

# ICTを用いた保健師活動アルゴリズム及び評価手法の開発と 統括保健師による人材育成への活用:妥当性の検証

(中堅期保健師向け調査ページ)

## 研究説明文書をお読みのうえ、調査回答に \*

同意する

同意しない(このページを閉じてください)

研究説明文書は[こちら](#)からダウンロードできます。

回答の負担軽減のため、自治体ごとにご回答いただく活動形態・領域を限定しております。

郵送した依頼文に記載した回答領域を選択してください。

- 回答領域が不明の場合は[領域検索フォーム](#)から検索できます。
- 回答領域についての回答が困難な場合は、別の領域について回答をお願いいたします。

## 回答領域 \*

感染症

難病

障害(知的・身体)

精神

母子保健(※)

健康増進

高齢者

職域

児童福祉(※)

地区活動

事業

複雑かつ多重な課題事例(多問題世帯)については、保健師の主たる支援対象者について回答してください。

# 1. 保健師活動記録システムについて

当研究班では保健師活動領域調査をベースに、日々の保健師活動を記録するシステム(毎日、業務終了時間に当日の活動を1件ずつ入力する)を開発しています。このシステムの目的は以下の3つです。

- A) 個々の活動の必要度\*を判定し、所要時間だけでは測れない活動の「重み」を可視化する
- B) 活動の見直しや、個別支援から地区活動、ニーズに基づく事業化を展開するための判断を支援する
- C) 活動記録を集積し、定期的なまとめ・1年間のまとめを自動作成する

\*病院における看護必要度に相当

入力システムは下記のように3つの活動形態と2つの入力タイミングから構成されています。

		入力タイミング	
		日々の記録	定期的なまとめ・1年間のまとめ
活動形態	個別支援（9領域）	○	○
	地区活動	○	○
	事業	○	○

## 回答方法

1. あなたが1カ月以内に行った各活動のうち、**①保健師としての活動の必要性が非常に高い事例**と、**②必要性が比較的低い事例**を思い出してください。
2. その活動事例について、事例の概要とあなた自身が考える活動の必要性を入力してください(個人情報を含めないでください)
3. その活動事例について、表に示した各項目の「該当」「非該当」「不明」にチェックを入れてください。「不明」には情報をまだ把握していない場合や、情報が不十分で判断できない場合を含みます。
4. また、各項目について、支援の必要度や現状の支援方法を継続すべきかを判断するうえで「**重要でない**」、または、文言の意味が「**分かりにくい**」と思うものがあれば、右側の列にチェックをつけてください。
5. 最後に、日々の保健師活動の必要度の判定、活動の見直しの判断を行う上で、付け加えた方がよい項目があれば記載してください。

※注意:以後のページではWEBブラウザの「戻る」機能は使用しないでください(回答が最初からになります)。前のページ戻りたい場合は、左下に表示される「戻る」ボタンを押してください。

## 1-1-1. 事例の概要

回答領域によって一部の項目が異なります

### 1-1. 保健師としての活動の必要度が非常に高い事例(感染症)

その事例の支援課題をご記入ください

(個人情報や個人の特定につながる情報は記載しないでください)

#### 対象者の年齢 \*

- |                             |                              |                           |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 18歳未満 | <input type="radio"/> 18~20歳 | <input type="radio"/> 20代 |
| <input type="radio"/> 30代   | <input type="radio"/> 40代    | <input type="radio"/> 50代 |
| <input type="radio"/> 60代   | <input type="radio"/> 70代    | <input type="radio"/> 80代 |
| <input type="radio"/> 90歳以上 | <input type="radio"/> 不明     |                           |

#### 対象者の性別 \*

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> 男性 | <input type="radio"/> 女性 | <input type="radio"/> 不明 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

この事例についてあなたが考える「保健師としての活動の必要度」を1(最も低い)から10(最も高い)で回答してください。\*

- |      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |      |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |      |
| 最も低い | <input type="radio"/> | 最も高い |

## 1-1-2. 日々の記録に入力する項目案

### 1-1-2-1. 活動の必要度を判断する項目案

想起した事例について、「該当・非該当・不明」を選択してください。

右2列の「重要でない」「分かりにくい」は該当する場合のみチェックをつけてください。ない場合はチェックは不要です。

## 本人に関する項目

	該当	非該当	不明	重要でない	分かりにくい
急激な病状悪化	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状が不安定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADLが非自立	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介入に対する拒否的態度(支援・受診・治療の拒否)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医学的対応が不十分(未診断・未治療・治療中断)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支援・治療体制の整備が困難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診断・受診の遅れ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基礎疾患あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退院直後の支援	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在宅での医療行為・医療的ケアが必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
標準治療が困難(薬剤耐性含む)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
意思疎通が困難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問題認識・問題対処能力に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うつの傾向等, メンタルヘルスに問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不安が強い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
状況の受容ができない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
相談できる人がいない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
対人関係に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外国籍	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急受診が必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緊急保護が必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虐待	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自傷のおそれあり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他害のおそれあり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴言・暴行がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
警察・消防等との連携を要する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 家族に関する項目

該当 非該当 不明 重要でない 分かりにくい

キーパーソンが不在	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日常のケア状況・基本的な生活習慣に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(家族が)健康状態に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(家族が)支援・受診・治療の拒否	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(家族が)うつ傾向等,メンタルヘルスに問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(家族が)問題認識・問題対処能力に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(家族が)相談できる人がいない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族の関係性に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家庭内暴力(被害者・加害者は本人・他の家族のいずれも含まず)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハイリスクの同居者・接触者がいる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
多問題世帯(複雑かつ多重な課題事例)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 環境に関する項目

	該当	非該当	不明	重要でない	分かりにくい
不適切な療養環境(不衛生な環境・住居、ホームレス、間取り、車中生活)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
近隣の治安・安全・立地に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利用可能な社会資源が無い・乏しい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
経済的困窮(収入に問題あり)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活保護を利用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
転居を繰り返している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
集団生活(施設・保育園等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
クラスター(またはそのおそれ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## その他の項目

	該当	非該当	不明	重要でない	分かりにくい
本人の権利が侵害されている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
近隣トラブル・近隣不安がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ハイリスクの継続支援である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自助(家族含む)で解決できる課題である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新たな他機関との調整を必要とするケースである	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他機関からの連絡(通報、出勤・同行の要請など)があった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

①「分かりにくい」を選択された場合はその理由、②必要度の判断のために追加・改善すべき項目(とその改善案)があればご記入ください



想起した事例について、「該当・非該当・不明」を選択してください。

## 本人に関する項目

	該当	非該当	不明
急激な病状悪化	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
症状が不安定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADLが非自立	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
介入に対する拒否的態度(支援・受診・治療の拒否)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医学的対応が不十分(未診断・未治療・治療中断)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
支援・治療体制の整備が困難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診断・受診の遅れ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
基礎疾患あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
退院直後の支援	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
在宅での医療行為・医療的ケアが必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
標準治療が困難(薬剤耐性含む)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
意思疎通が困難	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
問題認識・問題対処能力に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
うつの傾向等,メンタルヘルスに問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
不安が強い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
状況の受容ができない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
相談できる人がいない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
対人関係に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
外国籍	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
緊急受診が必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
緊急保護が必要	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
虐待	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
自傷のおそれあり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他害のおそれあり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
暴言・暴行がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

警察・消防等との連携を要する

## 家族に関する項目

	該当	非該当	不明
キーパーソンが不在	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
日常のケア状況・基本的な生活習慣に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(家族が)健康状態に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(家族が)支援・受診・治療の拒否	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(家族が)うつ的傾向等,メンタルヘルスに問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(家族が)問題認識・問題対処能力に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(家族が)相談できる人がいない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族の関係性に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家庭内暴力(被害者・加害者は本人・他の家族のいずれも含みます)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ハイリスクの同居者・接触者がいる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
多問題世帯(複雑かつ多重な課題事例)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 環境に関する項目

	該当	非該当	不明
不適切な療養環境(不衛生な環境・住居、ホームレス、間取り、車中生活)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
近隣の治安・安全・立地に問題あり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
利用可能な社会資源が無い・乏しい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
経済的困窮(収入に問題あり)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生活保護を利用	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
転居を繰り返している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
集団生活(施設・保育園等)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
クラスター(またはそのおそれ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## その他の項目

	該当	非該当	不明
本人の権利が侵害されている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
近隣トラブル・近隣不安がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ハイリスクの継続支援である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
自助(家族含む)で解決できる課題である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
新たな他機関との調整を必要とするケースである	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他機関からの連絡(通報、出動・同行の要請など)があった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



政策体系に沿って各事業を展開している	<input type="checkbox"/>							
住民・関係者間で担当地域や業務に関する課題と対策の検討を行っている	<input type="checkbox"/>							
担当地域や業務に関する実態を事例・データ・資源の側面から把握し課題分析を行っている	<input type="checkbox"/>							
事業・地区活動の評価および課題・目標を明示した計画立案（見直し）を行っている	<input type="checkbox"/>							
事業化・施策化および予算獲得に向けた資料の作成を行っている	<input type="checkbox"/>							
事業化・施策化および予算獲得に向けて所属内での課題の共有と合意形成を行っている	<input type="checkbox"/>							
事業化・施策化および予算獲得に向けて関係部署との交渉を行っている	<input type="checkbox"/>							
ケアシステムの構築・資源開発に向けた連携・調整を行っている	<input type="checkbox"/>							
行政計画の策定・評価に参画している	<input type="checkbox"/>							
研究的取組みや学会発表を行っている	<input type="checkbox"/>							
保健師職能向上のための研修・人材育成を実施・受講している	<input type="checkbox"/>							
災害・健康危機発生に備えた活動を行っている	<input type="checkbox"/>							
健康課題に予防的視点をもって支援している	<input type="checkbox"/>							
保健師活動に有用な最新の知見・情報を入手・活用している	<input type="checkbox"/>							
法律や通知、国の動向について確認・理解している	<input type="checkbox"/>							

**2-4. 本評価指標案についてご意見がありましたら、ご自由にお書きください**

**2-3. 本評価指標案の評価にあたり、最も適切と思う時期を以下の中から一つ選びお答えください**

- 毎月
  3～4か月に1回
  半年に1回
  1年に1回



### 3-2. 自治体・組織内の状況について

勤務されている地方自治体名と自治体規模(10月1日時点)を教えてください

#### 自治体名

#### 自治体規模 \*

- |                                    |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> 1万人未満の一般市区町村 | <input type="radio"/> 1万人以上の一般市区町村 | <input type="radio"/> 特例市    |
| <input type="radio"/> 中核市          | <input type="radio"/> 特別区          | <input type="radio"/> 政令指定都市 |
| <input type="radio"/> 都道府県         |                                    |                              |

#### あなたの職位を教えてください \*

- |  |                                 |                             |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 主事・主任主事等             | <input type="radio"/> 係長級(主査含む) | <input type="radio"/> 課長補佐級 |
| <input type="radio"/> 課長級                  | <input type="radio"/> 部長補佐級     | <input type="radio"/> 部長級   |
| <input type="radio"/> <input type="text"/> |                                 |                             |

#### あなたの所属部署を教えてください \*

- |  |                              |                               |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 保健                   | <input type="radio"/> 保健福祉   | <input type="radio"/> 福祉      |
| <input type="radio"/> 企画調整                 | <input type="radio"/> 介護保険   | <input type="radio"/> 障がい者    |
| <input type="radio"/> 教育                   | <input type="radio"/> 国民健康保険 | <input type="radio"/> 職員の健康管理 |
| <input type="radio"/> <input type="text"/> |                              |                               |

調査は以上です。

**下の「送信する」ボタンを押してください(ページが切り替わるまでお待ちください)**

ご回答ありがとうございました。