

表2 「健康づくり活動」に関する評価指標案の適切性・実行可能性に対する選択肢回答の結果

n=207

テーマ	目的	評価枠組	評価指標案	適切性						実行可能性				分類	
				%						%					
				3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA		計
予防可能な疾患の予防ができる	健康意識の向上	構造	1 健康づくりを支援する従事者が確保されている	52.2	33.3		2.4	0.0	100	85.5	84.5	5.3	10.1	100	A
			2 健康づくりに関する予算が確保されている	55.1	35.3	7.7	1.9	0.0	100	90.3	88.9	2.4	8.7	100	A
			3 健康づくりのための県の指針・方針と市町村の指針・方針が策定されている	62.8	23.7	11.6	1.9	0.0	100	86.5	86.5	3.9	9.7	100	A
			4 健康づくり(健康増進)計画が策定されている	67.6	23.2	3.4	5.8	0.0	100	90.8	85.0	5.3	9.7	100	A
			5 健康づくりの地域資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループが育成されている	55.1	31.9	11.1	1.4	0.5	100	87.0	87.0	3.4	9.7	100	A
			6 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ている	37.2	37.2	19.8	5.3	0.5	100	74.4	67.6	21.7	10.6	100	B
			7 喫煙、食、運動など地域の人の生活習慣の情報が収集され、分析されている	52.7	30.0	13.5	3.9	0.0	100	82.6	77.3	13.0	9.7	100	A
			8 家庭訪問や健康相談等で把握された住民の声や、従事者間で共有され、地域の問題が把握されている	46.9	41.1	8.7	2.4	1.0	100	87.9	80.2	10.1	9.7	100	A
			9 住民の利用しやすさを考慮した健診の実施計画や健康教育が計画されている	44.9	40.6	13.0	1.4	0.0	100	85.5	80.7	9.2	10.1	100	A
	プロセス	10 住民による活動を基盤としたボビュレーションアプローチが活動計画に位置付けられている	44.4	33.8	17.4	4.3	0.0	100	78.3	77.3	12.1	10.6	100	A	
		11 活動や事業は地域の健康レベルの向上を目指す事業として計画されている	45.4	35.7	15.9	2.9	0.0	100	81.2	76.3	13.0	10.6	100	A	
		12 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	39.1	34.3	23.2	3.4	0.0	100	73.4	67.4	21.7	11.1	100	B	
		13 個別事例を検討し、ニーズにあった支援ができる体制がある	44.4	38.2	15.0	2.4	0.0	100	82.6	78.3	11.1	10.6	100	A	
		14 健康づくりを担う従事者のスキルアップの場が設けられている	47.3	35.7	15.0	1.9	0.0	100	83.1	83.6	6.8	9.7	100	A	
		15 健康づくりの関係者による連携会議が開催されている	49.3	31.4	15.9	2.9	0.5	100	80.7	83.6	6.3	10.1	100	A	
		16 各種健診の受診率が向上する	62.8	26.6	10.1	0.5	0.0	100	89.4	88.9	2.4	8.7	100	A	
		17 精検受診率が向上する	64.3	23.7	11.6	0.5	0.0	100	87.9	88.9	1.4	9.7	100	A	
		18 健康づくり活動に取り組む住民やグループが増加する	49.3	32.4	15.0	3.4	0.0	100	81.6	77.3	13.0	9.7	100	A	
		19 健康意識の高い地域になる	32.9	28.5	29.5	8.7	0.5	100	61.4	55.1	34.3	10.6	100	D	
		20 禁煙外来等の地域にある健康づくり機関の情報がまとめられている	30.4	42.0	22.7	3.9	1.0	100	72.5	81.2	8.2	10.6	100	A	
	結果2	21 喫煙による健康への影響を知っている住民が増加する	45.9	34.3	17.4	1.4	1.0	100	80.2	75.8	13.5	10.6	100	A	
		22 関連機関(医師会、学校、企業、商店街、住民組織など)と連携した啓発活動やPRがなされる	43.5	36.7	16.4	2.9	0.5	100	80.2	80.2	8.7	11.1	100	A	
		23 完全禁煙を実施する公共機関、学校、病院、企業、外食機関などが増加する	49.8	34.3	13.5	1.9	0.5	100	84.1	76.3	12.6	11.1	100	A	
		24 受動喫煙対策を効果的に実施している外食施設、遊興施設などが増加する	43.5	32.4	18.8	4.3	1.0	100	75.8	71.5	17.4	11.1	100	A	
		25 妊婦に対する禁煙指導・支援を実施している市町村や医療機関が増加する	50.2	35.7	13.5	0.5	0.0	100	86.0	83.6	5.3	11.1	100	A	
		26 喫煙者数(喫煙率)が減少する	57.5	28.0	13.5	1.0	0.0	100	85.5	78.3	11.1	10.6	100	A	
		27 妊産婦の喫煙者が減少する	59.9	29.0	11.1	0.0	0.0	100	88.9	84.1	5.3	10.6	100	A	
		28 中学生・高校生での喫煙経験者率の減少傾向が維持できる	51.7	32.9	14.0	1.0	0.5	100	84.5	71.5	17.9	10.6	100	A	
		29 社会や家庭などで受動喫煙に晒される住民が減少する	42.0	31.9	22.2	3.4	0.5	100	73.9	62.3	26.1	11.6	100	B	
		30 喫煙由来疾患の死亡率が減少する	39.6	26.1	25.6	7.2	1.4	100	65.7	64.3	24.2	11.6	100	D	
がん検診受診向上	構造	31 低出生体重児出生率が減少する	44.4	35.7	14.5	4.8	0.5	100	80.2	83.6	6.3	10.1	100	A	
		32 がん検診実施機関・設備が充実している	37.2	40.1	18.4	4.3	0.0	100	77.3	71.0	16.9	12.1	100	A	
		33 目標受診者数分の健診費用が予算化されている	53.1	32.9	11.1	2.9	0.0	100	86.0	86.5	2.9	10.6	100	A	
	プロセス	34 受診率・未受診者等の状況が把握できる	62.8	31.4	5.8	0.0	0.0	100	94.2	83.6	6.3	10.1	100	A	
		35 未受診者のフォローができています	56.0	26.1	14.0	3.9	0.0	100	82.1	76.8	11.6	11.6	100	A	
		36 対象者に向けたPRができています	50.7	39.1	9.7	0.5	0.0	100	89.9	83.6	4.3	12.1	100	A	
		37 受診方法が簡便化されるなどして、がんの予防事業を住民が利用しやすい工夫がなされている	46.9	38.2	13.5	1.4	0.0	100	85.0	78.3	9.7	12.1	100	A	
	結果1	38 がん検診等の健診に関する住民の意識が向上する	47.8	36.7	12.6	2.4	0.5	100	84.5	70.5	17.4	12.1	100	A	
		39 がんの予防についての住民の知識が向上する	44.4	36.7	16.4	1.9	0.5	100	81.2	66.7	20.8	12.6	100	B	
		40 健診受診者数が増加する	65.2	24.2	10.1	0.5	0.0	100	89.4	84.5	2.9	12.6	100	A	
結果3	41 がんによる死亡率が減少する	54.1	25.1	18.4	2.4	0.0	100	79.2	79.2	9.2	11.6	100	A		
生活習慣病予防の抑制	構造	42 食生活改善推進員、健康づくり推進員、地域栄養士等の人材育成と協議の場ができています	52.7	31.9	13.5	1.4	0.5	100	84.5	82.6	6.3	11.1	100	A	
		43 特定健診・保健指導のデータ管理の仕組みができています	58.5	31.9	9.2	0.0	0.5	100	90.3	86.5	2.9	10.6	100	A	
		44 特定保健指導終了後の継続支援の仕組みができています	56.5	26.6	14.0	2.9	0.0	100	83.1	79.7	9.2	11.1	100	A	
		45 健康づくりを支援する地域の環境整備(職場や家族を視野に入れた健康づくり運動、民間事業者の参画等)がなされている	35.3	35.7	24.2	4.3	0.5	100	71.0	59.9	28.0	12.1	100	B	
	プロセス	46 効果的な保健指導プログラムが検討され、検討結果を生かした保健指導が実施されている	50.7	32.4	13.0	3.4	0.5	100	83.1	76.3	11.1	12.6	100	A	
		47 対象に応じた保健指導の評価が、適切な時期に行われている	50.7	32.4	13.0	2.9	1.0	100	83.1	77.3	11.6	11.1	100	A	
		48 学校や医師会等関係機関との連携ができてい	40.6	40.6	16.9	1.9	0.0	100	81.2	78.7	9.7	11.6	100	A	

テーマ	目的	評価枠組	評価指標案	適切性						実行可能性				分類			
				%						%							
				3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA		計		
を糖尿病のコントロール良好者	目的	評価枠組	評価指標案	49 食生活改善推進員等の地域の人材の活動状況が把握できている	48.3	37.2	11.1	2.4	1.0	100	85.5	82.1	5.3	12.6	100	A	
				50 測定値(BMI、身長、腹囲、血圧)の推移や、その変化について分析できている	53.6	33.3	11.1	1.9	0.0	100	87.0	82.8	5.8	11.6	100	A	
				51 検査値(HbA1c、空腹時血糖、中性脂肪、LDL、HDL、GOT、GPT)の推移、変化について分析できている	55.1	32.4	10.6	1.9	0.0	100	87.4	82.1	7.2	10.6	100	A	
				52 性別による測定値・検査値の推移の差異が分析されている	40.6	33.8	20.3	5.3	0.0	100	74.4	75.4	13.0	11.6	100	A	
				53 エビデンスに基づいた評価指標を活用した評価がなされている	47.8	31.4	14.0	5.3	1.4	100	79.2	69.6	16.4	14.0	100	B	
				54 目標設定の評価や効果評価を、様々な指標や個人のライフスタイルやQOLを考慮して行って	34.8	38.6	17.9	7.2	1.4	100	73.4	64.7	23.2	12.1	100	B	
				結果1	55 特定健診受診率が增加する	62.3	27.1	8.2	1.9	0.5	100	89.4	84.5	4.3	11.1	100	A
				56 保健指導終了率が增加する	61.4	26.1	10.6	1.4	0.5	100	87.4	84.5	3.9	11.6	100	A	
				57 認知や行動が変化した人(個人、集団)が増加	47.3	33.8	14.5	3.4	1.0	100	81.2	72.0	15.9	12.1	100	A	
				結果2	58 生活習慣病者数が減少する	56.5	17.9	19.8	4.3	1.4	100	74.4	75.8	10.6	13.5	100	A
				構造	59 健康増進計画等に目標値が設定されている	55.6	27.5	11.6	4.3	1.0	100	83.1	81.2	7.2	11.6	100	A
				60 地域の医療機関等との連携会議が開催されて	39.1	36.2	16.9	6.8	1.0	100	75.4	74.4	14.0	11.6	100	A	
				プロセス	61 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発活動がなされている	45.4	37.2	15.5	1.4	0.5	100	82.6	77.8	9.7	12.6	100	A
				62 保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上	47.8	37.7	11.6	2.9	0.0	100	85.5	79.2	8.2	12.6	100	A	
				63 医療機関との連携が良好に行われている	37.2	32.4	24.6	5.8	0.0	100	69.6	65.2	20.3	14.5	100	D	
				結果1	64 糖尿病の予防・発見・治療・合併症に関する知識を持っている人が増加する	46.9	31.4	18.8	2.4	0.5	100	78.3	67.1	19.3	13.5	100	B
				結果2	65 特定健診受診率が增加する	61.4	27.1	10.1	1.4	0.0	100	88.4	84.1	4.3	11.6	100	A
				66 糖尿病有病者が減少する	58.9	20.8	18.4	1.9	0.0	100	79.7	77.8	10.1	12.1	100	A	
67 糖尿病患者のうちコントロール良好者の割合が増加する	51.2	24.2	19.3	3.9	1.4	100	75.4	61.8	24.6	13.5	100	B					
結果3	68 合併症(失明・透析・四肢の切断など)発生率が減少する	48.3	24.6	20.8	4.8	1.4	100	72.9	62.3	25.1	12.6	100	B				

保健活動の質の評価指標開発

—精神保健福祉活動の評価指標案の適切性と実行可能性—

分担研究者 山口佳子（杏林大学保健学部看護学科）  
神馬征峰（東京大学大学院医学系研究科）

**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、精神保健福祉活動の質を評価するための指標案を作成し、全国の保健所を対象に、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。選択肢による回答から、適切性を「とても適切」または「まあ適切」とした回答者数が回収総数に占める割合、実行可能性を「評価できる」とした回答者数が回収総数に占める割合について、それぞれ70%を境に分類した結果、いずれも70%以上のAが42.9%、適切性70%以上かつ実行可能性70%未満のB36.2%、いずれも70%未満のD21.0%の順となった。また、自由記述を分類した結果、<<評価の基準や方法が不明確で評価が困難>><<必要なデータの把握が困難>><<評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難>><<保健所や保健師の活動以外の要因が関与>>等、10カテゴリーが生成された。これらの結果から、評価指標案は実行可能性の向上を重視して改善すること；単に評価指標案を提示するだけでなく、どのように活用することを想定しているのかを明確に示すこと；情報収集の方法や評価の方法・基準について例示することが必要と考える。

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、精神保健福祉活動の評価指標案を作成し、全国の保健所を対象として、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

文献検討及び研究班メンバーによる討議をふまえて、平成22年度に精神保健福祉活動の評価指標案を作成した<sup>1)2)</sup>。これらの評価指標案が保健活動を評価する上で適切か（適切性）、評価を行うことが可能か（実行可能性）を検討するため、評価対象とする活動（テーマ）を保健所保健師との関わりが最も深いと思われる未治療・治療中断、ひきこもり、自殺予防の3つに絞り込み、合計105項目からな

る評価指標案を提示し、適切性および実行可能性について選択肢と自由記述で尋ねる自記式調査票を作成した。全国の保健所495カ所（平成23年4月時点）から3分の1にあたる171カ所を無作為抽出して調査票を送付し、精神保健福祉を担当するリーダー保健師に回答を依頼した。調査期間は平成24年2月1日から同27日までとした。

【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. 結果及び考察

調査票を送付した171カ所のうち68カ所から回答を得（回収率39.8%）、全数

を分析対象とした。

### 1. 選択肢による回答

各評価指標案の適切性および実行可能性に対する選択肢による回答結果は表1に示すとおりであった。表の最右列の<分類>とは、以下に示すように、適切性を「3:とても適切」または「2:まあ適切」とした回答者数が回収総数に占める割合、実行可能性を「○:評価できる」とした回答者数が回収総数に占める割合について、それぞれ70%を境にA～Dに分類したものである。A以外に分類された評価指標案は、検討が必要な項目としてゴシック体で示した。

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

表2に、テーマおよび評価枠組別の分類結果を示す。全105項目中、最も多かったのはA45項目42.9%であり、以下、B38項目36.2%、D22件21.0%の順となっており、Cに該当するものはなかった。

#### 1) テーマによる特徴

【未治療・治療中断】および【自殺予防】に関する評価指標案の合計をみると、Aが半数以上で最も多く、次いでB、Cの順となっていたが、【ひきこもり】については、Bが最も多く、以下、D、Aの順となっていた。

#### 2) 評価枠組による特徴

【構造】については、すべてのテーマにおける「保健師以外のマンパワーの確保」(評価指標案2、37、71)、【未治療・治療中断】および【自殺予防】

における「必要な保健師のマンパワーの確保」(同1、70。なお、【ひきこもり】についても評価指標案として設定していたが、調査票作成時の転記ミスにより未調査)、【ひきこもり】における「必要な予算の確保」(同38)がBであったが、いずれも実行可能性は6割を超えていた。さらに、上記以外の評価指標案はすべてAであり、適切性・実行可能性ともに高評価であった。

【プロセス】についても、C、Dは皆無であり、高評価を得ていた。最も多かったのは、【未治療・治療中断】と【自殺予防】ではA(それぞれ14項目中13項目92.9%、15項目中10項目66.7%)であったが、【ひきこもり】ではB(16項目中12項目75.0%)であった。

「短期目標の達成状況、あるいは結果2の前段階の成果」<sup>1)</sup>として設定した【結果1】は、【未治療・治療中断】では多い順にA(9項目中4項目44.4%)、B(同3項目33.3%)、D(同2項目22.2%)、【自殺予防】ではAとDがいずれも5項目中2項目40.0%で最も多く、Bが同1項目20.0%で次いでいた。【ひきこもり】ではAはなく、BとDが半数ずつであった。

「活動目的の達成状況」<sup>1)</sup>として設定した【結果2】は評価指標案が2～3項目と少なかったが、【未治療・治療中断】ではBが3項目中2項目66.7%で最も多く、【ひきこもり】と【自殺予防】ではすべてDであった。

「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」<sup>1)</sup>と

して設定した〔結果3〕は、【未治療・治療中断】と【ひきこもり】ではすべてDと低評価であったが、【自殺予防】ではBが8項目中4項目50.0%で最も多く、AとDが各2項目25.0%で次いでいた。

## 2. 自由記述による回答

評価指標案に対する自由記述から、テーマおよび評価枠組ごとに、評価指標案の適切性または実行可能性についてひとまとまりの意味を持つ内容を1件として抽出し、意味内容の類似性に従って分類してコード名をつけ、さらにサブカテゴリー、カテゴリーの順に抽象度を上げて分類した結果を表3に示す。なお、同一のテーマと評価枠組に属する複数の評価指標案について、一人の回答者が同じ意味内容の記述をしている場合は1件と数えた。例えば、一人の回答者が【未治療・治療中断】の〔結果1〕に属する評価指標案26～29について“保健所以外にも支援機関がある中で保健所の実績のみで評価するのは不適切”と記述していた場合、4項目の評価指標案について述べているが、意味内容は同じであるため1件とした。

### 1) 評価の基準や方法が不明確で評価が困難

カテゴリー<<評価の基準や方法が不明確で評価が困難>>は、【ひきこもり】の〔結果2〕を除くすべての評価枠組から抽出された。記述の多くは、「意識・態度が肯定的になる」（評価指標案21～24）、ネットワークやつながりが「強くなる」（同58、98）、「適切な」（同49、54、56、91）等、客観的

な評価が困難な評価指標案に対するものであった。これらの評価指標案は、選択肢による回答ではDまたはBとなっており、実行可能性の評価が低かった。

先行研究が不足していること、地域差や個別性が大きいこと等から、明確な数値目標を設定することは極めて困難である。しかし、評価の基準や方法を例示する等、可能な範囲で具体的に提示することが必要であろう。ただし、各保健所において評価の基準や方法を検討すること自体が保健活動の質を評価する重要なプロセスである。したがって、評価指標はそのための視点として活用するものであり、絶対的な到達基準ではないことを明確に示す必要がある。

### 2) 必要なデータの把握が困難

カテゴリー<<必要なデータの把握が困難>>は、【未治療・治療中断】の〔意見・代替案〕、【自殺予防】の〔構造〕を除くすべての評価枠組から抽出された。

これらのうち、選択肢による回答でDと評価された評価指標案に対する記述をみると、【未治療・治療中断】の〔結果2〕の〔30.受療支援を受け、精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と支援対象者に占める割合〕については、“受療支援をしていない者については把握できない”等、母数となる「支援対象者」の把握が困難とする記述が6件あった。

これは、本指標案における「支援対象者」とは「保健所が精神科への受療

支援を行った対象者」をさすことを明記していなかったことが影響していると思われる。このように何を指すのかがわかりにくい言葉については、定義を明記するか、別の表現を用いることが必要と考える。

すべての評価指標案がDであった

【未治療・治療中断】の〔結果3〕については、医療保護入院や治療中断者の情報把握を困難とする記述があった。また、【自殺予防】の〔結果2, 3〕においては、「自殺未遂者」や「自死遺族」の把握が困難とする記述があった。これらの情報は、当該テーマに関する実態把握や活動評価を行う上で重要であるが、保健所においては情報収集が困難な状況がうかがえた。

しかし、医療保護入院については精神科病院の管理者から都道府県知事に届出がなされることになっている。また、治療中断者については自立支援医療（精神通院医療）の支給状況から、自殺未遂者については消防や警察から、ある程度は情報を得ることが可能である。したがって、評価指標案の活用を促すためには、情報収集に成功している事例から保健所が必要な情報を収集するための具体的な方策を明らかにし、例示していくことが必要と考える。

【未治療・治療中断】の〔結果1～3〕について“あらかじめ集計するための準備（調査票を配布してカウントしてもらおう等）をして調査しないと把握不可”、〔全体意見〕として“調査票は適切と思われるも、実際に把握するためには、現段階において把握して

いないデータの場合、日常的に記録する必要があるので、業務量が増加し、実行可能性として低い”との記述があった。

これらの記述は、必要なデータはあるものの、評価に必要な情報は改めて抽出しなければならず、その業務量の多さから実行可能性が低く評価されたことを示している。したがって、実行可能性を高めるためには、すでに抽出されている既存の情報を活用できる評価指標を設定することが効果的といえる。しかし、既存の情報だけで評価できることには限界がある。そこで、評価に必要な情報を抽出する作業を要する評価指標については、労力をかけてまで評価を行う必要性について納得が得られるように説明することが必要と考える。

### 3) 評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難

カテゴリー<<評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難>>は、すべてのテーマから抽出された。中でも【ひきこもり】に多かったのは、ひきこもりについては活動の歴史が浅いことから、保健所でも取り組みがあまり行われていなかったり、地域の社会資源が乏しかったりするためと考えられる。

ただし、評価指標案の適切性や実行可能性は、その活動を現在行っているか否かを問うものではない。評価指標は、活動の実施や社会資源が少ない実態やその経年的な変化をとらえることにより、今後の活動の方向性やこれま

での活動の成果を明らかにするためのものであることを強調する必要がある。

#### 4) 保健所や保健師の活動以外の要因が関与

カテゴリ<<保健所や保健師の活動以外の要因が関与>>は、すべてのテーマから抽出された。

このうち、サブカテゴリ<保健所以外の活動もある><保健所業務ではない><保健師以外の活動もある><保健師の担当業務ではない>は、保健所以外の機関や保健師以外の職種が支援活動を行っているため、保健所や保健所保健師による精神保健福祉活動の評価指標としては不適切とするものであった。

もとより、精神保健福祉活動は保健所や保健師だけで担えるものではない。また、どの機関や職種が何を担うかは地域によって大きく異なる。したがって〔20. 精神科治療を開始した後も、治療継続のための支援を継続的に行っている〕等、〔プロセス〕に関する評価指標の主語は、保健所あるいは保健所保健師に限定するものではない。保健所管内において、いずれかの機関や職種によってその活動が行われているか、その活動実態を保健所が把握しているかをとらえるものとして用いるべきものである。今回の調査では、その点が明記されておらず、評価指標案の表現からも読みとることが困難なため、このような記述が多くなったものと考えられる。したがって、今後はその点を明確に示す必要がある。

#### D. 結論

評価指標案は、実行可能性の向上を重視して改善する必要がある。改善にあたっては、単に評価指標案を提示するだけでなく、評価指標案をどのように活用することを想定しているのかを明確に示すこと、情報収集の方法や評価の方法・基準について例示することが必要である。

#### 引用・参考文献

- 1) 平野かよ子：保健活動の質の評価指標に関する研究—和文献を中心として、平成22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，5-26，2011.
- 2) 山口佳子：保健活動の質の評価指標に関する研究—地域保健活動の共通する構造および疾病別地域保健活動の評価指標案の作成，平成22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，49-59，2011.
- 3) 山口佳子・荒木田美香子・井伊久美子・尾崎米厚・中板育美・平野かよ子：保健活動の質の評価指標開発（第二報）地域保健活動の評価指標案の作成，第70回日本公衆衛生学会総会抄録集，453，2011.

#### 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



表1 精神保健福祉活動に関する評価指標案の適切性・実行可能性に対する選択肢回答の結果

n=68

デー 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	計	3+2	○	×	NA	計		
治療 中断・ 未治療	構造 B1	1 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な保健師のマンパワーが確保されている	38.2	44.1	14.7	2.9	0.0	100	82.4	69.1	20.6	10.3	100	B	
		2 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な保健師以外の職種のマンパワーが確保されている	39.7	42.6	13.2	4.4	0.0	100	82.4	67.6	23.5	8.8	100	B	
		3 治療中断・未治療の精神障害者の支援に必要な予算が確保されている	51.5	30.9	16.2	1.5	0.0	100	82.4	80.9	8.8	10.3	100	A	
		4 措置入院・緊急措置入院・応急入院のできる病院が管内若しくは近隣地域にある	67.6	20.6	8.8	2.9	0.0	100	88.2	80.9	8.8	10.3	100	A	
		5 精神科医療機関が無理なく通院できる範囲内にある	64.7	22.1	7.4	5.9	0.0	100	86.8	77.9	11.8	10.3	100	A	
		6 精神保健福祉関係者の連携会議がある：代表者レベル・実務者レベル	60.3	33.8	5.9	0.0	0.0	100	94.1	88.2	1.5	10.3	100	A	
	プロセス B2	7 精神科への受療支援が必要な精神障害者を把握している：把握方法・経路別（本人からの相談、家族からの相談、住民からの相談、関係機関からの相談、精神保健福祉事業からの把握、精神以外の保健福祉事業からの把握）人数	42.6	44.1	8.8	2.9	1.5	100	86.8	69.1	19.1	11.8	100	B	
		8 支援事例から未治療・治療中断の要因や支援の課題を分析・検討し、今後の支援のあり方を明確にしている：個別レベル、集団レベル	48.5	36.8	14.7	0.0	0.0	100	85.3	75.0	13.2	11.8	100	A	
		9 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援が保健計画に位置づけられている	41.2	41.2	16.2	0.0	1.5	100	82.4	77.9	10.3	11.8	100	A	
		10 精神科医療機関の活動状況・利用状況・課題を把握している	30.9	48.5	16.2	2.9	1.5	100	79.4	70.6	16.2	13.2	100	A	
		11 地域の関係者が集まり、精神障害者の未治療・治療中断に関する地域の課題を共有し、解決策を検討している：代表者レベル・実務者レベル	50.0	32.4	14.7	1.5	1.5	100	82.4	75.0	13.2	11.8	100	A	
		12 地域の関係者が集まり、個別事例について検討している	64.7	27.9	2.9	2.9	1.5	100	92.6	83.8	4.4	11.8	100	A	
		13 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援に関する社会資源の開発・育成・支援を行っている	47.1	29.4	16.2	5.9	1.5	100	76.5	75.0	11.8	13.2	100	A	
		14 精神障害者本人に保健師が対面して受療を促している	48.5	41.2	7.4	1.5	1.5	100	89.7	86.8	1.5	11.8	100	A	
		15 精神障害者の家族の相談にのり、受療への理解と協力を促している	69.1	27.9	1.5	0.0	1.5	100	97.1	85.3	2.9	11.8	100	A	
		16 近隣住民や自治会長等、本人と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者が地域から排除されないよう理解と協力を促している	44.1	39.7	11.8	2.9	1.5	100	83.8	75.0	13.2	11.8	100	A	
		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	58.8	26.5	10.3	2.9	1.5	100	85.3	83.8	4.4	11.8	100	A	
		18 警察や精神病院、市町村等の関係機関と情報共有や役割分担を行い、連携・協働している	76.5	20.6	1.5	0.0	1.5	100	97.1	83.8	4.4	11.8	100	A	
		19 保健師の所属組織内で情報を共有し、組織的に対応している	69.1	25.0	4.4	0.0	1.5	100	94.1	83.8	4.4	11.8	100	A	
		20 精神科治療を開始した後も、治療継続のための支援を継続に行っている	60.3	29.4	7.4	1.5	1.5	100	89.7	85.3	4.4	10.3	100	A	
		結果1 B3	21 治療に対する精神障害者本人の意識・態度が肯定的になる	32.4	30.9	27.9	7.4	1.5	100	63.2	58.8	27.9	13.2	100	D
			22 精神障害者の治療に対する家族の意識・態度が肯定的になる	36.8	35.3	23.5	2.9	1.5	100	72.1	61.8	25.0	13.2	100	B
			23 精神障害者に対する近隣住民の意識・態度が肯定的になる	29.4	32.4	30.9	4.4	2.9	100	61.8	41.2	44.1	14.7	100	D
			24 退院に向けた地域関係者との連携に対する精神科医療機関の意識・態度が肯定的になる	35.3	39.7	19.1	2.9	2.9	100	75.0	58.8	27.9	13.2	100	B
			25 関係者のネットワークが強まる	42.6	41.2	8.8	2.9	4.4	100	83.8	61.8	22.1	16.2	100	B
	26 治療開始・再開のために支援を行った精神障害者の実人員		57.4	26.5	10.3	2.9	2.9	100	83.8	77.9	8.8	13.2	100	A	
	27 治療開始・再開のために行った支援の方法と回数		52.9	30.9	10.3	2.9	2.9	100	83.8	79.4	8.8	11.8	100	A	
	28 治療継続のために支援を行った精神障害者の実人員		54.4	26.5	13.2	2.9	2.9	100	80.9	79.4	8.8	11.8	100	A	
	29 治療継続のために行った支援の方法と回数		51.5	30.9	11.8	2.9	2.9	100	82.4	80.9	7.4	11.8	100	A	
	結果2 B4	30 受療支援を受け、精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と支援対象者に占める割合	29.4	36.8	22.1	8.8	2.9	100	66.2	57.4	29.4	13.2	100	D	
		31 精神科治療の開始・再開時点の治療形態別人数：措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院・任意入院・通院	38.2	39.7	16.2	2.9	2.9	100	77.9	64.7	22.1	13.2	100	B	
		32 受療支援を行った精神障害者のうち、治療開始・再開から1年以上治療を継続している者の実人員と支援対象者に占める割合	35.3	36.8	22.1	4.4	1.5	100	72.1	57.4	29.4	13.2	100	B	
	結果3 B5	33 精神科治療を中断し、本人の同意によらない形態で精神科に入院した精神障害者延人員の推移	25.0	38.2	26.5	8.8	1.5	100	63.2	58.8	27.9	13.2	100	D	
		34 本人の同意によらない入院の件数が減少する：入院形態別件数	33.8	33.8	22.1	8.8	1.5	100	67.6	66.2	20.6	13.2	100	D	
		35 本人の同意によらない入院による医療費が減少する：入院形態別金額	25.0	25.0	35.3	13.2	1.5	100	50.0	45.6	42.6	11.8	100	D	
		36 未治療・治療中断していた精神障害者による自傷他害事例の件数が減少する	27.9	25.0	33.8	8.8	4.4	100	52.9	55.9	29.4	14.7	100	D	



テーマ	評価枠組	評価指標案	適切性						実行可能性					分類
			%						%					
			3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA	計	
構造 B6	37	ひきこもりに関する支援に必要な保健師以外の職種 のマンパワーが確保されている	39.7	36.8	16.2	2.9	4.4	100	76.5	66.2	14.7	19.1	100	B
	38	ひきこもりに関する支援に必要な予算が確保されている	48.5	38.2	7.4	1.5	4.4	100	86.8	69.1	10.3	20.6	100	B
	39	ひきこもりの支援を行っている関係機関等が管内又は 近隣地域にある	51.5	32.4	8.8	2.9	4.4	100	83.8	70.6	8.8	20.6	100	A
	40	ひきこもりに関する関係者の連携会議がある:代表者レ ベル・実務者レベル	47.1	35.3	8.8	4.4	4.4	100	82.4	70.6	8.8	20.6	100	A
プロセス B7	41	ひきこもりに関する地域の支援機関の活動状況・利用 状況・課題を把握している	55.9	27.9	10.3	1.5	4.4	100	83.8	66.2	13.2	20.6	100	B
	42	地域の関係者が集まり、ひきこもりに関する認識や理 解を深め、地域の課題を共有し、解決策を検討してい る:代表者レベル・実務者レベル	55.9	30.9	4.4	2.9	5.9	100	86.8	67.6	10.3	22.1	100	B
	43	地域の関係者が集まり、個別事例について検討してい る	50.0	36.8	5.9	0.0	7.4	100	86.8	72.1	5.9	22.1	100	A
	44	支援事例を分析し、ひきこもりへの支援について、現 在の課題と今後のあり方を明確にしている	55.9	30.9	7.4	1.5	4.4	100	86.8	67.6	11.8	20.6	100	B
	45	ひきこもりの予防・解消が保健計画に位置づけられて いる	41.2	35.3	13.2	5.9	4.4	100	76.5	69.1	11.8	19.1	100	B
	46	ひきこもりに関する社会資源の開発・育成・支援を行っ ている	33.8	38.2	19.1	2.9	5.9	100	72.1	67.6	10.3	22.1	100	B
	47	地域住民にひきこもりに関する理解を促し、気軽に相 談してもらうための普及啓発活動を行っている	47.1	35.3	10.3	2.9	4.4	100	82.4	75.0	4.4	20.6	100	A
	48	相談に来た家族に対して個別支援を行っている	61.8	27.9	4.4	0.0	5.9	100	89.7	76.5	2.9	20.6	100	A
	49	事前に十分な準備を行い、ひきこもり本人に対して適 切なタイミングで家庭訪問を開始している	33.8	41.2	17.6	2.9	4.4	100	75.0	57.4	22.1	20.6	100	B
	50	ひきこもり本人・家族に対して、個別支援の実施と並行 して、グループ活動(ひきこもりデイ・ケア、親の会等) を提供または活用している	44.1	35.3	13.2	2.9	4.4	100	79.4	69.1	10.3	20.6	100	B
	51	長期的な関与を続けながら、本人や家族等に関する 情報を蓄積している	44.1	30.9	16.2	4.4	4.4	100	75.0	61.8	17.6	20.6	100	B
	52	ひきこもりを継続させている心性や精神障害、生活環 境等について、専門医相談等を活用して的確に評価し ている	44.1	32.4	13.2	4.4	5.9	100	76.5	63.2	17.6	19.1	100	B
	53	上記評価をふまえて、支援の目標や方法を明確にして いる	44.1	36.8	10.3	4.4	4.4	100	80.9	64.7	16.2	19.1	100	B
	54	事例の特性に応じて、ひきこもり支援の諸段階(出会 い・評価段階、個人的支援段階、中間的・過渡的な集 団との再会段階、社会参加の試行段階)を、適切な時 間をかけ、順を追って進行させている	25.0	45.6	20.6	2.9	5.9	100	70.6	50.0	29.4	20.6	100	B
	55	必要に応じて、ひきこもり本人に精神科への受療を促 している	47.1	39.7	8.8	0.0	4.4	100	86.8	70.6	8.8	20.6	100	A
	56	ひきこもり本人の社会的活動を促進する適切な社会資 源の利用を促している	33.8	45.6	14.7	1.5	4.4	100	79.4	63.2	14.7	22.1	100	B
結果1 B8	57	ひきこもりに関する関係者の理解が深まる	33.8	38.2	19.1	4.4	4.4	100	72.1	52.9	25.0	22.1	100	B
	58	関係者のネットワークが強まる	27.9	41.2	23.5	2.9	4.4	100	69.1	50.0	27.9	22.1	100	D
	59	ひきこもりの支援を行う社会資源が充実・増加する	35.3	35.3	19.1	5.9	4.4	100	70.6	61.8	16.2	22.1	100	B
	60	ひきこもりに関する相談が増える:本人から・家族か ら・関係機関から	30.9	41.2	20.6	1.5	5.9	100	72.1	69.1	10.3	20.6	100	B
	61	ひきこもり始めてから短期間で相談がよせられるよう になる	30.9	33.8	20.6	10.3	4.4	100	64.7	54.4	25.0	20.6	100	D
	62	個々の家庭において、家族間の協力関係が構築され る	26.5	35.3	25.0	7.4	5.9	100	61.8	42.6	35.3	22.1	100	D
	63	ひきこもり本人に対する家族の意識や態度が望ましい 方向に変化する	27.9	41.2	20.6	4.4	5.9	100	69.1	52.9	25.0	22.1	100	D
	64	ひきこもりに関して行った支援の方法と回数	38.2	39.7	14.7	2.9	4.4	100	77.9	69.1	11.8	19.1	100	B
結果2 B9	65	支援を受け、精神科治療が必要と判断されたひきこ もり本人のうち、治療を開始・継続している実人員と該 当者に占める割合	22.1	39.7	25.0	8.8	4.4	100	61.8	52.9	27.9	19.1	100	D
	66	支援を受け、社会的活動を開始・継続しているひきこ もり本人の実人員と支援対象者に占める割合	23.5	32.4	27.9	11.8	4.4	100	55.9	45.6	35.3	19.1	100	D
	67	新規支援対象者のひきこもりの平均期間が短縮する	20.6	38.2	23.5	13.2	4.4	100	58.8	45.6	35.3	19.1	100	D
結果3 B10	68	ひきこもりの家族が精神的に安定し、自分の人生を楽 しむことができる	29.4	39.7	19.1	7.4	4.4	100	69.1	38.2	41.2	20.6	100	D
	69	ひきこもりによる経済的損失が減少する:H22年賞金セン サスによる中卒男女計の平均賞金355万×(ひきこもり 状態が改善した年齢-ひきこもり開始年齢)	17.6	26.5	30.9	17.6	7.4	100	44.1	23.5	55.9	20.6	100	D

テーマ	評価 枠組	評価指標案	適切性						実行可能性				分類	
			%						%					
			3	2	1	0	NA	計	3+2	○	×	NA		計
自殺予防	構造 B11	70 自殺予防に必要な保健師のマンパワーが確保されている	44.1	42.6	7.4	1.5	4.4	100	86.8	69.1	11.8	19.1	100	B
		71 自殺予防に必要な保健師以外の職種のマンパワーが確保されている	41.2	35.3	13.2	5.9	4.4	100	76.5	64.7	13.2	22.1	100	B
		72 自殺予防に必要な予算が確保されている	64.7	26.5	4.4	0.0	4.4	100	91.2	77.9	1.5	20.6	100	A
		73 自殺予防に全庁的に取り組む体制(例:組織、連携会議)がある	60.3	27.9	5.9	1.5	4.4	100	88.2	79.4	1.5	19.1	100	A
		74 精神科医療機関が管内又は近隣地域にある	60.3	27.9	2.9	4.4	4.4	100	88.2	76.5	2.9	20.6	100	A
		75 地域住民に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する普及啓発活動を行っている	69.1	19.1	5.9	1.5	4.4	100	88.2	77.9	1.5	20.6	100	A
	プロセス B12	76 地域の関係者やキーパーソンに対して、自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を行っている	70.6	22.1	2.9	0.0	4.4	100	92.6	79.4	1.5	19.1	100	A
		77 当該地域における自殺について、統計資料や実態調査、支援事例等から情報を収集し、要因や多発集団の特性等を分析し、重点的に支援を行うべき対象や支援方法等を明確にしている	69.1	20.6	5.9	0.0	4.4	100	89.7	75.0	5.9	19.1	100	A
		78 地域の関係者が集まり、個別事例について検討している	44.1	38.2	10.3	1.5	5.9	100	82.4	73.5	7.4	19.1	100	A
		79 自殺予防・心の健康づくりが保健計画に位置づけられている	67.6	26.5	0.0	1.5	4.4	100	94.1	77.9	2.9	19.1	100	A
		80 日頃の保健活動やスクリーニングによって自殺のハイリスク者(例:うつ病、統合失調症、アルコール関連障害を始めとする物質関連障害、身体疾患による医療機関受診者)を早期に発見している	42.6	35.3	14.7	2.9	4.4	100	77.9	61.8	16.2	22.1	100	B
		81 把握したハイリスク者に対して、関係部署・機関等と連携・協働して支援を行っている	51.5	36.8	7.4	0.0	4.4	100	88.2	75.0	2.9	22.1	100	A
		82 自死遺族に対する個別支援を行っている	44.1	32.4	14.7	4.4	4.4	100	76.5	64.7	13.2	22.1	100	B
		83 自死遺族交流会の開催または支援を行っている	39.7	32.4	17.6	5.9	4.4	100	72.1	69.1	8.8	22.1	100	B
		84 地域における人間的つながりの構築に取り組んでいる(例:住民参加型生きがいサロンづくり、ストレスマネジメント教室等の開催、悩みを相談できる場所や支援体制の整備、傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成)	41.2	36.8	8.8	7.4	5.9	100	77.9	64.7	11.8	23.5	100	B
		85 心の健康づくり・自殺予防に関する社会資源の開発・育成・支援を行っている	44.1	39.7	10.3	1.5	4.4	100	83.8	72.1	4.4	23.5	100	A
		86 自殺予防・心の健康づくりに関わる地域の社会資源の活動状況・利用状況・課題を把握している	48.5	35.3	10.3	1.5	4.4	100	83.8	67.6	10.3	22.1	100	B
		87 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:代表者レベル・実務者レベル	55.9	29.4	8.8	1.5	4.4	100	85.3	73.5	4.4	22.1	100	A
		88 保健・医療・福祉関係者にとどまらず、地域の幅広い関係者(例:労働、経済、法律、学校、消防、警察、交通機関、マスコミ、住民ボランティア)と連携・協働している	42.6	47.1	2.9	2.9	4.4	100	89.7	70.6	7.4	22.1	100	A
		89 精神保健福祉活動以外の保健活動(例:母子保健活動、生活習慣病対策、高齢者保健福祉活動)の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている	47.1	36.8	7.4	4.4	4.4	100	83.8	72.1	5.9	22.1	100	A
	90 自殺予防や心の健康づくりのために行った支援の方法と回数	48.5	32.4	10.3	4.4	4.4	100	80.9	73.5	5.9	20.6	100	A	
	結果1 B13	91 支援を受けたハイリスク者が適切な社会資源につながる	44.1	27.9	20.6	2.9	4.4	100	72.1	64.7	14.7	20.6	100	B
		92 自殺や心の健康に対する地域住民の意識や態度が望ましい方向に変化する(例:他人事意識がなくなる、自分のストレスに気づくようになる、住民同士で気軽に話し合えるようになる)	30.9	29.4	27.9	5.9	5.9	100	60.3	42.6	38.2	19.1	100	D
		93 心の健康に関する相談が増える:本人から、家族から、関係者から	38.2	38.2	17.6	1.5	4.4	100	76.5	79.4	2.9	17.6	100	A
		94 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修の受講希望者・修了者が増える	39.7	42.6	11.8	1.5	4.4	100	82.4	82.4	2.9	14.7	100	A
		95 自殺や心の健康に対する関係者の意識や態度が望ましい方向に変化する	30.9	33.8	26.5	4.4	4.4	100	64.7	54.4	27.9	17.6	100	D
	結果2 B14	96 支援を受けていたものの自殺または自殺未遂をした人の実数・支援対象者に占める割合・自殺者または自殺未遂者に占める割合が減少する	32.4	32.4	23.5	5.9	5.9	100	64.7	52.9	30.9	16.2	100	D
		97 支援を受けることなく自殺または自殺未遂をした人の実数・自殺者または自殺未遂者に占める割合が減少する	29.4	27.9	27.9	10.3	4.4	100	57.4	42.6	41.2	16.2	100	D
	結果3 B15	98 地域における住民同士のつながりが強くなる	25.0	36.8	29.4	4.4	4.4	100	61.8	36.8	44.1	19.1	100	D
		99 関係者同士のネットワークが充実・強化される	36.8	47.1	10.3	1.5	4.4	100	83.8	63.2	19.1	17.6	100	B
100 自殺予防や心の健康に関わる地域の社会資源が充実・増加する		44.1	39.7	10.3	1.5	4.4	100	83.8	70.6	10.3	19.1	100	A	
101 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する		57.4	27.9	10.3	0.0	4.4	100	85.3	77.9	5.9	16.2	100	A	
102 当該地域の自殺未遂者数が減少する		41.2	33.8	16.2	4.4	4.4	100	75.0	48.5	35.3	16.2	100	B	
103 自死遺族の自殺未遂者数が減少する	36.8	33.8	20.6	4.4	4.4	100	70.6	38.2	45.6	16.2	100	B		
104 自死遺族の自殺死亡数が減少する	36.8	33.8	20.6	4.4	4.4	100	70.6	39.7	44.1	16.2	100	B		
105 自殺や自殺未遂による経済的損失が減少する:H22年賃金センサスによる男女計学歴計平均賃金467万×(60歳-自殺または自殺企図時の年齢)	29.4	29.4	26.5	7.4	7.4	100	58.8	36.8	41.2	22.1	100	D		

表2 精神保健福祉活動に関する評価指標案の適切性・実行可能性 テーマ・評価枠組別分類結果

n=68

テーマ	評価枠組	評価指標案の総数	評価指標案の分類結果(項目)				評価指標案の分類結果(%)			
			A	B	C	D	A	B	C	D
未治療・ 治療中断	構造	6	4	2	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	14	13	1	0	0	92.9	7.1	0.0	0.0
	結果1	9	4	3	0	2	44.4	33.3	0.0	22.2
	結果2	3	0	2	0	1	0.0	66.7	0.0	33.3
	結果3	4	0	0	0	4	0.0	0.0	0.0	100.0
	合計	36	21	8	0	7	58.3	22.2	0.0	19.4
ひきこもり	構造	4	2	2	0	0	50.0	50.0	0.0	0.0
	プロセス	16	4	12	0	0	25.0	75.0	0.0	0.0
	結果1	8	0	4	0	4	0.0	50.0	0.0	50.0
	結果2	3	0	0	0	3	0.0	0.0	0.0	100.0
	結果3	2	0	0	0	2	0.0	0.0	0.0	100.0
	合計	33	6	18	0	9	18.2	54.5	0.0	27.3
自殺予防	構造	6	4	2	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	15	10	5	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	結果1	5	2	1	0	2	40.0	20.0	0.0	40.0
	結果2	2	0	0	0	2	0.0	0.0	0.0	100.0
	結果3	8	2	4	0	2	25.0	50.0	0.0	25.0
	合計	36	18	12	0	6	50.0	33.3	0.0	16.7
合計		105	45	38	0	22	42.9	36.2	0.0	21.0

%:各行の評価指標案総数を100%としたときに各分類の評価指標案数が占める割合

太字:各行で最も割合が大きかったもの

表3 精神保健福祉に関する評価指標案に対する自由記述の分類結果

カテゴリー	サブカテゴリー	治療中断・未治療					意見・代替案 G1
		構造 B1	プロセス B2	結果1 B3	結果2 B4	結果3 B5	
必要なデータの把握が困難		必要なデータの把握が困難(1)	必要なデータの把握が困難(6)	必要なデータの把握が困難(4)	必要なデータの把握が困難(11)	必要なデータの把握が困難(11)	
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(6)	評価基準が不明確で判断が困難(3)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(16)	評価の方法・基準が不明確で判断が困難(6)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(3)	指標を評価するための具体的な項目や基準が必要(3)
	個別性が高いので評価が困難 問題が複雑で評価が困難		個別性が高いので評価が困難(2)				個別性が高いので評価が困難(1)
質の評価が必要		質の評価が必要(1)	質の評価が必要(1)	質の評価が必要(2)			
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難		マンパワー確保は困難なので評価に適さない(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難		個別性が高いので量的評価が困難(1)	個別性が高いので量的評価が困難(1)			
	人口規模による変動が大きい 地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難						
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない	保健活動の成果ではない(2)				保健活動の成果ではない(2)	保健活動の成果ではない(1)
	保健師活動の成果とは限らない			保健師活動の成果とは限らない(4)		保健師活動の成果とは限らない(1)	
	保健所以外の活動もある			保健所以外の活動もある(1)			保健所以外の活動を含む評価が必要(1)
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(2)	保健所業務ではない(1)			
	保健師以外の活動もある 保健師の担当業務ではない	保健師の担当業務ではない(1)	保健師以外の活動もある(1)				
長期的評価が必要	保健活動の結果がすぐに出ない						
	経年的・長期的な評価が必要		集団レベルでの要因や支援課題について経年的な評価が必要(1)				
評価指標案の精練が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要		評価指標とする必要性が不明(1)			評価指標とする必要性が不明(3)	評価目的を明確にする必要がある(1)
	内容がわかりにくい		内容がわかりにくい(3)				
	文言の修正が必要		文言の修正が必要(2)				
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						質問内容や順序を体系立てる必要がある(1)
	他の指標との整理・統合が必要 指標案が多すぎる 広範囲すぎる		他の指標との整理・統合が必要(1)				
評価指標案の追加が必要	保健師以外の職種	保健師以外の職種(2)		保健師以外の職種(1)			
	医療機関の救	医療機関の数(1)					
	関係者の目標共有			関係者の目標共有(1)			
	治療の必要性の判断等		治療の必要性の判断等(1)				
	治療継続者における非同意入院						
	警察官通報の減少						警察官通報の減少(1)
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数						
	集団と個別事例に対する負の評価						集団と個別事例に対する負の評価(1)
	治療ルートにのらない見守り事例への評価						治療ルートにのらない見守り事例への評価(1)
	総合計画、福祉計画 自死遺族の集いの場や参加者の増加						
評価指標として重要	市民への普及啓発活動						市民への普及啓発活動(1)
	家族教育 未治療対策						家族教育(1) 未治療対策(1)
	関係機関・分野との連携						
	活動評価の参考になる標準化された指標があれば地域格差の是正につながる						
分析対象件数		16	27	30	18	20	15

カテゴリー	サブカテゴリー	ひきこもり					意見・代替案 G2
		構造 B6	プロセス B7	結果1 B8	結果2 B9	結果3 B10	
必要なデータの把握が困難		必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(3)	必要なデータの把握が困難(1)	必要なデータの把握が困難(5)	必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(1)
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(3)	評価基準が不明確で判断が困難(12)	評価基準が不明確で判断が困難(14)		評価の方法や基準が不明確で判断が困難(7)	評価基準が不明確で判断が困難(2)
	個別性が高いので評価が困難		個別性が高いので評価が困難(1)				
	問題が複雑で評価が困難	問題が複雑で評価が困難(1)					
質の評価が必要				質の評価が必要(1)			
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難		評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難(4)	保健活動の対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難(4)		評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が困難・社会資源が少ないため評価が困難(2)
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難			個別性が高いので量的評価が困難(2)		個別性が高いので集団として評価する意味がない(2)	個別性が高いので量的評価が困難(1)
	人口規模による変動が大きい						
	地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難						
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない				保健活動の成果とは限らない(1)		
	保健師活動の成果とは限らない					保健師活動の成果とは限らない(1)	
	保健所以外の活動もある	保健所以外の活動もある(1)				保健所以外の活動もある(1)	保健所以外の活動もある・保健所業務ではない(2)
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(1)				
	保健師以外の活動もある						
	保健師の担当業務ではない						
長期的評価が必要	保健活動の結果がすぐに出ない					保健活動の結果がすぐに出ない(1)	保健活動の結果がすぐに出ない(1)
	経年的・長期的な評価が必要					単年度では評価が困難(1)	
評価指標案の精緻が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要	評価指標とする必要性が不明(1)				就労が目的とは限らない(1)	精神保健福祉活動の評価指標とすべきか検討が必要(1)
	内容がわかりにくい					内容がわかりにくい(1)	
	文言の修正が必要			文言の修正が必要(1)			
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						
	他の指標との整理・統合が必要		他の指標との整理・統合が必要(1)				
	指標案が多すぎる						
	広範囲すぎる						
評価指標案の追加が必要	保健師以外の職種						
	医療機関の数						
	関係者の目標共有						
	治療の必要性の判断等						
	治療継続者における非同意入院						
	警察官通報の減少						
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数						
	集団と個別事例に対する負の評価						
	治療ルートにのらない見守り事例への評価						
	総合計画、福祉計画		福祉計画(1)				
評価指標として重要	自死遺族の集いの場や参加者の増加						
	市民への普及啓発活動						
	家族教育						
	未治療対策						
	関係機関・分野との連携						
	活動評価の参考になる標準化された指標があれば地域格差の是正につながる						
分析対象件数	12	23	19	8	19	10	

カテゴリー	サブカテゴリー	自殺予防					
		構造 B11	プロセス B12	結果1 B13	結果2 B14	結果3 B15	感想・代替案 G35
必要なデータの把握が困難			必要なデータの把握が困難(7)	必要なデータの把握が困難(2)	必要なデータの把握が困難(12)	必要なデータの把握が困難(13)	必要なデータの把握が困難(2)
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価基準が不明確で判断が困難(5)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(3)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(8)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(1)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(7)	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(2)
	個別性が高いので評価が困難 問題が複雑で評価が困難			個別性が高いので評価が困難(1)			
質の評価が必要		質の評価が必要(1)					数値だけで評価するのは危険(1)
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難			評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(2)	評価対象となる活動の実施が少ないため評価が困難(1)	評価対象となる活動の対象者数が少ないため評価が困難(1)		
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難						
	人口規模による変動が大きい 地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難					人口規模による変動が大きい(1)	
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	保健活動の成果とは限らない	保健活動に直接的には関係ない(1)					
	保健師活動の成果とは限らない						
	保健所以外の活動もある		保健所以外の活動もある(1)				
	保健所業務ではない		保健所業務ではない(3)				
長期的評価が必要	保健師以外の活動もある 保健師の担当業務ではない						
	保健活動の結果がすぐに出ない 経年的・長期的な評価が必要					保健活動の結果がすぐに出ない(1) 長期的評価が必要(1)	
評価指標案の精練が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要			相談が増えればよいとは限らない(1)			
	内容がわかりにくい		具体例を質問項目にした方が効果的な評価指標となる(1)				
	文言の修正が必要			文言の修正が必要(1)			
	質問内容や順序を体系立てる必要がある						
	他の指標との整理・統合が必要 指標案が多すぎる 広範囲すぎる				広範囲すぎる(1)		
	保健師以外の職種 医療機関の数 関係者の目標共有 治療の必要性の判断等 治療継続者における非同意入院 警察官通報の減少						
評価指標案の追加が必要	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数 集団と個別事例に対する負の評価 治療ルートにのらない見守り事例への評価 総合計画、福祉計画 自死遺族の集いの場や参加者の増加		総合計画・福祉計画(2)			自死遺族の集いの場や参加者の増加(1) 相談を受けたハイリスク者を適切な社会資源につなげた件数(1)	
評価指標として重要	市民への普及啓発活動 家族教育 未治療対策 関係機関・分野との連携 活動評価の参考になる標準化された指標があれば地域格差の是正につながる					関係機関・分野との連携(1)	
分析対象件数		7	19	15	14	24	7

カテゴリー	サブカテゴリー	全体意見 T
必要なデータの把握が困難		必要なデータの把握が困難(5)
評価の基準や方法が不明確で評価が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難	評価の方法や基準が不明確で判断が困難(6)
	個別性が高いので評価が困難 問題が複雑で評価が困難	
質の評価が必要		
評価対象となる活動の実施や社会資源が少ないため評価が困難		
量的な評価が困難	個別性が高いので量的評価が困難	
	人口規模による変動が大きいため	
保健所や保健師の活動以外の要因が関与	地域単位の評価として医療統計、医療経済統計は困難	地域単位の評価として医療統計・医療経済統計は困難(1)
	保健活動の成果とは限らない	保健活動の成果とは限らない(1)
	保健師活動の成果とは限らない	保健師業務ではない(1)
	保健所以外の活動もある	
保健師業務ではない	保健師以外の活動もある	保健師以外の活動もある(2)
	保健師の担当業務ではない	
	保健活動の結果がすぐに出ない	
長期的評価が必要	経年的・長期的な評価が必要	
評価指標案の精練が必要	評価指標とする必要性や目的を明確にすることが必要	評価指標の意図がわかりづらい(3)
	内容がわかりにくい	内容が細かく判断に迷う(1)
	文言の修正が必要	
	質問内容や順序を体系立てる必要がある	
	他の指標との整理・統合が必要	
評価指標案の追加が必要	指標案が多すぎる	指標案が多すぎる(1)
	広範囲すぎる	
	保健師以外の職種	
	医療機関の数	
	関係者の目標共有	
	治療の必要性の判断等	
	治療継続者における非同意入院	
	警察官通報の減少	
	支援を行ったハイリスク者を社会資源につなげた件数	
	集団と個別事例に対する負の評価	
	治療ルートにのらない見守り事例への評価	
	総合計画、福祉計画	
評価指標として重要	自死遺族の集いの場や参加者の増加	
	市民への普及啓発活動	
	家族教育	
	未治療対策	
	関係機関・分野との連携	
	活動評価の参考になる	活動評価の参考になる(1)
	標準化された指標があれば地域格差の是正につながる	標準化された指標があれば地域格差の是正につながる(1)
分析対象件数		23



感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

**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、感染症対策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、全国の保健所に、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。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70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。テーマ別では、平常時の対応に関する評価指標への適切である、実行可能であるへの回答率が、他のテーマよりも回答者の割合が低く、評価基準がより明確になるように表現等を、今後検討していく必要がある。

**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、感染症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った。

**B. 研究方法**

本研究班は、文献検討及び研究班メンバーによる討議をふまえて、平成22年度に感染症対策に関する保健活動の評価指標案を作成した<sup>1)2)</sup>。平成23年度は、これに、さらに文献検討<sup>3)~5)</sup>を加え、同評価指標案を精練した。この評価指標案が感染症対策に関する保健活動を評価する上で適切か（適切性）、評価を行うことが可能か（実行可能性）を検討するため、評価対象とする活動（テーマ）を保健所保健師が役割を発揮すべき感染症対策に関する課題から、結核、平常時の対応（発生予防・早期発見）、急性感染症発生時の対応（発生への備えも含む）に絞り込み、合計100項目からなる評価指標案を提示して、適切性および実行可能性につ

いて選択肢と自由記述で尋ねる自記式調査票を作成した。全国の保健所495カ所（平成23年4月時点）から3分の1にあたる171カ所を無作為抽出して調査票を送付し、感染症対策を担当するリーダー保健師に回答を依頼した。調査期間は平成24年2月1日から27日までとした。

（倫理的配慮）

調査への参加は自由意思であり、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ことのないように配慮すること、回答の返送をもって調査への参加を同意したみなすことを調査依頼文に明記した。

**C. 結果**

回収数（率）は77カ所（45.0%）であり、全数を分析対象とした。

表1に感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性に関する回答結果を、表2に適切性及び実行可能性のテーマ並びに評価枠組別の結果を、表3に「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70%未満、または「実行できる」の同割合が70%未満であった評価指標案への意見を示

す。

#### D 考察

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70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。

テーマ別では、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70%未満の項目は、並びに、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、いずれも平常時の対応が最も多かった。平常時の対応は保健師が最も役割を果たすべき保健活動である。しかし、適切な評価項目を十分設定することができていないと考えられた。自由記述による意見をみると、評価基準が曖昧・不明確であるという意見が多かった。予防活動は重要な活動ではあるが、評価が難しいことを改めて確認するとともに、表1にグレーで示した項目については、評価基準がより明確になるように表現等、今後、検討していく必要がある。

#### E 結論

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70%未満の項目は、15項目で全体の15%であった。また、実行可能性お同割合が70%未満の項目は、22項目で全体の22%であった。両

者とも70%未満である項目は11項目で全体の11%であった。テーマ別では、平常時の対応に関する評価指標への適切である、実行可能であるへの回答率が、他のテーマよりも回答者の割合が低く、評価基準がより明確になるように表現等、今後、検討していく必要がある。

#### 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

#### 引用・参考文献

- 1) 山口佳子 (2011) : 保健活動の質の評価指標に関する研究—地域保健活動に共通する構造および疾病別地域保健活動の評価指標案の作成—、平成22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、49-59.
- 2) 山口佳子、荒木田美香子、井伊久美子、尾崎米厚、中板育美、平野かよ子 (2011) : 保健活動の質の評価指標開発(第二報) 地域保健活動の評価指標案の作成、第70回日本公衆衛生学会総会抄録集、453.
- 3) 厚生労働省健康局結核感染症課 (2011) : 結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について(健感発0516第1号)、平成23年5月16日.
- 4) 春山早苗、鈴木久美子、小池亜紀子、

櫻山豊夫、山口佳子、大澤真奈美、森仁  
実（2009）：感染症対策における平常時  
の保健所保健師活動ガイドライン、厚生  
労働科学研究費補助金（健康安全・危機  
管理対策総合研究事業）結核・感染症の  
発生に備えた保健所保健師の平常時体制  
づくり並びに現任教育プログラムの開発  
に関する研究 平成19～20年度 総合研  
究報告書、別1-1～1-41.

5) 春山早苗（2009）：感染症健康危機  
管理における保健所保健師の役割と求め  
られる能力、保健師ジャーナル、65(9)、  
729-735.

表1 感染症対策の評価指標案—適切性・実行可能性—

N=77 (%)

テーマ	評価指標	適切性						実行可能性					
		3:とても適切		2:まあ適切		1:いづれも適切		0:不適切		1:実行できる		0:実行できない	
		3	2	3+2	1	0	NA	計	1	0	NA	計	
プロセス	1. 相談しやすい体制整備がされている	40.3	42.9	83.1	7.8	7.8	1.3	100	53.2	29.9	16.9	100	
	2. 管内・近隣地域の地域DOTSの協力機関の数	41.6	31.2	72.7	24.7	2.6	0.0	100	76.6	9.1	14.3	100	
	3. 結核の服薬支援アセスメント票や服薬支援マニュアル、服薬手帳がある	76.6	20.8	97.4	1.3	1.3	0.0	100	89.6	0.0	10.4	100	
	4. 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の外国人の結核発生情報)を収集している	50.6	36.4	87.0	9.1	3.9	0.0	100	83.1	5.2	11.7	100	
	5. 管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(HIV、じん肺、糖尿病、人工透析患者等)を治療している医療機関の結核発症予防策の実施状況を把握している	39.0	40.3	79.2	18.2	2.6	0.0	100	74.0	13.0	13.0	100	
	6. 結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している	66.2	27.3	93.5	5.2	1.3	0.0	100	88.3	1.3	10.4	100	
	7. 結核の普及啓発活動をしている	63.6	31.2	94.8	3.9	1.3	0.0	100	85.7	3.9	10.4	100	
	8. 患者届出受理後、早期に保健師等が患者と面接し、療養支援や情報収集をしている	92.2	6.5	98.7	0.0	1.3	0.0	100	88.3	0.0	11.7	100	
	9. 患者の家族、その他の接触者健診対象者に対する相談対応や教育を実施している	84.4	15.6	100	0.0	0.0	0.0	100	88.3	1.3	10.4	100	
	10. 管内の関係者が集まり、結核発生状況の情報交換や課題共有、結核対策の検討をしている	51.9	31.2	83.1	11.7	5.2	0.0	100	76.6	13.0	10.4	100	
	11. 管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	48.1	39.0	87.0	7.8	5.2	0.0	100	75.3	13.0	11.7	100	
	12. 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直ししている(マニュアルへの反映等)	58.4	31.2	89.6	9.1	1.3	0.0	100	84.4	5.2	10.4	100	
	13. 関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している	64.9	27.3	92.2	7.8	0.0	0.0	100	85.7	3.9	10.4	100	
結果1	14. 結核に対する住民(高齢者等)の結核の知識・意識が高まり、症状出現時に受診できる	35.4	31.2	66.2	29.9	3.9	0.0	100	55.8	32.5	11.7	100	
	15. 患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は1週間以内)	84.4	14.3	98.7	1.3	0.0	0.0	100	89.6	0.0	10.4	100	
	16. 患者の家族、その他の接触者健診対象者への保健指導(集団・個人)実施率、相談対応数	74.0	22.1	96.1	2.6	1.3	0.0	100	85.7	3.9	10.4	100	
	17. 管内関係者が集まり、結核対策について検討した回数と検討内容	28.9	35.4	64.9	32.5	2.6	0.0	100	76.6	13.0	10.4	100	
	18. 結核に対する施設管理者及び感染症対策担当者、職員の意識が高まる	40.3	29.9	70.1	15.6	13.0	1.3	100	61.9	35.4	13.0	100	
	19. 管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関、DOTS協力施設、直接服薬確認の場が増える	57.1	29.9	87.0	7.8	5.2	0.0	100	80.5	9.1	10.4	100	
	結果2	20. 管内市町村のBCG予防接種率の向上(目安:生後6か月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	71.4	26.0	97.4	2.6	0.0	0.0	100	89.6	0.0	10.4	100
		21. 管内市町村の定期健康診断受診率の向上(全体、高齢者、ハリスカ・デインゾーグループ等)	64.9	23.4	88.3	9.1	2.6	0.0	100	79.2	10.4	10.4	100
		22. 接触者健診の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上	81.8	16.9	98.7	0.0	1.3	0.0	100	88.3	1.3	10.4	100
		23. 結核患者(特に高齢者、ハリスカ・デインゾーグループ)の自覚症状出現時～受診までの期間短縮	67.5	23.4	90.9	5.2	2.6	1.3	100	83.1	5.2	11.7	100
		24. 結核患者や潜在性結核患者の服薬中断率の減少又は結核治療の成功率の向上	83.1	14.3	97.4	2.6	0.0	0.0	100	89.6	0.0	10.4	100
		25. 結核患者の再治療率の減少	66.2	22.1	88.3	7.8	3.9	0.0	100	84.4	2.6	13.0	100
		26. 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリスカ・デインゾーグループの罹患率)	67.5	18.2	85.7	10.4	3.9	0.0	100	81.8	5.2	13.0	100
27. 結核の集団感染数の減少		71.4	16.9	88.3	7.8	3.9	0.0	100	83.1	3.9	13.0	100	
28. 結核の有病率の減少		74.0	18.2	92.2	6.5	1.3	0.0	100	85.7	1.3	13.0	100	
29. 多剤耐性結核患者の実人員・結核患者に占める割合の減少		70.1	16.9	87.0	9.1	3.9	0.0	100	83.1	2.6	14.3	100	
30. 潜在性結核感染症患者の発病率の減少		54.5	24.7	79.2	10.4	9.1	1.3	100	77.9	7.8	14.3	100	
31. 結核死亡者数(率)の減少(特に多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)		58.4	27.3	85.7	11.7	2.6	0.0	100	80.5	5.2	14.3	100	
32. 結核医療費の減少		39.0	32.5	71.4	18.2	10.4	0.0	100	71.4	14.3	14.3	100	
プロセス	33. 感染症担当部署の明確化	23.7	35.4	59.7	26.0	10.4	3.9	100	70.1	11.7	18.2	100	
	34. 感染症担当部署内の役割分担(地区、ケース、感染症の種類、市町村担当の有無など)	24.7	35.4	60.7	24.7	10.4	5.2	100	68.8	13.0	18.2	100	
	35. 医療従事者や施設管理者の職員数	22.1	32.5	54.5	29.9	11.7	3.9	100	72.7	10.4	16.9	100	
	36. 感染症の発生に関する情報基盤の整備状況	38.8	35.4	74.2	15.6	7.8	3.9	100	67.5	14.3	18.2	100	
	37. 感染症の発生動向に関する情報を収集・分析している	58.4	36.4	94.8	2.6	0.0	2.6	100	81.8	5.2	13.0	100	
	38. 感染症予防のために重要となる管内住民の生活行動を把握している	18.2	37.7	55.8	23.4	14.3	6.5	100	33.8	45.5	20.8	100	
	39. 感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を明確にしている	51.9	35.1	87.0	10.4	0.0	2.6	100	83.1	2.6	14.3	100	
	40. 住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している	57.1	31.2	88.3	6.5	2.6	2.6	100	76.6	10.4	13.0	100	
	41. 関係機関と感染症対策に関わる協力関係づくりをしている	49.4	36.4	85.7	10.4	1.3	2.6	100	72.7	14.3	13.0	100	
	42. 保健所の広報誌やホームページ等により、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけを行っている	57.1	35.1	92.2	5.2	0.0	2.6	100	84.4	3.9	11.7	100	
	43. 感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供をしている	62.3	31.2	93.5	3.9	0.0	2.6	100	84.4	2.6	13.0	100	
	44. 医療監視や施設指導により感染症対策に関わる問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている	53.2	32.5	85.7	10.4	1.3	2.6	100	72.7	13.0	14.3	100	
	45. 集団発生が起きやすい施設等に対する感染症対策関連マニュアル作成の支援を行っている	48.1	33.8	81.8	14.3	1.3	2.6	100	77.9	9.1	13.0	100	
46. 感染症に関する個々の相談から情報収集を行い、感染症発生の可能性を把握している	40.3	31.2	71.4	20.8	3.9	3.9	100	68.8	16.9	14.3	100		
47. 感染症予防に関わる地区組織(例:エイズのピアエデュケーター)を育成している	33.8	32.5	66.2	22.1	7.8	3.9	100	64.9	22.1	13.0	100		
48. 感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている	42.9	40.3	83.1	9.1	3.9	3.9	100	79.2	6.5	14.3	100		
49. 感染症に関する普及啓発活動の回数	48.1	41.6	89.6	7.8	0.0	2.6	100	85.7	1.3	13.0	100		
50. 住民からの相談件数と対応内容	40.3	41.6	81.8	13.0	2.6	2.6	100	79.2	5.2	15.6	100		
51. 感染症予防に関する住民と関係者の意識が高まる	36.4	28.6	64.9	20.8	11.7	2.6	100	44.2	39.0	16.9	100		
結果1	52. 保健所が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数	46.8	42.9	89.6	7.8	0.0	2.6	100	88.3	0.0	11.7	100	
	53. 感染症対策関連マニュアルを策定・改訂している施設が増える	46.8	33.8	80.5	14.3	1.3	3.9	100	76.6	13.0	10.4	100	
	54. 集団発生が起きやすい施設等からの感染症対策に関する相談・支援依頼が増える	35.1	45.8	80.5	11.7	5.2	2.6	100	81.8	5.2	13.0	100	
	55. 関係機関との協働による感染症予防活動の回数	41.6	37.7	79.2	18.2	0.0	2.6	100	79.2	6.5	14.3	100	
	56. 感染症予防について関係者・関係機関が集まり、検討した回数と検討内容	29.9	37.7	67.5	29.9	0.0	2.6	100	76.6	9.1	14.3	100	
	57. 感染症予防のために活動する住民が増える(例:エイズのピアエデュケーター)	35.1	28.6	63.6	28.6	6.5	1.3	100	63.0	24.7	14.3	100	
	58. 感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、給食従事者の検便、HIV抗体検査)の受診率が上がる	58.4	26.0	84.4	13.0	1.3	1.3	100	84.4	5.2	10.4	100	
	59. 定期予防接種の接種率が高まる	64.9	23.4	88.3	10.4	0.0	1.3	100	85.7	1.3	13.0	100	
	60. 感染症予防活動を適切に実施している施設が増える	46.8	32.5	79.2	15.6	1.3	3.9	100	63.6	22.1	14.3	100	
	61. 感染症予防活動における保健所内の他部署との協力関係が構築・強化される	33.8	41.6	75.3	16.9	3.9	3.9	100	55.8	27.3	16.9	100	
	62. 感染症予防活動における関係機関との協力関係が構築・強化される	33.8	39.0	72.7	16.9	5.2	5.2	100	51.9	31.2	16.9	100	
	63. 感染症予防活動が盛り込まれている住民の増加	27.3	24.7	51.9	32.5	9.1	6.5	100	36.4	46.8	16.9	100	
	64. 感染症の患者数・罹患率の減少	61.0	22.1	83.1	11.7	2.6	2.6	100	81.8	6.5	11.7	100	
65. 感染症の集団発生の件数、患者数の減少	61.0	24.7	85.7	11.7	1.3	1.3	100	80.5	6.5	13.0	100		
66. 感染症による死亡者・死亡数の減少	55.8	24.7	80.5	15.6	2.6	1.3	100	76.6	10.4	13.0	100		
67. 感染症に関わる医療費の減少	40.3	33.8	74.0	18.2	6.5	1.3	100	53.2	35.4	11.7	100		
68. 感染症による経済的損失(例:欠勤・早退・遅刻、経済活動の停滞)の減少	19.5	29.9	49.4	39.0	9.1	2.6	100	35.1	49.4	15.6	100		
69. 感染者・患者への差別・偏見のない地域となる	23.4	29.9	53.2	28.6	14.3	3.9	100	29.9	55.8	14.3	100		

1 感染症対策の評価指標案-適切性・実行可能性-(つづき)

N=77 (%)

評価指標	適切性							実行可能性			
	3:とても適切		2:まあ適切		1:いくらか適切		0:不適切	1:実行できる		0:実行できない	
	3	2	3+2	1	0	NA	計	1	0	NA	計
70.保健所開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、チェック等)	80.5	11.7	92.2	5.2	0.0	2.6	100	87.0	0.0	13.0	100
71.初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている	75.3	19.5	94.8	1.3	1.3	2.6	100	87.0	0.0	13.0	100
72.集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明確になっている	71.4	23.4	94.8	2.6	0.0	2.6	100	85.7	0.0	14.3	100
73.感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署・職種が連携・協働する体制がある	66.2	28.6	94.8	2.6	0.0	2.6	100	84.4	1.3	14.3	100
74.感染症発生時の保健所内における情報の一元管理と情報共有のしくみが検討されている	63.6	29.9	93.5	2.6	0.0	3.9	100	79.2	6.5	14.3	100
75.発生時(疑い含む)に、管内市町村や関係機関から保健所に情報が集約される体制がある	63.6	28.6	92.2	3.9	0.0	3.9	100	79.2	6.5	14.3	100
76.発生時に障がい者や在日外国人を含む住民へ迅速に情報提供する方法が検討されている	44.2	28.6	72.7	15.6	7.8	3.9	100	63.6	19.5	16.9	100
77.発生時に関係機関への感染症に関する情報提供の場やルートがある	62.3	27.3	89.6	6.5	1.3	2.6	100	81.8	3.9	14.3	100
78.患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている	49.4	36.4	85.7	9.1	1.3	3.9	100	77.9	5.2	16.9	100
79.感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)	70.1	22.1	92.2	3.9	0.0	3.9	100	84.4	1.3	14.3	100
80.まん延防止のための必要物品を必要量を備蓄し、定期的に確認・補充している	74.0	20.8	94.8	2.6	0.0	2.6	100	83.1	1.3	15.6	100
81.感染症まん延防止活動を保健計画に位置づけている	55.8	33.8	89.6	5.2	1.3	3.9	100	74.0	7.8	18.2	100
82.感染症集団発生時の対応マニュアルや健康危機管理マニュアルを策定・改訂している	74.0	20.8	94.8	2.6	0.0	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100
83.集団発生を想定した職員対象や関係機関を対象とした訓練を行っている	68.8	22.1	90.9	5.2	1.3	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100
84.患者把握後、早期に保健師が面接し、療養支援や情報収集を行っている	68.8	23.4	92.2	3.9	1.3	2.6	100	80.5	3.9	15.6	100
85.集団発生が疑われる情報の把握後、その情報を関係機関へ迅速に伝えている	64.9	29.9	94.8	2.6	0.0	2.6	100	76.6	6.5	16.9	100
86.患者の家族・接触者から感染者や感染疑いのある者を早期に発見し、医療につなげている	72.7	18.2	90.9	5.2	0.0	3.9	100	77.9	6.5	15.6	100
87.患者・感染者とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている	77.9	16.9	94.8	2.6	0.0	2.6	100	81.8	2.6	15.6	100
88.接触者健診の未受診者へ対応がなされる	72.7	20.8	93.5	3.9	0.0	2.6	100	76.6	6.5	16.9	100
89.感染者・患者の人權を尊重し、その保護に十分な配慮をしている	63.6	26.0	89.6	5.2	1.3	3.9	100	74.0	10.4	15.6	100
90.施設等で感染症が発生した場合、当該施設と協働して対応している	77.9	15.6	93.5	3.9	0.0	2.6	100	81.8	2.6	15.6	100
91.管内市町村の感染症の集団発生時の体制づくりを支援している	51.9	28.6	80.5	15.6	0.0	3.9	100	74.0	9.1	16.9	100
92.職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している	54.5	29.9	84.4	11.7	0.0	3.9	100	80.5	3.9	15.6	100
93.感染者・患者とその家族に対する住民の意識・態度が望ましい方向に変化する	28.6	46.8	75.3	14.3	7.8	2.6	100	42.9	40.3	16.9	100
結果 94.支援した感染者・患者とその家族の数(率)と支援内容(保健指導、相談対応、情報提供等)	39.0	37.7	76.6	18.2	0.0	5.2	100	75.3	5.2	19.5	100
95.感染症発生時対応に関する関係者の意識が高まる	28.6	44.2	72.7	18.2	6.5	2.6	100	46.8	37.7	15.6	100
1 96.感染症発生時対応に関する関係者からの教育・研修・支援の要請が増える	32.5	46.8	79.2	18.2	0.0	2.6	100	77.9	6.5	15.6	100
97.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	39.0	37.7	76.6	20.8	0.0	2.6	100	74.0	11.7	14.3	100
結果 98.感染症発生時に適切な対応ができる住民や施設が増える	33.8	37.7	71.4	22.1	3.9	2.6	100	49.4	35.1	15.6	100
99.二次感染が減少する	51.9	36.4	88.3	6.5	2.6	2.6	100	72.7	11.7	15.6	100
2 100.患者・家族が周囲から偏見・差別を受けずに暮らせる	35.1	32.5	67.6	22.1	7.8	2.6	100	42.9	40.3	16.9	100

表2 感染症対策の評価指標案の適切性・実行可能性-テーマ・評価枠組別分類結果-

A: とても適切+まあ適切70%以上、かつ、実行できる70%以上 B: とても適切+まあ適切70%以上、かつ、実行できる70%未満  
 C: とても適切+まあ適切70%未満、かつ、実行できる70%以上 D: とても適切+まあ適切70%未満、かつ、実行できる70%未満

N=77

テーマ	評価枠組	評価指標案の数	評価指標案の分類結果(数)				評価指標案の分類結果(%)			
			A	B	C	D	A	B	C	D
結核	構造	3	2	1	0	0	66.7	33.3	0.0	0.0
	プロセス	10	10	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果1	6	3	1	1	1	50.0	16.7	16.7	16.7
	結果2	6	6	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果3	7	7	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	合計	32	28	2	1	1	87.5	6.3	3.1	3.1
平常時の対応 (発生予防・ 早期発見)	構造	4	0	2	0	2	0.0	50.0	0.0	50.0
	プロセス	12	9	1	0	2	75.0	8.3	0.0	16.7
	結果1	9	6	0	1	2	66.7	0.0	11.1	22.2
	結果2	5	2	3	0	0	40.0	60.0	0.0	0.0
	結果3	7	3	1	0	3	42.9	14.3	0.0	42.9
	合計	37	20	7	1	9	54.1	18.9	2.7	24.3
急性感染症発生時 の対応 (発生への備えも 含む)	構造	11	10	1	0	0	90.9	9.1	0.0	0.0
	プロセス	12	12	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0
	結果1	5	3	2	0	0	60.0	40.0	0.0	0.0
	結果2	3	1	1	0	1	33.3	33.3	0.0	33.3
	合計	31	26	4	0	1	83.9	12.9	0.0	3.2

%: 各行の評価指標案総数を100%としたときに評価指標案数が占める割合