

表1-2 市町村の領域別の保健活動の評価指標(1/2)

ネーミング	母子保健				健康づくり				高齢保健福祉			
	子育て支援	発達障害の早期発見・早期対応	児童虐待の早期発見・早期対応	共通事項	1.予防可能な疾患が予防できる	2.治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる	共通事項	共通事項	共通事項			
	安心して子育てができる町づくり＝孤立しない子育て支援	発達障害の早期発見・早期対応	児童虐待の早期発見・早期対応		住民の健康意識(健康増進、生活習慣病予防)が向上している(実施)等がある。	①がんの早期発見・早期治療(喫煙対策を含む)… ②糖尿病の重症化予防						
目的	子育て中の親が健康で安心して子育てができる(組織内の検討体制整備)	発達障害が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み、人材等)がある(支援対象スクリーニング体制)マンパワーの確保	虐待に関する相談窓口が開かれている(支援資源整備)	支援資源整備(連携・協議体制整備)マンパワー確保(マンパワー活用計画への位置づけ)予算確保	1 健康づくり活動を担担当する保健師が配置されている(マンパワーの確保)	31 目標の受診数に比したがん検診の実施機関・設備が充足している(地域資源の整備)	47 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(関係者との連携・協議体制整備)		マンパワーの確保(地域資源の整備)関係者との連携・協議体制整備(予算確保)計画への位置づけ	1 保健師と協働して高齢者保健福祉活動を実施する他の専門職が配置されている(マンパワーの確保)	マンパワーの確保(組織内連携)関係者との連携・協議体制整備(予算確保)計画への位置づけ	
構造	2 保健と医療、福祉の関係者で子育て支援と連携体制について話し合う場・会議がある(関係者との協議体制整備)	24 発達障害が疑われる児が通える場・施設(支援資源整備)	37 地域に虐待の専門職が確保され、活用できる体制がある(マンパワー確保・マンパワー活用計画)		2 地域における健康づくり活動に関わる人材(在宅医療従事者、在宅栄養士、運動指導士等)が確保されている(地域の人的資源の把握)	32 目標受診数に対するがん検診費用が予算化されている(予算確保)	48 糖尿病リスクが高くなる健康増進計画や健康づくり活動計画が位置づけられている(計画への位置づけ)		2 高齢者保健福祉活動を担当する保健師が、他の部署(保健センター等)との連携を確保している(関係者との連携・協議体制整備)	2 高齢者保健福祉活動を担当する保健師が、他の部署(保健センター等)との連携を確保している(関係者との連携・協議体制整備)	高齢者の現状把握: ①介護認定 ②介護予防の理解度・気がかり	
	3 市町村の子育て支援に「安心して子育てができるまちづくり」が記載されている。(計画への位置づけ)	25 発達障害が疑われる児が通える場・施設(支援資源整備)			3 健康づくり活動の地域資源となる住民や民間組織(民生生活改善推進員、健康づくり推進員、在宅栄養士、自主グループ等)との協働の場がある(関係者との連携・協議体制整備)	3 がん検診について医師と協働している場がある(関係者との連携・協議体制整備)			3 地域包括支援センターを委託している場合、地域包括支援センターの活動をバックアップする体制がある(支援者支援体制の整備)	3 地域包括支援センターを委託している場合、地域包括支援センターの活動をバックアップする体制がある(支援者支援体制の整備)		
	4 母子保健のニーズを基とした予算が計上/確保されている(予算確保)	26 就学支援に向け、教育委員会との連携が機能している(関係部門連携)			4 健康づくり活動に関して、地域診断等により把握した健康課題に対応した額が予算が確保されている(予算確保)	4 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づけられている(計画への位置づけ)			4 高齢者保健福祉活動に関わる保健師等の専門職が、その部署で求められている役割を發揮できるよう、研修や相談に応じた体制がある(支援者の特長・研修体制の整備)	4 高齢者保健福祉活動に関わる保健師等の専門職が、その部署で求められている役割を發揮できるよう、研修や相談に応じた体制がある(支援者の特長・研修体制の整備)		
					5 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づけられている(計画への位置づけ)	5 住民による活動(地域活動、自主グループなど)を基盤としたポレレン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づけられている(計画への位置づけ)						
	プロセス	5 保健師は子育て支援のための地域資源と支援者を把握している(情報・地域資源情報の把握・収集)	27 福祉等の関連部門や関係機関と連携している(情報・地域資源情報の把握・収集)	38 虐待が疑われる(ハイスクリューケース)を把握され、母子保健担当で支援方法を話し合い、支援計画が立てられ、実行している(地域分析・地域診断) (組織内での支援計画の協議)	地域分析・地域診断(地域資源情報把握)支援対象者情報把握(関係者との情報交換)支援計画の協議(地域情報共有・役割分担)	7 地域住民の生活習慣に関する実施(喫煙、食、運動)を把握・分析している(生活習慣実態の把握)	34 地域のがん予防に関する住民主体の活動を把握している(実施把握・地域資源)	49 医療機関や医療関係者と連携し、糖尿病に関する地域の実態の把握・分析を行っている(実施把握・分析・関係者協働)		5 地域の高齢者の人口動態等の統計や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(高齢者の実態把握)	5 地域の高齢者の人口動態等の統計や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(高齢者の実態把握)	計画の進行管理(支援計画の協議・実施)事業計画の協議(不足する支援、ネットワーク強化)関係者との協議・評価
		6 保健師が地域の幼児と親の健康状態、相談内容を捉えている(情報・対象者情報の把握・収集)	28 福祉等の関係部門や関係機関と連携している(情報・対象者情報の把握・収集)	39 虐待が疑われる(ハイスクリューケース)の事例検討が関係者で行われている(関係者との支援計画の協議)	グループ育成支援(仲間づくり)住民共助の促進(地域サポート力への働きかけ)教育・啓発(人材育成)	8 地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象の検討を行っている(重点課題・活動対象の検討)	35 がん検診の未受診者の状況を把握している(個別支援)	50 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(普及予防に留意)		6 高齢者の実態(介護予防に関する意識、不安や心配事)や健康状態について把握している(高齢者の介護に関する認識の把握)	6 高齢者の実態(介護予防に関する意識、不安や心配事)や健康状態について把握している(高齢者の介護に関する認識の把握)	高齢者ケアの継続(介護予防)関係者との連携(関係者との情報共有)
		7 保育員・幼稚園と小児科医師と母子関係の情報交換を行っている(情報収集・情報連携)	29 発達障害が疑われる児を持つ親の交流の場にかかわっている(グループ育成支援・仲間づくり)	40 虐待が疑われる児童が地域で孤立しないよう働きかけている(地域のサポート力への働きかけ)		9 上記40.8で整理した健康課題を健康づくり活動の場面で実行している(関係者との重点課題・活動対象の共有)	36 がん検診の未受診者のフォローを行っている(個別支援)			7 保健師が高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定・進行管理に関与している(住民主体の活動の支援)関係者との連携(関係者との情報共有)	7 保健師が高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定・進行管理に関与している(住民主体の活動の支援)関係者との連携(関係者との情報共有)	ハイリスク者の継続支援(未受診者のフォロー)関係者との連携(関係者との情報共有)
		8 地域の母子保健に関するニーズを分析(地域診断・組織診断)を行っている(地域分析・地域診断)	30 地域住民が発達障害の理解を深めるように働きかけている(教育・啓発)			10 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(社会資源情報の把握)	37 がん検診の再検視検査のフォローを行っている(個別支援)			8 介護予防事業全体について、どのような対象者によって行うか、計画的に実施している(介護予防・日常生活支援総合事業を含む)	8 介護予防事業全体について、どのような対象者によって行うか、計画的に実施している(介護予防・日常生活支援総合事業を含む)	予防的支援の計画的実施
		9 地域の関係機関と母子保健の課題、目標を共有し、それぞれが役割を担っている(関係者との連携・協議体制整備)	31 職員、支援者に対して発達障害を理解する研修会・研修会等にかかわっている(人材育成)			11 健康づくり活動の資源となる民生生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している(グループ育成)	38 地域のがん予防に関する実施(喫煙、食、運動)を把握・分析している(健康統計の把握・分析)			9 認知症の普及啓発、認知ケアパスの作成普及、認知症支援委員の配置、認知症対策支援チーム、実施支援者、地域性に応じて認知症対策を計画的に実施している(認知症対策の計画的実施)	9 認知症の普及啓発、認知ケアパスの作成普及、認知症支援委員の配置、認知症対策支援チーム、実施支援者、地域性に応じて認知症対策を計画的に実施している(認知症対策の計画的実施)	
		10 妊娠・出産・育児の各ステージでの支援対象者を把握している(支援対象の把握)				12 ハイリスク者に対して個別支援や地域の自主グループ活動の活用を組み合わせる継続支援を行っている(ハイリスク支援)	39 住民に合わせたがん検診に関するPRを行っている(広報)			10 介護予防事業を実施し、終了後も健康維持に配慮した生活継続できるように支援している(事業企画への児童の反映)	10 介護予防事業を実施し、終了後も健康維持に配慮した生活継続できるように支援している(事業企画への児童の反映)	
		11 子育て不安を持つ親や成長発達に遅れが疑われる児について、母子保健担当で支援方法を話し合い支援計画を立て、支援している(支援方法の協議・支援計画に基づく支援)				13 関係者(親、地域、企業、商店会、住民組織)による声掛け、身近な活動の場などがある(関係者への働きかけ)	40 住民の受診しやすさに配慮したがん検診や健康教育を行っている(個別支援)			11 在宅療養継続するために不足している事業・サービスの立ち上げ(生活支援・介護予防サービス)関係者との連携(関係者との情報共有)	11 在宅療養継続するために不足している事業・サービスの立ち上げ(生活支援・介護予防サービス)関係者との連携(関係者との情報共有)	新たなサービス資源の整備
		12 子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が交流できる場を設定している(仲間づくり)。(モニタリングシステム)				14 住民の受診しやすさに配慮した健康診や健康教育を計画している(支援方法の検討)	41 がん予防活動に関わる人材や地域組織を育成している(住民主体の活動の支援)			12 介護予防事業を行う際、終了後も健康維持に配慮した生活を継続できるように支援している(健康維持の支援の実)	12 介護予防事業を行う際、終了後も健康維持に配慮した生活を継続できるように支援している(健康維持の支援の実)	
13 子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している(グループ育成支援)					15 健康づくりを支援する医師や民間事業者が健康づくり活動に参加する場を創出している(関係者への参加の働きかけ)	42 健康づくり活動(医師、学校、企業、商店会、住民組織)に関する実施(がん予防の普及啓発)を行っている(関係者への参加の働きかけ)			13 介護者を支援する対策を実施している(対策の実施)	13 介護者を支援する対策を実施している(対策の実施)		
14 多世代に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう働きかけている(地域住民の育児力向上)					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(連携会議の開催)				14 地域包括ケアの構築に向けて、相互に見守り支えあう地域となるよう、高齢者を支援する地域住民(民生委員や自治会など)と関係者とのネットワークを強化するための活動(地域ケア会議等)を実施している(地域住民と関係者の連携強化)	14 地域包括ケアの構築に向けて、相互に見守り支えあう地域となるよう、高齢者を支援する地域住民(民生委員や自治会など)と関係者とのネットワークを強化するための活動(地域ケア会議等)を実施している(地域住民と関係者の連携強化)		
15 職員、支援者に対する子育て支援の学習会・研修会等にかかわっている(支援者の人材育成)					17 エビデンスに基づいた効果的な保健指導の方法(プログラム、計測の方法・時間など)を検討している(支援方法の検討)				15 高齢者への適切な支援ができるよう、医療、介護、福祉の連携が強化されるよう取り組んでいる(在宅医療・介護連携推進事業)	15 高齢者への適切な支援ができるよう、医療、介護、福祉の連携が強化されるよう取り組んでいる(在宅医療・介護連携推進事業)		
16 妊娠・出産・産後に関する医療、福祉等の地域資源を見直し、新たな体制について協議している(地域資源確保)					18 健康づくり活動を行う人材のスキルアップの場が設けられている(関係者への働きかけ)				16 緊急時の緊急性を判断し、必要時、介護保険事業所や関係部署(生活相談、認知症支援、権利擁護、介護保険給付、遺囑相続、施設、保健所、警察や地域内協力者(自治会や民生委員等)等と連携して支援している(関係者との連携)	16 緊急時の緊急性を判断し、必要時、介護保険事業所や関係部署(生活相談、認知症支援、権利擁護、介護保険給付、遺囑相続、施設、保健所、警察や地域内協力者(自治会や民生委員等)等と連携して支援している(関係者との連携)		

表1-2 市町村の領域別の保健活動の評価指標(2/2)

テーマ	母子保健			健康づくり			高齢保健福祉										
	子育て支援 (安心して子育てが出来る町づくり=孤立しない子育て支援)	発達障害の早期発見・早期対応	児童虐待の早期発見・早期対応	共通事項	1 予防可能な疾患が予防できる	2 治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる	共通事項	共通事項									
	子育て中の親が健康で安心して子育てができる	発達障害の早期発見・早期対応	児童虐待の早期発見・早期対応		住民の健康意識(健康増進、生活習慣病予防)が向上する(行動の変容に着目)	①がんの早期発見・早期治療(喫煙対策を含む)	②慢性疾患の重症化予防										
目的																	
結果1	17 母子保健サービスの利用者から「利用よかった」等の声が聞かれる (利用者の安心・満足の声)	32 発達障害が疑われる児を持つ親が、児の問題の解決が出来る (親の児の問題の受容)	41 実務担当者会議において事例検討・報告件数が増加する (関係者との協働の活性化)	利用者の安心・満足の声の児の問題の受容 関係者との協働の活性化 専門職の確保・活用	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 (健康への関心を高めた住民数の増)	43 がんの予防についての住民の知識(がん検診)の向上が顕著な生活習慣、がん検診・ワクチン接種の意識の向上が顕著 (関心を高めた住民数の増加)	51 慢性疾患の予防・早期発見・早期治療に関して意識する住民が増加する (関心を高めた住民数の増加)	17 徘徊高齢者の登録や徘徊時の捜索、保護ができるよう、徘徊高齢者を支援するシステム構築に向けて取り組んでいる (関係者との協働)	18 災害時の対策について、介護保険事業者・施設、医療機関、保健所、地域の関係者等と協働・確認している (関係者との協働)	19 介護予防事業全体の進め方、実施状況、支援内容について、他の専門職や関係者とともに効果的に実施できたか評価している。その際、第三者(学識経験者等)の協力を得るなど客観的な評価によるよう努めている。 (関係者との協働)	20 個別目標を立てて支援した対象者の意識や生活習慣の変化について評価している (個別支援の評価)	21 緊急性(在宅生活の継続の可能性)の判断や転送困難事例への対応状況から、転送困難事例の実態及び行政職員、介護保険事業者・施設、医療機関等の関係者の役割や連携方法について、整理している (事例ごとの関係者の役割・連携方法の明確化)	22 介護予防のサポーター養成・育成、自主グループの育成など、介護予防に資する活動の活性化に向けて養成・支援している (住民活動の活性化支援)	23 高齢者虐待など転送困難事例は、関係者とケース検討会等で支援方法を検討している (関係者との事例検討)	24 高齢者支援を担当する関係者(行政職員、介護保険事業者の職員等)を揃えている (人材育成)	介護予防事業で支援した人の数(参加者数、個別支援者数)が増える (支援者数の増加)	支援者数の増加 情報発信の機会増加
結果2	18 妊産婦・乳幼児の訪問実施率が向上する (訪問実施率の向上)	35 地域の人々が発達障害等の障害者を理解する (地域のサポート力の向上)	42 相談した保護者の満足度が高まり、育児不安が軽減し、虐待が疑われる行動が減少する (親の問題行動の減少)	訪問実施率の向上 未受診者フォロー率の向上 親の虐待行為の減少 地域のサポート力の向上 住民活動の活性化	22 特定健診受診率が向上する (健診受診率の向上)	44 がん検診受診率が向上する (検診受診率の向上)	53 慢性疾患に関連した要指導・要再検査等のフォロー率が向上する (要指導・要再検査等のフォロー率の向上)	27 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	28 地域包括ケアの構築に向けて、高齢者支援に向けて連携する関係機関の数の増加が顕著 (連携する関係機関数・連携回数増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	29 介護予防や高齢者支援に関する事業や活動の数が増える (事業・活動数の増加)	事業・活動数の増加 連携する関係機関数・連携回数の増加	
結果3	21 子育てに関心をもち、手助けする住民が増える (住民支援の拡大)	43 早い段階で住民・関係機関から連絡が入る (住民参加の拡大)	43 早い段階で住民・関係機関から連絡が入る (住民参加の拡大)	住民支援の拡大 住民参加の拡大 関係機関のネットワークへの参加の増加	29 健康寿命が延伸する (健康寿命の延伸)	46 がんによる死亡率が減少する (死亡率の減少)	57 慢性疾患併発(糖尿病併発)による年間新規診断患者数(糖尿病患者数)発生率が減少する (合併症発生率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	30 健康寿命が延伸する (健康寿命の延伸)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	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 (前期高齢者の介護認定率の減少)	前期高齢者の介護認定率の減少 健康寿命の延伸	
	22 母子保健対策の評価や見直しに参加する住民・関係者が増える (住民参加の拡大)	44 関係機関のネットワークへの積極的な参加がある (関係機関のネットワークへの参加の増加)	44 関係機関のネットワークへの積極的な参加がある (関係機関のネットワークへの参加の増加)	健康指標の改善 重要事例の減少	30 メタボリックシンドロームの該当者及び予備者が減少する (予備群の減少)			30 健康寿命が延伸する (健康寿命の延伸)									
	23 母子保健対策の目標が達成され、母子保健指標が改善する (健康指標の改善)	45 虐待の重症事例(送致事例や死亡事例)が減少する (重症事例の減少)	45 虐待の重症事例(送致事例や死亡事例)が減少する (重症事例の減少)	虐待の重症事例(送致事例や死亡事例)が減少する (重症事例の減少)													

表2-2 保健所の保健活動の評価指標(1/2)

	精神保健福祉			感染症			精神保健分野		
	未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	自殺予防	精神共通事項	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)	感染症共通事項	軽病者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい暮らしを生活を選択できる	共通項目
構造	1 未治療・治療中断の精神障害者が精神科の治療を開始・再開・継続するための支援(以下受療支援)が、保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている(計画への位置づけ)	21 自殺予防が保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている(計画への位置づけ)	計画への位置づけ 予算確保 保健業務の位置づけ 連携体制	1 感染症診療委員会に結核医療に精通している専門職が入っているか(専門職の確保・配置)	31 感染症担当係に保健師が配置されている。(保健師の配置)	47 保健所閉庁時に速やかに第一線を受理できる体制がある(受付職員、受付票、チェックリスト等)(通報受理体制の整備)	マンパワー確保 急性感染症の発生(疑い)の時の対応マニュアルが整備 急性感染症の発生(疑い)の時の連携体制の整備 保健所内での情報の情報の一元管理 保健所による管内関係者からの情報の集約 保健所から関係者への情報提供ルートの確立	1 最新の軽病者に関する情報を入力し、活用する体制がある(最新情報の入手・活用の体制整備)	最新情報の入手・活用の体制整備マニュアルの整備 計画への位置づけ
	2 保健所が受療支援を行うために必要な予算が確保されている(予算確保)	22 自殺予防を行うために必要な予算が確保されている(予算確保)				48 初期体制について、感染症の発生種類や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている(マニュアルの整備)		2 軽病対策事業の標準化を図るマニュアルが整備されている(対応マニュアルの整備)	
	3 受療支援が保健所保健師の業務として位置づけられている(保健師の業務の位置づけ)	23 自殺予防が保健師の業務として位置づけられている(業務基準の整備)				49 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(マニュアルの整備)		3 在宅療養支援ネットワークの整備と連携を促進する計画がある(計画への位置づけ)	
	4 受療支援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も配置されている(他職種との連携)	24 自殺予防に組織横断的に取り組む体制がある(連携体制の整備)				50 感染症発生時(発生疑いを含む)に、関係部署・職種の連携・協働する体制がある(関係機関と職種の連携・協働体制の整備)			
						51 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仕組みがある(情報の集約体制の整備)			
						52 発生時(疑いを含む)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(情報の集約体制の整備)			
						53 発生時に情報提供に配慮が必要な対象(障がい者や在日外国人等)を把握し、情報提供のルートが確保されている(情報弱者への情報提供ルートの確立)			
						54 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(関係機関への情報提供ルートの確立)			
						55 患者・家族への倫理的配慮と個人情報取扱いについて関係機関とルールを決めている(個人情報の管理方法の確立)			
						56 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)(職員の健康管理体制)			
						57 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(必要物品の備蓄と定期的確認・補充)			
	5 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者の実人員(情報集計・支援者数)	25 その地域における自殺の現状について、情報を収集・分析した(情報収集)	実務 ①支援人員 ②連携回数 現状把握・分析、地域診断 課題の把握・共有 支援方法の検討 保健師の受療支援	2 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の発生まん延国別発生者の結核発生情報)を把握している(情報把握・疾患発生状況)	32 感染症発生事例や統計資料等から、発生まん延の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関する管内の課題と活動の方向性を整理している(感染症予防活動の検討)	58 感染症発生事例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(マニュアルの見直し・改正の実施)	情報把握、調査 地域診断 マニュアルの見直し 活動方針・方法の協議 情報収集の実施 予防活動の実施	4 患者の病状に関する現状把握、訪問および関係機関による情報から把握・分析している(支援対象者の把握・面接・訪問・関係者情報)	支援対象者の把握・面接・訪問・関係者情報 支援対象者への情報提供 患者・家族の交流の機会を設定 患者・家族支援: ①療養方針決定、 ②サービス連携
	6 保健所が当該年度中に新規に受療支援を行った精神障害者の実人員と管理職数(情報集計・新規受療支援者数・事例把握経路)	26 自殺予防に関する地域の社会資源の現状や課題を把握した(地域診断)	関係機関の受療支援 複数の支援者での支援 治療中断予防のための支援 現状・課題の把握・活動方針の検討 関係者と地域課題の共有・解決策の検討 関係者の人材育成 地域住民への教育・啓発	3 管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併症が深い患者(ARDS、じん臓、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の早期発見対策を実施状況を把握している(情報把握・医療機関の早期発見対策)	33 住民からの感染症に関する相談に対応し、適切な情報提供と感染症予防行動を促している(個別支援の実施)	59 職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した、発生時の対応マニュアルを策定している(集団発生対応の訓練の実施)	集団発生対応の把握 発生・発生 情報発信 発生支援者の早期発見・早期対応 発生時のフォローアップ 対応の継続 関係機関との連携・協働 人権の尊重・保護	5 患者・家族の疾病に対する認識・理解に応じて、適切な情報提供が行えるよう支援している(支援対象者への情報提供)	③制度で網羅されないニーズへの対応 ④生活の質の向上 ⑤緊急・災害時の管理 医学的管理が維持されるための連携 入退院時の関係での情報交換の支援 軽病対策事業の活用
	7 受療支援のために保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して働かせた方法別延人員、関係機関との連携回数(情報集計・支援方法数・連携回数)	27 指標のその地域における自殺の現状(いずれかに対して働かせた方法別延人員、関係機関との連携回数)を把握し、今後の自殺予防対策について結核内で検討した(結核内での活動方法の協議)		4 高齢者施設における結核の早期発見・早期対応のための対策を把握している(情報把握・施設の早期発見対策)	34 管内の各種施設や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している(情報把握・施設の早期発見対策)	60 患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的検査や調査や支援を行っている(保健師による調査・支援の実施)		6 必要に応じて、地域の中で同じような状況の患者・家族が出会う機会を設けている(患者・家族の交流の機会の確保)	①チームケア計画の確認・修正 ②地域診断と目標設定 ③実施計画策定 関係者の人材育成 関係者の交流・連携 患者・家族の育成支援 関係者と連携した近隣者の方法活用できる地域づくり
	8 保健所以外が、精神障害者本人・家族・住民のいずれかに対して受療支援を直接行った(支援実績・関係機関支援者数)	28 地域の関係者や住民が集まり、自らのいずれかに対して受療支援を直接行った(関係者との活動方法の協議)		結核発生に関する管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している(活動方針・方法の協議)	35 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(住民への教育・啓発)	61 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(感染者や感染疑いのある者の早期発見・早期対応の実施)		7 患者・家族が十分に話し合ってから療養方針を決定できるように支援している(患者・家族支援・療養方針決定)	
9 受療支援を行う際に、様々な精神障害者に関する情報の共有や支援方針の検討を結核内で行った(情報収集・支援方法の協議)	29 地域の関係者に対して、自殺予防に関する教育・研修を行った(関係者の研修教育)		結核の普及啓発活動をしている(普及啓発)	36 感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供している(関係機関への情報提供)	62 患者・患者とその家族の相談に乗り、新たな二次感染防止のための教育・指導を行っている(個別相談・教育指導の実施)		8 医療依存度・セルフケア能力・介護力・経済状況等に応じたサービスが導入されるよう支援している(患者・家族支援・サービス導入)		
10 受療支援を行う際に、必要に応じて、複数の職員が対応した(支援方法の協議・実施)	30 住民に対して自殺予防に関する普及啓発活動を行った(住民への普及啓発)		7 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(健診対象への支援の実施)	37 医療監視や施設指導により感染症対策に関する問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別フォローや教育・研修の企画につなげている(医療監視や施設への教育・研修)	63 接触者健診の未受診者に対する(未受診のフォローの実施)		9 介護保険法や障害者総合支援法等では網羅できない軽病者・家族のニーズに対応している(患者・家族支援・制度で網羅されないニーズへの対応)		
11 保健所が受療支援を行い、当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者について、治療の開始・再開後に治療中断予防のための支援を行った(継続支援実施)	31 住民同士をつなぐの機会や強化・拡大に取り組んだ(住民の集約・組織化の支援)		8 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(関係者との協議)	38 施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている(内容マニュアルの作成・改訂支援)	64 感染者・患者の人権を尊重し、その保護に十分な配慮をしている(人権の尊重と保護)		10 患者・家族の生活の質(QOL)向上を考慮したケアプランが導入されるよう支援している(患者・家族支援・生活の質の向上)		
12 受療支援において、地域の現状と課題の把握、今後の活動の検討を保健所内で行った(結核内での活動方法の協議)	32 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(ハイリスク者の把握)		9 管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携が図られている(関係機関との連携・協働)	39 軽病者等の定期的な予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している(計画に沿った予防活動の実施)	65 施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえ、必要時、協働して対応している(施設等の集団発生時の対応)		11 緊急・災害時に必要な物品・施設・連絡・避難手帳等が整備され、定期的に指導・管理が提供されるよう支援している(患者・家族支援・緊急・災害時の管理)		
13 地域の関係者が集まり、受療支援について地域の課題の共有や解決策の検討を行った(関係者との活動方法の協議)	33 把握したハイリスク者に対して支援を直接行った(ハイリスク者への支援の実施)		10 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を向上している(マニュアルへの反映等)(活動の評価)	40 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を向上している(マニュアルへの反映等)(活動の評価)	66 職員を感染症発生時対応に関する研修(疫学調査、感染対策)に活用している(職員の人材育成)		12 医療処置等の医学的管理が適切に提供されるようにサービス提供者の連携を図っている(医学的管理が維持されるための連携)		
14 関係者のスキルアップや連携強化のための事例検討会(事例検討会)を開催し、受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った(支援者への人材育成)	34 ハイリスク者の個別支援において、地域の関係者や住民と連携・協働した(関係者や住民との連携・協働)		11 関係機関に対して結核に関する教育・支援・研修を実施している(関係者の人材育成)				13 入退院時に療養方針・ケア計画等について医療機関と在宅支援チームの情報交換ができるよう支援している(入退院時の関係者での情報交換の支援)		
15 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った(住民への啓発)	35 自殺意識の支援を行った(遺書支援)						14 チームケア計画の確認・修正されるよう軽病対策事業を活用している(チームケア計画の確認・修正)		

表2-2 保健所の保健活動の評価指標(2/2)

精神保健福祉		感 染 症				精神保健分野		
未治療・治療中の精神障害者の受療支援	自殺予防	精神共通事項	結核	平常時の対応(発生予防・早期発見)	急性感染発生時の対応(発生への備えも含む)	感染共通事項	種別	共通項目
プロセス							15 感染対策事業に種別に関する地域診断と目標設定を行うこと位置づけている (地域診断と目標設定)	共通項目
							16 種別の地域診断に基づいた種別対策事業の実施計画が策定されている (実施計画の策定)	
							17 地域の医療福祉従事者の種別支援の水準向上を目指した研修会等を行っている (人材育成)	
							18 関係者連絡等において在宅医療への円滑な移行やネットワークの強化を意図した交流・連携を行っている (関係者の交流・連携)	
							19 種別の患者・家族を育成・支援している (患者・家族の育成支援)	
							20 患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを促進し、近隣者の力を活用できる地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている (関係者と連携した近隣者の力を活用できる地域づくり)	
結果1	16 保健所が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開に支障のない精神障害者について、保健所または保健所以外で行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの意識が肯定的になった (支援対象の受療の受入れの変化)	36 自殺予防について住民からの相談や情報提供が増えた (住民からの相談・情報提供の増加)	12 支援を肯定的に受け止める事例数の増加 関係者による見守りなどの支援体制の充実 住民からの相談・情報提供の増加 関係者からの相談・情報提供の増加 自殺予防を理解した住民数の増加 人材育成を受けた関係者数の増加	12 職員の情報提供結果を報告している管内医療機関が増えた (医療機関職員の健診結果報告の増加)	40 感染症に関する普及啓発活動の回数 (実績、普及啓発活動数)	67 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) (実績、支援件数と支援内容)	21 必要な支援サービスが十分活用できている患者・家族が増える (患者・家族の増加、十分なサービス利用)	患者・家族の増加 ①十分なサービス利用 ②緊急時の支援体制が整備 ③的確な医学的管理 方針・計画が共有され連携が取れているチームの増加
	17 保健所が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開に支障のない精神障害者について、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した (関係者の支援態度や支援体制の変化)	37 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 (関係者からの相談・情報提供の増加)	13 新規登録者初回面接の実施率(感染症罹患性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目標) (新規登録者初回面接の実施率)	41 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 (実績、研修の実施回数、参加施設・参加者数)	68 管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える (早期の発生相談・報告の増加)	22 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 (患者・家族の増加、緊急時の支援体制の整備)		
		38 自殺予防に関する教育・研修を受ける住民が増えた (人材育成された住民の増加)	14 患者届出の受療後、保護等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内) (適正期間内での初回面接件数)		69 感染症集団発生時の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容 (実績、評価事項)	23 医療関係者による的確な医学的管理が実施されている患者・家族が増える (患者・家族の増加、的確な医学的管理)		
		39 自殺予防に関する教育・研修を受ける関係者が増えた (人材育成された関係者の増加)	15 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 (実績、保健指導実施率、相談件数)			24 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 (方針・計画が共有され連携が取れている)		
			16 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える (DOTS実施機関の増加)					
			17 DOTS協力施設(医療機関以外)が増える (DOTS協力施設の増加)					
結果2	18 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者が、当年度中に精神科治療を開始・再開した (支援対象の受療行動の変化)	40 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 (関係者や住民による活動の活性化)	18 保健所が行った支援者のうち、治療中ではない事例 関係者や住民による取り組みの増加	42 管内市町村のBCO予防接種率の向上(標準的な接種期間である9ヶ月時点で90%以上、1歳時点で95%以上) (予防接種率の向上)	70 まん延事例の発生がゼロ (まん延事例の発生がゼロ)	25 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 (安心・安全な療養環境整備された患者・家族の増加)	安心・安全な療養環境整備された患者・家族の増加 ①十分なサービス利用 ②緊急時の支援体制が整備 ③的確な医学的管理 方針・計画が共有され連携が取れている	
	19 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、当該年度中に治療開始・再開した精神障害者が、当該年度時点で精神科治療を中断していない(治療中断事例の減少)		19 管内市町村の定期健康診断受診率の向上(高齢者、ハリススク・デインジャーグループ等) (定期健康診断受診率の向上)	43 定期予防接種の接種率が上がる (予防接種率が向上)	71 診断が遅れ症状が悪化したケースがない (診断の遅れ事例の発生がゼロ)	26 スライスバイト目的での入院が受け入れられる病床が増える (スライスバイト病床の増加)		
			20 接触者健診対象者の受診率(健診受診率)/健診勧奨率の向上 (健診対象者の受診率の向上)	44 感染症患者に関わる会議を定期的に開催していない管内の医療機関・介護老人保健施設施設・社会福祉施設等が増える (予防対策会議が定例化した施設数の増加)	72 新興感染症等まん延時に偏見や差別を受けるケースがない (偏見や差別を受ける事例の発生がゼロ)	27 種別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 (積極的に関与する関係機関の増加)		
			21 結核患者(特に高齢者、ハリススク・デインジャーグループ)の発病(結核の症状が初めて自覚された時期)→初診までの期間短縮 (早期受診患者の増加)					
			22 全結核患者に対するDOTS実施率の向上 (DOTS実施率の向上)					
			23 結核患者や潜在性結核感染患者の療養中断率の減少 (療養中断率の減少)					
			24 管理期間中の再治療率の減少 (再治療率の減少)					
結果3	20 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった(再措置入院の減少・なし)	41 自殺による死亡者数が減少した (自殺死の減少)	19 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリススク・デインジャーグループの罹患率) (罹患率の減少)	45 感染症集団発生時の発生件数の減少 (集団発生数の減少)		28 希望する場所で療養できる患者が増える (希望する場所で療養する患者数の増加)	希望する場所で療養する患者数の増加 安定した在宅療養期間の延伸 地域での事故事例の減少	
		42 自傷行為に対する救急車の出動件数が減少した (救急車出動件数の減少)	26 高齢者やハリススク・デインジャーグループ等のターゲット集団における結核の集団発生数の減少 (ターゲット集団の集団発生数の減少)	48 感染症による死亡者・死亡率の減少 (死亡数・死亡率の減少)		29 在宅における事故事例が減少する (地域での事故事例の減少)		
			27 結核の有病率の減少 (有病率の減少)			30 安定した在宅療養期間が延長する (安定した在宅療養期間の延伸)		
			28 新登録中の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 (多剤耐性結核患者率の減少)					
			29 潜在性結核感染患者の発病率の減少 (潜在性結核患者の発病率の減少)					
			30 結核死亡者数(率)の減少(特に多剤耐性結核、多剤耐性結核、結核合併症が高い疾患を有する患者等) (死亡者数(率)の減少)					

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平野かよ子他	保健活動の評価指標の検証（第1報）—母子保健活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P573	2014
藤井広美他	保健活動の評価指標の検証（第2報）—健康づくり活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P574	2014
石川貴美子他	保健活動の評価指標の検証（第3報）—高齢者保健福祉活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P574	2014
山口佳子他	保健活動の評価指標の検証（第4報）—精神保健福祉活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P574	2014
春山早苗他	保健活動の評価指標の検証（第5報）—感染症保健活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P574	2014
小西かおる他	保健活動の評価指標の検証（第6報）—難病保健活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P575	2014
大神あゆみ他	保健活動の評価指標の検証（第7報）—産業保健活動—	日本公衆衛生雑誌	61(10)	P575	2014
Kayoko HIRANO	A Verification of the Evaluation Index of the Health Activity by PHN (the 3 th Report)	46 th APACPH			2014

保健師による保健活動の評価 指標の検証（その1：母子保健）

○平野かよ子（長崎県立大学） 福島富士子（東邦大学） 塚原洋子（なごみ相談室）
荒木田美香子（国際医療福祉大学） 石川貴美子（神奈川県警）
大神あゆみ（労働科学研究所） 尾島俊之（浜松医科大学） 小西かおる（大阪大学大学院）
香山早苗（自治医科大学） 藤井広美（了徳寺大学） 山口佳子（東京家政大学）

目的

地域保健を担う保健師による母子保健分野の保健活動の質の評価を行うため、全国で活用できる標準化した指標の開発を目的として、平成24年度に母子保健活動の評価指標（2013版）を作成した。平成25年度は母子保健活動の評価指標（2013版）の有用性を検証し、指標の精緻化を図ることを目的とした。

方法

検証協力を得た9市町の母子保健担当者を対象とし、母子保健活動の評価指標（2013版）ワークシートを用いて、項目毎に「はい」「いいえ」「どちらともいえない」で評価し、評価指標有用性：指標の表現の意図することの理解と評価に必要な情報や資料の入手可能性についての回答を依頼した。その後、研究者が現地へ出向き回答を基に聞き取り調査を行った。

評価指標（2013版）は「子育て支援」と「発達障害の早期発見・早期対応」「児童虐待の早期発見・早期対応」の3領域とし、評価枠組は「構造」「プロセス」「結果1」「結果2」「結果3」とし、評価指標数は73項目であった。

結果 および 考察

表1 検証協力市町の概要

No.	都道府県名	市町村名	総人口 (人)	出生数 (人)
1	東京	FC	253,424	2,245
2	神奈川	YS	406,994	2,798
3	千葉	UY	162,952	1,395
4	静岡	SD	101,159	792
5	大阪	HK	407,558	3,178
6	長崎	HD	32,626	245
7	長崎	MU	23,839	198
8	長崎	SS	13,489	171
9	長崎	OS	2,606	16

表2 母子保健分野の評価指標（2013版）の検証結果（「子育て支援」領域の抜粋）

評価枠組	評価指標	市町村										評価枠組	評価指標	市町村										
		FC	YS	UY	SD	HK	HD	MU	SS	OS	FC			YS	UY	SD	HK	HD	MU	SS	OS			
構造： 活動の基盤	1. 利用しやすい(距離、時間等、職員体制等)子育て(母子保健)相談の窓口が整備され、住民に周知されている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	結果①	21. 住民の子育て支援の資源の活用回数(子育て広場の利用者数など)が増加する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	6. 音楽と保健の連携を図る連絡会(周産期連絡会等)がある。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		22. 母子保健サービスの利用者から「利用してよかった」との声が聞き続けられる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	7. 母子保健活動の評価、見直しを行う仕組みが組織内にある。(見直しを行っているかどうか)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		23. 予防接種の実施(接種)率が向上する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	8. (子育てに関する地域診断を行い、それを基とした)母子保健に関するニーズを基として予算が計上/確保されている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		24. 乳幼児の訪問実施率が向上する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	13. 母子保健(事業・活動)計画に独立する額がないなど、子育てにやさしいまちづくりを具体的に記載している。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		25. 各種相談受診率、未受診調査実施率が向上する。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	9. 地域の乳幼児に関する健康の現状(出生率、健診結果や未受診者情報、相談内容)を捉えている。(産後の母親の心身の健康状態)	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○		26. 母子保健対策や活動の評価や見直しに参加した住民・団体の数が増加する。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	11. 子育てに関する自主グループ等を捉えている。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		27. 主体的/自発的に子育て支援を行う住民の数やグループ数が増加する。	不明	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	12. 地域の母子保健に関する地域診断(ニーズ把握)・組織診断を(関係者ごと)行っている。	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		28. 安心して子育てができる地域づくりへの住民の意識が向上する。(子育て支援計画策定時、住民アンケートを取る、その結果は確認可能)	不明	○	△	△	●	○	○	○	△	△	
	14. 母子保健担当者でフォローケースを共有し、フォロー対象や方法を話し合い、決定している。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		29. 支援される側から支援する活動へ参加する住民(親たち)数が増加する。	不明	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△
	15. 地域の関係機関(保健所、医療機関、保育園・幼稚園、児童委員、母子保健推進員、通所施設等)が母子保健の課題を共有し、それだけで保健を担っている。	●	○	△	△	△	○	○	○	○	○		31. 母子保健指標が改善する(低体重児数の減少、乳幼児死亡率の減少、周産期死亡率の減少、乳幼児の事故の減少)、健康教育により減少するのは確認できない。	△	○	△	△	○	○	○	○	○	○	△
18. 母子保健に関する支援者(ボランティアなど)の育成とそのネットワーク化を行っている。	○	△	○	△	△	○	○	○	○	○	○:はい、△:どちらともいえない、●:いいえ 赤字:検証過程で出された意見の例													
19. 職員・支援者に対して子育て支援の質の向上のための(研修等を行っている)機会を持っている。自前で研修会ができないが、保健所の研修会の案内等を実施している。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○														

聞き取り調査で複数あった発言

- 個別支援は多職種と共同し丁寧に行っている。
- 情報収集はするが、その分析は概してなされていない。
- 個別支援から集団支援のニーズの把握や地域の課題を明らかにすることは少ない。
- 総じて「地域診断」はやっていない。
- 組織内の関連部署と連携は薄く、活動の企画・評価を協働することは少ない。
- 法定の連携ネットワークは機能しているが、地域特性に応じた新たなネットワークを形成することは少ない。
- 評価指標は保健師が自己の活動を振り返るツールになる。

これらの結果を基に研究班員で協議し、評価項目のねらいの意図が掴みにくい表現を修正し、類似した指標を統合し、合計15項目(2,5,16,29,30,34,39,41,43,48,50,52,55,58,70)を削除し、3領域の評価項目数58の「母子保健活動の評価指標(2014版)」を作成した。また、回答された評価に用い得る情報や資料を基に「母子保健評価マニュアル案」を作成した。

今後の課題

今後は、さらに検証協力者を増し、「評価指標(2014版)」と「評価マニュアル案」の有用性の検証を行い、領域に共通する「コア指標」を抽出し、評価指標の標準化を図る。

保健師による保健活動の評価 指標の検証 (その2: 健康づくり活動)

○藤井広美 (了徳寺大学) 石川貴美子 (神奈川県秦野市)
荒木田美香子 (国際医療福祉大学) 大神あゆみ (労働科学研究所)
尾島俊之 (浜松医科大学) 小西かおる (大阪大学大学院) 春山早苗 (自治医科大学)
平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (東邦大学) 山口佳子 (東京家政大学)

目的

地域保健を担う保健師による健康づくり活動分野の保健活動の質の評価を行うため、全国で活用できる標準化した指標の開発を目的として、平成24年度に健康づくり活動の評価指標 (2013版) を作成した。平成25年度は健康づくり活動の評価指標 (2013版) の有用性を検証し、指標の精緻化を図ることを目的とした。

方法

検証協力の得られた9市の健康づくり活動担当者を対象とし、健康づくり活動の評価指標 (2013版) ワークシート (54項目) を用いて、項目毎に「はい」「いいえ」「どちらともいえない」で評価し、評価指標の有用性、指標の表現わかりやすさと根拠となる情報や資料の入手可能性、改善点 (今後の課題) について情報提供の依頼を行った。その後、研究者が現地へ出向き回答を基に聞き取り調査を行った。

表1 検証協力市の概要

No	都道府県	市町村名	総人口 (千人)
1	青森	A	296.3
2	茨城	B	50.9
3	茨城	C	37.5
4	千葉	D	162.2
5	静岡	E	258.2
6	山口	F	142.1
		G	138.3
7	長崎	H (有志)	46.6
		I	94.2

結果 および 考察

1. 指標の有用性

「地域診断が十分にできていなかったり、健康課題の分析や活動評価が感覚 (経験則) レベルであったりすることを再認識した」「課内で活動の方向性を十分に共有できていないことに気づいた」等の意見を得た。これらの結果から、評価指標と評価のプロセスは単に目指すべき活動のあり方を確認するだけでなく、活動を実践していくうえでの課題や改善策、課内の職員や関係者との活動の方向性の共有、さらに活動の発展にも役立つことが示唆された。

2. 評価指標の改善とマニュアルの作成

1) 評価項目の整理

「文言の定義のあいまいさ」「事業活動と地区活動の捉え方」「判断基準」「受診率等の数値目標の変化に対する質的な評価 (新規受診者や定期受診者に着目するなど)」等への意見や改善案をもとに55項目に整理した。

2) 評価の表記方法について

3段階 (「はい/どちらでもない/いいえ」) だけでなく、「課題の優先度」による取り組み状況や進行度の違いが見えるような表現が必要との意見があり、記載方法を検討した。

3) 評価マニュアルの作成

上記1)、2) および評価根拠となる情報や資料、改善点 (今後の課題)、その他評価指標に関する意見をもとにマニュアルとして整理した。

表2 検証協力市の評価結果
(テーマ「住民の健康意識が向上する」を抜粋)

評価項目	評価指標案	評価結果							
		1	2	3	4	5	6	7	
構造	①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働の場がある	○	△	△	○	△	○	○	
	②予算確保								
	4 健康づくり活動に関して、地域ニーズに見合った予算が確保されている	○	△	○	○	△	○	○	
	プロセス	③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・ターゲット層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重点で共有している	○	△	×	△	△	○	○
		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	○	△	△	△	△	○	○
		④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 (地域組織、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	○	○	○	△	○	○	○
⑤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		○	△	○	○	△	○	○	
12 自主活動等を活用したハリスクワへの個別支援と地域組織活動等とを組み合わせて継続支援を行っている	○	×	○	×	×	×	○		
13 を行う仕組み・取り組み (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	○	○	△	△	○	○	○		
⑥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働きかけを行っている	○	△	×	×	△	○	○		
⑦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	○	×	△	△	△	○	○		
⑧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) を検討している	×	○	△	△	○	○	○		
⑨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 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	○	○	○	△	×	○	○		
21 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) が増加する	○	○	○	△	△	○	○		
結果2	22 特定健診受診率が向上する	△	○	○	○	○	○		
23 保健指導実施率・終了率が向上する	○	○	○	△	△	○	○		
24 生活習慣に関する意識や行動が変化した住民 (個人、集団) が増加する	○	○	○	△	△	○	○		
結果3	25 健康寿命が延びる	△	○	△	△	×	×		
26 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	△	○	△	△	×	×	×		

○: はい、△: どちらともいえない、×: いいえ

No4のみ

◎: よくできている、○: まあまあできている、△: どちらともいえない、▲: あまりできていない、×: できていない (優先度が低く行っていない)

今後の課題

「健康づくり活動」からイメージされる範囲は自治体によって異なる。各自自治体の「重点課題 (心の健康など)」がきちんと取り上げられる評価指標が望まれている。このような意見も汲み取りつつ、検証協力者を増し、「評価指標 (2014版)」と「評価マニュアル案」の有用性の検証を行い、評価指標の精練とマニュアルの整備を図る。

保健師による保健活動の評価指標の検証 (その3: 高齢者保健福祉活動)

○石川貴美子 (神奈川県秦野市) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)
 大神あゆみ (労働科学研究所) 尾島俊之 (浜松医科大学)
 小西かおる (大阪大学大学院) 春山早苗 (自治医科大学) 平野かよ子 (長崎県立大学)
 福島富士子 (東邦大学) 藤井広美 (了徳寺大学) 山口佳子 (東京家政大学)

目的

地域保健活動の質を評価するために開発した評価指標のうち、高齢者保健福祉活動に関する評価指標について有用性を検証し、評価指標の改訂と評価マニュアルの作成を行う。

方法

5か所の市町村の保健師の協力を得て、高齢者保健福祉分野の活動を評価するための評価指標(54項目)を活用して評価を実施した。各項目について「できている、どちらともいえない、できていない」で回答し、根拠となる情報や資料、改善点(今後の課題)について情報提供を依頼した。調査結果について研究班員で討議し、評価指標を改善した。

結果 および 考察

1. 指標の有用性

54項目中「できている」と答えた数の割合が一番多かった自治体は74.1%、一番少なかった自治体は39.6%で、自治体による差が認められた。活動全体の評価につながる項目(結果1~結果3)で「できている」答えたのは29.1%にとどまっていた。

地域包括支援センターの運営方法、組織体制、保健師が担当する業務は自治体によって異なるため、保健師が直接担当していない項目もあった。

「できている」との回答が低かった項目

- (1)実態把握及び健康課題の明確化
- (2)保健医療福祉計画策定及び施策化
- (3)連携及び調整(ネットワークづくり)
- (4)評価に関する評価指標

→(1)~(4) 研究班員で議論し存続

評価指標の活用

- (1)高齢者保健福祉分野の保健師の役割の明確化
- (2)保健師の人材育成
- (3)活動の現状と課題(今後の方向性)の共有
- (4)経年的な評価

→保健師活動の質の向上に寄与

他職種とともに評価することや、評価結果を組織内に示すことで、高齢者保健福祉分野の保健師に期待できる役割を周知でき、高齢者保健福祉分野の保健師の適正配置にもつながると考える。

2. 評価指標の改訂及び評価マニュアルの作成

評価指標の活用を拡大するため、高齢者保健福祉活動の重点課題である地域づくり(ネットワークの構築)と認知症対策を強調するとともに、制度が変わっても経年的に使用できるよう表現を改めた。評価する者の負担を軽減するため項目数は42項目とし、併せて高齢保健福祉の評価マニュアルを作成した。

今後の課題

今後は検証協力者を増し、評価指標(2014版)と評価マニュアル案の有用性の検証を行い、評価指標と評価マニュアルの精練を図る。市町村の高齢者保健福祉活動に対する有用性の検証をする。

表1 協力市町村の状況

	人口	高齢化率	地域包括支援センター
A	5~10万人	28.8%	直営
B	15~20万人	11.7%	直営・委託
C	5万人以下	29.5%	直営
D	15~20万人	20.3%	委託
E	40~45万人	24.9%	委託

表2 5自治体の回答結果

N=53~54

	できている		どちらともいえない		できていない	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
A	35	66.0	9	17.0	9	17.0
B	29	53.7	15	27.8	10	18.5
C	21	39.6	14	26.4	18	34.0
D	26	48.1	22	40.7	6	11.1
E	40	74.1	14	25.9	0	0

表3 協力市町村の評価結果

評価項目	評価項目					評価項目	評価項目				
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	1	1	1	1	1	27	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	28	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	29	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	30	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	31	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	32	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	33	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	34	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	35	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	36	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	37	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	38	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	39	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	40	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	41	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	42	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	43	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	44	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	45	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	46	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	47	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	48	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	49	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	50	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	51	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	52	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	53	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	54	1	1	1	1	1

保健師による保健活動の評価指標の検証 (その4: 精神保健福祉活動)

○山口佳子 (東京家政大学) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)
石川貴美子 (神奈川県秦野市) 大神あゆみ (労働科学研究所)
尾島俊之 (浜松医科大学) 小西かおる (大阪大学大学院) 春山早苗 (自治医科大学)
平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (東邦大学) 藤井広美 (了徳寺大学)

目的

地域保健活動の質を評価するために研究者らが開発した指標のうち、精神保健福祉活動に関する評価指標について有用性を検証し、評価指標の改訂と評価マニュアルの作成を行う。

方法

調査協力の得られた4県4保健所に対し、平成25年11月に評価指標検証シートを送付し、平成24年度の保健活動について評価してもらった。同年12月、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。

得られた意見をふまえて研究班で検討し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行った。

結果 および 考察

1. 指標の有用性

「こういう視点が必要だと気づかされた」「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」「地区診断をしないといけないと思った」「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」等の意見が得られた。これらの結果から、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、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。

2. 評価指標の改訂

評価指標を52項目から46項目に整理した。「保健所による活動」と「保健所以外による活動」の評価欄を明確に分け、さらに「保健所管内全域」と「市町村ごと」に分けた。「たいていあてはまる」や「積極的に行っている」等の選択肢は、可能な限り数値を記入するようにした。

表1 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

評価項目	評価内容	評価方法
1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	1-1-1-1-1-1-1-1. 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

表2 自殺予防

評価項目	評価内容	評価方法
1. 自殺予防	1-1. 自殺予防	1-1-1. 自殺予防
1-1. 自殺予防	1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1. 自殺予防
1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1-1. 自殺予防
1-1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1-1-1. 自殺予防
1-1-1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1-1-1. 自殺予防	1-1-1-1-1-1-1. 自殺予防

エクセルで入力する
評価シートを作成

- 桃色: 文字を記入する
- 緑色: あてはまる選択肢を太字にする
- 黄色: 数値を記入する
- 水色: 自動的に計算されるため入力不要

3. 評価マニュアルの作成

調査でわかりづらいとの意見があった部分を説明するために、評価マニュアルは以下の構成とした: 評価指標の目的と意義、評価の方法、評価対象とする活動、各評価指標の解説、引用・参考文献。

今後の課題

評価指標の改訂版と評価マニュアルを用いて保健師活動を実際に評価することにより、評価指標と評価マニュアルの精練を図る。また、市型保健所の活動に対する有用性についても検証する。

保健師による保健活動の評価指標の検証（その5：感染症対策）

◎春山早苗（自治医科大学）荒木田美香子（国際医療福祉大学）
石川貴美子（神奈川県秦野市）大神あゆみ（労働科学研究所）
尾島俊之（浜松医科大学）小西かおる（大阪大学大学院）平野かよ子（長崎県立大学）
福島富士子（東邦大学）藤井広美（了徳寺大学）山口佳子（東京家政大学）

目的

地域保健活動の質を評価するために研究者らが開発した指標のうち、感染症対策にかかわる保健活動の評価指標について有用性を検証し、評価指標の改訂と評価マニュアルの作成を行う。

方法

4県における保健所保健師を対象とした研修の一環として、評価シートによる評価を行ってもらい、評価指標の表現や評価に必要な情報・資料等の意見交換を行った。
3県の各1カ所の保健所の感染症担当保健師に評価指標を用いて平成24年度までの保健活動を評価してもらった。その後、評価指標の有用性、評価に必要な情報・資料と評価作業に取り組む上での課題等を話し合った。話し合いは2保健所は各2回、1保健所は各1回行った。

結果および考察

- 評価から見てきた保健活動の課題**：「予防接種に関わる活動の不足」「学校における感染症対策マニュアル作成への支援強化」「発生時対応だけではなく予防や啓発における保健所の役割発揮」「管内市町村との関係づくり」等があげられ、取り組みを開始した保健師もいた。
- 指標の有用性**：「継続実施が必要な活動、効果が見られず改善が必要な活動等を検討できた」「担当保健師の思いだけで実施していたことが可視化された、担当部署内外で共有できる」「評価指標により感染症対策における保健活動の考え方を確認することができた」「県内全保健所で実施すれば県全体や保健所間比較による評価もできるといった等」等の意見が得られ、評価指標の有用性が示唆された。
- 評価作業上の課題**：「評価に必要なデータをそろえることに時間がかかる」「思ったよりも使用できる既存データがなかった」「保健所の事業報告書の掲載内容や本庁へ報告する集計表の見直し、結核登録票やDOTS記録票からデータを収集できるフォーマットの必要性」等があげられた。

表 感染症対策分野の評価指標（2013年度版）の検証結果（71項目中21項目抜粋）

評価項目	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
プロセス	2. 国内外の結核発生発生率、まん延状況(国内外外国人の結核発生率)を収集している	結核発生率 結核の統計(結核予防会)、結核研究所等	「把握している」とした方がよいのではないか。
	3. 管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併症が高い患者(HIV、じん麻疹、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	医療機関における結核対策に関する資料	「結核合併症(「菌」)に患者を入れた方がよいのではないか。高齢者の割合について、定期調達が実施されているか、有害状態・体調不良時に早期発見がなされているか、が重要であり、このようなことが評価できる項目がある」とい。
結果	5. 結核の普及啓発活動をしている	作成したパンフレットや啓発物の数 の掲示やポスターの掲示 「フレンドシップ」の配布 等 「ホームページ」等の普及活動の実施状況	「イメージがつかない、ハイリスカに関するものは、地区把握を任せて、ターゲットを絞る必要がある。プロセス評価であるので、実施回数で評価することよいか。」
	13. 患者届出の受理後、保健師等が患者と面談するまでの期間(目安は1週間以内)	結核登録票	「入館調査は12時間以内であるので、目安は3日以内とすべきではないか。」
結果	17. 管内市町村のBCG予防接種率の向上(目安:生徒6か月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	市町村からの報告書	「結核に関する特定感染症予防指針ではBCGの接種対象年齢における接種率の目標値が80%以上である、とある。」
	18. 管内市町村の定期健康診断受診率の向上(全体、高齢者、ハイリスク・デンジャーグループ等)	市町村からの報告書	「全体」は必要ない。 「市町村が健康診断の受診率を定めている。保健師等では把握できるが、患者などのようにして把握するか、地域の把握ができていない。外国人や在留不届者の良いかどうか。市町村からの報告で把握できるが、保健師の啓発活動の評価としては難しい、必要性がある。」
結果	20. 結核患者(特に高齢者、ハイリスク・デンジャーグループ)の自覚症状出現時～受診までの期間短縮	結核登録票	「結核患者登録から1か月以上して受診する方は多いのではないか。結核発生(結核)と推定される発症日や発症年月日の記載がないことが、NESIDだけで把握を難しくしている原因か。 地区保健師の基準マニュアルとして知っている必要情報もあるが、患者登録から情報を引き出すことについては作業量が多くなる。」
	21. 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	コホート検討会の結果	「服薬中断率でなく潜在的結核患者。 服薬中断率は1年以内は、治療で改善することではないか。「結核治療の成功率の向上」は指標としては適切ではないか。 「期間」は指標として適切か。その他、服薬の増加の理由も注釈が必要である。NESIDから、入力できていない現状がある。患者登録を見直し、入力に際する時間を確保する必要がある。4-6ヶ月後の服薬率を把握していない健康観察も、その場合はNESID上、「治療」とならない。 「健康観察」が難しくてもよいのではないか。 NESIDを活用して、管理診断や検査不明調査で評価をしてもよいのではないか。 服薬中断率の減少は予防措置(あり)治療終了後のそのそれ以外の者の再発率の減少に効果があるからという点も、1週間終了後の定期健康診断や再調査を減らすことがよいかではないか。」
結果	22. 結核患者の再発率の減少	結核登録票	「保健師からの再発率の減少は、報告書があれば評価できるとは思いますが、保健師から把握できているかは、確認した方がいいのではないか。」
	23. 管内の結核患者の減少(特に高齢者、ハイリスク・デンジャーグループの患者率)	管内市町村報告書	「管内市町村報告書では、報告書があるだけで健康観察が足りていないので、管内全体でみていく必要がある。」
プロセス	24. 結核の集団感染の減少	集団感染ではない集団発生。 発生する時には発生する上で、評価指標となるか。 数が多いので、見直しが必要か、 「ターゲット」を絞る必要がある。集団感染の減少はどのようか。	
	26. 多剤耐性結核患者の発生人数・結核患者に占める割合の減少		「新たな多剤耐性結核患者」とした方がよい。
プロセス	37. 感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている		「感染症対策に関する保健計画がない。 保健計画とは、地域保健医療計画のことか。」
	40. 感染症に関する検診・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)の受診者数が増える	保健師等報告書等におけるHIV抗体検査、検便・結核予防検便、検便検査実施回数等の実施状況	給食従事者の検便数の把握は困難である。
プロセス	42. 感染症対策に関する会議を年1回以上開催する管内の医療機関・介護老人保健施設・社会福祉施設等が増える		「感染症対策に関する会議を定期的に開催していない施設に声をかけている。 対策推進の会議の上で追加し、追加を定定する監視機関等で評価することは可能か。 健康観察で把握した活動が実施されているか確認する必要がある。」
	43. 感染症の集団発生、患者数、感染者の減少	集団発生件数、患者数、感染者の増加の経年変化(少なくとも過去3年度以上)のデータ	「集団発生といっても検出時に限らず、また件数の多い少ないが多い、評価が難しい。 「集団発生」の定義が明確でない。発生する場所も評価の観点から異なるのではないか。 「集団発生」の定義を明確にする必要がある。発生する場所も評価の観点から異なるのではないか。 「集団発生」の定義を明確にする必要がある。発生する場所も評価の観点から異なるのではないか。
プロセス	49. 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		「発生時に関わる情報は保健師、検便や介護老人保健施設の場合は登録簿等へ情報集約し、発生時に活用しているか。定量化されているのか。 共通のデータとして共有しているのか。 「発生時」に関わる情報は保健師、検便や介護老人保健施設の場合は登録簿等へ情報集約し、発生時に活用しているか。定量化されているのか。 共通のデータとして共有しているのか。」
	51. 発生時に隣が近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		「難しい。市町村の役割ではないか。 「情報提供」に迅速な対応が必要を把握し、情報提供のルートが確保されている」としてはどうか。 「住民が反応しない」としてはどうか。 「発生時には速く知らせる」としてはどうか。 「発生時の反応が弱い」としてはどうか。 「日常的にデータ収集が難しい。」
結果	70. 診断の遅れや症状が悪化したケースの減少		「新規感染患者さん増えたり遅延を受けたりするケースがない、としてはどうか。 「遅い、悪化は危険である。」
	71. 新興感染症等まん延時に罹患しや差を受けられる感染者が少ない		「新興感染症等まん延時に罹患しや差を受けられるケースがない、としてはどうか。 「遅い、悪化は危険である。」

今後の課題

今後は、「評価指標（2014版）」と「評価マニュアル案」を用いて保健師活動の評価を行う検証協力者に加え、評価指標及び評価マニュアルの精練を図る。

4. 評価指標の改訂と評価マニュアルの作成

1) 保健師の意見に結核の特定感染症予防指針も考慮して、19項目の表現等を見直し、「高齢者施設における結核の早期発見・早期対応のための対策を把握している」「新規登録者初回面接の実施率（喀痰塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に）」の2項目を追加し、73項目の評価指標とした。

2) 3 研修会における評価に必要な情報・資料についての意見交換及び 3 保健所の評価作業で実際に収集する必要のあった情報・資料から、NESIDのデータや結核管理図・指標値の活用も考慮して評価に必要な情報・資料を検討した。また、これらの過程で出された意見や質問等に基づき、評価の考え方・視点を検討した。以上から、評価指標活用のための評価マニュアルを作成した。