

者数が減少する」としていたが、選択肢による回答結果がDに分類され、“自殺未遂者の把握は困難”“未遂者の定義は？リストカットも含むのか？”等の自由記述があったため、「自殺未遂で救急搬送された管内住民の延人員が減少する」と表記を改訂し、備考欄に「当該年度の数値を前年度と比較する。可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。指標案31の備考に示したように、消防との連携によって情報収集する。」を追加した。その結果、表1に示したように、適切性は75.0%から84.2%へ、実行可能性は48.5%から68.4%へと上昇した。

自殺未遂者の数を把握することは困難であるが、自損行為による救急自動車での搬送人数については、総務省消防庁がホームページで「救急救助の現況」⁷⁾として毎年公表しており、自殺対策白書⁸⁾や一部の自治体による自殺未遂者実態調査⁹⁾でも用いられている。消防庁のホームページでは都道府県別までしか公表されていないが、各消防本部に問い合わせれば、消防本部単位の人数を把握することができる。ただし、搬送された傷病者の居住地が搬送した救急隊の管内とは限らないため、居住地別搬送人数を確認することが必要である。

二次調査で実行可能性が70%を下回ったのは、自殺未遂者への支援にはまだ十分に組み立てておらず、既存の情報が活用されていない現状を反映しているのではないかと考えられる。

なお、自殺未遂者の数については、自損行為による救急自動車での搬送人数の他に、自損行為による救急自動車の出動

件数からも把握することができる。出動件数には搬送に至らなかった軽症者が含まれるため、自殺未遂者を広く把握することができる。そこで、最終的な評価指標には「管内住民の自殺未遂によって救急車が出動した件数または救急車が搬送した人数が減少する」と表記し、[評価の方法・視点]に「保健所管内の消防本部において、管内住民の自損行為によって救急車が出動した件数または救急車で搬送した人数を、消防本部に確認する」と追記することとした。

4) 意識・態度の肯定的な変化

「19. 精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良くなる」「21. 精神障害者と関わりのある住民（近隣住民、自治会長等）の精神障害者に対する言動が受容的になる」については、一次調査では適切性、実行可能性のいずれも70%未満のDに分類されており、自由記述では“意識・態度が肯定的になるとはどういうことか？”との意見もあったため、表記を「意識・態度」から「言動」へと改訂し、備考欄に[あてはまる状態の例]を具体的に示した。また、19については、“病識の改善を保健師活動の評価とするのはおかしい”“医療機関の関与の質に左右されるため、評価指標として不適切”との自由記述があったため、保健師の働きかけに対する評価指標となるように、表記を「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」から「精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良く

なる」へと改訂した。その結果、表1に示すように、いずれも二次調査では適切性が70%を越え、実行可能性も70%には届かなかったが上昇し、Bに分類された。この結果を受け、これら2項目を最終的な評価指標として残すこととした。

5) 主観的な評価基準

Bに分類された「43. 地域における人間的なつながりの構築に取り組んでいる」「51. 自殺予防に関する関係者同士のネットワークが強まる」「53. 住民同士がつながる場が増える」の3項目は、一次調査でも実行可能性が70%未満と低く、「評価の基準や方法が不明確で評価が困難」等の自由記述も多かった。そこで、二次調査ではこれらの評価指標案の備考欄に「あてはまる状態の例」を具体的に示したが、“実行可能性の欄が記入しづらかった。実際にやっているかいないかは記入できるが、「明確に」「つながりを強める」等は判断する際の基準で迷った。”

“51、53については、長期的に経過をみる必要があるが、感触としての評価であれば実現可能になると考えられる。「住民のつながる場」は介護予防の場は自殺予防につながるとみなし、「はい」にする等、主観的なものとなる”等の自由記述があった。こうした結果から、これら5項目はあてはまる状態が多様であり、明確な評価基準が存在しないため、「あてはまる状態の例」を具体的に示しても、実行可能性が低くなったものと考えられた。しかし、自由記述では“主観的なもの”と否定的に捉えられていたが、“介護予防の場が自殺予防につながる”ように、狭義の自殺予防対策に限定せず、高

齢者保健福祉活動や母子保健活動等、さまざまな領域の活動を通して自殺予防に資する健康な地域づくりを行っていくことは、むしろ保健師活動本来のあり方である。したがって、これらの評価指標について、「あてはまる状態の例」を参考にして、各保健所で何を根拠にどう評価していくかを検討し、保健師活動を評価していくことが重要であると考え、最終的な評価指標として残すこととした。

D. 結論

一次調査及び二次調査の結果から、精神保健福祉活動の質を評価する最終的な評価指標として、[表3](#)に示す通り、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。

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.

4) 山口佳子・神馬征峰：保健活動の質の評価指標に関する研究－精神保健福祉活動の評価指標案の適切性と実行可能性, 平成23年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質の評価指標開発 分担研究報告書, 27-39, 2012.

5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き, 2011.

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_03.pdf

6) (独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター：都道府県・政令指定都市等における自殺対策の取り組み状況に関する調査報告書（平成24年度）, 2013.

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/130114torikumi.pdf>

7) 総務省消防庁：救急救助の現況.

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList9_3.html

8) 内閣府：平成24年版 自殺対策白書.

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2012/html/index.html>

9) 秋田県：自殺未遂者実態調査報告書.

<http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1331005312522/index.html>

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 一次調査と二次調査における評価指標案と調査結果

一次調査における評価指標案(平成23年度)			二次調査における評価指標案(平成24年度)			一次調査の結果			二次調査の結果			
テーマ	評価枠組	評価指標案	評価枠組	評価指標案	備考	適切性 3+2 (%)	実行可能性 ○ (%)	分類	適切性 3+2 (%)	実行可能性 ○ (%)	分類	
構造	構造	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	構造	1 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援が、保健所保健師の業務として位置づけられている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健所保健師ではなく精神保健福祉士等の業務になっている県もあり、保健所保健師の業務になっていないからいけないというわけではない。実際は保健所保健師が担っているのに、位置づけが明確になっていない場合は明確化することが必要という視点から評価を行う。	82.4	69.1	B	73.7	84.2	A	
		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		2 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・配置先は保健所に限らない。精神保健福祉センターやACTチーム等、当該保健所管内住民の未治療・治療中断に支援を行う機関に配置されていれば[はい]と評価する。	82.4	67.6	B	78.9	84.2	A	
		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		3 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援に必要な予算が確保されている	・[はい・いいえ]で評価する。	82.4	80.9	A	78.9	83.3	A	
	プロセス	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	プロセス	16 精神科医療機関の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	・[はい・いいえ]で評価する。	88.2	80.9	A	94.7	89.5	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		4 精神保健福祉関係者の連携会議がある	・[はい・いいえ]で評価する。	86.8	77.9	A				
		6 精神保健福祉関係者の連携会議がある		・[はい・いいえ]で評価する。	94.1	88.2	A	100.0	94.7	A		
	プロセス	プロセス	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	プロセス	6 受療支援が必要な精神障害者の把握状況 1)精神科の治療開始・再開について支援が必要な精神障害者として、保健所が当該年度に新たに把握した人数 2)1)の精神障害者について保健所が最初に把握した経路別人数	1)支援の必要な対象者を把握しているかどうかを評価する。通常は把握人数が多い方が望ましいが、未治療・治療中断への支援を充実させていけば減ることもあり得る。単に増減をみるだけでなく、その意味についても検討することが必要。 2)ここからの相談が多いかをとらえることにより、関係機関との連携や住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携の現状について明らかにし、対象者の早期発見・早期支援のために強化すべき活動(関係機関との連携、住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携)について検討する。	86.8	69.1	B	78.9	78.9	A
			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		13 個別支援事例について、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	85.3	75.0	A	94.7	89.5	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		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	・[はい・いいえ]で評価する。	82.4	77.9	A	78.9	68.4	B
			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		16 精神科医療機関の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	・[はい・いいえ]で評価する。	79.4	70.6	A	94.7	89.5	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			15 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		・[はい・いいえ]で評価する。	82.4	75.0	A	89.5	78.9	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			14 個別支援事例から地域に共通する未治療・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		・[はい・いいえ]で評価する。	92.6	83.8	A	89.5	78.9	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			18 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		・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているかを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	76.5	75.0	A	78.9	73.7	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			削除			89.7	86.8	A	削除			
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			8 精神障害者の家族の相談にのり、精神科の治療開始・再開・継続への理解と協力を促している		・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているかを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	97.1	85.3	A	94.7	94.7	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			9 個別事例に対する治療の開始・再開・継続に関する支援(以下、受療支援)において、近隣住民や自治会長等、精神障害者本人や家族と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者本人や家族が地域から排除されないよう理解と協力を促している		・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているかを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	83.8	75.0	A	89.5	78.9	A	
治療中断・未治療	プロセス	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	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	・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているかを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	85.3	83.8	A	89.5	84.2	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	10 個別事例に対する受療支援において、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	97.1	83.8	A	100.0	94.7	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	11 受療支援が必要な精神障害者について、保健所内で情報を共有し、組織的に対応している	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	94.1	83.8	A	94.7	94.7	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的に行っている		12 精神科の治療を開始・再開した後も、治療継続のための支援を継続的に行っている	・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを「はい」「いいえ」で評価した上で、把握している場合は「たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない」で評価する。	89.7	85.3	A	94.7	84.2	A	
結果1	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	結果1	19 精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良くなる	・「たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない」で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は「薬を飲ませるのはかわいそう」等、精神障害者の受療に対して消極的な言動がみられたが、保健師が支援を行ううちに「やっぱり薬を飲んだ方がいい」と等、受療に対して肯定的な言動がみられるようになった。	63.2	58.8	D	84.2	63.2	B	
	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		20 精神科治療の開始・再開には至らないが、精神障害者の受療に対する家族の言動が肯定的になる	・「たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない」で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は「薬を飲ませるのはかわいそう」等、精神障害者の受療に対して消極的な言動がみられたが、保健師が支援を行ううちに「やっぱり薬を飲んだ方がいい」と等、受療に対して肯定的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の家族がいる場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。	72.1	61.8	B	84.2	73.7	A	
	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		21 精神障害者と関わりのある住民(近隣住民、自治会長等)の精神障害者に対する言動が受容的になる	・「たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない」で評価する。 ・あてはまる状態の例：入院が必要な状態でない精神障害者について、支援開始当初は「入院させて一生出られないようにしてほしい」等、拒否的な言動がみられていたが、「保健師さんが関わって下さるというのでしばらく様子を見てみます」等、精神障害者に対する受容的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の住民が関わっている場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。	61.8	41.2	D	84.2	57.9	B	
	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		22 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援について、関係者との連携がとりやすくなる	・「たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない」で評価する。 ・あてはまる状態の例：未治療・治療中断の精神障害者に関する情報が関係者から得やすくなった。未治療・治療中断の精神障害者の受療支援のために保健師が行う訪問に、関係者が積極的に同行してくれるようになった。未治療・治療中断の精神障害者を、病院が積極的に受け入れてくれるようになった。	75.0	58.8	B	89.5	84.2	A	
	25 関係者のネットワークが強まる			83.8	61.8	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	プロセス	7 精神科の治療開始・再開・継続のために支援を行った精神障害者の実人員	・保健師が関わった支援ケースについて計上する。 ・新規把握ケースか継続ケースかは問わない。	83.8	77.9	A	94.7	89.5	A	
	27 治療開始・再開のために行った支援の方法と回数			削除	83.8	79.4	A	削除			
	28 治療継続のために支援を行った精神障害者の実人員			削除	80.9	79.4	A	削除			
	29 治療継続のために行った支援の方法と回数			削除	82.4	80.9	A	削除			
結果2	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	結果2	23 精神科治療の開始・再開のための支援を行い、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合	・「割合」は、指標案7の「治療開始・再開のために支援を行った精神障害者実人員」のうち、当該年度に精神科医療を開始・再開した実人員の割合をさす。	66.2	57.4	D	94.7	89.5	A	
	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			削除	77.9	64.7	B	削除			
	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			削除	72.1	57.4	B	削除			
結果3	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			削除	63.2	58.8	D	削除			
	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	結果3	24 措置入院の件数が減少する	・未治療・治療中断であったか否かは問わない ・当該年度の件数を前年度と比較し、減少したか評価する。可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。	67.6	66.2	D	68.4	84.2	C	
	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			削除	50.0	45.6	D	削除			
	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	結果3	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	・未治療・治療中断であったか否かは問わない ・当該年度の件数を前年度と比較し、減少したか評価する。可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。	52.9	55.9	D	68.4	84.2	C	
構造	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人パワーが確保されている				76.5	66.2	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				86.8	69.1	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				83.8	70.6	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				82.4	70.6	A				

プロセス	ひきこもり	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	83.8	66.2	B	削除
		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	86.8	67.6	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	86.8	72.1	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	86.8	67.6	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	76.5	69.1	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	72.1	67.6	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	82.4	75.0	A	
		48	相談に来た家族に対して個別支援を行っている	89.7	76.5	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	75.0	57.4	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	79.4	69.1	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	75.0	61.8	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	76.5	63.2	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	80.9	64.7	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	70.6	50.0	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	86.8	70.6	A	
		結果1	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	79.4	63.2	
57	ひきこもりに関する関係者の理解が深まる		72.1	52.9	B		
58	関係者のネットワークが強まる		69.1	50.0	D		
59	ひきこもりの支援を行う社会資源が充実・増加する		70.6	61.8	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		72.1	69.1	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		64.7	54.4	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		61.8	42.6	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		69.1	52.9	D		
結果2	64	ひきこもりに関して行った支援の方法と回数	77.9	69.1	B		
	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	61.8	52.9	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	55.9	45.6	D		
結果3	67	新規支援対象者のひきこもりの平均期間が短縮する	58.8	45.6	D		
	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	69.1	38.2	D		
		69	ひきこもりによる経済的損失が減少する：H22年賃金センサスによる中卒男女計の平均賃金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)	44.1	23.5	D	

結果1	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	結果1	46 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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例:うつ病の疑いがある住民が精神科医療機関につながる。多重債務が原因でうつ病になっていた住民が司法書士や消費生活センターの相談窓口につながる。	72.1	64.7	B	78.9	73.7	A
	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)	削除			60.3	42.6	D	削除		
	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	結果1	47 心の健康に関する住民からの相談が増える	・「住民」とは、本人、家族、近隣住民、自治会役員、民生委員等をさす。	76.5	79.4	A	89.5	94.7	A
	49 心の健康に関する関係者からの相談が増える		・「関係者」とは、介護保険サービス関係者、生活保護のケースワーカー、事業主や産業保健スタッフ、学校関係者等をさす。 ・自治会役員や民生委員は「住民」とみなし、指標案47で評価する。	89.5				94.7	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	結果1	48 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講または修了する住民が増える	・「住民」とは、本人、家族、近隣住民、自治会役員、民生委員等をさす。	82.4	82.4	A	89.5	89.5	A
50 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講希望・修了する関係者が増える	・「関係者」とは、介護保険サービス関係者、生活保護のケースワーカー、事業主や産業保健スタッフ、学校関係者等をさす。 ・自治会役員や民生委員は「住民」とみなし、指標案48で評価する。		89.5	89.5				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	削除			64.7	54.4	D	削除			
結果2	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	削除			64.7	52.9	D	削除		
	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	削除			57.4	42.6	D	削除		
結果3	98 地域における住民同士のつながりが強くなる	結果2	53 住民同士がつながる場が増える	・[はい・いいえ]で評価する。 ・[はい]にあてはまる状態の例:住民参加型の生きがいサロン、傾聴ボランティアや見守りサポーター等、住民の自主的な活動が始まる。自死遺族の集いの場や参加者が増える。	61.8	36.8	D	84.2	57.9	B
	99 関係者同士のネットワークが充実・強化される		51 自殺予防に関する関係者同士のネットワークが強まる	・[はい・いいえ]で評価する。 ・[はい]にあてはまる状態の例:生活保護担当課やハローワーク等で把握されたハイリスク者の情報がすぐに保健所に入るようになる。ネットワーク会議に参加する組織や職種が増える。	83.8	63.2	B	78.9	68.4	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	結果3	52 関係機関による自殺予防や心の健康づくりへの取り組みが始まる・増える	・[はい・いいえ]で評価する。 ・[はい]にあてはまる状態の例:市町村保健事業の中で心の健康づくり・自殺予防対策が行われるようになる。	83.8	70.6	A	89.5	89.5	A
	101 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する		54 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する	・当該年度の数値を前年度と比較する。 ・可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。	85.3	77.9	A	84.2	84.2	A
	102 当該地域の自殺未遂者数が減少する		55 自殺未遂で救急搬送された管内住民の延人員が減少する	・当該年度の数値を前年度と比較する。 ・可能であれば過去5年分程度の推移を評価する。 ・指標案31の備考に示したように、消防との連携によって情報収集する。	75.0	48.5	B	84.2	68.4	B
103 自死遺族の自殺未遂者数が減少する	削除			70.6	38.2	B	削除			
104 自死遺族の自殺死亡数が減少する	削除			70.6	39.7	B	削除			
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)	削除			58.8	36.8	D	削除			

表2 精神保健福祉活動の評価指標案の適切性・実行可能性に関する二次調査の結果

n=19

領域	枠組	質問項目	適切性						実行可能性			分類
			%						%			
			3	2	1	0	NA	3+2	1	0	NA	
精神障害者の未治療・治療中断	構造	1 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援が、保健所保健師の業務として位置づけられている	42.1	31.6	21.1	0.0	5.3	73.7	84.2	10.5	5.3	A
		2 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	63.2	15.8	21.1	0.0	0.0	78.9	84.2	10.5	5.3	A
		3 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援に必要な予算が確保されている	63.2	15.8	21.1	0.0	0.0	78.9	83.3	11.1	5.6	A
		4 精神保健福祉関係者の連携会議がある	84.2	15.8	0.0	0.0	0.0	100.0	94.7	0.0	5.3	A
	プロセス	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	26.3	52.6	10.5	5.3	5.3	78.9	68.4	21.1	10.5	B
		6 受療支援が必要な精神障害者の把握状況 1) 精神科の治療開始・再開について支援が必要な精神障害者として、保健所が当該年度に新たに把握した人数 2) 1)の精神障害者について保健所が最初に把握した経路別人数	36.8	42.1	15.8	5.3	0.0	78.9	78.9	15.8	5.3	A
		7 精神科の治療開始・再開・継続のために支援を行った精神障害者の実人員	73.7	21.1	0.0	5.3	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A
		8 精神障害者の家族の相談にのり、精神科の治療開始・再開・継続への理解と協力を促している	73.7	21.1	5.3	0.0	0.0	94.7	94.7	0.0	5.3	A
		9 個別事例に対する治療の開始・再開・継続に関する支援(以下、受療支援)において、近隣住民や自治会長等、精神障害者本人や家族と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者本人や家族が地域から排除されないよう理解と協力を促している	47.4	42.1	10.5	0.0	0.0	89.5	78.9	15.8	5.3	A
		10 個別事例に対する受療支援において、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	78.9	21.1	0.0	0.0	0.0	100.0	94.7	0.0	5.3	A
		11 受療支援が必要な精神障害者について、保健所内で情報を共有し、組織的に対応している	73.7	21.1	5.3	0.0	0.0	94.7	94.7	0.0	5.3	A
		12 精神科の治療を開始・再開した後も、治療継続のための支援を継続的にやっている	68.4	26.3	5.3	0.0	0.0	94.7	84.2	5.3	10.5	A
		13 個別支援事例について、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	68.4	26.3	5.3	0.0	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A
		14 個別支援事例から地域に共通する未治療・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	73.7	15.8	5.3	5.3	0.0	89.5	78.9	15.8	5.3	A
		15 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	73.7	15.8	10.5	0.0	0.0	89.5	78.9	10.5	10.5	A
		16 精神科医療機関の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	68.4	26.3	0.0	5.3	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	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	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	84.2	10.5	5.3	A
		18 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	52.6	26.3	21.1	0.0	0.0	78.9	73.7	15.8	10.5	A
結果1	19 精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良くなる	36.8	47.4	10.5	5.3	0.0	84.2	63.2	26.3	10.5	B	
	20 精神科治療の開始・再開には至らないが、精神障害者の受療に対する家族の言動が肯定的になる	42.1	42.1	15.8	0.0	0.0	84.2	73.7	15.8	10.5	A	
	21 精神障害者と関わりのある住民(近隣住民、自治会長等)の精神障害者に対する言動が受容的になる	42.1	42.1	15.8	0.0	0.0	84.2	57.9	31.6	10.5	B	
	22 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援について、関係者との連携がとりやすくなる	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	84.2	10.5	5.3	A	
結果2	23 精神科治療の開始・再開のための支援を行い、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合	52.6	42.1	0.0	5.3	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A	
結果3	24 措置入院の件数が減少する	31.6	36.8	26.3	5.3	0.0	68.4	84.2	10.5	5.3	C	
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	31.6	36.8	26.3	5.3	0.0	68.4	84.2	10.5	5.3	C		
自殺予防	構造	26 自殺予防が、保健所保健師の業務として位置づけられている	47.4	42.1	5.3	0.0	5.3	89.5	89.5	5.3	5.3	A
		27 自殺予防を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	63.2	26.3	5.3	5.3	0.0	89.5	89.5	5.3	5.3	A
		28 自殺予防に必要な予算が確保されている	78.9	21.1	0.0	0.0	0.0	100.0	94.7	0.0	5.3	A
	プロセス	29 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	68.4	26.3	5.3	0.0	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A
		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	68.4	26.3	5.3	0.0	0.0	94.7	94.7	0.0	5.3	A
		31 警察や消防と連携し、当該地域における自殺や自殺未遂について情報を収集している	73.7	21.1	5.3	0.0	0.0	94.7	73.7	15.8	10.5	A
		32 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	73.7	21.1	5.3	0.0	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A
		33 自殺予防・心の健康づくりに関わる地域の社会資源の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	78.9	15.8	5.3	0.0	0.0	94.7	89.5	5.3	5.3	A
		34 日頃の保健活動やスクリーニング、関係機関との連携等によって自殺のハイリスク者の早期発見に取り組んでいる	57.9	21.1	21.1	0.0	0.0	78.9	73.7	21.1	5.3	A
		35 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	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	78.9	15.8	5.3	A
		36 ハイリスク者への個別支援について事例検討を行い、今後の支援のあり方について明確にしている	63.2	26.3	10.5	0.0	0.0	89.5	78.9	15.8	5.3	A
		37 自殺者に対する個別支援を行っている	63.2	26.3	5.3	5.3	0.0	89.5	84.2	5.3	10.5	A
		38 自殺者交流会の開催または支援を行っている	52.6	31.6	10.5	5.3	0.0	84.2	84.2	10.5	5.3	A
		39 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	78.9	15.8	5.3	0.0	0.0	94.7	94.7	0.0	5.3	A
		40 地域の関係者に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を行っている	78.9	15.8	5.3	0.0	0.0	94.7	94.7	0.0	5.3	A
41 地域における人間的つながりの構築に取り組んでいる	42.1	31.6	21.1	5.3	0.0	73.7	68.4	21.1	10.5	B		
42 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らせている	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	78.9	10.5	10.5	A		
43 精神保健福祉活動以外の保健活動の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている	68.4	21.1	10.5	0.0	0.0	89.5	89.5	0.0	10.5	A		
結果1	44 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	57.9	21.1	21.1	0.0	0.0	78.9	73.7	15.8	10.5	A	
	45 心の健康に関する住民からの相談が増える	47.4	42.1	10.5	0.0	0.0	89.5	94.7	0.0	5.3	A	
	46 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講または修了する住民が増える	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	89.5	5.3	5.3	A	
	47 心の健康に関する関係者からの相談が増える	52.6	36.8	10.5	0.0	0.0	89.5	94.7	0.0	5.3	A	
48 自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を受講希望・修了する関係者が増える	57.9	31.6	10.5	0.0	0.0	89.5	89.5	5.3	5.3	A		

領域	枠組	質問項目	適切性						実行可能性			分類
			%						%			
			3	2	1	0	NA	3+2	1	0	NA	
結果2		51 自殺予防に関する関係者同士のネットワークが強まる	68.4	10.5	15.8	5.3	0.0	78.9	68.4	26.3	5.3	B
		52 関係機関による自殺予防や心の健康づくりへの取り組みが始まる・増える	78.9	10.5	10.5	0.0	0.0	89.5	89.5	5.3	5.3	A
		53 住民同士がつながる場が増える	42.1	42.1	10.5	5.3	0.0	84.2	57.9	31.6	10.5	B
結果3		54 当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する	57.9	26.3	15.8	0.0	0.0	84.2	84.2	10.5	5.3	A
		55 自殺未遂で救急搬送された管内住民の延人員が減少する	47.4	36.8	15.8	0.0	0.0	84.2	68.4	21.1	10.5	B

表3 精神保健福祉活動の評価指標—成果物—

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の方法・視点
治療中断・未	構造	1 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援が、保健所保健師の業務として位置づけられている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健所保健師ではなく精神保健福祉士等の業務になっている県もあり、保健所保健師の業務になっていないからいけないというわけではない。実際は保健所保健師が担っているのに、位置づけが明確になっていない場合は明確化することが必要という視点から評価を行う。
		2 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	・[はい・いいえ]で評価する。 ・配置先は保健所に限らない。精神保健福祉センターやACTチーム等、当該保健所管内住民の未治療・治療中断に支援を行う機関に配置されていれば[はい]と評価する。
		3 治療中断・未治療の精神障害者に関する支援に必要な予算が確保されている	・[はい・いいえ]で評価する。
		4 精神保健福祉関係者の連携会議がある	
	プロセス	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	・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健・医療・福祉に関する行政計画のいずれかに位置づけられていれば[はい]と評価する。
	6 受療支援が必要な精神障害者の把握状況 1) 精神科の治療開始・再開について支援が必要な精神障害者として、保健所が当該年度に新たに把握した人数 2) 1)の精神障害者について保健所が最初に把握した経路別人数	1) 支援の必要な対象者を把握しているかどうかを評価する。通常は把握人数が多い方が望ましいが、未治療・治療中断への支援を充実させていけば減ることもあり得る。単に増減をみるだけでなく、その意味についても検討することが必要。 2) どこからの相談が多いかをとらえることにより、関係機関との連携や住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携の現状について明らかにし、対象者の早期発見・早期支援のために強化すべき活動(関係機関との連携、住民への普及啓発活動、他の保健所事業との連携)について検討する。	
	7 精神科の治療開始・再開・継続のために支援を行った精神障害者の実人員	・保健所が関わった支援ケースについて計上する。 ・新規把握ケースか継続ケースかは問わない。	
	8 精神障害者の家族の相談にのり、精神科の治療開始・再開・継続への理解と協力を促している	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	
	9 個別事例に対する治療の開始・再開・継続に関する支援(以下、受療支援)において、近隣住民や自治会長等、精神障害者本人や家族と関わりのある地域住民の相談にのり、精神障害者本人や家族が地域から排除されないよう理解と協力を促している	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	
	10 個別事例に対する受療支援において、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	
	11 受療支援が必要な精神障害者について、保健所内で情報を共有し、組織的に対応している		
	12 精神科の治療を開始・再開した後も、治療継続のための支援を継続的に行っている	・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	
	13 個別支援事例について、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	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。	
	14 個別支援事例から地域に共通する未治療・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	・[はい・いいえ]で評価する。	

	15 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	・[はい・いいえ]で評価する。
	16 精神科医療機関の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	
	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	
	18 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	
結果 1	19 精神科治療の開始・再開には至らないが、保健師が行う受療支援に対する精神障害者本人の受け入れが良くなる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は保健師が訪問しても本人のいる部屋に入れなかったが、支援を重ねるうちに入れもらえるようになった。
	20 精神科治療の開始・再開には至らないが、精神障害者の受療に対する家族の言動が肯定的になる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：支援開始当初は「薬を飲ませるのはかわいそう」等、精神障害者の受療に対して消極的な言動がみられたが、保健師らが支援を行ううちに「やっぱり薬を飲んだ方がいい」等、受療に対して肯定的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の家族がいる場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。
	21 精神障害者と関わりのある住民(近隣住民、自治会長等)の精神障害者に対する言動が受容的になる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：入院が必要な状態でない精神障害者について、支援開始当初は「入院させて一生出られないようにしてほしい」等、拒否的な言動がみられていたが、「保健師さんが関わって下さるというのでしばらく様子を見てみます」等、精神障害者に対する受容的な言動がみられるようになった。 ・一人の精神障害者に複数の住民が関わっている場合、誰か一人でも言動が肯定的になれば、「肯定的になった」と評価する。
	22 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援について、関係者との連携がとりやすくなる	・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・あてはまる状態の例：未治療・治療中断の精神障害者に関する情報が関係者から得やすくなった。未治療・治療中断の精神障害者の受療支援のために保健師が行う訪問に、関係者が積極的に同行してくれるようになった。未治療・治療中断の精神障害者を、病院が積極的に受け入れてくれるようになった。
結果 2	23 精神科治療の開始・再開のための支援を行い、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合	・「割合」は、指標案7の「治療開始・再開のために支援を行った精神障害者実人員」のうち、当該年度に精神科医療を開始・再開した実人員の割合をさす。
結果 3	24 精神障害者が措置入院を繰り返さなくなる	・措置入院した精神障害者が入院前に未治療・治療中断であったか否かは問わない ・当該年度に措置入院した精神障害者のうち、過去に措置入院をしたことがある精神障害者の割合を、前年度と比較して評価する。 ・過去に措置入院をしたことがあり、かつ当該年度に措置入院をした精神障害者について、これまでの措置入院の回数、前回の措置入院から今回の措置入院までの期間に関する度数分布表を作成し、前年度と比較してどのような特徴(=課題)があるかを評価する。

構造	25 自殺予防が、保健所保健師の業務として位置づけられている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健所保健師ではなく精神保健福祉士等の業務になっている県もあり、保健所保健師の業務になっていないからいけないというわけではない。実際は保健所保健師が担っているのに、位置づけが明確になっていない場合は明確化することが必要という視点から評価を行う。
	26 自殺予防を業務として位置づけられている職種が、保健師以外にも配置されている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。 ・配置先は保健所に限らない。精神保健福祉センター等、当該保健所管内住民の自殺予防を行う機関に配置されていれよ。
	27 自殺予防に必要な予算が確保されている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。
	28 自殺予防に全庁的に取り組む体制(例:組織、連携会議)がある	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。
プロセス	29 自殺予防・心の健康づくりを保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。 ・保健・医療・福祉に関する行政計画のいずれかに位置づけられていれば[はい]と評価する。
	30 警察や消防と連携し、当該地域における自殺や自殺未遂について情報を収集している	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。
	31 当該地域における自殺について、統計資料や実態調査、支援事例等から情報を収集し、要因や多発集団の特性等を分析し、重点的に支援を行うべき対象や支援方法等を明確にしている	<ul style="list-style-type: none"> ・[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。 ・収集する情報の例:救急搬送された自殺未遂者・既遂者(人数、性別、年代、職業、月別人数)。警察が発見した自殺者(人数、性別、年代、遺書等から推測される自殺の要因)
	32 自殺予防・心の健康づくりに関わる地域の社会資源の設置状況・活動状況・利用状況・課題を把握している	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。
	33 日頃の保健活動やスクリーニング、関係機関との連携等によって自殺のハイリスク者の早期発見に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[はい・いいえ]で評価する。
	34 把握したハイリスク者に対して、関係部署・機関等と連携・協働して支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[たいていあてはまる・ときどきあてはまる・あてはまらない]で評価する。
	35 ハイリスク者への個別支援について事例検討を行い、今後の支援のあり方について明確にしている	
	36 自死遺族に対する個別支援を行っている	
	37 自死遺族交流会の開催または支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[はい・いいえ]で評価する。
	38 地域住民に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する普及啓発活動を行っている	
	39 地域の関係者に対して、自殺やうつ病、心の健康に関する教育・研修を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。 ・「地域の関係者」とは、関係機関職員、民生委員等をさす。
	40 地域における人間的なつながりの構築に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[はい・いいえ]で評価する。 ・あてはまる活動の例:住民参加型生きがいサロンづくり、ストレスマネジメント教室等の開催、悩みを相談できる場所や支援体制の整備、傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成
	41 関係部署・機関や住民組織等、地域の幅広い関係者が定期的に集まり、自殺・心の健康づくりに関する地域の課題を共有し、解決策を検討する機会をつくっている	<ul style="list-style-type: none"> ・[はい・いいえ]で評価する。
	42 精神保健福祉活動以外の保健活動の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所ではなく他機関が行っている場合、左記の活動について把握しているか否かを[はい・いいえ]で評価した上で、把握している場合は[はい・いいえ]で評価する。 ・「精神保健福祉活動以外の活動」とは、母子保健活動、生活習慣病対策、高齢者保健福祉活動、難病対策等をさす。

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

注:太字は、二次調査で用いた評価指標案を改定した部分を示す

感染症対策に関する保健活動の評価指標の開発

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

研究要旨 感染症対策に関する保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、平成23年度に実施した100項目から成る評価指標案に対する調査結果に基づき71項目に精練した評価指標案（第二次）を作成し、40か所の保健所に、指標案の適切性と評価の実行可能性について再調査を行った。その結果、適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が80%未満の項目は、4項目で全体の5.6%であった。また、実行可能性の同割合が70%未満の項目は、8項目で全体の11.3%であった。この結果と評価指標案（第二次）への意見を踏まえ、研究班メンバー間で討議し、評価指標案（第二次）について3項目を削除、3項目を新たに追加、5項目を修正した感染症対策に関する保健活動の評価指標を作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、感染症対策に関する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。今年度は、昨年度の研究結果を踏まえて評価指標案（第二次）を作成し、再度、その適切性と実行可能性について調査を行い、評価指標案を精練して、感染症対策に関する保健活動の評価指標を完成させた。

B. 研究方法

1. 評価指標案の精練のプロセス

平成23年度に、保健所保健師が役割を發揮すべき感染症対策に関する課題である【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）】について、100項目からなる評価指標案を作成した¹⁾。また、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、全国の保健所の3分の1にあたる171カ所を無作為抽出し、感染症対策を担当するリーダー保健師を対象に、各項目の適切性および

実行可能性について、平成23年度に調査を行った。

平成24年度は、平成23年度の調査結果を踏まえて研究班メンバー間で討議し、評価指標案を精練した。具体的には、平成23年度の調査の結果、適切性について『とても適切』、『まあ適切』と回答した者が70%に満たない項目、並びに実行可能性について『実行できる』と回答した者が70%に満たない10項目、適切性のみ70%に満たない3項目、実行可能性のみ70%に満たない9項目、その他に他の項目と内容が重複している等の理由から8項目、計30項目を削除した。また、調査における自由記載欄の意見から1項目を追加した。さらに、適切性と実行可能性が70%に満たない1項目、適切性のみ70%に満たない1項目、実行可能性のみ70%に満たない2項目、その他7項目、計11項目については、自由記載欄の意見等から文言を修正した。以上の結果、71項目からなる評価指標案（第二次）を作成した。

この評価指標案（第二次）について、各項目の適切性を『とても適切』、『まあ適切』、『いづらか適切』、『不適切』の4件法で、また実行可能性の有無

を、さらに各項目に対する意見を自由記載で、自記式郵送調査法にて調べた。対象は、平成23年度の調査において今年度の調査へも引き続き協力の意思を表明した保健所40カ所の感染症を担当するリーダー保健師とし、調査期間は平成24年9月12日から10月31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に同意したとみなすことを調査依頼文に明記した。

C. 結果

回収数(率)は28カ所(70.0%)であり、全ての評価指標項目への回答がなかった1カ所を除く27カ所(67.5%)の回答を分析対象とした。

表1に感染症対策に関する保健活動の評価指標案(第二次)の適切性と実行可能性に関する回答結果を、表2に「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が分析対象数に占める割合が80%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(第二次)への意見を示す。

適切性については、「とても適切」と「まあ適切」を併せた回答者数が回収数に占める割合が80%未満の項目は、4項目(表1の1, 14, 39, 71)で全体の5.6%であった。また、実行可能性の同割合が70%未満の項目は、8項目(表1の3, 38, 39, 42, 51, 53, 70, 71)で全体の11.3%であった。これら両者に該当する項目は2項目(表1の3

9, 71)で全体の2.8%であった。

D 考察

1. 調査指標項目の精錬

1) テーマ【結核】の評価指標

評価枠組『構造』の評価指標は評価指標案(第一次)の項目から文言を修正した1項目(表1の1)であったが、適切であると回答した者の割合が低く、また、家族の支援状況によって家族以外の支援者の必要性は異なり、協力機関数の多少で評価はできない等の評価指標案(第二次)への意見から削除することとした。わが国における結核対策に関する保健活動は歴史的背景とその実績から、感染症対策の中でも最も体系化され、整備されており、結核対策に関する保健活動について、『構造』の評価指標はあまり必要がないとも考えられる。しかし、一方で、患者数の減少により、結核の診療に精通した医療従事者及び結核を診療できる医療機関が減少しているということもある²⁾。このような状況に対し、研究班メンバー間で討議し、[感染症診査協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか]という評価指標項目を新たに追加した。感染症診査協議会の運営は適切な医療の普及の鍵となる。この評価指標項目により管内において結核に係る医療が適切に提供されているかどうかを判断できる条件が整っているかを評価することができ、その評価に基づいて、結核の早期診断や治療の成功率の向上等適切な医療の普及のための管内の人材養成及び患者の相談体制構築に係る保健活

表2 「とても適切」+「まあ適切」が80%未満、又は「実行できる」が70%未満であった評価指標案(第二次)への意見

テーマ	評価枠組	評価指標 (自由記述のあった回答者数)	意見 (件)
結核	構造	1.DOTS支援者数一人当たりの協力機関の数(3)	<ul style="list-style-type: none"> ■家族内支援が多く、評価指標にならない(1) ■患者からしか情報が得られない(1) ■多いか少ないかで評価はできない。代替案は「服薬に問題のある患者に対して、DOTS支援者の治療完遂率。服薬に問題のある患者とは保健所又は同居家族以外の支援者が必要な患者」(1)
	プロセス	3.管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(HIDS、じん肺、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(3)	<ul style="list-style-type: none"> ■評価指標にあるような医療機関の把握が困難、糖尿病の治療機関等は数が多い状況を把握することは困難(2) ■実行可能であると思うが、現実的に継続して把握し続けることができるかは疑問(1)
	結果1	14.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(3)	<ul style="list-style-type: none"> ■(このような評価指標項目でなくても)個々の患者についてDOTSが実施されているかどうかで評価できる(1) ■DOTSについて病院への協力依頼はしているが、実施状況の把握は困難(1) ■DOTSについては、医療機関の場合は法に実施の責務が定められているので、医療機関以外の施設と同等にしない。代替案は「管内・近隣の院内DOTS実施医療機関が増える」「本人が利用している施設など」DOTS協力施設が増える(1)
(発症予防・早期発見)	結果1	38.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(3)	<ul style="list-style-type: none"> ■実施可能ではあるが、定期的な調査が必要となり、継続できるかは疑問(1) ■状況把握は困難(1) ■マニュアルの策定・改訂はほぼ100%できている。施設の範囲をどこまでにするのか、診療所や開業医も含めるならば、時間と予算の確保が必要である。代替案は「新規開設施設<施設の範囲を定める必要あり>のマニュアル策定を指導しているか」(1)
	結果2	39.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(2)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談・支援依頼が増えることをよしとして評価するのは疑問。研修等をおと施設における感染症対策の体制づくりをしている場合、相談はない方が評価できる。削除を提案(2) ■相談・支援依頼が増えるとは、何を基準とするのか、前年比か、県平均か(1)
(急性感染症発症時の対応)	構造	51.発症時に障がい者や在日外国人を含む住民へ迅速に情報提供する方法がある	意見の自由記載なし
	結果2	70.診断の遅れや症状が悪化したケースの数(1)	<ul style="list-style-type: none"> ■医療の判断を伴うことを保健活動の評価指標とすることは難しいのではない(1)
(急性感染症発症時の対応)	結果2	71.新興感染症まん延時等に感染者を思いやり、見守り助け合える地域となる(9)	<ul style="list-style-type: none"> ■住民の意欲は判断が難しい、評価の時期、評価の判断基準が難しい(7) ■「見守り助け合える地域となる」は大切な視点である。疫学は理解できる。しかし難しい(4) ■感染者が一般住民に知られるということか。新型インフルエンザ等増多に起こりえないことを評価指標項目にする必要があるか。地域の評価であり、保健所としての評価ではないと思う(1) ■感染予防とプライバシーの保護は両立が困難な面がある。「見守り助け合える」の定義が必要である。削除を提案(1)

動の必要性の判断材料の一つとしていくことができると考えられる。

評価枠組『プロセス』の評価指標10項目のうち、1項目(表1の3)は実行可能であると回答した者の割合が70%未満であった。この理由として、評価指標案(第二次)への意見から糖尿病の治療機関等は数が多く、把握が困難ということが考えられた。しかし、医療機関は結核の合併率が高い疾患を有する患者の管理に際し、必要に応じて結核感染の有無を調べ、感染者に対しては積極的な発症予防策の実施に努めること、また結核の合併率が高い疾患としてHIDS、じん肺、糖尿病、人工

透析患者等が挙げられている²⁾。従って、保健所がこのような疾患を多く治療している医療機関を把握し、発症予防策の実施状況にも着目して医療監視等に当たることは重要であると考えられる。以上のことから、結核合併率が高い疾患の例から糖尿病のみを削除し、評価指標項目として残すこととした。

評価枠組『結果1』の評価指標3項目のうち、1項目(表1の14)は適切であると回答した者の割合が80%未満であった。医療機関には、外来医療とDOTSを含めた患者支援の一体的な実施を推進する責務があり²⁾、医療機関とそれ以外の施設を同等とするのは適切

ではない、との評価指標案（第二次）への意見があった。そこで、[管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関が増える]と[DOTS協力施設（医療機関以外）が増える]の2項目に分けた。また、医療機関は職員の結核の健康診断を毎年度実施し（感染症法 第53条の2）、その結果を保健所長に報告することになっている（感染症法 第53条の7）が、その報告状況は十分とはいえない。研究班メンバー間で討議し、[職員の健康診断結果を報告している管内医療機関が増える]を新たに評価指標項目に加えることとした。これにより、結核対策に関する保健活動の結果として、医療機関の結核対策への意識・姿勢の変化を評価することができると考えられる。

2) テーマ【平常時の対応】の評価指標

評価枠組『結果1』の評価指標4項目のうち、2項目（表1の38, 39）は実行可能であると回答した者の割合が70%未満であった。さらにそのうちの1項目（表1の39）は、適切であると回答した者の割合も80%未満であった。表1の項目38については、施設の範囲を定める必要がある、把握困難等の評価指標案（第二次）への意見があったことから削除することとし、評価枠組『プロセス』の項目である表1の34を[新規開設施設に対する感染症対策関連マニュアル作成の支援を行っている]に変更し、さらにく支援対象の施設は管内の発生状況等から設定してもよいという注意書きを付すこととした。表1の項目39については、感染症に関する管

内体制づくりとして、保健所と施設との相談・信頼関係の構築があると考え設定したが、相談・支援依頼の増加が必ずしも良いとは限らない、施設において感染症対策のための体制が構築されれば、むしろ相談・依頼は減少する可能性がある、増加の基準設定が難しい等の評価指標案（第二次）への意見があり、削除することとした。

評価枠組『結果2』の評価指標3項目のうち、1項目（表1の42）は実行可能であると回答した者の割合が70%未満であった。評価指標案（第二次）への意見には、施設の範囲と会議開催の頻度を明確にする必要がある等の意見があり、[感染症対策に関わる会議を年1回以上開催する管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が増える]に修正した。

3) テーマ【急性感染症発生時の対応】の評価指標

評価枠組『構造』の評価指標11項目のうち、2項目（表1の51, 53）は実行可能であると回答した者の割合が70%未満であった。しかし、評価指標案（第二次）への意見はなく、適切であると回答した者の割合は80%以上であった。障がい者や在日外国人等へのリスクコミュニケーション並びにマスメディア対応を含めた倫理面への配慮については課題も多く、急性感染症発生時の保健活動において強化する必要性があると考えられることから、そのまま残した。

評価枠組『結果2』の評価指標3項目のうち、2項目（表1の70, 71）は

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

4) 感染症対策に関する保健活動の評価指標の完成版

1)～3)を経た感染症対策に関する保健活動の評価指標の完成版を表3に示す。

2. 今後の課題

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

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

E 結論

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

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

1) 春山早苗(2012): 感染症対策の評価指標案の適切性と実行可能性、平成23年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健活動の質の評価指標開発 分担研究報告書、40-45。

2) 結核に関する特定感染症予防指針(平成19年厚生労働省告示第72号、最終改正 平成23年5月16日)。

3) マイケル・スミス著、藤江昌嗣監訳(2009): プログラム評価入門—行政サービス、介護、福祉サービス等ヒューマンサービス分野を中心に、梓出版社。