

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

総括・分担研究報告書

主任研究者 平野 かよ子

平成28（2016）年3月

## 目 次

I. 総括研究報告書		
保健師による保健活動の評価指標の検証	-----	1
平野かよ子 (長崎県立大学)		
II. 分担研究報告書		
1. 母子保健分野の評価指標の検証	-----	13
森本 典子 (長崎県立大学) 久佐賀真理 (長崎県立大学)		
福島富士子 (東邦大学) 平野かよ子 (長崎県立大学)		
2. 健康づくり分野の評価指標の検証	-----	25
藤井 広美 (了徳寺大学)		
3. 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証	-----	33
石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)		
4. 精神保健福祉分野の評価指標の検証	-----	41
山口 佳子 (東京家政大学)		
5. 感染症対策分野の評価指標の検証	-----	53
春山早苗 (自治医科大学)		
6. 難病保健分野の評価指標の検証	-----	65
小西かおる (大阪大学大学院)		
7. 産業保健分野の評価指標の検証	-----	73
大神あゆみ (大原記念労働科学研究所)		
資 料	-----	85
分野別評価指標		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	127

保健師による保健活動の評価指標の検証

主任研究者 平野 かよ子（長崎県立大学）

**研究要旨：**地域保健と産業保健を担う保健師による保健活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することを目的とし、全国の市区町村と保健所及び事業所を対象として、平成26年度に開発した評価指標（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、難病、産業保健）の「わかりやすさ」と指標としての「重要性」について郵送調査を行った。「わかりやすさ」と「重要性」の回答が共に70%～75%以上の評価指標を標準化された評価指標として分析し、標準化された評価指標を完成させた。また、分野を超えて保健師活動に共通する評価指標を『コア評価指標』として検討を加えた。さらに各分野の標準化された評価指標を、今後政府統計の項目等として活用されるよう政策提言した。本研究の成果物である評価指標と評価マニュアルが、全国で活用されるよう「保健活動の評価指標集」とし、全国の市区町村及び保健所、事業所等へ配布した。

**分担研究者**

久佐賀眞理（長崎県立大学）  
藤井 広美（了徳寺大学）  
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）  
大神あゆみ（大原記念労働科学研究所）  
福島富士子（東邦大学）  
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（長崎県立大学）  
稗圃砂千子（長崎県県央保健所）  
濱田由香里（長崎県立大学）

**A. 研究目的**

我が国の保健師は、地域において住民同士で健康問題を解決する地域組織を育成する等の活動を展開し、地域のソーシャルキャピタルを創出することに貢献してきている。しかしその活動の成果、特に効果等の質を評価する指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度から平成24年度の「保健活動の質の評価指標開発」の研究において保健活動の質を評価する評価指標を開発することを目的とし、地域保健（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）と産業保健を担う保健師の保健活動の質を評価する指標を開発してきた。さらに平成25年度と26年度は、全国の60か所の市町と保健所及び事業所の保健師の協力を得て、これらの評価指標を用いて実際の保健活動を評価し、評価指標の有用性を検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。平成27年度は、全国どこにおいても保健活動の質を評価することができる標準化した評価指標を開発することとし、平成26年度に開発した評価指標：平成27年度版評価指標と評価マニュアルを用いて、全国の市区町村と保健所及び事業所を対象に、評価指標の「わかりやすさ」と指標の「重要性」と及び評価マニュアルの有用性について検証を行った

**B. 研究方法**

**1. 調査対象**

調査対象は平成27年10月時点の全国の1740市区町村と486保健所、および協力の得られた161事業所等の総数2387箇所を対象とした。主に市町村の保健活動である母子保健分野と健康づくり分野および高齢者保健福祉分野の調査は1740市区町村を無作為に抽出しそれぞれ580の市区町村とし、主

に保健所の保健活動である精神保健福祉分野と感染症対策分野及び難病保健分野の3分野の調査票は、それぞれを全国486の保健所とした。

## 2. 調査項目

調査票は、評価指標：平成27年度版（母子保健（31項目）、健康づくり（35項目）、高齢者保健福祉（30項目）、精神保健福祉（47項目）、感染症対策（72項目）、難病保健（30項目）及び産業保健（57項目））に評価の観点等を記載した評価マニュアルに併記し一覧とし、評価指標ごとに「わかりやすさ」と「重要性」の回答欄を設け、欄外に自由記載欄を設けた。他に、都道府県名、人口規模等を設定した。

各評価指標の「わかりやすさ」は【わかりやすい】【ややわかりやすい】【どちらともいえない】【ややわかりにくい】【わかりにくい】、「重要性」については【重要である】【やや重要である】【どちらともいえない】【あまり重要でない】【重要でない】の5件法で回答を依頼した。最後に各評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」に対する意見や提案を自由記述で求めた。

評価マニュアルについては、役に立ったかについて【役に立った】【やや役に立った】【どちらともいえない】【あまり役に立たなかった】【役に立たなかった】の5件法で回答を求めた。また評価マニュアルに対する意見や提案を自由記述により回答を求めた。分野によっては5件法をとらず自由記載の意見と提案で回答を求めた分野もある。

## 3. 調査方法

郵送による無記名白記式調査票により実施した。調査票は、前述評価したように評価指標毎にわかりやすさ」と「重要性」についての5件法と自由記載による回答と評価マニュアルの有用性のほか、分野ごとにその他の調査項目を加えた自作の調査票とした。返信用封筒を添付し、郵送により回収した。

### （倫理的配慮）

調査への参加は自由意思であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定されることのないよう配慮すること、回答の返送をもって調査への参加に同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、調査票とともに郵送した。

本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号：208）を得て行った。

## 4. 調査期間

調査期間は平成27年10月から平成28年1月である。

## C. 研究結果

### 1. 結果の概要

調査票の総配布数は3359であった。調査期間中に大水害に見舞われた1市は除いた。分野ごとの配布数、回収数、回収率を表1に、回収した調査票の地域別分布は図1と図2に、人口規模別の回収状況を表2に示した。（表1、図1、図2、表2）

表1 分野別調査票回収数（回収率）

分野	送付数	回収数	回収率 (%)
母子保健活動	580	171	29.5
健康づくり活動	580	182	31.4
高齢者保健福祉	580	202	34.8
精神保健福祉	486	222	45.7
感染症対策活動	486	244	50.2
難病保健活動	486	253	52.1
産業保健活動	161	66	41
合計	3359	1340	39.9



図1 都道府県別 回答市町村



図2 都道府県別 回答保健所

市町村と保健所へ配布した調査票は全都道府県のいずれかの保健所と市町村から回収された。また、市町村に関しては、市町村の人口規模別の調査票の回収割合と全国の人口規模別市町村割合はほぼ一致した。

表2 市町村人口規模別回収割合と全国人口規模別市町村割合

人口	回収市区町村		全国市区町村割合
	数	割合	
1万人未満	118	21.3%	25.0%
1万人以上3万人未満	124	22.3%	28.9%
3万人以上5万人未満	86	15.5%	16.6%
5万人以上10万人未満	111	20.0%	15.5%
10万人以上20万人未満	61	11.0%	8.0%
20万人以上	54	9.7%	6.0%
未回答	1	0.2%	-
合計	555	100%	100%

## 2. 結果の概要

### <標準化のための分析・解釈、協議>

各分野の評価指標について「わかりやすさ」と「重要性」について「5. とてもそうである」と「4. ややそうである」の<そうである>と「どちらともいえない」と「ややちがう」と「ちがう」の<ちがう>の3区分で集計し、<そうである>が70%~75%以上を標準化の基準とすることとした。

「わかりやすさ」と「重要性」が70%~75%を下回り項目は、自由記載等を参考として研究班員で論議し標準化したものとするかを検討した。以下分野別結果の概要を述べる。

### 1) 母子保健分野

母子保健分野の評価の目的は、「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)」とし、31項目の評価指標と評価マニュアルについて調査を行ったところ、回収数は171（回収率は29.5%）であった。人口規模別の回収数の比率は全国の人口規模別市町村数の比にほぼ一致した。

「わかりやすさ」と「重要性」が共に75%以上の指標は10項目であった。重要性が75%を下回った項目は5項目で、概して実践されていない「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」「子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する」「関係者と協議で解決された地域課題が増える」「子育て不安や成長発達に遅れがわれる児を持つ親のグループを育成している」等の項目であった。しかしこれらは今後の地域づくり、連携・協働の保健活動の質を示す指標として重要と考え残すこととした。

人口規模別の特徴としては、人口3万人未満の規模の小さな自治体は「重要である」との回答比率が高かったことが挙げられる。

評価マニュアルが役立ったとの回答は60%台であった。評価対象や評価の範囲を記載する要望が見受けられ、評価マニュアルの充実が課題であることが示された。

これらの結果を参考として評価指標の削除、追加、統合を行い、最終の標準化された評価指標は、構造：8項目、プロセス：14項目、結果1：1項目、結果2：4項目、結果3：5項目の計32項目とした。

これらの評価指標を全国に普及し保健活動の見える化を行なうためには、これらの評価項目が政府統計等の項目として活用される事が重要と考え、政策統計の報告項目

として適応可能性を検討することを今後の課題とした。

## 2) 健康づくり分野

健康づくり分野の評価の目的は、「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」とした。回収数は182（回収率31.4%）であった。評価指標は36項目であったが、「わかりやすさ」、「重要性」ともに〈そうである〉と回答した割合が75%以上の項目は20項目、「重要性」は75%以上で「わかりやすさ」が75%未満の項目が15項目、「わかりやすさ」、「重要性」ともに75%未満の項目は1項目であった。この重要性が低い1項目は、「健康づくりを支援する施設や民間事業者の参画に対する働きかけ」に関することであった。「わかりやすさ」が低い項目の主なものは、「活動について組織を越えた相談・助言が得られる体制」、「住民の思いや関心への着目」、「関係者、関連施設や民間事業者との連携」、「生活習慣の改善」、「治療中断者」などに関することであった。評価マニュアルの有用性については、約8割が「役に立った、やや役に立った」と回答しており、概ね有効に活用できることが示唆された。

これらの結果と、自由記載により寄せられた評価項目および評価マニュアルへの意見や提案を踏まえて論議し、2つの評価指標の修正を行い、36項目の健康づくり活動の評価指標を標準化され評価指標として完成させた。

今回の評価の対象は、生活習慣病予防を焦点としているが、評価対象の範囲や到達

目標は地域診断等に基づきその自治体がめざす課題を打ち出すことが重要であり、その課題に即した評価指標を設定することが適切であるとする。

### 3) 高齢者保健福祉分野

高齢者保健福祉分野の評価の目的は「高齢者が元気に暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる」とした。回答数は202(回収率34.8%)であった。30項目の「わかりやすさ」と「重要性」については、双方が〈そうである〉が75%以上が13項目、「重要性」は高いが「わかりやすさ」が低いものは16項目、共に低い項目は1項目であった。「重要性」は高いが「わかりやすさ」が低い項目の自由回答からは、「必ずしも保健師の業務ではない」や、「他職種が担当している、自治体により事業内容により違いがあるので評価しづらい」等の意見が多く見られた。これらの意見を参考として、評価指標の表現を工夫し統合は図り、標準化された評価指標は28項目とした。評価マニュアルについては有用性が高いことが明らかになったが、業務の多様性からさらなる改訂の必要性が示唆された。

### 4) 精神保健福祉分野

精神保健福祉分野は、未治療・治療中断の受療支援と自殺予防に関する活動を評価対象とした。47項目の評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」と評価マニュアルの有用性についての調査は、45都道府県の222箇所から回答(回収率45.7%)を得た。保健所が行う活動に関する評価指標については「重要性」と「わかりやすさ」は比較的

高いが、保健所以外の市町村や関係機関の取り組み状況に関する評価指標についての把握が困難との意見も多く、概して「重要性」と「わかりやすさ」の両者ともに低い傾向が見られた。また自由回答には、「地域保健・健康増進事業報告などの報告にリンクされるようになれば、評価しやすくなる」といった意見や、評価項目の多さに対する意見が聞かれた。評価マニュアルについては9割近くが役立つと回答した。

また、本分野は全国調査とは別に、E県の1保健所と管内2市が実際に保健事業を評価し、分担研究者と評価指標全般について話し合う聞き取り調査を実施し、評価指標全体について詳細な吟味がなされた。評価するためにはケース台帳の事項を追加して必要な数値が集計できるようにすることや、評価項目の統合や削除についての提案がなされ、これらの提案と全国調査結果を踏まえ、全体で37項目の完成版の評価指標を作成した。完成版には、評価指標毎に評価の優先度と評価の頻度を掲載し、評価の実践における負担軽減を図った。

### 5) 感染症対策分野

感染症対策分野の評価のテーマは〈結核〉〈平常時の対応〉〈急性感染症発生時の対応〉の3つで構成された72項目の評価指標について回答を依頼した。回収数は244(回収率50.0%)で、都道府県保健所が188(51.6%)、市区保健所が54(44.3%)であった。「わかりやすい」が75%未満は11項目、「重要性」が75%未満は5項目あったが、72.5%~74.6%で、ほぼ全項目が重要性は高いと回答された。評価マニュアルの有用性については61.9%が「役立った」と「やや役

立った」の回答であった。

評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」の結果と自由回答を参考として評価指標の8項目を見直した。評価マニュアルについても同様に見直し、6項目の根拠・資料を追加し、17項目については評価の考え方・視点を追記・修正した。最終的には〈結核〉30項目、〈平常時の対応〉15項目、〈急性感染症発生時の対応〉26項目からなる71項目を標準化された感染症対策評価指標として完成させた。

これまで保健所における感染症対策は、患者発生情報を集約してきているが、平常時における住民や管内の施設等への相談対応活動、啓発活動（健康教育や研修）、医療監視や施設指導を契機とした活動、教育委員会・教育機関に対する活動、予防接種の推進活動や予防接種体制の整備にかかわる活動については集約されていなかったり、集約されていたとしても管内の感染症対策にかかわる課題との関連が明示されておらず、どのような目的やねらいで実施されているのか、課内や担当者間で共有されにくい状況にあることが明らかにされた。

## 6) 難病保健分野

難病保健分野の評価の目的は「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」とし、30項目の評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」について調査を行ったところ、全国47都道府県すべてから回答を得、回収数253（回収率は52.1%）で、都道府県保健所が187か所（73.9%）、市区保健所が54か所（22.5%）であった。

評価指標の「重要性」では、すべての項

目で70%以上が〈そうである〉と回答された。一方で、「わかりやすさ」についてみると、70%以上が〈そうである〉と回答した項目は15項目（50.0%）で、わかりやすさに関する自由記載についてみると、明確にどのような事業を示すのかや、「安全・安心」の評価や「安定した」に対する評価の表現があいまいであるなどであった。

また、療養者の状況が把握されていないため、できているのかわかりにくいという自由記載も多くみられた。保健所が把握すべき難病患者の対象を明確にし、アセスメントシートを用いて個々の療養状況を把握し、個別支援や地域ケアシステム構築の課題を明確化し、難病保健活動の評価指標の項目にある活動を実施し、短期、中期、長期的な評価を行う機会を、保健計画の中に位置づけることが重要であることが示唆された。また、これまでの調査により、これらの評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標であり、保健活動のプロセスと短期・中期・長期結果との関連も明確に示された。

これらの結果を踏まえ、30項目すべてに〈そうである〉と解答されていた事から、項目は削除せず、わかりにくい項目の表現は修正し、30項目とすることとし、これをもって標準化された評価指標とした。

## 7) 産業保健分野

産業保健分野は評価のテーマを「一般健康診断・健康状態に応じた就業のための対応・有所見者の抑制」「職業性疾病の予防」「ストレスをコントロールして生き生き働く労働者の増加」「過重労働による健康被害の防止」「生活習慣病予防」の5つとし

た。57 項目について、研修受講経験のある全国 161 名の産業保健師（事業所、健康保険組合、労働衛生機関）を対象に、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」について調査を行った。

回答数は66（回収率40,9%）で、22都道府県に及んだ。評価指標の重要性は全項目で75%以上であった。「わかりやすさ」が〈そうである〉との回答が75%以下であったのが12項目あるが、最も低くて54,5%であった。評価マニュアルは約8割が有用と回答した。評価に関する自由記載を参考に評価指標と評価マニュアルを修正した。また、生活習慣病予防のテーマの評価指標は、市町村の健康づくり活動の評価指標の文言の読みかえで対応することが適当と判断し、削除し、50項目の評価指標を完成版として作成された。

### 3. 分野を超えたコア評価指標

#### 1) 平成26年度までのコア評価指標の検討の経緯

平成26年度に全国60か所で実際の保健活動を評価指標を用いて評価した結果について研究者が実践の場に出向き、協議・判断の上、作成した「平成27年度版評価指標」の分野を超えて共通する評価指標の分析を行った。母子保健分野と健康づくり分野、高齢者保健福祉分野の市町村の保健活動の共通項と、精神保健福祉分野と感染症対策分野、難病保健分野の保健所の保健活動の共通項および産業保健分野の共通項を抽出し比較検討を行い、その結果を表3に示した。

構造の領域では、「マンパワーの確保」「予算の確保」「連携体制の整備」が共通

した。プロセスの領域では「現状把握」「地域診断」「個別支援の実施」「関係者との連携・協働の強化」「人材育成」が共通した。結果1では、「支援対象者の安心・満足」「支援対象者の行動変容」で、結果2は、「支援者数の増加」「住民等の活動の活性化」であり、結果3は、「死亡や重要事例の減少」「関係機関のネットワークへの参加の増加」「健康指標の改善」であった。

これらを受け、平成27年度の全国調査で分野を超えて保健活動を評価できるコア評価指標の妥当性と有用性に関して調査することで、汎用性の高い評価指標が抽出され、コア評価指標の標準化も図ることを予定した。

#### 2) 保健師活動に特化したコア評価指標の検証

しかし、平成26年度に抽出されたコア評価指標は、地域保健従事者全般にいえるものもあり、改めてコア評価指標を何とするかについて論議し、保健師による活動に特化される行為について論議した。その結果、保健師固有の支援としては、例えば、問題が疑われるが明確でないグレーな時期にある対象や、診断や判定、認定を受けようとならない対象、あるいは支援を必要とするが、諸制度の狭間にある対象を支援する等ではないかであった。また、住民による活動を始めたいと思いながら躊躇している住民の肩を押し励まし、住民活動が立ち上がるまでの間に支援し、立ち上がったら他の部署に任せるなど、住民活動として明確ではない時期の支援や、関係者を動機づけ関係者との協議が開催される間の動機づけである。

さらに個別支援から地域活動へ連動させ支援と事業企画を兼ねあわせて展開する等が挙げられ、これらのグレーゾーンへのかかわりやいくつかの活動を連動させ行為に保健師の固有性がある等であった。その結果、コア評価指標の検証のための調査は、さらに慎重に行うことが必要との結論に至った。

## D. 考察

### 1. 各分野の標準化された評価指標と評価マニュアル

本研究で行った調査の回収率の平均は約40%であったが、全国の都道府県から寄せられ、市町村においては人口規模別市町村割合にほぼ一致する回答を得ることができ、評価指標の標準化を検討することができる回答状況であったと考える。

評価指標の「重要性」の調査結果に着目し、〈そうである〉との回答が70%~75%を標準化の基準とし、自由記載等を参考として研究班員で論議し、最終成果物として標準化された評価指標は、母子保健分野：32項目、健康づくり分野：36項目、高齢者保健福祉分野：28項目、精神保健福祉分野：37項目、感染症対策分野：71項目、難病保健分野：30項目、産業保健分野：50項目の評価指標とした。

評価マニュアル有用性は、60%から90%と幅があった。自由記載の意見や提案を参考として修正をはかり、評価指標の最終版には改訂された評価指標と評価マニュアルと一体化したものとした。

これらの評価指標と併記された評価マニュアルが活用されるよう、評価指標の使い方に記載した評価指標集を作成し、全国の市町村と保健所、協力事業所等へ配付した。

また、評価指標の活用方法の要望があれば受け止め、可能な範囲で説明会や関連学会学術集会時にワークショップ等を開催する意向があることも公表する。

### 2. コア健康指標について

結果の3. 分野を超えたコア評価指標で述べたことから、さらにコア評価指標については検討することとし、コア健康指標の検証は平成27年度は行わず、今後の課題とすることとした。

### 3. 評価指標に関する政策提言

本調査の結果から、各領域において保健活動の質の評価として、全国で評価し、それを集約することで保健活動の成果を見せる化したい事項が提示された。以下に領域毎に全国的に集約されたい指標等を施策提言することとした。

#### 1) 母子保健分野

平成23年度に提示されている地域保健・健康増進事業報告の地域保健編母子保健の報告事項としては、「妊娠週数ごとの届出者数」「妊産婦健康診査受診者数」「乳幼児健康診査受診者数」「妊産婦・乳幼児保健指導被指導数」「妊産婦・乳幼児訪問指導被指導数」「身体障害児及長期療養児の療育指導等」で、報告の概要を見る限りにおいては、事業の実施数等のアウトプットであり、こうした取り組みにより、何が同様に变化したのか、保健活動の成果を示す報告事項ではない。そこで本研究では、これまでに開発してきた評価指標の中で、以下の評価指標が地域保健・健康増進事業報告などの政策統計の報告項目としての適応可能かを検討することを提言した。

「（母子保健関係者会議等で）地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている」

「母子保健の各種事業計画および保健師の活動計画を立てている」

「個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している」

「グレーゾーンの事例に対して必要な期間支援を行っている」

「各種健診の未受診者調査率が向上する」

平成26年度に実際の保健活動を評価した際には、保健師から「一歳半健康診査等においては、子どもの発育・成長に相談よりも親の育児についての相談に多くの時間が割かされているが、その親への保健指導等を報告事項としてほしい」との要望が多く聞かれた。

## 2) 健康づくり分野

健康づくりについての政府統計としては、地域保健・健康増進事業報告では「健康増進」に、栄養、休養、禁煙指導等の被指導人員が報告事項とされ、同様にアウトプットについての報告はなされている。他に特定健診・特定保健指導の実施状況の報告がなされている。しかし今後は保健活動として、ソーシャルキャピタルの醸成や健康づくりの関係者との連携強化等による健康なまちづくりにおいて成果を上げることが期待されている。これらの観点からは、住民の活動の活性化や関係者との連携強化等の活動の質を評価し、保健師活動の実態を示す評価指標を地域保健・健康増進事業報告事項とする検討を行うことを施策提言する。

## 3) 高齢保健福祉分野

高齢者保健や介護保険に関する政府統計としては介護保険事業報告、高齢者介護実態調査はあるが、行政に所属する保健福祉従事者による援護や地域関係者との連携などの活動の質を捉えるものは少ない。

さらに高齢保健福祉部門の保健活動を評価する上での課題は、自治体により高齢保健福祉部門の業務のうち、どこまでを保健師の業務とするかにばらつきが大きく、保健師業務の標準化がなされていないことがある。さしあたり、高齢保健福祉部門における保健師活動を標準化する保健師活動指針等が必要と考えられ、高齢保健福祉部門における保健師活動指針の検討を政策提言とした。

## 4) 精神保健福祉分野

精神保健福祉活動の実態を統計データで示すことは、必要な人員や予算を確保するために必要であるが、現行の地域保健・健康増進事業報告等に報告するために把握できる情報では限界がある。本評価指標はそうした限界を補うことも意図していたが、国への報告義務のない項目については数値の把握が困難であり、評価指標の活用を困難にしている。しかし以下の項目を国の事業報告等に計上されるように検討することを政策提言とした。

### (1) 未治療・治療中断の精神障害者への受療支援（改訂後評価指標4～6）

受療支援には多大なエネルギーと時間を要し、精神保健福祉活動の中でもかなりの割合を占めているものと推測される。しかし、事業報告の「精神保健福祉（相談等）」には「受療支援」の項目がなく、「明らか

に精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談」は「心の健康づくり」に計上することになっている。事業報告に「受療支援」の項目を新たに設け、受療支援を行った精神障害者の実人員、把握経路、方法別延人員が集計できるようにすることが必要である。

### **(2) 受療支援における不在・拒否（改訂後評価指標6.1）**

受療支援においては、本人や家族等に接触できないことも少なくないが、あきらめず根気強く働きかけを続けることが重要である。しかし、事業報告では被指導延人員を計上することとされており、拒否や不在等の場合は計上できない。拒否や不在も別途計上できるようにすることが必要である。

### **(3) 関係機関との連携・協働（改定後評価指標7, 31）**

保健活動においては関係機関との連携・協働が不可欠であり、活動量に占める割合も高いと思われる。しかし、事業報告には、「連絡調整に関する会議」以外にそうした「関係機関との連携・協働」について報告する項目はない。3年ごとに行われている保健師活動領域調査（活動調査）では「コーディネート：個別、地域」として時間数のみ報告することになっている。すなわち、どのような問題を抱えたケースについて、どのような関係機関と連携・協働をどれだけ行ったかは不明である。会議以外の方法による連絡調整、関係機関との同行訪問等、関係機関との連携・協働に関する統計報告の充実を政策提言とした。

## **5) 感染症対策分野**

これまで保健所における感染症対策は、

結核に関しては定期・定期外の健康診断の受診者数の報告や患者発生情報を集約してきているが、平常時における住民や管内の施設等への相談対応活動、啓発活動（健康教育や研修）、医療監視や施設指導を契機とした活動、教育委員会・教育機関に対する活動、予防接種の推進活動や予防接種体制の整備にかかわる活動については集約されていない。集約されていたとしても管内の感染症対策にかかわる課題との関連が明示されておらず、どのような目的やねらいで実施されているのか、課内や担当者間で共有されにくい状況も見受けられた。

そこで、平常時から感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動を展開するためには、対象種別や感染症種別あるいは感染症類型別の相談対応状況や健康教育・研修の実施状況など、平常時の活動に関する質的な情報を収集・蓄積して国への報告事項とし、予防的な保健活動の見える化が必要である。

## **6) 難病保健分野**

本全国調査により、難病地域アセスメントシートを客観的根拠資料にすることにより、地域診断を踏まえた個別支援活動、地域ケアシステム構築の活動の強化すべきポイントが明確となり、それらの活動が難病療養状況の改善にどのように影響しているのかを数量的に評価することが可能となる事が示唆された。しかし現在のところ、難病に関して政策統計としての報告事項は見当たらない。そこで、難病地域アセスメントシートと評価指標が全国で活用されるよう、政策的に働きかけることを期待する。

## 7) 産業保健分野

産業保健分野において保健師の配置は法制化されていないため、保健活動を報告するものはない。本調査で開発した評価指標が産業保健に従事する保健師の活動の見える化と効用を示すものとなることから、開発した評価指標が産業領域における保健師の法制化に寄与するものとなることを期待する。

## E. 結論

地域保健と産業保健を担う保健師による保健活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することを目的とし、全国の市区町村と保健所及び事業所を対象として、平成26年度に開発した評価指標（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、産業保健）の「わかりやすさ」と「重要性」について郵送調査を行った。

「わかりやすさ」と「重要である」との回答が共に70%～75%以上を評価指標の標準化の基準として分析し、調査結果から得られた評価指標に対する意見などを参考として論議し、最終的に標準化した母子保健分野は32項目、健康づくり分野36項目、高齢者保健福祉分野28項目、精神保健福祉分野37項目、感染症対策分野71項目、難病保健分野30項目、産業保健分野50項目の評価指標を作成した。さらに分野を超えて保健師活動に共通する評価指標である『コア評価指標』に関して検討を加えた。各分野の標準化された評価指標を、今後政府統計の項目等として追加することを政策提言した。標準化された評価指標と評価マニュアルが、全国で活用されるよう「保健活動の評価指

標集」とし、全国の市区町村及び保健所、事業所等へ配布した。

## F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

1) 第74回日本公衆衛生学会（長崎）で地域保健の6分野の検証結果と評価指標を用いた評価活動の成果と課題についての7題を報告した。

## G. 知的財産権の取得状況

なし

表3 市町村・保健所・産業保健の共通事項

	市 町 村	保 健 所	産 業 保 健
構造	マンパワー確保 計画への位置づけ 予算確保 連携・協議体制	マンパワー確保 計画への位置づけ 予算確保 連携体制整備 対応マニュアルの整備	マンパワー確保 業務基準 予算確保 部門間の連携体制 労務管理基準 休業保障制度
プロセス	地域診断・地域分析 地域情報の共有 支援方針・方法の協議 個別的支援の実施 住民主体の活動支援 グループ育成支援 関係者との連携・ネットワーク強化 教育・啓発 人材育成	地域診断 支援対象の情報共有・支援方法の検討 活動方針・方法の協議 個別支援の実施 予防活動の実施 関係者と地域課題の共有・解決策の検討 地域住民への教育・啓発 人材育成	健康資源情報の発信 現状把握 課題分析 個別支援の実施 組織対応の支援 関係者での支援方策の検討・実施 関係組織・機関との連携 対策・方針等の共有 教育・啓発
結果 1	利用者の安心・満足 住民を含めた支援者数の増加 関係者の参加、関係者との協議の活性化	変化した住民(患者)・家族数の増加 支援方針・計画が共有され支援チーム・関係者との支援 住民・関係者からの相談・情報提供の増加 人材育成を受けた関係者数の増加	健診(対策目的・方針)理解者の増加 適切な知識保有者の増加 健康な生活習慣の者の増加 受診率・事業への参加率の増加 適正測定値の増加 早期対応者の増加 改善事例・改善策の増加
結果 2	訪問実施率の向上 受診率の向上 フォローアップ率の向上 保健行動の改善者数の増加 住民活動の活性化	予防接種率の向上 安定した生活を送る住民の増加 関係者や住民による取り組みの増加	自分で適正行動を判断できる者の増加 有所見率の抑制 休職者・死亡数の抑制 相談件数の増加 相談機関の周知
結果 3	住民による支援の拡大 関係機関のネットワークへの参加の増加 重症事例の減少 健康指標の改善	重症事例の減少 死亡数の減少 安定して地域で過ごす期間の延伸	有所見者の抑制 休職者・不調による退職者の減少

母子保健分野の評価指標の検証

分担研究者 森本 典子 久佐賀眞理 平野かよ子（長崎県立大学）  
福島富士子（東邦大学）

**研究要旨** 本研究の目的は、地域における母子保健活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することである。研究最終年度となる今年度は、これまでに研究者らが開発してきた評価指標について、全国 580 市区町村を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要性』及び評価マニュアルの有用性に関する郵送調査を行い、171 市区町村（回収率 29.5%）から回答を得た。その結果、『わかりやすさ』と『重要』との回答が共に 75%以上の評価指標を「標準化された評価指標」として抽出した。また、評価の記載方法や評価項目、評価マニュアルについての検証意見を基に論議し、32 項目からなる評価マニュアルが併記された評価指標を標準化された母子保健活動の評価指標として完成させた。今後は、この評価指標を政府統計等の報告事項に活用されるようにすることを課題とした。

研究協力者

濱田由香里（長崎県立大学）  
稗園砂千子（長崎県県央保健所）

**A. 研究目的**

本研究の目的は、地域における母子保健活動の質を評価するための標準化した指標を開発することである。

研究最終年度となる今年度は、これまでの研究<sup>1)2)</sup>を通して開発してきた評価指標及び評価マニュアルを、全国で活用できる標準化されたものとするために改訂することを目的とした。

**B. 研究方法**

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

1年目の平成25年度は、平成22年度から24年度までの厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」<sup>1)</sup>で作成した評価指標を基に追加した評価指標を用いて、9市町で評価指標の検証を行い、53項目からなる評価指標及び評価マニュアル（地域診断の手引

き合体版）を作成した<sup>2)</sup>。

2年目の平成26年度は、15市町村で、平成25年度の研究結果をふまえて改訂・作成した評価指標及び評価指標マニュアルを用いて検証し、45項目からなる評価指標及び評価指標マニュアルの改訂を行った<sup>3)</sup>。この年の特徴は、2年間の活動を年度毎に評価し、変化が見えるようにしたこと、「備考」欄を設け、評価することで明らかになった課題等が記載できるものとした点である。

3年目の今年度は、これまで開発してきた母子保健活動の評価指標の3つの目的を1つに集約し、3つの目的を包含した評価指標及び評価マニュアルを用いて以下の調査を行った。

**1. 調査方法**

平成 26 年度に改訂した評価指標及び評価指標マニュアルを研究班員で検討し、母子保健活動の評価指標の3つの目的である「子育て中の親が健康で安心して子育てができる」、「発達障害の早期発見・早期対応」、「児童虐待の早期発見・早期対応」を「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・虐待の早期発見を含める)」に一元化、内容集約し、平成 27 年度調査用の評価指標及び評価指標マニュアルとした。

この評価指標と評価マニュアルを用いて、無作為抽出した全国 580 市区町村の母子保健担当保健師を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要性』及び評価マニュアルの有用性について調査を行った。

回答は、『わかりやすさ』については「5：わかりやすい、4：ややわかりやすい、3：どちらともいえない、2：ややわかりにくい、1：わかりにくい」、『重要性』については、「5：重要である、4：やや重要である、3：どちらともいえない、2：あまり重要でない、1：重要でない」の 5 件法で尋ね、評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』に関する意見や提案等の自由記述を求めた。

さらに、評価マニュアルについては、「1：役に立った、2：やや役に立った、3：どちらともいえない、4：あまり役に立たなかった、5：その他」の 5 件法で尋ね、評価マニュアルについての改善点等を自由記述により求めた。

## 2. 調査期間

平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月

## 3. 倫理的配慮

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されることがないようにすること、並びに回答の返送を持って調査への参加を同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 回収状況

調査票を送付した全国 580 市区町村のうち 171 市区町村から回答を得た（回収率 29.5%）。

回答を得た市区町村の人口規模別状況を表 1 に示す。

表 1 市区町村の人口規模別状況(母子保健活動分野)

人口	回収市区町村		全国市区町村 割合
	数	割合	
1 万人未満	45	26.3%	25.0%
1 万人以上～3 万人未満	32	18.7%	28.9%
3 万人以上～5 万人未満	27	15.8%	16.6%
5 万人以上～10 万人未満	30	17.5%	15.5%
10 万人以上～20 万人未満	15	8.8%	8.0%
20 万人以上	22	12.9%	6.0%
合計	171	100%	100%

回答は、全都道府県からあり、市区町村の回答の人口規模別分布は全国の分布にほぼ一致した。

### 2. 評価指標について

1) 母子保健活動の評価指標の『重要性』と『わかりやすさ』

(1) 評価指標の『重要』について  
評価指標の「5：重要である、4：やや重要である」「3：どちらともいえない」「2：あまり重要でない、1：重要でない」の 3 段階でそれぞれの割合を図 1 に示す。評価指標の中で、重要である・やや重要である(以下『重要』と略す)の割合が最も高かった指標は、9.「地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローの必要な対象)を把握している」であった。次に高かった指標は、1.「市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」

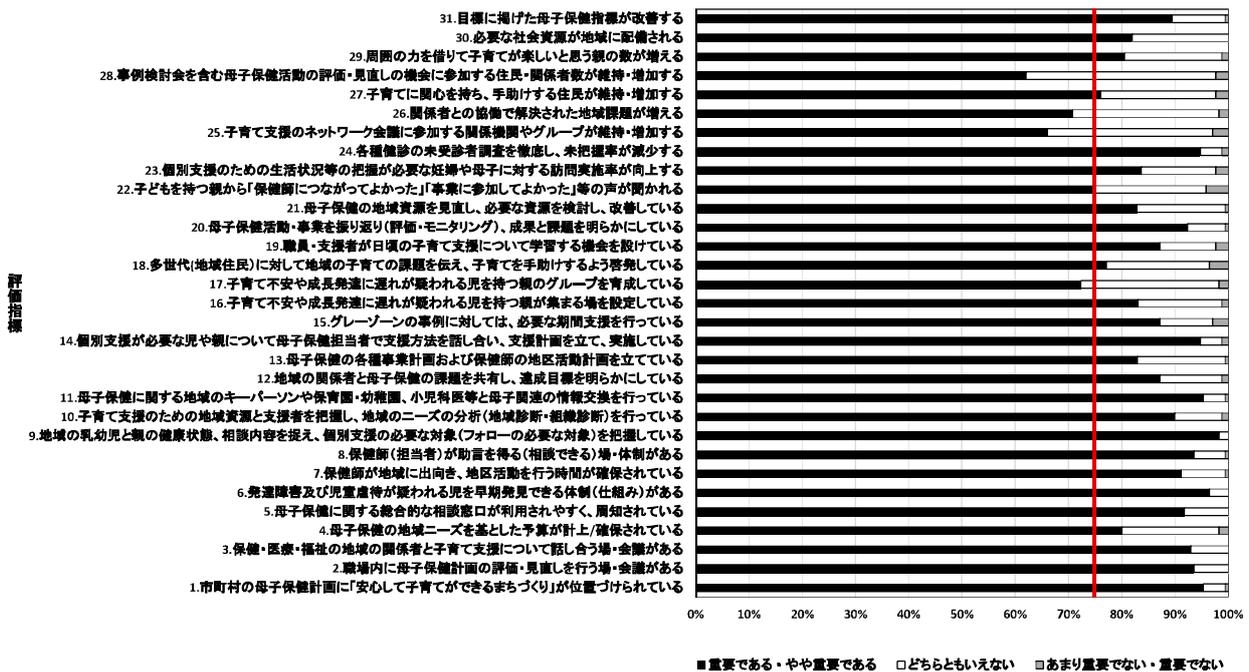


図1 『重要』(母子保健活動分野)

が位置づけられている」、6.「発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある」、11.「母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている」であり、個別支援、計画の位置づけ、早期発見のための体制(仕組み)、関係機関の情報交換に関する指標であった。一方、最も『重要』の割合が低かった指標は、28.「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」であり、次に低かった指標は、25.「子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する」といった住民・関係者も交えた協働に関する指標であった。

構造・活動の基盤の指標は、全て75%以上であったが、プロセスでは、17.「子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している」など「グループ育成」に関する指標の『重要』の割合が低か

った。結果については、22、25、26、28など「ネットワーク・協働」に関する指標の割合が低かった。

### (2) 人口規模別の『重要』の比較

人口規模別の『重要』の割合を表2に示した。

人口規模別で、『重要』の割合が低い指標が多いのは、10万人以上～20万人未満の自治体である。次に多いのは、5万人以上～10万人未満、3万人以上～5万人未満、次いで、20万人以上、逆に少ないのは、1万人以上～3万人未満及び1万人未満の自治体であった。

構造・活動の基盤では、『重要』が低い項目が3つあり、4、5、7の指標で「予算の計上/確保」「相談窓口の周知」「地区活動の時間の確保」に関する指標であった。これらの指標は全て10万人以上～20万人未満の自治体で低い指標であった。プロセスでは、13、16、17、18の指標など「事業・活動計画」「自主グループ育成、集まる場の設定」

「住民に対する啓発活動」「地域資源の見直し・改善」に関する指標で、10万人以上～20万人未満、5万人以上～10万人未満、3万人以上～5万人未満の自治体で低い指標であった。結果では、全体的に『重要』の割合が低い指標が多く、全自治体で低かった指標は、26.「関係者との協働で解決された地域課題が増える」と28.「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」という「協働」に関する指標であった。

### (3) 『重要』と『わかりやすさ』の比較

評価指標の中で、わかりやすい・ややわかりやすい(以下『わかりやすさ』と略す)の割合と『重要』について双方が75%以上の(AB)と、どちらか一方が75%以上の項目(Ab, aB)と、双方が75%未満である項目(ab)に整理し、表3に示す。

『重要』『わかりやすさ』共に75%以上の指標(AB)は10項目、どちらか一方が75%以上の指標(Ab)は16項目、(aB)は0、双方が75%未満である指標(ab)は、5項目であった。

『わかりやすさ』については、75%未満の指標が多く、『重要』に関しては、75%以上であるが、『わかりやすさ』は75%未満である項目(Ab)が、全体の52%を占めていた。

構造・活動の基盤の指標では、4.「予算の計上/確保」の『わかりやすさ』が50%台となっている。プロセスでは、10、18、21など「地域資源や支援者把握などの地域診断」に関する指標の『わかりやすさ』の割合が50%台で低かった。結果については、25、26、28など「ネットワーク・協働」に関する指標の『重要』『わかりやすさ』双方の割合が低かった。

### 2) 評価指標に関する提案、意見、感想

同上を表4に示す。

構造・活動の基盤では、4、5、6、7についての意見、提案があった。特に意見が多かった7.「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義が認識されている」は、件数や時間で評価することが適切なのか、客観的な視点の提示の必要性が挙げられていた。プロセスでは、10～16と20についての意見、提案、感想があった。13.「母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている」は、それぞれの計画は、別指標にした方がよいという提案、15.「グリーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている」は、グリーゾーンの事例の定義や必要な期間についての説明が必要であるとの意見であった。その他にも表現のあいまいさについての意見が多かった。結果については、22～24、26～30についての意見、感想があった。26「関係者との協働で解決された地域課題が増える」は、解決された課題という表現がわかりにくいという意見があり、27「子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する」は、評価指標として望ましいが、増加の程度の判断が難しいとの意見があった。また、28「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」は、『重要』の割合が最も低い指標であるが、参加人数のみではなく、内容の評価も必要ではないかという意見があった。

全体的な感想、意見としては、「活動の振り返りになった」「業務の見直しの必要性を再認識できた」「部門が分散しても必要な対策が抜けないう、また、重複しないように

相互に役割分担を理解し、つながる体制を確認できる」など評価することの効用が挙げられていた。また、「今後、事業計画等を立案するときに不足している内容等を記載できる」「回答しにくい項目は、その市町の関係課間の連携上の課題でもある」など計画立案時の活用や組織上の問題提起にもなっていた。また一方、「質の評価が見えにくい」、「子どもや母親の健康問題に対する評価指標も必要」などの意見が挙げられていた。評価指標の表現の『わかりやすさ』については、「回答者の基準で回答している」、「『わかりやすさ』よりも『実施状況（成果）』の方がわかりやすい」など『わかりやすさ』を、『評価しやすさ』と捉えている意見があった。

### 3. 評価マニュアル（評価の手引き）について

#### 1) 評価マニュアル（評価の手引き）の有用性

評価マニュアルの有用性の割合を図2に示す。

評価マニュアルが役に立つ、やや役に立つと回答した割合は60%であった。

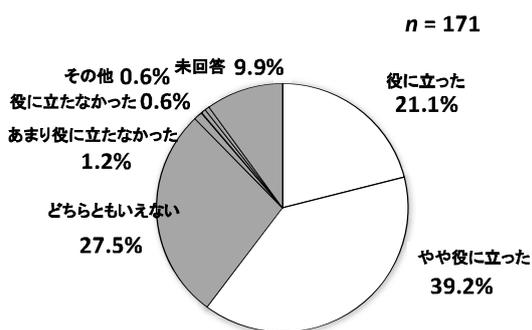


図2 評価マニュアル（評価の手引き）の有用性（母子保健活動分野）

#### 2) 評価マニュアル（評価の手引き）に関する提案、意見、感想

評価マニュアル（評価の手引き）に関する提案、意見、感想を表5に示す。

評価マニュアル（評価の手引き）に取り上げる評価対象や、その範囲について明確に記載するよう要望する意見があった。また、具体的な事例の提示や研修会開催の要望も挙げられていた。『重要』の割合が低かった17. 「子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している」については、重要であることは認識しているが、自主化まではゴールが高すぎるとの意見であった。一方、結果の23. 「個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する」については、訪問拒否など、その状況により虐待が疑われることも考えられるため訪問未実施の理由も把握していると記載されていた。

### D. 考察

#### 1. 評価指標の精錬

研究結果を基に、研究班員で論議し、見直しを行い（表6）、32項目からなる母子保健活動の評価指標と評価マニュアルを文末の通りに改訂した。

##### 1) 評価指標の標準化

今年度の全国調査の回収率は、29.5%と低いですが、回答は全都道府県からあり、また、人口規模別分布は全国の分布に一致していたことから、全市区町村の状況を反映したものと考えられた。

『重要』、『わかりやすさ』が共に75%以上の評価指標については、標準化された指標とした。一方、『重要』は75%以上であるが、『わかりやすさ』が75%未満の指標については、自由記載の意見を踏まえ、表現を工夫、修正し、標準化できる指標とした。

また、『重要』が75%未満の指標は、「グループ育成」や「連携・協働」に関する指標で

あるという共通性があった。自由記述にもあるように『重要』については認識しているが、評価指標の内容を達成することが難しいと感じている意見や『わかりやすさ』を『評価しやすさ』と捉えた意見もあったことから、『重要』や『わかりやすさ』の理解が不十分であったことも考えられる。また、人口規模別の『重要』の割合では、10万人以上～20万人未満の自治体では、特に『重要』の割合が低い傾向にあった。自由記述にもあるように、人口規模が大きくなって部門が分散しても必要な対策が抜けないようにしたいとあり、連携・協働することが難しい体制下にあることも考えられる。一方、人口が1万人未満の自治体では、ほとんどの評価指標の『重要』は75%以上だったことから、各自治体における保健師の配置や体制も影響しているとも考えられた。今後の地域づくり、連携・協働の保健活動の質を示す指標としての『重要』も考え、研究班員との論議の末、これらの指標も残すこととした。

自由記述からは、評価指標を使って評価することの効用も明らかとなり、「活動の振り返り」、「業務の見直し」、「つながる体制の確認」、「事業計画立案時の活用」等のほかにも、「回答しにくい項目は、その市町の関係課間の連携上の課題である」など組織としての課題を見える化する指標であることも確認できた。一方、件数や時間のみではなくその他にも必要な評価指標の提示があり、今後も市区町村の母子保健担当者や関係者との協議を継続する必要性が示唆された。

そこで、今年度の評価指標と評価マニュアルは、経年比較ができる様式とした。また、表現の修正、評価指標の統合・分断し、最終の標準化された母子保健分野の評価指

標は、構造・活動の基盤：8項目、プロセス：14項目、結果：10項目、計32項目とした。

## 2. 評価マニュアルの意義

今回の調査で明らかになった評価マニュアルの有用性は、役に立つ、やや役に立つが全体の60%であったこと、評価指標の『わかりやすさ』の割合が『重要』に比して低かったこと、表現のあいまいさについての意見が多かったことから評価マニュアルの充実に向けた取り組みが重要な課題であるといえる。また、昨年度は添付した地域診断の手引きを配布できず、評価指標で扱ってほしい評価の対象範囲を、より明らかに伝えることができなかったことも影響したと考えられる。しかし、中には、評価指標に追加して盛り込んでほしい内容の提案や実際工夫している評価内容の紹介もあり、このような取り組みの共有や研修会を開催することで標準化した評価指標の普及を図ることの重要性も示唆された。

## 3. 政策提言について

3年間の調査研究で開発した標準化された母子保健活動の評価指標と評価マニュアルは、保健活動の質を評価する上で重要な指標であることが確認された。これらの指標を全国に普及し、保健活動のあるべき姿を提示するためには、この評価指標を政策統計等の報告事項に活用することが重要であるとの結論に達した。

今回の全国調査の対象となった行政職員でもある市区町村の母子保健担当者にとって、自分達の活動の重要な指標の1つが政府統計等報告事項である。今回の調査においても「母子保健指標の改善」など、政府統計等の報告事項である評価指標の『重要』の割合は高かった。

一方、母子保健活動の対象の問題は、複雑、多様化し、他職種との協働が重要になった今日、保健活動のめざすべき姿が曖昧となっている。この課題を解決するためにも保健活動の質を表す指標を政府統計等の報告事項に活用することで、より明確とし、保健活動の質の向上につながり、ひいては地域住民の QOL 向上に寄与するものとする。

そこで、今回の調査から『重要』の割合が75%以上の項目で、特に保健活動としての『重要』が高く、保健師の活動の独自性を表す評価指標として、12「地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている」、13「母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている」、14「個別支援が必要な児や親について母子保健担当で支援方法を話し合い、支援計画を立て実施している」、15「グレーゾーンの事例に対して必要な期間支援を行っている」、24「各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する」を挙げた。これらの指標は、保健師の活動を見える化する重要な指標であり、尾島<sup>4)</sup>が挙げた指標の評価基準においても妥当な指標である。今後は、政策統計の報告項目として適応可能性の検討をすることを課題とする。

## E. 結論

平成 26 年度に作成した指標を改訂した「母子保健活動の評価指標:平成 27 年度版」と評価マニュアルを用いて、全国 580 市区町村を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要』及び評価マニュアルの有用性に関する郵送調査を行い、171 市区町村（回収率 29.5%）から回答を得た。その結果、『わかりやすさ』と『重要』

との回答が共に 75%以上の評価指標を「標準化された評価指標」として抽出した。また、評価の記載方法や評価項目、評価マニュアルについての検証意見を基に論議し、32 項目からなる評価マニュアルを併記した評価指標を標準化された母子保健活動の評価指標として完成させた。今後は、この評価指標を政府統計等の報告事項に活用されるようにすることを課題とした。

## F. 引用文献・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発, 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 平成 22~24 年度 総合研究報告書, 2013.
- 2) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究, 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書, 2014.
- 3) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究, 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書, 2015.
- 4) 尾島俊之：Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発, 医療と社会, Vol. 24 No. 1, 2014

## G. 研究発表

1. 第 74 回日本公衆衛生学会総会、長崎、2015. 11

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表2 人口規模別の『重要』の重要・やや重要の割合

(単位:%)

評価枠組	評価指標番号	評価指標	1万人未満	1万人以上 ～ 3万人未満	3万人以上 ～ 5万人未満	5万人以上 ～ 10万人未満	10万人以上 ～ 20万人未満	20万人以上
構造・活動の基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	96	100	96	93	93	91
	2	職場内に母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	91	94	93	97	93	95
	3	保健・医療・福祉の地域の関係者と子育て支援について話し合う場・会議がある	96	94	96	93	80	91
	4	母子保健の地域ニーズを基とした予算が計上/確保されている	80	91	81	77	53	86
	5	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	91	100	93	93	73	91
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	93	97	96	100	93	100
	7	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	87	97	96	93	73	95
	8	保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある	91	100	93	93	87	95
プロセス	9	地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローの必要な対象)を把握している	100	100	96	97	93	100
	10	子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている	88	97	93	80	93	91
	11	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	98	97	93	90	93	100
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	91	84	89	87	80	86
	13	母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	82	81	89	72	93	86
	14	個別支援が必要な児や親について母子保健担当で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	91	97	96	97	93	95
	15	グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている	89	97	81	90	60	91
	16	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している	76	91	89	83	67	91
	17	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	69	75	78	66	53	91
	18	多世代(地域住民)に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している	76	84	74	83	40	91
	19	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている	82	91	89	90	80	91
	20	母子保健活動・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	87	88	96	100	100	90
	21	母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	82	84	74	83	87	91
結果1	22	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	75	78	81	70	80	64
結果2	23	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	84	88	89	80	80	77
	24	各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する	93	94	93	100	93	95
	25	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	76	66	56	70	40	73
	26	関係者との協働で解決された地域課題が増える	73	69	67	73	73	68
結果3	27	子育てに関心をもち、手助けする住民が維持・増加する	84	84	70	70	60	73
	28	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	69	66	63	57	53	55
	29	周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える	82	78	74	80	87	86
	30	必要な社会資源が地域に配備される	83	84	77	83	80	82
	31	目標に掲げた母子保健指標が改善する	84	84	93	93	93	95

注) 網掛けは「重要である」+「やや重要である」の回答率が75%未満の項目

表3 評価指標の『重要』と『わかりやすさ』

評価指標 詳細	評価指標 番号	評価指標	重要性(%)							わかりやすさ(%)							分類		
			5	4	3	2	1	NA	計	5+4	5	4	3	2	1	NA		計	5+4
構造・活動の基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	73.1	22.2	4.1	0.6	0.0	0.0	100.0	95.3	53.2	28.1	15.2	2.3	0.6	0.6	100.0	81.3	AB
	2	職場内に母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	62.6	31.0	6.4	0.0	0.0	0.0	100.0	93.6	50.3	26.3	14.0	5.3	3.5	0.6	100.0	76.6	AB
	3	保健・医療・福祉の地域の関係者と子育て支援について話し合う場・会議がある	64.9	27.5	7.0	0.0	0.0	0.6	100.0	92.4	49.1	27.5	16.4	5.8	1.2	0.0	100.0	76.6	AB
	4	母子保健の地域ニーズを基とした予算が計上・確保されている	48.5	31.6	18.1	1.8	0.0	0.0	100.0	80.1	28.1	26.9	31.6	12.9	0.6	0.0	100.0	55.0	Ab
	5	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	64.9	26.9	8.2	0.0	0.0	0.0	100.0	91.8	39.2	33.9	23.4	1.8	1.8	0.0	100.0	73.1	Ab
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	74.9	20.5	3.5	0.0	0.0	1.2	100.0	95.3	45.0	38.0	12.3	2.9	1.2	0.6	100.0	83.0	AB
	7	保健師が地域に外向き、地区活動を行う時間が確保されている	61.4	29.2	8.2	0.6	0.0	0.6	100.0	90.6	35.1	26.9	27.5	9.4	1.2	0.0	100.0	62.0	Ab
	8	保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある	57.9	35.7	5.8	0.6	0.0	0.0	100.0	93.6	31.6	33.9	21.6	9.4	3.5	0.0	100.0	65.5	Ab
プロセス	9	地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローの必要な対象)を把握している	76.0	21.6	1.8	0.0	0.0	0.6	100.0	97.7	50.9	36.3	8.8	2.9	0.0	1.2	100.0	87.1	AB
	10	子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている	53.2	35.7	8.8	1.2	0.0	1.2	100.0	88.9	24.0	35.1	31.0	7.0	1.8	1.2	100.0	59.1	Ab
	11	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	63.2	32.2	4.1	0.6	0.0	0.0	100.0	95.3	43.9	38.0	12.9	4.7	0.6	0.0	100.0	81.9	AB
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	43.3	43.9	11.7	1.2	0.0	0.0	100.0	87.1	25.1	38.0	29.2	5.3	2.3	0.0	100.0	63.2	Ab
	13	母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	47.4	35.1	16.4	0.6	0.0	0.6	100.0	82.5	29.2	31.6	29.2	6.4	2.9	0.6	100.0	60.8	Ab
	14	個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	68.4	26.3	4.1	1.2	0.0	0.0	100.0	94.7	50.3	32.7	10.5	4.7	1.2	0.6	100.0	83.0	AB
	15	グリーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている	52.6	34.5	9.9	2.9	0.0	0.0	100.0	87.1	29.2	35.1	23.4	11.1	1.2	0.0	100.0	64.3	Ab
	16	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している	48.5	34.5	15.8	0.6	0.6	0.0	100.0	83.0	45.0	32.2	11.7	5.3	5.8	0.0	100.0	77.2	AB
	17	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	33.9	38.0	25.7	0.6	1.2	0.6	100.0	71.9	32.7	28.7	22.8	7.6	8.2	0.0	100.0	61.4	ab
	18	多世代(地域住民)に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している	32.7	44.4	19.3	2.9	0.6	0.0	100.0	77.2	24.6	34.5	26.9	10.5	3.5	0.0	100.0	59.1	Ab
	19	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている	46.8	40.4	10.5	1.8	0.6	0.0	100.0	87.1	37.4	35.1	20.5	3.5	2.9	0.6	100.0	72.5	Ab
	20	母子保健活動・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	59.6	32.2	7.0	0.0	0.6	0.6	100.0	91.8	34.5	35.7	21.1	7.0	1.8	0.0	100.0	70.2	Ab
	21	母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	43.3	38.6	16.4	0.6	0.0	1.2	100.0	81.9	26.3	30.4	34.5	5.8	1.8	1.2	100.0	56.7	Ab
結果1	22	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	44.4	29.8	21.1	3.5	0.6	0.6	100.0	74.3	38.6	26.3	27.5	5.3	0.6	1.8	100.0	64.9	ab
結果2	23	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	51.5	32.2	14.0	2.3	0.0	0.0	100.0	83.6	38.0	30.4	21.6	8.8	0.6	0.6	100.0	68.4	Ab
	24	各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する	77.8	17.0	4.1	0.6	0.6	0.0	100.0	94.7	71.3	22.2	4.7	1.2	0.0	0.6	100.0	93.6	AB
	25	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	27.5	38.6	31.0	1.8	1.2	0.0	100.0	66.1	25.7	29.8	34.5	8.2	1.8	0.0	100.0	55.6	ab
	26	関係者との協働で解決された地域課題が増える	28.7	42.1	27.5	1.2	0.6	0.0	100.0	70.8	18.1	29.2	41.5	8.8	2.3	0.0	100.0	47.4	ab
結果3	27	子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する	37.4	38.6	21.6	1.8	0.6	0.0	100.0	76.0	19.9	28.7	35.1	12.9	3.5	0.0	100.0	48.5	Ab
	28	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	24.6	37.4	35.7	1.8	0.6	0.0	100.0	62.0	18.7	28.1	42.1	8.8	2.3	0.0	100.0	46.8	ab
	29	周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える	45.6	34.5	18.1	0.6	0.6	0.6	100.0	80.1	31.0	29.8	29.2	5.3	4.7	0.0	100.0	60.8	Ab
	30	必要な社会資源が地域に配備される	42.1	37.4	17.5	0.0	0.0	2.9	100.0	79.5	25.1	32.7	28.7	9.9	2.3	1.2	100.0	57.9	Ab
	31	目標に掲げた母子保健指標が改善する	58.5	30.4	9.9	0.6	0.0	0.6	100.0	88.9	45.6	31.6	18.7	2.3	1.2	0.6	100.0	77.2	AB

注)重要性及びわかりやすさの網掛けは各々『重要である』『やや重要である』、『わかりやすい』『ややわかりやすい』の回答率が75%未満の項目

表4 母子保健活動の評価指標に関する提案、意見、感想

評価枠組	評価指標	評価指標についての自由記載欄	
構造・活動の基盤	4 母子保健のニーズを基とした予算が計上/確保されている	「ニーズを基にした予算」の確保とは何を示すのかあいまい。補助金活用が独自予算か、また規模についての指標が示せるとよい。 予算がなくても地域ニーズに対応することは可能。	
	5 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	「利用されやすく、周知されている」周知したことは報告できても「利用しやすい」かどうかの評価までできていないのではないか。	
	6 発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	「発達障がい」「児童虐待の早期発見」の体制については別々の項目に立てた方がよい。	
	7 保健師が地域に向き、地区活動を行う時間が確保されている	訪問からのアセスメントで施策化、事業化され、目的が達成されているものもある。訪問は支援の手段の1つであると思う。確かに地区活動でアセスメントすることは大切だが、件数や時間で評価の視点をもつことが適切なのか疑問。 評価しづらいのではないか。客観的な視点を提示しないと、主観で評価してしまう可能性がある。 件数での判断は時間と比例しない。 保健師の地区活動の時間の確保を見るのであれば、訪問時間のほか、地区組織づくりやネットワーク活動も算定すべきと思う。全体の中でどのくらいの割合の時間を地区活動に割けるかということ「確保」ということの違いもある。「確保」とする指標は示せないか。	
	10 子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズ分析(地域診断・組織診断)を行っている	住民との協働、地区組織との連携支援等、具体的な活動を始める前の保健師の働きについて評価できるのは。	
	11 母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	大変意味のあることと思う(感想)	
	12 地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	もう少し地域の関係者との協働による活動で、地域がどう変化したかをみる評価指標等があればよいと思う。	
プロセス	13 母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	事業計画と地区活動計画と 別の質問の方が良い	
	14 個別支援が必要な児や親について母子保健担当者が支援方法話し合い、支援計画を立て、実施している	業務担当と地区担当については、自治体の大きさや考え方でとらえ方が違うのではないか。	
	15 グレーゾーンの事例に対しては必要な期間支援を行っている	グレーゾーンの事例について～どのような事例が該当となるのか。 必要な期間のとらえ方が個別に違うと思うが、評価指標としての「わかりやすさ」と結びつけにくいと思った。必要な期間とは必要な期間というのはいまい 「グレーゾーンの事例」について、定義が難しい。	
	16 子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している	集まる場がはいまい	
	20 母子保健活動・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	評価モニタリングが実際どうやって行えるのか、評価はこの評価指標を使うのか。	
	22 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	事業は多岐にわたる 親からの声を反映し、評価する視点はとても大切と感じた。(感想)	
	23 個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	発達障害、虐待、グレーゾーン以外の訪問のことが、同じことではないか。	
	24 各種健診の未受診者調査率が向上する	未受診対応については調査というよりも母子保健活動の一環としてのフォローになる	
結果	26 関係者との協働で解決された地域課題が増える	解決された課題というのがわかりにくい 評価むずかしい。(感想)	
	27 子育てに関心をもち、手助けする住民が増える	評価指標のようになることが望ましいことは、とても理解できる。しかし、評価の際に、個人、団体等の増加の程度を判断することが難しい。広げようと思うと関係部署もすごく多いし、何をどのようにカウントするかがわかりにくい。	
	28 事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直し機会に参加する住民・関係者数が増える	多くの関係者の協力を得るという意味では、参加人数での評価もありかと思うが、内容の評価はどうしたらいいのでしょうか？	
	29 周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える	楽しいと思うと手助けがあるはそれぞれ別の項目では？	
	30 必要な社会資源が地域に配備される	21と同じではないか、確認することと実施把握することは違うのか。 必要なのがわかりにくい	
	全体	感想・意見等	具体的だったのでわかりやすかった。視点が活動の振り返り、気づきにもなる。 困難事例への支援etc.質の評価がみえにくい。 子どもの健康課題(食・生活リズム、睡眠、歯科保健、体力等)に対する評価指標 母親の健康課題(妊娠中、産後)に対する評価指標 人口規模が大きくなると、母子に関わる部門も分散します。そのことで必要な対策が抜けないよう、また同じような事を二重にする必要はないので、うまい役割分担を相互にわかりやすく、そしてつながるような体制について、確認できるものがあればよい。 結果について 客観的な評価ができるよう現状の業務の見直しが必要だということを再認識しました。評価のための研修など今後開催してほしい。 現状の評価をする際、あてはまらない項目もあり、評価に悩むところがあったが、今後、事業計画等を立案するには今まで不足していた内容等もれなく記載することができ、有効だと思う。 評価指標は「わかりやすさ」より、実施状況(成果)のほうがわかりやすく回答しやすいように思う。 母子保健分野だけでは、把握できない項目もあり、「わかりやすさ」の基準は回答者の主観で回答している。 自治体によっては、業務の役割分担(保健課、子育て支援課、福祉課など・・・)されていると、回答しにくい項目がある。その点は、その市町の関係課間の連携上の課題でもあると思われる。

表5 母子保健活動の評価マニュアル(評価の手引き)に関する提案、意見、感想

評価枠組	評価指標	評価マニュアル	評価マニュアル(評価のてびき)についての自由記載欄
構造	6 発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	母子保健手帳交付時のスクリーニングシート、医療機関との連携体制、乳幼児健診の手エクサシートや専門職の配置などについて確認する。また、従事者のスクリーニングのための力量を高める現任教育体制があるかも確認する。	妊婦届や専門職の配置がすなわら発達障害及び虐待予防の早期発見とされることに違和感がある。
プロセス	10 子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている		根拠資料が適当でないように思う (根拠・資料)子育てグループ等との会合の記録 子育てガイドブック 等
	12 地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	関係機関とは保健所、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について達成目標の合意形成を図っているか確認する。	関係機関の示す範囲が広い
	14 個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	担当者でフォローケースを確定し、フォローの方法、頻度を協議し、フォロー結果を共有しているか確認する。母子保健担当者は地区担当も含める。	グレーゾーンや個別支援の必要な母子に対して、具体的にどのような支援が成果をあげているのか、それから「成果」を何をもって評価すればいいのか、研究していただけると、どのような母子保健計画を立てていくかの参考になる。
	15 グレーゾーンの事例に対しては長期的な支援を行っている	グレーゾーンの事例とは発達の違いが確定してなく、福祉や医療のサービスが給付される条件を満たしていない事例等を指す。必要な期間とは、問題は明らかに、親等が保健部門の支援を必要となくなるまでの期間である。	保健部門以外での支援の有無は？
	17 子育て不安や成長発達に連れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	親のグループ育成のニーズを把握し、グループ化へ向け支援を行っている。あるいは、集まる場の設定のみならず自主的な交流を促しているか確認する。	乳幼児期はこどもの成長発達に伴い、コミュニケーションのとり方やお遊びが変わること、また、お母さんたちも余裕のないなかで、場の設定やグループ活動は重要ですが、自主化まで含めるのはゴールが高すぎる
	21 母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	福祉、医療機関を含めた関係者で資源及び制度の不備・不足について検討する機会を持ち、改善を図っているか確認する。	圏域によって医療施設の整備状況が異なる。小児科・産科のない地域は、どう評価すればよいのか
結果	23 個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	評価指標6、15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期間訪問が実施されているか確認する。フォローすべき人を拾い上げるだけでなく、訪問により必要な期間の支援がなされている割合を把握する。	訪問未実施の理由が把握されている。(訪問を拒否したり、その理由や状況により虐待が疑われることも考えられるため)
	28 事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	母子保健活動の評価・見直しの機会とは、個々の母子保健事業終了時の利用者の声、母子保健推進員の評価を指し、そこに参加する住民(児童委員・母子保健推進員)や保育士、産科・小児科医の参加数を確認する。	「住民(児童委員、母子保健推進員)」とあるが、一般市民とは違うため関係者と考えるべきではないか。 根拠・資料の欄について、具体的な内容を示していただくと評価しやすい。
全体	感想・意見等	乳幼児健診についてということだと思うが、何の健診なのか少し判断に迷った。評価指標にある「各種健診」の具体的な例をマニュアルの内容に入れていただければと理解しやすい。	
		評価指標だけでは理解することが難しいが、てびきで具体例や説明があるとイメージができる。	
		保健師業務に必要なことが、評価の考え方に記されており、調査に回答しながら勉強になった。	

表6 母子保健活動の評価指標と評価マニュアルの見直し

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）		※見直した部分をゴシック体で示す		
評価項目	評価指標 (H27)	根拠・資料の加筆・修正	マニュアルの加筆・修正	
構造・活動の基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	各種保健福祉関連計画 等	市町村基本構想、母子保健計画、すこやか親子、子ども子育て支援計画等に記載されている。又は、保健部門が扱う母子保健関連の計画にも記載があるか確認する。
	2	職場内に母子保健対策を推進し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	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健康課、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、業務の重複や漏れがないかを確認する。母子保健福祉対策の全体を俯瞰し、各部門の方針や活動について情報共有し、母子保健計画の評価・見直しができる会議があるかを確認する。
	3	地域の保健・医療・福祉の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある	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との連絡会議、地域の母子保健福祉関連の医療機関と連携し、協議する場・会議について確認する。
	4	母子保健の地域ニーズに対応できる予算が計上/確保されている	母子保健関連予算、補助金 等	協定事業以外の地域ニーズに対応する予算が確保されているか確認する。
	5	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	子育てガイドブック 即応センター 子育てに関する行政視察誌 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、「身近さ」、「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。
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制（仕組み）がある	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体制、専門職の配置、住民からの情報提供等について確認する。
	7	保健師が地域に Outreach、地区活動を行う時間が確保され、保健師の地区活動の意義が認識されている	家庭訪問記録 地区巡回育成 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、地域の関係者を訪問しているか。地域に Outreach することが職場内で認知され、地区活動の時間が確保されているか確認する。
	8	保健師（担当者）が助言を得る（相談できる）場・体制がある	定期的な研修会 事例検討会 教育機関との連携 地域の専門職への参加 管内の他職種・同職種との勉強会 等	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・課題について、大学などの教育機関や専門機関、また O.B（遠隔通信システム）等から助言、指導が得られるかを確認する。
プロセス	9	地域の乳幼児と親の健康状態・生活状況、相談内容を捉え、個別支援に必要な対策（フォローの必要な対策）を把握している	母子保健実態報告 相談記録 母子保健台帳 等	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、未受診者情報など、届出や健診、訪問、相談等の日常の業務を通して支援が必要な対象が把握されているか確認する。発達障害や虐待が疑われるケースが把握する基盤やカンファレンスがあるかも確認する。
	10	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育員・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	母子保健関係者会議 保育園等訪問記録 ニーズ調査（計画策定時） 等	日常の活動を通して把握した母子に関する情報、地域の助産師や保育士、小児科医等と適宜あるいは定期的に交換しているか確認する。情報には、子ども子育て支援計画等の立案時や見直し時に活用調査も活用する。
	11	母子保健に関する地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析（地域診断・相談診断）を行っている	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の最新情報を資料や関係者の調査によって収集し、それらの情報を担当者で分析できているかを確認する。
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	子育て支援者等の会議録 等	関係者とは住民、保健師、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について合意形成を図っているか確認する。この指標の成果は、結果25, 26, 27, 28に反映される。
	実施（計画、支援）			
	13	母子保健の各種事業計画を立てている（13、14に分析）		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ものを指す。また、計画には、災害時、緊急時対応の計画も盛り込まれているか確認する。地区活動計画には、地域住民の地域づくりの計画を踏まえているか確認する。
	14	保健師の地区活動の計画が立てられている		地区活動の計画には、地域住民の地域づくりの計画を踏まえているか確認する。
	15	個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	発達支援カンファレンス記録 担当者会議録 等	フォローケースを確定し、フォローの方法、頻度を協議し、フォロー結果を共有しているか確認する。母子保健担当者で地区担当も含める。
	16	グループでの事例に対しては、必要な期間支援を行っている		グループでの事例とは診断が確定しておらず、福祉や医療の制度の利用に至っていない事例を指す。必要な期間とは、他機関他部署に引き継がれ、主な支援が保健師部門でなくなるまでの期間を指す。
	17	子育てで不安や成長発達の遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している		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を確認できる場を指す。他部門が設定している場合は、それらの情報を共有しているかも含め確認する。
	18	子育てで不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	フォロー事例記録 視グループ支援記録 等	親のグループ育成のニーズを把握し、グループ化へ向け支援を行っているか、ある場合は、集まる場の設営のみならず自主的な交流を促しているか確認する。
	人材育成			
19	地域住民に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを支援するよう啓発している	母子保健推進員研修等の記録 等	地域住民の子育てへの関心が高まるように、地域の子育ての実態や課題を発信する。他部門と連携して行う児童委員、母子保健推進員や NPO・ボランティア等の育成も含める。	
20	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている	研修事業報告 事例検討会記録 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会等により、職員・支援者の力量形成の機会を設けているか確認する。支援者には実施後には必ずカンファレンスも含める。	
評価・モニタリング				
21	母子保健活動・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		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定期的に行っているか確認する。	
支援体制の整備・改善計画				
22	母子保健福祉の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	母子保健関係者会議 医療・福祉関係会議 緊急対応システム 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・不足等について検討する機会を持ち、改善を図っているか確認する。	
結果 1	23	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	アンケート調査 母子保健推進事業終了時の聞き取りの記録 等	事業への参加者の感想を発言や記録等から確認する。また、計画の見直し時にアンケート調査を実施し、利用者の声を評価として把握することも含める。
結果 2	24	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上するが増える	訪問（保健師、母子保健推進員等）実施 事例検討会記録 等	評価指標 15 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がなされているか確認する。ケースに会えなかった場合も訪問実施数に含める。
	25	各種健診の未受診者割合をフォローを徹底し、未受診率が減少する	母子保健推進報告 等	フォローにより未受診者の実態を把握し、新たなあるいは潜在的な住民ニーズを把握する。
	26	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	アンケート調査 ネットワーク（連絡）会議録 等	母子保健の日常業務を通して、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動機づける働きかけがなされているか確認する。また、ネットワーク会議へ参加する機関やグループ数を確認する。
27	地域の関係者と情報交換された地域課題が増えるし目標が達成される	連絡会議の記録 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、達成された目標が増えたか確認する。	
結果 3	28	子育てに関心をもち、手助けする住民が増える	事業実施報告 等	評価指標 18 と関連し、自治体の「地域づくり」関連課や社会福祉協議会等と連携して、子育てに関心をもち、手助けする住民が増えているか確認する。
	29	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者がつながりを維持・増加させ、ネットワークが強化される	会議録 母子保健事業報告 等	母子保健活動の評価・見直しの機会とは、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を指し、そこに参加する住民（児童委員、母子保健推進員）や保育士、産科・小児科医の参加数を確認する。
	30	周囲の力を借りて子育てする親が増える	行政調査 健診時の調査票 科学的相談診断 等	子育て支援の補完的役割である「親が周囲の力を借りられ、前向きに子育てができる」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で確認する。
	31	母子保健に必要な社会資源が地域に配られる整備され、十分に機能している	地域診断情報	評価指標 21 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。地域のケースシステムの構築を含めた社会資源が機能しているか
	32	目標に掲げた母子保健指標が改善する	母子保健報告 等	母子保健計画に掲げた達成目標の到達状況等から把握する。子育てで不安をもつ親の減少の軌、例えば、低体重児出生率、産後の重症事例の減少等である。

健康づくり分野の評価指標の検証

分担研究者 藤井広美（了徳寺大学健康科学部看護学科）

研究要旨 健康づくり活動に関する保健活動の質を評価するための標準化された指標開発を目的に、平成 27 年度は全国の市町村 580 か所に 36 項目からなる評価指標に評価マニュアルを添付した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」を用いて、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」および評価マニュアルの有用性を調査した。その結果、回収数 182 通、回収率 31.4%であった。「わかりやすさ」、「重要性」ともに高いと回答した割合が 75%以上は 20 項目、「重要性」は 75%以上であるが「わかりやすさ」が 75%未満は 15 項目、「わかりやすさ」と「重要性」ともに 75%未満は 1 項目であった。評価マニュアルについては、約 8 割が「役に立った、やや役に立った」と回答し、概ね有効に活用できることが示唆された。これらの結果と、自由記載により寄せられた意見や提案を踏まえて論議し、評価マニュアルを添付した 36 項目から構成される「健康づくり活動の評価指標」を標準化された評価指標として完成させた。

## A. 研究目的

本研究は、健康づくり活動の質を評価するための標準化した指標を開発することである。平成 27 年度は、平成 26 年度までに作成した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」と評価マニュアルを用い、全国の市町村を対象として、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」および評価マニュアルの有用性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

健康づくり活動の評価指標は、「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」に焦点を当てている。平成 26 年度の取り組みにおいて評価項目の精練を行った 36 項目から構成される「健康づくり活動の評価指標（27 年度版）」に、評価マニュアルを添付した「全国調査票（健康づくり）」を用いて、全国より無作為抽出を行った 580 か所の市区町

村の健康づくり担当の保健師を対象に、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」および評価マニュアルの有用性について郵送調査を行った。回答方式は、評価項目ごとの「わかりやすさ」、「重要性」、評価マニュアルの「有用性」ともに 5 件法とした。また、評価指標および評価マニュアルに対する意見や修正案等についての自由記載を求めた。

### 2. 調査期間

調査期間は、平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月であった。

### 【倫理的配慮】

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されないことを文書で説明し、調査票の返送をもって同意したとみなすこととした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承諾を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 回収状況

配布数 580 通、回収数 182 通、回収率 31.4%

であった。回答機関の概要については、表 1 の通りであった。

表 1 回答機関の概要

<u>市区町村別</u>	
市	104 か所
区	3 か所
町	64 か所
村	9 か所
<u>人口規模別</u>	
1 万人未満	32 か所
1 万人以上 3 万人未満	46 か所
3 万人以上 5 万人未満	18 か所
5 万人以上 10 万人未満	49 か所
10 万人以上 20 万人未満	23 か所
20 万人以上	13 か所

## 2. 評価指標のわかりやすさと重要性

各評価指標の「重要性」と「わかりやすさ」の集計結果は表 2、図 1 の通りであった。各項目の回答状況は割合で示した。また、重要性において「重要、やや重要」、「わかりやすさ」においては「わかりやすい、ややわかりやすい」と回答された項目について、75%以上であるどうかで分類した。その結果、「わかりやすさ」、「重要性」ともに 75%以上であった項目は 20 項目、「重要性」は 75%以上であるが「わかりやすさ」が 75%未満の項目が 15 項目、「わかりやすさ」、「重要性」ともに 75%未満である項目が 1 項目であった。

重要性が低い項目は 1 項目で、「健康づくりを支援する施設や民間事業者の参画に対する働きかけ」に関することであった。

「わかりやすさ」が低い項目は、「活動について組織を越えた相談・助言が得られる体制」、「住民の思いや関心への着目」、「関係者、関連施設や民間事業者との連携」、「生活習慣の改善」、「治療中断者」などに関することであ

った。

## 3. 評価指標に対する意見

各評価指標に対する意見、提案については、表 3 にまとめた。主な内容としては①「できている」、「充足している」等に対する評価の基準が難しい、②思いや関心、主観的なアンケートなどの妥当性、③「無関心者」、「治療中断者」等の把握が困難である、④自治体の規模によりなじみにくい項目があるなどであった。

## 4. 評価マニュアルに対する意見

評価マニュアルの有用性については、役に立つ 32.7%、やや役に立つ 49.7%、どちらともいえない 15.8%、あまり役に立たない 0.6%、役に立たない 1.2%であり、約 8 割の回答機関より「役に立つ」「やや役に立つ」と評価された。主に評価された点は、評価の考え方や視点が分かったということであった。また、単にマニュアルに沿って評価するだけでなく、それぞれの項目についてスタッフ間で討議することがスキルアップにつながるなどの意見や評価指標の活用により自組織の経年変化や他市町との比較ができたり、予算確保や政策提言にも役立てたりできることへの期待も寄せられた。一方で、「活動を評価して改善していく必要は認識しているが、日々の業務に追われて振り返りもできていないのが現状である」、「現状把握ができておらず評価が困難である」、「評価が保健師個人の資質の問題にされがちであり組織全体の方針を反映できるようなマニュアルであって欲しい」など、活動評価を実施していく上での課題もあげられた。

評価マニュアルの記載に対する意見についての主な内容は、①誰が行うことなのかなど共通言語化が必要、②特定健診だけでなく各種がん検診など各市町村が取り組んでいる事業を反映させてほしい、③まずは特定健診・

特定保健指導のデータをきちんと分析することが優先される、④他市町との比較のためには、主観的な指標は個人により尺度が異なるため重要性は低いのではないかなどであった。

## D. 考察

### 1. 調査結果に基づく評価指標の検討

以上述べた評価指標の検証結果をもとに研究班員で議論し、評価指標の修正を行った。加筆、修正を行ったのは以下の2項目である。**評価指標 1** 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている。

下線の部分について、担当する保健師が配置されていないことは少ないという意見があったことから、「業務量に見合った」という文言に修正した。

**評価指標 35** (糖尿病等の) 治療中断者が減少する。

各自治体の重点課題に対応するために、下線部について「糖尿病等の重点課題とする疾患の」という文言に修正した。

「無関心層」や「治療中断者」などについては、対象を捉えることが困難との意見があったが、対象を捉えるための仕組みづくり(関係機関や住民組織などとの連携)が重要であると考えたため、評価指標として残すこととした。また、住民の声や思い、関心など主観的な情報は評価指標として適切であるか疑問であるとの意見があった。しかし、健康づくり活動のアウトカムが見えるには長期間を要することが多く、その前提として保健師が住民とのかかわりの中で反応の変化など質的な変化をどうとらえて事業を組み立てているかが重要であると考えた。したがって、これらの評価指標についても残すこととした。最終的に作成された36項目から構成される「健康づくり活動の評価指標」を文末に示した。

### 2. 調査結果に基づく評価マニュアルの検討

評価マニュアルについては、前述のとおり、全体的な表現に対する意見が多くを占めた。これらを踏まえて、5項目の評価マニュアルについて修正を行った。修正の要点は以下のとおりである。

①健康づくりの課題として取り上げるのは、特定健診・特定保健指導のみならず、各自治体で重点課題として取り組んでいる事業・疾患を扱う。

②データ分析に基づく評価が重要であることは言うまでもない。しかし、データの性質によっては結果につながるまでに長期間を要することもある。そのプロセスでの質的な変化をとらえるために、保健師が住民と関わる中でとらえた反応の変化等の情報も重視したい。

③無関心層や治療中断者への関わりについては、地区活動の強化や職域との連携、医療機関や医療保険者との連携など、把握するための仕組みづくりも保健師の意図的な活動として視野に入れたい。

④③に加えて、公共施設や民間事業者を健康づくり活動に巻き込んでいくことは、ポピュレーションアプローチとしての健康なまちづくりの観点からも重要であると考えた。

### 3. 標準化された評価指標について

本研究における評価指標は、各自治体の健康課題に対しての活動が見える化し、その経年変化を明らかにすることが目的である。以上の評価指標と評価マニュアルの検討から、評価対象の範囲や到達目標は地域診断等に基づきその自治体がめざす課題を打ち出すことが重要であり、その課題に即した評価指標を設定することが適切であると考えた。今回、全国調査を行うことで、どこでも活用でき、健康づくり活動の評価として適切と考える標準化された評価指標を提示した。各自治体は

これらの評価指標を活用して、地域課題の即した評価指標を創出することを期待したい。

#### 4. 政策提言

健康づくり活動においては、周知の通り、地域保健・健康増進事業報告や特定健康診査・特定保健指導事業報告等により、事業の概要が把握されている。しかし、活動の性質上、アウトカムが見えるまでに長期間を要したり、健診受診率や保健指導実施率の向上が頭打ちになりつつあったりと、担当保健師にとって活動の手ごたえをつかむのが困難な現状がある。今回の調査においても、活動の評価が保健師個人の資質の問題として問われがちであることや、日々の業務に追われて評価できる余裕がないなど、保健師自身が疲弊している様子が見えられた。地域における保健師の保健活動に関する指針でも触れられているように、保健師の活動には「ソーシャルキャピタルを活用した事業の展開及びその核となる人材の育成に努め、地区住民組織、ボランティア組織及び自助グループ等の育成及び支援を行うとともに、これらとの協働を推進すること。」が期待されている。特に健康づくり活動においては、健康なまちづくりの観点から、ソーシャルキャピタルの醸成と関係組織との連携を推進していくことが、アウトカムとしての健康指標の改善につながると考えられる。このような、数値では現れない保健師の仕掛け（健康なまち）づくりを見えるようにすることが保健活動の質を評価する上で重要であると考えられる。

この観点から、今回開発した評価指標の「地域の健康課題や活動対象を地域づくりの協力者と共有している」「健康づくり活動の資源となる地区組織や自主グループ等を育成している」「健康づくり活動の関係者による連携会議を開催した」等を保健活動の質の評価指

標として、活用されることを期待した。

#### E. 結論

平成 27 年度は全国の市町村 580 か所に 36 項目からなる評価指標に評価マニュアルを添付した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」を用いて、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」および評価マニュアルの有用性を調査した。その結果を踏まえて議論し、36 項目から構成され評価マニュアルが添付された標準化された「健康づくり活動の評価指標」を作成した。

#### F. 引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成 26 年度厚生労働科学研究年度終了報告書，2015
- 2) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年 7 月 10 日付厚生労働省告示第 430 号）
- 3) 日本看護協会：市町村保健活動のあり方に関する検討報告書，平成 23 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業，2012
- 4) 地域における保健師の保健活動について：（平成 25 年 4 月 19 日付厚生労働省健康局長通知健発 0419 第 1 号）
- 5) 平野かよ子編：事例から学ぶ保健活動の評価，医学書院，2001

#### G. 研究発表

##### 1. 学会発表

第 74 回日本公衆衛生学会総会、長崎、2015. 11

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

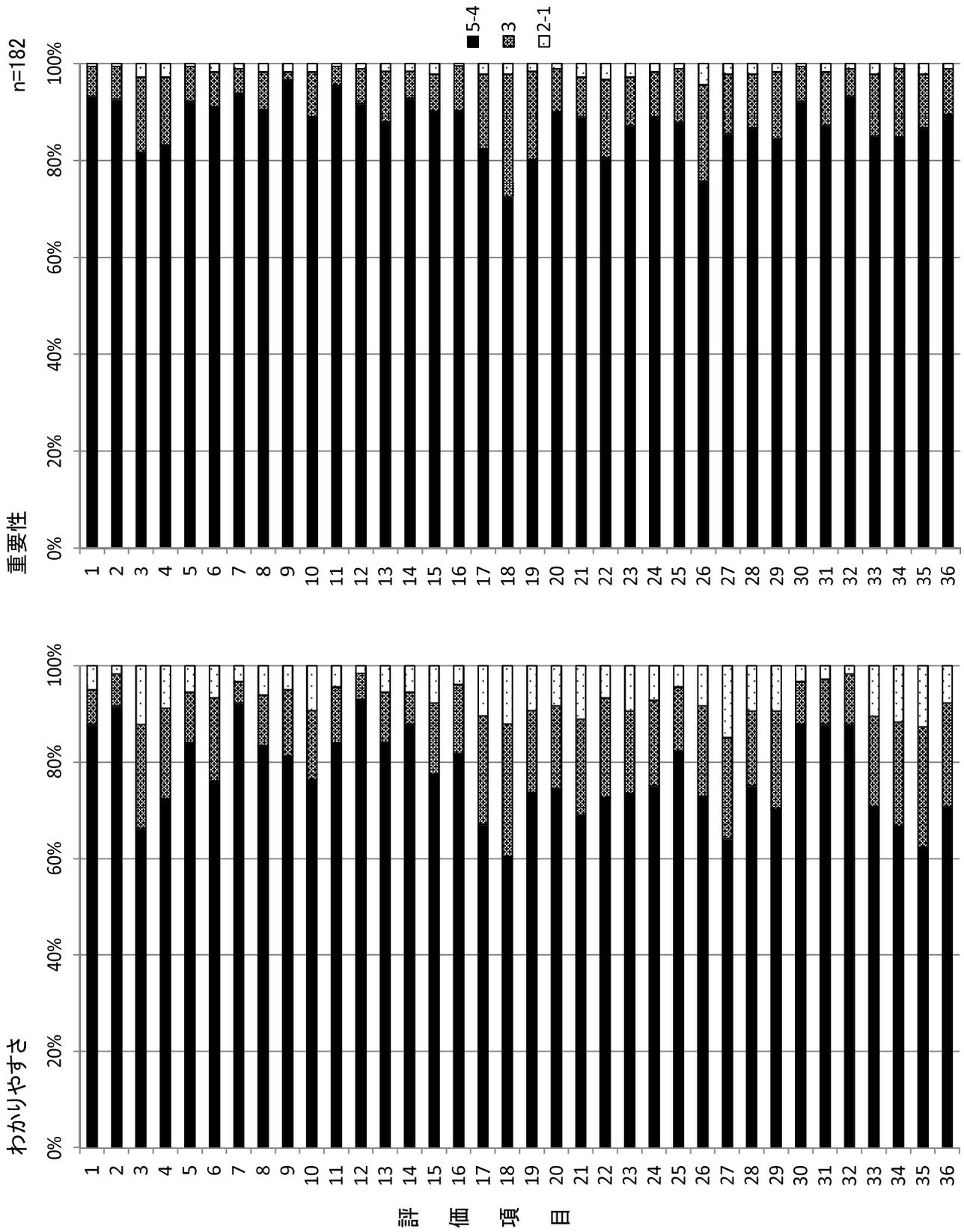


図1 評価項目のわかりやすさと重要性

表2 健康づくり分野の評価指標の重要性・わかりやすさ

評価指標番号	重要性 (%)			わかりやすさ (%)			A:重要性 B:わかりやすさ				
	5-4	3	2-1	5-4	3	2-1	A $\geq$ 75, B $\geq$ 75	A $\geq$ 75, B<75	A<75, B $\geq$ 75	A<75, B<75	
1	健康づくり活動を担当する保健師が配置されている	93.3	6.1	0.6	87.8	7.2	5.0	1			
2	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織(食生活改善推進員、健康づくり推進員、在宅栄養士、自主グループ等)との協議の場がある	92.8	6.7	0.6	91.7	6.6	1.7	2			
3	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。	81.6	15.6	2.8	66.3	21.5	12.2		3		
4	目標の受診者数に応じた各種健診(検診)の実施機関・設備が充足している	83.2	14.0	2.8	72.4	18.8	8.8		4		
5	重点課題について医師会や地域の医療機関との連携の場がある	92.2	7.2	0.6	84.0	10.5	5.5	5			
6	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	91.1	7.2	1.7	76.1	17.2	6.7	6			
7	健康づくり活動(重点課題を含む)が健康増進計画や健康づくり計画などに位置付けられている	93.9	5.0	1.1	92.2	4.4	3.3	7			
8	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	90.5	7.8	1.7	83.4	10.5	6.1	8			
9	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	96.7	1.7	1.7	81.2	13.8	5.0	9			
10	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している。	89.0	9.4	1.7	76.4	14.3	9.3	10			
11	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っている	95.6	3.9	0.6	84.0	11.6	4.4	11			
12	健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している	91.8	7.1	1.1	92.9	5.5	1.6	12			
13	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	87.9	10.4	1.6	84.1	10.4	5.5	13			
14	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。	92.9	5.5	1.6	87.8	6.6	5.5	14			
15	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(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)を行っている	90.1	7.7	2.2	77.5	14.8	7.7	15			
16	住民の受診しやすさに配慮した健診や健康教育を計画している	90.1	9.3	0.5	81.8	14.4	3.9	16			
17	住民の声や思いに着目した事業の企画・評価を行っている。	82.4	15.4	2.2	67.0	22.5	10.4		17		
18	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	72.5	25.3	2.2	60.4	27.5	12.1				18
19	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	80.2	18.1	1.6	73.6	17.0	9.3		19		
20	医療機関や医療保険者と連携し、重点課題に関する地域の実態の把握・分析を行っている	90.1	8.8	1.1	74.4	17.2	8.3		20		
21	地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象を保健師と地域の健康づくりに関する協力者との間で共有している。	88.8	8.4	2.8	68.9	20.0	11.1		21		
22	関連機関(医師会、学校、企業、商店会、住民組織など)と連携して健康づくりの啓発活動を行っている	80.6	16.1	3.3	72.6	20.7	6.7		22		
23	エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある	87.2	10.0	2.8	73.5	17.1	9.4		23		
24	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。	89.0	9.4	1.7	75.1	17.7	7.2		24		
25	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(職員のみならず健康推進員やその他の関係者を含む)	87.8	11.0	1.1	82.3	13.3	4.4		25		
26	健診や健康教育等の事業参加(利用)者から肯定的な意見が聞かれる。	75.7	19.9	4.4	72.9	18.8	8.3		26		
27	健康づくりに関心を持つ住民が増加する	85.6	12.2	2.2	64.1	21.0	14.9		27		
28	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	86.7	11.0	2.2	75.1	15.5	9.4		28		
29	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	84.5	13.8	1.7	70.2	20.4	9.4		29		
30	各種検診の受診率が向上する	92.3	7.2	0.6	87.8	8.8	3.3	30			
31	保健指導実施率・終了率が増加する	87.3	11.0	1.7	87.8	9.4	2.8	31			
32	各種検診の要指導・要精検者・要再検者等のフォロー率が向上する	93.3	5.6	1.1	87.8	10.6	1.7	32			
33	受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会がある者が減少する	85.1	12.7	2.2	70.7	18.8	10.5		33		
34	(糖尿病等の)治療中断者が減少する	84.9	14.0	1.1	66.7	21.7	11.7		34		
35	生活習慣を改善する住民が増加する	86.7	11.0	2.2	62.4	24.9	12.7		35		
36	目標に掲げた健康づくり指標が改善される	89.5	9.4	1.1	70.7	21.5	7.7		36		

表3 健康づくり分野の評価指標の重要性・わかりやすさについての意見、提案

評価指標番号	意見、提案など
1 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている	・健康づくり活動の保健師配置がない市町村は存在しないと思われるので、「充足しているか」等が良いのではないかと。
4 目標の受診者数に応じた各種健診(検診)の実施機関・設備が充足している	・どこまであったら出来ていると言えるか迷う。
6 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	・どこまであったら出来ていると言えるか迷う。
11 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っている	・評価指標に評価の根拠・資料の具体的な内容を入れるとよい。
13 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	・ハイリスク者のとらえ方は市町村によって異なるため評価指標となりうるのか。 ・どこまであったら出来ていると言えるか迷う。 ・ハイリスク者の抽出や支援計画がプロセス評価であり、フォロー状況については結果評価とはなるのではないかと。
14 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。	・どこまであったら出来ていると言えるか迷う。
15 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(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)を行っている	・無関心層という不確かな対象への働きかけは評価になりうるのか。
16 住民の受診しやすさに配慮した健診や健康教育を計画している	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
17 住民の声や思いに着目した事業の企画・評価を行っている。	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
18 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	・小さい町だと「民間」というキーワードが少々なじみづらい。
21 地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象を保健師と地域の健康づくりに関する協力者との間で共有している。	・[評価項目19]の中に含まれるのではないかと。
23 エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある	・エビデンスに基づいて効果的な保健指導方法を検討することを各自治体だけで行うことは必ずしも、スーパーバイズが必要である。また経年的な調査研究によって、エビデンスが得られるようになると思われる。
26 健診や健康教育等の事業参加(利用)者から肯定的な意見が聞かれる。	・アンケートや聞きとり調査では肯定的な答えが多くなるなどの偏りも予想される。 ・高齢化率が高い人口規模の小さい町では、評価しにくい。(健康づくりに関心のある人が複数の事業やグループに参加している。)
27 健康づくりに関心を持つ住民が増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・アンケート調査等実施しているが、主観と実態の違いをどのように縮小するかが難しい。
28 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	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・高齢化率が高い人口規模の小さい町では、評価しにくい。(健康づくりに関心のある人が複数の事業やグループに参加している。)
29 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	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
33 受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会がある者が減少する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・指標が理解しづらいことや、残留受動喫煙も考えられることから、喫煙者数の減少や喫煙スペースの増加などを指標とした方が評価価値があるのではないかと。
34 (糖尿病等の)治療中断者が減少する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・治療中断者がどの位いるのかわかるのかというのが疑問である。 ・「糖尿病等」の等は糖尿病以外にとりくんだ場合のことか。 ・「治療中断者」を「継続受診していない者とする」など具体的な設定があった方が他市町村と比較する場合等に有効である(KDBのどの項目にするかを決める)。
35 生活習慣を改善する住民が増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・生活習慣改善の幅が広く、目標も多岐にわたる中、どの項目をとらえて評価すればいいのかわかるのか。 ・生活習慣改善の幅が広く、目標も多岐にわたる中、どの項目をとらえて評価すればいいのかわかるのか。

**評価指標全体や複数項目に関連する意見・提案**

- ・全て重要性は高いと思った。実際に指標で評価を行うため、根拠を得るための準備も必要であるが、この指標で評価するという意識をもって事業に取り組むだけでも有効であると思う。
- ・すべて重要だと思う。保健活動について保健師が評価を行っているが、構造については企画や政策室で行ってほしい。
- ・全体的に評価の根拠、資料欄を参考にしなければ十分理解できない。
- ・実績だけでなく、質も合わせた評価が必要な項目は評価しにくい。
- ・重要であるが、市民全体の実態把握が難しい項目は評価しにくい。
- ・指標の1つの項目に複数の内容があると評価しにくい(要指導・要精検者のフォローなど)
- ・評価指標は項目により、プロセス評価があると良いものがある。
- ・指標により数年のスパンのもの、毎年評価するものがあるので、中期・長期の指標で分ける必要がある。
- ・保健師が保健活動を評価する際に、どこに視点を向けて評価すると良いのかを考えていくのに参考になると思うが、評価指標を読み込むのにかなりの時間と労力が必要になる。
- ・「わかりやすさ」をとらえづらい評価指標がある。市町村によってどこまでできているのかも違うし、とらえ方に幅がでて適切な質を保っているのか客観的な評価はみえにくいこともあるのではないかと。
- ・重要性が高い物ばかりで、優劣がつけられない。
- ・それぞれの項目が「できている」と評価する「ものさし」基準が不明確なのではと思います。
- ・アンケートの様な主観的指標は本評価に適さない。(それをもって改善しているかは分からない)

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
分担研究報告書

高齢者保健福祉分野の評価指標の検証

分担研究者 石川貴美子（神奈川県秦野市：研究協力者） 尾島俊之（浜松医科大学）

**研究要旨** 高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための標準化された評価指標の開発を目的に、平成 27 年度は全国の市区町村 580 か所に 30 項目の「高齢者保健福祉活動評価指標：平成 27 年度版」と評価マニュアルを送付し、各項目の「わかりやすさ」と「重要性」及び、評価マニュアルの有用性について調査を行った。

その結果、202 か所から回答（回収率 34.8%）を得た。「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動において重要性は高いことが示唆されたが、具体的にどのように評価するかがわかりにくいことから、評価マニュアルは必須であった。また、自由意見から、自治体により保健師の活動範囲や役割が異なるため、評価マニュアルはさらなる改善が必要であり、高齢者保健福祉分野の保健活動を効果的に展開するためには詳細な活動指針が必要と思われた。「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動の全体の振り返りや職場内での進行管理、保健師研修で活用できること示唆され、これを標準化され高齢者保健福祉分野の評価指標とした。

## A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための標準化した指標を開発することである。平成 27 年度は、『平成 27 年度に作成した高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための評価指標案（以下、「27 年度版評価指標」という）』について、全国の市区町村を対象とし、「わかりやすさ」と「重要性」及び、評価マニュアルの有用性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

調査に用いた「27 年度版評価指標」は、「高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる」を目的とし、その構成は、構造が 4 項目、プロセスが 18 項

目、結果 1～3 が 2 項目ずつで、合計 30 項目である。「27 年度版評価指標」の項目毎に評価マニュアルを添付した。

### 2. 調査対象と調査項目

無作為抽出を行った全国 580 か所の市区町村の高齢者保健福祉担当の保健師を対象に、評価マニュアルが添付された「27 年度版評価指標」の項目毎に「わかりやすさ」と「重要性」について回答を求める郵送調査を実施した。

回答方式は、「わかりやすさ」については「5：わかりやすい、4：ややわかりやすい、3：どちらともいえない、2：ややわかりにくい、1：わかりにくい」、「重要性」については、「5：重要である、4：やや重要である、3：どちらともいえない、2：あまり重要でない、1：重要でない」の 5 段階択一式とし、自由

意見を求めた。さらに、評価マニュアルについては、「1：役に立つと思う、2：やや役に立つと思う、3：あまり役に立たないと思う、4：役に立たないと思う、5：わからない」の5段階択一式と、評価マニュアルについての改善点や自由意見を求めた。

### 3. 調査期間

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月である。

#### 【倫理的配慮】

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されないようにすること、並びに回答の返送を持って調査への参加を同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 回収状況

調査票を送付した580か所のうち202か所から回答を得（回収率 34.8%）、全数を分析対象とした。

回答を得た市町村の人口規模及び地域包括支援センターの委託状況は、表1、2のとおりであった。

表1 市町村の人口

人口	自治体数	割合
1万未満	41	20.3%
1万以上～3万未満	46	22.8%
3万以上～5万未満	41	20.3%
5万以上～10万未満	32	15.8%
10万以上～20万未満	23	11.4%
20万以上	19	9.4%
合計	202	100%

表2 地域包括支援センターの委託状況

運営方法	自治体数	割合
直営	99	49.0%
委託	84	41.6%
直営と委託の両方	7	3.5%
未回答	12	5.9%
合計	202	100%

## 2. 「わかりやすさ」及び「重要性」

### 1) 選択肢による回答

評価指標案の「わかりやすさ」及び「重要性」に対する回答は表3に示すとおりであった。

表3の最右列の「分類」とは、「わかりやすさ」と「重要性」共に「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が75%以上であった指標を「A」、「わかりやすさ」のみ75%以上であった指標を「B」、「重要性」のみ75%以上であった指標を「C」、わかりやすさと「重要性」共に75%未満であった指標を「D」として区分けしたものである。

30項目中最も多かったのが「C」で16項目（53.3%）、次いで「A」が13項目（43.3%）、「D」が1項目（3.3%）となっており、「B」に該当するものはなかった（表4）。

表4 わかりやすさと重要性 n=202

		重要性	
		75%以上	75%未満
わかりやすさ	75%以上	A (43.3%)	B (0%)
	75%未満	C (53.3%)	D (3.3%)

30項目のうち、「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が80%を超えていたのは6項目、70%台が17項目、60%台が7項目であった。

また、「重要である」「やや重要である」

と回答した割合が 90%を超えていたのは 16 項目、80%台が 10 項目、70%台が 3 項目、60%台が 1 項目であった。「わかりやすい」「ややでわかりやすい」と回答した割合が 60%台であった 7 項目への自由意見は表 5 のとおりである

## 2) 自由意見

表 5 「わかりやすい」「ややでわかりやすい」の回答割合が 60%台の項目への自由意見

評価指標案	自由意見
8 要支援者の訪問・通所サービスの介護予防・日常生活支援総合事業への移行や移行後の進行管理を計画的に実施している	重要とは思いますが必ずしも保健師でなくてもよいのではないかと。総合事業に移行していない場合、答えにくい。
12 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。	コミュニティーソーシャルワーカーが主役となる事業と考える。保健師以外職種が担当している場合、している過程があれば OK? 評価事業も含めた団体、事業所の活用が重要である。評価指標がコーディネーターの業務そのものになっている。コーディネーターを支える保健師の立場の文言に。重要とは思いますが保健師でなくてもよい項目のような気がする。
13 介護者を支援する対策を実施している	具体的に欠ける。視点に相談数や自主組織化の視点があるとよい。どのような支援不明確・精神的、心の支援? 他の職種が担当の場合? 介護者のイメージがつきにくい。家族なのか、地域の支援者、専門職員等と意図をわかりやすくしてほしい。認知症者の家族の会も含むと重要性は異なる。介護者という表現が誰を指しているのかわかりにくい。
21 個別支援をした対象者の意識や生活の変化について評価している	訪問介護 B のこと? 包括業務のこと? 職員により違いがある。評価方法がわかりにくく評価しにくい。評価マニュアルには評価方法を記載していればわかりやすい。今の表現では課題のない事が評価になってしまうのではないのでしょうか。保健師業務と当然やるべき業務なので、あえて評価指標として示すことに疑問。
25 介護予防・日常生活支援総合事業(移行前は介護予防事業)で支援した人の数(参加者数、個別支援者数)が増えている	参加者は増やそうと思えば”支援”を切りはなせば増やせるので移行期に数での評価は早急と考える。総合事業は各市町村で位置づけるサービスがちがうのでこの数が増えたかどうかは評価になるとは限らない(介護予防事業については評価の指標になると思うが・・・)一般介護予防事業の参加者の増、要支援認定者の減少など結果の指標を詳細に評価マニュアルに書いた方がよいのではないのでしょうか(20と重なるところもある) 介護予防を推進していくためには住民への啓発が重要。高齢になってから気づいても遅い、若いときからの生活習慣が重要 移行した変わり目の場合、事業のメニューも変わる部分があるため比較しづらい点もあるかと思えます。住民主体の活動の評価が必要では。
26 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が集約され、地域住民に提供する機会が増えている	集約することと機会が増えることは別ではないかと。重要だが評価がむずかしい。
30 健康寿命が延伸する	何年後なのか? 算出できない。保健師活動の評価というより施策全体の評価ではないですか? 健康寿命の延伸は、高齢者だけでなく、成人による健康課題においても影響するため。

### 3. 評価マニュアル

#### 1) 選択肢による回答

評価マニュアルについて、調査回答時に「全部をじっくり読んだ」が46件(22.8%)、「全体を斜め読みした」が83件(41.1%)、「気になった部分だけ読んだ」が58件(28.8%)で、「全く読まなかった」が5件(2.5%)であった(表6)。

表6 評価マニュアルを読んだか n=202

	人数	割合
全部をじっくり読んだ	46	22.8
全体を斜め読みした	83	41.1
気になった部分だけ読んだ	58	28.7
全く読まなかった	5	2.5
無回答	10	5.0
合計	202	100

評価マニュアルの有用性については、評価マニュアルを読んだ187人中67人(35.8%)が「役に立つと思う」、103人(55.1%)が「やや役に立つと思う」と回答し、「やや役に立たないと思う」が7人(3.7%)、「役に立たないと思う」が1人(0.5%)であった(表7)。

表7 評価マニュアルの有用性 n=187

	人数	割合
役に立つと思う	67	35.8
やや役に立つと思う	103	55.1
やや役に立たないと思う	7	3.7
役に立たないと思う	1	0.5
わからない	9	4.8
合計	187	100

評価マニュアルについて「役に立つと思う」「やや役に立つと思う」と回答した170人にどのような点で役に立つか確認したところ、「評価指標が何を意図しているのかがわか

る」が107件(62.9%)、「何を計上すればよいのか、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる」が93件(54.7%)、「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が110件(64.7%)、無回答は24件(14.1%)であった。その他の意見は12件(7.1%)で、表8のとおりであった。

表8 評価マニュアルが役に立つと思う意見

- ・現在何が課題として事業を展開したらよいのか、不足する項目がわかる。
- ・何に注目して仕事をしていけばいいかがわかる。
- ・この分野で保健師が仕事をするうえでおさえておくべき視野が明確になった。
- ・活動そのものに何が必要かという方向性を考える目安になる。
- ・担当が交代しても評価が一定になると思う。
- ・自治体の事業評価の視点として生かせる。
- ・高齢者福祉分野における保健師に期待される職務がわかる。
- ・目的的に業務を遂行し、かつ「保健」の視点を振り返るきっかけとなる。
- ・行うべき活動が何かがわかる。

#### 2) 評価マニュアルの改善点

評価マニュアルの改善点についての意見は、表9のとおりであった。

表9-1 評価マニュアルの追加・改善点

追加点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待の予防や権利擁護の取組項目も必要。</li> <li>・災害時の項目に、災害時要援護者台帳(評価マニュアル)等の策定等があるとよい。</li> <li>・孤立化の防止、住居対策の項目も必要。</li> </ul>
改善点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的にどの事業のことを評価するのか分かるとうい。</li> <li>・評価するポイントとなる会議等の名称などを項目に併記しておくとう分かりやすい。</li> <li>・枠組がマニュアル側にも入っているとよい</li> <li>・抽象的な表現は避ける</li> <li>・評価項目の細分化を検討してほしい。</li> </ul>

表 9-2 評価マニュアルに対する意見

<p>保健師活動に関する意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師が個別支援、会議への参加においてコーディネーター役割をしているか</li> <li>・保健師が主となるべき事業、施策か。</li> <li>・人口(高齢化率)に伴う保健師数の設置基準や事務量やシステムを具体的に明記されていると役に立つ</li> <li>・保健師活動指針を盛り入れた OJT 体制がとれているかを明記すると良い。</li> </ul>
<p>高齢者保健福祉活動に関する意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民や関係機関への規範的統合の取り組みができてきているかが重要</li> <li>・数値目標が上げられる項目について、表を作成し、市の状況が入り、継続的に評価できるものがあると良いのではないか。前期高齢者の認定率、健康寿命、困難ケース対応数、認知症サポーター数等</li> <li>・ソーシャルキャピタルの醸成等人と人をつなぐ力量、サロン立ち上げ 運営、それらを継続するために必要な力など評価しにくい点を具体化できたら役立てられる。</li> <li>・健康寿命の延伸とか、認定率を単年度の評価で用いるのは疑問。レベルをそろえて、第 1 段階がクリアできていけば次にいけるように、経年的に深めていける指標がほしい。</li> <li>・改善策や課題が明確になると評価がより効果をあげることができる。</li> <li>・住民主体での活動をするにあたり、どういった経緯でどのような関係団体と協働で事業が展開できたか。</li> <li>・地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターとの連携や協働のあり方、協議体の支援のあり方が入るとよい。</li> </ul>

#### 4. 「27 年度版評価指標」に対する意見

27 年度版評価指標」を活用して評価することに対する意見は、表 10 のとおりであった。

表 10 「27 年度版評価指標」への意見

<p>感想</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動を振り返る機会になる。</li> <li>・保健師活動の指針となるとよい。</li> <li>・評価マニュアルをもとに保健師活動が「見える化」でき、高齢者部門で働く保健師が、さらに必要とされることを期待したい。</li> </ul>
<p>課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師以外の職種にもわかる客観的な指標になるとよい。</li> <li>・評価者が変わっても評価結果が変わらない客観的な指標となるとよい。</li> <li>・他の職種が実施している項目がある。保健師としての評価ではなく、高齢者保健福祉部門としての評価とした方が、関係者と評価できる。</li> <li>・制度改正や予算に左右され、評価が施策に反映させにくい。</li> <li>・評価をする時間につくれない。</li> <li>・保健師としての専門性が発揮できる評価指標(PDCA の活用等)になることを望む。</li> </ul>

#### D. 考察

##### 1. 「27 年度版評価指標」のわかりやすさと重要性

評価指標の重要性について、「重要である」「やや重要である」と回答した割合が 80%を超えていた項目は、30 項目中 26 項目であり、「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動においては重要性が高いと示唆された。

しかし、わかりやすさについては、「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が 80%を超えていたのは 6 項目にとどまっており、各項目の重要性は認識しているものの具体的にどのように評価するかがわかりにくいことが伺えた。

自由意見等を参考に各項目の表現をよりわかりやすく修正する必要があるが、自治体の規模や職員構成、事業の目標設定、実施方法や実施内容などが自治体により大きく異なっていることから、評価項目だけでわかりやすくするには限界がある。評価を実施しやすくするためには、

評価事例を示すなど、評価マニュアルも改善する必要があると示唆された。

## 2. 評価マニュアルの有用性

「27年度版評価指標」の評価マニュアルに目を通した者の約9割が、「役に立つと思う」「やや役に立つと思う」と回答しており、評価をする際に評価マニュアルは必須であることが伺えた。しかし、表9-1、表9-2、表10の自由意見から、以下の課題が明らかになった。

### 1) 高齢者保健福祉分野の保健師活動

①保健師が、高齢者保健福祉分野でどのような役割を担えるのかが具体的に示せていないため、保健師活動の評価なのか組織内での取り組みの評価なのか判断できない。

②他の職種との役割分担が自治体により異なっており、地域包括ケアシステムの構築に向けての保健師自身の役割認識も異なっている。

高齢者保健福祉分野で活動している保健師が、どこまでを保健師業務とするかは、それぞれの自治体で判断していることから、今後、保健師専門職としてその役割をどこまで発揮できるかについては、別に調査・検証のもと、明らかにしていく必要がある。

### 2) 組織内での高齢者保健福祉活動

①地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けて、効果を出すための事業展開が難しい。

②地域包括ケアシステム構築に向けての仕組みづくりや、関係者とのネットワーク構築に向けての取り組みに対する評価が難しい。

③高齢者保健福祉活動の効果を、数的に

評価することが難しい。

平成27年度には介護保険法が改正となり、高齢者保健福祉分野では、介護予防・日常生活支援・総合事業の体制整備に加え、地域包括ケアシステムのさらなる構築に向けて、認知症施策や在宅医療・介護の連携の推進、さらには、生活支援体制整備事業が位置づけられている。

保健師であれば、これまでの経験から、①関連情報の収集、②情報分析・地域診断・目標設定、③計画への位置づけ、④住民への働きかけ、⑤連携・協働、⑥モニタリング・評価、⑦住民活動の活性化となるよう活動していくべきである。

しかし、これらの新規事業をどのように立ち上げて運営し、効果をあげていくかは、各自治体にゆだねられており、保健師以外の職種が中心となって事業展開をしている自治体もある。

今後、高齢者保健福祉分野の保健師活動の専門性については、保健師が中心となって取り組んだ先進事例の丁寧な分析に基づき、明らかにしていく必要がある。

## 3. 「27年度版評価指標」の活用方法

### 1) 高齢者保健福祉分野での保健師活動の全体の振り返りに活用

「27年度版評価指標」の殆どの項目の重要性が高かったこと、また、「振り返りの機会になった」「保健師として押さえておくべき視点がわかった」という意見があったことから、評価指標に基づき定期的に自らの活動を振り返り、次に取り組むことを考える機会をもつことは、高齢者保健福祉分野の保健師にとって有用であると示唆された。

## 2) 職場内での高齢者保健福祉活動の進行管理に活用

今回の調査では、「高齢者保健福祉分野の保健師活動の評価と」というより、「高齢者保健福祉分野全般の評価指標」という意見が複数あったことから、本評価指標は保健師だけでなく職場内の他の職員も一緒に振り返ることが可能である。このことより、高齢者保健福祉分野における自組織の進捗状況（経年的な評価）や次に取り組むべき課題について、職場全体で共有することができることが明らかになった。

## 3) 保健師研修での活用

高齢者保健福祉分野の保健師は、日々の活動を振り返る時間を十分に確保できていない状況が3年間の検証調査で明らかになっており、高齢者保健福祉分野の保健師活動の評価が十分に行われていない状況にある。

平成26年度の研究で、自組織の検証結果をもとに実施した情報交換会では、他の自治体の取り組みの現状を知ること、自組織の課題の再認識や今後の方向性を共有する有意義な場となっていたことより、保健師向けの研修において効果的な活用が期待できると思われる。

## 4) 異動直後や経験が浅い保健師の活動指針としての活用

高齢者保健福祉分野の保健師は、保健分野に比べ配置数は少なく、日々の活動における専門的な相談ができる体制を職場内に確保することが難しい状況にある。

また、高齢者保健福祉分野の保健師活動の詳細な活動指針が示されていないため、異動直後の保健師や経験の浅い保健

師が本評価指標や評価マニュアルを活用することで、高齢者保健福祉分野の保健師として目指す方向性や次に取り組む課題を整理することができると思われる。

## 5) 高齢者保健福祉分野における保健師の人材確保や適正配置に向けて発信

評価指標に基づき評価を繰り返すことで、高齢者保健福祉分野の活動の効果的な実践につながり、保健師としての専門性を発揮することが可能となる。その結果、高齢者保健福祉分野での保健師の役割がより明確にしていくことで、全国の自治体に対して保健師の人材確保や適正配置に向けて発信することも可能になると考える。

## 4. 評価指標の活用についての政策提言

超高齢社会のなかで高齢者の健康・介護問題は社会問題となっており、介護保険制度も改正を繰り返している。

昭和57年に策定された老人保健法の保健事業を展開するために、市町村保健師数は大幅に増えたが、訪問看護制度、介護保険制度の創設により、在宅療養者への直接支援は市町村保健師から訪問看護師や介護支援専門員等が中心的な役割を担うようになっている。

平成18年の地域支援事業の創設により、高齢者への保健事業は高齢者保健福祉分野の所管となり、高齢者保健福祉分野へ配属される保健師が増えてきている。

平成27年の介護保険制度改正により強化された地域包括ケアシステムの構築にむけて、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」「生活支援体制整備事業」「認知症施策推進事業」「在宅医療・介護連携推進事業」「地域ケア会議推進事業」「地域リハビ

リレーション活動支援事業」が創設された。

新たに創設された事業は、全てが地域の実情に応じて展開することとなっている。つまり、「地域活動や統計情報、住民の健康状態を把握し、明らかになった健康課題に優先順位をつけ、PDCA サイクルに基づく事業の展開・評価をする」ことが必要であり、これらは保健師活動の専門性である。しかし高齢者保健福祉分野で活動している保健師は保健分野に比べ配属数はすくないことから、保健師が新たに事業を立ち上げる際に参考にできる詳細な活動指針が必要と考える。

また、2025年問題の解決にむけ市町村保健師がどこまでかかわれるのかは、市町村で活動している保健師個々の努力も必要であるが、保健師を雇用する市町村に「高齢者保健福祉分野で保健師をどう活用すべきか」について示すことが必要と考える。

また、高齢者保健福祉分野でリーダー的な役割を担っている保健師が、将来的な展望をふまえて事業展開できるようにするためにも、高齢者保健福祉分野の保健師の専門性や活動範囲、今後担うべき役割について、評価指標を活用し活動指針等を提示されることを政策提言したい。

## 5. 高齢者保健福祉分野における標準化された評価指標

本調査結果を分析し、「27年度版評価指標」のわかりにくい評価項目の表現を改め、評価の際の負担を軽減するため、項目数についても2項目減少させ、28項目からなる標準化された高齢保健福祉活動の評価指標を作成した。

## E. 結論

「27年度版評価指標」及び評価マニユ

アルについての全国調査結果を反映させ改訂することで、標準化された高齢者保健福祉分野の保健活動の評価指標を開発することができた。しかし、高齢者保健福祉分野の保健師活動の内容や役割分担は自治体によって大きく異なっているため、評価マニュアルはさらなる改善が必要であり、高齢者保健福祉分野の保健活動の詳細な活動指針が必要と考えられた。

## F. 引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成26年度厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2015
- 2) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成25年度厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2014
- 3) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業）平成22～24年度 総合研究報告書，2013

## G. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会、長崎、2015.11に発表

## H. 知的財産権の取得状況

なし

## 精神保健福祉分野の評価指標の検証

分担研究者 山口佳子（東京家政大学看護学部看護学科）

**研究要旨** 本研究の目的は、地域における精神保健福祉活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することである。研究最終年度となる今年度は、これまでに研究者らが開発してきた指標について、全国の保健所486か所を対象として、評価指標の表現の「わかりやすさ」及び指標としての「重要性」に関する質問紙調査を行い、222か所（回収率45.7%）から回答を得た。また、県型保健所1か所及び管内市町村2か所の協力を得て、評価指標及び評価マニュアルを用いて保健活動を実際に評価してもらい、評価指標と評価指標マニュアルをよりよいものにするための話し合いを通して聞き取り調査を行った。これらの結果をふまえて、評価指標を改訂し、評価指標マニュアルについては、別冊で作成していたものを詳細版として改訂するとともに、簡略版を新たに作成して評価指標に併記した。

### A. 研究目的

本研究の目的は、地域における精神保健福祉活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することである。

研究最終年度となる今年度は、これまでの研究<sup>1)~3)</sup>を通して開発してきた評価指標及び評価マニュアルを、全国で活用できる標準化されたものとするために改訂することを目的とした。

### B. 研究方法

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

1年目の平成25年度は、平成22年度から24年度までの厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」<sup>1)</sup>で作成した「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」及び「自殺予防」に関する評価指標を用いて、4県4保健所で精神保健福祉活動の評価してもらうことにより、評価指標の改訂及び評価指標マニュアルの作成を行った<sup>2)</sup>。

2年目の平成26年度は、引き続き協力の得られた3県3保健所で、平成25年度の研究

結果をふまえて改訂・作成した評価指標及び評価指標マニュアルを用いて実際に評価してもらうことにより、評価指標及び評価指標マニュアルの改訂を行った<sup>3)</sup>。

3年目の今年度は、平成26年度の研究結果をふまえて改訂した評価指標及び評価指標マニュアルについて以下の2つの調査を行い、評価指標及び評価指標マニュアルを改訂した。

#### 1. 評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルの有用性に関する調査

平成26年度に改訂した評価指標及び評価指標マニュアルを研究班員で検討し、平成27年度調査用の評価指標及び評価指標マニュアルを作成した。

全国の保健所1,458か所から1/3にあたる486か所を無作為抽出し、無記名自記式調査票及び評価指標マニュアルを送付して、評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルについてたずねた。

評価指標の「わかりやすさ」とは、その評価指標が何をたずねているのかがわかりやすいかであり、「5.わかりやすい、4.ややわかりやすい、3.どちらともいえない、

2.ややわかりにくい、1.わかりにくい」から1つだけ選んでもらうようにした。

評価指標の「重要性」とは、評価指標の目的（活動の方法や成果を確認するとともに、課題を明らかにして活動の改善や発展に役立てること）を達成する上での重要性である。「5.重要である、4.やや重要である、3.どちらともいえない、2.あまり重要でない、1.重要でない」から1つだけ選んでもらうようにした。

また、評価指標のわかりやすさや重要性に関する意見や提案等を自由に記述してもらった。

評価指標マニュアルについては、評価指標について回答する際にどの程度読んだか、評価指標マニュアルは役に立つと思うか、どのような点で役に立つと思うかを選択肢で、どのような記載があれば役立つか等の意見を自由に記述してもらった。

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月までであった。

#### [倫理的配慮]

調査協力依頼文に、調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定されることのないよう配慮することを記載し、回答をもって同意とみなした。本調査は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

## 2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

評価指標及び評価指標マニュアルを用いて、E県F保健所並びに管内のG市及びH市にそれぞれ評価してもらったのち、評価結果を持ちより、研究参加者及び分担研究者で話し合うことにより、指標のわかりやす

さや重要性、評価に用いた情報及びその収集方法、評価を行う上での課題や解決策、評価結果の活用方法等についてききとり調査を行った。

1)平成27年7月、エクセルで作成した評価指標の入力シート（以下、評価シート）及び評価指標マニュアルをF保健所宛に電子メールで送付し、G市、H市にはF保健所から配信してもらった。

2)平成27年8月6日（木）10:00～12:15

F保健所の調整により、F保健所、G市、H市の研究参加者にF保健所に集ってもらった。分担研究者から評価指標の趣旨や内容について説明したのち、質疑応答・意見交換を行った。

3)平成27年12月15日（水）

F保健所、G市、H市に、評価シート及び評価マニュアルを用いて平成26年度の活動をそれぞれ評価してもらった。これをF保健所に1枚のシートにまとめてもらい、分担研究者宛に電子メールで送ってもらった。

4)平成27年12月18日（金）9:00～11:55

5)平成28年1月27日（水）13:45～16:15

2回にわたってF保健所に研究参加者が集まり、3)の評価シートについてそのように評価した根拠、評価に必要な情報及びその収集方法、評価を通して見えてきた現状や課題等を確認しあいながら、評価指標及び評価マニュアルのわかりにくかった部分や改善策、意義等について話し合った。

F保健所、G市及びH市の概要並びに話し合いの参加者の内訳を表1に示す。「話し合いの参加者」の )数字は小見出しで示した話し合いの日時を、所属部署や職種の右側の数字は各回の参加者数である。

2)4)5)の話し合いで出された意見は、分

担研究者がその場で詳細なメモをとり当日中に清書したものを、研究参加者に確認してもらった。

表1 研究参加者の概要

E 県 F 保 健 所	管轄地域：人口約31万、2市町			
	保健所保健師：総数9人			
	精神保健福祉担当福祉職：2人			
	話し合いの参加者：	2)	4)	5)
	・企画管理課保健師	1	1	1
	・保健予防課長(保健師)	1	1	1
	・精神保健担当福祉職	1	1	1
G 市	人口：約23万			
	市保健師：総数34人 (再掲)保健部署24人 精神障害者福祉部署3人			
	話し合いの参加者：	2)	4)	5)
	・統括保健師	0	1	1
	・障がい福祉課保健師	2	1	0
	・障がい福祉課長(事務職・福祉職)	0	1	1
H 市	人口：約8万			
	市保健師：総数13人 (再掲)保健部署9人 精神障害者福祉部署3人			
	話し合いの参加者：	2)	4)	5)
	・統括保健師	1	1	1
	・保健部署保健師	1	0	0
	・障がい福祉課保健師	0	1	1

**【倫理的配慮】**

研究の意義・目的、研究の方法・期間、予測される研究結果、研究への協力の任意性及び撤回の自由、研究への協力に伴う利益・不利益、個人情報取り扱い、研究終了後の対応・研究成果の公表、研究のための費用、問い合わせ・苦情等の連絡先について、口頭及び文書による説明を行い、保

健所及び2市の研究参加者の代表者からそれぞれ同意書を得た。本調査は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

**C. 結果**

**1. 評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルの有用性に関する調査**

**1) 回答者の属性**

47都道府県の保健所486か所のうち、京都府及び宮城県を除く45都道府県の222か所から回答を得た(回収率45.7%)。内訳は県型保健所175か所78.8%、市型保健所47か所21.2%であった。

**2) 評価指標について**

評価指標のわかりやすさ及び重要性について、研究方法1によって得られた結果を表2に示す。

**(1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援**

評価指標のわかりやすさについて、「5.わかりやすい」または「4.ややわかりやすい」と回答した割合(以下、<わかりやすい>)が75%に満たなかった分類B、Dは33項目中12項目(36.7%)であった。主な内訳は、保健所以外による活動に関する評価項目(指標7.2),9.2),10.2),11.2)3)、主観的に評価する項目(指標16)、措置入院を繰り返す精神障害者に関する項目(指標20.2)3))等であった。

重要性について「5.重要である」または「4.やや重要である」と回答した割合(以下、<重要である>)が75%に満たなかった分類B、Dは、33項目中15項目(45.5%)あり、<わかりやすい>も低かった分類Dは9項目(評価指標7.2),9.1)~10.2),11.2)3),16,20.3))であった。指標「16.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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、〈わかりやすい〉が52.3%、〈重要である〉が35.2%といずれも低く、自由記述からは、〈評価者によって判断が分かれる〉との意見が7件抽出された。

プロセスの《地域の健康課題としての対応》（指標12～15）については、〈わかりやすい〉はいずれも75%以上であったが、〈重要である〉は、保健所以外が関係者や住民に行う働きかけに関する項目（指標14.2),15.2),17,19)では70%前後となっていた。

### (2)自殺予防

〈わかりやすい〉が75%に満たなかった分類B、Dは38項目中7項目（18.4%）、〈重要である〉が75%に満たなかった分類C、Dは同15項目（39.5%）であった。

〈わかりやすい〉が75%に満たなかった7項目（指標35.2),36.2),37.2),38.2),39.2),42)はすべて〈重要である〉も75%に満たなかった。そのうち指標42を除く6項目は保健所以外の活動に関するものであった。また、〈わかりやすい〉が75%以上で〈重要である〉が75%未満の分類B 8項目のうち、指標「31.住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ：1)保健所による活動」以外の7項目も、保健所以外の活動に関するものであった。

### (3)全体

自由記述から評価指標に関する部分を抽出し、内容の類似性からカテゴリー化した。

評価に必要な情報の収集については、「管内の医療、福祉の状況を把握すること

は、地区診断やケアシステムを構築する上で大変重要と認識している。しかし、実際は、医療機関や事業者が個別事例を支援する 경우가多く、全体の件数を把握することは、大変困難なように思える」「保健所以外の活動を把握するのが難しいと感じた。関係機関に情報を求めるのか、把握している情報で行うのか判断できるように記載してあると良いと感じた」等〈保健所以外の活動については把握が困難〉27件であった。

また、「受療支援という項目が地域保健事業報告にはないため、評価をするためには新たに台帳に加える必要がある。また関係機関との連絡はコーディネートにあたり、現在数が計上されておらず、新たに集計をする必要が生じる」「アンケートに答える際、記録を見直さないとわからない内容は回答が難しい。（人事異動があるので）年度内に実施した分なら可能と思うが」等、〈数値の把握が困難〉も14件抽出された。この他、〈既存の統計報告とリンクできるとよい〉も5件抽出された。

さらに、「このような視点をもってデータを集めれば保健所の協議会等の資料として活用できると感心したが、項目が多いと思った」「保健師活動を目にみえる形で評価できるのはとても有意義だと思う。しかしこの評価指標を計上する業務量が確保できない現状もある」等、〈評価指標の項目が多い・評価に時間がかかる〉が19件抽出された。

評価における判断については、指標16等、評価者が主観的に判断する必要がある項目について〈評価者によって判断が分かれる〉が13件抽出された。

また、受療支援については、未治療・治

療中断の精神障害者には人格障害や発達障害等を含むのか、治療中断予防とはどこまで含めるのか等、自殺予防については、自殺予防活動や自殺のハイリスク者、住民や関係者をどう定義するか等、＜評価対象の定義の明確化が必要＞12件も抽出された。

評価指標のわかりやすさについては、「日頃、評価の視点で情報把握していたことが、評価指標として整理されていてわかりやすかった」という肯定的な意見がある一方で、文章が長くてわかりづらいという意見もあった。なお、「わかりやすさで『1.わかりにくい』としているのは、意味はわかるが回答困難ということでチェックしている」との記述もあり、質問の趣旨とは異なり、「評価しやすさ」を回答したものが含まれていることがわかった。

重要性については、「地域の課題など評価するには大切な視点が入っていると感じた」等の肯定的な意見もあった。

### 3) 評価指標マニュアルについて

精神保健福祉分野の評価指標マニュアルはA4版35ページに及ぶため、別冊にして調査票と一緒に送付した。

調査票回答時に評価指標マニュアルをどの程度読んだか、選択肢でたずねた結果を表3に示す。「2.全体を斜め読みした」46.5%、「3.わかりにくかった部分だけ読んだ」37.8%の順で多かった。

評価指標マニュアルは役に立つと思うかたずねた結果、表4に示すように、「1.役に立つと思う」または「2.やや役に立つと思う」が9割近くを占めた。

評価指標マニュアルがどのような点で役に立つと思うか、複数回答でたずねた結果を表5に示す。「2.何を計上すればよいの

か、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる」「1.評価指標が何を意図しているのかがわかる」はいずれも半数を超えており、「3.評価指標の活用方法についてヒントが得られる」についても半数近くが選択していた。自由記述でも、「評価指標マニュアルを参考に日頃の保健活動を見直すきっかけとなった。本市で実施している評価では不十分であり多面的な指標マニュアルはとても参考になった」「精神保健福祉分野では質の評価指数を考えることが難しいと感じていたので、事業評価する際に大変参考になる」「具体的に記載があるので自らの勘違いに気付く機会になった」「地域保健・健康増進事業報告の活用方法や集計での注意点が記載されており、とても参考になった」等、参考になったという意見が抽出された。一方で、「マニュアルのボリュームがありすぎる」「他分野のように指標欄に評価の情報源があれば、マニュアルを見比べなくてもいい」等の意見もあった。

## 2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

### (1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

「受療支援」については「病名不明や、精神障害者保健福祉手帳を持っていないケース等については保健センターが同行受診等の支援を行っている。精神科医療につながった後や、手帳取得者に対しては障がい福祉課が対応している」等、市町村でも日常的に幅広く取り組まれており、どのようなケースを「受療支援」として計上するかが課題となった。

「構造」に関する指標1～3については、保健所のみ評価することにしてはいたが、G市から「障がい福祉課では保健師が家庭訪問するための交通費等は庶務予算の中に含まれている。将来的に予算要求するためにも、市町村でも予算に関する評価指標があった方がよい。具体的な内容は備考欄に書く」との意見が出された。

《個別ケースに対する受療支援》の指標1～11は、働きかけた人数等を具体的に計上する必要があるが、「受療支援」は地域保健・健康増進事業報告等、国への報告事項に位置づけられていないため、保健所も市町村も集計していない。F保健所では、精神保健福祉に関する相談が年間千件を超えていることから、援助記録を読み返して該当者を抽出し、集計することは困難である。また、E県の保健所では、国への報告様式に沿って県精神保健福祉センターが作成している県内共通の報告様式を使っているため、F保健所が独自に項目を増やすことができない。そこで、保健所から「報告様式を変えるのではなく、ケース台帳に『未治療・治療中断の受療支援』の欄を追加する等して、保健所として集計できるようにするとよい」との提案がなされた。

指標「16.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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、「当該年度に関わった人がどうなったかは、単年度で評価していかないとわからなくなる」

「単年度では変化は見えない」「関わる回数が少ないと変化をつかみづらい」「個々

のケースの変化よりも、関係機関とのネットワークについて評価する方がよい」等さまざまな意見が出された。議論の結果、この指標は削除し、指標「17.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・再開に至らない精神障害者について、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した」のみでよいこととした。

## (2)自殺予防

自殺予防については、2市とも積極的に取り組んでおり、市の研究参加者から、指標「24.自殺予防に組織横断的に取り組む体制がある」について「市内だけでなく市外との連携についても項目を追加するとよい」等、具体的な案が多数出された。

指標32～34の「自殺のハイリスク者」は、自治体によって計上したケースが異なっており、どのようなケースを計上するかが議論となった。研究参加者からは、人数ではなく、どのようなケースを計上したか記述する方法が提案された。

指標「42.自損行為に対する救急車の出動件数が減少した」については「市から消防に問い合わせるとすぐに数値が出てくる」「『予防』という観点からは、この指標は残した方がよい」との意見があった。

## (3)受療支援と自殺予防に共通する構造

平成25年度の研究成果から、受療支援と自殺予防に共通する「構造」に関する評価指標を作成し、平成26年度の調査から導入した。平成27年度は、回答者の負担を考慮して研究方法1の調査項目には含めず、研究方法2で研究参加者に実際に評価してもらったのち、話し合いを行った。

「共通5.精神保健福祉士」については、E県保健所で精神保健福祉業務に従事して

いる福祉職は精神保健福祉士とは限らず、他にも同様な自治体があると思われるため、「精神保健福祉士等、福祉職」と表現を修正する必要性が提案された。

「共通7.精神保健福祉活動に関わる主な社会資源1)医療機関(1)措置入院が可能な病院」については、「医療保護入院は近隣の病院になるが、措置入院先は輪番なので近くの病院になるとは限らない。県が作成した県内の一欄表があればよい」「数をあげるとまきりがいい」等の意見から、当該年度中に管内住民が措置入院や医療保護入院をしたことのある医療機関について、管内・管外に分けてどこが何件か書くようにした。

#### (4) 全体

項目数が多いので、可能な限り減らしてほしいとの意見が出された。

### D. 考察

#### 1. 評価指標の改訂

研究方法1、2の結果をふまえて分担研究者が作成した評価指標の改訂案を研究班員で協議し、表現の修正、削除や統合、順番の入替等を行い、別紙の通り改訂した。主な改訂点を以下に述べる。

##### 1) 優先度の記載

評価に要する作業量を軽減し、評価指標を活用しやすくすることを目的として、評価指標の「優先度」を設定し、別紙評価指標及び表2に示した。1年程度では変化しないと思われる評価指標については、毎年度ではなく3～5年に1回評価すればよいこととし、必ず評価する指標(☆☆☆)、できるだけ評価する指標(☆☆)、評価することが望ましい指標(☆)に分類した。毎年度評価する指標についても同様に★★★～

★に分類した。

研究方法1の結果、保健所以外の活動に関する指標の多くは<重要である>が75%に満たなかったため、原則として★★または★とした。ただし、精神保健福祉活動においては市町村の役割の拡大や実践活動の担い手の多様化が進み、保健所には、健康課題を抱えた個人や家族、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と課題を広域的・専門的な立場から俯瞰し、関係機関や住民による活動を支援する役割が求められている。そのため、本評価指標は、保健所が住民個人や家族に直接行った援助のみならず、関係機関等に対して保健所が行った支援、さらには市町村をはじめとする関係機関や住民による活動の把握状況についても評価するものとして開発した。保健所以外の活動に関する指標については、保健所が管内市町村等に活動状況を照会し、とりまとめを行った上で、精神保健医療福祉関係者の連絡会等で報告することにより、地域における精神保健福祉活動の現状や成果を確認・共有し、課題や今後の活動のあり方について検討するためのツールとして活用してもらいたい旨、評価マニュアルに記載していた。しかし、研究方法1の自由記述から、その点が回答者に伝わっていないことがわかり、このことが指標のわかりやすさや重要性が低く評価される要因になったのではないかと考えられた。そこで、その旨を評価指標にも記載することとした。

保健所の活動に関する指標でも<重要である>が75%に満たなかったものは、表2の通り★★または★に分類するか削除した。

## 2)評価対象の定義の明確化

研究方法1、2の結果、評価対象の定義を明確化する必要性が明らかになった。そこで、「受療支援」の評価対象は「精神保健福祉法22～26条にもとづく申請・通報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精神科医療につなぐ必要があると判断したケース」と定義した。

「自殺のハイリスク者」については、「地域保健・健康増進事業報告（以下、事業報告）の『精神保健福祉（相談等）』で『自殺関連』として計上しているケース」と定義した。これに伴い、評価指標36及び37を統合して「35.自殺に関する相談が増えた」とし、同報告の数値をそのまま引用して評価できるようにし、評価対象の定義の明確化とともに、作業量の軽減を図った。

## 3) 評価指標の削除、評価方法の省力化

受療支援の「結果1」の指標16については、研究方法1で<わかりやすい><重要である>がいずれも低く、研究方法2でも、指標16は削除して指標17のみでよいとの意見でまとまった。そこで、指標16を削除し、指標17のみを残して指標14と改訂し、優先度を★★とした。

受療支援の指標「11.保健所が受療支援を行い、当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者について、治療の開始・再開後に治療中断予防のための支援を行った」については、国への報告義務がないため数値の把握が困難であり、研究方法2ではケース台帳の工夫が提案された。しかし、全国的に行うことは困難と考えられ、研究方法1でも<重要である>が75%に満

たなかったため、「16.指標15の精神障害者が治療中断せず地域で生活できるよう、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」と改訂し、具体的な人数ではなく「a.必要な場合はたいてい行った」等の選択肢で評価するようにした。

自殺予防の指標「34.ハイリスク者への個別支援において、地域の関係者や住民と連携・協働した」も同様に、人数ではなく選択肢で評価するように改訂し、指標31とした。

研究方法2の結果、具体的な評価指標が新たに多数提案されたが、項目数を減らすため、今回は追加を見送った。

## 2.評価指標マニュアルの改訂

評価指標マニュアルについては、別紙のとおり、簡略版を新たに作成して評価指標に併記した。また、従来の別冊は詳細版として指標の改訂に合わせて改訂した。

現場で活用しやすいよう、改訂後の評価シート及び評価指標マニュアルの詳細版は、「日本保健師活動研究会」のホームページ <http://the-hokenshi.com/> で閲覧・ダウンロードできるようにする予定である。

## 3.今後の課題

精神保健福祉活動の実態を統計データで示すことは、必要な人員や予算を確保するために必要であるが、現行の事業報告等で把握できる情報には限界がある。本評価指標はそうした限界を補うことも意図していたが、国への報告義務のない項目については数値の把握が困難であり、評価指標の活用を困難にしていた。そのため、精神保健福祉活動の評価に必要と考えられる以下の項目を、国の事業報告等に採用されるようにすることが課題である。

### 1) 未治療・治療中断の精神障害者への受療支援(指標5～7=改訂後の指標4～6)

受療支援には多大な労力を要し、精神保健福祉活動の中でもかなりの割合を占めているものと推測される。しかし、事業報告の「精神保健福祉(相談等)」には「受療支援」の項目がなく、「明らかに精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談」は「心の健康づくり」に計上することになっている。事業報告に「受療支援」の項目を新たに設け、受療支援を行った精神障害者の実人員、把握経路、方法別延人員が集計できるようにすることが必要である。

### 2) 受療支援における不在・拒否(指標7.1)=改訂後の指標6.1)

受療支援においては、本人や家族等に接触できないことも少なくないが、あきらめず根気強く働きかけを続けることが重要である。しかし、事業報告では被指導延人員を計上することとされており、拒否や不在等の場合は計上できない。拒否や不在も別途計上できるようにすることが必要である。

### 3) 関係機関との連携・協働(指標8,34=改定後の7,31)

保健活動においては関係機関との連携・協働が不可欠であり、活動量に占める割合も高いと思われる。しかし、事業報告には、「連絡調整に関する会議」以外にそうした「関係機関との連携・協働」について報告する項目はない。3年ごとに行われている保健師活動領域調査(活動調査)では「コーディネート:個別、地域」として時間数のみ報告することになっている。すなわち、どのような問題を抱えたケースについて、どのような関係機関と連携・協働をどれだ

け行ったかは不明である。会議以外の方法による連絡調整、関係機関との同行訪問等、関係機関との連携・協働に関する統計報告の充実が必要である。

## D. 結論

研究者らが開発した評価指標と評価マニュアルについて、全国保健所への質問紙調査並びに県型保健所及び管内市での評価の実施及び話し合いによるききとり調査の結果から、優先度の設定、評価対象の定義の明確化、評価指標の削除や評価方法の簡略化、文章表現の修正等の改訂を行った。

## 【引用文献】

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）平成22～24年度 総合研究報告書，2013.
- 2) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2014.
- 3) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成26年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2015.

## F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会（2015年11月、長崎県）にて発表。

## G. 知的財産権の取得状況

なし

表2 評価指標のわかりやすさ及び重要性

種別	評価指標				調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類
	評価指標	保健所管内全域	管内市町村ごと		わかりやすさ			重要性				
			市町村名	管外市町村	5, 4	3	2, 1	5, 4	3	2, 1		
構造	1 未治療・治療中断の精神障害者が精神科の治療を開始・再開・継続するための支援(以下、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	a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	実際の評価票では、管内市町村数に応じて評価欄を増やします		85.4	14.2	0.5	77.2	15.5	7.3	1.1) ☆☆☆	A
	2 保健所が受療支援を行うために必要な予算が確保されている	a.はい b.いいえ			85.4	12.3	2.3	84.5	10.0	5.5	2.1) ★★	A
	3 受療支援が保健所保健師の業務として位置づけられている	a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない			78.6	16.4	5.0	83.2	9.5	7.3	3.1) ☆☆	A
	4 受療支援を業務として位置づけられている職種が、保健所保健師以外にも配置されている	a.保健所に配置されている→職種 b.保健所以外に配置されている→所属・職種 c.配置されていない			73.3	24.9	1.8	80.5	10.0	9.5	共通5 ★★	C
<b>【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)】</b>												
未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	5 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者の実人員	1)受療支援を行うために、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精神障害者の実人員 2)受療支援について、保健所は、本人・家族・住民のいずれかに対しても直接働きかけなかったが、関係者に対して働きかけた精神障害者の実人員	実際の評価票はエクセルで作成しており、斜体の項目は自動計算されます		87.3	11.8	0.9	85.1	5.4	9.5	4.1) ★★★★★	A
	6 保健所が当該年度中に新規に受療支援を行った精神障害者の実人員と把握経路	1)新規把握者実人員の総数、割合 2)把握経路別実人員 (1)関係機関から 市町村 医療機関 警察 その他 (2)住民から (3)家族から (4)本人から	実際の評価票では「該当機関等」の名称を書きます		84.9	14.1	1.0	83.3	7.8	8.9	5.1) ★★★★★	A
	7 受療支援のために本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた	1)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方法別延人員 (1)訪問 (2)相談 (3)電話相談 (4)メールや手紙による相談 2)受療支援のために保健所以外が精神障害者本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた	実際の評価票では「該当機関等」の名称を書きます		83.6	11.8	4.5	84.5	9.1	6.4	6.1) ★★	A
	8 受療支援のために保健所が関係機関と連携・協働した延回数	1)市町村 2)医療機関 3)警察 4)その他			80.0	16.7	3.3	77.1	9.2	13.8	7 ★★	A
	9 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	1)保健所による活動 「指標9. 保健所が受療支援を行った精神障害者」のうち、該当する精神障害者の実人員と割合 2)保健所以外による活動			74.2	17.5	8.3	70.0	15.5	14.5	8.1) ★★	D
	10 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	1)保健所による活動 2)保健所以外による活動			62.8	28.0	9.2	72.5	17.0	10.6	9.1) ★★	D
<b>【個別ケースに対する受療支援(治療中断予防のための支援)】</b>												
ブ	11 保健所が受療支援を行い、当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者のうち、精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のために本人・家族・住民のいずれかに対する支援を保健所が直接行った精神障害者の実人員と割合	1)指標18. 保健所が受療支援を行い当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者」のうち、精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のために本人・家族・住民のいずれかに対する支援を保健所が直接行った精神障害者の実人員と割合 2)指標18の精神障害者のうち、当該年度中に精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のための支援を他機関に引き継ぎ、本人・家族・住民のいずれかに対しても保健所が支援を直接行わなくなった精神障害者の実人員と割合 3)指標18の精神障害者のうち、当該年度中に精神科治療を開始・再開したが、1)2)のどちらにもあてはまらない精神障害者の実人員と割合			76.4	18.1	5.6	74.0	13.7	12.3	16.1) ★★	B
	12 受療支援について、地域の現状と課題の把握、今後の活動の検討を保健所内で行った	a.地域の現状と課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状と課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった		86.8	11.9	1.4	75.9	16.8	7.3	10.1) ★★★★★	A
	13 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	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった		87.7	10.0	2.3	78.2	13.6	8.2	11 ★★★★★	A
口	14 関係者のスキルアップや連携強化のための事例検討会や同行訪問等、受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況			90.7	7.9	1.4	88.5	7.3	4.1	12.1) ★★★★★	A
	15 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況			75.5	19.9	4.6	67.0	16.1	17.0	12.2) ★	B
ス	15 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況			83.4	15.2	1.4	86.8	9.1	4.1	13.1) ★★	A
	15 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況			75.4	19.4	5.2	72.6	12.6	14.9	13.2) ★★	B

種別	評価指標				調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類
	評価指標	保健所管内全域	管内市町村ごと (市町村名)		わかりやすさ			重要性				
			管内市町村	管外市町村	5, 4	3	2, 1	5, 4	3	2, 1		
結果1	16 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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいづれかの言動が肯定的になった	該当する状態にある精神障害者の実人員と割合 人 %	人 %	人 %	52.3	36.7	11.0	35.2	23.7	41.1	削除	D
	17 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・再開に至らない精神障害者について、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した	該当する状態にある精神障害者の実人員と割合 人 %	人 %	人 %	76.4	19.4	4.2	62.8	18.8	18.3	14 ★★	B
	18 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者が、当該年度中に精神科治療を開始・再開した	1) 指標18 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者のうち、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合 人 %	人 %	人 %	82.9	13.9	3.2	77.3	11.6	11.1	15.1) ★★	A
結果2	2) <可能であれば計上>の内科：治療開始・再開の方法別実人員 (1)通院 (2)任意入院 (3)医療保護入院 (4)応急入院 (5)措置入院・緊急措置入院	人 人 人 人 人	人 人 人 人 人	人 人 人 人 人	72.9	19.7	7.3	75.7	14.2	10.1	15.2) ★	C
	19 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、当該年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、当該年度末時点で精神科治療を中断していない	指標18 保健所が受療支援を行い、当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者の当該年度末時点における治療状況別実人員と割合 1)治療継続 2)治療中断 3)わからない	人 % 人 % 人 %	人 % 人 % 人 %	人 % 人 % 人 %	76.4	19.4	4.2	69.7	19.3	11.0	17 ★★
結果3	20 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった	1)年度中に新規に措置入院した精神障害者の実人員 (1)当該年度、(2)前年度 (3)(1)-(2)	人 人 人	(1) 人、(2) 人 人 人	77.5	18.3	4.1	85.8	10.6	3.7	18.1) ★★★	A
	2)1)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員と割合 実人員(1)当該年度、(2)前年度 (3)(1)-(2) 割合(4)当該年度、(5)前年度 (6)(4)-(5)	人 % 人 % 人 % ポイント	人 % 人 % 人 % ポイント	(1) 人、(2) 人 人 人 ポイント	71.6	22.9	5.5	79.4	13.8	6.9	18.2) ★★	C
	3)1)のうち、措置入院歴のわからない精神障害者の実人員と割合 実人員(1)当該年度、(2)前年度 (3)(1)-(2) 割合(4)当該年度、(5)前年度 (6)(4)-(5)	人 % 人 % 人 % ポイント	人 % 人 % 人 % ポイント	(1) 人、(2) 人 人 人 ポイント	51.9	35.6	12.5	68.8	18.8	12.4	18.3) ★	D
	4)措置入院を繰り返すケースの特徴や課題				81.0	15.7	3.2	68.5	16.7	14.8	18.4) ★	B
構造	21 自殺予防が保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている	1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない	2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない	95.4	3.7	0.9	93.1	5.0	1.8	19 ☆☆☆	A	
	22 自殺予防を行うために必要な予算が確保されている	1)保健所において a.はい b.いいえ	2)市町村行政において a.はい b.いいえ c.わからない	94.0	5.1	0.9	94.0	3.7	2.3	20 ★★	A	
	23 自殺予防が保健師の業務として位置づけられている	1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない	2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない	78.8	17.1	4.1	89.4	9.7	0.9	21 ☆☆	A	
	24 自殺予防に組織横断的に取り組む体制がある	1)保健所において a.はい b.いいえ	2)市町村行政において a.はい b.いいえ c.わからない	89.4	9.7	0.9	80.2	12.9	6.9	22 1)★★★ 2)★★	A	
自殺予防	【地域の権限課題としての対応】											
	25 その地域における自殺の現状について、情報を収集・分析した	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	96.3	3.2	0.5	91.2	4.6	4.2	23.1) ★★★ 23.2) ★★	A
	26 自殺予防に関する地域の社会資源の現状や課題を把握した	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	93.1	6.9	0.0	83.8	11.1	5.1	24.1) ★★★ 24.2) ★★	A
	27 「指標25.その地域における自殺の現状」や「指標26.地域の社会資源の現状や課題」をふまえて、今後の自殺予防対策について組織内で検討した	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	91.2	8.8	0.0	85.1	13.0	1.9	25.1) ★★★ 25.2) ★★	A
	28 地域の関係者や住民が集まり、自殺について地域の課題としての問題の共有や解決策の検討を行った	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	84.4	14.2	1.4	84.4	11.0	4.6	26 ★★★ 27.1) ★★★ 27.2) ★★	A
	29 地域の関係者に対して自殺予防に関する教育・研修を行った	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	90.2	9.3	0.5	94.9	5.1	0.0	27.1) ★★★ 27.2) ★★	A
	30 住民に対して自殺予防に関する普及啓発活動を行った	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	91.2	8.8	0.0	95.4	4.6	0.0	28.1) ★★★ 28.2) ★★	A
	31 住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ	1)保健所による活動 a.はい b.いいえ	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	81.6	17.5	0.9	69.6	18.0	12.4	29.1) ★★★ 29.2) ★★	B
	【ハイリスク者への支援】											
	32 日頃の保健活動や関係者との連携等によって自殺のハイリスク者を把握した	1)保健所による活動 保健所が把握したハイリスク者の実人員 人	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	人 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	86.6	12.0	1.4	76.0	14.7	9.2	削除	A
33 把握したハイリスク者に対して支援を直接行った	1)保健所による活動 保健所が把握したハイリスク者の実人員 人	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	人 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	86.1	12.5	1.4	81.5	9.7	8.8	30.1) ★★★ 30.2) ★★	A	
34 ハイリスク者への個別支援において、地域の関係者や住民と連携・協働した	1)保健所による活動 指標33.1 保健所が支援を直接行ったハイリスク者のうち、該当者の実人員と割合 人 %	2)保健所以外による活動 a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	人 % a.はいー該当機関等 b.いいえ c.わからない	84.3	14.3	1.4	77.4	13.4	9.2	31.1) ★★★ 31.2) ★★	A	

種別	評価指標				調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類
	評価指標	保健所管内全域	管内市町村ごと		わかりやすさ			重要性				
			(市町村名)		5,4	3	2,1	5,4	3	2,1		
自殺予果	35 自死遺族の支援を行った	1)保健所による活動 (1)支援を直接行った自死遺族の実人員			77.8	21.3	0.9	91.3	7.8	0.9	30.1) ★★★	A
		(2)自死遺族交流会の開催・支援	a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもなかった	a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもなかった	75.9	22.7	1.4	92.2	7.3	0.5	32.1) ★★★	A
		2)保健所以外による活動	a.個別支援を行った →該当機関等 b.自死遺族交流会を開催・支援した →該当機関等 c.わからない	a.個別支援を行った →該当機関等 b.自死遺族交流会を開催・支援した →該当機関等 c.わからない	72.0	25.7	2.3	74.5	16.7	8.8	32.2) ★★	D
	36 自殺予防について住民からの相談や情報提供が増えた	1)保健所への相談や情報提供 延人員(1)当該年度、(2)前年度 (3) (1)-(2)	(1) 人、(2) 人 (3) (1)-(2)		80.1	17.1	2.8	81.0	11.1	7.9	35.1) ★★★	A
		2)保健所以外への相談や情報提供	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	63.3	30.7	6.0	56.7	27.2	16.1	35.2) ★★	D
	37 自殺予防について関係者からの相談や情報提供が増えた	1)保健所への相談や情報提供 延回数(1)当該年度、(2)前年度 (3) (1)-(2)	(1) 回、(2) 回 (3) (1)-(2)		76.3	21.4	2.3	78.8	16.6	4.6	35.1) ★★★	A
		<可能であれば計上>1)の内訳 (1)医療機関から (2)市町村から (3)警察から (4)消防から (5)その他から	(1) 回、(2) 回 (3) 回、(4) 回 (5) 回	(1) 回、(2) 回 (3) 回、(4) 回 (5) 回	73.7	24.4	1.9	77.2	17.7	5.1	削除	C
		2)保健所以外への相談や情報提供	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	59.0	37.3	3.7	52.3	31.0	16.7	35.2) ★★	D
	38 自殺予防に関する教育・研修を受ける住民が増えた	1)保健所が主催・共催・支援した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)当該年度の延回数、延人員 (2)前年度の延回数、延人員 (3)延回数(1)-(2)、延人員(1)-(2)	回 人 回 人 回 人	回 人 回 人 回 人	80.2	17.1	2.8	86.1	11.1	2.8	34.1) ★★★	A
		2)保健所以外が主催・開催・支援した教育・研修の受講者延人員	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	67.3	28.1	4.6	69.0	21.3	9.7	34.2) ★★	D
39 自殺予防に関する教育・研修を受ける関係者が増えた	1)保健所が主催・共催・支援した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)当該年度の延回数、延人員 (2)前年度の延回数、延人員 (3)延回数(1)-(2)、延人員(1)-(2)	回 人 回 人 回 人	回 人 回 人 回 人	78.5	17.8	3.7	85.6	12.6	1.9	33.1) ★★★	A	
	2)保健所以外が主催・開催・支援した教育・研修の受講者延人員	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	67.0	28.4	4.7	64.7	25.1	10.2	33.2) ★★	D	
結果2	40 関係者や住民による自殺予防に関する取り組みが増加・活性化化した	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	78.5	20.6	0.9	50.5	27.3	22.2	削除	B	
結果3	41 自殺による死亡者数が減少した	延人員(1)当該年、(2)前年 (3) (1)-(2)	人 人 人 人 人 人	85.6	13.0	1.4	88.8	7.9	3.3	37) ★★★	A	
	42 自損行為に対する救急車の出動件数が減少した	延人員(1)当該年、(2)前年 (3) (1)-(2)	人 人 人 人 人 人	64.8	31.5	3.7	67.7	21.2	11.1	36) ★★	D	

※後年度：★★★＝毎年度必ず評価する、★★＝毎年度できるだけ評価する、★＝毎年度評価することが望ましい、☆☆＝毎年度が難しければ3～5年ごとに必ず評価する、☆＝毎年度が難しければ3～5年ごとできるだけ評価する、

※分類：以下の表のとおり

		重要である	
		75%以上	75%未満
わかりやすい	75%以上	A	B
わかりやすい	75%未満	C	D

わかりやすい＝わかりやすさ:5または4  
重要である＝重要性:5または4

表3. 調査票回答時に別紙評価指標マニュアルをどの程度読んだか

	件数	%
1.全部をじっくり読んだ	28	12.9
2.全体を斜め読みした	101	46.5
3.わかりにくかった部分だけ読んだ	82	37.8
4.全く読まなかった	6	2.8
回答者総数	217	100

表4. 評価指標マニュアルは役に立つと思うか

	件数	%
1.役に立つと思う	64	30.5
2.やや役に立つと思う	121	57.6
3.あまり役に立たないと思う	12	5.7
4.役に立たないと思う	0	0.0
5.わからない	13	6.2
回答者総数	210	100

表5. 評価指標マニュアルはどのような点で役に立つと思うか

	件数	%
1.評価指標が何を意図しているのかわかる	116	59.5
2.何を計上すればよいのか、どのような状態が該当するのか具体的なわかる	129	66.2
3.評価指標の活用方法についてヒントが得られる	94	48.2
4.その他	1	0.5
回答者総数	195	100

感染症対策分野の評価指標の検証

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

**研究要旨** 感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための評価指標を開発することを目的に、全国の保健所486か所を対象とした郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は平成27年度版の評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』、評価マニュアルの有用性を各々5件法で尋ね、併せて各々への意見や提案を自由記述により求めた。調査結果に基づき、8項目の評価指標を見直し、評価マニュアルについては6項目の評価の根拠・資料及び17項目の評価の考え方・視点を追記・修正した。評価指標の最終版は、《結核》30項目、《平常時の対応》15項目、《急性感染症発生時の対応》26項目からなる全71項目とした。平常時からの感染症の発生・拡大を防止し、加えて感染症の発生に備えた保健活動を見える化し、PDCAサイクルをまわし活動を推進していくために、国が求めるデータとして、相談対応活動や啓発活動等、平常時の活動に関するデータの収集と蓄積が必要であると考えられた。

## A. 研究目的

本研究の目的は、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を開発することである。今年度は、72項目の「感染症対策活動評価指標：平成27年度版」と評価マニュアルを用い、全国の保健所を対象に、評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』及び評価マニュアルの有用性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

平成27年4月時点の全国の保健所、具体的には都道府県立364か所、政令市（72市）立99か所、特別区（23区）立23か所、計486か所の感染症担当保健師を対象とした。

### 2. 調査項目

#### 1) 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

各評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』について、それぞれ【わかりやすい】【ややわかりやすい】【どちらともいえない】【ややわかりにくい】【わかりにくい】、【重要である】【やや重要である】【どちらともいえない】【あまり重要でない】【重要でない】の5件法で尋ねた。また、『わかりやすさ』と『重要性』の点から、評価指標についての意見や提案を自由記述により求めた。

#### 2) 評価マニュアルの有用性

評価マニュアルは役に立つと思うかについて、【役に立った】【やや役に立った】【どちらともいえない】【あまり役に立たなかった】【役

に立たなかった】の5件法で尋ねた。また、評価マニュアルについての意見や提案を自由記述により求めた。

### 3. 調査方法

郵送による無記名自記式調査票により実施した。調査票は、評価指標と評価マニュアルの一覧に、評価指標毎に『わかりやすさ』と『重要性』の回答欄を設け、また、その他の調査項目と回答欄を加えた自作の調査票とした。返信用封筒を添付し、郵送により回収した。

#### （倫理的配慮）

調査への参加は自由意思であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定されることのないよう配慮すること、回答の返送をもって調査への参加に同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、調査票とともに郵送した。

本研究は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

### 4. 調査期間

調査期間は平成27年10月から平成28年1月であった。

## C. 結果

### 1. 回答者の所属保健所の概要

回収数は244で回収率は50.2%であった。保健所種別による回収数（率）を表1に示す。回答者の所属保健所の管内人口を表2に示す。都道府県型保健所では10万人以上20万人未満

表1 保健所種別による回収数(率)

保健所種別	対象数	回収数	回収率(%)
都道府県型	364	188	51.6
市区型	122	54	44.3
無回答		2	
計	486	244	50.2

表2 回答者の所属保健所の管内人口

保健所種別	都道府県型		市区型	
	数	%	数	%
管内人口				
5万人未満	29	15.4		
5万人以上10万人未満	45	23.9		
10万人以上30万人未満	78	41.5	10	18.5
30万人以上50万人未満	23	12.2	25	46.3
50万人以上	8	4.3	17	31.5
無回答	5	2.7	2	3.7
計	188	100	54	100

表3 都道府県型保健所の管内市町村数

市町村数	数	%
5未満	109	58.0
5～10未満	66	35.1
10以上	12	6.4
無回答	1	0.5
計	188	100

が最も多かった。市区型では30万人以上50万人未満が最も多かった。都道府県型保健所の管内市町村数は5未満が最も多く、約6割を占めていた。

## 2. 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』について、それぞれ5件法で尋ねた結果を表4に示す。

『わかりやすさ』については、【わかりやすい】と【ややわかりやすい】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は、72項目中11項目(15.3%)であった。具体的にはテーマ《結核》のプロセスの2項目、テーマ《平常時の対応》のプロセスの2項目、結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の構造の1項目、結果1の2項目、結果2の全ての項目(3項目)であった。

『重要性』については、【重要である】と【やや重要である】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は、72項目中5項目(6.9%)であった。具体的にはテーマ《平常時の対応》の結果1の全ての項目(2項目)、結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の結果1の1項目、結果2の1項目であった。

『わかりやすさ』と『重要性』の両方が75%未満であった評価指標は、72項目中3項目(4.2%)であった。具体的にはテーマ《平常時の対応》の結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の結果1の1項目、結果2の1項目であった。

## 3. 評価指標についての意見や提案

『わかりやすさ』と『重要性』の点から、自由記述により求めた評価指標についての意見や提案は69人(28.3%)から回答があった(表5)。

評価指標について、わかりやすく、全てが感染症対策において重要であると思った、現在の活動を客観的に評価することができ、PDCAサイクルをまわす活動につながる、評価指標を活用することにより保健活動を多角的に振り返ることができる、新しい気づきがあった等の意見があった。

その一方で、重要であるが把握したり、判断が難しい評価指標がある、抽象的で数値で示すことができない評価指標は評価が難しいと感じた、評価指標の数が多いと負担が大きい、評価指標の焦点化によって評価の負担が軽減できる、見直したい点だけ選択して評価できると実践に結び付きやすい、保健師による保健活動の質的な評価を行うとしたらもう少し具体的な表現の方がよい、援助の方法、面接等による介入の技術等の評価指標がない等の意見もあった。

表4 感染症対策活動評価指標の検証結果—わかりやすさ・重要性—

N=244 (%)

テーマ	評価指標	わかりやすさ				重要性				
		5.わかりやすい 4.ややわかりやすい 3.どちらともいえない 2.ややわかりにくい 1.わかりにくい				5.重要である 4.やや重要である 3.どちらともいえない 2.あまり重要でない 1.重要でない				
		5+4	3	2+1	無回答	5+4	3	2+1	無回答	
結果1	構造	1.感染症調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	87.3	7.4	4.9	0.4	93.0	4.9	1.6	0.4
	プロセス	2.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	85.7	11.5	2.5	0.4	93.0	6.6	0.4	
		3.管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(AIDS、じん肺、人工透析、高齢者等)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	64.8	23.4	11.5	0.4	85.7	13.1	1.2	
		4.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	76.6	13.9	9.0	0.4	93.4	5.7	0.4	0.1
		5.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	84.8	11.5	3.3	0.4	95.5	3.3	0.4	0.8
		6.結核の普及啓発活動をしている	86.1	9.4	4.5		91.8	7.4	0.4	0.4
		7.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	91.8	4.9	2.9	0.4	94.3	3.7	0.8	1.2
		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	86.9	7.4	5.3	0.4	91.0	8.2	0.8	
		9.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	74.6	17.2	8.2		89.8	9.0	1.2	
		10.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	87.3	7.4	4.9	0.4	92.2	6.1	1.2	0.4
		11.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)	79.1	11.9	8.6	0.4	89.3	8.6	1.2	0.8
	結果2	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	84.8	9.4	5.7		82.8	13.1	3.7	0.4
		13.新規登録者初回面接の実施率(密接塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に)	95.1	3.3	1.6		96.7	3.3		
		14.患者届出の受理後、保健師等と患者と面談するまでの期間(目安は72時間以内)	91.0	4.5	3.7	0.8	90.6	6.6	2.5	0.4
		15.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	88.9	5.7	5.3		90.2	6.6	2.9	0.4
		16.管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える	81.1	13.9	4.5	0.4	81.4	13.5	1.6	0.4
		17.DOTS協力施設(医療機関以外)が増える	84.8	8.6	6.1	0.4	86.5	11.5	1.6	0.4
18.管内市町村のFCG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)		87.7	7.1	3.7	1.2	87.7	8.6	2.0	1.6	
結果3	19.管内市町村の定期健康診断受診率の向上(高齢者、ハリスカ・デインジャーグループ等)	78.3	12.7	7.8	1.2	85.7	11.9	1.2	1.2	
	20.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	95.1	3.7	0.8	0.4	96.3	3.3	0.1	0.1	
	21.結核患者(特に高齢者、ハリスカ・デインジャーグループ)の発病(結核の症状が初めて目覚めた時期)〜初診までの期間短縮	83.6	7.4	8.2	0.8	92.6	5.3	1.2	0.8	
	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上	95.1	3.3	1.6		96.3	3.7			
	23.結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少	96.3	2.9	0.8		95.5	3.7	0.8		
	24.管理期間中の再治療率の減少	89.3	9.4	1.2		86.5	11.5	2.0		
	25.管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリスカ・デインジャーグループの罹患率)	86.1	9.0	3.7	1.2	87.3	10.2	1.2	1.2	
	26.高齢者やハリスカ・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	79.5	14.8	4.9	0.8	86.5	10.7	1.6	1.2	
平常時の対応(発生予防・早期発見)	27.結核の有病率の減少	82.8	12.3	4.9		85.7	11.1	2.9	0.4	
	28.新登録中の多剤耐性結核患者の異人口・結核患者に占める割合の減少	84.0	13.9	2.0		86.9	11.9	1.2		
	29.潜在性結核感染症者の発病率の減少	75.4	17.6	7.0		77.0	19.7	3.3		
	30.結核死亡者数(率)の減少(特に単剤耐性結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)	75.8	15.2	8.6	0.4	78.7	18.0	2.9	0.4	
	構造	31.感染症担当部署に保健師が配置されている	89.8	5.3	2.0	2.9	87.3	8.6	1.6	2.5
	プロセス	32.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明確にしている	72.1	16.8	9.8	1.2	88.9	9.8	0.4	0.8
		33.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	72.1	17.2	10.2	0.4	84.8	12.7	2.0	0.4
		34.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	81.0	10.7	4.9	0.4	86.9	10.2	2.5	0.4
		35.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	87.3	6.6	5.3	0.8	89.3	9.4	0.8	0.1
		36.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	89.8	6.6	3.3	0.4	91.0	7.0	1.6	0.1
37.医療監視や施設指導により感染症対策に関する問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている		77.5	14.8	7.0	0.8	88.5	9.8	0.8	0.8	
38.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		79.1	15.2	5.3	0.4	82.0	16.8	0.8	0.4	
39.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		76.6	18.4	4.1	0.8	82.8	15.6	0.8	0.8	
結果1		40.感染症に関する普及啓発活動の回数	80.3	13.5	4.9	1.2	73.4	22.1	3.3	1.2
		41.保健師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	86.9	10.2	2.5	0.4	74.6	22.5	2.5	0.4
	結果2	42.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、TbV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	85.2	11.5	2.9	0.4	75.8	20.9	2.9	0.4
43.定期予防接種の接種率が高まる		89.8	7.8	1.6	0.8	84.8	12.7	1.6	0.8	
44.感染症対策に関す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		60.7	20.9	17.6	0.8	72.5	22.1	4.5	0.8	
結果3	45.感染症の集団発生件数の減少	86.9	11.5	1.2	0.4	86.5	12.3	0.8	0.4	
	46.感染症による死亡者・死亡率の減少	75.4	18.0	6.1	0.4	75.8	20.1	2.9	1.2	
	急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	47.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)	97.5	1.2	0.8	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
48.初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている		91.8	4.9	2.5	0.8	95.5	3.3	1.2	1.2	
49.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確になっている		92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	3.3	0.8	0.8	
50.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		92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	2.9	1.2	1.2	
51.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		84.8	7.8	6.6	0.8	94.3	4.5		1.2	
52.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		79.9	14.3	4.9	0.8	90.6	8.2	0.4	0.8	
53.発生時の情報提供に配慮が必要な対象(高齢者や在外外国人等)を把握し、情報提供のルートが確保されている		68.4	19.7	11.1	0.8	82.4	15.6	1.2	0.8	
54.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		79.1	14.3	5.3	1.2	88.9	9.4		1.6	
55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱いについて関係機関とルールを定めている		75.4	15.6	7.4	1.6	83.6	13.1	0.8	2.5	
56.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)		87.3	8.6	3.7	0.4	92.2	7.0	0.4	0.1	
プロセス	57.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	92.6	5.7	1.2	0.4	95.1	4.1	0.4	0.4	
	58.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	95.1	3.3	1.2	0.4	98.0	0.8	0.8	0.4	
	59.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	93.9	4.5	1.2	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4	
	60.患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的な学習調査や療養支援を行っている	91.4	4.9	3.3	0.4	94.7	3.3	1.2	0.8	
	61.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見出し、医療につなげている	92.2	5.7	1.6	0.4	95.5	3.3		1.2	
	62.患者・感染者とその家族の相談(来り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている)	93.9	4.9	0.8	0.1	95.1	3.3	0.4	1.2	
	63.接触者健診の未受診者対応をしている	93.4	3.7	2.5	0.4	95.1	3.7		1.2	
	64.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	82.8	10.7	6.1	0.4	93.4	4.5	0.8	1.2	
	65.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	77.9	12.3	9.0	0.8	91.0	5.7	1.6	1.6	
	66.職員を感染症発生時対応に関する研修(検体調査、保健指導等)に派遣している	91.4	6.1	1.6	0.8	87.3	10.2	1.6	0.8	
結果1	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)	75.0	16.8	7.4	0.8	78.7	18.0	2.0	1.2	
	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	74.6	15.6	8.2	1.6	76.6	18.0	2.9	2.5	
	69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	74.6	16.8	7.0	1.6	73.4	21.3	3.3	2.0	
結果2	70.まん延が接引く事案がない	61.5	17.6	20.5	0.4	74.2	20.1	3.7	2.0	
	71.診断が遅れた症状が悪化したケースがない	67.2	17.6	14.3	0.8	83.2	13.1	2.0	1.6	
	72.新興感染症まん延時に偏見や差別を受けやすいケースがない	54.9	22.1	22.5	0.4	75.8	20.1	2.9	4.5	

(注)わかりやすさ及び重要性の網掛けは各々「わかりやすい」+「ややわかりやすい」、「重要である」+「やや重要である」の回答率が75%未満の項目

表5 評価指標に対する意見-わかりやすさ・重要性の点から-

N=69

テーマ	評価枠組	評価指標	意見 (件)
結核	構造	1.感染症診療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	■保健師がコントロールできないことについては、どのように考えればよいのか判断に迷った(1)
	プロセス	3.管内の医療機関の院内感染対策や、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	■管内の医療機関の院内感染対策と、結核合併率が高い患者を治療している医療機関の早期発見対策と、2つのことを聞いているのではない(1)
		9.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	■「管内市町村、医療機関、施設、学校等」といづつか示されていると、全て実施する必要があるのか、いずれかが1つでも実施していればよいのか、迷うので、そのあたりが明確であるとよい(1)
		10.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	■曖昧さがあり、経験年数の少ない保健師の場合、「評価マニュアル」を見てもうまく評価できない可能性がある。「関係機関のカバー率」や「回数」等、すぐ可視化できるデータと「参加機関からの相談・早期発見が増加した」という長期間かけて見えてくるデータで評価する、等といった考え方を具体的に示した方がよい。(1)
	結果1	14.患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)	■「13新規登録者初面接の実施率(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)」と同じではない(1)
	結果2	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上	■DOTS脱落者の分析等、質的評価が重要となる指標も多くある(1)
平常時の対応	構造		■平常時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	結果2	42.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.定期予防接種の接種率が高まる	■検査の受診者が増加することばかりがよいとはいえないのではない。検査を受ける機会は保健所ばかりではない(1) ■胸部X-P受診率(年1回)も評価指標になるとよい。HBs抗原(+)者の新患の調査時に何年も胸部X-Pをとっていないという人が目立つ。B型肝炎の予防・啓発の結果の評価指標に胸部X-P受診率の向上があるとよい。
(急性感染症への備えも含む)	構造		■発生時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	プロセス	63.接触者健診の未受診者対応をしている	■「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
		65.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	■「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
	結果1	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 69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	■感染症発生時の施設からの報告件数の増加で評価をするのは、施設職員の感染症に対する対応力の差によりばらつきがあるので(これで)評価するには危険である。「増える」とあるが、今以上に増やせそうにない場合もあり、標準をどこにするか(1) ■回数のみで評価するのは不十分である(1)
	結果2	70.まん延が長引く事案がない	■「長引く」は定義があるとよい(2)
		71.診断が遅れ症状が悪化したケースがない	■「遅れ」は定義があるとよい(2)
72.新興感染症まん延時に偏見や差別を受けるケースがない		■差別、偏見が生じることがないよう、保健指導ができたか、という点を評価すればよいのか(1) ■重要であるが評価は難しい。どのようなことから評価するのか(1)	
全体			<ul style="list-style-type: none"> <li>■重要であるが把握したり、判断が難しい指標がある、どのような情報をどのように収集して評価するかが難しい指標があった(7)</li> <li>■抽象的で数値で示すことができない項目は評価が難しいと感じた、少しでも基準が明確になるとよい。数値目標を設定した方が評価しやすい(6)</li> <li>■「体制がある」「明確になっている」の判断基準が難しい。表現があいまいだと評価しにくい(2)</li> <li>■一つの指標に複数の項目が含まれていると評価しづらい(2)</li> <li>■感染症類型によって一概にあてはまらない指標がある(2)</li> <li>■感染症は全国の保健所でほぼ同じ対応・対策をとっているはずであり、あたりまえのことに現場に合った評価指標の工夫がもう少しほしい(1)</li> <li>■各保健所の状況によって、評価指標の重要性が違って(1)</li> <li>■感染症の発生は流行状況に左右されるため、単純に活動の評価が難しい(2)</li> <li>■評価指標の数が多いと負担が大きい。必要最低限の指標あるいは重要な指標の焦点化によって評価の負担が軽減できる。現在、見直したい事業のこだけ選択して評価できると実践に結び付きやすい(6)</li> <li>■評価の視点としては必要な評価項目であると思うが、保健師による保健活動の質的な評価を行うとすればもう少し具体的な表現の方がよい。保健師活動として必要な項目であるのか、わからないものが多く含まれていると思った。援助の方法、面接等による介入の技術等の評価指標がない。「保健師の専門性を評価する」という評価指標や訪問の効果に関する評価指標を入れてほしい。(4)</li> <li>■保健師のみの活動ではなく、保健所としての支援・対策と思われる内容がある(1)</li> <li>■問題への働きかけと働きかけた対象の変化、問題がどの解決したか等をどう評価することができるか(1)</li> <li>■評価指標はわかりやすくて、根拠・資料に基づいて評価する方法によって、主観が入りそうな評価指標がある(2)</li> <li>■「ソーシャルキャピタルの創出への貢献」「保健活動の効用を示す」という観点だと思われ、自らのチェックには良いと思う、しかし、外部から評価される場合は良い結果が出ずらそうで不安がある。どれも重要な項目であるが、できない部分が多く、マイナス評価で終わらないか不安がある(2)</li> <li>■「結果」の評価指標については、既に事業評価等で実施しているものが多かった(1)</li> <li>■集団感染数や罹患率等数値的な評価指標はわかりやすい(1)</li> <li>■わかりやすい評価指標であり、すべてが感染症対策の評価指標として重要であると思った。現在の活動を客観的に評価することができ、PDCAサイクルをまわす活動につながる。毎日感染症の発生に追われ、事業評価が全くできないため、このようなわかりやすい評価指標があることは有意義である(7)</li> <li>■評価指標を活用することで、保健活動を多角的に振り返ることができる。評価の視点として新しい気づきがあり参考になった(3)</li> <li>■保健師活動の見える化につながる(1)</li> </ul>

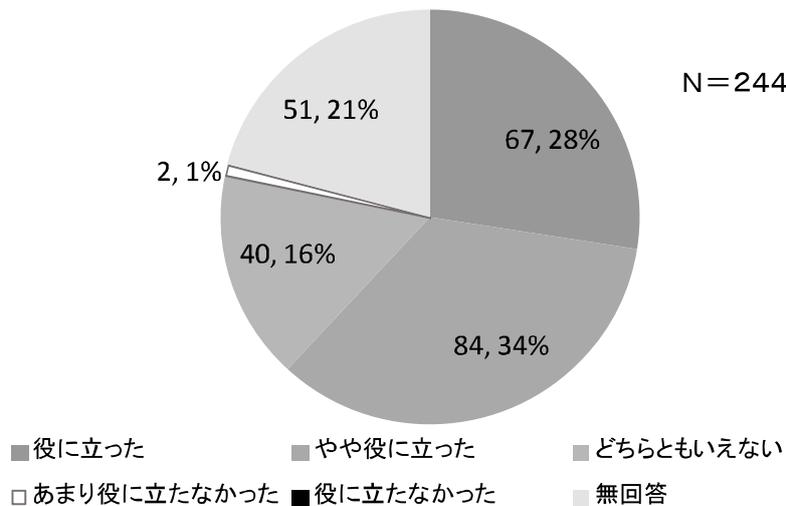


図 評価マニュアルの有用性

表6 評価マニュアルに関する提案・意見

N=7

<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価指標13の評価の根拠・資料には他に台帳が、また接触者健診の評価の根拠・資料には勧告書の発行、対策会議の報告書等も必要である(1)</li> <li>■評価指標45の評価の根拠・資料について、インフルエンザや感染性胃腸炎等新型のウイルス出現時は、集団発生が増えることはある程度仕方がないので、件数の増減をみるのは5年位の長さにした方がよい(1)</li> <li>■評価の時期をいつにすればよい(1)</li> <li>■評価指標の到達度を判断する基準が評価マニュアルに入れられるとよい。基準がないと保健所によってばらつきが出る。評価指標のみだと評価指標の意味・意図を誤って捉えてしまう項目があったため評価マニュアルは必要である(2)</li> <li>■評価マニュアルが空欄の評価指標はどのように評価すればよいかわからないところがあった(1)</li> <li>■評価の考え方や視点に複数の例示があった場合、一方はできているが、もう一方については取り組めていない場合、評価をどのようにしたらよいか迷うのではないかと。できるだけ評価するポイントを1つにしよった方がよいのではないかと(1)</li> <li>■評価マニュアルがあった方が、評価の標準化は図りやすいと思う、ないと主観が入ったり、偏りが生じやすい(1)</li> <li>■各県のマニュアルに反映できるとよい(1)</li> </ul>
--

#### 4. 評価マニュアルの有用性及び評価マニュアルについての意見や提案

評価マニュアルの有用性については、【役に立った】が67人（27.5%）、【やや役に立った】が84人（34.4%）で、併せて61.9%であった（図）。

自由記述により求めた評価マニュアルについての意見や提案は7人（2.9%）から回答があった（表6）。

#### D. 考察

##### 1. 調査結果等に基づく評価指標の検討

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』の調査結果及び評価指標についての意見や提案に基づき、評価指標を見直した。

見直しのポイントは、『わかりやすさ』につ

いて、「わかりやすい」と「ややわかりやすい」を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標を中心に、1つの評価指標において複数の評価内容が含まれている場合はなるべく1つの内容に絞る、他の評価指標と重複する内容が含まれている場合にはいずれか重要な評価指標のみを残す、評価指標の内容がより伝わりやすいように必要時補足する、「明確になっている」等の表現を判断しやすい表現に変える、評価指標設定の意図から評価の枠組みを見直す、とした。

その結果、8項目の評価指標を見直した（表7）。具体的には、テーマ《結核》については、プロセスの評価指標NO. 3の文言を一部削除し、結果1のNO. 14を削除、結果2のNO. 19は文言を補足した。テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO. 32の文言を修正した。テ

ーマ《急性感染症発生時の対応》については、構造の評価指標NO. 48、49、プロセスのNO. 63の文言を修正し、結果1のNO. 69の評価の枠組みをプロセスに変更し、それに合わせて文言を修正した。

## 2. 調査結果等に基づく評価マニュアルの検討

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』の調査結果及び評価指標についての意見や提案並びに評価マニュアルについての意見や提案に基づき、評価マニュアルを見直した。

見直しのポイントは、評価指標の意図や根拠、評価方法がより伝わるようにすることとした。

その結果、6項目の評価指標について評価の根拠・資料を追記し、17項目の評価指標について評価の考え方・視点を追記・修正した（表7）。具体的には、テーマ《結核》については、構造の評価指標NO. 1、結果1のNO. 13、15、結果2のNO. 20、結果3のNO. 26、テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO. 32の評価の根拠・資料を追記した。また、テーマ《結核》については、プロセスの評価指標NO. 8、9、10、結果1のNO. 13、結果2のNO. 20、22、結果3のNO. 30、テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO. 32、結果2のNO. 42、テーマ《急性感染症発生時の対応》については、構造の評価指標NO. 47、50、56、プロセスのNO. 65、結果1のNO. 68、69（プロセスへ変更）、結果2のNO. 70、71の評価の考え方・視点を追記・修正した。

## 3. 感染症対策活動の評価指標最終版

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は、保健所保健師の果たす役割が特に重要と考えられる感染症対策にかかわる活動の中から取り上げた《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）》の3つのテーマについて、それぞれ30項目、15項目、26項目からなる全71項目を最終版の評価指標とした（表8）。また、評価マニュアルに加えて、本評価指標の活用方法についての説明文を加えることとした。

## 4. 政策提言

わが国においては、感染症サーベイランス体制が整備され、それにより得られるデータから、感染症対策にかかわる保健活動について一定の評価をすることができる。しかし、感染症対策においては、平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動が重要であることは言うまでもなく、患者発生情報だけでは評価することはできない。本研究班におけるこれまでの調査の結果、保健所においては、管内の患者発生情報については保健所の事業報告等において毎年、集約しているものの、平常時における住民や管内の施設等への相談対応活動、啓発活動（健康教育や研修）、医療監視や施設指導を契機とした活動、教育委員会・教育機関に対する活動、予防接種の推進活動や予防接種体制の整備にかかわる活動については集約されていなかったり、集約されていたとしても管内の感染症対策にかかわる課題との関連が明示されておらず、つまりはどのような目的やねらいで実施されているのか、課内や担当者間で共有されにくい状況も見受けられた。感染症予防のために保健師が関与して実施した活動内容として、相談対応や健康教育・研修は実施率が高い<sup>1)</sup>。個々への相談対応は適切で迅速な情報提供の機会となり、相談してきた住民や施設等の感染症にかかわる認識を把握し、予防行動を促すことにつながる。また、健康教育や研修は、感染症予防はもちろんのこと、感染が疑われる場合や発生時に感染者やその周囲の人々が適切に対応することによって感染者の健康や生命を守り、かつ二次感染を防ぐという目的や、人々の理解・協力を得ることによって感染者に対する偏見や差別、人権侵害が生じないようにするという目的もある<sup>2)</sup>。

以上のことから、国が求めるデータとして、対象種別や感染症種別（主な）あるいは感染症類型別の相談対応状況や健康教育・研修の実施状況等、平常時の活動に関するデータがあると、平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動が見

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し

\*見直した部分をゴシック体で示す

テーマ	評価指標		評価マニュアル(評価のてびき)		
	枠組・活動	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点	
結核	構造・活動	1	感染症診療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	・感染症診療協議会のメンバー	・この評価指標により、管内において結核に係る医療が適切に提供されているかどうかを感染症診療協議会が判断できる条件が整っているかを検討する。その結果に基づいて、結核の早期診断や治療の成功率の向上等適切な医療の普及のための管内の人材養成及び患者の相談体制構築に係る保健活動の必要性の判断材料としていく。
		◇国内外・管内の情報収集			
	プロセス	3	管内の医療機関の院内感染対策や、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	・医療現場における結核対策に関わる指導記録	・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。
		◇関係機関との連携体制づくり			
	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	・管内の関係機関を対象とした会議の実施記録 ・コホート検討会実施回数、DOTS評価会議	・結核対策に関わる管内の関係機関を対象とした会議(コホート検討会やDOTS評価会議を含む)を開催し、管内の結核発生状況の情報交換や課題共有等、結核対策について検討しているかを確認する。	
		9	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)とその記録 ・地域連携推進ネットワークの有無	・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、喀痰塗抹陰性患者、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、医師又は看護師と連絡を取りあつ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。
	◇関係機関への支援				
	結果1	10	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	・医療現場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	・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ておき、それら関係機関の教育・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。
		13	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)	・結核登録票 ・結核患者登録台帳	・喀痰塗抹陰性患者の場合、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) ・喀痰塗抹陰性患者、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。
	14	患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)の削減	・結核登録票		
15		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	・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	・初回だけでなく、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。	
結果2	19	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)	・市町村からの報告書	・管内市町村の実施報告から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、市町村に定期健康診断の対象の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・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。	
	20	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 ・NISID(結核登録者情報システム)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	・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、集団感染の予防策を対象集団に具体的に提案することも必要である(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)。	
	22	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。	
結果3	26	高齢者やハリス・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	・結核集団感染事例報告書	・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、少なくとも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。	

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し(つづき)

\*見直した部分をゴシック体で示す

評価指標		評価マニュアル(評価のてびき)	
テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
結核(ツブキ)	結果3(ツブキ) 30 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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>ここでいう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。</li> <li>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、多剤耐性結核検査の別、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して、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。</li> </ul>
平常時の対応・早期発見)	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇管内の情報収集・分析</li> <li>32 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が記載されている等、課内や担当者間で共有できる形になっているかを確認する。</li> </ul>
	結果2	42 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造・活動の基盤	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇第一報の受理体制</li> <li>47 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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急受付対応職員当番表、緊急受付受理票及び報告書等</li> <li>・保健所閉庁時に、第一報があった場合の対応職員が決まっており、受付票やチェックリスト等が整備されているか、を確認する。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◇集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制</li> <li>48 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
		49 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症発生時対応のマニュアル(管理職不在時も含めて指揮命令系統が明示されているもの、感染症類型別)等</li> </ul>
		50 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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か等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。</li> <li>・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。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◇職員の健康管理体制</li> <li>56 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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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。</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◇集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援</li> <li>63 接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接触者調査票</li> <li>・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。</li> </ul>
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇集団発生施設との協働・支援</li> <li>65 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団発生事例への対応記録又は報告書</li> <li>・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を決定していたかを、を確認する</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇活動の評価と見直し</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議の実施記録</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>結果1</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所事業報告</li> <li>・感染症発生時の対応やその際の保健所との協働の必要性について、施設側が十分認識していれば感染症発生後(疑いを含む)早期に保健所に相談や報告がなされるはずである。本指標により、管内の施設等の関係者の感染症発生時対応にかかわる認識や主体性を評価する。</li> </ul>	
	69 感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容→プロセスへ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議の実施記録</li> <li>・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。</li> </ul>	
結果2	70 まん延が長引く事案がない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者発生第1報から潜伏期間を1つの目安として、それ以後、患者数が減少に向かっているか、二次感染が発生していないか等を流行曲線等から確認する。</li> </ul>	
72 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・偏見や差別を受けるなど感染者や患者、家族らの人権が損なわれる事態が起こらなかったかを確認し、評価指標「55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱いについて関係機関とルールを決めている」及び「64.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」、併せてマスコミへの対応も振り返り、必要時、これらの活動を見直す。</li> </ul>		

表8 感染症対策活動評価指標(最終版)

テーマ	評価枠組	評価指標
結核	構造	1 感染症対策協議会に結核医に精通している専門職が入っているか
		◇ <b>国内外・管内の情報収集</b>
		2 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
		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
		4 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
		◇ <b>課題の明確化と計画立案</b>
		5 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
		◇ <b>相談・教育(啓発)活動</b>
		6 結核の普及啓発活動をしている
		7 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
		◇ <b>関係機関との連携体制づくり</b>
	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	
	9 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	
	◇ <b>関係機関への支援</b>	
	10 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	
	◇ <b>事業・活動の評価と見直し</b>	
	11 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直ししている(マニュアルへの反映等)	
	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	
	13 新規登録者初回面接の実施率(結核塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外1週間以内を目処に)	
	14 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	
	15 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える	
	16 DOTs協力施設(医療機関以外)が増える	
	結果1	17 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)
		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、ハリスケ・デインジャーグループ等)
		19 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
		20 結核患者(特に高齢者、ハリスケ・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
		21 全結核患者に対するDOTS実施率の向上
		22 結核患者や潜在性結核感染症の服薬中断率の減少
	結果2	23 管理期間中の再治療率の減少
		24 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリスケ・デインジャーグループの罹患率)
25 高齢者やハリスケ・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		
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集人数・結核患者に占める割合の減少		
28 潜在性結核感染症者の有病率の減少		
結果3	29 結核死亡率(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)	
	30 感染症担当部署に保健師が配置されている	
	◇ <b>管内の情報収集・分析</b>	
	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管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	
	◇ <b>相談・教育(啓発)活動</b>	
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		
34 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		
35 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		
◇ <b>関係機関への支援</b>		
36 医療監視や施設指導により感染症対策に関わる問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている		
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		
◇ <b>活動の評価と予防計画の見直し</b>		
38 都道府県の定められ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		
39 感染症に関する普及啓発活動の回数		
40 保健師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		
結果	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	
	42 定期予防接種の接種率が高まる	
	43 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	
結果2	44 感染症の集団発生件数の減少	
	45 感染症による死亡者・死亡率の減少	
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造	◇ <b>第一報の受理体制</b>
		46 保健所開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)
		◇ <b>集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制</b>
		47 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
		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
		49 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
		◇ <b>情報収集と情報発信の体制</b>
		50 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
		51 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
		◇ <b>情報提供ルートの確保と個人情報の取扱いルール</b>
		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
	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	
	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	
	◇ <b>職員の健康管理体制</b>	
	55 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)	
	◇ <b>備蓄の管理体制</b>	
	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	
	◇ <b>集団発生時のマニュアルの策定・改訂</b>	
	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	
	◇ <b>訓練</b>	
	58 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	
	◇ <b>集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援</b>	
	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	
	60 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	
	61 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	
	62 接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている	
	63 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	
	◇ <b>集団発生施設との協働・支援</b>	
	64 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	
	◇ <b>活動の評価と見直し</b>	
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		
◇ <b>人材育成</b>		
66 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		
結果1	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)	
	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	69 まん延が長引く事案がない	
	70 診断が遅れ症状が悪化したケースがない	
	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	

える化できるのではないかと考えられる。日々の業務に追われる中、評価活動への負担感は決して小さくない。負担感の原因の一つには、評価のためのデータを改めて収集しなければならないことがある<sup>3)</sup>。国が求める統計として、毎年、データが収集され、蓄積されれば、管内の感染症対策にかかわる課題に応じて、目標・計画を立て、その達成状況を年単位あるいは数年単位で評価したり、経年的な評価をすることができ、PDCAサイクルをまわして、感染症の発生・拡大の防止及び感染症の発生への備えのための活動を推進していくことができると考えられる。

## E. 結論

感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための評価指標を開発することを目的に、全国の保健所486か所を対象とした郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は精練を繰り返し作成した平成27年度版の評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』、評価マニュアルの有用性をそれぞれ5件法で尋ね、併せて評価指標及び評価マニュアルへの意見や提案を自由記述により求めた。回収数(率)は244(50.2%)であった。

その結果、【わかりやすい】と【ややわかりやすい】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は11項目、【重要である】と【やや重要である】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は5項目、両者に該当した項目は3項目であった。評価指標についての意見や提案は69人から回答があった。

評価マニュアルの有用性については、【役に立った】と【やや役に立った】を併せて、約6割であった。評価マニュアルについての意見や提案は7人から回答があった。

調査結果に基づき、8項目の評価指標を見直した。また、評価マニュアルについて、6項目の評価の根拠・資料を追記し、17項目の評価の考え方・視点を追記・修正した。感染症対策活動の評価指標の最終版は、テーマ《結核》30項目、《平常時の対応(発生予防・早期発見)》15項

目、《急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)》26項目からなる全71項目とした。

平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動が見える化し、評価してPDCAサイクルをまわし活動を推進していくために、国が求めるデータとして、対象種別や感染症種別(主な)あるいは感染症類型別の相談対応状況や健康教育・研修の実施状況等、平常時の活動に関するデータの収集と蓄積が必要であると考えられた。

## 引用・参考文献

- 1) 春山早苗、他(2008)：感染症の発生予防と早期発見に関わる保健所の活動、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究 総括・分担研究報告書、25-40.
- 2) 春山早苗(2009)：感染症健康危機管理における保健所保健師の役割と求められる能力、保健師ジャーナル、65(9)、729-735.
- 3) 春山早苗(2014)：感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証、平成25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 総括・分担研究報告書、167-184.
- 4) 厚生労働省健康局結核感染症課(2011)：結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について(健感発0516第1号)、平成23年5月16日.
- 5) 石川信克監修、阿彦忠之編(2014)：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「結核の接触者健診Q&A」付き 平成26年改訂版、公益財団法人結核予防会.
- 6) Ohmori M, Ozaka K, Mori T, et al. (2005): Trends of delays in tuberculosis case finding in Japan and associated factors, *Int J Tuberc Lung Dis*, 9(9), 999-1005.
- 7) 青山恵美、操華子(2014)：肺結核患者の

受診までの遅れ (patient's delay) と診断までの遅れ (doctor's delay) の現状と影響要因、環境感染誌、29(6)、453-462.

**F. 研究発表**

**1. 論文発表**

なし

**2. 学会発表**

第74回日本公衆衛生学会総会 (2015年 10月、長崎) にて発表

**G. 知的財産権の取得状況**

なし

難病保健分野の評価指標の検証

分担研究者 小西かおる(大阪大学大学院)

**研究要旨** 本研究は、地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の標準化を目的として、これまでに開発してきた難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所の難病担当リーダー保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を図り、評価指標と評価マニュアルの最終版の作成及びこれらの普及と活用方法の検討を行った。平成27年度版の難病保健活動の評価指標(30項目)の全ての項目について重要性は高く評価された。わかりやすさについて評価が低かった3項目について表現を修正し、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築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項目の合計30項目の標準化が検証された評価指標(最終版)が作成された。本評価指標は、これまでに開発されている難病地域アセスメントシートと組み合わせることで地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるといえた。

**A. 研究目的**

本研究の目的は、保健活動の質を評価するために、全国どこでも活用できる標準化した評価指標を開発することである。本分担研究では、これまでに開発してきた難病対策に関する保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所(保健所設置市を含む)の難病担当保健師を対象に調査を実施し、難病保健活動の評価指標の精緻化を行い、標準化した評価指標と評価マニュアルの最終版を作成することを目的とした。また、これまでの分担研究の成果を踏まえ、難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について検討する。

**B. 研究方法**

難病保健活動の評価指標の標準化を図るために評価指標のわかりやすさと重要性および評

価マニュアルの有用性の検証、評価項目の精緻化、標準化された評価指標および評価マニュアルの最終版の作成、評価指標の普及および活用方法の検討を以下の方法で行った。

**1. 研究対象**

全国の保健所 486 か所(保健所設置市を含む)とし、難病担当リーダー保健師に調査への回答を依頼した。

**2. 調査内容**

平成26年度版の難病保健活動の評価指標<sup>1)</sup>の各項目に対する「わかりやすさ」について、大変わかりやすい(5点)、わかりやすい、(4点)、どちらともいえない(3点)、ややわかりにくい(2点)、わかりにくい(1点)の5段階で評価を依頼した。

同様に、各項目に対する「重要性」について、大変重要である(5点)、重要である(4点)、どち

らともいえない(3点)、あまり重要でない(2点)、重要でない(1点)の5段階で評価を依頼した。

わかりやすさ、重要性に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

評価マニュアルの有用性について、役に立った(5点)、やや役に立った(4点)、どちらともいえない(3点)、あまり役に立たなかった(2点)、役に立たなかった(1点)で評価を依頼した。

評価マニュアル(評価のてびき)に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

その他の質問項目としては、対象保健所の属性について、都道府県名、保健所のタイプ(都道府県型/市区型)、管内の市町村数の回答を依頼した。

### 3. 調査方法

全国の486か所の保健所に調査依頼文および調査票を郵送した。調査依頼文には、調査の概要、記載要領、倫理的配慮を記した。調査への回答は、難病担当のリーダー保健師に依頼し、郵送回答法とした。

### 4. 調査時期

平成27年10月～平成28年1月とした。

### 5. 分析方法

わかりやすさについては、各段階の回答割合および5(大変わかりやすい)と4(わかりやすい)の合計回答割合を算出した。また、重要性については、各段階の回答割合および5(大変重要である)、4(重要である)の合計回答割合を算出した。

分類については、下記の分類表(表1)に従ってA～Dを記入した。わかりやすさおよび受容性について、5点と4点の合計回答割合について、70%を境界値とし分類を行った。

表1 わかりやすさおよび重要性の評価分類

		わかりやすさ	
		70%以上	70%未満
重要性	70%以上	A	B
	70%未満	C	D

Aは、重要であり、わかりやすい項目であるため、そのまま残すこととした。

Bは、重要であるが、わかりにくい項目であるため、表現の修正や評価マニュアル(評価のてびき)の内容の追加・修正を行うこととした。

Cは、重要ではないが、わかりやすい項目であるため、項目の内容について再検討することとした。

Dは、重要でなく、わかりにくい項目であるため、削除することとした。

以上のプロセスにより、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の最終版を作成した。

また、平成25年度および平成26年度の分担研究の結果を踏まえ、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の普及および活用方法の検討を行った。

#### 【倫理的配慮】

調査への参加は自由意志であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定される事のないように配慮すること等を調査依頼文に明記し、調査票の回答の返送をもって調査協力を同意したとみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 対象の特徴

都道府県別の調査協力が得られた保健所の分布について図1に示す。47都道府県すべて

から回答を得ることができた。253 か所の保健所から回答が得られ、回収率は 52.1%であった。都道府県型保健所が 187 か所(73.9%)、市町村型が 54 か所(22.5%)、不明 9 か所(3.6%)であった。管内の平均市町村数は 3.8 であった。北海道、東京、大阪、福岡の回収率が高かった。



## 2. 難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性について

難病保健活動の評価指標のわかりやすさ及び重要性の評価結果を表 2 に示す。

重要性についてみると、すべての項目で 70%以上が「大変重要である」または「重要である」と回答しており、本評価指標の内容は難病保健活動において極めて重要なものであることが確認された。

一方で、わかりやすさについてみると、70%以上が「大変わかりやすい」または「わかりやすい」と回答した項目は 15 項目(50.0%)であった。内訳をみると、構造が 2 項目(66.7%)、プロセス(個別支援)が 5 項目(62.5%)、プロセス(地域ケアシステムの構築)が 5 項目(55.6%)、結果 1～3 が 2 項目(22.2%)であった。

以上より、A 評価が 15 項目(50.0%)、B 評価

が 15 項目(50.0%)、C および D 評価の項目は見られなかったため、本評価指標の有用性は高いと評価できるといえた。

わかりやすさの評価について詳細を見ると、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%未満であった項目は 6 項目あり、項目 3(構造)、項目 9(プロセス・個別支援)、項目 20(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 25(結果 2)、項目 29 および項目 30(結果 3)であった。また、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%以上 70%未満の項目は 9 項目あり、項目 7 および項目 10(プロセス・個別支援)、項目 12・項目 15・項目 16(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 21・項目 23・項目 24(結果 1)、項目 27(結果 2)、項目 28(結果 3)であった。

わかりやすさに関する自由記載についてみると、項目 3の「在宅療養支援ネットワーク」は表現があいまいであり、難病対策のどの事業を指すのかが不明確であると考えられた。重症難病患者入院施設確保事業を自治体によっては難病医療ネットワーク事業として実施しているところもある。一方、重症難病患者入院施設確保事業について、支援ネットワーク構築を目的と明示していない自治体もあることから、明確にどのような事業を示すのかわかる表現にすることが必要であると考えられた。平成 27 年から施行された難病患者に対する医療等に関する法律(以下、難病法とする)において、「難病対策地域協議会」を保健所等が中心になって整備することが求められている。「難病対策地域協議会」を具体的に推進している地域はまだ少ないと考えられるが、今後の進展を目指すうえでも「難病対策地域協議会」と表現を改めることが必要と考えた。

項目9については、「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」では、どこまでのニーズに対応すべきかが個人によって異なるため判断が難しいと考えられた。「網羅できない」という表現を「狭間にある」とすることで、介護保険法および障害者総合支援法のサービスの対象とならない難病患者が明確になるため、表現を改めることが必要と考えた。

項目20については、「近隣者の力を活用できる」という表現では、どのような力をどのように活用すべきか評価が難しく、災害対策で用いられている「共助力を高める」という表現にすることでイメージが明確になると考えた。

「大変わかりやすい」または「わかりやすい」との回答が60%以上70%未満の項目についてみると、「十分に」「適切に」という表現が主観的であり、保健師により評価が異なる可能性があるとの指摘があった。保健所単位で根拠資料を基に「十分に」「適切に」の基準を明確にすることが重要であると考えられた。また、「QOLの向上」にまで配慮した支援が行えていない、「地域診断」は重要であるが実際には実施できていないことが、「わかりやすい」という評価に繋がりにくいことが考えられた。

一方、結果1～3についてみると、最もわかりやすさの評価が低かった項目25については「安全・安心」の評価があいまいであること、同様に、項目30についても「安定した」の評価があいまいであることが、評価の低さに影響していると考えられた。また、項目29については、「在宅における事故事例」の把握ができていないことが指摘されたが、本項目があることで在宅におけるインシデント・アクシデントの把握の必要性の認識につながると考えられた。

また、結果の評価は、「増える」「減少する」「延長する」という表現になっているが、これらは経年的に難病患者の療養状況を把握していなければ評価が困難である。難病対策事業における特定疾患医療従事者(保健師)研修において、2002年より10年以上の間、川村ら<sup>1)</sup>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)」を用い療養実態を把握し、難病保健活動計画につなげることが推奨されてきたが、研修への参加が少ない市町村型保健所にはこのアセスメントシートの利用が浸透しておらず、保健師活動の評価が十分に行えていない実態が明らかにされた。

以上より、難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることは確認されたが、評価の根拠となる難病療養者の実態を経年的に記録し、療養状況の変化を把握し、保健所内で評価の基準を明確にすることが、本評価指標を活用するうえで不可欠であることが確認された。

都道府県単位でアセスメントシートを用いた難病患者の把握と評価基準の共有を行い、本評価指標を活用することが求められる。

### 3. 難病保健活動の評価指標の標準化された最終版作成

これまでの結果を踏まえ、30項目すべてにおいて「大変重要である」または「重要である」と回答されていたことから、項目は削除せずに30項目とすることとした。

わかりやすさの評価について「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が60%未満であった、項目3(構造)、項目9(プロセス・個別支援)、項目20(プロセス・地域ケアシステムの構築)について、表現を一部修正することにした。

表現の修正については、項目 3、項目 9、項目 20 それぞれについて、表 2 内に太字で示した。項目 3 は「在宅療養支援ネットワークの整備を発展させる計画がある」から「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある」に修正した。項目 9 は「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」から「介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している」に修正した。項目 20 は「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」から「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」に修正した。

以上の修正を加えた 30 項目からなる難病保健活動の評価指標を標準化された最終版とした。

#### 4. 難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。

平成 26 年度の分担研究<sup>3)</sup>により、個別支援のプロセスが「医療関係者による的確な医学的管理が実施されている療養者・家族が増える」という短期結果、「希望する場所で療養できる患者が増える」という長期結果につながることが明らかにされた。

また、地域ケアシステムの構築が「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」という短期結果につながり、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期

結果につながることが明らかにされた。

難病法の施行により、指定難病が 306 疾患に拡大されている。これまでも、保健所保健師が対象とする難病患者について、ALS 患者や医療依存度が高い神経難病など、各自治体で対象区分を設定し、優先順位に応じたかかわりをしてきた。疾患の拡大により、保健所と市町村やその他の関係機関との役割分担を行い、連携・協働するとことで、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期結果につなげていかなければならない。

今回の全国調査では、評価の根拠となる療養者の状況が把握されていないため、できているのかわかりにくいという自由記載が多く、一方でアセスメントシートを用いた経年評価をしている保健所では、根拠資料があるため評価がわかりやすいとの自由記載がみられた。

このことより、アセスメントシートを用いて難病患者の療養状況の把握を経年的に行い、評価指標のプロセス(個別評価)項目と難病患者の療養状況を照らし合わせ、不足している活動を強化する試みが必要であり、これにより希望する場所での療養生活に繋がることが期待できる。

また、難病患者に支援を提供している関係機関の特徴や分布状況について、アセスメントシートを用いて評価を行い、評価指標のプロセス(地域ケアシステムの構築)の項目の活動を強化し、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を増やすことで、安定した在宅療養期間の延長に繋がることが期待できる。

保健所が把握すべき難病患者の対象を明確にし、アセスメントシートを用いて個々の療養状況を把握し、個別支援や地域ケアシステム構築の課題を明確化し、難病保健活動の評価指標

の項目にある活動を実施し、短期、中期、長期的な評価を行う機会を、保健計画の中に位置づけることが重要であると考える。

#### D. 考察

##### 1) 難病保健活動の評価指標の標準化について

全国の保健所の難病担当リーダー保健師に対する調査結果より、難病保健活動の評価指標の標準化について検討し、わかりやすさの評価が60%未満であった3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築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項目の合計30項目からなる評価指標の最終版が作成された。これをもって標準化された評価指標とした。

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。また、これまでの分担研究の成果からも、保健師の保健活動が難病の療養環境を改善させる結果につながることを客観的に評価できる有用性のある指標であることが示された。

一方で、70%がわかりやすいと回答した項目は15項目(50%)にとどまった。これは、介護保険制度の導入以降、在宅支援機関が拡大され、医療依存度の高い難病等の在宅療養環境が改善されたが、保健師による個別支援の機会が減少したため、難病患者の療養状況が把握できにくくなっていることが影響していると考えられた。また、指定難病の疾患数が大幅に増加したため、難病申請の事務作業の時間が拡大し、申請時の面接や家庭訪問の時間が減少していることも影響していると考えられた。

市町村型保健所では、難病担当保健師数が

少なく、他の業務も兼務していることが多いため、病状の進行により外出の機会が少なくなり、患者側からの相談等の発信がなければ、支援の対象から離れがちになってしまうことが考えられた。都道府県型の保健所においても、障がい者施策や介護保険制度による支援以外のサービスを療養者・家族が求めている場合、難病申請をしない事例もあるという現状から、療養者全体の把握に至っておらず、評価指標の内容は重要だけでも、実施できているか評価がわかりにくいという結果に至ったと考えられた。

客観的な評価の方法を普及させることにより、難病保健活動の評価指標を用いた活動を推進させることにつなげることが重要であると考えられた。

##### 2) 政策への提言

介護保険制度の導入により医療依存度の高い療養者の在宅療養状況は改善されたが、難病患者に対応できる一部の機関への偏りが課題とされる。また、難病法の施行により指定難病が拡大され、特に診断後の不安や療養方針の決定等への支援について、保健所および市町村や地域包括支援センター等との役割分担、連携・協働が求められる。

本分担研究で開発された難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標であり、保健活動のプロセスと短期・中期・長期結果との関連も明確に示された。さらに、難病地域アセスメントシートを客観的根拠資料にすることにより、地域診断を踏まえた個別支援活動、地域ケアシステム構築の活動の強化すべきポイントが明確となり、それらの活動が難病療養状況の改善にどのように影響しているのかを数量的に評価することが可能となる

難病法の施行により、保健所等を中心とした

「難病対策地域協議会」を推進し、難病医療ネットワークを強化することが望まれているが、本協議会においても難病保健活動の評価指標と難病地域アセスメントシートが、計画立案、活動推進の基盤となることから、本研究で開発した評価指標と難病地域アセスメントシートの一体的な活用を政策的に推奨することが望ましいと考える。また、療養者の把握が難病の治療研究の推進にも貢献できることから、これらの活用は難病対策全体の改善にもつながると考える。

## E. 結論

地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の標準化された評価指標」の作成を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の標準化と精緻化のため、全国の保健所の難病担当リーダー保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の標準化された評価指標の作成および評価マニュアルその普及と活用方法の検討を行った。

これにより、3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築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項目の合計30項目からなる標準化された評価指標が作成された。

本評価指標は、保健活動の構造や個別支援および地域ケアシステムの構築に関わるプロセスが、難病患者の療養状況の改善につながることを客観的に評価でき、かつ全国どこでも活用できる標準化された有用な指標であることが示された。

さらに、難病地域アセスメントシートとの組み合わせにより、経年的に客観的な根拠資料を用

い評価することで、保健師による活動の成果を見える化することが可能となる。

## 引用・参考文献

1) 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.

2) 小西かおる: 難病保健活動の評価指標の検証。厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究(研究代表者 平野かよ子)平成25年度分担研究報告書. 2014.

3) 小西かおる: 難病保健活動の評価指標の検証。厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究(研究代表者 平野かよ子)平成26年度分担研究報告書. 2015.

## F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会(長崎・2015)において発表。

## G. 知的財産権の取得状況

なし

表2 難病保健活動の評価指標のわかりやすさおよび重要性の評価

評価 枠組	評価項目	重要性	わかり やすさ	評価	
構造	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	92.9	74.3	A	
	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	88.9	79.1	A	
	3. 在宅療養支援ネットワークの整備を発展させる計画がある	87.0	57.7	B	
	<b>「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある</b>				
プロセス	4. 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	95.3	79.8	A	
	5. 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	96.8	78.7	A	
	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	91.7	85.4	A	
	7. 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	92.9	69.6	B	
	8. 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	92.9	72.7	A	
	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	87.7	56.9	B	
	<b>介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している</b>				
	10. 患者・家族の生活の質(QOL)向上を考慮したケアプランが導入されるよう支援している	89.3	65.5	B	
	11. 緊急・災害時に必要な物品・処置・連絡・避難手順等が整備され、定期的に指導・管理が提供されるよう支援している	97.6	85.4	A	
	12. 医療処置等の医学的管理が適切に提供されるようにサービス提供者の連携を図っている	86.2	66.0	B	
	13. 入退院時に療養方針・ケア計画等について医療機関と在宅支援チームの情報交換ができるよう支援している	87.7	81.0	A	
	14. 支援チーム内でケア計画等が確認・修正されるよう難病対策事業(訪問診療、支援計画策定・評価事業等)を活用している	81.0	70.0	A	
	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	80.2	63.6	B	
	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	83.4	66.8	B	
	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	89.3	82.6	A	
	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	85.8	73.5	A	
	19. 難病の患者・家族会を育成・支援している	81.0	80.6	A	
	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	77.5	53.0	B	
		<b>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</b>			
	結果1	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	87.0	60.1	B
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		94.1	81.0	A	
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療養者・家族が増える		85.4	62.1	B	
24. 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		87.0	66.0	B	
結果2	25. 安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える	85.8	49.0	B	
	26. レスパイト目的での入院が受け入れられる病床が増える	92.5	81.4	A	
	27. 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る	88.1	63.6	B	
結果3	28. 希望する場所で療養できる患者が増える	88.1	68.4	B	
	29. 在宅における事故事例が減少する	77.9	57.3	B	
	30. 安定した在宅療養期間が延長する	78.7	55.7	B	

## 産業保健分野の評価指標の検証

分担研究者 大神あゆみ（大原記念労働科学研究所）

**研究要旨** 産業保健分野の保健師による保健活動の質を評価するため、平成26年度の調査を基に開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（57項目）」を用いて、直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある保健師とその知人の保健師の全国161名の産業保健師に調査票を配布し、66名の保健師から回答を得た。結果は、指標については全指標について「重要性」が認められ、「わかりにくさ」の指摘はあるも、マニュアルが併記されていることの有用性が認められた。一方で、「産業保健活動」に焦点を当てた本指標は、保険者所属の保健師の活動評価のためには十分でなく、本指標の「生活習慣病予防」目的の評価項目は「健康づくり活動分野における保健活動」の評価指標を活用し、保険者の業務で多用される文言に置き換えた指標とすることが望ましいと考えた。本評価指標は「生活習慣病予防」目的の7指標を削除し50項目とし、調査結果の意見を参考に指標とマニュアルを修正し完成させた。

### A. 研究目的

本研究は、産業保健領域の保健師による保健活動の質を評価するために、多様な業務に従事している保健師が事業所の産業保健活動の支援に用いる「標準的な評価指標の精緻化を図ること」を目的として、平成26年度に開発した指標を用いた質問紙調査により、全国の産業保健活動に携わっている保健師にこの評価指標のわかりやすさと重要性と評価マニュアルの有用性について調査を実施し、産業保健活動分野における保健活動の評価指標を完成させる。

### B. 研究方法

#### 1. 調査対象

(1) 平成26年度までに開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（50項目）」を用いて直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある全国161名の産業保健師に調査票を郵送配布した。過去の調査では事業所所属の保健師を中心に行ったが、事業所所属でない保健師も事業所の産業保健活動を支援している実態を考慮し、今回は、産業保健に造詣のある健康保険組合や労働衛生機関所属の保健師も半数程度含めることとした。配布手順は以下のとおり。

① 過去3年間に産業保健師の研修に参加したことがある全国63名の保健師に調査票を配布。

② ①の近隣の職場の保健師や同一事業所やネットワーク内の保健師にさらなる協力の呼びかけに応じた7名にスノーボールサンプリングに準じた方法で、同一人に重複配布されないように依頼し、さらに98名分の調査票を配布した（合計161名に配布）。調査票は無記名自記式で、郵送にて返送するよう依頼した。

※「産業保健師」：働く人（労働者、事業者）の健康管理に携わる保健師と便宜上定義した。

#### (2) 調査内容：

調査票は、評価指標と評価指標マニュアル、それぞれに異なる設問を設定した。

評価指標については、平成26年度までの研究結果を反映した50項目それぞれの項目について、「わかりやすさ（5;わかりやすい～1;わかりにくいの5段階）」と「重要性（5;重要である～1;重要でないの5段階）」について評価し、意見や提案の自由記載を求めた。

評価指標マニュアルは指標横に記載のポイントを提示したものであることから、指標の手引きである旨付記し、この有用

性について、①役に立つと思うか（1;役に立つと思う～4;役に立たないと思う, 5;わからない）、②どのような点で役に立つと思うか（3択+その他;自由記載）、③どのような記載があると役に立つと思うか（自由記載）を尋ね、最後に評価マニュアルについて意見の自由記載を求めた。

### (3) 調査期間

2015年11月17日～12月28日

### (4) 倫理的配慮

調査協力依頼にあたり文書で、回答しないことによる不利益はないこと、調査結果の公表に際しては回答者の所属や個人名が特定されないことを記載し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 回答状況と回答者の属性

#### (1) 回収状況

調査票を送付した161名のうち66名から回答を得た（回答率41.0%）。

#### (2) 回答者の属性

回答者の所属は、多い順に、事業所、医療保険者（協会けんぽと健康保険組合の合計数）、そして、健康診断実施機関の順で。回答者の所属先は大都市圏に集中するも全国に分散し、北海道、東北、九州の回答が少ない結果であった。また、事業所所属の保健師は、京阪名の大都市圏・工場の多い地域に集中し、その他の地域は協会けんぽを含めると健康保険組

合所属（保険者所属）の者が多い特徴があった（表1）。

表1 回答者の所属機関とその所在地

	事業所	健康診断 実施機関	健康保険 組合	労働衛生 機関	その他	未記入	計
北海道					1		1
岩手県					2		2
茨城県			1				1
栃木県	1		2		2	1	6
群馬県	1						1
東京都	11	1	1		2		15
神奈川県	1	2	1		1		5
新潟県	1						1
富山県			1				1
石川県					1		1
長野県	1						1
静岡県		6		2			8
愛知県	4				1		5
三重県	1						1
滋賀県	3						3
大阪府	4				1		5
和歌山県					1		1
鳥取県			1				1
広島県	2						2
徳島県						1	1
愛媛県					1		1
沖縄県					1		1
未記入						2	2
計	30	9	7	2	14	4	66

※ 「その他」の内訳：医療保険者・協会けんぽ 8、官公庁 1、教育機関 1、地方自治体 1

### 2. 評価指標のわかりやすさと重要性

評価指標のわかりやすさと重要性について、「5：大変わかりやすい」あるいは「4：わかりやすい」と回答した者の割合を一覧にしたものを表2に示す。その割合が75%を下回った項目は、「わかりやすさ」については12項目あり、それらは、「1.保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」「4.労働者の健康に関与する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している」

表2 評価指標のわかりやすさと重要性の割合

目的	評価	番号	評価指標	わかりやすさ (5+4) %	重要性 (5+4) %	
就業のための対応・有所見者の抑制 一般健康診断…健康状態に応じた	構造評価	1	保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている	54.5	97.0	
		2	事後措置を含めた健康診断運用のための予算が確保されている	83.3	90.9	
	プロセス評価	3	健康診断結果や病気休業者の状況などの現状分析を行っている	90.8	100.0	
		4	労働者の健康に関する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している	74.2	97.0	
		5	事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している	66.7	90.9	
		6	事業場の健康課題を明確にし、優先順位が付けられる	92.3	100.0	
		7	健康課題に対応した安全衛生に関する方針・規定・計画の策定・改訂に保健師が関与している	84.8	92.4	
		8	保健指導や就業の検討など事後措置に関する方法が確立している	87.9	97.0	
	結果1	9	健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する	74.2	90.8	
		10	健診の受診率や再検受検率が増加する	84.8	95.5	
	結果2	11	健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する	71.2	92.4	
		12	各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える	71.2	92.4	
	結果3	13	一般健康診断の有所見者が抑制される	81.8	89.4	
職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持	構造評価	14	使用有害物質等、仕事の特性に応じた取扱い責任者等担当者が育成・選任されている	81.3	84.1	
	プロセス評価	15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している	86.4	90.8	
		16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している	77.3	89.4	
		17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している	63.1	81.5	
		18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している	76.6	87.7	
		19	予測される災害・疾病防止に必要な健康診断・就業上の措置の実施状況を把握している、関与している	81.3	93.8	
	結果1	20	有害業務の状況とその業務に関連する疾病の発生状況を確認している	83.1	93.9	
		21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する	78.8	83.3	
	結果2	22	作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する	72.3	81.8	
		23	特殊健診有所見率が抑制ないし減少する	82.8	87.3	
	結果3	24	職業性疾病新規発生が防止される、または減少する	79.7	90.6	
	いきいきと働く労働者が増加する ストレスをコントロールして	構造評価	25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される	81.8	93.9
			26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている	76.6	78.8
27			メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある	75.8	90.9	
プロセス評価		28	傷病休業の補償制度がある	84.8	77.3	
		29	労働者自身が活用できるストレスチェックのシステムや機会を提供している	80.3	89.4	
		30	メンタルヘルスに関する現状分析を行っている	80.3	95.5	
		31	こころの健康づくり計画に基づいた労働者・管理職向けのメンタルヘルス対策を行っている	89.4	95.5	
		32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している	86.4	93.9	
		33	休業中の適切な対応方法・復帰までの段取りについての情報を関係者間で共有している	84.8	93.9	
結果1		34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する	65.2	81.8	
		35	適切なプロセスを経て復帰する休職者が増加する	75.4	87.9	
結果2		36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する	71.2	90.9	
		37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する	75.8	84.8	
	38	事業場内外の相談機関を知っている労働者が増加する	80.3	87.9		
結果3	39	メンタルヘルスの不調による退職者数（あるいは新規休職者数）が減少する	83.3	89.4		
健康障害の防止 過重労働による	構造評価	40	職場復帰後の再休職者が減少する	89.4	93.9	
		41	労働者の過重労働対策について人事労務部門と健康管理部門で適切に連携する体制がある	80.3	97.0	
	プロセス評価	42	過重労働対策に関する事業場の方針が労働者への文書等によって周知されている	81.8	86.4	
		43	労働者の過重労働の状況を的確に把握している	77.3	92.4	
		44	過重労働者への適切な保健指導を実施している	80.3	89.4	
		45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている	80.3	90.9	
		46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している	70.8	90.8	
	結果1	47	過重労働対策に関する事業場の方針を知っている労働者が増加する	78.5	87.9	
	結果2	48	過重労働者における生活習慣病関連の有所見者数が減少する	72.3	80.0	
		49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される	86.2	90.8	
	結果3	50	過重労働者数が減少する（年単位）	87.9	90.9	
	生活習慣病予防	構造評価	51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている	84.8	90.8
		プロセス評価	52	事業場として健康保持増進に関する方針を策定している	93.9	97.0
53			計画に基づいた健康保持増進対策〔*注1〕を展開している	86.2	96.9	
結果1		54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率〔*注2〕が増加する	84.8	86.4	
		55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する	80.3	90.9	
		56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する	87.9	95.5	
結果2		57	特定健康診査該当項目の有所見率の増加が抑制される	86.4	97.0	

注1：健康保持対策とは保健指導や健康教育、禁煙支援、食堂でのヘルシーメニューの提供など様々なものが考えられる

注2：参加率の母数は対象とする組織（部課、事業場等）の従業員数を母数とする

※「的確な、適正な」の判断は、その対策や方法を選択した根拠がガイドラインや研究結果を参考にしているかなどを判断根拠とする。

「5. 事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している」「9. 健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する」

「11. 健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する」「12. 各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える」「17. 予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している」「22. 作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する」「34. メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」「36. ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する」「46. 労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している」「48. 過重労働者における

生活習慣病関連の有所見者数が減少する」であった。なお、重要性については、75%を下回った項目はなかった。

### 3. 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

評価指標のわかりやすさと重要性については、全般的なものと指標の約半数の項目について、意見や提案があった（表3）。その主な内容には、①全体的に回答の判断が難しい、②指標の表現の多義性やイメージのバラツキを示唆するもの、③「増加」「減少」「抑制」の定義やその定量的判断だけの疑問を示唆するもの、④保健師活動そのものではないが、事業主 - 労働者間の産業保健活動には欠かせない指標が含まれている点への疑義などがあった。

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

指標全体や複数項目に関連する意見、提案	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 全体的に回答が選択しにくい、評価の指標も理解が難しい。</li> <li>- 何を持ってわかりやすいとするかの判断が難しいと思いました。</li> <li>- ほとんどの項目で重要性があると思うが事業所ごとの優先順位で行う必要がある。</li> <li>- 1・2・3・9・14~22・26・28・48 内容は特に問題に思いませんが「目的」の一般健康診断のくくりとは別のように思いました。（組織における位置づけのようなものですよね。）健診の予算確保は保健師の保険活動評価になるのでしょうか？見積もりなどは保健師がとって予算確保は会社なので。病気「休職者」とは会社によりますが、病気休業（長期欠勤）3か月経過後の者を言っています。「休職」の定義は共通理解があった方がよいと思いました。一律に「3か月以上の休業者」とか「受診勧奨の周知が適切か？」は抽象的に感じました。「健診の目的を理解」も実際どうなのか。保健師には把握しにくい。保健師の業務評価としてとらえるかどうか…選任は保健師が関与せず別の安全担当部門や総務等が選任&amp;届を担当しているともあるので。メンタルヘルス対策の場合職場環境の改善やコミュニケーション活性化の取り組み中心になることが多く、研修も社内産業保健スタッフが講師となる場合に「予算確保」が行わない→「予算確保」することが保健師評価とは必ずしも言えないように思います。保健師の産業保健活動を評価する為の評価指標として傷病保障制度の有無を入れるのか…。過重労働は一過性の場合（3か月前後）「生活習慣病の有所見者数減少」は健診がいつあるのかのタイミングによったり、評価の難しさを思います。</li> <li>- 抑制される→減少する。内容から表現がどうか？と思う部分があります。</li> </ul>
1	<b>保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 経年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。</li> <li>- 評価指標の文面が分かりづらく、何を評価しているものかがあいまい（表現が不適切）</li> </ul>
5	<b>事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 単純に、文法の問題かと思いますが、職種や職制に応じた健康情報が…のところ、健康情報と取り扱う職種や職制にあわせて適切な情報が届くよう保健師が関与すべき、という意味だと思うのですが。「応じた」が分かりにくいのでしょうか。</li> </ul>
9	<b>健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。</li> </ul>
11	<b>健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。</li> </ul>
13	<b>一般健康診断の有所見者が抑制される</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 一般健康診断の有所見に 57 も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として 57 の表現は不十分な印象があります。</li> </ul>

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案（つづき）

16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している
17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している
18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している - 評価マニュアルとして労働安全衛生マネジメントシステムがあればよいかと思えます。 - 経年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する - 経年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている - 経年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
27	メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある - 早期発見も大事ですが、その受け皿がきちんとあるのかどうか重要と思いました。掘りおこすだけ掘りおこして対応が後手にならないように…。
28	傷病休業の補償制度がある - 補償制度があるかどうかは産業保健活動評価になるのか、疑問です。
34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいない - メンタルヘルス早期対応数が増える⇒という表現より⇒重症化したケースの対応減少の方が良いのではないかと思います。
35	適切なプロセスを経て復帰する退職者が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいない
36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する - 各職場の不調者の増減、復職者の再付業率の変化、職場での保健師の認知度とか、どういことをしているのか等、相談できる場所があることを知っているか等。
37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいない - メンタルヘルス部下の相談件数の増加について（把握は必要だが）相談が増えることが良いことか？管理者がきちんと対応することは必要だが、そもそもの相談者数がUPしても相談増の回答になる。新規退職者のトレンドを把握することは大切。（退職者数も同様ですが）適応障害など転職も（本人納得の上の）一つの支援の場合もあり、一律NGでないと思う。
38	事業場内外の相談機関を知っている労働者が増加する - 事業場以外の相談機関を知っている人が増え、さらに適時、利用する人が増えるのが目標ではないでしょうか。
44	過重労働者への適切な保健指導を実施している
45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている
46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している - 過重労働に関しては、保健所等で抱えるところは、少ないと考える。過重労働の実態は、かなり複雑であり、高度な対応が求められると感じている。
49	脳・心臓血管疾患等による退職者数や死亡者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている - 選任されていること＝保健師の評価というのがあまりよく分かりませんでした。選任され、役割を果たしていただくために何かをしているのか…という感じでしょうか。選任＝社内の教育や、情報伝達などができているの意味であればこのままでもいいかと思えます。
54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率が増加する - 職場の事業ではなくプライベートで準ずる内容の趣味、サークルなどに積極的に参加していればそれはそれでよいと思います。風通しの良い職場とは軍隊のように同じコミュニティで同じように行動することを良いとするのではなく感じています。個人の考え方の自由まで認められること。
55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する - 適切な知識とあるが、評価の項目が難しい。朝食をとる、夜食をとる、夜食をとらない、バランスよく食べることを知っていればよいのか、食生活が同健康にかかわっているかを知っていなければならないのか。目安になるチェックリストがないと分かりにくいように思う。
56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する - 何をもち「健康的な生活習慣」として評価するのか。
57	特定健康診査該当項目の有所見率の増加が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。 - 13の一般健康診断の有所見に57も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として57の表現は不十分な印象があります。

4. 評価指標マニュアルについて

評価マニュアルは、約8割の者が「役に立つ」「やや役に立つ」と評価し（図1）、どのような点で役に立つかは、「何を計上

すればよいのか、どのような状態が該当するかが具体的にわかる」「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が6割以上の者から回答されていた（図2）。

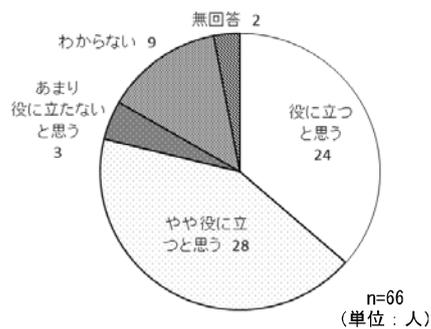


図1 評価指標マニュアルの有用性

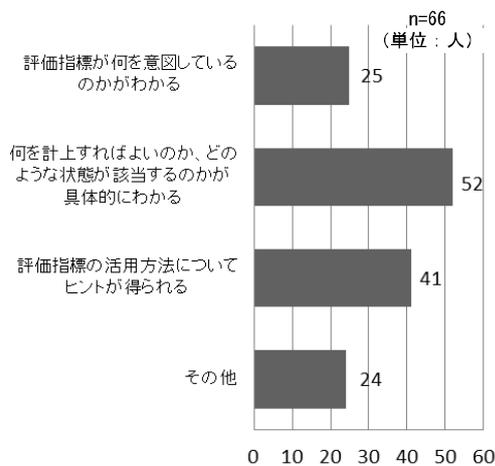


図2 評価指標マニュアルの有用点（複数回答）

表4 評価指標マニュアルのその他の有用性

- 専門職以外（事務方上司、労務、人事担当等）に保健師の仕事を示しやすくなる。
- 業務全般の把握 優先順位のつけ方、予算配分など
- 何を意図しているか他職種に伝えやすい。
- 事務系の上司へ活動を伝える時役立つ。
- 計画した時に何で評価するかがこの資料でわかるので事業場の保健活動で何が不足しているのかわかる
- 既に取り組まれている項目を可視化出来るものがあるのはよいと思います。
- 企業側に保健師の役割を理論（どのような法的根拠を元に行っているか等）立てて説明するのに活用できる。
- 標準化、質の担保
- 活動する上でも目標設定のヒントになる。

また、その他の有用性として、具体的に記述されていた内容には、①業務の把握や目標設定、②保健師の仕事を示しやすくなる、③質の担保等があった（表4）。

「評価マニュアルにどのような記載があれば役に立つか？」という設問では、概ね3点の意見が記載されていた。1点は、事業所や産業保健スタッフ、保健師の状況によって、評価が異なることを考慮したものであること、2点目に活用法をよりイメージできるもの、3点目に優先順位を考慮した指標の利用法の示唆であった（表5）。

「その他、評価指標マニュアルについての意見」では、記載内容の大半がマニュアルに対する意見ではなく、評価指標とマニュアルを包括した意見だった。その内容は、有用性を支持し、完成を期待する意見が大半だったが、一部には、この指標とマニュアルの限界も記載されていた（表6）。

表5 評価指標マニュアルに役立つ記載内容

- 指標となる数値。増加、減少、抑制などが抽象的で評価しにくいと思う一方、企業それぞれと言えばそれぞれなのでこれでいいようにも思う…。
- 具体的な使用方法 ex)企業規模や産業保健スタッフの体制によってどこに重点をおいて評価すべきか。
- 優先順位(リスク等)
- 使い方、使う目標、使う必要性について理解が得られた上での活用になると思うので、単独での活用となると難しいかと思う。その意味でも上記2の3や2の1の説明があると良い。  
注:「2の3」評価指標の活用方法についてヒントが得られる、「2の1」評価指標が何を意図しているのかがわかる
- 結果評価については、中長期的な視点で評価できると良いと思います。
- キャリアによって、実施できるレベル感も違うと思う。この指標マニュアルに新人期/中堅期/ベテラン期など求められる内容が分かっているとチームで業務をしている事業所では更に活用しやすく思います。
- 評価の手引きが大変参考になると思います。
- 担当従業員数や業種、産業医か、常勤か、非常勤か、その企業の運営管理体制のレベルにより、評価がどのように違ってくるのかに関する★★があればよいかなと思います。  
注:★★は解読できない文字?
- 活用方法についてのイメージがしやすい物。
- 例えば、データヘルス計画のように、事業場の保健活動上の課題や改善計画がまずあって、優先順位を考慮した活動を行った後に、評価をするのであれば意味があるが、そういった計画とは切り離しての評価なのであればよく分からない。作成後どんな活用を予定しているのでしょうか。
- 計画的な有休の取得等、休養のとり方の項目も必要ですか？

表6 評価指標マニュアルに関するその他の意見

- “なんとなく職人業で属人的な産業保健活動”ではない評価につながるのではないかと思います。
- 企業内保健師の活動は調整業務が実際のところ多いと思います。だから企業内でも国にとっても活動内容や価値が見えにくい＝評価されにくいという状況でもあるので、評価指標ができることは有益と思います。同時に大きな目的全体にかかわるコーディネート業務についても別枠でもいいので評価指標があるとよいのではないのでしょうか。実際に評価指標内容すべてにかかわることのできる保健師は少ないと思います。指標ができるということは、それらを求められることにつながると思うので今できていること、これからやるべきこと、両方が評価できるとよいと思いました。
- 評価指標や評価そのものについての研修や教育がもともと不足している中でいきなり出しても無理があるので、まずは組織で先に立つ保健師からの積極的な活用ができるしくみ作りも必要かと思う。
- 大変有意義な調査ありがとうございます。今回掲載されている「評価指標」はすべて重要な内容だと思います。具体的な評価の方法などは事業場の特徴により異なる点もあるかと思いますが、一般化された方法に基づいて検討していくことは大切だと思いますので活用し期待できると思います。
- このような指標マニュアルがあることは大変有難く、大変な作業と存じますが、頑張ってください。完成楽しみに待っております。
- ・評価の手引きに根拠や情報及びその方法、視点があるのはわかりやすく良いと思います。・保健師活動もこのような評価をできる企業人として同じ土俵に立てると思いますが、保健師のみでなく「産業医やほかの職種とともに産業保健活動の評価として出していくもの」という表現ができるとよいのではないかと思います。
- ・評価指標と評価の方法・視点がズれているものがある。・アンケートとして何を回答すればよいかわかりにくい。・重要性は一般論と企業毎で異なるもので、かつ保健師の活動の評価とも別のモノではないかと思う。
- 保健部だけでなく産業医、衛生管理者と一括にこの評価を毎年チェックするとPDCAがまわり改善につながる。
- 28 保障制度がある。一保健師の役割としてなければ作るようになると思いますが、表現としては「利用とか活用する」というふうになるかと思っています。
- 教育に活用できるように、レベルと達成目標など示していただけるといい。現場での新任、中堅、管理職へのキャリアラダーとして、又一人職場でも自己チェックスキルアップにつなげられる。
- 単一健保、事業場保健師の立場、検診を通じてかかわる立場、総合健保など立場によってはあてはまらない評価の難しい項目もありました。衛生管理委員会やストレスチェック義務化されている従業員の多い会社に関わっている保健師を対象にしたマニュアルのように見受けられました。
- 「健康経営」の評価指標にも使用できそうだと感じました。
- 大変難しいことだと感じました。法的位置づけがなく働く保健師は、事業所により担う役割が全く違ってきます。担当従業員数、業種、産業医か、常勤か、非常勤か、診療行為となっているか、という等々。”どこの事業場でも共通に評価する”ということそのものが大変難しく思います。ただ、保健師活動を”評価する””見える化する”ということは大切なことかと思えます。どうぞ頑張ってくださいませ。
- 評価指標が自己評価につながり、自身の向上につながれば良いが、勤務評価等につながり、昇給等の評価になってしまうのはどうかと思います。
- 職場の健康増進のためとても参考になります。ありがとうございました。
- 抑制されると減少するという文言が使用されているが、あえて「抑制」を使用する意図があるのであれば、意図とする言語の意味を記載すると分かりやすいと思います。

## D. 考察

### 1. 有用性を考慮した評価指標および評価マニュアルの修正

本調査の評価指標および評価マニュアルに対する意見・提案にもとづき、評価指標および評価マニュアルを修正した。修正箇所を表7-1, 2, 3, 4に示す。

本調査では「重要性」には、ほとんど異論がなかったが、「わかりやすさ」については十分でなかった。全体的な意見にあった「わかりづらい」については、他の意見も参考にすると、2通りの原因の推測ができる。1点は、今回の調査の対象の雇用背景から、産業保健活動への関与の程度や造詣に幅があることであり、もう1点は個別具体的な記述の難しかった「抽象的表現」の問題である。本指標は産業保健活動領域の全体が俯瞰でき、かつ保健師が関与可能な活動を中心に、記載者の負担が大きくなりすぎない分量でまとめたため、具体的な提示には限界がある。しかしながら、読みやすさを検討し、ヒントになるキーワードを提示するよう加筆した。例えば、評価指標番号1は最もわかりづらいと回答された割合の多かった設問だが、「保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」という表現を、「保健師が事業場の産業保健（労働衛生）活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている」に変更した（表7-1）。

次に、意見の多かった「増加」「減少」「抑制」の定義については、昨年度までのヒアリングでも時折聞かれた意見だった。今回の調査で、あらためて理解できたのは、「労災」は本来「ゼロ」を当然とするもの

であり、また脳心臓血管やメンタルヘルス疾患も職場の規模や年齢構成、状況によっては非常に稀有な事象でもあるようで、その発生数と対応について触れることにした。

評価指標番号25では「労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される」としていたが、この指標は「労働災害等により健康を害する労働者数が減少あるいは抑制される」と加筆し、マニュアルに「対策により『ゼロ』が継続されることを『抑制されている』」と追記した。また、評価指標番号34の「メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」については、「重症化したメンタルヘルス不調者の対応数が減少する」とし、マニュアルには「対策、対応の結果で、『重症化対応がゼロ』の場合も成果として評価する（特に対策、対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくとうい）」と追記した。同様に評価指標番号49の「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される」は、「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される」とし、マニュアルに「適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を『抑制されている』とする」と追記した。

さらに、「発見すること」「知ること」と併せた「その次の対応」が重要との意見を反映させた追記も行った。具体的には、以下のような加筆である。評価指標番号27：「メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制（仕組み、人材等）がある」[下線：加筆箇所]、評価指標番号38：「事業場内外の相談機関を知って適切に利用する労働者が増加する」[下線：加筆箇所]。

このほか、わかりやすくするために、①若干の文言や説明の追加、②助詞（てにをは）の吟味や冗長表現の整理、③根拠・資料は、すべて「単語（体言止め）」とし、箇条書き記号の削除等でさらに様式の統一をはかった（表7-1, 2, 3, 4）。

また、「生活習慣病予防」目的の指標については、①一般定期健康診断の目的と重複する「望ましい保健行動の獲得」があること、②一方、産業保健活動分野の指標全

体の分量を考え、項目数を絞ったことで抽象度が上がり、保険者所属の保健師の活動には物足りない内容となったことを確認した。そこで、「生活習慣病予防」の指標は、この領域から削除し、今後「健康づくり活動分野」の指標の文言の一部読み替えたものを、対象者によって追加し、対応していくことが望ましいと考える（本研究では時間的制約から、その着手には至らなかった）。

表7-1 評価指標および評価マニュアルの修正点

—一般健康診断：健康状態に応じた就業のための対応・有所見者の抑制— (取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標		評価マニュアル		
評価	番号	評価指標	根拠・資料	
構造評価	1	保健師が「仕事と健康の調和」の視点から事業場の産業保健（労働衛生）活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている	○保健師の業務契約内容	○産業保健活動全般に関与できるスタッフ役割の扱いになっているかどうか —「診療補助」や「特定保健指導」の部分的で作業化した対応に特化した役割になっていないか— ○保健師の雇用形態や業務内容と対象社員数のバランスはどうか —保健師以外の職種が十分カバーできる業務に携わる時間が多すぎないか、保健師1人当たり、対象労働者500～1000人が理想的な目安の一つといわれることもある—
	4	労働者の健康に関する職種や職制の役割が明確化されや連携方法を確立されている	○産業医、安全衛生管理者等の選任届や衛生管理体制組織図等 ○安全衛生委員会が機能しているかどうか ○保健師のいった安全衛生体系の組織図に保健師が入っているか ○危機管理体制における保健師の位置づけられているか ○人事、総務、その他健康管理に関連するスタッフとの関係性	○法令に基づく産業医や安全衛生管理者等の選任 ○その職務を遂行できる仕組みになっているか ○各保健スタッフの役割を明文化したものがあるか、なくても役割の混乱がないという実態がある ○各保健スタッフだけでなく関連職種、職場との連携方法や協議の場が確立されているか
プロセス	5	事業場におけるでの健康情報の取り扱いについて職種や職制に応じた健康情報が適切に取扱いがなされるように、保健師が関与している	○「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針」 ○「労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書」等 ○社内文書化、周知状況、職場内のコンセンサス	○生データは職場での取扱いについて混乱を少なくするように保健医療専門職が加工できる仕組みになっているか ○関係者間で健康情報の取り扱い方法がくい違わないよう調整できているか
	11	健康状態を考慮されたい働きの労働者の割合が増加減少する	○就業内容別のハイリスク者の就業上の措置の状況やその検討状況	○健診結果でハイリスクの状況のまま業務に従事し、業務への支障をきたしたり、健康状態がより増悪される事例はないか ○ハイリスク者の適切な就業上の措置が行われている割合： 適切な就業上の措置が行われた者／就業上の措置を必要とするハイリスク者
結果2	12	各自の健康状態に適し応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える	○受療状況を含む保健行動の実態 ○年間推移	○健診結果の未治療者の状況 ○健診の間診結果など労働者の生活習慣に関する情報の整理と分析

表7-2 評価指標および評価マニュアルの修正点  
 ー職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持ー

(取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

		評価指標	評価マニュアル	
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している	○事業場に適した巡視記録用紙の様式が策定されているか ○職場巡視の計画的実施	○法令に記載されているような明確な有害業務の職場でなく事務所であっても業務実態の把握のための職場巡視は重要
	16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している	○労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） ○職場巡視等での使用していないによる有害物質の把握 ○新規学々な物質を使用するときは、一時の職場から報告させるシステムがあるかしくみの有無 ○作業環境測定をして、結果の関係を部署への報告してと記録しているか	
	17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している	○労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） ○職場巡視での作業方法をの把握状況しているか ○新たな機器を使用時のするときは、職場から報告させるシステムしくみがあるかの有無 ○現場と安全衛生スタッフが作業方法の改善の話し合いの場の有無	○合理化を優先し、安全衛生のリスクが含まれることがないか、留意する
	18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している	○労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） ○実施記録	○教育内容の吟味が重要
結果1	21	職場巡視結果での有効な改善事例が増加する	○改善事例の情報	○良好事例の増加も含む
結果3	25	労働災害等により健康を害する労働者数が減少あるいは抑制される	○労働災害や業務関連疾患に関するデータの確認できる傷病休業データ	○限りなく「ゼロ」を目標とする ○対策により「ゼロ」が継続されることを「抑制されている」と考える

表7-3 評価指標および評価マニュアルの修正点

— ストレスをコントロールしていきいきと働く労働者が増加する — (取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標			評価マニュアル	
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	27	メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制（仕組み、人材等）がある	○活用実績・決算	○単に過不足だけでなく、次年度に予定したい事業なども記録しておくとうい
	32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している	○安全衛生委員会の年間計画、議事録など筆	
結果1	34	重症化したメンタルヘルス不調者の早期対応数が増加減少する	○業務への支障が少ない段階での対応数等の情報、業務に大きな支障が出た段階での対応数等の情報 ○支援記録	○対策、対応の結果で、「重症化対応がゼロ」の場合も成果として評価する（特に対策、対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくとうい）
	35	適切なプロセスを経て円滑に復帰する休職者が増加する	○復職者の支援記録 ○関係者間との話し合いの機会 ○復帰後の就業状況	○支援プロセスがうまく展開しなかった場合の理由などを分析・記録されているとなおよい
結果2	37	管理職からの相談対応後に適切なメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数つながらる事例が増加する	○メンタルヘルス相談件数の内、上司からの相談件数 ○相談内容	○相談件数の推移 ○相談内容の変化
	38	事業場内外の相談機関を知って適切に利用するいる労働者が増加する	○相談の活用件数 ○相談先についての問い合わせ状況 ○アンケート調査	○周知されている実態とともに、利用実績の把握とその効果の検討されておくとよい

表7-4 評価指標および評価マニュアルの修正点

— 過重労働による健康障害の防止 — (取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標			評価マニュアル	
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
結果2	49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される	○休職者、死亡者の性・年代別の原因や関連要因の把握	○長期的期間での比較 ○労働者数の流動の大きな事業場においては、入職年月や業務歴等の該当者の特性にも留意する ○適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を「抑制されている」とする

## 2. 評価指標および評価指標マニュアルの有効活用、保健活動への課題

今回の調査により、本評価指標の有用性は一定以上認められ、評価指標マニュアルも手引きとしての有用性が示唆された。

本研究は、過去にも平成23、24年度に、日本産業衛生学会名簿にもとづく「事業所所属」の看護職（看護師+保健師）」に調査を行ったが、今回の調査では産業保健活動に多少造詣があると思われる健康保険組合や労働衛生機関等も含めた保健師の調査

だったためか、回答者のバックグラウンドによっては、理解しづらい表現のあったことが推測される。

しかしながら、「働く人」の現状は、約7割は中小企業に勤務し<sup>1)</sup>、労働人口は減少する一方で雇用労働者の数は増加している実態<sup>2)</sup>を思うと、事業所所属でなく産業保健活動に直接的には携わらない保健師も、ある程度本指標を意識することで、事業所の産業保健活動支援につなげる視点の加わった活動ができ、労働力確保の支援につな

げられるのではないかと期待する。

昨今データヘルス計画が、国保、社保の保険者に課せられ、健康保険組合は事業所との「コラボヘルス」と呼ばれる連携事業が進められている。各保健師が主業務を評価し、隣接領域の指標も想定して活動することは、今後益々重要になると考える。

ところで、今回の調査票配布に際して、産業領域の保健師の在籍の実態把握の難しさに直面した。今回の調査方法が機縁法に近い方法で、対象に偏りがあったのは、そのためでもある。産業領域の保健師は職場内に少人数配置で雇用され、最近では非正規雇用割合も大きい<sup>3)</sup>。このような流動的で保健所への就業届提出が失念されやすい状況は、領域間の連携だけでなく、育成にも不安がある。他方、産業保健領域で労働基準監督署の選任届に、衛生管理者や産業医はあっても「保健師」はなく、労働安全衛生法上明記された業務は、衛生管理者や産業医と比べて、狭義の保健指導と解釈されやすい状況もある。今回の調査で本指標の有用性に「保健師の活動を理解する一助」が挙げられていた。曖昧な身分は保健師全体のキャリア育成や保健活動の受益者である国民への影響もあると考える。

検討を何度も重ねてきた本評価指標と評価マニュアルであるが、課題も残されている。それは、元々保健師の活動が現場の実態に対応するものであり、先に想定した課題を設定したチェックリストに当てはまらない新たな課題が出現する可能性があることである。また、指標の記載表現に抽象度が残るのもやむをえず、時間経過に伴う状況の変化で、指標の内容の吟味と随時改訂は必要になるだろう。

## E. 結論

保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」とその評価マニュアルを用いて、自記式調査票により、産業保健活動に関与する保健師66名に調査した結果、指標の重要性はすべての指標で確認された。「わかりにくさ」の指摘はあるも、マニュアルが併記されていることの有用性が認められた。保険者所属の保健師の主たる活動評価には、本指標の「生活習慣病予防」目的の評価項目を「健康づくり活動分野における保健活動」の評価指標に包含し応用させることが望ましいと考え、本指標とマニュアルは「生活習慣病予防」目的の7指標を削除した50項目の「産業保健の評価指標」を完成させ、それを文末に添付した。この評価指標が産業保健を担う保健師の活動の見える化となり、保健師の法的位置づけの一助となることを期待したい。

## F. 引用文献・参考文献

- 1) 中小企業庁HP：白書・統計情報・中小企業の企業数・事業所数  
([http://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu\\_kigyocnt/](http://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/) アクセス日2016.4.29)
- 2) 総務省統計局：平成26年労働力調査年報  
(<http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2014/index.htm> アクセス日2016.4.29)
- 3) 日本看護協会：平成26年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 15, 21. 2015.
- 4) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））保健活動の質の評価指標開発（主任研究者：平野かよ子）. 2015.

## G. 研究発表および知的財産権の取得状況なし

# 資料

## 分野別評価指標

母子保健

健康づくり

高齢保健福祉

精神保健福祉

感染症対策

難病保健

産業保健

# 母子保健活動の評価指標

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）

1:できていない 2:ややできていない 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  
 ↓ 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価		評価マニユアル(評価のてびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている			各種保健福祉関連計画等	市町村基本構想、母子保健計画、すこやか親子、子ども子育て支援計画等に記載されている。又は、福祉部門が扱う母子福祉関連の計画にも記載があるか確認する。
2	職場内に母子保健対策を俯瞰し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある			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、業務の重複や漏れがないかを確認する。母子保健福祉対策の全体を俯瞰し、各部門の方針や活動について情報共有し、母子保健計画の評価、見直しができる会議があるか等を確認する。
3	地域の保健・医療・福祉の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある			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との連携会議、地域の母子保健福祉関連の関係機関と連携し、協議する場・会議について確認する。
4	母子保健の地域ニーズに対応できる予算が計上/確保されている			母子保健関連予算、補助金等	法定事業以外の地域ニーズに対応する予算が確保されているか確認する。
5	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			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。「利用しやすさ」とは「身近かさ」、「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。
6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある			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、乳幼児健診の子チェックシートや医療機関との連携体制、専門職の配置、住民からの情報提供等について確認する。
7	保健師が地域に Outreach、地区活動を行う時間が確保され、保健師の地区活動の意義が認識されている			家庭訪問記録、地区組織育成、ネットワーキングの活動等	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 Outreach することが職場内で認知され、地区活動の時間が確保されているか確認する。
8	保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある			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・同職種との勉強会等	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・課題について、大学などの教育機関や専門機関、またOB(遠隔通信システム)等から助言、指導が得られるかを確認する。
地域診断					
9	乳幼児と親の健康状態・生活状況、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フオロアップの必要な対象)を把握している			母子保健実績報告 相談記録 母子保健台帳等	出生届や、母子保健関連の健診で把握した母と親、家族の健康状態・生活状況、未受診者情報など、届出や健診、訪問、相談等の日常の業務を通して支援の必要な対象が把握されているか確認する。発症時書や虐待が疑われるケースを把握する基準やカンファレンスがあるかを確認する。
10	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている			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)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、小児科医等と適宜あるいは定期的に交換していることを確認する。情報には、子ども子育て支援計画等の立案時や見直し時に行う調査も含む。

構造・活動の基盤

プロセス

# 母子保健活動の評価指標

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  
 ↓  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価マニユアル(評価のてびき)欄		
評価指標番号	評価指標	改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
11	母子保健に関する地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている		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の最新情報を、資料や関係者の調査によって収集し、それらの情報を担当者で分析できているかを確認する。
12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている		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について合意形成を図っているか確認する。この指標の成果は、結果25.26.27.28に反映される。
実施(計画、支援)				
13	母子保健の各種事業計画を立てている			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ものを指す。また、計画には、災害時、緊急時対応の計画も盛り込まれているか確認する。
14	保健師の地区活動の計画が立てられている			地区活動の計画には、地域住民の地域づくりの計画を踏まえているか確認する。
15	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、実施している		健診後のカンファレンス記録 担当者会議録等	フォローアップを確定し、フォローの方法、頻度を協議し、フォロー結果を共有しているか確認する。
16	グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている			グレーゾーンの事例とは診断が確定しておらず、福祉や医療の制度の利用に至っていない事例等を指す。必要な期間とは、他機関他部署に引き継がれ、主な支援が保健部門でなくなるまでの期間を指す。
17	子育て不安や成長発達の違いが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している			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を確認できる場を指す。他部門が設定している場合は、それらの情報を共有しているかも含め確認する。
18	子育て不安や成長発達の違いが疑われる児を持つ親のグループを育成している		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、グループ化へ向けた支援を行っているかを確認する。
人材育成				
19	地域住民に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している		母子保健推進員研修等の記録等	地域住民の子育てへの関心が高まるように、地域の子育ての実態や課題を発信する。他部門と連携して行う児童委員、母子保健推進員やNPO・ボランティア等の育成も含める。
20	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている		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、職員・支援者の力量形成の機会を設けているか確認する。支援者にはボランティアも含める。

プロセス

# 母子保健活動の評価指標

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  
 ↓  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価マニユアル(評価のてびき)欄		
評価指標番号	評価指標	改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	母子保健活動・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			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定期的に行っているか確認する。
	母子保健福祉の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している		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・不足等について検討する機会を持ち、改善を図っているか確認する。
結果 1	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		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	事業への参加者の感想を発言や記録等から確認する。また、計画の見直し時にアンケート調査を実施し、利用者の声を把握することも含める。
	個別支援のための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		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6、15と関連し、生活状況や成長発達の見直しに必要十分な時期に訪問がなされているか確認する。ケースに会えなかった場合も訪問実施数に含める。
結果 2	各種健診の未受診者フォローを徹底し、未把握率が減少する		母子保健実績報告 等	フォローにより未受診者の実態を把握し、新たなあるいは潜在的な住民ニーズを把握する。
	子育て支援のネットワーキング会議に参加する関係機関やグループが増える		アンケート調査 ネットワーキング(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動機づける働きかけがなされているかを確認する。また、ネットワーキング会議へ参加する機関やグループ数を確認する。
結果 3	地域の関係者と協働して目標が達成される		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、達成された目標が増えたか確認する。
	子育てに関心を持ち、手助けする住民が増える		事業実績報告 等	評価指標18に関連し、自治体の「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。
結果 3	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者がつながりを維持・増加させ、ネットワーキングが強化される		会議録 母子保健事業報告 等	母子保健活動の評価・見直しの機会とは、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を指し、そこに参加する住民(児童委員・母子保健推進員)や保育士、産科・小児科医の参加数を確認する。
	周囲の力を借りて子育てする親の数が増える		行政調査 健診時間調査表 経年的地域診断 等	子育て支援の到達目標である「親が周囲の力を借りられ、前向きに子育てができる」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で確認する。
結果 3	母子保健に必要な社会資源が整備され、十分に機能している		地域診断情報	評価指標21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を含めた社会資源が機能しているかについて確認する。
	目標に掲げた母子保健指標が改善する		衛生統計年報 等	母子保健計画に掲げた達成目標の到達状況等から把握する。子育てに不安をもつ親の減少の他、例えば、低体重児出生率、虐待の重症事例の減少等である。

# 健康づくり活動の評価指標

【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

← 1:できていない 2:ややできていない 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  
 ↓ 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価種別	評価指標			評価		評価マニユアル(評価のてびき)欄	
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	
構造 (※活動の基盤となるもの)	◎健康づくり活動基盤の確保						
	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			・組織図・保健師配置計画 ・保健師の配置状況・健康活動体制の現状 (どのような業務を担っているか、業務量に見合った配置か)	○業務内容や業務量とのバランスからみて、適正な配置がされているか、健康づくり活動に保健師の問題意識が反映できるような役割を担っているか等の観点から検討する。	
	2	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織(食生活改善推進員、健康づくり推進員、在宅栄養士、自主グループ等)との協働の場がある			・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、組織を越えた相談・助言が得られる体制がある			・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。 ○スーパーバイズを適宜受けられる体制がある。	
	4	目標の受診者数に応じた各種健診(検診)の実施機関・設備が充足している			・健診実施機関数(特定健診、がん検診など) ・集団・個別健診、レディース検診、セット健診、週末や夜間の検診体制、女性技師の配置 ・精検実施機関	○目標受診者数は、地域の実態に応じた事業計画によるものとする。 ○住民の利便性等に配慮できるだけの実施体制が整っているかにも着目する。 ○検診項目や地域特性などにより、充足できている面や今後の課題を整理するよう検討する。	
	5	重点課題について医師会や地域の医療機関との連携の場がある			・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評価する。 ○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						
	6	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				・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対応した活動を行う上で、「予算」が足りないと感じることがある場合は「そう思う」、そうでない場合は「そう思わない」とする。
	◎計画への位置づけ						
7	健康づくり活動(重点課題を含む)が健康増進計画や健康づくり計画などに位置づけられている				・各種健康増進計画	○市町村基本計画、健康増進計画、健康づくり行動計画等に記載されているか。	
8	住民による活動(地域組織、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				・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							
9	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				・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、妊産婦時等のアンケート	○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。分析結果をもとに活動の方向性・実施計画を検討しているか。 ○各種調査は調査数に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。	
プロセス							

# 健康づくり活動の評価指標

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  
前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価		評価マニユアル(評価のてびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
10	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している			<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>保健・分煙をしている施設</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>地域における健康づくりの風土を醸成するための基盤となるために協働の方向性を共有できているか。</li> <li>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る。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>分析結果を事業担当や地区担当等で共有し、活動の方向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。</li> <li>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。</li> </ul>
11	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っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>地区診断・地区シート</li> <li>各種事業で実施したアンケート結果を把握しているか。</li> <li>声</li> <li>医療費分析</li> <li>会議・連絡会での情報把握</li> </ul>	
◎住民への働きかけと住民活動の活性化					
12	健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康推進員等の養成講座、研修会の実施</li> <li>市民会登録団体への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動の方向性を明確にしたうえで、地域の健康づくり活動のパートナーである地区組織を計画的に育成しているか。地域の健康ニーズに応じた組織や人材育成のためには、支援策を講じているか等の検討を行う。</li> </ul>
13	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導の評価時に把握した対象者への支援状況</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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くような支援を行っているか。</li> <li>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活用しているか。</li> <li>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。</li> <li>ハイリスク者とは、特定保健指導の対象者および終了者、肥満の背景は異なるが生活習慣病のリスクが高いもの、各自自治体で重点課題として取り上げた対象者等を後述する。</li> <li>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受診状況の把握について計画的に取り組みが必要がある。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。</li> </ul>
14	健康づくり活動(特定健診・がん検診など)へのフォローを行っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>未受診者の理由の把握(個別、地区別、年代別)</li> <li>これらでの受診状況</li> <li>受診勧奨の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診の未受診者や要精密検査者の精密検査受診勧奨とその後受診状況の把握について計画的に取り組みが必要がある。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。</li> </ul>
15	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(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)を行っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>広報、健康だより、回覧、HP、キャンペーン、健康まつり</li> <li>健康推進員等の育成方法</li> <li>地方紙、ラジオ等の活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>
16	住民の受診しやすさに配慮した健診や健康教育を計画している			<ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診者、未受診者アンケート調査</li> <li>講演会、シンポジウム、健康教室等の休日・夜間の実施</li> <li>がん検診、特定健診等の個別・集団での実施状況</li> <li>アンケート調査</li> <li>事業終了時の聞き取りの記録</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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る健診受診率向上につながる)</li> <li>「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にも着目して評価する。(例:健康指導や健診の場面で、参加者の高齢や不安な気持ちを持ち止めることにより「受診(参加)してよかった」と感じてもらい、継続参加につながった。例②: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る健診受診率向上につながる)</li> </ul>
17	住民の声や思いに着目した事業の企画・評価を行っている				
◎環境整備					
18	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加するような働きかけを行っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>食育・禁煙分煙協力店の登録制度</li> <li>運動指導講師の民間委託</li> <li>JA婦人会や商工会、その他民間企業への健診や健康教室の開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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率性・効果性が向上するのではないかとという観点から検討する。</li> </ul>
◎関係者間の協働・連携					

# 健康づくり活動の評価指標

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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価指標		評価マニユアル(評価のてびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
19	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進協議会等・市民部会・地域部会会議の計画的な開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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て評価する。</li> <li>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</li> </ul>
20	医療機関や医療保険者と連携し、重点課題に関する地域の実態の把握・分析を行っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>国保レセプト、健診データ、糖尿病患者登録情報における情報交換</li> <li>医療機関との個別ケースの共有</li> <li>連携機関と特定保健指導の実施に関する連携状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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るか、個別事例の検証が実施されている等の観点から評価する。</li> </ul>
21	地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象を保健師と地域の健康づくりに関する協力者との間で共有している			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり推進協議会、健康推進員・食生活改善推進員連絡会議等での情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健活動で把握した地域の現状を、地域の健康づくりのパートナーである健康推進員等の人材と共有しているか、住民自らが自分たちの問題として健康課題を認識し、保健師とタッグを組んで健康づくり活動に取り組める土壌があるか。</li> <li>保健分野だけでなく、庁内の様々な課との共有を意識して業務にあたることで効果的な事業展開のためには重要である。</li> </ul>
22	関連機関(医師会、学校、企業、商店会、住民組織など)と連携して健康づくりの啓発活動を行っている			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり活動計画における啓発活動の位置づけ</li> <li>関連機関を通じてキャンペーン等の啓発活動の実施状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>
◎モニタリング・評価					
23	エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導のケース検討会の開催</li> <li>評価方法等に関する検討会議の開催</li> <li>専門家からのスーパervイズ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導について、実施者個人の力量に委ねられていないか。実施内容をオープンにし実践方法の妥当性や評価、指導方法の工夫などを検討するか。</li> <li>地区活動のマニユアル化や事例検討会の内容の工夫、自主研修会の取り組みなど、具体的な取り組みに着目して評価する。</li> </ul>
24	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
◎人材育成					
25	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(職員のみならず健康推進員やその他の関係者を含む)			<ul style="list-style-type: none"> <li>職場内研修や日常的な事例検討の実施</li> <li>計画的な研修等への参加状況</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>地区組織等の地域の協力者のスキルアップの場はあるか</li> </ul>
26	健診や健康教育等の事業参加(利用者)者から肯定的な意見が聞かれる			<ul style="list-style-type: none"> <li>アンケート調査</li> <li>事業終了時の聞き取りの記録</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康づくり計画の員直し時等にアンケート調査を実施したり、健診や健康教育等の事業終了時の利用者の感想(声)を把握し、分析している。(例:参加してよかった、継続して参加したい、早速取り組んでみたい等)</li> </ul>
27	健康づくりに関心を持つ住民が増加する			<ul style="list-style-type: none"> <li>健診時の問診票、アンケート</li> <li>医療費分析、地区診断</li> <li>健康相談者数、健康まつり参加者数</li> <li>市民部会登録団体数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「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。</li> <li>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。</li> </ul>
28	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>食生活改善推進員・健康づくり推進員・ケータキーパー数</li> <li>市民部会登録団体数</li> <li>自主活動グループ数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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で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</li> <li>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。</li> <li>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、可能な範囲で記載する。</li> </ul>

# 健康づくり活動の評価指標

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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価マニユアル(評価のてびき)欄		
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料
2	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)が増加する			<ul style="list-style-type: none"> <li>協力店の登録数、関係者の取り組み件数</li> <li>健康づくり協賛企業登録数</li> <li>市民部会登録団体数</li> </ul>
	各種検診の受診率が向上する			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定検診、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</li> <li>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</li> </ul>
	保健指導実施率、終了率が向上する			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定保健指導実施率・終了率</li> </ul>
	各種検診の要指導・要精検者・要再検者等のフォロー率が向上する			<ul style="list-style-type: none"> <li>精検受診率</li> <li>要治療で治療につながった数</li> <li>保健指導利用率</li> <li>訪問や電話、文書等によるフォロー率</li> </ul>
結果 2	受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会が減少する			<ul style="list-style-type: none"> <li>公共施設等の禁煙・分煙状況調査</li> <li>各種計画策定時・見直し時のアンケート調査</li> <li>幼保連携等の間診</li> </ul>
	糖尿病等の重点課題とする疾患の治療中断者が減少する			<ul style="list-style-type: none"> <li>各自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</li> </ul>
	生活習慣を改善する住民が増加する			<ul style="list-style-type: none"> <li>KDBシステムの利用</li> <li>各種計画策定時・見直し時のアンケート調査</li> <li>健診時の問診</li> <li>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</li> </ul>
	目標に掲げた健康づくり指標が改善される			<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>
結果 3	健康づくり活動に関する課題を把握し、対策を講ずる			<ul style="list-style-type: none"> <li>有難だけでなく、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:コロナ等でのホステタ―指示協力、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)</li> <li>把握方法や連携の課題についても記載する。</li> </ul>
	がん検診の受診率を向上させる			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定検診、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</li> <li>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</li> <li>特定保健指導実施率・終了率</li> </ul>
	がん検診の受診率を向上させる			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定検診、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</li> <li>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</li> <li>特定保健指導実施率・終了率</li> </ul>
	がん検診の受診率を向上させる			<ul style="list-style-type: none"> <li>特定検診、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</li> <li>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</li> <li>特定保健指導実施率・終了率</li> </ul>

## 高齢者保健福祉活動評価指標

目的：高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる

↓ 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  
 ↓ 前年度と比べて 1:改善した、2:現状維持、3:後退した

評価 枠組	平成26年度評価項目	改善 状況	改善内容・今後の課題	評価 基準	評価マニュアル(評価の考え方・視点) 保健師が直接関与していない業務は、組織の取り組み状況について評価する
構造・活動の基盤(4)	1 保健師の他に高齢者保健福祉活動を実践する専門職が配置されている				高齢者保健福祉活動を実践する専門職の配置状況を評価 他の専門職とは、リハビリ職、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士等を指す。 保健師が他の専門職(常勤の有無は問わない)と協働して高齢者保健福祉活動を行える体制になっているか。 追加配置が必要な専門職はいるか。
	2 高齢者保健福祉活動を担当する保健師が、他の部署の保健師と連携を図る体制がある				高齢者保健福祉の保健師が他の部署(保健部署等)の保健師と連携を図ることが組織として認められているか。 保健部署等の保健師とどのような連携が図られているか。 組織を超えた保健師の連携内容や頻度をさらに強化する必要があるか。 他の部署の保健師との連携について、個別に取り組んでいることがあるか。
	3 地域包括支援センターを委託している場合、地域包括支援センターの活動を評価している				直営の場合は評価する必要はない。 組織として、委託先の地域包括支援センターの活動の現状と課題を整理しているか。 地域包括支援センターの質の向上のために実施していることはあるか。 地域包括支援センターが複数ある場合、地域包括支援センターによる対応の差をなくすため実施していることはあるか。
	4 保健師が地域包括ケアの能力を高めるための研修等に参加している				保健師が高齢者保健福祉活動に必要な専門知識や対人援助スキルを習得できる教育体制(人材育成)があるか。 地域包括ケアの能力を高めるための研修に参加できているか。 異動直後や経験の浅い保健師が日々の活動について相談できる体制があるか。
<b>高齢者保健福祉活動に関連する情報の収集と整理</b>					
プロセス(18)	5 地域の高齢者の実態や社会資源の整備状況を把握している				人口動態等の統計、介護保険認定状況、サービス利用状況等を把握しているか。 地域包括支援センターの地域毎の特徴や課題について検討しているか。 経年的な評価や他の自治体との比較など実施しているか。
	6 高齢者の健康状態や意識等について把握している				特定健診や基本チェックリストの結果等から、高齢者の健康状態を分析しているか。 日常生活圏域調査結果を把握しているか。 高齢者の介護予防に関する意識(不安や心配事など)を調査しているか。 過去と比べての評価を行っているか。
<b>高齢者保健福祉活動の情報分析・地域診断・目標設定</b>					
	7 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の方針・目的に沿って事業展開している				高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画で示している方針・目的に沿って業務計画をたてているか。 高齢者保健福祉計画で目指していることを活動に反映しているか。 保健事業の実績等が計画の策定・進行管理に活用されているか。
	8 要支援者の訪問・通所サービスの介護予防・日常生活支援総合事業への移行や移行後の進行管理を計画的に実施している				(移行前)要支援者のサービス利用状況、要支援者のサービスの担い手の状況について把握しているか。 総合事業への移行にむけて、タイムスケジュールをたてて取り組んでいるか。 (移行後)新たなサービスや活動の立ち上げの必要性について検討しているか。 事業移行後の進行管理を行っているか。

## 高齢者保健福祉活動評価指標

目的：高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる

↓ 1: できている、2: ややできていない、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  
 ↓ 前年度と比べて 1: 改善した、2: 現状維持、3: 後退した

評価 枠組	平成26年度版評価項目	評価	改善 状況	改善内容・今後の課題	評価マニュアル(評価の考え方・視点) 保健師が直接関与していない業務は、組織の取り組み状況について評価する
9	より多くの高齢者へ介護予防の普及啓発ができるよう、計画的に実施している				介護予防普及啓発事業について、地区把握等の現状と課題の分析に基づき、目標を立てて計画的にPDCAサイクルを回して実施しているか。 これまでの介護予防事業の効果や今後どのように継続していくかなど、評価しているか。 総合事業のなかで、新たに実施すべき事業について検討しているか。
	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取り組んでいる				認知症地域支援推進員の配置し、認知症の普及啓発(認知症サポーターの養成)、認知症ケアバスの作成・普及、認知症初期集中支援チーム、家族支援(認知症カフェ)等の取り組みの現状と課題について分析し、目標を明確にして計画的に取り組んでいるか。
	<b>高齢者保健福祉活動における住民への働きかけ・住民活動の活性化</b>				
11	介護予防に繋がる住民主体の活動の活性化に向けて、介護予防のサポーター養成・育成・自主グループの育成を計画的に行っている				地域介護予防活動支援事業(介護予防のサポーターやボランティアの養成・支援、住民主体の活動の活性化に向けての支援)について、地区把握等による現状と課題の分析に基づき、目標を立てて計画的にPDCAサイクルを回して実施しているか。 介護予防普及啓発事業等の事業との関連性を認識して事業展開をしているか。
	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。				「生活支援コーディネーター」は、「協議体」の立ち上げ・運営において、地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起を実施しているか。見守りやサロンなどの担い手となる人材発掘・育成の現状と課題について検討しているか。 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけや、関係者と目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一を行っているか。 生活支援の担い手の養成やサービスの開発を行っているか。ニーズとサービスのマッチングを行っているか。
	介護者(家族)を支援する対策を実施している				介護者を支援する対策(介護相談、介護者のつどい、介護者セミナー、認知症の家族会への支援等)を介護支援専門員等の関係者と連携して実施しているか。
<b>高齢者保健福祉活動における関係者との連携</b>					
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、施策化されている				地域ケア会議を通じて地域の課題分析や、家族介護問題、住宅問題、低所得者対策等の現状と課題について検討しているか。 地域ケア会議の実施状況を評価し、課題解決に向けて関係者と協議し、支援の方向性について共有しているか。 生活困窮者自立相談支援員や精神・難病の担当等、関係者とのネットワークの構築にむけて連携を図っているか。 高齢者支援に必要な資源開発、施策化されているか。
	通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へ、リハビリテーション専門職等の関与がある				地域リハビリテーション活動支援事業の実施方法について計画を立てて実施しているか。リハビリ専門職がいない場合 地域リハビリテーション活動支援事業の実施に向け、リハビリ関係者と連携をとり、生活支援の現状と課題を分析し、今後の方向性について考え方を共有しているか。 リハビリ関係者が通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等で支援する機会をつくっているか。

プロセス  
(18)

## 高齢者保健福祉活動評価指標

目的：高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる

┌ 1: できている、2: ややできていない、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  
└ 前年度と比べて 1: 改善した、2: 現状維持、3: 後退した

評価 枠組	改善内容・今後の課題		評価 状況	
	評価	保健師が直接関与していない業務は、組織の取り組み状況について評価する		
プロセス (18)	16	平成26年度版評価項目 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取り組んでいる	在宅医療・介護連携推進事業で示されている項目について、協議会等で医療・介護の関係者と連携をとりながら計画的に進めているか。医療機関と介護関係者の連携の橋渡し役を担えているか。	
	17	個別ケースは緊急性を判断し、必要時、関係部署、関係機関、地域内の協力者等と連携して支援できる	関係部署：生活保護、障がい、権利擁護、消費者被害等、関係機関：医療機関、介護保険事業所・施設、保健所、警察等 地域内の協力者：民生委員、自治会、近隣等 個別ケースについて、その都度緊急性を判断し対応しているか。 介護保険事業所などの関係者、保健部署、生活保護、障がい者支援、権利擁護、消費者被害等の部署、自治会や民生委員、地域内の協力者等と適切な連携がとれているか。 緊急時の対応について、職員・関係者の役割や連携方法の現状と課題について検討しているか。 処遇困難事例への対応について、職員・関係者の役割や連携方法の現状と課題について検討しているか。	
	18	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	認知症の高齢者の支援する関係者とのネットワークの構築に向けて関係者と連携を図っているか。 認知症の高齢者対策の現状と課題、支援の目標について関係者と共有する機会をつくっているか。	
	19	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、地域の関係者等と協議・確認している	高齢者の災害時対策の現状と課題について検討しているか。 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、地域の関係者と協議しているか。 高齢者の災害時の対策についての取り組みを実施しているか。	
	<b>高齢者保健福祉活動のモニタリング、評価</b>			
	20	介護予防・生活支援総合事業(移行前は介護予防事業)の定期的に行っている	介護予防・生活支援総合事業(移行前は介護予防事業)の定期的に行っているか。事業評価(事業の進め方、実施状況等)を定期的に実施しているか。 経年的な評価を行っているか。 評価を行う際、他の専門職、関係者とともにを行っているか。	
	<b>高齢者保健福祉活動に携わる人材育成</b>			
	21	関係者の力量向上に向けて、処遇困難事例への支援方法等の検討をしている	地域ケア会議等で、地域内の処遇困難事例の実態(件数、特徴、対応状況等)を把握し、適切な支援内容について検討しているか。 処遇困難事例の支援方法について、関係者と共有する機会をもっているか。	
	22	高齢者支援を担当する関係者の資質の向上に向けて、学ぶ機会がある	高齢者支援を担当する関係者(保健師、包括、ケアマネ等)が学ぶ機会(研修、事例検討会等)があるか。	

## 高齢者保健福祉活動評価指標

目的：高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる

┌
└
↓
↑

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  
 前年度と比べて 1:改善した、2:現状維持、3:後退した

評価 枠組	平成26年度版評価項目	改善 状況	評価	改善内容・今後の課題	評価マニュアル(評価の考え方・視点)
					保健師が直接関与していない業務は、組織の取り組み状況について評価する
結果 1 (2)	23 一般介護予防事業の参加者数が増えている				一般介護予防事業の参加者数は増えているか。
	24 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				高齢者の生活に役立つ情報(公的情報B関連施策、民間情報、医療情報)を整理しているか 高齢者に関する相談支援窓口について、地域住民や関係機関へ周知する機会は増えているか。 地域住民へのや関係者への周知方法についての現状と課題について検討しているか。 地域包括支援センターが住民に周知されているか。
結果 2 (2)	25 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				介護予防に繋がる住民主体の活動の現状と課題について検討しているか。 地域で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。
	26 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				高齢者支援における医療・介護の関係者の連携をとる機会が増えているか。 高齢者支援における医療・介護の関係者と、連携における現状と課題についての検討をしているか。
結果 3 (2)	27 介護認定率(特に前期高齢者)が下がる				介護認定率(介護認定者/第一号被保険者)、特に前期高齢者の介護認定率は下がっているか。 介護認定率における現状と課題について評価しているか。
	28 健康寿命が延伸する				健康寿命は延伸しているか。(都道府県、国保連等で市町村ごとに健康寿命を出しているところがありま す) 健康寿命における現状と課題について検討しているか。



精神保健福祉活動評価指標(未治療・治療中断の精神障害者の受療支援)

※本評価指標は、精神保健福祉法22～26条にもとづく申請・通報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精神科医療につなぐ必要があると判断したケースについて評価してください。  
 ※保健所以外の活動に関する指標については、保健所が管内市町村等に活動状況を照会し、とりまとめを行った上で、精神保健医療福祉関係者の連絡会等で報告することにより、地域における精神保健福祉活動の現状を把握し、課題や今後の活動のあり方について検討するためのツールとして活用してください。  
 ※本評価指標のエクセルファイルとマニュアル(詳細版)は、日本公衆衛生看護研究会のホームページ <http://the-hokenshi.com/> からダウンロードできます。  
 評価対象年度を入力する  
 年度  
 市町村名を入力する  
 管内市町村(市町村ごと)  
 その選択肢が当てはまるか判断した理由、評価の根拠とした情報源、特徴や前年度との比較、課題等を適宜記入する

種別	評価指標	保健所管内全域		管内市町村(市町村ごと)		管外市町村	備考	マニュアル(簡略版)	優先度
		1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	管内市町村(市町村ごと)	管外市町村				
1	未治療・治療中断の精神障害者が精神科の治療を開始・再開・継続するための支援(以下、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							<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれ1つだけ選択して太字にする。</li> <li>計画の策定主体や種類を問わず、保健・医療・福祉に関する何らかの行政計画に位置づけられているかを評価する。</li> <li>「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」としては位置づけられていないが、「精神障害者に対する医療の確保」等、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の根拠とならざる事項が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。</li> </ul>	☆☆
2	受療支援を行うために必要な予算が確保されている							<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれ1つだけ選択して太字にする。</li> <li>予算の目的や科目を問わず、未治療・治療中断の精神障害者の受療支援に使用される予算について評価する。</li> <li>「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援を行う上で、「予算が足りない」と感じる可能性がある場合は「b.いいえ」、そうでない場合は「a.はい」とする。</li> </ul>	1)★★ 2)★
3	受療支援が保健師の業務として位置づけられている							<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれ1つだけ選択して太字にする。</li> <li>「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」として明確に位置づけられていないが、「精神保健福祉業務」等、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」を含む業務が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。</li> <li>所属組織の業務としては位置づけられているが保健師業務としては位置づけられていない場合は、「c.位置づけられていない」と評価する。</li> </ul>	1)☆☆ 2)☆
4	《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》 評価対象年度中に保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者の実人員	0人	0人					<ul style="list-style-type: none"> <li>通報対応等では「管外市町村」の住民に対しても支援を行う場合があることから「管外市町村」の記入欄を設けた。</li> <li>当該精神障害者の居住する市町村(黄色のセル)に数値を入力する。</li> <li>本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた上で、関係者に対して働きかけたケースについては1)に計上し、2)には計上しない。</li> <li>水色のセルは自動計算されるため入力不要。</li> <li>※1)2):数値での評価が困難であれば、選択肢「a.しばしば行った b.たまにを行った c.行わなかった d.わからぬ」で評価する。この場合は3)は評価しない。</li> </ul>	★★★
5	指標4の実人員のうち、保健所が評価対象年度中に新規に受療支援を行った精神障害者の実人員と把握経路	0人	0人	#DIV/0!	#DIV/0!	0人		<ul style="list-style-type: none"> <li>該当者の居住市町村ごと(黄色のセル)に数値を入力する。</li> <li>※数値での評価が困難であれば、選択肢「a.しばしば行った b.たまにを行った c.行わなかった d.わからぬ」で評価する。</li> <li>把握経路が複数ある場合はそれぞれに計上する</li> </ul>	★★★
6	把握経路別実人員	0人	0人	0人	0人	0人		<ul style="list-style-type: none"> <li>把握経路の例&gt;</li> <li>市町村:生活保護課、障害福祉課、保健師等。市町村直営の地域活動支援センターや相談支援事業所、地域包括支援センター等。</li> <li>その他:民間委託による地域活動支援センターや相談支援事業所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、他の保健所、同じ保健所内の環境衛生部等。</li> <li>住民:近隣住民、民生委員や自治会役員等。</li> <li>家族:同居か別居かは問わない。</li> </ul>	★

枠組	評価指標	保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)		備考	マニュアル(簡略版)	優先度
			管内市町村	管外市町村			
6	指標4の精神障害者の受療支援のために、本人・家族・住民のいすれかに対して直接働きかけた	1)保健所が本人・家族・住民のいすれかに対して直接働きかけた方法別延人員 (1)訪問 ① 0人 ②拒否・不在等 0人 ③ ①+② 0人 (2)来所相談 ① 0人 ②拒否・不在等 0人 ③ ①+② 0人 (3)電話相談 ① 0人 ②拒否・不在等 0人 ③ ①+② 0人 (4)メールや手紙による相談 0人 2)保健所以外に、本人・家族・住民のいすれかに対して直接働きかけた機関等	0人 0人 0人 0人 0人 0人 0人 0人 0人 0人	0人 0人 0人	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標4.1)に計上した精神障害者の受療支援において、保健所が働きかけた本人・家族・住民の延人員を方法別に計上する。指標5の新規ケースだけでは継続ケースもあわせて指標4.1)にあげた分について計上する。</li> <li>働きかけた家族や住民の居住市町村ではなく、精神障害者本人の居住市町村の欄に記入する。</li> <li>①には、地域保健・健康増進事業報告の「精神保健福祉(相談等)」に計上した人数を入力する。同報告では、被指導延人員を計上することになっているので、働きかけたが拒否や不在等で実施できなかった場合は計上できない。そこで、働きかけた人数を別途集計しておき、②に計上する。③は自動計算されるので入力不要。</li> <li>同報告では、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の該当項目がないため、該当者を区別して集計しておく必要がある。</li> </ul>	★★	
7	指標4の精神障害者の受療支援のために、関係機関・協働した回数	1)市町村 2)医療機関 3)警察 4)その他	0回 0回 0回 0回		<ul style="list-style-type: none"> <li>指標4.1)または4.2)に計上した精神障害者について、該当する機関等があれば記入する。</li> <li>該当する機関等の所在市町村ではなく、指標4.1)または4.2)に計上した精神障害者の居住市町村の欄に記入する。</li> <li>関係機関の所在地ではなく、精神障害者の居住する市町村の欄に入力する。市町村ごとに計上できない場合は、保健所管内全域欄にまとめて計上する。</li> <li>地域包括支援センター等については、市町村直営の場合は「市町村」へ、委託の場合は「その他」へ計上する。</li> </ul>	★★	
8	指標4の精神障害者の受療支援を行う際に、個々の精神障害者に関する情報共有や支援方針の検討を組織内で行った	1)保健所の活動 a.たいてい行った b.ときどき行った c.行わなかった		2)市町村の活動 a.行った b.行わなかった c.該当者がいなかった d.わからない	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれ1つだけ選択して太字にする</li> <li>1)は保健所内での、2)は各市町村内での共有や検討の実施状況を評価する。保健所と各市町村との共有や検討を評価するものではない。</li> <li>支援方針の検討は行わなかったが情報の共有を行った場合は「a.行った」と評価する。</li> <li>情報の共有や支援方針の検討の方法は問わないが、どのような方法で行ったかを「備考」欄に記載し、組織内どのレベルで行ったのかを明らかにしておくこと。</li> </ul>	1)★★ 2)★	
9	指標4の精神障害者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	1)保健所の活動 a.たいていいた b.ときどきいた c.しなかった d.必要な場合がなかった		2)市町村の活動 a.した b.しなかった c.必要な場合がなかった d.わからない	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれ1つだけ選択して太字にする</li> <li>複数の職員で対応することが必要と判断された場合、実際に複数で対応したかを評価する。複数対応が必要と判断されたが実施しなかった場合は、どういう場合に実施しなかったのか、それはなぜか、実施するにはどうすればよいかについて検討する。</li> <li>複数対応の必要性を判断するのは誰かは問わない。</li> <li>同じ組織の職員同士でなくても複数で対応していれば「した」と評価する(例:保健所職員と警察官、保健所職員と市町村職員)</li> </ul>	1)★★ 2)★	

枠組	評価指標	保健所管内全域		管内市町村(市町村ごと)		管外市町村	備考	マニュアル(簡略版)	優先度
		保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)	管内市町村(市町村ごと)	管外市町村				
プロセス	《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当該組織内で行った	1)保健所内部での把握や検討 a.地域の現状や課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状や課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状や課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状や課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった			・あてはまるものをすべて選択して太字にする ・把握や検討のレベル(担当者、係、課等)は問わない。 ・(2)市町村内部については、単一部署内だけか、部署を超えてかは問わない。 ・組織横断的な取り組み状況を評価するために、どのレベルで把握・検討しているかを備考欄に記載しておくこと。 ・地域の現状と課題の例>措置入院が解除されると自己退院するケースが多い/本人だけでなく家族も服薬の必要性を認識しておらず、退院後と服薬を中断しやすい/退院時に入院先から保健所に連絡が入らず、退院後の支援につながるにくい/精神科治療につながるまでは保健所、つながった後は市町村が支援しているが、保健所と市町村との連携・協働が十分にできていない。 ・今後の活動の検討の例>精神障害者の家族教室の対象者やテーマを検討した/住民に対する普及啓発活動のテーマや方法を検討した	★★★   ★
	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	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった			・保健所管内全域単位、各市町村単位のそれぞれについて、あてはまるものをすべて選択して太字にする。 ・あてはまる活動の例>関係機関との連携会議で、地域の健康課題として実態を報告し、認識の共有を図った/保健所が受療支援を行った精神障害者についてケースレビュー会議を開催し、市町村や福祉関係者にも参加してもらうようにした	★★★  ★
	12 受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った	1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない			・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・支援・育成・開発のいずれか1つ以上を実施したら「a.はい」と評価する。 ・例>関係者のスキルアップや連携強化のための事例検討会や同行訪問/精神保健ボランティアの養成や支援/精神障害者の家族会の育成・支援等 ・該当する機関等があれば名称を記入する(例:××相談支援事業所、精神保健福祉センター)	★★★  ★
13 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への意欲を醸成するための普及啓発活動を行った	1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない			・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・あてはまる活動の例>ホームページや広報誌等で精神保健に関する相談窓口を周知した/住民を対象に心の健康に関する講演会を開催した/既存の保健事業の中で、精神保健相談や医療機関を気軽に利用できるよう促した/個別ケースへの受療支援の一環として、精神障害者本人や家族に対して相談の利用や受診を促すことは含まない。 ・該当する機関等があれば名称を記入する(例:××相談支援事業所、精神保健福祉センター)	★★★  ★★★  ★	
結果1	指標4の精神障害者のうち、精神科治療の開始・再開に至らないが、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した精神障害者の実人員	0人 % = 指標14 / 指標(5.1) × 100	#DIV/0! #DIV/0!	#DIV/0! #DIV/0!			・指標4.1)及び4.2)の精神障害者のうち、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開しなかったが、関係者による見守りや支援の体制ができた。あるいは充実した精神障害者の実人員を計上する。見守りや支援の体制に加わるようになった精神障害者の実人員ではない。 ・精神障害者の居住する市町村の欄(黄色のセル)に数値を入力する。	★★★	

枠組	評価指標	保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)		管外市町村	備考	マニユアル(簡略版)	優先度
			管内市町村	管外市町村				
結果2	15 指標4の精神障害者が、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した 1)指標4の精神障害者のうち、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した実人員 %=(指標15.1)/指標4.3	0人 #DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		<ul style="list-style-type: none"> <li>・指標4.1)及び4.2)の精神障害者のうち、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員を、黄色のセルに入力する。</li> <li>※数値での評価が困難であれば、該当者について選択肢「a.かなりいた b.少しいた c.いなかった d.わからない」で評価する。</li> </ul>	★★
ブ ロ セ ス	16 指標15の精神障害者が治療中断せず地域で生活できるよう、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	1)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれれかに対して保健所が直接支援した 2)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれれかに対して関係機関が行う働きかけを保健所が支援した	a.必要な場合は行っていない b.必要な場合は行っていない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったために行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった	a.必要な場合は行っていない b.必要な場合は行っていない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったために行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった	a.必要な場合は行っていない b.必要な場合は行っていない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったために行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった		<ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれ1つだけ選択して太字にする。</li> <li>・保健所が本人・家族・住民のいずれれかに対して、指導や助言等を行った場合だけでなく、状況把握のために訪問・面接・電話等でやりとりした場合も「行った」と評価する。</li> <li>・必要な場合は概ね8割以上(1)と2)の両方を行った場合は、それぞれについて評価する。</li> <li>・bまたはdと評価した場合は、課題と改善策について検討する。</li> </ul>	★★
結果2	17 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者が、評価対象年度末時点で精神科治療を中断していない	1)治療継続 %=(指標17.1)/指標15×100 2)治療中断 %=(指標17.2)/指標15×100 3)わからない 実人員 %=(指標17.3)/指標15×100	0人 #DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に実人員を入力する。</li> <li>・「1)治療継続」の割合は100%であることが望ましい。100%に満たない場合は、2)治療中断」と3)わからないの割合はどうか、指標16で評価した支援が妥当かどうか等、理由や解決策について検討する。</li> <li>・評価は毎年度末に行う必要があるが、年度末に治療を開始・再開した精神障害者は評価時点では入院中のことが多い。そのため、可能であれば、治療を開始・再開した年度中だけでなく、数年程度は治療継続状況を確認し、治療中断しやすい時期や理由、解決策等について検討することが望ましい。</li> </ul>	★★

枠組	評価指標	保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)		管外市町村	備考	マニュアル(簡略版)	優先度
			管内市町村	市町村ごと				
18	精神障害者が措置入院を繰り返さなかった	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	0人	0人		<ul style="list-style-type: none"> <li>衛生行政報告例の「第2 精神障害者措置入院・仮退院状況」における「措置入院」の「本年度中新規患者数」を、精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に入力する。</li> <li>措置入院した精神障害者が、入院前に未治療・治療中断であったか、評価対象年度中に保健所が受療支援を行ったかは問わない。</li> </ul>	★★★
		(1)評価対象年度 (2)前年度 (3) (1)-(2)	0人 0人 0人	0人 0人 0人	0人 0人 0人			
結		2)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員と割合	0人	0人	0人		<ul style="list-style-type: none"> <li>精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に数値を入力する。</li> <li>措置入院歴については、指標18.1)の患者について、入院先の精神科医療機関から提出された「措置入院に関する診断書」または「措置入院者定期病状報告書」の「生活歴及び病歴」や「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄を参照するとよい。</li> <li>「3)措置入院歴のわからない精神障害者」が多いと、その中に含まれる「2)措置入院歴のある精神障害者」も多くなり、「2)措置入院のある精神障害者」を誤って少ないと判断してしまう可能性がある。そのため、「3)措置入院歴のわからない精神障害者の割合」を前年度と比較し、高くなっている場合は、その理由や改善案について検討する。</li> </ul>	★★
		(1)評価対象年度 実人員 (2)前年度 実人員 (3) (1)-(2) (4)評価対象年度 % = 指標18.2(1)/(1) × 100 (5)前年度 % = 指標18.2(2)/指標18.1(2) × 100 (6) (4)-(5)	0人 0人 0人	0人 0人 0人	0人 0人 0人			
果		3)のうち、措置入院歴のわからない精神障害者の実人員と割合	0人	0人	0人		<ul style="list-style-type: none"> <li>「2)措置入院歴のある者」について、これまでの措置入院の回数、措置入院していた期間、前回の措置入院から今回の措置入院までの期間、年齢や性別、家族構成、居住地等を検討し、どのような特徴や課題があるか記述する。これをふまえて、今後、重点的に取り組むべき対象や方法について検討する。</li> <li>該当者が少ない場合は、数年度分をまとめて分析するとよい。</li> </ul>	★
		(1)評価対象年度 実人員 (2)前年度 実人員 (3) (1)-(2) (4)評価対象年度 % = 指標18.3(1)/(1) × 100 (5)前年度 % = 指標18.3(2)/指標18.1(2) × 100 (6) (4)-(5)	0人 0人 0人	0人 0人 0人	0人 0人 0人			
3		4)措置入院を繰り返すケースの特徴や課題						

精神保健福祉活動評価指標(自殺予防)

※本評価指標のエクセルファイルとマニュアル(詳細版)は、日本公衆衛生看護研究会のホームページ <http://the-hokenshi.com/> からダウンロードできます。  
備考欄には、その選択肢が当てはまると判断した理由、評価の根拠とした情報  
源、特徴や前年度との比較、課題等を適宜記入する

平成 年度

校 組	評価指標	保健所管内全域		管内市町村(市町村ごと)		備考	優先度
		1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない	2)市町村行政において a.はい b.いいえ c.わからない		
構 造	19 自殺予防が保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている					・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・計画の策定主体や種類を問わず、保健・医療・福祉に関する何らかの行政計画に位置づけられているかを評価する。 ・「自殺予防」として明確に位置づけられていなくても、「自殺予防」の根拠となる事項が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。	☆☆☆
	20 自殺予防を行うために必要な予算が確保されている					・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・予算の目的や科目を問わず、自殺予防に使える予算について評価する。自殺予防を行う上で、「予算が足りない」と感じる場合「b.いいえ」、そうでない場合は「a.はい」とする。 ・「備考」欄に予算の科目や金額を書いておくようにするとよい。	★★
	21 自殺予防が保健師の業務として位置づけられている					・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・「自殺予防」としては明確に位置づけられてはいないが、「精神保健福祉業務」や「こころの健康づくり」等、「自殺予防」を含むことのできる業務が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。 ・保健師や市町村の業務としては位置づけられているが保健師の業務としては位置づけられていない場合は、「c.位置づけられていない」と評価する。	☆☆
ブ ロ ク セ ス	22 自殺予防について、当該行政組織内部で組織横断的に取り組む体制がある					・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・都道府県保健所は「1)保健所における体制」と「2)都道府県行政における体制」について評価する。市保健所は「1)保健所における体制」と「3)市町村行政における体制」について評価する。 ・管内市町村(市町村ごと)の欄は管内各市町村の行政組織について評価する。民間委託による地域包括支援センター、地域活動支援センター等については含まない。	1)☆☆☆ 2)★★
	《地域の健康課題としての対応》 23 その地域における自殺の現状について、情報を収集・分析した					・それぞれあてはまるものをすべて選択して太字にする。 ・管内市町村(市町村ごと)の欄は、保健所が当該市町村と連携・協働したか否かを評価するものではない。 ・管内各市町村の活動状況について、それぞれあてはまるものをすべて選択して太字にする。	★★★ ★★
	24 自殺予防に関する地域の社会資源の現状や課題を把握した					・該当する機関があれば名称を記入する(例:精神保健福祉センター、NPO法人○○、××大学、△社会福祉協議会 等) ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・実施主体や活動の主目的を問わず、「自殺予防に関する地域の社会資源」であると評価者が判断したもので、現状または課題を把握したか評価する。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が、市町村ごとの現状や課題を把握したか評価する。保健所が当該市町村と連携・協働して現状や課題を把握したか否かを評価するものではない。 ・該当する機関があれば名称を記入する。	★★★ ★★ ★

格組	評価指標	保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)			備考	優先度	
			保健所管内全域	管内市町村(市町村ごと)	管内市町村(市町村ごと)			管内市町村(市町村ごと)
25	指標23.その地域における自殺の現状」や「指標24.地域の社会資源の現状や課題」をふまえて、今後の自殺予防対策について当該組織内で検討した	1)保健所内 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	マニユアル(簡略版)  ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、市町村単位での今後の自殺予防対策について、保健所内で検討したか評価する。保健所が当該市町村と連携・協働して検討したか評価するものではない。  ・それぞれあてはまるものをすべて選択する。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、市町村単位で共有や検討を行ったか評価する。保健所主導によるものだけでなく、 ・「個別ケース」に関する連携・協働については指標31で評価する。ただし、地域の課題の共有や解決策の検討を意図して、関係者や住民と一緒に個別ケースの事例検討会等を行った場合はa,b両方にあてはまると評価する。  ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が市町村単位で行った活動について評価する。保健所が主催または共催したものだけでなく、保健所以外が主催または共催したものに保健所が協力した場合も含む。 ・地域の関係者:市町村職員、当該市町村内の地域活動支援センターや地域包括支援センター・介護支援事業所の職員、医療機関等の職員、弁護士や司法書士、学校関係者、事業場関係者、警察官や消防官等。民生委員や自治会役員は住民とみなし、指標28で評価する。 ・ゲートキーパー養成研修については、主催者、対象者の属性、開催回数、受講者延人員等を備考欄に書いておくことよ。 ・該当する機関があれば名称を記入する。	★★★	
		2)市町村行政組織内 a.問題と共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.はい b.いいえ c.わからない	a.問題と共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.はい b.いいえ c.わからない		a.はい b.いいえ c.わからない	★★
		1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ	★★★
26	地域の関係者や住民が集まり、自殺について地域の課題としての問題の共有や解決策の検討を行った	1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	マニユアル(簡略版)  ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が市町村単位で行った活動について評価する。保健所が主催または共催したものだけでなく、保健所以外が主催または共催したものに保健所が協力した場合も含む。 ・地域の関係者:市町村職員、当該市町村内の地域活動支援センターや地域包括支援センター・介護支援事業所の職員、医療機関等の職員、弁護士や司法書士、学校関係者、事業場関係者、警察官や消防官等。民生委員や自治会役員は住民とみなし、指標28で評価する。 ・ゲートキーパー養成研修については、主催者、対象者の属性、開催回数、受講者延人員等を備考欄に書いておくことよ。 ・該当する機関があれば名称を記入する。	★★★	
		2)市町村の活動 a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない		★★	
		3)保健所・市町村の他に行った機関						★
27	住民に対して自殺予防に関する普及啓発活動を行った	1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	マニユアル(簡略版)  ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・住民:一般住民、民生委員、老人会や自治会の役員、住民ボランティア等。精神障害者やその家族、自死遺族等を含む。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が市町村単位で行った活動について評価する。保健所が主催または共催したものだけでなく、保健所以外が主催または共催したものに保健所が協力した場合も含む。また、生活習慣病予防や介護予防等、主目的が自殺予防ではない活動の中で行ったものも含む。 ・あてはまる活動の例:ゲートキーパー養成研修の実施・支援/自殺予防や心の健康に関する健康教育の実施/HPや広報に心の健康について掲載/健診通知等に心の健康に関するチラシを同封等 ・ゲートキーパー養成研修については、主催者、対象者の属性、開催回数、受講者延人員等を備考欄に書いておくことよ。 ・該当する機関があれば名称を記入する。	★★★	
		2)市町村の活動 a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない		★★	
		3)保健所・市町村の他に行った機関						★
28	住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ	1)保健所の活動 a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	a.はい b.いいえ	マニユアル(簡略版)  ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。住民同士のつながりの構築・強化・拡大のいずれか1つ以上に取り組んだ場合に、「a.はい」と評価する。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が、市町村単位で行った活動について評価する。保健所が当該市町村と連携・協働したか否かを評価するものではない。 ・あてはまる活動の例:住民ボランティア活動の育成・支援/地域住民同士の交流の場づくり等。介護予防等、自殺予防以外を目的とするものも含む。 ・該当する機関があれば名称を記入する。 ・どのよう活動だったのか、備考欄に簡潔に書いておくことよ。	★★★	
		2)市町村の活動 a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ c.わからない		★★	
		3)保健所・市町村の他に行った機関						★

格組	評価指標	保健所管内全域		管内市町村(市町村ごと)		備考	マニユアル(簡略版)	優先度
		保健所が個別支援を行った延人員	市町村が個別支援を行った延人員	保健所が個別支援を行った延人員	市町村が個別支援を行った延人員			
ブ	《ハリスカ者への支援》 30 自殺に関して個別支援を行った (1)相談 (2)訪問指導 (3)電話相談 (4)メール相談 (1)~(4)のいずれか	1)保健所が個別支援を行った延人員	2)市町村が個別支援を行った延人員				・保健所、市町村それぞれについて、地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉に関する「相談」「訪問指導」「電話相談」「メール相談」に「自殺関連」として計上した延人員を入力する。 ・該当する機関があれば名称を記入する。	1)★★★ 2)★★★
		3)保健所・市町村の他に個別支援を行った機関						★
		1)保健所の活動 a.必要な場合は行っていない b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかった d.行ったかどうかかわからない	2)市町村の活動 a.必要な場合は行っていない b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかった d.行ったかどうかかわからない	a.必要な場合は行っていない b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかった d.行ったかどうかかわからない	a.必要な場合は行っていない b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかった d.行ったかどうかかわからない			
ス	32 自死遺族交流会を開催・支援した	1)保健所の活動 a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもなかった	2)市町村の活動 a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもなかった d.わからない				・それぞれあてはまるものすべて選択して赤字にする。 ・bの例:スタッフの一人として関わった/会場を提供した/把握した自死遺族に、交流会への参加を勧めた/交流会について、ホームページや広報への掲載、チラシの配布、既存の保健事業や会議でのPR等を行った ・該当する機関があれば名称を記入する。	1)★★★ 2)★★★
		3)保健所・市町村の他に主催・共催・支援のいずれかを行った機関						★
結	33 自殺予防を主目的とする教育・研修を受け関係者が増えた	1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	0回 0人	0回 0人		・関係者:市町村職員、当該市町村内の地域活動支援センターや地域包括支援センター・介護支援事業所の職員、医療機関等の職員、弁護士や司法書士、字関係者、事業場関係者、警察官や消防官等。民生委員や自治会役員は住民として指標34で評価する。 ・1):保健所が主催または共催した教育・研修のうち、保健所管内全域を対象としたものを、「市町村ごと」には市町村単位で行ったものを入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・1)2):経年変化がわかるよう、該当する教育・研修のテーマや対象、実施回数等を備考欄に書いておくことよ。 ・教育・研修の関係者が保健所から他機関へと移行したり、対象者の大部分が受講し終わったりして、実施回数や受講者延人員が減少する場合もある。そのため、数が減少した場合には、その理由を検討する。(指標34も同様)	★★★
		1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	0回 0人	0回 0人			★★
果	34 自殺予防を主目的とする教育・研修を受け住民が増えた	1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	0回 0人	0回 0人		・住民:一般住民、民生委員、老人会や自治会の役員、住民ボランティア等。精神障害者やその家族、自死遺族等を含む。 ・1):保健所が主催または共催した教育・研修のうち、「保健所管内全域」の対象には、保健所が主催または共催した教育・研修のうち、保健所管内全域を対象としたものを、「市町村ごと」には市町村単位で行ったものを入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・1)2):評価シートでは前年度との比較ができるようになっているが、3~5年程度の推移についても評価することよ。 ・1)2):経年変化がわかるよう、該当する教育・研修のテーマや対象、実施回数等を備考欄に書いておくことよ。	★★★
		1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 延人員 (2)前年度の延回数 延人員 (3)延回数(1)-(2) 延人員(1)-(2)	0回 0人	0回 0人			★★

校組	評価指標	保健所管内全域		管内市町村(市町村ごと)		備考	マニュアル(簡略版)	優先度
		1)保健所の活動	2)市町村の活動	1)市町村の活動	2)市町村の活動			
35	自殺に関する相談が増えた (1)前年度の延人員 ①相談 ②訪問指導 ③電話相談 ④メール相談 (2)評価対象年度一前年度 ①相談 ②訪問指導 ③電話相談 ④メール相談	0人	0人	0人	0人	2)市町村の活動	マニユアル(簡略版) ・保健所と市町村はそれぞれ、地域保健・健康増進事業報告で精神保健福祉に 関する「相談」「訪問指導」「電話相談」「メール相談」として「自殺関連」の延人員を 再掲している。評価対象年度の数値は指標30に計上している。ここには評価 対象年度の前年度の数値を黄色のセルに入力する。 ・指標30と指標35(1)から自動計算されるため入力不要。	1)★★★ 2)★★★
		0人	0人	0人	0人			
36	自殺行為に対する救急車の 出動件数が減少した	0人	0人	0人	0人	2)市町村の活動	・自殺未遂や自傷行為を行った人数について、「自損行為」による救急車の出動 件数で評価する。ページは「消防年報」等の名称で市町村や市町村消防本部、都 道府県等のホームページで公表されていることが多い。 ・死亡や軽症等で搬送されない場合もある。搬送件数ではなく、出動件数を 市町村ごとに入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・同一人物に対する頻回な出動で件数が増えている等の特徴がわかれば、備考 欄に記載しておく。	★★
		0人	0人	0人	0人			
37	自殺による死亡者が減少した	0人	0人	0人	0人	2)市町村の活動	・人口動態統計に基づき1年間の自殺者数(評価対象年度の4~12月分とその前 年度の1~3月分の合計)を市町村ごとに入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動集計されるため入力不要。	★★★
		0人	0人	0人	0人			

# 感染症対策活動の評価指標

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  
 前年度と比べて  
 1.:改善した 2.:現状維持 3.:後退した

テーマ	評価			評価マニキュアル(評価のびき)欄			
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	
結核	1	感染症診療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			・感染症診療協議会のメンバー	・この評価指標により、管内において結核に係る医療が適切に提供されているかどうかを感染症診療協議会が判断できる条件が整っているかを検討する。その結果に基づいて、結核の早期診断や治療の成功率の向上等適切な医療の普及のための管内の人材養成及び患者の相談体制構築に係る保健活動の必要性の判断材料としていく。	
	◇国内外・管内の情報収集						
	2	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				・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	・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。
	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				・医療監視における結核対策に関する指導記録	・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。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。
	4	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。				・施設指導における結核対策に関する指導記録	・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等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。
◇課題の明確化と計画立案							
5	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				・策定した事業計画 ・生物学的製剤使用者の潜在的結核感染症(LTBI)者数、等	・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。	
◇相談・教育(啓発)活動							
6	結核の普及啓発活動をしている				・作成したパンフレットや保健所のHP、広報への掲載内容 ・パンフレット等の配付先 ・キャンペーン、出前講座等啓発活動の実施状況	・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。	
7	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				・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	・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。ディスプレイやシヨートスタッフの利用者が接触者である場合には、接触者以外の利用者がスタッフに對する相談対応や教育を実施することも必要である。	
◇関係機関との連携体制づくり							
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				・管内の関係機関を対象とした会議の実施記録 ・コホート検討会実施回数、DOTS評価会議	・結核対策に関わる管内の関係機関を対象とした会議(コホート検討会やDOTS評価会議を含む)を開催し、管内の結核発生状況の情報交換や課題共有等、結核対策について検討しているかを確認する。	

# 感染症対策活動の評価指標

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  
前年度と比べて  
1.:改善した 2.:現状維持 3.:後退した

評価		評価		評価マニキュアル(評価のびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス(つづき)	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>地域連携推進ネットワークの有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>結核に特化しない、感染症対策や健康危機管理体制などに活かすことのできる連携・協働も含む。</li> <li>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話し(の方法)とその記録</li> <li>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、潜在性結核感染者など対象別に、対象数、医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</li> </ul>
<b>◇関係機関への支援</b>					
10	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療監視や施設指導等における感染症対策に関する支援・指導記録</li> <li>研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>結核患者の発生を認識とした教育・支援・研修も含む。</li> <li>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話し、それらの関係機関の教育・支援・研修のカバパ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。</li> </ul>
<b>◇事業・活動の評価と見直し</b>					
11	結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直ししている(マニキュアルへの反映等)			<ul style="list-style-type: none"> <li>結核対策事業・活動の評価の場であ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</li> <li>感染症診査協議会における検討実績</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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・ターゲットグループ別等に評価し、事業・活動を見直ししているかを確認する。</li> </ul>
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			<ul style="list-style-type: none"> <li>定期健康診断実施報告書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関は職員の結核の健康診断を毎年度実施し(感染症法 第53条の2)、その結果を保健所長に報告することになっている(感染症法 第53条の7)が、その報告状況は十分とはいえない。歯科診療所等についてもまれなく報告状況を把握することが必要である。この評価指標により、結核対策に関する保健活動の結果として、医療機関の結核対策への意識・姿勢の強化を評価する。</li> </ul>
結果 1					

# 感染症対策活動の評価指標

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  
前年度と比べて  
1.:改善した 2.:現状維持 3.:後退した

テーマ	評価			評価マニキュアル(評価のびき)欄	
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料
結核(つづき)	13	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週間以内を目標に)			<ul style="list-style-type: none"> <li>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。感染性が高くない(喀痰塗抹陰性等)と判断された場合でも、届出受理後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)</li> <li>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。</li> <li>本人だけではなく、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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
	14	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>初回だけでなく、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。</li> </ul>
	15	管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関には、外来医療とDOTSを含めた患者支援の一体的な実施を推進する責務がある。</li> <li>ケース支援を契機に協力を得ていくことが重要である。</li> </ul>
	16	DOTS協力施設(医療機関以外)が増える			<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
結果2	17	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)			<ul style="list-style-type: none"> <li>管内市町村の実施報告から各種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。</li> </ul>
	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、ハイリスク・ティーンジャークループ等)			<ul style="list-style-type: none"> <li>管内市町村の実施報告から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、市町村に定期健康診断の対象の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。</li> <li>ハイリスク・ティーンジャークループや支援を行っていく必要がある。外国人や住所不定者等対象別の実施数の把握を把握し、可能な範囲で成果と課題を確認する。</li> </ul>
結核(つづき)	結果2(つづき)	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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、集団感染の予防策を対象集団に具体的に提案することも必要である(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)。</li> </ul>

# 感染症対策活動の評価指標

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

テーマ	評価			評価マニキュアル(評価のびき)欄	
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料
	20	結核患者(特に高齢者、ハイリスク・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			<ul style="list-style-type: none"> <li>結核登録票</li> <li>NESIDの発病(症状等の発病)の時期と「初診の時期」から自動計算される「発病～初診」</li> </ul>
	21	全結核患者に対するDOTS実施率の向上			<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
	22	結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少			<ul style="list-style-type: none"> <li>コホート検討会の結果</li> <li>NESIDにおける脱落(60日以上中断、あるいは連続2日以上中断)の者</li> </ul>
	23	管理期間中の再治療率の減少			<ul style="list-style-type: none"> <li>結核登録票</li> <li>NESIDの接触者管理システムのデータ</li> </ul>
結果 3	24	管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイリスク・デインジャーグループの罹患率)			<ul style="list-style-type: none"> <li>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以下としている。</li> <li>新登録中外国籍割合、「新登録中65歳以上割合」は疫学情報センターの結核管理図・指標値になっており、保健所を管轄する県、市へ毎年送付されており、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の比較をすることもできる。</li> </ul>
	25	高齢者やハイリスク・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			<ul style="list-style-type: none"> <li>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、少なくとも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。</li> </ul>
結果 3 (つづき)	26	結核の有病率の減少			<ul style="list-style-type: none"> <li>結核に関する特定感染症予防指針における目標である人口10万対罹患率を15以下とするためには、患者減少率の平均を年4%に向上させる必要がある(平成17～21年は平均3.1%)</li> <li>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、有病率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して、管内の結核対策を検討していく。</li> </ul>
	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>単剤耐性結核の動向についても把握しておくことが必要である。</li> <li>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、新登録中の多剤耐性結核患者数と結核患者に占める割合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して、管内の結核対策を検討していく。事例検討を行うことも重要である。</li> </ul>

### 感染症対策活動の評価指標

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 前年度と比べて  
 ↓  
 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価		評価マニキュアル(評価のびき)欄		
チーム	評価指標番号	評価指標	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料
	28	潜在性結核感染症者の発病率の減少		<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体その他、関節リウマチを有する者とは別には別にして評価する。</li> <li>・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、潜在性結核感染症患者の発病率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して、管内の潜在性結核感染症患者への支援策を検討していく。</li> <li>・ここでいう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。</li> <li>・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して、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。</li> </ul>
	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)		

# 感染症対策活動の評価指標

1.:できていない 2.:ややできていない 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

テーマ	評価指標	評価		評価マニキュアル(評価のびき)欄		
		評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	
非常時の対応(発生予防・早期発見)	30	感染症担当部署に保健師が配置されている			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症担当部署の職員の職種・主な担当</li> </ul>	
	<b>管内の情報収集・分析</b>					
	31	感染症発生事例や取組資料等から、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			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が記載されている文書等</li> </ul>	
	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療監視及び施設指導における感染症対策に関わる調査票やチェックリスト</li> <li>医療監視や施設指導における感染症対策に関する指導記録</li> </ul>	
<b>相談・教育(啓発)活動</b>						
	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>対応した感染症に関する相談について、相談記録票を作成し、保健所の事業報告書等に実績をあげておく。相談記録票の項目として、年月日、電話・来所の別、感染症の種類、相談内容と対応の概要、等があげられる。</li> </ul>	
	34	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>ポスターやリーフレット等の掲載先や依頼時期、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。</li> </ul>	
	35	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供の契機・時期、内容、対象等を、関係機関とのミーティングリスト等、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重要である。</li> </ul>	
<b>関係機関への支援</b>						
	36	医療監視や施設指導により感染症対策に関わる問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療監視や施設指導に感染症担当が関わっている、いないにかかわらず、医療監視や施設指導によって明らかになった感染症対策に関わる問題・課題を感染症担当として把握し、必要時、他部署と協働して、その問題・課題に対応するための取り組みを行っているか、を確認する。</li> </ul>	
	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>支援対象の施設は、管内の発生状況を鑑みて、また新規開設施設や感染症が繰り返し発生している施設等から、ターゲットを設定してもよい。</li> </ul>	
<b>活動の評価と予防計画の見直し</b>						
	38	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>予防活動に沿って事業や活動を実施するだけでなく、管内の感染症対策にかかわる課題への対応策が予防計画に反映されるような働きかけも必要である。</li> </ul>	

感染症対策活動の評価指標

1.:できていない 2.:ややできていない 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  
前年度と比べて  
1.:改善した 2.:現状維持 3.:後退した

テーマ	評価			評価マニキュアル(評価のびき)欄	
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料
平常時の対応(発生予防・早期発見)(つづき)	39	感染症に関する普及啓発活動の回数			<ul style="list-style-type: none"> <li>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者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。</li> <li>研修対象となる感染症の種類・回数・対象施設数・対象者数と、保健所管内の感染症発生動向や感染症対策に関する課題とを照らし合わせ、研修実績の適切性を検討する。単年ではなく、直近、数年間を経年的に検討するとよい。</li> </ul>
	40	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録</li> <li>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</li> </ul>
	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
	42	定期予防接種の接種率が高まる			<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>受診者数の増減だけではなく、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。</li> <li>感受性対策として予防接種は重要であり、管内市町村の予防接種率を把握し、予防接種の推進に関する管内市町村の取り組み状況や感染症の発生動向・流行予測を考慮して、必要時、市町村に働きかけしていくことが必要である。</li> </ul>
	43	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関については、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。</li> <li>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。</li> </ul>
結果3	44	感染症の集団発生件数の減少			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症対策においては発生時対策だけではなく、発生予防対策も重要であることから、結果の評価指標としてあげている。保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、集団発生件数、患者数の推移を感染症の種別に把握している、ことが必要である。そして、集団発生が多い感染症については発生予防対策を検討していく必要がある。</li> <li>集団発生については、厚生労働省通知(平成17年2月22日)による施設長が保健所及び市町村等の社会福祉施設等主管部に報告することとなっている。</li> <li>ア 同一の感染症もしくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が週間に2名以上発生した場合</li> <li>イ 同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合</li> <li>ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合を参考に判断する。</li> </ul>
	45	感染症による死亡者・死亡率の減少			<ul style="list-style-type: none"> <li>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類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看にして、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。</li> </ul>
構造	第一報の受理体制				

# 感染症対策活動の評価指標

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

テーマ	評価			評価		評価マニユアル(評価のびき)欄	
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	
感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	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、チャックリスト等)			<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急受付対応職員当番表、緊急受付受理票及び報告書等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所閉庁時に、第一報があった場合の対応職員が決まっており、受付票やチャックリスト等が整備されているか、を確認する。</li> </ul>	
	<b>◇集団発生時のマニユアル整備と所内連携体制</b>						
	47	初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニユアル等に明示されている			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生時対応のマニユアル(初動体制が明示されているもの、感染症類型別)等</li> </ul>		
	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ユアル等に明示されている			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生時対応のマニユアル(管理職不在時も含めて指揮命令系統が明示されているもの、感染症類型別)等</li> </ul>		
	49	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			<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生時対応のマニユアル(集団発生等緊急時連絡網や体制を示すもの)等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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か等が明確になっており、それがマニユアル等、所内で共有される形で明示されているか、を確認する。</li> <li>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。</li> </ul>	
<b>◇情報収集と情報発信の体制</b>							
50	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					<ul style="list-style-type: none"> <li>しくみの有無だけでなく、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。</li> </ul>	
51	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生動向調査事業以外の体制</li> <li>学校や庁舎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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生動向調査事業以外に、迅速に情報を集約する方法があるかどうかを確認する。</li> </ul>	
<b>◇情報提供ルートの確保と個人情報取扱いルール</b>							
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					<ul style="list-style-type: none"> <li>障がい者や在日外国人等へのリスクコミュニケーションは課題が多い。管内市町村が、感染症に限らず、情報提供に配慮が必要な対象を把握し、情報提供するルートを把握していたり、構築しているかを把握し、そのルートが確保されていない場合には、市町村に働きかけたり、共に検討したりする必要がある。</li> </ul>	
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				<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関とのメーリングリスト</li> <li>ト等情報ネットワークの有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症発生後、患者の早期発見とまん延防止のためには、迅速な関係機関への情報提供や、関係機関からの情報集約が必要となる。そのためには、平常時から効果的な情報提供の場を把握しておくことや、情報提供ルートをつくること、関係機関とのネットワークづくりが必要となる。この評価指標では、感染症発生時に効果的に情報提供できる場やルートがあるかを確認する。場やルートの具体例には、学校関係であれば、教育委員会に情報提供すれば、教育委員会から小中学校に情報が流れるようになり、その反対に小中学校の情報が教育委員会に集約され保健所に情報が提供されるようになっている、あるいは障害者や高齢者施設関係であれば、施設管理者の定例的な会議の場を把握しており、その場で情報提供すれば管内の各施設に情報が流れるようになっている、等がある。</li> <li>また、この評価指標により、情報提供・情報集約の場やルートが把握・構築されている関係機関と、十分、把握・構築されていない関係機関を洗い出し、IT環境や情報交換の必要性の認識についての把握も含めて、後者への対策を検討する実務とすることも重要である。</li> </ul>	

# 感染症対策活動の評価指標

1:できていない 2:ややできていない 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

テーマ	評価			評価マニユアル(評価のびき)欄		
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)(つづき)	54	患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱いに関する関係機関とルールを決めている			<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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くか、を確認する。</li> </ul>	
	<b>◇職員健康管理体制</b>					
	55	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)				<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
	<b>◇備蓄の管理体制</b>					
	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>個人防護具等の備蓄品の管理台帳</li> <li>個人防護具等の備蓄品について、物品名、必要量、在庫量等の管理台帳を作成することが必要である。そして、消費期限切れを含め在庫量を定期的に確認し、補充しているか、または補充担当部署に連絡しているか、を確認する。</li> </ul>
	<b>◇集団発生時のマニュアルの策定・改訂</b>					
	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルの有無だけでなく、改訂年度を確認し、改訂の必要性や時期を検討する。</li> </ul>
	<b>◇訓練</b>					
	58	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>健康危機管理対策部署と連携して行う訓練も含める。</li> <li>実施の有無だけでなく、管内の感染症対策に関する課題と照らし、訓練の目的、対象、内容、訓練における保健師の役割、訓練から戻っ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。</li> </ul>
	<b>◇集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援</b>					
	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>調査票又は調査記録、保健指導記録から、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。</li> <li>併せて、情報収集のための疫学調査票が整っているか、また、調査票の項目は適切であるか、を調査結果と照らし、必要時、検討する。保健師の関わりは適切な関わりができていない場合は、調査票等に患者把握の時期が明記されている必要があるか、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。</li> </ul>
	60	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見出し、医療につなげている				<ul style="list-style-type: none"> <li>調査票又は調査記録、保健指導記録から、患者把握後、早期に保健師が適切な関わりができていない場合は、成果と課題を検討する。</li> <li>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。</li> </ul>
	61	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				<ul style="list-style-type: none"> <li>調査票又は調査記録、保健指導記録から、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。</li> <li>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。</li> </ul>
62	接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている				<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	
63	感染者・患者の人權を尊重し、その保護に十分な配慮をしている				<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	

# 感染症対策活動の評価指標

1.:できていない 2.:ややできていない 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

テーマ	評価			評価マニキュアル(評価のびき)欄		
	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)(つづき)	<b>◇集団発生施設との協働・支援</b>					
	64	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			・集団発生事例への対応記録又は報告書	・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割分を決定していたかを。確認する
結果 1	<b>◇活動の評価と見直し</b>					
	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			・会議の実施記録	・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。
	<b>◇人材育成</b>					
	66	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 ・研修派遣者の実績名簿	・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。
	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)			・疫学(検査)調査票や保健指導記録から把握できる実績(支援患者数、支援家族・接触者数、感染症の種類、支援内容)	・評価指標58、60と連動させて、感染者、患者、家族、接触者への支援の成果と課題を検討する。 ・評価のために必要な情報が調査票や保健指導記録から収集できるようにしておくこと、また、年度単位でその結果を集約し、数年度分を比較したり、併せて検討することが望ましい。
	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			・保健所事業報告	・感染症発生時の対応やその際の保健所との協働の必要性について、施設側が十分認識していれば感染症発生後(疑いを含む)早期に保健所に相談や報告がなされるはずである。本指標により、管内の施設等の関係者の感染症発生時対応にかかわる認識や主体性を評価する。
	69	まん延が長引く事案がない				・患者発生の第1報から潜伏期間を1つの目安として、それ以後、患者数が減少に向かっていくか、二次感染が発生していないか等を流行曲線等から確認する。
結果 2	70	診断が遅れ症状が悪化したケースがない				・感染症発生時対応の中で、診断が遅れ症状が悪化したケースがないかを確認する。そのようなケースがいた場合には、原因を分析し、その後の感染症対策における保健活動に反映させていくことが必要である。
	71	新興感染症等まん延時に偏見や差別を受けられるケースがない				・偏見や差別を受けると感染者や患者、家族らの人権が損なわれる事態が起こらなかつたかを確認し、評価指標「55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱い」について関係機関とルールを決めている」及び「64.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」を併せてマスコミへの対応も振り返り、必要時、これらの活動を見直す。

# 難病保健活動評価指標

【目的】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

評価枠組	評価項目	改善内容 今後の課題		現状評価	根拠・資料	評価のてびき(評価マニュアル)
		3改善した 2現状維持 1後退した				
構造	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				難病対策に関する情報の内容、閲覧回数、閲覧方法	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。
	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				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。
	3. 「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある				保健医療福祉計画等における難病対策事業計画 「難病対策地域協議会」の計画・実施報告	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。
	4. 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				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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。
	5. 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				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	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、自主的に得る力をつけていたりできるかを評価する。
	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				管轄内・外の患者・家族会等のリスト 疾患別の協力可能な患者・家族のリスト	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。
	7. 患者・家族が十分に話し合っって療養方針を決定できるように支援している				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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。
	8. 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				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 関係機関の担当者・連絡先・特徴等のリスト	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。
	9. 介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 保健師が支援している難病患者の個票	医療保険、介護保険、障がい者施策等の既存の制度の利用状況を把握し、対象外の患者や不足分について、難病対策事業や自治体の独自事業等でカバーできるように、新たな社会資源の開発や地域づくりも含めた活動ができていないかを評価する。
	10. 患者・家族の生活の質(QOL)向上を考慮したケアプランが導入されるよう支援している				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 保健師が支援している難病患者の個票	患者・家族の生活の質も含めたアセスメントを行い、ケアプランの作成および支援の提供について、関係機関が情報を共有し活動できるよう調整しているかを評価する。

# 難病保健活動評価指標

【目的】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

評価枠組	評価項目	改善内容 今後の課題		現状評価	根拠・資料	評価のてびき(評価マニュアル)
		3.改善した 2.現状維持 1.後退した				
プロセス(個別支援)	11. 緊急・災害時に必要な物品・処置・連絡・避難手順等が整備され、定期的に指導・管理が提供されるよう支援している			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	患者・家族および関係機関の緊急・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	患者の高齢時、介護者が介護できなくなったり、台風や地震などの自然災害等の時の対応が患者・家族間で話し合わせ、個別の支援計画、日ごろの備えを含めた対応が、日常の支援の中で提供されるように調整されているか評価する。
	12. 医療処置等の医学的管理的が適切に提供されるようにサービス提供者の連携を図っている				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 支援チーム内の連携体制に関する資料	診断初期、特定症状(呼吸障害、嚥下障害等)発生時期、医療処置導入期、医療処置管理期などの状況に応じた医学的管理が提供されているか、特定の関係機関に偏らず、サービス提供に地域格差が少なくなるような活動が行われているか評価する。
	13. 入院時に療養方針・ケア計画等について医療機関と在宅支援チームの情報交換ができるよう支援している				入院時の医療機関への情報提供状況、退院時の調整会議の開催状況等に関する資料	入院前の療養状況、入院後の留意点等の健康上の課題・療養上の課題等を情報交換し、今後の療養方針やケア計画等について、医療機関と在宅支援チームの情報交換ができるよう調整されているか評価する。
	14. 支援チーム内でケア計画等が確認・修正されるよう難病対策事業(訪問診療、支援計画策定・評価事業等)を活用している				訪問診療、支援計画策定・評価事業等の難病対策の実施状況、活業等の難病対策の実施状況、活動内容に関する資料	個別の事例の支援関係者が情報の共有を図る、ケアの留意点が変わる場合などに協議するなど、ケア計画等が確認・修正される必要があると、難病対策事業を活用し、協議の場を提供したり、協議の方向性を確認したり、調整することができているか評価する。
	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				難病対策事業の実施状況、地域診断結果および難病活動計画等に関する資料	支援計画策定・評価事業等の難病対策事業において、定期的に地域の難病に関する課題を資料を用いて協議する機会を位置づけ、担当間で活動目標を設定、共有することができているか評価する。
プロセス(地域ケアシステム構築)	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				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にとどまらず、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われているか評価する。
	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・家族会の新設・支援等、難病の患者・家族会の育成・支援ができていないか評価する。
	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 事例を通じた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。

# 難病保健活動評価指標

【目的】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

評価枠組	評価項目	現状評価	改善内容		根拠・資料	評価の考え方・視点
			今後の課題			
結果 1	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	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	3:改善した 2:現状維持 1:後退した		難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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の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(定率)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				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	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ていると判断できる患者・家族の割合が前年度(定率)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療養者・家族が増える				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 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(定率)より増加しているか評価する。
	24. 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				難病の地域ケアアセスメントツール様式1 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(定率)より増加しているか評価する。
	25. 安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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(定率)より増加しているか評価する。
	26. レスパイト目的での入院が受け入れられる病床が増える				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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(定率)より増加しているか評価する。
結果 2	27. 難病の在宅療養に積極的に取り組める地域関係機関が増える				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	医療依存度の高い患者への支援に関する、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ーがされ、積極的に関わろうと協力体制を示す関係機関の割合が前年度(定率)より増加しているか評価する。
	28. 希望する場所で療養できる患者が増える				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	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(定率)より増加しているか評価する。
	29. 在宅における事故事例が減少する				インジデント・アクシデントレポート 実績・内容分析資料	在宅療養におけるインジデント・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(定率)より減少しているか評価する。
結果 3	30. 安定した在宅療養期間が延長する				難病の地域ケアアセスメントツール様式1	緊急訪問や緊急入院がなくなり、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(定率)より増加しているか評価する。



産業保健活動の評価指標

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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価		評価マニユアル(評価のびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
1	保健師が事業場の産業保健(労働衛生)活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている			保健師の業務契約内容	○産業保健活動に関する役割になっているかどうか 「診療補助」や「特定保健指導」の部分的で作業化した対応に特化した役割になっていないか ○保健師の雇用形態・業務委託契約や業務内容と対象社員数のバランスはどうか 保健師以外の職種が十分カバーできる業務に携わる時間が多すぎないか、保健師1人当たり、対象労働者500~1000人が理想的な目安の一つといわれることもある
2	事後措置を含めた健康診断運用のための予算が確保されている			保健活動全体の費用の内訳、健康費用の内訳、その算出根拠	○法定健診項目を充足しているか、根拠の妥当な法定外健診項目の裏付けによる予算的裏付けになっているか ○事後措置(就業配慮の検討、保健指導)が過不足なく実施可能で妥当な予算設定になっているか(人件費含む)
3	健康診断結果や病気休業者の状況などの現状分析を行っている			健康診断結果の集計状況、有見者の分析、問診票の分析 関係する健康情報の集約(病気休業者や在職死亡者の死因分析等)	○事業場の業務実態を加味した上での健康課題を明らかにする ○年単位のの変化をみる
4	労働者の健康に関する職種や職制の役割や連携方法が確立されている			産業医、安全衛生管理者等の選任 選任届や衛生管理体制組織図等 安全衛生委員会の機能 保健師の入った安全衛生体系の組織図 危機管理体制における保健師の位置づけ 人事、総務、その他健康管理	○法令に基づき産業医や安全衛生管理者等の選任 ○その職務を遂行できる仕組みになっているか ○各保健スタッフの役割を明文化したものがあるか、ない場合でも役割の混乱がないという実態があるか ○各保健スタッフだけでなく関連職種、職場との連携方法や協議の場が確立されているか
5	事業場での健康情報の取り扱いについて、職種や職制に応じた適切な取り決めがなされている			「雇用管理に関する個人情報」の適正な取扱いを確保するためのに事業者が講ずべき措置に関する指針 「労働者の健康情報の保護に関する検討委託書」等 社内文書化、周知状況、職場内のコンセンサス	○生データは職場での取扱いについて混乱を少なくするように保健医療専門職が加工できる仕組みになっているか ○関係者間で健康情報の取り扱い方法がくい違ふことがないよう調整できているか
6	事業場の健康課題を明確にし、優先順位が付けられる			リスクアセスメント等の労働安全衛生マネジメントシステムの考え方もとづく健康課題の整理の状況 労働安全衛生法等関連法令や厚労省、関連学会等からの情報 電子情報での整理 健康結果にもとづく情報、相談や受療情報等の保健医療情報 労働者の死因別統計の集約	○健康診断結果の集計情報や関連健康情報と業務に関する情報とが関連付けられた上で、対応の重要性や緊急性から整理されているか ○各関係者からの情報や意見は集約されているか ○意見を述べたり、協議の場に参加できているか
7	健康課題に対応した安全衛生に関する方針・規定・計画の策定・改訂に保健師が関与している			産業医、人事労務担当、保健師が必要に応じて話し合いを保持できる状況 就業の検討を要する基準や対応のフローの設定状況	○健康状態の変化に応じて、当該職場の管理監督者や労務・人事部門担当者および産業保健スタッフで適正な配置を検討できるようになっているか ○休業からの職場復帰事例が着手しやすい ○事業場特性に応じた就業の検討や保健指導の基準の設定やその運用が適当か
8	保健指導や就業の検討など事後措置に関する方法が確立している			健診受診率 法定項目の受診状況 健康診断に関する労働者からの問合せ内容	○法定項目の受診状況は100%か ○管理監督者が行っている健診受診勧奨の周知は適切か ○健診受診に関するトラブル事例の内容やその件数
9	健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する			健診受診率、再検受診率 年間推移	○再検と精査の異なる目的を考慮し、再検受診率を優先する ○再検受診状況に応じた就業上の事後措置の対応状況把握を優先する
10	健診の受診率や再検受診率が増加する				

目的  
 一般健康診断：健康状態に応じた就業のための対応・有見者の抑制

産業保健活動の評価指標

1:できていない 2:ややできていない 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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価		評価指標		評価		評価指標		評価		評価指標		評価		
目的	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点	改善状況	
(一般健康診断)	結果 2	健康状態を考慮された働き方の労働者の割合が増加する			就業内各別のハイリスク者の就業上の措置の状況やその他の状況	○健康結果でハイリスクの状況のまままで業務に従事し、業務への支障をきたしたり、健康状態がより増悪される事例はないか ○ハイリスク者の適切な就業上の措置が行われている割合: 適切な就業上の措置が行われた者/就業上の措置を必要とするハイリスク者										
	結果 3	各自の健康状態に適した保健行動のとれる労働者が増える			受療状況含む保健行動の実態年間推移 社員の性・年代別の有見率の推移	○健康結果の未治療者の状況 ○健康診断結果など労働者の生活習慣に関する情報の整理と分析 ○教年間の推移 ○労働者数の流動の大きな事業場においては、年齢補正等の考慮もできるとよい										
	評価構造	使用有害物質等、仕事の特性に応じた取扱い責任者等担当者が育成・選任されている			労働安全衛生法等関連法令 責任者氏名の把握 教育・研修の参加、記録・管理の構式の策定 職場巡視に適した巡視記録用紙の採用	○該当する業務のない職場は評価しなくてもよいが、職業性疾患は、業務に関連して起きる傷病という幅広い概念で解釈してもらう ○法令に記載されているような明確な有業務の職場でなく事務所であっても業務実態の把握のための職場巡視は重要										
職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持	15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している			労働安全衛生法等関連法令 職場巡視の計画的実施 (労働安全衛生法等関連法令システム含む)	○法令に記載されているような明確な有業務の職場でなく事務所であっても業務実態の把握のための職場巡視は重要										
	16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している			労働安全衛生法等関連法令 職場巡視の計画的実施 (労働安全衛生法等関連法令システム含む)	○法令に記載されているような明確な有業務の職場でなく事務所であっても業務実態の把握のための職場巡視は重要										
	17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している			労働安全衛生法等関連法令 (労働安全衛生法等関連法令システム含む)	○合理化を優先し、安全衛生のリスクが含まれることがないが、留意する										
	18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している			労働安全衛生法等関連法令 (労働安全衛生法等関連法令システム含む)	○教育内容の吟味が重要										
	19	予測される災害・疾病防止に必要な健康診断・就業上の措置の実施状況を把握し、関与している			労働安全衛生法等関連法令 厚生労働省、関連学会等の情報 健康診断の100%実施 就業上の措置の判断の実施	○改善事例の増加も含む										
	20	有業務の状況とその業務に関連する疾病の発生状況を確認している			対象職場の業務特性の把握 業務特性に関連する健康情報 の管理	○法令にもとづく作業環境測定結果に加えて、職場内のヒヤリハット事例の経減等の含めてよい ○該当する業務のない職場は、評価しなくてよい										
	21	職場巡視結果での有効な改善事例が増加する			改善事例の情報	○改善事例の増加も含む										
	22	作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する			環境測定と健康結果のデータ 有害物質を使用する対象者の減少	○環境測定と健康結果のデータ 有害物質を使用する対象者の減少										
	23	特殊健康診断の有見率が抑制ないし減少する			特殊健康診断の有見率およびその健康診断対象者の名簿	○健康診断の有見率およびその健康診断対象者の名簿										
	24	職業性疾病新規発生が防止される、または減少する			労働災害や業務関連疾患に関するデータ の把握	○労働災害や業務関連疾患に関するデータ の把握										
25	労働災害等により健康を害する労働者数が減少しているいは抑制される			労働災害や業務関連疾患に関するデータ の把握	○労働災害や業務関連疾患に関するデータ の把握											

産業保健活動の評価指標

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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価		評価マニユアル(評価のびき)欄	
評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	評価の考え方・視点
26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている			配分予算・予算計画書 決算書	○予算と決算の差、事業実績・計画との兼ね合いはどうか ○予算の年次推移
27	メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制(仕組み、人材等)がある			就業規定 健康保険組合における傷病手当金に関する制度 該当する事業の有無 活用実績	○把握している事例で、制度活用上の問題を感じているケースがあれば、それも記載しておくことよ
28	傷病休業の補償制度がある				○活用実績の増減も把握しておくことよ
29	労働者自身が活用できるストレスチェックのシステムや機会を提供している				○数年間の変化
30	メンタルヘルスに関する現状分析を行っている			実施計画、関係事業の分析 メンタルヘルス調査等の分析 休職者の動向 相談件数及び内容の分析 計画と事業の実施の実績	○計画に基づき遂行状況
31	こころの健康づくり計画に基づいた労働者・管理職向けのメンタルヘルス対策を行っている				
32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している			安全衛生委員会の年間計画、議事録等	
33	休業中の適切な対応方法・復帰までの段取りについての情報を関係者間で共有している			社内規定、休業者の対応マニュアルの有無 関係者間での認識	○労働者、関係者が、どのように規定やマニュアルの周知と理解をしているか ○関係者間での認識が共通のものになっているか
34	重症化したメンタルヘルス不調者の対応数が減少する			業務への支障が少ない段階での対応数等の情報、業務に大きな支障が出た段階での対応数等の情報 支援記録	○対策、対応の結果で、「重症化対応がゼロ」の場合も成果として評価する 特に対策、対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくことよ
35	適切なプロセスを経て円滑に就業復帰する休職者が増加する			復職者の支援記録 関係者間との話し合いの機会 復帰後の就業状況	○支援プロセスがうまく展開しなかった場合の理由などを分析・記録されていることよ
36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する			復職者の支援記録 職場巡視やストレスチェックの結果 労働者や管理監督者からの報告相談内容の変化	
37	管理職からの相談対応後に適切な労務管理につながる事例が増加する			メンタルヘルス相談件数の内、上司からの相談件数とその相談内容	○相談件数の推移 ○相談内容の変化 ○メンタルヘルス状況を考慮して、状態に応じたマネジメントされているか、という視点での情報
38	事業場内外の相談機関を知って適切に利用する労働者が増加する			相談の活用件数 相談先に関する問合せ状況 アンケート調査	○周知されている実態とともに、利用実績の把握とその効果の検討をおくことよ
39	メンタルヘルスの不調による退職者数(あるいは新規休職者数)が減少する			休職者数、支援記録	○数年間の推移
40	職場復帰後の再休職者が減少する			再休職者数 支援記録	○数年間の推移

ストレスをコントロールしていきいきと働く労働者が増加する

産業保健活動の評価指標

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  
 前年度と比べて 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

評価指標		評価指標		評価マニユアル(評価のびき)欄		
目的	評価指標番号	評価指標	改善状況	前年度と比べた改善内容・今後の課題	根拠・資料	
過重労働による健康障害の防止	評価指標構造	41	労働者の過重労働対策について人事労務部門と健康管理部門で適切に連携する体制がある		文書の共有、連絡会の開催等の有無や状況	評価の考え方・視点 ○連携がスムーズにできなかったために生じた問題も把握しておくよ
		42	過重労働対策に関する事業場の方針が労働者への文書等によって周知されている		就業規則(規定・規則・社内規定・社内通達)への明記、社内通達等	○有無だけでなく、安全衛生委員会や社内報などでの通知も考慮する
		43	労働者の過重労働の状況を的確に把握している		月毎の部課別の過重労働者数個別の過重労働に関するデータ	○前年度の状況と比較できるとなおよい
		44	過重労働者への適切な保健指導を実施している		月毎、職場(部課)毎の過重労働者への面接件数、面接記録、部課別の指導記録、不調を訴える者の割合	○保健指導の内容は、労働者の職場や勤務の実態が吟味、考慮されたものになっているか ○労働者個人への適切なセルフケアにつながるものになっているか ○労働者個人が努めるべき事項と職場が行うべき事項が整理されているか
		45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている		フィードバックの実施状況関連する相談への対応	○次年度の事業改善案が提示されると、なおよい
	プロセス評価	46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している		事業計画への反映 事業の実施状況 対象者・参加者の意見	
		47	過重労働対策に関する事業場の方針を知っている労働者が増加する		面談者の面談意図の理解とそれに応じた対応 衛生委員会等での反応や別途調査結果	○方針が周知浸透すると、過重労働対象者の把握、面談などがスムーズに展開すると考えられ、それも評価の強点になる
	結果 1	48	過重労働者における生活習慣病関連の有所見者数が減少する		健康診断及びバイタルヘルス調査からの実態把握 不調者の相談件数が減少 欠勤者、退職者の減少	○数年間の推移の比較
		49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される		休職者、死亡者の性・年代別の原因や関連要因の把握	○長期的期間での比較 ○労働者数の流動の大きな事業場においては、入職年月や業務経等の該当者の特性にも留意する ○適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を「抑制されている」とする
	結果 2	50	過重労働者数が減少する(年単位)		年間総労働時間の減少 過重負荷業務の軽減状況	○数年間の推移の比較 ○表面的な数だけでなく、実態も併せて判断する ○休業時間のみならず、例えば頻回な出張業務の有無といった業務内容の過重性の変化も考慮する

※「生活習慣予防」については、「健康づくり」領域の指標を使用する。

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
久佐賀眞理他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その1：母子保健—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
藤井広美他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その2：健康づくり保健—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
石川貴美子他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その3：高齢者保健福祉—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
山口佳子他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その4：精神保健福祉活動—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
春山早苗他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その5：感染症保健活動—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
小西かおる他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証—その6：難病保健—	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
森本典子他	評価指標を用いた評価活動の成果と課題	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015

# 保健師による保健活動の評価指標と 評価マニュアルの検証 (その1: 母子保健)

○久佐賀真理 (長崎県立大学) 福島富士子 (東邦大学) 平野かよ子 (長崎県立大学) 藤井広美 (了徳寺大学)  
石川貴美子 (神奈川県秦野市) 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)  
大神あゆみ (労働科学研究所) 尾島俊之 (浜松医科大学) 森本 典子 (長崎県立大学) 濱田由香里 (長崎県立大学)  
裨圃紗千子 (長崎県立保健所) 塚原洋子 (なごみ相談室)

## 目的

全国で活用できる保健師による母子保健活動の質の評価指標の開発のために、25年度の調査結果(第73回日本公衆衛生学会発表)を踏まえて作成した「平成26年度版地域母子保健活動の評価指標」及び評価マニュアルの有用性を検証し、評価項目及び評価マニュアルの精緻化を図る。

## 方法

研究協力の承諾が得られた7都県15市町の母子保健担当保健師に、「子育て支援」「発達障害の早期発見・早期対応」「児童虐待の早期発見・早期対応」の3テーマ58項目からなる「母子保健活動の評価指標」及び評価マニュアルを配布し、過去2年間の活動の評価を依頼した。項目ごとの評価は3あるいは5者択一方式、評価項目毎に評価の根拠とした情報や資料名の記載、評価を実施して気づいた所属自治体の課題や評価項目の文言等について意見を求めた。回収した結果について研究者会議で協議を重ね、評価項目の統合や削減と、評価指標及び評価マニュアルの表現の修正を繰り返した。実施期間は平成26年10月～平成27年2月である。本研究は長崎県立大学倫理審査委員会の承認を得て行った。

表1 研究協力市町の概要

	50万人以上の政令市	30万～50万未満の中核市	30万未満の市	3万以下の町
市町数	1	3	8	3

## 結果 および 考察

自治体保健師の回答を基に協議を重ね、58項目の指標を31項目に精緻化したプロセスは以下の通りである。

- 1) 回答から読み取れる現場の実態に合わせて福祉業務を削除し保健業務に焦点化した。
- 2) 3テーマの中で共通する保健師活動は統合し、「子育て支援」に包含しつつ、最終的にはテーマ区分を削除した。
- 3) その結果、「構造・活動の基盤」の指標は計画、会議、体制、訪問等の時間の確保、予算の確保に絞られ、「プロセス」の指標は地域診断、対象への働きかけ、人材育成、評価とモニタリング、支援体制の整備、政策提言に絞られ、「結果」の指標は短期1項目、中期3項目、長期5項目に整理された。
- 4) マニュアルは、各指標の範囲や何を基に評価するかがわかる表現に修正・統一した。

表2 平成26年度版評価指標(58項目)を基に改編した平成27年度版評価指標(31項目)

評価枠組	評価指標	評価枠組	評価指標	
構造: 活動の基盤	1.市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	プロセス	人材育成 18.多世代(地域住民)に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している	
	2.職場内に母子保健計画の評価・見直しを行う場、会議がある		19.職員・支援者が日頃の子育て支援についての学習する機会を設けている	
	3.保健・医療・福祉の地域の関係者と子育て支援について話し合う場・会議がある		20.母子保健活動・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	
	4.母子保健のニーズを基とした予算が計上/確保されている		21.母子保健の地域課題を見直し、必要な資源を検討し、改善している	
	5.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		結果①	22.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
	6.発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある			23.個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する
	7.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			24.各種健診の未受診者調査率が向上する
	8.保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある		結果②	25.子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する
	9.地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローが必要な対象)を把握している			26.関係者との協働で解決された地域課題が増える
	10.子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている			27.子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する
	11.母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている		結果③	28.事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者が維持・増加する
	12.地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている			29.周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える
プロセス	対象への働きかけ	30.必要な社会資源が地域に配備される		
	13.母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	31.目標に掲げた母子保健指標が改善する		
	14.個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している			
	15.グループでの事例に対しては長期的な支援を行っている			
	16.子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している			
17.子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している				

## 今後の課題

平成27年度は、「平成27年度版評価指標(31項目)」の指標毎の「わかりやすさ」と「重要性」について、全国の母子保健担当保健師を対象に調査を行い、標準化された評価指標を作成する。



# 保健師による保健活動の評価指標とマニュアルの検証

## (その3：高齢者保健福祉活動)

○石川貴美子（神奈川県秦野市）大神あゆみ（労働科学研究所）  
尾島俊之（浜松医科大学）小西かおる（大阪大学大学院）  
春山早苗（自治医科大学）平野かよ子・久佐賀真理（長崎県立大学）  
福島富士子（東邦大学）藤井広美（了徳寺大学）山口佳子（東京家政大学）

### 目的

高齢者保健福祉分野における保健活動を評価するため、平成26年度に作成した42項目の高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための評価指標案及び評価マニュアルの有用性について検証した。

### 方法

全国11か所の市町村保健師の協力を得て、評価指標を用いて自組織の高齢者保健福祉活動の状況を確認した。評価終了後、評価を実施した保健師による情報交換会を実施した。その結果をもとに研究班員で討議し、評価指標及び評価マニュアルを改善した。

### 結果 および 考察

#### 1. 評価指標の有用性に関する意見

「高齢者保健福祉活動について振り返り、経年的な比較や保健活動の目的や今後の課題を整理できる」「高齢者保健福祉部署の保健活動の評価や目的を職場内で共有できる」「評価結果を上司や他の職員に示すことができる」「保健師を含め職員の人材育成に活用できる」等の意見を得た。

#### 2. 評価による高齢者保健福祉分野での保健活動の課題

P D C A サイクルに沿った事業企画・運営・評価や、介護認定率や65歳健康寿命等による評価の実施率が低かった。保健部署との連携に課題を持っており、他の自治体との情報交換の機会は少なかった。

#### 3. 評価を行う上での課題

勤務時間内に評価をする時間が確保できない状況が伺えた。

#### 4. 評価指標の活用

評価結果に基づく他の自治体との情報交換は、自組織の保健活動の客観的な評価と今後の方向性の共有につながった。

#### 5. 評価マニュアル

「保健師活動の評価なのか組織の取り組みの評価なのか迷った」「評価する際の考え方を明記すべき」「予防的な視点を盛り込んでほしい」「高齢部署の人材育成に活用できるようにしてほしい」等の意見が寄せられた。

#### 6. 27年度版評価指標

介護保険制度改正後の活動も評価できるよう表現を修正。評価の負担を軽減するため項目数を30項目に削減した。

表1 協力市町村の状況

	人口	高齢化率	地域包括支援センター
A	5万人以下	27.10%	直営
B	5万人以下	31.90%	直営
C	5万人以下	27.50%	直営
D	5~10万人	29.00%	直営
E	10~15万人	25.90%	委託
F	10~15万人	21.70%	委託
G	10~15万人	30.40%	直営・委託
H	15~20万人	14.70%	両方
I	15~20万人	24.40%	委託
J	30~40万人	23.60%	委託
K	40~50万人	27.30%	委託

※ B、H、I、Kは、平成25年度の検証も実施

表2 評価が難しいと回答した項目 N=11

評価が難しいと回答した項目の内容	自治体数
介護予防の個別支援（訪問、電話等）内容が妥当かどうか評価している	10
前期高齢者の介護認定率（介護認定者/第一号被保険者）が下がる	10
65歳健康寿命が延伸する	10
特定健診や基本チェックリストの結果から、高齢者の健康状態を把握している	7
高齢者保健福祉活動に携わる保健師等の専門職が、その部署で求められている役割を発揮できるよう研修や相談に応じる体制がある	6
認知症対策について、どのような対象者にどのように行うか計画を立て実施している	6
介護予防事業を企画、運営する際に、地域住民の意見を反映させている	6
介護保険事業所・施設、医療機関、保健師、地域の関係者と、災害時の対策について協議している	6
介護予防事業全体の進め方、実施状況、支援内容について、計画通りに実施できたか評価している	6
介護予防事業の評価をする際、他の専門職や関係者とともに、第三者（学識経験者等）の協力を得ている	6

表3 前年と比べ改善したと回答した項目 N=11

前年と比べ改善したと回答した項目の内容	自治体数
地域包括ケアの構築に向けて、高齢者支援に向けて連携する関係機関の数や連携回数が増えている	8
徘徊高齢者の登録や徘徊時の捜索、保護ができるよう、徘徊高齢者を支援するシステムの構築に向けて取り組んでいる	7
高齢者の生活に役立つ情報を、地域住民に提供できる機会が増えている	7
認知症対策について、どのような対象者にどのように行うか計画を立て実施している	6
地域包括ケアの構築に向けて、医療、介護、福祉の連携が強化されるよう取り組んでいる	6
高齢者支援を担当する者の質の向上に向けて、関係者が共に学ぶ機会（研修、事例検討会等）をつくっている	6
介護予防事業で支援した人の数（参加者数、個別支援者数）が増える	6
地域で介護予防や高齢者支援に繋がる活動の数が増える	6

表4 平成27年度版評価指標（案） 目的：高齢者が元気で暮らし、なんらかの支援が必要になっても安心して暮らせる

評価枠組	評価指標	評価枠組	評価指標	
構造・活動の基盤	1 保健師と協働して高齢者保健福祉活動を実施する他の専門職が配置されている	プロセス	15 通所、訪問、地域ケア会議、サービスマネジメント会議、住民連携の場の場等へ、リハビリテーション専門職等の協力を促進している	
	2 高齢者保健福祉活動を担当する保健師が、他の部署（保健部署等）との連携を図る体制がある		16 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療、介護、福祉の連携強化にむけて取り組んでいる	
	3 地域包括支援センターを委託している場合、地域包括支援センターの活動をバックアップする体制がある		17 相談ケースには緊急性を判断し、必要時、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	
	4 高齢者保健福祉部署で保健師が専門性を発揮できるよう、研修参加や相談できる体制がある		※関係部署：生活保護、障がい、権利擁護、消費者被害等 ※関係機関：医療機関、介護保険事業所、施設、保健師、警察等 ※地域内の協力者：民生委員、自治会、近隣等	
	高齢者保健福祉活動に関連する情報の収集と整理		18 徘徊高齢者の登録や徘徊時の捜索、保護ができるよう、徘徊高齢者を支援するシステムの構築に向けて取り組んでいる	
	5 地域の高齢者の実態や社会資源の整備状況等を把握している ※人口動態等の統計、介護保険認定状況、サービス利用状況等		19 災害時の対策について、介護保険事業所・施設、医療機関、保健師、地域の関係者等と協議・確認している	
	6 高齢者の健康状態や意識等について把握している ※介護予防に関する意識、不安や心配事等		高齢者保健福祉活動のモニタリング、評価	
	高齢者保健福祉活動の計画・介護保険事業計画の策定や進捗管理に関与している		20 介護予防・生活支援総合事業（移行前は介護予防事業）の評価を定期的に行い、客観的な評価となるよう努めている	
	7 保健師が高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定や進捗管理に関与している		21 個別支援をした対象者の意識や生活の変化について評価している	
	8 要支援者の訪問・通所サービスの介護予防・日常生活支援総合事業への移行や移行後の進捗管理を計画的に実施している		22 介護困難事例への対応について、行政職、介護保険事業所・施設、医療機関等の関係者間で、役割分担や連携方法を整理している	
	9 一般介護予防事業は、地域住民の意識・生活・健康状態等の実情を踏まえ、計画的に実施している		高齢者保健福祉活動に携わる人材育成	
	10 認知症の人や家族への相談、支援体制の整備や認知症サポーターの養成等、認知症にやさしいまちづくりに向けて計画的に取り組んでいる		23 関係者の方層向上に向けて、高齢者虐待など介護困難事例への支援方法等の検討をしている	
	高齢者保健福祉活動における関係者との連携		24 高齢者支援を担当する関係者の質の向上に向けて、共に学ぶ機会をつくっている	
	11 高齢者保健福祉活動における関係者との連携		25 介護予防・日常生活支援総合事業（移行前は介護予防事業）で支援した人の数（参加者数、個別支援者数）が増えている	
12 介護予防のサーボーター養成、育成、自主グループの育成など、介護予防に繋がる住民主体の活動の活性化に向けて養成・支援している	26 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が集約され、地域住民に提供できる機会が増えている			
13 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	27 介護予防や高齢者支援に繋がる活動やサービスの数が増えている			
14 介護者を支援する対策を実施している	28 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			
高齢者保健福祉活動における関係者との連携		29 前期高齢者の介護認定率（介護認定者/第一号被保険者）が下がる		
14 個別ケースについて多職種や住民と検討を行うことで、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異業連携、施設化を図っている	30 健康寿命が延伸する			

### 結論

評価指標の有用性が示唆された。評価を実践し易く、効果的に活用できるようにするため、評価マニュアルはさらに充実させる必要があった。

# 保健師による保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証（その4：精神保健福祉活動）

○山口佳子（東京家政大学） 石川貴美子（神奈川県秦野市）  
 大神あゆみ（労働科学研究所） 尾島俊之（浜松医科大学） 小西かおる  
 （大阪大学大学院） 春山早苗（自治医科大学） 藤井広美（了徳寺大学）  
 福島富士子（東邦大学） 久佐賀真理・平野かよ子（長崎県立大学）

## 目的

保健師が中心的な役割を担う地域精神保健活動の質を評価するために、研究者らが開発・改訂した評価指標とその評価マニュアルについて有用性を検証し、改訂を行う。

## 方法

前年度に引き続き調査協力の得られた3県3保健所（表1）に対し、平成26年10月に評価指標と評価マニュアルの26年度改訂版を送付し平成25年度の保健活動について評価してもらった。同年12月、研究者が保健所を訪問し、評価指標と評価マニュアルの有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について、研究協力者と話し合いを行った。得られた意見をふまえて評価指標と評価マニュアルの改訂を行った。

研究協力者に対しては、調査の目的や方法、倫理的配慮について口頭及び文書により説明を行い、文書による同意を得た。

表1 研究協力者

A 県 A 保健所	管轄地域：人口約70万、7市町
	話し合いの出席者：4人 保健師3人(担当部長、担当課長、技師) 精神保健福祉士1人(主任)
B 県 B 保健所	管轄地域：人口約52万、7市町
	話し合いの出席者：2人 保健師2人(班長、主査)
C 県 C 保健所	管轄地域：人口約14万、6市町
	話し合いの出席者：5人 保健師5人(課長、副課長、主任専門員、専門員、技師)

## 結果 および 考察

**1. 評価指標と評価マニュアルの改訂** 「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の評価指標（表2）については、4項目を1項目に統合する(指標7.1)とともに1項目を分離独立させ(指標8)、3項目を1項目に統合する(指標16)ことにより、合計24項目から20項目とした。指標5、6、7、2)、11.2)、14、17～19は内容や表現を修正した。「自殺予防」の評価指標(表3)については、項目数や内容の修正は必要なく、表現の軽微な修正にとどまった。

以上の評価指標の修正に応じて、評価マニュアルを加筆修正した。

**2. 評価指標と評価マニュアルの有用性** 評価指標を用いることは、日頃の保健活動を振り返り、地域の実態や活動の課題を明らかにする上で有用であることが全保健所で確認された。平成25年度版の「あてはまる、ときどきあてはまる、あてはまらない」という選択肢を、平成26年度版では具体的な数値で評価するよう改訂したことについては、地区診断や引継ぎに役立つ等、支持する意見が全保健所から得られた。さらに、所内の担当者同士で情報を共有・検討したり、管内市町村の活動実態を把握し、地域の課題について共有・検討したりするためのツールとしても有用であることが示唆された。一方で、国への報告義務がない数値を計上する必要があり、個別援助記録等を読み返して拾い出さなければならず負担であるとの意見が全保健所から寄せられたことから、ケース台帳の作成等、必要な情報を効率よく収集する方法の工夫が必要と考えられる。評価マニュアルについては、評価を行う上で不可欠との意見が全保健所から得られ、有用性が確認された。

表2「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の評価指標

表3「自殺予防」の評価指標

凡例  
 桃色：文字を記入する  
 黄色：数値を記入する  
 緑色：あてはまる選択肢を選択する  
 水色：エクセルで自動計算されるため入力不要

## 今後の課題

今回改訂した評価指標と評価マニュアルを全国の保健所でも活用できるものにするために、評価指標のわかりやすさと重要性、評価マニュアルの有用性について、全国保健所を対象に調査を行う。



# 保健師による保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 (その6: 難病保健活動)

○小西かおる (大阪大学大学院) 石川貴美子 (神奈川県秦野市)  
大神あゆみ (労働科学研究所) 尾島俊之 (浜松医科大学)  
春山早苗 (自治医科大学) 藤井広美 (了徳寺大学) 福島富士子 (東邦大学)  
山口佳子 (東京家政大学) 久佐賀真理・平野かよ子 (長崎県立大学)

## 目的

地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」のうち、難病対策に関する保健活動の評価指標と評価マニュアルの有用性を検証することを目的とする。

## 方法

### 1. 対象

近畿地方の保健所のうち研究協力の同意が得られた保健所16か所 (保健所設置市2か所を含む) の難病担当チームリーダー保健師。

### 2. 調査内容

【現状評価】 難病保健活動の評価指標の各項目に対し、できていない (1点) の4段階で評価してもらった。  
【1年間の変化】 評価指標の各項目の1年間の変化を、改善した (5点) ~悪化した (1点) の5段階で評価してもらった。  
【療養改善状況】 管轄地域のALS全数の療養改善状況について、改善した (5点) ~悪化した (1点) の5段階で評価してもらった。

### 3. 分析方法

【結果と構造・プロセスとの関連】 現状評価と1年間の変化それぞれについて、結果 (1~3) に関連する構造・プロセスの項目、結果間の関連性について Spearmanの順位相関係数を求め検討した。  
【療養時期別の1年間の変化と療養改善状況との関連】 ALS療養者を表1に示す4つの療養時期に区分し、療養時期別の1年間の変化の結果 (1~3) と療養改善状況の評価との関連性について Spearmanの順位相関係数を求め検討した。分析はJMP®Pro11.2.0を用い、統計的有意水準は5%とした。

表1 ALS療養者の療養時期の区分

人工呼吸管理期	医療処置管理期	症状進行期	症状初期
気管切開下による人工呼吸療法 (TPPV) を受けている時期	非侵襲的人工呼吸療法 (NPPV)、吸引、褥瘡等の医療処置を受けている時期	医療処置を受けていないが、呼吸障害、嚥下障害、褥瘡等の特定症状を有している時期	確定診断から特定症状が現れる前までの時期

### 4. 評価指標 (最終版) の作成

項目間の関連性から評価項目の精緻化を行い、難病保健活動の評価指標の最終版を作成した。

### 倫理的配慮

本研究の趣旨、方法、倫理的配慮について文書及び口頭で説明を行い、調査票の回答をもって調査協力の同意とみなした。

## 結果 および 考察

### 1. 療養時期別療養改善状況との関連

病状進行期が最も療養改善状況が改善していることが明らかにされた。「症状初期」には、在宅での事故を減少させること、「人工呼吸管理期」には、積極的な地域関係機関が増え、希望する場所での必要な支援サービスを十分に活用しながら療養できることが関与していることが明らかにされた。

### 2. 評価指標 (最終版)

【現状評価】 【1年間の変化】 の両方で項目間の関連性が見られなかった9項目 (後も対策が必要と考えた)。項目27・項目28は当然実施すべき項目で【構造】項目1、【プロセス】 (個別支援項目) 項目5・6・13、【地域ケア】項目28・32・34の合計10項目を削除し、30項目からなる難病保健活動の評価「医学的管理がされている療養者・家族」や「難病に積極的に関与できる」なことが、「必要な支援サービスの活用」が「安定した在宅療養期間が

表2 療養時期別の改善状況と1年間の変化結果との関連

評価項目	平均値	SD	相関係数	p値
ALS全体	2.64	0.686		
4 安定した在宅療養期間が延長する	3.08	0.515	0.6165	0.0434
人工呼吸管理期	2.00	0.727		
2 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	0.674	0.7641	0.0062
8 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る	4.00	0.426	0.6744	0.0228
5 希望する場所での療養できる患者が増える	3.25	0.622	0.8710	0.0005
医療処置管理期	2.93	1.061		
4 安定した在宅療養期間が延長する	2.64	0.515	0.7254	0.0115
症状進行期	2.96	0.734		
2 病状進行へ療養状況が把握できている患者・家族が増える	3.08	0.494	0.7374	0.0096
症状初期	2.40	1.273		
9 在宅における事故事例が減少する	3.08	0.289	0.8727	0.0010

表3 難病保健活動の評価指標の項目間の関連性と削除項目



## 今後の課題

本評価指標は、保健活動の構造や個別支援および地域ケアシステムの構築に関わるプロセスが、難病患者の療養状況の改善につながることを客観的に評価できる有用な指標であることが示された。全国に普及できるものにするために、全国調査によりさらに洗練させる必要がある。

# 評価指標を用いた評価活動 の成果と課題（形成的評価）

○森本典子（長崎県立大学） 平野かよ子（長崎県立大学） 石川貴美子（神奈川県秦野市）  
大神あゆみ（労働科学研究所） 尾島俊之（浜松医科大学） 久佐賀真理（長崎県立大学）  
小西かおる（大阪大学大学院） 春山早苗（自治医科大学） 福島富士子（東邦大学）  
藤井広美（了徳寺大学） 山口佳子（東京家政大学）

## 目的

評価指標を用いて実際の保健活動を評価検証する過程において、組織・個人にもたらされる効用を明らかにする。

## 方法

「保健師による保健活動を評価するための評価指標」を用いて評価検証協力を行った自治体及び事業所の保健師を対象に、以下の質問紙調査を実施した。

- I. 評価検証を取り組むことを決定するまでの過程として、保健師自身の「期待や思い」、メンバーから出された「心配事」「気がかり」「反対意見」、組織として「期待したこと」について自由記載で尋ねた。
- II. 実際取り組んでみての効用については、4段階択一式26項目で尋ね、もっとも効用があったと思われる項目を3項目選択し、最後に組織としての保健活動評価の継続の意向について尋ねた。

## 結果 および 考察

結果（検証協力自治体及び事業所の保健師96名の回答が得られた。）

### I. 取り組むまでの過程

- 当初は、「個人」「担当者」「調査の窓口」としての期待や思いが挙がっていた。「個人」としては、「自己の成長」「学びたい」という思い、「担当者」としては、「活動状況の把握」「活動の拡大」「地域診断・地域把握」等、「調査の窓口」としては、「今後の課題」「活動の再確認」「若い保健師の育成」等が挙がっていた。
- 話し合う中では、「心配事・気がかり」や「工夫・励まし」の意見が挙がっていた。「心配事・気がかり」としては、「時間と労力がかかる」「業務への支障」「上司・同僚の理解不足」、一方、「工夫・励まし」としては、「全保健師で取り組む」「業務の一環として業務時間内に実施」「日頃から所内で課を越えて話し合い、上司の理解を得る」という意見が挙がっていた。
- 話し合った結果、「組織としての期待」への広がりも見られ、「保健師間で現状・課題を共有することができる」という意見が多く挙がっていた。また、「保健師の外に向けた課題」として「上司等への理解と説明」、「公共性的視点」としては、「保健活動の質向上」の期待が挙がっていた。

### II. 取り組んだことの効用と継続の意向

- 「評価指標の検証」や「個々の保健師、保健師間」に関する効用が多く挙がっていた。
- 一方、「部署、組織」、「他部署・関係機関との連携」、「保健師のマネジメント力」の効用は、あまり挙がっていなかった。保健活動評価については、9割の保健師が継続を希望していた。



図-1 評価検証を取り組むことを決定するまでの過程

評価項目	評価結果			
	■よくあてはまる	□ややあてはまる	□あまりあてはまらない	□あてはまらない
1 活動を見直す機会になる	80%	15%	5%	0%
2 組織による保健活動が評価できる	75%	20%	5%	0%
3 保健活動の目的が明確になる	70%	25%	5%	0%
4 保健活動の成果が明らかになる	65%	30%	5%	0%
5 保健活動の進捗が明らかになる	60%	35%	5%	0%
6 保健活動の進捗が把握できる	55%	40%	5%	0%
7 個々の保健師が自分の活動を評価できる	50%	45%	5%	0%
8 必要な情報を把握・活用する能力を高めることにつながる	45%	50%	5%	0%
9 保健活動の視野が広がる	40%	55%	5%	0%
10 保健師間の連携が強化される	35%	60%	5%	0%
11 保健師間で情報共有ができる	30%	65%	5%	0%
12 保健活動の評価が共有できる	25%	70%	5%	0%
13 保健活動の進捗が共有できる	20%	75%	5%	0%
14 実務能力向上に必要な情報が得られる	15%	80%	5%	0%
15 組織内の説明（予算要求や人員要求、計画策定等）資料につながる	10%	85%	5%	0%
16 業務の役割分担が明確になる	5%	90%	5%	0%
17 相談しやすくなる	5%	90%	5%	0%
18 チームの結束力が強くなる	5%	90%	5%	0%
19 他部署など組織を越えて情報交換・共有ができる	5%	90%	5%	0%
20 関係機関との連携が強化される	5%	90%	5%	0%
21 関係機関との情報交換や連携が強化される	5%	90%	5%	0%
22 保健活動の進捗が明確になる	5%	90%	5%	0%
23 保健活動の進捗が把握できる	5%	90%	5%	0%
24 保健活動が効果的に実施・評価・改善されることにつながる	5%	90%	5%	0%
25 保健活動の進捗が把握できる	5%	90%	5%	0%
26 キーパー形式での活動の進捗が把握できる	5%	90%	5%	0%

図-2 取り組んだことの効用

## 考察

### 1. 評価指標を用いて保健活動を評価する意義

- 皆で話し合う中で、保健師の暗黙知が形式知に展開され、それを共有することで課題が明確になるという過程が示された。これを繰り返すことで、個人の成長が組織の成長へと発展するものと考えられる。
- 人材育成や組織変革につながる保健活動評価を継続する意義が示せたと考える。

### 2. 評価指標を用いた評価を継続するための要件

- 「評価」することの意義について、保健師をはじめ、職場内で再認識することが重要であると考えられる。
- 評価指標の簡便化・見える化・標準化に向け、改善を図ることが必要であると考えられる。

## 今後の課題

- 評価指標を用いた評価を基に、保健活動の質向上のため政策提言を行う。