

| 枠組 | 評価指標 | 保健所管内全域 | 管内市町村(市町村ごと) | | | | 管外市町村 | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 |
|------|--|--|---|---|---------|---|---|---|------------|-----|
| | | | | | | | | | | |
| 結果2 | 15 指標4の精神障害者が、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した | 1)指標4の精神障害者のうち、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した実人員 実人員 0人 %＝指標15.1)/指標4.3) #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | ・指標4.1)及び4.2)の精神障害者のうち、評価対象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を、黄色のセルに入力する。 ※数値での評価が困難であれば、該当者について選択肢「a.かなりいた b.少しいた c.いなかった d.わからない」で評価する。 | ★★ | | |
| | | 2)1)の内訳：治療開始・再開の方法別実人員 (1)通院 0人 (2)任意入院 0人 (3)医療保護入院 0人 (4)応急入院 0人 (5)措置入院・緊急措置入院 0人 | | | | | | ・精神科治療は、精神障害者本人が納得して自発的に開始・再開されることが望ましいが、本人の病状等によっては、医療保護入院や措置入院等の非自発的な手段を用いることが必要な場合もある。保健所が受療支援を行った精神障害者の特性や、支援の課題を明らかにするために、どのような方法で治療を開始・再開することになったのかについても評価することが望ましい。 ※15.1)を数値ではなく選択肢で評価した場合、15.2)は、どのような方法が多かったか等、特徴や傾向を記述する。 | ★ | |
| プロセス | 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 | 1)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれかに対して保健所が直接支援した | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった | | | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して、指導や助言等を行った場合だけでなく、状況把握のために訪問・面接・電話等でやりとりした場合も「行った」と評価する。 ・必要な場合の概ね8割以上に支援を行っていたら、概ね8割未満であればbと評価する。指標16の1)と2)の両方行った場合は、それぞれについて評価する。 ・bまたはdと評価した場合は、課題と改善策について検討する。 | ★★ | | |
| | | 2)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれかに対して関係機関が行う働きかけを保健所が支援した | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった | | | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・支援の方法や対象は問わない。関係機関の力量向上に伴って方法や対象が変化していくことが予測されるため、経年変化がわかるよう、備考欄に簡潔に記載しておくことよい。 ・必要な場合の概ね8割以上に支援を行っていたら、概ね8割未満であればbと評価する。指標16の1)と2)の両方行った場合は、それぞれについて評価する。 ・bまたはdと評価した場合は、課題と改善策について検討する。 | ★★ | | |
| 結果2 | 17 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、評価対象年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、評価対象年度末時点で精神科治療を中断していない | 「指標15.保健所が受療支援を行い、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者」の評価対象年度末時点における治療状況別実人員と割合 1)治療継続 実人員 0人 %＝指標17.1)/指標15×100 #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | ・精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に実人員を入力する。 ・「1)治療継続」の割合は100%であることが望ましい。100%に満たない場合は、「2)治療中断」と「3)わからない」の割合はどうか、指標16で評価した支援が妥当だったのか等、理由や解決策について検討する。 ・評価は毎年度末に行う必要があるが、年度末に治療を開始・再開した精神障害者は評価時点では入院中のことが多い。そのため、可能であれば、治療を開始・再開した年度中だけでなく、数年程度は治療継続状況を確認し、治療中断しやすい時期や理由、解決策等について検討することが望ましい。 | ★★ | | | |
| | 2)治療中断 実人員 0人 %＝指標17.2)/指標15×100 #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | | |
| | 3)わからない 実人員 0人 %＝指標17.3)/指標15×100 #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | | |

| 枠組 | 評価指標 | 保健所管内全域 | 管内市町村(市町村ごと) | | 管外市町村 | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------|----|-------|--|--|-----|
| | | | | | | | | |
| 結果 3 | 18 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった | 1)評価対象年度中に新規に措置入院した精神障害者の実人員口 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・衛生行政報告例の「第2 精神障害者措置入院・仮退院状況」における「措置入院」の「本年度中新規患者数」を、精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に入力する。 ・措置入院した精神障害者が、入院前に未治療・治療中断であったか、評価対象年度中に保健所が受療支援を行ったかは問わない。 | ★★★ |
| | | (1)評価対象年度 | 0人 | | | | | |
| | | (2)前年度 | 0人 | | | | | |
| | | (3) (1)-(2) | 0人 | 0人 | 0人 | | | |
| | | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の居住市町村の欄(黄色のセル)に数値を入力する。 ・措置入院歴については、指標18.1)の患者について、入院先の精神科医療機関から提出された「措置入院に関する診断書」または「措置入院者定期病状報告書」の「生活歴及び現病歴」や「初回入院期間・前回入院期間・初回から前回までの入院回数」欄を参照するとよい。 ・「3)措置入院歴のわからない精神障害者」が多いと、その中に含まれる「2)措置入院歴のある精神障害者」も多くなり、「2)措置入院のある精神障害者」を誤って少ないと判断してしまう可能性がある。そのため、「3)措置入院歴のわからない精神障害者の割合」を前年度と比較し、高くなっている場合は、その理由や改善策について検討する。 | ★★ | |
| (1)評価対象年度 実人員 | 0人 | | | | | | | |
| (2)前年度 実人員 | 0人 | | | | | | | |
| (3) (1)-(2) | 0人 | 0人 | 0人 | | | | | |
| (4)評価対象年度 %=指標18.2)(1)/指標18.1)(1)×100 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| (5)前年度 %=指標18.2)(2)/指標18.1)(2)×100 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| (6) (4)-(5) | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| | | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・「3)措置入院歴のわからない精神障害者」が多いと、その中に含まれる「2)措置入院歴のある精神障害者」も多くなり、「2)措置入院のある精神障害者」を誤って少ないと判断してしまう可能性がある。そのため、「3)措置入院歴のわからない精神障害者の割合」を前年度と比較し、高くなっている場合は、その理由や改善策について検討する。 | ★★ | |
| (1)評価対象年度 実人員 | 0人 | | | | | | | |
| (2)前年度 実人員 | 0人 | | | | | | | |
| (3) (1)-(2) | 0人 | 0人 | 0人 | | | | | |
| (4)評価対象年度 %=指標18.3)(1)/指標18.1)(1)×100 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| (5)前年度 %=指標18.3)(2)/指標18.1)(2)×100 | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| (6) (4)-(5) | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | | | | | |
| | | 4)措置入院を繰り返すケースの特徴や課題 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・「2)措置入院歴のある者」について、これまでの措置入院の回数、措置入院していた期間、前回の措置入院から今回の措置入院までの期間、年齢や性別、家族構成、居住地等を検討し、どのような特徴や課題があるか記述する。これをふまえて、今後、重点的に取り組むべき対象や方法について検討する。 ・該当者が少ない場合は、数年度分をまとめて分析するとよい。 | ★ | |

精神保健福祉活動評価指標(自殺予防)

※本評価指標のエクセルファイルとマニュアル(詳細版)は、日本公衆衛生看護研究会のホームページ <http://the-hokenshi.com/> からダウンロードできます。

★★★: 毎年度必ず評価する
 ☆☆☆: 毎年度でなくてもよいので3~5年ごとに必ず評価する
 ★★: 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

備考欄には、その選択肢が当てはまると判断した理由、評価の根拠とした情報源、特徴や前年度との比較、課題等を適宜記入する

| 平成 | 年度 | 評価指標 | 管内市町村(市町村ごと) | | | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 |
|------------------|-----------------------|-----------------------------------|--|---|---|--|---------------|-----|
| | | | 保健所管内全域 | | | | | |
| 構 造 | 19 | 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 | 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 | 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 | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・計画の策定主体や種類を問わず、保健・医療・福祉に関する何らかの行政計画に位置づけられているか否かを評価する。 ・「自殺予防」として明確に位置づけられていなくても、「自殺予防」の根拠となりうる事項が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。 | ☆☆☆ | |
| | 20 | 自殺予防を行うために必要な予算が確保されている | 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 | a.はい b.いいえ c.わからない | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・予算の目的や科目を問わず、自殺予防に使える予算について評価する。自殺予防を行う上で、「予算が足りない」と感じることがある場合は「b.いいえ」、そうでない場合は「a.はい」とする。 ・「備考」欄に予算の科目や金額を書いておくようにするとよい。 | ★★ | |
| | 21 | 自殺予防が保健師の業務として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 | 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 | 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 | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・「自殺予防」としては明確に位置づけられてはいないが、「精神保健福祉業務」や「こころの健康づくり」等、「自殺予防」を含むとみなすことができる業務が位置づけられている場合は、「b.明確ではないが位置づけられている」と評価する。 ・保健所や市町村の業務としては位置づけられているが保健師の業務としては位置づけられていない場合は、「c.位置づけられていない」と評価する。 | ☆☆ | |
| | 22 | 自殺予防について、当該行政組織内部で組織横断的に取り組む体制がある | 1)保健所における体制 a.はい b.いいえ 2)都道府県行政における体制 a.はい b.いいえ | 3)市町村行政における体制□ a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・都道府県保健所は「1)保健所における体制」と「2)都道府県行政における体制」について評価する。市保健所は「1)保健所における体制」と「3)市町村行政における体制」について評価する。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は管内各市町村の行政組織について評価する。民間委託による地域包括支援センター、地域活動支援センター等については含まない。 | 1)★★★ 2)★★ | |
| ブ ロ ク ス | 《地域の健康課題としての対応》 23 | 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)保健所の活動 a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった | a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった | a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった | ・それぞれあてはまるものをすべて選択して太字にする。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が、市町村ごとに情報の収集・分析を行ったか評価する。保健所が当該市町村と連携・協働したか否かを評価するものではない。 | ★★★ | |
| | | 2)市町村の活動 | a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった d.わからない | a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった d.わからない | a.情報を収集した b.情報を分析した c.どちらも行わなかった d.わからない | ・管内各市町村の活動状況について、それぞれあてはまるものをすべて選択して太字にする。 | ★★ | |
| | | 3)保健所・市町村の他にいった機関 | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する(例:精神保健福祉センター、NPO法人○○、××大学、△社会福祉協議会等) | ★ | |
| ブ ロ ク ス | 24 | 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)保健所の活動 a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・実施主体や活動の主目的を問わず、「自殺予防に関する地域の社会資源」であると評価者が判断したものについて、現状または課題を把握したか評価する。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が、市町村ごとの現状や課題を把握したか評価する。保健所が当該市町村と連携・協働して現状や課題を把握したか否かを評価するものではない。 | ★★★ | |
| | | 2)市町村の活動 | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | | ★★ | |
| | | 3)保健所・市町村の他にいった機関 | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 | ★ | |

| 枠組 | 評価指標 | 保健所管内全域 | 管内市町村(市町村ごと) | | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 | |
|-----------------------------|---|---|---|--|---|--|---|-----|
| | | | | | | | | |
| プ ロ セ ス | 25 「指標23.その地域における自殺の現状」や「指標24.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当該組織内で検討した | 1)保健所内 a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、市町村単位の今後の自殺予防対策について、保健所内で検討したか評価する。保健所が当該市町村と連携・協働して検討したか評価するものではない。 | ★★★ | |
| | | 2)市町村行政組織内 | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | | | ★★ | |
| | 26 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 | a.問題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった | a.問題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった | a.問題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった | | ・それぞれあてはまるものをすべて選択する。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、市町村単位で共有や検討を行ったか評価する。保健所主導によるものでなくてもよい。 ・個別ケースに関する連携・協働については指標31で評価する。ただし、地域の課題の共有や解決策の検討を意図して、関係者や住民と一緒に個別ケースの事例検討会等を行った場合はa,b両方にあてはまると評価する。 | ★★★ | |
| | | 27 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)保健所の活動 a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が市町村単位で行った活動について評価する。保健所が主催または共催したものだけでなく、保健所以外が主催または共催したものに保健所が協力した場合も含む。 ・地域の関係者：市町村職員、当該市町村内の地域活動支援センターや地域包括支援センター・介護支援事業所の職員、医療機関等の職員、弁護士や司法書士、学校関係者、事業場関係者、警察官や消防官等。民生委員や自治会役員は住民とみなし、指標28で評価する。 ・ゲートキーパー養成研修については、主催者、対象者の属性、開催回数、受講者延人員等を備考欄に書いておくとよい。 | ★★★ |
| | | | 2)市町村の活動 | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | | | ★★ |
| | 3)保健所・市町村の他にを行った機関 | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 | ★ | | |
| | 28 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)保健所の活動 a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。 ・住民：一般住民、民生委員、老人会や自治会の役員、住民ボランティア等。精神障害者やその家族、自死遺族等を含む。 ・1)の「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が市町村単位で行った活動について評価する。保健所が主催または共催したものだけでなく、保健所以外が主催または共催したものに保健所が協力した場合も含む。また、生活習慣病予防や介護予防等、主目的が自殺予防ではない活動の中で行ったものも含む。 ・あてはまる活動の例：ゲートキーパー養成研修の実施・支援／自殺予防や心の健康に関する健康教育の実施／HPや広報に心の健康について掲載／健診通知等に心の健康に関するチラシを同封等 ・ゲートキーパー養成研修については、主催者、対象者の属性、開催回数、受講者延人員等を備考欄に書いておくとよい。 | ★★★ | | |
| | | 2)市町村の活動 | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | | ★★ | | |
| | | 3)保健所・市町村の他にを行った機関 | | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 | ★ |
| 29 住民同士のつながりの構築や強化・拡大に取り組んだ | 1)保健所の活動 a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | a.はい b.いいえ | ・それぞれ1つだけ選択して太字にする。住民同士のつながりの構築・強化・拡大のいずれか1つ以上に取り組んだ場合に、「a.はい」と評価する。 ・「管内市町村(市町村ごと)」の欄は、保健所が、市町村単位で行った活動について評価する。保健所が当該市町村と連携・協働したか否かを評価するものではない。 ・あてはまる活動の例：住民ボランティア活動の育成・支援／地域住民同士の交流の場づくり等。介護予防等、自殺予防以外を目的とするものも含む。 | ★★★ | | | |
| | 2)市町村の活動 | a.はい b.いいえ c.わからない | a.はい b.いいえ c.わからない | | ★★ | | | |
| | 3)保健所・市町村の他にを行った機関 | | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 ・どのような活動だったのか、備考欄に簡潔に書いておくとよい。 | ★ | |

| 枠組 | 評価指標 | 管内市町村(市町村ごと) | | | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 |
|------|--|--|--|--|---------------------|--|---------------|
| | | 保健所管内全域 | | | | | |
| プロセス | 《ハイリスク者への支援》 30 自殺に関して個別支援を行った (1)相談 (2)訪問指導 (3)電話相談 (4)メール相談 (1)~(4)のいずれか | 1)保健所が個別支援を行った延人員 | 2)市町村が個別支援を行った延人員 | | | ・保健所、市町村それぞれについて、地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉に関する「相談」「訪問指導」「電話相談」「メール相談」に「自殺関連」として計上した延人員を入力する。 | 1)★★★ 2)★★ |
| | 3)保健所・市町村の他に個別支援を行った機関 | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 | ★ | |
| | 31 指標30の個別支援に関して、地域の関係者や住民と連携・協働した | 1)保健所の活動 a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.行ったかどうかわからない | 2)市町村の活動 a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.行ったかどうかわからない | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.行ったかどうかわからない | | ・bまたはdと評価した場合は、その理由と解決策について検討する。 ＜あてはまる活動の例＞ ・指標30のケースについて、関係者に情報を提供し、生活保護の支給、債務整理、うつ病の治療、地域での見守り等に関する支援を依頼した。 ・指標30のケースについて、関係者や住民と一緒に面接や訪問を行った。 ・指標30のケースについて、関係者や住民と情報の共有や支援方針の検討、役割分担の確認等を行った。 | 1)★★★ 2)★★ |
| 結果 | 32 自死遺族交流会を開催・支援した | 1)保健所の活動 a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもしなかった | 2)市町村の活動 a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもしなかった d.わからない | a.主催または共催した b.a以外の方法で支援した c.いずれもしなかった d.わからない | | ・それぞれあてはまるものをすべて選択して太字にする。 ・bの例:スタッフの一人として関わった/会場を提供した/把握した自死遺族に、交流会への参加を勧めた/交流会について、ホームページや広報への掲載、チラシの配布、既存の保健事業や会議でのPR等を行った | 1)★★★ 2)★★ |
| | 3)保健所・市町村の他に主催・共催・支援のいずれかを行った機関 | | | | ・該当する機関があれば名称を記入する。 | ★ | |
| | 33 自殺予防を主目的とする教育・研修を受ける関係者が増えた | 1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 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) | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | ・関係者:市町村職員、当該市町村内の地域活動支援センターや地域包括支援センター・介護支援事業所の職員、医療機関等の職員、弁護士や司法書士、学校関係者、事業場関係者、警察官や消防官等。民生委員や自治会役員は住民として指標34で評価する。 ・1):保健所が主催または共催したものについて計上する。「保健所管内全域」の欄には、保健所が主催または共催した教育・研修のうち、保健所管内全域を対象としたものを、「市町村ごと」には市町村単位で行ったものを入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・1)2):経年変化がわかるよう、該当する教育・研修のテーマや対象、実施回数等を備考欄に書いておくとよい。 ・教育・研修の開催者が保健所から他機関へと移行したり、対象者の大部分が受講し終わったりして、実施回数や受講者延人員が減少する場合もある。そのため、数が減少した場合には、その理由を検討する。(指標34も同様) | ★★★ |
| 1 | 34 自殺予防を主目的とする教育・研修を受ける住民が増えた | 2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 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) | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | ・住民:一般住民、民生委員、老人会や自治会の役員、住民ボランティア等。精神障害者やその家族、自死遺族等を含む。 ・1):保健所が主催または共催したものについて計上する。「保健所管内全域」の欄には、保健所が主催または共催した教育・研修のうち、保健所管内全域を対象としたものを、「市町村ごと」には市町村単位で行ったものを入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・1)2):評価シートでは前年度との比較ができるようになっているが、3~5年程度の推移についても評価するとよい。 ・1)2):経年変化がわかるよう、該当する教育・研修のテーマや対象、実施回数等を備考欄に書いておくとよい。 | ★★★ |
| | | 1)保健所が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 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) | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | ★★ |
| | | 2)市町村が主催・共催した教育・研修の実施回数と受講者延人員 (1)評価対象年度の延回数 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) | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | 0回 0人 | ★★ |

| 枠組 | 評価指標 | 保健所管内全域 | 管内市町村(市町村ごと) | | | 備考 | マニュアル(簡略版) | 優先度 |
|-----|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|---|---|
| | | | | | | | | |
| 結果1 | 35 自殺に関する相談が増えた (1)前年度の延人員 ①相談 ②訪問指導 ③電話相談 ④メール相談 (2)評価対象年度-前年度 ①相談 ②訪問指導 ③電話相談 ④メール相談 | 1)保健所の活動 | 2)市町村の活動 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・保健所と市町村はそれぞれ、地域保健・健康増進事業報告で精神保健福祉に関する「相談」「訪問指導」「電話相談」「メール相談」として「自殺関連」の延人員を再掲している。評価対象年度の数値は指標30に計上しているため、ここには評価対象年度の前年度の数値を黄色のセルに入力する。 | 1)★★★ 2)★★ |
| | | 0人 0人 0人 0人 | 0人 0人 0人 0人 | 0人 0人 0人 0人 | 0人 0人 0人 0人 | | | <ul style="list-style-type: none"> ・指標30と指標35(1)から自動計算されるため入力不要。 |
| 結果2 | 36 自損行為に対する救急車の出動件数が減少した | 1)当該年の延人員 0人 2)前年の延人員 0人 3) 1)-2) 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | <ul style="list-style-type: none"> ・自殺未遂や自傷行為を行った人数について、「自損行為」による救急車の出動件数で評価する。データは「消防年報」等の名称で市町村や市町村消防本部、都道府県等のホームページで公表されていることが多い。 ・死亡や軽症等で搬送されない場合もあるので、搬送件数ではなく、出動件数を市町村ごとに入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動計算されるため入力不要。 ・同一人物に対する頻回な出動で件数が増えている等の特徴がわかれば、備考欄に記載しておく。 | ★★ | |
| 結果3 | 37 自殺による死亡者数が減少した | 1)当該年の延人員 0人 2)前年の延人員 0人 3) 1)-2) 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | <ul style="list-style-type: none"> ・人口動態統計に基づく1年間の自殺者数(評価対象年度の4~12月分とその前年度の1~3月分の合計)を市町村ごとに入力する(黄色のセル)。 ・水色のセルは自動集計されるため入力不要。 | ★★★ | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | | |
|----------------|--|-----------------------------------|---|----|--|--|--|--|--|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| 結核 | の構造・活動 | 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 | | | | ・感染症診査協議会のメンバー | ・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査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。 | |
| | | ◇国内外・管内の情報収集 | | | | | | | |
| | プロセス | 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 | | | | ・結核発生届 ・結核の統計(疫学情報センター)、結核研究所HP等 | ・管内の高まん延国出身者の結核対策を検討するための情報を把握する。 | |
| | | 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 | | | | ・医療監視における結核対策に関わる指導記録 | ・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健診からの結核診断者数等を把握する。 | |
| | | 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。 | | | | ・施設指導における結核対策に関わる指導記録 | ・高齢者施設については、定期健診の実施状況や、呼吸器症状等の結核が疑われる症状が有る場合及びそれ以外の体調不良時に早期受診がなされているか等を施設指導等の機会に把握し、結核の早期発見・早期対応のために、必要時、指導や支援をしていくことが必要である。 | |
| | | ◇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 | | | | ・策定した事業計画 ・生物学的製剤使用者の潜在性結核感染症(LTBI)者数、等 | ・管内の課題を市町村別、対象別、発見方法別等に明確にし、事業計画に反映させているかを確認する。管内の課題は事業計画等に明記しておく。 | | |
| | ◇相談・教育(啓発)活動 | | | | | | | | |
| | 6 | 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保健所のHP、広報への掲載内容 ・パンフレット等の配付先 ・キャンペーン、出前講座等啓発活動の実施状況 | ・ハイリスク者や地域診断等からターゲットを決め、それらの対象に対する活動実績やカバー率から評価する。 | | |
| | 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 | | | | ・結核登録票 ・接触者調査票 ・保健所業務報告書の相談件数、教育回数 | ・家族とその他の接触者健診対象者に分けて相談・教育内容などを整理し、対象別の実績と課題を検討できるようにする。デイサービスやショートステイの利用者が接触者である場合には、接触者以外の利用者やスタッフに対する相談対応や教育を実施することも必要である。 | | |
| ◇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 | | | | ・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。 | | | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | |
|---------|---------------|-----------|--|----|------------------|-------------------|---|---|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 |
| 結核(つづき) | プロセス(つづき) | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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、潜在性結核感染者など対象別に、対象数、医師又は看護師と連絡を取りあったケース数とその割合を経年的に示し、DOTS実施医療機関の医師・看護師との連携・協働の成果と課題を確認・検討する。 |
| | | ◇関係機関への支援 | | | | | | |
| | | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・医療監視や施設指導等における感染症対策に関わる支援・指導記録 ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 |
| | ◇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) | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・結核対策事業・活動の評価の場である結核業務検討会や結核サーベイランス委員会等の実施記録 ・感染症診査協議会における検討実績 | <ul style="list-style-type: none"> ・啓発、早期発見、患者管理(DOTS)等の目的別や、高齢者や外国人などハイリスク・デインジャーグループ別等に評価し、事業・活動を見直しているかを確認する。 |
| | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・定期健康診断実施報告書 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関は職員の結核の健康診断を毎年度実施し(感染症法 第53条の2)、その結果を保健所長に報告することになっている(感染症法第53条の7)が、その報告状況は十分とはいえない。歯科診療所等についてももちろん報告状況を把握することが必要である。この評価指標により、結核対策に関する保健活動の結果として、医療機関の結核対策への意識・姿勢の変化を評価する。 |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------|--|----|------------------|-------------------|---|---|--|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| 結核() () () | 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) | | | | <ul style="list-style-type: none"> 結核登録票 結核患者登録台帳 | <ul style="list-style-type: none"> 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。 本人だけではなく、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 | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 初回だけではなく、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。 | |
| | | 15 | 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 医療機関には、外来医療とDOTSを含めた患者支援の一体的な実施を推進する責務がある。 ケース支援を契機に協力を得ていくことが重要である。 | |
| | | 16 | DOTS協力施設(医療機関以外)が増える | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 薬局や高齢者施設等の医療機関以外のDOTS協力施設が増えているかを確認する。 薬剤師会や介護サービス施設・事業所、訪問看護ステーション等の理解と協力を得ていくことも重要である。 | |
| | 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) | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 市町村からの報告書 | <ul style="list-style-type: none"> 管内市町村の実施報告から各種予防接種の接種率について把握し、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、市町村に接種率向上のための助言や支援を必要時、行っていく必要がある。 |
| | | 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、ハイリスク・テインジャーグループ等) | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 市町村からの報告書 | <ul style="list-style-type: none"> 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。 ハイリスク・テ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。 |
| 結核() () () | 結果2 () () () | 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 | | | | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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、集団感染の予防対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)。 | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | | |
|---------|----------|--------|--|----|------------------|-------------------|--|---|---|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| | | 20 | 結核患者(特に高齢者、ハイスク・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 | | | | ・結核登録票 ・NESIDの「発病(症状等の発現)の時期」と「初診の時期」から自動計算される「発病～初診」 | <ul style="list-style-type: none"> 患者が受診行動に至る長さには、患者の結核に関する知識や保健行動が関連する。 NESIDの「発病～初診」は、2週未満、2週以上1月未満、1月以上2月未満、2月以上3月未満、3月以上6月未満、6月以上などに区分される。それらの割合の年次推移から評価することもできる。 「発病～初診2ヶ月以上割合」は疫学情報センターの結核管理図・指標値になっており、保健所を管轄する県・市へ毎年送付されており、都道府県全体や当該都道府県内の他の保健所、他の都道府県や政令指定都市との比較をすることもできるので、この値で評価してもよい。 「発病～初診」が非常に長いケース(例えば6月以上)については、事例検討を行い、結核対策に反映していくことも重要である。 | |
| | | 21 | 全結核患者に対するDOTS実施率の向上 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 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。 | |
| | | 22 | 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> コホート検討会の結果 NECIDにおける脱落1(60日以上中断、あるいは連続2月以上中断)の者 | <ul style="list-style-type: none"> 結核に関する特定感染症予防指針における目標は、治療失敗・脱落率を5%以下、潜在性結核感染症の治療を開始した者のうち治療を完了した者の割合を85%以上としている。 登録者の病状不明割合で評価してもよい。 |
| | | 23 | 管理期間中の再治療率の減少 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 結核登録票 NESIDの接触者管理システムのデータ | <ul style="list-style-type: none"> 結核に関する特定感染症予防指針における目標は、肺結核患者のうち再治療を受けている者の割合を7%以下としている。 管理検診の受診率で評価してもよい。 |
| | | 24 | 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイスク・デインジャーグループの罹患率) | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 結核に関する特定感染症予防指針における目標は、人口10万対15以下としている。 「新登録中外国籍割合」、「新登録中65歳以上割合」は疫学情報センターの結核管理図・指標値になっており、保健所を管轄する県・市へ毎年送付されており、都道府県全体や当該都道府県内の他の保健所、他の都道府県や政令指定都市との比較をすることもできるので、この値で評価することもできる。 |
| | 結果3 | 25 | 高齢者やハイスク・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 | | | | ・結核集団感染事例報告書 | <ul style="list-style-type: none"> 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。 | |
| 結核(つじき) | 結果3(つじき) | 26 | 結核の有病率の減少 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 結核に関する特定感染症予防指針における目標である人口10万対罹患率を15以下とするためには、患者減少率の平均を年4%に向上させる必要がある(平成17～21年は平均3.1%)。 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、中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、有病率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。 | |
| | | 27 | 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 | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 単剤耐性結核の動向についても把握しておくことが必要である。 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、中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、新登録中の多剤耐性結核患者数と結核患者に占める割合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。事例検討を行うことも重要である。 | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | |
|-----|------|--------|---|----------------|-------------------|-------|---|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 改善 状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 |
| | | 28 | 潜在性結核感染症者の発病率の減少 | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・全体の他、関節リウマチを有する者とそれ以外は別にして評価する。 ・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、中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、潜在性結核感染症患者の発病率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、管内の潜在性結核感染症患者への支援策を検討していく。 |
| | | 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) | | | | <ul style="list-style-type: none"> ・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、多剤耐性結核か否かの別、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、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。 |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | |
|-------------------|----------------------------|-------------|---|----|------------------|-------------------|--|---|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 |
| 平常時の対応(発生予防・早期発見) | 動 構 の 基 盤 活 | 30 | 感染症担当部署に保健師が配置されている | | | | ・感染症担当部署の職員の職種・主な担当 | |
| | | ◇管内の情報収集・分析 | | | | | | |
| | プ ロ セ ス | 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 | | | | ・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。 |
| | | 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 | | | | ・医療監視及び施設指導における感染症対策に関する調査票やチェックリスト ・医療監視や施設指導における感染症対策に関する指導記録 | ・感染症対策への取組状況を把握している機関と、十分、把握していない機関を検討し、後者への対策を検討する契機とすることも重要である。 |
| | ◇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 | | | | ・感染症相談記録 | ・対応した感染症に関する相談について、相談記録票を作成し、保健所の事業報告書等に実績をあげておく。相談記録票の項目として、年月日、電話・来所の別、感染症の種別、相談内容と対応の概要、等があげられる。 |
| | | 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 | | | | ・作成したポスターやリーフレット、保健所のHPへの掲載内容 ・ポスターやリーフレット等の掲示の依頼内容、感染症対策に関する広報誌等への掲載依頼内容 | ・ポスターやリーフレット等の掲示、並びに、感染症対策に関する広報誌への掲載等の依頼先や依頼時期、内容から、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけの適切性について検討する。 |
| | | 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 | | | | ・関係機関とのメーリングリスト等情報ネットワークの有無とその実績 | ・情報提供の契機・時期、内容、対象等を、関係機関とのメーリングリスト等、情報提供のルートの有無も含めて確認する。 また、情報提供がなされている関係機関と、十分ではない関係機関を検討し、後者への対策を検討する契機とすることも重要である。 |
| | ◇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 | | | | ・医療監視や施設指導における感染症対策に関する指導記録 ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録 | ・医療監視や施設指導に感染症担当が関わっている、いないにかかわらず、医療監視や施設指導によって明らかになった感染症対策に関わる問題・課題を感染症担当として把握し、必要時、他部署と協働して、その問題・課題に対応するための取り組みを行っているか、を確認する。 |
| | | 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 | | | | ・医療監視や施設指導における感染症対策に関する指導記録 | ・支援対象の施設は、管内の発生状況を鑑みて、また新規開設施設や感染症が繰り返し発生している施設等から、ターゲットを設定してもよい。 |
| | ◇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 | | | | | ・予防活動に沿って事業や活動を実施するだけでなく、管内の感染症対策にかかわる課題への対応策が予防計画に反映されるような働きかけも必要である。 |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | | |
|------------------------|------|--------|--|----------------|-------------------|--|--|--|--|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 改善 状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | | |
| 平常時の対応(発生予防・早期発見)(つづき) | 結果1 | 39 | 感染症に関する普及啓発活動の回数 | | | ・保健所事業報告書等における啓発活動(衛生教育等)の実施報告 | ・評価の根拠となる啓発活動(衛生教育等)の実施報告においては、ターゲットとなる対象数または対象施設数と、実績(参加者数または参加施設数)を明示し、カバー率から評価することも重要である。その場合、啓発活動の目的にもよるが、数年かけてカバー率をあげていく計画であれば、直近、数年間の累積数を明示し、そのカバー率から評価していく。 | | |
| | | 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 | | | ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録 ・保健所事業報告書等における啓発活動(衛生教育等)の実施報告 | ・研修対象となる感染症の種類・回数・対象施設数・対象者数と、保健所管内の感染症発生動向や感染症対策に関わる課題とを照らし合わせ、研修実績の適切性を検討する。単年ではなく、直近、数年間を経年的に検討するとよい。 | | |
| | 結果2 | 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 | | | ・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。 | | |
| | | 42 | 定期予防接種の接種率が高まる | | | | ・感受性対策として予防接種は重要であり、管内市町村の予防接種率を把握し、予防接種の推進に関する管内市町村の取り組み状況や感染症の発生動向・流行予測を考慮して、必要時、市町村に働きかけていく必要がある。 | | |
| | | 43 | 感染症対策に関わる会議を定期的に関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 | | | | ・医療機関については、診療報酬の感染防止対策加算1、加算2を算定する医療機関数で評価することもできる。 ・医療監視や施設指導で把握した会議未実施の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等の中で、会議を実施するようになった機関・施設数で評価してもよい。 | | |
| | 結果3 | 44 | 感染症の集団発生の件数の減少 | | | ・集団発生件数、患者数、感染症の種別の経年的な(少なくとも過去5年間以上)データ | ・感染症対策においては発生時対策だけではなく、発生予防対策も重要であることから、結果の評価指標としてあげている。保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、集団発生の件数、患者数の推移を感染症の種類別に把握している、ことが必要である。そして、集団発生が多い感染症については発生予防対策を検討していく必要がある。 ・集団発生については、厚生労働省通知(平成17年2月22日)による施設長が保健所及び市町村等の社会福祉施設等主管部に報告することとなっている。 ア 同一の感染症もしくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生した場合 イ 同一の感染症もしくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合 ウ ア及びイに該当しない場合であっても、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に施設長が報告を必要と認めた場合を参考に判断する。 | | |
| | | 45 | 感染症による死亡者・死亡率の減少 | | | | ・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、中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、感染症による死亡者数の推移を感染症の種類別に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、管内の感染症対策を検討していく。死亡者の事例検討をすることも重要である。 | | |
| | 急性 | 構造 | ◇第一報の受理体制 | | | | | | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない
 前年度と比べて
 1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| | | 評価欄 | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|----|-----------------------------|--|---|---|--|
| テーマ | 評価枠組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| 感染症発生時の対応(発生への備えも含む) | 活動の基盤 | 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) | | | | ・緊急受付対応職員当番表、緊急受付受理票及び報告書等 | ・保健所閉庁時に、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 | | | | | | | |
| | | 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 | | | | ・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 | | |
| | | 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 | | | | ・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 | | |
| | | 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 | | | | ・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。 | |
| | | ◇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 | | | | | ・しくみの有無だけでなく、実際の感染症発生時に、保健所内における情報の一元管理と情報共有がなされ、迅速に活動に反映されているか、という点からも確認する。 | |
| | | 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 | | | | ・感染症発生動向調査事業以外の体制 ・学校欠席者情報収集システムの利用(国立感染症研究所感染症情報センター)、等 | ・感染症発生動向調査事業以外に、感染症発生時に迅速に情報を集約する方法があるかどうかを確認する。 | |
| | | ◇情報提供ルートの確保と個人情報の取扱いルール | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | ・障がい者や在日外国人等へのリスクコミュニケーションは課題が多い。管内市町村が、感染症に限らず、情報提供に配慮が必要な対象を把握し、情報提供するルートを把握していたり、構築しているかを把握し、そのルートが確保されていない場合には、市町村に働きかけたり、共に検討したりする必要がある。 | |
| 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 | | | | ・関係機関とのメーリングリスト等情報ネットワークの有無 | ・感染症発生後、患者の早期発見とまん延防止のためには、迅速な関係機関への情報提供や、関係機関からの情報集約が必要となる。そのためには、平常時から効果効率的な情報提供の場を把握しておくことや、情報提供ルートをつくること、関係機関とのネットワークづくりが必要となる。この評価指標では、感染症発生時に効果効率的に情報提供できる場やルートがあるかを確認する。場やルートの具体例には、学校関係であれば、教育委員会に情報提供すれば、教育委員会から小中学校に情報が流れるようになっており、その反対に小中学校の情報が教育委員会に集約され保健所に情報が提供されるようになっている、あるいは障害者や高齢者施設関係であれば、施設管理者の定期的な会議の場を把握しており、その場で情報提供すれば管内の各施設に情報が流れるようになっている、等がある。 また、この評価指標により、情報提供・情報集約の場やルートが把握・構築されている関係機関と、十分、把握・構築されていない関係機関を検討し、IT環境や情報交換の必要性の認識についての把握も含めて、後者への対策を検討する契機とすることも重要である。 | | | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| 評価欄 | | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|------------|--|---|------------------|-------------------|---|--|--|--|
| テーマ | 評価指標組 | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | | |
| 急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)(つづき) | 構造・活動の基盤(つづき) | 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 | | | | ・病原体等検査のための検体及び検体から分離された病原体の提供に関する依頼文書・同意書の様式 | ・患者・家族への倫理的配慮と個人情報の保護のために、マスメディアへの対応や患者・家族への対応等について、方針やルールを関係機関と決めているか、を確認する。 | | |
| | | ◇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) | | | | ・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。 | | |
| | ◇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 | | | | ・個人防護具等の備蓄品の管理台帳 | ・個人防護具等の備蓄品について、物品名、必要量、在庫量等の管理台帳を作成することが必要である。そして、消費期限切れを含め在庫量を定期的に確認し、補充しているか、または補充担当部署に連絡しているか、を確認する。 | | |
| | ◇集団発生時のマニュアルの策定・改訂 | | | | | | | | | |
| | プロセス | | 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 | | | | ・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等 | ・マニュアルの有無だけでなく、改訂年度を確認し、改訂の必要性や時期を検討する。 | |
| | ◇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 | | | | ・訓練の企画書や実施記録、報告書 | ・健康危機管理対策部署と連携して行う訓練も含める。 ・実施の有無だけでなく、管内の感染症対策に関わる課題と照らして、訓練の目的、対象、内容、訓練における保健師の役割、訓練から見えてきた課題への対応について振り返り、その後の訓練の企画や感染症対策に反映させていくことが重要である。 | |
| | ◇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、早期に保健師が面談し、積極的疫学調査や療養支援を行っている | | | | ・疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別) ・保健指導記録 | ・調査票又は調査記録、保健指導記録から、患者把握後、早期に保健師が適切な関わりができていないかを確認し、成果と課題を検討する。 ・併せて、情報収集のための疫学調査票が整っているか、また、調査票の項目は適切であるか、を調査結果と照らして、必要時、検討する。保健師の関わり方の時期を評価するためには、調査票等に患者把握の時期が明記されている必要がある。実施した保健指導が記録されているか、保健指導記録の様式は適切であるか、についても確認する。 | |
| | | | 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見出し、医療につなげている | | | | ・疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別) ・保健指導記録 | ・調査票又は調査記録、保健指導記録から、患者把握後、早期に保健師が適切な関わりができていないかを確認し、成果と課題を検討する。 ・併せて、実施した保健指導が記録されているか、保健指導記録の様式は適切であるか、についても確認する。 | |
| | | | 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 | | | | ・疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別) ・保健指導記録 | ・調査票又は調査記録、保健指導記録から、保健師が患者や家族に二次感染予防のための適切な教育・指導を行っているかを確認し、成果と課題を検討する。 ・併せて、実施した保健指導が記録されているか、保健指導記録の様式は適切であるか、についても確認する。 | |
| | | 62 | 接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている | | | | ・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。 | | |
| | | 63 | 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 | | | | ・病原体等検査のための検体及び検体から分離された病原体の提供に関する依頼文書・同意書の様式 | | | |

感染症対策活動の評価指標

1:できている 2:ややできている 3:どちらともいえない 4:ややできていない 5:できていない前年度と比べて
1:改善した 2:現状維持 3:後退した

| テーマ | 評価指標組 | 評価欄 | | | | 評価マニュアル(評価のてびき)欄 | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------|---|--------------------|------|-------------------|--|---|---|
| | | 評価指標番号 | 評価指標 | 評価 | 改善状況 | 前年度と比べた改善内容・今後の課題 | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| 急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)(つづき) | プロセス(つづき) | ◇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 | | | | ・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。を確認する | |
| | | ◇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 | | | | ・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(つづき) | ◇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 | | | | ・研修派遣計画 ・研修派遣者の実績名簿 | ・研修派遣計画の策定や研修派遣者を記録しておく必要がある。 | |
| | | 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) | | | | ・疫学(検疫)調査票や保健指導記録から把握できる実績(支援患者数、支援家族・接触者数、感染症の種類、支援内容) | ・評価指標58、60と連動させて、感染者、患者、家族、接触者への支援の成果と課題を検討する。 ・評価のために必要な情報が調査票や保健指導記録から収集できるようにしておくこと、また、年度単位でその結果を集約し、数年度分を比較したり、併せて検討することが望ましい。 | |
| | | 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 | ・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。 | |
| | | 結果2 | 69 | 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。 |
| | | | 70 | 診断が遅れ症状が悪化したケースがない | | | | | ・感染症発生時対応の中で、診断が遅れ症状が悪化したケースがないかを確認する。そのようなケースがいた場合には、原因を分析し、その後の感染症対策における保健活動に反映させていくことが必要である。 |
| 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 | | | | | | ・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取り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。 | | |

難病保健活動評価指標

【目的】難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる

| | | 現状評価 | 改善内容 今後の課題 | | 評価のてびき(評価マニュアル) | |
|----------------|--|---|----------------------------|--|---|--|
| 評価 枠組 | 評価項目 | 4:できている 3:概ねできている 2:あまりできていない 1:できていない | 3:改善した 2:現状維持 1:後退した | | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 |
| 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 | | | | 難病対策に関する情報の内容、回覧回数、回覧方法 | 都道府県から難病対策に関する最新の情報が保健所に回覧され、保健所内及び担当者内で業務に関連のある記事・資料が回覧されているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 都道府県が発行する「難病対策事業ガイドライン」、「難病患者支援マニュアル」等のマニュアル等 | 都道府県内で統一されたマニュアルおよびガイドライン等が整備されているかを評価する。 |
| | 3. 「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある | | | | 保健医療福祉計画等における難病対策事業計画 「難病対策地域協議会」の計画・実施報告 | 都道府県における在宅療養支援ネットワークの整備状況、保健所における難病対策事業計画において、在宅療養支援ネットワークを整備する活動が含まれているかを評価する。 |
| プロセス (個別支援) | 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 | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | ALS等の保健師が支援する対象者に対して、面接、訪問、関係機関との連携調整等により患者の病状や療養状況を把握しており、これらの情報を集約して地域の課題を評価・分析しているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 保健師の面接、訪問等の相談実績(内容、回数等)および支援活動実績 | 保健師による直接支援や、訪問看護等の支援者が対応できるように調整したり、関係機関の後方支援をすることで、患者・家族が適切な情報を得たり、自主的に得る力をつけたりできているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 管轄内・外の患者・家族会等のリスト 疾患別の協力可能な患者・家族のリスト | 療養生活が参考になる、ピアカウンセリングとして役立つ患者・家族又は家族会を把握し、必要に応じて紹介し、交流できる機会を調節できているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 保健師または訪問看護師等の関係機関が、患者・家族に対し療養方針について十分話し合う機会を持つことができ、必要な情報が得られるよう支援されているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 関係機関の担当者・連絡先・特徴等のリスト | 患者の病状進行、家族のライフステージを踏まえ、長期的な視野も含んだタイムリーなサービスが導入されるように、直接的または関係機関の後方支援を含む間接的な支援がされているかを評価する。 |
| | 9. 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 | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 保健師が支援している難病療養者の個票 | 医療保険、介護保険、障がい者施策等の既存の制度の利用状況を把握し、対象外の患者や不足分について、難病対策事業や自治体の独自事業等でカバーできるように、新たな社会資源の開発や地域づくりも含めた活動ができているかを評価する。 |
| | 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 | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 保健師が支援している難病療養者の個票 | 患者・家族の生活の質も含めたアセスメントを行い、ケアプランの作成および支援の提供について、関係機関が情報を共有し活動できるよう調整しているかを評価する。 |

難病保健活動評価指標

【目的】難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる

| 評価枠組 | 評価項目 | 現状評価 | | | 改善内容 今後の課題 | | 評価のてびき(評価マニュアル) | |
|------------------|---|---|----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| | | 4:できている 3:概ねできている 2:あまりできていない 1:できていない | 3:改善した 2:現状維持 1:後退した | | | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 | |
| プロセス(個別支援) | 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 | | | | | 患者・家族および関係機関の緊急・災害時の活動方針やマニュアル等の整備状況に関する資料 | 患者の急変時、介護者が介護できなくなったとき、台風や地震などの自然災害等の時の対応が患者・家族間で話し合わせ、個別の支援計画、日ごろの備えを含めた対応が、日常の支援の中で提供されるように調整されているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 支援チーム内の連携体制に関する資料 | 診断初期、特定症状(呼吸障害、嚥下障害等)発生時期、医療処置導入期、医療処置管理期などの状況に応じた医学的管理が提供されているか、特定の関係機関に偏らず、サービス提供に地域格差が少なくなるような活動が行われているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 入院時の医療機関への情報提供状況、退院時の調整会議の開催状況等に関する資料 | 入退院前の療養状況、入退院後の留意点等の健康上の課題、療養上の課題等を情報交換し、今後の療養方針や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調整されているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 訪問診療、支援計画策定・評価事業等の難病対策の実施状況、活動内容に関する資料 | 個別の事例の支援関係者が情報の共有を図る、ケアの留意点が変わる場合に協議するなど、ケア計画等が確認・修正される必要があるときに、難病対策事業を活用し、協議の場を提供したり、協議の方向性を確認したり、調整することができているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 難病対策事業の実施状況、地域診断結果および難病活動計画等に関する資料 | 支援計画策定・評価事業等の難病対策事業において、定期的に地域の難病に関する課題を資料等を用いて協議する機会を位置づけ、担当者間で活動目標を設定、共有することができているか評価する。 | |
| プロセス(地域ケアシステム構築) | 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 | | | | | 難病対策事業の実施報告書、難病の地域診断資料、難病対策の実施計画書等の資料とそれらの関係性を示す資料 | 難病対策事業の実施計画が、例年通りの継続的なものにとどまらず、地域診断に基づく計画や、前年度の実績を踏まえた活動の修正を含む計画になっているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 地域の関係機関の資質向上を目的とする研修会等の実施報告書 | 地域の難病対策に関する課題を踏まえ、関係機関の支援力向上、関係機関の連携強化、地域の難病支援課題の共有等の難病支援の水準向上を目指した事例を通じた支援や研修会等の集団を対象とする活動が行えているか評価する。 | |
| | 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 | | | | | 関係者連絡会等の実施報告書 地域課題と関係者連絡会等の実施内容との関連性に関する資料 | 難病対策事業以外の看護関係者、医療機関、ネットワーク会議等の連絡会等において、地域の医療ネットワークの課題を解決する目的で、在宅医療への円滑な移行やネットワーク強化を意図した交流会や連携会議等を行っているか評価する。 | |
| | 19. 難病の患者・家族会を育成・支援している | | | | | 管内・外の患者・家族会のリスト、活動状況に関する資料 地域課題に応じた患者・家族会に関する検討資料 | 既存の患者・家族会の活動継続に関する支援、地域課題に応じた患者・家族会の新規設立支援等、難病の患者・家族会の育成・支援ができているか評価する。 | |
| | 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、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 | | | | | 地域の自治会等の活動実績や特徴に関する資料 事例を通じた地域ネットワーク形成に関する報告資料 | 患者・家族の近隣者に理解・協力を得る支援、自治会等の理解・協力を得る活動など、地域の共助力を向上させるような個別支援や地域づくり活動が実施できているか評価する。 | |

難病保健活動評価指標

【目的】難病患者・家族が疾病を受け入れ、その人らしい療養生活を選択できる

| 評価枠組 | 評価項目 | 現状評価 | | 改善内容 今後の課題 | | 評価のてびき(評価マニュアル) | |
|------|---|---|----------------------------|---------------|--|---|---|
| | | 4:できている 3:概ねできている 2:あまりできていない 1:できていない | 3:改善した 2:現状維持 1:後退した | | | 根拠・資料 | 評価の考え方・視点 |
| 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 患者の病状及び進行状況、家族の介護力、ライフステージ等に応じた支援サービスの必要量及び内容に応じたサービスが提供され、関係者間で情報が共有できていると判断できる患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 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 | | | | | 関係機関の緊急・災害時の活動方針やマニュアル等の整備状況に関する資料 個別の災害を含めた支援・管理状 | 起こりうる緊急・災害の状況に応じた個別の支援プランが作成され、関係者間で情報が共有でき、準備が進められている患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 支援チーム内の連携体制に関する資料 | 患者の病状、家族の介護力、療養状況に応じ、訪問看護師やかかりつけ医、専門医療機関による医学的管理が適切に行われていると判断できる患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 管内の訪問看護ステーションの概況 | 個別の事例に対する支援者間において、その事例の療養方針やケア内容、ケア計画等について、電話やメール等による連携や関係者会議等による情報の共有が図れているチームの割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 患者・家族の療養状況が把握され、必要に応じてタイムリーに支援が提供され、適切な医学的管理がされ、緊急・災害時の対策も取られている患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | レスパイト受入れに関する医療機関の情報が把握され、受け入れに対する課題を解決する対策がとられ、受入れ可能な病床数が増え、患者・家族の満足度の高いレスパイト入院が経験できた患者・家族の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 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 | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 医療依存度の高い患者への支援に関与する、診断初期から継続的に関わるなど、これまで経験のない関係機関に対してフォローがされ、積極的に関わろうと協力体制を示す関係機関の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| 結果3 | 28. 希望する場所で療養できる患者が増える | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 患者・家族の多様な療養ニーズに対応できる療養環境や支援体制が整備され、状況の変化に応じて療養環境を選択でき、患者・家族が希望する場所で療養できる患者の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |
| | 29. 在宅における事故事例が減少する | | | | | インシデント・アクシデントレポート 実績・内容分析資料 | 在宅療養におけるインシデント・アクシデントの報告体制が整備され、報告内容の分析により課題解決の対応が図られ、事故報告の事例の発生割合が前年度(定点)より減少しているか評価する。 |
| | 30. 安定した在宅療養期間が延長する | | | | | 難病の地域ケアアセスメントツール様式1 | 緊急訪問や緊急入院がなく、患者・家族の意思決定に基づく療養支援が段階的に提供され、安定して過ごせた日数の割合が前年度(定点)より増加しているか評価する。 |

様式 1 「難病の地域ケアアセスメントツール」

I. 管轄地域の概況

※管轄地域の人口、面積、療養者数
拠点病院および協力病院、訪問看護ステーション等についてご記入ください

人口 _____人
面積 _____Km²

拠点病院の数 _____カ所
協力病院の数 _____カ所
管内 _____カ所

療養者数 ALS _____人
SCD _____人
PD _____人
PSP _____人
CBDS _____人

訪問看護ステーション数 _____カ所
緊急時の入院機関 _____カ所
レスパイトの入院・入所機関 _____カ所
医療機関からの訪問看護 _____カ所

神経内科専門医療機関 _____カ所
かかりつけ主治医 _____カ所
緊急時の入院機関 _____カ所
レスパイトの入院・入所機関 _____カ所

II. 療養者および医療サービスの分布状況

| | 数/人口 (人・ヶ所/10万人) | 数/面積 (人・ヶ所/10Km ²) | 数/県内の数 (%) |
|-------------|---------------------|-----------------------------------|---------------|
| ALS | 人/10万人 | 人/10Km ² | |
| 拠点病院 | ヶ所/10万人 | ヶ所/10Km ² | % |
| 協力病院 | ヶ所/10万人 | ヶ所/10Km ² | % |
| 訪問看護ステーション | ヶ所/10万人 | ヶ所/10Km ² | |
| 医療機関からの訪問看護 | ヶ所/10万人 | ヶ所/10Km ² | |

III. 管轄地域における各ALS在宅療養者の現況(身体状況と医療サービスの確保状況)

※1: 1.20歳未満, 2.20~40歳未満, 3.40~65歳未満, 4.65歳以上 ※2: 1.自立, 2.一部介助, 3.全面介助 ※3: 1.外来, 2.住診, 0.なし

| 番号 | 住所 | 氏名 | 発症時期 初発症状 | 年齢 | ADL | 医療処置管理 | | | | | 使用医療 機器 | 特定症状の有無 | | | | | 神経内科 専門医療機関 | | かかりつけ主治医 | | 緊急時の 入院機関 | レスパイト の入院・入 所機関 | 在宅での レスパイト | 緊急時の 訪問看護 | 訪問看護ステーション | | 医療機関からの 訪問看護 | | 在宅人工呼吸器使用 特定疾患患者訪問 看護療養後研究事業 | | 介護 保険 (介護度) | 身体障 害者手 帳(級) | 自立 支援法 区分 | 自立 支援法 による 1.有 0.無 | 最終把 握時期 | 管理 区分 | 重度訪問介護事 業者 | | | | | | | | | |
|----|---------|---------------------------|-------------------------|--|-----|--------|------|----|------|---------|----------------------------|---------|------|------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | 人工呼吸器 | 気管切開 | 吸引 | 経管栄養 | その他 | | 呼吸障害 | 嚥下障害 | 排泄障害 | 自律神経障害 | 機関名 | ※3 頻度 (回/月) | 機関名 | ※3 頻度 (回/月) | 機関名 (ALSの場合 を記入) | | | | | 具体的 内容を 記載する (ALSの場合 を記入) | 機関名 (ALSの場合 を記入) | 利用 機関数 | 1週間の 合計 訪問 回数 (回) | 機関名 | 1週間の 合計 訪問 回数 (回) | | | | | | | | 利用 | 1週間の 合計 利用 回数 (回) | | | | | | | |
| 例1 | 〇県△町□丁目 | 〇〇〇〇 | 2002年 秋になつた | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | なし | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 県立A病院 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 在宅施設上 療養の事業 の訪問看護 で実施 | 0 | なし | 0 | なし | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 介護 5 | 1級 | 5 | 1 | 〇年△月□日訪問 | | | | | | | |
| 例2 | A市B町C丁目 | △△△ | 2005年 お手に力が なくなつた | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ABC200 (呼吸器会社) A級引込付 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | B大大学院 | 1 | 0.5 (2ヶ月に 1回) | Aクリニック | 2 | 4 | B大大学院 | 0 | 療養通所 介護に連携 | Aステーション (日中のみ) | Aステーション Bステーション | 2 | 2 | A病院 | 3 | 1 | 1 | 0 | 介護 5 | 1級 | 6 | 1 | A年△月△日訪問 をとる | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | ALS療養者 | 年齢区分(人) | ADL(人) | 医療処置管理 | | | | | | 特定症状の有無 | | | | | 神経内科専門医療機関 | | かかりつけ主治医 | | 緊急時の 入院機関 | レスパイト の入院・入 所機関 | 在宅での レスパイト | 緊急時の 訪問看護 | 訪問看護ステーション | | 医療機関からの 訪問看護 | | 在宅人工呼吸器使用 特定疾患患者訪問 看護療養後研究事業 | | 訪問看護利用者すべての合計訪問看護 回数 ^{※2} /1週間 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 人 | 1.20歳未満 2.20~40歳 未満 | 1.自立 2.一部 介助 | 人工呼吸器 気管切開 吸引 経管栄養 その他 | | | | | | | | | | | | 1.外来 2.住診 | 人 人 | 1.外来 2.住診 | 人 人 | ありの人数 有/ALS数 (%) | ありの人数 有/ALS数 (%) | ありの人数 有/ALS数 (%) | ありの人数 有/ALS数 (%) | 定額訪問 看護あり 有/ALS数 (%) | 定額訪問 看護あり 有/ALS数 (%) | 1.有 有/ALS 数 ^{※1} | 訪問看護利用者数 ^{※2} | 回/週 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3.40~65歳 未満 4.65歳以上 | 3.全面 介助 | 1.有 (人) 1.有 (人) 1.有 (人) 1.有 (人) | | | | | | | | | | | | 0.なし 有/ALS数 (%) | 0.なし 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS数 (%) | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | 有/ALS 数 ^{※1} | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |