

「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の質に関する評価指標 —標準化のための検証と改訂—

山口 佳子*・平野 かよ子**・森本 典子**・春山 早苗***・小西 かおる****
石川 貴美子*****・藤井 広美*****・久佐賀 眞理**・大神 あゆみ*****・尾島 俊之*****
(平成29年12月9日査読受理日)

Verification of importance and revision of an evaluative index of the quality of “Supporting untreated or treatment-interrupted persons with mental illness in receiving treatment”

YAMAGUCHI, Yoshiko HIRANO, Kayoko MORIMOTO, Noriko HARUYAMA, Sanae KONISHI, Kaoru
ISHIKAWA, Kimiko FUJII, Hiromi KUSAGA, Mari OOGAMI, Ayumi OJIMA, Toshiyuki
(Accepted for publication 9 December 2017)

要約

本研究の目的は、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の質を評価する評価指標を、全国で活用できる標準化されたものとするために、重要性と表現のわかりやすさについて確認し、改訂することである。全国486保健所を対象に、研究者らが開発した評価指標の「重要性」と表現の「わかりやすさ」に関する質問紙調査を行った。また、1県型保健所と管内2市の協力を得て、評価指標を用いて評価を実践した上で、改訂のあり方についてききとり調査を行った。これらの結果をふまえて、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」に関する評価指標を整理し、評価の優先順位を設定した。

Abstract

The aim of this study was to verify the importance of, and revise, a standardized evaluative index that can be used nationally in Japan to evaluate the quality of community mental health activities. We conducted a questionnaire survey at 486 public health centers throughout Japan to determine the "ease of understanding" the expressions used in evaluative index we developed, and regarding the "importance" of such an index. Responses were received from 222 public health centers. Further, one prefectural public health center and departments of two municipalities within its jurisdiction cooperated with our study by evaluating their actual community mental health activities using our evaluative index and its manual. Interviews were held with the evaluators regarding revision of the evaluative index. Based on the results, we revised our evaluative index for supporting untreated or treatment-interrupted persons with mental illness in receiving treatment, by reducing the number of items and establishing a priority for order of evaluations.

キーワード：未治療・治療中断 精神障害者 受療支援 保健師 評価指標

Key words : untreated or treatment-interrupted, mentally ill person,
supporting in receiving treatment, public health nurse, evaluative index

* 東京家政大学看護学部看護学科
** 長崎県立大学看護栄養学部
*** 自治医科大学看護学部
**** 大阪大学大学院医学系研究科
***** 神奈川県秦野市
***** 杏林大学保健学部

***** 大原記念労働科学研究所
***** 浜松医科大学健康社会医学講座

1. 緒言

わが国の保健師は、地域に住むすべての人々を対象とし、地域の関係者・関係機関や住民と連携・協働しながら、家

庭訪問や健康相談等による個別支援をはじめ、健康診査や健康教育、グループ・地区組織活動の育成・支援、施策化等、多様な方法を相互に関連づけて保健活動を展開することにより、健康な地域づくりに貢献してきた。地方分権化と説明責任、財政状況の悪化を背景に行政事務事業評価が求められる中、行政サービスである保健活動についても評価の必要性が高まっている。また、保健活動の評価には、保健師が行なっている活動を多くの人々に示すことができる、保健活動への理解を深めてもらえる等のメリットがある¹⁾²⁾。しかし、これまでの評価は、数的な実績を示すことだけに終わりがちであったが³⁾、保健師が評価したい質的な変化は数値化しにくいいため、他職種からは低い評価を受けがちである¹⁾。また、現場の保健師は、よりよい保健師活動を実践するために、「援助の過程」や「援助の質」等、結果あるいは成果に至る以前の要素も評価することを期待している⁴⁾。したがって、保健活動の現状と課題を可視化し、住民や他職種の理解を得るとともに、活動の改善に活かすためには、保健活動の質に関する評価が必要と考えられる。

保健活動の質の評価については、島田ら⁵⁾が、事業別に地域保健活動の評価指標を集積した研究を行っている。しかし、保健活動のすべてが事務事業化されているわけではなく、まだ事業化されていないが地域の関係者と協働した活動や非営利組織が行った活動と併せて評価することも必要とされている³⁾。個々の事業評価にとどまらない保健活動の質について、全国で活用できる標準化された評価指標は開発されていない。そのため、研究者らは、母子保健、健康づくり、高齢者保健福祉、精神保健福祉、難病保健、感染症対策の各分野における保健活動の質を評価するため、全国で活用できる標準化された評価指標の開発に取り組んできた。

本研究の目的は、精神保健福祉分野の「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」(以下、受療支援)の質に関する評価指標(2014年度版)を、全国で活用できる標準化されたものとするために、全国保健所に対する質問紙調査(調査①)、県型保健所と管内市町村へのききとり調査(調査②)を行い、指標としての重要性と表現のわかりやすさについて検証し、改訂することである。

精神保健分野については、1965年の精神衛生法改正以来、保健所が大きな役割を果たしてきたが、1994年の地域保健法制定、1995年の精神保健福祉法改正、2005年の障害者自立支援法の制定等によって市町村の役割が拡大するとともに実践活動の担い手が多様化している。そのため広域的・専門的・技術的拠点である保健所には、管内における市町村等の関係機関や住民による活動の実態と課題を明らかにし、地域としての組織的な取り組みを促すことが求められている。そこで、「保健所による活動」だけでな

く「保健所以外による活動」に関する評価指標を設定することにより、保健所が関係者に活動状況を照会し、共有・確認する場を設け、地域の課題や今後の活動を検討する手段として活用してもらうことを意図した。こうした保健所と関係者との協働による評価の実践を通して、評価指標の改訂について具体的な意見を収集することを目的として、調査②を行った。

【評価指標の開発経過】

1年目の2010年度は、保健活動の質の評価指標に関する文献や資料を収集・分析し、研究班員で協議することにより、評価の視点と枠組みを決定し、評価指標の原案を作成した⁶⁾⁷⁾。評価の視点は、保健師を中心とする保健活動の実践者による自己評価を主眼とし、管理者が中長期的な視点から成果を評価する視点も考慮した。評価の枠組みについては、ドナ・ベディアン⁸⁾が医療の質評価の枠組みとして提唱した「構造、過程、結果」を用いた。この枠組みは、サービスのインプットからアウトプットまで包括的にとらえるのに有効であり、3つの側面の関連を分析することで改善の手がかりが見いだせることから、看護サービスの質評価の枠組みとして最も妥当といわれており⁹⁾、臨床における看護ケアの質の評価基準の枠組みにも用いられている¹⁰⁾¹¹⁾。保健活動の結果はすぐに出ないことが多いため、本研究では結果を3段階に分け、以下の通りとした。

構造：保健活動の基盤となるもの。保健活動の実践者の所属自治体及び保健活動の対象地域における人的・物的・経済的資源やシステムの実態。

プロセス：保健活動の全過程。

結果1：短期目標の達成状況、あるいは結果2の前段階の成果。範囲は個人・家族、集団、関係者等であり、保健活動の実践者が直接的なかかわりの中で把握できる成果。

結果2：活動目的の達成状況。中間管理者が期待する中期的な成果や効率。

結果3：いくつかの結果2の集成としての成果、経済性や効率の観点で集約された成果、あるべき姿の達成状況。組織の長が期待する長期的な成果。

2011、2012度は、2010年度原案をもとに各分野の評価指標を作成し、保健活動を評価する指標としての適切性と実行可能性について、デルファイ法による質問紙調査を行った^{12~15)}。

精神保健分野については、保健所保健師の役割が大きいと考えられる「受療支援」「ひきこもり」「自殺予防」について評価指標を作成し、全国の495保健所から無作為抽出した171カ所を対象に一次調査を行った¹³⁾。2012年度は、一次調査で適切性と実行可能性が低かった「ひきこもり」を除外して、「受療支援」と「自殺予防」について二次調査を行い、評価指標を改訂した(2012年度版)¹⁵⁾。

2013年度と2014年度は、市町村または保健所の保健師に各分野の評価指標（2012年度版）の実践を依頼してききとり調査を行うことにより、評価指標の有用性を確認し、改訂するとともに、評価指標の使い方に関するマニュアルを作成した^{16)~19)}。

精神保健福祉分野については、2013年度は4県4保健所の協力を得た。「たいていあてはまる」等の選択肢による評価方法については、主観的になりやすい、前年度からの変化がわかるよう具体的な数値を示す方がよいとの意見から、可能な範囲で数値による評価方法に変更した。また、連携会議は保健所管内全域ではなく市町村単位で行う必要がある、市町村によって状況が異なる等の意見から、評価欄を「保健所管内全域」と「市町村ごと」に分けた（2013年度版）¹⁷⁾。2014年度は、前年度に引き続き3県3保健所に2013年度版評価指標の実践を依頼し、有用性の確認と改訂を行った（2014年度版）¹⁹⁾。

【用語の定義】 未治療・治療中断の精神障害者の受療支援：家族や近隣住民、関係者、ときには精神障害者本人からの依頼や相談等を受け、精神障害者本人が地域で自分の望む生活を続けていく上で必要な場合、精神科の治療につなぎ、中断を防ぐ活動。これには、精神科への通院を継続していたが病状が悪化し、精神保健福祉法に基づく申請・通報が行われた精神障害者について、精神科受診を支援した活動を含む。

2. 方法

2.1 調査方法

1) 調査①：全国の保健所に対する質問紙調査

「受療支援」と「自殺予防」に関する精神保健福祉分野の評価指標（2014年度版）について、無記名自記式調査票を作成した。これを評価指標のマニュアルとともに全国486保健所の精神保健福祉担当事業者保健師に送付し、郵送により回収した。調査期間は2015年10月から翌年1月までであった。評価指標の重要性と表現のわかりやすさについて、「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.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」の5件法と自由記述で尋ねた。

2) 調査②：県型保健所と管内市町村へのききとり調査

評価指標利用の申し出があったE県F保健所と管内2市に、2015年7月に評価指標とマニュアルを送付し、8月6日に説明会を行った。2014年度の活動について評価指標を用いて12月までに自己評価するよう依頼し、評価結果はF保健所が取りまとめた。12月18日にF保健所で検討会を行い、評価結果とその根拠、評価に必要な情報と収集方法、評価を通して見えてきた現状や課題等を共有・

確認しながら、評価指標のわかりにくかった点や改善策、意義等について研究参加者と検討した。説明会と検討会で出された意見はその場で研究者が記録をとり、後日、研究参加者の確認を得た。

2.2 分析方法

調査①：選択肢による回答は単純集計を行った。重要性については「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」）、わかりやすさについては「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」）を検討した。自由記述による回答は、ひとまとまりの意味を持つ文章を抽出し、内容の共通性に応じてカテゴリー化した。

調査②：調査記録から、評価に必要な情報の収集や判断における困難、改訂方法に関する意見を指標ごとに抽出し、評価指標改訂の必要性や理由、具体的な改訂方法を整理した。

以上の分析結果をふまえて、筆頭研究者が精神保健福祉分野の評価指標とマニュアルの改訂案を作成し、2016年2月7日と3月26日に研究班員で検討した。

【倫理的配慮】 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。調査①では、調査の目的や方法、調査結果の公表に際して回答機関が特定されないよう配慮すること、調査への回答をもって同意とみなすこと等について調査依頼文に記載した。調査②では、調査の目的や方法、倫理的配慮について、研究参加者に対して口頭と書面により説明を行い、同意書を得た。

3. 結果

3.1 調査①：全国の保健所に対する質問紙調査

1) 回答者の属性

47都道府県486保健所中、45都道府県222保健所から回答を得た（回収率45.7%）。内訳は、県型保健所175か所78.8%、特別区を含む市型保健所47か所21.2%であった。

2) 評価指標について

評価指標の重要性とわかりやすさについて、選択肢による回答結果を表1に示した。

「構造」、「プロセス」の「保健所による活動」に関する項目はいずれも「重要である」が7割を超え、「わかりやすい」も指標10.1)以外は7割以上であった。「プロセス」の「保健所以外による活動」に関する項目については、「個別ケースに対する受療支援」の指標7.2), 9.2), 10.2), 11.2), 11.3)は「重要である」「わかりやすい」とともに40~50%台と低く、「地域の健康課題としての対応」の指標14.2)は「重要である」が7割に満たなかった。「結果1」の指標16は「保健所による活動」の指標であるが、「重要である」は35.2%と全項目中最も低く、「わかりやすい」

表1 調査① 評価指標に対する「重要である」「わかりやすい」の回答割合

| 枠組 | 評価指標 | 評価方法 ※ | | | 重要である (%) | わかりやすい (%) | |
|--|---|---|---------|-------|-----------|------------|------|
| | | 保健所管内全域 | 管内市町村ごと | 管外市町村 | | | |
| 構造 | 1 未治療・治療中断の精神障害者が精神科の治療を開始・再開・継続するための支援(以下、受療支援)が、保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている | 選択肢 | / | / | 77.2 | 85.4 | |
| | 2 保健所が受療支援を行うために必要な予算が確保されている | 選択肢 | / | / | 84.5 | 85.4 | |
| | 3 受療支援が保健所保健師の業務として位置づけられている | 選択肢 | / | / | 83.2 | 78.6 | |
| | 4 受療支援を業務として位置づけられている職種が、保健所保健師以外にも配置されている | 選択肢 | 選択肢 | / | 80.5 | 73.3 | |
| プロセス | 《個別ケースに対する受療支援(治療の開始・再開・中断予防のための支援)》 | | | | | | |
| | 5 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者の実人員 | 1)受療支援を行うために、保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた精神障害者の実人員 | 数値 | 数値 | 数値 | 85.1 | 87.3 |
| | | 2)受療支援について、保健所は、本人・家族・住民のいずれに対しても直接働きかけなかったが、関係者に対して働きかけた精神障害者の実人員 | 数値 | 数値 | 数値 | 78.3 | 82.8 |
| | 6 保健所が当該年度中に新規に受療支援を行った精神障害者の実人員と把握経路 | 1)新規把握者実人員の総数、割合 | 数値 | 数値 | 数値 | 83.3 | 84.9 |
| | | 2)把握経路別実人員 (1)関係機関から:市町村、医療機関、警察、その他 (2)住民から (3)家族から (4)本人から | 数値 | 数値 | 数値 | 87.6 | 86.1 |
| | 7 受療支援のために本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた | 1)受療支援のために保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた方法別延人員 (1)訪問 (2)相談 (3)電話相談 (4)メールや手紙による相談 | 数値 | 数値 | 数値 | 84.5 | 83.6 |
| | | 2)受療支援のために保健所以外が精神障害者本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた | 選択肢 | 選択肢 | 選択肢 | 58.2 | 59.5 |
| | 8 受療支援のために保健所が関係機関と連携・協働した延回数 | 1)市町村 2)医療機関 3)警察 4)その他 | 数値 | 数値 | 数値 | 77.1 | 80.0 |
| | 9 受療支援を行う際に、個々の精神障害者に関する情報の共有や支援方針の検討を組織内で行った | 1)保健所による活動 「指標5.保健所が受療支援を行った精神障害者」のうち、該当する精神障害者の実人員と割合 | 数値 | 数値 | 数値 | 70.0 | 74.2 |
| | | 2)保健所以外による活動 | 選択肢 | 選択肢 | 選択肢 | 43.8 | 50.7 |
| | 10 受療支援を行う際に、必要に応じて、複数の職員で対応した | 1)保健所による活動 | 選択肢 | 選択肢 | 選択肢 | 72.5 | 62.8 |
| | | 2)保健所以外による活動 | 選択肢 | 選択肢 | / | 49.1 | 43.8 |
| | 結果 | 《地域健康課題としての対応》 | | | | | |
| | | 12 受療支援について、地域の現状と課題の把握、今後の活動の検討を保健所内で行った | 選択肢 | 選択肢 | / | 75.9 | 86.8 |
| 13 地域の関係者が集まり、受療支援について地域の課題の共有や解決策の検討を行った | | 選択肢 | 選択肢 | / | 78.2 | 87.7 | |
| 14 関係者のスキルアップや連携強化のための事例検討会や同行訪問等、受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った | | 1)保健所による活動状況 | 選択肢 | 選択肢 | / | 88.5 | 90.7 |
| | 2)保健所以外による活動状況 | 選択肢 | 選択肢 | / | 67.0 | 75.5 | |
| 15 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った | 1)保健所による活動状況 | 選択肢 | 選択肢 | / | 86.8 | 83.4 | |
| | 2)保健所以外による活動状況 | 選択肢 | 選択肢 | / | 72.6 | 75.4 | |
| 結果1 | 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 | 数値 | 数値 | / | 35.2 | 52.3 | |
| | 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 | 数値 | 数値 | / | 62.8 | 76.4 | |
| 結果2 | 18 保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者が、当該年度中に精神科治療を開始・再開した | 1)「指標5.保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者」のうち、当該年度に精神科治療を開始・再開した精神障害者の実人員と割合 | 数値 | 数値 | 数値 | 77.3 | 82.9 |
| | | 2)「<可能であれば計上>1)の内訳:治療開始・再開の方法別実人員 (1)通院 (2)任意入院 (3)医療保護入院 (4)応急入院 (5)措置入院・緊急措置入院 | 数値 | 数値 | 数値 | 75.7 | 72.9 |
| 19 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、当該年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、当該年度末時点で精神科治療を中断していない | 「指標18.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」の当該年度末時点における治療状況別実人員 1)治療継続 2)治療中断 3)わからない | 数値 | 数値 | / | 69.7 | 76.4 | |
| 結果3 | 20 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった | 1)年度中に新規に措置入院した精神障害者の実人員 (1)当該年度 (2)前年度 (3)(1)-(2) | 数値 | 数値 | / | 85.8 | 77.5 |
| | | 2)1)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員と割合 (1)当該年度 (2)前年度 (3)(1)-(2) | 数値 | 数値 | / | 79.4 | 71.6 |
| | | 3)1)のうち、措置入院歴のわからない精神障害者の実人員と割合 (1)当該年度 (2)前年度 (3)(1)-(2) | 数値 | 数値 | / | 68.8 | 51.9 |
| | | 4)措置入院を繰り返すケースの特徴や課題 | 自由記述 | 自由記述 | / | 68.5 | 81.0 |

※評価方法:「選択肢」は提示された選択肢から1つまたは複数選択する。「数値」は該当する数値を書く。

も52.3%にとどまった。「結果2,3」については、「重要である」はいずれも概ね7割以上、「わかりやすい」は指標20.3)以外は7割以上であった。

自由記述の主な結果は以下の通りであった。“ ”は自由記述の引用を、<>はカテゴリー名を示す。

評価に必要な情報の収集については<保健所以外の活動については把握が困難>が25件、<保健所と保健所以外、市町村ごとに分ける意味がわからない/分ける必要がない>が3件抽出された。なお、保健所と保健所以外、市町村ごとに分けた理由についてはマニュアルに記載してあったが、マニュアルを「全部じっくり読んだ」回答者は28人（選択肢による回答：有効回答者の12.9%）であった。

“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、数が計上されておらず、新たに集計をする必要が生じる”等<数値の把握が困難>14件や、<既存の統計報告とリンクできるとよい>5件、<集計表の工夫が必要>2件が抽出された。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”等、<評価指標の項目が多い・評価に時間がかかる>が18件抽出された。

評価者の主観で評価する指標については<評価者によって判断が分かれる>が13件抽出され、うち8件は指標16に関する意見であった。また、「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の定義については、“精神障害者の定義づけを明確にした方が回答しやすい”等、<評価対象の定義の明確化が必要>が6件抽出された。

評価指標のわかりやすさについては、表現のわかりにくい点に対する具体的な意見の他、“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”等の肯定的な意見が抽出された。

3.2 調査②：県型保健所と管内市町村へのききとり調査

研究参加者は表2に示す通りであった。説明会は2時間、検討会は3時間行った。主な結果を以下に述べる。“ ”は発言内容を示す。

受療支援については、保健所はもとより、管内2市でも

日常的に幅広く取り組んでいたが、どのようなケースを計上するかは判断が分かれた。協議の結果、他自治体との比較が目的ではないので、その自治体ではどのようなケースを「未治療・治療中断」と計上したのか明記しておき、毎年度同じ定義で計上して経年変化が見られるようにした。

「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なっていたが、G市から“保健師が家庭訪問を行う交通費等は庶務予算に含まれている。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”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5～11には保健所が働きかけた人数等を計上する必要がある。しかし、「受療支援」については政府統計に位置づけられていないため、F保健所では集計していなかった。また、精神保健福祉に関する相談延件数が年間千件を超えることから、2014年度の研究参加保健所のように、援助記録を読み返して該当者を集計することは困難であった。さらに、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はできなかった。これについては、F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”と提案された。

「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、“関わった人がどうなったかは、単年度で評価していかないとわからなくなる”“単年度では変化は見えない”“関わる回数が少ないと変化をつかみづらい”“個々のケースの変化よりも、関係機関とのネットワークについて評価する方がよい”等さまざまな意見が出された。協議の結果、指標16を削除し、「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」のみでよいとした。

研究参加者からは指標の追加も提案されたが、項目数を

表2 調査②の研究参加者

| | E県F保健所 2市 約31万 | | E県G市 約23万 | | E県H市 約8万 | | | | |
|------|-------------------|-----|------------------------|---------------------|-----------------------|-----|----------|---|---|
| 総人口 | 保健所保健師：総数9人 | | 市保健師：総数34人 | | 市保健師：総数13人 | | | | |
| 職員配置 | 精神保健福祉担当福祉職：2人 | | 保健部署24人 精神障害者福祉部署3人 | | 保健部署9人 精神障害者福祉部署3人 | | | | |
| | 説明会 | 検討会 | 説明会 | 検討会 | 説明会 | 検討会 | | | |
| 参加者 | 企画管理課保健師 | 1 | 1 | 統括保健師 | 0 | 1 | 統括保健師 | 1 | 1 |
| の内訳 | 保健予防課長 [保健師] | 1 | 1 | 障害福祉課保健師 | 2 | 1 | 保健部署保健師 | 1 | 0 |
| (人) | 精神保健担当福祉職 | 1 | 1 | 障害福祉課長 [事務職・福祉職] | 0 | 1 | 障害福祉課保健師 | 0 | 1 |

減らしてほしいとの意見が多かった。

4. 考察

4.1 標準化された評価指標としての検証

調査①の結果から、「重要である」「わかりやすい」が概ね7割以上の項目については、全国で活用できる標準化された評価指標としての重要性とわかりやすさが確認された。

東京都狛江調布保健所の保健師が2001年度に行った精神保健福祉相談業務の約4割が未治療・治療中断に関する相談業務であり²⁰⁾、東京都多摩立川保健所の保健師が2003、2004年度に入院支援に直接関わった165例の43.6%が治療中断、32.1%が未治療者であった²¹⁾。その後の法改正に伴い、精神保健福祉活動における保健所の役割や活動体制は変化したが、全国保健所に対する2010年の調査では、「精神医療の確保」の86.8%、「精神障害者の危機介入」の69.8%が市町村主体ではなく保健所主体で実施されていた²²⁾。また、2014年度の全国調査によると、市町村から保健所に支援依頼のある困難事例の8割以上が受診拒否や医療中断・頻回再燃であった²³⁾。受療支援は、現在も保健所による精神保健福祉活動の中核であり、その現状や課題を評価する意義は大きいと考えられる。

措置入院の申請通報届出件数については、厚生労働省所管の「衛生行政報告例」に報告するため、E県のように各保健所で対応件数を集計しているとみられる。しかし、受療支援は措置対応だけではない。保健所による精神保健福祉に関する被指導延人員は、同省所管の「地域保健・健康増進事業報告」の「5(1)精神保健福祉(相談等)」に報告されているが、「受療支援」の項目はなく、集計していない保健所が少なくなかった。また、受療支援では、本人に会うまで平均4.3～4.5か月かかること²⁰⁾²¹⁾や、措置症状がなく受診拒否しているケース等に保健所が粘り強く訪問していることが報告されている²²⁾。こうした地道な努力は保健活動の質を示すものと考えられるが、同事業報告に拒否や不在の件数は含まれていない。

そこで、保健所による受療支援の現状を可視化できるよう、保健所が「受療支援」を行った精神障害者の実人員と、拒否や不在の場合も含めて直接働きかけた延人員を指標5.1), 7.1) に設定した。調査①の結果、いずれも「重要である」「わかりやすい」が8割以上と高く、全国で活用できる標準化された評価指標としての重要性が確認された。一方で、これらの数値は国への報告義務がないため、把握困難なことも確認された。評価に必要な数値が把握できるよう、ケース台帳や集計表、都道府県レベルの統計への反映や活用が今後の課題である。

4.2 評価指標の改訂

調査①で「重要である」「わかりやすい」が7割未満の指標を重点的に見直し、②の結果をふまえて表3に示す通り評価指標を改訂した。主な改訂点は以下の通りであった。

1) 評価の優先度の設定と評価指標の削除

「プロセス」に関する評価指標のうち「保健所以外による活動」は「重要である」や「わかりやすい」が低く、自由記述からも「保健所以外の活動については把握が困難」><保健所と保健所以外、市町村ごとに分ける意味がわからない/分ける必要がない>が抽出された。これには、マニュアルを「全部をじっくり読んだ」人が少なかったことだけでなく、度重なる法改正に伴って市町村の役割の拡大や活動の担い手の多様化が進む中、保健所の統廃合等による保健所と市町村等との関係の希薄化が影響していると考えられる。しかし、調査②のF保健所のように、地域の関係者の活動状況や課題を把握し、地域としての組織的な取り組みを促すことは保健所の重要な役割である。「保健所以外による活動」の評価指標は、全国どこでも使えるものとはいいがたいが、保健所として把握する必要があることを示すため、削除しない方がよいと考えた。その一方で、調査①②の結果、評価指標の数を減らす必要性が明らかになった。

そこで、「評価の優先度」を新たに設定し、「毎年度必ず評価する」項目(★★★)とそれ以外に分けることにより、評価指標を選べるようにした。担当者の異動があることや、各種事業や地区活動は年度単位で展開されていることから、「プロセス」の「保健所以外の活動」に関するすべての指標と、「保健所の活動」に関する指標で「重要である」が75%未満の項目は、原則として「毎年度評価することが望ましい」(★)または「毎年度できるだけ評価する」(★★)とした。「構造」の一部については、1年程度では変化しないと思われるため、毎年度ではなく3～5年ごとに評価することにし、同様に☆☆☆～☆に分類した。

また、「結果1」の指標16は、調査①で「重要である」「わかりやすい」がともに低かったため、調査②の結果に基づいて指標16を削除し、指標17のみを残して優先度を★★とした。「プロセス」の指標11.3)と「結果3」の20.3)については、指標11.1)2)または20.2)で実態をおおむね把握できると考え、削除した。

2) 評価対象の定義の明確化

調査①②の結果から、全国で活用できる標準化された評価指標にするためには、評価対象となる「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の定義をより具体的に示す必要があると考えられた。先行研究では明確に定義されていなかったため、2013年度から2015年度までの研究参加者

表3 「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の質に関する評価指標 改訂版

| 枠組 | 評価指標 | 保健所管内全域 | | 管内市町村 (市町村名:) | | 管外市町村 | 評価の優先度 | 改訂前の指標番号 | |
|------------------------|--|---|---|---|---|-------|-------------|----------|---|
| | | | | | | | | | |
| 構造 | 1 未治療・治療中断の精神障害者が精神科の治療を開始・再開・継続するための支援(以下、受療支援)が、保健・医療・福祉に関する行政計画に位置づけられている | 1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない | | 2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない | | | ☆☆☆ | 1 | |
| | 2 受療支援を行うために必要な予算が確保されている | 1)保健所において a.はい b.いいえ | | 2)市町村行政において a.はい b.いいえ c.わからない | | | 1)★★ 2)★ | 2 | |
| | 3 受療支援が保健師の業務として位置づけられている | 1)保健所の所属する自治体において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない | | 2)市町村行政において a.明確に位置づけられている b.明確ではないが位置づけられている c.位置づけられていない | | | 1)☆☆ 2)☆ | 3 | |
| 《個別ケースに対する受療支援》 | | | | | | | | | |
| プロセス | 4 評価対象年度中に保健所が何らかの方法で受療支援を行った精神障害者の実人員 | 1)受療支援を行うために、保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた精神障害者の実人員 | 人 | | 人 | 人 | ☆☆☆ | 5 | |
| | | 2)受療支援を行うために、保健所が関係者に対してのみ働きかけた精神障害者の実人員 | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | 3) 1)+2) | 人 | | 人 | 人 | | | |
| プロセス | 5 指標4の実人員のうち、保健所が評価対象年度中に新規に受療支援を行った精神障害者の実人員と把握経路 | 1)新規把握者実人員の総数 % = 指標5.1) / 指標4.3) × 100 | 人 | % | 人 | 人 | % | % | 6 |
| | | 2)把握経路別実人員 | | | | | | | |
| | | (1)関係機関から | | | | | | | |
| | | 市町村 | 人 | | 人 | 人 | 人 | ☆☆☆ | |
| | | 医療機関 | 人 | | 人 | 人 | 人 | | |
| 警察 | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| その他 | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| (2)住民から | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| (3)家族から | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| (4)本人から | 人 | | 人 | 人 | 人 | | | | |
| プロセス | 6 指標4の精神障害者の受療支援のために、本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた | 1)保健所が本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた方法別延人員 | | | | | | 7 | |
| | | (1)訪問 ① | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ②拒否・不在等 | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ③ ①+② | 人 | | 人 | 人 | ☆☆☆ | | |
| | | (2)来所相談 ① | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ②拒否・不在等 | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ③ ①+② | 人 | | 人 | 人 | ☆☆☆ | | |
| | | (3)電話相談 ① | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ②拒否・不在等 | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | ③ ①+② | 人 | | 人 | 人 | ☆☆☆ | | |
| | | (4)メールや手紙による相談 | 人 | | 人 | 人 | | | |
| | | 2)保健所以外に、本人・家族・住民のいずれかに対して直接働きかけた機関等 | | | | | ★ | | |
| プロセス | 7 指標4の精神障害者の受療支援のために、保健所が関係機関と連携・協働した延回数 | 1)市町村 | 回 | | 回 | 回 | ☆☆☆ | 8 | |
| | | 2)医療機関 | 回 | | 回 | 回 | | | |
| | | 3)警察 | 回 | | 回 | 回 | | | |
| | | 4)その他 | 回 | | 回 | 回 | | | |
| プロセス | 8 指標4の精神障害者の受療支援を行う際に、個々の精神障害者に関する情報の共有や支援方針の検討を組織内で行った | 1)保健所の活動 | | | | | 1)★★ 2)★ | 9 | |
| | | a.たいてい行った | | | | | | | |
| | | b.ときどき行った | | | | | | | |
| | | c.行わなかった | | | | | | | |
| | | 2)市町村の活動 | | | | | | | |
| | | a.行った | | | | | | | |
| | | b.行わなかった | | | | | | | |
| | | c.該当者がいなかった | | | | | | | |
| | | d.わからない | | | | | | | |
| プロセス | 9 指標4の精神障害者の受療支援を行う際に、必要に応じて、複数の職員で対応した | 1)保健所の活動 | | | | | 1)★★ 2)★ | 10 | |
| | | a.たいていした | | | | | | | |
| | | b.ときどきした | | | | | | | |
| | | c.しなかった | | | | | | | |
| | | d.必要な場合がなかった | | | | | | | |
| | | 2)市町村の活動 | | | | | | | |
| | | a.した | | | | | | | |
| | | b.しなかった | | | | | | | |
| | | c.必要な場合がなかった | | | | | | | |
| | | d.わからない | | | | | | | |
| 《地域の健康課題としての対応》 | | | | | | | | | |
| プロセス | 10 受療支援について、地域の現状や課題の把握、今後の活動の検討を当該組織内で行った | 1)保健所内部での把握や検討 | | | | | ☆☆☆ | 12 | |
| | | a.地域の現状や課題を把握した | | | | | | | |
| | | b.今後の活動を検討した | | | | | | | |
| | | c.どちらも行わなかった | | | | | | | |
| | | 2)市町村内部での把握や検討 | | | | | ★ | | |
| | | a.地域の現状や課題を把握した | | | | | | | |
| | | b.今後の活動を検討した | | | | | | | |
| | | c.どちらも行わなかった | | | | | | | |
| | | d.わからない | | | | | | | |

| | | | | | |
|------|--|--|--|-----------------|----|
| | 11 地域の関係者が集まり、受療支援について地域の課題の共有や解決策の検討を行った | a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった | a.地域の健康課題を共有した b.解決策を検討した c.どちらも行わなかった | ★★★ | 13 |
| | 12 受療支援に関する社会資源の支援・育成・開発を行った | 1)保健所の活動 a.はい b.いいえ 2)市町村の活動 a.はい b.いいえ c.わからない 3)保健所・市町村の他にに行っている機関等 | a.はい b.いいえ a.はい b.いいえ c.わからない | ★★★ ★ ★ | 14 |
| | 13 地域住民に対して、精神保健に関する相談や受診への抵抗感を解消するための普及啓発活動を行った | 1)保健所の活動 a.はい b.いいえ 2)市町村の活動 a.はい b.いいえ c.わからない 3)保健所・市町村の他にに行っている機関等 | a.はい b.いいえ a.はい b.いいえ c.わからない | ★★★ ★★ ★ | 15 |
| 結果1 | 14 指標4の精神障害者のうち、精神科治療の開始・再開に至らないが、関係者による見守りや支援の体制ができた・充実した精神障害者の実人員 | 実人員 人 % = 指標14 / {指標4.3 - 指標15.1} × 100 % | 人 % | ★★ | 17 |
| 結果2 | 15 指標4の精神障害者が、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した | 1)指標4の精神障害者のうち、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した実人員と割合 実人員 人 % = 指標15.1 / 指標4.3 % 2)1)の内訳:治療開始・再開の方法別実人員 (1)通院 人 (2)任意入院 人 (3)医療保護入院 人 (4)応急入院 人 (5)措置入院・緊急措置入院 人 | 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 | ★★★ ★ | 18 |
| プロセス | 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 | 1)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれかに対して保健所が直接支援した 2)指標15の精神障害者について、精神科治療を開始・再開した後に本人・家族・住民のいずれかに対して関係機関が行う働きかけを保健所が支援した | a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった a.必要な場合はたいてい行った b.必要だが行わない(行えない)ことがしばしばあった c.必要がなかったので行わなかった d.必要かどうかわからないので行わなかった | ★★ ★ | 11 |
| 結果2 | 17 保健所が何らかの方法で受療支援を行い、評価対象年度中に治療を開始・再開した精神障害者が、評価対象年度末時点で精神科治療を中断していない | 1)指標15.保健所が受療支援を行い、評価対象年度中に精神科治療を開始・再開した精神障害者の評価対象年度末時点における治療状況別実人員と割合 1)治療継続 実人員 人 % = 指標17.1 / 指標15 × 100 % 2)治療中断 実人員 人 % = 指標17.2 / 指標15 × 100 % 3)わからない 実人員 人 % = 指標17.3 / 指標15 × 100 % | 人 % 人 % 人 % | ★★ | 19 |
| 結果3 | 18 精神障害者が措置入院を繰り返さなかった | 1)評価対象年度中に新規に措置入院した精神障害者の実人員 (1)評価対象年度 人 (2)前年度 人 (3)(1)-(2) 人 2)1)のうち、措置入院歴のある精神障害者の実人員と割合 (1)評価対象年度 実人員 人 (2)前年度 実人員 人 (3)(1)-(2) 人 (4)評価対象年度 % = 指標18.2(1) / 指標18.1(1) × 100 % (5)前年度 % = 指標18.2(2) / 指標18.1(2) × 100 % (6)(4)-(5) ポイント 3)措置入院を繰り返すケースの特徴や課題 | 人 人 人 人 人 人 人 % 人 % 人 % ポイント | ★★★ ★★★ ★ | 20 |

※薄いグレーの欄に評価を記載する。選択肢は1つだけ選ぶ。濃いグレーは合計欄。

※優先度: ★★★ = 毎年度必ず評価する, ★★ = 毎年度できるだけ評価する, ★ = 毎年度評価することが望ましい,

☆☆ = 3~5年ごとに必ず評価する, ☆☆ = 3~5年ごとにできるだけ評価する ☆ = 3~5年ごとに評価することが望ましい

※改訂前の指標4:「受療支援」と「自殺予防」に共通する構造とし、「受療支援」の構造から除外した

による評価対象を参考に、「精神保健福祉法 22～26 条の 3 にもとづく申請通報届出に対応したケース、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。

5. まとめ

「未治療・治療中断の精神障害者の受療支援」の質に関する評価指標について、全国で活用できる標準化されたものとしての重要性とわかりやすさを確認し、評価の優先度の設定、評価指標の削除、文言の修正、評価対象の定義の明確化等の改訂を行った。

今後は、全国の保健所で評価指標を用いた評価を試行することにより、活動実態の明確化を行い、国への報告義務はないが評価に必要な数値については、都道府県レベルの統計の活用を提案していきたい。

謝辞

お忙しい中、調査にご協力くださった皆様に心より御礼申し上げます。本研究は、平成 25～27 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」（研究代表者：平野かよ子）を得て行った。本研究の概要は、第 75 回日本公衆衛生学会総会で発表した。

参考文献

- 1) 平野かよ子：保健師活動の評価はなぜ必要なのか？、保健師ジャーナル、6（11）、2005、pp.8～12.
- 2) 中板育美：公衆衛生看護活動における評価の現状と課題、保健医療科学、58（4）、2009、pp.349-354
- 3) 平野かよ子・尾崎米厚編：事例から学ぶ保健活動の評価、医学書院、2001、pp.3～6
- 4) 松下光子・大川眞智子・米増直美：市町村保健師に有用な活動評価の方法、岐阜県立看護大学紀要、9（1）、2008、pp.37～44.
- 5) 島田美喜・平野かよ子：地域保健活動の政策評価に関する研究、平成 14.15 年度厚生労働研究費補助金政策科学推進事業、2004.
- 6) 平野かよ子：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）保健活動の質評価指標開発 平成 22 年度 総括・分担研究報告書、2011、pp.1～4.
- 7) 山口佳子：疾病別の保健活動の質の評価指標に関する研究、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質評価指標開発－地域保健活動に共通する構造および疾病別地域保健活動の評価指標案の作成 平成 22 年度 総括・分担研究報告書、2011、

pp.49～59.

- 8) Avedis Donabedian：東尚弘訳、医療の質の定義と評価方法、特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構、2007.
- 9) 村上美好・木村チヅ子：看護マネジメント論、日本看護協会出版会、pp.98～100、2011.
- 10) 片田範子・内布敦子・上泉和子・山本あい子：看護ケア構造指標の開発と検討－指標開発、看護研究 31（2）、1998、pp.99～104
- 11) 山本あい子・片田範子・大崎富士代・中込さと子・縄秀志・尾高恵美・上泉和子・竹崎久美子・大川貴子：看護ケア過程指標の開発、看護研究 31（2）、1998、pp.125～131
- 12) 平野かよ子：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）保健活動の質評価指標開発 平成 23 年度 総括・分担研究報告書、2012、pp.1～6.
- 13) 山口佳子・神馬征峰：保健活動の質の評価指標開発－精神保健福祉活動の評価指標案の適切性と実行可能性－、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質評価指標開発 平成 23 年度 総括・分担研究報告書、2012、pp.27～39.
- 14) 平野かよ子：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）保健活動の質評価指標開発 平成 24 年度 研究終了年度報告書、2013、pp.1～29.
- 15) 山口佳子：精神保健福祉活動の評価指標の開発、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）保健活動の質評価指標開発 平成 24 年度 研究終了年度報告書、2013、pp.56～72.
- 16) 平野かよ子：保健師によ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））総括研究報告書、2014、pp.1～7.
- 17) 山口佳子：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究－精神保健福祉分野の評価指標の検証－、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））分担研究報告書、2014、pp.105～113.
- 18) 平野かよ子：保健師による保健活動の評価指標の検証、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（政策科学推進研究事業））総括研究報告書、2014、pp. I -1～I -7.
- 19) 山口佳子：保健師による保健活動の評価指標の検証に関する研究－精神保健福祉分野の評価指標の検証－、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（政策科学推進研究事業））分担研究報

告書, 2015, pp. II -4-1 ~ II - 4 -10.

- 20) 柏木由美子: 保健所・市町村保健センター, 田中美恵子編著, 精神障害者の退院計画と地域支援, 医歯薬出版株式会社, 2009, pp.107 ~ 121.
- 21) 市川かよ子・秦郁江・徳満早苗・吉原恭子・伊東由賀・原綾子・辻佳織・平岡茂子・森田桂・篠崎育子・成田友代: 精神保健における治療中断予防のための地域ケアシステムづくりーアセスメントシートの活用を中心に, 東京都福祉保健医療学会誌 平成 20 年度受賞演
- 題論文集, 2009, pp.24 ~ 38.
- 22) 荒田吉彦: 保健所の有する機能, 健康課題に対する役割に関する研究報告書, 平成 21 年度地域保健総合推進事業, 財団法人 日本公衆衛生協会, 2010.
- 23) 公益財団法人 日本精神保健福祉連盟: 保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書, 厚生労働省平成 26 年度障害者総合福祉推進事業, 2015.