

厚生労働科学研究費補助金研究報告書

平成 2 6 年 5 月 3 1 日

厚生労働大臣 田村憲久 殿

住 所 〒166-0001東京都杉並区阿佐ヶ谷北3-4-3
フリカ`ナ ヒヲ

研究者 氏 名 平野 かよ子
(所属機関 長崎県立大学)

平成 2 5 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) を完了したので次のとおり報告する。

研究課題名 (課題番号) : 保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 (H25-政策-一般-001)

国庫補助金精算所要額 : 金 5,170,000 円也 (うち間接経費 670,000円)

- 1 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙 (別添 1 のとおり)
- 2 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次 (別添 2 のとおり)
- 3 . 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書 (別添 3 のとおり)
- 4 . 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書 (別添 4 のとおり)
- 5 . 研究成果の刊行に関する一覧表 (別添 5 のとおり)
- 6 . 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況
(総括研究報告書、分担研究報告書の中に、書式に従って記入すること)
- 7 . 健康危険情報
 - ・研究の結果、得られた成果の中で健康危険情報 (国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報として厚生労働省に報告すべきものがある場合や、研究過程において健康危険情報を把握した場合には、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる内容と理由を簡潔に記入するとともに、その情報源 (研究成果、研究者名、学会発表名、雑誌等の詳細) について記述すること。
 - ・既に厚生労働省に通報した健康危険情報であっても、本研究報告書の提出の時点において健康危険情報に該当すると判断されるものについては記述すること。
 - ・分担研究者、研究協力者の把握した情報・意見等についても主任研究者がとりまとめ、一括して総括研究報告書に記入すること。
 - ・なお、交付基準額等決定通知の添付文書において、健康危険情報を把握した際には、一定の書式で速やかに厚生労働省健康危機管理官まで通報していただくよう協力をお願いしているため、本件とともに留意すること。

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

主任研究者 平野 かよ子

平成26（2014）年 3月

目 次

I . 総括研究報告書	
保健師による保健活動の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学)	----- 1
II . 分担研究報告書	
1 . 母子保健活動分野の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (国立保健医療科学院) 塚原 洋子 (なごみ相談室) 稗圃砂千子 (長崎県立大学)	----- 9
2 . 健康づくり活動分野の評価指標の検証 藤井 広美 (了徳寺大学)	----- 35
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証 石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)	----- 55
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証 山口 佳子 (杏林大学)	----- 105
5 . 感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証 春山 早苗 (自治医科大学)	----- 167
6 . 難病保健活動の評価指標の検証 小西かおる (大阪大学大学院)	----- 185
7 . 産業保健における保健活動の評価指標の検証 大神あゆみ (労働科学研究所) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)	----- 199
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 223

保健師による保健活動の評価指標の検証

主任研究者 平野 かよ子（長崎県立大学）

研究要旨：地域保健と産業保健における保健師による保健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を目的とし、これまでに開発してきた評価指標の有用性を検証するために、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て実際の活動の評価を実施した。検証結果を基に論議し、指標の有用性を確認すると共に評価指標の加除と表現の修正等を加え「評価指標（平成26年度版）」を作成した。また、評価の判断根拠となる情報や資料を明らかにし、それらを集約して6領域の地域保健活動と産業保健活動の「評価マニュアル案」を作成した。次年度はこれを用いて実践の場で評価指標（平成26年度版）の有用性の検証を重ね、標準化された評価指標の作成を進展させる。あわせて実践の評価力の向上に寄与していく予定である。

分担研究者

福島富士子（国立保健医療科学院）
藤井 広美（了徳寺大学）
尾島 俊之（浜松医科大学）
山口 佳子（杏林大学）
春山 早苗（自治医科大学）
小西かおる（大阪大学大学院）
荒木田美香子（国際医療福祉大学）
大神あゆみ（労働科学研究所）

研究協力者

石川貴美子（神奈川県秦野市）
塚原 洋子（なごみ相談室）
稗圃砂千子（長崎県立大学）

A. 研究目的

我が国の保健師は、地域において住民同士で健康問題を解決する地域組織を育成する等の活動を展開し、地域のソーシャルキャピタルを創出することに貢献してきている。しかしその活動の成果、特に効果等の質を評価する指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度から平成24年度の「保健活動の質の評価指標開発」

の研究において全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的とし、地域保健（母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病保健）と産業保健を担う保健師の保健活動の質を評価する指標を開発してきた。平成25年度には、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て、これらの評価指標を用いて実際の保健活動を評価し、評価指標の有用性を検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。

B. 研究方法

1. 研究方法

1) 検証協力者への研修会の実施

平成24年度に作成した保健活動の評価指標：平成24年度版²⁾を冊子にして全国の保健所および市町村へ配布し、検証の協力依頼を行った。また、共同研究者がかかわりのあった市町村へも協力依頼を行い、協力意向のあった市町村の母子担当者を対象とし、検証方法についての説明する研修会を東京、神奈川、長崎、静

岡、青森の5か所で開催した。研修会は下記の内容で行った。

開催時期は8月から10月であった。

- ◆ 評価指標の開発の背景
- ◆ 保健活動の評価の目的
- ◆ 評価枠組みの考え方
- ◆ 各領域別の評価指標項目の内容
- ◆ 検討していただきたいこと
 - ・昨年度の実績をもとにした活動評価
 - ・評価の根拠や判断
 - ・評価に必要な情報・資料
 - ・評価指標への意見
(現場に合った表現、日常の活動を振り返るのに適当か、力を入れている活動が表現できる内容か、違和感はないか 等)
 - ・今回の検証で見えてきた課題

2) 評価指標検証シートの作成

研修会の参加者からは評価指標に関する意見が出された。これらを参考として研究班員で検討し、各領域の「保健活動の評価指標検証ワークシート(平成25年度)」を作成し、それを用いた。ワークシートは各評価項目に「評価欄」、評価の判断に用いた「根拠、資料、情報」欄等を設定した。

倫理的配慮

研究協力自治体に出向いた際に、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ことを協力者に文書と口頭で説明し同意書を受け取った。

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。

C. 研究結果

地域保健および産業保健の領域の検証協力機関は、母子保健：9市町、健康づくり：9市、高齢者保健福祉：5市、精神保健福祉：4保健所、感染症対策：4保健所、難病保健：88人(保健師数)、産業保健：5事業所であった。

1. 各分野の検証結果の概要

1) 母子保健

検証協力は9市町からの申し出があった。研修会において参加者から出された意見を参考とし、平成24年度版の評価指標に修正を加え73項目からなる「母子保健活動の評価指標ワークシート(平成25年度)」を作成し、これを用いて検証を行った。

各項目の評価は「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」で回答を求め、評価指標の適切性と実行可能性について意見聴取を行った。また、項目ごとに評価の根拠とする資料・情報についての情報収集を行った。

評価指標の意図することが捉えにくいもの、表現の修正が求められたもの、定着・同化しているために経年的な変化の把握は困難な項目等の意見がだされた。また、評価の判断根拠とする情報・資料が把握できた。

検証の過程で把握した母子保健活動の評価に関連することとして、以下のことが把握された。

- ・個別の支援は連携を図り事例検討を行い支援内容についての評価はなされているが、個別情報から集団対応の展開はなされていない。

・関係機関からの情報の収集は行いが、その分析はなされなく、地域の課題の把握は弱く、地域診断はほとんど行われていない。

・自治体の人口規模により子供と親の健康生活問題に対応する部門が母子保健と、福祉部門の子育て支援と児童福祉に細分化され、いわゆる母子保健部門は妊娠から3歳児までのスクリーニング機能に限局されがちで、事例のフォロー部門は別というような業務の所掌のなされ方が多く、親子の生活の全容を把握し評価するためには、他部門との連携、協働して評価するといった職場風土を構築することが課題であった。

以上の検証結果と現状把握を基として、評価指標数を58項目とした「母子保健活動の評価指標（H26年度版）案」と母子保健分野の地域診断の手引きを添付した「母子保健活動の評価マニュアル（H26年度版）案」を作成した。

2) 健康づくり

検証に協力した市町は6県9市であった。検証の過程では、指標に用いている「健康づくり」「地区活動」「地域のニーズに見合う」等の言葉の定義に関する意見や、「評価が制度として定着してきているものについては受診率などより、新規受診者数などの指標が適当ではかい」「がんに特化するより「生活習慣病」全体を」等の評価指標の表現を修正することの意見、市町村としての重点課題の指標の設定」や「こころの健康づくりのテーマの評価指標の設定」等、新たな指標設定への意見が出された。

組織として検証することでの効用としては、「事業を振り返る機会になった」「地

域診断の必要性を認識した」「地域を見ることに立ち返り、様々な立場の人と話し合い、課題を共有するために働きかけることの必要性を再認識した」等が語られた。

これらの検証結果を基として、評価指標（平成26年度版）案と評価マニュアル案を作成した。

3) 高齢者保健福祉

平成25年度に作成した54項目からなる高齢者保健福祉分野の評価指標を用いて、5市の保健師の協力を得て、各項目について、「できている、どちらともいえない、できていない」で回答してもらい、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について意見交換を行い、検証を行った。

高齢者保健福祉分野への保健師の配属数が多くないこともあり、「できている」とは回答されない指標は、情報収集や地域診断であった。また、計画策定に関われているところは多くなく、高齢者の全体をどのように把握するかが課題であった。評価指標への意見としては、「制度が変わったので評価できるもの」「評価に時間を要するので項目数を減らし、負担を少なくしてほしい」などであった。追加が望まれる活動としては「認知症対策」と「高齢者の生活を支える地域づくり」であった。

評価指標を用い評価することの効用としては、評価の視点が拡がり、人材育成になるとの意見が聞かれた。また、担当部署だけでは評価できない項目については、他部署と連携して評価し、そのことが保健師の役割の理解につながることを示唆された。

評価表に「改善策」の欄があることで、

評価結果をこの後どのように活用するかを担当者や関係者で協議する機会を提示することも明らかにされた。

これらの検証結果を反映させ、評価指標を加除し、42項目の「高齢者保健福祉分野の評価指標（平成26年度版）案」と評価の観点や考え方を記した「評価マニュアル」を作成した。

4) 精神保健福祉

平成24年度に開発してきた52項目からなる評価指標シート：平成25年度版を用いて、検証協力を申し出てくれた4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらった。その後、研究者が保健所に出向き、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について話し合いを行った。

その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂された。また、評価結果は管内全域と市町村毎に評記載できる評価票の必要性が示唆された。

評価指標を用いて担当者で評価することの有用性について、以下の発言がなされた。

- ・望ましい保健活動、のあり方や、保健所の役割を再認識することができた。
- ・情報の分析はあまりできてなく、地域診断の必要性を実感した。
- ・個別対応はできているが、地域全体をみる視点の弱さを自覚した。
- ・人材育成の必要性を痛感した。
- ・地域の課題や改善策を明確にすることができた。

また、わかりづらかった点を説明し、評

価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した「評価マニュアル」を作成した。

今回の検証により評価指標の有用性が確認でき、また、改訂のための示唆が得られた。今後はさらに市型保健所での検証を行い、評価指標と評価マニュアルの有用性の検証を行う。

5) 感染症対策

4県の県型保健所の検証協力が得られた。

(1) 評価指標に関する意見

評価指標に関する意見としては、指標の意図することが掴みづらい・イメージしづらいや、意図を確認したいもの、保健所レベルでの情報より県レベルで集約したデータが無ければ判断できかねる等の意見が聞かされた。一方で、指標としての代替案の提示が活発になされた。その結果、指標の有用性は確認され、19の評価指標の表現を見直し、2項目を追加した。この修正を加えた73項目からなる評価指標を「評価指標（平成26年度版）案」を作成した。

(2) 評価の根拠となる情報・資料

協力保健所との検証で得られた評価に必要な情報・資料を集約し、また、結核登録者情報システム等感染症サーベイランスシステム（NESID）のデータや、疫学情報センターの結核管理図・指標値を考慮して評価に対する意見・提案・と評価の考え方・視点を検討し「評価マニュアル案」を作成した。

6) 難病保健

平成24年度に開発した40項目からなる難

病保健活動の評価指標シートを用いて、行政が主催するセミナーの参加者の中で検証協力の得られた88人の保健師を対象として、各評価指標項目を3段階で評価し、評価の根拠とした情報、資料について情報収集を行った。その結果、評価の低い項目やバラつきのある評価指標の表現の修正を行った。

次に難病担当者を対象としたセミナーを開催し、14保健所の保健師に、川村らによって見発されたアセスメントシート（様式1～4）を用いた難病に関する地域診断と難病保健活動評価等を行ってもらい、難病保健活動の経験のある者とそうでない者とアセスメントシートを活用（地域診断）した前後の評価指標の評価について比較検討した。

これらの結果から、難病の保健活動としては、難病患者・家族のグループ育成や、個別支援から共助の集団形成支援、また、地域住民を巻き込んだ支援や地域づくりへ発展させる活動は脆弱であることが伺えた。

評価指標の表現は法制度改正に伴い修正を必要とするが、その他には修正の必要性はなく、40項目の評価指標の有用性は検証された。また、アセスメントシートが地域診断として有効であることの示唆が得られた。

7) 産業保健

平成24年度に作成した産業保健における保健活動の質を評価するための指標案を用いて、産業保健に従事する保健師を対象に、実際の活動に適用させた聞き取り調査により評価指標の有用性の検証を行った。

検証協力者は研修会等に積極的に参加しているリーダー的立場の保健師で、

(a) 労働者や事業者等に労働衛生の専門知識も活用して(b)「保健師」の職能を意識して健康支援活動を行っていると思われる者5名(5事業所から各1名)とした。

検証に先立ち、評価指標全体に関する説明会とグループディスカッション(平成26年8月23日)を行い、実際の活動に適用させた個別の説明および検証調査(平成25年12月～平成26年2月)に実施した。

評価指標の検証の結果、評価する保健師の保健師の産業保健に関する造詣に加えて、業種、事業所の「労働衛生」「保健活動」に関する認識、保健師への役割期待、保健師の現場経験の幅の広さが連動して反映されたと考えられた。

評価指標の項目数は妥当であり、表現に、労働者の流動性を考慮し、現実的に推測できる結果の表現、主語(実施主体)の明確化、数量データに加えて連動する事象を併記することの必要性の示唆が得られた。

また、評価指標のワークシートに「改善点」の欄の有用性の意見が聞かれた。

評価マニュアルに関しては、保健師らしい活動の評価のためには、「個別と全体」と「定性と定量」の視点で評価することを促すものとすることの重要性が示唆された。

2. 評価指標を用いて組織で評価することの意義

それぞれの活動分野の担当者が評価指標を用いて共同して活動を振り返ることの効用として、以下の意見が聞かれた。

- ・それぞれの保健師が各自の業務の仕方を見直すことができ、個々の保健師の人材育成につながった。
- ・担当がそれぞれに評価結果を表明するこ

とで、それぞれの事業への取り組み方、それぞれの評価視点等に気き、共有でき、組織としての評価の視点を広げることに役立った。

3. 現地向き把握した保健師活動の動向

保健活動の分野を超えて評価指標検証シートの評価欄の評価結果に「いいえ」が目立ったものには以下のことが伺えた。

- ・「地域診断はしていない」「関係者からの情報の収集は行っているが、分析はできていない」等地域情報の分析・整理、地域の課題の洗い出しはあまりできていない。
- ・「個別的支援は関係者との事例検討も行い丁寧に支援しているが、個々の事例に共通する問題の整理、地域の課題は捉える視点に欠ける」
- ・「支援している事例の仲間との交流のニーズ、グループとして活動することのニーズの把握はなされてなく、グループ育成は概してなされていない」「患者会や家族会への支援は行っていない」
- ・担当者間で事業の見直し、計画策定はするが、利用者の参加、支援者である住民との参加や関係部門と連携して評価することは少ない」
- ・法制化されている関係者とのネットワークには関係者の参加があり連携は取れるが、地域の必要性から新たにネットワークや連絡会を起こすことはほとんどない。」等の声が聞かれていた。担当部門の個別支援に熱心に取り組んでいる様子が伺え、地域診断、情報分析、地域課題の把握、個から集団、地域へ連動させる等の保健活動はほとんどなされていない実態が伺えた。

D. 考察

保健活動の6分野と産業保健分野の評価指標を実際に実践者に評価を行ってもらい評価指標の有用性について検証し、評価マニュアル作成に向け、評価の根拠となる情報や資料の収集を行った。

1. 評価指標の検証

1) 評価指標の有用性

領域により異なるが、評価指標の削除・統合・区分、あるいは追加の必要性が示され、実態に即した検討がなされたことで、精緻化が図られ指標の有用性を確認することができた。

指標の表現としては、自治体の規模や組織体制、あるいは事業所の目的により、活動の範囲が限定され、保健福祉の全体を把握することや、対象者の転出入が多いと対象を把握し難い等の特性があることを留意した指標の表現の必要性が明らかにされた。

2) 評価指標の評価方法

経年的な変化を把握するためには、項目によって、3段階（「はい」「どちらともいえない」「いいえ」）が適当と考えられるものと、5段階あるいは6段階（「大変そうである」「まあそうである」「どちらともいえない」「あまりそうでない」「そうではない」「該当しない」）が適当なものが考えられた。これらは今後の課題としたい。

2. 評価の前提条件

評価は、実態とあるべき姿のギャップをどのように認識するかで異なること、また、地域（事業所）診断に基づいた地域（事業所）の課題設定や組織診断が弱いと、課題解決のための活動評価につながり難いこと

が、領域を超えて示された保健活動の課題であった。言い換えるならば、保健活動の評価のためには、評価の根拠としての情報・資料等を揃える前に、それらの情報・資料や日常業務を通して地域（事業所）の実態、組織の実態を把握し、地域課題を捉えていることがなければ、活動の評価に成り得ないということである。

そこで、評価マニュアルには、地域（事業所）の実態を把握する「地域（事業所）診断の手引き」あるいは「地域アセスメント」がセットされることが不可欠であると考えられた。

本来、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発するべきもので、その参考となるものとして評価指標の観点あるいは視点を標準化した評価指標を提示することの重要性が再認識された。

E. 結論

平成24年度に開発した地域保健の6領域と産業保健領域の評価指標の検証を箇所の協力を得て行い、地域の実態に即し評価指標の有用性を検証することができた。今後

は地域（事業所）診断を推進させるツール等と標準化された評価指標を開発し、実践者が地域の課題を明らかにし、その課題解決を評価するための評価指標を各地域（地形所）に即して創出することを働きかけていくことが重要であることが明らかにされた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 第72回日本公衆衛生学会（三重）で地域保健の6分野の評価指標について報告した。

G. 知的財産権の取得状況

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平野かよ子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第1報） 母子保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
藤井広美他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第2報） 健康づくり活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
石川貴美子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第3報） 高齢者保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
山口佳子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第4報） 精神保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
小西かおる他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第5報） 難病保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
春山早苗他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第6報） 感染症保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013

厚生労働科学研究費補助金研究報告書

平成 2 6 年 5 月 3 1 日

厚生労働大臣 田村憲久 殿

住 所 〒166-0001東京都杉並区阿佐ヶ谷北3-4-3
フリカ`ナ ヒヲ

研究者 氏 名 平野 かよ子
(所属機関 長崎県立大学)

平成 2 5 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) を完了したので次のとおり報告する。

研究課題名 (課題番号) : 保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 (H25-政策-一般-001)

国庫補助金精算所要額 : 金 5,170,000 円也 (うち間接経費 670,000円)

- 1 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙 (別添 1 のとおり)
- 2 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次 (別添 2 のとおり)
- 3 . 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書 (別添 3 のとおり)
- 4 . 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書 (別添 4 のとおり)
- 5 . 研究成果の刊行に関する一覧表 (別添 5 のとおり)
- 6 . 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況
(総括研究報告書、分担研究報告書の中に、書式に従って記入すること)
- 7 . 健康危険情報
 - ・ 研究の結果、得られた成果の中で健康危険情報 (国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報として厚生労働省に報告すべきものがある場合や、研究過程において健康危険情報を把握した場合には、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる内容と理由を簡潔に記入するとともに、その情報源 (研究成果、研究者名、学会発表名、雑誌等の詳細) について記述すること。
 - ・ 既に厚生労働省に通報した健康危険情報であっても、本研究報告書の提出の時点において健康危険情報に該当すると判断されるものについては記述すること。
 - ・ 分担研究者、研究協力者の把握した情報・意見等についても主任研究者がとりまとめ、一括して総括研究報告書に記入すること。
 - ・ なお、交付基準額等決定通知の添付文書において、健康危険情報を把握した際には、一定の書式で速やかに厚生労働省健康危機管理官まで通報していただくよう協力をお願いしているため、本件とともに留意すること。

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

主任研究者 平野 かよ子

平成26（2014）年 3月

目 次

I . 総括研究報告書	
保健師による保健活動の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学)	----- 1
II . 分担研究報告書	
1 . 母子保健活動分野の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (国立保健医療科学院) 塚原 洋子 (なごみ相談室) 稗圃砂千子 (長崎県立大学)	----- 9
2 . 健康づくり活動分野の評価指標の検証 藤井 広美 (了徳寺大学)	----- 35
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証 石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)	----- 55
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証 山口 佳子 (杏林大学)	----- 105
5 . 感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証 春山 早苗 (自治医科大学)	----- 167
6 . 難病保健活動の評価指標の検証 小西かおる (大阪大学大学院)	----- 185
7 . 産業保健における保健活動の評価指標の検証 大神あゆみ (労働科学研究所) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)	----- 199
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 223

保健師による保健活動の評価指標の検証

主任研究者 平野 かよ子（長崎県立大学）

研究要旨：地域保健と産業保健における保健師による保健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を目的とし、これまでに開発してきた評価指標の有用性を検証するために、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て実際の活動の評価を実施した。検証結果を基に論議し、指標の有用性を確認すると共に評価指標の加除と表現の修正等を加え「評価指標（平成26年度版）」を作成した。また、評価の判断根拠となる情報や資料を明らかにし、それらを集約して6領域の地域保健活動と産業保健活動の「評価マニュアル案」を作成した。次年度はこれを用いて実践の場で評価指標（平成26年度版）の有用性の検証を重ね、標準化された評価指標の作成を進展させる。あわせて実践の評価力の向上に寄与していく予定である。

分担研究者

福島富士子（国立保健医療科学院）
藤井 広美（了徳寺大学）
尾島 俊之（浜松医科大学）
山口 佳子（杏林大学）
春山 早苗（自治医科大学）
小西かおる（大阪大学大学院）
荒木田美香子（国際医療福祉大学）
大神あゆみ（労働科学研究所）

研究協力者

石川貴美子（神奈川県秦野市）
塚原 洋子（なごみ相談室）
稗圃砂千子（長崎県立大学）

A. 研究目的

我が国の保健師は、地域において住民同士で健康問題を解決する地域組織を育成する等の活動を展開し、地域のソーシャルキャピタルを創出することに貢献してきている。しかしその活動の成果、特に効果等の質を評価する指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度から平成24年度の「保健活動の質の評価指標開発」

の研究において全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的とし、地域保健（母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病保健）と産業保健を担う保健師の保健活動の質を評価する指標を開発してきた。平成25年度には、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て、これらの評価指標を用いて実際の保健活動を評価し、評価指標の有用性を検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。

B. 研究方法

1. 研究方法

1) 検証協力者への研修会の実施

平成24年度に作成した保健活動の評価指標：平成24年度版²⁾を冊子にして全国の保健所および市町村へ配布し、検証の協力依頼を行った。また、共同研究者がかかわりのあった市町村へも協力依頼を行い、協力意向のあった市町村の母子担当者を対象とし、検証方法についての説明する研修会を東京、神奈川、長崎、静

岡、青森の5か所で開催した。研修会は下記の内容で行った。

開催時期は8月から10月であった。

- ◆ 評価指標の開発の背景
- ◆ 保健活動の評価の目的
- ◆ 評価枠組みの考え方
- ◆ 各領域別の評価指標項目の内容
- ◆ 検討していただきたいこと
 - ・昨年度の実績をもとにした活動評価
 - ・評価の根拠や判断
 - ・評価に必要な情報・資料
 - ・評価指標への意見
(現場に合った表現、日常の活動を振り返るのに適当か、力を入れている活動が表現できる内容か、違和感はないか 等)
 - ・今回の検証で見えてきた課題

2) 評価指標検証シートの作成

研修会の参加者からは評価指標に関する意見が出された。これらを参考として研究班員で検討し、各領域の「保健活動の評価指標検証ワークシート(平成25年度)」を作成し、それを用いた。ワークシートは各評価項目に「評価欄」、評価の判断に用いた「根拠、資料、情報」欄等を設定した。

倫理的配慮

研究協力自治体に出向いた際に、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ことを協力者に文書と口頭で説明し同意書を受け取った。

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。

C. 研究結果

地域保健および産業保健の領域の検証協力機関は、母子保健：9市町、健康づくり：9市、高齢者保健福祉：5市、精神保健福祉：4保健所、感染症対策：4保健所、難病保健：88人(保健師数)、産業保健：5事業所であった。

1. 各分野の検証結果の概要

1) 母子保健

検証協力は9市町からの申し出があった。研修会において参加者から出された意見を参考とし、平成24年度版の評価指標に修正を加え73項目からなる「母子保健活動の評価指標ワークシート(平成25年度)」を作成し、これを用いて検証を行った。

各項目の評価は「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」で回答を求め、評価指標の適切性と実行可能性について意見聴取を行った。また、項目ごとに評価の根拠とする資料・情報についての情報収集を行った。

評価指標の意図することが捉えにくいもの、表現の修正が求められたもの、定着・同化しているために経年的な変化の把握は困難な項目等の意見がだされた。また、評価の判断根拠とする情報・資料が把握できた。

検証の過程で把握した母子保健活動の評価に関連することとして、以下のことが把握された。

- ・個別の支援は連携を図り事例検討を行い支援内容についての評価はなされているが、個別情報から集団対応の展開はなされていない。

・関係機関からの情報の収集は行いが、その分析はなされなく、地域の課題の把握は弱く、地域診断はほとんど行われていない。

・自治体の人口規模により子供と親の健康生活問題に対応する部門が母子保健と、福祉部門の子育て支援と児童福祉に細分化され、いわゆる母子保健部門は妊娠から3歳児までのスクリーニング機能に限局されがちで、事例のフォロー部門は別というような業務の所掌のなされ方が多く、親子の生活の全容を把握し評価するためには、他部門との連携、協働して評価するといった職場風土を構築することが課題であった。

以上の検証結果と現状把握を基として、評価指標数を58項目とした「母子保健活動の評価指標（H26年度版）案」と母子保健分野の地域診断の手引きを添付した「母子保健活動の評価マニュアル（H26年度版）案」を作成した。

2) 健康づくり

検証に協力した市町は6県9市であった。検証の過程では、指標に用いている「健康づくり」「地区活動」「地域のニーズに見合う」等の言葉の定義に関する意見や、「評価が制度として定着してきているものについては受診率などより、新規受診者数などの指標が適当ではかいか」、「がんに特化するより「生活習慣病」全体を」等の評価指標の表現を修正することの意見、市町村としての重点課題の指標の設定」や「こころの健康づくりのテーマの評価指標の設定」等、新たな指標設定への意見が出された。

組織として検証することでの効用としては、「事業を振り返る機会になった」「地

域診断の必要性を認識した」「地域を見ることに立ち返り、様々な立場の人と話し合い、課題を共有するために働きかけることの必要性を再認識した」等が語られた。

これらの検証結果を基として、評価指標（平成26年度版）案と評価マニュアル案を作成した。

3) 高齢者保健福祉

平成25年度に作成した54項目からなる高齢者保健福祉分野の評価指標を用いて、5市の保健師の協力を得て、各項目について、「できている、どちらともいえない、できていない」で回答してもらい、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について意見交換を行い、検証を行った。

高齢者保健福祉分野への保健師の配属数が多くないこともあり、「できている」とは回答されない指標は、情報収集や地域診断であった。また、計画策定に関われているところは多くなく、高齢者の全体をどのように把握するかが課題であった。評価指標への意見としては、「制度が変わっての評価できるもの」「評価に時間を要するので項目数を減らし、負担を少なくしてほしい」などであった。追加が望まされる活動としては「認知症対策」と「高齢者の生活を支える地域づくり」であった。

評価指標を用い評価することの効用としては、評価の視点が拡がり、人材育成になるとの意見が聞かれた。また、担当部署だけでは評価できない項目については、他部署と連携して評価し、そのことが保健師の役割の理解につながることを示唆された。

評価表に「改善策」の欄があることで、

評価結果をこの後どのように活用するかを担当者や関係者で協議する機会を提示することも明らかにされた。

これらの検証結果を反映させ、評価指標を加除し、42項目の「高齢者保健福祉分野の評価指標（平成26年度版）案」と評価の観点や考え方を記した「評価マニュアル」を作成した。

4) 精神保健福祉

平成24年度に開発してきた52項目からなる評価指標シート：平成25年度版を用いて、検証協力を申し出てくれた4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらった。その後、研究者が保健所に出向き、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について話し合いを行った。

その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂された。また、評価結果は管内全域と市町村毎に評価できる評価票の必要性が示唆された。

評価指標を用いて担当者で評価することの有用性について、以下の発言がなされた。

- ・望ましい保健活動、のあり方や、保健所の役割を再認識することができた。
- ・情報の分析はあまりできてなく、地域診断の必要性を実感した。
- ・個別対応はできているが、地域全体をみる視点の弱さを自覚した。
- ・人材育成の必要性を痛感した。
- ・地域の課題や改善策を明確にすることができた。

また、わかりづらかった点を説明し、評

価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した「評価マニュアル」を作成した。

今回の検証により評価指標の有用性が確認でき、また、改訂のための示唆が得られた。今後はさらに市型保健所での検証を行い、評価指標と評価マニュアルの有用性の検証を行う。

5) 感染症対策

4県の県型保健所の検証協力が得られた。

(1) 評価指標に関する意見

評価指標に関する意見としては、指標の意図することが掴みづらい・イメージしづらいや、意図を確認したいもの、保健所レベルでの情報より県レベルで集約したデータが無ければ判断できかねる等の意見が聞かされた。一方で、指標としての代替案の提示が活発になされた。その結果、指標の有用性は確認され、19の評価指標の表現を見直し、2項目を追加した。この修正を加えた73項目からなる評価指標を「評価指標（平成26年度版）案」を作成した。

(2) 評価の根拠となる情報・資料

協力保健所との検証で得られた評価に必要な情報・資料を集約し、また、結核登録者情報システム等感染症サーベイランスシステム（NESID）のデータや、疫学情報センターの結核管理図・指標値を考慮して評価に対する意見・提案・と評価の考え方・視点を検討し「評価マニュアル案」を作成した。

6) 難病保健

平成24年度に開発した40項目からなる難

病保健活動の評価指標シートを用いて、行政が主催するセミナーの参加者の中で検証協力の得られた88人の保健師を対象として、各評価指標項目を3段階で評価し、評価の根拠とした情報、資料について情報収集を行った。その結果、評価の低い項目やバラつきのある評価指標の表現の修正を行った。

次に難病担当者を対象としたセミナーを開催し、14保健所の保健師に、川村らによって見発されたアセスメントシート（様式1～4）を用いた難病に関する地域診断と難病保健活動評価等を行ってもらい、難病保健活動の経験のある者とそうでない者とアセスメントシートを活用（地域診断）した前後の評価指標の評価について比較検討した。

これらの結果から、難病の保健活動としては、難病患者・家族のグループ育成や、個別支援から共助の集団形成支援、また、地域住民を巻き込んだ支援や地域づくりへ発展させる活動は脆弱であることが伺えた。

評価指標の表現は法制度改正に伴い修正を必要とするが、その他には修正の必要性はなく、40項目の評価指標の有用性は検証された。また、アセスメントシートが地域診断として有効であることの示唆が得られた。

7) 産業保健

平成24年度に作成した産業保健における保健活動の質を評価するための指標案を用いて、産業保健に従事する保健師を対象に、実際の活動に適用させた聞き取り調査により評価指標の有用性の検証を行った。

検証協力者は研修会等に積極的に参加しているリーダー的立場の保健師で、

(a) 労働者や事業者等に労働衛生の専門知識も活用して(b)「保健師」の職能を意識して健康支援活動を行っていると思われる者5名(5事業所から各1名)とした。

検証に先立ち、評価指標全体に関する説明会とグループディスカッション(平成26年8月23日)を行い、実際の活動に適用させた個別の説明および検証調査(平成25年12月～平成26年2月)に実施した。

評価指標の検証の結果、評価する保健師の保健師の産業保健に関する造詣に加えて、業種、事業所の「労働衛生」「保健活動」に関する認識、保健師への役割期待、保健師の現場経験の幅の広さが連動して反映されたと考えられた。

評価指標の項目数は妥当であり、表現に、労働者の流動性を考慮し、現実的に推測できる結果の表現、主語(実施主体)の明確化、数量データに加えて連動する事象を併記することの必要性の示唆が得られた。

また、評価指標のワークシートに「改善点」の欄の有用性の意見が聞かれた。

評価マニュアルに関しては、保健師らしい活動の評価のためには、「個別と全体」と「定性と定量」の視点で評価することを促すものとすることの重要性が示唆された。

2. 評価指標を用いて組織で評価することの意義

それぞれの活動分野の担当者が評価指標を用いて共同して活動を振り返ることの効用として、以下の意見が聞かれた。

- ・それぞれの保健師が各自の業務の仕方を見直すことができ、個々の保健師の人材育成につながった。
- ・担当がそれぞれに評価結果を表明するこ

とで、それぞれの事業への取り組み方、それぞれの評価視点等に気き、共有でき、組織としての評価の視点を広げることに役立った。

3. 現地に出向き把握した保健師活動の動向

保健活動の分野を超えて評価指標検証シートの評価欄の評価結果に「いいえ」が目立ったものには以下のことが伺えた。

- ・「地域診断はしていない」「関係者からの情報の収集は行っているが、分析はできていない」等地域情報の分析・整理、地域の課題の洗い出しはあまりできていない。
- ・「個別的支援は関係者との事例検討も行い丁寧に支援しているが、個々の事例に共通する問題の整理、地域の課題は捉える視点に欠ける」
- ・「支援している事例の仲間との交流のニーズ、グループとして活動することのニーズの把握はなされてなく、グループ育成は概してなされていない」「患者会や家族会への支援は行っていない」
- ・担当者間で事業の見直し、計画策定はするが、利用者の参加、支援者である住民との参加や関係部門と連携して評価することは少ない」
- ・法制化されている関係者とのネットワークには関係者の参加があり連携は取れるが、地域の必要性から新たにネットワークや連絡会を起こすことはほとんどない。」等の声が聞かれていた。担当部門の個別支援に熱心に取り組んでいる様子が伺え、地域診断、情報分析、地域課題の把握、個から集団、地域へ連動させる等の保健活動はほとんどなされていない実態が伺えた。

D. 考察

保健活動の6分野と産業保健分野の評価指標を実際に実践者に評価を行ってもらい評価指標の有用性について検証し、評価マニュアル作成に向け、評価の根拠となる情報や資料の収集を行った。

1. 評価指標の検証

1) 評価指標の有用性

領域により異なるが、評価指標の削除・統合・区分、あるいは追加の必要性が示され、実態に即した検討がなされたことで、精緻化が図られ指標の有用性を確認することができた。

指標の表現としては、自治体の規模や組織体制、あるいは事業所の目的により、活動の範囲が限定され、保健福祉の全体を把握することや、対象者の転出入が多いと対象を把握し難い等の特性があることを留意した指標の表現の必要性が明らかにされた。

2) 評価指標の評価方法

経年的な変化を把握するためには、項目によって、3段階（「はい」「どちらともいえない」「いいえ」）が適当と考えられるものと、5段階あるいは6段階（「大変そうである」「まあそうである」「どちらともいえない」「あまりそうでない」「そうではない」「該当しない」）が適当なものが考えられた。これらは今後の課題としたい。

2. 評価の前提条件

評価は、実態とあるべき姿のギャップをどのように認識するかで異なること、また、地域（事業所）診断に基づいた地域（事業所）の課題設定や組織診断が弱いと、課題解決のための活動評価につながり難いこと

が、領域を超えて示された保健活動の課題であった。言い換えるならば、保健活動の評価のためには、評価の根拠としての情報・資料等を揃える前に、それらの情報・資料や日常業務を通して地域（事業所）の実態、組織の実態を把握し、地域課題を捉えていることがなければ、活動の評価に成り得ないということである。

そこで、評価マニュアルには、地域（事業所）の実態を把握する「地域（事業所）診断の手引き」あるいは「地域アセスメント」がセットされることが不可欠であると考えられた。

本来、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発するべきもので、その参考となるものとして評価指標の観点あるいは視点を標準化した評価指標を提示することの重要性が再認識された。

E. 結論

平成24年度に開発した地域保健の6領域と産業保健領域の評価指標の検証を箇所の協力を得て行い、地域の実態に即し評価指標の有用性を検証することができた。今後

は地域（事業所）診断を推進させるツール等と標準化された評価指標を開発し、実践者が地域の課題を明らかにし、その課題解決を評価するための評価指標を各地域（地形所）に即して創出することを働きかけていくことが重要であることが明らかにされた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 第72回日本公衆衛生学会（三重）で地域保健の6分野の評価指標について報告した。

G. 知的財産権の取得状況

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平野かよ子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第1報） 母子保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
藤井広美他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第2報） 健康づくり活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
石川貴美子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第3報） 高齢者保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
山口佳子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第4報） 精神保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
小西かおる他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第5報） 難病保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
春山早苗他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第6報） 感染症保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013

厚生労働科学研究費補助金研究報告書

平成 2 6 年 5 月 3 1 日

厚生労働大臣 田村憲久 殿

住 所 〒166-0001東京都杉並区阿佐ヶ谷北3-4-3
フリカ`ナ ヒヲ

研究者 氏 名 平野 かよ子
(所属機関 長崎県立大学)

平成 2 5 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) を完了したので次のとおり報告する。

研究課題名 (課題番号) : 保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 (H25-政策-一般-001)

国庫補助金精算所要額 : 金 5,170,000 円也 (うち間接経費 670,000円)

- 1 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙 (別添 1 のとおり)
- 2 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次 (別添 2 のとおり)
- 3 . 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書 (別添 3 のとおり)
- 4 . 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書 (別添 4 のとおり)
- 5 . 研究成果の刊行に関する一覧表 (別添 5 のとおり)
- 6 . 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況
(総括研究報告書、分担研究報告書の中に、書式に従って記入すること)
- 7 . 健康危険情報
 - ・研究の結果、得られた成果の中で健康危険情報 (国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報として厚生労働省に報告すべきものがある場合や、研究過程において健康危険情報を把握した場合には、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる内容と理由を簡潔に記入するとともに、その情報源 (研究成果、研究者名、学会発表名、雑誌等の詳細) について記述すること。
 - ・既に厚生労働省に通報した健康危険情報であっても、本研究報告書の提出の時点において健康危険情報に該当すると判断されるものについては記述すること。
 - ・分担研究者、研究協力者の把握した情報・意見等についても主任研究者がとりまとめ、一括して総括研究報告書に記入すること。
 - ・なお、交付基準額等決定通知の添付文書において、健康危険情報を把握した際には、一定の書式で速やかに厚生労働省健康危機管理官まで通報していただくよう協力をお願いしているため、本件とともに留意すること。

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

主任研究者 平野 かよ子

平成26（2014）年 3月

目 次

I . 総括研究報告書	
保健師による保健活動の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学)	----- 1
II . 分担研究報告書	
1 . 母子保健活動分野の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (国立保健医療科学院) 塚原 洋子 (なごみ相談室) 稗圃砂千子 (長崎県立大学)	----- 9
2 . 健康づくり活動分野の評価指標の検証 藤井 広美 (了徳寺大学)	----- 35
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証 石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)	----- 55
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証 山口 佳子 (杏林大学)	----- 105
5 . 感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証 春山 早苗 (自治医科大学)	----- 167
6 . 難病保健活動の評価指標の検証 小西かおる (大阪大学大学院)	----- 185
7 . 産業保健における保健活動の評価指標の検証 大神あゆみ (労働科学研究所) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)	----- 199
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 223

保健師による保健活動の評価指標の検証

主任研究者 平野 かよ子（長崎県立大学）

研究要旨：地域保健と産業保健における保健師による保健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を目的とし、これまでに開発してきた評価指標の有用性を検証するために、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て実際の活動の評価を実施した。検証結果を基に論議し、指標の有用性を確認すると共に評価指標の加除と表現の修正等を加え「評価指標（平成26年度版）」を作成した。また、評価の判断根拠となる情報や資料を明らかにし、それらを集約して6領域の地域保健活動と産業保健活動の「評価マニュアル案」を作成した。次年度はこれを用いて実践の場で評価指標（平成26年度版）の有用性の検証を重ね、標準化された評価指標の作成を進展させる。あわせて実践の評価力の向上に寄与していく予定である。

分担研究者

福島富士子（国立保健医療科学院）
藤井 広美（了徳寺大学）
尾島 俊之（浜松医科大学）
山口 佳子（杏林大学）
春山 早苗（自治医科大学）
小西かおる（大阪大学大学院）
荒木田美香子（国際医療福祉大学）
大神あゆみ（労働科学研究所）

研究協力者

石川貴美子（神奈川県秦野市）
塚原 洋子（なごみ相談室）
稗圃砂千子（長崎県立大学）

A. 研究目的

我が国の保健師は、地域において住民同士で健康問題を解決する地域組織を育成する等の活動を展開し、地域のソーシャルキャピタルを創出することに貢献してきている。しかしその活動の成果、特に効果等の質を評価する指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度から平成24年度の「保健活動の質の評価指標開発」

の研究において全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的とし、地域保健（母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病保健）と産業保健を担う保健師の保健活動の質を評価する指標を開発してきた。平成25年度には、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て、これらの評価指標を用いて実際の保健活動を評価し、評価指標の有用性を検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。

B. 研究方法

1. 研究方法

1) 検証協力者への研修会の実施

平成24年度に作成した保健活動の評価指標：平成24年度版²⁾を冊子にして全国の保健所および市町村へ配布し、検証の協力依頼を行った。また、共同研究者がかかわりのあった市町村へも協力依頼を行い、協力意向のあった市町村の母子担当者を対象とし、検証方法についての説明する研修会を東京、神奈川、長崎、静

岡、青森の5か所で開催した。研修会は下記の内容で行った。

開催時期は8月から10月であった。

- ◆ 評価指標の開発の背景
- ◆ 保健活動の評価の目的
- ◆ 評価枠組みの考え方
- ◆ 各領域別の評価指標項目の内容
- ◆ 検討していただきたいこと
 - ・昨年度の実績をもとにした活動評価
 - ・評価の根拠や判断
 - ・評価に必要な情報・資料
 - ・評価指標への意見
(現場に合った表現、日常の活動を振り返るのに適当か、力を入れている活動が表現できる内容か、違和感はないか 等)
 - ・今回の検証で見えてきた課題

2) 評価指標検証シートの作成

研修会の参加者からは評価指標に関する意見が出された。これらを参考として研究班員で検討し、各領域の「保健活動の評価指標検証ワークシート(平成25年度)」を作成し、それを用いた。ワークシートは各評価項目に「評価欄」、評価の判断に用いた「根拠、資料、情報」欄等を設定した。

倫理的配慮

研究協力自治体に出向いた際に、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ことを協力者に文書と口頭で説明し同意書を受け取った。

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。

C. 研究結果

地域保健および産業保健の領域の検証協力機関は、母子保健：9市町、健康づくり：9市、高齢者保健福祉：5市、精神保健福祉：4保健所、感染症対策：4保健所、難病保健：88人(保健師数)、産業保健：5事業所であった。

1. 各分野の検証結果の概要

1) 母子保健

検証協力は9市町からの申し出があった。研修会において参加者から出された意見を参考とし、平成24年度版の評価指標に修正を加え73項目からなる「母子保健活動の評価指標ワークシート(平成25年度)」を作成し、これを用いて検証を行った。

各項目の評価は「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」で回答を求め、評価指標の適切性と実行可能性について意見聴取を行った。また、項目ごとに評価の根拠とする資料・情報についての情報収集を行った。

評価指標の意図することが捉えにくいもの、表現の修正が求められたもの、定着・同化しているために経年的な変化の把握は困難な項目等の意見がだされた。また、評価の判断根拠とする情報・資料が把握できた。

検証の過程で把握した母子保健活動の評価に関連することとして、以下のことが把握された。

- ・個別の支援は連携を図り事例検討を行い支援内容についての評価はなされているが、個別情報から集団対応の展開はなされていない。

・関係機関からの情報の収集は行いが、その分析はなされなく、地域の課題の把握は弱く、地域診断はほとんど行われていない。

・自治体の人口規模により子供と親の健康生活問題に対応する部門が母子保健と、福祉部門の子育て支援と児童福祉に細分化され、いわゆる母子保健部門は妊娠から3歳児までのスクリーニング機能に限局されがちで、事例のフォロー部門は別というような業務の所掌のなされ方が多く、親子の生活の全容を把握し評価するためには、他部門との連携、協働して評価するといった職場風土を構築することが課題であった。

以上の検証結果と現状把握を基として、評価指標数を58項目とした「母子保健活動の評価指標（H26年度版）案」と母子保健分野の地域診断の手引きを添付した「母子保健活動の評価マニュアル（H26年度版）案」を作成した。

2) 健康づくり

検証に協力した市町は6県9市であった。検証の過程では、指標に用いている「健康づくり」「地区活動」「地域のニーズに見合う」等の言葉の定義に関する意見や、「評価が制度として定着してきているものについては受診率などより、新規受診者数などの指標が適当ではかいか」、「がんに特化するより「生活習慣病」全体を」等の評価指標の表現を修正することの意見、市町村としての重点課題の指標の設定」や「こころの健康づくりのテーマの評価指標の設定」等、新たな指標設定への意見が出された。

組織として検証することでの効用としては、「事業を振り返る機会になった」「地

域診断の必要性を認識した」「地域を見ることに立ち返り、様々な立場の人と話し合い、課題を共有するために働きかけることの必要性を再認識した」等が語られた。

これらの検証結果を基として、評価指標（平成26年度版）案と評価マニュアル案を作成した。

3) 高齢者保健福祉

平成25年度に作成した54項目からなる高齢者保健福祉分野の評価指標を用いて、5市の保健師の協力を得て、各項目について、「できている、どちらともいえない、できていない」で回答してもらい、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について意見交換を行い、検証を行った。

高齢者保健福祉分野への保健師の配属数が多くないこともあり、「できている」とは回答されない指標は、情報収集や地域診断であった。また、計画策定に関われているところは多くなく、高齢者の全体をどのように把握するかが課題であった。評価指標への意見としては、「制度が変わっての評価できるもの」「評価に時間を要するので項目数を減らし、負担を少なくしてほしい」などであった。追加が望まされる活動としては「認知症対策」と「高齢者の生活を支える地域づくり」であった。

評価指標を用い評価することの効用としては、評価の視点が拡がり、人材育成になるとの意見が聞かれた。また、担当部署だけでは評価できない項目については、他部署と連携して評価し、そのことが保健師の役割の理解につながることを示唆された。

評価表に「改善策」の欄があることで、

評価結果をこの後どのように活用するかを担当者や関係者で協議する機会を提示することも明らかにされた。

これらの検証結果を反映させ、評価指標を加除し、42項目の「高齢者保健福祉分野の評価指標（平成26年度版）案」と評価の観点や考え方を記した「評価マニュアル」を作成した。

4) 精神保健福祉

平成24年度に開発してきた52項目からなる評価指標シート：平成25年度版を用いて、検証協力を申し出てくれた4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらった。その後、研究者が保健所に出向き、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について話し合いを行った。

その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂された。また、評価結果は管内全域と市町村毎に評価できる評価票の必要性が示唆された。

評価指標を用いて担当者で評価することの有用性について、以下の発言がなされた。

- ・望ましい保健活動、のあり方や、保健所の役割を再認識することができた。
- ・情報の分析はあまりできてなく、地域診断の必要性を実感した。
- ・個別対応はできているが、地域全体をみる視点の弱さを自覚した。
- ・人材育成の必要性を痛感した。
- ・地域の課題や改善策を明確にすることができた。

また、わかりづらかった点を説明し、評

価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した「評価マニュアル」を作成した。

今回の検証により評価指標の有用性が確認でき、また、改訂のための示唆が得られた。今後はさらに市型保健所での検証を行い、評価指標と評価マニュアルの有用性の検証を行う。

5) 感染症対策

4県の県型保健所の検証協力が得られた。

(1) 評価指標に関する意見

評価指標に関する意見としては、指標の意図することが掴みづらい・イメージしづらいや、意図を確認したいもの、保健所レベルでの情報より県レベルで集約したデータが無ければ判断できかねる等の意見が聞かされた。一方で、指標としての代替案の提示が活発になされた。その結果、指標の有用性は確認され、19の評価指標の表現を見直し、2項目を追加した。この修正を加えた73項目からなる評価指標を「評価指標（平成26年度版）案」を作成した。

(2) 評価の根拠となる情報・資料

協力保健所との検証で得られた評価に必要な情報・資料を集約し、また、結核登録者情報システム等感染症サーベイランスシステム（NESID）のデータや、疫学情報センターの結核管理図・指標値を考慮して評価に対する意見・提案・と評価の考え方・視点を検討し「評価マニュアル案」を作成した。

6) 難病保健

平成24年度に開発した40項目からなる難

病保健活動の評価指標シートを用いて、行政が主催するセミナーの参加者の中で検証協力の得られた88人の保健師を対象として、各評価指標項目を3段階で評価し、評価の根拠とした情報、資料について情報収集を行った。その結果、評価の低い項目やバラつきのある評価指標の表現の修正を行った。

次に難病担当者を対象としたセミナーを開催し、14保健所の保健師に、川村らによって見発されたアセスメントシート（様式1～4）を用いた難病に関する地域診断と難病保健活動評価等を行ってもらい、難病保健活動の経験のある者とそうでない者とアセスメントシートを活用（地域診断）した前後の評価指標の評価について比較検討した。

これらの結果から、難病の保健活動としては、難病患者・家族のグループ育成や、個別支援から共助の集団形成支援、また、地域住民を巻き込んだ支援や地域づくりへ発展させる活動は脆弱であることが伺えた。

評価指標の表現は法制度改正に伴い修正を必要とするが、その他には修正の必要性はなく、40項目の評価指標の有用性は検証された。また、アセスメントシートが地域診断として有効であることの示唆が得られた。

7) 産業保健

平成24年度に作成した産業保健における保健活動の質を評価するための指標案を用いて、産業保健に従事する保健師を対象に、実際の活動に適用させた聞き取り調査により評価指標の有用性の検証を行った。

検証協力者は研修会等に積極的に参加しているリーダー的立場の保健師で、

(a) 労働者や事業者等に労働衛生の専門知識も活用して(b)「保健師」の職能を意識して健康支援活動を行っていると思われる者5名(5事業所から各1名)とした。

検証に先立ち、評価指標全体に関する説明会とグループディスカッション(平成26年8月23日)を行い、実際の活動に適用させた個別の説明および検証調査(平成25年12月～平成26年2月)に実施した。

評価指標の検証の結果、評価する保健師の保健師の産業保健に関する造詣に加えて、業種、事業所の「労働衛生」「保健活動」に関する認識、保健師への役割期待、保健師の現場経験の幅の広さが連動して反映されたと考えられた。

評価指標の項目数は妥当であり、表現に、労働者の流動性を考慮し、現実的に推測できる結果の表現、主語(実施主体)の明確化、数量データに加えて連動する事象を併記することの必要性の示唆が得られた。

また、評価指標のワークシートに「改善点」の欄の有用性の意見が聞かれた。

評価マニュアルに関しては、保健師らしい活動の評価のためには、「個別と全体」と「定性と定量」の視点で評価することを促すものとすることの重要性が示唆された。

2. 評価指標を用いて組織で評価することの意義

それぞれの活動分野の担当者が評価指標を用いて共同して活動を振り返ることの効用として、以下の意見が聞かれた。

- ・それぞれの保健師が各自の業務の仕方を見直すことができ、個々の保健師の人材育成につながった。
- ・担当がそれぞれに評価結果を表明するこ

とで、それぞれの事業への取り組み方、それぞれの評価視点等に気き、共有でき、組織としての評価の視点を広げることに役立った。

3. 現地向けに把握した保健師活動の動向

保健活動の分野を超えて評価指標検証シートの評価欄の評価結果に「いいえ」が目立ったものには以下のことが伺えた。

- ・「地域診断はしていない」「関係者からの情報の収集は行っているが、分析はできていない」等地域情報の分析・整理、地域の課題の洗い出しはあまりできていない。
- ・「個別的支援は関係者との事例検討も行い丁寧に支援しているが、個々の事例に共通する問題の整理、地域の課題は捉える視点に欠ける」
- ・「支援している事例の仲間との交流のニーズ、グループとして活動することのニーズの把握はなされてなく、グループ育成は概してなされていない」「患者会や家族会への支援は行っていない」
- ・担当者間で事業の見直し、計画策定はするが、利用者の参加、支援者である住民との参加や関係部門と連携して評価することは少ない」
- ・法制化されている関係者とのネットワークには関係者の参加があり連携は取れるが、地域の必要性から新たにネットワークや連絡会を起こすことはほとんどない。」等の声が聞かれていた。担当部門の個別支援に熱心に取り組んでいる様子が伺え、地域診断、情報分析、地域課題の把握、個から集団、地域へ連動させる等の保健活動はほとんどなされていない実態が伺えた。

D. 考察

保健活動の6分野と産業保健分野の評価指標を実際に実践者に評価を行ってもらい評価指標の有用性について検証し、評価マニュアル作成に向け、評価の根拠となる情報や資料の収集を行った。

1. 評価指標の検証

1) 評価指標の有用性

領域により異なるが、評価指標の削除・統合・区分、あるいは追加の必要性が示され、実態に即した検討がなされたことで、精緻化が図られ指標の有用性を確認することができた。

指標の表現としては、自治体の規模や組織体制、あるいは事業所の目的により、活動の範囲が限定され、保健福祉の全体を把握することや、対象者の転出入が多いと対象を把握し難い等の特性があることを留意した指標の表現の必要性が明らかにされた。

2) 評価指標の評価方法

経年的な変化を把握するためには、項目によって、3段階（「はい」「どちらともいえない」「いいえ」）が適当と考えられるものと、5段階あるいは6段階（「大変そうである」「まあそうである」「どちらともいえない」「あまりそうでない」「そうではない」「該当しない」）が適当なものが考えられた。これらは今後の課題としたい。

2. 評価の前提条件

評価は、実態とあるべき姿のギャップをどのように認識するかで異なること、また、地域（事業所）診断に基づいた地域（事業所）の課題設定や組織診断が弱いと、課題解決のための活動評価につながり難いこと

が、領域を超えて示された保健活動の課題であった。言い換えるならば、保健活動の評価のためには、評価の根拠としての情報・資料等を揃える前に、それらの情報・資料や日常業務を通して地域（事業所）の実態、組織の実態を把握し、地域課題を捉えていることがなければ、活動の評価に成り得ないということである。

そこで、評価マニュアルには、地域（事業所）の実態を把握する「地域（事業所）診断の手引き」あるいは「地域アセスメント」がセットされることが不可欠であると考えられた。

本来、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発するべきもので、その参考となるものとして評価指標の観点あるいは視点を標準化した評価指標を提示することの重要性が再認識された。

E. 結論

平成24年度に開発した地域保健の6領域と産業保健領域の評価指標の検証を箇所の協力を得て行い、地域の実態に即し評価指標の有用性を検証することができた。今後

は地域（事業所）診断を推進させるツール等と標準化された評価指標を開発し、実践者が地域の課題を明らかにし、その課題解決を評価するための評価指標を各地域（地形所）に即して創出することを働きかけていくことが重要であることが明らかにされた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 第72回日本公衆衛生学会（三重）で地域保健の6分野の評価指標について報告した。

G. 知的財産権の取得状況

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平野かよ子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第1報） 母子保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
藤井広美他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第2報） 健康づくり活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
石川貴美子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第3報） 高齢者保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
山口佳子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第4報） 精神保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
小西かおる他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第5報） 難病保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
春山早苗他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第6報） 感染症保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013

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

母子保健活動分野の評価指標の検証

分担研究者 平野かよ子（長崎県立大学） 福島富士子（国立保健医療科学院）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、平成 24 年度に作成した母子保健活動の評価指標に評価指標を追加し、73 項目からなる「母子保健活動の評価指標：平成 25 年度版ワークシート」を作成し、実際に現場で評価指標の検証を 9 市町で実施し、評価項目適切性と実行可能性、評価のための根拠となる情報、資料の検証を行った。検証結果を反映させて評価指標の項目の絞り込みを行い、53 項目からなる「母子保健分野の評価指標：平成 26 年度版案」を作成した。また、評価に必要な「母子保健福祉の地域診断の手引」添付した母子保健活動の評価マニュアル（H26 年度版）案」を作成した。これらを用いて平成 26 年度には再度現場に出向き、評価指標の検証を行う予定である。

研究協力者

塚原 洋子（なごみ相談室）

稗園砂千子（長崎県立大学）

A. 研究目的

本研究は、地域保健活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的とし、平成 24 年度までに開発してきていた母子保健活動の評価指標案を修正し、平成 25 年度版の評価指標を作成した。この指標を全国 9 か所の市町村の母子担当者に組織として評価することを依頼し、指標の適切性と実行可能性について現地に出向き検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。

B. 研究方法

1. 研究方法

1) 検証協力者への研修会の実施

平成 24 年度に作成した母子保健活動の評価指標：平成 24 年度版²⁾を冊子にして全国の保健所および市町村へ配布し、検証の協力依頼を行った。また、共同研究者がかかわりのあった市町村へも協力依頼を行い、協力意向のあった市町村の母子担当者を対象とし、検証方法についての研修会（説明会）を開催した。研修会は東京、神奈川、長崎、静岡、青森の 5 か所で行った。

この研修会において評価指標に関する意見が出された。これらを基に研究班員で検討し、母子保健活動の評価指標：平成 24 年度版に修正を加え 73 項目からなる「母子保健活動の評価指標ワークシート（平成 25 年度）」を作成した。研修会

は 8 月から 10 月に開催した。

(1) 現地で指標の検証

研修会終了後に検証協力の申し出があった自治体に「母子保健活動の評価指標ワークシート（H25 年度版）」（表 1）を届け、母子保健担当で評価した後、研究者が現地に出向き、母子保健担当と協議し評価指標の検証を行った。ワークシートは各評価項目に「評価欄」、評価の判断に用いた「根拠、資料、情報」「備考」の欄を設定した。協議はこの項目に沿い、評価結果、評価項目の表現の適切性と実行可能性、評価指標の表現、評価の根拠とした情報・資料、評価に要した時間等について行った。

2. 調査対象

検証協力市町は表 2 に示した 6 県の 9 市町であった。

表 2 検証協力自治体 2013.10.1

都道府県名	市町村名	総人口 (人)	出生数 (人)
東京	FC	253,424	2,245
神奈川	YS	406,994	2,798
千葉	UY	162,952	1,395
静岡	SD	101,159	792
大阪	HK	407,558	3,178
長崎	HD	32,626	245
長崎	MU	23,839	198
長崎	SS	13,489	171
長崎	OS	2,606	16

3. 検証実施期間

研究者が現地へ出向いて検証を行った期間は平成 25 年 10 月から平成 26 年 1 月である。

4. 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機関が特定されることのないようにすることを文書と口頭で説明し同意書を受け取った。

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。

C. 研究結果

1. 評価指標の検討

1) 評価指標の適切性と実行可能性

9 市町に母子保健活動の評価指標ワークシート（H25 年度版）の各項目について評価欄の「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」で回答を求め、評価指標の適切性と実行可能性について意見聴取を行った。また、項目ごとに評価の根拠とする資料・情報についての情報収集を行った。その結果を表 3 に示した。（表 3）

評価欄の「はい」は「はい」、「どちらとも言えない」は「どちらとも言えない」、×は「いいえ」である。

「はい」は、指標の主旨を担当者間で理解し、実際にその活動がなされ、その程度について担当者間の判断が一致し、根拠を示すことができるものであった。

「どちらとも言えない」は、指標の主旨は理解できるが、担当者間で評価にバラつきがあり、一致が難しかったものと、一部の活動であるとか、達成できているとはいい難いものであった。

「いいえ」は、取り組んでいないものであった。

その他、指標が意図することは理解できるが、担当部門の所掌ではなく、実態を把握していないため、「評価不能」「他部門が実

施」と回答されていた。

指標：18,41,46,48,50

2) 評価指標への意見

(1) 指標の示す活動の範囲が限局

指標が意味する活動の範囲(下線部分)が限定され評価しづらいとの意見が多かった指標は以下のものであった。

5. 行政の子育て事業について住民の本音が聞ける場・機会(事業終了後等)がある。

6. 医療と保健の連携を図る連絡会(周産期連絡会等)がある。

39. 保育園・幼稚園での療育(巡回)相談に保健師がかかわっている。

41. 発達障害児やその家族が発達障害について理解を深める機会を作っている。

45. 把握しているケースのうち、見通しを持って(支援計画ができて)支援するケースの割合が増加する。

48. 発達障害を理解した家族(親、祖父母、親戚)が増える。

50. 地域の人々の発達障害の理解のために役割を担う障害者や家族が増える。

71. 早い段階で関係機関から通報が入る。

(2) 評価の観点が複数で、回答しづらいとの意見が多くあった指標

18. 母子保健に関する支援者(ボランティアなど)の育成とそのネットワーク化を行っている。

(3) 母子保健部門ではなく児童福祉部門等の他部門あるいは保健所が所掌し、評価しづらい指標

19. 職員・支援者に対して子育て支援の資質の向上のための研修等を行っている。

35. 学校保健に引き継がれる体制が整備されている。

59. 虐待のハイリスクケースの把握がなさ

れている。

62. 虐待のハイリスクケースをフォローしている。

(4) 指標の意図の理解

評価の目的が異なると指標の解釈が変わってくるとの意見があり、評価の考え方や評価の立ち位置・観点について説明が求められた。評価方法についてヒントがほしいとの意見も聞かれた指標は以下のものであった。

4. 関係者と子育て支援について話し合う会議がある。

67. 虐待に悩む保護者への支援が増加する。

70. 虐待予防, 虐待再発防止を目的とした家庭訪問等地区活動件数, 予防推進の事業の実施数が増加する。

(5) 制度化され定着・同化されている活動

法・制度で活動が義務化されている指標：としては、以下のものであった。

2. 子育てについての情報源が地域に複数整備されている。

16. 子育て不安や子どもの成長発達の悩みをもつ事例を把握し支援を行っている。

58. 保健, 医療, 福祉, 教育, NPO 等関係者の相互理解と協働体制を図る場がある。

(6) 表現が理念的で水準が高いイメージであるとの意見が聞かれたものは以下の項目だった。

8 子育てに関する地域診断を行い、それを基とした予算が計上/確保されている。

12. 地域の母子保健に関する地域診断(二一ズ把握)・組織診断を(関係者と)行っている。

57. 保健, 医療, 福祉, 教育等関係者を対象とした虐待の理解と支援のための研修体制

がある。

60.虐待に関する地域診断(等)を行っている。

2. 評価の根拠となる情報・資料

9 市町との指標の検証により、表3に示したように各項目の評価の根拠となる情報・資料を収集した。

母子保健部門が所掌する活動・事業の評価指標には、9 市町に共通する情報・資料がかなりあった。しかし、評価指標が所掌業務外であると、担当部署と情報共有があれば評価は可能であるが、連携が薄いと評価は難しいとの意見が聞かれた。自治体の規模や組織体制により母子保健分野が担う活動は異なり、規模が大きくなる程、その範囲は限定されがちで、他部門との調整が一つの課題になることが伺われた。

3. 評価指標の表現

規模の大きな自治体では母子保健福祉の取り組みとしては様々なものがなされているが、母子保健分野が評価の主体となる保健活動の領域は狭く、リファー先と連携してリファーした事例のその後の情報を入手し、活動の見直しを行っていた。そこで評価指標項目は、比較的自治体の規模が小さく、母子保健福祉の全体を評価しやすい自治体向きの評価指標の表現と、自治体の規模が大きく、業務が細分化されている自治体向きの評価指標の表現を列記するなどの考慮が必要であることが示唆された。

4. 保健師の保健活動の傾向

現地に出向き検証することで、以下の保健師の保健活動の動向を捉えることができた。

【個別支援は充実】

・個別支援は細やかになされ、関係者との事例検討もなされている。また、フォロー教室等につなぎ、集団対応を行っているが、集団としてのニーズ把握は少なく、共助の機能を持つグループ育成は概してなされていない。

【情報分析・地域診断は課題】

・母子に関する情報は関係機関から収集しているが、分析はなされてなく、地域母子保健の地域診断はなされてない傾向が伺われた。しかし地域診断の必要性は認識されていた。

・地域診断を基にした地域課題の明確化が十分なされていないので、地域の課題の変化を捉えることよりも、事業評価になる傾向が伺われた。

【活動の評価者】

・評価は担当者で行われているが、受益者である住民や他部門と評価することは少なく、唯一、児童虐待対策の要保護児童支援対策協議会では事例検討や活動評価がなされていた。

【母子保健分野の所掌】

・人口規模の大きな自治体では、母子保健活動は、母子手帳の交付、母親学級、乳幼児健康診査の業務を担い、発達の遅れにある児のフォロー活動(教室、訪問)等は、子ども家庭支援課や児童福祉部門に引き継いでいた。健診でのスクリーニング後の母子の状況把握はされ難く、分担している業務に限定して評価する状況に置かれていた。

D. 考察

1. 評価指標の精練

以上述べた評価指標の検証結果を基に研

究班員で論議し、地域診断やグループ育成、組織内外の関係者との活動評価は実施されていない状況であったが、保健活動としては重要との判断から、表現を修正して評価指標として残すこととした。また、自治体の規模などにより母子保健部門では取り組まされていない活動については、他部門からの情報提供によって、あるいは他部門と共同して評価することの必要性を評価マニュアルで説明し残すこととした。このような検討を行った結果、下記の評価指標：H25年度版の15項目を削除し「評価指標：H26年度版案」を作成し、表4に示した。

【削除評価指標】

- 2.子育てについての情報源が地域に複数整備されている。
- 5.行政の子育て事業について住民の本音が聞ける場・機会（事業終了後等）がある。
- 16.子育て不安や子どもの成長発達の悩みをもつ事例を把握し支援を行っている。
- 29.支援される側から支援する活動へ参加する住民（親たち）数が増加する。
- 30.市民アンケート等で、子育てしやすさ・充実感/安心感/安全感があると回答する率が増加する。
- 34.発達障害およびその疑いがある子どもとその家族（親、兄弟）を支援する体制がある。
- 39.保育園・幼稚園での療育（巡回）相談に保健師がかかわっている。
- 41.発達障害児やその家族が発達障害について理解を深める機会を作っている。
- 43.保育園・幼稚園等と連携して発達障害児および要フォロー児を支援し、支援の評価を行っている。
- 48.発達障害を理解した家族（親、祖父母、

親戚）が増える。

- 50.地域の人々の発達障害の理解のために役割を担う障害者や家族が増える。
- 52.親の了解を得て母子保健から学校保健にスムーズに引き継がれる事例数が増加する。
- 55.要保護児童対策地域協議会が整備され、発見から対応、支援、再発防止等の途切れない一貫した支援を行う体制がある。
- 58.保健、医療、福祉、教育、NPO等関係者の相互理解と協働体制を図る場がある。
- 70.虐待予防、虐待再発防止を目的とした家庭訪問等地区活動件数、予防推進の事業の実施数が増加する。

2. 評価指標開発の課題

母子保健活動の評価指標を、現場で実際に評価することで、評価指標の開発のいくつかの課題が明らかにされた。

- 1) 評価を行うには、評価する分野の地域の実態の把握、支援資源の把握等の地域診断が必須であることが再認識された。
- 2) 狭義の母子保健分野の活動の評価では、地域で生活する母子の全容を評価することはかなり難しくなってきた。児童等の福祉分野と連携し、より広い視点で地域の母子保健福祉の全体を評価することの必要性について共通認識が持て、協働して評価を行う体制が築かれることが望まれる。

2. 母子保健活動を評価するにあたっての必要条件

今回、地域に出向き評価指標の検証を行うことで、上記の課題解決のために以下の2

点が重要であることが認識された。

1) 地域診断の手引きの作成

評価に取り組む前に、地域診断を行うことが必須であることから、評価マニュアルに母子保健分野に限定した「母子保健の地域診断の手引き(案)」を作成した。手引きの構成は「地域の概要」「地域資源」「住民の活動・交流・つながり」「地域の全体像」「母子(親子)保健福祉の健康・生活データ」「母子(親子)保健福祉の健康生活課題、活動・事業目標」の6要素で構成させた。

2) 評価マニュアルの作成

現地に出向き母子保健担当者と評価結果について意見交換を行うことで、評価の判断根拠となる情報・資料を収集できた。これを研究班員で精査し、地域診断の手引きと合体させ、「母子保健活動の評価マニュアル(H26年度版)案」とすることとした。それを表5に示した。(表5)

E. 結論

平成24年度に作成した母子保健活動評価指標を改訂した「母子保健活動の評価指標ワークシート」を用いて現地に出向き、評価指標の適切性と実現可能性について検証を行った。現場においては地域診断を行う評価指標の適切性と実現可能性は概して低い結果であったが、保健活動の基本である地域診断で現状を把握したうえでの活動や事業展開がされるべきと考え、評価指標として改訂せずに評価指標として立てた。

以上を踏まえ表4に示した母子保健活動の評価指標(H26年度版)案」と表5の「母子保健活動の評価マニュアル(H26年度版)案」を成果物とした。

F. 引用文献・参考文献

- 1)平成24年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))保健活動の質の評価指標開発(主任研究者:平野かよ子)、2013
- 2)保健活動の質の評価指標開発研究班、保健師が担う保健活動の質を評価するための評価指標集 地域保健分野の6領域と産業保健分野、2013
- 3)地域診断の実施状況と事業等の企画立案プロセスに関する調査、平成23年度市町村保健活動調査報告書、日本公衆衛生協会、平成24年3月。
- 4)平野かよ子編、事例から学ぶ保健活動の評価、医学書院、2001。
- 5)平野かよ子編集、最新保健学講座5:公衆衛生看護管理論、メヂカルフレンド社、2012
- 6)佐伯和子編著、地域看護アセスメントガイド:アセスメント・計画・評価のすすめ方、医歯薬出版株式会社、2007
- 7)衛生統計年表 2012年版(長崎)
- 8)青木康子他編:第3版 助産学大系第11巻 地域母子保健、日本看護協会出版会、2009
- 9)金川克子他編:第2版 地域看護診断 東京大学出版会、2011
- 10)秋田県立衛生看護学院、平成24年度地区活動論 のまとめ、2013.3

F 研究発表

平成24年度研究内容

1. 第72回日本公衆衛生学会総会、三重、2013.10

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

健康づくり活動分野の評価指標の検証

分担研究者 藤井広美（了徳寺大学）

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、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、平成 24 年度に実施した「保健活動の質の評価指標開発」¹⁾ 研究において 2 領域 54 項目から構成される評価指標を作成した。この指標を用いて、全国 6 都道府県 9 市の協力を得て評価指標の有用性を検証するために、市町村において実際に保健師が行う保健活動を評価し、意見集約を行った。この検証結果から、平成 24 年度に作成した評価指標では、具体的な意味合いが掴みづらかったり、現場の実態が表現されていない点等が分かった。また、評価指標の活用方法にも課題が残されており、さらなる改善を加え「健康づくりの評価指標（平成 26 年度版）案」作成した。今後、さらなる試行を重ねて標準化された指標へと精練させていく必要がある。

A. 研究目的

本研究は、これまで開発してきた健康づくり活動分野における活動評価指標¹⁾を用いて、全国の市町村において実際に保健師が行う保健活動を実際に評価し、評価指標の有用性を検証し、全国どこでも用いることのできる保健活動の質の評価指標を開発し完成させることを目的とする。

B. 研究方法

1. 研究方法

平成 22 年度から 24 年度の 3 年間の取り組みで、市町村における健康づくり活動の重要な課題である生活習慣病予防をはじめとした「予防可能性が高い疾患の予防」と、がんや糖尿病など「早期発見により治療効果や重篤化の予防効果が高い疾患」に着目し、【予防可能な疾患が予防できる】、【治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる】の二つをテーマに 54 項目から構成される評価指標を作成した。この評価指標を用いて、

全国 6 都道府県 9 市の協力を得て評価指標の有用性を検証するために、市町村において実際に保健師が行う保健活動を評価し、意見を集約した。検証協力者は〔表 1〕のとおりである。

表 1 検証協力者一覧

A 県青 A 市浪岡健康福祉事務所健康福祉課
I 県 H 市役所健康福祉部健康増進課
I 県 H 市役所健康福祉部健康増進課
C 県 U 市健康福祉部健康センター
S 県 F 市役所保健部健康対策課
Y 県 I 市健康福祉部健康推進課
N 県 O 市・W 市・Z 市（共同）

2. 研究期間とプロセス

1) 実施期間

平成 25 年 8 月 23 日～平成 26 年 1 月 31 日

2) 検証の経過

(1) 検証協力者のリクルート

都道府県主管部門の保健師や研究班員等の紹介により協力者候補を選定し、評価指標検証方法を説明する研修会への参加を依頼した。研修会の概要は以下のとおりであ

る。

評価指標の開発の背景

保健活動の評価の目的

評価枠組みの考え方

各領域別の評価指標項目の内容

検討していただきたいこと

- ・ 昨年度の実績をもとに活動評価を行う
- ・ 評価の根拠や判断
- ・ 評価に必要な情報・資料
- ・ 評価指標への意見
(現場に合った表現、日常の活動を振り返るのに適当か、力を入れている活動が表現できる内容か、違和感はないか等)
- ・ 今回の検証で見えてきた課題

研修会参加後、検証への協力の意思を確認し、同意書により同意を得たのちに活動評価を実施してもらった。

実際の評価のプロセスでは、検証協力者の求めに応じて現場に出向き、再度詳細な依頼事項の説明や仮評価段階での質疑応答、担当者間の評価検討会の開催等を実施した。(倫理面への配慮)

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機関が特定されることのないようにすること等を調査依頼文に明記し、同意書をもって協力の意思の確認を行った。

C. 結果・考察

1. 検証結果

検証結果を表2に示した。(表2)「テーマ1: 予防可能な疾患が予防できる」については全て協力者から、「テーマ2: 治療可能な疾患の早期発見・早期治療ができる」については6協力者から回答が得られた。

2. 評価指標に関する意見

検証を実施する過程で出た意見は以下の通りであった。

1) 言葉の定義について

- ・ 「健康づくり活動」の定義があいまい
- ・ 活動の捉え方: 事業活動と地区活動をどうとらえるか
- ・ 「地域のニーズに見合った」の判断基準をどう見るか
- ・ 健康づくりに関わる人材や施設等のとらえる範囲について判断に迷う。
- ・ 「満足度」については、住民ニーズの個性が高い時代に個々の要望に応じていくことは困難である。

・ 食や運動、飲酒、喫煙などの生活行動は、「がん」に特化したものではなく、生活習慣予防全体に関わるものである。

2) 評価基準について

・ 特定保健指導等の受診率等は、制度が定着し一定の率で推移しているため保健活動の効果が見えにくくなっている。新規受診者や定期受診者等に着目することが求められるのではないか。

・ 「がん」に関する統計は、市町村での把握には限界がある。県レベルで捉えていくべきものか。

・ 精検受診率の向上が保健師活動の何を評価するのか。

・ 糖尿病のコントロール不良者の定義があいまい

3) 組織体制に関する制約

・ 常勤保健師の人件費は見えにくい。

・ 「健康づくり」の予算確保については財政の影響を大きく受ける。

4) 活動評価の対象範囲について

・ (特定)保健指導に限定せず、「重点課題」への取り組みを想定した指標が望まれる。

・健康づくり活動には「こころの健康」も重要なので、これらを含めて評価できるようにしてほしい。

・各自治体の重点課題への取り組みがきちんと評価される指標を望む。

5) 評価指標の活用方法について

・経験年数や担当業務等に関わらず、誰が評価しても妥当な評価結果となる指標であるべきである。

・目標設定により評価が変わり、自治体の取り組みや評価する保健師の意識の差が評価結果に影響する。主観的な評価に留まるのではないか。

・保健師の取り組みにより改善できることとそうでないことがあると考えるが、それをどう区別するか。

・「できていない」という背景には「全く手つかず」のものと「進行中だが到達していない」ことがある。それが区別できるような評価の表現が必要ではないか。

6) 検証を通して見えてきたこと

・検証を通して事業を振り返ること（効果的な事業展開であったか、どのような評価ができるか、どのような課題があるか）を確認し、地域を見ること（地域の健康ニーズ、地域で活躍している組織を知る、課題を整理する）を通して見えたことを、様々な立場の人と話し合い、課題を共有する働きかけをしていかなければならないと再認識した。

・自治体の重点課題がきちんと評価される指標が望まれるが、汎用的な指標がよいかは迷うところである。汎用的になると具体的なことが見えなくなる。

・地域診断が十分にできていなかったり、健康課題の分析が感覚レベルであったりする現状があり、回答しづらい項目があった。

3. 評価指標の改善とマニュアルの作成

今回、検証協力者の意見や改善案をもとに、評価指標の文言やテーマの位置づけ、評価枠組みの位置づけについて修正を行い「評価指標（平成26年度版）」を作成し表3に示した。（表3）また、評価の根拠や基準の考え方については表4に示したような「評価マニュアル案」を作成し、評価事例を参考に例示した。

（表4）

評価の表記については、「はい/どちらでもない/いいえ」の3段階表記に加えて、具体的な状況を記載できる欄を追加し「進行中であるかどうか」や「課題として認識しているが取り組めていない」「現時点での優先度」等が見えるような様式に修正する。

根拠や情報については、情報源や項目だけでなく、判断の根拠となる数値（目標値との関係）や具体的な現状を記載するようにした。

「こころの健康」については、平成25年度からの医療計画で取り組むべき5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む））として取り上げられており、市町村における健康づくりの重点課題として盛り込むべき分野であると認識している。今後どのように評価指標に加えていくか検討する必要があると考える。

D. 結論

今回の検証結果から、「評価指標（平成26年度版）」を作成した。また、評価の根拠や基準の考え方については「評価マニュアル案」を作成した。評価指標の活用方法に

も課題が残されており、さらなる改善を加えながら試行を重ねて有効な指標へと精錬させていく必要がある。

引用・参考文献

- 1) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発,平成 24 年度厚生労働科学研究年度終了報告書,2013
- 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)

E. 研究発表

なし

1. 学会発表

第 72 回日本公衆衛生学会総会（三重）で報告した。

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究
- 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証 -

研究分担者 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 高齢者保健福祉活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、平成 25 年度に作成した高齢者保健福祉分野の活動を評価するための評価指標（54 項目）を用いて、5 か所の市町村の保健師の協力を得て、各項目について、「できている、どちらともいえない、できていない」で回答し、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について情報提供を依頼した。その結果、各自治体の高齢者保健福祉分野の活動状況を確認することができた。しかし、活動全体の評価は十分にできないと回答していた。評価指標は、高齢者保健福祉分野を保健師の役割を明らかにすることができ、高齢者保健福祉分野の保健師の適正配置につなぐことができ、保健師の人材育成にも活用でき、評価結果を保健師間で共有することや、経年的な変化を評価することができると考えられた。また、他職種と評価することで活動の全体が評価でき、保健師の役割を伝えることができる。今後、より多くの自治体に評価指標を活用してもらうために、地域づくり（ネットワークの構築）と認知症対策の項目を追加し、制度が変わっても使用できるよう一部内容を修正した評価指標：平成 26 年度版案を作成し、併せて高齢保健福祉の評価マニュアルも作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者保健福祉分野の活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化した指標を開発することである。

本研究では平成 25 年度に作成した高齢者保健福祉分野の評価指標案（以下、「25 年度版評価指標」という）を用いて実践者と実際に評価を行い、評価指標の有用性や活用方法について検証し、評価指標の精緻化を図ることと、さらに評価の根拠となる情報・資料について情報収集することを目的とした。

B. 研究方法

検証に用いた 54 項目の評価指標：25 年度版を表 1 に示した。（表 1）

5 か所の市町村の保健師の協力を得て、25 年度版評価指標の各項目について、1：できている、2：どちらともいえない、3：できていない、で回答してもらい、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について記載してもらった。

【倫理的配慮】この研究への協力は自由意志であり、同意いただけない場合であってもそれを理由に不利益を被ることはないように

すること、また、一旦同意された後でも、中止や辞退を申し出ていただくことにより不利益を被ることはないようにすること調査依頼文に明記し、同意書を得て行った。

C. 結果

1. 協力市町村の状況

検証に協力した5市町村の人口、高齢化率は表2のとおりである。(表2)地域包括支援センターを直営のみで実施している自治体が2か所、委託のみで実施している自治体が2か所、直営と委託で実施している自治体が1か所であった。

表2 介護予防の項目の妥当性の評価

	人口	高齢化率	地域包括支援センター
A	5~10万人	28.8%	直営
B	15~20万人	11.7%	直営・委託
C	5万人以下	29.5%	直営
D	15~20万人	20.3%	委託
E	40~45万人	24.9%	委託

2. 選択肢による回答状況

5自治体の25年度版評価指標の項目ごとの回答状況は、表3のとおりである。(表3)

また、54項目(地域包括支援センターを委託していない自治体は53項目)の選択肢ごとの回答結果は表4のとおりであり、「できている」と答えた数が一番多かったのがE自治体で74.1%、次いでA自治体が66.0%、B自治体が53.7%、D自治体が48.1%、C自治体が39.6%であり、自治体による差が認められた。

表4 5自治体の回答結果 N=53~54

	できている		どちらともいえない		できていない	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
A	35	66.0	9	17.0	9	17.0
B	29	53.7	15	27.8	10	18.5
C	21	39.6	14	26.4	18	34.0
D	26	48.1	22	40.7	6	11.1
E	40	74.1	14	25.9	0	0

1) 構造

全ての自治体に高齢者保健福祉を担当する保健師が配置されており、高齢者保健福祉に関する予算管理に関与していたが、3か所の自治体が他の部署と連携を図る体制が十分でない、4か所の自治体が高齢者保健福祉部署にいる専門職の研修や相談に応じる体制は十分でないと回答していた。

2) プロセス

高齢者保健福祉活動に関連する情報の収集と整理

高齢者保健福祉活動に携わる保健師にとって、地域の高齢者の人口動態等の統計や介護保険対象者の実態を意識(地区診断)し、高齢者支援に必要な情報を整理しておくことは重要である。

地域の高齢者の実態を把握している自治体や、高齢者支援に必要な情報を整理し、高齢者からの相談時に活用している自治体もあるが、そのような時間をつくるのが難しい状況にあることが伺えた。

高齢者保健福祉活動の情報分析・地域診断・目標設定

高齢者保健福祉活動を担当する保健師が高齢者保健福祉計画の策定に関与している自治体もあったが、高齢者保健福祉計画を策定する部署が別にある自治体もあり、十分に

関わっていない自治体もあった。

全ての自治体が介護予防事業の対象となる高齢者の意識や健康状態の把握に努めていたが、高齢者全体の傾向としてどうとらえるかについては課題となっていた。

また、対象者にアンケートをとるなど、二次予防事業をどのように行うかの検討はしているが、対象者の一部にしか関わっていないという自治体もあり、電話や訪問による支援は、担当者の判断にゆだねられていると回答していた。

処遇困難事例については、事例ファイルを作成し定期的に進捗管理をしている自治体もあったが、分析・活用までには至っていないところもあった。

高齢者保健福祉活動における住民への働きかけ

5自治体中4自治体が介護予防事業終了後も健康維持に配慮した生活を継続できるよう支援していた。また、全自治体が高齢者に関する相談支援窓口や高齢者に役立つ情報について、地域住民や関係機関に周知をしていたが、2自治体が十分でないと回答していた。

介護者支援は、全自治体が実施していた。

高齢者保健福祉活動における関係者との連携

全ての自治体が、必要時、介護保険事業所、自治体内の他の部署、自治会や民生委員などの地域内の協力者、医療機関・保健所・警察などの関係機関等と連携をとっていたが、連携を強化するためのネットワークづくり、休日や夜間対応、徘徊高齢者対策については、実施していない自治体があった。

また、緊急時の受け入れ施設や災害時対策について取り組んでいるが、十分ではないと

回答していた。

高齢者保健福祉活動のモニタリング、評価

全ての自治体が介護予防普及啓発事業、通所型介護予防事業の進め方や参加者の状況の変化についての評価に取り組んでいたが、訪問・電話による個別支援についての評価については十分に行えていなかった。

緊急時や高齢者虐待への対応や職員・関係者との役割や連携方法については、担当者の判断で対応している自治体とあり、これらの評価について第三者の意見を聞いていた自治体もあった。

高齢者保健福祉活動における住民活動の活性化

全ての自治体が介護予防のボランティアやサポーターの養成や育成に取り組んでいたが、さらに活動を広げる必要があると回答していた。

高齢者保健福祉活動に携わる人材育成

全ての自治体がケース検討会や会議等で、高齢者虐待等の処遇困難事例の検討をしており、4自治体が関係者と共に学ぶ機会（研修会等）をつくっていた。

3) 結果1

介護予防事業等で支援した人の数を増やしている自治体もあるが、参加人数で評価していない自治体もあった。

また、事業参加者の意識の変化を確認している自治体と、確認していない自治体があった。

高齢者の生活に役立つ情報の提供についても、地域住民に提供する機会を増やしている自治体と、提供する機会がほとんどない自治体があった。

介護予防事業参加者や個別支援したものの

生活習慣については確認している自治体があったが、長期的な評価は難しいと回答していた。

また、ボランティアを養成し着実に活動している人の数が増えていると回答していた自治体もあったが、実際に活動している者が増えているかどうかの確認ができていない自治体や、活動の場を提供できていないと回答した自治体もあった。

地域での介護予防に繋がる活動の数が増えていると回答した自治体と変化していないと回答した自治体があった。

高齢者全体の意識調査を経年的に行っていた自治体があったが、意識の変化はなかった。また、高齢者の相談先の周知状況については地域包括支援センターの周知度で確認していた自治体があったが、十分ではないと評価していた。

高齢者支援での関係機関との連携状況については、全ての自治体が増えてきていると回答していた。

5) 結果 3

前期高齢者の認定率を確認していた自治体があったが、大きな変化はなかった。

65 歳以上健康寿命を経年的に評価していた自治体はなかったが、平均余命、平均自立機関が改善していると評価していた自治体があった。

3. 25 年度版評価指標に基づく評価への意見

1) 良い点

- ・複数の職員で別々に評価し、それぞれの評価と判断根拠を出し合うことで、現状分析や課題を共有することができる。
- ・毎年の評価することで、不足していることや次に何を行うかを整理できる。

- ・自分が担当していない業務についても、どのような状況下を確認することで、高齢者保健福祉活動全体の進行状況を把握することができる。

2) 改善点及び課題

- ・制度が変わっても評価できるもの（事業名は使用しない）が必要。
- ・今までできていたことが、担当者が変わるとできなくなってしまうこともある。
- ・認知症対策は重要なので評価項目に追加した方がよい。
- ・高齢者の生活を支えるまちづくり（地域づくり）を評価項目に加えた方がよい。
- ・結果 1～3 の数値での評価で結果を出すのは難しい。
- ・評価に時間を要するため、項目数を減らしできるだけ少ない負担で評価できるようにした方がよい。

D. 考察

1. 高齢者を取り巻く現状と高齢者保健福祉活動を行う保健師の役割

平成 25 年度版高齢社会白書¹⁾によると、我が国は、世界に例のない速いスピードで高齢化が進み、2060 年には総人口は 9,000 万人を割り込み、国民の 4 割が高齢者となる社会が到来する予測されている。このような社会構造の変化により、高齢者の生活や介護の問題はますます深刻化すると考えられている。

そのような状況を踏まえ、「地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書²⁾」では、保健師が重点的に取り組むべき施策のなかに「高齢者関係施策」を位置づけ、地域包括ケアの構築において保健師は重要な担い手となると述べている。また、処遇困難事

例のマネジメントを行うなどの個別対応に加え、地域における健康課題やサービス資源の活用、住民のニーズに合った新たなインフォーマル・サービスの創出などにより、高齢者が可能な限り住み慣れた生活の場で安心して暮らせる地域包括ケアシステムの構築や介護予防に取り組むべきであると述べている。

また、厚生労働省が平成 25 年に発出した「地域における保健師の保健活動に関する指針³⁾」では、「これまでの保健師の保健活動は、住民に対する直接的な保健サービスや福祉サービス等の提供及び総合調整に重点を置いて活動するとともに、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価、総合的な健康施策への積極的な関与を進めてきたが、今後はこれらの活動に加えて、持続可能でかつ地域特性をいかした健康なまちづくり、災害対策等を推進することが必要である」述べている。

これらのことより、高齢者保健福祉を担う保健師は、直接担当していない業務であっても、高齢者保健福祉分野の 実態把握及び健康課題の明確化、 保健医療福祉計画策定及び施策化、 連携及び調整（ネットワークづくり） 評価を行う時間を確保することが重要と考え、これらの評価項目は存続させることとした。

2. 他の職種へ的高齢者保健福祉活動に携わる保健師の役割の啓発

自治体の規模や組織体制（保健師の配置状況・他の職種との役割分担）地域包括支援センターの設置状況（直営・委託）などは、自治体によって異なっており、保健師に期待されている役割や保健師活動をどう展開するか

は、各自治体にゆだねられている。

実際には、高齢者保健福祉活動を担う部署の保健師活動が、介護予防活動やその活動を支える人材育成、処遇困難事例への対応にとどまっている自治体もあり、保健師活動に位置づけられている 実態把握及び健康課題の明確化、 保健医療福祉計画策定及び施策化、 連携及び調整（ネットワークづくり）

評価などは、他の部署で行われていたり、他の職種が担っている場合がある。

今回、評価を実施した自治体においても、計画策定や高齢者保健福祉活動に関連する情報（統計等）の収集や、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定、進行管理は、他の部署や他の職種が実施しており、「保健師が十分に関与できていない」「保健師活動から得た地域の情報や課題が計画に反映されていない」という自治体もあり、評価については十分ではないと答えていた。

限られたマンパワーで、保健師活動に求められていることを実施することは困難であり、新たに取り組む事業や評価の時間を十分に確保するためには、現在の業務体制や他の職種との役割分担を抜本的に見直すことも必要となる。

また、結果 3 の前期高齢者の認定率や健康寿命については、定期的に同じ基準で出せるよう国や県の協力を得ることで、他の自治体との比較や経年的な比較が可能となり、市町村職員の負担の軽減にもつながる。

評価指標に基づき評価した結果（現在の活動の現状）や、高齢者保健福祉活動において保健師に期待できる役割（今後展開すべき活動）などを具体的に示し、必要な人材の確保と適正な配置に向けて、全国の自治体への啓発をさらに強化すべきと考える。

3. 高齢者保健福祉活動に携わる保健師としての人材育成の必要性

高齢者保健福祉活動に携わる保健師の活動範囲については先に述べたが、高齢者保健福祉活動を担う部署で、関連する情報の収集、情報分析・地域診断・目標設定、計画への位置づけ、住民への働きかけ、連携・協働、モニタリング・評価、住民活動の活性化、人材育成を、具体的にどのように実施すればよいか、高齢者保健福祉活動に携わる保健師向けに詳細な活動指針は示されていない。

今回の評価で、「できている」と答えた割合は54項目中39.6%から66.0%であったが、独自の工夫や取り組みをしていた。また、異動直後の職員や経験の浅い職員向けの研修・相談や、日々の活動において専門的な相談に応じる体制を職場内に確保することは難しい状況にあることが明らかになった。

以上のことより、専門職の配置や保健師に期待されている役割が自治体によって異なっているにもかかわらず、それぞれの部署で保健師としての役割を十分に発揮できるよう、県や大学などの協力を得るなどして研修や情報交換の場を設ける必要があると思われる。その際、本評価指標を活用することで、自治体ごとに高齢者保健福祉活動の現状や課題の分析ができ、その結果を他の自治体と比較・情報交換することで、今後の具体的な活動につなげることができると考えられた。

4. 制度改正に対応できる評価指標の必要性

介護保険制度が施行されて13年が経過しているが、この間、地域支援事業が創設されるなど、頻繁に制度改正が行われている。今

後も、高齢者保健福祉に関連する制度はさらに改正されることが予測される。

制度が変わっても、地域の健康課題を明らかにし、高齢者保健福祉施策において住民に対する保健サービス等の総合的な提供や、地域における保健、医療、福祉、介護等の包括的なシステムやネットワークの構築にむけて、企画、立案、実施及び評価を行うという保健師に求められる役割は変わらない。時代の変化に伴い、高齢者保健福祉分野に所属する保健師が、保健師としての役割をどのように果たしているのかを経年的に評価していけるよう、制度が変わっても評価指標の項目は大幅に変えないですむようにしていく必要があると考える。

5. 高齢者保健福祉の評価指標の活用について

1) 評価方法の工夫

今回の検証協力市町村の中で、保健師が複数配置されている部署で取り組んでいたところから、同じ部署にいてもできていると評価した者とできていないと評価した者がいたと報告があった。それぞれの評価した結果とそう判断した根拠を出し合うことで、評価の視点を広げることができ、また、自分の自治体の高齢者保健福祉活動状況の評価を共有することができると考えられた。

2) 経年的な評価への活用

評価後、半年が経過して再度振り返ってみたところ、評価時に改善点（今後の課題）としてあげていたことが、すでに改善に向けて取り組んでいた項目が複数あったと報告があった。

毎年、予算の時期など時期を決めて評価することで、高齢者保健福祉活動全体のなかで

前年に課題としていたところがどの程度改善されたかを評価でき、次の課題を整理することができる。この結果は、第三者にも示していけると考える。

3) 他の職種との協働評価への活用

本評価指標は、市町村で高齢者の保健・福祉活動を担う保健師の評価に活用できるよう作成されているが、自治体によっては他の職種が担っている業務も含まれていると思われる。そのため、高齢者保健福祉活動を担当している全ての職員とともに自治体の活動の評価をすることで、各職員の役割について再確認する機会とできると考える。

つまり、保健師自身が自らの活動を評価するだけでなく、保健師としての役割を他の職員に発信することができ、高齢者保健福祉部署への適切な配置にもつながると考える。

6. 高齢者保健福祉の評価指標の改善案

1) 重要項目の追加と項目数の削減

(1) 認知症への取り組み

平成 25 年度版厚生労働白書⁴⁾において、地域包括ケアシステムの実現と認知症施策の推進が重点課題となっている。評価指標の項目のなか明確に位置づけ、高齢者保健福祉活動を担う保健師としてどのような役割を担っているのかを評価できるようにしていく必要がある。

(2) 高齢者の実態把握・ネットワーク強化

保健衛生部署に比べて高齢者保健福祉部署への保健師の配置は少ないこともあり、平成 24 年度の本研究において、日々の業務に追われて評価に取り組む余裕がないという意見が寄せられている。しかし、高齢者保健福祉活動においても「地域の高齢者の生活実態から活動を展開する」ことや「地域の関係

者とのネットワークを強化し活動を展開する」ことは重要である。そこで保健師が役割を発揮することでさらなる展開が期待できるということ、市町村の関係者への周知を強化すべきであると考え。一方で介護予防事業の対象や実施方法、また、高齢者支援にむけてのネットワーク構築など、それぞれの自治体で、地域の状況に応じて様々な取り組みが展開されている。その取り組みが地域のニーズにどの程度応えているのか、また、今後の課題について保健師としてどう捉えているのかを整理することが重要である。

そのため、これらの実態把握やネットワーク化についての評価指標項目を示し続けることは重要と考える。

上記のことを考慮して、評価の目的が類似している項目については1つにまとめ改善し、42項目とした。(表5)

また、各評価項目の内容について、できている部分とできていない部分がある場合もあるため、評価欄の選択肢は、「できている、ややできている、どちらともいえない、できていない、できていない」と項目数を増やし、評価指標：平成 26 年度版案を作成した。(表6)

2) 評価マニュアルの作成

活動の評価を行うことで、弱い部分(できていない部分)が改善されることが重要である。改善点は、すぐに取り組めることもあれば、長期的に取り組まなければならないものもある。改善点に優先順位をつけて、活動計画を立てることが必要と考える。

平成 25 年度版の評価指標においては、評価指標を有効に活用できるよう、項目ごとに評価の方法・視点を書き加えたが、さらに評価の判断根拠となる情報や資料を示し、評価

結果の活用方法等も加え、実行可能な改善策（今後の課題）を検討する際の参考になるよう、「高齢保健福祉の評価マニュアル」を作成した。（資料1）

E. 結論

高齢者保健福祉対策の重点施策である認知症対策と地域づくり（ネットワークの構築）の項目を追加し、制度が変わっても使用できるように評価指標の一部の内容を修正したが、評価する者の負担を軽減するために項目数を減らした42項目からなる「評価指標：平成26年度版（案）」を作成し、併せて評価の判断根拠となる情報・資料と活用方法を記載した評価マニュアルも作成した。

F. 引用・参考文献

- 1) 内閣府：平成25年度版厚生社会白書．印刷通販株式会社．2-6，2013
- 2) 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書．日本公衆衛生協会．2013
- 3) 厚生労働省健康局長(健発0419第1号)：地域における保健師の保健活動について．2013
- 4) 厚生労働省編：25年度版厚生労働白書．日経印刷株式会社．313-320，2013

5) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，平成24年度厚生労働科学研究総括・分担報告書，2013

6) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，平成23年度厚生労働科学研究総括・分担報告書，2012

7) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，平成22年度厚生労働科学研究総括・分担報告書，2011

8) 西村周三監修：地域包括ケアシステム．慶応義塾大学出版会株式会社，2013

9) 白澤政和著：地域のネットワークづくりの方法．中央法規出版株式会社，2013

10) 水巻中正・安藤高朗編：医療と介護の融合．日本医療企画，2010

11) 吉田礼維子他：介護予防システムを推進する保健師の活動指標の開発．日本地域看護学会誌14(2)：5-12，2012

G. 研究発表

第72回日本公衆衛生学会、三重、21013.10に発表

H. 知的財産権の取得状況

なし

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

保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究

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（杏林大学保健学部看護学科）

研究要旨 本研究の目的は、地域保健活動の質を評価するために研究者らが開発してきた指標を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化された評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行うことである。4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらったのち、研究者が保健所を訪問し、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について、研究協力者と話し合いを行った。その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂され、有用性が示唆された。また、わかりづらかった点を説明し、評価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した評価マニュアルを作成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、これまで研究者らが開発してきた評価指標¹⁾を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行うことである。

B. 研究方法

「保健活動の質の評価指標開発」研究¹⁾の研究成果を要約して評価指標集を作成し、平成25年度に行う検証調査への協力依頼文を添えて、平成25年6月に全国の保健所及び市町村へ配布し周知した。さらに、精神保健福祉分野の評価指標の活用について連絡のあった4県で、同年8月から10月までに保健所保健師を対象とする説明会を開催した。その結果、各県1保健所、計4保健所の協力が得られることになった。

同年11月、当該保健所の担当者あてに、

評価指標や評価の方法・視点等を記載した評価シートを電子メールで送付し、これを用いて平成24年度の精神保健福祉活動を評価し、「評価」「評価の根拠、必要な情報・資料」「意見・提案・感想」欄に記載するよう依頼した。

同年12月、研究者が当該保健所を訪問し、研究協力者が記載した評価シートの内容を確認しながら、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について、研究者を含む出席者全員で話し合った。話し合いの時間は1回2時間から2時間半程度であった。発言内容は、研究協力者が記載した評価シートのコピーに研究者が書き込み、調査終了後速やかに清書した。表1に示すB県B保健所では、当該保健所の事務職が同席して記録を作成した。

研究協力者による評価シートへの記載と話し合いの記録に基づいて、評価指標の改

訂版と評価マニュアルの案を作成し、平成26年3月に研究班員9名で検討し、修正を行った。

【倫理的配慮】研究の意義・目的、研究を実施する研究者、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、健康被害等の有害事象が生じた場合の対応、個人情報の取り扱い、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と文書による説明を行い、研究協力者から同意書を得た。

C. 結果・考察

1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要を表1に示した。

A県A保健所では、研究協力者5名がそれぞれ記載した評価シートをもちより、その場で突合せながら話し合いを行った。**【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】**（以下、受療支援）だけで2時間を超えたため、**【自殺予防】**については日を改めて話し合った。保健師4名は2回とも出席したが、精神保健福祉士1名は都合により初回のみ出席した。

B県B保健所では、4名の保健師が話し合いに出席した。話し合いに用いた評価シートは、B保健所の保健師2名、B保健所a支所とb支所の保健師各2名の計6名が2回協議して記載したものであった。

C県C保健所でも、保健所保健師が事前に協議を2回行って記載した評価シートを用いた。話し合いには、C保健所の保健師5名の他、行政保健師として20年以上の実務経験をもち、C県に本調査への

協力を働きかけた大学教員2名も出席した。

D県D保健所では、精神保健福祉業務担当の保健師6名が出席したが、時間の都合により、**【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】**についてのみ話し合った。評価シートは、6名の保健師が各自で記載した後、所内の定例連絡会で突合せと協議を2回行って作成したものであった。

2. 評価指標と評価欄の改訂

改訂前後の評価指標と評価欄を表2に、改定後の評価シートを表3に示した。

評価指標については、“*全体的に多すぎるので、必要最小限にしてほしい*”（B保健所）との意見があり、3項目を削除し（改訂前の指標4, 26, 43）、統合により12項目を6項目に減らし（指標11と13を指標12に、指標14と16を指標14に、指標33と42を指標36に、指標36と指標37を指標39に、指標46と48を指標43に、指標49と50を指標45に改訂）、3項目を追加し（改訂後の指標8, 13, 23）、全体で52項目から46項目へと6項目減らした。また、評価しやすいように、指標の順番を入れ替え、小見出しをつけた。

評価欄については、“*保健所が行っている活動と保健所以外が行っている活動の区別がつくようにするとよい*”（A保健所）との意見により、「保健所による活動」と「保健所以外による活動」を明確に分けて評価できるようにした。

また、“*市町村によって状況が異なる*”（A, C保健所）、“*ゲートキーパー養成研修は市町でも実施されているので、管内*

全体の他、市町村を再掲したほうがよい” (B保健所)、“関係機関との連携会議等は、管内全域レベルでは不十分。市町村レベルで行うことが必要” (A保健所)等の意見から、「保健所管内全域」と「市町村ごと」に分けて評価できるようにした。

「たいていあてはまる」や「積極的に行っている」といった選択肢については、「主観的な評価になる” (D保健所)、“人によって判断が異なるので基準を示してほしい” (B保健所)、“該当する人数や件数を具体的に書く方がよい” (A, C保健所)との意見を受けて、数値を計上することにした。集計に伴う負担を軽減するため、地域保健・健康増進事業報告や衛生行政報告例等、保健所が集計している数値や、警察や消防が集計・公表している数値等、できるだけ既存の統計値を活用するようにした。

改訂前の評価指標6と46：関係機関からの把握人数や相談件数、同7：保健所が受療支援を行った実人員、同10：個別事例の受療支援における関係機関との連携・協働等については、「活動実態がわかるように、人数だけでなく内訳も計上した方がよい” (A, B, C保健所)との意見を反映させて評価欄を改訂した。

1) 評価の枠組み：構造

改訂前の評価指標1と25は、当該活動が保健師の業務として位置づけられているかを評価するものであった。自殺予防については、市町村保健師の果たす役割も大きいため、指標25では、保健所保健師と市町村保健師のそれぞれについて評

価するようにした。

改訂前の評価指標2と26は、当該活動を業務として位置づけられている職種が保健所保健師以外に配置されているか評価するものであった。自殺予防については、市町村のさまざまな部署の職員がゲートキーパーとして取り組んでおり、対象が多すぎて把握が困難と考えられたため、指標26を削除した。一方、受療支援については、アウトリーチチームの存在の有無が保健所保健師による活動のあり方に大きく影響すると考えられたため、指標2は残した。

改訂前の評価指標5と29は、当該活動を行政計画に位置づけているかを評価するものであり、「プロセス」の枠組みに入れていた。しかし、「保健所保健師が関わる機会は計画策定・改訂の時期等に限られているので、「プロセス」よりも「構造」とした方がよい” (C保健所)との意見から、「構造」に位置づけた。

2) 評価のテーマ

(1) 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

改訂前の評価指標19～21：受療に対する精神障害者本人や家族、住民の態度の肯定的な変化については、「たいていあてはまる」等の選択肢を用いた評価欄に対し、「主観的で人によって評価がわかれてしまう” (A保健所)、“基準を示してほしい” (B保健所)等の意見が出た。そこで、保健所による活動については、指標「5. 保健所が受療支援を行った精神障害者」であり、かつ、保健所が精神障害者本人や家族、住民に直接働きかける必

要があった精神障害者のうち、保健所が本人や家族、住民に支援を直接行った精神障害者の割合で評価することにした。

さらに、改訂前の評価指標19については、“本人に会えなくてもあきらめずに訪問するのは、保健師活動として大事にしたい部分。しかし、結果評価だと、いつも「ときどきあてはまる」になってしまうので、がんばった成果が見えず、保健師活動のモチベーション・アップにつながりにくい。個別事例に保健師としてどうかかわっていくかをプロセス評価に盛り込んだ方がよいのではないか”（A保健所）との意見をふまえ、指標「8.必要に応じて、精神障害者本人に対して受療支援を直接行った」を追加し、保健所が本人に直接働きかけた人数と割合、働きかけの方法別延件数を計上することにした。

受療支援の対象となるケースには、自傷他害の恐れがある、本人と家族で担当者を分けた方がよい等、さまざまな理由から、複数の職員で対応することが必要と判断される場合が少なくない。そこで、研究者らが開発した評価指標¹⁾をふまえて埼玉県が作成した保健所保健師活動指針における評価指標²⁾を参考に、指標13「必要に応じて、複数の職員で対応した」を新たに設定した。

改訂前の評価指標「17.地域住民に精神科受診に対する抵抗感や偏見を解消するための普及啓発活動を行っている」については、“保健所への相談に関する普及啓発はしているが、医療機関の受診については個別ケースを通して促しており、普及啓発していない”（C保健所）との意見があった。そのため、「精神科受診に

対する抵抗感や偏見」を「精神保健に関する相談や受診に対する抵抗感」と改訂し、保健所への相談についても含めた。

保健所が受療支援を行い、いったんは精神科の治療を開始・再開しても、中断してしまう精神障害者は少なくないことから³⁾、治療開始・再開後に治療中断予防を目的として支援を行うことが重要である。そのため、当初から指標「12.精神科の治療を開始・再開した後も、治療継続のための支援を継続的に行っている」を設定していた。調査の結果、治療につないだ後は支援の主体が市町村等に移行すること等により、保健所は関わっていないケースがあることがわかり（B, D保健所）、治療中断予防のための支援に関する評価を充実させる必要性が高いと考えられた。そこで、プロセスを評価するための指標12を「11.精神科治療を開始・再開した精神障害者について、治療中断予防のための活動を保健所が行った」と改訂し、保健所が治療中断予防のための支援を直接行ったかだけでなく、他機関への支援の引継ぎを行ったかについても評価できるようにした。さらに、結果2を評価するための指標「23.保健所が受療支援を行った精神障害者が精神科治療を中断しなかった」を追加した。

(2) 自殺予防

改訂前の評価指標「42.精神保健福祉活動以外の保健活動の中でも自殺対策・心の健康づくりを行っている」と「33.日頃の保健活動やスクリーニング、関係機関との連携等によって自殺のハイリスク者の早期発見に取り組んでいる」は、

重なる部分が多かった。また、指標33については、“何をもって「早期発見」とするのかわかりにくい”(A保健所)、

“「早期発見」というとスクリーニングのイメージがあり、むずかしい。地区活動や健診等の中で把握する活動を例示するとよい”(C保健所)との意見が出された。そこで、両者を統合して表現を修正し、指標「36.日頃の保健活動や関係者との連携等によって自殺のハイリスク者を把握した」とし、あてはまる活動の例を評価マニュアルに具体的に記載した。

改訂前の評価指標「43.支援を受けたハイリスク者が適切な社会資源につながる」については、“支援した人はきちんとつなげている”(A保健所)という意見がある一方で、“ハイリスク者に社会資源を紹介しているが、実際につながったかわからないことが多い”“「受療支援」とは異なり、「自殺予防」については、自殺未遂者以外は対象がはっきり区別できないので、「つながった人数/支援した人数」を示すことが困難”(C保健所)との意見があった。これらの結果から、実際に評価することは困難であると判断し、指標43を削除した。

自死遺族への支援については、改訂前は、指標36：個別支援の実施と、指標37：自死遺族交流会の開催・支援の2項目を設定し、「積極的に行っている・積極的ではないが行っている・行っていない・保健所業務ではないので把握していない」の選択肢で評価していた。評価しやすさを考慮して、これら2項目を指標「39.自死遺族への支援を行った」に統合し、「保健所による活動」と「保健所

以外による活動」のそれぞれについて、小項目または選択肢として「個別支援の実施」と「自死遺族交流会の開催・支援」を提示し、支援を行った実人員や、実施の有無を評価するようにした。

結果1の評価指標「46.心の健康に関する関係者からの相談が増える」と結果2の評価指標「48.自殺予防に関する関係者同士のネットワークが強まる」は重複する部分があると考えられた。そこで、これらを指標「41.自殺予防について関係者からの相談や情報提供が増えた」に統合し、結果1に位置づけた。また、“種別や相談者別に分けて件数を把握し、データを積み重ねる必要がある”(C保健所)との意見から、関係者の種別に延件数を計上し、前年度からの増減を示すようにした。

改訂前の評価指標「50.住民同士がつながる場が増える」については、“保健師は、どこに人が集まっているのかをつかむことが大事”“まちの中で気軽に相談できる場があることが大切”“場を増やすだけでなく、既存の場が活用されるようになることが大事”(C保健所)等、その有用性を支持する意見がある一方で、“評価しにくい”(A保健所)との意見もあった。また、指標「49.関係機関による自殺予防や心の健康づくりへの取り組みが始まる・増える」との関連が深いと考えられた。そこで、指標49と50を統合して指標「44.関係者や住民による自殺予防に関する取り組みが増加・活性化した」と改訂した。

改訂前の評価指標51では「当該地域の自殺者数・自殺死亡率が減少する」とし

ていた。しかし、自殺死亡率は、人口規模の小さい地域では死亡者数のわずかな増減で大きく変動する上、人口の年齢構成による影響を受ける。それらを調整する方法もあるが、評価が煩雑になる。本評価指標は、他の自治体と比較することよりも、同一市町村の年次推移をとらえていくことを重視しているため、改定後の評価指標45では「自殺死亡者数」のみ評価することとした。

改訂前の評価指標52は「管内住民の自殺未遂によって救急車が出動した件数または救急車が搬送した人数が減少する」であった。しかし、救急車が出動しても、本人等による搬送拒否、死亡、現場での応急処置等で搬送されないことがあり⁴⁾、「救急搬送人員」は「救急出動件数」を下回る。そこで、自殺未遂者をより広くとらえることを意図して、改定後の評価指標46では「救急出動件数」のみ計上することとした。

3. 評価指標の有用性

“ こういう視点が必要だと気づかされた ” “ 市町村の取り組みを冷静な目で見ることは保健所の重要な役割 ” “ 保健所として関係機関の動きを把握する必要性に改めて気づかされた ” (C保健所)、“ 地区診断をしないといけないと思った。個別事例は思い浮かぶが、地域全体という見方ができていない ” “ 実績報告で統計を取っているが、それを活用した分析ができていない。経年変化等も出せると傾向が出せるものがあるかもしれない ” (D保健所)、“ 保健所の活動が変化しており、受療支援を行って精神科に入院する

前と後の流れを体験できなくなっている。若手保健師に体験させていかななくてはならないと思った ” (B保健所)、“ 評価をしてみて、受療支援した人の一覧表はあるが、更新していない等の理由で使えていないことがわかった。個別援助事例一覧表の様式を統一し、市町村、担当者、動いているケースか否かを明記できるようにして保健所として活用していきたい ” 等の意見があった。これらの結果は、保健所保健師が本評価指標を用いて自らの活動を評価することにより、望ましい活動のあり方を確認するとともに、課題や改善策を明らかにするために役立つことを示すものとする。

また、「構造」に関する評価指標については、“ ふだんはあまり意識していないが、活動の位置づけを明確化するものであり、上司に理解してもらうためには、こういう指標があった方がよい ” (C保健所)との意見が得られた。活動の位置づけを上司に理解してもらうことで、活動を展開しやすくなり、個々の住民や家族、地域全体の健康レベルの維持・向上により貢献できるようになると考えられる。

4. 評価マニュアルの作成

作成した精神保健福祉分野の評価マニュアルを文末に示した。

評価マニュアルは、保健師が評価シートを適切に用いることで保健活動の改善に役立てることができるよう、以下の構成とし、調査でわかりづらいとの意見があった部分に丁寧に説明を加えた。

- ・ 評価指標の目的と意義
- ・ 評価の方法：誰が何を評価するのか
- ・ 評価指標のテーマ：なぜこのテーマを選んだのか
- ・ 各評価指標の解説
 - ） 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援
 - ） 自殺予防
- 引用・参考資料

改訂前の評価シートに掲載していた各評価指標の「評価の方法・視点」と「必要な情報・資料」については、評価マニュアルに「各評価指標の解説」の【評価の意図・視点・視点】【評価のための情報源】として掲載した。

また、“具体的な例があるとわかりやすい” “どういう場合があてはまるのかわかりにくい”等の意見が多かった評価指標については、調査で得られた意見を取り入れ、あてはまる活動の例をできるだけ具体的に記載するようにした。

5. 今後の研究課題

次年度は、今回作成した評価指標の改訂版と評価マニュアルを用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、評価指標と評価マニュアルのさらなる改訂を行う予定である。

なお、本評価指標と評価マニュアルは、県型保健所だけでなく市型保健所も活用できるように配慮して改訂・作成したが、県型

保健所4か所の調査結果に基づくものであることから、市型保健所には使いづらい可能性がある。そのため、次年度は市型保健所の協力を得ることにより、市型保健所における有用性についても検証し、評価指標と評価マニュアルの精錬を図っていきたい。

D. 結論

研究者らが開発してきた精神保健福祉活動の質を評価する評価指標を用いて、保健師らが行った保健活動を実際に評価することにより、全国で活用できる標準化した評価指標としての有用性を検証し、指標の改訂と評価マニュアルの作成を行った。

評価指標の改訂版は、【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】に関する指標24項目、【自殺予防】に関する指標22項目の計46項目となった。

また、評価指標は、望ましい活動のあり方を確認するとともに、課題や改善策を明らかにするために役立つこと、さらには活動の位置づけを上司に理解してもらうことで活動の発展に役立つことが示唆された。

評価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した評価マニュアルを作成した。

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24年度 研究年度終了報告書，2012．
- 2) 埼玉県：埼玉県保健所における保健師の保健活動指針について，2014.3

3) 東京都多摩立川保健所保健対策課：精神保健における治療中断予防のための地域ケアシステムづくり，平成18年-19年度研究報告書 東京都北多摩西部医療圏課題別地域保健医療推進プラン，東京都多摩立川保健所，2008.

4) 埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会：総合記入マニュアルVer.2.1. 搬送確認書(医療機関・救急隊控え) 救急活動記録票・検証票 病院外心肺停止患者記録票・検証票 http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-k/tcc/saitamatoubu/qm_mcwg_kensyo_manu21.pdf

F. 研究発表

第72回日本公衆衛生学会総会（2013年10月、三重県）にて発表

G. 知的財産権の取得状況

なし

感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証

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評価指標の精緻化と有用性の検証のために、4県において、自治体保健師を対象に研修会「保健師による保健活動の質の評価～評価指標を用いて～」を開催し意見聴取するとともに、3県の県型保健所各1カ所の感染症担当保健師に本評価指標を用いた評価を依頼し、その過程で必要となった情報や資料及び本評価指標を用いた評価の有用性と課題に関する意見を聴取した。

その結果、感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の有用性が確認された。また、19の評価指標について表現等を見直し、2つの評価指標を追加した。さらに、評価の根拠・資料及び評価の考え方・視点を検討した。

今後は、これをマニュアルとして、その有用性を確認するとともに、精練していく必要がある。

A. 研究目的

本研究は、本研究班が作成した「保健師が担う保健活動の質を評価するための評価指標」の有用性を検証し、全国で用いることのできる標準化された評価指標の開発とその活用のためのマニュアルの作成を目的として、感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の精緻化と有用性の検証のための調査を行った。

B. 研究方法

1. 研修会における意見聴取

4県において、自治体保健師を対象に研修会「保健師による保健活動の質の評価～評価指標を用いて～」を行った。

本評価指標の開発の経緯、評価枠組、領域毎の評価指標の概要等についての講話（30分程度）の後、領域別のグループに分かれてグループワーク（80分程度）を行った。グループワークは、以下の流れで行った。

各グループ内で取り上げるテーマ、評価枠組を決める。

について、より実践現場にあった評価指標の表現や追加した方がよいと思う評価指標について意見を出し合う。

評価指標について「はい・いいえ・どちらともいえない」の判断をしてみる。その際に、何を思い描いてそう判断したのか、という点から、各評価指標の評価のために必要な情報・資料について意見交換をする。

職場（担当部署）で本評価指標を用いて実際に評価する方法について意見交換をする。具体的には、評価できそうか、何か支援があればできそうか、難しそうか、また、組織として実施する上での問題や壁はあるか等について意見交換をする。

感染症領域のグループワークにおけるから情報収集した。

2. 本評価指標を用いた評価作業を通じた情報や意見の収集

1) 調査対象

3県の県型保健所各1カ所の感染症担当保健師

2) 調査項目と方法

以下の流れで調査を行った。

取り組むテーマを決めてもらう。

選択したテーマの評価指標について「はい・いいえ・わからない」の判断をしてもらう。

の判断の評価の根拠・資料を集めてもらう。その際、評価指標に対する修正案があれば提示してもらう。

調査項目は「評価の根拠・資料」、調査対象の「意見・提案・質問等」とした。

2カ所の保健所の保健師については2回（各2～3時間）、当該保健所におけるインタビュー調査を行った。1カ所の保健所の保健師については1回（約3時間）のインタビュー調査及びEメールによる質疑応答を1回行った。

（倫理的配慮）

1の研修会又は研究者の教育研究活動を通じたネットワークにより、研究の趣旨等を説明し、研究協力への意向を示した研究対象候補者の所属長に研究への協力について文書で依頼し、承諾を得た。その後、研究対象候補者に、改めて、研究の趣旨、研究方法、研究協力の任意性及び撤回の自由、研究結果の公表に際しては個人や所属機関が特定されることのないように配慮すること等を文書で説明し、文書で同意を得た。

C. 結果

1. 研修会及び評価指標を用いた評価作業における評価のための資料等と評価指標に対する意見

4回の研修会及び3カ所の保健所における評価指標を用いた評価作業の結果を表1に示す。

2. 本評価指標を用いた評価の有用性と課題に関する意見

3カ所の保健所における本評価指標を用いた評価作業の結果、以下のような評価の有用性と課題に関する意見を得た。

1) 評価の有用性に関する意見

・所属する保健所の感染症対策にかかわる保健活動について、不足している点や強化すべき点など課題が明らかになり、保健所として計画的に取り組んでいく必要性があると感じた。

・保健活動の成果や保健師活動の見える化を図ることができると感じた。

・これでよいのかと思いながら活動していたが、評価指標により感染症対策における保健活動の考え方を確認することができた。

・評価指標に沿って事業や活動を振り返り、第三者から客観的な意見も得ながら保健活動を評価することは、今後の事業・活動の展開に役立つと思った。

・目の前の事に追われ、自分のやっていることの意味を考えることができていなかった。評価指標を用いて評価することによって、実際に実施している業務や取り組みの評価をすることができ、継続実施が必要なもの、検討が必要なもの、効果が見られず改善が必要なもの、を検討することができた。

・担当保健師の思いだけで実施していたことが可視化され、担当部署内はもちろんのこと、担当部署外でも共有することができると感じた。

・県内の全保健所で同様に実施すれば、県全体や保健所間比較による評価もできると思った。

・人員要求のための資料にもなるのではないかと思う。

2) 評価から見えてきた保健活動の課題

・評価をするためには、必要な情報を収集・整理していくことが必要である。

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
結果 1	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		
	2. 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の外国人の結核発生情報)を収集している	・結核発生届 ・結核の統計(結核予防会)、結核研究所HP等	・「把握している」とした方がよいのではないか。
	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(HIDS、じん肺、人工透析患者等)を治療している医療機関の結核発症予防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	・「結核合併率が高い患者」に高齢者を入れた方がよいのではないか。 ・高齢者の施設について、定期健診が徹底されているかや、有症状時・体調不良時に早期受診がなされているか、が重要であり、このようなことが評価できる項目があるとよい。
	4. 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	
	5. 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への掲載内容 ・パンフレットの配付先 ・キャンペーン等の啓発活動の実施記録	・イメージがつかない、ハイリスク者に限ってよいのか。 ・地区把握を行い、ターゲットを絞る必要がある。 ・プロセス評価であるので、実施回数で評価することによりか。
	6. 患者届出受理後、早期に保健師等が患者と面接し、療養支援や情報収集をしている		・排菌患者には当然、行っている。潜在性結核感染症者に対しては、対応時期にばらつきがある。対象別に分析する必要があるのではないか。
	7. 患者の家族、その他の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		
	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	・個別の情報交換はあるが、管内の関係者が集まる機会はない。
	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	・何をもち、連携・協働とするのか。医療機関と連携はとれているが、市町村や学校とはとれていない。結核に特化しない平常時からの連携・協働のための体制整備が必要ではないか。 ・感染症診査協議会前の情報収集も該当するか。
	10. 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	
	11. 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	・感染症対策に関わる関係機関への支援記録 ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録	・結核患者の発生を機に教育・支援を実施する場合もある。
	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	・定期健康診断実施報告書	・「報告している」ではなく、「報告してくる」ではないか。
	13. 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1週間以内)	・結核登録票	・入院報告は72時間以内であるので、目安は3日以内とすべきではないか。
	14. 患者の家族、その他の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	
	15. 管内・近隣地域の院内DOTS実施医療機関が増える		・医療機関とあるので、「院内」は必要ない。
	16. DOTS協力施設(医療機関以外)が増える		

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果(つづき)

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
結核	結果2	17. 管内市町村のBCG予防接種率の向上(目安:生後6か月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	・市町村からの報告数	・結核に関する特定感染症予防指針ではBCGの接種対象年齢における接種率の目標値を95%以上にするとある。
		18. 管内市町村の定期健康診断受診率の向上(全体、高齢者、ハイリスク・ティンジャーグループ等)	・市町村からの報告数	・「全体」は必要ない。 ・市町村長が結核検診の対象者を決めている。実績報告で数は把握できるが、母数をどのようにして把握するか、職域の把握はできていない。外国人や住所不定者の扱いはどうか。 ・市町村からの報告で把握できるが、保健所の啓発活動の評価としては難しく、必要性があるか。
		19. 接触者健診の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上		・接触者健診台帳等を作成し、その実施状況を把握する必要がある。既存のデータベースを活用できるとよいが、NESID(感染症サーベイランスシステム)の結核登録者情報システムのサブシステムである接触者管理システムの活用はハードルが高い。 ・受診率は経年的に評価する必要があるか。 ・洗い出した接触者健診対象者を確実に健診受診に結び付けることが重要である。
		20. 結核患者(特に高齢者、ハイリスク・ティンジャーグループ)の自覚症状出現時～受診までの期間短縮		・結核患者登録票から拾い出して集計するしか方法はないか。 ・結核発生届に感染したと推定される年月日や発病年月日の記載がないことがある。NESIDだけで正確な情報を把握するのは困難か。 ・地区把握の基本データとして知っておきたい必要な評価指標であるが、患者登録票から情報を拾い出すことになると作業量が多くなる。
	21. 結核患者や潜在性結核患者の服薬中断率の減少又は結核治療の成功率の向上	・コホート検討会の結果	・潜在性結核患者ではなく、潜在性結核感染症者。 ・服薬を中断しないということは、治療終了に至るということであるので、「結核治療の成功率の向上」は削除でよいのではないか。 ・副作用による服薬中止、その他の医師の指示による服薬中止もある。 ・NESIDに十分、入力できていない現状がある。業務全体を見直して、入力に関わる時間を確保する必要がある。 ・3、6ヶ月後の喀痰検査を実施していない医療機関もあり、その場合はNESID上、「治癒」とならない。 ・脱落率で評価してもよいのではないか。 ・NESIDを活用して、管理検診率や病状不明割合で評価をしてもよいのではないか。	
	22. 結核患者の再治療率の減少	・結核登録票	・服薬中断率の減少は21の評価指標にあり、治療終了者等のそれ以外の者の再治療の減少に保健師が関わっていくことは難しい。「治療終了者の管理健診結果の不明者率を減らす」がよいのではないか。 ・「管理期間中の再治療率の減少」がよいのではないか。	
	23. 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイリスク・ティンジャーグループの罹患率)		・管内市町村単位であると、発症者が1名あっただけで罹患率があがってしまうので、管内全体でみていくことでよいか。	
	結果3	24. 結核の集団感染数の減少		・集団感染ではなく集団発生。 ・発生する時には発生するので、評価指標となるか。 ・数が少ないので、県レベルで評価することではないか。 ・「ターゲット集団における結核の集団発生数の減少」としてはどうか。
25. 結核の有病率の減少				
26. 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			・「新たな多剤耐性結核患者」とした方がよい。	
27. 潜在性結核感染症患者の発病率の減少			・潜在性結核感染症患者ではなく、潜在性結核感染症者。	
28. 結核死亡者数(率)の減少(特に多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)			・「治療の遅れによる結核死亡者数」とした方がよい。	

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果(つづき)

テーマ	評価枠組	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
平常時の対応 (発生予防・早期発見)	構造 29. 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	
	30. 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		・県が全県的な課題を分析し、方針・計画を定め、保健所におけるので、保健所に特化した計画はない。保健所による課題もあるか計画化されていない。 ・課題及び活動の方向性について文書化しておく必要がある。
	31. 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	・相談記録票の整備及び担当内での共有の必要がある。
	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わ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わる指導記録	・把握している機関と把握していない機関がある場合は、どのように評価すればよいか。 ・把握の程度をどのように判断すればよいか。
	33. 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	
	34. 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		・関係機関の例示があった方がよいのではないか。
	35. 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わる指導記録 ・研修の起案書(目的、対象、内容等)及び実施記録	・医療監視に感染症担当は関わっていない。 ・担当の頭の中で課題を明らかにし、フォローや事業化がなされているように思われる。
	36. 新規開設施設に対する感染症対策関連マニュアル作成の支援を行っている (注)支援対象の施設は管内の発生状況等から設定してもよい	・医療監視や施設指導における感染症対策に関わる指導記録	・感染症が繰り返し発生している施設等ターゲット施設を決め、支援している。 ・「相談・依頼があった場合に」とした方がよい。
	37. 感染症の発生予防活動を保健計画に位置づけている		・感染症対策に関わる保健計画がない。 ・保健計画とは、地域保健医療計画のことか。
	結果1 38. 感染症に関する普及啓発活動の回数	・保健所事業報告等における啓発活動(衛生教育等)の実施報告	
	39. 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別については、どのように考えて評価を行えばよいか。
	結果2 40. 感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、給食従事者の検便、HIV抗体検査)の受診者数が増える	・保健所事業報告等における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	・給食従事者の検便数の把握は困難である。
	41. 定期予防接種の接種率が高まる		・定期予防接種の実施主体は市町村であるが、保健所がこの評価指標を評価する目的は何か。
	42. 感染症対策に関わる会議を年1回以上開催する管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が増える		・感染症対策に関わる会議を定期的に行っていない施設に助言・指導している。 ・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は可能か。 ・「医療監視で把握した会議未実施の医療機関が会議を実施する」はどうか。

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果(つづき)

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
平常時の対応	結果3	43. 感染症の集団発生の件数、患者数の減少	・集団発生件数、患者数、感染症の種類の経年的な(少なくとも過去3年間以上)データ	・集団発生といっても疾患別に異なり、また件数の多い年と少ない年があり、評価が難しい。 ・「集団発生の件数、患者数の推移を把握している」といった評価指標がよいのではないかと、数が少ないので、県レベルで評価することではないか。 ・重点疾患を定めることにはどうか。 ・届出の基準が変わると数も変わる。また、管内施設等との関係ができると、相談や報告があり、結果として数が増える。 ・「集団発生事例に応じて計画(初動計画や保健指導計画など)を立てることができる」としてはどうか。
		44. 感染症による死亡者・死亡率の減少		・評価が難しい。 ・数が少ないので、県レベルで評価することではないか。 ・重点疾患を定めることにはどうか。
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造	45. 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)	・緊急受付対応職員体制を示す図表、緊急受付受理票及び報告書等の様式	
		46. 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	・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	
		47. 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		・感染症に特化しない健康危機管理マニュアルで対応することになっている。指揮命令系統や管理職不在時の対応については文書化されていないが、暗黙の了解となっている。
		48. 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	・関係部署・職種が連携・協働する体制は文書化されていないが、暗黙の了解となっている。 ・どのような状態を体制あり、とすればよいか。 ・プロセス評価があった方がよい。
		49. 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検討されている		・食中毒も疑われる場合は衛生部署、病院や介護老人保健施設の場合は総務部署へ情報提供し、協働することになっているが、文書化されているものはない。 ・構造なので、「～しくみがある」ではないか。また、プロセス評価として「感染症発生時(発生疑い時を含む)に、一元化された情報を分析し、迅速に活動に反映させている」が必要ではないか。
		50. 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 ・学校欠席者情報収集システム	
		51. 発生時に障がい者や在日外国人を含む住民へ迅速に情報提供する方法がある		・難しい。市町村の役割ではないか。 ・「情報提供に配慮が必要な対象を把握し、情報提供のルートが確保されている」としてはどうか。
52. 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	・感染症発生を関係機関に伝えて事案について連携するということか、感染症発生を関係機関に周知して注意喚起するということか、どちらか。 ・IT環境がない機関や市町村による温度差がある。その結果、情報提供の場やルートがある関係機関とない関係機関がある(つまり、部分的である)。		

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果(つづき)

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	53. 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	・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ついて文書で説明し、文書で同意を得ており、事前に医療機関から患者へ保健所から連絡が来ることを伝えておいてもらうルールとしている。 ・ルールを決めている関係機関とない関係機関がある。また、ルールを決めていることと決めていないことがある。 ・ルールとはどのようなことをいっているのか。
	54. 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	・保健所職員のことでよいのか。
	55. 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	・个人防护具等の在庫一覧表	・補充は県の担当部署が実施している。 ・必要物品リストの整備が必要である。
	56. 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	
	57. 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	
	58. 患者把握後、早期に保健師が面接し、療養支援や情報収集を行っている	・保健指導内容も記録されている疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別) ・健康危機管理マニュアルに記載されている保健師の役割と情報収集項目	
	59. 集団発生が疑われる情報の把握後、その情報を市町村や関係機関へ迅速に伝え、支援している		・根拠となる資料やデータがない。
	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	・保健指導内容も記録されている疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別)	・根拠となる資料やデータがない。
	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	・保健指導内容も記録されている疫学(検査)調査票(感染症類型別、感染症種別)	・根拠となる資料やデータがない。 ・「～、また発生の規模や状況に応じて二次感染予防のための～」としてはどうか。
	62. 接触者健診の未受診者対応をしている		・未受診者対応とはどのようなことか。 ・根拠となる資料やデータがない。
	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	・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ついて文書で説明し、文書で同意を得ており、事前に医療機関から患者へ保健所から連絡が来ることを伝えておいてもらうルールとしている。 ・関係機関とFAXで情報交換する場合は、個人情報がかかっている箇所を消す等の配慮をしている。
	64. 施設等で感染症が発生した場合、当該施設と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	
	65. 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		・研修派遣計画の策定や研修派遣者の記録が必要であると思った。

表1 感染症対策に関する保健活動の評価指標の検証作業の結果(つづき)

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の根拠・資料	意見・提案・質問等
急性感染症発生時の対応	結果1	66. 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、感染症の種別) ・支援記録	支援した事例を積み上げていく必要がある。 記録をしていない。
		67. 感染症発生時対応に関する関係者からの教育・研修・支援の要請が増える	・保健所事業報告	経年的に教育・研修・支援の実績数を残している。 求めに応じるだけでよいか。
		68. 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	・会議の実施記録	終息の判断のための会議を指しているのか。
	結果2	69. 二次感染がない		「まん延が長引かない」としてはどうか。 「想定以上には拡がらない」としてはどうか。
		70. 診断の遅れや症状が悪化したケースの数		「診断の遅れや症状が悪化したケースがない」としてはどうか。 日常的にデータ収集ができない。
		71. 新興感染症等まん延時に偏見や差別を受ける感染者がいない		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、としてどうか。 難しい。数値化は困難である。

毎年度、作成する保健所事業報告書に掲載する内容や項目を見直して、平常時及び発生時の相談対応や保健指導等も含めた保健活動の実績、各活動のターゲットとしている対象や活動のカバー率、経年的な変化等がわかるようにすることが必要であると認識した。

- ・現在実施している事業や活動の開始の契機や根拠となることについて、十分、把握していない点もあったが、確認しながら実施していく必要性を改めて認識した。

- ・予防接種にかかわる活動が不足していることを認識した。住民からの市町村への相談、市町村と予防接種実施施設との関係性、予防接種事故の発生状況、予防接種に関する研修への管内予防接種実施施設の参加状況、予防接種実施施設の看護師の教育体制、医療監視の結果と指導内容等が、相互に関連している可能性があり、取り組むべきことが色々見えてきた。

- ・学校における感染症対策にかかわるマニュアルの作成状況やマニュアル作成の必要性への意識の程度から、保健所としてマニュアル作成の支援を強化する必要性と、ターゲットとする対象も認識することができた。

- ・感染症発生時の対応だけでなく、予防や啓発における保健所の役割を改めて認識するとともに、管内市町村との関係づくりの必要性を感じた。

3) 評価の課題に関する意見

- ・評価に必要なデータをそろえるための作業に時間がかかる。日常業務をこなすことで精一杯な中、データをそろ

えるための時間を捻出することが困難であった。

- ・思ったよりも、既存のデータで使用できるものが少なかった。結核登録票から評価のためのデータを収集していくことは、余力のない中では厳しい。保健所の事業報告に掲載する内容や本庁担当部署に報告する集計表を見直したり、結核登録票やDOTS記録票から日常的にデータ収集ができるようにフォーマットを見直したりして、評価に活用できるデータを蓄積できるようにしていくことが必要であると感じた。

- ・結核関連の報告は年単位で、事業としては年度単位であることも、評価においては課題であると感じた。

D. 考察

本調査の結果から、感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の有用性が確認された。また、調査結果に基づき、評価指標をさらに精練するとともに、評価指標の活用のためのマニュアルを検討した。

1. 評価指標の修正

研修会及び本評価指標を用いた3カ所の保健所における評価作業を通して得た意見・提案・質問等の中で、より実践現場にあった評価指標の表現や追加した方がよいと思う評価指標に関する意見等に基づき、また、結核に関する特定感染症予防指針¹⁾も考慮して評価指標を修正した。その結果、19の評価指標について表現等を見直し、2つの評価指標を追加した。表2に修正及び追加した評価指標を示す。

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点

*評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
結核 プロセス	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		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。
	2. 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の外国人の結核発生情報)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	
	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(HIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の結核発症予防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HIDS、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、発症予防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。
	* 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。
	4. 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	
	5. 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への掲載内容 ・パンフレット等の配付先 ・キャンペーン等の啓発活動の実施記録	・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。
	6. 患者届出受理後、早期に保健師等が患者と面接し、療養支援や情報収集をしている	・結核登録票	塗抹検査陽性患者や陰性患者、潜在性結核感染症者などの対象者別に患者届出受理後から面接までの期間、支援内容などを整理し、対象別の実績と課題を検討できるようにする。
	7. 患者の家族、その他の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	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。
	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	
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	・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。 ・連携を強化したい関係機関・関係者を年間目標や中期的な目標としてあげておき、それを評価するのもよい。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。	

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

* 評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	10. 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	
	11. 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	・結核患者の発生を契機とした教育・支援・研修も含む。
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	・定期健康診断実施報告書	・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。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。
	* 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	・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、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。
	13. 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)	・結核登録票	
	14. 患者の家族、その他の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	
	15. 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える		・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。
	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ヶ月までに、遅くても対象年齢である1歳までに95%以上)	・市町村からの報告書	・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受診率の向上(高齢者、ハイリスク・デインジャーグループ等)	・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。 ・ハイリスク・デ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。
	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	・接触者健診台帳 ・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	

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

*評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
結果2	20. 結核患者(特に高齢者、ハイリスク・インジヤグループ)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」	・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. 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少	・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	・登録者の病状不明割合で評価してもよい。
	22. 管理期間中の再治療率の減少	・結核登録票 ・NESIDの接触者管理システムのデータ	・管理検診の受診率で評価してもよい。
結核	23. 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイリスク・インジヤグループの罹患率)		・「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。
	24. 高齢者やハイリスク・インジヤ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		・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。
	25. 結核の有病率の減少		・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、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。
結果3	26. 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		・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。
	27. 潜在性結核感染症者の発病率の減少		・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、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て、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。
	28. 結核死亡者数(率)の減少(特に多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)		・保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで国や他の都道府県との比較、保健所管内間の比較等により、また、多剤耐性結核が否かの別、合併疾患別等に中長期的に評価していく必要がある。保健所レベルでは、結核死亡者数の推移を把握するとともに都道府県レベルの評価の結果も参考にして、管内の結核対策を検討していく。事例検討により患者の特徴や治療開始時期等との関連を検討することも重要である。

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

* 評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
平常時の対応 (発生予防・早期発見) プロセス	29. 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	
	30. 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		
	31. 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。
	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。
	33. 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。
	34. 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。
	35. 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。
	36. 新規開設施設に対する感染症対策関連マニュアル作成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。
	37. 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。
	結果 1	38. 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
39. 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別・回数・対象施設数・対象者数と、保健所管内の感染症発生の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。

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

*評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
平常時の対応 (発生予防・早期発見)	結果2	40. 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	・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。
		41. 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ことが必要である。
		42. 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		・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はもできる。 ・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	43. 感染症の集団発生の件数の減少	・集団発生件数、患者数、感染症の種類の経年的な(少なくとも過去3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。
44. 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。		
急性感染症発生時の対応 (発生への備えも含む)	構造	45. 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	
		46. 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	・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	
		47. 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	・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	
		48. 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が等が明確になっており、所内で共有されているか、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。
		49. 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はなく、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。
		50. 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体制があるかどうかを確認する。

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

*評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価枠組	評価指標	評価の根拠・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)	構造	51. 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、ともに検討したりする必要がある。
		52. 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、施設管理者の定例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。
		53. 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。
		54. 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	
		55. 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	・个人防护具等の備蓄品の管理台帳	个人防护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。
	プロセス	56. 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。
	57. 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	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。	
	58. 患者把握後、早期に保健師が面接し、療養支援や情報収集を行っている	・疫学(検疫)調査票(感染症類型別、感染症種別) ・保健指導記録 ・健康危機マニュアルに記載されている保健師の役割と情報収集項目	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きているかを確認し、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当であるか、についても確認する。	
	59. 集団発生が疑われる情報の把握後、その情報を市町村や関係機関へ迅速に伝え、支援している			

表2 感染症対策にかかわる保健活動の修正後評価指標と評価の考え方・視点(つづき)

*評価指標の修正部分又は追加した評価指標はゴシック体で示す

テーマ	評価指標	評価の根拠・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)	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きているかを確認し、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当であるか、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当であるか、についても確認する。
	62. 接触者健診の未受診者対応をしている	・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	
	64. 施設等で感染症が発生した場合、当該施設と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	
	65. 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ことが必要である。
	66. 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(検査)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、感染症の種別、支援内容)	・評価指標58、60、61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。
	67. 感染症発生時対応に関する関係者からの教育・研修・支援の要請が増える	・保健所事業報告	・感染症発生時に、保健所と協働する必要性についての関係者の認識や主体性を評価する指標である。
	68. 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	・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。
	69. まん延が長引く事案がない		・感染症発生時対応の中で、診断の遅れや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。
	70. 診断の遅れや症状が悪化したケースがない		・感染症発生時対応の中で、診断の遅れや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			

2. 評価指標の活用のためのマニュアルの検討

研修会における各評価指標の評価のために必要な情報・資料についての意見交換、並びに、3カ所の保健所における評価作業において収集する必要のあった根拠・資料に基づいて、評価の根拠・資料を検討した。また、研修会及び保健所における評価作業を通して得た意見・提案・質問等に基づき、評価の考え方・視点を検討した。検討においては、結核登録者情報システム等感染症サーベイランスシステム（NESID）のデータ²⁾や、保健所を管轄する県・市へ毎年送付されている疫学情報センターの結核管理図・指標値³⁾の活用も考慮した。

評価枠組「結果3」の評価指標は、保健所レベルでは評価が難しいという意見があったので、都道府県レベルで中長期的（5～10年間隔）に行う評価の評価指標としつつ、保健所レベルで確認・検討しておくべきことを評価の考え方・視点として示した。

評価枠組「プロセス」の評価指標は、保健師自身の活動の点検（実施しているか否か）を意図している評価指標もあり、その場合、必ずしも評価の根拠や資料は必要なく、その点も評価の考え方・視点に示した。

評価指標の注意書きの部分は削除し、評価の考え方・視点に示すこととした。

表2に感染症対策にかかわる活動の修正後評価指標と評価の考え方を示す。

E. 結論

感染症対策にかかわる保健活動の評価

指標の精緻化と有用性の検証のために、4県において、自治体保健師を対象に研修会「保健師による保健活動の質の評価～評価指標を用いて～」を開催し意見聴取するとともに、3県の県型保健所各1カ所の感染症担当保健師に本評価指標を用いた評価を依頼し、その過程で必要となった情報や資料及び本評価指標を用いた評価の有用性と課題に関する意見を聴取した。

その結果、感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の有用性が確認された。また、19の評価指標について表現等を見直し、2つの評価指標を追加した。さらに、評価の根拠・資料及び評価の考え方・視点を検討した。今後は、これをマニュアルとして、その有用性を確認するとともに、精練していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第72回日本公衆衛生学会、三重にて発表した。

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

1) 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。

2) 結核登録者情報システム 入力と留意点「入力項目と説明」(2013.8.27)、
「結核登録者情報システム入力項目一覧表」(2012.11.7)、公益財団法人 結核予防会 結核研究所 疫学情報センター ホームページ、
<http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/resist/attention/>

3) 結核の統計 結核管理図・指標値、公益財団法人 結核予防会 結核研究所 疫学情報センターホームページ、
http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/control_chart/

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

保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究
- 難病保健活動の評価指標の検証 -

分担研究者 小西かおる(大阪大学大学院)

研究要旨 本研究は、地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。本評価指標は、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものであることが**明らかにされた**。

A. 研究目的

本研究は、地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。

B. 研究方法

難病保健活動の評価指標の有用性の検証および評価指標の精緻化、評価指標活用方法に関するワークショップ、評価指標マニュアルを作成するために、以下の4段階の研究方法を用いた。

1. 第1段階(難病保健活動の評価指標の有用性の検証)

1) 研究対象

関東および近畿地方の保健所保健師のうち、調査協力の同意が得られた88人を対象とした。

2) 調査内容

平成24年度に作成した難病保健活動の評価指標¹⁾の各項目に対し、管轄地域の状況を踏まえ、保健所の活動としてできている(2点)～できていない(0点)の3段階で評価し、評価の根拠や必要な情報・資料について記入を依頼した。また、評価が難しい項目については、その理由や改善点についても記入を依頼した。

3) 調査方法

行政機関が主催する難病関連のセミナー等において、主催者に調査協力の同意を得て、セミナー参加者に調査の趣旨・方法および倫理的

配慮を口頭で説明し、調査票を配布した。

調査票の回収をもって、調査協力の同意とみなした。

4) 調査期間

2013年9月～2014年1月に開催される、関東および近畿地方の難病関連のセミナー等を対象とした。

5) 分析方法

評価指標の各項目の平均値および標準偏差を算出し、評価の低い項目やばらつきの大い項目について検討した。また、評価が難しい理由や改善点については、意味内容の類似性に従って分類し、質的帰納的に分析を行った。

評価の根拠や必要な情報・資料については、全国的に使用できる根拠資料やデータ収集の方法について検討を行い、統一して使用できる資料や分析・評価方法を厳選した。

2. 第2段階(難病保健活動の評価指標の項目の精緻化)

第1段階で得られた結果をもとに、評価の低い項目やばらつきの大い項目について、内容や表現について検討を行った。法律の改定等に伴う用語の変更等については、表現の修正を行った。

評価の根拠資料として、川村ら²⁾によって開発された「難病の地域ケアアセスメントシート(以下、アセスメントシートとする)」を用い、評価指標との関連性について検討を行った。

アセスメントシートは、個々の難病療養者の療養状況を集約することで、難病療養者の居住する在宅療養環境の医療資源等の充足状況を評価し、地域特性を活かした療養環境整備の推進

に資することを目的として開発され、難病対策事業における特定疾患医療従事者(保健師)研修において活用され、全国の保健所に広く普及しているものである。

3. 第3段階(難病保健活動の評価指標の活用方法についてのワークショップ)

1) 対象

A県において難病保健活動の評価指標を用いたワークショップを開催し、14か所(都道府県13か所、中核市1か所)の保健所から難病チームに所属する保健師が参加し、調査協力の同意が得られた38人を対象とした。

2) 方法

ワークショップは、以下の4段階で構成され、アセスメントシートを用いた難病に関する地域診断、難病保健活動の評価、次年度の難病保健活動の方針を明確にすることを目的とした。

(1) 難病の地域ケアアセスメントシート²⁾を用いた難病保健活動の評価

アセスメントシートにおいて情報収集する難病は、保健師が支援する対象として最も優先度の高いALS(筋委縮性側索硬化症)とした。

ワークショップの参加に際し、管轄地域のALS療養者全数について、アセスメントシートの様式1「管轄地域におけるALS療養者の身体状況と医療サービスの確保状況」、様式2「ALS療養者支援に関わる難病対策事業の実施状況とその評価」、様式3「管内の訪問看護ステーションの概況」、様式4「管轄地域におけるALS療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の評価」および「難病保健活動の評価指標」を事前に記入して持参するよう依頼した。

アセスメントシートの記入の方法、データの読

み方、分析の方法、見えてくる課題等について、分担研究者が講義を行った。講義内容をもとに、参加者が持参したアセスメントシートを用いて、保健所管轄内の難病保健活動について保健所単位でグループディスカッションによる再評価を行った。

(2) マッピングによる難病保健活動の評価

アセスメントシートの様式1で集約したALS療養者、受けている医療サービス等について、管轄地域の地図にマッピングを行い、地理的条件等を踏まえ、地域格差等の観点も加えて、難病保健活動の評価をさらに詳細に行った。

(3) 難病保健活動の評価指標による再評価

アセスメントシートおよびマッピングによる評価を踏まえて、「難病保健活動の評価指標」を個別に再度記入してもらい、アセスメントシートを用いた評価の前後での変化を検討した。

(4) 管轄地域における難病療養者に関わる医療資源の概況と医療サービス確保状況の再評価

「難病保健活動の評価指標」の再評価を踏まえ、アセスメントシートの様式4について、管轄地域の在宅療養環境の整備状況の課題を整理し、「難病保健活動の評価指標」における結果1~3を踏まえた、管轄地域の望ましい姿を明確にした。

ワークショップ終了後に、難病対策に対する地域の課題と難病保健活動の強化すべき項目について、参加者の所属保健所内で検討してもらい、検討結果を様式5「ALSにおける医療サービスの充足に関する課題とその保健活動」に記入し後日提出するよう依頼した。

3) 調査期間

事前資料作成、ワークショップ、事後資料提

出までの期間は、2014年1月~3月とした。

4) 分析方法

「難病保健活動の評価指標」の各項目について、経験による評価の差をみるため、難病チームのリーダーと新任保健師の得点差について、マンホイットニー検定を用いて検討した。

アセスメントシートを用いた評価の前後での「難病保健活動の評価指標」の評価得点の差についてウィルコクソン符号付順位検定を用いて検討した。

アセスメントシートの様式4は、「専門診療の確保」、「日常診療の確保」、「急変時の入院確保」、「レスパイトケアの確保」、「訪問看護の確保」について、確保できている(3点)、概ね確保できている(2点)、あまり確保できていない(1点)、確保できていない(0点)で評価される。これらの評価得点と「難病保健活動の評価指標」の結果1~3の各項目との関連性について、スピアマン順位相関係数を用いて検討した。

4. 第4段階(評価指標マニュアルの作成)

第1~3段階で得られた結果をもとに、評価指標の項目の最終案の検討を行った。

これらの評価指標項目について、評価目的、評価の根拠・必要な情報・資料、評価の考え方・視点について基準化し、マニュアルを作成した。

【倫理的配慮】

調査への参加は自由意志であり、不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定される事のないように配慮すること等を調査依頼文に明記し、調査票の回答の返送及びワークショップへの参加同意

をもって調査協力に同意したとみなした。

C. 結果

1. 第1段階(難病保健活動の評価指標の有用性の検証)

評価指標の各項目の平均値及び標準偏差について表1に示す。平均値が1.0未満の項目を保健活動の到達率が低い項目とし、標準偏差が0.7以上の項目をばらつきが大きい(地域格差または評価の個人差が大きい)項目とした。これらの理由について、評価が難しい理由の自由記載から整理し表1に記載した。

評価が低かった項目は、項目26、34、36、38の4項目であった。これにより、患者・家族同士の交流や近隣の地域住民を巻き込んだ支援および地域づくりに至る活動には課題が残ることがうかがえた。また、家族負担を軽減する目的でのレスパイト入院を受け入れることができる入院・入所施設が不足していると考えられた。さらに、療養期間の長期化や患者・家族の高齢化に伴い、介護力の不足から施設入所のニーズが増加しており、これに対応できる施設の不足が明らかにされた。

難病保健活動の実施状況にばらつきのある項目として、プロセスにおいては、項目9、25、15、20、26の5項目があげられた。これらの項目は、患者・家族の個別支援から共助力および地域づくりに発展した保健活動であり、自治体の推進力や保健所の活動体制等に影響を受けるものであると考えられた。

また、結果1~3の項目は全て評価のばらつきが大きかった。これは、各項目の評価を数とし

て把握していないため、主観的な評価では個人差や地域差が生じることが考えられた。

2. 第2段階(難病保健活動の評価指標の項目の精緻化)

法律の改定に伴い、項目12については、「12.介護保険法や障害者総合支援法等では網羅できない難病患者・家族のニーズに対応している」と表現を修正した。

それ以外の項目については、実施の必要はあるが実施できていないという評価はあるものの、表現がわかりにくいという評価は少なく、変更なく採用することとした。

難病担当の経験が少なく、難病対策事業(支援計画策定・評価事業等)を理解していないために、項目の意味が分からないという評価がみられたが、「難病保健活動の評価指標」を用いて評価することにより、難病対策事業について調べ理解する機会につながっていた。

3. 第3段階(難病保健活動の評価指標の活用方法についてのワークショップ)

難病保健活動の評価指標の経験及びアセスメントシートを用いた前後の評価の差については表2に示す。

難病保健活動の経験による評価の差についてみると、プロセスにおいては個別支援活動である項目8、9、12、13の4項目、地域ケアシステム構築に関する項目15、22、23、26の4項目が、新人期の保健師の方が有意に高く評価する傾向がみられた。

表3 難病保健活動の評価指標(結果1~3)とアセスメントシートによる地域の療養環境の整備状況との関連							n=38
評価 枠組	指標案	専門診療 の確保	日常診療 の確保	急変時の 入院確保	レスパイト ケアの確保	訪問看護 の確保	総合評価
結果 1	28. 病状進行や療養状況が把握できている患者・家族が増える					*	
	29. 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						*
	30. 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	*		*			
	31. 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		*	*		*	
	32. 介護負担の軽減対策が計画的に行われている患者・家族が増える				*		
	33. 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	*	*			*	*
	34. 患者・家族の支援に役立てることができる患者・家族が増える						
結果 2	35. 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						*
	36. 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				*		
	37. 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						*
結果 3	38. 希望する場所で療養できる患者が増える				*		
	39. 在宅における事故事例が減少する						
	40. 安定した在宅療養期間が延長する	*			*		

注1) 難病保健活動の評価指標とアセスメントシートによる評価の関連性の検定: スピアマン順位相関係数
注2) * p<0.05

結果については、結果 1 のすべての項目(7 項目)と結果 2 の「35. 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」、結果 3 の「38. 希望する場所で療養できる患者が増える」の 2 項目が、新任期の方が有意に高く評価する傾向がみられた。

ワークショップの前とアセスメントシートおよびマッピングによる難病保健活動の評価を行った後の評価の差についてみると、有意な差は認められなかった。しかし、プロセスの個別支援活動である項目 12、14 の 2 項目、地域ケアシステムの構築に関する項目 16、18、19、20、21、26 の 6 項目の評価が、アセスメントシートを用いた検討後に評価得点が下がる傾向がみられた。一方で、地域ケアシステムに関する項目 18~21 の 4 項目は、アセスメントシートを用いた検討後にばらつきが大きくなる傾向がみられた。

結果の項目についてみると、結果 1 の「33. 療養方針・ケア計画等の共有・連携体制がとれている在宅支援チームが増える」と、結果 2 の全ての項目(3 項目)が、アセスメントシートを用いた検討後に評価得点が低くなる傾向がみられた。

一方で、結果 1 の 5 項目(項目 28、29、30、31、

33)と結果 2 の「35. 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」、結果 3 の「39. 在宅における事故事例が減少する」の 2 項目が、アセスメントシートを用いた検討後にばらつきが少なくなる傾向がみられた。

難病保健活動の評価指標(結果 1~3)とアセスメントシートによる地域の療養環境の整備状況との関連については表 3 に示す。

「専門診療の確保」とは、項目 30 と 33 の緊急時や支援チームの整備に関する項目、「日常診療の確保」とは、項目 31 と 33 の医学的管理や支援チームの整備に関する項目、「急変時の入院確保」とは、項目 30 と 31 の緊急時や医学的管理の整備に関する項目、「訪問看護の確保」とは、項目 28 と 31、33 の医学的管理や支援チームの整備に加え、療養者の把握に関する項目と有意な関連がみられた。

「レスパイトケアの確保」とは、項目 32、36、38、40 の介護負担の軽減、レスパイト病床の確保、希望する療養の場、安定した療養期間に関する項目と有意な関連がみられた。

総合評価とは、項目 29、33、35、37 の十分なサービス、支援チームの整備、安心・安全な療

養環境に関する項目と有意な関連がみられた。

4. 第4段階(評価指標マニュアルの作成)

第1～3段階の結果をもとに、難病保健活動の評価指標の最終案を作成し、表4に示した。

評価指標の各項目について、評価の根拠・必要な情報・資料、評価の考え方・視点について標準化し、マニュアルの骨子として表5に示した。

D. 考察

1. 難病保健活動の評価指標の有用性の評価

難病保健活動の評価は、**が主催する**難病対策事業における特定疾患医療従事者研修**において**として、全国の保健師等を対象に平成5年から継続的に実施されてきた。

在宅療養支援の中心的役割を果たす訪問看護による難病ケアのあり方については全国訪問看護事業協会³⁻⁴⁾により明らかにされ、小西ら⁵⁾により緊急・災害時の支援体制の構築、川村⁶⁾により安全性確保に向けた支援関係職種の効果的な連携の推進における地域保健活動のあり方が進められてきた。

厚生労働省難治性疾患克服研究事業において、川村ら⁷⁾は「難病看護」の体系化を試みており、日本難病看護学会が認定する難病看護師の教育が平成25年度より開始された。

一方、国の難病対策の在り方について見直しが行われ2013年12月に難病対策の改革に向けた取り組みについて⁸⁾が出された。この中で、難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方について、保健所を中心とした「難病対策地域協議会(仮称)」を設置することについても言及されており、地域の難病対策の課題を明確にし、効率的・効果的な

事業展開を推進することが求められている。

このような社会のニーズに対し、本研究で作成された難病保健活動の評価指標は、全国的に普及している難病の地域アセスメントシートを根拠資料として活用でき、具体的な保健活動の改善方法を明確に示すことができるといえる。

本評価指標は、新任期の保健師の方がより高く評価する傾向がみられた。しかし、アセスメントシートを用いた評価後には、有意差はないが評価得点が下がる項目が多くみられ、経験による評価差が少なくなり、地域課題が具体的に明確になるために評価が低くなることが考えられた。また、アセスメントシートによる評価との有意な関連性も明らかとなり、本評価指標が、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものである**ことが検証**評価された。

2. 評価指標の今後の課題

本評価指標は、現在の難病対策事業をもとに開発されたものであり、今後の法制化を含めた難病対策の改革に応じて改編する必要がある。

また、結果1～3については、数量的な評価の蓄積がないために適切な評価が困難であり、アセスメントシートは普及しているものの継続的に活用されていないことが明らかとなった。

今後の難病対策において、本評価指標とアセスメントシートを地域医療ネットワークの構築に活用することができるよう、普及に向けた取り組みが必要であると考えられる。

E. 結論

地域保健活動の質を評価するために開発された「保健師による保健活動の評価指標」の有用性の検証を目的として、難病対策に関する保

健活動の評価指標の有用性について、保健所保健師を対象に調査を行い、調査結果をもとに難病保健活動の評価指標の精緻化を行った。また、精緻化された評価指標の活用方法について、A 県の保健所 14 か所を対象にワークショップを行い、ワークショップ内容やそこで出された意見等をもとに評価指標マニュアルを作成した。本評価指標は、地域課題を反映した難病保健活動の評価として有用であり、具体的な活動課題を明確にできるものであるといえた。

F. 研究発表

第 72 回日本公衆衛生学会総会(三重・2013)において発表。

G. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

1)小西かおる:難病対策の評価指標の作成.厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健活動の質の評価指標開発(研究代表者 平野かよ子)平成 24 年度分担研究報告書. 2013.

2)川村佐和子、小倉朗子、小西かおる、他 9 人:神経難病における地域ケアシステムおよび療養環境の評価方法の構築に関する研究 - 地域ケアアセスメントの指標に関する検討 - .厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究平成 19 年度地域における看護支援に関する研究報告集. 39-41. 2008.

3)社団法人全国訪問看護事業協会:専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業.厚生労働省老人保健事

業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業).平成 17 年度研究報告書. 2006.

4)社団法人全国訪問看護事業協会:訪問看護ステーションに関わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究 訪問看護ステーションの業務基準に関する検討.厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康推進等事業).平成 18 年度報告書. 2007.

5)小西かおる:在宅重症療養患者に係る緊急・災害時の支援体制の構築に関する研究.厚生労働科学研究補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業平成 20 年度総括研究報告書. 2009.

6)川村佐和子:医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種の効果的な連携の推進に関する検討.厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業平成 21 年度研究報告書. 2010.

7)川村佐和子:「難病看護」の体系化の必要性に関する研究 - 難病の保健活動の動向および難病看護に関する教育・研究状況の検討 - .厚生労働省難治性疾患克服研究事業 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究(研究代表者 小森哲夫).平成 20~22 年度総合研究報告書. 85-88. 2011.

8)厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会:難病対策の改革に向けた取り組みについて.

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032632.html>)

保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究

産業保健における保健活動の評価指標の検証

分担研究者 大神あゆみ（労働科学研究所） 荒木田美香子（国際医療福祉大学）

研究要旨 地域保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された指標を開発することを目的として、産業保健における保健活動の質を評価するための指標の案を作成し、産業保健に従事する保健師に、実際の活動に適用させた聞き取り調査にて、指標の精緻化を進めるとともに指標を利用する際に助力となるマニュアル案を作成した。

その結果、事業所規模や業種を問わず本指標を利用するにはマニュアルは重要であり、経年的に効果の上がる保健活動に寄与させるためには、評価を6件法にし、項目ごとに現場の状況や活動の取り組み状況を具体的に記載できるワークシートにすることが有用であることが明らかになった。

A. 研究目的

本研究は、地域保健活動の質を評価するために、全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的として、平成25年度迄に作成した産業保健における保健活動の質を評価するための指標案を用いて、産業保健に従事する保健師を対象に、実際の活動に適用させた聞き取り調査を行った。平成26年度は、その聞き取り調査で得た情報を元に指標案の精緻化を図るとともに、指標案を利用する際に助力となるマニュアル案を作成した。

B. 研究方法

研修会等に積極的に参加しているリーダー的立場の保健師で、(a)労働者や事業者等に労働衛生の専門知識も活用して (b)「保健師」の職能を意識して健康支援活動を行っていると思われる者5名(5事業所から各1名)を対象に、指標全体に関する全体説明会とグループディスカッション(平成26年8月23日)、実際の活動に適用させた個別の説明および聞き取り調査(平成26年12月～平成27年2月)を実施した。

聞き取り内容は、評価指標項目に沿っ

た平成25年度の事業の実施状況と、併せて指標項目の適切性についての意見、マニュアル作成のための適切な指標活用のための視点や情報に関する意見聴取である。

なお、評価項目には、全体説明会後に得た意見を活かし、平成25年度までに作成した指標に、次の3項目を追加することとした。(1)「事業所の健康課題が明確になっている」：「産業保健全般」の「事業所特性に応じた労働衛生活動の展開」のプロセス評価に追加。(2)「対策の検討、計画、実施、評価のプロセスに社内外の資源を活用している」：「産業保健全般」の「事業所特性に応じた労働衛生活動の展開」のプロセス評価に追加。(3)「労働災害により健康を害する労働者数が減少する」：「産業保健全般」の「事業所特性に応じた労働衛生活動の展開」の結果3に追加。

C. 結果

1. <対象者と事業所の特性>

対象者5名には、その所属する事業所特性として概ね以下のような特徴があった。

(1) A事業所

- ・大規模事業所・家電製造業
- ・労働衛生管理体制整備の歴史は長い
- ・産業保健担当の保健医療職雇用の歴史は長い

(2) B事業所

- ・中規模事業所・医療機関
- ・労働衛生管理体制整備の歴史は短い
が、保健師が体制整備を一任されている。
- ・産業保健担当の保健医療職雇用の歴史は短い

(3) C事業所

- ・大規模事業所・情報産業
- ・労働衛生管理体制整備の歴史は短い
- ・産業保健担当の保健医療職雇用の歴史は短い(狭義の保健指導目的の保健師雇用の歴史は長い)

(4) D事業所

- ・大規模事業所・機械製造業
- ・労働衛生管理体制整備の歴史は長い
- ・産業保健担当の保健医療職雇用の歴史は長い

(5) E事業所

- ・小規模事業所・運輸業
- ・労働衛生管理体制整備の歴史は短い
- ・産業保健担当の保健医療職雇用の歴史は短い

事業所規模は、便宜的に
小規模：労働者数50名未満、
中規模：労働者数50名以上300名未満、
大規模：労働者数300名以上」とした。

2. <評価指標に沿った平成25年度の事業の実施状況の特徴>

(1) A事業所

評価指標を用いて、平成25年度の

事業の評価を「ほぼできている」

「部分的にできている」「できなかった」「該当しない」の4件法で尋ねたところ、ほとんどの項目において、「ほぼできている」の結果が得られた。A事業所は「グループ会社全体での規定集やマニュアルが整備されており、本評価指標の項目もほとんど網羅されている内容」とのことだが、「保健医療職や事業場が異なると、同じ『ほぼできている』回答でもその内容は異なる」との意見を得た。また、「この4件法の回答だと、毎年評価指標を用いた場合の経年変化がわかりづらい。具体的実施内容の記載が必要ではないか」「(A事業所グループの)規定集やマニュアル集は職種を限定したのではなく、それと遜色ない項目である本評価指標の利用で『保健師活動の独自性がどれだけ反映されるだろうか』との意見も得た。

(2) B事業所

A事業所で得た意見と、産業保健以外の他領域での検証作業結果の意見を参考に、評価指標を「十分にできている」「まあできている」「どちらとも言えない」「あまりできていない」「ほとんどできていない」「該当しない」の6件法で尋ねた。

結果は、「十分にできている」が23項目、「まあできている」が32項目、「どちらともいえない」が3項目、「該当しない」が5項目であった。評価指標テーマによる「十分にできている」と「まあできている」の回答

の偏りは見られなかった。

「十分にできている」と「まあできている」の判断根拠となる具体的状況や取り組み状況を問いながら、ワークシートに明記することを勧めたところ、以下のような記述がみられた。

「12. 職場環境改善に有効な情報が含まれた職場巡視記録を作成している」の具体的根拠と改善点として、「写真を撮ったりはしているが文書化が課題」。「24. 職場に合った職場環境改善策を実施している」の評価指標の具体的根拠として、「元々、良い職場環境ではあるが、例えば薬局の排気に関しては、向精神薬の粉砕を行うこともあるので、『仕事中に眠くなることはないか』等と現場の十分な聞き取りを行い、外部専門家にも相談して、適切なプッシュプル型の換気装置を設置した」。

(3) C事業所

B事業所同様に、評価指標を「十分にできている」「まあできている」「どちらとも言えない」「あまりできていない」「ほとんどできていない」「該当しない」の6件法で尋ねた。

結果は、「十分にできている」が7項目、「まあできている」が35項目、「どちらともいえない」が3項目、「あまりできていない」が7項目、「ほとんどできていない」が5項目「該当しない」が4項目であった。メンタルヘルス対策や過重労働対策についての取り組みは「十分

にできている」「まあできている」の回答が目立ったが、産業保健全般については、それよりも「できていない」とする評価が目立った。

また、判断根拠となる具体的状況や取り組み状況について一部抜粋すると、以下のような記述があった。

「5. 各保健スタッフの役割の明確化と連携方法を確立している」の具体的根拠と改善点として、「これまで衛生管理者は『形式上』の役割で運用されてきて、現在もその役割のままである」。「50. 過重労働者数が減少している（年単位）」については、「表面に見えるデータ上は減少しているが、潜在的にはどうか確認が十分にできていない」。

(4) D事業所・E事業所

D事業所とE事業所については、評価指標を具体的に使った事業の振り返りを行ったが、指標の精練やマニュアル案に盛り込むべき内容につながる具体的意見を2人のディスカッションで提示してもらうことに重点を置いた。体制整備が十分に行われていたD事業所からは、多くの具体的意見が出された。

3. <指標の精緻化に向けた意見>

(1) 項目数・ワークシートの体裁

評価指標すべてを回答するのに、適宜説明を加えながらの回答で、概ね2時間を要した。項目数削減に関する意見を尋ねたところ、「項目数削減は業務の部分を取り出してチェックする評価指標と解釈されやすくなる懸念」があり、「保健師の特性で

ある個別から組織、集団への視点を持った対応や企画・調整機能の意識される指標であるためには、現行の項目数でやむをえないのではないか」との意見を複数得た。

評価指標のワークシートの体裁については、（評価した根拠となる）「現状と取り組み状況が書けた方が良い」「今後の取り組みにつながる改善点が書けるとよい」との意見があった。

(2) 各項目の表現について

当初、保健師は「事業所」に雇用されていることが多いことから、全項目を通じて、使用する用語は「事業所」に統一していた。しかしながら、産業保健分野で主となる法令の労働安全衛生法で用いられる用語は「事業場」であることや、保健師が対象とする集団と捉えた場合に「事業場」の方が適切ではないかという意見を得た。（なお、本報告書内では、事業所は「～会社」のような総称的呼称として、事業場は労働衛生活動を行う「～工場」のような単位を想定して使用している。）

また、平成25年度までの評価指標作成は、看護師と保健師を対象とした調査であったため、「看護職」の用語を用いたが、今回の調査では、保健師のみを対象とし、保健師の活動指標作成を目的としていることから「保健師」という用語の統一が適切との意見も得た。

前述の新規に追加した3項目のうち、「事業所の健康課題が明確になって

いる」に関しては、「問題をアセスメントした結果での実際的な取り組みがうかがえる文言にした方がよい」「たとえば『事業場の健康課題が挙げられ、優先順位が付けられている』といったものではどうか」との意見を得た。

その他、各項目の微修正案として、大きく以下の3点の指摘があった。

労働者の流動性に関するもの：
「事業場によっては、数年経つと労働者のほとんど全員が入れ替わるような職場もあるため、特に『有所見者の減少』のような表記は現実的でなく、せいぜい『抑制される』が妥当だろう。」「可能であれば、年齢補正した統計が必要ではないか。」「数でなく名簿での把握が重要。」

実施主体を明らかにするもの：
「実施主体（主語）がわかりにくい」「労働衛生活動は労使で行うもので、保健スタッフはその活動が円滑になるようサポートするものであるという原則が明確に意識できるような記述にしないと、どの役割の者が行うべき活動か役割期待に齟齬が出てくる可能性がある」といった意見があった。

数量データに加えて連動する事象の併記も望ましいもの：具体的には41.の「『管理職からのマネジメントに関する対応件数が増加する』だと、本来管理職が担うべき対応も相談という名目で保健師に役割を押し付けられるといったこともありうる。『部下のマネジメントに関する

管理職から相談件数が増加し、その内容が自律的なものであったり、協働対応するものになってくる。』といった表現を加えた方があるべき姿にならないか」という意見があった。

修正案として出された意見は表1のとおりワークシートに反映させた。

4. <マニュアル案に関する意見>

「経験の乏しい保健師が指標を見た時には、表面的に『できている』『できていない』でチェックしてしまう可能性がある。特に製造業では法令準拠に基づく活動は概ね厳格に行われており、その内容や方法を問わなければ、『できていることになる』ため要注意である」「評価指標項目それぞれのチェックに終始したのでは、他の職種との活動方法の違いや保健師活動の特殊性がわかりづらい」「具体的にどのような活動をして、どのような変化が見られたか具体的な状況を記載することにより、現実的で発展的な保健師活動につながるのではないか」といった意見を得た。

マニュアルには評価指標項目ごとに、評価の根拠になる法令やデータ、安全衛生委員会での反応といった事象に加えて、評価の方法や視点には、経験の少ない保健師が利用した場合を考慮した意見が出された。たとえば、「10.作業管理、作業環境管理に関する情報が整備されている」では、「非製造業でも、ビル衛生管理法に基づく測定や労働時間管理の情報等も含まれる」といった情報の記載の意見があった。

その他、マニュアル記載案として挙

げられた意見は、表2のとおりマニュアル案に反映させた。

D. 考察

5事業所各1名の保健師への聞き取りとディスカッション結果から、より有効な保健活動につなげるための評価指標としての項目の見直しと、その助力となりうるマニュアル案に盛り込むべき内容について考察を行った。

1. <評価指標の使用結果について>

聞き取り対象者の所属する事業所の規模や業種が多岐に渡っていたため、リーダー的素養の保健師であっても、その使用結果は異なっていた。概ね製造業で体制の整っている事業所においては、評価指標の使用結果については「できている」評価が得られやすい。産業保健活動に着手したばかりの事業場においては、本評価指標により、「できている」部分と「できていない」部分を確認し、全体的な保健活動の質の向上のための手掛かりになりそうな感触が得られた。そして、多少の違いではあるが、保健師の現場経験の幅によっても、評価指標の解釈や具体的状況の説明表現の適切さが異なってくることを示唆された。また、保健師への役割期待に体制整備が含まれている事業場では、包括的で全領域に目配りできる保健活動が進められやすいことも示唆された。以上をまとめると、評価指標結果には、保健師の産業保健に関する造詣に加えて業種、事業所の「労働衛生」「保健活動」に関する認識、保健師への役割期待、保健師の現場経験の幅の広さが連動して反映されると考えられる。

2. <評価指標項目数と内容について>

聞き取り調査により、本評価指標の63項目の実施には2時間を要し、可能であれば項目の削減が望まれたが、「産業保健領域の主たるものが網羅されているので、削減は難しい」との複数意見から、現段階では削減できなかった。

項目内容については、微修正の範囲ながら、労働者の流動性を考慮し、現実的に推測できる結果の表現（例：「～の減少」「～の抑制」）、主語（実施主体）の明確化、数量データに加えて連動する事象の併記も望ましいものの追加等を行い、現状により適した表現を考慮した。

評価指標のワークシートに「改善点」を併記することは、研究班メンバー内の他領域担当者からも有用と言われていたが、実際に活動状況の振り返りに使用したところ、「根拠となる具体的状況・取り組み状況」と併せて、妥当な評価判定につながる事が確認できた。

3. <マニュアル案について>

評価指標項目の評価の判断根拠には、関連法令やデータ等の資料が重要である。一方で保健師活動の効果の判断には、「対象者の意見や反応」といった定性的な「個別」と「全体」のデータの裏付けになっていることが多いと本調査の聞き取りで強調されていた。「個別と全体」「定性と定量」の視点での評価は、保健師活動らしさの要素なのだろう。

4. <本研究の限界と課題>

本研究は、産業保健活動と保健師の職能に一定の造詣を持っていると思われる5名に単年度の活動を元にした聞き取りで

行ったため、いくつかの限界がある。1点は、汎用性である。今回の5名とは異なる属性の保健師がどの程度利用できるかの検証がなされていない。2点目は、経年利用への実証がなされていないことである。しかし、今回のリーダー的保健師の意見を集約して項目を精練させ作成したマニュアル案は、産業保健のあるべき活動や役割を考慮できる保健師が実際に現場に適用させた現実的な意見が反映されたものとして評価できる。

今後は、聞き取り対象者の拡大と経年利用結果の聞き取り調査によって、より評価指標項目の精練が図られ、そのマニュアルもより助力となるものに発展できると考える。

E. 結論

事業所規模や業種を問わず本指標を利用するにはマニュアルは重要であり、経年的な効果の上がる保健活動に寄与させるためには、評価を6件法にし、各項目ごとに現場の状況や活動の取り組み状況を「具体的にどのような活動をして、どのような変化が見られたか」具体的に記載できるワークシートにすることが有用であることが明らかになった。

F. 参考文献

- 1) 小木和孝他：産業安全保健ハンドブック, 労働科学研究所出版部, 2013.
- 2) 中央労働災害防止協会：平成25年度労働衛生のしおり, 2013.

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の取得状況

なし

厚生労働科学研究費補助金研究報告書

平成 2 6 年 5 月 3 1 日

厚生労働大臣 田村憲久 殿

住 所 〒166-0001東京都杉並区阿佐ヶ谷北3-4-3
フリカ`ナ ヒヲ

研究者 氏 名 平野 かよ子
(所属機関 長崎県立大学)

平成 2 5 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) を完了したので次のとおり報告する。

研究課題名 (課題番号) : 保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 (H25-政策-一般-001)

国庫補助金精算所要額 : 金 5,170,000 円也 (うち間接経費 670,000円)

- 1 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書表紙 (別添 1 のとおり)
- 2 . 厚生労働科学研究費補助金研究報告書目次 (別添 2 のとおり)
- 3 . 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書 (別添 3 のとおり)
- 4 . 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書 (別添 4 のとおり)
- 5 . 研究成果の刊行に関する一覧表 (別添 5 のとおり)
- 6 . 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況
(総括研究報告書、分担研究報告書の中に、書式に従って記入すること)
- 7 . 健康危険情報
 - ・ 研究の結果、得られた成果の中で健康危険情報 (国民の生命、健康に重大な影響を及ぼす情報として厚生労働省に報告すべきものがある場合や、研究過程において健康危険情報を把握した場合には、国民の生命、健康に重大な影響を及ぼすと考えられる内容と理由を簡潔に記入するとともに、その情報源 (研究成果、研究者名、学会発表名、雑誌等の詳細) について記述すること。
 - ・ 既に厚生労働省に通報した健康危険情報であっても、本研究報告書の提出の時点において健康危険情報に該当すると判断されるものについては記述すること。
 - ・ 分担研究者、研究協力者の把握した情報・意見等についても主任研究者がとりまとめ、一括して総括研究報告書に記入すること。
 - ・ なお、交付基準額等決定通知の添付文書において、健康危険情報を把握した際には、一定の書式で速やかに厚生労働省健康危機管理官まで通報していただくよう協力をお願いしているため、本件とともに留意すること。

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

主任研究者 平野 かよ子

平成26（2014）年 3月

目 次

I . 総括研究報告書	
保健師による保健活動の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学)	----- 1
II . 分担研究報告書	
1 . 母子保健活動分野の評価指標の検証 平野かよ子 (長崎県立大学) 福島富士子 (国立保健医療科学院) 塚原 洋子 (なごみ相談室) 稗圃砂千子 (長崎県立大学)	----- 9
2 . 健康づくり活動分野の評価指標の検証 藤井 広美 (了徳寺大学)	----- 35
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証 石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)	----- 55
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証 山口 佳子 (杏林大学)	----- 105
5 . 感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証 春山 早苗 (自治医科大学)	----- 167
6 . 難病保健活動の評価指標の検証 小西かおる (大阪大学大学院)	----- 185
7 . 産業保健における保健活動の評価指標の検証 大神あゆみ (労働科学研究所) 荒木田美香子 (国際医療福祉大学)	----- 199
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 223

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））
総括研究報告書

保健師による保健活動の評価指標の検証

主任研究者 平野 かよ子（長崎県立大学）

研究要旨：地域保健と産業保健における保健師による保健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を目的とし、これまでに開発してきた評価指標の有用性を検証するために、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て実際の活動の評価を実施した。検証結果を基に論議し、指標の有用性を確認すると共に評価指標の加除と表現の修正等を加え「評価指標（平成26年度版）」を作成した。また、評価の判断根拠となる情報や資料を明らかにし、それらを集約して6領域の地域保健活動と産業保健活動の「評価マニュアル案」を作成した。次年度はこれを用いて実践の場で評価指標（平成26年度版）の有用性の検証を重ね、標準化された評価指標の作成を進展させる。あわせて実践の評価力の向上に寄与していく予定である。

分担研究者

福島富士子（国立保健医療科学院）
藤井 広美（了徳寺大学）
尾島 俊之（浜松医科大学）
山口 佳子（杏林大学）
春山 早苗（自治医科大学）
小西かおる（大阪大学大学院）
荒木田美香子（国際医療福祉大学）
大神あゆみ（労働科学研究所）

研究協力者

石川貴美子（神奈川県秦野市）
塚原 洋子（なごみ相談室）
稗圃砂千子（長崎県立大学）

A. 研究目的

我が国の保健師は、地域において住民同士で健康問題を解決する地域組織を育成する等の活動を展開し、地域のソーシャルキャピタルを創出することに貢献してきている。しかしその活動の成果、特に効果等の質を評価する指標が開発されていない。

そこで本研究では平成22年度から平成24年度の「保健活動の質の評価指標開発」

の研究において全国で活用できる標準化した指標を開発することを目的とし、地域保健（母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、感染症対策、難病保健）と産業保健を担う保健師の保健活動の質を評価する指標を開発してきた。平成25年度には、全国の市町村と保健所の保健師の協力を得て、これらの評価指標を用いて実際の保健活動を評価し、評価指標の有用性を検証し、また、評価の根拠となる情報、資料を収集した。

B. 研究方法

1. 研究方法

1) 検証協力者への研修会の実施

平成24年度に作成した保健活動の評価指標：平成24年度版²⁾を冊子にして全国の保健所および市町村へ配布し、検証の協力依頼を行った。また、共同研究者がかかわりのあった市町村へも協力依頼を行い、協力意向のあった市町村の母子担当者を対象とし、検証方法についての説明する研修会を東京、神奈川、長崎、静

岡、青森の5か所で開催した。研修会は下記の内容で行った。

開催時期は8月から10月であった。

- ◆ 評価指標の開発の背景
- ◆ 保健活動の評価の目的
- ◆ 評価枠組みの考え方
- ◆ 各領域別の評価指標項目の内容
- ◆ 検討していただきたいこと
 - ・昨年度の実績をもとにした活動評価
 - ・評価の根拠や判断
 - ・評価に必要な情報・資料
 - ・評価指標への意見
(現場に合った表現、日常の活動を振り返るのに適当か、力を入れている活動が表現できる内容か、違和感はないか 等)
 - ・今回の検証で見えてきた課題

2) 評価指標検証シートの作成

研修会の参加者からは評価指標に関する意見が出された。これらを参考として研究班員で検討し、各領域の「保健活動の評価指標検証ワークシート(平成25年度)」を作成し、それを用いた。ワークシートは各評価項目に「評価欄」、評価の判断に用いた「根拠、資料、情報」欄等を設定した。

倫理的配慮

研究協力自治体に出向いた際に、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ことを協力者に文書と口頭で説明し同意書を受け取った。

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。

C. 研究結果

地域保健および産業保健の領域の検証協力機関は、母子保健：9市町、健康づくり：9市、高齢者保健福祉：5市、精神保健福祉：4保健所、感染症対策：4保健所、難病保健：88人(保健師数)、産業保健：5事業所であった。

1. 各分野の検証結果の概要

1) 母子保健

検証協力は9市町からの申し出があった。研修会において参加者から出された意見を参考とし、平成24年度版の評価指標に修正を加え73項目からなる「母子保健活動の評価指標ワークシート(平成25年度)」を作成し、これを用いて検証を行った。

各項目の評価は「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」で回答を求め、評価指標の適切性と実行可能性について意見聴取を行った。また、項目ごとに評価の根拠とする資料・情報についての情報収集を行った。

評価指標の意図することが捉えにくいもの、表現の修正が求められたもの、定着・同化しているために経年的な変化の把握は困難な項目等の意見がだされた。また、評価の判断根拠とする情報・資料が把握できた。

検証の過程で把握した母子保健活動の評価に関連することとして、以下のことが把握された。

- ・個別の支援は連携を図り事例検討を行い支援内容についての評価はなされているが、個別情報から集団対応の展開はなされていない。

・関係機関からの情報の収集は行いが、その分析はなされなく、地域の課題の把握は弱く、地域診断はほとんど行われていない。

・自治体の人口規模により子供と親の健康生活問題に対応する部門が母子保健と、福祉部門の子育て支援と児童福祉に細分化され、いわゆる母子保健部門は妊娠から3歳児までのスクリーニング機能に限局されがちで、事例のフォロー部門は別というような業務の所掌のなされ方が多く、親子の生活の全容を把握し評価するためには、他部門との連携、協働して評価するといった職場風土を構築することが課題であった。

以上の検証結果と現状把握を基として、評価指標数を58項目とした「母子保健活動の評価指標（H26年度版）案」と母子保健分野の地域診断の手引きを添付した「母子保健活動の評価マニュアル（H26年度版）案」を作成した。

2) 健康づくり

検証に協力した市町は6県9市であった。検証の過程では、指標に用いている「健康づくり」「地区活動」「地域のニーズに見合う」等の言葉の定義に関する意見や、「評価が制度として定着してきているものについては受診率などより、新規受診者数などの指標が適当ではかいか」、「がんに特化するより「生活習慣病」全体を」等の評価指標の表現を修正することの意見、市町村としての重点課題の指標の設定」や「こころの健康づくりのテーマの評価指標の設定」等、新たな指標設定への意見が出された。

組織として検証することでの効用としては、「事業を振り返る機会になった」「地

域診断の必要性を認識した」「地域を見ることに立ち返り、様々な立場の人と話し合い、課題を共有するために働きかけることの必要性を再認識した」等が語られた。

これらの検証結果を基として、評価指標（平成26年度版）案と評価マニュアル案を作成した。

3) 高齢者保健福祉

平成25年度に作成した54項目からなる高齢者保健福祉分野の評価指標を用いて、5市の保健師の協力を得て、各項目について、「できている、どちらともいえない、できていない」で回答してもらい、根拠となる情報や資料、改善点（今後の課題）について意見交換を行い、検証を行った。

高齢者保健福祉分野への保健師の配属数が多くないこともあり、「できている」とは回答されない指標は、情報収集や地域診断であった。また、計画策定に関われているところは多くなく、高齢者の全体をどのように把握するかが課題であった。評価指標への意見としては、「制度が変わっての評価できるもの」「評価に時間を要するので項目数を減らし、負担を少なくしてほしい」などであった。追加が望まれる活動としては「認知症対策」と「高齢者の生活を支える地域づくり」であった。

評価指標を用い評価することの効用としては、評価の視点が拡がり、人材育成になるとの意見が聞かれた。また、担当部署だけでは評価できない項目については、他部署と連携して評価し、そのことが保健師の役割の理解につながることを示唆された。

評価表に「改善策」の欄があることで、

評価結果をこの後どのように活用するかを担当者や関係者で協議する機会を提示することも明らかにされた。

これらの検証結果を反映させ、評価指標を加除し、42項目の「高齢者保健福祉分野の評価指標（平成26年度版）案」と評価の観点や考え方を記した「評価マニュアル」を作成した。

4) 精神保健福祉

平成24年度に開発してきた52項目からなる評価指標シート：平成25年度版を用いて、検証協力を申し出てくれた4県4保健所に評価シートを送付し、平成24年度の活動について評価してもらった。その後、研究者が保健所に出向き、評価指標の有用性、わかりづらかったり評価しにくかったりした点とその改善策、評価のために必要な資料や情報等について話し合いを行った。

その結果、評価指標は【未治療・治療中断の精神障害者の受療支援】24項目、【自殺予防】22項目の計46項目に改訂された。また、評価結果は管内全域と市町村毎に評価できる評価票の必要性が示唆された。

評価指標を用いて担当者で評価することの有用性について、以下の発言がなされた。

- ・望ましい保健活動、のあり方や、保健所の役割を再認識することができた。
- ・情報の分析はあまりできてなく、地域診断の必要性を実感した。
- ・個別対応はできているが、地域全体をみる視点の弱さを自覚した。
- ・人材育成の必要性を痛感した。
- ・地域の課題や改善策を明確にすることができた。

また、わかりづらかった点を説明し、評

価指標の活用を促すために、評価指標の目的と意義、評価の方法、評価指標のテーマ、各評価指標の評価の視点・方法・根拠等を記載した「評価マニュアル」を作成した。

今回の検証により評価指標の有用性が確認でき、また、改訂のための示唆が得られた。今後はさらに市型保健所での検証を行い、評価指標と評価マニュアルの有用性の検証を行う。

5) 感染症対策

4県の県型保健所の検証協力が得られた。

(1) 評価指標に関する意見

評価指標に関する意見としては、指標の意図することが掴みづらい・イメージしづらいや、意図を確認したいもの、保健所レベルでの情報より県レベルで集約したデータが無ければ判断できかねる等の意見が聞かされた。一方で、指標としての代替案の提示が活発になされた。その結果、指標の有用性は確認され、19の評価指標の表現を見直し、2項目を追加した。この修正を加えた73項目からなる評価指標を「評価指標（平成26年度版）案」を作成した。

(2) 評価の根拠となる情報・資料

協力保健所との検証で得られた評価に必要な情報・資料を集約し、また、結核登録者情報システム等感染症サーベイランスシステム（NESID）のデータや、疫学情報センターの結核管理図・指標値を考慮して評価に対する意見・提案・と評価の考え方・視点を検討し「評価マニュアル案」を作成した。

6) 難病保健

平成24年度に開発した40項目からなる難

病保健活動の評価指標シートを用いて、行政が主催するセミナーの参加者の中で検証協力の得られた88人の保健師を対象として、各評価指標項目を3段階で評価し、評価の根拠とした情報、資料について情報収集を行った。その結果、評価の低い項目やバラつきのある評価指標の表現の修正を行った。

次に難病担当者を対象としたセミナーを開催し、14保健所の保健師に、川村らによって見発されたアセスメントシート（様式1～4）を用いた難病に関する地域診断と難病保健活動評価等を行ってもらい、難病保健活動の経験のある者とそうでない者とアセスメントシートを活用（地域診断）した前後の評価指標の評価について比較検討した。

これらの結果から、難病の保健活動としては、難病患者・家族のグループ育成や、個別支援から共助の集団形成支援、また、地域住民を巻き込んだ支援や地域づくりへ発展させる活動は脆弱であることが伺えた。

評価指標の表現は法制度改正に伴い修正を必要とするが、その他には修正の必要性はなく、40項目の評価指標の有用性は検証された。また、アセスメントシートが地域診断として有効であることの示唆が得られた。

7) 産業保健

平成24年度に作成した産業保健における保健活動の質を評価するための指標案を用いて、産業保健に従事する保健師を対象に、実際の活動に適用させた聞き取り調査により評価指標の有用性の検証を行った。

検証協力者は研修会等に積極的に参加しているリーダー的立場の保健師で、

(a) 労働者や事業者等に労働衛生の専門知識も活用して(b)「保健師」の職能を意識して健康支援活動を行っていると思われる者5名(5事業所から各1名)とした。

検証に先立ち、評価指標全体に関する説明会とグループディスカッション(平成26年8月23日)を行い、実際の活動に適用させた個別の説明および検証調査(平成25年12月～平成26年2月)に実施した。

評価指標の検証の結果、評価する保健師の保健師の産業保健に関する造詣に加えて、業種、事業所の「労働衛生」「保健活動」に関する認識、保健師への役割期待、保健師の現場経験の幅の広さが連動して反映されたと考えられた。

評価指標の項目数は妥当であり、表現に、労働者の流動性を考慮し、現実的に推測できる結果の表現、主語(実施主体)の明確化、数量データに加えて連動する事象を併記することの必要性の示唆が得られた。

また、評価指標のワークシートに「改善点」の欄の有用性の意見が聞かれた。

評価マニュアルに関しては、保健師らしい活動の評価のためには、「個別と全体」と「定性と定量」の視点で評価することを促すものとすることの重要性が示唆された。

2. 評価指標を用いて組織で評価することの意義

それぞれの活動分野の担当者が評価指標を用いて共同して活動を振り返ることの効用として、以下の意見が聞かれた。

- ・それぞれの保健師が各自の業務の仕方を見直すことができ、個々の保健師の人材育成につながった。
- ・担当がそれぞれに評価結果を表明するこ

とで、それぞれの事業への取り組み方、それぞれの評価視点等に気き、共有でき、組織としての評価の視点を広げることによって役立った。

3. 現地向けに把握した保健師活動の動向

保健活動の分野を超えて評価指標検証シートの評価欄の評価結果に「いいえ」が目立ったものには以下のことが伺えた。

- ・「地域診断はしていない」「関係者からの情報の収集は行っているが、分析はできていない」等地域情報の分析・整理、地域の課題の洗い出しはあまりできていない。
- ・「個別的支援は関係者との事例検討も行き丁寧な支援しているが、個々の事例に共通する問題の整理、地域の課題は捉える視点に欠ける」
- ・「支援している事例の仲間との交流のニーズ、グループとして活動することのニーズの把握はなされてなく、グループ育成は概してなされていない」「患者会や家族会への支援は行っていない」
- ・担当者間で事業の見直し、計画策定はするが、利用者の参加、支援者である住民との参加や関係部門と連携して評価することは少ない」
- ・法制化されている関係者とのネットワークには関係者の参加があり連携は取れるが、地域の必要性から新たにネットワークや連絡会を起こすことはほとんどない。」等の声が聞かれていた。担当部門の個別支援に熱心に取り組んでいる様子が伺え、地域診断、情報分析、地域課題の把握、個から集団、地域へ連動させる等の保健活動はほとんどなされていない実態が伺えた。

D. 考察

保健活動の6分野と産業保健分野の評価指標を実際実践者に評価を行ってもらい評価指標の有用性について検証し、評価マニュアル作成に向け、評価の根拠となる情報や資料の収集を行った。

1. 評価指標の検証

1) 評価指標の有用性

領域により異なるが、評価指標の削除・統合・区分、あるいは追加の必要性が示され、実態に即した検討がなされたことで、精緻化が図られ指標の有用性を確認することができた。

指標の表現としては、自治体の規模や組織体制、あるいは事業所の目的により、活動の範囲が限定され、保健福祉の全体を把握することや、対象者の転出入が多いと対象を把握し難い等の特性があることを留意した指標の表現の必要性が明らかにされた。

2) 評価指標の評価方法

経年的な変化を把握するためには、項目によって、3段階（「はい」「どちらともいえない」「いいえ」）が適当と考えられるものと、5段階あるいは6段階（「大変そうである」「まあそうである」「どちらともいえない」「あまりそうでない」「そうではない」「該当しない」）が適当なものが考えられた。これらは今後の課題としたい。

2. 評価の前提条件

評価は、実態とあるべき姿のギャップをどのように認識するかで異なること、また、地域（事業所）診断に基づいた地域（事業所）の課題設定や組織診断が弱いと、課題解決のための活動評価につながり難いこと

が、領域を超えて示された保健活動の課題であった。言い換えるならば、保健活動の評価のためには、評価の根拠としての情報・資料等を揃える前に、それらの情報・資料や日常業務を通して地域（事業所）の実態、組織の実態を把握し、地域課題を捉えていることがなければ、活動の評価に成り得ないということである。

そこで、評価マニュアルには、地域（事業所）の実態を把握する「地域（事業所）診断の手引き」あるいは「地域アセスメント」がセットされることが不可欠であると考えられた。

本来、開発されるべき評価指標は、それぞれの地域で開発するべきもので、その参考となるものとして評価指標の観点あるいは視点を標準化した評価指標を提示することの重要性が再認識された。

E. 結論

平成24年度に開発した地域保健の6領域と産業保健領域の評価指標の検証を箇所の協力を得て行い、地域の実態に即し評価指標の有用性を検証することができた。今後

は地域（事業所）診断を推進させるツール等と標準化された評価指標を開発し、実践者が地域の課題を明らかにし、その課題解決を評価するための評価指標を各地域（地形所）に即して創出することを働きかけていくことが重要であることが明らかにされた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 第72回日本公衆衛生学会（三重）で地域保健の6分野の評価指標について報告した。

G. 知的財産権の取得状況

なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平野かよ子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第1報） 母子保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
藤井広美他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第2報） 健康づくり活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
石川貴美子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第3報） 高齢者保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P572	2013
山口佳子他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第4報） 精神保健福祉活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
小西かおる他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第5報） 難病保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013
春山早苗他	保健活動の質に関する評価指標の作成（第6報） 感染症保健活動	日本公衆衛生 雑誌	60(10)	P573	2013