

## 特集：地域保健活動における評価の現状と課題

### 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題

中板育美

国立保健医療科学院公衆衛生看護部

### Present Conditions and Future Challenges in Public Health Nursing Activities

Ikumi NAKAITA

Department of Public Health Nursing, National Institute of Public Health

#### 抄録

公衆衛生看護活動においては、専門分野ごとの事業化が進み、事業をこなすことが目的化しやすくなってきている。本稿では、保健師活動の使命を再確認し、その成果を映し出すツールとして評価活動の意義と手順を概観する。手順については、国立保健医療科学院 公衆衛生看護管理者研修等で行ってきた演習ツールを中心に述べる。

評価は「Plan-Do-Check-Action」サイクルに組み込まれている。より良い評価には、事業目的、目標を具体的に表現すること、実行可能性の高いアクションプラン、具体的な評価指標の設定が大切である。また、横断的にも縦断的にも経緯を見ていく仕組みが整っていることも重要である。

キーワード： 活動評価、PDCAサイクル、地域診断、目標 (mission, vision and objectives)、合意形成

#### Abstract

Each of the various specialized fields in public health nursing have developed into businesses, and the objectives and purposes for the workers are sometimes shifted toward day-to-day business practices.

This paper reconfirms the mission of public health nursing activity, and provides an overview of the purposes and procedures of evaluation activities for use as an evaluation tool to reflect the results of public health nursing activities.

This evaluation activity mainly uses the practice tool conducted as part of the public health nursing training course for managers at the National Institute of Public Health.

The evaluation is built into the “Plan-Do-Check-Action” cycle. To achieve better evaluation results, it is important to express specific goals and purposes of the business, to develop feasible action plans, and to set specific evaluation indices. It is also important to have a system in place to follow the course of the business both horizontally and vertically.

**keywords:** activity evaluation, PDCA cycle, community assessment, goal (mission, vision, and objectives), consensus formation

#### I. はじめに ～公衆衛生活動の担い手として～

行財政改革や市町村合併が進展する中で、保健師が活躍する領域は多様化しているが、その一方で自治体は保健師等の採用控えを続けてきた。この現状の中で業務に追われ

る保健師は、専門分化された事業の運営を目的化しやすく、本来の保健師活動の目的が見えにくくなっていることが実践現場の声からも窺える。

そこで、まず初心に戻り、保健師が公衆衛生活動の担い手として果たすべき使命を捉え直し、その使命に対する効

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

果を多面的に「評価」できるあり方を探りたい。

保健師は、「一人ひとりの健康問題を地域社会と切り離さずにとらえ、対象地区の伝統や風土（地理的条件・歴史的条件・文化社会的条件など）と、個々の生活意識や行動を結びつけて理解し、個人はもちろん、環境や周囲に働きかけ、ひいては健康の格差を縮めながら地域全体の健康水準の向上をもたらしていく活動」を担っており、それを地区に入り込む手法で成し得てきた<sup>1)</sup>。この使命を果たす手段として実施している「評価」は、事業が地域住民の健康問題を課題とし、それを改善するための一方策と位置づけ、一連の過程であることを再認識し、意識前例踏襲や法令重視、効率性重視の風潮にほんろうされ過ぎることなく、また、組織の使命、住民の将来像、および目標（mission, vision and objectives）を見失ったまま事業の執行者になることから脱する道筋として活かしたいものである。

## Ⅱ. 複雑な要素を含む保健師活動と評価の動向と現状

1990年以降、ニューパブリックマネジメント（new public management）という公共経営の考え方が普及し、評価を評価という単体で捉えるのではなく、行政のトータルなシステムの中に組み入れ、活動の活性化、効率化を図る動きが強まった。このような欧米の動向を受け、日本においても中央省庁再編関連法で政策評価を実施することが義務づけられ（1999）、各府省に政策評価に関する実施要領を策定するための指針（政策評価に関する標準的ガイドライン）が出された（2001）。この動きは、公共政策全般において徐々に政策評価の機運を高めていった。医療分野に限れば、田村<sup>2)</sup>は、山谷<sup>3)</sup>の論文を参照し、政策評価研究の系譜について一つは政策科学、一つは公衆衛生学、教育学の流れがあり、さらに後者が、乳児死亡率、妊産婦死亡率、喫煙率など従来から保健医療分野では、アウトカム指標としてベンチマーキングしてきた評価の歴史の長さを伝えている。

しかし、そうは言っても公衆衛生領域では試行錯誤で、自治体の保健医療計画等、中長期計画の多くを眺めても、施策や短期計画となる事業が、「誰のために」「何を」「どのような状態にしたいか」「誰が」「どんな状態になる」ことを目指しているか、目標達成のためにどのような条件（資源や技術、ネットワークなど）を満たす必要があるのかなどが具体的に盛り込まれていることが意外に少なく、総花的な傾向は未だ根強い。

この背景には、法律制定や予算獲得などにダイレクトに関わるものに重点がおかれやすい風潮、保健事業一つ一つへの評価の要求にさほどフォーカスされなかったこと、保健師活動は、計画づくりの段階から実施段階に至るすべての面で、かなり複雑な要素を含んでいること、そもそものトレーニング不足であること、保健師活動の良し悪しを表面にさらけ出す印象の強いこと、数量重視の傾向にやや抵抗感を持ち続けてきたことなどが考えられる。結果的に、

事業やシステム開発プロジェクト等の企画から評価までの一連の流れを見届け、意義や価値、ひいては達成感を得る機会を逸するという悪循環を生みだしていた可能性もある。

効果を一定のあるいは何らかの尺度を使って客観視し、その結果を対策や施策、事業の企画立案にフィードバックし、再度、実行に反映させていく流れの中で、活動を発展させ、活動を構造化していくような評価の活用が、実践現場であたりまえであったかは疑問が残るところである。

## Ⅲ. 保健師活動の使命とその評価

保健師活動の使命と「評価」の関係を考えながらその定義を吟味すると、WHOの「将来のために現在の活動を改良したり、よりよい企画を行うために体系的に経験から学び、学んだ教訓を生かすこと」やSuchmanの「あるものの価値や有用性を判断するためのプロセスである」<sup>4)</sup>、またLastの「活動の適切性や効果や影響をその目的に照らして、できるだけ系統的にかつ客観的に決定しようとするプロセス」<sup>5)</sup>などが浸透し親しまれている<sup>6)</sup>。

異動を常則とする我々だからこそ、活動の目的や意義や価値の方向性を確認していくことができる評価技術をあえて獲得し、企画し実践した者が自ら評価をし、後任者にその事業の背景や意図（目的）、プロセスを明確に引き継ぐ手段としたいものである。

## Ⅳ. 評価をおこなう理由

評価を行う第一の理由は言うまでもなく、どのような対象にどの程度寄与できたかという事業への信頼性の担保（活動の成果）とそれを立証するためである。次に、評価を行うことで、根拠に基づく活動の見直しを行い、微調整も含めた活動の改善を行うことである。そしてもう一つは、行政は、住民に対し「説明する責任（accountability）」を果たす必要があるという理由である。アカウンタビリティというのは、サービス提供側の判断や判断に基づく行動を社会（住民）に説明する義務を指す。これを怠るということは、提供側（活動を行う側）が何をしているのか、なぜその事業なのか、何が住民の利益につながるのかを説明しないということで、結果的には自己満足と広い見地から真のニーズを捉えにくくする状況を助長することになる。逆にアカウンタビリティを果たすことで、恣意的で不明瞭な権威の行使を監督し、ニーズに沿わない施策や事業を明確にし、端的に新しいアプローチの可能性を導くことになる。さらにアカウンタビリティを果たすことで、行政と住民とのコミュニケーション促進にも役立つことも側面的な理由として重要である。

V. 評価の実際

公衆衛生看護活動において、一定のステップを踏んで評価活動がなされている基礎的自治体は決して多くはない。評価活動を行うには、活動は、つねに「Plan(計画)→Do(実施)→Check(評価)→Action(改善)」というマネジメントサイクルの枠組みを持つ必要がある(図1)。さらに、枠組みを実行する組織体制を整える必要もあり、まずは組織内理解を得ることから始めなければならない。ここでは当院公衆衛生看護部が開発し、2000年度から、(現)公衆衛生看護管理者研修(3週間)や(現)公衆衛生看護中堅者研修(10日間)などの短期研修において、用いている活動(事業)評価の枠組みの一部を活用しながら(表1)、事業企画から評価の流れに沿って紹介する。



図1. PDCAサイクル

表1. 対策名： 地域保健医療推進対策 (〇〇県保健医療計画)

施策名：地域医療推進事業、目的：地域住民が安全で質の高い保健医療サービスを受け、QOLの高い生活を送ることができる  
 事業名：地域医療推進対策協議会糖尿病部会 予算根拠 母集団 糖尿病要治療者( )人

事業背景(現状分析・地域診断・課題)	目的	事業計画	評価指標
全国、県内で比較すると生活習慣病による死亡が多い(各SMR) ・医療受診率は県内比では低い(〇〇万円) ・特定健診(国保)結果から糖尿病治療中の者でヘモグロビンA1c 8%以上が〇〇%であった。 ・CKDの早期発見として血清クレアチニン検査を重視していたが、今年度から廃止された。 →高血圧症や糖尿病患者には病院での血清クレアチニン検査を進めても、モニタリングしていく仕組みがない。 ・特定健診にて7割以上の人が糖尿病のハイリスク者(ヘモグロビンA1c 5.2以上)であった。 ・医療機関相互の連携については医療法改正を受け、がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞、周産期小児在宅医療での地域医療推進対策協議会を設置し(2006)、発症要因・誘因及び背景などを既存データならびに生活習慣実態調査などを行いながら検討を続けてきたが、そこに加えて糖尿病のツールとしての連携パスの必要性が協議会の中で確認された(2008)。	糖尿病患者が安全で質の高い治療および保健指導を受けることができる	目標①～④に該当 ◆地域医療推進対策協議会糖尿病部会の新たな設置(21年度) ・委員は、協議会委員(大学病院・診療所など医師6名、薬剤師会、消防署、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、産業保健センター、市保健センター、保健所)のうち、糖尿病専門医2名と医師会2名、保健所で再構成し、実態の共有と課題、方向性の合意形成を図る(21年度)。 ◆嘱託医から「職場健診を引き受ける立場から、糖尿病境界域や糖尿病の方の指導あるいは治療放置者の存在などの実態報告と治療体制の必要性」を問題提起。 ◆糖尿病部会にて糖尿病治療システム・パス作成を目的とした糖尿病パス検討を実施する(会場；保健所、年4回) 目標③⑤⑥に該当 ◆糖尿病治療システム・パスの理解普及のための研修会(21年度年1回、22年度2回) ◆特に研修機会の少ない無床診療所職員や訪問看護ステーション等を対象に医療安全・感染症対策に関する研修会(21年度年2回) ◆地域住民のパスの理解を深めるために、健康づくり等の教室や講演会で説明する(講演会年2回、随時対応)。 ◆特定健診・特定保健指導、訪問看護等のあらゆる機会に患者や家族にパス活用理解を促す	企画評価(input・structure) 協議会・部会の設置について ・日時、場所、委員構成・人数の妥当性 ・事前資料・当日資料の適切さ ・事前の医師会との打ち合わせの適切さ 研修会について ・日時設定・講師の選定の適切さ・周知方法の妥当性 医療機関の立ち入り検査について ・検査、観察項目の妥当性 実施評価(output) 協議会・部会の開催について ・開催日時、回数、参加率、会議での発言数、治療システム・パス作成に向けた発言数、各所属の意見数、内容、 ・パスの先進事例数、会議参加による満足度・充実度 研修会について ・参加者数、参加者構成比 ・満足度・充実度 医療機関の立ち入り検査について ・反応、意見交換内容 結果評価(outcome) 協議会・部会の開催について ・管内実態の理解度、連携パスの具体的な解決策提案 支援体制の構築 ・治療継続システム・医療連携パスの構築と役割分担 研修会について ・事前事後アンケート(到達度) ・パスを理解した人の数・割合、パスを利用しようとする人の数、パスを進めたいと思った医療従事者の数 医療機関の立ち入り検査について ・問題の改善に取り組んだ医療機関数 切れ目のない糖尿病患者支援体制 ・患者・家族がパスを利用した人数 ・保健・医療関係者がパスを支援できた人数 ・糖尿病治療中断者の減少 ・CKD合併者の数の減少
	施策目標 ①医療関係者(糖尿病専門医と地域の医療機関)と保健関係者が管内の糖尿病患者の実態を共有することができる。 ②糖尿病の医療体制の課題、連携パスについて検討する機会を得ることができる。 ③保健・医療関係者間で医療安全や感染症対策等の知識を深め、課題を改善できる。 ④糖尿病治療システム、医療連携パスを活用した切れ目のない糖尿病患者支援体制ができる。 ⑤患者および家族がパスを理解することができる。 ⑥保健・医療関係者がパスを患者家族に説明でき、利用に結びつけることができる。		

1) 評価を行う大前提

評価ツールには、PPM (=PRECEDE-PROCEED Model)<sup>注1</sup>やPDM (PROJECT・DESIGN・MATRIX)<sup>注2</sup>などが活用されるが、公衆衛生看護部では、既存ツールのポイントを結集しつつ、日常の活動の中に自然体として組み入れられる方法を模索しながらすすめてきた<sup>3)</sup>。

いずれにしても、評価は評価を行う段階で考えるのでは“時すでに遅し”で、そうなれば評価を行う困難性は高くなるという点はどのツールにおいても共通項であり、事業開始前に、評価指標が設定されていることが鍵となる。評価のみで考えては成立しない。PDCAサイクルの流れがあつてこそ、なのである。効果(望ましい姿になったか)やインパクト(事業により生じた直接的・間接的な正負の影響)はPDCAサイクルに組み込まれて説得力が生まれる。

以下、当院の研修での企画—評価演習結果の一例を修正した事例(対策名:地域医療推進対策)を参考にしながら評価計画を立てるまでのプロセスを振り返る(表1)。

2) PLAN (地域診断)

PLANの段階でまず大切なのは、地域診断(現状分析)である。保健師が行う地域診断は、「公衆衛生看護活動の展開にむけて、受け持ち地域(地区)に住まう人々をより観察し、集団として捉えて、健康の切り口から正しい現状把握を導くプロセス」<sup>7)</sup>である。方法は、大別すると①実地調査 ②統計分析 ③住民や関係機関からの意見の分析である。科学的分析からの妥当性を保持しつつも家庭訪問や健康教育、住民との協働を通じた地区活動で得られる質的情報も重視している。

3) PLAN (目的・目標設定)

そのようにして得たヘルスニーズの解決に向け、事業目的、事業目標を具体的に明確に表現する。目的は、住民の

健康にどのような形で貢献するか(成果outcome)、を表現したものである。目標は、目的を成就させるための条件となる(図2)<sup>8)</sup>。目的目標は、住民への理解の得やすさや異動時の引き継ぎ、評価のしやすさを考慮しても抽象的な表現より具体的な表現が望ましい。

成果(outcome)を生み出すにはさまざまな要素が絡むので、目的を果たすための目標「条件」は一つではなく、複数の事業の達成の賜物なのである。

4) PLAN 評価指標の設定

目的目標が定めれば、さらにそれを成し遂げるための実行可能性の高いアクションプランと具体的な評価指標(効果やインパクトを表わすもの)を立てる。

横断的にも縦断的にもその指標の変化を見ていく評価計画を立てることも大切である。

評価指標には、個人レベルの評価指標(ex. パスを理解している、パスを活用できる)、集団レベルの評価指標(ex. 管内の訪問看護ステーション看護師が適切な機会に

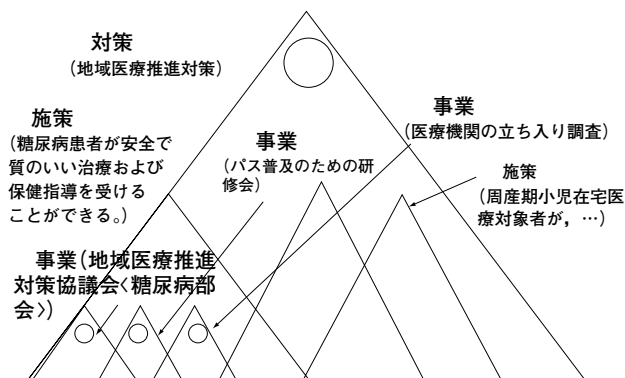


図2. 対策・施策・事業の関係<sup>8)</sup>より改変

企画評価	目標設定のニーズとの整合性、協議会等の設置、体制づくり、対象者の選定、PR方法、プログラムの構成、マンパワー
実施評価 (OUTPUT)	実行段階での諸活動(研修の参加者数 属性) 計画と実際の状況(内容・プログラム 教材など) 関係者の反応(参加者の満足度 教材への反応等)
結果評価 (OUTCOME)	健康指標(健康寿命、死亡率や有病率、受診率) QOL指標(生活の満足度、生きがいのエンパワメント) 生活習慣病や行動の変化、健康的な生活習慣、健診の受診、家族や周囲のサポート、住民組織等の活動状況、社会資源へのアクセス など

図3. 企画の3側面

注1 米国、カナダを中心に、世界各地でよく活用されるヘルスプロモーションや保健活動のプログラムの企画・評価モデルである。社会・疫学・環境などのアセスメントから実施評価まで8段階を経ておこなう。

注2 1960年代後半にUSAIDが採用して以来、現在ではほとんどのドナーが類似版を使用している。プロジェクトとは、資源(人、もの、金など)を「投入」し、さまざまな「活動」を通して、「目標」を達成することであるが、この考えを論理的に整理し組み立てたものがPDMである。

説明、支援できる)、ケアシステムレベルの評価指標 (ex. 糖尿病継続治療システムの構築…), 政策レベルの評価指標 (ex. 治療中断者の減少, 合併症を有する糖尿病患者の減少…) があり, さらに層別には, 企画段階での企画評価 (input)・実施段階での評価 (output) とそれによってもたらされる結果評価 (outcome) の3側面から整理されている<sup>9)</sup> (図3参照)。評価指標は, 目的で表現された期待される成果 (outcome) と目標に基づいて設定される。

### 5) PLAN 評価方法

評価方法で代表的なのは, アウトカム指標である。例えば「ex. 糖尿病治療中断者の数」や乳児死亡率, 3歳の虫歯保有率などを時系列や地域間での比較で, わが市の状況を横断的・縦断的に知るベンチマーキング (benchmarking) 手法<sup>10)</sup> がある。これは, 一度システム化してしまえば機械的に経年的にモニタリングできる点で, 資料としてもわかりやすく, しかも効率的で比較的低コストという利点がある。しかし, 数値に頼り評価をすれば何でも解決できるという“打ち出の小槌”のような万能感を持ってしまうという落とし穴もある。また数字で処理しやすい実施評価 (output) に翻弄される結果に陥ることもある<sup>11)</sup>。そうすると, 例えば健診受診率を高めるために住民の地域特性・生活特性, 風土, 住民ニーズに主眼がおかれず, 受診者を増やすための策が講じられ, 受診率がゴールになることもある。公衆衛生施策で考えれば, 受診率の向上は主体的な健康づくりへのプロセスである。だからその人が「パスを理解し」「治療継続にパスを利用しようと思ひ」「医師からパスを適切に説明され安心して活用できる」ことは糖尿病治療中断者の減少さらに言えば糖尿病と上手に付き合い, 自分らしい豊かな生活を手に入れるプロセスなのである。

評価では, どのようなプロセスを経てその効果を産んだのかあるいは逆に効果が生じなかったかのメカニズムを明らかにしていく必要がある<sup>12)</sup>。メカニズムを明らかにするのは, 企画評価 (ニーズ把握から根回し, 会議日時, 研修日時も含めた準備) と実施評価 (実施した回数や参加者数, 満足度など) をアンケートやインタビュー, 公式・非公式の記録 (議事録や訪問記録など) などを通じて多面的に情報を収集し, 「普通の飾らない感覚」も含めてダイナミックにとらえる質的方法を導入することも重要なのである。

評価結果も, 量的な方法 (成果としての「変化」を測定し, 例えば「得点化」するもので用意していた指標を測る) と質的な方法 (参加者のとっての参加の意義や価値や効果は語り言葉で表現されるもの) を上手く組み合わせる質的, 量的情報を分析し, 事前に作成した評価指標に対応させていく。

評価結果を, 適切な会議などの場でフィードバック・普及のために報告書など可視化していくことを計画的に行うことも重要である。

### 6) PLAN 評価体制を築く

評価は, 前述したとおり, 抵抗が強く仲間内での理解が得られない場合や第4四半期に事業の実績報告を行うことで完結していると考えている場合もある。評価を有効に行うには, まずは評価体制を持つ必要があり, 評価体制には関係者 (スタッフ・事務担当者・予算担当者, 住民とその周辺の者・理解を促したい人) を巻き込むことが大切である。関係者を巻き込めない評価は, 関係者の関心や価値観に近づけず, 今後の方向性や継続に影響を及ぼしてしまう。そこで, 所属の中の関係者には, 評価が日々の活動のPDCAサイクルの一部であり, 「誰のために」「何のために」というコンセンサスを得る必要がある。それから, 事業の効率性 (効果に対し投入した資源の質と量) や行政の役割, 継続の必要性を確認する機能を認め合うステップに続くのである。

### 7) DO 事業計画・実施

目標の達成には, 一つの事業ではなくいくつかの事業が相互に関連している。その一つ一つの事業を効果的に推進していかねばならない。一つ一つの事業が目的成就に向けたどの目標達成に寄与する事業なのか, 目標達成するために有効に事業運営するためにどのような実施計画が求められるのかを考慮して事業計画を立てる (単年度)。

例として研修企画はどの領域の事業計画にも登場するので1つの事業の企画として参考までに述べる。

例) 事業計画の抜粋 (目標③⑤⑥に対応)

■糖尿病治療システム・パスの理解普及のための研修会

■特に研修機会の少ない無床診療所職員や訪問看護ステーション等を対象に医療安全・感染症対策に関する研修会

■地域住民のパスの理解を深めるために, 健康づくり等の教室や講演会で説明する

まずは, 企画者が掲げる事業計画の意図が明確であることが鍵である。その上で以下の3点は担当者間や周囲と共有化しておく。

- ①研修対象者は誰なのか→保健医療従事者? 糖尿病患者? 予備軍? 介護者?
- ②研修対象者のニーズは (ニーズは多角的に・深くつかむ) →地域実態・地域情報? 知識, スキル?
- ③研修終了後の研修受講者の姿→研修目標を3つ前後で設定 (〇〇が…を理解できる)

研修 (講演) 日程や時間も対象者によって違いがあり, 重要な企画段階での一部である。内容もあれもこれもと欲張ると失敗しがちで, 終了後の対象者の到達点 (研修目標) に見合う内容に焦点化する。目標の達成に見合う講師を選定し, 講師とは主催者側の企画意図を提示し, 理解を得る。周知も事業を成功させるためには重要なプロセスである。対象者が研修の目的を知り, 高いモチベーションで参加に至るための情報発信が必要である。研修の評価は,

アンケート等を通して前後で研修目標の到達度（評価指標）に焦点化して行う。

#### 8) CHECK-ACTION 評価の実際と見直し、再調整

事業計画に基づいて事業が行われれば、PLAN段階で設定した評価指標に基づき、評価を行い、目標の妥当性、企画段階における修正などを行いながら、次の（次年度）のPLANに活かしていく。サイクルは螺旋状に繰り返されることで、より良い事業構造を作り上げる。

### VI. 評価の限界

公衆衛生活動は、住民との協働をきっかけに始まる活動や自主活動支援など事業化に至る前後の取り組みも多く、法的根拠に基づき予算措置された事業だけを評価していくと地域全体の評価には不十分になる場合がある。また、住民の意思・意見のやり取りなどを民主的に進めれば、一方で客観性へ疑問符も出されることがある。評価に科学性を反映させた指標の追及はもちろんだが、それが絶対的なものではなく、評価の構造として、活動（事業）対象である住民との相互作用のある指標も、評価を生むプロセスとして大切なのではないかと考える。

### VII. 公衆衛生看護活動における評価の課題と今後の方向性

保健師活動を行う上で、先を見通した成果や費用対効果の視点は重要であることは言うまでもない。しかし保健師活動の日常は、目前にある対象者の混乱を解きほぐしつつも解決への道筋を共に探りながらの活動である。また、住民との対話や協働に価値を置き、時には結果的に回り道することも多い。一般に重視されている競争から導かれる経済的な効率や効果から見れば、一見非効率に見えるだろう。しかし、人の生きざまに介入する活動に携わる保健師は、人に寄り添いながらの一步一步の活動が、結果的に目の前の経済効果の先にある「あるべき姿」（住民一人一人の暮らしぶりの豊かさ）の成就を実現させると見据えて活動している。

このプロセスが、家族や住民の主体性を育み出し、好影響をもたらすのであれば、その影響は、次世代の人々の暮らしに“つながる”可能性（大きなインパクト）を秘めている。これこそが地域という基礎集団で暮らす人々が、世代を超えてつながりながら主体的に健康づくりに参画する姿であり、我々のめざす姿でもある。

保健師活動の評価体制の構築はいまだ途上であり、特別な取り組みから脱し、ルティン化しているとは言い難いが、国立保健医療科学院の研修の継続も評価に親しむための一役を担い、徐々に多くの自治体の実績報告にとどまらない評価に取り組み始めていることも事実である。見えないものを見せる努力から逃げ、遠ざけてはられない。住民の暮らしのリアリティーに迫った事業企画のための力が生まれ、さらには自立発展性（Sustainability）も引き出す可能性を信じて、公衆衛生看護活動を、住民をはじめ多くの関係者にわかりやすく表現し、実践者自身も評価を通じてエンパワメントされる仕組みを、今後さらなる自治体との協力のもと探り続けたい。

### 引用文献

- 1) 中板育美, 他. 地区活動のあり方とその推進体制に関する報告書. 東京: 日本公衆衛生協会; 2009.
- 2) 田村誠. 政策評価の動向と概念整理. 病院2000; 159 (2): 166.
- 3) 山谷清志. 政策評価の理論とその展開. 京都: 晃洋書房; 1997.
- 4) Suchman EA. Evaluative research. New York; Russell Sage Foundation: 1967.
- 5) Last, JM. 疫学辞典 第3版. 東京: 日本公衆衛生協会; 2000.
- 6) 佐甲隆. 保健活動における評価とモニタリングの意義. <http://www1.ocn.ne.jp/~sako/monitor.htm>
- 7) 保健活動の方法と技術. 佐々木峯子, [ほか] 編集. 新版保健師業務要覧第2版. 東京: 日本看護協会出版会; 2008. p.38-42.
- 8) 平野かよ子, 尾崎米厚, 他. 事例から学ぶ保健活動の評価. 東京: 医学書院; 2002. p.6-7.
- 9) 平野かよ子, 尾崎米厚, 他. 事例から学ぶ保健活動の評価. 東京: 医学書院; 2002. p.101.
- 10) 田村誠. 「効果」の評価方法の考え方 (1), 医療の政策評価3. 病院 2000; 159 (4): 342-3.
- 11) 田村誠. 「効果」の評価方法の考え方 (2), 医療の政策評価4. 病院 2000; 159 (5): 443-4.
- 12) 斎藤達三. 自治体行政評価. 東京: ぎょうせい; 1999. p.18-9.
- 13) ローレンス・グリーン, マーシャル・クロイター. 実践ヘルスプロモーション. 東京: 医学書院; 2005.