

(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、財政当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の評価しているが、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

人会、婦人会など) 78%、教育委員会 76%、学校 75%、歯科医師会 75%、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) 74%、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) 69%、同市区町村のその他(教育、建設等)の部・課 69%、児童相談所 65%、自治会・町内会 64%、ボランティア団体 50%、福祉事務所 49%、都道府県の保健衛生部局 48%、患者会・家族会 43%、他の都道府県や市区町村 38%、ケアマネージャー連絡協議会 33%、精神保健福祉センター 31%、薬剤師会 27%、都道府県の福祉・介護関係部局 26%、警察 24%、消防 21%、食品・環境衛生関係の団体・事業者 18%、大学、研究所などの教育研究機関 17%、マスメディア 14%、都道府県のその他(教育、建設等)の部局 9%、その他の一般企業 8%、NGO 団体 7%、地方衛生研究所 4%、ハローワーク 4%の順であった。

他の組織と比較すると、同市区町村のその他(教育、建設等)の部・課、都道府県、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、ケアマネージャー連絡協議会、学校、患者会・家族会、NGO 団体、食品・環境衛生関係の団体・事業者、医療関連施設、福祉・介護関連施設、マスメディア、その他の一般企業、教育研究機関と連携していない傾向がみられ、全般的に関係機関・団体との連携が進んでいない状況にあることが示された。特に、保健医療福祉分野以外の関係機関・団体との連携が十分に推進されておらず、健康危機(警察、消防、地方衛生研究所など)、環境・都市問題などに対応するためにも、連携を一層促進する必要がある。

人口規模との関連では、人口規模の大きい市町村の方が、都道府県の保健衛生部局、福祉事務所、児童相談所、消防、ハローワーク、医師会、歯科医師会、薬剤師会、NGO 団体、マスメディア、大学、研究所などの教育研究機関と連携している傾向がみられ、人口規模の小さい市町村の方が、同市区町村の福祉・介護関係部・課、社会福祉協議会、学校、福祉・介護関連施設と連携している傾向がみられた。人口規模の小さい市町村は、福祉・介護分野のマンパワーが不足しており、保健師などの保健衛生分野の専門職の支援を必要としているため、連携が進んでいると考えられる。

県型保健所が連携している関係機関・団体は、管内市町村の保健衛生部・課が 99%で最も多く、次いで医師会 96%、本庁の保健衛生部局 95%、食品・環境衛生関係の団体・事業者 95%、患者会・家族会 95%、精神保健福祉センター 94%、歯科医師会 94%、警察 90%、医療関連施設 90%、児童相談所 89%、管内市町村の福祉・介護関連部・課 87%、薬剤師会 84%、学校 83%、本庁の福祉・介護関係部局 80%、地方衛生研究所 80%、福祉事務所 78%、社会福祉協議会 78%、福祉・介護関連施設 78%、教育委員会 77%、消防 75%、保育所 70%、ボランティア団体 67%、ケアマネージャー連絡協議会 58%、管内市町村のその他(教育、建設等)の部・課 47%、その他の住民団体 45%、ハローワーク 42%、教育研究機関 42%、本庁のその他(教育、建設等)の部局 35%、マスメディア 35%、自治会・町内会 24%、その他の一般企業 21%、NGO 団体 18%、他の都道府県や市区町村 16%の順であった。また人口規模の大きい県型保健所の方が、地方衛生研究所、薬剤師会、NGO 団体、教育研究機関と連携している傾向がみられた。

他の組織と比較すると、本庁のその他(教育、建設等)の部局、他の都道府県や市区町村、社会福祉協議会、保育所、NGO 団体、自治会・町内会、その他の住民団体と連携していない傾向がみられ、特に住民団体との連携が進んでいない状況にあることが示された。県型保健所は地域住民への直接的なサービス提供の役割が小さいが、地域の健康政策を効果的に推進するためには住民の声を継続的に把握する必要がある、そのためには管内市町村の住民団体との連携を強化する必要がある。

政令市・特別区が連携している関係機関・団体は、医師会が100%で最も多く、次いで歯科医師会98%、同市区町村の福祉・介護関係部・課95%、食品・環境衛生関係の団体・事業者91%、薬剤師会89%、児童相談所85%、医療関連施設85%、福祉事務所83%、精神保健福祉センター83%、同市区町村のその他（教育、建設等）の部・課83%、患者会・家族会83%、学校82%、都道府県の保健衛生部局81%、社会福祉協議会80%、教育委員会75%、地方衛生研究所74%、警察74%、保育所71%、その他の住民団体（老人会、婦人会など）71%、自治会・町内会69%、福祉・介護関連施設69%、消防69%、ボランティア団体55%、ケアマネージャー連絡協議会48%、教育研究機関46%、マスメディア43%、他の都道府県や市区町村42%、都道府県の福祉・介護関係部局40%、ハローワーク38%、NGO団体35%、都道府県のその他（教育、建設等）の部局21%、その他の一般企業20%の順であった。

都市型保健所が連携している関係機関・団体は、医師会が100%で最も多く、次いで本庁の保健衛生部局97%、食品・環境衛生関係の団体・事業者96%、歯科医師会95%、医療関連施設90%、本庁の福祉・介護関係部局88%、福祉事務所87%、児童相談所87%、社会福祉協議会87%、患者会・家族会86%、薬剤師会85%、精神保健福祉センター84%、警察83%、学校82%、福祉・介護関連施設80%、自治会・町内会79%、その他の住民団体79%、保育所77%、地方衛生研究所76%、消防74%、本庁のその他（教育、建設等）の部局66%、ボランティア団体65%、教育委員会63%、ケアマネージャー連絡協議会52%、他の都道府県や市区町村45%、教育研究機関41%、ハローワーク38%、マスメディア37%、NGO団体27%、その他の一般企業15%の順であった。

政令市・特別区、都市型保健所は、他の組織と比較すると、全般的に多様な関係機関・団体との連携が進んでおり、今後は連携の具体的な内容やその効果などについても検討する必要がある。

全ての組織に共通して、保健医療福祉以外の関係行政部局、ハローワーク、NGO団体、マスメディア、その他の一般企業との連携は十分に推進されていなかった。これらの機関・団体は、保健医療福祉と直接関係が少ないが、健康政策を効果的に展開していくためには、事業展開にあたってこれらの組織の協力を求めるとともに、これらの機関・団体の施策に「健康の視点」を付与するための働きかけを行う必要がある。

組織別に探索的因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った結果、市町村では、①健康を目的としない関係機関・団体（マスメディア、その他の一般企業など）、②同じ自治体の行政機関（同市区町村の福祉・介護関係部・課、その他の部・課など）、③他の自治体の行政機関（都道府県の保健衛生部局、福祉・介護関係部局、その他の部局、他の都道府県や市区町村など）、④医療福祉サービス供給機関（医療関連施設、福祉・介護関連施設、社会福祉協議会、ケアマネージャー連絡協議会など）、⑤健康関連の職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、⑥特定の目的をもつアソシエーション的住民団体（患者会・家族会、ボランティア団体など）、⑦福祉関連の行政機関（福祉事務所、児童相談所）の7つの因子、政令市・特別区では、①福祉関連の行政機関（福祉事務所、児童相談所、精神保健福祉センターなど）、②教育関連の行政機関（教育委員会、学校など）、③地域に根ざしたコミュニティ的住民団体（自治会・町内会、その他の住民団体など）、④医療福祉サービス供給機関（医療関連施設、福祉・介護関連施設）、⑤健康関連の職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、⑥同じ自治体の行政機関（同市区町村の福祉・介護関係部・課、その他の部・課など）、⑦特定の目的をもつアソシエーション的住民団体（患者会・家族会、ボランティア団体など）、⑧健康を目的としない関係機関・団体（NGO団体、マスメディア、その他の一般企業など）、⑨環境衛生の関係機関・団体（地方衛生研究所、食品・環境衛生関係の団体・事業者）の9つの因子、県型保健

所では、①健康関連の職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、②健康を目的としない関係機関・団体（マスメディア、その他の一般企業、NGO 団体など）、③本庁（本庁の保健衛生部局、福祉・介護関係部局など）、④福祉サービス供給機関（社会福祉協議会、ケアマネージャー連絡協議会、福祉・介護関連施設など）、⑤教育関連の行政機関（教育委員会、学校など）、⑥安全関連の行政機関（警察、消防など）、⑦健康以外の行政機関（本庁のその他の部局、管内市町村の福祉・介護関係部・課、その他の部・課など）の7つの因子、都市型保健所では、①教育関連の行政機関（本庁のその他の部局、教育委員会、学校など）、②その他の行政機関（地方衛生研究所、児童相談所、精神保健福祉センター、警察、消防など）、③健康関連の職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、④地域に根ざしたコミュニティ的住民団体（自治会・町内会、その他の住民団体）、⑤医療福祉サービス供給機関（医療関連施設、福祉・介護関連施設）、⑥福祉・介護関連の機関（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）、⑦健康を目的としない関係機関・団体（NGO 団体、マスメディア、その他の一般企業など）、⑧特定の目的をもつアソシエーション的住民団体（患者会・家族会、ボランティア団体など）、⑨保育関連の行政機関（保育所）の9つの因子、がそれぞれ抽出された。

各組織に共通する因子として、健康関連の職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、健康を目的としない関係機関・団体（NGO 団体、マスメディア、その他の一般企業など）が抽出された。これらの因子の傾向としては、いずれの組織も前者との連携は進んでおり、後者との連携は推進されていなかった。

行政機関に関しては、市町村では、同じ自治体、他の自治体の2つの因子に集約されたが、政令市・特別区では、福祉関連、教育関連、同じ自治体、県型保健所では、本庁、教育関連、安全関連、その他、都市型保健所では、福祉・介護関連、教育関連、保育関連、その他、と複数の因子に分類された。これは、政令市・特別区、県型保健所、都市型保健所は特定の目的や業務にしたがって連携する関係行政部局を明確に分類していること（例えば、健康危機管理に関しては安全関連の行政部局と連携する、など）、それに対して市町村は目的や業務に関わらず、自市町村で対応できる問題は自治体内で解決し、対応できない場合は他の自治体と連携する、という傾向があることを示している。

住民団体に関しては、政令市・特別区、都市型保健所では、地域に根ざしたコミュニティ的住民団体（自治会・町内会、その他の住民団体）、特定の目的をもつアソシエーション的住民団体（患者会・家族会、ボランティア団体など）の2つの因子が抽出され、市町村では後者のみが抽出され、県型保健所では抽出されなかった。健康政策や事業を効果的に展開するためには住民団体と単に連携するだけでは不十分である。例えば、特定の疾患や分野に限定される事業ではアソシエーション的住民団体との連携が効果的であり、地域全体の健康づくりを推進するためにはコミュニティ的住民団体による地区組織活動が重要な役割を担う。したがって住民団体をコミュニティとアソシエーションに明確に分類して、それぞれに対して異なる目的をもって連携する方が効果的であると考えられる。したがって市町村は、アソシエーションだけでなくコミュニティに対しても連携の目的を明確にする必要がある。また県型保健所にいたっては、上述したように、住民団体それ自体との連携が不十分であり、今後は連携の目的を明確にした上で住民団体との連携を促進する必要がある。

(7) Turock のパフォーマンスの 20 指標

この指標は、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が、本調査ではわが国の地域保健行政組織に適用した。

市町村の中で、「している」、「した」など、パフォーマンス指標を肯定的に評価した割合は、Assessment で「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%、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」61%、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」12%、「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%、「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%、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」61%、Policy Development で「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%、「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」25%、「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%、「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%、「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%、「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%、Assurance で「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%、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」32%、「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%、「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%、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」16%、「地域住民への定期的な情報提供の実施」56%、「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%、「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%、であった。

市町村は、全体的に自己評価が低かったが、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。「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」は健康危機管理に関するパフォーマンスで、市町村の所管ではないため、低く評価されたと考えられる。また「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」、「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」に関しては、それぞれ「情報の収集・整理・活用、調査・分析・研究」、「関係機関・団体との連携」、「健康日本 21 地方計画の策定・推進」の個々の活動実績と同様に、全般的に市町村のパフォーマンスが低いため、これらのパフォーマンスの改善に向けた活動を積極的に行う必要がある。

人口規模との関連では、人口規模の小さい市町村の方が、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」、「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」、Assurance の「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」の自己評価が低かった。これは、人口規模の小さい市町村では、地域のニーズや健康問題をアセスメント（Assessment）した後、それを具体的な事業や政策に結びつけ（Policy Development）、それを管理・評価する（Assurance）ための技術、マンパワー、財源などが相対的に不足していることを示している。したがって人口規模の小さい市町村は、特に Policy Development、Assurance に関するパフォーマンスの改善に向けた取り組みを実施するとともに、都道府県や保健所はこの領域に関する技術的支援を行う必要がある。

パフォーマンス指標間で比較すると、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。したがって市町村は、人口規模に関わらず、Assurance に関するパフォーマンスの改善に向けた取り組みを実施するとともに、都道府県や保健所は、管内市町村に対して、研修などを通じて、Assurance に関する技術的支援を積極的に行う必要がある。

政令市・特別区の中で、パフォーマンス指標を肯定的に評価した割合は、Assessment で「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」51%、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」88%、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」88%、「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」91%、「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」27%、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」63%、Policy Development で「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」61%、「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」66%、「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」66%、「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」70%、「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」72%、「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」60%、Assurance で「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」67%、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」64%、「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」58%、「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」40%、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」52%、「地域住民への定期的な情報提供の実施」73%、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」55%、「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」13%、であった。

政令市・特別区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「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」、「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」は他の組織と比較して高かった。政令市・特別区は、保健所機能と市町村機能をもっているため包括的な地域保健行政を執行できること、財政やマンパワーが相対的に豊富であること、などにより、パフォーマンスが高くなっていると考えられる。

パフォーマンス指標間で比較すると、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く、地域住民の健康状態や保健事業の効果などに関するより詳細な分析が十分にできていないと評価していた。今後は調査・分析・研究に関するパフォーマンスの改善に向けた取り組みを実施するとともに、国はこの領域に関する技術的支援を行う必要がある。

県型保健所の中で、パフォーマンス指標を肯定的に評価した割合は、Assessmentで「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」29%、「生活習慣を把握するための住民調査の実施」54%、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」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」77%、「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」25%、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」33%、Policy Developmentで「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」57%、「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」22%、「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%、「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」66%、「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」63%、「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」27%、Assuranceで「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」41%、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」46%、「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」45%、「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」24%、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」23%、「地域住民への定期的な情報提供の実施」43%、「マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施」33%、「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」7%、であった。

県型保健所は、政令市・特別区、都市型保健所と比較すると、全般的に自己評価が低く、また市町村と比較しても、若干高い程度であった。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。これは、県型保健所が、地域住民を対象とした身近な保健サービスをほとんど実施していないためと考えられる。

パフォーマンス指標間で比較すると、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」の自己評価が相対的に高かった。これらは健康危機管理に関するパフォーマンス指標であるが、地域における健康危機管理の拠点としての意識の向上や危機管理体制の整備の進展などにより、高く評価されたと考えられる。しかし一方で、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」の自己評価が相対的に低かった。これは通常、本庁（都道府県）の役割であるため、県型保健所が実施する機会は少なかったためと考えられる。

またそれ以外に、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」、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」の自己評価が相対的に低く、政令市・特別区と同様に、地域住民の健康状態や保健事業の効果などに関するより詳細な分析が十分にできていないと評価していた。今後は調査・分析・研究に関するパフォーマンスの改善に向けた取り組みを実施するとともに、国や都道府県はこの領域に関する技術的支援を行う必要がある。

都市型保健所の中で、パフォーマンス指標を肯定的に評価した割合は、Assessmentで「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」51%、「生活習慣を把握するための住

民調査の実施」78%、「健康危機の発生動向調査の適時・継続的な実施」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」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」30%、「保健事業の年齢階級別の利用状況の分析」64%、Policy Developmentで「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」63%、「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」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」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」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」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」49%、Assuranceで「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」57%、「組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施」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」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」40%、「保健事業のプロセス評価・アウトカム評価の実施」48%、「地域住民への定期的な情報提供の実施」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」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」9%、であった。

都市型保健所は、政令市・特別区と同様に、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「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」、「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」は他の組織と比較して高かった。

パフォーマンス指標間で比較すると、政令市・特別区と同様に、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く、地域住民の健康状態などに関するより詳細な分析が十分にできていないと評価していた。今後は調査・分析・研究に関するパフォーマンスの改善に向けた取り組みを実施するとともに、国、政令市・特別区はこの領域に関する技術的支援を行う必要がある。

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」は組織間のばらつきが大きかった。これは、政令市・特別区における都市型保健所の組織体系上の位置づけの違いが原因であると考えられる。都市型保健所は、①保健福祉関連部局の中に統合されている保健所、②保健福祉関連部局または政令市の部・課として独立している保健所、に大別できる。そして、①は政策立案と実務の両方を所管し、②は実務のみを担当する場合が多い(特に複数の保健所を設置している政令市において)。つまり、①は議会対応や計画策定を担当するが、②は担当しないため、このようなばらつきがみられたと考えられる。

(8) 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を明らかにするために、信頼性分析と探索的因子分析を行った。

信頼性分析として、20 指標全体、及び各下位概念（Assessment の 6 指標、Policy Development の 6 指標、Assurance の 8 指標）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 α 係数を算出した。その結果、市町村では、全体で 0.8889、Assessment で 0.7116、Policy Development で 0.7848、Assurance で 0.7606、政令市・特別区では、全体で 0.8315、Assessment で 0.6423、Policy Development で 0.6751、Assurance で 0.6917、県型保健所では、全体で 0.8563、Assessment で 0.6488、Policy Development で 0.7101、Assurance で 0.7409、都市型保健所では、全体で 0.8728、Assessment で 0.7494、Policy Development で 0.7079、Assurance で 0.7298 であった。指標全体では、いずれの組織も 0.8 以上であり、指標の信頼性は高いと判断できる。しかし下位概念別では、Assessment は 0.64~0.75、Policy Development は 0.68~0.78、Assurance は 0.69~0.76 で、必ずしも高いわけではなかった。これは、Assessment、Policy Development、Assurance の各下位概念の指標が同一の傾向を示しておらず、下位概念の下にいくつかの異なる概念が存在する可能性を示唆している。

パフォーマンスの 20 指標に関して、組織別に探索的因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った結果、市町村では、①Assurance（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など）、②Assessment（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など）、③計画策定プロセス（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など）、④優先順位の設定と取り組みのプロセス（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 4 つの因子、政令市・特別区では、①計画策定プロセス（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など）、②組織活動の結果の保証（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）、③情報収集・分析の実践（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など）、④情報収集・分析のシステム整備（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）、⑤健康危機管理（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）、⑥優先順位の設定と取り組みのプロセス（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）、⑦組織活動の構造・過程の保証（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、組織体制や組織の活動実績に関する自己評価の実施、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）の 7 つの因子、県型保健所では、①Assurance（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など）、②情報収集・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、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など）、③計画策定プ

プロセス（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など）、④優先順位の設定と取り組みのプロセス（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など）、⑤健康危機管理（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5つの因子、都市型保健所では、①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（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、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、マスメディアに対する定期的な広報や情報提供の実施など）、②計画策定プロセス（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など）、③優先順位の設定と取り組みのプロセス（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など）、④健康危機管理（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）、⑤サービス・事業の実施可能性（feasibility）（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）、⑥情報収集・分析の実践（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など）の6つの因子、が抽出された。

全ての組織に共通する因子構造の特徴として、Policy Development の6指標は、単一の因子ではなく、「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ることが挙げられる。Policy Development には、関係機関・団体との連携から計画策定まで、幅広い業務が含まれるため、いくつかの段階に分類して認識されていると考えられる。しかし抽出された2つの因子は、地域保健計画の策定→事業の優先順位の設定→事業実施計画の策定→事業の実施、というように、本来、一つの政策過程であり、この結果は、策定された計画と実施される事業がうまく結びついていないことを示唆している。例えば、地域保健計画の策定後の進行管理や評価がほとんどなされていないために、事業が計画とは無関係に実施される、という状況が考えられる。今後は、健康日本21 地方計画を効果的に推進していくために、このような計画策定と事業実施の不連続性の原因を詳細に分析し、問題解決のための具体的な方策を検討する必要がある。

また Policy Development の指標のうち、「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」は上述の2つの因子の影響をほとんどうけていなかった。これは、計画策定と事業実施のプロセスが、関係機関・団体や地域住民とほとんど関係なく、行政主導で行われていることを示唆している。効果的な健康政策を開発するためには関係機関・団体や地域住民の参加が不可欠であるが、現状では計画策定と事業実施における関係者の参加の重要性が十分に理解されていないと考えられる。

因子構造の組織間の違いとして、一つ目に、Assessment の6指標は、市町村では単一の因子で構成されているが、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」が独立した因子になっていることが挙げられる。これは、保健所や保健所を設置する自治体が、地域における健康危機管理の拠点としての役割を重要視しており、情報の分析・収集の中でも、健康危機管理に関するものは特定の課題として別に検討すべきであると認識しているためと考えられる。

二つ目に、Assuranceの8指標は、市町村、県型保健所では単一の因子で構成されているが、政令市・特別区では「組織活動の構造・過程の保証」と「組織活動の結果の保証」の2つの因子で構成されていること、また都市型保健所では、Assuranceの枠組みを越えて、AssessmentやPolicy Developmentの指標にも影響を与える因子（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、サービス・事業の実施可能性（feasibility））が抽出されたことが挙げられる。この原因として統計学上の問題が挙げられる。一つは、ケース数が少ないために因子解が安定しないこと、もう一つは、全般的に自己評価が高いために指標の得点の分布が偏っていること、などが考えられる。しかし、それ以外の原因も考えられるため、今後は政令市・特別区、都市型保健所の活動実績や職員の意識などを詳細に把握し、このような複雑な因子構造の原因を解明する必要がある。

（9）わが国の地域保健行政組織のパフォーマンスの測定・改善に関する一考察

本研究で測定した「パフォーマンス」は、組織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ているか、を組織自身が自己評価したものである。したがって、達成度は他の組織と比較するためのものではなく、過去と比較してどの程度達成度が増加したか、あるいは標準レベルにどの程度近づいたか、を評価するためのものである。例えば、市町村は他の組織と比較して評価が低い、それは活動実績それ自体が低いのではなく、標準レベルを十分に達成できていないと市町村自身が自己評価している、という意味である。逆に言えば、これは、標準レベルを達成するために「改善」を必要とする状況にあると捉えることもできる。本調査による自己評価の結果が「改善」のための第一歩として活用されることが期待される。

パフォーマンスは他の組織と比較するものではないため、「客観的」に測定するための具体的な数値（調査研究数など）を必要としない。事実、アメリカのPerformance MeasurementのツールであるNational Public Health Performance Standards Programでも、「～をしている」、「～ができる」といった抽象的・定性的な表現で提示された標準レベルに対して、その達成度を自己評価する、という方法をとっている（資料1参照）。しかし自己評価の際には、組織の構成員による十分なディスカッションを実施することが推奨されている。本調査でも、組織の複数の職員が調査票の回答に関与したと考えられるが、ディスカッションが実施されたかどうかは明らかではない。今後は、自己評価のための会議の具体的な手順に関するマニュアルを作成し、それに基づいてディスカッションを実施した後にパフォーマンスを測定してもらう必要がある。

本研究で用いたパフォーマンス指標は、アメリカのPerformance Measurementのツールなどを参考に作成されたが、衛生行政システムや所掌事務などの違いにより適用が困難な指標もある。今後は、個々のパフォーマンス指標の適用可能性を再検討するとともに、地域保健従事者や学識経験者によるフォーカス・グループ・インタビューなどを実施し、わが国の地域保健行政組織に適用できるパフォーマンス指標の体系を構築する必要がある。

Performance Measurementは地域保健行政組織や公衆衛生システムを「改善」することを目的としているため、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必要がある。しかし活用方法についてはアメリカでも開発途上であり、今後はわが国においても、いくつかのモデル組織において改善の取り組みを実施し、そのプロセスの詳細なデータを収集し、改善のための具体的な方法論を開発する必要がある。

表1. 管轄地域の状況

	人口 (万人)		面積 (km ²)		人口密度 (千人/km ²)		管内の最も遠い ところまでの 所要時間(分)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
	市町村	3.0	48.7	117	130	0.63	1.36	27.8	15.7
政令市・特別区	59.1	592.4	245	259	5.83	5.80	51.7	23.5	
県型保健所	19.1	132.7	863	1019	0.99	2.03	75.2	53.0	
都市型保健所	38.0	368.8	167	228	6.20	5.21	43.4	18.5	
F値			284.3 **		335.6 **		314.0 **		
市町村の人口規模(万人)									
～0.5未満	3.1	1.2	129	130	0.07	0.13	27.7	15.4	
0.5～1未満	7.3	1.4	120	141	0.17	0.24	25.9	14.4	
1～2未満	14.1	2.9	101	122	0.38	0.53	25.2	14.8	
2～3未満	24.4	2.7	116	144	0.58	0.62	26.6	15.6	
3～5未満	38.7	5.7	107	98	0.84	0.89	29.2	16.7	
5～10未満	70.0	13.8	117	110	1.64	2.06	33.0	18.3	
10以上	178.5	76.1	143	155	3.22	3.06	35.1	14.1	
F値			2.3 *		153.0 **		9.7 **		
県型保健所の人口規模(万人)									
～10未満	65.4	22.0	957	875	0.16	0.35	79.8	44.6	
10～20未満	142.9	30.1	811	686	0.53	1.19	79.5	75.7	
20～30未満	251.1	31.0	935	1138	1.32	2.45	68.0	27.1	
30以上	416.4	93.3	721	1491	2.77	2.96	67.8	34.0	
F値			0.9		29.8 **		1.2		

(* p<0.05 ** p<0.01)

表2. 県型保健所の組織の状況

	管内の 市町村数		組織統合 している		統合している組織					
	Mean	SD	回答数	割合	福祉事務所		総合出先機関		児童相談所	
					回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
県型保健所	7.43	4.29	199	59%	167	50%	96	29%	19	6%
人口規模(万人)										
～10未満	5.87	2.78	62	62%	51	51%	43	43%	3	3%
10～20未満	8.41	4.02	67	62%	51	47%	37	34%	5	5%
20～30未満	7.82	4.71	42	63%	40	60%	10	15%	5	8%
30以上	7.84	5.52	28	46%	25	41%	6	10%	6	10%
F値	F = 7.0**		$\chi^2 = 5.5$		$\chi^2 = 4.9$		$\chi^2 = 28.5**$		$\chi^2 = 3.9$	

(** p<0.01)

表3. 市町村保健センターの設置状況(市町村、政令市・特別区)

	保健センターの設置数の分布						保健センター 設置数	
	0カ所		1カ所		2カ所以上		Mean	SD
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合		
市町村	348	22%	1240	77%	31	2%	0.82	0.49
政令市・特別区	14	20%	14	20%	41	59%	3.07	3.64
市町村の人口規模(万人)								
～0.5未満	122	37%	204	63%	0	0%	0.63	0.48
0.5～1未満	103	27%	283	73%	0	0%	0.73	0.44
1～2未満	64	18%	276	80%	7	2%	0.84	0.45
2～3未満	22	15%	120	84%	1	1%	0.86	0.40
3～5未満	21	13%	140	85%	4	2%	0.90	0.40
5～10未満	9	6%	126	89%	6	4%	1.01	0.48
10以上	6	6%	90	83%	13	12%	1.14	0.70

表4-1. 職種別の常勤職員数

	総職員数		医師		保健師		栄養士		事務職	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
市町村	13.4	22.0	0.06	0.33	5.5	4.7	0.71	0.79	5.4	8.6
政令市・特別区	164.2	149.6	4.21	5.97	42.2	33.5	5.33	5.46	52.2	57.0
県型保健所	47.4	23.5	1.39	0.71	10.0	4.9	1.73	0.96	17.4	13.4
都市型保健所	114.1	58.9	2.94	2.14	30.5	19.0	3.71	2.41	39.7	38.2
市町村の人口規模（万人）										
～0.5未満	7.7	8.7	0.10	0.36	2.3	0.8	0.33	0.48	4.3	7.9
0.5～1未満	8.6	5.2	0.04	0.24	3.3	1.1	0.58	0.57	4.0	3.8
1～2未満	11.8	9.6	0.02	0.16	4.3	1.4	0.66	0.55	5.8	8.4
2～3未満	14.5	13.5	0.06	0.30	5.8	1.7	0.82	0.66	6.2	10.1
3～5未満	14.7	6.3	0.03	0.17	7.4	2.1	0.81	0.66	5.3	4.8
5～10未満	17.7	5.7	0.04	0.20	9.7	3.0	1.09	0.69	5.0	3.1
10以上	43.1	71.9	0.17	0.81	17.6	8.2	1.73	1.66	11.8	20.4
県型保健所の人口規模（万人）										
～10未満	32.6	11.8	1.12	0.33	7.1	2.5	1.30	0.79	12.8	7.0
10～20未満	44.8	21.3	1.23	0.47	9.3	3.8	1.71	0.85	17.3	15.6
20～30未満	55.9	19.8	1.57	0.82	11.3	4.3	2.10	1.10	18.7	12.2
30以上	66.9	27.7	1.90	1.01	14.3	6.5	2.05	0.97	23.8	15.7

表4-2. 職種別の常勤職員数

	薬剤師		獣医師		臨床検査技師		診療放射線技師		歯科衛生士	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
市町村	0.01	0.10	0.00	0.02	0.01	0.16	0.02	0.20	0.13	0.56
政令市・特別区	7.02	7.24	7.93	9.68	3.61	4.16	2.70	3.30	2.73	2.70
県型保健所	4.45	3.59	3.77	3.75	1.68	1.90	1.26	0.91	0.31	0.51
都市型保健所	5.39	5.52	5.73	7.35	2.55	2.62	2.30	1.72	1.97	2.05
県型保健所の人口規模（万人）										
～10未満	2.54	1.63	2.48	2.03	0.90	1.19	0.95	0.66	0.24	0.45
10～20未満	4.07	2.73	3.47	2.35	1.74	1.76	1.23	0.83	0.25	0.50
20～30未満	5.21	3.17	4.79	4.70	2.02	2.12	1.28	0.88	0.45	0.56
30以上	7.41	5.22	5.28	5.57	2.44	2.36	1.77	1.19	0.38	0.55

表5-1. 職種別の常勤職員を配置している組織の数と割合

	歯科医師		助産師		衛生検査技師		統計技術者	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	17	1%	23	1%	4	0.2%	1	0.1%
政令市・特別区	23	34%	8	12%	17	25%	1	1.5%
県型保健所	35	10%	12	4%	43	13%	2	0.6%
都市型保健所	27	29%	18	19%	22	24%	2	2.2%
県型保健所の人口規模（万人）								
～10未満	7	7%	2	2%	8	8%		
10～20未満	6	6%	5	5%	13	12%		
20～30未満	12	18%	3	4%	8	12%		
30以上	10	16%	2	3%	14	23%		

表5-2. 職種別の常勤職員を配置している組織の数と割合

	看護師		理学療法士		作業療法士	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	478	30%	79	5%	46	3%
政令市・特別区	36	54%	29	43%	13	19%
県型保健所	12	4%	18	5%	24	7%
都市型保健所	54	58%	24	26%	10	11%
市町村の人口規模 (万人)						
～0.5未満	65	20%	7	2%	2	1%
0.5～ 1未満	80	21%	4	1%	3	1%
1～ 2未満	81	24%	4	1%	4	1%
2～ 3未満	47	33%	4	3%	1	1%
3～ 5未満	58	35%	9	5%	7	4%
5～ 10未満	75	53%	18	13%	9	6%
10以上	71	65%	33	30%	20	18%

表6-1. 増員が必要であると考えられる職種

	医師		保健師		事務職		栄養士		歯科衛生士	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	41	3%	925	57%	665	41%	794	49%	341	21%
政令市・特別区	26	39%	35	52%	17	25%	13	19%	8	12%
県型保健所	106	32%	183	55%	71	21%	51	15%	39	12%
都市型保健所	42	44%	56	59%	23	24%	22	23%	11	12%
χ^2 値	450.6 **		1.7		59.5 **		162.2 **		22.4 **	
市町村の人口規模 (万人)										
～0.5未満	9	3%	113	35%	109	34%	156	48%	43	13%
0.5～ 1未満	5	1%	190	50%	165	43%	178	46%	70	18%
1～ 2未満	4	1%	195	57%	131	38%	147	43%	73	21%
2～ 3未満	3	2%	95	67%	61	43%	67	47%	38	27%
3～ 5未満	4	2%	126	76%	69	42%	98	59%	48	29%
5～ 10未満	4	3%	115	82%	71	50%	84	60%	36	26%
10以上	11	10%	90	83%	59	54%	64	59%	32	29%
χ^2 値	31.0 **		169.4 **		22.3 **		24.3 **		29.2 **	
県型保健所の人口規模 (万人)										
～10未満	16	16%	44	44%	19	19%	14	14%	17	17%
10～20未満	34	32%	59	55%	18	17%	14	13%	11	10%
20～30未満	24	36%	40	60%	17	25%	15	22%	5	8%
30以上	32	53%	40	66%	17	28%	8	13%	6	10%
χ^2 値	24.1 **		8.2 *		3.9		3.4		4.4	

(* p<0.05 ** p<0.01)

表6-2. 増員が必要であると考えられる職種

	臨床検査技師		衛生検査技師		診療放射線技師		食品衛生監視員		環境衛生監視員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	3	0.2%	1	0.1%	0	0%	0	0%	0	0%
政令市・特別区	8	12%	2	3%	3	5%	2	3%	1	2%
県型保健所	14	4%	6	2%	13	4%	9	3%	14	4%
都市型保健所	9	10%	2	2%	3	3%	5	5%	2	2%
χ^2 値	116.6 **		29.4 **		62.9 **		58.8 **		63.0 **	

(** p<0.01)

表6-3. 増員が必要であると考えられる職種

	歯科医師		薬剤師		獣医師		統計技術者	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	8	1%	5	0.3%	0	0%	60	4%
政令市・特別区	10	15%	14	21%	24	36%	8	12%
県型保健所	22	7%	62	19%	69	21%	74	22%
都市型保健所	9	10%	20	21%	27	28%	11	12%
χ^2 値	118.5 **		301.9 **		440.3 **		143.7 **	
県型保健所の人口規模（万人）								
～10未満	3	3%	14	14%	18	18%	15	15%
10～20未満	9	8%	20	19%	21	19%	31	29%
20～30未満	5	8%	14	21%	15	22%	14	21%
30以上	5	8%	14	23%	15	25%	14	23%
χ^2 値	3.0		2.4		1.2		5.8	

(** p<0.01)

表6-4. 増員が必要であると考えられる職種

	助産師		看護師		理学療法士		作業療法士	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	104	7%	193	12%	237	15%	129	8%
政令市・特別区	4	6%	3	5%	9	13%	7	10%
県型保健所	5	2%	5	2%	29	9%	24	7%
都市型保健所	5	5%	3	3%	11	12%	8	8%
χ^2 値	13.0 **		42.2 **		9.1 *		0.9	
市町村の人口規模（万人）								
～0.5未満	11	3%	35	11%	58	18%	29	9%
0.5～1未満	17	4%	51	13%	55	14%	27	7%
1～2未満	12	4%	41	12%	38	11%	28	8%
2～3未満	12	9%	14	10%	21	15%	11	8%
3～5未満	21	13%	23	14%	32	19%	20	12%
5～10未満	17	12%	16	11%	14	10%	7	5%
10以上	14	13%	12	11%	19	17%	7	6%
χ^2 値	39.1 **		2.4		12.4		6.8	

(* p<0.05 ** p<0.01)

表6-5. 増員が必要であると考えられる職種

	臨床心理士		精神保健福祉士		福祉職 (社会福祉士等)		健康運動指導士	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
市町村	30	2%	14	1%	12	1%	21	1%
政令市・特別区	3	5%	3	5%	1	2%	0	0%
県型保健所	6	2%	25	7%	4	1%	0	0%
都市型保健所	4	4%	3	3%	3	3%	0	0%
χ^2 値	4.6		59.9 **		6.1		6.6	

(** p<0.01)