

カテゴリー	サブカテゴリー	全体意見 T
	必要なデータの把握が困難	必要なデータの把握が困難(5)
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	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(6)
	個別性が高いので評価が困難	
	問題が複雑で評価が困難	
	質の評価が必要	
	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	
量的な評価が困難	個別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	
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難	地域単位の評価として医療統計・医療経済統計は困難(1)
	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	保健所業務ではない(1)
	保健所以外の活動もある	保健所以外の活動もある(2)
保健師業務ではない	保健師以外の活動もある	
	保健師の担当業務ではない	
	保健活動の結果がすぐに出ない	
長期的評価が必要	経年的・長期的な評価が必要	
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	評価指標の意図がわかりづらい(3)
	内容がわかりにくい	内容が細かく判断に迷う(1)
	文言の修正が必要	
	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	指標案が多すぎる(1)
評価指標案の追加が必要	広範囲すぎる	
	保健師以外の職種	
	医療機関の救	
	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	
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	
	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	活動評価の参考になる(1)
	標準化された指標があれば地域格差の是正につながる	標準化された指標があれば地域格差の是正につながる(1)
	分析対象件数	23

感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

**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、感染症対策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、全国の保健所に、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。その結果、適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。テーマ別では、平常時の対応に関する評価指標への適切である、実行可能であるへの回答率が、他のテーマよりも回答者の割合が低く、評価基準がより明確になるように表現等を、今後検討していく必要がある。

**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、感染症対策に関する保健活動の評価指標案を作成し、全国の保健所に対して、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**

本研究班は、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年度に感染症対策に関する保健活動の評価指標案を作成した<sup>1)2)</sup>。平成23年度は、これに、さらに文献検討<sup>3)~5)</sup>を加え、同評価指標案を精練した。この評価指標案が感染症対策に関する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）を保健所保健師が役割を發揮すべき感染症対策に関する課題から、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）に絞り込み、合計100項目からなる評価指標案を提示して、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、感染症対策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27日までとした。

（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に配慮すること、回答の返送をもって調査への参加を同意したみなすことを調査依頼文に明記した。

**C. 結果**

回収数（率）は77カ所（45.0%）であり、全数を分析対象とした。

表1に感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性に関する回答結果を、表2に適切性及び実行可能性のテーマ並びに評価枠組別の結果を、表3に「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が70%未満、または「実行できる」の同割合が70%未満であった評価指標案への意見を示

す。

#### D 考察

適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。

テーマ別では、適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が70%未満の項目は、並びに、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、いずれも平常時の対応が最も多かった。平常時の対応は保健師が最も役割を果たすべき保健活動である。しかし、適切な評価項目を十分設定することができていないと考えられた。自由記述による意見をみると、評価基準が曖昧・不明確であるという意見が多かった。予防活動は重要な活動ではあるが、評価が難しいことを改めて確認するとともに、表1にグレーで示した項目については、評価基準がより明確になるように表現等、今後、検討していく必要がある。

#### E 結論

適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両

者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。テーマ別では、平常時の対応に関する評価指標への適切である、実行可能であるへの回答率が、他のテーマよりも回答者の割合が低く、評価基準がより明確になるように表現等、今後、検討していく必要がある。

#### 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

#### 引用・参考文献

- 1) 山口佳子 (2011) : 保健活動の質の評価指標に関する研究—地域保健活動に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.
- 2) 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 (2011) : 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.
- 3) 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.
- 4) 春山早苗、鈴木久美子、小池亜紀子、

櫻山豊夫、山口佳子、大澤真奈美、森仁  
実（2009）：感染症対策における平常時  
の保健所保健師活動ガイドライン、厚生  
労働科学研究費補助金（健康安全・危機  
管理対策総合研究事業）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 平成19～20年度 総合研  
究報告書、別1-1～1-41.

5) 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.



1 感染症対策の評価指標案—適切性・実行可能性—(つづき)

N=77 (%)

評価指標	適切性							実行可能性				
	3:とても適切		2:まあ適切		1:いづらか適切		0:不適切		1:実行できる		0:実行できない	
	3	2	3+2	1	0	NA	計	1	0	NA	計	
70.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)	80.5	11.7	92.2	5.2	0.0	2.6	100	87.0	0.0	13.0	100	
71.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	75.3	19.5	94.8	1.3	1.3	2.6	100	87.0	0.0	13.0	100	
72.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	71.4	23.4	94.8	2.6	0.0	2.6	100	85.7	0.0	14.3	100	
73.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	66.2	28.6	94.8	2.6	0.0	2.6	100	84.4	1.3	14.3	100	
74.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検討されている	63.6	29.9	93.5	2.6	0.0	3.9	100	79.2	6.5	14.3	100	
75.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	63.6	28.6	92.2	3.9	0.0	3.9	100	79.2	6.5	14.3	100	
76.発生時に誰がいつどこに在日外国人を含む住民へ迅速に情報提供する方法が検討されている	44.2	28.6	72.7	15.6	7.8	3.9	100	68.8	19.5	16.9	100	
77.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	62.3	27.3	89.6	6.5	1.3	2.6	100	81.8	3.9	14.3	100	
78.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	49.4	36.4	85.7	9.1	1.3	3.9	100	77.9	5.2	16.9	100	
79.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)	70.1	22.1	92.2	3.9	0.0	3.9	100	84.4	1.3	14.3	100	
80.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	74.0	20.8	94.8	2.6	0.0	2.6	100	83.1	1.3	15.6	100	
81.感染症まん延防止活動を保健計画に位置づけている	55.8	33.8	89.6	5.2	1.3	3.9	100	74.0	7.8	18.2	100	
82.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	74.0	20.8	94.8	2.6	0.0	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100	
83.集団発生を想定した職員対象や関係機関を対象とした訓練を行っている	68.8	22.1	90.9	5.2	1.3	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100	
84.患者把握後、早期に保健師が面接し、療養支援や情報収集を行っている	68.8	23.4	92.2	3.9	1.3	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100	
85.集団発生が疑われる情報の把握後、その情報を関係機関へ迅速に伝えている	64.9	29.9	94.8	2.6	0.0	2.6	100	76.6	6.5	16.9	100	
86.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	72.7	18.2	90.9	5.2	0.0	3.9	100	77.9	6.5	15.6	100	
87.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	77.9	16.9	94.8	2.6	0.0	2.6	100	81.8	2.6	15.6	100	
88.接触者健診の未受診者へ対応がなされる	72.7	20.8	93.5	3.9	0.0	2.6	100	76.6	6.5	16.9	100	
89.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	63.6	26.0	89.6	5.2	1.3	3.9	100	74.0	10.4	15.6	100	
90.施設等で感染症が発生した場合、当該施設と協働して対応している	77.9	15.6	93.5	3.9	0.0	2.6	100	81.8	2.6	15.6	100	
91.管内市町村の感染症の集団発生時の体制づくりを支援している	51.9	28.6	80.5	15.6	0.0	3.9	100	74.0	9.1	16.9	100	
92.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	54.5	29.9	84.4	11.7	0.0	3.9	100	80.5	3.9	15.6	100	
93.感染者・患者とその家族に対する住民の意識・態度が望ましい方向に変化する	28.6	46.8	75.3	14.3	7.8	2.6	100	42.9	40.3	16.9	100	
94.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)	39.0	37.7	76.6	18.2	0.0	5.2	100	75.3	5.2	19.5	100	
95.感染症発生時対応に関する関係者の意識が高まる	28.6	44.2	72.7	18.2	6.5	2.6	100	46.8	37.7	15.6	100	
96.感染症発生時対応に関する関係者からの教育・研修・支援の要請が増える	32.5	46.8	79.2	18.2	0.0	2.6	100	77.9	6.5	15.6	100	
97.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	39.0	37.7	76.6	20.8	0.0	2.6	100	74.0	11.7	14.3	100	
98.感染症発生時に適切な対応ができる住民や施設が増える	33.8	37.7	71.4	22.1	3.9	2.6	100	49.4	35.1	15.6	100	
99.二次感染が減少する	51.9	36.4	88.3	6.5	2.6	2.6	100	72.7	11.7	15.6	100	
100.患者・家族が周囲から偏見・差別を受けずに療養できる	35.1	32.5	67.6	22.1	7.8	2.6	100	42.9	40.3	16.9	100	

表2 感染症対策の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—

A:とても適切+まあ適切70%以上、かつ、実行できる70%以上 B:とても適切+まあ適切70%以上、かつ、実行できる70%未満  
C:とても適切+まあ適切70%未満、かつ、実行できる70%以上 D:とても適切+まあ適切70%未満、かつ、実行できる70%未満

N=77

テーマ	評価枠組	評価指標案の数	評価指標案の分類結果(数)				評価指標案の分類結果(%)			
			A	B	C	D	A	B	C	D
結核	構造	3	2	1	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	10	10	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果1	6	3	1	1	1	50.0	16.7	16.7	16.7
	結果2	6	6	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果3	7	7	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	合計	32	28	2	1	1	87.5	6.3	3.1	3.1
平常時の対応 (発生予防・ 早期発見)	構造	4	0	2	0	2	0.0	50.0	0.0	50.0
	プロセス	12	9	1	0	2	75.0	8.3	0.0	16.7
	結果1	9	6	0	1	2	66.7	0.0	11.1	22.2
	結果2	5	2	3	0	0	40.0	60.0	0.0	0.0
	結果3	7	3	1	0	3	42.9	14.3	0.0	42.9
	合計	37	20	7	1	9	54.1	18.9	2.7	24.3
急性感染症発生時 の対応 (発生への備えも 含む)	構造	11	10	1	0	0	90.9	9.1	0.0	0.0
	プロセス	12	12	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果1	5	3	2	0	0	60.0	40.0	0.0	0.0
	結果2	3	1	1	0	1	33.3	33.3	0.0	33.3
	合計	31	26	4	0	1	83.9	12.9	0.0	3.2

%:各行の評価指標案総数を100%としたときに評価指標案数が占める割合

表3 「とても適切」+「まあ適切」が70%未満、又は「実行できる」が70%未満であった評価指標案への意見

テーマ	評価枠組	評価指標 (自由記述のあった回答者数)	意見 (件)
結核	構造	1.相談しやすい体制整備がされている(16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■何をもちて体制整備とするか、指標又は内容表示が必要(11)</li> <li>■「結核の相談窓口を周知している」等具体的に記載してはどうか(1)</li> <li>■客観的評価は難しい(2) ■患者、家族、一般住民等主語が不明(1)</li> <li>■多ければよいとは限らない(1) ■住民にインタビューすれば実行可能(1)</li> <li>■主観的判断ならば実行可能(1)</li> </ul>
		14.結核に対する住民(特に高齢者等)の結核の知識・意識が高まり、症状出現時に受診できる(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■意識・知識の高まりは受診で評価されるだけではないと考えられる(1)</li> <li>■評価する方法が不明、難しい、把握方法が悪い等かばない、住民の知識・意識の把握は通常の業務では困難(7)</li> <li>■どの程度実施されていけば良いとするか判断しにくい、もうすこし具体的な目安が必要、知識・意識の高まりと症状出現時の受診との関連をみるには別指標が必要(2)</li> <li>■健康教育実施後の追跡をしていない(1)</li> <li>■「症状出現から受診までの期間が短縮」がよい(1)</li> <li>■結核患者の症状出現→受診機関で評価は可能(1)</li> </ul>
	結果1	17.管内関係者が集まって結核対策について検討した回数と検討内容(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■必ずしも保健所単位で評価するとは限らない(罹患率が低い場合難しい)</li> <li>■回数より逐次検討か否かの判断が重要</li> </ul>
		18.結核に対する施設管理者及び感染症対策担当者、職員の意識が高まる(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「意識が高まる」の基準が曖昧、判断しにくい具体的な目安が必要(5)</li> <li>■院内感染対策の一環として扱っている(1) ■新たに意識調査をする必要がある(1)</li> </ul>
平常時の対応(発生予防・早期発見)	構造	33.感染症担当部署の職種別人数(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■活動の推進のみの影響で変化するものではないので、指標になりにくい、人数をどう評価するのかわかりにくい、人数は実態でしかないのでは(3) ■担当部署だけでは判断できない(1)</li> </ul>
		34.感染症担当部署内の役割分担形態(地区、ケース、感染症の種別、市町村担当の有無など)(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■活動の推進のみの影響で変化するものではないので、指標になりにくい、役割分担形態が評価の指標にはなり得ないと思う(2)</li> <li>■担当部署だけでは判断できない(1)</li> </ul>
		35.医療監視や施設指導の職員数(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■活動の推進のみの影響で変化するものではないので、指標になりにくい、感染症対策は指導の一部なので、感染症の活動評価にはなじまない(3)</li> <li>■担当部署だけでは判断できない(1)</li> <li>■特別なことがなければ、回数も職員数も最低数で実施している(1)</li> <li>■職員数だけではなく職種数も(1)</li> </ul>
		36.感染症の診査に関する協議会の機能状況(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■抽象的で評価基準が明確でない、会が機能していることは大切だが機能しているところのみをみる(2) ■協議会の機能は法で決められているので具体的な指標が必要(1)</li> </ul>
	プロセス	38.感染症予防のために重要となる管内住民の生活行動を把握している(16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■感染症予防のために重要となる住民とはどのような者か、感染者か、集団生活者等か(1)</li> <li>■「生活行動」の意味不明、具体的イメージがつかない、表現が幅広い、具体的表現ではないため評価しづらい(6)</li> <li>■基準が不明確(3) ■生活行動把握は困難(4)</li> </ul>
		46.感染症に関する個々の相談から情報収集を行い、感染症発生の可能性を探している	意見なし
	結果1	47.感染症予防に関わる地区組織等(例:エイズのピアエデュケーター)を育成している(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■市町でないとしにくい(1) ■把握できる体制がない(1)</li> <li>■感染症予防の地区組織の育成をしていない、今後検討したい(2)</li> </ul>
		51.感染症予防に対する住民と関係者の意識が高まる(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価方法が不明(1) ■意識の高まりの評価基準が不明確、具体性が必要(8)</li> <li>■客観的評価が難しい(2) ■50、52のような指標が必要(1)</li> <li>■住民全体の把握は困難、新型コロナウイルス発生年度末に住民アンケートを実施したが平時には難しい(2)</li> <li>■51のために42、47、49を行うのでは、この指標は不要(1)</li> </ul>
		56.感染症予防について関係者・関係機関が集まって検討した回数と検討内容(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■内容はよいが、回数は評価の指標になりにくい(1)</li> <li>■内容の評価がわかりにくい(1)</li> </ul>
		57.感染症予防のために活動する住民が増える(例:エイズのピアエデュケーター)(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■活動する住民の把握方法が難しい(1) ■行政が正確に把握できる(1)</li> <li>■今後検討したい(1)</li> </ul>
結果2	60.感染症予防活動を適切に実施している施設が増える(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■適切な定義が必要、評価基準が曖昧(7)</li> <li>■把握が困難(1)</li> </ul>	
	61.感染症予防活動における保健所内の他部署との協力関係が構築・強化される(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価基準が曖昧、具体性に欠ける(3) ■客観的評価困難(2)</li> <li>■当たり前である(1)</li> <li>■表現が大きい。「保健所内の他部署との役割分担が明確になっており、協力して対応している又は所内マニュアルに各担当の動きが示されている」という表現はどうか(1)</li> </ul>	
	62.感染症予防活動における関係機関との協力関係が構築・強化される(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価基準が不明確(4) ■客観的評価困難(2)</li> <li>■表現が大きい。「保健所内の他部署との役割分担が明確になっており、協力して対応している又は所内マニュアルに各担当の動きが示されている」という表現はどうか(1)</li> <li>■他の指標で関係づくりや協働についてあがっているのでは不要(1)</li> </ul>	
結果3	63.感染症予防行動が身についている住民の増加(14)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価方法不明、「予防行動」とは何か、手洗い、咳エチケット、予防接種か、具体性が必要(9)</li> <li>■客観的評価困難(2) ■評価対象とする母集団が小さいとあまり意味がない(1)</li> <li>■他の指標で代替可能、47の指標があれば不要(2)</li> <li>■肝炎など治療に結び付くことにより増加する要因がある(1)</li> </ul>	
	67.感染症に関わる医療費の減少(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■保健所では把握困難(2) ■評価方法不明(2)</li> <li>■必ず減少するとは限らない、傾向を見ることは大事だが評価できるものではない(1)</li> </ul>	
	68.感染症による経済的損失(例:欠勤・早退・遅刻、経済活動の停滞)の減少(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■把握できない、情報収集しにくい、大事な点だ(4)</li> <li>■評価方法がわからない、情報入手方法がわからない(5)</li> <li>■大事な視点だと思うが把握が難しい(1)</li> </ul>	
(急性感染症発生時の対応)	構造	76.発生時に障がい者や在日外国人を含む住民へ迅速に情報提供する方法が検討されている(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「検討されている」というレベルでよいのか、「ある」とすべき(2)</li> <li>■必要性に応じて情報提供する、ということになる(1) ■対象把握がしにくい(1)</li> </ul>
		93.感染者・患者とその家族に対する住民の意識・態度が望ましい方向に変化する(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■評価方法不明、アンケートか(2)</li> <li>■評価基準不明、何をもちて望ましい方向と判断するか、具体性が必要(5)</li> <li>■客観的評価困難、変化の評価困難(8) ■把握できない(1)</li> <li>■「偏見や差別の言動が減少する」などの表現にしてはどうか(1)</li> </ul>
	結果1	95.感染症発生時対応に関する関係者の意識が高まる(13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「高まる」の基準が不明確、基準となるレベルや時期が必要ではないか、「高まる」の定義(3)</li> <li>■「意識」は評価困難、客観的評価困難(6)</li> <li>■さらなる判断指標が必要、具体性が必要(3)</li> <li>■マニュアル作成、速やかな連絡等、意識を高めるための指標が別にあるので不要(1)</li> </ul>
		98.感染症発生時に適切な対応ができる住民や施設が増える(11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■さらなる判断指標が必要、具体性が必要、「適切な対応」の指標が必要(3)</li> <li>■評価方法不明(2) ■評価困難(2) ■把握困難(2)</li> <li>■住民が入ることが疑問(1)</li> <li>■集団発生しない、ということになるか、とすると、99.二次感染が減少する、と同じ指標ではないか(1)</li> </ul>
結果2	100.患者・家族が周囲から偏見・差別を受けずに療養できる(11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■さらなる判断指標が必要、具体性が必要(3) ■評価方法不明(1)</li> <li>■評価困難、客観的評価困難(6) ■把握困難、重大な感染症ほど困難(3)</li> </ul>	

保健活動の質の評価指標開発  
—難病対策の評価指標案の検討—

分担研究者 小西かおる（昭和大学・大阪大学大学院）

**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、全国の保健所に難病保健福祉に関する保健活動の質を評価するための指標案の骨子を明確化し、指標項目の洗練を行った。その結果、「診断確定期」「在宅療養期」「終末期」の3段階の療養時期、①在宅療養の意思確認、②療養者の心身の状態確認、③家族の心身・生活の状態確認、④療養方針の確認、⑤病状及び医療処置等の受入、⑥医療管理体制の整備、⑦在宅療養環境の整備、⑧緊急・災害支援体制の整備の項目骨子案が抽出された。今後、この結果を基に評価指標案を作成し、全国の保健所を対象とした指標案の適切性と評価の実行可能性について調査を行う予定である。

**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、難病保健福祉に関する保健活動の評価指標案の骨子を明確化し、指標項目の洗練を行った。

**B. 研究方法**

難病保健福祉に関する保健活動の評価指標の骨子および指標項目を明確化するために、以下の3段階の研究方法を用いた。

1. 第1段階（先行研究・報告等の文献レビュー）

難病の保健・医療・福祉活動に関する文献、地域支援ネットワーク等に関する文献、難病対策事業の実施に関する文献等のレビューを広範囲に行い、これまでの研究や報告で明確にされた内容について整理を行い、難病保健福祉に関する保健活動の評価指標案の骨子を抽出した。

2. 第2段階（地域関係機関、専門家へのインタビュー）

難病保健福祉に関する活動を実施している地域関係機関（保健所保健師、市町

村保健師、地域包括支援センター等保健師、難病拠点病院等在宅支援室保健師等）及び難病保健活動の専門家に、難病保健福祉に関する保健活動についてヒアリングを行い、指標項目の検討を行った。

3. 第3段階（コンセンサスメソッド）

第1、第2段階で抽出された項目について、難病保健福祉に関する活動等に専門的知識を有する研究者、保健所保健師、市町村保健師、地域包括支援センター保健師、訪問看護師、福祉関係者等により検討を行い、項目の調整を行った。

**【倫理的配慮】**

インタビュー等の面接調査に関して、プライバシー保護、自由参加の保障、不利益性の排除、データ管理、結果の公表等に関する口頭及び文書による説明を行い、同意のもと調査を行った。

**C. 結果及び考察**

1. 第1段階（先行研究・報告等の文献レビュー）

難病保健福祉に関する保健活動の評価指標の基準項目を、難病療養者の療養ステージや重症度等を考慮して大別し、



「診断確定期」「在宅療養期」「終末期」の3段階に分類された。

「診断確定期」は、診断が確定し、それを理解して今後の方針を立てる時期である。医療処置の必要は少ないが、疾患を受容し、適切な診療下に置く必要があり、特定疾患の申請窓口である保健所保健師や地域包括支援センター保健師が活動の中心となる。

「在宅療養期」は、症状の進行に伴い、適切な医療処置を受けながら在宅療養している時期である。適切な医療管理と家族介護環境の整備が必要であり、在宅支援サービス提供者が直接サービスの中心となり、保健所保健師は介護支援専門員（ケアマネジャー）を支援しながら調整を行う役割を担う。

「終末期」は、終末が近いと判断されている時期である。看取りの場の選定や医療を中心とした支援体制を整備し、療養者・家族が死を受けとめる準備を整える必要があり、在宅支援サービス提供者が直接サービスを担い、保健所保健師は緊急支援体制の整備の支援を担う。

また、すべての時期に応じた地域の在宅支援機関の質向上を図り、ネットワークを強化しながら地域の向上を図る地域の構造と保健活動も求められることが明らかにされた。

## 2. 第2段階（地域関係機関、専門家へのインタビュー）

第1段階で明らかにされた3段階の療養時期別に指標項目について検討し、共通した指標項目骨子の原案について、以下のよう内容が抽出された。

①在宅療養の意思確認、②療養者の心身の状態確認、③家族の心身・生活の状態確認、④療養方針の確認、⑤病状及び

医療処置等の受入、⑥医療管理体制の整備、⑦在宅療養環境の整備、⑧緊急・災害支援体制の整備

## 3. 第3段階（コンセンサスメソッド）

3段階の療養時期を基盤とし、8つの指標項目骨子を基準にした、構造・プロセス・結果についての保健活動の評価指標項目の原案を作成中であり、50項目程度に洗練していく必要がある。

## 4. 考察

難病保健福祉に関する保健活動の特徴は、医療を基盤とした地域ネットワークの構築であり、人工呼吸器装着者等の在宅重症難病療養者の地域ケアシステムに焦点を当て評価指標を明確化する必要があると考える。

## D. 結論

在宅重症難病療養者の地域ケアシステムに焦点を当て、3段階の療養時期を考慮した、8つの指標骨子を基盤とした評価指標案を作成し、全国調査を基にさらなる項目の洗練を図る予定である。

## 引用・参考文献

- 1) 小西かおる：在宅重症療養患者に係る緊急・災害時の支援体制の構築に関する研究. 厚生労働科学研究補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業平成20年度総括研究報告書. 2009.
- 2) 川村佐和子：医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種の効果的な連携の推進に関する検討. 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業平成21年度研究報告書. 2010.

## F. 研究発表

なし

## G. 知的財産権の取得状況

なし

総合的な保健活動の評価指標案の検討

—保健師活動の定義と地域組織活動評価—

分担研究者 平野かよ子（東北大学）、中板育美（国立保健医療科学院）

研究協力者 上木隆人（公衆衛生活動研究所）、尾島俊之（浜松医科大学）  
佐々木隆一郎（長野県飯田保健所）永見宏行（公衆衛生活動研究所）、  
山田圭子（東京都台東区保健所）、吉見逸郎（東京都府中保健所）  
鈴木晶子（東京都南多摩保健所）

**研究要旨** 保健師がさまざまなライフステージの住民や各種の健康問題を融合させた活動として地域に出向き地区組織を育成する活動に焦点を当て、その評価要素に関して検討した。まず保健師活動の定義について検討作成し、保健師活動の基本的な手法として、健康相談、家庭訪問、健康教育、地域組織活動、関係機関調整を上げ、それを地区活動として駆使する公衆衛生活動とした。その中に含まれる保健師の地区活動と地域組織活動のイメージを整理した。その内容と保健師活動の現状の問題点も踏まえて、上木らが行った調査項目を資料として評価要素を検討したところ、保健師住民関係づくり、地区活動と地域組織活動、地区診断、組織の4点を取り上げられた。これらの検討から、定義を踏まえた保健師活動モデルが浮かび上がり、そのモデルを踏まえて保健師活動の評価を行うことが適切と考えられた。住民の健康行動を育成していく地域組織活動は、この中において保健師活動の目標と位置づけられる点にあることを踏まえ、地域組織活動について評価の重点を置くべきと考えられ、評価指標の作成の基本的考え方が整理出来た。

A. 研究目的

本研究は、地域における保健師活動を推進するための評価指標を作成するために、保健師の地域組織活動に注目してその活動の発展内容を、地区活動を主体とした保健師の総合的な活動の中で評価する要素を整理検討することを目的とした。

B. 研究方法

上木らは、平成22年度大同生命厚生事業団研究費補助による、保健師活動を科学的に評価する指標の研究<sup>1)</sup>を行い、保健師活動の効果が健康寿命や平均余命と関連性を持っているという視点から活動評価指標の検討を実施している。その調査の考え方と結果を基にして、今回は次の項目について、分担研究班会議に於ける意見交換及び分担研究者中板との協議から検討を実施した。

1. 保健師活動の定義について

2. 定義をふまえた保健師活動の評価要素について

3. 評価要素としての地域組織活動について

C. 結果及び考察

1. 保健師活動の定義について

保健師活動は、その対象住民の性、年齢、生活、環境など相違があり、それぞれの健康課題も異なることを踏まえ、家族単位、地域単位に健康行動を育成しようとする、大変に多様性を大変に大きく持った活動である。このことから、上記研究報告において上木らは、図2のように保健師活動を定義して、活動の普及と評価を試みている。このような定義は、医学中央雑誌において論文を検索してみても他に報告は見当たらない。

定義を作る方法としては、教科書を

基に定義としてまとめることも一つであるが、その考え方、視点、活用方法によって異なる。上木らは保健師活動の特徴を地区活動とした考え方で定義をまとめている。住民の健康行動を住民自身が作り上げることを支援する地区活動が重要と位置づけ、保健師が発揮する手法を健康相談、家庭訪問、健康教育、地域組織活動の4つととらえて、図2のように定義をしている。

この定義で考えられている地域組織活動は、保健師が駆使していく手法の中心的位置づけとしている。そこでは住民という行動変容の主体と、その住民に4つの基本的手法を駆使して働きかける保健師とのダイナミックな関係があり、その中で人間としての学習成長が双方にあり、それが経時的に発展して行くと言うダイナミズムを考えている。住民も保健師もともに同じ健康問題を考え、一つ一つ解決しながら相互に行動し、一步一步健康に向けた生活改善運動を進めていくというイメージを大切にしている。図3の「地区活動の効果」でそれを表し、住民も保健師も共に学習していきながら成長していくという過程を表そうとしている。その結果が最終アウトカムにつながっている。

ここで説明している保健師活動は上記のように一つの効果的な活動を行うモデルとなって表されている。そもそも保健師活動は多様な住民を対象として基本的手法の多様な使い方とその複雑なパターンを持っている。その普及を図るには、普及モデルの考え方が効を奏すと考えら

れ、以下、この考え方に基づいて整理を進める。

図1 家庭訪問件数の推移(全国)

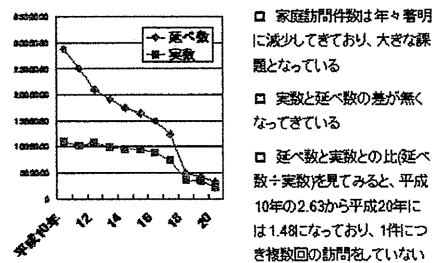


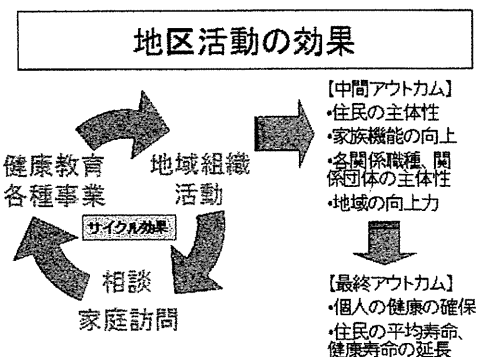
図2

### 「保健師活動の定義」

看護学、医学、及び社会学を基盤とし、ヘルスプロモーションや民主主義、ケアコーディネーションの理念のもとに、健康相談、家庭訪問、健康教育、地域組織活動などの保健師特有の手法(保健指導)を駆使して、住民の生活をふまえた地域単位の活動を行うことにより、健康づくりや療養の支援を行う公衆衛生活動である。

2010 上木

図3



厚生労働省が指摘しているように<sup>1)</sup>、近年、全国の家計訪問件数が大きく減少している事(図1)は、この定義に基づく保健師活動が出来なくなっている事が推測され、単純に保健師活動の一つである家庭訪問が出来なくなっているという事では済まない問題が含まれていると考えられる。保健師活動の低迷が大変危惧される事態と言える。

分担研究班の定義の検討の中では、近年の保健師活動の抱える状況の変化から、定義の見直しを考えるべき意見が出された。従来の保健師活動では確かに相談、訪問、健康教育の中から地域組織活動のきっかけが捕まえられ、自主グループが発足し、更に多くの住民の自主的活動が生まれ、健康祭りなど地域全体の動きに発展している事がみられてきた。それらも重要であるが、一方では、精神障害者の処遇困難事例、児童虐待事例、老人の生活困難事例など、または近隣住民との関係悪化の苦情として現れてくる事例や、表には現れにくい児童や老人の虐待事例など、問題事例への個別対応が保健師活動の大きな部分を占めてきている事が指摘された。

その変化は、どの自治体にもみられてきている事から、その対応方法としてケアコーディネーション、関係機関調整というキーワードを定義の中に入れるべきという意見が出された。

すなわち、個別支援からその健康問題の解決に多機関の連携が必要となり、その機関情報の収集提供、そしてケース会議の開催など関係機関間の連絡調整の実

施、さらにはそのシステム化を図ることなど、この点を含む事について検討がなされた。

まず、関係機関調整という機能について内容を整理すると、①日常保健師業務を遂行する際に必要な機関相互の接触、情報交換 ②ケースの問題解決に必要な意見交換と方針の共有 ③処遇困難事例などにおける各機関の積極的な関与をふまえた意見交換、方針決定。これらが必要となるが、特に③の際には関係機関の関与の積極性、及び各々の機関の持つ得意分野の知識技術の発揮、及びリーダーシップの発揮、等が必要となり、それらを調整する役割が保健師に求められてきている。

近年特に顕著になってきている処遇困難事例の解決に当たっては、各機関の責任または権限をどの様に発揮してもらうか、その解決に向けた各機関の積極的機能発揮が必要となり、その様な方向性に連絡調整を実施していく会議体も必要となり、関与していく自覚を関係機関に持ってもらうことも必要となる。その関係機関の連絡調整の会議体をリードしていくことが保健師に求められてきていた。このような役割を保健師が果たすために費やす時間、労力は大変増大している。保健師はこの機能をそもそもケアコーディネーション手法として(またはケアマネジメント)として持ち得ている事から、地域に於いて連携のリーダーシップを取る事が多く、既に関係機関を巻き込んでケース会議を開くこと到大変苦勞してきた経緯もある。

これを、地域組織活動の視点から見る

と、この関係機関調整機能は、個別事例の問題解決に必要となる保健師機能であり、すぐに組織活動につながるわけではない、別の流れである。しかし、健康相談、家庭訪問を介して関係機関調整までの事例解決の過程の中で、地域組織活動につながる人間関係、組織関係などが絡んで来る事もあるので、その点から地域組織活動への繋がりも見えてくるものもある。

このように、健康相談、家庭訪問と言う手法は個別事例から地域組織活動へのサイクルの中と、相談、家庭訪問から関係機関調整への進展の中との、両者に係わってくる手法と考えられる。

この考え方をふまえて、分担研究としての保健師活動研究班では、保健師活動の定義を図4の様にした。

新たな定義では、保健師の特有の4つの手法に加えて関係機関調整を加え、5つとした。また、5つの基本的手法を分担地区の中で駆使するので、その地区活動の効果を表す図5では、関係機関調整という機能を上記の活動サイクルと関連させて位置づけるため、健康相談という基本的手法が二つのサイクルの共有部分となる形で表されることが適当と考えられたので、それを示した。

関係機関調整が含まれるサイクルにおいては、健康相談から個別事例の問題把握がなされ、更に家庭訪問から、その家族内の関係や環境をふまえた問題把握が解決に結びつき、そこから関係機関の機能を発揮してもらうための連絡調整が始まり、そこで問題認識と方針の共有があり、各機関の機能発揮が加わることによ

り連携の強化が得られることになる。その対応や結果が本人や家族、関係者に伝えられ、一定の進展をみると共に、当初相談した問題点から一歩解決が進み、問題点も新たな段階での問題点となって、次の関係機関調整のステップへと進む。

ここにおいても、本人、家族、関係者、関係機関がワンステップで終わるのではなく、複数回にわたって可能な解決方法を試みていくことになるのが常である。

このようなところに地域における保健師活動のダイナミズムが現れており、その様な活動の特徴を十分に把握して、定義を構成し、その活用普及を図る必要があると考えられる。

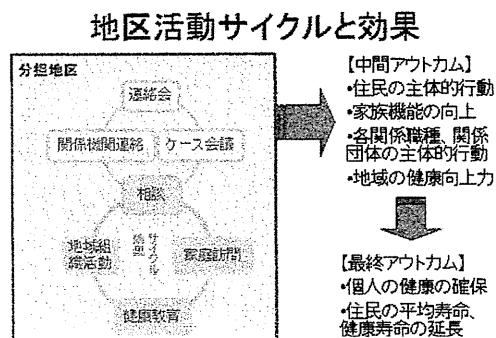
図4

### 「保健師活動の定義」

看護学、医学、及び社会学を基盤とし、ヘルスプロモーション、民主主義、ケアコーディネーションの理念のもとに、健康相談、家庭訪問、健康教育、地域組織活動、関係機関調整などの保健師の基本的手法(保健指導)を駆使して、住民の生活をふまえた地域単位の活動(地区活動)を行うことにより、健康づくりや療養の支援を行う公衆衛生活動である。

2011 保健師活動研究班

図5



保健師活動は公衆衛生活動の一環として行われていることから、公衆衛生活動の基本的理念として上げられているヘルスプロモーションは、保健師の活動理念に大変うまく当てはまる。一方、関係機関調整という機能を果たす理念としては、ケアコーディネーションが上げられるが、これは社会福祉分野で使われるケアマネージメントとほぼ同義語である。保健師活動としては北川らがケア・コーディネーションとして提起している<sup>3)</sup>ので、それを取り上げることとする。

実際に、保健師はケアコーディネーションを大変良く実践してきている。母子保健法、老人保健法下においても、健康問題を抱えた乳幼児、老人に必要な医療または福祉への繋がりが不足している時には、その関係機関との連絡、情報交換、サービス確保などに奔走し、必要な場合にはケース会議を実施して総合的な問題解決を計ってきていた。北川らはこれをケアコーディネーションと称し、その理念として普及を図ってきた。

その一方で、介護保険制度が始まり、保健師が関係機関調整に奔走してきた役割は介護支援相談員（ケアマネージャ）に引き継がれ、ケアマネージメントの理念の基に進められることになった。しかし、制度上の問題から介護支援専門員がケアマネージメントを十分には発揮できているとは言えない状況もある。

そのことから、保健師活動としてのケアコーディネーションは、障害者、高齢者、児童の在宅や地域における健康上の問題において、それを解決する理念、手段として必要性があり、介護支援専門員

のケアマネージメントとは分けて、位置づけすることが良いと考えられる。

## 2. 定義をふまえた保健師活動の評価要素について

上記の定義をふまえて保健師活動の評価を試みるために、現状の保健師活動の問題点をふまえた評価要素を整理してみた。

新定義により保健師活動の基本的手法として、健康相談、家庭訪問、健康教育、地域組織活動、関係機関調整が上げられ、保健師活動は、これらを地区活動という地区単位の活動の中で駆使して対象住民に包括的に公衆衛生サービスを提供していくことにあるので、評価要素としてまず上げられるのは、これらの基本的手法がどの程度どの様に実行されているかということになる。また、それは保健師が関与する大変幅広い分野において実践されるので、それぞれの分野の相違をふまえた評価も必要となる。その視点の評価については別論文で検討されているので、ここでは省略する。

評価には、自ずと量的な評価と質的な評価が上げられ、保健師活動は疫学的数量評価に加え、保健行動学的、社会学的、教育学的要素から質的な評価もなされる。5つの基本的手法と地区活動という視点からの評価要素としては、量的な評価については、基本的な手法をどのくらい実践しているかと言うことで、年間の健康相談件数、家庭訪問件数、健康教育開催数、自主グループ発足数や指導回数、関係機関調整会議数などが上げられる。その量的な実績は、それ以前に問題点が挙げら

れていれば、それを改善する目標が上げられる。厚生労働省が指摘した家庭訪問件数の減少は非常に著明な変化であることから、家庭訪問件数が減少した原因とその背景を考え、どの様に回復を図るかで目標が定まり、評価の視点が明確になってくる。このような量的な評価に対して質的な評価が加えられる必要がある。

著者らは、その質的な評価を加える視点の考え方を保健師活動の定義と厚生労働省の指摘から導き出すこととした。厚生労働省の家庭訪問件数減少の指摘は、保健師活動が本来の地区活動を実施出来なくなっていることの現れと考えられ、その背景として、①事務量の増加やマンパワーの不足などの問題、②保健師の分散配置や保健師指導層の不足などにより保健師集団としての業務分担機能や職層毎の育成機能が発揮出来なくなっている問題、更に、③行政改革や効率性を求める行政の動きなどの問題があると考えられる。その様な中での保健師活動の評価はその現状の中における解決目標を定める必要があり、著者はそれを、保健師活動の基本的手法を地区活動の中で駆使することとし、中でも地域組織活動の回復に重点を置いた。

保健師活動は、住民が自身の健康を維持増進できる行動を理解し実践していきけるように支援していくことを役割としており、そのために保健師の基本的手法を地区活動として駆使していくことを業務としている。それはその住民を巡る環境状況に応じて様々な手法が取り入れられ、ダイナミックに組み合わせられ、それぞれの効果を上げつつ、住民及び住民達と保

健師が学習しながら意識の変容、行動の変容へと進んでいく、大変月日のかかる過程である。

この評価は、質的な評価視点を加えて目標を明確にするだけでは出来ない。その過程を評価する必要もあり、そこに更に視点や手法の評価が加わる必要が出てくる。このことから、上木らが平成22年度大同生命厚生事業団研究助成によって行った調査項目を基に、調査項目の整理検討を行った。

上木らの調査項目は、勤務年数、業務定数、健康相談、家庭訪問、健康教育、地区活動、地域組織活動、本来の保健師活動、地区診断、課長の認識、統括保健師の11項目に分けられている。これらは保健師活動の基本的手法と地区活動、そして当時の保健師活動の定義の考え方に基づいている。さらには、行政財政効率化の視点から保健師活動にも改善が求められる中、管理職による業務管理も強化されている事から、本来の保健師活動がしにくくなっていると言う視点の中で考えられている。

これらの11項目を整理すると表1のようになる。これらは、保健師活動として個別に機能しているものではなく、基本的手法を時と場合によって結びつけながら住民への公衆衛生サービスを提供して組織化へつなげているので、これらの中に更に共通して出てくる活動ポイントがあると考えられる。それを整理してみる。

保健師活動は理論的には健康相談から始まると整理できる。(定義による地区活動のサイクルと効果参照 サイクル効果) その健康相談結果から家庭訪問

を行い、相談者の健康課題を生活をふまえた視点で捉え、解決策を共に考える。健康相談や地区診断の結果から地区の健康課題について健康教育を行い、その参加者に呼びかけて自主グループの育成を推進し、組織化を図ることから、多くの住民を健康行動へと導く。行動出来るようになった住民やグループは次の課題に気づいて、その対応へと保健師の相談機能が求められ、その相談は初期の相談から次元の進んだ相談へと発展している。その中には住民の学習過程があり、また保健師はその相談の中で住民対応を学習しており、保健師としての成長もその過程の中にある。

現状の問題点の中でそのあり様に考えると、基本的な手法や地区活動の中で見つけられるポイントとして、上木らの調査結果から見えてきたものは、保健師住民関係づくり、地区活動と地域組織活動、地区診断、組織であった。

最初の保健師住民関係については、保健師活動の出発点として重要な点であった。その大きなポイントは住民自身と接触しその場で如何に住民との良い関係づくりが出来るかにかかる。そのきっかけがその後の地域組織活動に到るまでの経過に関与していく。そのためには住民と接触する場を如何に多く確保するかと言うことにもなり、保健師と住民の信頼関係づくりが重要である。その視点が調査項目の中で、健康相談の回数、終了の目安、住民がお互いに相談をしよう場の設置、健康教育におけるアンケート目的、地区活動のテーマについて住民と話し合

う場の確保、基本的視点としての住民の自主性について、などの調査項目に現れている。

表 1

表1 保健師アンケート調査項目(抜粋)

大項目	調査項目
I 勤務年数	2.今の係で 今の地区を受け持ってから
II	2. 係の定数の変化
III健康相談	1. 終了までの相談回数 5. 住民がお互いに相談をしよう場の設置
IV家庭訪問	1. 保健師の年間件数 4. 家庭訪問の工夫努力
V 健康教育	1. 健康教育のテーマ選定の仕方 ①②厚労省、都県の方針から ③地区診断結果から ④住民グループの要望から ⑤健康相談の内容整理から ⑥健康教室アンケート結果から 2. 自主グループへの繋がりを意識する 3. 教室参加者にアンケートを実施する 4. アンケートの生かし方 ①出席者数の把握 ②住民の健康問題の把握 ④健康教室の効果判定 5. 最近、自主グループの発足があった
VI地区活動	1. 地区分担あり 2. 地区活動のテーマを住民と話し合う場あり 3. その頻度 月に1回 半年に1回 年に1回 4. 話し合う場の目的・名称 ①地域懇談会 ③検診結果説明会 ④健康教室 5. 住民の自主性を高める視点を持つ 6. 組織化の意識を持つ時 中心的人材あり 住民の積極性 効果の見込み 7. 基本的な視点 保健師主導 自主性待ち
VII地域組織活動	1.係で保健師が関与して発足したグループ数 グループの内訳 高齢者 成人 子育て 精神 難病 2.グループ支援 保健師間話し合い 3.グループ育成 係を超えた保健師間連携 4. 担当しているグループあり 5.グループ 支援の必要性 主体性の出現
VIII本来のPHN活動	1. 手法を駆使して実践出来ている保健師 3.出来ていない場合 周囲の条件に課題あり 保健師間共通認識 育成力 保健師活動の位置づけ その他 3.出来ていない場合 自分自身に課題あり
IX地区診断	1. 健康課題把握の方法 集団健診 所内相談 地域相談 地域懇談会 家庭訪問 地区診断 2. 地区診断の実施 3. 事業計画予算への反映 4. 住民の健康状況評価 ①とても良い、②まあまあ良い ③あまり良くない、④とても良くない 7.地区活動から住民生活、健康へ変化あり
X課長の認識	1. 直属課長の理解あり 保健師活動について 地区活動について 4. 企画課、職員課 課長級の理解あり 担当者の理解あり
XI統括保健師	5. 統括保健師ポストあり

地区活動と地域組織活動については、定義によって、保健師活動が住民の自主的健康行動を導くために行う活動と位置づけられているもので、保健師活動の特



徴と言えるものである。しかし、家庭訪問が少なくなることは地域組織活動につながる活動が少なくなることであり得るので、これらを含む地区活動の減少が大きく危惧されている。その視点が調査項目中で、年間家庭訪問件数、家庭訪問の工夫努力、自主グループへの繋がりを意図する、組織化の意識を持つ時、発足した自主グループ数、その分野別内訳、地区活動の効果、などの調査項目に現れている。

地区診断については、近年保健師活動が本来行うべきものとして教育を受けていながら、現場では殆ど行われて来なかったという反省があり、その中でPlan, Do, See (またはPDCA) が叫ばれ始めたこともあって、その不足が強調されてきている。その視点が調査項目の中で、健康教育のテーマ選定の仕方、アンケートの生かし方、健康課題の把握方法、地区診断の実施とその事業計画予算への反映、住民の健康状況評価と根拠などの質問に現れている。

組織については、行政改革の中で保健師業務もその流れで組織改正、定数削減などが行われた結果、保健師の分散配置が進み、保健師集団としての機能発揮が崩れてきていると言える。その視点が、今の係での勤務年数、今の地区を分担してからの年数、係の定数の変化、地区分担の有無、本来の保健師活動の実践、直属課長の理解、企画課職員課の理解、統括保健師ポスト、等の調査項目に現れている。結果から勤務年数の項目から地区活動に必要な年数は5年が一つの目安として示され、本来の保健師活動が出来ない

表 2

表 保健師アンケート調査項目の四つの主旨分類

保健師住民関係づくり	
III健康相談	1. 終了までの相談回数
III健康相談	①4回以上
III健康相談	②1～3回
III健康相談	③終わらない
III健康相談	2. 終了の目安 目的達成 内容の理解 住民判断 保健師住民関係が出来る
III健康相談	5. 住民がお互いに相談をしあう場の設置
V健康教育	④住民グループの要望から
V健康教育	4. アンケートの生かし方
V健康教育	②住民の健康問題の把握
VI地区活動	2. 地区活動のテーマを住民と話し合う場あり
VI地区活動	3. その頻度 月に1回 半年に1回 年に1回
VI地区活動	4. 話し合う場の目的
VI地区活動	①地域懇談会
VI地区活動	③検診結果説明会 ④健康教室
VI地区活動	7. 基本的な視点 保健師主導 自主性持ち
地区活動、地域組織活動	
IV家庭訪問	1. 保健師の年間件数平均
IV家庭訪問	2. 件数減少の原因 ケース減少 業務量増加 保健師数の減少
IV家庭訪問	4. 家庭訪問の工夫努力あり
V健康教育	2. 自主グループへの繋がりを意図する
V健康教育	5. 最近、自主グループの発足があった
VI地区活動	5. 住民の自主性を高める視点を持つ
VI地区活動	6. 組織化の意識を持つ時 中心的人材あり 住民の積極性 効果の見込み
VII地域組織活動	1. 係で保健師が関与して発足したグループ数
VII地域組織活動	グループ数自治体平均
VII地域組織活動	グループの内訳 高齢者 成人 子育て 精神 難病
VII地域組織活動	2. グループ支援の話し合いあり、なし
VII地域組織活動	3. グループ育成の保健師間連携 あり、なし どちらとも言えない
VII地域組織活動	4. 担当しているグループあり
VII地域組織活動	保健師一人あたりグループ数
VII地域組織活動	5. グループ 支援の必要性 主体性の出現
VII地域組織活動	5. 実践出来ている保健師
IX地区診断	7. 地区活動から住民生活 健康へ変化あり
地区診断	
V健康教育	1. 健康教育のテーマ選定の仕方
V健康教育	①②厚労省 都県の方針から
V健康教育	③地区診断結果から
V健康教育	⑤健康相談の内容整理から
V健康教育	⑥健康教室アンケート結果から
V健康教育	3. 教室参加者にアンケートを実施する
V健康教育	4. アンケートの生かし方
V健康教育	①出席者数の把握
V健康教育	④健康教室の効果判定
IX地区診断	1. 健康課題把握の方法 1位 集団健診 所内相談 地域相談 地域懇談会 家庭訪問 地区診断
IX地区診断	2. 地区診断の実施
IX地区診断	3. 事業計画予算への反映
IX地区診断	4. 住民の健康状況評価
IX地区診断	①とても良い ②まあまあ良い その他
IX地区診断	③あまり良くない ④とても良くない
組織	
I勤務年数	2. 今の係で (平均)
I勤務年数	今の地区を受け持ってから (平均)
II係業務 定数	2. 係の定数の変化 増加 減少
VI地区活動	1. 地区分担あり
VII本来のPHN活動	3. 出来ていない場合 周囲の条件に課題あり 保健師間共通認識 育成力
VII本来のPHN活動	保健師活動の位置づけ その他
VIII本来のPHN活動	3. 出来ていない場合 自分自身に課題あり
X課長の認識	1. 直属課長の理解あり
X課長の認識	保健師活動について
X課長の認識	地区活動について
X課長の認識	4. 企画課 職員課
X課長の認識	課長級の理解あり
X課長の認識	担当者の理解あり
XI統括保健師	5. 統括保健師ポストあり

理由として、業務過多（特に事務作業）、マンパワー不足、指導層保健師の不足、育成体制カリキュラムの不足、地区診断の不足、組織改正の影響などが上げられている。

この四つの視点から、保健師活動の基本的手法を用いた活動の状況を分析することは適切なことと考えられる。また、この四つの視点から現状の問題点の地域差、活動差が捉えられると考えられる。

### 3. 評価要素としての地域組織活動について

保健師活動の定義に基づいて、保健師が基本的手法を地区活動として駆使していく中で、地域組織活動は目標となる要素を持っている。それは、地域住民の自主的健康行動が生まれることが大きな目標であり、それに対して保健師が発揮できる方法が地域組織活動と言えるからである。地域組織活動が進展する事で保健師活動の力量が問われるとも言える。

その地域組織活動が、地区活動の減少により少なくなってきたと危惧されている。その評価を考えるには、その様な現状の把握とその問題点の把握から評価を考え、評価を用いて地域組織活動の回復を図ることが必要と言える。

近年の都道府県、市町村の保健衛生行政は、共通してその行政課題が、高度の少子高齢社会であることとそのために行財政改革の中にあると言って良い。それは事業予算の削減と職員定数の削減となって現れており、保健師活動分野におい

ても例外ではない。介護保険事業の発足と地域包括支援センターの設置、児童虐待問題とこども家庭支援センターの設置などにより、保健事業部門から高齢者保健や母子保健が分離したり組織改正が進み、高齢者対策の中でも分離先が異なり、更に保健師がそれぞれの部門に配置されることにより、保健師の分散配置が進むようになった。

保健師住民関係づくりにおいては、保健師が住民と接触する場を如何に確保するかが基本的に重要で、その場が持てればそれを如何に住民の意識の変容、行動の変容に結びつくものにするかが課題となり、そこからは地区活動、地域組織活動の分野に入ることになる。保健師の分散配置が進むと、保健師の住民との接触は限られた形、場面となっているようである。本来、住民と接触する場として、健康相談はまず第一のものである。それを所内のみでなく、住民の生活が見える範囲で、地域で行うことが住民との接触を多くする可能性を含んでいる。また、住民の相談にのる際に生活をふまえた相談対応がしやすいと言える。これらのポイントは教科書的なものであるが、地域で相談を行い、地域住民と相談の場を設定できるようになれば、住民同士が互いの健康不安を相談し合い、保健師がアドバイザーとしての役割に回ったり、その場をどの様に発展させていこうかと言う発展型が想定でき、その場づくりが出来るようになってくる。この過程が重要であり、評価要素となる。

地域組織活動の多くは自主グループづくりから始まり、自主グループづくりは

健康教育の受講者に呼びかける事から始まっている。これは地域組織活動の評価要素として大変大きいものを持っていると考えられる。その数、グループの主たるテーマの分類、参加住民の性年齢の特徴、地域性などが含まれ、保健師活動としては、更にそれをどの様に発展させていくか、グループ間の協力や連携、健康祭りなどのイベント開催、発表の場と意見交換等があげられ、また、保健師間でその支援をどの様に行うかの協議や連携、消えようとしているグループの支援方法など、分野組織を越えた保健師の協力関係も重要となる。

このようにこの報告で検討している保健師活動は一つのモデルを取り入れたと言える。その考え方を整理する事から保健師活動の評価を考えている。そもそも保健師活動は多様な住民を対象として基本的手法の多様な使い方とその複雑なパターンを持っていると考えられる。その複雑性があるからこそ、評価を考えるにはモデルが役立つと言える。

この保健師活動の性質から今まで保健師活動の定義も余り考えられずに来ていると考えられるが、今回、定義の必要性和意義はこれらの検討から大変大きいものと考えられた。

#### D. 結論

保健師活動の定義を行うことにより、保健師活動の評価の考え方を具体的にわかりやすくすることが出来、保健師活動の定義を行うことがその充実のための評価に重要であることがわかった。評価の調査を行う場合にも、趣旨を説明しやす

く、被調査者が調査を理解しやすいものになると考えられる。

保健師活動の定義を踏まえ、既に行われた調査項目についてその評価要素を検討すると、保健師住民関係づくり、地区活動と地域組織活動、地区診断、組織の四つが取り上げられた。それぞれ現状の保健師活動の問題点を踏まえた整理の中で出されたものなので、これらを踏まえた評価を行うことが適切と考えられた。

その四つの評価要素の中から地域組織活動を取り上げて、その評価要素と評価背景を分析した。地域組織活動がしづらくなっている現状の中で評価をし、改善を図ることから、一定のモデルを提示することが必要で、それを踏まえた評価と現場への適用が今後必要と考えられた。

しかし、定義検討とその具体化の際には保健師活動の多様性をふまえ、一層の定義の検討を多くの研究者が行う事が必要と考えられる。

#### 引用・参考文献

- 1) 上木隆人、他. 保健師活動の効果を科学的に評価する指標に関する研究. 大同生命厚生事業団報告集 平成22年度 第17回地域保健福祉研究助成. 平成23年12月. 39-43.
- 2) 中山貴美子. 保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発. 日本地域看護学会誌. 10巻1号 49-58 2007
- 3) 北川定謙. 平成8年度厚生科学研究・保健医療福祉地域総合調査研究事業報告書. ケア・コーディネーションの機能

に関する研究報告書. 平成 9 年 3 月

4) 日下慶子、他. 行動変容理論を道具として上手に活用する. 保健師ジャーナル. Vol66 No6 p566. 2010

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の取得状況

なし