

平成 11 年度厚生科学研究費補助金
健康科学総合研究事業研究報告書

地域保健法施行後の保健所機能の 強化・推進の評価に関する研究

平成 11 年度 報 告 書

平成 12 年 3 月

主任研究者 大井田 隆
(国立公衆衛生院公衆衛生行政学部)

目 次

| | | |
|-----|----------------------------|-----|
| I | 研究の概要 | 1 |
| II | 研究の背景と目的 | 5 |
| III | 研究方法 | 7 |
| IV | 研究結果と考察 | 9 |
| | 1. 調査票の回収状況 | |
| | 2. 都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区調査 | |
| | 3. 保健所調査 | |
| | 4. 市町村調査 | |
| | 資料：研究班名簿 | 113 |

Ⅰ 研究の概要

A. 研究目的

平成 6 年の地域保健法により、保健所は広域的、専門的、技術的サービスの機能強化が求められ、所管区域の拡大や施設・設備の充実などの保健所の整備に関する側面と、保健所の運営に関する側面から機能の強化・推進を評価する必要がある。しかし評価手法が開発されていないため、保健所の機能強化の推進状況はほとんど把握されていない。

そこで本研究では、地域保健法施行後の保健所機能の強化・推進の状況を評価する指標を開発すること、そして保健所機能を整備する立場にある都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区のレベル、保健所機能を利用する立場にある市町村のレベル、そして保健所機能を実際に運営する立場にある保健所のレベルから、保健所機能の現状を「総合的」に評価することを目的とした。

B. 研究方法

全国の 47 都道府県、12 指定都市、26 中核市、9 政令市、23 特別区、640 保健所、3,182 市町村を対象に、平成 11 年 11～12 月、郵送により調査票を配布・回収した。

都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区に対しては、地域保健法施行前・現在の保健所数、及び再編・統合の意向、保健所機能の推進・実施主体、保健所職員の研修の状況などを設問した。

保健所に対しては、管内の人口、市区町村数、職員数、予算等の基本属性、保健所機能の担当部門の有無及び担当職員数、専門的・技術的サービスの供給機能（衛生試験・検査の実施場所など）、情報機能（外部データベースやインターネットとの接続、統計解析ソフトの保有・利用、衛生研究所との協力体制、地域住民への情報提供、管内データの把握・整理・解析、市町村への情報提供、年報・業務報告の作成など）、調査研究機能（調査研究数、調査研究の結果からの施策提言など）、研修機能（研修のための施設・設備等の状況、研修の目標設定、研修の評価など）、企画調整機能（新規事業数など）、危機管理機能（対策会議の設置、災害時情報システムの整備、災害時に供給できる保健医療サービスの人的・物的資源の把握、実地訓練やシミュレーションの実施、健康危機発生時の保健活動マニュアルなど）、県型保健所の市町村支援（保健婦の活動体制、市町村計画策定への参加・支援、市町村からの支援要請の数など）を設問した。

市町村に対しては、管轄する保健所に関して、保健婦の活動体制、支援内容、市町村会議への保健所職員の参加頻度、市町村会議での保健所職員の態度、市町村計画策定への参加・支援、保健所・都道府県の市町村職員に対する研修、市町村から保健所へのデータの提供、市町村への情報の提供、市町村データの分析・活用のそれぞれについて 4 段階評価をもらった。

（倫理面への配慮）

公的機関を対象とした調査であり、情報公開の視点からも倫理的な問題はないと考えられる。

C. 研究結果

回収率は都道府県等調査 77.8%、保健所調査 63.4%、市町村調査 57.9%であった。

(1) 都道府県等の保健所再編・統合によって、都道府県の保健所数は少なくとも 15 減少し、指定都市・中核市・政令市・特別区では 1 保健所体制になり、保健所数は 520~590 になると推測された。

ほとんどの保健所機能は、都道府県では保健所が主体となっていること、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所を中心に本庁や保健センターがサポートする体制であった。しかし感染症対策、食品・環境衛生、医事、薬事や、地域保健法によって新たに追加された情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能に関しては、特定の保健所への集約や衛生研究所などの保健所以外の機関による推進・実施がみられた。

(2) 専門的・技術的サービスの供給機能に関しては 8~9 割の保健所に担当部門があった。しかし情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能の担当部門を有する保健所は 5~7 割で、これらの機能がいくつかの保健所に集約されていることが示された。

多くの保健所は衛生試験・検査を自所で実施していたが、県型保健所では機能を集約化した保健所に、都市型保健所では衛生研究所に依頼する場合も多く、衛生試験・検査の機能が集約される可能性が示唆された。

保健所の情報機能として、約 9 割の保健所が外部データベースやインターネットと接続していた。ほとんどの保健所は情報機能や調査研究機能に不可欠である統計解析ソフトを保有しておらず、また保有していてもほとんど利用していなかった。半数の保健所は情報整備に関する衛生研究所との協力体制が整っていないことが示された。地域住民への情報提供として、2 割の保健所がホームページを開設し、6 割の保健所が展示コーナーを設置し、4 割の保健所が広報誌・新聞を発行していた。管内データの把握・整理・解析を実施している保健所は健診・検診結果 72%、事業実績 81%、住民の生活習慣に関するデータ 25%で、県型保健所では健診・検診結果を把握・整理・解析している割合が小さかった。ほとんど全ての保健所は年報・業務報告を毎年作成しているが、それを次年度事業に十分に反映している保健所は 1 割程度と少なかった。

平成 10 年度の調査研究の数の平均値は 3.2 であった。そのうち保健所以外が実施主体のものは 0.5 と少なかった。平成 10 年度の調査研究の結果から施策提言が得られなかった保健所は 4 割と多かった。

保健所で研修を実施するための設備やマンパワーは充足されている保健所が多かった。また研修の目標は設定されているにも関わらずそれが評価に結びついていなかった。

危機管理機能に関しては、7~8 割の保健所が保健活動マニュアルの作成、情報システムの整備を実施していたが、対策会議の設置、保健医療資源の把握を実施している保健所は半数程度、実地訓練・シミュレーションを実施している保健所は 2 割であった。

企画調整機能としての、平成 9 年度以降に企画立案した新規事業数の平均値は 3.5 であった。

県型保健所の市町村支援に関しては、保健婦の活動体制では業務分担制が 6 割、地区分担と業務分担の併用が 4 割であった。市町村計画策定に積極的に参加・支援している保健所は 4 割、

会議にのみの参加は 6 割であった。市町村からの支援要請の数の平均値は 6.5、うち技術支援の数は 5.9、マンパワー支援の数は 4.6 であった。

(3) 人口規模の小さい市町村は保健所の支援に対するニーズが高く、支援内容を高く評価していた。保健所職員の市町村会議への参加頻度は高いが、会議での発言などの積極性が低いと評価されていた。市町村計画策定への参加・支援に対する評価は他の評価項目と比較して顕著に低かった。保健所・都道府県の研修に対する評価は他の評価項目と比較して高かった。

保健所の情報機能に対する評価として、市町村への情報提供に対する評価、市町村データの分析・活用に対する評価は、市町村から保健所へのデータ提供に関する自己評価と比較して低かった。

保健所保健婦の活動体制に関しては、地区分担制に対する評価が高く、業務分担制に対する評価が低かった。また地区分担制の保健所が管轄する市町村は保健所機能全般に対する評価も高く、保健所に対して積極的に支援を要請していた。

D. 考察

感染症対策、食品・環境衛生、医事、薬事、衛生試験・検査などの専門的・技術的サービスの供給機能や地域保健法によって追加された情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能は、特定の保健所への集約や衛生研究所などの保健所以外の機関による推進・実施がみられ、保健所の再編・統合が推進されることによって、保健所の機能分化と他の機関との役割分担が明確になっていくと考えられる。

外部データベースやインターネットとの接続などの情報機能のための基盤整備は進んでいるが、統計解析ソフトの保有・利用、情報整備に関する衛生研究所との協力体制、管内データの把握・整理・解析などの機能は必ずしも十分に発揮されていないことが示され、統計解析ソフトの利用方法に関する研修、保健所と市町村との情報の共有化を図るためのシステムの構築、施策提言に結びつく年報・事業報告のあり方などを検討する必要があると考えられる。

保健所以外が実施主体となっている調査研究の数が少なかったことから、保健所自身が調査研究を「実施」する機能だけでなく、大学などの教育・研究機関との協力体制の整備などによって地域における調査研究を「促進」する機能も強化する必要があると考えられる。また調査研究の結果から施策提言が得られなかった保健所が多かったことから、「研究のための研究」ではなく「施策のための研究」に重点を置く必要性が示唆された。

危機管理機能に関しては、保健活動マニュアルの作成、情報システムの整備などの基盤整備は推進されていたが、現地訓練・シミュレーションの実施は少なく、実践レベルでの危機管理機能の推進は十分でないことが示唆された。

県型保健所の市町村支援のシステムとしての保健婦の活動体制は業務分担制が中心となっていたが、それに対する市町村の評価は低かった。したがって保健所は、市町村が業務必ずしも望んでいるわけではないことを認識し、業務分担制の問題点を改善する方策を実施する必要がある。

保健所の企画調整機能としての市町村計画策定への参加・支援に関しては、会議にのみ参加

している保健所が半数以上を占めていた。また市町村は、保健所職員の会議での積極性、市町村計画策定への参加・支援に対して顕著に低い評価をしていた。これは、保健所と市町村ともに企画調整機能が十分でないことを示しており、早急な機能強化が必要であると考えられる。

保健所の情報機能に関して、市町村はデータを提供しているにも関わらず、保健所が十分に分析・活用しておらず、また情報提供も十分ではないと認識していた。情報機能の推進のためには市町村との協力体制が不可欠であることから、現在把握されている市町村データを十分に分析し、その結果を提供することによって、保健所の情報機能に対する信頼を獲得する必要がある。

E. 結論

地域保健法施行後の保健所機能の強化・推進の現状を総合的に評価するために、都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区、市町村、保健所を対象に全国調査を実施した結果、保健所の再編・統合によって、感染症対策、食品・環境衛生、医事、薬事や情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能が特定の保健所や衛生研究所などに移行し、保健所の機能分化や他の機関との役割分担が促進される可能性があること、保健所機能の基盤整備は十分に推進されているものの、それが保健所機能の円滑な運営に十分に反映されていないこと、保健所の情報機能や企画調整機能、保健婦の業務分担制に対する市町村の評価は高くないことが明らかとなった。

II 研究の背景と目的

平成6年地域保健法が成立し、3年の準備期間を経て、平成9年4月より全面施行となった。それに伴って全国の都道府県、市町村では保健サービス並びに福祉サービスの枠組みの変更と体制の再構築が進められている。これによって、身近で頻度の高い保健サービスの実施主体は市町村となり、それに対して保健所は広域的、専門的、技術的サービスを担い、これらの機能の強化が求められるようになった。平成6年に告示された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（以下、基本指針）」の中で、所管区域の拡大や施設・設備の充実などの、保健所の「整備」に関する事項と、保健所の「運営」に関する事項が記載され、都道府県、政令市及び特別区ではこれに沿った形で、保健所の再編成が実施されている。

保健所を含む地域保健に関する研究はこれまで数多く行われている。しかしながら、地域保健法施行後1年が経過した現在、保健所の機能強化の推進状況に関しては、保健所の「整備」の側面では、各都道府県、あるいは政令市及び特別区における保健所数やマンパワーなどの基礎データは存在するが、本庁・保健所間、あるいは保健所間の組織上の関係などは明らかにされていない。保健所の「運営」の側面では、精神保健、難病対策、エイズ対策、食品衛生、環境衛生、医事、薬事等の専門的かつ技術的業務の実態は、保健所運営報告などで明らかにされているが、情報の収集・整理・活用、調査研究、市町村に対する援助・相互間の連絡調整、企画及び調整の機能などの、強化されるべき保健所機能の実態はほとんど明らかにされていない。この原因として、保健所の組織体制のばらつきが大きく、単一の尺度での把握が困難であること、市町村に対する援助・調査研究などの企画・調整機能を測定する指標が開発されていないことが考えられる。

そこで本研究では、地域保健法施行後の保健所機能の強化・推進の状況を評価する指標を開発し、保健所機能の評価体系を構築し、評価することを目的とする。本研究の結果、地域保健法の制定趣旨に沿った保健所の体制整備と事業運営の状況を評価する枠組みが明らかになり、保健所機能のモニタリング、地域特性に適合した保健所組織の改正などを円滑に推進していくための有用なツール及び情報を得ることができると考えられる。

平成10年度の研究では、都道府県、指定都市、特別区、保健所において地域保健の実務に従事する医師及び保健婦、大学や研究所において地域保健の研究に従事する研究者からなる研究委員会を設置し、保健所機能の強化・推進を評価する指標のあり方を、focus group の手法を用いて検討した。数度にわたる委員会での議論で、「基本指針」に示された強化・推進すべき保健所機能の評価可能性を検討した。その結果、現段階では、保健所機能の実績や効果よりも、保健所機能を発揮するために必要な「システム」の側面を評価すべきであることが明らかとなった。そして、以下に示す「システム」の系列と「機能」の系列を組み合わせた「保健所機能評価マトリックス」と「機能横断的評価項目」を構築した。

A. システムの系列

- A 1 設備（機能を果たすために必要な部屋など）
- A 2 マンパワー
 - A 2. 1 マンパワーの配置（機能を果たすために必要な専門職、担当職員の有無など）
 - A 2. 2 マンパワーの研修（実施主体別・職種別派遣人数、OJTの実施体制の有無など）
- A 3 所内システム（担当部局の有無、担当部局への支援体制の有無など）
- A 4 所外システム
 - A 4. 1 市町村支援（市町村からの相談、マンパワー・技術支援、共同事業の有無など）
 - A 4. 2 関係団体との連携（医師会、福祉部門などとの会議の有無など）
- A 5 実績

B. 機能の系列

- B 1 専門的・技術的サービスの供給機能
 - B 1. 1 対人サービス（難病、エイズ、精神、結核、母子（未熟児）、栄養）
 - B 1. 2 対物サービス（感染症、食品衛生、環境衛生、医事、薬事）
- B 2 情報機能
 - B 2. 1 情報の整備
 - B 2. 2 情報の活用
- B 3 調査研究機能
- B 4 研修機能
- B 5 企画調整機能
- B 6 危機管理機能（食中毒、災害、急性感染症など）

「機能横断的評価項目」は以下のように細分化された。

- C 1 所管区域及びその区域の状況
- C 2 設備
- C 3 予算
- C 4 その他

平成 11 年度は、「保健所機能評価マトリックス」と「機能横断的評価項目」を用いて、保健所機能を整備する立場にある都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区のレベル、保健所機能を利用する立場にある市町村のレベル、そして保健所機能を実際に運営する立場にある保健所のレベルから、保健所機能の現状を「総合的」に評価することを目的とした。

III 研究方法

全国の 47 都道府県、12 指定都市、26 中核市、9 政令市、23 特別区、640 保健所、3,182 市町村を対象に、平成 11 年 11～12 月、郵送により調査票を配布・回収した。調査項目は以下の通りであった。

(1) 都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区の調査項目

- ・地域保健法施行前・現在の保健所数、及び再編・統合の意向
- ・各保健所機能の推進・実施主体（保健所、本庁、その他）
- ・職種別（医師・保健婦・栄養士等）・所属別（保健部門・福祉部門・環境部門・保健所勤務）の常勤職員数、及び各職種の需給計画の有無
- ・市町村の専門技術職採用に対する支援の実施
- ・医師の募集・採用方法
- ・保健所職員の研修…研修への派遣計画の策定、研修のコーディネート部門の有無、事務職を対象とした公衆衛生に関する研修の実施、技術職を対象とした福祉に関する研修の実施、公衆衛生に関する職種横断的な研修の実施、研修実施のための施設・設備等の状況（施設・会場、OHP、OHC などのプレゼンテーション機器、CD-ROM、ビデオなどの研修用の教材、研修の講師の確保）、研修に関する評価の実施

(2) 保健所の調査項目

- ・保健所管内の人口、面積、市区町村数、管内の最も遠い役所・役場、保健センターまで自動車にかかる所要時間
- ・保健所の管轄区域との一致（二次医療圏、老人保健福祉圏、障害保健福祉圏、地方行政区域、地区医師会の区域）
- ・支所の有無、施設の形態（単独、複合施設）
- ・保健所と福祉部門の連携状況（組織の統合、窓口の一元化、保健と福祉の調整部門の有無、福祉部門との兼務の有無及び兼務人数）
- ・保健所の予算の状況（平成 10 年度の予算額、保健所職員の保健所の予算編成への関与、所内の部門間で予算調整するシステムの有無）
- ・職種別（医師・保健婦・栄養士等）の常勤職員数
- ・各保健所機能の担当部門の有無、及び担当職員数（技術職、事務職、その他）
- ・専門的・技術的サービスの供給機能…衛生試験・検査（細菌検査、エックス線検査、HIV 抗体検査、飲料水検査、食品検査等）の実施場所（保健所、機能を集約化した保健所、衛生研究所、外部に委託）及び検査結果が依頼者に届くまでの日数、難病・エイズ・精神・結核等の患者会・家族会・ボランティア等の活動に対する支援、食品衛生・環境衛生に関するボランティア・グループ等の活動に対する支援、食品・環境衛生関係事業者等に対するサービス提供における保健所の集約化の弊害を改善するための工夫

- ・情報機能…購読する専門雑誌・新聞の数、保有するコンピューターの台数、コンピューターの外部データベース（WISH 等）やインターネットとの接続状況、統計解析ソフト（SAS、SPSS 等）の保有・利用状況、情報整備に関する衛生研究所との協力体制、地域住民への情報提供の状況（ホームページの開設、展示コーナーの設置、広報誌・新聞の発行）、管内データの把握・整理・解析状況（健診・検診結果、事業実績、住民の生活習慣に関するデータ等）、市町村への情報の提供状況（管内の衛生指標、新しい専門的技術に関する情報、住民の生活習慣などのデータの解析結果等）、年報・業務報告の作成状況及びその次年度事業への反映
- ・調査研究機能…平成 10 年度実績の、実施主体別調査研究の数・調査研究業績集の作成・調査研究の結果からの施策提言の有無
- ・研修機能…研修のための施設・設備等の状況（施設・会場、OHP・OHC などのプレゼンテーション機器、CD-ROM・ビデオなどの教材、研修の講師の確保）、研修の目標設定、研修の評価の実施
- ・企画調整機能…平成 9 年度以降に企画立案した新規事業の数、部局間の横断的な会議の定期的な実施
- ・危機管理機能…健康危機管理の対策会議の設置、災害時の情報システムの整備、災害時に供給できる保健医療サービスの人的資源・物的資源の把握、健康危機発生に備えた実地訓練やシミュレーションの実施、健康危機発生時の保健活動マニュアルの作成及びその内容（感染症、食中毒、災害等）
- ・県型保健所の市町村支援…保健婦の活動体制（地区分担制、業務分担制）、市町村計画（保健計画、介護保険事業計画、老人保健福祉計画等）策定への参加・支援状況、対人サービスに関する市町村支援のためのスーパービジョン体制、市町村からの支援の要請の数（技術支援、マンパワー支援）

(3) 市町村の調査項目…市町村を管轄する保健所に関して以下の設問を行った。

- ・保健所保健婦の活動体制（市町村担当、業務担当）
- ・保健所に対する支援要請の有無、及びその支援内容（4段階評価）
- ・市町村会議（市町村保健センター運営協議会、健康づくり推進協議会など）への保健所職員の参加頻度（4段階）、市町村会議での保健所職員の態度（4段階評価）
- ・市町村計画（保健計画、老人保健福祉計画等）策定への参加・支援（4段階評価）
- ・保健所・都道府県の市町村職員に対する研修（4段階評価）
- ・市町村から保健所へのデータ（健康状態、事業実績等）の提供（4段階の自己評価）
- ・保健所から市町村への情報（健康に関するデータ、調査研究の結果等）の提供（4段階評価）
- ・市町村データの分析・活用（4段階評価）

4段階評価の項目は、得点が高くなるほど評価が高くなるように0～3点を配点し、評価得点とした。

IV 研究結果と考察

1. 調査票の回収状況

表1-1～表1-3に各調査の対象数、回答数、回収率を示した。回収率は都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区調査77.8%、保健所調査63.4%、市町村調査57.9%であった。都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区調査では指定都市の回収率が若干低く、保健所調査では指定都市の保健所の回収率が低く、市町村調査では町村の回収率が低かった。また市町村調査の都道府県別回収率は4～7割と若干ばらつきがみられたが、地域的な偏りはみられなかった。

2. 都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区調査

(1) 保健所再編・統合の動向

表2-1～表2-5に各自治体の保健所再編・統合の動向を示した。都道府県では、山形県、山梨県、岐阜県、奈良県、和歌山県、広島県、鹿児島県、宮崎県で再編・統合の予定があり、全国で少なくとも15減少する。回答が得られなかった府県を考慮すると、再編・統合によって都道府県の保健所数は450程度になると考えられる。

指定都市では、大阪市が各区に設置された保健所を再編・統合し、1市1保健所体制になる予定である。札幌市、千葉市、神戸市、広島市、北九州市はすでに1市1保健所体制であり、さらに大阪市の動向を受けて、多くの指定都市は1市1保健所体制になる可能性が高い。

中核市、政令市、特別区では、ほとんどの市区がすでに1保健所であり、堺市、東大阪市、文京区、墨田区、江東区、練馬区、足立区で再編・統合の予定があることから、再編・統合によって1市(区)1保健所体制になると考えられる。

以上の結果から、再編・統合後の保健所数は520～590になると推測される。

(2) 保健所機能の推進・実施主体

表3-1～表3-5に各自治体の専門的・技術的サービス(難病対策、エイズ対策)の供給機能の推進・実施主体を示した。全ての都道府県では保健所が推進・実施主体であったが、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表4-1～表4-5に各自治体の専門的・技術的サービス(精神保健)の供給機能の推進・実施主体を示した。ほとんどの都道府県では保健所が推進・実施主体であったが、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。また山梨県、札幌市、北九州市では精神保健福祉センターを中心とする体制であった。

表5-1～表5-5に各自治体の専門的・技術的サービス(専門的母子保健サービス、専門的栄養指導)の供給機能の推進・実施主体を示した。専門的母子保健に関しては、全ての都道府県では保健所が推進・実施主体であったが、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所

だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。専門的栄養指導に関しては、全ての都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、群馬県、高知県、大分県では特定の保健所に機能を集約していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表6-1～表6-5に各自治体の専門的・技術的サービス（結核対策、感染症対策）の供給機能の推進・実施主体を示した。結核対策に関しては、ほとんどの都道府県では保健所が推進・実施主体であったが、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。感染症対策に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、高知県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、山梨県、高知県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表7-1～表7-5に各自治体の専門的・技術的サービス（食品衛生、環境衛生）の供給機能の推進・実施主体を示した。食品衛生に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、群馬県、高知県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、山梨県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。環境衛生に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、高知県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、福井県、山梨県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表8-1～表8-5に各自治体の専門的・技術的サービス（医事、薬事）の供給機能の推進・実施主体を示した。医事に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、高知県では特定の保健所に機能を集約していた。また指定都市では保健所だけでなく本庁も機能を保有していた。薬事に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、群馬県、新潟県、高知県では特定の保健所に機能を集約し、鹿児島県では衛生研究所も機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表9-1～表9-5に各自治体の情報機能、調査研究機能の推進・実施主体を示した。情報機能に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、愛媛県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、神奈川県、石川県、福井県、山梨県、山口県、高知県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。調査研究機能に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、愛媛県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、福井県、山梨県、山口県、高知県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所だけでなく本庁や保健センターも機能を保有していた。

表10-1～表10-5に各自治体の研修機能の推進・実施主体を示した。ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、岐阜県、広島県、愛媛県、高知県では特定の保健所

に機能を集約し、岩手県、神奈川県、石川県、福井県、山梨県、山口県、高知県、鹿児島県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市では本庁も機能を保有する市が多かった。

表 11-1～表 11-5 に各自治体の企画調整機能、危機管理機能の推進・実施主体を示した。企画調整機能に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、岐阜県、愛媛県、高知県、宮崎県では特定の保健所に機能を集約し、福井県、山口県、鹿児島県では衛生研究所も機能を保有していた。また指定都市、中核市では保健所だけでなく本庁も機能を保有していた。危機管理機能に関しては、ほとんどの都道府県で保健所が推進・実施主体であったが、高知県では特定の保健所に機能を集約し、岩手県、福井県、山梨県では衛生研究所なども機能を保有していた。また指定都市、中核市、政令市では保健所だけでなく本庁も機能を保有していた。

以上の結果から、ほとんどの保健所機能の実施・推進に関しては、都道府県では保健所が主体となっていること、指定都市、中核市、政令市、特別区では保健所を中心に本庁や保健センターがサポートする体制になっていることが示された。一方で、いわゆる対物サービス（感染症対策、食品衛生、環境衛生、医事、薬事）の供給機能や、地域保健法によって新たに追加された情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能に関しては、いくつかの都道府県で特定の保健所への集約や衛生研究所などの保健所以外の機関による推進・実施がみられたことから、今後保健所の機能分化と他の機関との役割分担が明確になっていくと考えられる。

(3) マンパワーの状況

表 12-1、表 12-2 に職種別・所属別の常勤職員数を示した。医師、歯科医師のほとんどは保健部門に所属していた。薬剤師、獣医師、臨床検査技師・衛生検査技師、食品衛生監視員、環境衛生監視員は保健部門だけでなく環境部門に所属する者もいた。管理栄養士・栄養士、理学療法士、作業療法士、保健婦、看護婦は保健部門だけでなく福祉部門に所属する者も多く、指定都市ではその傾向が顕著であった。

表 13-1～表 13-3 に各職種の需給計画のある自治体の数と割合を示した。いずれの職種についても、需給計画のある自治体の割合は、都道府県、中核市では1割程度、特別区では1～2割で、指定都市、政令市のほとんどは全く需給計画を策定していなかった。

表 14 に都道府県について市町村の専門技術職採用に対する支援の状況を示した。6割の都道府県が市町村の専門技術職採用の際に何らかの支援をしていた。

表 15 に医師の募集・採用方法を示した。大学の医局との連携をとっている自治体が最も多く、次いで自治体の病院、広報等による募集の順であった。なお特別区の医師は東京都から派遣されるため、募集・採用方法は他の自治体とは異なっていた。

(4) 保健所職員への研修

表 16-1～表 16-2 に保健所職員への研修の状況を示した。研修への派遣計画を策定して

いる自治体の割合は都道府県、指定都市では大きかったが、中核市、政令市、特別区では半数程度であった。研修のコーディネート部門がある自治体の割合は政令市で小さかった。事務職を対象とした公衆衛生に関する研修を実施している自治体の割合は都道府県、特別区で6割であったが、中核市、政令市では2～3割と小さかった。技術職を対象とした福祉に関する研修を実施している自治体の割合は特別区、指定都市では5～6割であったが、中核市、政令市では3割と小さかった。公衆衛生に関する職種横断的な研修を実施している自治体の割合は政令市が3割と小さかった。研修に関する評価を実施している自治体の割合は都道府県、指定都市では5割であったが、政令市では1割と小さかった。

表 17-1～表 17-4に研修実施のための施設・設備等の状況を示した。施設・会場に関しては、指定都市、中核市、特別区ではおおむね充足されているが、政令市では不足していた。OHP、OHCなどのプレゼンテーション機器に関しては都道府県、指定都市、特別区ではおおむね充足されているが、中核市、政令市では不足していた。CD-ROM、ビデオなどの研修用の教材に関しては、都道府県、特別区では半数程度が充足されているが、指定都市、中核市、政令市ではほとんどが不足していた。研修の講師に関しては、政令市で確保が困難である市が多かった。

以上の結果から、保健所職員に対する研修機能は、都道府県、指定都市、特別区では比較的高いが、中核市、政令市では強化が必要であることが示された。

3. 保健所調査

集計は、都道府県の保健所（以下、県型保健所とする）、指定都市・中核市・政令市・特別区の保健所（以下、都市型保健所とする）、都市型保健所のうち1市（区）で保健所が1ヶ所である保健所（以下、1市1保健所とする）、都市型保健所のうち1市（区）で保健所が2ヶ所以上ある保健所（以下、1市多保健所とする）に区分して行った。

（1）保健所の管内の状況

表 18 に保健所種別にみた管内人口規模を示した。管内人口の平均値は 21.4 万人、県型保健所で 19.2 万人、1市1保健所で 47.1 万人、1市多保健所で 19.8 万人であった。県型保健所、1市多保健所では 10～20 万人が最も多く、次いで 10 万人未満であった。1市1保健所のほとんどは人口 30 万人以上であった。

表 19 に保健所種別・人口規模別にみた管内の市区町村数を示した。県型保健所の平均は 1市4町村であった。また人口規模の大きい保健所の方が市数が多かった。

表 20 に保健所種別・人口規模別にみた管内の大きさを示した。都市型保健所の方が県型保健所と比較して人口密度が大きく、管内の面積が小さく、管内の最も遠い役所・役場、保健センターまで自動車にかかる所要時間が小さかった。また人口規模の大きい保健所の方が人口密度が大きかった。

表 21 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の管轄区域との一致している保健所数と割合を示した。全体では、二次医療圏と一致している保健所が 39%、老人保健福祉圏が 34%、障害保健福祉圏が 26%、地方行政区域 48%、地区医師会の区域 47%で、一致率は高くないことが示された。県型保健所の半数は二次医療圏と一致しているが、他の区域との一致率は 2～4 割と低かった。都市型保健所は地方行政区域、地区医師会の区域との一致率は高かったが、二次医療圏、老人保健福祉圏、障害保健福祉圏との一致率は 1～4 割と低かった。また人口規模の小さい保健所の方が地区医師会の区域との一致率が高かった。

（2）保健所の施設、組織、マンパワーの状況

表 22 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の施設の状況を示した。支所のある保健所の割合は県型保健所で 18%で、人口規模の大きい保健所の方が支所を有する割合が大きかった。施設の形態に関しては、保健所単独の施設が約 6 割で、他の機関と複合している施設が約 4 割であった。都市型保健所、人口規模の大きい保健所の方が複合施設の割合が大きかった。

表 23 に保健所種別・人口規模別にみた保健所と福祉部門との連携状況を示した。保健所と福祉部門が統合している保健所の割合は 25%で、1市1保健所、人口規模が 30 万人以上の保健所で割合が大きかった。保健と福祉の窓口が一元化されている保健所の割合は 21%であった。保健と福祉の調整部門がある保健所の割合は 54%で、1市1保健所、人口規模の大きい保健所で割合が大きかった。福祉部門との兼務がある保健所の割合は 33%で、1市1保健所で割合が小さかった。兼務がある保健所について、兼務している人数の平均値は 6.4 人で、人口規模が 30 万人以上の保健所で多かった。

以上の結果から、福祉部門との調整を図るシステムや兼務は推進されているものの、組織上の統合がされている保健所は少なく、さらに窓口の一元化といった地域住民への円滑なサービス供給を実践するためのシステムは十分に構築されていないことが示された。

表 24 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の予算の状況を示した。平成 10 年度の保健所予算総額の平均値は 4.80 億円、県型保健所で 2.57 億円、1 市 1 保健所で 18.75 億円、1 市多保健所で 8.97 億円であった。管内人口 1 人当たり予算は 2,220 円、保健所職員 1 人当たり予算は 665 万円で、1 市 1 保健所、1 市多保健所の 1 人当たり予算額が高かった。また人口規模の大きい保健所の方が保健所職員 1 人当たり予算額が高かったが、管内人口 1 人当たり予算は人口規模で差がみられなかった。

保健所職員が保健所の予算編成に関与している保健所の割合は 49%、所内の部門間で予算調整するシステムがある保健所は 36% で、都市型保健所、1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所の方が割合が大きかった。したがって都道府県を含めて、1 つの自治体に 2 ヶ所以上の保健所がある場合、保健所自体が保有する予算に関する裁量は大きくないことが示された。

表 25-1 ～表 25-4 に保健所種別・人口規模別にみた各職種の常勤職員数を示した。常勤職員の総数は 52.6 人、県型保健所で 44.1 人、1 市 1 保健所で 107.6 人、1 市多保健所で 63.9 人であった。職種別では、医師、薬剤師、獣医師、診療放射線技師・診療エックス線技師、管理栄養士・栄養士は 1 保健所に 2 ～ 3 人勤務していた。一方で歯科医師、理学療法士、作業療法士、助産婦、看護婦は勤務していない保健所が多かった。職員全体の人数は県型保健所、人口規模の小さい保健所で少なく、医師、歯科医師、診療放射線技師・診療エックス線技師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、理学療法士、保健婦、助産婦、看護婦、食品衛生監視員、環境衛生監視員、事務職でも同様の傾向がみられた。

(3) 保健所機能の担当部門及び担当職員の状況

表 26-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（難病対策）の担当部門の有無と担当職員数（兼務を含む）を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 3.4 人、事務職 0.8 人、総数 4.3 人で担当していた。県型保健所、人口規模の小さい保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なかった。

表 26-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（難病対策）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が事務職の担当職員数が多かった。

表 27-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（エイズ対策）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 3.2 人、事務職 0.6 人、総数 3.9 人で担当していた。県型保健所で事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で技術職の担当職員数が少なかった。

表 27-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（エイズ対策）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が事務職の担当職員数が多かった。

表 28-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（精神保健）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 3.7 人、事務職 1.0 人、総数 4.8

人で担当していた。県型保健所で事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で担当部門を有する割合が小さく、技術職、事務職の担当職員数が少なかった。

表 28-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（精神保健）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が事務職の担当職員数が多かった。

表 29-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（結核対策）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 4.1 人、事務職 0.8 人、総数 4.9 人で担当していた。県型保健所、人口規模の小さい保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なかった。

表 29-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（結核対策）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が事務職の担当職員数が多かった。

表 30-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（専門的母子保健）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 4.3 人、事務職 0.7 人、総数 5.0 人で担当していた。1 市 1 保健所、人口 30 万人以上の保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また県型保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で技術職の担当職員数が少なかった。

表 30-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（専門的母子保健）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 31-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（専門的栄養指導）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 1.9 人、事務職 0.2 人、総数 2.1 人で担当していた。1 市 1 保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また県型保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で技術職の担当職員数が少なかった。

表 31-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（専門的栄養指導）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 32-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（感染症対策）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 3.6 人、事務職 0.8 人、総数 4.5 人で担当していた。県型保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で技術職の担当職員数が少なかった。

表 32-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（感染症対策）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が事務職の担当職員数が多かった。

表 33-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（食品衛生）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 6.0 人、事務職 0.2 人、総数 6.8 人で担当していた。県型保健所、人口規模の小さい保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なかった。

表 33-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（食品衛生）の担当職員数を示した。担当部門の有無で担当職員数に差はみられなかった。

表 34-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（環境衛生）の担当部門の有無と担当

職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 4.3 人、事務職 0.3 人、総数 4.8 人で担当していた。1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 34-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（環境衛生）の担当職員数を示した。担当部門の有無で担当職員数に差はみられなかった。

表 35-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（医事）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 1.2 人、事務職 1.4 人、総数 2.6 人で担当していた。1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 35-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（医事）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 36-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（薬事）の担当部門の有無と担当職員数を示した。ほとんどの保健所が担当部門を有し、技術職 2.0 人、事務職 0.3 人、総数 2.3 人で担当していた。1 市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また 1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 36-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（薬事）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 37-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（情報機能）の担当部門の有無と担当職員数を示した。担当部門を有する保健所は 61% で、技術職 1.0 人、事務職 0.9 人、総数 1.9 人で担当していた。1 市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また 1 市多保健所、人口規模の小さい保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なかった。

表 37-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（情報機能）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 38-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（調査研究機能）の担当部門の有無と担当職員数を示した。担当部門を有する保健所は 49% で、技術職 1.2 人、事務職 0.6 人、総数 1.9 人で担当していた。1 市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また人口規模が 20~30 万人の保健所で技術職の担当職員数が多かった。

表 38-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（調査研究機能）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 39-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（研修機能）の担当部門の有無と担当職員数を示した。担当部門を有する保健所は 59% で、技術職 1.2 人、事務職 0.6 人、総数 1.9 人で担当していた。1 市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また都市型保健所で技術職の担当職員数が少なかった。

表 39-2 に担当部門の有無別にみた保健所機能（研修機能）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表 40-1 に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（企画調整機能）の担当部門の有無と担当職員数を示した。担当部門を有する保健所は 71% で、技術職 1.1 人、事務職 1.3 人、総数

2.4 人で担当していた。1市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また1市多保健所で技術職、事務職の担当職員数が少なく、人口規模の小さい保健所で事務職の担当職員数が少なかった。

表40-2に担当部門の有無別にみた保健所機能（企画調整機能）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表41-1に保健所種別・人口規模別にみた保健所機能（危機管理機能）の担当部門の有無と担当職員数を示した。担当部門を有する保健所は56%で、技術職3.1人、事務職1.3人、総数4.5人で担当していた。1市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。また人口規模が20~30万人の保健所で技術職、事務職の担当職員数が多かった。

表41-2に担当部門の有無別にみた保健所機能（危機管理機能）の担当職員数を示した。担当部門がある保健所の方が技術職、事務職の担当職員数が多かった。

専門的・技術的サービスの供給機能に関しては8~9割の保健所が担当部門を有していた。しかしその一方で、地域保健法によって新たに追加された情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能に関しては、担当部門を有する保健所は5~7割で、特に1市多保健所で担当部門を有する割合が小さかった。このことから情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能は全ての保健所ではなく、いくつかの保健所に集約されて強化・推進されていることが示唆された。

難病対策、エイズ対策、精神保健、結核対策、感染症対策については、担当部門の有無で技術職の担当職員数に差はみられなかったが、専門的母子保健、専門的栄養指導、医事、薬事、情報機能、調査研究機能、研修機能、企画調整機能、危機管理機能については、担当部門がある保健所の方が技術職の担当職員数が多かった。このことから、前者は担当部門が明確に分化されていないが、機能としては担当部門の有無に関係なく推進・実施されていること、後者は担当部門がなければ機能それ自体も推進・実施されていないことが示唆された。

(4) 専門的・技術的サービスの供給機能

表42-1~表42-15に保健所種別・人口規模別にみた衛生試験・検査の実施場所を示した。細菌検査（便）は59%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では機能を集約化した保健所に依頼し、人口規模の大きい保健所では衛生研究所に依頼する傾向がみられた。

細菌検査（尿）は61%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。

細菌検査（喀痰）は56%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。

尿検査（蛋白、糖、潜血等）は87%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。

便検査（寄生虫卵）は71%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健

所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。

血液一般検査（赤血球数、血色素量等）は58%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所や外部の業者に依頼する保健所が多かった。

血液生化学検査（総コレステロール、GOT、GPT等）は39%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、機能を集約化した保健所や外部の業者に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

エックス線検査（結核）は88%の保健所が自所で実施していた。県型では自所で実施する保健所が多く、都市型では外部の業者に依頼する保健所が多かった。

梅毒血清反応検査は44%の保健所が自所で実施していた。県型では自所で実施する保健所や機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。

HIV抗体検査は11%の保健所が自所で実施し、65%が衛生研究所に依頼していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所や外部の業者に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、衛生研究所に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

飲料水検査（井戸水、水道水、ビル管等）は45%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、機能を集約化した保健所や衛生研究所に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

プール水検査は56%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、機能を集約化した保健所に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

浄化槽放流水検査（BOD、PH等）は49%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、機能を集約化した保健所に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

空気検査（NOX、浮遊粒子状物質等）は28%の保健所が自所で実施し、46%が衛生研究所に依頼していた。保健所種別、人口規模別で差はみられなかった。

食品検査（細菌検査）は42%の保健所が自所で実施していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する保健所が多かった。また人口規模の小さい保健所では自所で実施している割合が小さく、機能を集約化した保健所に依頼する割合が大きい傾向がみられた。

食品検査（化学検査）は33%の保健所が自所で実施し、37%が衛生研究所に依頼していた。県型では機能を集約化した保健所に依頼する保健所が多く、都市型では衛生研究所に依頼する