

③その他の動き

ゴミのポイ捨ても各地で問題となっている。廃掃法第16条では、「何人も、みだりに廃棄物を捨ててはならない。」と規定し、産業廃棄物の場合は、第25条において「3年以下の懲役若しくは千万円以下の罰金」に、一般廃棄物の場合は、第26条において「1年以下の懲役若しくは300万円以下の罰金」に処せられることとなっており、敢えて自治体が条例によって規制する必要はないとする考え方もあろうが、多くの自治体、特に市町村において、ポイ捨てを防止することを目的として、いわゆるポイ捨て禁止条例が制定されている。

この場合、数万円の罰金刑を科すケースが多いが、実際には、警察、裁判所の負担が重いことなどから処罰されていることは皆無のようである。また、罰金が数万円であれば抑止効果はさほど高くなく、取締りが実際行われないのであれば、いわゆるざる法を増やし、法への信頼性を損なうだけであるという批判もある。しかしながら、今回の地方分権改革において、条例違反についても5万円以下の過料を科すことが出来るようになった。過料は刑罰ではなく、警察・裁判所の助けを借りることなく、自治体だけで科し得るものであることから、自治体によっては罰金ではなく、条例で過料を科す旨規定するところも出てきている(図4)。

(3) グローバリゼーションと賞味期限

グローバリゼーションの影響はあらゆるところで見受けられるようになってきた。国の政策だけでなく、自治体の政策にも様々な影響を与えるようになってきている。しかもその多くが制約要因として、国や自治体の活動に影響を与えているのである。

グローバルスタンダードが我が国の政策を法改正も含め大きく変え、しかも住民生活にも大きな影響を与えた例として食品の製造年月日及び賞味期限の表示に関する方針転換が挙げられる。

食品の日付表示については、従前は製造年月日の表示がいわゆるJAS法及び食品衛生法施行規則で義務付けられていた。しかし、これらは1994年12月に改正され(1995年4月1日施行であるが、1997年3月31日までは経過措置として、期限表示によらず、製造年月日を表示してもよいとされていた。)、製造年月日ではなく、期限表示(消費期限、賞味期限又は品質保持期限)が義務付けられることとなった。

ちなみに、品質が急速に変化しやすく、製造後速やかに消費すべき食品(例:牛乳、豆腐)は、摂取が可能な期限を示す「消費期限」を年月日に表示し、品質が保たれるのが3月以内の食品については、全ての品質が十分保持される期限を表す「賞味期限(品質保持期限)」を年月日に表示し、品質が保たれるのが3月を越える食品については、『賞味期限(品質保持期限)』を年月日に表示することとされた。品質保持期限は厚生労働省所管の食品衛生法で、賞味期限という表現は農林水産省の所管のJAS法で、それぞれ使われているが、同義である。

この改正理由は、

- ①食品の製造流通技術の進歩により、製造年月日表示では食品の品質がいつまでもつのがわかりにくくなっており、他方、食品の家庭内での保存期間が長期化し、食品の日持ちについての情報がますます必要となっていること
- ②製造年月日表示が厳しい日付管理による深夜・早朝操業、多頻度小口配送、返品誘因となっていること、
- ③国際的にも国際食品規格では期限表示が採用されており、EC及びアメリカから製造年月日を見直し、期限表示へと移行すべきとの声が寄せられていること

などとされている。①及び②は主に国内的な要請であるが、③はまさにグローバルスタンダードによるものである。

WTOの「貿易の技術的障害に関する協定」(スタンダード協定)では、国際規格が存在するときは、加盟国はその国際規格を基礎として国内規格を策定することが義務付けられており、もし、加盟国の強制規格等が国際規格の技術的内容に適合していないことによって、他の加盟国の貿易に著しい影響を及ぼすおそれがあるときは、WTOに通告するなどの措置をとらなければいけないこととなっている。食品の品質表示に関しては、WTO, FAO 合同の委員会であるコーデックス委員会が規格・基準を定めており、これが国際規格として採用されている。この中で食品の日付表示は、date of minimum durability「期限表示」とされていることから、日本がこれまで製造年月日を義務付けていたことに対して国際的な批判が強まり、中には「市場参入の障壁だ」とする海外からの圧力もあったのである。

約50年も続いた製造年月日表示方式から期限表示方式に変わることは、鮮度を重視する傾向にある日本の消費者にとっては大きな方針転換であり、消費者団体の反発も強かった。また、消費者行政を担う都道府県・指定都市の中には、消費者団体からの要望を受け、特に牛乳、豆腐、食パンといった日持ちの短い食品については、これらの食品が輸入されることもほとんどなく、国際的に問題となる可能性は低いとの判断のもと、これまでどおり、製造年月日についても条例で義務付けることを検討していたところもあったが、関係省庁は、「任意な表示であっても、製造年月日を表示することは避けるべきと考えており、関係者に通知したところであり、今後とも指導していくこととしている。」(農林水産省『農林水産省の所管行政に係る規制緩和と要望及びその検討状況』1995年3月)と行政指導を強力に行い、その結果としてこのような上乗せ条例を施行している団体は現時点ではないようである。

この問題は、グローバルスタンダードを遵守させるために、国が行政指導によって地方

自治体を従わせた例であるが、このグローバルスタンダードが、地方自治体による上乗せ規制を全く認めていないか否かについては議論があると思われる。すなわち、WTO協定では、どの協定にも例外規定が設けられている。そしてこの例外条項の解釈を巡っては幾つかの争点がある。

まず第一に、正当理由の範囲である。まず、例外規定が、限定列举か例示規定かということ判断する必要があるが、スタンダード協定第2条第2項は例示規定と考えられる(スタンダード協定第二条第二項「加盟国は、国際貿易に対する不必要な障害をもたらすことを目的として又はこれらをもたらす結果となるように強制規格が立案され、制定され又は適用されないことを確保する。このため、強制規格は、正当な目的が達成できないことによつて生ずる危険性を考慮した上で、正当な目的の達成のために必要である以上に貿易制限的であってはならない。正当な目的とは、特に、国家の安全保障上の必要、詐欺的な行為の防止及び人の健康若しくは安全の保護、動物若しくは植物の生命若しくは健康の保護又は環境の保全をいう。(後略)」)。

例示であれば、例示以外に何が正当理由を構成するのかが問題にあるが、この場合、消費者保護を理由にして正当化することが可能ではないか、検討の余地はあると思われる。第二に、恣意的な差別、偽装された差別がないかということが問題とされる。製造年月日の義務付けは国産品と輸入品と両方に同様に適用されており、隠された意図は特段ないと思われ、この点は問題ないと考えられる。第三として均衡性の原則が挙げられる。例外規定の目的を達成するために必要最小限の政策手段をとるべきであるが、具体的にどのような政策手段であれば、均衡性があるかということが問題となる。消費者保護のために製造年月日表示の義務付けが均衡性が求められるかについては、印刷の義務付けの必要性、輸入品にとっての負担の程度を検討すると、例

えばラベルの貼付の義務付けに止めれば、印刷の義務助より制限的でないので均衡性の原則を満たすといった議論もありうるのではないかと考えられる。

いずれにせよ、食品の流通がますますグローバル化する中で、食品の安全衛生を不安視する声が増しに高まっており、消費者の不安に答えるためにも行政の迅速かつ的確な対応が必要となってきた。その際、条約、協定等国際法と国内法との整合性の問題や法令と条例との関係を十分考慮する必要がある。

なお、製造年月日表示については、法律上禁止する規定はないため、製造、流通業者が自主的に表示する例は見られる。

(4) 住民訴訟等

① 住民訴訟

住民訴訟は、住民個人の具体的な権利保護を求めるものではなく、住民全体の利益を保護するため特に認められたものであり、行政事件訴訟法の民衆訴訟に該当するものである。このうち、情報公開請求の増加に伴い、地方自治法 242 条の 2 第 1 号第 4 号に定めるいわゆる 4 号訴訟（違法行為をした職員またはその相手方に対して損害賠償請求権等を行わせる代位請求）によって長又は職員個人が訴えられるケースが増えている。

ここでは、衛生行政ではないが、第三セクターへの補助金交付に対する損害賠償請求住民訴訟事件（下関市：A 市）を概観する。

これは、経営が破綻した第三セクターの負債を肩代わりするために市が同社に補助金を交付したのは、公益上の必要がないのにされた違法なものであるとして、補助金相当額の損害賠償を求める住民訴訟が容認された事例である。

a 事件の概要

A 市からの出資を受けて A 市と韓国釜山間の高速船による旅客の海上運送等の事業（以下「本件事業」という。）を営む第三セ

クター方式の B 株式会社（以下「本件会社」という。）は、1992 年 12 月以降、船の運航を休止するなど経営が悪化したため、1994 年 3 月に A 市に対して汽船会社との間の裸備船契約の精算金 4 億 6500 万円及び金融機関からの借入金 3 億 8000 万円の肩代わりを要請した。A 市長であった Y は、右各金員を本件会社に補助金として交付する旨の補正予算案を市議会に上程し、これを可決した市議会の決議に基づき、同年 4 月 14 日に 4 億 6500 万円、同年 5 月 25 日に 3 億 8000 万円の合計 8 億 4500 万円の補助金を本件会社に交付した（以下「本件補助金の交付」という。）。A 市の住民である原告 1 ないし X2 は、右補助金の交付が地方自治法 232 条の 2 にいう「公益上の必要がある場合」の要件を満たさず違法であるとして、A 市に代位して、右補助金交付当時の市長であった Y に対し、不法行為に基づき、A 市に対して右補助金相当額の損害賠償金等を支払うよう求める住民訴訟を提起した。

b 当事者の主張

本件の主たる争点は、本件補助金の交付が地方自治法 232 条の 2 所定の「公益上必要がある場合」という要件を満たしているか否かであり、この点に関する当事者の主張は次のとおりである。

b 1 X1 らの主張

本件会社は、A 市が一定の主導権を握る形で設立された第三セクター方式による株式会社であるが、営利性の高い民間企業が主体として運営する営利企業という性格を強く有するものである。補助金交付の要件としての公益性とは、当該普通地方公共団体の住民の福祉の増進に有益か否かの観点から判断すべきである。本件会社は、本件補助金の交付時点において、既に営業を一切しておらず、かつ、以後これを再開して高速船の運行をする可能性も全くなく、本件補助金の交付は、本件会社が汽船会社に対する過去の備船料等の精算

金及び過去に金融機関から借り入れた金員を支払うための財源としてされたものであるから、本件補助金の交付によりA市の市民の福祉が増進されることはあり得ない。本件会社との取引企業は、自己の損益計算の下にその責任で取引したもので、取引時点で利益を上げる目算があったからこそ任意に取引時点で利益を上げる目算があったからこそ任意に取引に入ったのであるから、目算が誤ったとしても、それは取引企業の自己責任の問題であって、このような企業の利益に対する期待をA市の市民の税金により保護する必要性はない。

b 2 Yの主張

本件事業は、A市の発案によって計画され、その主導により具現化されたものであるから、A市の事業あるいはA市の事業ないしは終始A市が主導した事業であって、官民共同出資の第三セクター方式という事業の遂行形態はあくまで形式にすぎない。本件事業が失敗に終わった場合の債務整理についても、A市がその責任の下に行うことによって信頼を維持すべきことは当然であり、このことがまさしく公益性があるということの要点である。このように解さなければ、A市は、今後、第三セクターを採用しての事業に誰からの協力も得られないことは明白であるとともに、金融機関からの支援も受けられないことになるのみならず、本件会社の債務を破産法の手続のみによって処理することになれば、第三セクターを採用している全国の地方公共団体に多大の迷惑をかけ、その協力者に重大な不信感を与えることは必至である。

c 判決の要旨

本判決は、次の通り判示して、XIらの請求をすべて認容した。

本件会社は、A市のみならず民間会社数社も出資した株式会社であって、A市の行政組織と無関係であること、本件事業は、旅客運送事業という営利を目的とするものであり、

高速船の運行により利潤を上げることが出来なければ、A市と釜山市との人的、物的交流の緊密化、A市の発展、浮揚等という当初の目的すら達し得ないものであったことを考慮すると、本件会社の性格は、A市の事業そのものあるいはA市の事業と一体の事業ないしは終始A市が主導した事業であるとまでは認められない。

補助金の交付が公益性を有するためには、主観的な側面だけでなく、客観的な面においてもそれが肯定されなければならず、その判断にあたっては、補助金の交付とそれによる当該地方公共団体住民の利益との間における因果関係の有無が検討されるべきである。

本件会社は、本件補助金の交付当時、その唯一の収入源である高速船の運行を既に1年5ヶ月も休止しており、かつ、備船契約の解約により運行再開の見込みもなくなっていたのであるから、これを再開することによる地域の活性化やA市の市民の利便性といったところの本来目指していた利益が存在しなくなっていた。

本件補助金の交付により直接的に利益を受けたのは汽船会社及び連帯保証人であるが、連帯保証人らはいずれも営利を追求する法人又は個人であって、これらの者が自らA市の住民の福祉の増進に影響を与えたり、これらの者に右利益を与えることによってA市の住民の福祉が増進したという関係を有するものではない。

本件補助金の交付当時、A市において新たな第三セクター事業を計画していたためには是非ともA市に対する民間の信頼をつなぎ止める必要があったというような事業が認められなかったのであるから、A市に対する右信頼の維持も抽象的なものにすぎず実体を伴ったものではない。本件補助金交付の要請があった時点において、本件会社に対して本件補助金を投入したとしても、そのことによって本件会社が立ち直り、本件事業が再開される見込みがない状況に陥っていたのであるか

ら、本件会社に対して本件補助金の交付をしたのは、経済的な面をも含めておよそ不毛な処置であったといわなければならない。

本件補助金を本件会社に交付しないと、第三セクターを採用している全国の地方公共団体に多大の迷惑をかける旨のYの主張は、前記因果関係の有無とはおよそかけ離れた事項にかかるものであって失当である。

以下検討したところによれば、本件補助金の交付は、公益性の要件は満たしておらず違法である。

本件補助金の交付当時にA市の市長であったYには前市長の立場を引き継いだことを考慮しても、本件補助金の交付の公益性の有無の検討とそれに基づく相当な措置をとるべきことについての義務を怠った過失がある。Yは、その過失に基づき、本件会社に対する違法な本件補助金の交付をしたという不法行為により、A市に対して本件補助金相当額の損害を与えたものと認められる。

近年、景気の低迷等により、自治体が破綻した第三セクターに対して補助金を交付したことの適否を巡って住民訴訟が提起される事例が見受けられる。自治体が補助金を交付するためには「公益上必要がある場合」に限られる（地方自治法232条の2）。「公益上必要がある場合」とは、自治体の住民全体の福祉に対する寄与と貢献があることであり、客観的に公益上必要であると認められなければならないとされている。そのための判断としては、補助金交付の趣旨及び目的、支出の相手方の性格及び活動状況、補助金が地方公共団体の公益を増進する程度、交付手続の公正等の諸事情を総合してなさなければならないが、個々の事例についてその判定は困難であり、裁判例も肯定例、否定例とも数多く存在する。

本判決は、「公益上必要がある場合」を極めて厳格に解し、立ち直る可能性のない第三セクターへの補助金交付には公益性がないと

したもので注目される。また、本判決は、経営が破綻した第三セクターの処理に悩んでいる自治体に大きな衝撃を与えたが、その破綻処理については、安易に補助金を支出すべきでなく、破産、和議、民事調停などの法的手続によるのが望ましいとの教訓を与えるものである。

このように、住民訴訟への対応は自治体にとっても重要な課題となっており、いわゆる首長部局だけでなく、衛生行政部局も含め、各部局で真摯な対応が望まれる。

なお、98年6月の山口地裁判決後の控訴審である2001年5月の広島高裁判決では、3億4100万円の支払いを元市長に命じた。現在、最高裁で係争中である。

②廃棄物行政に関する裁判例

先に触れたように、自治体にとって廃棄物行政の重要性は日増しに高まっており、その裏返しとして、住民、事業者そして行政の間の調整がつかない場合には司法の場で判断されるケースが増えている。

産業廃棄物許可関係では、1996年7月23日岡山地裁判決では、「行政指導に従わないでした産業廃棄物処理施設許可申請が社会通念上正義の観念に反し、公共の利益も著しく害する特段の事情がある場合には、受理拒否は違法ではない」とした。他方、1997年10月7日札幌高裁判決では、「産業廃棄物処理施設の設置許可は法定の要件に適合する場合、知事に許可するか否かの裁量権はないから、行政指導に従わず許可申請しても、従わないことが権利の乱用にあたる特段の事情がなければ不許可は違法である」とした。また、処分取消については、1997年9月25日津地裁判決では、「産業廃棄物中間処理施設が水道水源保護条例「水源の枯渇をもたらす、又はそれらのおそれ」があると認定した処分取消しの訴えを棄却」した例がある。このほか、許可の取消しについては、1999年11月24日横浜地裁判決では、「産業廃棄物処分業

許可基準の趣旨は、違法な産業廃棄物処理施設自体やそのもたらす災害や悪影響により直接かつ重大な被害が想定される付近住民の個別的利益を保護しており、付近で農業を営む者も廃棄物処分業許可の取消しについて原告適格がある」とした。

このように衛生行政に関しても様々な訴訟が増えており、政策法務同様、訴訟事務を政策的に進めるべく、「政策訟務」の必要性も近年唱えられるようになってきている。

1-5 法化する社会への対応 -まとめに代えて-

いわゆる失われた10年を取り戻すべく、各方面で様々な改革が進められている。中央省庁改革、金融改革、地方分権改革、そして一連の構造改革と、改革がニュースにならなかった日はないくらいである。

地方分権改革が、自治体の仕事のあり方を大きく変えることは、本論で強調したところであるが、司法制度改革の動きにも留意する必要がある。

これまで官主導、行政主導の社会経済活動が行われてきたことに対して各方面から見直しを求める声が強まっている。その中でも司法のあり方を見直し、社会が法に従って公正に機能するよう、質・量ともに「大きな司法」を構築すべく、日本版ロースクールが2004年には誕生することとなっている。今後法曹人口が大きく増えることが予想され、行政事件訴訟も同様に増加することが考えられる。

自治体の法務部門の充実は不可避であるが、実際に行政サービスを提供しているのは第一線の各部局である。これらの部局こそ法務を政策的、戦略的に捉える必要があり、また、採用職種の如何にかかわらず、社会全体が「法化」する中で、基本的な法的知識と法律を使いこなすすべを見につけることが肝要である。

衛生行政は、住民の生活に密接に関連しているだけに、特にこのことが当てはまる分野である。

分権の時代にこそ、保健所を中心とした衛生関係機関が自治体政策の中核を担うことが真に求められているのである。

参考文献

阿部泰隆『政策法学と自治体条例』（信山社、1999年）

磯崎初仁編『分権改革とくらしづくり（シリーズ図説地方分権と自治体改革3）』（東京法令出版、2000年）

塩野宏『行政法Ⅰ』（有斐閣、1999年）

自治研修研究会編『地方行政ゼミナール』（ぎょうせい、2000年）

田口一博「保健所関係法＝分権改革による条例、規則の再整備」地方自治職員研修99年10月号（公職研、1999年）

田村秀「グローバリズムとリージョナリズム」地方自治第645号（ぎょうせい、2001年）

成田頼明他『現代行政法』（有斐閣、1995年）

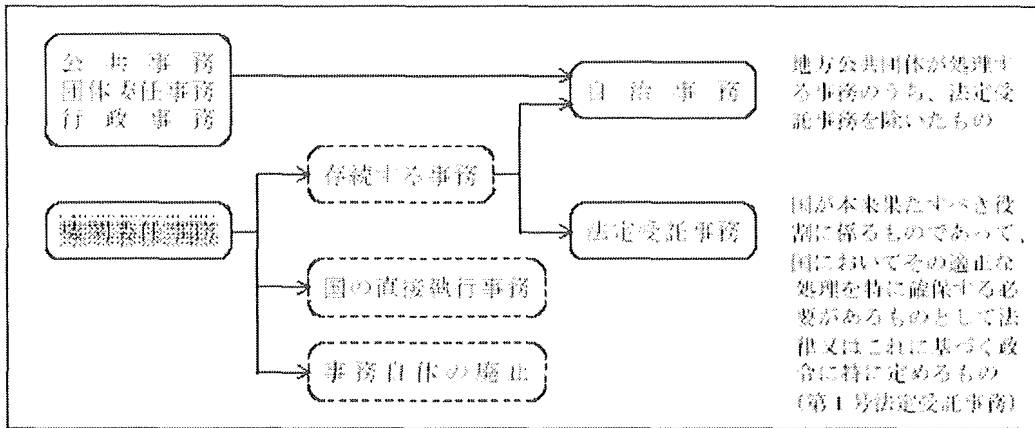
藤田宙靖『行政法入門』（有斐閣、2001年）

古市圭治編『衛生行政大要』（財団法人日本公衆衛生協会、2000年）

<http://aimon.s6.xrea.com/gyousei/gyoute00.html>

(図1) 出典：地方6団体地方分権推進本部資料

<自治体の事務の新たな考え方>



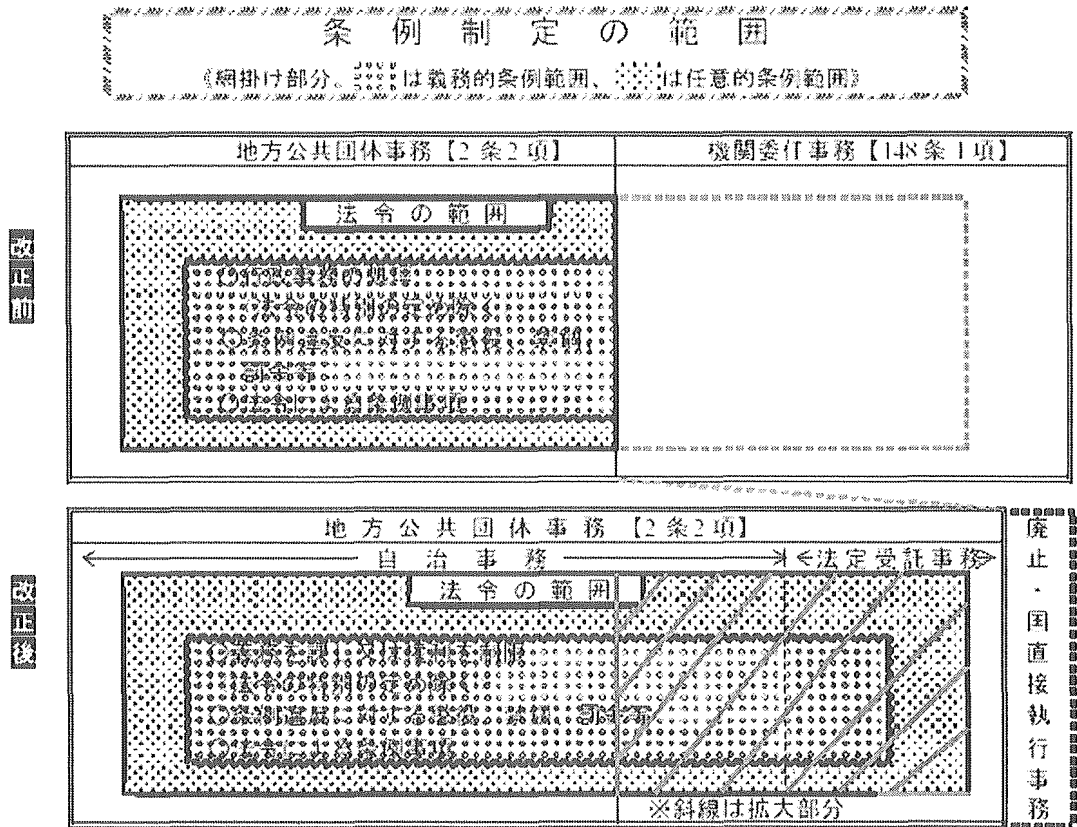
(注) 法定受託事務には、上記の、国が本来果たすべき役割に係る事務を自治体が処理する「第1号法定受託事務」のほか、都道府県が本来果たすべき役割に係る事務を市町村が処理する「第2号法定受託事務」がある。

(図2) 出典：地方6団体地方分権推進本部資料

<機関委任事務と自治事務・法定受託事務の法律上の取扱いの違い>

区 分	機関委任事務	自治事務	法定受託事務
条例制定権	不可	法令に反しない限り可 (詳細は、「3 (1) ア (ア) 条例と国の法令の関係の①」参照)	
地方議会の権限	・検閲、検査等は、地方自治法施行令で定める一定の事務(国の安全、個人の秘密に係るもの並びに地方労働委員会及び収用委員会の権限に係るもの)は対象外 ・100条調査権の対象外	原則として及ぶ 〔地方労働委員会及び収用委員会の権限に係るものは対象外〕	原則として及ぶ 〔国の安全、個人の秘密に係るもの及び収用委員会の権限に係るものは対象外〕
監査委員の権限	地方自治法施行令で定める一定の事務は対象外		
行政不服審査	一般的に、国等への審査請求ができる	原則として国等への審査請求はできない	原則として国等への審査請求ができる
国等の関与	包括的指揮監督権 個別法に基づく関与	関与の新たなルール (詳細は、「④ 国等の関与及び紛争処理に関する諸規定の創設」を参照)	

(図3) 出典：地方6団体地方分権推進本部資料



(図4) 出典：三重県資料

産業廃棄物税条例の概要

項目	概要						
1 課税の根拠 (第1条)	地方税法の規定に基づき、産業廃棄物の発生抑制、再生、減量その他適正な処理に係る施策に要する費用に充てるため、法定外目的税として、産業廃棄物税を課する。						
2 納税義務者 (第4条)	産業廃棄物を排出する事業者(県内・県外を問わず)						
3 課税対象 (第4条)	産業廃棄物の中間処理施設又は最終処分場への搬入 中間処理施設：中間処理業者が設置する県内の産業廃棄物処理施設 最終処分場：産業廃棄物を埋立処分するための県内の産業廃棄物処理施設						
4 課税標準 (第7条、第8条)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. 最終処分場への搬入の場合：</td> <td>当該産業廃棄物の重量</td> </tr> <tr> <td>2. 中間処理施設 " :</td> <td>当該産業廃棄物の重量に一定の処理係数(産業廃棄物の処理施設ごとの減量化を考慮した係数)を乗じて得た重量</td> </tr> <tr> <td>3. 再生施設への搬入の場合：</td> <td>課税免除</td> </tr> </table>	1. 最終処分場への搬入の場合：	当該産業廃棄物の重量	2. 中間処理施設 " :	当該産業廃棄物の重量に一定の処理係数(産業廃棄物の処理施設ごとの減量化を考慮した係数)を乗じて得た重量	3. 再生施設への搬入の場合：	課税免除
1. 最終処分場への搬入の場合：	当該産業廃棄物の重量						
2. 中間処理施設 " :	当該産業廃棄物の重量に一定の処理係数(産業廃棄物の処理施設ごとの減量化を考慮した係数)を乗じて得た重量						
3. 再生施設への搬入の場合：	課税免除						
5 税率 (第9条)	1トンにつき1,000円						

<p>6 免税点 (第10条)</p>	<p>4月1日から翌年3月31日までの間(「課税期間」)における課税標準が1,000トンに満たない場合には産業廃棄物税を課さない。</p>
<p>7 徴収方法 (第11条、 第12条)</p>	<p>申告納付(課税期間終了から7月末まで)</p>
<p>8 用途 (第19条)</p>	<p>産業廃棄物税額から賦課徴収に要する費用を控除して得た額を産業廃棄物の発生抑制、再生、減量その他適正な処理に係る施策に要する費用に充てる。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 環境の21世紀に通じる産業活動への支援 • 産業廃棄物による新たな環境負荷への対策
<p>9 施行期日 (附則第1項)</p>	<p>総務大臣の同意を得た日から起算して1年を越えない範囲内において規則で定める日から施行する。(平成14年4月1日施行予定)</p>
<p>10 検討 (附則第3項)</p>	<p>この条例の施行後5年を目途として、この条例の施行状況、社会経済情勢の推移等を勘案し、必要があると認めるときはこの条例の規定について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。</p>

2. 地域保健法施行後の都道府県 保健所の支援に対する市町村 の評価 ー平成11年度～13 年度の変化ー

2-1 はじめに

平成6年に地域保健法が成立し、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、市町村は身近で頻度の高い保健サービスを、保健所は広域的、専門的、技術的サービスを実施することとなった。また平成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」とする)の中で、保健所の役割として「市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進」が明示され、保健所は市町村の求めに応じて、専門的かつ技術的な指導及び支援並びに市町村保健センター等の運営に関する協力を積極的に行うこと、市町村職員等に対する現任訓練を含めた研修等を積極的に推進することが必要とされるようになった。

保健所の市町村支援に関する調査研究としては、地域保健事業報告が市町村主催の会議への参加回数、市町村の職員に対する研修・指導の実施回数及び参加延人員、市町村への援助の実施件数などの実績を把握している。また金子らは保健所・保健所保健婦が実施する町村支援の内容などの実態を調査している。一方、豊田らや山田らは、市町村が期待する保健所の役割を明らかにしている。しかしこれらの研究では保健所の支援が実際に市町村にとって有用であるかどうかは明らかにされず、保健所の市町村支援機能を評価す

るためには、市町村が保健所の支援内容をどのように評価しているのかを明らかにする必要がある。

筆者らは、平成11年度、保健所の支援に対する全国市町村の評価を調査し、市町村会議での保健所職員の積極性が低いこと、情報提供やデータの分析・活用に対する評価が低いことなどを明らかにした。その後、現在に至るまで保健所の機能強化が推進されていると考えられるが、市町村支援機能がどの程度充実されているかは明らかにされていない。そこで本研究では、地域保健法施行後の平成11年度から13年度にかけての、都道府県保健所の支援に対する全国市町村の評価の変化を把握し、市町村支援の機能強化の推進状況と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

2-2 方法

(1) 調査対象と調査方法

調査対象は、指定都市、中核市、政令市、特別区を除く全国の市町村とした。指定都市、中核市、政令市、特別区は保健所を設置しており、保健所から支援を受けることはないため、対象から除外した。

調査は平成11年度と平成13年度に実施した。平成11年度調査では、平成11年11～12月、対象の3,181市町村に、郵送により調査票を配布・回収した。平成13年度調査では、平成14年2～3月、対象の3,173市町村に、郵送により調査票を配布・回収した。なお中核市への移行や他の市町村との合併及び編入などによって対象となった市町村が2つの調査で異なることに注意する必要がある。本研究では、平成11年度調査と平成13年度調査の間に、中核市への移行や他の市町村との合併及び編入のなかった3,169市町村(618市(19.5%)、2,551町村(80.5%))が対象となった。

調査項目は、平成11年度調査、平成13年度調査ともに、都道府県名、市町村名、人口、

保健所に対する評価などであった。保健所に対する評価項目に関しては様々な側面があると考えられるが、本研究では基本指針に示された保健所機能の中から、以下に示した市町村支援に関連する項目を設定し、それぞれ4段階で評価してもらった。

- ・保健所への支援要請の有無、及び要請している場合の支援内容全般に対する評価（よい、まあよい、あまりよくない、よくない）
- ・市町村が主催する会議（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（ほとんど参加している、おおむね参加している、あまり参加していない、全く参加していない）
- ・市町村が主催する会議での保健所職員の参加態度に対する評価（非常に積極的である、積極的である、あまり積極的でない、全く積極的でない）
- ・保健計画、老人保健福祉計画などの市町村計画策定への参加・支援に対する評価（積極的にしている、おおむねしている、あまりしていない、全くしていない）
- ・保健所・都道府県が実施する市町村職員への研修の内容に対する評価（よい、まあよい、あまりよくない、よくない）
- ・市町村が必要とする情報（健康に関するデータや調査研究の結果など）の提供に対する評価（十分にしている、おおむねしている、あまりしていない、全くしていない）
- ・市町村が提供したデータの分析・活用に対する評価（十分にしている、おおむねしている、あまりしていない、全くしていない）
- ・市町村のデータ（健康状態や事業実績など）の保健所への提供に対する自己評価（十分にしている、おおむねしている、あまりしていない、全くしていない）
- ・保健所保健婦の活動体制（市町村担当、業務担当、市町村担当と業務担当の併用、把握していない）、及びそれに対する評価（よい、まあよい、あまりよくない、よくない、）

（2）分析方法

集計・検定には統計解析ソフト SPSS を用いた。

分析対象は、平成11年度調査、平成13年度調査ともに回答の得られた市町村とした。2つの調査のデータを都道府県名と市町村名でマッチングし、1つのデータとした。評価項目の4段階には、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。なお評価得点は順序尺度として分析を行った。

はじめに、平成11年度調査のみを回答した市町村、及び平成13年度調査のみを回答した市町村と分析対象市町村の間で基本属性や評価得点を比較し、市町村特性の偏りを検討した。市・町村の分布、保健所への支援要請の有無の比較では χ^2 検定を、人口規模、評価得点の比較ではMann-Whitney検定を行った。

次に、分析対象市町村について、Wilcoxonの符号付き順位検定を用いて、平成11年度調査と平成13年度調査の評価得点の差の検定を行った。またこの検定を、分析対象全体で、また市・町村別などで行った。

2-3 結果

（1）調査票の回収状況

平成11年度調査では、3,181市町村のうち、1,859市町村から回答が得られた（回収率58.4%）。平成13年度調査では、3,173市町村のうち、1,952市町村から回答が得られた（回収率61.5%）。対象市町村3,169市町村のうち、2つの調査から回答が得られたのは1,285市町村で、回収率は40.5%であった。都道府県別では、大阪府が61.0%で最も高く、徳島県が22.0%で最も低く、若干ばらつきがみられた。

(2) 市町村の基本属性

分析対象の1,285市町村のうち、市は327(25.4%)、町村は958(74.6%)で、調査対象全体と比較すると市の割合が大きかった。平成13年度の人口規模別市町村数は、1,000人未満が9(0.7%)、1,000~5,000人未満が229(17.8%)、5,000~10,000人未満が301(23.4%)、10,000~20,000人未満が287(22.3%)、20,000~30,000人未満が109(8.5%)、30,000~50,000人未満が128(10.0%)、50,000~100,000人未満が117(9.1%)、100,000~200,000人未満が68(5.3%)、200,000人以上が37(2.9%)で、調査対象全体と比較すると人口規模の大きい市町村が多かった。

分析対象の1,285市町村は、平成11年度調査のみを回答した574市町村と比較して、市の割合が大きく($\chi^2=4.48$, $p<0.05$)、人口規模が大きかった($Z=-3.25$, $p<0.01$)。また平成13年度調査のみを回答した664市町村と比較しても、市の割合が大きく($\chi^2=28.46$, $p<0.01$)、人口規模が大きかった($Z=-5.46$, $p<0.01$)。

分析対象市町村と平成11年度調査のみを回答した市町村との間で、平成11年度調査の評価項目を比較すると、保健所への支援要請の有無、全ての評価得点で差はみられなかった。また分析対象市町村と平成13年度調査のみを回答した市町村との間で、平成13年度調査の評価項目を比較しても差はみられなかった。

(3) 保健所の支援内容全般に対する評価

保健所に支援を要請している市町村は、平成11年度で929(74.4%)、平成13年度で993(79.5%)であった。どちらの年度も支援を要請している市町村は779(62.4%)であった。

表1に、両年度ともに支援を要請している市町村について、保健所の支援内容全般に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約1割が「よい」、約6割が「まあよい」と

回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別では、町村の方が評価が若干高かったが、年度間の差はみられなかった。

(4) 市町村会議での保健所職員の参加頻度・参加態度に対する評価

表2に、市町村会議への保健所職員の参加頻度に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約3割が「ほとんど参加している」、約4割が「おおむね参加している」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別では、町村の方が評価が若干低かったが、年度間の差はみられなかった。

表3に、市町村会議での保健所職員の参加態度に対する評価を示した。全体でみると、平成11年度では、約6割が「積極的である」、約4割が「あまり積極的でない」と回答していたのに対して、平成13年度では、約1割が「非常に積極的である」、約6割が「積極的である」、約3割が「あまり積極的でない」と回答しており、平成13年度の方が評価が高かった。市・町村別でも同様の傾向がみられた。

(5) 市町村計画策定への参加・支援に対する評価

表4に、保健所の市町村計画策定への参加・支援に対する評価を示した。全体でみると、平成11年度では、約3割が「おおむねしている」、約4割が「あまりしていない」、約2割が「全くしていない」と回答していたのに対して、平成13年度では、約4割が「おおむねしている」、約4割が「あまりしていない」、約1割が「全くしていない」と回答しており、平成13年度の方が評価が高かった。市・町村別でも同様の傾向がみられた。

(6) 保健所・都道府県の研修の内容に対する評価

表5に、保健所・都道府県が実施する市町村職員への研修の内容に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約7割が「まあよい」、約2割が「あまりよくない」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別でも年度間の差はみられなかった。

(7) 保健所の情報機能に対する評価

表6に、保健所から市町村への情報提供に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約5割が「おおむねしている」、約4割が「あまりしていない」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別でも年度間の差はみられなかった。

表7に、市町村が提供したデータの分析・活用に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約5割が「おおむねしている」、約5割が「あまりしていない」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別でも年度間の差はみられなかった。

表8に、市町村から保健所へのデータ提供に対する自己評価を示した。全体では、両年度ともに、約1割が「十分にしている」、約7割が「おおむねしている」、約2割が「あまりしていない」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別でも年度間の差はみられなかった。

(8) 保健所保健婦の活動体制に対する評価

表9に、保健所保健婦の活動体制の変化を示した。平成11年度、平成13年度ともに、約1割が市町村担当、約6割が業務担当、約3割が市町村担当と業務担当の併用で、全体としては大きな変化はみられなかった。しかし平成11年度が市町村担当の市町村のほとんどで、平成13年度には業務担当が導入され、また平成11年度が併用の市町村の約3割で、平成13年度には市町村担当が廃止されてお

り、市町村担当から業務担当への移行が進んでいた。

表10に、保健所保健婦の活動体制に対する評価を示した。全体では、両年度ともに、約5割が「まあよい」、約3割が「あまりよくない」と回答しており、評価得点の年度間の差はみられなかった。市・町村別でも年度間の差はみられなかった。

保健所保健婦の活動体制の変化を類型化し、それぞれで評価得点の変化を分析した。両年度ともに市町村担当の市町村、両年度ともに業務担当の市町村、両年度ともに併用の市町村、そしてこれらの3パターンのいずれかに相当する市町村（両年度で保健所保健婦の活動体制が変化しなかった市町村）では、評価得点の年度間の差はみられなかった。また評価得点の分布を比較すると、両年度ともに市町村担当の市町村が最も高く、両年度ともに業務担当の市町村が最も低かった。

平成13年度に業務担当が新たに導入された市町村（平成11年度が市町村担当で、平成13年度が業務担当または併用の市町村）では、平成13年度の方が評価が低かった。平成13年度に市町村担当が新たに導入された市町村（平成11年度が業務担当で、平成13年度が市町村担当または併用の市町村）では、平成13年度の方が評価が高かった。平成13年度に業務担当が廃止された市町村（平成11年度が業務担当または併用で、平成13年度が市町村担当の市町村）では、評価得点の年度間の差はみられなかった。平成13年度に市町村担当が廃止された市町村（平成11年度が市町村担当または併用で、平成13年度が業務担当の市町村）では、平成13年度の方が評価が低かった。

2-4. 考察

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の市町村が主催する会議における保健所職員に対する評価は、前回の調査と同様に、参加頻度が高く、参加態度（積極性）が低かった。しかし平成13年度の参加態度に対する評価は平成11年度と比較して高くなっていた。保健所と市町村との交流の場の確保は重要であり、市町村会議はその機会の一つである。そのような場において保健所職員が、単に出席するだけでなく、積極的に参加することは、保健所と市町村との間の共通理解、共通認識を促進することにつながると考えられる。

保健計画、老人保健福祉計画などの市町村計画の策定への参加・支援に対する評価は、平成13年度に高くなっていた。2つの調査の間に、市町村では介護保険事業計画や健康日本21の地方計画などが策定されており、保健所が計画策定に関わる機会は多かったと考えられる。本研究の結果は、保健所がそのような機会です計画策定支援の機能を発揮し、それが市町村に評価されたことを示している。しかし平成11年度と比較して改善されたとはいえ、他の評価項目と比較して顕著に低いことは前回の調査と同様であった。保健所には市町村計画の策定・評価時の助言や支援が求められており、保健所の積極的な支援による成功事例も報告されている。したがって市町村の計画策定にさらに貢献できるように参加・支援していくことが望まれる。

保健所から市町村への情報提供に対する評価、市町村が提供したデータの分析・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対する自己評価と比較して低いという前回の調査と同様の結果であった。また年度間の差もみられなかったことから、保健所の情報機能はほとんど改善されていないことが示された。保健所ではコンピューターなどの情報機能の基盤整備が進んでいる一方で、情報が十分に活用されていない実態が報告され

ているが、本研究の結果によって、保健所の情報機能が強化されていない現状が市町村の評価からも明らかになった。市町村は保健所の情報機能の強化を求めているが、このような状況が長く続けば市町村の協力を得られなくなる危険性がある。健康に関する情報の多くは市町村を発生源としているため、情報収集における市町村の協力は不可欠であり、そのためには市町村にとって有用な情報の還元が必要である。保健所は情報機能の強化を最優先課題として、情報機能に対する市町村の信頼を回復する必要がある。

本研究の問題点として、1つ目に分析対象市町村が偏っていた点が挙げられる。つまり、調査対象市町村に占める分析対象市町村の割合が40.5%と低かったこと、その割合が都道府県間で差がみられたこと、そして人口規模の大きい市町村に偏っていたこと、である。保健所の支援をより必要としていると考えられる人口規模の小さい市町村の回答が相対的に少ないため、評価の集計結果をそのまま保健所全体の評価とするのは問題がある。しかし一方で、分析対象市町村と平成11年度調査のみを回答した市町村、分析対象市町村と平成13年度調査のみを回答した市町村との間で評価得点に差がみられなかったことから、評価の「変化」の結果に関しては、問題は大きくなかったと考えられる。

2つ目に評価方法の妥当性と信頼性の問題が挙げられる。本研究の調査では、宛先を衛生担当部課長として調査票を配布し、4段階評価してもらったが、回答した担当者によって評価が異なる可能性は否定できない。しかしほとんどの市町村では、調査票の返送の際に衛生担当部課長の決済をとっていると考えられるため、担当者の個人的な意見がそのまま回答に反映された可能性は小さいと考えられる。

本研究では、都道府県保健所の市町村支援の機能として、市町村会議への参加、市町村計画策定への参加・支援、情報機能のみを取

り上げたが、それ以外にも様々な機能が考えられる。したがって今後は、市町村支援機能を包括的に把握し、それを評価するための指標を開発する必要がある。

2-5. 結論

地域保健法施行後の都道府県保健所の支援に対する市町村の評価の変化を把握し、市町村支援の機能強化の推進状況と今後の課題を明らかにすることを目的とした。全国の3,169市町村を対象に、平成11年度と平成13年度の2回の郵送調査を実施し、市町村会議での保健所職員の参加頻度・参加態度（積極性）、市町村計画策定への参加・支援、市町村への情報提供、市町村データの分析・活用に対する評価を設問した。その結果、市町村会議での保健所職員の参加態度に対する評価が高くなっていたこと、市町村計画策定への参加・支援に対する評価は高くなっていたものの、全体としての評価は低いため、より一層の参加・支援が必要であること、保健所から市町村への情報提供、市町村が提供したデータの分析・活用といった保健所の情報機能に対する評価は変化しておらず、情報機能の強化を最優先課題として市町村の信頼を回復する必要があること、が示唆された。

表1. 保健所の支援内容全般に対する評価

	よくない		あまりよくない		まあよい		よい		Wilcoxonの符号付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	21	2.8%	222	29.1%	432	56.6%	88	11.5%	-1.28	0.20
平成13年度	22	2.9%	184	24.1%	476	62.4%	81	10.6%		
市										
平成11年度	5	2.8%	58	32.6%	105	59.0%	10	5.6%	-0.39	0.70
平成13年度	8	4.5%	52	29.2%	104	58.4%	14	7.9%		
町村										
平成11年度	16	2.7%	164	28.0%	327	55.9%	78	13.3%	-1.24	0.22
平成13年度	14	2.4%	132	22.6%	372	63.6%	67	11.5%		

表2. 市町村会議への保健所職員の参加頻度に対する評価

	全く参加していない		あまり参加していない		おおむね参加している		ほとんど参加している		Wilcoxonの符号付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	110	9.2%	195	16.4%	506	42.4%	381	32.0%	-0.29	0.78
平成13年度	140	11.7%	165	13.8%	471	39.5%	416	34.9%		
市										
平成11年度	6	1.9%	25	8.0%	156	50.2%	124	39.9%	-1.28	0.20
平成13年度	9	2.9%	28	9.0%	123	39.5%	151	48.6%		
町村										
平成11年度	104	11.8%	170	19.3%	350	39.7%	257	29.2%	-0.31	0.76
平成13年度	131	14.9%	137	15.6%	348	39.5%	265	30.1%		

表3. 市町村会議での保健所職員の参加態度に対する評価

	全く積極的でない		あまり積極的でない		積極的である		非常に積極的である		Wilcoxonの符号付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	19	1.9%	350	35.5%	566	57.3%	52	5.3%	-3.68	0.00
平成13年度	18	1.8%	294	29.8%	594	60.2%	81	8.2%		
市										
平成11年度	2	0.7%	120	41.2%	157	54.0%	12	4.1%	-2.67	0.01
平成13年度	5	1.7%	91	31.3%	171	58.8%	24	8.2%		
町村										
平成11年度	17	2.4%	230	33.0%	409	58.8%	40	5.7%	-2.64	0.01
平成13年度	13	1.9%	203	29.2%	423	60.8%	57	8.2%		

表4. 保健所の市町村計画策定への参加・支援に対する評価

	全くしていない		あまりしていない		おおむねしている		積極的にしている		Wilcoxonの符号付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	274	21.8%	562	44.7%	386	30.7%	35	2.8%	-7.56	0.00
平成13年度	180	14.3%	530	42.2%	476	37.9%	71	5.6%		
市										
平成11年度	70	22.0%	136	42.8%	106	33.3%	6	1.9%	-6.48	0.00
平成13年度	28	8.8%	117	36.8%	154	48.4%	19	6.0%		
町村										
平成11年度	204	21.7%	426	45.4%	280	29.8%	29	3.1%	-4.87	0.00
平成13年度	152	16.2%	413	44.0%	322	34.3%	52	5.5%		

表5. 保健所・都道府県が実施する市町村職員への研修の内容に対する評価

	よくない		あまり		まあよい		よい		Wilcoxonの符号 付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	21	1.7%	291	23.3%	856	68.6%	80	6.4%	-0.74	0.46
平成13年度	23	1.8%	259	20.8%	897	71.9%	69	5.5%		
市										
平成11年度	5	1.6%	70	21.9%	231	72.2%	14	4.4%	-0.43	0.67
平成13年度	6	1.9%	65	20.3%	233	72.8%	16	5.0%		
町村										
平成11年度	16	1.7%	221	23.8%	625	67.3%	66	7.1%	-0.61	0.54
平成13年度	17	1.8%	194	20.9%	664	71.6%	53	5.7%		

表6. 保健所から市町村への情報提供に対する評価

	全く していない		あまり していない		おおむね している		十分に している		Wilcoxonの符号 付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	26	2.1%	489	38.9%	707	56.2%	35	2.8%	-0.07	0.95
平成13年度	32	2.5%	497	39.5%	675	53.7%	53	4.2%		
市										
平成11年度	2	0.6%	131	40.8%	180	56.1%	8	2.5%	-0.32	0.75
平成13年度	6	1.9%	132	41.1%	170	53.0%	13	4.0%		
町村										
平成11年度	24	2.6%	358	38.2%	527	56.3%	27	2.9%	-0.10	0.92
平成13年度	26	2.8%	365	39.0%	505	54.0%	40	4.3%		

表7. 市町村が提供したデータの分析・活用に対する評価

	全く していない		あまり していない		おおむね している		十分に している		Wilcoxonの符号 付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	65	5.5%	538	45.4%	557	47.0%	26	2.2%	-0.60	0.55
平成13年度	54	4.6%	554	46.7%	543	45.8%	35	3.0%		
市										
平成11年度	14	4.6%	155	51.2%	131	43.2%	3	1.0%	-0.69	0.49
平成13年度	10	3.3%	158	52.1%	128	42.2%	7	2.3%		
町村										
平成11年度	51	5.8%	383	43.4%	426	48.2%	23	2.6%	-0.28	0.78
平成13年度	44	5.0%	396	44.8%	415	47.0%	28	3.2%		

表8. 市町村から保健所へのデータ提供に対する自己評価

	全く していない		あまり していない		おおむね している		十分に している		Wilcoxonの符号 付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
全体										
平成11年度	14	1.1%	222	17.5%	855	67.5%	175	13.8%	-0.52	0.60
平成13年度	23	1.8%	212	16.7%	861	68.0%	170	13.4%		
市										
平成11年度	2	0.6%	53	16.4%	221	68.4%	47	14.6%	-0.21	0.84
平成13年度	4	1.2%	47	14.6%	225	69.7%	47	14.6%		
町村										
平成11年度	12	1.3%	169	17.9%	634	67.2%	128	13.6%	-0.73	0.47
平成13年度	19	2.0%	165	17.5%	636	67.4%	123	13.0%		

表9. 保健所保健婦の活動体制の変化

	市町村担当		業務担当		平成13年度 市町村担当と 業務担当 の併用		把握して いない		合計	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
	平成11年度									
市町村担当	25	25.8%	30	30.9%	41	42.3%	1	1.0%	97	(7.7%)
業務担当	9	1.3%	586	82.1%	108	15.1%	11	1.5%	714	(56.9%)
併用	30	7.1%	127	30.2%	255	60.7%	8	1.9%	420	(33.5%)
把握せず	1	4.3%	15	65.2%	5	21.7%	2	8.7%	23	(1.8%)
合計	65	5.2%	758	60.4%	409	32.6%	22	1.8%	1254	

表10. 保健所保健婦の活動体制に対する評価

	よくない		あまり よくない		まあよい		よい		Wilcoxonの符号 付き順位検定	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	Z値	P値
	全体									
平成11年度	86	9.2%	311	33.4%	458	49.2%	75	8.1%	-0.78	0.44
平成13年度	80	8.6%	305	32.8%	469	50.4%	76	8.2%		
市										
平成11年度	18	8.0%	73	32.4%	119	52.9%	15	6.7%	-1.23	0.22
平成13年度	13	5.8%	76	33.8%	114	50.7%	22	9.8%		
町村										
平成11年度	68	9.6%	238	33.8%	339	48.1%	60	8.5%	-0.18	0.86
平成13年度	67	9.5%	229	32.5%	355	50.4%	54	7.7%		
(再掲)										
両年度ともに市町村担当										
平成11年度	1	4.5%	2	9.1%	13	59.1%	6	27.3%	-0.30	0.76
平成13年度	0	0.0%	3	13.6%	15	68.2%	4	18.2%		
両年度ともに業務担当										
平成11年度	57	13.1%	200	45.9%	167	38.3%	12	2.8%	-1.84	0.07
平成13年度	55	12.6%	179	41.1%	181	41.5%	21	4.8%		
両年度ともに市町村担当と業務担当の併用										
平成11年度	9	4.3%	33	15.9%	143	68.8%	23	11.1%	-0.70	0.48
平成13年度	5	2.4%	38	18.3%	137	65.9%	28	13.5%		
両年度で保健所保健婦の活動体制が変化しなかった市町村										
平成11年度	67	10.1%	235	35.3%	323	48.5%	41	6.2%	-1.86	0.06
平成13年度	60	9.0%	220	33.0%	333	50.0%	53	8.0%		
平成13年度に業務担当が新たに導入された市町村										
平成11年度	4	6.9%	6	10.3%	31	53.4%	17	29.3%	-2.91	0.00
平成13年度	7	12.1%	15	25.9%	29	50.0%	7	12.1%		
平成13年度に市町村担当が新たに導入された市町村										
平成11年度	9	11.0%	35	42.7%	34	41.5%	4	4.9%	-2.99	0.00
平成13年度	4	4.9%	22	26.8%	50	61.0%	6	7.3%		
平成13年度に業務担当が廃止された市町村										
平成11年度	1	3.2%	7	22.6%	21	67.7%	2	6.5%	0.00	1.00
平成13年度	2	6.5%	7	22.6%	18	58.1%	4	12.9%		
平成13年度に市町村担当が廃止された市町村										
平成11年度	3	2.6%	30	25.6%	68	58.1%	16	13.7%	-3.54	0.00
平成13年度	10	8.5%	48	41.0%	52	44.4%	7	6.0%		

3. 市区町村、保健所における

健康教育のネットワーク

3-1. はじめに

「健康日本21」の実現のためにも健康教育の充実は大きな意味を持つ。しかしながら、各市区町村や保健所、どのように対象者を選び健康教育を行い、また他の健康教育機関等との協力関係を築いているかについては調査されていない。この協力関係は単に健康教育だけでなく様々な面で役に立っていると考えられる。そこで全国の市区町村に対して健康教育の実状とそのネットワークについて調査した。

3-2. 研究方法

全国すべての市区町村 3,246 とすべての保健所 594 に調査票を送付した。宛先は健康教育担当保健婦とした。

3-3. 研究結果

市区町村の回収率 47.1% (3,246 市区町村中 1,530 市区町村からの回答)、保健所の回収率 99.2% (594 保健所中 589 保健所より回答)であった。以下、市区町村と保健所を比較しながら記載する。

(1) 生活習慣病等に関する講演会、教室、個別指導の開催

① 高血圧に対する健康教育

図1, 2に示すように講演会、教室ともに市区町村の方が、開催が多かった。講演会の開催回数は市区町村で平均 6.0 回/年 (0.5~120 回/年)、保健所で平均 4.6 回/年 (1~27 回/年)、教室は平均 2.3 シリーズ/年 (0.25~20 シリーズ/年) 保健所は平均 3.5

シリーズ/年 (1~37 シリーズ/年) であった。教室参加の対象は図3に示すように市区町村保健所でほとんど同じであるが、「医療機関で精査し、その結果で適当または許可」は市区町村が多かった。精査していない境界領域については図4のように70%以上が医療機関での精査を勧める傾向にあった。図5に示すように個別健康指導も市区町村の方が開催している割合がおおかった。図6で示すように個別指導は健診等により必要と考えられた人を対象としているが、希望による開催も約30%に見られた。図7に今後の健康教育の中心と考えているものを示すが市区町村、保健所とも個別健康指導であった。

② 糖尿病に対する健康教育

図8, 9に示すように市区町村による開催が保健所と比して多い傾向にあった。講演会の開催回数は市区町村で平均 3.5 回/年 (0.5~26 回/年) 保健所で平均 2.7 回/年 (1~15 回/年)、教室は市区町村で 2.9 シリーズ/年 (0.5~24 シリーズ/年)、保健所で 3.4 シリーズ/年 (1~38 シリーズ/年) であった。図10に示すように教室の対象者は主として健診の結果要経過観察の事例であった。特に市区町村では健診のフォローアップとして行われているものが62.1%と半数を超えていた。図11のように精査していない境界領域については医療機関への受診を勧めることが多かった。個別指導は市区町村の60%、保健所の49%が行っていた(図12)。個別指導の対象は主として健診等で必要と考えられて人であった(図13)。今後の健康教育の中心は個別健康指導との回答が多かった(図14)。

③ 骨粗鬆症に対する健康教育

骨粗鬆症に対する講演会・健康教室は図15, 16に示すように開催は比較的少なかった。開催回数は講演会では、市区町村の平均 3.7 回/年 (0.08~45 回/年)、保健所の平均