

厚生労働科学研究費補助金
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～17年度 総合研究報告書

主任研究者 曾根 智史

平成18（2006）年 3月

目 次

I. 総合研究報告書 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

曾根 智史

(資料1) 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2) 韓国の保健所に関する現地訪問調査

(資料3) 米国 Public Health Leadership Institute の現地訪問調査

(資料4) 地域保健計画の国際比較

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 155

III. 研究成果の刊行物・別刷 155

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
総合研究報告書

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 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 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、組織の責任者のリーダーシップの向上、組織のスタッフの技術の向上のために、アメリカで開発されたツール（Performance Measurement、リーダーシップ研修など）を適用することは有効であること、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、わが国においても公衆衛生専門家や検疫所職員の competency の体系を構築する必要があること、OJT を活用した研修プログラムとその実施体制を整備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、地域保健計画の推進のためには、計画策定・評価ツールや研修の教材の開発、進行管理に関する助言などの技術支援を積極的に実施する必要があること、などが示された。

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）
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）
須藤 紀子（国立保健医療科学院生涯保健部 主任研究官）

山口 一郎（国立保健医療科学院生活環境部 主任研究官）
杉浦 裕子（国立保健医療科学院研究課程）
大井田 隆（日本大学医学部 教授）
中原 俊隆（京都大学大学院医学研究科 教授）
丸山 浩（自治医科大学医学部卒後指導部 部長）

研究協力者

林 謙治（国立保健医療科学院 次長）
平野かよ子（国立保健医療科学院公衆衛生看護学部長）
藤原真一郎（国立保健医療科学院研修企画部 第二室長）
鈴木 晃（国立保健医療科学院建築衛生部 健康住宅室長）
橘 とも子（国立保健医療科学院人材育成部 主任研究官）

岩永 俊博（社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 常勤顧問）
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長）
上木 隆人（東京都八王子保健所長）
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長）

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

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）が導入されている。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る。

本研究は、わが国の地域保健行政組織の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都道府県保健所、政令市・特別区が設置する138市区保健所を対象に、平成16年1月、郵送により自記式調査票を配布・回収した。回収数（回収率）は、政令市・特別区69（86.3%）、市町村1,619（51.8%）、都道府県保健所336（76.7%）、市区保健所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、③健康危機管理、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、⑥関係機関・団体との連携、⑦Turnockのパフォーマンスの20指標などであった。

Turnock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。

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を調査した。調査項目は、国及び地方自治体レベルの保健衛生組織の名称、組織数、組織の管轄人口、組織の設立目的（所掌事務）・設立主体・設立根拠となる法律、組織体系、各部門の所掌事務、組織及び部門の責任者の資格要件（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師などの免許、学位、経験年数など）の有無とその根拠（法律、内規、慣例など）、その他の必置職の官職・所掌事務・資格要件の有無とその根拠などであった。

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ワークショップを開催した。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。

ワークショップに関しては、平成 15 年 10 月 31 日に国立保健医療科学院において「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」をテーマに開催した。参加者は、本院の研修担当者、保健所長等の衛生行政実務者、NPO 関係者などであった。

PHLI の訪問調査に関しては、平成 16 年 2 月 19-20 日にアメリカ・ノースカロライナ大学 School of Public Health のサービス提供部門である North Carolina Institute of

Public Health が提供する 3 つのプログラム (National Public Health Leadership Institute, Southeast Public Health Leadership Institute, Management Academy for Public Health) の担当者に聞き取り調査を実施し、研修内容や評価方法を調査した。

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、平成 15 年度、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。

5. 検疫所の構造・機能・マンパワーの実態調査

健康危機管理において重要な役割を担う検疫所の組織体系、マンパワー、活動実績、関係組織との連携などの実態を把握し、検疫所の機能及び検疫所職員の資質・能力の向上を目的とした研修のあり方を検討した。

平成 16 年度、研究協力者からの情報収集、インターネットなどを用いた資料収集、横浜検疫所への訪問調査などを実施し、検疫所の構造（組織体系、マンパワーなど）と機能（活動内容）、検疫所長の業務、検疫検査の具体的な方法（サンプリングからの一連の流れなど）、検疫所長及び検疫官への研修のニーズ、SARS への対応、地域保健（保健所、衛生研究所）との連携、などを調査した。

6. イギリスにおける公衆衛生専門家の養成システムの実態調査

保健医療専門職の高い資質を保障するための教育システムが確立されているイギリスにおける、公衆衛生専門家の養成システムの実態を把握し、わが国の公衆衛生従事者への教育研修のあり方を検討した。

はじめに、研究協力者からの情報収集、インターネットなどを用いた資料収集を実施し、国内で入手できる情報を収集・整理した。次に、平成16年10月9～14日に現地訪問調査を実施し、Faculty of Public Health (FPH)、Health Protection Agency (HPA)などの関係機関を訪問し、関係者を対象とした聞き取り調査を実施した。

調査項目は、イギリスの衛生行政システム、衛生行政組織（所掌事務、組織体系、各部門の所掌事務、組織及び部門の責任者の資格要件の有無とその根拠など）、一般教育制度、保健医療専門職の教育課程、公衆衛生専門家の養成システム（教育課程、試験内容、資格認定、卒後教育、雇用の状況など）であった。

7. 地域保健計画策定の演習プログラムの開発・実施・評価

平成17年5月23日の「地域保健対策検討会中間報告」において示された「地域保健計画」に関して、計画の策定・実施・評価の実践的能力・技術の向上を目指した演習プログラムを開発・実施・評価することによって、効果的な演習プログラムの具体的な内容を明らかにした。

演習プログラムの開発にあたっては、報告書に示された理念や考え方を踏まえた上で、計画策定を具体的にどのように進めるべきかを受講生自身で考えてもらうことによって、計画の理念を具体的な施策に結びつけるための知識・技術の応用力、政策形成における独創性、積極的に取り組む態度などを向上させることをねらいとした。

国立保健医療科学院の特別課程「健康政策開発コース」（平成17年11月14日～12月2日）において、演習プログラムを実施した。具体的な手順は、①3～4人のチームを編成する、②地域保健計画の理念、基本的な考え方を理解・共有する、③対象地域（都道府県）を設定し、計画全体の枠組み（基本理念、健康課題の分析及び優先順位の設定の方法な

ど）、具体的な内容（到達目標、各種施策、実施・評価体制など）を策定する、④計画を発表し、質疑応答を行い、改善点を整理し、計画書を作成する、であった。

コースの終了時に、受講生を対象としたグループディスカッションを実施し、演習プログラムの長所や改善点などを整理・抽出した。

8. 地域保健計画の国際比較研究

諸外国の保健計画の実態を把握し、わが国への適用可能性を検討することによって、実践的かつ効果的な地域保健計画のあり方を検討した。

調査対象国は、アメリカ、イギリス、スウェーデン、イタリア、韓国、オーストラリア、ニュージーランドとした。

調査方法は、研究協力者からの情報収集、文献データベースやインターネットなどを用いた資料収集などであった。

調査項目は、以下のとおりであった。

- ・国レベルの保健計画（名称、法的根拠、策定主体、期間、目的、内容（領域、目標値など）
- ・地方レベルの保健計画（名称、法的根拠、策定主体、策定圏域、期間、内容（領域、目標値など）、策定方法・プロセス、評価方法・プロセス、国の役割と関与、関係機関と役割、特徴的な取り組みなど）

（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、情報公開の観点からも倫理的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

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。しかし都道府県保健所は、住民のQOL（市町村50%、政令市・特別区65%、都道府県保健所31%、市区保健所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%の都道府県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、都道府県保健所は住民団体と連携した割合が小さかった。

Turnockのパフォーマンスの20指標の評価得点（4段階評価で、高い順に4~1点）に関しては、市町村は全体的に自己評価が低く、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」、
「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」、Policy Development の「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、地域住民の参加による地域保健計画の策定」、Assurance の「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」は他の組織と比較して低かった。

政令市・特別区、市区保健所は全体的に自己評価が高く、特に 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」、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」、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 のほとんどの指標は他の組織と比較して高かった。

都道府県保健所は、政令市・特別区、市区保健所と比較すると、全般的に自己評価が低く、市町村と比較して若干高い程度であった。また他の組織と比較して「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」の自己評価が低かった。

Turnock 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、都道府県保健所で 5、市区保健所で 6 であった。因子構造としては、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。

また 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、都道府県保健所、市区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。

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

ドイツ連邦共和国では、わが国の保健所に相当する公衆衛生事務所が、州の責任で約 360 設置されていた。主な業務として、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、健康増進などが挙げられるが、地域保健医療計画策定・評価に関しては法的に明記されていなかった。また公衆衛生事務所は、法律または行政規定に医系技官の管轄権の根拠が記載されているか、医系技官の証明書があれば、その管轄権を有する。

近年、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。

韓国の地方自治体において衛生行政を担当する部門は、市・道で保健福祉女性局、市・郡・区で保健（または環境）衛生課、邑・面・洞で衛生係である。市・道は保健環境研究院、市・郡・区は保健所を設置している。また保健所は、必要に応じて、複数の保健支所を邑・面・洞レベル（人口約 5,000 人）に設置し、それを運営管理している。

保健所長は原則として医師であるが、医師の任用が困難な場合に保健職の公務員を任用する例外措置がとられている。

韓国の保健所は診療所の機能を持っており、わが国の市町村保健センター、診療所、衛生検査部門を統合した組織と捉えることができるため、わが国の保健所とは業務の性質上、異なる機関である。

3. 地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析

ワークショップの結果、保健所長のリーダーシップ能力として、Public Health Mind（住民の視点、住民の立場で、公衆衛生に対する強い信念をもつ）、公衆衛生の知識・技術（地域の実態のアセスメント、感染症・健康危機発生時の医学的判断）、マネジメント能力（統率力、決断力、バランス感覚）、行政担当能力（口述、記述による優れたコミュニケーション技術、対人関係を効果的に構築する技術、分別のある交渉ができる技術等）が抽出された。そしてこれらを向上させるためには、総合的な考え方や応用力をつけるような、事例活用法、実践的臨地学習、ディベートなどの演習や実習が必要である。

アメリカの州や郡の保健衛生部局長などシニアレベルの公衆衛生行政官を対象としたリーダーシップ研修である National PHLI は、チームによる演習・実習がメインとなっている。しかし、現任教育であるため、受講生が職場を離れる合宿研修は1年間の修業年限のうち、1週間程度であり、残りは遠隔教育による研修である。事例研究やチームリーダーシッププロジェクトのような演習・実習もインターネットや電話会議による遠隔教育でおこなっている。

教科内容は、公衆衛生の専門知識に関するものよりもコミュニケーションやパートナーシップ、システムシンキングなどの技術にウエイトがおかれており、個人のリーダーシップ開発のための自己評価ツールである 360 度フィードバックや FIRO-B なども導入されていた。

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

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。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。従って、ニーズアセスメントをする際には、それが誰のどのような価値観に基づいた結果なのかを十分検討する必要がある。

さらに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。無目的に「地域の状況を知りたいから」行うデータ収集はニーズアセスメントとは言えない。最初から何らかの介入（事業）あるいは制度改変を目的を持ったプロセスとして捉える必要があろう。従って、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。

5. 検疫所の構造・機能・マンパワーの実態調査

検疫所数は、本所 13（空港検疫所 2、海港検疫所 11）、支所 14（空港 7、海港 7）、出張所 76（空港 12、海港 64）である。本所の所長は全て医師であるが、支所長は必ずしも医師ではなく、獣医師や事務官の場合がある。3 支所の所長は医師である。

検疫所の一般的な組織体系は、所長を筆頭に、次長、企画調整官が配置され、総務課、検疫課、衛生・食品監視課、検査課、輸入食品検疫検査センター（横浜、神戸のみ）で構成される。また職員の総数（定数）は約 800 人、そのうち医師は約 50 人、看護師は約 50 人、その他に食品衛生監視員、事務官などが従事している。

検疫所の業務としては、渡航者などを対象とした検疫や情報提供、衛生業務（媒介動物の駆除など）、各種試験検査、輸入食品の届出及び監視指導（食品衛生法に基づく）、予防接種などが挙げられる。

検疫所職員に対する研修として、検疫所を所管する厚生労働省食品安全部の検疫所業務管理室が主催する研修（接遇研修、初任者研修、食品衛生監視員研修）と検疫所が自主的

に実施する研修（検疫医学会、近畿地区感染症懇話会など）が実施されている。

関係機関との連携に関しては、検疫所、地方自治体、保健所、医療機関、地方厚生局などを構成員とする各種協議会や連絡会議などが実施されている。

検疫所職員に対する研修として、熱帯医学、防疫感染症や諸外国の感染症の予防・診断・治療の技術、旅行医学・交通医学、感染症の疫学（疾患、媒介動物の伝播）、人畜共通感染症などに関する講義、検疫所内及び関係機関（保健所、自治体など）との連携に関するシミュレーションなどが必要である。

6. イギリスにおける公衆衛生専門家の養成システムの実態調査

イギリスでは「公衆衛生の重点化」を背景に、NHSの第一線組織であるPrimary Care Trustの一部門として公衆衛生部門を設置すること、そしてその責任者として、医師資格の有無に関わらず、十分に訓練された「公衆衛生専門家」を配置することが義務づけられるようになった。イギリスでは古くから、公衆衛生専門医（Consultant in Public Health）の資格がすでに確立していたが、これを受けて、医師でない公衆衛生専門家（Specialist in Public Health）を含めた養成システムを確立することが重要な課題となった。

イギリスでは、保健医療専門職（医師、看護師など）の資格認定のための「国家試験」は実施されず、その代わりに、専門家の「同業者団体」が教育研修・資格認定を実施する権限をもっている。公衆衛生専門家の場合、イギリス医学会の一部門である公衆衛生専門家部会（Faculty of Public Health: FPH）が、カリキュラムや資格認定の基準の設定、資格認定試験の実施などの役割を担っている。

公衆衛生専門家の教育課程は5年間で、①1年目に、公衆衛生大学院のDiplomaまたは修士課程を修了し、学士（Diploma in Public Health）または修士（Master of Public

Health）を取得する、②2年目に、FPHのDiploma & Part I examを受験する、③2～4年目に、研修生（trainee）として、NHS組織、自治体などの様々な組織に「出向」の形で所属し、公衆衛生関連の業務（プロジェクト）に従事する（出向期間は、プロジェクトの内容によって、2～3日、3ヶ月など様々である）、④4年目に、FPHのPart II examを受験する、⑤5年目に、教育課程を全て修了し、公衆衛生専門家として正式に登録される、という流れが一般的である。

この教育課程の一つ目の特徴として、③の、公衆衛生の実務の中で研修するというOJTが中心となっていることが挙げられる。またOJTを実施するにあたって、出向先の組織の責任者が教育指導者となっていること、政府（保健省）が研修生の給与を支給するための予算を確保していることも特徴である。

二つ目の特徴として、②と④の2回の試験で、公衆衛生専門家としての能力・資質を検定するシステムが確立していることが挙げられる。Diploma & Part I examでは、筆記試験によって公衆衛生の基本的な知識・技術が試験され、Part II examでは、レポートによって知識・技術の応用力が、口頭試問によってディスカッション・コミュニケーション能力と専門家としての適性が、それぞれ試験される。

三つ目の特徴として、「Public Health Training Portfolio」と呼ばれる、教育課程全期間を通じて使用される評価表に基づいて、公衆衛生専門家に必要な能力（competency）が達成されたかどうかを評価するという研修体系が確立していることが挙げられる。このcompetencyは、FPHが提唱した公衆衛生活動の10領域、つまり、①住民の健康・福祉の状態の監視とアセスメント、②住民の健康・福祉の増進と保護、③評価の視点に基づいた、質の管理、リスク管理の推進、④健康に向けた共同の取り組み、⑤保健プログラム・サービスの開発と不公平の是正、⑥政策・戦略の

開発と実施、⑦地域のための、地域と共同した取り組み、⑧健康に向けた戦略的リーダーシップの発揮、⑨研究開発、⑩倫理にかなった、自己、集団、資源のマネージメント、で構成される。

専門家資格の取得後の技術や能力を継続的に保証するための専門家継続教育

(Continuing Professional Development : CPD) が専門医に関して実施されているが、今後は公衆衛生専門家にも適用される。CPDは5年間で、単位方式、つまり特定の単位数が定められた研修活動を実施して必要単位数を満たすという方式で進められ、修了後、専門家資格が更新される。研修活動として、学会・ワークショップ・セミナーへの参加、研修の受講（遠隔教育など）、OJT、自己学習、同僚との共同学習、FPHの試験、調査研究、教育活動などがある。

イギリスの公衆衛生専門家の今後の動向として、公衆衛生の中でも特定分野に限定された専門家 (defined specialist) の資格が検討され、現在、ヘルスプロモーション・健康教育、健康危機管理、公衆衛生薬学、疫学・保健統計、保健経済学、公衆衛生研究、環境保健の7分野に関して、competencyの設定とその養成のための教育研修プログラムが開発途上にある。

7. 地域保健計画策定の演習プログラムの開発・実施・評価

受講生の評価として「計画策定の一連のプロセスを理解することができた」、「自ら積極的に取り組むことによって学ぶことが多かった」、「チーム内外のメンバーとの意見交換によって他の地域の情報を得ることができた」など、高い評価を得ることができた。このことから、演習プログラムは、地域保健計画策定の一連のプロセスを体験することによって、計画の理念と基本的な考え方の理解、計画策定・評価に関する様々な手法の習得、計画の理念を具体的な施策に結びつけるため

の知識・技術の応用力の習得、政策形成における独創性の開発、積極的に取り組む態度の向上などを達成することができる有効な研修プログラムであることが示唆された。

しかし一方で「時間が短かったため計画を完成させるのは困難であった」、「具体的な指針が示されていない状況で計画を策定するのは困難であった」などの問題点が指摘された。今回の演習プログラムでは、「中間報告」において示された地域保健計画の理念や基本的な方向性に沿って計画を策定し、受講生から新しいアイデアや独自の計画策定プロセスが提案されるなどの成果が得られた。その反面、具体的な指針がない状態で演習を進めることの困難さも指摘された。したがって、計画策定の能力・技術をより効果的に向上させるためには、国レベルで地域保健計画の策定・実施・評価に関する具体的なガイドラインやマニュアルを作成し、それに沿った形で演習プログラムを実施する必要がある。

8. 地域保健計画の国際比較研究

諸外国において「地域保健計画」に相当する地方レベルの保健計画は、国レベルの保健計画（アメリカのHealthy People 2010、イギリスのOur Healthier Nationなど）の目的や内容に沿った形で策定されている。また多くの国では健康問題の重点領域や目標（値）を設定しているが、地方自治体（州、市など）では、それを参考にしながらも、各自治体の実状を考慮した上で独自の計画を策定することが推進されている。わが国においても、地方分権が進行していることを考慮すると、国レベルで、計画の目的、理念、取り組むべき健康問題と目標（値）を網羅的に設定し、地方自治体（都道府県など）レベルで、それぞれの実状に応じて、重点課題や施策の優先順位の設定などの具体的な計画を策定する、という体制が有効であると考えられる。

しかしその一方で、多くの国では、地方レベルの保健計画の策定に様々な支援を行って

おり、それらは地方自治体にとって有用であることが示された。主な支援としては、技術支援（計画策定・評価ツールの開発、教育研修など）と財政支援（予算配分）が挙げられ、前者に関しては、アメリカのCDC、イギリスのHealth Development Agency、韓国保健福祉研究院(Korea Institute of Health and Social Affairs: KIHASA)、オーストラリアのHealthwayなど、国レベルの機関が積極的に関与している。わが国においては、財政支援に関しては困難な部分も多いが、技術支援に関しては、国立保健医療科学院を中心に、計画策定・評価ツールや研修の教材の開発、進行管理に関する助言などを積極的に実施することによって、地方自治体の地域保健計画の効果的な推進が可能になると考えられる。

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。

現在実施されている検疫所職員に対する研修は必ずしも十分ではなく、感染症や健康危機管理に関する体系的な研修が必要であることが示唆された。特に、事務官に対しては感染症などの医学的な基礎知識、所長に対しては組織管理の技術を向上させる研修が必要であると考えられる。

イギリスの公衆衛生専門家の養成システムの考え方（competency体系の確立、OJTの重視、知識と技術の2段階の試験の実施、専門家養成のための予算確保など）は、わが国の地域保健行政組織の構造と機能のあり方や、地域保健従事者の能力・技術を開発するための方法論を検討するために有用である。今後は、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公衆衛生専門家の養成システムを構築する必要がある。

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

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、組織の責任者のリーダーシップの向上、組織のスタッフの技術の向上のために、アメリカで開発さ

れたツール（Performance Measurement、リーダーシップ研修など）を適用することは有効であること、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、わが国においても公衆衛生専門家や検疫所職員の competency の体系を構築する必要があること、OJT を活用した研修プログラムとその実施体制を整備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、地域保健計画の効果的な推進のためには、計画策定・評価ツールや研修の教材の開発、進行管理に関する助言などの技術支援を積極的に実施する必要があること、などが示された。

今後は、国民のニーズに適合した保健医療福祉サービスを効果的かつ効率的に提供するために必要な地域保健行政組織の構造と機能のあり方、地域保健行政組織の活動を能率的かつ円滑に推進するために必要な地域保健行政従事者の能力・技術とその向上のための教育研修プログラムのあり方、そして国民にとって必要な保健医療福祉サービスを保障することが可能な、地域保健行政組織の構造・機能・マンパワー及び地域保健システムのあり方を検討する必要がある。

F. 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

武村真治，須藤紀子，兵井伸行，曾根智史，林謙治．全国の保健所・市町村における地域保健行政のパフォーマンスの実態調査．第63回日本公衆衛生学会総会；2004.10.27-29；松江．日本公衆衛生雑誌 2004；51(10 特別付録)：385.

曾根智史，須藤紀子，武村真治，兵井伸行，林謙治．米国における公衆衛生行政官のリーダーシップ養成．第63回日本公衆衛生学会総会；2004.10.27-29；松江．日本公衆衛生雑誌 2004；51(10 特別付録)：391

武村真治，曾根智史，林謙治．イギリスにおける公衆衛生専門家の養成システム．第64回日本公衆衛生学会総会，札幌．2005年9月；492（日本公衆衛生雑誌．2005；52(8)特別付録：492）．

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

(資料1) 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

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、それらを実評価・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く新しいものであり、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 NPHPSP (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 NPHPSP 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カ所であり、2カ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カ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