

自殺予防

構造	25 自殺予防が、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。
	26 自殺予防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等、当該保健所管内住民の自殺予防を行う機関に配置されていればよい。
	27 自殺予防に必要な予算が確保されている	
	28 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	・[はい・いいえ]で評価する。
プロセス	29 自殺予防・心の健康づくりを保健・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。
	30 警察や消防と連携し、当該地域における自殺や自殺未遂について情報を収集している	・[はい・いいえ]で評価する。
	31 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	・[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。 ・収集する情報の例:救急搬送された自殺未遂者・既遂者(人数、性別、年代、職業、月別人数)。警察が発見した自殺者(人数、性別、年代、遺書等から推測される自殺の要因)
	32 自殺予防・心の健康づくりに関わる地域の社会資源の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	・[はい・いいえ]で評価する。
	33 日頃の保健活動やスクリーニング、関係機関との連携等によって自殺のハイリスク者の早期発見に取り組んでいる	・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[はい・いいえ]で評価する。
	34 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	・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。
	35 ハイリスク者への個別支援について事例検討を行い、今後の支援のあり方について明確にしている	
	36 自死遺族に対する個別支援を行っている	
	37 自死遺族交流会の開催または支援を行っている	・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[はい・いいえ]で評価する。
	38 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	
	39 地域の関係者に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を行っている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・「地域の関係者」とは、関係機関職員、民生委員等をさす。
	40 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	・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[はい・いいえ]で評価する。 ・あてはまる活動の例: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 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	・[はい・いいえ]で評価する。
	42 精神保健福祉活動以外の保健活動の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている	・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[はい・いいえ]で評価する。 ・「精神保健福祉活動以外の活動」とは、母子保健活動、生活習慣病対策、高齢者保健福祉活動、難病対策等をさす。

結果 1	43 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	<ul style="list-style-type: none"> ・[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:うつ病の疑いがある住民が精神科医療機関につながる。多重債務が原因でうつ病になっていた住民が司法書士や消費生活センターの相談窓口につながる。
	44 心の健康に関する住民からの相談が増える	<ul style="list-style-type: none"> ・「住民」とは、本人、家族、近隣住民、自治会役員、民生委員等をさす。 ・「関係者」とは、介護保険サービス関係者、生活保護のケースワーカー、事業主や産業保健スタッフ、学校関係者等をさす。 ・自治会役員や民生委員は「住民」とみなし、指標案44、45で評価する。
	45 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講または修了する住民が増える	
	46 心の健康に関する関係者からの相談が増える	
	47 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講希望・修了する関係者が増える	
結果 2	48 自殺予防に関する関係者同士のネットワークが強まる	<ul style="list-style-type: none"> ・[[はい・いいえ]で評価する。 ・[[はい]にあてはまる状態の例:生活保護担当課やハローワーク等で把握されたハイリスク者の情報がすぐに保健所に入るようになる。ネットワーク会議に参加する組織や職種が増える。
	49 関係機関による自殺予防や心の健康づくりへの取り組みが始まる・増える	<ul style="list-style-type: none"> ・[[はい・いいえ]で評価する。 ・[[はい]にあてはまる状態の例:市町村保健事業の中で心の健康づくり・自殺予防対策が行われるようになる。
	50 住民同士がつながる場が増える	<ul style="list-style-type: none"> ・[[はい・いいえ]で評価する。 ・[[はい]にあてはまる状態の例:住民参加型の生きがいサロン、傾聴ボランティアや見守りサポーター等、住民の自主的な活動が始まる。自死遺族の集いの場や参加者が増える。
結果 3	51 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する	<ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の数値を前年度と比較する。 ・可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。
	52 管内住民の自殺未遂によって救急車が出動した件数または救急車が搬送した人数が減少する	<ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の数値を前年度と比較する。 ・可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。 ・保健所管内の消防本部において、管内住民の自損行為によって救急車が出動した件数または救急車で搬送した人数を、消防本部に確認する。

注:太字は、二次調査で用いた評価指標案を改定した部分を示す

表6 感染症対策に関する保健活動の評価指標－完成版－

テーマ	評価指標
評価枠組 構造 プロセス 結果1 結果2 結果3	*1. 感染症診査協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか
	2. 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. 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、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
	4. 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
	5. 結核の普及啓発活動をしている
	6. 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
	7. 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
	8. 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
	9. 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
	10. 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)
	11. 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
	*12. 職員の健康診断結果を報告している管内医療機関が増える
	13. 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)
	14. 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
	15. 管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関が増える
	*16. DOTS協力施設(医療機関以外)が増える
	17. 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)
	18. 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)
	19. 接触者健診の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上
	20. 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
	21. 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
	22. 結核患者の再治療率の減少
	23. 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)
	24. 結核の集団感染数の減少
	25. 結核の有病率の減少
	26. 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
	27. 潜在性結核感染症患者の発病率の減少
	28. 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)

注1)ゴシック体の項目は評価指標案(二次)の項目から文言を修正 注2) * は完成版における追加項目

表6 感染症対策に関する保健活動の評価指標－完成版－(つづき)

テーマ	評価指標
平常時の対応(発生予防・早期発見)	29. 感染症担当部署に保健師が配置されている
	30. 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
	31. 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
	32. 管内の各種機関や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している
	33. 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
	34. 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
	35. 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
	36. 新規開設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 注) 支援対象の施設は管内の発生状況等から設定してもよい
	37. 感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている
	結果 38. 感染症に関する普及啓発活動の回数
	結果 39. 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
	結果 40. 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)の受診者数が増える
	結果 41. 定期予防接種の接種率が高まる
	結果 42. 感染症対策に関わる会議を年1回以上開催する管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が増える
結果 43. 感染症の集団発生の件数、患者数の減少	
結果 44. 感染症による死亡者・死亡率の減少	

注1)ゴシック体の項目は評価指標案(二次)の項目から文言を修正 注2) * は完成版における追加項目

表6 感染症対策に関する保健活動の評価指標－完成版－(つづき)

テーマ	評価指標
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	45. 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)
	46. 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
	47. 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
	48. 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
	49. 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
	50. 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
	51. 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ある
	52. 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
	53. 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
	54. 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)
	55. 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
	56. 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
	57. 職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている
	58. 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
	59. 集団発生が疑われる情報の把握後、その情報を市町村や関係機関へ迅速に伝え、支援している
	60. 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
	61. 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
	62. 接触者健診の未受診者対応をしている
	63. 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
	64. 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
	65. 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
66. 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)	
67. 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	
68. 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	
69. 二次感染がない	
70. 診断の遅れや症状が悪化したケースの数	
71. 新興感染症等まん延時に偏見や差別を受ける感染者がいない	

注1)ゴシック体の項目は評価指標案(二次)の項目から文言を修正 注2) * は完成版における追加項目

表7 難病対策の評価指標－成果物－

テーマ	目的	評価枠組	評価指標
・ 疾病を受容し、療養のイメージがつく	難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らし	構造	1 難病担当の保健師が専任で配置されている
			2 最新の難病対策に関する情報を入手し、活用する体制がある
			3 難病対策事業の標準化を図るマニュアルが整備されている
			4 在宅療養支援ネットワークの整備を発展させる計画がある
・ 多職種による包括的な療養支援体制		プロセス	5 特定疾患治療研究事業の認定申請後できるだけ早く、保健師の存在を患者・家族に伝え、支援を開始している
			6 難病に関する相談窓口等を周知している
			7 患者の病状進行や療養状況を面接・訪問および関係機関による情報から把握・分析している
			8 患者・家族の疾病に対する認識・理解に応じて、適切な情報が得られるよう支援している
			9 必要に応じ、地域の中で同じような状況の患者・家族が出会える機会を調整している
			10 患者・家族が十分に話し合って療養方針を決定できるように支援している
			11 医療依存度・セルフケア能力・介護力・経済状態等に応じたサービスが導入されるよう支援している
			12 介護保険法や障害者自立支援法等では網羅できない難病患者・家族のニーズに対応している
			13 介護負担軽減(レスパイト)に対応できる地域の機関を把握し、入院(入所)・訪問できるよう支援している
			14 患者・家族の生活の質(QOL)向上を考慮したケアプランが導入されるよう支援している
			15 緊急・災害時に必要な物品・処置・連絡・避難手順等が整備され、定期的に指導・管理が提供されるよう支援している
			16 医療処置等の医学的管理が適切に提供されるようにサービス提供者の連携を図っている
			17 入退院時に療養方針・ケア計画等について医療機関と在宅支援チームの情報交換ができるよう支援している
			18 支援チーム内でケア計画等が確認・修正されるよう難病対策事業(訪問診療、支援計画策定・評価事業等)を活用している
			19 難病対策事業(支援計画策定・評価事業等)に難病に関する地域診断と目標設定を行うことを位置づけている
			20 難病の地域診断に基づいた難病対策事業の実施計画が策定されている
			21 難病対策事業(支援計画策定・評価事業等)を活用し、個別事例に対する保健師活動の方向性を保健師間で共有している
			22 地域の医療福祉従事者の難病支援の水準向上を目指した研修会等を行っている
			23 関係者連絡会等において在宅医療への円滑な移行やネットワークの強化を意図した交流・連携を行っている

か整備される	い療養生活を選択できる	24	患者・家族への理解を深めるため、難病相談事業や講演会等の教育的活動を行っている	
		25	難病の患者・家族会を育成・支援している	
・安心・安全な療養環境が整備される	結果1	26	患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、近隣者の力を活用できる地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている	
		27	難病対策事業・活動を定期的に見直し、次年度の計画等に反映している	
		28	病状進行や療養状況が把握できている患者・家族が増える	
		29	必要な支援サービスが十分に活用できている患者・家族が増える	
		30	緊急・災害時の支援体制が整備されている患者・家族が増える	
		31	医療関係者による的確な医学的管理が実施されている療養者・家族が増える	
		32	介護負担の軽減対策が計画的に行われている患者・家族が増える	
	結果2	33	療養方針・ケア計画等の共有・連携体制がとれている在宅支援チームが増える	
		34	患者・家族の支援に役立てることができる患者・家族会が増える	
		35	安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える	
	結果3	36	レスパイト目的での入院が受け入れられる病床が増える	
		37	難病の在宅療養に積極的に関与できる地域関係機関が増える	
		38	希望する場所で療養できる患者が増える	
			39	在宅における事故事例が減少する
			40	安定した在宅療養期間が延長する

結果1～3については、厚労科研費 難治性疾患克服研究事業(QOL班)で明らかにした難病地域アセスメントシートを用いて療養者の状況を把握しベースラインを作成し年に1回評価する。
 なお、結果3は「あるべき姿」の達成状況を評価するものであり、いくつかの結果2の集約として経済性や効率の観点で集約された成果であるため、保健師活動に特化した評価項目ではない。

表8 産業保健における保健活動の評価指標—成果物—

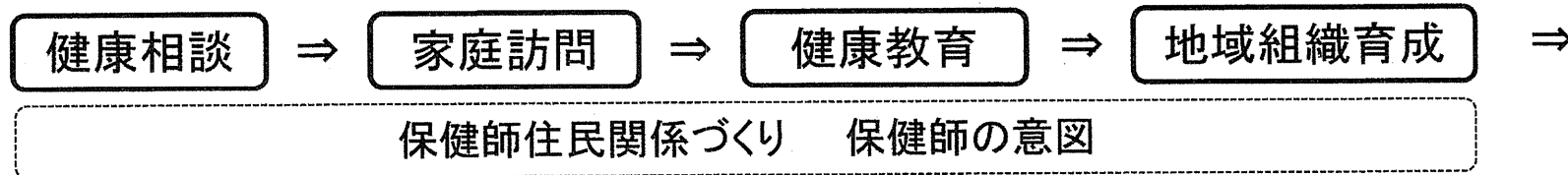
テーマ	目的	評価枠組	番号	評価指標
事業所特性に応じた労働衛生活動の展開	事業所に適した衛生管理と健康確保の推進	構造	1	産業保健スタッフとして看護職が配置されている
			2	産業保健活動に必要な予算が確保されている
			3	事業所の特性に応じた保健活動が展開できる体制・仕組が確立している
		プロセス	4	事業主などが産業保健に関する適切な問題認識ができる情報を提供している
			5	各保健スタッフの役割の明確化と連携方法を確立している
			6	機密情報・開示情報の適切な範囲が策定されている
			7	規定・計画策定に必要な情報を整理している
			8	安全衛生に関する方針・規定・計画が策定・改訂されている
			9	作業管理、作業環境管理に関する情報が整備されている
			10	事業所の特性に応じた職場巡視法が確立され、適切な実施がなされている
			11	職場環境改善に有効な情報が含まれた職場巡視記録を作成している
			12	健康状態に応じた労働を調整する方法が検討されている
		結果1	13	事業主あるいは事業所のトップが事業所に適した保健活動の重要性を表明している。
		結果2	14	労働者の安全衛生意識が高まる
職業性疾患	職業性疾患の予防	構造	15	使用有害物質等の基準に応じた取り扱い責任者等担当者の育成・選任を行っている
		プロセス	16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等を実施している
			17	予測される災害・疾病防止に適切な作業方法を導入している
			18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育を実施している
			19	予測される災害・疾病防止に必要な健康診断・就業上の措置を実施している
			20	有害業務とその発生の状況を明確にしている

病の発生防止	悪化防止・健康の維持		21	職場に合った職場環境改善策を実施している	指 標 案
			22	職場にあった作業方法・作業管理方法を実施している	
		結果 1	23	作業環境測定結果が維持・改善している	
			24	職場巡視結果における有効な改善事項が増加している	
			25	生物学的指標、暴露濃度が維持・改善されている	
		結果 2	26	特殊健診有所見率が抑制ないし減少している	
			27	職業性疾病新規発生を防止している、または減少している	
テーマ	目的	評価	番号		
業務関連のストレスによるメンタルヘルス不調の抑制	業務上関連のストレスをコントロールして生き生きと働く労働者が増加する	構造	28	メンタルヘルス対策の予算が確保されている	
			29	事業所内外の専門医師や心理専門職が活用できる体制がある	
			30	傷病休業の補償制度がある	
		プロセス	31	労働者自身が活用できるストレスチェックのシステムや機会が提供されている	
			32	メンタルヘルスに関する現状分析がなされている	
			33	こころの健康づくり計画に基づいた労働者・管理職向けのメンタルヘルス対策を行っている	
			34	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策が検討されている	
			35	休業中の適切な対応方法・復帰までの段取りの策定とその情報が関係者間で共有されている	
		結果 1	36	役割特性に応じた適切な休職者の復帰プロセスが調整されている	
			37	ストレス源となる職場環境の改善や業務改善策が実施されている	
		結果 2	38	部下のマネジメントに関する管理職から相談件数が増加する	
			39	事業所内外の相談機関を知っている労働者が増加する	
		結果 3	40	メンタルヘルスの不調による休職者が減少する	
			41	職場復帰後の再休職者が減少する	

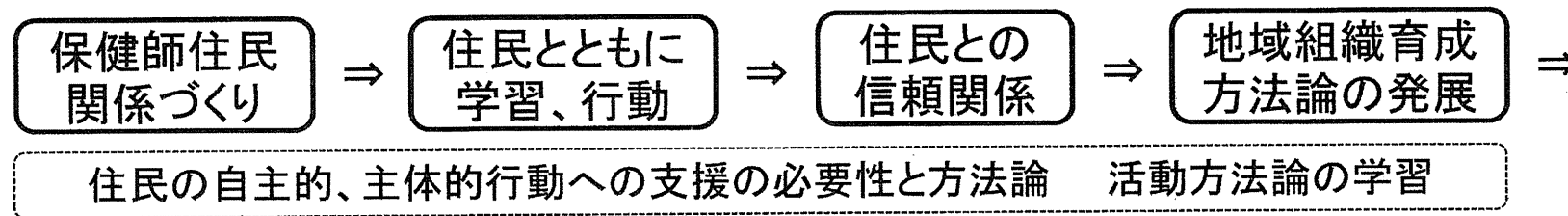
過重労働による健康障害やそれに関連した業務への支障軽減	労働者が活力を保ち生き生きと働くことができる	構造	42	労務管理部門と健康管理部門の過重労働対策に関する業務を連携する体制がある
		プロセス	43	過重労働対策に関する事業所の方針が労働者への文書等により周知されている
			44	過重労働状況の的確な把握がなされている
			45	過重労働者への適切な保健指導が実施されている
			46	過重労働対策推進方法に関する管理職への教育がなされている
			47	労働者自身の状況に応じた過重労働による健康障害防止策が実践されている
		結果1	48	過重労働対策に関する事業所の方針を知っている労働者が増加する
		結果2	49	生活習慣病関連有所見者・メンタルヘルス不調者の過重労働者数が減少している
		結果3	50	過重労働該当者数が減少している(年単位)
		一般健診の有所見者の抑制	生活習慣病を予防し、活力を持って就業できる	構造
52	各職場に衛生推進者などの保健安全の情報提供できる担当者が選任・設置されている			
プロセス	53			健康診断結果や退職者の状況などの現状分析がなされている
	54			事業所としてのヘルスプロモーションに関する方針が策定されている
	55			計画に基づいた健康保持対策 ^{*注1} が展開されている
結果1	56			生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率 ^{*注2} が増加している
	57			健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する
	58			健康を維持する方法を知っている労働者が増加する
結果2	59			一般健康診断の有所見率の増加が抑制される
結果3	60			虚血性心疾患、糖尿病、脳血管疾患等による退職者・死亡が減少する

図1 地域組織育成活動の評価モデル

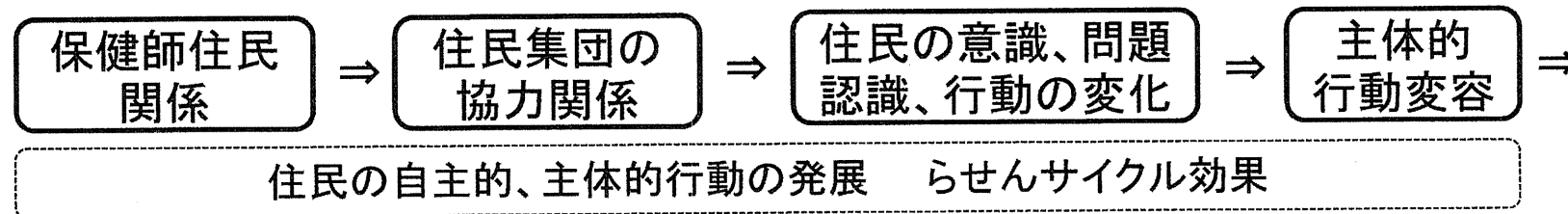
①事業の流れモデル



②保健師の意識、考え方の変化モデル



③住民の意識、行動の変化モデル



住民の健康確保行動

保健師の事業の流れが①で地区活動として基本にある。地域組織育成に向けて②と③は保健師住民関係から同時に進行していき、それが何回も質を変え、昇華しながら繰り返される中で、住民の主体的な行動変容と健康の確保が生まれてくる。保健師も学習し、成長していく。

分担研究報告書

母子保健活動の評価指標の開発

分担研究者 島田 美喜（地域医療振興協会） 藤井 広美（日本保健医療大学）
中板 育美（日本看護協会）

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、53項目からなる母子保健に関する評価指標案を作成し、69市町村に対し、指標案の適切性と評価の実行可能性、評価指標案への意見について調査を実施し、46か所から回答を得た（回収率 66.7%）。その結果、「とても適切」「まあ適切」（以下、「適切性」）と回答した割合が70%以上で、かつ「実行可能」と回答した割合が70%以上あったA判定は46項目（86.8%）、適切性70%以上で実行可能性70%未満のB判定は2項目（3.8%）、適切性70%未満で実行可能性70%以上のC判定は1項目（1.8%）、適切性・実行可能性ともに70%未満のD判定は4項目（7.6%）であった。また、自由記載から、地域の現状把握に関して、現在実施されていないことを理由に適切性、実行可能性ともに低い評価であった評価指標については、現状にあった活動や事業は地域保健活動の基本となるもので、はずせない指標であると判断した。また数量的な内容を含む指標については、アウトカム指標と組み合わせて効果評価が可能となるような今後の工夫が課題となった。

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、母子保健に関する保健活動の評価指標案を作成し、市町村母子保健担当者に対して、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

1) 研究方法

平成23年度に作成した第一次母子保

健活動の評価指標（案）をさらに適切かつ実行可能性の高い指標とするため、研究班員により指標の内容、表現等の検討を行い、53項目からなる第二次母子保健活動の評価指標（案）を作成した。各指標に対し、「適切性」（4段階）と「実行可能性」（2段階）の判定と自由記述についての回答を調査対象者から得て、判定によって表1に示す分類を行い、さらに自由記載とあわせて指標をさらに検討することとした。

表1 指標案の分類

		実行可能性	
		70%以上	70%未満
適切性	70%以上	A(86.8%)	B(3.8%)
	70%未満	C(1.8%)	D(7.6%)

2) 調査対象

母子保健を担当する市町村保健師 69 名に対し、調査票を送付し、回答を依頼した。

3) 調査期間

調査期間は平成 24 年 10 月 11 日から 11 月 7 日とした。

4) 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. 研究結果

調査票を送付した 69 か所のうち 46 か所から回答を得た（回収率 66.7%）。

1) 適切性、実行可能性の全体回答

適切性は「0:不適切」、「1:いづらか適切」、「2:まあ適切」、「3:とても適切」の 4 段階、実行性は「0:実行できない」、「1:実行できる」の 2 段階の判定である。表 1 に示す分類で適切性、実行性をみると、表 2 に示すように A は 46 項目 (86.8%)、B は 2 項目 (3.8%)、C は 1 項目 (1.8%)、D は 4 項目 (7.6%) であった。

2) 項目別回答

表 2 に示すように D と判定された項目は

- ①「2 子育て支援ニーズに見合った支援者数を明らかにしている」
- ②「42 虐待に関する地域診断が実施されている」

③「48 育児不安が軽減し、また、虐待に悩む保護者の支援が増加する（親支援グループ実施率、参加者数など）」

④「49 地域住民の児童虐待防止、早期発見に向け行動した数（声掛け運動などの実績）が望ましい方向で推移する」

の 4 項目である。

C と判定された項目は、

①「13 住民の主体的/自発的な活動に対し、母子保健関係者が支援する回数が増加する」

の 1 項目である。

B と判定された項目は、

①「19 地域づくり/健康づくりへの住民の意識が向上する」

②「20 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」

の 2 項目である。

3) 自由記載の回答

D 判定となった項目への自由記載は、「2 子育て支援ニーズに見合った支援者数を明らかにしている」に対して、「ニーズに見合った、の判断困難、スタッフ数は明らかにできる」、「どのような支援者をさすのか明記しないと回答しづらい」という記載があった。「42 虐待に関する地域診断が実施されている」に対しては、「虐待に関する地域診断自体あまりポピュラーではないと思うので、その内容を具体的に示せば良いと思います」という記載があった。「48 育児不安が軽減し、また、虐待に悩む保護者の支援が増加する（親支援グループ実施率、参加者数など）」には「育児不安の軽減は、評価が難しい」が 2 件あり、「49 地域住民の児童虐待防止、早期発見に向け行動した

数（声掛け運動などの実績）が望ましい方向で推移する」には「望ましい方向」の表現が抽象的であり、判断しにくい」（2件）、「それ（地域住民からの通報など）を気にして、逆に何でもない母が、子供が泣き止まないことを苦痛に感じることもあります」という記載があった。

C判定となった「13 住民の主体的/自発的な活動に対し、母子保健関係者が支援する回数が増加する」には「支援回数で評価すべきものかは疑問です」という記載があった。

B判定となった「20 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」に対しては、「大規模な調査が必要なものがある」という記載があった。

D. 考察

1) 母子保健に関する現状把握の必要性

「2 子育て支援ニーズに見合った支援者数を明らかにしている」に対して、「ニーズに見合った、の判断困難、スタッフ数は明らかにできる」、「どのような支援者をさすのか明記しないと回答しづらい」という記載があったことや、「42 虐待に関する地域診断が実施されている」に対して「虐待に関する地域診断自体あまりポピュラーではないと思うので、その内容を具体的に示せば良いと思います」という記載から、地域の母子保健に関する現状把握がされていないことが推測される。「虐待に関する地域診断」も「子育て支援ニーズ」も母子保健に関する地域の現状を把握することであり、ニーズは全国一律のものではなく、地域の特性に寄るところが大きい。母子や地域を取り巻く現状を明らかにし、あるべき

姿を描いた上で、その現状と目標のギャップが問題となり、対策へとつながるサイクルはどの分野においても活動の基本である。地域診断ができない理由について、平成23年度市町村保健活動調査¹⁾では「データ分析を行う時間を確保するのが困難だから」、「地区を訪問する時間を確保するのが困難だから」、「地区の課題・ニーズを把握しても、対応するだけの余力がないから」、「分析した情報の活用の仕方が難しいから」などが挙げられている。ともすると事業ありきの活動とならないためにも、まず、地域の現状を把握して、現状に即した事業展開が必要であり、その上で指標を活用されることが望ましい。

2) 数量的評価指標について

「13.住民の主体的/自発的な活動に対し、母子保健関係者が支援する回数が増加する」には「支援回数で評価すべきものかは疑問です」という記載があり、また自由記載はなかったが「49 地域住民の児童虐待防止、早期発見に向け行動した数（声掛け運動などの実績）が望ましい方向で推移する」も含め、回数や人数などの増加（あるいは減少）数を評価指標にすることについては、数がそのまま事業や活動の効果を反映しているとは限らないことから指標として扱いには注意を要する。活動や事業の開催回数を評価指標とするときには、参加者の満足度や態度の変化、事業の波及効果などの質的評価も合わせてみることによって、数だけの評価を補えると考える。本評価指標（案）では補問となるような項目は提示していないが、今後さらにアウトプット指標とアウトカム指標が合わせてできる項目の検討が

必要であると考ええる。

「20.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」に対しては、「大規模な調査が必要なものがある」という記載があった。大規模な調査は何らかの計画策定時に合わせて調査項目として入れることであれば把握が可能ではないだろうか。または、対象を特定のグループや組織の活動に絞り、その変化を見るという方法もあるであろう。市町村の創意工夫で把握は可能であると考ええる。

E. 結論

平成 23 年度に作成した第一次母子保健活動評価指標(案)を改訂し、第二次母子保健活動評価指標(案)を作成した。第一次母子保健活動評価指標より指標の適切性と実現可能性は高まった。また、第二次で適切性と実現可能性が低いと判定された項目についても、市町村の母子保健活動の基本である地域診断で現状を把握したうえでの活動や事業展開がされるべきと考え、評価指標として改訂せずに評価指標として立てた。

以上を踏まえ表 3 に示す内容を母子保健活動の評価指標の成果物として確定した。

F. 引用文献・参考文献

- 1) 地域診断の実施状況と事業等の企画立案プロセスに関する調査、平成 23 年度市町村保健活動調査報告書、日本公衆衛生協会、平成 24 年 3 月。
- 2) 平野かよ子 編、事例から学ぶ保健活動の評価、医学書院、2001。

F 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表2 母子保健活動の評価指標調査結果(二次調査)

領域	テーマ	目的	評価枠組	指 標 案	適切性(%)					実行可能性(%)					判定				
					3	2	1	0	NA	計	3+2	1	0	NA		計			
母子・学童	子育て支援(子育てにやさしいまちづくり=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.利用しやすさ考慮した子育て相談の窓口がある。	54	34.8	11	0	0	100	89.1	89	4	6.5	100	A			
				2.子育て支援ニーズに見合った支援者数を明らかにしている。	28	39.1	22	9	2	100	67.4	59	33	8.7	100	D			
				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。	46	43.5	8.7	0	2	100	89.1	83	9	8.7	100	A			
				4.母子保健活動の評価、見直しを行う組織・体制がある。	61	28.3	8.7	2	0	100	89.1	87	7	6.5	100	A			
				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。	37	43.5	20	0	0	100	80.4	76	17	6.5	100	A			
			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。	74	26.1	0	0	0	100	100	93	0	6.5	100	A			
				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、子育てニーズを捉えている。	59	30.4	11	0	0	100	89.1	87	4	8.7	100	A			
				8.母子保健(事業・活動)計画に孤立のないなど、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。	52	32.6	13	2	0	100	84.8	87	7	6.5	100	A			
				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。	48	41.3	11	0	0	100	89.1	85	9	6.5	100	A			
				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。	37	47.8	13	2	0	100	84.8	80	11	8.7	100	A			
			結果1	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。	37	56.5	4.3	2	0	100	93.5	85	9	6.5	100	A			
				12.主体的/自発的に子育て支援を行う住民の人やグループ数が増加する。	33	43.5	24	0	0	100	76.1	76	17	6.5	100	C			
				13.住民の主体的/自発的な活動に対し、母子保健関係者が支援する回数が増加する。	15	47.8	33	4	0	100	63	76	17	6.5	100	A			
				14.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。	48	34.8	15	0	2	100	82.6	89	4	6.5	100	A			
			結果2	15.予防接種率、こどもには赤ちゃん事業の訪問実施率が向上する。	80	17.4	2.2	0	0	100	97.8	93	0	6.5	100	A			
				16.各種健診受診率、未受診調査実施率などが向上する。	85	10.9	4.3	0	0	100	95.7	93	0	6.5	100	A			
				17.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。	33	39.1	26	2	0	100	71.7	74	20	6.5	100	A			
				18.母子保健サービスの利用者の満足度が向上する。	65	19.6	11	4	0	100	84.8	72	20	8.7	100	A			
結果3	19.地域づくり/健康づくりへの住民の意識が向上する。	46	28.3	20	7	0	100	73.9	61	30	8.7	100	B						
	20.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。	39	34.8	22	4	0	100	73.9	63	28	8.7	100	B						
	21.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。	61	30.4	6.5	2	0	100	91.3	85	9	6.5	100	A						
	22.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)。	70	23.9	6.5	0	0	100	93.5	91	2	6.5	100	A						
母子・学童	発達障害	早期発見・早期対応の体制が整備される	構造	23.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。	67	28.3	4.3	0	0	100	95.7	83	9	8.7	100	A			
				24.発達障害が疑われる児が通える場がある。	70	23.9	6.5	0	0	100	93.5	93	0	6.5	100	A			
				25.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。	63	21.7	15	0	0	100	84.8	85	7	8.7	100	A			
			プロセス	26.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)。	65	15.2	17	0	2	100	80.4	83	11	6.5	100	A			
				27.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。	41	37	15	4	2	100	78.3	87	7	6.5	100	A			
				28.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。	46	37	15	2	0	100	82.6	80	13	6.5	100	A			
				29.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。	63	28.3	6.5	2	0	100	91.3	87	7	6.5	100	A			
				30.地域の住民が発達障害の理解を深める機会がある。	54	28.3	17	0	0	100	82.6	85	7	8.7	100	A			
			結果1	31.把握しているケースのうち、計画的に支援されるケースの割合が増加する。	54	23.9	17	2	2	100	78.3	83	11	6.5	100	A			
				32.発達障害児に関わる専門職が増える(小児科医師、保健師、臨床心理士、スクールソーシャルワーカー、保育士、児童福祉司など)。	54	23.9	17	4	0	100	78.3	83	11	6.5	100	A			
				33.利用者から安心感・満足感の言葉が聞かれる。	59	15.2	22	4	0	100	73.9	76	15	8.7	100	A			
			結果2	34.地域の人々が発達障害を理解できる場に、参加する発達障害者や家族が増える(開催回数、参加者数)。	52	23.9	20	4	0	100	76.1	78	15	6.5	100	A			
				35.発達障害児の生活の場や学びの場への参加者数が増加し、参加者の満足度が高まる。	50	21.7	24	2	2	100	71.7	72	20	8.7	100	A			
				36.母子保健から学校保健へスムーズに引き継がれるケース数が増加する。	59	28.3	8.7	4	0	100	87	85	9	6.5	100	A			
			母子・学童	児童虐待	虐待の早期発見・早期対応できる地域づくり	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。	72	23.9	4.3	0	0	100	95.7	91	2	6.5	100	A
							38.虐待に関する相談窓口がある。	85	15.2	0	0	0	100	100	93	0	6.5	100	A
							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、リハビリの途切れない一貫した支援体制がある。	76	19.6	4.3	0	0	100	95.7	91	2	6.5	100	A
							40.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)がある。	63	28.3	6.5	0	2	100	91.3	80	11	8.7	100	A
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回す場がある。	63	23.9					11	2	0	100	87	83	9	8.7	100	A			
プロセス	42.虐待に関する地域診断が実施されている。	41				26.1	22	9	2	100	67.4	61	33	6.5	100	D			
	43.虐待のスクリーニングが行われている。	59				23.9	8.7	7	2	100	82.6	78	13	8.7	100	A			
	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。	65				23.9	11	0	0	100	89.1	85	7	8.7	100	A			
	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。	59				21.7	20	0	0	100	80.4	85	9	6.5	100	A			
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。	50				37	13	0	0	100	87	91	0	8.7	100	A			
	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。	46				41.3	13	0	0	100	87	91	2	6.5	100	A			
	48.育児不安が軽減し、また、虐待に悩む保護者の支援が増加する(親支援グループ実施率、参加者数など)。	39				26.1	28	4	2	100	65.2	65	26	8.7	100	D			
	49.地域住民の児童虐待防止、早期発見に向け行動した数(声掛け運動などの実績)が望ましい方向で推移する。	33				37	26	4	0	100	69.6	65	28	6.5	100	D			
結果2	50.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。	41				32.6	17	7	2	100	73.9	80	13	6.5	100	A			
	51.虐待予防、虐待再発防止を目的とした家庭訪問等活動件数、予防推進事業の実施数が望ましい方向で推移する。	48				32.6	15	2	2	100	80.4	83	11	6.5	100	A			
	52.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				23.9	22	0	0	100	78.3	74	17	8.7	100	A			
結果3	53.虐待事例が減少する。	65				13	22	0	0	100	78.3	80	9	11	100	A			

表3 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。
			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)。
		プロセス	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。
			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。
		結果1	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。
		結果3	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。
			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、リハビリの途切れない一貫した支援体制がある。

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		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。
			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。
		プロセス	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。
		結果1	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。
			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感が高まり、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。
		55.虐待の死亡事例が減少する。	

健康づくり活動に関する評価指標の開発

分担研究者 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）

研究要旨 健康づくり活動に関する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、平成 23 年度に 68 項目で構成された評価指標案に基づき実施した指標案の適切性と評価の実行可能性の調査結果に基づき指標案の精練を行った。平成 24 年度は、精練後 55 項目に整理された評価指標案（第二次）を用いて全国 77 市町村を対象に再度、調査を実施した。回収数 51 通、回収率 66.3%であった。その結果、適切性、実行可能性ともに「とても適切・まあ適切」と回答した割合が 70%以上だった項目は 50 項目、適切性は 70%以上であるが実行可能性が 70%未満の項目が 5 項目であった。また、回答結果の傾向と自由記載を分析した結果、①糖尿病治療者の実態把握が困難、②データの収集が困難、③健康づくり活動の位置づけによる取り組みの難しさが実行可能性を低下させていることが明らかとなった。適切性と実現可能性のギャップは、取り組みの難易度と評価の視点の混乱とも捉えられるため、項目ごとの調査結果に基づく文言等の修正とともに、具体的な評価のための情報収集方法や基準あるいは基準の考え方の提示、実践の点検になったり、業務改善の糸口につながるような評価の考え方の視点を補足説明として盛り込み、評価指標の精練を行った。また、新たに今回の調査結果から市町村の規模による評価の困難性への影響が示唆された。評価指標の活用方法については、さらなる検討が必要であると考えます。

A. 研究目的

本研究の目的は、健康づくり活動に関する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である。平成 24 年度は平成 23 年度の研究結果（一次調査）を踏まえて、評価指標案（第二次）を作成し、再度、その適切性と評価の実行可能性について調査を行い、評価指標案を精練し、健康づくり活動に関する評価指標案を完成させた。¹⁾²⁾

B. 研究方法

1. 評価指標案の精練のプロセス

平成 23 年度に、市町村における健康づくり活動の重要な課題である生活習慣病

（COPD を含む）をはじめとした「予防可能性が高い疾患の予防」と、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、【予防可能な疾患が予防できる】、【治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる】の二つをテーマに 68 項目から構成される評価指標案を作成した。この評価指標案の健康づくり活動を評価するうえでの適切性と実行可能性を検討するため、全国 47 都道府県のうち 45 都道府県の 207 市町村を無作為抽出し、当該事業を担当するリーダー保健師を対象に一次調査を実施した。その結果を踏まえて、項目の加除、文言修正等を行い、合計 55 項目から成る評価指標案（第二次）を作成し