

表6 母子保健活動の評価指標と評価マニュアルの見直し

目的：子育て中の親が健康で安心して子育てができる（発達障害・児童虐待の早期発見も含める）		※見直した部分をゴシック体で示す		
評価項目	評価指標 (H27)	根拠・資料の加筆・修正	マニュアルの加筆・修正	
構造・活動の基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	各種保健福祉関連計画 等	市町村基本構想、母子保健計画、すこやか親子、子ども子育て支援計画等に記載されている。又は、福祉部門が扱う母子福祉関連の計画にも記載があるか確認する。
	2	職場内に母子保健対策を徹底し、母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	母子保健担当者会議 次世代育成会議 子ども子育て支援者会議 母子保健推進員会議 等	自治体によっては母子保健福祉対策が母子保健課、子育て支援課、児童福祉課等に分割されることがあるが、組織内でこれらの部門が連携し、業務の重複や漏れがないかを確認する。母子保健福祉対策の全体を俯瞰し、各部門の方針や活動について情報共有し、母子保健計画の評価、見直しができる会議があるか等を確認する。
	3	地域の保健・医療・福祉の関係者と母子保健について話し合う場・会議がある	医療機関との連絡会議 母子保健福祉関係者との会議 等	地域の産科、小児科を含む医療機関との連携会議、地域の母子保健福祉関連の関係機関と連携し、協議する場・会議について確認する。
	4	母子保健の地域ニーズに対応できる予算が計上/確保されている	母子保健関連予算、補助金 等	法定事業以外の地域ニーズに対応する予算が確保されているか確認する。
	5	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている	子育てガイドブック 即掲載 子育てに関する行政調査結果 等	母子保健あるいは子育て相談窓口の整備状況を確認する。「利用しやすさ」とは「身近かさ」、「窓口開設の時間帯」、「配置している職員数・職種」等である。「インターネット」等の周知方法についても確認する。
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制（仕組み）がある	母子保健手帳の交付時の面接記録 医療機関との連絡票 乳幼児健診・相談の体制 等	母子保健手帳交付時のスクリーニングシート、乳幼児健診のチェックシートや医療機関との連携体制、専門職の配置、住民からの情報提供等について確認する。
	7	保健師が地域に出向き、地区活動を行う時間が確保され、保健師の地区活動の意義が認識されている	家庭訪問記録 地区組織育成 ネットワーク化の活動等	保健師が要訪問のケースだけでなく、地区の関係者を訪問しているか。地域に出向くことが職場内で認知され、地区活動の時間が確保されているか確認する。
	8	保健師（担当者）が助言を得る（相談できる）場・体制がある	定期的な研修会 事例検討会 教育機関との連携 地域の定例会への参加 管内の他職種・同職種との勉強会 等	職場内で相談できる体制があるか。個々の保健師や組織が抱えている問題・課題について、大学などの教育機関や専門機関、またOB（遠隔通信システム）等から助言、指導が得られるかを確認する。
プロセス	地域診断			
	9	地域の乳幼児と親の健康状態・生活状況、相談内容を捉え、個別支援が必要な対象（フォローが必要な対象）を把握している	母子保健実績報告 相談記録 母子保健台帳 等	出生届や、母子保健関連の健診で把握した児と親、家族の健康状態・生活状況、未受診者情報など、届け出や健診、訪問、相談等の日常の業務を通して支援が必要な対象を把握されているか確認する。発達障害や虐待が疑われるケースが把握する基準やカンファレンスがあるか確認する。
	10	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関係の情報交換を行っている	母子保健関係者会議 保育園等訪問記録 ニーズ調査（計画策定時） 等	日常の活動を通して把握した母子に関する情報を、地域の助産師や保育士、小児科医等と適宜あるいは定期的に交換していることを確認する。情報には、子ども子育て支援計画等の立案時や見直し時に活用できるか確認する。
	11	母子保健に関する地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析（地域診断・組織診断）を行っている	子育てガイドブック 等 母子保健関係者から提供される情報 子育てグループ等との会合の記録 子育て中の親へのアンケート結果 等	子育て支援のための施設や支援者についての最新情報を資料や関係者の調査によって収集し、それらの情報を担当者で分析できているかを確認する。
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	子育て支援者等の会議録 等	関係者とは住民、保健師、医療機関、保育園・幼稚園、児童委員、母子保健推進員、通所施設等で、これらの機関と課題や達成目標について合意形成を図っているか確認する。この指標の成果は、結果25, 26, 27, 28に反映される。
	実施（計画、支援）			
	13	母子保健の各種事業計画を立てている（13、14に分断）		各種事業計画とは、国及び県の方針を踏まえ、地域の実情に応じたものを指す。また、計画には、災害時、緊急時対応の計画も盛り込まれているか確認する。地域活動計画には、地域住民の地域づくりの計画を踏まえているか確認する。
	14	保健師の地区活動の計画が立てられている		地区活動の計画には、地域住民の地域づくりの計画を踏まえているか確認する。
	15	個別支援が必要な児や親について母子保健担当者や支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	健診後のカンファレンス記録 担当者会議 等	フォローケースを確定し、フォローの方法、頻度を協議し、フォロー結果を共有しているか確認する。母子保健担当者は地区担当も含める。
	16	グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている		グレーゾーンの事例とは診断が確定しておらず、福祉や医療の制度の利用に至っていない事例等を指す。必要な期間とは、他機関他部署に引き継がれ、主な支援が保健部門でなくなるまでの期間を指す。
	17	子育てで不安や成長発達の遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している		集まる場とは、親が交流し、かつ保健師が子どもの成長発達を確認できる場を指す。他部門が設定している場合は、それらの情報を共有しているかも含め確認する。
	18	子育てで不安や成長発達の遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	フォロー教室記録 親グループ支援記録 等	親のグループ育成のニーズを把握し、グループ化に向けた支援を行っているか、あるいは、集まる場の設定のみならず自主的な交流を促しているか確認する。
人材育成				
19	地域住民に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを助けるよう啓発している	母子保健推進員研修等の記録 等	地域住民の子育てへの関心が高まるように、地域の子育ての実態や課題を発信する。他部門と連携して行う児童委員、母子保健推進員やNPO・ボランティア等の育成も含める。	
20	職員・支援者が日頃の子育てで支援について学習する機会を設けている	研修事業報告 事例検討の記録 事業終了後カンファレンス 等	日常業務の中でカンファレンスや事例検討等により、職員・支援者の力量形成の機会を設けているか確認する。支援者には実践職ではないボランティアも含める。	
評価・モニタリング				
21	母子保健活動・事業を振り返り（評価・モニタリング）、成果と課題を明らかにしている		日常の業務や事業の評価・モニタリングを行い、成果と課題を明らかにする話し合いを業務の一環として定期的に行っているか確認する。	
支援体制の整備・政策提言				
22	母子保健福祉の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	母子保健関係者会議 医療・福祉助成制度 緊急搬送システム 等	住民を含めた保健、福祉、医療、関係者で地域資源および制度の不備・不足等について検討する機会を持ち、改善を図っているか確認する。	
結果 1	23	子どもを持つ親から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる	アンケート調査 母子保健関連事業終了時の聞き取りの記録 等	事業への参加者の感想を発言や記録等から確認する。また、計画の見直し時にアンケート調査を実施し、利用者の声を評価として把握することも含める。
結果 2	24	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上するが増える	訪問（保健師、母子保健推進員等）実績 事例検討会議録 等	評価指標6、15と関連し、生活状況や成長発達の把握が必要なケースに必要な時期に訪問がなされているか確認する。ケースに会えなかった場合も訪問実施数に含める。
	25	各種健診の未受診者調査フォローを徹底し、未把握率が減少する	母子保健実績報告 等	フォローにより未受診者の実態を把握し、新たなあるいは潜在的な住民ニーズを把握する。
	26	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	アンケート調査 ネットワーク（連携）会議録 等	母子保健の日常業務を通して、住民が支援者となることや支援グループに所属することを動機づける働きかけがなされているか確認する。また、ネットワーク会議へ参加する機関やグループ数を確認する。
27	地域の関係者と協議で解決された地域課題が増えるし目標が達成される	連携会議の記録 等	地域の関係者と母子保健の課題について話し合うことで、達成された目標が増えたか確認する。	
結果 3	28	子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する	事業実績報告 等	評価指標18に関連し、自治体の「地域づくり」関連課や社会福祉協議会等と連携して、子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持あるいは増加したことを確認する。
	29	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者がつながりを維持・増加させ、ネットワークが強化される	会議録 母子保健事業報告 等	母子保健活動の評価・見直しの機会とは、個々の母子保健事業終了時のカンファレンスや評価のための会議を指し、そこに参加する住民（児童委員・母子保健推進員）や保育士、産科・小児科医の参加数を確認する。
	30	周囲の力を借りて子育てする親の数が増える	行政調査 健診時問診表 経年的地域診断 等	子育て支援の到達目標である「親が周囲の力を借りられ、前向きに子育てができる」親の数を捉える。健診の問診票や計画立案時の行政調査を通して把握した数などで確認する。
	31	母子保健に必要な社会資源が地域に配備される整備され、十分に機能している	地域診断情報	評価指標21に関連し、子育て支援ネットワークの立ち上げ等、地域資源の実態を把握し確認する。地域のケアシステムの構築を含めた社会資源が機能しているか
32	目標に掲げた母子保健指標が改善する	衛生統計年報 等	母子保健計画に掲げた達成目標の到達状況等から把握する。子育てで不安をもつ親の減少の他、例えば、低体重児出生率、虐待の重症事例の減少等である。	

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
分担研究報告書

健康づくり分野の評価指標の検証

分担研究者 藤井広美（了徳寺大学健康科学部看護学科）

研究要旨 健康づくり活動に関する保健活動の質を評価するための標準化された指標開発を目的に、平成 27 年度は全国の市町村 580 か所に 36 項目からなる評価指標に評価マニュアルを添付した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」を用いて、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を調査した。その結果、回収数 182 通、回収率 31.4%であった。「わかりやすさ」、「重要性」ともに高いと回答した割合が 75%以上は 20 項目、「重要性」は 75%以上であるが「わかりやすさ」が 75%未満は 15 項目、「わかりやすさ」と「重要性」ともに 75%未満は 1 項目であった。評価マニュアルについては、約 8 割が「役に立った、やや役に立った」と回答し、概ね有効に活用できることが示唆された。これらの結果と、自由記載により寄せられた意見や提案を踏まえて論議し、評価マニュアルを添付した 36 項目から構成される「健康づくり活動の評価指標」を標準化された評価指標として完成させた。

A. 研究目的

本研究は、健康づくり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。平成 27 年度は、平成 26 年度までに作成した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」と評価マニュアルを用い、全国の市町村を対象として、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を検証した。

B. 研究方法

1. 調査方法

健康づくり活動の評価指標は、「住民の健康意識が向上し、予防可能な疾患の発症予防・治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる」に焦点を当てている。平成 26 年度の取り組みにおいて評価項目の精練を行った 36 項目から構成される「健康づくり活動の評価指標（27 年度版）」に、評価マニュアルを添付した「全国調査票（健康づくり）」を用いて、全国より無作為抽出を行った 580 か所の市区町

村の健康づくり担当の保健師を対象に、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について郵送調査を行った。回答方式は、評価項目ごとの「わかりやすさ」、「重要性」、評価マニュアルの「有用性」ともに 5 件法とした。また、評価指標および評価マニュアルに対する意見や修正案等についての自由記載を求めた。

2. 調査期間

調査期間は、平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月であった。

【倫理的配慮】

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自治体が特定されないことを文書で説明し、調査票の返送をもって同意したとみなすこととした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承諾を得て行った。

C. 研究結果

1. 回収状況

配布数 580 通、回収数 182 通、回収率 31.4%

であった。回答機関の概要については、表 1 の通りであった。

表 1 回答機関の概要

<u>市区町村別</u>	
市	104 か所
区	3 か所
町	64 か所
村	9 か所
<u>人口規模別</u>	
1 万人未満	32 か所
1 万人以上 3 万人未満	46 か所
3 万人以上 5 万人未満	18 か所
5 万人以上 10 万人未満	49 か所
10 万人以上 20 万人未満	23 か所
20 万人以上	13 か所

2. 評価指標のわかりやすさと重要性

各評価指標の「重要性」と「わかりやすさ」の集計結果は表 2、図 1 の通りであった。各項目の回答状況は割合で示した。また、重要性において「重要、やや重要」、「わかりやすさ」においては「わかりやすい、ややわかりやすい」と回答された項目について、75%以上であるかどうかで分類した。その結果、「わかりやすさ」、「重要性」ともに 75%以上であった項目は 20 項目、「重要性」は 75%以上であるが「わかりやすさ」が 75%未満の項目が 15 項目、「わかりやすさ」、「重要性」ともに 75%未満である項目が 1 項目であった。

重要性が低い項目は 1 項目で、「健康づくりを支援する施設や民間事業者の参画に対する働きかけ」に関するものであった。

「わかりやすさ」が低い項目は、「活動について組織を越えた相談・助言が得られる体制」、「住民の思いや関心への着目」、「関係者、関連施設や民間事業者との連携」、「生活習慣の改善」、「治療中断者」などに関するものであ

った。

3. 評価指標に対する意見

各評価指標に対する意見、提案については、表 3 にまとめた。主な内容としては①「できている」、「充足している」等に対する評価の基準が難しい、②思いや関心、主観的なアンケートなどの妥当性、③「無関心者」、「治療中断者」等の把握が困難である、④自治体の規模によりなじみにくい項目があるなどであった。

4. 評価マニュアルに対する意見

評価マニュアルの有用性については、役に立つ 32.7%、やや役に立つ 49.7%、どちらともいえない 15.8%、あまり役に立たない 0.6%、役に立たない 1.2%であり、約 8 割の回答機関より「役に立つ」「やや役に立つ」と評価された。主に評価された点は、評価の考え方や視点が分かったということであった。また、単にマニュアルに沿って評価するだけでなく、それぞれの項目についてスタッフ間で討議することがスキルアップにつながるの意見や評価指標の活用により自組織の経年変化や他市町との比較ができたり、予算確保や政策提言にも役立てたりできることへの期待も寄せられた。一方で、「活動を評価して改善していく必要は認識しているが、日々の業務に追われて振り返りもできていないのが現状である」、「現状把握ができておらず評価が困難である」、「評価が保健師個人の資質の問題にされがちであり組織全体の方針を反映できるようなマニュアルであって欲しい」など、活動評価を実施していく上での課題もあげられた。

評価マニュアルの記載に対する意見についての主な内容は、①誰が行うことなのかなど共通言語化が必要、②特定健診だけでなく各種がん検診など各市町村が取り組んでいる事業を反映させてほしい、③まずは特定健診・

特定保健指導のデータをきちんと分析することが優先される、④他市町との比較のためには、主観的な指標は個人により尺度が異なるため重要性は低いのではないかなどであった。

D. 考察

1. 調査結果に基づく評価指標の検討

以上述べた評価指標の検証結果をもとに研究班員で議論し、評価指標の修正を行った。加筆、修正を行ったのは以下の2項目である。**評価指標 1**健康づくり活動を担当する保健師が配置されている。

下線の部分について、担当する保健師が配置されていないことは少ないという意見があったことから、「業務量に見合った」という文言に修正した。

評価指標 35 (糖尿病等の) 治療中断者が減少する。

各自治体の重点課題に対応するために、下線部について「糖尿病等の重点課題とする疾患の」という文言に修正した。

「無関心層」や「治療中断者」などについては、対象を捉えることが困難との意見があったが、対象を捉えるための仕組みづくり(関係機関や住民組織などとの連携)が重要であると考え、評価指標として残すこととした。また、住民の声や思い、関心など主観的な情報は評価指標として適切であるか疑問であるとの意見があった。しかし、健康づくり活動のアウトカムが見えるには長期間を要することが多く、その前提として保健師が住民とのかかわりの中で反応の変化など質的な変化をどうとらえて事業を組み立てているかが重要であると考え。したがって、これらの評価指標についても残すこととした。最終的に作成された36項目から構成される「健康づくり活動の評価指標」を文末に示した。

2. 調査結果に基づく評価マニュアルの検討

評価マニュアルについては、前述のとおり、全体的な表現に対する意見が多くを占めた。これらを踏まえて、5項目の評価マニュアルについて修正を行った。修正の要点は以下のとおりである。

①健康づくりの課題として取り上げるのは、特定健診・特定保健指導のみならず、各自治体で重点課題として取り組んでいる事業・疾患を扱う。

②データ分析に基づく評価が重要であることは言うまでもない。しかし、データの性質によっては結果につながるまでに長期間を要することもある。そのプロセスでの質的な変化をとらえるために、保健師が住民と関わる中でとらえた反応の変化等の情報も重視したい。

③無関心層や治療中断者への関わりについては、地区活動の強化や職域との連携、医療機関や医療保険者との連携など、把握するための仕組みづくりも保健師の意図的な活動として視野に入れたい。

④③に加えて、公共施設や民間事業者を健康づくり活動に巻き込んでいくことは、ポピュレーションアプローチとしての健康なまちづくりの観点からも重要であると考え。

3. 標準化された評価指標について

本研究における評価指標は、各自治体の健康課題に対しての活動が見える化し、その経年変化を明らかにすることが目的である。以上の評価指標と評価マニュアルの検討から、評価対象の範囲や到達目標は地域診断等に基づきその自治体がめざす課題を打ち出すことが重要であり、その課題に即した評価指標を設定することが適切であると考え。今回、全国調査を行うことで、どこでも活用でき、健康づくり活動の評価として適切と考える標準化された評価指標を提示した。各自治体は

これらの評価指標を活用して、地域課題の即した評価指標を創出することを期待したい。

4. 政策提言

健康づくり活動においては、周知の通り、地域保健・健康増進事業報告や特定健康診査・特定保健指導事業報告等により、事業の概要が把握されている。しかし、活動の性質上、アウトカムが見えるまでに長期間を要したり、健診受診率や保健指導実施率の向上が頭打ちになりつつあったりと、担当保健師にとって活動の手ごたえをつかむのが困難な現状がある。今回の調査においても、活動の評価が保健師個人の資質の問題として問われがちであることや、日々の業務に追われて評価できる余裕がないなど、保健師自身が疲弊している様子がうかがわれた。地域における保健師の保健活動に関する指針でも触れられているように、保健師の活動には「ソーシャルキャピタルを活用した事業の展開及びその核となる人材の育成に努め、地区住民組織、ボランティア組織及び自助グループ等の育成及び支援を行うとともに、これらとの協働を推進すること。」が期待されている。特に健康づくり活動においては、健康なまちづくりの観点から、ソーシャルキャピタルの醸成と関係組織との連携を推進していくことが、アウトカムとしての健康指標の改善につながると考えられる。このような、数値では現れない保健師の仕掛け（健康なまち）づくりを見えるようにすることが保健活動の質を評価する上で重要であると考えられる。

この観点から、今回開発した評価指標の「地域の健康課題や活動対象を地域づくりの協力者と共有している」「健康づくり活動の資源となる地区組織や自主グループ等を育成している」「健康づくり活動の関係者による連携会議を開催した」等を保健活動の質の評価指

標として、活用されることを期待した。

E. 結論

平成 27 年度は全国の市町村 580 か所に 36 項目からなる評価指標に評価マニュアルを添付した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」を用いて、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を調査した。その結果を踏まえて議論し、36 項目から構成され評価マニュアルが添付された標準化された「健康づくり活動の評価指標」を作成した。

F. 引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究，平成 26 年度厚生労働科学研究年度終了報告書，2015
- 2) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年 7 月 10 日付厚生労働省告示第 430 号）
- 3) 日本看護協会：市町村保健活動のあり方に関する検討報告書，平成 23 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業，2012
- 4) 地域における保健師の保健活動について：（平成 25 年 4 月 19 日付厚生労働省健康局長通知健発 0419 第 1 号）
- 5) 平野かよ子編：事例から学ぶ保健活動の評価，医学書院，2001

G. 研究発表

1. 学会発表

第 74 回日本公衆衛生学会総会、長崎、2015.11

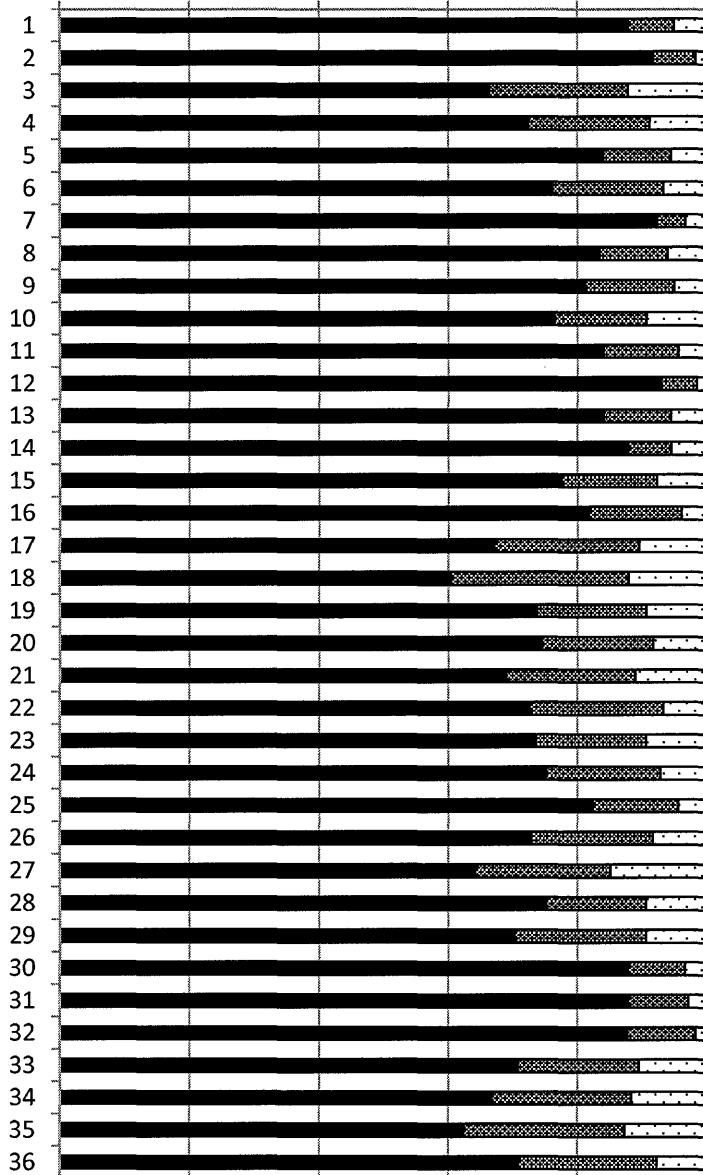
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

わかりやすさ

0% 20% 40% 60% 80% 100%

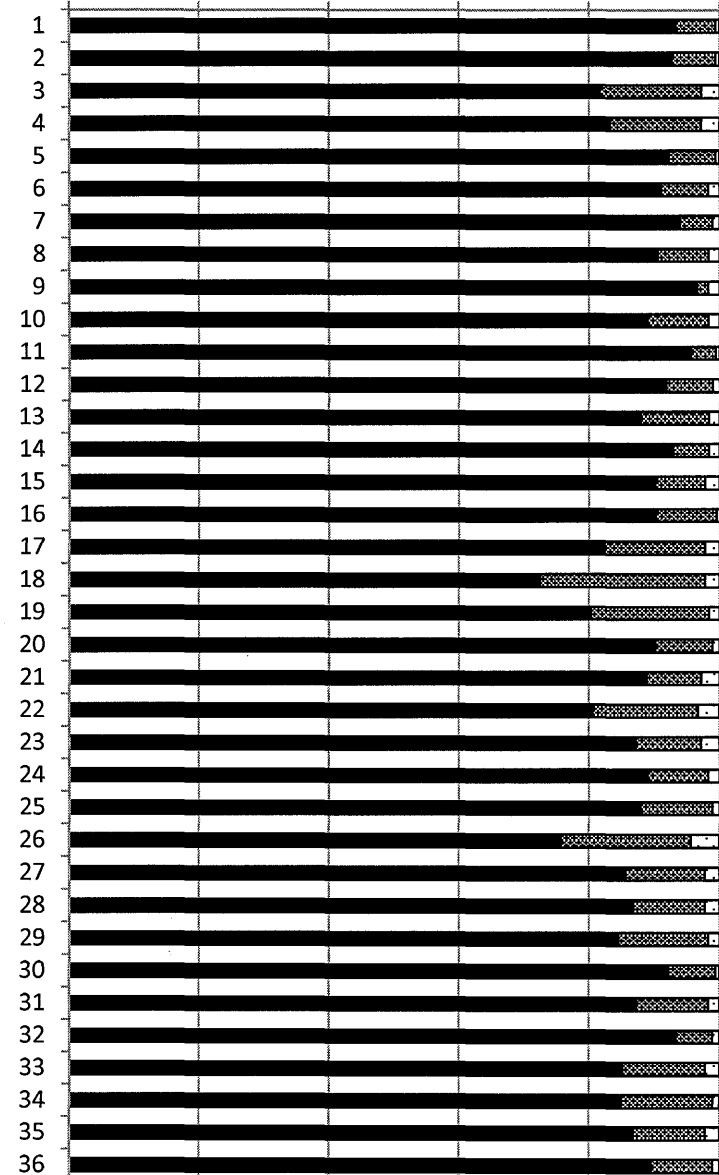
評価項目



重要性

n=182

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 5-4
 ▨ 3
 □ 2-1

図1 評価項目のわかりやすさと重要性

表2 健康づくり分野の評価指標の重要性・わかりやすさ

評価指標番号	重要性 (%)			わかりやすさ (%)			A:重要性 B:わかりやすさ				
	5-4	3	2-1	5-4	3	2-1	A≥75, B≥75	A≥75, B<75	A<75, B≥75	A<75, B<75	
1	健康づくり活動を担当する保健師が配置されている	93.3	6.1	0.6	87.8	7.2	5.0	1			
2	健康づくり活動の地域資源となる住民や住民組織(食生活改善推進員、健康づくり推進員、在宅栄養士、自主グループ等)との協議の場がある	92.8	6.7	0.6	91.7	6.6	1.7	2			
3	健康づくり活動について、組織を越えた相談・助言が得られる体制がある。	81.6	15.6	2.8	66.3	21.5	12.2		3		
4	目標の受診者数に応じた各種健診(検診)の実施機関・設備が充足している	83.2	14.0	2.8	72.4	18.8	8.8		4		
5	重点課題について医師会や地域の医療機関との連携の場がある	92.2	7.2	0.6	84.0	10.5	5.5	5			
6	健康づくり活動に関して、必要な(地域診断により把握した)健康課題等に対応した)予算が確保されている	91.1	7.2	1.7	76.1	17.2	6.7	6			
7	健康づくり活動(重点課題を含む)が健康増進計画や健康づくり計画などに位置付けられている	93.9	5.0	1.1	92.2	4.4	3.3	7			
8	住民による活動(地縁組織、自主グループなど)を基盤としたポピュレーションアプローチが健康増進計画や健康づくり活動計画などに位置付けられている	90.5	7.8	1.7	83.4	10.5	6.1	8			
9	保健師が地域住民の生活習慣に関する実態(喫煙、食、運動、受療状況、死亡など)を把握・分析している	96.7	1.7	1.7	81.2	13.8	5.0	9			
10	健康づくり活動に関わる人材や地区組織、関係機関などの実態を把握している。	89.0	9.4	1.7	76.4	14.3	9.3	10			
11	保健師が地域診断に基づいて重点課題や活動対象の検討を行っている	95.6	3.9	0.6	84.0	11.6	4.4	11			
12	健康づくり活動の資源となる食生活改善推進員、健康づくり推進員、自主グループなどを育成している	91.8	7.1	1.1	92.9	5.5	1.6	12			
13	生活習慣病のハイリスク者に対して継続支援を行っている	87.9	10.4	1.6	84.1	10.4	5.5	13			
14	健診未受診者(特定健診・がん検診など)へのフォローを行っている。	92.9	5.5	1.6	87.8	6.6	5.5	14			
15	無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組みづくり・取り組み(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)を行っている	90.1	7.7	2.2	77.5	14.8	7.7	15			
16	住民の受診しやすさに配慮した健診や健康教育を計画している	90.1	9.3	0.5	81.8	14.4	3.9	16			
17	住民の声や思いに着目した事業の企画・評価を行っている。	82.4	15.4	2.2	67.0	22.5	10.4		17		
18	健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている	72.5	25.3	2.2	60.4	27.5	12.1				18
19	健康づくり活動の関係者による連携会議を開催している	80.2	18.1	1.6	73.6	17.0	9.3		19		
20	医療機関や医療保険者と連携し、重点課題に関する地域の実態の把握・分析を行っている	90.1	8.8	1.1	74.4	17.2	8.3		20		
21	地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象を保健師と地域の健康づくりに関する協力者との間で共有している。	88.8	8.4	2.8	68.9	20.0	11.1		21		
22	関連機関(医師会、学校、企業、商店会、住民組織など)と連携して健康づくりの啓発活動を行っている	80.6	16.1	3.3	72.6	20.7	6.7		22		
23	エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある	87.2	10.0	2.8	73.5	17.1	9.4		23		
24	健康づくり活動・事業を振り返り(評価・モニタリング)成果と課題を明らかにしている。	89.0	9.4	1.7	75.1	17.7	7.2	24			
25	健康づくり活動を担う人材のスキルアップの場が設けられている(職員のみならず健康推進員やその他の関係者を含む)	87.8	11.0	1.1	82.3	13.3	4.4	25			
26	健診や健康教育等の事業参加(利用)者から肯定的な意見が聞かれる。	75.7	19.9	4.4	72.9	18.8	8.3		26		
27	健康づくりに関心を持つ住民が増加する	85.6	12.2	2.2	64.1	21.0	14.9		27		
28	健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する	86.7	11.0	2.2	75.1	15.5	9.4	28			
29	健康づくり活動に参加する公共機関、学校、病院、民間企業(飲食店等を含む)などが増加する	84.5	13.8	1.7	70.2	20.4	9.4		29		
30	各種検診の受診率が向上する	92.3	7.2	0.6	87.8	8.8	3.3	30			
31	保健指導実施率・終了率が増加する	87.3	11.0	1.7	87.8	9.4	2.8	31			
32	各種検診の要指導・要精検者・要再検者等のフォロー率が向上する	93.3	5.6	1.1	87.8	10.6	1.7	32			
33	受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会がある者が減少する	85.1	12.7	2.2	70.7	18.8	10.5		33		
34	(糖尿病等の)治療中断者が減少する	84.9	14.0	1.1	66.7	21.7	11.7		34		
35	生活習慣を改善する住民が増加する	86.7	11.0	2.2	62.4	24.9	12.7		35		
36	目標に掲げた健康づくり指標が改善される	89.5	9.4	1.1	70.7	21.5	7.7		36		

表3 健康づくり分野の評価指標の重要性・わかりやすさについての意見、提案

評価指標番号	意見、提案など
1 健康づくり活動を担当する保健師が配置されている	・健康づくり活動の保健師配置がない市町村は存在しないと思われるので、「充足しているか」等が良いのではないかと。
4 目標の受診者数に応じた各種健診(検診)の実施機関・設備が充足している	・どこまであったら出来ると言えるか迷う。
6 健康づくり活動に関して、必要な(地域診断により把握した健康課題等に対応した)予算が確保されている	・どこまであったら出来ると言えるか迷う。
11 保健師が地域診断に基づいて重点課題や活動対象の検討を行っている	・評価指標に評価の根拠・資料の具体的な内容を入れるとよい。
13 生活習慣病のハイリスク者に対して継続支援を行っている	・ハイリスク者のとらえ方は市町村によって異なるため評価指標となりうるのか。 ・どこまであったら出来ると言えるか迷う。 ・ハイリスク者の抽出や支援計画がプロセス評価であり、フォロー状況については結果評価とはなるのではないかと。
14 健診未受診者(特定健診・がん検診など)へのフォローを行っている。	・どこまであったら出来ると言えるか迷う。
15 無関心層を含めた多くの住民へ健康づくりの働きかけを行う仕組みづくり・取り組み(広報や健康推進員による声掛け、身近な活動の場など)を行っている	・無関心層という不確かな対象への働きかけは評価になりうるのか。
16 住民の受診しやすさに配慮した健診や健康教育を計画している	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
17 住民の声や思いに着目した事業の企画・評価を行っている。	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
18 健康づくりを支援する施設や民間事業者が健康づくり活動に参画するような働きかけを行っている	・小さい町だと「民間」というキーワードが少々なじみづらい。
21 地域の健康課題に応じた重点課題や活動対象を保健師と地域の健康づくりに関する協力者との間で共有している。	・[評価項目19]の中に含まれるのではないかと。
23 エビデンスに基づいて効果的な保健指導の方法(プログラム、評価の方法・時期など)を検討する場がある	・エビデンスに基づいて効果的な保健指導方法を検討することを各自自治体だけで行うことは必ずしも、スーパーバイズが必要である。また経年的な調査研究によって、エビデンスが得られるようになると思われる。
26 健診や健康教育等の事業参加(利用)者から肯定的な意見が聞かれる。	・アンケートや聞きとり調査では肯定的な答えが多くなるなどの偏りも予想される。 ・高齢化率が高い人口規模の小さい町では、評価しにくい。(健康づくりに関心のある人が複数の事業やグループに参加している。)
27 健康づくりに関心を持つ住民が増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・アンケート調査等実施しているが、主観と実態の違いをどのように縮小するかが難しい。
28 健康づくり活動に主体的に取り組む住民やグループが増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・高齢化率が高い人口規模の小さい町では、評価しにくい。(健康づくりに関心のある人が複数の事業やグループに参加している。)
29 健康づくり活動に参加する公共機関、学校、病院、民間企業(飲食店等を含む)などが増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。
33 受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関等)の機会がある者が減少する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・指標が理解しづらいことや、残留受動喫煙も考えられることから、喫煙者数の減少や喫煙スペースの増加などを指標とした方が評価価値があるのではないかと。
34 (糖尿病等の)治療中断者が減少する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・治療中断者がどの位いるのかわかるのかというのが疑問である。 ・「糖尿病等」等は糖尿病以外にとりくんだ場合のことか。 ・「治療中断者」を「継続受診していない者とする」など具体的な設定があった方が他市町村と比較する場合等に有効である(KDBのどの項目にするかを定める)。
35 生活習慣を改善する住民が増加する	・評価指標の言葉としては分かりやすいが、評価の根拠としては把握しづらい。 ・生活習慣改善の幅が広く、目標も多岐にわたる中、どの項目をとらえて評価すればいいのか ・生活習慣改善の幅が広く、目標も多岐にわたる中、どの項目をとらえて評価すればいいのか

評価指標全体や複数項目に関連する意見・提案

- ・全て重要性は高いと思った。実際に指標で評価を行うため、根拠を得るための準備も必要であるが、この指標で評価するという意識をもって事業に取り組むだけでも有効であると思う。
- ・すべて重要だと思う。保健活動について保健師が評価を行っているが、構造については企画や政策室で行ってもらいたい。
- ・全体的に評価の根拠、資料欄を参考にしなければ十分理解できない。
- ・実績だけでなく、質も合わせた評価が必要な項目は評価しにくい。
- ・重要であるが、市民全体の実態把握が難しい項目は評価しにくい。
- ・指標の1つの項目に複数の内容があると評価しにくい(要指導・要精検者のフォローなど)
- ・評価指標は項目により、プロセス評価があると良いものがある。
- ・指標により数年のスパンのもの、毎年評価するものがあるので、中期・長期の指標で分ける必要がある。
- ・保健師が保健活動を評価する際に、どこに視点を向けて評価すると良いのかを考えていくのに参考になると思うが、評価指標を読み込むのにかなりの時間と労力が必要になる。
- ・「わかりやすさ」をとらえづらい評価指標がある。市町村によってどこまでできるのかも違うし、とらえ方に幅がでて適切な質を保っているのか客観的評価は見えにくいこともあるのではないかと。
- ・重要性が高い物ばかりで、優劣がつけられない。
- ・それぞれの項目が「できている」と評価する「ものさし」基準が不明確なのはと思います。
- ・アンケートの様な主観的指標は本評価に適さない。(それをもって改善しているかは分からない)

高齢者保健福祉分野の評価指標の検証

分担研究者 石川貴美子（神奈川県秦野市：研究協力者） 尾島俊之（浜松医科大学）

研究要旨 高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための標準化された評価指標の開発を目的に、平成 27 年度は全国の市区町村 580 か所に 30 項目の「高齢者保健福祉活動評価指標：平成 27 年度版」と評価マニュアルを送付し、各項目の「わかりやすさ」と「重要性」及び、評価マニュアルの有用性について調査を行った。

その結果、202 か所から回答（回収率 34.8%）を得た。「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動において重要性は高いことが示唆されたが、具体的にどのように評価するかがわかりにくいことから、評価マニュアルは必須であった。また、自由意見から、自治体により保健師の活動範囲や役割が異なるため、評価マニュアルはさらなる改善が必要であり、高齢者保健福祉分野の保健活動を効果的に展開するためには詳細な活動指針が必要と思われた。「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動の全体の振り返りや職場内での進行管理、保健師研修で活用できること示唆され、これを標準化され高齢保健福祉分野の評価指標とした。

A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者保健福祉分野の保健活動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。平成 27 年度は、『平成 27 年度に作成した高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための評価指標案（以下、「27 年度版評価指標」という）』について、全国の市区町村を対象とし、「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. 調査方法

調査に用いた「27 年度版評価指標」は、「高齢者が元気で暮らし、何らかの支援が必要になっても安心して暮らせる」を目的とし、その構成は、構造が 4 項目、プロセスが 18 項

目、結果 1～3 が 2 項目ずつで、合計 30 項目である。「27 年度版評価指標」の項目毎に評価マニュアルを添付した。

2. 調査対象と調査項目

無作為抽出を行った全国 580 か所の市区町村の高齢者保健福祉担当の保健師を対象に、評価マニュアルが添付された「27 年度版評価指標」の項目毎に「わかりやすさ」と「重要性」について回答を求める郵送調査を実施した。

回答方式は、「わかりやすさ」については「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」、「重要性」については、「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」の 5 段階択一式とし、自由

意見を求めた。さらに、評価マニュアルについては、「1：役に立つと思う、2：やや役に立つと思う、3：あまり役に立たないと思う、4：役に立たないと思う、5：わからない」の5段階択一式と、評価マニュアルについての改善点や自由意見を求めた。

3. 調査期間

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月である。

【倫理的配慮】

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自治体が特定されることがないようにすること、並びに回答の返送を持って調査への参加を同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、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. 回収状況

調査票を送付した580か所のうち202か所から回答を得（回収率34.8%）、全数を分析対象とした。

回答を得た市町村の人口規模及び地域包括支援センターの委託状況は、表1、2のとおりであった。

表1 市町村の人口

人口	自治体数	割合
1万未満	41	20.3%
1万以上～3万未満	46	22.8%
3万以上～5万未満	41	20.3%
5万以上～10万未満	32	15.8%
10万以上～20万未満	23	11.4%
20万以上	19	9.4%
合計	202	100%

表2 地域包括支援センターの委託状況

運営方法	自治体数	割合
直営	99	49.0%
委託	84	41.6%
直営と委託の両方	7	3.5%
未回答	12	5.9%
合計	202	100%

2. 「わかりやすさ」及び「重要性」

1) 選択肢による回答

評価指標案の「わかりやすさ」及び「重要性」に対する回答は表3に示すとおりであった。

表3の最右列の「分類」とは、「わかりやすさ」と「重要性」共に「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が75%以上であった指標を「A」、「わかりやすさ」のみ75%以上であった指標を「B」、「重要性」のみ75%以上であった指標を「C」、わかりやすさ」と「重要性」共に75%未満であった指標を「D」として区分けしたものである。

30項目中最も多かったのが「C」で16項目（53.3%）、次いで「A」が13項目（43.3%）、「D」が1項目（3.3%）となっており、「B」に該当するものはなかった（表4）。

表4 わかりやすさと重要性 n=202

		重要性	
		75%以上	75%未満
わかりやすさ	75%以上	A(43.3%)	B(0%)
	75%未満	C(53.3%)	D(3.3%)

30項目のうち、「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が80%を超えていたのは6項目、70%台が17項目、60%台が7項目であった。

また、「重要である」「やや重要である」

と回答した割合が90%を超えていたのは16項目、80%台が10項目、70%台が3項目、60%台が1項目であった。

「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が60%台であった7項目への自由意見は表5のとおりである

2) 自由意見

表5 「わかりやすい」「ややわかりやすい」の回答割合が60%台の項目への自由意見

評価指標案	自由意見
8 要支援者の訪問・通所サービスの介護予防・日常生活支援総合事業への移行や移行後の進行管理を計画的に実施している	重要とは思いますが必ずしも保健師でなくてもよいのではないかと。総合事業に移行していない場合、答えにくい。
12 多様なサービスを幅広く展開するため、NPO等の団体や住民主体のサービスの開発を進めている。	コミュニティーソーシャルワーカーが主役となる事業と考える。保健師以外職種が担当している場合、している過程があればOK? 評価事業も含めた団体、事業所の活用が重要である。評価指標がコーディネーターの業務そのものになっている。コーディネーターを支える保健師の立場の文言に。重要とは思いますが保健師でなくてもよい項目のような気がする。
13 介護者を支援する対策を実施している	具体的に欠ける。視点に相談数や自主組織化の視点があるとよい。どのような支援不明確・精神的、心の支援? 他の職種が担当の場合? 介護者のイメージがつきにくい。家族なのか、地域の支援者、専門職職員等と意図をわかりやすくしてほしい。認知症者の家族の会も含むと重要性は異なる。介護者という表現が誰を指しているのかわかりにくい。
21 個別支援をした対象者の意識や生活の変化について評価している	訪問介護Bのこと? 包括業務のこと? 職員により違いがある。評価方法がわかりにくく評価しにくい。評価マニュアルには評価方法を記載していればわかりやすい。今の表現では課題のない事が評価になってしまうのではないのでしょうか。保健師業務と当然やるべき業務なので、あえて評価指標として示すことに疑問。
25 介護予防・日常生活支援総合事業(移行前は介護予防事業)で支援した人の数(参加者数、個別支援者数)が増えている	参加者は増やそうと思えば”支援”を切りはなせば増やせるので移行期に数での評価は早急と考える。総合事業は各市町村で位置づけるサービスがちがうのでこの数が増えたかどうかは評価になるとは限らない(介護予防事業については評価の指標になると思うが...) 一般介護予防事業の参加者の増、要支援認定者の減少など結果の指標を詳細に評価マニュアルに書いた方がよいのではないのでしょうか(20と重なるところもある) 介護予防を推進していくためには住民への啓発が重要。高齢になってから気づいても遅い、若いときからの生活習慣が重要 移行した変わり目の場合、事業のメニューも変わる部分があるため比較しづらい点もあるかと思えます。住民主体の活動の評価が必要では。
26 高齢者に関する相談支援窓口や高齢者の生活に役立つ情報が集約され、地域住民に提供する機会が増えている	集約することと機会が増えることは別ではないかと。重要だが評価がむずかしい。
30 健康寿命が延伸する	何年後なのか? 算出できない。保健師活動の評価というより施策全体の評価ではないですか? 健康寿命の延伸は、高齢者だけでなく、成人による健康課題においても影響するため。

3. 評価マニュアル

1) 選択肢による回答

評価マニュアルについて、調査回答時に「全部をじっくり読んだ」が46件(22.8%)、「全体を斜め読みした」が83件(41.1%)、「気になった部分だけ読んだ」が58件(28.8%)で、「全く読まなかった」が5件(2.5%)であった(表6)。

表6 評価マニュアルを読んだか n=202

	人数	割合
全部をじっくり読んだ	46	22.8
全体を斜め読みした	83	41.1
気になった部分だけ読んだ	58	28.7
全く読まなかった	5	2.5
無回答	10	5.0
合計	202	100

評価マニュアルの有用性については、評価マニュアルを読んだ187人中67人(35.8%)が「役に立つと思う」、103人(55.1%)が「やや役に立つと思う」と回答し、「やや役に立たないと思う」が7人(3.7%)、「役に立たないと思う」が1人(0.5%)であった(表7)。

表7 評価マニュアルの有用性 n=187

	人数	割合
役に立つと思う	67	35.8
やや役に立つと思う	103	55.1
やや役に立たないと思う	7	3.7
役に立たないと思う	1	0.5
わからない	9	4.8
合計	187	100

評価マニュアルについて「役に立つと思う」「やや役に立つと思う」と回答した170人どのような点で役に立つか確認したところ、「評価指標が何を意図しているのかがわか

る」が107件(62.9%)、「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」が93件(54.7%)、「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が110件(64.7%)、無回答は24件(14.1%)であった。その他の意見は12件(7.1%)で、表8のとおりであった。

表8 評価マニュアルが役に立つと思う意見

- ・現在何が課題として事業を展開したらよいのか、不足する項目がわかる。
- ・何に注目して仕事をしていけばいいかがわかる。
- ・この分野で保健師が仕事をするうえでおさえておくべき視野が明確になった。
- ・活動そのものに何が必要かという方向性を考える目安になる。
- ・担当が交代しても評価が一定になると思う。
- ・自治体の事業評価の視点として生かせる。
- ・高齢者福祉分野における保健師に期待される職務がわかる。
- ・目的的に業務を遂行し、かつ「保健」の視点を振り返るきっかけとなる。
- ・行うべき活動が何かがわかる。

2) 評価マニュアルの改善点

評価マニュアルの改善点についての意見は、表9のとおりであった。

表9-1 評価マニュアルの追加・改善点

追加点	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待の予防や権利擁護の取組項目も必要。 ・災害時の項目に、災害時要援護者台帳(評価マニュアル)等の策定等があるとよい。 ・孤立化の防止、住居対策の項目も必要。
改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的にどの事業のことを評価するのか分かるとうい。 ・評価するポイントとなる会議等の名称などを項目に併記しておくとうい。 ・枠組がマニュアル側にも入っているとよい。 ・抽象的な表現は避ける。 ・評価項目の細分化を検討してほしい。

表 9-2 評価マニュアルに対する意見

<p>保健師活動に関する意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師が個別支援、会議への参加においてコーディネーター役割をしているか ・保健師が主となるべき事業、施策か。 ・人口(高齢化率)に伴う保健師数の設置基準や事務量やシステムを具体的に明記されていると役に立つ ・保健師活動指針を盛り入れた OJT 体制がとれているかを明記すると良い。
<p>高齢者保健福祉活動に関する意見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・住民や関係機関への規範的統合の取り組みができているかが重要 ・数値目標が上げられる項目について、表を作成し、市の状況が入り、継続的に評価できるものがあると良いのではないか。前期高齢者の認定率、健康寿命、困難ケース対応数、認知症サポーター数等 ・ソーシャルキャピタルの醸成等人と人をつなぐ力量、サロン立ち上げ 運営、それらを継続するために必要な力など評価しにくい点を具体化できたら役立てられる。 ・健康寿命の延伸とか、認定率を単年度の評価で用いるのは疑問。レベルをそろえて、第 1 段階がクリアできていけば次にいけるように、経年的に深めていける指標がほしい。 ・改善策や課題が明確になると評価がより効果をあげることができる。 ・住民主体での活動をするにあたり、どういった経緯でどのような関係団体と協働で事業が展開できたか。 ・地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターとの連携や協働のあり方、協議体の支援のあり方が入るとよい。

4. 「27 年度版評価指標」に対する意見

「27 年度版評価指標」を活用して評価することに対する意見は、表 10 のとおりであった。

表 10 「27 年度版評価指標」への意見

<p>感想</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・活動を振り返る機会になる。 ・保健師活動の指針となるとよい。 ・評価マニュアルをもとに保健師活動が「見える化」でき、高齢者部門で働く保健師が、さらに必要とされることを期待したい。
<p>課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師以外の職種にもわかる客観的な指標になるとよい。 ・評価者が変わっても評価結果が変わらない客観的な指標となるとよい。 ・他の職種が実施している項目がある。保健師としての評価ではなく、高齢者保健福祉部門としての評価とした方が、関係者と評価できる。 ・制度改正や予算に左右され、評価が施策に反映させにくい。 ・評価をする時間がつかれない。 ・保健師としての専門性が発揮できる評価指標(PDCA の活用等)になることを望む。

D. 考察

1. 「27 年度版評価指標」のわかりやすさと重要性

評価指標の重要性について、「重要である」「やや重要である」と回答した割合が 80%を超えていた項目は、30 項目中 26 項目であり、「27 年度版評価指標」は高齢者保健福祉分野の保健師活動においては重要性が高いと示唆された。

しかし、わかりやすさについては、「わかりやすい」「ややわかりやすい」と回答した割合が 80%を超えていたのは 6 項目にとどまっており、各項目の重要性は認識しているものの具体的にどのように評価するかがわかりにくいことが伺えた。

自由意見等を参考に各項目の表現をよりわかりやすく修正する必要があるが、自治体の規模や職員構成、事業の目標設定、実施方法や実施内容などが自治体により大きく異なっていることから、評価項目だけでわかりやすくするには限界がある。評価を実施しやすくするためには、

評価事例を示すなど、評価マニュアルも改善する必要があると示唆された。

2. 評価マニュアルの有用性

「27年度版評価指標」の評価マニュアルに目を通した者の約9割が、「役に立つと思う」「やや役に立つと思う」と回答しており、評価をする際に評価マニュアルは必須であることが伺えた。しかし、表9-1、表9-2、表10の自由意見から、以下の課題が明らかになった。

1) 高齢者保健福祉分野の保健師活動

①保健師が、高齢者保健福祉分野でどのような役割を担えるのかが具体的に示せていないため、保健師活動の評価なのか組織内での取り組みの評価なのか判断できない。

②他の職種との役割分担が自治体により異なっており、地域包括ケアシステムの構築に向けての保健師自身の役割認識も異なっている。

高齢者保健福祉分野で活動している保健師が、どこまでを保健師業務とするかは、それぞれの自治体で判断していることから、今後、保健師専門職としてその役割をどこまで発揮できるかについては、別に調査・検証のもと、明らかにしていく必要がある。

2) 組織内での高齢者保健福祉活動

①地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けて、効果を出すための事業展開が難しい。

②地域包括ケアシステム構築に向けての仕組みづくりや、関係者とのネットワーク構築に向けての取り組みに対する評価が難しい。

③高齢者保健福祉活動の効果を、数的に

評価することが難しい。

平成27年度には介護保険法が改正となり、高齢者保健福祉分野では、介護予防・日常生活支援・総合事業の体制整備に加え、地域包括ケアシステムのさらなる構築に向けて、認知症施策や在宅医療・介護の連携の推進、さらには、生活支援体制整備事業が位置づけられている。

保健師であれば、これまでの経験から、①関連情報の収集、②情報分析・地域診断・目標設定、③計画への位置づけ、④住民への働きかけ、⑤連携・協働、⑥モニタリング・評価、⑦住民活動の活性化となるよう活動していくべきである。

しかし、これらの新規事業をどのように立ち上げて運営し、効果をあげていくかは、各自治体にゆだねられており、保健師以外の職種が中心となって事業展開をしている自治体もある。

今後、高齢者保健福祉分野の保健師活動の専門性については、保健師が中心となって取り組んだ先進事例の丁寧な分析に基づき、明らかにしていく必要がある。

3. 「27年度版評価指標」の活用方法

1) 高齢者保健福祉分野での保健師活動の全体の振り返りに活用

「27年度版評価指標」の殆どの項目の重要性が高かったこと、また、「振り返りの機会になった」「保健師として押さえておくべき視点がわかった」という意見があったことから、評価指標に基づき定期的に自らの活動を振り返り、次に取り組むことを考える機会をもつことは、高齢者保健福祉分野の保健師にとって有用であると示唆された。

2) 職場内での高齢者保健福祉活動の進行管理に活用

今回の調査では、「高齢者保健福祉分野の保健師活動の評価と」というより、「高齢者保健福祉分野全般の評価指標」という意見が複数あったことから、本評価指標は保健師だけでなく職場内の他の職員も一緒に振り返ることが可能である。このことより、高齢者保健福祉分野における自組織の進捗状況（経年的な評価）や次に取り組むべき課題について、職場全体で共有することができることが明らかになった。

3) 保健師研修での活用

高齢者保健福祉分野の保健師は、日々の活動を振り返る時間を十分に確保できていない状況が3年間の検証調査で明らかになっており、高齢者保健福祉分野の保健師活動の評価が十分に行われていない状況にある。

平成26年度の研究で、自組織の検証結果をもとに実施した情報交換会では、他の自治体の取り組みの現状を知ること、自組織の課題の再認識や今後の方向性を共有する有意義な場となっていたことより、保健師向けの研修において効果的な活用が期待できると思われる。

4) 異動直後や経験が浅い保健師の活動指針としての活用

高齢者保健福祉分野の保健師は、保健分野に比べ配置数は少なく、日々の活動における専門的な相談ができる体制を職場内に確保することが難しい状況にある。

また、高齢者保健福祉分野の保健師活動の詳細な活動指針が示されていないため、異動直後の保健師や経験の浅い保健

師が本評価指標や評価マニュアルを活用することで、高齢者保健福祉分野の保健師として目指す方向性や次に取り組む課題を整理することができると思われる。

5) 高齢者保健福祉分野における保健師の人材確保や適正配置に向けて発信

評価指標に基づき評価を繰り返すことで、高齢者保健福祉分野の活動の効果的な実践につながり、保健師としての専門性を発揮することが可能となる。その結果、高齢者保健福祉分野での保健師の役割がより明確にしていくことで、全国の自治体に対して保健師の人材確保や適正配置に向けて発信することも可能になると考える。

4. 評価指標の活用についての政策提言

超高齢社会のなかで高齢者の健康・介護問題は社会問題となっており、介護保険制度も改正を繰り返している。

昭和57年に策定された老人保健法の保健事業を展開するために、市町村保健師数は大幅に増えたが、訪問看護制度、介護保険制度の創設により、在宅療養者への直接支援は市町村保健師から訪問看護師や介護支援専門員等が中心的な役割を担うようになってきている。

平成18年の地域支援事業の創設により、高齢者への保健事業は高齢者保健福祉分野の所管となり、高齢者保健福祉分野へ配属される保健師が増えてきている。

平成27年の介護保険制度改正により強化された地域包括ケアシステムの構築にむけて、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」「生活支援体制整備事業」「認知症施策推進事業」「在宅医療・介護連携推進事業」「地域ケア会議推進事業」「地域リハビ

リレーション活動支援事業」が創設された。

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

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

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

5. 高齢者保健福祉分野における標準化された評価指標

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

E. 結論

「27年度版評価指標」及び評価マニユ

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

F. 引用・参考文献

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

G. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会、長崎、2015.11に発表

H. 知的財産権の取得状況

なし

精神保健福祉分野の評価指標の検証

分担研究者 山口佳子（東京家政大学看護学部看護学科）

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月までであった。

[倫理的配慮]

調査協力依頼文に、調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定される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保健所に集まってもらった。分担研究者から評価指標の趣旨や内容について説明したのち、質疑応答・意見交換を行った。

3)平成27年12月15日（水）

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

4)平成27年12月18日（金）9:00～11:55

5)平成28年1月27日（水）13:45～16:15

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

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

2)4)5)の話し合いで出された意見は、分

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

表1 研究参加者の概要

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

[倫理的配慮]

研究の意義・目的、研究の方法・期間、予測される研究結果、研究への協力の任意性及び撤回の自由、研究への協力に伴う利益・不利益、個人情報取り扱い、研究終了後の対応・研究成果の公表、研究のための費用、問い合わせ・苦情等の連絡先について、口頭及び文書による説明を行い、保

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

C. 結果

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

1) 回答者の属性

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

2) 評価指標について

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

(1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

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

重要性について「5.重要である」または「4.やや重要である」と回答した割合(以下、<重要である>)が75%に満たなかった分類B、Dは、33項目中15項目(45.5%)あり、<わかりやすい>も低かった分類Dは9項目(評価指標7.2),9.1)~10.2),11.2)3),16,20.3))であった。指標「16.保健所

が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、〈わかりやすい〉が52.3%、〈重要である〉が35.2%といずれも低く、自由記述からは、〈評価者によって判断が分かれる〉との意見が7件抽出された。

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

(2)自殺予防

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

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

(3)全体

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

評価に必要な情報の収集については、「管内の医療、福祉の状況を把握すること

は、地区診断やケアシステムを構築する上で大変重要と認識している。しかし、実際は、医療機関や事業者が個別事例を支援するケースが多く、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