

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整合性がとれている傾向がみられた。

表 33 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、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 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、整っ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 34 に、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、設置した、または設置する予定のある組織について、年間開催（予定）回数を示した。委員会の設置状況については、市町村では、設置済みが 33%、設置予定が 27%、政令市・特別区では、設置済みが 85%、設置予定が 6%、県型保健所では、設置済みが 30%、設置予定が 5%、都市型保健所では、設置済みが 77%、設置予定が 6%であった。政令市・特別区、都市型保健所は設置がほぼ完了した段階、市町村では設置する予定はあるが未だ設置していない段階、県型保健所では設置する予定がないところが多い状況にあることが示された。また人口規模の大きい市町村の方が委員会を設置している傾向がみられた。

委員会の年間開催（予定）回数の平均値は、市町村 4.0 回、政令市・特別区 4.9 回、県型保健所 2.7 回、都市型保健所 4.4 回で、県型保健所は、他の組織と比較して、回数が少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回数が多い傾向がみられた。

表 35 に、健康日本 21 地方計画の策定・推進・評価委員会を設置した、または設置する予定のある組織について、委員会への関係機関・団体、一般住民の参加状況を示した。関係機関・団体、一般住民が「全て参加する」と評価した組織は、市町村 32%、政令市・特別区 53%、県型保健所 29%、都市型保健所 51%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、全て参加する傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村の方が全て参加する傾向がみられた。

#### （7）関係機関・団体との連携

表 36 に、市町村、政令市・特別区について、同市区町村の福祉・介護関係部・課との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 93%、政令市・特別区 95%で、ほとんどの組織が連携したと評価していた。また人口規模の小さい市町村の方が連携している傾向がみられた。

表 37 に、市町村、政令市・特別区について、同市区町村のその他（教育、建設等）の部・課との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 69%、政令市・特別区 83%で、政令市・特別区の方が連携していた。また市町村の人口規模で差はみられなかった。

表 38 に、市町村、政令市・特別区について、都道府県の保健衛生部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 48%、政令市・特別区 81%で、政令市・特別区の方が連携していた。また人口規模の大きい市町村の方が連携している傾向がみられた。

表 39 に、市町村、政令市・特別区について、都道府県の福祉・介護関係部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 26%、政令市・特別区 40%で、政令市・特別区の方が連携していた。また市町村の人口規模で差はみられなかった。

表 40 に、市町村、政令市・特別区について、都道府県のその他（教育、建設等）の部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 9%、政令市・特別区 21%で、政令市・特別区の方が連携していた。また人口 5 千人未満の市町村、人口 10 万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 41 に、市町村について、保健所との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した市町村は 80%であった。人口規模で差はみられなかった。

表 42 に、県型・都市型保健所について、本庁の保健衛生部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した保健所は、県型保健所 95%、都市型保健所 97%であった。県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 43 に、県型・都市型保健所について、本庁の福祉・介護関係部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した保健所は、県型保健所 80%、都市型保健所 88%であった。県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 44 に、県型・都市型保健所について、本庁のその他（教育、建設等）の部局との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した保健所は、県型保健所 35%、都市型保健所 66%で、都市型保健所の方が連携していた。また県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 45 に、県型保健所について、管内市町村の保健衛生部・課との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した県型保健所は 99%であった。人口規模で差はみられなかった。

表 46 に、県型保健所について、管内市町村の福祉・介護関連部・課との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した県型保健所は 87%であった。人口規模で差はみられなかった。

表 47 に、県型保健所について、管内市町村のその他（教育、建設等）の部・課との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した県型保健所は 47%であった。人口規模で差はみられなかった。

表 48 に他の都道府県や市区町村との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 38%、政令市・特別区 42%、県型保健所 16%、都市型保健所 45%で、県型保健所は、他の組織と比較して、連携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 49 に地方衛生研究所との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 4%、政令市・特別区 74%、県型保健所 80%、都市型保健所 76%で、市町村は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口規模の大きい県型保健所の方が連携している傾向がみられた。

表 50 に福祉事務所との連携状況を示した。なお福祉事務所と組織統合している保健所は分析から除外した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 49%、政令市・特別区 83%、県型保健所 78%、都市型保健所 87%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 51 に児童相談所との連携状況を示した。なお児童相談所と組織統合している保健所は分析から除外した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織

は、市町村 65%、政令市・特別区 85%、県型保健所 89%、都市型保健所 87%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 52 に精神保健福祉センターとの連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 31%、政令市・特別区 83%、県型保健所 94%、都市型保健所 84%で、市町村は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口 5 千人未満の市町村、人口 10 万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 53 に警察との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 24%、政令市・特別区 74%、県型保健所 90%、都市型保健所 83%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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 54 に消防との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 21%、政令市・特別区 69%、県型保健所 75%、都市型保健所 74%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 55 にハローワークとの連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 4%、政令市・特別区 38%、県型保健所 42%、都市型保健所 38%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 56 に医師会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 80%、政令市・特別区 100%、県型保健所 96%、都市型保健所 100%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 57 に歯科医師会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 75%、政令市・特別区 98%、県型保健所 94%、都市型保健所 95%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 58 に薬剤師会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 27%、政令市・特別区 89%、県型保健所 84%、都市型保健所 85%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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、県型保健所の方が連携している傾向がみられた。

表 59 に社会福祉協議会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 84%、政令市・特別区 80%、県型保健所 78%、都市型保健所 87%で、県型保健所は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 60 にケアマネージャー連絡協議会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 33%、政令市・特別区 48%、県型保健所 58%、都市型保健所 52%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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 61 に教育委員会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 76%、政令市・特別区 75%、県型保健所 77%、都市型保健所 63%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。

表 62 に学校との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 75%、政令市・特別区 82%、県型保健所 83%、都市型保健所 82%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 63 に保育所との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 85%、政令市・特別区 71%、県型保健所 70%、都市型保健所 77%で、県型保健所は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口 10 万人以上の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 64 に患者会・家族会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 43%、政令市・特別区 83%、県型保健所 95%、都市型保健所 86%で、市町村は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口 5 千人未満の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 65 にボランティア団体との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 50%、政令市・特別区 55%、県型保健所 67%、都市型保健所 65%で、市町村、政令市・特別区は、県型保健所、都市型保健所と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口 5 千人未満の市町村、人口 5 千～1 万人の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 66 に NGO 団体との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 7%、政令市・特別区 35%、県型保健所 18%、都市型保健所 27%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、連携している傾向がみられた。また人口規模の大きい市町村、県型保健所の方が連携している傾向がみられた。

表 67 に自治会・町内会との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 64%、政令市・特別区 69%、県型保健所 24%、都市型保健所 79%で、県型保健所は、他の組織と比較して、連携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 68 にその他の住民団体（老人会、婦人会など）との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 78%、政令市・特別区 71%、県型保健所 45%、都市型保健所 79%で、県型保健所は、他の組織と比較して、連携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 69 に食品・環境衛生関係の団体・事業者との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 18%、政令市・特別区 91%、県型保健所 95%、都市型保健所 96%で、市町村は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。また人口 5 千人未満の市町村は、他の人口規模と比較して、連携していない傾向がみられた。

表 70 に医療関連施設（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションなど）との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 74%、政令市・特別区 85%、県型保健所 90%、都市型保健所 90%で、市町村は、他の組織と比較して、連携していない傾向がみられた。人口 3～5 万人の市町村は、他の人口規模と比較して、

連携していない傾向がみられた。また人口 20～30 万人の県型保健所は、他の人口規模と比較して、連携している傾向がみられた。

表 71 に福祉・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）との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 69%、政令市・特別区 69%、県型保健所 78%、都市型保健所 80%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 72 にマスメディアとの連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 14%、政令市・特別区 43%、県型保健所 35%、都市型保健所 37%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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連携している傾向がみられた。

表 73 にその他の一般企業との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 8%、政令市・特別区 20%、県型保健所 21%、都市型保健所 15%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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、連携していない傾向がみられた。

表 74 に大学、研究所などの教育研究機関との連携状況を示した。平成 14 年度、「十分に連携した」または「まあまあ連携した」と評価した組織は、市町村 17%、政令市・特別区 46%、県型保健所 42%、都市型保健所 41%で、市町村は、他の組織と比較して、連携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、県型保健所の方が連携している傾向がみられた。

#### （8）関係機関・団体との連携状況の因子構造

関係機関・団体との連携状況に潜在する因子の構造、つまり、どのような意識に基づいて、どのような種類の関係機関・団体と連携しているか、を明らかにするために探索的因子分析を行った。各関係機関の連携の程度（十分に連携した、まあまあ連携した、あまり連携しなかった、ほとんど連携しなかった）に、それぞれ 4～1 点を配点し、連携の程度の得点とした。そして組織別（市町村、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所）に探索的因子分析を実施した。因子抽出法として主因子法、抽出の基準として固有値 1.0 以上、因子軸の回転法として Kaiser の正規化を伴わないバリマックス法（直交回転）を用いた。

表 75 に、市町村について、関係機関・団体との連携状況の因子分析を実施した結果を示した。7 つの因子が抽出され、累積寄与率は 42.8%であった。因子 1 は、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、地方衛生研究所、消防、ハローワーク、NGO 団体、食品・環境衛生関係の団体・事業者の因子負荷量が大きく、「健康を目的としない関係機関・団体」を表す因子と解釈できる。因子 2 は、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、教育委員会、学校、保育所の因子負荷量が大きく、「同じ自治体の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子 3 は、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、他の都道府県や市区町村、保健所の因子負荷量が大きく、「他の自治体の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子 4 は、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）、社会福祉協議会、ケアマネジャー連絡協議会、自治会・町内会、その他の住民団体（老人会、婦人会など）の因子負荷量が大きく、「医療福祉サービス供給機関」を表す因子と解釈できる。因子 5 は、医師会、歯科医師会、薬剤師会の因子負荷量が大きく、「健康関連の職能団体」を表す因子と解

積できる。因子6は、患者会・家族会、ボランティア団体、精神保健福祉センター、警察の因子負荷量が大きく、「特定の目的をもつアソシエーション的住民団体」を表す因子と解釈できる。因子7は、福祉事務所、児童相談所の因子負荷量が大きく、「福祉関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。

表76に、政令市・特別区について、関係機関・団体との連携状況の因子分析を実施した結果を示した。9つの因子が抽出され、累積寄与率は63.6%であった。因子1は、福祉事務所、児童相談所、精神保健福祉センター、他の都道府県や市区町村の因子負荷量が大きく、「福祉関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子2は、教育委員会、学校、消防の因子負荷量が大きく、「教育関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子3は、自治会・町内会、その他の住民団体（老人会、婦人会など）、ケアマネージャー連絡協議会、保育所、ハローワークの因子負荷量が大きく、「地域に根ざしたコミュニティ的住民団体」を表す因子と解釈できる。因子4は、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）の因子負荷量が大きく、「医療福祉サービス供給機関」を表す因子と解釈できる。因子5は、医師会、歯科医師会、薬剤師会の因子負荷量が大きく、「健康関連の職能団体」を表す因子と解釈できる。因子6は、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、社会福祉協議会の因子負荷量が大きく、「同じ自治体の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子7は、患者会・家族会、ボランティア団体、警察の因子負荷量が大きく、「特定の目的をもつアソシエーション的住民団体」を表す因子と解釈できる。因子8は、NGO団体、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の因子負荷量が大きく、「健康を目的としない関係機関・団体」を表す因子と解釈できる。因子9は、地方衛生研究所、食品・環境衛生関係の団体・事業者の因子負荷量が大きく、「環境衛生の関係機関・団体」を表す因子と解釈できる。

表77に、県型保健所について、関係機関・団体との連携状況の因子分析を実施した結果を示した。7つの因子が抽出され、累積寄与率は45.0%であった。因子1は、医師会、歯科医師会、薬剤師会の因子負荷量が大きく、「健康関連の職能団体」を表す因子と解釈できる。因子2は、マスメディア、その他の一般企業、自治会・町内会、NGO団体、ボランティア団体、その他の住民団体（老人会、婦人会など）、大学・研究所などの教育研究機関の因子負荷量が大きく、「健康を目的としない関係機関・団体」を表す因子と解釈できる。因子3は、本庁の保健衛生部局、本庁の福祉・介護関係部局、管内市町村の保健衛生部・課、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）、地方衛生研究所、患者会・家族会の因子負荷量が大きく、「本庁」を表す因子と解釈できる。因子4は、社会福祉協議会、ケアマネージャー連絡協議会、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）の因子負荷量が大きく、「福祉サービス供給機関」を表す因子と解釈できる。因子5は、教育委員会、学校、保育所の因子負荷量が大きく、「教育関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子6は、警察、消防、精神保健福祉センター、ハローワークの因子負荷量が大きく、「安全関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子7は、本庁のその他（教育、建設等）の部局、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の因子負荷量が大きく、「健康以外の行政機関」を表す因子と解釈できる。

表78に、都市型保健所について、関係機関・団体との連携状況の因子分析を実施した結果を示した。9つの因子が抽出され、累積寄与率は59.4%であった。因子1は、本庁のその他（教育、

建設等)の部局、教育委員会、学校、他の都道府県や市区町村の因子負荷量が大きく、「教育関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子2は、地方衛生研究所、児童相談所、精神保健福祉センター、警察、消防、食品・環境衛生関係の団体・事業者の因子負荷量が大きく、「その他の行政機関」を表す因子と解釈できる。因子3は、医師会、歯科医師会、薬剤師会の因子負荷量が大きく、「健康関連の職能団体」を表す因子と解釈できる。因子4は、自治会・町内会、その他の住民団体(老人会、婦人会など)の因子負荷量が大きく、「地域に根ざしたコミュニティ的住民団体」を表す因子と解釈できる。因子5は、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)の因子負荷量が大きく、「医療福祉サービス供給機関」を表す因子と解釈できる。因子6は、本庁の福祉・介護関係部局、社会福祉協議会、ケアマネージャー連絡協議会の因子負荷量が大きく、「福祉・介護関連の機関」を表す因子と解釈できる。因子7は、NGO団体、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の因子負荷量が大きく、「健康を目的としない関係機関・団体」を表す因子と解釈できる。因子8は、患者会・家族会、ボランティア団体、ハローワークの因子負荷量が大きく、「特定の目的をもつアソシエーション的住民団体」を表す因子と解釈できる。因子9は、保育所の因子負荷量が大きく、「保育関連の行政機関」を表す因子と解釈できる。

#### (9) Turock のパフォーマンスの 20 指標

表 79 に、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(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 32%、政令市・特別区 51%、県型保健所 29%、都市型保健所 51%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、構築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 80 に、生活習慣を把握するための住民調査の実施(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)の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 61%、政令市・特別区 88%、県型保健所 54%、都市型保健所 78%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 81 に、健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 12%、政令市・特別区 88%、県型保健所 84%、都市型保健所 84%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。また市町村、県型保健所の人口規模で差はみられなかった。

表 82 に、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(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)の状況を示した。「十分にできる」または「まあまあできる」と評価した組織は、市町村 16%、政令市・特別区 91%、県型保健所 77%、都市型保健所 88%で、市町村は、他の組織と比較して、利用でき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 83 に、地域住民の健康やニーズに影響を与える要因、地域の保健医療資源の充足度、事業効果が最も高い人口集団などに関する分析(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 13%、政令市・特別区 27%、県型保健所 25%、都市型保健所 30%で、市町村は、他の組織と比較して、分析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 84 に、保健事業の年齢階級別の利用状況の分析(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)の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 61%、政令市・特別区 63%、県型保健所 33%、都市型保健所 64%で、県型保健所は、他の組織と比較して、分析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 85 に、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(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 31%、政令市・特別区 61%、県型保健所 57%、都市型保健所 63%で、市町村は、他の組織と比較して、構築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構築している傾向がみられた。

表 86 に、施策が地域住民の健康に与える影響について、国、都道府県、市町村の議会の議員への正式な情報提供や説明の実施(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)の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 25%、政令市・特別区 66%、県型保健所 22%、都市型保健所 49%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実施している傾向がみられた。

表 87 に、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(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 47%、政令市・特別区 66%、県型保健所 47%、都市型保健所 62%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、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 88 に、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(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)の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 63%、政令市・特別区 70%、県型保健所 66%、都市型保健所 71%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。

表 89 に、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(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)の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 46%、政令市・特別区 72%、県型保健所 63%、都市型保健所 61%で、市町村は、他の組織と比較して、策定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策定している傾向がみられた。

表 90 に、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(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)の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 34%、政令市・特別区 60%、県型保健所 27%、



都市型保健所 49%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、策定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策定している傾向がみられた。

表 91 に、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（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）の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 51%、政令市・特別区 67%、県型保健所 41%、都市型保健所 57%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、確保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確保している傾向がみられた。

表 92 に、組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施（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）の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 32%、政令市・特別区 64%、県型保健所 46%、都市型保健所 61%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実施している傾向がみられた。

表 93 に、各年齢階級に特有のニーズに対する、適切なサービスの提供や適切なサービスを提供する関係機関・団体への橋渡しの効果的な実施（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）の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 37%、政令市・特別区 58%、県型保健所 45%、都市型保健所 62%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実施している傾向がみられた。

表 94 に、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（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）の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 21%、政令市・特別区 40%、県型保健所 24%、都市型保健所 40%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 95 に、保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施（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）の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 16%、政令市・特別区 52%、県型保健所 23%、都市型保健所 48%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実施している傾向がみられた。

表 96 に、地域住民への定期的な情報提供（健康水準、ニーズ、健康課題、健康的な生活習慣など）の実施（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）の状況を示した。「十分にしている」または「まあまあしている」と評価した組織は、市町村 56%、政令市・特別区 73%、県型保健所 43%、都市型保健所 69%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、実施している傾向がみられた。また人口 10 万人未満の県型保健所、人口 30 万人以上の県型保健所は、他の人口規模と比較して、実施している傾向がみられた。

表 97 に、マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施（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）の状況を示した。「十分にした」または「まあまあした」と評価した組織は、市町村 25%、政令市・特別区 55%、県型保健所 33%、都市型保

健所 53%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実施している傾向がみられた。

表 98 に、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（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）の状況を示した。「非常にあった」または「まあまああった」と評価した組織は、市町村 15%、政令市・特別区 13%、県型保健所 7%、都市型保健所 9%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、経験が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 99 に、市町村について、Turock のパフォーマンスの 20 指標を示した。全体的に自己評価は低く、多くの指標で「あまりしていない」と回答していた。特に Assessment の「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」は、半数以上が「ほとんどない」と回答していた。一方、Assessment の「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」、Policy Development の「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」の自己評価が相対的に高かったが、Assurance の指標は全般的に自己評価が低かった。

表 100 に、政令市・特別区について、Turock のパフォーマンスの 20 指標を示した。全体的に自己評価は高く、多くの指標で「まあまあしている」と回答していた。特に、Assessment の「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」の自己評価が相対的に高かった。一方、Assessment の「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に関する分析」、Assurance の「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」の自己評価が相対的に低かった。なお Assurance の「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」については、半数以上が「ほとんどしていない」と評価していた。

表 101 に、県型保健所について、Turock のパフォーマンスの 20 指標を示した。指標によって自己評価にばらつきがみられるが、全体としては Assurance の指標の自己評価が若干低かった。Assessment の「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」、Policy Development の「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」、「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」の自己評価が相対的に高かった。一方、Assessment の「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」、「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に関する分析」、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」、Policy Development の「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」、「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」、Assurance の「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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」の自己評価が相対的に低かった。なお Assurance の「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」については、約 9 割が「あまりしていない」、「ほとんどしていない」と評価していた。

表 102 に、都市型保健所について、Turock のパフォーマンスの 20 指標を示した。全体的に自己評価は高く、多くの指標で「まあまあしている」と回答していた。特に、Assessment の「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」の自己評価が相対的に高かった。

一方、Assessmentの「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に関する分析」の自己評価が相対的に低かった。また、Policy Developmentの「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」、「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」、「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」の自己評価は組織間のばらつきが大きかった。なお Assuranceの「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」については、約9割が「あまりしていない」、「ほとんどしていない」と評価していた。

#### (10) Turockのパフォーマンスの20指標の信頼性

Assessment(6指標)、Policy Development(6指標)、Assurance(8指標)の下位概念で構成されるTurockのパフォーマンスの20指標の信頼性を検討した。各指標の4段階評価(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)に、それぞれ4~1点を配点し、パフォーマンスの評価得点とした。そして、指標全体、及び各下位概念の内的整合性を確認するために、組織別(市町村、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所)にCronbachの $\alpha$ 係数を算出した。

市町村における $\alpha$ 係数は、全体で0.8889、Assessmentで0.7116、Policy Developmentで0.7848、Assuranceで0.7606であった。

政令市・特別区における $\alpha$ 係数は、全体で0.8315、Assessmentで0.6423、Policy Developmentで0.6751、Assuranceで0.6917であった。

県型保健所における $\alpha$ 係数は、全体で0.8563、Assessmentで0.6488、Policy Developmentで0.7101、Assuranceで0.7409であった。

都市型保健所における $\alpha$ 係数は、全体で0.8728、Assessmentで0.7494、Policy Developmentで0.7079、Assuranceで0.7298であった。

潜在する因子の構造を明らかにするために因子分析を行った。因子抽出法は主因子法、抽出の基準は固有値が1.0以上、因子軸の回転法はKaiserの正規化を伴わないバリマックス法(直交回転)を用いた。

#### (11) Turockのパフォーマンスの20指標の因子構造

パフォーマンスの20指標に潜在する因子の構造、つまり、どのような基準に基づいて、どのような種類のパフォーマンスを評価しているか、あるいはいくつかのパフォーマンス指標に共通する評価傾向を明らかにするために、探索的因子分析を行った。各指標の4段階評価(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)に、それぞれ4~1点を配点し、パフォーマンスの評価得点とした。そして、そして組織別(市町村、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所)に探索的因子分析を実施した。因子抽出法として主因子法、抽出の基準として固有値1.0以上、因子軸の回転法としてKaiserの正規化を伴わないバリマックス法(直交回転)を用いた。

表103に、市町村について、Turockのパフォーマンスの20指標の因子分析を実施した結果を示した。4つの因子が抽出され、累積寄与率は40.9%であった。

因子1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」、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」、「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」、「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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」、「地域住民への定期的な情

報提供の実施」、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」、「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」の因子負荷量が大きかった。Assuranceの指標のほとんどが含まれていることから、

「Assurance」を表す因子と解釈できる。

因子2は、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」、「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に関する分析」、「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」、「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」の因子負荷量が大きかった。Assessmentの指標のほとんどが含まれていることから、「Assessment」を表す因子と解釈できる。

因子3は、「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」、「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」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」の因子負荷量が大きく、「計画策定プロセス」を表す因子と解釈できる。

因子4は、「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」、「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」の因子負荷量が大きく、「優先順位の設定と取り組みのプロセス」を表す因子と解釈できる。

表104に、政令市・特別区について、Turockのパフォーマンスの20指標の因子分析を実施した結果を示した。7つの因子が抽出され、累積寄与率は54.6%であった。

因子1は、「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」、「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」、「地域住民への定期的な情報提供の実施」の因子負荷量が大きく、「計画策定プロセス」を表す因子と解釈できる。

因子2は、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」、「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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」の因子負荷量が大きく、「組織活動の結果の保証」を表す因子と解釈できる。

因子3は、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「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」、「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」の因子負荷量が大きく、「情報収集・分析の実践」を表す因子と解釈できる。

因子4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」、「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に関する分析」の因子負荷量が大きく、「情報収集・分析のシステム整備」を表す因子と解釈できる。

因子5は、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」の因子負荷量が大きく、「健康危機管理」を表す因子と解釈できる。

因子6は、「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」、「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」の因子負荷量が大きく、「優先順位の設定と取り組みのプロセス」を表す因子と解釈できる。

因子7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」、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」、「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」の因子負荷量が大きく、「組織活動の構造・過程の保証」を表す因子と解釈できる。

表 105 に、県型保健所について、Turock のパフォーマンスの 20 指標の因子分析を実施した結果を示した。5 つの因子が抽出され、累積寄与率は 39.2%であった。

因子 1 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」、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」、「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」、「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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」、「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」、「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」の因子負荷量が大きかった。Assurance の指標のほとんどが含まれていることから、「Assurance」を表す因子と解釈できる。

因子 2 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」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「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に関する分析」、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」の因子負荷量が大きかった。健康危機管理を除く Assessment の指標のほとんどが含まれていることから、「情報収集・分析」を表す因子と解釈できる。

因子 3 は、「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」、「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」の因子負荷量が大きく、「計画策定プロセス」を表す因子と解釈できる。

因子 4 は、「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」、「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」、「地域住民への定期的な情報提供の実施」、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」の因子負荷量が大きく、「優先順位の設定と取り組みのプロセス」を表す因子と解釈できる。

因子 5 は、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」の因子負荷量が大きく、「健康危機管理」を表す因子と解釈できる。

表 106 に、都市型保健所について、Turock のパフォーマンスの 20 指標の因子分析を実施した結果を示した。6 つの因子が抽出され、累積寄与率は 52.1%であった。

因子 1 は、「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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」、「地域住民への定期的な情報提供の実施」、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」、「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」、「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に関する分析」、「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」、「施策の健康影響について、議員への情報提供や説明の実施」の因子負荷量が大きく、「地域・組織活動に関する情報の収集・分析・評価・公表のプロセス」を表す因子と解釈できる。

因子 2 は、「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」、「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」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、「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」、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」の因子負荷量が大きく、「計画策定プロセス」を表す因子と解釈できる。

因子 3 は、「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」、「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」の因子負荷量が大きく、「優先順位の設定と取り組みのプロセス」を表す因子と解釈できる。

因子4は、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」、「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」の因子負荷量が大きく、「健康危機管理」を表す因子と解釈できる。

因子5は、「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」、「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」、「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」の因子負荷量が大きかった。「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」の因子負荷量が負であることから、「サービス・事業の実施可能性(feasibility)」を表す因子と解釈できる。

因子6は、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」の因子負荷量が大きく、「情報収集・分析の実践」を表す因子と解釈できる。

## 4. 考察

### (1) マンパワーの整備

マンパワーの整備状況に関しては、ほとんどの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で、医師、保健師、栄養士、事務職、薬剤師、獣医師、臨床検査技師、診療放射線技師といった多職種が配置されていた。しかし市町村では、人口規模の大きい市町村で栄養士が設置されているが、ほとんどは保健師と事務職が配置されているのみであった。また歯科医師、助産師、衛生検査技師、統計技術者、理学療法士、作業療法士を配置している組織は少数であった。

増員が必要であると考えられている職種は保健師が最も多く(市町村57%、政令市・特別区52%、県型保健所55%、都市型保健所59%)、いずれの組織も地域保健行政の中心的役割を果たす保健師が不足していることが示された。

市町村では、保健師以外に、栄養士(49%)、事務職(41%)が挙げられた。ほとんどの市町村では保健師と事務職が配置されているが、その人数は必ずしも十分ではないことが示された。また健康増進法の施行、健康日本21地方計画の推進にあたって栄養士の役割が重要になっている現状を踏まえて、保健師と事務職が充足された後に必要とされる職種は栄養士であると認識していることが示された。

政令市・特別区の39%、県型保健所の32%、都市型保健所の44%が医師の増員が必要であると考えていた。国では、公衆衛生医師の確保のための施策が推進されようとしているが、地域保健行政組織における医師不足は深刻な状況にあることから、医師確保対策の早急な整備が必要である。

職員への教育研修の状況については、ほとんどの組織(市町村90%、政令市・特別区97%、県型保健所99%、都市型保健所99%)で職員の資質向上のための何らかの方策を企画・実施しており、多くの組織で研修受講のための予算を確保していた(技術職の予算確保は、市町村82%、政令市・特別区97%、県型保健所69%、都市型保健所88%、事務職の予算確保は、市町村59%、政令市・特別区78%、県型保健所52%、都市型保健所64%)。

ほとんどの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所では、職員のマネジメント能力向上のための方策(政令市・特別区79%、県型保健所75%、都市型保健所76%)、国が実施する研修への派遣(政令市・特別区91%、県型保健所78%、都市型保健所85%)、都道府県が実施する研修への派遣(政令市・特別区82%、県型保健所96%、都市型保健所87%)、学会や学術研究会への参加(政令市・特別区84%、県型保健所87%、都市型保健所85%)、所内での研修・勉強会

(政令市・特別区 81%、県型保健所 79%、都市型保健所 83%) を企画・実施しており、職員の資質向上のための教育研修の機会が多岐にわたって確保されていることが示された。

しかし市町村では、職員のマネージメント能力向上のための方策は 41%、国が実施する研修への派遣は 15%、学会や学術研究会への参加は 40%、組織内での研修・勉強会は 29%と少数で、ほとんどの市町村(86%)が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・実施しているのみであった。国の研修や学会や学術研究会への参加は、予算の制約上困難であると考えられるが、組織内での研修や勉強会は実行可能であり、定期的を実施していくことによって職員の資質向上が可能になると考えられる。またそのためには、都道府県や県型保健所は、組織内での研修や勉強会のための教材や資料を提供するなどの支援を行う必要がある。

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%と少数であった。遠隔教育は、研修派遣の費用を節約できるため、職員の資質向上を効率的に行うことが可能であり、今後の積極的な利用が望まれる。

## (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・把握の状況に関しては、ほとんどの組織が、人口・世帯等の人口学的特性の情報(市町村 95%、政令市・特別区 97%、県型保健所 99%、都市型保健所 98%)、医療機関・福祉施設等の地域の保健医療資源の情報(市町村 89%、政令市・特別区 97%、県型保健所 94%、都市型保健所 94%)、出生数・乳児死亡率・健診受診率等の母子保健の情報(市町村 99%、政令市・特別区 100%、県型保健所 96%、都市型保健所 100%)、死亡・傷病の情報(市町村 91%、政令市・特別区 96%、県型保健所 95%、都市型保健所 97%)、市区町村・保健所の組織の活動実績の情報(市町村 91%、政令市・特別区 96%、県型保健所 95%、都市型保健所 90%)を収集・把握しており、特に政令市・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。これらの情報は保健衛生の基本情報であり、いずれの組織も最低限の情報の収集・把握を実施していることが示された。

一方、組織の種類で収集・把握している情報に差がみられた。県型保健所が収集・把握していない情報として、生活満足度・生きがい等の住民のQOLの情報(市町村 50%、政令市・特別区 65%、県型保健所 31%、都市型保健所 55%)、喫煙・飲酒・運動・睡眠・健診受診等の住民の生活習慣の情報(市町村 78%、政令市・特別区 84%、県型保健所 64%、都市型保健所 79%)、住民の保健サービスへのニーズの情報(市町村 64%、政令市・特別区 78%、県型保健所 49%、都市型保健所 74%)が挙げられた。これらの情報は、地域住民に直接サービスを提供する役割を担う市区町村にとって不可欠であるが、県型保健所にとっても、地域住民の健康やニーズのアセスメント、地域保健計画の策定を「広域的」に実施するために必要である。したがって県型保健所は、管内市町村が把握しているこれらの情報を収集するとともに、把握していない市町村の情報収集活動を支援することによって、管内全体の地域住民の生活に関する情報を網羅的に収集・把握・分析する必要がある。

市町村が収集・把握していない情報として、空気、水質、土壌等の環境衛生の指標(市町村 26%、政令市・特別区 79%、県型保健所 63%、都市型保健所 72%)、精神障害者の数や生活実態等の精神保健の情報(市町村 66%、政令市・特別区 85%、県型保健所 90%、都市型保健所 93%)、感染症・食中毒などの発生状況といった感染症の情報(市町村 76%、政令市・特別区 99%、県型保健所 99%、都市型保健所 100%)、災害、事件、事故などの発生状況といった健康危険情報(市町村 53%、政令市・特別区 85%、県型保健所 79%、都市型保健所 84%)が挙げられた。これらの対策を所管するのは保健所であるが、市町村にとっても地域の健康を総合的に評価するために

は必要であると考えられる。したがって市町村は、都道府県や保健所が把握しているこれらの情報を提供してもらい、その動向を継続的に把握していく必要がある。

所得、就労、家計等の社会経済的特性、地域の保健医療資源、精神保健、健康危険情報に関しては、人口規模の小さい市町村の方が収集・把握している傾向がみられた。このことは、人口規模の大きい市町村は、人口規模に比して、情報収集・把握のための資源（マンパワー、システム、予算など）が十分でない可能性があることを示唆している。逆に、人口規模の小さい市町村の方が、身近に発生するこれらの情報を収集・把握しやすい状況にあると考えられる。

職員の76～100%に電子メールのアカウントを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。電子メールの活用は、費用の削減やペーパーレスなどの業務の効率化だけでなく、組織内及び関係機関・団体との情報の共有などにも有効であり、一層の情報システムの整備が望まれる。

統計解析ソフト（SAS、SPSSなど）や表計算ソフト（MS Excelなど）を利用している組織は、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、市町村が利用していない傾向がみられた。これらのソフトは情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究に不可欠であり、今後は研修などによってソフトを活用できる人材を育成する必要がある。

地域住民等への情報提供に関しては、市町村の61%、政令市・特別区の93%、県型保健所の78%、都市型保健所の81%がホームページを開設し、市町村の88%、政令市・特別区の65%、県型保健所の33%、都市型保健所の58%が広報誌・新聞を発行しており、情報提供の媒体はおおむね整備されていた。しかし、わかりやすく、利用しやすい形で情報を公表している組織は、市町村33%、政令市・特別区62%、県型保健所42%、都市型保健所55%と十分ではなかった。したがって今後は情報提供の媒体だけではなく、実際に地域住民に発信される情報の内容や形式などについても検討する必要がある。

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、市町村の実施割合が小さかった。市町村は、調査研究を実施するにあたってのマンパワー、予算、技術などが不足しているため、調査研究を実施するのが困難な状況にあると考えられる。調査研究は、地域住民のニーズや特性の把握・明確化、健康施策の科学的根拠の確立などのために必要不可欠であり、特に住民に身近なサービスを提供している市町村で調査研究を実施することによって、地域の健康課題の解決、新たな健康施策の展開のための重要な知見を得ることできると考えられる。したがって、国、都道府県、県型保健所は、市町村が調査研究を実施するにあたって、技術的・財政的支援を積極的に行う必要がある。

調査・分析・研究を実施するために使用できる「予算」を確保している組織は、市町村11%、政令市・特別区27%、県型保健所24%、都市型保健所21%、「時間」を確保している組織は、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、いずれの組織も調査研究のための予算と時間が十分に確保されていなかった。調査研究を実施するためには十分な予算と時間が必要であるが、そのためには地域保健における調査研究の重要性を、財政局や組織内の他の職員に十分に理解してもらう必要がある。

地域保健行政組織から大学、研究所などの教育研究機関への支援に関しては、平成14年度に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、実施した割合よりも小さかった。また過去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%と少数であった。逆に、教育研究機関から地域保健行政組織への支援に関しては、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%、平成 14 年度に調査研究を実施した組織の中で何らかの形で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、市町村の割合が小さく、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所においても半数程度であった。地域保健行政組織と教育研究機関が協力して調査研究を実施することによって、フィールドやデータ、新しい調査研究手法、人材などが交流するため、両者にとってメリットは大きい。しかしこのような連携が機能しているのは、少数の市町村、半数程度の政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所に過ぎない。今後は地域保健行政組織と教育研究機関との連携を強化し、質の高い調査研究を地域で実践していく必要がある。

平成 14 年度に調査研究を実施した組織の中で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、ほとんどの組織が公表していた。

公表方法として、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%、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、雑誌への投稿は少なく、また市町村は学会・研究会での発表も少なかった。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通じて調査研究の技術・能力の向上にも役立つ。したがって今後は、学会発表や雑誌への投稿を積極的に行うとともに、職員が学会参加や投稿をする際に予算的・時間的配慮を行う必要がある。

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。地域保健行政組織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義務であり、新聞、広報誌、ホームページなどを通じて積極的に公表していく必要がある。

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%と少数であった。保健所（都道府県）と市町村の間で調査研究の成果を共有することは、地域の健康施策の展開のために有用であり、両者の間での積極的な情報交換が必要であると考えられる。

### （3）健康危機管理

健康危機発生時の活動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、ほとんどの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所は作成していた。その内容としては、感染症の集団発生（政令市・特別区 87%、県型保健所 86%、都市型保健所 87%）、食中毒の集団発生（政令市・特別区 88%、県型保健所 84%、都市型保健所 83%）は十分に整備されていたが、飲料水汚染（政令市・特別区 51%、県型保健所 56%、都市型保健所 46%）、意図的な毒物など（ヒ素・サリンなど）の混入・散布事件（政令市・特別区 46%、県型保健所 49%、都市型保健所 37%）は半数程度、自然災害（地震・火山噴火・風水害など）に伴う健康被害（政令市・特別区 27%、県型保健所 41%、都市型保健所 32%）は 3～4 割、爆発・火災・原子力・化学物質などによる事故（政令市・特別区 15%、県型保健所 28%、都市型保健所 15%）、テロリズムによる健康被害（政令市・特別区 19%、県型保健所 29%、都市型保健所 20%）は 2～3 割、廃棄物・処理場・工場などからの有害物質による汚染（政令市・特別区 10%、県型保健所 30%、都市型保健所 13%）は 1～3 割と、感染症・食中毒以外の内容のマニュアルは十分

に整備されているとは言い難い。したがってマニュアル作成を推進するための情報提供や教育研修などの方策を検討する必要がある。

政令市・特別区、都市型保健所は、県型保健所と比較して、自然災害に伴う健康被害、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のマニュアルを作成している割合が小さかった。都市部では、管轄地域に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）が少ないため、それらに対応するためのマニュアルを作成する必要はないと認識している可能性がある。しかし都市部にも、危険物を取り扱う施設は存在するし、火山や河川がなくても、阪神淡路大震災のような予想外の自然災害が発生する可能性がある。健康危機発生リスクが0%でない以上、これらの危機に対応するためのマニュアルの整備は不可欠である。

健康危機発生時の被害状況に応じた職員の24時間勤務体制が整備されている組織は、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、多くの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で整備されていた。24時間、365日の職員間の連絡体制と、状況に応じた24時間勤務体制は、健康危機への迅速な対応を可能にする組織体制であり、今後もさらなる整備が望まれる。

健康危機発生時の情報の一元的な集約体制が整備されている組織は、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、ほとんどの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で整備されていた。健康危機発生時には、あらゆる情報源（医療機関、警察、消防、マスコミ、インターネットなど）から発生する、あらゆる情報（被害状況、原因関連情報、対応状況、医療提供状況など）を網羅的に収集し、一元的に管理し、地域住民、関係機関、マスコミなどへ迅速かつ適切に提供する必要があるが、体制整備が進展していることは望ましい傾向である。

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が整備されている組織は、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、多くの政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で整備されていた。しかし、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が整備されている組織は、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、半数程度の政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で整備されているに過ぎなかった。今後は、地域の精神科の医師や医療機関との連携を強化し、健康危機発生後のPTSDに対する専門的治療・相談を早期に実施できる体制を整備する必要がある。

平成14年度、健康危機に対応するための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%、関係機関・団体が主催する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、半数程度の政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所で実施されているに過ぎなかった。実地訓練の主催は、健康危機に迅速に対応できる組織体制を整備するために、実地訓練への参加は、地域の関係機関・団体（管轄する市町村、近隣の都道府県や市町村、警察、消防、医師会、医療機関、ボランティア団体、企業（工場、原子力施設など）、自衛隊、報道機関など）との連携を強化するために、ともに不可欠であるため、今後は実地訓練の主催・参加を積極的に実施するとともに、効果的な内容を検討していく必要がある。

市町村では、健康危機発生時の活動マニュアル、健康危機発生時の体制、実地訓練のいずれも十分に整備されていなかった。健康危機管理を所管するのは保健所であるが、所管する保健所のマニュアルと連動した簡便なマニュアルを作成したり、保健所との連携体制を強化したり、

保健所と共同で実地訓練を開催したりすることによって、保健所の健康危機管理機能を十分に発揮できるように協力・連携体制を整備しておく必要がある。

#### (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、半数程度の組織が優先順位を設定していた。また組織が実施する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、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、市町村は設定していない傾向がみられた。保健事業の優先順位やターゲット集団の設定は、個々の保健事業や健康施策全体を効果的に展開していくために不可欠であるが、その具体的な手法は開発されておらず、各組織や自治体独自の方法で実施しているのが現状である。したがって今後は、各組織で実施している設定方法を分析し、効果的な設定手法を開発するとともに、教育研修を通じてその手法を普及していく必要がある。

保健事業の評価に関しては、開催場所・開催日時・受診率などの保健事業へのアクセスを評価している組織は、市町村 81%、政令市・特別区 78%、県型保健所 71%、都市型保健所 81%、事業内容などの保健事業の質を評価している組織は、市町村 77%、政令市・特別区 81%、県型保健所 73%、都市型保健所 84%、行動変容・健康水準の向上などの保健事業の効果を評価している組織は、市町村 55%、政令市・特別区 63%、県型保健所 48%、都市型保健所 63%、保健事業に対する住民の満足度を評価している組織は、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。多くの組織で事業内容や実施状況を評価しているが、利用者あるいは受益者である住民の行動変容・健康水準・満足度などの事業効果を評価している組織は半数程度であった。事業効果を測定するためには、利用者や住民を対象とした、自記式調査票や面接などによる調査が必要であるが、この結果はそのような調査を十分に実施していないことを示唆している。今後は、事業実施前後に利用者の生活習慣や健康水準を測定し、その変化から事業効果を測定するとともに、事業実施後に満足度を測定し、事業の問題点や改善すべき点を明らかにすることによって、事業を効果的に実施するための方策を検討する必要がある。

#### (5) 健康日本 21 地方計画の策定・推進

健康日本 21 地方計画の策定状況に関しては、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・特別区では計画策定がほぼ完了しているが、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状況であった。健康増進法では、市区町村レベルの計画策定は努力義務とされているが、多くの市町村は計画策定を推進しようと努力していることは望ましい傾向である。しかし多くの市町村は、町村合併や計画策定のための技術・財源・マンパワーなどの不足の問題に直面しているため、計画を推進できない状況にあると考えられる。

一方、半数以上の県型保健所では二次医療圏計画の策定予定がないことが示された。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、必要性が小さいと認識されている可能性がある。しかし人口規模の制約上、単独で計画策定できない市町村も多いため、県型保健所は、そのような地域においては、複数の市町村の協同による計画策定を支援していく必要がある。また計画策定が進行していな

い管内市町村に対しても、市町村が主体的に計画を推進できるように積極的に支援していく必要がある。

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に関しては、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。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り、そのためには積極的な広報活動が必要である。市町村は公表予定があるが未だ公表していない傾向がみられ、また人口規模の小さい市町村の方が公表していない傾向がみられた。これは、特に人口規模の小さい市町村は広報活動の財源が少ないためと考えられる。しかし、たとえ財源が少なくても、例えば、ホームページや市町村の広報誌で公表したり、講演会などの機会を利用して公表したり、企業や商店街などの協力を得て広報するなど、比較的安価に実施できる方法も検討する必要がある。

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の中で、都道府県計画との整合性がとれている組織は、市町村 40%、政令市・特別区 68%、県型保健所 39%、都市型保健所 68%、計画に基づいた事業展開のための予算・マンパワーが整っている組織は、市町村 40%、政令市・特別区 68%、県型保健所 39%、都市型保健所 68%であった。特に市町村、県型保健所では、計画の推進体制が十分に整備されていない状況にあり、今後は計画を具体的な事業や政策に結びつける方策を検討する必要がある。

健康日本 21 地方計画の策定・推進・評価委員会の設置状況については、市町村では、設置済みが 33%、設置予定が 27%、政令市・特別区では、設置済みが 85%、設置予定が 6%、県型保健所では、設置済みが 30%、設置予定が 5%、都市型保健所では、設置済みが 77%、設置予定が 6%であった。また委員会の年間開催（予定）回数の平均値は、市町村 4.0 回、政令市・特別区 4.9 回、県型保健所 2.7 回、都市型保健所 4.4 回であった。政令市・特別区、都市型保健所は設置がほぼ完了した段階、市町村では設置する予定はあるが未だ設置していない段階、県型保健所では設置する予定がないところが多く、計画の策定状況とほぼ同じ状況にあった。

健康日本 21 地方計画の策定・推進・評価委員会を設置した、または設置する予定のある組織の中で、全ての関係機関・団体、一般住民が委員会に参加する組織は、市町村 32%、政令市・特別区 53%、県型保健所 29%、都市型保健所 51%であった。健康日本 21 の基礎となる「ヘルスプロモーション」の理念では、保健医療分野だけでなく、他の関連行政部局（交通、環境、教育、警察、雇用など）、関係機関・団体との連携、そして主体的な住民参加が重要であり、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。この観点からすると、この結果は、関係機関・団体、一般住民の積極的な参加が十分に推進されているとはいえず、特に市町村や県型保健所ではより一層の参加を促進する必要がある。

#### （6）関係機関・団体との連携

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・団体との連携が不可欠であり、地域保健行政組織は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必要がある。ここでは、平成 14 年度の関係機関・団体との連携状況を設問し、連携状況に潜在する因子の構造を明らかにするために探索的因子分析を行った。

市町村が連携している関係機関・団体は、同市区町村の福祉・介護関係部・課が 93%で最も多く、次いで保育所 85%、社会福祉協議会 84%、保健所 80%、医師会 80%、その他の住民団体（老