

感染症対策分野の評価指標の検証

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

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

A. 研究目的

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

B. 研究方法

1. 調査対象

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

2. 調査項目

1) 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

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

2) 評価マニュアルの有用性

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

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

3. 調査方法

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

（倫理的配慮）

調査への参加は自由意思であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定されることのないよう配慮すること、回答の返送をもって調査への参加に同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、調査票とともに郵送した。

本研究は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

4. 調査期間

調査期間は平成27年10月から平成28年1月であった。

C. 結果

1. 回答者の所属保健所の概要

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

表1 保健所種別による回収数(率)

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

表2 回答者の所属保健所の管内人口

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

表3 都道府県型保健所の管内市町村数

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

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

2. 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

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

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

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

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

3. 評価指標についての意見や提案

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

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

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

表4 感染症対策活動評価指標の検証結果 - わかりやすさ・重要性 -

N=244 (%)

テーマ	評価指標	わかりやすさ				重要性											
		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				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											
		5+4	3	2+1	無回答	5+4	3	2+1	無回答								
結果	構造	1.感染症診療協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか								87.3	7.4	4.9	0.4	93.0	4.9	1.6	0.4
	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								85.7	11.5	2.5	0.4	93.0	6.6	0.4	
		3.管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している								64.8	23.4	11.5	0.4	85.7	13.1	1.2	
		4.高齢者施設における結核の早期発見・早期対応のための対策を把握している								76.6	13.9	9.0	0.4	93.4	5.7	0.4	0.4
		5.結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している								84.8	11.5	3.3	0.4	95.5	3.3	0.4	0.8
		6.結核の普及啓発活動をしている								86.1	9.4	4.5	0.4	91.8	7.4	0.4	0.4
		7.接触者健診対象者に対する相談対応や教育を実施している								91.8	4.9	2.9	0.4	94.3	3.7	0.8	1.2
		8.管内の関係者が集まり、結核発生状況の情報交換や課題共有、結核対策の検討をしている								86.9	7.4	5.3	0.4	91.0	8.2	0.8	
		9.管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている								74.8	17.2	8.2	0.4	89.8	9.0	1.2	
		10.関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している								87.3	7.4	4.9	0.4	92.2	6.1	1.2	0.4
		11.結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直している(マニュアルへの反映等)								79.1	11.9	8.6	0.4	89.3	8.6	1.2	0.8
	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								84.8	9.4	5.7	0.4	82.8	13.1	3.7	0.4
		13.新規登録者初回面接の実施率(喀痰塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に)								95.1	3.3	1.6	0.4	96.7	3.3		
		14.患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)								91.0	4.5	3.7	0.8	90.6	6.6	2.5	0.4
		15.接触者健診対象者への保健指導(集団・個人)実施率、相談対応数								88.9	5.7	5.3	0.4	90.2	6.6	2.9	0.4
		16.管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える								81.1	13.9	4.5	0.4	84.4	13.5	1.6	0.4
		17.DOTS協力施設(医療機関以外)が増える								84.8	8.6	6.1	0.4	86.5	11.5	1.6	0.4
		18.管内市町村のBCG予防接種率の向上(標準的な接種期間である8ヶ月時点で90%以上、1歳時点で9%以上)								87.7	7.4	3.7	1.2	87.7	8.6	2.0	1.6
		19.管内市町村の定期健康診断受診率の向上(高齢者、HIVリスク・エイズ・グループ等)								78.3	12.7	7.8	1.2	85.7	11.9	1.2	1.2
		20.接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診対象数)の向上								95.1	3.7	0.8	0.4	96.3	3.3		0.4
		結果2	21.結核患者(特に高齢者、HIVリスク・エイズ・グループ)の発病(結核の症状が初めて自覚された時期)に、初診までの期間短縮								83.6	7.4	8.2	0.8	92.6	5.3	1.2
	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上								95.1	3.3	1.6	0.4	96.3	3.7			
	23.結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少								96.3	2.9	0.8	0.4	95.5	3.7	0.8		
	24.管理期間中の再治療率の減少								89.3	9.4	1.2	0.4	86.5	11.5	2.0		
	25.管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、HIVリスク・エイズ・グループの罹患率)								86.1	9.0	3.7	1.2	87.3	10.2	1.2	1.2	
	26.高齢者やHIVリスク・エイズ・グループ等のターゲット集団における結核の集団発生数の減少								79.5	14.8	4.9	0.8	86.5	10.7	1.6	1.2	
	27.結核の有病率の減少								82.8	12.3	4.9	0.4	85.7	11.1	2.9	0.4	
	28.新登録中の多剤耐性結核患者の実人員・結核患者に占める割合の減少								84.0	13.9	2.0	0.4	86.9	11.9	1.2		
	29.潜在性結核感染症者の発病率の減少								75.4	17.6	7.0	0.4	77.0	19.7	3.3		
	30.結核死亡者数(率)の減少(特に単剤耐性結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)								75.8	15.2	8.6	0.4	78.7	18.0	2.9	0.4	
平常時の対応(発生予防・早期発見)	構造	31.感染症担当部署に保健師が配置されている								89.8	5.3	2.0	2.9	87.3	8.6	1.6	2.5
	プロセス	32.感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を明確にしている								72.1	16.8	9.8	1.2	88.9	9.8	0.4	0.8
		33.管内の各種機関や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している								72.1	17.2	10.2	0.4	84.8	12.7	2.0	0.4
		34.住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している								84.0	10.7	4.9	0.4	86.9	10.2	2.5	0.4
		35.保健所の広報誌やホームページ等により、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけを行っている								87.3	6.6	5.3	0.8	89.3	9.4	0.8	0.4
		36.感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供をしている								89.8	6.6	3.3	0.4	91.0	7.0	1.6	0.4
		37.医療監視や施設指導により感染症対策に関わる課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている								77.5	14.8	7.0	0.8	88.5	9.8	0.8	0.8
		38.施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている								79.1	15.2	5.3	0.4	82.0	16.8	0.8	0.4
		39.都道府県の定めた予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している								76.6	18.4	4.1	0.8	82.8	15.6	0.8	0.8
		40.感染症に関する普及啓発活動の回数								80.3	13.5	4.9	1.2	73.4	22.1	3.3	1.2
		結果1	41.保健師が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数								86.9	10.2	2.5	0.4	74.6	22.5	2.5
	42.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える								85.2	11.5	2.9	0.4	75.8	20.9	2.9	0.4	
	43.定期予防接種の接種率が高まる								89.8	7.8	1.6	0.8	84.8	12.7	1.6	0.8	
	44.感染症対策に関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								60.7	20.9	17.6	0.8	72.5	22.1	4.5	0.8	
	45.感染症の集団発生事件数の減少								86.9	11.5	1.2	0.4	86.5	12.3	0.8	0.4	
	46.感染症による死亡者・死亡率の減少								75.4	18.0	6.1	0.4	75.8	20.1	2.9	1.2	
	急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	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、マニュアル等)								97.5	1.2	0.8	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
		48.初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている								91.8	4.9	2.5	0.8	95.5	3.3		1.2
		49.集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明確になっている								92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	3.3		0.8
		50.感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署、職種が連携・協働する体制がある								92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	2.9		1.2
		51.感染症発生時の保健所内における情報の一元管理と情報共有のしくみがある								84.8	7.8	6.6	0.8	94.3	4.5		1.2
		52.発生時(疑い含む)に、管内市町村や関係機関から保健所に情報が集約される体制がある								79.9	14.3	4.9	0.8	90.6	8.2	0.4	0.8
		53.発生時に情報提供に配慮が必要な対象(障がい者や在日外国人等)を把握し、情報提供のルートが確保されている								68.4	19.7	11.1	0.8	82.4	15.6	1.2	0.8
		54.発生時に関係機関への感染症に関する情報提供の場やルートがある								79.1	14.3	5.3	1.2	88.9	9.4		1.6
		55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている								75.4	15.6	7.4	1.6	83.6	13.1	0.8	2.5
		56.感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)								87.3	8.6	3.7	0.4	92.2	7.0	0.4	0.4
	57.まん延防止のための必要物品を必要量を備蓄し、定期的に確認・補充している								92.6	5.7	1.2	0.4	95.1	4.1	0.4	0.4	
	プロセス	58.感染症集団発生時の対応マニュアルや健康危機管理マニュアルを策定・改訂している								95.1	3.3	1.2	0.4	98.0	0.8	0.8	0.4
		59.職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている								93.9	4.5	1.2	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
		60.患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的疫学調査や療養支援を行っている								91.4	4.9	3.3	0.4	94.7	3.3	1.2	0.8
61.患者の家族・接触者から感染者や感染疑いのある者を早期に発見し、医療につなげている								92.2	5.7	1.6	0.4	95.5	3.3		1.2		
62.患者・感染者とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている								93.9	4.9	0.8	0.4	95.1	3.3	0.4	1.2		
63.接触者健診の未受診者対応をしている								93.4	3.7	2.5	0.4	95.1	3.7		1.2		
64.感染者・患者の権利を尊重し、その保護に十分な配慮をしている								82.8	10.7	6.1	0.4	93.4	4.5	0.8	1.2		
65.施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している								77.9	12.3	9.0	0.8	91.0	5.7	1.6	1.6		
66.職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している								91.4	6.1	1.6	0.8	87.3	10.2	1.6	0.8		
結果		67.支援した感染者・患者とその家族の(率)と支援内容(保健指導、相談対応、情報提供等)								75.0	16.8	7.4	0.8	78.7	18.0	2.0	1.2
	68.管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える								74.6	15.6	8.2	1.6	76.6	18.0	2.9	2.5	
	69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容								74.6	16.8	7.0	1.6	73.4	21.3	3.3	2.0	
	70.まん延が長引く事業がない								61.5	17.6	20.5	0.4	74.2	20.1	3.7	2.0	
結果	71.診断が遅れ症状が悪化したケースがない								87.2	17.6	14.3	0.8	83.2	13.1	2.0	1.6	
	72.新興感染症まん延時に備えや差別を受けるケースがない								54.9	22.1	22.5	0.4	75.8	20.1	2.9	4.5	

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

表5 評価指標に対する意見-わかりやすさ・重要性の点から -

テーマ	評価枠組	評価指標	意見 (件)
結核	構造	1.感染症診療協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか	保健師がコントロールできないことについては、どのように考えればよいのか判断に迷った(1)
	プロセス	3.管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している	管内の医療機関の院内感染対策と、結核合併率が高い患者を治療している医療機関の早期発見対策と、2つのことを聞いているのではない(1)
		9.管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている	「管内市町村、医療機関、施設、学校等」といくつか示されていると、全て実施する必要があるのか、いずれかが1つでも実施していればよいのか、迷うので、そのあたりが明確であるとよい(1)
		10.関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している	曖昧さがあり、経験年数の少ない保健師の場合、「評価マニュアル」を見てもうまく評価できない可能性がある。「関係機関のカバー率」や「回数」等、すぐ可視化できるデータと「参加機関からの相談・早期発見が増加した」という長期間かけて見えてくるデータで評価する、等といった考え方を具体的に示した方がよい。(1)
	結果1	14.患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)	「13.新規登録者初面接の実施率(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)」と同じではないか(1)
	結果2	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上	DOTS脱落者の分析等、質的評価が重要となる指標も多くなる(1)
平常時の対応	構造		平常時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	結果2	42.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	検査の受診者が増加することばかりがよいとはいえないのではないかと、検査を受ける機会は保健所ばかりではない(1)
		43.定期予防接種の接種率が高まる	胸部X-P受診率(年1回)も評価指標になるとよい、H B s抗原(+)者の新患の調査時に何年も胸部X-Pをとっていないという人が目立つ、B型肝炎の予防・啓発の結果の評価指標に胸部X-P受診率の向上があるとよい。
(急性感染へ症候発生も含む)	構造		発生時の対応に必要な人員の目安があるとよい(1)
	プロセス	63.接触者健診の未受診者対応をしている	「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
		65.施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している	「対応している」という表現は、程度が不明でわかりにくい(2)
	結果1	68.管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える	感染症発生時の施設からの報告件数の増加で評価をするのは、施設職員の感染症に対する対応力の差によりばらつきがあるので(これで)評価とするには危険である。「増える」とあるが、今以上に増やせそうにない場合もあり、標準をどこにするか(1)
		69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容	回数のみで評価するのは不十分である(1)
	結果2	70.まん延が長引く(事案がない)	「長引く」は定義があるとよい(2)
		71.診断が遅れ症状が悪化したケースがない	「遅れ」は定義があるとよい(2)
72.新興感染症まん延時に偏見や差別を受けるケースがない		差別、偏見が生じることがないように、保健指導ができたか、という点を評価すればよいのか(1)重要であるが評価は難しい、どのようなことから評価するのか(1)	
全体		重要であるが把握したり、判断が難しい指標がある、どのような情報をどのように収集して評価するかが難しい指標があった(7) 抽象的で数値で示すことができない項目は評価が難しいと感じた、少しでも基準が明確になるとよい、数値目標を設定した方が評価しやすい(6) 「体制がある」「明確になっている」の判断基準が難しい、表現があいまいだと評価しにくい(2) 一つの指標に複数の項目が含まれていると評価しづらい(2) 感染症類型によって一概にあてはまらない指標がある(2) 感染症は全国の保健所でほぼ同じ対応・対策をとっているはずであり、あたりまえのことに関して現場に合った評価指標の工夫がもう少しほしい(1) 各保健所の状況によって、評価指標の重要性が違ってくる(1) 感染症の発生は流行状況に左右されるため、単純に活動の評価が難しい(2) 評価指標の数が多いと負担が大きい、必要最低限の指標あるいは重要な指標の焦点化によって評価の負担が軽減できる、現在、見直したい事業のこだけ選択して評価できると実践に結び付きやすい(6) 評価の視点としては必要な評価項目であると思うが、保健師による保健活動の質的な評価を行うとしたらもう少し具体的な表現の方がよい、保健師活動として必要な項目であるのか、わからないものが多く含まれていると思った、援助の方法、面接等による介入の技術等の評価指標がない、「保健師の専門性を評価する」という評価指標や訪問の効果に関する評価指標を入れてほしい。(4) 保健師のみの活動ではなく、保健所としての支援・対策と思われる内容がある(1) 問題への働きかけと働きかけた対象の変化、問題がどの解決したか等をどう評価することができるか(1) 評価指標はわかりやすくても、根拠・資料に基づいて評価する方法によって、主観が入りそうな評価指標がある(2) 「ソーシャルキャピタルの創出への貢献」「保健活動の効用を示す」という観点だと思ふし、自らのチェックには良いと思う、しかし、外部から評価される場合は良い結果が出ずらそうで不安がある、どれも重要な項目であるが、できない部分が多く、マイナス評価で終わらないか不安がある(2) 「結果」の評価指標については、既に事業評価等で実施しているものが多かった(1) 集団感染数や罹患率等数値的な評価指標はわかりやすい(1) わかりやすい評価指標であり、すべてが感染症対策の評価指標として重要であると思った、現在の活動を客観的に評価することができ、PDCAサイクルをまわす活動につながる、毎日感染症の発生に追われ、事業評価が全くなれないため、このようなわかりやすい評価指標があることは有意義である(7) 評価指標を活用することで、保健活動を多角的に振り返ることができる、評価の視点として新しい気づきがあり参考になった(3) 保健師活動の見える化につながる(1)	

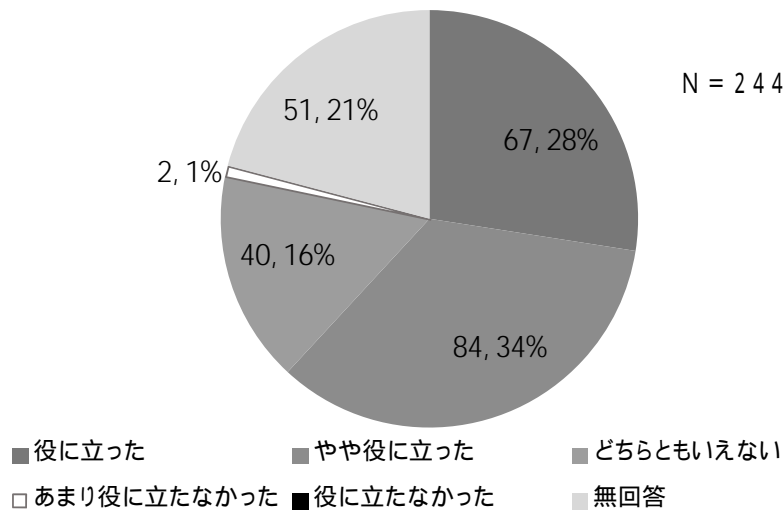


図 評価マニュアルの有用性

表6 評価マニュアルに関する提案・意見

N=7

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

4. 評価マニュアルの有用性及び評価マニュアルについての意見や提案

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

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

D. 考察

1. 調査結果等に基づく評価指標の検討

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

見直しのポイントは、『わかりやすさ』につ

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

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

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

2. 調査結果等に基づく評価マニュアルの検討

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

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

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

3. 感染症対策活動の評価指標最終版

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

4. 政策提言

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

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

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し

*見直した部分をゴシック体で示す

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

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

項目	評価指標	評価マニュアル(評価のたび)			
		評価の根拠・資料	評価の考え方・視点		
結核 (tuberculosis) 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。		
	管内の情報収集・分析				
(発症予防・早期発見) プロセス 結果 2	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					
結果 1 結果 2		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。	
	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。	
	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。	
	70	まん延が長引く事案がない		・患者発生第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、家族か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)

チーム	評価項目	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	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わる教育・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週間以内を目処に)		
		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、ハイリスク・ティンジャーループ等)			
	19 接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診勧誘数)の向上			
	20 結核患者(特に高齢者、ハイリスク・ティンジャーループ)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 結核患者や潜在的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、ハイリスク・ティンジャーループの罹患率)	
25 高齢者やハイリスク・ティンジャー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要人員、結核患者に占める割合の減少				
28 潜在的結核感染症者の発病率の減少				
29 結核死亡率(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)				
平常時の対応(発生予防・早期発見)	構造	30 感染症担当部署に保健師が配置されている		
		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	
			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 保健師が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数		
		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	
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、フィロリス等)		
		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・家族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・患者の人権を尊重し、その保護に十分な配慮をしている		
		集団発生施設との連携・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備え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。調査内容は精練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