 907 \text{ 人 (平成26年)} \times 14.5\% \div 3 = 132 \text{ 人} \cdots (a)$	
②協議会で話し合い、診療所・病院1か所あたりが年間に看取れる患者数を3人と仮定し、(a)を除いて必要な診療所・病院数を算出。これを目標値とした。	
$\text{目標値} : 132 \text{ 人} \div 3 \text{ 人} = 44 \text{ ケ所} \cdots (b)$	
3) 糸島保健所管内での達成度の評価	
③糸島保健所管内の24時間対応可能（在宅看取り対応が可能）な診療所・病院数	
$\text{現状値} : 12 \text{ ケ所} \quad \text{平成29年4月 糸島地域社会資源名簿調査}$ <p style="text-align: center;">*参考：在宅支援診療所・病院数 20ヶ所（九州厚生局届出数 平成30年2月）</p>	
④糸島保健所管内の24時間対応可能（在宅看取り対応が可能）な達成度	
$\frac{24 \text{ 時間対応可能 (在宅看取り対応が可能) な診療所・病院数 } 12 \text{ ケ所}}{\text{目標値 } 44 \text{ ケ所}} = 27.3\%$ <p style="text-align: center;">(3割未満の達成度)</p>	
$\text{平成29年度の達成度} : \text{D あまり達成できなかった}$	

用可能な方法と言える。

以上のことから、事業担当者が評価の必要性や手法への理解を高め、事業評価を定期的に見直し、状況に応じて改善していくことが、事業評価の実効性や継続性を高めると考えられた。

V おわりに

本稿では、地域包括ケアシステムの中でも、在宅医療体制の構築に焦点を当て、福岡県の在宅医療推進事業の事業開始後5年目の平成26～29年を中心に、事業評価の見直しや評価方法について報告した。事業評価全体の見直しを受けて、「在宅看取り患者の受け入れ機関の増加」に関わる関係機関を具体化し、目標値や測定方法を各保健所の在宅医療推進協議会で決定するように変更した。これにより、関係機関から理解が得られ、より実効性や継続性の高い事業評価に改善することができた。本報告は、

在宅医療の推進は全国に共通する喫緊の課題であることから、今後本事業に取り組む自治体が長期的な見通しを持つのに役立つと考えられる。

本報告を行うのに、多大なご協力をいただきました福岡県糸島保健福祉事務所および福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課の皆様にご心より感謝申し上げます。両著者ともに開示すべきCOI状態はありません。

（受付 2018.11.28）
（採用 2019. 6.13）

文 献

- 1) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 平成28年度人口動態調査「死亡の場所別にみた年次別死亡数」. 厚生労働省. 2016. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3>

- =000001053065 (2018年11月10日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会: 終末期医療に関する調査結果について. 平成22年 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. 厚生労働省. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf> (2018年11月10日アクセス可能).
 - 3) Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol*. 2010; 28: 4457-4464.
 - 4) 厚生労働省. 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム. 在宅医療・介護の推進について. 2012. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf (2018年11月10日アクセス可能).
 - 5) 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2. 老老発1025第1号 平成29年10月25日付 厚生労働省老健局老人保健課長通知. 厚生労働省, 2017.
 - 6) 山田 秀. TQM 品質管理入門. 東京: 日経文庫. 2006.
 - 7) 内田 治. 品質管理の基本〈第5版〉. 東京: 日経文庫. 2016.
 - 8) 目標管理型の政策評価の実施に関するガイドライン. 総務省, 政策評価審議会. 2013. http://www.soumu.go.jp/main_content/000266210.pdf (2018年11月10日アクセス可能).
 - 9) 目標管理型の政策評価の改善方策. 総務省, 政策評価審議会/政策評価制度部会. 2016. http://www.soumu.go.jp/main_content/000471070.pdf (2018年11月10日アクセス可能).
 - 10) 厚生労働省. 平成31年度保険者努力支援制度(市町村分)について. 保国発0720第1号 平成30年7月20日付 厚生労働省保険局国民健康保険課長通知. 厚生労働省, 2018.
 - 11) 福岡県. 平成30年度福岡県保健医療計画. 福岡県, 2018.
 - 12) 五十嵐美幸, 佐藤一樹, 清水 恵, 他. がん死亡および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析. *Palliat Care Res* 2014; 9: 114-121.
 - 13) 政府統計の総合窓口(e-Stat). 平成28年医療施設(動態)調査. 下巻. 病院の病床数, 年次・都道府県別. 厚生労働省. 2016. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450021&tstat=000001030908&cycle=7&tclass1=000001106456&tclass2=000001106458&second2=1> (2018年11月10日アクセス可能).
 - 14) 福岡県. 在宅医療推進事業の手引き. 福岡県, 2013.
 - 15) Rossi P, Freeman H, Lipsey M, et al (著). 大島 巖, 森 俊夫, 平岡公一, 他. (訳): プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド. 東京: 日本評論社. 2005.
 - 16) 森松 薫. 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. 福岡. 2015.
-