

表5 実行可能性が低い項目に対する自由意見（児童虐待）

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	
児童虐待	構造	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「話し合われている」	虐待に関する担当課が母子保健ではない為評価していない。保健ではなく福祉での評価	B
	プロセス	38虐待およびその周辺の「子育て困難群」に関する地域診断「実態把握」が実施されている。「なされている」	地域診断とは何なのか、指標を示していただければ可能 虐待に関する担当課が母子保健ではない為評価していない（しない）。	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。「話し合う場がある」	意識の高まりをどう評価するか。関係機関は担当者が変わる為、意識の高まりを評価することは難しい	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「を教育機関などと話し合う機会がある」	母子保健側は必要と感じているが、学校側があまり必要性を感じていない為、現状では困難	B
		44「教育の必要性を共有したうえで、」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	研修は県などが主体で行っている。近隣の通報の大切さ。	C
		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、「住民が参画している子育て支援事業がある。数や人数」）	声掛け実績はイベントであればよいが地域での見守りを実績にするには難しいと思う。	B
	結果	48育児不安等の軽減や虐待に悩む保護者のケアの向上「が保健サービス利用によって子育てに対する自信を取り戻している」（親支援グループ実施率、参加者数など）	（ ）書きのようなものが回答しやすいと思われる。個別でのかわりにはできるが集団、グループ作りまでのフォロー体制をつくるのは難しい。	B
		49「要対協の検討の結果、保健分野で関与している」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。（実数）	市町村では、ここまでの評価は無理。予防に力を入れている。絶対数が少ないので無理	B
		50あらゆる関係機関からの通報「数」、積極的ネットワーク参画がある（進行・再発防止）	具体的例示があると判断しやすい	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）	判断がむずかしい。検診未受診率、未受診フォロー率などなら可能。現状で評価に必要な情報収集は不可である。	B

保健活動の質の評価指標開発に関する研究

—健康づくりの評価指標案の適切性と実行可能性—

分担研究者 井伊久美子（日看護本協会） 尾崎米厚（鳥取大学）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、全国の市町村に健康づくりに関する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35.6%。47都道府県中45都道府県下の207市町村より回答を得た。その結果、指標案は適切でも実行可能性については、保健活動の現状や組織体制の制約、地域特性に起因する課題等により、消極的な判断になる項目があることが分かった。また、保健活動計画の一環として、課題に対応した実践方法や評価の視点が設定されるべきであると考えていたが、今回の調査協力者からは、具体的な視点や方法等を示し、一定の基準を設定することを求める意見が多く寄せられた。今後、評価指標の精錬をしていく過程で、これらの課題も検討していく必要がある。また、活動促進につながる評価の考え方の相互理解を深めるためにも、評価についての説明の「方法」についても検討していく必要がある。

研究協力者

藤井広美（滋賀県立医科大学）

A. 研究目的

本研究は、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、健康づくりに関する保健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

平成22年度に検討した評価の枠組みに沿って、各領域の専門家（母子、感染症、精神保健、健康づくり、産業保健）から成る研究班メンバーによる文献検討および討議を重ね、領域ごとの指標案を作成した。

これらの指標案について、適切性、実行可能性を検討するため、評価対象とするテーマを生活習慣病（COPDを含む）を

はじめとした予防可能性が高い健康課題、あるいはがんや糖尿病など早期発見により治療効果や重篤化の予防効果が高い疾患に着目し「予防可能な疾患の予防」、「治療可能な疾患の早期発見・早期治療」の二つに絞り込んだ。合計68項目から成る評価指標案を提示し、適切性（4段階：とても適切～不適切）実行可能性（2段階：実行できる・実行できない）についての選択肢と自由記述で尋ねる自記式調査票を作成した。

調査協力者は、全国より無作為に抽出した581市町村に調査票を郵送し、健康づくり関わる事業を担当するリーダー保健師に回答を依頼した。

データ収集期間は、2011年2月1日～27日とした。分析方法は、デルファイ法を用いた。

〔倫理的配慮〕調査の不参加により不利益を生じないこと、調査結果の特定に際しては回答機関が特定されないようにすること、回答の返送をもって調査への協

力に同意したとみなすことを調査以来文書に明記した。

C. 結果及び考察

1. 回収状況

発送581通、回収207通、回収率35.6%

47都道府県別中、鳥取・香川を除く45都道府県より回答を得た。また、77機関より再調査協力が可能であることの返答を受けた。

2. 回答結果

有効性および実行可能性についての選択肢による回答結果は表2のとおりであった。各項目の回答状況は割合で示した。また、7割以上が適切性においては「とても適切」「まあ適切」、実行可能性においては「実行できる」と回答された項目について評価指標として妥当であると見なし、表1の枠組みにより「分類」した。その結果、Aが55項目、Bが10項目、Cが0項目、Dが3項目であった。

表1 妥当性検討の枠組み ※()は項目数

		実行可能性	
		70%以上	70%未満
適切性	70%以上	A (55)	B (10)
	70%未満	C (0)	D (3)

テーマ別に見ると、【予防可能な疾患の予防】ではプロセス、結果2でそれぞれ1項目が、【治療可能な疾患の早期発見・早期治療】では、プロセスの1項目にDがあった。また、評価枠組みから見ると、「プロセス」で2項目、「結果2」で1項目がDであった。これらの妥当性が低いとされた3項目 (No.19、30、63) について、自由記載より理由を読み取ったところ、

No.19では「意識の高い」、No.63では「連携が良好」という表現について、「あいまいであり、評価基準が不明確ある」という意見が複数見られた。No.30については、「死亡率減少の評価基準が明確でない」、「高齢化が進む中、死亡率の減少現実的でなく評価基準としてふさわしくない」との意見が見られた。

3. 評価指標案の妥当性について

選択肢および自由記述の結果を踏まえて、テーマ別に評価指標案の妥当性について検証した。

1) テーマ：予防可能な疾患の予防ができる

このテーマを実現するための目標として、「(住民の)健康意識の向上」を目標として設定し、その評価指標案の妥当性を聴いた。その結果、〔プロセス〕評価指標の「健康意識の高い地域になる」(61.4%)および活動目標の達成状況を評価する〔結果2〕評価指標の「喫煙由来疾患の死亡率が減少する」(65.7%)の2項目が7割の基準に満たなかった。その理由として、前者では「評価基準があいまいである」、「表現が具体的でなく評価しづらい」という意見が複数見られた。後者では、「喫煙由来を特定することが難しい」等の「評価データ把握が困難である」ことが挙げられた。

一方、適切性は認められるものの実行可能性が7割に満たない項目として、〔構造〕評価指標の「健康づくりの人材(保健師、栄養士、運動指導士等)が発掘され育成される」、〔プロセス〕評価指標の「より多くの住民が利用できる仕組み(健康に無関心な住民に関わる場の設定

や活動)ができています」、〔結果2〕評価指標の「社会や家庭などで受動喫煙に晒される住民が減少する」が挙げられた。これらの理由として、前述の項目と同様に「評価基準があいまいである」ことや「捉え方に多様性があり客観的な評価が困難」との意見が見られた。また、人材発掘・育成については、「対象となる人的資源の明確化が必要(専門・非専門、ボランティア・職員など)」「地域特性により人材確保が困難である」「人材育成が難しい」等の意見が見られた。

2) テーマ：治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる

このテーマを実現するために、①がん検診受診率の向上、②生活習慣病予備群の抑制、③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐ、の3つを目標として設定し、その妥当性を聴いた。その結果、③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐの〔プロセス〕指標である「医療機関との連携が良好に行われている」(69.6%)の1項目が7割の基準に満たなかった。その理由の多くを占めたのは「『連携が良好』の評価基準があいまいである」、「表現が具体的でなく評価しづらい」という意見が複数見られた。少数ではあるが「医師会等の関連団体との意思疎通が困難である」との意見も見られた。

適切性は認められるものの実行可能性が7割に満たない項目として、①がん検診受診率向上では、短期目標の達成状況を評価する〔結果1〕評価指標の「がんの予防についての住民の意識が向上する」が挙げられた。この理由として、「意識

向上に対する評価基準のあいまいさ」が指摘されている。②生活習慣病予備群の抑制では、〔構造〕評価指標の「健康づくりを支援する地域の環境整備(職場や家族を視野に入れた健康づくり運動、民間事業者の参画等)がなされる」、および〔結果1〕評価指標である「エビデンスに基づいた評価指標を活用した評価がなされている」「目標設定の評価や効果評価を、様々な指標や個人のライフスタイルやQOLを考慮して行っている」が挙げられた。これらの理由としては、「いろいろな要素が入りすぎており適切に評価できない」「対象者個別の変化を十分に把握していない」「評価のイメージが分からない」「エビデンスの基準がわからない」という意見が多く寄せられた。③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐでは、〔結果1〕評価指標である「糖尿病の予防・発見・治療・合併症に関する知識を持っている人が増加する」、〔結果2〕評価指標である「糖尿病患者のうちコントロール良好者の割合が増加する」、結果2の集大成として達成されるべき姿の達成状況を評価する〔結果3〕評価指標である「合併症(失明・透析・四肢の切断など)発生率が減少する」の5項目が挙げられた。これらの理由として、前述の項目と同様に「評価基準のあいまいさ」や「データ把握方法や分析の困難さ」が多くを占めた。

D. 考察

1) 保健活動評価を行う視点について

今回の調査で、指標案としての適切性と実行可能性には認識のずれがある

ことが分かった。その一つは、人員配置や予算確保等における組織的な制約、地域特性あるいは住民特性による人的あるいは社会的資源の格差等、保健師だけでは解決できない課題があり、必要であっても実現困難であるため指標としては難しいという意見が非常に多く見られたことである。保健活動の評価は、できていないことを論うのが目的ではなく、現状を真摯にとらえてどこを目指すかを明確にし、その目標に向かってどのように活動を展開するかをデザインしていくことがまず基盤となると考える。あるべき姿を描きつつ、今どこまでカバーできつつあるかを客観的に捉えていくことが肝要である。

二つ目は、一見あいまいに見える評価指標一例えば「健康意識の高い地域になる」を見るとき、どこまで定義づけ、判断基準を設定するかについてである。研究班でこれらの指標を検討した際には、例えば「意識が高い」ということを、保健師がとらえた地域特性や住民の実態からどのような目標を設定すればよいかということも含めて活動計画を立案し、評価していくことを期待していた。しかし、今回の調査協力者の多くから基準のあいまいさや具体的な行動指標等の評価内容を提示すべきとの意見があった。評価内容や基準の考え方について、評価指標の精練の過程で検討していく必要がある。

三つ目として、「効果的な保健指導」「エビデンスに基づいた評価方法」等の考え方についてである。これらの項目について、調査結果より、重

要性は認識しているが具体的な方法がわからないので、指標に盛り込むべきである、あるいは個人の力量により限界があり、評価指標とするのは難しいのではないかな等の意見が見られた。二つ目に挙げた項目と同様に、保健師が把握した現状に照らしながら、「効果的な保健指導」の実践のために、どのような方法を選択あるいは工夫するか、またどのような目標値や指標を選定して評価を行うかを活動計画の一環として考えるべきものであるととらえていた。これらについても、今後課題として検討していく必要がある。

D. 結論

今回の調査・分析結果を踏まえて、表現や内容の全般にわたり、指標案の精練を行う必要がある。また、保健活動評価の考え方について、現場の実践者と相互理解を深めるとともに、基本的な考え方や目的については的確な説明を行っていく必要がある。

引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発, 平成22年度厚生労働科学研究総括・分担研究報告書, 2012
- 2) 社団法人日本看護協会：平成21年度先駆的保健活動交流推進事業報告書「保健師が推進する生活習慣病予防活動－3年間のモデル事業の取り組みから－」, 2010
- 3) 大木幸子他：平成21年度地域保健総

合推進事業「特定健康診査・特定保健指導等受診率向上に関する事例集作成検討会報告書」, 2010

- 4) 社団法人日本看護協会：平成22年度先駆的保健活動交流推進事業「保健師活動強化コンサルテーション事業報告書 中堅期保健師の力量形成のためのコンサルテーションプログラム」, 2011

F. 研究発表

1. 学会発表

第70回日本公衆衛生学会

G. 知的財産権の取得状況

なし

表2 「健康づくり活動」に関する評価指標案の適切性・実行可能性に対する選択肢回答の結果

n=207

テーマ	目的	評価枠組	評価指標案	適切性						実行可能性				分類		
				%						%						
				3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA		計	
予防可能な疾患の予防ができる	健康意識の向上	構造	1 健康づくりを支援する従事者が確保されている	52.2	33.3		2.4	0.0	100	85.5	84.5	5.3	10.1	100	A	
			2 健康づくりに関する予算が確保されている	55.1	35.3		7.7	1.9	0.0	100	90.3	88.9	2.4	8.7	100	A
			3 健康づくりのための県の指針・方針と市町村の指針・方針が策定されている	62.8	23.7	11.6	1.9	0.0	100	86.5	86.5	3.9	9.7	100	A	
			4 健康づくり(健康増進)計画が策定されている	67.6	23.2	3.4	5.8	0.0	100	90.8	85.0	5.3	9.7	100	A	
			5 健康づくりの地域資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループが育成されている	55.1	31.9	11.1	1.4	0.5	100	87.0	87.0	3.4	9.7	100	A	
			6 健康づくりの人材(保健師、栄養士、運動指導士等)が発掘され育成されている	37.2	37.2	19.8	5.3	0.5	100	74.4	67.6	21.7	10.6	100	B	
			7 喫煙、食、運動など地域の人々の生活習慣の情報収集され、分析されている	52.7	30.0	13.5	3.9	0.0	100	82.6	77.3	13.0	9.7	100	A	
			8 家庭訪問や健康相談等で把握された住民の声や、従事者間で共有され、地域の問題が把握されている	46.9	41.1	8.7	2.4	1.0	100	87.9	80.2	10.1	9.7	100	A	
			9 住民の利用しやすさを考慮した健診の実施計画や健康教育が計画されている	44.9	40.6	13.0	1.4	0.0	100	85.5	80.7	9.2	10.1	100	A	
	プロセス	10 住民による活動を基盤としたポピュレーションアプローチが活動計画に位置付けられている	44.4	33.8	17.4	4.3	0.0	100	78.3	77.3	12.1	10.6	100	A		
		11 活動や事業は地域の健康レベルの向上を目指す事業として計画されている	45.4	35.7	15.9	2.9	0.0	100	81.2	76.3	13.0	10.6	100	A		
		12 より多くの住民が利用できる仕組み(健康に無関心な住民に関わる場の設定や活動)ができて	39.1	34.3	23.2	3.4	0.0	100	73.4	67.1	21.7	11.1	100	B		
		13 個別事例を検討し、ニーズにあった支援ができる体制がある	44.4	38.2	15.0	2.4	0.0	100	82.6	78.3	11.1	10.6	100	A		
		14 健康づくりを担う従事者のスキルアップの場が設けられている	47.3	35.7	15.0	1.9	0.0	100	83.1	83.6	6.8	9.7	100	A		
		15 健康づくりの関係者による連携会議が開催されている	49.3	31.4	15.9	2.9	0.5	100	80.7	83.6	6.3	10.1	100	A		
		16 各種健診の受診率が向上する	62.8	26.6	10.1	0.5	0.0	100	89.4	88.9	2.4	8.7	100	A		
		17 精検受診率が向上する	64.3	23.7	11.6	0.5	0.0	100	87.9	88.9	1.4	9.7	100	A		
		18 健康づくり活動に取り組む住民やグループが増加する	49.3	32.4	15.0	3.4	0.0	100	81.6	77.3	13.0	9.7	100	A		
		19 健康意識の高い地域になる	32.9	28.5	29.5	8.7	0.5	100	61.4	55.1	34.3	10.6	100	D		
		20 禁煙外来等の地域にある健康づくり機関の情報まとめられている	30.4	42.0	22.7	3.9	1.0	100	72.5	81.2	8.2	10.6	100	A		
		21 喫煙による健康への影響を知っている住民が増加する	45.9	34.3	17.4	1.4	1.0	100	80.2	75.8	13.5	10.6	100	A		
		22 関連機関(医師会、学校、企業、商店街、住民組織など)と連携した啓発活動やPRがなされる	43.5	36.7	16.4	2.9	0.5	100	80.2	80.2	8.7	11.1	100	A		
		23 完全禁煙を実施する公共機関、学校、病院、企業、外食機関などが増加する	49.8	34.3	13.5	1.9	0.5	100	84.1	76.3	12.6	11.1	100	A		
		24 受動喫煙対策を効果的に実施している外食施設、遊興施設などが増加する	43.5	32.4	18.8	4.3	1.0	100	75.8	71.5	17.4	11.1	100	A		
		25 妊婦に対する禁煙指導・支援を実施している市町村や医療機関が増加する	50.2	35.7	13.5	0.5	0.0	100	86.0	83.6	5.3	11.1	100	A		
		結果2	26 喫煙者数(喫煙率)が減少する	57.5	28.0	13.5	1.0	0.0	100	85.5	78.3	11.1	10.6	100	A	
			27 妊産婦の喫煙者が減少する	59.9	29.0	11.1	0.0	0.0	100	88.9	84.1	5.3	10.6	100	A	
			28 中学生・高校生での喫煙経験者率の減少傾向が維持できる	51.7	32.9	14.0	1.0	0.5	100	84.5	71.5	17.9	10.6	100	A	
			29 社会や家庭などで受動喫煙に晒される住民が減少する	42.0	31.9	22.2	3.4	0.5	100	73.9	62.3	26.1	11.6	100	B	
			30 喫煙由来疾患の死亡率が減少する	39.6	26.1	25.6	7.2	1.4	100	65.7	64.3	24.2	11.6	100	D	
31 低出生体重児出生率が減少する	44.4		35.7	14.5	4.8	0.5	100	80.2	83.6	6.3	10.1	100	A			
構造	32 がん検診実施機関・設備が充実している		37.2	40.1	18.4	4.3	0.0	100	77.3	71.0	16.9	12.1	100	A		
	33 目標受診者数分の健診費用が予算化されている		53.1	32.9	11.1	2.9	0.0	100	86.0	86.5	2.9	10.6	100	A		
	34 受診率・未受診者等の状況が把握できる		62.8	31.4	5.8	0.0	0.0	100	94.2	83.6	6.3	10.1	100	A		
プロセス	35 未受診者のフォローができています		56.0	26.1	14.0	3.9	0.0	100	82.1	76.8	11.6	11.6	100	A		
	36 対象者に向けたPRができています	50.7	39.1	9.7	0.5	0.0	100	89.9	83.6	4.3	12.1	100	A			
結果1	37 受診方法が簡便化されるなどして、がんの予防事業を住民が利用しやすい工夫がなされている	46.9	38.2	13.5	1.4	0.0	100	85.0	78.3	9.7	12.1	100	A			
	38 がん検診等の健診に関する住民の意識が向上する	47.8	36.7	12.6	2.4	0.5	100	84.5	70.5	17.4	12.1	100	A			
	39 がんの予防についての住民の知識が向上する	44.4	36.7	16.4	1.9	0.5	100	81.2	66.7	20.8	12.6	100	B			
	40 健診受診者数が増加する	65.2	24.2	10.1	0.5	0.0	100	89.4	84.5	2.9	12.6	100	A			
結果3	41 がんによる死亡率が減少する	54.1	25.1	18.4	2.4	0.0	100	79.2	79.2	9.2	11.6	100	A			
生活習慣病予防の抑制	構造	42 食生活改善推進員、健康づくり推進員、地域栄養士等の人材育成と協議の場ができています	52.7	31.9	13.5	1.4	0.5	100	84.5	82.6	6.3	11.1	100	A		
		43 特定健診・保健指導のデータ管理の仕組みができています	58.5	31.9	9.2	0.0	0.5	100	90.3	86.5	2.9	10.6	100	A		
		44 特定保健指導終了後の継続支援の仕組みができています	56.5	26.6	14.0	2.9	0.0	100	83.1	79.7	9.2	11.1	100	A		
	45 健康づくりを支援する地域の環境整備(職場や家族を視野に入れた健康づくり運動、民間事業者の参画等)がなされている	35.3	35.7	24.2	4.3	0.5	100	71.0	59.9	28.0	12.1	100	B			
	プロセス	46 効果的な保健指導プログラムが検討され、検討結果を生かした保健指導が実施されている	50.7	32.4	13.0	3.4	0.5	100	83.1	76.3	11.1	12.6	100	A		
47 対象に応じた保健指導の評価が、適切な時期に行われている		50.7	32.4	13.0	2.9	1.0	100	83.1	77.3	11.6	11.1	100	A			
48 学校や医師会等関係機関との連携ができてい		40.6	40.6	16.9	1.9	0.0	100	81.2	78.7	9.7	11.6	100	A			

テーマ	目的	評価枠組	評価指標案	適切性						実行可能性				分類	
				%						%					
				3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA		計
を糖尿病や病のコントロール良好者を防ぐ	結果1	49	食生活改善推進員等の地域の人材の活動状況が把握できている	48.3	37.2	11.1	2.4	1.0	100	85.5	82.1	5.3	12.6	100	A
		50	測定値(BMI、身長、腹囲、血圧)の推移や、その変化について分析できている	53.6	33.3	11.1	1.9	0.0	100	87.0	82.6	5.8	11.6	100	A
		51	検査値(HbA1c、空腹時血糖、中性脂肪、LDL、HDL、GOT、GPT)の推移、変化について分析できている	55.1	32.4	10.6	1.9	0.0	100	87.4	82.1	7.2	10.6	100	A
		52	性別による測定値・検査値の推移の差異が分析されている	40.6	33.8	20.3	5.3	0.0	100	74.4	75.4	13.0	11.6	100	A
		53	エビデンスに基づいた評価指標を活用した評価がなされている	47.8	31.4	14.0	5.3	1.4	100	79.2	69.6	16.4	14.0	100	B
		54	目標設定の評価や効果評価を、様々な指標や個人のライフスタイルやQOLを考慮して行って	34.8	38.6	17.9	7.2	1.4	100	73.4	64.7	23.2	12.1	100	B
	結果2	55	特定健診受診率が増加する	62.3	27.1	8.2	1.9	0.5	100	89.4	84.5	4.3	11.1	100	A
		56	保健指導終了率が増加する	61.4	26.1	10.6	1.4	0.5	100	87.4	84.5	3.9	11.6	100	A
	結果3	57	認知や行動が変化した人(個人、集団)が増加	47.3	33.8	14.5	3.4	1.0	100	81.2	72.0	15.9	12.1	100	A
		58	生活習慣病患者数が減少する	56.5	17.9	19.8	4.3	1.4	100	74.4	75.8	10.6	13.5	100	A
	構造	59	健康増進計画等に目標値が設定されている	55.6	27.5	11.6	4.3	1.0	100	83.1	81.2	7.2	11.6	100	A
		60	地域の医療機関等との連携会議が開催されて	39.1	36.2	16.9	6.8	1.0	100	75.4	74.4	14.0	11.6	100	A
	プロセス	61	糖尿病に関する正しい知識の普及啓発活動がなされている	45.4	37.2	15.5	1.4	0.5	100	82.6	77.8	9.7	12.6	100	A
		62	保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上	47.8	37.7	11.6	2.9	0.0	100	85.5	79.2	8.2	12.6	100	A
	結果1	63	医療機関との連携が良好に行われている	37.2	32.4	24.6	5.8	0.0	100	69.6	65.2	20.3	14.5	100	D
		64	糖尿病の予防・発見・治療・合併症に関する知識を持っている人が増加する	46.9	31.4	18.8	2.4	0.5	100	78.3	67.1	19.3	13.5	100	B
	結果2	65	特定健診受診率が増加する	61.4	27.1	10.1	1.4	0.0	100	88.4	84.1	4.3	11.6	100	A
		66	糖尿病有病者が減少する	58.9	20.8	18.4	1.9	0.0	100	79.7	77.8	10.1	12.1	100	A
	結果3	67	糖尿病患者のうちコントロール良好者の割合が増加する	51.2	24.2	19.3	3.9	1.4	100	75.4	61.8	24.6	13.5	100	B
		68	合併症(失明・透析・四肢の切断など)発生率が減少する	48.3	24.6	20.8	4.8	1.4	100	72.9	62.3	25.1	12.6	100	B

保健活動の質の評価指標開発

—精神保健福祉活動の評価指標案の適切性と実行可能性—

分担研究者 山口佳子（杏林大学保健学部看護学科）
神馬征峰（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、精神保健福祉活動の質を評価するための指標案を作成し、全国の保健所を対象に、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。選択肢による回答から、適切性を「とても適切」または「まあ適切」とした回答者数が回収総数に占める割合、実行可能性を「評価できる」とした回答者数が回収総数に占める割合について、それぞれ70%を境に分類した結果、いずれも70%以上のAが42.9%、適切性70%以上かつ実行可能性70%未満のB36.2%、いずれも70%未満のD21.0%の順となった。また、自由記述を分類した結果、<<評価の基準や方法が不明確で評価が困難>><<必要なデータの把握が困難>><<評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難>><<保健所や保健師の活動以外の要因が関与>>等、10カテゴリーが生成された。これらの結果から、評価指標案は実行可能性の向上を重視して改善すること；単に評価指標案を提示するだけでなく、どのように活用することを想定しているのかを明確に示すこと；情報収集の方法や評価の方法・基準について例示することが必要と考える。

A. 研究目的

本研究は、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、精神保健福祉活動の評価指標案を作成し、全国の保健所を対象として、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

文献検討及び研究班メンバーによる討議をふまえて、平成22年度に精神保健福祉活動の評価指標案を作成した¹⁾²⁾。これらの評価指標案が保健活動を評価する上で適切か（適切性）、評価を行うことが可能か（実行可能性）を検討するため、評価対象とする活動（テーマ）を保健所保健師との関わりが最も深いと思われる未治療・治療中断、ひきこもり、自殺予防の3つに絞り込み、合計105項目からな

る評価指標案を提示し、適切性および実行可能性について選択肢と自由記述で尋ねる自記式調査票を作成した。全国の保健所495カ所（平成23年4月時点）から3分の1にあたる171カ所を無作為抽出して調査票を送付し、精神保健福祉を担当するリーダー保健師に回答を依頼した。調査期間は平成24年2月1日から同27日までとした。

【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機関が特定されることのないようにすること、回答の返送をも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た。

C. 結果及び考察

調査票を送付した171カ所のうち68カ所から回答を得（回収率39.8%）、全数

を分析対象とした。

1. 選択肢による回答

各評価指標案の適切性および実行可能性に対する選択肢による回答結果は表1に示すとおりであった。表の最右列の<分類>とは、以下に示すように、適切性を「3:とても適切」または「2:まあ適切」とした回答者数が回収総数に占める割合、実行可能性を「○:評価できる」とした回答者数が回収総数に占める割合について、それぞれ70%を境にA～Dに分類したものである。A以外に分類された評価指標案は、検討が必要な項目としてゴシック体で示した。

		実行可能性	
		70%以上	70%未満
適切性	70%以上	A	B
	70%未満	C	D

表2に、テーマおよび評価枠組別の分類結果を示す。全105項目中、最も多かったのはA45項目42.9%であり、以下、B38項目36.2%、D22件21.0%の順となっており、Cに該当するものはなかった。

1) テーマによる特徴

【未治療・治療中断】および【自殺予防】に関する評価指標案の合計をみると、Aが半数以上で最も多く、次いでB、Cの順となっていたが、【ひきこもり】については、Bが最も多く、以下、D、Aの順となっていた。

2) 評価枠組による特徴

【構造】については、すべてのテーマにおける「保健師以外のマンパワーの確保」(評価指標案2、37、71)、【未治療・治療中断】および【自殺予防】

における「必要な保健師のマンパワーの確保」(同1、70。なお、【ひきこもり】についても評価指標案として設定していたが、調査票作成時の転記ミスにより未調査)、【ひきこもり】における「必要な予算の確保」(同38)がBであったが、いずれも実行可能性は6割を超えていた。さらに、上記以外の評価指標案はすべてAであり、適切性・実行可能性ともに高評価であった。

【プロセス】についても、C、Dは皆無であり、高評価を得ていた。最も多かったのは、【未治療・治療中断】と【自殺予防】ではA(それぞれ14項目中13項目92.9%、15項目中10項目66.7%)であったが、【ひきこもり】ではB(16項目中12項目75.0%)であった。

「短期目標の達成状況、あるいは結果2の前段階の成果」¹⁾として設定した【結果1】は、【未治療・治療中断】では多い順にA(9項目中4項目44.4%)、B(同3項目33.3%)、D(同2項目22.2%)、【自殺予防】ではAとDがいずれも5項目中2項目40.0%で最も多く、Bが同1項目20.0%で次いでいた。【ひきこもり】ではAはなく、BとDが半数ずつであった。

「活動目的の達成状況」¹⁾として設定した【結果2】は評価指標案が2～3項目と少なかったが、【未治療・治療中断】ではBが3項目中2項目66.7%で最も多く、【ひきこもり】と【自殺予防】ではすべてDであった。

「いくつかの結果2の集大成としての成果、経済性や効率の観点で集約された成果、あるべき姿の達成状況」¹⁾と

して設定した〔結果3〕は、【未治療・治療中断】と【ひきこもり】ではすべてDと低評価であったが、【自殺予防】ではBが8項目中4項目50.0%で最も多く、AとDが各2項目25.0%で次いでいた。

2. 自由記述による回答

評価指標案に対する自由記述から、テーマおよび評価枠組ごとに、評価指標案の適切性または実行可能性についてひとまとまりの意味を持つ内容を1件として抽出し、意味内容の類似性に従って分類してコード名をつけ、さらにサブカテゴリー、カテゴリーの順に抽象度を上げて分類した結果を〔表3〕に示す。なお、同一のテーマと評価枠組に属する複数の評価指標案について、一人の回答者が同じ意味内容の記述をしている場合は1件と数えた。例えば、一人の回答者が【未治療・治療中断】の〔結果1〕に属する評価指標案26～29について“保健所以外にも支援機関がある中で保健所の実績のみで評価するのは不適切”と記述していた場合、4項目の評価指標案について述べているが、意味内容は同じであるため1件とした。

1) 評価の基準や方法が不明確で評価が困難

カテゴリー<<評価の基準や方法が不明確で評価が困難>>は、【ひきこもり】の〔結果2〕を除くすべての評価枠組から抽出された。記述の多くは、「意識・態度が肯定的になる」（評価指標案21～24）、ネットワークやつながりが「強くなる」（同58、98）、「適切な」（同49、54、56、91）等、客観的

な評価が困難な評価指標案に対するものであった。これらの評価指標案は、選択肢による回答ではDまたはBとなっており、実行可能性の評価が低かった。

先行研究が不足していること、地域差や個別性が大きいこと等から、明確な数値目標を設定することは極めて困難である。しかし、評価の基準や方法を例示する等、可能な範囲で具体的に提示することが必要であろう。ただし、各保健所において評価の基準や方法を検討すること自体が保健活動の質を評価する重要なプロセスである。したがって、評価指標はそのための視点として活用するものであり、絶対的な到達基準ではないことを明確に示す必要がある。

2) 必要なデータの把握が困難

カテゴリー<<必要なデータの把握が困難>>は、【未治療・治療中断】の〔意見・代替案〕、【自殺予防】の〔構造〕を除くすべての評価枠組から抽出された。

これらのうち、選択肢による回答でDと評価された評価指標案に対する記述をみると、【未治療・治療中断】の〔結果2〕の〔30. 受療支援を受け、精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と支援対象者に占める割合〕については、“受療支援をしていない者については把握できない”等、母数となる「支援対象者」の把握が困難とする記述が6件あった。

これは、本指標案における「支援対象者」とは「保健所が精神科への受療

支援を行った対象者」をさすことを明記していなかったことが影響していると思われる。このように何を指すのかがわかりにくい言葉については、定義を明記するか、別の表現を用いることが必要と考える。

すべての評価指標案がDであった【未治療・治療中断】の〔結果3〕については、医療保護入院や治療中断者の情報把握を困難とする記述があった。また、【自殺予防】の〔結果2, 3〕においては、「自殺未遂者」や「自死遺族」の把握が困難とする記述があった。これらの情報は、当該テーマに関する実態把握や活動評価を行う上で重要であるが、保健所においては情報収集が困難な状況がうかがえた。

しかし、医療保護入院については精神科病院の管理者から都道府県知事に届出がなされることになっている。また、治療中断者については自立支援医療（精神通院医療）の支給状況から、自殺未遂者については消防や警察から、ある程度は情報を得ることが可能である。したがって、評価指標案の活用を促すためには、情報収集に成功している事例から保健所が必要な情報を収集するための具体的な方策を明らかにし、例示していくことが必要と考える。

【未治療・治療中断】の〔結果1～3〕について“あらかじめ集計するための準備（調査票を配布してカウントしてもらおう等）をして調査しないと把握不可”、〔全体意見〕として“調査票は適切と思われても、実際に把握するためには、現段階において把握して

いないデータの場合、日常的に記録する必要があるため、業務量が増加し、実行可能性として低い”との記述があった。

これらの記述は、必要なデータはあるものの、評価に必要な情報は改めて抽出しなければならず、その業務量の多さから実行可能性が低く評価されたことを示している。したがって、実行可能性を高めるためには、すでに抽出されている既存の情報を活用できる評価指標を設定することが効果的といえる。しかし、既存の情報だけで評価できることには限界がある。そこで、評価に必要な情報を抽出する作業を要する評価指標については、労力をかけてまで評価を行う必要性について納得が得られるように説明することが必要と考える。

3) 評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難

カテゴリー<<評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難>>は、すべてのテーマから抽出された。中でも【ひきこもり】に多かったのは、ひきこもりについては活動の歴史が浅いことから、保健所でも取り組みがあまり行われていなかったり、地域の社会資源が乏しかったりするためと考えられる。

ただし、評価指標案の適切性や実行可能性は、その活動を現在行っているか否かを問うものではない。評価指標は、活動の実施や社会資源が少ない実態やその経年的な変化をとらえることにより、今後の活動の方向性やこれま

での活動の成果を明らかにするためのものであることを強調する必要がある。

4) 保健所や保健師の活動以外の要因が関与

カテゴリー<<保健所や保健師の活動以外の要因が関与>>は、すべてのテーマから抽出された。

このうち、サブカテゴリー<保健所以外の活動もある><保健所業務ではない><保健師以外の活動もある><保健師の担当業務ではない>は、保健所以外の機関や保健師以外の職種が支援活動を行っているため、保健所や保健所保健師による精神保健福祉活動の評価指標としては不適切とするものであった。

もとより、精神保健福祉活動は保健所や保健師だけで担えるものではない。また、どの機関や職種が何を担うかは地域によって大きく異なる。したがって〔20. 精神科治療を開始した後も、治療継続のための支援を継続的にしている〕等、〔プロセス〕に関する評価指標の主語は、保健所あるいは保健所保健師に限定するものではない。保健所管内において、いずれかの機関や職種によってその活動が行われているか、その活動実態を保健所が把握しているかをとらえるものとして用いるべきものである。今回の調査では、その点が明記されておらず、評価指標案の表現からも読みとることが困難なため、このような記述が多くなったものと考えられる。したがって、今後はその点を明確に示す必要がある。

D. 結論

評価指標案は、実行可能性の向上を重視して改善する必要がある。改善にあたっては、単に評価指標案を提示するだけでなく、評価指標案をどのように活用することを想定しているのかを明確に示すこと、情報収集の方法や評価の方法・基準について例示することが必要である。

引用・参考文献

- 1) 平野かよ子：保健活動の質の評価指標に関する研究—和文献を中心として、平成22年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質の評価指標開発 分担研究報告書，5-26，2011.
- 2) 山口佳子：保健活動の質の評価指標に関する研究—地域保健活動の共通する構造および疾病別地域保健活動の評価指標案の作成，平成22年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質の評価指標開発 分担研究報告書，49-59，2011.
- 3) 山口佳子・荒木田美香子・井伊久美子・尾崎米厚・中板育美・平野かよ子：保健活動の質の評価指標開発（第二報）地域保健活動の評価指標案の作成，第70回日本公衆衛生学会総会抄録集，453，2011.

F. 研究発表

1. 学会発表

第70回日本公衆衛生学会

G. 知的財産権の取得状況

なし

表1 精神保健福祉活動に関する評価指標案の適切性・実行可能性に対する選択肢回答の結果

n=68

デー 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	計	3+2	○	×	NA	計	
治療中断・未治療	構造 B1	1 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な保健師のマンパワーが確保されている	38.2	44.1	14.7	2.9	0.0	100	82.4	69.1	20.6	10.3	100	B
		2 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な保健師以外の職種の人材が確保されている	39.7	42.6	13.2	4.4	0.0	100	82.4	67.6	23.5	8.8	100	B
		3 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な予算が確保されている	51.5	30.9	16.2	1.5	0.0	100	82.4	80.9	8.8	10.3	100	A
		4 措置入院・緊急措置入院・応急入院のできる病院が管内若しくは近隣地域にある	67.6	20.6	8.8	2.9	0.0	100	88.2	80.9	8.8	10.3	100	A
		5 精神科医療機関が無理なく通院できる範囲内にある	64.7	22.1	7.4	5.9	0.0	100	86.8	77.9	11.8	10.3	100	A
		6 精神保健福祉関係者の連携会議がある:代表者レベル・実務者レベル	60.3	33.8	5.9	0.0	0.0	100	94.1	88.2	1.5	10.3	100	A
	プロセス B2	7 精神科への受療支援が必要な精神障害者を把握している:把握方法・経路別(本人からの相談、家族からの相談、住民からの相談、関係機関からの相談、精神保健福祉事業からの把握、精神以外の保健福祉事業からの把握)人数	42.6	44.1	8.8	2.9	1.5	100	86.8	69.1	19.1	11.8	100	B
		8 支援事例から未治療・治療中断の要因や支援の課題を分析・検討し、今後の支援のあり方を明確にしている:個別レベル、集団レベル	48.5	36.8	14.7	0.0	0.0	100	85.3	75.0	13.2	11.8	100	A
		9 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援が保健計画に位置づけられている	41.2	41.2	16.2	0.0	1.5	100	82.4	77.9	10.3	11.8	100	A
		10 精神科医療機関の活動状況・利用状況・課題を把握している	30.9	48.5	16.2	2.9	1.5	100	79.4	70.6	16.2	13.2	100	A
		11 地域の関係者が集まり、精神障害者の未治療・治療中断に関する地域の課題を共有し、解決策を検討している:代表者レベル・実務者レベル	50.0	32.4	14.7	1.5	1.5	100	82.4	75.0	13.2	11.8	100	A
		12 地域の関係者が集まり、個別事例について検討している	64.7	27.9	2.9	2.9	1.5	100	92.6	83.8	4.4	11.8	100	A
		13 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援に関する社会資源の開発・育成・支援を行っている	47.1	29.4	16.2	5.9	1.5	100	76.5	75.0	11.8	13.2	100	A
		14 精神障害者本人に保健師が対面して受療を促している	48.5	41.2	7.4	1.5	1.5	100	89.7	86.8	1.5	11.8	100	A
		15 精神障害者の家族の相談にのり、受療への理解と協力を促している	69.1	27.9	1.5	0.0	1.5	100	97.1	85.3	2.9	11.8	100	A
		16 近隣住民や自治会長等、本人と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者が地域から排除されないよう理解と協力を促している	44.1	39.7	11.8	2.9	1.5	100	83.8	75.0	13.2	11.8	100	A
		17 地域住民に精神科受診に対する抵抗感や偏見を解消するための普及啓発活動を行っている	58.8	26.5	10.3	2.9	1.5	100	85.3	83.8	4.4	11.8	100	A
		18 警察や精神病院、市町村等の関係機関と情報共有や役割分担を行い、連携・協働している	76.5	20.6	1.5	0.0	1.5	100	97.1	83.8	4.4	11.8	100	A
		19 保健師の所属組織内で情報を共有し、組織的に対応している	69.1	25.0	4.4	0.0	1.5	100	94.1	83.8	4.4	11.8	100	A
		20 精神科治療を開始した後も、治療継続のための支援を継続的に行っている	60.3	29.4	7.4	1.5	1.5	100	89.7	85.3	4.4	10.3	100	A
	結果1 B3	21 治療に対する精神障害者本人の意識・態度が肯定的になる	32.4	30.9	27.9	7.4	1.5	100	63.2	58.8	27.9	13.2	100	D
		22 精神障害者の治療に対する家族の意識・態度が肯定的になる	36.8	35.3	23.5	2.9	1.5	100	72.1	61.8	25.0	13.2	100	B
		23 精神障害者に対する近隣住民の意識・態度が肯定的になる	29.4	32.4	30.9	4.4	2.9	100	61.8	41.2	44.1	14.7	100	D
		24 退院に向けた地域関係者との連携に対する精神科医療機関の意識・態度が肯定的になる	35.3	39.7	19.1	2.9	2.9	100	75.0	58.8	27.9	13.2	100	B
		25 関係者のネットワークが強まる	42.6	41.2	8.8	2.9	4.4	100	83.8	61.8	22.1	16.2	100	B
		26 治療開始・再開のために支援を行った精神障害者の実人員	57.4	26.5	10.3	2.9	2.9	100	83.8	77.9	8.8	13.2	100	A
		27 治療開始・再開のために行った支援の方法と回数	52.9	30.9	10.3	2.9	2.9	100	83.8	79.4	8.8	11.8	100	A
		28 治療継続のために支援を行った精神障害者の実人員	54.4	26.5	13.2	2.9	2.9	100	80.9	79.4	8.8	11.8	100	A
		29 治療継続のために行った支援の方法と回数	51.5	30.9	11.8	2.9	2.9	100	82.4	80.9	7.4	11.8	100	A
	結果2 B4	30 受療支援を受け、精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と支援対象者に占める割合	29.4	36.8	22.1	8.8	2.9	100	66.2	57.4	29.4	13.2	100	D
		31 精神科治療の開始・再開時点の治療形態別人数:措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院・任意入院・通院	38.2	39.7	16.2	2.9	2.9	100	77.9	64.7	22.1	13.2	100	B
		32 受療支援を行った精神障害者のうち、治療開始・再開から1年以上治療を継続している者の実人員と支援対象者に占める割合	35.3	36.8	22.1	4.4	1.5	100	72.1	57.4	29.4	13.2	100	B
	結果3 B5	33 精神科治療を中断し、本人の同意によらない形態で精神科に入院した精神障害者延人員の推移	25.0	38.2	26.5	8.8	1.5	100	63.2	58.8	27.9	13.2	100	D
		34 本人の同意によらない入院の件数が減少する:入院形態別件数	33.8	33.8	22.1	8.8	1.5	100	67.6	66.2	20.6	13.2	100	D
		35 本人の同意によらない入院による医療費が減少する:入院形態別金額	25.0	25.0	35.3	13.2	1.5	100	50.0	45.6	42.6	11.8	100	D
		36 未治療・治療中断していた精神障害者による自傷他害事例の件数が減少する	27.9	25.0	33.8	8.8	4.4	100	52.9	55.9	29.4	14.7	100	D

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	計	3+2	○	×	NA		計
構造 B6	37	ひきこもりに関する支援に必要な保健師以外の職種のマンパワーが確保されている	39.7	36.8	16.2	2.9	4.4	100	76.5	66.2	14.7	19.1	100	B
	38	ひきこもりに関する支援に必要な予算が確保されている	48.5	38.2	7.4	1.5	4.4	100	86.8	69.1	10.3	20.6	100	B
	39	ひきこもりの支援を行っている関係機関等が管内又は近隣地域にある	51.5	32.4	8.8	2.9	4.4	100	83.8	70.6	8.8	20.6	100	A
	40	ひきこもりに関する関係者の連携会議がある:代表者レベル・実務者レベル	47.1	35.3	8.8	4.4	4.4	100	82.4	70.6	8.8	20.6	100	A
プロセス B7	41	ひきこもりに関する地域の支援機関の活動状況・利用状況・課題を把握している	55.9	27.9	10.3	1.5	4.4	100	83.8	66.2	13.2	20.6	100	B
	42	地域の関係者が集まり、ひきこもりに関する認識や理解を深め、地域の課題を共有し、解決策を検討している:代表者レベル・実務者レベル	55.9	30.9	4.4	2.9	5.9	100	86.8	67.6	10.3	22.1	100	B
	43	地域の関係者が集まり、個別事例について検討している	50.0	36.8	5.9	0.0	7.4	100	86.8	72.1	5.9	22.1	100	A
	44	支援事例を分析し、ひきこもりへの支援について、現在の課題と今後のあり方を明確にしている	55.9	30.9	7.4	1.5	4.4	100	86.8	67.6	11.8	20.6	100	B
	45	ひきこもりの予防・解消が保健計画に位置づけられている	41.2	35.3	13.2	5.9	4.4	100	76.5	69.1	11.8	19.1	100	B
	46	ひきこもりに関する社会資源の開発・育成・支援を行っている	33.8	38.2	19.1	2.9	5.9	100	72.1	67.6	10.3	22.1	100	B
	47	地域住民にひきこもりに関する理解を促し、気軽に相談してもらうための普及啓発活動を行っている	47.1	35.3	10.3	2.9	4.4	100	82.4	75.0	4.4	20.6	100	A
	48	相談に来た家族に対して個別支援を行っている	61.8	27.9	4.4	0.0	5.9	100	89.7	76.5	2.9	20.6	100	A
	49	事前に十分な準備を行い、ひきこもり本人に対して適切なタイミングで家庭訪問を開始している	33.8	41.2	17.6	2.9	4.4	100	75.0	57.4	22.1	20.6	100	B
	50	ひきこもり本人・家族に対して、個別支援の実施と並行して、グループ活動(ひきこもりデイ・ケア、親の会等)を提供または活用している	44.1	35.3	13.2	2.9	4.4	100	79.4	69.1	10.3	20.6	100	B
	51	長期的な関与を続けながら、本人や家族等に関する情報を蓄積している	44.1	30.9	16.2	4.4	4.4	100	75.0	61.8	17.6	20.6	100	B
	52	ひきこもりを継続させている心性や精神障害、生活環境等について、専門医相談等を活用して的確に評価している	44.1	32.4	13.2	4.4	5.9	100	76.5	63.2	17.6	19.1	100	B
	53	上記評価をふまえて、支援の目標や方法を明確にしている	44.1	36.8	10.3	4.4	4.4	100	80.9	64.7	16.2	19.1	100	B
	54	事例の特性に応じて、ひきこもり支援の諸段階(出会い・評価段階、個人的支援段階、中間的・過渡的な集団との再会段階、社会参加の試行段階)を、適切な時間をかけ、順を追って進行させている	25.0	45.6	20.6	2.9	5.9	100	70.6	50.0	29.4	20.6	100	B
	55	必要に応じて、ひきこもり本人に精神科への受療を促している	47.1	39.7	8.8	0.0	4.4	100	86.8	70.6	8.8	20.6	100	A
	56	ひきこもり本人の社会的活動を促進する適切な社会資源の利用を促している	33.8	45.6	14.7	1.5	4.4	100	79.4	63.2	14.7	22.1	100	B
結果1 B8	57	ひきこもりに関する関係者の理解が深まる	33.8	38.2	19.1	4.4	4.4	100	72.1	52.9	25.0	22.1	100	B
	58	関係者のネットワークが強まる	27.9	41.2	23.5	2.9	4.4	100	69.1	50.0	27.9	22.1	100	D
	59	ひきこもりの支援を行う社会資源が充実・増加する	35.3	35.3	19.1	5.9	4.4	100	70.6	61.8	16.2	22.1	100	B
	60	ひきこもりに関する相談が増える:本人から・家族から・関係機関から	30.9	41.2	20.6	1.5	5.9	100	72.1	69.1	10.3	20.6	100	B
	61	ひきこもり始めてから短期間で相談がよせられるようになる	30.9	33.8	20.6	10.3	4.4	100	64.7	54.4	25.0	20.6	100	D
	62	個々の家庭において、家族間の協力関係が構築される	26.5	35.3	25.0	7.4	5.9	100	61.8	42.6	35.3	22.1	100	D
	63	ひきこもり本人に対する家族の意識や態度が望ましい方向に変化する	27.9	41.2	20.6	4.4	5.9	100	69.1	52.9	25.0	22.1	100	D
64	ひきこもりに関して行った支援の方法と回数	38.2	39.7	14.7	2.9	4.4	100	77.9	69.1	11.8	19.1	100	B	
結果2 B9	65	支援を受け、精神科治療が必要と判断されたひきこもり本人のうち、治療を開始・継続している実人員と該当者に占める割合	22.1	39.7	25.0	8.8	4.4	100	61.8	52.9	27.9	19.1	100	D
	66	支援を受け、社会的活動を開始・継続しているひきこもり本人の実人員と支援対象者に占める割合	23.5	32.4	27.9	11.8	4.4	100	55.9	45.6	35.3	19.1	100	D
結果3 B10	67	新規支援対象者のひきこもりの平均期間が短縮する	20.6	38.2	23.5	13.2	4.4	100	58.8	45.6	35.3	19.1	100	D
	68	ひきこもりの家族が精神的に安定し、自分の人生を楽しむことができる	29.4	39.7	19.1	7.4	4.4	100	69.1	38.2	41.2	20.6	100	D
	69	ひきこもりによる経済的損失が減少する:H22年賃金センサスによる中卒男女計の平均賃金355万×(ひきこもり状態が改善した年齢-ひきこもり開始年齢)	17.6	26.5	30.9	17.6	7.4	100	44.1	23.5	55.9	20.6	100	D

デー 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	計	3+2	○	×	NA	計		
自殺予 防	構造 B11	70 自殺予防に必要な保健師のマンパワーが確保されている	44.1	42.6	7.4	1.5	4.4	100	86.8	69.1	11.8	19.1	100	B	
		71 自殺予防に必要な保健師以外の職種のマンパワーが確保されている	41.2	35.3	13.2	5.9	4.4	100	76.5	64.7	13.2	22.1	100	B	
		72 自殺予防に必要な予算が確保されている	64.7	26.5	4.4	0.0	4.4	100	91.2	77.9	1.5	20.6	100	A	
		73 自殺予防に全庁的に取り組む体制(例:組織、連携会議)がある	60.3	27.9	5.9	1.5	4.4	100	88.2	79.4	1.5	19.1	100	A	
		74 精神科医療機関が管内又は近隣地域にある	60.3	27.9	2.9	4.4	4.4	100	88.2	76.5	2.9	20.6	100	A	
		75 地域住民に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する普及啓発活動を行っている	69.1	19.1	5.9	1.5	4.4	100	88.2	77.9	1.5	20.6	100	A	
	プロセス B12	76 地域の関係者やキーパーソンに対して、自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を行っている	70.6	22.1	2.9	0.0	4.4	100	92.6	79.4	1.5	19.1	100	A	
		77 当該地域における自殺について、統計資料や実態調査、支援事例等から情報を収集し、要因や多発集団の特性等を分析し、重点的に支援を行うべき対象や支援方法等を明確にしている	69.1	20.6	5.9	0.0	4.4	100	89.7	75.0	5.9	19.1	100	A	
		78 地域の関係者が集まり、個別事例について検討している	44.1	38.2	10.3	1.5	5.9	100	82.4	73.5	7.4	19.1	100	A	
		79 自殺予防・心の健康づくりが保健計画に位置づけられている	67.6	26.5	0.0	1.5	4.4	100	94.1	77.9	2.9	19.1	100	A	
		80 日頃の保健活動やスクリーニングによって自殺のハイリスク者(例:うつ病、統合失調症、アルコール関連障害を始めとする物質関連障害、身体疾患による医療機関受診者)を早期に発見している	42.6	35.3	14.7	2.9	4.4	100	77.9	61.8	16.2	22.1	100	B	
		81 把握したハイリスク者に対して、関係部署・機関等と連携・協働して支援を行っている	51.5	36.8	7.4	0.0	4.4	100	88.2	75.0	2.9	22.1	100	A	
		82 自死遺族に対する個別支援を行っている	44.1	32.4	14.7	4.4	4.4	100	76.5	64.7	13.2	22.1	100	B	
		83 自死遺族交流会の開催または支援を行っている	39.7	32.4	17.6	5.9	4.4	100	72.1	69.1	8.8	22.1	100	B	
		84 地域における人間的なつながりの構築に取り組んでいる(例:住民参加型生きがいサロンづくり、ストレスマネジメント教室等の開催、悩みを相談できる場所や支援体制の整備、傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成)	41.2	36.8	8.8	7.4	5.9	100	77.9	64.7	11.8	23.5	100	B	
		85 心の健康づくり・自殺予防に関する社会資源の開発・育成・支援を行っている	44.1	39.7	10.3	1.5	4.4	100	83.8	72.1	4.4	23.5	100	A	
		86 自殺予防・心の健康づくりに関わる地域の社会資源の活動状況・利用状況・課題を把握している	48.5	35.3	10.3	1.5	4.4	100	83.8	67.6	10.3	22.1	100	B	
		87 関係部署・機関や住民組織等、地域の幅広い関係者が定期的に集まり、自殺・心の健康づくりに関する地域の課題を共有し、解決策を検討する機会をつくっている:代表者レベル・実務者レベル	55.9	29.4	8.8	1.5	4.4	100	85.3	73.5	4.4	22.1	100	A	
		88 保健・医療・福祉関係者にとどまらず、地域の幅広い関係者(例:労働、経済、法律、学校、消防、警察、交通機関、マスコミ、住民ボランティア)と連携・協働している	42.6	47.1	2.9	2.9	4.4	100	89.7	70.6	7.4	22.1	100	A	
		89 精神保健福祉活動以外の保健活動(例:母子保健活動、生活習慣病対策、高齢者保健福祉活動)の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている	47.1	36.8	7.4	4.4	4.4	100	83.8	72.1	5.9	22.1	100	A	
	90 自殺予防や心の健康づくりのために行った支援の方法と回数	48.5	32.4	10.3	4.4	4.4	100	80.9	73.5	5.9	20.6	100	A		
	結果1 B13	91 支援を受けたハイリスク者が適切な社会資源につながる	44.1	27.9	20.6	2.9	4.4	100	72.1	64.7	14.7	20.6	100	B	
		92 自殺や心の健康に対する地域住民の意識や態度が望ましい方向に変化する(例:他人意識がなくなる、自分のストレスに気づくようになる、住民同士で気軽に話し合えるようになる)	30.9	29.4	27.9	5.9	5.9	100	60.3	42.6	38.2	19.1	100	D	
		93 心の健康に関する相談が増える:本人から、家族から、関係者から	38.2	38.2	17.6	1.5	4.4	100	76.5	79.4	2.9	17.6	100	A	
		94 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修の受講希望者・修了者が増える	39.7	42.6	11.8	1.5	4.4	100	82.4	82.4	2.9	14.7	100	A	
		95 自殺や心の健康に対する関係者の意識や態度が望ましい方向に変化する	30.9	33.8	26.5	4.4	4.4	100	64.7	54.4	27.9	17.6	100	D	
	結果2 B14	96 支援を受けていたものの自殺または自殺未遂をした人の実数・支援対象者に占める割合・自殺者または自殺未遂者に占める割合が減少する	32.4	32.4	23.5	5.9	5.9	100	64.7	52.9	30.9	16.2	100	D	
		97 支援を受けることなく自殺または自殺未遂をした人の実数・自殺者または自殺未遂者に占める割合が減少する	29.4	27.9	27.9	10.3	4.4	100	57.4	42.6	41.2	16.2	100	D	
	結果3 B15	98 地域における住民同士のつながりが強くなる	25.0	36.8	29.4	4.4	4.4	100	61.8	36.8	44.1	19.1	100	D	
		99 関係者同士のネットワークが充実・強化される	36.8	47.1	10.3	1.5	4.4	100	83.8	63.2	19.1	17.6	100	B	
100 自殺予防や心の健康に関わる地域の社会資源が充実・増加する		44.1	39.7	10.3	1.5	4.4	100	83.8	70.6	10.3	19.1	100	A		
101 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する		57.4	27.9	10.3	0.0	4.4	100	85.3	77.9	5.9	16.2	100	A		
102 当該地域の自殺未遂者数が減少する		41.2	33.8	16.2	4.4	4.4	100	75.0	48.5	35.3	16.2	100	B		
103 自死遺族の自殺未遂者数が減少する		36.8	33.8	20.6	4.4	4.4	100	70.6	38.2	45.6	16.2	100	B		
104 自死遺族の自殺死亡数が減少する	36.8	33.8	20.6	4.4	4.4	100	70.6	39.7	44.1	16.2	100	B			
105 自殺や自殺未遂による経済的損失が減少する:H22年賃金センサスによる男女計学歴計平均賃金467万×(60歳-自殺または自殺企図時の年齢)	29.4	29.4	26.5	7.4	7.4	100	58.8	36.8	41.2	22.1	100	D			

表2 精神保健福祉活動に関する評価指標案の適切性・実行可能性 テーマ・評価枠組別分類結果

n=68

テーマ	評価枠組	評価指標案の総数	評価指標案の分類結果(項目)				評価指標案の分類結果(%)			
			A	B	C	D	A	B	C	D
未治療・ 治療中断	構造	6	4	2	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	14	13	1	0	0	92.9	7.1	0.0	0.0
	結果1	9	4	3	0	2	44.4	33.3	0.0	22.2
	結果2	3	0	2	0	1	0.0	66.7	0.0	33.3
	結果3	4	0	0	0	4	0.0	0.0	0.0	100.0
合計	36	21	8	0	7	58.3	22.2	0.0	19.4	
ひきこもり	構造	4	2	2	0	0	50.0	50.0	0.0	0.0
	プロセス	16	4	12	0	0	25.0	75.0	0.0	0.0
	結果1	8	0	4	0	4	0.0	50.0	0.0	50.0
	結果2	3	0	0	0	3	0.0	0.0	0.0	100.0
	結果3	2	0	0	0	2	0.0	0.0	0.0	100.0
合計	33	6	18	0	9	18.2	54.5	0.0	27.3	
自殺予防	構造	6	4	2	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	15	10	5	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	結果1	5	2	1	0	2	40.0	20.0	0.0	40.0
	結果2	2	0	0	0	2	0.0	0.0	0.0	100.0
	結果3	8	2	4	0	2	25.0	50.0	0.0	25.0
合計	36	18	12	0	6	50.0	33.3	0.0	16.7	
合計		105	45	38	0	22	42.9	36.2	0.0	21.0

%:各行の評価指標案総数を100%としたときに各分類の評価指標案数が占める割合

太字:各行で最も割合が大きかったもの

表3 精神保健福祉に関する評価指標案に対する自由記述の分類結果

カテゴリー	サブカテゴリー	治療中断・未治療					意見・代替案 G1
		構造 B1	プロセス B2	結果1 B3	結果2 B4	結果3 B5	
必要なデータの把握が困難		必要なデータの把握が困難(1)	必要なデータの把握が困難(6)	必要なデータの把握が困難(4)	必要なデータの把握が困難(11)	必要なデータの把握が困難(11)	
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(6)	評価基準が不明確で判断が困難(3)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(16)	評価の方法・基準が不明確で判断が困難(6)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(3)	指標を評価するための具体的な項目や基準が必要(3)
	個別性が高いので評価が困難		個別性が高いので評価が困難(2)				個別性が高いので評価が困難(1)
	問題が複雑で評価が困難						
質の評価が必要		質の評価が必要(1)	質の評価が必要(1)	質の評価が必要(2)			
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難		マンパワー確保は困難なので評価に適さない(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難		個別性が高いので量的評価が困難(1)	個別性が高いので量的評価が困難(1)			
	人口規模による変動が大きい						
	地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難						
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない	保健活動の成果ではない(2)				保健活動の成果ではない(2)	保健活動の成果ではない(1)
	保健師活動の成果とは限らない			保健師活動の成果とは限らない(4)		保健師活動の成果とは限らない(1)	
	保健所以外の活動もある			保健所以外の活動もある(1)			保健所以外の活動を含む評価が必要(1)
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(2)	保健所業務ではない(1)			
	保健師以外の活動もある		保健師以外の活動もある(1)				
	保健師の担当業務ではない	保健師の担当業務ではない(1)					
長期的評価が必要	保健活動の結果がすぐに出ない						
	経年的・長期的な評価が必要		集団レベルでの要因や支援課題について経年的な評価が必要(1)				
評価指標案の精練が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要		評価指標とする必要性が不明(1)			評価指標とする必要性が不明(3)	評価目的を明確にする必要がある(1)
	内容がわかりにくい		内容がわかりにくい(3)				
	文言の修正が必要		文言の修正が必要(2)				
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						質問内容や順序を体系立てる必要がある(1)
	他の指標との整理・統合が必要		他の指標との整理・統合が必要(1)				
	指標案が多すぎる 広範囲すぎる						
評価指標案の追加が必要	保健師以外の職種	保健師以外の職種(2)		保健師以外の職種(1)			
	医療機関の数	医療機関の数(1)					
	関係者の目標共有			関係者の目標共有(1)			
	治療の必要性の判断等		治療の必要性の判断等(1)				
	治療継続者における非同意入院						
	警察官通報の減少						警察官通報の減少(1)
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数						
	集団と個別事例に対する負の評価						集団と個別事例に対する負の評価(1)
	治療ルートにのらない見守り事例への評価						治療ルートにのらない見守り事例への評価(1)
	総合計画、福祉計画 自死遺族の集いの場や参加者の増加						
評価指標として重要	市民への普及啓発活動						市民への普及啓発活動(1)
	家族教育						家族教育(1)
	未治療対策						未治療対策(1)
	関係機関・分野との連携						
	活動評価の参考になる標準化された指標があれば地域格差の是正につながる						
分析対象件数	16	27	30	18	20	15	

カテゴリー	サブカテゴリー	ひきこもり					意見・代替案 G2
		構造 B6	プロセス B7	結果1 B8	結果2 B9	結果3 B10	
必要なデータの把握が困難		必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(3)	必要なデータの把握が困難(1)	必要なデータの把握が困難(5)	必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(1)
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(3)	評価基準が不明確で判断が困難(12)	評価基準が不明確で判断が困難(14)		評価の方法や基準が不明確で判断が困難(7)	評価基準が不明確で判断が困難(2)
	個別性が高いので評価が困難		個別性が高いので評価が困難(1)				
	問題が複雑で評価が困難	問題が複雑で評価が困難(1)					
質の評価が必要				質の評価が必要(1)			
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難		評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難(4)	保健活動の対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難(4)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が困難・社会資源が少ないため評価が困難(2)
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難			個別性が高いため量的評価が困難(2)		個別性が高いので集団として評価する意味がない(2)	個別性が高いので量的評価が困難(1)
	人口規模による変動が大きい 地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難						
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない				保健活動の成果とは限らない(1)		
	保健師活動の成果とは限らない					保健師活動の成果とは限らない(1)	
	保健所以外の活動もある	保健所以外の活動もある(1)				保健所以外の活動もある(1)	保健所以外の活動もある・保健所業務ではない(2)
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(1)				
	保健師以外の活動もある						
	保健師の担当業務ではない						
長期的評価が必要	保健活動の結果がすぐに出ない					保健活動の結果がすぐに出ない(1)	保健活動の結果がすぐに出ない(1)
	経年的・長期的な評価が必要					単年度では評価が困難(1)	
評価指標案の精練が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要	評価指標とする必要性が不明(1)				就労が目的とは限らない(1)	精神保健福祉活動の評価指標とすべきか検討が必要(1)
	内容がわかりにくい					内容がわかりにくい(1)	
	文言の修正が必要			文言の修正が必要(1)			
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						
	他の指標との整理・統合が必要		他の指標との整理・統合が必要(1)				
	指標案が多すぎる 広範囲すぎる						
評価指標案の追加が必要	保健師以外の職種						
	医療機関の数						
	関係者の目標共有						
	治療の必要性の判断等						
	治療継続者における非同意入院						
	警察官通報の減少						
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数						
	集団と個別事例に対する負の評価						
	治療ルートにのらない見守り事例への評価						
	総合計画、福祉計画		福祉計画(1)				
評価指標として重要	自死遺族の集いの場や参加者の増加						
	市民への普及啓発活動						
	家族教育						
	未治療対策						
	関係機関・分野との連携						
	活動評価の参考になる標準化された指標があれば地域格差の是正につながる						
分析対象件数	12	23	19	8	19	10	

カテゴリー	サブカテゴリー	自殺予防					感想・代替案 G35
		構造 B11	プロセス B12	結果1 B13	結果2 B14	結果3 B15	
必要なデータの把握が困難			必要なデータの把握が困難(7)	必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(12)	必要なデータの把握が困難(13)	必要なデータの把握が困難(2)
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(5)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(3)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(8)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(1)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(7)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(2)
	個性が高いので評価が困難			個性が高いので評価が困難(1)			
問題が複雑で評価が困難							
質の評価が必要		質の評価が必要(1)					数値だけで評価するのは危険(1)
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難			評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)	評価対象となる活動の対象者数が少ないため評価が困難(1)		
量的な評価が困難	個性が高いので量的評価が困難						
	人口規模による変動が大きい 地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難					人口規模による変動が大きい(1)	
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない	保健活動に直接的には関係ない(1)					
	保健師活動の成果とは限らない						
	保健所以外の活動もある		保健所以外の活動もある(1)				
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(3)				
長期的評価が必要	保健師以外の活動もある						
	保健師の担当業務ではない						
長期的評価が必要	保健活動の結果がすぐに出ない					保健活動の結果がすぐに出ない(1)	
	経年的・長期的な評価が必要					長期的評価が必要(1)	
評価指標案の精錬が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要			相談が増えればよいとは限らない(1)			
	内容がわかりにくい		具体例を質問項目にした方が効果的な評価指標となる(1)				
	文言の修正が必要			文言の修正が必要(1)			
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						
	他の指標との整理・統合が必要						
	指標案が多すぎる 広範囲すぎる				広範囲すぎる(1)		
評価指標案の追加が必要	保健師以外の職種						
	医療機関の数						
	関係者の目標共有						
	治療の必要性の判断等						
	治療継続者における非同意入院						
	警察官通報の減少						
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数						相談を受けたハイリスク者を適切な社会資源につなげた件数(1)
	集団と個別事例に対する負の評価						
治療ルートにのらない見守り事例への評価							
評価指標として重要	総合計画、福祉計画		総合計画・福祉計画(2)				
	自死遺族の集いの場や参加者の増加					自死遺族の集いの場や参加者の増加(1)	
	市民への普及啓発活動						
	家族教育 未治療対策 関係機関・分野との連携						関係機関・分野との連携(1)
	活動評価の参考になる 標準化された指標があれば地域格差の是正につながる						
分析対象件数	7	19	15	14	24	7	