

の健康水準の向上」、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」の順で、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」が2.54点で最も低かった。

研修機能に関しては「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」が3.08点で最も高く、次いで「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「地域住民の健康水準の向上」、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」の順で、「快適で安心できる生活環境の確保」が2.68点で最も低かった。

健康危機管理機能に関しては「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」が3.07点で最も高く、次いで「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「快適で安心できる生活環境の確保」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「地域住民の健康水準の向上」、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」の順で、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」が2.45点で最も低かった。

健康日本21推進機能に関しては「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」が2.82点で最も高く、次いで「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「地域住民の健康水準の向上」、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」の順で、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」が2.49点で最も低かった。

企画調整機能に関しては「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」が2.89点で最も高く、次いで「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「地域

住民の健康水準の向上」、「快適で安心できる生活環境の確保」の順で、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」が2.52点で最も低かった。

(6) 保健所機能の「結果」に対する認識の違い

表43に、県・政令市、保健所について、保健所機能の強化が「保健所の円滑な運営」に及ぼす効果の評価得点を示した。県・政令市と保健所との間で、全ての機能の評価得点の差はみられなかった。また県・政令市の分類間、保健所の分類間でも差はみられなかった。

表44に、県・政令市、保健所について、保健所機能の強化が「保健所が実施する地域保健サービスの質の向上」に及ぼす効果の評価得点を示した。県・政令市と保健所との間で、全ての保健所機能の評価得点の差はみられなかった。また県・政令市の分類間、保健所の分類間でも差はみられなかった。

表45に、政令市・特別区、都市型保健所について、保健所機能の強化が「政令市または特別区が実施する地域保健サービスの質の向上」に及ぼす効果の得点を示した。政令市・特別区と都市型保健所との間で、全ての保健所機能の評価得点の差はみられなかった。また政令市・特別区の分類間、都市型保健所の分類間でも差はみられなかった。

表46に、都道府県、県型保健所、市町村について、保健所機能の強化が「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」に及ぼす効果の評価得点を示した。都道府県で健康日本21推進機能の評価得点が高く、市町村で全ての保健所機能の評価得点が低かった。また人口3万人以上の市町村、特に人口5～10万人の市町村で、健康危機管理機能の評価得点が高かった。

表47に、都道府県、県型保健所、市町村について、保健所機能の強化が「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」に及ぼす効果の評価得点を示した。都道府県で健

健康日本 21 推進機能の評価得点が高く、県型保健所で調査研究機能の評価得点が高く、市町村で情報機能、研修機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能の評価得点が低かった。また人口 5～10 万人の市町村で、情報機能、調査研究機能、健康危機管理機能の評価得点が高かった。

表 48 に、都道府県、県型保健所、市町村について、保健所機能の強化が「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」に及ぼす効果の評価得点を示した。都道府県で健康危機管理機能の評価得点が低く、健康日本 21 推進機能の評価得点が高かった。また市町村で、情報機能、調査研究機能、研修機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能の評価得点が低かった。また人口 3 万人以上の市町村、特に人口 5～10 万人の市町村で、健康危機管理機能の評価得点が高かった。

表 49 に保健所機能の強化が「介護保険制度の円滑な実施のための取組」に及ぼす効果の評価得点を示した。県・政令市で健康日本 21 推進機能の評価得点が高く、保健所で健康危機管理機能の評価得点が高く、市町村で情報機能、調査研究機能、研修機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能の評価得点が低かった。

表 50 に保健所機能の強化が「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」に及ぼす効果の評価得点を示した。市町村で全ての保健所機能の評価得点が低かった。保健所の種類に関しては、県型保健所で研修機能の評価得点が高かった。市町村の人口規模に関しては、人口 5 千人未満の市町村で調査研究機能、健康危機管理機能、健康日本 21 推進機能の評価得点が低く、人口 5 万人以上の市町村で情報機能の評価得点が高く、人口 5～10 万人の市町村で調査研究機能、研修機能、健康危機管理機能、健康日本 21 推進機能の評価得点が高かった。

表 51 に保健所機能の強化が「快適で安心できる生活環境の確保」に及ぼす効果の評価得

点を示した。市町村で全ての保健所機能の評価得点が低かった。また人口 5 万人以上の市町村で調査研究機能、健康危機管理機能の評価得点が高く、人口 5～10 万人の市町村で健康日本 21 推進機能の評価得点が高かった。

表 52 に保健所機能の強化が「地域住民の健康水準の向上」に及ぼす効果の評価得点を示した。県・政令市で健康日本 21 推進機能の評価得点が高く、保健所で健康危機管理機能の評価得点が高く、市町村で情報機能、調査研究機能、研修機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能の評価得点が低かった。また人口 5～10 万人の市町村で調査研究機能、健康危機管理機能の評価得点が高かった。

3. 健康日本 21 地方計画の中間評価に関する全国調査

集計は、都道府県、県型保健所（二次医療圏）、市区町村（指定都市、中核市、その他地域保健法で定める市、特別区を含む）の区分で行った。また市町村支援に関する項目については、都道府県、県型保健所、市町村（指定都市、中核市、その他地域保健法で定める市を除く市町村）の区分で集計した。

表 53 に、健康日本 21 地方計画の目標年度の設定状況及び策定委員会・作業部会の設置の予定・状況を示した。策定年度が決まっているのは、都道府県で 100%、県型保健所で 40%、市区町村で 56%、中間評価年度が決まっているのは、都道府県で 96%、県型保健所で 28%、市区町村で 22%、最終評価年度が決まっているのは、都道府県で 86%、県型保健所で 30%、市区町村で 25%であった。また策定委員会・作業部会を設置する（予定がある）のは、都道府県で 100%、県型保健所で 46%、市区町村で 49%であった。県型保健所では、人口規模によって目標年度の設定状況、策定委員会・作業部会の設置状況にばらつきがみられた。また人口規模の大きい市区町村で目

標年度を設定している割合、策定委員会・作業部会を設置する（予定がある）割合が大きかった。

表 54～表 56 に、目標年度が決まっている自治体について、健康日本 21 地方計画の策定年度・中間評価年度・最終評価年度を示した。都道府県は、平成 13 年度に計画策定、平成 17 年度に中間評価、平成 22 年に最終評価を実施する予定であった。目標年度が決まっている県型保健所のほとんどは、平成 13 年度に計画策定、平成 17 年度に中間評価、平成 22 年に最終評価を実施する予定であった。目標年度が決まっている市区町村のほとんどは、平成 13～15 年度に計画策定、平成 17～19 年度に中間評価、平成 22～24 年に最終評価を実施する予定であった。

表 57-1～表 57-8 に、健康日本 21 地方計画の策定委員会・作業部会が設置される、またはその予定のある自治体について、策定委員会・作業部会への参加（予定）機関・団体を示した。都道府県では、医師会が 100% で最も多く、次いで歯科医師会が 96%、大学・研究所の研究者が 93%、保健衛生部局が 86%、保険者（健保組合など）が 79%、保健所、教育委員会が約 7 割、他の都道府県や市区町村、薬剤師会、ボランティア団体が約 6 割、福祉・介護部局、その他の部局が約 5 割、その他の住民団体が約 4 割、病院・診療所、社会福祉協議会、学校、食品・環境衛生関係団体、マスメディアが約 3 割、議員が約 2 割、地方衛生研究所、福祉事務所、食品・環境関係事業者、一般企業、一般住民（公募）が約 1 割、児童相談所、警察、消防、ハローワーク、薬局、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、患者会・家族会、自治会・町内会が 1 割未満であった。

県型保健所では、管内市町村が 95% で最も多く、次いで医師会が 60%、歯科医師会が 53%、その他の住民団体が 41%、薬剤師会、病院・診療所、社会福祉協議会、教育委員会、

食品・環境衛生関係団体、ボランティア団体が約 3 割、福祉事務所、学校、大学・研究所の研究者が約 2 割、都道府県、児童相談所、消防、訪問看護ステーション、保険者（健保組合など）、患者会・家族会、自治会・町内会、一般企業が約 1 割、地方衛生研究所、警察、ハローワーク、他の都道府県や市区町村、薬局、在宅介護支援センター、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、食品・環境関係事業者、マスメディア、議員、一般住民（公募）が 1 割未満であった。

市区町村では、保健所が 68% で最も多く、次いで保健衛生部局が 67%、福祉・介護部局、医師会が 58%、教育委員会が 56%、歯科医師会が 54%、その他の住民団体が 49%、その他の部局、社会福祉協議会、学校、ボランティア団体、自治会・町内会、一般住民（公募）が約 4 割、薬剤師会、議員が約 3 割、福祉事務所、病院・診療所、大学・研究所の研究者が約 2 割、都道府県、児童相談所、在宅介護支援センター、保険者（健保組合など）、食品・環境衛生関係団体、患者会・家族会、一般企業が約 1 割、地方衛生研究所、警察、消防、ハローワーク、他の都道府県や市区町村、薬局、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、食品・環境関係事業者、マスメディアが 1 割未満であった。

表 58-1、表 58-2 に健康日本 21 地方計画の住民への公表予定・状況を示した。健康日本 21 地方計画を公表する（予定のある）自治体は、都道府県で 100%、市区町村で 48% であった。公表方法に関しては、都道府県では、ダイジェスト版の配布、ホームページに掲載が 93% で最も多く、次いで講演会などの機会を利用して公表が 89%、マスコミへの発表が 86%、広報に掲載が 75% の順であった。市区町村では、広報に掲載が 35% で最も多く、次いでダイジェスト版の配布が 30%、講演会などの機会を利用して公表が 18%、ホームページに掲載が 15% であった。また人口規模の大きい市区町村で公表する割合が大きかった。

表 59 に健康日本 21 地方計画の策定・中間評価の予定・状況を示した。計画策定のためのニーズ調査（住民の健康状態などのアンケート、インタビュー、ヒアリングなど）を実施する（予定がある）自治体は、都道府県で 75%、市区町村で 48%であった。中間評価の目標値を設定する（予定がある）自治体は、都道府県で 21%、県型保健所で 16%、市区町村で 24%、中間評価のための評価委員会を設置する（予定がある）自治体は、都道府県で 57%、県型保健所で 13%、市区町村で 11%、中間評価のための住民調査（アンケート、インタビュー、ヒアリングなど）を実施する（予定がある）自治体は、都道府県で 54%、県型保健所で 10%、市区町村で 14%であった。県型保健所では、人口規模によって中間評価の目標値の設定の有無にばらつきがみられた。また人口規模の大きい市区町村で、計画策定のためのニーズ調査の実施、中間評価の目標値の設定、中間評価のための委員会の設置、中間評価のための住民調査の実施の割合が大きかった。

表 60 に、都道府県・県型保健所の管内市町村の健康日本 21 地方計画の策定（予定）年度の設定状況を示した。都道府県では、全ての管内市町村で計画策定（予定）年度が決まっている、あるいは決まっていない都道府県はなく、半数以上で決まっている都道府県が 46%であった。県型保健所では、全てで決まっている県型保健所は 24%、半数以上で決まっている県型保健所は 49%で、人口 30 万人以上の県型保健所で決まっている割合が大きかった。

表 61-1～表 61-3 に、都道府県・県型保健所の管内市町村の健康日本 21 地方計画の策定への支援予定・状況を示した。なお、都道府県・県型保健所に関しては「支援をする」と回答した数と割合を、市町村に関しては「支援を受ける」と回答した数と割合を示した。管内市町村の計画策定を支援する（予定がある）都道府県は 100%、県型保健所は 95%で

あったのに対して、都道府県・県型保健所の支援を受ける（予定がある）市町村は 49%であった。また人口規模の大きい市町村で支援を受ける割合が大きかった。

都道府県が支援する（予定がある）内容に関しては、既存のデータや統計資料の提供が 89%で最も多く、次いで健康日本 21 の理念に関する研修・学習会の開催が 82%、策定会議への参加が 75%、既存のデータや統計資料の分析、その他の研修・学習会の開催が 71%、住民調査（ニーズ調査等）の実施の支援が 50%、市町村に対する相談・支援窓口の設置、関連行政部局や関係機関・団体との連絡調整の支援が 43%、健康課題の優先順位の設定が 25%、目標値の設定、計画に基づく市町村事業の見直しが約 2 割、住民調査の実施、モデル地域の設定、その他が約 1 割であった。

県型保健所が支援する（予定がある）内容に関しては、既存のデータや統計資料の提供が 82%で最も多く、次いで策定会議への参加が 77%、健康日本 21 の理念に関する研修・学習会の開催が 69%、既存のデータや統計資料の分析が 48%、市町村に対する相談・支援窓口の設置が 46%、その他の研修・学習会の開催が 44%、住民調査の実施の支援、関連行政部局や関係機関・団体との連絡調整の支援が 32%、健康課題の優先順位の設定、計画に基づく市町村事業の見直しが 24%、住民調査、目標値の設定の実施が約 2 割、モデル地域の設定が約 1 割、その他が 1 割未満であった。

市町村が支援を受ける（予定がある）内容に関しては、策定会議への参加が 32%で最も多く、次いで既存のデータや統計資料の提供が 31%、健康日本 21 の理念に関する研修・学習会の開催が 27%、既存のデータや統計資料の分析が 15%、住民調査の実施、住民調査の実施の支援、その他の研修・学習会の開催、市町村に対する相談・支援窓口の設置、関連行政部局や関係機関・団体との連絡調整の支援、目標値の設定、健康課題の優先順位の設定、計画に基づく市町村事業の見直しが約 1

割、モデル地域の設定、その他が1割未満であった。また人口規模の大きい市町村で、策定会議への参加、既存のデータや統計資料の提供の支援を受ける割合が大きかった。

表62-1～表62-3に、都道府県・県型保健所の管内市町村の健康日本21地方計画の中間評価への支援予定・状況を示した。なお、都道府県・県型保健所に関しては「支援をする」と回答した数と割合を、市町村に関しては「支援を受ける」と回答した数と割合を示した。管内市町村の中間評価を支援する（予定がある）都道府県は50%、県型保健所は58%であったのに対して、都道府県・県型保健所の支援を受ける（予定がある）市町村は25%であった。また人口規模の大きい市町村で支援を受ける割合が大きかった。

都道府県が支援する（予定がある）内容に関しては、評価のためのデータ・統計資料の提供が46%で最も多く、次いで評価のための会議への参加が39%、評価のためのデータ・統計資料の分析が36%、評価のための住民調査の実施の支援が32%、評価のための研修・学習会の開催が29%、健康課題の優先順位の見直し、評価に基づく市町村事業の見直し、都道府県・二次医療圏・市町村の広域的・重層的評価、目標値の見直しが約1割、評価のための住民調査の実施、その他が1割未満であった。

県型保健所が支援する（予定がある）内容に関しては、評価のための会議への参加が50%で最も多く、次いで評価のためのデータ・統計資料の提供が48%、評価のためのデータ・統計資料の分析が35%、評価のための研修・学習会の開催が32%、評価のための住民調査の実施の支援、健康課題の優先順位の見直し、評価に基づく市町村事業の見直し、都道府県・二次医療圏・市町村の広域的・重層的評価、目標値の見直しが約2割、評価のための住民調査の実施、その他が1割未満であった。

市町村が支援を受ける（予定がある）内容に関しては、評価のための会議への参加が20%で最も多く、次いで評価のためのデータ・統計資料の提供が16%、評価のためのデータ・統計資料の分析が11%、評価のための研修・学習会の開催、評価に基づく市町村事業の見直し、都道府県・二次医療圏・市町村の広域的・重層的評価、目標値の見直しが約1割、評価のための住民調査の実施、評価のための住民調査の実施の支援、健康課題の優先順位の見直し、その他が1割未満であった。

D. 考察

1. 保健所機能の「構造」に関する全国調査

この調査は、平成10～11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業「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（主任研究者：大井田隆）」、及び本研究事業において開発・修正してきた、保健所機能の「構造」の評価指標を用いて実施された。ここでは、平成11年度に実施した調査（以下、平成11年調査）と昨年度に実施した調査（以下、平成13年調査）の調査結果と比較することによって保健所機能の強化・推進状況の実態を明らかにするとともに、保健所機能の「構造」の評価指標の妥当性を検討した。

（1）保健所組織の変化

保健所管内の状況に関しては、平成11年調査と比較して、全体としては大きな変化はみられなかったが、県型保健所、都市型保健所のそれぞれでは若干の変化がみられた。県型保健所では、管内人口に大きな変化はみられなかったが、管轄する市町村数が増加し、管内面積が拡大しており、統廃合による保健所数の減少と管轄地域の広域化が進行していた。一方、都市型保健所では、管轄する市区町村数の平均値が1.00市区であり、1市多保健所から1市1保健所への統合が進行していた。また中核市などの保健所を設置する市が増加していた。

保健所のマンパワーに関しては、県型保健所では、管轄地域が広域化したにもかかわらず、ほとんど変化していなかった。これは、職員数、つまり職員の延べ勤務時間が増加していない状況において、広域化によって移動時間等が増加し、実質的な活動時間が相対的に減少していることを示している。人口をマンパワーの必要量の算定基準として用いることが多いが、管轄地域の面積や時間距離が大

きい地域（郡部など）では、このような実質的な活動時間を考慮しなければ、マンパワーの必要量が過少に評価される危険性がある。

一方、都市型保健所、特に1市1保健所では職員総数、保健師の人数が増加していた。これは、1市多保健所から1市1保健所への統合による「見かけ上」の増加であると考えられる。

保健所のマンパワーを把握する際に、保健所の組織体系を十分に考慮する必要がある。例えば県型保健所では、福祉事務所や児童相談所などの他の組織や地方局などの総合出先機関との統合などが進行しているが、この場合、保健所所属の職員あるいは保健所業務を実施する職員を厳密に同定することは困難である。また複数の保健所を設置していた市では、1つを保健所として、残りを保健センターとして位置づけたところが多いが、この場合、保健センターを保健所の出先機関とするか、独立機関とするかによって保健所の職員数が大きく変化する。今後もこのような機構改革が進展していくと考えられるため、保健所のマンパワーの把握や比較、そしてマンパワーの必要量の算定に関する適切な方法論を検討する必要がある。

県型保健所の保健師の活動体制については、業務分担制が約6割、地区分担と業務分担の併用が約4割で、ほとんどの県型保健所で業務分担制が導入されていた。平成11年調査で、業務分担制に対する市町村の評価が低いことが示されたが、業務分担制の進展によって市町村の評価はさらに低くなっていると考えられる。しかしその一方で、県型保健所は、業務分担を包括した市町村支援の体制や相談窓口の一元化などの、業務分担制の問題を改善する方策を実施している可能性もあるため、今後は活動体制による保健所と市町村の連携状況の違いを詳細に分析する必要がある。

保健所機能の担当部門を設置している保健所は、平成11年調査から本調査の間に、情報機能では61%から79%に、調査研究機能では

49%から58%に、研修機能では59%から75%に、企画調整機能では71%から83%に、健康危機管理機能では56%から85%に増加しており、また県型・都市型別にみても同様の傾向がみられた。さらに健康日本21推進機能は平成12年の基本指針の改正によって追加されたにも関わらず、87%の保健所が設置しており、組織体系上は保健所機能の強化が推進されていると考えられる。

(2) 情報機能の変化

平成11年調査から本調査の間に、コンピューターの台数は15.5台から37.5台に、ホームページを開設している保健所は21%から65%に、住民の生活習慣に関するデータを把握・整理・解析している保健所は25%から47%に、それぞれ増加しており、ハードとソフトの両面で情報機能が強化されていることが示された。

しかしその一方で、展示コーナーを設置している保健所は57%、広報誌・新聞を発行している保健所は40%で、平成11年調査と比較してほとんど変化しておらず、コンピューターへのアクセスが可能な地域住民とそうでない地域住民(例えば高齢者や低所得者など)との情報格差が拡大する可能性がある。また今後は情報提供の手段だけではなく、実際に地域住民に発信される情報の内容についても検討する必要がある。

統計解析ソフト(SAS、SPSS等)を保有している保健所は24%で、平成11年調査と比較してほとんど変化していなかった。統計解析ソフトは、情報機能や調査研究機能の強化のために不可欠であり、各保健所で保有される必要がある。しかし人口規模の大きい保健所は、保有しているにもかかわらず、実際に利用する機会は少ないことが示された。人口規模の大きい保健所の方がソフトを購入できる予算を確保しやすかったと考えられるが、単に保有しているだけではなく十分に活用す

るためにも、研修などによってソフトを利用できる人材を育成する必要がある。

情報整備に関する地方衛生研究所との協力体制が整っている保健所は57%で、平成11年調査と比較してほとんど変化していなかった。衛生研究所は都道府県全体の情報機能の中心的な役割を担っているため、保健所は情報機能の強化のために衛生研究所との協力体制を一層整備する必要がある。

年報・業務報告を次年度事業に反映している保健所は82%で、平成11年調査と比較してほとんど変化していなかった。現状の年報や業務報告は事業実績などの数値が羅列されているのみであること、経年的変化などの分析が十分でないことなどの問題が指摘されている。したがって数値を図表化して見やすくするなど、地域の状況を把握するための基礎資料として日常的に活用できるような年報や業務報告を作成する必要がある。

(3) 調査研究機能の変化

平成13年度に保健所が「実施」した調査研究は約2.38、保健所が「参加」した調査研究は約0.94で、平成11年調査と比較して、参加した調査研究数が若干増加していた。保健所の調査研究機能として、保健所自身が調査研究を「実施」する機能とともに、大学や研究所などの教育研究機関が地域で調査研究を実施するのを「支援」する機能も必要であるが、参加した調査研究が増加したことは後者の機能が強化されたことを示している。保健所と大学関係者との共同研究が少ないことが指摘されているが、保健所は調査研究機能を強化するために、教育研究機関は研究のフィールドを確保するために、両者の連携は不可欠である。そしてこのような連携によって、フィールドやデータ、新しい調査研究手法、人材などが交流し、調査研究機能がさらに強化されると考えられる。

58%の保健所は学会・研究会で調査研究結果を発表していたが、雑誌に投稿した保健所

は7%と少数であった。学会や学術誌での発表は、地域保健に関連する研究分野の発展に直接貢献するとともに、ディスカッションや査読の過程をへて調査研究技術・能力を向上させる。したがって保健所の調査研究機能を強化するためには学会発表や雑誌への投稿を積極的に行う必要がある、またそのために保健所は、職員が学会参加や投稿をする場合に予算的・時間的配慮を行う必要がある。

調査研究結果を住民に公表している保健所は13%と少なかった。保健所における調査研究は税を財源として実施されることが多く、また地域住民の協力のもとに実施されることが多い。したがって住民への公表は保健所の義務であり、新聞や広報誌などを通じて調査研究結果を公表していく必要がある。

調査研究の結果から施策提言が得られた保健所は60%から89%に増加していた。保健所の調査研究として、問題解決に向けた解析や具体的な提言を含んだものが求められ、地域の行政施策を先導していくような調査研究が望まれるが、本研究の結果は、保健所の調査研究が「研究のための研究」ではなく「施策のための研究」として活用され始めていることを示している。

(4) 研修機能の変化

研修のための施設・設備等（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）が充足している保健所は4~6割で、平成11年調査と比較して、研修機能の担当部門を設置する保健所が増加したにもかかわらず、ほとんど変化していなかった。この原因の一つとして、研修が保健所ではなく他の施設を利用して実施されていることが考えられる。もう一つは、保健所の研修機能の担当部門は研修を「企画・調整」する機能のみを保有しており、本庁や中核保健所が研修を「実施」していることが考えられる。

全ての研修で目標を設定している保健所は56%、評価を実施している保健所は23%で、平成11年調査と比較して増加していた。しかし目標を設定しても評価していない保健所が多い状況は変化しておらず、研修機能を強化するためには、目標設定→評価→目標設定…のサイクルを常に実施する必要がある。

(5) 健康危機管理機能の変化

健康危機に対応するための実地訓練を主催した保健所は16%で、平成11年調査の18%、平成13年調査の17%と比較してほとんど変化していなかったが、関係機関・団体の実地訓練に参加した保健所は、平成13年調査の28%から46%に増加していた。しかし主催者別にみると、本庁は30%に増加していたが、他の自治体、医師会、医療機関、警察、消防などの他の関係機関・団体は1割未満で、ほとんど変化していなかった。保健所は、職員の役割分担の明確化などの保健所組織内の機能強化を推進するために、積極的に訓練を主催していく必要がある。また他の関係機関・団体が主催する訓練に参加することによって連携が強化され、地域全体の健康危機管理機能の推進につながると考えられる。特に、毒物による事件、原子力・化学物質などによる事故、自然災害などの場面では警察や消防との連携が不可欠である。したがって今後は、本庁の訓練だけでなく、警察や消防、他の自治体の訓練にも積極的に参加する必要がある。

健康危機発生時の活動マニュアルを作成している保健所は86%で、平成11年調査と比較すると増加していたが、平成13年調査と比較するとほとんど変化はみられなかった。内容別にみると、感染症・食中毒の集団発生は80%の保健所で作成されているが、その他の内容は半数以上の保健所で作成されていなかった。また県型保健所でマニュアルを作成している割合が大きかったが、これは、管轄地域が郡部であることが多く、健康危機発生の可能性のある自然環境（火山・河川など）や

施設（原子力発電所・工場・空港など）が多いため、そのリスクに対応する必要があるためと考えられる。またこのことは、管轄地域で健康危機が発生するリスクが小さいと認識している保健所では機能強化が十分に推進されていない可能性があることを示唆している。健康危機管理機能は「不測の事態」に対処する機能であり、健康危機発生リスクに関わらず強化される必要がある。この観点からみると、都市型保健所のマニュアルの未整備は深刻な問題である。都市型保健所は、管轄地域の人口が多く、阪神淡路大震災にみられるように、健康危機が発生した場合の被害は甚大になる危険性があるため、一層の機能強化が望まれる。

健康危機発生時の業務体制の整備状況に関しては、情報の一元的な集約体制が整っている保健所は、平成13年調査の61%から73%に増加していた。情報管理は、被害状況や関係機関の動向などの情報収集、地域住民やマスコミなどへの的確な情報提供のために必要不可欠であり、その体制整備が進展していることは望ましい傾向である。しかしそれ以外の体制（被害状況に応じた職員の24時間勤務体制、被災住民への対人保健活動の実施体制、避難所の衛生活動（安全な飲料水の供給、し尿処理等）の実施体制、PTSDなどのメンタルヘルス対策の実施体制）が整っている保健所は3~5割で、ほとんど変化していなかった。したがって保健所は、実地訓練や活動マニュアルの作成などの準備段階だけでなく、健康危機発生段階での体制整備にも重点を置く必要がある。

都市型保健所は、県型保健所と比較して、活動マニュアルが作成されていないにも関わらず、健康危機発生時の体制（被災住民への対人保健活動の実施体制、避難所の衛生活動の実施体制、PTSDなどのメンタルヘルス対策の実施体制）が整備されていた。この原因の一つとして、都市型保健所はマニュアルに依存せずに体制整備できていることが考えられ、

この場合マニュアルが健康危機発生段階で十分に活用されない可能性があることを示唆している。もう一つは、都市型保健所は健康危機発生時の体制整備を過大評価していることが考えられ、この場合評価指標の信頼性・妥当性が十分でないことを示唆している。したがって今後は、健康危機発生時の体制整備の適切な評価指標を開発し、マニュアルの作成や実地訓練などの準備段階での機能と健康危機発生段階での体制整備との関連を明らかにする必要がある。

（6）健康日本21推進機能

基本指針では、健康日本21推進機能として二次医療圏計画の策定が明記されているが、策定年度が決まっているのは保健所の53%、県型保健所の40%と半数程度であり、二次医療圏計画が十分に推進されていないことが示された。また中間評価に関しては、評価年度が決まっているのは保健所の41%、県型保健所の28%、目標値を設定する保健所は19%、評価委員会を設置する保健所は20%、住民調査を実施する保健所は16%と少なく、国レベルでは計画の見直しに向けて動き始めているにも関わらず、二次医療圏レベルでは中間評価に向けた具体的な動きや予定がほとんどないことが示された。

地方レベルで進捗状況に若干のばらつきがあるのはやむを得ないが、健康日本21が開始されて3年が経過した現在でこのような状況にあるのは、二次医療圏単位の計画に本質的な問題があることを示唆している。地域保健医療計画の際にも、複数の市町村で構成される二次医療圏の計画は財政的な裏付けがないため実効性がないことが指摘されていた。実際に、ほとんどの二次医療圏では、都道府県計画に準じた計画書を作成したのみで、計画自体はほとんど推進されなかった。また本研究でも、複数の保健所は「二次医療圏計画を策定する予定がない」と自由回答しており、地域保健医療計画の二の舞になることを危惧

していると考えられる。したがって二次医療圏計画を複数の市町村で協同して推進していくためには、健康日本 21 推進のための独立した予算を県レベルで確保し、保健所に配分するなどの工夫が必要である。

ほとんどの都市型保健所で二次医療圏計画の策定・中間評価・最終評価の目標年度が設定されており、また県型保健所と比較して、中間評価における目標値の設定、評価委員会の設置、住民調査の実施の割合が大きかった。これは、都市型保健所が、二次医療圏としてではなく、市・区として計画を推進しているためと考えられる。

健康日本 21 の市町村計画への支援は県型保健所にとって重要な機能である。管内市町村の計画策定を支援する（予定がある）県型保健所は 95%であったが、中間評価を支援する（予定がある）県型保健所は 58%と半数程度であった。これは、76%の県型保健所で管内市町村の計画策定が終了していないため、計画策定の支援を優先しなければならず、中間評価の具体的な支援まで検討することができない状況にあることを示している。

市町村支援の内容としては、目標値の設定や中間評価に必要なデータや統計資料の提供・分析、市町村会議への参加、研修・学習会の開催など、市町村を後方から支援する内容が多く、目標値や健康課題の優先順位の設定・見直し、計画・評価に基づく市町村事業の見直し、住民調査の実施など、計画策定や中間評価の作業に直接参加する内容は少なかった。市町村が主体的に取り組むことによって地域特性に応じた実効性の高い計画になると考えられるが、主体的に計画を推進していく市町村を後方支援する、という立場の県型保健所が多いことは望ましいことである。しかしその一方で、特に規模の小さい町村などでは計画を推進していくための技術やマンパワーが不足している可能性がある。したがって県型保健所は、管内市町村の計画推進能力を見極めて、必要であれば後方支援だけな

く実際の作業に参加するなどの柔軟な対応をしていく必要がある。

（7）企画調整機能

多様化する健康問題を解決していくためには、保健医療分野だけでなく、他の関連行政部局、関係機関・団体との連携や調整、そして主体的な住民参加が不可欠である。保健所の企画調整機能は、それらの関係者の利害や意見を調整し、効果的な健康施策を展開するために必要な機能である。本研究では、保健所が主催する会議に幅広い分野の関係者が参加していること、保健所が幅広い分野の関係者の会議に参加していることを、企画調整機能を発揮するための体制整備の評価指標とした。

これらの評価指標を検討する際に、保健所の組織体系を十分に考慮する必要がある。一つには、県型保健所で福祉事務所の参加割合が大きかったが、これは、県型保健所が福祉事務所と統合しているためと考えられる。もう一つは、1市1保健所で本庁の参加割合が大きかったが、これは、1市1保健所が本庁（市・区）の保健衛生部局を兼ねているためと考えられる。

管内市町村の保健衛生部局や福祉・介護部局が保健所主催の会議に参加している割合は7~9割であったが、その他の部局の参加割合は約4割であった。多様化する健康問題に対応するために、保健所は、保健医療福祉分野だけでなく、環境、都市開発などの分野で市町村との連携を強化する必要がある。

関連行政機関に関しては、警察、消防の参加割合が約7割と大きかったが、これは、特に精神障害者対策や健康危機管理対策などで協力が必要であるためと考えられる。しかし一方で、地方衛生研究所やハローワークの参加割合は1~2割と小さかった。情報機能の評価項目で、衛生研究所との協力体制が整っている保健所は57%と必ずしも大きくないことを考慮すると、地方衛生研究所の参加を一

層促進する必要がある。また景気の低迷などによって増加している失業者の健康問題（精神的ストレスなど）に対応するためには、ハローワークとの連携を強化する必要がある。

住民参加に関しては、患者会・家族会、ボランティア団体、自治会・町内会、その他の住民団体の参加割合が4～7割と大きかったが、「公募」による一般住民の参加割合は約1割と小さかった。住民団体は必ずしも地域住民を代表しているわけではなく、行政に対して何らかの利害関係をもっている可能性があるため、真の意味での住民参加を促進するためには公募による一般住民の参加を積極的に推進する必要がある。

企画調整機能を強化するためには、保健所が主催する会議に多くの関係機関・団体に参加してもらうだけでなく、保健所が関係機関・団体の会議に積極的に参加していくことも必要である。つまり健康施策を効果的に展開するために関係機関・団体の協力を得るだけでなく、あらゆる分野の施策や活動に「健康」の視点を付与するために保健所が積極的に他の分野に足を踏み入れる必要がある。その観点からみると、警察、消防、教育委員会、学校、自治会・町内会、その他の住民団体、一般企業などは、保健所が会議に参加する割合よりも、保健所の会議に参加してもらう割合の方が大きいため、保健所はこれらの機関・団体が主催する会議に積極的に参加し、健康の視点を加えた施策や活動を展開してもらう必要がある。

（8）保健所機能の「構造」の評価指標の妥当性

保健所機能の「構造」の評価指標の妥当性を検討する際に、保健所の組織体系の多様性を十分に考慮する必要がある。県型保健所では、福祉事務所、児童相談所、総合出先機関との統合により、保健所を独立した組織として捉えることが困難になっている。また都市型保健所では、1市多保健所から1市1保健

所への統合により、本庁の保健衛生部局と保健所との区別が不明確になっている。このような保健所「組織」の変化に伴って、保健所「機能」に対する考え方も多様化している。例えば研修機能に関しては、本庁や中核保健所に研修を実施する機能を集約している可能性も示唆されており、保健所という同じ名称の組織でも果たすべき機能が異なる可能性が考えられる。したがって今後は、組織体系に関わらず全ての保健所に共通する評価指標と、特定の組織体系の保健所に適用すべき評価指標を明確に区別し、組織体系に応じた保健所機能の「構造」の評価体系を構築する必要がある。

本研究で用いた評価指標は、実態を「数・有無」で測定する指標と、達成度などを「段階」で測定する指標に分類できる。前者には、コンピューターの台数、ホームページの開設の有無、展示コーナーの設置の有無、広報誌・新聞の発行の有無、実施・参加した調査研究の数、調査研究の公表の有無、健康危機に対応するための実地訓練の主催・参加の有無、健康危機発生時の活動マニュアルの作成の有無、二次医療圏の健康日本21地方計画の目標年度、中間評価における目標値の設定・評価委員会の設置・住民調査の実施の有無、都道府県保健所の管内市町村の計画策定・中間評価への支援の有無、保健所主催の会議への参加機関・団体、保健所が参加した会議の主催者が含まれる。また後者には、統計解析ソフトの保有・利用状況、住民の生活習慣に関するデータの把握・整理・解析状況、情報整備に関する地方衛生研究所との協力体制、年報・業務報告の次年度事業への反映状況、調査研究による施策提言の取得状況、研修のための施設・設備の充足状況、研修の目標設定の状況、研修の評価の実施状況、健康危機発生時の業務体制の整備状況が含まれる。どちらの指標にも長所と短所があるが、本研究では「段階」で測定する指標の問題点が明らかになった。例えば、健康危機管理機能に関し

ては、都市型保健所で、活動マニュアルを作成していないにもかかわらず、健康危機発生時の業務体制の整備状況を過大評価していた。また地方衛生研究所との協力体制に関しては、約6割の保健所が整っているにもかかわらず、保健所主催の会議に地方衛生研究所が参加した割合は約1割と少なかった。このような食い違いを解消するために、今後は「段階」で測定する指標の各段階に具体的な達成基準を設定し、それに基づいて評価する必要がある。

2. 保健所機能の「結果」に関する全国調査

この調査では、保健所機能の「結果」の指標として、「保健所の円滑な運営」、「保健所が実施する地域保健サービスの質の向上」、「政令市または特別区が実施する地域保健サービスの質の向上」、「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」、「地域住民の健康水準の向上」の10項目を設定し、各保健所機能（情報機能、調査研究機能、研修機能、健康危機管理機能、健康日本21推進機能、企画調整機能）を強化することによって得られると予想される効果の程度を、4段階評価で設問した。ここでは、機能と効果の組み合わせに対する評価得点を、都道府県、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所、市町村の間で比較し、保健所機能の「結果」に対する認識の違いを明らかにするとともに、「結果」の評価指標・評価体系のあり方を検討した。

(1) 保健所機能の「結果」に関する 共通認識

都道府県、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所、市町村に共通する認識として、情報機能は、他の保健所機能と比較して、ほとんど全ての「結果」に対する効果が高かった。情報機能は他の保健所機能の「基盤」であるため、これを強化することによって他の保健所機能も強化され、広範囲の「結果」に効果をもたらすと認識されていると考えられる。つまり情報機能の「結果」に対する効果は、他の保健所機能を介した「間接的」な効果の部分が大きい可能性がある。

一方、調査研究機能は、他の保健所機能と比較して、ほとんどの「結果」に対する効果が低かった。「保健所機能の「構造」に関する全国調査」で、調査研究の結果から施策提言が得られた保健所は60%から89%に増加しており、調査研究が施策に活用され始めていることが示されたが、その保健所ですらも調査研究機能の効果を低く評価していた。調査研究が施策に活用され始めたとしても、その効果が現れるのには長い年月を要するため、現在のところ調査研究機能の「結果」に対する効果を予測できない「不確実」な状況にあると考えられる。しかし逆に、このことは、様々な地域で調査研究を施策に活用したことによる効果が発現すれば、評価が高くなる可能性があることを示唆している。

その他の保健所機能に関しては、特定の「結果」に対する効果が高い（低い）と評価されていた。研修機能は、他の保健所機能と比較して、「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」に対する効果が高く、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」に対する効果が低かった。研修機能は市町村支援に直接結びついているため、市町村に関係する「結果」に対する効果が高くなったと考えられる。

健康危機管理機能は、他の保健所機能と比較して、「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」に対する効果が高く、「保健所が実施する地域保健サービスの質の向上」、「政令市または特別区が実施する地域保健サービスの質の向上」、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」に対する効果が低かった。健康危機管理機能は「生命の安全」に直接結びついているため、「快適で安心できる生活環境の確保」に対する効果が高くなったと考えられる。また健康危機管理には、警察や消防などの様々な関係機関との連携が不可欠であるため、機能強化によって「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」が促進されると認識していると考えられる。一方、健康危機管理機能は緊急時に発揮される機能であるため、日常的な地域保健サービスの質の向上には結びつかないと認識されていると考えられる。

健康日本 21 推進機能は、他の保健所機能と比較して、「地域住民の健康水準の向上」に対する効果が高かった。これは、健康日本 21 が「地域住民の健康水準の向上」に大きく貢献する施策として期待されていることを示している。

企画調整機能は、他の保健所機能と比較して、「保健所の円滑な運営」、「政令市または特別区が実施する地域保健サービスの質の向上」に対する効果が高く、「地域住民の健康水準の向上」に対する効果が低かった。企画調整機能には、保健所内の部門間の調整によって保健所を円滑に運営する機能と、関連行政部局、関係機関・団体との連携によって地域保健医療福祉システムを円滑に運営する機能の両面があると考えられるが、この結果は、企画調整機能が保健所内でしか機能していないと認識されていることを示唆している。またそのような保健所内の企画調整機能が強化されたとしても、サービスの改善、システムの改善など、様々な段階を経なければ「地

域住民の健康水準の向上」に結びつかないと認識していると考えられる。

全ての保健所機能について、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」に対する効果は、他の「結果」と比較して低かった。基本指針は、介護保険制度の導入前の平成 6 年に告示され、導入直後の平成 12 年に改正されたが、その当時は介護保険制度の運営に不確実な要素が多く、保健所が積極的に関与する必要があると想定されていた。しかし現在では、保健所が関与する必要がないわけではないが、保健所機能が強化されたとしても介護保険制度の円滑な運営にはほとんど影響しないと認識されていることが示された。

(2) 保健所機能の「結果」に関する認識の違い

一方、都道府県、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所、市町村の間で、保健所機能の「結果」に関する、いくつかの認識の違いがみられた。

市町村は、保健所や都道府県と比較して、健康危機管理機能を除く保健所機能の効果を低く評価していた。平成 10～11 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業「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（主任研究者：大井田隆）」において、保健所の支援内容に対する市町村の評価が低いことが示唆されたが、市町村は、保健所から有効な支援が得られなかったというこれまでの経験から、保健所機能が強化されても十分な効果は得られないと予測していると考えられる。また逆に、保健所機能を保有する立場にある保健所や都道府県が保健所機能の効果を過大に評価している可能性もある。いずれにしても、このような認識の格差は、都道府県・保健所・市町村の連携に基づく効果的な地域保健システムを構築する上で障害となるため、保健所や都道府県は、市町村に対して保健所機能の強化による効果を目に見える形で示していく必要がある。

市町村は、保健所機能の効果を全般的に低く評価していた一方で、健康危機管理機能の「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「地域住民の健康水準の向上」に対する効果を相対的に高く評価していた。本研究事業の昨年度の調査で、市町村では健康危機管理機能の整備が十分に進んでいないことが示されたが、この結果は、健康危機発生時の保健所の支援に対する市町村の期待が大きいことを示唆している。したがって保健所は、市町村の期待に十分に答えられるように健康危機管理機能の強化を推進していく必要がある。

健康日本 21 推進機能の効果に関して、都道府県と市町村との間で認識の違いがみられた。つまり、都道府県は「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村の保健衛生部局や保健センターの円滑な運営」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」、「介護保険制度の円滑な実施のための取組」、「地域住民の健康水準の向上」に対する効果を高く評価していたが、市町村は「地域住民の健康水準の向上」に対する効果を低く評価していた。これは、健康日本 21 地方計画の推進状況の格差によるものと考えられる。都道府県では、計画がすでに策定されているため、健康日本 21 推進機能の様々な「結果」に対する効果が予測可能であるが、市町村では、「保健所機能の「構造」に関する全国調査」で示されたように、計画策定が終了していないところが多く、健康日本 21 推進機能の効果を予測できない「不確実」な状況にあると考えられる。

(3) 保健所機能の「結果」の評価指標・評価体系に関する考察

この調査は、保健所機能の強化によって得られると予想される効果に関する「認識」を把握したものに過ぎず、実際に効果が得られ

たかどうかを把握したものではないことに注意する必要がある。しかしこの認識は、保健所機能強化のこれまでの経験や実際に得られた定量的・定性的効果などに基づいて判断された評価であり、保健所機能の「結果」の評価指標・評価体系を構築するための基礎的な資料として重要であると考えられる。

それぞれの保健所機能は特定の「結果」に結びついていると認識されていた。研修機能は市町村の地域保健サービスの質の向上に、健康危機管理機能は関係機関・団体との連携の強化や快適で安心できる生活環境の確保に、健康日本 21 推進機能は地域住民の健康水準の向上に、企画調整機能は保健所の円滑な運営に、それぞれ効果を及ぼすと予測されていた。したがってこれらの保健所機能に関しては、それぞれの特定の「結果」に関する具体的な評価指標を開発し、それをを用いて機能強化の効果を評価できると考えられる。

一方、情報機能は様々な「結果」に効果をもたらすと認識されていたが、それは、他の保健所機能の強化を介した「間接的」な効果である可能性がある。本研究事業は、保健所機能間の相互作用を含めた保健所機能の構造・過程・結果の因果モデルを構築することを目的としているが、そのために今後の研究では、情報機能の強化が他の保健所機能に及ぼす影響を明らかにし、情報機能の「直接効果」と「間接効果」を明確に区分する必要がある。

また保健所機能の「結果」の間の因果関係も考慮する必要がある。本調査で設定した保健所機能の「結果」のうち、「快適で安心できる生活環境の確保」と「地域住民の健康水準の向上」は最終的な結果に、保健所や市町村における組織運営の円滑化、地域保健サービスの質の向上、関係機関・団体との連携などは中間的な結果に位置づけられる。本調査では、企画調整機能に関して、「保健所の円滑な運営」に対する効果が高く、「地域住民の健康水準の向上」に対する効果が低いこと

が示されたが、これは中間的な結果である「保健所の円滑な運営」が最終的な結果である「地域住民の健康水準の向上」につながらないと認識していることを示唆している。今後の研究では、保健所機能の強化が、最終的な結果に直接的に及ぼす効果と、中間的な結果を介して最終的な結果に間接的に及ぼす効果を測定し、保健所機能の構造・過程・結果の因果モデルを構築する必要がある。

3. 健康日本 21 地方計画の中間評価に関する 全国調査

(1) 健康日本 21 地方計画の目標年度の 設定状況

健康日本 21 地方計画の目標年度を設定しているのは、都道府県ではほとんど全てであったが、県型保健所（二次医療圏）では策定年度が 40%、中間評価年度が 28%、最終評価年度が 30%、市区町村では策定年度が 56%、中間評価年度が 22%、最終評価年度が 25%であった。また全ての都道府県は策定委員会や作業部会を設置していたが、県型保健所では 46%、市区町村では 49%と、半数しか設置していなかった。これは、二次医療圏、市区町村レベルの計画が推進されていないことを示している。二次医療圏では、地域保健医療計画の場合と同様に、複数の市町村で構成される二次医療圏の計画は財政的な裏付けがなく実効性がないため、地域保健医療計画の二の舞になることを危惧して推進されていないと考えられる。また人口規模の小さい市区町村では、計画策定のための技術、財源、マンパワーなどの不足によって推進されていないと考えられる。

(2) 健康日本 21 地方計画の策定委員会・ 作業部会への参加機関・団体

健康日本 21 の理念の基礎となる「ヘルスプロモーション」は、個人が自らの健康をコン

トロールできる能力や技術を開発すること、その能力や技術を発揮できるような環境を形成することを強調している。ヘルスプロモーションに基づく政策では、保健医療分野だけでなく、他の関連行政部局、関係機関・団体との連携、そして主体的な住民参加が重要な役割を果たす。したがって健康日本 21 地方計画を効果的に推進していくためには、策定委員会や作業部会に様々な機関・団体、そして住民が積極的に参加する必要がある。

関連行政部局に関しては、都道府県、市区町村ともに、保健医療福祉以外の部局が策定委員会や作業部会に参加しているのは約 4 割と半数以下であった。また地方衛生研究所、福祉事務所、児童相談所、警察、消防、ハローワークなどの関連行政機関の参加は 1 割以下であった。健康日本 21 は健康を中心とした「総合計画」であり、その推進のためには保健医療福祉分野だけでなく、交通、環境、教育、警察、雇用などの分野の積極的な参加が必要である。

大学・研究所の研究者が策定委員会や作業部会に参加しているのは、都道府県では 93%と多かったが、県型保健所、市区町村では約 2 割と少なかった。健康日本 21 では、「根拠」に基づいて目標値の設定などを行う必要があり、そのためには大学・研究所の研究者の専門的な知識や技術を積極的に活用していく必要がある。

患者会・家族会、ボランティア団体、自治会・町内会などの住民団体が策定委員会や作業部会に参加しているのは、都道府県では約 6 割、県型保健所では約 4 割、市区町村では約 5 割と半数程度であったが、「公募」による一般住民が参加しているのは、市区町村では約 4 割と多かったが、都道府県では約 1 割、県型保健所では 1 割未満と少なかった。住民団体は必ずしも地域住民を代表しているわけではなく、行政に対して何らかの利害関係をもっている可能性があるため、真の意味での

住民参加を促進するためには公募による一般住民の参加を積極的に推進する必要がある。

(3) 健康日本 21 地方計画の地域住民への周知方法

健康日本 21 を効果的に推進するためには、まず地域住民に計画を知ってもらう必要があるが、周知方法についてはその長所と短所を十分に考慮した上で選択する必要がある。ダイジェスト版の配布は、都道府県で 93%、市区町村で 30%であったが、新聞折り込みでは他の広告とともに廃棄される可能性があること、ダイレクトメールでは費用が膨大になること、を考慮して配布方法を選択する必要がある。広報への掲載は、都道府県で 75%、市区町村で 35%であったが、自治体の広報は地域住民にとって一般の商業広告と同類であるため、やはり廃棄される可能性が大きいと考えられる。

ホームページへの掲載は、都道府県で 93%、市区町村で 15%であった。市区町村はホームページの開設自体が少数であると考えられるが、近年のコンピューターの普及状況を考慮すると有効な方法である。しかし、ホームページが複雑で健康日本 21 のページにアクセスしにくい、コンピューターを保有していない地域住民（例えば高齢者や低所得者など）が存在する、などのアクセスの問題を十分に考慮する必要がある。

人口規模の小さい町村では、計画を公表していない、あるいは公表する予定がない割合が大きかったが、これはダイジェスト版の配布などを実施する財源が少ないためと考えられる。しかし、例えば講演会などの機会を利用して公表するなど、比較的安価に実施できる方法も考えられる。また、行政自身が広報活動を行うのではなく、企業や商店街などの協力を得て実施することも検討する必要がある。

(4) 健康日本 21 の中間評価の実施状況

ほとんどの都道府県は中間評価の目標年度を設定していたにも関わらず、中間評価の目標値を設定する都道府県が 21%、評価委員会の設置が 57%、住民調査の実施が 54%と、具体的な活動予定がある都道府県は半数程度であった。都道府県の中間評価年度は平成 17 年度であり、少なくとも来年度からは具体的な活動を実施する必要がある。

一方、県型保健所、市区町村では、目標年度を設定しているのがそれぞれ 28%、22%と少なく、目標値の設定は 16%、24%、評価委員会の設置は 13%、11%、住民調査の実施は 10%、14%と、具体的な活動予定はさらに少数であった。県型保健所、市区町村は計画策定が終了していない状況であり、中間評価の具体的な方法まで検討する余裕がないと考えられる。しかし本来、計画は「評価計画」を含むものであり、いつ、どのように評価するかは、計画策定時点で決定されるべきである。したがって計画が未策定の県型保健所、市区町村は、中間評価・最終評価の具体的な評価計画を含めた計画を策定する必要がある。

(5) 都道府県・県型保健所の健康日本 21 市町村計画への支援

都道府県と県型保健所は、健康日本 21 の都道府県計画、二次医療圏計画の策定・推進だけでなく、市町村計画への支援を行うことが求められている。半数以上の管内市町村で策定年度が決まっていない都道府県は 54%、県型保健所は 51%であり、計画策定から中間評価まで幅広い市町村支援を行う必要がある。

管内市町村の計画策定を支援する（予定がある）都道府県は 100%、県型保健所は 95%とほとんどであったが、中間評価を支援する（予定がある）都道府県は 50%、県型保健所は 58%と半数程度であった。これは、計画策定の支援が優先され、中間評価の支援まで検討することができない状況にあることを示している。

一方、都道府県や県型保健所の「支援を受ける」（予定がある）市町村の割合は、計画策定で49%、中間評価で25%と、「支援をする」（予定がある）都道府県・県型保健所の割合よりも顕著に小さかった。また人口規模の大きい市町村は、計画推進のための技術、財源、マンパワーなどが充実しているため、支援を受ける必要が小さいと考えられたが、結果は逆に支援を受ける割合が大きかった。これらの結果から、市町村は、都道府県や県型保健所の支援を期待していないのではなく、計画がほとんど推進されていないために具体的にどのような支援を受けたいのかわからない状況にあることが示唆される。したがって都道府県や県型保健所は、具体的な支援を行う前に、まずは市町村が計画策定に向けて動き出せるような働きかけを行う必要がある。

市町村支援の内容としては、都道府県、県型保健所では、目標値の設定や中間評価に必要なデータや統計資料の提供・分析、市町村会議への参加、研修・学習会の開催など、市町村を後方から支援する内容が多く、目標値や健康課題の優先順位の設定・見直し、計画・評価に基づく市町村事業の見直し、住民調査の実施など、計画策定や中間評価の作業に直接参加する内容は少なかった。また市町村でも同様に、計画策定・中間評価の作業への直接的な関与ではなく、後方からの支援を求めていることが示された。市町村が主体的に取り組むことによって地域特性に応じた実効性の高い計画になると考えられるが、市町村が主体的に計画を推進し、県型保健所と都道府県が後方支援をする、という立場を、都道府県、県型保健所、市町村がともにとっていることは望ましいことである。しかしその一方で、特に規模の小さい町村などでは計画を推進していくための技術やマンパワーが不足している可能性がある。したがって都道府県と県型保健所は、管内市町村の計画推進能力を見極めて、必要があれば後方支援だけでなく

実際の作業に参加するなどの柔軟な対応をしていく必要がある。

E. 結論

今年度は、保健所機能（情報機能、調査研究機能、研修機能、健康危機管理機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能）の整備・運営状況などの「構造」に関する全国調査、保健所機能の強化によって得られると予想される「結果」に関する全国調査、健康日本 21 地方計画の中間評価に関する全国調査、保健所機能の構造・過程・結果に関するモデル事業を実施した。

その結果、以下のことが明らかとなった。

- ・保健所機能の「構造」に関しては、平成 11 年調査と比較して、保健所機能の担当部門の設置、コンピューターの台数、ホームページの開設、住民の生活習慣に関するデータの把握・整理・解析、調査研究による施策提言の取得、研修の目標設定と評価の実施、健康危機に対応するための実地訓練への参加が増加していた。しかし、展示コーナーの設置、広報誌・新聞の発行、統計解析ソフトの保有・利用、情報整備に関する地方衛生研究所との協力体制、年報・業務報告の次年度事業への反映、研修のための施設・設備、健康危機に対応するための実地訓練の主催、健康危機発生時の活動マニュアルの作成、健康危機発生時の業務体制の整備は変化していなかった。また調査研究の公表、二次医療圏の健康日本 21 地方計画の目標年度の設定、中間評価の目標値の設定・評価委員会の設置・住民調査の実施、保健所主催の会議への「公募」による一般住民の参加、警察・消防・教育委員会・学校・住民団体が主催する会議への保健所の参加が少なかった。
- ・県型保健所では福祉事務所、児童相談所、総合出先機関との統合に伴う保健所数の減少と管轄地域の広域化が、都市型保健所で

は 1 市多保健所から 1 市 1 保健所への統合が、それぞれ進行している。このような組織体系の多様化に対応するために、組織体系に関わらず全ての保健所に共通する評価指標と、特定の組織体系の保健所に適用すべき評価指標を明確に区別し、組織体系に応じた保健所機能の「構造」の評価体系を構築する必要がある。また達成度を「段階」で測定する評価指標に関しては、各段階の具体的な達成基準を設定する必要がある。

- ・保健所機能の「結果」に関しては、都道府県、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所、市町村は共通して、情報機能はほとんどの「結果」に対する効果が高く、調査研究機能はほとんどの「結果」に対する効果が低く、研修機能は「保健所の市町村支援の技術・能力の向上」、「市町村が実施する地域保健サービスの質の向上」に対する効果が高く、健康危機管理機能は「関連行政部局、関係機関、関係団体との連携」、「快適で安心できる生活環境の確保」に対する効果が高く、健康日本 21 推進機能は「地域住民の健康水準の向上」に対する効果が高く、企画調整機能は「保健所の円滑な運営」、「政令市または特別区が実施する地域保健サービスの質の向上」に対する効果が高いと評価していた。また認識の違いとして、市町村は健康危機管理機能を除く全ての保健所機能の効果を低く評価し、都道府県は健康日本 21 推進機能の効果を高く評価していた。
- ・研修機能、健康危機管理機能、健康日本 21 推進機能、企画調整機能に関しては、それぞれが効果を及ぼすと予想される特定の「結果」に関する具体的な評価指標を開発する必要がある。また情報機能の効果は他の保健所機能の強化を介した「間接効果」の可能性があるため、情報機能の強化が他の保健所機能に及ぼす影響を明らかにし、

情報機能の「直接効果」と「間接効果」を明確に区分する必要がある。さらに今後は、保健所機能の「結果」の間の因果関係を考慮して、保健所機能の強化が、最終的な結果（快適で安心できる生活環境の確保、地域住民の健康水準の向上）に直接的に及ぼす効果と、中間的な結果（保健所や市町村の組織運営の円滑化、地域保健サービスの質の向上、関係機関・団体との連携など）を介して最終的な結果に間接的に及ぼす効果を測定し、保健所機能の構造・過程・結果の因果モデルを構築する必要がある。

- ・健康日本 21 地方計画の推進に関しては、ほとんどの都道府県は、計画策定・中間評価・最終評価の目標年度を設定し、策定委員会や作業部会を設置していたが、中間評価に関しては、目標値の設定、評価委員会の設置、住民調査の実施といった具体的な活動予定があるのは約半数であった。一方、県型保健所（二次医療圏）、市区町村では、策定年度の設定、策定委員会や作業部会の設置が約半数、中間評価年度の設定が2～3割、中間評価の具体的な活動予定があるのは1～2割と少なく、計画が推進されていなかった。
- ・健康日本 21 市町村計画に対して、「支援をする（予定がある）」都道府県、県型保健所は、計画策定でほぼ全数、中間評価で約半数であった。一方、都道府県や県型保健所の「支援を受ける（予定がある）」市町村は、計画策定で約半数、中間評価で約3割であり、「支援をする（予定がある）」都道府県・県型保健所よりも顕著に少なかった。支援内容としては、都道府県、県型保健所、市町村いずれも、データや統計資料の提供・分析、市町村会議への参加、研修・学習会の開催などの「後方支援」の内容が多く、目標値や健康課題の優先順位の設定・見直し、計画・評価に基づく市町村

事業の見直しなどの、計画推進作業を直接実施する内容は少なかった。しかし規模の小さい町村などでは計画推進のための技術やマンパワーが不足している可能性があるため、都道府県と県型保健所は、管内市町村の計画推進能力を見極めて、必要があれば後方支援だけでなく実際の作業に参加するなどの柔軟な対応をしていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

武村真治, 大井田隆, 杉浦裕子, 曾根智史, 石井敏弘. 都道府県保健所の市町村支援機能に対する市町村の評価の変化. 厚生指針. 2002; 49(13): 21-26.

田中和美, 河西あかね, 高橋みね, 中島弘美, 吉實みちる, 宇津木恵, 竹内祐子, 張永紅, 守田孝恵, 曾根智史, 武村真治. 地域保健事業の広報活動における効果的なチラシに関する研究. 保健婦雑誌. 2002; 58(6): 500-505.

2. 学会発表

杉浦裕子, 武村真治, 大井田隆. 全国の保健所・市町村における健康危機管理機能の実態. 第61回日本公衆衛生学会総会, 埼玉. 2002年10月; 463.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1-1. 都道府県・政令市・特別区の回収状況

| | 対象数 | 回答数 | 回収率 |
|------|-----|-----|-------|
| 全体 | 123 | 91 | 74.0% |
| 都道府県 | 47 | 28 | 59.6% |
| 指定都市 | 12 | 9 | 75.0% |
| 中核市 | 30 | 28 | 93.3% |
| 政令市 | 11 | 8 | 72.7% |
| 特別区 | 23 | 18 | 78.3% |

表1-3. 市町村の回収状況

| | 対象数 | 回答数 | 回収率 |
|------|-------|-------|-------|
| 全体 | 3,164 | 1,463 | 46.2% |
| 北海道 | 208 | 109 | 52.4% |
| 青森県 | 67 | 39 | 58.2% |
| 岩手県 | 58 | 35 | 60.3% |
| 宮城県 | 70 | 25 | 35.7% |
| 秋田県 | 68 | 38 | 55.9% |
| 山形県 | 44 | 22 | 50.0% |
| 福島県 | 88 | 39 | 44.3% |
| 茨城県 | 83 | 37 | 44.6% |
| 栃木県 | 48 | 25 | 52.1% |
| 群馬県 | 70 | 26 | 37.1% |
| 埼玉県 | 89 | 39 | 43.8% |
| 千葉県 | 79 | 50 | 63.3% |
| 東京都 | 39 | 24 | 61.5% |
| 神奈川県 | 33 | 17 | 51.5% |
| 新潟県 | 110 | 48 | 43.6% |
| 富山県 | 34 | 14 | 41.2% |
| 石川県 | 40 | 18 | 45.0% |
| 福井県 | 35 | 9 | 25.7% |
| 山梨県 | 64 | 28 | 43.8% |
| 長野県 | 119 | 39 | 32.8% |
| 岐阜県 | 98 | 44 | 44.9% |
| 静岡県 | 72 | 42 | 58.3% |
| 愛知県 | 85 | 54 | 63.5% |
| 三重県 | 69 | 28 | 40.6% |
| 滋賀県 | 50 | 21 | 42.0% |
| 京都府 | 43 | 14 | 32.6% |
| 大阪府 | 41 | 24 | 58.5% |
| 兵庫県 | 84 | 45 | 53.6% |
| 奈良県 | 46 | 16 | 34.8% |
| 和歌山県 | 49 | 21 | 42.9% |
| 鳥取県 | 39 | 16 | 41.0% |
| 島根県 | 59 | 28 | 47.5% |
| 岡山県 | 76 | 43 | 56.6% |
| 広島県 | 83 | 35 | 42.2% |
| 山口県 | 55 | 27 | 49.1% |
| 徳島県 | 50 | 16 | 32.0% |
| 香川県 | 38 | 19 | 50.0% |
| 愛媛県 | 69 | 31 | 44.9% |
| 高知県 | 52 | 23 | 44.2% |
| 福岡県 | 94 | 41 | 43.6% |
| 佐賀県 | 49 | 25 | 51.0% |
| 長崎県 | 77 | 29 | 37.7% |
| 熊本県 | 93 | 32 | 34.4% |
| 大分県 | 57 | 31 | 54.4% |
| 宮崎県 | 43 | 25 | 58.1% |
| 鹿児島県 | 95 | 28 | 29.5% |
| 沖縄県 | 52 | 20 | 38.5% |

表1-2. 保健所の回収状況

| | 対象数 | 回答数 | 回収率 |
|------|-----|-----|-------|
| 全体 | 591 | 410 | 69.4% |
| 都道府県 | 456 | 314 | 68.9% |
| 指定都市 | 70 | 42 | 60.0% |
| 中核市 | 30 | 28 | 93.3% |
| 政令市 | 11 | 8 | 72.7% |
| 特別区 | 24 | 18 | 75.0% |

(再掲) 都道府県保健所

| | | | |
|------|----|----|--------|
| 北海道 | 26 | 19 | 73.1% |
| 青森県 | 8 | 6 | 75.0% |
| 岩手県 | 10 | 4 | 40.0% |
| 宮城県 | 7 | 4 | 57.1% |
| 秋田県 | 8 | 3 | 37.5% |
| 山形県 | 4 | 3 | 75.0% |
| 福島県 | 6 | 6 | 100.0% |
| 茨城県 | 12 | 9 | 75.0% |
| 栃木県 | 5 | 5 | 100.0% |
| 群馬県 | 11 | 8 | 72.7% |
| 埼玉県 | 21 | 17 | 81.0% |
| 千葉県 | 15 | 14 | 93.3% |
| 東京都 | 13 | 4 | 30.8% |
| 神奈川県 | 11 | 7 | 63.6% |
| 新潟県 | 13 | 9 | 69.2% |
| 富山県 | 4 | 4 | 100.0% |
| 石川県 | 4 | 3 | 75.0% |
| 福井県 | 6 | 5 | 83.3% |
| 山梨県 | 8 | 5 | 62.5% |
| 長野県 | 10 | 8 | 80.0% |
| 岐阜県 | 7 | 5 | 71.4% |
| 静岡県 | 10 | 7 | 70.0% |
| 愛知県 | 17 | 11 | 64.7% |
| 三重県 | 9 | 7 | 77.8% |
| 滋賀県 | 7 | 6 | 85.7% |
| 京都府 | 12 | 3 | 25.0% |
| 大阪府 | 15 | 11 | 73.3% |
| 兵庫県 | 25 | 16 | 64.0% |
| 奈良県 | 5 | 5 | 100.0% |
| 和歌山県 | 7 | 2 | 28.6% |
| 鳥取県 | 3 | 2 | 66.7% |
| 島根県 | 7 | 3 | 42.9% |
| 岡山県 | 9 | 5 | 55.6% |
| 広島県 | 7 | 6 | 85.7% |
| 山口県 | 9 | 6 | 66.7% |
| 徳島県 | 6 | 5 | 83.3% |
| 香川県 | 7 | 5 | 71.4% |
| 愛媛県 | 8 | 7 | 87.5% |
| 高知県 | 9 | 6 | 66.7% |
| 福岡県 | 13 | 9 | 69.2% |
| 佐賀県 | 5 | 3 | 60.0% |
| 長崎県 | 8 | 7 | 87.5% |
| 熊本県 | 10 | 6 | 60.0% |
| 大分県 | 9 | 5 | 55.6% |
| 宮崎県 | 8 | 3 | 37.5% |
| 鹿児島県 | 15 | 14 | 93.3% |
| 沖縄県 | 7 | 5 | 71.4% |