

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。

多くの保健所は衛生試験・検査を自所で実施していたが、HIV 抗体検査、空気検査、食品検査（化学検査）は衛生研究所で実施されることが多かった。また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衛生試験・検査を依頼する保健所も多く、人口規模の小さい保健所では自所で衛生試験・検査を実施していない傾向がみられた。このことから、今後衛生試験・検査の機能は大規模な保健所や衛生研究所に移行していく可能性があることが示唆された。

表 43-1～表 43-4 に衛生試験・検査の実施場所別にみた検査結果が依頼者に届くまでの日数を示した。多くの衛生試験・検査は自所で実施する方が検査結果が依頼者に届くまでの日数が少なかったが、細菌検査（喀痰）、HIV 抗体検査では他の実施場所の方が日数が少なかった。また細菌検査（尿）、便検査、血液生化学検査、梅毒血清反応検査、HIV 抗体検査、浄化槽放流水検査では、機能を集約化した保健所や衛生研究所よりも外部の業者に委託する方が日数が少なかった。さらに、細菌検査（尿）、血液一般検査、血液生化学検査、梅毒血清反応検査、HIV 抗体検査、飲料水検査、プール水検査、浄化槽放流水検査では衛生研究所が最も日数が多かった。このように実施場所と衛生試験・検査の種類によって迅速さが異なることから、精度管理を含めて、効率的な実施場所で迅速に衛生試験・検査を実施することが必要であると考えられる。

表 44 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の専門的・技術的サービスの供給機能を示した。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をしている保健所の割合は 98% で、ほとんど全ての保健所が支援を実施していた。しかし食品衛生・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をしている保健所の割合は 46% と半数程度で、特に 1 市 1 保健所で割合が低く、機能の強化が必要である。

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をしている保健所の割合は 33% で、都市型保健所、人口規模の大きい保健所で割合が小さかった。これらは特に集約化が進行している保健所であると考えられるが、それにも関わらず弊害を改善するための工夫を十分に行っていないことが示され、速やかに機能強化を推進していく必要があると考えられる。

#### (5) 情報機能

表 45 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の情報機能を示した。購読する専門雑誌・新聞の数の平均値は 11.5 種類で、1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で多くの専門雑誌・新聞を購読していた。保有するコンピューターの台数の平均値は 15.5 台で、1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で多かった。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については約 9 割の保健所が一部のコンピューターと接続しており、情報機能のための基盤整備はおおむね完了していることが示された。

表 46 に保健所種別・人口規模別にみた統計解析ソフト（SAS、SPSS 等）の保有・利用状

況を示した。ほとんどの保健所で保有しておらず、また保有している保健所でもたまにしか利用していなかった。また都市型保健所では保有していない割合が大きかった。統計解析ソフトは情報機能や調査研究機能には不可欠であり、各保健所での保有が促進される必要がある。また単に保有しているだけではなく十分に活用するためには、ソフトの利用方法に関する研修などを実施し、ソフトを利用できる人材の育成も必要である。

表 47 に保健所種別・人口規模別にみた情報整備に関する衛生研究所との協力体制を示した。「おおむね整っている」保健所が最も多いが、「あまり・全く整っていない」とする保健所も半数近くあり、特に県型保健所で整っていないとする保健所が多い傾向がみられた。都道府県・指定都市・中核市・政令市・特別区調査では、衛生研究所が情報機能の中心的な役割を担っていく可能性が示唆されたが、保健所と衛生研究所との協力体制がこのように十分でない状況では情報機能の円滑な推進は不可能であり、一層の協力体制の整備が必要であると考えられる。

表 48 に保健所種別・人口規模別にみた地域住民への情報提供の状況を示した。21%の保健所がホームページを開設し、55%の保健所が展示コーナーを設置し、37%の保健所が広報誌・新聞を発行していた。また1市1保健所でホームページを開設している割合が大きく、展示コーナーを設置している割合が小さかった。これらは地域住民への情報提供の手段として重要であるが、現状では十分に整備されていないことが示された。また今後は情報提供の手段だけでなく、実際に地域住民に発信される情報の内容についてもさらに検討する必要がある。

表 49 に保健所種別・人口規模別にみた管内データの把握・整理・解析状況を示した。管内データの把握・整理・解析を実施している保健所の割合は健診・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%、その他 21%であった。また県型保健所で健診・検診結果を把握・整理・解析している割合が小さかった。この原因として、健診・検診は市町村が実施主体となっているものが多いことから、市町村から保健所へのデータ提供が十分でないことが考えられる。したがって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が必要であると考えられる。

表 50 に県型保健所に関して、人口規模別にみた市町村への情報の提供状況を示した。市町村へデータを提供している保健所の割合は、管内の衛生指標 78%、新しい専門的技術に関する情報 62%、住民の生活習慣などのデータの解析結果 33%、その他 18%であった。表 49 の結果でもみられるように、住民の生活習慣に関するデータが把握・整理・解析されていないことが示された。これらのデータは既存の統計では把握できないことから、保健所が独自にデータを収集していないことを示している。地域保健活動を効果的に実践するためには、地域住民の健康、生活習慣に関するデータの経年的な把握・分析は不可欠であることから、今後は都道府県や市町村との協力体制を整備し、これらのデータを収集するシステムを構築する必要がある。

表 51 に保健所種別・人口規模別にみた年報・業務報告の作成状況、表 52 に年報・業務報告の次年度事業への反映を示した。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割程度と少なく、1割は反映していなかった。現在の年報や業務報告は事業実績の数値が羅列されているのみであり、その経年的変化などが十分に分析されておらず、そのために施策提言に結びつく結果を示すことができてい

ないと考えられる。したがって各保健所で年報や事業報告のあり方を検討し、新しい施策を提言するための資料として十分に活用できるようなものを作成する必要がある。

#### (6) 調査研究機能

表 53 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の調査研究機能を示した。平成 10 年度に実施した調査研究の数の平均値は 3.2、そのうち保健所が実施主体となった調査研究は 2.7、保健所以外が実施主体のものは 0.5 であった。1 市 1 保健所、人口規模の大きい保健所で調査研究数が多かった。保健所以外が実施主体の調査研究が比較的少数であるが、これは地域の大学などの教育・研究機関との協力体制が十分でないことが考えられる。調査研究機能として、保健所自身が調査研究を「実施する」機能だけでなく、地域における調査研究を「促進する」機能も必要であると考えられる。保健所と地域の大学等が連携し、フィールドやデータ、新しい調査研究手法や人材が互いに交流することによって、調査研究機能の 2 つの側面がともに強化・推進されると考えられる。

平成 10 年度の調査研究業績集を作成した保健所の割合は 39%、調査研究の結果から施策提言が得られた保健所の割合は 60%で、いずれも県型保健所の方が大きかった。保健所における調査研究は「研究のための研究」ではなく「施策のための研究」であると考えられる。その意味では 40%の保健所は施策提言が得られないような調査研究しか実施していないことになる。したがって保健所における調査研究の目的を十分に検討し、施策提言のための調査研究を重点的に実施していく必要がある。

#### (7) 研修機能

表 54-1～表 54-4 に保健所種別・人口規模別にみた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、50%の保健所はおおむね充足しているが、人口規模が 20～30 万人の保健所では若干不足している傾向がみられた。OHP、OHC などのプレゼンテーション機器に関しては、53%の保健所はおおむね充足しているが、県型保健所では若干不足している傾向がみられた。CD-ROM、ビデオなどの研修用の教材に関しては、40%の保健所はおおむね充足しているが、県型保健所では若干不足している傾向がみられた。研修の講師に関しては、63%の保健所はおおむね確保できていた。

表 55 に保健所種別・人口規模別にみた研修の目標設定を示した。ほとんどの保健所は研修の目標を設定しており、40%の保健所は実施する全ての研修の目標を設定していた。しかし都市型保健所では目標設定していない保健所が多かった。

表 56 に保健所種別・人口規模別にみた研修の評価の実施を示した。全ての研修で評価を実施している保健所は 15%、一部の研修で評価を実施している保健所が 69%であった。しかし都市型保健所では研修の評価を実施していない保健所が多かった。

以上の結果から、保健所で研修を実施するための設備やマンパワーはおおむね充足されている保健所が多いこと、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いことが示された。

#### (8) 危機管理機能

表 57 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の危機管理機能を示した。健康危機管理の対策会議を設置している保健所の割合は 46%、災害時の情報システムを整備している保健所の割合は 69%、災害時に供給できる保健医療サービスの人的資源・物的資源を把握している保健所の割合は 53%、健康危機発生に備えた実地訓練やシミュレーションを実施している保健所の割合は 18%であった。保健所の種類、人口規模で差はみられなかった。

表 58 に保健所種別・人口規模別にみた健康危機発生時の保健活動マニュアルの作成状況を示した。マニュアルを作成している保健所の割合は 84%、内容別では感染症 65%、食中毒 67%、災害 54%、その他 17%であった。災害に関しては 1 市 1 保健所、人口規模が 30 万人以上の保健所で作成している割合が小さかった。

危機管理機能は保健所機能の中でも特に迅速に強化・推進すべき機能であるが、現状では健康危機発生時の保健活動マニュアルの作成が終了した段階であり、情報システムの整備、対策会議の設置、保健医療資源の把握といった具体的な危機管理体制の整備は未だ不十分であり、実地訓練・シミュレーションといった実践レベルでの危機管理機能の推進はほとんど行われていないことが示された。

#### (9) 企画調整機能

表 59 に保健所種別・人口規模別にみた保健所の企画調整機能を示した。平成 9 年度以降に企画立案した新規事業の数の平均値は 3.5、1 市多保健所、人口規模の小さい保健所で新規事業数が少なかった。部局間の横断的な会議を定期的実施している保健所の割合は 84%であった。

企画調整機能の実績としての新規事業数を把握したが、保健所レベルで企画立案する事業は予算の関係上限定されているため、全体としては少なかったと考えられる。

#### (10) 県型保健所の市町村支援

表 60 に人口規模別にみた保健婦の活動体制を示した。業務分担制が 56%、地区分担と業務分担の併用が 38%で、業務分担制が全国的に普及してきたことを示している。

表 61 に人口規模別にみた市町村計画（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・支援状況を示した。積極的に参加・支援している保健所の割合は 39%、会議にのみ参加している保健所の割合は 57%であった。

表 62 に人口規模別にみた市町村支援の状況を示した。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がある保健所の割合は 24%であった。市町村からの支援の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。

## 4. 市町村調査

### (1) 保健所保健婦の活動体制に対する評価

表 63-1、表 63-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた保健所保健婦の活動体制を示した。市町村担当（保健所からみた地区分担）が 8%、業務担当が 57%、市町村担当と業務担当の併用が 33%であった。保健所調査では地区分担が 6%、業務分担が 56%、地区分担と業務分担の併用が 38%で同程度であり、市町村の保健所保健婦の活動体制に対する認識にずれがないことが示された。

活動体制に市・町村別では差がみられなかったが、人口規模の小さい市町村の方が市町村担当の割合が大きかった。また都道府県別では差がみられ、北海道、山梨県、愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県では市町村担当の割合が比較的大きく、岩手県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、長野県、香川県、沖縄県では市町村担当と業務担当の併用の割合が顕著に大きく、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、群馬県、福井県、三重県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、徳島県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県では業務担当の割合が顕著に大きかった。

表 64 に保健所保健婦の活動体制に対する評価を示した。市町村担当に対する評価得点は 2.05 で最も高く、業務担当に対する評価得点は 1.35 で最も低く、業務担当を「よくない」「あまりよくない」とする市町村が半数以上を占めていた。

表 65-1、表 65-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村担当に対する評価を示した。評価得点は市・町村別、人口規模別で差がみられなかった。都道府県別の評価得点は山口県、埼玉県、千葉県、長崎県、沖縄県の順に高く、愛媛県、高知県、長野県、岡山県、北海道の順に低かったが、統計的に有意な差はみられなかった。

表 66-1、表 66-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた業務担当に対する評価を示した。評価得点は市・町村別、人口規模別で差がみられなかった。都道府県別の評価得点は高知県、東京都、兵庫県、大分県、北海道の順に高く、愛媛県、広島県、島根県、富山県、栃木県の順に低かった。

表 67-1、表 67-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村担当と業務担当の併用に対する評価を示した。評価得点は市・町村別、人口規模別で差がみられなかった。都道府県別の評価得点は群馬県、愛媛県、山梨県、石川県、大阪府の順に高く、島根県、鳥取県、三重県、神奈川県、滋賀県の順に低かった。

### (2) 保健所の市町村支援に対する評価

表 68-1、表 68-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた保健所に対する支援要請の有無を示した。保健所に対して何らかの支援を要請している市町村の割合は 75%で、町村、人口規模の小さい市町村で割合が大きかった。都道府県別では島根県、大阪府、沖縄県、富山県、香川県の順に割合が大きく、長崎県、鹿児島県、山形県、山口県、宮崎県の順に割合が小さかった。

表 69-1、表 69-2 に、保健所に支援を要請している市町村について、市・町村別、人口

規模別、都道府県別にみたその支援内容に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.77 で、町村、人口規模の小さい市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は、大分県、沖縄県、秋田県、山梨県、高知県の順に高く、京都府、鳥取県、滋賀県、栃木県、福岡県の順に低かった。

人口規模の小さい市町村では保健所の支援に対するニーズが高く、その内容についても高く評価していた。このことは保健所が少なくともニーズを裏切らない支援をしていることを示唆しており、保健所の市町村支援全般に関してはある程度円滑に機能していると考えられる。

### (3) 保健所の市町村会議への参加に対する評価

表 70-1、表 70-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村会議（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に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.95 で、市、人口規模の大きい市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は石川県、千葉県、青森県、沖縄県、大阪府の順に高く、和歌山県、愛媛県、広島県、宮崎県、岐阜県の順に低かった。

表 71-1、表 71-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村会議での保健所職員の態度に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.69 で、町村、人口規模の小さい市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は沖縄県、青森県、徳島県、佐賀県、千葉県の順に高く、香川県、福岡県、茨城県、広島県、鹿児島県の順に低かった。

保健所職員の市町村会議への参加頻度と市町村会議での態度の評価得点（1.95、1.69）を比較すると、参加頻度は高いが、会議での発言などの積極性は低いことがうかがえる。つまり、保健所職員は委員に就任したから「仕方なく」会議に参加している、と認識されていることを示している。もちろん市町村側からすれば、「仕方なく」会議に参加してもらっている、という状況も考えられる。したがって、市町村は保健所職員の会議における役割や立場を明確にした上で参加を依頼すること、保健所はそれを十分に認識し、積極性などを含めて「適格者」を参加させること、つまり保健所と市町村が会議の目的等に関して共通の認識をもつことが重要であると考えられる。

### (4) 保健所の市町村計画策定への参加・支援に対する評価

表 72-1、表 72-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村計画（保健計画、老人保健福祉計画等）策定への参加・支援に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.17 で、人口 5 千人未満の市町村、人口 10 万人以上の市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は沖縄県、高知県、熊本県、東京都、鳥取県の順に高く、三重県、和歌山県、栃木県、岩手県、福岡県の順に低かった。

市町村計画策定への参加・支援に対する評価得点は他の評価項目と比較して顕著に低かった。保健所調査でも、半数以上の保健所は計画策定の会議に参加しているのみで、積極的な支援を行っていないことが示されており、保健所、市町村ともに企画調整機能の 1 つとしての市町村計画策定への支援がうまくいっていないことを認識していることが示された。今後、介護保険

事業計画や健康日本 21 などの市町村計画の一層の推進が図られることから、計画策定への支援に関して迅速な機能強化・推進が必要であると考えられる。

#### (5) 保健所・都道府県の市町村職員への研修に対する評価

表 73-1、表 73-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた保健所・都道府県の市町村職員への研修に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.80 で、市・町村別、人口規模別で差はみられなかった。都道府県別の評価得点は沖縄県、高知県、大阪府、佐賀県、香川県の順に高く、和歌山県、福井県、茨城県、福岡県、三重県の順に低かったが、統計的に有意な差はみられなかった。

保健所・都道府県の研修に対する評価得点は比較的高かったが、保健所調査で示されたような研修機能の集約化や研修の評価体制の未整備などの問題点を解決しなければ、研修へのアクセスや研修内容に対する市町村の不満は大きくなると考えられる。

#### (6) 保健所の情報機能に対する評価

表 74-1、表 74-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた市町村から保健所へのデータ（健康状態、事業実績等）の提供に関する「自己」評価を示した。評価得点の平均値は 1.94 で、市・町村別、人口規模別で差はみられなかった。都道府県別の評価得点は奈良県、岡山県、香川県、鹿児島県、和歌山県の順に高く、三重県、福岡県、広島県、栃木県、東京都の順に低かった。

表 75-1、表 75-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた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）の提供に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.59 で、人口 1 千人未満の市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は沖縄県、青森県、高知県、東京都、富山県の順に高く、福島県、福岡県、宮崎県、和歌山県、滋賀県の順に低かった。

表 76-1、表 76-2 に市・町村別、人口規模別、都道府県別にみた保健所の市町村データの分析・活用に対する評価を示した。評価得点の平均値は 1.47 で、町村、人口規模の小さい市町村で得点が高かった。都道府県別の評価得点は高知県、沖縄県、石川県、熊本県、大分県の順に高く、滋賀県、福岡県、栃木県、静岡県、福島県の順に低かった。

市町村への情報提供に対する評価得点（1.59）、市町村データの分析・活用に対する評価得点（1.47）は、市町村から保健所へのデータ提供に関する自己評価得点（1.94）と比較して低かった。これは、市町村がデータを提供しているにも関わらず、保健所はそのデータを十分に分析・活用しておらず、また情報提供も十分ではない、と認識していることを示している。保健所調査で、市町村にとって重要である地域住民の健康、生活習慣に関するデータの分析やその情報提供が十分ではないことが示されており、今後はこれらのデータの収集、分析に重点を置く必要がある。またデータ収集には市町村との協力が不可欠であるが、上述したような認識を市町村がもっている限り、協力体制は整備されないと考えられる。したがって、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」を回復することが必要である。

#### (7) 保健所に対する評価項目間の関連

表 77-1、表 77-2 に保健所に対する評価得点の相関係数を示した。ほとんど全ての項目間で正の相関がみられたが、市町村から保健所へのデータ提供に関する自己評価得点と保健所に対する評価得点との相関係数は小さかった。これは、保健所に「協力」したからといって保健所が十分に「支援」してくれるわけではない、という市町村の認識を示していると考えられる。

表 78 に保健所保健婦の活動体制に対する評価得点と他の評価得点との相関係数を示した。市町村担当に対する評価得点との相関係数は、業務担当、市町村担当と業務担当の併用と比較して大きかった。

表 79 に保健所保健婦の活動体制別にみた保健所に対する評価得点を示した。ほとんどの評価得点は市町村担当で最も高く、次いで市町村担当と業務担当の併用、業務担当、未把握の順であった。

表 80 に保健所保健婦の活動体制別にみた保健所への支援要請の有無を示した。保健所に対して何らかの支援を要請している市町村の割合は市町村担当で最も大きく、次いで市町村担当と業務担当の併用、業務担当、未把握の順であった。

表 81 に保健所への支援要請の有無別にみた保健所保健婦の活動体制に対する評価得点を示した。支援要請していない市町村では業務担当に対する評価得点が低く、支援要請している市町村では市町村担当に対する評価得点が高く、業務担当に対する評価得点が低かった。

表 64、表 78～表 81 の結果から、保健所保健婦の活動体制に対する評価に関して考察する。市町村担当の保健所が管轄する市町村は、その活動体制だけでなく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ることが示された。市町村担当の活動体制では、健康問題が発生した場合はまず最初に市町村担当の保健婦に相談すればよい、という保健所へのアクセスの良さが積極的な支援の要請を促進していると考えられる。またそれに加えて、市町村担当の保健婦はその市町村の現状を十分に把握しているため、包括的な支援が可能であり、そのような支援の実践が保健所全体に対する評価を向上させたと考えられる。

それに対して、業務担当の保健所が管轄する市町村は、その活動体制だけでなく保健所機能全般に対する評価が低く、保健所に対する支援要請をあまりしていないことが示された。業務担当の活動体制では、健康問題の内容（難病、精神など）によって相談する保健婦が異なるため、保健所へのアクセスが阻害されていると考えられる。業務担当は各専門分野できめの細かい支援が可能である反面、地域全体を包括的に支援できないという短所もあり、本研究の結果は業務担当による「分割された」支援に対する市町村の不満を表していると考えられる。保健所調査で業務分担制が普及していることが示されたが、市町村は必ずしもそれを望んでいるわけではないことを十分に認識し、業務分担制の問題点を改善する方策（例えば地区分担制との併用など）を実施する必要がある。

表 81、表 82 に保健所への支援要請の有無別にみた評価得点を示した。全ての評価項目につ



いて支援要請をしている市町村の方が評価得点が高かった。両者の因果関係には2つの可能性があると考えられる。一つは保健所に対する評価が高いから支援を要請する、という関係である。もう一つは、支援内容に対する評価は他の評価項目との相関が高いことから、支援を要請し、その内容に対する評価が高ければ、保健所全体に対する評価も高くなる、という関係である。いずれにしても両者は互いに強化されると考えられる。そしてこのことは、評価が低くなれば支援要請は減少し、最終的に保健所の信頼は失われる、という危険性を示唆している。したがって保健所は市町村のニーズに適合した支援を実践し、互いの信頼関係を構築していく必要がある。

表1-1. 都道府県・指定都市・政令市・  
中核市・特別区調査の回収状況

	対象数	回答数	回収率
全体	117	91	77.8%
都道府県	47	37	78.7%
指定都市	12	8	66.7%
中核市	26	21	80.8%
政令市	9	7	77.8%
特別区	23	18	78.3%

表1-2. 保健所調査の回収状況

	対象数	回答数	回収率
全体	640	406	63.4%
都道府県	474	300	63.3%
指定都市	93	52	55.9%
中核市	31	28	90.3%
政令市	11	7	63.6%
特別区	31	19	61.3%

表1-3. 市町村調査の回収状況

	対象数	回答数	回収率
全体	3,182	1,843	57.9%
市	624	444	71.2%
町村	2,558	1,397	54.6%
北海道	209	131	62.7%
青森県	67	41	61.2%
岩手県	59	41	69.5%
宮城県	70	40	57.1%
秋田県	68	47	69.1%
山形県	44	26	59.1%
福島県	88	56	63.6%
茨城県	85	50	58.8%
栃木県	48	33	68.8%
群馬県	70	38	54.3%
埼玉県	92	59	64.1%
千葉県	79	56	70.9%
東京都	40	25	62.5%
神奈川県	34	18	52.9%
新潟県	111	70	63.1%
富山県	34	22	64.7%
石川県	40	19	47.5%
福井県	35	16	45.7%
山梨県	64	33	51.6%
長野県	119	69	58.0%
岐阜県	98	65	66.3%
静岡県	72	44	61.1%
愛知県	85	60	70.6%
三重県	69	35	50.7%
滋賀県	50	24	48.0%
京都府	43	21	48.8%
大阪府	41	33	80.5%
兵庫県	85	47	55.3%
奈良県	47	23	48.9%
和歌山県	49	24	49.0%
鳥取県	39	17	43.6%
島根県	59	26	44.1%
岡山県	77	49	63.6%
広島県	83	41	49.4%
山口県	55	31	56.4%
徳島県	50	25	50.0%
香川県	42	25	59.5%
愛媛県	69	43	62.3%
高知県	52	26	50.0%
福岡県	94	57	60.6%
佐賀県	49	26	53.1%
長崎県	77	45	58.4%
熊本県	93	42	45.2%
大分県	57	28	49.1%
宮崎県	43	24	55.8%
鹿児島県	95	38	40.0%
沖縄県	53	32	60.4%

表2-1. 都道府県別にみた保健所の再編・統合の動向

	地域保健法 施行前	現在	再編・統合の予定		
			有無	施行時期	変化
北海道	45	26	なし		
青森県	11	8	なし		
岩手県	15	10	なし		
宮城県	9	7	なし		
秋田県	13	8	なし		
山形県	8	4	あり		-2
福島県	16	6	なし		
茨城県	18	12	なし		
栃木県	10	5	なし		
群馬県	12	11	なし		
埼玉県	24	23	なし		
千葉県	18	15	なし		
東京都	18	13	なし		
神奈川県	12	12	なし		
新潟県	15	13	なし		
富山県	—	4	—		
石川県	8	4	なし		
福井県	8	6	なし		
山梨県	8	8	あり		-3
長野県	—	10	—		
岐阜県	11	11	あり	平成12年度	-4
静岡県	15	10	なし		
愛知県	26	17	なし		
三重県	—	9	—		
滋賀県	9	7	なし		
京都府	—	12	—		
大阪府	—	22	—		
兵庫県	—	26	—		
奈良県	6	6	あり	平成14年度	-1
和歌山県	8	8	あり	平成12年度	-1
鳥取県	—	3	—		
島根県	—	7	—		
岡山県	17	9	なし		
広島県	8	8	あり	平成13年度	-1
山口県	15	9	なし		
徳島県	8	6	なし		
香川県	—	7	—		
愛媛県	14	8	なし		
高知県	10	9	なし		
福岡県	21	13	なし		
佐賀県	8	5	なし		
長崎県	—	8	—		
熊本県	13	10	なし		
大分県	13	9	なし		
宮崎県	11	8	なし		
鹿児島県	15	15	あり		-2
沖縄県	7	7	あり	平成13年度	-1
合計		474			-15

表2-2. 指定都市別にみた保健所の再編・統合の動向

	地域保健法 施行前	現在	再編・統合の予定		
			有無	施行時期	変化
札幌市	9	1	なし		
仙台市	5	5	なし		
千葉市	1	1	なし		
横浜市	18	18	なし		
川崎市	7	7	なし		
名古屋市	16	16	なし		
京都市	—	11	—		
大阪市	—	24	あり	平成12年度	-23
神戸市	—	1	—		
広島市	8	1	なし		
北九州市	7	1	なし		
福岡市	—	7	—		
合計		93			-23

表2-3. 中核市別にみた保健所の再編・統合の動向

	地域保健法 施行前	現在	再編・統合の予定		
			有無	施行時期	変化
秋田市	1	1	なし		
郡山市	—	1	—		
いわき市	—	1	—		
宇都宮市	0	1	なし		
新潟市	2	1	なし		
富山市	0	1	なし		
金沢市	3	1	なし		
長野市	—	1	—		
岐阜市	3	1	なし		
静岡市	2	1	なし		
浜松市	1	1	なし		
豊橋市	—	1	—		
豊田市	0	1	なし		
堺市	5	5	あり	平成12年度	-4
姫路市	2	1	なし		
和歌山市	2	1	なし		
岡山市	2	1	なし		
福山市	0	1	なし		
高松市	0	1	なし		
松山市	0	1	なし		
高知市	0	1	なし		
長崎市	2	1	なし		
熊本市	2	1	なし		
大分市	0	1	なし		
宮崎市	—	1	なし		
鹿児島市	2	2	なし		
合計		31			-4

表2-4. 政令市別にみた保健所の再編・統合の動向

	地域保健法 施行前	現在	再編・統合の予定		
			有無	施行時期	変化
函館市	1	1	なし		
小樽市	1	1	なし		
横須賀市	3	1	なし		
東大阪市	3	3	あり	平成12年度	-2
尼崎市	6	1	なし		
呉市	2	1	なし		
下関市	1	1	なし		
大牟田市	-	1	-		
佐世保市	-	1	-		
合計		11			-2

表2-5. 東京都特別区別にみた保健所の再編・統合の動向

	地域保健法 施行前	現在	再編・統合の予定		
			有無	施行時期	変化
千代田区	-	1	-		
中央区	-	2	-		
港区	3	1	なし		
新宿区	3	1	なし		
文京区	2	2	あり	平成12年度	-1
台東区	2	1	なし		
墨田区	2	2	あり	平成12年度	-1
江東区	2	2	あり	平成12年度	-1
品川区	2	1	なし		
目黒区	2	1	なし		
大田区	-	1	-		
世田谷区	-	1	-		
渋谷区	1	1	なし		
中野区	2	1	なし		
杉並区	3	1	なし		
豊島区	2	2	なし		
北区	3	1	なし		
荒川区	-	1	-		
板橋区	3	1	なし		
練馬区	2	2	あり	平成11年度	-1
足立区	2	2	あり	平成12年度	-1
葛飾区	2	1	なし		
江戸川区	2	2	なし		
合計		31			-5

表3-1. 都道府県別にみた保健所機能の推進・実施主体

	難病対策	
	保健所	保健所
北海道	○	○
青森県	○	○
岩手県	○	○
宮城県	○	○
秋田県	○	○
山形県	○	○
福島県	○	○
茨城県	○	○
栃木県	○	○
群馬県	○	○
埼玉県	○	○
千葉県	○	○
東京都	○	○
神奈川県	○	○
新潟県	○	○
富山県	—	—
石川県	○	○
福井県	○	○
山梨県	○	○
長野県	—	—
岐阜県	○	○
静岡県	○	○
愛知県	○	○
三重県	—	—
滋賀県	○	○
京都府	—	—
大阪府	—	—
兵庫県	—	—
奈良県	○	○
和歌山県	○	○
鳥取県	—	—
島根県	—	—
岡山県	○	○
広島県	○	○
山口県	○	○
徳島県	○	○
香川県	—	—
愛媛県	○	○
高知県	○	○
福岡県	○	○
佐賀県	○	○
長崎県	—	—
熊本県	○	○
大分県	○	○
宮崎県	○	○
鹿児島県	○	○
沖縄県	○	○

表3-2. 指定都市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	難病対策			エイズ対策		
	保健所	本庁	保健センター	保健所	本庁	保健センター
札幌市			○	○		○
仙台市	○	○		○	○	
千葉市	○	○		○	○	
横浜市	○			○		
川崎市	○			○		
名古屋市	○			○		
京都市	-	-	-	-	-	-
大阪市	-	-	-	-	-	-
神戸市	-	-	-	-	-	-
広島市			○			○
北九州市	○	○	○	○	○	○
福岡市	-	-	-	-	-	-

表3-3. 中核市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	難病対策		エイズ対策	
	保健所	保健センター	保健所	保健センター
秋田市	○		○	
郡山市	-	-	-	-
いわき市	-	-	-	-
宇都宮市	○		○	
新潟市	○		○	
富山市	○		○	
金沢市	○	○	○	
長野市	-	-	-	-
岐阜市	○	○	○	○
静岡市	○		○	
浜松市	○		○	
豊橋市	-	-	-	-
豊田市	○		○	
堺市	○	○	○	○
姫路市	○		○	
和歌山市	○		○	
岡山市	○		○	
福山市	○		○	
高松市	○		○	
松山市	○		○	
高知市	○		○	
長崎市	○		○	
熊本市	○		○	
大分市	○		○	
宮崎市	-	-	-	-
鹿児島市	特定の保健所に集約		特定の保健所に集約	

表3-4. 政令市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	難病対策		エイズ対策	
	保健所	保健センター	保健所	保健センター
函館市	○		○	
小樽市	○		○	
横須賀市	○		○	
東大阪市	○		○	
尼崎市	○	○	○	○
呉市	○		○	
下関市	○		○	
大牟田市	-	-	-	-
佐世保市	-	-	-	-

表3-5. 東京都特別区別にみた保健所機能の推進・実施主体

	難病対策		エイズ対策	
	保健所	保健センター	保健所	保健センター
千代田区	-	-	-	-
中央区	-	-	-	-
港区	○		○	
新宿区	○		○	
文京区	○		○	
台東区	○		○	
墨田区		○		○
江東区	○		○	
品川区	○	○	○	○
目黒区	○		○	
大田区	-	-	-	-
世田谷区	-	-	-	-
渋谷区	○		○	
中野区	○		○	
杉並区	○		○	
豊島区	○		○	
北区	○		○	
荒川区	-	-	-	-
板橋区		○	○	
練馬区	○		○	
足立区	○		○	
葛飾区	○		○	
江戸川区	○		○	



表4-1. 都道府県別にみた保健所機能の推進・実施主体

	精神保健	
	保健所	精神保健 福祉センター
北海道	○	
青森県	○	
岩手県	○	
宮城県	○	
秋田県	○	
山形県	○	
福島県	○	
茨城県	○	
栃木県	○	
群馬県	○	
埼玉県	○	
千葉県	○	
東京都	○	
神奈川県	○	
新潟県	○	
富山県	—	—
石川県	○	
福井県	○	
山梨県	○	○
長野県	—	—
岐阜県	○	
静岡県	○	
愛知県	○	
三重県	—	—
滋賀県	○	
京都府	—	—
大阪府	—	—
兵庫県	—	—
奈良県	○	
和歌山県	○	
鳥取県	—	—
島根県	—	—
岡山県	○	
広島県	○	
山口県	○	
徳島県	○	
香川県	—	—
愛媛県	○	
高知県	○	
福岡県	○	
佐賀県	○	
長崎県	—	—
熊本県	○	
大分県	○	
宮崎県	○	
鹿児島県	○	
沖縄県	○	

表4-2. 指定都市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	精神保健			
	保健所	本庁	保健 センター	精神保健 福祉 センター
札幌市			○	○
仙台市	○	○		
千葉市	○	○		
横浜市	○			
川崎市	○			
名古屋市	○			
京都市	—	—	—	—
大阪市	—	—	—	—
神戸市	—	—	—	—
広島市			○	
北九州市	○	○	○	○
福岡市	—	—	—	—

表4-3. 中核市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	精神保健		
	保健所	保健 センター	精神保健 福祉 センター
秋田市	○		
郡山市	—	—	—
いわき市	—	—	—
宇都宮市	○		
新潟市	○		
富山市	○		
金沢市	○	○	
長野市	—	—	—
岐阜市	○	○	
静岡市	○		
浜松市	○		
豊橋市	—	—	—
豊田市	○		
堺市	○	○	
姫路市	○		
和歌山市	○		
岡山市	○		
福山市	○		
高松市	○		
松山市	○		
高知市	○		
長崎市	○		
熊本市	○		
大分市	○		
宮崎市	—	—	—
鹿児島市	特定の保健所に集約		

表4-4. 政令市別にみた保健所機能の推進・実施主体

	精神保健	
	保健所	保健センター
函館市	○	
小樽市	○	
横須賀市	○	
東大阪市		○
尼崎市	○	○
呉市	○	
下関市	○	
大牟田市	—	—
佐世保市	—	—

表4-5. 東京都特別区別にみた保健所機能の推進・実施主体

	精神保健	
	保健所	保健センター
千代田区	—	—
中央区	—	—
港区	○	
新宿区	○	
文京区	○	
台東区	○	
墨田区		○
江東区	○	
品川区	○	○
目黒区	○	
大田区	—	—
世田谷区	—	—
渋谷区	○	
中野区	○	
杉並区	○	
豊島区	○	
北区	○	
荒川区	—	—
板橋区		○
練馬区	○	
足立区	○	
葛飾区	○	
江戸川区	○	

表5-1. 都道府県別にみた保健所機能の推進・実施主体

	専門的母子保健		専門的栄養指導	
	保健所	その他	保健所	その他
北海道	○		○	
青森県	○		○	
岩手県	○	環境保健センター	○	環境保健センター
宮城県	○		○	
秋田県	○		○	
山形県	○		○	
福島県	○		○	
茨城県	○		○	
栃木県	○		○	
群馬県	○		○	特定の保健所に集約
埼玉県	○		○	
千葉県	○		○	
東京都	○		○	
神奈川県	○		○	
新潟県	○		○	
富山県	—	—	—	—
石川県	○		○	
福井県	○		○	
山梨県	○		○	
長野県	—	—	—	—
岐阜県	○		○	
静岡県	○		○	
愛知県	○		○	
三重県	—	—	—	—
滋賀県	○		○	
京都府	—	—	—	—
大阪府	—	—	—	—
兵庫県	—	—	—	—
奈良県	○		○	
和歌山県	○		○	
鳥取県	—	—	—	—
島根県	—	—	—	—
岡山県	○		○	
広島県	○		○	
山口県	○		○	
徳島県	○		○	
香川県	—	—	—	—
愛媛県	○		○	
高知県	○		○	特定の保健所に集約
福岡県	○		○	
佐賀県	○		○	
長崎県	—	—	—	—
熊本県	○		○	
大分県	○		○	特定の保健所に集約
宮崎県	○		○	
鹿児島県	○		○	
沖縄県	○		○	