

ところが10.4%あった(表1-11)。

(4)地区活動に特別配慮の必要な地区があるかどうかについては、人口規模別に有意差はなかったが(表1-12-1)、特別配慮の必要な地区の内訳では、人口10万人以上の市に島嶼、離島および豪雪地が有意に多かった(表1-12-2)。

(5)市町村の計画策定状況では、総合計画・新市町建設計画、健康増進計画、地域福祉計画において、人口10万人以上、5～10万人に「策定済み」と答えている市が有意に多く、1万人未満および1～3万人未満に「策定中」、「策定予定なし」または「策定を検討中」が有意に多かった。

また、障害者福祉計画では、10万人以上で「策定済み」と答えている割合が高く、1万人未満、1～3万人未満で「策定中」または「策定を検討中」が有意に多かった(表1-13)。

(6)介護部署との連携では、企画段階から評価まで一体的に推進または実施・評価を一体的に推進しているのは人口1万人未満に多く、一部共同で実施は1～3万人未満、3～5万人未満、5～10万人未満に多い傾向であった(表1-14)。

(7)国保部署との連携では、企画段階から評価まで一体的に推進または実施・評価を一体的に推進していると答えているのは、1万人未満、1～3万人未満に多く、一部共同で実施しているのは、3～5万人未満に多かった(表1-15)。

(8)行政評価をどの程度実施しているかについては、人口規模の大きい市町村の方が「毎年実施している」と答えているところが多く、「これまで全く実施していない」は1万人未満、1～3万人未満に多かった(表

1-16)。

(9)業務が安定したと感じる期間については、2年未満と回答した市町村が人口1万人～3万人未満がのみ26%でありやや早かったが、1万人未満は0%、そのほかの市町村も20%以下であった(表1-17)。

(10)合併後、各保健師の担当分野は専門化されたかについては、人口規模が小さいほど「専門分化ではなく他領域を対象とする傾向にある」市町村が有意に高かった(表1-18)。また、3～5万人未満の市町村は半数が「合併後に専門分化された」と回答していた。専門分化された市町村の工夫については半数が会議開催、次いで個別協議となっていた。

(11)旧市町村の地域活動に配慮するために保健師配置をどのようにしているかについては、人口3万人以上については「支所に配置」が60%を超え、それ以下の人口の市町村は半数程度であった。「本庁1本化で地区担当を置く」については、人口10万人未満で9.1%に対しそれ未満は20%以上、「全市町一律で活動」については人口1万人未満で14.3%に対しそれ以上では10%未満であった(表1-19)。

(12)保健師の業務形態については、合併前は「不明瞭」がどの人口規模も約20%程度であったが(表1-20-1)、合併後は「地区分担制」、「業務分担制」、「併用」のいずれかを採用していた。合併後は「地区分担と業務分担の併用」が一番多く、人口1万人以上については約80%であった。「業務分担制」については1万人未満が合併前より増え23.1%、他の人口規模は10%程度であった(表1-20-2)。

(13)旧市町村で展開していた、質の高い

事業を現在にどう活かしているかについては、1万人未満が「当該地域で継続」が一番多く46.2%であったが、それ以外は20～30%程度であった。「全市町に拡大した」のは、人口1～3万人未満が50%、5～10万人未満は37.2%、それ以外は10～20%であった(表1-21)。

(14) 委託事業の有無については、人口規模別に大きな差はなかった。人口1万人未満が10%以下、1万人以上の市町村について約20%「委託事業あり」と回答していた(1-22-1)。また、廃止事業の有無については、人口規模が大きいほどあると回答する傾向にあった。人口5万人以上の市町村については「廃止事業あり」が40%を越えていた(表1-22-2)。

(15) 旧市町村での計画策定状況については、次世代育成計画以外はどの計画においても人口規模が大きい市町村ほど計画「全て策定」もしくは「一部策定」と回答した割合が高かった。また、一般的に1万人未満の市町村、次いで1～3万人未満の市町村において人口規模が大きい市町村と比較して「策定なし」と回答した割合が高い傾向にあった(表1-23)。

(16) 合併後の旧市町にあった保健センターの機能位置づけの変化については、「変化なし・対等」が一番多く30～50%を占めていた。また、本所(基幹保健センター)と分所(ステーション)になったと回答した割合は人口規模が大きいほど高く、「一カ所に集約」と回答したのは10万人以上が6%であったが、それ以外は約20%あった(表1-24)。

(17) 保健センターの位置づけの変化により保健事業に影響を及ぼしたかについては、人口規模別に差はなく、何らかの影響を及

ぼしたとする市町村が半数以上であった(表1-25)。

(18) 保健事業に関する権限については、「所管課に集中」もしくは「ほぼ集中」が多数を占めており、合わせるとどの人口規模も約80%を占めていた。「所管課に全て集中」の回答は人口1万人以上が30～40%なのに対し、1万人以下の57%であった。

「各支所が持っている」と回答したのは1～3万人未満の市町村が一番多く23.4%であり、他は14～18%であった(表1-26)。

(19) 保健所との関係に変化があったかについては、1万人未満はすべて「変化なし」と回答し、1万人から10万人未満は80%、10万人以上は67.8%と有意な差がみられた。また、「疎になった」と回答した市町村は1万人未満を除くどの人口規模の市町村においても10%程度みられた(表1-27)。

3) 合併後の期間別

(1) 業務が安定したと感じられるまでの期間については、合併後1年以内に既に安定したと回答しているところは非常に少ない。合併後の年数より遅れてようやく安定したとの回答が多くなっていた(表1-28)。

(2) 各保健師の担当分野が専門分化されたかについては、合併期間の長い市町村は「合併後専門分化された」と回答しているところが多かった。工夫については、期間にかかわらず「会議」が多く、次いで「個別協議」となっていた。(表1-29)

(3) 旧市町村の地域活動に配慮するために保健師をどのように配置しているかについては、合併期間が短いほど「支所に配置」が多く、1年未満で69.0%であるのが、2～3年で51%、3～5年以上37.5%、5年以上

25%であった。一方、「本庁1本化で地区担当を置く」について2年未満の市町村は20%以下なのに対し、2~3年未満30%、3~5年未満50%、5年以上の市町村は75%であった(表1-30)。

(4) 業務形態の変化については、合併期間別に差はなく、合併前は「不明瞭」が20~30%を占めていたのが(表1-31-1)、合併後は「地区分担制」、「業務分担制」、「併用」のいずれかを採用していた。1年未満、2~3年未満の市町村について合併後「業務分担制」が若干増加していた。どの期間においても合併後の業務形態は「併用」が一番多く70%以上を占めており、合併期間が3年以上の市町村は全て「併用」であった(表1-31-2)。

(5) 旧市町村の質の高い事業を現在の活動にどう活かしているかについては、「当該地域で継続」の割合が一番多いのは1年未満の市町村であり34.4%だった。合併後1年以上の市町村では「全市町に拡大」の割合が上がっており、3年以上の市町村では40~50%の市町村が「全市町に拡大」していた(表1-32)。

(6) 外部委託事業の有無については、「あり」の割合が5年未満までは20%程度であるが、5年以上の市町村では75%を占めており有意に高かった(表1-33-1)。また、廃止事業の有無についても1年未満は「あり」が39.8%、1~2年45.5%、2~3年18%、3~5年50%と合併期間により様々であった(表1-33-2)。

(7) 旧市町村での計画策定状況については、高齢者福祉計画、地域福祉計画、障害者福祉計画を除く計画で、2年未満の市町村のほうが有意に策定していた(表1-34)。

(8) 保健センターの位置づけの変化については、3年未満の市町村は「変化なし・対等」と回答している自治体の割合が一番多かったが、3~5年未満、5年以上は「1カ所に集約」が一番多かった(表1-35)。

(9) 保健センター位置づけの変化による保健事業推進への影響については、2年未満までの約60%が「影響あり」と回答し、3年以上については半数以上が「影響なし」と回答していた(表1-36)。

(10) 保健事業に関する権限については、「所管課に集中」もしくは「所管課にほぼ集中」との回答がほとんどを占めた。その中で3年未満について20%程度「各支所が持っている」との回答があったが、3年以上についてはゼロであった(表1-37)。

(11) 保健所との関係については、どの期間においても「変化なし」が70~80%を占めた。3年以上で「密になった」という回答はゼロであった。また、「疎になった」との回答がどの期間においても10%程度見られた(表1-38)。

4) 合併形態別

(1) 業務が安定したと感じられるまでの期間について、新設、編入に大きな差はみられなかったが、編入のほうがやや短い傾向にあった(表1-39)。

(2) 各保健師の担当分野の専門分化については、新設については41.1%が「合併後」と回答しているが、編入は「以前から」が42.2%と有意に差がみられた(表1-40)。

(3) 旧市町村の地域活動に配慮するために保健師の配置をどうしているかについては、新設、編入ともに「支所に配置」が6割以上を占めており同様の傾向がみられた(表

1-41)。

(4) 業務形態については、合併前では新設に「不明瞭」がやや多い傾向にあった(表 1-42-1)。合併後は「併用」が8割以上を占めたが、「業務分担制」が新設で9.8%、編入が7.1%と新設にやや多かった(表 1-42-2)。

(5) 旧市町村での質の高い事業を現在の活動にどう活かしているかについては、「当該地域で継続」は編入に多く、「全市町に拡大」は新設に多い傾向がみられた(表 1-43)。

(6) 外部委託事業の有無については、新設、編入とも「なし」が70%以上を占めた(表 1-44-1)。廃止事業については、「あり」が新設36.8%、編入46.3%とやや編入に多かった(表 1-44-2)。

(7) 旧市町村での計画策定状況については、総合計画において編入が「策定なし」が1.4%と少なく、「全て策定」もしくは「一部策定」がほとんどであった。次世代育成計画では、「全て策定」新設で61.2%、編入で49.3%と新設において有意に多かった。その他の計画においては特に差はみられなかった。(表 1-45)。

(8) 旧市町村にあった保健センターの位置づけの変化については、「変化なし・対等」が新設において多く、「本所と分所」が編入において多くみられた(表 1-46)。

(9) 保健センター位置づけの変化により保健事業推進に影響があったかについては、「影響あり」と回答した市町村が編入71.1%、新設55.7%と編入に多い傾向にあった(表 1-47)。

(10) 保健事業に関する権限については、編入は「所管課に全て集中化」もしくは「ほぼ集中化」との回答が約90%を占めたが、

新設においては「各支所が持っている」と回答した市町村が約20%であり、有意な差がみられた(表 1-48)。

(11) 保健所との関係においては、新設、編入とも「変化なし」が70%程度を占めた。「疎になった」との回答が新設・編入とも約10%みられた(表 1-49)。

2. 聞き取り調査からみた合併の影響

ここでは、平成17年度に実施した合併市町村を対象とした聞き取り調査で回答を得られた90市町村を分析対象とし、人口3万人未満、3~5万人未満、5~10万人未満、10万人以上及び政令市という人口規模別にみた合併の影響を検討した。分析データには、平成17年度実施の聞き取り調査の保健(師)活動に関連が深い項目として選定した問12(合併してよかった点)、13(改善すべき点)、14(新たに実施するようになった専門的保健事業)、15(住民からのニーズ把握の変化と工夫)、16(保健統計など情報収集・活用の変化と工夫)、20・21(専門職確保の変化と事業企画展開への効果)、31(保健所との関係の変化)の回答を用いた。分析方法は人口規模別にデータを質的に検討し、類似する内容でまとめてカテゴリ化した。さらに、カテゴリ化したものを再検討し、1)組織・行政の仕組み等の変化、2)保健(師)活動への影響、3)住民への影響、4)主な対応と工夫、5)今後の課題に構造化し、それぞれの結果図を作成した(図 2-1~2-5)。また、1)組織・行政の仕組み等の変化については、人口規模別にその詳細を示した(表 2-1)。さらに2)の保健師(師)活動への影響については、サブカテゴリとして(1)保健師活動への影響、(2)保健活動への影響、

(3) 保健所との関係、に分類し、人口規模別に抽出された項目を一覧表に示した(表 2-2~2-4)。

ここでは、各人口規模別に構造図(図 2-1~2-4)を示すとともに、人口規模に共通してみられることと、それぞれの人口規模に特徴的なカテゴリについて、その項目と内容について述べる。

1) 組織・行政の仕組み等の変化(表 2-1)

人口 3 万人未満から 10 万人以上の市まで、どの人口規模にも共通してみられたことには、保健師及び他の専門職の増加、担当地区の面積・人口増、電算システムの導入・整備があげられた。しかしながら、保健師の増加に関しては、退職した保健師の補充はなく、一定の期間を過ぎると人員削減を予定しているとの声も多く聞かれ、保健師の増加は合併による一時的なものであり、移行期を過ぎると削減される可能性が高いことが推測された。事務職員の配置においては、人口 3 万人未満の市町村では増員されているのに対し、3~5 万人未満、5~10 万人未満においては減員、また 10 万人以上、政令市においては特に取り上げられていなかった。

次に、事務分掌の整理や再編がどの自治体においても実施されていたが、人口 10 万人未満の自治体では、特に合併に伴って本庁と支所の設置や役所の機構改革を行なったところが多く、分庁舎・支所化が進み、それに伴う職員の分散配置が進んでおり、保健部門の人員減がおこっていると考えられた。分散配置については、特に人口 5~10 万人未満においてもっとも顕著に聞かれていた。

一方、人口 10 万人以上及び政令市においては、事務分掌の組織体制や保健師の配置に関して大きな変化は聞かれなかったが、政令市において合併の結果、区への分権がないことがマイナス面としてあげられていた。

2) 保健(師)活動への影響(表 2-2)

(1) 保健師活動への影響

保健師活動においてどの人口規模においても共通して見られた合併のプラス面は、旧市町村より学んだ、保健師活動の質向上につながった、業務の見直しになった、協力体制の確保であった、の 4 つであった。これらの背景としては、保健師及び他の専門職が増えたことで視点の統一と広がりが増えたことに加え協力体制が確保されたこと、合併を機に業務の見直しと整理ができたこと、支援活動の充実が図れたこと等があった。

その一方、共通した合併のマイナス面としてあがっていたのは、保健部門での保健師実質減、地域活動に影響、情報共有が困難になった、地域・住民が遠くなった、の 4 つであった。これらの背景には、先に示した組織・行政の仕組み等の変化であがっていた合併による組織拡大や業務量の増大、分散配置、本庁集中化が関連している。たとえば、業務が専門分化されたことから、それまで受け持ち地区のすべての住民にかかわっていたのに比べて一部の住民にしか接することができなくなり、保健師は住民との距離が遠くなったと感じている。地理的にも市役所・役場までの距離が遠くなったり、保健センターに保健師が常駐しないところも増え、保健師が住民と接する機会

や場所が少なくなっていると推測された。さらに、組織が拡大したため保健師間や本庁・支所間などの情報伝達に時間や労力がかかり、情報が遅れたり十分伝わらないという状況もあげられ、保健師業務全体が見えなくなったなどの声もあがっていた。

人口3万人未満、人口3～5万人未満での特徴としては、少数であった保健師の複数化、もしくは一人配置から複数配置により相談や協力体制がとれるようになり精神的に安定した、対象が増えたこと(集団が大きくなったこと)で健康問題が可視化され質や精度の向上につながった、などであった。またその結果、保健師の質の向上につながったとの回答もあった。人口3万人未満では以上に加えて、事務職の配置(増員)によりゴミ等環境部門や医療事務等から解放され、保健師の専門性を活かした活動ができるようになったことがあげられていた。

人口5～10万人未満では、役所の組織体制が拡大され、本庁および支所もしくは振興局、また福祉部門などへの分散配置が進んだ結果、福祉部門での保健師の立場が向上、保健部門の拡大や専門化が促進されたというプラス面があげられていた一方で、組織拡大による業務量の増大、情報の伝わりにくさ、連携や調整の困難というマイナス面が特に強調されていた。

(2)保健活動への影響(表2-3)

保健活動への影響において、どの人口規模にも共通して良かった点は、種々の専門職が増えたことで、専門職対応・専門的保健事業の実施・拡充につながったことがあげられる。たとえば、それまで主として保健師だけで行っていた健康相談や健康診断では、医師や臨床心理士、歯科衛生士など他

の専門職の指導や援助が得られるようになり、幅広く、より専門的な対応ができるようになった。また、種々の情報がデータベース化され、それまで手作業だった情報処理がコンピュータで一元化されることになり、電算化による業務効率の向上が図れ、住民への広報や議会への対応に必要な資料が容易に作成できるようになった。しかしながら、システムがいまだ未整備であり電算化により情報活用しにくくなったところも見られた。

一方マイナス面としては、組織の分散により、連携・情報共有・調整が困難になったことがあげられる。また、組織の拡大により下部組織への情報伝達に時間や労力がかかり、情報が十分伝わらないことや、個人情報保護の観点から情報の入手のための手続きに時間と労力がかかり、情報の活用に制約が生じていることがある。さらに健診委託により結果がもどるまでに時間がかかることもあげられていた。

人口3万人未満の特徴として、専門職の充実により、事業展開についての話し合い、事業の見直し、保健計画の立案・実施・評価ができるようになったことがあげられる。また予算が取りやすくなり、専門スタッフの持つ機能を活かした活動ができるようになった。これらのことにより事業内容・質の向上に繋がっていた。

人口3～5万人未満の特徴として、旧市町村で行なっていた質の良い事業については、多くのところで全市に旧市町村事業の拡大が行われていた。

人口5～10万人未満では、旧市町の地域特性に配慮したため、支所間や旧市町村に提供するサービスの非効率・不均衡が課題

となっているという声も多く聞かれてた。

人口 10 万人以上の市及び政令市では、事業運営が困難になったことがあげられる。このうち政令市に特徴的にみられたことは、合併を受け入れた側の旧市はほとんど影響を受けていないが、合併された側である小さな町村は、編入先の大きな市にあわせざるを得なくなったことから、旧市町村の独自性が活かせなくなったことや、地域が広範囲になったため従来のようなきめ細かな事業運営ができなくなったことがあげられていた。また権限が縮小されたことにより、計画と評価の一貫性が困難との声が聞かれた。さらにアクセス性の低下、業務量・業務時間が増えたといったマイナス面も聞かれていた。

(3)保健所との関係 (表 2-4)

保健所との関係については、すべての人口規模において、密になった、変わらない、疎遠になった、それぞれの声が聞かれたが、おおよそにおいて疎遠になったという意見が多かった。

人口 3 万人未満では、国民健康保険の医療統計の分析とその結果を共有化し、事業に活かしているところが 1 か所あったが、その他は「あまり連携をとっていない」、「一人の時は支援を受けたがこれまでの関わりであれば必要ない」との意見であった。

人口 3~5 万人未満では、従来どおりのところが 21 市中 1/4、管内保健所の一部から大部分を占めるようになったなどで連携や相談が増加したというところが同じように 1/4 ある一方、距離的に遠くなったり支所が廃止されたりして不便になった、疎遠になったという自治体が約半数見られた。

人口 5~10 万人未満では、連携が強化さ

れた、研修などの技術的支援が得られたという意見が少数あったものの、市レベルで対応が可能となった、本庁中心の関与となって支所もしくは振興局との連携は疎遠になったという意見も多く聞かれていた。

人口 10 万人以上の市及び政令市では、政令市を除く市と政令市とで大きな相違がみられた。政令市を除く市では、府県保健所に対して距離が遠くなったとの意見がある一方、教育研修の充実や専門機関としての役割を期待していた。政令市では、これまでの市町村単独業務に加えて保健所業務が加わったことにより、精神保健業務や感染症予防対策業務が増加したことなどが特徴的であった。

3) 住民への影響

人口 3 万人未満から 10 万人以上の市まで、どの人口規模にも共通してみられた良い影響は、サービスの充実と拡大と特に**選択肢・回数が増えた**ことが、良くない点としては、**アクセスが低下**したことがあげられる。たとえば、合併によって近隣の旧市町村の資源が使えるようになり、健診の日時や場所が増え、住民は都合のよい時に都合のよい場所に行って健診を受けられるようになった。また種々の専門職が増えたことから、より専門的で適切な指導・助言が受けられるとともに、保健と医療と繋がったサービスが受けられるようになった。さらに、移行期間は激変緩和のため旧市町村の保健サービスをそのまま全市に拡大したところが多く、住民にとってサービスの充実と拡大が図られた。

一方、市役所・役場、保健センターや利用できる施設までの距離が遠くなったこと

でアクセスが低下したという声や、効率性の点から健診の集中化で時間が長くなりすぎるなどの影響が出ていた。また、保健センターに保健師が常駐しないところも増え、住民が気軽に相談する機会と場所が少なくなっていた。

人口 3 万人未満に特徴的なサービスの拡大と充実、住民要望に沿った事業の企画と実施ができる、自己負担が軽減された等である。これらを裏づけるように相談者・教室参加者・施設利用者の増加、受診率の向上がみられていた。一方マイナス面では、住民組織活動が低下し、旧町村の実績ある活動が衰退もしくはできなくなったところがあった。

人口 3～5 万人未満では、対象者が少数で毎月実施できなかった健診などの事業が毎月実施できるようになり、住民の受診機会が増えたという声の特徴的であったが、一方では顔見知りの職員がいなくなった、ゆっくり話すスペースがなくなったという住民の戸惑いもあがっていた。

人口 5～10 万人未満では、特に健診・検診での医師の確保が可能となり、事業の精度や質の向上が見られたという声が多く聞かれた。さらに、健診・検診や予防接種の委託医療機関が増え、受診機会や受診場所が増えたことがメリットとしてあげられていた。一方で事業が平準化された、職員が減りサービスが低下したという声も聞かれた。

人口 10 万人以上の市及び政令市では、合併後の住民の戸惑いを避けるため、旧市町の実施方法をそのまま踏襲しているところがあり、旧市町村間で住民サービスに格差が拡大していた。政令市では、住民の自主

性が育ち、社会資源の拡大と弱者支援の充実が図られていた。たとえば子育てサークルをつくって機関誌を発行するようになっていたり、編入合併された小さな町村は、新市の人的、物的資源の活用ができるようになり、そのことが数少ない障害者の支援拡大につながっていた。

4) 主な工夫と対応

以上までに述べた合併の影響に対して、自治体がとった主な工夫と対応でどの人口規模にも共通していた項目は、ニーズ把握に努める、住民と接する機会をつくり生の声を傾聴する、電算システムの活用、他部門との連携強化であった。特にニーズ把握や生の声を聞くことが多くあげられていた。具体的には、住民と接する機会を意図的に多くつくり住民に会うこと、相談や健診等の保健事業を通じてニーズを聞くこと、地域団体や地区の役員会などの会合に出席するなど地区に出向くようにすること、さらにアンケートや大学とタイアップして調査を行なうなど、ニーズ把握の強化に努めている姿がうかがえた。

各自治体が合併に伴い電算システムを導入・整備したこと、統計処理や対象者抽出など事務の効率化につながった、保健指導に活用した、情報共有が容易になったという声が多かった。また、関係機関を通じての情報収集をより進めているという意見もあった。

人口 10 万人未満までの自治体ではインターネット、ホームページ、メールなど IT の活用が工夫としてあげられていた。その一方、人口 10 万人以上では人事交流を行なうこと、住民組織を支援することがあげられていた。具体的には、住民組織活動の充

実と強化を図ること、地域の社会資源とのネットワークによる支援、職員の認識を共有するための研修や人事交流が工夫として行なわれていた。

その他、人口3～5万人未満、人口5～10万人未満では、旧市町村事業を維持継続しているということがあがっていた。その中で人口5～10万人未満の具体例として、旧市町村の事業を従来どおり支所・支部で実施、旧市町村の保健師をそのまま配置しているなどがあつた。

5) 今後の課題

今後の課題では、どの人口規模においても、新しい市町として活動の視点の整理が必要との認識が示されていた。たとえば、1年目はとりあえず全部事業を実施したが、優先順位を検討して見直していくことや合併で視点の改善が必要との意見があげられていた。また、地域診断の必要性も共通してあげられており、ニーズ把握の重要性が指摘されていた。

人口規模別に見ると、人口3万人未満の市町村においては、住民主体の健康づくりや家庭訪問など、地域活動に焦点をおいた活動を充実させる必要性から具体的なこととして新市町内職員の連携体制作り、意識改革、業務の見直し、効率的かつ住民が満足のできる事務展開のあり方、また実施後の評価等を取りあげていた。また、保健センターの新たな役割の明確化と活用、保健活動に活用できる情報管理システムの整備、そして関係の薄くなった保健所との新たな関係づくりなどがあげられていた。

人口3～5万人未満においては、限りある財源の使途や効率性、人的資源の配置・調整

などが課題としてあげられていた。合併前の協議やすり合わせが不十分であったところもあり、今後どのように活動すべきか、新市として目指す姿は何かということを改めて考えていく必要があることが強調されていた。

人口5～10万人未満においては、合併後も旧市町村の特性や事業を残したために、事業効率、バランス、方向性にずれが生じ、新たに新市としての再検討や見直しが必要であるという声が特徴的であった。旧市町村の事業を維持していることは工夫の点でもあげられていたが、全市をひとつとして捉えると不均衡・非効率が浮き彫りになった。その解決のために新市としてのビジョンや目指す姿を明確にすること、そのための地域診断の必要性が今後の課題としていくつもの市町村であげられていた。

人口10万人以上の市及び政令市においては、特にシステムの改善、円滑に推進していくことをあげていた。「システムの改善」に関しては、電算システムの統一や事業の変更に伴うケースの引継、旧市町村単位の健康づくり協議会の開催を課題としていた。10万人以上では、個人情報の保護に注意し、健診事後フォローシステム改訂を検討している。「円滑に推進していくこと」に関しては、政令市では、政令市保健所として保健所業務と市町村業務の整理をすすめることや、これまでの小規模地域の取り組みから視野を広げてより効果的な取り組みへと改善しようとの意識がみられた。

3. 事例から見た合併の影響～合併を有意義にするための要素の抽出

市町村合併を有意義なものにするための要素を検討するために、聞き取り調査実施時点において合併後3年以上経過した2市（調査実施市町村中全数）と合併前の準備や合併後の保健（師）活動やサービス面で合併前以上の水準で推進できていると考えられた12市の中から柏市及び甲州市を選び、計4市について検討した。なお分析は、前2市については、17年度の聞き取り調査及び18年度アンケート調査票から、後の2市については、聞き取り調査結果に加えて平成19年11月に再度の訪問調査により得られた情報より行った。分析内容は合併前の旧市町村の保健師活動の状況、合併の状況、合併後の状況等についてである。その結果から、合併を有意義に進めていくための要素を抽出した。

1) 合併後3年以上経過した2市の事例

平成14年以前に合併したA市およびB市の聞き取り調査、アンケート調査結果から、合併前後の状況を時系列に沿って抽出し、合わせて整理した。

(1)各市の概況

①A市の概況

- ・平成14年以前に新設されA市となる
- ・人口 100万人超の政令指定都市
- ・新市における保健師の配置状況（聞き取り調査時）：保健師約150人（本庁、保健所、区保健センター、精神保健センター、高齢介護部門等）

②B市の概況

- ・平成14年以前に新設されB市となる
- ・人口約20万人の中規模市

- ・新市における保健師の配置状況（聞き取り調査時）：保健師約20人（健康推進部門、介護保険部門、障害福祉部門、基幹型支援センター等）

(2)合併前の旧市町村の保健師活動状況

合併前の旧市町村では、保健師は健診の場面等を活用して住民の状況をモニタリングし、虐待の予防や早期発見を図った。また、独自の予算化で課題への事業計画作成から評価まで一貫した活動を行っていたが、事業をこなすのに精一杯で、健康指標の作成や考える時間がなかったこともあった。

(3)合併のコンセプトと合併にあたり何をしたか

合併のコンセプトは、「住民サービスを高く、負担を低く」であった。サービス価値の高いものを決定し、旧市のよい方を選択したが、新市の制度に統一されたり、各担当者の思い入れがあって異なった結果になったりした部分もあった。合併にあたっては、目指す姿を共有し、合併協議会が発足する前から保健師・事務の交流を行っていた。協議会では、事務事業の擦り合わせを行い、新旧市町村の事業実態の対比表を作成し検討した結果、合併後の混乱はなく、合併を順調に進めることができたが、方針を決定したり保健師の関わり方を調整するうえでは時間を要することもあった。

(4)新市としての課題への対応と新たな出発

新市としてどのように対応したかについて、①保健師の配置、②保健師の仕事のしかた、③関係部署・機関との連携、④保健所との関係、⑤保健師のリ・ダ・シッ・教育研修、⑥住民サービス活動の特徴、これらをふまえて⑦いい仕事のためには今後どうすべきか、の7つのカテゴリで整理した。

①保健師の配置については、全体的に保健師が増え、旧市町村に地区担当保健師を配置するなど、地区分担と業務分担を併用していた。また、新市としての活動を共有するために早期に人事交流を行ったり、職員課が中心になって保健師のあり方検討会を開催していた。一方では、高齢介護課にいた保健師がいなくなって看護師のみの配置になり、介護関係に保健師の必要性を認識されていないところもあった。またアンケート結果からは保健師があまり確保されていないと答えているところもあった。

②合併後の保健師の仕事の仕方では、職員が増えたことにより幅が広がり、事業の見直しや新しい工夫ができていた。また委託化がすすめられたことにより、時間的余裕ができ、丁寧な仕事ができるようになっていた。さらに、新しい区割りになった各区の特性の違いを少しずつ調べている段階でもあった。一方では、これまで多くの母子に接することで異常を感知することができていたが、乳幼児健診の委託化により子どもや母親の声が聞こえにくくなったため早期に対応することができなくなるのではないかと心配している。

③関係部署との連携では、社会資源の活用が広がり緊急性の高い事例については医師会から直接連絡が入っている一方で、小児科医とのコンタクトが少なくなったり、政令市になったために県の療育施設の協力が得られなくなっていた。また組織が大きくなりすぎたために上層部まで届きにくく、連携した事業展開も困難になっていた。そのため、めざす姿の課題等について定期的な担当者会議で出し合い、次年度につなげていこうと考えられていた。また時間的余

裕ができたことから、保健部署と高齢介護課等関係部署との話し合いを持ち、健康や介護問題を共有しながら役割分担するように考えられていた。さらに支援システムのネットワーク化の再構築も検討されていた。

④保健所との関係では、政令市になったことで小児慢性特定疾患等の申請窓口となり、対象者との接点を持てるようになったことや精神保健福祉士との協働した活動ができるようになっていた。

⑤保健師のリーダーシップ・教育研修については、部門別の研修や管理者向けの研修が行われるとともに、新市の事業に相互に見学交流を行っていた。

⑥住民サービスの特徴として、健診業務や予防接種等が外部委託され、住民の健康課題としては、精神障害者の相談が増加していた。ハード面では療育施設が身近なところに通える場所が増えていたが、不便になった人もいた。また区への分権がなく、独自性が出しにくいことから、移管された事業をいかに効果的に推進するかが課題であると述べられていた。

⑦これらの課題に対応しながら、いい仕事をするため如何にすべきかが考えられていた。例えば、合併によって、ものの考え方が広く深くなり予算がなくても地域ニーズに応じた事業が展開できるよう工夫し、効果をあげ実績を積んでいくという視点で取り組むことが重要と考えたことや今後は地域診断をもとに、保健事業に地域特性をどう反映させていくかが課題であると述べられていた。

2) 合併前の準備や合併後の活動が合併前以上の水準で推進できていると考えられる

2市

(1) 千葉県柏市

① 柏市の概要

東京都心から30キロメートル、千葉県の北西部に位置する千葉県柏市は平成17年3月28日に人口5万人の沼南町と合併し、人口37万6,018人(平成17年4月1日現在)、面積114.9平方キロメートルの市となった。

市内にはJR常磐線、東武野田線、つくばエクスプレスの鉄道3路線のほか、国道6号、16号、常磐自動車道が通り、交通の要衝としての高い利便性から、柏駅周辺では商業集積により多くの若者や買い物客で賑わう一方、柏の葉地区では新産業の創出が進んでいる。またサッカーJリーグ柏レイソルのホームタウンでもある。

利根川や手賀沼などの自然環境や、市民の憩いの場としての手賀の丘公園などの緑にも恵まれ、都会の街並みと自然の豊かさが調和したまちである。

(一部柏市HPより引用)

② 合併前の旧市町村の保健師活動の状況

平成9年、健康推進課保健師が業務担当となり、国のモデル事業である「健康文化と快適な暮らしのまち創造プラン事業」に応募し、採用された。この柏市健康文化都市プラン事業が採用される基盤となったのは、昭和57年から保健師が取り組んできた「柏市民健康づくり推進員」活動であった。健康づくり推進員を核として住民と協働して動いていた地域保健活動実績が強みとなり、このプロジェクトを通じてさらに住民との協働は推進されていった。

柏市健康文化都市プランの目的は、「子ど

もから高齢者まで市民の1人ひとりが、健康で、安心して暮らせるまちづくりを目指して、積極的な健康づくりと、互いに支えあう地域づくり」であり、これは「市民参画によりすすめるためのプラン」となっている。この目的を達成するために、柏市では4つの目標とシンボル事業の実施を行なった。4つの目標とは、1. 少子・高齢社会対策の確立、2. 市民の相互支援活動の育成・支援、3. 市民参画による生活環境の総合的整備、4. 誰もが参加できる新たなふるさと運動の展開、である。

上記4つの目標の達成のため、シンボル事業として「おせっ会」、「遊び、遊び場」、「健康の道」、「歩くことが好きな市民」、1人ひとりが主役の「健康管理ノート、自分史ノート」の5つを展開した。ここでは具体的な内容として、おせっ会活動と社会資源化について説明する。

○おせっ会活動

おせっ会活動とは、市が社協と連携して行なっている生活圏で最も身近な町会・自治会を単位とした地域での支えあい活動である。人と人の交流を通じたつながりを深め、支え合いが自然に広がる場づくりを推進している。具体的には、地域住民が活動主体となり子どもから高齢者まで、できる人ができることをサポートする仕組みづくりを進め、日常のささいなことを身近な人が支えあう「お互いさま」の風土づくりと支え合い活動を支援している。それをすすめる住民組織が行なう活動をおせっ会・サロン活動と呼び、現在、100以上の町会・自治会で集いや交流の場が展開されている。

○社会資源化

柏市の健康文化資源として、人材(マンパワー)、施設・設備等(公共施設)、地域の支えあい活動の3つの社会資源化に取り組んだ。具体的にいうと、市内の健康福祉等の人材(専門職種、地域の関係委員、ボランティア等)、施設・設備等、地域の支えあい活動(ネットワーク、住民組織、集い等)それぞれひとつひとつを社会資源として捉えなおし、プランの中に、市民に向けて広く開かれ意思のある誰もが利用できる社会資源として公表した。それにより住民は自分の地域にはこのような資源があると改めて認識することができた。さらに人材もサークル活動も皆が社会資源と捉えることができ、住民同士、行政との協働の基盤がより強固なものになっていった。

住民との協働でその元になったのは社会資源の実態把握を含む地域診断データである。地域診断では、保健師や栄養士、歯科衛生士、事務職等とペアで各担当地域を、あらゆる機会を使って回った。住民には柏市全体の健康状況と各地域の健康状況を判りやすく示し、パワーポイントなどで説明し相互に意見交換をした。柏市は高齢化が急速に進むことが予測されており、こうしたことを実際のデータを提示して説明することで自然に市民は理解・納得し、自分たちの問題としての意識を持ち、身近な地域で主体的な取組が始まり、広がっていった。

健康文化都市プランを進行させていくに当たっては、保健師以外の部署は必ずしも協力的な体制基盤があったとはいえない状

況があった。しかし、健康文化都市プラン策定・推進以降には、市の第四次総合計画に市民との協働が重要な行政目標として位置付けられ、職員の認識が進んでいった結果、すなわちおせっかい活動の増加や活発なNPO活動の進展等市民との協働活動内容の充実など、市民主体の地区活動の活性化等の実績を示していくことで市の関係各課等の認識が進んだ。この成功には、理解ある上司及び力のある事務職に恵まれた(地区巡回は事務職とペアで行なっていた)ことが大きいと考えている。関係課の若手実務担当者で構成する組織・職種横断的プロジェクトを保健師と事務職がチームの核となって調整・実行したことよりそれぞれの専門性と力量が効果的に発揮された。

③ 合併に向けて(合併のコンセプト等)

平成16年度に合併が決定した。この時期はちょうど地域健康福祉計画の策定期間でもあり、合併後の姿を取り込みながら計画を策定した。計画にはく・・地域において、市民が主体となる取組(地域)、生活の質の向上を実現するための予防の視点に基づく取組(健康)、1人ひとりが有する能力に応じた自立を支援する取組(福祉)を重視します。>(地域保健福祉計画より抜粋)と述べられているように、地域、健康、福祉を定義し計画の視点に位置づけた。また、計画のなかで市のビジョン、方針を明確化していった。

地域健康福祉計画策定においては、まだ合併以前であったため、沼南町は検討メンバーには入っていなかった。沼南町においては町の基本計画はあったものの、部門別の計画は策定していなかった。

④ 合併後 新市として出発 その後の課題への対応

(ア) 保健師の配置(H19年度)

・新市の保健師の構成：保健師 58 人（保健部門 37 人、福祉部門 17 人、その他 4 人）

・保健師のポストトップ：専門監（副参事職）

・配置場所：保健所準備課 6 名、健康推進課(事業調整)3 名、柏中央保健センター 20 人、

沼南保健センター8 人、高齢支援課 11 名、障害福祉課 1 名、児童家庭部(保育所等)5 名、保険年金課 2 名、総務部人事課 2 名

管轄する保健所：千葉県柏保健所（柏市のほかには我孫子市、流山市を管轄している）

(イ) 新市の取り組み、新市における保健師活動の状況

ア) 新市のビジョン、方針に関して

地域健康福祉計画でうたわれているように、柏市のビジョン、方針に沿って保健師活動を進めている。具体的には、保健師は行政計画における担当業務の位置づけを確認し、活動の方針をはっきりさせる、目標を立てる、評価をきちんと行なう、をポイントに置いた保健師活動を行なっている。地域を担当する保健師活動のベースは健康文化都市推進事業の実績に基づく地域健康福祉活動である。特に、地域単位の支えあい活動「おせっ会」が、柏地域の全町会 275 のうち 100 町会超にひろがって来ており、現在も少しずつ増えている。沼南地域においても進行中である。さらに地区社会福祉協議会 24 地区において、住民の手による地

域健康福祉活動計画が立案されている。

イ) 合併後の旧市町の関係

これまでの市町の関係・経過として、合併した沼南町の保健師数が少ないことなどから合併前から柏市を頼りにしていた、また「手賀沼ふれあいウオーク（イベント）」などの健康づくり活動を共催で行っていた。もともと柏市と沼南町では人口にかなり差（32 万 vs 5 万）があるため、デリバリーサービスが可能であった沼南町の活動方法は新柏市では困難である。そのため、基本的には活動方法は柏市で行っていた方法を採用している。しかしながら、沼南町が行っていた細やかな活動方法論を学ぶなど、互いのよいものを取り入れるという姿勢で取り組んでいる。

ウ) 人材育成に関して

平成 16 年からは、保健福祉総務課企画担当の業務として、柏市地域健康福祉計画に位置づけた人材育成のテーマを具現化するために、「保健福祉部人材育成プログラム」を作成、試行・実施している。その中で、4 月の人事異動者を対象とした部内研修のテキストの一部として事務職と保健師で作成しているのが「柏市健康福祉ハンドブック」である。このハンドブックは、柏市における健康福祉の現状、地域の情報源、地域健康福祉活動一覧などが網羅されており、部内職員の健康福祉行政課題の共通認識の形成及び組織横断的な取り組みを推進するための基礎情報として日常的に活用を図っている。

⑤ 合併後の課題

合併後については、計画的・意図的な人材育成と実効ある取り組みの推進に力を入れている。特に、健康福祉の地域づくりに向

けた発想と取り組みの転換に向け、保健福祉部独自の人材育成システムを構築し、人材育成に力を入れている。また、平成20年度に中核市への移行が決定しており、市保健所を中心とした新たな地域保健推進体制づくりを準備中である。

保健師については、行政目的を指向し、いかにビジョンや方針を持って活動していくことができるかが課題である。それぞれの保健師が担当業務のP-D-C-Aや地区診断を確実に実施し、主体性とリーダーシップを持って実行すること、また、合併を契機に現在までの地域保健活動の正しい評価に基づき、中核市を見据えて柏市の実績・強みをいかした社会資源開発力をより強化していくことが必要であると感じている。

(3) 山梨県甲州市

① 甲州市の概要

甲州市は、塩山市、勝沼町、大和村が対等合併し、平成17年11月1日に新市となった。

新市の名前は、公募により決定した。甲州の鎌倉、甲州ぶどう発祥の地、甲州街道要衝の地として栄えてきた歴史からつけられた。大菩薩峠に代表される秩父多摩甲斐国立公園の表玄関。またぶどうや桃などの果実生産地としても知られ、その果樹園は個性豊かな景観を形成する。武田氏ゆかりの史跡やワイン醸造発祥にまつわる近代化遺産など、歴史に彩られた文化資産が数多く存在する。平成19年11月1日現在の人口は36,486人、世帯数12,955、高齢化率27%である。

② 合併前の旧市町村の保健師活動

山梨県における県・保健所・市町村の3

者が一体となった保健（師）活動は、歴史的にも学ぶべきところが多いところである。即ち、県の保健医療福祉政策の方向が明確であり、その下で県保健所と市町村がそれぞれの役割を確認しながら協働意識を持って保健（師）活動が推進されてきたところといえる。活動は、地域把握→計画→実施→評価→フィードバックといった、PDCAサイクルのある、またそのために“地域を知る・みる・聴く・応える”を基本としたものであった。保健所と市町村の関係づくりは、計画・定例的な業務連絡会、研究会、教育・研修会等によって行われていた。更にこの県の特徴的なことは、県と看護協会との関係が良く、協会は、主に保健師・助産師・看護師の質向上や親睦・交流面等での役割を担っていた。

こうした背景の下に育成され、活動してきた保健師が合併後の保健（師）活動をいかに維持・発展させるかをテーマに、合併前の準備、過渡的な対応を行ってきた。そして合併後2年を迎えた現在も、活動しながら住民の声を聴き、業務評価をしながら改善の手を緩めずに住民サービスを実施している。

③ 合併に向けてのコンセプト等

ア 合併前、組織的に、全ての事務・事業の調整を行なった。

イ それぞれのいいところを新市に組み入れた。

例えば、2歳児健診・5歳児健診は一市で行なっていたのを取り入れた。妊産婦・新生児家庭訪問事業は合併の一年前から取り入れた。高齢者の在宅支援サービスを高レベルで全市に網羅した。等である。

ウ 住民サービスを質量両面で落とさない。住民の立場でサービスを組み立てる、特に地理的、距離的問題を配慮する。

エ 以上のことを配慮し、19年度は、保健師を本庁に集中化、事業の統一的実施の方向でサービスを組み立てた。保健所には業務連絡会等で報告をし、助言を受けた。

オ 18年度のやり方を見直し、地理的、場地的問題が出たので19年度は事業によって場所的な配慮をした。

カ 健康課題の分析を行い、合併後の下記のような事業の組み立てを行った。

- ・住民に保健師活動を周知、活用してもらおう、またその活動を通して住民の健康・安心・安全の暮らしを支援するために、ア妊娠届出時の全員面談、イ委嘱助産師による妊娠期2回、産婦新生児期の全戸訪問、ウ保健師による2ヵ月児の全戸訪問、エ保健師による乳幼児の各種健診の未来所児の全数フォロー、オ基本健診結果に応じたフォローの徹底、カ高齢者対策で、特に介護保険の特定高齢者の全数家庭訪問、キ国保の多重受診者等の家庭訪問等によるフォロー、ク食生活改善推進員等を軸にした地区組織活動の育成等である。

キ 特に、15、16年度、17年度の調整期間中には、旧市町村の情報収集を母子、成人、高齢者グループに分けて業務分析・企画・調整を行ないサービスの組み立てに活かした。

④ 合併後

ア 保健師の配置状況

18年度；18人（うち1名臨時雇用）；旧市町村は減数し配置した。

19年度；17人（うち1名臨時雇用）；旧

勝沼町、大和村の保健師が本庁（福祉保健部）に集中化した。大和町の1人が退職、現在のところ不補充。配置先は、福祉保健部健康増進課 成人担当6人、同 母子担当5人、この10人が地区分担し、上述した家庭訪問等地区活動を行っている。（受持ち人口は、約3300人、約1,170世帯）。他部署の配置は、福祉保健部福祉介護課 障害者地域生活支援センター1人、同 地域包括支援センター4人、甲州市訪問看護ステーション1人である。

イ 一本化して良かったこと

ア) 連絡調整が円滑になった。例えば、改組で健康増進課に国民健康保険担当と同課となり、医療情報が得やすくなった。20年度の医療制度改正を意識して、18年度はレセプト分析を行ない、予防や健康づくりに活用すると共に20年度から開始される特定健診・保健指導のあり方の検討の参考にすると共に上述の訪問活動にも活かした。また母子と成人担当部署、福祉介護課の地域包括支援センター等との連携が密になり、一貫した事業展開ができるようになった。

イ) 保健師は、住民の声や地域の課題に応じて事業を見直し、展開に結びつけるようにすると共にそうした住民の声やそれから得られた事業展開のあり方等について事業の企画に活かせるようになった。

ウ) 特にリーダー保健師は、自己研鑽により自らの質向上に努めながら合併過渡期にサービスの質を落とさないための保健師の課題・役割を認識し、期待に応えられる仕事をするための努力が（内容は既述のとおり）実った。一方で一人ひとりの保健師の質向上に努め、大事なことは普段の活動の中で伝えられるようになった。

エ) 同僚、上司等には、活動展開の必要性等について正しく、分かりやすく、理解してもらえらるような工夫をし、問題・課題が共有できて、共に対策が考えられるようになった。例えば、メリット、デメリット等を整理し、デメリットへの対応の方法を具体的に検討した。また部内会議開催を働きかけ、活動体制や業務内容を説明する連絡調整会議を開催した。

ウ 合併して起こりうる課題と対応

ア) 行政の仕組みが変わり、縦割化の傾向の中で、その弊害をなくし、保健師業務の充実と保健師間の齟齬をなくするために

ア) リーダー会を設置し、分散化している保健師の連携・協調・質向上・親睦交流等の円滑化をはかるようにした。リーダー会は原則時間内に持ったが、時間が取れない場合は、時間外に開催した。

イ) 保健師を4グループ（記録を考える、現任教育、保健統計、企画調整）に分け、それぞれの担当で議論したことを全体会等で共有し、地域診断に繋げるようにした。この議論や作業時間内に行なうようにした。そうした中で19年度には母子管理カードの一本化も図ることができた。

イ) 市民にとって相談しやすい体制づくりとして地区担当制をとっている。さらに地区の状況がみえやすくするように保健概況を作成した。また若い保健師の訪問ケースについては、カンファレンスを通して共に考えるようにしている。

イ) 楽しい仕事・笑顔のある仕事に努めている。

イ) 保健所（山梨市、甲州市、笛吹市を管轄）との関係は、合併前と比較して、低下したが、従来やっていた研究会は継続して

いる。この研究会も原則として時間内に実施するようにしたが、時間内調整が難しい場合は、午後4時以降に開催することになり、勤務時間外にずれ込むこともある。

イ) 保健（師）活動では、

イ) 母子健康手帳交付時に妊婦全員に面接等上述の(3)～⑥の事業は、合併直後から開始できたことである。その結果として家庭訪問活動が充実され、訪問時間・訪問数が増加した。また妊娠中や新生児・産婦に対する家庭訪問を担当している委嘱助産師とはこれまで以上に連携・協働意識が強くなった。必要な健康相談・教育活動も増えた。地区管理；地域診断（情報収集・分析・管理・提供）活動も強化された。

イ) 保健福祉計画の策定と事業実施にあたって、年間・月間計画を立てて実施・評価が出来ている。

イ) 計画の策定、予算の配分前には、事業の見直し、地域診断を実施、その結果を提言し、母子保健、食育関係、糖尿病予防等の施策化に反映している。また保健（師）活動は、行政内組織間の連携や地域関係者との連携の下に行うことの大事さを再確認し、それを意識して活動している。

イ) 新市全庁的な取り組みとして棚卸して、業務評価や人事評価を行っているが、保健部門においても、保健師自ら関連業務内容や実施体制、保健師の配置等の分析を行いその評価に反映している。本市では保健師が各分野のリーダーとしての役割を取っているため組織体制に対しての意見が反映しやすい実状である。

イ) 業務分担と地区分担の併用

イ) 保健師が地域特性を踏まえて、また住民ニーズに合った保健活動の展開（地域診

断で実態把握→健康課題の明確化→計画策定・施策化→保健サービスの実施→モニタリング・評価→フィードバック、このサイクルのある活動)は、合併前から行なってきたことだが合併後も課題がある中で取り組みに努力している。

g また合併初年度の業務や体制の見直しででた問題に対しては解決法を検討し改善等も出来ている。例えば、母子保健領域の組織体制、総合局から保健師を一本化した体制、介護予防を包括支援に一本化させたこと等であるが、こうした提案を組織的に受け入れられやすいことについては既述した通りである。

h 地域組織活動では、甲州市の食生活改善普及員と協働で、食をテーマに“手ばかり運動”を行っている。これは住民主体の活動である。また健康づくり推進協議会を中心に、住民主体の健康づくりを推進している。

i 高齢者対策では、一般高齢者と特定高齢者対策は一体化させてサービスを行っている。具体的には、地区担当保健師と包括支援センターの保健師4名、事務職員2名及び出向職員とで関連授業を推進している。特に地区担当保健師は、包括支援センターの保健師4名と訪問家庭の家族間問題等について情報を共有し効果的な活動につなげるようにしている。

j 保健師が本庁に集中化したことで活動しやすくなった。(調整などがしやすい、物理的なことなどで壁があったが、それが取り払われた等)。

り) 諸計画等

a 健康増進計画は、保健予防担当部署が中心になって平成20年度に策定予定。

b 総合計画は、現在作成中で、19年度中に完成予定である

c 地域総合局(旧町村)には保健師の常駐しなくなったが、サービス会場として活用している。

エ) 保健(師)活動の問題点

a 旧町村に保健師が常駐しなくなったことにより、住民からは遠くなってしまいタイムリーな相談ができなくなってしまったという声がある。

b 地域における人間関係の希薄化、価値観の多様化、権利意識が強く義務意識が薄い等の住民の増加により、役員のなり手がなく、保健師の力量不足面もあり、愛育活動に休会地区が増えている。愛育会の活動目的は「地域住民の自立と連帯意識の向上と相互扶助による豊かな地域社会づくり」で、健康づくりを中心に活動を行なっている。特に甲州市は母子や高齢者、女性ガンの早期発見のための健診のすすめなど、声かけや見守りの活動を行なっている。

c 県の保健師(保健所)との関係では、合併前は業務研究会、連絡会、日常の業務等も共にやってきたが、現在は衰退している。

例えば、次のようなことがある。

・保健所も組織的に分散配置されており、縦割りとなっているため業務研究会の内容なども共通課題が見出しにくくなっている。

・従来されてきた市町村支援としての連絡会が、殆ど行なわれなくなった。保健所が市町村を訪れなくなった。また情報を求めてもこないし、情報提供も殆どなくなった。

今後、保健所に期待したいことは、合併の声が出始めた頃は、保健所保健師が先に

合併した市町村の情報提供をしてくれたり、保健所保健師が音頭をとり、時間外に検討会の機会をもってくれたりし、共に合併を考えてきた。このように保健所には、これからも地域の健康課題を共に考えて欲しいと願っている。

3) 合併を有意義にするための要素の抽出

合併後の期間が長い2市と合併前の準備や合併後の保健(師)活動やサービス面で合併前以上の水準で推進できていると考えられる2市の事例から、合併を有意義に進めるための要素を分析した。その結果、特に保健(師)活動面で合併を有意義にするための要素として、①合併前準備(目指すべき姿の共有)、②地域診断(地域をみる)、③施策化(地域を動かす)、④ネットワーク(地域をつなぐ)、⑤保健師の資質向上、⑥合併以前から保健福祉の理念が明確、⑦⑥の下に保健(師)活動が活発で住民に支持されていた、⑧保健所・市町村間の連携が良好で役割分担を明確にしながら協働意識で活動していることが挙げられた。そして、職場内の勤務体制が大きく変わる激動期であっても、①～⑧の要素を見失わずに実践できる体制を維持し続けるためには、⑨市のなかで保健師のリーダーシップ性が常に横断的に発揮されていることが必要であった。

以上より、合併を有意義にするための要素として、9つの要素が抽出された(図1)。

D 考察

本分担研究班の目的は、1)市町村合併による影響を明らかにすることと、それを受けて2)市町村合併をより有意義なものにするためにどうすればよいかを検討する

ことであった。そこで、前者1)の市町村合併が及ぼした保健(師)活動への影響と課題の分析については、平成17年度の聞き取り調査と平成18年度のアンケート調査結果をもとに、量、質の両面から再解析し、さらに、後者2)の合併を有意義なものにするための方策を探るために、4市の事例分析を加えて考察した。

1) 調査結果からみた市町村合併が及ぼした保健(師)活動への影響と課題

市町村合併は、保健師及び保健活動に、良悪両面で多くの影響を与えた。本分担研究班では、いろいろな面から試行錯誤を重ねて分析したところ、合併への影響は概して人口規模によって異なっていた。そこで、ここでは主として人口規模別の特徴をふまえて、(1)組織基盤の変化からみた保健師の状況、(2)新市町村と保健所との関係、(3)新市町における計画策定、(4)旧市町村における事業・地域特性の取り扱い、の4つの視点にしばって考察する。

(1) 組織基盤の変化からみた保健師の状況

市町村合併による組織基盤の変化は、保健師の担当分野の専門分化、配置、業務形態、権限等に大きな影響を与えた。具体的には、人口規模が3万人未満の自治体では、保健師仲間が増えた、事務職・専門職が配置されたなどプラス面が大きくあげられていたが、人口5万人を超えると自治体組織規模が拡大されたことによる分散配置、情報共有困難などのマイナス面が強調されていた。つまり、人口規模が大きいほど保健師の担当分野は合併以前から専門分化の傾向にあり、合併後さらに進んでいた。また、専門分化されたために工夫している点とし

て、半数は会議開催、次いで個別協議となっていた。このことから、人口規模が大きくなれば、また昨今の複雑多様な健康問題に的確に対応するためには、保健師もそれぞれの担当分野で専門性をより発揮して活動していく必要があることが示唆された。それと同時に、他の専門職や住民と協働しながら、ネットワークを形成・推進していくことも重要であると考えられる。

合併後の旧市町村の保健センター機能の変化では、「変化がない・対等」が30～50%を占め、「本所と支所になった」と回答した割合は人口規模が大きいほど高かった。また保健センターの機能の変化に伴い、保健事業の権限が所管課に移ったところが約80%あった。言い換えれば保健センターは、相談や健診等の場としてハード面の機能は維持されているが、保健事業の権限については所管課に集約される傾向にあるといえる。このことから、保健師は、日々の業務の中で地域にはどのような住民のニーズや課題があるのか、また住民ニーズや課題に対応するため、具体的に何をどのように施策に反映させる必要があるのか、またその効果についてなど、職場内で政策判断ができる立場にある職員に伝達し、一緒に検討できるようにしていくことが、重要になると考えられる。支所化された自治体の保健師の配置では、旧市町村の活動に配慮するために人口3万人以上の市町村では支所への配置が60%以上あったが、それ以下の人口規模では半数程度であった。また合併後の業務形態では、「地区分担制」もしくは「地区分担制と業務分担制の併用」を採用している市町村が約80%であり、合併前より増えていた。このことから、人口規模の大き

い市町村は、当面は支所への配置をすすめているが、今後はこれら旧市町村の独自性を保健師の地区担当業務のなかで活かしていくことが考えられる。つまり、地区分担により地域特性に応じた独自性のある活動を行い、さらに、専門的な分野においては業務分担により公平性を担保した施策をすすめていくという地区分担と業務分担を併用した活動がすすむと推測される。

合併後の保健事業に関する権限については、どの人口規模も「所管課に集中」もしくは「ほぼ集中」が多数を占めていたが、人口規模1～3万人未満の約20%は「各支所で持っている」と答えていた。これを合併後の期間別にみると、合併後3年未満の20%程度は「各支所で持っている」と答えているが、3年以上経過した市においてはゼロであり、上述した保健師配置についても、年数を経ると支所配置が減少し本庁一本化と回答している市町村が多くなっていった。今後合併期間を経るにしたがい、支所における権限は縮小されていくことが予想される。そのため、保健師の専門性を活かして把握した地域のニーズや、より効果的に事業を行うための改善点や新たな施策について、権限のある部署とともに検討できるよう、職場内で密な連携がとれるように努めていくことが重要と思われた。

(2) 新市町村と保健所との関係

保健所との関係については、おおよそにおいて疎遠になったという意見であり、合併を機に新たな関係づくりが求められていると考えられる。つまり、市町村が保健所から支援を受けるといった従来の保健所と市町村の関係を超えて、公衆衛生を広域的・専門的に行う専門機関として、市町村の保