

保健師による 保健活動の評価指標と活用方法

母子保健活動

健康づくり活動

高齢者保健福祉活動

精神保健福祉活動

感染症対策

難病保健活動

(平成 28 年度～令和元年度)

科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）基盤研究 C

「保健活動の評価指標」の「政策統計の報告項目」への
適用可能性の検討 報告書

研究代表者 平野かよ子

令和 2 (2020) 年 3 月

目 次

はじめに	．．．	1
1. 母子保健活動	．．．	5
平野かよ子（研究代表者：宮崎県立看護大学）		
久佐賀眞理（研究分担者：元長崎県立大学）		
森本 典子（研究協力者：元活水女子大学）		
大村 礼子（研究協力者：仙台市太白区役所）		
2. 健康づくり活動	．．．	13
藤井 広美（研究分担者：杏林大学）		
3. 高齢者保健福祉活動	．．．	21
石川貴美子（研究協力者：神奈川県秦野市）		
尾島 俊之（研究分担者：浜松医科大学）		
4. 精神保健福祉活動	．．．	29
山口 佳子（研究分担者：東京家政大学）		
5. 感染症対策	．．．	37
春山 早苗（研究分担者：自治医科大学）		
6. 難病保健活動	．．．	47
小西かおる（研究分担者：大阪大学大学院）		

はじめに

保健師の活動は、妊産婦から乳幼児、働き盛りの青壮年者、高齢者までのあらゆる年齢、健康な方々から在宅療養児・者まであらゆる健康レベル、そして個別支援から地域づくりまでと多岐にわたります。しかし、保健師がどのような活動をしているのか、どのような成果をもたらしているのかについて、他職種や住民からは十分に理解されているとはいえません。

そこで、保健師による保健活動について質的な側面から現状や成果をわかりやすく示すとともに課題を明らかにすることにより、保健活動の質を高め、発展させるために活用して頂きたい、評価指標を10年間かけて開発してきました。

評価指標は主に市町村の活動である「母子保健活動」「健康づくり活動」「高齢者保健福祉活動」と、主に保健所の活動である「精神保健福祉活動」「感染症対策」「難病保健活動」の計6分野に分けて作成しています。

昨今の保健活動は住民や多職種と連携し協働したものが増え、その中で保健師が発揮した役割・機能の成果を示すことが求められます。支援を必要とする方へのかかわりをはじめ、関係者とのネットワークづくり、システム形成、そしてこれらの基盤である地域診断等について評価できる指標となるようにしました。

評価指標の必要性

保健師の活動については、地域保健・健康増進事業報告や健やか親子21（第2次）評価等のために報告が求められてきました。しかし、それらの多くは保健活動の実績（アウトプット）を示すものです。

そこで、本研究班では、保健師活動の質や成果を示す標準化された「保健活動の評価指標」の開発に取り組みました。本評価指標は、全国どこでも用いることができる標準化された評価指標として、統計学的な解析を行い、信頼性・妥当性、有用性を確認しています。本書では、6分野の保健活動の評価指標の開発の概要と評価指標の活用方法を紹介しています。

本研究は平成22年度から平成27年度までの6年間の厚生労働科学研究補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））と平成28年度から令和元年度までの4年間の文部科学研究費助成事業基〈基盤研究C〉により行ったものです。皆様のご協力を得て作成できました、ここで改めて皆様に御礼申し上げます。

ここに示しました研究成果については以下のURLでご覧いただけます。

日本保健師活動研究会URL：<http://the-hokenshi.com/>



評価指標の枠組

本研究で開発した評価指標は、保健活動の質を示すものとするために、医療や臨床看護の質に関する研究等で用いられているアベディス・ドナベディアン (Avedis Donabedian) が提示した「構造」「プロセス」「結果」の枠組みを用いています。

「構造」は活動の基盤をなすもので、住民の健康問題を把握する窓口の設置や、マンパワー、活動について協議し振り返る場・会議の存在、支援対象を把握する体制や・仕組み（ツール）は等についての指標を設定してあります。

「プロセス」は活動の実際です。まずかかわる対象の地域についての情報収集、情報共有、それらを基とした計画作成、そして実践です。実践は個別支援から集団対応、地域のネットワーク・ケアシステム構築等を図る指標を設定しました。中間での事業の振り返り・評価も含めています。

「結果」は活動の成果、目標の到達の程度です。年度ごとや短期間で把握する成果等を「結果1」とし、数年の経過を追うことで把握する成果を「結果2」としました。さらに長期的に捉える成果を「結果3」としました。

そこで、これらの評価指標は毎年度の評価に用いるものと数年度ごと、あるいはもっと年数をかけて評価してよいものも含んでいます。

保健師活動の前提

評価指標において保健師活動として前提としていることを以下に述べます。

- ✧ 保健師の保健活動の対象は、地域において人や環境とかかわり暮らす人々であり、その「生活」「地域社会」としてしています
- ✧ 人は一人で暮らすのではなく、周辺にいる人や社会とかかわり、さまざまに影響を受け、また与えているものとしてしています。保健師は生活と地域の総体を捉え、さまざまな要因から構成される「生活」と「地域」を、できるだけ多くの人々の視点で、多角的・複眼的に捉え、分析することが必要と考えています。
- ✧ また、どのような解決方法が適切であるかについては、その問題・課題の解決にかかわる人々と連携し協議し、その場にあった方法を模索し組み立て、当事者が主体的に参画して解決する方法を産み出すことが重要と思っています。
- ✧ 保健師はこのような立ち位置で問題の解決の一翼を担い、支援を行うとともに、このような活動を積み重ね、地域が変わることをねらいとしています。
- ✧ 保健師は地域の支援者や協働・かかわる人々と地域づくりを行い、保健師自身もエンパワーできる活動を行いたいと思っています。

評価指標の活用方法

各市町村や保健所での保健活動の目的・目標は、様々であると思います。たとえば母子保健であれば特定妊婦の丁寧なフォローであるとか、子育て不安への対応、児童虐待防止、虫歯予防等と広がりがあります。これらの全てを網羅しようとする膨大な指標数になりますので、ここに示した6分野の評価指標では、多くの自治体に共通すると思われる目的を取り上げて作成してあります。

本来、保健活動を評価するには、それぞれの地域において地域診断を行い、課題・目的・目標を設定し、それがどこまで達成されたかを測る必要があります。そこで、ここに示した評価指標を参考として、各自治体で目的を定め、皆さんで協議して評価指標を作ってくださいことも期待しています。

以下、母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病保健の順に、標準化した令和元年度版の評価指標の開発の概要とその活用方法を紹介します。

この冊子が掲載されているURL

日本保健師活動研究会ホームページ

URL : <http://the-hokenshi.com/>



10 年間の評価指標の開発の過程

平成 22・23 年度

評価指標案は、医療や臨床看護の質研究で用いられているアベディス・ドナベディアン（Avedis Donabedian）が提示した評価枠組みである「構造」「プロセス」「結果」を用いて整理しました。評価項目案は文献や既存の計画の達成目標や保健師が日常業務の計画の目標を集積しました。この評価指標案について、保健活動の評価において「重要」であると思うかと、実際評価できると思うかの「実行可能性」について、全国の市町村と保健所の保健師さんへ調査（デルファイ法）を 2 年間にわたり 2 度行い、評価指標案の精緻化を図りました。

平成 24・25 年度

精緻化を図った評価指標が実際の保健活動の評価に使えることを確かめるために、評価指標を用いて全国 60 箇所の保健活動を実際的评价していただき、研究者も現地へ出向き、評価指標の実効性について話し合い、実践で用いることのできる評価指標へさらに絞り込みました。また、より評価しやすくするために、各評価指標に評価のてびき・評価マニュアルを作成しました。

平成 26・27 年度

実際に評価に用いることができることを確認した評価指標に評価の手引き・評価マニュアルを併記した調査票を用いて、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」、さらに「有用性」について、全国の市町村と保健所へ郵送調査（デルファイ法）を行いました。その結果を分析・精査し、全国どこでも使えることを確認し、標準化された評価指標を作成しました。

平成 28 年度から令和元年度まで

これらの評価項目をそれぞれの自治体が活動の特徴や変化を捉える統計項目として活用できる項目を絞り込むために、評価項目の調査を行いました。市町村においては平成 30 年度に全国調査を行い、統計学的な解析を行い、評価指標の内部整合性、有用性、信頼性と妥当性を検証し、統計の目的別の集計項目としての評価項目群を明らかにしました。そして 6 分野の標準化された保健活動の評価指標（令和元年度版）を完成させました。

母子保健活動

母子保健分野の評価指標と活用方法

はじめに

本研究ではこれまで保健師が行う保健活動の質を評価し、保健活動の効用を示すために標準化された評価指標を開発してきたが、今回はさらに評価指標の信頼性と妥当性、有用性が確認されたものとするために統計学的検討を加え、母子保健分野の標準化された評価指標（令和元年度版）を完成させた。ここに示す評価指標は、評価の目的を「子育て中の親が健康で安心して子育てができる」としている。

また、母子保健活動の質の変化を表す統計の項目として用いることができる指標群を示した。加えて、市町村の活動の特徴を表すレーダーチャートを紹介した。

研究方法

1) 研究対象・期間

本調査の対象は、全国の市町村から無作為抽出した 270 市町村の母子保健活動を担当する代表者の保健師とした。調査の期間は平成 31 年 1 月から 2 月である。

2) 調査内容

調査に用いた評価指標は平成 30 年度版であった。これは 28 項目：構造（6 項目）、プロセス（14 項目）、結果（8 項目）で構成し、各項目について現状の「評価」を、できていない（1 点）、あまりできていない（2 点）、どちらともいえない（3 点）、ややできている（4 点）、できている（5 点）の 5 段階で、「以前と比べた改善状況」を、改善した（3 点）、現状維持（2 点）、後退した（1 点）の 3 段階で評価する調査票とし、これらに回答し返送を依頼した。

3) 分析方法

母子保健活動の評価指標の信頼性・妥当性の検討は、現状の「評価」の得点を用いた。信頼性については項目分析を行い、各項目の平均値と SD を算出し、項目間の相関は Spearman の相関係数により検討し、項目間の関連性の確認を行った。また、評価指標項目の因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。妥当性については内的整合性についてクロンバック α 係数を算出し、 α 係数の .60 を基準として確認した。有用性については現状の評価と以前と比べた改善状況の評価の回答状況で確認した。これらの分析には SPSS ver. 26.0 を用いた。

結果

回収数は 90、回収率は 31.0%であった。回答市町村の人口規模別の分布割合は全国の人口規模別市町村割合にほぼ一致していた。各項目の現状の「評価」の結果は表 1 に示した。

項目間の Spearman の相関係数は、全項目間において 0.6 以上の値のものは認められなかった。また構造とプロセス、プロセスと結果に関してすべての項目に関連性がみられた。これらの結果から、回答の自由記載欄に書かれていた意見等を参考にして、評価指標は文言の微修正に留めた

Cronbach α 係数は項目全体：0.896、構造項目：0.661、プロセス項目：0.829、結果項目：0.688 であり、構造と結果においては係数が低めではあるが、評価指標としての内的整合性は確保できると判断した。

有用性については、各質問項目の現状の評価と以前と比べた改善状況の評価への回答状況から検討し、ほぼすべての項目に回答され、回答は偏ることなく分散され、この評価指標の有用性を確認した。

さらに因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行うことで、第1因子：地区活動と成果（9項目）、第2因子：個別支援（9項目）、第3因子：地域診断・計画・評価（10項目）の3因子が得られ、それらを表2に示した。本評価指標は保健師が地区に出向き地区活動に基づくポピュレーションアプローチを行うことと保健活動の成果の要素と、保健師が保健関連情報を収集し地区診断を行い、計画、中間評価を行うといったPDCAサイクルを回す要素、さらにハイリスク等の事例への個別支援の要素で構成されていることが明らかにされた。

考察

以上の結果から、28項目の評価指標の信頼性と妥当性及び有用性が確認され、一部評価指標の文言の微修正を行い、すべての項目を残し、これを標準化された母子保健分野の評価指標（令和元年度版）として完成させた。

また、因子分析の結果から、これらの評価指標は保健師が保健関連情報を収集し地区診断を行い、計画、中間評価を行うといったPDCAサイクルを回すことを把握できる要素と、ハイリスク等の事例への個別支援の要素、さらに保健師が地区に出向き地区活動に基づくポピュレーションアプローチを行うことと保健活動の結果に関連する要素に整理され、3因子別に統計項目とし集計し、保健活動の質を見える化に活用可能であることを示した。

提言

母子保健分野の評価指標（令和元年度版）は信頼性・妥当性、および有用性が確認され、以下のような活用が可能である。

1. 現状の活動の評価するツール

- ・これまでの調査結果から評価指標は保健師個人の活動評価として用いることができる。また、母子保健事業担当として母子保健事業の事業評価に用いることができる。

2. 統計項目としての適用

- ・これらの評価指標は、「構造」「プロセス」「結果」の質評価の枠組みで開発してきたが、因子分析によりPDCAサイクルを回す“地区診断・計画・モニタリング”の要素と、“個別支援”の要素、さらに“地区活動とネットワーク化、保健活動の成果”の要素の3群に収斂され、表2に示したような評価指標のまとまりを“統計項目”とし、各市町村の保健活動の経年変化を把握し、保健活動の質および効果（変化）を示すことができる。

3. 保健活動の成果・特徴の見せる化

- ・図1に示したように、3因子を基とした項目群の得点状況をレーダーチャート化することにより、各市町村が何に力点を置いているか、今後どのような活動を強化することが課題か等を見える化させることができ、市町村の母子保健活動の特徴を示すことができる。

4. 都道府県の活用

- ・都道府県の母子担当は、これらの統計項目を集計することで、管轄下の市町村の母子保健活動の質とその変化を把握することができる。

文末に「母子保健分野の評価指標（令和元年度版）」を示した。活用いただければ幸いである。

表 1 母子保健活動の現状の評価

n=90

評価枠組	指標番号	評価指標	度数	評 価					平均 (SD)
				できている 5 (%)	やや できている 4 (%)	どちらとも いえない 3	あまり できていない 2 (%)	できていない 1 (%)	
構造	指標 1	職場内に母子保健対策の全体を見渡し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	90	32 (35.6)	28 (31.1)	5 (5.6)	11 (12.2)	14 (15.6)	3.59 (1.47)
	指標 2	地域の保健・医療・教育等の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある	90	37 (41.1)	36 (40.0)	2(2.2)	8 (8.9)	7 (7.8)	3.98 (1.23)
	指標 3	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている	90	36 (40.0)	36 (40.0)	13 (14.4)	5 (5.6)	0(0.0)	4.14 (0.87)
	指標 4	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期に発見する仕組みがある	90	56 (62.2)	31 (34.4)	2(2.2)	1 (1.1)	0(0.0)	4.58 (0.60)
	指標 5	保健師が地域に出向き、地区活動を行う時間が確保され、保健師の地区活動の意見が認識されている	90	22 (24.4)	29 (32.2)	24 (26.7)	11 (12.2)	4(4.4)	3.60 (1.12)
	指標 6	保健師（担当者）が助言を得る（相談できる）場・体制がある	90	34 (37.8)	39 (43.3)	7(7.8)	10 (11.1)	0(0.0)	4.08(0.95)
プロセス	指標 7	乳幼児と親の健康状態・生活状況、困りごとを捉え、個別支援の必要な対象とその家族の全体を把握している	90	39 (43.3)	48 (53.3)	2(2.2)	1 (1.1)	0(0.0)	4.39(0.59)
	指標 8	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園、幼稚園、小児科医、学校等と母子関連の情報交換をしている	90	37 (41.1)	45 (50.0)	7(7.8)	1 (1.1)	0(0.0)	4.31(0.66)
	指標 9	母子保健に関する地域資源と支援者を把握し、地域の課題や地域の強みを担当者間で共有（地域診断・組織診断）している	90	3 (3.3)	44 (48.9)	29(32.2)	7 (7.8)	7(7.8)	3.32(0.96)
	指標10	地域の関係者と母子保健の課題について話し合い、達成目標を立てている	90	8 (8.9)	29 (32.2)	22 (24.4)	22 (24.4)	9(10.0)	3.06(1.16)
	指標11	母子保健の各種事業計画を立て運営している	90	21 (23.3)	29 (32.2)	20 (22.2)	12 (13.3)	8(8.9)	3.48(1.24)
	指標12	保健師の地区活動の計画を立てて活動している	90	5 (5.6)	12 (13.3)	32 (35.6)	20 (22.2)	21(23.3)	2.56(1.15)
	指標13	グレーゾーンの事例を含め、個別支援が必要な児や親について支援方法を話し合い、支援計画を立て支援している	90	18 (20.0)	46 (51.1)	19 (21.1)	6 (6.7)	1(1.1)	3.82(0.87)
	指標14	子育て中の親がつながる場を設定している	89	39 (43.8)	38 (42.7)	7 (7.9)	2 (2.2)	3(3.4)	4.21(0.94)
	指標15	子育て不安を持つ親や遅れが疑われる児を持つ親がつながりを作る支援をしている	90	25 (27.8)	27 (30.0)	18 (20.0)	8 (8.9)	12(13.3)	3.50(1.34)
	指標16	地域の住民に地域の子育ての課題を伝え、子育て中の親に関心を寄せ、手助けするように働きかけしている	89	7 (7.9)	16 (18.0)	28 (31.5)	20 (22.5)	18(20.2)	2.71(1.21)
	指標17	職員・支援者が日頃の子育て支援の悩みを話し合い、学習する研修会や事例検討会等を行っている	88	13 (14.8)	44 (50.0)	14 (15.9)	13 (14.8)	4(4.5)	3.56(1.06)
	指標18	個別支援を行った事例を振り返り、要フォローの判断が適切であったかや、支援の成果を評価している	90	8 (8.9)	32 (35.6)	23 (25.6)	18 (20.0)	9(10.0)	3.13(1.14)
	指標19	母子保健事業を振り返り、地域の課題の解決に結びついているかを評価し、さらに取り組むべき課題や解決策を検討し、進めている	90	7 (7.8)	38(42.2)	27 (30.0)	10 (11.1)	8(8.9)	3.29(1.06)
	指標20	母子保健福祉の地域資源を見直し十分に機能しているかやさらに必要な資源を検討し、改善している	90	3 (3.3)	23 (25.6)	31 (34.4)	17 (18.9)	16(17.8)	2.78(1.12)
結果 1	指標21	子どもを持つ親から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる	90	16 (17.8)	54 (60.0)	17 (18.9)	2 (2.2)	1(1.1)	3.91(0.74)
	指標22	個別支援のための生活状況の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問が増える	90	29 (32.2)	43 (47.8)	15 (16.7)	2 (2.2)	1(1.1)	4.08(0.82)
結果 2	指標23	子育て支援の関係機関やグループがネットワーク会議等に参加し、その数が増えている	90	2 (2.2)	22 (24.4)	29 (32.2)	17 (18.9)	20(22.2)	2.66(1.14)
	指標24	地域の関係者と協働することができ、目標が達成されている	90	4 (4.4)	25 (27.8)	32 (35.6)	18 (20.0)	11(12.2)	2.92(1.07)
結果 3	指標25	子育てに関心を持ち、手助けする住民が増えてきている	90	4 (4.4)	13 (14.4)	53 (58.9)	8 (8.9)	12(13.3)	2.88(0.97)
	指標26	事例検討会や母子保健活動の評価・見直しに参加する住民・関係者が増え、ネットワークが強化されてきている	90	3 (3.3)	16 (17.8)	37 (41.1)	16 (17.8)	18(20.0)	2.67(1.09)
	指標27	周囲の助けを借りて子育てする親が増えてきている	90	0 (0.0)	17 (18.9)	52 (57.8)	12 (13.3)	9(10.0)	2.86(0.84)
	指標28	母子保健に必要な社会資源が整備され、利用者が増えてきている	90	4 (4.4)	36 (40.0)	32 (35.6)	12 (13.3)	6(6.7)	3.22(0.96)

表2 統計項目として用いる評価指標群

1. 地区活動、ネットワーク化、活動成果を経年的に把握（因子1）

構 造	2	地域の保健・医療・福祉・教育等の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある
	5	保健師が地域に出向き、地区活動を行う時間が確保されている
プロセス	12	保健師の地区活動の計画を立て活動している
	16	地域の住民に対して地域の子育ての課題を伝え、子育て中の親に関心を寄せ、見守りや手助けすることを働きかけている
アウトカム	23	子育て支援の関係機関やグループがネットワーク会議等に参加する
	24	地域の関係者と協働することができ、目標が達成される
	25	子育てに関心をもち、見守りや手助けする住民が増える
	26	事例検討会や母子保健活動の評価・見直しに参加する住民・関係者が増え、つながりが強くなってきている
	27	周囲の助けを借りて子育てする親が増える

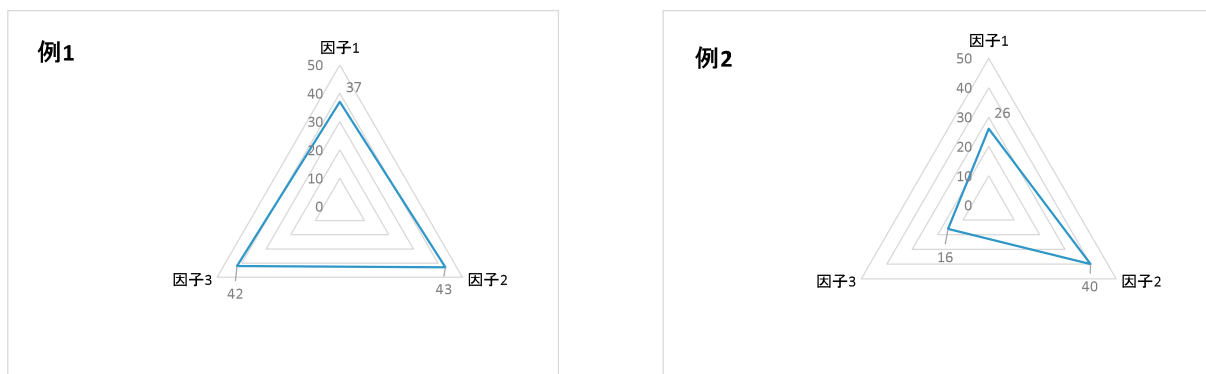
2. 個別支援、ハイリスク対応を経年的に把握（因子2）

構 造	3	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている
	4	発達障害や児童虐待が疑われる児を早期に発見するシートや仕組みがある
	6	保健師（担当者）が助言を得る（相談できる）場・体制がある
プロセス	7	乳幼児と親の健康状態・生活状況、困りごとを捉え、個別支援の必要な対象とその家族の全体を把握している
	8	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医、学校等と母子関連の情報を交換している
	13	グレーゾーンの事例を含め、個別支援が必要な児や親について支援方法を話し合い、支援計画を立て支援している
	14	子育て不安や、成長発達に遅れが疑われる児を持つ親がつながれる場を設定している
	15	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親がつながるグループを育成している
アウトカム	21	子どもを持つ親等から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる

3. 情報収集、地区診断、計画・モニタリングを経年的に把握（因子3）

構 造	1	職場内に母子保健対策の全体を見渡し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある
プロセス	9	母子保健に関する地域資源や支援者とのつながり、地域の課題や地域の強みを把握（地域診断・組織診断）している
	10	地域の関係者と母子保健の課題について話し合い、達成目標を立てている
	11	母子保健の各種事業計画を立て運営している
	17	職員・支援者が日頃の子育て支援の悩みを話し合い、学習する研修会や事例検討会等を行っている
	18	個別支援を行った事例を振り返り、要フォローの判断が適切であったかや、支援の成果を評価している
	19	母子保健事業を振り返り、地域の課題の解決に結びついているかを評価し、さらに取り組むべき課題を検討している
アウトカム	20	母子保健福祉の地域資源を見直し、十分に機能しているかや、さらに必要な資源を検討している
	22	生活状況等の把握が必要な妊婦や母子の面接や訪問が増える
	28	母子保健に必要な社会資源が整備され、利用者が増える

図1 3因子による市町村別得点図（レーダーチャート）の例



母子保健活動の評価指標(令和元年度版)

目的:子育て中の親が健康で安心して子育てができる(発達障害・児童虐待の早期発見も含める)

評価マニユアル(評価のてびき)欄					評価マニユアル(評価のてびき)欄				
評価 枠組	評価 指標 番号	評価 指標	評価	昨年度と比べ た改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点			
構 造	1	職場内に母子保健対策の全体を見渡し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	母子保健担当者会議 次世代育成会議 子ども子育て支援者会議 母子保健推進員会議 等	自治体によっては母子保健福祉対策が母子保健課、子育て支援課、児童福祉課等に分割されることがあるが、組織内でこれらの部門が連携し、母子保健福祉対策の全体を見渡し、各部門の方針や活動を理解し、母子保健計画の評価、見直す機会があるか。			
	2	地域の保健・医療・福祉・教育等の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	医療機関との連絡会議 母子保健福祉関係者との会議 等	地域の産科、小児科を含む医療機関や、地域の母子保健福祉、教育関連の関係機関と顔を合わせて話し合う場・会議があるか。			
	3	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	子育てガイドブック HP掲載 子育てに関する行政調査結果 等	母子保健あるいは子育て相談窓口の整備状況を確認する。「利用しやすい」とは「身近かさ」や「窓口開設の時間帯」、「配置している職員数・職種」等である。「インターネット」等の周知方法についても確認する。			
	4	発達障害や児童虐待が疑われる児を早期に発見するシートや仕組みがある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	母子保健手帳の交付時の面接記録 医療機関との連絡票 乳幼児健診・相談の体制 等	母子保健手帳交付時のスクリーニングシート、乳幼児健診のチェックシートや医療機関との連携シートや、組織内での専門職の配置、関係者等からの情報提供等の体制について確認する。			
	5	保健師が地域に出向き、地区活動を行う時間が確保されている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	家庭訪問記録、地区組織育成、ネットワーク化の活動等	保健師が要訪問のケースだけでなく、地区の関係者を訪問しているか。地域に出向くことが職場内で認知され、地区活動ができていくか。			
	6	保健師(担当者)が助言を得たり相談できる場・体制がある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	定期的な研修会 事例検討会 教育機関との連携 管内の他職種・同職種との勉強会	職場内で相談できる体制があるか。個々の保健師や組織が抱えている問題・課題を、大学などの教育機関や専門機関、またOB等から助言、指導が得られるか。			
プ ロ セ	地 域 診 断					対象者を出生届や、母子保健関連の健診で把握した児と親、家族の健康状態・生活状況や困りごと、あるいは未受診者情報や訪問、相談等の日常の業務を通して把握されているかを確認する。発達障害や虐待が疑われるケースを把握するシートや基準、協議するカンファレンスがあるか。			
	7	乳幼児と親の健康状態・生活状況、困りごとを捉え、個別支援の必要な対象とその家族の全体を把握している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	母子保健実績報告 相談記録 母子保健台帳 等	対象者を出生届や、母子保健関連の健診で把握した児と親、家族の健康状態・生活状況や困りごと、あるいは未受診者情報や訪問、相談等の日常の業務を通して把握されているかを確認する。発達障害や虐待が疑われるケースを把握するシートや基準、協議するカンファレンスがあるか。			
プ ロ セ	8	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医、学校等と母子関連の情報交換している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	母子保健関係者会議録 保育園等訪問記録、ニーズ調査(計画策定時)、学校関係者との会議録 等	日常の活動を通して把握した母子に関する情報を、地域の助産師や保育士、小児科医、学校等と交換できているか。情報には、子ども子育て支援計画策定時に行う調査も含む。			

母子保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価欄				評価マニュアル(評価のてびき)欄		
評価 指標 番号	評価 指標	評価	昨年度と比べ た改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点	
ス	9	母子保健に関する地域資源や支援者とな がり、地域の課題や地域の強みを把握(地域 診断・組織診断)している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	子育てガイドブック 等 母子保健関係者から提供される情 報 子育てグループ等との会合の記録 子育て中の親へのアンケート結果 等	子育て支援のための施設や支援者について最新情報を収集し、担当者でそれら の情報をもとに検討しているか。	
	10	地域の関係者と母子保健の課題について話 し合い、達成目標を立てている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	子育て支援者等の会議録 等	関係者とは住民、保健所、医療機関、保育園・幼稚園、児童委員、母子保健推 進員、通所施設等で、これらの機関と課題や達成目標を話し合っているかを確 認する。この指標の成果は、結果24～28に反映される。
実施(計画、支援)						
プロセス	11	母子保健の各種事業計画を立て運営している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	各種事業計画とは、国及び県の方針を踏まえ、地域の実情に応じた計画を指 す。また、計画には、災害時、緊急時の計画も盛り込まれているか。	
	12	保健師の地区活動の計画を立て活動してい る	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地区活動の計画には、担当地区の地域づくりの計画も含まれているか。	
	13	グレーゾーンの事例を含め、個別支援が必 要な児や親について支援方法を話し合い、支 援計画を立て支援している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	健診後のカンファレンス記録 担当者会議録 等	グレーゾーンの事例とは診断が確定していなくて福祉や医療の制度の利用に 至っていない事例や親が障害などを受け入れていない事例である。これらの事 例を含めフォローするケースを確定し、フォローの方法、頻度を話し合い、フォ ロー結果を確認しているか。
	14	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児 を持つ親がつながれる場を設定している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した		集まる場とは、親が交流し、かつ保健師が子どもの成長発達や親の不安などを 確認できる場である。他部門が場を設定している場合は、それらの情報を共有し ているか。
	15	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児 を持つ親がつながるグループを育成している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	フォロー教室記録 親グループ支援記録 等	親のグループ育成のニーズを把握し、グループができる支援を行っているか。
人材育成						
	16	地域の住民に対して地域の子育ての課題を 伝え、子育て中の親に関心を寄せ、手助けす ることを働きかけている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地域住民の子育てへの関心が高まるように、地域の子育ての状況や課題を発 信しているか、他部門と連携して行う児童委員、母子保健推進員やNPO・ボラン ティア等へ働きかけているか。	

母子保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価欄				評価マニキュアル(評価のてびき)欄	
評価 指標 番号	評価 指標	評価	昨年度と比べ た改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	職員・支援者が日頃の子育て支援の悩みを話し合い、学習する研修会や事例検討会等を行っている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	研修事業報告 事例検討の記録 事業終了後カンファレンス 等	日常業務の中でカンファレンスや事例検討等により、悩みを話し合い、職員・支援者(ボランティアを含む)の力量形成の機会を設けているか。
	個別支援を行った事例を振り返り、要フォローの判断が適切であったかや、支援の成果を評価している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	個別支援の実施記録等	指標13を受け、個別支援の方法を検討し、支援計画により行ったことについて、要フォローとした判断が適切であったか、支援の適切さ、成果などについて評価しているか。
	母子保健事業を振り返り、地域の課題の解決に結びついているかを評価し、さらに取り組むべき課題を検討している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	事業の実施記録や事業についての会議録等	日常の業務の評価・モニタリングを行い、成果と課題を明らかにする話し合いを業務の一環で行っているかを確認する。
支援体制の整備・政策提言					
結果 1	母子保健福祉の地域資源を見直し、十分に機能しているかや、さらに必要な資源を検討している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	母子保健関係者会議 医療・福祉助成制度 緊急搬送システム 等	住民を含めた保健、福祉、医療、関係者で地域資源および制度の不備・不足等について話し合う機会を持ち、改善を図っているかを確認する。
	子どもを持つ親等から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	アンケート調査 母子保健関連事業終了時の聞き取りの記録 等	事業への参加者の想い(評価)を発言や記録等から確認する。また、事業の見直し時にアンケートなどで、利用者の声を把握しているか。
	生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問が増える	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	訪問(保健師、母子保健推進員等)実績 事例検討会議録 等	評価指標4、13と関連し、生活状況や成長発達の把握が必要なケースに必要な時期に訪問できているか。
結果 2	子育て支援の関係機関やグループがネットワーク会議等に参加する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	アンケート調査 ネットワーク(連携)会議録 等	日常業務を通して、住民が支援者となることや支援グループに所属することを働きかけているか。また、ネットワーク会議へ参加する機関やグループの数に変化はあるか。
	地域の関係者と協働することができ、目標が達成される	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	連携会議の記録 等	地域の関係者と母子保健の課題について話し合うことで協働が進み、達成された目標が増えているか。

母子保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価欄				評価のてびき欄	
評価 指標 番号	評価 指標	評価	昨年度と比べ た改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
結果 3	25 子育てに関心を持ち、手助けする住民が増える	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	事業実績報告 等	この指標は評価指標16に関連し、「地域づくり」関連課や社会福祉協議会等と連携して、子育てに関心を持ち、手助けする住民が増えているかを確認する。
	26 事例検討会や母子保健活動の評価・見直しに参加する住民・関係者が増え、つながりが強くなってきている。	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	会議録 母子保健事業報告 等	母子保健活動の評価・見直しとは、個々の母子保健事業終了時のカンファレンスや評価のための会議等である。これに参加する住民(児童委員・母子保健推進員)や保育士、産科・小児科医等で、活動の振り返りができているか、参加者の数をばっどうか。また、参加者のつながる回数やつながりやすくなっているか。
	27 周囲の助けを借りて子育てをする親が増える	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	行政調査 健診時間診表票 経年的地域診断 等	子育て支援の到達目標である「親が周囲の助けを借りて子育てする」親の数を捉える。 健診の問診票や計画立案時の行政調査を通して把握した数などを生かす。
	28 母子保健に必要な社会資源が整備され、利用者が増える	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地域診断情報	評価指標20に関連し、子育て支援ネットワークの立ち上げ等、地域資源の実態を把握し確認する。地域のケアシステムの構築のようなソフト面と社会資源のハード面の両方が充実し機能しているか。

健康づくり活動

健康づくり活動の評価指標とその活用方法

目的

今回の研究は平成 30 年度に開発した健康づくり活動の評価指標を用いて、実際の保健活動を評価し、保健活動の変化と効果を把握するための評価指標を統計学的に検討し、健康づくり活動の評価指標（令和元年度版）を完成することを目的とした。

方法

この調査の対象は全国から無作為抽出した 270 市町村とし、健康づくり活動を担当する代表者の保健師に、評価指標（平成 30 年度版）の項目からなる調査票を郵送、返信用封筒を用いて回収した。この評価指標は 29 項目からなり、各項目について「当該年度の保健活動」を 5 段階の尺度、「以前と比べての改善状況」を 3 段階の尺度で回答を求めた。また、評価指標の項目は構造・プロセス・結果の枠組みで構成したものである。回収データは、各項目の回答における平均値と SD の算出を行った。項目間の相関は Spearman の相関係数により検討を行った。内部整合性についてはクロンバック α 係数を算出して確認した。さらに、因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行い、評価指標を構成する因子を得た。各市町村の因子得点のレーダーチャート化について検討した。これらの分析には、SPSS ver. 26.0 を用いた。

結果

回収数は 80、回収率は 29.6%であった。うち、回答市町村の人口規模別では、人口 50,000 人未満の市町村が 67.3%を占め、この割合は全国の人口規模別市町村割合にほぼ一致していた。表 1 にすべての項目の平均値と SD を示した。また、各質問項目に回答状況から、ほぼすべての項目に回答され、回答は偏ることなく分散されていたことから、この評価指標の有用性を確認することができた。

項目間の Spearman の相関係数は、全項目間において 0.6 以上の値は認められなかった。

Cronbach α 係数は質問紙全体：0.897、構造：0.691、プロセス：0.855、結果：0.755 であり、質問紙としての内的整合性は確保できると判断された。但し、〔評価指標 1〕を削除すると、全体：0.900、構造：0.743 となり、当該項目を削除するか否かの検討が必要であることが示された。

因子分析は最尤法・プロマックス回転により第 1 因子：人材育成と関係者との連携の場づくり（12）、第 2 因子：地域診断に基づいた活動計画（5）、第 3 因子：ハイリスク者への継続支援（6）、第 4 因子：住民の主体的な活動の促進（4）の 4 因子が得られた。なお、因子負荷量小さい（ <0.3 ）「評価項目 1：業務量に見合った保健師が配属されている」と、「評価項目 13：健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、自主グループなどを育成している」は削除することとした。因子分析の結果から、本評価指標は、保健師が地域の健

康実態に関する情報を収集し“地域診断に基づいた活動計画を立案する”ことと、活動の推進に当たって“ハイリスク者等への継続的な個別支援”と“住民主体の活動促進などのポピュレーションアプローチ”を効果的に連動させること、さらに、活動の基盤として振り返りや助言を受ける場の設定を含めた“人材育成と関係者との連携の場づくり”の4つの要素が保健活動の結果に関連する要素として整理された。よって、4要素を可視化することで経年変化を把握できると考えられた。この4つの要素の項目群を表2に示した。

考察

以上より、本評価指標は健康づくり活動の評価指標として十分妥当であり、統計項目としての妥当性も認められ、27項目からなる評価指標を健康づくり活動評価指標（令和元年度版）として完成させた。さらに4つの因子得点のレーダーチャートで、保健活動の特徴と経年的に比較することで、保健活動の質の変化あるいは効果を示す方法を図1に提示した。因子毎に項目数が異なることから、因子得点は合計得点ではなく得点率として表示した。

提言（おわりに）

この評価指標は以下のような活用が可能と考える。

1. 活動評価のツール

- ・評価指標の内部整合性、指標の関連性が確認され、健康づくり活動の評価指標として用いることは妥当といえる。
- ・これまでの研究結果から、評価指標は保健師個人の活動評価として用いることができる。また、健康づくり健事業の事業評価に用いることができる。

2. 統計項目としての適用

- ・これらの評価指標は、「構造」「プロセス」「結果」の質評価の枠組みで開発してきたが、因子分析で収斂された“人材育成と関係者との連携の場づくり”の要素、“地域診断に基づいた活動計画”の要素、“ハイリスク者等への継続支援”の要素、“住民の主体的な活動の促進”の要素の4群に分け、それらを構成する評価指標について経年変化を把握する“統計項目”とし、保健活動の質および経年的変化を示すことができる。
- ・都道府県の担当は、これらの統計項目を集計することで、管轄下の市町村の健康づくり活動の質とその変化を把握することができる。

3. 活動の変化や特徴の把握

因子を基としたレーダーチャートを活用することにより、各市町村が何に力点を置いているか、今後どのような活動を強化するか判断材料にすることができる。また、市町村の健康づくり活動の特徴が見える化させるものにできる。

表 1 健康づくり活動の現状の評価 (n=80)

評価 枠組	指標 番号	評価指標	度数	評価					平均 (SD)
				ある／ できている 5 (%)	少しある/やや できている 4 (%)	どちらとも いえない 3 (%)	あまりない／あまり できていない 2 (%)	ない／ できていない 1 (%)	
構造	指標 1	健康づくり活動の業務量に見合った保健師が配置されている	80	7 (8.8)	12 (15.0)	28 (35.0)	21 (26.3)	12 (15.0)	2.76 (1.14)
	指標 2	健康づくり活動について、組織を越えた相談・助言が得られる体制がある	78	19 (24.4)	28 (35.9)	11 (14.1)	17 (21.8)	3 (3.8)	3.55 (1.18)
	指標 3	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織との協議の場がある	80	27 (33.8)	37 (46.3)	5 (6.3)	6 (7.5)	5 (6.3)	3.94 (1.12)
	指標 4	健康づくり活動について医師会や地域の医療機関との連携の場・体制がある	80	23 (28.8)	41 (51.3)	7 (8.8)	8 (10.0)	1 (1.3)	3.96 (0.94)
	指標 5	健康づくり活動に関して必要な（地域診断により把握した健康課題等に対応した）予算が確保されている	80	14 (17.5)	33 (41.3)	24 (30.0)	8 (10.0)	1 (1.3)	3.64 (0.93)
	指標 6	住民による活動（地縁組織、自主グループなど）を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置づけられている	80	18 (22.5)	29 (36.3)	19 (23.8)	9 (11.3)	5 (6.3)	3.58 (1.14)
プロセス	指標 7	保健師が地域住民の生活習慣に関する実態（喫煙、書億、運動、受療状況、死亡など）を把握している	80	10 (12.5)	42 (52.5)	17 (21.3)	10 (12.5)	1 (1.3)	3.63 (0.90)
	指標 8	健康づくり活動に関わる人材や地区組織、関係機関などの実態を把握・分析している	80	4 (5.0)	31 (38.8)	26 (32.5)	17 (21.3)	2 (2.5)	3.23 (0.92)
	指標 9	保健師が地域診断に基づいて重点課題や活動対象の検討を行い計画を策定している	80	12 (15.0)	35 (43.8)	21 (26.3)	9 (11.3)	3 (3.8)	3.55 (1.00)
	指標 10	住民の受診しやすさや満足感に配慮した健診や健康教育を計画している	80	11 (13.8)	39 (48.8)	23 (28.8)	6 (7.5)	1 (1.3)	3.66 (0.85)
	指標 11	生活習慣病のハイリスク者に対して継続支援を行っている	80	20 (25.0)	31 (38.8)	19 (23.8)	8 (10.0)	2 (2.5)	3.74 (1.02)
	指標 12	健診未受診者（特定健診・がん検診など）へのフォローを行っている	80	19 (23.8)	43 (53.8)	9 (11.3)	8 (10.0)	1 (1.3)	3.89 (0.92)
	指標 13	健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、自主グループなどを育成している	80	31 (38.8)	38 (47.5)	8 (10.0)	3 (3.8)	0 (0.0)	4.21 (0.77)
	指標 14	無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組みづくり、取り組みを行っている	80	12 (15.0)	27 (33.8)	25 (31.3)	14 (17.5)	2 (2.5)	3.41 (1.02)
	指標 15	健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている	79	7 (8.9)	25 (31.6)	20 (25.3)	24 (30.4)	3 (3.8)	3.11 (1.06)
	指標 16	健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している	79	24 (30.4)	27 (34.2)	10 (12.7)	12 (15.2)	6 (7.6)	3.65 (1.26)
	指標 17	医療機関や医療保険者、地域の健康づくりに関する協力者と連携し、健康づくりに関する地域の課題を共有している	79	9 (11.4)	35 (44.3)	16 (20.3)	14 (17.7)	5 (6.3)	3.37 (1.09)
	指標 18	関係機関（医師会、学校、企業、商店会、住民組織など）と連携して健康なまちづくりに取り組んでいる	79	9 (11.4)	31 (39.2)	20 (25.3)	15 (19.0)	4 (5.1)	3.33 (1.06)
	指標 19	健康づくり活動・事業を振り返り（評価・モニタリング）、成果と課題を明らかにしている	79	11 (13.9)	28 (35.4)	24 (30.4)	15 (19.0)	1 (1.3)	3.42 (0.99)
	指標 20	健康づくり活動を担う人材のスキルアップの場が設けられている	79	14 (17.7)	32 (40.5)	22 (27.8)	8 (10.1)	3 (3.8)	3.58 (1.01)
結果 1	指標 21	健康づくりに関心を持つ住民が増加する	79	4 (5.1)	28 (35.4)	40 (50.6)	6 (7.6)	1 (1.3)	3.35 (0.75)
	指標 22	健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する	79	4 (5.1)	23 (29.1)	46 (58.2)	5 (6.3)	1 (1.3)	3.3 (0.72)
	指標 23	健康づくり活動に参加する公共機関、学校、病院、民間企業（飲食店等を含む）などが増加する	80	2 (2.5)	19 (23.8)	29 (36.3)	24 (30.0)	6 (7.5)	2.84 (0.95)
	指標 24	各種健診（検診）の受診率が向上する	80	8 (10.0)	21 (26.3)	34 (42.5)	15 (18.8)	2 (2.5)	3.23 (0.95)
結果 2	指標 25	保健指導実施率・終了率が増加する	80	12 (15.0)	23 (28.8)	32 (40.0)	9 (11.3)	4 (5.0)	3.38 (1.03)
	指標 26	各種健診（検診）の要指導・要精検者・要再検者等のフォロー率が向上する	80	9 (11.3)	32 (40.0)	33 (41.3)	5 (6.3)	1 (1.3)	3.54 (0.82)
結果 3	指標 27	重点課題とする疾患の治療中断者が減少する	80	1 (1.3)	16 (20.0)	40 (50.0)	13 (16.3)	10 (12.5)	2.81 (0.94)
	指標 28	生活習慣を改善する住民が増加する	80	2 (2.5)	11 (13.8)	58 (72.5)	5 (6.3)	4 (5.0)	3.03 (0.71)
	指標 29	目標に掲げた健康づくり指標が改善される	80	2 (2.5)	17 (21.3)	52 (65.0)	4 (5.0)	5 (6.3)	3.09 (0.78)

表2 統計項目として用いる評価指標群（健康づくり活動）

1. 人材育成と関係者との連携の場づくり

構造	2	健康づくり活動について、組織を越えた相談・助言が得られる体制がある
	3	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織との協議の場がある
	4	健康づくり活動について医師会や地域の医療機関との連携の場・体制がある
	5	健康づくり活動に関して必要な（地域診断により把握した健康課題等に対応した）予算が確保されている
	6	住民による活動（地縁組織、自主グループなど）を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置づけられている
プロセス	14	無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組みづくり、取り組みを行っている
	15	健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている
	16	健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している
	17	医療機関や医療保険者、地域の健康づくりに関する協力者と連携し、健康づくりに関する地域の課題を共有している
	18	関係機関（医師会、学校、企業、商店会、住民組織など）と連携して健康なまちづくりに取り組んでいる
	19	健康づくり活動・事業を振り返り（評価・モニタリング）、成果と課題を明らかにしている
	20	健康づくり活動を担う人材のスキルアップの場が設けられている

2. 地域の実態把握と地域診断に基づいた活動計画を立案する

プロセス	7	保健師が地域住民の生活習慣に関する実態（喫煙、書億、運動、受療状況、死亡など）を把握している
	8	健康づくり活動に関わる人材や地区組織、関係機関などの実態を把握・分析している
	9	保健師が地域診断に基づいて重点課題や活動対象の検討を行い計画を策定している
	10	住民の受診しやすさや満足感に配慮した健診や健康教育を計画している
結果	29	目標に掲げた健康づくり指標が改善される

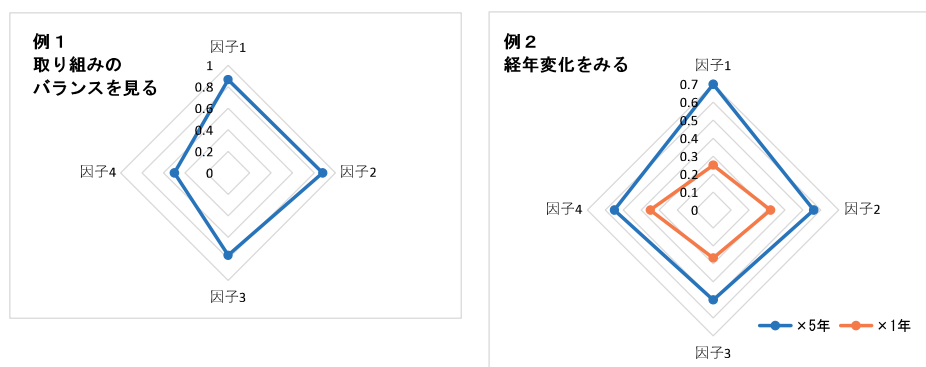
3. ハイリスク者等への継続的な個別支援

プロセス	11	生活習慣病のハイリスク者に対して継続支援を行っている
	12	健診未受診者（特定健診・がん検診など）へのフォローを行っている
結果	24	各種健診（検診）の受診率が向上する
	25	保健指導実施率・終了率が増加する
	26	各種健診（検診）の要指導・要精検者・要再検者等のフォロー率が向上する
	27	重点課題とする疾患の治療中断者が減少する

4. 住民主体の活動促進などのポピュレーションアプローチ

結果	21	健康づくりに関心を持つ住民が増加する
	22	健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する
	23	健康づくり活動に参加する公共機関、学校、病院、民間企業（飲食店等を含む）などが増加する
	28	生活習慣を改善する住民が増加する

図1 4因子による市町村別得点図（レーダーチャート）



※合計得点にばらつきがあるため得点率で表現した。

健康づくり活動の評価指標の調査票(令和元年度版)

【目的】住民の健康意識が向上し、予防可能な疾患の発症予防、治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる

評価指標				評価マニュアル(評価のてびき)欄	
評価指標番号	評価指標	評価	前年度との改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
◎健康づくり活動基盤の確保					
1	健康づくり活動について、組織を越えた相談・助言が得られる体制がある。	1. ある 2. 少しある 3. どちらともいえない 4. あまりない 5. ない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・定期的な研修会、事例検討会 ・教育機関との連携 ・管内の他職種・同職種との勉強会 など	○活動方針や活動の成果を明らかにするための教育機関との連携など、地域の現状に配慮した方法で保健師が助言・指導を受けられる体制があるか。 ○スーパーバイズを適宜受けられる体制があるか。
2	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織との協議の場がある	1. ある 2. 少しある 3. どちらともいえない 4. あまりない 5. ない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健康推進協議会等の場・構成メンバー ・地区における健康推進員・食生活改善推進員・母子保健推進員、在宅栄養士、地域の自主グループ等との連携の場	○協議会等で得られた意見を具体的な活動へつなげていく仕組みはあるか。 ○活動の目的や方向性が関係者間で共有されているか。 ○計画的に育成していくなどの活動方針があるか。
3	健康づくり活動について医師会や地域の医療機関との連携の場・体制がある	1. ある 2. 少しある 3. どちらともいえない 4. あまりない 5. ない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・がん検診の実施方法や未受診者、要精密検査者のフォローアップについての協議 ・糖尿病や慢性腎疾患対策連携会議等の開催実績 ・個別事例における医療機関等との連携実績など	○健診・検診の実施体制や健診項目、要精密検査者の受診状況の追跡等については医師会の協力がなければ困難である。がん予防対策の目的・活動の方向性の共有をふまえた連携体制が構築できているか。 ○医師会や医療保険者等とのシステムとしての連携協議会や会議に限らず、個別事例レベルでの連携があるかも含む。
◎予算確保					
4	健康づくり活動に関して、必要な(地域診断により把握した健康課題等に対応した)予算が確保されている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健康づくり関連予算、補助金など	○法定業務以外の地域ニーズに対応する予算が確保されているか。予算の目的や科目を問わず、「健康づくり活動に使える」予算について評価する。 ○地域診断等で把握した健康課題に応じた活動を行う上で、「予算が足りない」と感じる場合がある場合は「そう思う」、そうでない場合は「そう思わない」とする。
◎ポピュレーションアプローチの計画への位置づけ					
5	住民による活動(地縁組織、自主グループなど)を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置付けられている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・各種健康増進計画、行動計画	
◎実態把握のための情報収集とアセスメント					
6	保健師が地域住民の生活習慣に関する実態(喫煙、食、運動、受療状況、死亡など)を把握・分析している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・各種計画策定時に実施したアンケート・フォーカスグループインタビュー結果 ・各種健診(検診)・健康教育実施、妊娠届時等のアンケート	○地域診断、各種計画策定時・見直し時のアンケート調査、日常の保健事業や地区活動等を通して、住民の生活実態をとらえているか。分析結果を基に活動の方向性・実施計画を検討しているか。 ○各種調査は調査数が限られている場合があるため、日頃の保健活動を通じた実態把握が重要である。

健康づくり活動の評価指標の調査票(令和元年度版)

評価 指標 番号	評価 指標	評価	前年度との 改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
7	健康づくり活動に関わる人材や地区組織、関係機関などの実態を把握・分析している。	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健康づくり活動に協力・協賛する公共施設・企業・学校・病院・地区組織等の一覧表 ・禁煙・分煙をしている施設 ・在宅の健康運動指導士や栄養士・歯科衛生士等の専門職名簿	○情報把握の仕組みはあるか(例：地区活動を通して、登録制度、保健事業で関わる住民から、協議会・連絡会議などの情報から等) ○地域における健康づくりの風土を醸成する基盤となるために協働の方向性を共有できているか。 ○保健部門だけでなく庁内の各部署で把握している住民活動状況の共有も視野に入れる。 ○個人・組織・事業所などの取り組みの見える化を図り、健康づくり活動の風土を醸成するなど、把握した情報の活用の方角性も記載する。
8	保健師が地域診断に基づいて重点課題や活動対象の検討を行い計画を策定している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・地区診断・地区シート ・各種事業で実施したアンケート、事業を通して把握した住民の声 ・医療費分析 ・会議、連絡会での情報把握	○日常の地区活動、各種保健事業や家庭訪問などの保健活動を通して地域の健康課題を把握しているか。 ○分析結果を事業担当や地区担当等で共有し、活動の方角性を検討しているか。また、地区ごとの現状に応じた活動計画を立案し実施しているか。 ○各自自治体の重点課題に応じた具体的な活動計画について記載し評価する。
◎住民への働きかけと住民活動の活性化					
9	住民の受診しやすさや満足度に配慮した健診や健康教育を計画している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健診受診者、未受診者アンケート ・講演会、シンポジウム、健康教育等の休日・夜間の実施 ・がん検診、特定健診等の個別・集団での実施状況	○満足度は利便性や費用負担、健診内容等だけでなく、「受診(参加)してよかった」「また受診(参加)したいと思う」といった住民の思いなど質的な面にも着目して評価する。 (例：受診率向上に何が必要かを住民とともに考えるという取り組みが、住民のモチベーションの向上につながり健診受診率向上につながった)
10	生活習慣病のハイリスク者に対して継続支援を行っている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・特定保健指導の評価時に把握した対象者への支援状況 ・各自自治体の重点課題におけるハイリスク者への支援状況	○特定保健指導等で要指導になったものに対し、支援終了後も生活改善を継続していけるような支援を行っているか。 ○継続支援のために、住民にとって身近で利用しやすい活動を実施しているか。 ○地域や対象者の特性に応じて、個別支援、地域の自主グループ、その他の社会資源等の活用を検討しているか。 ○ハイリスク者とは、特定保健指導の対象者および終了者、肥満の背景はなかが生活習慣病のリスクが高い者、各自自治体で重点課題として取り上げた対象者等を検討する。
11	健診未受診者(特定健診・がん検診など)へのフォローを行っている。	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・未受診者の理由の把握(個別、地区別、年代別) ・これまでの受診状況 ・受診勧奨の実施	○予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、特に早期発見を促すために、がん検診の未受診者の受診勧奨と要精密検査者の精密検査受診勧奨とその後の受診状況の把握について計画的に取り組む必要がある。これらの一連のフォローが具体的に実施されているかという観点から評価する。また、未受診者については、未受診理由に着目し、今後の検診体制のあり方を検討する材料とする。
12	無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組みづくり・取り組みを行っている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・広報、健康だより、回覧、HP、キャンペーン、健康まつり ・健康推進員等の育成方法・活動内容 ・住民に身近な健康づくり活動の場の提供 ・地方紙、ラジオ等の活用	○メディアの活用や講演会など不特定多数に対する啓発活動だけではなく、ターゲットを定めながら保健師の意図的な活動としての仕組みづくりを行っているか。(例：地区活動の強化や職域との連携による若い世代への働きかけなど)

健康づくり活動の評価指標の調査票(令和元年度版)

評価 指標 番号	評価 指標	評価	前年度との 改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
◎環境整備					
13	健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するよ うな働きかけを行っている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・食育・禁煙分煙協力店の登録制度 ・運動講座講師の民間委託 ・JA婦人会や商工会、その他民間企業への健 診や健康教育の周知	○健康なまちづくりとして、公共施設や民間事業者をどう巻き込んでいくか。 ○関係機関がお互いに活動状況や活動の方向性を共有し連携を図ることで 活動の効果性・効率性が向上するのではないか、という観点から検討する。
◎関係者間の協働・連携					
14	健康づくり活動の関係者による連携 会議を開催している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健康づくり推進協議会等 ・市民部会・地域都会会議の計画的な開催	○関係者とは、健康部門の職員だけでなく庁内の他部門、地域住民や地区組 織、学校、医師会、職域関連団体など ○協議会等の有無だけでなく、目標や活動の方向性の共有、活動上の役 割、実践例など具体的な活動内容に着目し評価する。
15	医療機関や医療保険者、地域の健 康づくりに関する協力者と連携し、 健康づくりに関する地域の課題を共 有している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・国保レセプト、健診データ、糖尿病患者登録情 報 ・糖尿病対策会議における情報交換 ・医療機関との個別ケースの栄養指導や特定保 健指導の実施に関する連携状況	○医療機関等との連携に基づいて行われているか。システムとしての連携体 制が構築されていないくても、個別事例の検討が実施されている等の観点から も評価する。
16	関連機関(医師会、学校、企業、商 店会、住民組織など)と連携して健 康なまちづくりに取り組んでいる	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健康づくり行動計画における啓発活動の位置 づけ ・関連機関を通じたキャンペーン等の啓発活動 の実施状況	○有無だけでなく、取り組み件数や取り組み内容、波及効果などに着目する。 (例: コンビニ等でのポスター掲示協力、大型店舗におけるがん検診の実施、 たばこ対策に関する連携など)
◎モニタリング・評価					
17	健康づくり活動・事業を振り返り(評 価・モニタリング)、成果と課題を明 らかにしている。	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・事業報告書 ・活動および振り返りの記録 など	○日常の業務や事業の評価・モニタリングを行い、成果と課題を明らかにする 話し合いを業務の一環として行っている。
◎人材育成					
18	健康づくり活動を担う人材のスキル アップの場が設けられている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・職場内研修や日常的な事例検討の実施 ・計画的な研修等への参加状況 ・健康推進員・食生活改善推進員、保健指導を 委託している専門職へのフォロー状況 ※職員だけでなく健康推進員やその他の関係 者を含む	○常勤の職員だけでなく非常勤で雇用している従事者のスキルアップにも取り 組んでいるか。 ○地区組織等の地域の協力者のスキルアップの場合はあるか。
19	健康づくりに関心を持つ住民が増加 する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・健診時の問診票、アンケート ・医療費分析、地区診断 ・健診受診者数、健康まつり参加者数 ・市民部会登録団体数	○「関心を持つ」とは、健診受診行動や生活行動の変化、様々な活動への参 加等をさす。 ○生活行動や意識の変化は、計画策定時等の実態調査だけでなく、日常の 事業後のアンケートや地区活動等の保健活動で把握した住民の声などにも着 目する。

プロセス

結

健康づくり活動の評価指標の調査票(令和元年度版)

評価指標 番号	評価指標	評価	前年度との 改善状況	根拠・資料	評価の考え方・視点
結果 1	20 健康づくり活動に主体的に取り組む 住民やグループが増加する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・食生活改善推進員・健康づくり推進員・ゲート キーパー数 ・市民部会登録団体数 ・自主活動グループ数	○地区組織活動、自主グループ活動、ボランティア活動等への参加や近隣の 健診受診等の声掛け活動、職場でのサークル活動等への取り組みなど ○取り組みの有無だけでなく、数の推移や取り組み内容についても着目する。 ○保健師が意図した自主グループ等の活動の方向性や活用方法、期待した 効果などについても、可能な範囲で記載し評価に用いる。
	21 健康づくり活動に参加する公共機 関、学校、病院、民間企業(飲食店 等を含む)などが増加する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・協力店の登録数、関係者の取り組み件数 ・健康づくり協賛企業登録数 ・市民部会登録団体数	○有無だけでなく、取り組み件数や取り組み内容、波及効果などに着目する。 (例: コンビニ等でのポスター掲示協力、大型店舗におけるがん検診の実施、 たばこ対策に関する連携など) ○把握方法や連携の課題についても記載し評価に用いる。
	22 各種健診(検診)の受診率が向上す る	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・特定健診・がん検診・その他自治体で重点的に取り組んでいる検診(健診)の受診率	○特定健診、がん検診、その他自治体で重点的に取り組んでいる検診(健診) などを対象とする。 ○新規受診者や定期的あるいは継続受診者など、受診率の「質」的側面にも 着目する。 ○社保被保険者等把握が困難な場合は、把握できている情報により評価・課 題を検討する。
結果 2	23 保健指導実施率・終了率が増加す る	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・特定保健指導実施率・終了率	○新規参加者や継続参加者など、参加率の「質」的側面にも着目する ○社保被保険者等把握が困難な場合は、把握できている情報により評価・課 題を検討する。
	24 各種健診(検診)の要指導・要精検 者・要再検者等のフォロー率が向上 する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・精検受診率 ・要治療で治療につながった数 ・保健指導利用率 ・訪問や電話、文書等によるフォロー率	○社保被保険者等把握が困難な場合は、国保対象者など母数が確定できる ものの評価も検討する ○医療につなげていない者も把握しているか
結果 3	25 重点課題とする疾患の治療中断者 が減少する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・各自治体で重点課題として取り組んでいる疾 患の治療中断者(継続受診できていない者)の 情報 ・KDBシステムの活用	○KDBシステムの活用等を踏まえて、重点課題として取り組む疾患の重症化 予防に着目する。
	26 生活習慣を改善する住民が増加す る	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	・各種計画策定時・見直し時のアンケート調査 ・健診時の問診 ・健康教育等の事業での発言や行動、事業終了 後のアンケート結果	○行動の変化は、計画策定時等の実態調査だけでなく、健診時の問診、日常 の事業後のアンケートや地区活動等の保健活動で把握した住民の声などにも 着目する
	27 目標に掲げた健康づくり指標が改 善される	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. あまりできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	衛生統計年報など	○健康づくり計画に掲げた達成目標の到達状況等から把握する。(例: 健康寿 命の延伸、75歳未満のがん・脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 の減少など)

高齡者保健福祉活動

高齢者保健福祉分野の評価指標と活用方法

はじめに

これまで、保健師が行う保健活動の質を評価し、保健活動の効用を示すために標準化された評価指標を開発してきたが、さらに評価指標の信頼性と妥当性、有用性が確認されたものとするために統計学的検討を加え、高齢者保健福祉分野の評価指標（令和元年度版）を完成させた。

また、この研究により評価指標を高齢者保健福祉活動の質の変化を表す統計の項目として用いることができる指標を示し、市町村の活動の特徴を表すレーダーチャートを紹介した。

以下に今回の研究の概要と、高齢者保健福祉分野の評価指標の活用方法を述べる。

研究方法

1) 研究対象・期間

今回の調査の対象は、全国の市町村から無作為抽出した 270 市町村の高齢者保健福祉活動を担当する代表者の保健師とし、調査期間は平成 31 年 1 月から 2 月とした。

2) 調査内容

調査には高齢者保健福祉活動の評価指標（平成 30 年度版）を用いた。これは 25 項目：構造（5 項目）、プロセス（13 項目）、結果（7 項目）の枠組みで構成し、各項目について現状の「評価」を、できていない（1 点）、あまりできていない（2 点）、どちらともいえない（3 点）、ややできている（4 点）、できている（5 点）の 5 段階で、「以前と比べた改善状況」を、改善した（3 点）、現状維持（2 点）、後退した（1 点）の 3 段階で評価する調査票とし、これに回答し返送するよう依頼した。

3) 分析方法

高齢者保健福祉活動の評価指標の信頼性・妥当性の検討は、現状の「評価」の得点を用いた。信頼性は項目分析を行い、各項目の平均値と SD を算出した。項目間の相関は Spearman の相関係数により検討し、項目間の関連性の確認を行った。また、評価指標項目の因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行い、評価指標を構成する因子を得た。妥当性は内的整合性についてクロンバック α 係数を算出し、 α 係数の .60 を基準として確認した。有用性は現状の評価と以前と比べた改善状況の評価の回答状況で確認した。これらの分析には SPSS ver. 26.0 を用いた。

結果

回収数は 75、回収率は 27.8%であった。そのうち、25 項目中保健師の関与が少なかった項目が半数以上であった 9 自治体を除く 66 自治体の回答を分析対象とした。市町村の人口規模別では、人口 50,000 人未満の市町村が 70.2%を占め、この割合は全国の人口規模別市町村割合にほぼ一致していた。各項目の現状の「評価」結果を表 1 に示した。項目間の Spearman の相関係数は、指標 8（認知症施策の計画的な実施・評価）と指標 11（認知症検索ネットワーク）のみ、0.6 以上の値が認められた。また、構造とプロセス、プロセスと結果に関してすべての項目に関連性があった。これらの結果から、回答の自由記載欄に書かれていた意見等を参考にして評価指標の文言の微修正は行い、25 項目は残すこととした。

Cronbach α 係数は質問紙全体：0.841、構造：0.543、プロセス：0.825、結果：0.403 であり、構造と結果の係数は低めではあるが、評価指標としての内的整合性は確保できると判断した。

有用性については、各質問項目の現状の評価と以前と比べた改善状況の評価への回答状況から検討し、ほぼすべての項目に回答され、回答は偏ることなく分散されていることで、評価指標の有用性を確認した。

さらに因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行ったところ、第1因子：PDCAサイクルによる施策の展開・評価（10）、第2因子：関係者の連携による直接的支援（8）、第3因子：地域包括ケアシステムの構築（7）の3因子が抽出された。

表2に示すように本評価指標は、保健師が地域の高齢者の実態把握や将来推計から、PDCAサイクルによる施策を展開・評価する要素、他部署の保健師や他の専門職と連携し、直接的な支援を行う要素、さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて介護者支援や見守りネットワーク、地域リハビリや在宅医療や介護の連携強化の要素として整理され、この3要素で構成されていることが明らかになった。

また、図1に示したように、この3要素の得点をレーダーチャート化することで、市町村の保健活動の特徴を示せると考える。

考察

以上の結果から、25項目の評価指標の信頼性と妥当性及び有用性が確認され、すべての項目を残すことにした。

また、因子分析の結果から、これらの評価指標は保健師がPDCAサイクルによる地域特性に基づく施策の展開・評価する要素と関係者の連携による直接的な支援の要素、さらに地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組む要素に整理され、この3要素で構成されていることが示唆された。

提言

高齢者保健福祉分野の評価指標（令和元年度版）は信頼性・妥当性、および有用性が確認され、以下のような活用が可能である。

1. 現状の活動を評価するツール

・これまでの研究から、評価指標は保健師個人の活動評価として用いることができる。また、高齢者保健福祉事業担当として高齢者保健福祉事業の事業評価に用いることができる。

2. 統計項目としての適用

・これらの評価指標は、「構造」「プロセス」「結果」の質評価の枠組みで開発してきたが、因子分析により、PDCAサイクルによる“地域特性に基づく施策の展開・評価”をする要素と、関係者の連携による“直接的な支援”の要素、さらに“地域包括ケアシステムの構築”の要素の3群に分け、それらを構成する評価指標について経年変化を把握する“統計項目”とし、保健活動の質および経年的効果（変化）を示すことができる。

3. 結果の見せる化

・図1に示したように3因子を基とした項目の得点状況をレーダーチャート化することにより、各市町村が何に力点を置いているか、今後どのような活動を強化することが課題かを見える化でき、また、市町村の高齢者保健福祉活動の特徴を示すものになる。

4. 都道府県の活用

・都道府県の担当は、これらの統計項目を集計することで、管轄下の市町村の高齢者保健福祉活動の質とその変化を把握することができる。

表 1 高齢者保健福祉活動 現状の評価

n=66

評価 枠組	指標 番号	評価指標	度数	評価					平均 (SD)
				ある／ できている 5 (%)	少しある/やや できている 4 (%)	どちらとも いえない 3 (%)	あまりない/あまり できていない 2 (%)	ない／ できていない 1 (%)	
構造	指標 1	保健師が他の専門職と連携し高齢者保健の福祉活動を実践できる体制になっている	66	46 (69.7)	15 (22.7)	4 (6.1)	1 (1.5)	0	4.61 (0.68)
	指標 2	高齢者保健福祉活動を担当する保健師が他の分野で活動している保健師と連携を図る体制になっている	65	38 (58.5)	17 (26.1)	5 (7.7)	4 (6.2)	1 (1.5)	4.34 (0.97)
	指標 3	地域包括支援センターの活動を定期的に評価し、その結果を公表する体制になっている	66	37 (56.0)	14 (21.4)	5 (7.6)	6 (9.1)	4 (6.1)	4.12 (1.25)
	指標 4	保健師等の専門職が地域包括ケアシステム構築に向けて能力を高めるための体制（研修等）がある	66	36 (54.5)	16 (24.4)	9 (13.6)	2 (3.0)	3 (4.5)	4.21 (1.09)
	指標 5	地域ニーズや地域資源開発に向けて、住民の意見を聴取し検討できる体制（協議体などの組織的な位置づけ）がある	66	42 (63.6)	18 (27.3)	3 (4.5)	1 (1.5)	2 (3.0)	4.47 (0.90)
プロセス	指標 6	高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定・進捗管理において、地域の高齢者の実態把握や将来推計をもとに、地域課題を検討し、重点施策、目標設定、進捗管理をしている	66	28 (42.4)	27 (40.9)	7 (10.6)	4 (6.1)	0	4.20 (0.86)
	指標 7	介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス）移行後の進捗管理を計画的に実施・評価している	66	17 (25.7)	27 (40.9)	17 (25.8)	5 (7.6)	0	3.85 (0.90)
	指標 8	認知症施策全般について、現状を分析し、目標を明確にして計画的に実施・評価している	66	23 (34.9)	34 (51.5)	9 (13.6)	0	0	4.21 (0.67)
	指標 9	一般介護予防事業（普及啓発・地域介護予防活動支援）を計画的に実施・評価している	66	35 (53.1)	27 (40.9)	3 (4.5)	1 (1.5)	0	4.45 (0.66)
	指標10	個別支援において、関係部署、関係機関、地域内の協力者等と連携して支援している（支援者間で役割が明確化されている）	66	31 (47.0)	29 (43.9)	4 (6.1)	1 (1.5)	1 (1.5)	4.33 (0.79)
	指標11	認知症の高齢者の登録や行方不明時の創作、保護ができるよう、認知症の高齢者を支援するシステムがある	66	32 (48.5)	24 (36.4)	5 (7.6)	3 (4.5)	2 (3.0)	4.23 (0.99)
	指標12	介護者（家族）を支援する対策を実施している	65	15 (22.7)	30 (46.2)	15 (23.1)	4 (6.2)	1 (1.5)	3.83 (0.91)
	指標13	介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービス展開を幅広く展開するため、NPO等の団体や住民主体のサービスの開発を進めている	66	14 (21.2)	22 (33.3)	18 (27.3)	6 (9.1)	6 (9.1)	3.48 (1.19)
	指標14	地域ケア会議を通じて地域課題を共有し、「課題解決に向け、関係者のネットワーク構築や資源開発、施策化をしている	66	19 (28.8)	31 (47.0)	8 (12.1)	7 (10.6)	1 (1.5)	3.91 (0.99)
	指標15	訪問・通所サービス、地域ケア会議、個別支援、住民運営の通いの場等に、リハビリテーション専門職の関与がある	66	29 (43.9)	22 (33.4)	3 (4.5)	6 (9.1)	6 (9.1)	3.94 (1.30)
	指標16	地域包括ケアシステムの構築に向けて、また在宅医療・介護の連携強化に向けて実施・評価している	66	22 (33.4)	29 (43.9)	13 (19.7)	2 (3.0)	0	4.08 (0.81)
	指標17	高齢者の災害時の対策について、介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者等と定期的に協議・確認している	65	4 (6.2)	15 (23.1)	21 (32.3)	18 (27.7)	7 (10.8)	2.86 (1.09)
	指標18	高齢者支援を担当する関係者の資質の向上に向けた取り組みを、計画的に実施している（支援者間で役割が明確化されている）	66	20 (30.3)	25 (37.9)	11 (16.7)	7 (10.6)	3 (4.5)	3.79 (1.13)
結果 1	指標19	一般介護予防事業の参加者数が増えている	65	25 (38.5)	24 (36.9)	14 (21.5)	2 (3.1)	0	4.11 (0.85)
	指標20	高齢者に関する相談支援窓口や高齢者の生活に役立つ情報を地域住民に提供する機会が増えている	66	19 (28.8)	34 (51.5)	12 (18.2)	1 (1.5)	0	4.08 (0.73)
結果 2	指標21	介護予防や高齢者支援に繋がる住民主体の活動が増えている	66	24 (36.4)	30 (45.4)	6 (9.1)	6 (9.1)	0	4.09 (0.91)
	指標22	地域包括ケアの構築に向けて、医療・介護等の関係者の連携が強化されている	66	18 (27.3)	33 (50.0)	12 (18.2)	2 (3.0)	1 (1.5)	3.98 (0.85)
結果 3	指標23	介護保険認定者や事業対象者のなかで、自立度が改善する割合が増えている	66	2 (3.0)	7 (10.6)	48 (72.8)	7 (10.6)	2 (3.0)	3.00 (0.68)
	指標24	介護認定率（年齢調整）が下がる	65	6 (9.2)	12 (18.5)	35 (53.9)	9 (13.8)	3 (4.6)	3.14 (0.93)
	指標25	健康寿命が延伸する	65	5 (7.7)	7 (10.8)	37 (56.9)	7 (10.8)	9 (13.8)	2.88 (1.04)

表2 統計項目として用いる評価指標群

1. PDCAサイクルによる施策の展開・評価

構 造	
プロセス	6 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定・進捗管理において、地域の高齢者の実態把握や将来推計をもとに、地域課題を検討し、重点施策、目標設定、進捗管理をしている
	7 介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防・生活支援サービス)移行後の進捗管理を計画的に実施・評価している
	8 認知症施策全般について、現状を分析し、目標を明確にして計画的に実施・評価している
	14 地域ケア会議を通じて地域課題を共有し、「課題解決に向け、関係者のネットワーク構築や資源開発、施策化をしている
	13 介護予防・日常生活支援総合事業における多様なサービスを幅広く展開するため、NPO等の団体や住民主体のサービスの開発を進めている
	17 高齢者の災害時の対策について、介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者等と定期的に協議・確認している
アウトカム	23 介護保険認定者や事業対象者のなかで、自立度が改善する割合が増えている
	21 介護予防や高齢者支援に繋がる住民主体の活動が増えている
	25 健康寿命が延伸する
	24 介護認定率(年齢調整)が下がる

2. 関係者の連携による直接的支援

構 造	2 高齢者保健福祉活動を担当する保健師が他の分野で活動している保健師と連携を図る体制になっている
	1 保健師が他の専門職と連携し高齢者保健の福祉活動を実践できる体制になっている
	4 保健師等の専門職が地域包括ケアシステム構築に向けて能力を高めるための体制(研修等)がある
	3 地域包括支援センターの活動を定期的に評価し、その結果を公表する体制になっている
プロセス	7 一般介護予防事業(普及啓発・地域介護予防活動支援)を計画的に実施・評価している
	8 個別支援において、関係部署、関係機関、地域内の協力者等と連携して支援している(支援者間で役割が明確化されている)
アウトカム	7 高齢者に関する相談支援窓口や高齢者の生活に役立つ情報を地域住民に提供する機会が増えている
	8 一般介護予防事業の参加者数が増えている

3. 地域包括ケアシステムの構築

構 造	5 地域ニーズや地域資源開発に向けて、住民の意見を聴取し検討できる体制(協議体などの組織的な位置づけ)がある
プロセス	12 介護者(家族)を支援する対策を実施している
	16 地域包括ケアシステムの構築に向けて、また在宅医療・介護の連携強化に向けて実施・評価している
	15 訪問・通所サービス、地域ケア会議、個別支援、住民運営の通いの場等に、リハビリテーション専門職の関与がある
	11 認知症の高齢者の登録や行方不明時の搜索、保護ができるよう、認知症の高齢者を支援するシステムがある
	18 高齢者支援を担当する関係者の資質の向上に向けた取り組みを、計画的に実施している(支援者間で役割が明確化されている)
アウトカム	22 地域包括ケアの構築に向けて、医療・介護等の関係者の連携が強化されている

図1 3因子による市町村別得点図(レーダーチャート)の例



高齢者保健福祉活動の評価指標（令和元年度版）

目的：高齢者が住み慣れた地域で元気で暮らし、支援が必要な状態になっても安心して暮らせる

評価欄				評価の考え方・視点 ★……令和元年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標でも求められています	
評価 枠組	番号	評価指標	評価	前年度と比べて 改善状況	
構 造	1	保健師が他の専門職と連携し高齢者保健福祉活動を実践できている になっている	1. なっている 2. 少しなっている 3. どちらともいえない 4. あまりなっていない 5. なっていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	保健師が他の専門職と協働して高齢者保健福祉活動を行っている体制になっているか ・ どのような専門職(社会福祉士、介護支援専門員、栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、健康運動指導士)が職場内にどの程度配置されており、どのような役割分担をしているのか ・ 専門職間の連携体制は十分であるか
	2	高齢者保健福祉活動を担当する保健師が、他の分野で活動している	1. なっている 2. 少しなっている 3. どちらともいえない 4. あまりなっていない 5. なっていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	高齢者保健福祉活動を担当する保健師が他の分野で活動している職員と連携を図ることが組織として認められているか ・ 組織横断的な連携を定期的に図る体制となっているか ・ 統括的な役割を担う保健師保健師がどのような役割を担っているか ・ 他の部署との連携体制が十分で、個別に連携していることがあるか
	3	地域包括支援センターの活動を定期的に評価し、その結果を公表する体制になっている	1. なっている 2. 少しなっている 3. どちらともいえない 4. あまりなっていない 5. なっていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地域包括支援センターの機能を強化できる体制になっているか★ ・ 地域包括支援センター事業内容・運営状況に関する情報を公表しているか ・ 地域包括支援センター運営協議会での議論を踏まえ、地域包括支援センターの運営方針、支援、指導の内容を検討し改善しているか
	4	保健師等の専門職が地域包括ケアシステム構築に向けて能力を高めるための体制(研修等)がある	1. ある 2. 少しある 3. どちらともいえない 4. あまりない 5. ない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	高齢者保健福祉活動に携わる専門職が、活動に必要な専門知識や対人援助スキルが習得できるような教育体制(人材育成)が職場内にあるか ・ 活動マニュアル(担当部署で担うべき役割、専門職としての役割)を整備しているか ・ 新任職員へのオリエンテーション、研修(職場内での研修、他機関で実施している研修)を実施しているか ・ 業務上の課題について、随時、相談や検討できる体制はあるか ・ 専門職としてのスキルを身につける体制はあるか
	5	地域ニーズや地域資源開発に向けて、住民の意見を聴取し検討できている体制(協議体などの組織的な位置づけ)がある	1. ある 2. 少しある 3. どちらともいえない 4. あまりない 5. ない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	生活支援体制整備事業に求められている内容を実施できる体制になっているか★ ・ 協議体が地域資源の開発に向けた具体的取組(地域ニーズ、地域資源の把握等)の検討を行っているか ・ 協議体の活動を通じて高齢者のニーズに対応した具体的な資源の開発(既存の活動やサービスの強化を含む)に向けた検討を行っているか
プ ロ セ ス	地 域 診 断 ・ 計 画 ・ 評 価				
	6	高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定・進捗管理において、地域の高齢者の実態把握や将来推計をもとに、地域課題を検討し、重点施策、目標設定、進捗管理をしている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築に向けての取り組みを行っているか★ ・ 日常圏域ごとの高齢者人口、一人暮らし高齢者数、認定状況等を定期的に把握しているか ・ 高齢者人口や介護保険や将来推計に基づき、地域の課題を検討しているか ・ 日常生活圏域調査や在宅介護実態調査の結果を分析し、施策に反映しているか ・ 定期的に地域ケア会議を実施し、地域課題を検討しているか ・ 自立支援、重度化防止等に資する施策(重点施策、目標設定)を検討し、実践しているか ・ 定期的に計画の実施状況を評価しているか
	7	介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防・生活支援サービス)移行後の進捗管理を計画的に実施・評価している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護予防/日常生活支援の機能を強化できる体制になっているか★ ・ 地域の住民やサービス事業者等地域の関係者に 対して周知を行っているか ・ 介護保険事業計画において、介護予防・生活支援サービス事業における多様なサービス及びその他の生活支援サービスの量の見込みを立てるとともに、その見込み量の確保に向けた具体策を明記しているか ・ 実施状況の検証を実施しているか
	8	認知症施策全般について、現状を分析し、目標を明確にして計画的に実施・評価している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	認知症総合支援の機能を強化できる体制になっているか★ ・ 毎年具体的な計画(事業内容、実施予定数等)を定め、進捗状況について評価しているか。 ・ 認知症初期集中支援チームは、認知症地域支援推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築しているか ・ 検討の疑いのある人に対して、早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか

高齢者保健福祉活動の評価指標（令和元年度版）

評価欄			評価指標		評価	前年度と比べて改善状況	評価の考え方・視点 ★・・・令和元年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標でも求められています
評価枠組	番号	評価指標					
プロセス		啓発活動（ポピュレーション・アプローチ）					
	9	一般介護予防事業（普及啓発・地域介護予防活動支援）を計画的に実施・評価している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護予防/日常生活支援の機能を強化できる体制になっているか★ ・一般介護予防事業の目標設定をし、計画的に実施しているか ・介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者の状況について評価しているか ・住民の介護予防活動への積極的な参加を促進する取組を推進しているか		
	10	個別支援において、関係部署・関係機関・地域内の協力者等と連携して支援している（支援者間で役割が明確化されている）	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地域包括支援センターの機能を強化できる体制になっているか★ ・地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか ・地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか		
	11	認知症の高齢者の登録や行方不明時の捜索、保護ができるよう、認知症の高齢者を支援するシステムがある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	認知症総合支援の機能を強化できる体制になっているか★ ・認知症支援に携わるボランティアの養成を幅広く実施しているか ・模範訓練などを実施しているか ・行方不明になった時など、警察、公共交通機関、金融機関等の介護保険以外の関係者も含むネットワーク構築に向けての取り組みを行っているか		
	12	介護者（家族）を支援する対策を実施している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	在宅介護を支援するにあたり、介護者の実態を把握するとともに、介護者の負担を軽減する取り組みを実施しているか ・介護者にかかわる専門職からの実態把握をしているか ・介護者実態調査の結果を踏まえて介護者支援策を企画、実施しているか		
	住民の主体的活動 生活支援体制整備事業に求められている内容を実施できる体制になっているか★ ・高齢者のニーズに対応した具体的な資源の開発（既存の活動やサービスの強化を含む。）が行われているか						
	連携・ネットワーク形成 地域包括支援センターの機能を強化できる体制になっているか★ ・介護支援専門員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者（例：医療機関や地域における様々な社会資源など）との意見交換の場を設けているか ・地域包括支援センター、介護支援専門員、生活支援コーディネーター、協議体に対して、介護予防・日常生活支援総合事業を含む多様な地域の社会資源に関する情報を提供しているか ・地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定しているか						
	14	地域ケア会議を通じて地域課題を共有し、課題解決に向け、関係者のネットワーク構築や資源開発、施策化している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護予防/日常生活支援の機能を強化できたか★ ・地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリテーション・シジョン専門職等）が関係する仕組みを設け実行しているか ・福祉用具・住宅改修の利用に際して、建築専門職、リハビリテーション専門職等が適切に関与する仕組みがあるか		
	15	訪問・通所サービス、地域ケア会議、個別支援、住民運営の通いの場等へ、リハビリテーション専門職の関与がある	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	在宅医療・介護連携、地域包括支援センターの機能を強化できたか★ ・アベックで示された内容の具体的な取組みを企画・立案し、効果的に実行しているか ・地域ケア会議の議事録や決定事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか		
	16	地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の連携強化にむけて実施・評価している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した			

プロセス

高齢者保健福祉活動の評価指標（令和元年度版）

評価欄					評価の考え方・視点 ★・・・令和元年度保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標でも求められています	
評価 枠組	番号	評価指標	評価	前年度と比べ た改善状況		
プロセス		高齢者の災害時の対策について、介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者等と定期的に協議・確認している	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者と、災害時の対策について協議しているか★ ・災害時の対策についての現状と課題について検討しているか ・高齢者や要配慮への災害時の対策について定期的に協議する場を設けているか ・介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者等と協働で訓練をする機会を設けているか	
	17					
結果 1		高齢者支援を担当する関係者の資質の向上に向けて、計画的に実施している（支援者間で役割が明確化されている）	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	地域包括支援センターの機能を強化できる体制になっているか★ ・各地域包括支援センターが介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握しているか ・地域包括支援センターが開催する介護支援専門員を対象にした研修会や事例検討会等の開催計画を作成しているか ・医療・介護関係の多職種が合同で参加するグループワークや事例検討など参加型の研修会を開催または開催支援しているか	
	18					
結果 2		一般介護予防事業の参加者数が増えている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護予防/日常生活支援の機能を強化できたか★ ・介護予防普及啓発がより広い対象者への拡大につながっているか ・介護予防活動の継続に向けて効果的な支援ができていないか	
	19					
結果 2		高齢者に関する相談支援窓口や高齢者の生活に役立つ情報を地域住民に提供する機会が増えている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	高齢者の生活に役立つ情報や相談窓口を地域住民や関係者に周知できているか ・高齢者の生活に役立つ情報や相談窓口を住民や関係者にどのように周知しているのか ・地域包括支援センターが住民にどの程度周知されているか	
	20					
結果 2		介護予防や高齢者支援に繋がる住民主体の活動が増えている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護予防/日常生活支援の機能を強化できたか★ ・介護予防や高齢者支援に繋がる住民主体の活動が増えているか ・介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の 方の参加者数はどの程度か	
	21					
結果 2		地域包括ケアの構築に向けて、医療・介護等の関係者の連携が強化されている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	在宅医療・介護連携の機能を強化できたか★ ・在宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」又は「退院・退所加算」の取得率の状況はどうか	
	22					
結果 3		介護保険認定者や事業対象者のなかで、自立度が改善する割合が増えている	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	要介護状態の維持・改善の状況が改善したか★ ・一定期間における、要介護認定者の要介護認定等基準 時間の変化率の状況はどのようになっているか ・一定期間における要介護認定者の要介護認定の変化率の 状況はどのようになっているか	
	23					
結果 3		介護認定率(年齢調整)が下がる	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	介護認定率(年齢調整)が下がったか★ ・毎年介護認定率(前期高齢者、後期高齢者)を評価しているか ・国、県平均と比較し、地域の傾向を評価しているか ・保険給付の状況と合わせて、認定者の状況について分析しているか	
	24					
結果 3		健康寿命が延伸する	1. できている 2. ややできている 3. どちらともいえない 4. ややできていない 5. できていない	1. 改善した 2. 現状維持 3. 後退した	健康寿命が延伸したか(健康寿命算出方法はホームページで検索できます) ・健康寿命を把握しているか ・平均寿命と比較して、健康寿命がどの程度伸びているのか分析しているか	
	25					

精神保健福祉活動

精神保健福祉分野の評価指標と活用方法

I. はじめに

保健所は地域における精神保健福祉活動の第一線機関であり、保健所保健師はその中核を担っている。地域保健法の制定、精神保健福祉法の改正や障害者自立支援法の制定・改正等に伴い、市町村の役割が拡大するとともに、活動の担い手が多様化する中、保健所は、健康課題を抱えた住民や家族、近隣住民等に対して直接的な支援を行うだけでなく、管内市町村等の関係機関や住民による活動の実態や課題を広域的・専門的な立場から俯瞰したり、関係機関や住民による活動を支援したりすることが多くなっている。

しかし、こうした保健活動の成果、なかでも質的成果を評価する指標や、保健活動のプロセスを質的に評価する指標の開発や活用は十分に行われていない。そのため、研究者らは、保健所保健師が中心的な役割を果たすことが期待される精神保健福祉保健活動の質を評価するための評価指標を開発してきた¹⁾²⁾。

本研究では、この評価指標をもとに作成した調査票を用いて、全国の保健所で精神保健福祉活動を実際に評価してもらうことにより、活動の現状をふまえて評価指標を改訂し、評価指標の活用方法について提案する。

II. 方 法

1. 調査方法

研究者らが開発した精神保健福祉活動の評価指標をもとに、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」および「自殺予防」に関する評価指標を作成し、全国の県型保健所および市型保健所を対象に自記式質問紙調査を行った。紙面の制約により、本報告書では、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」について述べる。

本研究において、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」とは、精神保健福祉法 22 条から 26 条の 3 までに基づく申請・通報・届出があり対応したケース、精神科を受診させてほしいと相談のあったケース（関係機関からの連絡や近隣苦情を含む）、それ以外の理由で把握したが未治療または治療中断の状態にあり精神科医療につなぐ必要があると判断したケースをいう。すなわち、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」とは、精神障害者が地域で自分の望む生活を続けていく上で必要な場合に、精神障害者を精神科の医療につなぎ、中断を防ぐ活動である。前述したように、保健所が精神障害者本人や家族に対して直接的な支援を行う機会は減少しているが、この活動ではそうした機会が多いと考えられる。また、この活動は「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」に限定せず、保健所が日頃行っている精神保健福祉活動が基盤となるため、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」について評価を行い、改善を図ることは、その基盤となる日頃の精神保健福祉活動の改善を図ることにもつながると考える。

①全国の県型保健所 364 所中 58 所（各都道府県から 1 所以上。10～20 所設置府県は 2 所、26 所設置の北海道は 4 所。指標開発研究に協力した保健所等 9 所以外は無作為抽出）、その他政令市保健所 5 所を除く市型保健所 111 所中 47 所（西日本の 21 府県 38 市：1 市 1 保健所の 36 市は全数 36 所、複数設置の 2 市は 1/2 を無作為抽出した 11 所）に調査票を郵送し、精神保健福祉担当保健師に回答を依頼した。②本研究班員が講師を務めた研修会において、参加者の A 県保健所保健師に調査票を配布した。調査期間は平成 28（2016）年 12 月から翌年 1 月までとし、郵送により回収した。調査内容は、評価指標に対する平成 27 年度の現状評価および前年度からの変化である。県型保健所については、保健所管

内全域と管内 1 市町村についてたずねた。長崎県立大学倫理審査委員会の承認を得て調査した。

2. 分析方法

県型保健所 24 所（①19 所：回収率 32.8%、②5 所）、市型保健所 16 所（回収率 34.0%：指定都市 1 所 5.3%、中核市 15 所 53.6%）から回答を得た。市型保健所については、指定都市と中核市では措置入院に関する権限が異なり保健所の活動状況も異なるため、本報告書では中核市保健所の分析結果を述べる。県型、中核市それぞれについて、SPSSver.25 を用いて単純集計やクロス集計、Spearman の相関分析、Kruskal-Wallis 検定等を行った。

Ⅲ. 結果および考察

1. 調査結果の概要

単純集計の結果を表 1 に示す。県型、市型のどちらも、《個別ケースの受療支援》に関する指標 4・1（措置入院への対応）、指標 4・4・1（措置入院以外の直接的な受療支援）、指標 7（個別ケースに関する関係機関との連携・協働）は「①しばしば行った」が 6 割を超えたが、《地域の健康課題としての対応》に関する指標 10'（地域の現状や課題を所内で把握・検討）、指標 11（地域の現状や課題を地域の関係者で共有・検討）は「①行った」が半数に満たなかった。中核市保健所は、よりよい状態の割合が県型保健所よりも低い指標が多く、結果に関する指標 14,15,17,18 は「把握していない」割合が高かった。これには、中核市には措置入院の権限がなく情報を把握しにくいことが影響していると考えられる。

表 1 保健所管内全域に関する平成 27 年度の現状評価

				県型保健所 (N=24)		中核市保健所 (N=15)	
				N	%	N	%
自殺予防の指標と共通する構造	県型：管内市町村数 (N=23)			中央値[範囲]		2[1-9]	
	1	面積 [km ²]		中央値[範囲] (N=24,14)		865.4[74.7-155,144.0]	
	2	総人口 [人]		中央値[範囲] (N=24,15)		95,846[35462-709206]	
	3	(2)生産年齢人口割合 [%]		中央値[範囲] (N=23,15)		56.0[49.6-68.0]	
		(3)老年人口割合 [%]		中央値[範囲] (N=23,15)		32.2[18.9-41.6]	
	4	常勤保健師実人員 [人]	1)保健所	(1)総数	中央値[範囲] (N=24,14)	8.5[3- 20]	
			2)管内市町村	(2)精神従事者	中央値[範囲] (N=24,14)	3 [1- 11]	
				(1)総数	中央値[範囲] (N=22,14)	43 [11-139]	
			(2)保健センター	中央値[範囲] (N=21,13)	30 [7- 62]		
			(3)精神福祉部署	中央値[範囲] (N=21,14)	6 [0- 51]		
		常勤保健師一人あたり人口 (指標2÷指標4)	1)保健所	(1)総数	中央値[範囲] (N=24,15)	12,858.2[5,910.3-64,473.3]	
			(2)精神従事者	中央値[範囲] (N=24,15)	39,171.0[11,500.0-638,059.0]		
	2)管内市町村		(1)総数	中央値[範囲] (N=22,14)	2,772.6[1,651.0-5,963.2]		
	5	精神保健福祉業務を担当した常勤職員(保健師以外)の実人員 [人]			1人以上	7	29.2
				0人または無回答	17	70.8	
				1人以上いる：中央値[範囲] (N=7,13)	2.5 [0-4]	2 [1-10]	
7	精神保健福祉活動に関わる主な社会資源	1)(1)入院可能な精神科医療機関	①保健所管内にある	22	91.7	15	100.0
			②保健所管内にない	2	8.3	0	0.0
		1)(2)外来のみの精神科医療機関	①保健所管内にある	21	87.5	15	100.0
			②保健所管内にない	3	12.5	0	0.0
		2)精神科訪問看護の実施施設	①保健所管内にある	22	91.7	15	100.0
		②保健所管内にない	2	8.3	0	0.0	
構造	1	受療支援が、保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている	①明確に位置づけられている	10	41.7	0	0.0
			②明確ではないが位置づけられている	12	50.0	5	33.3
			③位置づけられていない	1	4.2	10	66.7
			無回答	1	4.2	0	0.0
	2	受療支援を行うために必要な予算が確保されている	①はい	16	66.7	7	46.7
			②いいえ	7	29.2	8	53.3
			無回答	1	4.2	0	0.0
	3	(保健所の所属自治体において)受療支援が 保健師の業務 として位置づけられている	①明確に位置づけられている	10	41.7	2	13.3
			②明確ではないが位置づけられている	9	37.5	7	46.7
			③位置づけられていない	4	16.7	6	40.0
			無回答	1	4.2	0	0.0
4-0	圏域内保健所設置市の措置入院事務の一部または全部を保健所が担当している	①はい	5	20.8			
		②いいえ	10	41.7			
		無回答・分析除外	1市4か所、2市1か所 中央値354,429人 範囲[138,078-478,960]	9			37.5
4-1	精神保健福祉法22～26条の3のいずれかに基づく申請・通報・届出について、 保健所が対応している業務内容・時間帯	①申請・通報・届出の受理に対応	20	83.3	12	80.0	
		②事前調査に対応	20	83.3	11	73.3	
		③措置診察に対応	20	83.3	6	40.0	
		④移送に対応	19	79.2	5	33.3	
		⑤いずれも対応していない	0	0.0	1	6.7	
		無回答	4	16.7	1	6.7	

《個別ケースに対する受療支援(治療の開始・再開・中断予防のための支援)》						
ブ ロ セ ス	4-2	1) 精神保健福祉法22条～26条の3について、保健所が対応した総数 (N=23,11) 2) 1)のうち措置診察を実施した件数 (N=23,8) 3) 2)のうち要措置となった件数 (N=22,7) 4) 1)のうち移送を行った件数 (N=22,5)	11	[1-254]	22	[9-374]
		2)/1) [%] (N=22,8)	7	[0- 57]	12.5	[0- 59]
		3)/2) [%] (N=20,7)	4	[0- 44]	12.0	[2- 53]
		4)/1) [%] (N=22,5)	6.5	[0- 50]	0	[0- 11]
			57.1	[0.0- 100.0]	43.4	[0.0- 69.2]
			72.4	[37.5-242.9]	92.3	[66.7-100.0]
			36.9	[0.0-100.0]	0.0	[0.0- 84.6]
	4-3	1) 同法23条(警察官通報)について、保健所が対応した件数<4-2の再掲> (N=22,12) 2) 1)のうち、措置診察を実施した件数 (N=22,7) 3) 2)のうち要措置となった件数 (N=22,8) 4) 1)のうち移送を行った件数 (N=22,4)	12	[0-229]	21	[9-374]
			6.5	[0- 49]	12	[2- 51]
			3.5	[0- 35]	11	[2- 47]
		5.5	[0- 49]	0	[0- 11]	
ブ ロ セ ス	4-4	1)精神保健福祉法22～26条の3に基づく対応以外に、受療支援のために、保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた 2)精神保健福祉法22～26条の3に基づく対応以外に、受療支援のために、保健所が関係機関に対してのみ働きかけた	14	58.3	7	46.7
			10	41.7	7	46.7
			0	0.0	1	6.7
			0	0.0	0	0.0
			6	25.0	5	33.3
			17	70.8	10	66.7
			1	4.2	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
ブ ロ セ ス	7	指標4-2～4-4の受療支援のために、保健所が関係機関と連携・協働した	16	66.7	9	60.0
			8	33.3	6	40.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
	8'	保健所が指標4-2～4-4の受療支援を行う際に、個々の精神障害者に関する情報の共有や支援方針の検討を組織内で行った	12	50.0	5	33.3
			12	50.0	9	60.0
			0	0.0	1	6.7
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
ブ ロ セ ス	9'	保健所が指標4-2～4-4の受療支援を行う際に、必要に応じて、複数の職員で対応した	24	100.0	14	93.3
			0	0.0	1	6.7
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
	《地域の健康課題としての対応》					
	10'	受療支援について、地域の現状や課題の把握、今後の活動の検討を保健所内部で行った	11	45.8	3	20.0
			9	37.5	10	66.7
			3	12.5	2	13.3
			1	4.2	0	0.0
ブ ロ セ ス	11	地域の関係者が集まり、受療支援について地域の課題の共有や解決策の検討を行った	10	41.7	2	13.3
			6	25.0	6	40.0
			6	25.0	6	40.0
			2	8.3	1	40.0
	12	受療支援に活用できる社会資源の支援・育成・開発を行った	16	66.7	7	46.7
			6	25.0	5	33.3
			1	4.2	2	13.3
			1	4.2	1	6.7
			15	62.5	8	53.3
			3	12.5	2	13.3
ブ ロ セ ス	13	2)保健所以外に行った機関等の有無	6	25.0	4	26.7
			0	0.0	1	6.7
	14	保健所が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開に至らず、見守りや支援が必要な精神障害者について、身守りや支援を行う体制を構築・維持することができた	14	58.3	3	20.0
			3	12.5	1	6.7
			6	25.0	8	53.3
			0	0.0	0	0.0
			1	4.2	0	0.0
			0	0.0	3	20.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	3	20.0
ブ ロ セ ス	15	保健所が何らかの形で受療支援を行った精神障害者のうち、精神科治療の必要なケースが、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開することができた	8	33.3	4	26.7
			4	16.7	3	20.0
			10	41.7	5	33.3
			1	4.2	0	0.0
			1	4.2	0	0.0
			0	0.0	3	20.0
			0	0.0	3	20.0
	16	保健所が何らかの方法で受療支援を行い、評価対象年度中に治療を開始・再開した精神障害者について、治療中断せず地域生活が継続できるよう、精神科治療の開始・再開後に保健所が何らかの支援を行った	21	87.5	12	80.0
			3	12.5	3	20.0
			0	0.0	0	0.0
ブ ロ セ ス			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			19	79.2	13	86.7
			3	12.5	2	13.3
			2	8.3	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0
			0	0.0	0	0.0

結果 2	17	保健所が何らかの方法で受療支援を行い、評価対象年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、 年度末時点 で精神科治療を中断していない(死亡・管外への転出を除く)	①治療中断者がいなかった	4	16.7	2	13.3		
			②治療中断者がいた	10	41.7	2	13.3		
			③把握していない	9	37.5	11	73.3		
			無回答	1	4.2	0	0.0		
			結果 3	18	精神障害者が措置入院を繰り返さなかった	1)評価対象年度中に 新規に措置入院した 精神障害者の実人員	0人	3	12.5
1人以上	19	79.2					6	40.0	
無回答	2	8.3					9	60.0	
中央値[範囲] (N=22,6)		4[0-45]					17[2-28]		
2)1)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員	0人	15					62.5	3	20.0
	1人以上	6				25.0	1	6.7	
	無回答	3				12.5	11	73.3	
	中央値[範囲] (N=18,4)					0[0-7]		0[0-2]	

注：調査票作成に際して省略した指標があるため、表の指標番号には欠番がある

1) 中核市保健所

指標 14（医療につながらなかったケースの見守り体制構築）を「①必要なケースの大部分」または「②半数程度できた」4所はすべて、指標 7（個別ケースに関する関係機関との連携・協働）を「①しばしば行った」。指標 14 は、総人口が少ない方がよりよい状態にあった。また、指標 14 の状態がよいほど指標 15（治療の開始・再開）の状態もよかった。

指標 17（年度末時点の治療中断者）が「②いた」2所はいずれも、指標 3 で受療支援が保健所保健師業務として「③位置づけられていない」、指標 4・4・1）（措置入院以外の直接的な受療支援）は「②ときどき行った」。

指標 10'（地域の健康課題としての所内検討）を「①行った」所は、「③行わなかった」所よりも指標 18・1）（新規措置入院者実人員）が多かった。

2) 県型保健所

指標 14（医療につながらなかったケースの見守り体制構築）を「①必要なケースの大部分でできた」14所中、指標 10'（地域の健康課題としての所内検討）を「①しばしば行っている」のは10所 71.4%であり、指標 14 の状態がよいほど指標 10'の状態もよかった。

指標 15（治療の開始・再開）が「①必要なケースの大部分でできた」8所は、指標 8'（個別ケースに関する組織内での情報共有や検討）を「①すべてのケースについて行った」が7所 87.5%と多かった。共通 7・1)(1)（入院可能な精神科医療機関）が「②保健所管内にない」2所は、指標 7（個別ケースに関する関係機関との連携・協働）はいずれも「②ときどき行った」で、指標 15 は「③必要なケースの一部でできた」もしくは「④できなかった」であった。また、指標 14、指標 15 は、共通 4・2)(1)（市町村常勤保健師総数）が多い方がよりよい状態にあった。

指標 17（年度末時点の治療中断者）が「①いなかった」4所は、指標 16・1）（受療開始後に保健所が直接支援）、指標 16・2）（受療開始後に保健所が間接支援）はすべて「①必要な場合はした」であった。しかし、指標 17 を「③把握していない」9所中3所 33.3%は、指標 16・1）と指標 16・2)はいずれも「②必要な場合でもしないことがあった」。

共通 3(2)（生産年齢人口割合）が高いほど、指標 4・3)(1)（警察官通報への対応件数の総数）や指標 18・1）（新規措置入院者実人員）、指標 18・2）（新規措置入院者のうち措置入院歴あり実人員）が多かった。

2. 評価指標の改訂および活用方法

評価指標の加除や文言の修正、並び替えを行い、別紙のとおり評価指標を改訂した。

評価の負担軽減を図るため、他の評価指標で代替可能と考えられる指標や、結果に関する指標との相関が弱い指標は削除・統合した（表 1 の共通 4・1)(2),共通 4・2)(2)(3),共通 7,1~3,4・3,9'）。構造に関する指標の共通 7（精神保健福祉活動に関わる主な社会資源）は、県型保健所でプロセスや結果に関する指標との相関がみられたが、大部分の保健所が「①保健所管内にある」と回答したため、プロセスに関する指標 19（受療支援に関する地域の

現状や課題、今後の活動について所内で検討）に統合し、精神科医療機関や精神科訪問看護実施施設、障害者相談支援事業所等の施設数や分布、サービス内容等、地域の社会資源のより具体的な状況について評価することとした。

調査実施後の平成 30 年 3 月に厚生労働省から出された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を受け、退院後の支援体制の構築・維持に関する評価指標を追加した（別紙の指標 16）。

評価は毎年度末に行うことを推奨しているが、年度による変化しやすさを考慮して評価の優先度を設定し、構造に関する指標は「☆：変化があったときに評価する」または「★：毎年度できるだけ評価する」とした。

県型保健所では、管内市町村によって地域特性や関係機関の状況が異なるため、「A.保健所管内全域」「B.管内市町村ごと」のそれぞれについて評価していただきたい。「B.管内市町村ごと」は、当該市町村による活動ではなく、当保健所による当該市町村に関する活動を評価する。管内の全市町村について評価することが望ましいが、優先的に評価する必要がある市町村を選んで評価してもよい。また、市町村ごとの特性のちがいが少ない場合等は、「A.保健所管内全域」のみでもよい。

中核市や指定都市、その他政令市、特別区が設置する市型保健所は、「A.保健所管内全域」を評価する。結果に関する指標 17,18 については、措置入院に関する事務が委譲されていない市区の保健所では把握困難な情報もある。しかし、措置入院者の退院後支援において帰住先保健所が担う役割は大きいため、必要に応じて県型保健所等から情報を収集して評価結果を共有し、今後の活動に活かしていただきたい。

本報告書で提案する評価指標は、精神障害者本人や家族等に対して保健所が直接行った援助のみならず、関係機関に対して保健所が行った支援（指標 10・2,12,15・2,20）、さらには関係機関や住民による活動の把握状況（指標 19,21・2）についても評価するものである。保健所で精神保健福祉活動を担っている保健師等が、年度末に本評価指標を用いて活動を振り返り、評価結果を所内で共有することにより、活動方法や成果について現状を把握するとともに、課題を明らかにして次年度以降の活動に反映させていただきたい。また、関係機関に対しては、各種連絡会議で評価結果を報告すること等により、保健所の活動状況に対する理解を促し、地域の課題を共有して今後の活動について協議するための資料としてもご活用いただきたい。

お忙しい中、調査にご協力いただいた保健所の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 山口佳子：精神保健福祉活動の評価指標と評価マニュアル、主任研究者 平野かよ子、保健師活動の評価のための評価指標と評価マニュアルー地域保健 6 分野と産業保健ー、平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究」、31・42、2016。
- 2) 山口佳子、平野かよ子、森本典子、春山早苗、小西かおる、石川貴美子、藤井広美、久佐賀眞理、大神あゆみ、尾島俊之：「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の質に関する評価指標ー標準化のための検証と改訂ー、東京家政大学研究紀要、58（2）、45・54、2018。

精神保健福祉活動の評価指標（令和元年度版）

・本評価指標では、保健所の果たす役割が大きい精神保健福祉活動として「未治療・治療中断の精神障害者」とは、精神保健福祉法22～26条の3に基づく申請・通報・届出があり対応したケース、精神科を受診させてほしいと相談のあったケース（関係機関からの連絡や近隣苦情を含む）、それ以外の理由で把握したケースと判断したケースをさす。

・市型保健所は「保健所管内全域」についてののみ、県型保健所は「管内市町村ごと」のそれぞれについて評価する。

特に指定がないかぎり、具体的な数値またはあまはる選択肢を1つ選んで○をつける。

評価指標	＜県型・市型＞A. 保健所管内全域		＜県型＞B. 管内市町村ごと(市町村名)		評価の優先度
	評価結果(年度)	前年度からの変化	評価結果(年度)	前年度からの変化	
1 管内市町村数	市町村	市町村			★
2 面積	㎦	㎦	㎦	㎦	★
3 総人口	人	人	人	人	★
4 生産年齢人口割合	%	ポイント	%	ポイント	★
5 常勤保健師実 人員	1) 保健所 2) 市町村	人 人	人 人	人 人	★
6 保健師以外の 精神担当常勤 職員実人員	1) 保健所 2) 市町村	人 人	人 人	人 人	★
7 措置入院について、当保健所が対応している業務		①申請・通報・届出の受理に対応 ②事前調査に対応 ③措置診察に対応 ④移送に対応 ⑤いずれも対応していない	業務内容が 1.増加した 2.変わらない 3.減少した	①申請・通報・届出に基づき申請・通報・届出について、選抜肢①～⑤のあてはまるものすべてに○をつける。 ②保健師以外の保健師が担当している場合、保健所設置市における措置入院に関する事務はすべてその市に委譲している場合、保健所設置市における措置入院に該当する場合は「②いいえ」と評価する。	★
8 <県型保健所のみ> 医療圏域内の保健所設置市における措置入院についても、当保健所が関係している		該当する保健所設置市の数 ①はい ②いいえ	該当する保健所設置市の数 1.増加した 2.変わらない 3.減少した	・県型保健所のみ回答する。 ・医療圏域内の保健所設置市(中核市や保健所政令市)における措置入院に関する事務の一部または全部を、当保健所が担当している場合は「①はい」と評価する。 ・圏域内に保健所設置市がない場合、保健所設置市はあるが措置入院に関する事務はすべてその市に委譲している場合、保健所設置市における措置入院に該当する場合は「②いいえ」と評価する。	★
9 個別ケースに対する受療支援(精神科治療の開始・再開・中断予防のための支援)		件	件	件	★★
10 措置入院以外の方法で、当保健所が本人・家族・住民のいずれかに直接働きかけて受療支援を行った		件	件	件	★★
11 個別ケースに対する受療支援において、情報の共有や支援方針の検討を当保健所内で行った		件	件	件	★★
12 個別ケースに対する受療支援において、当保健所が関係機関と連携・協働した		件	件	件	★★

枠組	評価指標	＜県型・市型＞A. 保健所管内全域		＜県型＞B. 管内市町村ごと(市町村名)		評価の優先度
		評価結果(年度)	前年度からの変化	評価結果(年度)	前年度からの変化	
【地域の健康課題としての対応】	19 受療支援に関する地域の現状や課題、今後の活動について、当保健所内で検討した	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		
	20 受療支援に関する地域の現状や課題、今後の活動について、地域の関係者と一緒に検討した	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	21 受療支援に活用できる社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
ア	1)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	2)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	3)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
イ	1)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	2)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	3)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
ロ	1)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	2)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	3)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
エ	1)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	2)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★
	3)社会資源の支援・育成・開発を行った	A. 保健所管内全域		B. 管内市町村ごと(市町村名)		★★

感染症対策

感染症対策の評価指標と統計項目等としての活用

1. 研究目的

筆者らは、先行研究において、感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための標準化した指標（以下、感染症対策保健活動評価指標）71項目を開発した¹⁾²⁾。これは結核29項目、平常時の対応（発生予防・早期発見）16項目、急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）26項目から成る。また、各評価指標項目は構造（ストラクチャー）、プロセス、結果（アウトカム）1（短期目標の達成状況または結果2の前段階の成果）、結果2（活動目的の達成状況）、結果3（結果2の集成としての成果、あるべき姿の達成状況）の観点から、いずれかに分類される。本研究ではこの評価指標を用いて保健所における感染症対策にかかわる保健活動の実態を調べ、その結果の詳細な分析に基づき感染症対策にかかわる保健活動を推進するために活用できる統計項目について検討し提案することである。

2. 研究方法

1) 感染症対策保健活動評価指標を用いた実態調査

平成30年2月に、市区型保健所93所を対象に、感染症対策保健活動評価指標71項目を用いて感染症対策にかかわる保健活動の実態を調べた。評価は3段階（「できている」1点～「できていない」3点）または5段階（「できている」1点～「できていない」5点）とした。また、以前と比べた改善状況についても、3段階（「改善した」1点～「後退した」3点）で尋ねた。

2) 実態調査結果の分析に基づく感染症対策にかかわる保健活動の統計項目の検討

①各評価指標項目の評価および改善状況の平均点を出し、3段階評価については2点を超える項目を、5段階評価については2.5点以上を、評価が低い評価指標項目とした。

②評価指標項目間の相関をみるために、SPSS ver.26を用いてスピアマンの順位相関分析を行った。いずれのプロセス評価指標項目とも相関のない構造評価指標項目、いずれの結果1または結果2の評価指標項目とも相関のないプロセス評価指標項目、また、いずれのプロセス評価指標項目とも相関のない結果1または結果2の評価指標項目、いずれの結果2評価指標項目とも相関のない結果3評価指標項目について、①および既存の統計項目も考慮して統計項目としての有用性を検討した。

③②で検討した結果、統計項目として適当であると考えた項目について、結核、平常時の対応（発生予防・早期発見）、急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）、それぞれの項目について因子分析を行った。因子抽出は主成分法、回転はバリマックス法、因子数は固有値1以上とした。因子分析の結果を参考に、項目群を作り、構成される評価指標に基づき、項目群名を付けた。

3. 結果

1) 感染症対策保健活動の実態（資料参照）

回収数は40、回収率は43.0%であった。

結核については、評価の平均点が3段階評価では2点以下、5段階評価では2.5点未満であった評価指標項目は29項目中23項目（79.3%）であった。評価が低い評価指標項目は、『3.結核合併率が高い患者（AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等）を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している』、『18.管内市町村の定期健康診断（胸部X

線検査) 受診率の向上 (高齢者、ハリス・デインジャーグループ等)』、『20. 結核患者 (特に高齢者、ハリス・デインジャーグループ) の発病 (結核の症状が初めて自覚された時期) ～初診までの期間短縮』、『24. 管内の結核罹患率の減少 (特に高齢者、ハリス・デインジャーグループの罹患率)』、『26. 結核の有病率の減少』、『29. 結核死亡者数 (率) の減少 (特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)』の 6 項目であった。このうち、24 と 29 の項目については、以前と比べた改善状況の評価も低かった。

平常時の対応 (発生予防・早期発見) については、評価の平均点が 3 段階評価では 2 点以下、5 段階評価では 2.5 点未満であった項目は 16 項目中 10 項目 (62.5%) であった。評価が低い項目は、『37. 施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている』、『39. 感染症に関する普及啓発活動の回数』、『41. 感染症に関する健診・検査 (例: 結核の定期健康診断、HIV 抗体検査、B 型・C 型肝炎抗体検査、性感染症検査等) の受診者数が増える』、『43. 感染症対策に関わる会議を定期的に行っていない管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る』、『44. 感染症の集団発生の件数の減少』、『45. 感染症による死亡者・死亡率の減少』の 6 項目であった。以前と比べた改善状況の評価が低い項目はなかった。

急性感染症発生時の対応 (発生への備えも含む) については、評価の平均点が 3 段階評価では 2 点以下、5 段階評価では 2.5 点未満であった項目は 26 項目中 21 項目 (80.8%) であった。評価が低い項目は、『48. 集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明示されている』、『52. 発生時に情報提供に配慮が必要な対象 (障がい者や在日外国人等) を把握し、情報提供のルートが確保されている』、『54. 患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている』、『65. 感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している』、『67. 支援した感染者・患者とその家族の数 (率) と支援内容 (保健指導、相談対応、情報提供等)』であった。以前と比べた改善状況の評価が低い項目はなかった。

2) 感染症対策にかかわる保健活動の統計項目の検討結果

①結核

構造評価指標項目『1. 感染症診査協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか』(97.5%が入っていると回答) は、いずれのプロセス評価指標項目とも相関がなく、また『8. 管内の関係者が集まり、結核発生状況の情報交換や課題共有、結核対策の検討をしている』は、いずれの結果 1 または結果 2 の評価指標項目とも相関がなかった。結果 1 の評価指標項目『12. 職員の健康診断結果を報告している管内医療機関が増える』、『15. 管内・近隣地域の DOTS 実施医療機関が増える』、結果 2 の評価指標項目『22. 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少』、『23. 管理期間中の再治療率の減少』の 4 項目は、いずれのプロセス評価指標項目とも相関がなかった。結果 3 の評価指標項目『26. 結核の有病率の減少』、『27. 新登録中の多剤耐性結核患者の実人員・結核患者に占める割合の減少』、『28. 潜在性結核感染症者の発病率の減少』はいずれの結果 2 の項目とも相関がなかった。

既存の統計項目として結核管理図に、項目 19 に関連する[新登録患者 1 名あたり接触者健診実施数]、項目 20 に関連する[発病～初診 2 か月以上割合]、項目 22 に関連する[肺喀痰陽性初回コホート失敗脱落割合]、項目 23 に関連する[新肺結核中再治療割合]、項目 24 に関連する[全結核罹患率]、[新登録中外国出生者割合]、[新登録中 65 歳以上割合]、項目 26 の[有病率]、項目 28 に関連する[潜在性結核感染症治療対象者届出率]、項目 28 に関連する[結核死亡率]、[新肺培養陽性中薬剤感受性結果把握割合]があった。

以上の結果と1)の実態から、評価が低い項目はなるべく残す、構造とプロセス、プロセスと結果1または結果2、結果2と結果3、それぞれの相関があり、既存の統計項目と重複しない項目を有用な統計項目とした結果、29項目のうち、2～7、9～11、13、14、16～21、24、25、29の20項目を選択し、既存の統計項目と重複をなくすために一部、文言を修正した。

②平常時の対応（発生予防・早期発見）

構造評価指標項目『30. 感染症担当部署に保健師が配置されている』（97.5%が配置されていると回答）は、いずれのプロセス評価指標項目とも相関がなく、また『31. 感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を課内や担当者間で共有できる形で明示している』、『32. 管内の各種機関や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している』、『33. 住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している』の3項目は、いずれの結果1または結果2の評価指標項目とも相関がなかった。結果2の評価指標項目『41. 感染症に関する健診・検査（例：結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等）の受診者数が増える』と『42. 定期予防接種の接種率が高まる』は相関するプロセス評価指標項目はあったが、いずれの結果3の評価指標項目とも相関がなかった。このうち、41の評価指標項目は評価が低い項目であり、一方、42の項目は予防接種といっても色々あるため、評価が難しい項目と考えられた。結果3の評価指標項目『44. 感染症の集団発生の件数の減少』はいずれの結果2の項目とも相関がなかった。

以上の結果から、結核の評価指標項目の検討と同様の考え方で、有用な統計項目として、16項目のうち、34、35、37～41、43、44の9項目を選択した。

③急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）

構造評価指標項目『46. 保健所閉庁時に速やかに第一報を受理できる体制がある（受付職員、受付票、チェックリスト等）』は、いずれのプロセス評価指標項目とも相関がなく、『56. まん延防止のための必要物品を必要量を備蓄し、定期的に確認・補充している』は1項目のプロセス評価項目と低い相関があるのみであった。また、プロセス評価指標項目の『59. 患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的疫学調査や療養支援を行っている』は、いずれの結果1または結果2の評価指標項目とも相関がなかった。結果2の評価指標項目『71. 新興感染症等まん延時に偏見や差別を受けるケースがない』はいずれのプロセス評価指標項目とも相関がなかった。構造の評価指標項目間の相関をみると、『48. 集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明示されている』は項目47および52と、『52. 発生時に情報提供に配慮が必要な対象（障がい者や在日外国人等）を把握し、情報提供のルートが確保されている』は項目48および53と、『53. 発生時に関係機関への感染症に関する情報提供の場やルートがある』は項目50および52と相関があった。プロセスの評価指標項目間の相関をみると、『57. 感染症集団発生時の対応マニュアルや健康危機管理マニュアルを策定・改訂している』は項目58および60と相関があった。結果1の評価指標項目『67. 支援した感染者・患者とその家族の数(率)と支援内容（保健指導、相談対応、情報提供等）』と『68. 管内の施設等からの感染症発生早期（概ね1週間以内）の相談や報告の件数が増える』、結果2の評価指標『69. まん延が長引く事案がない』と『70. 診断が遅れ症状が悪化したケースがない』は相関するプロセス評価指標項目があったが、評価基準を設定することが難しく、統計項目として適当ではないと考えられた。

以上の結果から、結核の評価指標項目の検討と同様の考え方および構造、プロセスそれぞれ

れの評価指標項目間で相関する項目から内容を勘案した選択により、有用な統計項目として、26項目のうち、47、49～51、54、55、58、60～66の14項目を選択した。

3) 因子分析の結果を参考にした項目群名の検討結果

①結核

2) で統計項目として選択した20項目について因子分析を行った。Kaiser-Meyer-Olkin (以下、KMO とする) の標本妥当性は0.527と中程度であった。その結果、6因子が抽出され、累積寄与率は72.6%であった。この結果と各因子を構成する評価指標項目から、項目4～7、10、11で構成される第1因子の項目群を【PDCA サイクルに基づく結核対策に関わる活動】、項目3、9、14、18、19、29で構成される第2因子、項目24と25で構成される第3因子、および項目13と20で構成される第5因子を併せた項目群を【結核ハイリスク者に関わる活動】、項目2と17で構成される第4因子の項目群を【外国人を含むBCG接種に関わる活動】、項目16と21で構成される項目群を【DOTSに関わる活動】とした。

②平常時の対応（発生予防・早期発見）

2) で統計項目として選択した9項目について因子分析を行った。KMO の標本妥当性は0.660と中程度であった。その結果、3因子が抽出され、累積寄与率は66.6%であった。この結果と各因子を構成する評価指標項目から、項目35、37、43、45で構成される第1因子の項目群を【管内施設等との発生予防・早期発見のための体制づくり】、項目39と40で構成される第2因子および項目34、38、41で構成される第3因子を併せた項目群を【計画的な発生予防のための住民や館内施設等への働きかけ】とした。

③急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）

2) で統計項目として選択した14項目について因子分析を行った。KMO の標本妥当性は0.514と中程度であった。その結果、4因子が抽出され、累積寄与率は72.1%であった。この結果と各因子を構成する評価指標項目から、項目60～64で構成される第1因子の項目群を【感染症発生時の活動】、項目47、49、58で構成される第2因子、項目50、51、55、65で構成される第3因子および項目54と66で構成される第4因子を併せた項目群を【感染症発生に備えた体制づくり】とした。

4. 考察

これまでの感染症対策に関わる統計項目は、実施件数等のアウトプット項目や死亡率や罹患率、有病率などの健康指標、つまり最終的な結果評価指標項目（本研究における結果3の評価指標項目）が多かった。しかし、感染症対策にかかわる保健活動を推進するためには、最終的なアウトカム（結果3）を達成するための結果2や結果1の評価指標項目が必要であり、また、結果2や結果1に関連したプロセス評価指標項目、さらにはプロセス評価指標項目を遂行するための構造評価指標項目が必要である。最終的な結果（本研究における結果3で示すようなアウトカム）を目指すために、中期的あるいは短期的に達成しなければならないことは何か（本研究における結果2および結果1のようなアウトカム）、そして、それを達成するために必要となる活動（プロセス）や活動等の体制（構造）を点検して、課題を見出し、活動や活動等の体制を改善していかなければならない。

感染症対策のアウトカムは、感染症法の第1条に「感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図る」、第2条に「感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権を尊重しつつ計画的に推進」とあるように明確であるが、人口密度や当該地域を構成する人々等の相違や様々な感染症があることか

ら、評価基準の設定が困難なものが多く、評価が難しい。筆者らが開発した感染症対策保健活動評価指標 71 項目は全国の保健所の感染症担当保健師を対象に評価指標の必要性および実行可能性等の観点からデルファイ調査を繰り返して精錬した評価指標である。よって、構造およびプロセスの評価指標項目は多くの感染症担当保健師が感染症対策にかかわる保健活動を推進し感染症対策が目指す結果を達成するために必要と考える項目といえる。

以上のことから、本研究では、構造およびプロセスの評価指標項目を中心に、結核 20 項目、平常時の対応（発生予防・早期発見）9 項目、急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）14 項目、計 43 項目を統計項目として提案する。これにより、感染症対策にかかわる保健活動を点検し、課題を見出し、保健活動を改善することによって、感染症対策が目指す結果を達成する一助になると考える。

引用文献

- 1) 春山早苗（2016）：感染症対策分野の評価指標の検証、厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究」（主任研究者 平野かよ子）平成 25 年度～平成 27 年度 総合研究報告書、535-545.
- 2) 春山早苗、石川貴美子、大神あゆみ、尾島俊之、久佐賀眞理、小西かおる、平野かよ子、福島富士子、藤井広美、森本典子、山口佳子（2016）：保健活動を評価する評価指標の標準化の検証 その 5：感染症対策、第 75 回日本公衆衛生学会総会抄録集、63(10)；673.

感染症対策の評価指標(令和元年度版)

感染症対策にかかわる保健活動の評価指標(統計項目用)

1.結核

評価の観点		評価指標	評価の考え方・視点 【根拠・資料】
◇PDCAサイクルに基づく結核対策に関わる活動			
1-1	プロセス	結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している	・管内の課題を市町村別、対象別、発見方法別等に明確にし、事業計画に反映させているかを確認する。管内の課題は事業計画等に明記しておく。 【事業計画、生物学的製剤使用者の潜在的結核感染症（LTBI）者数、等】
1-2		高齢者施設における結核の早期発見・早期対応のための対策を把握している。	・高齢者施設については、定期健診の実施状況や、呼吸器症状等の結核が疑われる症状が有る場合及びそれ以外の体調不良時に早期受診がなされているかを施設指導等の機会に把握し、結核の早期発見・早期対応のために、必要時、指導や支援をしていくことが必要である。 【施設指導における結核対策に関わる指導記録】
1-3		結核の普及啓発活動をしている	・ハイリスク者や地域診断等からターゲットを決め、それらの対象に対する活動実績やカバー率から評価する。 【ハンレットや保健所のHP・広報への掲載内容、ハンレット等の配付先、キャンペーン、出前講座等啓発活動の実施状況】
1-4		接触者健診対象者に対する相談対応や教育を実施している	・家族とその他の接触者健診対象者に分けて相談・教育内容などを整理し、対象別の実績と課題を検討できるようにする。デイサービスやショートステイの利用者が接触者である場合には、接触者以外の利用者やスタッフに対する相談対応や教育を実施することも必要である。 【結核登録票、接触者調査票、保健所業務報告書の相談件数、教育回数】
1-5		関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している	・結核患者の発生を契機とした教育・支援・研修も含む。 ・教育・支援・研修を実施するターゲットとなる関係機関を年間目標や中期的な目標としてあげておき、それらの関係機関の教育・支援・研修のカバー率や回数から評価する。結果として、教育・支援・研修を実施した関係機関からの感染症に関する相談や早期発見の状況から成果を評価することもできる。 【医療監視や施設指導等における感染症対策に関わる支援・指導記録、研修の起案書（目的、対象、内容等）及び実施記録】
1-6		結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直している（マニュアルへの反映等）	・啓発、早期発見、患者管理（DOTS）等の目的別や、高齢者や外国人などハイリスク・デザイン・グループ別等に評価し、事業・活動を見直しているかを確認する。 【結核業務検討会や結核サーベイランス委員会等の実施記録、感染症診査協議会における検討実績】
◇結核ハイリスク者に関わる活動			
1-7	プロセス	結核合併率が高い患者（AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等）を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している	・医療機関は結核の合併率が高い疾患を有する患者の管理に際し、必要に応じて結核感染の有無を調べ、感染者に対しては積極的な発症予防策の実施に努めることとされ、結核の合併率が高い疾患としてAIDS、じん肺、糖尿病、人工透析患者等が挙げられている。保健所は、このような疾患を多く治療している医療機関を把握し、早期発見対策の実施状況にも着目して医療監視等に当たることが重要である。院内感染対策マニュアルにおける結核に関する院内感染防止対策の内容や定期健診からの結核診断者数等を把握する。 【医療監視における結核対策に関わる指導記録】
1-8		管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	・連携・協働のための場（連絡会議等）や方法（報告・連絡・相談の方法）とその実績から、連携・協働の目的や連携・協働体制を確認し、連携・協働の方法や体制の適切性を検討する。 ・結核に特化しない、感染症対策や健康危機管理体制など、結核対策に活かすことのできる連携・協働も含む。 ・管内の市町村、医療機関、施設、学校等の中で、連携を強化する必要がある関係機関・関係者を年間目標や中期的な目標としてあげておき、それを評価するのによい。例えば、DOTS実施医療機関の医師・看護師との連携を強化するという目標をあげ、新規登録患者・感染者について、喀痰塗抹陽性患者、再発者や中断リスクの高い者、喀痰塗抹陰性患者、潜在性結核感染症者など対象別に、対象数、医師又は看護師又は看護師と連絡を取りあったケース数とその割合を経年的に示し、DOTS実施医療機関の医師・看護師との連携・協働の成果と課題を確認・検討する。 【連携・協働のための場（連絡会議等）や方法（報告・連絡・相談の方法）とその記録、地域連携推進ネットワークの有無】

感染症対策の評価指標(令和元年度版)

1-9	結果1	新規登録者初回面接の実施率(喀痰塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に)	・喀痰塗抹陽性患者の場合、通常は「入院勧告」の対象となるので、主治医等からの情報収集後72時間以内を目安に速やかに訪問・面接を行う。感染性が高い(喀痰塗抹陰性等)と判断された場合でも、届け出受理後1週間以内の訪問・面接を目標とする(参考:「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」とその解説)公益財団法人結核予防会) ・喀痰塗抹陽性患者、再発者や中断リスクの高い者、喀痰塗抹陰性患者、潜在性結核感染症者など対象別に、対象数、実施数、実施割合(カバー率)を経年的に示し、ターゲットや強化したい対象への成果と課題を確認・検討する。 ・本人だけでなく、家族やキーパーソンへの関わりも含めるが、その別がわかるように示す。 ・面接だけでなく、電話対応も含めるが、その別がわかるように示す。 ・初回面接時には、菌検査の結果(塗抹、培養、単剤耐性、多剤耐性)を把握し、その結果に応じて適切な支援が継続して行われているかを評価することも必要である。 【結核登録票、結核患者登録台帳】 【参考:結核管理図 新肺培養陽性中薬剤感受性結果把握割合】
1-10		接触者健診対象者への保健指導(集団・個人)実施率、相談対応数	・初回だけではなく、管理期間中の接触者健診の際に保健指導や相談対応を行い、接触者健診の未受診者には受診勧奨をしているかについても評価する。 【結核登録票、接触者調査票、集団指導記録、接触者健診勧告書交付記録、結核集団感染事例報告書】
1-11		管内市町村の定期健康診断(胸部X線検査)受診率の向上(高齢者、ハリスク・デインジャーグループ等)	・管内市町村の定期健康診断の対象や受診状況について把握し、結核の発生状況と照らして市町村単位の課題はないかを検討する。その結果に基づいて、市町村に設定や受診率向上のための助言や支援を行っていく必要がある。 ハリスク・デインジャーグループで母数の把握が難しい場合には、外国人や住所不定者等対象別の実施数の推移を把握し、可能な範囲で成果と課題を確認する。
			【市町村からの報告書】
1-12	結果2	接触者健診対象者の受診率(健診受診数／健診勧奨数)の向上	・接触者健診対象者の受診率から、対策委員会における接触者健診の範囲と時期の適切性の検討結果等も踏まえて、接触者健診の勧奨方法やフォローの適切性について評価する。 ・接触者健診を実施した事例を再発防止の観点から評価し、対象集団の種類ごとに特徴を分析するなどして、集団感染の予防方策を対象集団に具体的に提案することもある(参考:「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」とその解説)公益財団法人結核予防会)。 【接触者健診台帳、接触者健診勧告書交付記録、接触者健診(集団感染対策等)実施状況報告書、NESIDの接触者管理システムのデータ、結核集団感染事例報告書、対策委員会検討会議の記録】 【参考:結核管理図 新登録患者1名あたり接触者健診実施率】
1-13		結核患者(特に高齢者、ハリスク・デインジャーグループ)の発病(結核の症状が初めて自覚された時期)～初診までの期間短縮	・患者が受診行動に至る長さには、患者の結核に関する知識や保健行動が関連する。 ・NESIDの「発病～初診」は、2週未満、2週以上1月未満、1月以上2月未満、2月以上3月未満、3月以上6月未満、6月以上などに区分される。それらの割合の年次推移から評価することもできる。 ・「発病～初診2ヶ月以上割合」を都道府県全体や当該都道府県内の他の保健所、他の都道府県や政令指定都市と比較し、評価してもよい。 ・「発病～初診」が非常に長いケース(例えば6月以上)については、事例検討を行い、結核対策に反映していくことも重要である。 【結核登録票、結核管理図の「発病～初診2か月以上割合」】
1-14		管内の結核罹患率の減少(特に高齢者及び外国人以外のハリスク・デインジャーグループがある場合、その罹患率)	・結核に関する特定感染症予防指針における目標は、人口10万対15以下。 ・「新登録中外国外国人出生者割合」、「新登録中65歳以上割合」は結核管理図・指標値になっており、高齢者や外国人については都道府県全体や当該都道府県内の他の保健所、他の都道府県や政令指定都市と比較することができる。
1-15	結果3	高齢者やハリスク・デインジャーグループ等のターゲット集団における結核の集団発生数の減少	・保健所レベルでは集団発生数が少なく、評価が難しい場合には、都道府県レベルで中長期的に評価していく。保健所レベルでは、集団発生数の推移を把握し、集団発生が起きた対象について発生予防対策を検討していく。保健所レベルでは管内の集団発生状況に基づき、都道府県レベルの評価の結果も参考に、管内の結核対策を検討していく。 【結核集団感染事例報告書】
1-16		結核死亡者数(率)の減少(特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)	・ここでの結核死亡者とは人口動態統計において死因が結核であった者をいう。 ・保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで国や他の都道府県との比較、保健所管内間の比較等により、また、多剤耐性結核か否かの別、合併疾患別等に中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、結核死亡者数の推移を把握するとともに都道府県レベルの評価の結果も参考に、管内の結核対策を検討していく。事例検討により患者の特徴や治療開始時期等との関連を検討することも重要である。
◇外国人を含むBCG接種に関わる活動			
1-17	プロセス	国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の高まん延国出身者の結核発生情報)を把握している	・管内の高まん延国出身者の結核対策を検討するための情報を把握する。 【結核発生届、結核の統計(疫学情報センター)、結核研究所HP等】
1-18	結果2	管内市町村のBCG予防接種率の向上(標準的な接種期間である8ヶ月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	・管内市町村のBCG予防接種の接種率について把握し、結核の発生状況と照らして市町村単位の課題はないかを検討する。その結果に基づいて、市町村に接種率向上のための助言や支援を必要時、行っていく必要がある。 【市町村からの報告書】

感染症対策の評価指標(令和元年度版)

◇DOTSIに関わる活動	
結果1	DOTS協力施設(医療機関以外)が増える ・薬局や高齢者施設等の医療機関以外のDOTS協力施設が増えているかを確認する。 ・薬剤師会や介護サービス施設・事業所、訪問看護ステーション等の理解と協力を得ていくことも重要である。
結果2	全結核患者に対するDOTS実施率の向上 ・結核に関する特定感染症予防指針における目標は95%以上である。 ・DOTS脱落者の要因分析をし、対策を講じることも重要である。

2. 平常時の対応(発生予防・早期発見)

評価の観点		評価指標	評価の考え方・視点 【根拠・資料】
◇管内施設等との発生予防・早期発見のための体制づくり			
2-1	プロセス	感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供をしている	・情報提供の契機・時期、内容、対象等を、関係機関とのメーリングリスト等、情報提供のルートの有無も含めて確認する。 また、情報提供がなされている関係機関と、十分ではない関係機関を検討し、後者への対策を検討する契機とすることも重要である。 【関係機関とのメーリングリスト等情報ネットワークの有無とその実績】
		施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている	
2-3	結果2	感染症対策に関わる会議を定期的に開催していない管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る	・医療報酬については、診療報酬の感染防止対策加算1、加算2を算定する医療機関数で評価することもできる。 ・医療監視や施設指導で把握した会議未実施の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等の中で、会議を実施するようになった機関・施設数で評価してもよい。
2-4	結果3	感染症による死亡者・死亡率の減少	・保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで国や他の都道府県との比較、保健所管内間の比較等により、中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、感染症による死亡者数の推移を感染症の種別に把握するとともに都道府県レベルの評価の結果も参考にして、管内の感染症対策を検討していく。死亡者の事例検討をすることも重要である。
◇計画的な発生予防のための住民や管内施設等への働きかけ			
2-5	プロセス	保健所の広報誌やホームページ等により、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけを行っている	・ポスターやリーフレット等の掲示、並びに、感染症対策に関する広報誌への掲載等の依頼先や依頼時期、内容から、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけの適切性について検討する。 【ポスターやリーフレット・保健所のHPへの掲載内容、ポスターやリーフレット等の掲示の依頼内容、感染症対策に関する広報誌等への掲載依頼内容】
		都道府県の定めた予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している	
2-7	結果1	感染症に関する普及啓発活動の回数(ターゲットとする対象数または対象施設数)に対するカバー率の増加	・評価の根拠となる啓発活動(衛生教育等)の実施報告においては、ターゲットとなる対象数または対象施設数と、実績(参加者数または参加施設数)を明示し、カバー率から評価することも重要である。その場合、啓発活動の目的にもよるが、数年かけてカバー率をあげていく計画であれば、直近、数年間の累積数を明示し、そのカバー率から評価していく。 【保健所事業報告書等における啓発活動(衛生教育等)の実施報告】
2-8		保健所が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数(ターゲットとする対象数または対象施設数に対するカバー率の増加)	
2-9	結果2	感染症に関する健診・検査(例、結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	・管内の状況に応じて、ターゲット及び年間目標数や中期的な目標数をあげておき、その達成状況から評価してもよい。 ・受診者数の増減だけでなく、開所時(昼間)と夜間の別、男女別、年代別に整理して、受診者の特徴や傾向を把握し、啓発活動や健診・検査実施体制の検討に反映させていくことが重要である。 【保健所事業報告書等におけるHIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等の実施件数】

感染症対策の評価指標(令和元年度版)

3. 急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)

NO	評価の観点	評価指標	評価の考え方・視点 【根拠・資料】
◇感染症発生に備えた体制づくり			
3-1	構造	初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明示されている	【感染症発生時対応のマニュアル(初動体制が明示されているもの、感染症類型別)等】
3-2		感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署・職種が連携・協働する体制がある	・複数の部署や職種が連携・協働するのは、どのようなケースや規模の場合などが明確になっており、それがマニュアル等、所内で共有される形で明示されているか、を確認する。 ・実際の感染症発生時に、関係部署・職種が連携・協働する体制が機能しているかどうか、という点からも確認する。 【感染症発生時対応のマニュアル(集団発生等緊急時連絡網や体制を示すもの)等】
3-3		感染症発生時の保健所内における情報の一元管理と情報共有のしくみがある	・しくみの有無だけではなく、実際の感染症発生時に、保健所内における情報の一元管理と情報共有がなされ、迅速に活動に反映されているか、という点からも確認する。
3-4		発生時(疑い含む)に、管内市町村や関係機関から保健所に情報が集約される体制がある	・感染症発生動向調査事業以外に、感染症発生時に迅速に情報を集約する方法があるかどうかを確認する。 【感染症発生動向調査事業以外の体制、学校欠席者情報収集システムの利用(国立感染症研究所感染症情報センター)、等】
3-5		患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている	・患者・家族への倫理的配慮と個人情報の保護のために、マスメディアへの対応や患者・家族への対応等について、方針やルールを関係機関と決めているか、を確認する。 【病原体等検査のための検体及び検体から分離された病原体の提供に関する依頼文書・同意書の様式】
3-6		感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)	・感染症対策に従事する職員を対象とした予防接種の実施及び健康チェックに関する取り決めの有無やその内容、並びに、当該職員数に見合った防護具を備えているか、等を確認する。 【感染症対策に従事する職員の健康管理(抗体検査や予防接種等)に関する実施要領や通知文】
3-7	プロセス	職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている	・健康危機管理対策部署と連携して行う訓練も含める。 ・実施の有無だけではなく、管内の感染症対策に関わる課題と照らして、訓練の目的、対象、内容、訓練における保健師の役割、訓練から見えてきた課題への対応について振り返り、その後の訓練の企画や感染症対策に反映させていくことが重要である。 【訓練の企画書や実施記録、報告書】
3-8		感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している	・この評価指標の評価会議とは、終息の判断のための会議ではなく、終息後に、感染症発生後の対応を振り返り、評価して、その結果を、発生時の所内体制や関係機関との体制の見直し等、今後の感染症対策に反映させていくことを目的とした会議を指す。 ・評価会議の開催の有無のみならず、参加メンバーや検討内容から、前述した会議の目的を達成することができたかを確認する。 【会議の実施記録】
3-9		職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している	・研修派遣計画の策定や研修派遣者を記録しておくことが必要である。 【研修派遣計画、研修派遣者の実績名簿】
◇感染症発生時の活動			
3-10	プロセス	患者の家族・接触者から感染者や感染疑いのある者を早期に発見し、医療につなげている	・患者把握後、早期に保健師が適切な関わりができているかを確認し、成果と課題を検討する。 ・併せて、実施した保健指導が記録されているか、保健指導記録の様式は適当であるか、についても確認する。 【疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別)、保健指導記録】
3-11		患者・感染者とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている	・保健師が患者や家族に二次感染予防のための適切な教育・指導を行っているかを確認し、成果と課題を検討する。 ・併せて、実施した保健指導が記録されているか、保健指導記録の様式は適当であるか、についても確認する。 【疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別)、保健指導記録】
3-12		接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている	・接触者健診の未受診者について、もれなくフォローし受診につなげているかを確認する。 【接触者調査票】
3-13		感染者・患者の人権を尊重し、その保護に十分な配慮をしている	【病原体等検査のための検体及び検体から分離された病原体の提供に関する依頼文書・同意書の様式】
3-14		施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している	・感染症発生施設の対応力をアセスメントし、その対応力に応じて支援内容や役割分担を決定していたかを確認する。 【集団発生事例への対応記録又は報告書】

難病保健活動

I. はじめに

これまでの研究により、地域保健活動の質を評価するために開発された「難病保健活動の評価指標」は、川村ら¹⁾によって開発された「難病の地域ケアアセスメントシート（以下、アセスメントシートとする）」と併用することで、難病に関する地域の課題を明確にし、保健活動の評価に有用であることが示されている。本研究では、対象を広げた信頼性・妥当性の検証により標準化された難病保健活動の評価指標の最終版（令和元年版）を作成し、自治体における普及および活用方法を報告する。

II. 難病保健活動の評価指標の信頼性・妥当性の検証

A. 研究目的

難病保健活動の評価指標は、これまで全国の保健所（保健所設置市を含む）を対象に標準化の検証が試みられ、近畿圏の県型保健所において有用性が確認されてきた²⁾。本研究では、政令市型保健所においても有用であるか信頼性・妥当性を検証し、標準化された難病保健活動の評価指標の最終版（令和元年版）の作成、評価指標の普及および活用方法の検討を行う。

B. 研究方法

1) 研究対象

全国の政令市型保健所の難病担当リーダー保健師に調査への回答を依頼し、調査協力が得られた 50 所を分析の対象とした。回答は、北海道・東北 7 所、関東・甲信越 19 所、近畿 9 所、中国・四国 5 所、九州 10 所と全国から網羅的に得ることができた。

2) 調査内容

難病保健活動の評価指標 30 項目（構造 3 項目、プロセス；個別支援 8 項目、医療ネットワーク 9 項目、結果 1（短期）4 項目、結果 2（中期）3 項目、結果 3（長期）3 項目）について、現状評価を、できていない（1 点）、あまりできていない（2 点）、概ねできている（3 点）、できている（4 点）の 4 段階、1 年間の変化を、悪化した（1 点）、少し悪化した（2 点）、現状維持（3 点）、少し改善した（4 点）、改善した（5 点）の 5 段階で評価を依頼した。

3) 分析方法

難病保健活動の評価指標の信頼性・妥当性の検討には、現状評価の 4 段階得点を用いた。信頼性については、項目分析を行った。① I-I 分析（Item-Item Correlation Analysis）：項目間の関連性の確認を行い、関連の低い項目の削除を検討した。② G-P 分析（Good-Poor Analysis）：合計得点の高い群は各項目の得点も高いという仮説のもと、合計得点の高低で 2 群に分け、各項目における 2 群の差の検定（Mann-Whitney U 検定）を行い、有意な差が認められない項目の削除を検討した。

妥当性については、内的整合性について Cronbach α 係数の算出を行い、 $\alpha > .80$ を基準とし、内的整合性の低い項目の削除を検討した。

C. 結果

① I-I 分析において、各項目間の相関係数を算出し、全ての項目がいずれかの項目と有意な相関を示しており、削除すべき項目は認められなかった。② G-P 分析において、評価指標の総得点の平均値により高低 2 群に分け Mann-Whitney U 検定を行った結果、高群と低群に有意な差が見られなかったのは、構造の「1. 最新の難病対策に関する情報を入手し、活用する体制がある」と「2. 難病対策事業の標準化を図るマニュアルが整備されている」の 2 項目、プロセスの「19. 難病の患者・家族会を育成・支援している」の 1 項目、結果 3 の「29. 在宅における事故事例が減少する」の 1 項目の合計 4 項目であった。

内的整合性について、評価指標全体の Cronbach $\alpha = .93$ であり、高い妥当性が確認された。すべての項目の Cronbach α 係数も .92 以上であり、高い信頼性が確認された。

D. 考察

G-P 分析において、構造の項目 1 は最も得点が高く、ほとんどの保健所で整備されているため差が見られなかったと考えられた。その他の 3 項目は保健所によるばらつきが大きいため差が見られなかったと考えられた。I-I 分析において削除項目はなく十分な信頼性は確認できたこと、高い妥当性が確認できたことから、項目の削除や表現の修正は行わず、この 30 項目を難病保健活動の評価指標の最終版（令和元年版）とすることとした。また、本研究により政令市型保健所においても難病保健活動の評価指標は有用であると確認できた。

III. 自治体における難病保健活動の評価指標の活用

1. 難病保健活動の県型保健所と政令市型保健所の特徴の違い

A. 研究目的

都道府県、政令指定都市、中核市等それぞれの自治体における難病行政や保健活動の取り組みには相違があり、特に政令市型保健所においては難病保健活動が十分に展開できていないという課題がある³⁾。そこで本研究では、難病保健活動の評価指標を用い、難病保健活動の県型保健所と政令市型保健所の特徴の違いを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究対象

前述の難病保健活動の評価指標の有用性の検証に用いた、全国の政令市型保健所 50 所と近畿圏の県型保健所 25 所のデータの 2 次分析とした。

2) 調査内容

難病保健活動の評価指標 30 項目（構造 3 項目、プロセス；個別支援 8 項目、医療ネットワーク 9 項目、結果 1；短期 4 項目、結果 2；中期 3 項目、結果 3；長期 3 項目）について、できていない（1 点）、あまりできていない（2 点）、概ねできている（3 点）、できている（4 点）の 4 段階で管轄地域の現状評価したデータを分析の対象とした。

3) 分析方法

難病保健活動の評価指標各項目の記述統計を行い、政令市型保健所および県型保健所の 2 群の差について Mann-Whitney U 検定を用いて分析した。解析は、JMP Pro13.1.1 を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

C. 結果

難病保健活動の評価指標について、評価枠組別に平均値（±標準偏差）を政令市型保健所と県型保健所で比較したものを表 1 に示す。全体的に県型の方が、得点が高い傾向にあることが明らかにされた。個別支援よりも医療ネットワークの評価が低く、長期結果になるほど評価が低いことが明らかにされた。県型では、構造、プロセスの個別支援、医療ネットワーク、短期結果の平均が 3 点以上であり、概ねできているのに対し、政令市型では 3 点以上の評価枠組は見られず、あまりできていないと評価されていることが明らかにされた。

項目別にみると、政令市型で特に評価が低い項目は、医療ネットワークの「15. 難病対策事業に難病に関する地域診断と目標設定を行うことを位置づけている」と「20. 患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、近隣者の力を活用できる地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている」であった。

各項目における政令市型と県型の差の検定の結果、有意な差が認められなかった項目は 5

項目あった。プロセスの個別支援（2 項目）「6. 必要に応じ、地域の中で同じような状況の患者・家族が出会える機会を調整している」、「9. 介護保険法や障害者総合支援法等では網羅できない難病患者・家族のニーズに対応している」と医療ネットワーク（1 項目）「20. 患者・家族を取り巻く地域の人々との繋がりを見直し、近隣者の力を活用できる地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている」、結果 3（長期結果 2 項目）の「29. 在宅における事故事例が減少する」、「30. 安定した在宅療養期間が延長する」であった。それ以外の項目は全て県型保健所の方が、有意に得点が高かった。

表 1 評価枠組における政令市型保健所と県型保健所の違い						
評価枠組		政令市型		県型		p
		平均	SD	平均	SD	
	構造	2.59	0.56	3.74	0.31	**
プロセス	個別支援	2.64	0.47	3.35	0.28	**
	医療ネットワーク	2.28	0.56	3.29	0.44	**
	結果 1（短期）	2.24	0.82	3.06	1.00	**
	結果 2（中期）	2.02	0.85	2.95	0.97	**
	結果 3（長期）	1.92	0.91	2.59	1.04	**
Mann-Whitne U 検定		**p<0.01				

D. 考察

1994 年（平成 6 年）に地域保健法により難病対策が保健所の事業として法的な位置づけとなったが、保健所設置市は医療計画に積極的に関与できておらず、地域との医療連携が十分ではないことが課題となっている。このことが政令市型保健所の難病保健活動の評価の低さにつながったと考えられる。同疾患の患者・家族のつながりや制度の隙間を縫う対応は、政令市型も県型も実施できているが、住民の力を活用する地域づくりは政令市型も県型も実施率が低く、保健所によるばらつきが大きいことが明らかにされた。政令市型では、地域診断に基づく目標設定や関係機関との連携の評価が特に低いことから、医療ネットワークを共有する近隣の県型保健所と連携し、情報を共有しながら難病対策を推進していく必要があると考えられた。

2. 療養時期別にみた ALS 患者の療養状況と難病保健活動の結果項目との関連

A. 目的

難病保健活動の評価指標は、管轄地域の総合的な評価を行う指標である。しかし、難病は進行性の疾患であり、診断初期から人工呼吸器等の医療的ケアが必要な時期まで、療養時期により対応は異なり、得られる成果も異なると考えられる。そこで本研究では、療養時期別に ALS 患者の療養状況の 1 年間の変化と難病保健活動の評価指標における結果項目との関連を検討することで、難病保健活動の評価指標の結果項目が実際の ALS 患者の療養状況の変化を反映しているかを検証することを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究対象

近畿圏の研究協力に同意が得られた保健所 12 所に、調査依頼文、調査用紙、返信用封筒を送付し、難病担当保健師に回答してもらい個別返送にて回収した。12 所の保健所管轄地域の難病保健活動の評価指標の結果、保健所で把握している ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者 335 人の療養状況を分析の対象とした。

2) 調査方法

ALS 患者の療養状況については、保健所が把握している全 ALS 患者について、アセスメントシートを用い、特定症状（呼吸障害、嚥下障害、構音障害）の有無、医療処置（人工呼吸療法、気管切開、吸引、胃瘻、その他）の有無、過去 1 年間の療養状況の変化を、悪化した（1 点）、少し悪化した（2 点）、現状維持（3 点）、少し改善した（4 点）改善した（5 点）の 5 段階で評価してもらった。

難病保健活動の評価指標の結果項目については、結果 1（短期）4 項目、結果 2（中期）3 項目、結果 3（長期）3 項目について、できていない（1 点）、あまりできていない（2 点）、概ねできている（3 点）、できている（4 点）の 4 段階で管轄地域の現状評価を依頼した。

3) 分析方法

ALS 患者を①人工呼吸管理期（気管切開下の人工呼吸療法を受けている時期）、②医療処置管理期（非侵襲的人工呼吸療法、吸引、胃瘻等の医療処置を受けている時期）、③症状進行期（医療処置はないが、呼吸障害、嚥下障害、構音障害等の特定症状を有している時期）、④症状初期（確定診断から特定症状が現れる前までの時期）の 4 つの療養時期に区分した。療養時期別に、1 年間の療養改善状況の評価得点（＝5 点×5 点の人数割合＋4 点×4 点の人数割合＋3 点×3 点の人数割合＋2 点×2 点の人数割合＋1 点×1 点の人数割合）を算出し、難病保健活動の評価指標の結果項目との関連性について Spearman の順位相関係数を求め検討した。解析は、JMP Pro13.1.1 を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

C. 結果

療養時期別にみた ALS 患者の 1 年間の療養状況の改善と難病保健活動の評価指標の結果項目と有意な関連が見られたものを表 2 に示す。ALS 患者全体および各療養時期別の平均（SD）は、1 年間の療養改善状況の評価得点を示す。その他の評価項目の平均（SD）は、難病保健活動の評価指標の結果項目の平均（SD）を示す。

評価項目	平均	SD	相関係数	p値
ALS患者全体	2.64	0.69		
安定した在宅療養期間が延長する	3.08	0.52	0.627	0.0434
人工呼吸管理期	2.00	0.73		
必要な支援サービスが十分に活用できている患者・家族が増える	3.50	0.67	0.764	0.0062
難病の自宅療養に積極的に関与できる地域関係機関が増える	4.00	0.43	0.674	0.0228
希望する場所で療養できる患者が増える	3.25	0.62	0.871	0.0005
医療処置管理期	2.93	1.06		
安定した在宅療養期間が延長する	2.64	0.52	0.725	0.0115
症状進行期	2.96	0.73		
医療関係者による的確な医学的管理が実施されている患者・家族が増える	3.08	0.49	0.737	0.0096
症状初期	2.40	1.27		
在宅における事故事例が減少する	3.08	0.29	0.873	0.0010
相関係数；Spearmanの順位相関係数、有意水準 $p < 0.05$				

ALS 患者 335 人のうち、症状初期 50 人（14.9%）、症状進行期 73 人（21.8%）、医療処置管理期 75 人（22.5%）、人工呼吸管理期 88 人（26.3%）、入院中 49 人（14.6%）であった。

症状初期の ALS 患者の療養状況の改善が認められる地域では、在宅における事故事例が減少していると評価され、症状進行期の ALS 患者の療養状況の改善が認められる地域では、医療関係者による的確な医学的管理が実施されている患者・家族が増えていると評価され、医療処置管理期の ALS 患者の療養状況の改善が認められる地域では、安定した在宅療養期間が延長していると評価され、人工呼吸管理期の ALS 患者の療養状況の改善が認められる

地域では、必要な支援サービスが十分に活用できている患者・家族が増え、難病の在宅療養に積極的に関与できる地域関係機関が増え、希望する場所で療養できる患者が増えていると評価されていた。また、ALS 患者全体の療養状況の改善が認められる地域では、安定した在宅療養期間が延長していると評価されていた。

D. 考察

症状初期は、訪問看護等の在宅支援が導入されていないことが多く、症状が見逃されることによる転倒、誤嚥、窒息等の事故を防止することが重要な時期である。症状進行期は、医療処置の導入時期を逸しない、的確な医学的管理による患者・家族の意思決定支援が重要な時期である。医療処置管理期は、医療的ケアを安全に実施し、気管切開による人工呼吸管理の意思決定も含めた療養管理が重要な時期である。人工呼吸管理期は、長期的な療養管理に向けて介護負担の軽減、関係機関の連携強化が重要な時期である。本研究の結果から、難病保健活動の評価指標は、各療養時期の療養状況の変化を反映した結果評価が可能であることが明らかにされた。

3. 難病保健活動の評価指標を用いた難病対策地域協議会の推進

A. 目的

難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）により、保健所等を中心に難病対策地域協議会を設置し、地域における難病患者への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備が求められている。これまでの研究により、難病保健活動の評価指標はアセスメントツールと併用することで、難病に関する地域の課題を明確にし、保健活動の評価に有用であることが明らかにされてきた。そこで本研究では、難病保健活動の評価指標を用いて難病対策地域協議会の推進を含む難病保健活動計画の立案及び評価を実施し、難病対策地域協議会の推進にかかる要素を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1) 研究対象

A 県の県型保健所 12 所、政令市型保健所 4 所を対象に年 2 回の研修会を実施した。1 回目の研修会では難病保健活動の評価指標とアセスメントツールを用い、難病地域課題の明確化、難病対策地域協議会の設置・運営計画を検討し、2 回目の研修会では難病対策地域協議会の実施・評価の共有を行った。この研修会で使用した資料を分析の対象とした。

2) 調査方法

難病保健活動の評価指標による保健所管轄地域の現状評価（4 段階）、アセスメントツールから人口、面積、ALS 療養状況、難病支援を行っている関係機関の状況等、難病保健活動計画から難病対策地域協議会の検討内容、参加メンバー等を研修会の資料から抽出した。

3) 分析方法

難病対策地域協議会の検討内容の類似性と相違性を考慮し、5 つの地域に分類した。これら 5 つの地域について難病保健活動の評価指標、アセスメントツールのデータを質的、量的に比較し、その特徴を明らかにした。

C. 結果

県型保健所が 4 つの地域、政令市型保健所が 1 つの地域に分類された。

県型保健所の 4 つの地域においては、可住地域の人口密度と地域課題及び難病対策地域協議会の検討内容との関連が見られた。人口密度 5 人/km²未満の地域では、難病支援を行っ

ている関係機関が少なく、「難病に関する知識・支援技術の普及、社会資源の開拓」が検討課題であった。人口密度 5～10 人/km²の地域では、難病支援を行う関係機関に偏りがあり、症状初期の在宅支援体制の整備が課題とされ、「個別支援体制の強化」を検討課題とし特定の支援技術の研修会や事例検討会が実施されていた。人口密度 20～30 人/km²の地域では、地域格差が課題とされ、「地域課題の共有、関係機関の連携強化」が検討課題であった。人口密度 45 人/km²以上の地域では、難病支援を行っている関係機関は多く、平常時の在宅支援体制は整備が進んでいるため、「災害に対する支援体制の強化」が検討課題とされていた。

政令市型保健所は 1 つの地域に分類され、県型保健所に比して難病保健活動の評価が低くかった。特に「難病対策事業に難病に関する地域診断と目標設定を行うことを位置付けている」の評価が低く、難病対策地域協議会の開催にまで至っていない状況であった。

D. 考察

県型保健所は、難病対策地域協議会の基盤となる連絡会等を活用し話し合いの場を設置することができ、評価指標が課題を共有することに寄与できた。また、可住地域の人口密度と難病の地域課題に関連が見られ、難病対策地域協議会の検討内容の指標の一つと成り得るといった。政令市型保健所は、話し合いの場を設置する以前に、地域課題の明確化や関係部署の役割確認や連携の基盤づくりが必要とされることが明らかにされた。

IV. まとめ

難病保健活動の評価指標は、政令市型保健所においても有用性が確認され、全 30 項目（構造 3 項目、プロセス；個別支援 8 項目、医療ネットワーク 9 項目、結果 1（短期）4 項目、結果 2（中期）3 項目、結果 3（長期）3 項目）からなる標準化された評価指標（令和元年版）として、以下の 4 点において自治体において活用可能であることが示された。

- ①管轄地域の難病保健活動の現状および 1 年間の変化を総合的に評価することができる。
- ②アセスメントシートとの併用で地域課題を明らかにでき、難病対策地域協議会での検討課題の根拠資料とすることができる。政令市型保健所においては、難病に関する地域診断と目標設定に活用し、難病対策事業の推進に寄与することが期待される。
- ③患者の療養状況の変化を反映した評価ができ、難病保健活動の療養時期別の具体的な目標設定に活用できる。
- ④可住地域の人口密度と地域課題との関連を参考に難病対策地域協議会の検討内容を設定し、段階的に難病対策事業を推進することができる。

文献

- 1) 保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 総括・分担研究報告書 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）（主任研究者 平野かよ子）p. 65-72 平成 28（2016）年 3 月
- 2) 「難病対策地域協議会」の普及と難病保健活動の体制整備-難病保健活動の推進に向けて- 平成 29 年度厚生労働省行政推進調査事業補助金 難治性疾患等政策研究事業「難病保健活動の推進」に関する分担研究報告書（研究代表者 西澤正豊）難病に関する他職種連携の在り方分科会（分担研究者 小倉朗子）平成 30（2018）年 2 月
- 3) 川村佐和子、小倉朗子、小西かおる、他 9 人：神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究-地域ケアアセスメントの指標に関する検討- 厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質（QOL）の向上に関する研究 平成 19 年度地域における看護支援に関する研究報告集、39-41. 2008.

難病保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価指標		評価のびびき(評価マニュアル)	
目的	評価項目	現状評価	1年間の変化
難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	評価項目	4.できている 3.概ねできている 2.あまりできていない 1.できていない	5.改善した 4.少し改善した 3.現状維持 2.少し悪化した 1.悪化した
	最新の難病対策に関する情報入手し、活用する体制がある		
	1.		
	難病対策事業の標準化を図るマニュアルが整備されている		
	2.		
	「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある		
	3.		
	患者の病状進行や療養状況を面接・訪問および関係機関による情報から把握・分析している		
難病患者	4.		
	患者・家族の疾病に対する認識・理解に応じて、適切な情報が得られるよう支援している		
	5.		
	必要に応じ、地域の中で同じような状況の患者・家族が出会える機会を調整している		
	6.		
	患者・家族が十分に話し合って療養方針を決定できるように支援している		
	7.		
	医療依存度・セルフケア能力・介護力・経済状態等に応じたサービスが導入されるよう支援している		
	8.		

評価指標		評価のびびき(評価マニュアル)	
プロセス【個別支援】		根拠・必要な情報・資料	評価の考え方・視点
構造		難病対策に関する情報、回覧回数、回覧方法	都道府県から難病対策に関する最新の情報が保健所に回覧され、保健所内及び担当者内で業務に関連のある記事・資料が回覧されているかを評価する。
プロセス【個別支援】		都道府県が発行する「難病対策事業ガイドライン」、「難病患者支援マニュアル」等のマニュアル等	都道府県内で統一されたマニュアルおよびガイドライン等が整備されているかを評価する。
プロセス【個別支援】		都道府県の重症難病患者入院施設確保事業(難病医療ネットワーク事業)の事業実績、保健医療福祉計画等における在宅療養支援ネットワークに関する計画	都道府県における在宅療養支援ネットワークの整備状況、保健所における難病対策事業計画において、在宅療養支援ネットワークを整備する活動が含まれているかを評価する。
プロセス【個別支援】		保健所における難病対策事業計画	ALS等の保健師が支援する対象者に対して、面接、訪問、関係機関との連携調整等により患者の病状や療養状況を把握しており、これらの情報を集約して地域の課題を評価・分析しているかを評価する。
プロセス【個別支援】		難病の地域ケアアセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	保健師による直接支援や、訪問看護等の支援者が対応できるように調整したり、関係機関の後方支援をすることで、患者・家族が適切な情報を得たり、自主的に得る力を付けたりできているかを評価する。
プロセス【個別支援】		保健師の面接、訪問等の相談実績(内容、回数等)および支援活動実績	療養生活が参考になる、ピアカウンセリングとして役立つ患者・家族又は家族会を把握し、必要に応じて紹介し、交流できる機会を調節できているかを評価する。
プロセス【個別支援】		管轄内・外の患者・家族会等のリスト	保健師または訪問看護師等の関係機関が、患者・家族に対し療養方針について十分話し合う機会を持つことができ、必要な情報が得られるよう支援されているかを評価する。
プロセス【個別支援】		疾患別の協力の可能な患者・家族のリスト	患者の病状進行、家族のライフステージを踏まえ、長期的な視野も含んだタイムリーなサービスが導入されるように、直接的または関係機関の後方支援を含む間接的な支援がされているかを評価する。

難病保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価指標		現状評価		評価のびびき(評価マニュアル)	
目的	評価項目	現状評価	1年間の変化	根拠・必要な情報・資料	評価の考え方・視点
病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	16. 難病の地域診断に基づいた難病対策事業の実施計画が策定されている	4:できている 3:概ねできている 2:あまりできていない 1:できていない	5:改善した 4:少し改善した 3:現状維持 2:少し悪化した 1:悪化した	難病対策事業の実施報告書、難病の地域診断資料、難病対策の実施計画書等の資料とそれらの関係性を示す資料	難病対策事業の実施計画が、例年通りの継続的なものとどまらず、地域診断に基づく計画や、前年度の実績を踏まえた活動の修正を含む計画になっているか評価する。
	17. 地域の医療福祉従事者の難病支援の水準向上を目指した研修会等を行っている			地域の関係機関の資質向上を目的とする研修会等の実施報告書	地域の難病対策に関する課題を踏まえ、関係機関の支援力向上、関係機関の連携強化、地域の難病支援課題の共有等の難病支援の水準向上を目指した事例を通じた支援や研修会等の集団を対象とする活動が行えているか評価する。
	18. 関係者連絡会等において在宅医療への円滑な移行やネットワークの強化を意図した交流・連携を行っている			関係者連絡会等の実施報告書 地域課題と関係者連絡会等の実施内容との関連性に関する資料	難病対策事業以外の看護関係者、医療機関、ネットワーク会議等の連絡会等において、地域の医療ネットワークの課題を解決する目的で、在宅医療への円滑な移行やネットワーク強化を意図した交流会や連携会議等を行っているか評価する。
	19. 難病の患者・家族会を育成・支援している			管内・外の患者・家族会のリスト、活動状況に関する資料 地域課題に応じた患者・家族会に関する検討資料	既存の患者・家族会の活動継続に関する支援、地域課題に応じた患者・家族会の新規設立支援等、難病の患者・家族会の育成・支援ができていているか評価する。
	20. 患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、地域の共助力を高める活動を関係機関と連携して行っている			地域の自治会等の活動実績や特徴に関する資料 事例を通じて地域ネットワーク形成に関する報告資料	患者・家族の近隣者に理解・協力を得る支援、自治会等の理解・協力を得る活動など、地域の共助力を向上させるような個別支援や地域づくり活動が実施できているか評価する。
結果 1 【短期】	21. 必要な支援サービスが十分に活用できている患者・家族が増える			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	患者の病状及び進行状況、家族の介護力、ライフステージ等に応じた支援サービス必要量及び内容に応じたサービスが提供され、関係者間で情報が共有できていると判断できる患者・家族の割合が前年度(定年)より増加しているか評価する。
	22. 緊急・災害時の支援体制が整備されている患者・家族が増える			患者・家族の緊急・災害時の準備状況に関する資料 関係機関の緊急・災害時の活動方針やマニュアル等の整備状況に関する資料 個別の災害を含めた支援・管理状況に関する資料	起こりうる緊急・災害の状況に応じた個別の支援プランが作成され、関係者間で情報が共有できしており、準備が進められている患者・家族の割合が前年度(定年)より増加しているか評価する。
	23. 医療関係者による的確な医学的管理が実施されている患者・家族が増える			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況) 支援チーム内の連携体制に関する資料	患者の病状、家族の介護力、療養状況に応じ、訪問看護師やかかりつけ医、専門医療機関による医学的管理が適切に行われていると判断できる患者・家族の割合が前年度(定年)より増加しているか評価する。

難病保健活動の評価指標(令和元年度版)

評価指標		現状評価	1年間の変化	評価のびびき(評価マニュアル)	
目的	評価 項目	現状評価	1年間の変化	根拠・必要な情報・資料	評価の考え方・視点
者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	療養方針・ケア計画等の共有・連携体制がとれている在宅支援チームが増える	4.できている 3.概ねできている 2.あまりできていない 1.できていない	5.改善した 4.少し改善した 3.現状維持 2.少し悪化した 1.悪化した	難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況) 様式3管内の訪問看護ステーションの概況	個別の事例に対する支援者間において、その事例の療養方針やケア内容、ケア計画等について、電話やメール等による連携や関係者会議等による情報の共有が図れているチームの割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	24.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	患者・家族の療養状況が把握され、必要に応じてタイムリーに支援が提供され、適切な医学的管理がされ、緊急・災害時の対策も取られている患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	25.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)、様式2ALS療養者支援に関わる難病対策事業の実施状況とその評価、様式4管轄地域におけるALS療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価	レスパイト受入れに関する医療機関の情報が把握され、受け入れに対する課題を解決する対策がとられ、受入れ可能な病床数が増え、患者・家族の満足度の高いレスパイト入院が経験できた患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	26.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)、様式4管轄地域におけるALS療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価	医療依存度の高い患者への支援に関与する、診断初期から継続的に関わるなど、これまで経験のない関係機関に対してフォロワーがされ、積極的に関わり合うと協力体制を示す関係機関の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	27.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)、様式4管轄地域におけるALS療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価	患者・家族の多様な療養ニーズに対応できる療養環境や支援体制が整備され、状況の変化に応じて療養環境を選択でき、患者・家族が希望する場所で療養できる患者の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	28.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	在宅療養におけるインシデント・アクシデントの報告体制が整備され、報告内容の分析により課題解決の対応が図られ、事故報告の事例の発生割合が前年度(定点)より減少しているか評価する。
	29.			インシデント・アクシデントレポート実績・内容分析資料	
結果 2【中期】	希望する場所で療養できる患者が増える			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	緊急訪問や緊急入院がなく、患者・家族の意思決定に基づく療養支援が段階的に提供され、安定して過ごせた日数の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。
	30.			難病の地域アセスメントツール様式1(在宅療養者の身体状況と医療サービス確保状況)	
結果 3【長期】					

この冊子が掲載されているURL

日本保健師活動研究会ホームページ

URL : <http://the-hokenshi.com>

平成 28 年度～令和元年度研究班

主任研究者	平野かよ子	宮崎県立看護大学
分担研究者	久佐賀眞理	元長崎県立大学（平成 30 年度まで）
	森本 典子	元活水女子大学（平成 30 年度まで）
	藤井 広美	杏林大学
	山口 佳子	東京家政大学
	春山 早苗	自治医科大学
	小西かおる	大阪大学大学院
	尾島 俊之	浜松医科大学
研究協力者	石川貴美子	神奈川県秦野市
	森本 典子	元活水女子大学（平成 31 年度から）
	大村 礼子	仙台市太白区役所（平成 31 年度から）