

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

- 難病保健活動の評価指標の検証 -

分担研究者 小西かおる(大阪大学大学院)

研究要旨 本研究は、地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。本評価指標は、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものであることが**明らかにされた**。

A. 研究目的

本研究は、地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。

B. 研究方法

難病保健活動の評価指標の有用性の検証および評価指標の精緻化、評価指標活用方法に関するワークショップ、評価指標マニュアルを作成するために、以下の 4 段階の研究方法を用いた。

1. 第 1 段階(難病保健活動の評価指標の有用性の検証)

1) 研究対象

関東および近畿地方の保健所保健師のうち、調査協力の同意が得られた 88 人を対象とした。

2) 調査内容

平成 24 年度に作成した難病保健活動の評価指標¹⁾の各項目に対し、管轄地域の状況を踏まえ、保健所の活動としてできている(2 点)～できていない(0 点)の 3 段階で評価し、評価の根拠や必要な情報・資料について記入を依頼した。また、評価が難しい項目については、その理由や改善点についても記入を依頼した。

3) 調査方法

行政機関が主催する難病関連のセミナー等において、主催者に調査協力の同意を得て、セミナー参加者に調査の趣旨・方法および倫理的

配慮を口頭で説明し、調査票を配布した。

調査票の回収をもって、調査協力の同意とみなした。

4) 調査期間

2013年9月～2014年1月に開催される、関東および近畿地方の難病関連のセミナー等を対象とした。

5) 分析方法

評価指標の各項目の平均値および標準偏差を算出し、評価の低い項目やばらつきの大い項目について検討した。また、評価が難しい理由や改善点については、意味内容の類似性に従って分類し、質的帰納的に分析を行った。

評価の根拠や必要な情報・資料については、全国的に使用できる根拠資料やデータ収集の方法について検討を行い、統一して使用できる資料や分析・評価方法を厳選した。

2. 第2段階(難病保健活動の評価指標の項目の精緻化)

第1段階で得られた結果をもとに、評価の低い項目やばらつきの大い項目について、内容や表現について検討を行った。法律の改定等に伴う用語の変更等については、表現の修正を行った。

評価の根拠資料として、川村ら²⁾によって開発された「難病の地域ケアアセスメントシート(以下、アセスメントシートとする)」を用い、評価指標との関連性について検討を行った。

アセスメントシートは、個々の難病療養者の療養状況を集約することで、難病療養者の居住する在宅療養環境の医療資源等の充足状況を評価し、地域特性を活かした療養環境整備の推進

に資することを目的として開発され、難病対策事業における特定疾患医療従事者(保健師)研修において活用され、全国の保健所に広く普及しているものである。

3. 第3段階(難病保健活動の評価指標の活用方法についてのワークショップ)

1) 対象

A県において難病保健活動の評価指標を用いたワークショップを開催し、14か所(都道府県13か所、中核市1か所)の保健所から難病チームに所属する保健師が参加し、調査協力の同意が得られた38人を対象とした。

2) 方法

ワークショップは、以下の4段階で構成され、アセスメントシートを用いた難病に関する地域診断、難病保健活動の評価、次年度の難病保健活動の方針を明確にすることを目的とした。

(1) 難病の地域ケアアセスメントシート²⁾を用いた難病保健活動の評価

アセスメントシートにおいて情報収集する難病は、保健師が支援する対象として最も優先度の高いALS(筋委縮性側索硬化症)とした。

ワークショップの参加に際し、管轄地域のALS療養者全数について、アセスメントシートの様式1「管轄地域におけるALS療養者の身体状況と医療サービスの確保状況」、様式2「ALS療養者支援に関わる難病対策事業の実施状況とその評価」、様式3「管内の訪問看護ステーションの概況」、様式4「管轄地域におけるALS療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価」および「難病保健活動の評価指標」を事前に記入して持参するよう依頼した。

アセスメントシートの記入の方法、データの読

み方、分析の方法、見えてくる課題等について、分担研究者が講義を行った。講義内容をもとに、参加者が持参したアセスメントシートを用いて、保健所管轄内の難病保健活動について保健所単位でグループディスカッションによる再評価を行った。

(2) マッピングによる難病保健活動の評価

アセスメントシートの様式1で集約したALS療養者、受けている医療サービス等について、管轄地域の地図にマッピングを行い、地理的条件等を踏まえ、地域格差等の観点も加えて、難病保健活動の評価をさらに詳細に行った。

(3) 難病保健活動の評価指標による再評価

アセスメントシートおよびマッピングによる評価を踏まえて、「難病保健活動の評価指標」を個別に再度記入してもらい、アセスメントシートを用いた評価の前後での変化を検討した。

(4) 管轄地域における難病療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の再評価

「難病保健活動の評価指標」の再評価を踏まえ、アセスメントシートの様式4について、管轄地域の在宅療養環境の整備状況の課題を整理し、「難病保健活動の評価指標」における結果1~3を踏まえた、管轄地域の望ましい姿を明確にした。

ワークショップ終了後に、難病対策に対する地域の課題と難病保健活動の強化すべき項目について、参加者の所属保健所内で検討してもらい、検討結果を様式5「ALSにおける医療サービスの充足に関する課題とその保健活動」に記入し後日提出するよう依頼した。

3) 調査期間

事前資料作成、ワークショップ、事後資料提

出までの期間は、2014年1月~3月とした。

4) 分析方法

「難病保健活動の評価指標」の各項目について、経験による評価の差をみるため、難病チームのリーダーと新任保健師の得点差について、マンホイットニー検定を用いて検討した。

アセスメントシートを用いた評価の前後での「難病保健活動の評価指標」の評価得点の差についてウィルコクソン符号付順位検定を用いて検討した。

アセスメントシートの様式4は、「専門診療の確保」、「日常診療の確保」、「急変時の入院確保」、「レスパイトケアの確保」、「訪問看護の確保」について、確保できている(3点)、概ね確保できている(2点)、あまり確保できていない(1点)、確保できていない(0点)で評価される。これらの評価得点と「難病保健活動の評価指標」の結果1~3の各項目との関連性について、スピアマン順位相関係数を用いて検討した。

4. 第4段階(評価指標マニュアルの作成)

第1~3段階で得られた結果をもとに、評価指標の項目の最終案の検討を行った。

これらの評価指標項目について、評価目的、評価の根拠・必要な情報・資料、評価の考え方・視点について基準化し、マニュアルを作成した。

【倫理的配慮】

調査への参加は自由意志であり、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事のないように配慮すること等を調査依頼文に明記し、調査票の回答の返送及びワークショップへの参加同意

をもって調査協力に同意したとみなした。

C. 結果

1. 第1段階(難病保健活動の評価指標の有用性の検証)

評価指標の各項目の平均値及び標準偏差について表1に示す。平均値が1.0未満の項目を保健活動の到達率が低い項目とし、標準偏差が0.7以上の項目をばらつきが大きい(地域格差または評価の個人差が大きい)項目とした。これらの理由について、評価が難しい理由の自由記載から整理し表1に記載した。

評価が低かった項目は、項目26、34、36、38の4項目であった。これにより、患者・家族同士の交流や近隣の地域住民を巻き込んだ支援および地域づくりに至る活動には課題が残ることがうかがえた。また、家族負担を軽減する目的でのレスパイト入院を受け入れることができる入院・入所施設が不足していると考えられた。さらに、療養期間の長期化や患者・家族の高齢化に伴い、介護力の不足から施設入所のニーズが増加しており、これに対応できる施設の不足が明らかにされた。

難病保健活動の実施状況にばらつきのある項目として、プロセスにおいては、項目9、25、15、20、26の5項目があげられた。これらの項目は、患者・家族の個別支援から共助力および地域づくりに発展した保健活動であり、自治体の推進力や保健所の活動体制等に影響を受けるものであると考えられた。

また、結果1~3の項目は全て評価のばらつきが大きかった。これは、各項目の評価を数とし

て把握していないため、主観的な評価では個人差や地域差が生じることが考えられた。

2. 第2段階(難病保健活動の評価指標の項目の精緻化)

法律の改定に伴い、項目12については、「12.介護保険法や障害者総合支援法等では網羅できない難病患者・家族のニーズに対応している」と表現を修正した。

それ以外の項目については、実施の必要はあるが実施できていないという評価はあるものの、表現がわかりにくいという評価は少なく、変更なく採用することとした。

難病担当の経験が少なく、難病対策事業(支援計画策定・評価事業等)を理解していないために、項目の意味が分からないという評価がみられたが、「難病保健活動の評価指標」を用いて評価することにより、難病対策事業について調べ理解する機会につながっていた。

3. 第3段階(難病保健活動の評価指標の活用方法についてのワークショップ)

難病保健活動の評価指標の経験及びアセスメントシートを用いた前後の評価の差については表2に示す。

難病保健活動の経験による評価の差についてみると、プロセスにおいては個別支援活動である項目8、9、12、13の4項目、地域ケアシステム構築に関する項目15、22、23、26の4項目が、新人期の保健師の方が有意に高く評価する傾向がみられた。

表3 難病保健活動の評価指標(結果1~3)とアセスメントシートによる地域の療養環境の整備状況との関連							n=38
評価 枠組	指標案	専門診療 の確保	日常診療 の確保	急変時の 入院確保	レスパイト の確保	訪問看護 の確保	総合評価
結果 1	28. 病状進行や療養状況が把握できている患者・家族が増える					*	
	29. 必要な支援サービスが十分に活用できている患者・家族が増える						*
	30. 緊急・災害時の支援体制が整備されている患者・家族が増える	*		*			
	31. 医療関係者による的確な医学的管理が実施されている療養者・家族が増える		*	*		*	
	32. 介護負担の軽減対策が計画的に行われている患者・家族が増える				*		
	33. 療養方針・ケア計画等の共有・連携体制がとれている在宅支援チームが増える	*	*			*	*
	34. 患者・家族の支援に役立てることができる患者・家族が増える						
結果 2	35. 安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える						*
	36. レスパイト目的での入院が受け入れられる病床が増える				*		
	37. 難病の在宅療養に積極的に関与できる地域関係機関が増える						*
結果 3	38. 希望する場所で療養できる患者が増える				*		
	39. 在宅における事故事例が減少する						
	40. 安定した在宅療養期間が延長する	*			*		

注1) 難病保健活動の評価指標とアセスメントシートによる評価の関連性の検定: スピアマン順位相関係数
注2) * p<0.05

結果については、結果 1 のすべての項目(7 項目)と結果 2 の「35. 安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える」、結果 3 の「38. 希望する場所で療養できる患者が増える」の 2 項目が、新任期の方が有意に高く評価する傾向がみられた。

ワークショップの前とアセスメントシートおよびマッピングによる難病保健活動の評価を行った後の評価の差についてみると、有意な差は認められなかった。しかし、プロセスの個別支援活動である項目 12、14 の 2 項目、地域ケアシステムの構築に関する項目 16、18、19、20、21、26 の 6 項目の評価が、アセスメントシートを用いた検討後に評価得点が下がる傾向がみられた。一方で、地域ケアシステムに関する項目 18~21 の 4 項目は、アセスメントシートを用いた検討後にばらつきが大きくなる傾向がみられた。

結果の項目についてみると、結果 1 の「33. 療養方針・ケア計画等の共有・連携体制がとれている在宅支援チームが増える」と、結果 2 の全ての項目(3 項目)が、アセスメントシートを用いた検討後に評価得点が低くなる傾向がみられた。

一方で、結果 1 の 5 項目(項目 28、29、30、31、

33)と結果 2 の「35. 安心・安全な療養環境が整備されている患者・家族が増える」、結果 3 の「39. 在宅における事故事例が減少する」の 2 項目が、アセスメントシートを用いた検討後にばらつきが少なくなる傾向がみられた。

難病保健活動の評価指標(結果 1~3)とアセスメントシートによる地域の療養環境の整備状況との関連については表 3 に示す。

「専門診療の確保」とは、項目 30 と 33 の緊急時や支援チームの整備に関する項目、「日常診療の確保」とは、項目 31 と 33 の医学的管理や支援チームの整備に関する項目、「急変時の入院確保」とは、項目 30 と 31 の緊急時や医学的管理の整備に関する項目、「訪問看護の確保」とは、項目 28 と 31、33 の医学的管理や支援チームの整備に加え、療養者の把握に関する項目と有意な関連がみられた。

「レスパイトケアの確保」とは、項目 32、36、38、40 の介護負担の軽減、レスパイト病床の確保、希望する療養の場、安定した療養期間に関する項目と有意な関連がみられた。

総合評価とは、項目 29、33、35、37 の十分なサービス、支援チームの整備、安心・安全な療

養環境に関する項目と有意な関連がみられた。

4. 第4段階(評価指標マニュアルの作成)

第1～3段階の結果をもとに、難病保健活動の評価指標の最終案を作成し、表4に示した。

評価指標の各項目について、評価の根拠・必要な情報・資料、評価の考え方・視点について標準化し、マニュアルの骨子として表5に示した。

D. 考察

1. 難病保健活動の評価指標の有用性の評価

難病保健活動の評価は、**が主催する**難病対策事業における特定疾患医療従事者研修**において**として、全国の保健師等を対象に平成5年から継続的に実施されてきた。

在宅療養支援の中心的役割を果たす訪問看護による難病ケアのあり方については全国訪問看護事業協会³⁻⁴⁾により明らかにされ、小西ら⁵⁾により緊急・災害時の支援体制の構築、川村⁶⁾により安全性確保に向けた支援関係職種の効果的な連携の推進における地域保健活動のあり方が進められてきた。

厚生労働省難治性疾患克服研究事業において、川村ら⁷⁾は「難病看護」の体系化を試みており、日本難病看護学会が認定する難病看護師の教育が平成25年度より開始された。

一方、国の難病対策の在り方について見直しが行われ2013年12月に難病対策の改革に向けた取り組みについて⁸⁾が出された。この中で、難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方について、保健所を中心とした「難病対策地域協議会(仮称)」を設置することについても言及されており、地域の難病対策の課題を明確にし、効率的・効果的な

事業展開を推進することが求められている。

このような社会のニーズに対し、本研究で作成された難病保健活動の評価指標は、全国的に普及している難病の地域アセスメントシートを根拠資料として活用でき、具体的な保健活動の改善方法を明確に示すことができるといえる。

本評価指標は、新任期の保健師の方がより高く評価する傾向がみられた。しかし、アセスメントシートを用いた評価後には、有意差はないが評価得点が下がる項目が多くみられ、経験による評価差が少なくなり、地域課題が具体的に明確になるために評価が低くなることが考えられた。また、アセスメントシートによる評価との有意な関連性も明らかとなり、本評価指標が、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものである**ことが検証**評価された。

2. 評価指標の今後の課題

本評価指標は、現在の難病対策事業をもとに開発されたものであり、今後の法制化を含めた難病対策の改革に応じて改編する必要がある。

また、結果1～3については、数量的な評価の蓄積がないために適切な評価が困難であり、アセスメントシートは普及しているものの継続的に活用されていないことが明らかとなった。

今後の難病対策において、本評価指標とアセスメントシートを地域医療ネットワークの構築に活用することができるよう、普及に向けた取り組みが必要であると考えられる。

E. 結論

地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保

健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。本評価指標は、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものであるといえた。

F. 研究発表

第 72 回日本公衆衛生学会総会(三重・2013)において発表。

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

1)小西かおる:難病対策の評価指標の作成.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(研究代表者 平野かよ子)平成 24 年度分担研究報告書. 2013.

2)川村佐和子、小倉朗子、小西かおる、他 9 人:神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究 - 地域ケアアセスメントの指標に関する検討 - .厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究平成 19 年度地域における看護支援に関する研究報告集. 39-41. 2008.

3)社団法人全国訪問看護事業協会:専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業.厚生労働省老人保健事

業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業).平成 17 年度研究報告書. 2006.

4)社団法人全国訪問看護事業協会:訪問看護ステーションに関わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 訪問看護ステーションの業務基準に関する検討.厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康推進等事業).平成 18 年度報告書. 2007.

5)小西かおる:在宅重症療養患者に係る緊急・災害時の支援体制の構築に関する研究.厚生労働科学研究補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業平成 20 年度総括研究報告書. 2009.

6)川村佐和子:医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種の効果的な連携の推進に関する検討.厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業平成 21 年度研究報告書. 2010.

7)川村佐和子:「難病看護」の体系化の必要性に関する研究 - 難病の保健活動の動向および難病看護に関する教育・研究状況の検討 - .厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究(研究代表者 小森哲夫).平成 20~22 年度総合研究報告書. 85-88. 2011.

8)厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会:難病対策の改革に向けた取り組みについて.

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032632.html>)