

成人の健康づくり

治療可能な疾患の早期発見、早期治療ができる

		39.がんの予防についての住民の知識が向上する	3	2	1	0		B11
		40.健診受診者数が増加する	3	2	1	0		
	結果2	41.がんによる死亡率が減少する	3	2	1	0		B12
〈ご意見・代替案〉 G2								
生活習慣病予備群の抑制	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	3	2	1	0		B13
		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	3	2	1	0		B14
		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	3	2	1	0		
		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)がなされています	3	2	1	0		
	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ます	3	2	1	0		
		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	3	2	1	0		
		48.学校や医師会等関係機関との連携ができています	3	2	1	0		
	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ます	3	2	1	0		B16
		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ます	3	2	1	0		
		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ます	3	2	1	0		
		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ます	3	2	1	0		
		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ます	3	2	1	0		
		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を考慮して行っている	3	2	1	0		
	結果2	55.特定健診受診率が増加する	3	2	1	0		B17
		56.保健指導終了率が増加する	3	2	1	0		
		57.認知や行動が変化した人(個人、集団)が増加する	3	2	1	0		

成人の健康づくり	治療可能な疾患の早期発見、早期治療ができる	結果3	58.生活習慣病患者数が減少する	3	2	1	0		
		〈ご意見・代替案〉 G3							
		構造	59.健康増進計画等に目標値が設定されている	3	2	1	0		B18
			60.地域の医療機関等との連携会議が開催されている	3	2	1	0		B19
		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	3	2	1	0		
			62.保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上する	3	2	1	0		B20
			63.医療機関との連携が良好に行われている	3	2	1	0		
		結果1	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	3	2	1	0		
		結果2	65.特定健診受診率が増加する	3	2	1	0		B21
			66.糖尿病有病者が減少する	3	2	1	0		B22
			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	3	2	1	0		
		結果3	68.合併症(失明・透析・四肢の切断など)発生率が減少する	3	2	1	0		
		〈ご意見・代替案〉 G4							

T:最後の自由意見

本調査につきまして、ご意見などございましたら、ご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。2月27日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します

◆ 次年度の調査にご協力いただける方は、下記に郵送先をご記入ください。最終研究報告書も送らせていただきます。

郵送先：〒

---

この調査に関するご質問やお問い合わせがございましたら、下記までお願い致します。

担 当：東北大学大学院医学系研究科 国際看護管理学分野

連絡先： 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1

TEL:022-717-7925 (直通)

FAX:022-717-7925

E-mail: kayhirano@med. tohoku. ac. jp

## 「精神保健福祉」の活動の評価指標に関する調査

この調査は、保健所における「精神保健福祉」に関する保健活動の質を評価する指標を明らかにしようとするものです。調査票には精神保健福祉活動を評価する指標案を示しました。現場で活動する保健師の方が、これらの指標が活動を評価するのに適切と思うか、また、評価できると思うかについて回答いただくものです。この調査により適切な指標に絞り込み（また、新たに必要な指標を追加し）、次年度に改めてそれらの指標案について調査をお願いするものです。このように調査を繰り返すことで、誰でもが何処でも評価できる指標（標準化された指標）を作り上げたいと考えています。調査への協力は今回だけでも結構です。次年度にも協力をお願いできる方は、調査票の最後に郵送先をご記入下さい。最終研究報告書も送らせていただきます。

この調査はおよそ30分で回答可能です。回答によって、また回答しないことによる不利はありません。回答の返送を以って、調査に「同意された」とみなさせていただきます。

### 《設問内容》

この調査では、活動を評価するためにこれらの指標案は適切と思うかの【適切性】と、評価しようとするならば実際に評価できるかの【実施可能性】についてお答えください。

◆ 回答くださる方は、都道府県名あるいは市名をご記入ください。

#### ◆ 適切性について

各指標案が、「とても適切」と思ったら適切性の欄の「3」に○印を、「まあ適切」と思ったら「2」に○印を、「いくらか適切」と思ったら「1」に○印を、「不適切」と思ったら「0」に○印を付けて下さい。

#### ◆ 実行可能性について

実際に評価しようとするなら「評価できる」と思ったら実行可能性の欄に「○」、「できない」と思ったら「×」を付けて下さい。

これは、現在の職場でできるか否かではなく、保健所にある資料や住民に尋ねることで評価しようとするならできるか否かのスタンスで回答ください。

◆ 適切性と実行可能性に「×」をつけたときは、備考欄にご意見や代替案をお書き下さい。設問の最後にも自由意見をお書きいただく箇所があります。

・是非、次年度以降の調査にもご協力いただきたいです。ご協力いただける場合は、調査票の最後に「郵送先」をお書き下さい。

お忙しいところ恐縮ではございますが、2月27日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します。

調 査 票

領域	テーマ	目的	評価枠組	指 標 案	適切性	実行可能性	備 考				
精神保健福祉	治療中断・未治療	○未治療の精神障害者が精神科治療を受ける ○治療中断していた精神障害者が精神科治療を再開する ○未治療・治療中断していた精神障害	構造	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	3	2	1	0	B1		
				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マンパワーが確保されている	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				5.精神科医療機関が無理なく通院できる範囲内にある	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
			プロセス	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	3	2	1	0	B2		
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1	0			
				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	3	2	1		0	B3
					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	3	2	1		0	

者が精神科  
治療を継続  
する

結果 1	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	3	2	1	0	B3
	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	3	2	1	0	
	25.関係者のネットワークが強まる	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	27.治療開始・再開のために行った支援の方法と回数	3	2	1	0	
	28.治療継続のために支援を行った精神障害者の実人員	3	2	1	0	
結果 2	29.治療継続のために行った支援の方法と回数	3	2	1	0	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
結果 3	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	3	2	1	0	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
〈ご意見・代替案〉 G1						

精神保健福祉

ひきこもり

○ひきこもり本人が社会的参加(=義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊等)できるようになる  
○ひきこもりの家族が自分の人生を楽しむことができる

構造	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	3	2	1	0	B6
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
プロセス	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	3	2	1	0	B7
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	48.相談に来た家族に対して個別支援を行っている	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	52.ひきこもりを持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	3	2	1	0	
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	3	2	1	0		
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	3	2	1	0		
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	3	2	1	0		
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	3	2	1	0		
結果	57.ひきこもりに関する関係者の理解が深まる	3	2	1	0	B8
	58.関係者のネットワークが強まる	3	2	1	0	
	59.ひきこもりの支援を行う社会資源が充実・増加する	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	

1	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	3	2	1	0	B8
	62.個々の家庭において、家族間の協力関係が構築される	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	64.ひきこもりに関して行った支援の方法と回数	3	2	1	0	
結果 2	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	3	2	1	0	B9
	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	3	2	1	0	
結果 3	67.新規支援対象者のひきこもりの平均期間が短縮する	3	2	1	0	B10
	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	3	2	1	0	
	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)	3	2	1	0	
〈ご意見・代替案〉 G2						



精神  
保健  
福祉

自殺予  
防

○自殺者が減少する  
○自殺未遂者が減少する  
○自死遺族の健康状態が良好に保たれる

構造	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	3	2	1	0	B11
	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	3	2	1	0	
	72.自殺予防に必要な予算が確保されている	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	74.精神科医療機関が管内又は近隣地域にある	3	2	1	0	
プロセス	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	3	2	1	0	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	82.自死遺族に対する個別支援を行っている	3	2	1	0	
	83.自死遺族交流会の開催または支援を行っている	3	2	1	0	
	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)	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	87.関係部署・機関や任氏組織等、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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
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	3	2	1	0		
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	3	2	1	0		

結果 1	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:他人事意識がなくなる、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)	3	2	1	0	B13
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
結果 2	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	3	2	1	0	B14
	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	3	2	1	0	
結果 3	98.地域における住民同士のつながりが強くなる	3	2	1	0	B15
	99.関係者同士のネットワークが充実・強化される	3	2	1	0	
	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	3	2	1	0	
	101.当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する	3	2	1	0	
	102.当該地域の自殺未遂者数が減少する	3	2	1	0	
	103.自死遺族の自殺未遂者数が減少する	3	2	1	0	
	104.自死遺族の自殺死亡数が減少する	3	2	1	0	
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)	3	2	1	0		
〈ご意見・代替案〉 G3						

本調査につきまして、ご意見などございましたら、ご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。2月27日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します

◆ 次年度の調査にご協力いただける方は、下記に郵送先をご記入ください。最終研究報告書も送らせていただきます。

郵送先：〒\_\_\_\_\_

この調査に関するご質問やお問い合わせがございましたら、下記までお願い致します。

担 当：東北大学大学院医学系研究科 国際看護管理学分野

連絡先： 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1

TEL:022-717-7925 (直通)

FAX:022-717-7925

E-mail: kayhirano@med.tohoku.ac.jp

## 「感染症」の活動の評価指標に関する調査

この調査は、保健所における「感染症」に関する保健活動の質を評価する指標を明らかにしようとするものです。調査票には感染症の活動を評価する指標案を示しました。現場で活動する保健師の方が、これらの指標が活動を評価するのに適切と思うか、また、評価できると思うかについて回答いただくものです。この調査により適切な指標に絞り込み（また、新たに必要な指標を追加し）、次年度にそれを皆様にお返しし、改めてそれらの指標案について調査をお願いするものです。このように調査を繰り返すことで、誰でもが何処でも評価できる指標（標準化された指標）を作り上げたいと考えています。調査への協力は今回だけでも結構です。次年度にも協力をお願いできる方は、調査票の最後に郵送先をご記入下さい。最終研究報告書も送らせていただきます。

この調査はおよそ30分で回答可能です。回答によって、また回答しないことによる不利はありません。回答の返送を以って、調査に「同意された」とみなさせていただきます。

### 《設問内容》

この調査では、活動を評価するためにこれらの指標案は適切と思うかの【適切性】と、実際に評価できるかの【実施可能性】についてお答えください。

◆ 回答くださる方は、都道府県名あるいは市名をご記入ください。

#### ◆ 適切性について

各指標案が、「とても適切」と思ったら適切性の欄の「3」に○印を、「まあ適切」と思ったら「2」に○印を、「いづらか適切」と思ったら「1」に○印を、「不適切」と思ったら「0」に○印を付けて下さい。

#### ◆ 実行可能性について

実際に評価しようとするなら「評価できる」と思ったら実行可能性の欄に「○」、「できない」と思ったら「×」を付けて下さい。

これは、現在の職場でできるか否かではなく、保健所にある資料や住民に尋ねることで評価しようとするならできるか否かのスタンスで回答ください。

◆ 適切性と実行可能性に「×」をつけたときは、備考欄にご意見や代替案をお書き下さい。設問の最後にも自由意見をお書きいただく箇所があります。

◆ 是非、次年度以降の調査にもご協力いただきたいです。ご協力いただける場合は、調査票の最後に「郵送先」をお書き下さい。

お忙しいところ恐縮ではございますが、2月27日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します。

調 査 票

領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考
感染症	結核 ○高齢者で、何らかの基礎疾患を有する者に感染者が多い ○都市部の罹患率が多い ○結核発症の危険が高いハイリスクグループが存在する ○適切な医療体制の確保が困難である(大都市部における病床数の不足や医療アクセスの悪化など) ○結核患者の治療中断 ○治療が困難な多剤耐性結核患者の発生	○住民が結核の正しい知識を身につけ、予防行動がとれる。 ○高齢者、ハイリスクグループ、デインジャーグループが結核に罹患しない、○結核患者が早期発見、早期治療につながる。 ○結核患者が発生した場合、二次感染が起きない。また、潜在性結核感染症患者が発病しない。 ○結核患者が、早期に適切な医療を受け、結核が治癒する。 ○結核患者が服薬を継続し、治療が完遂・成功する。 *ハイリスクグループ: 地域の実情に即した疫学的な解析により結核発症の危険が高いとされる住民層。医療を受けていないじん肺患者、住所不定者、職場での健康管理が十分とはいえない労働者、海外の高まん延地域からの入国者等。 **デインジャーグループ: 発病すると二次感染を起こしやすい職業就労者	構造	1.相談しやすい体制整備がされている	3 2 1 0		B1
				2.管内・近隣地域の地域DOTSの協力機関の数	3 2 1 0		
				3.結核の服薬支援アセスメント票や服薬支援マニュアル、服薬手帳がある	3 2 1 0		
			プロセス	4.国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の外国人の結核発生情報)を収集している	3 2 1 0		B2
				5.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(HIDS、じん肺、糖尿病、人工透析患者等)を治療している医療機関の結核発症予防策の実施状況を把握している	3 2 1 0		
				6.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	3 2 1 0		
				7.結核の普及啓発活動をしている	3 2 1 0		
				8.患者届出受理後、早期に保健師等が患者と面接し、療養支援や情報収集をしている	3 2 1 0		
				9.患者の家族、その他の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	3 2 1 0		
				10.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	3 2 1 0		
				11.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	3 2 1 0		
				12.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)	3 2 1 0		
				13.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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				15.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1週間以内)	3 2 1 0		
				16.患者の家族、その他の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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				19.管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関、DOTS協力施設、直接服薬確認の場が増える	3 2 1 0		
				20.管内市町村のBCG予防接種率の向上(目安: 生後6か月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	3 2 1 0		
				21.管内市町村の定期健康診断受診率の向上(全体、高齢者、ハイリスク・デインジャーグループ等)	3 2 1 0		
				22.接触者健診の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上	3 2 1 0		
				23.結核患者(特に高齢者、ハイリスク・デインジャーグループ)の自覚症状出現時～受診までの期間短縮	3 2 1 0		
				24.結核患者や潜在性結核患者の服薬中断率の減少又は結核治療の成功率の向上	3 2 1 0		
結果2						B3	

領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考
				25.結核患者の再治療率の減少	3 2 1 0		
			結果 3	26.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)	3 2 1 0		B4
				27.結核の集団感染数の減少	3 2 1 0		
				28.結核の有病率の減少	3 2 1 0		
				29.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	3 2 1 0		
				30.潜在性結核感染症患者の発病率の減少	3 2 1 0		
				31.結核死亡者数(率)の減少(特に多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)	3 2 1 0		
				32.結核医療費の減少	3 2 1 0		
		〈ご意見・代替案〉		G1			

領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考
感染症	平常時の対応 (発生予防・早期発見)	○住民が感染症の正しい知識を身につけ、予防行動がとれる。 ○感染症が発生しない。 ○感染症の集団発生が起こらない。 ○病院、老人福祉施設等施設は、感染症の発生やまん延を防ぐことができる。	構造	33.感染症担当部署の職種別人数	3 2 1 0		B5
				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 2 1 0		
				35.医療監視や施設指導の職員数	3 2 1 0		
				36.感染症の診査に関する協議会の機能状況	3 2 1 0		
			プロセス	37.感染症の発生動向に関する情報を収集・分析している	3 2 1 0		B6
				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	3 2 1 0		
				39.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	3 2 1 0		
				40.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	3 2 1 0		
				41.関係機関と感染症対策に関わる協力関係づくりをしている	3 2 1 0		
				42.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	3 2 1 0		
				43.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	3 2 1 0		
				44.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	3 2 1 0		
				45.集団発生が起きやすい施設等に対する感染症対策関連マニュアル作成の支援を行っている	3 2 1 0		
				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索している	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				48.感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている	3 2 1 0		
			結果 1	49.感染症に関する普及啓発活動の回数	3 2 1 0		B7
				50.住民からの相談件数と対応内容	3 2 1 0		
				51.感染症予防に対する住民と関係者の意識が高まる	3 2 1 0		
				52.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	3 2 1 0		
				53.感染症対策関連マニュアルを策定・改訂している施設が増える	3 2 1 0		
				54.集団発生が起きやすい施設等からの感染症対策に関する相談・支援依頼が増える	3 2 1 0		
				55.関係機関との協働による感染症予防活動の回数	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		

領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考	
			結果 2	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 2 1 0			
				58.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、給食従事者の検便、HIV抗体検査)の受診率が高まる	3 2 1 0		B8	
				59.定期予防接種の接種率が高まる	3 2 1 0			
				60.感染症予防活動を適切に実施している施設が増える	3 2 1 0			
				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	3 2 1 0			
				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	3 2 1 0			
			結果 3	63.感染症予防行動が身につけている住民の増加	3 2 1 0			B9
				64.感染症の患者数・罹患率の減少	3 2 1 0			
				65.感染症の集団発生の件数、患者数の減少	3 2 1 0			
				66.感染症による死亡者・死亡率の減少	3 2 1 0			
				67.感染症に関わる医療費の減少	3 2 1 0			
				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	3 2 1 0			
				69.感染者・患者への差別・偏見のない地域となる	3 2 1 0			
		〈ご意見・代替案〉	G2					



領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考
感染症	急性感染症発生時の対応 (発生への備えも含む)	○二次感染が起こらず、感染症がまん延しない。 ○感染者・患者とその家族の人権が尊重され、周囲から偏見・差別を受けずに療養・生活できる。 ○感染症患者は良質かつ適切な医療を受けることができる。 ○病院、老人福祉施設等施設は、感染症の発生やまん延を防ぐことができる。	構造	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)	3 2 1 0		B10
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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)	3 2 1 0		
			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	3 2 1 0			
			プロセス	81.感染症まん延防止活動を保健計画に位置づけている	3 2 1 0		B11
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				88.接触者健診の未受診者へ対応がなされる	3 2 1 0		
				89.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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
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)	3 2 1 0						

領域	テーマ	目的	評価 枠組	指 標 案	適切性	実行 可能性	備 考
				95.感染症発生時対応に関する関係者の意識が高まる	3 2 1 0		B12
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		
				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	3 2 1 0		B13
				99.二次感染が減少する	3 2 1 0		
				100.患者・家族が周囲から偏見・差別を受けずに療養できる	3 2 1 0		
〈ご意見・代替案〉 G3							

本調査につきまして、ご意見などございましたら、ご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。2月27日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します

◆ 次年度の調査にご協力いただける方は、下記に郵送先をご記入ください。最終研究報告書も送らせていただきます。

郵送先：〒

---

この調査に関するご質問やお問い合わせがございましたら、下記までお願い致します。

担 当：東北大学大学院医学系研究科 国際看護管理学分野

連絡先： 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1

TEL:022-717-7925 (直通)

FAX:022-717-7925

E-mail: [kayhirano@med.tohoku.ac.jp](mailto:kayhirano@med.tohoku.ac.jp)

## 産業看護職の保健の活動の評価指標に関する調査

この調査は、産業保健における保健活動の質を評価する指標を明らかにしようとするものです。調査票には産業保健の活動を評価する指標案を示しました。現場で活動する看護職の方が、これらの指標が活動を評価するのに適切と思うか、また、評価できると思うかについて回答いただくものです。この調査により適切な指標に絞り込み（また、新たに必要な指標を追加し）、次年度にそれを皆様にお返しし、改めてそれらの指標案について調査をお願いするものです。このように調査を繰り返すことで、誰でもが何処でも評価できる指標（標準化された指標）を作り上げたいと考えています。

この調査はおよそ30分で回答可能です。回答によって、また回答しないことによる不利はありません。回答の返送を以って、今年度の調査に「同意された」とみなさせていただきます。

なお、この調査項目は事業所における産業保健事業を対象とし、健康保険組合の事業と労働衛生機関の事業は含んでいないことを申し添えます。

### 《設問内容》

この調査では、活動を評価するためにこれらの指標案は適切と思うかの【適切性】と、評価しようとするならば実際に評価できるかの【実施可能性】についてお答えください。

- ◆ 回答者が有する資格、職種のあてはまるもののすべてに〇印をつけてください。
- ◆ 適切性について  
各指標案が、「とても適切」と思ったら適切性の欄の「3」に〇印を、「まあ適切」と思ったら「2」に〇印を、「いづらか適切」と思ったら「1」に〇印を、「不適切」と思ったら「0」に〇印を付けて下さい。
- ◆ 実行可能性について  
実際に評価しようとするなら「実施できる」と思ったら実行可能性の欄に「〇」、「実施困難」と思ったら「×」を付けて下さい。  
これは、現在の職場でできるか否かではなく、職場にある資料や社員や担当者に尋ねることで評価しようとするならできるか否かのスタンスで回答ください。
- ◆ 適切性と実行可能性に「×」をつけたときは、備考欄に代替案やご意見をお書き下さい。設問の最後にも自由意見をお書きいただく箇所もあります。  
・是非、次年度以降の調査にもご協力いただきたいです。ご協力いただける場合は、調査票の最後に「郵送先」をお書き下さい。

お忙しいところ恐縮ではございますが、3月6日(月)までに、返信用封筒にてご投函をお願い致します。