

実行可能であると回答した者の割合が70%未満であった。さらにそのうちの1項目(表1の71)は、適切であると回答した者の割合も80%未満であった。表1の項目70については、医療的判断を伴うことは保健活動の評価指標として適切ではないのではないかという評価指標案(第二次)への意見があった。しかし、診断の遅れや症状が悪化したケースが生じないように対応すること、また、そのようなケースが生じた場合には原因を分析し、その後の感染症発生時における保健活動に反映させていくことが必要であると考えられたため、そのまま残した。表1の項目71については、「見守り支え合える地域となる」の判断基準が難しい等の評価指標案(第二次)への意見があった。しかし、大切な視点であるという意見もあったことから、研究班メンバー間で討議し、[新興感染症まん延時等に偏見や差別を受ける感染者がいない]という表現に変更した。

4) 感染症対策に関する保健活動の評価指標の完成版

1)～3)を経た感染症対策に関する保健活動の評価指標の完成版を表3に示す。

2. 今後の課題

今後は、作成した完成版を用いて、保健所における感染症対策に関する保健活動を実際に評価することによって、評価指標としての適切性及び実行可能性、そして有効性を検証していくことが必要であると考えられる。また、現在の感染症対策に関わる保健事業や保

健活動によって充足しているニーズを網羅的に調べて、完成版とすり合わせるといった検証方法も考えられる。

E 結論

平成23年度に実施した調査結果に基づき71項目に精練した評価指標案(第二次)を作成し、40か所の保健所に、指標案の適切性と評価の実行可能性について再調査を行った。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80%未満の項目は、4項目で全体の5.6%であった。また、実行可能性の同割合が70%未満の項目は、8項目で全体の11.3%であった。この結果と評価指標案(第二次)への意見を踏まえ、研究班メンバー間で討議し、評価指標案(第二次)について3項目削除、3項目追加、5項目を修正した感染症対策に関する保健活動の評価指標を作成した。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

- 1) 春山早苗(2012): 感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性、平成23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、40-45.
- 2) 結核に関する特定感染症予防指針(平成19年厚生労働省告示第72号、最終改正 平成23年5月16日).
- 3) マイケル・スミス著、藤江昌嗣監訳(2009): プログラム評価入門—行政サービス、介護、福祉サービス等ヒューマンサービス分野を中心に、梓出版社.

表3 感染症対策に関する保健活動の評価指標－完成版－

評価枠組	評価指標		
結果1	構造	*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	
	プロセス	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	
	結果2	プロセス	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
		プロセス	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
		プロセス	5. 結核の普及啓発活動をしている
		プロセス	6. 患者届出受理後、早期に保健師等が患者と面談し、療養支援や情報収集をしている
		プロセス	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
		プロセス	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
		プロセス	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
		プロセス	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)
		プロセス	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
		プロセス	*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
		プロセス	13. 患者届出の受理後、保健師等が患者と面談するまでの期間(目安は1週間以内)
		プロセス	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
	結果3	プロセス	15. 管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関が増える
		プロセス	*16. DOTS協力施設(医療機関以外)が増える
		プロセス	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)
		プロセス	18. 管内市町村の定期健康診断受診率の向上(全体、高齢者、ハリスカ・デインジャーグループ等)
		プロセス	19. 接触者健診の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上
		プロセス	20. 結核患者(特に高齢者、ハリスカ・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
		プロセス	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
		プロセス	22. 結核患者の再治療率の減少
	結果4	プロセス	23. 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリスカ・デインジャーグループの罹患率)
		プロセス	24. 結核の集団感染数の減少
		プロセス	25. 結核の有病率の減少
		プロセス	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
		プロセス	27. 潜在性結核感染症患者の発病率の減少
		プロセス	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)
プロセス		29. 感染症担当部署に保健師が配置されている	
プロセス		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	
結果5	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	36. 新規開設施設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	
	プロセス	37. 感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている	
	プロセス	38. 感染症に関する普及啓発活動の回数	
	プロセス	39. 保健師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	
	プロセス	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、HV抗体検査)の受診者数が増える	
	プロセス	41. 定期予防接種の接種率が高まる	
	プロセス	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6	プロセス	43. 感染症の集団発生の件数、患者数の減少	
	プロセス	44. 感染症による死亡者・死亡率の減少	
	プロセス	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)	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	49. 感染症発生時の保健所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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	53. 患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱いについて関係機関とルールを決めている	
	プロセス	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)	
結果7	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	58. 患者把握後、早期に保健師が面談し、療養支援や情報収集を行っている	
	プロセス	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	
	プロセス	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見出し、医療につなげている	
	プロセス	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	
	プロセス	62. 接触者健診の未受診者対応をしている	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	プロセス	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	
	結果8	プロセス	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)
プロセス		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	
プロセス		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	
プロセス		69. 二次感染がない	
結果9	プロセス	70. 診断の遅れや症状が悪化したケースの数	
	プロセス	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少ない	

注1)ゴシック体の項目は評価指標(二次)の項目から文書を修正

注2) *は完成版における追加項目

難病対策の評価指標の開発

分担研究者 小西かおる(大阪大学大学院)

研究要旨 本研究は、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難病対策の評価指標を開発することを目的とした。昨年度の研究で明らかにされた3段階の療養時期と8つの指標骨子を基盤とした41項目からなる評価指標案が作成され、この指標案の適切性と評価の実施可能性について全国の保健所から無作為に抽出された170か所の保健所を対象とした調査を行った。その結果、111か所(回答率 65.3%)の保健所から回答が得られ、項目全体の63.4%が適切で実施が可能であると評価された。構造及びプロセスの項目においては88.9%が適切で実施が可能であると評価された。項目の検討が必要とされた15項目のうち3項目については表現の修正が行われ、1項目が削除され、最終的に構造が4項目、プロセスが23項目、結果1が7項目、結果2が3項目、結果3が3項目の合計40項目からなる難病対策の評価指標が作成された。本評価指標は、個別支援に加え医療を基盤とした地域ネットワークの構築を行う難病対策の地域保健活動の特徴が反映された評価指標であるといえた。

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、難病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い、調査結果をもとに難病対策の評価指標の最終版を作成した。

B. 研究方法

難病対策の評価指標を作成するために、以下の4段階の研究方法を用いた。

1. 第1段階(難病対策の評価指標の項目案の抽出)

平成23年度に実施した難病対策の評価指標案の検討¹⁾において明らかにされた指標項目の骨子をもとに、「診断確定期」「在宅療養期」「終末期」の3段階の療養時期を基盤とし、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8つの指標項目骨子を基準にして、求められる構造要件と保健活動のプロセスの評価指標となる項目を抽出した。抽出された保健活動のプロセスに対して、結果1(プレアウトカム;短期目標の達成状況)・結果2(アウトカム;活動目的の達成状況)・結果3(ファイナルアウトカム;あるべき姿の達成状況)

について評価指標となる項目を抽出した。

項目を抽出するに先立ち、既存の文献等から難病に特有な健康課題を明確化し、保健活動の目的について整理を行った。

2. 第2段階(コンセンサスメソッド)

第1段階で抽出された項目及び健康課題・保健活動の目的について、難病保健活動に関する専門的知識を有する研究者及び保健所保健師とともに、グループディスカッションにて内容の修正及び項目の厳選を行った。グループディスカッションは、関東地域及び関西地域において計4回実施し、延べ35人が参加した。項目を厳選する過程において、難病対策の保健活動の特徴として、医療を基盤とした地域ネットワークの構築に焦点を当てることに重点を置いた。

3. 第3段階(全国調査による適切性及び実行可能性の評価)

1) 調査対象

全国の495保健所(都道府県372、指定都市51、中核市41、政令市8、特別区23)のうち無作為に抽出した170保健所に対し、調査依頼文書及び調査票を郵送し、難病対策に関わる保健師のリーダーに回答を依頼した。

2) 調査内容

第2段階で厳選された評価指標の項目案について、適切性(3;とても適切である~0;不適切の4段階)及び実施可能性(1;実行できる~0;実行できないの2段階)について評価し、意見および代替案の自由記載を含む自記式質問票を作成した。

実施可能性については、評価を実際に行っているのかではなく、既存の資料の活用や関係

者への聞き取り調査等によって今後評価が可能であれば「評価できる」と回答することとした。

3) 調査期間

調査期間は、2012年9月10日~10月31日とした。

4) 分析方法

専門家集団などが持つ直感的意見や経験的判断を反復型アンケートにより、組織的統計的に集約・洗練する意見収束技法であるデルファイ法を用いた。

意見および代替案の自由記載については、意味内容の類似性にしたがって分類し、質的帰納的に分析を行った。

4. 第4段階(評価指標の提案)

第3段階の分析結果をもとに、評価指標の項目案の統合、表現の修正等を行い、内容の洗練を行った。

これらの修正された項目案について、難病保健活動に関する専門的知識を有する研究者及び保健所保健師に対して、関東地域および関西地域において、内容の確認を計2回(参加延べ人数13人)行い、難病対策の評価指標の最終版を作成した。

【倫理的配慮】

調査への参加は自由意志であり、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事のないように配慮すること等を調査依頼文に明記し、調査票の回答の返送及びグループディスカッションへの参加同意書をもって調査協力に同意したとみなした。

C. 結果

1. 第1段階(難病対策の評価指標の項目案の抽出)

難病に特有の健康課題については、「難病は原因不明、治療法未確立なため疾病受容が難しく、稀少であるため療養のイメージがつきにくい」、「進行とともに医療依存度が高くなり、医療を中心とした多職種による包括的な療養支援体制が必要である」と整理された。

難病対策の保健活動の目的については、「難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる」、「適切な医療が提供され、安全・安心な療養環境が整備される」と整理された。

これをもとに、難病対策の評価指標として、構造が15項目、プロセスが35項目、結果1が10項目、結果2が6項目、結果3が4項目の合計65項目が抽出された。

プロセスについては、「①在宅療養の意思確認」が2項目、「②療養者の心身の状態確認」が3項目、「③家族の心身・生活の状態確認」が3項目、「④療養方針の確認」が4項目、「⑤病状及び医療処置等の受入」が4項目、「⑥医療管理体制の整備」が4項目、「⑦在宅療養環境の整備」が4項目、「⑧緊急・災害支援体制の整備」が3項目の合計24項目が個別支援を中心とした保健活動の項目として抽出され、これら8領域に視点を置く地域づくりや支援者育成に関する保健活動の項目として11項目が抽出された。

2. 第2段階(コンセンサスメソッド)

第1段階で整理された難病に特有の健康課題及び保健活動の目的と、評価指標として抽出された65項目について、難病保健活動に関す

る専門的知識を有する研究者及び保健所保健師によるグループディスカッションにおいて内容の修正と項目の厳選を段階的に行った結果、表1に示す評価指標案が整理された。

難病に特有の健康課題から、保健活動として評価すべきテーマとして「疾病を受容し、療養のイメージがつく」、「多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」の3つが整理された。

また、難病対策の保健活動の目的として「難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる」と整理された。

評価項目は、構造が4項目、プロセスが23項目、結果1が7項目、結果2が3項目、結果3が4項目の合計41項目に整理された。

保健活動のプロセスについては、個別支援活動に関するものが12項目、難病対策の保健活動の特徴である、医療を基盤とした地域ネットワークの構築に焦点を当てたものが11項目となった。また、個別支援活動についても、介護保険サービス提供者等の直接サービスを提供する関係者が、難病の特徴を踏まえてテーマに沿った支援活動が行えるような調整機能を中心とした表現に修正された。

3. 第3段階(全国調査による適切性及び実行可能性の評価)

第2段階で作成された難病対策の評価指標案に対する調査結果を表2に示す。

調査対象170か所の保健所に対し、111か所から回答を得た。回答率は65.3%であった。

適切性については、各段階の回答割合及び3(とても適切である)と2(まあ適切である)の合計回答割合を示した。また、実施可能性については、1(実行できる)、0(実行できない)それぞれ

れに回答した割合を示した。

分類については、下記の分類表(表3)に従って A～D を記入した。適切性については 3+2 の合計回答割合、実施可能性については、1 の回答割合に関して、70%を境界値とし分類を行った。C と評価された項目はなかった。適切性(3+2)及び実施可能性が 70%未満の項目、分類が B・D については、網掛で表 2 に示した。

表 3 適切性及び実施可能性の評価分類

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

各評価枠組(構造、プロセス、結果 1～3)における適切性及び実施可能性の評価分類については、表 4 に示す。

構造については、100%の項目が A と評価された。プロセスについては、87.0%の項目が A と評価された。結果 1 では 85.7%の項目が B と評価され、結果 2 では 66.7%が B と評価された。しかし、結果 2、結果 3 ともに C および D と評価された項目はなかった。結果 3 においては、75.0%の項目が D と評価され、残り 25.0%の項目についても B の評価でしかなかったため、項目についての検討が必要であった。

適切性が低いということは、評価指標の項目としての内容や表現に再検討が必要であることを意味する。また、実行可能性が低いということは、評価方法が不明確である、評価が困難であることを意味する。よって、B と評価された 10 項目については評価方法、D と評価された 5 項目については評価方法及び項目内容について検討する必要があることが示された。

適切性及び実施可能性の評価分類が B・D であった項目についての意見及び代替案の自由記載の分析内容を表 5 に示す。これを参考にして項目の修正を行うこととした。

4. 第 4 段階(評価指標の提案)

プロセスの評価項目 12・16・26 については、下記の通り修正を行った。

項目 12(評価 D)については、「既存サービス」が何を示すのかわかりにくく、評価が困難であるとの結果であったため、「介護保険法や障害者自立支援法等」と表現を修正することとした。

項目 16(評価 D)については、医学的管理が適切に提供されるよう療養者に対して直接「支援している」というよりも、提供されるよう「サービス提供者の連携を図っている」という表現の方が保健師活動の現実に即しており、評価がしやすいという結果であったため、代替案の通りに修正することとした。

項目 26(評価 B)については、近隣者の力を活用できる地域づくりは保健師が単独で行っているのではなく、「地域づくりの支援を関係者と連携して行っている」という表現の方が保健師活動の現実に即しており、評価がしやすいという結果であったため、代替案の通りに修正することとした。

結果 1～3 に共通して、ベースラインが不明確だと「増える」、「減少する」等の評価が困難であることが示された。これについては、小西ら²⁾によって開発された神経難病における地域アセスメントシートを用いたベースラインの作成とアセスメントの方法について、難病対策事業における特定疾患医療従事者研修が平成 17 年度より継続的に行われている。また、この地域アセスメントシートは、厚生労働省難治性疾患克服研究

事業 特定疾患患者の生活の質(Quality of Life, QOL)の向上に関する研究(主任研究者 中島孝)³⁾において改訂されている。よって、この地域アセスメントシートを用いてベースラインを作成し、プロセスの項目 19 で示されているように、難病対策事業(支援計画策定・評価事業等)を活用して年に 1 回定期的に評価を行うことを推奨することとした。

結果 3 については、様々な条件に左右されるので、保健師活動そのものの評価には適さないという結果であった。しかし、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 の集成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。この点についての説明を行い、保健師の理解を得る必要があることが示された。

項目 39 および項目 40 については、意味の違いが不明確であるため、評価が困難であるとの結果であった。特に、神経難病は適切なケアや医学的管理が行われていても、進行に伴い突然死や呼吸困難等の予期せぬ緊急事態が発生することがあるため、難病対策の評価としては困難であると考え、項目 40 を削除することとした。

項目 41 については、「安定した」という表現の定義が一定ではないために、適切性・実施可能性の評価が低かったと考えられる。地域アセスメントシートを用いたベースライン作成の際に、その地域特性に応じて「安定した」についての定義を行い評価することとし、表現の修正は行わないこととした。

本来、デルファイ法では、第 4 段階において修正された評価項目案について、全国の保健所に対して適切性・実施可能性について再調査を行い、再修正を行う。しかし、第 3 段階での

調査結果において、全体の 63.4%の項目が A の評価であったこと、構造及びプロセスにおいては 88.9%が A の評価であったこと、再検討が必要な 15 項目に対し、具体的な代替案が明確にされたこと、経験豊富な研究者及び実践者延べ 13 人に対して、異なる地域で 2 回の再評価を行ったが、再修正の必要性が見られなかったことから、第 4 段階で修正された 40 項目を難病対策の評価指標とした。

D. 考察

1. 難病対策の評価指標案の作成

難病対策は 5 つの柱を基本としており、難病特別対策推進事業において基本方針が示されている。また、特定疾患医療従事者研修が難病対策事業の中に位置づけられており、全国の保健師等を対象に平成 5 年から継続的に実施されている。この研修の中で、時代の変化に伴う地域の課題に対応すべく、難病対策に関する地域保健活動の在り方が見直されてきた。

訪問看護による難病ケアのあり方については全国訪問看護事業協会^{4~5)}により明らかにされ、小西ら⁶⁾により緊急・災害時の支援体制の構築、川村ら⁷⁾により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おける地域保健活動のあり方について明らかにされてきた。

厚生労働省難治性疾患克服研究事業において、川村ら⁸⁾は「難病看護」の体系化を試みようとしており、これまでの難病に関わる看護及び保健活動の蓄積が、一般化され教育として提供される体制が整備されつつある。

このような経緯から、平成 23 年度に実施した難病対策の評価指標案の検討¹⁾において明らかにされた「診断確定期」「在宅療養期」「終末期」の 3 段階の療養時期と 8 つの指標骨子は、

難病対策の地域保健活動の基盤として一定のコンセンサスが得られているといえた。そのため、これらの骨子を基盤に第1段階では65項目が難病対策の評価指標案として抽出された。

これらの65項目は、できるだけ詳細に必要と思われる項目の抽出を図った。しかし、難病対策の整備状況は都道府県によっても格差があり、医療や在宅支援の整備状況、保健師の配置等の地域の特徴によっても左右される。そのため、必要最小限の整備すべき構造要件と保健活動、評価すべきアウトカムに集約し、地域によっては実施が難しい内容については削除した。

また、保健所の統廃合等により管轄地域が広域化し、介護保険法の導入以降、保健師が個別に直接支援を行う機会が減っている現状がある。そのため、サービス提供者の後方支援や教育、ネットワーク化等の地域支援体制の基盤作りや調整機能の特徴として示す必要があった。

以上のことを踏まえ、保健活動のプロセスについては、個別支援を中心とした保健活動の12項目、医療を基盤として地域ネットワークの構築に関する保健活動の11項目とバランスよく配置され、構造4項目、結果13項目の合計41項目の評価指標案となった。

2. 評価指標案の適切性・実施可能性の評価

評価指標案の適切性及び実施可能性の調査においては、65.3%と高い回答率を得ることができ、難病対策における保健師の意識の高さがうかがえた。毎年実施されている特定疾患医療従事者研修には、2010年までに延べ1,103人の保健師が参加している⁹⁾。この研修の復命研修により、難病対策の地域保健活動について情報提供がなされており、これらの蓄積が回答に反映されていると考えられる。

一方で、今後の難病対策の在り方について見直しが行われ2012年8月に中間報告¹⁰⁾が出された。この中で、難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方について、保健所を中心とした「難病対策地域協議会(仮称)」を設置することについても言及されており、今後の保健所における難病対策のあり方にも影響すると予測される。

本調査は、この中間報告が出された後に実施されたことも、調査への関心に影響を及ぼしたと考えられる。41項目の評価指標案は、現在の難病対策事業の実施状況や、この中間報告による今後の難病対策のあり方も踏まえ項目の評価がされたと考えることができる。

本来のデルファイ法は、本研究の第3段階で行った全国調査を反復実施し、項目の洗練を行う。本研究では、項目の抽出、厳選、全国調査後の項目の検討において、段階的に専門家集団によって検討を重ねた。そのため、全国調査による適切性及び実施可能性についての評価は高く、少ない項目の修正によって最終版を提案することができたといえる。

E. 結論

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に、3段階の療養時期と8つの骨子を基盤とした難病対策の評価指標案を作成し、全国の保健所を対象とした適切性及び実施可能性について調査を行った結果、最終的に40項目からなる評価指標が作成された。難病療養者・家族に対する個別支援に加え、医療を基盤とした地域ネットワークの構築を行う、難病対策における地域保健活動の特徴が反映された評価指標を得ることができた。

F. 研究発表

第72回日本公衆衛生学会総会(三重・2013)において発表予定。

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

- 1)小西かおる:難病対策の評価指標案の検討. 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(研究代表者 平野かよ子)平成23年度分担研究報告書. 2012.
- 2)小西かおる、小倉朗子、川村佐和子、牛込三和子、近藤紀子:神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究. 日本難病看護学会誌 10(3). 231-243. 2006.
- 3)川村佐和子、小倉朗子、小西かおる、他9人:神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究—地域ケアアセスメントの指標に関する検討—. 厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究 平成19年度地域における看護支援に関する研究報告集. 39-41. 2008.
- 4)社団法人全国訪問看護事業協会:専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業). 平成17年度研究報告書. 2006.
- 5)社団法人全国訪問看護事業協会:訪問看護ステーションに関わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 訪問看

護ステーションの業務基準に関する検討. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業). 平成18年度報告書. 2007.

6)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.

7)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.

8)川村佐和子:「難病看護」の体系化の必要性に関する研究—難病の保健活動の動向および難病看護に関する教育・研究状況の検討—. 厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究(研究代表者 小森哲夫). 平成20~22年度総合研究報告書. 85-88. 2011.

9)公益財団法人難病医学研究財団HP:特定疾患医療従事者研修
(<http://www.nanbyou.jp/results/kenshu.html>
アクセス日 2013/2/20)

10)厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会:今後の難病対策の在り方(中間報告) 2012.
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002i1d1-att/2r9852000002i1ei.pdf>)

表1 難病対策の評価指標項目案

テーマ	目的	評価枠組	指 標 案	
・ 疾病を容れ、療養のイメージがつく ・ 多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	難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	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	
		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ただけで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. 既存サービス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支援している	
			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	
			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	
			26. 患者・家族を取り巻く地域の人と人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を行っている	
			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	
			結果 1	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		
		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・家族が増える		
		結果 2	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	
			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	
		結果 3	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. 予期せぬ緊急搬送事例が減少する	
			41. 安定した在宅療養期間が延長する	

表2 難病対策の評価指標項目案に対する全国調査による適切性及び実行可能性の評価

テーマ	目的 評価 枠組	指標案	適切性						実施可能性				分類		
			%						%						
			3	2	1	0	NA	計	3+2	1	0	NA		計	
疾病を受容し、療養のイメージがつく	構造	1. 難病担当の保健師が専任で配置されている	59.5	24.3	11.7	3.6	0.9	100.0	83.8	85.6	9.9	4.5	100.0	A	
		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	55.0	31.5	9.0	3.6	0.9	100.0	86.5	80.2	15.3	4.5	100.0	A	
		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	65.8	22.5	6.3	3.6	1.8	100.0	88.3	78.4	17.1	4.5	100.0	A	
		4. 今後の難病対策のあり方(中間報告)を踏まえ、在宅療養支援ネットワークの整備を進展させる計画がある	40.5	47.8	9.0	1.8	0.9	100.0	88.3	78.4	16.2	5.4	100.0	A	
	難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	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	71.2	19.8	6.3	0.9	1.8	100.0	91.0	89.2	6.3	4.5	100.0	A
			6. 難病に関する相談窓口等を周知している	74.8	16.2	7.2	0.0	1.8	100.0	91.0	96.4	0.0	3.6	100.0	A
			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	62.2	27.0	9.9	0.0	0.9	100.0	89.2	82.0	8.1	9.9	100.0	A
			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	56.8	35.1	6.3	0.9	0.9	100.0	91.9	81.1	12.6	6.3	100.0	A
			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創設している	59.5	33.3	6.3	0.0	0.9	100.0	92.8	87.4	7.2	5.4	100.0	A
			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	47.8	32.4	18.0	0.9	0.9	100.0	80.2	73.0	19.8	7.2	100.0	A
			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	59.5	20.7	17.1	1.8	0.9	100.0	80.2	73.0	18.9	8.1	100.0	A
			12. 既存サービス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	33.4	27.0	34.2	4.5	0.9	100.0	60.4	54.1	37.8	8.1	100.0	D
			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)・訪問ができるよう支援している	62.2	22.5	11.7	2.7	0.9	100.0	84.7	81.1	12.6	6.3	100.0	A
			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	48.7	31.5	16.2	2.7	0.9	100.0	80.2	76.6	7.2	16.2	100.0	A
		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、定期的な指導・管理が提供されるよう支援している	66.7	21.6	9.0	1.8	0.9	100.0	88.3	83.8	10.8	5.4	100.0	A	
		16. 医療処置等の医学的管理が適切に提供されるよう支援している	31.6	32.4	26.1	9.0	0.9	100.0	64.0	55.0	37.8	7.2	100.0	D	
		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	55.9	30.6	9.9	2.7	0.9	100.0	86.5	77.5	16.2	6.3	100.0	A	
		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	49.6	30.6	16.2	1.8	1.8	100.0	80.2	75.7	18.9	5.4	100.0	A	
		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	46.0	32.4	18.9	1.8	0.9	100.0	78.4	75.7	20.7	3.6	100.0	A	
		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	51.4	38.7	7.2	1.8	0.9	100.0	90.1	73.9	21.6	4.5	100.0	A	
		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	58.6	30.6	7.2	2.7	0.9	100.0	89.2	81.1	12.6	6.3	100.0	A	
		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	66.7	26.1	4.5	1.8	0.9	100.0	92.8	88.3	7.2	4.5	100.0	A	
		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	66.7	26.1	5.4	0.9	0.9	100.0	92.8	89.2	3.6	7.2	100.0	A	
		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	73.9	22.5	1.8	0.9	0.9	100.0	96.4	94.6	0.9	4.5	100.0	A	
	25. 難病の患者・家族会を育成・支援している	51.4	39.6	8.1	0.0	0.9	100.0	91.0	87.4	7.2	5.4	100.0	A		
	26. 患者・家族を取り巻く地域の人と人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を行っている	36.1	34.2	22.5	6.3	0.9	100.0	70.3	49.6	42.3	8.1	100.0	B		
	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	73.9	21.6	3.6	0.0	0.9	100.0	95.5	87.4	6.3	6.3	100.0	A		
結果1	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	43.3	32.4	18.9	4.5	0.9	100.0	75.7	57.7	35.1	7.2	100.0	B		
	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	49.6	32.4	12.6	4.5	0.9	100.0	82.0	59.5	33.3	7.2	100.0	B		
	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	61.3	29.7	3.6	4.5	0.9	100.0	91.0	75.7	18.0	6.3	100.0	A		
	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	41.5	31.5	17.1	9.0	0.9	100.0	73.0	45.1	45.0	9.9	100.0	B		
	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	44.2	34.2	16.2	4.5	0.9	100.0	78.4	50.5	38.7	10.8	100.0	B		
	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	47.8	36.0	9.0	6.3	0.9	100.0	83.8	63.1	27.9	9.0	100.0	B		
	34. 患者・家族の支援に役立てることができる患者・家族が増える	42.4	35.1	16.2	5.4	0.9	100.0	77.5	65.8	27.0	7.2	100.0	B		
結果2	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	50.5	31.5	12.6	4.5	0.9	100.0	82.0	54.1	36.0	9.9	100.0	B		
	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	56.8	28.8	10.8	2.7	0.9	100.0	85.6	75.7	18.0	6.3	100.0	A		
	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	56.8	28.8	10.8	2.7	0.9	100.0	85.6	69.4	23.4	7.2	100.0	B		
結果3	38. 希望する場所で療養できる患者が増える	48.7	26.1	18.9	5.4	0.9	100.0	74.8	52.3	39.6	8.1	100.0	B		
	39. 在宅における事故事例が減少する	41.5	23.4	23.4	10.8	0.9	100.0	64.9	52.3	40.5	7.2	100.0	D		
	40. 予期せぬ緊急搬送事例が減少する	30.7	27.9	27.0	13.5	0.9	100.0	58.6	45.1	48.6	6.3	100.0	D		
	41. 安定した在宅療養期間が延長する	37.0	30.6	20.7	9.9	1.8	100.0	67.6	46.0	45.0	9.0	100.0	D		

表4 難病対策の評価指標項目案に対する適切性・実施可能性の評価分類

n=111

評価枠組	評価指標案の項目数	評価指標案の分類結果(項目数)				評価指標案の分類結果(%) ^{注1)}			
		A	B	C	D	A	B	C	D
構造	4	4	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
プロセス	23	20	1	0	2	87.0	4.3	0.0	8.7
結果1	7	1	6	0	0	14.3	85.7	0.0	0.0
結果2	3	1	2	0	0	33.3	66.7	0.0	0.0
結果3	4	0	1	0	3	0.0	25.0	0.0	75.0
合計	41	26	10	0	5	63.4	24.4	0.0	12.2

注1) 評価指標案の項目数を分母とし、評価指標案の分類結果(項目数)が占める割合を示す。

各評価枠組について分類結果の割合が高いものを網掛で示す。

表5 適切性及び実施可能性の評価分類がB・Dであった項目についての意見及び代替案の自由記載の分析内容

評価枠組	指標案	評価	
プロセス	12. 既存サービス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	D	「既存サービス」がわかりにくい →介護保険法や障害者自立支援法と修正する
	16. 医療処置等の医学的管理が適切に提供されるよう支援している	D	「支援している」→「連携を図っている」の方が現実的 →サービス提供者の連携を図っていると修正する
	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を行っている	B	「地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている」の方が現実的→代替案の通り修正する
結果1	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	B	
	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	B	
	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	B	ベースラインが不明確だと把握が難しい
	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	B	→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する。このベースラインを基準に、難病対策事業(支援計画策定・評価事業)において年1回結果1~3の評価を行う
	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	B	
	34. 患者・家族の支援に役立てることができる患者・家族が増える	B	
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	B		
結果2	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	B	
	38. 希望する場所で療養できる患者が増える	B	様々な条件に左右されるので、保健師活動そのものの評価に適さない
結果3	39. 在宅における事故事例が減少する	D	→結果3は、保健師活動に特化した結果ではなく、様々な支援や地域環境等が統合された結果レベルであることの説明を加え、理解を得る必要がある。
	40. 予期せぬ緊急搬送事例が減少する	D	39.40.の意味の違いが不明 →在宅における事故事例が減少するとす
	41. 安定した在宅療養期間が延長する	D	

表7 難病対策の評価指標－成果物－

テーマ	目的	評価枠組	指 標 案	
・ 疾病を受容し、療養のイメージがつく ・ 多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	難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる	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	
		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	
			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	
			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	
			結果1	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		
		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・家族が増える		
		結果2	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	
			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	
		結果3	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の集積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。

産業保健における保健活動の評価指標の開発

分担研究者 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）

研究要旨 本研究は地域保健活動の中でも、特に産業保健分野での保健活動の質の評価指標を開発することを目的とする。昨年度は、産業保健活動の全体、有害業務、メンタルヘルス活動、生活習慣病対策の5領域における97指標案を作成し、その適切性と実施可能性を確認するためにデルファイ法による調査の第1回目を行った。今年度は、その結果を踏まえて61項目の評価指標を作成し、デルファイ法の第2回の調査を行った。その結果、95%の項目で適切性及び実行可能性が確認された。回答者からの意見をもとに、文言の精選をはかり、産業保健における保健活動の評価指標60項目を提案した。

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する。地域保健活動はさまざまな場で展開されているが、本稿では特に産業保健領域における保健活動の質の評価指標開発に焦点を当てた。昨年度に実施した第一回目のデルファイ法による調査結果を踏まえ、今年度は文言の整理、項目の精選を行い、第2回目のデルファイ法にて評価指標の適切性・実施可能性の検討を行い、産業保健における保健活動の質を評価指標の開発することを目指した。

B. 研究方法

平成23年度は、日本産業衛生学会に看護師・保健師として登録しているもの1800人の名簿提供を依頼し、そのうち事業所に勤務していることが予想できる384名を対象者として郵送調査を行い、91件の回答を得た。

平成24年度は、第一次調査の結果を踏まえ、4領域5テーマの61項目の評価指標を検討した。

各領域の評価指標は構造評価、プロセス評価、結果評価から構成した。結果に

ついては、結果1：短期目標の達成状態あるいは結果2の前段階の成果、結果2：活動目的の達成状態、結果3：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結果と定義づけた。97項目ごとに適切性として3「とても適切」、2「まあ適切」、1「いづらか適切」、0「不適切」の4段階でたずねた。実行可能性は実施できるか否かについて確認した。各項目や各評価領域に関するコメントや修正意見を自由記載で聞いた。

調査を構成するテーマは、産業保健師活動全般として、＜事業所特性に応じた労働衛生活動の展開＞と＜職業性疾病の発生予防＞、産業保健の重点テーマとしてメンタルヘルス＜業務関連のストレスによるメンタルヘルス不調の抑制＞、過重労働＜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＞、生活習慣病＜一般健診の有所見者の抑制＞を設定した。

それぞれの領域で評価項目数は異なり、＜事業所特性に応じた労働衛生活動の展開＞は15項目（構造：3項目、プロセス：10項目、結果1：1項目、結果2：1項

目、結果3：0項目）、＜職業性疾病の発生防止＞では13項目（構造：1項目、プロセス：7項目、結果1：3項目、結果2：2項目、結果3：0項目）、＜業務関連のストレスによるメンタルヘルス不調の抑制＞として14項目（構造：3項目、プロセス：5項目、結果1：2項目、結果2：2項目、結果3：2項目）、＜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＞として9項目（構造：1項目、プロセス：5項目、結果1：1項目、結果2：1項目、結果3：1項目）、＜一般健診の有所見者の抑制＞として10項目（構造：2項目、プロセス：3項目、結果1：3項目、結果2：1項目、結果3：1項目）の計61項目であった（表1-1、表1-2）。

二次調査は平成24年10月～11月に一次調査回答者のうち二次調査の協力を承諾した40人に送付した。回収数は28件（回収率70%）であった。回答者が保有している資格（複数回答あり）は看護師7人、保健師20人、衛生管理者2人、未記入1人であった。

分析方法は適切性の3「とても適切」、2「まあ適切」と回答したものの割合を算出した。さらに実行可能性及び自由記載を考慮し、総合的に検討して最終評価案を検討した。

<>はテーマ、「」は項目、『』は自由回答、「イタリック」は修正した文言を記した。

C. 結果

適切性において、3「とても適切」と2「まあ適切」と回答したものの合計の

割合が70%未満であった項目は、構造評価指標は1項目で＜職業性疾病の発生防止＞の内「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」（67.9%）であった。プロセス評価指標においても1項目あり、＜事業所特性に応じた労働衛生活動の展開＞の内「職種に応じた必要な情報が活用されている」（67.9%）であった。結果評価指標では1項目であり、＜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＞の内「過重労働該当者数が減少している（年単位）」（67.9%）の3項目であり、95%の項目で適切性が確認された。

実施可能性ありと回答したものの割合が70%未満の項目は3項目で、プロセス評価指標1項目、結果評価指標2項目であった。

プロセス評価指標では、＜事業所特性に応じた労働衛生活動の展開＞の内、「職種に応じた必要な情報が活用されている」（67.9%）であった。

結果評価指標では＜事業所特性に応じた労働衛生活動の展開＞において「事業主が事業所に適した保健活動の重要性を認識している表明している。」は実施可能性が53.6%であり、回答者のコメントとして『事業主の認識を確認するのは難しい』ということであった。もう一項目も同じ領域の「労働者の安全衛生意識が高まる」（64.3%）で、コメントとして『意識が高まるというのは具体的にどう評価すればいいかわかりにくい』というものであった。

適切性・実施可能性共に70%未満であ

った項目は「職種に応じた必要な情報が活用されている」であった。

D. 考察

適切性、実施可能性、自由記載の意見を考慮して見直しを行った。修正経過は表1に記載したとおりである。

1. テーマ：事業所特性に応じた労働衛生活動の展開について

適切性・実施可能性がともに低かった1項目「職種に応じた必要な情報が活用されている」を削除することとした。

事業主の意識は把握しにくいとして、実施可能性が低かった「事業主が事業所に適した保健活動の重要性を認識している表明している」については、安全衛生活動は事業場ごとに展開されているため、「事業主あるいは事業場所のトップが事業所に適した保健活動の重要性を認識している表明している」と修正した。「労働者の安全衛生意識が高まる」については、『意識が高まるというのは具体的にどう評価すればいいのかわかりにくい』という意見はあったが、アンケートなどで把握することも可能と考えて、そのまま修正せずに残すこととした。

2. 職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持

「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」については実施可能性は78.6%と高かったが、適切性で67.9%であった。回答者の意見はなかった。作業責任者等の選任は法令などで定められている事項

であるため、修正せずに残すこととした。

3. 業務関連のストレスによるメンタルヘルス不調の抑制

このテーマに関しては適切性、実施可能性とも低い項目はなかった。しかし、「管理職等からのマネジメントに関する対応件数が増加する」については、『意図するものがわからない。管理職からの部下のマネジメントに関する相談件数が増加するからよいのではないか』という意見があり、「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」と修正することとした。

4. 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

「過重労働該当者数が減少している（年単位）」において適切性が67.9%であった。『産業保健側だけの努力ではどうにもならないところがある』という意見があったが、事業場の協力を得て、過重労働を減少させていくのが産業保健活動であり、把握することも可能なため、修正せず、そのままとした。

5. 一般健診の有所見者の抑制

構造評価項目の「事業所内にヘルスプロモーションを検討する組織がある」は調査表の構成間違いで回答が得られなかったが、一次調査時点で75%の適切性が得られていたため、そのまま残すこととした。

「生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加数・参加率が増加している」については『参加率だけのほうが良い』

という意見があり、それに基づいて修正し、「生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率が増加している」と修正した。

「保健行動を実践している労働者が増加する」は『保健行動とはどういうことでしょうか。アンケート調査をしない限り無理』という意見があったため、内容をわかりやすく表現し「健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する」と修正した。また、健康診断時の問診票などで生活習慣を把握し、指標とすることが可能であると判断し、この項目を残すこととした。

5. 本研究の限界

二次調査対象は一次調査に回答した日本産業衛生学会の会員であり、産業保健活動に研究的な視野を持つ、意識の高い産業看護職であった。さらに2回にわたって回答をしてくれた方々であるため、産業保健活動をよく理解している方々による回答であり、回答の妥当性という点では一定レベルが確保されていると考えられる。しかし、一次調査の回答者数が91名、二次調査回答者が28名と回答者が少ないことは本研究の限界と言わざるを得ない。

また、産業保健活動は今回取り上げたテーマ以外にもあり、他のテーマに関する評価指標の開発は今後の課題である。

E. 結論

平成24年10月にデルファイ法による2次調査を行い、日頃の産業における看護職が行う産業保健活動を評価するための項目として適切性、実施可能性に加えて各

質問項目への自由記載を検討した。その結果、61項目中、適切性が70%未満であるものは3項目、実施可能性が70%未満であるものは3項目であり、1項目を削除し、評価指標に関する意見に基づいて修正を行い、4領域、5テーマの60項目を看護職による産業保健における保健活動の評価指標の成果物として提案する。

参考文献

1. 中央労働災害防止協会. 平成23年度労働衛生のしおり. 26-27. 2011
2. 厚生労働省. 平成22年度 脳・心臓疾患および精神障害などの労災補償状況まとめ. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001f1k7.html>
3. 厚生労働省. 労働者健康状況調査. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>
4. 中央労働災害防止協会. 平成23年度労働衛生のしおり. 182-191. 2011
5. 厚生労働省. 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」2008. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html>
6. 厚生労働省. 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」改訂版. 2009. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei28/index.html>

F. 研究発表

1. 学会発表

荒木田美香子、大神あゆみ、平野かよ子. 国際医療福祉大学学会. 産業保健活

動の質評価指標の開発ー保健師と看護師
の回答状況の違いに着目してー. 2012年9
月

荒木田美香子、大神あゆみ、平野かよ
子. 産業における看護職が行う保健活動
の質の評価指標の開発. 第86回日本産業

衛生学会. 2012年5月

G. 知的財産権の取得状況

なし

表1-1 産業保健における保健活動の評価指標 二次調査結果 1

領域	テーマ	目的	評価 番号	指標案	適切性					適切性 3+2		実施可 能性1	実施可 能性0	実施可能 性NA	実施可 能性1 の%	回答者からのコメント	
					3	2	1	0	NA	3+2	3+2%						
産業保健活動全般	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	構造評価	1	産業保健スタッフとして看護職が配置されている	3	2	1	0	0	27	96.4	24	1	3	85.7	1.産業看護職の配置よりも、まずは産業医や衛生管理者、各種作業主任者など、安衛法に準じた人員配置が行われているかが重要なのではないだろうか グループ内での予算範囲内。 2.企業方針に適した(合致した)産業保健活動の方針(目標)が策定されているか。 主語が不明なので、判断できません。 11は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 12は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 13は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 14は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 15は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 16は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 17は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 18は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 19は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 20は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 21は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 22は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 23は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 24は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 25は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 26は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 27は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。 0-3は事業場独自の職場巡視法が確立されているとはあまり考えられません。『問題点を見逃さない工夫がされている』くらいがいいと思います。
				2	産業保健活動に必要な予算が確保されている	3	2	1	0	0	22	78.6	23	2	3	82.1	
				3	事業所の特性に応じた保健活動が展開できる体制・仕組みが確立している	3	2	1	0	0	24	85.7	23	2	3	82.1	
			プロセス評価	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	3	2	1	0	1	23	82.1	21	3	4	75.0	
				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	3	2	1	0	1	24	85.7	21	4	3	75.0	
				6	職種に応じた必要な情報が活用されている(削除)	3	2	1	0	0	19	67.9	19	5	4	67.9	
				7	機密情報・開示情報の適切な範囲が策定されている	3	2	1	0	0	25	89.3	24	1	3	85.7	
				8	規定・計画策定に必要な情報を整理している	3	2	1	0	0	24	85.7	20	4	4	71.4	
				9	安全衛生に関する方針・規定・計画が策定・改訂されている	3	2	1	0	0	24	85.7	24	1	3	85.7	
				10	作業管理、作業環境管理に関する情報が整備されている	3	2	1	0	0	24	85.7	24	1	3	85.7	
				11	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	3	2	1	0	0	23	82.1	22	3	3	78.6	
				12	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	3	2	1	0	0	24	85.7	24	1	3	85.7	
				13	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	3	2	1	0	0	23	82.1	22	3	3	78.6	
			結果1	14	事業主(修正案:あるいは事業場所のトップ)が事業所に適した保健活動の重要性を認識している表明している。	3	2	1	0	0	24	85.7	15	9	4	53.6	
			結果2	15	労働者の安全衛生意識が高まる	3	2	1	0	0	23	82.1	18	5	5	64.3	
産業保健活動全般	職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持	職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持	構造評価	16	使用有害物質等の基準に応じた取扱い責任者等担当者の育成・選任を行っている	3	2	1	0	2	19	67.9	22	2	4	78.6	
				プロセス評価	17	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	3	2	1	0	0	24	85.7	24	1	3	85.7
					18	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	3	2	1	0	0	22	78.6	24	0	4	85.7
			19		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	3	2	1	0	0	24	85.7	24	0	4	85.7	
			20		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	3	2	1	0	0	26	92.9	25	0	3	89.3	
			21		有害業務とその発生の状況を明確にしている	3	2	1	0	0	25	89.3	23	2	3	82.1	
			22		職場に合った職場環境改善策を実施している	3	2	1	0	0	24	85.7	22	3	3	78.6	
			結果1	23	職場にあった作業方法・作業管理方法を実施している	3	2	1	0	0	23	82.1	23	2	3	82.1	
				24	作業環境測定結果が維持・改善している	3	2	1	0	0	25	89.3	24	1	3	85.7	
				25	職場巡視結果における有効な改善事項が増加している	3	2	1	0	0	24	85.7	23	2	3	82.1	
				26	生物学的指標、暴露濃度が維持・改善されている	3	2	1	0	1	22	78.6	22	2	4	78.6	
				27	特殊健診有所見率が抑制ないし減少している	3	2	1	0	1	24	85.7	23	1	4	82.1	
			結果2	0-3	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	3	2	1	0	0	25	89.3	24	1	3	85.7	

表1-2 産業保健における保健活動の評価指標 二次調査結果 続き

領域	テーマ	目的	評価	番号	指標案	適切性	適切性					適切性3+2	適切性3+2%	実施可能性1	実施可能性0	実施可能性NA	実施可能性1の%	回答者からのコメント
							3	2	1	0	NA							
メンタルヘルス	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働きと働く労働者が増加する	構造評価	29	メンタルヘルス対策の予算が確保されている	3 2 1 0	16	9	2	1	0	25	89.3	24	1	3	85.7	
				30	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	3 2 1 0	16	7	4	1	0	23	82.1	22	3	3	78.6	
				31	傷病休業の補償制度がある	3 2 1 0	16	6	6	0	0	22	78.6	23	1	4	82.1	
			プロセス	32	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	3 2 1 0	19	6	3	0	0	25	89.3	24	1	3	85.7	
				33	メンタルヘルスに関する現状分析がなされている	3 2 1 0	18	9	1	0	0	27	96.4	25	0	3	89.3	
				34	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	3 2 1 0	20	5	3	0	0	25	89.3	24	1	3	85.7	
				35	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	3 2 1 0	17	10	1	0	0	27	96.4	24	1	3	85.7	
				36	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	3 2 1 0	21	6	1	0	0	27	96.4	24	1	3	85.7	
				39	役割特性に応じた適切な退職者の復帰プロセスが調整されている	3 2 1 0	19	5	2	2	0	24	85.7	22	3	3	78.6	
			結果1	40	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	3 2 1 0	14	9	5	0	0	23	82.1	19	6	3	67.9	
				結果2	37	管理職等からのマネジメントに関する対応件数が増加する(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)	3 2 1 0	12	8	4	4	0	20	71.4	22	3	3	
			38		事業所内外の相談機関を知っている労働者が増加する	3 2 1 0	14	8	4	2	0	22	78.6	20	5	3	71.4	
			結果3	41	メンタルヘルスの不調による退職者が減少する	3 2 1 0	14	7	7	0	0	21	75.0	23	2	3	82.1	
					42	職場復帰後の再退職者が減少する	3 2 1 0	16	7	5	0	0	23	82.1	25	0	3	

31. 傷病休業の制度は、メンタル限定でなく、あくまでも健保事業や福祉厚生制度なので、あって当たり前です。むしろ『日頃から労働者へ傷病休業等の制度が周知されている』の方が良いと思います。

協定の内容の周知が徹底されているかも大切だと思います。

、「役割特性」とは誰の役割のことを指しているのでしょうか。

人間関係などのストレス源対策はむずかしい。
よく意図するものがわからない。管理職からの部下のマネジメントに関する相談件数が増加するからよいのでは。
全従業員にアンケートをとらない限りわからないが、それだけの工数をかけるのはむずかしい。

41. 休まないは理想であるが、人生のうちの多くを占める職業に携わる時間、果たして休まないでいられ続けることが、本当に善の評価なのか？—なんとなく休む＝負のイメージが大きく感じる。休職の期間が短い、つまり長期病欠者の減少であればいいかも？と思う。