

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(つづき)

*見直した部分をゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価指標		評価マニュアル(評価のてびき)	
		評価の根拠・資料	評価の考え方・視点	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
結核(つづき)	結果3(つづき)	30	結核死亡者数(率)の減少(特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)		・ここでいう結核死亡者とは人口動態統計において死因が結核であった者をいう。 ・保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで国や他の都道府県との比較、保健所管内間の比較等により、また、多剤耐性結核が否かの別、合併疾患別等に中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、結核死亡者数の推移を把握するとともに都道府県レベルの評価の結果も参考にして、管内の結核対策を検討していく。事例検討により患者の特徴や治療開始時期等との関連を検討することも重要である。
平常時の対応・早期発見(発生予防)	プロセス	◇管内の情報収集・分析			
		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課内や担当者間で共有できる形で明示している	・感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が記載されている文書等	・感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が文書化されている等、課内や担当者間で共有できる形になっているかを確認する。
		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	・保健所事業報告書等におけるHIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等の実施件数	・管内の状況に応じて、ターゲット及び年間目標数や中期的な目標数をあげておき、その達成状況から評価してもよい。 ・受診者数の増減だけではなく、開所時(昼間)と夜間の別、男女別、年代別に整理して、受診者の特徴や傾向を把握し、啓発活動や健診・検査実施体制の検討に反映させていくことが重要である。
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造・活動の基盤	◇第一報の受理体制			
		47	保健所開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、チェックリスト等)	・緊急受付対応職員当番表、緊急受付受理票及び報告書等	・保健所開庁時に、第一報があった場合の対応職員が決まっており、受付票やチェックリスト等が整備されているか、を確認する。
		◇集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制			
		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、マニュアル等に明示されている	・感染症発生時対応のマニュアル(初動体制が明示されているもの、感染症類型別)等	
		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示されている	・感染症発生時対応のマニュアル(管理職不在時も含めて指揮命令系統が明示されているもの、感染症類型別)等	
		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	・感染症発生時対応のマニュアル(集団発生等緊急時連絡網や体制を示すもの)等	・複数の部署や職種が連携・協働するのは、どのようなケースや規模の場合か等が明確になっており、それがマニュアル等、所内で共有される形で明示されているか、を確認する。 ・実際の感染症発生時に、関係部署・職種が連携・協働する体制が機能しているかどうか、という点からも確認する。
		◇職員の健康管理体制			
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)	・感染症対策に従事する職員の健康管理(抗体検査や予防接種等)に関する実施要領や通知文	・感染症対策に従事する職員を対象とした予防接種の実施及び健康チェックに関する取り決めの有無やその内容、並びに、当該職員数に見合った防護具を備えているか、等を確認する。		
プロセス	◇集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援				
	63	接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている	・接触者調査票	・接触者健診の未受診者について、もれなくフォローし受診につなげているかを確認する。	
	◇集団発生施設との協働・支援				
	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	・集団発生事例への対応記録又は報告書	・感染症発生施設の対応力をアセスメントし、その対応力に応じて支援内容や役割分を決定していたかを、確認する	
	◇活動の評価と見直し				
		感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している	・会議の実施記録	・この評価指標の評価会議とは、終息の判断のための会議ではなく、終息後に、感染症発生後の対応を振り返り、評価して、その結果を、発生時の所内体制や関係機関との体制の見直し等、今後の感染症対策に反映させていくことを目的とした会議を指す。 ・評価会議の開催の有無のみならず、参加メンバーや検討内容から、前述した会議の目的を達成することができたかを確認する。	
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	・保健所事業報告書	・感染症発生時の対応やその際の保健所との協働の必要性について、施設側が十分認識していれば感染症発生後(疑いを含む)早期に保健所に相談や報告がなされるはずである。本指標により、管内の施設等の関係者の感染症発生時対応にかかわる認識や主体性を評価する。	
	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→プロセスへ	・会議の実施記録	・この評価指標の評価会議とは、終息の判断のための会議ではなく、終息後に、感染症発生後の対応を振り返り、評価して、その結果を、発生時の所内体制や関係機関との体制の見直し等、今後の感染症対策に反映させていくことを目的とした会議を指す。	
結果2	70	まん延が長引く事案がない		・患者発生の第1報から潜伏期間を1つの目安として、それ以後、患者数が減少に向かっているか、二次感染が発生していないか等を流行曲線等から確認する。	
	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など感染者や患者、家族らの人権が損なわれる事態が起こらなかったかを確認し、評価指標「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」及び「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」、併せてマスコミへの対応も振り返り、必要時、これらの活動を見直す。	

表8 感染症対策活動評価指標(最終版)

テーマ	評価特組	評価指標	
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	
		プロセス	◇国内外・管内の情報収集
			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
			3 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
			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。
			◇課題の明確化と計画立案
			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
			◇相談・教育(啓発)活動
		6 結核の普及啓発活動をしている	
		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	
		◇関係機関との連携体制づくり	
	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		
	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		
	◇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		
	◇事業・活動の評価と見直し		
	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)		
	結果1	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	
		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週間以内を自処に)	
		14 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	
		15 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える	
		16 DOTS協力施設(医療機関以外)が増える	
	結果2	17 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)	
		18 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、ハイスカ・デインジャーグループ等)	
		19 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	
		20 結核患者(特に高齢者、ハイスカ・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	
		21 全結核患者に対するDOTS実施率の向上	
		22 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少	
		23 管理期間中の再治療率の減少	
	結果3	24 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイスカ・デインジャーグループの罹患率)	
		25 高齢者やハイスカ・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	
		26 結核の有病率の減少	
		27 新登録中の多剤耐性結核患者の検出率・結核患者に占める割合の減少	
28 潜在性結核感染症者の発病率の減少			
29 結核死亡者数(率)の減少(特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)			
30 感染症担当部署に保健師が配置されている			
平常時の対応(発生予防・早期発見)	構造	◇管内の情報収集・分析	
		31 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課内や担当者間で共有できる形で明示している	
		32 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	
		◇相談・教育(啓発)活動	
		33 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	
	34 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		
	35 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		
	◇関係機関への支援		
	36 医療監視や施設指導により感染症対策に関わる問題・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		
	37 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		
	◇活動の評価と予防計画の見直し		
	38 都道府県の定めた予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している		
	結果	39 感染症に関する普及啓発活動の回数	
		40 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	
		41 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	
結果2	42 定期予防接種の接種率が高まる		
	43 感染症対策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・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る		
結果3	44 感染症の集団発生件数の減少		
	45 感染症による死亡者・死亡率の減少		
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造・活動の基盤	◇第一報の受理体制	
		46 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、チェックリスト等)	
		◇集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制	
		47 初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明示されている	
		48 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示されている	
		49 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	
		◇情報収集と情報発信の体制	
		50 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	
		51 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	
		◇情報提供ルートの確保と個人情報取扱いのルール	
		52 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	
		53 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	
		54 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	
		◇職員の健康管理体制	
		55 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)	
	◇備蓄の管理体制		
	56 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		
	プロセス	◇集団発生時のマニュアルの策定・改訂	
		57 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	
		◇訓練	
		58 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	
		◇集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援	
		59 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	
		60 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	
		61 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	
		62 接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている	
		63 感染者・患者の人格を尊重し、その保護に十分な配慮をしている	
◇集団発生施設との協働・支援			
64 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			
◇活動の評価と見直し			
65 感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している			
◇人材育成			
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			
結果1	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)		
	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		
結果2	69 まん延が長引く事案がない		
	70 診断が遅れ症状が悪化したケースがない		
	71 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		

える化できるのではないかと考えられる。日々の業務に追われる中、評価活動への負担感は決して小さくない。負担感の原因の一つには、評価のためのデータを改めて収集しなければならないことがある³⁾。国が求める統計として、毎年、データが収集され、蓄積されれば、管内の感染症対策にかかわる課題に応じて、目標・計画を立て、その達成状況を年単位あるいは数年単位で評価したり、経年的な評価をすることができ、PDCAサイクルをまわして、感染症の発生・拡大の防止及び感染症の発生への備えのための活動を推進していくことができると考えられる。

E. 結論

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。調査内容は精錬を繰り返し作成した平成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それぞれ5件法で尋ね、併せて評価指標及び評価マニュアルへの意見や提案を自由記述により求めた。回収数(率)は244(50.2%)であった。

その結果、【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11項目、【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5項目、両者に該当した項目は3項目であった。評価指標についての意見や提案は69人から回答があった。

評価マニュアルの有用性については、【役に立った】と【やや役に立った】を併せて、約6割であった。評価マニュアルについての意見や提案は7人から回答があった。

調査結果に基づき、8項目の評価指標を見直した。また、評価マニュアルについて、6項目の評価の根拠・資料を追記し、17項目の評価の考え方・視点を追記・修正した。感染症対策活動の評価指標の最終版は、テーマ《結核》30項目、《平常時の対応(発生予防・早期発見)》15項

目、《急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)》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・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動を見える化し、評価して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、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の収集と蓄積が必要であると考えられた。

引用・参考文献

- 1) 春山早苗、他(2008)：感染症の発生予防と早期発見に関わる保健所の活動、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究 総括・分担研究報告書、25-40。
- 2) 春山早苗(2009)：感染症健康危機管理における保健所保健師の役割と求められる能力、保健師ジャーナル、65(9)、729-735。
- 3) 春山早苗(2014)：感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証、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(政策科学推進研究事業))保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 総括・分担研究報告書、167-184。
- 4) 厚生労働省健康局結核感染症課(2011)：結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について(健感発0516第1号)、平成23年5月16日。
- 5) 石川信克監修、阿彦忠之編(2014)：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「結核の接触者健診Q&A」付き 平成26年改訂版、公益財団法人結核予防会。
- 6) Ohmori M, Ozaka K, Mori T, et al. (2005): Trends of delays in tuberculosis case finding in Japan and associated factors, *Int J Tuberc Lung Dis*, 9(9), 999-1005.
- 7) 青山恵美、操華子(2014)：肺結核患者の

受診までの遅れ (patient's delay) と診断までの遅れ (doctor's delay) の現状と影響要因、環境感染誌、29(6)、453-462.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第74回日本公衆衛生学会総会 (2015年 10月、長崎) にて発表

G. 知的財産権の取得状況

なし

難病保健分野の評価指標の検証

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」の標準化を目的として、これまでに開発してきた難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所の難病担当リーダー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図り、評価指標と評価マニュアルの最終版の作成及びこれらの普及と活用方法の検討を行った。平成27年度版の難病保健活動の評価指標(30項目)の全ての項目について重要性は高く評価された。わかりやすさについて評価が低かった3項目について表現を修正し、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目)、結果1(短期)4項目、結果2(中期)3項目、結果3(長期)3項目の合計30項目の標準化が検証された評価指標(最終版)が作成された。本評価指標は、これまでに開発されている難病地域アセスメントシートと組み合わせることで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といった。

A. 研究目的

本研究の目的は、保健活動の質を評価するために、全国どこでも活用できる標準化した評価指標を開発することである。本分担研究では、これまでに開発してきた難病対策に関する保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所(保健所設置市を含む)の難病担当保健師を対象に調査を実施し、難病保健活動の評価指標の精緻化を行い、標準化した評価指標と評価マニュアルの最終版を作成することを目的とした。また、これまでの分担研究の成果を踏まえ、難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について検討する。

B. 研究方法

難病保健活動の評価指標の標準化を図るために評価指標のわかりやすさと重要性および評

価マニュアルの有用性の検証、評価項目の精緻化、標準化された評価指標および評価マニュアルの最終版の作成、評価指標の普及および活用方法の検討を以下の方法で行った。

1. 研究対象

全国の保健所 486 か所(保健所設置市を含む)とし、難病担当リーダー保健師に調査への回答を依頼した。

2. 調査内容

平成26年度版の難病保健活動の評価指標¹⁾の各項目に対する「わかりやすさ」について、大変わかりやすい(5点)、わかりやすい、(4点)、どちらともいえない(3点)、ややわかりにくい(2点)、わかりにくい(1点)の5段階で評価を依頼した。

同様に、各項目に対する「重要性」について、大変重要である(5点)、重要である(4点)、どち

らともいえない(3点)、あまり重要でない(2点)、重要でない(1点)の5段階で評価を依頼した。

わかりやすさ、重要性に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

評価マニュアルの有用性について、役に立った(5点)、やや役に立った(4点)、どちらともいえない(3点)、あまり役に立たなかった(2点)、役に立たなかった(1点)で評価を依頼した。

評価マニュアル(評価のてびき)に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

その他の質問項目としては、対象保健所の属性について、都道府県名、保健所のタイプ(都道府県型/市区型)、管内の市町村数の回答を依頼した。

3. 調査方法

全国の486か所の保健所に調査依頼文および調査票を郵送した。調査依頼文には、調査の概要、記載要領、倫理的配慮を記した。調査への回答は、難病担当のリーダー保健師に依頼し、郵送回答法とした。

4. 調査時期

平成27年10月～平成28年1月とした。

5. 分析方法

わかりやすさについては、各段階の回答割合および5(大変わかりやすい)と4(わかりやすい)の合計回答割合を算出した。また、重要性については、各段階の回答割合および5(大変重要である)、4(重要である)の合計回答割合を算出した。

分類については、下記の分類表(表1)に従ってA～Dを記入した。わかりやすさおよび受容性について、5点と4点の合計回答割合について、70%を境界値とし分類を行った。

表1 わかりやすさおよび重要性の評価分類

		わかりやすさ	
		70%以上	70%未満
重要性	70%以上	A	B
	70%未満	C	D

Aは、重要であり、わかりやすい項目であるため、そのまま残すこととした。

Bは、重要であるが、わかりにくい項目であるため、表現の修正や評価マニュアル(評価のてびき)の内容の追加・修正を行うこととした。

Cは、重要ではないが、わかりやすい項目であるため、項目の内容について再検討することとした。

Dは、重要でなく、わかりにくい項目であるため、削除することとした。

以上のプロセスにより、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の最終版を作成した。

また、平成25年度および平成26年度の分担研究の結果を踏まえ、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の普及および活用方法の検討を行った。

【倫理的配慮】

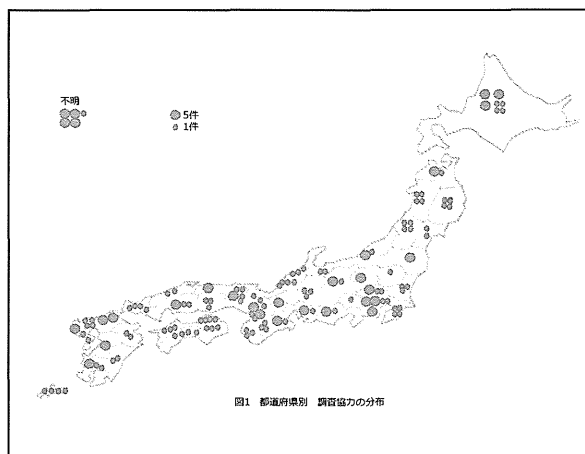
調査への参加は自由意志であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定される事のないように配慮すること等を調査依頼文に明記し、調査票の回答の返送をもって調査協力に同意したとみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 結果

1. 対象の特徴

都道府県別の調査協力が得られた保健所の分布について図1に示す。47都道府県すべて

から回答を得ることができた。253 か所の保健所から回答が得られ、回収率は 52.1%であった。都道府県型保健所が 187 か所(73.9%)、市町村型が 54 か所(22.5%)、不明 9 か所(3.6%)であった。管内の平均市町村数は 3.8 であった。北海道、東京、大阪、福岡の回収率が高かった。



2. 難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性について

難病保健活動の評価指標のわかりやすさ及び重要性の評価結果を表 2 に示す。

重要性についてみると、すべての項目で 70%以上が「大変重要である」または「重要である」と回答しており、本評価指標の内容は難病保健活動において極めて重要なものであることが確認された。

一方で、わかりやすさについてみると、70%以上が「大変わかりやすい」または「わかりやすい」と回答した項目は 15 項目(50.0%)であった。内訳をみると、構造が 2 項目(66.7%)、プロセス(個別支援)が 5 項目(62.5%)、プロセス(地域ケアシステムの構築)が 5 項目(55.6%)、結果 1～3 が 2 項目(22.2%)であった。

以上より、A 評価が 15 項目(50.0%)、B 評価

が 15 項目(50.0%)、C および D 評価の項目は見られなかったため、本評価指標の有用性は高いと評価できるといえた。

わかりやすさの評価について詳細を見ると、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%未満であった項目は 6 項目あり、項目 3(構造)、項目 9(プロセス・個別支援)、項目 20(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 25(結果 2)、項目 29 および項目 30(結果 3)であった。また、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%以上 70%未満の項目は 9 項目あり、項目 7 および項目 10(プロセス・個別支援)、項目 12・項目 15・項目 16(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 21・項目 23・項目 24(結果 1)、項目 27(結果 2)、項目 28(結果 3)であった。

わかりやすさに関する自由記載についてみると、項目 3の「在宅療養支援ネットワーク」は表現があいまいであり、難病対策のどの事業を指すのかが不明確であると考えられた。重症難病患者入院施設確保事業を自治体によっては難病医療ネットワーク事業として実施しているところもある。一方、重症難病患者入院施設確保事業について、支援ネットワーク構築を目的と明示していない自治体もあることから、明確にどのような事業を示すのかわかる表現にすることが必要であると考えられた。平成 27 年から施行された難病患者に対する医療等に関する法律(以下、難病法とする)において、「難病対策地域協議会」を保健所等が中心になって整備することが求められている。「難病対策地域協議会」を具体的に推進している地域はまだ少ないと考えられるが、今後の進展を目指すうえでも「難病対策地域協議会」と表現を改めることが必要と考えた。

項目9については、「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」では、どこまでのニーズに対応すべきかが個人によって異なるため判断が難しいと考えられた。「網羅できない」という表現を「狭間にある」とすることで、介護保険法および障害者総合支援法のサービスの対象とならない難病患者が明確になるため、表現を改めることが必要と考えた。

項目20については、「近隣者の力を活用できる」という表現では、どのような力をどのように活用すべきか評価が難しく、災害対策で用いられている「共助力を高める」という表現にすることでイメージが明確になると考えた。

「大変わかりやすい」または「わかりやすい」との回答が60%以上70%未満の項目についてみると、「十分に」「適切に」という表現が主観的であり、保健師により評価が異なる可能性があるとの指摘があった。保健所単位で根拠資料を基に「十分に」「適切に」の基準を明確にすることが重要であると考えられた。また、「QOLの向上」にまで配慮した支援が行えていない、「地域診断」は重要であるが実際には実施できていないことが、「わかりやすい」という評価に繋がりにくいことが考えられた。

一方、結果1～3についてみると、最もわかりやすさの評価が低かった項目25については「安全・安心」の評価があいまいであること、同様に、項目30についても「安定した」の評価があいまいであることが、評価の低さに影響していると考えられた。また、項目29については、「在宅における事故事例」の把握ができていないことが指摘されたが、本項目があることで在宅におけるインシデント・アクシデントの把握の必要性の認識につながると考えられた。

また、結果の評価は、「増える」「減少する」「延長する」という表現になっているが、これらは経年的に難病患者の療養状況を把握していなければ評価が困難である。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、2002年より10年以上の間、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)」を用い療養実態を把握し、難病保健活動計画につなげることが推奨されてきたが、研修への参加が少ない市町村型保健所にはこのアセスメントシートの利用が浸透しておらず、保健師活動の評価が十分に行えていない実態が明らかにされた。

以上より、難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることは確認されたが、評価の根拠となる難病療養者の実態を経年的に記録し、療養状況の変化を把握し、保健所内で評価の基準を明確にすることが、本評価指標を活用するうえで不可欠であることが確認された。

都道府県単位でアセスメントシートを用いた難病患者の把握と評価基準の共有を行い、本評価指標を活用することが求められる。

3. 難病保健活動の評価指標の標準化された最終版作成

これまでの結果を踏まえ、30項目すべてにおいて「大変重要である」または「重要である」と回答されていたことから、項目は削除せずに30項目とすることとした。

わかりやすさの評価について「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が60%未満であった、項目3(構造)、項目9(プロセス・個別支援)、項目20(プロセス・地域ケアシステムの構築)について、表現を一部修正することにした。

表現の修正については、項目 3、項目 9、項目 20 それぞれについて、表 2 内に太字で示した。項目 3 は「在宅療養支援ネットワークの整備を進展させる計画がある」から「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある」に修正した。項目 9 は「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」から「介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している」に修正した。項目 20 は「患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、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」から「患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、地域の共助力を高める活動を関係機関と連携して行っている」に修正した。

以上の修正を加えた 30 項目からなる難病保健活動の評価指標を標準化された最終版とした。

4. 難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。

平成 26 年度の分担研究³⁾により、個別支援のプロセスが「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」という短期結果、「希望する場所で療養できる患者が増える」という長期結果につながる事が明らかにされた。

また、地域ケアシステムの構築が「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」という短期結果につながり、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期

結果につながる事が明らかにされた。

難病法の施行により、指定難病が 306 疾患に拡大されている。これまでも、保健所保健師が対象とする難病患者について、ALS 患者や医療依存度が高い神経難病など、各自治体で対象区分を設定し、優先順位に応じたかかわりをしてきた。疾患の拡大により、保健所と市町村やその他の関係機関との役割分担を行い、連携・協働することで、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期結果につなげていかなければならない。

今回の全国調査では、評価の根拠となる療養者の状況が把握されていないため、できているのかわかりにくいという自由記載が多く、一方でアセスメントシートを用いた経年評価をしている保健所では、根拠資料があるため評価がわかりやすいとの自由記載がみられた。

このことより、アセスメントシートを用いて難病患者の療養状況の把握を経年に行い、評価指標のプロセス(個別評価)項目と難病患者の療養状況を照らし合わせ、不足している活動を強化する試みが必要であり、これにより希望する場所での療養生活に繋がることが期待できる。

また、難病患者に支援を提供している関係機関の特徴や分布状況について、アセスメントシートを用いて評価を行い、評価指標のプロセス(地域ケアシステムの構築)の項目の活動を強化し、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を増やすことで、安定した在宅療養期間の延長に繋がることが期待できる。

保健所が把握すべき難病患者の対象を明確にし、アセスメントシートを用いて個々の療養状況を把握し、個別支援や地域ケアシステム構築の課題を明確化し、難病保健活動の評価指標

の項目にある活動を実施し、短期、中期、長期的な評価を行う機会を、保健計画の中に位置づけることが重要であると考ええる。

D. 考察

1) 難病保健活動の評価指標の標準化について

全国の保健所の難病担当リーダー保健師に対する調査結果より、難病保健活動の評価指標の標準化について検討し、わかりやすさの評価が60%未満であった3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目)、結果1(短期)4項目、結果2(中期)3項目、結果3(長期)3項目の合計30項目からなる評価指標の最終版が作成された。これをもって標準化された評価指標とした。

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。また、これまでの分担研究の成果からも、保健師の保健活動が難病の療養環境を改善させる結果につながることを客観的に評価できる有用性のある指標であることが示された。

一方で、70%がわかりやすいと回答した項目は15項目(50%)にとどまった。これは、介護保険制度の導入以降、在宅支援機関が拡大され、医療依存度の高い難病等の在宅療養環境が改善されたが、保健師による個別支援の機会が減少したため、難病患者の療養状況が把握できにくくなっていることが影響していると考えられた。また、指定難病の疾患数が大幅に増加したために、難病申請の事務作業の時間が拡大し、申請時の面接や家庭訪問の時間が減少していることも影響していると考えられた。

市町村型保健所では、難病担当保健師数が

少なく、他の業務も兼務していることが多いため、病状の進行により外出の機会が少なくなり、患者側からの相談等の発信がなければ、支援の対象から離れがちになってしまうことが考えられた。都道府県型の保健所においても、障がい者施策や介護保険制度による支援以外のサービスを療養者・家族が求めている場合、難病申請をしない事例もあるという現状から、療養者全体の把握に至っておらず、評価指標の内容は重要だけれども、実施できているか評価がわかりにくいという結果に至ったと考えられた。

客観的な評価の方法を普及させることにより、難病保健活動の評価指標を用いた活動を推進させることにつなげることが重要であると考えられた。

2) 政策への提言

介護保険制度の導入により医療依存度の高い療養者の在宅療養状況は改善されたが、難病患者に対応できる一部の機関への偏りが課題とされる。また、難病法の施行により指定難病が拡大され、特に診断後の不安や療養方針の決定等への支援について、保健所および市町村や地域包括支援センター等との役割分担、連携・協働が求められる。

本分担研究で開発された難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標であり、保健活動のプロセスと短期・中期・長期結果との関連も明確に示された。さらに、難病地域アセスメントシートを客観的根拠資料にすることにより、地域診断を踏まえた個別支援活動、地域ケアシステム構築の活動の強化すべきポイントが明確となり、それらの活動が難病療養状況の改善にどのように影響しているのかを数量的に評価することが可能となる

難病法の施行により、保健所等を中心とした

「難病対策地域協議会」を推進し、難病医療ネットワークを強化することが望まれているが、本協議会においても難病保健活動の評価指標と難病地域アセスメントシートが、計画立案、活動推進の基盤となることから、本研究で開発した評価指標と難病地域アセスメントシートの一体的な活用を政策的に推奨することが望ましいと考える。また、療養者の把握が難病の治療研究の推進にも貢献できることから、これらの活用は難病対策全体の改善にもつながると考える。

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標準化された評価指標」の作成を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の標準化と精緻化のため、全国の保健所の難病担当リーダー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標準化された評価指標の作成および評価マニュアルその普及と活用方法の検討を行った。

これにより、3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目（個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目）、結果1（短期）4項目、結果2（中期）3項目、結果3（長期）3項目の合計30項目からなる標準化された評価指標が作成された。

本評価指標は、保健活動の構造や個別支援および地域ケアシステムの構築に関わるプロセスが、難病患者の療養状況の改善につながることを客観的に評価でき、かつ全国どこでも活用できる標準化された有用な指標であることが示された。

さらに、難病地域アセスメントシートとの組み合わせにより、経年的に客観的な根拠資料を用

い評価することで、保健師による活動の成果を見える化することが可能となる。

引用・参考文献

- 1) 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.
- 2) 小西かおる：難病保健活動の評価指標の検証．厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究（研究代表者 平野かよ子）平成25年度分担研究報告書. 2014.
- 3) 小西かおる：難病保健活動の評価指標の検証．厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究（研究代表者 平野かよ子）平成26年度分担研究報告書. 2015.

F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会（長崎・2015）において発表。

G. 知的財産権の取得状況

なし

表2 難病保健活動の評価指標のわかりやすさおよび重要性の評価

評価 枠組	評価項目	重要性	わかり やすさ	評価
構造	1. 最新の難病対策に関する情報を入手し、活用する体制がある	92.9	74.3	A
	2. 難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	88.9	79.1	A
	3. 在宅療養支援ネットワークの整備を発展させる計画がある	87.0	57.7	B
	「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある			
プロセス	4. 患者の病状進行や療養状況を面接・訪問および関係機関による情報から把握・分析している	95.3	79.8	A
	5. 患者・家族の疾病に対する認識・理解に応じて、適切な情報が得られるよう支援している	96.8	78.7	A
	6. 必要に応じ、地域の中で同じような状況の患者・家族が出会える機会を調整している	91.7	85.4	A
	7. 患者・家族が十分に話し合って療養方針を決定できるように支援している	92.9	69.6	B
	8. 医療依存度・セルフケア能力・介護力・経済状態等に応じたサービスが導入されるよう支援している	92.9	72.7	A
	9. 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	87.7	56.9	B
	介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している			
	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	89.3	65.5	B
	11. 緊急・災害時に必要な物品・処置・連絡・避難手順等が整備され、定期的に指導・管理が提供されるよう支援している	97.6	85.4	A
	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	86.2	66.0	B
	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	87.7	81.0	A
	14. 支援チーム内でケア計画等が確認・修正されるよう難病対策事業(訪問診療、支援計画策定・評価事業等)を活用している	81.0	70.0	A
	15. 難病対策事業に難病に関する地域診断と目標設定を行うことを位置づけている	80.2	63.6	B
	16. 難病の地域診断に基づいた難病対策事業の実施計画が策定されている	83.4	66.8	B
	17. 地域の医療福祉従事者の難病支援の水準向上を目指した研修会等を行っている	89.3	82.6	A
	18. 関係者連絡会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	85.8	73.5	A
	19. 難病の患者・家族会を育成・支援している	81.0	80.6	A
	20. 患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、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	77.5	53.0	B
	患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、地域の共助力を高める活動を関係機関と連携して行っている			
	結果 1	21. 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	87.0	60.1
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		94.1	81.0	A
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療養者・家族が増える		85.4	62.1	B
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		87.0	66.0	B
結果 2	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	85.8	49.0	B
	26. 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	92.5	81.4	A
	27. 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	88.1	63.6	B
結果 3	28. 希望する場所で療養できる患者が増える	88.1	68.4	B
	29. 在宅における事故事例が減少する	77.9	57.3	B
	30. 安定した在宅療養期間が延長する	78.7	55.7	B

産業保健分野の評価指標の検証

分担研究者 大神あゆみ（大原記念労働科学研究所）

研究要旨 産業保健分野の保健師による保健活動の質を評価するため、平成26年度の調査を基に開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（57項目）」を用いて、直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある保健師とその知人の保健師の全国161名の産業保健師に調査票を配布し、66名の保健師から回答を得た。結果は、指標については全指標について「重要性」が認められ、「わかりにくさ」の指摘はあるも、マニュアルが併記されていることの有用性が認められた。一方で、「産業保健活動」に焦点を当てた本指標は、保険者所属の保健師の活動評価のためには十分でなく、本指標の「生活習慣病予防」目的の評価項目は「健康づくり活動分野における保健活動」の評価指標を活用し、保険者の業務で多用される文言に置き換えた指標とすることが望ましいと考えた。本評価指標は「生活習慣病予防」目的の7指標を削除し50項目とし、調査結果の意見を参考に指標とマニュアルを修正し完成させた。

A. 研究目的

本研究は、産業保健領域の保健師による保健活動の質を評価するために、多様な業務に従事している保健師が事業所の産業保健活動の支援に用いる「標準的な評価指標の精緻化を図ること」を目的として、平成26年度に開発した指標を用いた質問紙調査により、全国の産業保健活動に携わっている保健師にこの評価指標のわかりやすさと重要性と評価マニュアルの有用性について調査を実施し、産業保健活動分野における保健活動の評価指標を完成させる。

B. 研究方法

1. 調査対象

(1) 平成26年度までに開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（50項目）」を用いて直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある全国161名の産業保健師に調査票を郵送配布した。過去の調査では事業所所属の保健師を中心に行ったが、事業所所属でない保健師も事業所の産業保健活動を支援している実態を考慮し、今回は、産業保健に造詣のある健康保険組合や労働衛生機関所属の保健師も半数程度含めることとした。配布手順は以下のとおり。

① 過去3年以内に産業保健師の研修に参加したことがある全国63名の保健師に調査票を配布。

② ①の近隣の職場の保健師や同一事業所やネットワーク内の保健師にさらなる協力の呼びかけに応じた7名にスノーボールサンプリングに準じた方法で、同一人に重複配布されないように依頼し、さらに98名分の調査票を配布した（合計161名に配布）。調査票は無記名自記式で、郵送にて返送するよう依頼した。

※「産業保健師」：働く人（労働者、事業者）の健康管理に携わる保健師と便宜上定義した。

(2) 調査内容：

調査票は、評価指標と評価指標マニュアル、それぞれに異なる設問を設定した。

評価指標については、平成26年度までの研究結果を反映した50項目それぞれの項目について、「わかりやすさ（5;わかりやすい～1;わかりにくいの5段階）」と「重要性（5;重要である～1;重要でないの5段階）」について評価し、意見や提案の自由記載を求めた。

評価指標マニュアルは指標横に記載のポイントを提示したものであることから、指標の手引きである旨付記し、この有用

性について、①役に立つと思うか（1;役に立つと思う～4;役に立たないと思う,5;わからない）、②どのような点で役に立つと思うか（3択+その他;自由記載）、③どのような記載があると役に立つと思うか（自由記載）を尋ね、最後に評価マニュアルについて意見の自由記載を求めた。

(3) 調査期間

2015年11月17日～12月28日

(4) 倫理的配慮

調査協力依頼にあたり文書で、回答しないことによる不利益はないこと、調査結果の公表に際しては回答者の所属や個人名が特定されないことを記載し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 結果

1. 回答状況と回答者の属性

(1) 回収状況

調査票を送付した161名のうち66名から回答を得た（回答率41.0%）。

(2) 回答者の属性

回答者の所属は、多い順に、事業所、医療保険者（協会けんぽと健康保険組合の合計数）、そして、健康診断実施機関の順で。回答者の所属先は大都市圏に集中するも全国に分散し、北海道、東北、九州の回答が少ない結果であった。また、事業所所属の保健師は、京阪名の大都市圏・工場の多い地域に集中し、その他の地域は協会けんぽを含めると健康保険組

合所属（保険者所属）の者が多い特徴があった（表1）。

表1 回答者の所属機関とその所在地

	事業所	健康診断 実施機関	健康保険 組合	労働衛生 機関	その他	未記入	計
北海道					1		1
岩手県					2		2
茨城県			1				1
栃木県	1		2		2	1	6
群馬県	1						1
東京都	11	1	1		2		15
神奈川県	1	2	1		1		5
新潟県	1						1
富山県			1				1
石川県					1		1
長野県	1						1
静岡県		6		2			8
愛知県	4				1		5
三重県	1						1
滋賀県	3						3
大阪府	4				1		5
和歌山県					1		1
鳥取県			1				1
広島県	2						2
徳島県						1	1
愛媛県					1		1
沖縄県					1		1
未記入						2	2
計	30	9	7	2	14	4	66

※ 「その他」の内訳： 医療保険者・協会けんぽ 8、
官公庁 1、教育機関 1、地方自治体 1

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、「5：大変わかりやすい」あるいは「4：わかりやすい」と回答した者の割合を一覧にしたものを表2に示す。その割合が75%を下回った項目は、「わかりやすさ」については12項目あり、それらは、「1. 保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」「4. 労働者の健康に関与する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している」

表2 評価指標のわかりやすさと重要性の割合

目的	評価	番号	評価指標	わかりやすさ (5+4) %	重要性 (5+4) %
就業のための対応・有所見者の抑制 一般健康診断・健康状態に応じた	構造評価	1	保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている	54.5	97.0
		2	事後措置を含めた健康診断運用のための予算が確保されている	83.3	90.9
	プロセス評価	3	健康診断結果や病気休業者の状況などの現状分析を行っている	90.8	100.0
		4	労働者の健康に関する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している	74.2	97.0
		5	事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している	66.7	90.9
		6	事業場の健康課題を明確にし、優先順位が付けられる	92.3	100.0
		7	健康課題に対応した安全衛生に関する方針・規定・計画の策定・改訂に保健師が関与している	84.8	92.4
	結果1	8	保健指導や就業の検討など事後措置に関する方法が確立している	87.9	97.0
		9	健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する	74.2	90.8
	結果2	10	健診の受診率や再検査率が向上する	84.8	95.5
		11	健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する	71.2	92.4
	結果3	12	各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える	71.2	92.4
		13	一般健康診断の有所見者が抑制される	81.8	89.4
健康の維持 職業性疾患の予防・悪化防止・	構造評価	14	使用有害物質等、仕事の特性に応じた取扱い責任者等担当者が育成・選任されている	81.3	84.1
		15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している	86.4	90.8
	プロセス評価	16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している	77.3	89.4
		17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している	63.1	81.5
		18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している	76.6	87.7
		19	予測される災害・疾病防止に必要な健康診断・就業上の措置の実施状況を把握し、関与している	81.3	93.8
		20	有害業務の状況とその業務に関連する疾病の発生状況を確認している	83.1	93.9
	結果1	21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する	78.8	83.3
		22	作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する	72.3	81.8
	結果2	23	特殊健診有所見率が抑制ないし減少する	82.8	87.3
		24	職業性疾患新規発生が防止される、または減少する	79.7	90.6
	結果3	25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される	81.8	93.9
		26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている	76.6	78.8
いきいきと働く労働者が増加する ストレスをコントロールして	構造評価	27	メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある	75.8	90.9
		28	傷病休業の補償制度がある	84.8	77.3
		29	労働者自身が活用できるストレスチェックのシステムや機会を提供している	80.3	89.4
	プロセス評価	30	メンタルヘルスに関する現状分析を行っている	80.3	95.5
		31	こころの健康づくり計画に基づいた労働者・管理職向けのメンタルヘルス対策を行っている	89.4	95.5
		32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している	86.4	93.9
		33	休業中の適切な対応方法・復帰までの段取りについての情報を関係者間で共有している	84.8	93.9
		34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する	65.2	81.8
	結果1	35	適切なプロセスを経て復帰する休職者が増加する	75.4	87.9
		36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する	71.2	90.9
	結果2	37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する	75.8	84.8
		38	事業場内外の相談機関を知っている労働者が増加する	80.3	87.9
	結果3	39	メンタルヘルスの不調による退職者数（あるいは新規休職者数）が減少する	83.3	89.4
40		職場復帰後の再休職者数が減少する	89.4	93.9	
健康障害の防止 過重労働による	構造評価	41	労働者の過重労働対策について人事労務部門と健康管理部門で適切に連携する体制がある	80.3	97.0
		42	過重労働対策に関する事業場の方針が労働者への文書等によって周知されている	81.8	86.4
	プロセス評価	43	労働者の過重労働の状況を的確に把握している	77.3	92.4
		44	過重労働者への適切な保健指導を実施している	80.3	89.4
		45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている	80.3	90.9
		46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している	70.8	90.8
	結果1	47	過重労働対策に関する事業場の方針を知っている労働者が増加する	78.5	87.9
		48	過重労働者における生活習慣病関連の有所見者数が減少する	72.3	80.0
	結果2	49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される	86.2	90.8
		50	過重労働者数が減少する（年単位）	87.9	90.9
生活習慣病予防	構造評価	51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている	84.8	90.8
		52	事業場として健康保持増進に関する方針を策定している	93.9	97.0
	プロセス評価	53	計画に基づいた健康保持増進対策[*注1]を展開している	86.2	96.9
		54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率[*注2]が増加する	84.8	86.4
		55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する	80.3	90.9
	結果1	56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する	87.9	95.5
		57	特定健康診査該当項目の有所見率の増加が抑制される	86.4	97.0

注1：健康保持対策とは保健指導や健康教育、禁煙支援、食堂でのヘルシーメニューの提供など様々なものが考えられる

注2：参加率の母数は対象とする組織（部課、事業場等）の従業員数を母数とする

※「的確な、適正な」の判断は、その対策や方法を選択した根拠がガイドラインや研究結果を参考にしているかなどを判断根拠とする。

「5. 事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している」「9. 健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する」

「11. 健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する」「12. 各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える」「17. 予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している」「22. 作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する」「34. メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」「36. ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する」「46. 労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している」「48. 過重労働者における

生活習慣病関連の有所見者数が減少する」であった。なお、重要性については、75%を下回った項目はなかった。

3. 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

評価指標のわかりやすさと重要性については、全般的なものとして指標の約半数の項目について、意見や提案があった（表3）。その主な内容には、①全体的に回答の判断が難しい、②指標の表現の多義性やイメージのバラツキを示唆するもの、③「増加」「減少」「抑制」の定義やその定量的判断だけの疑問を示唆するもの、④保健師活動そのものではないが、事業主 - 労働者間の産業保健活動には欠かせない指標が含まれている点への疑義などがあった。

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

指標全体や複数項目に関連する意見、提案	
	<ul style="list-style-type: none"> - 全体的に回答が選択しにくい。評価の指標も理解が難しい。 - 何を持ってわかりやすとするかの判断が難しいと思いました。 - ほとんどの項目で重要性があると思うが事業所ごとの優先順位で行う必要がある。 - 1・2・3・9・14～22・26・28・48 内容は特に問題に思いませんが「目的」の一般健康診断のくくりとは別のように思いました。（組織における位置づけのようなものですね。）健診の予算確保は保健師の保険活動評価になるのでしょうか？見積もりなどは保健師がとつても予算確保は会社なので。病気「休職者」とは会社によりますが、病気休業（長期欠勤）3か月経過後の者を言っています。「休職」の定義は共通理解があった方がよいと思いました。一律に「3か月以上の休業者」とか「受診勧奨の周知が適切か？」は抽象的に感じました。「健診の目的を理解」も実際どうなのか。保健師には把握しにくい。保健師の業務評価としてとらえるかどうか…選任は保健師が関与せず別の安全担当部門や総務等が選任＆届を担当しているともあるので。メンタルヘルス対策の場合職場環境の改善やコミュニケーション活性化の取り組み中心になることが多く、研修も社内産業保健スタッフが講師となる場合に「予算確保」が行わない→「予算確保」することが保健師評価とは必ずしも言えないように思います。保健師の産業保健活動を評価する為の評価指標として傷病保障制度の有無を入れるのか…。過重労働は一過性の場合（3か月前後）「生活習慣病の有所見者数減少」は健診がいつあるのかのタイミングによったり、評価の難しさを思います。 - 抑制される→減少する。内容から表現がどうか？と思う部分があります。
1	<p>保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている</p> <ul style="list-style-type: none"> - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。 - 評価指標の文面が分かりづらく、何を評価しているものかがあいまい（表現が不適切）
5	<p>事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している</p> <ul style="list-style-type: none"> - 単純に、文法の問題かと思いますが、職種や職制に応じた健康情報が…のところ、健康情報と取り扱う職種や職制にあわせて適切な情報が届くよう保健師が関与すべき、という意味だと思うのですが。「応じた」が分かりにくいのでしょうか。
9	<p>健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する</p> <ul style="list-style-type: none"> - 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。
11	<p>健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する</p> <ul style="list-style-type: none"> - 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。
13	<p>一般健康診断の有所見者が抑制される</p> <ul style="list-style-type: none"> - 一般健康診断の有所見に 57 も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として 57 の表現は不十分な印象があります。

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案（つづき）

16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している
17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している
18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している - 評価マニュアルとして労働安全衛生マネジメントシステムがあればよいと思います。 - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
27	メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある - 早期発見も大事ですが、その受け皿がきちんとあるのかどうかとも重要と思いました。掘りおこすだけ掘りおこして対応が後手にならないように…。
28	傷病休業の補償制度がある - 補償制度があるかどうかは産業保健活動評価になるのか、疑問です。
34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「〇〇が」の〇〇の判断基準が難しいと思いました。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいないメンタルヘルス早期対応数が増える⇒という表現より⇒重症化したケースの対応減少の方が良いのではないかと思います。
35	適切なプロセスを経て復帰する休職者が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいない
36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する - 各職場の不調者の増減、復職者の再付業率の変化、職場での保健師の認知度とか、どういうことをしているのか等、相談できる場所があることを知っているか等。
37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいないメンタルヘルス部下の相談件数の増加について（把握は必要だが）相談が増えることが良いことか？管理者がきちんと対応することは必要だが、そもその相談者数がUPしても相談増の回答になる。新規休職者のトレンドを把握することは大切。（退職者数も同様ですが）応応障害など転職も（本人納得の上の）一つの支援の場合もあり、一律NGでないと考える。
38	事業場内外の相談機関を知っている労働者が増加する - 事業場以外の相談機関を知っている人が増え、さらに適時、利用する人が増えるのが目標ではないでしょうか。
44	過重労働者への適切な保健指導を実施している
45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている
46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している - 過重労働に関しては、保健所等で担えるところは、少ないと考える。過重労働の実態は、かなり複雑であり、高度な対応が求められると感じている。
49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている - 選任されていること＝保健師の評価というのがあまりよく分かりませんでした。選任され、役割を果たしていただくために何かをしているのか…という感じでしょうか。選任＝社内での教育や、情報伝達などができているの意味であればこのままでもよいと思います。
54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率が増加する - 職場の事業ではなくプライベートで準ずる内容の趣味、サークルなどに積極的に参加していればそれはそれでよいと思います。風通しの良い職場とは軍隊のように同じコミュニティで同じように行動することを良いとするのではなく感じています。個人の考え方の自由まで認められること。
55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する - 適切な知識とあるが、評価の項目が難しい。朝食をとる、夜食をとる、夜食をとらない、バランスよく食べることを知っていればよいのか、食生活が同健康にかかわっているかを知っていなければならないのか。目安になるチェックリストがないと分かりにくいように思う。
56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する - 何をもち「健康的な生活習慣」として評価するのか。
57	特定健康診査該当項目の有所見率の増加が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。 - 13の一般健康診断の有所見に57も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として57の表現は不十分な印象があります。

4. 評価指標マニュアルについて

評価マニュアルは、約8割の者が「役に立つ」「やや役に立つ」と評価し（図1）、どのような点で役に立つかは、「何を計上

すればよいのか、どのような状態が該当するかが具体的にわかる」「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が6割以上の者から回答されていた（図2）。

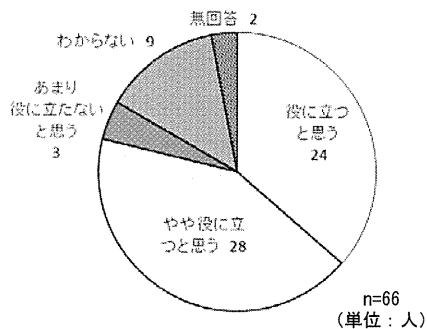


図1 評価指標マニュアルの有用性

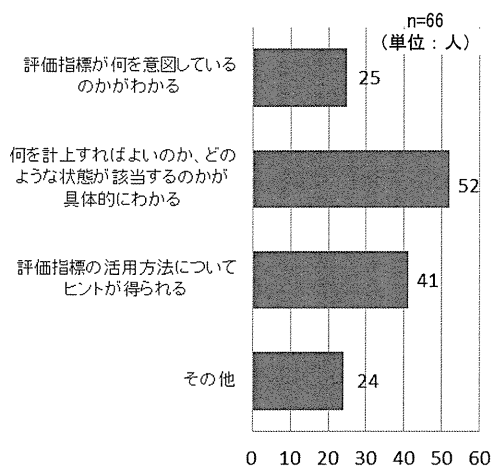


図2 評価指標マニュアルの有用点（複数回答）

表4 評価指標マニュアルのその他の有用性

-
- 専門職以外（事務方上司、労務、人事担当等）に保健師の仕事を示しやすくなる。
 - 業務全般の把握 優先順位のつけ方、予算配分など
 - 何を意図しているか他職種に伝えやすい。
 - 事務系の上司へ活動を伝える時役立つ。
 - 計画した時に何で評価するかがこの資料でわかるので事業場の保健活動で何が不足しているのかわかる
 - 既に取り組まれている項目を可視化出来るものがあるのはよいと思います。
 - 企業側に保健師の役割を理論（どのような法的根拠を元に行っているか等）立てて説明するのに活用できる。
 - 標準化、質の担保
 - 活動する上でも目標設定のヒントになる。
-

また、その他の有用性として、具体的に記述されていた内容には、①業務の把握や目標設定、②保健師の仕事を示しやすくする、③質の担保等があった（表4）。

「評価マニュアルにどのような記載があれば役に立つか？」という設問では、概ね3点の意見が記載されていた。1点は、事業所や産業保健スタッフ、保健師の状況によって、評価が異なることを考慮したものであること、2点目に活用法をよりイメージできるもの、3点目に優先順位を考慮した指標の利用法の示唆であった（表5）。

「その他、評価指標マニュアルについての意見」では、記載内容の大半がマニュアルに対する意見ではなく、評価指標とマニュアルを包括した意見だった。その内容は、有用性を支持し、完成を期待する意見が大半だったが、一部には、この指標とマニュアルの限界も記載されていた（表6）。

表5 評価指標マニュアルに役立つ記載内容

- 指標となる数値。増加、減少、抑制などが抽象的で評価しにくいと思う一方、企業それぞれと言えそれぞれなのでこれでいいようにも思う…。
- 具体的な使用方法 ex)企業規模や産業保健スタッフの体制によってどこに重点をおいて評価すべきか。
- 優先順位(リスク等)
- 使い方、使う目標、使う必要性について理解が得られた上での活用になると思うので、単独での活用となると難しいかと思う。その意味でも上記2の3や2の1の説明があると良い。
注:「2の3」評価指標の活用方法についてヒントが得られる、「2の1」評価指標が何を意図しているのかわかる
- 結果評価については、中長期的な視点で評価できると良いと思います。
- キャリアによって、実施できるレベル感も違うと思う。この指標マニュアルに新入期/中堅期/ベテラン期など求められる内容が分かれていてとチームで業務をしている事業所では更に活用しやすく思います。
- 評価の手引きが大変参考になると思います。
- 担当従業員数や業種、産業医か、常勤か、非常勤か、その企業の運営管理体制のレベルにより、評価がどのように違ってくるのかに関する★★があればよいかと思います。
注:★★は解読できない文字?
- 活用方法についてのイメージがしやすい物。
- 例えば、データヘルス計画のように、事業場の保健活動上の課題や改善計画がまずあって、優先順位を考慮した活動を行った後に、評価をするのであれば意味があるが、そういった計画とは切り離しての評価なのであればよく分からない。作成後どんな活用を予定しているのでしょうか。
- 計画的な有休の取得等、休養のとり方の項目も必要ですか？

表6 評価指標マニュアルに関するその他の意見

- “なんとなく職人業で属人的な産業保健活動”ではない評価につながるのではないかと思います。
- 企業内保健師の活動は調整業務が実際のところ多いと思います。だから企業内でも国にとっても活動内容や価値が見えにくい＝評価されにくいという状況でもあるので、評価指標ができることは有益と思います。同時に大きな目的全体にかかわるコーディネート業務についても別枠でもいいので評価指標があるとよいのではないのでしょうか。実際に評価指標内容すべてにかかわることのできる保健師は少ないと思います。指標ができるということは、それらを求められることにつながると思うので今できていること、これからやるべきこと、両方が評価できるとよいと思いました。
- 評価指標や評価そのものについての研修や教育がもともと不足している中でいきなり出しても無理があるので、まずは組織で先に立つ保健師からの積極的な活用ができるしくみ作りも必要かと思う。
- 大変有意義な調査ありがとうございます。今回掲載されている「評価指標」はすべて重要な内容だと思います。具体的な評価の方法などは事業場の特徴により異なる点もあるかと思いますが、一般化された方法に基づいて検討していくことは大切だと思いますので活用を期待できると思います。
- このような指標マニュアルがあることは大変有難く、大変な作業と存じますが、頑張ってください。完成楽しみに待っております。
- ・評価の手引きに根拠や情報及びその方法、視点があるのはわかりやすく良いと思います。・保健師活動もこのような評価をできると企業人として同じ土俵に立てるとありますが、保健師のみでなく「産業医やほかの職種とともに産業保健活動の評価として出していくもの」と言う表現ができるとよいのではないかと思います。
- ・評価指標と評価の方法・視点がズレているものがある。・アンケートとして何を回答すればよいかわかりにくい。・重要性は一般論と企業毎で異なるもので、かつ保健師の活動の評価とも別のモノではないかと思う。
- 保健部だけでなく産業医、衛生管理者と一括にこの評価を毎年チェックするとPDCAがまわり改善につながる。
- 28 保障制度がある。一保健師の役割としてなければ作るようになると思いますが、表現としては「利用とか活用する」というふうになるかと思えます。
- 教育に活用できるように、レベルと達成目標など示していただけるといい。現場での新任、中堅、管理職へのキャリアラダーとして、又一人職場でも自己チェックスキルアップにつなげられる。
- 単一健保、事業場保健師の立場、検診を通じてかわる立場、総合健保など立場によってはあてはまらない評価の難しい項目もありました。衛生管理委員会やストレスチェック義務化されている従業員の多い会社に関わっている保健師を対象にしたマニュアルのように見受けられました。
- 「健康経営」の評価指標にも使用できそうだと感じました。
- 大変難しいことだと感じました。法的位置づけがなく働く保健師は、事業所により担う役割が全く違ってきます。担当従業員数、業種、産業医か、常勤か、非常勤か、診療行為となっているか、という等々。“どこの事業場でも共通に評価する”ということそのものが大変難しく思います。ただ、保健師活動を“評価する”“見える化する”ということは大切なことかと思えます。どうぞ頑張ってくださいませ。
- 評価指標が自己評価につながり、自身の向上につながれば良いが、勤務評価等につながり、昇給等の評価になってしまうのはどうかと思います。
- 職場の健康増進のためとても参考になります。ありがとうございました。
- 抑制されると減少するという文言が使用されているが、あえて「抑制」するを使用する意図があるのであれば、意図とする言語の意味を記載すると分かりやすいと思います。

D. 考察

1. 有用性を考慮した評価指標および評価マニュアルの修正

本調査の評価指標および評価マニュアルに対する意見・提案にもとづき、評価指標および評価マニュアルを修正した。修正箇所を表7-1, 2, 3, 4に示す。

本調査では「重要性」には、ほとんど異論がなかったが、「わかりやすさ」については十分でなかった。全体的な意見にあった「わかりづらい」については、他の意見も参考にすると、2通りの原因の推測ができる。1点は、今回の調査の対象の雇用背景から、産業保健活動への関与の程度や造詣に幅があることであり、もう1点は個別具体的な記述の難しかった「抽象的表現」の問題である。本指標は産業保健活動領域の全体が俯瞰でき、かつ保健師が関与可能な活動を中心に、記載者の負担が大きくなりすぎない分量でまとめたため、具体的な提示には限界がある。しかしながら、読みやすさを検討し、ヒントになるキーワードを提示するよう加筆した。例えば、評価指標番号1は最もわかりづらいと回答された割合の多かった設問だが、「保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」という表現を、「保健師が事業場の産業保健（労働衛生）活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている」に変更した（表7-1）。

次に、意見の多かった「増加」「減少」「抑制」の定義については、昨年度までのヒアリングでも時折聞かれた意見だった。今回の調査で、あらためて理解できたのは、「労災」は本来「ゼロ」を当然とするもの

であり、また脳心臓血管やメンタルヘルス疾患も職場の規模や年齢構成、状況によっては非常に稀有な事象でもあるようで、その発生数と対応について触れることにした。

評価指標番号25では「労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される」としていたが、この指標は「労働災害等により健康を害する労働者数が減少あるいは抑制される」と加筆し、マニュアルに「対策により『ゼロ』が継続されることを『抑制されている』」と追記した。また、評価指標番号34の「メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」については、「重症化したメンタルヘルス不調者の対応数が減少する」とし、マニュアルには「対策、対応の結果で、『重症化対応がゼロ』の場合も成果として評価する（特に対策、対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくとうい）」と追記した。同様に評価指標番号49の「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される」は、「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される」とし、マニュアルに「適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を『抑制されている』とする」と追記した。

さらに、「発見すること」「知ること」と併せた「その次の対応」が重要との意見を反映させた追記も行った。具体的には、以下のような加筆である。評価指標番号27：「メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制（仕組み、人材等）がある」

[下線：加筆箇所]、評価指標番号38：「事業場内外の相談機関を知って適切に利用する労働者が増加する」[下線：加筆箇所]。