

精神保健福祉、感染症対策と産業保健において、主に保健師が行う活動の質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実践者に問うた。その結果、適切性と実行可能性の高い指標を抽出することができた。しかし、地域保健に関しては以下のことが領域を超え共通したことであった。

1. 調査対象を実践者の保健師とし、実践現場の視点での適切性と実行可能性を問うたが、地域保健の場合、指標案で評価できる活動を実施しているか否かで判断し、実施していない指標は不適切と回答する傾向が伺えた。
2. 評価指標は、具体的にどのように図るのかの具体的方法や、評価基準が提示されることが期待されている。
3. 実施している活動は法・制度、要綱に定められている事業で、概して問題を持つ対象集団への取り組みはなされ、評価されているが、予防とし住民全体に働きかけるポピュレーションアプローチは少ない。地域のネットワークづくりや連携の強化も、要綱にある範囲で実施している傾向が伺われた。

これらのことから、概して地域の実態・ニーズを関係者や住民と捉え地域診断を行い、地域課題を明確にし、その課題達成のための活動を開発し、達成の程度をどのように評価するのか、評価指標そのものを開発する活動はあまりなされていないと推察された。

可能な限り具体的な方法を提示したり、評価基準を提示する一方で、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発する評価指標の観点あるいは視点を標準化して提示することが重要と考えられる。合わせ

て、地域の課題を明らかにし、課題解決の程度を測るための評価指標を各地域で創出することを働きかけることも必要であると考えられた。今後の本研究で行う標準化された指標開発の方向性の示唆が得られた。

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、評価の枠組を構造、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、地域精神保健福祉、感染症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た。また、自由記載の意見を参考としての指標の文言の修正と統合する項目、削除する項目に関しての示唆を得た。しかし今後の指標開発の方向性として、可能な限り具体的な方法を提示し、評価基準を提示する一方で、本研究で開発する評価指標は、それぞれの地域で地域の課題に適した評価指標を創出するための評価の観点あるいは視点を提示するものであり、そのための標準化をめざすことと考えられた。次年度の予定している二次調査は、これを踏まえ実施したい。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 第70回日本公衆衛生学会（秋田）
- 2) 第43回アジア環太平洋公衆衛生学術会議（韓国）

G. 知的財産権の取得状況

なし

【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
- 4) Sue Moorhead, et. (江本愛子監訳)、看護成果分類 (NOC) 第4版、医学書院、2010

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
分担研究報告書

保健活動の質の評価指標開発
－保健活動の評価指標案の適切性と実行可能性－

分担研究者 中板育美（国立保健医療科学院）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、標準化された指標を開発することを目的に母子保健活動の質を評価するための指標の案を作成し全国の市町村に、指標（案）の適切性と評価の実行可能性について調査を行った。回収率は35.8%。47都道府県中44都道府県下の市町村から回答を得た。指標（案）は適切でも実行可能性となると消極的な判断になる項目が明らかになった。そこで、指標（案）の見直しを行う際のポイントを整理した。1) 指標の基準に具体性を持たせる（住民の正の行動を頻度や変化の大きさを設定する）（住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の実際に対する評価指標に訂正する）、2) 指標としての情報（データ）把握の困難性に対する対応（既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていく）、3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標について（コストは、結果の構成要素であるが複雑な判断を要することから、それを表す指標として従事者側の負担感や満足度などを加えるなど工夫する）、4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合（望まれた結果への貢献として、主管部署問わず、主語を明示して評価を促す）（県行政、市行政双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にする）

今後は、指標（案）の見直しと同時に、評価指標の考え方等についての説明に力点を置く工夫も考慮の余地がある。

A. 研究目的

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、母子保健に関する活動の評価指標（案）を作成し、全国の市町村に対して、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

領域ごとの専門家（母子、感染症、精神、健康づくり、難病、高齢者）が、先行の指標に関わる文献や既存の国や基礎自治体における計画に記された指標などを参照

し、さらに各領域の専門家（研究班メンバー）によるグループディスカッションを繰り返して領域ごとに指標（案）を作成した¹⁾。

各領域の指標案を郵送式のアンケート形式で調査を行った。なお、この調査は、デルファイ法（専門家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を使って、組織的統計的に集約・洗練する意見収束技法）で行う1回目に該当する。調査表は、適切性については4件法（3＝適切、2＝まあまあ適切、1＝いづら

適切、0＝不適切)、実行可能性は、2件法(○＝可能、×＝不可能)で行い、そのほか自由意見も記載欄も設けた。分析は、適切性は、3+2で70%以上、実現可能性も○が70%以上を便宜上の基準として分け、指標(案)の見直しをする目的で考察を加えた。

調査期間は、平成24年2月●日～2月27日

C. 結果及び考察

1. アンケート回収状況

208回収/581送付(回収率35.8%)。

適切性も実効可能性も70%以上の指標を「A」、適切性は70%以上、実行可能性が70%未満の指標を「B」、適切性が70%以下、実行可能性が70%以上の指標を「C」、適切性も実行可能性も70%未満の指標を「D」として区分けした。

2. 評価指標(案)の適切性と実行可能性
母子保健活動における重点テーマとして設定した「子育て支援」「発達障害」「児童虐待」の評価指標(案)¹⁾の適切性と実行可能性について述べる(表1)。

1) テーマ：子育て支援

目標「子育て中の親が安心して子育てができる」に対し、構造評価指標3項目、プロセス評価指標6項目、結果評価指標9項目、計18項目が設定されている。

適切性に関しては、18項目中2項目-プロセス評価指標(案)「子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている」(67.8%)と、結果評価の指標(案)「地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画」(69.7%)が7割に満たなかった。

実行可能性の指標(案)については、18項目中7項目-「子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている」(55.7%)と

「地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画」(61.1%)の2項目が、適切性でも低く[D]に該当する。そのほか、構造評価指標「子育て支援ニーズに見合った人材が確保されている」と結果評価の指標の「活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる(scrap&build)」「地域づくりへの住民意識の向上と参画」「子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている」「地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている」「住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている」が実現可能性として賛同が得られにくかった。

2) テーマ；発達障がい

目標「ライフステージに応じた一貫した支援体制が整備され、発達障害児の福祉が向上する」に対し、構造評価指標4項目、プロセス評価指標3項目、結果評価指標8項目、計15項目で設定されている。

指標の適切性は、15項目中2項目-結果指標の「乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」(68.3%)と「生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少(ノーマライゼーション)」(63.0%)が7割に至らなかった。

実行可能性の指標(案)については、15項目中8項目-構造評価「マンパワーが充足」や「支援に関与できる専門家が増える」とプロセス評価指標「ライフステージに沿った支援に関する知見/方法(技術)の収集と方策の必要性が確認されている」「発達障害者支援センターなど子どもか

ら成人まで一貫した家族支援体制がある」、結果評価指標「生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少」（47.6%）「各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」（46.2%）などが7割に満たず実行可能性が低かった。なお、結果評価3の2項目については、適切性でも賛同が得られにくかった[D]項目である。

3) テーマ；児童虐待

目標「子ども虐待を起こさない、起こさせない地域づくり」に対し、構造評価指標3項目、プロセス評価指標6項目、結果評価指標9項目、計18項目で設定されている。

指標の適切性に関しては、18項目中1項目-結果評価「市町村や医療機関、教育機関、警察等関係機関による研修実績、評価・検証がなされている」（69.2%）のみが7割に満たなかった。

実行可能性の指標(案)については、18項目中9項目-構造評価指標「専門的役割を担うマンパワーが充足している」（61.5%）、プロセス評価指標「虐待およびその周辺の関する地域診断が実施されている」（57.7%）や「地域の虐待防止に関わるサービス機関の役割を理解し、関係者間で相互に活用する意識が高まる」「子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認（教育委員会、NPOなど）されている」、結果評価指標「地域住民の児童虐待に対する理解と防止に向けた適切な行動化がある」「育児不安等の軽減や、虐待に悩む保護者のケアが向上している」、「虐待してしまう親が、孤立することなく自発的に相談でき、虐

待行為を自ら回避できる」「健康指標の改善」などが賛同得られにくく、そのほとんどが適切ではあるが、実行可能性が低い[B]に該当した。

3. 自由意見

1) 指標の基準が不鮮明（抽象的）

〈「主体的」「自発的」などの「表現があいまいで客観的評価ができない」〈「人材の充足」をどこまですればいいのかわからない〉あるいは〈適切の基準があいまい〉、〈実施していればいいのか、質的に違い大きい。住民代表の協議会参画なのか、座談会などで自由に言い合えるような場の設定などでも違う〉など、もっともな意見が多く、他の指標と比較すると、適切性も低い[D]となる項目もあり、表現の曖昧さに困惑している様子が伺えた。

2) 情報把握の困難性

〈たわい回しにされた感覚〉や〈安心感、満足感など住民の主観なのでばらばらになる可能性がある〉、〈「不自由さの軽減」など発達障害児の家族に聞きとらないとわからない。誰が評価するのか〉など住民の率直な意見に対する評価については、住民の主観/感覚が評価になるので困難などの抵抗が伺えた。

また、〈既存の統計データにはない〉〈どこからデータを入手するかわからない〉〈虐待など絶対数が少ないので評価は困難〉〈アンケートを取るのか、どのような方法でデータをとるかを示してほしい〉〈主管課ではないことから把握が難しい〉〈そもそも主管課でない部署が評価していいのか〉など、指標があることで、新たに心理的負担感〈評価も大事だがまずは活動ありき。多忙な中で優先

順位は大切)も感じ取れた。

3) 保健師の介入で解決できない(と考えている)評価指標

構造評価の指標(案)の骨格となる人材確保や予算確保については、〈小規模自治体で発達障がいの人材増員は困難〉〈そもそも充足は難しい〉〈現時点では無理〉などの意見が多く、指標としての適切性はあるものの、実行可能性が低い[B]に該当する場合が多かった。

4) 主たる評価機関が不明確

「各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」「子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認(教育委員会、NPOなど)されている」「要対協検討の結果、保健分野の関与」事例が、孤立することなく自発的に相談でき、虐待行為を自ら回避できる。(実数)」などは、〈イニシアティブは児童福祉なので保健機関で評価するのは無理〉〈多機関関与のため母子保健が評価するのが妥当か〉など多機関連携が多い母子保健活動の意見が出ていた。

5) 市町村の評価項目ではない

「発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制がある」「研修実績、評価・検証がなされている」などは、〈県の役割であって市町村は実施しない〉〈市には発達支援センターは県の機関なので遠い〉など役割分担に重点が置かれ、機関の活用についての実績評価も該当しないと考える傾向があった。

D. 考察

本研究で開発したい指標について、自らのために整理しよう。

評価指標(案)での結果評価指標(outcom

e)は、初回調査時の説明の反復にはなるが、支援の受け手(ここでは、個別支援対象者あるいはその家族やその個人に密接にかかわる関係者や住民、さらに病者/障害者の仲間(患者会・家族会、地域集団などをさす)に焦点化される²⁾べきで、結果評価3が該当する。つまり、結果評価3は、保健活動(地区活動)という介入が行われ、支援の受け手がその介入による影響を受けたこと(変化してほしいこと)で示される。従って、地域診断をしたり、個別事例のアセスメントをすることで、そのアセスメントに基づき、介入/行動に至り、どのように変化したかの部分が表現されている。少なくとも結果指標は、

- ① 介入によって、支援の受け手の健康度に及ぼしたインパクトが表現されたもの
- ② 介入によって、医療費や生活保護費受給費/者割合、各自治体の経済指数などに及ぼした結果として納得できるもの^{2,3,4)}である。

地域診断や個別事例のアセスメントも、その結果を踏まえた介入が成されなければ、構造もしくはプロセス評価止まりであり、支援の受け手は、結果を得られない/得ていないことになる。そして、プロセス評価、構造評価は、結果を導くための必要条件ということである。

1回目の調査において、指標(案)に対する適切性としては賛同できても、実行可能性となると困難と判断される項目が多かった。2回目以降のデルファイ法に向けて、以上のことを再度意識して、適切性・実行可能性の比較的低評価であった項目について、指標(案)の修正を考えるうえでのポイントとなるであろう部分について考察する。

1. 指標の適切性と実行可能性

1) 指標の基準が不鮮明（抽象的）

保健活動における質の評価は、それ自体が、一つの質なのか複雑に絡み合った要素で成立しているのかと考えれば、実は、後者に近い⁴⁾ことが多いのではと思われる。また、その指標一つ一つが独立しているのか、相互に関連し合っているのかと考えれば、関連性は強く切り離せない場合の方が多い。その上、保健活動は、マンパワーや予算、場所、システムの有無などが間接的に影響するので、そこも包含して考えることが不可分である。保健師としては、それゆえに、判断基準の曖昧さであることは多くの保健師が認識していることであろう。言い換えれば、指標として表現したいが、その指標の評価をすることに曖昧さが邪魔をすることも重々承知なので、実行可能性が低くなるのではないかと考える。

この曖昧さは、特に、住民参加にかかわる指標などに現れる。「主体的」や「自発的」などの表現も多くなり、必要性は（適切ではあるが）わかるが、実行可能性としては、幅の広い受け取られ方をし、〈表現があいまいで客観的評価ができない〉などの当然の意見となったと思われる。これらについては、内容によっては住民の正の行動を頻度や変化の大きさに設定するなど、できる限りブレの少ない問いに修正していく必要がある。一方では、実践活動の中で、地域組織活動など住民とのパートナーシップに基づく活動が脆弱になっているいま、〈今はそのような取り組みはない〉などの感覚から、評価しづらく、実行可能性が低い結果となったのではないかと考える。また、「各ライフステージに対応する一貫した

支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている」など分散配置あるいは業務分担の傾向が強くなる中で、年齢や業務で区切るなど、多領域との関係性が弱くなりつつある状況を踏まえると、ライフステージに沿って切れ目のない支援にかかわるこれらの指標は、実行可能性が低くなりやすい印象を受けた。

住民側の意識に焦点化するのではなく、結果を導くためのインフラ整備並びにプロセスにおいて、多領域での情報共有の場の有無あるいは住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの実施の有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の実際に対する評価指標に訂正することで実行可能性を上げたい。

2) 指標としての情報（データ）把握の困難性

データの入手不可能や困難性に対する意見は多く聞かれた。

意見の中には、いわゆる〈安心感、満足感など住民の主観なのでばらばらになる可能性がある〉、〈「不自由さの軽減」などにつながったかいなかは、家族に聞きとらないとわからない〉など住民の率直な意見を聞き取る必要がある指標の場合の評価データの入手の困難性を上げていると思われた。さらにもう一点は、統計データについて、今持ち得ていない情報の場合あるいは、情報の入手先がわからない場合に実行可能性が低くなった可能性がある。本研究班での研究成果として、これらの意見を踏まえて評価指標提示と同時に、既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていくことで、働きかけにはなりそうである。

3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標

必要人員/人件費はコストの一部として、重要な現実問題であることは間違いない。そうはいつても、一方では、結果評価の際に、果たして構造評価で「人員の確保について話し合いを持つ機会を有している」「必要な人員の査定値を算出している」などの人員の妥当性に関する組織的取り組みの有無を設定しても、その人員を投入して行うある方法の取り組みに依った結果が、他の方法の活用によって得られる結果とどのような違いがあるかなど比較してその妥当性が確認されるわけで、つまり、相対的にコストも見る必要があるために、人員と結果評価が、単純に結びつけられず、しかも一般化が大変難しい⁴⁾ことは痛感している。そのような意識が働き、構造評価の指標(案)にある「ニーズに沿った事業展開に要するマンパワー」なども、〈そもそも充足は難しい〉〈「人材の充足」をどこまですればいいのかわからない〉あるいは〈人員の適切な基準を占めしてほしい〉〈現時点では無理〉など、実行可能性として積極的な賛同が得られにくかったのではないかと考える。あくまでも、前述したが、コストは、結果の構成要素であり、保健活動において、保健師の権限での改善が不可能ではあっても、本来のあるべき姿を検討し、現状打破に向けたアクションについての議論は展開したり、あるいは、結果指標に従事者側の負担感や満足度などが加わることで、間接的にマンパワーの妥当性につながる評価が可能になるのではと考える。

4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合

児童虐待や発達障害への対応は、保健領域の取り組みにとどまらず、福祉、医療、教育などとの連携が不可欠な場合が多く、「虐待行為を自ら回避できる」結果が、保健機関のみでの成果とは言えないと考える傾向から、〈イニシアティブは児童福祉なので保健機関で評価するのは無理〉〈多機関関与のため母子保健が評価するのが妥当か〉などの意見が出されている。また、〈発達支援センターは県の機関なので遠い/評価しない〉など分担業務に重点が置かれ、評価は、主たる実施機関の責務と捉える傾向が強かった。つまり、多機関/他職種連携の場合、主たる機関のみが評価を行い、重層的な評価に至らないことになる。

考え方を整理すれば、望まれた結果(つまり本調査でいう結果指標)への貢献が構造評価やプロセス評価で表現される⁵⁾ので、主管部署問わず、主語を明示するなど、連携機関も構造-プロセス-結果の一連について評価できうるように改善可能と思われる。

一方、「研修実績、評価・検証がなされている」などは、〈県の役割であって市町村は実施しない〉ものも一部分ではあるものの存在し、県行政、市行政が同内容での評価指標では無理が生じるものもあり、双方の違った立場からの評価になる場合には、評価指標の設定も双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にするなど、混乱回避に有効な方法を考慮する必要がある。

2. 実行可能性を上げるための工夫

表1、表2を詳細に観察すると、保健スタ

ップが評価指標に基づいて評価を行うには、保健活動現場の多忙な時間を割いてまでもデータとして提示していくべきであるという科学性や合理性・論理性・妥当性を伴った説明が必要であり、さらにその指標が、保健活動の成果の見える化に寄与すること、当然ながら指標の具体性(抽象度を上げすぎると評価できない)、データ収集が可能であること、あるいはどこに問えば収集できるかが明示されていることなどに配慮して、指標(案)を提示することが必要であり、実現可能性に結ぶつけるために配慮すべき要素であると考えた⁵⁾(表2)。

今後の調査にあたっては、指標(案)の項目は、母子保健にかかわるすべての政策分野について提示したわけではなく、重要かつ優先順位の高いと思われる課題を対象にしたが、その選定の是非についても調査の必要性を感じている。また、実現可能性については、賛同が得られない場合には、「データ収集が不可能」あるいは「事業自体が該当しない」などの理由についての記載を求めるなど検討の余地がある。

E. 結論

指標(案)の見直しを行う必要があると同時に、評価指標の考え方等についての説明に力点を置く必要がある。

1) 指標の基準に具体性を持たせる

- ・住民の正の行動を頻度や変化の大きさと設定するなど、ブレの少ない問いに修正する。

- ・結果を導くための構造及びプロセスを、住民の主体性や自発性を促すような保健師の働きかけの有無や保健師側の体制づくりに向けた行動の

実際に対する評価指標に訂正する

2) 指標としての情報(データ)把握の困難性に対する対応

- ・既存の情報入手先、アンケートやヒアリングなどの入手方法に関する教育的配慮/情報提供をしていく

3) 保健師のみの努力では解決できない要素と捉える評価指標について

コストは、結果の構成要素であることから、評価は必要。しかしながら複雑な判断を要すことから、それを表す指標として従事者側の負担感や満足度などを加えるなど工夫する

4) 評価機関が不明確であるあるいは、自組織が主たる責任機関でない場合

- ・望まれた結果(つまり本調査でいう結果指標)への貢献が構造評価やプロセス評価で表現される⁵⁾ので、主管部署問わず、主語を明示して評価を促す

- ・役割分担が明確なものについては、県行政、市行政が同内容での評価指標では無理が生じるものもあり双方の立場に立った、評価指標として選択可能な環境にするなど、混乱回避に有効な方法を考慮する必要がある。

F. 引用文献

1) 厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」平成22年度. 総括・分担研究報告書(主任研究者: 平野かよ子)

2) スー・ムアヘッド, マリオン・ジョンソン・メリディーンL. マースエリザベス・スワンソン, 監訳) 江本愛子. 看護成果分類(NOC)第4版. 医学書院. 2010.

3) 内田 和成: 論点思考. 東洋経済新

聞社 .2010.

- 4) Avedis Donabedian, (訳)東 尚弘.
医療の質の定義と評価方法. 認定NP
0法人 健康医療評価研究機構 (iH
ope) .2010
- 5) IT情報マネジメント
[http://www.atmarkit.co.jp/aig/04
biz/delphimethod.html](http://www.atmarkit.co.jp/aig/04biz/delphimethod.html) (23/05/1
4 accessed)
- 6) Heinrichs, D. W. Hanlon, T. Carpen
ter, W. T., Jr. (解説) 宮田量治,
藤井康男. クオリティ・オブ・ライ
フ評価尺度. 星和書店. 2002.

G. 研究発表

1. 学会発表

第70回日本公衆衛生学会

H. 知的財産権の取得状況

なし

表1 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（子育て支援）

n = 208

ア マ	評価 枠組	評価指標（案）	適切性（%）						実行可能性（%）				分類	
			3	2	1	0	NA	3+2 計	○	×	NA	計		
子 育 て 支 援	構 造	1 地域の子育て事情/現状から、子育てニーズを把握されている	53.4	38.0	7.2	1.0	0.5	91.3	100	83.2	5.3	11.5	100	A
		2 子育て支援ニーズに見合った人材が確保されている	38.5	39.4	19.2	2.9	0.0	77.9	100	69.2	17.3	13.5	100	B
		3 子育て支援ニーズに見合った子育て環境整備のための予算が計上/確保されている	40.9	42.3	14.4	2.4	0.0	83.2	100	75.5	11.1	13.5	100	A
	プ ロ セ ス	4 行政と住民が共に地域の子育て支援に向けた話し合いをする機会を有している（行政は、そのような機会を用意できる）	38.9	46.2	12.5	2.4	0.0	85.1	100	82.2	6.3	11.5	100	A
		5 子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている	22.6	45.2	26.9	5.3	0.0	67.8	100	55.3	29.8	14.9	100	D
		6 孤立のない子育てにやさしいまちづくり（目的・目標）が確認され、言語化されている	46.2	37.5	15.4	0.5	0.5	83.7	100	84.1	4.3	11.5	100	A
		7 目的・目標の達成に見合った活動計画（事業）が具体的に言語化されている	59.1	34.6	5.8	0.5	0.0	93.8	100	88.9	1.0	10.1	100	A
		8 目的・目標・活動計画に基づく関係者間の役割分担が図られる。	49.0	43.8	5.3	1.0	1.0	92.8	100	85.1	3.8	11.1	100	A
		9 活動計画に基づいて実施されている	55.3	36.1	7.2	0.5	1.0	91.3	100	86.5	1.9	11.5	100	A
	結 果 1	10 地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている	35.6	43.3	19.2	1.9	0.0	78.8	100	66.8	19.2	13.9	100	B
		11 住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている	32.7	45.2	20.2	1.9	0.0	77.9	100	69.7	15.4	14.9	100	B
		12 既存の子育て支援に関する資源の活用度	36.1	46.6	15.9	1.0	0.5	82.7	100	76.4	11.5	12.0	100	A
	結 果 2	13 例えばこんにちは赤ちゃん事業などを通じて、子育て中の親を把握できている	70.7	25.0	4.3	0.0	0.0	95.7	100	87.5	1.4	11.1	100	A
		14 ニーズに即した関与/見守りが向上している、（こんにちは赤ちゃん事業訪問実施率、子育て広場利用者数、各種健診受診率、未受診調査実施率など）	67.3	30.3	1.9	0.0	0.5	97.6	100	88.5	1.9	9.6	100	A
		15 活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる（scrap&build）	26.9	44.7	23.6	4.8	0.0	71.6	100	57.7	27.9	14.4	100	B
	結 果 3	16 子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている（たらいまわしされた感覚ゼロ、子育て支援にまつわる苦情の減少、関係者間での紹介事例の増加）	37.5	47.1	13.9	1.4	0.0	84.6	100	68.3	16.8	14.9	100	B
		17 地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画（支援される側から支援する側）の実績	23.6	46.2	25.0	3.4	1.9	69.7	100	61.1	23.1	15.9	100	D
		18 健康指標（子育てしやすさ・充実感/安心感/安全感、出生数の増加、乳児死亡率、周産期死亡率、乳幼児の事故数）	56.3	33.7	10.1	0.0	0.0	89.9	100	85.6	3.4	11.1	100	A

表2 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（発達障がい）

n = 208

ア マ マ	評価 枠組	評価指標（案）	適切性（%）						実行可能性（%）				分類	
			3	2	1	0	NA	3+2 計	○	×	NA	計		
発 達 障 が い	構造	19発達障害児の実態が把握されている（健診受診率、発達障害に関するよう要観察者数）	53.8	40.9	4.8	0.0	0.5	94.7	100	83.7	5.8	10.6	100	A
		20健康ニーズ・資源ニーズ、地域ニーズの明確化(地域診断) がなされている	40.4	43.3	15.4	0.0	1.0	83.7	100	71.6	13.9	14.4	100	A
		21地域診断結果と施策との関連、関与する位置づけとマンパワーが充足されている	36.5	34.1	22.6	5.3	1.4	70.7	100	56.3	28.4	15.4	100	B
		22乳幼児から学童への移行期に関与する関係機関の相互理解が図られる場がある	54.8	35.1	9.1	0.5	0.5	89.9	100	81.3	7.7	11.1	100	A
	プロセス	23ライフステージに沿った支援に関する知見/方法（技術）の収集と向上に向けた方策の必要性が確認されている	23.6	49.5	20.2	4.8	1.9	73.1	100	58.2	26.0	15.9	100	B
		24発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制がある	38.9	35.1	17.3	8.7	0.0	74.0	100	60.6	26.4	13.0	100	B
		25地域理解を深める場に当事者や当事者の家族が参加する場がある	39.4	43.8	13.0	3.4	0.5	83.2	100	72.6	13.9	13.5	100	A
	結果 1	26発達障害者支援センターなどを核として一貫した本人および家族支援が計画的になされている(件数)	34.1	38.5	18.8	8.2	0.5	72.6	100	57.7	30.3	12.0	100	B
		27支援に関与できる専門家が増える（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）	36.5	39.4	18.3	5.8	0.0	76.0	100	63.5	24.0	12.5	100	B
		28発達障害者に対する地域理解を深める場に当事者や当事者の家族が参加している（開催回数、参加者数）	33.7	41.3	21.6	2.9	0.5	75.0	100	73.1	16.3	10.6	100	A
	結果 2	29発達障害児童の生活の場や学びの場での参加者数、満足度	34.6	41.3	18.8	4.8	0.5	76.0	100	67.8	22.1	10.1	100	B
		30発達障害を抱えた児（者）の家族が必要な相談窓口を知り、相談することで負担や不安を軽減しながら育児やケアがなされる（サービス利用度、満足度、苦情数）	44.7	37.5	15.4	1.9	0.5	82.2	100	71.2	15.9	13.0	100	A
		31母子保健から学校保健へのスムーズな引き継ぎがなされる（件数）	44.7	38.9	13.5	2.9	0.0	83.7	100	70.2	16.3	13.5	100	A
結果 3	32乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている	35.1	33.2	21.6	9.6	0.5	68.3	100	47.6	38.0	14.4	100	D	
	33生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少（ノーマライゼーション）	30.3	32.7	29.8	6.3	1.0	63.0	100	46.2	39.4	14.4	100	D	

適切性（3=適切，2=まあまあ適切，1=いくらか適切，0=不適切）

実行可能性（○=実行可能，×=実行不可能）

表3 母子保健活動に関する評価指標（案）の適切性および実施可能性（児童虐待）

n=208

評価 マ 枠組	評価指標（案）	適切性（%）					3+2 計		実行可能性（%）				分類		
		3	2	1	0	NA	○	×	NA	計					
児童 虐待	構造	34次世代育成支援行動計画への児童虐待防止の視点で子育て支援策の重点事項の記載欄がある	57.2	33.2	8.2	0.5	1.0	90.4	100	82.2	4.3	13.5	100	A	
		35要保護児童対策地域協議会の整備促進（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相談体制）が図られている	57.2	33.2	6.7	1.9	1.0	90.4	100	79.8	7.7	12.5	100	A	
		36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）が充足している	43.3	33.2	16.3	5.3	1.9	76.4	100	61.5	22.1	16.3	100	B	
	プロセス	37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	51.0	38.0	8.2	2.4	0.5	88.9	100	80.8	6.3	13.0	100	A	
		38虐待およびその周辺に関する地域診断が実施されている。	30.3	39.9	25.0	3.8	1.0	70.2	100	57.7	27.4	14.9	100	B	
		39地域の虐待防止に関わるサービス機関の役割を理解し、関係者間で相互に活用する意識が高まる。	39.9	44.2	12.0	2.4	1.4	84.1	100	68.8	18.3	13.0	100	B	
		40子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認（教育委員会、NPOなど）されている	40.4	38.5	17.8	2.4	1.0	78.8	100	68.8	16.8	14.4	100	B	
		41社会的養護を必要とする子どもが支援を受けられる相談体制がある	53.8	32.7	12.5	1.0	0.0	86.5	100	78.4	8.2	13.5	100	A	
		結果1	42要保護児童対策地域協議会での親会議、実務者会議、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）、紹介機関が明らかになる	48.6	40.4	8.2	2.4	0.5	88.9	100	85.1	3.8	11.1	100	A
			43母子保健活動における虐待もしくは疑い事例の発見数（率）	48.6	37.5	12.5	1.4	0.0	86.1	100	83.7	5.8	10.6	100	A
	44市町村や医療機関、教育機関、警察等関係機関による研修実績、評価・検証がなされている		26.0	43.3	26.4	2.9	1.4	69.2	100	70.7	15.9	13.5	100	C	
	結果2	45地域住民の児童虐待に対する理解と防止に向けた適切な行動化がある（声掛け運動などの実績）	27.4	47.1	23.1	2.4	0.0	74.5	100	64.9	20.7	14.4	100	B	
		46虐待をしない、させない大人となるための教育の推進（学校での命の大切さ、暴力防止教育がなされている）	35.6	41.8	17.3	4.8	0.5	77.4	100	70.2	16.3	13.5	100	A	
		47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、予防推進事業実施数	38.9	43.8	15.4	1.4	0.5	82.7	100	80.8	6.7	12.5	100	A	
		48育児不安等の軽減や、虐待に悩む保護者のケアが向上している（親支援グループ実施率、参加者数など）	39.9	41.3	15.9	2.4	0.5	81.3	100	69.2	18.3	12.5	100	B	
結果3	49虐待してしまう親（回復過程にいる親）が、孤立することなく自発的に相談でき、虐待行為を自ら回避できる。（虐待家族の再発率の減少）	37.5	39.4	19.7	3.4	0.0	76.9	100	55.3	27.9	16.8	100	B		
	50あらゆる関係機関からの通報、積極的ネットワーク参画がある（進行・再発防止）	37.5	44.7	14.4	1.9	1.4	82.2	100	69.2	14.9	15.9	100	B		
	51健康指標（虐待通報件数、虐待件数減、虐待死ゼロ、再発率減少、虐待家族の回復/愛着形成、自尊心回復、子育てへの自信）	40.9	38.9	18.8	1.0	0.5	79.8	100	69.7	14.9	15.4	100	B		

表4 実行可能性が低い項目に対する自由意見（子育て支援、発達障がい）

テーマ	指 標 （*実行可能性が低い項目のみ抜粋）	自由意見 実行可能性が低い項目に対する意見	分類	
子育て支援	構造	2子育て支援ニーズに見合った「子育て支援ニーズを共有する話し合いの場を持っている」人材が確保されている 「ニーズを満たすために必要な人員や予算などを話し合う機会がある」	B	
	プロセス	5子育てニーズが異世代間でも相互に共有されている「できる機会を活かした活動を心掛けている」	D	
	結果	10地域ニーズに見合う住民の主体的/自発的な子育て支援活動が展開されている「数・頻度・住民の満足度や達成感」	活動や支援が出来ている否かという事なので住民の感覚評価となる為、難しい。子育て支援の主管課ではないことから把握が難しい。	B
		11住民の主体的な活動に対し、関係者による適切な後方支援が展開されている	自発的に活動される人的、社会的資源が足りない。	B
		15活動を住民と行政の協働で評価・見直しができる（scrap& build）	現在そのような場が無い為、評価しにくい。会議の数は課題により変動するもの	B
		16子育て支援に関わる関係者間でのネットワークでワンストップサービスが展開されている（たらいまわしされた感覚ゼロ、子育て支援にまつわる苦情の減少、関係者間での紹介事例の増加）	たらいまわしにされた感覚は住民の主観なので評価できない	B
17地域づくり/健康づくりへの住民意識の向上と参画（支援される側から支援する側）の実績	対象となる母子は子の成長とともに入れ替わる。数字としては、正しく評価できない。	D		
発達障害	構造	21地域診断結果と施策との関連、関与する位置づけとマンパワーが充足されている。	B	
	プロセス	23ライフステージに沿った支援に関する知見/方法（技術）の収集と向上に向けた方策の必要性が確認されている「担当者間で話し合う機会を有している」	必要ではあるが、一貫した家族支援体制を指導、整備する部署が現在はない。	B
		24発達障害者支援センターなど子どもから成人まで一貫した家族支援体制がある	発達障害者支援センターはあっても身近な存在ではない。	B
	結果	26発達障害者支援センターなどを核として一貫した本人および家族支援が計画的になされている「家族の支援に対する満足度・件数」	障害福祉との協働・連携が必須。保健活動の指標だけでは、評価が難しい	B
		27支援に関与できる専門家が増える（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）	専門スタッフについては、予算の問題もあり、簡単に実行できるものではない。小規模自治体では、発達障害に取り組むための増員はできません。）	B
		29発達障害児童の生活の場や学びの場での参加者数、満足度	具体的な不自由さが一人一人全く違うこと、何により軽減されたのか因果関係が不明となるなどから適切ではない。	B
32乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援展開で、社会生活での不自由が軽減されている		質を評価するのは難しい	D	
33生活し続ける安心感、健康観・QOLの向上、生きづらさや負担感の減少（ノーマライゼーション）	質を評価するのは難しい	D		

表5 実行可能性が低い項目に対する自由意見（児童虐待）

テーマ	指標 （*実行可能性が低い項目のみ抜粋）	自由意見 実行可能性が低い項目に対する意見	分類	
児童虐待	構造	36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」が充足している「話し合われている」	虐待に関する担当課が母子保健ではない為評価していない。保健ではなく福祉での評価	B
	プロセス	38虐待およびその周辺の「子育て困難群」に関する地域診断「実態把握」が実施されている。「なされている」	地域診断とは何なのか、指標を示していただければ可能 虐待に関する担当課が母子保健ではない為評価していない（しない）。	B
		39地域の虐待防止に関わるサービス機関の役割を理解し、関係者間で相互に活用する意識が高まる。「話し合う場がある」	意識の高まりをどう評価するか。関係機関は担当者が変わる為、意識の高まりを評価することは難しい	B
		40子どもの権利擁護、命の大切さ、虐待防止教育の必要性が確認（教育委員会、NPOなど）されている「を教育機関などと話し合う機会がある」	母子保健側は必要と感じているが、学校側があまり必要性を感じていない為、現状では困難	B
		44「教育の必要性を共有したうえで、」市町村や医療機関、教育機関、警察等関係機関による研修実績、評価・検証がなされている	研修は県などが主体で行っている。近隣の通報の大切さ。	C
	結果	45地域住民の児童虐待に対する理解と防止に向けた適切な行動化がある（声掛け運動などの実績、「住民が参画している子育て支援事業がある。数や人数」）	声掛け実績はイベントであればよいが地域での見守りを実績にするには難しいと思う。	B
		48育児不安等の軽減や虐待に悩む保護者のケアの向上「が保健サービス利用によって子育てに対する自信を取り戻している」（親支援グループ実施率、参加者数など）	（ ）書きのようなものが回答しやすいと思われる。 個別でのかわりにはできるが集団、グループ作りまでのフォロー体制をつくるのは難しい。	B
		49「要対協の検討の結果、保健分野で関与している」虐待してしまう親が、孤立することなく自発的に相談でき、虐待行為を自ら回避できる。（実数）	市町村では、ここまでの評価は無理。予防に力を入れている。 絶対数が少ないので無理	B
		50あらゆる関係機関からの通報「数」、積極的ネットワーク参画がある（進行・再発防止）	具体的例示があると判断しやすい	B
		51健康指標（虐待通報件数、虐待件数減、虐待死ゼロ、再発率減少、虐待家族の回復/愛着形成、自尊心回復、子育てへの自信）	判断がむずかしい。検診未受診率、未受診フォロー率などなら可能。 現状で評価に必要な情報収集は不可である。	B

保健活動の質の評価指標開発に関する研究

—健康づくりの評価指標案の適切性と実行可能性—

分担研究者 井伊久美子（日看護本協会） 尾崎米厚（鳥取大学）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、全国の市町村に健康づくりに関する保健活動の質を評価するための指標の案を作成し全国の市町村に、指標案の適切性と評価の実行可能性について調査を行った。回収率は35.6%。47都道府県中45都道府県下の207市町村より回答を得た。その結果、指標案は適切でも実行可能性については、保健活動の現状や組織体制の制約、地域特性に起因する課題等により、消極的な判断になる項目があることが分かった。また、保健活動計画の一環として、課題に対応した実践方法や評価の視点が設定されるべきであると考えていたが、今回の調査協力者からは、具体的な視点や方法等を示し、一定の基準を設定することを求める意見が多く寄せられた。今後、評価指標の精錬をしていく過程で、これらの課題も検討していく必要がある。また、活動促進につながる評価の考え方の相互理解を深めるためにも、評価についての説明の方法についても検討していく必要がある。

研究協力者

藤井広美（滋賀県立医科大学）

はじめとした予防可能性が高い健康課題、あるいは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「予防可能な疾患の予防」、「治療可能な疾患の早期発見・早期治療」の二つに絞り込んだ。合計68項目から成る評価指標案を提示し、適切性（4段階：とても適切～不適切）実行可能性（2段階：実行できる・実行できない）についての選択肢と自由記述で尋ねる自記式調査票を作成した。

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して、健康づくりに関する保健活動の評価指標案を作成し、全国の市町村に対して、その適切性と評価の実行可能性について調査を行った。

調査協力者は、全国より無作為に抽出した581市町村に調査票を郵送し、健康づくり関わる事業を担当するリーダー保健師に回答を依頼した。

B. 研究方法

平成22年度に検討した評価の枠組みに沿って、各領域の専門家（母子、感染症、精神保健、健康づくり、産業保健）から成る研究班メンバーによる文献検討および討議を重ね、領域ごとの指標案を作成した。

データ収集期間は、2011年2月1日～27日とした。分析方法は、デルファイ法を用いた。

これらの指標案について、適切性、実行可能性を検討するため、評価対象とするテーマを生活習慣病（COPDを含む）を

〔倫理的配慮〕調査の不参加により不利益を生じないこと、調査結果の特定に際しては回答機関が特定されないようにすること、回答の返送をもって調査への協

力に同意したとみなすことを調査以来文書に明記した。

C. 結果及び考察

1. 回収状況

発送581通、回収207通、回収率35.6%

47都道府県別中、鳥取・香川を除く45都道府県より回答を得た。また、77機関より再調査協力が可能であることの返答を受けた。

2. 回答結果

有効性および実行可能性についての選択肢による回答結果は表2のとおりであった。各項目の回答状況は割合で示した。また、7割以上が適切性においては「とても適切」「まあ適切」、実行可能性においては「実行できる」と回答された項目について評価指標として妥当であると見なし、表1の枠組みにより「分類」した。その結果、Aが55項目、Bが10項目、Cが0項目、Dが3項目であった。

表1 妥当性検討の枠組み ※()は項目数

		実行可能性	
		70%以上	70%未満
適切性	70%以上	A (55)	B (10)
	70%未満	C (0)	D (3)

テーマ別に見ると、【予防可能な疾患の予防】ではプロセス、結果2でそれぞれ1項目が、【治療可能な疾患の早期発見・早期治療】では、プロセスの1項目にDがあった。また、評価枠組みから見ると、「プロセス」で2項目、「結果2」で1項目がDであった。これらの妥当性が低いとされた3項目 (No.19、30、63) について、自由記載より理由を読み取ったところ、

No.19では「意識の高い」、No.63では「連携が良好」という表現について、「あいまいであり、評価基準が不明確ある」という意見が複数見られた。No.30については、「死亡率減少の評価基準が明確でない」、「高齢化が進む中、死亡率の減少現実的でなく評価基準としてふさわしくない」との意見が見られた。

3. 評価指標案の妥当性について

選択肢および自由記述の結果を踏まえて、テーマ別に評価指標案の妥当性について検証した。

1) テーマ：予防可能な疾患の予防ができる

このテーマを実現するための目標として、「(住民の)健康意識の向上」を目標として設定し、その評価指標案の妥当性を聴いた。その結果、〔プロセス〕評価指標の「健康意識の高い地域になる」(61.4%)および活動目標の達成状況を評価する〔結果2〕評価指標の「喫煙由来疾患の死亡率が減少する」(65.7%)の2項目が7割の基準に満たなかった。その理由として、前者では「評価基準があいまいである」、「表現が具体的でなく評価しづらい」という意見が複数見られた。後者では、「喫煙由来を特定することが難しい」等の「評価データ把握が困難である」ことが挙げられた。

一方、適切性は認められるものの実行可能性が7割に満たない項目として、〔構造〕評価指標の「健康づくりの人材(保健師、栄養士、運動指導士等)が発掘され育成される」、〔プロセス〕評価指標の「より多くの住民が利用できる仕組み(健康に無関心な住民に関わる場の設定

や活動)ができています」、〔結果2〕評価指標の「社会や家庭などで受動喫煙に晒される住民が減少する」が挙げられた。これらの理由として、前述の項目と同様に「評価基準があいまいである」ことや「捉え方に多様性があり客観的な評価が困難」との意見が見られた。また、人材発掘・育成については、「対象となる人的資源の明確化が必要（専門・非専門、ボランティア・職員など）」「地域特性により人材確保が困難である」「人材育成が難しい」等の意見が見られた。

2)テーマ：治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる

このテーマを実現するために、①がん検診受診率の向上、②生活習慣病予備群の抑制、③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐ、の3つを目標として設定し、その妥当性を聴いた。その結果、③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐの〔プロセス〕指標である「医療機関との連携が良好に行われている」(69.6%)の1項目が7割の基準に満たなかった。その理由の多くを占めたのは「『連携が良好』の評価基準があいまいである」、「表現が具体的でなく評価しづらい」という意見が複数見られた。少数ではあるが「医師会等の関連団体との意思疎通が困難である」との意見も見られた。

適切性は認められるものの実行可能性が7割に満たない項目として、①がん検診受診率向上では、短期目標の達成状況を評価する〔結果1〕評価指標の「がんの予防についての住民の意識が向上する」が挙げられた。この理由として、「意識

向上に対する評価基準のあいまいさ」が指摘されている。②生活習慣病予備群の抑制では、〔構造〕評価指標の「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）がなされる」、および〔結果1〕評価指標である「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る」「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」が挙げられた。これらの理由としては、「いろいろな要素が入りすぎており適切に評価できない」「対象者個別の変化を十分に把握していない」「評価のイメージが分からない」「エビデンスの基準がわからない」という意見が多く寄せられた。③糖尿病のコントロール良好者を増やし、合併症を防ぐでは、〔結果1〕評価指標である「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」、〔結果2〕評価指標である「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」、結果2の集大成として達成されるあるべき姿の達成状況を評価する〔結果3〕評価指標である「合併症（失明・透析・四肢の切断など）発生率が減少する」の5項目が挙げられた。これらの理由として、前述の項目と同様に「評価基準のあいまいさ」や「データ把握方法や分析の困難さ」が多くを占めた。

D. 考察

1)保健活動評価を行う視点について

今回の調査で、指標案としての適切性と実行可能性には認識のずれがある

ことが分かった。その一つは、人員配置や予算確保等における組織的な制約、地域特性あるいは住民特性による人的あるいは社会的資源の格差等、保健師だけでは解決できない課題があり、必要であっても実現困難であるため指標としては難しいという意見が非常に多く見られたことである。保健活動の評価は、できていないことを論うのが目的ではなく、現状を真摯にとらえてどこを目指すかを明確にし、その目標に向かってどのように活動を展開するかをデザインしていくことがまず基盤となると考える。あるべき姿を描きつつ、今どこまでカバーできつつあるかを客観的に捉えていくことが肝要である。

二つ目は、一見あいまいに見える評価指標—例えば「健康意識の高い地域になる」を見るとき、どこまで定義づけ、判断基準を設定するかについてである。研究班でこれらの指標を検討した際には、例えば「意識が高い」ということを、保健師がとらえた地域特性や住民の実態からどのような目標を設定すればよいかということも含めて活動計画を立案し、評価していくことを期待していた。しかし、今回の調査協力者の多くから基準のあいまいさや具体的な行動指標等の評価内容を提示すべきとの意見があった。評価内容や基準の考え方について、評価指標の精錬の過程で検討していく必要がある。

三つ目として、「効果的な保健指導」「エビデンスに基づいた評価方法」等の考え方についてである。これらの項目について、調査結果より、重

要性は認識しているが具体的な方法がわからないので、指標に盛り込むべきである、あるいは個人の力量により限界があり、評価指標とするのは難しいのではないかな等の意見が見られた。二つ目に挙げた項目と同様に、保健師が把握した現状に照らしながら、「効果的な保健指導」の実践のために、どのような方法を選択あるいは工夫するか、またどのような目標値や指標を選定して評価を行うかを活動計画の一環として考えるべきものであるととらえていた。これらについても、今後課題として検討していく必要がある。

D. 結論

今回の調査・分析結果を踏まえて、表現や内容の全般にわたり、指標案の精錬を行う必要がある。また、保健活動評価の考え方について、現場の実践者と相互理解を深めるとともに、基本的な考え方や目的については的確な説明を行っていく必要がある。

引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発, 平成22年度厚生労働科学研究総括・分担研究報告書, 2012
- 2) 社団法人日本看護協会：平成21年度先駆的保健活動交流推進事業報告書「保健師が推進する生活習慣病予防活動—3年間のモデル事業の取り組みから—」, 2010
- 3) 大木幸子他：平成21年度地域保健総

合推進事業「特定健康診査・特定保健指導等受診率向上に関する事例集作成検討会報告書」, 2010

- 4) 社団法人日本看護協会：平成22年度先駆的保健活動交流推進事業「保健師活動強化コンサルテーション事業報告書 中堅期保健師の力量形成のためのコンサルテーションプログラム」, 2011

F. 研究発表

1. 学会発表

第70回日本公衆衛生学会

G. 知的財産権の取得状況

なし