

201201006A

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

平成24年度

総括・分担研究報告書

主任研究者 平野 かよ子

平成25（2013）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の開発	----- 30
藤井 広美 (日本保健医療大学)	
中板 育美 (日本看護協会)	
2. 健康づくり活動の評価指標の開発	----- 37
藤井 広美 (日本保健医療大学)	
島田 美喜 (地域医療振興協会)	
尾崎 米厚 (鳥取大学)	
3. 高齢者保健福祉の評価指標の開発	----- 46
平野かよ子 (東北大学大学院)	
石川貴美子 (神奈川県秦野市)	
4. 精神保健福祉活動の評価指標の開発	----- 56
山口 佳子 (杏林大学)	
5. 感染症対策の保健活動の評価指標の開発	----- 73
春山 早苗 (自治医科大学)	
6. 難病対策の評価指標の開発	----- 80
小西かおる (大阪大学大学院)	
7. 産業保健の保健活動の評価指標の開発	----- 91
荒木田美香子 (国際医療福祉大学)	
大神 あゆみ (労働科学研究所)	
8. 総合的な保健活動(地区組織育成)の評価指標の開発	-----101
上木 隆人 (公衆衛生活動研究所)	
中板 育美 (日本看護協会)	
平野 かよ子 (東北大学大学院)	
9. 保健師のコア活動の評価指標の開発	-----113
平野かよ子 (東北大学大学院)	
神馬 征峰 (東京大学大学院)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----117

資料

調査票

二次調査：母子保健、健康づくり、地域精神保健福祉、感染症、 産業保健

一次調査：高齢保健福祉、難病、コア活動調査

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、高齢者保健、精神保健福祉、感染症、難病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、各領域の評価指標の成果物を提示した。今後は、全国各地で実際にこれらの評価指標を用いて活動の評価し、評価指標の実効性を検証し、より一層の標準化を図っていききたい。

分担研究者

荒木田美香子（国際保健福祉大学）
上木 隆人（公衆衛生活動研究所）
大神あゆみ（労働科学研究所）
尾崎 米厚（鳥取大学）
小西かおる（大阪大学）
島田 美喜（地域医療振興協会）
神馬 征峰（東京大学大学院）
中板 育美（日本看護協会）
春山 早苗（自治医科大学）
藤井 広美（日本医療大学）
山口 佳子（杏林大学）

研究協力者

石川貴美子（神奈川県秦野市）

斂させ、標準化された領域別の活動の評価指標と地域保健の各領域に共通する保健師活動のコアの活動の評価指標を開発することを目的とした。

保健活動の領域は、母子保健活動、健康づくり活動、高齢者保健福祉、精神保健福祉活動、感染症対策、難病対策と産業保健の保健活動とした。母子保健活動、健康づくり活動、高齢者保健福祉については全国の市町村の保健師を対象とした。精神保健福祉活動、感染症対策、難病対策には全国の保健所保健師を対象に行なった。保健師のコア活動の評価指標については、関連学会の保健師等の会員を対象とした。

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。

そこで本研究では表1に示した評価枠組（構造、プロセス、結果1、結果2、結果3）を基に評価指標案を作成し、それらの適切性と実行可能性をデルファイ法で収

B. 研究方法

- 1) 母子保健活動、健康づくり活動、精神保健福祉活動、感染症対策と産業保健の調査

母子保健活動、健康づくり活動、精神保健福祉活動、感染症対策と産業保健の評価指標案については、平成23年度にその適切性と実行可能性について郵送式アンケート調査（デルファイ法一次調査）を実施した。

その結果を論議集約し精緻化し、平成24年度はそれの適切性と実行可能性について同様の二次調査を実施した。調査対象は、一次調査で二次調査に協力する意思を表明した回答者で、母子保健活動は69名、健康づくり活動は77名、精神保健福祉活動は27名、感染症対策は40名、産業保健40名の計213名であった。

一次調査で精緻化した母子保健活動の評価指標案は 53 項目(子育て支援:22、発達障がい:14、児童虐待防止:17)、健康づくり活動は 55 項目(健康意識の向上:27、がん予防:18、糖尿病の重症化予防:10)であった。

精神保健福祉活動の評価指標案は 56 項目(未治療・治療中断:27、自殺予防:29)、感染症対策は 71 項目:(結核予防:26、平常時の感染症予防:18、急性感染症対策:27)であった。

産業保健の評価指標案は 61 項目(事業所特性に応じた労働衛生活動の展開:15、職業性疾患の発生防止:13、メンタルヘルス:14、過重労働:9、生活習慣病予防:10)であった。

2) 高齢者保健福祉と難病対策の調査

平成 24 年度は新たに高齢者保健福祉と難病対策の評価指標案を作成し、昨年行った一次調査と同様に、高齢者保健福祉は全国の 581 市町村(昨年度の対象を除く)の高齢保健担当リーダー保健師と高齢介護担当リーダー保健師を対象として行った。高齢者保健福祉の評価指標案は 59 項目(介護予防:30、地域包括ケア:39)とした。難病対策は全国の 170 保健所(昨年度の対

象を除く)の難病担当リーダー保健師を対象として行った。評価指標案は 41 項目(難病受容し、療養生活をイメージできる支援:27、多職種による支援体制整備:7、安心・安全な療養環境整備:7)とした。

3) 保健師のコア活動の評価指標の調査

各領域に共通する保健師のコアとなる活動とその活動の基盤を評価する指標案を論議し、63 項目(「活動の基盤」7 項目、「住民(個人)の知識・認識・態度・行動の変化」12 項目、「支援を求めない住民の健康維持・増進」7 項目、「住民の他の住民との活動の推進」15 項目、「地域ケアシステムの構築」22 項目)を作成した。日本公衆衛生看護研究会の会員(142 名)を主な対象とし、評価指標案の適切性と評価の実行可能性について郵送で調査(デルファイ法)を行った。

倫理的配慮

調査は平成23年度に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

ここでは各領域の評価指標の調査の概要を紹介する。

1) 母子保健活動

母子保健活動は調査協力を申し出た69名に対し行い、46名から回答を得、回収率66.9%であった。

ほとんどの指標案が適切性と実行可能性が70%以上であったが、4項目は両方とも70%以下であった。自由記載にあった記述を基に論議集約し、1つの指標に二つの内容

を含むものを分離し、その他指標の表現をより具体的にして修正して残し、54項目を本研究の母子保健活動の評価指標の成果物とし、それを表2に示した。

2) 健康づくり活動

健康づくり活動については77名の協力者に調査し、51名の回答を得、回収率66.3%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55項目であったが、90%は適切性と実行可能性が共に70%以上であった。適切性が74.5%で実行可能性が62.5%の1項目だけ削除し、本研究の健康づくり活動の評価指標の成果物は表3に示した54項目とした。

3) 高齢者保健福祉

高齢者保健福祉の評価指標については今年度一次調査を行った。当初の調査票は高齢者の領域を介護予防と地域包括ケアの2領域に限定し、介護予防の評価指標を30項目、地域包括ケアの指標を29項目の計59項目を設定した。調査結果を分析し論議を集約して、2領域に分けることで重複する事項も出ること等から2領域は一本化し、できるだけ具体的な表現に修正し、削除する項目はなく、成果物の評価指標も58項目とした。それを表4に示した。

4) 精神保健福祉活動

精神保健福祉活動に関しては二次調査を行った。一次との変更点は、活動領域の「ひきこもり」を削除し、「治療中断・未治療(25項目)」と「自殺予防(28項目)」2領域の53項目とした。二次調査の協力を得ていた27名にこの二次調査票を送付し、19名の回答が得られ、回収率70.4%であった。適切性と実行可能性が共に70%以下であった警察官通報に関する指標は削除し、

その他は自由記載の意見を踏まえ論議し、評価指標の削除は行わず、表記を修正し、最終的に精神保健福祉活動の評価指標の成果物は1指標のみ削除して52項目とした。それを表5に示した。

5) 感染症対策

感染症対策は二次調査を行った。二次調査は一次調査結果を分析し30項目の評価指標を削除し、71項目として行った。二次調査協力を申し出た40名を対象として行ったところ、28名から回答が得られ、回収率は70.0%であった。分析は27の回答で行った。評価項目の適切性と実行可能性の回答状況と自由記載意見を踏まえて論議集約し、削除した項目と、一つの評価指標を分割した2指標とした項目、さらに追加した項目もあり、最終的には71項目となった。それを表6に示した。

6) 難病対策

難病対策に関しては一次調査を行った。難病対策の活動領域としては「患者・家族が疾病を受容し療養のイメージがつく」「他職種による包括的な療養支援体制が整備される」「安心・安全な療養環境が整備される」を設定し、41評価指標として調査した。対象は全国の170保健所の難病担当リーダー保健師とし、回答は111名から得、回収率は65.3%であった。調査結果から類似した指標であるとの意見が示された1項目を削除し、最終的には40項目の成果物とし、それを表7に示した。

7) 産業保健

産業保健における保健活動についても二次調査を行った。調査協力を申し出た40名を対象としたところ、28名からの回答があり、有効回答数28で、回収率70.0%であっ

た。産業保健の保健活動の領域は一次調査との変更はなく、「事業所特性に応じた労働衛生活動(15)」「職業性疾患の発生防止(13)」「業務関連のストレスによるメンタルヘルスの不調の抑制(14)」「過重労働(9)」「生活習慣病(10)」の5領域61項目であった。各項目の評価指標としての適切性と実行可能性の程度と自由記載の事項を基に論議集約し、「事業所特性に応じた労働衛生活動(15)」から1項目を削除した他、一部表記を修正し、あとはそのまま残すこととし、最終の評価指標の成果物は60項目とした。それを表8に示した。

8) 総合的な保健活動(地域組織活動の育成)

総合的な保健活動として地区組織活動を取りあげた。まず、この地区組織活動の評価を3側面から行う評価モデルを提案した。従来の評組が、個別的な支援活動から集団対応への発展する「活動の流れ」とその過程における住民の意識と行動の変化を捉える2側面であるところに、保健師が各種事業を展開するスタートラインに保健師と住民との関係づくりを設定し、そのプロセスにおいて地域組織化を意識する保健師の意識・考えの側面を加える3側面の評価モデルを提示した。これを図1に示した。この枠組を基とすることで、総合的な保健活動を行う保健師固有の保健活動の質の評価指標の設定に有効であることを論じた。

9) 保健師のコア活動

保健活動の領域に共通するコアとなる活動の評価指標の開発を目的として、コア活動の評価指標案を作成した。評価指標案の構成は、活動基盤：7項目、住民(個人)の知識・認識・態度・行動の変容：12項目、

支援を求めない住民の健康維持・増進：7項目、住民の他の住民との活動(参加・自主グループ活動、地区組織活動)：15項目、地域ケアシステムの構築：22項目の5領域63項目である。調査対象は日本公衆衛生看護研究会の会員142名とアジア環太平洋公衆衛生学術集会に参加した保健師3名を対象に、他の調査と同様に評価指標案の適切性と実行可能性について郵送でアンケート調査(デルファイ法)を行った。アジア環太平洋公衆衛生学術集会の参加にはメールで行った。21名から回答が得られた。すべての項目の適切性は高いが、実行可能性は概して低く、適切性と実行可能性がともに高い項目は23項目で37%にすぎない状況であった。自由記載を基に指標の標記の修正を進めているが、改めて保健師固有の活動を評価する評価枠組のあり方から、引き続き検討していく必要性が示唆された。

D. 考察

保健活動の母子保健活動と健康づくり活動、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病対策と産業保健における保健活動、さらにこれらに共通するコア活動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デルファイ法による調査を実施し、調査結果を基に論議集約して、コア活動を除く領域の評価指標の成果物を提示した。また、領域に共通する総合的な保健活動として地域組織育成活動を取り上げ、より総合的な評価指標開発には新たな評価枠組を設定することの必要性について論じた。

本研究は全国どこでも用いることのできる標準化された指標開発を目指し、全国の

保健師に回答を求めたが、全体的に調査対象数は少ない。さらに今回提示した評価指標の成果物の適切性と実行可能性を高めたものとするとともに、これらの評価指標を用いて実際に活動を評価し、評価指標の実効性を高め、標準化を進めることが今後の課題である。特に保健師固有の活動の評価枠組に関しても再考していく必要性が示された。

一方、これらの調査を進める過程で保健活動の評価を推進する上でのいくつかの課題に気づかされた。それらを以下に列記する。

1) 保健活動を評価する意義の啓発

年々増加する事業を担う保健師は、事業の円滑な運営と事業目的を達成することが目的になりがちである。地域の実態と住民ニーズを捉える地域診断を基盤としてPDCAサイクルを展開することや、活動の質を構造、プロセス、結果等と構造化してとらえる視点を啓発するワークショップ等を開催することが必要と考えられた。評価に必要なデータや情報を組織内の関連部署との連携や、管内の関係機関の協力を得る等連携を図って評価を推進する組織の強化が必要である。また、PDCAそのものに地域特性に応じた指標開発を含むわけで、保健所と市町村等が協働して指標開発を行うことを期待したい。

2) 保健師の活動の基本形の啓発

高齢保健福祉への保健師の配属は介護保険事業の開始とともに進展してきているが、行政の高齢保健福祉部門の保健師の役割が見出せない自治体が多いことが伺われた。高齢者を対象としたサービスの提供と

その質の管理といった活動理念が定着していることが背景にあると考えられる。地域の高齢者の生活実態から活動を展開することや、住民をサービスの受け手だけで捉えず、住民同士の主体的な活動の醸成が保健師活動にあることが、保健師が所属する組織に十分理解されていない様子が散見された。昨今ソーシャルキャピタルが叫ばれ、住民同士の支え合いの醸成の気運の高まりはあるが、保健師は活動の基盤である地域に出て、そこで住民とつながりを築き活動するのが保健師の活動の基本形であることの組織の理解が無ければ、保健活動の評価は始まらない。

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、高齢者保健、精神保健福祉、感染症、難病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、各領域の評価指標の成果物を提示した。今後は、全国各地で実際にこれらの指標を用いて活動を評価し、評価指標の実効性を検証し、より一層の標準化を図る必要がある。最後に、本研究の調査にご協力下さいました全国の保健所および市町村の保健師の皆さま、日本産業衛生学会、日本公衆衛生看護研究会の看護職の皆様に、御礼申し上げます。

【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

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

- 1) 第71回日本公衆衛生学会
- 2) 第44回アジア環太平洋公衆衛生学術会議（スリランカ）
- 3) 国際医療福祉大学学会
- 4) 第86回日本産業衛生学会

G. 知的財産権の取得状況

なし

表1 保健活動の質の評価枠組

用語の定義	定 義
健康課題	保健活動の対象としている地域の健康課題
目的	上記の健康課題について、保健活動を通して達成しようとする状態
指標:構造	<p>保健活動の基盤となるもの:評価者(=保健活動の実践者)の所属自治体及び保健活動の対象地域における人的・物的・経済的資源やシステムの実態。以下の観点から評価する。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①人材(職種・人数・配置)、 ②施設・設備 ③組織体制 ④記録様式 ⑤活動基準・マニュアル ⑥勤務体制・活動体制 ⑦予算等
指標:過程	<p>保健活動の全過程:PDCAサイクルをふまえて以下の観点から評価する</p> <ol style="list-style-type: none"> ①関連する情報の収集…日頃の保健活動や既存資料等から、当該保健活動に関連する情報を収集している。 ②情報分析・地域診断、目標設定…①の情報を分析し、地域の健康課題や保健活動の目標を明確に設定している。潜在的な健康課題を発掘している。 ③計画への位置づけ…保健計画や事業計画における当該保健活動の位置づけを明確にしている。当該保健活動を推進できるように保健計画や事業計画を策定・修正している。 ④住民への働きかけ…見守り、相談、訪問、教育、集団化への働きかけ等、当該保健活動において住民に対してどのような働きかけを行っている。 ⑤連携・協働…評価者の所属組織の内外の関係者と連携・協働している。 ⑥モニタリング・評価…当該保健活動のモニタリングと評価を行い、計画や実施の改善につなげている。 ⑦住民活動の活性化…当該保健活動を通して住民活動の活性化を図っている。 ⑧人材育成…当該保健活動を通して関係者や住民等の人材育成を図っている。
指標:結果1	<p>短期目標の達成状況、あるいは結果2の前段階の成果。範囲は個人・家族、集団、関係者等で、直接的なかかわりで把握できる成果</p> <ol style="list-style-type: none"> ①健康に関する知識や技術の習得、健康に関する意識・態度の変化、健康感の変化、保健活動への満足度 ②集団(地区組織・自主サークル)の形成 ③実績:アウトプット(実施回数、件数)等
指標:結果2	<p>活動目的の達成状況:</p> <ol style="list-style-type: none"> ①行動・習慣の変容(予防接種率・健診受診率、早期受診率、早期相談率、受支援行動の増加、生活習慣:適正体重者率、歩数) ②介護認定率、虚弱高齢者率、 ③QOLの向上、人間関係の変化:孤立者の減少、 ④事業の創設・充実 ⑤地域の仕組みの修正・創設、ネットワークの構築
指標:結果3	<p>いくつかの結果2の集成としての成果、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</p> <ol style="list-style-type: none"> ①健康度(平均余命、健康寿命、死亡率、自殺率、罹患率、有病率) ②医療費 ③費用対効果 ④波及効果等

表2 母子保健活動の評価指標—成果物—

テーマ	目的	評価枠組	評価指標
子育て支援(安心して子育てができるまちづくり=孤立しない子育て支援)	子育て中の親が安心して子育てができる	構造	1.利用しやすさや満足度を考慮した子育て相談の窓口がある。
			2.地域の子育て支援ニーズに見合った支援(従事)者数を明らかにしている。
			3.行政と住民が共に地域の子どもの成長発達や子育て支援について話し合う場がある。
			4.母子保健活動の評価、見直しを行う組織・体制がある。
			5.母子保健の予算はニーズに見合った額が計上/確保されている。
		プロセス	6.地域の乳幼児に関する健康の現状(健診結果、未受診者情報、相談内容、子どもに関する自主組織など)を捉えている。
			7.地域の子育て相談や健診、保育園・幼稚園などの事情から、地域の子育てニーズを捉えている。
			8.母子保健(事業・活動)計画に孤立がないなど、子育てにやさしいまちづくりが具体的に記載されている。
			9.地域の関係者が母子保健の課題を共有し、役割を担っている。
			10.子育ての悩みや成長発達の悩みをもつ親グループの育成とネットワーク化を行っている。
			11.母子保健に関する支援者(ボランティアなど)の育成とネットワーク化を行っている。
		結果1	12.主体的/自発的に子育て支援を行う住民やグループ数が増加する。
			13.住民の子育て支援の資源の活用回数(子育て広場の利用者数など)が増加する。
		結果2	14.予防接種率、こんにちは赤ちゃん事業の訪問実施率が向上する。
			15.各種健診受診率、未受診調査実施率などが向上する。
			16.母子保健対策や活動の評価や見直しに参加した住民・団体の数が増加する。
		結果3	17.母子保健サービスの利用者の満足度が向上する。
			18.地域づくり/健康づくりへの住民の意識が向上する。
			19.支援される側から支援する活動へ参加する住民の数が増加する。 20.市民アンケート等で、子育てしやすさ・充実感/安心感/安全感があると回答する率が増加する。

			21.健康指標が改善する(出生数の増加, 乳児死亡率の減少, 周産期死亡率の減少, 乳幼児の事故数の減少)。
発達障害の早期発見・早期対応	早期発見・早期対応の体制が整備される	構造	22.発達障害児をスクリーニングできる体制(仕組み、人材など)がある。
			23.発達障害が疑われる児が通える場がある。
			24.発達障害が疑われる子どもとその家族(親、兄弟)を一貫して支援する体制がある。
		プロセス	25.発達障害児の実態が把握されている(発達障害に関する要観察者数、健康ニーズ、資源など)。
			26.療育専門職の保育園・幼稚園・学校への巡回相談に保健師が参加している。
			27.子どもの成長発達に悩む親グループの育成を行っている。
			28.発達障害児やその家族が発達障害について理解を深める機会がある。
			29.地域の住民が発達障害の理解を深める機会がある。
		結果1	30.把握しているケースのうち、見通しを持って支援されるケースの割合が増加する。
			31.発達障害児に関わる専門職(小児精神科医師、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)が増える。
			32.利用者から安心感・満足感の言葉が聞かれる。
		結果2	33.地域の人々が発達障害を理解できる場が増える。(開催回数, 参加者数)。
			34.地域の人々の発達障害の理解のために役割を担う障害者や家族が増える。
			35.発達障害児の生活の場や学びの場への利用者数が増加し、利用者の満足度が高まる。
		結果3	36.母子保健から学校保健へスムーズに引き継がれる事例数が増加する。
		構造	37.次世代育成支援行動計画に児童虐待防止の視点での子育て支援策の重点事項が記載されている。
			38.虐待に関する相談窓口がある。
			39.要保護児童対策地域協議会が整備され、発見から対応、支援、再発防止、リハビリの途切れのない一貫した支援体制がある。
			40.専門的役割を担うマンパワー(児童福祉士、精神保健福祉士、保健師等)の人材確保が確保され、人材が確保困難な市町村への支援もなされる。

児童虐待の早期発見・早期対応

早期発見・早期対応できる地域づくり

	プロセス	41.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。
		42.虐待に関する地域診断()が実施されている。
		43.虐待のスクリーニングが行われている。
		44.関係者間で地域の虐待防止に関わる情報が共有されている。
		45.地域住民に子どもの権利擁護, 命の大切さ, 虐待防止の教育がなされている。
	結果1	46.要保護児童対策地域協議会での組織・団体の代表者の会議, 実務者の会議, 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), 紹介機関の数。
		47.母子保健活動において虐待事例もしくはその疑いの事例の発見数が増加する。
		48.虐待に悩む保護者への支援が増加する(親支援グループ実施率, 参加者数など)
	結果2	49.相談した保護者の満足度が高まり, 育児不安が軽減する。
		50.地域住民の児童虐待防止, 早期発見に向け行動した住民数(声掛け運動などの実績)が増加する。
		51.中学・高校などで虐待予防の教育(虐待をしない, させない大人に)の機会が増加する。
	結果3	52.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, 予防推進事業の実施数が増加する。
		53.あらゆる関係機関からの通報, ネットワークへの積極的な参画がある(進行・再発防止)
		54.虐待事例が減少する。

表3 健康づくり活動の評価指標-成果物-

テーマ	目的	評価 枠組	評 価 指 標
1 予防可能な疾患が予防できる	住民の健康意識（健康増進、生活習慣病予防）が向上する	構造	◎健康づくり活動基盤の確保
			1 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている
			2 地域における健康づくり活動に関わる人材（在宅保健師、栄養士、運動指導士等）を把握している。
			3 健康づくり活動の地域資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、地域栄養士、自主グループ等との協議の場がある
			◎予算確保
			4 健康づくり活動に関して、地域ニーズに見合った額の予算が確保されている
			◎実態把握のための情報収集
			5 地域住民の生活習慣に関する実態（喫煙、食、運動など）を把握・分析している
			6 日常の保健事業を通して把握した地域の現状から重点課題の整理を行っている
			7 上記No.6で整理した健康課題を健康づくり活動の関係者で共有している
			8 健康づくり活動の社会資源（人材、施設、民間サービスなど）の実態を把握している。
			◎計画への位置づけ
			9 健康づくり活動が健康増進計画や健康づくり計画などに位置付けられている
			10 住民による活動（地縁組織、自主グループなど）を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置付けられている
			◎住民への働きかけと住民活動の活性化
			11 健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している
			12 自主活動等を活用したハイリスク者への個別支援と地区組織活動等を組み合わせて継続支援を行っている
			13 無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組み（広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など）がある
			14 住民の満足感（利便性など）に配慮し健診や健康教育を行っている
			◎環境整備
	15 健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている		
	◎関係者間の協働・連携		
	16 健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している		
	◎モニタリング・評価		
	17 エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法（プログラム、評価の方法・時期など）を検討する場がある		
	◎人材育成		

テーマ	目的	評価 枠組	評 価 指 標		
		結果1	18 健康づくり活動を担う従事者のスキルアップの場が設けられている		
			19 健康づくり(生活習慣病予防を含む)に関心を持つ住民が増加する		
			20 健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する		
			21 健康づくり活動に協力する公共機関、学校、病院、民間企業(飲食店等を含む)などが増加する		
		結果2	22 特定健診受診率が向上する		
			23 保健指導実施率・終了率が増加する		
			24 生活習慣について意識や行動が変化した住民(個人、集団)が増加する		
		結果3	25 健康寿命が延伸する		
			26 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少する		
		2 治療可能な疾患の早期	①がんの早期発見・早期治療(喫煙対策を含む)	構造	27 ニーズに見合ったがん検診の実施機関・設備が充足している
					28 目標受診者数分のがん検診費用が予算化されている
				プロセス	◎実態把握のための情報収集
					29 地域のがん予防に関する活動を把握している
30 がん検診の受診率・未受診者等の状況を把握している					
31 がん検診未受診者、要精密検査者のフォローをしている					
32 地域のがんによる死亡や受療状況に関する情報を収集・分析している					
◎住民への働きかけと住民活動の活性化					
33 住民に向けたがん検診に関するPRを行っている					
34 住民の満足感(利便性など)に配慮しがん検診や健康教育を行っている					
35 がん予防活動に関わる人材や地区組織を育成している					
◎協働・連携					
36 関連機関(医師会、学校、企業、商店会、住民組織など)と連携してがん予防の啓発活動を行っている					
結果1	37 がんの予防についての住民の知識(がんを防ぐための12か条などの生活習慣、がん検診、ワクチン接種など)などが高まる				
	38 がん検診受診率が向上する				
	39 精検受診率が向上する				

テーマ	目的	評価 枠組	評 価 指 標
期発見・早期治療ができる	①	結果2	40 喫煙者数が減少する
			41 多量飲酒している住民が減少する
			42 食事や身体活動量に気をつける住民が増加する
			43 受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会がある者が減少する
		結果3	44 がんによる死亡率が減少する
	② 糖尿病の重症化予防	構造	45 糖尿病対策に関する地域医療機関等との連携の場がある
		プロセス	46 医療機関や医療保険者と連携し、糖尿病に関する地域の実態の把握・分析を行っている
			47 糖尿病悪化予防について、健康増進計画や健康づくり活動計画など位置付けられている
			48 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発活動を行っている
		結果1	49 糖尿病の予防・発見・治療・合併症に関して意識する住民が増加する
		結果2	50 (糖尿病に関連した)保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上する
			51 治療中断者の割合が減少する
			52 糖尿病有病者の増加が抑制される
			53 糖尿病のコントロール不良者の割合が減少する
結果3	54 糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)発生率が減少する		

表4 高齢者保健・福祉活動に関する評価指標—成果物—

健康課題	目的	領域	評価指標			
		結果1	43 介護予防事業参加者の介護予防に関する意識が向上する			
			44 介護予防の個別支援を行った者の介護予防に関する意識が向上する			
			45 高齢者の生活に役立つ情報を、地域住民に提供をする機会が増えている			
			46 高齢者(認知症を含む)に関する相談件数が増えている			
			47 緊急時の対応実績から、職員・関係者の役割や連携方法について整理している			
			48 高齢者虐待への対応実績から、職員・関係者の役割や連携方法について整理している			
		結果2	49 介護予防事業への参加者の生活習慣が改善する			
			50 介護予防の個別支援を行った者の生活習慣が改善する			
			51 介護予防のサポーターやボランティア活動を行う者の数が増える			
			52 地域で介護予防に繋がる自主活動の数が増える			
			介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる	結果2	53 高齢者の介護予防に関する意識が改善する(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等)
						54 高齢者に関する相談先が住民や関係者に周知されている
55 高齢者支援で連携できる関係機関の数や連携回数が増えている						
結果3	56 前期高齢者の二次予防対象者(二次予防対象者/基本チェックリスト実施者)の割合が減る					
	57 前期高齢者の介護認定率(介護認定者/第一号被保険者)が下がる					
	58 65歳健康寿命※)が延伸する					

表4 高齢者保健・福祉活動に関する評価指標—成果物—

健康課題	目的	領域	評価指標
介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる		24 高齢者がどんな心配や不安を抱えながら生活をしているか分析している
			25 介護保険対象者の実態(認定状況、サービス利用状況、事業所・施設の整備状況等)を把握している
			26 地域内の処遇困難事例の実態(件数、特徴、対応状況等)を把握している
		プロセス	27 高齢者に関する相談支援窓口を地域住民や関係機関に周知している
			28 高齢者の生活に役立つ情報(介護保険制度、高齢者施策、関連施策、民間情報)を、地域住民や関係機関に周知している
			29 認知症や精神関係の相談医、専門医の情報を整理し、支援する際に活用している
			30 地域住民の意見を参考にして高齢者施策の現状や課題を分析している
			31 相互に見守り支えあう地域となるよう、民生委員や自治会などと連携を図っている
			32 高齢者を支援する地域住民と関係者のネットワークの強化を意図した活動(地域ケア会議等)を行っている
			33 必要時、介護保険事業所などの関係者と連携して支援している
			34 必要時、生活保護、障がい者支援、権利擁護、消費者被害等の部署と連携して支援している
			35 必要時、自治会や民生委員、地域内の協力者と連携して支援している
			36 緊急時の緊急性を判断し、医療機関、施設、保健所、警察等と連携して支援している
			37 高齢者虐待など処遇困難事例は、関係者とケース検討会等で支援方法を検討している
			38 高齢者支援状況から、高齢者の緊急支援の判断や対応策について関係者と評価している
39 高齢者支援を担当する者の質の向上に向けて、関係者が共に学ぶ機会(研修、事例検討会等)をつくっている			
40 介護者を支援する対策を実施している			
41 介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者と、災害時の対策について協議している			
42 介護予防事業の参加者数が増える			

表4 高齢者保健・福祉活動に関する評価指標—成果物—

健康課題	目的	領域	評価指標
介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる	構造	1 介護予防を担当する保健師が配置されている 2 介護予防を担当する保健師が、他の部署との連携を図る体制がある 3 保健師が高齢者保健福祉計画の策定・進行管理に関与している 4 夜間でも高齢者の相談に応じられる体制がある 5 高齢者支援のネットワークの構築にむけて討議する場がある 6 徘徊高齢者のSOS対応ネットワークシステムが構築されている 7 緊急時に高齢者が入所できる施設が確保されている
		プロセス	8 地域の高齢者の人口動態等の統計を分析している 9 住民の介護予防に関する意識を把握している(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等) 10 特定健診結果から、高齢者の健康状態を分析している 11 高齢者の閉じこもりやうつ状況を把握し課題を分析している 12 介護予防に繋がる住民の自主活動や社会資源を把握し、情報提供を行っている 13 介護予防の普及啓発の方法が妥当かどうか評価している 14 介護予防のサポーターやボランティアの養成・支援方法が妥当かどうか評価している 15 介護予防活動の継続に繋がる支援内容かどうか評価している 16 二次予防の対象者の把握方法が妥当かどうか評価している 17 通所型介護予防事業の周知方法や進め方を評価している 18 通所型介護予防事業の参加者の意識や生活習慣の変化について評価している 19 通所型介護予防事業の参加者が介護予防に繋がる活動のを継続に向けて支援できたか評価している 20 介護予防の個別支援(訪問・電話等)がどのような対象者に必要か検討している 21 介護予防の個別支援(訪問・電話等)内容が妥当かどうか評価している 22 他の専門職、関係者、第三者(学識経験者等)の協力を得て介護予防事業の企画、運営、評価を行っている 23 介護予防事業を企画、運営、評価する際に、地域住民の意見を反映させている

表5 精神保健福祉活動の評価指標—成果物—

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の方法・視点
構造		1 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援が、保健所保健師の業務として位置づけられている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健所保健師ではなく精神保健福祉士等の業務になっている県もあり、保健所保健師の業務になっていないからいけないというわけではない。実際は保健所保健師が担っているのに、位置づけが明確になっていない場合は明確化することが必要という視点から評価を行う。
		2 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・配置先は保健所に限らない。精神保健福祉センターやACTチーム等、当該保健所管内住民の未治療・治療中断に支援を行う機関に配置されていれば[はい]と評価する。
		3 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援に必要な予算が確保されている	・[はい・いいえ]で評価する。
		4 精神保健福祉関係者の連携会議がある	
治療中断・プロセス		5 未治療・治療中断の精神障害者の精神科の治療開始・再開・継続に関する支援(以下、受療支援)を保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健・医療・福祉に関する行政計画のいずれかに位置づけられていれば[はい]と評価する。
		6 受療支援が必要な精神障害者の把握状況 1)精神科の治療開始・再開について支援が必要な精神障害者として、保健所が当該年度に新たに把握した人数 2)1)の精神障害者について保健所が最初に把握した経路別人数	1)支援の必要な対象者を把握しているかどうかを評価する。通常は把握人数が多い方が望ましいが、未治療・治療中断への支援を充実させていけば減ることもあり得る。単に増減をみるだけでなく、その意味についても検討することが必要。 2)どこからの相談が多いかをとらえることにより、関係機関との連携や住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携の現状について明らかにし、対象者の早期発見・早期支援のために強化すべき活動(関係機関との連携、住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携)について検討する。
		7 精神科の治療開始・再開・継続のために支援を行った精神障害者の実人員	・保健所が関わった支援ケースについて計上する。 ・新規把握ケースか継続ケースかは問わない。
		8 精神障害者の家族の相談にのり、精神科の治療開始・再開・継続への理解と協力を促している	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
		9 個別事例に対する治療の開始・再開・継続に関する支援(以下、受療支援)において、近隣住民や自治会長等、精神障害者本人や家族と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者本人や家族が地域から排除されないよう理解と協力を促している	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
		10 個別事例に対する受療支援において、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
		11 受療支援が必要な精神障害者について、保健所内で情報を共有し、組織的に対応している	
		12 精神科の治療を開始・再開した後も、治療継続のための支援を継続的にしている	・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
		13 個別支援事例について、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
		14 個別支援事例から地域に共通する未治療・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	・[はい・いいえ]で評価する。

不治療

	15 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	・[はい・いいえ]で評価する。
	16 精神科医療機関の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	
	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	
	18 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	
結果 1	19 精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良くなる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は保健師が訪問しても本人のいる部屋に入れなかったが、支援を重ねるうちに入れてもらえるようになった。
	20 精神科治療の開始・再開には至らないが、精神障害者の受療に対する家族の言動が肯定的になる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は「薬を飲ませるのはかわいそう」等、精神障害者の受療に対して消極的な言動がみられたが、保健師らが支援を行ううちに「やっぱり薬を飲んだ方がいい」等、受療に対して肯定的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の家族がいる場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。
	21 精神障害者と関わりのある住民(近隣住民、自治会長等)の精神障害者に対する言動が受容的になる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：入院が必要な状態でない精神障害者について、支援開始当初は「入院させて一生出られないようにしてほしい」等、拒否的な言動がみられていたが、「保健師さんが関わって下さるといのでしばらく様子を見てください」等、精神障害者に対する受容的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の住民が関わっている場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。
	22 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援について、関係者との連携がとりやすくなる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：未治療・治療中断の精神障害者に関する情報が関係者から得やすくなった。未治療・治療中断の精神障害者の受療支援のために保健師が行う訪問に、関係者が積極的に同行してくれるようになった。未治療・治療中断の精神障害者を、病院が積極的に受け入れてくれるようになった。
結果 2	23 精神科治療の開始・再開のための支援を行い、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合	・「割合」は、指標案7の「治療開始・再開のために支援を行った精神障害者実人員」のうち、当該年度に精神科医療を開始・再開した実人員の割合をさす。
結果 3	24 精神障害者が措置入院を繰り返さなくなる	・措置入院した精神障害者が入院前に未治療・治療中断であったか否かは問わない ・当該年度に措置入院した精神障害者のうち、過去に措置入院をしたことがある精神障害者の割合を、前年度と比較して評価する。 ・過去に措置入院をしたことがあり、かつ当該年度に措置入院をした精神障害者について、これまでの措置入院の回数、前回の措置入院から今回の措置入院までの期間に関する度数分布表を作成し、前年度と比較してどのような特徴(＝課題)があるかを評価する。