

表13.合併後、新たに外部に委託された事業はありますか？

	回答数	(%)
あり	65	(19.7)
なし	260	(78.8)
未記入	5	(1.5)
合計	330	(100.0)

表14.どのような事業ですか？(複数回答可) n=65

	回答数	(%)
⑥.予防接種	26	(32.5)
⑤.健康診査	25	(31.3)
①.健康教育	15	(18.8)
④.機能訓練	7	(8.8)
②.健康相談	2	(2.5)
③.訪問指導	1	(1.3)
⑦.その他	4	(5.0)

表15.合併に伴い、廃止となった保健事業はありますか？

	回答数	(%)
廃止となった事業がある	121	(36.7)
廃止となった事業はない	188	(57.0)
未記入	21	(6.4)
合計	330	(100.0)

表16.旧市町村での策定状況は、それぞれどうなっていましたか？

	旧市町村はすべて策定していた		旧市町村の一部が策定していた		旧市町村では策定していなかった		未記入		合計	
	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)
1. 総合計画・新市町建設計画	246	(74.5)	45	(13.6)	14	(4.2)	25	(7.6)	330	(100.0)
2. 健康増進計画	82	(24.8)	138	(41.8)	93	(28.2)	17	(5.2)	330	(100.0)
3. 高齢者保健福祉計画	262	(79.4)	38	(11.5)	10	(3.0)	20	(6.1)	330	(100.0)
4. 次世代育成支援行動計画	176	(53.3)	64	(19.4)	65	(19.7)	25	(7.6)	330	(100.0)
5. 地域福祉計画	73	(22.1)	74	(22.4)	149	(45.2)	34	(10.3)	330	(100.0)
6. 障害者福祉計画	147	(44.5)	89	(27.0)	65	(19.7)	29	(8.8)	330	(100.0)
7. 介護保険事業計画	277	(83.9)	20	(6.1)	13	(3.9)	20	(6.1)	330	(100.0)
8. その他の計画	11	(3.3)	10	(3.0)	6	(1.8)	303	(91.8)	330	(100.0)

表17.合併後の旧市町にあった各保健センターの機能・位置づけに変化はありましたか？

	回答数	(%)
変化なし(合併前と同じく、それぞれが対等の位置づけ)	130	(39.4)
基幹保健センター(本所)とステーション(分所)になった	87	(26.4)
1箇所に機能が集約された	50	(15.2)
保健センターの縮小廃止	19	(5.8)
その他	33	(10.0)
未記入	11	(3.3)
合計	330	(100.0)

表18.保健センターの位置づけの変化により保健事業の推進にどのような影響がありますか？

	回答数	(%)
影響なし	173	(52.4)
影響あり	100	(30.3)
その他	13	(3.9)
未記入	44	(13.3)
合計	330	(100.0)

表19.現在の保健事業に関する権限について最も近いものに○をつけて下さい。

	回答数	(%)
所管課に全て集中化されている	116	(35.2)
所管課にほぼ集中化されている	141	(42.7)
集中化されておらず、各支所が権限を持っている	59	(17.9)
その他	6	(1.8)
未記入	8	(2.4)
合計	330	(100.0)

表20.合併に伴い、所管保健所との関係に変化はありましたか？

	回答数	(%)
変化なし	254	(77.0)
関係が密になった	28	(8.5)
関係が疎になった	39	(11.8)
未記入	9	(2.7)
合計	330	(100.0)

表21.合併に伴い、職員の業務処理・遂行のための向上策等として、どのような工夫を行っていますか？

	回答数	(%)
打ち合わせ(連絡調整)	161	(48.8)
旧計画との調整(計画の突合わせ)	15	(4.5)
人の配置	12	(3.6)
マニュアル作り	9	(2.7)
研修	6	(1.8)
勉強会等	4	(1.2)
その他	1	(0.3)
未記入	122	(37.0)
合計	330	(100.0)

表22.合併に伴い、健康に関するNPO活動とNPOを除く地区組織(健康等の推進組織)はどのように変化しましたか？

	NPO活動		地区組織	
	回答数	(%)	回答数	(%)
全体として積極的な傾向にある	24	(7.3)	66	(20.0)
全体として変わらない	138	(41.8)	185	(56.1)
全体として消極的な傾向である	17	(5.2)	40	(12.1)
わからない	114	(34.5)	19	(5.8)
その他	20	(6.1)	7	(2.1)
未記入	17	(5.2)	13	(3.9)
合計	330	(100.0)	330	(100.0)

表23.合併に伴い、住民ニーズの把握に変化がありましたか？

	回答数	(%)
変化あり	152	(46.1)
変化なし	133	(40.3)
わからない	31	(9.4)
未記入	14	(4.2)
合計	330	(100.0)

表24.具体的にどのような変化がありましたか?

	回答数	(%)
1. 住民・ケース等との接触の変化		
減った	94	(61.8)
増えた	20	(13.2)
変わらない	29	(19.1)
未記入	9	(5.9)
合計	152	(100.0)
2. 訪問等の地域的な変化		
遠くなった	86	(56.6)
近くなった	1	(0.7)
変わらない	58	(38.2)
未記入	7	(4.6)
合計	152	(100.0)
3. 住民の直接の来庁の変化		
減った	77	(50.7)
増えた	13	(8.6)
変わらない	53	(34.9)
未記入	9	(5.9)
合計	152	(100.0)
4. 困難なケースへの対応等の変化		
減った	11	(7.2)
増えた	66	(43.4)
変わらない	66	(43.4)
未記入	9	(5.9)
合計	152	(100.0)
5. 日常的な相談等の変化		
減った	46	(30.3)
増えた	26	(17.1)
変わらない	69	(45.4)
未記入	11	(7.2)
合計	152	(100.0)
6. 訪問でない電話等の対応の変化		
減った	6	(3.9)
増えた	78	(51.3)
変わらない	60	(39.5)
未記入	8	(5.3)
合計	152	(100.0)

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）
市町村合併に伴う地域保健事業及び自治体事務の影響評価と
今後の効率的推進に関する研究
～市町村保健事業（保健師業務）評価指標の開発及び同指針の作成～

分担研究報告書

市町村合併に伴い期待される保健師の機能に関する研究
－フォーカス・グループインタビューからの検討－

分担研究者	藤本 眞一	神奈川県秦野保健所
研究協力者	三輪 眞知子	浜松医科大学医学部看護学科
	石川 貴美子	神奈川県秦野市役所高齢福祉課
	水野 小まり	愛知県岡崎市役所介護保険課
	吉村 真由子	浜松医科大学医学部看護学科

要旨：市町村合併に伴い期待される保健師の機能について検討することを目的に市町村合併経験保健師8名にフォーカス・グループインタビュー法を用いてデータを収集した。質的帰納的研究方法で、KJ法の手法を取りいれて分析した。その結果、8の上位カテゴリー、30中位カテゴリー、133の下位カテゴリーを抽出した。上位カテゴリーは【住民主体のまちづくり】、【合併後の環境変化に対する戸惑い】、【相互理解・共通認識に向けた話し合い】、【行政再編当初の調整】、【相互理解・共通認識に向けた話し合い】、【行政再編当初の調整】、【合併前の地域・職員間の協働】、【住民との交流】であった。市町村合併に伴う保健師の機能は、実態把握機能（地域診断機能）、調整・ネットワーク機能、相談・支援機能、教育・普及啓発機能、評価機能であり、システム化、施策化機能までの発揮には到っていなかった。

A. 研究目的

市町村合併の特例に関する法律（合併特例法）によって、平成11年3月末に、3,232あった市町村は、平成18年3月末には、1,821に減少している。市町村合併により、地方交付税の削減、補助金カット、事業の見直し、職員の削減などに伴い保健師数も減少し、従来とおりの活動では住民の命を守る活動はできにくい環境に置かれている。

そこで、本研究は市町村合併による新たな職場環境の中で、保健師の役割を最大限発揮するために必要とされた手法、効果的な支援内容を抽出し、市町村合併に伴う期待される保健師の機能について検討する。

B. 研究方法

1. 研究参加者

全国市町村中で市町村合併に伴う保健師の役割機能に興味関心があり、市町村合併

を経験している保健師8名である。

2. データ収集方法

研究参加者にフォーカス・グループインタビュー法を用いて、質問に沿って自由に語ってもらい録音した。

3. 質問内容

1)合併前、直後の環境の変化に対し、どのような行動をとったか、2)合併後の新たな環境で、市町村保健師としての役割を發揮するまでのプロセス、3)合併したことで、自分自身が新たに学べたこと、4)職場環境が大きく変化しても、市町村保健師としての役割を最大限に發揮するために必要だと思ったこと、5)今後の課題として感じていることや、チャレンジしたいと考えていること。

4. データ分析方法

質的帰納的研究方法で、フォーカス・グループインタビュー法を用いてデータを収集し、その結果をKJ法の手法を取り入れて分析した。1)録音されたインタビューデータを逐語録に起す、2)意味ある文節で区切り、内容を吟味の上、区切った文節に一行見出しをつける、3)2)で得られた一行見出しを関連ありそうなもの同士、カテゴリー化を行う、4)カテゴリーが最小の数になるまで、その抽象化を行う、5)カテゴリーの空間配置を行う。

5. 調査日

2007年1月27日(土) 11時~15時にA会館B会議室で実施した。

6. 倫理的配慮

研究参加者に対して、研究目的、内容を書面、口頭にて説明して同意を得た。その際、研究を拒否できること、研究への参加の途中でも自由に中断できること、研究を

断った場合にも個人に不利益を生じないことを説明した。インタビュー内容は参加者の許可を得てテープレコーダーに録音した。データは匿名化して鍵のかかる場所に保管、プライバシーが守られることを約束するとともに、データは本研究の目的以外には使用しないことを保証した。

C. 結果及びD. 考察

1. 研究参加者の背景

8名全員保健師の資格を持ち、市町村保健師で、全員市町村合併経験者であった。保健師の平均経験年数は15年(SD7.8)で、研究参加者が所属する市町村規模は小規模、中規模、大規模市町村とバラツキがあった。市町村合併の時期においても合併後2年から現在進行中と、バラツキがあった。

2. フォーカス・グループインタビューの時間と場所

インタビュー時間は120分であった。インタビューの場所は民間機関の会館会議室で行った。

3. 抽出されたカテゴリー

フォーカス・グループインタビューによって得られた201の意味項目を抽出した。KJ法の手法を取り入れて、内容や意味を圧縮し、研究目的にそって主題が明らかになるまで統合した。最終的に8の上位カテゴリー、30中位カテゴリー、133の下位カテゴリーを抽出した。以下、上位カテゴリーは【
】、中位カテゴリーは《
》、下位カテゴリーは<
>で示す。

【住民主体のまちづくり】は保健師が日常の活動においても重視している《住民と共に保健活動づくり》、《保健師の力量》、《プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションの理念と技術》、《保健師の看護

観》、《人脈づくり》から構成されていた。

【相互理解・共通認識に向けた話し合い】は《対等な話し合い》、《主張しあい相互理解》、《計画に対する共通認識》から構成されていた。【行政再編当初の調整】は《住民主体の事業の存続》、《人事への配慮》、《合併後の地区特性を踏まえた計画策定》から構成されていた。【合併後の環境変化に対する戸惑い】は《人員削減》、《大規模な市への統合》、《新しい地区での事業》から構成されていた。【優先順位による事業整理】は《事業の必要性の検討》、《優先順位》、から構成されていた。【住民との交流】は《住民感情への対応》、《住民の支え》、《変化による負担を住民が理解》から構成されていた。【合併前の地域・職員間の協働】は、《地域とのつながり》、《職員同士の結束》から構成されていた。【合併決定時の摩擦との葛藤】は、《議会、住民の意見不一致のまま合併》、《行政内の解釈の相違》から構成されていた。

4. カテゴリー間の構造化

図1に示すとおり、保健師は、市町村合併しても保健活動として最も重要なことは【住民主体のまちづくり】とし、区長会、老人クラブなどに出向き、《住民と共に保健活動づくり》をしながら、地域特性の把握の情報収集、地域の全体を見渡しての健康問題を明らかにし、解決方法、ネットワークづくりなど《保健師の力量》を持って取り組んでいた。また、ニード指向性、資源活用、住民主体、協調統合を重視した《プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションの理念と技術》を持ち、《保健師の看護観》を常に振りかえりながら、地域の住民の生活の場に何度も出向くことにより、

住民との《人脈づくり》ができていた。保健師は、合併後も保健師の機能である実態把握機能（地域診断機能）、調整・ネットワーク機能を発揮していた。【住民主体のまちづくり】を目指すために、《人員削減》、《大規模な市への統合》、《新しい地区での事業》の【合併後の環境変化に対する戸惑い】を持ちながら、《主張しあい相互理解》、《計画に対する共通認識》をするために【相互理解・共通認識に向けた話し合い】を繰り返し行っていた。その際の話し合いの課題は、《住民主体の事業の存続》、《合併後の地区特性を踏まえた計画策定》などに向けて【行政再編当初の調整】を行っていた。保健師は戸惑いながらも、調整・ネットワーク機能を発揮し、合併後の市町においても地域に密着した保健師活動に取り組んでいたと考えられた。

しかし、ここに至るまでには経過があり、合併前は《議会、住民の意見不一致のまま合併》、《行政内の解釈の相違》があり、保健師は、【合併決定時の摩擦との葛藤】に直面していたがこの危機を乗り越えていた。市町村合併における混乱を乗り越えることができた背景の一つには、《地域とのつながり》、《職員同士の結束》という【合併前の地域・職員間の協働】と住民の苦情、住民の同情など《住民感情への対応》を丁寧に行ったことであると考えられる。二つ目は、地域の住民リーダーによる事業推進による《住民の支え》があり、市町村合併という大きな変化に対して《変化による負担を住民が理解》してくれるという【住民との交流】が大きく影響していると考えられる。このことから、保健師は、相談・支援機能、教育・普及啓発機能を発揮することにより、

市町村合併の混乱の中で自暴自棄にならず、常に保健師活動の基本に立ち返り、今、何をなすべきかを冷静に判断して保健師活動をしていたと考えられる。

その後、市町村合併しても住民サービスが低下しないように、合併前の市町村保健活動として継続すべき事業について【優先順位による事業整理】を行っており、評価機能を発揮していた。

以上のことより、保健師は市町村合併という行政のスリム化の経験をしながらも、行政に働く保健師機能である(湯沢 1997)、①実態把握(地域診断)機能、②評価機能、③相談・支援機能、④教育・普及啓発機能、⑤調整・ネットワーク機能、を発揮していたと考える。しかし、⑥システム化、施策化機能を発揮するまでには到っていなかった。その理由として、保健師は、市町村合併後の新しい担当地域の把握、新しい地域住民の生活の場に出向いて住民と顔なじみになる、市町村合併前や後に住民や職員や保健師間において意見の調整をする、が最も必要な機能であったと考えられる。

E. 結論

1. 市町村合併に伴う期待される保健師の機能について、保健師によって語られた内容から、【住民主体のまちづくり】、【相互理解・共通認識に向けた話し合い】、【行政再編当初の調整】、【合併後の環境変化に対する戸惑い】、【優先順位による事業整理】、【住民との交流】、【合併決定時の摩擦との葛藤】の8つのカテゴリーが抽出された。

2. 保健師は市町村合併において、【住民主体のまちづくり】を目指し、実態把握機能(地域診断機能)を発揮していた。

3. 合併市町村後の保健師、職員と【相互理解・共通認識に向けた話し合い】を実施し、【行政再編当初の調整】し、調整・ネットワーク機能を発揮していた。

4. 保健師は《議会と住民の意見が不一致のまま合併》、《行政内での解釈の相違》があり、【合併決定時の摩擦との葛藤】に直面していたがその危機を乗り越えていた。

5. 保健師が市町村合併における混乱を乗り越えた背景は【合併前の地域・職員間の協働】、【住民との交流】の2つの側面であり、保健師は、相談・支援機能、教育・普及啓発機能を発揮していた。

6. 合併前の市町村保健活動として継続すべき事業について【優先順位による事業整理】を行い、評価機能を発揮していた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし(平成19年に発表予定)

H. 知的財産権の出願・登録

なし

引用文献

湯沢布矢子.(1997). これからの行政組織における保健婦活動のあり方に関する研究報告書:187

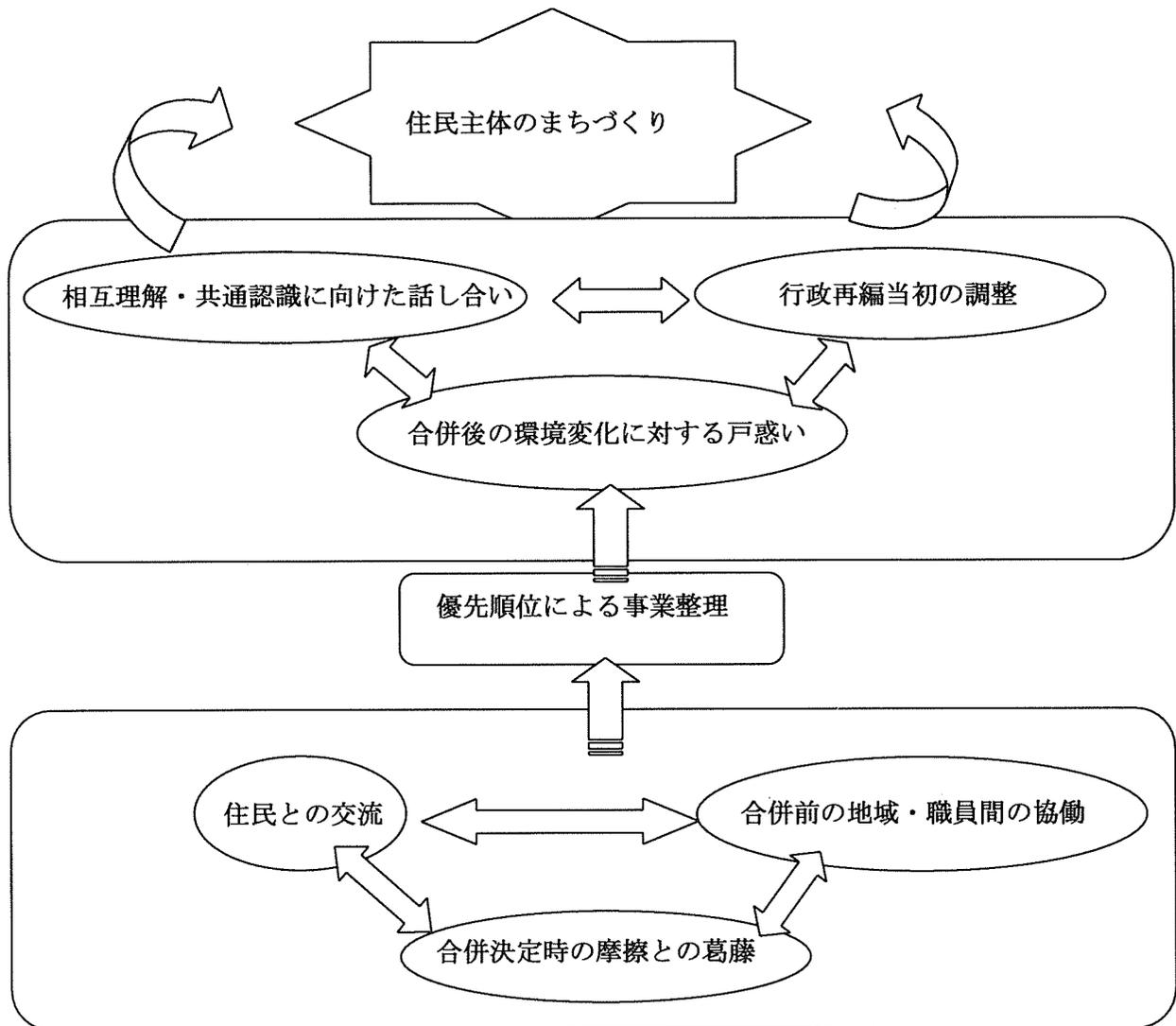


図1 カテゴリー間の構造化

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）
市町村合併に伴う地域保健事業及び自治体事務の影響評価と
今後の効率的推進に関する研究
～市町村保健事業（保健師業務）評価指標の開発及び同指針の作成～

分担研究報告書

市町村保健事業（保健師業務）評価指標の開発に関する研究

分担研究者 曾根 智史 国立保健医療科学院公衆衛生政策部
都筑 千景 大阪府立大学看護学部地域看護学

研究要旨：効率的、効果的な市町村保健活動の推進に資するための総合評価指標を開発することを目的に、前段階として、①評価指標に関する全国調査、②評価指標の概念整理を実施した。評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要がある。目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標（群）開発が進展するものと考えられた。ただ、全国調査でも明らかになったように、市町村によって、要因に関する指標においてもアウトカムに関する指標においてもその把握が必ずしも十分でないところが存在する。また、行政評価も特に小規模の市町村においてはあまり実施されていない。市町村保健活動の指標（群）を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がない市町村が多ければ、実際の役には立たず、指標（群）開発には、このような状況も考慮する必要がある。

研究方法：平成18年度実施の地域保健の推進・展望に関する調査(全市町村/22都道府県)の中で、市町村における行政評価実施の程度および保健分野において行政評価に必要と思われる指標例(11項目)の把握の程度について調査した。評価に関する文献調査により、評価指標の種類別に長所・短所、入手難易度に関する一覧表を作成し、検討を加えた。

結果：全国調査より、行政評価に関しては約半数の市町村が実施していたが、まったく実施していない市町村も多かった。また、乳児死亡率や総死亡率などきわめて基本的な指標の把握がなされていない市町村が存在することが明らかになった。また、指標（群）開発においては、目的の明確化とそれに基づく評価の軸の設定が重要であることが示唆された。

まとめ：評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要がある。目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標（群）開発が進展するものと考えられる。ただ、全国調査でも明らかになったように、市町村によって、市町村保健活動の指標（群）を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がないところも存在する。指標（群）開発には、このような状況も考慮する必要がある。

A. 研究目的

効率的、効果的な市町村保健活動の推進に資
するための総合評価指標を開発することを目的
に、前段階として、①評価指標に関する全国調

査、および②評価指標の概念整理を実施した。

B. 研究方法

①評価指標に関する全国調査

平成 18 年度実施の地域保健の推進・展望に関する調査の中で、市町村における行政評価実施の程度および保健分野において行政評価に必要と思われる指標例（11 項目）の把握の程度について調査した。

市町村における行政評価実施については、

1. 毎年実施している
 2. 2～3 年に 1 回実施している
 3. 以前実施したことがあるが、最近はない
 4. これまでまったく実施したことはない
- の 4 段階で尋ねた。

11 項目の指標例は、米国 United Health Foundation 発行の America's Health Rankings, 2005 edition（米国州別ヘルスランキング 2005 年版：参考文献 2）をもとに、わが国でも使用可能なものを試みに抽出したものである。その項目は、

- ア. 成人の喫煙率
- イ. 自動車事故による死者数
- ウ. 成人の肥満率
- エ. AIDS 新規患者数
- オ. 結核新規患者数
- カ. 小児の予防接種率（ワクチン別）
- キ. 妊産婦健診受診率
- ク. 冠状動脈疾患による死亡率
- ケ. がんによる死亡率
- コ. 総死亡率
- サ. 乳児死亡率

の 11 項目で、それぞれについて、

1. 毎年把握している
 2. 数年ごとに把握している
 3. 把握していない
- の 3 段階で尋ねた。

②評価指標の概念整理

評価に関する文献調査により、評価指標の種類別に長所・短所、入手難易度に関する一覧表を作成し、検討を加えた。

（倫理面への配慮）

①については、自治体に対する調査であり、回答者に関する情報は、調査票個票にとどめ、主任研究者が厳重に管理する。したがって集計、分析においては、個人名が出ることは一切ない。

②については、文献調査であり、倫理面への配慮は特に必要ないものと考えられる。

C. 研究結果

①評価指標に関する全国調査

調査は全国 1840 市区町村を対象とし、回収した調査票は 975 市区町村であった。そのうち有効回答が 974 市区町村、無効回答が 1 市区町村で、52.9%の回収状況であった。

1. 行政評価の実施状況

表 1 に行政評価の実施状況を示す。毎年実施が 4 割、2～3 年に 1 回実施が 5%で約半数の市町村が一定の行政評価を行っていた。しかし、一方、最近はない、未実施および無回答の市町村も合わせて約半数あった。

これらを人口規模別に見ると（表 2 参照）、人口 10 万人～50 万人の市町村が毎年の実施率が一番高く、次いで 50 万人以上の市町村であった。しかし、人口規模が少ない市町村の実施率は低く、人口 1 万人未満の市町村での未実施は 5 割以上であった。

2. 評価指標の把握状況について

健康指標例 11 項目の把握状況について、表 3 に示した。8 割以上の市町村が毎年把握している項目は、高い順に、小児の予防接種率、妊産婦健診受診率、乳児死亡率、総死亡率であった。

また、把握していない項目としては、AIDS 新規患者数が最も低く 16.5%で、次いで自動車事故による死者数 42.8%、成人の喫煙率 45.9%の順であった。

各指標を人口規模別に見ると(表 4~14 参照)、把握率が高い小児の予防接種率や妊産婦健診受診率については、どの人口規模の市町村においても 9 割以上の市町村が把握していた。最も把握率が低かった AIDS 新規患者数については、人口 50 万人以上の市町村では約 8 割で把握されているのに対し、それ以下の人口規模の市町村では 6~8 割が把握していなかった。また、結核新規患者数においても、人口 50 万人以上の市町村が 95%把握しているのに対し、それ以下の人口規模の市町村の把握は 7~8 割であった。がんによる死亡率、総死亡率、乳児死亡率については、ほぼ 9 割の市町村で把握されていたが、把握なしの市町村も少数ながら存在し、人口 1 万人未満の市町村において把握なしがやや多い傾向にあった。

②評価指標の概念整理

参考文献 2) および 3) から、評価指標の種類について、表 15 のように整理した。

研究者によって、プロセス評価 (Process Evaluation)、インパクト評価 (Impact Evaluation)、アウトカム評価 (Outcome Evaluation) を一組とする考え方とストラクチャー評価 (Structure Evaluation)、プロセス評価、アウトカム評価を一組とする考え方があった。さらに、後者に顧客満足度 (Customer Satisfaction) を加える考え方もあった。前者のプロセス評価は、かなり広義の概念で、ストラクチャー評価の一部や顧客満足度も、これに含まれるという考え方もある。

大きくまとめると、表のように、プロセス評価 (広義)、インパクト評価、アウトカム評価、ストラクチャー評価の 4 種類に大別されるものと考えられる。

方法論による分類では、量的評価 (Quantitative Evaluation) と質的評価 (Qualitative Evaluation) に分けられる。これらはそれぞれ単独で、あるいは組み合わせて用いられる。

これらの評価指標の長所、短所は一覧の通りである。評価の目的にもよるが、現実的には、各指標を組み合わせて用いられる。

指標の入手難易度については、一般的な市町村を想定して記述した。もちろん、例えば、プロセス評価指標であっても入手が容易な個別指標は存在する。そういう意味で、本表はあくまで目安にすぎない。

D. 考察

評価指標に関する全国調査より、行政評価の実施状況に関しては約半数の市町村が実施しており、行政評価の必要性はある程度認知されていると思われる。しかし、まったく実施していない市町村も多く、市町村によりまだ温度差があることが伺われた。

また、人口規模別にみると人口規模の大きな市町村の方が実施率が高く、小規模市町村の実施率は低くなっていた。この理由として、マンパワーや財政規模によるものが考えられるが、今回は行政評価の内容等については尋ねていないため、より詳細な調査が必要である。

健康指標の把握状況については、死亡など人口動態に関連する項目と、小児予防接種率や妊産婦健診受診率などの市町村が主体となって実施している事業にリンクしているような項目の

把握率は比較的高かった。また、保健所を設置している人口50万人以上の都市においては、結核新規患者数およびAIDS新規患者数の把握は非常に高かったが、それ以外では低かった。このことから、自らの市町村が実施主体でない指標に関しては、指標の入手可能性が低いのではないかと考えられた。

また、指標によるばらつきもあるが乳児死亡率や総死亡率などきわめて基本的な指標の把握がなされていない市町村が存在することが明らかになった。特に、人口規模が1万人未満の市町村において把握していない市町村がやや多い傾向にあった。総死亡率や乳幼児死亡率などは、地域保健担当者として市町村の健康政策を考えていく上で非常に重要な項目である。このような現状では、総合的な評価指標を開発したとしても活用されうるのかが懸念される。把握していない、できない理由などを分析し、すべての市町村が項目を把握していけるように考えていくことが急務であると考ええる。

さらに、がん、冠状動脈疾患の死亡率、成人の喫煙率などの把握は、人口規模による差は見られず、全体で7~8割程度の把握にとどまっていた。これらの項目は最近の健康課題である生活習慣病対策には欠かせない項目であると考えられ、今後はこれらの項目の把握を促していく必要があると思われた。

また、今回、文献調査により、評価指標の概念整理を行った。

評価指標開発においては、これらの分類を基本に、まず何に使うのか、その目的を明確にする必要がある。今回の市町村保健活動に関する指標開発では、その目的を明確にする必要がある。現場の公衆衛生従事者が業務へのフィード

バックのために使うのか、首長が政策立案の資料として使うのか、都道府県が市町村の活動水準や健康水準を比較するために使用するのか、その目的によって、含むべき評価指標は異なる。

例えば、市町村間の活動や健康水準や比較を目的とする、いわゆるランキング的なものを開発するのであれば、今回の調査票項目の参考にした、米国United Health Foundation発行のAmerica's Health Rankings, 2005 edition (米国州別ヘルスランキング2005年版)が参考となる。ここでは、各州の健康政策に役立てるため、州間の健康水準を比較し、ランク付けすることを目的としている。総合得点は、18の指標の重み付けされた合計からなっている。個別指標は大きく要因 (Determinant) とアウトカム (Outcome) からなり、要因はさらに、個人の行動 (Personal Behaviors)、コミュニティ環境 (Community Environment)、健康政策 (Health Policies) に関する指標からなっている。具体的には、以下の通りである。

【要因】

[個人の行動]

- ・喫煙率
- ・自動車事故死
- ・肥満率
- ・高校修了率

[コミュニティ環境]

- ・暴力犯罪発生率
- ・無保険者率
- ・感染症発生率 (AIDS、結核、肝炎)
- ・貧困レベルにある小児の割合
- ・労働災害による死亡率

[健康政策]

- ・住民一人当たりの公衆衛生予算
- ・小児の予防接種率

・適切な産前ケア

【アウトカム】

- ・身体・精神症状による生活制限のあった日数（過去1か月間）
- ・冠状動脈疾患死亡率
- ・がん死亡率
- ・総死亡率
- ・乳児死亡率
- ・早世による損失（YPLL）

ただ、この指標群では、例えば、現場の公衆衛生従事者が業務へのフィードバックする目的には適さない。その目的には、プロセス評価に含まれる指標を取り入れる必要がある。

今年度の研究では、開発すべき指標の根本的な目的を十分絞り込むところまで到達できなかった。従って、米国の例で示されている〔個人の行動〕、〔コミュニティ環境〕、〔健康政策〕などのいわゆる「評価の軸」を明らかにすることができなかった。19年度の課題としたい。

E. 結論

今回の全国調査と文献調査において、市町村保健活動の指標（群）開発に関する課題を整理した。

評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要がある。目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標（群）開発が進展するものと考えられる。

ただ、今回の全国調査でも明らかになったように、市町村によって、要因に関する指標においてもアウトカムに関する指標においてもその把握が必ずしも十分でないところが存在する。また、行政評価も特に小規模の市町村においてはあまり実施されていない。市町村保健活動の

指標（群）を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がない市町村が多ければ、実際の役には立たない。指標（群）開発には、このような状況も考慮する必要がある。

【参考文献】

- 1) United Health Foundation. America's Health Rankings 2005 Edition. 2005.
- 2) ペネロープ・ホウワ他（鳩野洋子、曾根智史訳）. ヘルスプロモーションの評価：成果につながる5つのステップ. 東京：医学書院, 2003年.
- 3) 水嶋春朔. 地域診断のすすめ方：根拠に基づく生活習慣病対策と評価, 第2版. 東京：医学書院, 2006年.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

表1 行政評価の実施状況

n=974		
	市町村数	%
毎年実施	408	41.9
2～3年に1回	50	5.1
以前実施したが最近はない	76	7.8
これまでまったくくない	321	33.0
無回答	119	12.2

表2 人口規模別に見た行政評価の実施状況

n=854 (%)				
	人口規模			
	～1万人	1万～10万未満	10万～50万未満	50万人以上
毎年実施	52(27.2)	233(46.0)	111(79.9)	11(61.1)
2～3年に1回	12(6.3)	29(5.7)	7(5.0)	2(11.1)
以前実施も最近なし	27(14.1)	44(8.7)	5(3.6)	0(0.0)
これまでまったくくない	100(52.4)	2.5(39.5)	16(11.5)	5(27.8)

表3 各健康指標の把握状況

n=974								
	毎年	%	数年毎	%	把握なし	%	無回答	%
小児の予防接種率	926	95.1	8	0.8	15	1.5	25	2.6
妊産婦健診受診率	875	89.8	3	0.3	68	7.0	28	2.9
乳児死亡率	823	84.5	68	7.0	51	5.2	32	3.3
総死亡率	815	83.7	79	8.1	48	4.9	32	3.3
がんによる死亡率	753	77.3	107	11.0	80	8.2	34	3.5
成人の肥満率	706	72.5	84	8.6	157	16.1	27	2.8
結核新規患者数	603	61.9	69	7.1	257	26.4	45	4.6
冠状動脈疾患による死亡	461	47.3	95	9.8	358	36.8	60	6.2
成人の喫煙率	447	45.9	171	17.6	322	33.1	34	3.5
自動車事故による死者数	417	42.8	47	4.8	459	47.1	51	5.2
AIDS新規患者数	161	16.5	27	2.8	731	75.1	55	5.6

表4 人口規模別に見た成人喫煙率把握状況

n=939				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	109 52.7%	258 46.1%	74 48.4%	6 31.6%
数年毎把握	35 16.9%	83 14.8%	43 28.1%	9 47.4%
把握なし	63 30.4%	219 39.1%	36 23.5%	4 21.1%

表5 人口規模別に見た自動車事故による死者数把握状況

n=922				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	108 52.2%	230 41.9%	65 44.5%	14 70.0%
数年毎把握	11 5.3%	27 4.9%	8 5.5%	1 5.0%
把握なし	88 42.5%	292 53.2%	73 50.0%	5 25.0%

表6 人口規模別に見た成人肥満率把握状況

n=946				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	160 76.2%	424 75.2%	113 74.3%	8 40.0%
数年毎把握	20 9.5%	39 6.9%	19 12.5%	6 30.0%
把握なし	30 14.3%	101 17.9%	20 13.2%	6 30.0%

表7 人口規模別に見たAIDS新規患者把握状況

n=918				
	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	30 14.7%	66 12.0%	49 33.6%	15 78.9%
数年毎把握	4 2.0%	18 3.3%	5 3.4%	0 0.0%
把握なし	170 83.3%	465 84.7%	92 63.0%	4 21.1%

表8 人口規模別に見た結核新規患者数把握状況

n=928				
	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	148 71.8%	340 61.3%	95 64.6%	19 95.0%
数年毎把握	13 6.3%	47 8.5%	9 6.1%	0 0.0%
把握なし	45 21.8%	168 30.3%	43 29.3%	1 5.0%

表9 人口規模別に見た小児予防接種率把握状況

n=948				
	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	207 98.1%	553 97.7%	145 96.0%	20 100.0%
数年毎把握	0 0.0%	7 1.2%	1 0.7%	0 0.0%
把握なし	4 1.9%	6 1.1%	5 3.3%	0 0.0%

表10 人口規模別に見た妊産婦健診受診率把握状況

n=945				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	201	514	140	19
	95.3%	91.1%	93.3%	95.0%
数年毎把握	2	1	0	0
	0.9%	0.2%	0.0%	0.0%
把握なし	8	49	10	1
	3.8%	8.7%	6.7%	5.0%

表11 人口規模別に見た冠状動脈疾患による死亡率把握状況

n=913				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	107	270	71	13
	52.7%	49.7%	48.3%	65.0%
数年毎把握	24	60	10	1
	11.8%	11.0%	6.8%	5.0%
把握なし	72	213	66	6
	35.5%	39.2%	44.9%	30.0%

表12 人口規模別に見たがんによる死亡率把握状況

n=939				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	150	456	129	17
	72.1%	81.3%	86.0%	85.0%
数年毎把握	27	69	9	2
	13.0%	12.3%	6.0%	10.0%
把握なし	31	36	12	1
	14.9%	6.4%	8.0%	5.0%

表13 人口規模別に見た総死亡率把握状況

n=941

	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	168 80.4%	487 87.0%	141 92.8%	18 86.5%
数年毎把握	23 11.0%	48 8.6%	7 4.6%	1 5.0%
把握なし	18 8.6%	25 4.5%	4 2.6%	1 5.0%

表14 人口規模別に見た乳児死亡率把握状況

n=941

	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	178 85.2%	486 86.8%	140 92.1%	18 90.0%
数年毎把握	15 7.2%	44 7.9%	8 5.3%	1 5.0%
把握なし	16 7.7%	30 5.4%	4 2.6%	1 5.0%

表15 評価指標の種類別・方法別一覧表

	内容	例	長所	短所	入手難易度
プロセス評価指標	事業の運営に関する評価	・事業参加者数(対象集団における割合) ・投じたリソース(ヒト・モノ・カネ) ・参加者の満足度	・インパクトやアウトカムを評価する上で重要 ・事業の改善に直接役立つ	・事業ごとに内容が異なるので統一的に扱うのが困難。 ・担当者に負担がかかる。 ・時に対象集団全体を把握できない。	△
インパクト評価指標	事業の短期的効果に関する評価	参加者の知識、態度、行動の変容	・事業の効果を示すことができる ・既存の測定尺度が利用可能なものもある	・一定の労力を要する。 ・短期間で変化しないものもある。 ・追跡が困難なことが多い。	△
アウトカム評価指標	事業の長期的効果に関する評価	がん死亡率、高血圧有病率	・最終的な成果を示すことができる。 ・首長や住民が理解しやすい。	・単一・短期間の事業では変化しにくい。 ・市町村単位では指標の信頼性が低い場合がある。 ・既存のデータがない場合、新たにとるには労力が必要。	○(既存指標) △(新規指標)
ストラクチャー評価指標	事業の環境・体制に関する評価	施設数、従事者数、制度、組織	・ハード面には把握可能なものが多い	・評価しても、具体的改善が難しい場合がある。 ・事業活動自体(ソフト)の評価に結びつかない場合がある。	○
量的評価	標準化された手法で効果を系統的に評価		・効果の大きさを示すことができる。 ・比較が可能。 ・手法が確立されている。	・表面的な変化しか捉えることができない。	○
質的評価	観察的、非構成的な言葉や意味の分析による評価		・対象者にとっての事業の意味(成功・失敗の理由)を知ることができる。	・手間がかかる。 ・代表性に欠ける場合が多い。	△

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）
「市町村合併に伴う地域保健事業及び自治体事務の影響評価と
今後の効率的推進に関する研究
～市町村保健事業（保健師業務）評価指標の開発及び同指針の作成～」研究班

分担研究報告書

健康情報ステーション(仮称)の構築を目的とした基礎的研究
(プロトタイプもしくは実証モデルの提示)

分担研究者 梯 正之 広島大学保健学研究科
研究協力者 北川 明 広島大学保健学研究科

要旨：既に合併を行った市町村で潜在から顕性化にいたった問題点・課題を解決する一方策として、IT技術を用いた地域保健サービス向上・提供を図るシステム（健康情報ステーション（仮称））の構築を目的に、前段階として、1. システム設計および、2. システム活用に関わる必要条件と阻害要因の検討を行った。

システムは、「面積拡大及び人口増によって起こる保健事業・住民サービスへの障害」「組織肥大化による連携困難」への対策を主として設計した。

市町村保健センターでは、インフラは整備されているものの、実際にブロードバンド回線を利用したIT技術を活用しているところは少なかった。また、本開発システムの機能についても、約半数の市町村が必要性を認めているものの、導入したいと思わないと回答した市町村が、7割以上を占めていた。こうした理由には、IT技術に対するイメージに、プライバシーが保たれない、トラブルが発生しやすい、信頼関係が築きにくいなどがあるためと考える。

本開発システムの活用のためには、住民のブロードバンド加入率をあげるほど魅力あるサービスを提供することや、老人でも容易に使用できるような簡便性、プライバシーが保護された安全性、トラブルや故障が生じない堅牢性が必要であると考えられる。

本研究により、システム活用に関わる示唆を得ることができた。

A. 研究目的

「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」の成立と、「市町村合併の特例に関する法律」の改正によって、市町村合併は本格化し、平成11年3月末に3232あった市町村は、平成18年3月末には

1821にまで減少した。地方分権の推進、少子高齢化への対応、日常生活圏の拡大への対応、行政改革の推進、時代の変化などの理由から、市町村合併は推進されており、特に、国、地方の厳しい財政状況を立て直してしていくためにも、合併は今後も行わ