

厚生労働科学研究費補助金
がん予防等健康科学総合研究事業

国民のニーズに適合した地域保健行政組織の
構造・機能・マンパワーのあり方に関する研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成16(2004)年 3月

目 次

I. 総括研究報告	1
国民のニーズに適合した地域保健行政組織の構造・機能・ マンパワーのあり方に関する研究 林 謙治	
II. 分担研究報告	5
1. わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査	5
武村 真治	
(資料1) アメリカの地域保健行政組織の Performance Measurement	
(資料2) 保健所・市町村の地域保健行政のパフォーマンスの全国調査	
(資料3) わが国の行政組織における事務事業評価の実態調査	
2. 諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査	149
兵井 伸行	
(資料1) ドイツ連邦共和国の保健衛生組織	
(資料2) 韓国の保健所に関する現地訪問調査報告	
3. 地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析	199
須藤 紀子	
(資料1) シンポジウム「新しい時代に求められる保健所の役割と 保健所長のリーダーシップ」	
(資料2) 米国 Public Health Leadership Institute 訪問調査	
4. 国民にとって必要な地域保健サービスの量・質・内容の推計	279
曾根 智史	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	283
IV. 研究成果の刊行物・別刷	283

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）
総括研究報告書

国民のニーズに適合した地域保健行政組織の
構造・機能・マンパワーのあり方に関する研究

主任研究者 林 謙治（国立保健医療科学院 次長）

分担研究者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 地域保健システム室長）
兵井 伸行（国立保健医療科学院人材育成部 国際保健人材室長）
武村 真治（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 主任研究官）
須藤 紀子（国立保健医療科学院生涯保健部 研究員）

研究協力者 岩永 俊博（国立保健医療科学院研修企画部 部長）
平野 かよ子（国立保健医療科学院公衆衛生看護学部 部長）
杉浦 裕子（国立保健医療科学院研修企画部 協力研究員）
桜山 豊夫（東京都健康局医療政策部 参事）
石川 左門（NPO 法人愛隣舎 理事長）
小窪 和博（岐阜県東濃地域保健所 所長）
上木 隆人（東京都八王子保健所 所長）
曾根 啓一（財団法人健康・体力づくり事業財団 常務理事）
高智 英太郎（健康保険組合連合会医療部 部長）

研究要旨

わが国および諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態を把握し、国民にとって必要なサービスの量・質・内容の観点からそれらを評価し、効果的かつ効率的な地域保健行政組織及び地域保健システムのあり方を検討することを目的として、わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査、諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査、地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析、国民にとって必要な地域保健サービスの量・質・内容の推計を実施した。

その結果、保健所や市町村などの地域保健行政組織のパフォーマンスの改善、保健所長のリーダーシップの向上のために、アメリカで開発されたツールを適用することは有効であること、今後は、他の諸外国における取り組みのわが国への適用可能性を検討するとともに、わが国の制度、社会、文化の特性を考慮した独自のツールを開発する必要があること、健康関連ニーズの把握方法、及びパフォーマンスやリーダーシップの向上がニーズとその充足度に及ぼす影響に関する理論的・実証的研究を推進する必要があること、が示された。

A. 研究目的

行財政改革、地方分権、規制緩和などの推進により、地域保健に関係する行政組織は大きく変化している。地方レベルでは、平成6年の地域保健法により、市町村は身近で頻度の高い保健サービスを実施する機能を担うこととなり、保健所は広域的、専門的、技術的サービスの担い手として、情報機能、調査研究機能、健康危機管理機能、健康日本21推進機能、市町村支援機能、企画調整機能などの強化が進められている。またそれに伴って保健所の統合や再編が進行し、保健所を含めた行政組織の構造も大きく変化しつつある。このような状況の中で、国民のニーズに適合した地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーのあり方が模索されている。

一方中央レベルでは、平成12年の省庁再編により効果的な政策展開ができる体制となったが、BSEなどの食物由来感染症、テロなどによる健康危機など、多省庁にまたがる健康問題に対処するためのシステムは十分に確立されていない。そしてこのような中央レベルの問題は地域保健行政組織にも大きな影響を与えている。

地域保健行政組織に関するこれまでの研究では、保健所や市町村などの個々の組織の構造（組織体系など）、機能（活動実績、活動効果など）、マンパワーの実態を把握しているに過ぎず、国民にとって必要なサービスの量・質・内容の観点からみた、システム全体としての行政組織の構造・機能・マンパワーの実態はほとんど明らかにされていない。また諸外国との比較分析も行われていないため、地域保健行政組織のあり方に関する知見は全く得られていない。

本研究は、わが国および諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態を把握し、国民にとって必要なサービスの量・質・内容の観点からそれらを評価し、効果的かつ効率的な地域保健行政組織及び地域保健

システムのあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

今年度は、以下の4つの研究を実施した。

1. わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査

わが国の地域保健行政組織の組織体制と活動実績の評価的側面であるパフォーマンスの実態を把握することを目的として、全国の保健所を設置する80政令市・特別区、保健所を設置しない3,124市町村、都道府県が設置する438県型保健所、政令市・特別区が設置する138都市型保健所を対象に、平成16年1月、郵送により自記式調査票を配布・回収した。調査項目は、マンパワー、情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究、健康危機管理、健康政策開発、健康日本21地方計画の策定・推進、関係機関・団体との連携などのパフォーマンスであった。

2. 諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査

諸外国の地域保健行政組織の組織体系や機能の実態と今後の動向を把握することを目的として、ドイツ連邦共和国および韓国の実態（組織の名称、組織数、組織の管轄人口、組織の所掌事務、組織の責任者の資格要件の有無とその根拠など）を調査した。ドイツについては、研究協力者の講演、インターネットなどの国内での情報収集、韓国については現地訪問調査を実施した。

3. 地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析

わが国における地域保健行政従事者のリーダーシップ開発のあり方を検討することを目的として、新しい時代に求められる保健所の役割と保健所長のリーダーシップをテーマにシンポジウムを開催し、そのあり方を検討し

た。またアメリカの州や郡の保健衛生部局長に対するリーダーシップ研修をおこなっている Public Health Leadership Institute (PHLI) を訪問し、公衆衛生分野におけるリーダーシップの研修内容について調査した。

4. 国民にとって必要な地域保健サービスの量・質・内容の推計

地域保健におけるニーズやニーズアセスメントの概念を明確にすることを目的として、ヘルスプロモーション、コミュニティヘルス、ソーシャルマーケティングなどをキーワードとした海外の文献をレビューした。

(倫理面への配慮)

わが国および諸外国の公的機関（保健所、市区町村など）を対象とした調査研究であり、情報公開の視点からも倫理的な問題は少ないと考えられた。しかし実際の調査にあたっては、回答した内容がそのまま公表されないことを明記した上で、協力を依頼した。

C. 研究結果

1. わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査

アメリカで開発された Turock のパフォーマンス指標を用いて測定した結果、市町村のパフォーマンスは全体的に低く、政令市・特別区は高いこと、県型保健所は地域住民に関連するパフォーマンスが低いこと、地域保健行政組織の Core Function のうち、Policy Development 機能は一連のプロセスとして推進されていないこと、政令市・特別区、保健所は Assessment 機能の中でも健康危機管理に関する情報の収集・分析を独立した機能として認識していること、が示された。

2. 諸外国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査

わが国の保健所に相当する組織として、ドイツ連邦共和国では州の責任のもとで公衆衛

生事務所が設置されていた。また韓国では、市・道では保健環境研究院、市・郡・区では保健所が設置され、必要に応じて、複数の保健支所が邑・面・洞レベルに設置されていた。また両国ともに、保健衛生組織の専門職員に対する資格要件は法的に明記されていた。ドイツ連邦共和国の公衆衛生事務所は、健康危機管理、食品衛生、精神保健、保健医療サービスの質の保証などを所管しているが、従来州政府が所管していた予防接種、結核や他の集団検診、健康教育やカウンセリングなどが疾病保険の対象に含まれ、健康増進や予防が公衆衛生サービスから消えることによって、人々にとってより見えにくく規模の小さなものになっていた。韓国では、保健所は診療所の機能を持っていた。また両国ともに、サービスの質や効率を向上させるために、専門職員の competency、特にマネジメント、コミュニケーションスキル、リーダーシップなどが求められていた。

3. 地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析

保健所長のリーダーシップとしては、特にマネジメント能力が重視されており、PHLI の研修内容をみても、地域におけるパートナーシップの構築や交渉術、コミュニケーションなど、組織の内外における連絡調整能力を養成するものが多かった。リーダーシップの開発には、事例研究や臨地実習など受講生が能動的に考え、応用力を身につけるようなものが有効であることから、わが国の地域保健行政従事者の研修にこれらを積極的に取り入れていくとともに、事例の蓄積による事例集の作成やテキストの開発、PHLI で使用されているようなリーダーシップ開発のための新しいツールの導入などが求められる。

4. 国民にとって必要な地域保健サービスの量・質・内容の推計

healthに関連したニーズといった場合、そこには健康問題の定義が含まれるが、それは決して無色透明のものではなく、何らかの価値観を含んだものであるため、地域住民、保健医療従事者、政策決定者それぞれの価値観が反映されたニーズが存在する。またニーズアセスメントは、最終的に何らかの意思決定に関わるもの、つまり、意思決定をも含むプロセスとして認識されなければならない、捉えられたニーズと実際の事業計画・制度改革をつなげるロジカルなモデルが必要となる。

D. 考察

地域保健行政組織のパフォーマンスに関しては、今回の全国調査で得られたデータを再分析し、評価指標の信頼性及び敏感度等を検討し、わが国の地域保健行政組織のパフォーマンス評価指標の体系を構築する必要がある。また諸外国における地域保健行政組織のパフォーマンスに関する情報を収集し、わが国への適用可能性を検討する必要がある。

保健医療福祉サービスのニーズに関しては、ニーズとサービスとの適合（ニーズの種類と量、ニーズ間の優先順位、相互依存性）に関するモデルを構築する必要がある。モデルの構築にあたっては、保健医療福祉分野の実務者や研究者が考える「理論モデル」と、地域住民が考える「実質モデル」の両者を構築し、両者の乖離の要因を検討した上で、国民にとって必要な保健医療福祉サービスの量・質・内容を推計するためのモデルを作成する必要がある。

E. 結論

保健所や市町村などの地域保健行政組織のパフォーマンスの改善、保健所長のリーダーシップの向上のために、アメリカで開発されたツールを適用することは有効である。今後は、他の諸外国における取り組みのわが国への適用可能性を検討するとともに、わが国の制度、社会、文化の特性を考慮した独自のツ

ールを開発する必要がある。さらに健康関連ニーズの把握方法、及びパフォーマンスやリーダーシップの向上がニーズとその充足度に及ぼす影響に関する理論的・実証的研究を推進する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

武村真治, 林謙治. 欧米諸国の衛生行政組織. 公衆衛生. 2004; 68(1): 12-15.

林謙治. リーダーシップの養成 —英米の対比から—. 公衆衛生. 2004; 68(1): 31-34.

2. 学会発表

林謙治, 武村真治, 兵井伸行, 須藤紀子. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その1) —総論—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

須藤紀子, 兵井伸行, 武村真治, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その2) —アメリカの実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

武村真治, 須藤紀子, 兵井伸行, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その3) —イギリスの実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

兵井伸行, 武村真治, 須藤紀子, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その4) —韓国の実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査

分担研究者 武村 真治（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 主任研究官）

研究要旨

わが国の保健所及び市町村の組織体制と活動実績の評価的側面である「パフォーマンス」の実態を把握するために、全国の政令市・特別区、市町村、保健所を対象に調査を実施した。アメリカで開発された Turock のパフォーマンス指標を用いて測定した結果、市町村のパフォーマンスは全体的に低く、政令市・特別区は高いこと、県型保健所は地域住民に関連するパフォーマンスが低いこと、地域保健行政組織の Core Function のうち、Policy Development 機能は一連のプロセスとして推進されていないこと、政令市・特別区、保健所は Assessment 機能の中でも健康危機管理に関する情報の収集・分析を独立した機能として認識していること、が示された。

A. 研究目的

アメリカでは、地域保健行政組織や公衆衛生システムの効果的・効率的な運営のための方法論として、Performance Measurement（組織・システムとその活動実績の評価・管理）の考え方が導入されている。Performance Measurement におけるパフォーマンスは、組織、システム、活動実績それ自体ではなく、その評価的側面、つまり組織・システムの体制や活動が標準レベルをどの程度達成したかを評価したものであり、それが「改善」に結びつくと考えられている。

本研究は、わが国の地域保健行政の第一線組織である保健所及び市町村に関して、組織体制と活動実績の評価的側面である「パフォーマンス」の実態を把握し、パフォーマンスの改善のあり方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

調査対象は、全国の保健所を設置する 80 政令市・特別区（指定都市 13、中核市 34、地域保健法で定める市 10、特別区 23）（以下、政令市・特別区）、保健所を設置しない 3,124

市町村（以下、市町村）、都道府県が設置する 438 保健所（以下、県型保健所）、政令市・特別区が設置する 138 保健所（以下、都市型保健所）とした。

平成 16 年 1 月、市区町村の保健衛生主管部：課長、保健所長宛てに、郵送により自記式調査票を配布・回収した。回収数（回収率）は、政令市・特別区 69（86.3%）、市町村 1,619（51.8%）、県型保健所 336（76.7%）、都市型保健所 96（69.6%）であった。

調査項目は、①マンパワー（職員の資質向上のための方策など）、②情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究（健康関連情報の収集・把握、ホームページの開設、調査・分析・研究の実施、教育研究機関との連携など）、③健康危機管理（活動マニュアルの作成、業務体制の整備など）、④健康政策開発（優先順位・ターゲット集団の設定、保健事業の評価の実施など）、⑤健康日本 21 地方計画の策定・推進（計画の策定、委員会の設置など）、⑥関係機関・団体との連携（福祉、介護などの他の行政部門、都道府県、保健所、警察、消防、医師会、社会福祉協議会、教育委員会、

学校、患者会・家族会、ボランティア団体、住民団体、医療関連施設、福祉・介護関連施設など）、⑦Turockのパフォーマンスの20指標などであった。

Turockのパフォーマンスの20指標は、アメリカにおいて定義された、地域保健行政組織の機能(Core Function)であるAssessment、Policy Development、Assuranceの概念に基づいて作成された指標である。

(倫理面への配慮)

保健所、市区町村といった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少ないと考えられた。

C. 研究結果

9割以上の組織で職員の資質向上のための方策を企画・実施していたが、市町村では、都道府県や県型保健所の研修への派遣がほとんどで、国の研修への派遣、学会や学術研究会への参加、組織内での研修・勉強会は半数以下であった。

健康関連情報の収集・把握に関しては、人口学的特性、地域の保健医療資源、母子保健、死亡・傷病、組織の活動実績を9割以上の組織が収集・把握していた。しかし県型保健所は、住民のQOL(市町村50%、政令市・特別区65%、県型保健所31%、都市型保健所55%)（以下、()内に示した割合は同順とした）、住民の生活習慣(78%、84%、64%、79%)、住民の保健サービスへのニーズ(64%、78%、49%、74%)の割合が小さく、市町村は、環境衛生(26%、79%、63%、72%)、精神保健(66%、85%、90%、93%)、感染症(76%、99%、99%、100%)、健康危険情報(53%、85%、79%、84%)の割合が小さかった。

地域住民等への情報提供のために、ホームページの開設(61%、93%、78%、81%)、広報誌・新聞の発行(88%、65%、33%、58%)を実施していたが、わかりやすく、利用しやすい

形での情報提供は半数程度であった(33%、62%、42%、55%)。

平成14年度の調査・分析・研究の実施割合は市町村で小さかった(43%、77%、77%、74%)。また調査・分析・研究のための予算の確保(11%、27%、24%、21%)、時間の確保(12%、28%、30%、26%)は、いずれの組織も十分ではなかった。

調査・分析・研究における教育研究機関との連携に関しては、教育研究機関の調査研究への参加・協力(33%、56%、44%、53%)、教育研究機関の参加・協力の取得(39%、65%、49%、54%)ともに十分ではなかった。

調査研究結果の公表に関しては、雑誌への投稿は少なく(2%、15%、10%、16%)、市町村は、学会・研究会での発表が少なく(19%、58%、67%、63%)、広報等による住民への公表が多かった(52%、35%、20%、31%)。

市町村以外のほとんどの組織は健康危機発生時の活動マニュアルを作成していた(29%、93%、91%、93%)が、その内容は感染症・食中毒の集団発生がほとんどで、それ以外の内容は十分に整備されていなかった。

健康危機発生時の業務体制に関しては、市町村以外の多くの組織は、被害状況に応じた職員の24時間勤務体制(25%、64%、62%、74%)、情報の一元的な集約体制(37%、93%、84%、91%)、被災住民に対する保健活動・衛生活動の実施体制(28%、76%、67%、73%)を整備していたが、PTSDなどのメンタルヘルス対策の実施体制は半数以下であった(5%、48%、39%、43%)。

健康問題、健康課題、その解決のための事業の優先順位を設定している組織は4~6割(43%、40%、55%、43%)、保健事業の半分以上でターゲット集団を設定している組織は6~8割(62%、78%、74%、77%)であった。

保健事業の評価の実施に関しては、開催場所・開催日時・受診率などの保健事業へのアクセス(81%、78%、71%、81%)、保健事業の質(77%、81%、73%、84%)は多かったが、それと比較すると、保健事業の効果(55%、63%、

48%、63%)、保健事業に対する住民の満足度(51%、60%、45%、61%)は少なかった。

健康日本21地方計画は82%の政令市・特別区で策定されていたが、市町村では策定済みが32%、策定予定が43%であった。また57%の県型保健所は策定予定がなかった。策定・推進・評価委員会は85%の政令市・特別区で設置されていたが、40%の市町村は設置予定がなかった。

関係機関・団体との連携に関しては、保健医療福祉以外の行政部門、ハローワーク、NGO団体、マスメディア、一般企業と連携した組織は少なかった。また市町村は全般的に関係機関・団体と連携した割合が小さく、県型保健所は住民団体と連携した割合が小さかった。

Turockのパフォーマンスの20指標に関しては、Assessmentでは、地域住民の健康・ニーズを系統的に把握するシステムの構築(32%、51%、29%、51%)、生活習慣を把握するための住民調査の実施(61%、88%、54%、78%)、健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施(12%、88%、84%、84%)、衛生検査サービスを必要時にいつでも利用できる可能性(16%、91%、77%、88%)、地域住民の健康・ニーズの影響要因、地域の保健医療資源の充足度などの分析(13%、27%、25%、30%)、保健事業の年齢階級別の利用状況の分析(61%、63%、33%、64%)、Policy Developmentでは、関係機関・団体、メディア、地域住民とのネットワークの構築(31%、61%、57%、63%)、施策の健康影響に関する議員への情報提供や説明の実施(25%、66%、22%、49%)、地域住民の健康・ニーズのデータを用いた健康課題の優先順位の設定(47%、66%、47%、62%)、健康課題の優先順位に基づいた新規事業や新たな取り組みの実施(63%、70%、66%、71%)、関係機関・団体、地域住民の参加による地域保健計画の策定(46%、72%、63%、61%)、地域保健計画に基づいた予算計画やマンパワー計画の策定(34%、60%、27%、49%)、Assuranceでは、

健康課題の解決に取り組むために必要な予算やマンパワーの確保(51%、67%、41%、57%)、組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施(32%、64%、46%、61%)、適切なサービスの提供や関係機関・団体への橋渡しの効果的な実施(37%、58%、45%、62%)、保健事業が地域住民の健康に及ぼす効果に関する定期的な評価の実施(21%、40%、24%、40%)、保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施(16%、52%、23%、48%)、地域住民への定期的な情報提供の実施(56%、73%、43%、69%)、マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施(25%、55%、33%、53%)、当初計画されていた事業やサービスを実施できなくなった経験(15%、13%、7%、9%)、をそれぞれ「している」または「した」と評価していた。

Turockのパフォーマンスの20指標を用いて探索的因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行った結果、抽出された因子数は、市町村で4、政令市・特別区で7、県型保健所で5、都市型保健所で6であった。

D. 考察

Turockのパフォーマンスの20指標の因子構造に関しては、Policy Developmentの6指標は「計画策定プロセス」と「優先順位の設定と取り組みのプロセス」の2つの因子で構成されていた。これは、策定された計画と実施される事業や取り組みがうまく結びついていない状況にあることを示唆している。この2つの因子を一連の政策過程として推進しなければ、Policy Development全体のパフォーマンスの改善は困難であると考えられる。

この2つの因子はPolicy Developmentの指標である「関係機関・団体、メディア、地域住民とのネットワークの構築」、「施策の健康影響に関する議員への情報提供や説明の実施」にほとんど影響していなかった。これは、計画策定と事業実施が、関係者とあまり連携することなく行われていることを示唆してい

る。地域の関係者とのネットワークやコミュニケーションは効果的な健康政策の開発に不可欠であることを十分に認識する必要がある。

Assessment の 6 指標は、市町村では単一の因子で構成されていたが、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所では複数の因子で構成され、特に「健康危機管理」が独立した因子として抽出された。これは、保健所や保健所を設置する自治体は、地域における健康危機管理の拠点として、Assessment 機能の中でも健康危機管理に関する情報の収集・分析を独立した機能として認識していることを示唆している。

Assurance の 8 指標は、市町村、県型保健所では 1 つの因子、政令市・特別区では 2 つの因子で構成されていたが、都市型保健所では Assurance を表す因子自体が抽出されなかった。これは、組織体制や所掌事務などの違いによって Assurance に対する認識が異なったためと考えられるが、今後のさらなる分析が必要である。

E. 結論

わが国の保健所及び市町村の組織体制と活動実績の評価的側面である「パフォーマンス」の実態を把握するために、全国の政令市・特別区、市町村、保健所を対象に調査を実施した。アメリカで開発された Turock のパフォーマンス指標を用いて測定した結果、市町村のパフォーマンスは全体的に低く、政令市・特別区は高いこと、県型保健所は地域住民に関連するパフォーマンスが低いこと、地域保健行政組織の Core Function のうち、Policy Development 機能は一連のプロセスとして推進されていないこと、政令市・特別区、保健所は Assessment 機能の中でも健康危機管理に関する情報の収集・分析を独立した機能として認識していること、が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

武村真治, 林謙治. 欧米諸国の衛生行政組織. 公衆衛生. 2004; 68(1): 12-15.

2. 学会発表

林謙治, 武村真治, 兵井伸行, 須藤紀子. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その1) —総論—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

須藤紀子, 兵井伸行, 武村真治, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その2) —アメリカの実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 416

武村真治, 須藤紀子, 兵井伸行, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その3) —イギリスの実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

兵井伸行, 武村真治, 須藤紀子, 林謙治. 諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究(その4) —韓国の実態—. 第62回日本公衆衛生学会総会, 京都. 2003年10月; 417

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料1) アメリカの地域保健行政組織の Performance Measurement

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部
主任研究官 武村真治

1. はじめに

行財政改革、地方分権、規制緩和などの推進により、保健所や市町村などの地域保健行政組織の構造（組織体系、マンパワーなど）と機能のあり方が模索されている。地域保健システムの構築に不可欠であるこれらの組織を効果的かつ効率的に運営していくためには、組織及びその活動を評価、管理、そして「改善」するための方法論を開発する必要がある。しかし現状では、保健所や市町村などの地域保健行政組織及びその活動の評価・管理手法について十分に検討されていない。

一方、諸外国、特にアメリカでは、行政組織を含む、公衆衛生関連組織とその活動実績の評価・管理、つまり「Performance Measurement」に関して、理論的枠組みや様々な測定ツールが開発されている。Performance Measurementとは「組織またはシステム、及びその活動実績の評価・管理」と定義され、主に、組織の質の側面である structure（構造）→process（活動のプロセス、実績）→outcome（結果）のうちの前二者に相当する。具体的には、地域保健の推進に必要な組織のインフラ（組織の構造、マンパワー、設備など）、そのインフラの制約の下での組織の活動実績などである。

本稿では、アメリカ合衆国における地域保健行政組織の Performance Measurement に関して、その基本的な考え方、歴史的な経緯、実際に利用されているツールなどに関する文献レビューを行い、わが国への適応可能性を検討した。

本稿で用いた主な資料は、以下のとおりであった。

- ・ Scutchfield FD, Kech CW, eds. Principles of public health practice, second edition. Delmar Learning, New York, 2003.
- ・ Healthy People 2010
- ・ Planned Approach to Community Health: Guide for the local coordinator.
- ・ The guide to implementing model standards. APHA.
- ・ A strategic approach to community health improvement, MAPP (Mobilizing for Action through Planning and Partnerships) field guide. NACCHO
- ・ 1999 Local Health Department Infrastructure Survey. NACCHO
- ・ National Public Health Performance Standards Program

2. アメリカの地域保健行政組織の概要

アメリカは、合衆国憲法のもとで、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦制度がとられている。アメリカの自治体の階層は「連邦政府—50の州政府—地方自治体」である。州政府の自治権は大きく、連邦政府と州政府はそれぞれ異なる権限をもつ。地方自治体には、City（市）、County（郡）、townshipなどの形態があり、それぞれにある程度の自治権が認められる地方分権型の自治体である。

連邦政府において衛生行政を司る省庁はDHHS（Department of Health and Human Services）である。衛生行政に関する権限の多くは州政府がもっているため、DHHSの業務は、移民の健康

診査、州間で売買される薬物の規制、特別な疫学調査、国の厚生統計の編纂などに限定されている。また DHHS は州政府に対して、補助金の交付（感染症対策、環境衛生、母子保健、マンパワーの養成、施設建設、貧困者の医療サービスなど）や、CDC などの agency による技術支援などを実施している。特に補助金は州政府の健康政策の方向性に大きな影響を与えている。

州政府には、州保健部局（State Health Department）が設置されている。州によって組織の名称や業務は異なるが、典型的な組織体系としては、部局長（State Health Director）を筆頭に、管理（保健計画など）、感染症、生活習慣病、厚生統計、環境衛生、健康教育・ヘルスプロモーション、母子保健、精神保健、産業保健、歯科保健、衛生検査、公衆衛生看護、医療監視などの部門が設置されている。

地方自治体レベルには、地方保健部局（Local Health Department : LHD）が設置されており、これがアメリカにおける衛生行政の第一線組織に位置づけられる。ただし設置主体、管轄地域は州によって異なり、以下のような類型がある。

①設置主体

- ・ 州政府が設置（11 州）
- ・ 州政府と地方自治体が共同で設置・管理（7 州）
- ・ 地方自治体が設置（16 州）
- ・ 人口規模の大きい自治体は地方自治体、小さい自治体は州政府が設置（16 州）

②管轄地域（LHD の類型）

- ・ County …単独の County を管轄。County 内の City が独立している場合もある。
- ・ City …単独の City を管轄。地方自治体としての City の行政区域と一致する。
- ・ City-county …City とその周辺の County を管轄。
- ・ Township …強い home-rule や town-meeting political system をもつ州の LHD。
- ・ Multi-county …複数の County を管轄。

LHD の典型的な組織体系として、部局長を筆頭に、公衆衛生看護、薬物乱用、環境衛生、精神保健などの部門が設置されている。主な業務は、予防接種、学校保健、感染症対策（感染症の届出の受理、感染症・食中毒の集団発生への対応）、環境衛生、食品衛生、精神保健、地域保健計画の策定などである。

3. アメリカの地域保健行政組織が果たすべき機能

(1) Core Function of Public Health Agency

1988 年、国立科学アカデミーが、地域保健行政組織の中核となる機能（Core Function）を、①Assessment、②Policy Development、③Assurance、と定義した（Institute of Medicine, National Academy of Sciences. The future of public health, 1988）。

Assessment には、地域のニーズアセスメント、地域における健康関連事象の発生動向調査、同定された健康ニーズの決定因子・影響要因の分析などが含まれる。Policy Development には、公衆衛生に関する唱道、支持者層の構築、利用可能な資源の同定、ニーズの優先順位の設定、それに取り組むための計画と政策の開発などが含まれる。Assurance には、資源管理、組織構

造の開発、プログラムの実施、プログラムの評価と質の保証、公衆への情報提供と教育などが含まれる。

(2) Essential Public Health Service

1995年、DHHSのワーキンググループは、上述のCore Functionを具体化し、10のEssential Public Health Serviceを提唱した(Core Public Health Functions Steering Committee, Public Health in America, 1995)。現在では、これに基づいてPerformance Measurementの枠組みが設定されている。具体的には、以下の10のサービスである。

- ①Monitor health status to identify community health problems
(地域の健康問題を把握するために地域住民の健康状態をモニターする)
- ②Diagnose and investigate health problems and health hazards in the community
(地域における健康問題や危険因子を診断・調査する)
- ③Inform, educate and empower people about health issues
(健康問題に関して地域住民に情報提供や教育を実施し、地域住民の能力を向上させる)
- ④Mobilize community partnerships to identify and solve health problems
(健康問題の把握と解決のために地域の関係組織との連携を強化する)
- ⑤Develop policies and plans that support individual and community health efforts
(個人や地域の健康に対する取り組みを支援する健康政策と保健計画を開発する)
- ⑥Enforce laws and regulations that protect health and ensure safety
(健康の保持、安全の保証のための法律・条例を制定する)
- ⑦Link people to needed personal health services and assure the provision of health care when otherwise unavailable
(地域住民と必要な個別保健サービスを結びつける。またサービスが利用できない住民に対してはそのサービスの提供を保証する)
- ⑧Assure a competent public health and personal health care workforce
(公衆衛生・個別保健サービスの従事者のマンパワーや資質を保証する)
- ⑨Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of personal and population-based health services
(個人・地域を対象とした保健サービスの効果、アクセス、質を評価する)
- ⑩Research for new insights and innovative solutions to health problems
(健康問題に関する新たな知見と革新的な解決策を得るために調査研究を実施する)

4. アメリカの地域保健行政組織のインフラ整備

アメリカの国レベルの保健計画である「Healthy People 2010」では、地域保健行政組織のインフラ整備に関する目標群（Public Health Infrastructure Objectives）が設定されている。Healthy People 2010の中で、領域番号23として設定され、大目標は「連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局（Health Department）がEssential Public Health Serviceを効果的に提供できるようなインフラを整備する」であり、以下に示す具体的な個別目標が設定されている。

(1) データ・情報システムについて

(23-1) Public health employee access to the internet

…州政府、地方自治体の保健部局の中で、職員の少なくとも75%がインターネットや電子メールにアクセスできる保健部局、データや情報を公衆衛生活動に活用するためのインターネットや他の電子情報システムの利用方法を職員に教育している保健部局の割合を増加させる。

(23-2) Public access to information and surveillance data

…連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局の中で、Leading Health Indicator、Health Status Indicator、Priority Data Needsの過去数年間のデータが公に利用可能な状況にある保健部局の割合を増加させる。

(注1) Leading Health Indicator…個人の行動、社会的・物理的環境、地域保健プログラムなど、健康に影響を与えると考えられる10の影響因子

(注2) Health Status Indicator…乳児死亡率、特定の疾患の死亡率、特定の感染症の発生率、妊娠・出生に関する指標、子供の貧困、大気汚染など、18の健康指標

(注3) Priority Data Needs…特定の慢性疾患の指標、医療サービスへのアクセス、環境衛生、リスクファクターとなる生活習慣など、Health Status Indicatorに含まれない16の指標

(23-3) Use of geocoding in health data systems

…連邦政府、州政府、地方自治体の健康情報システムの中で、GISの全国的な利用を可能にする地理情報（住所地、緯度・経度）が入力された健康情報システムの割合を増加させる（ベースライン：45%、目標値：90%）。

(23-4) Data for all population groups

…ターゲット集団（ホームレス、施設入所者、低所得者など）を対象としたHealthy People 2010の目標の中で、その集団（の人数）を確認できる全国データをもつ目標の割合を増加させる（ベースライン：11%、目標値：100%）。

(23-5) Data for Leading Health Indicators, Health Status Indicators, Priority Data Needs at Tribal, State, and local level

…Leading Health Indicator、Health Status Indicator、Priority Data Needsの指標の中で、州政府・地方自治体レベルで、特にターゲット集団に関して把握できる指標の割合を増加させる。

(23-6) National tracking of Healthy People 2010 objectives

…Healthy People 2010の目標値の中で、全国レベルで継続的にモニタリングできる目標値の割合を増加させる（ベースライン：82%が3年ごと、目標値：100%）。

(23-7) Timely release of data on objectives

…Healthy People 2010 の目標値の中で、データ収集後1年以内に全国データが公表される目標値の割合を増加させる（ベースライン：36%、目標値：100%）。

(2) マンパワーについて

(23-8) Competencies for public health worker

…連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service の実践に必要な能力（資格要件など）を職員体系（職員の採用、配置など）に組み込んでいる保健部局の割合を増加させる。

(23-9) Training in essential public health services

…公衆衛生従事者を養成する学校の中で、Essential Public Health Service の実践に必要な能力を向上させるための特定の科目をカリキュラムに組み込んでいる学校の割合を増加させる。

(23-10) Continuing education and training by public health agency

…連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service の実践に必要な能力を向上させるための継続的な研修を職員に提供している保健部局の割合を増加させる。

(3) 地域保健行政組織について

(23-11) Performance standards for essential public health services

…州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service の実践のための national performance standards (NPHSP：後述) を満たす保健部局の割合を増加させる。

(23-12) Health improvement plans

…州政府、地方自治体の中で、地域保健計画を策定している州、州計画とリンクした地域保健計画を策定している地方自治体の割合を増加させる（ベースライン：州78%、地方自治体32%、目標値：州100%、地方自治体80%）。

(23-13) Access to public health laboratory services

…州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service の実践を支援する包括的な衛生検査サービスを実施している、またはその利用を保証している保健部局の割合を増加させる。

(23-14) Access to epidemiology services

…州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service の実践を支援する包括的な疫学調査サービスを実施している、またはその利用を保証している保健部局の割合を増加させる。

(23-15) Model statutes related to essential public health services

…連邦政府、州政府、地方自治体の中で、Essential Public Health Service の実践を保証する法律、条例の見直しや改正を実施している割合を増加させる。

(4) 資源について

(23-16) Data on public health expenditures

…連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局の中で、Essential Public Health Service別に分類された衛生費の正確なデータを収集している保健部局の割合を増加させる。

(5) 調査研究について

(23-17) Population-based prevention research

…連邦政府、州政府、地方自治体の保健部局の中で、地域を対象とした予防プログラムに関する調査研究を実施または共同実施している保健部局の割合を増加させる。

(6) 他の領域で関連する目標

(質の高い保健サービスへのアクセス)

(1-7) 保健医療サービス提供者の Core Competency の向上のための研修の実施

(1-8) 保健医療専門職の人種間の公平性の確保

(障害者対策)

(6-1) 各種統計における障害者の定義の標準化

(6-13) 障害者のサーベイランスとヘルスプロモーションプログラムの実施

(地域ベースの健康教育プログラム)

(7-10) ヘルスプロモーションプログラムの実施

(7-11) ターゲット集団の文化や言語に適したヘルスプロモーションプログラムの実施

(環境衛生)

(8-26) 環境衛生に活用できる情報システムの構築

(ヘルスコミュニケーション)

(11-1) インターネットにアクセスできる世帯の増加

(11-3) コミュニケーションプログラムに関する調査研究と評価の実施

(11-4) インターネットにおける健康情報源の質の保証

(11-5) Centers of excellence の設立

(医療機器の安全)

(17-2) 情報システムのリンク・自動化の推進

(口腔保健)

(21-16) 口腔保健に関する州レベルのサーベイランスシステムの構築

5. アメリカの地域保健計画の策定ツール

アメリカでも、州・地方自治体レベルの地域保健計画の策定・推進に力を入れており、計画策定のための様々なツールが開発されている。地域保健計画は、関係機関や住民の参加を基本とした社会計画であるが、中心となるのはやはり州政府、地方自治体の保健部局である。したがって地域保健計画の中には、保健部局の活動計画や Performance Measurement が含まれることになる。ここでは、地域保健計画策定のために開発された様々なツールを紹介し、地域保健計画における Performance Measurement の位置づけを概観する。

(1) PATCH (Planned Approach to Community Health)

PATCH は、1985 年、CDC によって、Healthy People 2000 の州計画の策定ツールとして開発された。PATCH を利用した計画策定は、州政府・地方自治体の保健部局が中心となり、CDC がサポートするという体制で行われる。

PATCH のコンセプトは、以下のとおりである。

- ・計画策定のプロセス・意思決定に、関係組織や地域住民が幅広く積極的に参加する。
- ・優先順位の設定、プログラムの開発・評価を推進するために積極的にデータを活用する。
- ・健康問題や地域の利用可能な資源の影響要因を分析し、包括的なヘルスプロモーション戦略を開発する。
- ・プログラムの改善とフィードバックに力点を置いた評価を実施する。
- ・地域の利用可能な資源を開発し、関係組織や地域住民の能力を向上させる。

PATCH は、以下の 5 段階で構成される計画策定プロセスである。

- ・フェーズ 1…Mobilizing the Community (地域の現状分析、関係組織・地域住民の参加の促進、関係組織との連携、参加者の知識・技術の向上、計画策定委員会・ワーキンググループの設置)
- ・フェーズ 2…Collecting and Organizing Data (様々な情報源からの量的・質的な健康関連データの収集と分析、参加者間での分析結果の共有)
- ・フェーズ 3…Choosing Health Priorities (健康問題の同定とその要因分析、ターゲット集団の選定、目標設定)
- ・フェーズ 4…Developing a Comprehensive Intervention Plan (ターゲット集団の参加の促進、地域の利用可能な資源や既存の政策・プログラムの整理、各種保健活動の計画策定・実施・評価・成果の公表、ボランティアの育成)
- ・フェーズ 5…Evaluating PATCH (進捗状況のモニタリング、保健活動のプロセス・インパクト評価)

(2) APEXPH (Assessment Protocol for Excellence in Public Health)

APEXPH は、1991 年、NACCHO (National Association of County and City Health Officials : 地方保健部局連合会) と CDC によって共同開発された、地方自治体レベルの地域保健計画の策定ツールである。APEXPH のねらいは、LHD の組織管理 (長所・短所・潜在能力の評価と改善計

画の策定)、包括的な地域アセスメント、関係組織・地域住民の参加の促進と連携システムの構築、地域におけるLHDのリーダーシップの確立などで、主にLHDの活動の評価・管理・改善に焦点が当てられている。APEXPHの利用に際しては、LHDを中心とした関係組織との共同で利用すること、自発的・継続的に利用すること、が推奨されている。

APEXPHは、以下の3つのパートで構成される計画策定プロセスである。

・パート1. Organizational Capacity Assessment

→LHDの組織の能力(組織の権限、関係組織との連携、地域アセスメント、政策開発、公衆衛生サービスの質の保証、財務管理、人材管理、プログラム管理)を、LHDの局長とスタッフで構成されるチームによって自己評価する段階である。この段階はさらに、①パート1の実施の準備、②組織の現状・改善すべき問題点の重要度のアセスメント、③組織の長所・短所の同定、④長所の分析・報告、⑤短所の分析、⑥改善すべき問題点の優先順位の設定、⑦組織行動計画の策定、⑧評価プロセスの制度化、に細分化される。

・パート2. Community Process

→地域アセスメントと地域保健計画策定の段階である。この段階はさらに、①パート2の実施の準備、②健康関連データの収集・分析、③計画策定委員会の設置、④健康問題の同定、⑤健康問題の優先順位の設定、⑥健康問題の分析、⑦地域の利用可能な資源の同定、⑧計画策定、に細分化される。

・パート3. Completing the Cycle

→パート1のLHDの組織行動計画とパート2の地域保健計画を効果的に実践・評価する段階である。この段階はさらに、①政策開発、②計画の実践の保証、③公衆衛生サービスの保証、④モニタリングと評価、に細分化される。

(3) Healthy Communities 2000: Model Standards

Healthy Communities 2000: Model Standardsは、1991年、APHA(American Public Health Association:アメリカ公衆衛生協会)によって提唱された、Healthy People 2000の州レベル、地方自治体レベルの地方計画策定の「モデル」である。ただし、これはあくまで「モデル」であり、具体的な策定にはAPEXPHやPATCHを利用することが推奨されている。したがってAPEXPH、PATCHは、Model Standardsを実践するためのツールとして位置づけられている。

Healthy Communitiesのコンセプトは以下のとおりである。

- ・outcome指標に基づいた計画策定
- ・関係組織(公私を問わず)、地域住民などの地域全体の構成員の参加
- ・保健部局のリーダーシップの発揮
- ・地域住民の保健サービスへのアクセスの保証
- ・プログラムの計画→実施→評価
- ・地域のニーズ、優先順位、資源に応じた柔軟な政策
- ・州政府・連邦政府・地方自治体・関係組織との連携

Model Standardsは、Healthy Communitiesに向けた、以下の11段階による計画策定・推進・評価のプロセスであり、それぞれの段階で利用可能なツールを提示している。

- ・保健部局の役割・目標の明確化（APEXPH のイントロダクション）
- ・保健部局の潜在能力（組織の構造、スタッフの能力など）の評価（APEXPH のパート1）
- ・保健部局の組織改善計画（長所の拡大、短所の克服など）の策定（APEXPH のパート1）
- ・地域の関係組織の組織内構造や組織間関係の評価（APEXPH、PATCH）
- ・健康政策の支持者層の構築、関係組織との連携による地域づくり（APEXPH、PATCH）
- ・ニーズ、利用可能な資源の評価（APEXPH、PATCH）
- ・優先順位の設定（APEXPH、PATCH）
- ・優先順位、Healthy People の目標にそった outcome、process の目標設定（APEXPH、PATCH）
- ・目標達成のための行動戦略の開発（APEXPH、PATCH）
- ・各種行動戦略の策定と実施（APEXPH、PATCH）
- ・モニタリングと評価（APEXPH、PATCH）

（4）MAPP (Mobilizing for Action through Planning and Partnerships)

MAPP は、NACCHO と CDC の共同で、1996 年から開発が始まり、2001 年に発表された。これは PATCH、APEXPH の発展形として開発された地域保健計画の策定ツールである。PATCH と APEXPH では、主に州政府、地方自治体の保健部局に焦点を当てた「行政計画」としての性質が強かったが、MAPP では、保健部局だけでなく地域全体を含めた「社会計画」の策定と、関係組織・地域住民の参加を強調している。

MAPP は、A～F の6つのパートで構成される計画策定プロセスである。その中でも最も強調されるのが、「4 MAPP Assessments」である。

A. Organize for Success/Partnership Development…MAPP の準備段階

- ・ Step 1. MAPP 実施の必要性の理解の促進
- ・ Step 2. 関係組織・地域住民の参加の促進、委員会の設置
- ・ Step 3. 計画策定作業の計画
- ・ Step 4. 計画策定・参加に要する資源（時間、場所、費用）の評価
- ・ Step 5. MAPP の実施可能性の評価
- ・ Step 6. MAPP の進行管理（タイムスケジュール、会議の開催など）

B. Visioning…未来像の設定（10年後の地域はどうあるべきか）

- ・ Step 1. 地域で設定されている他の未来像の把握と MAPP による未来像との関連づけ
- ・ Step 2. 未来像の設定作業の計画、ファシリテーターの設定（地域住民の代表、地域のキーパーソンによるブレインストーミング、ディスカッション）
- ・ Step 3. 未来像の設定作業の実施
- ・ Step 4. 未来像の設定、声明文の作成
- ・ Step 5. MAPP のプロセスを通じた未来像の維持（会議における声明文の読み上げなど）

C. 4 MAPP Assessments

○Part 1. Community Themes & Strengths Assessment

…地域にとって何が重要なのか、地域においてQOLはどのように認識されているのか、地域の健康を改善するためにどのような資源が利用できるのか

- ・ Step 1. Community Themes & Strengths Assessment の準備（委員会の設置など）
- ・ Step 2. 情報収集活動（地域住民とのミーティング、地域住民との対話集会、フォーカスグループ、街頭調査、個別インタビュー、調査など）の実施
- ・ Step 3. 収集された情報のまとめ（健康問題、公衆衛生活動のアイデア等の一覧作成）
- ・ Step 4. MAPP プロセスにおける継続的な住民参加とエンパワーメント

○Part 2. Local Public Health System Assessment

…地域の公衆衛生システムにはどんな活動や潜在能力があるか、Essential Public Health Service はどのように提供されているか

- ・ Step 1. Local Public Health System Assessment の準備（委員会の設置など）
- ・ Step 2. Essential Public Health Service を提供している地域の関係組織とその貢献度の同定
- ・ Step 3. Performance measurement instrument (NPHPSP: 後述) による評価
- ・ Step 4. 評価結果に基づく、システム改善のために取り組むべき事項のリストの同定

○Part 3. Community Health Status Assessment

…地域住民の健康水準はどの程度か

- ・ Step 1. Community Health Status Assessment の準備（委員会の設置など）
- ・ Step 2. 重要指標（人口学的特性、社会経済的特性、利用可能な資源、QOL、リスクファクターとなる生活習慣、環境衛生の指標、精神保健、母子保健、死亡・疾患・事故、感染症、sentinel events）のデータ収集（経時的データ、他の地域のデータなど）
- ・ Step 3. 地域特性に応じた健康指標の同定とそのデータの収集（重要指標以外で地域にとって必要なデータの収集）
- ・ Step 4. データの分析（管轄地域のプロフィール（Community Health Profile）の作成（図表、グラフなど）、プロフィールの公表）
- ・ Step 5. 重要指標のモニタリングシステムの確立
- ・ Step 6. 重要指標に基づく健康水準の改善のために取り組むべき事項のリスト（10～15の健康問題）の同定

○Part 4. Forces of Change Assessment

…私たちの健康や地域の公衆衛生システムに影響するどのような出来事が起こっているのか、その発生による影響はどのようなものか

- ・ Step 1. Forces of Change Assessment の準備（州政府・連邦政府の法律の変化、急速な技術革新、保健医療組織の構造転換（病院の閉鎖など）、経済情勢、家族構成や性役割の変化、移民の状況、人種構成の変化、都市化、自然災害などの影響要因が想定される）
- ・ Step 2. 影響要因を同定するためのブレインストーミングの実施（影響要因の一覧の作成など）
- ・ Step 3. 各影響要因が地域の健康水準や公衆衛生システムに及ぼす潜在的影響力の同定