

D. Identify Strategic Issues

- ・ Step 1. 健康問題に関するブレインストーミング
- ・ Step 2. 各健康問題に取り組む必要性に関する理解の促進
- ・ Step 3. 各健康問題に取り組まなかった場合の結果の予測
- ・ Step 4. 重複または関連する健康問題の整理（12以下の健康問題に絞る）
- ・ Step 5. 健康問題の優先順位の設定

E. Formulate Goals and Strategies

- ・ Step 1. 未来像と健康問題に関連づけられた目標の設定（未来像と健康問題との乖離に注意すること）
- ・ Step 2. 目標達成のための行動戦略案（複数）の作成（ブレインストーミングの実施）
- ・ Step 3. 各行動戦略の障害となる要因の同定（ブレインストーミングの実施）
- ・ Step 4. 各行動戦略の具体案の作成（次段階の Action Cycle の基礎となる）
- ・ Step 5. 行動戦略の選択と採用（最善の行動戦略の同定）
- ・ Step 6. 採用された行動戦略の計画書の作成

F. Action (Plan→Implement→Evaluate→Plan…)

- ・ Step 1. 事業の体系化（事業の実施・評価のための委員会の設置など）
- ・ Step 2. 事業の目標設定と責任の明確化（測定可能な目標値の設定など）
- ・ Step 3. 事業計画の作成（具体的な活動、実施期間、必要な資源など）
- ・ Step 4. 地域の関係組織との連携の可能性の検討
- ・ Step 5. 事業の実施とモニタリング
- ・ Step 6. 事業評価の準備
- ・ Step 7. 事業評価のデザイン設定（チームの編成、評価方法・結果の公表方法など）
- ・ Step 8. データ、エビデンスの収集、評価結果報告書の作成
- ・ Step 9. 課題の共有、成果の公表（成功したら祝福することが大切である）

6. アメリカの地域保健行政組織の Performance Measurement

(1) Performance Measurement の経緯

Performance Measurement は「組織またはシステムの評価・管理、及びその活動実績の評価・管理」であるが、この言葉が法律上明確に位置づけられたのは1993年の Government Performance and Results Act である。この法律によって、州政府・地方自治体は、連邦政府の補助金の交付を受けて実施する行政プログラムに関して、Performance Measurement を実施することが義務づけられた。つまり、Performance Measurement を実施しなければ、連邦政府からの補助金が交付されないということである。またこれをうけて DHHS は、州政府の公衆衛生、薬物濫用、精神保健プログラムに対する補助金に Performance Measurement を義務づけた（Performance Partnership Grants）。

地域保健行政の Performance Measurement は、言葉自体は明記されていないものの、上述した地域保健計画の策定ツールの中に位置づけられていた。しかしこの法律をうけて、地域保健計画の一部としての位置づけではなく、Performance Measurement それ自体を目的としたツールを開発する必要に迫られた。

(2) TurockによるLocal Public Health Performanceの20の指標

Turockは、1988年に提示された地域保健行政組織のCore Function (Assessment、Policy Development、Assurance)に基づいて、保健部局(主にLHD)のPerformance Measurementの指標を作成した(Turock BJ. Public Health: What it is and how it works. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, 1997)。それは以下のとおりである。

(Assessment)

- ・地域住民の健康状態やニーズのデータを系統的に把握するシステムを構築しているか。
- ・過去3年間、喫煙、飲酒、運動、睡眠、健診受診などの生活習慣を把握するための住民調査を実施したか。
- ・健康危機(感染症の集団発生など)の発生動向調査を、適時、継続的に実施しているか。
- ・健康危機の発生動向調査や定期的な衛生検査に必要な衛生検査サービスをいつでも利用できるか。
- ・地域住民の健康状態やニーズに影響を与える要因、地域の保健医療資源(医療機関や福祉施設など)の充足度、事業効果が最も高い人口集団などに関する分析を完了しているか。
- ・過去3年間、保健事業(健診、健康教育など)の年齢階級別の利用状況を分析したか。

(Policy Development)

- ・関係機関・団体、メディア、地域住民との連携やコミュニケーションを推進するためのネットワークを構築しているか。
- ・これまで、国、都道府県、市町村の議会の議員に対して、施策が地域住民の健康に与える影響について、正式に情報提供や説明をしたことがあるか。
- ・地域住民の健康状態やニーズのデータを用いて、健康課題の優先順位を設定しているか。
- ・過去3年間、健康課題の優先順位に基づいて、新規事業や新たな取り組みを実施したか。
- ・関係機関・団体や地域住民の参加による地域保健計画を策定しているか。
- ・過去3年間、地域保健計画に基づいて、予算計画やマンパワー計画を策定したか。

(Assurance)

- ・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を確保しているか。
- ・過去3年間、組織体制や組織の活動実績に関する自己評価を実施したか。
- ・各年齢階級に特有のニーズに対して、適切なサービスの提供、あるいは適切なサービスを提供する関係機関・団体への橋渡しを効果的に実施しているか。
- ・保健事業が地域住民の健康水準に及ぼす効果を定期的に評価しているか。
- ・過去3年間、事業のモニタリングや予算・マンパワーの見直しのために、事業のプロセス評価やアウトカム評価を実施したか。
- ・地域住民の健康水準・ニーズ・健康課題や、健康的な生活習慣などに関する情報を、地域住民に定期的に提供しているか。
- ・これまで、マスメディアに対して、定期的な広報や情報提供を実施したか。
- ・過去3年間、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ことがあるか。

(3) NPHPSP (National Public Health Performance Standards Program)

①NPHPSP の概要

NPHPSP は、CDC が主体となり、APHA、NACCHO、ASTHO (Association of State and Territorial Health Officials: 州保健部局連合会)、NALBOH (National Association of Local Board of Health: 地方保健委員会連合会) の協力・提携のもとで、1998 年から開発がはじまり、2002 年 6 月に発表された、Performance Measurement のツールである。

NPHPSP は、APEXPH のパート 1 (Organizational Capacity Assessment) の発展形である。権限、役割、管轄地域などの違いを考慮した Performance Measurement に対応するために、State Public Health System (州レベル)、Local Public Health System (地方自治体レベル)、Local Governance (地方自治体レベルの管理機関) の 3 種類が開発されている。

地域保健計画策定との関連で、CDC は MAPP と NPHPSP の併用を推奨している。上述したように、NPHPSP は MAPP のプロセスの「4 MAPP Assessments」で利用されるツールとして位置づけられている。

NPHPSP の目的は、以下のとおりである。

- ・公衆衛生システムのパフォーマンスの「標準モデル (Standard)」を提示する。
- ・公衆衛生システムの構造 (structure) とプロセス (process) のデータを系統的に収集・分析する。
- ・公衆衛生システムのパフォーマンスの質を改善する。
- ・公衆衛生システムにおける保健活動の科学的基盤を強化する。

②NPHPSP のコンセプト

NPHPSP の開発にあたってのコンセプトとして、第一に、「Essential Public Health Service に基づいたツールを設計すること」が挙げられる。したがって NPHPSP は、公衆衛生システムが果たすべき 10 の Essential Public Health Service の枠組みにしたがって、それぞれのパフォーマンスを詳細に評価する項目で構成されている。

第二に、「個々の組織ではなく公衆衛生システム全体に焦点を当てること」が挙げられる。ここでいう「公衆衛生システム」は、管轄地域(州、地方自治体など)において、Essential Public Health Service の提供に貢献する全ての公的組織、私的組織、ボランティア組織などを含み、それらの組織のネットワークによって構成されるものと捉えられている。具体的な組織としては、政府の保健部局、医療機関、福祉施設、警察・消防・救急などの安全保障部局、環境保全部局、学校などの教育機関、慈善団体、芸術・レクリエーション団体、経済団体などが考えられる。

州政府・地方自治体の保健部局は公衆衛生システムの中心的な役割を担うことになるが、保健部局だけで Essential Public Health Service を十分に提供できるわけではないし、他に利用可能な資源が地域に存在するのであれば保健部局があえて提供する必要もない。また保健部局が Essential Public Health Service を提供する範囲は、州や地方自治体によって異なる(全てを提供する場合もあれば、コーディネートに限定される場合もある)ため、保健部局に焦点を当てた Performance Measurement では地域全体の Essential Public Health Service を評価するのは困難である。したがって NPHPSP では、他の組織も含めたネットワークとしての「公衆

衛生システム」が Essential Public Health Service を、効果的かつ効率的に、地域住民に提供しているかどうかを評価することに焦点が当てられているのである。

公衆衛生システム全体に焦点を当てることのもう一つのねらいとして、全ての関係組織が共通の視点、つまり NPHPSP を用いてシステムを評価することによって、組織内・組織間のコミュニケーションが図られ、相互理解が深まり、公衆衛生システムのネットワーク・連携が強化されることが想定されている。さらに MAPP を併用することによって、地域全体の関係組織の参加による「社会計画」としての地域保健計画が推進されることも視野に入っている。

第三に、「公衆衛生システムの構造 (structure) とプロセス (process) に関して、最低基準ではなく、標準あるいは最適レベルを提示すること」が挙げられる。NPHPSP は、公衆衛生システムのパフォーマンスの質を改善することを目的としており、最低基準ではより高いレベルを目指す、つまり「改善」のインセンティブにはなりえない。したがって NPHPSP の標準レベルを「ベンチマーク」として、標準レベルとの比較による改善をねらいとしている。

第四に、「公衆衛生システムの質の改善プロセスを支援するためのツールとして利用すること」が挙げられる。NPHPSP における評価は、改善のための評価であり、保健部局の査定のためのものではないことに注意する必要がある。また NPHPSP によって、公衆衛生システムの長所と短所を明らかになり、質の改善を図ることができる。

③NPHPSP の基本的な構造

NPHPSP の基本構造は、10 の Essential Public Health Service のそれぞれについて、複数の「パフォーマンス指標 (Model Standard)」が設定されている。パフォーマンス指標は「公衆衛生システムは～をしている」、「～ができる」といった表現で「標準レベル」を提示しているが、抽象的な表現が多く、具体的な数値目標などを示しているわけではない。

パフォーマンス指標は「細項目」と「全体評価」で構成される。「細項目」はより具体的な活動に関する 20～30 の設問項目で、それぞれについて「はい (設問項目の活動の 76～100% が満たされている)」、「どちらかといえばはい (設問項目の活動の 51～75% が満たされている)」、「どちらかといえばいいえ (設問項目の活動の 26～50% が満たされている)」、「いいえ (設問項目の活動の 0～25% が満たされている)」の 4 段階で自己評価する。

「全体評価」は、全てのパフォーマンス指標に共通で、「公衆衛生システムは、標準モデルの何%を達成しているか」、「州・地方自治体の保健部局は、その達成度のうちの何%に貢献しているか」の 2 項目について、同様の 4 段階で自己評価する。

④NPHPSP の実施プロセス

NPHPSP では、パフォーマンス指標が提示されているだけでなく、実際に評価する際のマニュアルも作成され、以下の手順で NPHPSP を実施することが推奨されている。

・参加者の同定と参加の呼びかけ

- …公衆衛生システム内の関係組織・地域住民を代表するように参加者を募集・選定する。
- 各 Essential Public Health Service で小委員会を構成できる程度の参加者数を確保することが望ましい。

- ・参加者へのオリエンテーションと評価会議の実施

- …評価に要する時間は、複数回の会議の実時間、及びその前後の準備時間を含めて、State Public Health Systemで15時間、Local Public Health Systemで24時間、Local Governanceで6時間である。

- …参加者は、会議時に Essential Public Health Service と NPHPSP の全文を携帯し、特定のパフォーマンス指標を評価している場合でも、常に全体を意識する必要がある。

- …司会者（ファシリテーター）は評価には直接参加せず、参加者の発言を促進し、コンセンサスに向けて円滑に会議を進行する。記録者は全ての発言（ちょっとしたコメントも含む）を記録する。

- ・評価結果の提出・分析結果の受理

- …CDC のホームページにアクセスし、評価結果のデータを入力する。

- …CDC はデータを分析し、各パフォーマンス指標の達成度を4段階評価（満たしていない、部分的に満たしている、大体満たしている、完全に満たしている）で報告する。

- ・評価結果に基づく改善策の検討

- …各パフォーマンス指標の改善の方向を、4カテゴリー（①うまくいっており、現状を維持すべきである、②うまくいっているが、活動の重複や需要の減少が考えられるので、活動の規模や資源配分を縮小した方がよい、③活動を増加させるように改善すべきである、④関係者との連携を強化するように改善すべきである）に分類する。

- …改善策のリスト（10～15項目）を作成し、地域保健計画の策定プロセス（MAPP など）に結びつける。

⑤Local Public Health System 版の NPHPSP

これは、地方自治体レベルの公衆衛生システムを対象とした Performance Measurement のツールである。LHD を中心に、地方自治体政府、州保健部局、医療機関などの、地方自治体レベルの関係組織との共同で評価を行うことが推奨されている。

Local Public Health System 版の構造は、以下のとおりである（X. X. がパフォーマンス指標）。

1. Monitor health status to identify community health problems
 1. 1. 管轄地域のプロフィール (Community Health Profile) の整備・把握
 1. 2. データの管理・分析・提供における IT (GIS など) の利用
 1. 3. 登録データ (がん、予防接種など) の管理
2. Diagnose and investigate health problems and health hazards in the community
 2. 1. 健康危機サーベイランスシステムの構築
 2. 2. 健康危機管理計画の策定
 2. 3. 健康危機への対応
 2. 4. 健康危機への対応のための衛生検査システムの構築
3. Inform, educate and empower people about health issues
 3. 1. 健康教育の実践
 3. 2. 健康な地域社会における健康な生活を促進するヘルスプロモーション活動の実践
4. Mobilize community partnerships to identify and solve health problems
 4. 1. 健康政策の支持者層 (関係組織、地域住民) の構築 (Constituency Development)
 4. 2. 関係組織との連携 (地域保健計画策定委員会の設立など)
5. Develop policies and plans that support individual and community health efforts
 5. 1. 地域保健の政府機関 (LHD など) の配備 (注: 存在しない地域もある)
 5. 2. 公衆衛生政策の開発 (政策開発、政策評価など)
 5. 3. 地域保健計画の策定と推進
 5. 4. 地域保健計画に基づいた戦略の策定と推進
6. Enforce laws and regulations that protect health and ensure safety
 6. 1. 法律、条例の吟味と評価
 6. 2. 法律、条例の改正過程への関係組織の参加
 6. 3. 法律、条例の施行
7. Link people to needed personal health services and assure the provision of health care
 7. 1. 個別保健サービスへのアクセスが阻害されている集団の把握
 7. 2. その集団の保健サービスのニーズの把握
 7. 3. その集団の保健サービス利用の保証
8. Assure a competent public health and personal health care workforce
 8. 1. 公衆衛生従事者の現状のアセスメント
 8. 2. 公衆衛生従事者の標準モデル (資格要件、資質、職位、職務など) の構築
 8. 3. 継続的な教育、訓練、指導による公衆衛生従事者の技術・能力の向上
 8. 4. リーダーシップの開発
9. Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of health services
 9. 1. 地域ベースの保健サービス (事故予防、予防接種など) の評価
 9. 2. 個別保健サービス (予防、治療、リハビリを含む) の評価
 9. 3. 公衆衛生システムの評価
10. Research for new insights and innovative solutions to health problems
 10. 1. 革新 (現場における業務改善から科学的な知見まで) の促進
 10. 2. 教育・研究機関との連携
 10. 3. 疫学、健康政策、保健システムに関する調査研究の実施と参加

⑥Local Governance 版の NPHPSP

これは、地方自治体レベルの公衆衛生システムに対する法的責任をもつ管理機関による「システム管理」、つまり「地方自治体レベルの公衆衛生システムで Essential Public Health Service が保証されているか」を評価するための Performance Measurement のツールである。Local Public Health System 版は、地方自治体レベルの公衆衛生システムそれ自体を評価するツールであるのに対して、Local Governance 版は、システムの管理状況を評価するツールであるという違いがある。

アメリカの一般的な組織では、組織の基本方針を決定する機関（Board：理事会）と、それに基づいて実際に組織を運営する機関（Executive：執行部）が明確に分離している。地域保健行政組織に関しても同様で、LHD は地域保健行政の執行機関に過ぎず、地域保健行政の基本方針を決定し、LHD を管理する権限をもつ機関は別に存在することに注意する必要がある。したがって Local Governance 版は、そのような管理機関の Performance Measurement のツールと位置づけられる。

管理機関は州によって異なるが、主な機関として保健委員会（board of health）が挙げられる。またその上位にある市議会（city council）、郡議会（county commissioner）なども考えられる。評価に参加する者としては、管理機関の他に、LHD の局長や管理職、関係組織の理事や CEO（Chief Executive Officer）などが含まれる。

Local Governance 版では、各 Essential Public Health Service につき 1 つのパフォーマンス指標が設定されている。また各パフォーマンス指標は「細項目」のみで構成され、「全体評価」は設定されていない。

⑦State Public Health System 版の NPHPSP

これは、州レベルの公衆衛生システムを対象とした Performance Measurement のツールである。州保健部局を中心に、州政府、LHD、医療機関などの、州レベルの関係組織との共同で評価を行うことが推奨されている。

State Public Health System 版では、各 Essential Public Health Service に共通して、「計画策定と実践」、「（地方自治体の公衆衛生システムや州レベルの関係組織などに対する）技術的支援」、「評価と質の改善」、「資源（ヒト、モノ、金）」の 4 つのパフォーマンス指標（Model Standard）が設定され、全体で $4 \times 10 = 40$ のパフォーマンス指標で構成される。

7. Performance Measurement のわが国への適応可能性

NPHPSP は、地域保健行政組織や公衆衛生システムを「評価」するだけでなく「改善」することに焦点を当てている。そしてそれは、地域保健計画の策定・推進・評価のより大きなプロセスの中に位置づけられる。したがって NPHPSP をわが国に適応する際には、単にパフォーマンス指標を用いて現状を評価するだけでなく、「改善」のためにそれを活用する方法論を開発する必要がある。NPHPSP の活用方法はアメリカにおいても未だ開発途上にあり、今後は地域における活用例やその有用性などの情報を継続的に収集する必要がある。

また NPHPSP の基本的な枠組みである Essential Public Health Service はわが国でも適用可能であると考えられるが、それらの中心的な役割を担う地域保健行政組織として保健所と市町村のいずれが適切か、という点については、衛生行政システムや所掌事務などの違いを考慮して、個々の Essential Public Health Service についてより詳細に検討する必要がある。

(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

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. 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、保健所や市町村などの地域保健行政組織の構造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、そして改善していく必要がある。

保健所や市町村などの個々の地域保健行政組織の機能に関しては、「地域保健・老人保健事業報告」の中で、各種保健サービス（老人保健、母子保健、精神保健、難病、エイズ、結核、環境衛生、試験検査など）、連絡調整に関する会議、市町村職員に対する研修・指導、調査・研究、市町村への援助などの実施件数が把握されている。また保健所や市町村の組織構造（組織体系、職種別の職員配置状況など）やマンパワーについてもいくつかの報告がある。しかしこれらの報告は、地域保健行政組織の構造や活動実績の「実態」を把握したに過ぎず、その評価・管理・改善に関する研究は少ない。

近年、地域保健を含む行政組織の効果的・効率的な運営を目指した Performance Measurement という考え方が導入されるようになった。これは「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。地域保健行政組織に関していえば、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の評価・管理である。

Performance Measurement の基本理念は「組織・システムとその活動実績を単に把握するだけでなく、それら进行评估・管理し、改善に結びつける」ことであり、ここでいうパフォーマンスは、組織・システムとその活動実績それ自体ではなく、その評価的側面、つまり組織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と捉えることができる。そしてそのようなパフォーマンスを測定することが改善につながるのである。この考え方は、これまでの保健所や市町村の活動の捉え方にない新しいものであり、わが国の地域保健行政組織の円滑な運営のために有用であると考えられる。

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、地域保健行政組織の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。

2. 研究方法

(1) 調査対象と調査方法

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）、保健所を設置しない 3,124 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。

(2) 調査項目

アメリカの地域保健行政組織のPerformance MeasurementのツールとしてCDCが開発したNPHSP(National Public Health Performance Standards Program)、NACCHO(National Association of County and City Health Officials:地方保健部局連合会)が実施した1999 Local Health Department Infrastructure Survey、Turockが開発したLocal Public Health Performanceの20の指標(Turock BJ. Public Health: What it is and how it works. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, 1997)を参考に、パフォーマンス(組織とその活動に関する評価的側面)を把握するための、以下の調査項目を作成した。

①マンパワー

- ・職種別の常勤職員数(医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師、栄養士、歯科衛生士、統計技術者、理学療法士、作業療法士、その他の技術職、事務職)
- ・増員が必要であると考えられる職種
- ・職員の資質向上のための方策(国が実施する研修への派遣、都道府県または都道府県保健所が実施する研修への派遣、学会や学術研究会への参加、遠隔教育の受講、所内での研修・勉強会)、職員のマネージメント能力向上のための方策(国、都道府県、大学、民間などが実施している研修への派遣など)の企画・実施
- ・職員の研修受講のための予算確保

②情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究

- ・健康関連情報(人口学的特性(人口、世帯等)、社会経済的特性(所得、就労、家計等)、地域の保健医療資源(医療機関や福祉施設等の数や活動実績)、住民のQOL(生活満足度、生きがい等)、住民の生活習慣(喫煙、飲酒、運動、睡眠、健診受診等)、住民の保健サービスへのニーズ、環境衛生の指標(空気、水質、土壌等)、精神保健(精神障害者の数や生活実態等)、母子保健(出生数、乳児死亡率、健診受診率等)、死亡・傷病(死亡数、罹患率等)、感染症(感染症・食中毒などの発生状況)、健康危険情報(災害、事件、事故などの発生状況)、市区町村・保健所の組織の活動実績)の収集・把握状況
- ・把握している情報の地域住民への公表状況(わかりやすく、利用しやすい形での)
- ・電子メールのアカウントを割り当てられている職員の割合
- ・統計解析ソフト(SAS、SPSSなど)や表計算ソフト(MS Excelなど)の利用状況
- ・ホームページの開設、広報誌・新聞の発行
- ・調査研究の実施、及び、大学、研究所などの教育研究機関の調査研究への参加・協力(平成14年度)
- ・教育研究機関への調査研究課題の提案(過去3年間)
- ・調査・分析・研究に関して、いつでも気軽に相談できる研究者の有無
- ・調査研究実施に当たっての教育研究機関の協力の有無及び内容(相談や助言、技術的支援(統計解析など)、研究協力者としての正式な参加、共同研究としての正式な協力)

- ・調査研究結果の公表の有無及び方法（雑誌への投稿、学会・研究会での発表、所管する都道府県・保健所への公表、管内市町村への公表、他の都道府県や市区町村への公表、関係機関・団体への公表、住民への公表（広報等））
- ・調査・分析・研究を実施するために使用できる予算・時間の確保状況

③健康危機管理

- ・健康危機発生時の活動マニュアルの作成の有無及びその内容（感染症の集団発生、食中毒の集団発生、飲料水汚染、意図的な毒物など（ヒ素・サリンなど）の混入・散布事件、爆発・火災・原子力・化学物質などによる事故、廃棄物・処理場・工場などからの有害物質による汚染、自然災害（地震・火山噴火・風水害など）に伴う健康被害、テロリズムによる健康被害）
- ・健康危機に対応するための実地訓練の主催、及び実地訓練への参加（平成14年度）
- ・健康危機発生時の業務体制の整備（被害状況に応じた職員の24時間勤務体制、情報の一元的な集約体制、被災住民に対する保健活動・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）

④健康政策開発

- ・健康問題、健康課題、その解決のための事業の優先順位の設定
- ・各種保健事業のターゲット集団の設定
- ・各種保健事業の評価の実施（開催場所・開催日時・受診率などの保健事業へのアクセス、事業内容などの保健事業の質、行動変容・健康水準の向上などの保健事業の効果、保健事業に対する住民の満足度）

⑤健康日本21 地方計画の策定・推進

- ・健康日本21 地方計画の策定（予定）
- ・健康日本21 地方計画の地域住民への公表（予定）
- ・健康日本21 地方計画と都道府県計画との整合性
- ・健康日本21 地方計画に基づいた事業展開のための予算・マンパワーの整備状況
- ・健康日本21 地方計画の策定・推進・評価委員会の設置状況、及び年間開催（予定）回数
- ・健康日本21 地方計画の策定・推進・評価委員会への関係機関・団体、一般住民の参加状況

- ### ⑥関係機関・団体との連携（平成14年度の状況）…同市区町村の福祉・介護関係部・課、同市区町村のその他（教育、建設等）の部・課、都道府県の保健衛生部局、都道府県の福祉・介護関係部局、都道府県のその他（教育、建設等）の部局、保健所、本庁の保健衛生部局、本庁の福祉・介護関係部局、本庁のその他（教育、建設等）の部局、管内市町村の保健衛生部・課、管内市町村の福祉・介護関係部・課、管内市町村のその他（教育、建設等）の部・課、他の都道府県や市区町村、地方衛生研究所、福祉事務所、児童相談所、精神保健福祉センター、警察、消防、ハローワーク、医師会、歯科医師会、薬剤師会、社会福祉協議会、ケアマネージャー連絡協議会、教育委員会、学校、保育所、患者会・家族会、ボランティア団体、NGO 団体、自治会・町内会、その他の住民団体（老人会、婦人会など）、食品・環境衛生関係の団体・事業者、医療関連施設（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションなど）、福祉・介護関連施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、在宅介護

支援センターなど）、マスメディア、その他の一般企業、大学・研究所などの教育研究機関

⑦Turock のパフォーマンスの 20 指標

この指標は、1997 年に Turock によって開発された、地域保健行政組織の Performance Measurement の指標である。これは、1988 年にアメリカの国立科学アカデミーが定義した地域保健行政組織の中核となる機能（Core Function）である、Assessment（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）、Policy Development（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）、Assurance（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）の枠組みを具体化したものである。またこの指標は、地域保健行政組織の中でも、特にアメリカの地方自治体(郡・市)の地方保健部局(Local Health Department)の Performance Measurement のために開発されたものである。その内容は以下のとおりである。

(Assessment)

- ・地域住民の健康状態やニーズのデータを系統的に把握するシステムを構築しているか。
- ・過去 3 年間、喫煙、飲酒、運動、睡眠、健診受診などの生活習慣を把握するための住民調査を実施したか。
- ・健康危機（感染症の集団発生など）の発生動向調査を、適時、継続的に実施しているか。
- ・健康危機の発生動向調査や定期的な衛生検査に必要な衛生検査サービスをいつでも利用できるか。
- ・地域住民の健康状態やニーズに影響を与える要因、地域の保健医療資源（医療機関や福祉施設など）の充足度、事業効果が最も高い人口集団などに関する分析を完了しているか。
- ・過去 3 年間、保健事業（健診、健康教育など）の年齢階級別の利用状況を分析したか。

(Policy Development)

- ・関係機関・団体、メディア、地域住民との連携やコミュニケーションを推進するためのネットワークを構築しているか。
- ・これまで、国、都道府県、市町村の議会の議員に対して、施策が地域住民の健康に与える影響について、正式に情報提供や説明をしたことがあるか。
- ・地域住民の健康状態やニーズのデータを用いて、健康課題の優先順位を設定しているか。
- ・過去 3 年間、健康課題の優先順位に基づいて、新規事業や新たな取り組みを実施したか。
- ・関係機関・団体や地域住民の参加による地域保健計画を策定しているか。
- ・過去 3 年間、地域保健計画に基づいて、予算計画やマンパワー計画を策定したか。

(Assurance)

- ・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を確保しているか。
- ・過去 3 年間、組織体制や組織の活動実績に関する自己評価を実施したか。
- ・各年齢階級に特有のニーズに対して、適切なサービスの提供、あるいは適切なサービスを提供する関係機関・団体への橋渡しを効果的に実施しているか。
- ・保健事業が地域住民の健康水準に及ぼす効果を定期的に評価しているか。

- ・過去3年間、事業のモニタリングや予算・マンパワーの見直しのために、事業のプロセス評価やアウトカム評価を実施したか。
- ・地域住民の健康水準・ニーズ・健康課題や、健康的な生活習慣などに関する情報を、地域住民に定期的に提供しているか。
- ・これまで、マスメディアに対して、定期的な広報や情報提供を実施したか。
- ・過去3年間、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ことがあるか。

パフォーマンスの調査項目は、Performance Measurement のツールである NPHSP と同様に、「十分にしている」、「まあまあしている」、「あまりしていない」、「ほとんどしていない」の4段階の自己評価で設問した。

それ以外に、パフォーマンスの影響要因として、人口、面積、管内の最も遠いところまでの所要時間、県型保健所に対して、管内の市町村数、組織統合の状況と統合している組織（福祉事務所、総合出先機関（地域振興局、県民局、総合支庁など）、児童相談所）、市町村及び政令市・特別区に対して市町村保健センターの設置数を設問した。

3. 研究結果

(1) 管轄地域の状況

表1に管轄地域の状況を示した。人口の平均値は、市町村3.0万人、政令市・特別区59.1万人、県型保健所19.1万人、都市型保健所38.0万人、面積の平均値は、市町村117km²、政令市・特別区245km²、県型保健所863km²、都市型保健所167km²、人口密度の平均値は、市町村0.63千人/km²、政令市・特別区5.83千人/km²、県型保健所0.99千人/km²、都市型保健所6.20千人/km²、管内の最も遠いところまでの所要時間は、市町村27.8分、政令市・特別区51.7分、県型保健所75.2分、都市型保健所43.4分であった。市町村では、人口規模の小さい市町村と大きい市町村で面積が大きく、人口規模の大きい市町村の方が人口密度が高く、管内の最も遠いところまでの所要時間が長かった。また県型保健所では、人口規模の大きい県型保健所の方が人口密度が高く、管内の最も遠いところまでの所要時間が短かった。

表2に県型保健所の組織の状況を示した。管内の市町村数の平均値は7.43で、人口10万人未満の県型保健所で市町村数が少なかった。組織統合の状況については、他の組織と統合している県型保健所は59%、福祉事務所と統合している県型保健所は50%、総合出先機関（地域振興局、県民局、総合支庁など）と統合している県型保健所は29%、児童相談所と統合している県型保健所は6%であった。人口規模の小さい県型保健所の方が総合出先機関と統合している割合が大きかった。

表3に、市町村及び政令市・特別区の市町村保健センターの設置状況を示した。市町村の79%は市町村保健センターを設置していたが、ほとんどは1ヵ所であり、2ヵ所以上設置している市町村はほとんどなかった。また人口規模の大きい市町村の方が設置している割合が大きかった。政令市・特別区の80%は、保健所以外に、市町村保健センターを設置しており、59%は2ヵ所以上設置していた。

(2) マンパワー

表4-1、4-2に職種別の常勤職員数を示した。総職員数の平均値は、市町村13.4人、政令市・特別区164.2人、県型保健所47.4人、都市型保健所114.1人であった。

医師数の平均値は、政令市・特別区 4.21 人、県型保健所 1.39 人、都市型保健所 2.94 人であった。また医師を配置している市町村は 4.6%であった。

保健師数の平均値は、市町村 5.5 人、政令市・特別区 42.2 人、県型保健所 10.0 人、都市型保健所 30.5 人であった。

栄養士数の平均値は、市町村 0.71 人、政令市・特別区 5.33 人、県型保健所 1.73 人、都市型保健所 3.71 人であった。また栄養士を配置している市町村は 59%であった。

事務職員数の平均値は、市町村 5.4 人、政令市・特別区 52.2 人、県型保健所 17.4 人、都市型保健所 39.7 人であった。

薬剤師数の平均値は、政令市・特別区 7.02 人、県型保健所 4.45 人、都市型保健所 5.39 人であった。また薬剤師を配置している市町村は 0.5%であった。

獣医師数の平均値は、政令市・特別区 7.93 人、県型保健所 3.77 人、都市型保健所 5.73 人であった。また獣医師を配置している市町村は 0.1%であった。

臨床検査技師数の平均値は、政令市・特別区 3.61 人、県型保健所 1.68 人、都市型保健所 2.55 人であった。また臨床検査技師を配置している市町村は 1.0%であった。

診療放射線技師数の平均値は、政令市・特別区 2.70 人、県型保健所 1.26 人、都市型保健所 2.30 人であった。また診療放射線技師を配置している市町村は 1.6%であった。

歯科衛生士数の平均値は、市町村 0.13 人、政令市・特別区 2.73 人、県型保健所 0.31 人、都市型保健所 1.97 人であった。また歯科衛生士を配置している市町村は 8.6%であった。

表 5-1、5-2 に、職種別の常勤職員を配置している組織の数と割合を示した。ここに示した職種は、多くの組織で配置されていないか、配置されていたとしても職員数が少数であったため、職員数の平均値を示さなかった。歯科医師を配置している組織は、市町村 1%、政令市・特別区 34%、県型保健所 10%、都市型保健所 29%であった。

助産師を配置している組織は、市町村 1%、政令市・特別区 12%、県型保健所 4%、都市型保健所 19%であった。

衛生検査技師を配置している組織は、市町村 0.2%、政令市・特別区 25%、県型保健所 13%、都市型保健所 24%であった。

統計技術者を配置している組織は、市町村 0.1%、政令市・特別区 1.5%、県型保健所 0.6%、都市型保健所 2.2%と、きわめて少数であった。

看護師を配置している組織は、市町村 30%、政令市・特別区 54%、県型保健所 4%、都市型保健所 58%であった。

理学療法士を配置している組織は、市町村 5%、政令市・特別区 43%、県型保健所 5%、都市型保健所 26%であった。

作業療法士を配置している組織は、市町村 3%、政令市・特別区 19%、県型保健所 7%、都市型保健所 11%であった。

表 6-1～6-5 に、増員が必要であると考えられる職種を示した。市町村では、保健師の増員が必要であるとする市町村が 57%で最も多く、次いで栄養士 49%、事務職 41%、歯科衛生士 21%、理学療法士 15%、看護師 12%の順であった。政令市・特別区では、保健師が 52%で最も多く、次いで医師 39%、獣医師 36%、事務職 25%、薬剤師 21%、栄養士 19%の順であった。県型保健所では、保健師が 55%で最も多く、次いで医師 32%、統計技術者 22%、事務職 21%、獣医師 21%、薬剤師 19%の順であった。都市型保健所では、保健師が 59%で最も多く、次いで医師 44%、獣医師 28%、事務職 24%、栄養士 23%、薬剤師 21%の順であった。

市町村は、他の組織と比較して、事務職、栄養士、歯科衛生士、看護師、理学療法士の増員を必要としている割合が大きかった。政令市・特別区は、他の組織と比較して、臨床検査技師、歯科医師、獣医師の増員を必要としている割合が大きかった。県型保健所は、他の組織と比較して、統計技術者、精神保健福祉士の増員を必要としている割合が大きかった。都市型保健所は、他の組織と比較して、臨床検査技師、歯科医師、獣医師の増員を必要としている割合が大きかった。

市町村の人口規模別にみると、人口30万人以上の市町村で、医師の増員を必要としている割合が大きく、人口規模の大きい市町村の方が、保健師、事務職、栄養士、歯科衛生士、助産師の増員を必要としている割合が大きかった。

県型保健所の人口規模別にみると、人口規模の大きい県型保健所の方が、医師、保健師の増員を必要としている割合が大きかった。

表7に職員への教育研修の状況を示した。職員の資質向上のための方策を企画・実施している組織は、市町村90%、政令市・特別区97%、県型保健所99%、都市型保健所99%であった。人口規模の大きい市町村の方が企画・実施している割合が大きかった。

職員のマネージメント能力向上のための方策（国、都道府県、大学、民間などが実施している研修への派遣など）を企画・実施している組織は、市町村41%、政令市・特別区79%、県型保健所75%、都市型保健所76%であった。人口規模の大きい市町村の方が企画・実施している割合が大きかった。

職員（技術職）の研修受講のための予算を確保している組織は、市町村82%、政令市・特別区97%、県型保健所69%、都市型保健所88%であった。人口規模の大きい市町村の方が予算を確保している割合が大きかった。職員（事務職）の研修受講のための予算を確保している組織は、市町村59%、政令市・特別区78%、県型保健所52%、都市型保健所64%であった。

表8に、職員の資質向上のために企画・実施している方策の内容を示した。国が実施する研修への派遣を企画・実施している組織は、市町村15%、政令市・特別区91%、県型保健所78%、都市型保健所85%であった。都道府県または都道府県保健所が実施する研修への派遣を企画・実施している組織は、市町村86%、政令市・特別区82%、県型保健所96%、都市型保健所87%であった。学会や学術研究会への参加を企画・実施している組織は、市町村40%、政令市・特別区84%、県型保健所87%、都市型保健所85%であった。遠隔教育の受講を企画・実施している組織は、市町村4%、政令市・特別区12%、県型保健所7%、都市型保健所12%であった。組織内での研修・勉強会を企画・実施している組織は、市町村29%、政令市・特別区81%、県型保健所79%、都市型保健所83%であった。人口規模の大きい市町村の方が、遠隔教育の受講以外の内容を企画・実施している割合が大きかった。

（3）情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究

表9-1に健康関連情報（人口学的特性（人口、世帯等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村95%、政令市・特別区97%、県型保健所99%、都市型保健所98%で、ほとんどの組織が把握していると評価していた。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-2に健康関連情報（社会経済的特性（所得、就労、家計等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村48%、政令市・特別区54%、県型保健所32%、都市型保健所46%であった。政令市・特別区、都市型保

健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また人口規模の小さい市町村の方が把握している傾向がみられた。

表9-3に健康関連情報（地域の保健医療資源（医療機関や福祉施設等の数や活動実績））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村89%、政令市・特別区97%、県型保健所94%、都市型保健所94%で、ほとんどの組織が把握していると評価していた。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また人口規模の小さい市町村の方が把握している傾向がみられた。

表9-4に健康関連情報（住民のQOL（生活満足度、生きがい等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村50%、政令市・特別区65%、県型保健所31%、都市型保健所55%であった。県型保健所は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また人口2~3万人の市町村は、他の人口規模と比較して、把握していない傾向がみられた。

表9-5に健康関連情報（住民の生活習慣（喫煙、飲酒、運動、睡眠、健診受診等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村78%、政令市・特別区84%、県型保健所64%、都市型保健所79%であった。県型保健所は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-6に健康関連情報（住民の保健サービスへのニーズ）の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村64%、政令市・特別区78%、県型保健所49%、都市型保健所74%であった。県型保健所は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-7に健康関連情報（環境衛生の指標（空気、水質、土壌等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村26%、政令市・特別区79%、県型保健所63%、都市型保健所72%であった。市町村は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また人口1~2万人の市町村、人口2~3万人の市町村は、他の人口規模と比較して、把握していない傾向がみられた。

表9-8に健康関連情報（精神保健（精神障害者の数や生活実態等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村66%、政令市・特別区85%、県型保健所90%、都市型保健所93%であった。市町村は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また人口規模の小さい市町村の方が把握している傾向がみられた。

表9-9に健康関連情報（母子保健（出生数、乳児死亡率、健診受診率等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村99%、政令市・特別区100%、県型保健所96%、都市型保健所100%で、ほとんどの組織が把握していると評価していた。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-10に健康関連情報（死亡・傷病（死亡数、罹患率等））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村91%、政令市・特別区96%、県型保健所95%、都市型保健所97%で、ほとんどの組織が把握していると評

価していた。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-11に健康関連情報（感染症（感染症・食中毒などの発生状況））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村76%、政令市・特別区99%、県型保健所99%、都市型保健所100%で、ほとんどの組織が把握していると評価していた。市町村は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表9-12に健康関連情報（健康危険情報（災害、事件、事故などの発生状況））の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村53%、政令市・特別区85%、県型保健所79%、都市型保健所84%であった。市町村は、他の組織と比較して、把握していない傾向がみられた。また人口規模の小さい市町村の方が把握している傾向がみられた。

表9-13に健康関連情報（市区町村、保健所の組織の活動実績）の収集・把握状況を示した。「十分に把握している」または「まあまあ把握している」と評価した組織は、市町村91%、政令市・特別区96%、県型保健所95%、都市型保健所90%で、ほとんどの組織が把握していると評価していた。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、把握している傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が把握している傾向がみられた。

表10に把握している情報の地域住民への公表（わかりやすく、利用しやすい形での）状況を示した。「十分に公表している」または「まあまあ公表している」と評価した組織は、市町村33%、政令市・特別区62%、県型保健所42%、都市型保健所55%であった。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、公表している傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が公表している傾向がみられた。

表11に電子メールのアカウントを割り当てられている職員の割合を示した。職員の76～100%に割り当てられている組織は、市町村50%、政令市・特別区49%、県型保健所87%、都市型保健所40%で、それ以外の組織はほとんどの職員に割り当てられておらず、ほぼ全職員に割り当てる組織とほぼ全職員に割り当てない組織の両極端であった。県型保健所は、他の組織と比較して、割り当てられている職員の割合が大きい傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が割り当てられている職員の割合が小さい傾向がみられた。

表12に統計解析ソフト（SAS、SPSSなど）や表計算ソフト（MS Excelなど）の利用状況を示した。「十分に利用している」または「まあまあ利用している」と評価した組織は、市町村59%、政令市・特別区79%、県型保健所76%、都市型保健所73%であった。市町村は、他の組織と比較して、利用していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表13にホームページの開設、広報誌・新聞の発行の状況を示した。ホームページを開設している組織は、市町村61%、政令市・特別区93%、県型保健所78%、都市型保健所81%で、市町村は、他の組織と比較して、開設していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村、県型保健所の方が開設している傾向がみられた。

広報誌・新聞を発行している組織は、市町村88%、政令市・特別区65%、県型保健所33%、都市型保健所58%で、県型保健所は、他の組織と比較して、発行していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が開設している傾向がみられた。

表14に調査・分析・研究に関する活動実績を示した。平成14年度に調査研究を実施した組織は、市町村43%、政令市・特別区77%、県型保健所77%、都市型保健所74%で、市町村は、他

の組織と比較して、実施していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が実施している傾向がみられた。

平成14年度に、大学、研究所などの教育研究機関の調査研究に参加・協力した組織は、市町村33%、政令市・特別区56%、県型保健所44%、都市型保健所53%で、市町村は、他の組織と比較して、参加・協力していない傾向がみられた。また人口5～10万人の市町村、人口10万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、参加・協力している傾向がみられた。

過去3年間に、教育研究機関に調査研究課題を提案した組織は、市町村11%、政令市・特別区24%、県型保健所20%、都市型保健所19%で、市町村は、他の組織と比較して、提案していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が提案している傾向がみられた。

調査・分析・研究に関して、いつでも気軽に相談できる研究者がいる組織は、市町村21%、政令市・特別区56%、県型保健所60%、都市型保健所48%で、市町村は、他の組織と比較して、いない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方がいる傾向がみられた。

表15に、平成14年度に調査研究を実施した組織について、調査研究実施に当たった教育研究機関の協力の有無及び内容を示した。教育研究機関の協力を得た組織は、市町村39%、政令市・特別区65%、県型保健所49%、都市型保健所54%で、市町村は、他の組織と比較して、協力を得ていない傾向がみられた。また人口5～10万人の市町村、人口10万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、協力を得ている傾向がみられた。

相談や助言を得た組織は、市町村27%、政令市・特別区48%、県型保健所37%、都市型保健所41%で、市町村は、他の組織と比較して、協力を得ていない傾向がみられた。また人口5～10万人の市町村、人口10万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、協力を得ている傾向がみられた。

技術的支援（統計解析など）を得た組織は、市町村19%、政令市・特別区40%、県型保健所19%、都市型保健所35%であった。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、協力を得ている傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

研究協力者としての正式な参加を得た組織は、市町村10%、政令市・特別区23%、県型保健所15%、都市型保健所20%であった。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、協力を得ている傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

共同研究としての正式な協力を得た組織は、市町村8%、政令市・特別区17%、県型保健所11%、都市型保健所13%であった。政令市・特別区は、他の組織と比較して、協力を得ている傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表16-1、16-2に、平成14年度に調査研究を実施した組織について、調査研究結果の公表の有無及び方法を示した。調査研究結果を公表した組織は、市町村81%、政令市・特別区89%、県型保健所93%、都市型保健所87%で、市町村は、他の組織と比較して、公表していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

学会・研究会で発表した組織は、市町村19%、政令市・特別区58%、県型保健所67%、都市型保健所63%で、市町村は、他の組織と比較して、発表していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

他の都道府県や市区町村に公表した組織は、市町村12%、政令市・特別区29%、県型保健所8%、都市型保健所21%で、政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、公表している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

関係機関・団体に公表した組織は、市町村 41%、政令市・特別区 52%、県型保健所 48%、都市型保健所 44%であった。市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

広報等で住民に公表した組織は、市町村 52%、政令市・特別区 35%、県型保健所 20%、都市型保健所 31%で、市町村は公表しており、県型保健所は公表していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

雑誌に投稿した組織は、市町村 2%、政令市・特別区 15%、県型保健所 10%、都市型保健所 16%であった。管内市町村に公表した県型保健所は 52%、所管する都道府県・保健所に公表した市町村は 30%であった。

表 17 に、調査・分析・研究を実施するために使用できる予算の確保状況を示した。「十分に確保している」または「まあまあ確保している」と評価した組織は、市町村 11%、政令市・特別区 27%、県型保健所 24%、都市型保健所 21%で、市町村は、他の組織と比較して、確保していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 18 に、調査・分析・研究を実施するために使用できる時間の確保状況を示した。「十分に確保している」または「まあまあ確保している」と評価した組織は、市町村 12%、政令市・特別区 28%、県型保健所 30%、都市型保健所 26%で、市町村は、他の組織と比較して、確保していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

(4) 健康危機管理

表 19-1、19-2 に健康危機発生時の活動マニュアルの作成状況を示した。何らかのマニュアルを作成している組織は、市町村 29%、政令市・特別区 93%、県型保健所 91%、都市型保健所 93%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が作成している傾向がみられた。

感染症の集団発生マニュアルを作成している組織は、市町村 15%、政令市・特別区 87%、県型保健所 86%、都市型保健所 87%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が作成している傾向がみられた。

食中毒の集団発生マニュアルを作成している組織は、市町村 8%、政令市・特別区 88%、県型保健所 84%、都市型保健所 83%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が作成している傾向がみられた。

自然災害（地震・火山噴火・風水害など）に伴う健康被害のマニュアルを作成している組織は、市町村 19%、政令市・特別区 27%、県型保健所 41%、都市型保健所 32%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が作成している傾向がみられた。

爆発・火災・原子力・化学物質などによる事故のマニュアルを作成している組織は、市町村 3%、政令市・特別区 15%、県型保健所 28%、都市型保健所 15%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が作成している傾向がみられた。

飲料水汚染のマニュアルを作成している組織は、市町村 2%、政令市・特別区 51%、県型保健所 56%、都市型保健所 46%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口 10~20 万人の県型保健所は、他の人口規模と比較して、作成している傾向がみられた。

意図的な毒物など（ヒ素・サリンなど）の混入・散布事件のマニュアルを作成している組織は、市町村 1%、政令市・特別区 46%、県型保健所 49%、都市型保健所 37%で、市町村は、他の組

織と比較して、作成していない傾向がみられた。また県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

廃棄物・処理場・工場などからの有害物質による汚染のマニュアルを作成している組織は、市町村 2%、政令市・特別区 10%、県型保健所 30%、都市型保健所 13%で、県型保健所は、他の組織と比較して、作成している傾向がみられた。また県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

テロリズムによる健康被害のマニュアルを作成している組織は、市町村 1%、政令市・特別区 19%、県型保健所 29%、都市型保健所 20%で、市町村は、他の組織と比較して、作成していない傾向がみられた。また人口 10 万人未満の県型保健所は、他の人口規模と比較して、作成していない傾向がみられた。

その他のマニュアルを作成している組織は、市町村 0.2%、政令市・特別区 8%、県型保健所 9%、都市型保健所 6%であった。そのほとんどは、原因不明の健康危機に関するマニュアルであった。また県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 20 に健康危機発生時の被害状況に応じた職員の 24 時間勤務体制の整備状況を示した。「十分に整っている」または「まあまあ整っている」と評価した組織は、市町村 25%、政令市・特別区 64%、県型保健所 62%、都市型保健所 74%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 21 に健康危機発生時の情報の一元的な集約体制の整備状況を示した。「十分に整っている」または「まあまあ整っている」と評価した組織は、市町村 37%、政令市・特別区 93%、県型保健所 84%、都市型保健所 91%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が整っている傾向がみられた。

表 22 に健康危機発生時の被災住民に対する保健活動・衛生活動の実施体制の整備状況を示した。「十分に整っている」または「まあまあ整っている」と評価した組織は、市町村 28%、政令市・特別区 76%、県型保健所 67%、都市型保健所 73%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が整っている傾向がみられた。

表 23 に健康危機発生時の PTSD などのメンタルヘルス対策の実施体制の整備状況を示した。「十分に整っている」または「まあまあ整っている」と評価した組織は、市町村 5%、政令市・特別区 48%、県型保健所 39%、都市型保健所 43%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 24 に健康危機に対応するための実地訓練の状況を示した。平成 14 年度、実地訓練を主催した組織は、市町村 8%、政令市・特別区 40%、県型保健所 37%、都市型保健所 40%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が主催している傾向がみられた。

平成 14 年度、実地訓練に参加した組織は、市町村 25%、政令市・特別区 49%、県型保健所 56%、都市型保健所 54%で、市町村は、他の組織と比較して、整っていない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が参加している傾向がみられた。

(5) 健康政策開発

表 24 に、健康政策の優先順位の設定の状況を示した。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、市町村 43%、政令市・特別区 40%、県型保健所 55%、都市型保健所 43%で、県型保健所は、他の組織と比較して、設定している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 25 に各種保健事業のターゲット集団の設定の状況を示した。「ほとんどの事業」または「半分以上の事業」でターゲット集団を設定している組織は、市町村 62%、政令市・特別区 78%、県型保健所 74%、都市型保健所 77%で、市町村は、他の組織と比較して、設定していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 26 に保健事業の評価の実施状況（開催場所・開催日時・受診率などの保健事業へのアクセス）を示した。「十分に実施している」または「まあまあ実施している」と評価した組織は、市町村 81%、政令市・特別区 78%、県型保健所 71%、都市型保健所 81%で、県型保健所は、他の組織と比較して、設定していない傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 27 に保健事業の評価の実施状況（事業内容などの保健事業の質）を示した。「十分に実施している」または「まあまあ実施している」と評価した組織は、市町村 77%、政令市・特別区 81%、県型保健所 73%、都市型保健所 84%であった。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 28 に保健事業の評価の実施状況（行動変容・健康水準の向上などの保健事業の効果）を示した。「十分に実施している」または「まあまあ実施している」と評価した組織は、市町村 55%、政令市・特別区 63%、県型保健所 48%、都市型保健所 63%であった。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、実施している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 29 に保健事業の評価の実施状況（保健事業に対する住民の満足度）を示した。「十分に実施している」または「まあまあ実施している」と評価した組織は、市町村 51%、政令市・特別区 60%、県型保健所 45%、都市型保健所 61%であった。政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、実施している傾向がみられた。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

（6）健康日本 21 地方計画の策定・推進

表 30 に、健康日本 21 地方計画の策定状況を示した。市町村では、策定済みが 32%、策定予定が 43%、政令市・特別区では、策定済みが 82%、策定予定が 16%、県型保健所では、策定済みが 39%、策定予定が 4%、都市型保健所では、策定済みが 79%、策定予定が 12%であった。政令市・特別区、都市型保健所は計画策定がほぼ完了した段階、市町村では計画策定の予定はあるが未だ策定されていない段階、県型保健所では計画策定の予定がないところが多い状況にあることが示された。また人口規模の小さい市町村の方が計画策定の予定がない傾向がみられた。

表 31 に、健康日本 21 地方計画を策定した、または策定する予定のある組織について、地方計画の地域住民への公表状況を示した。市町村では、公表済みが 34%、公表予定が 59%、政令市・特別区では、公表済みが 82%、公表予定が 18%、県型保健所では、公表済みが 79%、公表予定が 13%、都市型保健所では、公表済みが 84%、公表予定が 16%であった。市町村は、他の組織と比較して、公表予定はあるが未だ公表していない傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方がすでに公表している傾向がみられた。

表 32 に、健康日本 21 地方計画を策定した、または策定する予定のある組織について、地方計画と都道府県計画との整合性の状況を示した。整合性が「十分にとれている」または「まあまあとれている」と評価した組織は、市町村 40%、政令市・特別区 68%、県型保健所 39%、都市型保健所 68%で、政令市・特別区、都市型保健所は、市町村、県型保健所と比較して、実施し