

現可能性 60%代であった。また、次にやや低いものとして、70%代であったものは社会資源、民間事業者の実態把握・整備（項目 8、15）、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの連動（項目 12）、無関心層の住民への働きかけ（項目 13）、エビデンスに基づいた保健指導への取り組み（項目 17）、住民の主体的な活動への取組（項目 21）、住民の認識や行動の変化に関すること（項目 19、25）、健康寿命の延伸（項目 26）の 9 項目であった。

【治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる】では、がん予防や生活習慣、糖尿病予防に関する住民の認識（項目 38、43、50）、血糖値コントロール不良者減少（項目 54）の 4 項目で 60%台の実現可能性であった。70%代は、健診機関の整備（項目 28）、がんに関する情報（項目 30、33）、生活改善に関すること（項目 41、42）、受動禁煙対策（項目 44）、糖尿病患者の実態に関すること（項目 52、53）の 8 項目であった。

自由記載に記載された項目の妥当性に関する主な意見は以下のとおりである。

- 糖尿病治療者の実態把握が困難
  - ・ 健康づくり分野だけでは把握困難
  - ・ 市町村レベルでは把握困難
  - ・ 医療機関、医療保険者との連携が難しい
- データ収集が困難
  - ・ 住民意識の評価方法が明確でない
  - ・ 定期的な意識調査は実施していない
  - ・ がんに関する死亡統計等の収集は市町村では困難
  - ・ 健診情報等は国保に限られてしまう
- 健康づくり活動の位置づけによる取り組みの難しさ
  - ・ 連携会議等の取り組みはできていな

い

- ・ 保健師の専属配置は困難
- ・ 社会資源や人材等の予算化が困難
- ・ スリム化が優先される
- ・ 長期スパンで見えることが多く、短期の評価は難しい
- ・ 非専門職の上司の理解に課題がある

#### 4. 評価の視点について

各項目の評価の視点の考え方として、以下の意見が得られた。

- 予算確保について有無だけでなく、量的、質的評価が重要
- 地域の人的資源は質の評価も大切（健康推進員、食生活改善推進員等）
- 情報収集について、日常業務の中で把握可能であり、ルーチンワークとして評価する仕組みが必要

また、「特定健診・特定保健指導を機にエビデンスや短期評価を求められるようになった。今を評価することも大事だが、健康づくり活動は長期的スパンを必要とし、そのような観点での評価が認知されることをこの研究に期待する」という評価指標の構築への期待も寄せられた。

#### 5. 回答者の特性による傾向について

今回の調査結果では、回答者により「実行可能性」の回答に大きな差が認められた。三分の一以上の項目で「困難」と回答した市町村は 6 機関あった。その他の期間はほとんどが 5 項目未満であった。さらに 6 機関のうち半数以上が「困難」と回答した機関は 5 機関で、最も多い機関は 36 項目であった。

6 機関の属性は以下のとおりである。

市	1 機関	30 万人以上	1
町	4 機関	2 万人未満	3
		3 万人未満	1
不明	1 機関	—	—

#### D. 考察

##### 1. 評価指標案（第二次）の妥当性について

今回の調査では、表 2 で示された通り、提示した評価指標案については、概ね「適切である」と考えられる。ただし、健康日本 21（2 次）の重点課題の一つでもあり、評価指標として取り入れた「COPD の認知度が向上する（項目 19）」については、適切性、実行可能性ともに低く、再考の必要があると考えられた。

項目ごとの文章表現等については、具体的な内容や評価方法の記載がまだ不明瞭な部分もあり、さらに修正を加える必要があると考えられた。

##### 2. 評価が困難な活動内容について

調査結果で示した通り、実行可能性が低い項目の回答理由は、①糖尿病治療者の実態把握が困難、②データの収集が困難、③健康づくり活動の位置づけによる取り組みの難しさの 3 点に大きく集約される。さらにその具体的な内容を見ると、医療機関や医療保険者、健康づくり以外の他部門、その他関係機関との連携が希薄であることに起因する状況が共通して見られた。また、取り組みのわかりづらさ、結果の見えづらさから、事業としての優先度が低く、常に人員のスリム化や予算削減の対象に曝されている実情も見えた。したがって専従の組織体制を構築しづらく、体系的な活動を展開することが困難であることも推察された。

一方で、このような活動評価指標が構築

されることで健康づくり活動の特徴が明確化され、事業の重要度が認知されることへの期待感も高いことがわかった。

##### 3. 評価指標の精錬について

前述の考察をふまえて評価指標の精錬を行った。精錬後の成果物を表 3 に示した。精錬にあたっての修正ポイントは次のとおりである。

適切性と実現可能性のギャップは、取り組みの難易度と評価の視点の混乱と考えられた。理想論でなく、地域の実態に即したが評価と捉えられるよう以下の三点が修正点として重要であると考えた。

- ・具体的な評価のための情報収集方法の明示
- ・具体的な基準あるいは基準の考え方の提示
- ・実践の点検になったり、業務改善の糸口につながったりできるような文章表現（日常の活動を通して意識できることを期待して）

前提として、「日常の保健活動を通して把握した地域の実態や情報から健康課題を整理し、予防活動を展開しているか」に着目することにおいた。その上で、当該市町村の等身大の実態を踏まえた目標を設定しながら、可能な範囲での必要な予算や人材の確保、基盤整備等をふまえることを明示した。情報収集については、頻度や方法を限定せずに、日常の活動から知り得た情報や計画立案や見直し時の調査結果の活用など、情報収集から評価の仕組みを意図的に考えることも必要であることを盛り込んだ。医療機関や医療保険者等との連携も、必要に応じて推進していく必要性も説明として追加した。

また、知識や利便性など「あいまい」と

とられた項目については、具体的な例を挙げてイメージできるように修正した。

#### 4. 市町村の特性による課題

今回の調査で、実現可能性が低い項目が特に多い市町村の6機関のうち5機関が人口規模2万人程度以下の小規模市町村であったことは特筆すべきことであると考えられる。共通する内容の一つ目は情報収集に関連した項目である。特に、住民の生活行動や健康意識等については、ほとんどの機関が実態把握も評価も困難と回答した。二つ目は、社会資源に関することである。一つの町でカバーできる範囲には限界があり難しいというのが主たる理由であると推察された。また、規模の小さい町では、民間参入だけでなく、健診機関等の確保・整備も困難であるとの意見があった。三つ目は、保健活動の限界である。近年の健康対策の動向による保健事業の増大と多様化・複雑化は現場の保健師活動を圧迫していることが推察された。多忙な中で、様々な情報把握や地域診断に基づいた活動展開、ポピュレーションアプローチなど意図的な活動への取り組みは非常に困難な現状があると考えられた。今後はこのような実態にも着目し、保健活動を活性化することに寄与できるような評価指標の工夫も必要とされると考える。

#### E. 結論

調査・分析結果から、今回提示した評価指標案はほぼ実態に即した項目であると考えられる。しかし、取組みの難易度と評価の視点の混乱は平成23年度調査時にも見られたことであり、評価指標の活用方法にまだ課題が残されていると考える。また、調査結果および自由記載の意見から、市町村規模

の違いによる評価の考え方を検討する必要性があることが示唆された。

#### 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, 2011
- 2) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発, 平成23年度厚生労働科学研究総括・分担研究年度終了報告書, 2012
- 3) 厚生労働省告示第430号：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf) (アクセス日：2013年2月20日)
- 4) 藤井広美・平野かよ子他：保健活動の質の評価指標案の適切性と実行可能性(第2報)「健康づくり活動」, 第71回日本公衆衛生学会総会(山口), 525, 2012
- 5) 日本看護協会：市町村保健活動のあり方に関する検討報告書, 平成23年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業, 2012

#### F. 研究発表

##### 1. 学会発表

藤井広美、中板育美、山口佳子、荒木田美香子、春山早苗、大神あゆみ、小西かおる、神馬征峰、上木隆人、尾崎米厚、平野かよ子、保健活動の質の評価指標案の適切性と実行可能性「健康づくり活動」(第2報)、第71回日本公衆衛生学会総会(山口)、2012

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表2 健康づくり活動に関する評価指標案(第二次)の適切性・実行可能性

健康課題	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	1	0	NA		計	
1 予防可能な疾患が予防できる	住民の健康意識(健康増進、生活習慣病予防)が向上する	構造	1 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている	80.4	15.7	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	94.1	2.0	3.9	100.0	A	
			2 地域における健康づくり活動に関わる人材(在宅保健師、栄養士、運動指導士等)を把握している。	58.8	31.4	9.8	0.0	0.0	100.0	90.2	82.4	11.8	5.9	100.0	A	
			3 健康づくり活動の地域資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、地域栄養士、自主グループ等との協議の場がある	78.4	15.7	5.9	0.0	0.0	100.0	94.1	92.2	2.0	5.9	100.0	A	
			4 健康づくり活動に関する予算が確保されている	74.5	19.6	3.9	2.0	0.0	100.0	94.1	92.2	2.0	5.9	100.0	A	
		プロセス	5 地域住民の生活習慣に関する実態(喫煙、食、運動など)を把握・分析している	80.4	17.6	2.0	0.0	0.0	100.0	98.0	88.2	5.9	5.9	100.0	A	
			6 日常の保健事業を通して把握した地域の現状から重点課題の整理を行っている	74.5	23.5	2.0	0.0	0.0	100.0	98.0	90.2	3.9	5.9	100.0	A	
			7 上記No.6で整理した健康課題を健康づくり活動の関係者で共有している	72.5	21.6	5.9	0.0	0.0	100.0	94.1	90.2	3.9	5.9	100.0	A	
			8 健康づくり活動の社会資源(人材、施設、民間サービスなど)の実態を把握している。	58.8	29.4	9.8	2.0	0.0	100.0	88.2	78.4	15.7	5.9	100.0	A	
			9 健康づくり活動が健康増進計画や健康づくり計画などに位置付けられている	80.4	17.6	2.0	0.0	0.0	100.0	98.0	90.2	3.9	5.9	100.0	A	
			10 住民による活動(地縁組織、自主グループなど)を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置付けられている	64.7	29.4	5.9	0.0	0.0	100.0	94.1	88.2	5.9	5.9	100.0	A	
			11 健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している	84.3	13.7	2.0	0.0	0.0	100.0	98.0	90.2	3.9	5.9	100.0	A	
			12 地区活動等を活用したハイリスクグループへの個別支援とポピュレーションアプローチを組み合わせた継続支援の仕組みが構築されている	49.0	39.2	7.8	3.9	0.0	100.0	88.2	74.5	19.6	5.9	100.0	A	
			13 無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組み(活動、場)がある	54.9	27.5	13.7	3.9	0.0	100.0	82.4	74.5	19.6	5.9	100.0	A	
			14 住民の利便性に配慮し健診や健康教育を行っている	66.7	29.4	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	90.2	5.9	3.9	100.0	A	
			15 健康づくりを支援する地域の環境整備(施設整備、民間事業者の参画など)を行っている	37.3	43.1	17.6	2.0	0.0	100.0	80.4	70.6	21.6	7.8	100.0	A	
			16 健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している	60.8	27.5	7.8	2.0	2.0	100.0	88.2	92.2	3.9	3.9	100.0	A	
			17 エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討している。	54.9	29.4	15.7	0.0	0.0	100.0	84.3	72.5	19.6	7.8	100.0	A	
			18 健康づくり活動を担う従事者のスキルアップの場が設けられている	62.7	29.4	5.9	2.0	0.0	100.0	92.2	86.3	5.9	7.8	100.0	A	
			結果1	19 健康づくり(生活習慣病予防を含む)に関心を持つ住民が増加する	58.8	31.4	7.8	2.0	0.0	100.0	90.2	74.5	19.6	5.9	100.0	A
				20 COPDの認知度が向上する	35.3	39.2	17.6	7.8	0.0	100.0	74.5	62.7	27.5	9.8	100.0	B
21 健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する	56.9	35.3		7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	78.4	13.7	7.8	100.0	A			
22 健康づくり活動に協力する公共機関、学校、病院、民間企業(飲食店等を含む)などが増加する	54.9	37.3		7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	80.4	13.7	5.9	100.0	A			
結果2	23 特定健診受診率が向上する	64.7	25.5	7.8	2.0	0.0	100.0	90.2	94.1	2.0	3.9	100.0	A			
	24 保健指導実施率・終了率が向上する	62.7	29.4	5.9	2.0	0.0	100.0	92.2	92.2	3.9	3.9	100.0	A			
	25 生活習慣について認知や行動が変化した人(個人、集団)が増加する	70.6	17.6	9.8	2.0	0.0	100.0	88.2	72.5	21.6	5.9	100.0	A			
結果3	26 健康寿命が延伸する	60.8	21.6	13.7	2.0	2.0	100.0	82.4	78.4	15.7	5.9	100.0	A			
	27 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少する	62.7	25.5	9.8	2.0	0.0	100.0	88.2	92.2	3.9	3.9	100.0	A			

健康課題	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	1	0	NA	計	
2 治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる	①がんの早期発見・早期治療（喫煙対策を含む）	構造	28 がん検診の実施機関・設備が充足している	56.9	27.5	15.7	0.0	0.0	100.0	84.3	74.5	17.6	7.8	100.0	A
			29 目標受診者数分のがん検診費用が予算化されている	62.7	27.5	7.8	2.0	0.0	100.0	90.2	88.2	5.9	5.9	100.0	A
		プロセス	30 がん予防活動に関する情報を把握している	49.0	31.4	19.6	0.0	0.0	100.0	80.4	78.4	15.7	5.9	100.0	A
			31 がん検診の受診率・未受診者等の状況を把握している	80.4	15.7	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	92.2	2.0	5.9	100.0	A
			32 がん検診未受診者、要精密検査者のフォローをしている	80.4	17.6	2.0	0.0	0.0	100.0	98.0	94.1	0.0	5.9	100.0	A
			33 死因分析などがんに関する地域の情報を収集・分析している	78.4	11.8	9.8	0.0	0.0	100.0	90.2	78.4	13.7	7.8	100.0	A
			34 住民に向けたがん検診に関するPRを行っている	68.6	27.5	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	92.2	2.0	5.9	100.0	A
			35 住民の利便性に配慮しがん検診や健康教育を行っている	68.6	27.5	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	88.2	5.9	5.9	100.0	A
			36 がん予防活動に関わる人材や地区組織を育成している	45.1	37.3	15.7	2.0	0.0	100.0	82.4	80.4	13.7	5.9	100.0	A
			37 関連機関（医師会、学校、企業、商店会、住民組織など）と連携してがん予防の啓発活動を行っている	54.9	35.3	7.8	2.0	0.0	100.0	90.2	86.3	7.8	5.9	100.0	A
	結果1	38 がんの予防についての住民の知識（生活習慣、がん検診、ワクチン接種等）が高まる	60.8	23.5	11.8	2.0	2.0	100.0	84.3	68.6	25.5	5.9	100.0	B	
	結果2	39 がん検診受診率が向上する	78.4	17.6	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	94.1	2.0	3.9	100.0	A	
		40 精検受診率が向上する	80.4	15.7	3.9	0.0	0.0	100.0	96.1	92.2	3.9	3.9	100.0	A	
		41 喫煙者数が減少する	74.5	15.7	9.8	0.0	0.0	100.0	90.2	76.5	15.7	7.8	100.0	A	
		42 多量飲酒している住民が減少する	68.6	17.6	13.7	0.0	0.0	100.0	86.3	72.5	19.6	7.8	100.0	A	
		43 食事や身体活動量に気をつける住民が増加する	64.7	27.5	7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	68.6	21.6	9.8	100.0	B	
		44 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等）の機会がある者が減少する	60.8	25.5	13.7	0.0	0.0	100.0	86.3	70.6	21.6	7.8	100.0	A	
	結果3	45 がんによる死亡率が減少する	70.6	21.6	7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	88.2	7.8	3.9	100.0	A	
	②糖尿病の重症化予防	構造	46 糖尿病対策に関する地域医療機関等との連携の場がある	58.8	29.4	9.8	2.0	0.0	100.0	88.2	88.2	3.9	7.8	100.0	A
			47 糖尿病に関する地域の実態の把握・分析を行っている	68.6	25.5	3.9	2.0	0.0	100.0	94.1	82.4	9.8	7.8	100.0	A
プロセス		48 糖尿病悪化予防について、健康増進計画や健康づくり活動計画など位置付けられている	66.7	25.5	7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	86.3	5.9	7.8	100.0	A	
		49 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発活動を行っている	68.6	25.5	5.9	0.0	0.0	100.0	94.1	86.3	7.8	5.9	100.0	A	
		結果1	50 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	64.7	21.6	13.7	0.0	0.0	100.0	86.3	62.7	29.4	7.8	100.0	B
結果2		51（糖尿病に関連した）保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上する	60.8	27.5	11.8	0.0	0.0	100.0	88.2	88.2	7.8	3.9	100.0	A	
		52 治療継続者の割合が増加する	51.0	33.3	15.7	0.0	0.0	100.0	84.3	72.5	21.6	5.9	100.0	A	
		53 糖尿病有病者の増加が抑制される	68.6	15.7	13.7	2.0	0.0	100.0	84.3	72.5	19.6	7.8	100.0	A	
		54 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合が減少する	64.7	25.5	9.8	0.0	0.0	100.0	90.2	62.7	31.4	5.9	100.0	B	
結果3		55 糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）発生率が減少する	72.5	19.6	7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	76.5	15.7	7.8	100.0	A	

表3 健康づくり活動の評価指標(2次調査後)

テーマ	目的	評価 枠組	評価指標案	備考		
1 予防可能な疾患が予防できる	住民の健康意識(健康増進、生活習慣病予防)が向上する	構造	◎健康づくり活動基盤の確保			
			1 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている			
			2 地域における健康づくり活動に関わる人材(在宅保健師、栄養士、運動指導士等)を把握している。			
			3 健康づくり活動の地域資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、地域栄養士、自主グループ等との協議の場がある			
					◎予算確保	
					4 健康づくり活動に関して、地域ニーズに合った額の予算が確保されている	
					◎実態把握のための情報収集	
					5 地域住民の生活習慣に関する実態(喫煙、食、運動など)を把握・分析している	
					6 日常の保健事業を通して把握した地域の現状から重点課題の整理を行っている	
					7 上記No.6で整理した健康課題を健康づくり活動の関係者で共有している	
					8 健康づくり活動の社会資源(人材、施設、民間サービスなど)の実態を把握している。	
					◎計画への位置づけ	
					9 健康づくり活動が健康増進計画や健康づくり計画などに位置付けられている	
					10 住民による活動(地縁組織、自主グループなど)を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置付けられている	
					◎住民への働きかけと住民活動の活性化	
					11 健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している	
				プロセス	12 自主活動等を活用したハイリスク者への個別支援と地区組織活動等を組み合わせて継続支援を行っている	特定保健指導等が終了したのちも、対象者が継続して生活習慣改善に取り組める支援(仕組み)の有無をお尋ねしています
					13 無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組み(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)がある	
					14 住民の満足感(利便性など)に配慮し健診や健康教育を行っている	
					◎環境整備	
					15 健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている	
					◎関係者間の協働・連携	
					16 健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している	
					◎モニタリング・評価	
					17 エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある	
					◎人材育成	
					18 健康づくり活動を担う従事者のスキルアップの場が設けられている	
		結果1	19 健康づくり(生活習慣病予防を含む)に関心を持つ住民が増加する			
			20 COPDの認知度が向上する (補録)	※健康日本21(2次)の重点課題の一つであり、あえて取り上げています。		
			21 健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する			
			22 健康づくり活動に協力する公共機関、学校、病院、民間企業(飲食店等を含む)などが増加する			
		結果2	23 特定健診受診率が向上する			
			24 保健指導実施率・終了率が増加する			
			25 生活習慣について意識や行動が変化した住民(個人、集団)が増加する			
		結果3	26 健康寿命が延伸する			
			27 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が減少する			

テーマ	目的	評価枠組	評価指標案	備考	
2 治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる	①がんの早期発見・早期治療（喫煙対策を含む）	構造	28 ニースに混入したがん検診の実施機関・設備が充足している	※このカテゴリでは、テーマ1の予防活動をベースに、さらにはがん対策として取り組むべきことに着目しています。	
			29 目標受診者数分のがん検診費用が予算化されている		
		プロセス	◎実態把握のための情報収集		※日頃の保健事業の実績や保健活動を通して知りえた地域の実態から健康課題を整理し、予防活動を展開しているかに着目しています
			30 地域のがん予防に関する活動を把握している		
			31 がん検診の受診率・未受診者等の状況を把握している		
			32 がん検診未受診者、要精密検査者のフォローをしている		
			33 地域のがんによる死亡や受療状況に関する情報を収集・分析している		
			◎住民への働きかけと住民活動の活性化		
			34 住民に向けたがん検診に関するPRを行っている		
			35 住民の満足感（利便性など）に配慮しがん検診や健康教育を行っている		
		36 がん予防活動に関わる人材や地区組織を育成している			
		◎協働・連携			
		37 関連機関（医師会、学校、企業、商店会、住民組織など）と連携してがん予防の啓発活動を行っている			
		結果1	38 がんの予防についての住民の知識（がんを防ぐための12か条などの生活習慣、がん検診、ワクチン接種など）が高まる		
			39 がん検診受診率が向上する		
	結果2	40 精検受診率が向上する			
		41 喫煙者数が減少する		※健康日本21(2次)では、成人・妊産婦・未成年者のそれぞれに目標が設定	
		42 多量飲酒している住民が減少する			
		43 食事や身体活動量に気をつける住民が増加する		計画見直し時や必要時の調査で把握した情報に基づく評価による	
		44 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等）の機会がある者が減少する		施設内禁煙等の取り組みへの働きかけについてお尋ねしています	
	結果3	45 がんによる死亡率が減少する		※健康日本21(2次)の指標では、75歳未満の年齢調整死亡率の減少	
	②糖尿病の重症化予防	構造	46 糖尿病対策に関する地域医療機関等との連携の場がある		※評価の視点は、①がんの早期発見・早期治療と同様に、健康づくり活動をベースに糖尿病対策としてさらに取り組むべきことについて着目しています ※また、ベースとしての必要に応じた地域の医療機関や医療保険者との連携推進も視野に入れています。
			47 医療機関や医療保険者と連携し、糖尿病に関する地域の実態の把握・分析を行っている		
		プロセス	48 糖尿病悪化予防について、健康増進計画や健康づくり活動計画など位置付けられている		
			49 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発活動を行っている		
		結果1	50 糖尿病の予防・発見・治療・合併症に関して意識する住民が増加する		
		結果2	51（糖尿病に関連した）保健指導及び要再検査者のフォロー率が向上する		
52 治療中断者の割合が減少する					
53 糖尿病有病者の増加が抑制される					
54 糖尿病のコントロール不良者の割合が減少する					
結果3		55 糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）発生率が減少する			

高齢者保健福祉保健活動の評価指標の開発

分担研究者 平野かよ子（東北大学大学院）

**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、高齢者保健福祉に関する保健活動の質を評価する指標案（59項目）を作成し、全国の581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（デルファイ法）を行った。適切性、実行可能性ともに「とても適切」「まあ適切」と回答した割合が70%以上のものは30項目（50.8%）、次いで適切性は70%以上、実行可能性70%未満が21項目（35.6%）、適切性、実行可能性ともに70%未満が8項目（13.6%）の順であり、適切性より実行可能性の方が低い傾向であった。また、自由記載を分析した結果、他職種と役割が被る部分もあり、高齢者保健福祉部署への保健師の配置や保健師に求められることが自治体により大きく異なり、そもそも高齢者保健福祉に携わる保健師はどのような専門性を発揮すべきか等の保健師の役割を明確にすることの必要性が示唆された。また、評価の必要性は認識していても、それに取り組む余裕がない現状もあることから、評価指標の表現を具体的にするとともに、評価方法や活用方法について提示し、組織として評価することを啓発する必要があると考えられた。

研究協力者

石川貴美子（秦野市福祉部高齢介護課）

**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、高齢者保健・福祉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効可能性について調査を行った。

**B. 研究方法**

平成23年度に実施した他の分野（母子、感染症、精神、健康づくり、難病）の評価指標案に対する調査結果<sup>1)</sup>を参考に、研究班メ

ンバーによる討議を踏まえて、高齢者保健・福祉に関する評価指標案を作成した。

評価対象とするテーマは、高齢者保健・福祉各の中でも、多くの市町村の保健師が関わっていると思われる「介護予防」と「地域包括ケア」の2領域に絞り込み、平成22年度に本研究で設定した評価枠組（構造、プロセス、結果1、結果2、結果3）<sup>2)</sup>毎に評価指標案を作成し、合計59項目とした。

調査票は、適切性については4件法（3＝適切、2＝まあまあ適切、1＝いくらか適切、0＝不適切）、実行可能性は、2件法（○＝可能、×＝不可能）で行い、その他自由意見の記載欄も設けた。分析は、適切性は「適切」「まあ適切」が70%以上、実現可能性は「可

能」が70%以上を基準として分け、指標案について論議集約した。

調査期間は、平成24年9月10日から10月31日までとした。

【倫理的配慮】調査への不参加によって調査協力者への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ないことがないようにすること、並びに回答の返送を持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

#### 1. 回収状況

調査票を送付した581か所のうち220か所から回答を得（回収率37.9%）、全数を分析対象とした。

#### 2. 選択肢による回答

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1の最右列の<分類>とは、適切性も実行可能性も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%未満、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」として区分けしたものである。

59項目中、最も多かったのはAで30項目（50.8%）、次いでBが21項目（35.6%）、Dが8項目（13.6%）となっており、Cに該当するものはなかった（表2）。

表2 妥当性検討の枠組み N=220

		実行可能性	
		70%以上	70%未満
適切性	70%以上	A (50.8%)	B (35.6%)
	70%未満	C (0%)	D (13.6%)

#### 3. 評価指標案の妥当性について

##### 1) 介護予防

構造については、適切性、実行可能性ともに全ての項目が70%を超えていたが、結果3については、全ての項目が70%に満たなかった。

プロセス、結果1の全ての項目及び結果2の80%は、適切性が70%を超えていたが、実行可能性で70%を超えていたのは、プロセスが69%、結果1が66%、結果2は20%であった（表3）。

表3 介護予防の項目の妥当性の評価

評価枠組 (項目数)	適切性 70% 70%以上	実行可能性 70%以上
構造(3)	3(100%)	3(100%)
プロセス(16)	16(100%)	9(69%)
結果1(3)	3(100%)	2(66%)
結果2(5)	4(80%)	1(20%)
結果3(3)	0(0%)	0(0%)

プロセスの適切性は70%を超えていたが実行可能性で70%に満たなかった項目は、特定健診の結果分析や閉じこもりやうつ等の状況把握、介護予防活動の継続支援、訪問による介護予防事業の効果分析、介護予防事業の評価であった。

結果1～3の実行可能性は、介護予防事業参加者数、参加者の意識や生活習慣の改善の評価以外の項目は、全て70%に満たなかった。

##### 2) 地域包括ケア

構造の75%、プロセス、結果1の全て及び、結果2の66%は、適切性が70%を超えていたが、実行可能性が70%を超えていたのは、構造が25%、プロセスが61%、結果1が50%であった。結果2の実行可能性は、全ての項目が70%に満たなかった。

結果3については、全ての項目が70%に満

たなかった（表4）。

表4 地域包括ケアの項目の妥当性の評価

評価枠組 (項目数)	適切性 70% 70%以上	実行可能性 70%以上
構造(4)	3(75%)	1(25%)
プロセス(18)	18(100%)	13(72%)
結果1(2)	2(100%)	1(50%)
結果2(3)	2(66%)	0(0%)
結果3(2)	0(0%)	0(0%)

構造評価のうち「24時間の相談体制」は適切性、実行可能性ともに70%に満たなかった。また、「徘徊高齢者SOS対応のネットワークシステム」や「緊急時に入所できる施設の確保」についての実行可能性は70%に満たなかった。

プロセス評価の適切性は70%を超えていたが実行可能性で70%に満たなかった項目は「高齢者の不安の状況把握」「処遇困難事例の実態把握」「地域住民と地域の課題についての協議」「関係者と緊急時の支援体制についての協議」「関係者と災害時の対策について」の協議であった。

結果1～結果3の実行可能性は「高齢者の相談件数」以外は全て70%に満たなかった。

### 3) 適切性と実行可能性の割合の差

59項目中55項目が、適切性より実行可能性の割合が低かった。適切性より実行可能性の割合が高かった4項目は、全て結果3の項目であった。

実行可能性の割合が適切性の割合より20%以上低かった項目は「高齢者の閉じこもり」や「うつの状況把握」「65歳以上の健康寿命による評価」「地域内の処遇困難事例の実態把握」であった（表5）。

表5 適切性と実行可能性の割合の差

適切性と実行可能性の 割合の差	項目数	割合
適切性>実行可能性 (20%以上)	3	5.1%
適切性>実行可能性 (10%以上～20%未満)	32	54.2%
適切性>実行可能性 (0.1%以上～10%未満)	20	33.9%
適切性<実行可能性	4	6.8%

## 4. 評価項目に対する自由意見

### 1) 高齢者の実態把握についての課題

高齢者の実態把握について、実態調査、特定健診、基本チェックリストの分析などの方法が考えられるが、高齢化が進む中で経年的にどう評価するべきかという疑問が挙げられた。また、意識調査や基本チェックリストは、調査時の主観的な要素が加わるため、評価指標としての妥当性についての疑問も挙げられた。

### 2) 訪問による介護予防事業

マンパワー不足により、対象者を把握していても、訪問による介護予防の支援を実施していない自治体があった。また、個別支援については、評価方法が難しいという意見もあった。

### 3) 主観的評価の妥当性

高齢者の意識、不安などの主観的評価は、その日の体調等によって大きく左右されるため信頼できない。評価指標としては不適切ではないかという意見があった。

### 4) 数値評価の妥当性

基本チェックリストの内容について疑問を持っている意見があった。また、相談件数の増加、介護認定率が下がる、施設への緊急

措置件数や高齢者虐待による緊急措置・入院件数が減るなどの指標は、改善の指標にはならないのではないかという意見があった。

健康寿命については、出し方がわからないという意見があった。

## 5. その他の自由意見

その他の意見は表6のとおりである。

表6 その他の自由意見

評価指標の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・設問だけでは大まかでわかりにくい</li> <li>・「支援している、検討している、協議している」では表現があいまい</li> <li>・処遇困難事例の範囲があいまい</li> <li>・数値で活動をどこまで評価できるか</li> <li>・人口が少ない自治体では数値評価の限界がある</li> <li>・地域包括支援センターは委託と直営があるが、同じ指標でよいかの疑問</li> </ul>
保健師の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標の項目には、他の職種が担っている役割がある</li> <li>・他の職種と一緒に活動しているため、保健師の指標としてよいかの疑問</li> <li>・国が示した介護予防＝保健師活動か？という疑問</li> <li>・保健師の評価指標として適切という意見と、保健師の役割ではないため不適切という意見があった</li> <li>・常勤保健師が配置されていない自治体もあり、保健師に求められている役割が組織によって異なっている</li> <li>・高齢者保健・福祉部署で保健師がどこまでやるかが分からない</li> </ul>
保健師の意識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師としての独自性が出せない</li> <li>・他の部署との連携に課題を感じている</li> <li>・高齢者保健・福祉の活動をする保健師の役割がわからない</li> <li>・マンパワー不足により評価する余裕がない</li> <li>・事業の進め方についての助言も欲しい</li> </ul>

評価指標への期待

- ・地域包括支援センターの評価は指標に関する研究はあるが、保健師活動に焦点をあてたものも必要
- ・他の自治体と評価結果を比較したい
- ・記入例、記入方法もあるとよい
- ・数値評価は難しいが、標準化された指標の必要性を感じている。
- ・評価に取り組むことで、日々の業務に活用できる
- ・健康寿命の延伸は保健師活動の課題

## D. 考察

### 1. 指標の適切性と実行可能性

#### 1) 指標の基準や方法が不明確（抽象的）

担当地域の高齢者の健康状態や生活の把握方法、訪問などの個別支援の方法、ネットワークの構築方法、関係機関との連携方法など、地域や組織の実情に応じてどのように行うべきかが具体的に示されていない中での評価指標の提示であるため、「漠然としている」「大まか」「設問の意味がわかりにくい」等の意見が複数見られた。

以上のことより、設問に対する解説、具体的な評価方法、評価事例などを提示し、自組織の中で取り入れてもらうことが必要と示唆された。

#### 2. 高齢者保健・福祉に携わる保健師の役割と活動指針の必要性

自治体によって、地域の社会資源や規模・組織（人員配置、予算等）が大きく異なっている。また、他の職種の登用や業務委託もあるなかで、高齢者保健・福祉分野の業務を担当する保健師に期待されていることも、自治体によって大きく異なっており、保健師自身が捉えている高齢者保健・福祉における役割についての認識が異なっていることが明らかになった。

評価まで手が回らない状況があるなかで、

評価指標の必要性を感じている保健師も複数おり、「現在の活動を振り返り、より効果的なものにしていきたい」「自分達の活動を評価し、職場内で活用できる指標が欲しい」など、前向きな姿勢の記載もあった。

以上のことより、自分が直接携わっていなくても、「保健師とは何か」「どのような仕事をするべきか」などについて自分自身に問い、高齢者保健・福祉分野の業務を担当する保健師として、「自分の担当地域をみる」「全体の動きの中で保健師がどの部分を担っているのかを知る」「自組織のなかで保健師として担えることは何かを考える」「他の職種との連携の在り方について考える」「職場内で活用できる評価について考える」ことなどを意識することは重要である。

介護予防システムを推進するために保健師は、住民に介護予防を意識づけ、主体的活動を促すとともに、地域の介護予防のニーズや資源の不足を評価し、住民や関係者と共有して、事業の改善や資源を開発する活動につなげ、地域の総合的な計画と連動して介護予防を評価することが重要と、介護予防システムを推進する保健師の活動指標が開発されている<sup>3)</sup>。高齢者保健・福祉における保健師の活動に直接参考となるよう、このような活動指標に沿った具体的な活動例や評価方法の提示や、活動の評価まで示されている先進事例の紹介などの必要性が示唆された。

### 3. 高齢者保健・福祉の評価指標の改善案

#### 1) テーマの一本化

今回、高齢者保健・福祉の評価指標を「介護予防」「地域包括ケア」と分けたが、活動体制（構造）や評価において、重複する部分があった。そのため、調査結果を踏まえ改訂

版の評価指標の領域は「介護予防・地域包括ケア」と一本化した。

#### 2) 地域住民の主観的評価の必要性

高齢者の意識、不安などの主観的評価は、その日の体調等に左右され、調査すること自体に不安定性を伴うため疑問を感じている保健師もいたが、地域の高齢者の傾向として経年的に把握していくことは重要と考える。しかし、高齢者の意識等を定期的に調査していない自治体もあり、都道府県の協力を得るなどして共通の評価指標により、単発的な調査であっても他の地域と比較できるようにすることの重要性が示唆された。

#### 3) 適切性は高いが実行可能性が低い評価指標

適切性は高いが実行可能性が10%以上低い指標は約6割あった。それぞれ組織の中で評価する立場にないことや、マンパワーや時間的な制約などがあり、評価の必要性は感じていても、実際に評価するのは難しいと感じていると推測される。そのため、具体的な評価方法や評価事例の紹介、さらには、都道府県や研究機関等と協働して評価するなど、評価を推進するための方法についての検証も必要と考える。

#### 4) アウトカム評価指標の必要性

結果3については、介護予防、地域包括ケアとともに全項目の適切性、実行可能性が70%を下回っていることより、アウトカム指標を設定しても、実際に評価に用いられることは難しい。また、前期高齢者と後期高齢者の割合は年々変化するので、介護認定率など高齢者に対する割合だけで経年的に評価するには限界がある。そのため、前期高齢者に対する割合など年齢の幅を狭くして評価することなどの工夫が必要と考える。

健康寿命については、「出し方がわからない」という意見の他に「健康寿命の延伸が課題」という意見もあったため、算定方法がわかれば適切性、実行可能性がともに高くなる可能性が示唆された。年齢区分・性別・介護度別の認定者数が必要となるため、介護保険を運営している部署との連携が必要となるが、これが重要な評価指標となるのであり、改めて算定方法を周知する必要性が示唆された。

しかし、事業や活動を行う際に、その目的を意識することは大事であり、何を持って改善したとするかについては、議論が必要と思われるが、表現を変えても項目は残すべきではないかと考える。

### 3) 評価指標の成果物

以上の検討結果を踏まえ、抽象的な表現は修正し、評価指標数の変更は行わず、成果物は表7の通り。同様に59項目とした。

## E. 結論

高齢者保健・福祉における活動の評価は、保健師以外の職種と役割が被る部分もあり、高齢者保健・福祉部署への保健師の配置や保健師に求められていることが自治体により大きく異なっていることが明らかになった。

高齢者保健・福祉に携わる保健師として専

門性をどう発揮すべきか、役割についての活動指標の必要性が示唆された。また、評価指標だけでなく、活動指標に応じた具体的な評価方法や活用方法について提示する必要があると考える。

## F. 引用・参考文献

1) 平野かよ子：保健活動の質の評価指標開発—総括・分担研究年度終了報告書，平成23年度。厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業）保健師の質の評価指標開発2012。

2) 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（政策総合研究事業）保健師の質の評価指標開発2011。

3) 吉田礼維子他：介護予防システムを推進する保健師の活動指標の開発。日本地域看護学会誌 14(2)：5-12，2012

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の取得状況

なし

表1 高齢者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=200

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	1	0	NA	
構造	1 介護予防を担当する保健師が配置されている	66.8	23.2	5.5	2.3	2.3	90.0	80.9	5.9	13.2	A
	2 介護予防を担当する保健師が、他の部署との連携を図る体制がある	64.5	26.8	4.5	1.8	2.3	91.4	79.1	6.8	14.1	A
	3 保健師が高齢者保健福祉計画の策定・進行管理に関与している	53.6	31.8	9.1	3.6	1.8	85.5	80.5	5.0	14.5	A
プロセス	4 地域の高齢者の人口動態等の統計を把握している	69.1	24.1	4.1	0.5	2.3	93.2	82.7	3.2	14.1	A
	5 住民の介護予防に関する意識を把握している(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等)	53.2	37.3	6.8	0.9	1.8	90.5	75.9	10.0	14.1	A
	6 特定健診結果の分析等を行うなど、高齢者の健康状態を把握している	40.9	36.8	17.3	3.6	1.4	77.7	69.5	16.8	13.6	B
	7 高齢者の閉じこもりやうつ状況を把握し課題を分析している	43.2	35.0	17.7	2.3	1.8	78.2	55.5	30.0	14.5	B
	8 介護予防に繋がる住民の自主活動や社会資源を把握し、情報提供を行っている	55.5	31.4	8.2	2.7	2.3	86.8	75.0	10.9	14.1	A
	9 介護予防の普及啓発の方法について検討している	50.0	38.2	8.2	1.4	2.3	88.2	75.0	10.0	15.0	A
	10 介護予防のサポーターやボランティアを養成し、活動を支援している	49.1	30.0	13.6	5.0	2.3	79.1	71.8	12.7	15.5	A
	11 住民が介護予防の活動を継続できるように支援している	52.7	31.8	10.0	2.7	2.7	84.5	69.1	15.5	15.5	B
	12 二次予防の対象者を幅広く把握している	50.5	34.1	11.8	2.3	1.4	84.5	74.5	11.4	14.1	A
	13 通所型介護予防事業の周知方法や進め方が妥当かどうかを評価している	43.6	43.2	9.1	2.3	1.8	86.8	72.3	14.1	13.6	A
	14 通所型介護予防事業の参加者の意識や生活習慣の変化について評価している	50.0	37.3	8.6	2.3	1.8	87.3	75.0	10.9	14.1	A
	15 通所型介護予防事業の参加者が介護予防に繋がる活動を継続するように支援している	49.5	37.7	8.2	2.7	1.8	87.3	72.3	12.7	15.0	A
	16 訪問による介護予防の支援がどのような対象者に必要か検討している	35.9	40.0	14.5	7.3	2.3	75.9	59.5	25.9	14.5	B
	17 訪問による介護予防の支援内容が妥当だったかどうか評価している	38.2	37.7	14.1	8.2	1.8	75.9	59.5	26.4	14.1	B
	18 他の専門職、関係者、第三者(学識経験者等)の協力を得て介護予防事業の企画、運営、評価を行っている	35.9	39.5	15.5	7.7	1.4	75.5	59.1	25.0	15.9	B
19 介護予防事業を企画、運営、評価する際に、地域住民の意見を反映させている	36.8	38.6	15.9	6.8	1.8	75.5	60.5	24.5	15.0	B	
結果1	20 介護予防事業の参加者数が増える	42.3	40.9	11.8	3.2	1.8	83.2	82.3	4.1	13.6	A
	21 介護予防事業参加者の介護予防に関する意識が向上する	48.2	38.6	9.1	1.8	2.3	86.8	73.2	12.3	14.5	A
	22 訪問による介護予防の個別支援を行った者の介護予防に関する意識が向上する	40.0	36.8	13.6	7.3	2.3	76.8	63.6	21.4	15.0	B
結果2	23 高齢者保健福祉計画策定時の実態調査等により高齢者の介護予防に関する意識が改善する	43.2	39.5	11.8	5.0	0.5	82.7	65.0	20.5	14.5	B
	24 介護予防のサポーターやボランティア活動を行う者の数が増える	38.2	38.2	15.5	7.7	0.5	76.4	60.9	23.6	15.5	B
	25 地域で介護予防に繋がる自主活動の数が増える	27.7	36.8	26.4	8.2	0.9	64.5	52.7	33.2	14.1	D
	26 介護予防事業への参加者の生活習慣が改善する	41.4	34.1	20.5	3.6	0.5	75.5	70.5	16.8	12.7	A
	27 訪問による介護予防の個別支援を行った者の生活習慣が改善する	45.5	34.1	16.8	3.2	0.5	79.5	68.6	17.3	14.1	B
結果3	28 二次予防対象者(二次予防対象者/基本チェックリスト実施者)の割合が減る	28.6	30.0	27.7	12.3	1.4	58.6	64.5	21.8	13.6	D
	29 介護認定率(介護認定者/第一号被保険者)が下がる	37.3	27.3	23.6	10.5	1.4	64.5	68.2	17.3	14.5	D
	30 65歳健康寿命※が延伸する	35.0	32.3	22.7	8.2	1.8	67.3	45.9	37.7	16.4	D
構造	31 24時間高齢者の相談に応じられる体制がある	35.9	31.8	18.6	13.2	0.5	67.7	60.0	24.5	15.5	D
	32 高齢者支援のネットワークの構築にむけて討議する場がある	45.5	40.9	10.0	3.2	0.5	86.4	75.9	8.6	15.5	A

表1 高齢者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=200

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	1	0	NA	
	33 徘徊高齢者のSOS対応ネットワークシステムがある	37.7	32.3	18.6	10.5	0.9	70.0	65.5	18.2	16.4	B
	34 緊急時に高齢者が入所できる施設が確保されている	40.9	30.9	19.1	8.6	0.5	71.8	69.1	15.9	15.0	B
プロセス	35 高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等により、高齢者の生活に関する不安について把握している	40.5	39.5	16.4	3.2	0.5	80.0	65.0	19.1	15.9	B
	36 介護保険対象者の実態(認定状況、サービス利用状況、事業所・施設の整備状況等)を把握している	45.9	37.7	13.2	2.3	0.9	83.6	78.2	7.3	14.5	A
	37 地域内の処遇困難事例の実態(件数、特徴、対応状況等)を把握している	57.3	33.6	6.8	1.8	0.5	90.9	65.9	18.6	15.5	B
	38 高齢者に関する相談支援窓口を地域住民や関係機関に周知している	57.3	33.6	6.8	1.8	0.5	90.9	80.0	5.0	15.0	A
	39 高齢者の生活に役立つ情報(介護保険制度、高齢者施策、関連施策、民間情報)を、地域住民や関係機関に周知している	50.0	39.5	8.6	1.4	0.5	89.5	76.4	6.4	17.3	A
	40 認知症や精神関係の相談医、専門医の情報を整理し、活用している	42.7	39.1	14.5	3.2	0.5	81.8	72.7	12.3	15.0	A
	41 現在の高齢者施策の概要や現状と課題について、地域住民と協議している	34.1	37.3	22.3	5.5	0.9	71.4	61.8	21.8	16.4	B
	42 相互に見守り支えあう地域となるよう、民生委員や自治会などと連携を図っている	48.2	39.5	11.8	0.0	0.5	87.7	77.7	7.3	15.0	A
	43 高齢者を支援する地域住民と関係者のネットワークの強化を意図した活動(地域ケア会議等)を行っている	49.5	36.8	11.4	1.8	0.5	86.4	75.5	9.1	15.5	A
	44 必要時、介護保険事業所などの関係者と連携して支援している	65.0	27.7	6.8	0.0	0.5	92.7	78.2	7.3	14.5	A
	45 必要時、生活保護、障がい者支援、権利擁護、消費者被害等の部署と連携して支援している	61.4	31.4	5.9	0.9	0.5	92.7	78.2	7.3	14.5	A
	46 必要時、自治会や民生委員、地域内の協力者と連携して支援している	61.8	31.4	6.4	0.0	0.5	93.2	77.7	7.7	14.5	A
	47 緊急時の緊急性を判断し、医療機関、施設、保健所、警察等と連携して支援している	58.2	34.1	6.8	0.0	0.9	92.3	76.4	8.6	15.0	A
	48 高齢者虐待など処遇困難事例は、関係者とケース検討会等で支援方法を検討している	60.9	30.5	7.7	0.5	0.5	91.4	79.1	6.4	14.5	A
	49 高齢者支援状況を評価し、高齢者の緊急支援の判断や対応策について関係者と協議している	43.6	37.7	15.5	2.7	0.5	81.4	67.3	17.3	15.5	B
	50 高齢者支援を担当する者の質の向上に向けて、関係者が共に学ぶ機会(研修、事例検討会等)をつくっている	45.5	39.1	11.8	2.7	0.9	84.5	75.0	10.5	14.5	A
	51 介護者を支援する対策を実施している	43.2	37.7	15.5	2.7	0.9	80.9	72.3	11.4	16.4	A
	52 介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者と、災害時の対策について協議している	36.8	39.5	17.3	5.0	1.4	76.4	66.8	17.3	15.9	B
結果1	53 高齢者の生活に役立つ情報を、地域住民に提供をする機会が増えている	29.1	49.1	16.8	4.1	0.9	78.2	63.6	20.5	15.9	B
	54 高齢者(認知症を含む)に関する相談件数が増えている	39.1	43.6	13.2	3.2	0.9	82.7	80.9	3.6	15.5	A
結果2	55 生活に関する不安を感じている高齢者の割合が減る(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等)	25.0	41.4	25.9	7.3	0.5	66.4	58.2	25.9	15.9	D
	56 高齢者支援で連携できる関係機関の数が増えている	30.5	40.0	24.5	4.1	0.9	70.5	66.4	15.9	17.7	B
	57 高齢者支援で関係機関と連携する回数が増えている	30.9	42.3	21.8	4.1	0.9	73.2	68.2	14.5	17.3	B
結果3	58 高齢者の施設への緊急措置件数が減る	19.5	30.0	35.5	14.1	0.9	49.5	60.5	22.3	17.3	D
	59 高齢者虐待による高齢者の緊急措置・入院件数が減る	21.4	30.0	33.2	14.5	0.9	51.4	59.5	21.8	18.6	D

表7 高齢者保健・福祉活動に関する評価指標—修正版—

領域	健康課題	目的	領域	新No	旧No	評価指標案	適切性	実行可能性		
高齢者保健福祉	介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる	構造	1	1	介護予防を担当する保健師が配置されている	90.0	80.9		
				2	2	介護予防を担当する保健師が、他の部署との連携を図る体制がある	91.4	79.1		
				3	3	保健師が高齢者保健福祉計画の策定・進行管理に関与している	85.5	80.5		
				4	31	夜間でも高齢者の相談に応じられる体制がある	67.7	60.0		
				5	32	高齢者支援のネットワークの構築にむけて討議する場がある	86.4	75.9		
				6	33	徘徊高齢者のSOS対応ネットワークシステムが構築されている	70.0	65.5		
				7	34	緊急時に高齢者が入所できる施設が確保されている	71.8	69.1		
			プロセス	8	4	地域の高齢者の人口動態等の統計を分析している	93.2	82.7		
				9	5	住民の介護予防に関する意識を把握している(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等)	90.5	75.9		
				10	6	特定健診結果から、高齢者の健康状態を分析している	77.7	69.5		
				11	7	高齢者の閉じこもりやうつ状況を把握し課題を分析している	78.2	55.5		
				12	8	介護予防に繋がる住民の自主活動や社会資源を把握し、情報提供を行っている	86.8	75.0		
				13	9	介護予防の普及啓発の方法が妥当かどうか評価している	88.2	75.0		
				14	10	介護予防のサポーターやボランティアのを養成・支援方法が妥当かどうか評価している	79.1	71.8		
				15	11	介護予防活動の継続に繋がる支援内容かどうか評価している	84.5	69.1		
				16	12	二次予防の対象者の把握方法が妥当かどうか評価している	84.5	74.5		
				117	13	通所型介護予防事業の周知方法や進め方を評価している	86.8	72.3		
				18	14	通所型介護予防事業の参加者の意識や生活習慣の変化について評価している	87.3	75.0		
				19	15	通所型介護予防事業の参加者が介護予防に繋がる活動のを継続に向けて支援できたか評価している	87.3	72.3		
				20	16	介護予防の個別支援(訪問・電話等)がどのような対象者に必要か検討している	75.9	59.5		
				21	17	介護予防の個別支援(訪問・電話等)内容が妥当だったかどうか評価している	75.9	59.5		
				22	18	他の専門職、関係者、第三者(学識経験者等)の協力を得て介護予防事業の企画、運営、評価を行っている	75.5	59.1		
				23	19	介護予防事業を企画、運営、評価する際に、地域住民の意見を反映させている	75.5	60.5		
				24	35	高齢者がどんな心配や不安を抱えながら生活をしているか分析している	80.0	65.0		
				25	36	介護保険対象者の実態(認定状況、サービス利用状況、事業所・施設の整備状況等)を把握している	83.6	78.2		
				26	37	地域内の処遇困難事例の実態(件数、特徴、対応状況等)を把握している	90.9	65.9		
						27	38	高齢者に関する相談支援窓口を地域住民や関係機関に周知している	90.9	80.0
						28	39	高齢者の生活に役立つ情報(介護保険制度、高齢者施策、関連施策、民間情報)を、地域住民や関係機関に周知している	89.5	76.4
						29	40	認知症や精神関係の相談医、専門医の情報を整理し、支援する際に活用している	81.8	72.7

表7 高齢者保健・福祉活動に関する評価指標—修正版—

領域	健康課題	目的	領域	新No	旧No	評価指標案	適切性	実行可能性
高齢者保健福祉	介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる	プロセス	30	41	地域住民の意見を参考にして高齢者施策の現状や課題を分析している	71.4	61.8
				31	42	相互に見守り支えあう地域となるよう、民生委員や自治会などと連携を図っている	87.7	77.7
				32	43	高齢者を支援する地域住民と関係者のネットワークの強化を意図した活動(地域ケア会議等)を行っている	86.4	75.5
				33	44	必要時、介護保険事業所などの関係者と連携して支援している	92.7	78.2
				34	45	必要時、生活保護、障がい者支援、権利擁護、消費者被害等の部署と連携して支援している	92.7	78.2
				35	46	必要時、自治会や民生委員、地域内の協力者と連携して支援している	93.2	77.7
				36	47	緊急時の緊急性を判断し、医療機関、施設、保健所、警察等と連携して支援している	92.3	76.4
				37	48	高齢者虐待など処遇困難事例は、関係者とケース検討会等で支援方法を検討している	91.4	79.1
				38	49	高齢者支援状況から、高齢者の緊急支援の判断や対応策について関係者と評価している	81.4	67.3
				39	50	高齢者支援を担当する者の質の向上に向けて、関係者が共に学ぶ機会(研修、事例検討会等)をつくらせている	84.5	75.0
				40	51	介護者を支援する対策を実施している	80.9	72.3
			41	52	介護保険事業所・施設、医療機関、保健所、地域の関係者と、災害時の対策について協議している	76.4	66.8	
			結果1	42	20	介護予防事業の参加者数が増える	83.2	82.3
				43	21	介護予防事業参加者の介護予防に関する意識が向上する	86.8	73.2
				44	22	介護予防の個別支援を行った者の介護予防に関する意識が向上する	76.8	63.6
				45	53	高齢者の生活に役立つ情報を、地域住民に提供をする機会が増えている	78.2	63.6
				46	54	高齢者(認知症を含む)に関する相談件数が増えている	82.7	80.9
				47	58	緊急時の対応実績から、職員・関係者の役割や連携方法について整理している	49.5	60.5
				48	59	高齢者虐待への対応実績から、職員・関係者の役割や連携方法について整理している	51.4	59.5
			結果2	49	23	介護予防事業への参加者の生活習慣が改善する	82.7	65.0
				50	24	介護予防の個別支援を行った者の生活習慣が改善する	76.4	60.9
				51	26	介護予防のサポーターやボランティア活動を行う者の数が増える	75.5	70.5
				52	27	地域で介護予防に繋がる自主活動の数が増える	79.5	68.6
高齢者保健福祉	介護予防・地域包括ケア	高齢者が元気で暮らし、何らかの支援を必要とする状況になっても安心して暮らせる	結果2	53	25	高齢者の介護予防に関する意識が改善する(高齢者保健福祉計画策定時に行う実態調査等)	64.5	52.7
				54	55	高齢者に関する相談先が住民や関係者に周知されている	66.4	58.2
				55	56	高齢者支援で連携できる関係機関の数や連携回数が増えている	70.5	66.4
			結果3	56	28	前期高齢者の二次予防対象者(二次予防対象者/基本チェックリスト実施者)の割合が減る	58.6	64.5
				57	29	前期高齢者の介護認定率(介護認定者/第一号被保険者)が下がる	64.5	68.2
				58	30	65歳健康寿命※)が延伸する	67.3	45.9

## 精神保健福祉活動の評価指標の開発

分担研究者 山口佳子（杏林大学保健学部看護学科）

**研究要旨** 本研究の目的は、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指標を開発することである。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171ヶ所を対象に、指標案の適切性と評価の実行可能性について自記式質問紙の郵送による一次調査を行った。68ヶ所（回収率39.8%）からの回答結果と研究班員による検討結果に基づいて評価指標案を改訂し、適切性と評価の実行可能性に関する自記式質問紙を作成して、二次調査への同意が得られた27ヶ所の保健所に送付した。19ヶ所（回収率37.4%）から回答を得た結果、53項目の評価指標案のうち、適切性・実行可能性ともに70%以上のAが44項目83.1%で最も多く、以下、適切性70%以上で実行可能性70%未満のB7項目13.2%、適切性70%未満で実行可能性70%以上のC2項目3.8%の順となっており、いずれも70%未満のDは皆無であった。一次調査及び二次調査の結果から、精神保健福祉活動に関する最終的な評価指標として、精神障害の【未治療・治療中断】に関する24項目及び【自殺予防】に関する28項目の合計52項目を完成させた。

### A. 研究目的

本研究の目的は、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である。研究最終年度である今年度は、精神保健福祉活動の評価指標案について、前年度の全国調査及び研究班員による検討の結果をふまえて改訂し、その適切性と評価の実行可能性について二次調査を行い、評価指標を完成させた。

### B. 研究方法

研究初年度である平成22年度には、文献検討及び研究班メンバーによる討議をふまえて、精神保健福祉活動の評価指標案を作成した<sup>1)2)</sup>。

2年目となる平成23年度には、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精神障害の未治療・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。全国の都道府県及び市の保健所全495ヶ所（平成23年4月時点）から3分の1にあたる171ヶ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（以下、一次調査とする）。平成24年2月1日から同27日までの調査期間中に171ヶ所中68ヶ所から回答を得（回収率39.8%）、全数を分析対象とした<sup>3)4)</sup>。

3年目となる今年度は、まず、一次調査の結果及び研究班員による検討をふまえて評価指標案を改訂した。

次に、改訂した指標案の適切性と評価の実行可能性について、前年度の一次調査に回答した68ヶ所中、今年度の調査への同意が得られた27ヶ所（39.7%）に対して自記式調査票を送付し、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（以下、二次調査とする。）。調査期間は平成24年

9月12日から10月31日までであった。

【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

### 1. 一次調査の結果と研究班員による検討に基づく評価指標案の改訂

一次調査の結果及び研究班員による検討に基づき、評価指標案を表1に示す通り改訂した。表中の評価指標案の太字は表現の修正や削除を行った部分を示す。主な改訂内容を以下の1)～3)に述べる。

なお、調査結果欄の【分類】とは、以下の表に示すように、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。

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

1)一次調査では、<評価指標数が多すぎる>との意見があり、回収率も4割未満と低かったため、評価指標数を105項目から53項目へと削減した。

具体的には、評価対象とする活動(テーマ)から【ひきこもり】を削除し、【未治療・治療中断】【自殺予防】の2つとした。また、一次調査で実効可能性や適切性が低

かった評価指標案(D:評価指標案33, 92, 95～97, 105、B:評価指標案31, 32, 103, 104)、実行可能性や適切性は高かったが評価指標としての重要性は低いと思われる指標(A:評価指標案14, 27～29, 85)を削除した。

2)一次調査では<評価の基準や方法が不明確で評価が困難>との意見が非常に多かった。そのため、評価指標案の改訂案として、評価の方法等に関する記述を追加したところ、研究班員から「評価指標案の中に用語の説明等が書かれていると文章が長くなって読みづらい」との意見が出された。そこで、評価指標案はできるだけ簡潔に表現した上で、備考欄を新たに設け、評価の方法や視点、用語の説明等を具体的に記述した。

3)一次調査における<質問内容や順序を体系立てる必要がある>との意見をふまえ、評価指標案の順序を一部修正し、適宜、小見出しをつけた。

### 2. 二次調査の結果と研究班員による検討に基づく最終的な評価指標の作成

調査票を送付した27カ所のうち19カ所から回答を得(回収率70.3%)、全数を分析対象とした。

表2に、改訂した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を示す。適切性及び実行可能性の太字は、70%に満たないものを示す。

調査票の不備により欠番となった評価指標案37と38を除く53項目中、Aが44項目83.1%で最も多く、以下、B7項目13.2%、C2項目3.8%の順となっており、Dは皆無であった。

### 1) 精神障害者の措置入院

Cに分類された2項目「24. 措置入院の件数が減少する」「25. 精神保健福祉法24条に基づく警察官通報の件数が減少する」はいずれも【未治療・治療中断】の〔結果3〕であった。これらの指標に関する自由記述による意見は“経年的な推移での評価（前年度と比較しての評価）は難しい”1件のみであった。また、研究班員による検討では、“措置入院や警察官通報以外に精神科の治療につなげる方法がない場合もあるので、一概に悪いとは言えない。問題となるのは、措置入院や警察官通報を繰り返すことではないか”“措置入院と警察官通報は重なる部分があるので、どちらかに絞ってもよいのではないか”との意見が出された。

そこで、最終的な評価指標としては、警察官通報に関する評価指標案25を削除し、措置入院に関する評価指標案24の表記を「精神障害者が措置入院を繰り返さなくなる」と修正することとした。

### 2) 保健・医療・福祉計画への位置づけ

Bに分類された評価指標案のうち、「5. 未治療・治療中断の精神障害者の精神科の治療開始・再開・継続に関する支援（以下、受療支援）を保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけている」は、表1に示したように、実行可能性が77.9%から63.2%へ、適切性も82.4%から78.9%へと、一次調査よりも低下していた。この評価指標案については、一次調査で“『保健計画』を『保健医療計画』にした方がよい”との意見があったことや、精神障害者の地域生活の維持には医療と日常生活の支援の両方を提供す

る必要性が指摘されていること<sup>5)</sup>をふまえ、二次調査の実施にあたり、表記を「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」から「未治療・治療中断の精神障害者の精神科の治療開始・再開・継続に関する支援（以下、受療支援）を保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけている」へと改訂した。これにより、評価の対象となる行政計画の範囲が広がったことが影響しているのではないかと考えられる。

これに対し、【自殺予防】に関して同様に改訂した評価指標案「30. 自殺予防・心の健康づくりを保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけている」については、表1に示したように、実行可能性は77.9%から94.7%へ、適切性は94.1%から94.7%へと高くなっていた。これは、全国の都道府県及び政令指定都市の8割以上が、庁内の横断的な自殺対策推進体制を設置していることや、自殺対策を推進する際の基本的な指針または行動計画を策定していること<sup>6)</sup>が示すように、【自殺予防】については総合的・計画的な取り組みが進んでいるためではないかと考えられる。

そこで、評価指標案5と30については、最終的な評価指標では評価指標の表現は変えず、〔評価の方法・視点〕に「保健・医療・福祉に関する行政計画のいずれかに位置づけられていれば〔はい〕と評価する。」を追記することとした。

### 3) 自殺未遂者の減少

Bに分類された評価指標案55については、一次調査では「当該地域の自殺未遂