

リレーション活動支援事業」が創設された。

新たに創設された事業は、全てが地域の実情に応じて展開することとなっている。つまり、「地域活動や統計情報、住民の健康状態を把握し、明らかになった健康課題に優先順位をつけ、PDCA サイクルに基づく事業の展開・評価をする」ことが必要であり、これらは保健師活動の専門性である。しかし高齢者保健福祉分野で活動している保健師は保健分野に比べ配属数はすくないことから、保健師が新たに事業を立ち上げる際に参考にできる詳細な活動指針が必要と考える。

また、2025年問題の解決にむけ市町村保健師がどこまでかかわれるのかは、市町村で活動している保健師個々の努力も必要であるが、保健師を雇用する市町村に「高齢者保健福祉分野で保健師をどう活用すべきか」について示すことが必要と考える。

また、高齢者保健福祉分野でリーダー的な役割を担っている保健師が、将来的な展望をふまえ事業展開できるようにするためにも、高齢者保健福祉分野の保健師の専門性や活動範囲、今後担うべき役割について、評価指標を活用し活動指針等を提示されることを政策提言したい。

5. 高齢者保健福祉分野における標準化された評価指標

本調査結果を分析し、「27年度版評価指標」のわかりにくい評価項目の表現を改め、評価の際の負担を軽減するため、項目数についても2項目減少させ、28項目からなる標準化された高齢保健福祉活動の評価指標を作成した。

E. 結論

「27年度版評価指標」及び評価マニユ

アルについての全国調査結果を反映させ改訂することで、標準化された高齢者保健福祉分野の保健活動の評価指標を開発することができた。しかし、高齢者保健福祉分野の保健師活動の内容や役割分担は自治体によって大きく異なっているため、評価マニュアルはさらなる改善が必要であり、高齢者保健福祉分野の保健活動の詳細な活動指針が必要と考えられた。

F. 引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成26年度厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2015
- 2) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成25年度厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業） 総括・分担研究報告書，2014
- 3) 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（政策総合研究事業）平成22～24年度 総合研究報告書，2013

G. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会、長崎、2015.11に発表

H. 知的財産権の取得状況

なし

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（東京家政大学看護学部看護学科）

研究要旨 本研究の目的は、地域における精神保健福祉活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することである。研究最終年度となる今年度は、これまでに研究者らが開発してきた指標について、全国の保健所486か所を対象として、評価指標の表現の「わかりやすさ」及び指標としての「重要性」に関する質問紙調査を行い、222か所（回収率45.7%）から回答を得た。また、県型保健所1か所及び管内市町村2か所の協力を得て、評価指標及び評価マニュアルを用いて保健活動を実際に評価してもらい、評価指標と評価指標マニュアルをよりよいものにするための話し合いを通して聞き取り調査を行った。これらの結果をふまえて、評価指標を改訂し、評価指標マニュアルについては、別冊で作成していたものを詳細版として改訂するとともに、簡略版を新たに作成して評価指標に併記した。

A. 研究目的

本研究の目的は、地域における精神保健福祉活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化された評価指標を開発することである。

研究最終年度となる今年度は、これまでの研究^{1)~3)}を通して開発してきた評価指標及び評価マニュアルを、全国で活用できる標準化されたものとするために改訂することを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

1年目の平成25年度は、平成22年度から24年度までの厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」¹⁾で作成した「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」及び「自殺予防」に関する評価指標を用いて、4県4保健所で精神保健福祉活動を評価してもらうことにより、評価指標の改訂及び評価指標マニュアルの作成を行った²⁾。

2年目の平成26年度は、引き続き協力の得られた3県3保健所で、平成25年度の研究

結果をふまえて改訂・作成した評価指標及び評価指標マニュアルを用いて実際に評価してもらうことにより、評価指標及び評価指標マニュアルの改訂を行った³⁾。

3年目の今年度は、平成26年度の研究成果をふまえて改訂した評価指標及び評価指標マニュアルについて以下の2つの調査を行い、評価指標及び評価指標マニュアルを改訂した。

1. 評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルの有用性に関する調査

平成26年度に改訂した評価指標及び評価指標マニュアルを研究班員で検討し、平成27年度調査用の評価指標及び評価指標マニュアルを作成した。

全国の保健所1,458か所から1/3にあたる486か所を無作為抽出し、無記名自記式調査票及び評価指標マニュアルを送付して、評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルについてたずねた。

評価指標の「わかりやすさ」とは、その評価指標が何をたずねているのかがわかりやすいかであり、「5.わかりやすい、4.ややわかりやすい、3.どちらともいえない、

2. ややわかりにくい、1. わかりにくい」から1つだけ選んでもらうようにした。

評価指標の「重要性」とは、評価指標の目的（活動の方法や成果を確認するとともに、課題を明らかにして活動の改善や発展に役立てること）を達成する上での重要性である。「5. 重要である、4. やや重要である、3. どちらともいえない、2. あまり重要でない、1. 重要でない」から1つだけ選んでもらうようにした。

また、評価指標のわかりやすさや重要性に関する意見や提案等を自由に記述してもらった。

評価指標マニュアルについては、評価指標について回答する際にどの程度読んだか、評価指標マニュアルは役に立つと思うか、どのような点で役に立つと思うかを選択肢で、どのような記載があれば役立つか等の意見を自由に記述してもらった。

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月までであった。

〔倫理的配慮〕

調査協力依頼文に、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ないことのないよう配慮することを記載し、回答をもって同意とみなした。本調査は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

評価指標及び評価指標マニュアルを用いて、E県F保健所並びに管内のG市及びH市にそれぞれ評価してもらったのち、評価結果を持ちより、研究参加者及び分担研究者で話し合うことにより、指標のわかりやす

さや重要性、評価に用いた情報及びその収集方法、評価を行う上での課題や解決策、評価結果の活用方法等についてききとり調査を行った。

1)平成27年7月、エクセルで作成した評価指標の入力シート（以下、評価シート）及び評価指標マニュアルをF保健所宛に電子メールで送付し、G市、H市にはF保健所から配信してもらった。

2)平成27年8月6日（木）10:00～12:15

F保健所の調整により、F保健所、G市、H市の研究参加者にF保健所に集ってもらった。分担研究者から評価指標の趣旨や内容について説明したのち、質疑応答・意見交換を行った。

3)平成27年12月15日（水）

F保健所、G市、H市に、評価シート及び評価マニュアルを用いて平成26年度の活動をそれぞれ評価してもらった。これをF保健所に1枚のシートにまとめてもらい、分担研究者宛に電子メールで送ってもらった。

4)平成27年12月18日（金）9:00～11:55

5)平成28年1月27日（水）13:45～16:15

2回にわたってF保健所に研究参加者が集まり、3)の評価シートについてそのように評価した根拠、評価に必要な情報及びその収集方法、評価を通して見えてきた現状や課題等を確認しあいながら、評価指標及び評価マニュアルのわかりにくかった部分や改善策、意義等について話し合った。

F保健所、G市及びH市の概要並びに話し合いの参加者の内訳を表1に示す。「話し合いの参加者」の)数字は小見出しで示した話し合いの日時を、所属部署や職種の右側の数字は各回の参加者数である。

2)4)5)の話し合いで出された意見は、分

担研究者がその場で詳細なメモをとり当日中に清書したものを、研究参加者に確認してもらった。

表1 研究参加者の概要

E 県 F 保 健 所	管轄地域：人口約31万、2市町			
	保健所保健師：総数9人			
	精神保健福祉担当福祉職：2人			
	話し合いの参加者： 2) 4) 5)			
	・企画管理課保健師	1	1	1
	・保健予防課長(保健師)	1	1	1
	・精神保健担当福祉職	1	1	1
G 市	人口：約23万			
	市保健師：総数34人 (再掲) 保健部署24人 精神障害者福祉部署3人			
	話し合いの参加者： 2) 4) 5)			
	・統括保健師	0	1	1
	・障がい福祉課保健師	2	1	0
	・障がい福祉課長(事務職・福祉職)			
		0	1	1
H 市	人口：約8万			
	市保健師：総数13人 (再掲) 保健部署9人 精神障害者福祉部署3人			
	話し合いの参加者： 2) 4) 5)			
	・統括保健師	1	1	1
	・保健部署保健師	1	0	0
	・障がい福祉課保健師	0	1	1

[倫理的配慮]

研究の意義・目的、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、個人情報取り扱い、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、口頭及び文書による説明を行い、保

健所及び2市の研究参加者の代表者からそれぞれ同意書を得た。本調査は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 結果

1. 評価指標のわかりやすさ及び重要性、評価指標マニュアルの有用性に関する調査

1) 回答者の属性

47都道府県の保健所486か所のうち、京都府及び宮城県を除く45都道府県の222か所から回答を得た(回収率45.7%)。内訳は県型保健所175か所78.8%、市型保健所47か所21.2%であった。

2) 評価指標について

評価指標のわかりやすさ及び重要性について、研究方法1によって得られた結果を表2に示す。

(1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

評価指標のわかりやすさについて、「5.わかりやすい」または「4.ややわかりやすい」と回答した割合(以下、<わかりやすい>)が75%に満たなかった分類B、Dは33項目中12項目(36.7%)であった。主な内訳は、保健所以外による活動に関する評価項目(指標7.2),9.2),10.2),11.2)3)、主観的に評価する項目(指標16)、措置入院を繰り返す精神障害者に関する項目(指標20.2)3))等であった。

重要性について「5.重要である」または「4.やや重要である」と回答した割合(以下、<重要である>)が75%に満たなかった分類B、Dは、33項目中15項目(45.5%)あり、<わかりやすい>も低かった分類Dは9項目(評価指標7.2),9.1)~10.2),11.2)3),16,20.3))であった。指標「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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、〈わかりやすい〉が52.3%、〈重要である〉が35.2%といずれも低く、自由記述からは、〈評価者によって判断が分かれる〉との意見が7件抽出された。

プロセスの《地域の健康課題としての対応》（指標12～15）については、〈わかりやすい〉はいずれも75%以上であったが、〈重要である〉は、保健所以外が関係者や住民に行う働きかけに関する項目（指標14.2,15.2,17,19）では70%前後となっていた。

(2)自殺予防

〈わかりやすい〉が75%に満たなかった分類B、Dは38項目中7項目（18.4%）、〈重要である〉が75%に満たなかった分類C、Dは同15項目（39.5%）であった。

〈わかりやすい〉が75%に満たなかった7項目（指標35.2,36.2,37.2,38.2,39.2,42）はすべて〈重要である〉も75%に満たなかった。そのうち指標42を除く6項目は保健所以外の活動に関するものであった。また、〈わかりやすい〉が75%以上で〈重要である〉が75%未満の分類B 8項目のうち、指標「31.住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ：1）保健所による活動」以外の7項目も、保健所以外の活動に関するものであった。

(3)全体

自由記述から評価指標に関する部分を抽出し、内容の類似性からカテゴリー化した。

評価に必要な情報の収集については、「管内の医療、福祉の状況を把握すること

は、地区診断やケアシステムを構築する上で大変重要と認識している。しかし、実際は、医療機関や事業者が個別事例を支援する 경우가多く、全体の件数を把握することは、大変困難なように思える」「保健所以外の活動を把握するのが難しいと感じた。関係機関に情報を求めるのか、把握している情報で行うのか判断できるように記載してであると良いと感じた」等〈保健所以外の活動については把握が困難〉27件であった。

また、「受療支援という項目が地域保健事業報告にはないため、評価をするためには新たに台帳に加える必要がある。また関係機関との連絡はコーディネートにあたり、現在数が計上されておらず、新たに集計をする必要が生じる」「アンケートに答える際、記録を見直さないとわからない内容は回答が難しい。（人事異動があるので）年度内に実施した分なら可能と思うが」等、〈数値の把握が困難〉も14件抽出された。この他、〈既存の統計報告とリンクできるとよい〉も5件抽出された。

さらに、「このような視点をもってデータを集めれば保健所の協議会等の資料として活用できると感心したが、項目が多いと思った」「保健師活動を目にみえる形で評価できるのはとても有意義だと思う。しかしこの評価指標を計上する業務量が確保できない現状もある」等、〈評価指標の項目が多い・評価に時間がかかる〉が19件抽出された。

評価における判断については、指標16等、評価者が主観的に判断する必要がある項目について〈評価者によって判断が分かれる〉が13件抽出された。

また、受療支援については、未治療・治

療中断の精神障害者には人格障害や発達障害等を含むのか、治療中断予防とはどこまで含めるのか等、自殺予防については、自殺予防活動や自殺のハイリスク者、住民や関係者をどう定義するか等、＜評価対象の定義の明確化が必要＞12件も抽出された。

評価指標のわかりやすさについては、「日頃、評価の視点で情報把握していたことが、評価指標として整理されていてわかりやすかった」という肯定的な意見がある一方で、文章が長くてわかりづらいという意見もあった。なお、「わかりやすさで『1.わかりにくい』としているのは、意味はわかるが回答困難ということでチェックしている」との記述もあり、質問の趣旨とは異なり、「評価しやすさ」を回答したものが含まれていることがわかった。

重要性については、「地域の課題など評価するには大切な視点が入っていると感じた」等の肯定的な意見もあった。

3) 評価指標マニュアルについて

精神保健福祉分野の評価指標マニュアルはA4版35ページに及ぶため、別冊にして調査票と一緒に送付した。

調査票回答時に評価指標マニュアルをどの程度読んだか、選択肢でたずねた結果を表3に示す。「2.全体を斜め読みした」46.5%、「3.わかりにくかった部分だけ読んだ」37.8%の順で多かった。

評価指標マニュアルは役に立つと思うかたずねた結果、表4に示すように、「1.役に立つと思う」または「2.やや役に立つと思う」が9割近くを占めた。

評価指標マニュアルがどのような点で役に立つと思うか、複数回答でたずねた結果を表5に示す。「2.何を計上すればよいの

か、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる」「1.評価指標が何を意図しているのかがわかる」はいずれも半数を超えており、「3.評価指標の活用方法についてヒントが得られる」についても半数近くが選択していた。自由記述でも、「評価指標マニュアルを参考に日頃の保健活動を見直すきっかけとなった。本市で実施している評価では不十分であり多面的な指標マニュアルはとても参考になった」「精神保健福祉分野では質の評価指数を考えることが難しいと感じていたので、事業評価する際に大変参考になる」「具体的に記載があるので自らの勘違いに気付く機会になった」「地域保健・健康増進事業報告の活用方法や集計での注意点が記載されており、とても参考になった」等、参考になったという意見が抽出された。一方で、「マニュアルのボリュームがありすぎる」「他分野のように指標欄に評価の情報源があれば、マニュアルを見比べなくてもいい」等の意見もあった。

2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

(1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

「受療支援」については「病名不明や、精神障害者保健福祉手帳を持っていないケース等については保健センターが同行受診等の支援を行っている。精神科医療につながった後や、手帳取得者に対しては障がい福祉課が対応している」等、市町村でも日常的に幅広く取り組まれており、どのようなケースを「受療支援」として計上するかが課題となった。

「構造」に関する指標1～3については、保健所のみ評価することにしてはいたが、G市から「障がい福祉課では保健師が家庭訪問するための交通費等は庶務予算の中に含まれている。将来的に予算要求するためにも、市町村でも予算に関する評価指標があった方がよい。具体的な内容は備考欄に書く」との意見が出された。

《個別ケースに対する受療支援》の指標1～11は、働きかけた人数等を具体的に計上する必要があるが、「受療支援」は地域保健・健康増進事業報告等、国への報告事項に位置づけられていないため、保健所も市町村も集計していない。F保健所では、精神保健福祉に関する相談が年間千件を超えていることから、援助記録を読み返して該当者を抽出し、集計することは困難である。また、E県の保健所では、国への報告様式に沿って県精神保健福祉センターが作成している県内共通の報告様式を使っているため、F保健所が独自に項目を増やすことができない。そこで、保健所から「報告様式を変えるのではなく、ケース台帳に『未治療・治療中断の受療支援』の欄を追加する等して、保健所として集計できるようにするとよい」との提案がなされた。

指標「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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、「当該年度に関わった人がどうなったかは、単年度で評価していかないとわからなくなる」

「単年度では変化は見えない」「関わる回数が少ないと変化をつかみづらい」「個々

のケースの変化よりも、関係機関とのネットワークについて評価する方がよい」等さまざまな意見が出された。議論の結果、この指標は削除し、指標「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・再開に至ら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」のみでよいこととした。

(2)自殺予防

自殺予防については、2市とも積極的に取り組んでおり、市の研究参加者から、指標「24.自殺予防に組織横断的に取り組む体制がある」について「市内だけでなく市外との連携についても項目を追加するとよい」等、具体的な案が多数出された。

指標32～34の「自殺のハイリスク者」は、自治体によって計上したケースが異なっており、どのようなケースを計上するかが議論となった。研究参加者からは、人数ではなく、どのようなケースを計上したか記述する方法が提案された。

指標「42.自損行為に対する救急車の出動件数が減少した」については「市から消防に問い合わせるとすぐに数値が出てくる」「『予防』という観点からは、この指標は残した方がよい」との意見があった。

(3)受療支援と自殺予防に共通する構造

平成25年度の研究成果から、受療支援と自殺予防に共通する「構造」に関する評価指標を作成し、平成26年度の調査から導入した。平成27年度は、回答者の負担を考慮して研究方法1の調査項目には含めず、研究方法2で研究参加者に実際に評価してもらったのち、話し合いを行った。

「共通5.精神保健福祉士」については、E県保健所で精神保健福祉業務に従事して

いる福祉職は精神保健福祉士とは限らず、他にも同様な自治体があると思われるため、「精神保健福祉士等、福祉職」と表現を修正する必要性が提案された。

「共通7.精神保健福祉活動に関わる主な社会資源1)医療機関(1)措置入院が可能な病院」については、「医療保護入院は近隣の病院になるが、措置入院先は輪番なので近くの病院になるとは限らない。県が作成した県内の一欄表があればよい」「数をあげるときりがない」等の意見から、当該年度中に管内住民が措置入院や医療保護入院をしたことのある医療機関について、管内・管外に分けてどこが何件か書くようにした。

(4) 全体

項目数が多いので、可能な限り減らしてほしいとの意見が出された。

D. 考察

1. 評価指標の改訂

研究方法1、2の結果をふまえて分担研究者が作成した評価指標の改訂案を研究班員で協議し、表現の修正、削除や統合、順番の入替等を行い、別紙の通り改訂した。主な改訂点を以下に述べる。

1) 優先度の記載

評価に要する作業量を軽減し、評価指標を活用しやすくすることを目的として、評価指標の「優先度」を設定し、別紙評価指標及び表2に示した。1年程度では変化しないと思われる評価指標については、毎年度ではなく3～5年に1回評価すればよいこととし、必ず評価する指標(☆☆☆)、できるだけ評価する指標(☆☆)、評価することが望ましい指標(☆)に分類した。毎年度評価する指標についても同様に★★★～

★に分類した。

研究方法1の結果、保健所以外の活動に関する指標の多くは<重要である>が75%に満たなかったため、原則として★★または★とした。ただし、精神保健福祉活動においては市町村の役割の拡大や実践活動の担い手の多様化が進み、保健所には、健康課題を抱えた個人や家族、近隣住民等に対して直接的な支援を行うだけでなく、管内市町村等の関係機関や住民による活動の実態と課題を広域的・専門的な立場から俯瞰し、関係機関や住民による活動を支援する役割が求められている。そのため、本評価指標は、保健所が住民個人や家族に直接行った援助のみならず、関係機関等に対して保健所が行った支援、さらには市町村をはじめとする関係機関や住民による活動の把握状況についても評価するものとして開発した。保健所以外の活動に関する指標については、保健所が管内市町村等に活動状況を照会し、とりまとめを行った上で、精神保健医療福祉関係者の連絡会等で報告することにより、地域における精神保健福祉活動の現状や成果を確認・共有し、課題や今後の活動のあり方について検討するためのツールとして活用してもらいたい旨、評価マニュアルに記載していた。しかし、研究方法1の自由記述から、その点が回答者に伝わっていないことがわかり、このことが指標のわかりやすさや重要性が低く評価される要因になったのではないかと考えられた。そこで、その旨を評価指標にも記載することとした。

保健所の活動に関する指標でも<重要である>が75%に満たなかったものは、表2の通り★★または★に分類するか削除した。

2) 評価対象の定義の明確化

研究方法1、2の結果、評価対象の定義を明確化する必要性が明らかになった。そこで、「受療支援」の評価対象は「精神保健福祉法22～26条にもとづく申請・通報があり対応したケース、精神科を受診させてほしいと相談のあったケース（関係機関からの連絡や近隣苦情を含む）、それ以外の理由で把握したが精神科医療につなぐ必要があると判断したケース」と定義した。

「自殺のハイリスク者」については、「地域保健・健康増進事業報告（以下、事業報告）の『精神保健福祉（相談等）』で『自殺関連』として計上しているケース」と定義した。これに伴い、評価指標36及び37を統合して「35.自殺に関する相談が増えた」とし、同報告の数値をそのまま引用して評価できるようにし、評価対象の定義の明確化とともに、作業量の軽減を図った。

3) 評価指標の削除、評価方法の省力化

受療支援の「結果1」の指標16については、研究方法1で<わかりやすい><重要である>がいずれも低く、研究方法2でも、指標16は削除して指標17のみでよいとの意見でまとまった。そこで、指標16を削除し、指標17のみを残して指標14と改訂し、優先度を★★とした。

受療支援の指標「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」については、国への報告義務がないため数値の把握が困難であり、研究方法2ではケース台帳の工夫が提案された。しかし、全国的に行うことは困難と考えられ、研究方法1でも<重要である>が75%に満

たなかったため、「16.指標15の精神障害者が治療中断せず地域で生活できるよう、精神科治療の開始・再開後に保健所が何らかの支援を行った」と改訂し、具体的な人数ではなく「a.必要な場合はたいてい行った」等の選択肢で評価するようにした。

自殺予防の指標「34.ハイリスク者へ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」も同様に、人数ではなく選択肢で評価するように改訂し、指標31とした。

研究方法2の結果、具体的な評価指標が新たに多数提案されたが、項目数を減らすため、今回は追加を見送った。

2. 評価指標マニュアルの改訂

評価指標マニュアルについては、別紙のとおり、簡略版を新たに作成して評価指標に併記した。また、従来の別冊は詳細版として指標の改訂に合わせて改訂した。

現場で活用しやすいよう、改訂後の評価シート及び評価指標マニュアルの詳細版は、「日本保健師活動研究会」のホームページ <http://the-hokenshi.com/> で閲覧・ダウンロードできるようにする予定である。

3. 今後の課題

精神保健福祉活動の実態を統計データで示すことは、必要な人員や予算を確保するために必要であるが、現行の事業報告等で把握できる情報には限界がある。本評価指標はそうした限界を補うことも意図していたが、国への報告義務のない項目については数値の把握が困難であり、評価指標の活用を困難にしていた。そのため、精神保健福祉活動の評価に必要と考えられる以下の項目を、国の事業報告等に採用されるようにすることが課題である。

1) 未治療・治療中断の精神障害者への受療支援(指標5~7=改訂後の指標4~6)

受療支援には多大な労力を要し、精神保健福祉活動の中でもかなりの割合を占めているものと推測される。しかし、事業報告の「精神保健福祉(相談等)」には「受療支援」の項目がなく、「明らかに精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談」は「心の健康づくり」に計上することになっている。事業報告に「受療支援」の項目を新たに設け、受療支援を行った精神障害者の実人員、把握経路、方法別延人員が集計できるようにすることが必要である。

2) 受療支援における不在・拒否(指標7.1)=改訂後の指標6.1))

受療支援においては、本人や家族等に接触できないことも少なくないが、あきらめず根気強く働きかけを続けることが重要である。しかし、事業報告では被指導延人員を計上することとされており、拒否や不在等の場合は計上できない。拒否や不在も別途計上できるようにすることが必要である。

3) 関係機関との連携・協働(指標8,34=改定後の7,31)

保健活動においては関係機関との連携・協働が不可欠であり、活動量に占める割合も高いと思われる。しかし、事業報告には、「連絡調整に関する会議」以外にそうした「関係機関との連携・協働」について報告する項目はない。3年ごとに行われている保健師活動領域調査(活動調査)では「コーディネート:個別、地域」として時間数のみ報告することになっている。すなわち、どのような問題を抱えたケースについて、どのような関係機関と連携・協働をどれだ

け行ったかは不明である。会議以外の方法による連絡調整、関係機関との同行訪問等、関係機関との連携・協働に関する統計報告の充実が必要である。

D. 結論

研究者らが開発した評価指標と評価マニュアルについて、全国保健所への質問紙調査並びに県型保健所及び管内市での評価の実施及び話し合いによるききとり調査の結果から、優先度の設定、評価対象の定義の明確化、評価指標の削除や評価方法の簡略化、文章表現の修正等の改訂を行った。

【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22~24年度 総合研究報告書,2013.
- 2) 平野かよ子他:保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究,平成25年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書,2014.
- 3) 平野かよ子他:保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究,平成26年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書,2015.

F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会(2015年11月、長崎県)にて発表。

G. 知的財産権の取得状況

なし

表2 評価指標のわかりやすさ及び重要性

枠組	評価指標						調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類		
	評価指標	保健所管内全域	管内市町村ごと (市町村名)		管外市町村	わかりやすさ			重要性							
			人	%		5, 4	3	2, 1	5, 4	3	2, 1					
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	a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない				85.4	14.2	0.5	77.2	15.5	7.3	1.1) ☆☆☆	A			
	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	a.はい b.いいえ				85.4	12.3	2.3	84.5	10.0	5.5	2.1) ★★	A			
	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	a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない				78.6	16.4	5.0	83.2	9.5	7.3	3.1) ☆☆	A			
	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	a.保健所に配置されている →職種 b.保健所以外に配置されている →所属・職種 c.配置されていない	a.保健所に配置されている →職種 b.保健所以外に配置されている →所属・職種 c.配置されていない				73.3	24.9	1.8	80.5	10.0	9.5	共通5) ★★	C		
《個別ケースに対する受療支援(治療の開始・再開・中断予防のための支援)》																
未治療・治療中断の精神障害者の受療支援	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	1)受療支援を行うために、保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた精神障害者の実人員 2)受療支援について、保健所は、本人・家族・住民のいずれかに対しても直接働きかけなかったが、関係者に対して働きかけた精神障害者の実人員	人	%	人	人	87.3	11.8	0.9	85.1	5.4	9.5	4.1) ★★★★	A		
	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把握経路	1)新規把握者実人員の総数、割合 2)把握経路別実人員 (1)関係機関から 市町村 医療機関 警察 その他 (2)住民から (3)家族から (4)本人から	人	%	人	%	人	%	84.9	14.1	1.0	83.3	7.8	8.9	5.1) ★★★★	A
	7 受療支援のために本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた	1)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直接働きかけた方法別延人員 (1)訪問 (2)相談 (3)電話相談 (4)メールや手紙による相談 2)受療支援のために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直接働きかけた 実際の評価票では「該当機関等」の名称を書きます	人	%	人	%	人	%	83.6	11.8	4.5	84.5	9.1	6.4	6.1) ★★	A
	8 受療支援のために保健所が関係機関と連携・協働した延回数	1)市町村 2)医療機関 3)警察 4)その他	回	回	回	回	回	回	80.0	16.7	3.3	77.1	9.2	13.8	7) ★★	A
	9 受療支援を行う際に、個々の精神障害者に関する情報の共有や支援方針の検討を組織内で行った	1)保健所による活動 「指標5. 保健所が受療支援を行った精神障害者」のうち、該当する精神障害者の実人員と割合 2)保健所以外による活動	人	%	人	%	人	%	74.2	17.5	8.3	70.0	15.5	14.5	8.1) ★★	D
	10 受療支援を行う際に、必要に応じて、複数の職員で対応した	1)保健所による活動 2)保健所以外による活動	a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない a.たいていした b.ときどきした c.しなかった d.必要な場合がなかった	a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない a.たいていした b.ときどきした c.しなかった d.必要な場合がなかった	a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない a.たいていした b.ときどきした c.しなかった d.必要な場合がなかった	a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない a.たいていした b.ときどきした c.しなかった d.必要な場合がなかった	50.7	36.3	13.0	43.8	23.3	32.9	8.2) ★	D		
	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のうち、精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のための支援を保健所が直接行った精神障害者の実人員と割合	1)「指標18. 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」のうち、精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のための支援を保健所が直接行った精神障害者の実人員と割合 2)指標18の精神障害者のうち、当該年度中に精神科治療を開始・再開後、治療中断予防のための支援を他機関に引き継ぎ、本人・家族・住民のいずれかに対しても保健所が支援を直接行わなかった精神障害者の実人員と割合 3)指標18の精神障害者のうち、当該年度中に精神科治療を開始・再開したが、1)2)のどちらにもあてはまらない精神障害者の実人員と割合	人	%	人	%	人	%	76.4	18.1	5.6	74.0	13.7	12.3	16.1) ★★	B
	12 地域関係者が集まり、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	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状と課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった				86.8	11.9	1.4	75.9	16.8	7.3	10.1) ★★★★	A		
	13 地域関係者のスキルアップや連携強化のための事例検討会や同行訪問等、受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った	a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった	a.地域の現状と課題を把握した b.今後の活動を検討した c.どちらも行わなかった				87.7	10.0	2.3	78.2	13.6	8.2	11) ★★★★	A		
	14 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	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況	a.はい b.いいえ a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない	a.はい b.いいえ a.はい →該当機関等 b.いいえ c.わからない			90.7	7.9	1.4	88.5	7.3	4.1	12.1) ★★★★	A		
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	1)保健所による活動状況 2)保健所以外による活動状況	a.はい b.いいえ a.はい →該当機関等 b.いいえ	a.はい b.いいえ a.はい →該当機関等 b.いいえ			83.4	15.2	1.4	86.8	9.1	4.1	13.1) ★★★	A			
						75.4	19.4	5.2	72.6	12.6	14.9	13.2) ★★★	B			

枠組	評価指標				調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類					
	評価指標	保健所管内全域		管内市町村ごと (市町村名)		わかりやすさ			重要性								
		人	%	人	%	5, 4	3	2, 1	5, 4	3			2, 1				
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・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった	該当する状態にある精神障害者の実人員と割合		人 %		人 %		52.3	36.7	11.0	35.2	23.7	41.1	削除	D		
	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・再開に至ら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	該当する状態にある精神障害者の実人員と割合		人 %		人 %		76.4	19.4	4.2	62.8	18.8	18.3	14 ★★	B		
	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、当該年度中に精神科治療を開始・再開した	1)「指標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」のうち、当該年度中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		人 %		人 %		82.9	13.9	3.2	77.3	11.6	11.1	15.1 ★★	A		
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、当該年度中に精神科治療を開始・再開した	2) <可能であれば計上>の内訳：治療開始・再開の方法別実人員						72.9	19.7	7.3	75.7	14.2	10.1	15.2 ★	C		
		(1)通院		人		人											
結果3	19 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、当該年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、当該年度末時点で精神科治療を中断していない	1)治療継続		人 %		人 %		76.4	19.4	4.2	69.7	19.3	11.0	17 ★★	B		
		2)治療中断		人 %		人 %											
		3)わからない		人 %		人 %											
結果3	20 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった	1)年度中に新規に措置入院した精神障害者の実人員		(1) 人、(2) 人		(1) 人、(2) 人		77.5	18.3	4.1	85.8	10.6	3.7	18.1 ★★★	A		
		2)1)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員と割合		実人員(1)当該年度、(2)前年度		(1) 人、(2) 人		(1) 人、(2) 人		71.6	22.9	5.5	79.4	13.8	6.9	18.2 ★★	C
		割合(4)当該年度、(5)前年度		(4) %、(5) %		(4) %、(5) %		(4) %、(5) %									
		3)1)のうち、措置入院歴のわからない精神障害者の実人員と割合		実人員(1)当該年度、(2)前年度		(1) 人、(2) 人		(1) 人、(2) 人		51.9	35.6	12.5	68.8	18.8	12.4	18.3 ★	D
構造	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	1)保健所の所属する自治体において		a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない		2)市町村行政において		a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない		95.4	3.7	0.9	93.1	5.0	1.8	19 ☆☆☆	A
		2)保健所において		a.はい b.いいえ		2)市町村行政において		a.はい b.いいえ c.わからない		94.0	5.1	0.9	94.0	3.7	2.3	20 ★★	A
		1)保健所の所属する自治体において		a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない		2)市町村行政において		a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない d.わからない		78.8	17.1	4.1	89.4	9.7	0.9	21 ☆☆	A
		1)保健所において		a.はい b.いいえ		2)市町村行政において		a.はい b.いいえ c.わからない		89.4	9.7	0.9	80.2	12.9	6.9	22 1)★★★ 2)★★	A
自殺予防	【地域の健康課題としての対応】																
	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	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		96.3	3.2	0.5	91.2	4.6	4.2	23.1 ★★★	A		
		2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		81.9	16.2	1.9	70.2	16.7	13.0	23.2 ★★	B		
	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	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		93.1	6.9	0.0	83.8	11.1	5.1	24.1 ★★★	A		
		2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		81.5	17.1	1.4	66.0	20.0	14.0	24.2 ★★	B		
	27 「指標25.その地域における自殺の現状」や「指標26.地域の社会資源の現状や課題」をふまえて、今後の自殺予防対策について組織内で検討した	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		91.2	8.8	0.0	85.1	13.0	1.9	25.1 ★★★	A		
		2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		78.9	19.7	1.4	65.7	24.1	10.2	25.2 ★★	B		
	28 地域の関係者や住民が集まり、自殺について地域の課題としての問題の共有や解決策の検討を行った	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		84.4	14.2	1.4	84.4	11.0	4.6	26 ★★★	A		
		2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		90.2	9.3	0.5	94.9	5.1	0.0	27.1 ★★★	A		
	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	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		83.3	16.3	0.5	78.6	13.0	8.4	27.2 ★★	A		
		2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		91.2	8.8	0.0	95.4	4.6	0.0	28.1 ★★★	A		
	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	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		83.6	16.0	0.5	77.8	14.4	7.9	28.2 ★★	A		
2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		81.6	17.5	0.9	69.6	18.0	12.4	29.1 ★★	B				
31 住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ	1)保健所による活動		a.はい b.いいえ		a.はい b.いいえ		75.2	23.4	1.4	57.2	24.2	18.6	29.2 ★★	B			
	2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない												
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	1)保健所による活動		保健所が把握したハイリスク者の実人員		人		86.6	12.0	1.4	76.0	14.7	9.2	削除	A			
	2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		77.8	19.4	2.8	63.4	21.8	14.8	削除	B			
	1)保健所による活動		保健所が把握したハイリスク者の実人員		人		86.1	12.5	1.4	81.5	9.7	8.8	30.1 ★★★	A			
	2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		77.8	19.4	2.8	69.9	15.3	14.8	30.2 ★★	B			
34 ハイリスク者へ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	1)保健所による活動		「指標33.1)保健所が支援を直接行ったハイリスク者」のうち、該当者の実人員と割合		人 %		84.3	14.3	1.4	77.4	13.4	9.2	31.1 ★★★	A			
	2)保健所以外による活動		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		a.はい—該当機関等 b.いいえ c.わからない		77.3	19.9	2.8	65.3	21.3	13.4	31.2 ★★	B			

種別	評価指標				調査結果						改訂後の指標番号・優先度	分類			
	評価指標	保健所管内全域	管内市町村ごと		わかりやすさ			重要性							
			市町村名		5, 4	3	2, 1	5, 4	3	2, 1					
自殺予防	35 自死遺族の支援を行った	1)保健所による活動 (1)支援を直接行った自死遺族の実人員	人					77.8	21.3	0.9	91.3	7.8	0.9	30.1) ★★★	A
		(2)自死遺族交流会の開催・支援	a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもなかった	人	人				75.9	22.7	1.4	92.2	7.3	0.5	32.1) ★★★
	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	1)保健所への相談や情報提供 延人員(1)当該年度、(2)前年度 (3) (1)-(2)	(1) 人、(2) 人 (3) 人					80.1	17.1	2.8	81.0	11.1	7.9	35.1) ★★★	A
		2)保健所以外への相談や情報提供	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	人	人				63.3	30.7	6.0	56.7	27.2	16.1	35.2) ★★
	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	1)保健所への相談や情報提供 延回数(1)当該年度、(2)前年度 (3) (1)-(2)	(1) 回、(2) 回 (3) 回					76.3	21.4	2.3	78.8	16.6	4.6	35.1) ★★★	A
		<可能であれば計上>(1)の内訳 (1)医療機関から (2)市町村から (3)警察から (4)消防から (5)その他から	(1) 回、(2) 回 (3) 回、(4) 回 (5) 回						73.7	24.4	1.9	77.2	17.7	5.1	削除
	38 自殺予防に関する教育・研修を受ける住民が増えた	1)保健所が主催・共催・支援した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)当該年度の延回数、延人員 (2)前年度の延回数、延人員 (3)延回数(1)-(2)、延人員(1)-(2)	回 人 回 人 回 人					80.2	17.1	2.8	86.1	11.1	2.8	34.1) ★★★	A
		2)保健所以外が主催・開催・支援した教育・研修の受講者延人員	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	人	人				67.3	28.1	4.6	69.0	21.3	9.7	34.2) ★★
	39 自殺予防に関する教育・研修を受ける関係者が増えた	1)保健所が主催・共催・支援した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)当該年度の延回数、延人員 (2)前年度の延回数、延人員 (3)延回数(1)-(2)、延人員(1)-(2)	回 人 回 人 回 人					78.5	17.8	3.7	85.6	12.6	1.9	33.1) ★★★	A
		2)保健所以外が主催・開催・支援した教育・研修の受講者延人員	a.増えた→該当機関等 b.変わらない→該当機関等 c.減った→該当機関等 d.わからない	人	人				67.0	28.4	4.7	64.7	25.1	10.2	33.2) ★★
結果2	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	a.はい b.いいえ					78.5	20.6	0.9	50.5	27.3	22.2	削除	B	
結果3	41 自殺による死亡者数が減少した	延人員1)当該年、2)前年 (3) 1)-(2)	人 人 人 人				85.6	13.0	1.4	88.8	7.9	3.3	37) ★★★	A	
	42 自損行為に対する救急車の出動件数が減少した	延人員1)当該年、2)前年 (3) 1)-(2)	人 人 人 人				64.8	31.5	3.7	67.7	21.2	11.1	36) ★★	D	

※優先度: ★★★=毎年度必ず評価する、★★=毎年度できるだけ評価する、★=毎年度評価することが望ましい、
☆☆=毎年度が難しければ3~5年ごとに必ず評価する、☆☆=毎年度が難しければ3~5年ごとにできるだけ評価する。

※分類: 以下の表のとおり

		重要である	
		75%以上	75%未満
わかりやすい	75%以上	A	B
	75%未満	C	D

わかりやすい=わかりやすさ:5または4
重要である=重要性:5または4

表3. 調査票回答時に別紙評価指標マニュアルをどの程度読んだか

	件数	%
1.全部をじっくり読んだ	28	12.9
2.全体を斜め読みした	101	46.5
3.わかりにくかった部分だけ読んだ	82	37.8
4.全く読まなかった	6	2.8
回答者総数	217	100

表4. 評価指標マニュアルは役に立つと思うか

	件数	%
1.役に立つと思う	64	30.5
2.やや役に立つと思う	121	57.6
3.あまり役に立たないと思う	12	5.7
4.役に立たないと思う	0	0.0
5.わからない	13	6.2
回答者総数	210	100

表5. 評価指標マニュアルはどのような点で役に立つと思うか

	件数	%
1.評価指標が何を意図しているのかわかる	116	59.5
2.何を計上すればよいのか、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる	129	66.2
3.評価指標の活用方法についてヒントが得られる	94	48.2
4.その他	1	0.5
回答者総数	195	100

感染症対策分野の評価指標の検証

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

研究要旨 感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための評価指標を開発することを目的に、全国の保健所486か所を対象とした郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は平成27年度版の評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』、評価マニュアルの有用性を各々5件法で尋ね、併せて各々への意見や提案を自由記述により求めた。調査結果に基づき、8項目の評価指標を見直し、評価マニュアルについては6項目の評価の根拠・資料及び17項目の評価の考え方・視点を追記・修正した。評価指標の最終版は、《結核》30項目、《平常時の対応》15項目、《急性感染症発生時の対応》26項目からなる全71項目とした。平常時からの感染症の発生・拡大を防止し、加えて感染症の発生に備えた保健活動を見える化し、PDCAサイクルをまわし活動を推進していくために、国が求めるデータとして、相談対応活動や啓発活動等、平常時の活動に関するデータの収集と蓄積が必要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための標準化した指標を開発することである。今年度は、72項目の「感染症対策活動評価指標：平成27年度版」と評価マニュアルを用い、全国の保健所を対象に、評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』及び評価マニュアルの有用性を検証した。

B. 研究方法

1. 調査対象

平成27年4月時点の全国の保健所、具体的には都道府県立364か所、政令市（72市）立99か所、特別区（23区）立23か所、計486か所の感染症担当保健師を対象とした。

2. 調査項目

1) 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

各評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』について、それぞれ【わかりやすい】【ややわかりやすい】【どちらともいえない】【ややわかりにくい】【わかりにくい】、【重要である】【やや重要である】【どちらともいえない】【あまり重要でない】【重要でない】の5件法で尋ねた。また、『わかりやすさ』と『重要性』の点から、評価指標についての意見や提案を自由記述により求めた。

2) 評価マニュアルの有用性

評価マニュアルは役に立つと思うかについて、【役に立った】【やや役に立った】【どちらともいえない】【あまり役に立たなかった】【役

に立たなかった】の5件法で尋ねた。また、評価マニュアルについての意見や提案を自由記述により求めた。

3. 調査方法

郵送による無記名自記式調査票により実施した。調査票は、評価指標と評価マニュアルの一覧に、評価指標毎に『わかりやすさ』と『重要性』の回答欄を設け、また、その他の調査項目と回答欄を加えた自作の調査票とした。返信用封筒を添付し、郵送により回収した。

（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、調査票とともに郵送した。

本研究は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

4. 調査期間

調査期間は平成27年10月から平成28年1月であった。

C. 結果

1. 回答者の所属保健所の概要

回収数は244で回収率は50.2%であった。保健所種別による回収数（率）を表1に示す。回答者の所属保健所の管内人口を表2に示す。都道府県型保健所では10万人以上20万人未満

表1 保健所種別による回収数(率)

保健所種別	対象数	回収数	回収率(%)
都道府県型	364	188	51.6
市区型	122	54	44.3
無回答		2	
計	486	244	50.2

表2 回答者の所属保健所の管内人口

保健所種別	都道府県型		市区型	
	数	%	数	%
管内人口				
5万人未満	29	15.4		
5万人以上10万人未満	45	23.9		
10万人以上30万人未満	78	41.5	10	18.5
30万人以上50万人未満	23	12.2	25	46.3
50万人以上	8	4.3	17	31.5
無回答	5	2.7	2	3.7
計	188	100	54	100

表3 都道府県型保健所の管内市町村数

市町村数	数	%
5未満	109	58.0
5～10未満	66	35.1
10以上	12	6.4
無回答	1	0.5
計	188	100

が最も多かった。市区型では30万人以上50万人未満が最も多かった。都道府県型保健所の管内市町村数は5未満が最も多く、約6割を占めていた。

2. 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』について、それぞれ5件法で尋ねた結果を表4に示す。

『わかりやすさ』については、【わかりやすい】と【ややわかりやすい】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は、72項目中11項目(15.3%)であった。具体的にはテーマ《結核》のプロセスの2項目、テーマ《平常時の対応》のプロセスの2項目、結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の構造の1項目、結果1の2項目、結果2の全ての項目(3項目)であった。

『重要性』については、【重要である】と【やや重要である】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は、72項目中5項目(6.9%)であった。具体的にはテーマ《平常時の対応》の結果1の全ての項目(2項目)、結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の結果1の1項目、結果2の1項目であった。

『わかりやすさ』と『重要性』の両方が75%未満であった評価指標は、72項目中3項目(4.2%)であった。具体的にはテーマ《平常時の対応》の結果2の1項目、テーマ《急性感染症発生時の対応》の結果1の1項目、結果2の1項目であった。

3. 評価指標についての意見や提案

『わかりやすさ』と『重要性』の点から、自由記述により求めた評価指標についての意見や提案は69人(28.3%)から回答があった(表5)。

評価指標について、わかりやすく、全てが感染症対策において重要であると思った、現在の活動を客観的に評価することができ、PDCAサイクルをまわす活動につながる、評価指標を活用することにより保健活動を多角的に振り返ることができる、新しい気づきがあった等の意見があった。

その一方で、重要であるが把握したり、判断が難しい評価指標がある、抽象的で数値で示すことができない評価指標は評価が難しいと感じた、評価指標の数が多いと負担が大きい、評価指標の焦点化によって評価の負担が軽減できる、見直したい点だけ選択して評価できると実践に結び付きやすい、保健師による保健活動の質的な評価を行うとしたらもう少し具体的な表現の方がよい、援助の方法、面接等による介入の技術等の評価指標がない等の意見もあった。

表4 感染症対策活動評価指標の検証結果—わかりやすさ・重要性—

テーマ	評価指標	N=244 (%)							
		わかりやすさ				重要性			
		5+4	3	2+1	無回答	5+4	3	2+1	無回答
結果1	1. 感染症診療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	87.3	7.4	4.9	0.4	93.0	4.9	1.6	0.4
	2. 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の高まん延国出身者の結核発生情報)を把握している	85.7	11.5	2.5	0.4	93.0	6.6	0.4	
	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(AIDS、じん肺、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の実施状況を把握している	64.8	23.4	11.5	0.4	85.7	13.1	1.2	
	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	76.6	13.9	9.0	0.4	93.4	5.7	0.4	0.4
	5. 結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している	84.8	11.5	3.3	0.4	95.5	3.3	0.4	0.8
	6. 結核の普及啓発活動をしている	86.1	9.4	4.5		91.8	7.4	0.4	0.4
	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	91.8	4.9	2.9	0.4	94.3	3.7	0.8	1.2
	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	86.9	7.4	5.3	0.4	91.0	8.2	0.8	
	9. 管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	74.6	17.2	8.2		89.8	9.0	1.2	
	10. 関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している	87.3	7.4	4.9	0.4	92.2	6.1	1.2	0.4
	11. 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直している(マニュアルへの反映等)	79.1	11.9	8.6	0.4	89.3	8.6	1.2	0.8
	12. 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	84.8	9.4	5.7		82.8	13.1	3.7	0.4
	13. 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週間以内を目標に)	95.1	3.3	1.6		96.7	3.3		
	14. 患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)	91.0	4.5	3.7	0.8	90.6	6.6	2.5	0.4
	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	88.9	5.7	5.3		90.2	6.6	2.9	0.4
	16. 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える	81.1	13.9	4.5	0.4	84.4	13.5	1.6	0.4
	17. DOTS協力施設(医療機関以外)が増える	84.8	8.6	6.1	0.4	86.5	11.5	1.6	0.4
	18. 管内市町村のBCG予防接種率の向上(標準的な接種期間である8ヶ月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	87.7	7.4	3.7	1.2	87.7	8.6	2.0	1.6
	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・デインジャーグループ等)	78.3	12.7	7.8	1.2	85.7	11.9	1.2	1.2
	20. 接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上	95.1	3.7	0.8	0.4	96.3	3.3		0.4
	21. 結核患者(特に高齢者、ハリス・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	83.6	7.4	8.2	0.8	92.6	5.3	1.2	0.8
	22. 全結核患者に対するDOTS実施率の向上	95.1	3.3	1.6		96.3	3.7		
	23. 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少	96.3	2.9	0.8		95.5	3.7	0.8	
	24. 管理期間中の再治療率の減少	89.3	9.4	1.2		86.5	11.5	2.0	
	25. 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハリス・デインジャーグループの罹患率)	86.1	9.0	3.7	1.2	87.3	10.2	1.2	1.2
	26. 高齢者やハリス・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	79.5	14.8	4.9	0.8	86.5	10.7	1.6	1.2
	27. 結核の有病率の減少	82.8	12.3	4.9		85.7	11.1	2.9	0.4
	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	84.0	13.9	2.0		86.9	11.9	1.2	
	29. 潜在性結核感染症者の発病率の減少	75.4	17.6	7.0		77.0	19.7	3.3	
	30. 結核死亡者数(率)の減少(特に単剤耐性結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)	75.8	15.2	8.6	0.4	78.7	18.0	2.9	0.4
結果2	31. 感染症担当部署に保健師が配置されている	89.8	5.3	2.0	2.9	87.3	8.6	1.6	2.5
	32. 感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を明確にしている	72.1	16.8	9.8	1.2	88.9	9.8	0.4	0.8
	33. 管内の各種機関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	72.1	17.2	10.2	0.4	84.8	12.7	2.0	0.4
	34. 住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している	84.0	10.7	4.9	0.4	86.9	10.2	2.5	0.4
	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	87.3	6.6	5.3	0.8	89.3	9.4	0.8	0.4
	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をしている	89.8	6.6	3.3	0.4	91.0	7.0	1.6	0.4
	37. 保健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のフォローや教育・研修の企画につなげている	77.5	14.8	7.0	0.8	88.5	9.8	0.8	0.8
	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	79.1	15.2	5.3	0.4	82.0	16.8	0.8	0.4
	39. 都道府県の定めたり予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している	76.6	18.4	4.1	0.8	82.8	15.6	0.8	0.8
	40. 感染症に関する普及啓発活動の回数	80.3	13.5	4.9	1.2	73.4	22.1	3.3	1.2
	41. 保健師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	86.9	10.2	2.5	0.4	74.6	22.5	2.5	0.4
	42. 感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	85.2	11.5	2.9	0.4	75.8	20.9	2.9	0.4
結果3	43. 定期予防接種の接種率が高まる	89.8	7.8	1.6	0.8	84.8	12.7	1.6	0.8
	44. 感染症対策に関する会議を定期的に開催していない管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る	60.7	20.9	17.6	0.8	72.5	22.1	4.5	0.8
	45. 感染症の集団発生の件数の減少	86.9	11.5	1.2	0.4	86.5	12.3	0.8	0.4
	46. 感染症による死亡者・死亡率の減少	75.4	18.0	6.1	0.4	75.8	20.1	2.9	1.2
	47. 保健所閉庁時に速やかに第一報を受理できる体制がある(受付職員、受付票、チェック表等)	97.5	1.2	0.8	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
	48. 初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている	91.8	4.9	2.5	0.8	95.5	3.3		1.2
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	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	92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	3.3		0.8
	50. 感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署・職種が連携・協働する体制がある	92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	2.9		1.2
	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しくみがある	84.8	7.8	6.6	0.8	94.3	4.5		1.2
	52. 発生時(疑い含む)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	79.9	14.3	4.9	0.8	90.6	8.2	0.4	0.8
	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	68.4	19.7	11.1	0.8	82.4	15.6	1.2	0.8
	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	79.1	14.3	5.3	1.2	88.9	9.4		1.6
	55. 患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている	75.4	15.6	7.4	1.6	83.6	13.1	0.8	2.5
	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)	87.3	8.6	3.7	0.4	92.2	7.0	0.4	0.4
	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	92.6	5.7	1.2	0.4	95.1	4.1	0.4	0.4
	58. 感染症集団発生時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	95.1	3.3	1.2	0.4	98.0	0.8	0.8	0.4
	59. 職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている	93.9	4.5	1.2	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
	60. 患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的疫学調査や療養支援を行っている	91.4	4.9	3.3	0.4	94.7	3.3	1.2	0.8
	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	92.2	5.7	1.6	0.4	95.5	3.3		1.2
	62. 患者・感染者とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている	93.9	4.9	0.8	0.4	95.1	3.3	0.4	1.2
	63. 接触者健診の未受診者対応をしている	93.4	3.7	2.5	0.4	95.1	3.7		1.2
	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	82.8	10.7	6.1	0.4	93.4	4.5	0.8	1.2
	65. 施設等で感染症が発生した場合、当該施設への対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している	77.9	12.3	9.0	0.8	91.0	5.7	1.6	1.6
	66. 職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している	91.4	6.1	1.6	0.8	87.3	10.2	1.6	0.8
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)	75.0	16.8	7.4	0.8	78.7	18.0	2.0	1.2	
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	74.6	15.6	8.2	1.6	76.6	18.0	2.9	2.5	
69. 感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	74.6	16.8	7.0	1.6	73.4	21.3	3.3	2.0	
70. まん延が長引く事案がない	61.5	17.6	20.5	0.4	74.2	20.1	3.7	2.0	
71. 診断が遅れ症状が悪化したケースがない	67.2	17.6	14.3	0.8	83.2	13.1	2.0	1.6	
72. 新興感染症まん延時に偏見や差別を受けるケースがない	54.9	22.1	22.5	0.4	75.8	20.1	2.9	4.5	

注)わかりやすさ及び重要性の網掛けは各々『わかりやすい』『ややわかりやすい』『重要である』『やや重要である』の回答率が75%未満の項目

表5 評価指標に対する意見-わかりやすさ・重要性の点から-

N=69

テーマ	評価枠組	評価指標	意見 (件)
結核	構造	1.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	■保健師がコントロールできないことについては、どのように考えればよいのか判断に迷った(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(AIDS、じん肺、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の実施状況を把握している	■管内の医療機関の院内感染対策と、結核合併率が高い患者を治療している医療機関の早期発見対策と、2つのことを聞いているのではない(1)
		9.管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	■「管内市町村、医療機関、施設、学校等」といつか示されていると、全て実施する必要があるのか、いずれか1つでも実施していればよいのか、迷うので、そのあたりが明確であるとよい(1)
		10.関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している	■曖昧さがあり、経験年数の少ない保健師の場合、「評価マニュアル」を見てうまく評価できない可能性がある。「関係機関のカバー率」や「回数」等、すぐ可視化できるデータと「参加機関からの相談・早期発見が増加した」という長期間かけて見えてくるデータで評価する、等といった考え方を具体的に示した方がよい。(1)
	結果1	14.患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)	■13.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)と同じではない(1)
	結果2	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上	■DOTS脱落者の分析等、質的評価が重要となる指標も多くある(1)
平常時の対応	構造		■平常時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	結果2	42.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型肝炎・心臓炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	■検査の受診者が増えることばかりがよいとはいえないのではない(1)、検査を受ける機会は保健所ばかりではない(1)
		43.定期予防接種の接種率が高まる	■胸部X-P受診率(年1回)も評価指標になるとよい。HBS抗原(+)者の新患の調査時に何年も胸部X-Pをとっていないという人が目立つ。B型肝炎の予防・啓発の結果の評価指標に胸部X-P受診率の向上があるとよい。
(急性感染症への備えも含む)	構造		■発生時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	プロセス	63.接触者健診の未受診者対応をしている	■「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
		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て、必要時、協働して対応している	■「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
	結果1	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	■感染症発生時の施設からの報告件数の増加で評価するのは、施設職員の感染症に対する対応力の差によりばらつきがあるので(これで)評価とするには危険である。「増える」とあるが、今以上に増えそうもない場合もあり、標準をどこにするか(1)
		69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	■回数のみで評価するのは不十分である(1)
	結果2	70.まん延が長引く事案がない	■「長引く」は定義があるとよい(2)
71.診断が遅れ症状が悪化したケースがない		■「遅れ」は定義があるとよい(2)	
72.新興感染症まん延時に偏見や差別を受けるケースがない		■差別、偏見が生じることがないよう、保健指導ができたか、という点を評価すればよいのか(1) ■重要であるが評価は難しい、どのようなことから評価するのか(1)	
	全体	<ul style="list-style-type: none"> ■重要であるが把握したり、判断が難しい指標がある、どのような情報をどのように収集して評価するかが難しい指標があった(7) ■抽象的で数値で示すことができない項目は評価が難しく感じた、少しでも基準が明確になるとよい。数値目標を設定した方が評価しやすい(6) ■「体制がある」「明確になっている」の判断基準が難しい。表現があいまいだと評価しにくい(2) ■一つの指標に複数の項目が含まれていると評価しづらい(2) ■感染症類型によって一概にあてはまらない指標がある(2) ■感染症は全国の保健所でほぼ同じ対応・対策をとっているはずであり、あたりまえのことに関して現場に合った評価指標の工夫がもう少しほしい(1) ■各保健所の状況によって、評価指標の重要性が違ってくる(1) ■感染症の発生は流行状況に左右されるため、単純に活動の評価が難しい(2) ■評価指標の数が多く負担が大きい。必要最低限の指標あるいは重要な指標の焦点化によって評価の負担が軽減できる。現在、見直したい事業のことで選択して評価できると実践に結び付きやすい(6) ■評価の視点としては必要な評価項目であると思うが、保健師による保健活動の質的な評価を行うとすればもう少し具体的な表現の方がよい。保健師活動として必要な項目であるのか、わからないものが多く含まれていると思った。援助の方法、面接等による介入の技術等の評価指標がない。「保健師の専門性を評価する」という評価指標や訪問の効果に関する評価指標を入れてほしい。(4) ■保健師のみの活動ではなく、保健所としての支援・対策と思われる内容がある(1) ■問題への働きかけと働きかけた対象の変化、問題がどの解決したか等をどう評価することができるか(1) ■評価指標はわかりやすくて、根拠・資料に基づいて評価する方法によって、主観が入りそうな評価指標がある(2) 	
		<ul style="list-style-type: none"> ■「ソーシャルキャピタルの創出への貢献」「保健活動の効用を示す」という観点だとし、自らのチェックには良いと思う、しかし、外部から評価される場合は良い結果が出ずらそう不安がある。どれも重要な項目であるが、できない部分が多く、マイナス評価で終わらないか不安がある(2) ■「結果」の評価指標については、既に事業評価等で実施しているものが多かった(1) ■集団感染数や罹患率等数値的な評価指標はわかりやすい(1) ■わかりやすい評価指標であり、すべてが感染症対策の評価指標として重要であると思った。現在の活動を客観的に評価することができ、PDCAサイクルをまわす活動につながる。毎日感染症の発生に追われ、事業評価が全くできないため、このようなわかりやすい評価指標があることは有意義である(7) ■評価指標を活用することで、保健活動を多角的に振り返ることができる。評価の視点として新しい気づきがあり参考になった(3) ■保健師活動の見える化につながる(1) 	

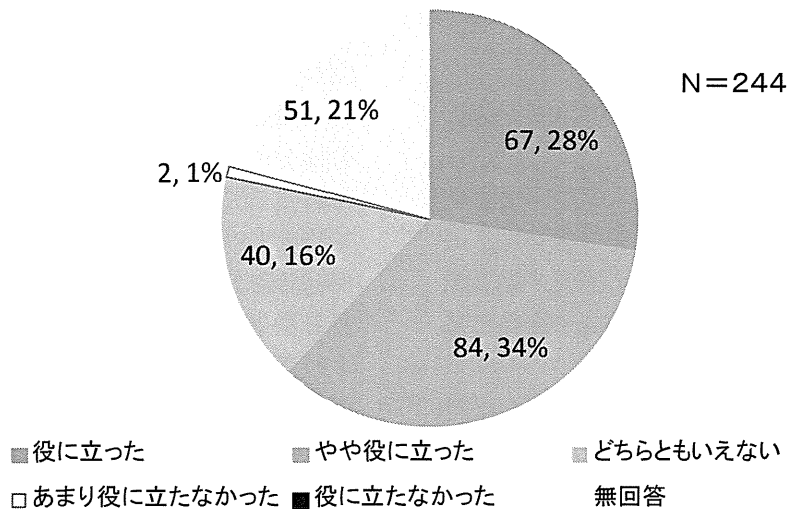


図 評価マニュアルの有用性

表6 評価マニュアルに関する提案・意見

N=7

- 評価指標13の評価の根拠・資料には他に台帳が、また接触者健診の評価の根拠・資料には報告書の発行、対策会議の報告書等も必要である(1)
- 評価指標45の評価の根拠・資料について、インフルエンザや感染性胃腸炎等新型のウイルス出現時は、集団発生が増えることはある程度仕方がないので、件数の増減をみるのは5年位の長さにした方がよい(1)
- 評価の時期をいつにすればよい(1)
- 評価指標の到達度を判断する基準が評価マニュアルに入れられるとよい。基準がないと保健所によってばらつきが出る。評価指標のみだと評価指標の意味・意図を誤って捉えてしまう項目があったため評価マニュアルが必要である(2)
- 評価マニュアルが空欄の評価指標はどのように評価すればよいかわからないところがあった(1)
- 評価の考え方や視点に複数の例示があった場合、一方はできているが、もう一方については取り組めていない場合、評価をどのようにしたらよいか迷うのではない。できるだけ評価するポイントを1つにしほった方がよいのではない(1)
- 評価マニュアルがあった方が、評価の標準化は図りやすいと思う。ないと主観が入ったり、偏りが生じやすい(1)
- 各県のマニュアルに反映できるとよい(1)

4. 評価マニュアルの有用性及び評価マニュアルについての意見や提案

評価マニュアルの有用性については、【役に立った】が67人(27.5%)、【やや役に立った】が84人(34.4%)で、併せて61.9%であった(図)。

自由記述により求めた評価マニュアルについての意見や提案は7人(2.9%)から回答があった(表6)。

D. 考察

1. 調査結果等に基づく評価指標の検討

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』の調査結果及び評価指標についての意見や提案に基づき、評価指標を見直した。

見直しのポイントは、『わかりやすさ』につ

いて、「わかりやすい」と「ややわかりやすい」を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標を中心に、1つの評価指標において複数の評価内容が含まれている場合はなるべく1つの内容に絞る、他の評価指標と重複する内容が含まれている場合にはいずれか重要な評価指標のみを残す、評価指標の内容がより伝わりやすいように必要時補足する、「明確になっている」等の表現を判断しやすい表現に変える、評価指標設定の意図から評価の枠組みを見直す、とした。

その結果、8項目の評価指標を見直した(表7)。具体的には、テーマ《結核》については、プロセスの評価指標NO.3の文言を一部削除し、結果1のNO.14を削除、結果2のNO.19は文言を補足した。テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO.32の文言を修正した。テ

ーマ《急性感染症発生時の対応》については、構造の評価指標NO. 48、49、プロセスのNO. 63の文言を修正し、結果1のNO. 69の評価の枠組みをプロセスに変更し、それに合わせて文言を修正した。

2. 調査結果等に基づく評価マニュアルの検討

評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』の調査結果及び評価指標についての意見や提案並びに評価マニュアルについての意見や提案に基づき、評価マニュアルを見直した。

見直しのポイントは、評価指標の意図や根拠、評価方法がより伝わるようにすることとした。

その結果、6項目の評価指標について評価の根拠・資料を追記し、17項目の評価指標について評価の考え方・視点を追記・修正した(表7)。具体的には、テーマ《結核》については、構造の評価指標NO. 1、結果1のNO. 13、15、結果2のNO. 20、結果3のNO. 26、テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO. 32の評価の根拠・資料を追記した。また、テーマ《結核》については、プロセスの評価指標NO. 8、9、10、結果1のNO. 13、結果2のNO. 20、22、結果3のNO. 30、テーマ《平常時の対応》については、プロセスの評価指標NO. 32、結果2のNO. 42、テーマ《急性感染症発生時の対応》については、構造の評価指標NO. 47、50、56、プロセスのNO. 65、結果1のNO. 68、69(プロセスへ変更)、結果2のNO. 70、71の評価の考え方・視点を追記・修正した。

3. 感染症対策活動の評価指標最終版

感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための標準化した指標は、保健所保健師の果たす役割が特に重要と考えられる感染症対策にかかわる活動の中から取り上げた《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)》の3つのテーマについて、それぞれ30項目、15項目、26項目からなる全71項目を最終版の評価指標とした(表8)。また、評価マニュアルに加えて、本評価指標の活用方法についての説明文を加えることとした。

4. 政策提言

わが国においては、感染症サーベイランス体制が整備され、それにより得られるデータから、感染症対策にかかわる保健活動について一定の評価をすることができる。しかし、感染症対策においては、平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動が重要であることは言うまでもなく、患者発生情報だけでは評価することはできない。本研究班におけるこれまでの調査の結果、保健所においては、管内の患者発生情報については保健所の事業報告等において毎年、集約しているものの、平常時における住民や管内の施設等への相談対応活動、啓発活動(健康教育や研修)、医療監視や施設指導を契機とした活動、教育委員会・教育機関に対する活動、予防接種の推進活動や予防接種体制の整備にかかわる活動については集約されていなかったり、集約されていたとしても管内の感染症対策にかかわる課題との関連が明示されておらず、つまりはどのような目的やねらいで実施されているのか、課内や担当者間で共有されにくい状況も見受けられた。感染症予防のために保健師が関与して実施した活動内容として、相談対応や健康教育・研修は実施率が高い¹⁾。個々への相談対応は適切で迅速な情報提供の機会となり、相談してきた住民や施設等の感染症にかかわる認識を把握し、予防行動を促すことにつながる。また、健康教育や研修は、感染症予防はもちろんのこと、感染が疑われる場合や発生時に感染者やその周囲の人々が適切に対応することによって感染者の健康や生命を守り、かつ二次感染を防ぐという目的や、人々の理解・協力を得ることによって感染者に対する偏見や差別、人権侵害が生じないようにするという目的もある²⁾。

以上のことから、国が求めるデータとして、対象種別や感染症種別(主な)あるいは感染症類型別の相談対応状況や健康教育・研修の実施状況等、平常時の活動に関するデータがあると、平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動が見

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し

*見直した部分をゴシック体で示す

テーマ	評価項目	評価指標		評価マニュアル(評価のてびき)		
		評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点		
結核	の構造・活動	1	感染症診療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	・感染症診療協議会のメンバー	・この評価指標により、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感染症診療協議会が判断できる条件が整っているかを検討する。その結果に基づいて、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動の必要性の判断材料としていく。	
		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(AIDS、じん肺、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の実施状況を把握している	・医療監視における結核対策に関する指導記録	・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とされ、結核の合併率が高い疾患としてAIDS、じん肺、糖尿病、人工透析患者等が挙げられている。保健所は、このような疾患を多く治療している医療機関を把握し、早期発見対策の実施状況にも着目して医療監視等に当たることが重要である。院内感染対策マニュアルにおける結核に関する院内感染防止対策の内容や定期検診からの結核診断者数等を把握する。	
	◇国内外・管内の情報収集					
	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	・管内の関係機関を対象とした会議の実施記録 ・コホート検討会実施回数、DOTS評価会議	・結核対策に関わる管内の関係機関を対象とした会議(コホート検討会やDOTS評価会議を含む)を開催し、管内の結核発生状況の情報交換や課題共有等、結核対策について検討しているかを確認する。		
	9	管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	・連携・協働のための場(連絡会議等)や方法(報告・連絡・相談の方法)とその記録 ・地域連携推進ネットワークの有無	・連携・協働のための場(連絡会議等)や方法(報告・連絡・相談の方法)とその実績から、連携・協働の目的や連携・協働体制を確認し、連携・協働の方法や体制の適切性を検討する。 ・結核に特化しない、感染症対策や健康危機管理体制など、結核対策に活かすことのできる連携・協働も含む。 ・管内の市町村、医療機関、施設、学校等の中で、連携を強化する必要のある関係機関・関係者を年間目標や中期的な目標としてあげておき、それを評価するのよ。例えば、DOTS実施医療機関の医師・看護師との連携を強化するという目標をあげ、新規登録患者・感染者について、喀痰塗抹陽性患者、再発者や中断リスクの高い者、喀痰塗抹陰性患者、潜在性結核感染症者など対象別に、対象数、実施数、実施割合(カバー率)を経年的に示し、ターゲットや強化したい対象への成果と課題を確認・検討する。 ・本人だけでなく、家族やキーパーソンへの関わりも含めるが、その別がわかるように示す。		
	◇関係機関への支援					
	10	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	・医療監視や施設指導等における感染症対策に関する支援・指導記録 ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録	・結核患者の発生を契機とした教育・支援・研修も含む。 ・教育・支援・研修を実施するターゲットとなる関係機関を年間目標や中期的な目標としてあげておき、それらの関係機関の教育・支援・研修のカバー率や回数から評価する。結果として、教育・支援・研修を実施した関係機関からの感染症に関する相談や早期発見の状況から成果を評価することもできる。		
	結果1	13	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)	・結核登録票 ・結核患者登録台帳	・喀痰塗抹陽性患者の場合、通常は「入院勧告」の対象となるので、主治医等からの情報収集後72時間以内を目安に速やかに訪問・面接を行う。感染性が高くない(喀痰塗抹陰性等)と判断された場合でも、届け出受理後1週間以内の訪問・面接を目標とする(参考:「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説」公益財団法人結核予防会) ・喀痰塗抹陽性患者、再発者や中断リスクの高い者、喀痰塗抹陰性患者、潜在性結核感染症者など対象別に、対象数、実施数、実施割合(カバー率)を経年的に示し、ターゲットや強化したい対象への成果と課題を確認・検討する。 ・本人だけでなく、家族やキーパーソンへの関わりも含めるが、その別がわかるように示す。 ・面接だけでなく、電話対応も含めるが、その別がわかるように示す。 ・初回面接時には、菌検査の結果(塗抹、培養、単剤耐性、多剤耐性)を把握し、その結果に応じて適切な支援が継続して行われているかを評価することも必要である。	
		14	患者層出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)→削除	・結核登録票		
		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	・結核登録票 ・接触者調査票 ・集団指導記録 ・接触者健診勧告書交付記録 ・結核集団感染事例報告書	・初回だけでなく、管理期間中の接触者健診の際に保健指導や相談対応を行い、接触者健診の未受診者には受診勧奨をしているかについても評価する。	
結果2	19	管内市町村の定期健康診断(胸部X線検査)受診率の向上(高齢者、ハリス・デインジャーグループ等)	・市町村からの報告書	・管内市町村の実施報告から定期健康診断の対象や受診状況について把握し、結核の発生状況と照らして市町村単位の課題はないかを検討する。その結果に基づいて、市町村に定期健康診断の対象の設定や受診率向上のための助言や支援を行っていく必要がある。 ・ハリス・デインジャーグループで母数の把握が難しい場合には、外国人や住所不定者等対象別の実施数の推移を把握し、可能な範囲で成果と課題を確認する。		
	20	接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上	・接触者健診台帳 ・接触者健診勧告書交付記録 ・接触者健診(集団感染対策等)実施状況報告書 ・NESID(結核登録者情報システム)の接触者管理システムのデータ ・結核集団感染事例報告書 ・対策委員会検討会議の記録	・接触者健診対象者の受診率から、対策委員会における接触者健診の範囲と時期の適切性の検討結果等も踏まえて、接触者健診の勧奨方法やフォローの適切性について評価する。 ・接触者健診を実施した事例を再発防止の観点から評価し、対象集団の種類ごとに特徴を分析するなどして、集団感染の予防策を対象集団に具体的に提案することも必要である(参考:「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説」公益財団法人結核予防会)。		
	22	全結核患者に対するDOTS実施率の向上		・結核に関する特定感染症予防指針における目標は95%以上である。 ・DOTS脱落者の要因分析をし、対策を講じることも重要である。		
結果3	26	高齢者やハリス・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	・結核集団感染事例報告書	・保健所レベルでは集団発生数が少なく、評価が難しい場合には、都道府県レベルで中長期的に評価していく。保健所レベルでは、少なくとも集団発生数の推移を把握し、集団発生が起きた対象について発生予防対策を検討していく。		