

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
分担研究報告書

保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究

精神保健福祉分野の評価指標の検証

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に研究者らが開発してきた指標を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化された評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行うことである。4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらったのち、研究者が保健所を訪問し、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について、研究協力者と話し合いを行った。その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂され、有用性が示唆された。また、わかりづらかった点を説明し、評価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した評価マニュアルを作成した。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、これまで研究者らが開発してきた評価指標<sup>1)</sup>を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行うことである。

#### B. 研究方法

「保健活動の質の評価指標開発」研究<sup>1)</sup>の研究成果を要約して評価指標集を作成し、平成25年度に行う検証調査への協力依頼文を添えて、平成25年6月に全国の保健所及び市町村へ配布し周知した。さらに、精神保健福祉分野の評価指標の活用について連絡のあった4県で、同年8月から10月までに保健所保健師を対象とする説明会を開催した。その結果、各県1保健所、計4保健所の協力が得られることになった。

同年11月、当該保健所の担当者あてに、

評価指標や評価の方法・視点等を記載した評価シートを電子メールで送付し、これを用いて平成24年度の精神保健福祉活動を評価し、「評価」「評価の根拠、必要な情報・資料」「意見・提案・感想」欄に記載するよう依頼した。

同年12月、研究者が当該保健所を訪問し、研究協力者が記載した評価シートの内容を確認しながら、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について、研究者を含む出席者全員で話し合った。話し合いの時間は1回2時間から2時間半程度であった。発言内容は、研究協力者が記載した評価シートのコピーに研究者が書き込み、調査終了後速やかに清書した。表1に示すB県B保健所では、当該保健所の事務職が同席して記録を作成した。

研究協力者による評価シートへの記載と話し合いの記録に基づいて、評価指標の改

訂版と評価マニュアルの案を作成し、平成26年3月に研究班員9名で検討し、修正を行った。

**【倫理的配慮】**研究の意義・目的、研究を実施する研究者、研究の方法・期間、予測される研究結果、研究への協力の任意性及び撤回の自由、研究への協力に伴う利益・不利益、健康被害等の有害事象が生じた場合の対応、個人情報の取り扱い、研究終了後の対応・研究成果の公表、研究のための費用、問い合わせ・苦情等の連絡先について口頭と文書による説明を行い、研究協力者から同意書を得た。

## C. 結果・考察

### 1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要を表1に示した。

A県A保健所では、研究協力者5名がそれぞれ記載した評価シートをもちより、その場で突合せながら話し合いを行った。【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】（以下、受療支援）だけで2時間を超えたため、【自殺予防】については日を改めて話し合った。保健師4名は2回とも出席したが、精神保健福祉士1名は都合により初回のみ出席した。

B県B保健所では、4名の保健師が話し合いに出席した。話し合いに用いた評価シートは、B保健所の保健師2名、B保健所a支所とb支所の保健師各2名の計6名が2回協議して記載したものであった。

C県C保健所でも、保健所保健師が事前に協議を2回行って記載した評価シートを用いた。話し合いには、C保健所の保健師5名の他、行政保健師として20年以上の実務経験をもち、C県に本調査への

協力を働きかけた大学教員2名も出席した。

D県D保健所では、精神保健福祉業務担当の保健師6名が出席したが、時間の都合により、【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】についてのみ話し合った。評価シートは、6名の保健師が各自で記載した後、所内の定例連絡会で突合せと協議を2回行って作成したものであった。

### 2. 評価指標と評価欄の改訂

改訂前後の評価指標と評価欄を表2に、改定後の評価シートを表3に示した。

評価指標については、“全体的に多すぎるので、必要最小限にしてほしい”（B保健所）との意見があり、3項目を削除し（改訂前の指標4, 26, 43）、統合により12項目を6項目に減らし（指標11と13を指標12に、指標14と16を指標14に、指標33と42を指標36に、指標36と指標37を指標39に、指標46と48を指標43に、指標49と50を指標45に改訂）、3項目を追加し（改訂後の指標8, 13, 23）、全体で52項目から46項目へと6項目減らした。また、評価しやすいように、指標の順番を入れ替え、小見出しをつけた。

評価欄については、“保健所が行っている活動と保健所以外が行っている活動の区別がつくようにするとよい”（A保健所）との意見により、「保健所による活動」と「保健所以外による活動」を明確に分けて評価できるようにした。

また、“市町村によって状況が異なる”（A, C保健所）、“ゲートキーパー養成研修は市町でも実施されているので、管内

全体の他、市町村を再掲したほうがよい” (B保健所)、“関係機関との連携会議等は、管内全域レベルでは不十分。市町村レベルで行うことが必要” (A保健所)等の意見から、「保健所管内全域」と「市町村ごと」に分けて評価できるようにした。

「たいていあてはまる」や「積極的にやっている」といった選択肢については、「主観的な評価になる” (D保健所)、“人によって判断が異なるので基準を示してほしい” (B保健所)、“該当する人数や件数を具体的に書く方がよい” (A, C保健所)との意見を受けて、数値を計上することにした。集計に伴う負担を軽減するため、地域保健・健康増進事業報告や衛生行政報告例等、保健所が集計している数値や、警察や消防が集計・公表している数値等、できるだけ既存の統計値を活用するようにした。

改訂前の評価指標6と46：関係機関からの把握人数や相談件数、同7：保健所が受療支援を行った実人員、同10：個別事例の受療支援における関係機関との連携・協働等については、「活動実態がわかるように、人数だけでなく内訳も計上した方がよい” (A, B, C保健所)との意見を反映させて評価欄を改訂した。

### 1) 評価の枠組み：構造

改訂前の評価指標1と25は、当該活動が保健師の業務として位置づけられているかを評価するものであった。自殺予防については、市町村保健師の果たす役割も大きいため、指標25では、保健所保健師と市町村保健師のそれぞれについて評

価するようにした。

改訂前の評価指標2と26は、当該活動を業務として位置づけられている職種が保健所保健師以外に配置されているか評価するものであった。自殺予防については、市町村のさまざまな部署の職員がゲートキーパーとして取り組んでおり、対象が多すぎて把握が困難と考えられたため、指標26を削除した。一方、受療支援については、アウトリーチチームの存在の有無が保健所保健師による活動のあり方に大きく影響すると考えられたため、指標2は残した。

改訂前の評価指標5と29は、当該活動を行政計画に位置づけているかを評価するものであり、「プロセス」の枠組みに入れていた。しかし、「保健所保健師が関わる機会は計画策定・改訂の時期等に限られているので、「プロセス」よりも「構造」とした方がよい” (C保健所)との意見から、「構造」に位置づけた。

## 2) 評価のテーマ

### (1) 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

改訂前の評価指標19～21：受療に対する精神障害者本人や家族、住民の態度の肯定的な変化については、「たいていあてはまる」等の選択肢を用いた評価欄に対し、「主観的で人によって評価がわかれてしまう” (A保健所)、“基準を示してほしい” (B保健所)等の意見が出た。そこで、保健所による活動については、指標「5. 保健所が受療支援を行った精神障害者」であり、かつ、保健所が精神障害者本人や家族、住民に直接働きかける必

要があった精神障害者のうち、保健所が本人や家族、住民に支援を直接行った精神障害者の割合で評価することにした。

さらに、改訂前の評価指標19については、“本人に会えなくてもあきらめずに訪問するのは、保健師活動として大事にしたい部分。しかし、結果評価だと、いつも「ときどきあてはまる」になってしまうので、がんばった成果が見えず、保健師活動のモチベーション・アップにつながりにくい。個別事例に保健師としてどうかかわっていくかをプロセス評価に盛り込んだ方がよいのではないか”（A保健所）との意見をふまえ、指標「8.必要に応じて、精神障害者本人に対して受療支援を直接行った」を追加し、保健所が本人に直接働きかけた人数と割合、働きかけの方法別延件数を計上することにした。

受療支援の対象となるケースには、自傷他害の恐れがある、本人と家族で担当者を分けた方がよい等、さまざまな理由から、複数の職員で対応することが必要と判断される場合が少なくない。そこで、研究者らが開発した評価指標<sup>1)</sup>をふまえて埼玉県が作成した保健所保健師活動指針における評価指標<sup>2)</sup>を参考に、指標13「必要に応じて、複数の職員で対応した」を新たに設定した。

改訂前の評価指標「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」については、“保健所への相談に関する普及啓発はしているが、医療機関の受診については個別ケースを通して促しており、普及啓発していない”（C保健所）との意見があった。そのため、「精神科受診に

対する抵抗感や偏見」を「精神保健に関する相談や受診に対する抵抗感」と改訂し、保健所への相談についても含めた。

保健所が受療支援を行い、いったんは精神科の治療を開始・再開しても、中断してしまう精神障害者は少なくないことから<sup>3)</sup>、治療開始・再開後に治療中断予防を目的として支援を行うことが重要である。そのため、当初から指標「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」を設定していた。調査の結果、治療につないだ後は支援の主体が市町村等に移行すること等により、保健所は関わっていないケースがあることがわかり（B, D保健所）、治療中断予防のための支援に関する評価を充実させる必要性が高いと考えられた。そこで、プロセスを評価するための指標12を「11.精神科治療を開始・再開した精神障害者について、治療中断予防のための活動を保健所が行った」と改訂し、保健所が治療中断予防のための支援を直接行ったかだけでなく、他機関への支援の引継ぎを行ったかについても評価できるようにした。さらに、結果2を評価するための指標「23.保健所が受療支援を行った精神障害者が精神科治療を中断しなかった」を追加した。

## (2) 自殺予防

改訂前の評価指標「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」と「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」は、

重なる部分が多かった。また、指標33については、“何をもって「早期発見」とするのかわかりにくい”(A保健所)、

“「早期発見」というとスクリーニングのイメージがあり、むずかしい。地区活動や健診等の中で把握する活動を例示するとよい”(C保健所)との意見が出された。そこで、両者を統合して表現を修正し、指標「36.日頃の保健活動や関係者との連携等によって自殺のハイリスク者を把握した」とし、あてはまる活動の例を評価マニュアルに具体的に記載した。

改訂前の評価指標「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」については、“支援した人はきちんとつなげている”(A保健所)という意見がある一方で、“ハイリスク者に社会資源を紹介しているが、実際につながったかわからないことが多い”“「受療支援」とは異なり、「自殺予防」については、自殺未遂者以外は対象がはっきり区別できないので、「つながった人数/支援した人数」を示すことが困難”(C保健所)との意見があった。これらの結果から、実際に評価することは困難であると判断し、指標43を削除した。

自死遺族への支援については、改訂前は、指標36：個別支援の実施と、指標37：自死遺族交流会の開催・支援の2項目を設定し、「積極的に行っている・積極的ではないが行っている・行っていない・保健所業務ではないので把握していない」の選択肢で評価していた。評価しやすさを考慮して、これら2項目を指標「39.自死遺族への支援を行った」に統合し、「保健所による活動」と「保健所

以外による活動」のそれぞれについて、小項目または選択肢として「個別支援の実施」と「自死遺族交流会の開催・支援」を提示し、支援を行った実人員や、実施の有無を評価するようにした。

結果1の評価指標「46.心の健康に関する関係者からの相談が増える」と結果2の評価指標「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」は重複する部分があると考えられた。そこで、これらを指標「41.自殺予防について関係者からの相談や情報提供が増えた」に統合し、結果1に位置づけた。また、“種別や相談者別に分けて件数を把握し、データを積み重ねる必要がある”(C保健所)との意見から、関係者の種別に延件数を計上し、前年度からの増減を示すようにした。

改訂前の評価指標「50.住民同士がつながる場が増える」については、“保健師は、どこに人が集まっているのかをつかむことが大事”“まちの中で気軽に相談できる場があることが大切”“場を増やすだけでなく、既存の場が活用されるようになることが大事”(C保健所)等、その有用性を支持する意見がある一方で、“評価しにくい”(A保健所)との意見もあった。また、指標「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」との関連が深いと考えられた。そこで、指標49と50を統合して指標「44.関係者や住民による自殺予防に関する取り組みが増加・活性化した」と改訂した。

改訂前の評価指標51では「当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する」とし

ていた。しかし、自殺死亡率は、人口規模の小さい地域では死亡者数のわずかな増減で大きく変動する上、人口の年齢構成による影響を受ける。それらを調整する方法もあるが、評価が煩雑になる。本評価指標は、他の自治体と比較することよりも、同一市町村の年次推移をとらえていくことを重視しているため、改定後の評価指標45では「自殺死亡者数」のみ評価することとした。

改訂前の評価指標52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」であった。しかし、救急車が出動しても、本人等による搬送拒否、死亡、現場での応急処置等で搬送されないことがあり<sup>4)</sup>、「救急搬送人員」は「救急出動件数」を下回る。そこで、自殺未遂者をより広くとらえることを意図して、改定後の評価指標46では「救急出動件数」のみ計上することとした。

### 3. 評価指標の有用性

“ こういう視点が必要だと気づかされた ” “ 市町村の取り組みを冷静な目で見ることは保健所の重要な役割 ” “ 保健所として関係機関の動きを把握する必要性に改めて気づかされた ” (C保健所)、“ 地区診断をしないといけないと思った。個別事例は思い浮かぶが、地域全体という見方ができていない ” “ 実績報告で統計を取っているが、それを活用した分析ができていない。経年変化等も出せると傾向が出せるものがあるかもしれない ” (D保健所)、“ 保健所の活動が変化しており、受療支援を行って精神科に入院する

前と後の流れを体験できなくなっている。若手保健師に体験させていかななくてはならないと思った ” (B保健所)、“ 評価をしてみて、受療支援した人の一覧表はあるが、更新していない等の理由で使えていないことがわかった。個別援助事例一覧表の様式を統一し、市町村、担当者、動いているケースか否かを明記できるようにして保健所として活用していきたい ” 等の意見があった。これらの結果は、保健所保健師が本評価指標を用いて自らの活動を評価することにより、望ましい活動のあり方を確認するとともに、課題や改善策を明らかにするために役立つことを示すものとする。

また、「構造」に関する評価指標については、“ ふだんはあまり意識していないが、活動の位置づけを明確化するものであり、上司に理解してもらうためには、こういう指標があった方がよい ” (C保健所)との意見が得られた。活動の位置づけを上司に理解してもらうことで、活動を展開しやすくなり、個々の住民や家族、地域全体の健康レベルの維持・向上により貢献できるようになると考えられる。

### 4. 評価マニュアルの作成

作成した精神保健福祉分野の評価マニュアルを文末に示した。

評価マニュアルは、保健師が評価シートを適切に用いることで保健活動の改善に役立てることができるよう、以下の構成とし、調査でわかりづらいとの意見があった部分に丁寧に説明を加えた。

- ・ 評価指標の目的と意義
- ・ 評価の方法：誰が何を評価するのか
- ・ 評価指標のテーマ：なぜこのテーマを選んだのか
- ・ 各評価指標の解説
  - ） 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
  - ） 自殺予防
- 引用・参考資料

改訂前の評価シートに掲載していた各評価指標の「評価の方法・視点」と「必要な情報・資料」については、評価マニュアルに「 各評価指標の解説」の【評価の意図・視点・視点】【評価のための情報源】として掲載した。

また、“具体的な例があるとわかりやすい” “どういう場合があてはまるのかわかりにくい”等の意見が多かった評価指標については、調査で得られた意見を取り入れ、あてはまる活動の例をできるだけ具体的に記載するようにした。

## 5. 今後の研究課題

次年度は、今回作成した評価指標の改訂版と評価マニュアルを用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、評価指標と評価マニュアルのさらなる改訂を行う予定である。

なお、本評価指標と評価マニュアルは、県型保健所だけでなく市型保健所も活用できるように配慮して改訂・作成したが、県型

保健所4か所の調査結果に基づくものであることから、市型保健所には使いづらい可能性がある。そのため、次年度は市型保健所の協力を得ることにより、市型保健所における有用性についても検証し、評価指標と評価マニュアルの精錬を図っていきたい。

## D. 結論

研究者らが開発してきた精神保健福祉活動の質を評価する評価指標を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行った。

評価指標の改訂版は、【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】に関する指標24項目、【自殺予防】に関する指標22項目の計46項目となった。

また、評価指標は、望ましい活動のあり方を確認するとともに、課題や改善策を明らかにするために役立つこと、さらには活動の位置づけを上司に理解してもらうことで活動の発展に役立つことが示唆された。

評価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した評価マニュアルを作成した。

## 引用文献

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）平成24年度 研究年度終了報告書，2012．
- 2) 埼玉県：埼玉県保健所における保健師の保健活動指針について，2014.3

3) 東京都多摩立川保健所保健対策課：精神保健における治療中断予防のための地域ケアシステムづくり，平成18年-19年度研究報告書 東京都北多摩西部医療圏課題別地域保健医療推進プラン，東京都多摩立川保健所，2008.

4) 埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会：総合記入マニュアルVer.2.1. 搬送確認書(医療機関・救急隊控え) 救急活動記録票・検証票 病院外心肺停止患者記録票・検証票 [http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-k/tcc/saitamatoubu/qm\\_mcwg\\_kensyo\\_manu21.pdf](http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-k/tcc/saitamatoubu/qm_mcwg_kensyo_manu21.pdf)

#### **F. 研究発表**

第72回日本公衆衛生学会総会（2013年10月、三重県）にて発表

#### **G. 知的財産権の取得状況**

なし