

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<sup>1)~3)</sup>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」<sup>1)</sup>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の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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

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	<b>管轄地域</b> ：人口約31万、2市町 <b>保健所保健師</b> ：総数9人 <b>精神保健福祉担当福祉職</b> ：2人 <b>話し合いの参加者</b> ： 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
	<b>人口</b> ：約23万 <b>市保健師</b> ：総数34人 (再掲)保健部署24人 精神障害者福祉部署3人 <b>話し合いの参加者</b> ： 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
	<b>人口</b> ：約8万 <b>市保健師</b> ：総数13人 (再掲)保健部署9人 精神障害者福祉部署3人 <b>話し合いの参加者</b> ： 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な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