

201101025A

平成23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）

## 保健活動の質の評価指標開発

総括・分担研究年度終了報告書

主任研究者 平野 かよ子

平成24（2012）年3月

# 目 次

I. 総括研究報告書	
保健活動の質の評価指標開発	1
平野かよ子 (東北大学大学院)	
II. 分担研究報告書	
1. 母子保健活動の評価指標案の適切性と実行可能性	7
中板 育美 (国立保健医療科学院)	
2. 健康づくりの評価指標案の適切性と実行可能性	20
尾崎 米厚 (鳥取大学)	
井伊久美子 (日本看護協会)	
3. 地域精神保健福祉の評価指標案の適切性と実行可能性	27
山口 佳子 (杏林大学保健学部)	
神馬 征峰 (東京大学大学院)	
4. 感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性	40
春山早苗 (自治医科大学)	
5. 難病対策の評価指標案の評価指標案の検討	46
小西かおる (昭和大学)	
6. 総合的な保健活動の評価指標案の検討	48
～保健師活動の定義と地域組織活動評価～	
平野かよ子 (東北大学大学院)、中板育美 (国立保健医療科学)	
7. 産業保健の評価指標案の適切性と実行可能性	59
荒木田美香子 (国際保健福祉大学)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	69

## 資料

調査票：母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症、産業保健

保健活動の質の評価指標開発  
主任研究者 平野 かよ子（東北大学大学院）

研究要旨：地域保健と産業保健における保健師の活動の評価指標を開発するために、文献検討などを基に、評価の枠組を構造、プロセス、結果、結果2、結果3とし、地域保健活動として母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症と産業保健活動の評価指標案の適切性と評価の実行可能性について、全国の市町村と保健所の保健師を対象として調査を実施し、適切性と評価の実行可能性の高い評価指標を抽出した。また、自由記載の意見を参考としての指標の文言の修正と統合する項目、削除する項目に関しての示唆を得た。しかし今後の指標開発の方向性として、可能な限り具体的な方法を提示し、評価基準を提示する一方で、本研究で開発する評価指標は、それぞれの地域で地域の課題に適した評価指標を創出するための評価の観点あるいは視点を提示するものと考えられた。

分担研究者

荒木田美香子（国際保健福祉大学）  
井伊久美子（日本看護協会）  
尾崎 米厚（鳥取大学）  
小西かおる（昭和大学）  
神馬 征峰（東京大学大学院）  
中板 育美（国立保健医療科学院）  
春山 早苗（自治医科大学）  
山口 佳子（杏林大学）

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。しかしその活動の効果、特に質的な効果評価を行う質指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度に行った文献研究を基に設定した評価枠組（構造、プロセス、結果1、結果2、結果3）により、地域保健活動としては母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症と、産業保健の評価指標を論議集約して評価指標案作成し、評価指標案の適切性と実行可能性を明らかにすること目的として調

査を行った。

B. 研究方法

地域保健としては母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症と、産業保健の評価指標案について郵送式のアンケート調査を行った。調査票は、それぞれの指標案に対して、実践者が指標として適切と判断する度合いについて4段階で回答し、また、評価の実行可能性については可否で回答するものとした。

母子保健の評価指標案は、子育て支援の18項目、発達障がいの15項目、児童虐待防止の18項目の計51項目とし、全国の市町村から581か所を無作為抽出し母子保健担当のリーダー保健師を対象として行った。

健康づくりの評価指標案は、健康意識の向上の31項目、がん予防の10項目、生活習慣病予備群の抑制の17項目、糖尿病のコントロール・合併症予防の10項目の計68項目とし、全国の市町村から581か所を無作為抽出し、健康づくり担当のリーダー保健師を対象として行った。

地域精神保健福祉の評価指標案は、未治療・治療中断の36項目、ひきこもりの33

項目、自殺予防の 36 項目の計 105 項目とした。

感染症の評価指標案は、結核予防の項目と平常時の感染症予防の 36 項目、さらに急性感染症対策の 31 項目の計 100 項目とした。

地域精神保健福祉と感染症の調査対象は全国の保健所から無作為抽出して各 171 か所とし、それぞれの担当のリーダー保健師を対象として調査を行った。

産業保健の評価指標案は、事業所に適した衛生管理と健康確保の 22 項目、職業性疾患の予防・悪化防止の 20 項目、就業継続可能な健康と労働の調整の 7 項目、メンタルヘルスの 22 項目、過重労働の 14 項目、生活習慣病予防の 13 項目の計 98 項目とし、日本産業衛生学会の 384 名の看護部会員を対象として調査を行った。

調査は匿名で実施したが、調査依頼時に二次調査へ協力する意思を確認し、協力する自治体については第二次調査の郵送先の記載を依頼した。

#### 倫理的配慮

調査は東北大学医学系研究科研究倫理審査委員会の承認（承認番号：2011-0508）を得て行った。

### C. 研究結果

#### 1. 調査結果の概要

##### 1) 母子保健

母子保健の回答数208で、回収率35.8%であった。

ほとんどの指標案に70%以上が適切と回答されたが、長期的な結果評価である結果3では、「地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と支援される側から支援する

側となって参画する住民の実績」や「社会生活の不自由さの軽減」「生活の安心感、生きづらさや負担感の減少」等質的な結果評価の指標案の適切性は低かった。評価の実行可能性が70%以上と回答された指標案は少なく、特に発達障害と児童虐待では半数程度であった。

評価指標としては適切であるが、評価の実行可能性が低い指標案は、事業を通して住民の主体的活動を評価することや、複数の関係部門と連携して住民のQOLの向上を評価するものであった。実行可能性が低い理由を自由記載から拾うと、「そもそも事業目標に上がっていない活動なので実施していない」等で、事業をずるとしたら評価できると思うか否かでの判断ではなく、していないからできないと判断していることが伺われた。

評価は、日々の業務をこなす中であるべき姿を描き、それと現状とのギャップから課題を認識し、それを解決するために活動を見直すといった一連の過程でなされると考えるが、実践の場ではその活動が十分になされていないことが垣間見られた。今後の評価指標の開発において、以下のことを考慮する必要があることが示唆された。

#### (1) 結果の評価指標

介入によって、支援の受け手の健康度に及ぼしたインパクトが表現されたものとする。また、介入によって、医療費や生活保護費受給費/者割合、各自治体の経済指数等に及ぼした結果となるものに収斂させる。

#### (2) 実行可能性を高める

評価には、科学性や合理性・論理性・妥当性を伴ったデータで示し、それが保

健活動の成果の見える化に寄与することが理解されるように提示し、指標に具体性を持たせ、どこに問えばデータ収集ができるか等を示す。さらに評価が不可能と回答される場合には、その理由について記載を求める。

## 2) 健康づくり

健康づくりは回答数207で、回収率35.6%であった。健康づくりは一般住民の健康意識の向上とメタボ対策に焦点を当てた68項目であったが、ほとんどに高い(70%以上)の適切性が示された。これらの3項目は適切性と実行可能性が70%未満で、「健康意識の高い地域になる」と「喫煙由来疾患の死亡率が減少する」、「医療機関との連携が良好になる」であった。この外実行可能性だけが70%未満のものは10項目あり、「人材の発掘や連携した支援体制」「がんの予防の住民の意識の向上」「健康づくりの地域の環境整備」等で、地域の支援体制の整備・充実や、広く一般住民の意識の変化についてのものであった。また、医療機関から情報を入手しなければ評価が難しいものとしては、「疾患の良好なコントロールの者の割合」や「合併症の発生率」があった。

制度で実施が規定されていない、一般住民の変化や関係機関との連携・ネットワークを基盤とする活動はあまり実施されてなく、地域の実態に即した活動もほとんど実施されていないことが伺われた。

## 3) 地域精神保健福祉

地域精神保健福祉の回答数は68で、回収率39.8%であった。評価指標案105項目のうち

適切性と実行可能性が共に70%以上示されたものは45項目(36.2%)で、適切性も実行可能性も70%未満は22項目(21.0%)で、適切性は低いが行可能性の高い項目はなかった。

指標の枠組み別に見ると、「構造」は必要なマンパワーや予算については、適正基準がないことから評価の実行可能性は低いとされたが、それ以外は適切性と実行可能性共に高かった。

「プロセス」は適切性と実行可能性共に高い傾向にあった。「結果」は概して適切性も実行可能性も低く、自治体によって地域精神保健福祉対策は保健師ではなく精神保健福祉士が対応しているなどの意見が寄せられた。

自由記載の内容を分類したところ、以下の4つにわけられた。

- (1) 評価基準や評価方法が不明確で評価が困難
- (2) 評価に必要なデータの把握、集計・分析が困難
- (3) 活動や社会資源がなく実施困難
- (4) 保健所あるいは保健師以外の支援の関与が大きく評価は困難

これらから評価基準や評価方法をより具体的に提示することが求め、また、データの把握の実施事例の情報提供等が求められていると考えられた。

評価の実行可能性は現状を踏まえて判断せざるを得ないが、活動や社会資源がなく実施困難との回答は、可能性より現状の評価結果を回答しているものが多かった。

地域精神保健福祉活動は様々な職種、団体、当事者によって担われるものである。指標案は保健所あるいは保健師の担う事業

を評価するためのものであるとともに、様々な職種、団体、当事者によって担われた活動の総体を把握し評価する活動を評価することも合わせ伝えることの必要性が示唆された。

#### 4) 感染症対策

感染症は回答数77で、回収率45.0%であった。評価指標案100項目のうち適切性が70%以上示されたものは85項目あり、評価の実行可能性が同様に70%以上あった項目は78項目であった。適切性と実行可能性が共に70%未満のものは11項目あった。

この11項中9項目は平常時の予防活動で、「住民の結核の知識・意識の高まり」「感染症予防に対する住民と関係者の意識の高まり」「感染症予防のために活動する住民の増加」「感染症予防行動が身にしている住民の増加」「感染者・患者への差別・偏見のない地域となる」など、地域全体の住民の意識や行動を把握する項目や、「感染症予防に係る地区組織等の育成」「感染症の診査に関する協議会の機能状況」等の従事者が人々働きかけるヘルスプロモーションに関連する指標と、法定業務とは別に地域活動を活性化させる指標であった。これらの結果から法に定められた対象に対する業務は確実に実施され、評価の実行可能性も高く示されるが、一般住民や関係機関へ働きかけるポピュレーションアプローチは実施されてなく、実施されていないことは評価指標として適当でないとは判断していることが伺われた。今後、感染症の評価指標の開発は平常時の対応に焦点を当て検討することの必要性が明らかにされた。

#### 5) 産業保健

産業保健の有効回答数91で、回収率23.7%であった。評価指標として適切ではないと70%以上の回答があったものは10項目であった。それらは「産業保健スタッフ別の作業管理、作業環境管理情報の取り扱い」「各種関連情報の特性が認知される」など、意味が理解できにくい項目や「過重労働により相談を希望する労働者への適切な相談研件数」「健康評価基準が設定されコンセンサスが得られる」「健康状態に適した業務が精選され創出される」等で、“適切”や“コンセンサスが得られる”、“適した業務”の判断の基準がなくあいまいであると自由回答に記され、今後の検討に向け示唆に富む意見が数多く寄せられた。今後、より具体性を持たせや指標の文言とすることや、精選の必要がある項目、また、業務の実態の即しものではなく、削除の方向で検討する項目等が整理され、およそ21項目程度を削除し、文言を検討した項目で二次調査を行える見通しを持つことができた。

#### 6) その他

難病対策と総合的な保健活動としての地域組織活動に関しては、評価指標検討を行い、指標の適切性と実行可能性については次年度実施予定である。

その他保健活動の領域として高齢者保健があるが、これはかなりの自治体で介護予防の領域と統合され、保健より介護の範疇で実施している自治体が多いことから、調査は次年度に実施する予定である。

#### D. 考察

保健活動の母子保健と健康づくり、地域

精神保健福祉、感染症対策と産業保健において、主に保健師が行う活動の質の評価指標案を作成し、その適切性と実行可能性について実践者に問うた。その結果、適切性と実行可能性の高い指標を抽出することができた。しかし、地域保健に関しては以下のことが領域を超え共通したことであった。

1. 調査対象を実践者の保健師とし、実践現場の視点での適切性と実行可能性を問うたが、地域保健の場合、指標案で評価できる活動を実施しているか否かで判断し、実施していない指標は不適切と回答する傾向が伺えた。
2. 評価指標は、具体的にどのように図るのかの具体的方法や、評価基準が提示されることが期待されている。
3. 実施している活動は法・制度、要綱に定められている事業で、概して問題を持つ対象集団への取り組みはなされ、評価されているが、予防とし住民全体に働きかけるポピュレーションアプローチは少ない。地域のネットワークづくりや連携の強化も、要綱にある範囲で実施している傾向が伺われた。

これらのことから、概して地域の実態・ニーズを関係者や住民と捉え地域診断を行い、地域課題を明確にし、その課題達成のための活動を開発し、達成の程度をどのように評価するのか、評価指標そのものを開発する活動はあまりなされていないと推察された。

可能な限り具体的な方法を提示したり、評価基準を提示する一方で、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発する評価指標の観点あるいは視点を標準化して提示することが重要と考えられる。合わせ

て、地域の課題を明らかにし、課題解決の程度を測るための評価指標を各地域で創出することを働きかけることも必要であると考えられた。今後の本研究で行う標準化された指標開発の方向性の示唆が得られた。

## E. 結論

地域保健と産業保健における保健師の活動の評価指標を開発するために、文献検討などを基に、評価の枠組を構造、プロセス、結果、結果2、結果3とし、地域保健活動として母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症と産業保健活動の評価指標案の適切性と評価の実行可能性について、全国の市町村と保健所の保健師を対象として調査を実施し、適切性と評価の実行可能性の高い評価指標を抽出した。また、自由記載の意見を参考としての指標の文言の修正と統合する項目、削除する項目についての示唆を得た。しかし今後の指標開発の方向性として、可能な限り具体的な方法を提示し、評価基準を提示する一方で、本研究で開発する評価指標は、それぞれの地域で地域の課題に適した評価指標を創出するための評価の観点あるいは視点を提示するものであり、そのための標準化をめざすことと考えられた。次年度の予定している二次調査は、これを踏まえ実施したい。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 第70回日本公衆衛生学会（秋田）
- 2) 第43回アジア環太平洋公衆衛生学術会議（韓国）

G. 知的財産権の取得状況

なし

【参考文献】

- 1) 平野かよ子、地域保健活動の政策評価に関する研究、平成14・15年度厚生労働科研究費補助金政策科学推進事業、2004
- 2) Avedis Donabedian, 東尚弘訳：医療の質の定義と評価方法, 認定NPO法人健康

医、2010

- 3) 焦点：看護ケアの質評価と改善～研究の成果と今後の発展に向けて、看護研究、43(5)、2010
- 4) Sue Moorhead, et. (江本愛子監訳)、看護成果分類 (NOC) 第4版、医学書院、2010



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

保健活動の質の評価指標開発  
—保健活動の評価指標案の適切性と実行可能性—

分担研究者 中板育美（国立保健医療科学院）

**研究要旨** 地域保健活動の質を評価するため、標準化された指標を開発することを目的に母子保健活動の質を評価するための指標の案を作成し全国の市町村に、指標(案)の適切性と評価の実行可能性について調査を行った。回収率は35.8%。47都道府県中44都道府県下の市町村から回答を得た。指標(案)は適切でも実行可能性となると消極的な判断になる項目が明らかになった。そこで、指標(案)の見直しを行う際のポイントを整理した。1) 指標の基準に具体性を持たせる（住民の正の行動を頻度や変化の大きさを設定する）（住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の実際に対する評価指標に訂正する）、2) 指標としての情報（データ）把握の困難性に対する対応（既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていく）、3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標について（コストは、結果の構成要素であるが複雑な判断を要すことから、それを表す指標として従事者側の負担感や満足度などを加えるなど工夫する）、4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合（望まれた結果への貢献として、主管部署問わず、主語を明示して評価を促す）（県行政、市行政双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にする）

今後は、指標(案)の見直しと同時に、評価指標の考え方等についての説明に力点を置く工夫も考慮の余地がある。

#### A. 研究目的

地域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した指標を開発することを目的として、母子保健に関する活動の評価指標(案)を作成し、全国の市町村に対して、その適切性と評価の実行可能性について調査を行った。

#### B. 研究方法

領域ごとの専門家(母子、感染症、精神、健康づくり、難病、高齢者)が、先行の指標に関わる文献や既存の国や基礎自治体における計画に記された指標などを参照

し、さらに各領域の専門家(研究班メンバー)によるグループディスカッションを繰り返して領域ごとに指標(案)を作成した<sup>1)</sup>。

各領域の指標案を郵送式のアンケート形式で調査を行った。なお、この調査は、デルファイ法(専門家などが持つ直感的意見や経験的判断を反復型アンケートを使って、組織的統計的に集約・洗練する意見収束技法)で行う1回目該当する。調査表は、適切性については4件法(3=適切、2=まあまあ適切、1=いづらか

適切、0＝不適切)、実行可能性は、2件法(○＝可能、×＝不可能)で行い、そのほか自由意見も記載欄も設けた。分析は、適切性は、3+2で70%以上、実現可能性も○が70%以上を便宜上の基準として分け、指標(案)の見直しをする目的で考察を加えた。

調査期間は、平成24年2月●日～2月27日

## C. 結果及び考察

### 1. アンケート回収状況

208回収/581送付(回収率35.8%)。

適切性も実効可能性も70%以上の指標を「A」、適切性は70%以上、実行可能性が70%未満の指標を「B」、適切性が70%以下、実行可能性が70%以上の指標を「C」、適切性も実行可能性も70%未満の指標を「D」として区分けした。

2. 評価指標(案)の適切性と実行可能性  
母子保健活動における重点テーマとして設定した「子育て支援」「発達障害」「児童虐待」の評価指標(案)<sup>1)</sup>の適切性と実行可能性について述べる(表1)。

#### 1) テーマ：子育て支援

目標「子育て中の親が安心して子育てができる」に対し、構造評価指標3項目、プロセス評価指標6項目、結果評価指標9項目、計18項目が設定されている。適切性に関しては、18項目中2項目-プロセス評価指標(案)「子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている」(67.8%)と、結果評価の指標(案)「地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画」(69.7%)が7割に満たなかった。

実行可能性の指標(案)については、18項目中7項目-「子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている」(55.7%)と

「地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画」(61.1%)の2項目が、適切性でも低く[D]に該当する。そのほか、構造評価指標「子育て支援ニーズに見合った人材が確保されている」と結果評価の指標の「活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる(scrap&build)」  
「地域づくりへの住民意識の向上と参画」  
「子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている」「地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている」「住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている」が実現可能性として賛同が得られにくかった。

#### 2) テーマ；発達障がい

目標「ライフステージに応じた一貫した支援体制が整備され、発達障害児の福祉が向上する」に対し、構造評価指標4項目、プロセス評価指標3項目、結果評価指標8項目、計15項目で設定されている。指標の適切性は、15項目中2項目-結果指標の「乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」(68.3%)と「生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少(ノーマライゼーション)」(63.0%)が7割に至らなかった。

実行可能性の指標(案)については、15項目中8項目-構造評価「マンパワーが充足」や「支援に関与できる専門家が増える」とプロセス評価指標「ライフステージに沿った支援に関する知見/方法(技術)の収集と方策の必要性が確認されている」  
「発達障害者支援センターなど子どもか

ら成人まで一貫した家族支援体制がある」，結果評価指標「生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上，生きづらさや負担感の減少」（47.6%）「各ライフステージに対応する一貫した支援展開で，社会生活での不自由が軽減されている」（46.2%）などが7割に満たず実行可能性が低かった。なお，結果評価3の2項目については，適切性でも賛同が得られにくかった[D]項目である。

### 3) テーマ；児童虐待

目標「子ども虐待を起こさない、起こさせない地域づくり」に対し，構造評価指標3項目，プロセス評価指標6項目，結果評価指標9項目，計18項目で設定されている。

指標の適切性に関しては，18項目中1項目－結果評価「市町村や医療機関，教育機関，警察等関係機関による研修実績，評価・検証がなされている」（69.2%）のみが7割に満たなかった。

実行可能性の指標(案)については，18項目中9項目－構造評価指標「専門的役割を担うマンパワーが充足している」（61.5%），プロセス評価指標「虐待およびその周辺の関する地域診断が実施されている」（57.7%）や「地域の虐待防止に関わるサービス機関の役割を理解し，関係者間で相互に活用する意識が高まる」「子どもの権利擁護，命の大切さ，虐待防止教育の必要性が確認（教育委員会，NPOなど）されている」，結果評価指標「地域住民の児童虐待に対する理解と防止に向けた適切な行動化がある」「育児不安等の軽減や、虐待に悩む保護者のケアが向上している」，「虐待してしまう親が，孤立することなく自発的に相談でき，虐

待行為を自ら回避できる」「健康指標の改善」などが賛同得られにくく，そのほとんどが適切ではあるが，実行可能性が低い[B]に該当した。

### 3. 自由意見

#### 1) 指標の基準が不鮮明（抽象的）

〈「主体的」「自発的」などの「表現があいまいで客観的評価ができない」〈「人材の充足」をどこまですればいいのかわからない〉あるいは〈適切の基準があいまい〉，〈実施していればいいのか，質的に違い大きい。住民代表の協議会参画なのか，座談会などで自由に言い合えるような場の設定などでも違う〉など，もっともな意見が多く，他の指標と比較すると，適切性も低い[D]となる項目もあり，表現の曖昧さに困惑している様子が伺えた。

#### 2) 情報把握の困難性

〈たわい回しにされた感覚〉や〈安心感、満足感など住民の主観なのでばらばらになる可能性がある〉，〈「不自由さの軽減」など発達障害児の家族に聞きたらないとわからない。誰が評価するのか〉など住民の率直な意見に対する評価については，住民の主観/感覚が評価になるので困難などの抵抗が伺えた。

また，〈既存の統計データにはない〉〈どこからデータを入手するかわからない〉〈虐待など絶対数が少ないので評価は困難〉〈アンケートを取るのか，どのような方法でデータをとるかを示してほしい〉〈主管課ではないことから把握が難しい〉〈そもそも主管課でない部署が評価していいのか〉など，指標があることで，新たに心理的負担感〈評価も大事だがまずは活動ありき。多忙な中で優先

順位は大切)も感じ取れた。

3) 保健師の介入で解決できない(と考えている)評価指標

構造評価の指標(案)の骨格となる人材確保や予算確保については、〈小規模自治体で発達障がいの人材増員は困難〉〈そもそも充足は難しい〉〈現時点では無理〉などの意見が多く、指標としての適切性はあるものの、実行可能性が低い[B]に該当する場合が多かった。

4) 主たる評価機関が不明確

「各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」「子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認(教育委員会、NPOなど)されている」「要対協検討の結果、保健分野の関与」事例が、孤立することなく自発的に相談でき、虐待行為を自ら回避できる。(実数)」などは、〈イニシアティブは児童福祉なので保健機関で評価するのは無理〉〈多機関関与のため母子保健が評価するのが妥当か〉など多機関連携が多い母子保健活動の意見が出ていた。

5) 市町村の評価項目ではない

「発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制がある」「研修実績、評価・検証がなされている」などは、〈県の役割であって市町村は実施しない〉〈市には発達支援センターは県の機関なので遠い〉など役割分担に重点が置かれ、機関の活用についての実績評価も該当しないと考える傾向があった。

## D. 考察

本研究で開発したい指標について、自らのために整理しよう。

評価指標(案)での結果評価指標(outcom

e)は、初回調査時の説明の反復にはなるが、支援の受け手(ここでは、個別支援対象者あるいはその家族やその個人に密接にかかわる関係者や住民、さらに病者/障害者の仲間(患者会・家族会、地域集団などをさす)に焦点化される<sup>2)</sup>べきで、結果評価3が該当する。つまり、結果評価3は、保健活動(地区活動)という介入が行われ、支援の受け手がその介入による影響を受けたこと(変化してほしいこと)で示される。従って、地域診断をしたり、個別事例のアセスメントをすることで、そのアセスメントに基づき、介入/行動に至り、どのように変化したかの部分が表現されている。少なくとも結果指標は、  
① 介入によって、支援の受け手の健康度に及ぼしたインパクトが表現されたもの

② 介入によって、医療費や生活保護費受給費/者割合、各自治体の経済指数などに及ぼした結果として納得できるもの<sup>2,3,4)</sup>である。

地域診断や個別事例のアセスメントも、その結果を踏まえた介入が成されなければ、構造もしくはプロセス評価止まりであり、支援の受け手は、結果を得られない/得ていないことになる。そして、プロセス評価、構造評価は、結果を導くための必要条件ということである。

1回目の調査において、指標(案)に対する適切性としては賛同できても、実行可能性となると困難と判断される項目が多かった。2回目以降のデルファイ法に向けて、以上のことを再度意識して、適切性・実行可能性の比較的低評価であった項目について、指標(案)の修正を考えるうえでのポイントとなるであろう部分について考察する。

## 1. 指標の適切性と実行可能性

### 1) 指標の基準が不鮮明（抽象的）

保健活動における質の評価は、それ自体が、一つの質なのか複雑に絡み合った要素で成立しているのかと考えれば、実は、後者に近い<sup>4)</sup>ことが多いのではと思われる。また、その指標一つ一つが独立しているのか、相互に関連し合っているのかと考えれば、関連性は強く切り離せない場合の方が多い。その上、保健活動は、マンパワーや予算、場所、システムの有無などが間接的に影響するので、そこも包含して考えることが不可分である。保健師としては、それゆえに、判断基準の曖昧さであることは多くの保健師が認識していることであろう。言い換えれば、指標として表現したいが、その指標の評価をすることに曖昧さが邪魔をすることも重々承知なので、実行可能性が低くなるのではないかと考える。

この曖昧さは、特に、住民参加にかかわる指標などに現れる。「主体的」や「自発的」などの表現も多くなり、必要性は（適切ではあるが）わかるが、実行可能性としては、幅の広い受け取られ方をし、〈表現があいまいで客観的評価ができない〉などの当然の意見となったと思われる。これらについては、内容によっては住民の正の行動を頻度や変化の大きさに設定するなど、できる限りブレの少ない問いに修正していく必要がある。一方では、実践活動の中で、地域組織活動など住民とのパートナーシップに基づく活動が脆弱になっているいま、〈今はそのような取り組みはない〉などの感覚から、評価しづらく、実行可能性が低い結果となったのではないかと考える。また、「各ライフステージに対応する一貫した

支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」など分散配置あるいは業務分担の傾向が強くなる中で、年齢や業務で区切るなど、多領域との関係性が弱くなりつつある状況を踏まえると、ライフステージに沿って切れ目のない支援にかかわるこれらの指標は、実行可能性が低くなりやすい印象を受けた。

住民側の意識に焦点化するのではなく、結果を導くためのインフラ整備並びにプロセスにおいて、多領域での情報共有の場の有無あるいは住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの実施の有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の実際に対する評価指標に訂正することで実行可能性を上げたい。

### 2) 指標としての情報（データ）把握の困難性

データの入手不可能や困難性に対する意見は多く聞かれた。

意見の中には、いわゆる〈安心感、満足感など住民の主観なのでばらばらになる可能性がある〉、〈「不自由さの軽減」などにつながったかいかは、家族に聞きとらないとわからない〉など住民の率直な意見を聞き取る必要がある指標の場合の評価データの入手の困難性を上げていると思われた。さらにもう一点は、統計データについて、今持ち得ていない情報の場合あるいは、情報の入手先がわからない場合に実行可能性が低くなった可能性がある。本研究班での研究成果として、これらの意見を踏まえて評価指標提示と同時に、既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていくことで、働きかけにはなりそうである。

### 3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標

必要人員/人件費はコストの一部として、重要な現実問題であることは間違いない。そうはいつても、一方では、結果評価の際に、果たして構造評価で「人員の確保について話し合いを持つ機会を有している」「必要な人員の査定値を算出している」などの人員の妥当性に関する組織的取り組みの有無を設定しても、その人員を投入して行うある方法の取り組みに依った結果が、他の方法の活用によって得られる結果とどのような違いがあるかなど比較してその妥当性が確認されるわけで、つまり、相対的にコストも見る必要があるために、人員と結果評価が、単純に結びつけられず、しかも一般化が大変難しい<sup>4)</sup>ことは痛感している。そのような意識が働き、構造評価の指標(案)にある「ニーズに沿った事業展開に要するマンパワー」なども、〈そもそも充足は難しい〉〈「人材の充足」をどこまですればいいのかわからない〉あるいは〈人員の適切な基準を占めしてほしい〉〈現時点では無理〉など、実行可能性として積極的な賛同が得られにくかったのではないかと考える。あくまでも、前述したが、コストは、結果の構成要素であり、保健活動において、保健師の権限での改善が不可能ではあっても、本来のあるべき姿を検討し、現状打破に向けたアクションについての議論は展開したり、あるいは、結果指標に従事者側の負担感や満足度などが加わることで、間接的にマンパワーの妥当性につながる評価が可能になるのではと考える。

### 4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合

児童虐待や発達障害への対応は、保健領域の取り組みにとどまらず、福祉、医療、教育などとの連携が不可欠な場合が多く、「虐待行為を自ら回避できる」結果が、保健機関のみでの成果とは言えないと考える傾向から、〈イニシアティブは児童福祉なので保健機関で評価するのは無理〉〈多機関関与のため母子保健が評価するのが妥当か〉などの意見が出されている。また、〈発達支援センターは県の機関なので遠い/評価しない〉など分担業務に重点が置かれ、評価は、主たる実施機関の責務と捉える傾向が強かった。つまり、多機関/他職種連携の場合、主たる機関のみが評価を行い、重層的な評価に至らないことになる。

考え方を整理すれば、望まれた結果(つまり本調査でいう結果指標)への貢献が構造評価やプロセス評価で表現される<sup>5)</sup>ので、主管部署問わず、主語を明示するなど、連携機関も構造-プロセス-結果の一連について評価できうるように改善可能と思われる。

一方、「研修実績、評価・検証がなされている」などは、〈県の役割であって市町村は実施しない〉ものも一部分ではあるものの存在し、県行政、市行政が同内容での評価指標では無理が生じるものもあり、双方の違った立場からの評価になる場合には、評価指標の設定も双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にするなど、混乱回避に有効な方法を考慮する必要がある。

## 2. 実行可能性を上げるための工夫

表1、表2を詳細に観察すると、保健スタ

ップが評価指標に基づいて評価を行うには、保健活動現場の多忙な時間を割いてまでもデータとして提示していくべきであるという科学性や合理性・論理性・妥当性を伴った説明が必要であり、さらにその指標が、保健活動の成果の見える化に寄与すること、当然ながら指標の具体性(抽象度を上げすぎると評価できない)、データ収集が可能であること、あるいはどこに問えば収集できるかが明示されていることなどに配慮して、指標(案)を提示することが必要であり、実現可能性に結ぶつけるために配慮すべき要素であると考えた<sup>5)</sup>(表2)。

今後の調査にあたっては、指標(案)の項目は、母子保健にかかわるすべての政策分野について提示したわけではなく、重要かつ優先順位の高いと思われる課題を対象にしたが、その選定の是非についても調査の必要性を感じている。また、実現可能性については、賛同が得られない場合には、「データ収集が不可能」あるいは「事業自体が該当しない」などの理由についての記載を求めるなど検討の余地がある。

## E. 結論

指標(案)の見直しを行う必要があると同時に、評価指標の考え方等についての説明に力点を置く必要がある。

### 1) 指標の基準に具体性を持たせる

- ・住民の正の行動を頻度や変化の大きさと設定するなど、ブレの少ない問いに修正する。

- ・結果を導くための構造及びプロセスを、住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の

実際に対する評価指標に訂正する

### 2) 指標としての情報(データ)把握の困難性に対する対応

- ・既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていく

### 3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標について

コストは、結果の構成要素であることから、評価は必要。しかしながら複雑な判断を要すことから、それを表す指標として従事者側の負担感や満足度などを加えるなど工夫する

### 4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合

- ・望まれた結果(つまり本調査でいう結果指標)への貢献が構造評価やプロセス評価で表現される<sup>5)</sup>ので、主管部署問わず、主語を明示して評価を促す

- ・役割分担が明確なものについては、県行政、市行政が同内容での評価指標では無理が生じるものもあり双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にするなど、混乱回避に有効な方法を考慮する必要がある。

## F. 引用文献

1) 厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」平成22年度. 総括・分担研究報告書(主任研究者: 平野かよ子)

2) スー・ムアヘッド, マリオン・ジョンソン・メリディーンL. マースエリザベス・スワンソン, 監訳) 江本愛子. 看護成果分類(NOC)第4版. 医学書院. 2010.

3) 内田 和成: 論点思考. 東洋経済新

聞社 .2010.

4) Avedis Donabedian, (訳)東 尚弘.  
医療の質の定義と評価方法. 認定NP  
O法人 健康医療評価研究機構 (iH  
ope) .2010

5) IT情報マネジメント

[http://www.atmarkit.co.jp/aig/04  
biz/delphimethod.html](http://www.atmarkit.co.jp/aig/04biz/delphimethod.html) (23/05/1  
4 accessed)

6) Heinrichs, D. W. Hanlon, T. Carpen  
ter, W. T., Jr. (解説) 宮田量治,  
藤井康男. クオリティ・オブ・ライ  
フ評価尺度. 星和書店. 2002.

## G. 研究発表

### 1. 学会発表

第70回日本公衆衛生学会

## H. 知的財産権の取得状況

なし



表1 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（子育て支援）

n = 208

テーマ	評価枠組	評価指標（案）	適切性（%）						実行可能性（%）				分類	
			3	2	1	0	NA	3+2 計	○	×	NA	計		
子育て支援	構造	1 地域の子育て事情/現状から、子育てニーズを把握されている	53.4	38.0	7.2	1.0	0.5	91.3	100	83.2	5.3	11.5	100	A
		2 子育て支援ニーズに見合った人材が確保されている	38.5	39.4	19.2	2.9	0.0	77.9	100	69.2	17.3	13.5	100	B
		3 子育て支援ニーズに見合った子育て環境整備のための予算が計上/確保されている	40.9	42.3	14.4	2.4	0.0	83.2	100	75.5	11.1	13.5	100	A
	プロセス	4 行政と住民が共に地域の子育て支援に向けた話し合いをする機会を有している（行政は、そのような機会を用意できる）	38.9	46.2	12.5	2.4	0.0	85.1	100	82.2	6.3	11.5	100	A
		5 子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている	22.6	45.2	26.9	5.3	0.0	67.8	100	55.3	29.8	14.9	100	D
		6 孤立のない子育てにやさしいまちづくり（目的・目標）が確認され、言語化されている	46.2	37.5	15.4	0.5	0.5	83.7	100	84.1	4.3	11.5	100	A
		7 目的・目標の達成に見合った活動計画（事業）が具体的に言語化されている	59.1	34.6	5.8	0.5	0.0	93.8	100	88.9	1.0	10.1	100	A
		8 目的・目標・活動計画に基づく関係者間の役割分担が図られる。	49.0	43.8	5.3	1.0	1.0	92.8	100	85.1	3.8	11.1	100	A
		9 活動計画に基づいて実施されている	55.3	36.1	7.2	0.5	1.0	91.3	100	86.5	1.9	11.5	100	A
	結果1	10 地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている	35.6	43.3	19.2	1.9	0.0	78.8	100	66.8	19.2	13.9	100	B
		11 住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている	32.7	45.2	20.2	1.9	0.0	77.9	100	69.7	15.4	14.9	100	B
		12 既存の子育て支援に関する資源の活用度	36.1	46.6	15.9	1.0	0.5	82.7	100	76.4	11.5	12.0	100	A
	結果2	13 例えばこんにちは赤ちゃん事業などを通じて、子育て中の親を把握できている	70.7	25.0	4.3	0.0	0.0	95.7	100	87.5	1.4	11.1	100	A
		14 ニーズに即した関与/見守りが向上している。（こんにちは赤ちゃん事業訪問実施率、子育て広場利用者数、各種健診受診率、未受診調査実施率など）	67.3	30.3	1.9	0.0	0.5	97.6	100	88.5	1.9	9.6	100	A
		15 活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる（scrap&build）	26.9	44.7	23.6	4.8	0.0	71.6	100	57.7	27.9	14.4	100	B
	結果3	16 子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている（たらいまわしされた感覚ゼロ、子育て支援にまつわる苦情の減少、関係者間での紹介事例の増加）	37.5	47.1	13.9	1.4	0.0	84.6	100	68.3	16.8	14.9	100	B
		17 地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画（支援される側から支援する側）の実績	23.6	46.2	25.0	3.4	1.9	69.7	100	61.1	23.1	15.9	100	D
		18 健康指標（子育てしやすさ・充実感/安心感/安全感、出生数の増加、乳児死亡率、周産期死亡率、乳幼児の事故数）	56.3	33.7	10.1	0.0	0.0	89.9	100	85.6	3.4	11.1	100	A

表2 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（発達障がい）

n = 208

ア イ ン	評価 枠組	評価指標（案）	適切性（%）					実行可能性（%）				分類		
			3	2	1	0	NA	3+2 計	◎	×	NA		計	
16 発 達 障 が い	構造	19発達障害児の実態が把握されている（健診受診率、発達障害に関するよう 要観察者数）	####	####	4.8	0.0	0.5	94.7	100	83.7	5.8	10.6	100	A
		20健康ニーズ・資源ニーズ、地域ニーズの明確化(地域診断) がなされてい る。	####	####	15.4	0.0	1.0	83.7	100	71.6	13.9	14.4	100	A
		21地域診断結果と施策との関連、関与する位置づけとマンパワーが充足され ている。	####	####	22.6	5.3	1.4	70.7	100	56.3	28.4	15.4	100	B
		22乳幼児から学童への移行期に関与する関係機関の相互理解が図られる場が ある。	####	####	9.1	0.5	0.5	89.9	100	81.3	7.7	11.1	100	A
	プロ セス	23ライフステージに沿った支援に関する知見/方法（技術）の収集と向上に 向けた方策の必要性が確認されている	####	####	20.2	4.8	1.9	73.1	100	58.2	26.0	15.9	100	B
		24発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制が ある	####	####	17.3	8.7	0.0	74.0	100	60.6	26.4	13.0	100	B
		25地域理解を深める場に当事者や当事者の家族が参加する場がある。	####	####	13.0	3.4	0.5	83.2	100	72.6	13.9	13.5	100	A
	結果 1	26発達障害者支援センターなどを核として一貫した本人および家族支援が計 画的になされている(件数)	####	####	18.8	8.2	0.5	72.6	100	57.7	30.3	12.0	100	B
		27支援に関与できる専門家が増える（小児科医師、保健師、臨床心理士、ス クールソーシャルワーカー、保育士、児童福祉司など）	####	####	18.3	5.8	0.0	76.0	100	63.5	24.0	12.5	100	B
		28発達障害者に対する地域理解を深める場に当事者や当事者の家族が参加し ている（開催回数、参加者数）	####	####	21.6	2.9	0.5	75.0	100	73.1	16.3	10.6	100	A
	結果 2	29発達障害児童の生活の場や学びの場での参加者数、満足度	####	####	18.8	4.8	0.5	76.0	100	67.8	22.1	10.1	100	B
		30発達障害を抱えた児（者）の家族が必要な相談窓口を知り、相談すること で負担や不安を軽減しながら育児やケアがなされる（サービス利用度、満足 度、苦情数）	####	####	15.4	1.9	0.5	82.2	100	71.2	15.9	13.0	100	A
31母子保健から学校保健へのスムーズな引き継ぎがなされる（件数）		####	####	13.5	2.9	0.0	83.7	100	70.2	16.3	13.5	100	A	
結果 3	32乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開 で、社会生活での不自由が軽減されている	####	####	21.6	9.6	0.5	68.3	100	47.6	38.0	14.4	100	D	
	33生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少 （ノーマライゼーション）	####	####	29.8	6.3	1.0	63.0	100	46.2	39.4	14.4	100	D	

表3 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（児童虐待）

n = 208

評価 枠組	評価指標（案）	適切性（%）					実行可能性（%）				分類			
		3	2	1	0	NA	3+2計	○	×	NA		計		
児童虐待	構造	34次世代育成支援行動計画への児童虐待防止の視点で子育て支援策の重点事項の記載欄がある	57.2	33.2	8.2	0.5	1.0	90.4	100	82.2	4.3	13.5	100	A
		35要保護児童対策地域協議会の整備促進（発見から対応、支援、再発防止、リハビリの途切れない一貫した相談体制）が図られている	57.2	33.2	6.7	1.9	1.0	90.4	100	79.8	7.7	12.5	100	A
		36専門的役割を担うマンパワー（人材確保が困難な市町村への支援も含む）が充足している	43.3	33.2	16.3	5.3	1.9	76.4	100	61.5	22.1	16.3	100	B
	プロセス	37保健、医療、福祉、教育、NPO等関係者の相互理解と協働体制を図る場がある	51.0	38.0	8.2	2.4	0.5	88.9	100	80.8	6.3	13.0	100	A
		38虐待およびその周辺の関する地域診断が実施されている。	30.3	39.9	25.0	3.8	1.0	70.2	100	57.7	27.4	14.9	100	B
		39地域の虐待防止に関わるサービス機関の役割を理解し、関係者間で相互に活用する意識が高まる。	39.9	44.2	12.0	2.4	1.4	84.1	100	68.8	18.3	13.0	100	B
		40子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認（教育委員会、NPOなど）されている	40.4	38.5	17.8	2.4	1.0	78.8	100	68.8	16.8	14.4	100	B
		41社会的養護を必要とする子どもが支援を受けられる相談体制がある	53.8	32.7	12.5	1.0	0.0	86.5	100	78.4	8.2	13.5	100	A
		結果1	42要保護児童対策地域協議会での親会議、実務者会議、個別ケース会議の開催回数、取り上げられた事例数（実、述べ）、紹介機関が明らかになる	48.6	40.4	8.2	2.4	0.5	88.9	100	85.1	3.8	11.1	100
	43母子保健活動における虐待もしくは疑い事例の発見数（率）		48.6	37.5	12.5	1.4	0.0	86.1	100	83.7	5.8	10.6	100	A
	44市町村や医療機関、教育機関、警察等関係機関による研修実績、評価・検証がなされている		26.0	43.3	26.4	2.9	1.4	69.2	100	70.7	15.9	13.5	100	C
	結果2	45地域住民の児童虐待に対する理解と防止に向けた適切な行動化がある（声掛け運動などの実績）	27.4	47.1	23.1	2.4	0.0	74.5	100	64.9	20.7	14.4	100	B
		46虐待をしない、させない大人となるための教育の推進（学校での命の大切さ、暴力防止教育がなされている）	35.6	41.8	17.3	4.8	0.5	77.4	100	70.2	16.3	13.5	100	A
		47虐待予防、虐待再発防止を目的とした家庭訪問等地区活動件数、予防推進事業実施数	38.9	43.8	15.4	1.4	0.5	82.7	100	80.8	6.7	12.5	100	A
		48育児不安等の軽減や、虐待に悩む保護者のケアが向上している（親支援グループ実施率、参加者数など）	39.9	41.3	15.9	2.4	0.5	81.3	100	69.2	18.3	12.5	100	B
結果3	49虐待してしまう親（回復過程にいる親）が、孤立することなく自発的に相談でき、虐待行為を自ら回避できる。（虐待家族の再発率の減少）	37.5	39.4	19.7	3.4	0.0	76.9	100	55.3	27.9	16.8	100	B	
	50あらゆる関係機関からの通報、積極的ネットワーク参画がある（進行・再発防止）	37.5	44.7	14.4	1.9	1.4	82.2	100	69.2	14.9	15.9	100	B	
	51健康指標（虐待通報件数、虐待件数減、虐待死ゼロ、再発率減少、虐待家族の回復/愛着形成、自尊心回復、子育てへの自信）	40.9	38.9	18.8	1.0	0.5	79.8	100	69.7	14.9	15.4	100	B	

表4 実行可能性が低い項目に対する自由意見（子育て支援，発達障がい）

テーマ	指標 （*実行可能性が低い項目のみ抜粋）	自由意見 実行可能性が低い項目に対する意見	分類	
子育て支援	構造	2子育て支援ニーズに見合った「子育て支援ニーズを共有する話し合いの場を持っている」人材が確保されている「ニーズを満たすために必要な人員や予算などを話し合う機会がある」	子育てニーズ、支援ニーズ、地域ニーズの定義は何ですか 子育て支援ニーズは調査しているが、予算を伴うものは、実行が難しいとろろもある）評価の方法がわからない。 財政が厳しくカットされている中で、予算額がニーズに見合っているのか、評価指標として取り上げるのは適切ではない	B
	プロセス	5子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている「できる機会を活かした活動を心掛けている」	現在そのような場が無い為、評価しにくい。	D
	結果	10地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている「数・頻度・住民の満足度や達成感」	活動や支援が出来ているのかという事なので住民の感覚評価となる為、難しい。 子育て支援の主管課ではないことから把握が難しい。	B
		11住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている	自発的に活動される人的、社会的資源が足りない。	B
		15活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる（scrap&build）	現在そのような場が無い為、評価しにくい。会議の数は課題により変動するもの	B
		16子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている（たらいまわしされた感覚ゼロ，子育て支援にまつわる苦情の減少，関係者間での紹介事例の増加）	たらいまわしにされた感覚は住民の主観なので評価できない	B
17地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画（支援される側から支援する側）の実績	対象となる母子は子の成長とともに入れ替わる。数字としては、正しく評価できない。	D		
発達障害	構造	21地域診断結果と施策との関連，関与する位置づけとマンパワーが充足されている。	専門職の教育プログラムからの見直しや改善が必要。 今の社会では専門家が効果的に増える見通しはない。	B
	プロセス	23ライフステージに沿った支援に関する知見/方法（技術）の収集と向上に向けた方策の必要性が確認されている「担当者間で話し合う機会を有している」	必要ではあるが、一貫した家族支援体制を指導、整備する部署が現在はない。	B
		24発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制がある	発達障害者支援センターはあっても身近な存在ではない。	B
	結果	26発達障害者支援センターなどを核として一貫した本人および家族支援が計画的になされている「家族の支援に対する満足度・件数」	障害福祉との協働・連携が必須。保健活動の指標だけでは、評価が難しい	B
		27支援に関与できる専門家が増える（小児科医師，保健師，臨床心理士，スクールソーシャルワーカー，保育士，児童福祉司など）	専門スタッフについては、予算の問題もあり、簡単に実行できるものではない。 小規模自治体では、発達障害に取り組むための増員はできません。）	B
		29発達障害児童の生活の場や学びの場での参加者数，満足度	具体的な不自由さが一人一人全く違うこと、何により軽減されたのか因果関係が不明となるなどから適切ではない。	B
32乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開で，社会生活での不自由が軽減されている		質を評価するのは難しい	D	
33生活し続ける安心感，健康観・QOLの向上，生きづらさや負担感の減少（ノーマライゼーション）	質を評価するのは難しい	D		