

平成27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28（2016）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	-----	1
平野かよ子 (長崎県立大学)		
II . 分担研究報告書		
1 . 母子保健分野の評価指標の検証	-----	13
森本 典子 (長崎県立大学) 久佐賀真理 (長崎県立大学)		
福島富士子 (東邦大学) 平野かよ子 (長崎県立大学)		
2 . 健康づくり分野の評価指標の検証	-----	25
藤井 広美 (了徳寺大学)		
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証	-----	33
石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)		
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証	-----	43
山口 佳子 (東京家政大学)		
5 . 感染症対策分野の評価指標検証	-----	55
春山早苗 (自治医科大学)		
6 . 難病保健分野の評価指標の検証	-----	67
小西かおる (大阪大学大学院)		
7 . 産業保健分野の評価指標の検証	-----	75
大神あゆみ (大原記念労働科学研究所)		
資 料	-----	87
各分野の評価指標		
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	125

平成27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28（2016）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	-----	1
平野かよ子 (長崎県立大学)		
II . 分担研究報告書		
1 . 母子保健分野の評価指標の検証	-----	13
森本 典子 (長崎県立大学) 久佐賀真理 (長崎県立大学)		
福島富士子 (東邦大学) 平野かよ子 (長崎県立大学)		
2 . 健康づくり分野の評価指標の検証	-----	25
藤井 広美 (了徳寺大学)		
3 . 高齢者保健福祉分野の評価指標の検証	-----	33
石川貴美子 (神奈川県秦野市) 尾島 俊之 (浜松医科大学)		
4 . 精神保健福祉分野の評価指標の検証	-----	43
山口 佳子 (東京家政大学)		
5 . 感染症対策分野の評価指標検証	-----	55
春山早苗 (自治医科大学)		
6 . 難病保健分野の評価指標の検証	-----	67
小西かおる (大阪大学大学院)		
7 . 産業保健分野の評価指標の検証	-----	75
大神あゆみ (大原記念労働科学研究所)		
資 料	-----	87
各分野の評価指標		
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	125

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

母子保健分野の評価指標の検証

分担研究者 森本 典子 久佐賀真理 平野かよ子（長崎県立大学）  
福島富士子（東邦大学）

**研究要旨** 本研究の目的は、地域における母子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である。研究最終年度となる今年度は、これまでに研究者らが開発してきた評価指標について、全国 580 市区町村を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要性』及び評価マニュアルの有用性に関する郵送調査を行い、171 市区町村（回収率 29.5%）から回答を得た。その結果、『わかりやすさ』と『重要』との回答が共に 75%以上の評価指標を「標準化された評価指標」として抽出した。また、評価の記載方法や評価項目、評価マニュアルについての検証意見を基に論議し、32 項目からなる評価マニュアルが併記された評価指標を標準化された母子保健活動の評価指標として完成させた。今後は、この評価指標を政府統計等の報告事項に活用されるようにすることを課題とした。

研究協力者

濱田由香里（長崎県立大学）  
稗園砂千子（長崎県県央保健所）

**A. 研究目的**

本研究の目的は、地域における母子保健活動の質を評価するための標準化した指標を開発することである。

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

**B. 研究方法**

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

1年目の平成25年度は、平成22年度から24年度までの厚生労働科学研究「保健活動の質の評価指標開発」<sup>1)</sup>で作成した評価指標を基に追加した評価指標を用いて、9市町で評価指標の検証を行い、53項目からなる評価指標及び評価マニュアル（地域診断の手引

き合体版）を作成した<sup>2)</sup>。

2年目の平成26年度は、15市町村で、平成25年度の研究結果をふまえて改訂・作成した評価指標及び評価指標マニュアルを用いて検証し、45項目からなる評価指標及び評価指標マニュアルの改訂を行った<sup>3)</sup>。この年の特徴は、2年間の活動を年度毎に評価し、変化が見えるようにしたこと、「備考」欄を設け、評価することで明らかになった課題等が記載できるものとした点である。

3年目の今年度は、これまで開発してきた母子保健活動の評価指標の3つの目的を1つに集約し、3つの目的を包含した評価指標及び評価マニュアルを用いて以下の調査を行った。

**1. 調査方法**

平成 26 年度に改訂した評価指標及び評価指標マニュアルを研究班員で検討し、母子保健活動の評価指標の3つの目的である「子育て中の親が健康で安心して子育てができる」、「発達障害の早期発見・早期対応」、「児童虐待の早期発見・早期対応」を「子育て中の親が健康で安心して子育てが

る（発達障害・虐待の早期発見を含める）」に一元化、内容集約し、平成 27 年度調査用の評価指標及び評価指標マニュアルとした。

この評価指標と評価マニュアルを用いて、無作為抽出した全国 580 市区町村の母子保健担当保健師を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要性』及び評価マニュアルの有用性について調査を行った。

回答は、『わかりやすさ』については「5：わかりやすい、4：ややわかりやすい、3：どちらともいえない、2：ややわかりにくい、1：わかりにくい」、『重要性』については、「5：重要である、4：やや重要である、3：どちらともいえない、2：あまり重要でない、1：重要でない」の 5 件法で尋ね、評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』に関する意見や提案等の自由記述を求めた。

さらに、評価マニュアルについては、「1：役に立った、2：やや役に立った、3：どちらともいえない、4：あまり役に立たなかった、5：その他」の 5 件法で尋ね、評価マニュアルについての改善点等を自由記述により求めた。

## 2. 調査期間

平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月

## 3. 倫理的配慮

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されることがないようにすること、並びに回答の返送を持って調査への参加を同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 回収状況

調査票を送付した全国 580 市区町村のうち 171 市区町村から回答を得た（回収率 29.5%）。

回答を得た市区町村の人口規模別状況を表 1 に示す。

表 1 市区町村の人口規模別状況(母子保健活動分野)

人口	回収市区町村		全国市区町村割合
	数	割合	
1 万人未満	45	26.3%	25.0%
1 万人以上～3 万人未満	32	18.7%	28.9%
3 万人以上～5 万人未満	27	15.8%	16.6%
5 万人以上～10 万人未満	30	17.5%	15.5%
10 万人以上～20 万人未満	15	8.8%	8.0%
20 万人以上	22	12.9%	6.0%
合計	171	100%	100%

回答は、全都道府県からあり、市区町村の回答の人口規模別分布は全国の分布にほぼ一致した。

### 2. 評価指標について

1) 母子保健活動の評価指標の『重要性』と『わかりやすさ』

(1) 評価指標の『重要』について  
評価指標の「5：重要である、4：やや重要である」「3：どちらともいえない」「2：あまり重要でない、1：重要でない」の 3 段階でそれぞれの割合を図 1 に示す。評価指標の中で、重要である・やや重要である（以下『重要』と略す）の割合が最も高かった指標は、9「地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象（フォローの必要な対象）を把握している」であった。次に高かった指標は、1「市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」

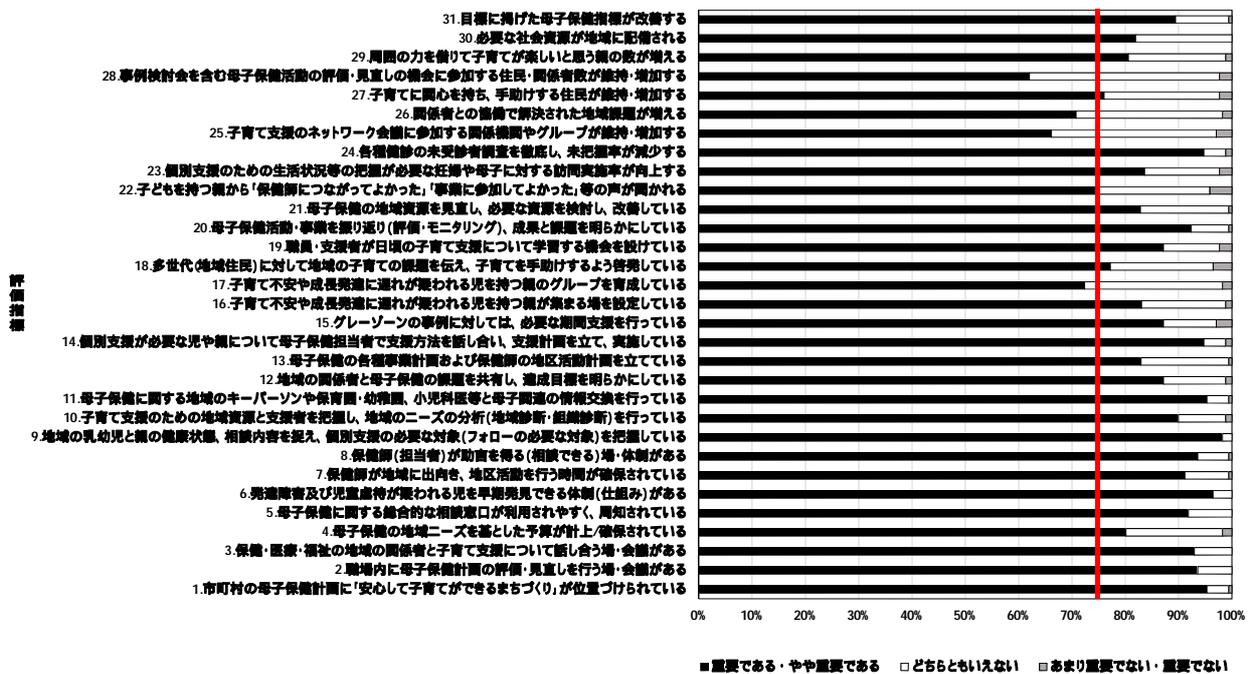


図1 『重要』(母子保健活動分野)

が位置づけられている」6.「発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある」11.「母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている」であり、個別支援、計画の位置づけ、早期発見のための体制(仕組み)、関係機関の情報交換に関する指標であった。一方、最も『重要』の割合が低かった指標は、28.「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」であり、次に低かった指標は、25.「子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する」といった住民・関係者も交えた協働に関する指標であった。

構造・活動の基盤の指標は、全て75%以上であったが、プロセスでは、17.「子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している」など「グループ育成」に関する指標の『重要』の割合

が低かった。結果については、22、25、26、28など「ネットワーク・協働」に関する指標の割合が低かった。

### (2) 人口規模別の『重要』の比較

人口規模別の『重要』の割合を表2に示した。

人口規模別で、『重要』の割合が低い指標が多いのは、10万人以上～20万人未満の自治体である。次に多いのは、5万人以上～10万人未満、3万人以上～5万人未満、次いで、20万人以上、逆に少ないのは、1万人以上～3万人未満及び1万人未満の自治体であった。

構造・活動の基盤では、『重要』が低い項目が3つあり、4、5、7の指標で「予算の計上/確保」「相談窓口の周知」「地区活動の時間の確保」に関する指標であった。これらの指標は全て10万人以上～20万人未満の自治体で低い指標であった。プロセスでは、13、16、17、18の指標など「事業・活動計画」「自主グループ育成、集まる場の設

定」「住民に対する啓発活動」「地域資源の見直し・改善」に関する指標で、10万人以上～20万人未満、5万人以上～10万人未満、3万人以上～5万人未満の自治体で低い指標であった。結果では、全体的に『重要』の割合が低い指標が多く、全自治体で低かった指標は、26.「関係者との協働で解決された地域課題が増える」と28.「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」という「協働」に関する指標であった。

(3)『重要』と『わかりやすさ』の比較

評価指標の中で、わかりやすい・ややわかりやすい(以下『わかりやすさ』と略す)の割合と『重要』について双方が75%以上の(Ab)と、どちらか一方が75%以上の項目(Ab, aB)と、双方が75%未満である項目(ab)に整理し、表3に示す。

『重要』『わかりやすさ』共に75%以上の指標(Ab)は10項目、どちらか一方が75%以上の指標(Ab)は16項目、(aB)は0、双方が75%未満である指標(ab)は、5項目であった。

『わかりやすさ』については、75%未満の指標が多く、『重要』に関しては、75%以上であるが、『わかりやすさ』は75%未満である項目(Ab)が、全体の52%を占めていた。

構造・活動の基盤の指標では、4.「予算の計上/確保」の『わかりやすさ』が50%台となっている。プロセスでは、10、18、21など「地域資源や支援者把握などの地域診断」に関する指標の『わかりやすさ』の割合が50%台で低かった。結果については、25、26、28など「ネットワーク・協働」に関する指標の『重要』『わかりやすさ』双方

の割合が低かった。

2) 評価指標に関する提案、意見、感想  
同上を表4に示す。

構造・活動の基盤では、4、5、6、7についての意見、提案があった。特に意見が多かった7.「保健師が地域に出向き、地区活動を行う時間が確保され、保健師の地区活動の意義が認識されている」は、件数や時間で評価することが適切なのか、客観的な視点の提示の必要性が挙げられていた。プロセスでは、10～16と20についての意見、提案、感想があった。13.「母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている」は、それぞれの計画は、別指標にした方がよいという提案、15.「グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている」は、グレーゾーンの事例の定義や必要な期間についての説明が必要であるとの意見であった。その他にも表現のあいまいさについての意見が多かった。結果については、22～24、26～30についての意見、感想があった。26.「関係者との協働で解決された地域課題が増える」は、解決された課題という表現がわかりにくいという意見があり、27.「子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する」は、評価指標として望ましいが、増加の程度の判断が難しいとの意見があった。また、28.「事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する」は、『重要』の割合が最も低い指標であるが、参加人数のみではなく、内容の評価も必要ではないかという意見があった。

全体的な感想、意見としては、「活動の振り返りになった」「業務の見直しの必要性を

再認識できた」「部門が分散しても必要な対策が抜けないう、また、重複しないように相互に役割分担を理解し、つながる体制を確認できる」など評価することの効用が挙がっていた。また、「今後、事業計画等を立案するときに不足している内容等を記載できる」「回答しにくい項目は、その市町の関係課間の連携上の課題でもある」など計画立案時の活用や組織上の問題提起にもなっていた。また一方、「質の評価が見えにくい」「子どもや母親の健康問題に対する評価指標も必要」などの意見が挙がっていた。評価指標の表現の『わかりやすさ』については、「回答者の基準で回答している」「『わかりやすさ』よりも『実施状況(成果)』の方がわかりやすい」など『わかりやすさ』を、『評価しやすさ』と捉えている意見があった。

### 3. 評価マニュアル(評価の手引き)について

#### 1) 評価マニュアル(評価の手引き)の有用性

評価マニュアルの有用性の割合を図2に示す。

評価マニュアルが役に立つ、やや役に立

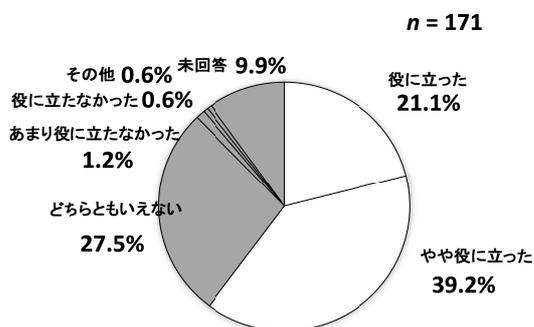


図2 評価マニュアル(評価の手引き)の有用性  
(母子保健活動分野)

つと回答した割合は60%であった。

#### 2) 評価マニュアル(評価の手引き)に関する提案、意見、感想

評価マニュアル(評価の手引き)に関する提案、意見、感想を表5に示す。

評価マニュアル(評価の手引き)に取り上げる評価対象や、その範囲について明確に記載するよう要望する意見があった。また、具体的な事例の提示や研修会開催の要望も挙がっていた。『重要』の割合が低かった17。「子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している」については、重要であることは認識しているが、自主化まではゴールが高すぎるとの意見であった。一方、結果の23。「個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する」については、訪問拒否など、その状況により虐待が疑われることも考えられるため訪問未実施の理由も把握していると記載されていた。

## D. 考察

### 1. 評価指標の精練

研究結果を基に、研究班員で論議し、見直しを行い(表6)32項目からなる母子保健活動の評価指標と評価マニュアルを文末の通りに改訂した。

#### 1) 評価指標の標準化

今年度の全国調査の回収率は、29.5%と低い、回答は全都道府県からあり、また、人口規模別分布は全国の分布に一致していたことから、全市区町村の状況を反映したものと考えられた。

『重要』、『わかりやすさ』が共に75%以上の評価指標については、標準化された指標とした。一方、『重要』は75%以上である

が、『わかりやすさ』が75%未満の指標については、自由記載の意見を踏まえ、表現を工夫、修正し、標準化できる指標とした。

また、『重要』が75%未満の指標は、「グループ育成」や「連携・協働」に関する指標であるという共通性があった。自由記述にもあるように『重要』については認識しているが、評価指標の内容を達成することが難しいと感じている意見や『わかりやすさ』を『評価しやすさ』と捉えた意見もあったことから、『重要』や『わかりやすさ』の理解が不十分であったことも考えられる。また、人口規模別の『重要』の割合では、10万人以上～20万人未満の自治体では、特に『重要』の割合が低い傾向にあった。自由記述にもあるように、人口規模が大きくなって部門が分散しても必要な対策が抜けないようにしたいとあり、連携・協働することが難しい体制下にあることも考えられる。一方、人口が1万人未満の自治体では、ほとんどの評価指標の『重要』は75%以上だったことから、各自治体における保健師の配置や体制も影響しているとも考えられた。今後の地域づくり、連携・協働の保健活動の質を示す指標としての『重要』も考え、研究班員との論議の末、これらの指標も残すこととした。

自由記述からは、評価指標を使って評価することの効用も明らかとなり、「活動の振り返り」、「業務の見直し」、「つながる体制の確認」、「事業計画立案時の活用」等のほかにも、「回答しにくい項目は、その市町の関係課間の連携上の課題である」など組織としての課題を見える化する指標であることも確認できた。一方、件数や時間のみではなくその他にも必要な評価指標の提示が

あり、今後も市区町村の母子保健担当者や関係者との協議を継続する必要性が示唆された。

そこで、今年度の評価指標と評価マニュアルは、経年比較ができる様式とした。また、表現の修正、評価指標の統合・分断し、最終の標準化された母子保健分野の評価指標は、構造・活動の基盤：8項目、プロセス：14項目、結果：10項目、計32項目とした。

## 2. 評価マニュアルの意義

今回の調査で明らかになった評価マニュアルの有用性は、役に立つ、やや役に立つが全体の60%であったこと、評価指標の『わかりやすさ』の割合が『重要』に比して低かったこと、表現のあいまいさについての意見が多かったことから評価マニュアルの充実に向けた取り組みが重要な課題であるといえる。また、昨年度は添付した地域診断の手引きを配布できず、評価指標で扱ってほしい評価の対象範囲を、より明らかに伝えることができなかったことも影響したと考えられる。しかし、中には、評価指標に追加して盛り込んでほしい内容の提案や実際工夫している評価内容の紹介もあり、このような取り組みの共有や研修会を開催することで標準化した評価指標の普及を図ることの重要性も示唆された。

## 3. 政策提言について

3年間の調査研究で開発した標準化された母子保健活動の評価指標と評価マニュアルは、保健活動の質を評価する上で重要な指標であることが確認された。これらの指標を全国に普及し、保健活動のあるべき姿を提示するためには、この評価指標を政策統計等の報告事項に活用することが重要で

あるとの結論に達した。

今回の全国調査の対象となった行政職員でもある市区町村の母子保健担当者にとって、自分達の活動の重要な指標の1つが政府統計等報告事項である。今回の調査においても「母子保健指標の改善」など、政府統計等の報告事項である評価指標の『重要』の割合は高かった。

一方、母子保健活動の対象の問題は、複雑、多様化し、他職種との協働が重要になった今日、保健活動のめざすべき姿が曖昧となっている。この課題を解決するためにも保健活動の質を表す指標を政府統計等の報告事項に活用することで、より明確とし、保健活動の質の向上につながり、ひいては地域住民のQOL向上に寄与するものと考え

る。そこで、今回の調査から『重要』の割合が75%以上の項目で、特に保健活動としての『重要』が高く、保健師の活動の独自性を表す評価指標として、12「地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている」、13「母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている」、14「個別支援が必要な児や親について母子保健担当で支援方法を話し合い、支援計画を立て実施している」、15「グレーゾーンの事例に対して必要な期間支援を行っている」、24「各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する」を挙げた。これらの指標は、保健師の活動を見える化する重要な指標であり、尾島<sup>4)</sup>が挙げた指標の評価基準においても妥当な指標である。今後は、政策統計の報告項目として適応可能性の検討をすることを課題とする。

## E. 結論

平成26年度に作成した指標を改訂した「母子保健活動の評価指標:平成27年度版」と評価マニュアルを用いて、全国580市区町村を対象に、評価指標の表現の『わかりやすさ』、指標としての『重要』及び評価マニュアルの有用性に関する郵送調査を行い、171市区町村(回収率29.5%)から回答を得た。その結果、『わかりやすさ』と『重要』との回答が共に75%以上の評価指標を「標準化された評価指標」として抽出した。また、評価の記載方法や評価項目、評価マニュアルについての検証意見を基に論議し、32項目からなる評価マニュアルを併記した評価指標を標準化された母子保健活動の評価指標として完成させた。今後は、この評価指標を政府統計等の報告事項に活用されるようにすることを課題とした。

## F. 引用文献・参考文献

- 1) 平野かよ子他:保健活動の質の評価指標開発,厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)平成22~24年度 総合研究報告書,2013.
- 2) 平野かよ子他:保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究,平成25年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書,2014.
- 3) 平野かよ子他:保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究,平成26年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業) 総括・分担研究報告書,2015.
- 4) 尾島俊之:Urban HEARTの枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発,医

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

G 研究発表

1. 第74回日本公衆衛生学会総会、長崎、  
2015.11

表2 人口規模別の『重要』の重要・やや重要の割合

(単位: %)

評価枠組	評価指標番号	評価指標	1万人未満	1万人以上 ～ 3万人未満	3万人以上 ～ 5万人未満	5万人以上 ～ 10万人未満	10万人以上 ～ 20万人未満	20万人以上
構造・活動の基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	96	100	96	93	93	91
	2	職場内に母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	91	94	93	97	93	95
	3	保健・医療・福祉の地域の関係者と子育て支援について話し合う場・会議がある	96	94	96	93	80	91
	4	母子保健の地域ニーズを基とした予算が計上/確保されている	80	91	81	77	53	86
	5	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている	91	100	93	93	73	91
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	93	97	96	100	93	100
	7	保健師が地域に向き、地区活動を行う時間が確保されている	87	97	96	93	73	95
	8	保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある	91	100	93	93	87	95
プロセス	9	地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローの必要な対象)を把握している	100	100	96	97	93	100
	10	子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている	88	97	93	80	93	91
	11	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	98	97	93	90	93	100
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	91	84	89	87	80	86
	13	母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	82	81	89	72	93	86
	14	個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	91	97	96	97	93	95
	15	グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている	89	97	81	90	60	91
	16	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している	76	91	89	83	67	91
	17	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	69	75	78	66	53	91
	18	多世代(地域住民)に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している	76	84	74	83	40	91
	19	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている	82	91	89	90	80	91
	20	母子保健活動・事業を振り返り(評価・モニタリング)、成果と課題を明らかにしている	87	88	96	100	100	90
	21	母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	82	84	74	83	87	91
結果1	22	子どもを持つ親から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる	75	78	81	70	80	64
結果2	23	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	84	88	89	80	80	77
	24	各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する	93	94	93	100	93	95
	25	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	76	66	56	70	40	73
	26	関係者との協働で解決された地域課題が増える	73	69	67	73	73	68
結果3	27	子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する	84	84	70	70	60	73
	28	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	69	66	63	57	53	55
	29	周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える	82	78	74	80	87	86
	30	必要な社会資源が地域に配備される	83	84	77	83	80	82
	31	目標に掲げた母子保健指標が改善する	84	84	93	93	93	95

注) 網掛けは「重要である」+「やや重要である」の回答率が75%未満の項目

表3 評価指標の『重要』と『わかりやすさ』

評価 枠組	評価指標 番号	評価 指標	重要性(%)							わかりやすさ(%)							分類		
			5	4	3	2	1	NA	計	5+4	5	4	3	2	1	NA		計	5+4
構造・ 活動の 基盤	1	市町村の母子保健計画に「安心して子育てができるまちづくり」が位置づけられている	73.1	22.2	4.1	0.6	0.0	0.0	100.0	95.3	53.2	28.1	15.2	2.3	0.6	0.6	100.0	81.3	AB
	2	職場内に母子保健計画の評価・見直しを行う場・会議がある	62.6	31.0	6.4	0.0	0.0	0.0	100.0	93.6	50.3	26.3	14.0	5.3	3.5	0.6	100.0	76.6	AB
	3	保健・医療・福祉の地域の関係者と子育て支援について話し合う場・会議がある	64.9	27.5	7.0	0.0	0.0	0.6	100.0	92.4	49.1	27.5	16.4	5.8	1.2	0.0	100.0	76.6	AB
	4	母子保健の地域ニーズを基とした予算が計上/確保されている	48.5	31.6	18.1	1.8	0.0	0.0	100.0	80.1	28.1	26.9	31.6	12.9	0.6	0.0	100.0	55.0	Ab
	5	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている	64.9	26.9	8.2	0.0	0.0	0.0	100.0	91.8	39.2	33.9	23.4	1.8	1.8	0.0	100.0	73.1	Ab
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	74.9	20.5	3.5	0.0	0.0	1.2	100.0	95.3	45.0	38.0	12.3	2.9	1.2	0.6	100.0	83.0	AB
	7	保健師が地域に向き、地区活動を行う時間が確保されている	61.4	29.2	8.2	0.6	0.0	0.6	100.0	90.6	35.1	26.9	27.5	9.4	1.2	0.0	100.0	62.0	Ab
	8	保健師(担当者)が助言を得る(相談できる)場・体制がある	57.9	35.7	5.8	0.6	0.0	0.0	100.0	93.6	31.6	33.9	21.6	9.4	3.5	0.0	100.0	65.5	Ab
プロセス	9	地域の乳幼児と親の健康状態、相談内容を捉え、個別支援の必要な対象(フォローの必要な対象)を把握している	76.0	21.6	1.8	0.0	0.0	0.6	100.0	97.7	50.9	36.3	8.8	2.9	0.0	1.2	100.0	87.1	AB
	10	子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている	53.2	35.7	8.8	1.2	0.0	1.2	100.0	88.9	24.0	35.1	31.0	7.0	1.8	1.2	100.0	59.1	Ab
	11	母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている	63.2	32.2	4.1	0.6	0.0	0.0	100.0	95.3	43.9	38.0	12.9	4.7	0.6	0.0	100.0	81.9	AB
	12	地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	43.3	43.9	11.7	1.2	0.0	0.0	100.0	87.1	25.1	38.0	29.2	5.3	2.3	0.0	100.0	63.2	Ab
	13	母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている	47.4	35.1	16.4	0.6	0.0	0.6	100.0	82.5	29.2	31.6	29.2	6.4	2.9	0.6	100.0	60.8	Ab
	14	個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	68.4	26.3	4.1	1.2	0.0	0.0	100.0	94.7	50.3	32.7	10.5	4.7	1.2	0.6	100.0	83.0	AB
	15	グレーゾーンの事例に対しては、必要な期間支援を行っている	52.6	34.5	9.9	2.9	0.0	0.0	100.0	87.1	29.2	35.1	23.4	11.1	1.2	0.0	100.0	64.3	Ab
	16	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している	48.5	34.5	15.8	0.6	0.6	0.0	100.0	83.0	45.0	32.2	11.7	5.3	5.8	0.0	100.0	77.2	AB
	17	子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	33.9	38.0	25.7	0.6	1.2	0.6	100.0	71.9	32.7	28.7	22.8	7.6	8.2	0.0	100.0	61.4	ab
	18	多世代(地域住民)に対して地域の子育ての課題を伝え、子育てを手助けするよう啓発している	32.7	44.4	19.3	2.9	0.6	0.0	100.0	77.2	24.6	34.5	26.9	10.5	3.5	0.0	100.0	59.1	Ab
	19	職員・支援者が日頃の子育て支援について学習する機会を設けている	46.8	40.4	10.5	1.8	0.6	0.0	100.0	87.1	37.4	35.1	20.5	3.5	2.9	0.6	100.0	72.5	Ab
	20	母子保健活動・事業を振り返り(評価・モニタリング)、成果と課題を明らかにしている	59.6	32.2	7.0	0.0	0.6	0.6	100.0	91.8	34.5	35.7	21.1	7.0	1.8	0.0	100.0	70.2	Ab
	21	母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	43.3	38.6	16.4	0.6	0.0	1.2	100.0	81.9	26.3	30.4	34.5	5.8	1.8	1.2	100.0	56.7	Ab
結果1	22	子どもを持つ親から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった、等の声が聞かれる	44.4	29.8	21.1	3.5	0.6	0.6	100.0	74.3	38.6	26.3	27.5	5.3	0.6	1.8	100.0	64.9	ab
結果2	23	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	51.5	32.2	14.0	2.3	0.0	0.0	100.0	83.6	38.0	30.4	21.6	8.8	0.6	0.6	100.0	68.4	Ab
	24	各種健診の未受診者調査を徹底し、未把握率が減少する	77.8	17.0	4.1	0.6	0.6	0.0	100.0	94.7	71.3	22.2	4.7	1.2	0.0	0.6	100.0	93.6	AB
	25	子育て支援のネットワーク会議に参加する関係機関やグループが維持・増加する	27.5	38.6	31.0	1.8	1.2	0.0	100.0	66.1	25.7	29.8	34.5	8.2	1.8	0.0	100.0	55.6	ab
	26	関係者との協働で解決された地域課題が増える	28.7	42.1	27.5	1.2	0.6	0.0	100.0	70.8	18.1	29.2	41.5	8.8	2.3	0.0	100.0	47.4	ab
結果3	27	子育てに関心を持ち、手助けする住民が維持・増加する	37.4	38.6	21.6	1.8	0.6	0.0	100.0	76.0	19.9	28.7	35.1	12.9	3.5	0.0	100.0	48.5	Ab
	28	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	24.6	37.4	35.7	1.8	0.6	0.0	100.0	62.0	18.7	28.1	42.1	8.8	2.3	0.0	100.0	46.8	ab
	29	周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える	45.6	34.5	18.1	0.6	0.6	0.6	100.0	80.1	31.0	29.8	29.2	5.3	4.7	0.0	100.0	60.8	Ab
	30	必要な社会資源が地域に配備される	42.1	37.4	17.5	0.0	0.0	2.9	100.0	79.5	25.1	32.7	28.7	9.9	2.3	1.2	100.0	57.9	Ab
	31	目標に掲げた母子保健指標が改善する	58.5	30.4	9.9	0.6	0.0	0.6	100.0	88.9	45.6	31.6	18.7	2.3	1.2	0.6	100.0	77.2	AB

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

表4 母子保健活動の評価指標に関する提案、意見、感想

評価枠組	評価指標	評価指標についての自由記載欄	
構造・活動の基盤	4	母子保健のニーズを基とした予算が計上/確保されている 「ニーズを基にした予算」の確保とは何を示すのかあいまい、補助金活用が独自予算か、また規模についての指標が示せるとよい 予算がなくても地域ニーズに対応することは可能。	
	5	母子保健に関する総合的な相談窓口が利用されやすく、周知されている 「利用されやすく、周知されている」周知したことは報告できても「利用しやすい」かどうかの評価までできていないのではないか。	
	6	発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある 「発達障がい」と「児童虐待の早期発見」の体制については別々の項目に立てた方がよい。	
	7	保健師が地域に向き、地区活動を行う時間が確保されている	訪問からのアセスメントで施策化、事業化され、目的が達成されているものもある。訪問は支援の手段の一つであると思う。確かに地区活動でアセスメントすることは大切だが、件数や時間で評価の視点をもつことが適切なのか疑問。
			評価しづらいのではないかと、客観的な視点を提示しないと、主観で評価してしまう可能性がある。
			件数での判断は時間と比例しない。
	プロセス	10	子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている 住民との協働、地区組織との連携支援等、具体的な活動をする前の保健師の働きについて評価できるのは、
11		母子保健に関する地域のキーパーソンや保育園・幼稚園、小児科医等と母子関連の情報交換を行っている 大変意味のあることと思う(感想)	
12		地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている もう少し地域の関係者との協働による活動で、地域がどう変化したかをみる評価指標等があればよいと思う。	
13		母子保健の各種事業計画および保健師の地区活動計画を立てている 事業計画と地区活動計画と 別の質問の方が良い	
14		個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している 業務担当と地区担当については、自治体の大きさや考え方でとらえ方が違うのではないかと。	
15		グレーゾーンの事例に対しては必要な期間支援を行っている	グレーゾーンの事例について～どのような事例が該当となるのか。
			必要な期間のとらえ方が個別に違うと思うが、評価指標としての「わかりやすさ」と結びつけにくいと思った、必要な期間とは必要な期間というのはあいまい 「グレーゾーンの事例」について、定義が難しい。
16		子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親が集まる場を設定している 集まる場があいまい	
20	母子保健活動・事業を振り返り(評価・モニタリング)、成果と課題を明らかにしている 評価モニタリングが実際どうやって行えるのか、評価はこの評価指標を使うのか。		
結果	22	子どもを持つ親から「保健師につながってよかった」「事業に参加してよかった」等の声が聞かれる 事業は多岐にわたる 親からの声を反映し、評価する視点はとても大切と感じた。(感想)	
	23	個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する 発達障害、虐待、グレーゾーン以外の訪問のことか、同じことではないかと。	
	24	各種健診の未受診者調査率が向上する 未受診対応については調査というよりも母子保健活動の一環としてのフォローになる	
	26	関係者との協働で解決された地域課題が増える	解決された課題というのがわかりにくい
			評価むずかしい。(感想)
	27	子育てに関心を持ち、手助けする住民が増える 評価指標のようになることが望ましいことは、とても理解できる。しかし、評価の際に、個々、団体等の増加の程度を判断することが難しい。広げようと思うと関係部署もすぐ多いし、何をどのようにカウントするかがわかりにくい。	
	28	事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直し機会に参加する住民・関係者数が増える 多くの関係者の協力を得るという意味では、参加人数での評価もありかと思うが、内容の評価はどうしたらいいのでしょうか？	
	29	周囲の力を借りて子育てが楽しいと思う親の数が増える 楽しいと思うと手助けがあるはそれぞれ別の項目では？	
30	必要な社会資源が地域に配備される 21と同じではないかと、確認することと実態把握することは違うのか。 必要ながわかりにくい		
全体	感想・意見等	<p>具体的だったのでわかりやすかった。視点が活動の振り返り、気づきにもなる。</p> <p>困難事例への支援etc.質の評価がみえにくい。</p> <p>子どもの健康課題(食・生活リズム、睡眠、歯科保健、体力等)に対する評価指標</p> <p>母親の健康課題(妊娠中、産後)に対する評価指標</p> <p>人口規模が大きくなると、母子に関わる部門も分散します。そのことで必要な対策が抜けにくい、また同じような事を二重にする必要はないので、うまく役割分担を相互にわかりやすく、そしてつながるような体制について、確認できるものがあればよい。</p> <p>結果について、客観的な評価ができるよう現状の業務の見直しが必要だということを再認識しました。評価のための研修など今後開催してほしい。</p> <p>現状の評価をする際、あてはまらない項目もあり、評価に悩むところがあったが、今後、事業計画等を立案するには今まで不足していた内容等もれなく記載することができ、有効だと思う。</p> <p>評価指標は「わかりやすさ」より、実施状況(成果)のほうがわかりやすく回答しやすいように思う。</p> <p>母子保健分野だけでは、把握できない項目もあり、「わかりやすさ」の基準は回答者の主観で回答している。</p> <p>自治体によっては、業務の役割分担(保健課、子育て支援課、福祉課など…)されていると、回答しにくい項目がある。その点は、その市町関係課間の連携上の課題でもあられる。</p>	

表5 母子保健活動の評価マニュアル(評価の手引き)に関する提案、意見、感想

評価枠組	評価指標	評価マニュアル	評価マニュアル(評価のてびき)についての自由記載欄
構造	6 発達障害及び児童虐待が疑われる児を早期発見できる体制(仕組み)がある	母子保健手帳交付時のスクリーニングシート、医療機関との連携体制、乳幼児健診のチェックシートや専門職の配置などについて確認する。また、従事者のスクリーニングのための力量を高める現任教育体制があるかも確認する。	妊産婦や専門職の配置がすなわち発達障害及び虐待予防の早期発見とされることに違和感がある。
プロセス	10 子育て支援のための地域資源と支援者を把握し、地域のニーズの分析(地域診断・組織診断)を行っている		根拠資料が適当でないように思う (根拠・資料)子育てグループ等との会合の記録 子育てガイドブック 等
	12 地域の関係者と母子保健の課題を共有し、達成目標を明らかにしている	関係機関とは保健所、医療機関、保育園、幼稚園、児童委員、母子保健推進員、通所施設等で、これらの機関と課題について達成目標の合意形成を図っているか確認する。	関係機関の示す範囲が広い
	14 個別支援が必要な児や親について母子保健担当者で支援方法を話し合い、支援計画を立て、実施している	担当者でフォローケースを確定し、フォローの方法、頻度を協議し、フォロー結果を共有しているか確認する。母子保健担当者は地区担当も含める。	グレーゾーンや個別支援が必要な母子に対して、具体的にどのような支援が成果をあげているのか、それから「成果」を何をもって評価すればいいのか、研究していただけると、どのような母子保健計画を立てていくかの参考になる。
	15 グレーゾーンの事例に対しては長期的な支援を行っている	グレーゾーンの事例とは発達の遅れが確定してなく、福祉や医療のサービスが給付される条件を満たしていない事例等を指す。必要な期間とは、問題は明らかになり、親等が保健部門の支援を必要としないまでの期間である。	保健部門以外での支援の有無は？
	17 子育て不安や成長発達に遅れが疑われる児を持つ親のグループを育成している	親のグループ育成のニーズを把握し、グループ化へ向け支援を行っている。あるいは、集まる場の設定のみならず自主的な交流を促しているか確認する。	乳幼児期はこどもの成長発達に伴い、コミュニケーションのとり方や遊びが変わること、また、お母さんたちも余裕のないなかで、場の設定やグループ活動は重要ですが、自主化まで含めるのはゴールが高すぎる
	21 母子保健の地域資源を見直し、必要な資源を検討し、改善している	福祉、医療機関を含めた関係者で資源及び制度の不備・不足について検討する機会を持ち、改善を図っているか確認する。	圏域によって医療施設の整備状況が異なる。小児科・産科のない地域は、どう評価すればよいか
結果	23 個別支援のための生活状況等の把握が必要な妊婦や母子に対する訪問実施率が向上する	評価指標6、15と関連し、生活状況や成長発達の把握が必要なケースに必要な期間訪問が実施されているか確認する。フォローすべき人を拾い上げるだけでなく、訪問により必要な期間の支援がなされている割合を把握する。	訪問未実施の理由が把握されている。(訪問を拒否したり、その理由や状況により虐待が疑われることも考えられるため)
	28 事例検討会を含む母子保健活動の評価・見直しの機会に参加する住民・関係者数が維持・増加する	母子保健活動の評価・見直しの機会とは、個々の母子保健事業終了時の利用者の声、母子保健推進員の評価を指し、そこに参加する住民(児童委員・母子保健推進員)や保育士、産科・小児科医の参加数を確認する。	「住民(児童委員、母子保健推進員)」とあるが、一般市民とは違うため関係者と考えるべきではないか。 根拠・資料の欄について、具体的な内容を示していただくと評価しやすい
全体	感想・意見等	乳児健診についてということだと思うが、何の健診なのか少し判断に迷った。評価指標にある「各種健診」の具体的な例をマニュアルの内容に入れていただくと理解しやすい。 評価指標だけでは理解することが難しいが、てびきで具体例や説明があるとイメージができる。 保健師業務に必要なことが、評価の考え方に記されており、調査に回答しながら勉強になった。	

表6 母子保健活動の評価指標と評価マニュアルの見直し

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

健康づくり分野の評価指標の検証

分担研究者 藤井広美（了徳寺大学健康科学部看護学科）

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

## A. 研究目的

本研究は、健康づくり活動の質を評価するための標準化した指標を開発することである。平成 27 年度は、平成 26 年度までに作成した「健康づくり活動評価指標：平成 27 年度版」<sup>1)</sup>と評価マニュアルを用い、全国の市町村を対象として、評価指標の「わかりやすさ」と「重要性」および評価マニュアルの有用性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

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

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

### 2. 調査期間

調査期間は、平成 27 年 10 月～平成 28 年 1 月であった。

### 【倫理的配慮】

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されないことを文書で説明し、調査票の返送をもって同意したとみなすこととした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承諾を得て行った。

## C. 研究結果

### 1. 回収状況

配布数 580 通、回収数 182 通、回収率 31.4%

であった。回答機関の概要については、表 1 の通りであった。

表 1 回答機関の概要

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

## 2. 評価指標のわかりやすさと重要性

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

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

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

った。

## 3. 評価指標に対する意見

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

## 4. 評価マニュアルに対する意見

評価マニュアルの有用性については、役に立つ 32.7%、やや役に立つ 49.7%、どちらともいえない 15.8%、あまり役に立たない 10.6%、役に立たない 1.2%であり、約 8 割の回答機関より「役に立つ」、「やや役に立つ」と評価された。主に評価された点は、評価の考え方や視点が分かったということであった。また、単にマニュアルに沿って評価するだけでなく、それぞれの項目についてスタッフ間で討議することがスキルアップにつながるとの意見や評価指標の活用により自組織の経年変化や他市町との比較ができたり、予算確保や政策提言にも役立てたりできることへの期待も寄せられた。一方で、「活動を評価して改善していく必要は認識しているが、日々の業務に追われて振り返りもできていないのが現状である」、「現状把握ができておらず評価が困難である」、「評価が保健師個人の資質の問題にされがちであり組織全体の方針を反映できるようなマニュアルであって欲しい」など、活動評価を実施していく上での課題もあげられた。

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

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

## D．考察

### 1．調査結果に基づく評価指標の検討

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

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

**評価指標 35** (糖尿病等の)治療中断者が減少する。

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

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

づくり活動の評価指標」を文末に示した。

### 2．調査結果に基づく評価マニュアルの検討

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

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

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

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

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

### 3．標準化された評価指標について

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

準化された評価指標を提示した。各自治体はこれらの評価指標を活用して、地域課題の即した評価指標を創出することを期待したい。

#### 4. 政策提言

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

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

会議を開催した」等を保健活動の質の評価指標として、活用されることを期待した。

#### E. 結論

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

#### F. 引用・参考文献

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

#### G. 研究発表

##### 1. 学会発表

第 74 回日本公衆衛生学会総会、長崎、2015.11

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

高齢者保健福祉分野の評価指標の検証

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

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

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

## A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための標準化した指標を開発することである。平成 27 年度は、『平成 27 年度に作成した高齢者保健福祉分野の保健活動を評価するための評価指標案（以下、「27 年度版評価指標」という）』について、全国の市区町村を対象とし、「わかりやすさ」と「重要性」及び、評価マニュアルの有用性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

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

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

### 2. 調査対象と調査項目

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

回答方式は、「わかりやすさ」については「5：わかりやすい、4：ややわかりやすい、3：どちらともいえない、2：ややわかりにくい、1：わかりにくい」、「重要性」については、「5：重要である、4：やや重要である、3：どちらともいえない、2：あまり重要でない、1：重要でない」の 5 段階択一式とし、自由

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

### 3. 調査期間

調査期間は、平成 27 年 10 月から平成 28 年 1 月である。

#### 【倫理的配慮】

調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答自治体が特定されることがないようにすること、並びに回答の返送を持って調査への参加を同意したとみなすことを調査依頼文に明記し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 回収状況

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

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

表 1 市町村の人口

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

表 2 地域包括支援センターの委託状況

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

## 2. 「わかりやすさ」及び「重要性」

### 1) 選択肢による回答

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

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

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

表 4 わかりやすさと重要性 n = 202

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

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

また、「重要である」「やや重要である」

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

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

## 2) 自由意見

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

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

### 3. 評価マニュアル

#### 1) 選択肢による回答

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

表6 評価マニュアルを読んだか n = 202

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

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

表7 評価マニュアルの有用性 n = 187

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

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

る」が107件(62.9%)、「何を計上すればよいのか、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる」が93件(54.7%)、「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が110件(64.7%)、無回答は24件(14.1%)であった。その他の意見は12件(7.1%)で、表8のとおりであった。

表8 評価マニュアルが役に立つと思う意見

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

#### 2) 評価マニュアルの改善点

評価マニュアルの改善点についての意見は、表9のとおりであった。

表9-1 評価マニュアルの追加・改善点

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

表 9-2 評価マニュアルに対する意見

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

#### 4. 「27 年度版評価指標」に対する意見

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

表 10 「27 年度版評価指標」への意見

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

#### D. 考察

##### 1. 「27 年度版評価指標」のわかりやすさと重要性

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

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

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

評価事例を示すなど、評価マニュアルも改善する必要があると示唆された。

## 2. 評価マニュアルの有用性

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

### 1) 高齢者保健福祉分野の保健師活動

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

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

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

### 2) 組織内での高齢者保健福祉活動

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

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

高齢者保健福祉活動の効果を、数的に

評価することが難しい。

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

保健師であれば、これまでの経験から、関連情報の収集、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、住民活動の活性化となるよう活動していくべきである。

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

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

## 3. 「27年度版評価指標」の活用方法

### 1) 高齢者保健福祉分野での保健師活動の全体の振り返りに活用

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

## 2) 職場内での高齢者保健福祉活動の進行管理に活用

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

## 3) 保健師研修での活用

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

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

## 4) 異動直後や経験が浅い保健師の活動指針としての活用

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

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

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

## 5) 高齢者保健福祉分野における保健師の人材確保や適正配置に向けて発信

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

## 4. 評価指標の活用についての政策提言

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

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

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

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

リレーション活動支援事業」が創設された。

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

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

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

## 5. 高齢者保健福祉分野における標準化された評価指標

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

### E. 結論

「27 年度版評価指標」及び評価マニユ

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

### F. 引用・参考文献

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

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

3) 平野かよ子他：保健活動の質の評価指標開発，厚生労働科学研究費補助金（政策総合研究事業）平成 22～24 年度 総合研究報告書，2013

### G. 研究発表

第 74 回日本公衆衛生学会、長崎、2015.11 に発表

### H. 知的財産権の取得状況

なし

精神保健福祉分野の評価指標の検証

分担研究者 山口佳子（東京家政大学看護学部看護学科）

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

**A. 研究目的**

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

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

**B. 研究方法**

本研究は、平成25年度から27年度までの3年間の調査研究である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

調査期間は、平成27年10月から平成28年1月までであった。

### 【倫理的配慮】

調査協力依頼文に、調査への不参加によって不利益を生じないこと、調査結果の公表に際しては回答機関が特定されないことのないよう配慮することを記載し、回答をもって同意とみなした。本調査は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

## 2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

評価指標及び評価指標マニュアルを用いて、E県F保健所並びに管内のG市及びH市にそれぞれ評価してもらったのち、評価結果を持ちより、研究参加者及び分担研究者で話し合うことにより、指標のわかりやす

さや重要性、評価に用いた情報及びその収集方法、評価を行う上での課題や解決策、評価結果の活用方法等についてききとり調査を行った。

1)平成27年7月、エクセルで作成した評価指標の入力シート（以下、評価シート）及び評価指標マニュアルをF保健所宛に電子メールで送付し、G市、H市にはF保健所から配信してもらった。

2)平成27年8月6日（木）10:00～12:15

F保健所の調整により、F保健所、G市、H市の研究参加者にF保健所に集ってもらった。分担研究者から評価指標の趣旨や内容について説明したのち、質疑応答・意見交換を行った。

3)平成27年12月15日（水）

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

4)平成27年12月18日（金）9:00～11:55

5)平成28年1月27日（水）13:45～16:15

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

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

2)4)5)の話し合いで出された意見は、分

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

表1 研究参加者の概要

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

#### 【倫理的配慮】

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

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

## C. 結果

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

#### 1) 回答者の属性

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

#### 2) 評価指標について

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

#### (1)未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

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

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

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

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

## (2)自殺予防

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

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

## (3)全体

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

評価に必要な情報の収集については、「管内の医療、福祉の状況を把握すること

は、地区診断やケアシステムを構築する上で大変重要と認識している。しかし、実際は、医療機関や事業者が個別事例を支援する 경우가多く、全体の件数を把握することは、大変困難なように思える」「保健所以外の活動を把握するのが難しいと感じた。関係機関に情報を求めるのか、把握している情報で行うのか判断できるように記載してあると良いと感じた」等〈保健所以外の活動については把握が困難〉27件であった。

また、「受療支援という項目が地域保健事業報告にはないため、評価をするためには新たに台帳に加える必要がある。また関係機関との連絡はコーディネートにあたり、現在数が計上されておらず、新たに集計をする必要が生じる」「アンケートに答える際、記録を見直さないとわからない内容は回答が難しい。（人事異動があるので）年度内に実施した分なら可能と思うが」等、〈数値の把握が困難〉も14件抽出された。この他、〈既存の統計報告とリンクできるとよい〉も5件抽出された。

さらに、「このような視点をもってデータを集めれば保健所の協議会等の資料として活用できると感心したが、項目が多いと思った」「保健師活動を目にみえる形で評価できるのはとても有意義だと思う。しかしこの評価指標を計上する業務量が確保できない現状もある」等、〈評価指標の項目が多い・評価に時間がかかる〉が19件抽出された。

評価における判断については、指標16等、評価者が主観的に判断する必要がある項目について〈評価者によって判断が分かれる〉が13件抽出された。

また、受療支援については、未治療・治

療中断の精神障害者には人格障害や発達障害等を含むのか、治療中断予防とはどこまで含めるのか等、自殺予防については、自殺予防活動や自殺のハイリスク者、住民や関係者をどう定義するか等、＜評価対象の定義の明確化が必要＞12件も抽出された。

評価指標のわかりやすさについては、「日頃、評価の視点で情報把握していたことが、評価指標として整理されていてわかりやすかった」という肯定的な意見がある一方で、文章が長くてわかりづらいという意見もあった。なお、「わかりやすさで『1.わかりにくい』としているのは、意味はわかるが回答困難ということでチェックしている」との記述もあり、質問の趣旨とは異なり、「評価しやすさ」を回答したものが含まれていることがわかった。

重要性については、「地域の課題など評価するには大切な視点が入っていると感じた」等の肯定的な意見もあった。

### 3) 評価指標マニュアルについて

精神保健福祉分野の評価指標マニュアルはA4版35ページに及ぶため、別冊にして調査票と一緒に送付した。

調査票回答時に評価指標マニュアルをどの程度読んだか、選択肢でたずねた結果を表3に示す。「2.全体を斜め読みした」46.5%、「3.わかりにくかった部分だけ読んだ」37.8%の順が多かった。

評価指標マニュアルは役に立つと思うかたずねた結果、表4に示すように、「1.役に立つと思う」または「2.やや役に立つと思う」が9割近くを占めた。

評価指標マニュアルがどのような点で役に立つと思うか、複数回答でたずねた結果を表5に示す。「2.何を計上すればよいの

か、どのような状態が該当するのかが具体的にわかる」「1.評価指標が何を意図しているのかわかる」はいずれも半数を超えており、「3.評価指標の活用方法についてヒントが得られる」についても半数近くが選択していた。自由記述でも、「評価指標マニュアルを参考に日頃の保健活動を見直すきっかけとなった。本市で実施している評価では不十分であり多面的な指標マニュアルはとても参考になった」「精神保健福祉分野では質の評価指数を考えることが難しいと感じていたので、事業評価する際に大変参考になる」「具体的に記載があるので自らの勘違いに気付く機会になった」「地域保健・健康増進事業報告の活用方法や集計での注意点が記載されており、とても参考になった」等、参考になったという意見が抽出された。一方で、「マニュアルのボリュームがありすぎる」「他分野のように指標欄に評価の情報源があれば、マニュアルを見比べなくてもいい」等の意見もあった。

## 2. 県型保健所及び管内市町村による評価指標及び評価指標マニュアルの利用に関する調査

### (1) 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援

「受療支援」については「病名不明や、精神障害者保健福祉手帳を持っていないケース等については保健センターが同行受診等の支援を行っている。精神科医療につながった後や、手帳取得者に対しては障がい福祉課が対応している」等、市町村でも日常的に幅広く取り組まれており、どのようなケースを「受療支援」として計上するかが課題となった。

「構造」に関する指標1～3については、保健所のみ評価することにしていたが、G市から「障がい福祉課では保健師が家庭訪問するための交通費等は庶務予算の中に含まれている。将来的に予算要求するためにも、市町村でも予算に関する評価指標があった方がよい。具体的な内容は備考欄に書く」との意見が出された。

個別ケースに対する受療支援の指標1～11は、働きかけた人数等を具体的に計上する必要があるが、「受療支援」は地域保健・健康増進事業報告等、国への報告事項に位置づけられていないため、保健所も市町村も集計していない。F保健所では、精神保健福祉に関する相談が年間千件を超えていることから、援助記録を読み返して該当者を抽出し、集計することは困難である。また、E県の保健所では、国への報告様式に沿って県精神保健福祉センターが作成している県内共通の報告様式を使っているため、F保健所が独自に項目を増やすことができない。そこで、保健所から「報告様式を変えるのではなく、ケース台帳に『未治療・治療中断の受療支援』の欄を追加する等して、保健所として集計できるようにするとよい」との提案がなされた。

指標「16.保健所が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開には至らない精神障害者について、保健所または保健所以外が行う受療支援に対する精神障害者本人・家族・住民のいずれかの言動が肯定的になった」については、「当該年度に関わった人がどうなったかは、単年度で評価していかないとわからなくなる」「単年度では変化は見えにくい」「関わる回数が少ないと変化をつかみづらい」「個々

のケースの変化よりも、関係機関とのネットワークについて評価する方がよい」等さまざまな意見が出された。議論の結果、この指標は削除し、指標「17.保健所が何らかの方法で受療支援を行ったが精神科治療の開始・再開に至らない精神障害者について、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した」のみでよいこととした。

## (2)自殺予防

自殺予防については、2市とも積極的に取り組んでおり、市の研究参加者から、指標「24.自殺予防に組織横断的に取り組む体制がある」について「市内だけでなく市外との連携についても項目を追加するとよい」等、具体的な案が多数出された。

指標32～34の「自殺のハイリスク者」は、自治体によって計上したケースが異なっており、どのようなケースを計上するかが議論となった。研究参加者からは、人数ではなく、どのようなケースを計上したか記述する方法が提案された。

指標「42.自損行為に対する救急車の出動件数が減少した」については「市から消防に問い合わせるとすぐに数値が出てくる」「『予防』という観点からは、この指標は残した方がよい」との意見があった。

## (3)受療支援と自殺予防に共通する構造

平成25年度の研究成果から、受療支援と自殺予防に共通する「構造」に関する評価指標を作成し、平成26年度の調査から導入した。平成27年度は、回答者の負担を考慮して研究方法1の調査項目には含めず、研究方法2で研究参加者に実際に評価してもらったのち、話し合いを行った。

「共通5.精神保健福祉士」については、E県保健所で精神保健福祉業務に従事して

いる福祉職は精神保健福祉士とは限らず、他にも同様な自治体があると思われるため、「精神保健福祉士等、福祉職」と表現を修正する必要性が提案された。

「共通7.精神保健福祉活動に関わる主な社会資源1)医療機関(1)措置入院が可能な病院」については、「医療保護入院は近隣の病院になるが、措置入院先は輪番なので近くの病院になるとは限らない。県が作成した県内の一欄表があればよい」「数をあげるときりがない」等の意見から、当該年度中に管内住民が措置入院や医療保護入院をしたことのある医療機関について、管内・管外に分けてどこが何件か書くようにした。

#### (4)全体

項目数が多いので、可能な限り減らしてほしいとの意見が出された。

### D. 考察

#### 1. 評価指標の改訂

研究方法1、2の結果をふまえて分担研究者が作成した評価指標の改訂案を研究班員で協議し、表現の修正、削除や統合、順番の入替等を行い、別紙の通り改訂した。主な改訂点を以下に述べる。

##### 1) 優先度の記載

評価に要する作業量を軽減し、評価指標を活用しやすくすることを目的として、評価指標の「優先度」を設定し、別紙評価指標及び表2に示した。1年程度では変化しないと思われる評価指標については、毎年度ではなく3～5年に1回評価すればよいこととし、必ず評価する指標( )、できるだけ評価する指標( )、評価することが望ましい指標( )に分類した。毎年度評価する指標についても同様に

に分類した。

研究方法1の結果、保健所以外の活動に関する指標の多くは<重要である>が75%に満たなかったため、原則として または とした。ただし、精神保健福祉活動においては市町村の役割の拡大や実践活動の担い手の多様化が進み、保健所には、健康課題を抱えた個人や家族、近隣住民等に対して直接的な支援を行うだけでなく、管内市町村等の関係機関や住民による活動の実態と課題を広域的・専門的な立場から俯瞰し、関係機関や住民による活動を支援する役割が求められている。そのため、本評価指標は、保健所が住民個人や家族に直接行った援助のみならず、関係機関等に対して保健所が行った支援、さらには市町村をはじめとする関係機関や住民による活動の把握状況についても評価するものとして開発した。保健所以外の活動に関する指標については、保健所が管内市町村等に活動状況を照会し、とりまとめを行った上で、精神保健医療福祉関係者の連絡会等で報告することにより、地域における精神保健福祉活動の現状や成果を確認・共有し、課題や今後の活動のあり方について検討するためのツールとして活用してもらいたい旨、評価マニュアルに記載していた。しかし、研究方法1の自由記述から、その点が回答者に伝わっていないことがわかり、このことが指標のわかりやすさや重要性が低く評価される要因になったのではないかと考えられた。そこで、その旨を評価指標にも記載することとした。

保健所の活動に関する指標でも<重要である>が75%に満たなかったものは、表2の通り または に分類するか削除した。

## 2) 評価対象の定義の明確化

研究方法1、2の結果、評価対象の定義を明確化する必要性が明らかになった。そこで、「受療支援」の評価対象は「精神保健福祉法22～26条にもとづく申請・通報があり対応したケース、精神科を受診させてほしいと相談のあったケース（関係機関からの連絡や近隣苦情を含む）、それ以外の理由で把握したが精神科医療につなぐ必要があると判断したケース」と定義した。

「自殺のハイリスク者」については、「地域保健・健康増進事業報告（以下、事業報告）の『精神保健福祉（相談等）』で『自殺関連』として計上しているケース」と定義した。これに伴い、評価指標36及び37を統合して「35.自殺に関する相談が増えた」とし、同報告の数値をそのまま引用して評価できるようにし、評価対象の定義の明確化とともに、作業量の軽減を図った。

## 3) 評価指標の削除、評価方法の省力化

受療支援の「結果1」の指標16については、研究方法1で<わかりやすい><重要である>がいずれも低く、研究方法2でも、指標16は削除して指標17のみでよいとの意見でまとまった。そこで、指標16を削除し、指標17のみを残して指標14と改訂し、優先度を とした。

受療支援の指標「11.保健所が受療支援を行い、当該年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者について、治療の開始・再開後に治療中断予防のための支援を行った」については、国への報告義務がないため数値の把握が困難であり、研究方法2ではケース台帳の工夫が提案された。しかし、全国的に行うことは困難と考えられ、研究方法1でも<重要である>が75%に満

たなかったため、「16.指標15の精神障害者が治療中断せず地域で生活できるよう、精神科治療の開始・再開後に保健所が何らかの支援を行った」と改訂し、具体的な人数ではなく「a.必要な場合はたいてい行った」等の選択肢で評価するようにした。

自殺予防の指標「34.ハイリスク者への個別支援において、地域の関係者や住民と連携・協働した」も同様に、人数ではなく選択肢で評価するように改訂し、指標31とした。

研究方法2の結果、具体的な評価指標が新たに多数提案されたが、項目数を減らすため、今回は追加を見送った。

## 2. 評価指標マニュアルの改訂

評価指標マニュアルについては、別紙のとおり、簡略版を新たに作成して評価指標に併記した。また、従来の別冊は詳細版として指標の改訂に合わせて改訂した。

現場で活用しやすいよう、改訂後の評価シート及び評価指標マニュアルの詳細版は、「日本保健師活動研究会」のホームページ <http://the-hokenshi.com/> で閲覧・ダウンロードできるようにする予定である。

## 3. 今後の課題

精神保健福祉活動の実態を統計データで示すことは、必要な人員や予算を確保するために必要であるが、現行の事業報告等で把握できる情報には限界がある。本評価指標はそうした限界を補うことも意図していたが、国への報告義務のない項目については数値の把握が困難であり、評価指標の活用を困難にしていた。そのため、精神保健福祉活動の評価に必要と考えられる以下の項目を、国の事業報告等に採用されるようにすることが課題である。

### 1) 未治療・治療中断の精神障害者への 受療支援(指標5~7=改訂後の指標4~6)

受療支援には多大な労力を要し、精神保健福祉活動の中でもかなりの割合を占めているものと推測される。しかし、事業報告の「精神保健福祉(相談等)」には「受療支援」の項目がなく、「明らかに精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談」は「心の健康づくり」に計上することになっている。事業報告に「受療支援」の項目を新たに設け、受療支援を行った精神障害者の実人員、把握経路、方法別延人員が集計できるようにすることが必要である。

### 2) 受療支援における不在・拒否(指標7.1)=改訂後の指標6.1)

受療支援においては、本人や家族等に接触できないことも少なくないが、あきらめず根気強く働きかけを続けることが重要である。しかし、事業報告では被指導延人員を計上することとされており、拒否や不在等の場合は計上できない。拒否や不在も別途計上できるようにすることが必要である。

### 3) 関係機関との連携・協働(指標8,34=改定後の7,31)

保健活動においては関係機関との連携・協働が不可欠であり、活動量に占める割合も高いと思われる。しかし、事業報告には、「連絡調整に関する会議」以外にそうした「関係機関との連携・協働」について報告する項目はない。3年ごとに行われている保健師活動領域調査(活動調査)では「コーディネート:個別、地域」として時間数のみ報告することになっている。すなわち、どのような問題を抱えたケースについて、どのような関係機関と連携・協働をどれだ

け行ったかは不明である。会議以外の方法による連絡調整、関係機関との同行訪問等、関係機関との連携・協働に関する統計報告の充実が必要である。

## D. 結論

研究者らが開発した評価指標と評価マニュアルについて、全国保健所への質問紙調査並びに県型保健所及び管内市での評価の実施及び話し合いによるききとり調査の結果から、優先度の設定、評価対象の定義の明確化、評価指標の削除や評価方法の簡略化、文章表現の修正等の改訂を行った。

## 【引用文献】

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

## F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会（2015年11月、長崎県）にて発表。

## G. 知的財産権の取得状況

なし

感染症対策分野の評価指標の検証

分担研究者 春山早苗（自治医科大学看護学部）

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

## A. 研究目的

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

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

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

### 2. 調査項目

#### 1) 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

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

#### 2) 評価マニュアルの有用性

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

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

### 3. 調査方法

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

#### （倫理的配慮）

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

本研究は長崎県立大学の倫理審査委員会の承認を得て行った。

### 4. 調査期間

調査期間は平成27年10月から平成28年1月であった。

## C. 結果

### 1. 回答者の所属保健所の概要

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

表1 保健所種別による回収数(率)

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

表2 回答者の所属保健所の管内人口

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

表3 都道府県型保健所の管内市町村数

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

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

## 2. 評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』

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

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

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

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

## 3. 評価指標についての意見や提案

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

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

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

表4 感染症対策活動評価指標の検証結果 - わかりやすさ・重要性 -

N=244 (%)

テーマ	評価指標	わかりやすさ				重要性												
		5.わかりやすい 4.ややわかりやすい 3.どちらともいえない 2.ややわかりにくい 1.わかりにくい				5.重要である 4.やや重要である 3.どちらともいえない 2.あまり重要でない 1.重要でない												
		5+4	3	2+1	無回答	5+4	3	2+1	無回答									
結果1	構造	1.感染症診療協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか								87.3	7.4	4.9	0.4	93.0	4.9	1.6	0.4	
	プロセス	2.国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の高まん延国出身者の結核発生情報)を把握している								85.7	11.5	2.5	0.4	93.0	6.6	0.4		
		3.管内の医療機関の院内感染対策や、結核合併率が高い患者(AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している								64.8	23.4	11.5	0.4	85.7	13.1	1.2		
		4.高齢者施設における結核の早期発見・早期対応のための対策を把握している								76.6	13.9	9.0	0.4	93.4	5.7	0.4	0.4	
		5.結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している								84.8	11.5	3.3	0.4	95.5	3.3	0.4	0.8	
		6.結核の普及啓発活動をしている								86.1	9.4	4.5	0.4	91.8	7.4	0.4	0.4	
		7.接触者健診対象者に対する相談対応や教育を実施している								91.8	4.9	2.9	0.4	94.3	3.7	0.8	1.2	
		8.管内の関係者が集まり、結核発生状況の情報交換や課題共有、結核対策の検討をしている								86.9	7.4	5.3	0.4	91.0	8.2	0.8		
		9.管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている								74.8	17.2	8.2	0.4	89.8	9.0	1.2		
		10.関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している								87.3	7.4	4.9	0.4	92.2	6.1	1.2	0.4	
		11.結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直している(マニュアルへの反映等)								79.1	11.9	8.6	0.4	89.3	8.6	1.2	0.8	
	結果2	12.職員の健康診断結果を報告している管内医療機関が増える								84.8	9.4	5.7	0.4	82.8	13.1	3.7	0.4	
		13.新規登録者初回面接の実施率(喀痰塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に)								95.1	3.3	1.6	0.4	96.7	3.3			
		14.患者届出の受理後、保健師等が患者と面接するまでの期間(目安は72時間以内)								91.0	4.5	3.7	0.8	90.6	6.6	2.5	0.4	
		15.接触者健診対象者への保健指導(集団・個人)実施率、相談対応数								88.9	5.7	5.3	0.4	90.2	6.6	2.9	0.4	
		16.管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える								81.1	13.9	4.5	0.4	84.4	13.5	1.6	0.4	
		17.DOTS協力施設(医療機関以外)が増える								84.8	8.6	6.1	0.4	86.5	11.5	1.6	0.4	
		18.管内市町村のBCG予防接種率の向上(標準的な接種期間である8ヶ月時点で90%以上、1歳時点で9%以上)								87.7	7.4	3.7	1.2	87.7	8.6	2.0	1.6	
		19.管内市町村の定期健康診断受診率の向上(高齢者、HIVリスク・エイズグループ等)								78.3	12.7	7.8	1.2	85.7	11.9	1.2	1.2	
		20.接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診対象数)の向上								95.1	3.7	0.8	0.4	96.3	3.3		0.4	
		21.結核患者(特に高齢者、HIVリスク・エイズグループ)の発病(結核の症状が初めて自覚された時期)に、初診までの期間短縮								83.6	7.4	8.2	0.8	92.6	5.3	1.2	0.8	
	結果3	22.全結核患者に対するDOTS実施率の向上								95.1	3.3	1.6	0.4	96.3	3.7			
		23.結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少								96.3	2.9	0.8	0.4	95.5	3.7	0.8		
		24.管理期間中の再治療率の減少								89.3	9.4	1.2	0.4	86.5	11.5	2.0		
		25.管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、HIVリスク・エイズグループの罹患率)								86.1	9.0	3.7	1.2	87.3	10.2	1.2	1.2	
		26.高齢者やHIVリスク・エイズグループ等のターゲット集団における結核の集団発生数の減少								79.5	14.8	4.9	0.8	86.5	10.7	1.6	1.2	
		27.結核の有病率の減少								82.8	12.3	4.9	0.4	85.7	11.1	2.9	0.4	
		28.新登録中の多剤耐性結核患者の実人員・結核患者に占める割合の減少								84.0	13.9	2.0	0.4	86.9	11.9	1.2		
		29.潜在性結核感染症者の発病率の減少								75.4	17.6	7.0	0.4	77.0	19.7	3.3		
		30.結核死亡者数(率)の減少(特に単剤耐性結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)								75.8	15.2	8.6	0.4	78.7	18.0	2.9	0.4	
平常時の対応(発生予防・早期発見)		構造	31.感染症担当部署に保健師が配置されている								89.8	5.3	2.0	2.9	87.3	8.6	1.6	2.5
	プロセス	32.感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を明確にしている								72.1	16.8	9.8	1.2	88.9	9.8	0.4	0.8	
		33.管内の各種機関や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している								72.1	17.2	10.2	0.4	84.8	12.7	2.0	0.4	
		34.住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している								84.0	10.7	4.9	0.4	86.9	10.2	2.5	0.4	
		35.保健所の広報誌やホームページ等により、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけを行っている								87.3	6.6	5.3	0.8	89.3	9.4	0.8	0.4	
		36.感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供をしている								89.8	6.6	3.3	0.4	91.0	7.0	1.6	0.4	
		37.医療監視や施設指導により感染症対策に関わる問題・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								77.5	14.8	7.0	0.8	88.5	9.8	0.8	0.8	
		38.施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている								79.1	15.2	5.3	0.4	82.0	16.8	0.8	0.4	
		39.都道府県の定めた予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している								76.6	18.4	4.1	0.8	82.8	15.6	0.8	0.8	
		結果1	40.感染症に関する普及啓発活動の回数								80.3	13.5	4.9	1.2	73.4	22.1	3.3	1.2
			41.保健師が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数								86.9	10.2	2.5	0.4	74.6	22.5	2.5	0.4
	42.感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える								85.2	11.5	2.9	0.4	75.8	20.9	2.9	0.4		
	43.定期予防接種の接種率が高まる								89.8	7.8	1.6	0.8	84.8	12.7	1.6	0.8		
	44.感染症対策に関わる会議を定期的に開催していない管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る								60.7	20.9	17.6	0.8	72.5	22.1	4.5	0.8		
	結果2		45.感染症の集団発生件数の減少								86.9	11.5	1.2	0.4	86.5	12.3	0.8	0.4
			46.感染症による死亡者・死亡率の減少								75.4	18.0	6.1	0.4	75.8	20.1	2.9	1.2
			47.保健所開庁時に速やかに第一報を受理できる体制がある(受付職員、受付票、窓口外等)								97.5	1.2	0.8	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4
			48.初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明確になっている								91.8	4.9	2.5	0.8	95.5	3.3		1.2
			49.集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明確になっている								92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	3.3		0.8
		50.感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署、職種が連携・協働する体制がある								92.2	5.3	2.0	0.4	95.9	2.9		1.2	
		51.感染症発生時の保健所内における情報の一元管理と情報共有のしくみがある								84.8	7.8	6.6	0.8	94.3	4.5		1.2	
		52.発生時(疑い含む)に、管内市町村や関係機関から保健所に情報が集約される体制がある								79.9	14.3	4.9	0.8	90.6	8.2	0.4	0.8	
		53.発生時に情報提供に配慮が必要な対象(障がい者や在日外国人等)を把握し、情報提供のルートが確保されている								68.4	19.7	11.1	0.8	82.4	15.6	1.2	0.8	
		結果3	54.発生時に関係機関への感染症に関する情報提供の場やルートがある								79.1	14.3	5.3	1.2	88.9	9.4		1.6
	55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている								75.4	15.6	7.4	1.6	83.6	13.1	0.8	2.5		
	56.感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)								87.3	8.6	3.7	0.4	92.2	7.0	0.4	0.4		
	57.まん延防止のための必要物品を必要量を備蓄し、定期的に確認・補充している								92.6	5.7	1.2	0.4	95.1	4.1	0.4	0.4		
	58.感染症集団発生時の対応マニュアルや健康危機管理マニュアルを策定・改訂している								95.1	3.3	1.2	0.4	98.0	0.8	0.8	0.4		
	59.職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている								93.9	4.5	1.2	0.4	95.9	3.3	0.4	0.4		
	60.患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的疫学調査や療養支援を行っている								91.4	4.9	3.3	0.4	94.7	3.3	1.2	0.8		
61.患者の家族・接触者から感染者や感染疑いのある者を早期に発見し、医療につなげている								92.2	5.7	1.6	0.4	95.5	3.3		1.2			
62.患者・感染者とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている								93.9	4.9	0.8	0.4	95.1	3.3	0.4	1.2			
63.接触者健診の未受診者対応をしている								93.4	3.7	2.5	0.4	95.1	3.7		1.2			
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	64.感染者・患者の権利を尊重し、その保護に十分な配慮をしている								82.8	10.7	6.1	0.4	93.4	4.5	0.8	1.2		
	65.施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している								77.9	12.3	9.0	0.8	91.0	5.7	1.6	1.6		
	66.職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している								91.4	6.1	1.6	0.8	87.3	10.2	1.6	0.8		
	67.支援した感染者・患者とその家族の(率)と支援内容(保健指導、相談対応、情報提供等)								75.0	16.8	7.4	0.8	78.7	18.0	2.0	1.2		
	68.管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える								74.6	15.6	8.2	1.6	76.6	18.0	2.9	2.5		
	69.感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容								74.6	16.8	7.0	1.6	73.4	21.3	3.3	2.0		
	70.まん延が長引く事案がない								61.5	17.6	20.5	0.4	74.2	20.1	3.7	2.0		
	71.診断が遅れ症状が悪化したケースがない								87.2	17.6	14.3	0.8	83.2	13.1	2.0	1.6		
	72.新興感染症まん延時に備えや差別を受けるケースがない								54.9	22.1	22.5	0.4	75.8	20.1	2.9	4.5		

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

表5 評価指標に対する意見-わかりやすさ・重要性の点から -

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

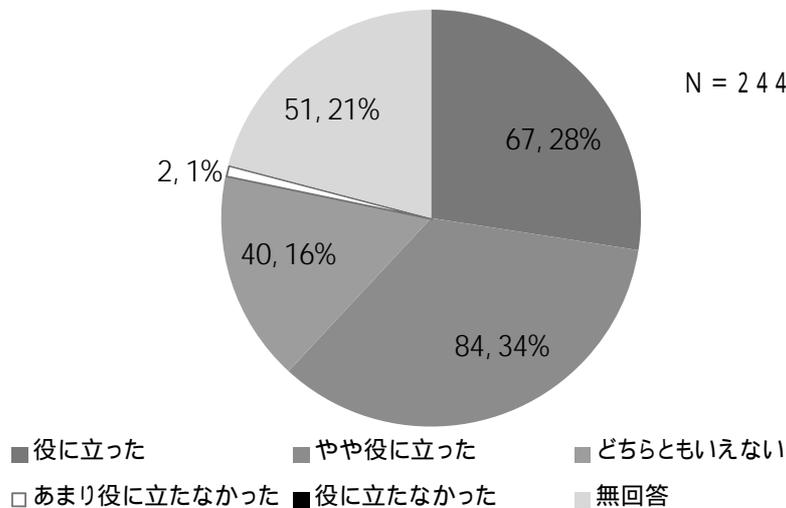


図 評価マニュアルの有用性

表6 評価マニュアルに関する提案・意見

N=7

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

#### 4. 評価マニュアルの有用性及び評価マニュアルについての意見や提案

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

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

#### D. 考察

##### 1. 調査結果等に基づく評価指標の検討

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

見直しのポイントは、『わかりやすさ』につ

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

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

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

## 2. 調査結果等に基づく評価マニュアルの検討

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

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

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

## 3. 感染症対策活動の評価指標最終版

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

## 4. 政策提言

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

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

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し

\*見直した部分をゴシック体で示す

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

表7 検証結果に基づく評価指標及び評価マニュアルの見直し(つづき)

\*見直した部分をゴシック体で示す

項目	評価指標	評価マニュアル(評価のたびき)	
		評価の根拠・資料	評価の考え方・視点
<b>結核 (tuberculosis)</b> 結果 3 (つづき)	30	結核死亡者数(率)の減少(特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)	・ここでいう結核死亡者とは人口動態統計において死因が結核であった者をいう。 ・保健所レベルで評価することは難しく、都道府県レベルで国や他の都道府県との比較、保健所管内間の比較等により、また、多剤耐性結核が否かの別、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。
	<b>管内の情報収集・分析</b>		
<b>(発症予防・早期発見)</b> プロセス 結果 2	32	感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を課内や担当者間で共有できる形で明示している	・感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が記載されている文書等 ・感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性が文書化されている等、課内や担当者間で共有できる形になっているかを確認する。
	42	感染症に関する健診・検査(例:結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	・保健所事業報告書等におけるHIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等の実施件数 ・管内の状況に応じて、ターゲット及び年間目標数や中期的な目標数をあげておき、その達成状況から評価してもよい。 ・受診者数の増減だけでなく、開所時(昼間)と夜間の別、男女別、年代別に整理して、受診者の特徴や傾向を把握し、啓発活動や健診・検査実施体制の検討に反映させていくことが重要である。
<b>急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)</b> 構造・活動の基盤	<b>第一報の受理体制</b>		
	47	保健所開庁時に速やかに第一報を受理できる体制がある(受付職員、受付票、チェックリスト等)	・緊急受付対応職員当番表、緊急受付受理票及び報告書等 ・保健所開庁時に、第一報があった場合の対応職員が決まっており、受付票やチェックリスト等が整備されているか、を確認する。
	<b>集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制</b>		
	48	初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明示されている	・感染症発生時対応のマニュアル(初動体制が明示されているもの、感染症類型別)等
	49	集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明示されている	・感染症発生時対応のマニュアル(管理職不在時も含めて指揮命令系統が明示されているもの、感染症類型別)等
	50	感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署・職種が連携・協働する体制がある	・感染症発生時対応のマニュアル(集団発生等緊急時連絡網や体制を示すもの)等 ・複数の部署や職種が連携・協働するのは、どのようなケースや規模の場合か等が明確になっており、それがマニュアル等、所内で共有される形で明示されているか、を確認する。 ・実際の感染症発生時に、関係部署・職種が連携・協働する体制が機能しているかどうか、という点からも確認する。
	<b>職員の健康管理体制</b>		
	56	感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)	・感染症対策に従事する職員の健康管理(抗体検査や予防接種等)に関する実施要領や通知文 ・感染症対策に従事する職員を対象とした予防接種の実施及び健康チェックに関する取り決めの有無やその内容、並びに、当該職員数に見合った防護具を備えているか、等を確認する。
	<b>集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援</b>		
	63	接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている	・接触者調査票 ・接触者健診の未受診者について、もれなくフォローし受診につなげているかを確認する。
<b>集団発生施設との協働・支援</b>			
65	施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している	・集団発生事例への対応記録又は報告書 ・感染症発生施設の対応力をアセスメントし、その対応力に応じて支援内容や役割分を決定していたかを、確認する	
<b>活動の評価と見直し</b>			
結果 1		感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している	・会議の実施記録 ・この評価指標の評価会議とは、終息の判断のための会議ではなく、終息後に、感染症発生後の対応を振り返り、評価して、その結果を、発生時の所内体制や関係機関との体制の見直し等、今後の感染症対策に反映させていくことを目的とした会議を指す。 ・評価会議の開催の有無のみならず、参加メンバーや検討内容から、前述した会議の目的を達成することができたかを確認する。
	68	管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える	・保健所事業報告 ・感染症発生時の対応やその際の保健所との協働の必要性について、施設側が十分認識していれば感染症発生後(疑いを含む)早期に保健所に相談や報告がなされるはずである。本指標により、管内の施設等の関係者の感染症発生時対応にかかわる認識や主体性を評価する。
	69	感染症集団発生後の評価会議の開催回数、参加メンバー、検討内容 プロセスへ	・会議の実施記録 ・この評価指標の評価会議とは、終息の判断のための会議ではなく、終息後に、感染症発生後の対応を振り返り、評価して、その結果を、発生時の所内体制や関係機関との体制の見直し等、今後の感染症対策に反映させていくことを目的とした会議を指す。
結果 2	70	まん延が長引く事案がない	・患者発生の第1報から潜伏期間を1つの目安として、それ以後、患者数が減少に向かっているか、二次感染が発生していないか等を流行曲線等から確認する。
	72	新興感染症等まん延時に偏見や差別を受けるケースがない	・偏見や差別を受けるなど感染者や患者、家族からの人権が損なわれる事態が起こらなかったかを確認し、評価指標「55.患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている」及び「64.感染者・患者の人権を尊重し、その保護に十分な配慮をしている」、併せてマスコミへの対応も振り返り、必要時、これらの活動を見直す。

表8 感染症対策活動評価指標(最終版)

チーム	評価項目	評価指標		
結核	構造	1 感染症診査協議会に結核医療に精通している専門職が入っているか		
		プロセス	2 国内外の結核発生情報、まん延状況(国内の高まん延国出身者の結核発生情報)を把握している	
			3 結核合併率が高い患者(AIDS、じん肺、人工透析、高齢患者等)を治療している医療機関の早期発見対策の実施状況を把握している	
			4 高齢者施設における結核の早期発見、早期対応のための対策を把握している。	
			<b>課題の明確化と計画立案</b>	
			5 結核発生に関わる管内の課題を明確にし、事業計画を策定・修正している	
			<b>相談・教育(啓発)活動</b>	
			6 結核の普及啓発活動をしている	
		7 接触者健診対象者に対する相談対応や教育を実施している		
		<b>関係機関との連携体制づくり</b>		
		8 管内の関係者が集まり、結核発生状況の情報交換や課題共有、結核対策の検討をしている		
	9 管内市町村、医療機関、施設、学校等との連携・協働がなされている			
	<b>関係機関への支援</b>			
	10 関係機関に対して結核に関わる教育・支援・研修を実施している			
	<b>事業・活動の評価と見直し</b>			
	11 結核対策事業・活動を定期的に評価し、事業・活動を見直している(マニュアルへの反映等)			
	結果1	12 職員の健康診断結果を報告している管内医療機関が増える		
		13 新規登録者初回面接の実施率(喀痰塗抹陽性患者は72時間以内、それ以外は1週間以内を目処に)		
		14 接触者健診対象者への保健指導(集団・個人)実施率、相談対応数		
		15 管内・近隣地域のDOTS実施医療機関が増える		
		16 DOTS協力施設(医療機関以外)が増える		
		結果2	17 管内市町村のBCG予防接種率の向上(標準的な接種期間である8ヶ月時点で90%以上、1歳時点で95%以上)	
	18 管内市町村の定期健康診断(胸部X線検査)受診率の向上(高齢者、ハイリスク・ティンジャークループ等)			
	19 接触者健診対象者の受診率(健診受診数/健診勧奨数)の向上			
	20 結核患者(特に高齢者、ハイリスク・ティンジャークループ)の発病(結核の症状が初めて自覚された時期)～初診までの期間短縮			
	21 全結核患者に対するDOTS実施率の向上			
	22 結核患者や潜在性結核感染症者の服薬中断率の減少			
	23 管理期間中の再治療率の減少			
	結果3		24 管内の結核罹患率の減少(特に高齢者、ハイリスク・ティンジャークループの罹患率)	
25 高齢者やハイリスク・ティンジャークループ等のターゲット集団における結核の集団発生数の減少				
26 結核の有病率の減少				
27 新登録中の多剤耐性結核患者の発病数、結核患者に占める割合の減少				
28 潜在性結核感染症者の発病率の減少				
29 結核死亡率(率)の減少(特に単剤体制結核、多剤耐性結核、結核合併率が高い疾患を有する患者等)				
平常時の対応(発生予防・早期発見)	構造	30 感染症担当部署に保健師が配置されている		
		プロセス	31 感染症発生事例や統計資料等から、感染症の発生につながる要因を分析し、感染症予防に関わる管内の課題と活動の方向性を課内や担当者間で共有できる形で明示している	
			32 管内の各種機関や教育機関等における感染症対策への取り組み状況を把握している	
	<b>相談・教育(啓発)活動</b>			
	33 住民からの感染症に関する相談に応じ、適切な情報提供と感染症予防行動を促している			
	34 保健所の広報誌やホームページ等により、住民に対する感染症予防のための教育的働きかけを行っている			
	35 感染症の発生動向や管内の課題を関係機関へ情報提供をしている			
	<b>関係機関への支援</b>			
	36 医療監視や施設指導により感染症対策に関する問題・課題を明らかにし、医療機関や施設への個別のフォローや教育・研修の企画につなげている			
	37 施設に対する感染症対策関連マニュアルの作成・改訂の支援を行っている			
	<b>活動の評価と予防計画の見直し</b>			
	38 都道府県の定めた予防計画に沿って、感染症の発生予防のための事業や活動を実施している			
	結果	39 感染症に関する普及啓発活動の回数		
		40 保健師が行った感染症発生予防研修の開催回数・参加施設数・参加者数		
		結果2	41 感染症に関する健診・検査(例、結核の定期健康診断、HIV抗体検査、B型・C型肝炎抗体検査、性感染症検査等)の受診者数が増える	
42 定期予防接種の接種率が高まる				
43 感染症対策に関わる会議を定期的に開催していない管内の医療機関・介護老人保健福祉施設・社会福祉施設等が減る				
結果3	44 感染症の集団発生件数の減少			
	45 感染症による死亡者・死亡率の減少			
急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)	構造・活動の基盤	<b>第一報の受理体制</b>		
		46 保健所開庁時に速やかに第一報を受理できる体制がある(受付職員、受付票、チェックリスト等)		
		<b>集団発生時のマニュアル整備と所内連携体制</b>		
		47 初動体制について、感染症の発生規模や種別等に応じて、マニュアル等に明示されている		
		48 集団発生時における指揮命令系統や管理職不在時の対応がマニュアル等に明示されている		
		49 感染症発生時(発生疑い時を含む)に、関係部署・職種が連携・協働する体制がある		
		<b>情報収集と情報発信の体制</b>		
		50 感染症発生時の保健所内における情報の一元管理と情報共有のしくみがある		
		51 発生時(疑い含む)に、管内市町村や関係機関から保健所に情報が集約される体制がある		
		<b>情報提供ルートの確保と個人情報取扱いルール</b>		
		52 発生時に情報提供に配慮が必要な対象(障がい者や在日外国人等)を把握し、情報提供のルートが確保されている		
		53 発生時に関係機関への感染症に関する情報提供の場やルートがある		
		54 患者・家族への倫理的配慮と個人情報の取扱いについて関係機関とルールを決めている		
		<b>職員の健康管理体制</b>		
		55 感染症対策に従事する職員の健康管理体制がある(予防接種、防護具、職員健康チェック等)		
	<b>備蓄の管理体制</b>			
	56 まん延防止のための必要物品を必要量を備蓄し、定期的に確認・補充している			
	プロセス	<b>集団発生時のマニュアルの策定・改訂</b>		
		57 感染症集団発生時の対応マニュアルや健康危機管理マニュアルを策定・改訂している		
		<b>訓練</b>		
		58 職員対象や関係機関を対象に集団発生を想定した訓練を行っている		
		<b>集団発生時の疫学調査と患者・家族・接触者支援</b>		
		59 患者把握後、早期に保健師が面接し、積極的疫学調査や療養支援を行っている		
		60 患者の家族・接触者から感染者や感染疑いのある者を早期に発見し、医療につなげている		
		61 患者・家族とその家族の相談に乗り、また二次感染予防のための教育・指導を行っている		
		62 接触者健診の未受診者をもれなくフォローしている		
		63 感染者・患者の人権を尊重し、その保護に十分な配慮をしている		
		<b>集団発生施設との連携・支援</b>		
		64 施設等で感染症が発生した場合、当該施設の対応力を踏まえて、必要時、協働して対応している		
		<b>活動の評価と見直し</b>		
		65 感染症集団発生後の評価会議を開催し、発生時の所内体制や関係機関との体制を見直している		
<b>人材育成</b>				
66 職員を感染症発生時対応に関わる研修(疫学調査、保健指導等)に派遣している				
結果1	67 支援した感染者・患者とその家族の(率)と支援内容(保健指導、相談対応、情報提供等)			
	68 管内の施設等からの感染症発生早期(概ね1週間以内)の相談や報告の件数が増える			
	結果2	69 まん延が長引く(事案がない)		
70 診断が遅れ症状が悪化したケースがない				
71 新興感染症等まん延時に備えや差別を受けるケースがない				

える化できるのではないかと考えられる。日々の業務に追われる中、評価活動への負担感は決して小さくない。負担感の原因の一つには、評価のためのデータを改めて収集しなければならないことがある<sup>3)</sup>。国が求める統計として、毎年、データが収集され、蓄積されれば、管内の感染症対策にかかわる課題に応じて、目標・計画を立て、その達成状況を年単位あるいは数年単位で評価したり、経年的な評価をすることができ、PDCAサイクルをまわして、感染症の発生・拡大の防止及び感染症の発生への備えのための活動を推進していくことができると考えられる。

## E. 結論

感染症対策にかかわる保健活動の質を評価するための評価指標を開発することを目的に、全国の保健所486か所を対象とした郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は精練を繰り返し作成した平成27年度版の評価指標の『わかりやすさ』と『重要性』、評価マニュアルの有用性をそれぞれ5件法で尋ね、併せて評価指標及び評価マニュアルへの意見や提案を自由記述により求めた。回収数(率)は244(50.2%)であった。

その結果、【わかりやすい】と【ややわかりやすい】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は11項目、【重要である】と【やや重要である】を併せた割合が全体の75%未満であった評価指標は5項目、両者に該当した項目は3項目であった。評価指標についての意見や提案は69人から回答があった。

評価マニュアルの有用性については、【役に立った】と【やや役に立った】を併せて、約6割であった。評価マニュアルについての意見や提案は7人から回答があった。

調査結果に基づき、8項目の評価指標を見直した。また、評価マニュアルについて、6項目の評価の根拠・資料を追記し、17項目の評価の考え方・視点を追記・修正した。感染症対策活動の評価指標の最終版は、テーマ《結核》30項目、《平常時の対応(発生予防・早期発見)》15項

目、《急性感染症発生時の対応(発生への備えも含む)》26項目からなる全71項目とした。

平常時からの感染症の発生・拡大を防止する保健活動及び感染症の発生に備えた保健活動を見える化し、評価してPDCAサイクルをまわし活動を推進していくために、国が求めるデータとして、対象種別や感染症種別(主な)あるいは感染症類型別の相談対応状況や健康教育・研修の実施状況等、平常時の活動に関するデータの収集と蓄積が必要であると考えられた。

## 引用・参考文献

- 1) 春山早苗、他(2008): 感染症の発生予防と早期発見に関わる保健所の活動、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究 総括・分担研究報告書、25-40.
- 2) 春山早苗(2009): 感染症健康危機管理における保健所保健師の役割と求められる能力、保健師ジャーナル、65(9)、729-735.
- 3) 春山早苗(2014): 感染症対策にかかわる保健活動の評価指標の検証、平成25年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究 総括・分担研究報告書、167-184.
- 4) 厚生労働省健康局結核感染症課(2011): 結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について(健感発0516第1号)、平成23年5月16日.
- 5) 石川信克監修、阿彦忠之編(2014): 感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引きとその解説「結核の接触者健診Q&A」付き 平成26年改訂版、公益財団法人結核予防会.
- 6) Ohmori M, Ozaka K, Mori T, et al. (2005): Trends of delays in tuberculosis case finding in Japan and associated factors, Int J Tuberc Lung Dis, 9(9), 999-1005.
- 7) 青山恵美、操華子(2014): 肺結核患者の

受診までの遅れ (patient's delay) と診断までの遅れ (doctor's delay) の現状と影響要因、環境感染誌、29(6)、453-462 .

**F. 研究発表**

**1 . 論文発表**

なし

**2 . 学会発表**

第74回日本公衆衛生学会総会 (2015年 10月、長崎) にて発表

**G. 知的財産権の取得状況**

なし

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

難病保健分野の評価指標の検証

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」の標準化を目的として、これまでに開発してきた難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所の難病担当リーダー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図り、評価指標と評価マニュアルの最終版の作成及びこれらの普及と活用方法の検討を行った。平成27年度版の難病保健活動の評価指標(30項目)の全ての項目について重要性は高く評価された。わかりやすさについて評価が低かった3項目について表現を修正し、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目)、結果1(短期)4項目、結果2(中期)3項目、結果3(長期)3項目の合計30項目の標準化が検証された評価指標(最終版)が作成された。本評価指標は、これまでに開発されている難病地域アセスメントシートと組み合わせることで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といえた。

**A. 研究目的**

本研究の目的は、保健活動の質を評価するために、全国どこでも活用できる標準化した評価指標を開発することである。本分担研究では、これまでに開発してきた難病対策に関する保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性および評価マニュアルの有用性について、全国の保健所(保健所設置市を含む)の難病担当保健師を対象に調査を実施し、難病保健活動の評価指標の精緻化を行い、標準化した評価指標と評価マニュアルの最終版を作成することを目的とした。また、これまでの分担研究の成果を踏まえ、難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について検討する。

**B. 研究方法**

難病保健活動の評価指標の標準化を図るために評価指標のわかりやすさと重要性および評

価マニュアルの有用性の検証、評価項目の精緻化、標準化された評価指標および評価マニュアルの最終版の作成、評価指標の普及および活用方法の検討を以下の方法で行った。

**1. 研究対象**

全国の保健所 486 か所(保健所設置市を含む)とし、難病担当リーダー保健師に調査への回答を依頼した。

**2. 調査内容**

平成26年度版の難病保健活動の評価指標<sup>1)</sup>の各項目に対する「わかりやすさ」について、大変わかりやすい(5点)、わかりやすい、(4点)、どちらともいえない(3点)、ややわかりにくい(2点)、わかりにくい(1点)の5段階で評価を依頼した。

同様に、各項目に対する「重要性」について、大変重要である(5点)、重要である(4点)、どち

らともいえない(3点)、あまり重要でない(2点)、重要でない(1点)の5段階で評価を依頼した。

わかりやすさ、重要性に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

評価マニュアルの有用性について、役に立った(5点)、やや役に立った(4点)、どちらともいえない(3点)、あまり役に立たなかった(2点)、役に立たなかった(1点)で評価を依頼した。

評価マニュアル(評価のてびき)に関する意見や提案について自由記載を依頼した。

その他の質問項目としては、対象保健所の属性について、都道府県名、保健所のタイプ(都道府県型/市区型)、管内の市町村数の回答を依頼した。

### 3. 調査方法

全国の486か所の保健所に調査依頼文および調査票を郵送した。調査依頼文には、調査の概要、記載要領、倫理的配慮を記した。調査への回答は、難病担当のリーダー保健師に依頼し、郵送回答法とした。

### 4. 調査時期

平成27年10月～平成28年1月とした。

### 5. 分析方法

わかりやすさについては、各段階の回答割合および5(大変わかりやすい)と4(わかりやすい)の合計回答割合を算出した。また、重要性については、各段階の回答割合および5(大変重要である)、4(重要である)の合計回答割合を算出した。

分類については、下記の分類表(表1)に従ってA～Dを記入した。わかりやすさおよび受容性について、5点と4点の合計回答割合について、70%を境界値とし分類を行った。

表1 わかりやすさおよび重要性の評価分類

		わかりやすさ	
		70%以上	70%未満
重要性	70%以上	A	B
	70%未満	C	D

Aは、重要であり、わかりやすい項目であるため、そのまま残すこととした。

Bは、重要であるが、わかりにくい項目であるため、表現の修正や評価マニュアル(評価のてびき)の内容の追加・修正を行うこととした。

Cは、重要ではないが、わかりやすい項目であるため、項目の内容について再検討することとした。

Dは、重要でなく、わかりにくい項目であるため、削除することとした。

以上のプロセスにより、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の最終版を作成した。

また、平成25年度および平成26年度の分担研究の結果を踏まえ、難病保健活動の評価指標および評価マニュアル(評価のてびき)の普及および活用方法の検討を行った。

【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をもって調査協力に同意したとみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 対象の特徴

都道府県別の調査協力が得られた保健所の分布について図1に示す。47都道府県すべて

から回答を得ることができた。253 か所の保健所から回答が得られ、回収率は 52.1%であった。都道府県型保健所が 187 か所(73.9%)、市町村型が 54 か所(22.5%)、不明9 か所(3.6%)であった。管内の平均市町村数は 3.8 であった。北海道、東京、大阪、福岡の回収率が高かった。



## 2. 難病保健活動の評価指標のわかりやすさと重要性について

難病保健活動の評価指標のわかりやすさ及び重要性の評価結果を表 2 に示す。

重要性についてみると、すべての項目で 70%以上が「大変重要である」または「重要である」と回答しており、本評価指標の内容は難病保健活動において極めて重要なものであることが確認された。

一方で、わかりやすさについてみると、70%以上が「大変わかりやすい」または「わかりやすい」と回答した項目は 15 項目(50.0%)であった。内訳をみると、構造が 2 項目(66.7%)、プロセス(個別支援)が 5 項目(62.5%)、プロセス(地域ケアシステムの構築)が 5 項目(55.6%)、結果 1~3 が 2 項目(22.2%)であった。

以上より、A 評価が 15 項目(50.0%)、B 評価

が 15 項目(50.0%)、C および D 評価の項目は見られなかったため、本評価指標の有用性は高いと評価できるといえた。

わかりやすさの評価について詳細を見ると、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%未満であった項目は 6 項目あり、項目 3(構造)、項目 9(プロセス・個別支援)、項目 20(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 25(結果 2)、項目 29 および項目 30(結果 3)であった。また、「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が 60%以上 70%未満の項目は 9 項目あり、項目 7 および項目 10(プロセス・個別支援)、項目 12・項目 15・項目 16(プロセス・地域ケアシステムの構築)、項目 21・項目 23・項目 24(結果 1)、項目 27(結果 2)、項目 28(結果 3)であった。

わかりやすさに関する自由記載についてみると、項目 3の「在宅療養支援ネットワーク」は表現があいまいであり、難病対策のどの事業を指すのかが不明確であると考えられた。重症難病患者入院施設確保事業を自治体によっては難病医療ネットワーク事業として実施しているところもある。一方、重症難病患者入院施設確保事業について、支援ネットワーク構築を目的と明示していない自治体もあることから、明確にどのような事業を示すのかわかる表現にすることが必要であると考えられた。平成 27 年から施行された難病患者に対する医療等に関する法律(以下、難病法とする)において、「難病対策地域協議会」を保健所等が中心になって整備することが求められている。「難病対策地域協議会」を具体的に推進している地域はまだ少ないと考えられるが、今後の進展を目指すうえでも「難病対策地域協議会」と表現を改めることが必要と考えた。

項目9については、「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」では、どこまでのニーズに対応すべきかが個人によって異なるため判断が難しいと考えられた。「網羅できない」という表現を「狭間にある」とすることで、介護保険法および障害者総合支援法のサービスの対象とならない難病患者が明確になるため、表現を改めることが必要と考えた。

項目20については、「近隣者の力を活用できる」という表現では、どのような力をどのように活用すべきか評価が難しく、災害対策で用いられている「共助力を高める」という表現にすることでイメージが明確になると考えた。

「大変わかりやすい」または「わかりやすい」との回答が60%以上70%未満の項目についてみると、「十分に」「適切に」という表現が主観的であり、保健師により評価が異なる可能性があるとの指摘があった。保健所単位で根拠資料を基に「十分に」「適切に」の基準を明確にすることが重要であると考えられた。また、「QOLの向上」にまで配慮した支援が行えていない、「地域診断」は重要であるが実際には実施できていないことが、「わかりやすい」という評価に繋がりにくいことが考えられた。

一方、結果1~3についてみると、最もわかりやすさの評価が低かった項目25については「安全・安心」の評価があいまいであること、同様に、項目30についても「安定した」の評価があいまいであることが、評価の低さに影響していると考えられた。また、項目29については、「在宅における事故事例」の把握ができていないことが指摘されたが、本項目があることで在宅におけるインシデント・アクシデントの把握の必要性の認識につながると考えられた。

また、結果の評価は、「増える」「減少する」「延長する」という表現になっているが、これらは経年的に難病患者の療養状況を把握していなければ評価が困難である。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、2002年より10年以上の間、川村ら<sup>1)</sup>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)」を用い療養実態を把握し、難病保健活動計画につなげることが推奨されてきたが、研修への参加が少ない市町村型保健所にはこのアセスメントシートの利用が浸透しておらず、保健師活動の評価が十分に行えていない実態が明らかにされた。

以上より、難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることは確認されたが、評価の根拠となる難病療養者の実態を経年的に記録し、療養状況の変化を把握し、保健所内で評価の基準を明確にすることが、本評価指標を活用するうえで不可欠であることが確認された。

都道府県単位でアセスメントシートを用いた難病患者の把握と評価基準の共有を行い、本評価指標を活用することが求められる。

### 3. 難病保健活動の評価指標の標準化された最終版作成

これまでの結果を踏まえ、30項目すべてにおいて「大変重要である」または「重要である」と回答されていたことから、項目は削除せずに30項目とすることとした。

わかりやすさの評価について「大変わかりやすい」または「わかりやすい」の回答が60%未満であった、項目3(構造)、項目9(プロセス・個別支援)、項目20(プロセス・地域ケアシステムの構築)について、表現を一部修正することにした。

表現の修正については、項目 3、項目 9、項目 20 それぞれについて、表 2 内に太字で示した。項目 3 は「在宅療養支援ネットワークの整備を発展させる計画がある」から「難病対策地域協議会」の整備・推進する計画がある」に修正した。項目 9 は「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」から「介護保険法や障害者総合支援法等の狭間にある難病患者・家族のニーズに対応している」に修正した。項目 20 は「患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、近隣者の力を活用できる地域づくりの支援を関係機関と連携して行っている」から「患者・家族を取り巻く地域の人々とのつながりを見直し、地域の共助力を高める活動を関係機関と連携して行っている」に修正した。

以上の修正を加えた 30 項目からなる難病保健活動の評価指標を標準化された最終版とした。

#### 4. 難病保健活動の評価指標の普及および活用方法について

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。

平成 26 年度の分担研究<sup>3)</sup>により、個別支援のプロセスが「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」という短期結果、「希望する場所で療養できる患者が増える」という長期結果につながることが明らかにされた。

また、地域ケアシステムの構築が「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」という短期結果につながり、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期

結果につながることが明らかにされた。

難病法の施行により、指定難病が 306 疾患に拡大されている。これまでも、保健所保健師が対象とする難病患者について、ALS 患者や医療依存度が高い神経難病など、各自治体で対象区分を設定し、優先順位に応じたかかわりをしてきた。疾患の拡大により、保健所と市町村やその他の関係機関との役割分担を行い、連携・協働するとことで、「安定した在宅療養期間が延長する」という長期結果につなげていかなければならない。

今回の全国調査では、評価の根拠となる療養者の状況が把握されていないため、できているのかわかりにくいという自由記載が多く、一方でアセスメントシートを用いた経年評価をしている保健所では、根拠資料があるため評価がわかりやすいとの自由記載がみられた。

このことより、アセスメントシートを用いて難病患者の療養状況の把握を経年的に行い、評価指標のプロセス(個別評価)項目と難病患者の療養状況を照らし合わせ、不足している活動を強化する試みが必要であり、これにより希望する場所での療養生活に繋がることが期待できる。

また、難病患者に支援を提供している関係機関の特徴や分布状況について、アセスメントシートを用いて評価を行い、評価指標のプロセス(地域ケアシステムの構築)の項目の活動を強化し、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を増やすことで、安定した在宅療養期間の延長に繋がることが期待できる。

保健所が把握すべき難病患者の対象を明確にし、アセスメントシートを用いて個々の療養状況を把握し、個別支援や地域ケアシステム構築の課題を明確化し、難病保健活動の評価指標

の項目にある活動を実施し、短期、中期、長期的な評価を行う機会を、保健計画の中に位置づけることが重要であると考える。

#### D. 考察

##### 1) 難病保健活動の評価指標の標準化について

全国の保健所の難病担当リーダー保健師に対する調査結果より、難病保健活動の評価指標の標準化について検討し、わかりやすさの評価が60%未満であった3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目)、結果1(短期)4項目、結果2(中期)3項目、結果3(長期)3項目の合計30項目からなる評価指標の最終版が作成された。これをもって標準化された評価指標とした。

難病保健活動の評価指標は、全項目について重要性が高く評価されており、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標として重要な内容で構成されていることが確認された。また、これまでの分担研究の成果からも、保健師の保健活動が難病の療養環境を改善させる結果につながることを客観的に評価できる有用性のある指標であることが示された。

一方で、70%がわかりやすいと回答した項目は15項目(50%)にとどまった。これは、介護保険制度の導入以降、在宅支援機関が拡大され、医療依存度の高い難病等の在宅療養環境が改善されたが、保健師による個別支援の機会が減少したため、難病患者の療養状況が把握できにくくなっていることが影響していると考えられた。また、指定難病の疾患数が大幅に増加したために、難病申請の事務作業の時間が拡大し、申請時の面接や家庭訪問の時間が減少していることも影響していると考えられた。

市町村型保健所では、難病担当保健師数が

少なく、他の業務も兼務していることが多いため、病状の進行により外出の機会が少なくなり、患者側からの相談等の発信がなければ、支援の対象から離れがちになってしまうことが考えられた。都道府県型の保健所においても、障がい者施策や介護保険制度による支援以外のサービスを療養者・家族が求めている場合、難病申請をしない事例もあるという現状から、療養者全体の把握に至っておらず、評価指標の内容は重要だけれども、実施できているか評価がわかりにくいという結果に至ったと考えられた。

客観的な評価の方法を普及させることにより、難病保健活動の評価指標を用いた活動を推進させることにつながることを重要であると考えられた。

##### 2) 政策への提言

介護保険制度の導入により医療依存度の高い療養者の在宅療養状況は改善されたが、難病患者に対応できる一部の機関への偏りが課題とされる。また、難病法の施行により指定難病が拡大され、特に診断後の不安や療養方針の決定等への支援について、保健所および市町村や地域包括支援センター等との役割分担、連携・協働が求められる。

本分担研究で開発された難病保健活動の評価指標は、難病の特性を踏まえた保健活動の基準を示す指標であり、保健活動のプロセスと短期・中期・長期結果との関連も明確に示された。さらに、難病地域アセスメントシートを客観的根拠資料にすることにより、地域診断を踏まえた個別支援活動、地域ケアシステム構築の活動の強化すべきポイントが明確となり、それらの活動が難病療養状況の改善にどのように影響しているのかを数量的に評価することが可能となる

難病法の施行により、保健所等を中心とした

「難病対策地域協議会」を推進し、難病医療ネットワークを強化することが望まれているが、本協議会においても難病保健活動の評価指標と難病地域アセスメントシートが、計画立案、活動推進の基盤となることから、本研究で開発した評価指標と難病地域アセスメントシートの一体的な活用を政策的に推奨することが望ましいと考えられる。また、療養者の把握が難病の治療研究の推進にも貢献できることから、これらの活用は難病対策全体の改善にもつながると考える。

## 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標準化された評価指標」の作成を目的として、難病対策に関する保健活動の評価指標の標準化と精緻化のため、全国の保健所の難病担当リーダー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標準化された評価指標の作成および評価マニュアルその普及と活用方法の検討を行った。

これにより、3項目の表現が一部修正され、構造3項目、プロセス17項目(個別支援8項目、地域ケアシステムの構築9項目)、結果1(短期)4項目、結果2(中期)3項目、結果3(長期)3項目の合計30項目からなる標準化された評価指標が作成された。

本評価指標は、保健活動の構造や個別支援および地域ケアシステムの構築に関わるプロセスが、難病患者の療養状況の改善につながることを客観的に評価でき、かつ全国どこでも活用できる標準化された有用な指標であることが示された。

さらに、難病地域アセスメントシートとの組み合わせにより、経年的に客観的な根拠資料を用

い評価することで、保健師による活動の成果を見える化することが可能となる。

## 引用・参考文献

- 1)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.
- 2)小西かおる：難病保健活動の評価指標の検証.厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究(研究代表者 平野かよ子)平成25年度分担研究報告書.2014.
- 3)小西かおる：難病保健活動の評価指標の検証.厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究(研究代表者 平野かよ子)平成26年度分担研究報告書.2015.

## F. 研究発表

第74回日本公衆衛生学会総会(長崎・2015)において発表。

## G. 知的財産権の取得状況

なし

産業保健分野の評価指標の検証

分担研究者 大神あゆみ（大原記念労働科学研究所）

**研究要旨** 産業保健分野の保健師による保健活動の質を評価するため、平成26年度の調査を基に開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（57項目）」を用いて、直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある保健師とその知人の保健師の全国161名の産業保健師に調査票を配布し、66名の保健師から回答を得た。結果は、指標については全指標について「重要性」が認められ、「わかりにくさ」の指摘はあるも、マニュアルが併記されていることの有用性が認められた。一方で、「産業保健活動」に焦点を当てた本指標は、保険者所属の保健師の活動評価のためには十分でなく、本指標の「生活習慣病予防」目的の評価項目は「健康づくり活動分野における保健活動」の評価指標を活用し、保険者の業務で多用される文言に置き換えた指標とすることが望ましいと考えた。本評価指標は「生活習慣病予防」目的の7指標を削除し50項目とし、調査結果の意見を参考に指標とマニュアルを修正し完成させた。

**A. 研究目的**

本研究は、産業保健領域の保健師による保健活動の質を評価するために、多様な業務に従事している保健師が事業所の産業保健活動の支援に用いる「標準的な評価指標の精緻化を図ること」を目的として、平成26年度に開発した指標を用いた質問紙調査により、全国の産業保健活動に携わっている保健師にこの評価指標のわかりやすさと重要性と評価マニュアルの有用性について調査を実施し、産業保健活動分野における保健活動の評価指標を完成させる。

**B. 研究方法**

1. 調査対象

(1) 平成26年度までに開発した「産業保健分野の保健活動の評価指標案（50項目）」を用いて直近3年間に産業保健師を対象とした研修受講経験のある全国161名の産業保健師に調査票を郵送配布した。過去の調査では事業所所属の保健師を中心に行ったが、事業所所属でない保健師も事業所の産業保健活動を支援している実態を考慮し、今回は、産業保健に造詣のある健康保険組合や労働衛生機関所属の保健師も半数程度含めることとした。配布手順は以下のとおり。

過去3年以内に産業保健師の研修に参加したことのある全国63名の保健師に調査票を配布。

の近隣の職場の保健師や同一事業所やネットワーク内の保健師にさらなる協力の呼びかけに応じた7名にスノーボールサンプリングに準じた方法で、同一人に重複配布されないように依頼し、さらに98名分の調査票を配布した（合計161名に配布）。調査票は無記名自記式で、郵送にて返送するよう依頼した。

「産業保健師」：働く人（労働者、事業者）の健康管理に携わる保健師と便宜上定義した。

(2) 調査内容：

調査票は、評価指標と評価指標マニュアル、それぞれに異なる設問を設定した。

評価指標については、平成26年度までの研究結果を反映した50項目それぞれの項目について、「わかりやすさ（5;わかりやすい～1;わかりにくいの5段階）」と「重要性（5;重要である～1;重要でないの5段階）」について評価し、意見や提案の自由記載を求めた。

評価指標マニュアルは指標横に記載のポイントを提示したものであることから、指標の手引きである旨付記し、この有用

性について、役に立つと思うか(1;役に立つと思う~4;役に立たないと思う,5;わからない)、どのような点で役に立つと思うか(3択+その他;自由記載)、どのような記載があると役に立つと思うか(自由記載)を尋ね、最後に評価マニュアルについて意見の自由記載を求めた。

### (3) 調査期間

2015年11月17日~12月28日

### (4) 倫理的配慮

調査協力依頼にあたり文書で、回答しないことによる不利益はないこと、調査結果の公表に際しては回答者の所属や個人名が特定されないことを記載し、回答をもって同意とみなした。本研究は長崎県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

## C. 結果

### 1. 回答状況と回答者の属性

#### (1) 回収状況

調査票を送付した161名のうち66名から回答を得た(回答率41.0%)。

#### (2) 回答者の属性

回答者の所属は、多い順に、事業所、医療保険者(協会けんぽと健康保険組合の合計数)、そして、健康診断実施機関の順で。回答者の所属先は大都市圏に集中するも全国に分散し、北海道、東北、九州の回答が少ない結果であった。また、事業所所属の保健師は、京阪名の大都市圏・工場の多い地域に集中し、その他の地域は協会けんぽを含めると健康保険組

合所属(保険者所属)の者が多い特徴があった(表1)。

表1 回答者の所属機関とその所在地

	事業所	実施機関 健康診断	健康保険 組合	労働衛生 機関	その他	未記入	計
北海道					1		1
岩手県					2		2
茨城県			1				1
栃木県	1		2		2	1	6
群馬県	1						1
東京都	11	1	1		2		15
神奈川県	1	2	1		1		5
新潟県	1						1
富山県			1				1
石川県					1		1
長野県	1						1
静岡県		6		2			8
愛知県	4				1		5
三重県	1						1
滋賀県	3						3
大阪府	4				1		5
和歌山県					1		1
鳥取県			1				1
広島県	2						2
徳島県						1	1
愛媛県					1		1
沖縄県					1		1
未記入						2	2
計	30	9	7	2	14	4	66

「その他」の内訳：医療保険者・協会けんぽ 8, 官公庁 1, 教育機関 1, 地方自治体 1

### 2. 評価指標のわかりやすさと重要性

評価指標のわかりやすさと重要性について、「5:大変わかりやすい」あるいは「4:わかりやすい」と回答した者の割合を一覧にしたものを表2に示す。その割合が75%を下回った項目は、「わかりやすさ」については12項目あり、それらは、「1.保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」「4.労働者の健康に関与する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している」

表2 評価指標のわかりやすさと重要性の割合

目的	評価	番号	評価指標	わかりやすさ (5+4) %	重要性 (5+4) %
就業のための対応・有見者の抑制 一般健康診断：健康状態に応じた	構造評価	1	保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている	54.5	97.0
		2	事後措置を含めた健康診断運用のための予算が確保されている	83.3	90.9
	プロセス評価	3	健康診断結果や病気休業者の状況などの現状分析を行っている	90.8	100.0
		4	労働者の健康に関する職種や職制の役割が明確化され連携方法を確立している	74.2	97.0
		5	事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している	66.7	90.9
		6	事業場の健康課題を明確にし、優先順位が付けられる	92.3	100.0
		7	健康課題に対応した安全衛生に関する方針・規定・計画の策定・改訂に保健師が関与している	84.8	92.4
		8	保健指導や就業の検討など事後措置に関する方法が確立している	87.9	97.0
	結果1	9	健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する	74.2	90.8
		10	健診の受診率や再検査率が増加する	84.8	95.5
	結果2	11	健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する	71.2	92.4
		12	各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える	71.2	92.4
	結果3	13	一般健康診断の有見者が抑制される	81.8	89.4
健康の維持 職業性疾患の予防・悪化防止・	構造評価	14	使用有害物質等、仕事の特性に応じた取扱責任者等担当者が育成・選任されている	81.3	84.1
	プロセス評価	15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している	86.4	90.8
		16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している	77.3	89.4
		17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している	63.1	81.5
		18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している	76.6	87.7
		19	予測される災害・疾病防止に必要な健康診断・就業上の措置の実施状況を把握し、関与している	81.3	93.8
	結果1	20	有害業務の状況とその業務に関連する疾病の発生状況を確立している	83.1	93.9
		21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する	78.8	83.3
	結果2	22	作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する	72.3	81.8
		23	特殊健診有見率が抑制ないし減少する	82.8	87.3
	結果3	24	職業性疾患新規発生が防止される、または減少する	79.7	90.6
		25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される	81.8	93.9
	いきいきと働く労働者が増加する ストレスをコントロールして	構造評価	26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている	76.6
27			メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある	75.8	90.9
28			傷病休業の補償制度がある	84.8	77.3
プロセス評価		29	労働者自身が活用できるストレスチェックのシステムや機会を提供している	80.3	89.4
		30	メンタルヘルスに関する現状分析を行っている	80.3	95.5
		31	こころの健康づくり計画に基づいた労働者・管理職向けのメンタルヘルス対策を行っている	89.4	95.5
		32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している	86.4	93.9
		33	休業中の適切な対応方法・復帰までの段取りについての情報を関係者間で共有している	84.8	93.9
結果1		34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する	65.2	81.8
		35	適切なプロセスを経て復帰する退職者が増加する	75.4	87.9
結果2		36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する	71.2	90.9
		37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する	75.8	84.8
		38	事業場内外の相談機関を知っている労働者が増加する	80.3	87.9
結果3	39	メンタルヘルスの不調による退職者数（あるいは新規退職者数）が減少する	83.3	89.4	
	40	職場復帰後の再退職者が減少する	89.4	93.9	
健康障害の防止 過重労働による	構造評価	41	労働者の過重労働対策について人事労務部門と健康管理部門で適切に連携する体制がある	80.3	97.0
		42	過重労働対策に関する事業場の方針が労働者への文書等によって周知されている	81.8	86.4
	プロセス評価	43	労働者の過重労働の状況を的確に把握している	77.3	92.4
		44	過重労働者への適切な保健指導を実施している	80.3	89.4
		45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている	80.3	90.9
		46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している	70.8	90.8
	結果1	47	過重労働対策に関する事業場の方針を知っている労働者が増加する	78.5	87.9
		48	過重労働者における生活習慣病関連の有見者数が減少する	72.3	80.0
	結果2	49	脳・心臓血管疾患等による退職者数や死亡者数が抑制される	86.2	90.8
		50	過重労働者数が減少する（年単位）	87.9	90.9
生活習慣病予防	構造評価	51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている	84.8	90.8
		52	事業場として健康保持増進に関する方針を策定している	93.9	97.0
	プロセス評価	53	計画に基づいた健康保持増進対策[*注1]を展開している	86.2	96.9
		54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率[*注2]が増加する	84.8	86.4
	結果1	55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する	80.3	90.9
		56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する	87.9	95.5
	結果2	57	特定健康診査該当項目の有見率の増加が抑制される	86.4	97.0

注1：健康保持対策とは保健指導や健康教育、禁煙支援、食堂でのヘルシーメニューの提供など様々なものが考えられる  
 注2：参加率の母数は対象とする組織（部課、事業場等）の従業員数を母数とする

「的確な、適正な」の判断は、その対策や方法を選択した根拠がガイドラインや研究結果を参考にしているかなどを判断根拠とする。

「5. 事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している」「9. 健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する」「11. 健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する」「12. 各自の健康状態に応じた適切な保健行動のとれる労働者が増える」「17. 予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している」「22. 作業環境測定結果、生物学的指標、暴露濃度が維持・改善する」「34. メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」「36. ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する」「46. 労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している」「48. 過重労働者における

生活習慣病関連の有所見者数が減少する」であった。なお、重要性については、75%を下回った項目はなかった。

### 3. 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

評価指標のわかりやすさと重要性については、全般的なものと指標の約半数の項目について、意見や提案があった（表3）。その主な内容には、全体的に回答の判断が難しい、指標の表現の多義性やイメージのバラツキを示唆するもの、「増加」「減少」「抑制」の定義やその定量的判断だけの疑問を示唆するもの、保健師活動そのものではないが、事業主 - 労働者間の産業保健活動には欠かせない指標が含まれている点への疑義などがあった。

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案

指標全体や複数項目に関連する意見、提案	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 全体的に回答が選択しにくい。評価の指標も理解が難しい。</li> <li>- 何を持ってわかりやすいとするかの判断が難しいと思いました。</li> <li>- ほとんどの項目で重要性があると思うが事業所ごとの優先順位で行う必要がある。</li> <li>- 1・2・3・9・14～22・26・28・48 内容は特に問題に思いませんが「目的」の一般健康診断のくくりとは別のように思いました。（組織における位置づけのようなものですよね。）健診の予算確保は保健師の保険活動評価になるでしょうか？見積もりなどは保健師がとって予算確保は会社なので。病気「休職者」とは会社によりますが、病気休業（長期欠勤）3か月経過後の者を言っています。「休職」の定義は共通理解があった方がよいと思いました。一律に「3か月以上の休業者」とか「受診勧奨の周知が適切か？」は抽象的に感じました。「健診の目的を理解」も実際どうなのか。保健師には把握しにくい。保健師の業務評価としてとらえるかどうか...選任は保健師が関与せず別の安全担当部門や総務等が選任＆届を担当しているともあるので。メンタルヘルス対策の場合職場環境の改善やコミュニケーション活性化の取り組み中心になることが多く、研修も社内産業保健スタッフが講師となる場合に「予算確保」が行わない「予算確保」することが保健師評価とは必ずしも言えないように思います。保健師の産業保健活動を評価する為の評価指標として傷病保障制度の有無を入れるのか...。過重労働は一過性の場合（3か月前後）「生活習慣病の有所見者数減少」は健診がいつあるのかのタイミングによったり、評価の難しさを思います。</li> <li>- 抑制される 減少する。内容から表現がどうか？と思う部分があります。</li> </ul>
1	<p><b>保健師が「仕事と健康の調和」の視点から活動できる役割を担っている</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。</li> <li>- 評価指標の文面が分かりづらく、何を評価しているものかがあいまい（表現が不適切）</li> </ul>
5	<p><b>事業場における職種や職制に応じた健康情報が適切に取り扱われるように、保健師が関与している</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 単純に、文法の問題かと思いますが、職種や職制に応じた健康情報が...のところ、健康情報と取り扱う職種や職制にあわせて適切な情報が届くよう保健師が関与すべき、という意味だと思うのですが、「応じた」が分かりにくいのでしょうか。</li> </ul>
9	<p><b>健診の目的を理解した管理監督者や労働者が増加する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「 が」の の判断基準が難しいと思いました。</li> </ul>
11	<p><b>健康状態を考慮されていない働き方の労働者が減少する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「 が」の の判断基準が難しいと思いました。</li> </ul>
13	<p><b>一般健康診断の有所見者が抑制される</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 一般健康診断の有所見に 57 も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として 57 の表現は不十分な印象があります。</li> </ul>

表3 評価指標のわかりやすさと重要性についての意見、提案（つづき）

16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している
17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している
18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している - 評価マニュアルとして労働安全衛生マネジメントシステムがあればよいかと思います。 - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
21	職場巡視結果の有効な改善事例が増加する - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
25	労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
26	職場の状況にあったメンタルヘルス対策の予算が確保されている - 経験年数や配置された部署により入手できる事業所の経営に関する情報やこの語句でイメージできる内容がかなり異なると思われる。
27	メンタルヘルス不調を早期発見できる体制（仕組み、人材等）がある - 早期発見も大事ですが、その受け皿がきちんとあるのかがどうかも重要と思いました。掘りおこすだけ掘りおこして対応が後手にならないように...
28	傷病休業の補償制度がある - 補償制度があるかどうかは産業保健活動評価になるのか、疑問です。
34	メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「増加する」という評価の場合のベースラインの判断と「が」の判断基準が難しいと思いました。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいないメンタルヘルス早期対応数が増えるという表現より重症化したケースの対応減少の方が良いのではないかと思います。
35	適切なプロセスを経て復帰する休職者が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいない
36	ストレス源となる職場環境の改善や業務の改善策が増加する - 各職場の不調者の増減、復職者の再付業率の変化、職場での保健師の認知度とか、どうしているのか等、相談できる場所があることを知っているか等。
37	管理職からメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数が増加する - 件数だけではわかりにくい。増えることがよい事かは限らないので、指標の書き方がもう少しわかり易いとよい。 - 「メンタルヘルス不調者がいる」事を前提としているため、重要ではあるのですが実際の回答は難しい（メンタル不調者がいないメンタルヘルス部下の相談件数の増加について（把握は必要だが）相談が増えることが良いことか？管理者がきちんと対応することは必要だが、そもそもの相談者数がUPしても相談増の回答になる。新規休職者のトレンドを把握することは大切。（退職者数も同様ですが）適応障害など転職も（本人納得の上の）一つの支援の場合もあり、一律NGでないと考える。
38	事業場内外の相談機関を知っている人が増える - 事業場以外の相談機関を知っている人が増え、さらに適時、利用する人が増えるのが目標ではないでしょうか。
44	過重労働者への適切な保健指導を実施している
45	過重労働対策推進に関する情報を組織にフィードバックしている
46	労働者の労働状況に応じた過重労働による健康障害防止策を実施している - 過重労働に関しては、保健所等で抱えるところは、少ないと考える。過重労働の実態は、かなり複雑であり、高度な対応が求められると感じている。
49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。
51	安全衛生や健康の保持増進について、適切に情報提供できる衛生管理者等の担当者が選任されている - 選任されていること＝保健師の評価というのがあまりよく分かりませんでした。選任され、役割を果たしていただくために何かをしているのか...という感じでしょうか。選任＝社内での教育や、情報伝達などができているの意味であればこのままでいいかと思えます。
54	生活習慣病予防に関する事業への労働者の参加率が増加する - 職場の事業ではなくプライベートで準ずる内容の趣味、サークルなどに積極的に参加していればそれはそれでよいと思います。風通しの良い職場とは軍隊のように同じコミュニティで同じように行動することを良いとするのではなく感じています。個人の考え方の自由まで認められること。
55	健康の保持増進について適切な知識を持つ労働者が増加する - 適切な知識とあるが、評価の項目が難しい。朝食をとる、夜食をとる、夜食をとらない、バランスよく食べることを知っていればよいのか、食生活が同健康にかかわっているかを知っていなければならないのか。目安になるチェックリストがないと分かりにくいように思う。
56	健康的な生活習慣を持つ労働者が増加する - 何をもち「健康的な生活習慣」として評価するのか。
57	特定健康診査該当項目の有所見率の増加が抑制される - 「抑制される」の言葉の定義をしておく必要がある。 - 13の一般健康診断の有所見に57も含まれていることから、目的「生活習慣病予防」の項目の結果として57の表現は不十分な印象があります。

4. 評価指標マニュアルについて

評価マニュアルは、約8割の者が「役に立つ」「やや役に立つ」と評価し（図1）、どのような点で役に立つかは、「何を計上

すればよいのか、どのような状態が該当するかが具体的にわかる」「評価指標の活用方法についてヒントが得られる」が6割以上の者から回答されていた（図2）。

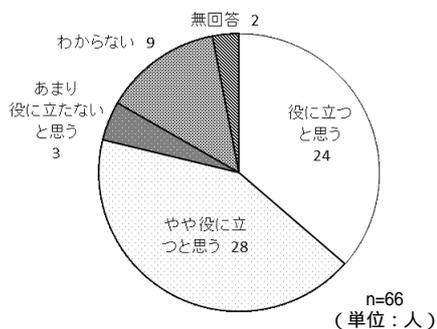


図1 評価指標マニュアルの有用性

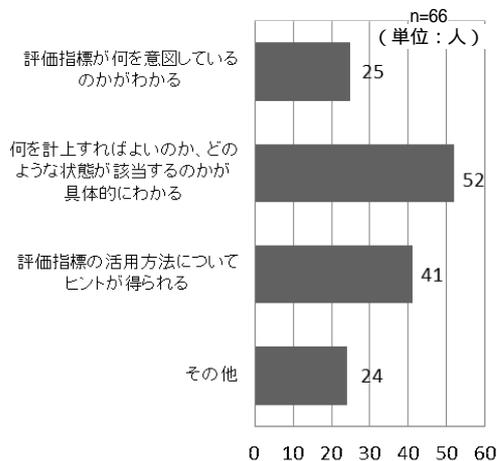


図2 評価指標マニュアルの有用点 (複数回答)

表4 評価指標マニュアルのその他の有用性

- 専門職以外 (事務方上司、労務、人事担当等) に保健師の仕事を示しやすくなる。
- 業務全般の把握 優先順位のつけ方、予算配分など
- 何を意図しているか他職種に伝えやすい。
- 事務系の上司へ活動を伝える時役立つ。
- 計画した時に何で評価するかがこの資料でわかるので事業場の保健活動で何が不足しているのかわかる
- 既に取り組まれている項目を可視化出来るものがあるのはよいと思います。
- 企業側に保健師の役割を理論 (どのような法的根拠を元にしてているか等) 立てて説明するのに活用できる。
- 標準化、質の担保
- 活動する上でも目標設定のヒントになる。

また、その他の有用性として、具体的に記述されていた内容には、業務の把握や目標設定、保健師の仕事を示しやすくなる、質の担保等があった (表4)。

「評価マニュアルにどのような記載があれば役に立つか?」という設問では、概ね3点の意見が記載されていた。1点は、事業所や産業保健スタッフ、保健師の状況によって、評価が異なることを考慮したものであること、2点目に活用法をよりイメージできるもの、3点目に優先順位を考慮した指標の利用法の示唆であった (表5)。

「その他、評価指標マニュアルについての意見」では、記載内容の大半がマニュアルに対する意見ではなく、評価指標とマニュアルを包括した意見だった。その内容は、有用性を支持し、完成を期待する意見が大半だったが、一部には、この指標とマニュアルの限界も記載されていた (表6)。

**表5 評価指標マニュアルに役立つ記載内容**

- 指標となる数値。増加、減少、抑制などが抽象的で評価しにくいと思う一方、企業それぞれとえばそれぞれなのでこれでいいようにも思う…。
- 具体的な使用方法 ex)企業規模や産業保健スタッフの体制によってどこに重点を置いて評価すべきか。
- 優先順位(リスク等)
- 使い方、使う目標、使う必要性について理解が得られた上での活用になると思うので、単独での活用となると難しいかと思う。その意味でも上記2の3や2の1の説明があると良い。  
注：'2の3、評価指標の活用方法についてヒントが得られる、'2の1、評価指標が何を意図しているのかがわかる
- 結果評価については、中長期的な視点で評価できると良いと思います。
- キャリアによって、実施できるレベル感も違うと思う。この指標マニュアルに新人期 / 中堅期 / ベテラン期など求められる内容が分かっているとチームで業務をしている事業所では更に活用しやすく思います。
- 評価の手引きが大変参考になると思います。
- 担当従業員数や業種、産業医か、常勤か、非常勤か、その企業の運営管理体制のレベルにより、評価がどのように違ってくるのかに関する「があればよいか」と思います。  
注： は解読できない文字？
- 活用方法についてのイメージがしやすい物。
- 例えば、データヘルス計画のように、事業場の保健活動上の課題や改善計画がまずあって、優先順位を考慮した活動を行った後に、評価をするのであれば意味があるが、そういった計画とは切り離しての評価なのであればよく分からない。作成後どんな活用を予定しているのでしょうか。
- 計画的な有休の取得等、休養のとり方の項目も必要ですか？

**表6 評価指標マニュアルに関するその他の意見**

- “なんとなく職人業で属人的な産業保健活動”ではない評価につながるのではないかと思います。
- 企業内保健師の活動は調整業務が実際のところ多いと思います。だから企業内でも国にとっても活動内容や価値が見えにくい=評価されにくいという状況でもあるので、評価指標ができることは有益と思います。同時に大きな目的全体にかかわるコーディネート業務についても別枠でもいいので評価指標があるとよいのではないのでしょうか。実際に評価指標内容すべてにかかわることのできる保健師は少ないと思います。指標ができるということは、それらを求められることにつながると思うので今できていること、これからやるべきこと、両方が評価できるとよいと思いました。
- 評価指標や評価そのものについての研修や教育がもともと不足している中でいきなり出しても無理があるので、まずは組織で先に立つ保健師からの積極的な活用ができるしくみ作りも必要かと思う。
- 大変有意義な調査ありがとうございます。今回掲載されている「評価指標」はすべて重要な内容だと思います。具体的な評価の方法などは事業場の特徴により異なる点もあるかと思いますが、一般化された方法に基づいて検討していくことは大切だと思いますので活用期待できると思います。
- このような指標マニュアルがあることは大変有難く、大変な作業と存じますが、頑張って下さい。完成楽しみに待っております。
- 評価の手引きに根拠や情報及びその方法、視点があるのはわかりやすく良いと思います。保健師活動もこのような評価ができると企業人として同じ土俵に立てるとは思いますが、保健師のみでなく「産業医やほかの職種とともに産業保健活動の評価として出していくもの」と言う表現ができるとよいのではないかと思います。
- 評価指標と評価の方法・視点がズレているものがある。アンケートとして何を回答すればよいかわかりにくい。重要性は一般論と企業毎で異なるもので、かつ保健師の活動の評価とも別のモノではないかと思う。
- 保健部だけでなく産業医、衛生管理者と一緒にこの評価を毎年チェックするとPDCAがまわり改善につながる。
- 28 保障制度がある。保健師の役割としてなければ作るようになると思いますが、表現としては「利用とか活用する」というふうになるかと思っています。
- 教育に活用できるように、レベルと達成目標など示していただけるといい。現場での新任、中堅、管理職へのキャリアラダーとして、又一人職場でも自己チェックスキルアップにつなげられる。
- 単一健保、事業場保健師の立場、検診を通じてかかわる立場、総合健保など立場によってはあてはまらない評価の難しい項目もありました。衛生管理委員会やストレスチェック義務化されている従業員の多い会社に関わっている保健師を対象にしたマニュアルのように見受けられました。
- 「健康経営」の評価指標にも使用できそうだと感じました。
- 大変難しいことだと感じました。法的位置づけがなく働く保健師は、事業所により担う役割が全く違ってきます。担当従業員数、業種、産業医か、常勤か、非常勤か、診療行為となっているか、というが等々。”どこの事業場でも共通に評価する”ということそのものが大変難しく思います。ただ、保健師活動を”評価する””見える化する”ということは大切なことかと感じます。どうぞ頑張ってくださいます。
- 評価指標が自己評価につながり、自身の向上につながれば良いが、勤務評価等につながり、昇給等の評価になってしまうのはどうかと思います。
- 職場の健康増進のためとても参考になります。ありがとうございました。
- 抑制されると減少するという文言が使用されているが、あえて「抑制」を使用する意図があるのであれば、意図とする言語の意味を記載すると分かりやすいと思います。

## D. 考察

### 1. 有用性を考慮した評価指標および評価マニュアルの修正

本調査の評価指標および評価マニュアルに対する意見・提案にもとづき、評価指標および評価マニュアルを修正した。修正箇所を表7-1,2,3,4に示す。

本調査では「重要性」には、ほとんど異論がなかったが、「わかりやすさ」については十分でなかった。全体的な意見にあった「わかりづらい」については、他の意見も参考にすると、2通りの原因の推測ができる。1点は、今回の調査の対象の雇用背景から、産業保健活動への関与の程度や造詣に幅があることであり、もう1点は個別具体的な記述の難しかった「抽象的表現」の問題である。本指標は産業保健活動領域の全体が俯瞰でき、かつ保健師が関与可能な活動を中心に、記載者の負担が大きくなりすぎない分量でまとめたため、具体的な提示には限界がある。しかしながら、読みやすさを検討し、ヒントになるキーワードを提示するよう加筆した。例えば、評価指標番号1は最もわかりづらいと回答された割合の多かった設問だが、「保健師が『仕事と健康の調和』の視点から活動できる役割を担っている」という表現を、「保健師が事業場の産業保健（労働衛生）活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている」に変更した（表7-1）。

次に、意見の多かった「増加」「減少」「抑制」の定義については、昨年度までのヒアリングでも時折聞かれた意見だった。今回の調査で、あらためて理解できたのは、「労災」は本来「ゼロ」を当然とするもの

であり、また脳心臓血管やメンタルヘルス疾患も職場の規模や年齢構成、状況によっては非常に稀な事象でもあるようで、その発生数と対応について触れることにした。

評価指標番号25では「労働災害等により健康を害する労働者数が抑制される」としていたが、この指標は「労働災害等により健康を害する労働者数が減少あるいは抑制される」と加筆し、マニュアルに「対策により『ゼロ』が継続されることを『抑制されている』」と追記した。また、評価指標番号34の「メンタルヘルス不調者の早期対応数が増加する」については、「重症化したメンタルヘルス不調者の対応数が減少する」とし、マニュアルには「対策、対応の結果で、『重症化対応がゼロ』の場合も成果として評価する（特に対策、対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくことよい）」と追記した。同様に評価指標番号49の「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が抑制される」は、「脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される」とし、マニュアルに「適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を『抑制されている』とする」と追記した。

さらに、「発見すること」「知ること」と併せた「その次の対応」が重要との意見を反映させた追記も行った。具体的には、以下のような加筆である。評価指標番号27：「メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制（仕組み、人材等）がある」[下線：加筆箇所]、評価指標番号38：「事業場内外の相談機関を知って適切に利用する労働者が増加する」[下線：加筆箇所]。

このほか、わかりやすくするために、若干の文言や説明の追加、助詞（てにをは）の吟味や冗長表現の整理、根拠・資料は、すべて「単語（体言止め）」とし、箇条書き記号の削除等でさらに様式の統一をはかった（表7-1,2,3,4）。

また、「生活習慣病予防」目的の指標については、一般定期健康診断の目的と重複する「望ましい保健行動の獲得」があること、一方、産業保健活動分野の指標全

体の分量を考え、項目数を絞ったことで抽象度が上がり、保険者所属の保健師の活動には物足りない内容となったことを確認した。そこで、「生活習慣病予防」の指標は、この領域から削除し、今後「健康づくり活動分野」の指標の文言の一部読み替えたものを、対象者によって追加し、対応していくことが望ましいと考える（本研究では時間的制約から、その着手には至らなかった）。

表7-1 評価指標および評価マニュアルの修正点

- 一般健康診断：健康状態に応じた就業のための対応・有所見者の抑制- （取消線：削除箇所、下線：加筆箇所）

評価指標		評価マニュアル		
評価	番号	評価指標	根拠・資料	
構造評価	1	保健師が「仕事と健康の調和」の視点から事業場の産業保健（労働衛生）活動を考慮した保健師活動が展開できる役割を担っている	—保健師の業務契約内容	産業保健活動全般に関与できるスタッフ役割の扱いになっているかどうか —（「診療補助」や「特定保健指導」の部分的で作業化した対応に特化した役割になっていないか） 保健師の雇用形態や業務内容と対象社員数のバランスはどうか —（保健師以外の職種が十分カバーできる業務に携わる時間が多すぎないか、保健師1人当たり、対象労働者500～1000人が理想的な目安の一つといわれることもある）
	4	労働者の健康に関する職種や職制の役割が明確化され、連携方法を確立されている	—産業医、安全衛生管理者等の選任届や衛生管理体制組織図等 —安全衛生委員会が機能しているかどうか —保健師の入った安全衛生体系の組織図に保健師が入っているか —危機管理体制における保健師の位置づけられているか —人事、総務、その他健康管理に関連するスタッフとの関係性	法令に基づく産業医や安全衛生管理者等の選任 その職務を遂行できる仕組みになっているか 各保健スタッフの役割を明文化したものがあるか、なくとも役割の混乱がないという実態がある 各保健スタッフだけでなく関連職種、職場との連携方法や協議の場が確立されているか
プロセス	5	事業場におけるでの健康情報の取り扱いについて職種や職制に応じた健康情報が適切に取扱いがなされるように、保健師が関与している	—「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針」 —「労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書」等 —社内文書化、周知状況、職場内のコンセンサス	生データは職場での取扱いについて混乱を少なくするように保健医療専門職が加工できる仕組みになっているか 関係者間で健康情報の取り扱い方法がくい違わないよう調整できているか
結果2	11	健康状態を考慮されたいない働き方の労働者の割合が増加減少する	—就業内容別のハイリスク者の就業上の措置の状況やその検討状況	健診結果でハイリスクの状況のまま業務に従事し、業務への支障をきたしたり、健康状態がより増悪される事例はないか ハイリスク者の適切な就業上の措置が行われている割合： 適切な就業上の措置が行われた者/就業上の措置を必要とするハイリスク者
	12	各自の健康状態に適応した適切な保健行動のとれる労働者が増える	—受療状況を含む保健行動の実態 —年間推移	健診結果の未治療者の状況 健診の問診結果など労働者の生活習慣に関する情報の整理と分析

表7-2 評価指標および評価マニュアルの修正点  
 - 職業性疾病の予防・悪化防止・健康の維持 -

(取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標		評価マニュアル		
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	15	事業場の特性に応じた職場巡視を実施している	—事業場に適した巡視記録用紙の様式が策定されているか —職場巡視の計画的実施	法令に記載されているような明確な有害業務の職場でなく事務所であっても業務実態の把握のための職場巡視は重要
	16	予測される災害・疾病防止に適切な作業環境測定等の実施状況を把握している、または関与している	—労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） —職場巡視等での使用してによる有害物質の把握 —新規学々な物質を使用するときは、 <u>一時の職場から報告させるシステムがあるか</u> しくみの有無 —作業環境測定をして、 <u>結果を関係部署にへの報告して、と記録しているか</u>	
	17	予測される労働災害・疾病防止に適切な作業方法の導入状況を把握している、または関与している	—労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） —職場巡視での作業方法をの把握状況しているか —新たな機器を使用時のときは、 <u>職場から報告させるシステムしくみがあるかの有無</u> —現場と安全衛生スタッフが作業方法の改善の話し合いの場の有無	合理化を優先し、安全衛生のリスクが含まれることがないか、留意する
	18	予測される災害・疾病防止に適切な労働衛生教育の実施状況を把握している、または関与している	—労働安全衛生法等関連法令（労働安全衛生マネジメントシステム含む） —実施記録	教育内容の吟味が重要
結果1	21	職場巡視結果での有効な改善事例が増加する	—改善事例の情報	良好事例の増加も含む
結果3	25	労働災害等により健康を害する労働者数が減少あるいは抑制される	—労働災害や業務関連疾患に関するデータの確認できる傷病休業データ	限りなく「ゼロ」を目標とする対策により「ゼロ」が継続されることを「抑制されている」と考える

表7-3 評価指標および評価マニュアルの修正点

- ストレスをコントロールしていきいきと働く労働者が増加する - (取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標			評価マニュアル	
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
プロセス	27	メンタルヘルス不調を早期発見・対応できる体制(仕組み,人材等)がある	—活用実績・決算	単に過不足だけでなく,次年度に予定したい事業なども記録しておくとうい
	32	安全衛生委員会等でメンタルヘルス対策を検討している	—安全衛生委員会の年間計画,議事録など等	
結果1	34	重症化したメンタルヘルス不調者の早期対応数が増加減少する	—業務への支障が少ない段階での対応数等の情報,業務に大きな支障が出た段階での対応数等の情報 —支援記録	対策,対応の結果で,「重症化対応がゼロ」の場合も成果として評価する(特に対策,対応なく重症化対応がない場合も備忘として記録しておくとうい)
	35	適切なプロセスを経て円滑に復帰する休職者が増加する	—復職者の支援記録 —関係者間との話し合いの機会 復帰後の就業状況	支援プロセスがうまく展開しなかった場合の理由などを分析・記録されているとなおよい
結果2	37	管理職からの相談対応後に適切なメンタルヘルス不調を疑われる部下の労務管理に関する相談件数つながらる事例が増加する	—メンタルヘルス相談件数の内,上司からの相談件数 —相談内容	相談件数の推移 相談内容の変化
	38	事業場内外の相談機関を知って適切に利用するいる労働者が増加する	—相談の活用件数 —相談先についての問い合わせ状況 —アンケート調査	周知されている実態とともに,利用実績の把握とその効果の検討されておくとよい

表7-4 評価指標および評価マニュアルの修正点

- 過重労働による健康障害の防止 - (取消線：削除箇所、下線：加筆箇所)

評価指標			評価マニュアル	
評価	番号	評価指標	根拠・資料	評価の考え方・視点
結果2	49	脳・心臓血管疾患等による休職者数や死亡者数が減少ないし抑制される	—休職者,死亡者の性・年代別の原因や関連要因の把握	長期的期間での比較 労働者数の流動の大きな事業場においては,入職年月や業務歴等の該当者の特性にも留意する 適切な対策によって発生が防止されていると判断できる状況を「抑制されている」とする

## 2. 評価指標および評価指標マニュアルの有効活用、保健活動への課題

今回の調査により、本評価指標の有用性は一定以上認められ、評価指標マニュアルも手引きとしての有用性が示唆された。

本研究は、過去にも平成23、24年度に、日本産業衛生学会名簿にもとづく「事業所所属」の看護職(看護師+保健師)」に調査を行ったが、今回の調査では産業保健活動に多少造詣があると思われる健康保険組合や労働衛生機関等も含めた保健師の調査

だったためか、回答者のバックグラウンドによっては、理解しづらい表現のあったことが推測される。

しかしながら、「働く人」の現状は、約7割は中小企業に勤務し<sup>1)</sup>、労働人口は減少する一方で雇用労働者の数は増加している実態<sup>2)</sup>を思うと、事業所所属でなく産業保健活動に直接的には携わらない保健師も、ある程度本指標を意識することで、事業所の産業保健活動支援につなげる視点の加わった活動ができ、労働力確保の支援につな

げられるのではないかと期待する。

昨今データヘルス計画が、国保、社保の保険者に課せられ、健康保険組合は事業所との「コラボヘルス」と呼ばれる連携事業が進められている。各保健師が主業務を評価し、隣接領域の指標も想定して活動することは、今後益々重要になると考える。

ところで、今回の調査票配布に際して、産業領域の保健師の在籍の実態把握の難しさに直面した。今回の調査方法が機縁法に近い方法で、対象に偏りがあったのは、そのためでもある。産業領域の保健師は職場内に少人数配置で雇用され、最近では非正規雇用割合も大きい<sup>3)</sup>。このような流動的で保健所への就業届提出が失念されやすい状況は、領域間の連携だけでなく、育成にも不安がある。他方、産業保健領域で労働基準監督署の選任届に、衛生管理者や産業医はあっても「保健師」はなく、労働安全衛生法上明記された業務は、衛生管理者や産業医と比べて、狭義の保健指導と解釈されやすい状況もある。今回の調査で本指標の有用性に「保健師の活動を理解する一助」が挙げられていた。曖昧な身分は保健師全体のキャリア育成や保健活動の受益者である国民への影響もあると考える。

検討を何度も重ねてきた本評価指標と評価マニュアルであるが、課題も残されている。それは、元々保健師の活動が現場の実態に対応するものであり、先に想定した課題を設定したチェックリストに当てはまらない新たな課題が出現する可能性があることである。また、指標の記載表現に抽象度が残るのもやむをえず、時間経過に伴う状況の変化で、指標の内容の吟味と随時改訂は必要になるだろう。

## E. 結論

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」とその評価マニュアルを用いて、自記式調査票により、産業保健活動に関与する保健師66名に調査した結果、指標の重要性はすべての指標で確認された。「わかりにくさ」の指摘はあるも、マニュアルが併記されていることの有用性が認められた。保険者所属の保健師の主たる活動評価には、本指標の「生活習慣病予防」目的の評価項目を「健康づくり活動分野における保健活動」の評価指標に包含し応用させることが望ましいと考え、本指標とマニュアルは「生活習慣病予防」目的の7指標を削除した50項目の「産業保健の評価指標」を完成させ、それを文末に添付した。この評価指標が産業保健を担う保健師の活動の見える化となり、保健師の法的位置づけの一助となることを期待したい。

## F. 引用文献・参考文献

- 1) 中小企業庁HP：白書・統計情報・中小企業の企業数・事業所数  
([http://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu\\_kigyocnt/](http://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/) アクセス日2016.4.29)
- 2) 総務省統計局：平成26年労働力調査年報  
(<http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2014/index.htm> アクセス日2016.4.29)
- 3) 日本看護協会：平成26年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書.15,21.2015.
- 4) 平成26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）.2015.

## G. 研究発表および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
久佐賀眞理他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その1：母子保健	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
藤井広美他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その2：健康づくり保健	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
石川貴美子他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その3：高齢者保健福祉	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P519	2015
山口佳子他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その4：精神保健福祉活動	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
春山早苗他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その5：感染症保健活動	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
小西かおる他	保健師によるもの保健活動の評価指標と評価マニュアルの検証 その6：難病保健	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015
森本典子他	評価指標を用いた評価活動の成果と課題	日本公衆衛生雑誌	69(10)	P520	2015